DEN NORSKE LEGEFORENING

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213
OSLO

Deres ref.: Vår ref: HSAK202600649 Dato: 02-09-2026

Høring: Nasjonal veileder for masseskadetriage

Legeforeningen takker for mulighet til å gi innspill til Helsedirektoratets høring av *revisjonen av nasjonal veileder for masseskadetriage.*

1. Kommentarer til revisjonen som helhet

Legeforeningen støtter i utgangspunktet ambisjonen om en enklere og mer robust veileder for masseskadetriage, og mener at forenklingen av triagering og vektleggingen av få, enkle livreddende tiltak er hensiktsmessig og viktig i situasjoner der behovet for helsehjelp overstiger tilgjengelige ressurser. Det er særlig positivt at prinsippet om å redde flest mulig liv tydeliggjøres, og at tidlig blødningskontroll, sikring av frie luftveier og bruk av publikum som ressurs løftes frem. Vi merker oss samtidig at flere av Legeforeningens konkrete innspill fra 2020 er fulgt opp, blant annet behovet for flere kildehenvisninger, som nå er ivaretatt gjennom eksplisitte referanser til anbefalingene. Det er også positivt at utkastet for første gang inkluderer og beskriver ivaretakelse av publikum som har bidratt under en masseskadehendelse.

Forenkling må imidlertid ikke skje på bekostning av nødvendig beslutningsstøtte eller sammenheng i pasientforløpet. Etter Legeforeningens vurdering legger høringsutkastet for stor vekt på den *innledende* sorteringen og for liten vekt på hvordan denne skal integreres i den videre triage- og behandlingskjeden.

Masseskadetriage bør ikke utvikles som et separat system løsrevet fra det eksisterende traumesystem. For helsepersonell, som sjelden håndterer masseskadehendelse, er likhet med daglig, klinisk praksis en vesentlig sikkerhetsfaktor (jamfør "likhetsprinsippet"). Det er viktig å sørge for at veilederen danner et faglig fundament for et sammenhengende nasjonalt konsept som også omfatter masseskadetriage i sykehus.

Legeforeningen mener derfor at den initiale grovsorteringen bør forstås som det første leddet i et helhetlig masseskadetriagesystem, og veilederen må beskrive hvordan denne fasen henger sammen med den videre vurderingen. Veilederen bør beskrive hvordan pasienter må retriageres når klinisk tilstand, tilgjengelige ressurser eller

evakueringsmuligheter endres, og at en prioritering eller fargekode fra skadestedet må kunne endres ved neste vurderingspunkt.

Beskrivelsen må være tilstrekkelig utfyllende til å sikre kontinuitet og forsvarlig prioritering gjennom hele pasientforløpet, uten at den av den grunn behøver å regulere organiseringen av den videre behandlingen i sykehus. Vi etterlyser også en strategi for å avlære gamle retningslinjer og opplyse om nåværende. Som når blødningskontroll skal nå prioriteres foran sikring av frie luftveier, og når en går fra tre kategorier til to – svart og rød, som bryter med alt det vi har kurset personellet vårt til nå

Videre er det viktig at en nasjonal veileder må være robust også ved CBRNE-hendelser, og andre situasjoner der tilgang til pasientene, dekontaminering, smittefare eller vedvarende trussel endrer forutsetningen for vurdering og behandling. Legeforeningen ønsker også at håndtering av barn og pasienter som må avvente behandling ved ekstrem ressursknapphet beskrives tydeligere i veilederen, og savner også en spesifikk beskrivelse av hvordan *gravide* skal prioriteres ved masseskade.

2. Kommentar til bakgrunn, metode og prosess

Høringsutkastet innebærer et prinsipielt valg om hvor mye klinisk beslutningsstøtte som skal ligge i selve triagemodellen. Legeforeningen savner en tydelig redegjørelse for hvorfor eksisterende prinsipper er forlatt, hvilke alternative modeller som er vurdert, og hvordan internasjonal kunnskap og erfaring er vektet.

Masseskadehendelser egner seg i liten grad for tradisjonelle randomiserte studier. Kunnskapsgrunnlaget vil derfor nødvendigvis bestå av en kombinasjon av observasjonsdata, simuleringer, erfaring fra reelle hendelser og strukturert ekspertkonsensus. Nettopp derfor er transparens i metode og konsensusprosess særlig viktig. Dersom internasjonalt etablerte prinsipper, herunder MUCC/SALT, er vurdert og valgt bort eller modifisert, bør begrunnelsen fremgå.

At utkastet nå har konkrete kildehenvisninger, og at kapittelet «bakgrunn, metode og prosess» er med, beskriver en kunnskapsbasert tilnærming. Dette er en klar forbedring fra 2020-versjonen. Det fremgår likevel ikke tydelig hvordan eventuell uenighet i arbeidsgruppen er håndtert, eller i hvilken grad internasjonal evidens er vurdert som overførbart til norske forhold. Dette er viktig å kunne etterprøve hvilke faglige premisser som ligger til grunn for den foreslåtte modellen.

En nasjonal veileder er normerende, og krav til dokumentasjon av kunnskapsgrunnlag, faglige avveininger og eventuell uenighet bør derfor være høyt.

Legeforeningen savner en bredere representasjon fra sykehusenes mottaksmiljøer og traumeledelse, sykehusledelse, og eksplisitt klinisk-etisk kompetanse i arbeidsgruppen. Flere av anbefalingene har klare etiske og organisatoriske sider som også berører spesialisthelsetjenesten og dens ledelse.

At veilederen skal fungere «like godt i fredstid som i krig» er en betydelig utvidelse av virkeområdet sammenlignet med 2020-versjonen, og fremheves som kjernen i revisjonen. Legeforeningen merker seg imidlertid at utkastets eget avgrensningskapittel fastslår at veilederen «tar ikke hensyn til militærfaglige vurderinger og prioriteringer», og at spørsmål om organisering, strategi, ansvar og roller i skadestedsarbeidet er lagt til en annen veileder (Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested).

Det er en viss spenning mellom denne avgrensningen og ambisjonen om at veilederen skal dekke krigsscenarioer, der militærfaglige vurderinger og en klar ansvarsfordeling må antas å være avgjørende. Legeforeningen etterspør derfor en tydeligere beskrivelse av hvordan de kliniske anbefalingene i denne veilederen er koordinert med de militærfaglige og organisatoriske vurderingene som er lagt til andre dokumenter, i en reell krigs- eller sikkerhetspolitisk krisesituasjon. Samt hvilke konsekvenser den utvidede bruken har for dimensjonering, øvelser og samvirke mellom sivil helsetjeneste og Forsvaret, og hvem som har ansvar for at helseforetak og kommuner faktisk er rustet til å bruke veilederen i hele krisespekteret.

3. Kommentarer til de enkelte anbefalingene

1. Innsatspersonell skal alltid vurdere egen sikkerhet før de går inn i innsatsområdet ved masseskadehendelser, og avstå fra innsats dersom risikoen vurderes som uakseptabel

Legeforeningen støtter dette punktet, men savner en utfyllende forklaring og begrunnelse. Det bør tydeliggjøres hva som regnes som uakseptabel risiko. Under dette punktet er det kun nevnt å bevare muligheten til å yte hjelp, og å unngå tap av liv blant innsatspersonellet. Hva med risiko for alvorlig skade på innsatspersonell?

Ettersom all innsats ved masseskader starter med at innsatspersonell vurderer egen sikkerhet, bør veilederen inneholde en beskrivelse av hvordan helsepersonell skal vurdere egen sikkerhet før inntreden i innsatsområdet. Selv om dette ikke er i tråd med hovedmålet for denne veilederen, kunne det med fordel blitt beskrevet i et kortfattet avsnitt i veilederen, eller med lenker til relevant veiledning,

Videre mener Legeforeningen at veilederen bør tydeliggjøre at allmennleger ikke skal settes inn i uavklarte eller usikrede områder uten relevant trening eller nødvendig utstyr. Samtidig er det viktig at restberedskap på legekontor, sykehjem, kommunal akutt døgnenhet og

helsestasjon er sikret. Det anbefales at veilederen inngår som en del av kommunenes beredskapsplaner.

2. **Ved masseskadehendelser skal innsatspersonellet redde flest mulige liv fremfor å optimalisere behandlingen til et begrenset antall pasienter**

I dette punktet snur forslaget til ny veileder på anbefalingen for rekkefølge fra 2020-versjonen: Blødningskontroll skal nå prioriteres foran sikring av frie luftveier (X-ABCDE). Endringen presenteres som et etablert faktum uten at det kommer frem at dette er en svært fersk internasjonal kursendring (formalisert i ATLS 11 først i 2025, med opprinnelse i militær taktisk medisin). Legeforeningen ber Helsedirektoratet om å synliggjøre dette faktum, og beskrive hvilke opplæringstiltak som er tenkt for en brukergruppe som dels er trent i den gamle rekkefølgen og dels ikke har noen tidligere trening.

Veilederen anfører at personer med samtidig ufrie luftveier og store pågående ytre blødninger kan være svært ressurskrevende å undersøke og behandle i tidlig fase, og at disse derfor bør nedprioriteres. Prinsippet om å prioritere forventet nytte opp mot nødvendig ressursbruk er sentralt ved masseskade. Samtidig er kontroll av katastrofal ytre blødning og enkel åpning av luftvei nettopp de to livreddende tiltakene veilederen ellers prioriterer i den første fasen. Det kan derfor være uheldig om teksten tolkes slik at kombinasjonen av to mulige raskt korrigerbare livstrusler i seg selv er grunnlag for nedprioritering. Vi foreslår at teksten tydeligere skiller mellom raske, livreddende tiltak som kan gjennomføres på kort tid uten å binde personell videre, og videre behandling som krever betydelig tid, kompetanse eller ressurser. Nedprioritering bør først og fremst knyttes til forventet nytte sett opp mot nødvendig ressursbruk i den aktuelle situasjonen, og ikke alene til at pasienten samtidig har både luftveistrussel og stor ytre blødning.

Triagering av barn krever en særskilt omtale da fysiologi, vurderingskriterier, behandlingsbehov og konsekvenser av feiltriage skiller seg fra voksne, og dette bør fremgå tydeligere.

Veilederen angir at personer som ikke puster etter etablering av fri luftvei, vurderes som døde. Legeforeningen gjør oppmerksom på at internasjonale triagesystemer har ulike tilnærminger til *barn* med apné. Enkelte systemer åpner for et begrenset antall innblåsinger før barnet klassifiseres som livløst. Det finnes derfor ikke nødvendigvis én internasjonal modell som uten videre bør overføres til norske forhold. Vi mener at pediatrisk apné bør vurderes eksplisitt, og valgt norsk praksis begrunnes.

I første avsnitt på side seks skrives det «Uten frie luftveier og tilstrekkelig ventilasjon, vil hypoksi forverre sirkulasjonssvikten som skyldes blødning, og lede til bevisstløshet, sirkulasjonsstans og død.». Dette avsnittet er vanskelig å forstå og kan gjerne omformuleres. Dessuten er ventilasjon knyttet mer til CO2-eliminering enn til oksygenering, og dette punktet er derfor ikke helt presist.

DEN NORSKE LEGEFORENING

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

Et triagesystem må ikke bare angi hvilke kategorier pasientene skal plasseres i, men også gi operativ støtte til hvordan man gjennomfører triageringen. Legeforeningen savner tydeligere kriterier for hvem innsatspersonellet skal oppsøke og vurdere først, og hvordan man skal håndtere situasjoner der pasientene er spredt, utilgjengelige eller befinner seg i områder med ulik risiko. Det bør samtidig fremgå at prehospital fargekoding er en situasjons- og ressursavhengig prioritering i den aktuelle fasen, og ikke skal videreføres ukritisk som behandlingsprioritet ved neste vurderingspunkt.

Veilederen foreslår en bevisst forenklet modell der alvorlig skadde merkes rødt og døde sort, mens mindre alvorlig skadde ikke merkes i første fase. Det er positivt, men samtidig kan en så uttalt forenkling av merkingssystemet, med kun to merkekategorier – rød og sort, innebære en risiko for at flere pasienter som tidligere ville fått gul-merking, kategoriseres som røde. Dersom flere pasienter enn strengt nødvendig ender opp med rød-merking, kan dette gjøre det vanskeligere å prioritere evakueringsrekkefølgen til traumesenter/sykehus mellom pasienter med ulik skadegrad. Man bør vurdere om dette er en akseptabel risiko i forslaget til ny veileder.

Det er også viktig at den mest sentrale informasjonen fra vurderingen kan følge pasienten videre til neste vurderingspunkt. Det bør derfor fremgå av veilederen at triageinformasjon følger pasienten, og som minimum angir hvilken prioritet som gjaldt ved siste vurdering og hvilke livreddende tiltak som umiddelbart ble utført. Dette vil understøtte re-triage og kontinuitet i behandlingskjeden.

Det fremgår ikke av veilederen hvordan innsatspersonell fra politi, brann og ambulansetjeneste skal utrustes kostnadsfritt med fargekodeutstyr fra sentralt hold.

Triagemerking i rødt og sort kan, i dårlig lys og hos innsatspersonell med nedsatt fargesyn, være noe vanskelig å skille fra hverandre. Hvit tekst på rød og på sort bakgrunn vil gi størst kontrast og gi økt lesbarhet.

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.**

DEN NORSKE LEGEFORENING

Veilederen beskriver at lettere skadde skal vurderes når ressursene tillater det, og at innsatsleder helse eller medisinsk leder helse fortløpende skal vurdere overgang fra masseskadeprinsipper til ordinære akuttmedisinske prinsipper. Dette er imidlertid ikke det samme som et eksplisitt prinsipp om retriage av den enkelte pasient. Pasientens kliniske tilstand kan endres, den initiale vurderingen kan vise seg å være feil, gjennomførte tiltak kan endre prognosen og endringer i tilgjengelige ressurser eller evakueringsmuligheter kan påvirke hvilken prioritering som er riktig. Dette er særlig viktig når den initiale vurderingen med hensikt skal være svært rask og forenklet. Legeforeningen foreslår at et prinsipp om retriage tas inn, eksempelvis: *Masseskadetriage er dynamisk. Skadde skal vurderes på nytt når klinisk tilstand, tilgjengelige ressurser eller evakueringsmuligheter endres. En tidligere tildelt prioritet skal kunne endres.*

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**

Veilederen legger til grunn at pasienter med dårlige overlevelsessjanser ikke bør prioriteres for tidlig evakuering, og nevner blant annet traumatisk hjertestans, store hodeskader og store brannskader som eksempler. Dette åpner i praksis et «vente-og-se»-prinsipp, men veilederen har ingen egen kategori som skiller disse "vente-og-se "pasientene fra pasienter som er døde. Dette skillet er viktig både medisinsk, etisk og operativt. En pasient i en avvente-kategori er fortsatt i live, men prioriteres lavere fordi forventet ressursbruk vurderes som uforholdsmessig stor sammenholdt med sannsynlig nytte i den aktuelle ressurssituasjonen. En slik prioritering må også være dynamisk og kunne endres dersom ressurssituasjonen endres.

Vi anbefaler derfor at det vurderes om skillet mellom død og avvente bør gjøres tydelig, enten gjennom en egen kategori, eller gjennom en tydeligere beskrivelse i veilederen. Dette vil også understøtte prinsippet om retriage (se pkt 4).

Legeforeningen vil også påpeke at pasientgrupper som ikke prioriteres, er et krevende valg, og en av de vanskeligste medisinske og etiske problemstillingene ved masseskadetriage. Å utelate eller underkommunisere problemstillingen kan gjøre disse valgene mer uforutsigbare og personavhengige. Veilederen bør derfor tydeliggjøre hvordan valgene og avgrensningene kan forankres faglig og etisk.

Veilederen anbefaler at alvorlig skadde med størst sannsynlighet for å overleve transporteres til traumesenter eller sykehus med traumefunksjon så raskt som mulig. Samtidig må destinasjonsvalget ses i sammenheng med tilgjengelig og total mottaks- og

behandlingskapasitet. Dersom et stort antall alvorlig skadde transporteres til samme sykehus, kan ressursknappheten i praksis forskyves fra skadestedet til mottakende sykehus. Veilederen bør tydeliggjøre at destinasjonsvalg ved masseskadehendelser må baseres på en samlet vurdering av skadegrad, transporttid og tilgjengelig behandlingskapasitet, slik at pasientstrømmen kan fordeles på en måte som samlet sett gir størst mulig behandlingskapasitet og nytte. Dette kan beskrives som et overordnet prinsipp for prioritering og evakuering uten at veilederen behøver å regulere den konkrete organiseringen av pasientfordelingen.

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**

I høringsutkastet utvides målgruppen for veiledere til å også omfatte politi, brann, 11x-operatører, forsvaret, sivilforsvaret, heimevernet og frivillige organisasjoner, og legger samtidig opp til at lettere skadde kan brukes som ressurs. Dette kan være hensiktsmessig, men ansvarsforhold, veiledning og avgrensninger må beskrives tydelig. Et nasjonalt system bør primært være utformet for kompetent helsepersonell, samtidig som enkelte enkle oppgaver kan delegeres når situasjonen tilsier det.

I veilederen bør det være tydelig hvem som har det faglige og eventuelt rettslige ansvaret når personell uten helsefaglig bakgrunn utfører triage eller livreddende førstehjelp. Det bør også spesifiseres hvilken rolle legen er tiltenkt i denne modellen – som fagansvarlig, superviserende, retriagerende eller utøvende på linje med andre.

Videre bør det nevnes hvordan nødvendig opplæring og vedlikehold av kompetanse skal sikres hos denne utvidede brukergruppen, og hvem som har ansvar for dette (kommune-, HF, nødetatene/arbeidsgiver). Det bør komme en beskrivelse av hvordan man skal nå ut til publikum som yter bistand med informasjon om mulig oppfølgning etter hendelsen.

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

Veilederen anbefaler at vurdering og behandling igjen skal baseres på ordinære akuttmedisinske prinsipper så snart tilstrekkelige ressurser er tilgjengelige, og presiserer at innsatsleder helse/medisinsk leder fortløpende skal vurdere når denne overgangen kan skje, Begrepet «tilstrekkelige ressurser» er imidlertid i liten grad operasjonalisert i forslaget til

DEN NORSKE LEGEFORENING

veileder. Legeforeningen mener at vurderingen ikke bør baseres på antall tilgjengelige innsatspersoner alene, men også på forholdet mellom antall og alvorlighetsgrad av skadde, tilgjengelig behandlings- og transportkapasitet og forventet tid til ytterligere ressurser. Dette vil kunne bidra til en mer ensartet vurdering av når masseskadetriage fortsatt er nødvendig og når man kan gå tilbake til ordinære akuttmedisinske prinsipper.

Det bør samtidig tydeliggjøres hvem som har myndighet til å beslutte at en hendelse skal håndteres som en masseskadesituasjon, og dermed utløse overgangen fra ordinære til ekstraordinære prioriteringsprinsipper. Dette gjelder både på skadestedet, i AMK/nødmeldetjenesten og i mottakende helseforetak. Videre bør det fremgå hvordan rollen som innsatsleder helse/medisinsk leder helse er forankret i og koordinert med helseforetakenes ordinære beredskapsledelse og eventuelle regionale og nasjonale beredskapsnivåer ved svært store eller langvarige hendelser.

Dette blir særlig viktig siden veilederen skal dekke hele krisespekteret, inkludert krig. Det bør derfor avklares om beslutningsmodellen er ment å være den samme i fredstid, ved sikkerhetspolitisk krise og i krig, eller om ulike deler av krisespekteret krever ulik forankring av beslutningsmyndighet. Dette er ikke bare et spørsmål om presisering, men en forutsetning for at veilederen skal kunne fungere som et styrende dokument i pressede og uoversiktlige situasjoner.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Bente Kristin Johansen
fagsjef

Lars Nord Holmer
rådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk