

Oslo, 18. februar 2020

Legeforeningen v/Kari Schrøder Hansen

H e r

**Høringssvar fra Norsk psykiatrisk forening – Masseskadetriage, revisjon av nasjonal veileder, fra Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS)**

Temaet masseskadetriage gjelder liv og død i aller første fase. Alvorlige akutte reaksjoner av fullstendig ukontrollert panikk respektive fullstendig psykomotorisk lammelse – apati – kan innebære at personen ikke har evne til å ta vare på seg selv og dermed kan forkomme hvis det ikke umiddelbart tas grep. En alvorlig forvirringsreaksjon kan også medføre at en skade som isolert sett kan vurderes som ikke-livstruende faktisk kan bli livstruende pga personens endrede adferd og fullstendig mangel på innsikt. Derfor bør også slike reaksjoner omtales. Det er dessuten ekstra viktig fordi full panikk kan smitte over på andre som er til stede og dermed bidra til fullstendig kaos i triagesettingen.

Ved søk etter «psyk» i dokumentet på 120 sider, ble det gjort 5 funn, stort sett i forbindelse med barn (Kap 7) med henvisning til at NKVTS kan gi råd om hvordan psykososiale vurderinger skal inngå i veilederen for masseskadetriage. Søk på «depr» og «PTSD» ga omtrent samme treff. Dette er overfladisk og ikke faglig tilfredsstillende. De betydelige psykiatriske komplikasjonene som kan forekomme efter den første triage er gjennomført, må også omtales da dette vil ha betydning for triagevurderinger på et senere tidspunkt.

I oversikten over dagens systemer for triage nevnes *Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTS),* som også er tatt i bruk i Norge. Denne har en femgradig triageskala som er tilpasset bruk ved akuttmottak og ambulansetjeneste, med integrerte moduler for voksne, barn, traume og psykiatri. En nærmere beskrivelse av modulen for psykiatri gjøres dessverre ikke i høringsutkastet. Det er en mangel som må rettes opp.

Tre områder peker seg umiddelbart ut: oppfølging av barn som pårørende, av voksne som pårørende og av hjelpepersonell som omtales i Kap 8 med henvisning til ettervirkninger for innsatspersonell under orkanen Katrina i 2005. Det er imidlertid også norske undersøkelser og kliniske erfaringer som er nedfelt skriftlig om samme tema. Det er noe underlig at man kun henviser til en amerikansk undersøkelse når vi har norsk ekspertise på internasjonalt nivå. Det minnes f.eks. om at Scandinavian Star katastrofen så vel som 22. juli 2011 ble håndtert godt av det psykiske helsevern i tett samarbeid med klinisk medisin og rettsmedisin.

**Konklusjon**:

Med bakgrunn i dette, og med veilederens uspesifiserte henvisning til NKVTS, mener Npf at det er grunn til å påpeke at psykiatrien bør ha en mer tydelig plass i en ny veileder for masseskadetriage. Veilederen bør si noe om rutiner for psykiatrisk oppfølging av både de skadde, de pårørende og hjelpepersonell.

Norsk psykiatrisk forening kan i samarbeid med Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatri, NKVTS og andre kompetansemiljøer bidra i dette arbeidet.

Med vennlig hilsen

Ulrik Fredrik Malt Ola Marstein

Leder i Norsk psykiatrisk forening spesialrådgiver