Helsedirektoratet

Høringsinstanser etter liste

Deres ref.:
Vår ref.: 13/38-1
Saksbehandler: Bjørn Jamtli
Dato: 03.01.2013

DEN NORSKE LEGEFORENING
22 JAN 2013
MOTTATT

Høringsnotat - forslag til nasjonal standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner og dekompenserte ulykker

Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å koordinere den nasjonale oppfølgingen etter 22. juli 2011, med utgangspunkt i innstilling fra Den særskilte komité av 10. november 2012, NOU-rapporten fra 22. juli-kommisjonen, og Helsedirektoratets rapport IS-1984 «Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2012. Læring for bedre beredskap»,

Oppfølgingen skal skje i samarbeid med de regionale helseforetak, fylkesmanns-embeter, kommuner og andre berørte fagmiljøer.

En gjennomgang av pasientene som ble brakt til sykehus og legevakt etter hendelsene den 22. juli viser at det ble foretatt gode prehospitale vurderinger og triageringer av pasientene både fra Regjeringskvartalet og Utøya. Dette tilskrives i stor grad at man på begge skadesteder hadde tilgjengelig et tilstrekkelig antall svært kvalifiserte helsepersonell.

For å kunne håndtere liknende situasjoner uten tilgang på tilsvarende ressurser anses det som viktig å etablere enhetlige, dvs nasjonale retningslinjer for triagering av pasienter ved masseskade situasjoner og dekompenserte ulykker.

I samarbeid med det akuttmedisinske fagmiljøet har Helsedirektoratet utarbeidet et utkast til nasjonale retningslinjer for triagering av pasienter i masseskade situasjoner og dekompenserte ulykker. Disse sendes med dette på høring.

Høringsfrist: 10. april 2013

Innspill bes sendt elektronisk til Helsedirektoratet på epost: Horing.svar@helsedir.no og merkes «Høringssvar triage» i tittelfeltet

Høringsdokumentene vil også bli lagt ut på vår hjemmeside www.helsedirektoratet.no

Helsedirektoratet - Divisjon spesialisthelsetjenester
Avdeling medisinsk nødmeldetjeneste
Bjørn Jamtli, tlf.: 24163394
Postboks 7000 St. Olavs plass • Besøksadresse: Pilestredet 28, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Vennlig hilsen

Cecilie Daae
divisjonsdirektør

Steinar Olsen
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg:
Utkast til nasjonal standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner og dekompenserte ulykker

Høringsinstanser:

De regionale helseforetakene
Landets helseforetak
Landets kommuner
Landets fylkesmenn
Landets pasientombud

Helse- og omsorgsdepartementet
Justis- og beredskapsdepartementet
Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet
Sametinget

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
Politidirektoratet
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Statens helsetilsyn
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Statens strålevern

Den norske legeforening
Norsk sykepleierforbund
Kommunenes Sentralforbund
Ambulansepersonellets Yrkesorganisasjon (AMPY)
Fagforbundet

KOKOM
NAKOS
NKLM
NBC-senteret OUS

Norges Røde Kors
Norsk folkehjelp

Utkast til standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner og dekompenserte ulykker

Versjon 29.11.12 (Endelig skisse til høringsrunde).

Innhold

0. Innledning
1. Definisjon av prioriteringsgruppene
2. Prinsippskisse for grovsortering og individuell triage
3. Flytskjema : Grovsortering av skadde
4. Flytskjema : Individuell triagering
5. Flytskjema : Individuell triagering tilpasset ikke- helsepersonell
6. Hjelpetabeller og spesifiseringer
7. Litteratur (utvalg)

Innledning

Masseskadetriage er et verktøy som skal sikre at man gjør "best mulig for flest mulig" ved hendelser der antallet pasienter overstiger de tilgjengelige behandlings- og transportressurser på skadested. Hensikten med dette dokumentet er å sikre at alle typer personell benytter den samme type kategorisering og merking av de skadde. I tillegg til en definisjon av prioriteringsgrupper og tilhørende fargemerking, gis det konkrete forslag til en strukturert handlingsrekkefølge (flytskjemaer) og anbefalte egenskaper ved merkemateriellet.

Dette dokumentet er basert på tilgjengelig litteratur, innspill fra et bredt fagmiljø og de konkrete erfaringer som er gjort i de siste årenes reelle masseskadehendelser og øvelser i Norge og utlandet. Blant annet introduseres en systematisk tilnærming til "forenklet sortering" som kan være aktuelt i noen tilfeller, enten alene eller i forkant av en individuell triagering.

Flytskjemaene i dette dokumentet er ment som utgangspunkt for undervisning og trening av personellet som utfører den praktiske undersøkelse (triagering) av de skadde. Skjemaet for helsepersonell er basert på det amerikanske konsensusproduktet "SALT" med pedagogiske og faglige endringer som passer med det spekter av personellgrupper som benyttes i den prehospitale helsetjenesten i Norge. Skjemaet for "andre personellgrupper" er bevisst gjort kompatibel med de prinsipper for triagering som har vært mest undervist i Norge de siste årene (TAS-triage). Sistnevnte skjema kan være aktuelt også for helsepersonell med begrenset akuttmedisinsk erfaring.

Avgrensinger

• Dette dokumentet omtaler ikke organisering, strategi, ansvar og roller i nødetatenes skadestedsarbeid. Det vises her til det fremtidige tverretatlig definisjonsdokumentet for skadestedsarbeid.

• Dokumentet er ikke ferdig utviklet grafisk. I en operativ utgave vil flytskjema for grovsortering og individuell triage bli plassert på en side.

1. Definisjon av prioriteringsgrupper (nasjonal standard)

Navn/farge	Definisjon
Akutt	Kategorien "akutt" brukes for pasienter med umiddelbart livstruende tilstand . Rask behandling i riktig sykehus er nødvendig for at pasienten skal overleve. Kompetent personell kan innenfor denne prioriteringskategorien også angi en intern prioritet for videre tiltak/evakuering (1-2), transportfartøy og det besluttede leveringssted (sykehusnavn/nivå).
Haster Kan vente	Kategorien "haster" brukes for pasienter med skade som krever sykehusbehandling, men som kan vente inntil det er kapasitet til transport og behandling. I en periode på 4 timer antas skaden ikke å være livstruende uten behandling. Pasienter i denne kategorien må undersøkes og retriageres jevnlig.
Vanlig Må vente	Kategorien "vanlig" brukes for pasienter med mindre skade som kan behandles poliklinisk, på kirurgisk legevakt eller tilsvarende ressursnivå. Eksempel: sår og kuttskader som kan behandles uten generell anestesi, bruddskader som kan behandles uten kirurgi.
Kan ikke reddes	Kategorien "kan ikke reddes" brukes kun av spesielt kompetent lege der skadene ikke er forenelig med overlevelse i den aktuelle ressurssituasjon. Pasienter i denne gruppen retriageres til kategorien "akutt" dersom det tilkommer økte ressurser på skadestedet og et desperat forsøk på livreddende tiltak kan være mulig.
Livløs	Kategorien "livløs" brukes for skadde helt uten livstegn. Den livløse erklæres senere formelt død av lege.
	Merkefargen "rosa farge på en av hovedkategoriene sin fargebakgrunn" betyr at pasienten er ferdig sanert før videre transport. Denne merkingen skal sikre at ikke unødvendig ny sanering blir utført utenfor sykehus.

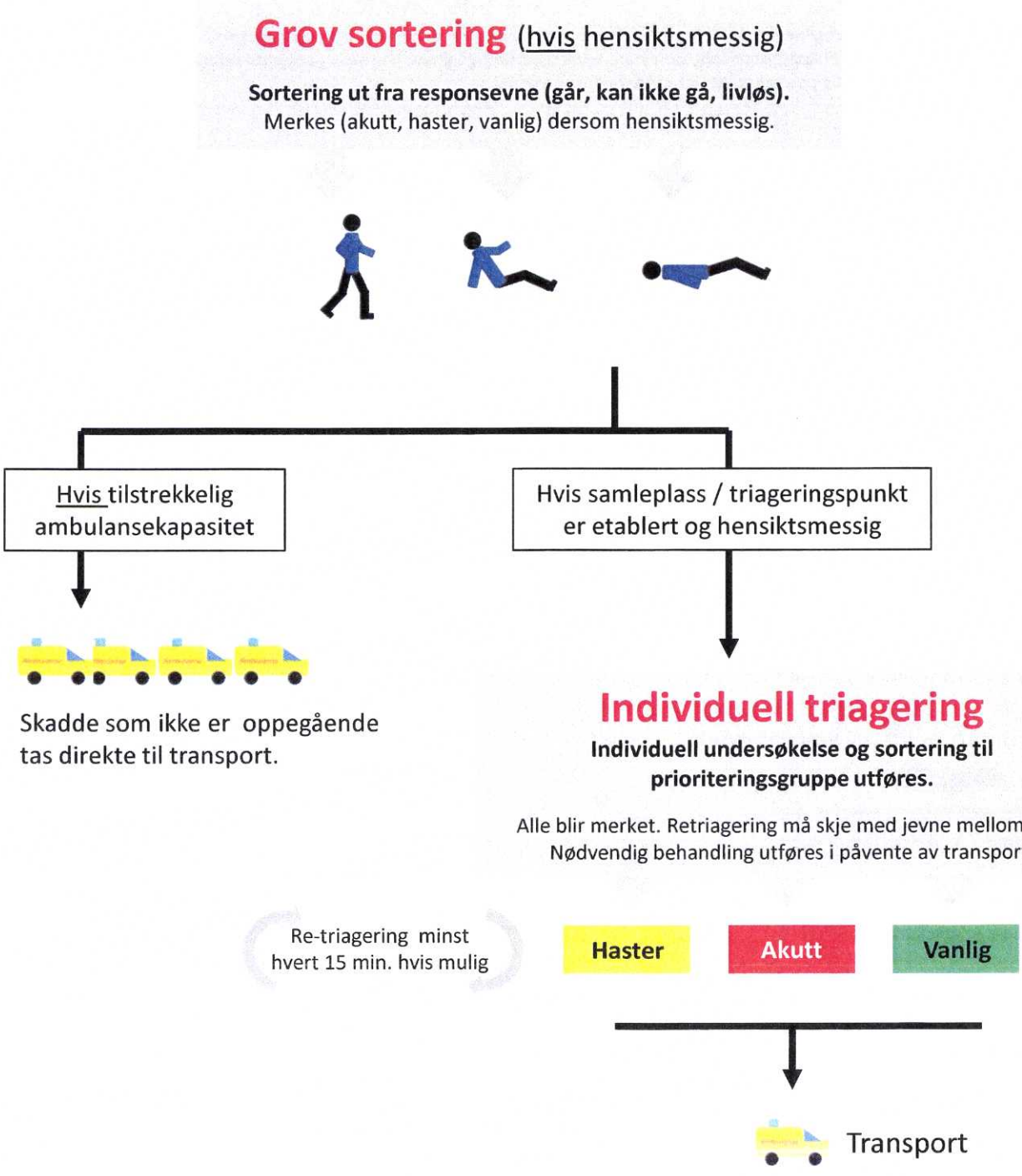
1
St. Olav

Eksempel: "Pasient er triagert til kategori "akutt". Videre intern prioritering for tiltak/evakuering er 1 (av 2) og pasienten skal til St.Olav Hospital. Pasienten er ferdig renset."

2. Prinsippskisse for sammenhengen mellom grovsortering og individuell triage

Grovsortering utføres i spesielle tilfeller og betyr inndeling av menneskemengde til undergrupper basert på hvordan de responderer på muntlig henvendelse. Den baserer seg ikke på individuell undersøkelse av hver enkelt og skal som regel følges opp av individuell triagering.

Individuell triagering er hovedmetode og innebærer en mer nøyaktig tildeling av prioriteringsgruppe basert på individuell undersøkelse av hver enkelt (se egne flytskjemaer). Denne er mer nøyaktig, men også mer tidskrevende.



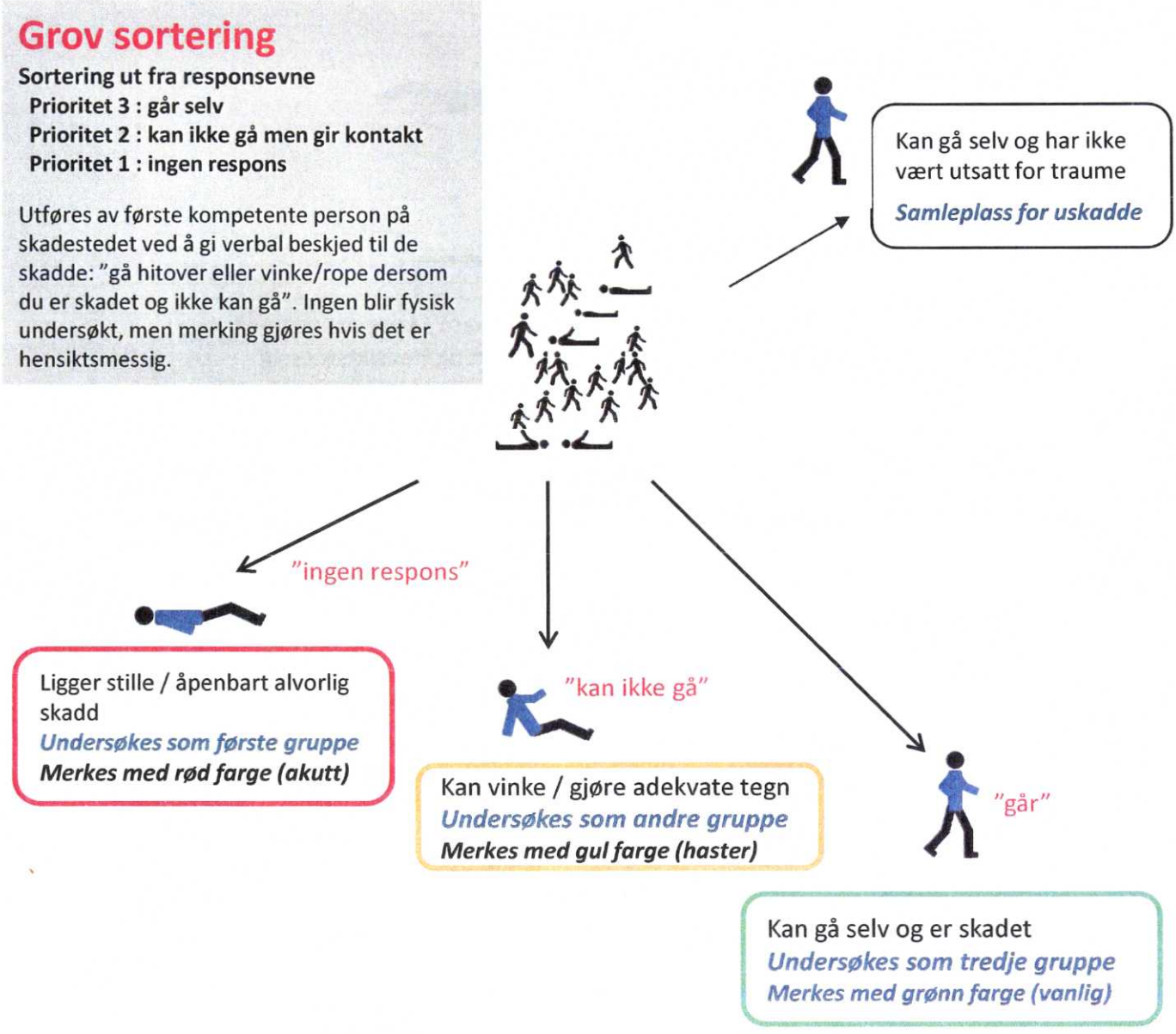
3. Flytskjema for tidlig grovsortering av skadde

Grovsortering i tidlig fase kan være hensiktsmessig i tre ulike situasjoner:

1. Når antall pasienter er meget stort i forhold til tilgjengelige personell og ambulansefartøy. Sorteringen har da som hensikt å gruppere slik at helseinnsatsen kan konsentreres mot gruppen med de antatt alvorligste skadene. Pasienter i gruppen som "ligger nede og ikke responderer" triageres så først (se flytskjema for individuell triagering).

2. Når ulykke har skjedd på utilgjengelig sted og avansert uthenting (helikopter, terrengkjøretøy, båter) må gjøres for å bringe de skadde til en samleplass der helsevesenets ressurser er samlet. Pasienter i gruppen som "ligger nede og ikke responderer" transporteres først og triageres så på samleplass (se flytskjema for individuell triagering).

3. Når en stor ulykke er tidlig kompensert med et tilstrekkelig antall ambulanser (f.eks i en storbyregion). Sorteringen skjer da forenkelt for å sikre umiddelbar transport uten tidstap. Videre undersøkelse og behandling skjer i ambulansefartøy. I slike situasjoner utføres ikke fullstendig triagering og en samleplass for skadde er ikke aktuelt.

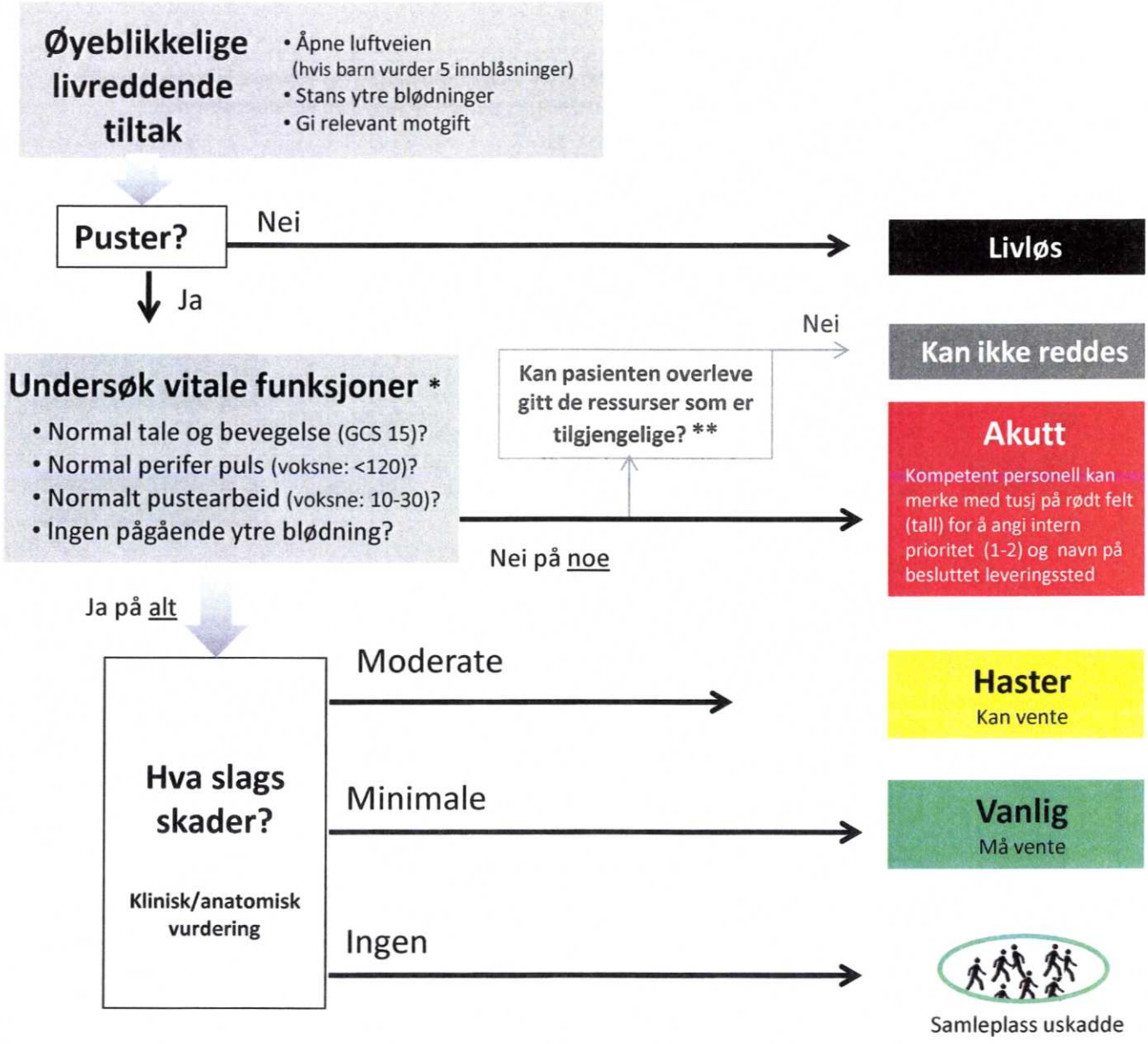


4. Flytskjema for individuell triagering (helsepersonell)

Individuell triage iverksettes når et behov (antallet skadde, deres skadetype og/eller geografisk beliggenhet) overstiger de ressurser man kan påregne innen rimelig tid. Det gjøres en rask og enkel vurdering av den enkelte pasient sin tilstand. Dette danner grunnlag for en sortering av de skadde i grupper av ulik prioritet slik at videre helsehjelp og transport tilkommer de mest trengende først. Merk at kun et positivt funn i boksen "undersøk vitale funksjoner" er nok til å gå videre til høyre i flyskjemaet.

Individuell triagering

Individuell undersøkelse og sortering til prioriteringsgruppe. Dette skjemaet er tilpasset for helsepersonell.



* Referanseverdiene er for voksne. Se egen tabell med normalverdier for barn 0-10 år.

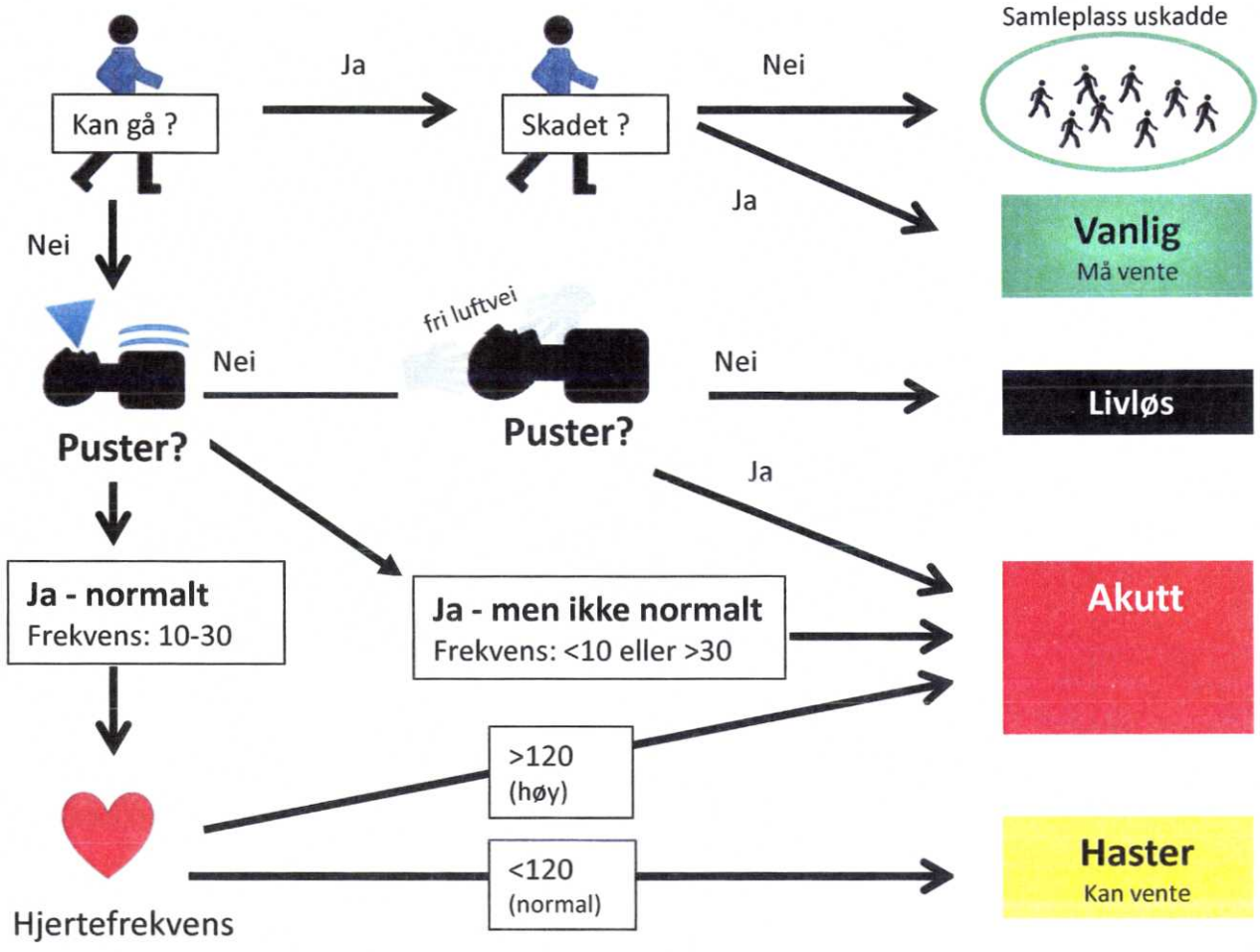
** Dette vurderes kun av spesielt kompetent lege i en ressurssituasjon som gjør at slik prioritering er nødvendig.

5. Flytskjema for individuell triagering (utført av ikke-helsepersonell)

Individuell triage iverksettes når et behov (antallet skadde, deres skadetype og/eller geografisk beliggenhet) overstiger de ressurser man kan påregne innen rimelig tid. Det gjøres en rask og enkel vurdering av den enkelte pasient sin tilstand. Dette danner grunnlag for en sortering av de skadde i grupper av ulik prioritet slik at videre helsehjelp og transport tilkommer de mest trengende først.

Individuell triage

Individuell undersøkelse og angivelse av prioriteringsgruppe etter vitale fysiologiske parametere (pusting og puls). Dette skjemaet er tilpasset til bruk i undervisning og forberedelse av personell som ikke er helsepersonell.



* Referanseverdiene er for voksne. Se egen tabell med normalverdier for barn 0-10 år.

6. Hjelpetabeller og presiseringer

A – Hjelpetabell til flytskjemaene. Relevante normalverdier for barn 0 - 10 år.

Alder	Lengde	Vekt (kg)	Resp.frekvens	Hjertefrekvens
Spedbarn	< 50 cm	< 3.5 kg	30-60	90-180
0- 1 år	50-80 cm	3,5 – 10 kg	35-50	100-180
1,5-4 år	80-100 cm	11-18 kg	15-40	80-160
4-10 år	100-140 cm	19-32 kg	10-30	70-140

B - Dokumentasjonsbehov av tiltak i gruppene "akutt"

Et ledig hvitt felt bør benyttes til å notere vesentlig informasjon som neste behandlingsledd <u>må</u> vite om:
- Alder og kjønn
- Skadetidspunkt for aktuelle pasient
- Kroppsregion som er skadet
- Vitale parametere (RF, HF, BT og GCS)
- Tiltak og tidspunkt (f.eks thoraxdrenasje, tourniquet, morfin, andre medikamenter, væske).

Dokumentasjon av funn og tiltak på pasienter i gruppene "vanlig" og "haster" gjøres på enhetens vanlige rapportskjema /innleggelsesskriv.

C – Egenskaper ved merkelapper

Livløs Kan ikke reddes Vanlig Haster	Enkelt merke som ikke blåser bort og tåler sanering og alle værtyper. Merket "kan ikke reddes" vil kun være aktuelt i legebaserte utrykningsenheter.
Akutt	Enkelt merke som ikke blåser bort og tåler sanering og alle værtyper. - Bør kunne suppleres med notater (tusj/fettstift) om funn og tiltak som er spesielt viktig å formidle. - Bør kunne påføres en intern prioritet (1-2) og navngivelse av leveringssted.
Renset	Egen merkelapp eller symbol som kan settes på en bakgrunn av annen farge.

7. Litteratur (utvalg)

Aylwin, C. J., König, T. C., Brennan, N. W., Shirley, P. J., Davies, G., Walsh, M. S., & Brohi, K. (2006). **Reduction in critical mortality in urban mass casualty incidents: analysis of triage, surge, and resource use after the London bombings on July 7, 2005.** *Lancet*, *368*(9554), 2219-25. doi:10.1016/S0140-6736(06)69896-6

Frykberg, E. R., & Tepas, J. J. (1988, November). **Terrorist bombings. Lessons learned from Belfast to Beirut.** *Annals of surgery*.

Jenkins, J. L., McCarthy, M. L., Sauer, L. M., Green, G. B., Stuart, S., Thomas, T. L., & Hsu, E. B. (2008). **Mass-casualty triage: time for an evidence-based approach.** *Prehospital and disaster medicine*, *23*(1), 3-8.

Lerner, E., & Schwartz, R. (2008). **Mass casualty triage: an evaluation of the data and development of a proposed national guideline.** *Disaster medicine and ...*, 25-34.

Rehn, M., & Lossius, H. M. (2010**). Kommentar Katastrofetriage – behov for en norsk standard.** *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, *21*(21), 2112-2113.

Sollid, S. J. M., Rimstad, R., Rehn, M., Nakstad, A. R., Tomlinson, A.-elin, Strand, T., Heimdal, H. J., et al. (2012). **Oslo government district bombing and Utøya island shooting July 22 , 2011 : The immediate prehospital emergency medical service response.** *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, *20*(1), 3.