Oslo universitetssykehus

NASJONAL BEHANDLINGSTJENESTE FOR CBRNE-MEDISIN · CBRNE-SENTERET

Til: postmottak@helsedir.no

CBRNE-senteret
Oslo universitetssykehus HF
Medisinsk klinikk, Akuttmedisinsk avdeling
Postboks 4956 Nydalen
0424 Oslo, Norge
cbrne@ous-hf.no
+ 47 22 59 50 92

Vår ref.: 2026-09-001 Deres ref.: Saksbeh.: ERN Dato: 29.09.26

Høring masseskadeveileder – 26/18353

Overordnet vurdering

Utkastet til ny veileder (2026) kan etter vårt syn *ikke* erstatte dagens veileder i masseskadetriage (2020) da utkastet hovedsakelig fokuserer på de første minuttene av en hendelse og i praksis kun på krigsskadescenarier. Det er viktig at en nasjonal veileder beskriver prinsipper for håndtering av alle typer masseskader.

Utkast til ny veileder (2026) kan med fordel få status som egen «veileder i krigsskadetriage».

Generelle kommentarer til utkastet

Selv om utkastet (2026) er pedagogisk forenklet, gir den tap av informasjon som kan være nyttig for ressurs-disponering, transportprioritering og samhandling mellom ulike nivåer. Eksisterende veileder (2020) gir bedre helhetlig veiledning for alle typer masseskader og inkluderer grovtriage, traumeplaner, CBRNE-planer og samvirke på skadested. Beskrivelse av retriage som prinsipp er også svært viktig ved større hendelser fordi tilstanden til pasienter og ressurstilgangen endres kontinuerlig. Formatet i 2020-versjonen (inkl. figurer) er også langt bedre.

Endringer som foreslås i Helsedirektoratets reviderte veiledere bør generelt sett ha god faglig og vitenskapelig begrunnelse. Utkast til ny veileder (2026) avviker fra SALT og ser ikke ut til å hensynta MUCC. Utkastet legger heller ikke opp til xABCDE-vurderinger, kun merking av røde og døde, og beskriver ikke foretrukne transportmetoder og sykehusallokering. Utkastet representerer dermed forenklinger som – selv om de er godt ment – kan gi økt usikkerhet for innsatspersonell og medføre dårligere masseskadehåndtering.

Det mangler beskrivelse av gående skadde, som bør prioriteres for selv-evakuering i tidlig fase for å redde flest mulig. Dette gjelder ikke minst der skadestedet representerer et vedvarende helseskadelig miljø pga. forurensning, brannrøyk eller der det er risiko for sekundærhendelser (relevant ved terror og krig), og der det derfor bør presiseres at evakuering så langt mulig skal skje til innendørs lokalisasjon.

I utkastet (2026) likestilles masseskade med traume, men også andre masseskadehendelser bør ha et gjenkjennelig handlingsmønster; se listen nedenfor over ulike typer masseskadehendelser.

Hva er egentlig masseskade?

«Masseskade» omfatter en rekke forskjellige hendelser som det er rimelig å anta at kan inntreffe i Norge og som involverer norsk helse- og redningspersonell. Vi oppfatter at utkastet til revisjon i praksis lener seg for tungt mot typiske «krigsskader» der alvorlige traumatiske skader dominerer («skader på krigsskueplass») selv om andre typer masseskade er mer hyppige og kan ha stort skadepotensial. Eksempler:

1) Eksplosive hendelser der glass/splintskader dominerer, f.eks. 22. juli 2011 (ca. 180 skadede personer triagert til legevakt) og eksplosjonen i Vågen/Bergen 1944 (158 mennesker omkom, rundt 5000 ble skadet av fragmenter).

2) Ulike PLIVO-hendelser og storbranner (både røyk- og brannskader). De kanskje hyppigst forekommende masseskadehendelsene i Norge er tunnelbranner (eks. Lærdal og i Oslofjordtunnelen).

3) Industriulykker (både forgiftninger, røyk- og brannskader og traumatiske skader). Hyppig forekommende, og har potensiale for masseskade. (Mest kjente eksempel fra utlandet (Bhopal) som gav 500.000 skadede.)

4) Trengselsskader (crowd crush/ crowd collapse) på konserter og offentlige plasser, som gir livstruende skade i

form av kompresjons-asfyksi. Flere eksempler fra Europa i senere år.

5) Atomvåpen-hendelser (primært stråleskader, brannskader og traumatiske skader). Personer i ikke-sammenraste bygninger har størst overlevelsespotensiale (dvs. pasienter med brann- og stråleskader).

6) Naturkatastrofer og storulykker som involverer *hypotermi* og/eller drukning (skipsforlis, skredulykker mv.).

Kommentar til de syv hovedanbefalingene i utkastet (2026)

1. «Innsatspersonell skal alltid vurdere egen sikkerhet før de går inn i innsatsområdet ved masseskadehendelser, og avstå fra innsats dersom risikoen vurderes som uakseptabel.» Kommentar: Sier egentlig seg selv. Trenger ikke en side tekst for å underbygge dette.

2. «Ved masseskadehendelser skal innsatspersonellet redde flest mulige liv fremfor å optimalisere behandlingen til et begrenset antall pasienter.» [Flytskjema sier: Åpenbart død? Nei -> på gående livstruende blødning? Nei -> legge pasienten i stabilt sideleie og gå videre til neste pasient.]

Kommentar: Også pasienter uten livstruende blødninger kan ha behov for umiddelbar livreddende intervensjon. Ved CO-forgiftning trenger de O_2 og evt. assistert ventilasjon (få minutters behandling er livreddende). Ved CBRNE-hendelser trenger de antidot og fjerning av kontaminert materiale (avkledning kan i seg selv være livreddende og tar bare få sekunder). Ved alvorlig hypotermi trenger de oppvarming (enkle prinsipper er livreddende). Fremskutt behandling med motgift kan dessuten redde mange liv ved CBRNE-hendelser hvis gitt tidlig (tidskritiske antidoter som bla. atropin/obidoksim ved nervestridsmiddel, cyanokit ved cyanid og metylenblått ved nitritt-forgiftninger).

3. «Innsatspersonell som først ankommer skadestedet ved masseskadehendelser, bør merke alvorlig skadde med rød fargekode og døde med sort fargekode.»

Kommentar: Dette er en for radikal forenkling. Forrige versjon (2020) hadde en fornuftig inndeling i hastegrader med tilhørende farge og benevnelse. Rød (akutt), gul (haster) og grønn (minimale skader). I tillegg grå (ikke forenelig med overlevelse i nåværende ressurssituasjon, men vil retriageres til rød hvis nok ressurser tilkommer).

4. «Mindre alvorlig skadde bør ikke prioriteres for behandling i den tidlige fasen av innsatsen ved masseskadehendelser. Ved vedvarende risiko for ny skade på hendelsesstedet, kan de likevel prioriteres for rask evakuering.»

Kommentar: Se merknad ovenfor. Hvis man med «ikke prioriteres for behandling» mener at man f.eks. ikke – aldri – skal ta seg tid til å stabilisere luftveier, fjerne kontaminerte klær (ved CBRNE-hendelse) eller sette på en maske med oksygen (kullosforgiftning), virker dette rådet lite formålstjenlig. Fare for at dette kan tolkes for bokstavelig (!)

5. «Alvorlig skadde bør ved masseskadehendelser evakueres og transporteres til traumesenter eller sykehus med traumefunksjon så raskt som mulig. Pasienter med størst sannsynlighet for å overleve bør prioriteres.»

Kommentar: Dette gjelder bare ved kirurgiske skader med truende blødning, ikke ved andre typer masseskadehendelser. For CBRNE-hendelser skal pasienter i Oslo-området til CBRNE-senteret (OUS).

6. «Ved masseskadehendelser bør personell ved nødmeldesentralene og innsatspersonell som ankommer hendelsesstedet vurdere om, og hvordan, publikum og lettere skadde kan benyttes som ressurs for å redde liv.»

Kommentar: Støttes.

7. «Så snart tilstrekkelige ressurser er tilgjengelige skal vurdering og behandling av skadde ved masseskadehendelser baseres på vanlige akuttmedisinske prinsipper.»

Kommentar: Støttes. Det betyr også at døende pasienter (sort) får tilsyn og palliasjon når ressurstilgangen bedres.

Konklusjon

Eksisterende veileder i masseskadetriage (2020) bør beholdes, men oppdateres med punktene 6 (benytte publikum som ressurs hvis formålstjenlig) og 7 (overgang til vanlige akuttmedisinske prinsipper ved tilstrekkelige ressurser) (se nedenfor). Utkast til ny veileder (2026) kan med fordel få status som egen «veileder i krigsskadetriage».