

Tiltaksbok Ambulanse / 10 - Adm.rutiner, avvik, juridiske forhold

#17189 - Ansvarsforhold

Innleiing

Spørsmål om hvem som har ansvar for pasienten i konkrete situasjoner der for eksempel både ambulanspersonell og legevaktlege er involvert kan ikke besvares generelt. Helsedirektoratet har i brev til helseføretak 14.06.2019 klargjort ansvarsforholdene, og nedfor blir dette belyst.

Når flere helsepersonell er involvert i å yte helsehjelp til en pasient, vil den enkelte alltid ha ansvar for egne vurderinger og valg. Hvem som har ansvaret i situasjoner der pasientskader oppstår som følge av svikt i tjenesten, vil alltid være en konkret vurdering, blant annet ut fra lokale forhold og den konkrete situasjonen ⁽¹⁾. Men ansvaret for å identifisere risiko for svikt og å planlegge tjenestene slik at risikoen reduseres, er lagt til øverste leder i alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester ⁽²⁾.

Rutiner for avdekking av områder i virksomheten hvor det er fare for svikt, for risiko- og sårbarhetsanalyser, for felles risikogjennomgang osv., vil sammen med en tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, bidra til å redusere risiko for svikt i de akuttmedisinske tjenestene. Regelverket legger ansvar for at pasienter får forsvarlige helsetjenester både på involverte virksomheter ⁽³⁾ (virksomhetsansvar) og på enkeltpersonell (individuelt ansvar). De mest relevante bestemmelsene for den akuttmedisinske kjeden finnes i spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven, forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse og akuttmedisinforskriften.

Nedenfor utdypes noen elementer av virksomhetenes ansvar for planlegging og samarbeid som i tillegg til det individuelle ansvaret må tas med i betraktning når tjenester skal planlegges. Avslutningsvis utdypes behovet for rutiner for ambulansetjenesten.

Virksomhetsansvaret

Ved planlegging av helsetjenester tilligger det øverste leder i virksomheten et ansvar for blant annet å klargjøre oppgaver og ansvar, vurdere helsepersonellens kompetanse, skaffe oversikt over relevant regelverk, nasjonale behandlingsretningslinjer og veiledere m.v., samt å identifisere eventuelle risikoområder ⁽⁴⁾. Selv om det er øverste leder som har det overordnede ansvaret, vil ofte oppgavene være delegert. Hvem som skal gjøre hva, vil med andre ord variere etter hvilke oppgaver som er innenfor virksomhetens ansvarsområde, hvordan virksomheten er organisert og hvordan oppgaver er delegert.

Ansvars- og oppgavefordeling må forankres tydelig i organisasjonen. Alle må være kjent med hvilke oppgaver de selv har. I tillegg skal de ha tilstrekkelig kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver og hvem som har myndighet til å ta beslutninger. Øverste leder beholder full instruksjonsmyndighet for oppgavene som er delegert. Delegeringen kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake. Øverste leder har alltid ansvaret for at oppgavene som delegeres blir utført på en tilfredsstillende og forsvarlig måte. Dette gjelder også når det oppstår avvik eller svikt ved utføringen av oppgavene.

Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter ⁽⁵⁾ omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at

personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus omfatter bl.a. kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste (bil, båt og luftambulansetjeneste), medisinsk nødmeldetjeneste (AMK- og legevaktsentraler) ⁽⁶⁾. Disse tjenestene ytes av virksomheter i både helseforetak og kommuner ⁽⁷⁾. Begge tjenestenivåene vil ofte være involvert når pasienter trenger akuttmedisinsk helsehjelp.

Samarbeid mellom helseforetak og kommuner om planlegging av tjenestene, inkludert fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, er derfor nødvendig og lovpålagt ⁽⁸⁾. Ytelse av helsehjelp er basert på helsepersonellens faglige kompetanse, interne prosedyrer, kunnskapsinnhenting og noen ganger også konsultasjon og samarbeid med annet helsepersonell. For akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus vil tidsfaktoren ofte være begrensende for muligheten til å innhente kunnskap og å få etablert samarbeid og samhandling med annet helsepersonell. I tillegg vil ofte sykepleiere og ambulansesarbeidere foreta vurderinger og iverksette medisinske behandlingstiltak som ellers bare tilligger leger. Dette er faktorer som øker risikoen for svikt, og som gjør det særlig viktig å sikre at det utarbeides og implementeres nødvendige rutiner og prosedyrer. Omfang av og innhold i virksomhetenes rutiner må tilpasses de ulike tjenestene, og ta utgangspunkt i de arbeidsoppgaver som inngår i tjenesten og den kompetanse personellet til enhver tid har.

Ledelsen i de enkelte virksomhetene må også sikre at rutinene er kjent for helsepersonell som arbeider i de akuttmedisinske tjenestene, og at de får øvd både på egne oppgaver og på samhandling i den akuttmedisinske kjeden ^(9,10).

Retningslinjer og prosedyrer for ambulansetjenesten i Helse Vest utarbeides i fellesskap, og er forankret i linjeledelsen i hvert enkelt helseforetak.

Det individuelle ansvaret

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. De skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig.

Hvis pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Hvis en lege er involvert, er det legen som i utgangspunktet tar beslutninger om undersøkelse og behandling av den enkelte pasienten ⁽¹¹⁾.

Behov for spesialkompetanse (luftambulans, jordmor eller andre) kan tilsi at konferanse med ressurs i sykehus er mer hensiktsmessig. Hvis ambulanspersonellet mener at det situasjonsbestemte medisinske ansvaret ikke ivaretas på en forsvarlig måte, kontaktes AMK-lege.

Helsepersonell plikter å gjøre seg kjent med virksomhetens rutiner, og følge disse med mindre situasjonen tilsier noe annet. Helsepersonell som fraviker virksomhetens rutiner, eller som velger å se bort fra råd eller beslutninger fra bedre kvalifisert personell, påtar seg et større individuelt ansvar, og bør derfor begrunne og dokumentere denne typen beslutninger ⁽¹²⁾. Å innhente råd fra annet kvalifisert helsepersonell kan være nødvendig for å oppfylle det individuelle ansvaret for å yte forsvarlig helsehjelp.

Når flere helsepersonell er involvert i å yte helsehjelp til en pasient, vil den enkelte, både lege og ambulanspersonell, alltid ha ansvar for egne vurderinger og valg. Helsepersonell som er hos pasienten har et ansvar for at pasienten får forsvarlig helsehjelp, selv om de innhenter råd eller følger opp beslutninger som er tatt av andre som ikke er hos pasienten. Samtidig er personellet som har gitt råd eller tatt beslutninger, ansvarlige for disse.

Rutiner for ambulansetjenesten

Ambulansetjenestens hovedoppgave er å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt frem til alvorlig syke eller skadde pasienter, utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten, og bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted eller mellom behandlingssteder.

Ambulansepersonellens individuelle ansvar innebærer blant annet at de plikter å yte forsvarlig helsehjelp innenfor sin kompetanse, innhente bistand og samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det. For å sikre forsvarlige tjenester er det viktig at ambulansetjenesten, i samarbeid med de andre aktørene i den akuttmedisinske kjeden har etablert klare rutiner og prinsipper for blant annet:

- vurdering og behandling av ulike akuttmedisinske tilstander,
- samarbeid og konsultasjon med annet kvalifisert helsepersonell,
- valg av destinasjon/behandlingsressurs (hvor pasienten skal bringes)
- i hvilke situasjoner ambulanspersonell kan forlate pasienter uten å bringe disse til lege eller sykehus.

Ambulansepersonell trenger regelmessig å konsultere lege. Det bør derfor være klarlagt i virksomhetens rutiner hvilken lege som skal konsulteres, for eksempel AMK-lege eller LV-lege. Når lege kontaktes er det ambulanspersonellens ansvar å informere legen om bakgrunnen for og formålet med konsulteringen, og å sikre at legen får nødvendige, objektive og korrekte opplysninger om pasienten og situasjonen.

Dersom det ordineres spesielle tiltak fra lege, og særlig dersom disse går ut over ambulansetjenestens medikamentprotokoller eller retningslinjer, skal dette gjøres over logga samband.

En hovedoppgave for ambulansetjenesten er å sikre at pasienter med akutt sykdom eller skade får nødvendig akuttmedisinsk oppfølging. Ved tvil om pasienten skal bringes til legevakt eller sykehus, bør hovedprinsippet være at pasienten skal bringes til høyeste omsorgsnivå, dvs. sykehus og vurderes av lege der. Alternativt bør ambulanspersonellet konsultere lege for vurdering av annen forsvarlig oppfølging utenfor sykehus.

Når pasient etterlates på oppmøtested, gjelder konsultasjonsplikt.

Ambulansepersonellens ansvar for helsehjelp varer fram til pasienten er brakt til sykehus, legevakt, fastlege eller annet kvalifisert helsepersonell eller helseinstitusjon, og rapport er gitt.

Medikamenthandtering

I beskrivelse av sluttkompetansen for ambulansetjenesten ligger ikke selvstendig rett til å ordinere eller administrere medikamentell behandling. Det er derfor utformet et system som inneholder retningslinje for Medikamenthandtering i ambulansetjenesten, og retningslinje for forhåndsgodkjenning for dette (nivå 2), se

kompetanseplan for ambulansetjenesten i Helse Førde. Det forutsettes at medikamentbehandling gis innen rammen av gjeldene prosedyre.

Avvik fra prosedyre eller relevant retningslinje må grunngis i pasientjournal. I disse situasjoner påtar ambulansepersonellet seg et ekstra ansvar og det blir stilt skjerpa krav til dokumentasjon.

Ambulansepersonellet kan ikke avvike frå prosedyre for bruk av legemidler uten konsultasjon som medfører ordinasjon fra lege.

Om AMK

AMK-operatør yter helsehjelp, og har pasientansvar fra 113 eller annen linje for nødtrafikk besvares og til første helseenhet er framme på stedet. AMK-operatør har ansvar for å hente informasjon gjennom strukturert dialog, prioritere, gjennomføre varsling, gi råd eller instruksjon. Helsehjelp gitt til enkeltindivid fra AMK skal dokumenteres i journal. Det inkluderer f. eks. prioritet/kriterium, hvem som er varslet/hvilke ressurser som er mobilisert, hvilke råd/instrukser som er gitt. Disse opplysningene forutsettes kommunisert til neste ledd i behandlingsskjeden.

Når første enhet med helsepersonell er fremme hos pasienten (første helseenhet: vanligvis lege eller ambulanse), opphører AMK sitt pasientansvar, og AMK går over i en støttende og koordinerende rolle.

Leveringsted

Det er AMK, som skal ha oversikt over hendelser, ressurser, aktuell kapasitetsstatus, og systemfunksjoner i et større område, og skal forberede pasientforløp. Det gjelder spesifikke retningslinjer for spesielle pasientgrupper og problemstillinger, for eksempel for potensielt alvorlig skadde (traumesystem), akutt koronarsyndrom og STEMI, hjerneslag. Dersom en velger annen destinasjon enn den systemet tilsier, medfører dette et særlig ansvar, og skal grunngis i pasientjournal.

I ansvar for forsvarlig helsehjelp ligger også et ansvar for at også valg av destinasjon er forsvarlig ut fra pasientens tilstand. Det skal være lav terskel for å søke råd ("konsultere") når en er i tvil. Er en usikker på riktig behandlingsnivå, så velger en det høyeste (for eksempel akuttmottak framfor legevakt, ressurssykehus framfor mer lokalt sykehus). Feilaktige beslutninger kan innebære risiko.

Når pasient etterlates på hendelsested, gjelder konsultasjonsplikt. Sjå eige tiltakskort [Pasient som ikke blir tatt med frå hendelsested](#).

Tvang og makt

Ambulansepersonell vil møte situasjoner der pasienten nekter eller motsetter seg undersøkelse og behandling. Hovedregel er at ambulansepersonell har ikke hjemmel til å bruke tvang og makt uten vedtak gjort med hjemmel i Lov om psykisk helsevern. Det er bare politiet som har hjemmel for å bruke tvang og makt utenom i nødverge.

Dette gjelder uavkortet når pasienten er samtykkekompetent og situasjonen ikke livstruende. Dette innebærer blant annet at ambulansepersonell ikke kan bruke fysisk makt eller administrere medikamenter mot pasientens vilje.

Mulig unntak:

- Selvskading, nødverge kan hjemle tvang
- Når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig (Helsepersonelloven, §7), uavhengig av om du har rukket å konsultere lege (unntak for alvorlig overbevisning/livsforlengende behandling, Pasient- og brukerrettighetslovens § 4-9)

Hvis pasienten ikke er samtykkekompetent (f.eks. demens, utviklingshemning, fysiske og psykiske forstyrrelser, alvorlig rusmiddelpåvirkning) og situasjonen ikke livstruende, jevnfør kap. 4A i pasient- og brukerrettighetsloven, skal man konsultere LV-lege. Ved tvil om pasienten er samtykkekompetent eller ikke, be LV-lege om hjelp til vurderingen.

Ved alvorlig psykisk sykdom gjelder bestemmelsene om tvang i Lov om psykisk helsevern.

Referanser

1. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> og Helsedirektoratets veileder til forskriften. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
2. Spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for at tjenestene som ytes er forsvarlige, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1](#).
3. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250/§6#§6>
4. [helsepersonelloven § 16](#). Se også [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven](#).
5. [Akuttmedisinforskriften](#)
6. Spesialisthelsetjenestens og kommunenes ansvar for å sørge for akuttmedisinske tjenester til befolkningen følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a](#) og [§ 3-1](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2](#) og [3-5](#). Det er stilt nærmere krav til de akuttmedisinske tjenestene i [akuttmedisinforskriften](#).
7. Plikt til å samhandle med andre tjenesteytere følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e](#) og av [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4](#). Det skal inngås samarbeidsavtaler mellom kommune og spesialisthelsetjeneste som blant annet skal inneholde omforente planer for den akuttmedisinske kjeden, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1](#) og [§ 6-2 nr. 11](#). Samhandlingsplikten er også understreket i [akuttmedisinforskriften](#).
8. Plikt til å jobbe med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet gjelder for både spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2](#). Nærmere regler for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring er gitt i [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Se også [Helsedirektoratets veileder til forskriften](#).
9. [Akuttmedisinforskriften § 4](#)
10. Helsepersonell skal gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp, jf. [helsepersonelloven § 4](#). Se nærmere omtale av bestemmelsen i [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven](#).

11. Helsepersonelloven §§ 39 og 40 pålegger den som yter helsehjelp plikt til å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om helsehjelpen. Se nærmere omtale av bestemmelsen i Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven.