Norsk
Paramedisinforening

Høringssvar; Nasjonal veileder for masseskadetriage

Om norsk paramedisinforening

Norsk Paramedisinforening (NPF) er en uavhengig, faglig interesseorganisasjon for ambulansearbeidere, paramedisinere, studenter og andre med tilknytning til det prehospitale fagmiljøet. Foreningen ble etablert i 2005.

Etter vedtektsendringene i 2025 arbeider Norsk Paramedisinforening for profesjonsutvikling av både ambulansearbeidere og paramedisinere. Dette gjenspeiler bredden i ambulansetjenesten og behovet for en samlende faglig organisasjon som ivaretar hele det prehospitale fagmiljøet. Norsk Paramedisinforening deltar i faglige og politiske høringer, bidrar i aktuelle diskusjoner og er i dag en anerkjent sparringspartner for myndigheter, organisasjoner, utdanningsinstitusjoner og andre aktører innen akuttmedisin og prehospitale tjenester.

Bakgrunnsinformasjon om masseskadehendelser:

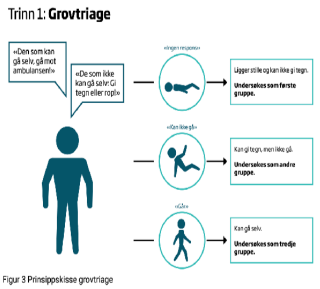
Masseskader er heldigvis ikke hyppig forekommende, men denne type hendelser må samtidig forventes, og vi må ha beredskap for å håndtere disse. I Norge har vi historisk flere ulike typer masseskadehendelser, dette gjør det etter vårt syn utfordrende å finne et felles system som dekker alle typer masseskade-triage. Man vil for eksempel finne andre skader ved et terrorangrep, enn en større bussulykke, eller ved et skred, selv om alle disse vil kunne føre til en masseskade-hendelse. Noen hendelser som flystyrt og forlis langt fra land vil medføre mange dødsfall som i mindre grad kan unngås ved hjelp av god triage, da flertallet vil ha skader som medfører død uavhengig av god triagering. Dette passer også med nyere forskning bl.a. Management of mass casualty incidents: a systematic review and clinical practice guideline update | European Journal of Trauma and Emergency Surgery | Springer Nature Link

Triage

Triage har som mål å sortere pasientene ut fra hvor hardt skadet de er og hvor fort de trenger hjelp.

Triage består litt forenklet av følgende typer triage

1. **Gruppetriage/grovtriage/katastrofetriage**



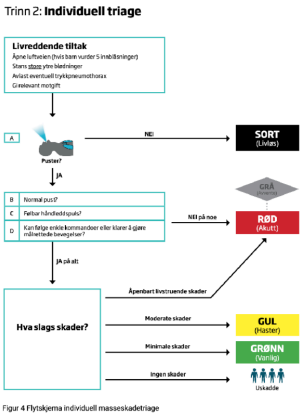
Figur 3 Prinsippskisse grovtriage

Oftest basert på funksjon; kan du gå eller ikke, etterfulgt av kontroll av luftvei, og stans av store blødninger på de som ikke kan gå selv. Dette er hurtig å utføre, men fanger ikke alle kritisk skadde. Vi tenker begrepet gruppetriage er dekkende og pedagogisk bra, da målet er å grovsortere på gruppenivå.

(I dagens masseskadeveileder kalles dette grovtriage)

2. **Enkel individuell masseskadetriage**

basert på funksjon og grad av åpenbart livstruende skade, eksempelvis SALT triage



Figur 4 Flytskjema individuell masseskadetriage

3. **Kombinasjonstriage**

som prøver å kombinere gruppetriage og individuell triage med ulik grad av måling av vitalia, vanligvis pulsfrekvens og pustefrekvens, samt grad av bevissthet

4. **Hverdagstriage**

Ofte kalt anatomisk triage, basert på mer helhetlig undersøkelse av kroppen (XABCDE o.l), i kombinasjon med scoringsverktøy som traumeskjema, RETTS, NEWS2 o.l. Hverdagstriage er tidkrevende og krever betydelig kompetanse, og er derfor kun egnet i situasjoner der man har få skadde og tilstrekkelig kvalifisert personell. I tillegg vil man i masseskadesituasjoner måtte prioritere hardere hvem som skal sendes til traumesykehus, grunnet kapasitetsutfordringer der.

Etter vårt syn blir målet med masseskadetriagen derfor å forebygge dødsfall og alvorlig skade som kan unngås. Det er derfor viktig å fokusere på skader der død og/eller ytterligere skade kan forebygges, unngås.

Utfordringen i valg av type er at gruppe-triage i mindre grad fanger opp pasienter med alvorlig skade som så langt ikke er i kritisk funksjonssvikt, utfordringen med kombinert masseskadetriage er at dette tar mye mer tid, og krever mer trening av personellet, noe som vanskeligjør en enhetlig masseskadetriage på tvers av innsatspersonellet.

Kort om skadetyper, og grad av forebyggbar død:

Død på stedet (innen minutter):

TBI	I liten grad reddbar
Høy spinalskade	I liten grad reddbare
Stor ytre blødning	Betydelig potensiale for bedre outcome om blødningskontroll kan iverksettes tidlig
Ufri luftvei	Basale grep ofte virkningsfulle, betydelig potensiale for bedre outcome med tidlig tiltak

Død innen timer:

Indre blødninger	*Betydelig overlevelsespotensiale, men krever ofte kvalifisert anatomisk triage for å fange disse tidlig, blir ofte grønn på grovtriage*
Sekundær (moderat TBI	*Noe overlevingspotensiale , men krever ofte kvalifisert anatomisk triage*
Overtrykkphneumothorax	*Krever kvalifisert anatomisk triage, og kvalifisert intervensjon*

Som vi ser av det overstående så har vi etter vårt syn 5 grupper skader som vil kunne ha stor nytte av god triage også ved masseskade..

Den raskeste dødsfaktoren er ufri luftvei, hjernen tåler få minutter uten tilførsel av luft/oksygen. Dette er også en tilstand der basale tiltak ofte vil kunne gjenopprette fri luftvei, og slik kjøpe tid og mulighet for å redde pasientene

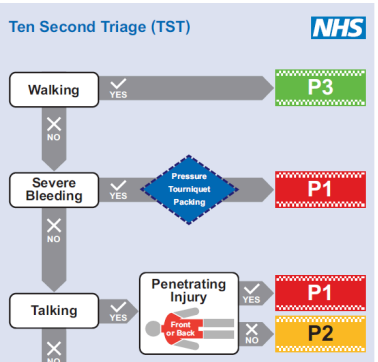
Store ytre blødninger er tilstander som vil kunne forventes i flere ulike typer masseskadetriage, spesielt terror med skyte-, stikkvåpen og/eller bomber. Tidsfaktoren er her kritisk, og deteksjon og vellykket stans av slike ytre pågående blødninger krever hurtig identifisering, og tidlige tiltak.

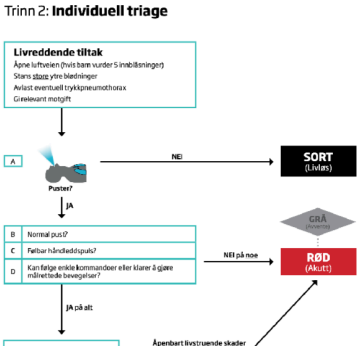
Ved begge disse tilstandene vil pasientene oftest være svekket og/eller bevisstløse, de egner seg derfor godt for første-deteksjon via gruppe-triage. Det samme gjelder brudd i store rørknokler.

Store indre blødninger, moderate hjerneblødninger og enkelte lungeskader er mer utfordrende å triagere, disse pasientene vil i enkelte tilfeller kunne gå/stå en periode etter skaden, samtidig som forskningen viser at tidligst mulig kirurgisk intervensjon er påkrevd for å sikre høy overlevelse. Disse pasientene er sårbare for masseskadetriage og er i praksis avhengig av en eller annen grad av kvalifisert anatomisk triage for å fanges opp før de er så dårlige at bevisstheten blir påvirket.

Vi i Norsk paramedisinforening mener det helhetlig beste er tretrinns triage:

1. Først en svært enkel gruppe-triage, gjerne “Ten Second Triage” TST. Denne triagemodellen har to fokus; å skille de som kan gå fra de som er for skadd til å gå, og deretter identifisere, og håndtere de som har store ytre blødninger, ufri luftvei, eller penetrerende skader på overkropp. Vi mener alle typer personell som skal opptre på skadested bør beherske funksjonell triage, sideleie, og stans av store ytre blødninger med f.eks. torniquet.
2. Når så alle pasienter som ikke kan gå er triagert på denne måten bør man etter vårt syn over på en kombinasjons-triage, basert på kombinasjonen av funksjon og vitale målinger (puls, pustefrekvens og bevissthetsgrad).





3. Så snart man har kapasitet til det bør man gjøre anatomisk triage basert på XABCDE, full topp til tå undersøkelse og vitale målinger.

Vi må være svært bevisste på at bruk av gruppe-triage medfører et bevisst valg om at man i mindre grad identifiserer pasienter med indre blødninger, tidlig identifikasjon av disse pasientene er kritisk viktig for å sikre overlevelse, vi anbefaler derfor at det i veilederen presiseres at individuell sekundær triage av de som kan gå i størst mulig grad skal gjøres av kvalifisert personell som er trent på å identifisere tegn på kompensasjon grunnet f.eks. blødning, moderat hodeskade og lungeskader.

Dette er etter vårt syn et kritisk punkt for å sikre høyest mulig overlevelse, ellers risikerer vi at pasienter som ikke kan gå pga. f.eks. brudd kan ende med å bli prioritert foran pasienter med alvorlige indre skader som fortsatt kan gå. Det er ikke intuitivt logisk at gode klinikere skal sendes til grønn triage, mens vi har andre pasienter med rød/gul triage. Derfor bør dette momentet inn i både veilederen og opplæring, trening og øvelser på masseskade-triage. NPF mener dette vil være en egnet rolle for f.eks. legevaktsleger og erfarent ambulansepersonell

NPFs anbefaling:

Ved katastrofer anbefaler NPF gruppetriage enten etter dagens løsning, eller TST, etterfulgt av individuell katastrofetriage etter dagens norske modell. Ved store

hendelser bør sone for pasienter med grønn triage i størst mulig grad bemannes med kvalifisert helsepersonell, som behersker individuell triage,både kombinasjonstriage og ren anatomisk triage.

Vedtak om masseskadetriage, og avslutning av dette

Håndtering av pasienter ved store hendelser/masseskade er dynamiske, og vil før eller senere, ofte gradvis, gå fra en situasjon der man er i katastrofemodus (for få ressurser til oppgavene), til en situasjon der vi har tilstrekkelig med ressurser til å håndtere det antallet pasienter vi har med det personellet som er tilgjengelig.

All den tid katastrofetriage er såpass grovkornet, er det viktig at man så snart som mulig går over til henholdsvis individuell triage og anatomisk hverdagstriage. Samtidig vil man kunne stå i en situasjon der man på skadested har oppnådd tilstrekkelig ressurstilgang, mottagende sykehus fortsatt er i katastrofemodus. Flere av de dårligste pasientene vil kunne kreve kirurgi over mange timer. Det er derfor ønskelig at også mottagende enheters kapasitet er en del av vurderingen når vi skal gå tilbake til hverdags-triage. Denne dialogen anbefales gjort gjennom medisinsk leder helse.

NPFs anbefaling:

I en situasjon der man igjen har kapasitet til å utføre anatomisk triage, skal vedtaket om å forlate katastrofetriage gjøres av innsatsleder helse i samråd med medisinsk leder helse. Etter et slikt vedtak skal dette formidles i både felles innsatskanal og helsesetatskanaler.

NPF mener også det bør diskuteres om man skal benytte gruppetriage/masseskadetriage i initial fase av alle “major incidents” (definert som at en eller flere av nødetatene er i katastorfemodus), uavhengig av om man har identifisert mange eller få skadde. Tanken bak dette er at nødetatene fungerer som en samlet gruppe og overload hos en av aktørene vil fort påvirke også de andre, og

kreve kompenserende tiltak for å understøtte den eller de etatene som har underkapasitet.

Publikum/lekfolk og masseskade:

Man ser ofte at publikum har større risikovillighet enn innsatspersonell i den tidlige/akutte fasen grunnet at snarrådighet, mindre erfaring og kompetanse, samt at de ikke har trening i utøvelse av egensikkerhet ved større hendelser.

Lekfolk med førstehjelpskompetanse og trening vil kunne benytte enkle triageverktøy som “rød eller død” dersom det var gjennomført opplæring og trening i forkant av en hendelse, men man kan aldri pålegge at dette skal utføres av utrente personer.

Norsk Paramedisinforening 30.09.2026