

MEDICINSKT ANSVARIG FÖR REHABILITERING

**FÖRSÖK MED MAR-FUNKTION
I STOCKHOLMS STAD 2008-2009
STUDIE 2**

INGER WEURLANDER

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2009:8
ISSN 1401-5129



•• STIFTELSEN STOCKHOLMS LÄNS
ÄLDRECENTRUM
Stockholm Gerontology Research Center

FÖRORD

Stockholms stad har på försök under 2008 inrättat två tjänster som medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). En MAR:s uppdrag omfattar rehabiliteringsverksamhet inom den kommunala hälso- och sjukvården och är ett komplement till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) i en stadsdelsnämnd. Ansvaret regleras i 24 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Syftet var att utveckla det medicinska rehabiliteringsarbetet och säkerställa en fortsatt hög kvalitet och säkerhet. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har på uppdrag av Äldreförvaltningen följt denna försöksverksamhet.

Försöket har med stor tydlighet visat behovet att lyfta fram rehabilitering i hela äldreomsorgen och försöket har varit framgångsrikt. Såväl den enskildes individuella behov av åtgärder som vikten av att utveckla rutiner och styrdokument har poängterats. Rehabiliteringen ska inte vara skild från det övriga omsorgsarbetet. En viktig del av MAR-arnas utvecklingsarbete har gått ut på att skapa gemensamt ansvar, teamarbete är målet. Effekterna för den enskilde kan förväntas uppkomma långsiktigt tack vare att en MAR kan bidra till förtydligad ansvars- och rollfördelning, liksom utvecklad säkerhet och kvalitet i rehabiliteringsarbetet.

Stadens äldreomsorg står inför förändringar, med ett minskande antal äldre och en ökande andel äldreboenden som drivs i privat regi. Detta påverkar MAS- och MAR-rollen, och vilken organisation som staden kan ha för denna viktiga tillsyns- och utvecklingsfunktion. Vår förhoppning är att denna studie ska vara till hjälp för staden i dess vägval.

Uppföljningen har gjorts av utredaren Inger Weurlander i dialog med undertecknad.

Stockholm 2009-05-12

Sven Erik Wånell
Chef Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
BAKGRUND	4
Beslut om inrättande av funktion som MAR	4
Uppföljning.....	5
RESULTAT	7
Medicinskt ansvar för rehabilitering	7
Stadens ansvar för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering	8
MAR-funktionen under försöksperioden	9
Förutsättningar för en MAR-funktion	10
Vikten av en MAR-funktion	11
BEHOV AV MAR I FRAMTIDENS ÄLDREOMSORG	14
Bilaga 1; Rehabilitering inom kommunal äldreomsorg.....	16
Bilaga 2; Begreppet rehabilitering	17
Bilaga 3; Ramavtal om köp av enstaka platser i särskilda boenden för personer över 65 år	18
Bilaga 4; Ramavtal med vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad åt staden.....	19

SAMMANFATTNING

Stockholms stad har på försök under 2008 inrättat två tjänster som medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Syftet var att utveckla det medicinska rehabiliteringsarbetet och säkerställa en fortsatt hög kvalitet och säkerhet.

Beslutet innebar en MAR-organisation där en befattning tillsattes i stadsdelsförvaltningen Enskede-Årsta-Vantör och en annan befattning delades mellan stadsdelsförvaltningarna Kungsholmen, Norrmalm och Östermalm. De två modellerna skulle ge underlag för att bedöma om och i så fall hur stadens MAR-funktion i framtiden kan utformas. Tjänsten i Enskede-Årsta-Vantör tillsattes i februari 2008 och tjänsten i de tre innerstadsstadsdelarna i maj 2008. Försöket har fortsatt under 2009.

Ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården i staden vilar på varje stadsdelsnämnd som är att betrakta som sitt områdes Hälso- och sjukvårdsnämnd. Nämnden har därmed möjlighet att organisera sin tillsyn av hälso- och sjukvård på sätt som utifrån gällande lagstiftning är bäst anpassad till lokala förhållanden och behov. Staden har däremot inte rehabiliteringsansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen för de äldre som har hemtjänst men bor i eget boende.

En MAR:s uppdrag omfattar rehabiliteringsverksamhet inom den kommunala hälso- och sjukvården och är ett komplement till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) i en stadsdelsnämnd. Ansvar regleras i 24 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum fick uppdraget att göra en första uppföljning av hur en MAR-funktion etablerats, vilka arbetsuppgifter som inryms i uppdraget och vilken organisatorisk struktur som kan vara den mest optimala om funktionen permanentas. Studiens fokus skulle vara på hur en MAR-funktion kan bidra till bättre vård och omsorg för den enskilde äldre. Uppföljningen¹ redovisades för Äldrenämnden², som beslöt att en ytterligare uppföljning behövdes inför fortsatt beslut om behov av MAR i äldreomsorgen.

Studie 2 skulle klargöra MAR-funktionens framtida möjlighet att säkerställa en fortsatt hög kvalitet och säkerhet i rehabiliteringsarbetet. Detta genom att belysa frågor om framtida ansvarsfördelning mellan MAS och MAR, ansvarsförhållanden vid tillsyn av äldreboenden som drivs på entreprenad eller i enskild regi, MAR-funktionens effekter för den enskilde och frågan om tillsyn och uppföljning inom rehabiliteringsområdet kan skötas på annat sätt än med en MAR-funktion.

Försöket har med stor tydlighet visat behovet att lyfta fram rehabilitering i hela äldreomsorgen och försöket har varit framgångsrikt. Såväl den enskildes individu-

¹ Inger Weurlander, Medicinskt ansvarig för rehabilitering, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport nr 2009:2

² Tjänsteutlåtande Dnr 105-57/2009

ella behov av åtgärder som vikten av att utveckla rutiner och styrdokument har poängterats. Verksamhetscheferna har fått sitt ansvar även för rehabilitering uppmärksammat och teamarbete för hela personalgrupper är under utveckling.

MAR-funktionens effekter för den enskilde är indirekt. Effekterna kan förväntas uppkomma mer långsiktigt tack vare att en MAR kan bidra till förtydligad ansvars- och rollfördelning, liksom utvecklad säkerhet och kvalitet i rehabiliteringsarbetet.

Det har under projekttiden varit angeläget att säkerställa möjligheterna för yrkesutövarna inom rehabilitering att praktisera sina yrkeskompetenser för den enskilde individen. Rehabiliteringen ska inte vara en särskild del från det övriga omsorgsarbetet. Arbete har gått ut på att skapa gemensamt ansvar *”Team är målet – att vara integrerad, inte separerad”*.

De verksamheter/stadsdelsförvaltningar som inte varit delaktiga i projektet har i sina ställningstaganden uttalat tveksamhet om en MAR-funktion är den mest effektiva att leda arbetet med att utveckla rehabilitering i stadens äldreomsorg. En *strateg med rehabiliteringskompetens* skulle enligt dessa uppfattningar ha större frihet att följa och råda verksamheterna, ordna utbildningar och skapa riktlinjer för hela staden.

Merparten av de intervjuade i studien anser dock att MAR är den mest effektiva formen för tillsyn och utveckling av rehabilitering. Den lagstadgade behörigheten som befattningen innebär ger tillsyn och uppföljning tydlighet och status. Det kan noteras att i de två kommuner i länet som har en MAR har denna också på halvtid ett ansvar för utvecklings- och kvalitetsfrågor. Det går således att kombinera att som MAR utöva tillsyn och att ha en roll som strateg.

Man är också överens om att en framtida MAR även ska ha ansvar för rehabilitering inom socialpsykiatri och omsorg om personer med funktionshinder.

Under utredningens gång har det även funnits resonerande tankar om framtidens organisation för stadens MAS-ar. Allt eftersom stadens äldre befolkning minskar i innerstaden och ökar i ytterstaden och rätten för den enskilde att välja boende, förändras äldreomsorgens förutsättningar. En ökande andel äldreboenden i privat regi förändrar MAS ansvarsområde.

Vård- och omsorgsboende i staden drivs i såväl kommunal som privat regi eller i entreprenadform. MAS-ansvaret för den kommunalt drivna verksamheten är entydigt enligt lagstiftningen. Har inget annat avtalats har stadens MAS också ansvar enligt 24 § HSL för verksamhet som drivs på entreprenad eller i enskild regi. I de avtal som nu tecknas med privata vårdgivare avtalas dock om att den som driver äldreboendet ska ha egen MAS som har ansvaret enligt 24 § HSL. Detta kommer att starkt påverka stadens MAS-funktion, och därmed också en eventuell MAR-funktion.

Det finns därför anledning att se över hur stadens MAS-ar organiseras och därmed även stadens behov av MAR, hur många och i vilken organisation. Det finns anledning att överväga om en MAR funktion ska finnas för all stadens äldreomsorg eller enbart för den kommunalt drivna verksamheten.

Det finns ingen enhetlig uppfattning om hur många MAR staden i så fall behöver, inte heller om det är mest effektivt att MAR finns organiserad i en egen funktion eller lokaliserad till stadsdelsförvaltningarna. Gemensam funktion skulle innebära kunskapsöverföring och likartad tillsyn över staden men närheten till verksamheterna skulle minska. Lokalisering till några av stadsdelsförvaltningarna skulle ge kontakt med verksamheterna och övrig hälso- och sjukvårdspersonal men minska närhet till övriga MAR.

Förutsatt att MAR-tillsynen i framtiden gäller all verksamhet oavsett regiform i en stadsdel bör det finnas underlag för endera att några stadsdelar går samman om en MAR så som de tre innerstadsstadsdelarna gjort, eller att en stadsdel har en MAR som även har en mer strategisk och utvecklande roll, så som funktionen kan sägas ha utvecklats i Enskede-Årsta-Vantör.

BAKGRUND

Beslut om inrättande av funktion som MAR

Stockholms stad har på försök under 2008 inrättat två tjänster som medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Syftet med försöket var *”För att utveckla rehabiliteringsarbetet och säkerställa hög kvalitet och säkerhet tillsätts på försök två medicinskt ansvariga för rehabilitering i staden för att komplettera det arbete som bedrivs av stadsdelsnämndernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor”*.³

Äldrenämndens beslut i december 2007 om att försöket med MAR-organisation innebar att en befattning under ett år tillsattes i stadsdelförvaltningen Enskede-Årsta-Vantör och en annan befattning delades mellan stadsdelförvaltningarna Kungsholmen, Norrmalm och Östermalm.

De två olika modellerna skulle ge underlag för att bedöma om och i så fall hur stadens MAR-funktion kan utformas i framtiden.

Försöksprojektet med de två medicinskt ansvariga för rehabilitering har fortsatt under 2009.

Äldrenämnden rekommenderade vid försökets början att rehabiliteringsverksamheten exkluderas från MAS:s ansvar och överförs till MAR inom de berörda förvaltningarna. Äldrenämnden gav i sitt första ärende exempel på arbetsuppgifter inom rehabiliteringsverksamheten som kan åligga MAR.

- Arbete med kvalitet och säkerhet
- Sakkunnig inom rehabiliteringsområdet
- Utarbeta rutiner för rehabilitering och medicinsktekniska produkter och följa upp dessa
- Ansvara för avvikelshantering och anmälan enligt Lex Maria
- Säkerställa dokumentationen
- Följa beslut om delegering
- Genomföra verksamhetstillsyn
- Arbeta med kunskaps- och kompetensutveckling i samarbete med verksamhetschefer
- Ge råd och stöd till alla personalkategorier
- Uppföljning, utredning och samverkan inom staden och med andra vårdgivare

³ Tjänsteutlåtande 105-7572007

Uppföljning

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum fick i uppdrag att göra en första uppföljning av hur en MAR-funktion etablerats, vilka arbetsuppgifter som inryms i uppdraget och vilken organisatorisk struktur som kunde vara den mest optimala om funktionen permanentas i Stockholms stad. Uppföljningens fokus skulle vara på hur en MAR-funktion kan bidra till bättre vård och omsorg för den enskilde äldre. Utvärderingen *Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport nr 2009:2 Medicinskt ansvarig för rehabilitering* för Äldrenämnden i Tjut Dnr 105-57/2009. Äldreförvaltningen föreslog nämnden att ytterligare uppföljning behövdes inför fortsatt beslut om behov av MAR i äldreomsorgen.

Av de arbetsuppgifter Äldrenämnden i sitt första ärende gav exempel på inom rehabiliteringsverksamheten som kunde åligga MAR var de flertalet sådana som innefattas i ett MAR-uppdrag i enlighet med lagstiftningen. Beslutet innehöll även uppdrag av mera allmän karaktär; uppdrag som åligger samtliga som arbetar med vård och omsorg. Sådana uppgifter var t ex. att ge råd och stöd till alla personalkategorier och uppföljning, utredning och samverkan inom staden och med andra vårdgivare.⁴

I Äldreförvaltningens tjänsteutlåtande anges att MAR-funktionens framtida möjlighet att säkerställa en fortsatt hög kvalitet och säkerhet i rehabiliteringsarbetet ska belysas genom bl.a. följande frågor

- Framtida ansvarsfördelning mellan MAS och MAR
- Ansvarförhållanden av tillsyn av äldreboenden som drivs på entreprenad eller i enskild regi
- MAR-funktionens effekter för den enskilde
- Kan arbetsuppgifter inom rehabiliteringsområdet skötas på annat sätt än med en MAR-funktion

Bland frågor som ytterligare skulle belysas var

- Vikten av att utveckla rutiner och styrdokument för rehabiliteringsverksamhet, uppföljning och kontroll som verksamhetschefer kan ansvara för
- Utveckla fallprevention ytterligare så att all vårdpersonal är involverad
- Säkerställa kvalitet inom stadens rehabiliteringsverksamhet
- Bör en eventuell framtida MAR:s ansvar även omfatta ansvar för socialpsykiatri och omsorg och funktionshindrade?

Äldreförvaltningen har gett Äldrecentrum i uppdrag att genomföra denna utredning.

Studie 2 påbörjades i mars 2009 och avslutas i början av maj 2009. Uppföljningen har skett genom intervjuer med de två MAR, äldreomsorgscheferna och MAS i de

⁴ Tjut dnr 105-57/2009

fyra berörda förvaltningarna samt med MAS och MAR i Nacka kommun. Dessutom har samtal förts med äldreomsorgschef, MAS och chef en rehabiliteringsenhet i två stadsdelsförvaltningar som inte deltagit i projektet. Diskussion har också förts med stadens juridiska enhet.

Texter från föregående rapport, framförallt beträffande lagstiftning och ansvar för kommunal hälso- och sjukvård och rehabilitering finns för tydlighetens skull som bilagor även i denna rapport.

RESULTAT

Medicinskt ansvar för rehabilitering

Det kommunala rehabiliteringsansvaret omfattar den individuella rehabiliteringen inklusive ansvar för medicintekniska produkter och hjälpmedel och för fallskadeprevention. MAR-s ansvar för rehabilitering regleras i 24 § HSL och Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1997:10.

Enligt projektet ska MAR:s uppdrag vara att komplettera MAS och ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig rehabilitering av hög kvalitet och att utveckla den kommunala rehabiliteringsverksamheten. Äldreförvaltningen föreslår äldrenämnden i ärende DNR 105-75/2007 att rehabiliteringsverksamheten exkluderas från MAS nuvarande ansvarsområde och överförs till projektets MAR.

Vid uppföljningen av ärendet framkom att ingen av de berörda förvaltningarna i projektet hade gått till sina respektive nämnder för att ge MAR behörighet och delegation att ansvara för den hälso- och sjukvård som är kommunalt ansvar och som i huvudsak omfattar rehabilitering. Arbetet med verksamhetsuppföljning och eventuell avvikelserapportering har under projektet skett i samråd med MAS och med dennes ansvar.⁵

Ansvaret avser den bedömning och behandling som patienter har rätt till och de krav som ställs på dokumentation och anmälan av skador i rehabiliteringsverksamhet. Vid uppgifter som omfattar det medicinska ansvaret är MAS och MAR inte underställd verksamhetschef.

MAR ska då enligt lagstiftningen §24 HSL ha särskilt ansvar för

- att det finns rutiner för kontakt kan tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal i fråga om rehabiliteringsinsatser
- att beslut om delegering av rehabiliteringsinsatser innebär god säkerhet för patienterna
- att anmälan görs till nämnd om en patient i samband med rehabiliterande insatser eller i samband med användande av individuella hjälpmedel drabbats eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom

Sekundärt rehabiliteringsansvar kan omfatta exempelvis handledning och utbildning av personal, liksom den arbetsmiljötekniska delen av vården där arbetsterapeut och/eller sjukgymnast med sin kompetens bidrar till att vårdarbetet hos den enskilde blir så ändamålsenligt som möjligt.

⁵ Äldrecentrum 2009:2 Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Den rehabilitering som erbjuds de boende med gemensamma eller individuella aktiviteter såsom gruppgymnastik, musik, dans eller promenader omfattas inte av det individuella rehabiliteringsansvaret utan ingår i god omvårdnad. Till vissa delar kan sådana aktiviteter dock inkluderas i den individuella planeringen, och bör då dokumenteras som aktiviteter ingående i ADL-träning eller rehabilitering efter skada. Sjukgymnasters och arbetsterapeuters kompetens är därmed direkt eller indirekt av stor betydelse för dessa inslag i vården.

Staden har inte rehabiliteringsansvar som ingår i hälso- och sjukvård för de äldre som har hemtjänst och bor i eget boende. Rehabiliteringsansvaret i det egna hemmet åvilar landstingets primärvård. På delegation kan vårdbiträde utföra vissa arbetsuppgifter som kan behövas för den enskildes rehabilitering efter instruktion av arbetsterapeut eller sjukgymnast. Vårdbiträdet behöver också ha kunskap om de hjälpmedel omsorgstagaren har. För att uppnå ett rehabiliterande förhållningssätt i vårdarbetet ska vårdpersonalen vid behov ha rätt till handledning av rehabiliteringspersonal.

Stadens ansvar för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering

Ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården i staden vilar på varje stadsdelsnämnd som är att betrakta som sitt områdes Hälso- och sjukvårdsnämnd. Nämnden har därmed möjlighet att organisera sin tillsyn av hälso- och sjukvård på sätt som utifrån gällande lagstiftning är bäst anpassad till lokala förhållanden och behov.

Vård- och omsorgsboende i staden drivs såväl i kommunal som i privat regi eller genom entreprenader. Stadsdelsnämndernas utbud av boenden i egen eller enskild regi har sinsemellan stora variationer av olika driftsformer. Detta innebär även att MAS och därmed även MAR inte har likartade ansvars- och arbetsförhållanden i staden. Vissa stadsdelsnämnder har ingen verksamhet i egen regi, medan andra kan ha ett omfattande antal boendeplatser i egen regi.

MAS ansvar för den kommunalt drivna verksamheten är entydig enligt lagstiftningen. De upphandlingar av verksamheter som tidigare år har genomförts i staden har vanligen inneburit att stadsdelsnämndens MAS fortsatt att ha det medicinska ansvaret.

De avtal som staden tecknat med utförare om drift av äldreboenden som tecknats under senare tid har inneburit att utföraren förbinder sig att även ta ansvar för den del av vården som omfattar den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar. Verksamheten förbinder sig att ha en egen ”intern” MAS. Såväl staden som Socialstyrelsen har efter noggrant övervägande kommit fram till att ett sådant avtal är möjligt. Dock har varje kommun alltid fortsatt ansvar för att den vård som erbjuds är av fortsatt garanterad god kvalitet.

Den enskilda verksamhetens MAS har därmed ansvar för rutiner för kontakt med läkare, beslut om säkerhet vid delegering av vårduppgifter, avvikelserapportering och att anmälan görs till nämnd vid skada eller risk för skada för patient i boendet (Lex Maria-anmälan)⁶.

Stadsdelsnämndernas MAS har följt utvecklingen noga om vad ansvarsförändringen innebär i de nya avtalen. MAS har haft något olika inställning till hur långt den enskilda verksamhetens ansvar sträcker sig och när kommunens ansvar tar över. MAS:ar uppger att man letar efter nya vägar för samverkan med de privata vårdgivarnas MAS inom sina verksamhetsområden.

MAR-funktionen under försöksperioden

De båda tjänsterna som MAR utlystes under vintern 2008. Tjänsten i Enskede-Årsta-Vantör tillsattes i februari och tjänsten i de tre innerstadsstadsdelarna tillsattes i maj 2008. Båda MAR hade sjukgymnastkompetens och erfarenhet av att leda rehabilitering inom äldreomsorg.

Kungsholmen, Norrmalm och Östermalm har rehabiliteringsansvar i tre innerstadsområden med ett minskande antal äldre innevånare. Det absoluta flertalet äldreboenden drivs som entreprenader. Kungsholmen hade inga boenden i egen regi när försöket påbörjades, däremot kvarstod det övergripande medicinska ansvaret (MAS-ansvar) hos stadsdelsnämnden i de avtal som fanns med stadsdelsnämnden. Under senare delen av försöket har Kungsholmen återtagit äldreboende i egen regi.

Norrmalm och Östermalm driver några boenden i egen regi medan flertalet drivs som entreprenader och det finns olika former av avtal. Dels sådana där stadsdelsnämnden behållit det övergripande medicinska ansvaret, dels avtal där entreprenören har övertagit även medicinska ansvaret. Tillsynsansvaret varierar således beroende på hur avtalen med staden är utformade.

Enskede-Årsta-Vantör har en stor andel äldre befolkning. De flesta äldreboenden drivs i kommunal regi, men några har gått över i privat regi och då har även det övergripande medicinska ansvaret övergått till utföraren.

De båda MAR fick introduktion i sitt kommande ansvarsområde genom den presentation som respektive stadsdelsförvaltning erbjöd. De fick dock ingen av staden gemensamt tillhandahållen introduktion om stadens syfte och mål med projektet eller hur MAR-s ansvar skulle tolkas. De två MAR har tillsammans diskuterat aktuella arbetsområden och utvecklat arbetsformer och metoder. Båda MAR har tillsammans med sina MAS och förvaltningar upprättat uppdrags- och ansvarsbeskrivningar.

MAR i Enskede-Årsta-Vantör beskrev att tillsynsarbetet i stadsdelsförvaltningens äldreboenden har skett tillsamman med MAS och verksamhetsuppföljaren. MAR

⁶ Stockholms stad, Ramavtal om köp av enstaka platser i särskilda boenden Dnr 327-3492/2007

har då fokuserat på rehabiliteringsområdet och har med sin kompetens kunnat ställa uppföljande frågor beträffande rehabilitering och kunnat ge förslag på regelverk för medicintekniska produkter och fallskadeprevention. MAR och MAS har också tillsammans upprättat en uppdrags- och ansvarsbeskrivning utifrån Hälso- och sjukvårdslagen som klargör sjukgymnasters och arbetsterapeuters uppdrag och ansvar. På motsvarande sätt har en uppdrags- och ansvarsbeskrivning upprättats för sjuksköterskor.

MAR i Kungsholmen, Norrmalm och Östermalm har i stor utsträckning själv gjort uppföljningar i frågor om rehabiliteringsverksamhet, och besökt alla verksamheter, såväl kommunala som de som drivs i enskild regi. MAR har tagit del av alla avvikelserapporter och all dokumentation beträffande fall, medicintekniska produkter och andra frågor rörande rehabilitering. Betoning har varit på åtgärder, dokumentation, uppföljning och säkerhet.

MAR har i en projektplan för innerstaden stadsdelsförvaltningar redovisat mål för sitt arbete under projektiden

- Utarbeta arbetssätt för MAR avseende arbetsuppgifter, samarbetsformer och ställning i organisationen
- Utarbeta arbetssätt med förtydligade samarbetsformer och ansvarsfördelning mellan MAS, MAR och verksamhetschefer
- Förtydliga begreppen delegering, instruktion och handledning avseende rehabiliterande insatser
- Förbättra avvikelserapportering och dokumentation vid fall
- Revidera riktlinjer för medicintekniska produkter

Förutsättningar för en MAR-funktion

MAR i Enskede-Årsta-Vantör har haft en stadsdelsnämnd, en äldreomsorgschef, en ledningsgrupp och en MAS att samarbeta med. En omfattande del av stadsdelsförvaltningens äldreboenden finns i kommunal regi. Verksamheterna i förvaltningen har visat ett stort intresse för att utveckla rehabilitering i alla dess former. Ett väsentligt område har varit riktlinjer för att utveckla fallprevention ytterligare så att all vårdpersonal är involverade och att skapa teamarbete så att alla verksamhetens kompetenser kan samverka där målet är en god omvårdnad för den enskilde.

MAR i ”innerstaden” Kungsholmen, Norrmalm och Östermalm har haft tre olika nämnder, äldreomsorgschefer och MAS att samarbeta med. Endast en liten del av äldreomsorgens boenden finns i kommunal regi medan den väsentliga delen av boenden finns i enskild regi. Det finns också olika avtal om hur det medicinska ansvaret fördelas mellan förvaltningen och den privata utföraren. Det har av naturliga skäl varit svårare att överblicka och utarbeta rutiner för samarbete om rehabilitering. Samverkan i de angelägna rehabiliteringsfrågorna har utvecklats och verksamheterna söker samråd för att förtydliga och säkerställa kvalitet inom stadens rehabiliteringsverksamhet.

De båda MAR har haft olika förutsättningar och arbetet har utformats på olika nivåer. De har under projekttiden haft ett mycket nära samarbete så att alla erfarenheter och praktiska åtgärder ska nå ut så brett som möjligt.

I de två Storstockholms kommunerna Nacka och Södertälje som har MAR är erfarenheten av funktionen goda. Genom deras befattning understryks nyttan och nödvändigheten av att utveckla ett rehabiliterande förhållningssätt i organisationens alla delar. Det kan nämnas att i båda kommunerna arbetar MAR halvtid som verksamhetsutvecklare eller med verksamhetsuppföljning.

I övriga landet finns cirka 30 MAR-funktioner. Det är mera vanligt där kommunen även har ansvar för hemsjukvård. Kommunen har då även ansvar för den rehabilitering på individnivå som sker i hemmiljö. Det kan ge förutsättningar för att bygga upp ett rehabiliterande förhållningssätt hos personal i hela vårdkedjan. I Stockholms län har kommunerna inte ansvar för hemsjukvård. Förutsättningarna för MAR att skapa bästa möjliga funktionsförmåga i den enskildes hemmiljö kan därför skapas endast genom ett nära samarbete med landstingets primärvård och geriatrik genom samordnad vård och rehabilitering.

Vikten av en MAR-funktion

Äldrenämnden betonade i sitt beslut om ytterligare uppföljning några frågeställningar som det fanns särskilt behov av att belysa.

MAR-funktionens effekter för den enskilde

Planering, genomförande och uppföljning av all rehabilitering ska utgå från den enskildes behov och förutsättningar. MAR-funktionens effekter för den enskilde är ännu inte möjliga att belägga. Effekterna är mer långsiktiga och indirekta genom tydliggjord ansvars- och rollfördelning, liksom genom utvecklad säkerhet och kvalitet.

Det har under projekttiden varit angeläget att för yrkesutövarna inom rehabilitering visa på vikten av att praktisera sina yrkeskompetenser för den enskilde individen. Rehab-enheten ska inte vara en särskild del av det övriga omsorgsarbetet. Arbetet har gått ut på att skapa gemensamt ansvar *”Team är målet – att vara integrerad, inte separerad”*.

De två MAR har betonat att arbetet under försöksperioden har gått ut på att skapa gemensamt ansvar. Det har också varit centralt att visa yrkesutövarna inom rehabilitering vikten av att utöva sina yrkeskompetenser i vårdplanering, genomförande och uppföljning för den enskilde individen, och i mindre utsträckning en ”fixare” som tillkallas vid behov.

Redan nu kan effekter som gagnar den enskilde ses framför allt i det teamarbete som skapas i personalgrupper, där man gemensamt i personalgruppen lär sig planera för exempelvis förutsättningar för den enskildes utevistelse eller möjlighet att delta i måltider och aktiviteter.

MAR har i samverkan mellan staden och landsting kring rehabilitering för äldre med rehabiliteringsbehov t ex vid dagvård eller korttidsboende skapat en struktur för att kunna sluta individuella överenskommelser om vård- och rehabiliteringsplaner.

Utveckla det funktionsbevarande, rehabiliterande och aktiverande arbete inom äldreomsorgen

Uppdraget har i stor utsträckning handlat om att på verksamhetsnivå förtydliga rehabuppdraget – genom att på alla nivåer stödja personalen och få utrymme för ett rehabiliterande förhållningssätt.

Det har också funnits möjlighet att skapa nätverk med landstingets primärvård, framför allt för att skapa enhetlig syn på den enskildes behov vid hemgång eller vid flyttning mellan korttidsboende och hemmet.

Under försöket har MAR genom att medverka i verksamhetsuppföljningar, styrgrupper, utbildningar och kompetensutveckling och handledning

- förtydligt rehabiliteringsuppdraget
- betonat nödvändigheten av aktuell dokumentation
- skapat utrymme för ett rehabiliterande förhållningssätt
- skapat rutiner för kompetensutveckling
- utbildat handledare och uppmuntrat teamarbete
- förtydligt råd och stöd till verksamheter och verksamhetschefer
- skapat förutsättningar att samverka med landstingets primärvårds rehabiliterande verksamhet

Framtida ansvarsfördelning mellan MAS och MAR

Grundförutsättningarna för MAS och MAR finns i lagstiftning och förordningar. Den modell som MAS i stadsdelsförvaltningarna tillämpar och som i varje enskild stadsdelsförvaltning har utvecklats utifrån de behov och förhållanden som där finns skulle i allt väsentligt kunna användas även för MAR-funktionen. Eftersom de entreprenaddrivna och enskilda verksamheterna har olika avtal med staden har det varit nödvändigt att anpassa MAS-funktionen till detta. Detta skulle i så fall även gälla MAR.

Det som talar för en MAR- funktion är den lagstadgade behörighet och delegation att vidta åtgärder inom rehabiliteringsområdet. En MAR har skyldighet att genom tillsyn säkerställa den enskildes behov av rehabilitering, att individuella rehabiliterande åtgärder fullföljs och vid behov delegeras till vårdpersonal, att ADL-status upprättas och plan för att den enskildes vardagsnära funktioner blir så ändamålsenliga som möjligt. Tillsynen gäller även bemanning och personalens kunskap och motivation.

MAR:s ansvar gäller även att uppmärksamma t ex misstag och skador vid förflyttning eller vid användning av andra medicintekniska produkter. Det kan även gälla avsaknad av tillräckligt antal personer vid förflyttning eller att personalen inte har tillräcklig utbildning.

Kan arbetsuppgifter inom rehabiliteringsområdet skötas på annat sätt än med en MAR-funktion?

De intervjuade MAS och även äldrechefer anser att det är mest effektivt om MAS har det fortsatta kommunala ansvaret och att en framtida MAR eller motsvarande med sin kompetens har ansvar för den del av ärendet som avser rehabiliterande åtgärder, dokumentation, fallprevention och medicintekniska hjälpmedel.

Flertalet av de tillfrågade anser att det behövs en övergripande kompetens i staden som bevakar och utvecklar rehabilitering, fallprevention och medicintekniska produkter och som stöder verksamhetscheferna i deras utveckling av personalens arbete och förhållningssätt. Det finns inga uttalade önskemål om att dessa uppgifter kan utföras enbart av en MAR. Det finns också röster som menar att en person som inte har MAR:s ansvar har lättare att genomföra kompetensutveckling och riktlinjer på alla nivåer i äldreomsorgen.

Det är enligt de flesta intervjuade svårt att bedöma hur stort ansvarsområde en MAR – eller som några formulerat benämningen på den ”nya” yrkeskåren, *strateg med rehabiliterande kompetens* – kan ha. Att finnas organiserad i en gemensam funktion alternativt på en stadsdelsförvaltning med ansvar för ett antal stadsdelsförvaltningar är också frågor som inte projektet gett några uttalade svar på. De MAR som deltagit i projektet kan å ena sidan se fördelar med att finnas lokaliserade i en gemensam organisation eftersom kompetens och erfarenhetsutbyte då kan ske men kan å andra sidan se nyttan av att finnas på stadsdelsförvaltning som ger närhet till organisationen och verksamheterna.

Ansvarsförhållanden av tillsyn av äldreboenden som drivs på entreprenad eller i enskild regi

Tillsyn av rehabiliterande arbete i verksamheter som drivs på entreprenad eller i enskild regi kan genomföras av en MAR. Alternativet är som för närvarande i flertalet stadsdelsförvaltningar att MAS:s tillsyn omfattar hälso- och sjukvårdens alla aspekter, inkluderande rehabilitering.

De verksamheter som slutit avtal om att med ”intern” MAS ansvara för säkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvård har eget ansvar att fullfölja lagstiftningens intentioner. En tjänsteman med rehabiliterande kompetens kan inte utöva tillsyn enligt lagstiftningen i enskild driven verksamhet.

Ska en eventuell framtida MAR:s ansvar även omfatta ansvar för socialpsykiatri och omsorg och funktionshindrade?

Under försöket har MAR haft ansvar för äldreomsorgens rehabilitering. Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar även boende för funktionshindrade och socialpsykiatri. Projektet har varit ett uppdrag inom äldreomsorgen. Det finns dock anledning att om projektet övergår i ordinarie verksamhet att även dessa verksamheter kommer att ingå i en MAR:s ansvar. Verksamheterna har i vissa fall stora behov av rehabiliterande kompetens som följer personalen behov handledning och boendemiljöns behov av tekniska hjälpmedel och bostadsanpassning.

BEHOV AV MAR I FRAMTIDENS ÄLDREOMSORG

Försöket med två befattningar som MAR har med stor tydlighet visat behovet att lyfta fram rehabilitering som begrepp i hela äldreomsorgen och försöket har varit framgångsrikt. Såväl den enskildes individuella behov av åtgärder som vikten av att utveckla rutiner och styrdokument har poängterats. Verksamhetscheferna har fått sitt ansvar även för rehabilitering uppmärksammat och teamarbete för hela personalgrupper är under utveckling.

- De verksamheter/stadsdelsförvaltningar som inte varit delaktiga i projektet har ställt sig frågan om hur en eventuell ny MAR funktion i staden skulle organiseras. Det har uttalats tveksamheter om en MAR-funktion är det mest effektiva sättet att leda arbetet med att utveckla rehabilitering i stadens äldreomsorg. En strateg med rehabiliteringskompetens skulle ha större frihet att följa och råda verksamheterna, ordna utbildningar och skapa riktlinjer för hela staden menar dessa. En sådan funktion kunde organiseras i en egen funktion och ha hela staden som arbetsfält. Stöd, råd och utbildning kunde då även omfatta omsorg om funktionshindrade och socialpsykiatri. En sådan organisation skulle på sikt även gynna den generella inställningen till nödvändig vardagsrehabilitering. Även verksamheter i privat regi kunde ”beställa” utbildningar och kvalitetstillsyn i rehabiliteringsfrågor. Det medicinska ansvaret för Hälso- och sjukvård skulle därmed i sin helhet fortsätta att finnas hos respektive MAS.
- Under utredningens gång har det även funnits resonerande tankar om framtidens organisation för stadens MAS-ar. Allt eftersom andelen äldre i innerstaden minskar och ökar i ytterstaden ökar och de äldres rätt att välja boende, förändras äldreomsorgens förutsättningar. Stadsdelsnämndernas äldreboendens övergång i privat regi förändrar även MAS ansvar och arbetsformer. Dessa förutsättningar innebär att det kan finnas anledning att i en framtid se över hur stadens MAS organiseras och därmed kunde även stadens behov av MAR, hur många och i vilken organisation.
- De som i studien förordar att MAR är den mest effektiva formen för tillsyn och utveckling av rehabilitering, anser att den lagstadgade behörigheten som befattningen innebär ger tillsyn och uppföljning tydlighet och status. Det finns ingen enhetlig uppfattning om hur många MAR staden i så fall behöver, inte heller om det är mest effektivt att MAR finns organiserad centralt eller lokaliserade till stadsdelsförvaltningarna. Gemensam funktion skulle innebära kunskapsöverföring och likartad tillsyn över staden men närheten till verksamheterna skulle minska. Lokalisering till några av stadsdelsförvaltningarna skulle ge kontakt med verksamheterna och övrig hälso- och sjukvårdspersonal men minska närhet till övriga MAR.

Det kan också finnas anledning att överväga fördelning av arbetsuppgifter efter modell i Nacka och Södertälje så att befattningen som MAR även innefattar verksamhetsutveckling i någon form.

- Ansvaret för tillsyn för verksamhet på entreprenad bör i framtiden vara likartad och gynnas då av MAR-funktion med delegation att utföra de åligganden som framgår av 24§ HSL. MAR ska också betona verksamhetschefernas ansvar för rehabilitering och för de medicintekniska produkter som finns och används i verksamheten. Tillsyn av icke kommunalt drivna verksamheter bör i framtiden uppvisa ett likartat regelverk beträffande MAS och MAR i hela staden. MAR:s huvudsakliga områden skulle då vara tillsyn och uppföljning beträffande rutiner för rehabilitering inkluderande bl.a. fallskadeprevention och medicintekniska produkter.
- Det kommer att behövas styrdokument som tar fram och reglerar vad rehabilitering innebär för att tillsynen i framtiden ska bli trovärdig och effektiv. Likaså behöver ansvarsfördelningen mellan MAS och MAR regleras likartad över staden.
- Slutligen kan påpekas att allt efter som MAS och MAR funktionerna utvecklas och ansvarsområdena förändras blir det uppenbart att det saknas en högskoleutbildning som riktar sig till denna yrkesgrupp.

Bilaga 1; Rehabilitering inom kommunal äldreomsorg

Kommunens uppdrag omfattar rehabiliteringsverksamhet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) har huvudansvaret och dennas arbete kan kompletteras med en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

MAS:s och MAR:s arbete och ansvar fastställs i

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 24 §,
- Förordningen (1994:1290) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården 6§ (Åliggandeförordningen),
- Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1997:10, Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård.
- Förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet i Hälso- och sjukvårdens område (FYHYS)

HSL anger att det inom det område kommunen bestämmer ska finnas en sjuksköterska (MAS) som svarar för den kommunala hälso- och sjukvården. Ansvaret omfattar

1. Att det finns 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 säkerhet för patienterna
3. Att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen i hälso- och sjukvårdsverksamhet, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom

Lagtexten fastslår att *Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en sjukgymnast eller en arbetsterapeut (MAR) fullgöra uppgifterna.*

All hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering inom stadens ansvarsområde ska vara av god kvalitet och tillgodose hög patientsäkerhet. För detta ansvarar stadsdelsnämndernas MAS och verksamhetscheferna.

Kommunen/staden har inte rehabiliteringsansvar som ingår i hälso- och sjukvård för de äldre som har hemtjänst och bor i eget boende. Rehabiliteringsansvaret i det egna hemmet är landstingets primärvårdsansvar.

Bilaga 2; Begreppet rehabilitering

Varje kommun ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) erbjuda en god hälso- och sjukvård åt de personer som bor i särskilt boende inkluderande korttidsboende eller deltar i planerad dagverksamhet. I samband med sådan hälso- och sjukvård ska kommunen även erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen definierar begreppet i föreskriften SOSFS 2008:20 om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.

Rehabilitering:

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

Insats:

Handling som är inriktad på visst resultat

I Socialstyrelsens SOSFS:2008:1 beskrivs ansvar för medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter

Produkt som används för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra sjukdom. Produkt som används för att påvisa övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller funktionshinder, ändra eller ersätta anatomi eller en fysiologisk process

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ska, efter uppdrag av vårdgivarens uppdrag, ansvara för att endast säkra och ändamålsenliga medicintekniska produkter och till dem anslutna informationssystem används på patienter

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

Varje vårdgivare ska enligt Socialstyrelsens SOSFS 2005:5 ha rutiner för kvalitet och säkerhet. Rehabilitering innefattas i begreppet hälso- och sjukvård och arbetsterapeuter och sjukgymnaster innefattas i begreppet hälso- och sjukvårdspersonal. Staden har även ansvar för att säkra kvalitet i privat driven äldreomsorg. Rehabilitering som en del av hälso- och sjukvård ska ha uppföljningsrutiner som övrig hälso- och sjukvård.

Bilaga 3; Ramavtal om köp av enstaka platser i särskilda boenden för personer över 65 år⁷

28.1 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Utföraren/vårdgivaren svarar för att det i verksamheten finns en sjuksköterska som svarar för de uppgifter nämndens MAS har enligt 24 § punkterna 1-3 HSL och 2 kap 5§ förordningen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. När en boende drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom, ska vårdgivaren anmäla det inträffade till Socialstyrelsen (Lex Maria).

I detta ansvar ligger att denna person ska tillse att anmälan görs till berörd stadsdelsnämnd om den enskilde i samband med vård och behandling drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (lex Maria) För att detta system ska kunna genomföras ska Utföraren ha ett system för avvikelshantering.

Utföraren/vårdgivaren är skyldig att se till att personalen har ingående kunskaper om skyldigheten att rapportera avvikelser av betydelse för den enskildes säkerhet till den som hos Utföraren/vårdgivaren svarar för den lokala avvikelshantering.

⁷ Utdrag ur Dnr 327-3492/2007

Bilaga 4; Ramavtal med vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad åt staden

utdrag

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Entreprenören ska i boendet ha en MAS som ansvarar jml. hälso- och sjukvårdslagen 24 § och 2 kap 5 § i förordningen om yrkesansvar på hälso- och sjukvårdens område. MAS:en ska ha den kompetens som anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

I detta ansvar ligger att denna person ska tillse att anmälan görs till förvaltande och beställande stadsdelsnämnd om den enskilde i samband med vård och behandling drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (Lex Maria). För att detta system ska kunna genomföras ska entreprenören ha ett system för avvikelshantering.

Därutöver ska den förvaltande nämnden ha en MAS som ansvarar för uppföljning av att kraven säkerställs genom entreprenörens MAS.

Entreprenörens MAS ska informera den förvaltande nämndens MAS om avvikelser och förändringar i organisationen samt händelser och riskanalyser.

Entreprenören är skyldig att se till att personalen har ingående kunskaper om skyldigheten att rapportera avvikelser av betydelse för den enskildes säkerhet till den som hos entreprenören svarar för den lokala avvikelshantering.

Stockholms stad har på försök under 2008 inrättat två tjänster som medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Syftet var att utveckla det medicinska rehabiliteringsarbetet och säkerställa en fortsatt hög kvalitet och säkerhet. Försöket har visat behovet att lyfta fram rehabilitering i hela äldreomsorgen och försöket har varit framgångsrikt. Såväl den enskildes individuella behov av åtgärder som vikten av att utveckla rutiner och styrdokument har poängterats. En viktig del av MAR-arnas utvecklingsarbete har gått ut på att skapa gemensamt ansvar, teamarbete är målet. Effekterna för den enskilde kan förväntas uppkomma långsiktigt tack vare att en MAR kan bidra till förtydligad ansvars- och rollfördelning, liksom utvecklad säkerhet och kvalitet i rehabiliteringsarbetet.