

Triagering och prioritering på IVA i samband med Covid -19

Gäller för: Region Kronoberg

Utförs på: Region Kronoberg

Följande dokument ska ses som ett beslutsstöd till ansvarig IVA-läkare

Läs grundläggande tankar i Socialstyrelsens riktlinje angående [Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden](#)

Socialstyrelsens föreskrift [SOSFS 2011:7](#) följs.

Riktlinje för [Behandlingsstrategi i Region Kronoberg](#) gäller.

Några övergripande principer för prioriteringsprocessen

- Grunden för triage är att maximera antal räddade liv och/eller räddade livsår
- Transparens i processen
- Behandlingsteamet kan behöva stöd i prioriteringar
- Säkerställ medicinska åtgärder eller palliativ vård för patienter som inte kommer till intensivvården

Beroende på situationen kan två nivåer särskiljas beträffande prioritering och triage.

- Intensivvårdsplatser finns tillgängliga men kapaciteten är begränsad
- Inga intensivvårdsplatser finns tillgängliga

I båda situationer görs prioriteringar via intagningstriage dvs vilka patienter som accepteras till IVA men också via beslut beträffande begränsningar i behandlingsstrategi för patienter som vårdas på IVA. T.ex. så kommer man i den

andra nivån sannolikt inte att utföra HLR utom kortvarigt t.ex. när det är en följd av en medicinsk åtgärd (asystoli i samband med en spinalbedövning kan vara ett sådant exempel).

Bakjournskompetent överläkare på IVA beslutar om in-och utskrivningar på avdelningen enligt rutin på IVA. Vid högt inflöde av svårt sjuka patienter, såväl patienter med covid-19 som övriga patienter, kan striktare inskrivningskriterier till intensivvården bli aktuella. Diskussion kring IVA-vård och beslut kring vårdnivå för sviktande patient måste göras i tidigt skede.

Vid bristande IVA-resurser ska bakjour på medicin, kirurg- och infektionsklinikerna, samt IVA-läkare delta i daglig avstämning för diskussion om prioriteringar. Beslut avseende prioriteringar av IVA-resurser fattas sedan av IVA-ansvarig överläkare.

Triagering och prioritering av IVA vård för enskilda patienter i samband med covid-19 skiljer sig i grunden inte ifrån den normala handläggningen. Baserar sig på.

- Patientens inställning till livsuppehållande åtgärder
- Objektiva kliniska kriterier
- Medicinsk prognos
- Det akuta tillståndets duration och utveckling
- Bakomliggande sjukdom
- Förväntad tid som behovet föreligger
- Förväntad nytta av åtgärder
- Livskvalitet efter åtgärd/behandling

Patientansvariga läkare ska inte självständigt besluta om behandlingsbegränsningar t.ex. om tillgång till respirator. I enlighet med ordinarie rutiner ska minst två legitimerade samråda vid beslut. Vid hög belastning på intensivvårdsavdelningen ska ledningsansvarig läkare (bakjour) vara slutligt ansvarig för beslut gällande behandlingsstrategi.

Process

Triage och prioritering sker under besvärliga förhållande. Det är viktigt att kriterierna för ransonering och prioriteringsprocessen är rättvisa och transparenta. Vilka moment som ingår i triageprocessen och skälen till att de ingår behöver dokumenteras och uppdateras vid behov. Detsamma gäller för hur beslut fattas. Individuella beslut måste kunna överprövas och ska därför vara dokumenterade och innehålla bakgrunden till beslutet samt ansvarig för beslutet. Avsteg från beslutade riktlinjer bör också dokumenteras. Man bör också ha en process för uppföljning.

Beslutsprocessen för enskilda patienter ska involvera minst två läkare. Om möjligt bör ett multiprofessionellt team bidra till beslutet. Inom intensivvården finns dock behov av beslut när frågan om IVA-behov uppkommer akut. I dessa situationer är det ansvarig IVA-läkare eller bakjour som fattar beslut. Ibland får man påbörja IVA-vård och skapa ett rådum för beslut beträffande behandlingsstrategi.

Covid-19 patienter och icke-covid patienter ska bedömas enligt samma kriterier beträffande intensivvårdsbehov vid ett stort inflöde av patienter.

Vid resursbrist ska högsta prioritet ges till patienter vars prognos att skrivas ut från sjukhuset är god med intensivvård men dålig utan intensivvård, dvs patienter som kan anses ha nytta av intensivvård.

I situationen när IVA-resurserna inte längre räcker till att ta hand om alla patienter som är i behov av IVA så är första steget att se till sannolikheten att en patient har god chans att överleva kortsiktigt. Därefter är målet att maximera nyttan för enskilda såväl som gruppen patienter dvs beslut som ökar chansen för så många patienter som möjligt. Vid ett extremt högt flöde så accepteras bara patienter som behöver invasiv ventilation (testperiod med NIV kan prövas), cirkulatoriskt understöd med vasopressorer eller kontinuerlig dialys.

Clinical Frailty Scale

Kan vara ett verktyg som är användbart vid bedömning om en patient kan ha nytta av intensivvårdsåtgärder. Vi bör över tid dokumentera CFS vid inläggning på sjukhus oberoende av pågående covid-19 pandemi. Även under normala omständigheter är 8-9 inte aktuella för intensivvård. Var dock medveten om

begränsningarna i att använda CFS som det enda verktyget för triage. Bedöm comorbiditet och bakomliggande hälsotillstånd hos alla patienter.

CFS ska inte användas för "yngre" patienter, patienter med stabilt långvarigt tillstånd (t.ex. cerebral pares), inlärningsstörning eller autism. En individuell bedömning behöver göras vid alla situationer där CFS inte är tillämpligt.

1. Mycket vital – individer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De brukar ofta träna regelbundet. De tillhör de som är i bäst skick för sin ålder.
2. Vital – individer som inte har några sjukdomssymtom men som är i sämre skick än individer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva, t.ex. beroende på årstid.
3. Klarar sig bra – individer vars medicinska problem är väl kontrollerade, men som inte regelbundet är aktiva utöver vanliga promenader.
4. Sårbar – är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter. Ett vanligt klagomål är att de begränsas ("saktas ned") och/eller blir trötta under dagen.
5. Lindrigt skör – dessa individer är ofta uppenbart långsammare, och behöver hjälp med komplexa IADL (Instrumental Activities of Daily Living)-aktiviteter (ekonomi, transporter, tungt hushållsarbete, medicinering). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, laga mat och utföra hushållsarbete.
6. Måttligt skör – individer som behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete. Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp med att tvätta sig, och kan behöva minimal hjälp (uppmaning, stöd) med att klä på sig.
7. Allvarligt skör – är helt beroende av andra för personlig egenvård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).
8. Mycket allvarligt skör – helt beroende, närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.

9. Terminalt sjuk – närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår individer med en förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader utan övriga uppenbara tecken på skörhet.

Validerad enligt SBU. Har validerats via systematisk litteraturoversikt och kan prediktera sjukhusmortalitet, långtidsmortalitet och minskad sannolikhet för återgång till ordinarie boende.

Enligt NICE-guidelines för COVID-19 bör ställningstagande till behandlingsbegränsning börja övervägas vid score > 5.

Sammanfattning

Triagering och prioritering innebär inte att man överger patienten. Det är viktigt att beslut om prioritering vid behov inkluderar riktlinjer för vård i livets slutskede. Viktigt att alla patienter erhåller lindring.

Beslut om prioritering bör gås igenom i efterhand. En daglig retrospektiv genomgång för att ge möjlighet till revidering av riktlinjer eller följsamhet till dessa. Uppföljning kan också vara nödvändigt för att tillgodose enhetlighet och allas rätt till lika behandling.

- Har alla patienter på intensivvårdsavdelningen bedömts och har dom en tydlig behandlingsplan för de kommande 24 timmarna?
- Har någon intermediärvårdsnivå skapats på sjukhuset?
- Kan någon patient vårdas på annan nivå på sjukhuset?
- Kan någon patient flyttas till annat sjukhus?

Då sjukvården återgått till normala rutiner efter covid-19-pandemin är det viktigt att vi återgår till tidigare rutiner, vilket också innebär att en del beslut fattade under kristid kan komma att omprövas.

Bilaga

Triage IVA

Följande [modell](#) är en beskrivning avsedd för pandemisk influensa men kan användas som en utgångspunkt för prioritering av IVA-resurser vid ett ökat inflöde av patienter. Den finns också beskriven för covid-19 i internationella riktlinjer t.ex. från Schweiz.

Det finns behov av bedömning av patienten när frågan om IVA-vård lyfts. Här kan det vara aktuellt att diskutera omfattning och duration av behandling på IVA men förstås också vårdnivå i form av IVA, intermediärvård, avdelningsvård och eventuell palliativ inriktning.

Det finns också ett behov att efter en period på IVA bedöma behov av fortsatt IVA-vård med avseende fortsatta behandlingsåtgärder med avseende intensitet eller duration, modifiering av behandlingsmål samt eventuell initiering av palliativ inriktning.

1. Bedöm om patienten uppfyller inklusionskriterierna för intensivvård.
 - a. Om ja, gå till punkt 2.
 - b. Om nej, bedöm patienten på nytt vid senare tillfälle för att bedöma ev försämring.
2. Bedöm om patienten uppfyller kriterier för eventuell begränsning av intensivvård.
 - a. Om nej, gå till punkt 3
 - b. Om ja, överväg ”blå” triage. Överflytta inte till IVA. Fortsätt vårda på befintlig nivå alternativt påbörja palliativ vård.
3. Använd triage verktyget nedan.

Inklusionskriterier

Patienten motsätter sig inte intensivvård och uppfyller minst ett av följande

- A. Behov av invasivt ventilatoriskt stöd
 - Refraktär hypoxi ($SpO_2 < 90\%$ på reservoirmask eller $FiO_2 > 0.85$)
 - Respiratorisk acidosis ($pH < 7,2$)

- Kliniska tecken på hotande andningssvikt
 - Oförmåga att skydda eller upprätthålla fri luftväg
- B. Hypotension (systolisk blodtryck <90 mm Hg eller relativ hypotension) med kliniska tecken till chock (påverkad medvetandegrad, minskad urinproduktion eller andra tecken på organsvikt) refraktär till volymsättning och kräver vasopressor som inte kan tillföras på vårdavdelning.
- C. För andra tillstånd än covid-19 utgå från normala intagnings kriterier.

Kriterier för eventuell begränsning av intensivvård

I samband med en extraordinär resurssituation måste intensivvårdsresurserna reserveras för patienter där intensivvården har stor sannolikhet att bidra till fortsatt överlevnad. Detta innebär en större restriktivitet med att inleda eller fortsätta intensivvård än i normalfallet.

Som vägledning kan man i denna situation använda följande kriterier för ställningstagande till att eventuellt avstå intensivvård. Kriterier för eventuell begränsning av intensivvård ska inte ses som absoluta utan som ett stöd för fortsatt diskussion.

- A. Patientens önskan om att avstå intensivvård
- B. Obevitnat hjärtstopp, upprepade hjärtstopp
- C. Avancerad malignitet med förväntad kort begränsad överlevnad
- D. Avancerad och irreversibel neurologisk skada
- E. Kronisk sjukdom med förväntad kort begränsad överlevnad, kan föreligga t.ex. vid:
 - a. NYHA klass IV hjärtsvikt
 - b. KOL grad 4
 - c. Levercirrhos, Child-Pugh score >8
 - d. Grav demens
 - e. Neurodegenerativ sjukdom i slutstadier
 - f. Svår cirkulationssvikt. Terpiresistent trots ökade mängder vasopressor

Efter 1 - 2 dygns intensivvård kan det också finnas skäl att omvärdera följande grupper beroende på utvecklingen under tiden på IVA.

- A. Avancerat multitrauma
- B. Utbredd brännskada med 2 av följande
 - a. Ålder > 60 år
 - b. >40% brännskadad hud
 - c. Inhalationsskada
- C. Hjärtstopp med ROSC men fortsatt neurologiskt bortfall
- D. Grav kognitiv störning
- E. Annat ohälsotillstånd med förväntad kort begränsad överlevnad.
 - a. Avancerad ej behandlingsbar neuromuskulär sjukdom
 - b. Metastaserande avancerad malignitet
 - c. Avancerad och irreversibel immunpåverkan
 - d. Svår och irreversibel neurologisk skada
 - e. Slutstadiet av organsvikt

Ålder ska i sig inte ses som ett triagekriterium men ålder kommer ofta indirekt med under det övergripande kriteriet korttidsprognos eftersom äldre personer ofta har co-morbiditet.

Begreppet ”biologisk ålder” innebär ett försök att ange patientens hälsotillstånd på ett mer nyanserat sätt än att enbart tala om kronologisk ålder. En frisk person som kronologiskt är 80 år gammal kan vara biologiskt yngre, och omvänt.

Det kan vara svårt att ange ”biologisk ålder” med säkerhet. Därför bör verktyg som SOFA eller Clinical Frailty Scale användas vid dessa bedömningar för att öka patientsäkerheten.

Under vårdtiden på IVA är det viktigt med regelbunden värdering av behandlingens måluppfyllelse. Om det inte sker någon förbättring eller sker en försämring behöver man ta ställning till om behandlingen ska fortsätta eller om målsättningen ska ändras och man ska övergå till palliativvård. Detta gäller såväl covid-19 patienter som övriga patienter.

Triageverktyg

Triage är dynamiskt och behöver upprepas över tid. Behandlingsstrategi bör gås igenom dagligen. I modellen för pandemisk influensa byter man kriterier efter 48 timmar och sedan efter 120 timmar. Återigen ska verktyget vara ett stöd i diskussionen angående behandlingsstrategi. Om det tillkommer ny information angående fraility scale så ska det också vara en faktor att ta ställning till.

Initial triage

Triagekod	Kriterier	Åtgärd eller prioritet
Blå	Kriterier för eventuell begränsning av intensivvård eller SOFA > 11	Fortsatt medicinsk behandling på ursprunglig vårdnivå Palliativvård om indicerat Planera utskrivning från IVA
Röd	SOFA ≤ 7	Högsta prioritet
Gul	SOFA 8 - 11	Mellan prioritet
Grön	Ingen signifikant organsvikt	Avstå eller skriv ut Bedöm på nytt vid behov

48 timmar

Triagekod	Kriterier	Åtgärd eller prioritet
Blå	Kriterier för eventuell begränsning av intensivvård eller SOFA > 11 eller SOFA 8 -11 utan förbättring	Palliativvård Planera utskrivning från IVA
Röd	SOFA ≤11 och sjunkande	Högsta prioritet
Gul	SOFA < 8	Mellan prioritet
Grön	Inte längre respiratorberoende	Planera utskrivning

Om kriterier för eventuell begränsning av intensivvård uppnås eller SOFA > 11 vid någon tidpunkt mellan initial bedömning och 48 timmar efter den första triageringen ändra triage nivå till ”blå” och agera

120 timmar

Triagekod	Kriterier	Åtgärd eller prioritet
Blå	Kriterier för eventuell begränsning av intensivvård mött eller SOFA > 11 eller SOFA 8 -11 utan förbättring	Palliativvård Planera utskrivning från IVA
Röd	SOFA ≤11 och sjunkande	Högsta prioritet
Gul	SOFA < 8 med minimal förbättring (< 3 inom senaste 72 h)	Mellan prioritet
Grön	Inte längre respiratorberoende	Planera utskrivning

Om kriterier för eventuell begränsning av intensivvård uppnås eller SOFA > 11 vid någon tidpunkt mellan 48 och 120 timmar, ändra triage nivå till ”blå” och agera.

SOFA (*sequential organ failure assessment*)

	Poäng				
Organsystem	0	1	2	3	4
Respiration PaO ₂ /FiO ₂ , (kPa)	≥53,3	<53,3	<40	<26,7	<13,3
Koagulation Trombocyter, x 10 ⁹ /L	≥150	<150	<100	<50	<20
Lever Bilirubin, (µmol/L)	<20	20-32	33-101	102-204	>204
Cirkulation	MAP ≥70 mm Hg	MAP <70 mm Hg	Dopamin <5* el. doputamin (oavsett dos)	Dopamin 5,1-15* el. adrenalin ≤ 0,1* el. noradrenalin ≤ 0,1*	Dopamin >15* el. adrenalin >0,1* el. noradrenalin >0,1*
CNS Glasgow Coma Scale <i>eller</i> RLS-poäng	15 1	13-14 2	10-12 3	6-9 4-5	<6 6-8
Njure Kreatinin, (µmol/L) <i>och/eller</i> Diures, (ml/dygn)	<100	110-170	171-299	300-400 <500	>400 <200
Förkortningar. FiO ₂ fraktion inandad oxygen; PaO ₂ partialtryck oxygen i artärblod; MAP mean arterial pressure (medelartärtryck) *enhet; µg/kg/min, katekolaminer skall ha givits under minst 1 timma					

Giltig fr.o.m: 2020-04-24

Giltig t.o.m: 2023-04-24

Identifierare: 180385

Triagering och prioritering på IVA i samband med Covid -19



Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare