



Läkarens ställning i hälso- och sjukvården

Godkänd av Finlands Läkarförbunds styrelse 6.5.2010

Läkarförbundets rekommendationer och riktlinjer för hälso- och sjukvårdens förvaltning

Finlands Läkarförbund har under årens lopp aktivt tagit ställning till hälso- och sjukvårdens förvaltning och tjänstestruktur. Efter att den år 1985 tillsatta tjänstestrukturarbetsgruppen avgett sin rapport godkände förbundets styrelse en ”Rekommendation för hälso- och sjukvårdens tjänstestruktur” 5.10.1989. Rekommendationen var redan vid sin tillkomst delvis föråldrad på grund av den samtidiga beredningen av lagen om specialiserad sjukvård. Lagen trädde i kraft vid ingången av år 1991 och innebar en grundlig reform av den specialiserade sjukvårdens administration.

På 1990-talet blev det allt vanligare i kommunerna att slå ihop primärvården och socialvården, och även sjukvårdsdistrikten genomgick kraftiga förändringar strax efter att den nya lagen om specialiserad sjukvård hade trätt i kraft. Därför godkände Läkarförbundets styrelse 11.6.1992 nya riktlinjer som motsvarade de förändringar som hade skett inom hälso- och sjukvårdens förvaltning.

Under åren 1993–1994 ansåg man inom förbundets hälso- och sjukvårdspolitiska verksamhet att den gamla rekommendationen om tjänstestrukturer från 1989 hade blivit föråldrad. Man beslöt då att med utgångspunkt i de år 1992 godkända riktlinjerna för hälso- och sjukvårdens förvaltning utarbeta en rekommendation som på ett mer flexibelt sätt tar ställning till tjänstestrukturerna. Rekommendationen – ”Finlands Läkarförbunds rekommendation om hälso- och sjukvårdens förvaltning och läkarnas tjänstestruktur” – godkändes av förbundets styrelse 25.8.1994.

Den reviderades 1998 och fick då namnet ”Ledningen av hälso- och sjukvården samt läkarnas tjänstebeteckningar”. Ytterligare en revidering av rekommendationen godkändes av Läkarförbundets styrelse 28.10.2004.

Behovet och beredningen av en ny rekommendation

Förbundets utskott för hälso- och sjukvårdsförvaltning behandlade på sitt möte 21.5.2007 det ovan nämnda, vid den tidpunkten bara två och ett halvt år gamla rekommendationen. Man kom fram till att den bör förnyas och samtidigt göras mindre detaljerad så att den snarare drar upp generella riktlinjer, med betoning av patientens valfrihet och läkarnas kliniska autonomi.

I och med kommun- och servicestrukturreformen har det skett en historisk förändring på kommunfältet i Finland: kommunernas antal har minskat till följd av kommunsammanslagningar, och i stället för de tidigare samkommunerna för primärvård har det i överensstämmelse med ramlagen bildats s.k. samarbetsområden som tillhandahåller social- och hälsovårdstjänster. Kommunernas och samarbetsområdenas förvaltning har reformerats, och samtidigt har också hälso- och sjukvårdens förvaltningsorganisation omstrukturerats enligt tidens trender. Läkareförbundets kansli har därför upprepade gånger, i synnerhet hösten 2008, sett sig tvunget att ta ställning och föra fram förbundets synpunkter på ledningen av hälso- och sjukvårdens organisationer samt läkarnas ställning i dem.

På basis av beredningen vid kansliet behandlade utskottet för hälso- och sjukvårdsförvaltning Läkareförbundets riktlinjer i dessa frågor på sitt möte 18.11.2009. Utskottet godkände principerna nedan och beslöt att föra dem vidare till förbundets styrelse för godkännande.

Läkareförbundets riktlinjer för ledning av hälso- och sjukvården

1. Hälso- och sjukvården bör bevaras som en obruten funktionell helhet.
2. Vid hälso- och sjukvårdsenheterna bör det finnas en ansvarig läkare/chefsläkare/överläkare, såsom lagen förutsätter. Denna läkares ställning i organisationen bör vara sådan att han eller hon har faktiska möjligheter att uppfylla sina lagstadgade förpliktelser.
3. I överensstämmelse med den moderna s.k. encheftsmodellen bör organisations/enhetens ledare ha makt över och ansvar för såväl verksamheten, ekonomin som personalfrågorna. Endast då har ledaren faktiska möjligheter att leda.
4. Tjänstebeteckningarna i hälso- och sjukvårdsorganisationerna bör vara klart formulerade och beskriva dels arbetsuppgifterna, dels de yrkesmässiga kraven och den utbildning som tjänsten förutsätter. Läkareförbundet rekommenderar den traditionella titeln överläkare.
5. Varje läkare som huvudsakligen arbetar kliniskt bör ha en läkare som sin närmaste chef i såväl administrativa som medicinska frågor.
6. Läkares professionella autonomi bör respekteras.
7. De särskilda rättigheter och skyldigheter för läkare som fastslås i 22 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården bör gälla också i praktiken.

Hälso- och sjukvården som en funktionell helhet

Utmärkande för den senaste tidens organisationsreformer inom hälso- och sjukvården har varit att de har haft en fragmenterande effekt på systemet. Detta har gällt såväl servicesystemets politiska styrning som de kommunala organisationerna för tjänsteproduktion och har framträtt särskilt i kommuner och samkommuner som på olika sätt tillämpar den så kallade livscykelmodellen. I värsta fall bereds besluten om hälso- och sjukvårdstjänster i

kommunerna av ett halvt dussin ansvariga tjänstemän under lika många beställarnämnder, och ett annat halvdussin styrelser med ansvar för tjänsteproduktionen beslutar om hur den ska fås att motsvara beställningarna.

I beredningen av hälso- och sjukvårdslagen, vars syfte är att sänka tröskeln mellan primärvården och den specialiserade sjukvården, har minister Risikko som ett alternativ föreslagit en regional social- och hälsovårdsmodell där primärvården och socialväsendet enligt mönster från ramlagen för kommun- och servicestrukturreformen slås ihop, medan ansvaret för den specialiserade sjukvården huvudsakligen vilar på överkommunala sjukvårdsdistrikt.

Redan i arbetsgruppens förslag till hälso- och sjukvårdslag ville man splittra den specialiserade sjukvården i å ena sidan krävande och högspecialiserad sjukvård som sjukvårdsdistriktet svarar för, å andra sidan i basal specialiserad sjukvård som enskilda kommuner producerar som närtjänster. Innehållet i de använda termerna förblev dock högst diffust.

Läkarförbundet förutsätter att den bärande idén såväl i lagstiftningsreformer gällande organiseringen och finansieringen av hälso- och sjukvården som i omorganiseringar av hälso- och sjukvårdens verksamhetsenheter bör vara att bevara hälso- och sjukvården som en obruten funktionell helhet. Av socialväsendets uppgifter har missbrukar- och mentalvårdstjänsterna samt öppen- och institutionsvården för äldre många beröringspunkter med hälso- och sjukvården och kan därför förenas med den.

Ansvarig läkare enligt lagstiftningen

Enligt 17 § i folkhälsolagen beslutar ansvarig läkare huruvida en patients sjukvård ordnas i form av öppen sjukvård, hemsjukvård medräknad, eller genom att patienten intages för vård på vårdplats i hälsocentralen. Läkaren fattar även beslut angående överflyttning av patient till annan sjukvårdsanstalt.

Enligt 32 § i lagen om specialiserad sjukvård leds och övervakas sjukvården på sjukhus och i andra verksamhetsenheter eller någon annanstans på dessas ansvar av en behörig överläkare eller av någon annan i instruktionen bestämd läkare vid samkommunen för sjukvårdsdistriktet. Enligt 33 § i samma lag beslutar överläkaren enligt allmänna anvisningar av chefsläkaren eller någon annan läkare vid sjukvårdsdistriktet enligt överläkarens anvisningar om inledande och avslutande av en patients sjukvård.

Enligt promemorian av arbetsgruppen för en ny hälso- och sjukvårdslag (2008:28) ska lagens 61 § innehålla följande bestämmelser om patientvård: ”Den sjukvård och förebyggande vård som ges vid hälso- och sjukvårdens enheter leds och övervakas av den ansvariga läkaren vid respektive enhet. Om påbörjande och avslutande av patientens sjukvård

samt om förflyttning av patienten till en annan verksamhetsenhet beslutar den ansvariga läkaren eller enligt den ansvariga läkarens anvisningar någon annan läkare eller yrkesperson inom hälso- och sjukvården.”

Enligt det nyaste utkastet till regeringens proposition om en ny hälso- och sjukvårdslag (daterat 18.3.2010) ingår bestämmelser om ansvaret för verksamhetsenhetens hälso- och sjukvård i 52 §. I paragrafens första moment konstateras: ”Vid varje verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ska det finnas en ansvarig läkare”. Och, vidare: ”Den ansvariga läkaren ska leda och övervaka hälsovården och sjukvården vid verksamhetsenheten”. I propositionens detaljmotiveringar konstateras att ”en chef med utbildning inom något annat område kan inte ansvara för dessa frågor”.

Ett typiskt inslag i de organisationsreformer som genomförts inom hälso- och sjukvården under den senaste tiden har varit att läkarna uteslutits från ledande poster och övergripande ansvar. I hälso- och sjukvårdsenheternas organisationsreformer har den ansvariga läkarens/chefsläkarens ställning och befogenheter i praktiken ofta definierats diffust. Alternativt har den ansvariga läkarens/chefsläkarens ställning och befogenheter underställts lekmanadirektörer också i medicinska frågor. Dessutom tycks andra personalgrupper inom hälso- och sjukvården fortfarande vilja ifrågasätta läkarnas lagstadgade ledarställning bl.a. genom att förutsätta att den ledande sjukskötarens ställning ska fastslås i den nya lagstiftningen.

Läkarförbundet förutsätter att lagreformer som gäller hälso- och sjukvården även framgent entydigt definierar den ansvariga läkarens/chefsläkarens ställning och hans eller hennes befogenheter att leda och övervaka den hälso- och sjukvård som ges vid enheten samt besluta om hur patientens vård ska ordnas. Dessutom förutsätter Läkarförbundet att den ansvariga läkarens/chefsläkarens organisatoriska ställning i hälso- och sjukvårdsenheterna också på det praktiska planet är sådan att han eller hon har faktiska möjligheter att uppfylla sina lagstadgade skyldigheter.

Ledarens odelade ansvar (den s.k. encheftsmodellen)

Makt vill alla ha, ansvar lockar inte lika mycket. Delat ansvar innebär ansvarslöshet. Makt är inte ett självändamål, men som det framgått av det ovan sagda påför även lagstiftningen läkaren ansvaret för att leda och övervaka tjänsteproduktionen vid verksamhetsenheterna och besluta om patientens vård.

Tidigare kunde ledningen i hälso- och sjukvårdsorganisationerna i värsta fall vara fördelad på tre linjer: ekonomisk ledning, läkarlinjen och sjukskötarlinjen. Ansvar vid hälso- och sjukvårdsorganisationerna är emellertid odelat och gäller både organisering, genomförande och ledning av verksamheten. Verksamhet kan inte ledas och ansvar inte bäras

ifall chefen inte har entydig beslutanderätt i frågor som gäller både det konkreta arbetet, ekonomin och personalen.

Läkarförbundet förutsätter att hälso- och sjukvårdsenheterna tillämpar en enchefsmodell där chefen har odelad makt över och odelat ansvar för verksamheten, ekonomin och personalen. Den ansvariga läkarens/chefsläkarens ställning i organisationen bör vara sådan att han eller hon har makt att besluta om hur hälso- och sjukvården genomförs och hur enskilda patienters vård ska ordnas i enlighet med bestämmelserna i lagstiftningen och de strategier som verksamhetsenhetens politiska ledning slagit fast.

Klara tjänstebeteckningar

Åtminstone inom hälso- och sjukvården och dess olika reformer tycks det ha blivit en vana att byta ut hävdvunna tjänstebeteckningar mot intetsägande nyspråksuttryck som på intet sätt beskriver vare sig uppgiften eller den utbildning och kompetens den förutsätter. Ett tillspetsat exempel från en organisationsreform i en stad är ”ägare av närserviceområdets hälsoserviceprocess”, som torde ha syftat på den tidigare biträdande överläkartjänsten vid hälsostationen. ”Ord besitter makt”, som Läkartidningens chefredaktör Hannu Ollikainen så träffande konstaterade i en ledare för inte så länge sedan.

Läkarförbundet förutsätter att uppgifts- och tjänstebeckningarna inom hälso- och sjukvården är klart formulerade och på ett tillfredsställande sätt beskriver arbetsuppgiften och de kompetens- och utbildningskrav den ställer. Läkarförbundet rekommenderar den traditionella titeln överläkare.

Chef för läkare i kliniskt arbete

Endast den som arbetat som läkare kan känna till arbetets innehåll, svårigheter och utmaningar. Endast den som har läkarutbildning kan bedöma sina underlydande läkares kompetens, arbets kvalitet, framgång och behov av fortbildning och kompletterande utbildning. Det är därför naturligt och följdriktigt att chefen för en läkare i kliniskt arbete är en person som fått läkarutbildning och själv arbetat som läkare.

Läkarcheferna bör ha tillräcklig chefsutbildning och besitta de färdigheter den ger. Därför ska chefsutbildningen för läkare nu utvecklas. Som en del av specialistläkarexamen erbjuder universitetens medicinska fakulteter förberedande undervisning i chefsuppgifter. Läkarförbundet har tillsammans med Fennomed Ab påbörjat ett utbildningsprogram för läkare i chefsuppgifter på mellannivå.

Läkarförbundet förutsätter att läkare som huvudsakligen arbetar kliniskt har en läkare med adekvat chefsutbildning som sin närmaste chef i såväl administrativa som medicinska frågor.

Läkarens professionella autonomi

I lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården konstateras att det är läkaren som beslutar om undersökning och vård av patienten. Detta gäller såväl den offentliga som den privata sektorn. De bestämmelser om ansvarig läkare/chefsläkare vid hälso- och sjukvårdens verksamhetsenheter som ingår i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och den kommande hälso- och sjukvårdslagen står inte i strid med bestämmelserna i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

I detaljmotiveringarna till 52 § i det senaste utkastet till hälso- och sjukvårdslag (daterat 18.3.2010) konstateras: ”Varje yrkesutbildad person ansvarar med stöd av sin yrkeskompetens för individens vård, och även då ansvarar en läkare alltid för helheten av en individs sjukvård.”

Läkarnas professionella autonomi har dock varit hotad, i synnerhet i ekonomiskt knappa tider. Sparbudgeterna är ett hot mot läkarens rätt att besluta om enskilda patienters vård. Läkarförbundet har upprepade gånger fått uppgifter om försök att ingripa i läkarens professionella autonomi, till exempel genom att den specialiserade sjukvårdens remisser går via hälsocentralen eller rentav via utomstående bedömare.

Läkarförbundet förutsätter att läkarens professionella autonomi i beslut om vården av enskilda patienter respekteras i överensstämmelse med gällande lagstiftning.

Läkarens särskilda rättigheter och skyldigheter i lagstiftningen

I 4 kap. 22 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården konstateras att legitimerade läkare ”beslutar om medicinska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen i samband därmed”. Vidare sägs att legitimerade läkare ”har rätt att förskriva läkemedel från apotek”. I 23 § ingår bestämmelser om de rättsmedicinska intyg och utlåtanden som en läkare utfärdar.

Dessa rättigheter och skyldigheter, som enligt lag tillkommer endast läkare, har under de senaste åren utsatts för många olika hot: på vissa orter med läkarbrist har hälsocentralernas chefsläkare även i offentligheten starkt understrukit behovet av att överföra en del av läkarens uppgifter på sjukskötarna, och vid många hälsocentraler har sjukskötarna/hälsovårdarna i praktiken ordinerat läkemedel med recept som läkarna undertecknat på förhand. Andra lokala projekt som förbundet fått vetskap om och som också gäller lä-



karnas särskilda rättigheter har varit bl.a. planerna på ”läkarmottagning” i sjuksköternas regi; debatten om C-utlåtanden utfärdade av sjukskötare och om de avgifter som uppbärs för dem; en förfrågan gällande rätten för mentalvårdsbyråns sjukskötare att göra vård-sammandrag av öppenvårdsperioder som läkaren sedan undertecknar, liksom också diagnoser ställda av sjukskötare under beteckningen ”bedömning av vårdbehovet”.

Riksdagen godkände 7.4.2010 i andra behandlingen regeringens proposition med förslag till ändring av lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Ändringen ger sjukskötare som genomgått tilläggsutbildning rätt till begränsad läkemedelsförskrivning. Social- och hälsovårdsministeriets förordning som definierar vilka läkemedel och sjukdomar denna rätt ska gälla är fortfarande under beredning. I sina ställningstaganden om lagförslaget har Läkarförbundet ansett att sjuksköternas förskrivningsrätt snarast bör begränsas till förnyande av redan etablerad medicinering eller finjustering av doseringen. Förbundet har motsatt sig ingrepp i läkarnas särskilda rätt att besluta om diagnosticering och avslutande av vården.

Det förmodligen mest oroväckande exemplet på ingrepp i legitimerade läkares särskilda rättigheter enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är dels sjuksköternas rätt att skriva ut recept, dels de lokala tillämpningarna av den bedömning av vårdbehovet som enligt lagstiftningen om vårdgaranti ska göras.

Läkarförbundet förutsätter att de bestämmelser i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som gäller läkarens särskilda rättigheter att besluta om medicinska undersökningar av en patient, ställa diagnos och besluta om vården och behandlingen i samband därmed iakttas också i det praktiska arbetet.