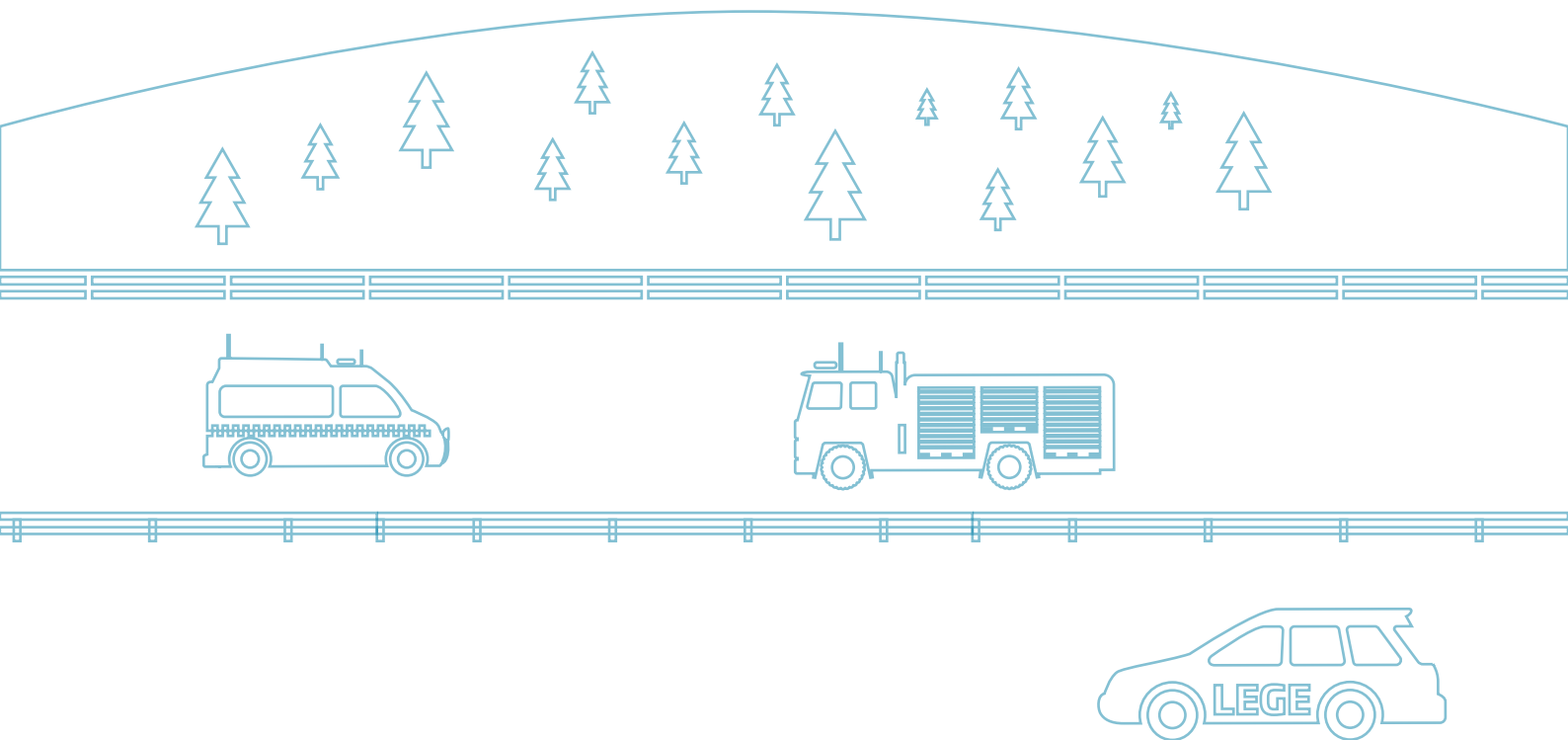


# Nasjonal veileder for masseskadetriage

Nasjonal veileder

IS-0380





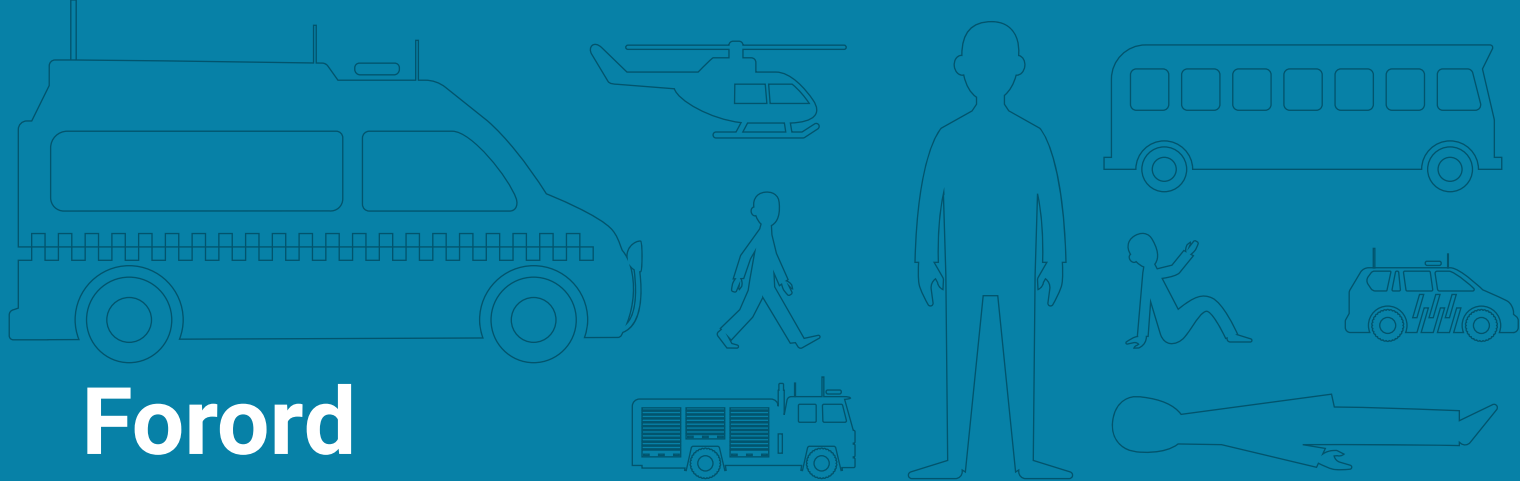
**Publikasjonens tittel:** Nasjonal veileder for masseskadetriage  
**Utgitt:** 2020  
**Publikasjonsnummer:** IS-0380

**Utgitt av:** Helsedirektoratet  
**Kontakt:** Avdeling akuttmedisin og beredskap  
**Postadresse:** Pb. 2020 Skøyen, 0213 Oslo  
**Besøksadresse:** Vitaminveien 4, Oslo

Tlf.: 47 47 20 20  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Veilederen kan lastes ned: [www.helsedirektoratet.no/publikasjoner](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner)  
Søk på tittel eller IS-nummer  
Kontakt Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen ved spørsmål  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Ved henvendelse, oppgi IS-nummer: IS-0380

**Forsidefoto:** Eivind Nordvik Hauge / Odd Skarbomyr / Helsedirektoratet  
**Figurer:** Design og tilretteleggelse av forside og figurer. Melkeveien designkontor as



# Forord

Første utgave av Nasjonal veileder for masseskadetriage ble utgitt i 2013. Det er internasjonalt en bred enighet om at masseskadetriage er et viktig verktøy for effektiv pasienthåndtering ved større ulykker og katastrofer, og det er utviklet flere modeller for masseskadetriage. Formålet med veilederen var å etablere nasjonale retningslinjer for masseskadetriage for alle typer innsatspersonell, innføre felles benevnelser og definisjoner for de ulike hastegradene, og å standardisere merkingen av pasientene på et stort skadested.

Veilederen var en viktig milepæl i utviklingen av oppdaterte retningslinjer og planverk for helsetjenestens håndtering av store hendelser med mange skadde. I dag inngår veilederen i en større sammenheng med dokumenter som regulerer helsetjenestens innsats, tverretattlig samordning mellom nødetatene, redningstjenesten generelt og samarbeid med Sivilforsvaret, Forsvaret, frivillige organisasjoner og andre forsterkningsressurser.

Helsedirektoratet vil rette en stor takk til de engasjerte fagmiljøene i helseforetakene og de nasjonale kompetansesentrene. En spesiell takk til Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) som har lagt ned et omfattende arbeidet med revisjon av veilederen. NAKOS har i revisjonsarbeidet utført en systematisk gjennomgang av eksisterende litteratur og hentet inn erfaringer med bruk av veilederen fra operativt personell og utdanningsinstitusjoner.

Helsedirektoratet forutsetter at helsetjenesten implementerer modellen i sine egne rutiner og prosedyrer. Vi regner med at helsetjenesten vil trene jevnlig på prinsippene i modellen, og at den vil benyttes i interne øvelser og samtrening mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og våre samvirkepartnere i tiden framover.

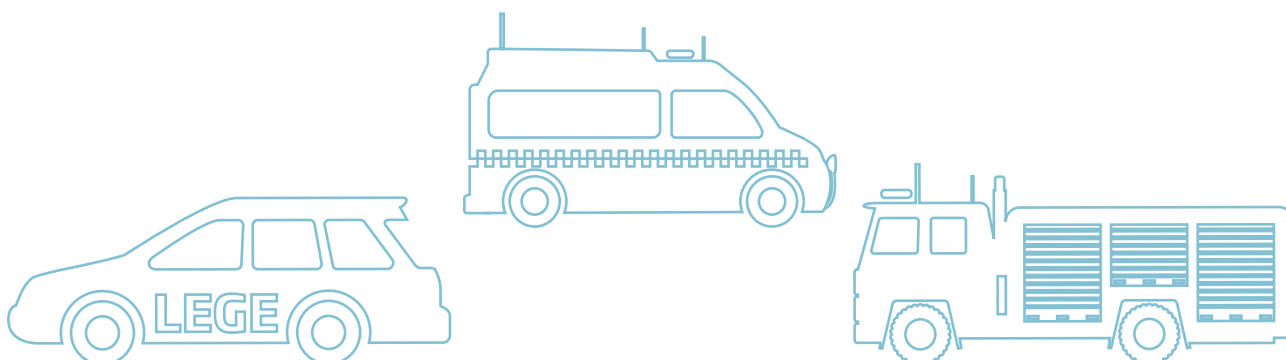
Bjørn Guldvog  
*Helsedirektør*

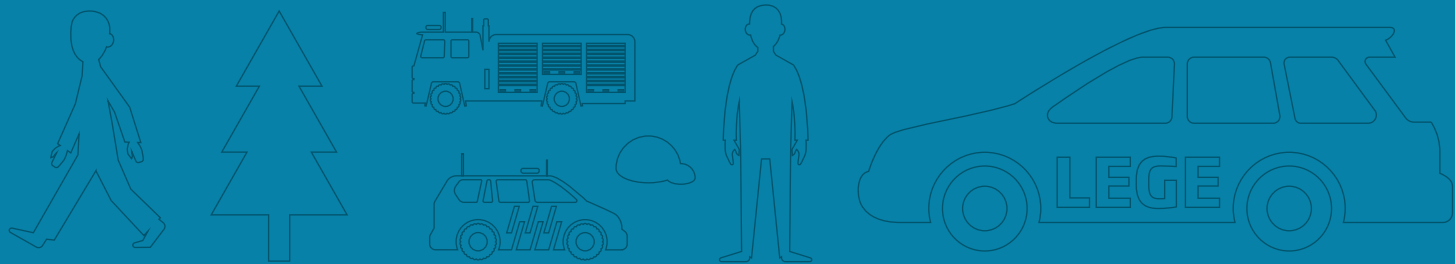




# Innhold

<b>1. Innledning</b>	<b>5</b>
1.1 Om veilederen	5
1.2 Avgrensninger	5
<b>2. System for masseskadetriage</b>	<b>6</b>
2.1 Hva menes med masseskadetriage?	6
2.2 Når benyttes masseskadetriage?	7
2.3 Primær og sekundær masseskadetriage	8
2.4 Hastegrader med tilhørende farge og benevnelse	9
2.5 Spesielle vurderinger knyttet til GRÅ hastegrad (Avvente)	10
2.6 Triage av barn i masseskadesituasjoner	10
<b>3. Primær masseskadetriage</b>	<b>11</b>
3.1 Primær masseskadetriage	11
3.2 Grovtriage	11
3.3 Individuell triage	12
<b>4. Merking og dokumentasjon</b>	<b>14</b>
4.1 Merking av pasientene etter triagering	14
4.2 Dokumentasjon	14





# 1. Innledning



## 1.1 Om veilederen

Til hverdags kan betydelige ressurser settes inn på å redde enkeltpasienter med svært alvorlig skade eller sykdom. I masseskadesituasjoner mobiliseres store ressurser, men det vil av rent praktiske årsaker ta tid før tilstrekkelige ressurser er på plass i innsatsområdet. Masseskadetriage er et verktøy for å utnytte de utilstrekkelige ressursene på beste måte.

Masseskadetriage som metode har som premiss at det ikke er tilstrekkelig ressurser til å gi hver og en den optimale behandlingen. Da må metoden hjelpe innsatspersonellet til å gjøre det viktigste først. Det betyr at de med mindre kritiske skader må vente, mens personellet prioriterer tiltak og behandling til de som trenger hjelpen mest.

Hensikten med en nasjonal modell er å øke sannsynligheten for at helsetjenesten kan håndtere alvorlige hendelser og katastrofer, uavhengig av hvor i landet det skjer. Veilederen skal sikre at alle typer personell benytter en hensiktsmessig arbeidsmetodikk og lik kategorisering av skadde i det prioriteringsarbeidet som må utføres når det er ubalanse mellom antall skadde og tilgjengelige behandlings- og transportressurser.

Veilederen beskriver et system for primær masseskadetriage, og er utarbeidet med tanke på

alle typer innsatspersonell i Norge – både sivilt og militært. Den skal så langt det er mulig være egnet for kategorisering og prioritering av pasienter i alle typer masseskadehendelser.

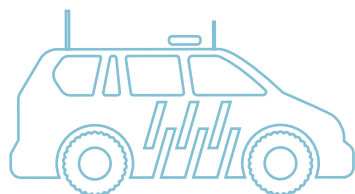
## 1.2 Avgrensninger

Erfaringer viser at også sykehusene bør ha systemer for å håndtere triage ved massetilstrømming av pasienter ved større hendelser og katastrofer. Denne veilederen er avgrenset til system for masseskadetriage brukt utenfor sykehus.

Dokumentet omtaler ikke organisering, strategi, ansvar, oppgaver og roller i skadestedsarbeidet. Det vises her til Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested.

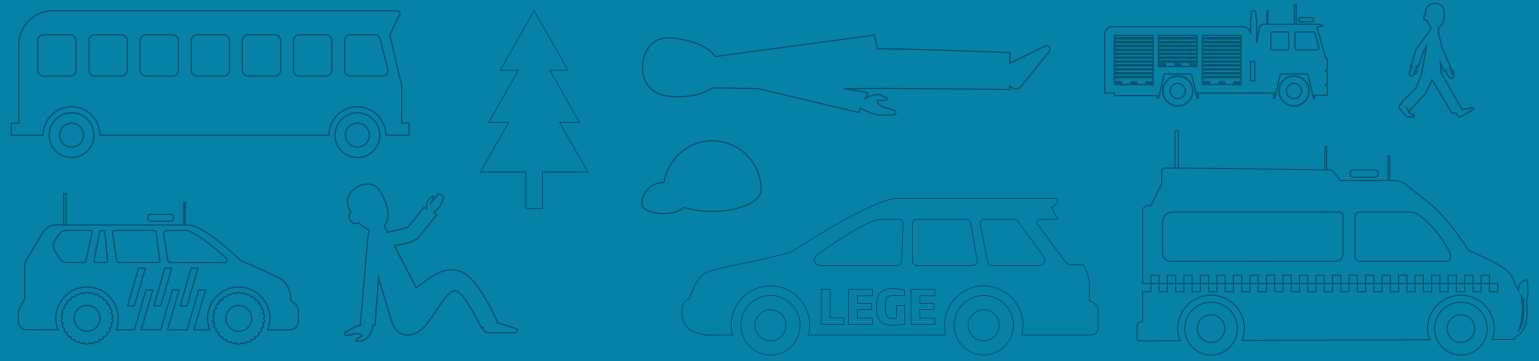
For spesielle hensyn knyttet til triage av skadde ved CBRNE<sup>1</sup>-hendelser vises det til [Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade](#).

Kunnskapsgrunnlaget for veilederen er publisert i NAKOS-rapporten «[Masseskadetriage](#)» som gir en omfattende gjennomgang av litteraturen på området og de faglige vurderingene som ligger til grunn for de faglige rådene i veilederen. Referansene til originallitteraturen er derfor ikke tatt med i veilederen.



<sup>1</sup> CBRNE-hendelse: Ulykke eller uhell/hendelse med kjemiske stoffer (C=Chemical), biologiske agens (B=Biological), radioaktiv stråling (R=Radioactive), kjernefysisk stråling (N=Nuclear) eller brannfarlige/eksplosive kjemikalier (E=Explosives)



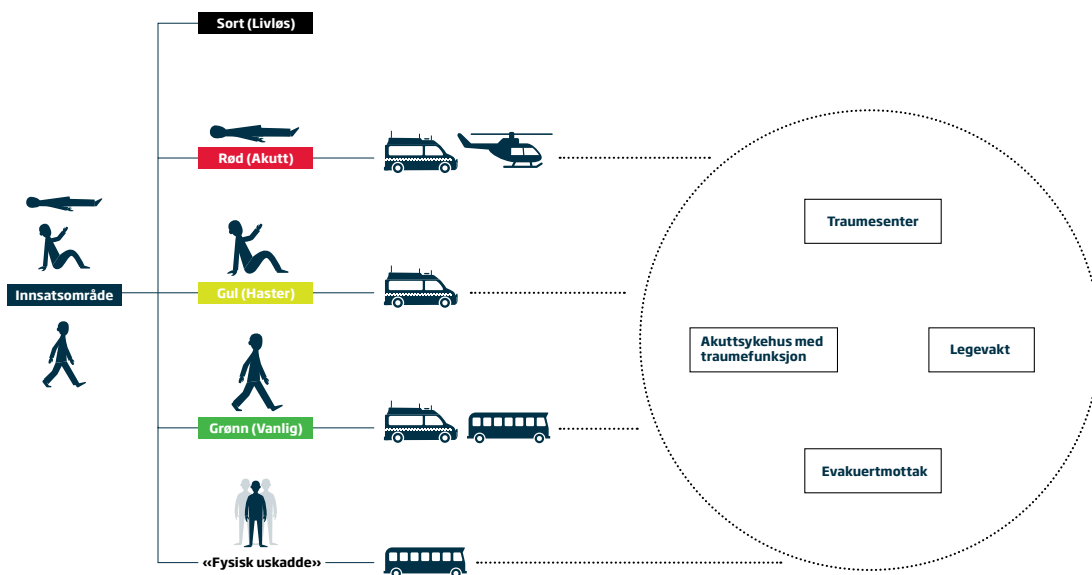


## 2. System for masseskadetriage

### 2.1 Hva menes med masseskadetriage?

Begrepet triage kommer fra det franske verbet «*trier*» som betyr å skille fra hverandre eller selektere. Triage brukes i en medisinsk kontekst om hastegradsvurdering og prioritering av pasienter vedrørende undersøkelse og behandling, og i denne sammenhengen også evakuering. Triagesystemer som er tilpasset ordinære driftssituasjoner omtales ofte som «hverdagstriage». Slike systemer benyttes i ambulansetjeneste, legevakt og akuttmottak. [Nasjonal traumeplan](#) beskriver det som kalles «felttriage» som er basert på kriterier for å mistenke alvorlig skade, og kriterier for å alarmere traumeteam.

Systemer for masseskadetriage beskriver en strukturert arbeidsmetode for kategorisering og prioritering av pasienter i hendelser hvor det oppstår ressursknapphet og man må fravike normale standarder for optimal behandling. Pasientundersøkelsen er forenklet for å spare tid, og behandlingen begrenses til enkle livreddende tiltak som ikke binder opp ressurser. Formålet med masseskadetriage er å sikre at begrensede medisinske ressurser organiseres på en slik måte at man gjør «best mulig for flest mulig».



Figur 1 Evakueringslinjer ved masseskade

## 2.2 Når benyttes masseskadetriage?

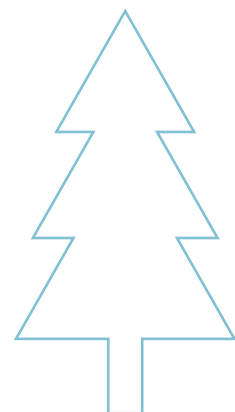
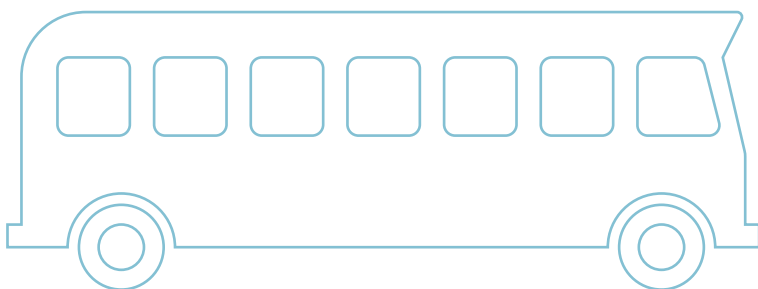
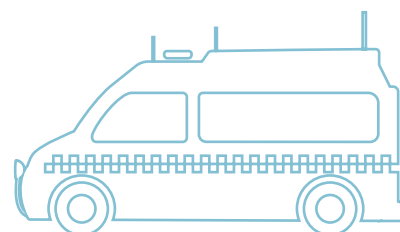
En masseskadehendelse er en hendelse med et stort antall skadde hvor behovet for behandlings- og transportressurser overskrider tilgjengelig kapasitet. I tillegg til antall skadde, vil andelen pasienter med kritiske skader og hvilke livreddende tiltak hver enkelt pasient har behov for påvirke det akutte behovet ved en hendelse. I Norge er det stor variasjon i ressurstilgang mellom sentrale og desentrale områder. Det gjør at størrelsen på en hendelse som faller inn under definisjonen masseskade også varierer.

Valg av triagemetode er et situasjonsbestemt valg, som gjøres av de som leder triagearbeidet i innsatsområdet. Graden av ressursknapphet og hvor lang tid det vil gå før det er balanse mellom behov og ressurser er sentrale faktorer ved valg av triagemetode. Dialog mellom hjelperne i innsatsområdet og AMK<sup>2</sup> er avgjørende for å forstå graden av ressursknapphet.

En mulig konsekvens av å ta i bruk masseskadetriage er at man utsetter livsnødvendig behandling. Brukt fullt ut er systemet for masseskadetriage tilpasset store masseskadehendelser og katastrofer.

Ved masseskadetriage i ekstreme situasjoner vil pasienter med livstruende skader, som kan ha nytte av behandling, prioriteres foran de som mest sannsynlig vil dø selv med maksimal bruk av ressurser. Beslutningen om å ikke behandle er krevende og kompleks. GRÅ hastegrad med benevnelsen «Avvente» omtales derfor spesielt i veilederen, se kap. 2.5.

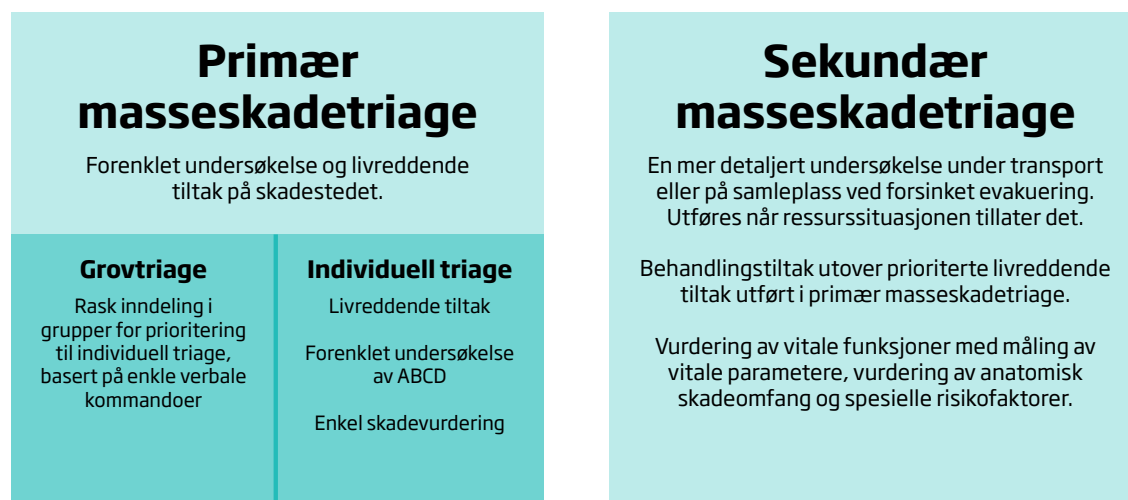
Ordinære systemer for vurdering og prioritering bør benyttes så snart ressurssituasjonen tillater det. Et dynamisk skifte mellom systemer og arbeidsmetoder gjennom pasientforløpet og i de ulike fasene av hendeshåndteringen krever at systemene bygger på de samme prinsippene og benytter like begreper. Derfor er veilederen forsøkt harmonisert med triagesystemer og systemer for traumehåndtering ved ordinær drift.



2 AMK: Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

## 2.3 Primær og sekundær masseskadetriage

Systemer for masseskadetriage skiller mellom primær og sekundær masseskadetriage.



Figur 2 Primær og sekundær masseskadetriage

Primær masseskadetriage av pasienter utføres oftest på skadestedet. Hovedformålet er raskt å identifisere de kritisk skadde pasientene, utføre prioriterte livreddende tiltak og å starte evakuering av kritisk skadde pasienter til sykehus. Primær masseskadetriage består av grovtriage og individuell triage, og skal kunne utføres av alt innsattpersonell. Systemer for primær masseskadetriage bør være tilpasset alle typer hendelser, samt være enkle og raske å gjennomføre.

Sekundær masseskadetriage er basert på en detaljert pasientundersøkelse som utføres på samle plass ved forsinket evakuering, eller under ambulansetransport dersom ressurs situasjonen tillater det. Formålet med

systemer for sekundær masseskadetriage er blant annet å prioritere mellom pasienter med samme hastegrad, og å beslutte hvilket behandlingssted pasientene skal transporteres til. I praksis utføres disse vurderingene av akuttmedisinsk personell.

Veilederen baserer seg på SALT-triage<sup>3</sup>, som ikke inneholder et system for sekundær masseskadetriage. Derfor henvises det til feltriage i Nasjonal traumeplan selv om dette systemet ikke er utviklet spesielt for å håndtere ressursknapphet videre i behandlingsskjeden. Kriteriene i feltriage er integrert i systemene for hverdagstriage (MTS<sup>4</sup>, RETTS<sup>5</sup> og SATS Norge<sup>6</sup>).

3 SALT: Sort, Assess. Life-saving interventions, treatment and/or transport  
4 MTS: Manchester Triage Scale  
5 RETTS: Rapid Emergency Triage and Treatment System  
6 SATS: South African Triage Scale



## 2.4 Hastegrader med tilhørende farge og benevnelse

Farge (Benevnelse)	Definisjon
<b>RØD</b> (Akutt)	<b>AKUTT:</b> Luftvei, respirasjon eller blodsirkulasjon er truet. Pasienten har livstruende skader og har umiddelbart behov for livreddende tiltak. Rask transport og behandling i riktig sykehus er nødvendig for at pasienten skal overleve.
<b>GUL</b> (Haster)	<b>HASTER:</b> Luftvei, respirasjon eller blodsirkulasjon kan bli truet. Pasienten har moderate skader som krever sykehusbehandling, men kan vente uten at det reduserer sjansen for overlevelse. Pasienter i denne gruppen må undersøkes og retriageres regelmessig i påvente av transport.
<b>GRØNN</b> (Vanlig)	<b>VANLIG:</b> Luftvei, respirasjon eller blodsirkulasjon er ikke truet. Pasienten har minimale skader som kan behandles på legevakt eller poliklinisk.
<b>GRÅ</b> (Avvente)	<b>AVVENTE:</b> Luftvei, respirasjon eller blodsirkulasjon er truet. Pasienten har livstruende skader som ikke er forenelige med overlevelse i den gitte ressursituasjonen. Pasienter i denne gruppen retriageres til kategorien RØD (Akutt) dersom det tilkommer økte ressurser på skadestedet og livreddende tiltak kan forsøkes.
<b>SORT</b> (Livløs)	<b>LIVLØS:</b> Pasienten er uten livstegn og puster ikke etter at luftveien er åpnet med enkle luftveismanøvre (og 5 munn-til-munn innblåsninger hos barn). Den livløse erklæres senere formelt død av lege <sup>7</sup>

<sup>7</sup> De som er livløse bør dekkes til, men for øvrig ikke forflyttes dersom det ikke er nødvendig av sikkerhetsmessige årsaker. Endelig formell dødserklæring skal utføres av lege. På skadested har politiet ansvar for de avdøde.

## 2.5 Spesielle vurderinger knyttet til GRÅ hastegrad (Avvente)

Organiseringen av medisinske ressurser og pasienthåndteringen kan ved alvorlige hendelser og katastrofer måtte fravike normal standard. Systemene for masseskadetriage er utarbeidet for å hjelpe innsatspersonellet til å gjøre det viktigste først, og å gi best mulig behandling på gruppenivå slik at flest mulig overlever. Grunnlaget for masseskadetriage og endringen fra normal standard er antakelsen om at det er nødvendig å endre fokus fra individnivå til gruppenivå for å redusere *dødeligheten i hendelsen*.

Til forskjell fra triagesystemer for ordinær drift, har masseskadetriage en hastegrad for livløse pasienter og hastegraden «Avvente» for pasientene som har så livstruende skader at det ikke er forenelig med overlevelse i den gitte ressursituasjonen. Erfaringer fra masseskadehendelser viser at anvendelse av hastegraden «Avvente» må forbeholdes hendelser med stor grad av ubalanse mellom behov og ressurser – hendelser som ofte betegnes som katastrofer.

En beslutning om å kategorisere en pasient som «Avvente» må bygge på en grundigere undersøkelse enn algoritmen i individuell triage tilsier. Derfor er hastegraden skilt ut visuelt i flytskjemaet som en markering av de spesielle vurderingene knyttet til hastegraden. Skadenes alvorlighetsgrad må være av en slik karakter at muligheten for overlevelse helt åpenbart er minimal, som for eksempel alvorlige brannskader som omfatter mer enn 90% av kroppsoverflaten.

Prehospitalt er det ofte en lege i rollen Medisinsk leder helse som leder triage på skadestedet. Men i masseskadehendelser må man ta høyde for at annet innsatspersonell må utføre triage, inkludert personell med lite akuttmedisinsk erfaring. I situasjoner hvor det er tvil om pasienten skal kategoriseres som «Livløs» eller «Avvente» skal innsatspersonell markere pasienten som «Akutt» og la personell med høyere akuttmedisinsk kompetanse gjøre vurderingen, om mulig ved at to helsepersonell gjør vurderingen sammen.

Pasienter som kategoriseres som «Avvente» må så langt det er mulig ha innsatspersonell hos seg og få

palliativ behandling. Pasienten skal jevnlig retriageres og når ressursituasjonen tillater det skal hastegraden endres fra «Avvente» til «Akutt».

## 2.6 Triage av barn i masseskadesituasjoner

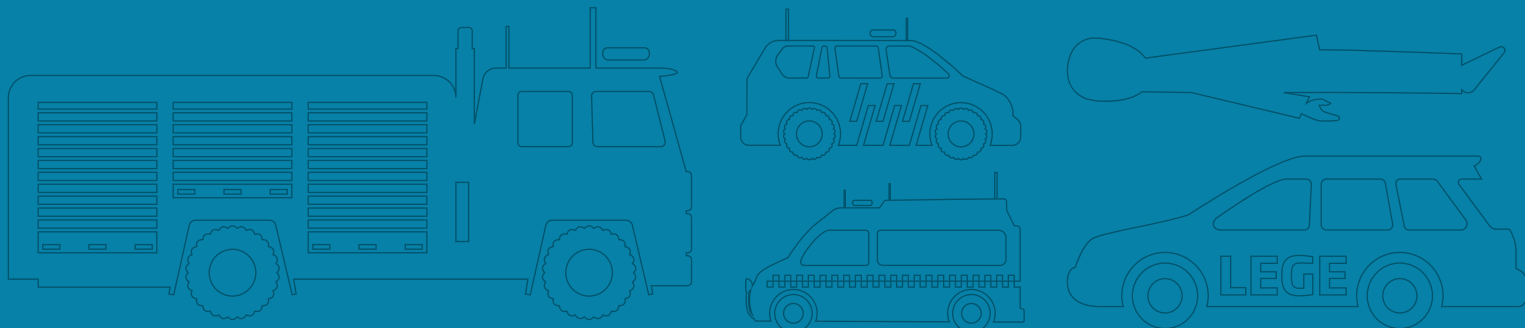
Alvorlige hendelser og katastrofer vil også ramme barn. Hastegradsvurdering og prioritering av barn kan av flere grunner oppleves utfordrende for innsatspersonellet. Det er sannsynlig at hendelser som rammer mange barn vil utfordre helseressursene ved et mindre omfang enn tilsvarende hendelser med bare voksne.

Mange har begrenset erfaring med vurdering av vitale parametere hos barn. For å gjøre triagesystemet enklere er det anbefalt at barn og voksne vurderes ut fra et felles flytskjema hvor man gjør en kvalitativ vurdering av respirasjon, pulsfølbarehet og motorisk respons. Barn har mindre respiratorisk reservekapasitet, mindre reservevolum og dekompenierer raskere enn voksne. Retriage er derfor spesielt viktig hos barn for å fange opp forverring.

Spedbarn og yngre barn som ikke er mobile klarer ikke å søke tilflukt på egenhånd. Ved individuell triage må man være ekstra oppmerksom på kritisk skadde barn som ved grovtriage har blitt båret bort til angitt sted av en omsorgsperson. I pasienthåndteringen vil det også være nødvendig å ta hensyn til at det er uheldig å skille barn fra foreldre selv om de triageres til ulik hastegrad.

Innsatspersonell har på bakgrunn av en emosjonell respons ofte et behov for å prioritere barn høyere enn det objektive medisinske behovet tilsier. I hendelser med stor ubalanse mellom behov og ressurser vil det å prioritere barn som ikke trenger akutte livreddende tiltak kunne medføre u hensiktsmessig bruk av ressursene og i verste fall økt dødelighet i hendelsen.

Barn er en sårbar gruppe i en masseskadehendelse og minimalt skadde eller uskadde barn bør prioriteres til evakuering så snart pasientene med hastegrad «Akutt» og «Haster» er ivaretatt. Dette gjelder også andre sårbare grupper som eldre, gravide og funksjonshemmede.



## 3. Primær masseskadetriage

### 3.1 Primær masseskadetriage

I veilederen er primær masseskadetriage basert på triagesystemet SALT som er beregnet for alle typer innsatspersonell, med en felles algoritme for voksne og barn.

Systemet består av to trinn:

**Trinn 1 - Grovtriage:** De involverte i hendelsen deles inn i tre grupper etter hvordan de responderer på enkle verbale kommandoer. Hensikten er videre prioritering til individuell triage.

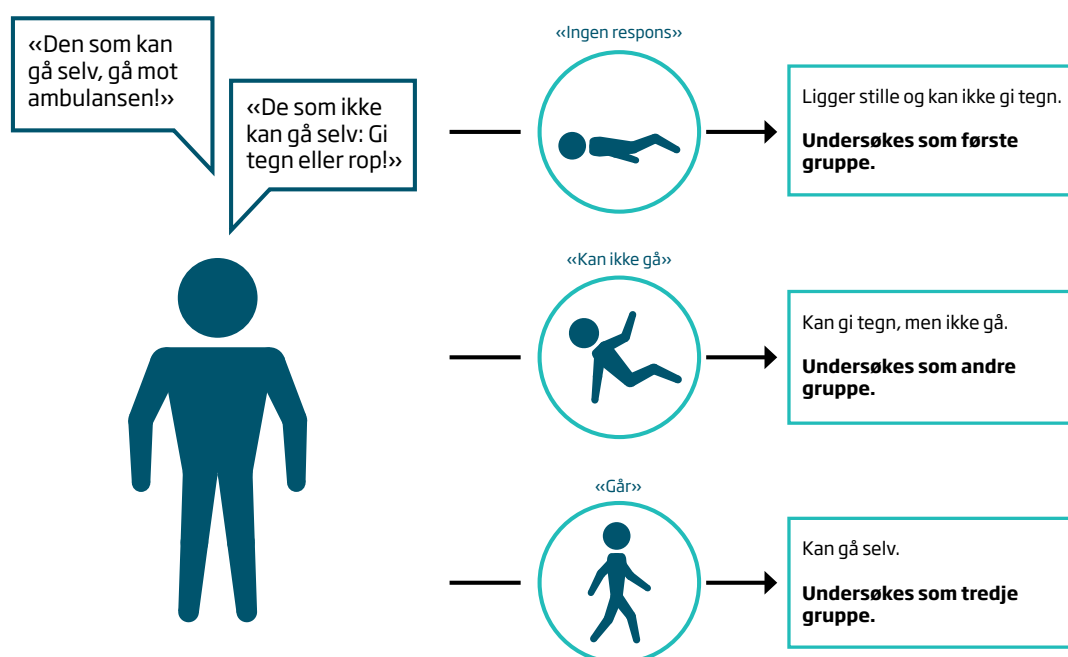
**Trinn 2 – Individuell triage:** Hver enkelt undersøkes ved hjelp av en forenklet undersøkelse av luftveier, respirasjon, blodsirkulasjon og bevissthet (ABCD-prinsippet). Algoritmen for individuell triage omfatter i

tillegg enkle livreddende tiltak og en enkel vurdering av skader. Hensikten er å tildele de skadde en hastegrad og prioritet for videre tiltak og transport.

### 3.2 Grovtriage

Grovtriage er et proriteringsverktøy som baserer seg på en verbal kommando om at alle som kan gå, går til angitt sted og at de som ikke kan gå gir tegn eller roper. Kommandoen ropes ut på skadestedet av det første innsatspersonellet som ankommer. Grovtriage skal alltid *følges opp med en individuell undersøkelse*. Hensikten med grovtriage er å dele de involverte i grupper. Gruppene danner grunnlag for videre prioritering til individuell triage.

### Trinn 1: Grovtriage



Figur 3 Prinsippskisse grovtriage

De som ligger nede og ikke responderer undersøkes som første gruppe. De som kan gi tegn eller rope, men som ikke kan gå undersøkes som andre gruppe. De som kan gå selv undersøkes som tredje gruppe.

«Går»



Ved grovtriage identifiserer man først pasientene som kan gå selv. Dette er basert på en antagelse om at pasienter som kan følge en verbal kommando om å gå til et angitt sted har tilstrekkelig blodsirkulasjon til hjernen, normalt bevissthetsnivå og mindre fysiske skader. I denne gruppen vil de fleste etter en individuell vurdering tildeles hastegraden GRØNN (Vanlig) eller kategoriseres som uskadde.

«Kan ikke gå»



For å kunne skille mellom pasientene som ikke kan gå på grunn av fysiske skader og de som ikke klarer å følge enkle kommandoer på grunn av nedsatt bevissthet er det lagt inn en kommando om å gi tegn eller rope. I gruppen med pasienter som kan følge enkle kommandoer men ikke kan gå vil de fleste tildeles hastegraden GUL (Haster) etter en individuell vurdering.

«Ingen respons»



De fleste pasientene som ikke responderer på enkle kommandoer vil tildeles hastegraden RØD (Akutt) eller SORT (Livløs) etter en individuell vurdering.

I situasjoner som innebærer høy risiko, som PLIVO - eller CBRNE-hendelser, ulykker som har skjedd på utilgjengelig sted eller i ekstremt vær kan det være behov for uthenting av pasientene til egnet samleplass.

I praksis benyttes ofte grovtriage som grunnlag for rekkefølgen de skadde evakueres i før det er forsvarlig å gjennomføre individuell triage og livreddende tiltak.

### 3.3 Individuell triage

Individuell triage består av en forenklet undersøkelse av vitale funksjoner som luftveier (A), respirasjon (B), blodsirkulasjon (C) og bevissthet (D). Algoritmen er bygd opp av ja-nei spørsmål knyttet til de vitale funksjonene. Måling av vitale parametere som respirasjonsfrekvens og puls inngår ikke i algoritmen. Det gjør at undersøkelsen tar mindre tid å gjennomføre og samme algoritme kan brukes til vurdering av alle aldersgrupper.

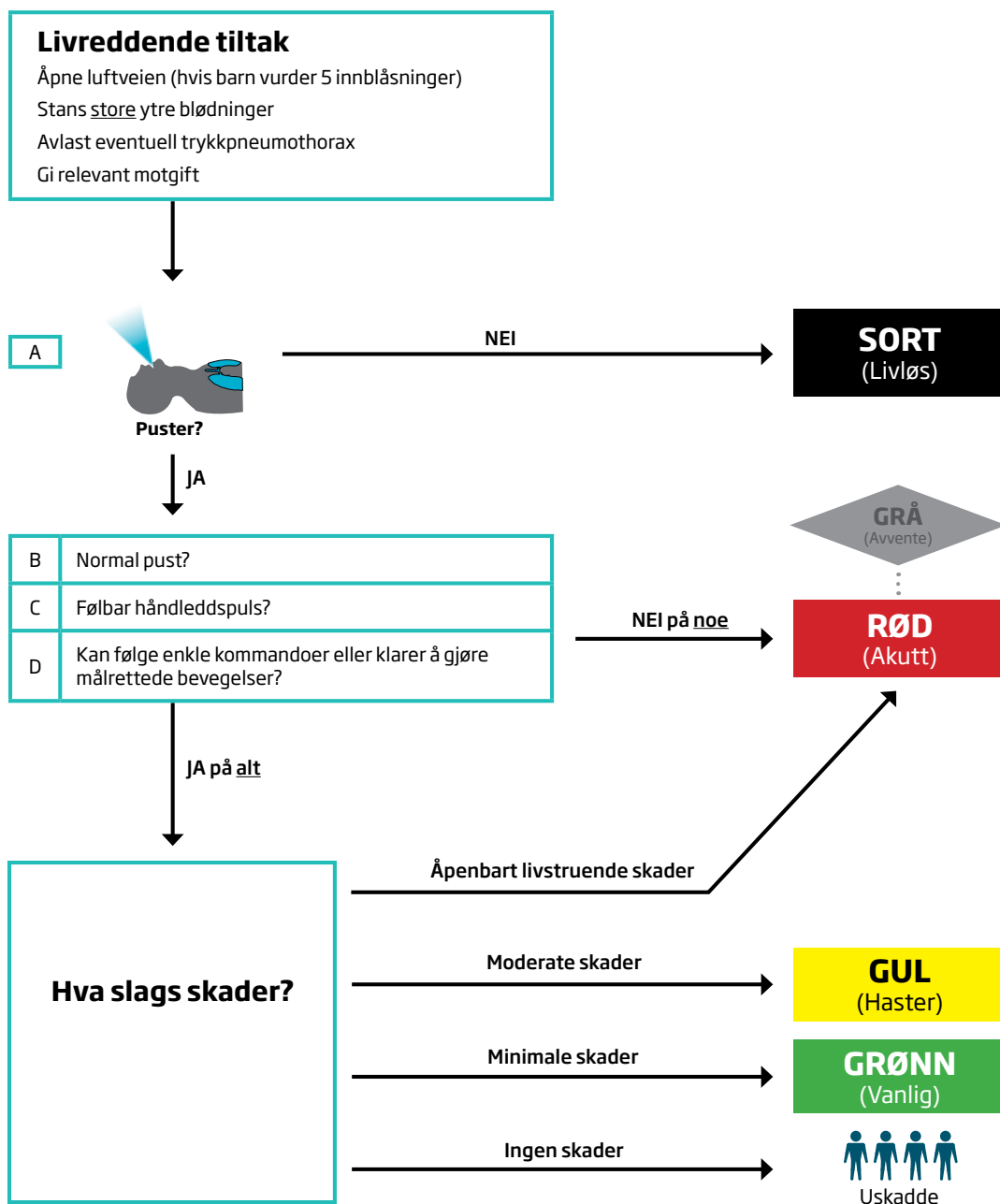
Ved individuell triage utføres noen enkle og raske livreddende tiltak før tildeling av hastegrad. Dersom nødvendig utstyr er tilgjengelig og den som triagerer har nødvendig kompetanse

anbefales det at man prioriterer å stanse store ytre blødninger, åpner luftveien med enkle luftveismanøvre, vurderer 5 munn-til-munn innblåsninger hos barn som ikke puster, avlaster eventuell trykkpneumothorax og gir relevant motgift ved en CBRNE-hendelse.

Algoritmen omfatter også en enkel undersøkelse av skader. Ved åpenbart livstruende skader som for eksempel store ytre blødninger som man ikke får stanset, eller penetrerende skader i brystet og magen tildeles pasienten RØD hastegrad (Akutt). Har pasienten minimale skader som for eksempel mindre brudd eller sårskader tildeles pasienten GRØNN hastegrad (Vanlig). Moderate skader er skader som ikke er åpenbart livstruende, men som er mer omfattende enn minimale skader som kan behandles poliklinisk eller på legevakt. Pasienter med moderate skader tildeles hastegrad GUL (Haster).

Det er viktig å retriagere pasientene som initialt synes å være moderat eller minimalt skadet da de etter at individuell triage er gjennomført kan utvikle symptomer på mer alvorlige skader og derfor må få en annen hastegrad.

## Trinn 2: Individuell triage



Figur 4 Flytskjema individuell masseskadetriage



## 4. Merking og dokumentasjon

### 4.1 Merking av pasientene etter triagering

Hastegrad kan markeres ved å holde pasienter med samme hastegrad samlet, og adskilt fra andre triagert til annen hastegrad.

En slik geografisk «merking» benyttes også ved grovtriage der man skiller de som kan gå fra de som ikke kan gå, uten at hver av de som kan gå påsettes fargemarkering før etter individuell triage.

For å markere den enkelte pasients hastegrad etter triagering kan, når det er hensiktsmessig, benyttes enkle og synlige merker som festes på pasientens venstre arm. Merkene skal ha de samme fargene som er angitt i veilederen og brukes tilsvarende.

Godt egnede merker bør tilfredsstillende følgende fysiske krav:

- Merket skal tåle vann, kulde, varme og kraftig vind.
- Skal være godt synlig på avstand i alle værtyper og dårlige lysforhold.
- Merkeutstyr skal vise tydelig den gjeldende hastegrad med farge og tekst. Det bør være teknisk enkelt å endre merkingen hvis hastegrad blir endret etter senere retriage.
- Størrelse og tykkelse bør være slik at en pakke med tilstrekkelig antall merkemateriell er av hensiktsmessig størrelse og vekt.

Merkene kan også ha felt for enkel dokumentasjon, eller det kan ved behov benyttes en lapp som festes samme sted som hastegradsmerket.

### 4.2 Dokumentasjon

I en masseskadesituasjon vil medisinsk dokumentasjon (journalføring) nedprioriteres så lenge det er ubalanse mellom antall skadde og stedlige ressurser. Denne veilederen tar derfor som utgangspunkt at ordinære dokumentasjonsprinsipper benyttes først fra det tidspunkt ressursituasjonen tillater det. Ofte vil dette være ved oppstart av transport og i praksis vil det utføres ved at transportjournal fylles ut på ordinær måte.

Man kan dog tenke seg situasjoner der vesentlige data kan og bør dokumenteres allerede i innsatsområdet. Spesielt i rød gruppe (akutt) vil dette kunne være aktuelt. Relevant informasjon vil være:

- Skadeomfang/type
- Utførte behandlingstiltak med tilhørende tidspunkt (f.eks. thoraxdrenasje, tourniquet, smertestillende eller annen medikasjon, væskeinfusjon).
- Navn på pasienten
- Fødselsdato
- Skadetidspunkt for aktuelle pasient
- Vitale parametere med tilhørende tidspunkt for når de er målt
- Intern prioritet i aktuelle prioriteringsgruppe
- Angivelse av leveringssted/neste behandlingssted





Postadresse: Pb. 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)