

Kartläggning av
medicinskt ansvarig
sjuksköterska och andra
kvalitetssäkrande funktioner

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2014-4-12
Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2014

Förord

Denna kartläggning är ett av Socialstyrelsens egeninitierade uppdrag. Kartläggningen syftar till att beskriva den nuvarande funktionen för medicinskt ansvarig sjuksköterska (mas) samt att kartlägga hur kommunerna valt att organisera medicinskt ansvarig för rehabilitering (mar) och socialt ansvariga samordnarfunktioner. Vidare syftar kartläggningen till att synliggöra vilka utmaningar som dessa kvalitetssäkrande funktioner upplever för möjligheterna att fullfölja sitt uppdrag.

Kartläggningen kommer att ligga till grund för fortsatt diskussion inom myndigheten om eventuella åtgärder som behövs.

Rapporten har skrivits av utredarna Åsa Borén (projektledare) och Malin Bruce. Ansvarig enhetschef har varit Eva Wallin.

Taina Bäckström
avdelningschef
utvärdering och analys

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Brett uppdrag ger stort utrymme för att forma roll	7
Mar ses som tillgång i kvalitetsarbetet	7
Samordnarfunktionen har utformats mer oberoende av mas	8
Inledning	9
Bakgrund	9
Kartläggningens syfte och frågeställning	10
Metod	11
Medicinskt ansvarig sjuksköterska	13
Mas ansvarsområden	13
Mas i den kommunala organisationen	19
Förutsättningar och hinder för mas-funktionen	26
Medicinskt ansvarig för rehabilitering	29
Bakgrund till införandet av funktionen i kommunerna	29
Ansvarsområden för mar	30
Mar i den kommunala organisationen	31
Mar – bakgrund och erfarenhet	32
Socialt ansvariga samordnare	33
Bakgrund till införandet av socialt ansvarig samordnare	33
Samordnaren i den kommunala organisationen	33
Socialt ansvarig samordnares ansvarsområden	36
Avslutande diskussion	39

Sammanfattning

Ädelreformen 1992 innebar att kommunen tog över ansvaret för vissa sjukvårdsinsatser inom särskilt boende från landstingen. I samband med detta lagstodgades kravet på att kommunerna skulle ha en sjuksköterska med särskilt ansvar för kvalitet och patientsäkerhet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Samtidigt fastställdes att sjukgymnaster eller arbetsterapeuter kunde fullgöra dessa uppgifter inom den delen av hälso- och sjukvårdsinsatserna som rör rehabilitering.

Denna rapport redovisar Socialstyrelsens kartläggning av funktioner för kvalitetssäkring inom kommunal vård och omsorg. Kartläggningen omfattar medicinskt ansvarig sjuksköterska (mas), medicinskt ansvariga för rehabilitering (mar) samt liknande kvalitetsansvariga inom socialtjänsten, ofta kallade socialt ansvarig samordnare eller sas.

Brett uppdrag ger stort utrymme för att forma roll

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (mas) har ett arbete som sträcker sig över ett antal olika områden. Lagen beskriver funktionen på en övergripande nivå. Hur man väljer att arbeta med de olika områdena skiljer sig mellan olika kommuner och även hur man prioriterar mellan de olika uppgifterna. Kommunerna beskriver masens ansvar som brett. Det innehåller både proaktivt kvalitetsarbete och reaktiv kvalitetsuppföljning och tillsyn och kommunerna gör olika prioriteringar mellan dessa uppgifter. Många masar uppfattar det proaktiva arbetet som den viktigaste delen. Andra menar att detta område i deras kommun är relativt välförsett och därför fokuserar mer på uppföljning. En nackdel med det breda uppdraget är att det inte alltid finns tydliga förväntningar på rollen. Den ökande andelen privata utförare har också påverkat rollen, Socialstyrelsens kartläggning visar att det finns skillnader i tolkningen av vissa regelverk som rör funktionen och dess arbetssätt i förhållande till privata utförare. Detta kan delvis bero på att lagstiftningen i vissa fall är dåligt anpassad till att det finns flera vårdgivare inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Mar ses som tillgång i kvalitetsarbetet

Vissa kommuner har valt att införa medicinskt ansvariga för rehabilitering (mar) för att komplettera kommunens mas i arbetet som är specifikt riktat mot rehabiliteringsinsatser. Detta kan ses som en prioritering för att generellt främja rehabiliteringsinsatser och kvalitetsarbete. Funktionen ses som en tillgång för många masar som uppger att det är ett eget kompetensområde som de inte alltid kan axla tillfredsställande själva.

Samordnarfunktionen har utformats mer oberoende av mas

De senaste tio åren har vissa kommuner valt att införa mas-liknande kvalitetssäkrande funktioner med ansvar för insatser inom socialtjänsten. Dessa funktioner har från början haft sitt ursprung i mas-funktionen och utformades utifrån denna modell. Funktionen är dock inte lagreglerad. De går under flera namn, men i denna kartläggning benämns de socialt ansvarig samordnare. Den bild som framkommer i intervjuerna med sådana samordnare i olika kommuner är att arbetsområdet kommit att bli relativt fristående från mas-funktionen. Detta har gjort att funktionen kan se väldigt olika ut i olika kommuner. Men även i de fall där det finns flera socialt ansvariga samordnare i samma kommun ser deras arbete olika ut. Det finns idag några nätverk för socialt ansvariga samordnare som skapar grund för erfarenhetsutbyte. Dessa nätverk kan ha haft en viss påverkan på hur rollen har utformats i de kommuner som beslutat om införande.

Inledning

Bakgrund

I samband med ädelreformen 1992, övertog kommunerna ansvaret för utförande av vissa vård- och omsorgsinsatser inom särskilt boende för äldre. Ansvaret för läkarinsatserna stannade hos landstingen och i stället skapades krav på kommunerna att utse en sjuksköterska med särskilt ansvar för den hälso- och sjukvård som kommunen skulle tillhandahålla. För de flesta kommuner omfattade detta ansvar för vårdinsatser i äldreboenden, men vissa kommuner tog tidigt även över ansvaret för hemsjukvård inom ordinärt boende.

Funktionen har kommit att kallas medicinskt ansvarig sjuksköterska (mas), och är i dag en etablerad funktion i alla kommuner. Sköterskans uppdrag regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL och patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), PSF.

Samtidigt som kravet om mas infördes fick de områden av den kommunala hälso- och sjukvården som omfattar rehabilitering möjlighet att i stället ha en kvalitetsansvarig med utbildning inom rehabiliteringsområdet. Denna funktion kom att kallas medicinskt ansvarig för rehabilitering (mar) och personen skulle antingen vara arbetsterapeut eller sjukgymnast.

Socialstyrelsen gav 1997 ut allmänna råd (SOSFS 1997:10) om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård för mas-funktionen. Syftet var att råden skulle fungera som ett stöd i tolkningen av uppdraget. Sedan dess har förändringar skett i den svenska sjukvården, vilket kan påverka masarnas roll och möjligheter att fullgöra sitt ansvar. Exempelvis har andelen privata utförare av omsorgsinsatser ökat inom äldreomsorgen och därmed blir samverkan mellan olika parter allt viktigare för masarna. Utvecklingen går också mot att mer och mer avancerad vård kan utföras i hemmet.

Genom ädelreformen infördes ett krav på medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna men det lagstiftades inte om liknande funktioner inom socialtjänsten. Inom vissa kommuner har det dock utvecklats funktioner med mas-liknande uppdrag inom omsorgsområdet. Dessa har fått flera olika benämningar men vanligast är dock att funktionen kallas sas, vilket kan stå för socialt ansvarig inom socialtjänsten, samordningsansvarig inom socialtjänsten eller socialt ansvarig socionom.

Till en början utformades dessa kvalitetssäkrande funktioner med mas som förebild och fick en liknande utformning, samt också möjligen en större koppling till den egna masen. Kartläggningen syftar därför också till att belysa hur funktionen socialt ansvarig samordnare är utformad i de kommuner som infört funktionen.

Kartläggningens syfte och frågeställning

Kartläggningen ska beskriva den nuvarande funktionen för mas och mar samt synliggöra vilka utmaningar som de upplever för möjligheterna att fullfölja sitt uppdrag. Syftet är också att kartlägga hur kommunerna valt att organisera socialt ansvariga samordnarfunktioner. Ett annat syfte är att denna rapport ska öka kunskapen om vilka förutsättningar och hinder det finns för dessa kvalitetssäkrande funktioner att bidra till kvalitetsarbetet inom kommunal vård och omsorg.

Frågeställningar

Frågorna delas in i tre områden, ett för vardera funktionen som finns i denna rapport.

Kartläggningen av medicinskt ansvarig sjuksköterska har utgått från följande frågeställningar:

- Hur ser mas ansvarsområden och arbetsuppgifter ut idag? Vilka arbetsuppgifter inom det lagstadgade ansvaret i 24 § HSL och 7 kap. 3§ PSF utför mas och vilka övriga uppgifter utförs?
- Hur ser ansvarsfördelningen ut mellan vårdgivare, verksamhetschef för hälso- och sjukvård och mas?
- Finns det några problem med gällande regelverk (lag, förordning och allmänna råd), och i så fall vilka?
- Hur ser mas samverkansformer ut i förhållande till enskild verksamhet? Hur tolkas sekretessen mellan vårdgivare?
- Hur stort verksamhetsområde ansvarar en mas för? (Ingår LSS och hemsjukvård?) Hur stor volym ingår i uppdraget? (Finns fler masar i stora kommuner eller en mas för flera kommuner?) Vilken är den organisatoriska placeringen?
- Vilka förutsättningar och hinder finns idag för att mas ska klara sitt uppdrag? Har mas och vårdgivaren olika syn på detta, och vad skiljer i sådana fall?
- Vilken kompetens har mas idag?

Kartläggningen av medicinskt ansvarig för rehabilitering har utgått från följande frågor:

- Hur många kommuner har valt att ha en mar? I vilken utsträckning utför mar de uppgifter som är reglerade i 24 § HSL?
- Hur ser marens ansvarsområden och arbetsuppgifter ut i relation till de lagreglerade uppgifterna i 24 § HSL? Vilken är den organisatoriska placeringen?
- Finns det några problem med gällande regelverk (lag och allmänna råd), och i så fall vilka?
- Varför har dessa kommuner valt att ha en mar?
- Vilka förutsättningar och hinder finns för att klara uppdraget?

-
- Hur stort verksamhetsområde ansvarar en mar för? (Ingår LSS och hemsjukvård?) Hur stor volym ingår i uppdraget? (Finns fler marar i stora kommuner eller en mar för flera kommuner?)
 - Hur ser marens samverkansformer ut i förhållande till enskild verksamhet?
 - Vilka arbetsuppgifter utöver lagreglerade arbetsuppgifter utför en mar i sin tjänst?
 - Vilken kompetens har mar idag?
 - Hur ser samarbetet ut mellan mas och mar?

Följande frågor ligger till grund för kartläggningen av socialt ansvariga samordnare och tillsynsansvariga över socialtjänsten eller motsvarande funktioner inom socialtjänsten:

- Hur många kommuner har infört socialt ansvariga samordnare och tillsynsansvariga över socialtjänsten?
- Vilka ansvarsområden och arbetsuppgifter har dessa funktioner?
- Uttrycker personer som har dessa funktioner att de har behov av nationellt reglerande eller stödjande regelverk eller stödmaterial?
- Vilken kompetens har socialt ansvariga samordnare och tillsynsansvariga över socialtjänsten idag?
- Varför har dessa kommuner valt att ha dessa funktioner?
- Hur fungerar samarbetet mellan samordnare eller tillsynsansvarig och mas respektive mar?

Metod

Kartläggningen bygger på en intervjustudie samt en enkät som båda genomfördes under sommaren och hösten 2013 av Ramböll AB, på uppdrag av Socialstyrelsen.

Intervjuerna genomfördes huvudsakligen med medicinskt ansvariga sjuksköterskor, medicinskt ansvariga för rehabilitering, verksamhetschefer för kommunal hälso- och sjukvård samt personer med liknande uppdrag inom kommunal socialtjänst, det vill säga vad som ibland kallas socialt ansvarig samordnare eller liknande. I studien intervjuades

- 12 medicinskt ansvariga sjuksköterskor inklusive liknande funktioner hos privata utförare
- 7 medicinskt ansvariga för rehabilitering
- 12 ansvariga för kvalitet och säkerhet inom socialtjänsten
- 6 verksamhetschefer för kommunal hälso- och sjukvård
- 4 tillsynsinspektörer hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- 1 facklig representant från Vårdförbundet.

Intervjuerna kompletterades med en enkät till masar i ett antal kommuner. I enkäten ställdes även frågor om förekomsten av övriga funktioner som skildras i denna rapport, det vill säga mar och socialt ansvarig samordnare. Urvalet skedde med utgångspunkt i några kommunegenskaper som ansågs

vara relevanta att spegla. Framst gäller det kommunens befolkningsmängd, kommuntypen enligt indelningen från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt länstillhörigheten.

Urvalet bestod av masar från 102 av landets 290 kommuner, vilket motsvarar drygt en tredjedel av populationen. Alla kommuner tillfrågades inte utifrån bedömningen att ett mindre urval skulle räcka för att spegla populationen. Enkäten sändes ut via e-post och låg ute under cirka tre veckor. Under denna tid svarade 95 av 102 tillfrågade masar på enkäten. Det motsvarar en svarsfrekvens på 93 procent. Enkäten syftar till att beskriva läget i Sveriges kommuner. Socialstyrelsen bedömer att det utifrån detta urval går att dra generella slutsatser om läget i kommunerna, särskilt eftersom svarsfrekvensen var så hög.

Syftet med enkäten var att skildra hur mas i Sveriges kommuner tolkar sitt uppdrag, vilka typer av uppgifter man arbetar med samt vilka förutsättningar och utmaningar som finns för arbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Mas ansvarsområden

Mas är en funktion vars olika ansvarsområden är övergripande reglerade i olika lagar och förordningar. Det huvudsakliga regelverket är i stort sett detsamma som när rollen infördes. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:10) för funktionen är från 1997. Mycket i omvärlden har dock förändrats under den tiden - saker som kan ha kommit att påverka den funktion mas har fått. Dessutom kan kommunerna ha utvecklat olika arbetssätt och tolkningar av ansvaret knutet till funktionen.

Uppdraget utifrån hälso- och sjukvårdslagen

I och med ädelreformen fick kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och personer med funktionshinder. För att säkerställa att någon med medicinsk kompetens skulle ha ledningsansvaret för vissa medicinska uppgifter lagstodades även funktionen mas, vars ansvar beskrivs i 24 § HSL:

- Det ska finnas rutiner så att läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas när en patient behöver det.
- Beslut om delegering ska vara patientsäkra.
- Anmälan ska lämnas till ansvarig nämnd för den kommunala hälso- och sjukvården om en patient drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

I 7 kap. 3 §, PSF, finns ytterligare krav som ställs på mas. Enligt förordningen ska mas ansvara för att

- patienten får tillgång till säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- journaler förs i den omfattning som anges i patientdatalagen (2008:355), PDL
- patienten får den vård som läkare förordnat
- rutiner kring läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande.

Inom de verksamhetsområden som i huvudsak omfattar rehabilitering kan en sjukgymnast eller arbetsterapeut i stället fullgöra dessa uppgifter (24 § andra stycket HSL). Vissa kommuner har valt att införa en person som har det särskilda ansvaret för rehabiliteringsfrågor. I dagligt tal kallas denna funktion medicinskt ansvarig för rehabilitering (mar). Flera kommuner har dock valt att låta den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ha ansvar även för rehabiliteringsvården.

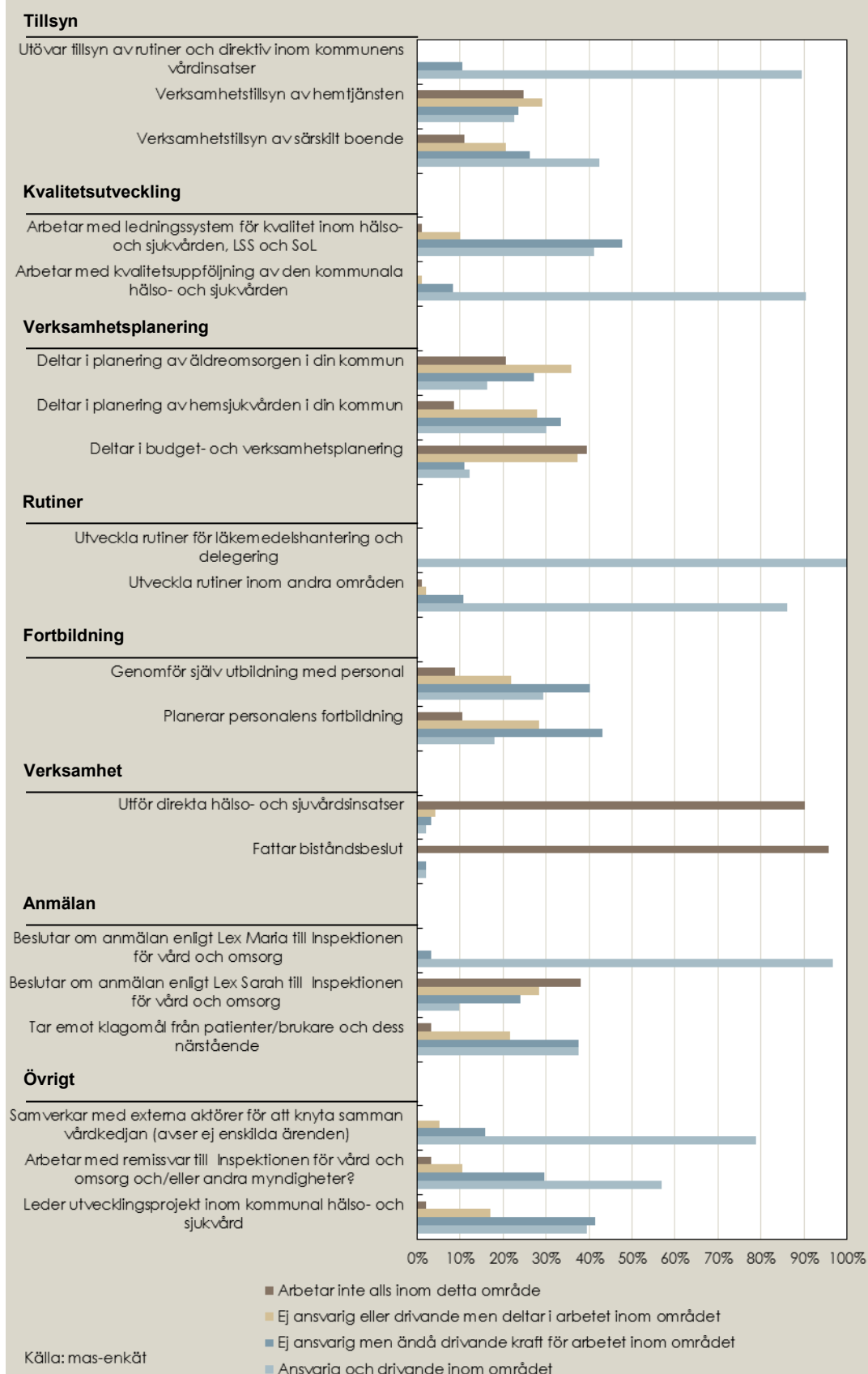
En annan roll som beskrivs i HSL är verksamhetschefen för hälso- och sjukvård, vilket också omfattar den hälso- och sjukvård som bedrivs inom

kommunens ansvarsområde. Verksamhetschefen har ett övergripande ansvar för verksamheten och behöver inte vara sjukvårdsutbildad enligt lag (jfr 29 § HSL). Hans eller hennes ansvar är att säkerställa patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet inom hälso- och sjukvården (29 a § HSL). Sett till lagstiftningen överlappar detta ansvar åtminstone till viss del mas uppdrag. Hur mas och verksamhetschef uppfattar denna eventuella tvetydighet är något som också behandlas i denna kartläggning.

Arbete med rutiner, kvalitetsuppföljning och tillsyn är viktiga ansvarsområden

Tidigare gavs en översikt över lagstiftningen som reglerar mas funktion och roll. Figur 1 ger en överskådlig bild av mas ansvarsområden i Sveriges kommuner. I enkäten fick masarna ange sina ansvarsområden genom att ta ställning till ett antal möjliga ansvarsområden och gradera sitt ansvar och informella engagemang inom respektive område. Alternativen som gavs var om mas var direkt ansvarig för området, var involverad i eller drivande i arbetet inom området eller inte involverad alls (de konkreta svarsalternativen framgår i figur 1). Detta ger en bild över mas ansvar och arbetsuppgifter i de olika kommunerna.

Figur 1: Arbetsområden och ansvar för mas.



Många uppfattar sitt mandat och ansvar som brett. Flera masar har i intervjuerna gett uttryck för att de uppfattar sitt mandat som brett. De har stora möjligheter att utforma sitt arbete efter det som uppfattas som extra viktigt för kvaliteten i vården i den aktuella kommunen. Lagar och förordningar beskriver ansvarsområdena på övergripande nivå men inte på vilket sätt och i vilken omfattning dessa uppgifter ska utföras.

I figur 1 framgår vilka arbetsuppgifter mas har i kommunerna. De arbetsuppgifter som utmärker sig är att skapa och införa rutiner inom läkemedelshantering och andra områden samt ansvarig för att följa upp kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården. Enligt tabellen är det framför allt arbetet med rutiner och uppföljningar som nästan alla mas ser som ansvar. Det är väldigt få som utför direkta hälso- och sjukvårdsinsatser eller fattar biståndsbeslut.

Samtliga uppger att de arbetar med att utveckla rutiner

Samtliga personer som har besvarat enkäten uppger att de är drivande i arbetet med att utveckla rutiner för läkemedelshantering och delegering. Hur mas arbetar med riktlinjer och rutiner och vilken vikt uppgiften tillskrivs varierar. Flera av intervjupersonerna ser detta proaktiva arbete med utformning och framför allt införande av rutiner som en av sina främsta uppgifter. De ägnar också mycket tid åt detta. Flera masar uppger dessutom att arbetet med att utforma rutiner inom den kommunala hälso- och sjukvården är extra aktuellt i och med kravet på att införa ett ledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, som trädde i kraft 1 januari 2012. En annan grupp av mas väljer att istället för detaljerade rutiner på verksamhetsnivå, utarbeta mer generella riktlinjer som ibland kan vara verksamhetsöverskridande. Därefter är tanken att de olika verksamheterna tar fram rutiner på egen hand utifrån de övergripande riktlinjer som mas tillhandahåller. Tanken med detta arbetssätt är att mas inte bör detaljstyra verksamheterna genom konkreta rutiner. Dessutom är det ett mer omfattande arbete att utforma detaljerade rutiner, vilket innebär att kraft tas från mer angelägna uppgifter. Även om man har fastställt och infört rutiner inom ett visst område behöver de ständigt ses över och revideras. Flera personer berättar att de deltar i detta revisionsarbete och att det är viktigt att verksamheten är med eftersom de vet vad som fungerar bra och vad som fungerar mindre bra.

Kvalitetsutveckling och införande av ledningssystem för kvalitet

Många masar uppger att kvalitetsutveckling, utredning och analys är viktiga ansvarsområden, och nästan alla uppger att de är drivande inom detta område. Kvalitetsarbetet innefattar att göra egna uppföljningar i form av arbetsgrupper och enkät- och intervjustudier, men även i att delta i regionala och nationella kvalitetsregister.

I enkäten ställdes också frågan i vilken grad mas medverkar i arbetet med ledningssystem för kvalitet. Cirka 40 procent uppgav att de var ansvariga för detta arbete och ytterligare 48 procent att de var drivande i arbetet, men inte ansvariga. De flesta medicinskt ansvariga sjuksköterskorna som intervjuats har haft en aktiv roll i att införa ledningssystem för kvalitet, men alla har inte haft en ledande roll.

Många arbetar med tillsyn och avvikelserapportering

Hur tillsynen och avvikelserapporteringen genomförs varierar mellan kommunerna. Drygt hälften uppgav att de är drivande i arbetet att genomföra tillsyn av särskilt boende medan knappt hälften anger att de är drivande i arbetet med tillsyn inom hemtjänsten.

Nästan alla uppgav att de exempelvis har ansvar för att besluta om anmälan enligt lex Maria till IVO. En senare fråga i enkäten gällde vem som beslutar om lex Maria hos privata utförare, som på uppdrag av kommunen utför hälso- och sjukvård. Även detta ansvar ligger ofta hos den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som finns hos kommunen.

Vissa masar beslutar även om anmälan enligt lex Sarah, men normalt sett ligger detta ansvar på någon annan funktion såsom enhetschef, verksamhetschef eller annan kvalitetsansvarig. Det finns ett visst samband mellan kommunens storlek och huruvida den medicinskt ansvariga sjuksköterskan är involverad i arbetet med lex Sarahanmälan. I kommuner med över 25 000 invånare är det cirka hälften som uppgav att de inte deltar i arbetet med lex Sarahanmälningar överhuvudtaget. I kommuner med mindre än 10 000 invånare är andelen cirka en femtedel.

Arbetet inom vård- och omsorgsverksamheten sker hela tiden i kontakt med brukaren. Det innebär gränsdragningar för hur långt man går i arbetet med att följa upp insatserna. Det flesta kommuner i urvalet har tagit över ansvaret för hemsjukvården från landstinget, men det framkommer i intervjuerna att masarna genomför tillsyn av särskilt boende i högre utsträckning än i ordinärt boende. Enligt flera masar är det svårt att genomföra tillsyn av hemtjänsten på samma sätt som särskilt boende eftersom insatserna inom hemtjänst och hemsjukvård äger rum hemma hos brukarna. Flera masar och socialt ansvariga samordnare angav i intervjuerna att de drar sig för att bedriva inspektioner hemma hos brukarna – helt enkelt för att det utgör ett alltför stort intrång i deras privatliv.

Överlappande ansvar med verksamhetschef sällan ett problem

Både den medicinskt ansvariga sjuksköterskan och verksamhetschefen har ett långtgående ansvar för kvaliteten och säkerheten i den kommunala sjukvården. I flera fall kan beskrivningen av uppgifterna för mas och verksamhetschefen framstå som överlappande. Trots detta berättar de flesta intervjupersonerna att ansvarsfördelningen mellan de båda rollerna ofta fungerar tillfredsställande, och att rollerna är lätta att skilja åt i praktiken.

I intervjuerna framkommer några viktiga skillnader mellan de båda rollerna: Tanken är att mas ska vara en relativt fristående kvalitetssäkrare, i jämförelse med verksamhetschefen som har ansvar för hela sjukvårdsverksamheten i kommunen. Mas beskrivs också ha ett övergripande ansvar att synliggöra missförhållanden som kan finnas inom den kommunala hälso- och sjukvården. Verksamhetschefen har sedan det övergripande ansvaret för att dessa missförhållanden förebyggs och åtgärdas när de uppkommer. Detta är dock ingen distinktion som görs i lagen utan snarare en tolkning som tycks varit naturlig för många masar att göra.

I vissa fall är mas och verksamhetschefen en och samma person, främst i vissa mindre kommuner med ett begränsat antal personer i ledningsfunktion. Enligt många är denna typ av delade stolar ett potentiellt problem för mas oberoende ställning i förhållande till verksamheten. För att bibehålla en del av mas-rollens oberoende fräntas denna delade funktion ansvaret för verksamhetens ekonomiska resultat. Detta anses av de intervjuade som en tillfredsställande kompromiss. Enligt dem är det direkt olämpligt att utöver mas-ansvaret även ha ansvar för budgetplanering. De anser att funktionens integritet då går förlorad eftersom en mas inte ska behöva ta hänsyn till ekonomiska faktorer i bedömningarna av verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Vissa uppfattar också att det är olämpligt med den beroende-ställning som mas får till verksamheten av att även vara verksamhetschef.

I figur 1 framgår att drygt en femtedel av de svarande uppger att de arbetar aktivt med budgetarbetet i kommunen. Det är vanligare i mindre kommuner med färre än 25 000 invånare.

Mas ansvar och befogenheter varierar mycket mellan olika kommuntyper. I många avseenden är det kommunens storlek som påverkar detta. Det är främst i mindre kommuner som en person kan vara både mas och verksamhetschef inom den kommunala vårdverksamheten, och som flera kommuner kan dela en mas.

Rollfördelningen mellan den medicinskt ansvariga sjuksköterskan och privat utförare

Sedan ädelreformens införande har även lagen (2008:962) om valfrihetssystem), LOV, tillkommit. LOV innebär att kommunerna kan införa ett valfrihetssystem för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lagen var en del av utvecklingen mot fler privata utförare av omsorgsinsatser i Sveriges kommuner. Drygt 75 procent av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna som svarade på enkäten uppger att det finns privata utförare i kommunen inom äldreomsorgen. Inom området funktionshinder är andelen något lägre.

Flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor berättar att införandet av valfrihet inom kommunal vård och omsorg har bidragit till att förändra deras roll. I vissa kommuner har mas ansvaret för tillsyn av boenden i både egen regi och på entreprenad. Det framkommer dock att det kan vara problematiskt att genomföra tillsyn och ansvara för avvikelserapportering på grund av vissa sekretessregler som begränsar tillträdet till journaler inom den enskilda verksamheten. Flera av masarna som intervjuades i denna studie

uppger att man i deras kommuner löser sekretessfrågan genom att helt enkelt be om patientens medgivande om de behöver gå in och läsa i journalerna. I vissa fall har detta också skrivits in i andra avtal om sekretess som skrivs på i samband med att brukaren registreras hos en utförare. För de flesta är detta inget problem utan tvärtom uppger flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor att många välkomnar denna typ av uppföljningsarbete. Vissa av intervju-personerna har uppgett att de inte vet om man har skrivit in några speciella klausuler i avtalet som ger mas rätten att läsa patientjournaler hos de enskilda utförarna.

Många kommuner som har privata utförare av omsorgsinsatser har också avtalat om att införa vad man kallar för medicinskt ansvariga sjuksköterskor hos de privata utförarna. Vid intervjuerna av dessa personer framkom att de upplever reglerna och rekommendationerna som otydliga när det gäller huruvida privata utförare kan och bör ha egna mas-funktioner. En intervjuperson berättar att hennes arbetsgivare har boenden som flera kommuner kan köpa boendeplatser på. Eftersom ett boende kan ha patienter hemmahörande i flera olika kommuner är det osäkert vilken medicinskt ansvarig sjuksköterska som bör ha ansvar för boendet. Hon menar att det blir en ohållbar situation när medicinskt ansvariga sjuksköterskor från flera olika kommuner genomför tillsyn på ett och samma boende.

I Uppsala kommun lade man 2003 ansvaret för den medicinskt ansvariga sjuksköterskan på utförarsidan. Det innebar att ansvaret enligt HSL delades mellan verksamhet i egen regi och entreprenader som utför vårdinsatser. Efter drygt tio år valde dock kommunen att ta tillbaka ansvaret. Anledningen var bl.a. att avvikelserapporter och utredningar enligt lex Maria inte hade hållit en acceptabel kvalitetsnivå.

Mas i den kommunala organisationen

En annan aspekt som kan påverka mas roll och funktion är de organisatoriska förutsättningarna. Det kan till exempel handla om att mas har en organisatorisk placering som medger att han eller hon kan genomföra sitt uppdrag och har ansvar för relevanta verksamhetsområden. Det kan också handla om att ha tillräckliga resurser för att genomföra sitt uppdrag och att kunna samverka med relevanta aktörer.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans organisatoriska placering

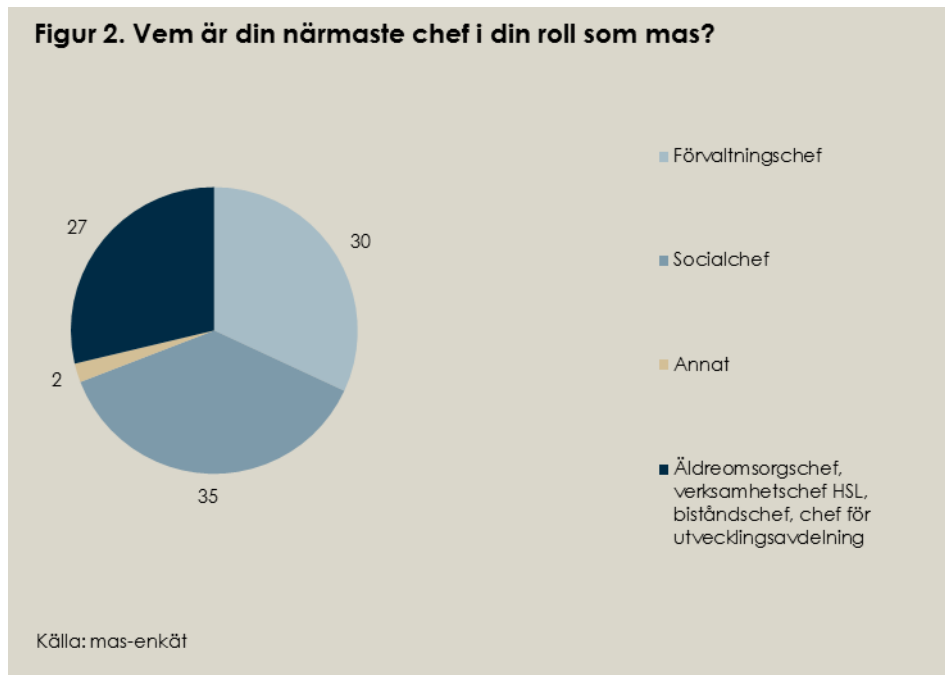
I lagstiftningen kring mas finns inga krav på hur funktionen bör vara organiserad eller placerad organisatoriskt. Detta avgörs helt av kommunen. Under mas-intervjuerna var det tydligt att en mas kan ha olika uppdrag och organisatorisk placering, och detta påverkar det inflytande personen får i sitt yrkesutövande.

I enkäten undersöktes den organisatoriska placeringen genom att fråga masarna vem i kommunen som var deras chef. Några förvalda alternativ angavs, bland annat de som framgår i figur 2. Många masar valde dock att ange chefsbeteckningarna i löptext på det öppna svarsalternativet. Dessa har

sedan sorterats in i olika kategorier beroende på vilken nivå de kan antas ha i organisationen. Som mall för denna tolkning har SKL:s indelning av kommunala chefer i A-, B- och C-chefer enligt en generell modell för hur kommunal förvaltning fungerar använts.¹

¹ Chefer i kommun och landsting, SKL 2011.

Figur 2. Vem är din närmaste chef i din roll som mas?



A-chefer är den högsta chefsnivån och omfattar chefer med övergripande ekonomi- och personalansvar. Bland dessa ingår förvaltningschef, socialchef och kommundirektör. B-chefer är chefer på mellanchefernivå. De har övergripande personal- och ekonomiansvar inom ett specifikt verksamhetsområde, exempelvis äldreomsorg eller individ- och familjeomsorg. C-chefer är första linjens chefer och benämningen motsvarar enhetschefer inom olika verksamheter.

Enligt diagrammet ovan angav drygt två tredjedelar av masarna att den närmaste chefen är förvaltningschefen eller socialchefen, vilket motsvarar A-chefer på högsta nivå i sina respektive förvaltningar. Detta innebär att mas ligger på en hög organisatorisk nivå. I en dryg tredjedel av kommunerna ligger mas under specifika verksamhetsområden. Då är bilden mer splittrad med många olika chefsbenämningar. Några grupper går dock att urskilja: Bland dessa 27 kommuner finns några masar som är placerade under äldreomsorgschefen, några är placerade på en utvecklingsavdelning, stabsfunktion eller liknande. Ytterligare några uppger att de är placerade under kommunens verksamhetschef för hälso- och sjukvården. Det är långt vanligare att mas befinner sig på en B-chefsnivå i större kommuner.

I enkäten ställdes även frågan om vilka förutsättningar som behövs för att kunna utföra sina uppgifter som mas, samt i vilken utsträckning man ansåg att dessa förutsättningar fanns i den egna kommunen. Två av dessa påståenden gällde den organisatoriska placeringen. Samtliga mas uppgav i enkäten att det var viktigt att befinna sig på en hög nivå i organisationen för att kunna påverka verksamheten. Det finns enligt masarna både för- och nackdelar med att funktionen har en verksamhetsnära placering eller en placering högt upp i organisationen. Under intervjuerna framkom även att flera kommuner har haft svårt att bestämma var funktionen bör vara

organisatoriskt placerad. Detta kan exemplifieras av citatet från en mas som arbetar i en större kommun:

Det behöver förtydligas lite vari beslutsnivån mas ska finnas. Det är viktigt vilken nivå masen befinner sig på i en hierarki. [...] Man kan förtydliga detta. Det står ju att man ska ha möjligheter, men kan förtydliga vad masens uppdrag är och på vilken nivå det ska utföras. [...] Vi har haft lite problem att se var masen ska befinna sig. Ena stunden ledningsgruppen andra inte.

Stabsfunktioner i större kommuner

När det gäller masens organisatoriska placering kan man se flera tydliga kopplingar till kommunens storlek. I mindre kommuner finns i regel en mas eller delad mas och dessa är i de allra flesta fallen placerade under en A-chef i organisationen, såsom en förvaltningschef eller socialchef. I större kommuner kan man skönja två vanliga lösningar. Vissa har flera personer som arbetar med kvalitet och uppföljning av vård- och omsorgsinsatserna i kommunen, såsom kvalitetscontrollers eller medicinskt ansvariga för rehabilitering samt socialt ansvarig samordnare. De organiseras ofta i någon form av stabsfunktion som kan ha en särskild chef eller ligga direkt under en A-chef, till exempel kommunens socialchef eller liknande. I vissa kommuner finns det flera masar. I somliga har man valt att dela in dessa funktioners ansvar i olika områden. En mas kan vara ansvarig för exempelvis äldreomsorgen medan en annan har ansvar för funktionshinderområdet i kommunen. Ytterligare specialfall är dock de större kommuner som är indelade i stadsdelar. Dessa stadsdelar kan i vissa avseenden likna mindre kommuner då de kan ha en hög grad av självständighet gällande budget och verksamhetsplanering i förhållande till den centrala organisationen.

Enligt masarna är det positivt att vara placerad högt upp i den kommunala organisationen eftersom man får en större överblick och lättare kan få relevant information om vad som är aktuellt i kommunen. Flera pekar även på att denna placering ger större möjligheter att genomföra en oberoende tillsyn och granskning i jämförelse med en verksamhetsnära placering. En mas förklarar det på följande vis:

Det optimala skulle jag tycka var att man kom utifrån. Jag kan likna mig själv med en internrevisor. Jag granskar det man bestämt ska finnas och hur det efterlevs.

Mas ansvarsområde breddas med ett större vårdutbud

Enligt lagstiftningen ska mas ansvara för att delegering av sjukvårdsuppgifter inom den kommunala hälso- och sjukvården är patientsäker samt för att vård som ordinerats av läkare utförs inom ramen för den kommunala hälso- och

sjukvården (jfr 24 § HSL och 7 kap. 3 § PSF). Vissa masar uppfattar att dessa sjukvårdsuppgifter ställer högre och högre krav på kommunen. Främst för att fler och mer avancerade sjukvårdsuppgifter i dag sker i hemmet än vad fallet var när ädelreformen kom. De äldre som bor hemma är också i regel sjukare i dag än tidigare, vilket också gör att vårdinsatserna i hemmet blir mer omfattande. Drygt 90 procent av respondenterna svarar att kommunen har tagit över ansvaret för hemsjukvården från landstinget. De flesta kommuner som ännu inte har tagit över hemsjukvården uppger dock att de ska göra det inom en snar framtid. Vissa masar efterlyser vägledning och tydliggörande från Socialstyrelsen på området delegering och vård i hemmet.

Masar i små kommuner har ibland andra befattningar också

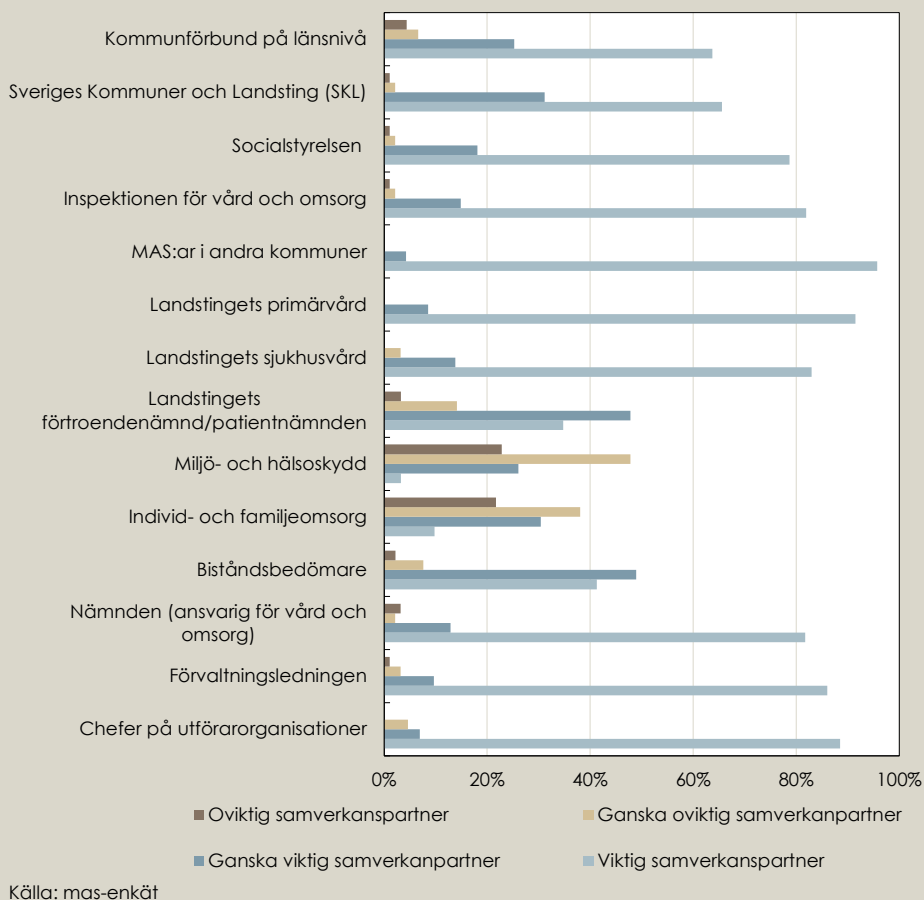
En annan aspekt som kan påverka masarnas förutsättningar är om de får tillräckligt med tid avsatt för sina uppgifter.

Drygt två tredjedelar av de masar som svarade på enkäten uppger att de arbetar heltid som mas. I små kommuner har en del även andra befattningar utöver detta ansvar, och fungerar exempelvis även som distriktssjuksköterska eller verksamhetschef. Det förekommer även att små kommuner i samma region delar på en mas. Nära 75 procent uppger att de arbetar som mas för hela kommunen och drygt fem procent har ansvar för flera kommuner. Några av de masar som ingick i intervjustudien är både verksamhetschef och mas, vilket ofta beror på att kommunen inte ansett sig ha tillräckligt med resurser för att hålla en separat mas-funktion.

Samverkan är viktigt för att mas arbete ska få genomslagskraft

Många masar ser samverkan med olika aktörer som en av de viktigare delarna av uppdraget. Samverkan kan syfta till olika saker, inte minst till att knyta ihop vårdkedjan för den enskilde som slussas mellan olika aktörer. Det gäller framför allt primärvården som ordinerar om vård som ska fortsätta i hemmet under kommunens uppsikt. Figur 3 visar översiktligt hur viktiga de olika aktörerna är som samarbetspartner, enligt masarnas enkätsvar.

Figur 3. I vilken grad samverkar du med följande aktörer?



Två samverkanspartner utmärker sig i olika sammanhang. Som tidigare nämnt landstingets primärvård och mas i andra kommuner. Landstingets primärvård är den viktigaste samverkanspartnern i mas praktiska uppdrag mot patienterna – att säkra vårdkedjan mellan landstinget och kommunen. I princip alla mas som svarade på enkäten uppger att primärvården är en viktig samverkanspartner.

Samverkan med landsting fungerar ofta bra

Samverkan med landstinget kan ske på många sätt och med många olika aktörer inom landstinget. Det finns bl.a. ansvarsnämnder inom landstingen. De anges vara en mindre viktig samverkanspartner än exempelvis primärvården. Formerna för samverkan med primärvården är många men det handlar ofta om att mas träffar lokalt ansvariga med en viss kontinuitet. Dessa möten kan gälla övergripande frågor om hur relationen fungerar mellan de olika vårdgivarna hos kommunen och landstinget men deltagarna kan också gå igenom enskilda patientärenden. Masen deltar dock inte då man diskuterar enskilda patientärenden eftersom denne inte medverkar i den patientnära vården. Men masen kan likväl behöva se till att även detta

samarbete fungerar på ett övergripande plan. Exempel på detta framgår i citatet nedan från en mas:

Jag skulle säga att jag samverkar med alla nivåer. [...] Jag har mycket bra samarbete med chefen på hälsocentralen. Det kan handla om att upprätta bra rutiner för läkemedelsgenomgångar. [...] Läkarmedverkan fungerar bra, vi får den tid vi behöver. Det är uppgjort att läkare och sjuksköterskor träffas varje vecka. Där talar man om patientärenden, men vid dessa tillfällen är jag inte närvarande. [...] En gång per år träffas man alla läkare i primärvården tillsammans med sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, all legitimerad personal från kommun och primärvård i kommunen.

Masarna beskriver att samverkan med viktiga externa aktörer oftast fungerar tillfredställande.

Omfattande samverkan med andra kvalitetssäkrare

Som tidigare nämnts har vissa kommuner kvalitetsansvariga inom flera olika områden. De är då ofta en viktig samarbetspartner för mas. Att vara mas kan vara en ensam uppgift eftersom de ofta är den enda kvalitetsgranskaren inom sitt område i kommunen. Därför är det enligt masarna viktigt att hålla kontakten med andra som har liknande uppgifter även om de har ett annat fokus i sitt arbete. Sådana personer kan vara mar eller socialt ansvarig samordnare i samma kommun, eller mas i den egna eller andra kommuner.

Eftersom alla kommuner har minst en mas finns det flera väl utbyggda nätverk genom vilka mas kan träffas för att utbyta erfarenheter. Dessa nätverk kan förmodligen ha en stor påverkan på utformningen av funktionen i de olika kommunerna, i kombination med historisk organisering och fokus för mas i kommunen. Större kommuner har ofta en kvalitetssäkringsstab som samlar dessa funktioner. Då minskar betydelsen av de externa mas-nätverken. Det sker också ett stort praktiskt utbyte inom mas-nätverken. De kan till exempel hjälpas åt med den omvärldsanalys som måste göras inom uppdraget, eller låna färdiga dokument av varandra som sedan införs i den egna kommunen. Sådana dokument kan vara rutiner för kommunen inom masens område, vilka kan delas och anpassas till lokala förhållanden. Detta samarbete gör också att rutinerna som skapas kvalitetssäkras av fler mas än bara kommunens egna.

Samverkan sker som nämnts också ofta internt, särskilt med de personer som har liknande funktioner. Det varierar i vilken grad mas uppfattar att det finns vinster med att samordna det praktiska arbetet, men i de allra flesta fall är kontakterna mellan rollerna goda och kollegor använder varandra som bollplank. En beröringspunkt är framför allt vid tillsyn. Eftersom det ofta rör sig om samma verksamheter som ska granskas samverkar mas ofta med socialt ansvarig samordnare vid tillsyn, även om de fokuserar på olika saker i verksamheten.

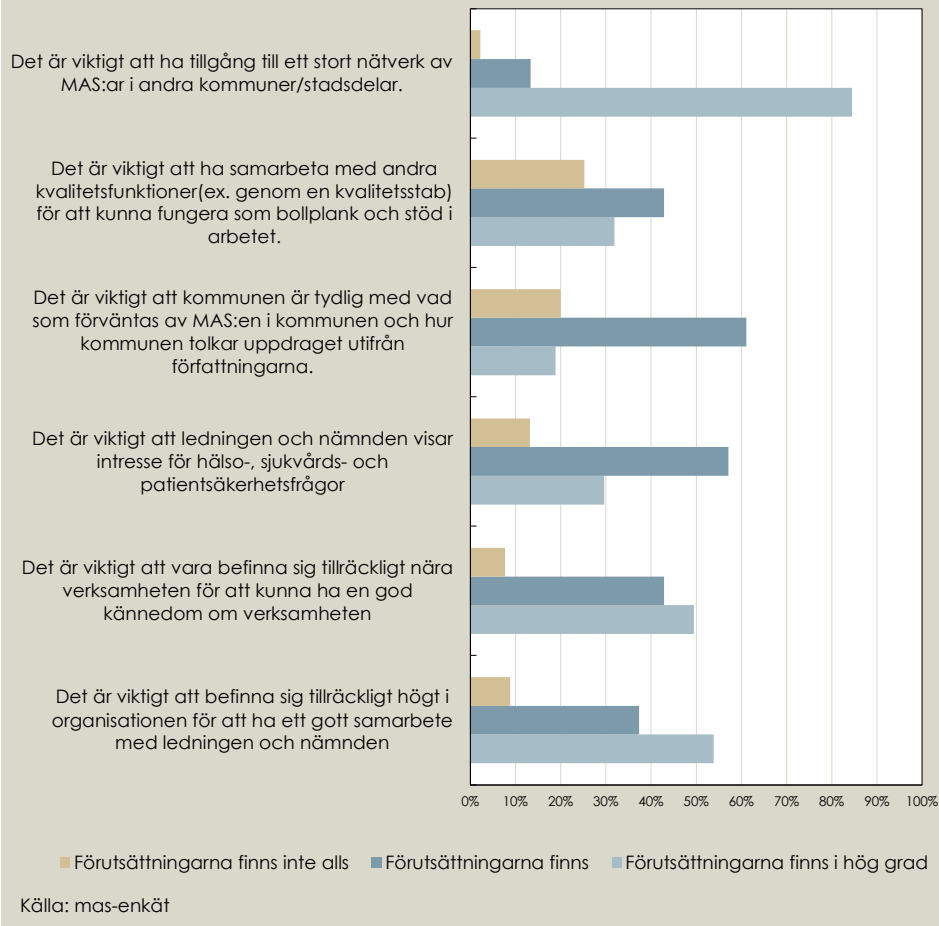
Samverkan med mar och sas fungerar bra. Ibland kan det bli frågor om vem som ska göra vad. [...] Men generellt så fungerar det bra. Vi sätter oss tillsammans eller gör en utredning. Vi kommer att arbeta mer med att verksamheten själva får ta över mer av utredningen av lex Maria. Vi har rutiner för hur dessa ska genomföras. De ska utreda det som händer inom deras verksamheter. Tidigare har det varit så att man sagt att "detta görs mas". [...] Klagomålen kommer in till sekretariatet som gör en bedömning av om det ska skickas till verksamheten, sas, mas etc.

En annan viktig aktör för mas är ledningsgruppen i den egna kommunen. Nämnden och förvaltningsledningen använder till exempel den kunskap som masen har som stöd i sitt arbete. Många masar uppger dock att nämnden och ledningen behöver intressera sig mer för sjukvårdsfrågor. Många masar har även en rådande och stödjande funktion till andra aktörer samt samverkar med universitet och högskolor.

Förutsättningar och hinder för mas-funktionen

I intervjuerna ägnades en del uppmärksamhet åt de faktorer som i hög grad påverkar masens möjlighet att göra ett bra jobb i kommunerna. I enkäten fick masarna ta ställning till två frågor angående några övergripande förutsättningar: först i vilken grad de ansåg dem vara viktiga för arbetet och sedan i vilken grad de ansåg att dessa förutsättningar fanns i deras kommun. Resultatet på den andra frågan framgår nedan. Nästan samtliga mas svarade dock att nästan alla områden var mycket viktiga. Därmed är det inte meningsfullt att särredovisa resultatet på frågan om dessa aspekter. I figur 4 framgår huruvida mas upplever att dessa förutsättningar finns i deras kommun.

Figur 4. I vilken utsträckning upplever du att dessa förutsättningar finns i din kommun?



Figur 4 redogör för mas svar på frågan huruvida olika förutsättningar för en framgångsrik mas-funktion finns i deras kommun.

Utmaningarna för mas kommer från flera håll. Många av intervju-personerna nämnde dock vikten av att ha ett stabilt mandat i kommunen och ett tydligt uppdrag, vilket kan omfatta flera olika aspekter. Utöver lagstiftningen finns det ofta en formell arbetsbeskrivning eller förväntningar på mas som kan påverka förutsättningarna för uppdraget, men mottagandet och intresset i kommunen för hälso- och sjukvårdsfrågor kan spela en lika stor roll.

Av de faktorer som mas fick ta ställning till i enkäten var det just tydligheten i förväntningarna på mas som flest upplevde som mindre välfungerande. På grund av masens breda roll upplever många att man lätt involverar sig i alltför många sammanhang som kan sluka mycket tid.

Tydlighet handlar om kommunens sätt att fungera men även om de krav som ställs på funktionen i lagar och förordningar. Vissa upplever att nya lagar inte beskriver mas del av ansvaret inom specifika områden, samtidigt

som verksamhetschefens ansvar specificeras. Detta kan enligt dem vara problematiskt eftersom båda har ett delat övergripande ansvar för kvaliteten och patientsäkerheten i kommunens sjukvård. I citatet nedan framgår exempel på denna ståndpunkt.

Jag tycker det är otydligt om hur det är tänkt med mas funktion i vissa lagar. Socialstyrelsen skriver ju mer om verksamhetschefen, det blir otydligt ibland vad verksamhetschefens och vad masens ansvar är.

Det finns de som också upplever att mandatet är snävt eller att de inte har den organisatoriska plats som gör att de kan vara så självständiga som de skulle behöva. I enkäten var det cirka hälften som uppgav att de i hög grad upplever att de har en lämplig plats i organisationen. Endast en tiondel upplevde att de inte har den organisatoriska plats som de borde ha.

Mas-rollen ställer krav på formell kompetens och personliga egenskaper

För att klara sitt uppdrag är det viktigt att masen har relevant kompetens. I 24 § HSL anges att mas ska vara en sjuksköterska. För att få arbete som sjuksköterska krävs legitimation och därmed även nödvändig akademisk examen (jfr 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen [2010:659], PSL). I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:10) från 1997 fylls specifikationen på med några ytterligare rekommendationer om vad mas behöver ha för kompetens. I intervjuerna med masar diskuterades både formell kompetens och personliga egenskaper som behövs för att klara uppgiften – vilken erfarenhet som behövs i rollen och vilken erfarenhet de själva har. Nästan samtliga mas uppgav att de har någon specialistutbildning i grunden. Det finns ingen specifik mas-utbildning, men det tycks vara vanligt att mas är distriktssköterska eller har en annan specialisering inom något område som är relevant för rollen.

Mas har ofta erfarenhet av att arbeta i kommunal verksamhet men även i landstinget. Många uppgav att detta ger en förståelse för hur landstingsverksamheten fungerar, vilket är viktigt eftersom landstinget är en betydelsefull samarbetspartner för mas. Vidare uppgav många masar att det är bra att man har erfarenhet av ledarskap, och vissa nämner en grundläggande förståelse för juridik eftersom arbetet med rutiner kan kräva den kompetensen. Dock poängterar flera intervjupersoner att det inte behöver vara en renodlad teoretisk eller akademisk juridisk utbildning utan kan vara kunskap som erhållits från erfarenhet eller mindre utbildningar.

Förutom praktisk erfarenhet är det enligt de intervjuade masarna även viktigt att ha rätt personlig kompetens, exempelvis att vara utåtriktad. Masarbetet är mycket varierande där man i sin yrkesroll träffar många olika aktörer och personer som verkar på olika nivåer i vårdsektorn. Vidare är det viktigt att kunna hantera konflikter. Anledningen är att en mas ofta behöver påtala fel och brister i verksamheten, vilket kräver pondus och integritet.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Av 24 § HSL följer att mas uppgifter inom rehabiliteringsområdet också kan utföras av en sjukgymnast eller arbetsterapeut. Funktionen kallas medicinskt ansvarig för rehabilitering (mar). Den är till skillnad från mas-funktionen inte lagstadgad; kommunen måste inte ha en mar och då är i stället mas ansvarig för rehabiliteringsområdet (jfr 24 § andra stycket HSL). I detta kapitel diskuteras inledningsvis bakgrunden till införandet av funktionen. Därefter beskrivs vilka ansvarsområden som mar har och avslutningsvis följer ett kort avsnitt om funktionens erfarenhet och kompetens.

Bakgrund till införandet av funktionen i kommunerna

Det finns inget krav på att kommunerna ska införa en särskilt medicinskt ansvarig för rehabilitering, men det är cirka en sjättedel av kommunerna som har infört funktionen. I Sverige finns 58 deltagare i det nationella mar-nätverket och den som ansvarar för deltagarlistan uppskattar att nätverket i princip omfattar alla mar även om det skulle kunna finnas ytterligare någon som inte är med i nätverket. Av dessa 58 mar är de flesta arbetsterapeuter, 42 stycken. De resterande 16 personerna är sjukgymnaster. Mar-nätverket uppskattar att antalet mar i Sverige har legat relativt konstant de senaste 3 till 4 åren, med en liten tendens till ökning av antalet.

Utifrån intervjuerna är det svårt att få en entydig bild av orsakerna till att införa mar-funktionen. Den har ofta funnits länge i de kommuner där den finns. Flera intervjupersoner vet inte vad som gjorde att kommunen införde funktionen då det gjordes. En mar menar dock att kommunens övertagande av hemsjukvården var en av de bidragande orsakerna till att man införde en mar i hennes kommun. Det innebar att man fick ansvar för en stor grupp relativt friska patienter där rehabiliteringsinsatserna var viktigare än tidigare.

Hur mas och mar delar upp arbetsuppgifterna mellan sig är inte helt självklart utan det finns vissa varianter. Ofta arbetar de sida vid sida, och framför allt inom tillsyn upplever många att det är konstruktivt med ett samarbete. I detta arbete verkar inte det överlappande ansvaret vara ett problem då man arbetar nära varandra vid tillsynen.

Vissa intervjupersoner berättar att de upplever att de lagar och föreskrifter som finns inte är helt tydliga när det gäller uppdelningen mellan mas- och mar-funktionens ansvarsområden. Ett exempel som lyfts är arbetet med medicintekniska produkter som kan ses som bådas ansvar.

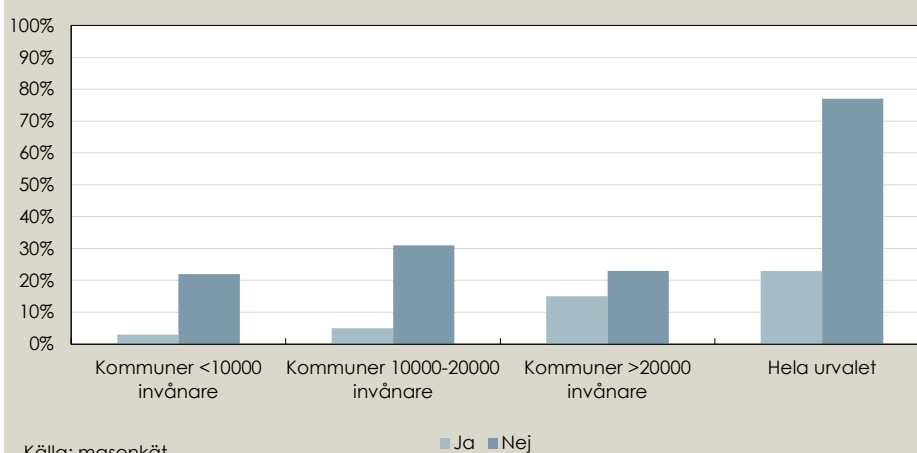
De flesta personer som intervjuats menar dock att ansvarsfördelningen fungerar bra i praktiken, även om man sällan gör en strikt uppdelning av

områdena. Arbetsuppdelningen tycks snarare vara pragmatisk i de fall de har överlappande ansvar.

Andel kommuner med mar

Detta är den första större kartläggningen av mar-funktionens förekomst i Sveriges kommuner. I enkäten till mas ställdes också frågor om förekomsten av mar. I detta avsnitt redovisas detta hos urvalet av kommuner.

Figur 5. Finns det en eller flera personer hos din kommun som är medicinskt ansvarig för rehabilitering (mar)?



Källa: masenkät

Av de 94 kommuner som svarade på enkäten uppgav 23 procent att de har en eller flera personer som arbetar som medicinskt ansvariga för rehabilitering. Detta stämmer i huvudsak överens med uppgifter från mar-nätverket om att det totalt finns 58 mar i Sveriges kommuner. Som visas i figur 5 är det något vanligare att kommuner med många invånare har infört en mar.

Många marar och även masar upplever att funktionen är ett välkommet tillskott till kvalitetsarbetet och att det är ett eget område som kräver sin profession. Många medger dock att det förmodligen inte är möjligt att införa mar i alla kommuner i dag. Framför allt inte i mindre kommuner, eftersom alla kommuner inte har de ekonomiska förutsättningarna.

Mar-nätverket uppgav som nämnts att funktionen har blivit marginellt vanligare under de senaste tre–fyra åren. Flera intervjuade marar och masar uttryckte däremot en oro för att mar-funktionen är på tillbakagång.

Ansvarsområden för mar

Då mar och mas har likalydande arbetsuppgifter inom sina respektive ansvarsområden ser många det som naturligt att de både funktionerna samarbetar i det dagliga arbetet. Flera berättar även att de samarbetar med andra kvalitetsansvariga i kommunen, såsom socialt ansvarig samordnare eller verksamhetsutvecklare. Det kan både handla om arbetet med riktlinjer och med införandet av dessa. Flera poängterar att det är viktigt att man i

hälso- och sjukvården ser patienten som en helhet och att den medicinska vården och rehabiliteringen går hand i hand.

Flera berättar att de samarbetar med de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna när det gäller tillsyn och anmälningar till IVO. Mas och mar har i allt väsentligt samma tillvägagångssätt eftersom de arbetar inom samma verksamhetsområde och utifrån samma lagstadgade funktion. Detta innebär att de ofta samarbetar, exempelvis inom tillsyn samtidigt som själva granskningen utförs med utgångspunkt i deras respektive ansvarsområden.

Mararna beskriver i likhet med masarna att de har ansvar för att utforma rutiner och riktlinjer samt för att införa dessa. Flera berättar att det är viktigt att bryta ner de riktlinjer och rekommendationer som till exempel Socialstyrelsen tar fram för att fungera på den lokala nivån. I detta arbete sker ofta samarbete med mas samt med personer som arbetar ute i verksamheten. Arbetet med rutinerna är ständigt pågående, och flera berättar att man återkommande behöver påminna arbetsterapeuter och sjukgymnaster om vilka rutiner som finns samt se till att dessa följs.

Liksom mas och socialt ansvarig samordnare upplever flera mar att arbetet kan bli ensamt. Därför är det värdefullt att ha kontakt med kollegor inom kommunen som arbetar med liknande uppgifter alternativt nätverk av mar i andra kommuner. Dessa kontakter beskrivs samtidigt som källor till material för utarbetandet av exempelvis rutiner. Nätverken kan vara nationella eller regionala. I nätverken kan deltagarna bolla frågor och lämpliga lösningar. Eftersom en viktig del av arbetet är att ta fram och implementera riktlinjer och rutiner samarbetar även flera intervjuade med personer ute i verksamheten. Det kan till exempel vara omvårdnadspersonal på äldreboenden.

Mar i den kommunala organisationen

Enkäten till masarna visar att mar-funktionerna ofta hänger samman organisatoriskt med mas. Av de 22 kommuner som enligt enkätstudien hade minst en mar var det 14 stycken som också uppgav att de var placerade på samma plats i organisationen som mas. I de fall där både mas och mar finns är funktionerna ofta ordnade i staber som organiserar de olika funktionerna som arbetar med kvalitetssäkring.

Vissa av de intervjuade mararna framhåller betydelsen av att funktionerna har samma organisatoriska placering, eftersom samverkan mellan dem är en mycket viktig förutsättning för funktionens arbete. Exempelvis uppgav en person att denne har en organisatorisk placering nära verksamheten medan den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i samma kommun är placerad direkt under nämnden. Enligt personen är denna skillnad olycklig och anser att detta bidragit till att kvalitetsarbetet inom rehabiliteringsområdet inte fått samma genomslag som den medicinska vården i verksamheten.

Mar – bakgrund och erfarenhet

Inom de verksamhetsområden som i huvudsak omfattar rehabilitering kan en sjukgymnast eller arbetsterapeut fullgöra den medicinskt ansvariga sjuksköterskans uppgifter (24 § andra stycket HSL). För att få arbete som sjukgymnast eller arbetsterapeut krävs legitimation för yrket och därmed även nödvändig akademisk examen (jfr 4 kap. 1 § PSL). Flera av de intervjuade marna har också vidareutbildning inom ytterligare områden, såsom juridik, statistik och ledarskap.

Samtliga intervjuade betonar vikten av att ha en gedigen erfarenhet av arbete som arbetsterapeut eller sjukgymnast. Flera uppger att de har erfarenhet av arbete inom både kommun och landsting och betonar att man behöver en bred verksamhetsbakgrund för att föra med sig erfarenheter av olika verksamheter in i kommunens rehabiliteringsarbete. Det kan också tjäna till att överbrygga eventuella skillnader i arbetssätt och inställning till rehabiliteringsområdet mellan kommuner och landsting.

Socialt ansvariga samordnare

En tredje funktion är socialt ansvarig samordnare. Den har inte sin grund i lagstadgade krav utan i enskilda initiativ från kommuner som velat satsa på kvalitetsarbetet. Därför har funktionerna fått lite olika namn runt om i kommunerna. I denna rapport används dock genomgående benämningen socialt ansvarig samordnare.

Bakgrund till införandet av socialt ansvarig samordnare

Att ha speciella kvalitetsansvariga inom kommunernas socialtjänst är inget nytt. Det har under lång tid funnits andra funktioner med varierande ansvar och befogenheter. Dessa kvalitetsansvariga eller kvalitetscontrollers kan arbeta på olika sätt, men typiska arbetsuppgifter är att sammanställa statistik och andra uppgifter som rapporteras uppåt till nämnden, Socialstyrelsen eller IVO.

Eftersom rollen inte kom till genom något lagstadgat krav har den utformats olika och fokuserar på olika områden i olika kommuner. Det finns alltså ingen enhetlig definition av funktionen och ansvaret i kommunerna.

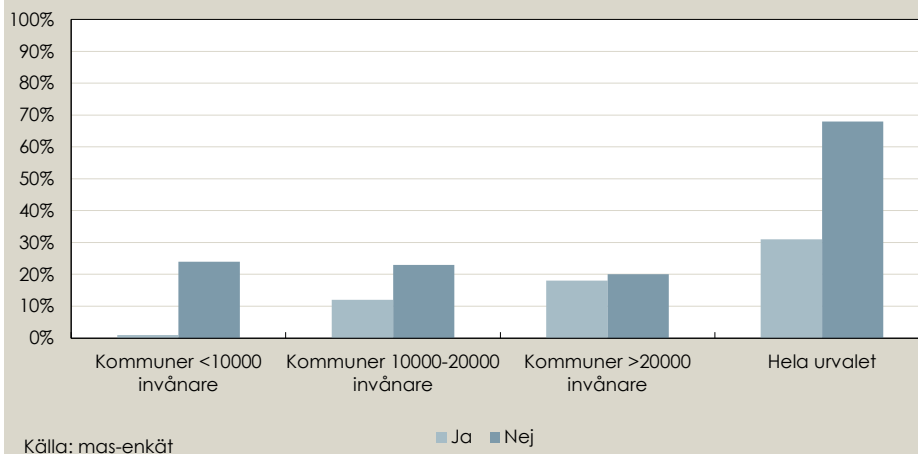
Många kommuner har valt att kalla funktionen för sas. I vissa kommuner är detta en förkortning för socialt ansvarig samordnare, och i andra en förkortning för samordningsansvarig för socialtjänsten eller socialt ansvarig socionom. Några kommuner har dock valt benämningen tillsynsansvarig över socialtjänsten (TÖS), för att poängtera vikten av tillsynsuppdraget. I följande kapitel behandlas socialt ansvarig samordnare och TÖS synonymt.

I några kommuner verkar dock de olika benämningarna leva sida vid sida, till exempel i Göteborgs stad där funktionerna har växt fram delvis oberoende av varandra i olika stadsdelar. Den första satsningen var att införa en tillsynsansvarig med benämningen TÖS i en stadsdel. Sedan dess har andra stadsdelar i kommunen valt att införa liknande funktioner med benämningen socialt ansvarig samordnare eller socialt ansvarig socionom.

Samordnaren i den kommunala organisationen

Eftersom socialt ansvarig samordnare är ett relativt nytt fenomen finns inga tidigare, omfattande kartläggningar av rollens förekomst i Sveriges kommuner. I den här enkätstudien fick man även svara på frågor om förekomsten av socialt ansvarig samordnare eller liknande funktioner inom kommunerna.

Figur 6. Finns det en eller flera personer som har liknande uppgifter som mas när det gäller kvalitet och säkerhet inom omsorgsverksamheten (SAS/TÖS)?



Av de 94 kommuner som svarade på enkäten uppgav 31 procent att det finns en eller flera personer som innehar en funktion liknande mas inom omsorgsverksamheten. Som visas i diagrammet ovan är det något vanligare att större kommuner har en socialt ansvarig samordnare. Enligt enkäten har samordnarfunktionerna ofta ett organisatoriskt samband med mas. Av de 29 kommuner som enligt enkätstudien har en särskilt kvalitetsansvarig för omsorgsverksamheten är funktionen i 26 fall placerad på samma plats i organisationen som mas. Ofta är funktionen organiserad i kvalitetsstaber som sorterar under socialcheferna, förvaltningschefen eller liknande på högre nivå. Mer sällan befinner sig en socialt ansvarig samordnare organisatoriskt inom funktions specifika områden såsom äldre-, individ och familje- eller funktionshinderomsorgen. Detta beror främst på kommunens storlek då kvalitetsstaber i första hand finns i större kommuner med många personer som arbetar med kvalitetsutveckling. Detta följer samma mönster som det som diskuterades i avsnittet om mas position i de kommunala organisationerna.

Det varierar också hur socialt ansvarig samordnare uppfattar sin relation till mas. Vissa vill framhålla att det är olika typer av funktioner eftersom områdena vård och omsorg ställer olika krav på kvalitetsarbetet. Andra betonar att det i princip är samma typ av uppdrag och understryker vikten av att ha en mas-liknande funktion även inom socialtjänsten.

Även om samordnarfunktionen inte är lagstadgad, och även om den i många kommuner kommit att likna mas verkar samordnaren själv ofta ha ett stort utrymme att utforma sitt uppdrag genom att prioritera de delar av uppdraget som känns mest relevanta. Det kan handla om att prioritera mellan å ena sidan uppföljning och tillsyn och å andra sidan mer proaktivt arbete med utbildning och utformning av riktlinjer och rutiner.

Även socialt ansvarig samordnare tycks vara vanligare i större kommuner.

Varför kommuner har infört socialt ansvarig samordnare

Utan lagkrav på en socialt ansvarig samordnare kan införandet av funktionen ses som en ambition och ett ställningstagande för att främja kvalitetsarbetet i socialtjänsten. Kartläggningen har visat att socialt ansvarig samordnare ofta fångar upp ansvar som annars är spridda i andra delar av verksamheten; ansvaret för lex Sarah är exempelvis något som vanligtvis ligger på cheferna för utförarorganisationerna. Enligt många av de intervjuade leder det ofta till att de behandlas styvmoderligt då cheferna inte har tid eller tillräckligt med rutin för att göra detta tillräckligt bra.

Flera socialt ansvariga samordnare har i intervjuerna också gett uttryck för att funktionen är viktig för att understryka vikten av omvårdnadsuppdraget i förhållande till sjukvården. Citatet nedan är taget från intervju med en socialt ansvarig samordnare som upplever detta.

Den stora vinsten med denna funktion är också att det finns en medvetenhet om att man strävar mot att båda lagstiftningarna är lika viktiga. När vi går ut tillsammans och möter enskilda. Tidigare har man känt att man haft en tyngd och därför har HSL fått en tyngd. Sen har SoL:s insatser kommit i tredje hand. Men vi har fått upp balansen kring detta.

Utifrån intervjuerna kan man grovt dela upp samordnarrollen i två kategorier beroende på om fokus ligger på den retrospektiva tillsynen eller på verksamhetsutvecklingen (inklusive utformandet av riktlinjer och rutiner) som är det tydligaste fokus för uppdraget. Hur uppdraget har formulerats och genomförts beror till viss del på orsakerna till att införa rollen.

När det gäller den retrospektiva tillsynsdelen är bakgrunden ofta att kommunen har infört ett kundvalssystem. För att få bättre kontroll på enskilda utförare tillsatte man en socialt ansvarig samordnare. Funktionen har då fått en tydlig prägel på den problemställning som finns, nämligen att kommunen måste säkra kvaliteten hos de tjänster som utförs i privat regi.

Det verkar dock vara vanligare att funktionen socialt ansvarig samordnare får en bredare roll som kvalitetsansvarig. Det kan till exempel handla om att ansvara för kvalitetsarbetet på en mer övergripande nivå.

Det finns inga entydiga orsaker till att införa en socialt ansvarig samordnare. Ofta handlar det om att kommunen av olika skäl fått anledning att se över kvalitetsarbetet och därtill sneglat på andra kommuner med goda resultat och lösningar som kan användas i den egna verksamheten. Socialt ansvarig samordnare kan då vara en av dessa lösningar som uppfattas som intressanta.

Ett tydligt exempel på detta är en socialt ansvarig samordnare i en större svensk stad som menade att de hade tittat på öppna jämförelser och sett vad som kännetecknar en kommun med god kvalitet inom omsorgen. Slutsatsen var att en drivande faktor kan vara att kommunerna infört socialt ansvarig samordnare, vilket skapade intresse för funktionen och gjorde att den infördes i den aktuella staden.

Den socialt ansvarige samordnarens bakgrund

Hur uppdraget utformas beror till viss del på anledningen till att införa funktionen i kommunen och således vilket problem kommunen rent konkret försöker komma till rätta med genom införandet. Utformningen kan också till stor del bero på bakgrunden hos den person som arbetar som socialt ansvarig samordnare.

I princip alla som arbetar som socialt ansvarig samordnare har en gedigen bakgrund inom socialtjänsten och god kunskap och insikt i kvalitetsarbete på en övergripande nivå. Många har utbildning motsvarande socionom eller inom vad som tidigare hette social omsorg.

Några av de socialt ansvariga samordnare som intervjuats kommer från tidigare länsstyrelsens eller numera IVO:s tillsynsenheter som ansvarar för att följa upp insatser inom socialtjänsten i Sveriges kommuner. De beskriver att det uppdrag de har i idag liknar det uppdrag de haft på den statliga myndigheten.

Att funktionen formas av den som har den blir extra tydligt i vissa kommuner där mas och socialt ansvarig samordnare formellt utformats lika. I vissa fall kan rollerna ha utvecklats olika just för att personen som har dem är van vid att arbeta på olika sätt. Detta kan få konsekvensen att de olika delarna av uppdraget prioriteras olika.

I intervjuerna diskuterades också vilka krav socialt ansvariga samordnare själva upplever att man bör ställa på funktionen. Intervjupersonerna framhåller några faktorer som viktiga för att göra ett gott arbete som socialt ansvarig samordnare och är relativt samstämmiga i detta. Utbildningsbakgrunden är något som nästan alla nämner men få intervjupersoner utvecklar detta vidare. I stället fokuserar många på vikten av erfarenhet av verksamheterna i allmänhet och kvalitetsarbete i synnerhet. Dessa socialt ansvariga samordnare menar att det är viktigt med långvarig erfarenhet för att få trovärdighet inom den verksamhet som man arbetar mot. Ledarskap är också en egenskap som är nödvändig enligt många. I detta fall handlar det om ledarskap i bredare mening då funktionen sällan har egen personal under sig. I stället rör det sig om förmåga att få folk att lyssna i kombination med mod för att framföra kvalitetskrav som ibland kan uppfattas som obekväma för kommunen att handskas med.

Socialt ansvarig samordnarens ansvarsområden

Uppföljning och tillsyn

Ett antal av intervjupersonerna har haft ett tydligt ansvar för att följa upp utförare av insatser, framför allt inom äldreomsorg. Tillsynen kan ske genom enkla formulär till cheferna och den socialt ansvariga samordnaren gör därefter uppföljningar tillsammans med ansvarig chef och personal. Tillsynen kan även ske genom en ambitiös granskning av omsorgsdokumentation. I en

kommun skedde uppföljningarna mer sällan men å andra sidan relativt ambitiöst:

Vi har verksamhetstillsyn på uppdrag. Det kan i princip röra sig om vad som helst som de vill att vi ska titta på. Vi genomför då deltagande observation, granskning av genomförandeplan, enkäter till brukare samt uppföljande intervjuer med brukare.

Detta skiljer sig från den löpande tillsynen som omfattar en mer begränsad datainsamling och mindre möjligheter till analys.

Hur tillsynen är organiserad kan variera mellan löpande tillsyn med fokus på att genomföra kontinuerlig granskning till granskningar som genomförs på grund av någon incident. Dessa tillvägagångssätt kan också kombineras, vilket citatet nedan är ett exempel på.

Vi har en bra dialog med våra utförare, såväl privata som kommunala. Vi träffas på övergripande nivå om avtalsuppföljning [...] Vi har en plan om att granska alla verksamheter under tre år. Sedan kan vi också genomföra granskningar på inrådan av nämnden eller om verksamheten själv vill bli granskade. Men det som styr och är det huvudsakliga är treårsplanen.

Vissa andra socialt ansvarig samordnare som ingått i intervjustudien har fokuserat i liten grad på tillsynsfunktionen. Detta tycks bero lika mycket på vilken bakgrund personen har som på bakgrunden till att funktionen infördes i kommunen. Tillsyn av verksamheter är en uppgift som tar tid och prioriteringen sker i relation till andra arbetsuppgifter.

Rutiner och riktlinjer

Det är vanligt att socialt ansvarig samordnare, i likhet med mas, har ansvaret för att utforma rutiner och riktlinjer i kommunens omsorgsverksamhet. Till detta uppdrag hör att bedriva omvärldsbevakning, inte minst av nytt material som kommer från Socialstyrelsen eller lagar och förordningar som införs inom området. Detta uppdrag kan också variera i omfattning beroende på vilket ansvar funktionen har för att utforma specifika rutiner eller mer generella riktlinjer för kommunen. I dessa fall överlåter socialt ansvarig samordnare i stället omvärldsbevakningen på utförarverksamheterna.

Till uppdraget att utforma riktlinjer och rutiner inom omsorgsverksamheten hör ofta också att bevaka införandet av dem. I de fall socialt ansvariga samordnare bedriver tillsyn kan även införandet bevakas och följas upp. Flera intervjupersoner uppger också att man ordnar utbildningar av verksamhetsrepresentanter – främst mot chefer inom utförarorganisationerna, men i vissa fall även direkt mot personalen.

Lex Sarah

Många socialt ansvariga samordnare får också ta hand om lex Sarah-anmälningar. Det formella ansvaret för att göra lex Sarah-anmälningar till IVO, åligger den som bedriver verksamheten, det vill säga socialnämnden

eller en enskild utförare beroende på om verksamhetens bedrivs i offentlig eller privat regi (jfr 14 kap. 7 § SoL). Denna arbetsuppgift har i många fall tilldelats den socialt ansvariga samordnaren i de kommuner som har en sådan. Fördelen med detta är liksom uppdraget i sig att kvalitetsgranskningen hamnar hos en aktör i kommunen som kan lyfta blicken eller besluta om att gå vidare med krav på att förändra verksamheten. Detta synsätt illustreras också i följande citat.

Fler kommuner skulle behöva införa sas. Vi tog inte lex Sarah-anmälningar på allvar innan. Vi har sedan dess exempelvis upptäckt brister i handläggningen. Så det är bra att vi nu lättare kan sätta fingret på problemet genom att vi utreder lex Sarah på ett bättre sätt.

Samverkar med mas

Samverkan mellan socialt ansvariga samordnare och mas sker främst på två sätt, nämligen genom att dela gemensamma arbetsuppgifter och genom att hjälpa och stötta varandra i respektive funktioner.

Ofta samverkar socialt ansvariga samordnare med den kommunala masen i dagliga arbetsuppgifter. I många kommuner ingår de i en kvalitetsstab där de planerar sitt arbete gemensamt. De styr förstås mot olika lagstiftningar, men funktionerna tycks delvis formas av varandras arbetssätt. Samverkan mellan dessa funktioner blir mest tydligt när det gäller tillsynen av verksamheter, vilket illustreras i citatet nedan från en intervju med en socialt ansvarig samordnare.

Organisatoriskt är vi likställda och rent fysiskt sitter vi rummen bredvid varandra. Vi jobbar nästan i samverkan i de flesta delarna. Vi gör våra tillsyner ihop, samarbetar i arbetet med att ta fram nya rutiner. Arbetsuppgifterna går ihop. Det är samma brukare vi möter och ger insatser till. Det är en jättestyrka i verksamheterna.

Ett återkommande tema i intervjuerna är att många socialt ansvariga samordnare, men också mas och mar, har ett stort behov av personer som stöttar och agerar som bollplank i det dagliga arbetet. Socialt ansvariga samordnare har brett mandat och kan påverka sitt eget arbete i hög grad, vilket också innebär ett stort ansvar för att utforma funktionen. Samtidigt är socialt ansvariga samordnare ofta ensamma i dessa avvägningar, vilket ger ett stort behov av att stämna av och rådfråga andra med liknande funktioner. De flesta socialt ansvariga samordnare som deltog i denna intervjustudie har påtalat behovet av att bolla denna typ av frågor även om det varierar vem man samverkar med på detta vis. Det kan vara mas i den egna kommunen, men också ofta någon i ens nätverk. Det finns också några sas-nätverk som lever vid sidan av varandra och en naturlig väg är att socialt ansvariga samordnare söker sig till sitt nätverk.

Avslutande diskussion

Denna rapport redovisar en kartläggning av kvalitetssäkrande funktioner inom kommunal vård- och omsorgsverksamhet. Kartläggningen omfattar funktionerna medicinskt ansvarig sjuksköterska (mas), medicinskt ansvarig för rehabilitering (mar) och liknande funktioner inom socialtjänsten som ofta kallas socialt ansvarig samordnare.

Alla kommuner har en mas-funktion och den är tydligare och mer avgränsad än de liknande funktionerna som finns inom omsorgsverksamheten, dvs. socialt ansvarig samordnare. Mar finns i 23 procent av kommunerna, och socialt ansvarig samordnare i 31 procent av kommunerna.

De allra flesta mas, mar och socialt ansvariga samordnare ser positivt på sitt arbete och möjligheterna att nå fram med kvalitetsarbetet. De personer som intervjuats har diskuterat vad man ser som möjliga problem, men oftast anser de inte att dessa problem är avgörande för sitt arbete.

Övergripande visar kartläggningen att mas ofta har en respekterad funktion i kommunen och har en placering på hög organisatorisk nivå. Masarna upplever att samarbetet fungerar bra både internt och externt. De masar som intervjuades i denna studie anser att eventuella tvetydigheter ofta löses i samråd med nätverk eller kollegor. Det finns dock några områden som i bland upplevs problematiska.

I kartläggningen framkommer att förutsättningarna för en framgångsrik mas-funktion inte alltid finns. Då är det främst två viktiga förutsättningar som masarna saknar; tydliga förväntningar på funktionen och samarbete med andra kvalitetsfunktioner.

Ett annat område är ansvarsfördelningen mellan verksamhetschef och mas. I vissa mindre kommuner är mas-funktionen samordnad med verksamhetschefen enligt HSL, vilket vissa ser som en mindre bra lösning eftersom mas-funktionen ska vara så fristående som möjligt från förvaltningen för att kunna kritisera verksamheten med ett utifrånperspektiv.

En annan fråga för kartläggningen var huruvida det finns några problem med gällande regelverk (lag, förordning och allmänna råd). Vissa masar upplever att mas-funktionens ansvar inte är specificerat i lika hög grad som verksamhetschefens ansvar i ny lagstiftning, vilket de upplever kan skapa olika tolkningar om vem som har ansvaret i en viss fråga. Vissa masar önskar också att Socialstyrelsen skulle kunna hjälpa till med att tydliggöra och vägleda på området delegering och vård i hemmet.

Studien visar också att det finns skillnader i tolkningen av vissa regelverk som rör mas-funktionen och dess arbetssätt. Framför allt har dessa tolkningsdiskrepanser uppstått i ljuset av att allt fler enskilda utförare har etablerat sig runt om i landet och av att lagstiftningen i vissa fall är dåligt anpassad till att det finns flera vårdgivare inom den kommunala hälso- och sjukvården. Inte minst gäller detta tolkningar av möjligheten att lägga ut mas ansvar på privata utförare, att ansvara för lex Maria hos en annan vårdgivare,

eller att bedriva journalgranskning hos en annan vårdgivare. Exempelvis är det ofta en kommunal mas som ansvarar för lex Maria-anmälningar även hos privata utförare. Detta är dock en uppgift som enligt lag ligger på vårdgivaren – i detta fall den privata vårdorganisationen.

Införandet av en mar i kommunerna innebär en frivillig satsning på kvalitetsarbetet med rehabiliteringsinsatserna inom den kommunala hälso- och sjukvården. De kommuner som satsar tid och pengar på att införa funktionen har tillräckligt stor volym av rehabiliteringsinsatser för denna typ av kvalitetsarbete och har resurser för att realisera detta. Kostnaden verkar vara en viktig faktor vilket gör att det främst är större kommuner som tycks ha möjlighet att införa mar. Samverkan mellan kommuner skulle dock vara en möjlighet för mindre kommuner att få tillgång till mar.

De socialt ansvariga samordnare som intervjuats i denna studie upplever inte att de har ett behov av vägledning. Många uppgav däremot att de tycker att lagstiftaren borde ställa krav på att införa en funktion för kvalitetsfrågor inom äldreomsorgen.

Funktionen socialt ansvarig samordnare uppkom förmodligen från början eftersom kommunerna såg ett behov av att införa en funktion med masliknande arbetssätt inom den kommunala omsorgsverksamheten. Detta har välkomnats av många, inte minst för att det skapar ett större fokus på kvalitet inom omsorgsverksamheten. Vissa samordnare upplever att man tidigare alltför ensidigt har fokuserat på hälso- och sjukvården och att omsorgsinsatserna fallit i skymundan och betraktats som mindre viktiga.