
Blod og beredskap

KOMMENTAR

LISE SOFIE H. NISSEN-MEYER

lisoha@ous-hf.no

Lise Sofie H. Nissen-Meyer er seksjonsleder og overlege ved Blodbanken, Oslo universitetssykehus

FARSHID EZLIGINI

UNNI E. BERGERUD

ANDERS HOLTAN

ÇIĞDEM A. AKKÖK

ELENA DANILOVA

GEIR HETLAND

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

Avtroppende sjef for Forsvarets Sanitet Jon Gerhard Reichelt takker av med en påminnelse om helsevesenets rolle som del av totalforsvaret, og understreker behovet for tilgang på store mengder fullblod fra norske blodbanker dersom det skulle bli krig i Norge [\(1\)](#).

Totalforsvaret innebærer i realiteten at det er de sivile sykehusene som behandler også de militære pasientene. Enten krigen er i Norge eller ikke, vil endring av praksis være i strid med de fleste beredskapsprinsipper. Å akseptere andre standarder i en krise enn hva man gjør i fredstid vil kunne føre til uønskede konsekvenser. Når sivile sykehus nå alt overveiende bruker blodkomponenter i transfusjonsbehandlingen, er det hensiktsmessig å fortsette dette også i krig. Transfusjonspraksis i norske sykehus er styrt av kunnskap og

tilgang på blodgivere og blodkomponenter. Dersom det skulle bli krig, vil sykehusene fortløpende gjøre nødvendig skalering og tilpasning av aktiviteten innenfor sine eksisterende rammer.

Reichelt har selvfølgelig rett i den logistiske fordelten med bruk av fullblod utenfor sykehus, og fullblod brukes i prehospitaltjenester i flere regioner. Blodbankene er naturligvis innforstått med at de må kunne øke sin kapasitet betydelig i en krigssituasjon, og den enkelte blodbank må ha en realistisk plan for dette, basert på systemer som fungerer i fredstid. Det er imidlertid knyttet stor usikkerhet til det faktiske blodbehov ved katastrofer og krigsskader (2–4). Bruk av «vandrende blodbank» (5) gir en umiddelbar, men begrenset beredskap som dessverre raskt blir tappet, og ikke kan remobiliseres på mange uker (av hensyn til blodgiverens helse bør det gå minimum 10 uker mellom hver tapping). Ved vedvarende behov for transfusjoner vil dette kunne føre til mangel på nye forsyninger.

I tillegg må blodbankene ta høyde for at behovet for ordinære blodkomponenter til bruk i sivile sykehus ikke blir borte i en krigssituasjon. Logistikkfordelen må derfor balanseres mot logistikkulempen som oppstår, når produksjon av fullblod med generelt kortere holdbarhet medfører en mindre forutsigbar lagersituasjon og mindre fleksibel giverbelastning.

Beredskapsplanene må derfor framfor alt være fleksible, slik at blodbankene til enhver tid kan justere kursen – naturligvis i nært samarbeid med Forsvaret.

REFERENCES

1. Reichelt JG. Helsevesenet er en del av Norges forsvar. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0266. [PubMed][CrossRef]
2. Lozada MJ, Cai S, Li M et al. The Las Vegas mass shooting: An analysis of blood component administration and blood bank donations. *J Trauma Acute Care Surg* 2019; 86: 128–33. [PubMed][CrossRef]
3. Ramsey G. Blood transfusions in mass casualty events: recent trends. *Vox Sang* 2020; 115: 358–66. [PubMed][CrossRef]
4. Akkök CA. Blodbanken i Oslo 22. juli 2011. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 2460–1. [PubMed][CrossRef]
5. Daae C, Reichelt JG, Apelseth TO et al. Blodberedskap først til Finnmark. *Helse Nord* 2.3.2021. <https://helse-nord.no/nyheter/blodberedskap-forst-til-finnmark> Lest 29.6.2022

Publisert: 2. august 2022. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0494
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. juli 2026.