Stiftelsen Norsk Luftambulanse
Postboks 414 Sentrum
0103 Oslo
Besøksadresse: Storgata 33 A
0184 Oslo

+47 64 90 44 44
info@norskluftambulanse.no
Org. nr. 939 483 136

Oslo, 6. oktober 2026

Helsedirektoratet

Høring vedrørende nasjonal veileder for masseskadetriage

Stiftelsen Norsk Luftambulanse viser til høring vedrørende nasjonal veileder for masseskadetriage. Dette er et tema som vi er opptatt av, og Stiftelsen har også bidratt til forskning på temaet. Vi ber om at vi for ettertiden føres opp på høringslisten til Helsedirektoratet i saker som dette.

Innledningsvis vil vi peke på at dette er et viktig tema, og det er også en del av Norges måte å oppfylle pkt 5 i NATOs grunnleggende krav til motstandsdyktighet; sikre evnen til å håndtere masseskadesituasjoner. I dette kravet ligger også kapasiteten til å klare det, herunder at man også har en plan for hvordan man avlaster distrikter som på grunn av en hendelse blir overbelastet.

Stiftelsen Norsk Luftambulanse støtter i utgangspunktet en forenkling av veilederen, som er tenkt benyttet i en situasjon der behovet for helsehjelp er stort, men ressursene er begrenset. Overordnet oppfatter vi at denne veilederen gjelder et overdrevent og ensartet fokus på blødning, der man virker å helt se bort fra andre bakgrunner for masseskade og da også andre kliniske uttrykk etter masseskade. Utkastet stopper der den medisinske prioriteringen begynner og fremstår kun dedikert hendelser med store ytre blødninger.

Utkastet sier at det skal dekke «hele krisespekteret», men handlingsmønsteret som beskrives i veilederen passer best for PLIVO og eksplosjoner. Ved eksempelvis gassutslipp, røyk, ras eller store trafikkulykker er det andre skader som dominerer. CBRNE-hendelser er avgrenset bort med en henvisning til CBRNE-retningslinjen. Den viser i sin tur tilbake til masseskadetriageveilederen (pkt 2.7.2), så i praksis dekker ingen av dem dette.

Under følger kommentarer til de ulike kapitlene i veilederen.

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

Stiftelsen Norsk Luftambulanse støtter i hovedsak anbefalingene i dette kapittelet. I tillegg vil vi peke på at for at innsatspersonell fra politi, brann- og redningsvesenet og helsetjenesten skal kunne samhandle i tråd med eksempelvis prosedyren for pågående livstruende vold (PLIVO), kreves det innsats innenfor opplæring, samtrening og felles øvelser. Vi stiller herunder spørsmålet: hvilke forutsetninger har helsepersonell i dag for å gjøre gode vurderinger med hensyn til egensikkerhet og risiko?

Operativt personell må sikres opplæring i å vurdere risiko og egensikkerhet og vi må styrke samarbeidet på tvers, i en beredskapssammenheng, slik at vi lærer hverandre å kjenne før krisene inntreffer. Forsvar, helsevesen (inkl. kommuner), andre nødetater og frivillige må sees i sammenheng når det gjelder trening og planlegging for krig og katastrofer.

SNLA mener at det i større grad bør stilles krav om samtrening og samarbeid mellom nødetater. Vi noterer oss at særlig helsetjenestene i liten grad virker å ha ressurser til å initiere eller inngå i slike samarbeid. Vi ser behov for at dette blir et obligatorisk krav for at det skal bli prioritert; herunder gjelder eksempelvis at PLIVO bør være obligatorisk for luftambulansepersonell.

Kommentarer til kapittel: Ved masseskadehendelser skal innsatspersonellet redde flest mulige liv fremfor å optimalisere behandlingen til et begrenset antall pasienter

Følgende tekst i kursiv utgjør overraskende nok hele begrunnelsen til dette svært vesentlige avsnittet:

"Å prioritere tiltak for blødningskontroll før tiltak for å sikre frie luftveier, er basert på X-ABCDE-prinsippet. Uten frie luftveier og tilstrekkelig ventilasjon, vil hypoksi forverre sirkulasjonssvikten som skyldes blødning, og lede til bevisstløshet, sirkulasjonsstans og død. Begge tiltak må derfor gjennomføres og ha effekt for at livet skal kunne reddes. Personer med samtidig ufrie luftveier og store, pågående ytre blødninger vil være svært krevende å undersøke og behandle i den tidlige fasen av en masseskadehendelse. Disse bør derfor nedprioriteres, da nødvendig ressursbruk står i misforhold til forventet nytte, selv om tilstanden er åpenbart livstruende".

Begrunnelsen er svakt formulert, både med hensyn til faglig innhold og leservennlighet. Begrunnelsen som helhet er også svært mangelfull, all den tid X-ABCDE utgjør en faglig dreining som ikke synes godt nok fundert eller uttalt i høringsutkastet. Vi stiller også spørsmål hvor godt kjent dette er, f.eks blant helsepersonell i primærhelsetjeneste, som kan være de første til å måtte bidra i en situasjon som masseskadeveilereden gjelder for.

De to avsnittene kan også oppfattes paradoksale i relasjon til hverandre. På den éne siden forklares det at en pasient med samtidig ufri luftvei og ytre blødninger bør nedprioriteres; på den andre siden forklarer man at det må gjøres tiltak mot ufri luftvei for å ikke "forverre sirkulasjonssvikten som skyldes blødning". Ufri luftvei leder til hypoksi uavhengig av blødning og er en selvstendig årsak til død - og må derfor håndteres for å berge liv; ikke bare fordi det forverrer sirkulasjonssvikt pga blødning. Vi er også usikre på om anbefalingen i det siste avsnittet er riktig, all den tid både ufri luftvei og pågående ytre blødning potensielt kan løses ved enkle tiltak og uten særlig tidstap.

Valget av X-ABCDE i en masseskadesituasjon bør gis mer plass, der valget både må begrunnes, settes i kontekst og ikke minst poengteres og uttales i klartekst.

Vi vil videre tilføre følgende punkter som vi mener bør vurderes i den nye veilereden:

- «Puster ikke = død» trenger noen unntak. Barn fikk fem innblåsninger i den gamle veilederen, og det bør beholdes. Kriteriet passer heller ikke ved eksempelvis hypotermi og forgiftning, der motgift, oksygen og enkle tiltak kan redde liv.
- Ved blødningskontroll står turniké som tredje punkt, etter trykk, heving og pakking. Ved mange skadde og få hjelpere bør turniké være førstevalg ved livstruende ekstremitetsblødning. Tiden benyttet på blødning må stå i samsvar med gevinst for pasient og helhet. Dersom luftveien er truet; så kan man ikke bruke tid på trykk/hev/pakk - fremfor turniké. Dersom situasjonen for øvrig er uoversiktlig og ressurskrevende, så gjelder det samme.

- B mangler. Avlastning av trykkpneumothorax var med i 2020-versjonen, men er tatt ut. Det passer ikke for publikum, men bør nevnes som et tiltak kvalifisert helsepersonell kan gjøre når de kommer til. Tiltaket er enkelt, tidseffektivt og redder liv.

Kommentarer til kapittel: Innsatspersonell som først ankommer skadestedet ved masseskadehendelser, bør merke alvorlig skadde med rød fargekode og døde med sort fargekode

Barn og gravide kan med fordel omtales spesielt. Evt kan man gjerne forklare hvorfor barn/gravide ikke skal vurderes/behandles spesielt. Vi vet at begge disse pasientgruppene skaper betydelig stress for innsatspersonell i en prioriteringssituasjon og at dette kan være en betydelig kilde til beslutningsvegring og handlingslammelse; ikke minst vil dette være pasientgrupper som har stort potensial for å skape emosjonelle traumer for innsatspersonell i etterkant av en masseskadesituasjon.

En såpass betydelig grovsortering som rød/sort er, så innebærer det en åpenbar risiko for undertriage. Gående og snakkende pasienter med penetrerende skader i torso kan ha en indre blødning man ikke ser. Alle involverte bør registreres slik at de kan følges opp når kapasitet er gjenopprettet og ressurstilgangen tillater det.

Kommentar til kapittel: 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

Formuleringen «størst sannsynlighet for å overleve» kan misforstås som at de minst skadde skal kjøres først. Det som menes er de som har størst nytte av rask transport.

Med bare rød og sort blir rød en stor gruppe med svært ulike pasienter. Det fungerer for å vise hvem som er sett, men sier ingenting om hvem som skal evakueres først.

Jf. Foregående pkt så innebærer grovsorteringen en stor risiko for undertriage. Pasienter som går selv – og dermed også kan evakuere seg selv, kan samtidig ha en indre blødning man ikke ser. Alle involverte bør registreres slik at de kan følges opp når kapasitet er gjenopprettet og ressurstilgangen tillater det.

Utkastet har egentlig en “grå” kategori allerede, siden traumatisk hjertestans og store hode- og brannskader ikke skal prioriteres. De har likevel rødt merke og konkurrerer om de samme ressursene for evakuering.

Fordeling mellom sykehus bør nevnes, slik at nærmeste sykehus ikke blir overbelastet. Erfaringer fra større hendelser, blant annet terrorisme med mange rammede, har vist at det ikke alltid er mulig å styre pasientene slik man ønsker det. I flere tilfeller har skadde mennesker blitt fraktet til både legevakt og nærmeste sykehus i privatbiler, på eget initiativ fra privatpersoner. Disse kommer ofte uanmeldt inn, i en situasjon der man må håndtere mange pasienter samtidig.

Kommentar til kapittel: 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

Stiftelsen Norsk Luftambulanse støtter anbefalingen i dette punktet. Vi vil videre peke på at det kan være en stor belastning for publikum å delta i å redde liv i en situasjon der mange er alvorlig skadet, og situasjonen er uklar. I slike tilfeller er det viktig at man også har en oversikt over de som har gjort en innsats, slik at de

også kan følges opp i ettertid, med f.eks debrief. Her er også det etablerte førstehjelpertilbudet relevant.

Kommentarer til kapittel: Så snart tilstrekkelige ressurser er tilgjengelige skal vurdering og behandling av skadde ved masseskadehendelser baseres på vanlige akuttmedisinske prinsipper

Høringsutkastet beskriver hvordan innsatsleder helse/medisinsk leder helse fortløpende skal vurdere overgang fra vurdering/behandling etter masseskadeprinsippet tilbake til vanlige akuttmedisinske prinsipper. Utkastet sier dog ingenting om hvem som har myndighet til å erklære en "masseskadesituasjon" og kommunikasjon knyttet til dette.

Rollebetegnelsene bør stemme med veilederen for organisering på skadested. Spranget fra rød/sort rett til vanlig drift er stort. Det er i mellomfasen den egentlige prioriteringen skjer. Her er det nødvendig med retriage. Vi savner en rask retriage av de røde i denne veilederen, gjort av helsepersonell, før man går over til vanlig drift:

- **Rød:** trenger tiltak som ikke kan gjøres på stedet og skal evakueres først.
- **Gul:** er stabilisert med enkle tiltak, for eksempel turniké eller avlastet trykkpneumothorax, og kan vente litt.
- **Grå:** har svært dårlig prognose ut fra ressursene, får lindring og vurderes på nytt.

Dersom det er ting i denne høringsuttalelsen som er uklart, er det bare å ta kontakt. Vi ønsker arbeidsgruppen og Helsedirektoratet lykke til i det videre arbeidet.

Med vennlig hilsen

Hilde Wara
sjefslege
Stiftelsen Norsk Luftambulanse