Nasjonal veileder for masseskadetriage – Høringsutkast

Høringssvar fra Prehospital avdeling, Akuttklinikken, Sykehuset i Vestfold HF

Overordnet vurdering av målsetning

Prehospital avdeling støtter målsettingen om å utvikle en enklere og mer dynamisk modell for masseskadetriage som kan anvendes under ulike scenarioer og gjennom hele krisespekteret. Vi støtter også at den nye modellen skal være rask å bruke, fungere ved få ressurser og baseres på raske vurderinger. Dette speiler i stor grad det som observeres som praktisk gjennomførbart ved simulering, trening, øvelse og reelle hendelser.

Vi opplever imidlertid at høringsutkastet i hovedsak beskriver overordnede prinsipper og føringer, mens den konkrete modellen for hvordan masseskadetriage skal gjennomføres i praksis er mindre tydelig presentert. Det fremgår heller ikke tilstrekkelig beskrivelse av hvilke deler av gjeldende veileder som videreføres, hvilke som endres eller fjernes, og hvordan den foreslåtte modellen konkret skiller seg fra dagens primære og sekundære masseskadetriage.

Dette gjør det utfordrende å vurdere om den foreslåtte modellen samlet sett innebærer en faglig og operativ forbedring. Vi mener derfor at Helsedirektoratet bør tydeliggjøre hvilke konkrete endringer som foreslås sammenlignet med gjeldende veileder, og hvordan disse endringene er ment å fungere gjennom de ulike fasene av en masseskadehendelse.

Dette gjelder særlig fordi flere av anbefalingene i høringsutkastet fremstår som overordnede prinsipper som også finnes i dagens veileder. Den nåværende veilederen skiller allerede mellom grovtriage, primær masseskadetriage og sekundær masseskadetriage. Det bør derfor tydeliggjøres hva som erfaringsmessig har vist seg å være utfordrende ved denne modellen, og hvilke konkrete elementer revisjonen søker å forbedre.

Prehospital avdeling støtter intensjonen om å forenkle den initiale triagen, men mener det må komme tydeligere frem hvordan den nye modellen er tenkt å fungere i praksis, og hvordan den skal utvikle seg fra en enkel initial vurdering til mer individuell medisinsk vurdering når ytterligere ressurser og kompetanse blir tilgjengelig.

Målgruppe og bruk av medisinsk kompetanse

Prehospital avdeling støtter målsettingen om å forenkle den initiale masseskadetriagen slik at de første og mest grunnleggende vurderingene kan gjennomføres raskt og av personell med ulik bakgrunn og kompetanse. Ved masseskadehendelser kan det være avgjørende at en enkel og robust modell kan anvendes også av innsatspersonell uten avansert medisinsk kompetanse.

Vi stiller imidlertid spørsmål ved om veilederen i tilstrekkelig grad skiller mellom behovet for en enkel *initial* triagemetode og behovet for å utnytte tilgjengelig avansert medisinsk kompetanse etter hvert som denne ankommer skadestedet.

Veilederens målgruppe omfatter et svært bredt spekter av aktører – fra personell uten helsefaglig utdanning til spesialisert prehospitalt helsepersonell (paramedisinere, anestesisykepleiere, prehospitale anestesileger og luftambulansepersonell). At en triagemetode er enkel nok til å kunne brukes av personell med begrenset medisinsk kompetanse, bør ikke innebære at mer avansert medisinsk kompetanse ikke skal kunne benyttes når denne er tilgjengelig.

Ved større hendelser vil det kunne være betydelige forskjeller i tilgjengelige ressurser og kompetanse. Veilederen bør derfor tydeliggjøre hvordan masseskadetriagen kan utvikles dynamisk etter hvert som tilgang på personell, medisinsk kompetanse og ressurser øker.

Prehospital avdeling anbefaler at veilederen beskriver et klart prinsipp om at:

- initial triage skal være enkel, rask og kunne gjennomføres av personell med begrenset medisinsk kompetanse,
- men at triage og prioritering fortløpende skal revurderes og individualiseres i takt med tilgjengelige ressurser og kompetanse.

Dette vil etter vår vurdering være mer i tråd med veilederens uttalte ambisjon om en dynamisk modell. En modell som er utviklet for å fungere under forhold med begrensede ressurser, bør samtidig legge til rette for at tilgjengelig avansert medisinsk kompetanse aktivt kan benyttes når situasjonen tillater det.

Kommentarer til de enkelte anbefalingene

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

Kommentar: Støttes. Anbefalingen representerer ikke noen vesentlig endring fra gjeldende veileder og er i stor grad en gjentakelse av etablerte prinsipper fra PLIVO og

øvrig beredskapsplanverk. Det er positivt at Forsvaret nevnes. I en situasjon med krig eller væpnet konflikt vil risikovurderingen være vesentlig annerledes (fortsatt fiendtlig aktivitet, sekundære angrep, CBRN osv.).

2. Ved masseskadehendelser skal innsatspersonellet redde flest mulige liv fremfor å optimalisere behandlingen til et begrenset antall pasienter

Kommentar: Figur 1 «Handlingsmønster ved masseskadetriage» fremstår som bedre og tydeligere enn figur 4 i den gjeldende veilederen, og Prehospital avdeling støtter denne endringen. Samtidig mener vi at figuren bør presisere det som kommer frem av teksten nedenfor figuren når det gjelder etablering av frie luftveier. Å legge en pasient i sideleie er ikke nødvendigvis ensbetydende med at frie luftveier er etablert. Figuren bør derfor inneholde en ramme for å markere at man skal etablere frie luftveier.
Selve beskrivelsen av blødningskontroll og etablering av frie luftveier er bedre og tydeligere enn i gjeldende veileder. Disse beskrivelsene er primært utformet med tanke på innsatspersonell uten ambulansefaglig eller avansert prehospital medisinsk kompetanse, noe vi mener er viktig fordi det tydeliggjør hvilke grunnleggende livreddende tiltak som forventes av alt innsatspersonell. Det mangler derimot figurer av selve teknikkene for å etablere frie luftveier.
Det bør samtidig komme tydeligere frem at beskrivelsen at disse grunnleggende tiltakene ikke er ment å begrense eller erstatte mer avansert medisinsk vurdering og behandling når tilstrekkelig personell med relevant kompetanse og ressurser er tilgjengelig.

Vi støtter høringssvaret fra Anestesi-, intensiv- og operasjonsavdelingen ved Sykehuset i Vestfold HF når det gjelder bortfallet av barneunntaket i dødskriteriet.
Gjeldende veileder angir at pasienter anses som livløse dersom de ikke puster etter at luftveien er åpnet med enkle luftveismanøvre, *og* at det hos barn skal gis fem munn-til-munn-innblåsninger før vurderingen gjøres. Dette unntaket er fjernet i høringsutkastet uten at endringen er begrunnet.
Vi mener unntaket bør gjeninnføres. Hjertestans hos barn er i det store flertall hypoksisk, og kan respondere på ventilasjon alene. Det samme gjelder asfyktiske tilstander også hos voksne (drukning, snøskred, henging, røykgass, klemskade og hypotermi). Disse mekanismene er relevante i norske masseskadescenarioer.
Vi anbefaler derfor at dødskriteriet formuleres slik at det hos barn, og ved asfyktiske eller nedkjølte tilstander, gis fem effektive innblåsninger før pasienten vurderes som død.

Når det gjelder blødningskontroll, bør det vurderes om bruk av tourniquet bør prioriteres høyere enn pakking i situasjoner med svært mange skadde. Pakking kan være tidkrevende, og i en masseskadesituasjon kan direkte trykk etterfulgt av rask

tourniquet der det er nødvendig være mer effektivt for å frigjøre personell til flere pasienter.

3. **Innsatspersonell som først ankommer skadestedet ved masseskadehendelser, bør merke alvorlig skadde med rød fargekode og døde med sort fargekode.**

   Kommentar: Prehospital avdeling støtter behovet for en rask og enkel initial. Vi mener imidlertid at anbefalingen slik den foreligger er for lite presis når den angir at «alvorlig skadde» skal merkes rødt. Det bør tydeliggjøres hvilke kriterier konkrete observasjonskriterier som skal ligge til grunn for vurderingen.
   Uten definerte kriterier blir anbefalingen i stor grad avhengig av den enkelte innsatspersons kliniske vurdering. Dette kan gi betydelig variasjon, særlig fordi veilederen er rettet mot personell med svært ulik medisinsk kompetanse.
   Høringsutkastet oppgir ikke hvilken triagemodell det bygger på, og redegjør ikke for hvilke etablerte systemer som er vurdert eller hvorfor de er fravalgt. Det er interessant at man bevisst går bort fra anbefalte og validerte internasjonale masseskadetriagemodeller uten at valget begrunnes. Dette bør diskuteres åpent i bakgrunnskapittelet.
   En sentral bekymring er at den nye modellen vil føre til svært mange røde pasienter, uten et klart system for å skille mellom dem etter den første triageringen. Til sammenligning bruker den engelske «10 second triage» også et enkelt system som kan brukes av alle nødetater, men skiller likevel mellom rød/gul/grønn (P1/P2/P3). Vi anbefaler at det vurderes om en tilsvarende enkel differensiering kan innarbeides. Vi slutter oss til Høringssvar fra Anestesi-, intensiv og operasjonsavdelingen når det gjelder manglende harmonisering med NATOs triagesystem.

   Det bør videre tydeliggjøres hvordan levende pasienter som ikke vurderes som alvorlig skadde i den initiale fasen skal håndteres og merkes, og hvordan den initiale røde/sorte merkingen inngår i den videre dynamiske triageprosessen. Vi savner også et system for å holde oversikt over antall pasienter.
   Vi anbefaler derfor at veilederen beskriver konkrete og enkle kriterier for initial identifikasjon av alvorlig skadde, samtidig som det tydeliggjøres at den første merkingen er en foreløpig sortering og ikke en endelig medisinsk triage.

4. **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.**

Kommentar: Prehospital avdeling støtter anbefalingen. Vi mener imidlertid at formuleringen «Så snart det er tilstrekkelige ressurser tilgjengelig, bør også mindre alvorlig skadde personer vurderes» bør endres til «skal vurderes». Når ressurssituasjonen tillater videre vurdering, bør dette være en forventet del av håndteringen, særlig ettersom mindre alvorlige skader kan utvikle seg til livstruende tilstander.

Det mangler også et tydelig triage-nivå for oppegående pasienter. I praksis kategoriseres disse uansett. Det bør vurderes om det skal innføres en egen triagekategori for denne gruppen. Et annet eksempel er en pasient med brukket ankel som ikke kan gå, men som eller er uskadd; denne er uansett ikke rød, men heller ikke nødvendigvis «grønn».

Videre bør det presiseres mer rundt pasientgruppen som ikke er rød, særlig når det gjelder valg av destinasjon (legevakt vs. sykehus). Det bør vurderes om det skal gis klarere føringer for å transportere pasienter som normalt ville blitt sendt til sykehus, til legevakt/fastlege – i den hensikt å avlaste sykehusene og sikre kapasitet.

5. **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**

   Kommentar: Prehospital avdeling støtter anbefalingen.

6. **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**

   Kommentar: Vi støtter anbefalingen i prinsippet. I den første kritiske fasen før tilstrekkelig innsatspersonell er på plass, er publikum og lettere skadde en reell ressurs. Fokuset på de tre mest tidskritiske tiltakene (stanse store blødninger, sikre frie luftveier ved sideleie og forebygge hypotermi) er faglig korrekt og i tråd med det som redder liv.

   Anbefalingen er imidlertid for forsiktig og for lite operativ. Den understreker risiko og at publikum ikke kan pålegges å bli, noe som er viktig, men den gir for lite konkret veiledning om *hvordan* tiltakene skal gjennomføres i praksis under press. Anbefalingen bør inneholde ferdigformulerte, enkle beskjeder som både AMK-operatører og første innsatspersonell kan bruke direkte. Eksempel: «Dere som kan hjelpe: Finn de som blør kraftig og trykk hardt på såret med noe. Legg de som er bevisstløse på siden».

Å bruke lettere skadde som ressurs er et godt poeng, men det mangler en praktisk beskrivelse av når man skal be dem om hjelp, og når skal man heller be dem gå til samleplass.

7. **Så snart tilstrekkelige ressurser er tilgjengelige skal vurdering og behandling av skadde ved masseskadehendelser baseres på vanlige akuttmedisinske prinsipper.**
   Kommentar: Anbefalingen er faglig korrekt og nødvendig. Den sikrer at forenklingen ikke blir stående for lenge. Det bør stå mer konkret hva «tilstrekkelige ressurser» innebærer. Eksempler: når det er nok kompetent personell til å gjennomføre individuell triage av alle røde pasienter, når transportkapasiteten er under kontroll, eller når Innsatsleder Helse / Medisinsk Leder Helse vurderer at situasjonen er kompensert. Uten dette blir beslutningen for avhengig av den enkelte leders skjønn.
   Oppfølging av publikum og innsatspersonell er et viktig og godt tillegg. Det bør samtidig sikres at personell ved 02415 er trent for samtaler om denne typen hendelser.

Konklusjon

Prehospital avdeling støtter intensjonen om en enklere, raskere og mer robust modell for masseskadetriage tilpasset hele krisespekteret. Forenklingen av den initiale sorteringen har potensial til å redusere tid per pasient og gjøre systemet mer anvendelig for alt innsatspersonell.

For at revisjonen skal gi reell operativ gevinst, må den konkrete arbeidsmetodikken, kriteriene for «alvorlig skadd», overgangen mellom faser, håndteringen av ikke-røde pasienter og systemet for oversikt over pasientantall beskrives langt tydeligere. Uten dette vil det være vanskelig å implementere, trene og evaluere systemet på en enhetlig måte nasjonalt.

Dette vil etter vår vurdering være mer i tråd med veilederens uttalte ambisjon om en dynamisk modell for masseskadetriage. En modell som er utviklet for å fungere under forhold med begrensede ressurser, bør samtidig legge til rette for at tilgjengelig avansert medisinsk kompetanse aktivt kan benyttes når situasjonen tillater det.