

## Ansvar og myndighet i ambulansetjenesten

**Behandlingsansvaret må bæres av helsepersonellet som er til stede hos pasienten. Konsultasjoner over telefon er å regne som rådgivende.**

Thomas Hansen, Universitetslektor, Bachelor i paramedisin ved UiT Norges arktiske universitet.

En ung gutt dør. «*Mangel på klare ansvarsforhold mellom de ulike aktører i den akuttmedisinske kjeden og uklar kommunikasjon mellom involvert helsepersonell, førte til mangelfull oppfølging av pasienten.*» Slik konkluderer Statens helsetilsyn i hendelsen som har fått tilnavnet ”Shuntsvikt-saken”. En utfyllende artikkel om hendelsen ble nylig publisert i ambulanseforum. Tre ulike leger ble konsultert og involvert i de vurderinger som skulle vise seg og gi det verst tenkelige utfallet. Helsehjelpen utført av første enhet på stedet karakteriseres som uforsvarlig. Hendelsen har aktualisert spørsmålene knyttet til ansvar og myndighet i situasjoner hvor ambulansetjenesten samhandler med ulike nivåer og virksomheter i helsetjenesten. Kan ansvaret plasseres hos ambulansepersonellet når oppdragsløsningen er forankret hos lege? Det kan synes som vi står midt i et paradigmeskifte - *en betydelig endring i tankesett.*

### Stadig økende krav

Ambulansetjenesten er et fagområde i stadig utvikling og som stiller store krav til ambulansepersonellet. Økt panorama av diagnostiske hjelpemiddel og behandlingsmuligheter, aldrende befolkning, kortere liggetid i sykehus og økte utfordringer knyttet til rus- og psykiatriske lidelser utfordrer tjenesten både i kapasitet og kvalitet. Sentraliserte og statiske legetjenester i kommunene gjør at ambulansepersonell i økende grad står alene med pasientene. Diagnostikk, intervensjon og valg av omsorgsnivå, oppgaver som tradisjonelt har blitt gjort av leger, tilfaller i økende grad ambulansepersonellet.

### Behandlingsansvar

Legedeltakelse på utrykning vil nok oppfattes av mange som variabel og usikker. Det foreligger store geografiske ulikheter og i motsetning til ambulansetjenesten er det ikke krav til at legevakslege skal rykke ut ved potensielt livstruende og uavklarte tilstander i sitt vaktområde. I et samhandlingsperspektiv er det utfordrende og bli gode sammen når kontinuitet og forutsigbarheten er lav. Intuitivt er løsningen å dimensjonere og forberede seg på oppgaven alene. Dette til tross for at legedeltakelse er høyt ønsket.

Begrepet ”*behandlingsansvarlig lege*” har vært benyttet for å beskrive hvem som har det medisinske ansvaret for pasientbehandlingen. For svært mange ambulansetjenester har dette ansvaret tradisjonelt blitt

tillagt legevaktslege uavhengig om det utføres en legeutrykning eller ikke. Kan ansvar overføres mellom ulike juridiske virksomheter på denne måten? I hvilken grad er det mulig og ha ansvar for en pasient som man verken kan se, snakke med eller undersøke? Det hele kan lett oppleves som en fiktiv konstruksjon uten forankring i virkeligheten. Konkluderte ikke helsetilsynet nettopp med ”*uklare ansvarsforhold*”?

Helsepersonellets plikt til å utøve ”*forsvarlig helsehjelp*” er en av bærebjelkene i helselovgivningen, og gir et selvstendig ansvar. Her forutsettes det at man kun utfører oppgaver det foreligger kvalifikasjoner til og ved behov innhenter bistand eller henviser pasientene til nødvendig omsorgsnivå. Ambulansepersonell som arbeider selvstendig og uten lege til stede vil kunne benytte telefonkonsultasjoner for å styrke eller svekke egne vurderinger. En organisering som antyder at ansvar kan overføres til legen gjennom slike konsultasjoner vil kunne gi oppdragsløsninger som ikke i tilstrekkelig grad ivaretar pasientsikkerheten. Usikkerhet bør føre til ytterligere rådgiving, undersøkelser og henvisning videre til aktuelt omsorgsnivå.

### **Behov for oppgaveglidning**

Enkelte helseprofesjoner har tradisjonelt sett hatt ”enerett” på visse typer helsefaglig virksomhet. Dette har gradvis endret seg etter innføring av ny helselovgivning. Effektivitet og ressursutnyttelse har etablert seg som sentrale begreper innen moderne helsetjenester. Tilgangen på kvalifisert arbeidskraft er en av de største utfordringene vi står ovenfor. Både sykepleiere og leger er beskrevet som mangelvare i det norske helsevesenet. Samtidig som vi øker rekruttering til yrkene er det viktig å ta ut det fulle potensiale av hvert enkelt helsepersonell. Oppgave- og kompetanseglidning mellom profesjoner og helsepersonell vil bidra til en mer dynamisk og effektiv utnyttelse av helseressurser. Mer helse til flere.

### **Behov for tydeligere ansvarslinjer**

Det bør være et uttalt mål fremover å etablere klare strukturer for rolle og funksjon, ansvar og myndighet i den akuttmedisinske kjeden. Ny forståelseshorisonnt bør ta utgangspunkt i at ansvaret for pasientene bæres av det helsepersonell som har best informasjonstilgang og beslutningsgrunnlag. Konsultering over telefon er å regne som rådgiving. Kun en fysisk overlevering av pasienten til annet tilstrekkelig kompetent personell medfører en reell ansvarsoverføring. Skulle flere helsepersonell være til stede hos pasienten vil lege ha det endelige ansvaret for medisinske beslutninger. Kanskje vil et slikt utgangspunkt endre hvordan vi organiserer ambulanse- og legevaktstjenester i årene fremover?

Thomas Hansen er utdannet ambulansesarbeider og akutt sykepleier med master i klinisk sykepleie. Han har sitt daglige virke ved ambulansetjenesten hos Universitetssykehuset Nord-Norge, men er for tiden knyttet til Institutt for klinisk medisin og bachelorstudiet i paramedisin ved UiT Norges Arktiske Universitet.
---