

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH



WHO WILL SPEAK FOR YOU
if you can't make your own health care decisions?



NỘI DUNG TRÌNH BÀY

1. WHAT ACP
2. WHO ACP
3. WHEN ACP
4. HERE ACP
5. WHY ACP
6. HOW ACP

Tình huống

Ông M, 75 tuổi, nhà ở Cà Mau. Ông có đái tháo đường, rung nhĩ, sa sút trí tuệ, Cushing do thuốc, bệnh thận mạn giai đoạn 4. Nhập viện vì viêm phổi, đây là lần nhập viện thứ 3 của ông trong năm, sau 3 ngày tại khoa hô hấp ông khó thở và tụt huyết áp, không thể nhận biết được mọi việc xung quanh

Bạn sẽ cân nhắc điều trị nào tiếp?

- Vận mạch, đặt nội khí quản và thông khí nhân tạo tại ICU.
- Giải thích tình trạng nặng và cho xuất viện về nhà?

- ❖ ÔNG M MONG MUỐN GÌ? CÓ CÁCH NÀO ĐỂ BIẾT ÔNG MUỐN GÌ?
- ❖ BS SẼ QUYẾT ĐỊNH THẾ NÀO?

3



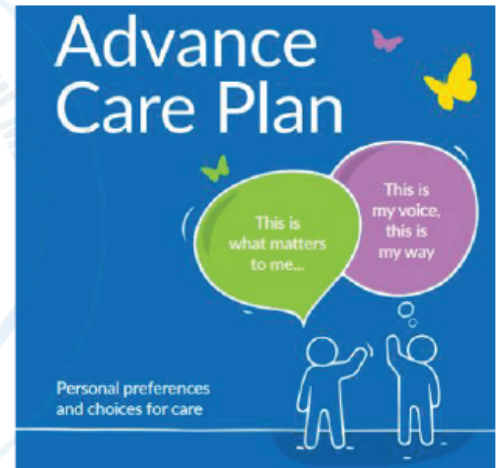
WHAT ACP?

4

Định nghĩa: Advance Care Planning

Cho phép người **có khả năng ra quyết định xác định các giá trị bản thân**, để suy ngẫm về ý nghĩa và kết quả các tình huống bệnh hiểm nghèo, qua đó **xác định mục tiêu và các mong muốn** điều trị và chăm sóc y tế trong tương lai, **và thảo luận với gia đình và nhân viên y tế**

ACP giải quyết các mối lo về **thể chất, tâm lý, xã hội và tâm linh**. ACP khuyến khích xác định một **cá nhân đại diện** và ghi lại và **thường xuyên xem xét** bất kỳ mong muốn nào, để các thông tin này có thể dùng nếu một lúc nào đó họ không thể đưa ra quyết định của riêng mình.

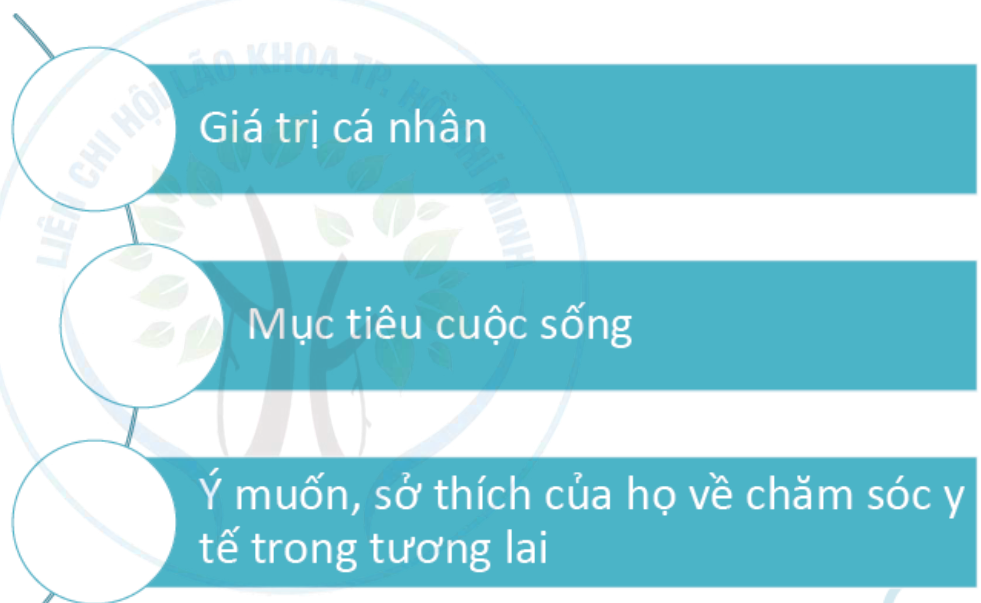


Rietjens, J.A.C. et al. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* 18(9): e543–e551. DOI: 10.1016/S1470-2045(17)30582-X

5

Lập kế hoạch chăm sóc y tế cho tương lai

Quá trình hỗ trợ liên tục người trưởng thành ở mọi lứa tuổi hoặc mọi giai đoạn sức khỏe nhằm hiểu và chia sẻ các vấn đề



Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of pain and symptom management*, 53(5), 821–832.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>

6

Đảm bảo rằng mọi người được chăm sóc y tế phù hợp với các giá trị, mục tiêu và sở thích của họ.

Chỉ thị chăm sóc y tế tương lai – Advance directive

Giấy ủy quyền dài hạn về chăm sóc y tế - Durable power of attorney for health care

Di chúc sống / sức khỏe – Living will

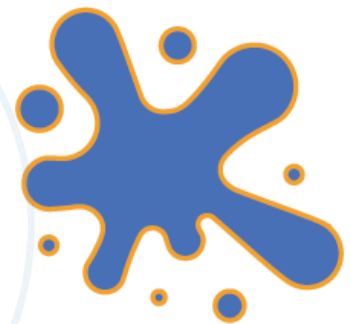
Mệnh lệnh không hồi sức – Do not resuscitate (DNR)

Y lệnh bác sĩ về điều trị duy trì sự sống - Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of pain and symptom management*, 53(5), 821–832.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>

7

Mẫu Chỉ thị chăm sóc y tế (AD)



8

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP. HỒ CHÍ MINH

PHỤ LỤC 10. CHỈ THỊ CHĂM SÓC Y TẾ CHO TƯƠNG LAI



- Chỉ thị chăm sóc y tế cho tương lai (AD) cho phép bác sĩ làm sáng tỏ cách phân loại trong trường hợp tình trạng người bệnh xấu đi đột ngột.
- Chăm sóc tối ưu đời đời:
 - Các giá trị của người bệnh cần được tìm hiểu ngay khi xác định được nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ.
 - Xác định cụ thể một người ra quyết định thay thế, đây là người sẽ quyết định thay cho người bệnh trong trường hợp người bệnh mất khả năng ra quyết định hoặc từ chối tham gia vào việc ra quyết định y tế.
 - Hiệu biết về tình hình sức khỏe của người bệnh, người ra quyết định thay thế hoặc gia đình sẽ được tìm hiểu và mọi tiêu chuẩn sẽ không còn nữa.
 - Mục tiêu chăm sóc được thỏa thuận với người bệnh, người ra quyết định thay thế hoặc gia đình dựa trên sự hiểu biết về tình trạng lâm sàng và các giá trị của người bệnh.
 - Các quyết định được đưa ra về việc sử dụng phương pháp điều trị duy trì sự sống xâm lấn như hồi sức tim phổi (CPR), thở máy, hỗ trợ thở máy xâm lấn, chạy thận nhân tạo và dinh dưỡng nhân tạo (xem Chương IX).
 - Có hai loại chỉ thị chăm sóc y tế cho tương lai được hướng dẫn cho những người bệnh bị bệnh mạn tính nghiêm trọng:

a. AD 1: Điều trị duy trì sự sống

AD 1: ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ SỰ SỐNG	
Đối với việc điều trị của _____ (viết tên người bệnh), tôi khẳng định rằng tôi đã được thông báo về những lợi ích và tác hại của hồi sức tim phổi (CPR), đặt nội khí quản và thở máy, và tôi yêu cầu như sau: Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi hoặc thu hồi chỉ thị về chăm sóc của mình bất cứ lúc nào.	
A Hồi sức tim phổi (CPR)	Trong trường hợp ngừng tim hoặc hô hấp: <input type="checkbox"/> Không hồi sức <input type="checkbox"/> Cố gắng hồi sức
B Đặt nội khí quản / thở máy	Trong trường hợp suy hô hấp: <input type="checkbox"/> Không đặt nội khí quản hoặc thở máy; tập trung điều trị giảm triệu chứng <input type="checkbox"/> Đặt nội khí quản hoặc thở máy đều được chấp nhận
C Đăng ký vào Phần C:	<input type="checkbox"/> Người bệnh <input type="checkbox"/> Cha mẹ hoặc người giám hộ của bệnh nhân <input type="checkbox"/> Thành viên gia đình đại diện cho gia đình Chữ ký: _____ Ngày: _____ Tên in hoa của người ký: _____ Điện thoại của người ký: _____

D Chữ ký của bác sĩ	Chữ ký xác nhận rằng biểu mẫu này phản ánh chính xác cuộc thảo luận với người ký ở Phần C. Chữ ký: _____ Ngày: _____
Tên in hoa của người ký: _____	
E Chữ ký của Trưởng khoa hoặc đại diện Giám đốc bệnh viện (nếu phù hợp)	Chữ ký: _____ Ngày: _____
Tên in hoa của người ký: _____	
Sự thoải mái của mỗi người bệnh cần được tối ưu	

b. AD 2: Người ra quyết định thay thế

AD 2: NGƯỜI RA QUYẾT ĐỊNH THAY THẾ

Họ tên người bệnh: _____

Tôi xác nhận rằng tôi muốn chỉ định _____ (tên của người ra quyết định thay thế) để nhận tất cả thông tin y tế và đưa ra tất cả các quyết định y tế thay cho tôi nếu tôi không thể đưa ra quyết định y tế hoặc nếu tôi từ chối đưa ra quyết định y tế.

Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi hoặc thu hồi bất cứ lúc nào sự lựa chọn của tôi về người ra quyết định thay thế.

C Chữ ký của người bệnh:	Chữ ký: _____ Ngày: _____
D Chữ ký của người ra quyết định thay thế:	Chữ ký: _____ Ngày: _____
Tên in hoa của người ký: _____ Điện thoại: _____	
E Chữ ký của bác sĩ:	Chữ ký: _____ Ngày: _____
Tên in hoa của người ký: _____	
Sự thoải mái của mỗi người bệnh cần được tối ưu	

9



Mẫu DNR (POLST)

PHYSICIAN'S DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROVIDERS AS NECESSARY

PROVIDER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) - MANUAL

A CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR) - If patient has no pulse and is not breathing
 All attempts at resuscitation including CPR in order to attempt full treatment in Section B
 Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) (Allow Natural Death)

B MEDICAL INTERVENTIONS - If patient is faced with a problem, either an illness or a fall, treatment - primary goal of prolonging life by addressing effective means. In addition to treatment specified in Section A, consider all medical interventions, including advanced life support, mechanical ventilation, and other interventions indicated.
 Full Treatment
 Selective Treatment - goal of treating medical conditions while avoiding burdensome treatments. In addition to treatment specified in Section A, consider all medical interventions, including advanced life support, mechanical ventilation, and other interventions indicated.
 Comfort-Focused Treatment - primary goal of relieving suffering. Focus on pain and other symptoms of distress. Do not initiate advanced life support, including intubation and mechanical ventilation. Do not initiate mechanical ventilation or other interventions indicated in Section B. Request specific to a hospital policy if comfort focus cannot be met in certain locations. An additional order:

C FULLY INFORMED AND VOLUNTARILY AGREED UPON - Always when used and signed by patient if possible or by patient or surrogate if patient is unable to give informed consent. Indicate date:
 The actual intervention(s) Medical condition/condition(s) to be treated
Signature of Patient or Surrogate: _____ Date: _____
Signature of Provider (Physician/Nurse based on the state of Texas): _____
Signature of Provider (Physician/Nurse based on the state of Texas): _____
Signature of Provider (Physician/Nurse based on the state of Texas): _____
Signature of Provider (Physician/Nurse based on the state of Texas): _____

PHYSICIAN'S DISCLOSURE TO POINT-OF-CARE HEALTH CARE PROFESSIONALS AS NECESSARY

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

A CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR) - If patient has no pulse and is not breathing
 All attempts at resuscitation including CPR in order to attempt full treatment in Section B
 Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) (Allow Natural Death)

B MEDICAL INTERVENTIONS - If patient is faced with a problem, either an illness or a fall, treatment - primary goal of prolonging life by addressing effective means. In addition to treatment specified in Section A, consider all medical interventions, including advanced life support, mechanical ventilation, and other interventions indicated.
 Full Treatment
 Selective Treatment - goal of treating medical conditions while avoiding burdensome treatments. In addition to treatment specified in Section A, consider all medical interventions, including advanced life support, mechanical ventilation, and other interventions indicated.
 Comfort-Focused Treatment - primary goal of relieving suffering. Focus on pain and other symptoms of distress. Do not initiate advanced life support, including intubation and mechanical ventilation. Do not initiate mechanical ventilation or other interventions indicated in Section B. Request specific to a hospital policy if comfort focus cannot be met in certain locations. An additional order:

PHYSICIAN'S DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROVIDERS AS NECESSARY

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

A CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR) - If patient has no pulse and is not breathing
 All attempts at resuscitation including CPR in order to attempt full treatment in Section B
 Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) (Allow Natural Death)

B MEDICAL INTERVENTIONS - If patient is faced with a problem, either an illness or a fall, treatment - primary goal of prolonging life by addressing effective means. In addition to treatment specified in Section A, consider all medical interventions, including advanced life support, mechanical ventilation, and other interventions indicated.
 Full Treatment
 Selective Treatment - goal of treating medical conditions while avoiding burdensome treatments. In addition to treatment specified in Section A, consider all medical interventions, including advanced life support, mechanical ventilation, and other interventions indicated.
 Comfort-Focused Treatment - primary goal of relieving suffering. Focus on pain and other symptoms of distress. Do not initiate advanced life support, including intubation and mechanical ventilation. Do not initiate mechanical ventilation or other interventions indicated in Section B. Request specific to a hospital policy if comfort focus cannot be met in certain locations. An additional order:



Đối tượng

Tất cả người trưởng thành, đầy đủ khả năng ra quyết định (mental capacity)

Bệnh mạn tính tiến triển
Bệnh giới hạn cuộc sống
Có nguy cơ mất khả năng ra quyết định (sa sút trí tuệ ...)

Teamwork

- Bác sĩ. Quan niệm rằng những cuộc thảo luận này chỉ có thể xảy ra với bác sĩ đã lỗi thời
- Điều dưỡng, nhân viên xã hội và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác có thể thu hút bệnh nhân hoặc người chăm sóc vào các cuộc thảo luận này
 - Dành nhiều thời gian với bệnh nhân hơn bác sĩ
 - Có nhiều mối quan hệ cá nhân do gặp BN thường xuyên, đôi khi tại nhà riêng
 - Tập trung nhiều hơn vào sức khỏe chung hơn là chẩn đoán
- Gia đình nên bắt đầu những cuộc trò chuyện



Steel AJ, Owen LH. Advance care planning: the who, what, when, where and why. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2020;81(2):1-6. doi:10.12968/hmed.2019.0396

15

Planning your future care today

Easy to understand information about advance care planning



WHEN ACP?

16

Khi nào là khi nào?

- KHÔNG BAO GIỜ là quá sớm => miễn là sẵn sàng trò chuyện.
- Nếu để lại quá muộn và bệnh nhân có người thay thế đưa ra quyết định => có nhiều khả năng phải can thiệp tích cực hơn vào giai đoạn cuối đời (Brighton và Bristowe, 2016)
- Chủ yếu trong CSGN => Dân số già và suy yếu đang gia tăng nhanh chóng => không thể và không phù hợp nếu chỉ do CSGN đảm nhiệm
- BS thường lo ngại làm bệnh nhân khó chịu hoặc khiến họ mất hy vọng
- Hầu hết bệnh nhân đều coi trọng cơ hội được trò chuyện và được thực hiện sớm (Brighton và Bristowe, 2016).
- Hy vọng không chỉ liên quan đến việc kéo dài tuổi thọ mà còn hy vọng về một cái chết tốt đẹp và duy trì chất lượng cuộc sống (Brighton và Bristowe, 2016).
- Bệnh nhân không ngại nói chuyện với bác sĩ lạ, miễn là bác sĩ đủ cởi mở và sẵn sàng trò chuyện (Simon et al, 2015)

Steel AJ, Owen LH. Advance care planning: the who, what, when, where and why. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2020;81(2):1-6. doi:10.12968/hmed.2019.0396

17

Advance Care Plan?



WHY ACP?

18

Ích lợi ACP

- ❖ Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cải thiện đáng kể đối với những người có ACP so với những người không có và nhiều khả năng giảm thời gian chuyển đổi giữa các cơ sở chăm sóc (Kernick và cộng sự, 2018).
- ❖ 71% bệnh nhân có ACP trong hồ sơ chết ở nơi chết mong muốn của họ (Callender et al, 2017).
- ❖ Quá trình tang chế ở các gia đình cũng được cải thiện khi bệnh nhân có ACP (Mullick và cộng sự, 2013)
- ❖ Giúp gia đình giảm bớt gánh nặng lo lắng liệu họ có đưa ra quyết định đúng đắn cho người thân của mình hay không.
- ❖ Giảm khả năng xung đột giữa các gia đình và giữa đội ngũ y tế với người thân (Mullick et al, 2013).
- ❖ Giúp NVYT biết phương pháp điều trị nào phù hợp và giúp nhóm chăm sóc hiểu rõ hơn về bệnh nhân là ai và ưu tiên của họ là gì

Steel AJ, Owen LH. Advance care planning: the who, what, when, where and why. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2020;81(2):1-6. doi:10.12968/hmed.2019.0396

19

MÓN QUÀ CHO NGƯỜI Ở LẠI

- Cơ sở cho người nhà quyết định trong các trường hợp khủng hoảng
- Tiếng nói thay thế cho người bệnh
- Giảm thiểu hối tiếc sau khi người thân mất



★ ★ ★ NATIONAL HEALTHCARE
★ ★ ★ DECISIONS DAY
★ ★ ★ your decisions matter ★

Advance Care Planning:
A gift for me and my loved ones

20

Sự thành công của ACP

BN có thể nêu rõ các giá trị và mục tiêu của họ và xác định phương pháp điều trị nào sẽ phù hợp với các mục tiêu đó trong các tình huống giả định trong tương lai;

NVYT có thể khơi gợi những giá trị và sở thích này;

Các mong muốn được lập thành văn bản;

Các chỉ thị hoặc người đại diện có sẵn để hướng dẫn các quyết định lâm sàng khi mong muốn của bệnh nhân không thay đổi và họ không đủ năng lực quyết định

Người đại diện sẽ đưa ra phán quyết thay thế và quyết định điều trị dựa trên sở thích đã nêu trước của bệnh nhân;

NVYT sẽ đọc các văn bản này trước đó và tích hợp các sở thích của bệnh nhân vào các cuộc trò chuyện với người đại diện;

Mong muốn được bày tỏ trước đó sẽ được tôn trọng;

Các hệ thống chăm sóc sức khỏe sẽ cam kết các nguồn lực và cung cấp dịch vụ chăm sóc phù hợp với mục tiêu

Morrison RS, Meier DE, Arnold RM. What's Wrong With Advance Care Planning?. JAMA. 2021;326(16):1575-1576. doi:10.1001/jama.2021.16430

21

Have the conversation
about end of life care



HOW
ACP?

22

CÁCH TIẾN HÀNH

Lời mời lập một
kế hoạch chăm
sóc trước

Tham gia của gia
đình, bạn bè
hoặc những
người ủng hộ?

Cung cấp thông tin:
tình trạng sức khỏe,
các mục tiêu thảo
luận

Khai thác và thảo
luận thông tin cá
nhân

Suy nghĩ về nhu cầu
có thể thay đổi như
thế nào trong tương
lai

Hỗ trợ cảm xúc

Ghi nhận, lưu
giữ và thông báo

Thảo luận lại
định kỳ hoặc khi
cần

23

Các yếu tố cá nhân

Tiền sử bệnh

Hoàn cảnh xã hội

Mong muốn và cảm
xúc

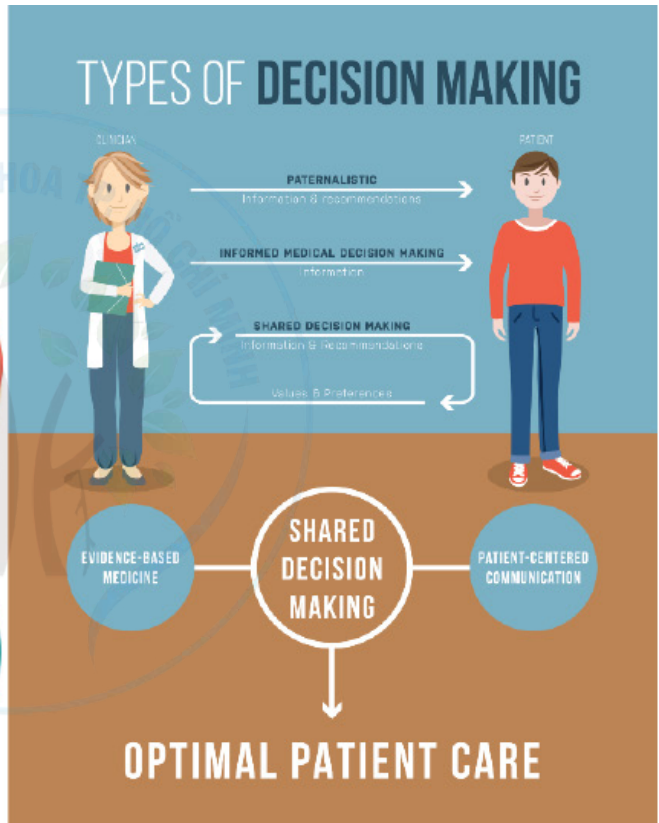
Tín ngưỡng (tôn giáo, văn hóa và chủng
tộc)

Nguyện vọng

Bất kỳ yếu tố nào khác mà họ cảm thấy là quan trọng

24

CHIA SẺ VIỆC RA QUYẾT ĐỊNH



Các thời điểm cần xem xét lại ACP

Table 2. Potential triggers to revisit an advance care plan

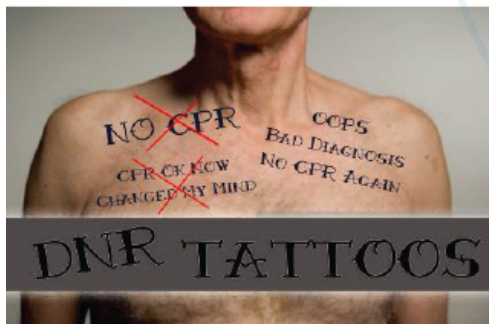
Patient or family wishes to discuss plans for end of life
Rockwood frailty score 7–9
Would you be surprised if the patient died in the next year?
Diagnosis of a progressive life-limiting illness or that of a condition which is likely to result in a loss of capacity or a deterioration in condition
Recurrent admissions
Patient already has a do not attempt cardiopulmonary resuscitation order and a treatment escalation plan discussed
Change in personal circumstances, eg move to care home
Referral to palliative care

Steel AJ, Owen LH. Advance care planning: the who, what, when, where and why. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2020;81(2):1-6. doi:10.12968/hmed.2019.0396

CƠ HỘI MỞ ĐỂ THẢO LUẬN

- Điểm chính yếu là cơ hội thảo luận giữa nhân viên chăm sóc sức khỏe và gia đình
- Các hiểu biết về giá trị sống, sở thích quan trọng hơn quyết định y tế về các tình huống giả định

Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J., Korff, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of pain and symptom management*, 53(5), 821–832.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>



GIẢI PHÁP

Khảo sát ý thức cộng đồng xã hội

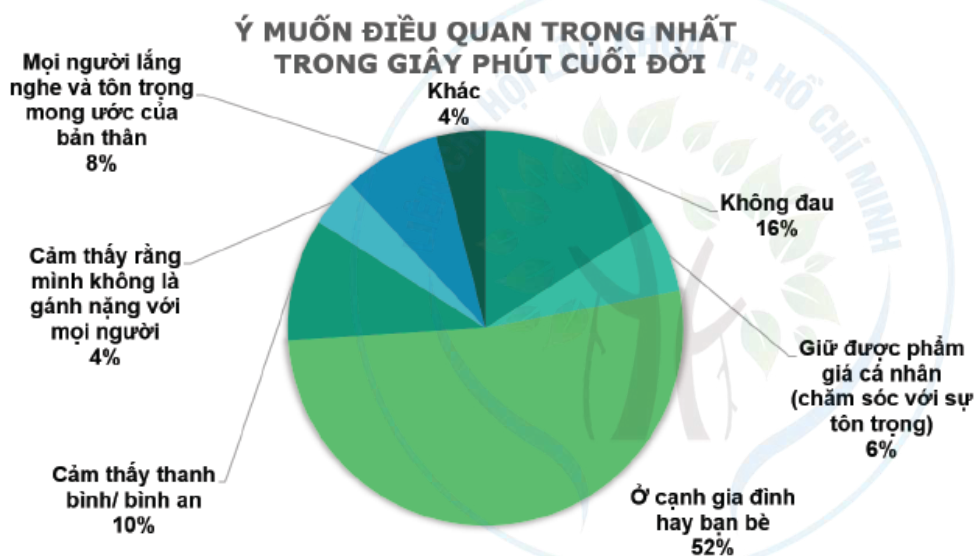
Can thiệp giáo dục cộng đồng, chiến dịch tiếp thị xã hội về ACP

Tích hợp vào phần mềm điện tử, bệnh án tại cơ sở, dữ liệu quốc gia

Thay đổi luật hoặc phát triển các chính sách khuyến khích về ACP

29

Ý MUỐN CÁC ƯU TIÊN CUỐI ĐỜI



>50% cảm thấy ở cạnh gia đình bạn bè là quan trọng nhất

16% muốn không đau

30

NÂNG CAO NHẬN THỨC CỘNG ĐỒNG



It starts with a conversation.

Advance Care Planning is an important step toward receiving medical care that meets your long-term needs and preferences. Discussing your choices with loved ones will ensure you receive the best care, no matter where life takes you.



DISCUSS
Begin the Conversation



DECIDE
Create a Plan



DIRECT
Document Your Choices

Read below for more information about Advance Care Planning or visit www.YourLifeYourWishes.com

31

Các bước cần thiết để thực hiện ACP?

1. HỎI

Hỏi nhân viên y tế về:

- Tình trạng bệnh và tiên lượng của bạn
- Các lựa chọn chăm sóc sức khỏe của bạn
- Điều gì có thể xảy ra với bạn trong tương lai
- Nơi bạn có thể đi để biết thêm thông tin
- Bạn có thể nói chuyện thêm với những ai



2. THẢO LUẬN

- Bạn có thể thảo luận với
 - ❖ Vợ chồng / con cái / gia đình / bạn bè
 - ❖ Bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên xã hội
 - ❖ Chuyên gia sức khỏe khác mà bạn tin tưởng
 - ❖ Chuyên gia hỗ trợ tâm linh
- Bạn có thể thảo luận về
 - ❖ Các giá trị sống / kim chỉ nam cuộc sống
 - ❖ Những nỗi sợ
 - ❖ Những niềm hy vọng
 - ❖ Những mong muốn còn dang dở
 - ❖ Các chăm sóc y tế bạn mong muốn hoặc KHÔNG mong muốn
 - ❖ Cách bạn muốn được chăm sóc
 - ❖ Nơi bạn muốn qua đời ...
 - ❖ Những thông điệp bạn muốn nhắn gửi lại

Các bước cần thiết để thực hiện ACP?



3. GHI CHÉP

Nói với người khác về những gì quan trọng với bạn
Tiếp tục các cuộc trò chuyện

Viết thành văn bản

- Chỉ thị chăm sóc sức khỏe tương lai
- Ủy quyền ra quyết định y tế
- Di chúc sống

Định kỳ cần thảo luận lại các vấn đề này



Khoa Lão – Chăm sóc giảm nhẹ
Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, Lầu 2, khu B
215, Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, TPHCM
Điện thoại: 028 39525213
Email: chamsocgiannhe@umc.edu.vn



BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM
215 Hồng Bàng, P.11, QUẬN 5, TP.HCM
ĐT: (08) 3855 4269 - Fax: (08)3950 6126
www.bvdaihoc.com.vn

Lắng nghe – Thấu cảm – Chia sẻ – Đồng hành

LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC Y TẾ TRONG TƯƠNG LAI

Lập kế hoạch chăm sóc y tế trong tương lai (ACP) là gì?



- Lập kế hoạch chăm sóc y tế trong tương lai (Advance care planning – ACP) là quá trình thảo luận và ghi nhận kế hoạch chăm sóc y tế dự phòng lúc bạn không thể truyền đạt ý muốn về việc chăm sóc sức khỏe cho bản thân.
- Bạn cần suy nghĩ về giá trị tinh thần, niềm tin và ý muốn của mình về chăm sóc y tế mà bản thân mong muốn được hoặc không muốn điều trị.
- Tốt nhất nên lập kế hoạch này sớm khi bạn vẫn còn khỏe mạnh và minh mẫn, có thời gian suy nghĩ và không chịu áp lực

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

Tại sao phải suy nghĩ về ACP?

- Hãy thử tưởng tượng mình bệnh rất nặng và không thể nói chuyện với nhóm điều trị của bạn về những can thiệp y tế mà bạn mong muốn
- Các tiến bộ về kỹ thuật y khoa (thở máy, lọc thận nhân tạo, dinh dưỡng nhân tạo, hồi sinh tim phổi ...) có thể kéo dài sự sống của người bệnh mắc các bệnh lý không chữa khỏi nhưng đó là cuộc sống bị suy giảm chất lượng nghiêm trọng.
- Một số người bệnh có thể xem chất lượng cuộc sống quan trọng hơn là thời gian có thể sống thêm trong trường hợp mắc các bệnh lý cần sử dụng các phương tiện duy trì sự sống này, do đó việc suy nghĩ về ACP là cơ hội cho mỗi người chọn lựa các chăm sóc y tế nào phù hợp với bản thân họ

Lợi ích của việc thảo luận về ACP?

- Giúp đảm bảo rằng sự chọn lựa về mặt chăm sóc y tế của người bệnh được biết đến và được tôn trọng trong trường hợp người bệnh không thể tự quyết định hay nói ra vì sức khỏe quá yếu
- Lợi ích cho những người gần gũi với bạn. Nếu bạn chưa thảo luận điều này với gia đình của mình, bạn bè hoặc những người khác, và không viết ra bất cứ điều gì để hướng dẫn họ, họ có thể không biết bạn muốn gì. Có ACP, gia đình sẽ ít lo lắng và căng thẳng hơn khi được yêu cầu tham gia vào những quyết định y tế quan trọng
- Suy nghĩ về việc bản thân già yếu hơn và đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe cho bản thân có thể là việc khó khăn. ACP có thể mang lại sự yên tâm và thoải mái bởi vì sở thích của người bệnh được rõ ràng, hiểu đúng và tôn trọng

Ai nên có một kế hoạch chăm sóc y tế cho tương lai?

Bất kỳ ai trên 18 tuổi đều có thể suy nghĩ về ACP

Đặc biệt là những đối tượng sau

- Có bệnh lý mạn tính, gây suy giảm tuổi thọ
- Cần sự chăm sóc thường xuyên trong các cơ sở chăm sóc nội trú
- Tin rằng gia đình mình có thể có quan điểm hoặc niềm tin khác với họ; khả năng gia đình sẽ có nhiều bất đồng trong việc ra quyết định y tế
- Có một tình trạng sức khỏe có thể dẫn đến mất năng lực đưa ra quyết định, (ví dụ: sa sút trí tuệ)

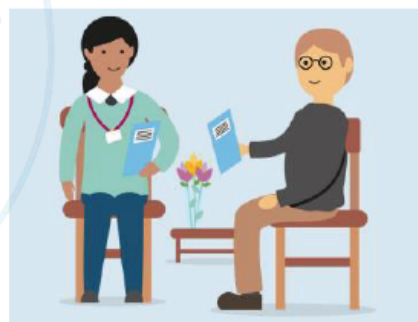
Mong muốn điều tốt nhất, nhưng chuẩn bị cho điều tồi tệ nhất, và không bị bất ngờ bởi bất kỳ điều gì có thể xảy ra
– Maya Angelou



Làm thế nào để tôi chọn một ai đó để đưa ra quyết định cho tôi?

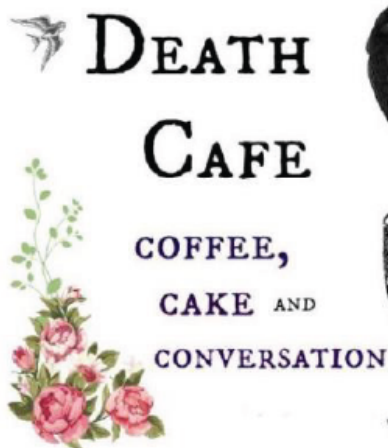
Bạn sẽ cần chỉ định Người ra quyết định thay thế để đưa ra quyết định cho bạn khi không thể tự quyết định.

Người này nên là người bạn tin tưởng, người sẽ lắng nghe cẩn thận các giá trị và mong muốn của bạn về việc chăm sóc sức khỏe trong tương lai, và sẽ theo đuổi những mong muốn đó với tất cả khả năng của họ



33

Cà phê cái chết



- Không gian mở, tôn trọng và riêng tư để thảo luận góc nhìn một cách an toàn
- Không hỗ trợ mất mát, đau buồn sau mất người thân
- Không cung cấp thông tin về cái chết
- Người dẫn dắt phải có kỹ năng lắng nghe và phản hồi bình tĩnh, điều hòa nhóm
- Nội dung tự do, không có giới hạn hoặc nội dung định sẵn
- Chia sẻ lý do đến, các chủ đề xuất hiện

BÁNH + TRÀ + CÀ PHÊ

34

CHÍNH SÁCH + PHÁP LUẬT

- ❑ Chính phủ, công ty bảo hiểm sức khỏe và đơn vị chăm sóc sức khỏe các tổ chức được khuyến nên đảm bảo nguồn vốn phù hợp và hỗ trợ tổ chức cho ACP
- ❑ Luật pháp phải công nhận kết quả của một quy trình ACP là ràng buộc pháp lý hướng dẫn cho các quyết định y khoa
 - Singapore: *Mental capacity act năm 2008*
 - Hongkong: *Hong Kong Mental Health Ordinance Cap*
 - UK: *UK Mental Capacity Act 2005.*
 - US: *Patient Self-Determination Act 1990*

Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* 2017;18(9):e543-e551. doi:10.1016/S1470-2045(17)30582-X

35

QUỐC HỘI

Luật số: 15/2023/QH15

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

*Căn cứ Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam;
Quốc hội ban hành Luật Khám bệnh, chữa bệnh.*

36

Điều 8. Người đại diện của người bệnh

1. Một người bệnh chỉ có một người đại diện tại một thời điểm.
2. Người đại diện của người bệnh phải là người có năng lực hành vi dân sự đầy đủ, bao gồm:
 - a) Người do người bệnh là người thành niên tự lựa chọn;
 - b) Người do thành viên gia đình của người bệnh lựa chọn trong trường hợp người bệnh là người thành niên không thể tự lựa chọn và không có ủy quyền trước khi rơi vào tình trạng không thể hoặc có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi;
 - c) Người đại diện theo ủy quyền và người đại diện theo pháp luật của người bệnh theo quy định của Bộ luật Dân sự;
 - d) Người đại diện theo pháp luật của pháp nhân theo quy định của Bộ luật Dân sự hoặc người được pháp nhân phân công mà pháp nhân đó chịu trách nhiệm quản lý, chăm sóc, nuôi dưỡng người bệnh theo quy định của Bộ luật Dân sự;
 - đ) Người không thuộc đối tượng quy định tại các điểm a, b, c và d khoản này nhưng tự nguyện thực hiện nghĩa vụ của người bệnh theo quy định của Bộ luật Dân sự.
3. Việc thay thế người đại diện được thực hiện như sau:
 - a) Trường hợp thay thế người đại diện quy định tại điểm a khoản 2 Điều này thì phải có xác nhận của người bệnh;
 - b) Trường hợp thay thế người đại diện quy định tại điểm b khoản 2 Điều này thì phải có xác nhận của người bệnh hoặc thành viên gia đình của người bệnh;
 - c) Trường hợp người đại diện là cha mẹ đối với con chưa thành niên thì khi thay thế người đại diện không phải có xác nhận của người bệnh;

37

10

d) Trường hợp người đại diện là người giám hộ, người do Tòa án chỉ định, người đại diện theo pháp luật của pháp nhân hoặc người được pháp nhân phân công thì việc thay thế người đại diện phải được thực hiện bằng quyết định của cơ quan, tổ chức có thẩm quyền;

đ) Trường hợp người đại diện là người đại diện theo ủy quyền thì việc thay thế người đại diện phải được thực hiện bằng văn bản ủy quyền theo quy định.

4. Quyền và nghĩa vụ của người đại diện, hậu quả pháp lý của hành vi đại diện, thời hạn đại diện, phạm vi đại diện thực hiện theo quy định của Bộ luật Dân sự và quy định khác của pháp luật có liên quan.

38

Điều 13. Quyền được từ chối khám bệnh, chữa bệnh và rời khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Được từ chối khám bệnh, chữa bệnh nhưng phải cam kết tự chịu trách nhiệm bằng văn bản về việc từ chối của mình sau khi đã được người hành nghề tư vấn, trừ trường hợp bắt buộc chữa bệnh quy định tại khoản 1 Điều 82 của Luật này.

2. Được rời khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi chưa kết thúc chữa bệnh trái với chỉ định của người hành nghề nhưng phải cam kết tự chịu trách nhiệm bằng văn bản về việc rời khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trừ trường hợp bắt buộc chữa bệnh quy định tại khoản 1 Điều 82 của Luật này.

39

Điều 15. Việc thực hiện quyền của người bệnh bị mất năng lực hành vi dân sự, có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi, hạn chế năng lực hành vi dân sự, người bệnh là người chưa thành niên và người bệnh không có thân nhân

1. Trường hợp người bệnh là người thành niên và rơi vào tình trạng mất năng lực hành vi dân sự, có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi, hạn chế năng lực hành vi dân sự nhưng trước đó đã có văn bản thể hiện nguyện vọng hợp pháp về khám bệnh, chữa bệnh của mình thì thực hiện theo nguyện vọng của người bệnh.

40

2. Trường hợp người bệnh là người thành niên và rơi vào tình trạng mất năng lực hành vi dân sự, có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi, hạn chế năng lực hành vi dân sự nhưng trước đó không có văn bản thể hiện nguyện vọng hợp pháp về khám bệnh, chữa bệnh của mình thì thực hiện như sau:

a) Nếu có người đại diện quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 2 Điều 8 của Luật này thì thực hiện theo quyết định của người đại diện;

b) Nếu không có người đại diện quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 2 Điều 8 của Luật này thì thực hiện theo quyết định của người chịu trách nhiệm chuyên môn hoặc người trực lãnh đạo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Trường hợp người bệnh là người chưa thành niên thì thực hiện như sau:

a) Nếu có người đại diện quy định tại điểm c và điểm d khoản 2 Điều 8 của Luật này thì thực hiện theo quyết định của người đại diện;

b) Nếu không có người đại diện quy định tại điểm c và điểm d khoản 2 Điều 8 của Luật này thì thực hiện theo quyết định của người chịu trách nhiệm chuyên môn hoặc người trực lãnh đạo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 40. Quyền từ chối khám bệnh, chữa bệnh

Người hành nghề được từ chối khám bệnh, chữa bệnh trong các trường hợp sau đây:

1. Tiên lượng tình trạng bệnh vượt quá khả năng hoặc không thuộc phạm vi hành nghề của mình nhưng phải giới thiệu người bệnh đến người hành nghề khác hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác phù hợp để khám bệnh, chữa bệnh và phải thực hiện việc sơ cứu, cấp cứu, theo dõi, chăm sóc, điều trị người bệnh cho đến khi người bệnh được người hành nghề khác tiếp nhận hoặc chuyển đi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác;

2. Việc khám bệnh, chữa bệnh trái với quy định của pháp luật hoặc đạo đức nghề nghiệp;

3. Người bệnh, thân nhân của người bệnh có hành vi xâm phạm thân thể, sức khỏe, tính mạng của người hành nghề khi đang thực hiện nhiệm vụ, trừ trường hợp người đó mắc bệnh tâm thần hoặc bệnh khác mà không nhận thức, làm chủ được hành vi;

4. Người bệnh yêu cầu phương pháp khám bệnh, chữa bệnh không phù hợp với quy định về chuyên môn kỹ thuật;

5. Người bệnh, người đại diện của người bệnh quy định tại điểm a khoản 2 và điểm a khoản 3 Điều 15 của Luật này không chấp hành chỉ định về chẩn đoán, phương pháp chữa bệnh của người hành nghề sau khi đã được người hành nghề tư vấn, vận động thuyết phục mà việc không chấp hành này có nguy cơ gây hại đến sức khỏe, tính mạng của người bệnh.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
HỒI SINH TIM PHỔI CƠ BẢN
TRONG CẤP CỨU NGỪNG TIM NỘI VIỆN



III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối của HSTP cơ bản.

Không thực hiện hồi sức ngưng tim trong những trường hợp sau:

- NB không còn chỉ định hồi sức (Do not resuscitate)
- Có giấy cam kết xin không hồi sức khi ngưng tuần hoàn của NB hoặc của người đại diện hợp pháp của NB.

1. Kiểm tra

Khi có thể cần kiểm tra NB có giấy cam kết không hồi sức khi ngưng tim hay không

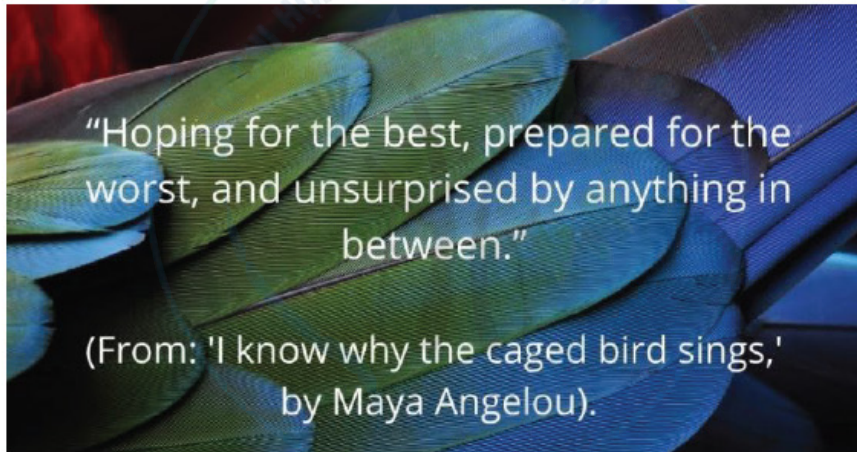
43

THÔNG điệp

- ACP là phương tiện đề cao tự chủ của bệnh nhân, giúp thực hiện chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm ở giai đoạn cuối đời
- Động và luôn thay đổi
- Nội dung thảo luận quan trọng hơn kết quả đạt được
- Cần thảo luận sớm lúc còn ra quyết định được

44

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN



45

Các rào cản

Các yếu tố bệnh nhân	Yếu tố NVYT	Yếu tố hệ thống
<ul style="list-style-type: none">• Thiếu kiến thức về sức khỏe bản thân• Diễn biến bệnh khó lường và khó tiên lượng• Miễn cưỡng xem xét và thảo luận về mong muốn điều trị, VD: do lo lắng và chối bỏ• Mong đợi rằng các bác sĩ sẽ bắt đầu ACP	<ul style="list-style-type: none">• Do dự để thảo luận chăm sóc cuối đời với bệnh nhân, đặc biệt là khi bệnh nhân có vẻ ổn định• Sợ lấy đi hy vọng của bệnh nhân• Thiếu đào tạo và kỹ năng trong giao tiếp các vấn đề chăm sóc cuối đời• Hạn chế về thời gian• Khó khăn trong việc xác định thời điểm thích hợp	<ul style="list-style-type: none">• Tập trung vào điều trị và chữa khỏi bệnh• Thiếu sự phối hợp và cách tiếp cận có cấu trúc đối với ACP• Các trách nhiệm không rõ ràng khi xem xét khởi đầu ACP• Thiếu tiếp cận các mục tiêu chăm sóc và ý muốn chăm sóc đã được ghi chép• Nguồn tài nguyên giới hạn

L.J. et al. (2018). Advance care planning for patients with chronic respiratory diseases: a systematic review of preferences and practices. *Thorax*. 73(3):222–230. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2016-209806. Bernacki, R.E. et al. (2014). Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med*. 174(12):1994–2003. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.5271; and De Vleminck, A. et al. (2013). Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning: a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 31(4):215–226. DOI: 10.3109/02813432.2013.854590

46