

Inspel till utredningen om nationellt samordningsansvar för vårdhygien

– små och medelstora privata utförares perspektiv

Små och medelstora privata utförare utgör en betydande del av vård och omsorg i Sverige. Ett nationellt samordningsansvar för vårdhygien bör därför utformas med beaktande av deras organisatoriska förutsättningar och roll i vårdsystemet. Följande inspel belyser hur vårdhygienkompetens försörjs i dag, vilket stöd som finns, identifierade förbättringsbehov samt överväganden kring ansvarig samordnande myndighet. Avslutningsvis lämnas ett särskilt inspel rörande samverkan mellan kommunal MAS och privata utförares medicinska ledningsfunktioner samt en kommentar kopplad till IVO:s krav på MAS avseende tillståndspliktig verksamhet

1. Försörjning av vårdhygienkompetens

Nuvarande struktur präglas av hög kompetens men begränsad samordning

Mindre privata utförare inom vård och omsorg saknar i regel egna vårdhygienorganisationer eller särskilda vårdhygienfunktioner. Försörjningen av vårdhygienkompetens sker i stället genom interna medicinska ledningsfunktioner, såsom MAS-liknande roller, genom upphandlade externa konsulter samt i viss mån genom regional vårdhygienkompetens.

Kompetensen är ofta hög och nära knuten till den dagliga verksamheten, men tillgången är fragmenterad och i stor utsträckning personberoende. Detta medför sårbarhet, särskilt vid personalomsättning eller vid behov av snabb förstärkning av kompetens, exempelvis vid smittspridning eller utbrott.

För mindre privata utförare saknas i dag en strukturerad och likvärdig tillgång till samordnat vårdhygienstöd på regional och nationell nivå. Ett nationellt samordningsansvar bör därför bidra till ökad tillgänglighet, kontinuitet och likvärdighet i tillgången till vårdhygienkompetens.

2. Stöd från huvudmännen respektive statlig nivå

Olikvärdigt kommunalt stöd och fragmenterad nationell vägledning

Mindre privata utförare upplever att stödet från kommunala huvudmän i vårdhygienfrågor varierar avsevärt mellan olika kommuner. Stödet är ofta inriktat på uppföljning och kravställning, medan strukturer för dialog, gemensam analys och proaktivt utvecklingsstöd är mindre utvecklade.

Särskilt i vårdhygienfrågor som berör flera utförare och huvudmän saknas ofta formaliserade former för samverkan. Detta innebär att hanteringen av vårdhygienrisker i hög grad blir personberoende och därmed mindre robust över tid.

Det statliga stödet inom vårdhygienområdet upplevs samtidigt som fragmenterat och generellt utformat. Mindre privata utförare har begränsade organisatoriska och administrativa resurser att tolka och omsätta parallella rekommendationer från olika nationella aktörer till praktiskt tillämpbara arbetssätt i den egna verksamheten.

Ett nationellt samordningsansvar bör därför syfta till att samla, tydliggöra och operationalisera statligt stöd på ett sätt som även är anpassat för små och medelstora utförare.

3. Förbättringsbehov inom vårdhygienområdet

Behov av stärkt samordning snarare än ytterligare detaljreglering

Identifierade förbättringsbehov inom vårdhygienområdet bedöms i första hand avse brister i samordning, ansvarsfördelning och samverkan, snarare än bristande kunskap om eller efterlevnad av basala hygienrutiner.

Utmaningarna är särskilt tydliga i verksamheter där kommunala huvudmän, privata utförare och regional hälso- och sjukvård samverkar kring samma individer. Otydliga mandat och avsaknad av gemensamma arbetssätt riskerar att fördröja åtgärder, minska möjligheterna till lärande och försvåra ett förebyggande vårdhygienarbete.

För små och medelstora privata utförare finns ett särskilt behov av att nationell samordning stärker tydlighet, förutsägbarhet och gemensamma tolkningsramar, snarare än inför ytterligare detaljreglering.

4. Val av myndighet för nationellt samordningsansvar

Behov av koppling till vårdens styrning och patientsäkerhet

För små och medelstora privata utförare är det av central betydelse att ett nationellt samordningsansvar för vårdhygien placeras nära vårdens organisering, styrning och patientsäkerhetsarbete. Samordningen bör integreras i befintliga strukturer för ledning och kvalitet i vård och omsorg, snarare än utformas som ett parallellt system.

Mot denna bakgrund bedöms Socialstyrelsen ha bäst förutsättningar att bära ett nationellt samordningsansvar för vårdhygien. Myndigheten har ett etablerat uppdrag inom vårdens normering, patientsäkerhet och styrning samt en tydlig koppling till kommunal hälso- och sjukvård och privata utförare.

Samtidigt är Folkhälsomyndighetens kompetens inom smittskydd, epidemiologi och beredskap av stor betydelse. Ett effektivt nationellt samordningsansvar förutsätter därför en nära och tydligt reglerad samverkan mellan myndigheterna.

Avslutande sammanfattning

Ett nationellt samordningsansvar för vårdhygien bör utformas så att det stärker samverkan, tydlighet och lärande mellan huvudmän och utförare. För små och

medelstora privata aktörer är ett stödjande, samordnat och förutsägbart system avgörande för att uppnå god vårdhygien och därmed en god och säker vård.

5. Särskilt inspel: Samverkan mellan kommunal MAS och privata utförares medicinska ledningsfunktioner

– ett juridiskt och styrningsmässigt spänningsfält

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) ett lagstadgat ansvar för att säkerställa god och säker vård enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Detta ansvar följer av kommunens huvudmannaskap och kan inte överlåtas till enskild utförare. Det juridiska ansvaret för patientsäkerhet och kvalitet inom den kommunala hälso- och sjukvården vilar därmed ytterst på kommunen, oavsett om verksamheten bedrivs i egen regi eller av privata utförare.

Samtidigt har det i upphandlad vård och omsorg blivit vanligt att kommuner, genom avtalsvillkor, ställer krav på att privata utförare ska ha tillgång till egen MAS eller MAS-liknande funktion. Dessa krav syftar ofta till att stärka patientsäkerheten och säkerställa verksamhetsnära medicinsk kompetens, men innebär att privata utförare åläggs ett ansvar som i praktiken ligger nära det lagstadgade MAS-uppdraget.

Här uppstår ett rättsligt och styrningsmässigt spänningsfält mellan två olika normsystem:

- Det offentligrättsliga regelverket, där MAS-ansvaret är tydligt knutet till kommunens huvudmannaskap och regleras genom lag och föreskrifter.
- Det avtalsrättsliga regelverket, där privata utförare genom upphandling åläggs att inrätta egna medicinska ledningsfunktioner med ansvar som i vissa delar överlappar MAS-uppdraget.

Denna diskrepans riskerar att skapa otydlighet kring ansvarsfördelning i vårdhygienfrågor, särskilt vid allvarliga händelser, smittspridning eller behov av snabba samordnade åtgärder. I praktiken kan situationer uppstå där både kommunal MAS och privat MAS-funktion förväntas agera, utan att det är tydligt vem som har mandat att fatta beslut, initiera åtgärder eller företräda verksamheten gentemot andra aktörer.

Avsaknaden av nationell vägledning kring hur dessa parallella ansvarsförhållanden ska hanteras innebär att samverkan i stor utsträckning blir beroende av lokala tolkningar och personliga relationer. Detta skapar variation mellan kommuner och minskar förutsägbarheten för privata utförare som verkar i flera kommuner.

Flera statliga aktörer har tidigare pekat på vikten av tydlig ansvarsfördelning och ändamålsenlig styrning inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har i sina vägledningar betonat att MAS-funktionen är en del av huvudmannens ansvar och att

uppgifter inte kan överlåtas genom avtal. Samtidigt har myndigheten framhållit behovet av fungerande ledningssystem hos utförare för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet (jfr Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete).

Även i förarbeten till patientsäkerhetslagen och hälso- och sjukvårdslagen framhålls att huvudmannens ansvar inte påverkas av valet av driftsform. Upphandling och avtal kan därmed inte förändra det yttersta ansvaret, även om de kan reglera hur utföraren organiserar sitt interna kvalitetsarbete.

Mot denna bakgrund finns ett tydligt behov av att ett nationellt samordningsansvar för vårdhygien adresserar detta spänningsfält. Ett sådant uppdrag bör:

- klargöra relationen mellan lagstadgat MAS-ansvar och avtalsbaserade krav på privata utförare,
- tydliggöra hur kommunal MAS och privata medicinska ledningsfunktioner förväntas samverka i vårdhygienfrågor, och
- ange principer för hur ansvar, mandat och dialog ska fungera vid gränsöverskridande situationer.

En nationell vägledning som tydliggör dessa förhållanden bedöms minska risken för dubbelstyrning, ansvarsglidning och osäkerhet, samtidigt som den tar tillvara den kompetens som finns hos privata utförare. Detta är särskilt viktigt i vårdhygienfrågor, där snabb samordning, tydligt ledarskap och ömsesidig tillit är avgörande för ett effektivt förebyggande arbete.

Slutsats

Analysen visar att det i dag råder en strukturell diskrepans mellan det offentlighetsrättsliga ansvar som följer av hälso- och sjukvårdslagstiftningen och de avtalsrättsliga krav som i praktiken ställs på privata utförare genom upphandling. Kommunens lagstadgade ansvar för medicinsk säkerhet, inklusive MAS-funktionen, kvarstår oavsett driftsform, men kompletteras i upphandlad verksamhet ofta av avtalskrav på privata MAS- eller MAS-liknande funktioner.

Denna parallella ansvars konstruktion saknar i dag nationell normering och tydlig vägledning. Resultatet blir oklara mandat, risk för dubbelstyrning samt osäkerhet kring ansvar och beslutsvägar, särskilt i vårdhygienfrågor som kräver snabb samordning och tydligt ledarskap. Avsaknaden av ett gemensamt ramverk innebär att samverkan i hög grad blir personberoende och varierar mellan kommuner, vilket minskar förutsägbarheten för privata utförare och riskerar att försvaga det förebyggande vårdhygienarbetet.

Sammantaget bedöms denna diskrepans mellan lagstiftning och avtalspraktik utgöra en systemrisk i vårdhygienarbetet, snarare än en fråga om bristande följsamhet eller kompetens hos enskilda aktörer.

Rekommendation till utredningen

Utredningen bör föreslå att ett nationellt samordningsansvar för vårdhygien tydligt adresserar och normerar relationen mellan kommunens lagstadgade MAS-ansvar och privata utförarens avtalsbaserade medicinska ledningsfunktioner.

Detta bör enligt utredningens bedömning ske genom att:

1. Fastställa principer för ansvar och mandat

Det nationella samordningsansvaret bör tydliggöra att kommunens MAS har det yttersta juridiska systemansvaret, samtidigt som privata utförarens medicinska ledningsfunktioner erkänns som verksamhetsnära kompetensresurser med ett definierat ansvar inom ramen för utförarens ledningssystem.

2. Tydliggöra samverkanskrav i vårdhygienfrågor

Nationell vägledning bör ange hur samverkan mellan kommunal MAS och privata medicinska ledningsfunktioner ska organiseras i vårdhygienfrågor, inklusive informationsdelning, gemensam riskbedömning och hantering av avvikelser och utbrott.

3. Skilja samordning från tillsyn

Det nationella samordningsansvaret bör utformas som ett kunskaps-, stöd- och samverkansuppdrag och tydligt avgränsas från tillsyn, för att främja öppen rapportering och lärande snarare än defensivt regelefterlevnadsbeteende.

4. Beakta avtalsrättens faktiska betydelse

Utredningen bör erkänna att upphandlingsavtal i praktiken formar vårdens organisation och därför inkludera rekommendationer om hur avtalskrav på privata utförare kan utformas i överensstämmelse med gällande lagstiftning, utan att skapa oklar ansvarsfördelning.

En sådan tydliggörande nationell ram bedöms minska risken för ansvarsglidning, stärka förutsägbarheten för privata utförare och skapa bättre förutsättningar för ett effektivt, samordnat och förebyggande vårdhygienarbete i vård och omsorg där flera aktörer samverkar.

Utredningen bör konstatera att dagens kombination av lagstadgat MAS-ansvar och avtalsbaserade krav på privata MAS-funktioner skapar ett otydligt ansvarsläge. Ett nationellt samordningsansvar för vårdhygien bör därför tydliggöra ansvar, mandat och samverkan mellan kommunal MAS och privata medicinska ledningsfunktioner samt skilja samordning från tillsyn.

IVO:s krav på MAS i tillståndspliktig verksamhet

– kravgrund, rättslig logik och upplevd diskrepans

Utgångspunkten: IVO kräver inte MAS enligt lag – men kräver MAS-liknande funktioner

A. IVO:s roll och kravbild i tillståndspliktig verksamhet

IVO:s tillsyns- och tillståndsprövningslogik tar sin utgångspunkt i verksamhetens förmåga att bedrivas patientsäkert, inte i kommunens huvudmannaskap. IVO ställer därför normalt inte krav på MAS i lagens mening hos privata utförare, eftersom MAS är en funktion kopplad till den kommunala hälso- och sjukvården.

Samtidigt ställs i tillstånds- och tillsynssammanhang krav som i praktiken ofta leder till att privata utförare organiserar MAS-liknande medicinska ledningsfunktioner. Kravbilden tar typiskt sikte på att det ska finnas:

- ett ledningssystem och en fungerande struktur för systematiskt kvalitetsarbete/patientsäkerhetsarbete, inklusive ansvarsfördelning, rutiner och uppföljning (enligt Socialstyrelsens föreskrifter och konsoliderade föreskrifter om ledningssystem).
- tillräcklig legitimerad hälso- och sjukvårdskompetens när målgruppen/insatserna kräver det, samt en tydlig organisation för hur medicinska insatser säkerställs (internt, via konsult eller externt).
- i förekommande fall: att hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs i anslutning till exempelvis HVB hanteras enligt de krav som gäller för vårdgivare (bl.a. anmälan till IVO:s vårdgivarregister och koppling till legitimerad personal).

Konsekvensen blir ett styrningsmässigt spänningsfält: lagstiftningens konstruktion (kommunens MAS-ansvar) samexisterar med en avtals- och tillståndspraktik där privata aktörer i praktiken behöver ha egna medicinska ledningsfunktioner med MAS-liknande uppgifter. Utan nationell vägledning för ansvar, mandat och samverkan riskerar detta att skapa otydlighet i vårdhygienfrågor, särskilt vid utbrott, systemrisker och behov av skyndsam samordning.

B. Vad IVO “säger” och vilka kriterier de faktiskt förhåller sig till

1) Exempel från IVO:s tillståndsblankett för HVB (vuxna)

I IVO:s ansökningsunderlag för HVB framgår tydligt att:

- HVB måste samverka med andra huvudmän, t.ex. regionen som ansvarar för hälso- och sjukvård.

- om målgruppen har vårdbehov som kräver medicinskt utbildad personal nämns uttryckligen exempel som psykolog, sjuksköterska eller läkare.
- IVO beskriver att en HVB-aktör kan bedriva hälso- och sjukvård i samma lokaler om det finns anställd legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, och att sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet inte ingår i HVB-tillståndet men ska anmälas till IVO:s vårdgivarregister.

Det här är ett bra “bevisstycke” på att IVO i praktiken driver fram krav på medicinsk organisation och legitimerad kompetens – vilket ofta löses genom en intern MAS-liknande funktion – även om de inte skriver “ni måste ha MAS”.

2) Kravet på systematiskt kvalitetsarbete/ledningssystem (normering som IVO lutar sig mot)

IVO:s kravställan i tillståndsprövning kopplas i praktiken till att utföraren måste kunna visa ett systematiskt kvalitetsarbete och ett ledningssystem (processer/rutiner, ansvarsfördelning, uppföljning och förbättring). Detta är förankrat i Socialstyrelsens föreskrifter om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete och i föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

3) Ägar- och ledningsprövning samt “förmåga att bedriva verksamhet”

IVO:s tillståndsprövning omfattar även ägar- och ledningsprövning (insikt, lämplighet och ekonomiska förutsättningar), vilket i praktiken förstärker kravet på en robust styrning och tydliga funktioner.

C. Är IVO:s krav i linje med det juridiska MAS-ansvaret?

Formellt: i huvudsak ja. MAS som lagfunktion är knuten till kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen är tydlig med att MAS ska finnas i den kommunala hälso- och sjukvården.

Praktiskt: det uppstår en diskrepans i gränsytan. IVO:s prövning fokuserar på utförarens faktiska förmåga (ledningssystem, legitimerad kompetens, rutiner, samverkan). Den logiken är rimlig ur patientsäkerhet och vårdhygien, men när kommuner dessutom avtalsvägen kräver “privat MAS” blir det lätt oklart:

- om “privat MAS” är en intern kvalitetsfunktion eller tänkt som “spegel” av kommunens MAS
- vem som har mandat vid vårdhygienhändelser som kräver snabb samordning
- hur ansvar, informationsvägar och beslut ska fungera mellan kommunal MAS, privat medicinsk ledning och regionens vårdhygien.

Det är just detta “mellanrum” ett nationellt samordningsansvar bör täppa till.

Rekommendationen är att harmonisera IVO:s kravbild med ett nationellt samordningsansvar för vårdhygien

Utredningen bör föreslå ett nationellt ramverk som kopplar samman tre styrlogiker:

1. lagstiftningens ansvar (kommunal MAS och huvudmannaskap),
2. IVO:s krav på förmåga/ledningssystem i tillstånd och tillsyn,
3. avtalsrättens krav i upphandling.

Det kan göras genom att samordningsansvaret tar fram nationell vägledning med följande komponenter:

1. Begreppsstandardisering (“MAS” vs “medicinsk ledningsfunktion”)

Rekommendera att upphandlingsvillkor och nationell vägledning använder en neutral term, t.ex. medicinsk ledningsfunktion/medicinskt ledningsansvar, och reserverar “MAS” för kommunens lagfunktion. Detta minskar sammanblandning och ansvarsglidning.

2. Minimikrav för samverkansstruktur i vårdhygien

Ange minimivå för: kontaktvägar, informationsdelning, gemensam riskbedömning, utbrottshantering och avvikelshantering mellan kommunal MAS, privat medicinsk ledning och regional vårdhygien.

3. Mandatmatris vid händelser

Ta fram en enkel nationell mandatmatris: vem initierar åtgärder, vem samordnar, vem beslutar och vem dokumenterar vid (a) misstänkt utbrott, (b) konstaterat utbrott, (c) systemrisk, (d) återkommande avvikelser.

4. Koppling till IVO:s prövningskriterier

Vägledningen bör explicit knyta an till de kriterier IVO faktiskt prövar: ledningssystem, ansvarsfördelning och tillgång till legitimerad kompetens.

Poängen är att göra det lätt för mindre aktörer att “göra rätt” och samtidigt minska variation mellan kommuner.

5. Malltext för upphandlingskrav

Utredningen bör föreslå att nationell samordning tar fram malltext som kommuner kan använda: krav på medicinsk ledningsfunktion och samverkan, men utan att implicera att kommunens MAS-ansvar överläts.

Mattias Andersson

Förbundsdirektör, Svenska Vård

