

KOMMUNLEDNINGSKONTORET
Planeringsavdelningen
Utredningsenheten
Marie Björkman

Utredning om att inrätta en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i Täby kommun

Sammanfattning

Kommunen har sedan Ädelreformen 1992 ett lagstadgat ansvar för viss hälso- och sjukvård inom särskilda boendeformer och dagverksamhet. Sedan hösten 2015 har kommunerna i Stockholms län fått ett utvidgat ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser inom viss verksamheter som bedrivs med stöd av lag (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS.

Kommunen kan organisera hälso- och sjukvården utifrån lokala förutsättningar, med ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) HSL dels ha en verksamhetschef, dels en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Uppdraget som MAS innebär ett uttalat ansvar för delar av hälso- och sjukvårdsansvaret. Detta ansvar, som inkluderar rehabiliteringsinsatser, kan inte överlåtas på någon annan. Däremot kan ansvaret delas med en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Denna lösning tillämpas för närvarande av 65 kommuner i landet.

I Alliansens politiska program för mandatperioden 2016-2018 anges att frågan om behovet av en MAR ska utredas. Socialchefen har därför givit planeringsavdelningen i uppdrag att utreda frågan. Utredningen har genomförts i samråd med kommunens hälso- och sjukvårdsansvariga tillika MAS.

Sammanfattningsvis visar utredningen på att det för närvarande inte finns behov av en MAR men däremot eventuellt en utökning av MAS-funktionen. Att en utökning av MAS är att föredra framför att tillsätta en MAR motvieras framför allt med att den medicinska omvårdnaden för närvarande är ett allt mer omfattande område, medan rehabiliteringsområdet tenderar att minska. Vid en eventuell kommunalisering av hemsjukvården kan det dock vara aktuellt att ompröva behovet av MAR, eftersom den målgrupp som då tillkommer kan antas ha ett större behov av rehabiliteringsinsatser än nuvarande målgrupper.

Inledning

Den så kallade ÄDEL-reformen 1992 innebar att ansvaret för viss hälso- och sjukvård överfördes från landstingen till kommunerna. Ansvaret omfattade hälso- och sjukvårdsuppgifter till och med sjuksköterskenivå, inklusive viss rehabilitering, inom särskilda boendeformer och dagverksamhet. Landstinget behöll ansvaret för insatser som meddelas av läkare. Denna ansvarsfördelning gäller fortfarande.

För att garantera patientsäkerheten ansåg lagstiftaren att vissa arbetsuppgifter måste utföras av en medicinskt sakkunnig person med adekvat utbildning och erfarenhet inom hälso- och sjukvårdsområdet. En ny funktion, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), inrättades därför. Bestämmelserna om MAS finns i 24 § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)HSL.

I kommunens ansvar för hälso- och sjukvård ingår även viss rehabilitering och habilitering. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en arbetsterapeut, sjukgymnast eller fysioterapeut ha det ansvar som en MAS annars har för detta område. Denna funktion kallas då för medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR.

Av Alliansens politiska program för mandatperioden 2016-2018 framgår att behovet av en MAR ska utredas. Socialchefen har därför fått i uppdrag att utreda förutsättningarna för att införa en sådan funktion. Utredningen har genomförts av planeringsavdelningens utredningsenhet i samverkan med kommunens MAS.

Om kommunens hälso-och sjukvårdsansvar

Det kommunala hälso-och sjukvårdsansvaret regleras i 18-21 §§ HSL. Sedan ÄDEL-reformen har Täby kommun ansvarat för hälso- och sjukvård i Särskilt boende för äldre enligt 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) SoL, särskilt boende för personer med funktionsnedsättning enligt 5 kap. 7 § SoL och dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § SoL

Kommunaliseringen av omsorgerna om personer med funktionsnedsättning, som skedde i mitten av 1990-talet, innebar att kommunen fick ett samlat ansvar för denna målgrupp. I Stockholms län träffades dock en överenskommelse som innebar att Stockholms läns landsting fortsatte att utföra hälso-och sjukvård i daglig verksamhet enligt 9 § p 10 lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt boende med särskild service enligt 9 § p 8 och 9 LSS. Överenskommelsen upphörde hösten 2015 och kommunerna i länet fick därmed ett utvidgat ansvar för hälso-och sjukvård.

Ansvarsområden för MAS respektive MAR

Socialstyrelsen har i ett meddelandeblad (5/2015) beskrivit ansvarsområden för MAS och MAR (Meddelandebladet är f n under revidering).

I kommunens ansvar för hälso- och sjukvård ingår att ha en MAS. Denna funktion har ansvaret för såväl medicinska som rehabiliterande insatser. Kommunen kan välja att överlåta den del av det MAS:ens ansvar som avser rehabilitering och habilitering på en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Denna funktion kan dock inte överta någon del av MAS:ens medicinska ansvar, utan endast svara för rehabiliteringsområdet (24 § 2 st HSL).

Det är endast legitimerade sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och fysioterapeuter som är behöriga att anställas inom kommunal hälso-och sjukvård. Utöver legitimation behöver den som ska ha ett särskilt medicinskt ansvar också ha viss yrkeserfarenhet.

Verksamhetsområde

Det ska finnas en MAS eller MAR inom de verksamhetsområden som kommunen bestämmer. Ett verksamhetsområde kan t ex vara geografiskt område eller omfatta vissa särskilda boenden alternativt en viss uppgift, t ex fysioterapi, vid samtliga kommunens boeneformer.

Organisatorisk ställning

Det finns inte uttalat vilket organisatorisk ställning MAS och MAR ska ha. Socialstyrelsens kartläggning visade att de flesta har någon form av mer övergripande stabsfunktion. Avgörande är att den organisatoriska ställningen ger MAS och MAR förutsättningar att utföra sina arbetsuppgifter.

Privata utförare

En kommun får enligt 18 § femte stycket HSL sluta avtal med någon annan om att utföra hälso-och sjukvårdsuppgifter. I dessa fall svarar utföraren för att det finns en MAS eller MAR.

MAS, MAR och verksamhetschef

Enligt 29 § HSL ska det finnas en verksamhetschef som har det övergripande ansvaret för den kommunala hälso-och sjukvården. I de fall MAS eller MAR inte har detta uppdrag, blir dessa funktioner underordnade denna verksamhetschef.

Ansvar och uppgifter

Vissa uppgifter som MAS och MAR har är särskild reglerade och kan inte utföras av någon annan. Dessa uppgifter, som beskrivs nedan, fullgörs lämpligen av en och samma person inom varje verksamhetsområde. Vid ledighet för MAS/MAR ska en annan särskild person med kompetens förordnas att fullgöra uppgiften.

MAS och MAR ansvarar enligt 24 § HSL för att

- Det ska finnas rutiner som säkerställer att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter ska vara förenliga med säkerheten för patienterna
- Anmälan ska göras till den nämnd som ansvarar för ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården när en patient har drabbats av eller riskerar att drabbas av vårdskada

MAS och i tillämpliga delar MAR ansvarar enligt 7 kap. 3 §**Patientsäkerhetsförordningen för att**

- Patienterna ska få en ändamålsenlig och säker hälso- och sjukvård
- Journaler ska föras i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen (2008:355)
- Patienten ska få den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- Rutiner för läkemedelshantering är ändamålsenliga och fungerar väl (MAS)

Socialstyrelsens kartläggning "MAS och andra kvalitetssäkrande funktioner"

Socialstyrelsen genomförde under 2014 en kartläggning¹ av kvalitetssäkrande funktioner i kommunerna. Förutom MAS och MAR kartlades även socialt ansvarig samordnare (SAS), en relativt ny funktion som har ett "MAS-ansvar" inom socialtjänstområdet.

Till skillnad från MAS-funktionen är MAR inte lagstadgad. Av de 93 kommuner som besvarade enkäten i kartläggningen, uppgav 23 procent att det fanns en eller flera funktioner med ett MAR-ansvar, se vidare under "Nuläge". I huvudsak fanns dessa funktioner i kommuner med mer än 20 000 invånare. I de flesta fall infördes dessa funktioner i anslutning till ÄDEL-reformen. Det finns dock ingen entydlig bild varför denna funktion infördes.

¹ Rapport "Kartläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra kvalitetssäkrande funktioner" Socialstyrelsen. April 2014.

Hur ansvaret mellan MAS och MAR fördelades varierade. Ett område där det noterades viss otydlighet var medicintekniska produkter (vissa typer av hjälpmedel).

Båda funktionerna upplevde ibland att arbetet som ensamt. Att ha kontakt med kollegor i kommunen eller i t ex nätverk med andra kommuner ansågs därför som värdefullt.

MAR och SAS hade oftast samma organisatoriska tillhörighet som MAS, vanligen i någon form av stabsroll, vilket angavs som viktigt för en fungerande samerkan.

Som viktiga förutsättningar för uppdraget beskrevs tydliga förväntningar för respektive funktion samt samarbete med andra kvalitetsfunktioner. MAR upplevdes ofta som en tillgång i kvalitetsarbetet och som en tillgång för många MAS:ar. En förutsättning för att inrätta en funktion som MAR var att det fanns en tillräckligt stor volym av rehabiliteringsinsatser.

Kommunens rehabiliteringsansvar

I Socialstyrelsens termbank definieras rehabilitering och habilitering på följande sätt:

Rehabilitering: "Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet".

Habilitering: "Insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet".

Rehabilitering och habilitering kan delas upp i tre nivåer: avancerad, funktionshöjande och funktionsuppehållande. Kommunens ansvar omfattar i första hand funktionsuppehållande rehabilitering, d v s insatser som bidrar till att den enskilde kan behålla sin funktionsnivå.

Nuläge

Enligt uppgifter från det nationella nätverket för MAR, fanns det i december 2015 en eller flera MAR-funktioner i 65 av landets kommuner. I Stockholms län är det Nacka, Norrtälje, Sundbyberg och Stockholm som har valt att inrätta denna funktion. Cirka 75 procent av MAR:arna var arbetsterapeuter.

Det län som har flest kommuner med MAR- funktion är Östergötland. Där har åtta av länets 13 kommuner en sådan funktion. I fem av länen saknas MAR-funktion i samtliga kommuner.

Som tidigare nämnts kan kommunerna fritt välja hur hälso-och sjukvården ska organiseras. Funktionerna som MAS och verksamhetschef är dock obligatoriska. Vissa kommuner har t ex MAS:en i en stabsfunktion, medan andra har lagt uppdraget som del av en ordinarie sjukskötersketjänst.

Två faktorer förerfaller ha haft betydelse vid beslut att inrätta MAR: dels kommunens storlek, dels omfattningen av hälso-och sjukvårdsuppdraget. 61 av de 65 kommunerna med MAR har ansvar för hemsjukvården. Av dessa har 60 procent färre än 50 000 invånare.

I Täby

Inom äldreomsorgens valfrihetssystem för särskilt boende ingår f n 21 enheter. Av dessa drivs ett i kommunal regi och två på entreprenad. Hösten 2015 utökades kommunens ansvar för hälso-och sjukvård att omfatta även 13 gruppboende/serviceboende och 42 enheter med insatsen daglig verksamhet enligt LSS. Täby kommun har, liksom de flesta kommunerna i länet, valt att upphandla utförandet av hälso- och sjukvård.

I de verksamheter där hälso- och sjukvården utförs i kommunal regi eller av en entreprenadupphandlad utförare är kommunen vårdgivare. Kommunens MAS har ett övergripande "MAS-ansvar" i dessa verksamheter.

I verksamheter som drivs av utförare godkända enligt LOV eller där kommunen köper enstaka plats (s.k. individavtal) har kommunens MAS ett tillsynsansvar för att säkerställa att hälso-och sjukvården tillhandahålls enligt uppställda krav och att den enskilde får en ändamålsenligt och god hälso- och sjukvård.

När det gäller ansvaret för rehabilitering, regleras även detta i avtalet med utförarna. Uppdraget innebär att tillhandahålla kontinuerlig rehabilitering och träning så att den enskilde ska kunna upprätthålla psykiska och fysiska funktioner. I uppgiften ingår också att ge omsorgspersonalen utbildning och handledning i ergonomi, förflyttningsteknik, hjälpmedel och vardagsrehabilitering.

Avtalen innehåller inte någon reglering omfattningen av arbetsterapeut och sjukgymnast, det avgörs av utföraren. Vid ett av de större boendena, där korttidsboende tidigare ingick, bemannades med 0,015 sjukgymnast respektive arbetsterapeut per brukare. Enligt kommunens MAS har det under senare tid

kommit indikationer på att behovet av rehabiliteringsinsatser tenderar att minska, medan behovet av kvalificerad hälso-och sjukvård ökar.

Resurser

Inom socialnämndens ansvarsområde finns f n 1,0 årsarbetare hälso- och sjukvårdansvarig/medicinskt ansvarig sjuksköterska. I uppdraget som hälso-och sjukvårdsansvarig ingår uppgiften som verksamhetschef enligt 29 § HSL. Organisatoriskt är MAS-funktionen direkt underställd socialchefen.

Eftersom MAS:en är ensam i sin roll, måste olika lösningar tillämpas vid t ex sommarsemestrar. T ex genom att grannkommuner hjälps åt och täcker upp för varandra.

Sammanfattande bedömning

Hur MAS-funktionen organiseras varierar, bland annat beroende på kommunstorlek, omfattningen av hälso-och sjukvårdsansvar och om det finns verksamheter i privat regi.

En del kommuner har valt att ge MAS:en mer operativa uppgifter. I Täby har dock MAS:en en övergripande roll med tonvikt på uppföljning och vägledning. Vid uppföljningar granskas såväl medicinska som paramedicinska insatser (sjukgymnastik och arbetsterapi), vilket ger en helhetsbild av hälso-och sjukvården.

Inom särskilt boende för äldre tenderar inslaget av rehabilitering att minska i omfattning. Detta kan framför allt förklaras med att allmäntillståndet hos dem som bor i särskilt boende blir allt sämre, många är multisjuka och har ett omfattande behov av kvalificerad omvårdnad redan vid inflyttning. En allmän bedömning är att hälso-och sjukvård kommer att vara ett allt större inslag i särskilt boende i framtiden. Detta i kombination med en hög andel privata utförare kommer att innebära ökade krav på såväl ledning som uppföljning av hälso-och sjukvården.

Det utökade hälso-och sjukvårdsuppdraget kan innebära att MAS-funktionen kommer att behöva utökas. Dels för att antalet verksamheter som omfattas av den kommunala hälso-och sjukvården blivit fler, dels för en minskad sårbarhet vid t ex frånvaro. En funktion som MAR skulle i det här sammahanget inte vara lösningen, eftersom den funktionen inte har befogenhet att hantera MAS:ens samtliga ansvarsområden (t ex läkemedelshantering).

Mot bakgrund av vad som redovisats ovan, är den samlade bedömningen att det i nuläget inte är aktuellt att inrätta en funktion som MAR. Frågan kan dock behöva aktualiseras vid en eventuell kommunalisering av hemsjukvården i

**PROMEMORIA**

2016-05-09

Dnr SON 2015/155-77

Stockholms län. Av de 65 kommuner som idag har inrättat MAR-funktion, har 61 även ansvar för hemsjukvård.