



Hørings svar fra Norsk Paramedisforening

Erfaringer med pasient- og brukerrettighetsloven i prehospitaltjenester

Norsk Paramedisforening er en uavhengig faglig interesseorganisasjon. Vi jobber faglig- og samfunnspolitisk med implementering av kunnskapsbasert praksis i prehospitaltjenester, erfaringsutveksling og bygging av nettverk. Foreningen består av ambulansepersonell fra hele landet og representerer et stadig større prehospitalt fagmiljø og henvender oss i all hovedsak mot paramedisinere, ambulansesarbeidere og tilhørende studenter.

Dette hørings svaret er utarbeidet av Norsk Paramedisforening sitt styre, og gjenspeiler foreningens samlede vurderinger og faglige ståsted. Styret består av paramedisinere, og har bred akuttmedisinsk erfaring fra prehospitaltjenester. Vårt hørings svar er på bakgrunn av erfaringer og innspill fra medlemsorganisasjonen vår, egne profesjonelle erfaringer, og skal gjenspeile erfaringene til ambulansepersonell over hele landet.

Pasientarbeid i prehospitaltjenester er forbundet med kontekstuelle faktorer som tidspress, lite grunnlagsinformasjon og sykehistorikk, og mye selvstendig ansvar og beslutninger som skal tas på kort tid. Innspillene våre vil ta disse kontekstuelle faktorene i betraktning når vi kommer med perspektiver rundt erfaringer som er gjort rundt pasient- og brukerrettighetsloven.

Kommentarer til enkeltbestemmelser

§ 3-1 – Rett til medvirkning

§ 3-3 – Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende

Paramedisforeningen har samlet innspill som tilsier at ambulansepersonell opplever utfordringer i å anvende pasient- og brukerrettighetsloven i møte med pasienter med kognitiv svikt, kroniske rusproblemer som gir forvirringstilstand, eller andre langvarige kroniske tilstander som gir reduserte kognitive evner. Pasienter i denne gruppen kan være utfordrende å kartlegge i prehospitaltjenester, da man ikke har kjennskap til pasientens habituelle tilstand. For ambulansepersonell kan det

oppstå utfordringer med å ivareta pasientens rettigheter når denne pasientgruppen ikke ønsker helsehjelp videre i spesialist-/primærhelsetjenesten. Personellet opplever at de må balansere pasientens rett til medvirkning opp mot deres plikt til å yte helsehjelp. Det foreligger en gråsone her i dag som er større for de som jobber i prehospitaltjenester.

Forenings standpunkt:

Vi mener pårørendes rett til medvirkning bør i større grad ivaretas ved tvilstilfeller og der samtykkekompetanse ikke lar seg fullstendig avklares. Til tross for at lovteksten er tydelig på deres medvirkningsrett, oppstår det utfordringer når deres rett til medvirkning skal balanseres mot taushetsplikt, samtidig som det ikke aktivt praktiseres i dag at pårørende kontaktes for å innhente deres innspill til en behandlingssituasjon prehospitalt. For at loven skal fungere bedre i prehospitaltjenester kan det være en fordel for ivaretagelsen av pasienters rettigheter at pårørende får en større medvirkningsrolle i behandlingssituasjoner utenfor sykehus.

§ 4-9 – Rett til å nekte helsehjelp

Pbrl §4-9, 2.ledd: *“...En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres...”*

Bestemmelsen oppleves som krevende å anvende prehospitalt, særlig knyttet til forståelsen av begrepet «døende». Ambulansetjenesten møter ofte eldre, skrøpelige pasienter som ikke ønsker innleggelse, uten å falle inn under lovens beskrivelse av “døende”. Dette kan føre til unødvendige transporter i strid med pasientens ønsker.

Begrepet “døende” nevnes som en konkret utfordring med lovteksten av ambulanspersonell. I Helsedirektoratets veileder for denne lovteksten står det følgende:

“Begrepet døende er her et objektivt vilkår som innebærer at pasienten innen nærmeste fremtid vil dø, og at det ikke er utsikt til helbredelse eller bedring. Hva som menes med døende er ikke klart definert, og er et medisinsk begrep. Det kan være vanskelig å avgjøre om en alvorlig syk pasient kan anses som døende.” [Helsedirektoratet \(2023\)](#)

Helsedirektoratets tolkning av lovteksten i veilederen gjenspeiles særlig i prehospitaltjenester, der det på grunn av manglende diagnostiske verktøy, tilgang på pasientens sykehusjournaler og andre faktorer som tidspress og kommunikasjonsvansker, kan gjøre det særlig vanskelig for ambulanspersonell å unngå å gi helsehjelp til døende som ikke ønsker livsforlengende behandling.

I HelseDirektoratets veileder til beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling (2013) står det følgende:

“3 Når bør begrensning av livsforlengende behandling vurderes?”

... 3.3 Behandlingen forlenger et liv med store plager. Behandlingen kan kanskje føre til overlevelse, men de fysiske og/eller mentale konsekvensene av sykdommen, eller av behandlingen, er svært alvorlige og plagsomme.”

Ambulansepersonell opplever ofte å måtte yte intensiv helsehjelp til pasienter som faller innenfor kategorien av pasienter som har begrenset nytte av behandlingen og der behandlingen kan føre til en plagsom, og uverdigg, avslutning på livet. Dette gjelder særlig pasienter på sykehjem og/eller pasienter med langvarig opphold i annen institusjon. Oftest oppstår slike situasjoner som følge av usikkerhet rundt nytten av behandlingen, mangel på legebistand på stedet der beslutningen må tas, samtidig som en legekonferering over telefon ofte ikke er tilstrekkelig for legespesialist på sykehuset til å gi konkrete behandlingsråd. Konsekvensen er at pasienten får store påkjenninger i slutfasen av livet, samtidig som helsepersonellet sitter igjen med etiske dilemmaer.

Foreningens standpunkt:

Paramedisinforeningen mener det i praksis er utfordrende for prehospitalt personell å ivareta pasientens rett til å nekte helsehjelp i livets slutfase. Vi mener lovteksten ikke ivaretar pasientens rettigheter i tilstrekkelig grad i en prehospital kontekst.

§ 4A-3 – Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg

Begrepet «vesentlig helseskade» i lovens formål oppleves som vanskelig å overføre og anvende i praksis, særlig i prehospitaltjenester. Dette gjelder særlig når tilstanden anses som moderat/alvorlig, men ikke akutt/livstruende. I praksis gjelder utfordringene de tilfellene som ikke omfattes av helsepersonelloven §7 om øyeblikkelig hjelp.

Pasienter som lider av både somatiske sykdommer og psykisk lidelse/rusproblematikk trekkes særlig fram som en pasientgruppe der det er utfordrende å vurdere om vilkårene for tvang er oppfylt.

Foreningens standpunkt:

Det bør vurderes å benytte et annet begrep som er mer bredt anvendt i helsefaglig praksis enn begrepet «vesentlig helseskade». Loven bør utdype med eksempler også fra prehospital setting for å gjøre det mer anvendelig utenfor sykehus.

§ 4A-5. Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg

Bestemmelsen fastslår at vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A skal treffes av *“det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen”*. Ordlyden begrenser seg ikke til spesifikke profesjoner, men tvangsvedtak etter denne paragrafen fattes i praksis oftest av leger.

Foreningen har fått innspill fra paramedisinere og akademiske samarbeidspartnere innenfor det prehospitale fagmiljøet at en konkretisering av de ulike profesjoners rett til å fatte vedtak etter bestemmelsen kan bidra til å styrke både pasientens rettigheter og adgang til å få helsehjelp.

I mange prehospitale situasjoner blir bruk av tvang hjemlet i helsepersonelloven § 7 uten at det vurderes som vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A ved pasienter som ikke lider av tidskriske akutte tilstander, men likevel vurderes til å ha behov for helsehjelp. Videre mangler ambulansetjenesten systemer og praktiske rammer for å fatte vedtak etter § 4A-5. Dette skaper usikkerhet og bidrar til ulik praksis.

Foreningens standpunkt:

Paramedisinforeningen mener at det bør tydeliggjøres i lovteksten hvem *“helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen”* egentlig omfatter. Vår erfaring tilsier at pasient- og brukerrettighetsloven burde i mye større grad blitt anvendt i prehospitale tjenester enn i dag, men som følge av lovtekstens upresise myndiggjøring og ansvarliggjøring av helsepersonellet, anvender man heller paragrafer som er mer rettet mot tidskriske medisinske tilstander (eksempelvis hpl §7 eller nødrettsparagrafen i straffeloven §17) til tross for at disse er mindre egnet. Foreningen mener at dette bidrar til dårligere ivaretagelse av pasienters rettigheter.

Paramedisinere har gjennom sin utdanning fått grundig opplæring i disse helserettslige problemstillingene, og kan ta en mer grundig vurdering rundt rettslige vurderinger i prehospitale settinger når det kommer til å yte hjelp til pasienter som motsetter seg helsehjelp utenfor sykehus. Foreningen mener derfor at det bør vurderes om lovteksten skal spesifisere ulike autoriserte profesjoners adgang til å fatte vedtak etter denne bestemmelsen.

Oppsummering av fra medlemsundersøkelse

Foreningen har gjennomført en medlemsundersøkelse for å kartlegge hvilke deler av pasient- og brukerrettighetsloven som oppleves mest utfordrende i klinisk praksis.

De som har besvart undersøkelsen er autoriserte paramedisinere og/eller ambulansesarbeidere over hele landet.

Resultatene viser tydelig at utfordringene praksisfeltet

5. Opplever du at regelverket er tydelig nok for prehospital tjeneste?



Figur 1: Personellets opplevelse av pasient- og brukerrettighetsloven.

I skriftlige innspill kommer det særlig fram følgende:

Utydelig regelverk i prehospital kontekst

§§ 4A-1, 4A-3, 4A-5 og § 4-3

Lowerket oppleves som tilpasset inhospital praksis. Prehospital situasjoner er i liten grad reflektert i lovtekst og veiledere.

Dette fører til usikkerhet knyttet til:

- vurdering av samtykkekompetanse
- valg av rettsgrunnlag
- håndtering av tvang

Uklarhet rundt samtykkekompetanse

§ 4-3 og §§ 3-1 og 3-3

Det er krevende å vurdere samtykkekompetanse uten tilgang til informasjon. Samtidig er det uklart hvordan pårørendes opplysninger skal vektlegges.

Dette gir variasjon i praksis

Flere medlemmer beskriver konkret usikkerhet knyttet til:

- Risiko for feilvurdering av samtykkekompetanse
- Hvordan pårørendes opplysninger skal vektlegges
- Hvordan pasientens medvirkning skal ivaretas når forståelsen er redusert
- Samlet fører dette til variasjon i vurderinger og økt usikkerhet i beslutningsgrunnlaget.

Mangler i veiledning

(relevant for hele kapittel 4A, særlig §§ 4A-3, 4A-4 og 4A-5)

Medlemmene opplever at veilederen på helsedirektoratet i liten grad gir beslutningsstøtte i konkrete prehospitale situasjoner. Det etterspørres særlig tydeligere føringer for ansvar og beslutningsnivå, jf. § 4A-5, praktisk gjennomføring av tiltak, jf. § 4A-4, samt hvordan kravene til tillitsskapende tiltak etter § 4A-3 skal forstås og anvendes i praksis. Videre fremheves behovet for bedre veiledning med praktiske eksempler, og håndtering av uenighet og usikkerhet i beslutningssituasjoner. Dette behovet er særlig uttalt i situasjoner hvor pasienten motsetter seg helsehjelp.

Bruk av tvang og vurdering av selvmordsfare

(særlig knyttet til §§ 4A-1, 4A-3)

Vurdering av tvang er særlig utfordrende hos pasienter med mulig selvmordsfare som motsetter seg helsehjelp, men som ikke fremstår til å ha en alvorlig sinnslidelse og derfor ikke oppfyller vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern. Samtidig kan de ha formidlet selvmordstanker eller konkrete planer til en tredjepart som pasienten benekter selv, og som dermed gir stor fare for helseskade dersom pasienten etterlates av helsepersonell.

Andre tilfeller som nevnes som utfordrende er pasienter med dårlig sosioøkonomiske forhold og samtidig rusbruk, eksempelvis alkoholavhengighet. Fordi avhengighet ofte følges opp som en psykisk lidelse, er det utfordrende når disse pasientene også får betydelige helseskader av rusen. Å vurdere graden av alvorlighet og hvor nærliggende alvorlig helseskade er for disse pasientene nevnes ofte til å være vanskelig i praksis.

I slike situasjoner:

- er risikoen alvorlig, men vanskelig å dokumentere
- er informasjonsgrunnlaget begrenset, særlig prehospitalt

Dette skaper usikkerhet om vilkårene for bruk av tvang er til stede.

Systemutfordringer og beslutningsstøtte

(relevant for flere bestemmelser, særlig §§ 4-3 og 4A-5)

Prehospitalt personell opplever ofte å stå med et betydelig ansvar, samtidig som de kan ha begrenset tilgang til beslutningsstøtte. Dette gjelder særlig i situasjoner hvor det skal tas stilling til pasientens samtykkekompetanse etter § 4-3, eller hvor det vurderes om det skal fattes vedtak etter kapittel 4A, jf. § 4A-5. Respondentene beskriver en situasjon hvor de forventes å håndtere komplekse juridiske og etiske problemstillinger, samtidig som de opplever å stå «nederst i beslutningskjeden».

Selv om det i mange tilfeller er mulig å konferere med lege, oppleves dette som rådgivende og ikke beslutningsavklarende. Konferering er ikke det samme som et legetilsyn, og legen har som hovedregel ikke dokumentasjonsansvar for vurderingene som gjøres, i alle fall når det ikke er muligheter for videokonferering. Ansvar for beslutningen blir derfor i praksis liggende hos ambulanspersonellet, også etter konferering.

Dette bidrar til usikkerhet og oppleves som en svakhet i systemet, særlig i krevende situasjoner hvor det er behov for tydelig medisinsk og juridisk støtte. Flere peker på behovet for bedre tilgjengelig beslutningsstøtte, for eksempel i form av lege tilknyttet AMK med kjennskap til prehospital praksis og gjeldende regelverk.

Opplæring i helserett er også ulik. Noen utdanninger har mye fokus på lovverket og tilgang på juridisk kompetanse, mens andre i større grad fokuserer på helsepersonelloven.

Samtidig går personell gjennom ulike utdanningsløp, fra videregående til høyere utdanning, men står etterpå med det samme juridiske ansvaret. Dette gir et ujevnt nivå på kunnskap om regelverket, og kan føre til ulik praksis.

Avslutning og foreningens hovedbudskap

Ambulansetjenesten og øvrige prehospitale tjenester utgjør en uunnværlig del av den akuttmedisinske beredskapen og må tydelig anerkjennes som en kjerneaktør i samhandlingen rundt pasienter utenfor sykehus, særlig i utforming av lovtekster.

Fremtidens ambulansetjeneste er i rask utvikling, både med velferdsteknologi og kompetanse. Den paramedisinske profesjonen har i dag et høyt utdanningsnivå, og stadig flere har videreutdanning eller mastergrad innen prehospital klinisk behandling. Dette medfører økt vurderingskompetanse og bedre pasientforløp utenfor sykehus, samtidig som det åpner opp for at loven kan myndiggjøre paramedisinere mer enn det som gjøres i dag. Helsehjelp skal i økende grad tilbys utenfor sykehus de kommende årene, og det er derfor sårt nødvendig at bestemmelser i loven også retter seg mot pasientrettet arbeid utenfor sykehus

Med vennlig hilsen

Norsk Paramedisinforening

