

Otidsenligt eller viktigt karriärsteg?

Biträdande överläkare – en bortförhandlad befattning som ännu väcker debatt

Tjänstebefattningen biträdande överläkare (böl) finns i praktiken kvar trots att befattningen utgått ur läkarlöneavtalet. Under Svenska överläkareföreningens fullmäktigemöte riktades både kritik mot befattningen, och förhoppningar om en utveckling av bölen.

– Tjänstebefattningen är bra för karriärstegen och ger oss en brantare löneutveckling, sade Bernhard Grewin, ordförande i Svenska överläkareföreningen.

Frågan om tjänstebefattningen biträdande överläkare, samt den nyordning i fråga om verksamhetschefer som råder sedan den 1 januari debatterades under Överläkareföreningens fullmäktigemöte. En motion från ÖFs lokalförening i Östergötland ville att styrelsen skulle verka för ett återinförande av tjänstebefattningen biträdande överläkare.

Förslaget mötte dock en del kritik. Per Nellgård i Göteborgs lokalförening yrkade på avslag och menade att bölen både var otidsenlig, och orättvis mot primärvårdsläkarna eftersom befattningen bara finns inom sjukhusvården.

– Har någon ett överläkaransvar så ska han också kallas överläkare, inte biträdande överläkare, sade Per Nellgård.

Ing-Marie Bergbrant från samma lo-

kalförening ansåg att befattningen förvisso var bra och bör bevaras, men att den måste beskrivas tydligare så att den står för något som är gemensamt för hela landet.

Föreningens styrelse menade att befattningen är viktig att bevara dels av lönepolitiska skäl, dels för att ha ett mellansteg i utvecklingen mot ett större verksamhetsansvar.

Bölen lever

Och att bölen verkligen lever visar inte minst Läkarförbundets lönestatistik för 1996 i vilken fler än 1 300 läkare finns med som böl.

Enligt Överläkareföreningens egen specialistenkät 1996 är 14 procent av föreningens medlemmar biträdande överläkare.

– Vi ska fortsätta att arbeta för att befattningen ska finnas kvar och utvecklas, och den mest framkomliga vägen tycks vara att stötta det lokalt, sade föreningens ordförande Bernhard Grewin.

– Bara för att distriktsläkarna inte har den här möjligheten ska inte vi ta bort den för specialistkompetenta sjukhusläkare, fortsatte Bernhard Grewin, som också menade att det finns många exempel då läkaren inte har fullt ut lika stort ansvar som en överläkare, och då tjänstebeteckningen biträdande överläkare är motiverad.

Från den 1 januari i år har verksamhetschefer det samlade ledningsansva-

ret. Cheferna behöver enligt den nya lagen inte vara läkare, vilket föranledde Överläkareföreningen i Uppsala län att motionera om att föreningen centralt verkar för att överläkarna återtar det medicinska ledningsansvaret.

– Vi vill att föreningen centralt verkar för att det skapas en opinion för att ge oss tillbaka det vi har förlorat, sade Per Elowsson som undertecknat motionen.

Även om verksamhetschefer formellt har det övergripande ansvaret visar undersökningar att såväl det medicinska som administrativa ansvaret ofta delegeras till specialistutbildade läkare.

Enkätundersökningar visar att 64 procent specialistutbildade läkare har ett delegerat medicinskt ansvar (54 procent skriftligen), medan 49 procent av de tillfrågade har ett delegerat administrativt ansvar (47 procent skriftligen).

– För oss är det viktigt att delegeringen görs skriftligt och är tydlig för för både läkare och övrig personal. De lokala föreningarna måste bevaka att delegeringen görs skriftligt, sade Gunnar Sandberg från Mölndal, som vid fullmäktigemötet valdes till ny förste vice ordförande i föreningen.

Styrelsen tillstyrkte motionen då den menade att det enda medlet som står till buds för att få till stånd en förändring ifråga om det medicinska ledningsansvaret är ett omfattande opinionsarbete, både lokalt och centralt.

Peter Örn

Samma skyddsvärde för alla foster

Samma skyddsvärde ska gälla alla. Det är den grundprincip MFRs nämnd för forskningsetik slagit fast i ett principuttalande om forskning på foster.

»Det man inte kan göra på foster som skall leva vidare får man inte göra på foster som skall aborteras. Samma skyddsvärde/människovärde gäller för foster som skall aborteras som för dem som skall leva vidare. Detta utesluter inte terapeutisk forskning på foster.»

Detta principuttalande har MFRs nämnd för forskningsetik antagit. Forskningsprojektet på Huddinge (LT 11/97) har nämnden inte tagit ställning till.

– Det innebär att gränsen för vad som är etiskt godtagbart går vid de ingrepp som kan göras på foster som ska leva vi-

da, säger professor Lennart Kaijser, ledamot i MFRs nämnd för forskningsetik samt ordförande i den lokala etikkommittén på Huddinge sjukhus.

Vid en etisk granskning av forskningsprojekt har den förmodade kunskapsvinsten betydelse. Terapeutisk forskning bedrivs på patienter som själva har sannolik nytta av forskningen. Där är man beredd att tillåta större ingrepp än i annan forskning. En annan typ gäller forskning där deltagaren inte själv kan dra nytta av den även om kunskapsvinsten beräknas bli stor.

– Detta är inget specifikt för forskning på foster utan gäller all forskning.

MFRs etiska nämnd menar alltså att den springande punkten är fostrets skyddsvärde. Det går att föra ett resonemang om att aborten är beslutad och på-

börjad och ta det till intäkt att tillåta mer.

– Men då har man tagit ställning för att fostrets skyddsvärde är nedsatt, säger Lennart Kaijser. Principuttalandet går emot detta och fastslår att fostret har ett skyddsvärde så länge det lever.

Personligen menar Lennart Kaijser att samhällets acceptans är en viktig dimension av frågan om vilken forskning som är etiskt godtagbar.

– För mig väger detta tungt. Vi behöver ha allmänhetens förtroende för den forskning som bedrivs.

Den etiska frågan om forskning på foster går nu tillbaka till Karolinska institutets regionala forskningsetikkommitté för beslut. De juridiska aspekterna på Huddingeprojektet behandlas av Socialstyrelsen.

Kristina Johnson