Nasjonal veileder for masseskadetriage – høringsutkast

Høringssvar fra Anestesi-, intensiv- og operasjonsavdelingen, Akuttklinikken, Sykehuset i Vestfold HF

Overordnet

Anestesiseksjonen har gjennomgått høringsutkastet og har lest høringssvaret fra Prehospital avdeling. Vi stiller oss bak dette svaret i sin helhet, og gjentar derfor ikke punktene der.

Vi støtter særlig Prehospital avdelings gjennomgående poeng om at utkastet i hovedsak beskriver overordnede prinsipper, mens selve modellen er mindre tydelig presentert, og at det ikke framgår hvilke deler av gjeldende veileder som videreføres, endres eller fjernes. Vi støtter også prinsippet om at initial triage skal være enkel og kunne utføres av personell med begrenset medisinsk kompetanse, men at triagen skal revurderes og individualiseres i takt med tilgjengelig kompetanse og ressurser.

Dette dokumentet er et supplement fra anestesiologisk og sykehusfaglig ståsted. Vi ønsker å forsterke ett av Prehospital avdelings punkter særskilt, og å legge til fire forhold som ikke er omtalt i deres svar:

- harmonisering med NATOs etablerte masseskadesystem (anbefaling 3)
- bortfallet av barneunntaket i kriteriet for å vurdere noen som død (anbefaling 2)
- spørsmål om pasienter med samtidig ufrie luftveier og store blødninger faktisk er ment å nedprioriteres (anbefaling 2)
- behovet for å konkretisere hva «størst sannsynlighet for å overleve» innebærer (anbefaling 5)

1. Bortvalg av validerte internasjonale modeller og harmonisering med NATO

Anbefaling 3

Prehospital avdeling bemerker at det er interessant at man bevisst går bort fra anbefalte og validerte internasjonale masseskadetriagemodeller, og at dette bør diskuteres nærmere i bakgrunnen. Vi slutter oss til dette, og vil forsterke punktet betydelig.

1.1 Utkastet oppgir ikke hvilken modell det bygger på

Gjeldende veileder oppgir eksplisitt at den bygger på SALT-triage, og beskriver hvorfor Helsedirektoratet valgte å sette sammen en modell av elementer fra flere eksisterende systemer. Høringsutkastet oppgir ikke hvilken modell det bygger på, og redegjør ikke for hvilke etablerte systemer som er vurdert eller hvorfor de er fravalgt.

Prehospital avdeling viser til den engelske «10 second triage» som et eksempel på at et system kan være enkelt nok for alt nødetatspersonell og likevel opprettholde tre kategorier. Vi vil understreke den implikasjonen: forenkling av arbeidsmetoden forutsetter ikke at kategoristrukturen oppgis. Dette er to uavhengige valg, og utkastet begrunner bare det første.

1.2 Manglende harmonisering med NATO er ikke et oversettelsesproblem

Revisjonens uttalte formål er en modell tilpasset hele krisespekteret, herunder krig. Forsvarets sanitet og Hæren er representert i kjernegruppen. Helsedirektoratets eget Konsept for sivilt-militært helsesamarbeid ved håndtering og evakuering av masseskader (desember 2025) legger denne

veilederen til grunn for triage også ved væpnet konflikt, samtidig som konseptet bygger på NATOs Role 1–4-struktur for behandlingsnivåer.

NATO har et etablert og standardisert triagesystem, beskrevet i AJP-4.10 Allied Joint Doctrine for Medical Support og AMedP-1.10 Medical Aspects in the Management of a Major Incident/Mass Casualty Situation:

- T1 – Immediate: umiddelbar livreddende behandling, rød
- T2 – Delayed: alvorlig skade som tåler begrenset utsettelse, gul
- T3 – Minimal: mindre skader, grønn
- T4 – Expectant: forventet ikke å overleve under de gitte forholdene, blå eller hvit
- Dead: hvit eller sort

Utkastets modell har to kategorier. Det innebærer at det ikke finnes noen norsk mottaker for kategoriene T2, T3 og T4. Dette er derfor ikke en utfordring med å oversette mellom to fargesystemer, men fravær av de kategoriene alliert sanitet arbeider etter.

Konsekvensene er praktiske og inntreffer i begge retninger. Norge er vertsnasjon. Alliert sanitet som opererer på norsk jord vil triagere etter NATO-doktrine, mens norske sivile ressurser som samvirker med dem vil bruke to kategorier. Motsatt vil norske skadde kunne føres inn i en alliert evakueringskjede der pasienten forventes å ha en NATO-kategori. Pasientoverlevering mellom disse forutsetter et felles kategoriapparat, ikke bare et felles begrep om hvem som er alvorlig skadd.

Vi vil også peke på at NATOs T4-kategori eksplisitt innebærer at pasienten skal motta egnet støttende behandling og palliativ behandling. Dette er nettopp det elementet som er falt bort i utkastet, jf. punkt 5 nedenfor. Vi merker oss dessuten at enkelte nasjoner har tatt formelle forbehold om at bruk av kategori T4 må autoriseres på et definert ledelsesnivå — et uttrykk for at myndigheten til å treffe denne beslutningen reguleres eksplisitt i militær doktrine.

1.3 Praktiske og administrative konsekvenser

Alt eksisterende merkeutstyr, alle tiltakskort, alt undervisningsmateriell og alle øvingsopplegg i norsk helsetjeneste, i nødetatene, i Sivilforsvaret, i frivillige organisasjoner og i Forsvaret er bygget på fire til fem kategorier. En overgang til to kategorier utløser kostnader til nyanskaffelse og reopplæring i hele denne kjeden. Vi kan ikke se at høringsutkastet inneholder en vurdering av administrative og økonomiske konsekvenser, slik utredningsinstruksen forutsetter.

1.4 Vi ber om

- at bakgrunnskapitlet redegjør for hvilke internasjonale modeller som er vurdert, og hvorfor de er fravalgt
- at det beskrives eksplisitt hvordan de norske kategoriene forholder seg til NATOs T1–T4, og hvordan overgangen håndteres når allierte sanitetsressurser inngår
- at det vurderes på nytt om kategoristrukturen bør beholdes på et nivå som er kompatibelt med alliert praksis, slik Prehospital avdelings henvisning til «10 second triage» viser at er mulig uten å oppgi enkelheten
- at administrative og økonomiske konsekvenser av kategoriendringen utredes

2. Kriteriet for å vurdere noen som død — barneunntaket er fjernet

Anbefaling 2

Utkastet angir, og gjentar i Praktisk informasjon:

> *«Personer som ikke puster etter at frie luftveier er etablert, anses som døde.»*

Gjeldende veileder har samme kriterium, men med et tillegg som inngår i selve definisjonen av kategorien Livløs:

> *«Pasienten er uten livstegn og puster ikke etter at luftveien er åpnet med enkle luftveismanøvre (og 5 munn-til-munn innblåsninger hos barn).»*

Barnetillegget er fjernet uten at endringen er begrunnet. Vi mener dette er den enkeltendringen i utkastet som har størst potensial for utilsiktet skade, og ber om at unntaket gjeninnføres.

Den faglige begrunnelsen er at hjertestans hos barn i det store flertall er hypoksisk og ikke kardial i årsak, og responderer på ventilasjon alene. Det samme gjelder asfyktisk stans hos voksne: drukning, snøskredbegravelse, henging, røykgass- og brannrøykeksponering, klemskade av thorax og eksplosjonsskade mot luftveiene. Ved nedkjøling er kriteriet i tillegg direkte misvisende, ettersom respirasjon kan være vanskelig å observere samtidig som fullstendig nevrologisk restitusjon er dokumentert. Dette er ikke sjeldne mekanismer i norsk kontekst, og de er overrepresentert i de scenarioene revisjonen særlig retter seg mot.

Vi anerkjenner presiseringen om at pasienten alltid forlates i sideleie ved usikkerhet om respirasjon. Dette er en reell sikkerhetsventil som vi støtter. Den løser imidlertid ikke situasjonen der personellet er sikre på at barnet ikke puster, men ikke har forsøkt ventilasjon.

Vi merker oss også at Praktisk informasjon under samme anbefaling går i betydelig detalj på blødningskontroll, med fem punkter om teknikk. Hensynet til forenkling forklarer derfor ikke at dødskriteriet står uten unntak.

Forslag til ordlyd:

> *Personer som ikke puster etter at frie luftveier er etablert, anses som døde. Hos barn, og ved drukning, snøskred, henging, røykgassforgiftning, klemskade eller nedkjøling, gis fem effektive innblåsninger før vurderingen gjøres.*

Vi bemerker at arbeidsgruppen ikke synes å ha hatt barnemedisinsk eller barneanestesiologisk kompetanse, og at gjeldende veileders eget kapittel om triage av barn ikke har noen motsvarighet i utkastet. Vi anbefaler at kriteriet kvalitetssikres av et barnefaglig miljø før publisering.

3. Er pasienter med samtidig ufrie luftveier og store blødninger faktisk ment å nedprioriteres?

Anbefaling 2

Begrunnelsen til anbefaling 2 angir:

> *«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.»*

Vi ber om en avklaring av om formuleringen er ment slik den står. Slik vi leser den, framstår den urimelig, av tre grunner.

For det første defineres gruppen ved å ha nøyaktig de to tilstandene anbefalingen selv sier man skal behandle. Anbefalingens tiltaksliste er å stanse store ytre blødninger og sikre frie luftveier.

For det andre holder ikke premisset om ressursbruk. Tiltakene er turniké eller sårpakking, og sideleie eller kjeveløft. Alle fire er beskrevet i utkastets egen Praktiske informasjon som enkle tiltak som kan utføres av innsatspersonell uten avansert medisinsk kompetanse. Samlet tidsbruk for en trent hjelper er kort. Dette er ikke en ressurskrevende pasient.

For det tredje er den kliniske sammenhengen den motsatte av det premisset forutsetter. Utkastet angir selv at ufrie luftveier ofte skyldes nedsatt bevissthet. Hos en pasient med stor ytre blødning er nedsatt bevissthet typisk en følge av blødningen og den påfølgende sirkulasjonssvikten. Å stanse blødningen og sikre luftveien er dermed ikke to konkurrerende oppgaver, men ett forløp. Dette er en pasientgruppe der få og enkle tiltak kan utrette mye.

Dersom formuleringen er ment å omfatte en annen gruppe — for eksempel ukontrollerbar blødning i torso eller hals kombinert med luftveisobstruksjon, eller andre store skader åpenbart uforenlig med liv — bør dette skrives ut presist, ettersom det er en helt annen pasientgruppe med en helt annen prognose. Slik setningen står nå, vil den kunne bli lest av personell under press som en instruks om å gå forbi pasienter som med to enkle håndgrep ville overlevd.

4. «Størst sannsynlighet for å overleve» må konkretiseres

Anbefaling 5

Anestesiseksjonen støtter, som Prehospital avdeling, anbefalingen og prinsippet om at pasienter med størst sannsynlighet for å overleve bør prioriteres, og at skadde med dårlige sjanser for å overleve ikke bør prioriteres for evakuering. Dette er et nødvendig og faglig riktig prinsipp ved reell ressursknapphet. Slik anbefalingen står, er den likevel ikke anvendbar, og vi ber om at den konkretiseres.

4.1 Kriteriene står i Begrunnelse og har ingen normeringsgrad

Begrunnelsen angir tre tilstander der skadde ikke prioriteres i tidlig fase: traumatisk hjertestans, store hodeskader og store brannskader. Dette er de mest inngripende kriteriene i veilederen, og de står utenfor anbefalingsteksten, uten «skal», «bør» eller «kan». Det gir uklarhet om hvorvidt de er normerende, og de vil bli lest ulikt når tjenestene utarbeider tiltakskort. Vi ber om at kriteriene flyttes inn i anbefalingen og gis normeringsgrad.

4.2 To av kriteriene er for uspesifiserte

Gjeldende veileder anga at muligheten for overlevelse måtte være helt åpenbart minimal, med alvorlige brannskader over 90 % av kroppsoverflaten som eksempel. Terskelen er fjernet og erstattet av «store brannskader». «Store hodeskader» er tilsvarende problematisk: isolert alvorlig hodeskade er nettopp den tilstanden der rask nevrokirurgisk intervensjon gir størst gevinst, og et epiduralt hematom er både en stor hodeskade og en av de mest reddbare tilstandene i traumatologien. Vi ber om at kvalifiserende terskler gjeninnføres.

For traumatisk hjertestans har vi ingen innvending mot kriteriet som sådan, men vil peke på en indre motsetning: avlastning av trykkpneumothorax er fjernet fra listen over livreddende tiltak, samtidig som trykkpneumothorax er en av få reversible årsaker til traumatisk hjertestans. Utkastet fjerner behandlingen og bruker deretter den ubehandlede tilstandens prognose som grunnlag for nedprioritering. Vi ber om at nålepunksjon gjeninnføres, med samme kompetanseforbehold som allerede brukes for turniké.

4.3 Fysiologisk reserve bør inngå i vurderingen

De tre kriteriene er rent skadebaserte. Fysiologisk reserve, komorbiditet og alder er ikke nevnt, selv om dette er blant de faktorene klinikere i praksis vurderer når sannsynlighet for overlevelse skal anslås.

Forholdet er allerede normert i annen styrende dokumentasjon. Prioriteringskriteriene alvorlighet, nytte og ressursbruk følger av prioriteringsforskriften og Meld. St. 34 (2015–2016), og påberopes eksplisitt i utkastets egen begrunnelse til anbefaling 2. Helsedirektoratets anbefalinger om prioritering ved kapasitetsbrist konkretiserer dette ytterligere, og legger til grunn at prognosevurdering er sammensatt, der skrøpelighet, kronisk sykdom og alder inngår i vurderingen av forventet nytte.

Vi ber om at veilederen bringes i samsvar med dette, slik at forventet overlevelse, rehabiliteringspotensial og antall leveår som reddes kan inngå i prioriteringen når ressursene er utilstrekkelige. Uten en slik konkretisering blir vurderingen i praksis overlatt til den enkelte, uten felles referanse og uten mulighet for etterprøving i ettertid.

Vi vil samtidig understreke at dette forutsetter klinisk erfaring. I initial triage utført av førstepersonell fraråder vi at alder eller komorbiditet innføres som eksplisitte modifikatorer. Fysiologisk reserve kan ikke vurderes på sekunder av personell uten klinisk erfaring, og eldre traumepasienter er allerede systematisk undertriagert. Nasjonal traumeplan har derfor alder som tilleggskriterium for traumeteamalarm. Vurdering av fysiologisk reserve hører følgelig hjemme der beslutningen tas av kompetent helsepersonell — ved samleplass og hos medisinsk leder helse — og ikke i den første sorteringen.

5. Sikringsmekanismer og palliasjon

Anbefaling 5

Gjeldende veileder knytter en rekke sikringsmekanismer til beslutningen om ikke å prioritere en pasient. Ingen av dem er videreført i utkastet:

- beslutningen krever grundigere undersøkelse enn triagealgoritmen tilsier
- to helsepersonell skal om mulig gjøre vurderingen sammen
- tvil skal gi høyeste prioritet
- pasienten skal så langt mulig ha personell hos seg og få palliativ behandling
- pasienten skal retriageres jevnlig og oppgraderes når ressursene tilkommer

Resultatet er at en mer krevende beslutning legges på personell med lavere kompetansekrav, med færre sikringsmekanismer og uten beslutningsstøtte. Som nevnt i punkt 1.2 er palliativ behandling en integrert del av den tilsvarende kategorien i NATOs system.

Fraværet av palliasjon er også et forhold som gjelder personellet. Å forlate levende pasienter uten noen form for lindring eller tilstedeværelse, uten at veilederen anerkjenner situasjonen eller gir handlingsalternativer, er en kjent kilde til moralsk skade. Utkastet omtaler forebygging av stressreaksjoner under anbefaling 7, men ikke den handlingen som utløser dem.

Vi ber om at sikringsmekanismene videreføres i teksten selv om den formelle kategorien fjernes — særlig at tvil skal gi høyeste prioritet, og at vurderingen skal revurderes når ressurssituasjonen endres — og at smertelindring, tilsyn og omsorg for skadde som ikke prioriteres tas inn som eget punkt, med angivelse av hvem som kan ivareta dette. Lettere skadde og publikum vil kunne bidra her, i tråd med anbefaling 6.

6. Grensesnittet mot mottakende sykehus

Veilederen er avgrenset til triage utenfor sykehus. Vi støtter avgrensningen, men vil peke på at konsekvensene av modellvalget lander i sykehuset, og at dette bør omtales.

Prehospital avdeling påpeker at modellen vil gi svært mange røde pasienter uten et system for å skille mellom dem etter den første triageringen. Sett fra mottakende sykehus betyr dette at den første reelle graderingen skjer i akuttmottaket, samtidig som mottaket skal håndtere den strømmen av selvevakuerte som anbefaling 5 aktivt legger opp til. Sykehusenes masseskadeplaner og traumemottak er i dag ikke dimensjonert for å være det første sorteringspunktet.

Vi støtter Prehospital avdelings forslag om klarere føringer for destinasjon for pasienter som ikke er røde, og ber i tillegg om at det stilles krav om at beslutning om egenevakuering og valg av evakueringssted koordineres med AMK, og at mottakende legevakt eller sykehus varsles om antall og

forventet ankomst. Vi anbefaler videre at revisjonen samordnes med den pågående revisjonen av Nasjonal traumeplan.

Oppsummering

Anestesiseksjonen stiller seg bak høringssvaret fra Prehospital avdeling i sin helhet. I tillegg ber vi om at følgende vurderes, i prioritert rekkefølge:

1. Avklar om personer med samtidig ufrie luftveier og store ytre blødninger faktisk er ment å nedprioriteres. Slik formuleringen står i begrunnelsen til anbefaling 2, omfatter den en pasientgruppe der få og enkle tiltak gir stor gevinst.

2. Gjeninnfør unntaket fra dødskriteriet for barn, og utvid det til asfyktiske og nedkjølte pasienter.

3. Redegjør for bortvalget av validerte internasjonale modeller, og beskriv hvordan de norske kategoriene forholder seg til NATOs T1–T4. Vurder på nytt om kategoristrukturen bør beholdes på et nivå som er kompatibelt med alliert praksis.

4. Flytt kriteriene for hvem som ikke prioriteres inn i anbefalingsteksten, gi dem normeringsgrad, og gjeninnfør kvalifiserende terskler for brann- og hodeskade.

5. Konkretiser hva «størst sannsynlighet for å overleve» innebærer, slik at fysiologisk reserve, rehabiliteringspotensial og forventet nytte kan inngå i vurderingen, og differensier etter hvem som anvender kriteriet.

6. Videreføre sikringsmekanismene fra gjeldende veileder, og ta inn palliasjon og omsorg for skadde som ikke prioriteres.

7. Gjeninnfør avlastning av trykkpneumothorax, med samme kompetanseforbehold som allerede brukes for turniké.

8. Beskriv grensesnittet mot mottakende sykehus og legevakt, herunder koordinering av egenevakuering.

Vi bidrar gjerne med fagpersoner dersom Helsedirektoratet ønsker utdypning av punktene.

Anestesi-, intensiv- og operasjonsavdelingen
Akuttklinikken, Sykehuset i Vestfold HF
Kontaktperson: Christer Arthurson, overlege, spesialist i anestesiologi, fagansvarlig akuttmedisin