



3/6 - 2016

Syfte

Denna PM har till syfte att klargöra ett antal frågeställningar kring ledningsansvar för läkare inom barn- och ungdomspsykiatri. I frågeställningarna ingår innehållet i sådant ledningsansvar, hur det tilldelas, kan delegeras samt hur det förhåller sig till eventuella andra ledningsbefattningar och det ansvar som enligt lagstiftningen åvilar vårdgivaren och det personliga yrkesansvaret. Dokumentet är indelat i tre avdelningar. Avdelning 1 klargör ett antal centrala punkter angående de juridiska reglerna för ledning och planering av hälso- och sjukvård som är nödvändiga för förståelsen av det övriga resonemanget. Därefter förklarar avdelning 2 innehållet i det medicinska ledningsansvaret som följer med den obligatoriska verksamhetsbefattningen, och avdelning 3 redogör för förutsättningarna för verksamhetschefen att överlåta delar av det ledningsansvaret till andra befattningshavare.

1. Några inledande klargöranden

Ledningsfunktioner vid sidan av det medicinska ledningsansvaret

Inledningsvis bör klargöras att det finns legala möjligheter för vårdgivaren att leda och planera hälso- och sjukvården vid sidan av det medicinska ledningsansvaret. Av patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL) följer att vårdgivaren, varmed menas den juridiska person som bedriver vården, ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sådant sätt att kravet på god vård upprätthålls (3 kap. 1 §). Vårdgivaren ska även dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten (3 kap. 9 §) Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, ska vårdgivaren ha de processer, aktiviteter och rutiner som krävs för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet i verksamheten.¹ Vårdgivaren ska säkerställa att personalen arbetar i enlighet med dessa dokument, och personalen är å sin sida skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls enligt 6 kap. 4 § PSL.

Dessa verktyg för att leda verksamheten på ett lagenligt sätt innebär att vårdgivaren kan, och kommer i många fall, att inrätta ledningsfunktioner som har sin grund inte i kravet på att ha en verksamhetschef med därtill knutet medicinskt ledningsansvar, utan i vårdgivarens mer allmänt formulerade skyldigheter att leda verksamheten. Som framgår nedan är det ytterst vårdgivaren som har att avgöra vilka beståndsdelar som ska ingå i en sådan befattning. Det medicinska ledningsansvaret har dock formulerats på ett sådant sätt att det innebär ett yttersta ansvar för patientens vård. Vårdgivaren måste därför anses förhindrad från att låta en annan ledningsbefattning överpröva medicinska beslut fattade av verksamhetschef eller den till vilken verksamhetschef har överlåtit medicinskt ledningsansvar. En sådan ordning måste anses innebära en otillåten urholkning av ledningsansvaret och därmed stå i strid med 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL).

¹ 4 kap. 2-4 §§ SOSFS 2011:9



Medicinskt ledningsansvar är inte kopplat till yrkesrollen

I fokus för detta dokument står det medicinska ledningsansvaret som åvilar verksamhetschefen eller, i förekommande fall, den befattningshavare till vilken verksamhetschefen har överlåtit ansvaret. Som framgår nedan råder det inga restriktioner gällande utbildning, yrkesgruppsstillhörighet för att utses till verksamhetschef. Av detta följer att andra yrkesutövare än läkare kan vara verksamhetschef. Vid sidan av befattningen står det vårdgivaren fritt att inrätta de ledningsbefattningar som anses behövliga. En befattning som tillkommit på sådant sätt är alltså lokalt konstruerad, och lyder därför inte heller under några författningsreglerade restriktioner angående vem som är behörig att inneha den.

Av detta följer att frågan om läkares medicinska ledningsansvar inte går att särskilja från det medicinska ledningsansvar som kan åvila andra yrkesgrupper. Det materiella innehållet i sådant ansvar förblir detsamma oavsett yrkesgruppen för den person till vilken det utses eller överlåts. Det finns inte heller någon genom lag eller annan författning beslutad "befälsordning" som ger en läkare rätt att i kraft enbart av sin yrkestitel besluta över insatser som utförs av andra befattningshavare.² I den mån läkare ska utöva sådant ledarskap måste befogenheten därför tilldelas genom antingen det medicinska ledningsansvaret, eller genom att vårdgivarens ledningssystem, rutiner och arbetsbeskrivningar beskriver ett sådant förfarande. Det är dock enbart det förstnämnda som behandlas i detta dokument.

2. Innehållet i det medicinska ledningsansvaret

Allmänt

Enligt 29 § HSL ska det i varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten. Denna befattning är utanför den psykiatriska tvångsvården och viss annan verksamhet den enda lagstadgade ledningsbefattningen. Verksamhetschefens åligganden består därför dels av de uppgifter som följer av vårdgivarens (varmed menas den juridiska personen som bedriver verksamheten, se 1:3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL)) arbetsbeskrivning, dels av de uppgifter som följer av lagstiftningen. Verksamhetschefens ledningsansvar består av en administrativ såväl som en medicinsk del, som båda finns beskrivna i relevanta förarbeten (se nedan).

² En sådan ordning fanns dock enligt Socialstyrelsens tidigare allmänna råd om delegering (SOSFS 1983:7) om delegering av arbetsuppgifter inom psykiatrisk verksamhet. Enligt dessa skulle det i varje vårdteam inom psykiatri finnas en läkare med medicinskt ledningsansvar för teamets insatser. Läkaren behöll detta ansvar även i situationer där andra medlemmar i teamet besatt större faktiskt kunnande inom området. Föreskriften är upphävd sedan 1997, men dess anda vilar ofta över arbetet i vårdteamen.



Något om källmaterialet

Sedan upphävandet av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8) om verksamhetschef i februari 2015 innehåller regelverket inte längre någon bestämmelse som i generella termer beskriver detta ledningsansvar. Sådan tolkningshjälp får istället sökas i förarbeten, vilket sker i detta dokument.³ En svårighet som följer av detta är att förarbetena i många fall är relativt föråldrade och att övrig lagstiftning inom den medicinska rätten har förändrats betydligt sedan de skrevs. Detta ger upphov till frågor om vilken vikt som ska fästas vid förarbetena samt om deras intentioner speglar rådande rättspolitiska uppfattningar inom området. En specifik sådan frågeställning rör de ämnesspecifika arbetsuppgifter för verksamhetschefen som beskrivs i ett stort antal av Socialstyrelsens föreskrifter. Exempelvis innehåller Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården särskilt utpekade arbetsuppgifter för verksamhetschefen i förhållande till journalföringen.⁴ Samtidigt nämns i förarbetena att "ett ansvar för att patientjournal förs för patienten" som en beståndsdel i det medicinska ledningsansvaret.⁵ Frågan som uppkommer är då om bestämmelsen i SOSFS 2008:14 ska ses som en uttömmande konkretisering av den allmänna formuleringen av förarbetet, eller om den enbart konkretiserar några särskilt viktiga uppgifter inom den allmänna ram som beskrivs i förarbetet. Konkret blir det en fråga om verksamhetschefen är ansvarig för mer än de uppgifter som tas upp i SOSFS 2008:14. Frågan har såvitt är känt inte besvarats varken för detta exempel eller rent generellt. Den säkraste tolkningen är därför att vid utformningen av ledningsbefattningar lägga särskild vikt vid de specifika krav som finns, men utan att bortse helt från den generella naturen hos förarbetsuttalandena. Bedömningen bör givetvis också göras mot bakgrund av den aktuella verksamhetens inriktning och behov.

Verksamhetschefens kompetens

Det finns inga lagfästa behörighetskrav på viss utbildning eller kompetens för verksamhetschefsbefattningen. Verksamhetschefen är emellertid tvungen att överlåta ("uppdra") det medicinska ledningsansvaret för eventuella åtgärder som utförs i vården och för vilka hen personligen saknar tillräcklig medicinsk kompetens (29 § första stycket andra meningen HSL). Någon formell begränsning i storleken på den verksamhet som får underställas en och samma verksamhetschef finns inte. Det finns inte heller några hinder mot att verksamheten t.ex. omfattar två enheter som är geografiskt skilda från varandra. Avgörande är istället huruvida det är möjligt för verksamhetschefen att i praktiken uppfylla det ansvar som beskrivs i rättskällorna. De numera upphävda allmänna råden innehöll en formulering om att personal, patienter och anhöriga i praktiken skulle kunna vända sig till verksamhetschefen i frågor som gällde vården.

³ Upplysningsvis kan inflikas att de upphävda råden i sig själva till hög grad baserades på förarbetsuttalanden. Råden borde därför, trots att de formellt sett inte längre är gällande rätt, kunna tjäna som en pedagogisk översikt överledningsansvaret.

⁴ 2 kap. 19 § SOSFS 2008:14

⁵ Prop. 1989/90:81 s. 17



Definition av medicinskt ledningsansvar

Den grundläggande definition som i förarbeten till nuvarande 29 § HSL lämnas till begreppet medicinskt ledningsansvar återges nedan:

”[D]iagnostik, vård och behandling i det enskilda fallet och innebär ett yttersta ansvar för att underställd personal fullgör sina medicinska åligganden. Ansvar omfattar förutom vård av enskilda patienter i strikt mening också in- och utskrivning av patienter, innefattande även prioritering mellan patienter och ansvar för remitterade patienter. I ledningsansvaret ingår också ett ansvar för att patientjournal förs för patienten, att befintlig medicin-teknisk utrustning används på det sätt som från sjukvårdssynpunkt bäst gagnar patienten samt ansvar för en riktig och säker medicinering.”⁶

Det bör här noteras att verksamhetschefens roll gällande samtliga de ansvarsområden som förarbetena pekar ut har förtydligats i föreskrifter från Socialstyrelsen under den tid som gått sedan förarbetena skrevs. Det finns därför tydliga regler om verksamhetschefens uppgifter gällande journalföring (2:19 §SOSFS 2008:14), läkemedelshantering (3:10, 3 a:19, 4:3 samt 4:8 §§ SOSFS 2000:1), remisshantering (4-5 §§ SOSFS 2004:11) och medicintekniska produkter (SOSFS 2008:1).

Det är vidare verksamhetschefens ansvar att inom de ramar för verksamheten som satts av vårdgivaren se till att vården bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning. Hen ska även se till att patienterna får en säker och god hälso- och sjukvård samt ha ett övergripande ansvar för att enheten når bästa möjliga resultat.⁷

Ansvar för patientens behov av bl.a. kontinuitet och fast vårdkontakt

Enligt 29 a § HSL ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det för detta syfte är nödvändigt, eller om patienten annars begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt. Begreppet fast vårdkontakt infördes i lagstiftningen 2010 och ersatte det tidigare gällande patientansvarig läkare (PAL). Syftet var bland annat att möjliggöra att uppgiften tilldelades andra yrkesgrupper än läkare. Ett ytterligare syfte var att undvika att patienten själv skulle få ett alltför stort samordningsansvar och därmed stärka patientens ställning. Lagstiftaren pekade i detta sammanhang särskilt på att begreppet trygghet införts i paragraftexten. Detta var avsett att signalera att fast vårdkontakt inte bara ska tilldelas på grund av det rent faktiska samordningsbehov som kan finnas ur vårdens perspektiv, utan också för att patienten vid behov ska kunna känna sig trygg.⁸

Detta perspektiv blir givetvis särskilt viktigt när vården är inriktad på svagare patientgrupper, som t.ex. barn. Förarbeten betonar även vikten av information till barnets föräldrar i dylika fall.⁹ Inom

⁶ Prop. 1989/90:81 s. 17, Prop. 1981/82:97 s. 81

⁷ A.a. s. 29

⁸ Prop. 2009/10:67 s. 60-62

⁹ Prop. 1989/90:81 s. 45. Mer detaljerade bestämmelser om individuellt anpassad information till patienter och närstående finns numera i 3 kap. patientlagen (2014:821).



sådan verksamhet bör därför skyldigheten att utse fast vårdkontakt vara en central del av det medicinska ledningsansvaret, oavsett om detta ansvar har överlåtits eller kvarstår på verksamhetschefen. I detta bör ligga att ta fram rutiner för i vilka situationer det är lämpligt att utse den fasta vårdkontakten. Det kan särskilt vara lämpligt att göra dokumenterade överväganden kring vilka yrkesgrupper som är lämpliga för befattningen. Den flexibilitet som följde av PAL-funktionens avskaffande är givetvis inte avsedd att utövas under vilka förutsättningar som helst, det förutsätts att den ledningsansvarige kommer att utse någon med den kompetens som krävs för att uppfylla det angivna syftet för den enskilda patienten.¹⁰

Avslutningsvis kan frågan ställas om detta ansvar hör till det administrativa, eller det medicinska ledningsansvaret. Som framgår nedan så finns möjlighet att överlåta enskilda arbetsuppgifter som hör till båda dessa ansvarskategorier. Om arbetsuppgiften uttryckligen har nämnts i samband med överlåtelse av ledningsansvar är det därför av mindre betydelse vilket kategori den tillhör. En sådan metod är därför att föredra. Eftersom åtgärden innefattar en bedömning av patienters behov, vilken måste anses vara svår eller omöjlig att genomföra utan att i någon grad väga in patienternas medicinska status, så talar övervägande skäl för att även i andra fall se den som en del av det medicinska ledningsansvaret.

Den medicinskt ledningsansvariges förhållande till vårdgivaren

Förarbetena berör särskilt frågan om hur det medicinska ledningsansvaret förhåller sig till vårdgivarens rätt och skyldighet att styra verksamheten. Tidiga förarbeten talade om att de läkare som enligt den då aktuella lagstiftningen innehade medicinskt ledningsansvar för vården av enskilda patienter "endast [var] underställda socialstyrelsens tillsyn och ansvarsnämndens disciplinära prövning."¹¹ samtidigt påpekades att "huvudmannen givetvis även i fortsättningen får ange de ramar inom vilka övriga åtgärder inom det medicinska ledningsansvaret t.ex. in- och utskrivning av patienter får ske. Det är därvid angeläget att de läkare som ålagts ett medicinskt ledningsansvar deltar i huvudmannens planering av verksamheten."¹² Här talas alltså om en viss nivå av självständighet från vårdgivaren som ansågs höra ihop med det medicinska ledningsansvaret. Utrymmet för en ledningsansvarig att hänvisa till denna självständighet för att fatta beslut som går emot vårdgivarens vilja får dock i praktiken anses vara begränsad.

Det kan här noteras att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete endast innehåller skyldigheter placerade på vårdgivarnivå. Dess föregångare, SOSFS 2005:12, innehöll däremot flera skyldigheter för verksamhetschefen. Eftersom föreskriften måste sägas beskriva själva kärnan i den övergripande ledningen av verksamheten måste denna förändring av rättsläget ses som en skärpning av vårdgivarens förutsättningar att fatta strukturella beslut som är bindande för verksamhetschefen. Den mest följdriktiga tolkningen är därför att vårdgivaren har mandat att planera och styra

¹⁰ A.a.

¹¹ Prop. 1981/82:97 s. 82

¹² A.a.



verksamheten på varje sätt som inte direkt inskränker den ledningsansvariges möjligheter att fullgöra de specifikt angivna arbetsuppgifter som är knutna till ledningsbefattningen. Som ett exempel på en sådan uppgift kan nämnas att i förekommande fall utse en fast vårdkontakt för patienten (se 29 a § HSL ovan). Denna princip har även stöd i förarbeten, där det sägs att lagreglerade ledningsuppgifter undantas från medbestämmandelagen (MBL) och alltså inte är förhandlingsbara mellan verksamhetschefen och dennes arbetsgivare (vårdgivaren).¹³

3. Överlåtelse av medicinska ledningsuppgifter

Allmänt

Enligt 30 § HSL har verksamhetschef möjlighet att uppdra (i fortsättningen "överlåta") åt andra befattningshavare med tillräcklig kompetens att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. Enligt 29 § första stycket andra momentet är verksamhetschefen skyldig att göra detta i de fall som verksamhetschefen inte själv har tillräcklig kunskap och erfarenhet för att fullgöra det medicinska ledningsansvaret. Någon fastslagen modell för hur verksamhetschefen ska bedöma vad som i den specifika situationen utgör "tillräcklig kunskap" ges inte. I avsaknad av en sådan definition är en naturlig utgångspunkt att den som utövar medicinskt ledningsansvar för en åtgärd som regel själv bör inneha kunskap att utföra samma åtgärd. En sådan princip kan dock vara svår att uppehålla i alla lägen, inte minst med tanke på högspecialiserad vård när verksamhetschefen personligen inte längre utför klinisk vård. Frågan faller ytterst på verksamhetschefen att bedöma. En möjlighet för verksamhetschefen att överlåta ledningsuppgifter har förutsatts av lagstiftaren även innan den uttryckligen formulerades i lagtext.¹⁴ Till skillnad från vad som gäller angående delegering av medicinska arbetsuppgifter finns det för sådana överlåtelser inga juridiskt fastställda formkrav.

Bestämmelsen är formulerad på så sätt att "enskilda" ledningsuppgifter kan överlåtas. I förarbetet har även sagts att "delegationen endast kan avse vissa avgränsade uppgifter och aldrig hela ansvaret."¹⁵ Det är alltså inte möjligt att frånhända sig hela verksamhetschefsansvaret. Det kan här påminnas om att befattningen även medför ett medicinskt ledningsansvar. Med tanke på utvecklingen inom hälso- och sjukvårdssektorn måste det dock idag anses accepterat att överlåta hela det medicinska ledningsansvaret. Så sker i många verksamheter och har såvitt är känt aldrig renderat någon kritik från någon tillsynsmyndighet. Det är även en logisk konsekvens av att lagstiftaren sedan 1997 gjort det möjligt för icke medicinskt utbildad personal att inneha verksamhetschefspositionen, samtidigt som det därtill knutna medicinska ledningsansvaret kräver medicinsk kompetens.

¹³ A.a. s. 26

¹⁴ Se t.ex. prop. 1981/82:97 s. 82

¹⁵ A.a.



Verksamhetschefens kvarstående ansvar efter överlåtelse

Det ligger i sakens natur att ansvaret för att fullgöra den överlåtna ledningsuppgiften övergår till mottagaren i och med beslutet. Det är däremot en mer osäker fråga om någon del av ansvaret kvarstår för verksamhetschef. SOSFS 1997:14 anger gällande medicinska ledningsuppgifter att den delegerande parten ansvarar för sitt delegeringsbeslut. Något motsvarande stadgande finns inte gällande överlåtelse av ledningsuppgifter. Av 6 kap. 2 § PSL följer dock att var och en som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen är personligen ansvarig för hur man fullgör sina arbetsuppgifter. Eftersom verksamhetschefen fattar överlåtelsebeslutet som ett led i sitt arbete följer därför att hen är ansvarig för beslutet, och kan tilldelas kritik av tillsynsmyndigheterna om uppgiften lämnas över till en person som saknar förutsättningar att fullgöra den på ett patientsäkert sätt.

Viss osäkerhet råder dock i frågan hurvida en icke legitimerad verksamhetschef ska anses tillhöra personkretsen hälso- och sjukvårdspersonal. HSAN har vid åtminstone två tillfällen hanterat anmälningar mot sådana personer. Vid det första av dem prövade nämnden anmälan i sak,¹⁶ medan den andra anmälan avvisades då verksamhetschefen enbart ansågs ha en administrativ roll.¹⁷ Av detta följer att en verksamhetschef utan medicinsk kompetens inte kan drabbas av regulatorisk kritik för brister i överlåtelseförfarandet, t.ex. bristande kontroll av mottagarens kompetens. Andra juridiska konsekvenser, såsom arbetsrättsliga sanktioner, är dock såklart tänkbara.

Hur överlåtelsebeslut bör utformas

Begreppet "delegering" används i medicinska sammanhang främst i samband med delegering av medicinska arbetsuppgifter. Om detta finns ett allmänt råd från Socialstyrelsen, SOSFS 1997:14, som innehåller vissa formkrav, bl.a. gällande skriftlighet, giltighetstid m.m. I dagligt tal blandas denna typ av delegering ofta ihop med överlåtelse av medicinska ledningsuppgifter. Det rör sig dock om två olika typer av beslut. För överlåtelse av ledningsuppgifter har inga formkrav fastslagits. Det bör dock vara en självklarhet, exempelvis mot bakgrund av de dokumentationskrav angående patientsäkerheten som beskrivits ovan, att överlåtelsen görs skriftligt. Det är därför lämpligt att utforma besluten enligt samma modell som gäller för delegering av medicinska arbetsuppgifter. Kriterierna bör därför vara som följer:

- Skriftlighet
- Tydlig definition av den arbetsuppgift som överlåts
- Båda parter underskrift

¹⁶ HSAN 2542/02. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) var fram till 1 januari 2011 den myndighet som prövade ärenden om disciplinpåföljd på anmälan av patienter och närstående. Ett formellt krav för att HSAN skulle vara behörig att avgöra ärendet var att den anmälde tillhörde personkretsen hälso- och sjukvårdspersonal enligt den då gällande lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531), numera 1 kap. 4 § PSL. Om så inte var fallet skulle nämnden avvisa ärendet. En sakprövning av ett ärende får därför anses innebära ett ställningstagande från HSAN:s sida att den anmälde tillhörde personkretsen.

¹⁷ HSAN 2005/1670.



- Giltighetstid

Kommentar: SOSFS 1997:14 anger att en delegering maximalt får gälla under ett års tid, efter vilken tid ett nytt beslut får fattas om avsikten är att delegeringen ska fortgå. Undertecknad kan dock inte se någon anledning till att just detta villkor ska gälla även vid överlåtelse av ledningsuppgifter, eftersom denna form av beslut alltså är mycket lösare reglerad i lagstiftningen. Däremot bör det framgå om beslutet är avsett att gälla tills vidare eller, om så inte är fallet, när det ska upphöra att gälla. Av tydlighetsskäl är det också önskvärt att beslutet uttryckligen anger om de överlåtna uppgifterna avser hela det medicinska ledningsansvaret, eller om någon eller några del/ar kvarstår på verksamhetschefen.

Särskilt om "medicinska rådgivare"

Det förekommer beslut, som i vissa fall också benämns "delegering" eller "överlåtelse", där en person utnämns till "medicinsk rådgivare" åt en verksamhetschef. Som framgått ovan finns det inga restriktioner för vilken benämning som ska användas för en person som fått medicinskt ledningsansvar överlåtet till sig. Personens ansvar och arbetsuppgifter beror ytterst på vad som faktiskt beskrivs i beslutet, inte på vilken benämning som valts. Denna person kan alltså mycket väl benämnas som "rådgivare", även om den benämningen måste anses illa vald med tanke på situationen. I termen "rådgivare" ligger, åtminstone rent språkligt, att personen lämnar råd till någon annan, och att denna senare individ ytterst beslutar. Eftersom det medicinska ledningsansvaret innebär ett yttersta ansvar för vården bör ett utnämmande av en "rådgivare" inte kunna ses som en överlåtelse enligt 30 § HSL. I de fall som verksamhetschefen måste överlåta hela eller delar av det medicinska ledningsansvaret p.g.a. egen avsaknad av kompetens kan därför inte ett sådant beslut anses tillräckligt.

Det bör påpekas att det ovan sagda givetvis inte innebär något hinder mot att vårdgivaren använder sig av medicinska rådgivare, eller mot att dessa ställs till verksamhetschefens förfogande. Resonemanget utgår från det reglerade ledningsansvaret och överlåtelse av arbetsuppgifter kopplade till detta. Men det står vårdgivaren fritt att besluta om vilka stöd- och ledningsfunktioner, vid sidan av den lagstadgade ledningsfunktionen, som ska finnas representerade i verksamheten. För sådana lokalt tillskapade funktioner råder stor frihet för vårdgivaren, förutsatt att de inte utformas på ett sätt som leder till att det författningsreglerade ledningsansvaret urholkas.