Stockholms läns landsting

11

Avtal med Ambulanssjukvården i Storstockholm AB avseende tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning

HSN 2018-1142

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Prehospital vård och medicinsk service
Ann-Catrin Eriksson

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2018-10-11

HSN 2018-1142

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Avtal med Ambulanssjukvården i Storstockholm AB avseende tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning

Ärendebeskrivning
Ärendet innehåller förslag till beslut att ingå avtal med Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB) avseende tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning.

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Avtal med Ambulanssjukvården i Storstockholm AB inklusive bilagor

Ärendets beredning
Ärendet har beretts i programberedningen för akutsjukvård.

Förslag till beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna avtalet

att uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att träffa avtal med Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, organisationsnummer 556461-6695, avseende tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning med en avtalstid på två år med möjlighet för SLL att förlänga avtalet med två år i taget, som längst fram till och med den 31 januari 2025. Driftstart är den 31 januari 2019.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Den 16 april 2016 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) om inriktning för den framtida prehospitala vården i SLL. Beslutet innehöll bland annat förslag till en utökad och mer differentierad ambulanssjukvård. Detta har delvis realiserats genom det beslut som HSN fattade den 21 november 2017 om förfrågningsunderlag för tjänsten vägburen ambulans inom Stockholms län. Upphandlingen avsåg ambulanssjukvårdstjänst i fem av de sju geografiska områden som SLL:s ambulanssjukvård är indelad i, så kallade affärsområden. Upphandlingen (HSN 2017-0194) har nu genomförts och HSN beslutade att anta ambulansvårdgivare för fem av sju affärsområden den 20 februari 2018.

För AISAB:s del innebär inriktningsbeslutet att flera nya avtal kommer att tecknas inför kommande avtalsperiod. I ett avtal får AISAB i uppdrag att utföra tjänsterna ambulans- och transportambulans inom samma geografiska områden som idag. Avtalet inkluderar även landstingets intensivvårdsambulanser. I ett annat avtal får AISAB i uppdrag att tillhandahålla tjänsten psykiatriambulans (PAM). I det avtal som föreslås genom detta beslut, får AISAB i uppdrag att tillhandahålla tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens förslag till avtal med AISAB avseende tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning är således ytterligare steg i att realisera inriktningen för den prehospitala vården i SLL. Avtalet innebär att en ny, mer utvecklad ledningstjänst införs.

Överväganden
Det avtal som föreslås tecknas innebär att AISAB, på SLL:s uppdrag, ska ansvara för tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning.

Den modell för ledningsenheter som landstingets ambulansverksamhet hitintills har byggt på, har bestått av sex ambulanser som, utöver sitt ordinarie uppdrag som ambulans, också haft i uppdrag att bli larmade som ledningsenhet när ledningsinsats behövs. De sex ambulanserna har varit fördelade på samtliga ambulansvårdgivare. Den utvärdering som hälso- och sjukvårdsförvaltningen gjort av nuvarande modell för ledning har visat att det istället behövs fasta, dedikerade ledningsenheter. Orsaken till detta är att landstinget behöver en ökad beredskap och förmåga för ledning.

Kraven på tjänsten har ökat och förutsättningarna behöver stärkas för att klara de komplexa ledningsuppdrag som kan förväntas uppstå.

Det nya avtalet föreslås innefatta tre ledningsenheter som har ett renodlat ledningsuppdrag. Den nya modellen för ledning bygger på att ledningsenheternas personal får ett förtydligat uppdrag som innebär att kvalitativt och kvantitativt förstärka den katastrofmedicinska beredskapen samt den prehospitala sjukvårdsledningsfunktionen vid bland annat större olyckor, allvarliga händelser, händelser med farliga ämnen samt vid misstänkta terrorangrepp eller händelser med pågående dödligt våld. Ledningsenheternas personal ska också vara ambulansverksamhetens samverkansresurs när räddningstjänst, polis eller andra aktörer är involverade i samma ärende. Personalen på ledningsenheterna ska också samverka med andra aktörer inom kris- och katastrofberedskap samt delta i planering och genomförande av i förväg kända insatser. Varje ledningsenhet ska vara bemannad med en specialistutbildad sjuksköterska, som är den medicinskt ansvariga i ledningsuppdraget och en ambulanssjukvårdare, som är sjukvårdsledaren. Personalen kommer att få en mer specialanpassad utbildning för ledningsuppdraget jämfört med tidigare.

En av de tre ledningsenheterna ska ha en särskild inriktning mot kemiska och nukleära händelser (så kallade CRBNE-händelser). Samtliga ledningsenheter ska vara i drift dygnet runt årets alla dagar. Ledningsenheterna ska vara geografiskt placerade jämt fördelade i länet.

Ledningsenheterna kommer att ha särskild utrustning för uppdraget och fordonen ska vara fyrhjulsdrivna. Avtalet innebär att extra ledningsenheter ska kunna organiseras vid behov på anmodan av tjänsteman i beredskap. Avtalet innefattar även optioner för att vid behov kunna utöka antalet ledningsenheter.

Driftstart för avtalet är den 31 januari 2019. Till följd av att det föreslagna avtalet innebär att en ny modell för ledning införs, föreslås en kortare avtalsperiod jämfört med övriga avtal inom området ambulanssjukvård. Detta för att stegvis, och vid behov, kunna utveckla eller förändra tjänsten. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen föreslår därför att avtalstiden är två år med möjlighet för SLL att förlänga avtalet med två år i taget, som längst fram till 31 januari 2025.

Ekonomiska konsekvenser
Den nya tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning ersätts med en fast årlig ersättning uppgående till 40 miljoner kronor.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Beslutet bedöms innebära ökad patientsäkerhet eftersom tillgängligheten till ledningsenhet kommer att öka. Patientsäkerheten bedöms också påverkas positivt genom att den nya ledningstjänsten bygger på mer specialutbildad personal som löpande får utveckla sin kompetens för ledningsuppdrag.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård
Beslutet bedöms innebära oförändrade förutsättningar för jämställd och jämlik vård.

Miljökonsekvenser
Hälso- och sjukvårdsförvaltningens bedömning är att miljöpåverkan blir oförändrad.

Administrativa konsekvenser
Beslutet innebär oförändrade administrativa konsekvenser.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ann Eva Askensten
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
AISAB

Godkänd av Barbro Naroskyin, 2018-10-11

Mellan

1. Stockholms läns landsting,
   organisationsnummer 232100–0016,
   genom Hälso- och sjukvårdsnämnden (”**Beställaren**”) och
2. Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB) organisationsnummer 556461-6695 (”**Vårdgivaren”**), gemensamt kallade ”Parterna”

har slutits följande

Avtal

§ 1 Bakgrund

Parternas avsikt med detta Avtal är att Vårdgivaren ska utföra åtagandet avseende tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning inom landstingets ambulanssjukvård enligt de krav som framgår av bilaga 1A, Specifik uppdragsbeskrivning på ett etiskt och patientsäkert sätt samt utifrån ett ekonomiskt effektivt sätt. SLL är huvudman för den tjänst som omfattas av detta Avtal.

Parterna är införstådda med att tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning, liksom hälso- och sjukvårdens verksamhet i övrigt, är en tjänst som ständigt kan behöva utvecklas och som kan påverkas av bland annat lagstiftning, huvudmännens struktur- och verksamhetsförändringar samt demografiska förändringar, vilket kan påverka behovet av ovanstående tjänst.

§ 2 Definitioner

Avtal

Detta Avtal med samtliga därtill hörande bilagor.

Befrielsegrund

Parts (Beställarens och Vårdgivarens) möjlighet att bli befriad från påföljd för underlåtenhet att fullgöra viss förpliktelse enligt Avtalet till följd av särskild omständighet som preciseras i § 11 ”Force majeure”.

Beställare

Stockholms läns landsting genom Hälso- och sjukvårdsnämnden och hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Driftstart

Den dag Vårdgivaren enligt Avtalet ska börja utföra Uppdraget.

Uppdrag

Avser Vårdgivarens samtliga åtaganden att utföra tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning inom landstingets ambulanssjukvård enligt vad som anges i detta Avtal med tillhörande bilagor. Uppdraget beskrivs i bilaga 1A Specifik uppdragsbeskrivning och i bilaga 5 Allmänna villkor.

Uppstartsperiod

Avser tiden från och med Avtalets ikraftträdande i enlighet med vad som anges i § 3 nedan fram till driftstart.

Avser Vårdgivarens förberedelse för bedrivande av tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning enligt bilaga 1A, Specifik uppdragsbeskrivning.

Vårdgivarguiden

Vårdgivarguiden - www.vardgivarguiden.se - är Beställarens portal för information till vårdgivarna. Där finns information och styrdokument för vårdgivare.

Vårdgivare

Den leverantör som Beställaren ingått Avtalet med, se inledningen av detta Avtal.

§ 3 Avtalets omfattning, ikraftträdande, driftstart och avtalsperiod

I detta Avtal regleras Vårdgivarens bedrivande av tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning inom landstingets ambulanssjukvård. Avtalet träder i kraft när det undertecknats av SLL.

Driftstart är den 2019-01-31 klockan 08.00. Inför driftstart och från det att Avtalet tecknats, ska Vårdgivaren vidta förberedelser enligt § 5 nedan, så att driftstart kan ske vid angiven tidpunkt.

Avtalsperioden är två (2) år med möjlighet för SLL att därefter förlänga Avtalet med två (2) år i taget, i maximalt två omgångar, som längst fram till den 2025-01-31 januari klockan 08:00.

§ 4 Avtalsinnehåll

Villkoren för Vårdgivarens bedrivande av Uppdraget framgår av Avtalet.

Avtalet består av nedan uppräknade dokument och om det förekommer motstridiga villkor i dem ska dokumenten tolkas i följande ordning:

1	Detta Avtal
2	Specifik uppdragsbeskrivning, bilaga 1A
3	Kommunikationssystem, bilaga 1B
4	Årlig uppföljning, bilaga 2A
5	Ersättningsvillkor, bilaga 3A
6	Optioner, bilaga 3B
7	Uppförandekod för leverantörer, bilaga 4
8	Allmänna Villkor, bilaga 5
9	Informationshantering, bilaga 6
10	Checklista inför driftstart, bilaga 7

Bakgrunds- och tolkningsdata utgörs av:

1. Skriftliga ändringar och tillägg till det här avtalet.

2. Den här avtalshandlingen inklusive bilagor.

§ 5 Förberedelser inför driftstart

Vårdgivaren ska förbereda sig för Uppdragets utförande. Det innebär att Vårdgivaren inför driftstart ska vidta samtliga nödvändiga åtgärder som krävs enligt Avtalet för att säkerställa att leverans av tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning kan tillhandahållas i den omfattning som anges i bilaga 1A, Specifik uppdragsbeskrivning vid tidpunkten för driftstart.

Vårdgivaren ska i god tid informera Beställaren om omständigheter som kan medföra att driftstarten kan försenas. För de förberedelser som sker inför driftstart utgår ingen ersättning till Vårdgivaren.

Skulle utförandet av Uppdraget enligt detta Avtal försenas eller helt utebli vid överenskommen driftsstart, har Beställaren rätt att fullgöra Uppdraget med annan Vårdgivares personal. Beställaren har därvid rätt till ersättning för uppkomna merkostnader samt vite med femtio (50) procent av dessa merkostnader. Vårdgivaren ska skyndsamt vidta åtgärder för att undanröja försening. Om så inte skett inom 30 kalenderdagar från överenskommen driftstart har Beställaren rätt att häva detta Avtal.

Vårdgivaren ska informera Beställarens kontaktperson om hur förberedelserna inför driftstart fortlöper.

Placeringsorterna för ledningsenheterna ska ske i samråd med Beställaren och fastställas senast en (1) månad före driftstart.

5.1 Kontroll inför driftstart

Beställaren kommer senast tre (3) veckor före driftstart att genomföra en uppföljning av om Vårdgivaren är färdig och förberedd att utföra Uppdraget. Uppföljningen kommer att ske på placeringsorter där Uppdraget ska bedrivas. Vårdgivaren ska delta i detta möte.

Beställaren kommer vid detta möte att följa upp att Vårdgivaren vidtagit de åtgärder som behövs för att Uppdraget ska kunna bedrivas enligt Avtalet. Beställaren kommer vid avstämningsmötet att gå igenom en särskild checklista, Bilaga 7 Checklista inför driftstart.

Beställaren äger ensidigt rätt att besluta om en senare driftstart eller att säga upp Avtalet till förtida upphörande om Beställaren bedömer att Vårdgivaren saknar förutsättningar att utföra Åtagandet från driftstart. Bedömningen sker bland annat utifrån genomgången av checklistan.

Vårdgivaren äger inte rätt till någon form av ersättning till följd av Beställarens beslut. Beställaren äger rätt till ersättning från Vårdgivaren för kostnader Beställaren haft till följd av Vårdgivarens brister.

Vårdgivaren ska senast 30 dagar före driftstart till Beställaren redovisa namn och CV på verksamhetschef, medicinskt ledningsansvarig samt person i ledande ställning, se Bilaga 1A Specifik Uppdragsbeskrivning.

§ 6 Vårdgivarens åtaganden

Vårdgivaren åtar sig att från och med driftstart bedriva Uppdraget i enlighet med Avtalet.

Vårdgivaren ska utföra Uppdraget som en självständig aktör och äger inte rätt att företräda Beställaren utöver vad som framgår av Avtalet.

Samråd ska ske mellan Beställaren och Vårdgivaren innan Vårdgivaren inleder annan verksamhet i anslutning till den verksamhet som omfattas av Uppdraget.

Omställningen till det Uppdrag Vårdgivaren ska bedriva, enligt detta Avtal, ska ske utifrån den faktiska situation som råder vid ikraftträdandet av detta Avtal. Det innebär bland annat att Vårdgivaren inte är berättigad till ersättning för de förändringar och andra åtgärder som Vårdgivaren företar i syfte att anpassa Vårdgivarens existerande verksamhet till det Uppdrag Vårdgivaren ska bedriva enligt detta Avtal.

§ 7 Option

För att kunna hantera ett ökat eller förändrat behov av tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning inom länet, har Beställaren rätt att utlösa de optioner som finns specificerade i Bilaga 3B, Optioner.

§ 8 Underleverantör

Vårdgivaren får inte anlita underleverantör för genomförande av viss del av det Uppdrag eller den tjänst detta Avtal avser.

§ 9 Påföljder för brister i Uppdragets utförande

Beställaren följer att Vårdgivaren uppfyller samtliga sina åtaganden som följer av Uppdraget i dess utförande. Uppföljningen sker bland annat genom analys och kontroll av inrapporterade verksamhetsdata, statistiska underlag, kvalitetsutfall, uppföljningsmöten och revisioner samt om Vårdgivaren följer på Uppdraget tillämpliga relevanta lagar, förordningar och landstingets policys. Om Beställaren konstaterar att Vårdgivaren brister i fullgörandet av Uppdraget har Beställaren rätt till följande påföljder med anledning av Vårdgivarens avtalsbrott.

9.1 Vårdgivarens åsidosättande av skyldigheter – rättelse och innehållande av ersättning

Om Vårdgivaren åsidosätter sina skyldigheter enligt Avtalet har Beställaren rätt att kräva att Vårdgivaren inom skälig tid vidtar rättelse för att avhjälpa bristen. Av begäran om rättelse ska framgå när bristen senast ska vara åtgärdad. Åtgärdas inte bristen inom utsatt tid, äger Beställaren rätt att innehålla upp till fem (5) procent av den ersättning som utbetalas varje månad fram till dess bristen är åtgärdad. När bristen är åtgärdad utbetalar Beställaren 80 procent av den innehållna ersättningen. Återstående del av den innehållna ersättningen utgår som vite.

9.2 Brister i rapportering och fakturering – rättelse, reducerad ersättning och vite

Vårdgivaren ansvarar för all sin rapportering till Beställaren, se Bilaga 2A Årlig uppföljning och Bilaga 3A Ersättningsvillkor. Vårdgivaren ska ha rutiner för att säkerställa att rapporteringen är korrekt. Om Vårdgivaren är osäker på hur Beställarens rapporteringsinstruktioner ska tolkas är det Vårdgivarens ansvar att i god tid be om Beställarens anvisningar och förtydliganden för att rapporteringen ska vara korrekt.

Om det finns fel i rapporteringen som innebär att för höga ersättningskrav ställts eller för hög utbetalning skett äger Beställaren rätt att kräva återbetalning av felaktigt utbetalat belopp eller att reducera ersättningen på kommande utbetalningar till Vårdgivaren med det belopp som felaktigt betalats ut. Beställaren ska skriftligen underrätta Vårdgivaren om felet. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att felet inte ska upprepas. Om Vårdgivaren upprepar felet flera gånger har Beställaren rätt att ta ut ett vite på upp till det dubbla felaktiga beloppet.

9.3 Bristande kvalitet

Om Vårdgivaren inte uppfyller uppdraget enligt detta avtal, ska Vårdgivaren betala vite. Uppdraget kommer att följas upp i enlighet med de krav som framgår av Bilaga 1A, Specifik Uppdragsbeskrivning och Bilaga 2A Årlig uppföljning. Vitets storlek framgår av Bilaga 3A Ersättningsvillkor. I synnerliga fall äger Beställaren rätt att säga upp Avtalet till förtida upphörande utan föregående varning.

§ 10 Förtida upphörande

10.1 Beställarens rätt till uppsägning av Avtalet till omedelbart upphörande

Beställaren har rätt att säga upp hela eller delar av Avtalet till omedelbart upphörande eller den senare dag som anges vid uppsägningen om

Vårdgivaren i väsentligt avseende åsidosätter sina skyldigheter enligt Avtalet och inte vidtar rättelse efter erinran därom.

Exempel på väsentligt åsidosättande av skyldigheter enligt Avtalet kan vara att:

a) Vårdgivaren eller företrädare för Vårdgivaren har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen eller har dömts för brott avseende yrkesutövning eller annat brott som allvarligt skadar förtroendet för vården,

b) allvarliga risker för patientsäkerheten föreligger,

c) det är, vid genomförd fördjupad uppföljning enligt bestämmelserna i Allmänna villkor, uppenbart att den av Vårdgivaren bedrivna hälso- och sjukvården inte uppfyller gällande medicinska krav på undersökning, vård, behandling eller krav på bemötande av patienter,

d) det i väsentlig omfattning saknas förutsättning att utföra Uppdraget till följd av bristande kompetens, brister i ekonomi, lokaler, utrustning eller av annat skäl,

e) Vårdgivaren vid upprepade tillfällen inte erlagt socialförsäkringsavgifter eller skatter,

f) Vårdgivaren vid upprepade tillfällen fått skriftliga varningar från Beställaren enligt § 10.1 på grund av åsidosättande av skyldigheter enligt Avtalet utan att bristerna avhjälpts på tillfredsställande sätt,

g) Vårdgivaren i sin rapportering lämnat uppgifter som leder till väsentliga fel i underlag för ersättning eller i utbetalning från Beställaren,

h) Vårdgivaren väsentligt åsidosätter bestämmelser i lagar, förordningar eller föreskrifter,

i) Vårdgivaren saknar tillstånd som krävs för att utföra Uppdraget,

j) Vårdgivaren kommit på obestånd, inställt sina betalningar, inlett ackordsförhandlingar, trätt i likvidation eller om fara för obestånd annars föreligger,

k) Vårdgivaren agerar på ett sätt som riskerar att medföra att Beställarens anseende som sjukvårdshuvudman eller förtroendet för vården allvarligt skadas eller i övrigt agerar på ett sätt som medför att Beställarens förtroende för Vårdgivaren allvarligt rubbas,

l) Vårdgivaren i väsentlig omfattning brister i uppfyllelse av de krav och kvalitetskriterier som framgår av Bilaga 1A Specifik uppdragsbeskrivning.

10.2 Skadestånd

Om Avtalet sägs upp enligt § 10.1 är Vårdgivaren skyldig att till Beställaren utge skadestånd för den skada denne lidit. Detta gäller dock inte vid Force majeure enligt § 11.

10.3 Uppsägning efter anmaning

Var och en av Parterna har rätt att säga upp hela eller delar av Avtalet om den andra Parten åsidosätter sina skyldigheter enligt Avtalet och inte inom 30 dagar vidtar rättelse efter skriftlig anmaning från den första Parten.

10.4 Andra grunder för uppsägning av hela Avtalet till förtida upphörande

Utöver vad som sägs i § 10.1 ovan, har Beställaren rätt att säga upp detta Avtal till omedelbart upphörande, om något av följande inträffar:

a) Om Befrielsegrund, som Vårdgivaren har åberopat, har förelegat mer än två månader i enligt § 11 nedan; Vårdgivarens rätt att säga upp Avtalet till följd av Befrielsegrund på Beställarens sida regleras i § 11 Force majeure,

b) Om Vårdgivaren i väsentligt avseende eller vid upprepade tillfällen brutit mot reglerna i Allmänna Villkor om anställdas rätt till meddelarfrihet.

Uppsägning ska alltid ske skriftligen och utan oskäligt uppehåll efter det att den omständighet som åberopas som uppsägningsgrund blivit känd för den uppsägande Parten.

§ 11 Force majeure

Part är befriad från påföljd för underlåtenhet att fullgöra viss förpliktelse enligt Avtalet, om underlåtenheten har sin grund i krig, strejk, lockout, brand, översvämning, knapphet på transporter eller energi, myndighetsåtgärd, nytillkommen eller ändrad lagstiftning eller annan omständighet som ligger utanför ifrågavarande Parts kontroll och omständigheten förhindrar eller försenar fullgörandet av förpliktelsen (”Befrielsegrund”).

Part som påkallar Befrielsegrund enligt stycket ovan ska utan dröjsmål skriftligen meddela den andra parten därom. Part ska vidta skäliga ansträngningar för att mildra omfattningen och effekten av Befrielsegrund.

Part ska återuppta fullgörandet av de förpliktelser som förhindrats eller försenats så snart det praktiskt kan ske. För det fall Befrielsegrunden varar mer än två (2) månader, har den andra Parten rätt att skriftligen säga upp Avtalet till omedelbart upphörande. Vid sådan uppsägning har ingen av Parterna rätt till ersättning av den andra Parten.

Vårdgivaren är dock skyldig att fortsätta Uppdraget under bland annat kris- och katastrofläge enligt punkt 5.12 Allvarlig händelse med ändrat beredskapsläge, extraordinär händelse och höjd beredskap i Bilaga 5

Allmänna Villkor samt Bilaga 1A Specifik uppdragsbeskrivning under rubrikerna Kris- och katastrofberedskap och Lokal krisberedskapsplan och kontinuitetsplanering.

§ 12 Kontaktpersoner

Parterna ska utse var sin kontaktperson med ansvar för Avtalet. När Part byter kontaktperson eller kontaktuppgifter, ska detta skriftligen meddelas den andra Parten.

Kontaktperson hos Vårdgivaren/AISAB

Namn: Åke Östman

Telefonnummer: 08-123 120 02

E-postadress: ake.ostman@sll.se

Kontaktperson hos Beställaren

Namn: Ann Catrin Eriksson

Telefonnummer: 08-123 134 35

E-postadress: ann-catrin.eriksson@sll.se

§ 13 Meddelanden

Meddelanden i anledning av Avtalet ska skickas till respektive Parts kontaktperson med post eller e-post. Meddelandet anses ha kommit mottagaren tillhanda tre (3) arbetsdagar efter det att meddelandet skickats.

§ 14 Överlåtelse

Ingen av Parterna äger rätt att överlåta eller pantsätta Avtalet eller någon rättighet eller skyldighet enligt Avtalet utan den andra Partens skriftliga samtycke.

§ 15 Tillämplig lag och tvister

Avtalet ska tolkas och tillämpas i enlighet med svensk rätt med undantag för reglerna om lagval. Tvist mellan Beställaren och vårdgivare som ingår i SLL:s förvaltningsorganisation samt med av SLL ägda bolag, löses enligt SLL:s interna regler.

§ 16 Omförhandling

Förhandling om villkoren i detta Avtal kan skriftligen begäras av part vid väsentliga förändringar av omständigheter som ligger till grund för detta Avtal. Förhandling kan vidare påkallas av Beställaren beträffande Avtalets omfattning och inriktning till följd av planering av större förändringar i vårdens struktur.

Omförhandling ska inledas inom tre (3) månader efter framställan därom. Påkallande av omförhandling befriar inte part från skyldighet att fullgöra sina förpliktelser enligt detta Avtal intill dess nytt avtal har slutits.

§ 17 Efter Avtalets upphörande

Vårdgivaren ska vid Avtalets upphörande samråda med Beställaren kring hantering av förekommande patientjournaler, utrustning och personal samt information till patienter och allmänhet för att övergången till annan vårdgivare ska kunna ske utan avbrott eller brister i utförande av vården. Vårdgivaren är skyldig att samverka med andra vårdgivare som kommer att ta över Vårdgivarens uppdrag enligt detta Avtal.

När Vårdgivaren upphör att utföra Uppdraget enligt Avtalet ska förekommande patientjournaler överföras till annan av Beställaren anvisad hälso- och sjukvårdspersonal som framöver ska svara för patientens vård och behandling. Om journalen finns hos SLL ska istället en kopia av journalen överföras. Patientens medgivande till överföring ska finnas. Vårdgivaren ska hantera patientjournaler, arkivmaterial och annan information i sin verksamhet avseende Uppdraget i enlighet med gällande författningar och SLL:s riktlinjer för bevarande och gallring. Vid upphörande av Uppdraget ska Vårdgivaren stå för kostnader som kan uppkomma i samband med överlämnandet av handlingar. Vårdgivaren ska svara för att dokumentation upprättas vid överföring av patientjournal så att journal kan följas. För demontering och återställning av Frapp och Rakel, se Bilaga 1B Kommunikationssystem.

För utfört Uppdrag enligt Avtalet gäller Avtalets bestämmelser i tillämpliga delar även efter det att Avtalet upphört att gälla.

§ 18 Övrigt

18.1 Övriga avtalsvillkor

Tillägg och ändringar i detta Avtal ska för att gälla vara skriftliga och undertecknade av behöriga företrädare för båda parter.

Att part inte vid ett eller flera tillfällen gjort gällande rättighet enligt Avtalet eller påtalat förhållande som är hänförligt till Avtalet, förtar inte denna parts möjlighet att göra gällande rättighet eller påtala förhållande vid ett senare tillfälle. Denna möjlighet är inte tillämplig beträffande Vårdgivarens möjligheter att fakturera, som är begränsade i tiden och framgår av Bilaga 3A Ersättningsvillkor.

Om någon bestämmelse i Avtalet skulle vara ogiltig, innebär det inte att Avtalet i sin helhet ska anses ogiltigt. Om sådan ogiltighet väsentligt påverkar någon av parterna äger denna part rätt till skälig jämkning av Avtalet.

Vårdgivaren ska underlätta en förnyad upphandling som Beställaren inför Avtalets upphörande kan komma att genomföra.

18.2 Mervärdesskatt (moms)

Parterna är eniga om att Uppdraget i sin helhet utgör sådan typ av tjänst som undantas från momsplikt enligt 3 kap. 4 § Mervärdesskattelag (1994:200). I enlighet med denna bedömning utgår ingen moms på ersättningen för Uppdraget.

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

Avtalet har upprättats i två likalydande exemplar av vilka parterna tagit var sitt.

Ort och datum	*Ort och datum*
Stockholms läns landsting Hälso- och sjukvårdsnämnden Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	Ambulanssjukvården i i Storstockholm AB
_____	_____
Barbro Naroskyin, *Hälso- och sjukvårdsdirektör*	*Åke Östman,* *VD*

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Bilaga 1 A
Specifik uppdragsbeskrivning

Omfattande tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning inom Stockholms läns landstings ambulanssjukvård

Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB)

Innehållsförteckning

1. Specifik Uppdragsbeskrivning 4
1.1 Inledning 4
1.2 Ny modell för tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning från och med 31 januari 2019 4
1.3 Övergripande beskrivning av tjänsten vägburen ambulanssjukvård i Stockholms län ..5
1.3.1 Kort beskrivning av tjänsten vägburen ambulanssjukvård inom landstinget 6
1.4 Mål 7
1.4.1 SLL:s mål för prehospital vård 7
1.4.2 Strategiska mål 8
1.4.3 Målgrupp 8
1.5 Uppdraget för tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning 8
1.5.1 Övergripande uppdragsbeskrivning 8
1.5.2 Omfattning och principer för hur tjänsten ska nyttjas 10
1.5.3 Ledningsenhet med särskild inriktning mot CRBNE-händelser 11
1.5.4 Principer för bemanning av ledningsenhet 12
1.5.5 Trygg och säker arbetsmiljö 12
1.5.6 Resursförstärkning och reservfordon 13
1.5.7 Statusrapportering 13
1.5.8 Tillgänglighet och startintervall 14
1.5.9 Placering och lokaler 14
1.5.10 Läkemedel och medicinsk utrustning 14
1.5.11 Medicinska gaser 15
1.5.12 Uppföljning och rapportering 15
1.6 Prioriterings- och dirigeringstjänstens uppdrag 16
1.7 Ledning och styrning 17
1.7.1 Verksamhetschef 17
1.7.2 Medicinskt ledningsansvarig läkare 17
1.7.3 Person i ledande ställning 17
1.7.4 Arbetsledande funktion dygnet runt 18
1.7.5 Dokumentation 18
1.7.6 Elektronisk identitetskontroll 18

1.7.7 Journalsystem 18
1.7.8 Identitetskontroll av patient 18
1.7.9 Bär- och lyfthjälp 18
1.8 Kompetens 19
1.8.1 Formell kompetens 20
1.8.1.1 Sjuksköterska med specialistutbildning 20
1.8.1.2 Undersköterska med ambulanssjukvårdarkompetens 20
1.8.1.3 Specificerade kompetenskrav avseende ledningsenhet 20
1.9 Fordonskrav, utrustning och beklädnad 21
1.9.1 Fordonskrav samt utrustning för sjukvårdsledning 21
1.9.1.1 Utmärkning av ledningsenhet 22
1.9.1.2 Reservfordon 22
1.9.1.3 Beklädnad 23
1.9.2 Sjukvårdsledning till sjöss eller på ö 23
1.9.3 CBRNE 24
1.10 Tjänsteman i beredskap 24
1.11 Vårdprogram och riktlinjer 24
1.11.1 Kvalitetsregister 25
1.11.2 Avvikelsehantering 25
1.12 Samverkan 25
1.13 Utbildning och övning 26
1.13.1 Övriga krav på utbildning och övning 26
1.14 Prehospitalt Kunskaps- och kliniskt träningscenter (KTC) 29
1.15 Miljö 30
1.15.1 Drivmedel 30
1.15.2 Kemikalier 30
1.16 Obligatoriska mötesfora 30
1.17 Informationsförsörjning och tekniska system 31
1.17.1 Frapp – IT-stöd för den prehospitala vården 31
1.17.2 Radiokommunikation för effektiv ledning (Rakel) 31
1.17.3 Mobiltelefoni 32
1.18 Kris- och katastrofberedskap 32
1.19 Lokal krisberedskapsplan och kontinuitetsplanering 32
1.20 Optioner 32
1.21 Begrepp och definitioner 33

1. Specifik Uppdragsbeskrivning

1.1 Inledning

Vägburen ambulanssjukvårdstjänst är ett viktigt samhällsuppdrag för att kunna erbjuda hälso- och sjukvård och transporter med hög patientsäkerhet, tillgänglighet och jämställd vård. SLL ansvarar för att det finns en ändamålsenlig transportorganisation för att transportera personer, till eller från sjukvårdsenhet, vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med särskilt inrättade transportmedel.

Denna specifika uppdragsbeskrivning avser tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning inom Stockholms läns landsting. Tjänsten tillhandahålls genom det avtal Stockholms läns landsting (SLL) upprättar med den landstingsägda ambulansvårdgivaren Ambulanssjukvården i Storstockholm (AISAB).

Inom landstingets prehospitala hälso- och sjukvård ingår tjänsterna prioritering- och dirigering, vägburen ambulans, sjuktransporter, ambulanshelikopter, akutläkarbil, jourläkarbilar, liggande persontransporter, sjukresor, psykiatrisk akut mobilitet (PAM) samt tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning. Trafikförvaltningen ansvarar för utförandet av tjänsten sjukresor.

1.2 Ny modell för tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning från och med 31 januari 2019

Uppdraget enligt denna specifika uppdragsbeskrivning innebär att AISAB, på SLL:s uppdrag, ska ansvara för tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning (nedan förenklat benämnd ”ledning”) inom landstingets ambulanssjukvård. Uppdraget innebär att en ny, mer utvecklad ledningstjänst införs inom Stockholms läns landsting. Den modell för ledningsenheter som landstingets ambulansverksamhet tidigare har byggt på, har bestått av sex ambulanser som, utöver ordinarie uppdrag som ambulans, också haft i uppdrag att bli larmade som ledningsenhet när ledningsinsats behövs. Den utvärdering som hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom SLL gjort av den tidigare modellen för ledning har visat att det istället behövs fasta, dedikerade ledningsenheter med ett utvecklat och tydliggjort uppdrag. Orsaken till detta är att det behövs en ökad beredskap och en mer väl rustad förmåga för ledning.

Kraven på tjänsten har ökat och förutsättningarna behöver stärkas för att klara komplexa ledningsuppdrag vid en allvarlig händelse. Den modell för ledning som beskrivs i denna specifika uppdragsbeskrivning bygger på att de ledningsenheter som ska finnas inom SLL:s ambulanssjukvård har ett tydligt ledningsuppdrag och att ledningsenheterna ska ha hög tillgänglighet för att utföra ledning. Personalen på ledningsenheterna ska också samverka med andra aktörer inom kris- och katastrofberedskap samt delta i planering och genomförande av i förväg kända insatser. All ambulanspersonal inom tjänsten vägburen ambulanssjukvård som kommer som första enhet till en skadeplats, ska dock kunna etablera en initial sjukvårdsledning fram till dess att ledningsansvaret övertas av särskild ledningsenhet.

Varje ledningsenhet ska vara bemannad med en specialistutbildad sjuksköterska som är den medicinskt ansvariga i ledningsuppdraget och en ambulanssjukvårdare som är sjukvårdsledaren. Den personal som tjänstgör på ledningsenheterna kommer att få en mer specialanpassad utbildning för ledningsuppdraget jämfört med tidigare.

En av de tre ledningsenheterna ska ha en särskild inriktning mot händelser med farliga ämnen, till exempel kemiska och nukleära händelser (sk. CRBNE-händelser). Uppdraget innebär att extra ledningsenheter ska kunna organiseras vid behov på anmodan av tjänsteman i beredskap (TiB). Avtalet innefattar optioner för att vid behov kunna utöka antalet ledningsenheter.

1.3 Övergripande beskrivning av tjänsten vägburen ambulanssjukvård i Stockholms län

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) fattade år 2016 beslut att upphandla en viss andel av tjänsten vägburen ambulanssjukvård och att anta den inriktning som presenteras i ”Förstudie om framtida prehospital vård i SLL” (HSN 1504–0537). Den 16 april 2016 beslutade HSN också om inriktning för den framtida prehospitala vården i SLL. Beslutet innehöll bland annat förslag till en utökad och mer differentierad ambulanssjukvård.

SLL:s mål kring hälso- och sjukvårdens utveckling, med hänsyn tagen till den prognostiserade befolkningsutvecklingen i länet, kommer därför sannolikt att innebära en stegvis utökning av ambulanssjukvårdens uppdrag och kräva fler och mer differentierade transportresurser. Antalet avlämningsställen och vårdnivåer kommer att öka. Detta ställer krav på en effektiv ledning och styrning, ökad samordning, god förmåga till snabba omställningar samt en god flexibilitet i den prehospitala organisationen.

I samband med att nya avtal för flera prehospitala tjänster tecknas, har uppdragen förändrats för att bättre överensstämma med både SLL:s mål kring hälso- och sjukvårdens utveckling och beställarens intentioner med tjänsterna. Det prehospitala utbudet av vård och transporter samordnas för att stärka både den prehospitala vårdkedjan och det akuta omhändertagandet. Ett led i att tydliggöra, både samhörighet och skillnad mellan den prehospitala vårdens olika transportformer är att etablera mer logiska benämningar för några av tjänsterna. Exempelvis kommer den nuvarande funktionen sjuktransport fortsättningsvis att benämnas transportambulans och tjänsten liggande persontransport kommer att benämnas sjuktransporttjänst.

I bilaga 5 Allmänna Villkor beskrivs det generella uppdrag som gäller alla vårdgivare som har avtal med SLL. I denna bilaga beskrivs det specifika uppdraget för tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning inom landstingets ambulanssjukvård.

1.3.1 Kort beskrivning av tjänsten vägburen ambulanssjukvård inom landstinget

Tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning kommer att ha en nära samverkan med landstingets ambulanssjukvård, av detta skäl beskrivs kortfattat tjänsten vägburen ambulanssjukvård inom landstinget i detta avsnitt.

Landstingets avtal avseende tjänsten vägburen ambulans omfattar 83 ambulanser, 8 transportambulanser, tre intensivvårdsambulanser, en ambulans med inriktning mot kraftigt överviktiga (bariatriska) patienter[1], en psykiatriambulans (PAM) samt två utomlänsambulanser. Driftstart för avtalen avseende vägburen ambulans är den 31 januari 2019 och driftstart för avtalet avseende tjänsten psykiatriambulans (PAM) är den 1 januari 2019.

Den vägburna ambulanssjukvården inom SLL är indelad i sju (7) affärsområden. Fem (5) av dessa har varit föremål för upphandling och två (2) affärsområden organiseras genom landstingets ambulansvårdgivare AISAB. Innebörden av begreppet affärsområde är att respektive ambulansvårdgivare har sin placering inom ett geografiskt område (se tabell nedan). Respektive ambulansvårdgivares enheter kan dock tilldelas uppdrag inom hela länet samt i angränsade län.

[1] Specialfordon för tunga och volymkrävande patienter.

Affärsområde	Kommun/Del av Stockholms stad
Syd-Ost *(Falck Ambulans AB)*	Tyresö, Haninge, Nynäshamn
Syd-Väst *(Falck Ambulans AB)*	Skärholmen, Salem, Huddinge, Botkyrka, Södertälje, Nykvarn
Mitt-Syd *(Falck Ambulans AB)*	Farsta, Hägersten-Liljeholmen, Nacka, Värmdö, Älvsjö, Skarpnäck, Enskede-Årsta-Vantör
Nord-Ost *(Samariten Ambulans AB)*	Danderyd, Täby, Vaxholm, Österåker, Vallentuna, Norrtälje
Nord-Väst *(Samariten Ambulans AB)*	Sollentuna, Upplands Väsby, Järfälla, Upplands-Bro, Sigtuna
Centrum *(AISAB)*	Kungsholmen, Norrmalm, Södermalm, Östermalm
Mitt-Nord *(AISAB)*	Bromma, Hässelby-Vällingby, Spånga-Tensta, Rinkeby-Kista, Solna, Sundbyberg, Ekerö, Lidingö

1.4 Mål

1.4.1 SLL:s mål för prehospital vård

Den prehospitala vården inom SLL står inför nya utmaningar med en växande befolkning och en sjukvårdsstruktur i förändring där styrning, samordning och uppföljning av hela den prehospitala vården behöver stärkas. Förutsättningar ska skapas för ett effektivt resursutnyttjande och en jämlik och patientsäker vård. Se Förstudie om framtida prehospital vård i SLL (HSN 1504–0537)

De övergripande prehospitala målen är:

Rätt vårdinsats i rätt tid med rätt resurs.

Rätt vårdinsats innebär att den prehospitala vården är organiserad för att möta olika patienters vårdbehov. Insatserna ska utföras enligt länsgemensamma och nationella behandlingsriktlinjer och vårdprogram.

Rätt tid innebär att när vårdbehov uppstått ska patienten bli rätt prioriterad utifrån vårdbehov och nås av rätt resurs inom rätt tid.

Rätt resurs innebär att patienten efter bedömning ska kunna transporteras med bäst lämpade transportresurs eller hänvisas till den utifrån bedömt tillstånd mest lämpade vårdenheten.

Vårdgivaren ska kontinuerligt, inom ramen för sitt uppdrag, arbeta för att nå ovanstående mål. Målen kommer att följas upp regelbundet inom ramen för ordinarie avtalsuppföljning. Politiska beslut kan innebära att målen förändras under avtalsperioden.

1.4.2 Strategiska mål

SLL:s strategiska mål för den prehospitala vården fokuserar på hög tillgänglighet, god kvalitet, delaktighet och effektivitet i vården. Ambulanssjukvården kommer att vara en viktig del i förverkligandet av målbilden att ge patienten en god och säker vård. Målen kommer att följas upp regelbundet. Uppföljningen av de strategiska målen görs både för länet som helhet och för geografiska delområden.

Vårdgivaren ska kontinuerligt och inom ramen för sitt uppdrag arbeta för att nå de strategiska målen. Målen beskrivs i förstudien som finns länkad under punkt 1.4.1. Nya strategiska mål kan införas under avtalsperioden.

1.4.3 Målgrupp

Målgruppen för de prehospitala tjänsterna omfattar alla personer i alla åldrar som bor eller vistas i Stockholms län.

1.5 Uppdraget för tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning

1.5.1 Övergripande uppdragsbeskrivning

Vårdgivaren ska på SLL:s uppdrag ansvara för tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning inom landstingets ambulanssjukvård. Vårdgivarens uppdrag är att organisera en kvalitativ och effektiv ledningstjänst med god tillgänglighet enligt de krav som framgår av denna specifika uppdragsbeskrivning. Det innebär att tillhandahålla en professionell ledningstjänst som bygger på särskild kompetens för att leda en sjukvårdsledningsinsats vid en allvarlig händelse eller på en större olycks- och skadeplats. Personalen på ledningsenhet ska också ha kompetens för att bygga upp en organisation inför kända eller planerade särskilda insatser. Viktiga

kvalitetskrav på tjänsten är korta startintervaller, att personalen har god lokalkännedom, att det sker en följsamhet till gällande riktlinjer samt att effektiva processer för samverkan etableras med berörda samverkansparter.
Vårdgivaren har totalansvar för tjänstens utförande. Med totalansvar avses ansvar för personal, arbetsmiljö, följsamhet till medicinska riktlinjer och andra av SLL utfärdade styrdokument samt ansvar för att de krav som ställs avseende fordon, lokaler och utrustning uppfylls. Vårdgivaren ska planera sin verksamhet och organisera arbetet så att samtliga ska-krav i denna specifika uppdragsbeskrivning uppfylls. Vårdgivaren ska ansvara för att uppdraget utförs med den kompetens och med den utrustning som krävs för tjänsten ledning enligt denna specifika uppdragsbeskrivning. Vårdgivaren ska arbeta aktivt med utveckling av uppdragets innehåll och personalens kompetensutveckling.

Ledningsenheternas uppdrag är att kvalitativt och kvantitativt vara en viktig del i den katastrofmedicinska beredskapen samt ansvara för den prehospitala sjukvårdsledningen vid större olyckor, misstänkta allvarliga händelser, händelser med farliga ämnen, vid terrorangrepp eller händelser med pågående dödligt våld. Personalen i ledningsenheterna ska stödja eller överta den sjukvårdsledning som påbörjats av ambulans. Ledningsenheterna ska vara ambulansverksamhetens samverkansresurs om räddningstjänst, polis eller andra aktörer är involverade i samma ärende.

Vårdgivaren ska säkerställa att den samverkan med andra aktörer som tjänsten ledning innebär, fungerar väl och utvecklas. Viktiga aktörer, med vilka god samverkan behöver finnas, är bland annat landstingets ambulanssjukvård, andra organ för ledning inom landstinget samt övriga myndigheter som bedriver ledning såsom polis och räddningstjänst. Att aktivt arbeta med utveckling av uppdraget och den samverkan som krävs med berörda parter, är särskilt viktigt med anledning av att en ny modell för ledning införs genom det avtal som denna specifika uppdragsbeskrivning utgör bilaga till. Se även avsnitt 1.12 om samverkan.

Sjukvårdsledaren (ambulanssjukvårdaren) i ledningsenhet ansvarar för att:

- etablera en prehospital sjukvårdsledning,
- rapportera till prioritering- och dirigeringstjänsten samt RSSL[2] på ett standardiserat sätt,
- samverka med räddningstjänsten, polisen och andra berörda aktörer,
- värdera säkerheten för hälso- och sjukvårdspersonalen,
- fatta inriktningsbeslut som tar hänsyn till säkerhet och annat som har framkommit samverkan,
- inventera sjukvårdsbehovet,
- inventera de tillgängliga sjukvårdsresurserna och efterfråga förstärkning,

[2] Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL).

- upprätta en sambandsstruktur för sjukvården internt och externt,
- planera för sjukvårdens uthållighet,
- informera den egna organisationen, samverkande aktörer och massmedier,
- dokumentera tider och ledningsbeslut.

Medicinskt ansvarig (specialistutbildad sjuksköterska i ledningsenhet) ansvarar för att:

- initiera triage och omhändertagande av drabbade,
- fatta ett medicinskt inriktningsbeslut som tydliggör den medicinska ambitionsnivån,
- göra medicinska bedömningar,
- förse sjukvårdsledaren med medicinskt underlag,
- ta emot information från vårdutövare,
- drabbade transporteras på ett säkert sätt till rätt plats,
- dokumentera tider för medicinska inriktningsbeslut,
- ledningspersonalen dokumenterar iakttagelser, bedömningar och behandlingar på individuella skadekort.

Några exempel på utlarmningskriterier för ledningsenhet kan vara:

- misstänkt allvarlig händelse,
- om tre eller fler ambulanser larmas till en händelse,
- samverkanshändelser där flera enheter från räddningstjänst och polis är involverade,
- händelser med farliga ämnen (CBRNE),
- pågående dödligt våld/terrorhandling,
- social oro
- sjö- och flygräddningsinsats
- begäran av sjukvårdsledare (SL),
- begäran av operativ koordinator (OPK) inom prioriterings- och dirigeringstjänsten,
- begäran av tjänsteman i beredskap (TiB),
- insatser som förmodas pågå under längre tid,
- misstanke om brand med befarat sjukvårdsbehov.

1.5.2 Omfattning och principer för hur tjänsten ska nyttjas

Uppdraget innebär att vårdgivaren ska tillhandahålla tre (3) stycken ledningsenheter för prehospital särskild sjukvårdsledning. De tre ledningsenheterna ska ha drifttid dygnet runt, årets alla dagar. Tillräcklig tillgång till reservfordon ska finnas.

Ledningsenheterna dirigeras av landstingets prioriterings- och dirigeringstjänst (PoD). Vårdgivaren ska följa prioriterings- och dirigeringstjänstens direktiv om ledningsenheternas placering under drifttid. Ledningsenhet kan inte alltid återvända till placeringsorten efter varje uppdrag. Prioriterings- och dirigeringstjänsten har ansvaret för att hålla en god beredskap i länet för olika typer av ledningsuppdrag. Det kan innebära att vårdgivarens ledningsenheter blir tilldelade att utföra passning[3] i visst område. Passning räknas inte som skarpt ledningsuppdrag, utan ingår som en naturlig del i uppdraget.

Samtliga ledningsenheter ska utföra uppdrag gränslöst inom länet. Det innebär att varje ledningsenhet ska kunna utföra uppdrag var som helst inom hela Stockholms län. Det är logistiska faktorer och beredskapssituationen som avgör vilken ledningsenhet som ska nyttjas och till vilken händelse. Uppdrag ska även kunna utföras i angränsade län oavsett stationsplacering. Dessa uppdrag ska kunna utföras i direkt anslutning till avslutat uppdrag.

Ledningsenhet ska primärt inte vårda patient, inte heller transportera patient, utan finnas till hands för ledning. Utöver det primära uppdraget att utföra sjukvårdsledning, ska ledningsenheterna samverka med och utföra uppgifter på uppdrag av hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF), specifikt Enheten för katastrofmedicinsk beredskap (EKMB). Det kan handla om att delta i övningar, planering och förberedelse av ledningsinsatser, planering inför större evenemang, delta vid evenemang eller särskilda insatser samt omvärldsbevakning.

Beställaren kommer inför driftstart att upprätta anvisningar och riktlinjer som mer preciserat beskriver hur tjänsten ledningsenhet ska nyttjas. Dessa kommer att beskriva ledningsenheternas roll och uppdrag i vardagssjukvården, vid allvarlig händelse och vid tillfällen när extra ledningsresurser behövs på planerad basis. Även ansvars- och kostnadsfördelning mellan AISAB och EKMB vad gäller utbildning och övning kommer att beskrivas.

1.5.3 Ledningsenhet med särskild inriktning mot CRBNE-händelser

En av de tre ledningsenheterna ska parallellt med sin ledningsfunktion, utgöra särskild ledningsenhet för beredskap och händelser där misstanke finns om nukleära ämnen eller skadliga gaser (s.k. CBRNE-händelser[4]). Syftet är att förstärka ambulansverksamhetens beredskap och förmåga att hantera händelse eller olycka med farliga ämnen. Denna ledningsenhets personal ska vid behov bistå andra ledningsenheter och ambulanser med råd och stöd såväl fysiskt i skadeområdet som

[3] Akutberedskap i anvisat geografiskt område.

[4] CBRNE står för incidenter med kemiska (C), biologiska (B), radiologiska/nukleära (R/N) och explosiva (E) ämnen.

via telefonrådgivning. Stödet utgörs av ämneskunskap och kunskap om hur organisationen bör utformas i samband med CBRNE-händelser. Personalen på den särskilda ledningsenheten för CBRNE-beredskap ska även kunna förstärka sjukvårdsledningens stab som expertstöd vid en händelse med farliga ämnen.

Personalen på den särskilda ledningsenheten för CBRNE-beredskap ska ha ett väl utvecklat samarbete med andra aktörer inom området farliga ämnen så som Räddningstjänstens avancerade indikeringsresurs, Smittskydd Stockholm, Strålfysik SLL, Nationella bombskyddet hos polismyndigheten och Totalförsvarets skyddscentrum. Personalen på den särskilda ledningsenheten för CBRNE-beredskap ska ha tillgång till och kunskap om informationskällor så som RIB (MSB:s integrerade beslutsstöd för information om farliga ämnen samt kunna tolka och förmedla informationen vidare. Personalen på den särskilda ledningsenheten för CBRNE-beredskap ska också kunna utnyttjas för utbildning och träning tillsammans med övrig prehospital personal. Se även punkt 1.9.3.

1.5.4 Principer för bemanning av ledningsenhet

Samtlig personal på ledningsenhet ska vara fast knutna till uppdraget och ha sin huvudsakliga tjänstgöring på ledningsenhet. Personal som bemannar ledningsenheterna ska som lägst ha 75 procent av sin tjänstgöringstid på ledningsenhet.

Samtlig personal ska i samband med rekrytering genomgå lämplighetstest samt vara säkerhetsklassade enligt gällande nivå för säkerhetsklassning.

Personalens arbetstider ska planeras så att kraven i denna specifika uppdragsbeskrivning avseende drifttider och tillgänglighet uppfylls utan att personalen regelbundet behöver jobba övertid. Vid schemaplaneringen ska hänsyn tas till att drifttid och arbetstid är koordinerade så att övertid kan undvikas.

Arbetstid överstigande tolv (12) timmar ska delas in i två (2) arbetspass. Skiftbyte bör ske utanför kontorstid för att minimera risken för avbrott i exempelvis planeringsmöten och samverkan.

1.5.5 Trygg och säker arbetsmiljö

Personalen ska ha tillgång till och använda den skyddsutrustning som krävs för att upprätthålla en trygg och säker arbetsmiljö.

Avvikelser kring trygghetsskapande rutiner ska regelbundet följas upp och när behov av förbättringar identifieras, ska åtgärder skyndsamt vidtas.

1.5.6 Resursförstärkning och reservfordon

Vid situationer när behovet av ytterligare ledningsenhet är särskilt stort, ska vårdgivarens arbetsledare i beredskap, på begäran av SLL via tjänsteman i beredskap (TiB), kunna bemanna och starta upp en (1) extra ledningsenhet. Arbetet med att starta upp den extra ledningsenheten, ska kunna påbörjas omgående efter begäran, och den extra ledningsenheten ska så snart som möjligt kunna påbörja[5] uppdraget. Vårdgivaren ska, fram till dess att den extra ledningsenheten är i drift, löpande informera TiB om när den extra ledningsenheten kan starta upp.

Vårdgivaren ska ha det antal reservfordon som fordras för att upprätthålla kraven på tillgänglighet till ledningsenhet. Reservfordon ska kunna användas i samband med driftavbrott, service och reparationer av ordinarie fordon samt kunna användas som förstärkning vid ansträngt läge. Reservfordon ska uppfylla motsvarande krav som ordinarie ledningsenheter.
Se även bilaga 3B Optioner, avseende tillfällig och planerad resursförstärkning.

1.5.7 Statusrapportering

Vårdgivaren ska ansvara för att varje ledningsuppdrag utförs med fullständig statusrapportering i enlighet med beställarens anvisningar. Statusrapportering görs i av SLL anvisat kommunikationssystem och bygger på definierade koder där vårdgivarens personal anger var i ledningsuppdraget man befinner sig. Det är av största vikt att statusrapporteringar utförs på ett korrekt sätt, då prioriterings- och dirigeringstjänsten minutoperativt måste veta var varje ledningsenhet är för att snabbt kunna omfördela uppdrag ur ett beredskapsperspektiv. Även uppföljning och utveckling av tjänsten bygger på korrekta statusrapporteringar. Med fullständig statusrapportering i relation till operativa ledningsuppdrag gäller statusrapporteringarna (status-A):

- Kvittens (starttid på väg mot ledningsuppdrag)
- Framme (ankomst skadeplats)
- Klar (avslutat arbete skadeplats).

Med fullständig statusrapportering i relation till planerings- eller förberedelsearbete inför ledningsuppdrag gäller statusrapporteringarna (status-B):

- Kvittens (starttid på väg mot planerings-/förberedelsearbete inför ledningsuppdrag)
- Framme (ankomst arbetsplats)
- Klar (avslutat arbete).

[5] Med påbörja avses då enhet kvitterar uppdraget och utgår mot hämtadress.

Rapporteringsmöjlighet i FRAPP för uppdrag enligt status-B-uppdrag planeras att utvecklas för att utveckla möjligheten för dirigering, tuppföljning och rapportering.

Arbete i status-B-uppdrag innebär alltid att personal i ledningsenhet som arbetar med planering eller annat förberedande arbete, alltid är dragbar för skarpa ledningsuppdrag.

Beställaren äger rätt att under avtalsperioden ändra eller införa ytterligare statusrapporteringar.

1.5.8 Tillgänglighet och startintervall

Vårdgivarens ledningsenheter ska vara tillgänglig för uppdrag under hela den avtalade drifttiden. Det innebär att personalens arbetstid inte är att jämställa med de beställda drifttiderna.

Startintervall avser från den tidpunkt uppdrag tilldelas ledningsenhet från prioriterings- och dirigeringstjänsten till dess ledningsenhet har kvitterat uppdrag och är på väg. Startintervall för brådskande uppdrag till ledningsenhet ska högst vara 90 sekunder. Prioriterings- och dirigeringstjänsten tilldelar uppdrag och vårdgivarens personal statusrapporterar ledtider via Rakel enligt överenskommelse med beställaren. Vårdgivaren ska säkerställa att driftavbrott, s.k. rödmärkning, inte uppstår på ledningsenhet.

1.5.9 Placering och lokaler

Ledningsenheterna ska vara geografiskt jämt placerade i länet och strategiskt placerade och med god anslutning till länets större trafikleder. Placeringsorterna för ledningsenheterna fastställs i överenskommelse med beställaren. Vårdgivaren ansvarar för lokaler samt dess hyres- och driftskostnader. Vårdgivaren ansvarar för att lokalen följer SLL:s säkerhetspolicy i tillämpliga delar.

1.5.10 Läkemedel och medicinsk utrustning

Vårdgivaren ska ansvara för att varje ledningsenhet förses med de läkemedel och den medicinska utrustning som krävs för att ge vård som första enhet i väntan på ambulans. Vården ska ges i enlighet med ambulanssjukvårdens medicinska behandlingsriktlinjer inom SLL och av beställaren utfärdade styrdokument. Vårdgivaren ska ansvara för och bekosta nödvändiga investeringar och inköp.

Ledningsenheterna ska utrustas med antidoter (t. ex. läkemedlet Cyanokit) och saneringsutrustning mot farliga ämnen. Ledningsenheterna ska utgöra den prehospitala vårdens läkemedelsbuffert för denna typ av händelser. Dessa läkemedel bekostas av SLL.

All läkemedelsbehandling ska ske på ett säkert, rationellt och kostnadseffektivt sätt med ett helhetsperspektiv där patientens bästa beaktas.

Alla kontakter och all samverkan som vårdgivaren har med läkemedelsföretag och medicintekniska företag ska följa de avtal och överenskommelser som har träffats av SLL med berörda intresseorganisationer. Se SLL:s styrande dokument om avtal om samverkan mellan läkemedelsföretag och sjukvårdspersonal/forskare.

Vårdgivaren ska ha rutiner så att kassation och destruktion av läkemedel och förorenat avfall hanteras på ett miljömässigt korrekt sätt och fungerar enligt lagstiftarens krav.

Vid misstanke om biverkningar av läkemedel samt misstänkt biverkning som har samband med exponering i arbetet ska rapportering ske till Läkemedelsverket enligt 19 § LVFS 2012:14.

Den medicinska utrustningen ska rymmas väl i fordonet och vara lätt åtkomlig.

1.5.11 Medicinska gaser

Vid hantering och förvaring av medicinska gaser ska vårdgivaren följa Riktlinje för medicinska och medicintekniska gaser inom SLL, som är framtagen av SLL och som revideras årligen.

1.5.12 Uppföljning och rapportering

Vårdgivaren ska redovisa av beställaren begärda nyckeltal och kvalitetsindikatorer gällande tjänsten ledning. Beställaren kommer innan driftstart att presentera en plan för årlig uppföljning och kalla till 2-4 uppföljningsmöten per år. Beställaren kommer att presentera en mall för rapportering av ett antal nyckeltal och indikatorer som bland annat kan komma att bestå av:

- Antal ledningsuppdrag per ledningsenhet och månad
- Beskrivning av typ av ledningsuppdrag (utlarmningsorsak)
- Beskrivning av typ av ledningsinsatser
- Antal timmar som respektive ledningsenhets personal medverkat i planering, förberedelser eller analys av händelser i samverkan med EKMB och/eller extern myndighet.

Andel av ledningsuppdrag där:

- METAHNE rapport (vindruterapport) <2 min
- Inriktningsbeslut <3 min
- Samverkan <5 min
- TiB <10 min

- Verifieringsrapport <10 min
- Inriktningsbeslut medicinskt <10 min.

1.6 Prioriterings- och dirigeringstjänstens uppdrag

SLL har avtal med SOS Alarm Sverige AB för prioriterings- och dirigeringstjänsten i Stockholms län. Avtalet omfattar bland annat larmmottagning, prioritering, dirigering och koordinering. Det är prioriterings- och dirigeringstjänsten som prioriterar och dirigerar vårdgivarens ledningsenheter.

Vad gäller vägburen ambulans är det prioriterings- och dirigeringstjänstens prioriteringsuppdrag är att efter patientens symptombild eller beskrivning av en händelse bedöma vilken angelägenhetsgrad ett ärende har och därefter välja den prioritering som krävs. Prioriterings- och dirigeringstjänstens dirigeringsuppdrag är att välja och larma mest lämpliga resurser för uppdraget, där prioriteringsgrad, kompetens och utrustning i enheten är avgörande faktorer. Ambulans och transportambulans kommer att tilldelas uppdrag enligt prioriteringarna 1–4, se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ambulanssjukvård m.m. (SOSFS 2009:10 5 kap 2 §) avseende prioritet 1–3.

Med prioritet 4 avses de transporter som utförs av sjuktransporttjänsten (tidigare liggande persontransporter) och där patienten har behov av att ligga ner under transporten eller behov av annan hjälp med förflyttning. Transporten går till, från eller mellan landstingsfinansierade vårdenheter.

Tjänsten ledning och dess ledningsuppdrag kommer normalt sett att kategoriseras i enlighet med prioriteringsskalan 1-3.

Prioriterings- och dirigeringstjänsten kommer dygnet runt att bemanna med en (1) läkare i den prehospitala bakjoursfunktionen. Den prehospitala bakjouren ska bland annat fungera som stöd i bedömningar och hänvisningar för ambulanssjukvårdens personal. Prioriterings- och dirigeringstjänsten ska med sitt helhetsperspektiv över den samlade sjukvårdssituationen i länet kunna anvisa avlämningsdestination för uppdraget. Detta för att få en effektiv och optimal belastning i SLL:s samlade vårdnätverk. Patientens tillstånd kan dock göra att medicinskt ansvarig i ambulansen väljer en annan avlämningsdestination än den från prioriterings- och dirigeringstjänsten anvisade. Om det sker ska orsak dokumenteras i journalen och prioriterings- och dirigeringstjänsten informeras om den medicinska orsaken att välja annan avlämningsdestination än den av prioriterings- och dirigeringstjänsten anvisade.

1.7 Ledning och styrning

Verksamheten ska ledas av en verksamhetschef som representerar vårdgivaren. Verksamhetschefen ansvarar bland annat för att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet i uppdraget. Verksamhetschefen ansvarar för planering, ledning, kontroll, uppföljning, utvärdering och förbättring av tjänsten.

Samtliga nedan angivna ledande funktioner ska presenteras för beställaren under uppstartsperioden, dock senast på det uppstartsmöte som sker cirka tre (3) veckor innan driftstart.

1.7.1 Verksamhetschef

Vårdgivaren ska ha en (1) namngiven verksamhetschef och säkerställa adekvat kompetens för att leda den systematiska utvecklingen av verksamhetens kvalitet, i enlighet med verksamhetens ledningssystem. I detta ingår att vara väl förtrogen med och insatt i de regelverk som gäller nationellt, regionalt och lokalt för hälso- och sjukvården. Verksamhetschefen ska medverka vid de rådsmöten som beskrivs under punkt 1.16.

1.7.2 Medicinskt ledningsansvarig läkare

Vårdgivaren ska ha en (1) namngiven medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) som är knuten till ledningstjänsten. Den medicinskt ledningsansvarige läkaren ska på uppdrag av chefläkaren för prehospital vård i SLL medverka till det patientsäkerhetsarbete och utvecklingsarbete som drivs i det medicinska rådet, se punkt 1.16.

Det övergripande medicinska innehållet och det medicinska ansvaret för tjänsten ska hos vårdgivaren ledas av den medicinskt ledningsansvarige läkaren. Läkaren ska ha lämplig specialistutbildning och erfarenhet från prehospital vård samt bred erfarenhet av akut omhändertagande och en klinisk förankring inom akutsjukvården.

Den medicinskt ledningsansvarige läkaren ska ingå i vårdgivarens ledningsgrupp eller motsvarande.

1.7.3 Person i ledande ställning

Vårdgivaren ska vid driftstart ha minst en (1) person i ledande ställning som har minst fem (5) års erfarenhet att ha arbetat i ledande ställning med att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet inom akutsjukvård eller ambulanssjukvård.

1.7.4 Arbetsledande funktion dygnet runt

Vårdgivaren ska ha en funktion som dygnet runt ska svara för frågor och informationsutbyte gentemot prioriterings- och dirigeringstjänsten, tjänsteman i beredskap (TiB) och beställaren. Funktionen ska ha mandat att fatta beslut i driftoperativa frågor och ska inte arbeta operativt i verksamheten för att på så sätt alltid vara omedelbart tillgänglig. Funktionen utrustas av SLL med en (1) rakelenhet, se bilaga 1B Kommunikationssystem. Denna rakelenhet är att jämställa rent kostnadsfördelningsmässigt med det som gäller för rakelenhet i ordinarie fordon.

1.7.5 Dokumentation

All eventuell patientkontakt som uppkommer i samband med en ledningsinsats, eller om ledningsenhet är första enhet på olycksplats, ska dokumenteras i patientjournal enligt patientdatalagen (2008:355). Även ledningsuppdrag som inte leder till patientkontakt ska dokumenteras. Dokumentation av ett ledningsuppdrag ska ske på s.k. plottingblad. Dessa blad är att betrakta som journalhandlingar och ska hanteras därefter. I nuläget finns inget färdigt rapporteringssystem i FRAPP, men detta är under uppbyggnad. Målsättning är att dokumentation av ledningsuppdrag i framtiden ska ske digitalt. Lednings- och planeringsuppdragen ska även dokumenteras i en insatsrapport som ligger utanför patientjournalspärren för att underlätta åtkomst för beställaren. Detta för att säkerställa möjlighet till uppföljning och rapportering.

1.7.6 Elektronisk identitetskontroll

Samtlig personal ska ha av SLL godkänd informationssäkerhetslösning vars syfte är att kunna kontrollera uppgiven elektronisk identitet vid exempelvis inloggning eller vid kommunikation mellan två system. För mer utförlig information avseende godkända lösningar, se Vårdgivarguiden.

1.7.7 Journalsystem

Vårdgivaren ska använda journalsystemet amPHI som ingår som en del i Frapp, se punkt 1.17.1 och bilaga 1B Kommunikationssystem.

1.7.8 Identitetskontroll av patient

Patientens identitet ska säkerställas genom ID-kontroll enligt den vägledning som finns på Vårdgivarguiden, ID-kontroll av person som söker vård.

1.7.9 Bär- och lyfthjälp

Via prioriterings- och dirigeringstjänsten kan bär- och lyfthjälp begäras. Hjälpen kan bestå i resurser från ambulanssjukvården eller från räddningstjänsten.

SLL svarar för ersättning till räddningstjänsten i samband med begärd assistans.

1.8 Kompetens

Det åligger vårdgivaren att göra en prövning så att de formella kompetenskraven säkerställs, liksom att säkerställa att personalen vid ledningsenhet har de reella, kliniska och teoretiska färdigheter som krävs för ledningstjänsten.

Vårdgivaren ska ansvara för att personalen, beroende på kompetens och tidigare erfarenhet, får adekvat introduktionsutbildning för att kunna utföra uppdraget.

Utöver grundläggande kunskaper som ambulanssjukvårdens gemensamma medicinska behandlingsriktlinjer, lyftteknik, utryckningskörning och god lokalkännedom är särskild sjukvårdsledning, ledarskap och reaktioner vid stressade situationer, samverkande myndigheters organisation, taktik och lagstiftning och gemensamma grunder för inriktning och samordning en viktiga delar i introduktionsutbildningen. Vidare behöver personal i ledningsenhet en gedigen kunskap om arbete i komplexa miljöer så som arbete i situationer med pågående dödligt våld, arbete där enskilda drabbats av spräng- och brännskador, händelser med farliga ämnen, upplopp och social oro mm.

Vårdgivaren ska skapa en lärande miljö där den anställde får rätt förutsättningar för att öva ledning i tillräcklig omfattning och får möjlighet att tillgodogöra sig ny kunskap som är väsentlig för uppdragets utförande. Utbildningen ska vara godkänd av SLL.

Samtlig personal vid ledningsenheterna ska ha giltigt körkort i enlighet med transportstyrelsens regelverk. Personal vid ledningsenheterna ska kunna hantera den tekniska utrustning som ska finnas i varje fordon samt kunna hantera Frapp och Rakel.

Personal i samtliga ledningsenheter ska kunna ansvara för särskild sjukvårdsledning i enlighet med SLL:s katastrofmedicinska beredskapsplan.

Samtlig personal som arbetar på ledningsenhet ska kunna kommunicera på svenska i tal och skrift.

1.8.1 Formell kompetens

Nedan följer kompetenskrav för respektive yrkesfunktion i ledningsenhet.

1.8.1.1 Sjuksköterska med specialistutbildning

Den specialistutbildade sjuksköterskan ska i första hand ha specialistutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård (60 högskolepoäng) eller annan lämplig specialistutbildning då med minst två (2) års erfarenhet från ambulans- eller akutsjukvård (heltid) *alternativt* lämplig påbyggnadsutbildning enligt tidigare studieordning motsvarande ett (1) års heltidsstudier och minst två (2) års erfarenhet från ambulans- eller akutsjukvård (heltid). Svensk legitimation som sjuksköterska och internationell utbildning motsvarande ett (1) års påbyggnadsutbildning samt erfarenhet från ambulans- eller akutsjukvård i två (2) år (heltid) accepteras.
Den specialistutbildade sjuksköterskan ska ha de delegeringar som anges i ambulanssjukvårdens medicinska behandlingsriktlinjer och som krävs för att utföra uppdrag med prioritet 1–3.

1.8.1.2 Undersköterska med ambulanssjukvårdarkompetens

Med undersköterska med ambulanssjukvårdarkompetens avses undersköterska med ambulanssjukvårdarkompetens eller motsvarande reell kunskapsnivå. Reell kompetensnivå motsvarar 20- eller 40-veckorsutbildning inom ambulanssjukvård eller motsvarande utbildning eller motsvarande internationell utbildning och yrkeserfarenhet från ambulanssjukvård.

Undersköterska med ambulanssjukvårdarkompetens ska ha delegering för syrgasbehandling och utbildning för att använda hjärtstartare.

Undersköterska med ambulanssjukvårdarkompetens ska ha mycket god lokalkännedom inom Stockholms län och är den som ska framföra fordonet under de uppdrag där utryckningskörning krävs.

1.8.1.3 Specificerade kompetenskrav avseende ledningsenhet

All personal som bemannar ledningsenhet ska ha en fördjupad utbildning i särskild sjukvårdsledning, ha minst tre (3) års prehospital erfarenhet samt ha mycket god ledningsförmåga och förmåga till samverkan. Kravprofil avseende reell kompetens och lämplighet för uppdraget ska stämmas av med EKMB, chefläkaren för prehospital vård samt prehospitala vårdens strategiska koordinator. Personal som bemannar den särskilda ledningsenheten för CBRNE-beredskap ska genomgå specifik utbildning inom området.

Vårdgivaren ska i samverkan med hälso- och sjukvårdsförvaltningen ta fram former för årlig kunskapstest för den personal som ska bemanna ledningsenhet.

1.9 Fordonskrav, utrustning och beklädnad

1.9.1 Fordonskrav samt utrustning för sjukvårdsledning

Ledningsenheterna ska inrättas i fordon lämpliga för ledning och stabsarbete i fält inredda med operatörsplatser och utrustning som är lämpad för ledning av större insatser.

Vårdgivaren ska ansvara för att ledningsenheterna förses med den utrustning som behövs för att prehospital särskild sjukvårdsledning ska kunna utföras i såväl som utanför fordonet. Med utrustningen ska personalen kunna:

- mobilisera sjukvårdsresurser till skadeområde,
- organisera och leda arbetet i ett skadeområde från ledningsplatsen,
- bedöma vårdbehovets art och omfattning såväl avseende kroppsliga skador psykologiska reaktioner,
- lämna lägesrapporter,
- begära ytterligare resurser,
- samverka med räddningstjänst och polis,
- ansvara för sjukvårdens samband i skadeområdet och mellan ledningsenhet och RSSL,
- ansvara för att dokumentation av insatsen sker,
- organisera tillkommande resurser samt bevaka när dessa kvitterat ankomst till brytpunkt.

Vårdgivaren ska vid val av fordonens inredning och utrustning ansvara för att det genomförs en risk- och behovsanalys. Utgångspunkten ska vara kraven i denna specifika uppdragsbeskrivning. Vårdgivaren ska inför driftstart presentera en utrustningslista. Beställaren ska hållas informerad avseende förändringar av utrustning.

Om beställaren eller vårdgivaren vill införa ny utrustning, ny metodik eller förbättringar i tjänsten under avtalsperioden, ska överenskommelse om villkor och förutsättningar ingås innan eventuella justeringar i avtalet kan göras.

Samtliga ledningsenheter ska vara registrerade som utryckningsfordon enligt gällande regelverk.

Vårdgivarens ledningsfordon ska ha tillräcklig last- och volymkapacitet för att fullfölja uppdraget. Ledningsenhet ska, utöver förare, kunna transportera minst två (2) personer. Ledningsenhet ska inte lasta patient, det vill säga inte vara utrustad med bår.

Fordon ska hållas i sådant skick utvändigt och invändigt att allmänhetens förtroende för tjänsten och SLL upprätthålls.

Vårdgivaren ska ansvara för uppställningsplats i varmgarage med kontinuerlig laddning, tillsyn, reparation och underhåll av fordon och utrustning under drifttiden.

I de fall vårdgivaren önskar nyttja något fordon i annan verksamhet än huvuduppdraget ska detta godkännas av beställaren.

Samtliga fordon ska vara fyrhjulsdrivna.

1.9.1.1 Utmärkning av ledningsenhet

Ledningsenhet ska vara märkt enligt krav i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för

Ambulanssjukvård m.m. (SOSFS 2009:10 1 kap. 4 §) enligt följande:

- Vara väl synlig i både ljus och mörker,
- Ha gul färg, enligt färgskalesystemet RAL 1016 (NSC 0362-G82Y) på sidorna ha reflekterande rektangulära rutor i grönt, enligt färgskalesystemet RAL 6026 (NCS 4942-373G),
- Ha texten ”Sjukvårdsledning”, i självlysande eller fluorescerande text väl synlig på sidorna, huv och den bakre delen på fordonet,
- Ha symbolen "Star of Life" väl synlig,
- Ha en väl synlig identifikationsmärkning med rakelnummer ovanför främre hjulpar på båda sidor, baklucka, fram samt tak,
- Självlysande eller fluorescerande märke på båda framdörrarna som anger att fordonet kör på uppdrag av SLL, i enlighet med riktlinjer och mall från beställaren,
- Namn på vårdgivare får placeras på bakre delen av fordonet och storleken på emblemet ska vara hälften av storleken på texten ”Sjukvårdsledning”.

All utmärkning ska ske i samråd med beställaren och stämmas av inför driftstart.

Endast text och märkning som framgår av ovanstående samt av annan författning vad gäller eventuell säkerhetsmärkning kommer att godkännas. se SLL:s grafiska profil.

1.9.1.2 Reservfordon

Vårdgivaren ska ha det antal reservfordon som fordras för att upprätthålla kraven på tillgänglighet. Reservfordon ska kunna användas i samband med driftavbrott, service och reparationer av ordinarie fordon samt kunna användas som förstärkning vid ansträngt läge. Reservfordon ska uppfylla motsvarande fordons- och funktionskrav som ordinarie ledningsenhet.

1.9.1.3 Beklädnad

Enhetlig klädsel inom den prehospitala vården bidrar till att personal är lätt att identifiera. Vårdgivarens företagsnamn får framgå, men ej reklam eller placeringsort. Vårdgivaren ska tillhandahålla arbets- och skyddskläder i tillräcklig omfattning så att hygienkrav och säkerhet kan efterlevas.

Klädsel för personal i ledningsenhet:

- Jacka och överdel ska ha gul och grön färg.
- Byxorna ska vara gröna med reflexer på underben.
- Svarta skyddsskor med stålhätta och spiktrampskydd.
- Jacka och överdel ska på ryggen vara märkt med yrkesfunktion. Sjukvårdsledarens överdel och jacka ska ha texten ”Sjukvårdsledare” på rygg och vänster framdel. Medicinskt ansvarig ska ha texten ” Medicinskt ansvarig” på överdelen och jackans rygg och vänster framdel.

Vårdgivaren ska följa det regelverk som gäller för skyddsutrustning som Arbetsmiljöverket fastställt gällande den prehospitala vården.

Samtliga ytterkläder ska vara försedda med den reflexmärkning som framgår av dels Arbetsmiljöverkets bestämmelser och dels av vad som framgår av Socialstyrelsens rekommendationer för varselkläder på skadeplats i enlighet med standard SS-EN 471 klass 2 eller standards som ersätter denna (Personlig skyddsutrustning för yrkesmässig användning).

Vårdgivarens personal ska bära synlig identifikationshandling. Sjuksköterska ska bära en blå skylt med texten ”Sjuksköterska” i vitt och undersköterska ska bära en grön skylt med texten ”Undersköterska” i vitt. Skylten ska bäras väl synlig för patienter, närstående och samverkanspartner.

1.9.2 Sjukvårdsledning till sjöss eller på ö

I tjänsten ingår att den personal som bemannar ledningsenhet ska kunna utföra sjukvårdsledning på öar utan broförbindelse eller till sjöss (t. ex. på färja). Prioriterings- och dirigeringstjänsten begär vid dessa uppdrag assistans för flyg- eller sjötransport för ledningsenhetens personal.

Sjöfartsverket ansvarar för sjöräddning inklusive transport till och från fartyg. SLL ansvarar för den vård som kan behövas under en transport till sjöss och ansvaret sträcker sig till territorialgränsen. Sjöfartsverkets sjöräddning fullgör sitt transportansvar genom fartyg eller räddningshelikopter samtidigt som sjukvårdspersonal vårdar patienten. Bedömning om sjukvårdsinsatser via sjöräddning görs av SLL:s prioriterings- och dirigeringstjänst. Vid sjukdom eller olycka för personer som befinner sig till sjöss finns så kallade SITS-team inom landstingets ambulanssjukvård.

1.9.3 CBRNE

Händelser med farliga ämnen benämns också CBRNE-händelser[6]. Vårdgivaren ska ansvara för att ha den utrustning, kompetens och beredskap som krävs för uppdraget. All personal på samtliga ledingsenheter ska ha goda kunskaper inom området för att på ett säkert sätt kunna påbörja och utföra sjukvårdsinsatser samt utföra sjukvårdsledning fram till dess att den ledningsenhet som ska ha specialistkompetens inom CBRNE kommit till platsen.
Personalen på samtliga ledningsenheter ska ha en mycket god kunskap inom CBRNE för att kunna arbeta i ett skadeområde (varm och kall zon) vid en händelse med farliga ämnen.

SLL tillhandahåller skyddsutrustning för detta ändamål. Utrustningen ska alltid finnas i samtliga ledningsenheter. Se även avsnitt 1.5.3.

1.10 Tjänsteman i beredskap

Varje landsting ska, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22), vara bemannat för att kunna ta emot larm vid en allvarlig händelse. Funktionen kallas Tjänsteman i beredskap (TiB) och bemannas av tjänstemän från SLL dygnet runt årets alla dagar.

Vid en allvarlig händelse har TiB befogenhet att utöva särskild sjukvårdsledning på regional nivå. Det innebär bland annat rätt mandat att fatta beslut om att:

- aktivera ledningsresurser till ett skadeområde
- aktivera förstärkning av prehospitala resurser
- aktivera sjukvårdsgrupper till ett skadeområde
- besluta om vilka enheter inom akutsjukvården och närsjukvården som ska vara mottagande enheter
- aktivera psykologiska och psykiatriska katastrofledningsgrupper
- aktivera beredskapshöjning för Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL).

1.11 Vårdprogram och riktlinjer

Att ha gemensamma medicinska behandlingsriktlinjer för den prehospitala vårdens vårdgivare är en förutsättning för att bedriva en effektiv och patientsäker vård. Behandlingsriktlinjerna är ett gemensamt ansvar för samtliga prehospitala

[6] CRBNE står för incidenter med kemiska (C), biologiska (B), radiologiska/nukleära (R/N) och explosiva (E) ämnen.

vårdgivare och ska tas fram i samråd med SLL:s chefläkare för den prehospitala vården, som är den som slutgiltigt godkänner riktlinjerna.

Vårdgivaren ska i uppdraget följa de relevanta vårdprogram som finns sammanfattade i ambulanssjukvården i SLL:s medicinska behandlingsriktlinjer. Förutom de medicinska behandlingsriktlinjerna kan beställaren utfärda tillfälliga eller permanenta styrdokument. Dessa ska följas av vårdgivaren.

Vårdgivaren ska ha kännedom om det medicinska beslutsstöd som används vid prioriterings- och dirigeringstjänsten (www.sosalarm.se).

1.11.1 Kvalitetsregister

Vårdgivaren ska rapportera till relevanta kvalitetsregister enligt gällande riktlinjer från SLL.

Vårdgivaren ska rapportera uppgifter om sin verksamhet till:

- Svenska Hjärt-Lungräddningsregistret
- Framtida register på begäran av beställaren.

1.11.2 Avvikelsehantering

Vårdgivaren ska ha ett kvalitetsledningssystem för patientsäkerhetsarbete och rutiner för hantering av avvikelser och klagomål i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” SOSFS 2011:9. Rapportering av avvikelser ska ske i det av SLL anvisade avvikelsesystemet HändelseVis. Vårdgivaren ansvarar för samtliga kostnader. En uppskattad kostnad är cirka 100 000 kronor per år för 100 användare inkluderande licenskostnad, användaravgifter och uppgraderingskostnader.

Avvikelsehanteringen ska inkludera vårdgivarens systematiska arbete med analys och uppföljning av avvikelser. Beställaren ska löpande informeras om avvikelser och klagomål som bedöms vara av särskild vikt eller betydelse för verksamheten. Vårdgivaren ska kontinuerligt rapportera om patientsäkerhetsarbetet och bedriva patientsäkerhetsarbete i samverkan med SLL:s chefläkare för den prehospitala vården. Beställaren äger rätt att meddela vårdgivaren hur den aktuella informationen ska vara utformad. Vårdgivaren ska medverka och samverka i de forum kring kvalitetsarbete och samverkan som beställaren anvisar, se punkt 1.12 Samverkan.

1.12 Samverkan

För att uppnå en effektiv prehospital sjukvårdsledningstjänst ska vårdgivaren samverka med samtliga aktörer inom Samverkan Stockholmsregionen dvs

kommunerna i Stockholms län, Kustbevakningen, Länsstyrelsen i Stockholm, Försvarsmakten Militärregion Mitt, Polisen Region Stockholm, SOS Alarm, Stockholms hamnar, Storstockholms brandförsvar, Södertörns brandförsvarsförbund, Brandkåren Attunda, och Trafikverket. Samverkan ska också ske med prioriterings- och dirigeringsfunktionen, landstingets ambulanssjukvård och övrig prehospital vård samt övriga vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för uppdragets utförande. I detta ingår att utveckla och dokumentera arbetssätt och rutiner för samverkan.

Vårdgivaren ska genomföra dokumenterade besök hos prioriterings- och dirigeringstjänsten varje år för att upprätta eller revidera skriftliga rutiner kring samverkan. Vårdgivaren ska genomföra dokumenterade besök hos prioriterings- och dirigeringstjänsten varje år för att upprätta eller revidera skriftliga rutiner kring överrapportering och bedömning av patienter på skadeplats.

1.13 Utbildning och övning

Ambulanssjukvårdens ledningsenheter ingår som en del i SLL:s katastrofmedicinska beredskapsplan. All personal vid ledningsenhet ska ha god kännedom om innehållet i beredskapsplanen.

Vid en allvarlig händelse ska sjukvårdens insatser ledas av en (1) av dessa ledningsenheter. All övrig prehospital personal, som kommer först till en skadeplats, ska dock kunna etablera en initial sjukvårdsledning, samordna sjukvårdsinsatserna och samverka sjukvårdsinsatserna innan ledningsansvaret tas över av särskild ledningsenhet.

Samtlig personal som bemannar ledningsenhet ska delta i de utbildningar och övningar som SLL erbjuder via Enheten för katastrofmedicinsk beredskap (EKMB). Vårdgivaren ansvarar för personalkostnader vid dessa utbildningar.

Under 2019 införs ett nytt prehospitalt koncept för sjukvårdsledning. PS® är ett nationellt koncept som syftar till att förbättra den prehospitala sjukvårdsledningen vid skadehändelser i vardagen och vid allvarlig händelse genom att all prehospital personal arbetar efter samma standardiserade ledningsmodell i hela Sverige.

1.13.1 Övriga krav på utbildning och övning

Vårdgivarens personal ska ha den kompetens som tjänsten kräver och få den kompetensutveckling som erfordras. Varje tillsvidareanställd medarbetare med heltidstjänstgöring ska genomgå tio (10) utbildningsdagar per år utöver anvisade

obligatoriska utbildningar. Med utbildningsdag avses en (1) dag om cirka åtta (8) timmar. Exempel på innehåll i utbildningsdagar kan vara: Repetitionsutbildning i CBRNE, RN, A-HLR och PS, körutbildning, lyftteknik, utbildning i terror och pågående dödligt våld, föreläsningstillfällen, egna studier, konferenser, egna fortbildningsdagar, hospitering och auskultation. Beställaren kan införa ytterligare obligatoriska utbildningar under avtalsperioden, vilka får räknas in i de tio (10) kravställda utbildningsdagarna enligt nedan i denna punkt.

Vårdgivaren ska säkerställa att tillfälligt anställd personal erhåller adekvat kompetensutveckling. För tillfälligt anställd personal som tjänstgör hos fler ambulansvårdgivare är det ett gemensamt ansvar kring kompetens och kompetensutvecklingen.

Utöver de tio utbildningsdagarna ska samtlig personal vid ledningsenheterna årligen delta i praktiska övningar inom särskild sjukvårdsledning och/eller CBRNE-händelser. Personal på ledningsenhet kan, då verksamheten tillåter, öva under skarp drift, men är då dragbar vid misstänkt allvarlig händelse. Vårdgivaren ska ha en (1) övningsansvarig kontaktperson för samverkan kring övningar.

Nedan följer de obligatoriska utbildningskrav som gäller för tjänsten ledning:

Utbildning	Specialist-sjuksköterska ledningsenhet	Under-sköterska ledningsenhet	Utbildningen genomförd
A-HLR vuxna och A-HLR barn[7]	x	x	Genomförd inför driftstart
CBRNE[8] 2 dagar Genomförs via KTC[9] för de som inte redan gått utbildningen[10]	x	x	50 procent av personalen utan tidigare utbildning senast 6 månader efter driftstart och samtliga senast 1 år efter driftstart
RN[11] Grundutbildning Halvdag Genomförs via SLL för de som inte redan gått utbildningen[12]	x	x	50 procent av personalen utan tidigare utbildning senast 1 år efter driftstart och samtliga senast 2 år efter driftstart
Prehospital särskild sjukvårdsledning (PS) 2 dagar Genomförs via KTC för de som inte redan gått utbildningen[13]	x	x	Genomförd inför driftstart
Regional katastrofmedicinsk samverkansövning[14]	x	x	Obligatoriskt deltagande med minst ett fordon med besättning när SLL bjuder in.
PHTLS[15]	x	x	Senast 6 månader efter driftstart eller så snart kurstillfälle erbjuds
AMLS[16]	x	x	Senast 6 månader efter driftstart eller så snart kurstillfälle erbjuds
PEPP[17]	x	x	Senast 6 månader efter driftstart eller så snart kurstillfälle erbjuds

[7] Vårdgivaren ansvarar för utbildnings- och personalkostnader.
[8] Farliga ämnen benämns på fackspråk för CBRNE och står för kemiska (C), biologiska (B), radiologiska (R) nukleära (N) och explosiva (E) ämnen.
[9] Se kapitel 1.16.4 om Landstingets Prehospitala Kunskaps- och kliniskt träningscenter.
[10] Vårdgivaren ansvarar för personalkostnader.
[11] Radiologiska och nukleära ämnen.
[12] Vårdgivaren ansvarar för personalkostnader.
[13] Vårdgivaren ansvarar för personalkostnader.
[14] Vårdgivaren ansvarar för personalkostnader.
[15] Vårdgivaren ansvarar för utbildnings- och personalkostnader.
[16] Vårdgivaren ansvarar för utbildnings- och personalkostnader.
[17] Vårdgivaren ansvarar för utbildnings- och personalkostnader.

1.14 Prehospitalt Kunskaps- och kliniskt träningscenter (KTC)

I september 2017 invigdes SLL:s prehospitala kunskaps- och kliniska träningscenter. Centret, som på uppdrag av SLL drivs av AISAB har en central roll i den länsövergripande kunskapsstyrning som sker inom landstingets prehospitala verksamhet. En koppling ska finnas mellan KTC och det kunskapsstyrningsuppdrag som ligger på hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för prehospital vård. Enheten ingår i KTC:s styrgrupp och operativa ledningsgrupp. Under avtalsperioden kan KTC få riktade uppdrag från såväl enheten för prehospital vård som EKMB.

KTC:s verksamhet innefattar såväl medicinska och kliniska, som katastrofmedicinska utbildningar och övningar. Uppdraget omfattar även att tillgodose behovet av teoretiska och praktiska kunskapstester samt introduktions-, certifierings- och behörighetsprogram. Årliga planer för verksamhetens innehåll tas fram av en vårdgivargemensam grupp som leds av SLL:s chefläkare för prehospital vård. Beslut om de årliga utbildnings- och övningsprogrammen fattas därefter av KTC:s styrgrupp. I båda dessa grupper ingår representanter för ambulansvårdgivare och beställare.

Målet är att säkra och utveckla förutsättningarna för att personalen inom den prehospitala vården ska få tillgång till en väl planerad, samordnad, modern och kvalitetssäkrad utbildning i kombination med ett väl avvägt program för övningar. KTC har även i uppdrag att erbjuda behovsprövade utbildningar och övningar för medarbetare inom den prehospitala vården samt att hålla samman metodutveckling och samarbete med andra aktörer när det gäller arbete med hot, våld och katastrofsituationer. KTC:s verksamhet bedrivs i samarbete med forskning, främst genom den prehospitala verksamhetens Akademiska ambulans, samt genom samarbete med högskola och universitet och är en arena där forskningsresultat presenteras och omvandlas till vård och behandlingsmetoder.

KTC:s verksamhet är till huvuddelen intäktsfinansierad. Detta innebär att vårdgivare och aktörer inom SLL:s prehospitala verksamhet ska delfinansiera verksamheten. Intäkterna från vårdgivarna och aktörerna i landstingets prehospitala verksamhet ska täcka KTC:s kostnader för vårdgivargemensamma utbildningsaktiviteter, övningar, utrustning och administration av verksamheten. Kostnaden per årsarbetare beräknas uppgå till cirka 8 000 kronor per år. Mervärdesskatt, 25 procent, tillkommer på beloppet.

Respektive vårdgivare inom landstingets prehospitala verksamhet ska därför teckna avtal med AISAB för ett löpande nyttjande av utbildnings- och övningsverksamheten där avgiften baseras på ovan angivna. Det finns också möjlighet att teckna tillfälliga

avtal för de engagemang vårdgivaren avser nyttja eller organisera egna utbildnings- och övningsaktiviteter.

1.15 Miljö

Vårdgivaren ska senast ett (1) år efter driftstart ha ett miljöledningssystem certifierat enligt ISO-standard 14 001, EMAS eller motsvarande. För information om gällande miljöprogram och miljömål, se Vårdgivarguiden och Miljöprogram 2017–2021.

1.15.1 Drivmedel

Vårdgivaren ska se till att transporter med bil, inom ramen för denna tjänst, vid var tid sker med så låga utsläpp som möjligt. Vårdgivaren ska vid byte av fordon under avtalsperioden byta till fordon som vid tidpunkten har bästa möjliga miljöprestanda och samtidigt uppfyller krav för uppdragets genomförande. Se bilaga 3A, Ersättningsvillkor avseende bonus.

1.15.2 Kemikalier

Vårdgivaren ska i tillämpliga delar följa SLL:s utfasningslista för miljö- och hälsofarliga kemikalier i varor. Utfasningslistan finns på Vårdgivarguiden.

1.16 Obligatoriska mötesfora

Beställaren kommer regelbundet att bjuda in till nedanstående samverkans- och beslutsforum. Dessa forum är obligatoriska för vårdgivaren.

Verksamhetschefsråd
Beställaren sammankallar till verksamhetschefsråd. Verksamhetschefer för vårdgivare som har avtal med SLL inom den prehospitala vården bjuds in. Verksamhetschefsråden hålls vid cirka åtta (8) tillfällen per år.

Syftet är en samverkan mellan beställare och vårdgivare genom information och erfarenhetsutbyte. Rådet kan fatta beslut om eller samverka kring verksamhetsgemensamma frågor samt ge uppdrag till det medicinska rådet att bereda frågor.

Medicinskt råd
Chefläkaren för prehospital vård inom SLL sammankallar till medicinskt råd, vilket är ett beredande forum till verksamhetschefsrådet. Medicinskt ledningsansvariga läkare hos de vårdgivare som har avtal med SLL inom den prehospitala vården bjuds in att delta. Medicinskt råd hålls vid cirka åtta (8) tillfällen per år.

Syftet är att samverka och bereda gemensamma medicinska frågor gällande patientsäkerhet och övergripande medicinska frågeställningar.

Formen för samtliga ovanstående forum kan komma att förändras under avtalsperioden.

1.17 Informationsförsörjning och tekniska system

Vårdgivaren ska följa SLL:s riktlinje för informationssäkerhet. Se bilaga 6 Informationshantering.

Inom detta område ingår bland annat journalsystem, medicinteknisk utrustning samt utrustning för kommunikation via data och tal i fordon.

Beställaren äger och tillhandhåller teknisk utrustning avseende Frapp, se punkt 1.17.1 och Rakel, se punkt 1.17.2 samt bilaga 1b Kommunikationssystem. Vårdgivaren möjliggör att utrustningen kan installeras och hanteras av personal i aktuella enheter. Vårdgivaren ska ansvara för att utrustningen hanteras på ett professionellt och varsamt sätt under avtalsperioden.

Motivet till att SLL äger och tillhandhåller ovanstående utrustning är att Beställaren under avtalstiden ges möjlighet att byta system för att uppnå målet med att över tid ha väl fungerande och säkra system för journalsystem, medicinteknisk utrustning samt utrustning för kommunikation via data och tal i fordon.

1.17.1 Frapp – IT-stöd för den prehospitala vården

Det digitala verksamhetsstödet i prehospital vård i SLL är Frapp. I Frapp ingår journalsystem, kart- och navigationsstöd, monitorering och EKG samt utrustning för att skicka och ta emot information som används i den prehospitala vården. Beställaren äger och tillhandahåller den tekniska utrustning som ingår i Frapp och vårdgivaren möjliggör att utrustningen kan monteras och hanteras i aktuella ledningsfordon.

Vårdgivaren ska i sin roll delta i möten och andra aktiviteter som är nödvändiga för att säkerställa, förvalta och utveckla Frapp inom den prehospitala vården.

1.17.2 Radiokommunikation för effektiv ledning (Rakel)

Vårdgivaren ska använda sig av beställaren anvisat kommunikationssystem. För närvarande används Rakel i SLL, se bilaga 1B Kommunikationssystem.

1.17.3 Mobiltelefoni

Varje enhet ska ha mobiltelefon med specifika telefonnummer tillhörande respektive yrkesfunktion, som enbart används för kommunikation inom tjänsten. Telefonnummer ska meddelas till prioriterings- och dirigeringstjänsten. Vårdgivaren ska vara tillgänglig via mobiltelefon under hela drifttiden.

Vårdgivaren ska använda mobiltelefon och mobiloperatör med robust förmåga och utbyggnad, för att säkerställa bästa möjliga täckning för tal-, ljud- och bildtjänster samt telekomtjänster i Stockholms län.

1.18 Kris- och katastrofberedskap

Vårdgivaren och dess personal ska ha god kännedom om SLL:s regionala katastrofmedicinska beredskapsplan, SLL:s epidemiberedskapsplan, SLL:s antraxplan samt SLL:s plan för krisberedskap och säkerhet.

1.19 Lokal krisberedskapsplan och kontinuitetsplanering

Vårdgivaren ska ansvara för att ha en handlingsberedskap i verksamheten så att den fungerar även om störningar uppstår. Det kan röra sig om svåra väderförhållanden, personal som är involverade i olyckor, antagonistiska angrepp, sabotage, elavbrott eller vattenavbrott. Vårdgivaren ska regelbundet planera, utbilda och informera sin personal i handlingsberedskap så att verksamhetsansvaret är känt av alla.

Vårdgivaren ska utarbeta en kontinuitetsplan för att motverka avbrott i verksamheten och skydda kritiska rutiner från effekter av oförutsedda allvarligare avbrott eller katastrofer. Vårdgivaren ska presentera kontinuitetsplanen i samband med uppstartsmötet cirka tre (3) veckor innan driftstart.

1.20 Optioner

Beställaren äger rätt att förändra dimensioneringen genom optioner. Se bilaga 3B Optioner samt bilaga 3A, Ersättningsvillkor.

1.21 Begrepp och definitioner

Begrepp och definitioner som förekommer i dokumentet:

ambulans	*här: ambulans med specialistsjuksköterska och undersköterska med ambulanssjukvårdskompetens*
bariatrisk	*bariatri är ett samlingsnamn för medicinska behandlingsmetoder för behandling av sjuklig fetma*
beredskap	*resurser tillgängliga vid akuta oplanerade händelser*
differentiering	*här: uppdelning av transporterande enheter i ambulanssjukvården beroende på kompetens och utrustning*
dimensionering	*här: proportionering/anpassning av volym för vägburen ambulans*
dirigering	*koordinering av prehospitala enheter*
drift	*här; teknik och personal i daglig verksamhet*
god kännedom	*gedigen kunskap*
kvalitetsledningssystem	*certifiering som visar ett system som beskriver hur olika aktiviteter bedrivs i ett företag*
kall zon	*kall zon i ett skadeområde medför inga krav på skyddsutrustning*
kännedom	*kunskap, förtrogenhet*
larmtid	*tidpunkt när första telefonsignalen i ett anrop når larmfunktionen*
leverantör	*här: jämställs med vårdgivare*
motsvarande	*här: i hemmet eller motsvarande avses exempelvis utomhus, i butik, i trapputgång etc.*
mycket god kännedom	*avsevärd gedigen kunskap*
personcentrerad vård	*att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom*
prehospital vård	*vård som utförs mellan vårdbehovets uppkomst och ankomst till sjukvårdsinrättning*

prioritering- och dirigeringstjänst	*sjukvårdens larmcentral*
prioritering	*bedömning av vårdanrop*
rimlig väntetid	*väntetid som inte bedöms påverka patientens tillstånd*
sjukresa	*resa mellan folkbokföringsadress och landstingsfinansierad vård som ersätts enligt lag (1991:419) om sjukresekostnadsersättning*
sjuktransport	*här: fordon som utför transporter till, från eller mellan vårdinrättningar när inget sjukvårds- eller medicinskt övervakningsbehov finns*
startintervall	*intervall från utlarmningstid till starttid*
starttid	*tidpunkt då utlarmad enhet utgår mot utlarmningsadress*
stationering	*här: placering av enheter i den prehospitala vården*
transportambulans	*här: fordon med sjuksköterska och undersköterska med ambulanssjukvårdskompetens som utför transporter mellan sjukvårdsinrättningar*
utlarmningstid	*tidpunkt då larmcentral larmar prehospitala enheter*
varm zon	*varm zon i ett skadeområde medför krav på skyddsutrustning*
vårdenhet	*klinik, avdelning eller motsvarande som bedriver hälso- och sjukvård*
vårdutförare	*den personal som utför hälso- och sjukvårdsinsatser*

ADA nr 11 822
HSN 2018–1142

Bilaga 1B Kommunikationssystem

1B.1 Radiokommunikation för effektiv ledning (Rakel)

1B.1.1 Allmänt

Vårdgivaren ska använda sig av beställaren anvisat kommunikationssystem. För närvarande används Rakel. Rakel medger talad kommunikation och statusrapportering till och från prioriterings- och dirigeringstjänsten. Rakel är ett gemensamt radiokommunikationssystem i Sverige för aktörer verksamma inom allmän ordning, säkerhet och hälsa.

Detta kommunikationssystem används för närvarande av samtliga enheter inom den prehospitala vården samt samverkande myndigheter och aktörer så som polis och räddningstjänst.

Stockholms läns landsting (SLL) är licenshavare av Rakel och äger utrustningen som efter skriftligt beslut av SLL Rakelförvaltning och på rekommendation av beställaren tillgängliggörs för vårdgivaren. Vårdgivaren är skyldig att följa anvisningar från SLL:s rakelförvaltning.

Vårdgivaren ska vid behov och i samråd med SLL rakelförvaltning hålla enheterna tillgängliga samt ansvara för att dessa transporteras till och från anvisad plats för komplettering och utveckling av den sambandsutrustning som används. Den säkerhetspolitiska utvecklingen gör att det är alltmer angeläget att aktörer inom allmän ordning, säkerhet, hälsa och försvar kan kommunicera och utbyta information effektivt och säkert med varandra. För att aktörerna ska kunna fullgöra sina uppdrag, även inom ramen för återuppbyggnaden av totalförsvaret, är utvecklande och säkra system för talkommunikation och mobila bredbandslösningar avgörande.

1B.1.2 Basutrustning och installation

SLL äger och tillhandahåller basutrustning till vårdgivaren. Vid avtalsstart tillhandahåller beställaren baspaket och installationspaket enligt specifikation nedan:

Utrustning	**Ledningsenhet**
Fordonsmonterad rakelmobil (*)	4 enheter
Handburen rakelmobil (**)	4 enheter

(*) En fordonsmonterad rakelmobil kräver ett installationspaket bestående av kablage, manöverkonsol, radiomodem, en GPS-antenn och en radioantenn, lur med hållare, sändarknapp och mikrofon för handsfree, högtalare i förarhytt och vårdutrymme.

(**) En handburen rakelmobil kräver kringutrustning i form av bälteshållare och ILG-knopp, antenn, batteriladdare, två batterier och monofon.

Reservfordon som är planerade att ersätta ordinarie fordon ska vara utrustade på samma vis som ordinarie fordonsflotta. För nyttjande av rakelsystemet eller motsvarande system som SLL beslutar använda kommer SLL att fakturera vårdgivaren en användaravgift. Avgiften avser samtliga reservfordon.

De handburna mobila radiostationerna ska alltid bäras med och vara påslagna.

1B.1.3 Ansvarsfördelning

Nedan följer den ansvars- och kostnadsfördelning som gäller mellan beställaren och vårdgivaren:

Beställarens ansvar:

- Användaravgift till ordinarie fordon
- Första installationen av bas- och installationspaket [1)]
- Utbyte av bas- och installationspaket som uppnått sin livslängd efter anvisning från SLL rakelförvaltning.

Vårdgivarens ansvar:

- Användaravgift för reservfordon
- Säkerställa att stationer eller andra av vårdgivaren nyttjade lokaler har korrekt signalstyrka för att kommunikationssystemet ska fungera. (Exempel på lokaler är personalutrymmen, jourrum, garage, förråd). Alla kostnader som uppstår för att garantera korrekt signalstyrka ska bekostas av vårdgivaren vilket inbegriper projektering, hårdvara och löpande efterkontroller av behörig personal. Endast av SLL rakelförvaltning godkänd utrustning får användas. Vårdgivaren ansvarar för att i god tid (minst 6 månader) kontakta SLL rakelförvaltning vid eventuell nybyggnation eller förändringar i vårdgivarens lokaler som kan påverka signalstyrkan.
- Kostnader i samband med reparationer
- Personal- och driftkostnader för fordon i samband med installation/avinstallation och reparation
- Kostnader för störningsmätningar i fordon och åtgärder för att störningar ska upphöra

[1] Med det avses första gången installation sker i ordinarie fordon som inte sedan tidigare har rakelsystemet installerat. SLL ansvarar inte för kostnader när installation sker i ett fordon som anskaffats för att ersätta tidigare ordinarie fordon där rakelsystem redan installerats. SLL ansvarar inte heller kostnader som uppstår när vårdgivarens ordinarie fordon övergår till att bli reservfordon.

- Kostnader i samband med utbildning
- Tillbehör utöver SLL:s bas- och installationspaket
- Förbrukningsmaterial
- Förlust eller skada på utrustning
- Installation/demontering och återställning av fordon samt tillfällig förflyttning
- Installation och demontering ska ske av godkänd leverantör.

Samtliga ovanstående punkter gällande vårdgivarens ansvar avser både ordinarie fordon och reservfordon, om inget annat framgår.

Vid avtalets upphörande ska baspaket, installations- och kringutrustning återlämnas till SLL rakelförvaltning i brukbart skick.

1B.1.4 Samverkan och lokala funktioner

Vårdgivaren ska i sin roll delta i möten och andra aktiviteter som är nödvändiga för att säkerställa, förvalta och utveckla digital talkommunikation inom den prehospitala vården. För närvarande används kommunikationssystemet Rakel. Med digital talkommunikation avses inte mobiltelefoni.

Vårdgivaren ska säkerställa att av SLL tilldelad utrustning hanteras, förvaras och nyttjas så att det inte strider mot licensavtalet mellan SLL och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Vårdgivaren ska i övrigt följa direktiv från SLL rakelförvaltning. För detta krävs en lokal rakeladministratör som kan omhänderta frågor som exempelvis utbildning, erfarenhetsutbyte och utvecklingsfrågor. Tidsåtgång för internt arbete hos vårdgivare kan ej uppskattas, tid för fysiska möten med SLL rakelförvaltning bör uppskattas till 20 timmar per år.

I uppdraget ingår också att upprätthålla en lokal rakelsupport, som ska finnas tillgänglig dygnets alla timmar och veckans alla dagar, som stöd för vårdgivarens egen personal och kontaktpunkt mot SLL rakelsupport. Lokal rakelsupport från vårdgivaren, som bemyndigas av SLL rakelförvaltning att genomföra omkopplingar av egen utrustning i rakelnätet, ska anmälas skriftligen till SLL rakelförvaltning. Utrustning som är nödvändig för att kunna fullfölja uppdraget som lokal rakelsupport, en (1) mobil rakelenhet samt klient för omkoppling, tillhandahålls av SLL rakelförvaltning.

Vårdgivarens funktion som lokal rakelsupport är placerad i säkerhetsklass. Det innebär att säkerhetsprövning och registerkontroll kommer att genomföras i enlighet med bestämmelser i säkerhetsskyddslag (1996:627). För funktionen krävs svenskt medborgarskap. Säkerhetsskyddschefen vid HSF ansvarar för säkerhetsprövning och registerkontroll av berörd personal hos vårdgivaren.

1B.1.5 Beräknad kostnad

Vårdgivarens användaravgift för reservfordon uppgår till 17 150 kronor exklusive mervärdeskatt per år per rakelenhet. En ledningsenhet har åtta (8) rakelenheter, vilket

innebär totalt 137 200 kronor exklusive mervärdeskatt per reservfordon och år. Avgiften prisjusteras i enlighet med punkt Prisjustering bilaga 3A Ersättningsvillkor.

1B.2 Frapp – IT-stöd för prehospitala vården

Beställaren äger och tillhandahåller den tekniska utrustning som ingår i Frapp och vårdgivaren möjliggör att utrustningen kan monteras och hanteras i aktuella fordon.

Nedan följer den ansvars- och kostnadsfördelning som gäller mellan beställaren och leverantören:

Beställarens ansvar:
- Första installation av bas- och installationspaket[2)]
- Utbyte av bas- och installationspaket som uppnått sin livslängd efter anvisning från SLL.

Vårdgivarens ansvar
- Användaravgift för reservfordon
- Säkerställa att ambulansstationer eller andra av leverantören nyttjade lokaler har korrekt signalstyrka för att kommunikationssystemen ska fungera. (Exempel på lokaler är personalutrymmen, jourrum, garage, förråd). Alla kostnader som uppstår för att garantera korrekt signalstyrka ska bekostas av vårdgivaren, vilket inbegriper projektering, hårdvara och löpande efterkontroller av behörig personal. Endast av SLL godkänd utrustning får användas. Vårdgivaren ansvarar för att i god tid (minst 6 månader) kontakta SLL vid eventuell nybyggnation eller förändringar i vårdgivarens lokaler som kan påverka signalstyrkan
- Kostnader i samband med reparationer
- Personal- och driftkostnader för fordon i samband med installation/avinstallation och reparation
- Kostnader för störningsmätningar i fordon och åtgärder för att störningar ska upphöra
- Kostnader i samband med utbildning
- Tillbehör utöver SLL:s bas- och installationspaket
- Förbrukningsmaterial
- Förlust eller skada på utrustning
- Installation/demontering och återställning av fordon samt tillfällig förflyttning
- Installation och demontering ska ske av godkänd leverantör.

Samtliga ovanstående punkter gällande vårdgivarens ansvar avser både ordinarie fordon och reservfordon, om inget annat framgår.

[2] Med det avses första gången installation sker i ordinarie fordon som inte sedan tidigare har Frapp-systemet installerat. SLL ansvarar inte för kostnader när installation sker i ett fordon som anskaffats för att ersätta tidigare ordinarie fordon där Frapp-system redan installerats. SLL ansvarar inte heller kostnader som uppstår när vårdgivarens ordinarie fordon övergår till att bli reservfordon.

Reservfordon som är planerade att ersätta ordinarie fordon ska vara utrustade på samma vis som ordinarie fordonsflotta. För nyttjande av Frapp-systemet eller motsvarande system som SLL beslutar använda kommer SLL att fakturera vårdgivaren en användaravgift. Avgiften avser samtliga reservfordon.

Frapp möjliggör en sammanhållen journal och för att få tillgång till Frapp krävs att alla användare loggar in med e-tjänstekort och personlig kod.

Vid avtalets upphörande ska baspaket, installations- och kringutrustning återlämnas till SLL i brukbart skick.

Vårdgivaren ska i sin roll delta i möten och andra aktiviteter som är nödvändiga för att säkerställa, förvalta och utveckla Frapp inom den prehospitala vården.

Beräknad kostnad
Vårdgivarens användaravgift för nyttjande av frappsystemet uppgår till 110 000 kronor exklusive mervärdeskatt per reservfordon och år. Avgiften prisjusteras i enlighet med punkt 3A.9 Prisjustering bilaga 3A Ersättningsvillkor.

ADA nr 11 822
HSN 2018-1142

Bilaga 2A

2A Årlig uppföljning

I Bilaga 5 Allmänna villkor finns en generell beskrivning av beställarens uppföljning. I detta dokument beskrivs den årliga uppföljningen av avtal för tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning inklusive krav på manuell inrapportering.

Beställarens uppföljning tjänar flera syften.

- Uppföljning för analys och planering.
- Uppföljning för kontroll (verifiera att vårdgivaren levererar enligt avtal).
- Uppföljning för dialog och utveckling.
- Uppföljning som en del av styrningen (bland annat kopplat till målrelaterad ersättning).

2A.1 Utformning av avtalsuppföljningen

2A.1.1 Löpande uppföljning

Beställaren följer fortlöpande upp vårdgivarens leverans och kvalitet av tjänsten i enlighet med avtalet. Rapporterade avvikelser hanteras och analyseras fortlöpande. På initiativ av beställaren kan löpande uppföljningar göras tillsammans med vårdgivaren.

2A.1.2 Årlig uppföljning

Årligen görs 2-4 avtalsuppföljningar som sammanställs i protokoll. Uppföljningen bygger bland annat på att beställaren hämtar uppgifter från vårdgivaren och prioriterings- och dirigeringstjänsten. Uppföljningsprotokollen återkopplas till vårdgivaren. Beställaren ansvarar för att organisera och inbjuda till uppföljningsmöten. Beställaren kommer att presentera en uppföljningsplan för vårdgivaren innan driftstart innefattande de nyckeltal och kvalitetsparametrar som kommer att ligga till grund för uppföljningen, se även avsnitt 1.5 i bilaga 1A Specifik uppdragsbeskrivning.

2A.1.3 Fördjupad uppföljning

I en del fall blir det aktuellt med en noggrannare granskning av hur vårdgivaren uppfyller villkoren i avtalet, så kallad fördjupad uppföljning. Denna beskrivs i Bilaga 5 Allmänna villkor.

2A.2 Uppföljning till grund för bonus och vite

I avtalet – bilaga 3A Ersättningsvillkor, under punkten ”Målrelaterad bonus samt vite”, redovisas hur eventuell bonus beräknas och fördelas.

I avtalet – bilaga 3A Ersättningsvillkor, under punkten ”Målrelaterad bonus samt vite”, redovisas hur eventuellt vite beräknas.

Vårdgivaren ansvarar för att kvalitetssäkra all data som rapporteras in till beställaren.

2A.3 Uppgifter som ingår i den årliga uppföljningen

En del av de uppgifter som ska ligga till grund för avtalsuppföljningen hämtas av beställaren från dataregister som vårdgivaren ska rapportera till. Information om rapportering till register finns i bilaga 6 Informationshantering. Den årliga uppföljningen kommer att omfatta att nedanstående uppgifter och frågeställningar ska besvaras en gång per år.

2A.3.1 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

- Beskriv vilka utbildningsinsatser som skett under året fördelat på obligatoriska utbildningarna och de kravställda tio (10) utbildningsdagarna som anges i bilaga 1A Specifik uppdragsbeskrivning. Ange i procent hur stor andel av personalen som erhållit respektive utbildning. Redogör för kompetensutveckling som personalen har genomgått under året.
- Redogör för antal personer i verksamheten som genomfört utbildning i särskild prehospital sjukvårdsledning.
- Beskriv verksamhetens arbete med patientsäkerhet och kvalitetsledning.

2A.3.2 Säker vård

- Var hämtas de tre (3) viktigaste källorna för genomförande av egenkontroll?
- Vilka förbättringsåtgärder har vidtagits med anledning av egenkontrollen?
- Har vårdgivaren upprättat en patientsäkerhetsberättelse?
- Beskriv kort vilka risker som identifierats i verksamheten med stöd av inkomna avvikelser samt hur patientsäkerhetsarbetet återförs till verksamheten och medarbetarna.
- Beskriv hur medicinskt ledningsansvarig läkare säkerställer och följer upp följsamhet till medicinska riktlinjer.
- Beskriv vilka risker som identifierats avseende journaldokumentation och informationsöverföring. Beskriv även hur verksamheten säkerställer förbättringsåtgärder kopplat till identifierade risker.
- Beskriv hur verksamheten säkerställer att användandet av medicinteknisk utrustning sker på ett patientsäkert sätt och i enlighet med Socialstyrelsens anvisningar.

Frågor kan tillkomma bland annat utifrån årligen uppdaterade överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vårdgivaren är skyldig att svara på dessa eventuellt tillkommande frågor.

2A.3.3 Effektiv vård

- Beskriv vilka rutiner och åtgärder som vidtagits i verksamheten för att öka antalet patientstyrningar eller hänvisningar till rätt vårdnivå under året.

2A.3.4 Jämställd och jämlik vård

- Har vårdgivaren en dokumenterad handlingsplan för verksamhetens arbete med att utveckla jämställdhet, bemötande, synliggörande och kompetens med hbtq-identitet?
- Vilka åtgärder genomförts inom detta område under året?
- Antal personer i verksamheten som genomfört webbutbildning ”Hbt-normer, kön och sexualitet” som finns tillgänglig på Lärtorget?
- Beskriv verksamhetens arbete med lika villkor i mäns och kvinnors arbetsvillkor.
- Beskriv verksamhetens arbete med lönepolicy och lönesättning så att det sker på lika villkor för män och kvinnor.
- Beskriv verksamhetens arbete för att kränkande särbehandling eller sexuella trakasserier inte förekommer.
- Beskriv kort hur verksamheten arbetar för och beaktar jämställdhet o9ch mångfald i bemötande av patienter.

2A.3.5 Personcentrerad vård

- Se specifika kvalitetskriterier i bilaga 1A, Specifik uppdragsbeskrivning.

2A.3.6 Samverkan för utveckling av tjänsten

- Vårdgivaren beskriver hur de krav på samverkan uppfylls som framgår av bilaga 1A, Specifik uppdragsbeskrivning.

2A.3.7 Bemanning

- Antal tillsvidareanställda per yrkeskategori.
- Antal timanställda per yrkeskategori.
- Ange namn och tjänstgöringsgrad för den eller de medicinskt ansvariga läkare som finns i verksamheten. Ange även hur många timmar per vecka respektive medicinskt ansvarig läkare arbetar i verksamheten.
- Ange personalomsättning i procent per yrkeskategori per år.
- Ange sjukfrånvaro i procent per yrkeskategori per år.

2A.3.8 Miljö

- Vårdgivaren ska årligen rapportera in antalet körda kilometer inom ramen för uppdraget. Rapportering ska göras totalt för uppdraget och respektive enhet.
- Förnybar energi i drivmedel, ange andel i procent.
- Är verksamheten miljöcertifierad enligt ISO-standard 14001, EMAS eller motsvarande? Om ja, ange årtal före certifiering eller recertifiering samt vilket certifieringsorgan som utfärdat miljöcertifieringen.
- Beskriv hur verksamheten säkerställer att läkemedelshantering sker i enlighet med Socialstyrelsens och Läkemedelsverkets föreskrifter. Beskriv även hur läkemedelsförbrukningen följs upp.

Bilaga 3 A Ersättningsvillkor

3A.1 Ersättningsvillkor

3A.1.1 Allmänt

Ersättningssystemet avseende tjänsten prehospital särskild sjukvårdsledning baseras på den årliga fasta ersättning som vårdgivaren erhåller från beställaren.

Vårdgivarens uppdrag, som beskrivs i bilaga 1A Specifik uppdragsbeskrivning, utgör grunden för vårdgivarens rätt att fakturera enligt detta avtal.

3A.2 Ersättning för tjänsten ledning inom landstingets ambulanssjukvård

3A.2.1 Fast ersättning

Den fasta ersättningen omfattar samtliga med uppdraget förenade kostnader för det åtagande som följer av bilaga 1A Specifik uppdragsbeskrivning.

Beställaren ersätter vårdgivaren med en fast ersättning årligen som utbetalas månadsvis med en tolftedel (1/12) av årsbeloppet.

Fast årlig ersättning	**Ersättning per år (12 månader)** **Belopp kronor**
Tjänsten ledning inom landstingets ambulanssjukvård	40 000 000

3A.3 Vite avseende driftavbrott, tillgänglighet och utbildningskrav

Vite utgår enligt nedan. Vitet beräknas av beställaren utifrån de resultat som vårdgivaren redovisat avseende tillgänglighet och eventuellt driftbortfall, det vill säga om ledningsenhet inte kan fullfölja avtalad drifttid.

3A.3.1 Vite för driftavbrott

Vårdgivaren ska ha handlingsberedskap för att på effektivaste sätt åtgärda avbrott i tillgängligheten. Godkända driftavbrott är avställd ledningsenhet för sanering samt avställd ledningsenhet för debriefing, i båda fallen upp till maximalt två (2) timmar

per tillfälle. Vite utgår därutöver, samt för alla övriga typer av drift bortfall med 2 000 kronor per timme. Bristande tillgänglighet vid sanering och debriefing accepteras enligt ovan av beställaren utan att vite utgår. Eventuellt vite regleras kvartalsvis.

3A.3.2 Vite för bristande tillgänglighet

Tillgängligheten för ledningsenhet mäts genom de rapporter som prioriterings- och dirigeringstjänsten redovisar till beställaren varje månad avseende kvittenstider. Avstämning görs varje månad och regleras varje kvartal.

Vite för bristande måluppfyllelse	**Vitesnivå** (vite utgår om andel uppdrag som kvitterats inom 90 sekunder understiger nedan angiven nivå)	**Andel av total fast ersättning**
Bristande tillgänglighet kopplat till kvittenstider ledningsenhet	99,5%	1,0 %

3A.3.3 Vite för ej uppfyllt utbildningskrav

Vite för bristande måluppfyllelse	**Vitesnivå** (vite utgår om nedan angiven nivå för andel utbildad personal ej uppnås)	**Andel av total fast ersättning för aktuellt år då kravet ej uppnåtts**
Utbildning i Särskild prehospital sjukvårdsledning	100 % av all personal som varit anställda hela året ska ha genomgått utbildningen. Inkluderar timanställd personal.	1,0 %

Mätningen görs per den 31 december.

3A.4 Vite för processer och aktiviteter

3A.4.1 Vite för bristande inrapportering

Om vårdgivaren inte, efter anmodan, rapporterar till beställaren enligt Bilaga 2 A Årlig uppföljning och Bilaga 6 Informationshantering, har beställaren rätt att ta ut ett vite uppgående till 0,5 procent av totalt fakturerat belopp för hela tjänsten från och med den månad rapporteringen uteblivit fram till dess att rapporteringen sker. Vårdgivaren ska följa beställarens anvisningar hur vitet ska regleras.

3A.4.2 Miljö

Om miljöcertifikat saknas enligt de krav som anges i Bilaga 1A Specifik uppdragsbeskrivning ska vårdgivaren erlägga vite motsvarande 0,5 procent av den årliga totala ersättning som beställaren för detta avtal utbetalat till vårdgivaren. Vite faktureras efterföljande år.

3A.5 Kostnadsansvar

Vårdgivaren ansvarar för samtliga kostnader som är förenade med uppdragets utförande, med de preciseringar och undantag som anges nedan.

3A.5.1 Informationsförsörjning och tekniska system

Beställaren ansvarar för informationsförsörjning av bl.a. journalsystem i Frapp, den medicinsktekniska utrustning i fordon som ingår i Frapp samt utrustning för kommunikation via data och tal som ingår i Frapp och Rakel.

Se vidare bilaga 6 Informationshantering och bilaga 1A Specifik uppdragsbeskrivning.

Kostnadsfördelning och ansvar mellan beställaren och vårdgivaren framgår i bilaga 1A Specifik uppdragsbeskrivning och bilaga 1B Kommunikationssystem.

Beställaren fakturerar Vårdgivaren användaravgifter för nyttjande av Frapp- och RAKEL-system gällande samtliga reservfordon. Användaravgifter är momspliktiga och kommer att faktureras med vid var tid gällande mervärdesskatt, för närvarande 25 procent.

Användaravgift per år belopp exklusive mervärdesskatt:

Frapp:	110 000 kronor per reservfordon
Rakelenhet:	17 150 kronor per rakelenhet i samtliga reservfordon. En ledningsenhet har åtta (8) rakelenheter, vilket innebär att total avgift per reservfordon uppgår till 137 200 kronor exklusive mervärdesskatt.

Avgiften anges exklusive moms och faktureras två (2) gånger årligen, januari och juli, med betalningsvillkor 30 dagar i efterskott.

3A.5.2 Tolkar

Beställaren svarar för kostnaden för språktolk och tolk för döva, dövblinda och hörselskadade vid patientkontakt när tolktjänst som har avtal med SLL anlitas. Om annan tolktjänst används svarar vårdgivaren för kostnaden. (Se Vårdgivarguiden om samlad information om tolktjänster.)

3A.5.3 Utbildningsåtaganden
Beställaren ersätter vårdgivaren för utbildningsplatser denne tillhandahåller för vård- och medicinstuderande med av SLL fastställd ersättning, se Vårdgivarguiden.

3A.6 Fakturering

3A.6.1 Utformning av faktura
Vårdgivaren fakturerar en tolftedel (1/12) av den årliga fasta ersättningen månadsvis i efterskott enligt beställarens anvisningar.

3A.6.2 Faktureringsperiod
Fakturering sker månadsvis i efterskott.

3A.6.3 Faktureringsadress
Faktura ska sändas till den adress som beställaren anger.

3A.6.4 Invändningar mot faktura
Invändningar mot fakturan ska ske skriftligen senast tre (3) månader efter mottagandet för att beaktas. Reglering av felaktigt fakturerat belopp ska ske inom 30 dagar efter det att parterna enats om att korrigering ska ske.

Beställaren äger rätt att begära rättelse av fakturerat belopp även efter denna tremånadersperiod.

3A.7 Moms
Parterna är eniga om att tjänsten i sin helhet utgör sådan sjukvård som undantas från momsplikt enligt 3 kap. 4 § mervärdesskattelagen (1994:200) (ML). I enlighet härmed utgår ingen moms på ersättningen för tjänsten.

3A.7.1 Kompensations för moms
Priserna utgör hela vårdgivarens ersättning från beställaren. Tillägg på fakturorna för momskompensation får ej göras.

3A.7.2 Eventuell momsplikt
För det fall behörig domstol genom lagakraftvunnet beslut anser att hela eller delar av uppdraget inte omfattas av 3 kap. 4 § ML eller annan relevant undantagsbestämmelse i ML, har vårdgivaren mot utställande av faktura rätt till moms på ersättning som är hänförlig till de delar av uppdraget som av domstol bedömts som momspliktiga. Vårdgivarens rätt gäller under förutsättning att relevant faktura uppfyller de krav som följer av 11 kap. ML.
Det åligger vårdgivaren att snarast möjligt, och under avtalets löptid, delge beställaren föreliggande domstolsbeslut för att ersättning för moms ska kunna utgå.

Om vårdgivaren framställer krav efter avtalstidens utgång kan SLL inte utge ersättning för moms. Ersättningsanspråket är preskriberat efter avtalstidens utgång.

Frågan om eventuell momsplikt ska hanteras kostnadsneutralt för beställaren varför vårdgivaren, till den del ersättningen ska faktureras med tillägg för lagstadgad moms, ska reducera ersättningen med lägst motsvarande belopp som avser den statliga momskompensationen som för närvarande uppgår till sex (6) procent.

Räkneexempel:

Avtalad ersättning för tjänsten: 100

Statlig momskompensation: 6 procent

Lagstadgad mervärdesskatt, i exemplet 25 procent

Privata Vårdgivare och landstingsägda bolag

Tjänsten är momsfri

Avtalad ersättning för tjänsten	100
Vårdgivaren fakturerar	100

Tjänsten är momspliktig

Avtalad ersättning för tjänsten	100
Vårdgivaren reducerar ersättningen	- 6
Justerad ersättning	94
Tillkommer mervärdesskatt 25 %	23:50
(94*25 % = 23:50)	
Vårdgivaren fakturerar inklusive moms	117:50

3A.8 Betalningsvillkor

Betalning sker mot faktura på första tillgängliga bankdag 30 kalenderdagar efter fakturadatum. Om fakturans faktiska ankomstdatum är mer än fem (5) kalenderdagar efter fakturadatum äger beställaren rätt att förlänga tiden för betalning med motsvarande antal dagar.

Vårdgivaren har inte rätt att ta ut faktureringsavgift, andra avgifter eller pristillägg som inte framgår av detta avtal.

Ersättning utbetalas endast till vårdgivare som är godkänd för F-skatt.

Rätten till ersättning har förfallit om kravet inte har fakturerats, eller om vårdhändelse inte rapporterats korrekt till beställarens databaser, inom tre (3) månader efter det att det som är ersättningsberättigat utförts. Detta förhållande påverkas inte av avtalets stycke om parts rätt att vid senare tillfälle påtala rättighet.

3A.8.1 Dröjsmål

Betalningsmottagande part äger vid försenad betalning rätt att ta ut dröjsmålsränta enligt gällande räntelag.

3A.9 Prisjustering

Priserna är fasta till och med 2019-12-31. Under resterande avtalstid ska 30 procent av ersättningen vara fast och 70 procent underlag för prisjustering per den 1:a januari varje år, med början 2020-01-01. Prisjustering görs enligt årliga förändringar i preliminärt prisindex med kvalitetsjusterade löner för landsting (LPIK) exklusive läkemedel som publiceras av Sveriges kommuner och Landsting (SKL) i oktober månad.

LPIK tas fram av SKL och redovisas som årsvärden per kalenderår. LPIK redovisar prognostiserat utfall av förändringar i kostnader för arbetskraft och publiceras av SKL.

Basår för LPIK för detta avtal är år 2018.

Prisjusteringen omfattar även samtliga optioner och användaravgifter för nyttjande av tekniska system.

Justering av priser enligt index föregås inte av förhandling. Beställaren informerar vårdgivaren om ersättningen efter indexjustering.

Bilaga 3B Optioner

3B.1 Allmänt

Se även bilaga 3A, Ersättningsvillkor.

3B.2 Option om utvidgad omfattning

SLL äger rätt att under avtalsperioden utvidga omfattningen av avtalet (option) avseende beställda ledningsenheter en eller flera gånger. Vid utlösande av option ska beställaren skriftligen meddela vårdgivaren minst sex (6) månader i förväg. Om parterna är överens, kan förändringen ske inom kortare tidsintervall än angivet i optionen. Med år avses 12 månader.

Utlöst option ersätts enligt nedan angivet belopp.

3B.3 Utökning av antal ledningsenheter

Option nr	Årsersättning vid utökning av en (1) ledningsenhet bemannad med en (1) specialistutbildad sjuksköterska och lägst en (1) undersköterska med ambulans-sjukvårdarkompetens	Belopp kronor
1	**Dygnet runt årets alla dagar** Fast årsersättning (12 mån) per en (1) extra ledningsenhet dygnet runt årets alla dagar	12 700 000
2	**Dagtid (8 timmar) måndag - söndag året runt** Fast årsersättning (12 mån) per en (1) extra ledningsenhet dagtid måndag - söndag året runt (oavsett när röda dagar/helgdagar inträffar)	4 234 000
3	**Dagtid (8 timmar) måndag - fredag året runt** Fast årsersättning (12 mån) per en (1) extra ledningsenhet dagtid måndag - fredag året runt (oavsett när röda dagar/helgdagar inträffar)	3 016 000
4	**Dag- och kvällstid måndag - fredag (14 timmar) och lördag - söndag (13 timmar) året runt** Fast årsersättning (12 mån) per en (1) extra ledningsenhet dag- och kvällstid året runt veckans alla dagar. Drifttid: Måndag - fredag 07:00 - 21:00 (14 timmar) ** Lördag - söndag 09:00 - 22:00 (13 timmar) ** **=oavsett när röda dagar/helgdagar inträffar	7 238 400

3B.4 Planerad tillfällig förstärkning

Förstärkningen innebär att en (1) extra ledningsenhet går i drift minst 5 (fem) timmar. Vid utlösande av denna option ska beställaren skriftligen meddela vårdgivaren minst en (1) vecka i förväg. För tid utöver fem (5) timmar ersätts vårdgivaren en tillkommande timersättning.

Option nr	Tillkommande ersättning vid planerad tillfällig förstärkning ledningsenhet	Belopp kronor
5	Ersättning omfattande fem (5) timmar per en extra ledningsenhet bemannad med en (1) specialistutbildad sjuksköterska och lägst en (1) undersköterska med ambulanssjukvårdarkompetens. Priserna gäller oavsett om förstärkningen gäller vardagar eller röda dagar/ helgdagar.	1 435 kr./timme

ADA nr 11 822
HSN 2018–1142

Socialt Ansvarstagande i Offentlig Upphandling
Ett samarbete mellan Sveriges landsting och regioner

Bilaga 4
Uppförandekod för leverantörer

Stockholms läns landsting

Godkänd av	Senaste förändring	Gäller from:
Landstingsfullmäktige	**2013-02-04**	**2013-05-28**

Sveriges regioner och landstings uppförandekod för leverantörer

Sveriges regioner och landsting ansvarar för att alla invånare har tillgång till en god och väl fungerande hälso- och sjukvård, tandvård och kollektivtrafik. Det är viktigt för oss att bedriva vår verksamhet så att den främjar en hållbar utveckling. I enlighet med det vill vi verka för att de varor och tjänster som köps in är producerade under hållbara och ansvarsfulla förhållanden.

Vi förväntar oss att leverantören respekterar uppförandekoden och att de gör sitt yttersta för att uppnå kraven inom den egna organisationen och i leverantörskedjan. Detta bör ske genom dialog, transparens och ett öppet samarbete mellan Sveriges regioner och landsting och leverantören, vilket gynnar båda parter.

Varor och tjänster som levereras till Sveriges regioner och landsting ska vara framställda under förhållanden som är förenliga med:

- FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948)
- ILO:s åtta kärnkonventioner nr 29, 87, 98, 100, 105, 111, 138 och 182
- FN:s barnkonvention, artikel 32
- det arbetarskydd och den arbetsmiljölagstiftning som gäller i tillverkningslandet
- den arbetsrätt, inklusive lagstiftning om minimilön, och det socialförsäkringsskydd som gäller i tillverkningslandet.
- den miljöskyddslagstiftning som gäller i tillverkningslandet
- FN:s deklaration mot korruption

FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948)
Leverantören ska stödja och respektera mänskliga rättigheter

Leverantörer har ett ansvar för att respektera och främja de mänskliga rättigheterna både inom den egna verksamheten och i leverantörskedjan.

Leverantören ska försäkra sig om att den inte medverkar, direkt eller indirekt, till kränkningar av mänskliga rättigheter. Detta inkluderar även då leverantören underlåter att ställa frågor om kränkningar av de mänskliga rättigheterna eller drar nytta av kränkningar som begås av någon annan.

Leverantören ska ha rutiner för att utvärdera risken för att de genom sin verksamhet medverkar till kränkningar av de mänskliga rättigheterna.

Internationella Arbetsorganisationens (ILO) åtta kärnkonventioner om grundläggande principer och rättigheter i arbetslivet och FN:s barnkonvention

Ingen förekomst av barnarbete (ILO 138 och 182, FN:s barnkonvention artikel 32)

Med barnarbete avses all ekonomisk aktivitet som utförs av en person i skolpliktig ålder eller yngre. Ingen arbetstagare får vara under 15 år (eller 14 år om den nationella lagstiftningen tillåter detta), eller yngre än minimiåldern för arbete, om denna ålder överstiger 15 år.

Ungdomar mellan 15 och 18 år får arbeta med icke-farliga arbetsmoment, under förutsättning att de uppnått legal ålder för att arbeta samt har fullgjort nationell skolplikt.

Om barnarbete upptäcks ska leverantören agera utifrån barnets bästa samt hitta lämpliga lösningar i samråd med barnet och barnets familj.

Ingen förekomst av tvångsarbete (ILO 29 och 105)

Med tvångsarbete avses arbete eller tjänster som utförs genom hot om straff eller liknande och som inte utförs på frivillig basis. Tvångsarbete, inklusive slavarbete, kontraktsarbete eller ofrivilligt fängelsearbete ska inte förekomma. Allt arbete ska vara frivilligt, och arbetstagaren ska ha rätt att sluta sitt arbete efter en rimlig uppsägningstid.

Ingen förekomst av diskriminering och trakasserier (ILO 100 och 111)

Med diskriminering avses åtskillnad av arbetstagare som inte grundar sig på meriter eller kvaliteter, utan innebär särbehandling på osakliga grunder. Leverantören ska verka för mångfald och lika möjligheter i verksamheten. Diskriminering på grundval av etnisk tillhörighet, kön, civilstånd, graviditet, religion, socialt eller etniskt ursprung, nationalitet, funktionsnedsättning, politiska åsikter, fackligt engagemang eller sexuell orientering får inte förekomma.

Med trakasserier avses när arbetstagare utsätts för hård eller omänsklig behandling, däribland sexuella trakasserier eller någon form av psykisk eller fysisk bestraffning. Det får inte förekomma trakasserier i verksamheten.

Föreningsfrihet och kollektiva förhandlingar (ILO 87 och 98)

Med föreningsfrihet och kollektiva förhandlingar avses formaliserade och/eller icke formaliserade samarbeten för att främja och försvara egna intressen i arbetslivet och i förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare. Leverantören förväntas erkänna och respektera arbetstagares (och arbetsgivarens) rätt att organisera sig, ansluta sig till organisationer de själv önskar delta i, samt rätten att förhandla kollektivt. I länder där föreningsfriheten är begränsad eller under utveckling, ska leverantören medverka till att anställda får möta företagsledningen för att diskutera löne- och arbetsvillkor utan negativa konsekvenser.

Lagstiftning
Leverantören måste minst uppfylla lokala lagar och föreskrifter i de länder där de bedriver sin verksamhet.
Löner och arbetstider
Lön ska betalas direkt till arbetstagaren på överenskommen tid och till fullo. Leverantören ska verka för att levnadslöner betalas till de anställda, och får i inget fall betala mindre än den nationellt/lokalt lagstadgade minimilönen. Övertidsersättning ska betalas ut och tydligt specificeras i lönebeskedet.

Arbetstagarna ska ha minst en vilodag i veckan. Veckoarbetstiden får inte överstiga de lagliga gränserna eller 60 timmar i veckan, inklusive övertid.

Ledighet, inklusive semester, helgdagar, sjukledighet och föräldraledighet ska ersättas i enlighet med nationell lagstiftning.

Arbetsmiljön ska vara säker och hygienisk (ILO 155 och 170)
Med säker och hygienisk arbetsmiljö avses att arbetstagaren ska, då den befinner sig på en plats som arbetsgivaren har direkt eller indirekt kontroll över, garanteras att vara fri från eller skyddas mot förhållanden som kan utgöra en fara för arbetstagarens fysiska och/eller psykiska hälsa. Arbetstagaren som arbetar i leverantörens verksamhet ska erbjudas en säker och hälsosam arbetsmiljö där förebyggande åtgärder, som minimerar skador och hälsorisker ska vidtas.

Anställda ska få utbildning om de eventuella hälsorisker som arbetet kan medföra, inklusive brandsäkerhet, farliga arbetsmoment och första hjälpen. Arbetsgivaren ska, så långt det är möjligt, tillhandahålla relevant skyddsutrustning och se till att information om hälsa och säkerhet finns lättillgänglig på arbetsplatsen.

Nödutgångar ska vara tydligt markerade och upplysta och får inte vara blockerade. Utrymningsövningar och testning av brandlarm ska genomföras regelbundet.

Miljö
Leverantörer ska bedriva sin verksamhet med hänsyn till miljön och följa lokal och nationell miljölagstiftning. Genom att ha rutiner för att identifiera, mäta och följa upp sin miljöpåverkan ska leverantören arbeta med att ständigt förbättra sin miljöprestanda och minimera resursförbrukning och utsläpp. Leverantören ska sträva mot ett livscykelperspektiv avseende miljöpåverkan från produkter och tjänster, och ska ställa miljökrav på underleverantörer.

FN:s deklaration mot korruption
Leverantören ska inte direkt eller indirekt erbjuda eller ge otillbörlig betalning eller annan ersättning till någon person eller organisation i syfte att erhålla, behålla eller styra affärer eller få annan otillbörlig fördel inom ramen för sin verksamhet.

Leverantören ska inte direkt eller indirekt begära eller acceptera någon form av otillbörlig betalning eller annan ersättning från tredje part som kan påverka objektiviteten vid affärsbeslut.

Efterlevnad
Öppenhet i leverantörskedjan krävs för att kunna garantera att uppförandekoden efterlevs. För att kunna följa upp detta kommer Sveriges regioner och landsting att göra särskild avtalsuppföljning vad gäller Uppförandekod för leverantörer, begära in dokumentation, utföra revisioner på plats, granska och godkänna åtgärdsplaner och kontrollera implementeringen av dessa. Leverantörer uppmanas att vidta lämpliga åtgärder för att innehållet i denna uppförandekod implementeras i den egna verksamheten liksom i leverantörskedjan.

Uppdatering
Denna uppförandekod kommer att uppdateras om och när det är relevant. För mer information om Sveriges landstings och regioners åtaganden se vår hemsida www.hållbarupphandling.se.

Rapportera Överträdelser
Brott mot uppförandekoden kan rapporteras på något av följande sätt.
Mail: coc.lsf@sll.se
Post: Compliance
Avdelningen Upphandling
Fleminggatan 20, 2 tr
Box 22550
104 22 Stockholm

Kontakt
Mail: coc.lsf@sll.se

ADA NR 11 822
HSN 2018–1142

Bilaga 5 Allmänna villkor från 1 jan 2017

5.1 Inledning

5.1.1 Allmänna villkor

Allmänna villkor är en del av det Uppdrag och Åtagande Vårdgivaren ska uppfylla inom Avtalet. Allmänna villkor gäller för alla vårdavtal Beställaren tecknar, varför någon del kan sakna tillämpning för ett specifikt Avtal.

5.1.2 Förtydligande och avsteg från Allmänna villkor

I Vårdavtalet samt dess bilagor Specifik uppdragsbeskrivning, Årlig uppföljning, Ersättningsvillkor och Informationshantering kan delar av Allmänna villkor förtydligas eller justeras, vilka i så fall gäller före Allmänna villkor.

5.2 Allmänna utgångspunkter

5.2.1 Nätverks-sjukvården i Stockholms län

Den bärande idén i Framtidsplanen inom SLL är etablerandet av nätverkssjukvård, en hälso- och sjukvård där olika vårdgivare samverkar i en sammanhållen vårdprocess tillsammans med patienten och där patientens delaktighet och vårdbehov står i fokus. Patienten ska kunna uppleva hälso- och sjukvårdens insatser som en helhet.

Väl fungerande arbetsflöden och vårdprocesser ska prägla nätverkssjukvården och organisationen kring patienten ska vara god.

Hälso- och sjukvården ska utmärkas av ett patient-/personcentrerat förhållningssätt

5.2.2 Hälsofrämjande perspektiv på vården

Ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra och vara en självklar del i den hälso- och sjukvård Vårdgivaren utför.

5.2.3 Vetenskap och beprövad erfarenhet

Hälso- och sjukvård och rådgivning ska ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

5.2.4 Helhetssyn

Behovet av hälso- och sjukvård ska tillgodoses utifrån en helhetssyn på patienten och dennes behov samt inom mest effektiva vårdnivå. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

5.2.5 Bemötande

Vården ska ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar. Patienten och dennes närstående ska ges ett värdigt omhändertagande och gott bemötande samt visas omtanke och respekt. Hänsyn ska tas till varje individs speciella förutsättningar och omständigheter.

5.2.6 Patientens delaktighet

Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

Patientlagen (2014:821) 5 kap.

Alla vårdgivare har ett ansvar för att verka för patientens delaktighet (länk till Socialstyrelsen) i den egna vården.

5.2.7 Information till patienten

Patienten ska få information om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
3. de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
4. vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård,
5. det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
6. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,
7. eftervård, och
8. metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Patientlagen 3 kap 1§

5.2.8 Riskförebyggande

Vårdgivaren ska arbeta riskförebyggande och bedriva ett systematiskt förbättringsarbete. Vårdgivaren ska

- planera, leda och kontrollera verksamheten så att god vård upprätthålls
- vidta åtgärder för att förebygga vårdskador
- utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada
- ge patienterna och närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet
- anmäla allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- informera patienter om inträffade vårdskador
- anmäla ”riskpersoner” till IVO
- upprätta patientsäkerhetsberättelse senast 1 mars

Se 3 kap patientsäkerhetslagen (2010:659).

5.3 Lagar och förordningar samt SLL:s riktlinjer och policys

5.3.1	**Vårdgivarens ansvar**	Vårdgivaren ska följa vid var tid gällande konventioner, lagar, förordningar, föreskrifter och SLL:s egna riktlinjer och policys, se Vardgivarguiden.se/styrande, som på något sätt berör Avtalet och dess Uppdrag. Vårdgivaren är skyldig att följa de överenskommelser som träffas mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i de delar som rör Vårdgivarens Åtagande enligt detta Avtal.
5.3.2	**Ledningssystem**	Vårdgivaren ska ha ett ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Vårdgivaren ansvarar för att verksamheten med stöd av ledningssystemet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter för hälso- och sjukvård samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.
5.3.3	**Information på Vårdgivarguiden**	Beställaren ansvarar för att den information som enligt Avtalet ska finnas tillgänglig på Vårdgivarguiden är uppdaterad och aktuell.
5.3.4	**Information och stöd till patienten om vårdgarantin**	Vårdgivaren ska ha rutiner för information till patienter om deras rätt till vårdgarantier och använda den aktuella information som finns på 1177 Vårdguiden och Vårdgivarguiden. Vårdgivaren ska, vid behov, i samråd med patient bistå denne att få kontakt med annan vårdgivare.
5.3.5	**Uppföljning av vårdgarantin**	Vårdgivaren ska delta i uppföljningar, rapportera om besöks- och vårdgaranti samt väntetider enligt Beställarens anvisningar, se Vardgivarguiden.se/vardgaranti.
5.3.6	**Remisser**	Vårdgivaren ska följa de krav och regler SLL har kring remisser, se Vardgivarguiden.se/remissregler.

5.3.7	**Smittskydd**	Vårdgivaren ska följa och tillämpa lagar och förordningar samt nationella och regionala riktlinjer avseende smittskydd vid utförandet av hälso- och sjukvård som bedrivs enligt avtalet.
5.3.8	**Provtagning, anmälan och smittspårning**	Enligt Smittskyddslagen (2004:168) är varje läkare skyldig att, utan kostnad för patienten, ta de prover som behövs för att diagnostisera en allmänfarlig sjukdom. Varje läkare har också skyldighet att utan dröjsmål anmäla anmälningspliktiga sjukdomar till smittskyddsläkaren och genomföra smittspårning av allmänfarliga och övriga smittspårningspliktiga sjukdomar. Landstingets smittskyddsenhet har för smittspårning och myndighetsutövning rätt att vid behov ta del av och följa upp av SLL IT/Vårdgivaren relevant lagrad provtagningsdata genom systemen NYSA (smittspårning av vårdrelaterade infektioner) och Stise (kontroll om provtagning skett som ett led i smittspårning). Uppgiftsskyldighet för Vårdgivaren finns enligt 6 kap. 9–10 §§ Smittskyddslagen.
5.3.9	**Vårdhygien**	Vårdgivaren har att följa nationella och regionala riktlinjer avseende vårdhygien vid utförande av hälso- och sjukvård enligt Avtalet, se Vårdgivarguiden. Vårdgivaren ansvarar för att vårdlokalerna är anpassade och utrustade så att vården kan bedrivas i enlighet med god vårdhygienisk standard
5.3.10	**Rationell antibiotika-användning**	Vårdgivaren har att följa nationella och regionala riktlinjer avseende antibiotikabehandling, se STRAMA Stockholm via Vårdgivarguiden

5.3.11 Sekretess och skydd av patient-uppgifter

Vårdgivare ska tillse att all personal har samma tystnadsplikt som hälso- och sjukvårdspersonal. Detta gäller även personal anställd hos andra leverantörer som arbetar på uppdrag av Vårdgivaren.

Vårdgivaren får inte skicka eller uppmana andra att skicka patientuppgifter över öppna nät, exempelvis som e-post, om inte överföring sker på ett sätt som säkerställer att obehöriga inte kan ta del av uppgifterna. Åtkomst till uppgifterna ska föregås av stark autentisering. Med patientuppgifter avses alla personuppgifter som rör en patient, exempelvis namn, personnummer, folkbokföringsadress, telefonnummer, besöksorsak och diagnoser.

5.3.12 E-tjänster

Vårdgivaren ska vara ansluten till 1177 Vårdguidens e-tjänster och erbjuda för uppdraget relevanta tjänster. Vårdgivare som erbjuder patienterna egna e-tjänster ska göra detta via 1177 Vårdguidens inloggning och tillse att information om dessa tjänster hålls aktuell på 1177 Vårdguiden. Vårdgivaren ska följa Beställarens riktlinjer för användning av 1177 Vårdguidens e-tjänster, se Vardgivarguiden.se.

5.3.13 Meddelarfrihet

Meddelarfrihet för anställda är viktig för medborgarnas insyn i vården och därmed för vårdens utveckling. Anställda hos Vårdgivaren ska därför ha rätt att lämna uppgifter för offentliggörande. Vårdgivaren åtar sig att, med undantag för vad som nedan anges, inte ingripa mot eller efterforska den som lämnat sådant meddelande.

5.3.14 Undantag från meddelarfrihet

Åtagandet enligt punkten ovan gäller inte sådana meddelanden som avser företagshemlighet som skyddas av lagen (1990:409) om skydd för företagshemligheter eller omfattas av tystnadsplikt för Vårdgivarens anställda utanför det område som Avtalet omfattar.

5.3.15 Anmälnings-skyldighet

Vårdgivaren ska under hela Avtalstiden ha de tillstånd och fullgöra sådan anmälningsskyldighet som vid var tid är gällande för utförande av uppdraget.

För det fall myndighet skulle återkalla tillstånd, bemyndigande eller godkännande för F-skatt ska Vårdgivaren omedelbart meddela Beställaren detta.

5.3.16	**Minska miljö-påverkan**	Vårdgivaren ska vid utförande av Uppdraget verka för att minska sin skadliga miljö-påverkan och för att de i SLL:s miljöpolitiska program vid varje tidpunkt gällande miljömålen uppnås. För information om gällande miljöprogram och miljömål, se Vårdgivarguiden. Vårdgivaren ska i utförande av Uppdraget följa Beställarens anvisningar för ett gott miljöarbete och de specifika krav på insatser som finns angivna för Uppdraget.
5.3.17	**Samverkan i miljöfrågor och uppföljning**	Vårdgivaren ska samverka med Beställaren i miljöfrågor och på Beställarens begäran redovisa hur Vårdgivaren arbetar för att uppfylla SLL:s miljömål.
5.3.18	**Systematiskt brandskydds-arbete**	Vårdgivaren är skyldig att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga brand och för att hindra eller begränsa skador till följd av brand (systematiskt brandskyddsarbete).
5.3.19	**Internkontroll**	Vårdgivaren ska ha ett ändamålsenligt system för internkontroll och på begäran kunna redogöra för detta för Beställaren.

5.4 Patientnämnden

5.4.1	**Underlag till Patient-nämnden**	SLL:s Patientnämnd handlägger ärenden som rör den hälso- och sjukvård som Vårdgivaren svarar för. Vårdgivaren ska snarast, och utan ersättning, ge nämnden den information och de svar som begärs.
5.4.2	**Information till patienten**	Vårdgivaren ska se till att patienterna får information om Patientnämndens verksamhet. Vårdgivaren ska informera patienten om Patientnämndens verksamhet vid inträffad vårdskada. Patientsäkerhetslagen 3 kap 8§

5.5 Tillgänglighet/åtkomst

5.5.1	**Patientens behov**	Väntetider, öppettider, lokaler och utrustning samt information ska anpassas utifrån patientens behov för att garantera alla en god tillgänglighet till vården. Vårdgivaren ska göra verksamheten i alla avseenden tillgänglig för personer med olika funktionsnedsättningar, även kognitiva funktionsnedsättningar.

5.5.2	**Tillgängliga lokaler**	Byggnaden, utformningen av rummen, inredning och utrustning ska vara tillgängliga för personer med funktionsnedsättning. Vårdgivaren ska tillse att lokaler som patienter har tillgång till har en tillgänglighet som motsvarar Beställarens checklista för lokaler – fysisk tillgänglighet.
5.5.3	**Ändamåls-enliga lokaler och utrustning**	Vårdgivaren ansvarar för att det finns för Uppdragets utförande ändamålsenliga och verksamhetsanpassade lokaler och utrustning.
5.5.4	**Reducerad tillgänglighet**	Vårdgivaren äger inte rätt att utan Beställarens skriftliga medgivande reducera tillgänglighet eller öppettider under semestrar, helger eller vid andra tidpunkter.
5.5.5	**E-post etc.**	Det ska vara möjligt för Beställaren och samarbetspartners att kommunicera med Vårdgivaren via telefon, brev, och e-post.
5.5.6	**Tolkar**	Vårdgivaren ska, när så behövs, anlita tolk samt ha rutiner för hur användning av tolk sker, se Vardgivarguiden.se/spraktolk och Vardgivarguiden.se/teckentolk. Det gäller såväl språktolk som tolk för barndomsdöva, vuxendöva och personer med dövblindhet eller hörselnedsättning.
5.5.7	**Tolkförmedling**	Vårdgivare som utnyttjar tolk som Beställaren betalar ska använda tolkförmedling som SLL har avtal med, se Vardgivarguiden.se/spraktolk och Vardgivarguiden.se/teckentolk. Beställning av språktolk ska ske enligt de rutiner som anges på Vårdgivarguiden. Minderåriga eller närstående får inte användas som alternativ till tolk.
5.5.8	**Text- och bildtelefon**	Vårdgivaren ska ha rutiner för att använda text- och bildtelefon exempelvis via förmedlingstjänst.

5.6 Information och marknadsföring

5.6.1	**Information till invånare, patienter med flera**	Vårdgivaren ansvarar för att informera om sin verksamhet till invånare, patienter, samverkansparter och andra intressenter. Vårdgivaren ansvarar för att hålla informationen i den elektroniska katalogen (EK) uppdaterad enligt anvisningar på Vårdgivarguiden.

5.6.2	**Riktlinjer för marknads-föring**	Vårdgivaren ansvarar för att marknadsföring av verksamheten är saklig och följer Beställarens riktlinjer för marknadsföring, se Vardgivarguiden.se/marknadsforing.
5.6.3	**Information om öppettider**	Vårdgivaren ska svara för att det finns lättillgänglig och lättförståelig information om öppettider och tidsbeställning. Informationen ska finnas tillgänglig på 1177 Vårdguiden. Informationen hålls uppdaterad genom elektroniska katalogen (EK).
5.6.4	**Då mottagningen är stängd**	Vid de tider då Vårdgivaren inte har öppet eller inte kan svara i telefon ska telefonsvarare ge information om mottagningens öppettider samt vid behov hänvisa till 1177 Vårdguiden på telefon och webben.
5.6.5	**Information från Beställaren**	Vårdgivaren ska informera patienterna om och ge dem sådant informationsmaterial som Beställaren anvisar.

5.7 Uppföljning

5.7.1	**Beställarens rätt att följa upp Uppdraget**	Beställaren äger rätt att följa upp Vårdgivarens utförande av Uppdraget. Beställaren ansvarar för utformningen av uppföljningarna, innefattande former, innehåll och tidpunkter härför. Uppföljningen kan ske planerat eller genom stickprov.
5.7.2	**Vårdgivaren ska samverka vid uppföljning**	Vårdgivaren ska samverka med Beställaren i uppföljning och analys av hur Uppdraget utförs samt utveckling av vårdens kvalitet, produktivitet och effektivitet. Vårdgivaren ska delta i uppföljningsmöten som Beställaren kallar till.
5.7.3	**Offentliga redovisningar**	Beställaren äger rätt att publicera uppföljningens resultat för allmänheten för deras val av vårdgivare och för andra vårdgivare för att stimulera öppna jämförelser, erfarenhetsutbyte och kvalitets- och förbättringsarbete samt ge underlag för rankning.

5.7.4	**Mätningar**	Uppföljning kan ske genom mätningar av medicinsk kvalitet, patientsäkerhet, patientnöjdhet, väntetider, telefontillgänglighet m.m. Mätningar utförs med den metod, de frågeställningar, vid de tidpunkter och med de intervall Beställaren eller den Beställaren låter utföra mätningarna bestämmer. Beställaren äger resultaten av dessa mätningar.
5.7.5	**Underlag till mätningar**	När Beställaren genomför patientenkäter eller andra mätningar ska Vårdgivaren – efter Beställarens anvisningar – medverka i framtagandet av till exempel patientunderlag och ställa detta kostnadsfritt till Beställarens förfogande.
5.7.6	**Fördjupad uppföljning**	Beställaren äger rätt att genomföra fördjupade uppföljningar av Vårdgivarens utförande av Uppdraget. Fördjupad uppföljning kan även omfatta ett eller flera av Socialstyrelsens kvalitetsperspektiv på God Vård. Fördjupade uppföljningar kan utföras i syfte att:
	Granska vården	säkerställa att Vårdgivaren fullföljer sitt uppdrag enligt Avtalet och att patienterna får bästa möjliga hälso- och sjukvård,
	Jämförelser	göra jämförande studier med andra vårdgivare med motsvarande eller liknande uppdrag,
	Vårdsamband	studera vårdsamband mellan olika vårdnivåer,
	Kontroller	göra de kontroller som behövs för att bedöma om Vårdgivarens fakturering sker på korrekt sätt,
	Miljö	följa upp Vårdgivarens miljöarbete,
	Andra skäl	eller av andra skäl.
5.7.7	**Omfattning av den fördjupade uppföljningen**	En fördjupad uppföljning kan omfatta granskning av kvalitetssystem, rutinbeskrivningar samt patientjournaler och övriga dokument samt intervjuer som granskarna eller Beställaren anser angelägna för granskningens genomförande. Därtill får granskarna vidta sådana åtgärder som de bedömer nödvändiga för att fullgöra granskningen.

5.7.8	**Vårdgivarens medverkan i fördjupade uppföljningar**	Vårdgivaren ska medverka vid fördjupade uppföljningar och kostnadsfritt samt utan dröjsmål ställa allt material och all dokumentation som granskarna efterfrågar till deras förfogande. Detta gäller även tillgång till ekonomisystem och för granskningen adekvata sidosystem. Vid granskning av journalhandlingar ska detta ske enligt gällande sekretessregler. Samtliga deltagare i en fördjupad uppföljning ska beakta gällande bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.
5.7.9	**Rapport om fördjupad uppföljning**	Beställaren äger rapporten som blir resultatet av den fördjupade uppföljningen.
5.7.10	**Kostnads-ansvar för ytterligare kontroll**	Från 2017-07-01 kommer Beställaren att debitera vårdgivare en självkostnad avseende journalgranskning och andra kontrollmoment i de fall där rapporten från den fördjupade uppföljningen visar på behov av ytterligare kontroll. Denna debitering tillkommer utöver eventuella krav på återbetalning av felfakturerat belopp.

5.8 Patientjournaler

5.8.1	**Upprätta journal**	Vårdgivaren ska upprätta, hantera och bevara patientjournaler enligt gällande lagar och förordningar, se Vardgivarguiden.se/patientdatalagen.
5.8.2	**Alla media**	Med patientjournal avses journaler oavsett vilka media de lagras på.
5.8.3	**Kopia till patient**	Vid utlämnande av kopior av patientjournal till patient ska Vårdgivaren följa SLL:s regler om avgiftsbeläggning vid utlämnande av kopior av allmän handling, se Vardgivarguiden.se/avgiftjournalkopior.
5.8.4	**Kopia till annan vårdgivare**	Vårdgivaren ska, om patientens medgivande finns, utlämna kopia av patientjournal till annan vårdgivare som lämnar hälso- och sjukvård till patienten. Vårdgivaren äger inte rätt till någon ersättning för detta.
5.8.5	**Termer och begrepp**	Vårdgivaren ska använda termer och begrepp, beskrivning av diagnoser, åtgärder och vårdkontakter enligt av SLL/nationellt fastställd terminologi, se Vardgivarguiden.se/termerbegrepp.

5.8.6	**Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig**	Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som hanteras i journalen – oavsett om det är en fristående journal eller en sammanhållen journal.
5.8.7	**Vårdgivaren ska vara beredd att ingå i sammanhållen journalföring**	Vårdgivaren ska vara beredd att ingå i de sammanhållna journaler som behövs för Uppdragets utförande och/eller som Beställaren anvisar. Vårdgivaren har inte rätt att neka att delta i sammanhållen journal som Beställaren anvisar. Detta omfattar även deltagande i den Nationella Patientöversikten (NPÖ) och Nationellt Fackspråk (NF).
5.8.8	**När Vårdgivaren ingår i sammanhållen journalföring**	När Vårdgivaren ingår i ett system med sammanhållen journalföring, och därigenom har tillgång till patientuppgifter från andra vårdgivare, ansvarar Vårdgivaren för att åtkomst och hantering av dessa patientuppgifter följer reglerna i patientdatalagen (2008:355) och personuppgiftslagen (1998:204).
5.8.9	**Personuppgifts-biträdesavtal**	Avtalet utgör ett personuppgiftsbiträdesavtal enligt 30 § personuppgiftslagen mellan Vårdgivaren (personuppgiftsansvarig) och Stockholms läns landsting (personuppgiftsbiträde) beträffande IT-system som anvisas eller annars tillhandahålls av landstinget och genom vilka landstinget behandlar personuppgifter för Vårdgivarens räkning. Avtalet innefattar även fullmakt för Stockholms läns landsting respektive Inera AB att för Vårdgivarens räkning teckna personuppgiftsbiträdesavtal med tredje part, i den mån sådant avtal krävs enligt personuppgiftslagen för att tillhandahålla berörda IT-system eller för Vårdgivarens anslutning till nationella e-hälsotjänster via Inera AB. Personuppgiftsbiträdesavtalets fullständiga villkor samt vilka IT-system som berörs framgår av bilagan Informationshantering.
5.8.10	**Efter avtalets upphörande**	I Avtalet finns särskilda regler för hantering av journaler vid Avtalets upphörande.

5.9 Personal

5.9.1 Arbetsgivar-ansvar

Vårdgivaren ska som arbetsgivare iaktta god sed på arbetsmarknaden och ha sådana rutiner och processer som krävs för att följa den arbetsrättsliga lagstiftningen.

5.9.2 Byte av verk-samhetschef

Vårdgivaren ska skriftligen i förväg informera Beställaren om byte av verksamhetschef.

5.9.3 Ersättning enligt lag om läkarvårds-ersättning och lag om ersättning för fysioterapi

Vårdgivaren ansvarar för att personalen (inklusive vikarier, ersättare och underleverantörer) inte uppbär ersättning enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) eller lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) under samma kalenderår de är verksamma hos Vårdgivaren och utför tjänster enligt Avtalet.

Om särskilda skäl föreligger kan Beställaren efter Vårdgivarens skriftliga ansökan godkänna avsteg från ovanstående bestämmelse.

Syftet med denna bestämmelse är att säkerställa ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser.

5.10 Underleverantör

5.10.1 Definition

Med underleverantör avses i Avtalet annan vårdgivare som utför hela eller delar av det Uppdrag Vårdgivaren har enligt Avtalet.

5.10.2 Vårdgivarens fulla ansvar

Om Vårdgivaren anlitar underleverantör för utförande av Åtaganden enligt Avtalet ska Vårdgivaren ansvara för underleverantörens Åtagande såsom för sitt eget.

5.10.3 Information till Beställaren

Vårdgivaren ska, på Beställarens begäran, lämna information om vilka underleverantörer som anlitas.

5.11 Försäkringar, skadeståndsansvar och åligganden

5.11.1 Patientskade-försäkring

Försäkring som täcker skador enligt patient-skadelagen (1996:799) tecknas av Beställaren för de patienter som vårdas enligt Avtalet.

5.11.2 Underlag till LÖF

Vårdgivaren är skyldig att utan kostnad och utan dröjsmål tillhandahålla den utredning (exempelvis utlåtanden, intyg, journaler, röntgenbilder, röntgenundersökningar, fotografier, utredningar och analyser) som Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) behöver för sin handläggning av patientskadefall.

I händelse av rättegång ska Vårdgivaren se till att i erforderlig utsträckning vittnes- och sakkunnigbevisning kan föras med hjälp av hos Vårdgivaren anställd personal.

5.11.3 Ansvars-försäkring

Vårdgivaren ska teckna och vidmakthålla ansvars- och företagsförsäkringar enligt vedertagna normer. Ansvarsförsäkringen ska bland annat omfatta skadeståndskrav med anledning av personskada som orsakats patient i direkt samband med sådan hälso- och sjukvård som vårdgivaren bedriver.

5.11.4 Vårdgivarens skadestånds-ansvar

Vårdgivaren har fullt ansvar för sitt Åtagande enligt Avtalet och för all skada och alla förluster som kan komma att orsakas av Vårdgivarens handlande eller brist på handlande.

5.11.5 Om skadestånds-krav väcks mot Beställaren

Vårdgivaren ska hålla Beställaren skadeslös om skadeståndskrav väcks från tredje man direkt mot Beställaren som en följd av Vårdgivarens handlande, eller underlåtenhet att handla. Beställaren ska snarast underrätta Vårdgivaren om krav framställs mot Vårdgivaren som omfattas av föregående stycke. Beställaren ska inte utan Vårdgivarens samtycke göra medgivanden eller träffa uppgörelser avseende sådant krav om det kan påverka Vårdgivarens ersättningsskyldighet. Beställaren är därtill skyldig att vidta alla rimliga åtgärder för att begränsa sin skada i händelse av att krav mot Beställaren framförs som omfattas av Vårdgivarens ersättningsskyldighet.

5.11.6 Socialförsäkringsavgifter mm

Vårdgivaren ska fullgöra samtliga åligganden avseende inbetalning av socialförsäkringsavgifter, skatter och avgifter.

5.12 Allvarlig händelse med ändrat beredskapsläge, extraordinär händelse och höjd beredskap

5.12.1 Allvarlig händelse med ändrat beredskapsläge

Vårdgivare ska vid en allvarlig händelse med ändrat beredskapsläge, där det inte beslutats att landstingsstyrelsens ledning tagit över, följa direktiv ställda av SLL:s Tjänsteman i Beredskap (TiB) och Regional särskild sjukvårdsledning.

5.12.2 Kris- och katastrofläge. extraordinär händelse, höjd beredskap samt epidemiläge 3

Vårdgivaren ska vid kris- och katastrofläge, extraordinär händelse, höjd beredskap samt epidemiläge 3 (influensapandemi eller motsvarande katastrofläge) följa direktiv ställda av SLL och fortsätta sin verksamhet under landstingsstyrelsens ledning.

5.12.3 Deltagande i planering

Enligt lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap samt lag (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap, ska landstinget vidta de beredskapsförberedelser som behövs för respektive verksamhet under beredskap. Basen utgörs av den fredstida katastrofmedicinska beredskapen. Vid höjd beredskap, vilket innebär skärpt beredskap eller högsta beredskap, ska Vårdgivaren fortsätta att utföra Uppdraget under landstingsstyrelsens ledning. Vårdgivaren ska i egenskap av näringsidkare vidta de särskilda åtgärder i fråga om planering och inriktning av verksamheten, tjänstgöring och ledighet för personal samt användning av tillgängliga resurser som är nödvändiga för att verksamheten ska fungera under rådande förhållanden.

Inför stora evenemang och andra insatser som kräver planering ska utpekade vårdgivare delta i planeringen.

5.12.4 Upplysningar för planering

Vårdgivaren ska lämna SLL de upplysningar som kan behövas för krisplaneringen. Vårdgivaren ska vid allvarlig händelse som berör den egna verksamheten omgående kontakta SLL:s TiB-funktion.

6 Informationshantering

6.1 Inledning

SLL ska använda digitalisering som ett strategiskt verktyg för att effektivisera och kvalitetssäkra verksamheten, erbjuda bättre samhällsservice samt öka patienters/medborgares delaktighet.

För vissa funktioner anvisar Beställaren ett digitalt informationsstöd. För annan funktionalitet får Vårdgivaren själv välja informationsstöd.

Beställaren äger rätt att ändra, lägga till eller ta bort användande av elektronisk tjänst, beskriven funktionalitet, informationsanvändning eller rapportering som beskrivs i denna bilaga.

6.2 Informationssäkerhet

Vårdgivaren ska skydda sin information mot otillbörlig åtkomst och förstörelse i enlighet med gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Vårdgivaren ska följa SLL:s gällande policy och riktlinjer för informationssäkerhet, se Vårdgivarguiden – Informationssäkerhetspolicy och Riktlinjer för informationssäkerhet. Hur skyddet genomförs ska dokumenteras. Vårdgivaren ska på begäran kunna uppvisa dokumentationen för Beställaren.

6.3 Personuppgiftsbiträdesavtal - villkor för behandling av personuppgifter

I syfte att uppfylla kravet i artikel 28.2 i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 (”Dataskyddsförordningen”) på skriftligt avtal mellan personuppgiftsansvarig och personuppgiftsbiträde ska följande villkor gälla för behandling av personuppgifter i sådana elektroniska tjänster och system i denna bilaga genom vilka någon nämnd, styrelse eller bolag inom Stockholms läns landsting (SLL) eller underleverantör till SLL behandlar personuppgifter för Vårdgivarens räkning.

Parter

Personuppgiftsansvarig: Vårdgivaren

Personuppgiftsbiträde: Nämnd, styrelse eller bolag inom Stockholms läns landsting (SLL)

Definitioner

I den mån Dataskyddsförordningen innehåller begrepp som motsvarar de som används i detta avtal ska sådana begrepp tolkas och tillämpas i enlighet med förordningen.

Omfattning

Vilket/vilka elektroniska tjänster och system som berörs framgår av denna bilaga och Avtalet i övrigt. Information om föremålet för behandlingen, behandlingens varaktighet, art och ändamål, typen av personuppgifter och kategorier av registrerade, framgår på Vårdgivarguiden.

För viss personuppgiftsbehandling som SLL utför för Vårdgivarens räkning kan gälla ett annat personuppgiftsbiträdesavtal som avviker från bestämmelserna i detta avtal. Detta andra avtal har då företräde, i den mån det inte strider mot Dataskyddsförordningen eller annan tillämplig dataskyddslagstiftning.

Ansvar och instruktion

- Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig och ansvarar därmed för att lagstöd finns för behandlingen av personuppgifter och att denna behandling även i övrigt sker i enlighet med Dataskyddsförordningen och annan tillämplig dataskyddslagstiftning.

- SLL åtar sig att i egenskap av personuppgiftsbiträde endast behandla personuppgifter för att tillhandahålla berörda elektroniska tjänster och system och då i enlighet med dokumenterade instruktioner, styrdokument samt träffade avtal och andra överenskommelser samt i enlighet med Dataskyddsförordningen och eventuell övrig tillämplig dataskyddslagstiftning. Grundläggande instruktioner avseende funktioner hos respektive tjänst framgår på Vårdgivarguiden.

- För det fall det skulle finnas behandlingar som SLL enligt tvingande lag måste utföra, utöver de dokumenterade instruktioner som lämnats av Vårdgivaren, ska SLL underrätta Vårdgivaren innan sådan behandling påbörjas, om det inte föreligger hinder mot att lämna sådan information enligt gällande rätt.

- SLL får endast överföra personuppgifter som behandlas enligt detta avtal till ett land utanför EU/EES (tredje land) eller internationell organisation om detta uttryckligen framgår av dokumenterade instruktioner.

- SLL ska ge Vårdgivaren tillgång till all information som krävs för att visa att de skyldigheter som fastställs i detta biträdesavtal har fullgjorts, inklusive information om eventuell underleverantörs behandling av personuppgifter. Information som omfattas av sekretess enligt lag får inte utlämnas. SLL ska möjliggöra och bidra till granskningar, inbegripet inspektioner, som genomförs av Vårdgivaren eller av en annan revisor som bemyndigats av Vårdgivaren.

- Inspektion enligt föregående punkt får endast göras om inte SLL:s tillhandahållande av information är tillräcklig. Om Vårdgivaren önskar genomföra en inspektion ska SLL informeras om detta i skälig tid i förväg och samtidigt specificera inspektionens innehåll och omfattning. SLL har rätt till skälig ersättning från Vårdgivaren i samband med genomförande av sådan granskning.

- Vårdgivaren ger genom detta avtal SLL ett allmänt skriftligt förhandstillstånd att anlita annat personuppgiftsbiträde för behandling av personuppgifter enligt detta avtal. SLL ska därvid informera Vårdgivaren om anlitade personuppgiftsbiträden samt eventuella planer på att ersätta anlitade personuppgiftsbiträden eller anlita nya personuppgiftsbiträden, så att Vårdgivaren har möjlighet att göra invändningar mot sådana förändringar. Vilka andra personuppgiftsbiträden som anlitas vid var tid framgår på Vårdgivarguiden.

- Om SLL anlitat eller anlitar annat personuppgiftsbiträde så ska det andra personuppgiftsbiträdet genom ett skriftligt avtal åläggas minst samma skyldigheter i fråga om behandling av personuppgifter som de som gäller för SLL.

- För att Vårdgivaren ska kunna fullgöra sin skyldighet att svara på en begäran från registrerade vad avser registrerades rättigheter enligt Dataskyddsförordningen, och eventuell annan tillämplig dataskyddslagstiftning, åtar sig SLL att bistå Vårdgivaren genom lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder.

- SLL ska bistå Vårdgivaren med att se till att Vårdgivarens skyldigheter enligt Dataskyddsförordningens artikel 32–36 fullgörs, med beaktande av typen av behandling och den information som SLL har att tillgå.

- Föregående punkter innebär inte att SLL övertar något ansvar eller några skyldigheter som enligt Dataskyddsförordningen eller annan tillämplig dataskyddslagstiftning åvilar Vårdgivaren.

- När behandlingen ska upphöra ska SLL, beroende på vad Vårdgivaren väljer, radera eller återlämna alla personuppgifter till Vårdgivaren och radera eventuella kopior, såvida inte lagring av personuppgifterna krävs enligt gällande rätt.

Säkerhetsåtgärder och sekretess m.m.

- SLL ska vidta alla lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder som avses i Dataskyddsförordningens artikel 32 för att uppnå en lämplig säkerhetsnivå för personuppgifterna.

- SLL ska säkerställa att personer med behörighet att behandla personuppgifterna har åtagit sig att iaktta konfidentialitet eller omfattas av en lämplig lagstadgad tystnadsplikt.

- SLL ansvarar för att endast personal som behöver åtkomst till personuppgifter för att kunna utföra sina arbetsuppgifter under detta avtal får åtkomst till dessa.

Personuppgiftsbiträdesavtal med fullmakt avseende de e-hälsotjänster som anges under punkt 8.5 i denna bilaga och hanteras via Inera AB

- Inera AB (org. nr. 556559-4230) är ett bolag som ägs av Sveriges Kommuner och Landsting med uppdrag att skapa förutsättningar för en gemensam teknisk infrastruktur med IT-stöd bl.a. för vårdens personal samt publika tjänster till hela Sveriges befolkning.
- Därvid och i andra sammanhang kommer Inera AB att, beroende på tjänstens utformning i det enskilda fallet, för Vårdgivarens räkning själv behandla personuppgifter och/eller uppdra åt olika driftleverantörer att behandla personuppgifter. Inera AB och/eller sådana driftleverantörer, kommer då att inta ställning som personuppgiftsbiträde åt den personuppgiftsansvariga Vårdgivaren.
- För att möjliggöra korrekt avtalsrelation mellan den personuppgiftsansvariga Vårdgivaren och respektive personuppgiftsbiträde/underbiträde, ska som en integrerad del av detta avtal, Inera AB:s *Modellavtal 2 – Personuppgiftsbiträdesavtal enligt 30-31 §§ Personuppgiftslagen* gälla mellan Vårdgivaren (indirekt ansluten vårdgivare) och Stockholms läns landsting (direktansluten vårdgivare) enligt dess vid var tid gällande fulla lydelse. Gällande version av Modellavtal 2 finns på Inera AB:s hemsida:

  www.inera.se
- Om tjänsteleverantör ingått separat personuppgiftsbiträdesavtal med vårdgivare skall det gälla i första hand.

6.4 Termer, begrepp, semantik

6.1.1 Verksamhetsdata

All vård som utförs enligt Avtalet ska beskrivas med nationella klassifikationer, terminologier och regelverk för rapportering av vårdkontakter som bygger på Socialstyrelsens föreskrifter och anvisningar. För ytterligare information, se Vårdgivarguiden – Vårdinformatik.

6.1.2 Termer

För information om termer och begrepp, se Vårdgivarguiden – Termer och begrepp.

6.1.3 Primär klassificering

Utförd hälso- och sjukvård ska beskrivas med diagnoser och åtgärder, så kallad primär klassificering. För diagnoser ska Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning (ICD-10-SE eller senare version) användas och för åtgärder Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Information om klassificering av diagnoser och åtgärder, se Vård-givarguiden - Klassifikationer.

6.1.4 Regelverk för verksamhetsdata

Vårdgivaren ska rapportera patienternas vårdkontakter i enlighet med Beställarens regelverk, se Vårdgivarguiden – Regelverk för rapportering av vårdkontakter.

Vårdgivaren ska rapportera, tillämpa och anpassa sig efter eventuella förändringar enligt beställarens anvisningar. Beställaren ansvarar för att vidarebefordra informationen enligt lagar och förordningar till andra myndigheter.

6.1.5 Rapportering av informationsobjekt

På Vårdgivarguiden redovisas de informationsobjekt som Vårdgivaren ska rapportera till Gemensamt vårdregister (”GVR”) och Elektroniska katalogen (”EK”). Vårdgivaren ska rapportera i enlighet med de tidsintervall, de dataformat och det elektroniska kommunikationsstöd samt med definitioner på informationsobjekten som anges där. Vårdgivaren ska följa policy och regelverk för organisation i ”EK”.

6.1.6 Meddelandeformat, informationsmodeller och rutiner

Vårdgivaren ska tillgodose att patientrelaterad information som hanteras hos Vårdgivaren tillgängliggörs enligt de meddelandeformat, informationsmodeller och rutiner som Beställaren vid var tid anvisar, se Vårdgivarguiden.

7.5 Elektroniska tjänster, e-tjänster

7.1.1 Allmänt

Beställaren har i egenskap av hälso- och sjukvårdshuvudman ansvar för att det i tillräcklig omfattning finns strategiska elektroniska tjänster där verksamhetsnytta, patientnytta, säkerhet eller ekonomisk besparing utgör incitament.

I den här bilagan beskrivs de avtalsmässiga krav avseende funktionalitet som Vårdgivaren är skyldig att använda eller uppfylla.

7.1.2 Generella krav

Funktionalitet som Vårdgivaren ska använda eller uppfylla. För vissa funktioner anvisar Beställaren ett systemstöd. För annan funktionalitet får Vårdgivaren själv välja systemstöd.

7.1.3 Beställarens information

All information som Vårdgivaren behöver för att utföra sitt uppdrag publiceras på Vårdgivarguiden.

Skyldighet för vårdgivaren	Information/instruktion på Vårdgivarguiden
Vårdgivaren ska hålla sig uppdaterad om aktuell information om uppdraget.	www.vardgivarguiden.se

7.1.4 Funktionalitet och tjänster utvecklade för att underlätta i patientmötet

Vårdgivaren ska möjliggöra för patienten att vara delaktig i sin egen vårdprocess.

Skyldighet för vårdgivaren	Information/instruktion på Vårdgivarguiden
Vårdgivaren ska medverka till att patienten ges möjlighet att vara delaktig och kunna välja kontaktsätt till vården.	1177 Vårdguidens e-tjänster

Vårdgivaren ska vara ansluten till 1177 Vårdguidens e-tjänster.	
Vårdgivaren ska hantera högkostnadsskydd och frikort elektroniskt för besök i den öppna sjukvården i länet.	E-frikort
Vårdgivaren ska ombesörja att patienter inom SLL med behov av transporttjänst får detta behov tillgodosett.	Sjukresor
Vårdgivaren ska när risk för språkliga missuppfattningar föreligger anlita tolk i talade språk. Vårdgivare ska när risk för missuppfattningar mellan verbal och icke-verbal kommunikation finns, anlita teckenspråkstolkning eller dövblindtolkning.	Samlad information om tolktjänster
Vårdgivaren ska sända läkarintyg elektroniskt till Försäkringskassan.	Intygstjänsten – elektroniska intyg
Vårdgivaren ska när behov föreligger kontrollera patienters bilddiagnostiska historik .	Bild- och funktionstjänst

7.1.5 Verksamhetsstöd i vårdgivarens verksamhet

Skyldighet för vårdgivaren	Information/instruktion på Vårdgivarguiden
Vårdgivaren ska i sin verksamhet använda ett elektroniskt journalsystem/vårdinformationssystem för registrering av patientrelaterad information och digitalt informationsutbyte.	Vårdinformationssystem
Vårdgivaren ska rapportera uppgifter inom sin verksamhet till Nationella Kvalitetsregister.	Kvalitetsregister

7.1.6 Rapportering, uppföljning, fakturering

Vårdgivaren ska rapportera strukturerad information till Beställaren.

7.1.7 Rapportering

Skyldighet för vårdgivaren	Information/instruktion på Vårdgivarguiden
Vårdgivaren ska rapportera verksamhetsdata elektroniskt.	Gemensamt vårdregister, GVR, RAPP
Vårdgivaren ska upprätthålla aktuell kontaktinformation för verksamheten.	Elektroniska Katalogen, EK
Vårdgivaren ska kunna göra en validering/kontroll av patientens folkbokföringsadress.	Personuppgiftsregistret PU
Vårdgivaren ska med hjälp av Nord-DRG CC sekundärklassificera sina vårdkontakter där så är tillämpligt.	DRG-grupperaren

7.1.8 Fakturering

Skyldighet för vårdgivaren	Information/instruktion på Vårdgivarguiden
Vårdgivaren ska fakturera landstinget elektroniskt. För detta finns ett flertal tjänster tillgängliga.	Vårdfaktura, HEJ, Avstämningsfunktionen, FUL, FUMS

7.1.9 Gemensam infrastruktur för ökad säkerhet

Vårdgivaren ska använda sig av verktyg och åtgärder som ska hindra att information läcker ut, förvanskas eller förstörs men som ska möjliggöra att informationen är tillgänglig när den behövs.

Skyldighet för vårdgivare	Information/instruktion på Vårdgivarguiden
Vårdgivaren har möjlighet att få tillgång till SLLnet via fast anslutning eller distansanslutning (SAM), se mer information om kostnadsansvar i p.8.1 i den här bilagan.	SLLnet och SAM
Vårdgivaren ska kunna identifiera användare i verksamheten vid inloggning och åtkomst till elektroniska tjänster som hanterar känsliga personuppgifter på ett säkert sätt. All vårdpersonal hos Vårdgivaren ska ha ett eTjänstekort.	eTjänstekort
Vårdgivaren ska säkerställa att de personposter som finns i EK är korrekta och uppdaterade.	Elektroniska katalogen, EK

7.1.10 Särskilda krav på verksamheten

Nedan beskrivs de särskilda verksamhetskrav som gäller då verksamheten bedriver tjänsten ledning inom ambulanssjukvården SLL på uppdrag av Beställaren. Detaljerade krav, åtkomst kontaktuppgifter m.m. finns på http://www.vardgivarguiden.se/

7.1.11 Hantera digital tillgänglighet

Vårdgivare som bedriver vård enligt detta Avtal ska vara ansluten till och tillhandahålla nedanstående digital funktionalitet via inloggning på 1177 Vårdguiden.

Utöver nedan nämnda krav kan vårdgivaren erbjuda ytterligare tjänster via inloggning på 1177 Vårdguiden. Detta presenteras på mottagningens kontaktkort på www.1177.se.

Skyldighet för vårdgivare
Vårdgivaren ska kunna hantera förfrågningar om tidsbokning - Nybokning - Ombokning - Avbokning
Vårdgivaren ska kunna hantera direkttidbokning - Nybokning - Ombokning - Avbokning
Vårdgivaren ska kunna hantera önskemål om receptförnyelse.
Vårdgivaren ska kunna hantera önskemål om journalkopia.
Vårdgivaren ska kunna hantera önskemål om intyg.
Vårdgivaren ska kunna hantera inkomna frågor och kontaktönskemål.
Vårdgivaren ska kunna ge rådgivning.

Vårdgivaren ska kunna hantera beställningar av journalkopior.
Vårdgivaren ska kunna hantera önskemål om förnyelse av hjälpmedel.
Vårdgivaren ska följa SLL:s regelverk och riktlinjer för Journal via nätet, se mer information på Vårdgivarguiden - Journal via nätet.

Mer information om 1177 Vårdguiden finns på Vårdgivarguiden – 1177 Vårdguiden.

Utökad digital tillgänglighet

Under 2018 kommer vårdgarantin att ses över för att omfatta även digital tillgänglighet där en grund kommer vara att länets invånare ska ges möjlighet att själva välja hur de vill kontakta vården inom samma eller andra ramar som den vårdgaranti som i nuvarande form omfattar fysiska besök och telefonkontakt. För att öka tillgången till jämlik vård kommer vissa tjänster att prioriteras för införande (journal via nätet, webbtidbok och önskemål om receptförnyelse). Beställaren kommer informera om eventuella ändrade krav kopplat till detta.

7.1.12 Hantera sammanhållen journalföring

Skyldighet för vårdgivare	Information/instruktion på Vårdgivarguiden
Vårdgivaren ska leverera data till NPÖ i enlighet med nationella anvisningar.	Nationell patientöversikt, NPÖ

7.1.13 Hantera läkemedel

Vårdgivaren ska tillämpa Beställarens regelverk för läkemedelshantering och använda utvecklade kunskapsstöd som innehåller kvalitetssäkrad patientspecifik läkemedelsinformation vid förskrivning.

Skyldighet för vårdgivare	Information/instruktion på Vårdgivarguiden
Vårdgivaren ska använda sig av kunskapsstöd med larmfunktioner för bland annat: - Biverkning - Äldre - Interaktioner - Riskprofil - Fosterpåverkan - Amning - Njurfunktion	Janusmed Integrerad
Vårdgivaren ska använda beställningssystem för läkemedel på rekvisition.	Beställningssystem för läkemedel på rekvisition
Vårdgivaren ska kunna förskriva recept elektroniskt.	E-recept
Vårdgivaren ska kunna ordinera dosförpackade läkemedel.	Pascal
Vårdgivaren ska använda sig av Läkemedelsförteckningen.	Läkemedelsförteckningen Läkemedelsförteckningen på eHälsomyndigheten

Vårdgivaren ska följa evidensbaserade rekommendationer av kostnadseffektiva läkemedel för vanliga sjukdomar i öppen och sluten vård.	Kloka Listan
Vårdgivaren ska dokumentera, lagra och återkoppla information om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning.	Infektionsverktyget Infektionsverktyget på Inera
Vårdgivare med eget betalningsansvar för läkemedel ska kunna ta fram detaljerad information om sina läkemedelskostnader.	Faktureringsunderlag läkemedel, FUL

7.1.14 Hantera remiss

Skyldighet för vårdgivare	Information/instruktion på Vårdgivarguiden
Vårdgivaren ska tillämpa Beställarens regelverk för remisshantering .	Vårdutbud och remittering, Regler för remisshantering
Vårdgivaren ska kunna hantera remisser elektroniskt .	E-remiss

7.1.15 Hantera listningsinformation

Skyldighet för vårdgivare	Information/instruktion på Vårdgivarguiden
Vårdgivaren ska tillämpa Beställarens regelverk för att kunna hantera listningsinformation för patienter.	ListOn

7.1.16 Hantera samordnad vårdplanering

Skyldighet för vårdgivare	Information/instruktion på Vårdgivarguiden
Vårdgivaren ska tillsammans med kommunernas socialtjänst kunna hantera vårdsamverkan.	Webcare

7.1.17 Hantera ambulansmottagande

Den förändrade vårdstrukturen kommer att innebära ett utökat antal avlämningsadresser för ambulanssjukvården.

Skyldighet för vårdgivare	Information/instruktion på Vårdgivarguiden
Vårdgivaren ska organisera sin verksamhet och sitt vårdinformationssystem i syfte att verksamheten ska kunna vara mottagare av ambulans.	Ambulanssjukvård

8.1 Kostnadsansvar SLLnet

SLLnet är SLL:s gemensamma kommunikationsnät. Alla vårdgivare som har avtal med SLL har rätt att ha en anslutning till SLLnet. Beställaren bekostar denna uppkoppling med en kapacitet och servicenivå som krävs för den rapportering Beställaren ställer krav på. Vårdgivaren bekostar eventuell högre kapacitet som behövs för att klara annan funktionalitet i Vårdgivarens system/tjänster - t.ex. för samordnad journalhantering. Om det inte längre är

nödvändigt att vara ansluten till SLLnet för att rapportera information enligt detta avtal kommer anslutningen till SLLnet att upphöra att vara en kostnadsfri tjänst.

ADA 11 822
HSN 2018–1148

Bilaga 7
Checklista inför driftstart

Checklistan används vid möte som sker tre (3) veckor före driftstart för att säkerställa att vårdgivaren uppfyller eller förväntas uppfylla samtliga ska-krav. I de fall beställaren har begärt handlingsplaner, förteckningar, listor ska dessa överlämnas till beställaren före eller senast vid mötet som sker tre (3) veckor före driftstart.

Vårdgivare:	
Adress för stationering:	
Datum för ifyllnad:	
Kontaktperson:	
Telefon:	
E-post:	

.....

Datum

.....

Underskrift av behörig person hos vårdgivaren

.....

Namnförtydligande

Nr	Krav i avtalet	Klart	Kommentar
1	Verksamhetschef, medicinsk ledningsansvarig, arbetsledande funktion dygnet runt och ledningsperson presenteras		
2	Kontaktvägar mellan vårdgivaren och beställaren		
3	Uppdraget i tjänsten är känt för all personal		
4	SLL:s mål för prehospital vård är kända för all personal		
5	Personal finns för att kunna bemanna från 2019-01-31		
6	Utbildningsplanen presenteras och överlämnas till beställaren		
7	Utrustningslistan presenteras och överlämnas till beställaren		
8	Läkemedelslistan presenteras och överlämnas till beställaren		
9	Lokalerna för stationeringen presenteras för beställaren genom fysiskt besök		
10	Skalskydd enligt SLL:s säkerhetspolicy		
11	Fordon för tjänstens utförande presenteras för beställaren gällande färgkodning, utmärkning, sittplatser, utrustning och förvaring av material		
12	Bemanningen av tjänsten presenteras och stäms av inklusive kompetenskrav		
13	Fordon för uppdraget kring ledningsenhet för CBRNE presenteras för beställaren gällande uppdrag, utrustning och kompetens		
14	Antal reservfordon som vårdgivaren bedömer behövas för att upprätthålla kraven på tillgänglighet		

15	Vårdgivarens arbets- och skyddskläder presenteras för beställaren gällande färger, reflexer och utmärkning		
16	SITS-uppdraget inklusive utrustning, utbildning och innehåll redovisas		
17	Uppdraget för SLL:s tjänsteman i beredskap är känt för vårdgivaren och personal som bemannar ledningsenhet		
18	Ansvar vid uppdrag på skadeplats och vid allvarlig händelse är tydligt för vårdgivaren och personal som bemannar ledningsenhet		
19	Vårdprogram och riktlinjer är kända för vårdgivaren och personal som bemannar ledningsenhet		
20	Avvikelsehantering ska ske via HändelseVis		
21	Processer för samverkan presenteras utifrån kraven i bilaga 1A		
22	Rollen som prehospital bakjour hos prioriterings- och dirigeringstjänsten är känd för vårdgivaren och personal som bemannar ledningsenhet		
23	Rutiner insatser och samverkanslarm vid misstänkt hjärtstopp är kända för vårdgivaren och personal som bemannar ledningsenhet		
24	Kraven på tillgänglighetskrav, drifttider och startintervall är kända för vårdgivaren och personal som bemannar ledningsenhet		
25	Miljökraven inklusive drivmedel är kända för vårdgivaren och personal som bemannar ledningsenhet		

26	Beställarens obligatoriska forum för möten är kända för vårdgivaren		
27	Utbildningskraven är kända för vårdgivaren och personal som bemannar ledningsenhet		
28	Journalsystem, registreringsanvisningar är kända för vårdgivaren och personal som bemannar ledningsenhet		
29	Uppdraget för SLL:s Prehospitala Kunskaps- och träningscenter (KTC) är kända för vårdgivaren och personal som bemannar ledningsenhet		
30	Kompetens för tillämpning av Frapp, Rakel och mobiltelefoni finns på plats och rutinerna är kända för vårdgivaren och personal som bemannar ledningsenhet		
31	Kris- och katastrofberedskap inklusive lokal kontinuitetsplan är känd för vårdgivaren och personal som bemannar ledningsenhet		

Nr	Basala hygienföreskrifter	Klart	Kommentar
32	Föreskrifterna är tillgängliga och kända		
33	Arbetskläder finns att tillgå enligt bilaga 1A		
34	Engångshandskar finns för patientarbete med kroppsvätskor och vid orent arbete		
35	Sticksäkra produkter finns för injektion och provtagning		
36	Rutiner finns för hygieniskt handhavande av medicinteknisk utrustning		
37	Förvaring av sjukvårdsmaterial finns		
38	Kylskåp för endast läkemedel fins		
39	Injektionsläkemedel i ampull för engångsbruk finns		
40	Handlingsprogram för MRSA, ESBL, tuberkulos med flera är tillgängliga och kända		