

Kloka prioriteringar och essentiell vård av kritiskt sjuka räddar liv

Carl Otto Schell, doktorand, överläkare, medicinkliniken Nyköping; institutionen för global folkhälsa, Karolinska institutet, Centrum för klinisk forskning Sörmland, Uppsala universitet; Deputy Director, EECC Network
 ● carl.schell@ki.se

Anna Hvarfner, doktorand, ST-läkare, vårdcentralen Kuster, Ytterby; institutionen för global folkhälsa, Karolinska institutet, Stockholm

Märit Halmin, med dr, överläkare, Miva, Södersjukhuset, Stockholm; expertkoordinatör, Centrum för hälsokriser, Karolinska institutet

Efter covidpandemin finns för första gången momentum att förbättra vården av kritiskt sjuka patienter i låg- och medelinkomstländer. Men samtidigt skickas respiratorer som bistånd till sjukhus som saknar tillgång till syrgas. För att rädda många liv måste vi ändra förhållningssätt och förstärka grunden i stället för att fortsätta förtrollas av teknologi. Nya svenska initiativ för essentiell vård av kritiskt sjuka (EECC) och strukturerat införande av intensivvård kan vägleda sjukvårdens utveckling, globalt såväl som i Sverige.

Som bakgrund presenterar vi två fall som vi kommit i kontakt med i vårt arbete.

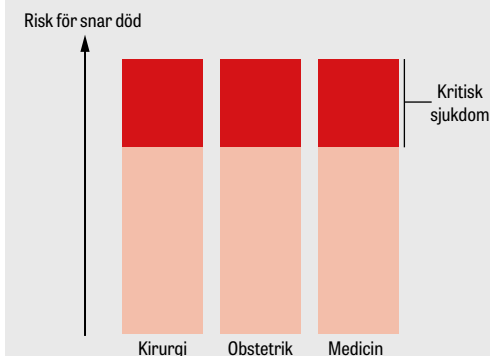
- Maria är en 30-årig trebarnsmor i Kamerun med svår buksepsis som opereras akut. Man finner en nekrotisk uterus. Hysterektomi och sköljning av buken genomförs. Antibiotika administreras och såret sluts. Därefter placeras Maria direkt på vårdavdelning, eftersom sjukhuset saknar en uppvakningsavdelning. Hon avlider samma natt på grund av ineffektiv andning efter sövningen.
- Jordan är en 26-årig tvåbarnsfar i Tanzania. Efter en olycka med sin budmotorcykel förs han till akuten med genomblödda kläder. Efter triage genomgår han snabbt en DT, som visar inre blödning. Han opereras och överlämnas stabil till avdelningen två timmar senare. Tyvärr hittas Jordan död i sängen nästa morgon. Inga vitalparametrar hade kontrollerats postoperativt och en förnyad blödning hade därför inte upptäckts.

Dessa öden beskriver typiska förlopp på många sjukhus i låg- och medelinkomstländer. Trots begränsade resurser tillhandahålls diagnostik och kurativ behandling, men sedan identifieras inte sviktande vitalfunktioner och stabiliserande behandling uteblir. Det är sorgligt och orsakar dödsfall som ofta hade kunnat

HUVUDBUDSKAP

- Bristande vård av kritiskt sjuka orsakar många undvikbara dödsfall.
- Fundamental vård till många räddar fler liv än avancerad vård till få.
- Att prioritera kritiskt sjuka innebär fokus på basal övervakning och behandling, och för detta är systemtänkande och säkerhetskultur viktigast – inte teknik.
- Essentiell vård av kritiskt sjuka (EECC) beskriver 40 effektiva livräddande åtgärder som är så enkla och billiga att de kan införas på alla vårdavdelningar i världen.
- Intensivvård är riskfylld och kräver stora resurser och hög kompetens för att hjälpa och inte skada.
- EECC kan göra livräddande skillnad för många patienter direkt och även skapa en miljö där intensivvård efter hand kan införas säkert.

FIGUR 1. Definition av kritisk sjukdom



► Kritisk sjukdom har definierats som »sviktande funktion av vitala organ med hög risk för snar död i avsaknad av behandling och potential för reversibilitet» [4]. I bilden illustreras att kritisk sjukdom betecknar allvarlighetsgrad och brådskan och inte är en diagnos i sig. De initiala åtgärderna för att stabilisera en kritiskt sjuk patient är oftast gemensamma, oavsett orsak till försämringen.

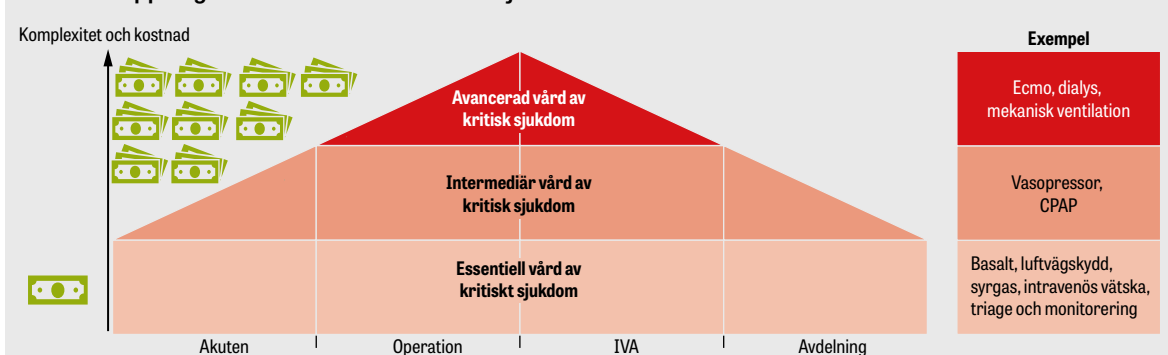
undvikas med enkla medel. Medan stora förbättringar har skett globalt inom prevention, diagnostik och behandling av specifika tillstånd, så har vården av kritisk sjukdom förbisetts. Förespråkare har saknats, och beslutsfattare har felaktigt levt i tron att sjukvården redan utför de mest fundamentala åtgärderna [1-3]. När intresset för kritisk sjukdom nu växer är valet av strategi avgörande för hur många liv som kan räddas.

Kritisk sjukdom i befolkningen

Kritisk sjukdom kan inträffa oavsett underliggande diagnos och innebär vital organsvikt med hög risk för snar död om inte stabiliserande åtgärder utförs (Figur 1) [4]. Baserat på internationella data uppskattas årligen 30-45 miljoner vuxna bli kritiskt sjuka, de flesta i låg- och medelinkomstländer [5, 6], men detta är troligtvis en underskattning [7, 8]. Antalet intensivvårdplatser per 100 000 invånare varierar också stort, från 35 i USA till 6 i Sverige och 0,1 i Malawi [9]. Nyligen visades att var tionde inlagd patient i Sörmland är kritiskt sjuk, med minst en gravt avvikande vitalparameter och hög mortalitet. Av dessa vårdas >90 procent på vårdavdelningar [8, 10]. Behovet av vård för kritisk sjukdom är alltså störst i lågresursmiljöer och utanför Iva.

De flesta instämmer i att patienter med störst behov ska prioriteras, såsom de med akut livshotande men botbara tillstånd. I linje med detta finns i dag en stor efterfrågan på fler intensivvårdplatser även i lågresursmiljöer. Men att oreflekterat införa klassisk högteknologisk intensivvård i lågresursmiljö riske-

FIGUR 2. Trappstegsmodell för vård av kritiskt sjuka



▶ Trappstegsmodell för vård av kritiskt sjukdom. Med ökad komplexitet ökar både kostnaderna och riskerna, och kapaciteten att ge samma vård till många patienter minskar. I artikeln understryks vikten av att prioritera den essentiella vården till alla, innan satsningar på mer avancerad vård införs. Utvecklad från REF 1.

Illustration (sedlarna): Mostphotos/Antonio Lutsenko

rar att leda till mer ont än gott. Till exempel kräver respiratorvård sederigt som slår ut kroppens naturliga funktioner, så att vården måste upprätthålla dessa tills patienten klarar sig utan respirator. Om de naturliga funktionerna inte ersätts riskerar patienten att dö – inte av sjukdomen, utan av behandlingen. Detta sker tyvärr ofta i dag på Iva i lågresursmiljöer då personalen inte räcker till för att parera blodtryckssvängningar, reglera andning eller ersätta vätskeförluster.

Ju mer begränsade resurserna är, desto högre är behovet av prioriteringar. Befolkningsnyttan blir större om effektiv vård med låg kostnad ges till många än om dyr vård ges till få. Samtidigt ökar också rättvisa och jämlikhet [11]. Basal vård vid kritisk sjukdom är mer kostnadseffektiv än avancerad [12-18]. En trappstegsmodell kan vägleda hur vården av kritiskt sjuka byggs upp för att nå störst nytta, både i Sverige och i lågresursmiljöer (Figur 2). Det första steget är att garantera alla patienter det fundamentala. Fokus är att identifiera alla patienter med vital organsvikt och att tillse att enkla, effektiva behandlingar ges oavsett tid på dygnet. När detta väl är uppnått kan man klättra vidare mot mer avancerad vård.

Essentiell vård av kritiskt sjuka (EECC)

Även om kritisk sjukdom orsakas av olika diagnoser så är de initiala åtgärderna för att stabilisera patienten ofta gemensamma. EECC är ett svenskt initiativ för den vård som kan ges till alla kritiskt sjuka på alla avdelningar och akutmottagningar på alla sjukhus i världen [19]. EECC-paketet innehåller 40 kliniska processer för att identifiera och stabilisera kritiskt sjuka, såsom triagesystem på akuten och vårdavdelningar, skydd av luftvägen och tydlig kommunikation (Tabell 1). De livräddande åtgärderna i EECC selekterades i en global konsensus på basis av hög effektivitet, genomförbarhet i lågresursmiljöer (låg komplexitet och kostnad) och relevans för stora patientgrupper [20]. EECC är mycket kostnadseffektiv, endast 14 USD per räddat friskt levnadsår i Tanzania, vilket är jämförbart med att ge läkemedel mot malaria och införa förlösning på sjukhus [18].

Likväl kommer rapporter om stora ouppfyllda behov av EECC från flera håll i världen. I Kenya vårdades

42 procent av patienter på sjukhus utan syrgaskälla, och i Malawi saknade hela 90 procent av hypoxiska patienter på sjukhus syrgasbehandling [21, 22]. I Storbritannien hade 75 procent av dem som fått HLR haft föregående avvikande vitalparametrar som sällan lett till åtgärd [23], och på svenska sjukhus saknade många patienter EECC-åtgärder (manuskript).

Momentum för förändring

Kritisk sjukdom har länge förbisetts, men nu finns momentum för förändring. Pandemin satte ljus på betydelsen av vård för kritiskt sjuka. Den nyvunna forståelsen för att sjukhus behöver syrgas ger hopp om att kunna rädda den nära miljonen barn som årligen mister livet i pneumoni [24]. En WHO-resolution att prioritera vård av kritiskt sjuka patienter antogs 2023 och påverkar nu hälsoministerier och globala organisationer [25]. En ökad medvetenhet växer också fram, där exempelvis kriterierna för svår lungsvikt och algoritmer för hjärt-lungräddning anpassats för tillämpning i lågresursmiljöer [26, 27]. Samtidigt finns en kraftigt ökad efterfrågan på avancerad intensivvård, och fler behöver nås av insikten att en intensiv-

»Att prioritera vård av kritiskt sjuka handlar inte främst om högteknologi utan om att bygga upp en struktur och en kultur där patienter övervakas och behandlas säkert.«

vårdsavdelning inte automatiskt innebär förmåga att effektivt behandla kritiskt sjuka patienter. Intensivvård är ett potent vapen som kan rädda liv men som i fel händer, och under fel förutsättningar, kan döda. Att prioritera vård av kritiskt sjuka handlar inte främst om högteknologi utan om att bygga upp en struktur och en kultur där patienter övervakas och behandlas säkert.

TABELL 1. De 40 kliniska processerna som ingår i EECC

Identifiering av kritisk sjukdom Sjukhuset tillämpar triage baserad på vitala parametrar för att identifiera kritisk sjukdom		
1.1 Triage/identifiering av kritisk sjukdom inkluderar följande vitala parametrar		
1.1.1	Förekomst av avvikande andningsljud (t ex snarkande, gurglande, stridor)	
1.1.2	Andningsfrekvens	
1.1.3	Syremättnad (SpO ₂)	
1.1.4	Hjärtfrekvens/puls	
1.1.5	Blodtryck	
1.1.6	Medvetandegrad (t ex AVPU, ACVPU eller Glasgow coma scale)	
1.1.7	Temperatur	
1.1.8	Allmäntillstånd (vårdpersonalens oro att patienten är kritiskt sjuk)	
1.2 Triage/identifiering av kritisk sjukdom utförs vid följande tidpunkter		
1.2.1	När en patient anländer till sjukhus för att söka akut vård	
1.2.2	För alla inläggande sjukhuspatienter åtminstone var 24:e timme, om inte annat ordinerats, och med ökad frekvens för en patient som riskerar att bli kritiskt sjuk, eller är kritiskt sjuk, och sedan med minskad frekvens när patienten stabiliserats	
1.2.3	När vårdpersonal, eller patienten eller dess vårdare, är orolig för att en patient kan vara kritiskt sjuk	
1.2.4	Under och efter kirurgi och anestesi	
1.2.5	Under och efter transport/förflyttning av en patient som är kritiskt sjuk eller riskerar att bli kritiskt sjuk	
1.2.6	Efter en behandling eller åtgärd (re-evaluering)	
Vård av kritisk sjukdom Essentiell vård av kritiskt sjuka initieras omgäende när kritisk sjukdom identifierats och involverar följande kliniska processer		
Luftväg Vård för blockerad eller hotad luftväg	2 Placera patienten i stabilt sidoläge 3 Håll luftvägen öppen med åldersadekvat metod (t ex käk-/haklyft för vuxna, neutral position för små barn) 4 Ta bort främmande kropp från munnen eller tillämpa åldersadekvat buktryck/ryggslag vid blockerad luftväg 5 Sug upp sekret som blockerar luftvägen 6 Applicera orofaryngeal luftväg	
Andning Vård för hypoxi eller respiratorisk påverkan	7 Optimera patientens position (t ex sittande eller bukläge) 8 Ge syrgas via näsgrimpa, ansiktsmask eller reservoarmask 9 Ventilera med mask och blåsa vid hot om, eller manifest, andningsuppehåll	
Cirkulation Vård för hotad cirkulation eller chock	10 Optimera patientens position (t ex ligga ned, sänkt huvudända, höjd fotända, sidoläge hos gravida) 11 Stoppa blödning med kompression och högläge 12 Ge adekvat vätskebolus intravenöst 13 Ge peroral vätskeersättning eller annan adekvat vätska vid dehydrering utan chock 14 Ge adrenalin intramuskulärt vid anafylaxi 15 Ge uterusmassage och/eller oxytocin när indicerat	
Sänkt medvetandegrad Vård för sänkt medvetandegrad	16 Hantera patient med sänkt medvetandegrad på samma sätt som vid hotad luftväg (t ex stabilt sidoläge etc) 17 Ge glukos (intravenöst eller buckalt) vid medvetlöshet eller kramper, om inte blodsockertest uteslutit hypoglykemi 18 Skydda patient med kramper från skada 19 Ge snabbverkande kramplösande mediciner (t ex intravenöst/rektalt diazepam, eller magnesiumsulfat hos gravida och post partum) 20 Kyl patient vid allvarlig hypertermi och sänkt medvetandegrad	
Annan vård i EECC Omedelbar eller pågående vård av kritisk sjukdom	21 Etablera intravenös infart när kritisk sjukdom identifierats 22 Etablera intraosseös infart, om indicerat, om en intravenös infart inte är möjlig 23 Stabilisera halsryggen vid möjlig halsryggskada 24 Ge adekvat antibiotika vid sepsis 25 Behandla smärta och ångest (t ex behovsbaserat psykosocialt stöd, läkemedel) 26 Håll patienten varm med hjälp av filter och andra medel (inklusive hud-mot-hud för nyfödda) 27 Ge mat (inklusive amning, sondmatning och glukos) för nutrition och för att undvika hypoglykemi 28 Förebygg delirium (t ex sömnhygien, tillhandahållande av patientens glasögon och hörapparater) 29 Vänd immobiliserade patienter regelbundet 30 Mobilisera patienter så snart som möjligt	
Generella processer Vård ges enligt dessa generella processer		
31	Assistans från ytterligare eller seniora kollegor tillkallas när en kritiskt sjuk patient identifierats	
32	Essentiell vård av kritiskt sjuka (EECC) är respektfull och patientcenterad	
33	EECC ges utan beaktande av patientens förmåga att betala	
34	Kritiskt sjuka patienter vårdas på platser som underlättar övervakning och vård (t ex särskilt utsedda sängar, del av en enhet eller på en enhet för kritiskt sjuka patienter)	
35	Åtgärder för att förebygga och kontrollera infektioner tillämpas, såsom handhygien och avskiljande av patienter med misstänkt eller bekräftad smittsam sjukdom från övriga patienter	
36	Tydlig och inkluderande kommunikation: a) Inom vårdlaget när en kritiskt sjuk patient identifierats (t ex verbal kommunikation, synlig färgkodning och vid överlämningar) b) Inom vårdlaget om planerad EECC (t ex »fortsatt syrgasbehandling«, »ge intravenös vätska«) c) Dokumentation i patients journal av vitala funktioner, när kritisk sjukdom identifierats och vilka åtgärder och behandlingar som genomförts d) Effektiv och respektfull kommunikation med patient och anhöriga	
37	Om behandlingssvaret är dåligt eller om patienten försämras, så tillämpas andra indicerade EECC-processer	
38	Kliniska processer som inte längre bedöms indicerade avslutas (t ex om en patient förbättras eller om åtgärden inte längre bedöms vara till nytta för patienten)	
39	Uppmärksamhet på när EECC inte är tillräcklig för att hantera kritisk sjukdom	
40	EECC ges integrerat med annan vård utanför ramen för EECC (t ex behov av snabba utredningar, definitiva behandlingar av underliggande tillstånd inklusive sjukdomsspecifika riktlinjer, remittering och vård i livets slutskede)	
Tillägg: Utökad identifiering av kritisk sjukdom		
Utöver EECC-triage (1.1), finns fler enkla kliniska tecken som kan underlätta identifiering av kritisk sjukdom		
<ul style="list-style-type: none"> Tecken på respiratorisk stress (t ex svårighet att säga hela meningar, användning av accessorisk muskulatur, indragningar, grymtande) Oförmåga att amma eller äta hos ett litet barn Oförmåga att stå eller gå utan hjälp 	<ul style="list-style-type: none"> Tecken på allvarlig dehydrering (t ex minskad hudturgor, torra slemhinnor, insjunken fontanell) Kapillär återfyllnad Generaliserat krampanfall 	<ul style="list-style-type: none"> Tecken på allvarlig akut undernäring Tecken på utmattning eller håglösheit Temperatur på extremiteter (kalla/varma) Konfusion, agitation eller desorientering Cyanos

AVPU: Alert, voice, pain, unresponsive; ACVPU: Alert, confusion, pain, unresponsive. Efter [20].

Intensivvård är enormt resurskrävande [12-14], och kraven bör därför vara höga på god kvalitet. Först när EECC ges till alla som behöver det bör man ta nästa steg i trappmodellen (Figur 2), och för varje trappsteg bör en acceptabel standard definieras för vårdprocesserna och de strukturer som behövs (apparatur, läkemedel, kompetens och så vidare). Genom ett strukturerat införande av intensivvård kan riskerna minimeras. Ett arbete för att ta fram sådana standarder pågår inom vår forskargrupp på Karolinska institutet. När internationella aktörer nu satsar på kritisk sjukdom i låg- och medelinkomstländer måste det ske kontrollerat, och effekter på individ- och befolkningsnivå måste utvärderas. Vi hoppas att vanliga misstag från pandemin inte upprepas, då bland annat avancerade respiratorer sändes till sjukhus som saknade essentiell syrgas [28].

Stora utmaningar för initiativ som EECC och rationell intensivvård kvarstår således. Vi människor är spontant mer intresserade av ny teknik än prioritering av resurser och organisation av hälsosystem. Det samma gäller beslutsfattare som vill förbättra vården och industrin som söker affärsmöjligheter. Därtill är vi läkare ofta mer nyfikna på specialitetens frontlinje än på fundamental vård. Därför behövs motvikt som behåller fokus på vad som räddar liv - många liv.

EECC har blivit en global rörelse sammanhållen i EECC Network (EECCNetwork.org). Nätverket växer och har medlemmar från 57 länder som driver förändring genom tre strategier:

- **Forskning.** Epidemiologiska och hälsoekonomiska studier kan vägleda prioriteringar. Implementeringsforskning behövs för kunskap om hur vård av kritiskt sjuka införs effektivt.
- **Påverkansarbete.** Beslutsfattare vet inte att kritisk sjukdom är vanlig, att många kritiskt sjuka missas av vården och hur små resurser som kan ändra situationen. Kunskapsspridning krävs för förändring.
- **Implementering.** Alla hälsosystem i världen behöver rutiner som säkerställer att varje klinisk medarbetare åtminstone behärskar EECC. Ett lovande steg på vägen är den Unicef-finansierade EECC-implementeringen i Tanzania som nyligen startat.

Patienterna i textens inledning skulle sannolikt ha överlevt på sjukhus där EECC ges till alla och vården av kritisk sjukdom är rationell och säker. Valet av strategi avgör hur många liv som kan räddas. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2024;121:24019*

REFERENSER

- Buowari DY, Owoo C, Gupta L, et al; EECC Network Group. Essential emergency and critical care: a priority for health systems globally. *Crit Care Clin.* 2022;38(4):639-56.
- Crawford AM, Shiferaw AA, Ntambwe P, et al. Global critical care: a call to action. *Crit Care.* 2023;27(1):28.
- Adhikari NK, Rubinfeld GD. Worldwide demand for critical care. *Curr Opin Crit Care.* 2011;17(6):620-5.
- Kayambankadzanja, Schell CO, Wärnberg MG, et al. Towards definitions of critical illness and critical care using concept analysis. *BMJ Open.* 2022;12(9):e060972.
- Adhikari NK, Fowler RA, Bhagwanjee S, et al. Critical care and the global burden of critical illness in adults. *Lancet.* 2010;376(9749):1339-46.
- Murthy S, Adhikari NK. Global health care of the critically ill in low-resource settings. *Ann Am Thorac Soc.* 2013;10(5):509-13.
- Murthy S, Wunsch H. Clinical review: International comparisons in critical care - lessons learned. *Crit Care.* 2012;16(2):218.
- Schell CO, Kayambankadzanja R, Beane A, et al. The hospital burden of critical illness across global settings: a point-prevalence and cohort study in Malawi, Sri Lanka and Sweden. *Medrxiv.* Epub 15 mar 2024. doi: 10.1101/2024.03.14.24304275
- Ma X, Vervoort D. Critical care capacity during the COVID-19 pandemic: global availability of intensive care beds. *J Crit Care.* 2020;58:96-7.
- Schell CO, Wellhagen A, Lipsey M, et al. The burden of critical illness among adults in a Swedish region - a population-based point-prevalence study. *Eur J Med Res.* 2023;28(1):322.
- Ottersen T, Norheim OF; World Health Organization Consultative Group Kenya. NMJity and Universal Health Coverage. Making fair choices on the path to universal health coverage. *Bull World Health Organ.* 2014;92(6):389.
- Rubinfeld GD. Cost-effective critical care: cost containment and rationing. *Semin Respir Crit Care Med.* 2012;33(4):413-20.
- Gooch RA, Kahn JM. ICU bed supply, utilization, and health care spending: an example of demand elasticity. *JAMA.* 2014;311(6):567-8.
- Valley TS, Noritomi DT. ICU beds: less is more? Yes. *Intensive Care Med.* 2020;46(8):1594-6.
- Chang DW, Shapiro MF. Association between intensive care unit utilization during hospitalization and costs, use of invasive procedures, and mortality. *JAMA Intern Med.* 2016;176(10):1492-9.
- Kairu A, Were V, Isaaka L, et al. Modelling the cost-effectiveness of essential and advanced critical care for COVID-19 patients in Kenya. *BMJ Glob Health.* 2021;6(12):e007168.
- Cleary SM, Wilkinson T, Tamandjou Tchuem CR, et al. Cost-effectiveness of intensive care for hospitalized COVID-19 patients: experience from South Africa. *BMC Health Serv. Res.* 2021;21(1):82.
- Shah HA, Baker T, Schell CO, et al. Cost effectiveness of strategies for caring for critically ill patients with COVID-19 in Tanzania. *Pharmacoecon Open.* 2023;7(4):537-52.
- Schell CO, Gerdin Warnberg M, Hvarfner A, et al. The global need for essential emergency and critical care. *Crit Care.* 2018;22(1):284.
- Schell CO, Khalid K, Wharton-Smith A, et al; EECC Collaborators. Essential emergency and critical care: a consensus among global clinical experts. *BMJ Glob Health.* 2021;6(9):e006585.
- Barasa EW, Ouma PO, Okiro EA. Assessing the hospital surge capacity of the Kenyan health system in the face of the COVID-19 pandemic. *PLoS One.* 2020;15(7):e0236308.
- Kayambankadzanja, Schell CO, Mbingwani I, et al. Unmet need of essential treatments for critical illness in Malawi. *PLoS One.* 2021;16(9):e0256361.
- Shotton H, Findlay G. Time to intervene: patients who had an in-hospital cardiorespiratory arrest. *Br J Hosp Med (Lond).* 2012;73(10):546-7.
- McAllister DA, Liu L, Shi T, et al. Global, regional, and national estimates of pneumonia morbidity and mortality in children younger than 5 years between 2000 and 2015: a systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2019;7(1):e47-57.
- World Health Organization. EB152/CONF.3. Integrated emergency, critical and operative care for universal health coverage and protection from health emergencies. 30 jan 2023. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_CONF3-en.pdf
- Matthay MA, Arabi Y, Arroliga AC, et al. A new global definition of acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med.* 2024;209(1):37-47.
- Schnaubelt S, Garg R, Atiq H, et al; Cardiopulmonary Resuscitation in Low-Resource Settings Group. Cardiopulmonary resuscitation in low-resource settings: a statement by the International Liaison Committee on Resuscitation, supported by the AFEM, EUSEM, IFEM, and IFRC. *Lancet Glob Health.* 2023;11(9):e1444-53.
- English M, Oliwa J, Khalid K, et al. Hospital care for critical illness in low-resource settings: lessons learned during the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health.* 2023;8(11):e013407.

SUMMARY

Wise priorities and Essential Emergency and Critical Care (EECC) can save many lives

An increased focus on essential care could avert more preventable deaths among critically ill patients in the world than the current focus on advanced technologies. Intensive care is expensive and high-risk in absence of training and safety standards. Identification and basic care of failing vital organs across hospitals are the fundamentals of all critical care. EECC comprises 40 such life-saving clinical processes that are affordable and practical enough to be applied in any hospital ward worldwide. Ensuring EECC is provided to all critically ill patients across hospitals has the potential to save many lives.