

Handläggare
Bo Engström

Datum
2015-10-07

Diarienummer
ALN 2015-0251.37

Omorganisation av kontrollansvar kring den kommunala hälso- och sjukvården

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

- att* tydliggöra entreprenörernas vårdgivaransvar och revidera de egna övergripande riktlinjerna kring utförandet av hälso- och sjukvård då det överlåtits genom avtal till annan
- att* anpassa organisationen kring huvudmannaansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården till kommande författningsändringar fr.o.m. 2016-01-01 samt en förväntad förstärkt statlig tillsyn
- att* i övrigt utveckla och förändra kvalitetssäkringsarbetet kring den kommunala hälso- och sjukvården enligt äldreförvaltningens förslag

Sammanfattning

Då nämnden (huvudmannen) genom avtal överlåtits ansvar för utförandet av hälso- och sjukvård på en annan organisation (kommunens egenregi eller entreprenör) övergår också vårdgivaransvaret till den organisationen. Samtidigt kvarstår ett kontrollansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna hos huvudmannen. I nuvarande riktlinjer kring vårdgivaransvaret finns en tolkning som står i strid med detta, även med Socialstyrelsens och SKL:s bedömning.

Under 2016 väntar författningsändringar beträffande kontrollansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården, vilka samtidigt innebär ett förstärkt decentraliserat ansvar och ett centraliserat ansvar. Fr.o.m. 2016-01-01 inträder en ny föreskrift kring utredning av vårdskador, tidigare Lex Maria, där vårdgivarens ansvar tydliggörs. Samtidigt väntas en förstärkt statlig tillsyn och tillståndsplikt från IVO bli följden av den s.k. ägarprövningsutredningens förslag.

Mot bakgrund av de författningsändringar som inträder och de erfarenheter som varit av nuvarande organisation av MAS/MAR, finns ett behov av nyorientering och omorganisation av funktionen. Förslag föreligger också om en ny tjänstebestämmelse: sjuksköterska med särskilt ansvar (SSA). Det framtida kvalitetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården bör ha två huvudsakliga inriktningar: dels en starkt decentraliserad kvalitets-säkringsfunktion med en utvecklad egenkontroll hos utförarna (vårdgivarna), dels utveckling av stödjande och uppföljande funktioner på beställarsidan. Vidare är centralt att huvudmannens kontrollansvar för den kommunala hälso- och sjukvården integreras med avtals- och uppföljningsprocessen inom förvaltningen. I ett ingångsläge finns behov av en SSA inom äldreförvaltningen och en SSA inom omsorgsförvaltningen.

Behov av särskilda tjänster i form av MAR bedöms inte föreligga i de nya organiseringen då motsvarande kompetens redan finns bland personer verksamma inom det strategiska arbetet i äldreförvaltningen. Vidare önskas en inriktning som är tydligare integrerad med avtals- och uppföljningsprocessen för att bättre säkerställa och stödja utveckling av arbetet med rehabilitering och habilitering i utförarledet. Dessutom görs särskilda satsningar i syfte att utveckla potentialen vad det gäller rehabiliterande, habiliterande och förebyggande insatser, t.ex. genom rehab-/hemtagningsteam, fallpreventivt arbete m.m.

Bilagor

1. **Förändringsförslag:** Huvudmannens kontrollansvar för hälso- och sjukvården – framtida inriktning och organisering.
2. Förslag till befattningsbeskrivning: Sjuksköterska med särskilt ansvar (SSA).
3. Ska-krav MAS inom ÄLN:s ansvarsområde särskilt boende.
4. **Probleminventering:** Samverkan kring nämndens/förvaltningens ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor – ett preliminärt underlag.
5. **Sakkunnigutlåtande** från Erland Bridell kring vårdgivarbegreppet och MAS-funktion i kommunal hälso- och sjukvård och i upphandlande eller godkända verksamheter enligt LOU och LOV.

Förändringsförslag

Huvudmannens kontrollansvar för hälso- och sjukvården – framtida inriktning och organisering

Bakgrund

Inom äldreförvaltningen har det gjorts en utredning (probleminventering) kring organisation och ansvar för kommunala hälso- och sjukvårdsvårdsfrågor, bilaga 4. Utredningen visade att förvaltningens kvalitetsäkringsarbete kring hälso- och sjukvård bedrivs i två parallella organisationer utan samverkan, att Uppsala kommun behöver förändra sin tolkning av vårdgivarbegreppet, att författningsändringar väntar under 2016 och att organisationen kring ansvaret för kommunala hälso- och sjukvårdsvårdsfrågor måste ses över liksom det övergripande styrdokumentet för hälso- och sjukvården i Uppsala kommun. Följande skrivelse är en fortsättning på det arbetet och presenterar *ett övergripande förslag till framtida inriktning* (förändringsförslag). Nuvarande organisation kring MAS/MAR i Uppsala kommun föreslås förändras utifrån förslag nedan fr.o.m. årsskiftet 2015/2016.

Framtida inriktning

Det framtida kvalitetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården i Uppsala bör ha två huvudsakliga inriktningar:

- en starkt decentraliserad kvalitetssäkringsfunktion med en utvecklad egenkontroll hos utförarna (vårdgivarna) samt
- utveckling av stödande och uppföljande funktioner på beställarsidan.

Vidare är centralt att huvudmannens kontrollansvar för den kommunala hälso- och sjukvården integreras med avtals- och uppföljningsprocessen inom förvaltningen. Med avseende på inriktningen att primärt stödja utvecklingen av vårdgivarnas eget ansvar och kvalitetsarbete, har den nya inriktningen beröringspunkter med en tidigare organisering av ansvarsförhållanden inom den kommunala hälso- och sjukvården i Uppsala kommun.

Under 2016 inträder författningsändringar vilka dels förtydligar vårdgivarnas (utförarnas) ansvar för egenkontroll och kvalitetsarbete, dels förväntas den statliga tillsynen och kontrollen över kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet att öka. Den framtida inriktningen är därför också en anpassning till kommande omvärldsförändringar. Den nya inriktningen innebär samtidigt att vårdgivarna återfår ansvar för att organisera olika rutiner, bl.a. kring avvikelserapportering. Något som samtidigt kan generera kostnadsfördelar för Uppsala kommun.

En översyn bör genomföras av det övergripande styrdokumentet i Uppsala kommun. I styrdokumentet bör tydliggöras att nämnden är huvudman och inte vårdgivare. Med det följer också konsekvensändringar i övriga skrivningar. De skyldigheter som tidigare aviserats för huvudmannen kommer därmed istället att gälla och tydliggöras för vårdgivaren, också i kommunens egna riktlinjer.

Möjligt är även att dokument och riktlinjer inom ramen för Vård i samverkan (VIS) behöver ses över i samband med organisationsförändringen. I sammanhanget bör samtidigt observeras att vårdgivaransvar kvarstår för de särskilda verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård inom äldreförvaltningen, främst det s.k. rehabteamet.

Här ska slutligen tilläggas att den inriktning som ovan föreslagits redan förekommer på andra håll, t.ex. i Solna och Västerås.

Tjänster och placering

I den nya inriktningen ska det finnas en centralt placerad tjänsteman med särskilt ansvar för utveckling och bevakning av egenkontroll och kvalitetsarbete inom den kommunala hälso- och sjukvården, enligt HSL 24 §. Som tjänstebenenämning föreslås *sjuksköterska med särskilt ansvar*, i förkortad form betecknad **SSA**¹. I tjänsten ingår att den aktivt ska verka för integrering av kontroll-, uppföljnings- och utvecklingsprocesser kring hälso- och sjukvården med motsvarande processer kopplade till avtals- och uppföljningsprocessen vid beställarförvaltningen. Tjänsten ska också samlokaliseras med tjänster för de sistnämnda processerna.

Särskild kompetens i frågor kring rehabilitering finns redan kopplade till avtals- och uppföljningsprocessen vid förvaltningen. Det görs också särskilda och riktade satsningar för att förstärka re-/habiliterande insatser inom äldreförvaltningen i form av rehab-/hemtagningsteam m.m. Engagemang och ansvar kring re-/habilitering och re-/habiliterande arbetsätt bör också finnas långt ut och decentraliserat i organisationen. I den nya inriktningen bedöms därför inte föreligga behov av någon särskild och centralt placerad tjänst med ansvar för rehabilitering (nuvarande MAR).

Initialt görs bedömningen att det behövs en tjänst/utsedd person som SSA vid äldreförvaltningen. Inom omsorgsförvaltningen görs motsvarande bedömning. Totalt bedöms finnas behov av två tjänster som SSA, en inom äldreförvaltningen och en inom omsorgsförvaltningen. Befattningsbeskrivning av tjänst som SSA bifogas som bilaga 2 till denna skrivelse.

Kostnadsväxling och återföring av ersättning till utförare

I samband med centraliseringen av MAS-funktionen, från utförarsidan till beställarsidan, skedde enligt förvaltningens tjänsteskrivelse en kostnadsväxling och sänkning av ersättningen till utförare fr.o.m. verksamhetsåret 2014. Sänkning berörde utförare med verksamhet avseende vård- och omsorgsboenden, hemvård, korttidsvård, bostad med särskild service och psykiatriboenden. Den totala sänkningen beräknades till 3 300 000 kr. Kostnadsväxlingen skulle ge kostnadstäckning för fem centralt placerade tjänster som MAS/MAR. Uppräknat till dagens kostnadsläge (2015) utifrån utvecklingen av omsorgsprisindex (OPI) skulle den kostnadsväxlade ersättningen motsvara 3 443 425 kr.

När det gäller verksamheter som avser boenden förefaller det dock som denna kostnadsväxling aldrig ägde rum och medförde någon sänkning av ersättningen per dygn

¹ Ett skäl till den nya benämningen kan vara att redan i tjänstebenenämningen avisera en förskjutning av uppdragsfokus, från "medicinskt ansvar" vilket vårdgivaren har, till det *särskilda ansvar som kvarstår hos huvudmannen* att följa upp och stödja utvecklingen av kvalitetssäkringen hos vårdgivaren.

eller plats² för utförarna. Vidare så har upphandlingar av boenden efter det att MAS-/MAR-funktionen centraliserades, fr.o.m. 2014, aldrig innefattat något krav på MAS-funktion. Likafullt har samtliga utförare hela tiden haft ett vårdgivaransvar utifrån det ansvar som följer av lagstiftning. Det förefaller alltså tveksamt att argumentera för ett behov av återbetalning utifrån en kostnadsväxling som i delar inte ägde rum.

Utifrån ovanstående förutsättningar är det i dagsläget bara möjligt att specificera en återbetalning till utförarna inom hemvården, uppräknat i årets prisnivå, med belopp som redovisas nedan i tabell X. För hemvården skulle återbetalningen totalt omfatta 781 657 kr. Omräknat till timersättning ger det en höjning av denna med 66 öre³.

Tabell X: Kostnader för MAS vid återföring av kostnadsväxling kring MAS till vårdgivare inom hemvården..

Verksamhet	Budget 2015 Äldreförvaltningen + Omsorgsförvaltningen	Andel av finansiering %	Omräknad andel av återbetalning *) (Kronor)
• Hemvård	512 267 166	22,7	781 657

*) 22,7 % av 3 443 425 kr.

Andra omställningsaspekter

Inom äldreförvaltningen har det gjorts en genomgång av samtliga nu gällande avtal kring med utförare inom särskilt boende, [bilaga 3](#). På grund av de långa avtalstiderna har huvuddelen av utförarna fortfarande ska-krav på MAS-funktion i avtal. Undantag är LOV-upphandlade platser, hos företag som är vårdgivare med egna lokaler och verksamhet, samt de verksamheter som nu eventuellt övertas av Uppsalas egenregi på grund av avslutad entreprenad. Sammantaget tycks alltså varken kostnadsväxling eller ändringar i avtal skett inom det särskilda boendet med anledning av centraliseringen av MAS-funktionen. Detta underlättar naturligtvis formalia kring en återgång med ett tydligare decentraliserat ansvar.

Samtidigt har utförarsidan anpassat sina rutiner och organisation efter den centraliserade MAS-funktionen och behöver ställa om efter de krav som nu kommer av författningsförändringar och föreslagen omorganisation. Det kan därför vara viktigt att avisera den stundande förändringen i god tid före årsskiftet. Särskilt gäller detta mindre företag då de större har egna kvalitetsansvariga sjuksköterskor och även tillgång till egna system för t.ex. avvikelserapportering.

När det gäller omställningskostnader i övrigt är viktigt att påpeka att det tydliggjorda vårdgivaransvaret, genom den nya föreskriften fr.o.m. 1 januari 2016, samt den förväntade tillkommande regleringen/tillståndsprovningen via IVO under 2016, båda är nationella initiativ kring vilka Uppsala kommun saknar inflytande.

² Där avtal om MAS-funktion fanns i avtal.

³ Totalkostnaden dividerad med en prognosticerad budgeterad totalvolym för hemvård under 2015 om 1 184 934 timmar.

Bilaga 2

Befattningsbeskrivning

Sjuksköterska med särskilt ansvar (SSA)

Placering

Tjänsten som sjuksköterska med särskilt ansvar (tidigare MAS) är placerad i äldreförvaltningens stab tillsammans med tjänstemän med ansvar i den centrala styrprocessen inom beställarförvaltningen; avtals- och uppföljningsprocessen.

Uppdrag

Förvaltningen vill utveckla en delvis ny roll för kommunens sjuksköterska med särskilt ansvar enligt HSL, med huvudinriktning mot ett *verkssamhetsstödjande arbetssätt*, snarare än en kontrollerande funktion. I den nya inriktningen ingår också att utveckla samarbetet kring avtals- och uppföljnings-processen.

I tjänsten ingår att bevaka det *särskilda ansvar* som följer av HSL (24 §):

- att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,
- att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,
- att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Vidare att bevaka ansvaret utifrån patientsäkerhetsförordningen (7 kap, 3 §).

- patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om, samt
- rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande.

Kvalifikationer

- Leg. sjuksköterska
- Specialisering till distriktssköterska eller inom geriatrisk vård
- Flerårig erfarenhet från arbete som sjuksköterska inom hälso- och sjukvård, i huvudsak hemsjukvård och/eller primärvård.
- Flerårig erfarenhet från arbete som sjuksköterska i ledande ställning
- Omfattande kunskap och erfarenhet från kvalitetsarbete.

Personliga egenskaper av vikt för tjänsten är;

- förmåga att vara lyhörd, kommunikativ och samarbetsinriktad.
- god pedagogisk och social förmåga
- god analytisk förmåga,
- förmåga att formulera sig väl i tal och skrift
- förmåga till engagemang och initiativ
- förmåga att arbeta självständigt.

Ska-krav MAS inom ÄLN:s ansvarsområde särskilt boende

Bilaga 3

Vård- och omsorgsboenden LOU

VoO-boende	Nuvarande utförare	Kontraktstid	Förlängning/ Kontrakt upphör	Ska-krav MAS
Vigmund	Förenade Care AB	2009-11-02--2012-11-01	1x3 år 2015-11-01	Ja
Ferlin	Kosmo AB	2010-01-07--2013-01-07	1x3 år 2016-01-07	Ja
Eriksdalsgården	V&B	2010-10-13--2013-10-14	1x3 år 2016-10-14	Ja
Myrbergsgården	V&B	2010-10-13--2013-10-14	1x3 år 2016-10-14	Ja
Björkgården	V&B	2011-05-02--2015-12-31	2015-12-31	Ja
Sävjahus	Victum AB	2011-04-01--2014-03-31	1x3 år 2017-03-31	Ja
Hasselparken	Aleris ÄO	2011-04-01--2014-03-31	1x3 år 2017-03-31	Ja
Årstagården	Aleris ÄO	2011-04-01--2014-03-31	1x3 år 2017-03-31	Ja
Dalbyhemmet	V&O	2012-04-01--2015-03-31	1x2 år 2017-03-31	Ja
Hagundagården	V&O	2012-04-01--2015-03-31	1x2 år 2017-03-31	Ja
Von Bahr	Attendo Individ o Familj	2011-05-01--2014-04-30	1x3 år 2017-04-30	Ja
Granbommen	Vardaga ÄO	2011-05-02--2014-05-01	1x3 år 2017-05-01	Ja
Lillsjögården	Vardaga Care	2011-05-02--2014-05-01	1x3 år 2017-05-01	Ja
Skogsgården	Vardaga ÄO	2011-05-02--2014-05-01	1x3 år 2017-05-01	Ja
Björklingegården	V&O	2012-04-01--2015-03-31	1x3 år 2018-03-31	Ja
Lundgården	Förenade Care AB	2012-04-01--2015-03-31	1x3 år 2018-03-31	Ja
Balder	Förenade Care AB	2012-10-06--2015-10-05	1x3 år 2018-10-05	Ja
Höganäs	A&O, Ansvar & Omsorg AB	2012-10-06--2015-10-05	1x3 år 2018-10-05	Ja
Glimmervägen	A&O, Ansvar & Omsorg AB	2013-10-18--2016-10-17	1X3 år 2019-10-17	Ja *)
Tavastehus	A&O, Ansvar & Omsorg AB	2013-10-18--2016-10-17	1X3 år 2019-10-17	Ja *)
Stenhagens vårdboende	V&O	2014-02-18--2017-02-17	1x3 år 2020-02-17	Ja *)
Tunåsen	Förenade Care	2015-04-01--2018-03-31	1X3 år 2021-03-31	Nej

*) "medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ska tillhandahållas av utföraren. Under avtalstiden kan ovanstående ska-krav komma att upphöra att gälla"

Vårdboendeplatser ramavtal

	Kontraktstid	Förlängning/kontrakt upphör	Ska-krav MAS
Attendo/Sandelska Huset	2011-07-01--2014-06-30	1x3 år 2017-06-30	Ja
Attendo/Fortuna-Onnela (Ram) Omvårdnads- och demensplatser Finsktalande	2012-03-01--2015-02-28	2x3 år 2018-02-28 2021-02-28	Ja
Attendo/Fortuna Korttidsplatser (Ram)	2013-03-01--2015-02-28	1X3 år 2018-02-28	Ja
Frösunda/Sköldmövägen 19, (Ram) Bostad med särskild service enl SoL (OSN)	2012-05-01--2015-04-30	1x2 år 2017-04-30	?

Vårdboendeplatser LOV (*Hösten 2013 FFU LOV SÄBO, ersätter ny ramavtalsupphandling enligt beslut av äldreutskottet 2 oktober 2013)

	Kontraktstid	Ska-krav MAS
Attendo/Topelius (LOV)	2015-03-01--2018-02-28	Nej
Diakonistiftelsen Ebbagården (LOV)	2015-04-01--2018-03-31	Nej
Stiftelsen Andreas And (LOV)	2015-04-01--2018-03-31	Nej
Förenade Care/Liljeforsborg (LOV)	2015-06-01--2018-05-31	Nej
Frösunda Omsorg/Gutasund (LOV)	2015-07-01--2018-06-31	Nej

Uppdrag till VÅRD och OMSORG (f.d. Kosmo)

Vård- och omsorgsboenden	Kontraktstid	Ska-krav MAS
V&O/Bernadotte	2015-12-03--2018-12-02	Nej
V&O/Karl-Johansgården	2015-11-01--2018-10-31	Nej
V&O/Västergården	2015-11-02--2018-11-01	Nej
V&O/Linné	2015-11-02--2018-11-01	Nej

Samverkan kring nämndens/förvaltningens ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor – ett preliminärt underlag

Sammanfattning

Förvaltningschefen för Äldreförvaltningen har önskat ett preliminärt underlag kring ansvaret för kommunala hälso- och sjukvårdsfrågor, inför eventuella justeringar av nuvarande organisation.

Av underlaget framgår:

- Att författningsändringar väntar under 2016 med ett förtydligat ansvar för vårdgivarna kring utredning av vårdskador (Lex Maria) och kvalitetssäkring, från 1 januari 2016. Parallellt förväntas statens tillsynsansvar förstärkas genom verksamhet som överläts genom avtal blir tillståndspliktig från IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Förenklat uttryckt förstärks tillsynsansvaret för vårdgivare respektive staten (IVO).
 - Att Uppsala för närvarande har en avvikande tolkning kring vårdgivarbegreppet, där ansvaret för huvudmannen (kommunen) sammanblandas med ansvaret för utföraren.
 - Att förvaltningens kvalitetssäkringsarbete kring den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs i två parallella organisationer med bristande samverkan och kommunikation sinsemellan. Att tjänstemän på båda sidor upplever brister i samverkan.
 - Att huvudmannens uppdrag och dimensionering av kontrollansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatserna och styrdokumentet för den kommunala hälso- och sjukvården i Uppsala bör ses över.
 - Att en förändring i huvudmannens uppdrag och dimensionering av kontrollansvaret måste följas av en översyn av regleringen med utförarna.
-

Uppdraget

Förvaltningschefen för den nya Äldreförvaltningen har önskat underlag för att beskriva vilka hänsyn som bör tas gällande MAS-funktionen inför en förestående justering av nuvarande organisation. Beredningstiden har varit kort och skett under semesterperioden varför materialet får betraktas som *ett diskussionsunderlag*, bland andra, för överväganden kring justeringar av nuvarande organisation. Underlaget baserar sig på intern (och dokumenterad) information, samtal med tjänstemän med ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor, kompletterad med vissa extern kunskapsinhämtning och externa kunskapsunderlag.

Den nya äldreförvaltningens nuvarande organisation

I den nya Äldreförvaltningen (beställarförvaltning), sedan 1 januari 2015, finns fem avdelningar: (1) en strategisk avdelning, med övergripande samordningsansvar, (2) en avdelning för förebyggande insatser, (3) en avdelning för hemvård, (4) en avdelning för boenden respektive (5) en avdelning för medicinskt vårdansvar. Den sistnämnda har en särställning genom att den inte renodlat arbetar för äldreförvaltningen och äldrenämnden utan ytterligare två nämnder och förvaltningar; omsorgsnämnden och socialnämnden med sina förvaltningar. I den nuvarande organisationen är också det strategiska tjänstemannaansvaret kring den kommunala hälso- och sjukvården, delat mellan två organisatoriska enheter (strategiska avdelningen och avdelningen för medicinskt vårdansvar), där en enhet (den sistnämnda) bara delvis är en integrerad del av äldreförvaltningen.

Tidigare organisation av HSL-ansvar i Uppsala kommun

I en tidigare organisation (HVK) före 2014, var kvalitetssäkringsfunktionen kring den kommunala hälso- och sjukvården i stora delar decentraliserad och upphandlad av lokala utförare. Samtidigt fanns centrala och strategiska tjänstemannafunktioner kring administrationen av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. I en utredning som tillsattes kring ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården föreslogs att kvalitetssäkringsfunktionen istället tydligare skulle förläggas till beställarförvaltningen och centraliseras. I utredningen framfördes som motiv att den tidigare organiseringen inte riktigt harmonierade med intentioner i dåvarande lagstiftning. Vidare att det fanns brister i den upphandlade kvalitetssäkringen, främst vad det gällde små utförare och kvaliteten i avvikelserapporter och utredningar enligt Lex Maria. Med centralisering av kvalitetssäkringen hoppades man också på samordningsvinster. Tidigare tjänstemän på central nivå som arbetat med avtal, uppföljning och samordning kring den kommunala hälso- och sjukvården, kom att övergå till anställningar som MAS parallellt med att nyrekrytering gjordes. Till det tillkom att en funktion som MAR inrättades, med förhoppning om högre kvalitet och effekt i rehabiliterande och förebyggande verksamhet. Den nyinrättade och centraliserade funktionen, då benämnd för Sektionen för medicinskt vård- och rehabiliteringsansvar (SMA), finansierades i huvudsak (5/6) via en justering, minskning, av ersättningen till utförarna. Den centrala kvalitetssäkringsfunktionen (SMA) kom ju att överta uppgifter som tidigare åvilat och upphandlats av olika utförare.

En betydande förhoppning med en centraliserad funktion förmodades bli att politiker och central förvaltning skulle få bättre insyn i hur den kommunala hälso- och sjukvården fungerade. Bland annat skrevs följande:

”MAS kompetens och erfarenheter skulle komma kommunen till del, både i utvecklingsarbetet och vid tillsyn och uppföljningar, och det skulle höja kvaliteten i verksamheten,

Närmare samverkan mellan MAS, strategier och controllers skulle förbättra uppföljningar och utvecklingsarbete.”

Synpunkter kring samverkan och organisation från MAS/MAR

De tjänstemän som samlokaliseras till en central kvalitetssäkringsfunktion i tjänster som MAS/MAR har ända sedan start varit mycket aktiva med synpunkter kring sitt uppdrag och även sin placering i organisationen. I samband med detta uppdrag har undertecknad tagit del av ett flertal skrivelser. I den senaste kollektiva skrivelsen till nämndordföranden och ledningsgrupper (2014-06-17), från den tidigare sektionen för medicinsk vård och rehabiliteringsansvar (SMA), motsvarande nuvarande avdelningen för medicinskt vårdansvar, menar företrädare för MAS/MAR att det brister i det strategiska ledningsansvaret för hälso- och sjukvårdsfrågorna inom förvaltningen. Man upplevde sig ha bristande möjligheterna till insyn och påverkansmöjlighet i ledningssammanhang. Andra synpunkter handlade om brister i samverkan inom förvaltningen mellan olika tjänstemän som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor (chefer, strateger, närvårdskoordinatorer, MAS/MAR). Bland annat efterlystes en närmare samverkan i avtals- och uppföljningsprocesserna. Det uttrycktes också en oro för att landstinget kan uppfatta kommunen som en fragmenterad och splittrad organisation utan gemensamt synsätt. Skrivelsen avslutades med önskemål om en dialog med nämnd och ledning. Här föreslogs också att samtliga tjänstemän med ansvar för hälso- och sjukvårdsområdet skulle bjudas in till en gemensam planeringsdag med en extern processledare. Initiativet med skrivelsen togs inför stundande omorganisation och enligt uppgift återkallades den av dåvarande ledningsgrupp, det vill säga föranledde inte några omedelbara åtgärder.

I samtal med undertecknad har företrädare för nuvarande MAS/MAR tillfrågats om vad de uppfattar vara en optimal placering för deras funktion. De framför då att de skulle vilja vara placerade i kommunledningskontorets stab. Med det menar de att de skulle få ett tydligare mandat och ställning för att utöva sitt uppdrag. En sådan förändring skulle bland annat aktualisera förändringar i fullmäktiges beslut kring delegation av ledningsuppgifter i kommunens hälso- och sjukvård samt förändringar i äldrenämndens och omsorgsnämndens reglementen. Enligt nuvarande hälso- och sjukvårdslag (1982:763, 22 §) utövas ledningen av kommunens hälso- och sjukvård av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453). I Uppsala utövas ledningen av äldrenämnden och omsorgsnämnden.

Nuvarande MAS/MAR betonar också att de, inför en förstående översyn, ser det som särskilt värdefullt att de kan kvarstå som en samlad enhet med ett förvaltningsövergripande ansvar. Förutom möjligheten till inomprofessionellt utbyte nämns främst två motiv till detta. Det ena motivet gäller att en samlokalisering bedöms förbättra möjligheterna att verka för en god vård på lika villkor inom samtliga förvaltningar. Det andra motivet handlar om möjligheterna till flexibilitet och samordningsvinster i funktionen, att kunna täcka upp för varandra och att temporärt flytta resurser dit de bäst behövs (om att kunna hjälpas åt).

I en särskild skrivelse till förvaltningsledningen, med anledning av förestående organisationsöversyn, har en av gruppens MAR givit sin bild av rehabiliteringens tidigare organisering inom hemvården i Uppsala och nu pågående planer. Här argumenteras också för en fortsatt samlad och förvaltningsövergripande MAS/MAR-enhet. Personen menar att "alla rehabiliteringsfrågor borde vara knutna på ett eller annat sätt till MAR-funktionen så att det medicinska ledningsansvaret blir möjligt att ta och för helhetssyn".

Synpunkter från uppdragsstrateger i nuvarande äldreförvaltning

Uppdragsstrategerna vid strategiska avdelningen har i samtal med undertecknad framfört att de upplever att det helt saknas rutiner och regelbundna mötesformer för samarbete och samverkan med avdelningen för medicinskt vårdansvar. Detta har bland annat genererat svårigheter att få fram underlag kring hälso- och sjukvårdsdelen i den systematiska avtalsuppföljning som görs. Samtidigt har avdelningen för medicinskt vårdansvar unika kunskaper, både på enhetsnivå och individnivå, kring hur hälso- och sjukvården bedrivs i olika verksamheter. Brister i samverkan medför därför en risk att värdefull kunskap inte finns med som underlag i uppföljnings- och avtalsprocesserna. Exempel ges också där avtalsuppföljning från strategiska avdelningen och tillsyn från avdelningen för medicinskt vårdansvar skett parallellt och dessutom medfört helt olika resultat, vilket senare även gett upphov till onödig kritik av tillsynsmyndigheter.

Från uppdragsstrategernas sida framförs också brister som handlar om svårigheter att få gehör för utvecklingsinitiativ, prioriteringar och uppdatering av riktlinjer inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det har även förekommit svårigheter i samarbetet kring underlag för upphandlingar i vissa förfrågningsunderlag, t ex för LOV i särskilt boende. Samtidigt nämner uppdragsstrategerna att det bereds ärenden vid strategiska avdelningen, t.ex. kring styrning av hälso- och sjukvården, där samarbete med avdelningen för medicinskt vårdansvar aktualiserats i lägre grad än motiverat. Förhållandet att avdelningen för medicinskt vårdansvar respektive uppdragstrategerna finns i (geografiskt) skilda lokaler nämns som en faktor som försvårat, om än inte förhindrat, olika samarbeten. Mer avgörande har dock varit frånvaron av regelbundna, återkommande möten mellan MAS/MAR och uppdragsstrategerna samt strategiska avdelningen.

Den bild som ges i samtal med de hälso- och sjukvårdskunniga uppdragstrategerna stannar inte bara vid rapporter om samarbetssvårigheter, utan gäller också synen på MAS/MAR-funktionen. Medan uppdragsstrategerna uppger att de gärna vill se MAS/MAR som kollegor och jämställda tjänstemän under äldrenämnden, ges bilden att MAS/MAR i högre grad vill markera en mer självständig och fristående roll.

Samtidigt upplever även uppdragsstrategerna att det finns brister i det strategiska ledningsansvaret från förvaltningsledningens sida när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågorna. En tydligare styrning efterlyses kring ansvars- och uppgiftsfördelning. De menar också att det finns behov av att se över och förnya nuvarande styrdokument och riktlinjer.

Motsättningar men också det som förenar

Det är uppenbart att det från såväl MAS/MAR-gruppen som från andra tjänstemän med centralt ansvar kring hälso- och sjukvård, finns ett missnöje med hur internt samarbete och samverkan fungerar. Det förefaller också som flera tidigare och underliggande konflikter mellan vissa tjänstemän genererat en påtaglig affektladdning i relationerna mellan vissa uppdragsstrateger och MAS/MAR.

Att finna en väg framåt är därför ingen enkel utmaning och tveklöst något som också kräver ledningens engagemang och medverkan. Samtidigt framstår ändå som ett bra utgångsläge att det, såväl från strategiska avdelningen som från MAS/MAR-gruppen, efterlyses ett tydligare strategiskt ledningsansvar för HSL-frågorna och en förbättrad samverkansstruktur med rutiner för dialog och påverkan. Flera tjänstemän identifierar alltså att det finns problem med nuvarande organisation.

Omvärldsförändringar och nationella initiativ

Under år 2014 publicerade Socialstyrelsen en egeninitierad kartläggning kring de medicinskt ansvariga sjuksköterskornas (MAS) funktion⁴. Kartläggningen visade att MAS i kommunerna uppfattas ha ett brett och övergripande uppdrag, något som samtidigt gav stort utrymme för att forma rollen. Vissa uppgavs arbeta mer proaktivt (konsultativt och pedagogiskt), medan andra arbetade mer reaktivt med uppföljning och tillsyn (kontroll). När det gällde själva tillsynsarbetet framkom att det i hög grad var fokuserat på det särskilda boendet. Flera MAS uppgav också att de drog sig för inspektioner i ordinärt boende av hänsyn till brukarnas privatliv ("hemmets helgd").

Som en nackdel med det breda uppdraget konstaterades att det inte alltid finns tydliga förväntningar på rollen. Ett annorlunda sätt att formulera detta är att det finns ett relativt stort tolkningsutrymme kring hur MAS-funktionen ska utformas. När det gäller placering i organisationen uppgav flertalet MAS att de hade en central och ledningsnära placering i kommunerna. Närmare tre fjärdedelar var direkt underställda den högsta chefsnivån, förvaltningschef eller socialchef. Flertalet rapporterade om en respekterad funktion och gott samarbete med ledningen. Drygt var tionde rapporterade dock om svagt intresse för hälso-, sjukvårds- och patientsäkerhetsfrågor från ledningens sida. En något större andel, drygt var femte, rapporterade om brister i förutsättningarna för samarbete med andra kvalitetsfunktioner i kommunen. Ytterligare ett område som framkom som ibland problematiskt var ansvarsfördelningen mellan MAS och verksamhetschef, särskilt i de fall då funktionen samordnades (främst i mindre kommuner). Många MAS uppgav också att de upplevde att verksamhetschefens ansvar var tydligare formulerat i än det för MAS i nuvarande lagstiftning. Det framfördes även önskemål om tydligare direktiv från nationell nivå kring delegering och vård i hemmet.

Kartläggningen påvisade också att det uppstått betydande tolkningsdiskrepanser som en följd av att allt fler enskilda utförare etablerat sig runt om i landet. Detta har skett samtidigt som lagstiftningen i vissa fall uppges vara dåligt anpassad till att det finns flera vårdgivare i den kommunala hälso- och sjukvården. I rapporten skrivs följande:

"Inte minst gäller detta tolkningen av möjligheten att lägga ut mas ansvar på privata utförare, att ansvara för lex Maria hos en annan vårdgivare, eller att bedriva journalgranskning hos en annan utförare. Exempelvis är det ofta en kommunal mas som ansvarar för lex Maria-anmälningar även hos privata utförare. Detta är dock en uppgift som enligt lag ligger på vårdgivaren – i detta fall den privata vårdorganisationen." (s 40, egen kursivering)

I kartläggningen gavs också exempel på märkliga situationer vid boenden som hade patienter hemmahörande i flera olika kommuner. Vid dessa förekom att medicinskt ansvariga sjuksköterskor från flera olika kommuner kom att genomföra tillsyn på ett och samma boende.

När det gäller det ansvar för vårdgivaren som Socialstyrelsen uttolkar i citat ovan, finns för närvarande en annan tolkning i Uppsala i det s.k. övergripande styrdokument för hälso- och sjukvård som antagits av Äldrenämnden (m.fl.) i november 2013. Någon revidering har inte gjorts sedan dess. I

⁴ I kartläggning ingick även funktionen med MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) i vissa kommuner samt s.k. SAS (socialt ansvarig samordnare).

detta dokument betraktas inte utförarna av den kommunala hälso- och sjukvården som vårdgivare, utan detta ansvar anges istället vila på nämnden⁵.

I den s.k. patientmaktsutredningen (SOU 2013:44) gjordes ett försök till klarläggande av vem som är vårdgivare. Här står bl.a. följande att läsa:

”Vårdgivare har i denna bemärkelse ansvar för *den vård som denne bedriver*. Landsting och kommun har som huvudman också visst ansvar, naturligtvis för de egna vårdgivarnas verksamhet, men även för sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som huvudmännen överlåtit på annan. Huvudmannen ansvarar alltid primärt för att vårdbehoven tillgodoses inom dennes ansvarsområde. Ett visst kontrollansvar kvarstår av denna anledning hos huvudmannen.

Huvudmannen har således också visst ansvar för vård som vårdgivaren bedriver. För att kunna skilja på det ansvar som de offentliga aktörerna har i sin egenskap av huvudmän och i sin egenskap av vårdgivare har utredningen därför i definitionen tydliggjort att vårdgivare *är den som bedriver viss hälso- och sjukvårdsverksamhet* ... En näringsidkare som inom ramen för en verksamhet som i sig inte utgör hälso- och sjukvård med viss regelbundenhet *utför hälso- och sjukvårdande åtgärder* kan anses vara vårdgivare beträffande dessa åtgärder. En vårdgivare är emellertid alltid en organisation och ska inte förväxlas med den person som kanske rent faktiskt utför åtgärderna. Lagens bestämmelser är tillämpliga på samtliga vårdgivare, både vårdgivare underställda en offentlig huvudman, och vårdgivare med en privat huvudman (med eller utan offentlig finansiering).” (s 99-100)

I en författningskommentar i samma utredning formuleras det helt enkelt som att vårdgivaren är den (organisation) som utför ”den direkta hälso- och sjukvården”. Om avtal görs om att överlåta utförandet till annan organisation är det den som blir vårdgivare. Tolkningen av begreppet vårdgivare är central för det författningsenliga ansvar som följer.

Under våren-försommaren 2015 har det skett två, på varandra i närtid följande, förändringar i det författningsstöd som förekommer och är av betydelse för MAS. Dels har Socialstyrelsens allmänna råd kring den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (SOSFS 1997:10) upphävts. Dels presenterade Socialstyrelsen en ny och reviderad föreskrift kring utredning om vårdskador (SOSFS 2015:12), vilken ersätter de tidigare föreskrifterna om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. Den nya föreskriften träder i kraft den 1 januari 2016 och heter utredning om vårdskador eftersom den huvudsakligen handlar om hur vårdgivare ska utreda händelse som riskerat medföra eller medfört vårdskada.

När det gäller upphävandet av det allmänna rådet har Socialstyrelsens generaldirektör kommenterat detta i ett svar till MAS-föreningens ordförande på följande sätt:

”De allmänna råden i SOSFS 1997:10 innehöll ett flertal hänvisningar till, och redogjorde för, innehållet i författningar och allmänna råd som var upphävda och därmed obsoleta. Informationen bestod också huvudsakligen av annat än just allmänna råd. Många av skrivningarna var citat från förarbeten till olika lagar. De allmänna råden i SOSFS 1997:10 hade inte varit föremål för översyn sedan de utfärdades och

⁵ I riktlinjerna återfinns rubriken ”Vårdgivaren (nämndernas ansvar)” och efterföljande avsnitt avslutas med att ”Vårdgivaren (*läs nämnden*) ska genom avtal med utförare ...” (s 8, egen parentes med kursiv text, ÄLN 2013-11-27), det vill säga att utförare inte är liktydigt med vårdgivare.

delar av dem var inte längre aktuella. De bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) som reglerar vad en medicinskt ansvarig sjuksköterska har för ansvar och arbetsuppgifter har dock inte ändrats. Jag inser behovet av vägledning om MAS. För tillfället förekommer det inte något annat arbete på myndigheten om MAS, men vi tar med oss detta till nästkommande verksamhetsplanering.”

Generaldirektörens svar får tolkas som att det tidigare allmänna rådet hade allvarliga brister både vad gäller rådgivande innehåll och aktualitet. Den aviserade insikten om behovet av vägledning svarar samtidigt väl mot de brister, bl.a. tolkningsdiskrepanser, kring MAS funktion som myndigheten själv uppdragat genom den ovan refererade kartläggningen (2014). Tidshorisonten får dock bedömas vara betydande innan eventuellt nya allmänna råd är på plats.

När det gäller den reviderade förskriften kring anmälan (nu utredning om) vårdskador, f.d. lex Maria-anmälningar, framstår ett motiv framförallt som pedagogiskt; att tydliggöra hur en utredning kring vårdskador ska genomföras. På myndighetens hemsida gör en av verkets jurister följande kommentar:

”För att underlätta för vårdgivarna har Socialstyrelsen nu tagit fram föreskrifter som kan omvandlas till en sorts checklista för vad en utredning ska innehålla.” (Socialstyrelsens hemsida)

Föreskrifterna innehåller även bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att informera hälso- och sjukvårdspersonalen om deras skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Om det skett en allvarlig vårdskada ska den också anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och patienten som drabbats informeras att det gjorts en anmälan till IVO.

En mycket påtaglig förändring är att det införts ett förtydligande kring att det är vårdgivaren som ansvarar för att det finns rutiner kring utredning och anmälan av vårdskador, enligt följande:

”Vårdgivaren ska fastställa rutiner som säkerställer att

1. hälso- och sjukvårdspersonalen fullgör skyldigheten att rapportera såväl risker för vårdskador som händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada,
2. vårdgivaren fullgör skyldigheten att utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, och
3. vårdgivaren fullgör skyldigheten att till Inspektionen för vård och omsorg anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Rutinerna ska dokumenteras.” (16 §, SOSFS 2015:12).

Vårdgivarens ansvar för att säkerställa att dessa rutiner finns sammankopplas också tydligt med att vårdgivaren har ett helhetsansvar kring att det finns ledningssystem och ett systematiskt kvalitetsarbete. I föreskriftens inledning sägs följande:

”Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att varje vårdgivare ska ansvara för att det ledningssystem som ska finnas innehåller de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i det följande.” (5 §, a.a.)

Sammantaget kan den reviderade föreskriften uppfattas som ett initiativ från Socialstyrelsen för att tydliggöra och uppdatera regelverket i en situation med en mångfald utförare. Det bör också tolkas som ett förtydligande av vårdgivarens eget kontrollansvar kring hälso- och sjukvårdens kvalitet. Initiativet ligger i linje med myndighetens tidigare redovisade tolkning kring MAS ansvar för utredningar enligt (tidigare) Lex Maria.

En annan större förändring som är på gång gäller den ägar- och tillståndsprövning som föreslagits av en statlig utredning (Ägarprövningsutredningen, SOU 2015:7), för aktörer verksamma inom välfärdsområdet. Utredningen föreslår ett mer enhetligt regelverk vilket bland annat innebär att det ska krävas tillstånd från IVO för aktörer verksamma med vård och omsorg inom bl.a. äldreområdet. Med tillståndsprövningen följer även ett tydligare ansvar för uppföljning och tillsyn för den statliga och tillståndsgivande myndigheten.

Parallellt med den ovan beskrivna utvecklingen mot ett förtydligande av egenkontrollansvaret för vårdgivaren, finns alltså förslag i riktning mot att förstärka den statliga kontrollen. Detta genom tillståndsprövning och utvecklad uppföljning och tillsyn från IVO. Ägarprövningsutredningen föreslår författningsändringar som ska träda i kraft efter första halvåret 2016.

Organisatorisk placering av MAS-funktionen och det strategiska ledningsansvaret

Som framgått av det tidigare citatet från patientmaktsutredningen kvarstår ett visst kontrollansvar hos huvudmannen, även om vårdgivaren har det direkta ansvaret för den hälso- och sjukvård som utförs. Kvar i nuvarande HSL finns följande lydelse:

”Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en sjuksköterska som svarar för

1. att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,
2. att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,
3. att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra uppgifter som sägs i första stycket.”

(24 §, Hälso- och sjukvårdslag 1982:763)

Trots ändringen av föreskriften kring Lex Maria med ett tydligt decentraliserat utredningsansvar, kvarstår alltså att anmälan ändå ska göras till den nämnd som har ledningsansvar. Sett utifrån ett Uppsalaperspektiv kan det möjligen uppfattas som en delvis återgång till en tidigare ordning. Här ska också tilläggas att som komplettering till 24 § i hälso- och sjukvårdslagen, finns (fortfarande) även en reglering av den ansvariga sjuksköterskans uppdrag i patientsäkerhetsförordningen. Där preciseras ansvaret enligt följande:

”En sjuksköterska som avses i 24 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska, utöver de skyldigheter som anges där, ansvara för att

1. patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
 2. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
 3. patienter får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om, samt
 4. rutinerna för läkemedelshandlingen är ändamålsenliga och välfungerande.”
- (3 §, Patientsäkerhetsförordningen 2010:1369, 7 kap.)

I en renodlad beställarförvaltning sker ledning och styrning av verksamheten via upphandling, avtal och uppföljning. Styrning och kontroll sker genom att förvaltningen ställer upp vissa villkor för verksamheten och därefter följer upp och kontrollerar hur den upphandlade verksamheten förhåller sig till dessa villkor. Det operativa ansvaret åvilar däremot helt och hållet den upphandlade verksamheten. I det operativa ansvaret ingår även egenkontroll och eget systematiskt kvalitetsarbete. Beställarförvaltningens ansvar ligger istället på strukturnivå, kring ramverket och kring uppföljningen och kontrollen av att ramverket följs.

I en beställarförvaltning måste MAS-funktionen rimligtvis vara en integrerad del av det strategiska arbetet med beställning, uppföljning och kontroll. Det är ju via de arbetsmomenten som förvaltningen huvudsakligen utövar inflytande över den verksamhet som bedrivs. De bör alltså innebära att upphandlande, uppföljande och kontrollerande funktioner arbetar sida vid sida med MAS-funktionen. Ställt mot själva grundvalen för en beställarförvaltning förefaller det både omotiverat och ineffektivt att hantera det kontrollansvar som kvarstår hos huvudmannen i någon form av parallellprocess eller parallellorganisation. Med omvärldsförändringar i form av ett

tydliggjort ansvar för vårdgivaren (kring kvalitetsarbete och utredningar kring vårdskador) samt ett sannolikt förstärkt statligt tillsynsansvar (tillstånd och uppföljning från IVO), förefaller en sådan process eller organisation än mindre motiverad.

Ansvarsförhållanden mellan kommuncentralt placerade MAS och deras motsvarigheter hos privata vårdgivare, har tidigare berörts bl.a. i en utvärdering av MAS i Stockholms stad utförd av Äldrecentrum 2010. Den beskrivning och bedömning som då gjordes förefaller ha relevans även för detta sammanhang. Rapportförfattaren skriver:

”Det är rimligt att verksamheterna får utforma sina egna rutiner ifråga om vårdkvalitet, säkerhet, delegering, kost m.m. Entreprenörernas och de privata utförarnas MAS måste ha ansvaret fullt ut att dessa rutiner är säkra. Stadsdelsnämndens MAS bör inte i sin roll som MAS ha en kontrollerande och övervakande roll. Däremot måste nämnden ha tydliga former för sin avtalsuppföljning, där nämndens MAS genom sin kompetens kan ha en viktig roll att fylla, då dock inte i sin egenskap av MAS.”

Dimensionering av MAS-funktionen

Nuvarande MAS-funktion, inklusive MAR, dimensionerades utifrån förutsättningen att centralisera tillsynsansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården till beställarförvaltningen i Uppsala. I den nya organisationen skulle nämnden betraktas som vårdgivare. Med det följer också ett omfattande ansvar för hur den operativa hälso- och sjukvården faktiskt utförs och följs upp. Ansvar som tidigare åvilade utförarna, exempelvis utredningar utifrån Lex Maria, skulle istället skötas av centralt placerade tjänstemän. Dessa organiserades, som tidigare redovisats, i en egen och särskild avdelning, sektionen för medicinskt vård- och rehabiliteringsansvar (SMA) och därefter avdelningen för medicinskt vårdansvar. I detta sammanhang är viktigt att notera att de nya tjänsterna till sin huvuddel finansierades genom en omförhandling och sänkning av ersättning till utförarna.

I samtal med företrädare för nuvarande MAS/MAR-grupp uppskattas arbetet sin huvuddel (60-65 %) vara inriktat mot äldreomsorgen och till mindre del (35-40 %) mot omsorgerna om personer med funktionsnedsättningar. Vad det gäller individ – och familjeomsorgen är omfattningen mycket begränsad. Inom äldreomsorgen uppges arbetet också i hög grad vara fokuserat mot det särskilda boendet. Om vi lånar in begreppen från Socialstyrelsens kartläggning för att övergripande karakterisera arbetet, uppges vad det gäller äldreomsorgen att arbetet i hög grad präglas av reaktiv kvalitetsuppföljning. Det innebär således att genomföra utredningar och följa upp rutiner kring utförarnas hälso- och sjukvård, på förekommen anledning. När det gäller omsorgerna ges istället bilden att proaktivt och förebyggande arbete dominerar. Det handlar i mycket om stöd i egenkontroll och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvårdsinsatserna, när sådana rutiner uppfattas som mindre väl utvecklade jämfört med äldreomsorgen.

Hur MAS-funktionen, inklusive MAR, ska dimensioneras beror naturligtvis på vilket uppdrag som ska åvila dessa funktioner. När det gäller MAS-funktionen finns ju också det lagstadgade kravet kring en sjuksköterska med vissa övergripande kvalitetssäkrande uppgifter (24 § HSL). På samma sätt finns inte något lagstadgat krav kring en MAR-funktion, om än möjlighet att inrätta en sådan funktion. Av Socialstyrelsens kartläggning framgår att MAR-funktionen oftast uppfattas som en värdefull tillgång i kvalitetsarbetet, så även inom MAS/MAR-gruppen i Uppsala, där MAS får sin kompetens kompletterad inom ett område som kan vara svårt att axla helt själv. När det gäller MAR uppger den egna intresseorganisationen MAR-nätverket att det finns ca 70 tjänster i landet. I Socialstyrelsens kartläggning (2014) uppskattas ca en sjättedel av landets kommuner infört funktionen och att den är vanligare i lite större kommuner. Antagandet görs att det delvis beror på bättre ekonomiska förutsättningar i dessa, men kartläggningen presenterar inte någon entydig bild av orsakerna till att MAR införts i vissa kommuner. Som en bidragande orsak uppges att övertagande av hemsjukvården medfört ett mer omfattande ansvar för rehabiliteringsinsatser. Om den orsaken varit avgörande borde dock antalet MAR ha ökat med att allt fler kommuner övertagit hemsjukvårdsansvaret, så har inte skett.

Om MAS/MAR-funktionen ska dimensioneras utifrån ett nytt scenario med ett förstärkt tillsynsansvar från staten (tillståndsprovning) och eget ansvar för vårdgivaren (Lex Maria m.m.), talar det för en återgång till en tidigare dimensionering, det vill säga förhållanden före den s.k. centraliseringen av MAS-funktionen. Det kan möjligen också finnas anledning till att ha viss beredskap för att även andra lagförändringar kan tillkomma som specifikt berör nuvarande MAS-funktion⁶. Samtidigt behöver

⁶ Detta vore logiskt med tanke på författningsändringarna kring vårdgivarens ansvar för egenkontroll och den förväntade förstärkta statliga tillsynen.

möjligen avtals- och uppföljningskompetensen förstärkas vad det gäller hälso- och sjukvårdsdelen i nuvarande beställarfunktion⁷.

Viktigt att beakta är emellertid att en förändring i uppdrag och ansvar för MAS/MAR-funktionen, samtidigt behöver följas av översyn kring uppdrag, avtal och ersättning till utförarna. Annorlunda uttryckt; med ändrat ansvar följer också ändrade ekonomiska förutsättningar för huvudmannens dimensionering av kontrollansvaret kring hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Med kommande författningsändringar och aktuella tolkningar bör dock inte översynen av nuvarande ersättning gälla ersättning för MAS-funktioner. Istället bör det gälla återföring av omkostnader för det vårdgivaransvar som tidigare växlades in av beställarförvaltningen. Själva MAS-funktionen, i reviderad version, bör ju kvarstå inom beställarförvaltningen. Möjligen nu istället benämnd för ansvarig sjuksköterska utsedd av huvudmannen.

⁷ Kompetens i form av sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuteter finns också inom nuvarande beställarfunktion.

Vårdgivarbegreppet och MAS-funktion i kommunal hälso- och sjukvård och i upphandlande eller godkända verksamheter enligt LOU och LOV.

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård

I 10 § HSL⁸ finns bestämmelser om att ledningen av hälso- och sjukvården ska utövas av en eller flera nämnder och att kommunallagens regelverk gäller för en sådan nämnd. Det hänvisas även till möjligheten för landsting och kommun att ha en gemensam nämnd enligt särskild lag-stiftning.

Kommunens ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård inom äldreomsorg och omsorger om personer med funktionsnedsättning i kommunens särskilda boendeformer och bistånds-bedömda dagverksamheter regleras i 18 § ff, HSL. Man brukar tala om att ansvaret sträcker sig till sjuksköterske-, (sjukgymnast- och arbetsterapeut-) nivå, vilket egentligen är mer begränsande än lagen föreskriver. Det som står i 18 § fjärde stycket HSL är att kommunen med ett undantag⁹ inte ansvarar för läkarinsatser.¹⁰ Det kan således finnas fler befattningshavare t.ex. dietister som kommunens hälso- och sjukvårdsansvar inkluderar.

I 20 § HSL regleras att kommunen skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare. I 22 § HSL regleras att ledningen av kommunens hälso- och sjukvård utövas av den nämnd eller de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap 4§ SoL bestämmer.

Kommunen har alltid ett ansvar för att följa upp att den hälso- och sjukvård, man överlåter till någon annan att utföra, är säker och av god kvalitet och har god hygienisk standard.

Vårdgivare

I patientsäkerhetslagen¹¹ slås fast att det är *vårdgivaren* som har ansvaret för de krav som ställs i hälso- och sjukvårdslagen om att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård¹². (3 kap 1§ Patientsäkerhetslagen)

Vårdgivare är ett begrepp som endast gäller inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen rekommenderar att begreppet ”vårdgivare” ska användas endast gällande den *organisation* som bedriver vård och inte om den person som genomför vårdåtgärder.

⁸ Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

⁹ Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget. (26d § tredje stycket)

¹⁰ Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena och kommunens befogenhet enligt andra stycket omfattar, med undantag för vad som anges i 26 d § tredje stycket, inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare (18 § fjärde stycket)

¹¹ Patientsäkerhetslag (2010:659)

¹² Särskilda krav på god vård framgår av 2 a§ HSL

Definition av vårdgivarbegreppet

I Patientsäkerhetslagen och Patientdatalagen¹³ och i Socialstyrelsens termbank definieras vård-givare på samma sätt:

”Med vårdgivare avses i denna lag statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. (privat vårdgivare)” (1 Kap 3 § Patientdatalagen, 1 Kap 3§ Patientsäkerhetslagen)

Vårdgivare i kommunal hälso- och sjukvård

I lagar, förordningar från riksdag och regering och i föreskrifter från myndigheter (t.ex. Social-styrelsen) hänvisas till och ges ansvar till ”vårdgivaren” i olika sammanhang. Det är viktigt att klara ut vem -vilken nämnd- som ska ha vårdgivaransvaret för egenregiverksamheten i en kommun. Det är kommunfullmäktige som har att besluta om vilken nämnd som är vårdgivare för egenregiverksamheten. Detta regleras i 22§ HSL och i 2 kap. 4§ SoL.¹⁴

Vårdgivare i privat, upphandlad eller godkänd hälso- och sjukvårds-verksamhet

En helt privat hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av en juridisk person eller enskild näringsidkare och som säljer enstaka platser till kommuner är ”sin egen” vårdgivare. Kommunen har dock ett uppföljningsansvar att verksamheten har god kvalitet och är säker för de kommun-medborgare som vistas eller bor inom verksamheten, där kommunen köpt plats.

Vid upphandling av hälso- och sjukvård blir den upphandlade entreprenören själv vårdgivare, men bedriver verksamhet åt kommunen och den beställande nämnden har det yttersta ansvaret för att verksamheten har god kvalitet och är säker för dem som verksamheten är till för. Kommunen har alltid det yttersta ansvaret för att kvaliteten i de godkända eller upphandlade verksamheterna fyller krav som ställs lagar och andra författningar samt följer ingångna avtal.

Vid kontakt med Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting bekräftar båda att en entreprenör som upphandlats för att bedriva hälso- och sjukvård åt kommunen är vårdgivare för sin verksamhet. Märk väl att det är entreprenören och inte kommunen som är vårdgivare i ett sådant fall.

Olikheter i kommunernas organisation

I en kommun som inte har beställar-utförarmodell är det vanligen den nämnd som ansvarar för hälso- och sjukvårdsverksamheten som är vårdgivare. Med en beställar-utförarmodell är det lite mer komplicerat att reda ut vem som är vårdgivare.

Om man vill ha en likabehandlingsprincip gällande egenregi-verksamhet och entreprenörer eller godkända utförare kan det vara fördelaktigt att den nämnd/de nämnder som har ansvar för utförandet av kommunens hälso- och sjukvård inom särskilda boendeformer för äldre och

¹³ Patientdatalag (2008:355)

¹⁴ Socialtjänstlag (2001:453).

personer med funktionsnedsättning och biståndsbedömda dagverksamheter för dessa grupper är vårdgivare för den egenregiverksamhet man ansvarar för.

Då kan beställarnämnd/er för äldreomsorg respektive omsorg om personer med funktionsnedsättning köpa tjänster såväl av den/de nämnd/er som ansvarar för drift av kommunens egenregi-verksamheter som av godkända och/eller upphandlade entreprenörer.

Ett sådant synsätt ställer krav på stor hälso- och sjukvårdskompetens hos den nämnd som utses till vårdgivare liksom hos den förvaltningsledning som har att ansvara för utförande av beställningarna.

Beställande nämnds roll blir då att sätta mål, finansiera och följa upp. Detta görs genom att sätta effektmål utifrån KF:s inriktningsmål, godkänna, upphandla och med olika utförare sluta avtal som reglerar krav på kvaliteten i utförarnas verksamheter och hur finansieringen av tjänsterna ska vara samt följa upp hur avtal följs och mål uppnås.

Vårdgivarens ansvar regleras på många olika ställen. Patientsäkerhetslagen reglerar vårdgivarens ansvar för patientsäkerhet. Snart sagt varje ny föreskrift eller allmänt råd från Socialstyrelsen innehåller krav på vårdgivaren inom det område författningen reglerar.

MAS/MAR-ansvar

Det är endast en kommun som har skyldighet att ha en sjuksköterska med ansvar för tre lagreglerade uppgifter i HSL och ytterligare fyra uppgifter som regleras i Patientsäkerhetsförordningen (PSF)¹⁵. Titeln medicinskt ansvarig sjuksköterska "MAS" är inte författningsreglerad. Titeln är dock allmänt spridd i landet liksom titeln för den arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast som enligt 24 § HSL i verksamhet som huvudsakligen omfattar rehabilitering kan ha motsvarande uppgifter: Medicinskt ansvarig för rehabilitering "MAR". Tidigare fanns ett allmänt råd från Socialstyrelsen om MAS¹⁶ där titeln angavs. Detta allmänna råd har under 2015 dock upphört att gälla.

De uppgifter MAS/MAR ansvarar för är enkelt uttryckt ansvar för kvalitet och säkerhet i den kommunala hälso- och sjukvården. Det är sammanlagt sju uppgifter ansvaret omfattar.

1. att det finns rutiner för kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd kräver det, (HSL)
2. att beslut om att delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna (HSL)
3. att göra anmälan till ansvarig nämnd om en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av, vårdskada (HSL)
4. att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet (PSF)
5. att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (PSF)
6. att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om (PSF)
7. att rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande (PSF)

¹⁵ Patientsäkerhetsförordning (2010:1369) MAS uppgifter regleras i 7 Kap. 3§ 1-4.

¹⁶ Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:10) om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård

Avtal mellan beställare och utförare om "MAS/MAR-ansvar"

I de nu ej längre gällande allmänna råden om MAS/MAR stod att beställande nämnd och upphandlade eller godkända aktörer bör reglera i avtal om den privata utföraren ska ha en MAS/MAR eller ej. Om utföraren inte har en MAS/MAR har den som är verksamhetschef för hälso- och sjukvården enligt 29 § HSL det ansvar som MAS/MAR har i den kommunala organisationen. I avtal ska vidare regleras att den beställande nämnden får insyn i verksamheten inklusive avvikelshantering.

Det går också att avtala att den upphandlade eller godkända vårdgivaren själv har en egen MAS/MAR eller att konstatera att verksamhetschefen har detta uppdrag.

Om det avtalats att den upphandlade eller godkända aktören själv antingen via en egen MAS/MAR eller genom verksamhetschefen har ansvar för "MAS/MAR-uppgifterna" är det viktigt att förstå att den kommunala MAS/MAR inte har ett övergripande "MAS/MAR-ansvar" för den upphandlade eller godkända utförarens verksamhet. Utföraren har själv det ansvaret och den enda situation där en kommunal MAS/MAR kan behöva träda in är om en lex Maria-anmälan ska dras i den kommunala nämnden. Där kan en upphandlad eller godkänd utförarens verksamhetschef eller MAS/MAR inte vara föredragande. Här kan då kommunens MAS/MAR vara föredragande och den upphandlade eller godkända verksamhetens verksamhetschef eller i förekommande fall MAS/MAR kan vara bisittare eftersom de har den konkreta sakliga informationen.

En kommunal MAS/MAR kan biträda vårdgivaren i uppföljning

Som ovan nämnts har vårdgivaren (den kommunala nämnden) alltid ansvar för att följa upp att den upphandlade eller godkända aktören följer lagar och andra författningar samt det som överenskommit i avtalet. Här kan kommunen naturligtvis använda den kompetens som den kommunala MAS/MAR besitter. Denne gör inte den del av uppföljningen som rör hälso- och sjukvården i egenskap av sitt MAS/MAR-uppdrag utan i egenskap av företrädare för vårdgivaren och med den kompetens inom hälso- och sjukvård som kommunen valt att använda i sitt uppföljningsarbete.

Erland Bridell är Vd och konsult i Bridell Kvalitet AB. Tidigare erfarenheter och utbildning: Leg sjuksköterska, avdelningsföreståndare på landstingsdriven vårdavdelning, chef inom personalavdelning inom Stockholms läns landsting, utvecklingsstrateg för personal- verksamhets- och kvalitetsutveckling inom landsting, och till största delen inom kommunal verksamhet och främst inom Stockholms stads äldreomsorg, avdelningsdirektör vid Socialstyrelsen, konsult och förvaltningsrevisor i Ernst & Young, revisionsföretag med bl.a. uppdrag i Uppsala kommun, Konsultverksamhet kring ledning och styrning, kvalitets- och verksamhetsutveckling, patientsäkerhet och hälso- och sjukvårdsjuridik m.m. Erland har även varit ordinarie styrelseledamot i riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Erland har mångårig erfarenhet av handledning för chefer och personalgrupper och har hållit många seminarier om etik i arbetet, juridiska seminarier med praktisk tillämpning kring bl.a. egenvård och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt dokumentation m.m.