

Handläggare
Svahn Britt-Marie

Datum
2013-01-31

Diarienummer
ALN-2012-0117.37

Äldrenämnden

MAS-organisationen i Uppsala kommun, översyn och ekonomisk analys

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ska tillhöra uppdragsnämnden och

att inrätta sex heltidstjänster, fyra MAS och två MAR, finansiering sker genom förändringar av avtal och omställning i den egna organisationen, och

att till övriga uppdragsnämnder med hälso- och sjukvårdsansvar redovisa äldrenämndens ställningstagande och

att uppdra till kontoret att till nämnden senast halvårsskiftet 2013 ta fram och redovisa en handlings- och tidplan, för att organisera funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska till uppdragssidan från och med 2014-01-01.

att uppdra till kontoret att i januari 2015 återkomma till äldrenämnden med redovisning av en uppföljning av den nya organisationen

Sammanfattning

Äldrenämnden beslutade i maj 2012 att uppdra åt kontoret att utreda MAS-organisationen i Uppsala kommun. Sedan organisationsförändringen 2003 har uppdragsnämnderna med hälso- och sjukvårdsansvar uppdragit åt egen regi eller entreprenör att utföra uppdraget. Mot bakgrund av författningsändringar har en översyn gjorts om nuvarande organisation är lämplig. Kontoret har utrett MAS-funktionens organisering i Uppsala kommun och föreslår att MAS-funktionen ska tillhöra uppdragsnämnderna.

Ärendet

Uppsalas organisation, med MAS anställd av utförarna, är mycket ovanlig. Enligt socialstyrelsen är den inte lagstridig men ligger inte i linje med intentionerna i gällande författningar. Kommunen förutsätts kunna använda MAS för sin tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården. Det bedöms tveksamt om kommunen annars på ett tillfredsställande sätt kan fullgöra sina skyldigheter enligt gällande författningar och ta sitt vårdgivaransvar.

Vid en genomgång av organisationen är det tydligt att kommunen både skulle öka kvaliteten på uppföljning och tillsyn samt kunna effektivisera verksamheten genom att anställa MAS i uppdragsnämnderna. Ett inrättande av funktion som medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, skulle förebygga och/eller förkorta vård- och rehabiliteringsinsatser och ytterligare bidra till effektiviseringar. På uppdrag av nämnden har kontoret genomfört en översyn av MAS-organisationen. Översynen redovisas i bifogad rapport.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
Direktör

Bilaga 1 MAS-organisationen i Uppsala kommun, översyn och ekonomisk analys -
Rapport

MAS-organisation i Uppsala kommun, översyn och ekonomisk analys - Rapport

Översyn MAS-organisation i Uppsala kommun - Rapport

Innehåll

1.	Sammanfattning och slutsatser	sid 3
2.	Uppdrag	sid 6
3.	Bakgrund	sid 6
4.	Metod	sid 6
5.	Omvärldsbevakning	sid 7
5.1	Socialstyrelsen	sid 7
5.2	Sveriges kommuner och landsting	sid 8
5.3	Andra kommuner	sid 8
5.3.1	Exempel på organisation	sid 10
5.4	Landstinget Uppsala län	sid 11
5.5	Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor	sid 11
6.	Uppsala kommun	sid 11
6.1	Kommunens medarbetare	sid 11
6.2	Privata utförare	sid 12
7.	Direktivens frågeställningar	sid 14
8.	Ekonomisk analys	sid 15
8.1	MAS ansvar och uppgifter	sid 15
8.2	Uppskattade behov	sid 16
8.3	Finansiering	sid 16
8.4	Förändrade ersättningsnivåer	sid 17
8.5	Omställningskostnader	sid 18
9.	Bilagor	sid 19
	- MAS-underlag Dokument	sid 19
	- Översyn MAS-organisation-intervjuer/telefonkontakter	sid 20

1. Sammanfattning och slutsatser

Översynen ska visa hur Uppsala kommuns organisation av medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, svarar upp mot gällande författningar. Övervägande ska göras om en funktion medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, bör inrättas. 2012-12-11 beslutade äldrenämndens arbetsutskott att återremittera ärendet till kontoret för att utveckla tankar kring MAR, utifrån inkommen skrivelse från Miljöpartiet och med en tillhörande ekonomisk analys.

Kommunens organisation av MAS, med funktionen i utförarorganisationen, är unik. I ett par andra kommuner med liknande organisation är skillnaden att MAS som är anställd i kommunen där har särskilda uppdrag, vilket de inte har i Uppsala.

Socialstyrelsen anser att organisationen inte är olaglig, men att den inte utgår från lagens intentioner. Man hänvisar främst till Kommunallagen och Hälso- och sjukvårdslagen, enligt vilka kommunen har ett ansvar för lika behandling och god och säker vård för alla kommuninvånare, samt författningen SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Författningen SOSFS 1997:10 om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård, är till stora delar föråldrad på grund av förändringar i annan lagstiftning och utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Kommunen har ett yttersta vårdgivaransvar och för att leva upp till detta och gällande författningar bör MAS tillhöra kommunen och funktionen ha en oberoende placering.

Socialstyrelsens tillsynsenhet region mitt har noterat att främst små utförare i Uppsala kommun med begränsade områden inte har acceptabel kvalitet på sina avvikelserapporter och utredningar enligt Lex Maria, vilket är ett MAS-ansvar.

De allra flesta kommuner har MAS centralt i sin organisation på beställarsidan eller i någon form av kvalitetsstab och anser att detta närmast motsvarar de krav kommunen ska uppfylla. De kommuner som har kontaktats under utredningstiden ser också stora fördelar med att kunna avsätta resurser för medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, vilket är möjligt enligt SOSFS 1997:10. Rehabilitering är ett specialistområde och ökade satsningar är till fördel för den enskilde men också en ekonomisk effektivisering för kommunen. Genom förebyggande arbete och att adekvata insatser vid rehabilitering kan rätt åtgärder sättas in tidigt och vård- och rehabiliteringstider kan förkortas.

Uppsala kommuns beställar-/utförarorganisation infördes 2003 och äldrenämnden uppdrog då till utförarna att anställa MAS. Organisationen har i många delar byggts på och förändrats i takt med förändringar i lagstiftning och verksamhet och det pågår ett ständigt förbättringsarbete. MAS är en central del av den kommunala hälso- och sjukvården och även om MAS placering i organisationen kommer att förändras är en fortsatt utveckling av exempelvis avtal, uppföljningar och ersättningsmodell också nödvändig.

Skulle Uppsala kommun flytta MAS-funktionen till uppdragsnämnderna kan följande förbättringar uppnås:

Intentionerna i gällande författningar skulle bättre kunna uppfyllas.

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

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

En del av de resurser som finns idag, till exempel hälso- och sjukvårdcontrollers och del av samordningssjuksköterskans uppdrag, skulle kunna samordnas med andra funktioner och verksamheten kunna göras effektivare.

Antalet MAS, hösten 2012 16 personer, skulle nedbringas och ge en ökad tydlighet i organisation, samt visst dubbelarbete skulle undvikas.

De personer som idag är MAS hos de privata utförarna skulle få ett tydligare kvalitetsuppdrag, i likhet med hur företagen arbetar mot andra kommuner.

Det kan underlätta för små företag, som till exempel har avtal enligt Lag om valfrihetssystem, LOV, att inte behöva finansiera MAS-resurser i företaget.

Samverkan med landstinget skulle förbättras genom en tydligare organisering och placering av MAS på uppdragssidan.

Inrättande av en MAR-funktion med specialistkompetens inom rehabilitering och med samma mandat som MAS, kan ge bättre kvalitet och effektivare verksamheter.

Med utgångspunkt från ett antal kommuners MAS/MAR resurser i förhållande till befolkning, skulle motsvarande bemanning i Uppsala ge 5 - 6 tjänster. En del kommuner lägger nästan enbart uppföljnings- och tillsynsuppgifter på MAS/MAR och har då en lägre bemanning, medan andra kommuner använder MAS/MAR även för kvalitetsutveckling och väljer då en högre bemanning. Resurserna får också ses i förhållande till vilka kringresurser/administrativt stöd man har i organisationen. Planerar Uppsala kommun att satsa på en utveckling av rehabiliteringsområdet och ta MAS/MAR i anspråk för kvalitetsarbete bör bemanningen vara sex tjänster, fyra MAS och två MAR. Detta utgör grund för kostnadsanalysen.

Möjligheter att finansiera dessa tjänster har diskuterats med avdelningscheferna på Kontoret för hälsa, vård och omsorg, HVK, och man räknar med att kunna ha hämtat in kostnaderna för omställningen senast 2014-12-31. Beräknade omställningskostnader är för 2013 650 000 kr främst för rekrytering och introduktion av MAS och för 2014 200 000 kr på grund av avtal som inte hinner omförhandlas, totalt 850 000 fördelat på två år. Samtidigt är ledningen för HVK övertygade om att från och med 2014, genom förändrad organisation, förbättrad

uppföljning och styrning samt rehabiliteringssatsningar, kunna uppnå effektiviseringar och kvalitetsförbättringar som motsvarar omställningskostnaderna. På längre sikt får kommunen en mer kostnadseffektiv verksamhet och med högre kvalitet.

Personer med kompetens för att arbeta som MAS/MAR finns i organisationen. Samtliga medarbetare inom kontoret kommer att kunna behålla arbetsuppgifter inom sitt kompetensområde.

Uppsala 2013-01-29

Britt-Marie Svahn

2. Uppdrag

I maj 2012 beslutade äldrenämnden och nämnden för hälsa och omsorg att uppdra till Kontoret för hälsa, vård och omsorg, HVK, att göra en översyn av kommunens organisation för medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Utredningen ska belysa hur MAS i nuvarande organisationsform kan fullgöra sina åligganden enligt gällande författningar. I direktiven finns 18 frågeställningar och ett antal delfrågor, främst med anknytning till SOSFS 1997:10 om medicinskt ansvarig sjuksköterska, som ska besvaras.

Vid översynen ska särskild belysning göras utifrån antagen styrmodell i Uppsala kommun och de senaste årens händelseutveckling vad gäller upphandlingar enligt Lag om offentlig upphandling, LOU, Lag om införande av valfrihetssystem, LOV, samt de kommungemensamma verksamheterna där hälso- och sjukvård bedrivs. Ett fokus vid besvarande av frågeställningarna ska också vara hur MAS-funktionen tillgodoser rehabiliteringsområdet när det gäller granskning och tillsyn av verksamhet och enskilda ärenden. Överväganden ska göras om behov finns av medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR.

3. Bakgrund

Ädelreformen 1992 innebar att kommunerna skulle ha ett ansvar för hälso- och sjukvård på "basnivå" för äldre och personer med funktionshinder i särskilda boenden. Det blev också möjligt för landsting och kommuner att överenskomma om att kommunen tog över hemsjukvården, med samma ansvar för personer i eget, ordinärt, boende. I Uppsala län gjordes en sådan överenskommelse samma år. Landstingen skulle dock behålla möjligheten att anställa läkare och således behövdes en funktion med ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården och det beslutades att varje kommun skulle ha en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Samtidigt beslutades att en arbetsterapeut eller sjukgymnast kan fullgöra uppgiften som medicinskt ansvarig, MAR, om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering.

Hösten 2012 fanns 16 MAS, både hel- och deltidstjänster, inom äldrenämnden och nämnden för hälsa och omsorg i Uppsala kommun. De flesta MAS är verksamma inom äldreområdet, ett mindre antal inom Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och några få inom socialpsykiatrin.

4. Metod

För att besvara direktivens frågeställningar har skrivet material, författningar och olika kommunala dokument, samlats in för genomgång, se bilaga. Kontakter har tagits med berörda funktioner i Uppsala kommun, andra kommuner med liknande organisation, landstinget Uppsala län, Sveriges kommuner och landsting, socialstyrelsen och Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Information har inhämtats genom enkäter, intervjuer/samtal och telefonkontakter, se bilaga.

En arbetsgrupp bestående av Karina Bodin och Carita Öhman, strateger, och Lena Sjöberg, samordningssjuksköterska, har bidragit med information och material om Uppsala kommun.

Styrgrupp har varit HVK:s ledningsgrupp, Inga-Lill Björklund, direktör, Magnus Johannesson, Tomas Odin och Carin Kumlin, avdelningschefer.

5. Omvärldsbevakning

5.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har tillfrågats om det finns planer på ändringar i SOSFS 1997:10 om MAS och MAS ansvarsområde. Från socialstyrelsen centralt är man tydlig med att författningen i stora delar är föråldrad. Socialstyrelsen har i sin verksamhetsplan aktualiserat att författningen bör revideras, men har ännu inte fått resurser för detta. Skulle man få resurser för 2013 kommer man att inleda med att göra en kartläggning hur kommunerna idag arbetar utifrån författningen. Därefter ska man utreda hur den kan anpassas efter aktuella förutsättningar. Således är inga förändringar att förvänta inom kort, utan det är upp till varje kommun att bedöma hur man ska förhålla sig till författningen så att kommunen ändå kan ta sitt ansvar.

När SOSFS 1997:10 skrevs utgick man från hur det då såg ut vad gäller privata utförare. Det fanns några få och förhållandevis stora företag. Idag finns, utöver Uppsala kommuns egen utförare Vård& Bildning, ett stort antal privata utförare inom vård- och omsorgsområdet. Lagen om valfrihetssystem, LOV, har ytterligare bidragit till att antalet privata utförare ökat och att det även finns fler mindre företag.

En annan stor förändring är att gränsen flyttats för vad som anses vara basal hemsjukvård. Idag vårdas personer med avsevärt större och mer komplicerade behov av sjukvård i hemmet.

Ett exempel på nya författningar som angränsar till den del i SOSFS 1997:10 som handlar om kvalitet, och som socialstyrelsen kommer att bygga sin tillsyn på, är SOSFS 2011:9 om kvalitetsledningssystem för kommunal socialtjänst och hälso- och sjukvård.

För att tydliggöra begreppet ”vårdgivaransvar” och vad det innebär för kommunen har detta tagits upp med en handläggare och en jurist på tillsynsenheten region mitt, respektive en handläggare och en jurist centralt på socialstyrelsen. Man framhåller att kommunen alltid har ett yttersta vårdgivaransvar, dels enligt kommunallagen, att kommunen har ett ansvar för sina invånare och att alla behandlas lika, dels enligt hälso- och sjukvårdslagen. Enligt HSL 18§ kan kommunen sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt HSL och ska därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Genom patientsäkerhetslagen (2010:659) läggs ett tydligt vårdgivaransvar på den som utför den faktiska vården, kommunen eller privat vårdgivare. Detta fråntar inte kommunen ansvaret att som vårdgivare följa upp om kommuninvånarna får en god och säker vård. Verktöget är den oberoende tillsyn som MAS har lagstadgat mandat att utöva. I Uppsala kommun är det istället beställarsidans avtalsuppföljning, hälso- och

sjukvårdscontrollers och rehabiliteringscontrollers, som gör uppföljningar men utan detta mandat.

Socialstyrelsen anser sig inte kunna säga vad som är tillåtet eller inte när det gäller organisation. Kommunerna bör beakta de ursprungliga intentionerna, till exempel att MAS arbetar på kommunens uppdrag. Namn på MAS respektive verksamhetschefer inom kommunal hälso- och sjukvård ska anmälas till och registreras hos socialstyrelsen. I de flesta kommuner finns MAS inom kommunens organisation och då är det kommunen som meddelar vilka som ska registreras. I Uppsala förväntas respektive utförare anmäla. En del privata utförare använder benämningen MAS även på vissa andra sjuksköterskor med särskilt ansvar i sina egna verksamheter, till exempel för ett boende. Socialstyrelsen anser dock att det är de MAS som kommunen rapporterar in som har mandat och ansvar enligt gällande författning. Detta kan för Uppsalas del bli oklart.

MAS ställning i en organisation ska vara oberoende så man kan vara objektiv vid tillsyn. När en privat utförare, som behöver generera vinst, anställer MAS för att utöva tillsyn över den verksamhet företaget bedriver är det tveksamt om det innebär att MAS kan ha en oberoende ställning. Kommunen ska ha en överblick så att alla får en likställd vård. Kan kommunen inte gå in i enskilda ärenden, vilket endast MAS har rätt att göra, blir det svårt både att få insyn och att bedöma om den vård som ges är likställd. Det blir särskilt otydligt om det finns många MAS för olika verksamheter.

Vid en tillsyn förväntas kommunen redovisa att man gjort riskbedömningar och hur man kommit fram till att kommunen har en organisation så att man kan ta sitt ansvar enligt kommunallagen, hälso- och sjukvårdslagen och SOSFS 2011:9.

Socialstyrelsens tillsynsenhet region mitt ser att från Uppsala kommun finns det kvalitetsbrister i avvikelserapportering och utredningar enligt Lex Maria. Författningen innebär att vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till socialstyrelsen. Man bedömer att problemet beror på att även utförare med få brukare måste ha egna MAS-resurser, och att särskilt de med små områden har så få ärenden att de inte får rutin och kompetens i utredningsarbetet. Bristerna kan utgöra ett hot mot patientsäkerheten.

5.2 Sveriges kommuner och landsting

Sveriges kommuner och landsting, SKL, har god överblick över hur MAS organiserats i olika kommuner i landet och har inte kännedom om någon kommun som har exakt samma modell som Uppsala. SKL har kunnat ge förslag på kommuner som i olika delar går att jämföra med Uppsala, till exempel kommuner med många privata utförare och kommuner som lagt ut hemsjukvården enligt LOV.

Hittills är det endast fem kommuner som lagt ut hela hemsjukvården enligt LOV. De flesta kommuner har enbart tagit med delegerade hemsjukvårdsuppgifter. SKL bedömer att orsaken är att det är svårt att få företag som har den fulla kompetensen, det vill säga legitimerad

personal. Företagen måste vara relativt stora och ha ett större antal kunder om det ska bära sig att ha den legitimerade personalen, jämfört med om man enbart har vårdpersonal. Sannolikt kommer dessa svårigheter att bestå i framtiden.

5.3 Andra kommuner

De kommuner som har kontaktats är de som har likheter med Uppsala i delar som kan påverkas av MAS-organisationen. Det kan vara kommunstorlek, att kommunen har beställarutförarmodell, flera privata utförare, utlagd hemsjukvård enligt LOV och rehabiliteringssatsningar. Ingen kommun är direkt jämförbar med Uppsala, utan man kan jämföra vissa områden och vara uppmärksam på att andra delar skiljer.

En del kommuner lägger nästan enbart uppföljnings- och tillsynsuppgifter på MAS/MAR och har då en lägre bemanning, medan andra kommuner använder MAS/MAR även för kvalitetsutveckling och väljer då en högre bemanning. Resurserna får också ses i förhållande till vilka kringresurser/administrativt stöd man har i organisationen. Många kommuner har få eller inga externa utförare och där finns MAS självklart inom kommunen. Där man har en beställar-utförarmodell finns MAS på beställarsidan, alternativt i en kvalitetsstab. Denna organisering medför att MAS kan medverka både vid uppföljning och tillsyn och i planering och utvecklingsarbete, vilket också är MAS-uppdrag utifrån gällande författning.

Enbart ett par kommuner, utöver Uppsala, har lagt ut MAS-ansvaret på utförarsidan och hos samtliga utförare. Skillnaden gentemot Uppsala är att dessa har gett de kommunala MAS särskilda uppdrag. I Stockholm har de kommunala MAS tillsyn och uppföljning över de externa och i Helsingborg har de kommunala MAS ett informationsansvar och fungerar som en sammanhållande kraft. Att en MAS ska ha en kontrollfunktion över andra MAS saknar stöd i författningen. Att kommunala MAS skulle ha andra uppdrag är de privata och därigenom kommer närmare en beställarorganisation, kan komma att uppfattas som att kommunen inte iakttar konkurrensneutralitet.

De kommuner som har MAS i utförarorganisation har samma problem att utföra tillsyn i inom hälso- och sjukvårdsområdet som Uppsala kommun, då det är ett specifikt mandat för MAS att kunna gå in och göra denna tillsyn i enskilda ärenden.

Av de fem kommuner i landet som lagt ut hemsjukvårdsansvar enligt LOV har de flesta enbart tecknat avtal med ett par större utförare. De som även har tecknat avtal med små utförare har, liksom Uppsala, sett att dessa ofta får ekonomiska problem och därmed svårighet att hålla legitimerad personal, vilket i sin tur försämrar kvaliteten.

Kommunerna anser att storleken på företagen, i antal kunder, är den avgörande faktorn för att företagen ska kunna hålla godtagbar kvalitet.

MAR

I dagsläget har drygt 50 kommuner inrättat MAR-tjänster, medicinskt ansvarig för rehabilitering, och enligt socialstyrelsen ökar det med flera tjänster varje år. Ansvarsområdet

för MAR är mindre än för MAS och antalet tjänster MAR i förhållande till MAS är c:a 1 på 4. De kommuner som har kontaktats och som har MAR ser att detta leder till positiv utveckling i verksamheten. MAR kan både arbeta förebyggande så att skador och sjukdomar kan undvikas, och så att sjukdomstillstånd och hjälpbehov kan förkortas. MAR bidrar till att kompetensen ökar på rehabiliterings- och hjälpmedelsområdet, där inte MAS har motsvarande kompetens, och det ger bättre livskvalitet för den enskilde och effektiviserar kommunens verksamhet. Med MAS och MAR i samma organisation får MAS mer utrymme för de medicinska frågorna och flera kommuner har kunnat visa att inrättande av MAR har medfört att man gjort ekonomiska effektiviseringar samtidigt som kvaliteten höjts.

5.3.1 Exempel på organisation

De allra flesta kommuner liknar varandra i placeringen av MAS i organisationen. MAS är placerad antingen på beställarsidan eller i en stab för kvalitet och uppföljning, för att tjänsten ska kunna vara oberoende. MAS ska inte ligga under en chef för den verksamhet man ska tillsyna, utan till exempel direkt under förvaltningschef eller kvalitetschef och därmed också nära berörd nämnd eller nämnder. På så sätt har MAS en strategisk roll i ett systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbete, och har både kontroll över avvikelser och avvikelserapportering samt kan bidra i utvecklingsarbete och planering.

Även om det inte är lagstridigt bör MAS inte tas i anspråk för arbete som sjuksköterska eller verksamhetschef. Mindre kommuner har ofta svårare att lösa detta i sin organisation.

I förhållande till utförarna har MAS en sammanhållande roll och är informationsansvarig från och till kommunen. Kommunens MAS arrangerar regelbundna möten och även utbildningar med externa och egna utförare, och bygger på så sätt upp kunskap om och kontakt med utförarna. MAS medverkar också i uppföljning och tillsyn och har genom sin ställning tillgång till samtliga uppgifter, även i enskilda ärenden.

MAS gör tillsynsbesök och träffar verksamhetschefen tillsammans med utförarens kvalitetsansvarige. Den kvalitetsansvarige bistår verksamhetschefen och följer upp att påtalade brister åtgärdas.

Några kommuner betonar också vikten av lokalkännedom och att MAS-ansvaret är sammanhållet på några få tjänster.

Beroende på vad som inträffar i verksamheten kan belastningen på MAS variera. Många kommuner löser detta med att MAS på övrig tid kan vara specialist i olika projekt eller arbetsgrupper, till exempel rörande läkemedelshantering, men utan chefsansvar.

MAR

I de fall kommunen har inrättat MAR, så finns dessa tjänster i samma organisation som MAS, vilket är en förutsättning för att få ut bästa möjliga resultat av samverkan mellan professionerna.

5.4 Landstinget

I kontakterna med landstinget har inget framkommit som tyder på att Uppsala kommuns MAS-organisation har någon större påverkan på landstinget eller samverkan mellan huvudmännen. Samordningssjuksköterskan anses vara till god hjälp för att sprida information från landstinget till MAS och utförare inom äldreomsorgen. Det finns dock exempel på att det uppstår oklarheter i ansvarsförhållanden och samverkan när överenskommelser träffas mellan landstinget och respektive utförares MAS, som då inte är företrädare för kommunens uppdragssida.

I länets MAS-nätverk och chefläkarnätverket med landstinget kan Uppsala medverka med samtliga för närvarande 16 MAS, vilket dock inte är praktiskt möjligt. I vissa nätverk har Uppsala representation av andra yrkeskategorier där övriga kommuner har MAS och då blir det oklart för landstinget om det finns skillnad i mandat. Representation för Uppsala finns i nätverk för äldreområdet, men saknas för IFO, individ- och familjeomsorgen, LSS och socialpsykiatri.

5.5 Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor

1993 bildades en intresseförening för medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Föreningen bevakar frågor som rör MAS. Föreningen anser att viktigast för att MAS ska kunna göra ett bra arbete utifrån gällande författningar är att MAS har en oberoende ställning i organisationen. Ett viktigt uppdrag för MAS är att göra oberoende bedömningar inom hälso- och sjukvårdsområdet och då bör inte tjänsten vara placerad under verksamhetschef. MAS ska inte heller arbeta som kollega till de personer de ska till tillsynas.

Det finns inte någonstans skrivet hur stort område en MAS kan ansvara för, till exempel hur många enheter eller hur många personer. Inte heller MAS-föreningen har några synpunkter på detta, utan allt beror på hur MAS kan lägga upp arbetet. Ett antal MAS ingår i en kvalitetsstab och kan lägga ut vissa praktiska arbetsuppgifter och kan därmed ha ett större område. För andra med mindre område kan arbetstiden upp till en heltidstjänst fyllas upp med specialist-/utredningsuppdrag.

MAR

Det finns ett nationellt MAR-nätverk som fungerar som stöd för sina medlemmar och samverkar med MAS-föreningen.

6. Uppsala kommun

6.1 Kommunens medarbetare

Uppsala kommun har lyckats bra med att ge Vård&Bildnings MAS samma förutsättningar som de privata utförarnas MAS och därmed uppfattas att det finns en konkurrensneutralitet.

I vissa sammanhang har dock Vård&Bildnings MAS påtagit sig ett informationsansvar, då det annars saknas en motsvarande funktion.

Hos kommunens medarbetare främst på beställarsidan, såväl handläggare som chefer, finns det en utbredd uppfattning att kommunens uppföljningar av hälso- och sjukvård inte är tillfredsställande. Ett av de största hindren för att få till stånd en effektiv uppföljning och tillsyn är att kommunens uppdragssida saknar egna MAS-resurser. Enligt de författningar som finns idag är det endast MAS som har mandat att gå in och tillsyna och vid behov ändra i vårdinsatser i enskilda ärenden. I Uppsala har utförarna hittills godkänt att kommunen, efter att samtycke har lämnats av den enskilde, fått granska specifika enskilda ärenden även om detta inte är en laglig rättighet. För kommunen innebär arbetssättet avsevärda begränsningar i insynen.

Med MAS närmare uppdragsnämnderna skulle MAS kunskap och erfarenheter, samt strategiska roll i kvalitetsutvecklingen, kunna användas effektivare och smidigt kunna återkopplas till avdelningen för avtal och uppföljning, AAU, och nämnderna.

Även inom andra delar av kommunen som har beröring med vård- och omsorgssektorn ser man fördelar med om MAS-resurserna skulle ligga inom uppdragskontoret. Det skulle kunna ge effektiviseringar och kvalitetsförbättringar genom ökade möjligheter till styrning, större tydlighet i roller och uppdrag, samt närmare samverkan kring utvecklingsarbete och uppföljningar.

Vårdplaneringsteamet, som fattar beslut när landstinget aviserar patienter som utskrivningsklara, har ett stort ansvar för de personer som tas hem till kommunen. Genom att teamet är organiserat på beställarsidan finns ingen MAS knuten till dessa bedömningar, vilket innebär att i den mån det finns tveksamheter om personen kan tas emot av kommunen blir det först när ärendet kommer till den aktuella utföraren som en MAS ytterst bedömer ärendet ur hälso- och sjukvårdsperspektiv om man kan ge en god och säker vård. Detta medför att kommun och landsting inte möts på jämbördig nivå vad gäller utskrivningsklara och att det ibland uppstår oklarheter och fördröjningar kring besked till den enskilde och inför utskrivningar. Samma förhållande kommer att gälla för inskrivningar till den tillkommande palliativa enheten.

MAR

Det finns starka önskemål hos medarbetarna om att det ska kunna anställas medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR. Särskilt antalet ärenden inom äldreområdet och socialpsykiatri ökar. Expertis inom rehabilitering med samma mandat som MAS skulle förbättra det förebyggande arbetet och förkorta vård- och rehabiliteringstider, vilket både skulle vara till fördel för enskilda och effektivisera kommunens användning av resurser.

6.2 Privata utförare

Alla privata utförare inom samtliga områden har fått en enkät med de frågor i direktiven som handlar om vilka områden man arbetar med och vilken kompetens MAS, och i förekommande

fall MAR, har och hur man ser på samarbetet med Uppsala kommun. Enkäten, och även intervjuerna, visar att det hos MAS överlag finns en hög utbildningsnivå och kompetens samt lång erfarenhet av hälso- och sjukvårdsområdet.

Intervjuer har genomförts med ett urval utförare och MAS för att få ett representativt urval med stora och mindre utförare, samt inom samtliga områden, äldreomsorg, LSS och socialpsykiatri.

Uppsala är nästan den enda kommun i landet som i avtal krävt att varje utförare ska ha sin egen MAS. I den mån privata utförare utför hälso- och sjukvård i andra kommuner har de inte en MAS utan en tjänst med annan roll och tjänstebeteckning, till exempel kvalitetschef, kvalitetscontroller eller motsvarande. De utgör då ett stöd till verksamhetscheferna. Av de MAS som tillfrågats tycker de allra flesta att detta arbetssätt är att föredra. Se exempel under 5.3.1

Flera MAS har inte sitt huvudkontor i Uppsala och har kvalitetsuppdrag i företagets verksamhet i andra kommuner. Några upplever det som en försvårande omständighet att inte ha lokalkännedom och lokala kontakter, till exemplet med landstinget.

I intervjuer med och enkät till utförarna framgår att de upplever en otydlighet kring vem i kommunen de ska kontakta om de har frågor till uppdragssidan. MAS inom äldreområdet har samordningssjuksköterskan, men för MAS inom övriga områden finns det ingen som har det ansvaret.

Man tycker sig överlag få mycket och bra skriftlig information från kommunen kring aktuella frågor och kring utbildningstillfällen. Bland annat kan dock avståndet till Uppsala medföra att man inte kan delta i så hög utsträckning. Ett flertal tycker sig också ha ett gott samarbete med kommunens strateger och controllers, men tycker inte att man får någon återkoppling på de uppgifter som lämnas in till kommunen till exempel avvikelserapportering och tertiärrapporter. Ibland är det oklart exakt i vilka ärenden som kommunen noterat brister och då blir det svårt för utföraren att följa upp.

MAR

Även de privata utförarna betonar vikten av expertis på rehabiliteringsområdet. Några av de större utförarna har MAR i sin organisation. För mindre utförare är det inte praktiskt möjligt att minska tiden för MAS så att det även skulle räcka till en MAR om det ställdes krav på att varje utförare även skulle tillhandahålla detta.

7. Direktivens frågeställningar

Direktivens frågeställningar har besvarats i punkterna ovan, förutom de som handlar om hur MAS arbetar med de områden som ingår i MAS-författningen. Dessa områden är också en del av det som löpande följs upp av strateger, hälso- och sjukvårdscontrollers och dokumentationsgranskare. Vid uppföljningar ställs dock inte frågorna till MAS, utan man

träffar verksamhetschefer och andra medarbetare, betoningen ligger på hur verksamheten fungerar och inte direkt på MAS-funktionen. Genom att ställa frågor om verksamheten kan man till viss del dra slutsatser om hur MAS arbetar. Inom några områden, bland annat när det handlar om implementering, kan det finnas brister i verksamheten även om MAS fullgjort sitt uppdrag.

I samråd med styrgruppen har alla frågor inte besvarats av samtliga berörda inom ramen för översynen, då det skulle bli tidskrävande och ett dubbelarbete i förhållande till de uppföljningar som ändå görs. Frågorna har istället lyfts vid intervjuerna med utförare och i gruppdiskussioner med samtliga strateger.

Det går inte att direkt jämföra svaren eftersom intervjuerna gjorts med ett urval av utförarna och strategernas erfarenheter sträcker sig över en längre tid.

Oftast finns i verksamheterna de rutiner som krävs, medan en brist är att man inte kan avläsa om MAS är involverad i utvecklingsarbete. Utförarna har ofta egna utvecklingsstrategier i företaget, medan organisation och ersättningssystem motverkar att MAS blir del av kommunens utvecklingsarbete.

För att förtydliga hur MAS verksamhetsområde ser ut hos de olika utförarna har en enkät gått ut till samtliga MAS angående vilka och hur stora verksamheter med hälso- och sjukvårdsansvar man ansvarar för, om man är anställd direkt i företaget eller av underleverantör, om det företag där MAS är anställd utför hälso- och sjukvård även åt andra kommuner, samt om företaget har eget kvalitetsledningssystem. I samma enkät ställs direktivens fråga om vilken utbildning och erfarenhet MAS har.

8. Kostnadsanalys

8.1 MAS ansvar och uppgifter

Socialstyrelsens allmänna råd, SOSFS 1997:10 beskriver uppdragen för medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård. Rekommendationerna bygger på krav som ställs på kommunerna enligt främst hälso- och sjukvårdlagen, HSL och patientsäkerhetslagen. MAS har ansvar för kvalitet och säkerhet inom sitt verksamhetsområde. Om verksamhetsområdet i huvudsak omfattar rehabilitering kan en sjukgymnast eller arbetsterapeut, medicinskt ansvarig för rehabilitering MAR, fullgöra uppgiften.

Ansvarig nämnd för hälso- och sjukvården ska se till att MAS organisatoriska ställning gör det möjligt för MAS att fullgöra sina uppgifter.

De områden som behandlas i författningen är:

- Vård och behandling

MAS ska se till att patienterna får en god och säker vård. Det innebär också att vara en resurs för nämnden i frågor som gäller verksamhetens kvalitet och säkerhet.

MAS har ett ansvar för medicintekniska produkter i kommunens hälso- och sjukvård, enligt föreskrifterna i SOSFS 1998:1

Ytterst kan MAS ingripa i enskilda fall och bestämma över vård och behandling.

- Läkares ordination

MAS har ansvar för att patienter får den vård och behandling som läkare förordnat om.

MAS ska se till att förutsättningar finns att följa läkares ordinationer och anvisningar och ordinationer av annan legitimerad personal, till exempel sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

- Kontakt med läkare

Enligt 24 § 1 HSL har MAS ansvar för det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

- Läkemedelshantering

MAS har ansvar för att rutinerna för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande.

- Dokumentation

MAS har ansvar för att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.

- Delegering av arbetsuppgifter

Enligt 24 § 2 HSL har MAS ansvar för att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna.

- Anmälan av skador

Enligt 24 § 3 i HSL har MAS ansvar för att anmälan görs till den nämnd som har ledningen för hälso- och sjukvårdsverksamheten, om patienten i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Övergripande förväntas MAS ta ett särskilt ansvar för:
samverkan, särskilt med verksamhetschef/-chefer

informationsöverföring mellan olika verksamheter

kvalitetsutveckling i enlighet med SOSFS 2009:11 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet

att författningsbestämmelser är kända och efterlevs

Socialstyrelsen förutsätter att MAS har genomgått relevant vidareutbildning, har fullgjort flerårig vitsordad tjänstgöring i ledande ställning, har goda kunskaper inom socialtjänst och andra områden som rör tjänsten, samt har gott omdöme.

8.2. Uppskattade behov

Samtliga kommuner som har kontaktats har eftersträvat att MAS/MAR ska vara centralt placerad. De flesta kommuner har traditionell organisation och av de kommuner som har beställar-/utförarmodell har nästan samtliga MAS/MAR på beställarsidan. Där man uteslutande låter MAS arbeta med uppföljning och tillsyn har man något mindre resurser och där MAS även är delaktig i kvalitets- och utvecklingsfrågor har man över lag mer resurser. Kommunerna skiljer sig i var MAS är placerad, vilka kringresurser och vilket administrativt stöd som finns. Det är således svårt att göra en bedömning av hur mycket MAS/MAR resurser som är optimalt för varje kommun. Utifrån befolkning bör Uppsala ha 5 eller 6 MAS. Planerar kommunen en satsning på rehabilitering bör bemanningen vara 6 tjänster, 4 MAS och 2 MAR, vilket är underlag för kostnadsanalysen.

Exempel	Invånare	MAS	MAR
Göteborgs kommun	550 000	10	6
Borås kommun	100 000	2	1
Luleå kommun	70 000	1	1
Östersunds kommun	60 000	2	1

I den enkät som gått till utförarna har dessa uppskattat hur mycket tid som går till MAS-uppgifter, samt redovisat hur många enheter och ärenden man har inom olika områden. Även om olika ärenden skiljer sig åt i tyngd och insatser, så om det totala antalet uppgivna ärenden relateras till uppskattad MAS-tid kommer man fram till att kommunen idag har sammantaget har 5-7 heltids MAS. Detta ligger nära beräkningen utifrån invånarantalet.

8.3 Finansiering

Inrättas 4 MAS och 2 MAR blir kostnaden 6 x årslön 650 000 kr, totalt: 3 900 000 kr/år

Översynen har haft som utgångspunkt att en förändrad organisation inte ska öka de totala kostnaderna för äldrenämnden, ÄLN, och nämnden för hälsa och omsorg, NHO. Det finns då följande två huvudsakliga sätt att finansiera MAS och MAR:

- 1) Omfördela resurser inom kontoret.

Argumentet för en omfördelning är att vissa arbetsuppgifter som idag utförs vid kontoret, av bland andra hälso- och sjukvårdscontrollers, dokumentationsgranskare, samordningssjuksköterska och strateger, skulle övertas av MAS/MAR.

När äldrenämnden 2003 beslutade att lägga ut MAS-ansvaret hos utförarna, fick man bygga upp en organisation på uppdragssidan för att kunna ta hand om de delar som fortfarande ändå måste vila på kommunen. Det är bland annat avvikelshantering, tertialrapporter, egen uppföljning och tillsyn, samt resurser för att underlätta samordning av MAS-gruppen.

En total översyn av kontorets organisation kommer att genomföras under våren 2013. Denna kommer också komma att påverka MAS/MAR och vilka effektiviseringar som kan göras på kortare och längre sikt.

2) Förändra ersättningen till utförarna.

Argumentet för en sänkning av ersättningen är att utförarna inte längre kommer att ha kostnader för MAS när HVK övertar ansvaret för MAS och MAR.

Det är svårt att exakt beräkna hur mycket av utförarnas kostnader som går till specifika MAS-uppgifter. Oavsett MAS-ansvaret har de privata utförarna ett eget kvalitets- och utvecklingsansvar, vilket kräver nära kontakt med och uppföljning av den egna verksamheten och kontakt med kommunen. Företagen har därför kvalitetschefer/-controllers och det är ofta dessa som idag har MAS-funktionen gentemot Uppsala kommun.

Nedan presenteras ett förslag utifrån att kontoret kan omdisponera egna resurser motsvarande 600 tkr och resterande 3,3 mkr kan inhämtas via sänkta ersättningsnivåer.

8.4. Förändrade ersättningsnivåer

De verksamheter inom ÄLN:s ansvarsområde som idag har kostnader för MAS är främst vård- och omsorgsboenden, hemvård och korttidsvård. När det gäller NHO är det främst verksamheterna bostad med särskild service och psykiatriboendena som har kostnader för MAS. Den totala budgeterade kostnaden för dessa verksamheter år 2013 redovisas i kolumnen ”budget” nedan i tabell 1. Totalt uppgår de budgeterade kostnaderna till knappt 1 923 mkr.

Om ersättningen till utförarna minskar med totalt 3,3 mkr innebär det en sänkning med 0,17 procent (3,3 dividerat med 1 923). Nedanstående tabell visar vad en sänkning av ersättningen med 0,17 procent blir per verksamhet.

Tabell 1 - 3,3 mkr

Verksamhet	Budget 2013	Sänkning av ersättning	
		Procent	Kronor
Vård- och omsorgsboenden	805 391 674 kr	0,17%	1 382 265 kr
Hemvård	439 635 369 kr	0,17%	754 531 kr
Korttidsvård	171 754 133 kr	0,17%	294 776 kr
Bostad med särskild service LSS	365 775 345 kr	0,17%	627 767 kr
Psykiatriboenden NHO	140 223 798 kr	0,17%	240 661 kr
Totalsumma	1 922 780 319 kr		3 300 000 kr

Tabell 1 visar att den totala ersättningen för vård- och omsorgsboenden (exkl lokaler) år 2013 är budgeterad till drygt 805 mkr. En sänkning med 0,17 procent motsvarar knappt 1,4 mkr. Ersättningen per plats i ett vård- och omsorgsboende (exkl lokaler) ligger på ca 1250 kr per

dygn (exkl lokaler). Om ersättningsnivåerna minskas med 0,17 procent så blir minskningen per dygn och plats 2:17 kr.

För hemvården skulle ersättningen totalt på ett år minska med knappt 754 tkr. Det motsvarar en sänkning av timersättningen med 60 öre. Inom resterande verksamheter blir sänkningen per dygn eller plats också tämligen begränsad.

För de verksamheter som är upphandlade enligt LOV är det möjligt att ändra ersättningen årligen. Inom till exempel hemvården kan äldrenämnden fatta ett beslut om att ersättningen sänks med 60 öre per timme, varefter alla företag inom tre månader måste meddela om de accepterar sänkningen eller om de inte längre vill vara utförare i Uppsala kommun.

8.5. Omställningskostnader

En förändring av MAS-organisationen enligt ovanstående förslag kommer i ett övergångsskede, medan organisation och verksamhet ställs om, att ge vissa extra kostnader.

Omställningskostnaderna består av två delar.

- 1) MAS/MAR behöver finnas på plats under nov-dec 2013 för att kunna förbereda ett övertagande av uppdragen från och med 2014-01-01. Kostnaderna för anställning och introduktion av MAS/MAR, 6 tjänster x 2 mån à 54 175 (inklusive PO-pålägg) blir 650 000kr
- 2) En del avtal hinner inte omförhandlas under 2013. Efter genomgång av samtliga avtal beräknas kostnaderna för detta att under 2014 uppgå till cirka 200 000kr

Tabell 2 Omställningskostnad

Typ av omställningskostnad	2013	2014	Summa
Avtal som inte hinner omförhandlas	- kr	200 000 kr	200 000 kr
Anställning av MAS/MAR två mån 2013	650 000 kr		650 000 kr
Total omställningskostnad	650 000 kr	200 000 kr	850 000 kr

MAS-underlag Dokument**Bilaga****Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar regleras bland annat i****Lagar och förordningar**

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 24§ HSL, lagreglerat ansvar

Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 Kap. 3§

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

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

Föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården

Föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården

Föreskrifter (SOSFS 2005:28) Anmälningsskyldighet enligt Lex maria

Författningar som rör MAS arbetsområde**Lagar och förordningar**

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Patientdatalagen (2008:355)

Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1404)

Smittskyddslag (2004:168)

Smittskyddsförordning (2004:255)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9)

Föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:4)

Föreskrifter om basalhygien inom hälso- och sjukvård (SOSFS 2007:19)

Föreskrifter, samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27)

Föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärde kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6)

Kommunala dokument avseende MAS, bland annat:

Förfrågningsunderlag

Avtal

Kontors och förvaltningars organisation i Uppsala fr o m 2003

Styrdokument 2012

Äldre 2000

Rapport Utredarhuset 2001

Översyn MAS-organisation intervjuer/telefonkontakter **Bilaga****MAS/utförare Uppsala**

Aleris
Attendo
Carema
Frösunda - avböjt
Förenade Care
Humana Omsorg
Kosmo
Sofrosyne 2 intervjuer
SRK
Uppsala kommun 2 intervjuer

Uppsala Kommun

Arbetsgruppen 3 personer
H&S controller/dokumentationsgranskare 3 personer
Vårdplaneringsteamet/sakkunnig H&S-frågor
Närvårdscoordinatorer
Missbruk vuxen
Barn och ungdom utförare
Kvalitetschef
Professionsutvecklare 2 personer
UAK 2 personer

Andra kommuner

Borås
Enköping
Göteborg
Helsingborg
Kalmar
Lund
Norrtälje
Östersund

Landstinget

Birgitta Mogård
Barbro Nordström
Kerstin Suber

Övriga

SKL 2 handläggare
Socialstyrelsen 2 handläggare, 2 jurister
MAS-föreningen
MAS i länet 1 person