Høringsinnspill – revidert nasjonal veileder for masseskadetriage

Vi støtter målsettingen om en enklere, raskere og mer dynamisk modell for masseskadetriage. En enkel og robust modell er avgjørende i situasjoner der antall skadde overstiger tilgjengelige ressurser og raske prioriteringer er nødvendige.

Våre innspill har som formål å bevare forenklingen, samtidig som enkelte forhold tydeliggjøres for å sikre entydig praksis, pasientsikkerhet og sammenheng i pasientforløpet – fra skadested til akuttmottak, operasjon og intensivbehandling. Innspillene er strukturert med henvisning til anbefalingene i høringsutkastet.

1. Etablering av fri luftvei og vurderingen «puster ikke – anses som død»

Veilederen angir at personer som ikke puster etter etablering av fri luftvei, skal anses som døde, og beskriver i hovedsak sideleie og kjeveløft som tiltak. Vi mener det bør presiseres hva «etablering av fri luftvei» innebærer, og hvor langt personell med høyere kompetanse og tilgang til utstyr skal gå før pasienten kategoriseres som død. Dette er viktig når samme algoritme skal brukes av personell med svært ulik kompetanse.

Vi foreslår at veilederen fastslår at de enkle tiltakene i algoritmen er tilstrekkelig for kategorisering, og at tidsbruken per pasient i primærtriagen skal holdes minimal uavhengig av personellets kompetanse. Eventuelle avanserte luftveistiltak hører hjemme i en senere fase, når ressursene tillater det.

2. Levende pasienter som nedprioriteres må få en tydelig status

Veilederen beskriver at pasienter med svært ressurskrevende behandlingsbehov eller lav sannsynlighet for overlevelse kan måtte nedprioriteres. Dette reiser et vesentlig praktisk og etisk spørsmål: Hvordan skal en levende, kritisk skadd pasient som nedprioriteres, merkes, følges opp og revurderes?

Vi foreslår at veilederen etablerer en egen, tydelig status for denne pasientgruppen, tilsvarende kategorien «expectant» som benyttes i flere internasjonale triagesystemer. Det bør beskrives når og hvordan pasienten skal retriageres, hvilke minimumstiltak som skal opprettholdes, og hvordan symptomlindring, omsorg og verdighet ivaretas når aktive livreddende tiltak ikke kan prioriteres.

Det bør fremgå eksplisitt at nedprioritering som følge av en midlertidig ressurssituasjon ikke innebærer at behandlingen er avsluttet. Pasienten skal prioriteres opp igjen når ressursene tillater det.

3. Retriage som gjennomgående prinsipp

Masseskadesituasjoner er dynamiske. Både pasientens tilstand og tilgjengelig behandlingskapasitet kan endres raskt. Vi foreslår at retriage omtales eksplisitt som et gjennomgående prinsipp i veilederen, og at det fremgår at alle levende pasienter skal revurderes når tilstanden, situasjonen eller ressursene endrer seg.

Dette er særlig viktig ved skader der pasienten innledningsvis kan fremstå stabil, som indre blødninger, thoraxskader, hodeskader og inhalasjonsskader. En tidlig prioriteringsbeslutning skal ikke oppfattes som endelig.

4. Forenklet fargekoding – dokumentasjon og overgang til videre triage

I første fase foreslås rød merking av alvorlig skadde og sort merking av døde, mens mindre alvorlig skadde som hovedregel ikke merkes. Vi har forståelse for forenklingen, som kan gi raskere gjennomgang av mange pasienter.

Vi foreslår at veilederen beskriver hvordan man går fra den initiale, forenklede kategoriseringen til mer differensiert vurdering når flere ressurser blir tilgjengelige. Vi foreslår også et minimum av dokumentasjon, så langt situasjonen tillater det: at pasienten er vurdert, tidspunkt for vurderingen, hvilke livreddende tiltak som er utført, og om prioriteringen senere er endret. Dette reduserer risikoen for at pasienter overses og for unødvendig gjentakelse av vurderinger.

5. Barn

Veilederen bør være tydeligere på hvordan barn skal vurderes. Dersom samme algoritme og samme terskler skal gjelde for barn og voksne, bør dette fremgå eksplisitt. Dersom det gjelder pediatriske særhensyn, bør disse være enkle å identifisere og anvende under tidspress.

Som eksempel på et slikt særhensyn gir enkelte internasjonale modeller, som JumpSTART, innblåsninger til barn med puls som ikke puster etter at luftveien er åpnet, fordi pustestans hos barn oftere er respiratorisk betinget. Vi ber om at veilederen tar stilling til om et slikt tiltak skal inngå. Barn kompenserer dessuten annerledes enn voksne og kan forverres raskt, noe som understreker betydningen av retriage.

6. Overgang fra skadested og transport til mottakende sykehus

Veilederen åpner for bruk av andre utrykningskjøretøy eller private kjøretøy når ambulanser ikke er tilgjengelige. Dette kan være nødvendig, men innebærer at alvorlig skadde kan ankomme sykehus uten prehospital overvåkning, forhåndsvarsling eller strukturert overlevering.

Vi foreslår at veilederen tydeliggjør behovet for koordinering via AMK og mottakende sykehus så langt situasjonen tillater det, slik at sykehusene kan forberede akuttmottak, kirurgisk kapasitet, anestesi- og intensivressurser og blodprodukter. Det bør også fremgå at pasienter som ankommer spontant eller med alternative transportmidler, inngår i det samlede triagesystemet og retriageres ved ankomst.

7. Hypotermiforebygging i handlingsalgoritmen

Vi støtter at hypotermiforebygging omtales. Varmetap bidrar til fysiologisk forverring hos alvorlig skadde, og tiltaket er enkelt å gjennomføre gjennom hele pasientforløpet. Vi foreslår at hypotermiforebygging tas inn i selve handlingsalgoritmen, ikke bare i utdypende tekst.

8. Opplæring og øvelser

Til anbefaling / implementering

Modellen skal brukes av personell med svært ulik kompetanse, under tidspress og ressursknapphet. Vi anbefaler at implementeringen ledsages av standardiserte tiltakskort,

opplæringsmateriell og tverrfaglige øvelser på tvers av prehospitale tjenester, AMK, sykehusenes akuttkjede (akuttmottak, anestesi, kirurgi, operasjon, intensiv og barn) og øvrige nødetater.

Oppsummering

Vi støtter intensjonen om en enklere og mer anvendelig modell. Veilederen vil etter vår vurdering styrkes av tydeligere føringer for luftveishåndtering, vurdering av barn, status og oppfølging av levende pasienter som nedprioriteres, retriage, dokumentasjon og overgangen fra skadested til sykehus. Masseskadetriage avsluttes ikke når pasienten forlater skadestedet, og prinsippene bør kunne videreføres gjennom hele behandlingskjeden.