OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Notat

Til:	Helsedirektoratet, Avdeling beredskap
Kopi:	
Fra:	Steinar Olsen, Prehospital klinikk OUS
Saksbeh.:	Jo Kramer Johansen
Dato:	29.9.2026
Sak:	**Høring Nasjonal veileder for masseskadetriage**

Høringsinnspill fra Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus har ønsket å sende et felles høringssvar til ny veileder i masseskadetriage. Det har kommet innspill fra Prehospital klinikk, Akuttklinikken og Medisinsk klinikk. Innspillene er sammenfattet fra Prehospital klinikk og oversendes på vegne av Oslo universitetssykehus. Det er i tillegg flere enheter i sykehuset som vil sende separate høringssvar som kan gå mer i dybden på de ulike elementene i høringen.

Sammendrag av innspillene fra Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus støtter initiativet og ønsket om jevnlig revidering av Helsedirektoratets normerende dokumenter og ser nytten av enhetlig format for disse veilederne som er tilpasset lesing og oppslag på elektroniske plattformer.

Våre generelle kommentarer går på uklar faglig begrunnelse for det som oppfattes som omfattende endring i veilederen. Dette er særlig uheldig siden endringene ikke følges av en plan eller vurdering av kostnadene ved behovene for implementering. Vi mener også at forenklingen går for langt og at det i dette utkastet mangler en forståelig overgang og sammenheng til de vanlige prinsippene for undersøkelse og initial behandling av alvorlig skadde.

Vi støtter den nye veilederens ideer om involvering av publikum som ressurs på skadestedet der det er vurdert som trygt, og den samtidige anerkjennelsen av at det også innebærer et ansvar for å håndtere behov for oppfølging i ettertid.

Vi anbefaler at Helsedirektoratet omarbeider dette forslaget ved å beholde begrepene fra tidligere veileder, men i ny veileder gjerne tydeliggjør masseskadetriages dynamiske karakter hvor våre handlingsmønster må være svært enkle initialt for så å kunne ta inn vanlige akuttmedisinske prinsipper i økende grad i takt med ressurstilgang. Bruken av Helsedirektoratets veiledere er ikke bare som forberedelse til trening og øvelser, men også som mal for evaluering i etterkant av hendelser. Evalueringer har to formål – både å identifisere det som gikk bra og det som man må lære og av og forbedre. I tillegg vil en evaluering kunne oppleves som en «dom» for de som var på stedet, og vi må derfor ikke gjøre det «umulig» å lykkes eller skape urealistiske forventninger til hva som er mulig i en situasjon hvor ressursene ikke er tilstrekkelige for å gi optimal behandling.

Bakgrunn:

Utkast til ny veileder i masseskadetriage

Helsedirektoratet har sendt forslag til ny veileder i masseskadetriage til åpen høring. Det nye forslaget erstatter versjonen fra 2020 som igjen var en omfattende revisjon av den opprinnelige

veilederen som først ble publisert i 2013. Veilederen skal gi helsepersonell og samarbeidende nødetater felles forståelse av behovene for prioriteringer ved masseskadehendelser som defineres som hendelser med flere alvorlig skadde der behovet for undersøkelse og behandling overskrider kapasiteten på stedet.
Høringsdokumentet er publisert elektronisk her: Masseskadetriage – HØRINGSUTKAST - Helsedirektoratet.
Veilederen inngår i en samling normerende produkter fra Helsedirektoratet som skal gi faglige føringer, mulighet for forberedelse og øvinger, og hjelp ved evaluering i etterkant av hendelser. De andre normerende dokumentene som det vises til, er Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested og Nasjonal faglig retningslinje for CBRNE-hendelser. Det er angitt avgrensning ved at veilederen skal gjelde kun i den første fasen av masseskadehendelser utenfor sykehus.

Oslo universitetssykehus
Oslo universitetssykehus er landets største traumesykehus og tar årlig imot 1200 med traumemottak hvorav mer enn 250 alvorlig skadde pasienter, i tillegg til sekundæroverflytninger fra nabosykehus i forbindelse med regionale og nasjonale funksjoner. Prehospital klinikk ved Oslo universitetssykehus er landets største prehospitale tjeneste, AMK-avdelingen besvarer medisinsk nødtelefon (113) for 1,8 millioner mennesker i Oslo, Akershus, Østfold og deler av Innlandet, Ambulanseavdelingen gjennomfører mer enn 160 000 ambulanseoppdrag årlig for en befolkning på 1,4 millioner, og Luftambulanseavdelingen med både legebiler, medisinsk bemanning på ambulansehelikopter og redningshelikopter har oppdrag over hele Sør-Norge. Oslo universitetssykehus er også vertskap for relevante kompetansemiljøer for CBRNE, traumatologi og prehospital akuttmedisin, inkludert de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene for traumer (traumeregisteret) og hjertestans (hjertestansregisteret). Nasjonalt senter for prehospital akuttmedisin (NAKOS) driver også NAKOS-portalen med stor portefølje av nasjonale opplæringsopplegg for de prehospitale tjenestene, samarbeidende nødetater, inkludert digitale ressurser for trening for CBRNE-hendelser, PLIVO, masseskade, og operativ og medisinsk ledelse ved større hendelser.

De viktigste endringene fra forrige versjon:

1. Formatendring: Veilederen er formattert for elektronisk lesing på skjermer i flere formater i tråd med føringer fra Helsedirektoratet. Det vil si at veilederen er brutt ned i anbefalinger (overskrifter) som har utdypende tekst. Den utdypende teksten kommer fram når man klikker inn på anbefalingene, og følger et fast oppsett:
    a. Utdypende anbefaling
    b. Praktisk informasjon som inkluderer steg-for-steg anbefalinger og handlingsmønster
    c. Begrunnelse som inneholder henvisning til prinsipper og litteratur

    Bakgrunn og beskrivelse av veilederens formål, målgrupper og avgrensninger er flyttet bakerst i dokumentet.

2. Forenkling av arbeidet med enkeltpasienter på skadestedet
    a. 5 (4) kategorier er redusert til 2 i den første vurderingen, men samtidig er trinnet med «grovtriage» på avstand fjernet.

    b. Dette er tenkt som en forenkling, men har samtidig fjernet beskrivelse av sortering i «mellomkategoriene» og operasjonaliseringen av disse
    c. Dynamikken i et skadested anerkjennes ved en påminnelse om å gå tilbake til ordinære vurderinger og behandlinger straks tilstrekkelige ressurser er tilgjengelige.
3. Beskrivelse av involvering av publikum på skadestedet
    a. Via instruksjoner og råd fra AMK
    b. Via delegerte oppgaver fra personell på stedet
4. Ny anbefaling om tilbud om gjennomgang etter store hendelser – ikke bare i regi av profesjonelle tjenester, men også for publikum og frivillige

Generelle kommentarer fra Oslo universitetssykehus
Oslo universitetssykehus støtter initiativet og ønsket om jevnlig revidering av Helsedirektoratets normerende dokumenter og ser nytten av enhetlig format for disse veilederne som er tilpasset lesing og oppslag på elektroniske plattformer.

Behovet for endring og vitenskapelig grunnlag
I høringsutkastet beskrives at «Nasjonale anbefalinger og råd har en kunnskapsbasert tilnærming. Det innebærer at forskningslitteratur, klinisk erfaring og brukererfaring på en systematisk måte vurderes opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av et tiltak». Den forrige revisjonen av veilederen ble fulgt av en omfattende gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget publisert som et eget dokument. Det fremkommer ikke om det er gjort en oppdatering av litteraturgjennomgangen.
Det finnes internasjonale og publiserte modeller for masseskadetriage. Den mest kjent og brukte – SALT (et akronym for: Sort, Assess, Lifesaving interventions, Transport), som er gjenkjennelig i forrige versjon av veilederen, er ikke nevnt. Det er også publisert konsensusbaserte kriterier for pasientsortering (*MUCC;* Model Uniform Core Criteria) med 5 kategorier (Dead, Expectant, Immediate, Minimal, Delayed), som gjenfinnes i lærebøker og systemer hos samarbeidende organisasjoner. Det fremkommer ikke i høringsutkastet om eller hvordan man har forholdt seg til disse internasjonale konseptene.
I bakgrunnskapittelet beskrives en erfaring om at konvensjonell triagemodell er for tidkrevende og at den krever medisinskfaglig kompetanse. Triage er en dynamisk prosess og når behovet overskrider ressursene vil personellet måtte gjøre forenklinger i både undersøkelse og behandling med mål om best mulig resultat for flest mulig. Dette mener vi at var ivaretatt også i den forrige veilederen, men den nye mangler det viktige mellomtrinnet fra den beskrevne 2-delte sorteringen til vanlige akuttmedisinske prinsipper.

Målgrupper:
Målgruppene for veilederen er beskrevet helt i slutten av dokumentet og er svært mangfoldig. Det er krevende å lage anbefalinger som både skal favne et vidt spekter av innsatspersonell, og samtidig oppleves relevant for vårt erfarne prehospitale personell. Veilederen bør være tydeligere på hvilke forventinger vi skal ha til og oppgaver som kan utføres av, profesjonelle utrykningspersonell uten medisinsk bakgrunn.

Kompetent personell
Prehospital klinikk har erfaring med praktisk bruk av eksisterende planverk og faglige prinsipper for masseskadehåndtering i reelle hendelser. Vi har også bygget opp erfaring gjennom kontinuerlig

utvikling og trening på PLIVO og katastrofeøvelser. Våre erfaringer er relevante både for hendelser i storby og utenfor by.
Ved et tilbakeblikk på katastrofer og hendelser i Norge etter 2. verdenskrig, så har hovedregelen vært at tilgang på helseressurser har vært tilstrekkelig, og ofte større enn tilfanget på skadde skulle tilsi. Ved de fleste større hendelser har man hatt tilstrekkelig kapasitet til å behandle og evakuere kritisk syke pasienter. Etter reorganiseringen av redningstjenesten på 70-tallet har roller og ansvar blitt tydeligere.
Ved oppdatering av planverket bør man ta hensyn til at ambulansepersonellet har enn annen juridiske status og kompetansenivå enn på begynnelsen av 2000-tallet. Dette innebærer individuelt ansvar for selvstendige faglige vurderinger og sikre forsvarlig helsehjelp etter Helsepersonelloven. Tilsvarende gjeler også for annet helsepersonell som er involvert ved ulykker og hendelser.

➔ **Nasjonale veiledere må ikke komme i konflikt med det individuelle ansvar, men bør søke å støtte innsatspersonell, slik at disse kan håndtere situasjonen på en god måte og oppleve mestring. Nasjonale veileder må gi overordnede føringer, men må ikke lage begrensninger som hindrer at pasienter ikke får tilstrekkelig helsehjelp**.

Når skal denne veilederen brukes?
Veilederen knytter masseskadetriage til en situasjon der ressurstilgangen ikke tillater ordinær akuttmedisinsk behandling, altså en *dekompensert fase*. Dette bør komme tydeligere frem i veilederen. Det hadde vært nyttig med noen eksempler og kriterier for når det vil være riktig å beslutte å benytte masseskadetriage og tilsvarende for å beslutte å gå tilbake til normal situasjon.

Modellen «rød eller død» er kanskje egnet for den helt første fase, altså ved første ankomst av helseressurser og øvrig innsatspersonell.

➔ Rød er i praksis bare definert som ikke «mindre alvorlig skadd».

Sort/Rød synes best egnet for mannskaper som ikke er helsepersonell og som gjennomfører første gjennomsøkning av skadestedet. Den nye veilederen inneholder ikke lenger en beskrivelse av grovsortering ved at de som kan gå, får beskjed om å bevege seg til egnet sted og de som er våkne, får beskjed om å gi tegn eller rope. Vi anerkjenner at erfaringen ofte vil være at slike forflytninger skjer uoppfordret, men dette hadde vært nyttig å beskrive i veilederen. Vi savner en tydeligere beskrivelse av de «Gående skadde». Det bør fremgå hvordan de fanges opp for vurdering, og at valg av destinasjon skal koordineres med Politi/AMK. Da unngår man at de belaster nærmeste legevakt eller lokal/traumesykehus ukoordinert.

Sammenheng med andre dokumenter og nasjonal traumeplan:
Veilederen må samsvare med regionale traumemanualer og nasjonale kriterier for traumemottak og valg av endelig behandlingsnivå. Først og fremst bør sykehusområdene etablere kriterier og fordelingsnøkler for pasientfordeling. Dette gjelder også særskilt evakueringslinjer som for eksempel;

1. Traumepasienter til traumesenter /akuttsykehus med traumefunksjon
2. Moderate skadde til andre sykehus
3. lettere skadde til legevakt

4. Fysisk uskadde til evakuerte-mottak

Den nye veilederen for masseskadetriage passer ikke lenger sammen med den nasjonale veilederen om helsetjenestens organisering på skadestedet fra 2020. Dette gir uheldig usikkerhet om hva som er riktig handlingsmønster, særlig gjelder dette kapittel fire om gjennomføring av aksjoner ved større hendelser som burde overlappe og utfylle hverandre!

Viktige begreper og roller er ikke beskrevet i den nye veilederen. Selv om samleplass ofte ikke vil benyttes fordi det tar kort tid før faktisk evakueringskapasitet er stor, vil samleplass kunne ha andre funksjoner enn sikkerhet og beskyttelse mot vær og vind. Erfaring fra øvelser viser at det har skjer både livreddende tiltak og ikke minst re-evaluering av pasientens utvikling med mulighet for re-triage med tanke på destinasjon og rekkefølge for videre transport.

Veilederens rolle i evaluering

En må forvente at redningsinnsatsen ved fremtidige hendelser også vil bli gjenstand for omfattende gransking. Dersom evalueringen viser at det faktisk var kapasitet til utføre avansert helsehjelp, og redde flere pasienter, så vil dette stille innsatsen i et dårlig lys.

Utfordringer for implementering

Den nåværende veilederen har vært benyttet i de prehospitale tjenestene siden lanseringen i 2020. Veilederen har vært lansert med digitale læringsressurser som ofte inngår i tjenestenes obligatoriske kompetanseplaner, og som gjennomføres i forkant av praktiske øvelser. Mellom lanseringen av digitalt kurs i 2020 og 2022 var det nesten 6000 brukere og etter en revisjon i 2022, har det vært nesten 3000 brukere. I tillegg har e-læring om masseskadetriage vært innlemmet i kurs for innsatsleder helse som ca 2600 har gjennomført. Alle kursene er gjennomført på NAKOS-portalen.

Ved en oppdatering av veilederen vil alle endringer måtte forklares på en pedagogisk måte for å sikre avlæring, ny innlæring og felles forståelse ved fremtidige aksjoner. Endringer som «fjerner» et trinn med grovsortering og erstatter sortering i fire (fem) kategorier med to, vil etterlate usikkerhet. Større endringer vil kunne kreve en full kursdag (8t, inkludert elektronisk forkurs og praktisk øvelse) per ansatt.

Erfaringer med tidligere implementeringer tilsier at en ferdig pakke med opplæringsmateriell vil lette arbeidet for tjenestene. En slik pakke bør bestå av digitalt forkurs, dreiebøker for praktiske øvelser med læringsmål og beskrivelser, elektronisk tilgjengelige ressurser for instruktører. God kontroll med instruktørenes egen kompetanse og motivasjon kan styrkes med fysiske og digitale instruktørsamlinger. Dette vil også sikre homogen tilnærming mellom tjenester og regioner.

Opplæringsplaner i tjenestene er en balanse mellom behov og ressursbruk og følger ofte roterende 3-årsplaner for å dekke alle temaer. En vedtatt veileder i 2026, vil derfor neppe kunne omsettes i opplæring i tjenestene før 2028 og hvor lang tid det tar før alle har gjennomført, avhenger av lokale prioriteringer. Tidsmessig kan man også havne i et "konkurranseforhold" til nasjonal tverretatlig prosedyre for CBRNE som rulles ut med oppstart sannsynligvis i 2027. Nasjonale og regionale instruktører vil læres opp ved Justissektorens kurs- og øvingssenter (JKØ) i Stavern denne høsten.