SYKEHUSET INNLANDET

Helsedirektoratet
Postboks 200, Skøyen
0213 Oslo

Vår ref.: Klinikk Prehosp 29.09.26
Deres ref.: 26/18353

HØRING VEILEDER MASSESKADETRIAGE

Under følger høringssvar fra Prehospital klinikk, Sykehuset Innlandet for ny Veileder i masseskadetriage. Klinikken består av avdelingene ambulanse, AMK og pasientreiser (inkludert medisinsk nødmeldetjeneste) og den medisinske delen av luftambulansebasen på Dombås, samt egen kompetanseavdeling. Veilederen er foreslått revidert for å i større grad være tilpasset den sikkerhetspolitiske situasjonen, være lettere anvendbar i hendelser i hele krisespekteret, samt forenkle innholdet fra dagens veileder. Den skal også gi faglige føringer for opplæring og innsats i reelle hendelser, og være til hjelp i evaluering av disse.

Anbefaling: Innsatspersonell skal alltid vurdere egen sikkerhet før de går inn i innsatsområdet ved masseskadehendelser, og avstå fra innsats dersom risikoen vurderes som uakseptabel
Denne delen er bra. Det oppfattes som gode presiseringer, som er en viktig inngang for innsatspersonell i denne typen hendelser. Dette er også prinsipper som er kjent fra PLIVO (Pågående livstruende vold), som er godt implementert og kjent for nødetatene. Overføringsverdien i slike prinsipper mellom PLIVO- og masseskadehendelser er god.

Anbefaling: Ved masseskadehendelser skal innsatspersonellet redde flest mulige liv fremfor å optimalisere behandlingen til et begrenset antall pasienter
Anbefalingen i seg selv står seg godt, og er en klar behandlingsmessig og organisatorisk fordel i masseskadesituasjon. Begrepet «Åpenbart død» oppfattes som uklart, og uten noen klar definisjon. Er det kun pasienter som ikke puster etter fri luftvei? Pasienter med store skader uforenlig med liv? Omfattende skader som er kapasitetskrevende å behandle? Hva med pasienter med agonal respirasjon? Mange av innsatspersonellet som er beskrevet som brukergruppe av denne veilederen, vil ha problemer med å ta en beslutning hvor vidt en person er «åpenbart død» eller ikke, når ikke dette er definert. Dette vil kunne kommer til å medføre økt tidsbruk, økt mental distress og bruke av den operative kapasiteten. Dette er også en svært kompleks avgjørelse, som handler om hvorvidt en person skal få helsehjelp/ behandling eller ikke. Høringsforslaget beskriver at denne typen avgjørelser er noe som innsatspersonellet skal kunne leve med, og at det kan være utfordrende. Dette støttes i aller høyeste grad. Men dette er en av årsakene til at veilederen må gi personellet beslutningsstøtte i denne typen avgjørelser, spesielt

BESØKSADRESSE:
Furnesveien 26
2380 Brumunddal

POSTADRESSE:
Postboks 104
2381 Brumunddal

Tlf: 915 06 200 Telefax: 62 33 34 50
E-post:postmottak@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no

Org.nr. 983 971 709

siden hele veilederen i utgangspunktet bygger på denne avgjørelsen (rød/ død). Uten noen veiledning i denne avgjørelsen, kan man anta at det vil bli store variasjoner i denne vurderingen, spesielt om den også skal tas av personell med begrenset eller ingen akuttmedisinsk kompetanse.
Videre skal det iverksettes tiltak for blødningskontroll, der hvor innsatspersonellet vurderer at pasienten har en «pågående og livstruende blødning». Dette er også en vurdering som er vanskelig for hele den angitte brukergruppen å vurdere. Helsepersonell med akuttmedisinsk kompetanse, samt utvalgt personell i Politiet vil trolig være de som har kompetanse til å kunne gjøre denne vurderingen. Videre skal da denne blødningen behandles etter NKT traume (Nasjonalt senter for traumatologi [NKT] 2024) sin anbefaling. Dette er en faglig forankret anbefaling som benyttes hos de fleste brukergruppene som denne er skissert å gjelde for. Bruk av denne anbefalingen slik høringsforslaget er utformet synes å være motsigende, med tanke på tidsbruk. Det er ingen tvil om at rask blødningskontroll ved *pågående og livstruende blødninger* (HDIR 2026) er svært viktig og skal være et prioritert tiltak. Høringsforslaget har et tydelig fokus på mest mulig effektiv innsats, og redde flest mulig pasienter, noe som ikke helt samsvarer med tidsbruken ved bruke NKT sin anbefaling, i denne fasen av en masseskadehendelse. Det er heller ikke beskrevet hvordan personell i brukergruppen, som ikke har utstyr, opplæring eller kompetanse til å utøve blødningskontroll etter denne anbefalingen skal gjøre dette. Dette vil også høyst sannsynlig føre til store individuelle forskjeller, og tilpasninger hos innsatspersonellet.
Det nevnes også i punkt 5 i NKT sin anbefaling at innsatspersonellet må «sørge for å holde pasienten varm». Det er gode faglige grunnlag for å unngå hypotermi hos traumepasienter, for eksempel Van Veelen og Maeder (2021). Men det uklart på hvilket tidspunkt i flytskjema dette skal prioriteres, da det ikke fremkommer av selve skjemaet, men er en del av forklaringen av blødningskontroll.
Det finnes et godt moment under dette punktet, som er enkelt, men allikevel gir god beslutningsstøtte og veiledning, «hvis det er usikkert om pasienten puster, forlates pasienten alltid i sideleie. Pasienter som ikke puster etter etablering av frie luftveier, vurderes som døde». Dette vil gjør at tidsbruken går ned i denne vurderingen, og gir innsatspersonellet i hele brukergruppen støtte i denne vurderingen.

Videre fremstår det som uklart hvordan innsatspersonell skal håndtere pasienter med «samtidig ufrie luftveier og store, pågående ytre blødninger». Ifølge høringsforslaget skal disse pasientene «nedprioriteres» (Helsedirektoratet [HDIR] 2026), fra det man må anta at er en «rød» pasient. Skal disse da merkes som «sort/ død» og gå videre uten behandling? Skal disse ikke merkes og gå videre uten behandling? Det vil være en svært stor belastning for innsatspersonell å skulle avstå fra å sette inn tiltak hos disse pasientene. Hvis en nasjonal veileder skal gi denne type føringer, så må det komme mye mer tydelig frem, og gi veiledning i denne vurderingen. Det er også uklart på hvilket grunnlag anbefalingen er tatt om at pasienter som har enten ufri luftvei eller stor, pågående blødning skal behandles, mens de som har begge deler skal nedprioriteres.

Det savnes også noe vurdering av skadene pasientene har. Spennet mellom de som kan kjøre buss og de som har ufri luftvei eller stor blødning er for stor, og det er trolig mange pasienter mellom disse ytterpunktene som trenger tidlig helsehjelp og ambulansetransport

Anbefaling: Innsatspersonellet som først ankommer skadestedet ved masseskadehendelser, bør merke alvorlig skadde med rød fargekode og døde med sort fargekode

I denne anbefalingen blir det svært uklart hvordan merkingen av pasienter skal foregå. I første setning står det beskrevet at «første innsatspersonell på hendelsesstedet bør markere hvilke skadde som er vurdert, ved hjelp av enkel fargekoding».
Å merke alle pasienter som er vurdert er en god tanke, da det vil gjøre arbeidet med å ha kontroll på antall pasienter, hvor mange i hvilke kategori, og felles forståelse for innsatspersonell som kommer til hendelsesstedet, med tanke på hvilke pasienter som er vurdert og ikke. For eksempel når neste enhet kommer til stedet, finner 3 pasienter hvor bare 2 av dem er merket. Det vil da her være uklart om pasienten uten merking ikke er merket fordi den er nedprioritert, eller fordi den ikke er oppdaget og vurdert. Det vil trolig ha svært liten tidsforsinkelse å merke alle pasienter som vurderes, for så å gjøre en re- vurdering underveis i hendelsen, og når ressurstilgangen tilsier det. Det vil veldig fort kunne skape misforståelser, feil ressursbruk og dermed økt tidsbruk på pasienter som er vurdert, men ikke merket. Det fremkommer ikke om det er gjort en vurdering på risikoen for manglende systemisk merking av pasienter som her ikke merkes/ nedprioriteres. For eksempel hva er risikoen for at disse overses? At tilstanden deres forverres uten at de er blitt undersøkt/ vurdert, ikke retriagert, og at de helt mister sporbarheten gjennom hele hendelsesforløpet.
Pasientene som her er skissert til å ha såpass intakt motorisk funksjon og bevissthet at de kan gi utrykk for om de er vurdert eller ikke, vil lite trolig sitte i ro der de er å vente på undersøkelse/ vurdering. Disse momentene kommer frem i begrunnelsen, men begrunnelsen oppfattes her å være direkte motsigende til anbefalingen, da ikke alle pasienter som er vurdert skal merkes.

Anbefaling: 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

Her beskrives det hvordan innsatspersonell skal identifisere «mindre alvorlige skadde». Det oppfattes som en veldig fornuftig tilnærming at denne gruppen pasienter ikke skal prioriteres i en tidlig fase, dette vil følge veilederens intensjon om å gi mest mulig riktig helsehjelp til flest mulig, på kortest mulig tid. Følgende kriterier er listet opp, som indikatorer for å definere en pasient som «mindre alvorlig skadd»:

- Gir verbal respons
- Puster adekvat
- Kan bevege ekstremiteter
- Ikke har synlige, store blødninger

Det som her blir uklart er hvordan disse kriteriene skiller seg fra dagens modell for masseskadetriage, nærmere bestemt individuell triage (HDIR 2020) som oppgir følgende indikatorer:

- Puster med frie luftveier
- Normal pust
- Følbar håndledds puls
- Kan følge enkle kommandoer eller klarer å gjøre målrettede bevegelser

Før pasientene videre skal vurderes med åpenbart livstruende skader, moderate skader, minimale- eller ingen skader.

Det vil etter all fornuft være situasjoner hvor pasienter i gruppen «mindre alvorlig skadde» vil kunne forlate et skadested uten en grundig undersøkelse, det er noe innsatspersonellet må erkjenne og ta høyde for. Det som oppfattes som utfordringen med denne anbefalingen er at vurderingen som skisseres her for å identifisere «mindre alvorlig skadde», er i prinsippet lik den som i dagens modell. Hvis årsaken til å revidere dagens modell er forenkling og tidsbruk, så er det lite som skiller den foreslåtte anbefalingen fra dagens modell, i prinsippet bare «følbar håndledds puls» som er fjernet. Det er godt kjent at å palpere pulser kan være vanskelig, spesielt i utfordrende miljøer, og spesielt for personell som ikke har daglig pasientkontakt. Det kan gjerne være at beslutningen rundt å fjerne dette punktet er kunnskapsbasert, og godt forankret, men dette kommer ikke frem av høringsforslaget. Universitetet i Innlandet, senter for beredskap og krisehåndtering har gjort flere forsøk rundt akkurat disse momentene, og det vil kunne være stor nytte i å ta med seg erfaringene fra dette inn i arbeidet med dette høringsforslaget. Hvor vidt disse erfaringene er benyttet, eller vurdert fremkommer ikke av høringsforslaget.

Under «praktisk informasjon» (HDIR 2026 s.7) er det en veldig god presisering, og som nok er nær virkeligheten i masseskadesituasjoner, uavhengig av hendelse. Det eneste som er problematisk her er at disse pasientene må være vurdert og triagert, for å identifisere at de er «mindre alvorlig skadd». Slik at man reduserer risikoen for betydelig undertriage av alvorlig skadde pasienter.

Anbefaling: 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

Anbefalingsteksten i seg selv står svært godt, og følger likhetsprinsippet ved å følge nasjonal traumeplan (NKT 2024), med et økt fokus på så raskt som mulig.
Som et helseforetak som i dag har flere mindre lokalsykehus med funksjonsfordeling, så kan det fort oppstå utfordringer med å instruere personer «uten livstruende skader og som kan forflytte seg selv» (HDIR 2026) til egen- evakuering. Dette vil raskt kunne påvirke kapasiteten til å ta mot pasienter som har en høyere prioritering både for legevakt og sykehus.
Den skisserte modellen beskriver heller ingen triage av evakuerte og lettere skadde, noe som gjør at innsatspersonellet ikke har noen oversikt over hvor vidt disse er skadd, i hvilken grad de er skadet, eller hva som blir riktig behandlingsnivå. Dette vil også gi utfordringer med tanke på å skille de som er skadd, og de som er evakuert. De som er evakuert (uskadd) er kommunen/ politiets ansvar, mens de som er skadd er helsevesenets ansvar. På hvilket punkt og hvordan skal man klare å skille på disse, når disse pasientene ikke er vurdert eller triagert. Risikoen for at både evakuerte og «lettere skadde» blir selv- evakuert eller evakuert til legevakt eller sykehus, virker å være stor. Og det vil i så fall bli legevakt/ sykehus sin oppgave å skille mellom disse, ved å gjøre en triage.

Det er ikke beskrevet hvordan innsatspersonell skal identifisere og triagere disse pasientene. NKT (2024) beskriver at det internasjonalt er aksept for overtriage hos traumepasienter, men ikke mer enn 5% undertriage. Dette vil trolig være vanskelig å etterleve i en situasjon med masseskade, men kan ikke utelukkes som en del av beslutningen og tankegangen i en nasjonal veileder for masseskadetriage. Det vil i disse hendelsene være viktig å identifisere og triagere pasienter på en så korrekt måte som mulig, med et så godt beslutningsgrunnlag man kan innhente på kort tid. NKT (2024) beskriver at denne beslutningen ofte må tas før alle fakta er kommet frem, noe som nok er nært virkeligheten i disse situasjonene. Men man bør allikevel tilstrebe å ha så mye fakta som mulig, for å ha et så presist beslutningsgrunnlag som mulig. Dette vil under denne anbefalingen være spesielt aktuelt. Den eneste veiledningen som kommer under denne anbefalingen, er pasienter som har dårlig sjanse for overlevelse og ikke skal prioriteres. Igjen kommer spørsmålet, skal disse da triageres som sort/ død med den foreslåtte modellen? Hvem skal ta denne beslutningen, og på hvilket grunnlag? Den eneste veiledningen som kommer rundt dette er beskrivelsen «traumatisk hjertestans, store hodeskader og store brannskader». Traumatisk hjertestans er en gjenkjennbar definisjon, hvert fall for helsepersonell som en del av brukergruppen. Mens «stor hodeskade» og «stor brannskade», gir ingen beslutningsstøtte for innsatspersonellet som skal ta denne vurderingen. Her åpner det for svært stor individuell vurdering, og kommer trolig til å bli en vanskelig beslutning og økt tidsbruk.

Kilden som er brukt her i begrunnelsen (Davis et.al. 2014) beskriver også at de pasientene som hadde skader som kunne latt seg behandle var skader i brystkassen og blødning. Skader i brystkassen er ikke nevnt i dette høringsforslaget, under noen av anbefalingene. Det var også en liten overvekt av pasienter i denne studien som døde av stumpt traume. Ringdal et.al (2025) viser til at for traumepasienter i Norge i perioden 2015- 2023 kun var 3,4% som hadde penetrerende skader etter et skarpt objekt, 0,4% skuddskader og 0,3% eksplosjonsskader. Disse tallene er ikke direkte overførbare for krigsscenarioer, men danner et tydelig bilde på hendelser som skjer i Norge, og som også utgjør de masseskadehendelsene som denne veilederen er skissert å omfatte. Hodeskader var den type skader som toppet disse tallene, med 36,1% av pasientene. Dette tilsier at det må i denne type veileder tas høyde for flere typer problemstillinger enn ufrie luftveier og store, pågående ytre blødninger.

Anbefaling: 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

Norsk medisinsk indeks for nødhjelp (NMIN) beskriver i dag at innringere til AMK skal veiledes i enkle førstehjelpstiltak, dersom skadestedet anses som trygt. Dette innebærer sideleie for bevisstløse som puster normalt, stans av pågående ytre blødninger og hjelpe skadde å holde varmen. AMK er anbefalt å bruke arbeidsverktøyet NMIN, som brukes i nødsamtaler. Anbefalingen er i så måte allerede etablert praksis for AMK som nødmeldesentral, men er en presisering som burde forsterkes hos innsatspersonell på skadested. For AMK er rådene til innringer omkring «enkle førstehjelpstiltak» i NIMN (oppslag 12, stor hendelse/ masseskadehendelse). For at disse prioriteringene og anbefalingen skal kunne benyttes må disse forankres i NMIN. Dette er også spesielt viktig for de to andre nødmeldesentralene, som ikke har veiledning av innringer i førstehjelp som daglig arbeidsoppgave. Det er også trolig AMK som bør tildeles

oppgaven i å veilede innringere/ publikum i førstehjelp uavhengig av dette. Høringsforslaget må derfor gi tydelige anbefalinger på hvordan førstehjelpstiltakene skal prioriteres til innringere og publikum, både for AMK og for innsatspersonell, derfor bør dette forankres i det verktøyet AMK benytter.

Punktet som her beskriver «fokuser på å yte livreddende førstehjelp til flest mulig og ikke best mulig behandling til enkeltpasienter», oppleves som en tydelig og veldig god retning for arbeidet under en masseskadehendelse, og kan løftes tydeligere frem. Det er viktig at hvilke tiltak, og hvordan disse skal prioriteres kommer tydelig frem. For eksempel må det komme tydelig frem hvordan innringer skal veiledes ved en stor, pågående blødning. Skal innringer bli hos denne pasienten og holde press, eller skal de gå videre? Et tiltak hos disse pasientene vil kunne oppta innringeren hos en pasient. Et annet punkt er hvordan respirasjon skal vurderes. Fra AMK sitt synspunkt er det noe legfolk ofte har vanskeligheter med å gjøre effektivt og presist, noe som igjen sannsynligvis vil føre til mye tidsbruk for hver pasient. Et alternativ her kan være at alle pasienter skal legges i sideleie, for å gjøre tiltak for frie luftveier så godt det går.

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

Det er flere helseforetak som har dekningsområde definert som «spredtbebygde strøk». Her er naturlig nok ressurstilgangen tilpasset befolkningen og oppdragsmengden. Det vil også i disse områdene kunne forekomme masseskadehendelser, og etter definisjonen som høringsforslaget bruker, så vil terskelen for å definere dette i denne type områder være enda lavere enn i tettbygde strøk på grunn av ressurstilgangen. I disse områdene vil man ikke kunne arbeide etter prinsippet «så snart tilstrekkelige ressurser er tilgengelige». Her må en nasjonal veileder for masseskadetriage gi beslutningsstøtte i hvordan man skal prioritere, og hvilke pasienter som trenger transport og behandling først. Dagens modell for masseskadetriage beskriver dette på en god måte, men kan nok på noen områder være for omfattende. Denne typen prioritering og triage beskrives ikke i høringsforslaget. Etter erfaringer fra større og mindre øvelser så er det på dette punktet pasientlogistikken blir utfordret, og innsatspersonellet må ha klare føringer på hvordan de skal prioritere pasientene. Her er det en vanskelig balansegang mellom å ha klare rammer, og å kunne bruke faglig skjønn. Utfordringen her er å lage tydelige rammer som kan forsterkes med bruk av faglig skjønn, men faglig skjønn kan ikke erstatte tydelige rammer i en nasjonal veileder.
I mer tettbygde strøk vil også denne anbefalingen være utfordrende. Bruk av ambulansetjenestens vanlige akuttmedisinske prinsipper som NEWS og RETTS, vil i svært liten grad gi noe beslutningsstøtte i en situasjon med mange pasienter. Dette vil være svært tidkrevende, og vil i liten grad gi støtte til beslutningstakerne på hvilke pasienter som skal prioriteres, da dette blir en altfor omfattende prosess. Disse vurderingene krever fullstendig undersøkelse, og tallfesting av vitale livsfunksjoner hos pasientene. Hvis man bruker konteksten av 22. juli 2011, både Regjeringskvartalet og Utøya, så vil det være en svært krevende oppgave å gjøre en så fullstendig vurdering av alle som er skadd. Her oppleves dagens modell for masseskadetriage mer dekkende, og gir mer beslutningsstøtte med mindre undersøkelse. Denne legger også opp til at vanlige

akuttmedisinske prinsipper blir anvendt under transport, når pasientene er triagert, og riktig pasient er prioritert for transport.

Ivaretagelse av publikum som har bidratt under en masseskadehendelse er det svært fornuftig og positivt at løftes frem i høringsforslaget.

Bakgrunn, metode og prosess

I henhold til helsedirektoratets «Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer» (HDIR 2012) så skal det tidlig i utviklingen av en kunnskapsbasert retningslinje blant annet arbeides med PICO spørsmålene, og valg av presise kvalitetsindikatorer. Det fremkommer ikke av høringsforslaget noen av disse punktene, noe som gjør det vanskelig å vurdere den faglige innretningen i høringsforslaget. Det er beskrevet at veilederen revideres på grunn av den endrede sikkerhetspolitiske situasjonen, og at publikum bør løftes frem som en viktig ressurs i en masseskadehendelse. Begge disse punktene er gode argumenter for å endre og forbedre en nasjonal veileder. Det som ikke kommer frem, er hvordan disse punktene har vært medvirkende til at høringsforslaget er utformet som det er. Det er også listet opp lite kunnskapsbaserte kilder til arbeidet. Kildene som er listet opp, har på flere områder et svakt sammenligningsgrunnlag mot sivile masseskadesituasjoner i Norge. Sammenfattet gjør dette jobben med å vurdere hvorvidt en så drastisk endring i en nasjonal veileder har en god faglig forankring, og hvorfor valgene i arbeidet med veilederen er gjort som de er. Det henvises til at erfaringer med dagens veileder er at den er tidkrevende og krever kompetanse utover målgruppen, men dette er ikke dokumentert.

Det står beskrevet under dette kapitlet at veilederen skal «gi overordnet støtte til beslutninger som må tas i slike situasjoner», noe den oppleves å ikke gjøre, med bakgrunn i de kommentarene som er belyst tidligere. Den eneste delen av evaluering veilederen berører er at publikum skal ivaretas og tilbys oppfølging, og at innsatspersonell skal ivaretas «i henhold til tjenestens interne prosedyrer». Dette kan i svært liten grad defineres som at veilederen er til hjelp i evaluering. Det er uklart hva som menes med at den gir faglige føringer for opplæring.

Videre beskrives masseskadetriage som «en arbeidsmetode for prioritering av pasienter». Det oppleves at veilederen i svært liten, eller ingen grad gjør dette. Den beskriver hvordan man i en masseskadesituasjon skal prioritere frie luftveier, og store, pågående blødninger. Frie luftveier og stanse store blødninger vil uten tvil være livreddende, i de tilfellene pasientene har denne typen problemstilling. Men den gir ingen støtte eller arbeidsmetode i prioritering av pasienter i en masseskadesituasjon. Et eksempel er hvordan innsatspersonellet skal disponere ressursene på pasientene, når de enten er merket som «rød» eller «død». Veilederen sier heller ikke noe om hvordan disse skal prioriteres, og denne pasientgruppen vil kunne være alt fra hodeskade eller brannskade, til avrevet ekstremiteter og åpne toraksskader. Innsatspersonellet som skal bruke denne veilederen trenger like mye beslutningsstøtte og veiledning på dette punktet i hendelsen, som i den første kontakten med pasientene.

At brukergruppen for veilederen er tenkt så bred som den er her, synes å være veldig positivt. Det som blir utfordringen med høringsforslaget slik det står nå, er at den inneholder svært få faglige føringer og beskrivelser (disse er beskrevet under hver anbefaling). Dette gjør at personellet som er beskrevet som brukergruppe ikke har noen forutsetninger for å forstå og å bruke veilederen likt. Det vil være spesielt viktig med felles forståelse av innholdet og arbeidsflyten i en sånn type veileder, med andre ord, det bør ikke være tvil om hva som menes

med for eksempel «stor blødning», kan bevege armer/ bein, «adekvat pust» og «lettere skadd» (såkalt «walking wounded»), samt «åpenbart død».

I forhold til oppsett og hvordan et dokument bygges opp, avhenger av hvilken kategori dokumentet settes i, i dette tilfellet en veileder. Uavhengig av dette så er det de siste årene kommet flere nasjonale prosedyrer som er laget med ganske lik oppbygning, laget for samme brukergrupper, og som må i mange tilfeller sees i sammenheng. Eksempler på dette er nasjonal PLIVO prosedyre og den nye Nasjonale veileder for CBRNE for nødetater og nødmeldesentraler. Det hadde vært en stor fordel om oppbygning og struktur på disse veilederne, prosedyrene og retningslinjene hadde vært mer enhetlig, spesielt når de må sees i sammenheng, tildels i komplekse hendelser- som en del av hele krisespekteret.

Helsedirektoratet gir følgende beskrivelse av høringsforslaget, på sine nettsider:

> Helsedirektoratet ønsker med denne revisjonen av nasjonal veileder for masseskadetriage (først publisert i 2013, tidligere revidert i 2020) å beskrive en dynamisk modell for masseskadetriage som bedre kan tilpasses ulike situasjoner/scenarioer i hele krisespekteret, herunder krig.

Veilederen beskriver i liten grad en dynamisk modell, da den inneholder totalt 5 punkter, hvor alle punktene er svakt eller ikke beskrevet, noe som gir for stort rom for individuell tolkning på alle punktene (åpenbart død, stor pågående blødning). Samtidig er det ingen rom for tolkning av handlingsalternativene (blødningskontroll og sideleie).
Det er også svært uklart hvordan den skisserte modellen skal kunne tilpasses ulike situasjoner/ scenarioer i hele krisespekteret. En veileder i masseskadetriage må man kunne forvente at skal kunne brukes i alle situasjoner hvor masseskadesituasjoner oppstår. Som et eksempel vil det, publiserte høringsutkastet ikke gi noen form for støtte eller veiledning i en masseskadesituasjon hvor en buss har kjørt av veien i et spredtbebygd strøk. Da vil man ha mange pasienter som er skadd i varierende grad. Disse vil i liten grad ha penetrerende og/ eller eksplosjonsskader, som man forventer seg i krig, men ha ulik grad av stumpt traume. Dette vil være pasienter i alle aldersgrupper, inkludert sårbare grupper som barn, eldre og gravide. Men det høringsforslaget som nå foreligger vil ikke veilederen gi støtte i sorteringen, og prioriteringen av pasienter i denne situasjonen. Den vil heller ikke si noe om hvilke pasienter vil man kunne forvente at vil trenge raskest kirurgisk/ medisinsk behandling på sykehus.

Hvor vidt innholdet i høringsforslaget vil bidra yil og reduserer den faktiske tidsbruken er også usikkert. Flytskjema som presenteres er i utgangspunktet «kort og enkelt», men det legger opp til ganske mange vurderinger både i, og utenom flytskjema. Disse er beskrevet under hver anbefaling. Det er derfor uklart i hvilken grad disse beslutningene er mindre tidkrevende, enn dagens modell for masseskadetriage.

World health organization (2022) definerer triage slik:

> Triage is the systematic process of classifying patiens by acuity to enuse the best match between avaliable resources and needs. Traige is an essential component of emrgency care during routine and surge conditions, and is a process applied to all patients, allowing assesment of the individual patient in context. During a MCI, triage

is a multistep process designed to identify those who would benefit from medical intervention.

Det fremkommer ikke om det er diskutert eller gjort en vurdering på hvordan en så drastisk endring i en nasjonal veileder vil påvirke oppdragsløsningen på denne type oppdrag. Det ble satt ned en arbeidsgruppe i november 2024, som skulle gjøre en vurdering på om det var behov for revidering av bla. Nasjonal veileder for masseskadetriage. Denne gruppen inneholdt fagpersonell i ambulansetjenester i Helse sør- øst. Gruppen skrev referat fra møtet, som ble oversendt Helsedirektoratet. Denne gruppen kom samlet sett frem til at det ikke var behov for store endringer i veilederen, fordi den er svært godt innarbeidet, og at den har fungert godt i de reelle hendelsene den var brukt i. Anbefalingen denne gruppen kom med skal ikke på noen måte være førende, eller begrensende for videre arbeid med veilederen, men argumentet med at veilederen er godt innarbeidet og har vist seg å fungere godt står allikevel. Det fremkommer ikke om denne anbefalingen som Helsedirektoratet har, er vurdert i denne prosessen.
Det fremkommer heller ikke hvordan, i hvilken grad, og med hvilket resultat høringsforslaget er testet, og kvalitetssikret i en operativ gjennomføring. Dette må også gjøres i «hele krisespekteret», som høringsforslaget beskriver å dekke.

En masseskadehendelse er den type hendelse som i stor grad utfordrer samvirke og koordinering av ressurser. Denne type veileder bør derfor også omfatte dette, da den vil i stor grad blir faglig førende for alle i brukergruppen. Hvis dette allikevel ikke omfattes, bør vurderingen på hvorfor denne begrensingen er lagt inn komme tydelig frem.

KILDER

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2023) *Nasjonal CBRNE prosedyre for nødetatene og nødmemeldesentralene* [unntatt offentligheten]

Nasjonalt senter for Traumatologi *Blødningskontroll. Nasjonal anbefaling fra Nasjonalt senter for Traumatologi (NKT- Traume)* (2024). https://nkt-traume.no/wp-content/uploads/2024/10/Anbefaling-blodningskontroll-2024.pdf

Helsedirektoratet (2020) *Nasjonal veileder for masseskadetriage* https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/masseskadetriage/Masseskadetriage%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf/_/attachment/inline/5f964973-5fb1-4075-a6a4-7c0007896184:a89a543c55ec9dea671e3ad38bb1d7a550c6078a/Masseskadetriage%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf

Nasjonalt senter for Traumatologi (2024) *Nasjonal Traumeplan* *https://metodebok.no/bok/traumeplan/traumeplan-(nkt)*

Ringdal, K. G., Holm, K. T., Røise, O. (2025) *The norwegian national trauma registry: development process and essential data insight.* https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12044736/

Davis, J.S, Satahoo, S. S., Butler, F. K., Dermer, H., Naranjo, D., Julien, K., Van Haren, R. M., Namias, N., Blackbourne, L. H., Schulman, C. I. (2014) *An analysis of prehospital deaths: Who can we save?* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25058244/

Neubert, A., Gaeth, C., Seidelmann, M., &Bieler d. (2026) *Pattern of blast injuries. Asystematic review: Part 2- Landmines, unexploded ordance and terrorism* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42313144/

World Health Organization (2022) *Guide: Mass casualty preparedness and response in emergency units* https://reliefweb.int/report/world/guide-mass-casualty-preparedness-and-response-emergency-units

Van Veelen, M, J., Maeder, M. B. (2021) *Hypothermia in trauma* https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8391853/

Helsedirektoratet (2012) *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte prosedyrer* https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf