

Plats och tid: Brisen / Grynnan Kommunhuset Strömsvik, 2023-05-15, 08:15:00

- Upprop
- Val av protokollsjusterare

Nr	Dnr	Ärende	Föredragande och ca tid
1	Nämnd.2023.2	Information KS-SOU a) Verksamhetsbesök LSS b) Aktuellt i sektorn c) Ekonomi - Månadsuppföljning - Statistik - LSS utjämningsystem d) Övriga frågor	08:15 Stefan Bacirtzis, Liisa Hoikkala & Linda Andersson 09:15 Marie Schmid 10:45 Eva Martinsson Marie Schmid 11:05 Sven Stenggaard
2	KS-SO.2023.14	Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO)	11:20 Lena Borgman Fred
3	KS-SO.2023.18	Avgift för transport av avliden	Lena Borgman Fred
4	KS-SA.2023.36	Arbetsplan 2023 sektor Stöd och Omsorg	11:30 Marie Schmid
5	KS-SO.2023.20	Planering och översyn i samband med Ringgårdens öppnande	
6	KS-SO.2023.21	Extrainsatt utskottssammanträde SOU 2023-06-21	
7	KS-SO.2023.19	Beslut om avtal FOU	
8	Nämnd.2023.6	Frågor	



(1)

Nämnd.2023.2

Information KS-SOU

a) Verksamhetsbesök LSS

b) Aktuellt i sektorn

c) Ekonomi

- Månadsuppföljning
- Statistik
- LSS utjämningsystem

d) Övriga frågor

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Justerare

.....

.....



(1)

Nämnd.2023.2

Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten

Justerare

.....

.....



(2)

KS-SO.2023.14

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO)

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxx
Akten

Justerare

.....

.....

Valdemarsviks kommun
Kommunstyrelsen
Storgatan 35
615 32 VALDEMARSVIK

Vårdgivare och huvudman

Valdemarsviks kommun

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av Kommunstyrelsen i Valdemarsviks kommun (nämnden).

I tillsynen har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskat följande områden:

- Individuell bedömning och kompetensnivå
- Dokumentation och personalkontinuitet
- Läkemedelshantering
- Vård i livets slutskede

Beslut

IVO konstaterar följande brister:

- den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning.
- dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård.
- läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt.
- vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk.

IVO begär med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att nämnden redovisar:

- de förbättringsåtgärder som pågår, vidtagits eller planeras inom dessa områden för att komma till rätta med de brister som IVO konstaterat,
- uppgifter om när åtgärderna genomförts eller kommer att genomföras,
- samt hur och när effekten av planerade, pågående och vidtagna åtgärder kommer att följas upp.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast **den 31 maj 2023**.

Om bristerna inte avhjälpas eller om begärd redovisning inte kommer in inom angiven tid kan IVO komma att fatta beslut om föreläggande med eller utan vite.

Skälen för beslutet

Nedan kommer IVO under varje bristpunkt att redovisa myndighetens bedömning av den medicinska vården och behandlingen på SÄBO i Valdemarsviks kommun.

Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning

IVO:s tillsyn visar att den personal som gör individuella medicinska bedömningar på SÄBO i Valdemarsviks kommun inte alltid har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och inte alltid behärskar det svenska språket i tillräcklig omfattning. IVO bedömer att den bristande kompetensnivån och bristerna i svenska språket utgör en patientsäkerhetsrisk och medför att kommunen inte säkerställer att kraven på en god vård uppfylls.

Bristerna innebär att den personal som är närmast patienten inte alltid har den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras. I SÄBO har många patienter allvarliga sjukdomar eller befinner sig i livets slutskede, och det är då viktigt att vård- och omsorgspersonalen t.ex. förstår vilka symtom de ska vara uppmärksamma på för att tillkalla sjuksköterska.

IVO konstaterar att en del av kompetensbristen handlar om att vård- och omsorgspersonal har otillräckliga kunskaper i svenska språket. Språkkunskaper och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt är en förutsättning för patientsäkerheten. Det finns också en risk att information mellan olika yrkeskategorier missuppfattas eller förvanskas. Detta är förstås särskilt allvarligt när det gäller personal med delegering att ge läkemedel till patienter.

IVO vill påtala att det är den enskilda arbetsgivaren som måste ställa krav vid rekrytering utifrån verksamhetens behov av kvalitet och kompetens.

IVO har i denna granskning inte funnit något som tyder på brister avseende sjuksköterskornas förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när detta skulle behövas eller att tillgången till läkare och läkarkonsultation är otillräcklig.

IVO kan konstatera att det pågår ett förbättringsarbete i Valdemarsviks kommun inom området kompetens för arbetsuppgifterna och kompetens i svenska språket. Vid dialogmötet med ledningen framkom att kommunen har pågående utbildningar för att öka personalens kompetens inom hälso- och sjukvård samt i svenska språket. De följer upp dessa insatser regelbundet för att hålla en hög kompetensnivå.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Valdemarsvik	Östergötland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läarkonsultation en vanlig månad	23%	34%	34%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	-	51%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	-	44%	42%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	44%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	84%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	48%	63%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med representanter för kommunens sjuksköterskor framkom att de flesta men inte all vård- och omsorgspersonal har tillräcklig kompetens för att uppmärksamma förändringar i patienternas hälsotillstånd. De är duktiga på att meddela och kontakta sjuksköterskorna när det sker en förändring i en patients hälsotillstånd. Av de vikarier som finns har ungefär en fjärdedel utbildning inom hälso- och sjukvård.

Enligt sjuksköterskorna har de flesta vård- och omsorgspersonal tillräckliga kunskaper i svenska språket, men det finns personal som inte har det och det kan medföra svårigheter exempelvis när de ska skriva avvikelserapporter eller läsa ordinationshandlingar. Om

sjusköterskorna inte förstår vad vård- och omsorgspersonalen säger så ber de att få tala med någon annan eller så åker de själva till boendet för att göra en bedömning. Sjuksköterskorna tycker att det är viktigt att personalen kan beskriva patientens hälsotillstånd.

Alla sjuksköterskor har möjlighet att besöka och bedöma patienternas hälsotillstånd när de anser att det finns behov av det. Sjuksköterskorna prioriterar att göra det, på kvällen är det sårbart men då får de göra en bedömning över vad som är mest akut. Sjuksköterskorna försöker planera arbetet så att det ska finnas utrymme för akuta insatser på jourtid och de har möjlighet att sätta in en extra sjuksköterska vid behov.

Sjuksköterskorna framförde att de alltid har tillgång till läkare när de har behov av det. På dagtid vardagar är läkarna lättillgängliga och har möjlighet att göra hembesök. På jourtid når sjuksköterskorna läkare via jourtelefon och även då kan de komma på hembesök om behov finns. Sjuksköterskorna anser att den totala läkartiden är tillräcklig för att tillgodose samtliga patienters behov.

Patienter

Enligt patienterna får de alltid hjälp av vård- och omsorgspersonalen samt sjuksköterska om de har behov av det. Patienterna kan ibland ha svårigheter att förstå vad vård- och omsorgspersonalen säger men då frågar de om och någon patient uttryckte att personalen gör så gott de kan. När det gäller besök av läkare så förmedlade två av patienterna att läkaren alltid kommer, en patient visste inte och en annan hade inte sett till läkaren.

Ledning

Vid dialogmötet med representanterna för kommunen framkom att anställd personal med undersköterskekompetens uppgår till mer än 80 procent. Tidigare har nivån legat mellan 90 - 97 procent och målsättningen är att öka upp antalet utbildade undersköterskor igen. Ledningen har därför låtit personal genomföra Kunskapslyftet och denna satsning pågår fortfarande. Ledningen försöker även få sina vikarier att ansluta sig till den vuxenutbildning som finns i kommunen och för närvarande går 18 personer.

För att komma tillrätta med bristerna i vård- och omsorgspersonalens språkkunskaper har kommunen erbjudit utbildning till personer som haft behov av att öka kunskaperna i svenska språket. De har genomfört riktade satsningar för arbetsrelaterad svenska och ledningen ser ett behov av att fortsätta erbjuda språkliga satsningar. Enligt ledningen är kompetens i det svenska språket ett prioriterat område. För att måna om patientsäkerheten får personal inte delegering för läkemedelshantering om de inte har tillräckliga kunskaper i svenska språket. Ledningen följer regelbundet upp vård- och omsorgspersonalens kompetensnivå genom statistik. Enhetscheferna har löpande avstämningar med personalen för att följa de språkliga kunskaperna.

När det gäller sjuksköterskebemanningen uppgav ledningen att den har varit en utmaning på grund av ökad frånvaro senaste åren. De har haft löpande samtal om hur arbetet ska lösas och följer regelbundet vårdtyngden kontra befintliga resurser. De har till viss del

anlitat bemanningssjuksköterskor men nu är ordinarie sjuksköterskor tillbaka. Ledningen anser att de har en bra grundbemanning av sjuksköterskor.

Vid dialogmötet framkom att kommunen har en god samverkan med regionen och ett nära samarbete med vårdcentralen sedan lång tid tillbaka. Vid de månatliga träffarna följer de upp avtal och överenskommelser. Vid problem eller andra viktiga saker hanterar de dem direkt. Ledningen uppger att de är mycket nöjda med det goda samarbetet med regionen.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Den ska även bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet.

Enligt 6 kap. 1 § PL ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Av 3 kap. 3 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL, framgår att för utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, framgår bland annat att personal som arbetar på SÄBO minst bör ha:

- kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre personer och hur dessa påverkar behovet av vård och omsorg.
- förmåga att bedöma när någon annan kompetens än den egna behövs.
- förmåga att kommunicera med personer ur olika yrkesgrupper.
- förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska.

Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård

IVO:s granskning visar att dokumentation på SÄBO i Valdemarsviks kommun inte helt sker enligt gällande regelverk och att det till viss del inte finns en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård. IVO konstaterar att det för några patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner. IVO bedömer att bristerna utgör en patientsäkerhetsrisk.

IVO konstaterar även att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till dokumentationsbrister som påverkar patienter i hög grad eller måttlig grad. En relevant och aktuell dokumentation är av stor betydelse för att bidra till en god och säker vård av patienten. Ju fler som är involverade i patientens vård och behandling desto viktigare är det att det finns en tydlig dokumentation som innehåller en planering för vård och behandling. IVO anser också att den som arbetar patientnära ska ha tillgång till den information som krävs för en god och säker vård.

IVO anser att patienter på SÄBO ska ha vårdplaner som utgår från deras aktuella tillstånd och behov. En förutsättning för god och säker vård är att information finns tillgänglig för den vård- och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsinsatserna. I vårdplanen ska behovet av vård och behandling för patienten på kort och lång sikt beskrivas och det ska anges vem av huvudmännen (i de fall det är nödvändigt) som ska vidta åtgärderna och vem som har det övergripande ansvaret för planen. IVO är medveten om att vårdplaner kan vara dokumenterade i andra journaler än de kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler som granskats.

IVO kan konstatera att det pågår ett förbättringsarbete i Valdemarsviks kommun inom området dokumentation. Vid dialogmötet med ledningen framkom att kommunen nyligen infört ett nytt journalsystem samt vidtagit åtgärder för att komma tillrätta med bristerna gällande vårdplaner. Ledningen har ännu inte helt implementerat det nya systemet men har sett att dokumentationen har blivit bättre. IVO finner att kommunen har ett arbetssätt där de regelbundet följer personalens dokumentation.

IVO konstaterar att det till viss del finns brister i personalkontinuiteten bland vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor vilket inte främjar god vård. Att ständigt möta nya vårdkontakter kan skapa otrygghet, leda till bristfällig vård och medföra ökade risker för patienten. IVO menar att bristande personalkontinuitet, med personal som inte sedan tidigare känner patienten, i kombination med bristande dokumentation utgör en riskfaktor för patientsäkerheten. Om det saknas en tydlig dokumentation och planering för patienten finns risk för att rätt åtgärder inte vidtas om patienten blir försämrad. Det kan leda till att patienten drabbas av onödig inläggning på sjukhus alternativt inte får tillgång till nödvändig sjukhusvård.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Valdemarsvik	Östergötland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	10%	10%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	8%	10%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	0%	67%	63%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	52%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	-	0%	26%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att det finns en strukturerad dokumentation för de flesta patienter. Läkare upprättar vårdplaner för olika insatser men ibland kan sjuksköterskorna få påminna läkaren om det. Sjuksköterskorna följer upp effekten av insatta åtgärder men kan ibland få flytta fram uppföljningen på grund tidsbrist. När det saknas sjuksköterskor och de täcker för varandra blir dokumentationen lidande eftersom de alltid prioriterar patienterna.

Sjuksköterskorna framförde att vård- och omsorgspersonalens kontinuitet skiljer sig åt mellan olika boenden. På några boenden och på natten är det stabil personal. På något annat boende finns det mycket vikarier. Oftast är det samma vikarier som återkommer. När det gäller sjuksköterskornas kontinuitet är den ganska bra på dagen och helgen, på kväll och natt är den bra. Det finns en ansvarig sjuksköterska på varje enhet och avdelning samt en medansvarig sjuksköterska som tar över vid behov. Sjuksköterskorna är en liten arbetsgrupp så det kan bli problem vid sjukskrivningar och vikariat. Sjuksköterskorna pusslar och slår knut på sig själva för att lösa arbetssituationen vid frånvaro.

Patienter

Vid samtal med patienterna framkom att två patienter kände till att det finns en planering för deras vård och behandling medan två inte visste. De som svarade ja hade inte varit delaktiga i sin planering. En av de intervjuade patienterna framförde att det finns en grundbemanning av vård- och omsorgspersonalen och det är flera som utbildar sig till undersköterska eller i svenska språket. En annan patient förmedlade att det fungerar bra med både personal och vikarier.

Ledning

Vid dialogmötet med representanter för ledningen framkom att kommunen just nu håller på att byta journalsystem. Det nya systemet ska förhoppningsvis vara helt implementerat och igång för alla i maj 2023. I det nya systemet kommer sjuksköterskorna bli tvungna att göra dokumentationen tillgänglig för vård- och omsorgspersonalen. Sjuksköterskorna kommer inte heller att ha tillgång till patientens sociala dokumentation. Ledningen har fört en diskussion utifrån den nya lagstiftningen om sammanhållen dokumentation och har valt att inte ändra något utan först implementera det nya systemet samt invänta den nya Äldreomsorgslagen.

Ledningen har regelbundet genomfört journalgranskning. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har sett att det har funnits vissa brister gällande vårdplanerna och kommunen har därför genomfört utbildning i dokumentation. Vid uppföljning har de sett att dokumentationen har blivit bättre. Kommunen genomför journalgranskning årligen och informerar nämnden om utfallet.

Enligt ledningen har de talat om och anser att patientens delaktighet är viktig. Det finns en projektanställd inom projektet Nära vård som varit på alla enheter och pratat om hur patienterna kan göras delaktiga i sin vård och behandling.

När det gäller vård- och omsorgspersonalens kontinuitet så framförde ledningen att de strävar efter en god kontinuitet. Ett sätt att öka kontinuiteten är att varje patient har en kontaktperson. Kommunen har en bemanningsenhet som planerar för att skapa kontinuitet på SÄBO genom att vikarier i första hand arbetar på enheter där de är vana att arbeta.

Ledningen har kommit in med synpunkter på IVO:s protokoll från dialogmötet. Där förtydligar de att hyrpersonal avseende sjuksköterskor har anlåtats under 2021 och 2022 för att säkerställa bemanningen. Enhetschef arbetar dagligen med att tillse att sjuksköterskebemanningen uppfyller krav och kontinuitet. Teamsamverkan är uppbyggd med områdesindelningar och detta stärker kontinuiteten i verksamheten för både patient och legitimerad personal.

Tillämpliga bestämmelser

Bristande dokumentation

Enligt 3 kap. 1–2 §§ patientdatalagen (2008:355), PDL, ska en patientjournal föras när en patient får vård, och syftet med det är i första hand att bidra till en god och säker vård av

patienten. Enligt 6 § samma kapitel ska journalen innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, däribland ställd diagnos och väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder samt om patienten har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Av 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den som är behörig att ta del av uppgifterna. Enligt 5 § samma kapitel ska vårdgivaren säkerställa att patientjournalen i förekommande fall innehåller bl.a. följande uppgifter. Aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden och resultatet av dessa åtgärder, ordinationer och ordinationsorsak samt vårdplanering.

Av 3 kap. 2 § första punkten HSLF-FS 2016:40 framgår att vårdgivaren genom ledningssystemet ska säkerställa att dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet).

Bristande personalkontinuitet

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i Valdemarsviks kommun inte sker på ett patientsäkert sätt. Bristerna avser delegering och läkemedelsgenomgång och dessa brister medför en patientsäkerhetsrisk.

Delegering

IVO anser att det saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som har delegerats arbetsuppgiften att ge läkemedel att utföra denna uppgift på ett patientsäkert sätt. Vid inspektionen framkom att sjuksköterskor i verksamheten vid vissa tillfällen saknar förutsättningar, främst i form av tid, att följa kommunens rutin för delegering samt att ge erforderligt stöd till dem som fått delegering. Detta utgör enligt IVO en brist.

IVO kan konstatera att det pågår ett förbättringsarbete i Valdemarsviks kommun avseende delegeringar. Vid dialogmötet med ledningen framkom att kommunen har infört en rutin för delegeringsprocessen och de har sett att antalet läkemedelsavvikelser har minskat.

Läkemedelsgenomgång

IVO anser att det är av största vikt att kommunerna i samverkan med regionen medverkar till att läkemedelsgenomgångar genomförs för att se till att dessa patienter inte får läkemedel som bör undvikas. IVO konstaterar att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vid inspektionen framkom att läkemedelsgenomgångar genomförs men att det inte har funnits någon enhetlig rutin för utförandet och hur det ska dokumenteras.

IVO kan konstatera att det pågår ett förbättringsarbete i Valdemarsviks kommun avseende läkemedelsgenomgångar. Vid dialogmötet med ledningen framkom att kommunen nyligen infört en ny rutin avseende läkemedelsgenomgångar som de ännu inte har hunnit följa upp. Det nya dokumentationssystemet kommer göra det möjligt att följa antalet genomförda läkemedelsgenomgångar.

IVO vill också poängtera vikten av att Valdemarsviks kommun, i samverkan med regionen, säkerställer ett fungerande arbetssätt för informationsöverföring rörande ändringar i patienters läkemedelsbehandling. IVO konstaterar att sjuksköterskorna noterat att information om läkemedel kan brista när patienten har besökt sjukhuset.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Valdemarsvik	Östergötland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	73%	43%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	53%	36%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	22%	25%	20%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	53%	56%

Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	-	36%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård-och omsorgspersonal	-	33%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård-och omsorgspersonal	-	17%	17%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att de har en väl beskriven rutin för delegering. Vanligtvis fungerar rutinen bra men ibland räcker inte tiden till för sjuksköterskorna att följa den fullt ut. Som exempel uppgav sjuksköterskorna att det just nu hade kört ihop sig eftersom det var många som behövde en delegering samtidigt. De framförde att det är samma sak inför sommaren när många ska delegeras och då har de inte heller kännedom om personen de delegerar till.

Sjuksköterskorna uppgav att personal som har fått en delegering oftast utför insatserna på ett säkert sätt men det sker avvikelser, som till största delen handlar om missade doser. Sjuksköterskorna framförde att personalen behöver kunna läsa ordinationer. Vidare kan de oftast ge vård- och omsorgspersonalen stöd och handledning när de behöver det men det är tiden som avgör hur mycket stöd sjuksköterskorna kan ge.

Det framkom att sjuksköterskorna medverkar till att läkemedelsgenomgångar genomförs. Det sker vid inskrivning på SÄBO samt i samband med årskontroll eller vid behov. De har nyligen börjat använda ett skattningsinstrument för att alla ska göra lika. Sjuksköterskorna framförde att de inte har en enhetlig rutin för läkemedelsgenomgångar eller hur det ska dokumenteras.

Sjuksköterskorna uppgav att de alltid får information om läkemedelsförändringar från primärvården. Det är svårare när patienten har varit inlagd på sjukhuset eller varit på akuten då kan information om detta utebli helt. Då får sjuksköterskorna själva eftersöka information om det har skett någon läkemedelsförändring.

Patienter

Hälften av de intervjuade patienterna har diskuterat sina läkemedel med läkare det senaste året. Alla patienter var trygga med att få sina läkemedel men någon hade fått påminna personalen om dem.

Ledning

Vid dialogmötet med ledningen framkom att ledningen var medveten om och har fört diskussion om hur de ska lösa situationen med många delegeringar som behöver förnyas samtidigt. Ledningen framförde att de nya sjuksköterskorna behöver få kompetens för att kunna delegera det som krävs. Sedan tidigare prioriterar kommunen fast anställda undersköterskor i delegeringsprocessen. Enligt ledningen kan personal inte få en delegering om de inte har tillräckliga kunskaper i svenska språket. Ledningen har även ändrat på sina delegeringsrutiner för att slippa stressen inför sommaren och har sett över tider och strukturen för introduktion avseende utbildningar etc.

Ledningen följer upp hur delegeringsrutinen fungerar genom att titta på läkemedelsavvikelser. De framförde att omsättningen av patienter och personal påverkar antalet avvikelser på ett boende, men ledningen ser effekten av arbetet med delegering genom att antalet läkemedelsavvikelser har minskat. MAS framförde att avvikelserna gällande läkemedel har minskat med 21 % sedan de inledde det nya arbetssättet.

Enligt ledningen har det saknats funktion för att kunna följa antalet genomförda läkemedelsgenomgångar i det gamla journalsystemet. Det ska säkerställas i det nya systemet. I samband med att kommunen upptäckte bristen så har de tillsammans med regionen upprättat en gemensam rutin för genomförande av läkemedelsgenomgång. De har nyligen börjat använda sig av ett gemensamt skattningsinstrument och en checklista ska komma. De ska ha en avstämning med sjuksköterskorna och uppföljning kommer att ske om sex veckor. Efter sommaren ska ledningen genom journalgranskning följa upp antalet läkemedelsgenomgångar.

Vidare är ledningen medveten om problematiken med bristande information om läkemedelsförändringar från sjukhusen. De tar upp problem som rör detta på de regelbundna mötena med regionen. Det finns överenskommelser om samordning kring vård- och omsorgsplanering med regionen men just nu följer inte alla dem.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Delegering

Enligt 6 kap. 3 § PSL får delegering av arbetsuppgifter ske endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård och den som delegerar ansvarar för att den som får delegationen har förutsättningar att fullgöra uppgiften.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård framgår bl.a. att den som delegerar en uppgift ska klargöra för den som tar emot den vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att fullgöra arbetsuppgiften på ett fullgott sätt. Om den som tar emot en delegering inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för uppgiften får uppgiften inte delegeras.

Läkemedelsgenomgång

Enligt 11 kap. 3–4 §§ HSLF-FS 2017:37 ska vårdgivaren erbjuda patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid inflyttning på bl.a. SÄBO. Samma patienter ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under boendet. Vårdgivaren ska även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem en enklare läkemedelsgenomgång.

Av 5 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om utredande åtgärder samt bakgrunden till dessa (punkten 2) och andra sammanfattningar av genomförd vård (punkten 5).

Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk .

IVO:s tillsyn visar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede i Valdemarsviks kommun. IVO kan av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen inte utläsa att brytpunktssamtal¹ alltid har genomförts när vården övergår i livets slutskede. IVO anser att dessa brister medför att patienten inte får god vård och det förekommer att personal som arbetar med patienter i livets slutskede inte har tillgång till information om hur vården ska genomföras.

För att uppnå en god och säker vård ska patienten och i förekommande fall närstående vara informerade, delaktiga och ge samtycke till vård och behandling. När vården går in i livets slutskede och palliativa insatser sätts in ska det hållas ett s.k. brytpunktsamtal med patienten och/eller närstående. Samtalet, som förs med läkare, är centralt för att patienten ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede, och därför är dokumentationen viktig. Att brytpunktsamtal inte dokumenteras utesluter inte att de genomförts men bara inte dokumenterats i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Det kan också betyda att inget samtal har genomförts. Oavsett vilket så riskerar effekten att bli densamma för patienten, nämligen att personalen saknar information om hur vården i livets slutskede ska genomföras.

¹ Samtal som ska dokumenteras enligt 3 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling.

IVO kan konstatera att det pågår ett förbättringsarbete i Valdemarsviks kommun inom området vård i livets slutskede. Vid dialogmötet med ledningen framkom att kommunen nyligen infört ett nytt arbetssätt avseende dokumentation om brytpunktssamtal.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Valdemarsvik	Östergötland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	50%	61%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	20%	11%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	46%	52%	66%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	-	24%	10%
Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland	-	11%	8%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att de under många år har samarbetat med regionen och har lång erfarenhet av vård i livets slutskede. Sjuksköterskorna har ett arbetssätt där de skapar förutsättningar för patient och närstående att förstå att vården övergått till vård i livets slutskede. Alla patienter erbjuds alltid brytpunktssamtal tillsammans med läkare och det genomförs tidigt men även senare när vården ändrar inriktning. Patienterna är delaktiga och kan ändra sig under tidens gång.

Enligt sjuksköterskorna framgår det alltid av patientens journal att ett brytpunktsamtal har blivit genomfört. De skriver även ut en kopia av brytpunktssamtalet och sätter i patientens pärm.

Ledning

Vid dialogmötet med ledningen framkom att kommunen har en fungerande rutin avseende vård i livets slutskede. MAS framförde att de har sett i journalgranskningen att dokumentation om brytpunktsamtal inte har skett korrekt och att de har kommunicerat det till sjuksköterskorna.

Ledningen uppgav att de har haft en bra dialog om patientsäkerhet med sjuksköterskorna och även med regionen och specialistsjukvården. De följer upp att brytpunktsamtal sker genom bland annat genom det palliativa registret. Av inkomna synpunkter på protokollet från dialogmötet med ledningen framgår att kommunen har tagit fram en rutin för korrekt dokumentation med KVÅ koder samt att dokumentationen ska vara synlig för alla medarbetare.

Ledningen har en tydlig målsättning att patienter inte ska avlida i ensamhet. Sjuksköterskan har befogenhet att sätta in personal och det ska kunna ske omgående. De har sett i statistiken för 2022 att kommunen har använt sig av vak i fler timmar än under pandemin. De uppgav vidare att de har goda rutiner och en hög målsättning för vård i livets slutskede vilket följs noggrant och mäts i statistiken.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 1 kap. 7 § PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt 5 kap. 1 och 3 §§ PL ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och om lämpligt med närstående.

Enligt 3 kap. 1 och 6 §§ PL ska patienten få anpassad information utifrån sina individuella förutsättningar. Informationen ska bl.a. innehålla uppgifter om hälsotillstånd, metoder för vård och behandling samt förväntat vård- och behandlingsförlopp. Enligt 4 § samma

kapitel ska informationen, om den inte kan lämnas till patienten, istället såvitt möjligt lämnas till en närstående.

Av 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling framgår att en patient med ett livshotande tillstånd ska få en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Denne ska ansvara för planeringen av patientens vård. Vid planeringen ska den fasta vårdkontakten enligt 4 § samma kapitel fastställa målen för vården inklusive delmålen för de olika behandlingar och åtgärder som ingår i vården, och ta ställning till hur patientens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses. Inför ett ställningstagande till att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling ska den fasta vårdkontakten enligt 3 kap. 2 § i föreskriften rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare. Den fasta vårdkontakten ska i patientjournalen bl.a. dokumentera sitt ställningstagande till livsuppehållande behandling, när och med vilka yrkesutövare han eller hon har rådgjort, uppgifter om samråd med patienten, vilken inställning till den livsuppehållande behandlingen som patienten och närstående har gett uttryck för samt när och på vilket sätt patienten och närstående har fått individuellt anpassad information, vilket framgår av 3 kap. 3 § i föreskriften.

Av 4 kap. 1 § SOSFS 2011:7 framgår att om en patient ger uttryck för att en livsuppehållande behandling inte ska inledas eller inte ska fortsätta, ska den fasta vårdkontakten före ställningstagandet till patientens önskemål försäkra sig om att patienten och närstående har fått individuellt anpassad information i enlighet med 3 kap. PL. Den fasta vårdkontakten ska även göra en bedömning av patientens psykiska status och förvissa sig om att patienten

1. förstår informationen,
2. kan inse och överblicka konsekvenserna av att behandling inte inleds eller inte fortsätter,
3. har haft tillräckligt med tid för sina överväganden, och
4. står fast vid sin inställning.

I propositionen 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, anges att vård i livets slutskede omfattas av prioritet 1 enligt den etiska plattformen.

Bakgrund och övergripande slutsatser av den nationella tillsynen

IVO genomförde under 2020–2021 en granskning av den medicinska vården på SÄBO som huvudsakligen var kopplad till vården av patienter som insjuknat i covid-19. Under 2022–2023 genomför nu myndigheten en fördjupad granskning av den medicinska vården på SÄBO hos alla Sveriges kommuner. Tillsynen innefattar en granskning av kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler, enkäter till sjuksköterskor och patienter samt inspektioner på plats i kommuner. Inspektionerna omfattar intervjuer med patienter, sjuksköterskor och personer i ledande befattning. Den omfattande granskningen av journaler tillsammans med enkäterna och inspektionen möjliggör för IVO att dra generella slutsatser om hur kommunerna ger förutsättningar för god vård. Syftet med den fördjupade granskningen är

att bidra till att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt de bestämmelser som reglerar området och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att vården blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO.

Det nationella tillsynsresultatet visar att det finns stora brister inom medicinsk vård och behandling på SÄBO. Bristerna omfattar bland annat svag efterlevnad av reglerna om vård i livets slutskede, avsaknad av individuell medicinsk bedömning samt vård och behandling enligt ordination, brister i läkemedelshantering, olämplig läkemedelsanvändning samt brister gällande kompetens, kontinuitet och dokumentation.

Underlag

- Sammanställning intervju sjuksköterskor
- Sammanställning av patientintervjuer
- Protokoll dialog med kommunledning
- Detaljerat kommunkort
- Synpunkter från nämnden efter kommunikering av handlingar

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Anna Karin Nyqvist. I den slutliga handläggningen har inspektören Susanna Schenberg deltagit. Inspektören Cecilia Eriksson har varit föredragande.

Enligt 10 kap. 13 § PSL får detta beslut inte överklagas.



Tjänsteställe/Handläggare

Sektor Stöd och Omsorg
Lena Borgman Fred
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Tel: 0123-193 21
E-post: lena.borgman@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsen

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO)

Förslag till beslut

Kommunstyrelsen ställer sig bakom yttrandet till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, gällande tillsyn av medicinsk vård och behandling på SÄBO och antar yttrandet som sitt.

Sammanfattning

IVO har haft en långsiktig nationell tillsyn av hälso- och sjukvården för personer på särskilda boenden för äldre, SÄBO.

Ärendebeskrivning

I tillsynen granskades initialt det smittförebyggande arbetet under 2020 och därefter utvecklades den nationella tillsynen och kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler begärdes in från alla Sveriges kommuner.

Tillsynen avslutades med fysiska besök.

Läkarsamverkan mellan Sveriges regioner och kommuner var en del av tillsynen.

Beslutsunderlag

Valdemarsviks kommuns redovisning av pågående åtgärder utifrån IVO`s tillsynsbeslut.

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Marie Schmid
Sektorchef Stöd och Omsorg

Beslutet skickas till

Sektorchef SOU
MAS
Akten



IVO TILLSYN AV MEDICINSK VÅRD OCH BEHANDLING VID SÄRSKILDA BOENDEN FÖR ÄLDRE (SÄBO)

Vilken kommun redovisar?

Valdemarsviks kommun

IVO:s diarienummer i beslutet

Dnr 3.5.1-47052/2022

Vårdgivarens/kommunens
diarienummer

Dnr KS-SO 2023:14

Vi har tagit del av handlingarna från IVO tillsynsbeslut daterat 3 april 2023 och lämnar härmed uppgifter enligt beslut om återredovisning.

Uppge vilka brister som kommunen kommer att redovisa åtgärder för, utifrån IVO:s beslut i tillsynen

- Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften
- Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning
- Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk
- Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård
- Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt
- Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

Hur stor andel av vård- och omsorgspersonalen på SÄBO i er kommun hade en undersköterskeutbildning under 2022?

- 0-25 procent
- 26-50 procent
- 51-75 procent
- 76-100 procent
- Kan ej ta fram detta underlag



Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften

Redovisa de åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Inom ramen för Äldreomsorgslyftet pågår utbildning där medarbetare ges möjlighet att utbilda sig till undersköterska. Även utbildning i intern regi pågår kontinuerligt, utbildningen är kopplad till Komvux.

En del i detta är utbildning i svenska språket. Intern utbildning finns också i "vårdsvenska". Andra utbildningar som genomförs regelbundet är t ex utbildningar inom demens ABC och ABC+, BPSD, senior alert och förflyttningsteknik.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Utbildningarna ovan genomförs kontinuerligt.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Enhetschef följer verksamheten i det vardagliga arbetet och följer på individnivå upp medarbetares kompetensbehov och kompetensutveckling, framförallt i medarbetarsamtal. Inom vård- och omsorgsboende finns funktion Äldrepedagog som fungerar som ett stöd och kan bistå i att identifiera utvecklingsbehov vid omvårdnad. Bemanningenheten följer upp vikarier och återkopplar till enhetschef om deras behov och utveckling.

Redovisa de åtgärder som planeras för att komma tillrätta med ovanstående brist

Inom sektorn pågår ett arbete med att ta fram en kompetensförsörjningsstrategi i syfte att säkerställa framtida rekrytering. I den handlingsplan som ska tas fram utifrån strategin kommer vissa delar vara riktade till vård- och omsorgsboenden. Kompetensutvecklingsplan för både individ och grupp ska tas fram, i detta finns en checklista framtagen för att kunna identifiera behoven.

Redovisa uppgifter om när planerade åtgärder kommer att genomföras

Handlingsplanen kopplat till kompetensförsörjningsstrategin planeras att till del starta hösten 2023. Arbetet med att ta fram kompetensutvecklingsplaner ska ske under kvartal fyra 2023.



Redovisa hur och när effekter av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

Handlingsplaner utifrån kompetensförsörjningsstrategin kommer att följas upp vid månatliga äldreomsorgsmöten. Arbetet med kompetensutvecklingsplaner kommer att följas upp vid månatliga äldreomsorgsmöten samt vid egenkontroll.

Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning

Redovisa de åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Uppmuntrat och tydliggjort vikten av att ha en svenskspråkig miljö på arbetsplatsen.

En intern språkutbildning har startat och erbjuds en månad innan kursstart till undersköterska. Även annat utbildningsstöd i svenska språket finns att tillgå under utbildningstiden. Intern utbildning i "vårdsvenska" har genomförts.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Undersköterskeutbildningen med möjlighet till språkutbildning innan startade i februari 2023. Utbildningen i "vårdsvenska" genomfördes under hösten 2022.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Efter avslutad utbildning sker uppföljning på individnivå. Enhetschef ansvarar för att regelbundet följa de språkliga kunskaperna hos medarbetare.

Redovisa de åtgärder som planeras för att komma tillrätta med ovanstående brist

Arbetsgivaren planerar att öka kravställningen vid rekrytering för att säkerställa språklig kompetens.

Med stöd av Socialstyrelsens nya material kring språkbedömning gå igenom och planera åtgärder för de medarbetare som behöver det.

Se över möjlighet till fortsatt utbildning i "vårdsvenska".

Kommunen planerar för ytterligare en språkutbildning som också ska ha viss fokus på dokumentation. Preliminärt startas under hösten 2023.



Redovisa uppgifter om när planerade åtgärder kommer att genomföras

Socialstyrelsens material ska börja användas vid rekrytering under hösten 2023.

Redovisa hur och när effekter av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

Effekten av arbetet med Socialstyrelsens material kommer att följas upp vid månatliga äldreomsorgsmöten.

Under hösten följa upp planerade språkutbildningar.

Vid årsskiftet följa upp att samtliga aktuella medarbetare har en plan för sin språkutveckling.

Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk

Redovisa de åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

1. Information och utbildningsinsatser har givits till leg personal om att dokumentationen av vårdplaner ska öka efter journalgranskningens resultat.
2. Beslut tas av sektorchef/verksamhetschef enligt HSL att ny patientjournal för hälso- och sjukvårdsdokumentation ska köpas in som motsvarar kraven på journaldokumentation. Den patientjournal som användes under tiden för IVO uttag av patientjournaler stödjer inte korrekt journaldokumentationen inom vissa områden, exempelvis saknades sökord för att kunna dokumentera patientens delaktighet och önskemål samt dokumentationsstrukturerna i vårdplanerna är otydliga. Detta medför också att möjligheten att använda KVÅ koder inte kunde säkerställas
3. För att ytterligare stärka dokumentationen samt säkerställa patientens delaktighet och önskemål införs ett digitalt, mobilt arbetssätt med journalföring på plats hos patienten med hjälp av bärbar dator för en fullständig journaldokumentation från samtalet med patienten. Patientens önskemål och delaktighet dokumenteras i patientjournalen för en patientcentrerad vård med koppling till KVÅ koder.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Informationen om att det finns brister i att dokumentera vårdplaner lämnades till enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten och sjuksköterskegruppen sommaren 2021 efter intern kvalitetsgranskning. Information till kommunens



ledning lämnades i samband med redovisningen av kvalitetsgranskningens resultat 2021. Utbildningsinsatser inom dokumentation, utöver basutbildning, startade 2021.

- 2 Patientjournalens uppbyggnad från leverantören stödjer inte gällande krav. Beslut tas av sektorchef/verksamhetschef enligt HSL att under 2022 köpa in en ny hälso- och sjukvårdsjournal som stödjer dokumentationskraven. Utbildningsinsatser till leg personal genomfördes under 2022 för att förbereda övergången till en ny hälso- och sjukvårdsjournal. Omvårdnadspersonal som har en vårdrelation får åtkomst till den hälso- och sjukvårdsdokumentation som krävs. Detta för att ha kännedom om patientens hälsostatus och behov av hälso- och sjukvård. Skriftliga HSL uppdrag med vårdplaner beskriver insatsen som ska utföras av omvårdnadspersonalen utifrån varje patients specifika behov ex inom området läkemedelshantering eller rehabiliterande insatser. Det är lätt att söka och se patientens aktuella vårdbehov och insatser som är beslutade. Under 2023 pågår införandet av ny hälso- och sjukvårdsjournal och införandeplanen är att äldreomsorgen ska vara klar i maj 2023.

- 3 För att uppnå dokumentationskrav och patientens medverkan i sin vård och behandling kontaktade enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten kommunens IT chef i februari 2023. Med stöd av ITchef utvecklas det mobila, digitala arbetssättet med den teknik som krävs. Då tar sjuksköterskan med bärbar dator till hembesöket och dokumenterar på plats. Arbetssättet medför en ökad kunskap för patienten om sin vård och behandling och ökade möjligheter att kunna ta de beslut som man önskar i dialogen med sjuksköterskan och när läkare deltar. Det stärker patientens delaktighet och tydligheten i kommunikation med patienten.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

- 1-2 Journalgranskning med kontroll att vårdplaner och KVÅ koder dokumenteras samt att rutin för KVÅ koder följs kommer att genomföras i juni 2023 på de enheter som först gick över till den nya patientjournalen och under september 2023 på de enheter som sist gick över till den nya patientjournalen.

Kontinuerliga dokumentationsuppföljningar med sjuksköterskegruppen på fysiska möten sker en gång i månaden året ut. Behovet av ytterligare utbildningsinsatser inventeras kontinuerligt på dessa möten.

3. Uppföljningar på leg personals arbetsplatsmöten genomförs varje månad om hur det digitala mobila arbetssättet fungerar. IT chef har deltagit på möte i mars 2023 med leg personal och planeras att åter delta på möte i maj 2023. IT



tekniker följer med sjuksköterskor till boenden och i ordinärt boende under maj-juni 2023 för att säkerställa användandet.

Redovisa uppgifter om när planerade åtgärder kommer att genomföras

Punkt 1-2. Fortsatta journalgranskningar kommer därefter att genomföras varje halvår och beslut tas efter varje gransknings resultat om vilka områden som ska kvalitetsgranskas. Beslut tas i dec 2023 om fortsatta fysiska uppföljningsintervaller med sjuksköterskegruppen.

Punkt 3. Ny uppföljning i september 2023. Ny åtgärdsplan tas fram.

Under våren 2024 kommer en stor kvalitetsgranskning att genomföras inom många områden där även journaldokumentation ingår. Åtgärdsplaner tas fram för varje kommunal enhet och resultatet presenteras för enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten, leg personal, sektorchef/verksamhetschef enligt HSL samt den politiska ledningen.

Redovisa hur och när effekter av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

Effekterna av åtgärdsplanerna kommer att följas upp i september 2024.

Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård sjuksköterskor

Redovisa de åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

1. Enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten tillser att sjuksköterskebemanningen uppfyller både bemanningskrav och kontinuitet.
2. Teamsamverkan är utvecklad med områdesindelningar och detta stärker sjuksköterskekontinuiteten i verksamheten för både patient och leg personal.
3. Enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten har fått resursförstärkning för att säkerställa sjuksköterskebemanningen i högre grad även vid korttidsfrånvaro. Detta stärker även kontinuiteten på boendeenheterna.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten har sedan 2021 dagligen, vardagar, följer sjuksköterskebemanningen och fortsätter att fysiskt delta på morgonmöten för att få en helhetsbild av den dagliga bemanningen och kan omgående planera vid



frånvaro samt utifrån dagens arbetsbelastning. Det finns alltid chef i tjänst att kontakta dygnet runt.

2. Rutinerna för teamsamverkan är reviderade under 2023. Tydliga ansvarsområden finns för varje sjuksköterska i alla team, som även består av arbetsterapeut, fysioterapeut, omvårdnadspersonal och enhetens chef, för att säkerställa kontinuitet inom varje ansvarsområde.

Det främjar även kontinuiteten i läkarsamverkan. Varje patient har ansvarig läkare som också bidrar till ökad kontinuitet och kännedom om patienten. Arbets sättet stärker dialogen med patienten och delaktigheten vid hembesöken.

Vid frånvaro ersätter medansvarig sjuksköterska i teamet.

3. Förstärkt sjuksköterskebemanning startade april 2023. Denna förstärkning bidrar till ökad stabilitet i sjuksköterskebemanning och kontinuitet i patientkontakter.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

1. Enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten kommer fortsatt dagligen på vardagar delta på morgonmöten för att få en nulägesbild samt utvärdera effekten av att leda och fördela resurser inom teamets områden tillsammans med sjuksköterskegruppen. Följs upp i augusti 2023. Ev ändringar genomförs och därefter tas beslut om att följa arbets sättet.

2. Rutinerna för teamsamverkan revideras när medarbetare avslutar sin tjänst och årligen. Läkarsamverkan följs upp vid kontinuerliga möten under året med vårdcentralens ledning. Ledningsmöten med vårdcentralen kommer att fortsätta kommande år.

3. Enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten utvärderar sjuksköterskebemanningen varje månad via statistikuttag.

Redovisa de åtgärder som planeras för att komma tillrätta med ovanstående brist

3. Utvärderingen av sjuksköterskebemanningen via statistikuttag kopplas till vårdtyngdsmätningar för att få en tydligare bild av bemanningsbehovet.

Redovisa uppgifter om när planerade åtgärder kommer att genomföras

3. Vårdtyngdsmätningar genomförs varje månad

Redovisa hur och när effekter av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

3. Effekten av statistikuttag och vårdtyngdsmätningar kommer att följas upp i samband med att siffrorna kontinuerligt tas ut varje månad och resultatet lyfts av enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten till ledningen och politiken för dialog och beslut.



Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård omvårdnadspersonal

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Vår uppfattning är att kontinuiteten är ganska hög. Det är inte så många medarbetare i varje arbetslag. På Vammarhöjden finns flera enheter i samma hus och där går medarbetare vid behov in och ersätter varandra (resursspass). Detta minimerar behovet av timvikarier.

Arbetet med underscheman är gynnsamt för kontinuiteten då det skapar förutsägbarhet för både boende och personalgruppen.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Pågående arbete där resursspass möjliggör en lägre andel timvikarier. Arbete med underscheman fortgår.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Varje månad följs effektiviteten av resursspass upp av enhetschef. Detsamma gäller följsamheten till underscheman.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Ett arbete för att säkerställa en ökad följsamhet till underscheman ska ske omgående.

Förtydliga rollen som kontaktmannaskap så att den har en tätare kontakt med den boende. Fortsatt fokus på arbetet med resursspass.

Redovisa uppgifter om när planerade åtgärder kommer att genomföras

Arbetet för ökad följsamhet till underscheman ska ske omgående.



Förtydligande av kontaktmannaskap och fortsatt implementering av detta ska ske under hösten 2023.

Redovisa hur och när effekten av planerade åtgärder kommer att följas upp

För att säkerställa att underscheman följs ska enhetschef genomföra stickprov i verksamhet samt följa upp det på APT. Uppföljning av effekten när det gäller kontaktmannaskap ska ske våren 2024.

Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

Redovisa de åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

1. Införandet av en ny digital hälso- och sjukvårdsjournal pågår för att säkerställa dokumentationskraven och patientsäkerheten. Det observerades vid journalgranskningar under 2022 att det saknas flera sökord i patientjournalens utformning inom området läkemedelsgenomgångar ex sökord för dokumentation av fördjupad läkemedelsgenomgång och KVÅ koder för förberedelser inför läkemedelsgenomgångar. Journalen motsvarade inte dokumentationskraven och var ofullständig inom detta område.
2. Möjligheten för delegerande sjuksköterska att följa upp läkemedelsdelegeringar ges när sjuksköterskebemanningen förstärks samt att rutinerna för läkemedelsdelegering är reviderade och är anpassade till sjuksköterskornas ansvarsområden. Nya fast anställda sjuksköterskor introduceras i delegeringsprocessen.
3. Personal med läs och skrivsvårigheter ges inte behörighet till att genomgå utbildningspaketet för läkemedelsdelegering, eftersom medarbetaren inte är delegeringsbar.
4. Gemensamma rutiner för vårdcentralen och kommunens sjuksköterskor om läkemedelsgenomgångar bidrar till en ökad samverkan mellan ansvarig läkare och sjuksköterska samt en ökad delaktighet och trygghet för patienten. Läkemedelsordinationerna kan djupare analyseras för att minska förekomst av olämpliga läkemedel.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Beslut tas av sektorchef/verksamhetschef enligt HSL att under 2022 köpa in en ny hälso- och sjukvårdsjournal som stödjer dokumentationskraven. Utbildningsinsatser genomfördes under 2022 för att förbereda övergången till en ny hälso- och sjukvårdsjournal. I dialog med vårdcentralens ledning i november 2022 beslutades att arbetssättet vid



läkemedelsgenomgångar ska struktureras samt att rutinerna för Phase 20 alltid används. Befintliga rutiner kompletterades i mars 2023.

2. Resursförstärkningen som startade i april 2023 ger sjuksköterskegruppen goda förutsättningar att följa upp läkemedelsdelegeringar inom sitt avgränsade ansvarsområde med stöd av de reviderade rutinerna för läkemedelsdelegering. Nya fast anställda sjuksköterskor får kunskap av sjuksköterskor som arbetar med läkemedelsdelegering så att de kan genomföra delegeringsprocessen. Rutinerna för läkemedelsdelegering reviderades i mars 2023 och förtydligades med att läkemedelsdelegeringar och fysiska delegeringsutbildningar ges i teamet där omvårdnadspersonalen och sjuksköterskan arbetar.

3. Sedan flera år finns kända rutiner som inte ger omvårdnadspersonal med läs och skrivsvårigheter i svenska språket möjlighet att få läkemedelsdelegering. För att bli behörig till att starta steg 1, den digitala webbutbildningen, ska enhetschef fylla i ett anmälningsformulär till ansvarig sjuksköterska om att medarbetaren både kan läsa och dokumentera på svenska språket.

4. Dialog med vårdcentralens ledning i slutet av 2022 och gemensamt beslut om att kontinuerligt arbeta för strukturerade läkemedelsgenomgångar + Phase 20 med stöd av befintliga rutiner samt förskrivning av olämpliga läkemedel. Lokal rutin för kommunen om registrering av KVÅ koder i patientjournalen tillkom i mars 2023.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

1+4. Journalgranskning av att sökord för läkemedelsgenomgång och kontroll att KVÅ koder används enligt rutin genomförs i juni 2023 på de enheter som först gick över i den nya patientjournalen och under september 2023 på de enheter som sist gick över i den nya patientjournalen.

2. Utvärdering varje månad av sjuksköterskebemanningen och vårdtyngdsmätningar via statistikuttag för att få en tydligare bild av bemanningsbehovet inom teamen. Effekten av rutinen för läkemedelsdelegering samt uppföljningar av delegeringar kommer att utvärderas kontinuerligt på sjuksköterskemöten när delegeringsutbildningar givits i varje team samt när rutinen revideras årligen. Antal fast anställda sjuksköterskor som har kunskap att delegera läkemedelshantering ses över kontinuerligt i samband med att utbildningarna ges inom teamen samt uppföljning av delegeringsuppföljningar.

3. Årlig revidering av lokala rutiner för läkemedelsdelegering. Kontinuerliga möten under 2023 med vårdcentralens ledning med uppföljning av läkarsamverkan om läkemedelsgenomgångar. Revidering av arbetssätt vid behov. Samverkan med vårdcentralens ledning fortsätter kommande år. Årlig uppföljning av statistik via socialstyrelsens Öppna jämförelser om olämpliga läkemedel.



Redovisa de åtgärder som planeras för att komma tillrätta med ovanstående brist

1-2 + 4. Under våren 2024 kommer en stor kvalitetsgranskning att genomföras inom kommunens enheter med bl.a journaldokumentation, uttag av KVÅ koder samt att rutiner för läkemedelshantering används och är aktuella för verksamheten. Åtgärdsplaner tas fram för varje kommunal enhet och resultatet presenteras för enhetschefer, leg personal, sektorchef/verksamhetschef enligt HSL samt den politiska ledningen.

Redovisa hur och när effekter av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

Effekterna av åtgärdsplanerna kommer att följas upp i september 2024.

Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

Redovisa de åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

1. Information och utbildningsinsatser har givits till leg personal om att dokumentationen av brytpunktssamtal samt KVÅ kod ska finnas i patientjournalen också, inte bara i huvudmenyn. Rutin för dokumentation framtagen. Huvudmenyn är synlig för all omvårdnadspersonal som har en vårdrelation och där dokumenteras viktig information under sökorden Varning, Smitta och Observera för att säkerställa att informationen är känd av alla medarbetare som har en vårdrelation.

2. Beslut tas av sektorchef/verksamhetschef enligt HSL om inköp av en ny patientjournal som motsvarar kraven på journaldokumentation.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1-2. Beslut tas av sektorchef/verksamhetschef enligt HSL att under 2022 köpa in en ny hälso- och sjukvårdsjournal som stödjer dokumentationskraven samt att KVÅ kod kan dokumenteras. Information och utbildningsinsatser genomfördes under 2022 för att förbereda övergången till en ny hälso- och sjukvårdsjournal. Under 2023 pågår införandet av ny hälso- och sjukvårdsjournal och införandeplanen är att äldreomsorgen ska vara klar i maj 2023.

Lokal rutin framtagen i mars 2023 för att förtydliga dokumentation av brytpunktssamtal samt KVÅ kod i den nya patientjournalen.

Brytpunktssamtalet dokumenterat av läkare finns även utskrivet och förvaras i



patientens pärm i bostaden efter samtycke. Beslut av läkare och MAS i slutet av 2022.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

1-2 Journalgranskning av dokumentation samt rutin för KVÅ kod för brytpunktssamtal genomförs i juni 2023 på de enheter som först gick över i den nya patientjournalen och på de enheter som sist gick över i den nya patientjournalen under september 2023.

Rutinens följsamhet kommer att utvärderas i samband med journalgranskningar.

Redovisa de åtgärder som planeras för att komma tillrätta med ovanstående brist

1-2.Under våren 2024 kommer en stor kvalitetsgranskning att genomföras inom många områden där dokumentation, uttag av KVÅ koder samt följsamhet till rutiner ingår. Åtgärdsplaner tas fram för varje kommunal enhet och resultatet presenteras för enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten, leg personal, sektorchef/verksamhetschef enligt HSL samt den politiska ledningen.

Redovisa hur och när effekter av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

Effekterna av åtgärdsplanerna kommer att följas upp i september 2024.

Övriga identifierade brister

Förbättra samverkan mellan huvudmän. Följsamhet till läns gemensam riktlinje för Samordnad vård- och omsorgsplanering i samband med slutenvård.

Redovisa de åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Samverkansmöten mellan Region Östergötland och länets kommuner har initierats inom flera grupper:

1.Lokala samverkansmöten pågår mellan Valdemarsviks kommun, grannkommun, tillhörande vårdcentraler och del av region Östergötlands slutenvårdskliniker för att tillsammans säkra upp samverkanspunkter vid in- och utskrivning på sjukhus för ett patientsäkert omhändertagande.



Länsgemensam grupp med representation från både Region Östergötland och länets kommuner arbetar även med följsamhet till den gemensamma riktlinjen för Samordnad vård- och omsorgsplanering i samband med slutna vård.

Strukturerade samverkansstrukturer på övergripande nivå arbetar aktivt för förbättrad samverkan.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Samverkansmöten, varannan vecka, startade under februari 2023 för Valdemarsviks kommun och grannkommun som i samverkan med Region Östergötland ser över förbättringsområden för ökad följsamhet till riktlinjen för Samordnad vård- och omsorgsplanering i samband med slutna vård. Riktlinjen berör områden som ex informationsöverföring om läkemedelshantering, behov av SIP, läkar-till läkarkontakt, patientens delaktighet, samverkan och kommunikation i digitalt samverkanssystem, hjälpmedel mm. I detta arbete beaktas även möjligheten att minska antalet återinläggningar på sjukhus inom 30 dagar.

Dessa samverkansmöten planeras, från april 2023, även att förbereda verksamheterna på att säkerställa samverkan under sommaren så att både in- och utskrivningsprocessen följer gemensam riktlinje.

Möten är nu inbokade varje vecka och ledningsfunktion från Region Östergötland deltar för att samordna regionens arbete i ett bredare perspektiv.

Uppföljningar och åtgärder kommer att vidtas löpande efter varje möte.

Varje deltagande enhet ska tillse att kännedom finns i sin verksamhet

- om riktlinjer,
- att kunskap finns för att kunna arbeta i digitalt samverkanssystem,
- att fast vårdkontakt finns utsedd under sommarperioden och
- att alla kontaktvägar mellan vårdgivare är kända.

Inom Valdemarsviks kommun lämnas information till chef för hälso- och sjukvårdsenheten, leg personal samt chef för biståndshandläggare efter varje möte om beslut och planer och återkopplingar tas med till nästa möte. Information ges kontinuerligt på kommunens ledningsmöten.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

1. På varje veckomöte under sommaren följs beslutade insatser upp på samverkansmötet för att få följsamhet till gemensam riktlinje och arbetssätt för både ordinarie personal och semestervikarier.

Om effekterna av besluten kräver ytterligare insatser tas åtgärder fram på mötet med utvärdering nästa möte.

Samverkansgruppen ser att arbetssättet är en del i omställningen till Nära vård och det ger goda möjligheter till ökad patientsäkerhet i de risker som kan uppstå.



Intern kommunikation inom Valdemarsviks kommun efter dessa möten säkerställer följsamhet till beslut. Specifika grupper arbetar med att utveckla det interna arbetet.

Redovisa uppgifter om när planerade åtgärder kommer att genomföras

1. Fortsatta veckomöten kommer att identifiera behov av planering och beslut. Arbetet kommer att fortsätta under sommaren och utvärdering görs efter semesterperioderna om projektets resultat.

Redovisa hur och när effekter av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

1. De samlade effekterna av planerade åtgärder följs upp efter semesterperioden 2023. Samverkansmöten kommer att fortsätta efter sommaren med fortsatt planering för höstens arbete och utvärdering av återinläggningar inom 30 dagar.

Valdemarsviks kommuns interna arbete följer samverkansmötets beslut och utvecklar kommunens arbetssätt. Effekterna utvärderas efter semestern med fortsatt planering för höstens arbete.

Namn och funktion på uppgiftslämnare

Marie Schmid	Sektorchef/verksamhetschef enligt HSL
Lena Borgman Fred	MAS
Anna-Lena Udenius	Kvalitets- och utvecklingsstrateg
Louise Skymnevik	Myndighetschef

Datum för inrapportering

2023-05-24



(3)

KS-SO.2023.18

Avgift för transport av avliden

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/handläggare

Sektor Stöd och Omsorg

Lena Borgman Fred

Tel:0123-19321

lena.borgman@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunfullmäktige

Avtal om transport av avlidna

Förslag till beslut

Kommunfullmäktige ställer sig bakom Avtal om transport av avlidna

Sammanfattning

Med start den 1 maj 2023 har Region Östergötland och elva (11) av länets kommuner nytt gemensamt avtal om transport av avlidna.

Två (2) kommuner i länet har eget transportavtal.

Ärendebeskrivning

Huvudmännens ansvar i avtalet

Respektive deltagande kommun har hälso- och sjukvårdsansvar för transport av avlidna i de särskilda boendeformerna.

Hälso- och sjukvårdsansvaret för transport av avlidna på sjukhus samt i ordinärt boende tillhör Region Östergötland som även avtalat om liggande transporter.

Leverantörens uppdrag om transport av avlidna

Leverantören, Falck bårtransporter, ska i sitt uppdrag genomföra direkttransporter utan fördröjning och utan avbrott från adress för avhämtning till adress för avlämning. Leverantörens ansvar upphör när transportuppdraget avslutas och när den avlidne avlämnats i bårhus.

Detta gäller vid transport från boende (såväl ordinärt som särskilt boende) till bårhus, I vissa fall kan även transporter mellan bårhus förekomma samt återtransporter till bårhus.

Uppdraget i avtalet innebär transport av avlidna inom hela Östergötland och utanför länet dygnet runt, årets alla dagar. Leverantören ska transportera avlidna personer från dödsplatsen till det närmaste bårhuset i länet.

Pris

Pris per transport är 1500kr inkl moms.

Kontakt

Behovet av transporter av avlidna finns under årets samtliga dagar dygnet runt. Leverantören ska ha ett särskilt telefonnummer för att ta emot beställning av transporter dygnet runt, samt ha erforderliga resurser under samtliga tider för att kunna utföra uppdraget.



Beslutsunderlag
Avtal transport avliden.

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Marie Schmid
Sektorchef Stöd och Omsorg

Beslutet skickas till
Sektorchef
Akten

Avtalsnamn Liggande sjuktransport och transport av avlidna

Ref. nr. UC-2020-253

Startdatum 2023-02-01

Slutdatum 2028-02-01

Förlängning 3 st förlängningar à 1 år

Avtalsparter

Köpare
Region Östergötland
2321000040

Adress
58191
LINKÖPING
Sverige

Kontaktperson
Sarah Wirdebäck
+46101030202 (tel)
+46736549260 (mob)
Sarah.Wirdeback@regionostergotland.se

Säljare
Falck Ambulans AB
5562807395

Adress
18187
LIDINGÖ
Sverige

Kontaktperson
Peter Järlegård
+46702296969 (tel)
+46702296969 (mob)
peter.jarlegard@se.falck.com

1. Allmänt

1.1 Inledning

1.1.1 Region Östergötland

Region Östergötlands mest omfattande uppdrag är att erbjuda länsinvånarna en god hälso- och sjukvård och tandvård utifrån ett hälsofrämjande synsätt. Region Östergötland leder därutöver det regionala utvecklingsarbetet för långsiktig och hållbar utveckling i regionen inom områden som näringsliv, kultur, infrastruktur, landsbygd och kollektivtrafik.

För ytterligare information om Region Östergötlands organisation se www.regionostergotland.se.

1.1.2 Omfattning

Region Östergötland inbjuder härmed till anbudsgivning avseende upphandling Liggande sjuktransport och transport av avlidna. Upphandlingen avser Liggande sjuktransport och transport av avlidna för hela Region Östergötland inklusive transport av avlidna för kommunerna som anges i avsnitt 2.1.2.

Beställaren ser möjlighet till samordningsvinst genom sammanslagning av de två tidigare separata avtalen

1.1.3 Bakgrund

Region Östergötland, Regionen/Beställare, omfattar geografiskt hela Östergötlands län med 13 kommuner och cirka 465 000 invånare. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen åligger det Regionen att tillhandahålla en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen åligger det även Sjukvårdshuvudmannen, kommun och region, ett ansvar för att ta hand om avlidna

1.1.4 Nuläge

Liggande sjuktransport i Region Östergötland bedrivs idag av Falck Services AB och uppdraget gäller för hela Regionen samt hämtningar och lämningar utomläns. För transport av avlidna utförs den tjänsten idag av Fonus Öst.

För uppdragsstatistik se Bilagor Statistik.

1.1.5 Avtalstid och förlängning

Avtalet gäller under perioden 2023-02-01, kl. 08.00 till 2028-02-01, kl. 08.00 med möjlighet till tre (3) förlängningar á 1år.

På grund av nuvarande avtal kommer tjänsten transport av avlidna att starta 2023-05-01 och gälla till 2028-02-01 med möjlighet till förlängning enligt ovan.

Om Beställaren vill nyttja möjligheten till förlängning meddelas detta minst 12 månader innan avtalets utgång.

Om avtalets beräknade startdatum förskjuts så förskjuts även avtalets slutdatum på motsvarande sätt.

Beställaren har ensidig möjlighet att förlänga avtalet.

1.1.6 Förändring mot tidigare uppdrag

Denna upphandling omfattar både tjänsten liggande sjuktransport och tjänsten transport av avlidna. Upphandlingen är sammanslagen av två tidigare upphandlingar.

1.1.7 Definitioner

I upphandlingsdokumentet kan flera benämningar syfta på samma sak.

Beställare/upphandlande myndighet = Enheten för prehospital vård, Region Östergötland

Leverantör/anbudsgivare = Säljare

Underleverantör = Underentreprenör (UE)

Avtal = Upphandlingskontrakt

Upphandlingsdokument (UD) = Förfrågningsunderlag (FFU)

Strukturerat dokument = Elektroniskt anbudsformulär för ifyllnad via Tendsign.com

Definitionslista:

ACIB	Ambulanschef i beredskap
LiM	Lasarettet i Motala

US	Universitetssjukhuset i Linköping
ViN	Vrinnevisjukhuset i Norrköping
NiF	Närsjukvården i Finspång
Totalpris	Anbudspris på hela tjänsten per/år
Kompetensportalen	Beställarens IT-system för utbildning (e-learning)
Dokumenta	Beställarens IT-system för dokumenthantering
SBAR	En kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation).
Synergi	Beställarens IT-system för avvikelshantering
TIB	Tjänsteman i beredskap i Region Östergötland

1.1.8 Bilagor

Liggande sjuktransport

Statistik

Personal

Transport av avlidna

Statistik

Bårhusförteckning

2. Kravspecifikation

2.1 Uppdraget

Hos Beställaren ansvarar "Enheten för prehospital vård" för avtalsuppföljning, patientsäkerhetsarbete, verksamhetskontroll och är också kontaktyta för interna och externa frågor som berör tjänsten.

Enheten för prehospital vård rapporterar regelbundet hur verksamheten fungerar till Hälso- och sjukvårdsnämnden och hälso- och sjukvårdsdirektören, via möten, i delårsrapporter och i årsredovisningen.

Enheten för prehospital vård bemannar funktionen Ambulanschef i beredskap (ACIB). I Enheten för prehospital vård ingår också medicinskt ansvarig läkare.

2.2 Genomförandeplan

Leverantören ska bifoga en genomförandeplan som ska behandla nedanstående punkter, men ej begränsat till dessa:

- Utveckling, effektivisering, hög patientsäkerhet och säkerställd kvalitet som är nyckelbegrepp inom den prehospitala vården och liggande sjuktransport hos Beställaren.
- I planen ska den tänkta ledningsstrukturen, chefs- och personalorganisation förtydligas samt beskriva hur Leverantören tänker sig genomföra uppdraget.
- Leverantören ska beskriva en inriktning på hur förändringar och utveckling ska kunna implementeras och hur personalen ska göras delaktiga och drivande inom de olika nyckelbegreppen.
- Beställaren har som krav att tjänsten liggande sjuktransport och transport av avlidna levereras med samma kvalitet oavsett tidpunkt på dygnet. Leverantör ska beskriva planen för, måltidsuppehåll, raster och övertid.
- Personalen är en viktig faktor för att säkerställa kontinuitet, kvalitet och patientsäkerhet. Leverantören ska beskriva hur planen ser ut för att säkra en god personaltillgång med god kompetens, låg personalomsättning och stabilitet. Medinflytande, delaktighet och kompetensutveckling är några viktiga begrepp som ska ingå i beskrivningen.
- Leverantören ska beskriva hur fastställda verksamhets mål avses uppfyllas samt redovisas för Beställaren.
- Genomförandeplanen ska ses som åtagande av Leverantören och kan komma att användas i uppföljningen under avtalstiden. Leverantören ska, om Beställaren så begär, muntligen presentera genomförandeplanen vid en anbudspresentation.

I det fall genomförandeplanen inte behandlar ovanstående punkter eller i det fall planen inte är praktiskt genomförbar i förhållande till de krav som ställts upp i upphandlingen kommer Leverantören att diskvalificeras.

2.3 Kvalitetscertifiering

Leverantörens verksamhet ska vara kvalitetscertifierad enligt ISO-9001 eller likvärdigt intyg som utfärdats av oberoende organ.

Certifiering ska senast sex (6) månader efter avtalsstart vara genomförd och Leverantören ska redovisa intyg på kvalitetscertifiering.

Vid avtalsuppföljningar ska dokumentation som styrker certifieringen redovisas.

2.4 Ledning och organisation

Leverantören ska vara registrerad vårdgivare vid avtalsstart.

Leverantören ska ha en namngiven verksamhetschef som har ansvaret för utförande av uppdraget.

Leverantören ska skriftligen informera Beställaren om byte av verksamhetschef inom fem (5) arbetsdagar från det att Leverantören fattat beslut om byte.

Leverantören ska ha kompetensutvecklingsprogram inklusive ledarskapsutbildning för personer som innehar chefsuppdrag hos Leverantören.

Leverantören ska ha en Driftjour med arbetsledande funktion som via mobiltelefon ska kunna nås dygnet runt inom tio (10) minuter. Driftjour ska ha mandat att fatta beslut i samtliga operativa drift- och personalfrågor under tjänstgöringstid. Tjänstgörande Driftjour får tjänstgöra aktivt på fordon med två (2) personal.

2.5 Medicinskt ledningsansvar

Leverantören har ett helhetsansvar för verksamheten. Leverantören ska i sin organisation ha en legitimerad sjuksköterska alternativt legitimerad läkare som medicinskt ansvarig person.

Medicinskt ansvarig person ska ansvara för:

- Delegeringar av syrgasadministration.
- Samordning av utbildnings- och utvecklingsinsatser
- Uppföljning av eventuella medicinska avvikelser och rapportera dessa till läkare i Enheten för prehospital vård.
- Initiera och delta i händelseanalyser.
- Vara delaktig i uppföljningen av verksamhetens resultat och rapportering till Enheten för prehospital vård.

2.6 Miljöledning

Leverantören ska ha ett dokumenterat miljöledningssystem som kan verifieras genom certifiering enligt ISO 14001, EMAS eller FR2000.

I anbudet ska ett intyg på miljöcertifiering alternativt en konkret tidsplan för när certifiering kommer att vara genomförd bifogas.

Certifiering ska senast sex (6) månader efter avtalsstart vara genomförd och Leverantören ska redovisa intyg på miljöcertifiering.

Leverantören ska även kunna uppvisa:

- Kartläggning av betydande miljöaspekter
- Miljömål och rutiner för regelbunden uppföljning av dessa
- Rutiner för hantering av miljöavvikelser
- Rutiner för bevakning av miljölagstiftning och lagefterlevnads kontroll

Dokumentation som styrker att detta krav uppfylls ska kunna uppvisas på anmodan från Beställaren.

Intyg på miljöcertifiering alternativt en konkret tidsplan för när certifiering kommer att vara genomförd ska bifogas.

Falck_ISO14001_tom2023.pdf

2.7 Miljöplan

Leverantören ska sex (6) månader efter avtalsstart redovisa i en miljöplan hur de arbetar för att miljökrav enligt detta avtal uppfylls. Leverantören ska årligen uppdatera miljöplanen. Miljöplanen ska årligen redovisas för Beställaren.

2.8 Lagar och förordningar

Verksamheten ska bedrivas i enlighet med gällande lagar och förordningar, gällande myndighetsföreskrifter samt för verksamheten relevanta standarder. Leverantören ska hålla sig

kontinuerligt underrättad om och följa sådana lagar, förordningar, standarder eller motsvarande som berör uppdrag enligt denna uppdrags- och kravspecifikation.

Beställarens riktlinjer, bestämmelser och regler som berör avtalat uppdrag ska följas.

2.9 Lokaler

Leverantören har fullt ansvar för lokaler där verksamhet bedrivs och där fordon är placerade.

För samtliga fordon som används i verksamheten ska vid varje enskilt uppdrags början vara fria från is och snö och ha komforttemperatur invändigt.

Leverantören ansvarar för samtliga kostnader kopplat till lokaler.

Leverantör får inte placera sin verksamhet och fordon i de lokaler som Beställaren hyr och som är avsedda för ambulanssjukvård.

2.10 Central för beställning och dirigering

Leverantör ska ha en egen beställnings/sambandscentral som har till uppgift att ta emot beställningar för liggande sjuktransport och transport av avlidna dygnet runt och därefter prioritera och dirigera uppdragen på ett så optimalt och resurseffektivt sätt som möjligt.

Inkommande telefonbeställningar ska besvaras inom 3 minuter.

2.11 System för ärendehantering

Leverantören ska ha ett ärendehanteringssystem för mottagning och registrering av beställningar.

Systemet ska ägas eller leasas av Leverantören och uppfylla minst följande krav:

- Systemet ska kunna hantera olika prioritet, exempelvis 4A, 4B, 4C, 4D, 5A, 5B osv.
- Systemet ska ha samtalskö och besked om köplats samt beräknad väntetid skall anges inom 4 ringsignaler
- Systemet ska automatiskt generera unika ärendenummer.
- Användare ska se antal samtal som är i kö samt väntetid för respektive samtal
- Då samtal besvaras i systemet ska ett ärende skapas

Samtliga samtal ska kategoriseras oavsett om de genererar en transport eller inte. Det gäller exempelvis samtal som hänvisas eller som är felringning.

Systemet ska hantera beställning som inkommer via webbformulär.

Ärendeinformation ska kunna skickas från systemet via Raket till Beställarens IT-system i fordonen som för närvarande är CSAM Paratus.

Informationen som skickas till CSAM Paratus ska minst innehålla; ärendenummer, prioritet, personuppgifter, fritext information, planerad hämta och/eller lämna tid samt GPS koordinater.

Systemet ska hantera status som skickas från Paratus i fordonet. Alla status ska loggas med tider i ärendet.

Följande status ska hanteras:

- Kvittens
- Framme
- Lastat

- Lämnar av
- Klar uppdrag

I de fall två (2) patienter ska transporteras i samma fordon ska systemet skicka två (2) ärende till samma fordon/resurs.

Systemet ska ha kartfunktion där samtliga fordon syns i realtid via GPS position.

Användare i systemet ska logga in med eget konto för att spårbarhet ska finnas.

Vid beställning ska ett antal frågor ställas för att säkerställa att patienten uppfyller kriterierna för liggande sjuktransport. Systemet ska spara all dokumentation för ärendet.

Flera användare ska kunna arbeta i systemet samtidigt, t.ex. en eller flera personal tar emot samtal och en person dirigerar fordonen.

Systemet ska kunna hantera tidspassning som läggs in av användaren.

Minst följande ska gå att registrera i systemet

- Unikt ärendenummer för varje enskild transport
- Patientidentitet
- Tid när samtal kommit in till beställningscentralen
- Hämtningsadress – kommun/stadsdel och eventuell inrättning
- Avlämningsadress – kommun/stadsdel och eventuell inrättning
- Under vilken prioritet som patienten klassificerats
- Om det är hämta-, eller lämnatiden som är av vikt för transporten
- Tid när beställaren önskat att patienten skall hämtas eller lämnas
- Tid när uppdraget faktiskt planerats in med avseende på hämt- eller lämnatid
- Tid när uppdraget faktiskt har utförts med avseende på hämt- eller lämnatid och
- Information om ärendet har hänvisats till SOS Alarm, och i sådana fall varför
- Alla uppdrag som ej utförs ska redovisas och orsak till varför.

En (1) Rakel utrustning till sambandscentralen levereras och betalas av Beställaren.

Leverantören ska vid behov använda sig av systemleverantörens säkerhetsskåp för Rakel.

2.12 Paratus

Varje fordon ska vara utrustat med CSAM Paratus eller annat uppdragshanteringssystem som ersätter detta.

Paratus innefattar en (1) fordonsdator, kommunikationsutrustning samt övrig kringutrustning relaterad till systemet.

Leverantören ska se till att strömförsörjning till systemet samt nödvändiga antenner med kablage finns tillgänglig i fordonen, detta ska bekostas av Leverantören.

Paratus ägs och tillhandahålls av Beställaren mot en Kostnad om 15 000 kr per fordon och år.

Leverantören ska bekosta installationer samt överflyttningar vid byte och nyanskaffning av fordon. Installation ska ske på av Beställaren godkänd serviceverkstad.

Utrustningen ska återlämnas i gott skick vid avtalets upphörande. Leverantören ska ansvara för samtliga demonteringskostnader.

I det fall utrustning byts ut på initiativ av Beställaren ska installationen bekostas av Beställaren. Leverantören ska ha utsedd kontaktperson för Paratus som även är superanvändare.

Leverantören får inte använda annat uppdragshanteringssystem.

2.13 Rakel

Rakel ska användas i Leverantörens organisation i enlighet med fastställd rutin "RAKEL Region Östergötland dok. 10413" eller rutin som ersätter denna.

Varje fordon ska vara utrustat med fordonsmonterad Rakelterminal.

Leverantören ska se till att strömförsörjning till systemet samt nödvändiga antenner med kablage finns tillgänglig i fordonen, detta ska bekostas av Leverantören.

Rakelutrustningen (exklusive förbrukningsmaterial) ägs och tillhandahålls av Beställaren. Kostnad för Rakel är 6 000 kr per fordon och år.

Leverantören ska bekosta installationer samt överflyttningar vid byte och nyanskaffning av fordon. Installation ska ske på av Beställaren godkänd serviceverkstad.

I det fall utrustning byts ut på initiativ av Beställaren ska installationen bekostas av Beställaren.

Utrustningen ska återlämnas till Beställaren i gott skick vid avtalets upphörande. Leverantören ska ansvara för demonteringskostnaderna.

Om Leverantör vill ha överfallslarm aktiverat får avtal tecknas med SOS Alarm. Detta bekostas av Leverantören.

Leverantören ska ha utsedd kontaktperson för Rakel som även är superanvändare

2.14 Mobiltelefoni

Till varje fordon ska finnas minst en (1) mobiltelefon. Fordon bemannade med två (2) personal ska ha två (2) mobiltelefoner.

Leverantören står för samtliga kostnader för telefoner, tillbehör och abonnemang.

2.15 Data

Leverantören ansvarar för internetuppkoppling, nätverk samt datorer i Leverantörens lokaler, detta ska bekostas av Leverantören.

2.16 Anslutning till Beställarens intranät

Leverantören ges tillgång till Beställarens intranät på distans via en Citrixlösning eller system som ersätter detta.

Samtlig personal ska ha tillgång till Beställarens intranät.

Kostnaden för Citrixlösning eller system som ersätter detta bekostas helt av Leverantören. Nuvarande kostnad per användare (licens) är: 197 kr/månad och medarbetare.

Via Beställarens intranät når Leverantören Beställarens IT-system såsom Paratus, Synergi, Kompetensportal och Dokumenta. Även övrig information såsom driftinformation nås på Beställarens intranät.

2.17 Kvalitet och patientsäkerhet

Beställarens övergripande mål för tjänsterna är att den ska karaktäriseras av en god kvalitet och hög säkerhet.

Leverantör ska skapa förutsättningar för en god kvalitet samt hög patientsäkerhet dygnets alla timmar.

2.18 Följsamhet till hygienrutiner

För att förebygga smittspridning samt för att hålla hög kvalitet och säkerhet i vården ska Leverantören ha hygienrutiner som harmoniserar med Beställarens hygienriktlinjer och arbeta kontinuerligt med vårdhygieniska frågor i verksamheten.

Varje patient ska kunna känna sig säker på att smitta inte överförs från föregående patient eller från personal.

Leverantören ska ha skriftliga hygienanvisningar utformade för verksamheten.

Arbetskläder ska vara anpassad och dimensionerad både till arbetsområdet och till hygien.

Leverantören ska organisera och planera verksamheten så att fastställda hygienrutiner är kända, att de efterföljs samt följer utvecklingen inom området. Transport av patienter med känd smitta som kräver skyddsutrustning och rengöring av fordonet enligt särskilda rutiner kan förekomma.

Basala hygienrutiner ska följas enligt Beställarens riktlinjer.

Leverantören ska arbeta aktivt med minskning av smittspridning och vårdrelaterade infektioner (VRI). Rutiner ska finnas så att vårdrelaterade infektioner förebyggs.

I hygienarbetet ska Vårdhygien Region Östergötland användas som resurs.

Leverantören ska ha rutiner för egenkontroll och samtlig personal ska varje arbetspass dokumentera att hygienrutin följs. Stickprov från Beställaren kan komma att genomföras.

Följsamhet till hygienrutiner ska fortlöpande följas upp och redovisas för Beställaren i samband med avtalsuppföljningar.

Samtlig personal ska årligen gå utbildning i hygien i Beställarens system för utbildning. Leverantör ska ha en namngiven kontaktperson för hygien.

2.19 Alkotest

Leverantör ska ha en rutin innebärande att utandningsprov sker av samtlig personal i samband med start av arbetspasset. Fordonsmoterat Alkotest ska finnas med larmfunktion till arbetsledare. Utandningsprov ska krävas vid varje tillfälle fordonet varit avstängt i mer än 30 minuter. I de fall Alkotest är utrustad med startspärr ska funktion för nödstart finnas med larmfunktion till arbetsledare.

Utandningsprov ska ske i digital mätutrustning så att resultat finns spårbart och redovisas vid avtalsuppföljningar. Redovisningen ska visa att samtlig personal har genomfört alkotest med godkänt resultat innan påbörjat arbetspass. Utrustningen ska larma arbetsledare vid positivt utslag.

Leverantör ska ha en alkohol- och drogpolicy och en plan för hantering rörande avvikelser inom detta område.

2.20 Personal

2.20.1 Kompetens för personal

Personal ska ha goda kunskaper i svenska språket i såväl tal som skrift.

Personal ska ha mycket god kunskap om Östergötlands geografi (adresser, färdvägar, kartkunskap) och om sjukvårdens struktur och organisation.

Personal ska ha kunskap kring bemötande av personer med olika typer av funktionsnedsättning, kronisk sjukdom eller etnisk bakgrund.

Personal ska ha tillräckliga kunskaper för att hantera personuppgifter på ett korrekt sätt.

Leverantören ska vid nyanställning och minst en (1) gång per år genomföra körkortskontroll. Vid nyanställning ska Leverantören även begära utdrag ur belastningsregistret hos Polisen.

Personal ska ha goda kunskaper i att använda olika typer av förflyttningshjälpmedel samt förflyttningsteknik.

Personal ska ha utbildning i att kunna hantera den av Beställarens kravställda kommunikationsutrustning.

2.20.2 Arbetsmiljö

Leverantören ska följa gällande arbetstidslagstiftning på ett sådant sätt att kvalitet och patientsäkerhet bibehålls och säkerställs.

Leverantörens verksamhet ska vara arbetsmiljöcertifierad enligt ISO-45001 eller likvärdigt intyg som utfärdats av oberoende organ.

I anbudet ska ett intyg på arbetsmiljöcertifiering, alternativt konkret tidsplan för när certifiering kommer att vara genomförd, bifogas.

Certifiering ska senast sex (6) månader efter avtalsstart vara genomförd och Leverantören ska redovisa intyg på arbetsmiljöcertifiering.

Leverantören har fullt ansvar för arbetsmiljön inklusive raster, måltidsuppehåll och övertid.

Leverantören ska redovisa resultat, analys och eventuell handlingsplan för genomförd medarbetarundersökning en (1) gång per år.

Bifoga intyg på arbetsmiljöcertifiering, alternativt konkret tidsplan för när certifiering kommer att vara genomförd.

5.20.2 Arbetsmiljö.pdf

2.20.3 Introduktionsutbildning

Introduktionsutbildning av personal ska bekostas i sin helhet av Leverantören. Efter genomförd introduktionsutbildning ska den nyanställde ha goda kunskaper som är anpassade till verksamhetens krav och gällande riktlinjer. Introduktionen ska även innehålla genomgång av fordon, teknik, utrustning, lokalkännedom och Beställarens sjukvårdssystem.

Leverantören kan göra en individuell bedömning gällande introduktionsutbildningens innehåll och längd utifrån den nyanställdes utbildning och tidigare erfarenhet. Vid införande av nya fordon, teknik och utrustning ska Leverantören tillse att personalen fått tillräcklig introduktion innan driftsättning.

Nyanställd personal bör tjänstgöra på fordon med två (2) personal under minst en månad.

2.20.4 Kompetensutveckling

Leverantören ska ansvara för att anställda får introduktionsutbildning, repetitionsutbildning, fortbildning och kompetensutveckling på arbetstid för att vidmakthålla sina kunskaper.

Leverantören ska årligen lämna in en konkret plan för repetitionsutbildning, fortbildning och kompetensutveckling som ska godkännas av Beställaren. Avstämning sker på varje avtalsuppföljning.

Leverantören ska genomföra minst en (1) utbildningsdag per år för alla anställda exklusive körutbildning och utbildning som ingår i arbetsgivaransvaret. Detta kan till exempel gälla, men ej begränsat till, arbetsmiljö, kamratstöd samt företagsspecifika utbildningar.

Leverantören ska svara för samtliga kostnader i samband med utbildningar om inte annat anges.

2.20.5 Körutbildning

Leverantören ska ansvara för att personal har nödvändig körutbildning, detta inkluderar även halkkörning. I varje besättning för liggande sjuktransport ska minst en (1) person vara godkänd för utryckningskörning enligt gällande lagstiftning och lokalt fastställda rutiner. Repetitionsutbildning i utryckningskörning och halkkörning ska genomföras minst var tredje år.

Personal ska senast 12 månader efter anställning ha utbildats i sparsam körning enligt Trafikverkets kriterier och rekommendationer för utbildning i sparsam körning eller motsvarande, d.v.s. utbildningen ska uppfylla följande punkter:

- Ge dokumenterade goda effekter på bränsleförbrukningen.
- Betona vikten av uppföljningar och motivationsåtgärder för att ett positivt mönster ska kunna upprätthållas.
- På goda grunder kan antas leda till förbättringar även när det gäller andra utsläpp än koldioxid (inklusive buller).
- På goda grunder antas leda till att trafiksäkerheten förbättras

Leverantören ska följa upp utbildningen och vid behov genomföra repetitionsutbildning.

2.21 Fordon

Fordonen får inte vara äldre än åtta (8) år från första registreringsdatum.

Service och underhåll av fordon ska följa serviceplan och dokumenteras samt kunna uppvisas på begäran av Beställaren.

För att upprätthålla god hygien för patienter och personal ska utrustning och interiör i fordonet utformas för att förenkla rengöring och motverka smittspridning.

Fordonen ska kunna transportera samt förankra syrgasanläggning för hemmabruk och ha rimliga marginaler för transporter av eventuellt medföljande medicinteknisk utrustning för hemmabruk. Det ska även gå att förankra dessa i fordonen.

Fordonen ska vara märkta enligt Beställarens riktlinjer samt med Beställarens logotype. Beställaren accepterar att entreprenören har sin logotyp på fordonen. Denna logotyp får dock inte dominera.

Reklam på fordonen är inte tillåten utan Beställarens skriftliga godkännande.

2.21.1 Bränsleförbrukning

För att bidra till att uppnå Beställarens miljömål, att uppnå en klimat- och resurssmart verksamhet ska Leverantören öka användningen av förnybara drivmedel.

Med förnybara drivmedel menas:

- Bioetanol (ED95/E85/75)
- El eller vätgas producerad med förnybara energikällor enligt Lag (2011:1200) om elcertifikat (t ex vatten-, vind-, sol-, vågkraft och/eller biobränslen.) Grön el-avtal ska finnas där elfordon långtidsladdar.
- Fordonsgas om biogas. Kravet är möjligt att uppfylla genom att tanka Biogas100, genom grön gas avtal alternativt uppgifter om leverantörens fordonsgasblandning på massbalansnivå.
- Biodiesel (HVO100, RME100 eller annan FAME100/B100).

Under avtalstid kan även annat drivmedel som kan bevisas ha minst lika hög klimatnytta som ovanstående alternativ vara likvärdigt listade bränslen godkännas av Beställaren.

Leverantören ska ta hänsyn till var tids gällande drivmedelsstrategi från Beställaren som för närvarande följer prioriteringsordningen: i första hand Biogas, i andra hand el och i tredje hand etanol eller fossilfri diesel. För samtliga fordon som ingår i uppdraget ska det högst prioriterade alternativet som är möjligt för att uppfylla avtalets fordonskrav användas.

Från avtalets start ska minst 70% av bränsleförbrukningen bestå av förnybart drivmedel.

Från år två (2) ska minst 80% av bränsleförbrukningen bestå av förnybart drivmedel och år tre (3) minst 90%.

Målet är att 100% av bränsleförbrukningen ska bestå av fossilfritt drivmedel från år fyra (4).

Leverantör ska kunna visa på att rutiner och uppföljningssystem finns som leder till en bestående sänkning av bränsleförbrukningen.

Exempel på sådana rutiner kan vara, men är ej begränsat till:

- Val av fordon som minskar bränsleförbrukningen samt att det mest förnybara drivmedlet används.
- Motivationsåtgärder för att bibehålla ett sparsamt körsätt.
- Regelbunden uppföljning av bränsleförbrukning.
- Tekniskt stödssystem i fordon som ger återkopplande information till förare hur dessa kan ändra körsätt så att bränsleförbrukningen minskar.

2.21.2 Tvätt av fordon

Fordonen ska tvättas i tvätthall som har slam- och oljeavskiljare och efterföljande rening med krav på provtagning från kommun eller miljöförvaltningen i den berörda kommunen. Efterföljande rening kan uteslutas om provtagning visar att mängdkraven enligt SS-EN-858-2 uppfylls. Tvätthall som används för ordinarie fordonstvätt bör om möjligt uppfylla de obligatoriska kriterierna för Svanen miljömärkning av fordonstvättar version 3.0 eller senare.

Kemikalier som används vid tvätt av fordon ska uppfylla Svanens Miljömärkningslicensför Bil- och båtårdsmedel, eller vara certifierade enligt Bra miljöval. Leverantör ska på begäran lämna ut dokumentation som styrker att kravet uppfylls.

2.22 Textilier och tvätt

Beställaren bekostar och tillhandahåller lakan, kuddar, örngott och filter avsedda för patientbruk samt tvätt av dessa.

Leverantör ansvarar i förekommande fall för beställning av textilier.

Leverantör ansvarar för att textilier och tvättvagnar hämtas och lämnas på anvisade platser på US, ViN, LiM och NiF.

Leverantör ska ansvara för att textilier byts enligt Beställarens hygienkrav.

2.23 Liggande sjuktransport och transport av avlidna på öar utan broförbindelse eller färja

I uppdraget ingår att kunna utföra transporter på öar utan broförbindelse eller färja. Leverantören ska vid dessa tillfällen samverka med Beställarens larmcentral för Prioritering och dirigerering (för närvarande SOS Alarm). Beställarens prioritering och dirigeringscentral koordinerar dessa uppdrag och begär assistans med sjötransport från Flyg- och sjöräddningscentralen (JRCC).

2.24 Kris och katastrofmedicinsk beredskap samt civilt försvar

Samhällets krisberedskap förutsätter en god beredskap i händelse av samhällsstörningar, särskilda händelser eller extraordinära händelser. Alla samhällsaktörer inom krisberedskapssystemet har ett ansvar att förbereda sina verksamheter och samverka med varandra för att kunna säkerställa en god krishanteringsförmåga.

Hälso- och sjukvårdens kris och katastrofmedicinska beredskap är en del av den svenska krisberedskapen. Beredskapen inom Region Östergötland regleras i regional beredskapsplan vid

särskild händelse inom Region Östergötland.

Enligt regeringens försvarspolitiska inriktning 2021-2025 ska också regionerna fortsätta sin planering för civilt försvar. Planeringen ska bygga på den kris och katastrofmedicinska beredskapen. Målet för det civila försvaret är; värna civilbefolkningen, säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna och bidra till Försvarsmaktens förmåga vid ett väpnat angrepp.

2.24.1 Särskild händelse och extraordinär händelse i fredstid

Leverantör ingår i huvudprocessen sjukvård vid särskild händelse, extraordinär händelse i fredstid, under höjd beredskap och i krig till Beställarens samlade vårdresurser.

Beställarens regionala beredskapsplaner och lokala katastrofplaner gäller. Mätbara mål utvärderas kontinuerligt och kan ändras.

För beredskap inför och under särskild och extraordinär händelse har Leverantör skyldighet att medverka i utbildning, planering och räddningsinsatser enligt Beställarens upprättade beredskapsplaner för särskild och extraordinär händelse.

Efter beslut i regional särskild sjukvårdsledning kan Leverantör tilldelas arbetsuppgifter som normalt sätt inte ingår i grunduppdraget.

Liggande sjuktransport och transport av avlidna ska ses som en vital och integrerad del av Beställarens samlade vårdresurser vid samhällsstörning, särskild händelse samt höjd beredskap och krig.

2.24.2 Förberedelser för och verksamhet under höjd beredskap

Enligt Lag (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap ska regioner vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser). Lag med ändring (2019:925). Leverantör ska följa de bestämmelser angående krigsorganisation samt dess bemanning som Beställarens anvisar, detta innefattar också liggande sjuktransport. Arbetet med civilt försvar innefattar även säkerhets och säkerhetsskyddsaspekter och Leverantören ska följa de bestämmelser som Beställaren anvisar.

2.25 Uppföljning

Beställaren kommer att följa upp att krav enligt avtal uppfylls. I uppföljning ingår avvikelser och andra driftsstörningar. I uppföljning ingår också att följa upp personalens kompetens och utbildning.

Utveckling av regelbundna uppföljningsrutiner kommer att ske i samverkan mellan Leverantör och Beställare.

Leverantör ska senast den 28 februari varje år inkomma med en verksamhetsberättelse för föregående år.

Beställaren har rätt att ta ut statistik från uppdrag med liggande sjuktransport och transport av avlidna via Paratus.

Ekonomisk reglering av eventuell bonus och/eller viten kan ske löpande och stäms av vid varje avtalsuppföljning eller efter uppstått behov.

2.26 Specifikt för Liggande sjuktransport

2.26.1 Uppdrag

Leverantören ska ansvara för att dygnet runt, årets alla dagar ta emot beställning av liggande sjuktransporter, planera, dirigera fordonen och utföra liggande sjuktransporter. Detta gäller till eller från någon av Beställarens vårdinrättningar alternativt Regionfinansierad vård utanför Östergötland.

Leverantören ska tillhandahålla personal, fordon, teknisk plattform och lokaler för uppdraget.

Tjänsten Liggande sjuktransport är i första hand en transporttjänst med fokus på omsorg och tillsyn. Tjänsten ingår som en del i Beställarens prehospitala vård. Att skapa trygghet för resenären är en viktig del i tjänsten. Patientens integritet ska beaktas.

Liggande sjuktransporter ska utföras enligt följande riktlinjer:

- Mellan bostad och av Region Östergötland finansierad vård vid sjukhus/vårdenhet i Östergötland.
- Mellan olika sjukhus/vårdenheter där av Region Östergötland finansierad vård.
- Region Östergötland finansierad vård till och från andra Regioner ingår i uppdraget och ska utföras som ordinarie uppdrag och kan inte faktureras.
- Uppdraget avser personer som har behov av att transporteras liggande eller sittande på bår. Vid behov ska bår bäras eller rullas till och från fordonet.
- Patient som har pågående syrgasbehandling ska kunna få syrgas under transport med ett flöde upp till fem (5) liter per minut.
- Syrgas ska kunna administreras steglöst så att rätt dosering kan administreras.
- Ett (1) hjälpmedel (t.ex. rullstol eller rullator) samt en (1) kabinväska ska kunna medtagas och förankras på ett trafiksäkert sätt.
- Leverantören ska kunna utföra uppdrag där patienten har behov av extra stöd, omsorg och tillsyn under transporten ex. patient med demenssjukdom. Dessa uppdrag ska utföras i fordon med två (2) personal.
- Patient får ha med en (1) medföljande närstående eller personlig assistent.
- Patientens eventuella medicintekniska utrustning ska kunna medtagas under transporten.

Om patienten under transporten försämras medicinskt ska föraren omedelbart tillkalla ambulans via 112.

Utryckningskörning (påkalla fri väg) får endast ske på direktiv från Beställaren.

Leverantören ska ha personal i den omfattning som krävs för att utföra uppdraget enligt avtalet.

Personalen ska ha kompetens för att vid varje tillfälle kunna ge ett gott bemötande, omhändertagande och omsorg samt service till patienten och medföljande närstående eller personlig assistent.

Leverantören ska ha rutiner för att säkerställa att patienten lämnas på rätt adress.

När patienten har kommit fram till avlämningsadressen ska Leverantörens personal muntligt kunna överrapportera till närstående, hemtjänst eller vårdgivare om det hänt något speciellt under transporten. Eventuella dokument från avlämnande vårdenhet som skickas med patienten ska överlämnas till mottagande vårdenhet.

Leverantörens personal ska vid behov vara behjälplig så att patienten i samband med hemtransport exempelvis får hjälp med ytterkläder och förflyttning till stol eller säng i bostaden.

Utveckling såväl inom som utom Regionen kan under avtalsperioden påverka förutsättningarna för länets liggande sjuktransporter och medföra behov av förändringar. Sådana förändringar kan till exempel vara strukturella förändringar inom sjukvården. Leverantör ska aktivt arbeta för att anpassa sin verksamhet till sådana förändringar.

Nuvarande leverantör har tagit hjälp av extern bärhjälp vid 330 tillfällen under 2020. Vid tillfällen då det funnits behov av bärhjälp så har uppdragstagaren organiserat detta med egen personal eller via avtal med annan leverantör som t.ex. taxi. Leverantören får inte anlita privatpersoner eller anhöriga till bärhjälp.

I fordon bemannade med två (2) personal ska en av personalen sitta bredvid patienten under transport.

2.26.2 Beställning och dirigering

Leverantör ska ha en av Beställaren godkänd checklista som ska användas vid varje beställning för att säkerställa att rätt personer transporteras med liggande sjuktransport. Beställaren kan vara behjälplig i framtagandet av checklisten och checklisten kan komma att revideras på Beställarens begäran under avtalstiden.

Checklisten ska sparas som en journalhandling och vara integrerad i ärendehanteringssystemet.

I de fall Leverantören väljer att transportera två (2) patienter i samma fordon ska det ske i fordon bemannat med två (2) personal.

Webbeställning ska vara möjlig att göra dygnet runt och handläggas av Leverantören dygnet runt.

Vid webbeställning ska beställaren få kvittens på att beställningen är mottagen och att uppdraget utförs på önskad tid. Vid förändringar kontaktar Leverantören den beställande enheten.

Leverantören ska dirigera resurserna så att fastställda mål kan uppnås och att verksamheten blir så effektiv som möjligt.

2.26.3 Dimensionering

Leverantören ska ha tillräckligt antal fordon för att klara de tidskrav som finns för uppdraget. Helgfri mån-fred ska minst två (2) fordon vara bemannat med två (2) personal mellan kl. 07:00-20:00. Övrig tid ska minst ett (1) fordon vara bemannat med två (2) personal.

2.26.4 Fastställda mål

Tillgänglighetsmålen är fastställda utifrån de behov Regionens verksamheter och patienter har. Försenade transporter leder till ökad belastning på mottagningar och vårdenheter och kan även leda till att många andra patienter får vänta.

För att uppnå en hög kvalitet på verksamheten är det därför av stor vikt att målen uppnås.

Följande tidsmål gäller för verksamheten:

4A. Förbeställda uppdrag till tidsbokat besök i Regionfinansierad vård ska lämnas på avlämningsadressen på beställd tidpunkt +/- 15 minuter.

4B. Vid övriga förbeställda uppdrag ska väntetiden vara högst - 15 /+ 60 min, räknat från önskad hämttid.

4C. För direktbeställda uppdrag ska väntetiden vara högst två (2) timmar från önskad hämttid.

Namn på prioriteringsgraderna kan komma att ändras innan avtalsstart.

Med förbeställda uppdrag avses beställningar som inkommit senast kl.18:00 dagen innan önskad transport.

"Direktbeställda uppdrag" är de uppdrag som inte är förbeställda d.v.s. de som är beställda samma dag eller efter kl. 18:00 dagen innan. Tid för dessa uppdrag mäts från den önskade hämtningstiden tills dess att transporten ankommer till hämtningsadressen.

Följande prioritetsordning gäller för direktbeställningar:

1. Transport till tidsbokat besök på Regionsfinansierad vård.
2. Transport till och från akutmottagning, röntgenavdelning och andra mottagningar.
3. Transport till och från vårdavdelning.

Leverantören har ansvar för att beräkna hämtnings- och körtider för att säkerställa att bokade tider i vården kan hållas. Vid förseningar ska kontakt ske med berörd avdelning/mottagning som genomfört

beställningen.

2.26.5 Resursförstärkning

Vid bekräftad särskild händelse där ambulanssjukvården bedöms vara extra ansträngd kan Liggande sjuktransport, efter beslut från Sjukvårdsledare Regional nivå, bistå ambulanssjukvården med transporter.

Vid ej bekräftad särskild händelse kan Liggande sjuktransport på begäran av ACIB användas för akuta transporter av sjukvårdspersonal eller utrustning mellan sjukvårdsinrättningar eller till skadeplats.

2.26.6 Hjärtstopp

Om en teknisk lösning möjliggör att Liggande sjuktransport kan få larm om hjärtstopp (IVPA i väntan på ambulans) ska Liggande sjuktransport kunna åka på hjärtstoppslarm utan extra ersättning.

2.26.7 Personal

2.26.7.1 Övertagande av personal

Ny Leverantör ska från nuvarande Leverantör av liggande sjuktransport erbjuda övertagande av samtlig personal som vid tidpunkten för verksamhetsövertagandet 2023-02-01 är anställd hos nuvarande Leverantör och sysselsatt med liggande sjuktransport som transportör eller sambandspersonal enligt nu gällande avtal. Kravet på övertagande gäller inte personal som i nuvarande avtal innehar chefsbefattning eller liknande samt administrativ personal.

Övertagande av personal ska ske enligt gällande lagar och regler.

Nuvarande antal tjänster och den genomsnittliga lönekostnaden per månad för aktuell personal anges enligt bilaga. Observera att bilagan beskriver en historisk tidpunkt varvid lönenivåer, antal kan komma att avvika vid övertagandet.

2.26.7.2 Kompetens

Vid nyanställning av personal till Liggande sjuktransport gäller följande:

- personen ska vara undersköterska
- personen ska ha yrkeserfarenhet som undersköterska motsvarande minst ett (1) års heltidsarbete

Beställaren kan i enskilt fall ge dispens till ambulanssjukvårdare med aktuell och mångårig yrkeserfarenhet från ambulanssjukvården men som inte är undersköterska.

2.26.7.3 Obligatoriska utbildningar

Samtlig personal som utför tjänsten Liggande sjuktransport ska:

- Genomgå grundutbildning i D-HLR och första hjälpen med repetition årligen.
- Ha utbildning och inneha delegering att administrera syrgas.

2.26.8 Fordon

Ledorden gällande fordon ska vara patientsäkerhet, arbetsmiljö, ergonomi och hygien.

Leverantören ska ansvara för att fordonet hålls i ett sådant skick, utvändigt och invändigt att trafiksäkerhet, medicinsk säkerhet och patientens och allmänhetens förtroende för verksamheten upprätthålls.

Samtliga fordon ska uppfylla kraven i för ambulans Typ A i aktuell version av Europastandard SS-EN 1789, medicinska fordon och deras utrustning, eller av standard som ersätter denna.

Undantag från krav i ovanstående standard görs för 4.3.4 mellanvägg.

Leverantörens samtliga fordon ska ha tillräcklig last och volymkapacitet för att utföra uppdraget, inkluderat all utrustning och samtliga passagerare.

Fordonen i verksamheten är till för Region Östergötland beredskap. I de fall Leverantören önskar nyttja något fordon i annan verksamhet än huvuduppdraget, får fordonen inte nyttjas till detta utan skriftligt godkännande av Beställaren.

Samtliga fordon ska:

- Vara registrerade som utryckningsfordon.
- Vara försedda med larmanordning.
- Ha komfortvärme när patient lastas.
- Vara utrustade med sprinkling av motorrum.
- Kunna ge patient möjlighet att ta med en (1) rollator/rullstol och en (1) väska (kabinväska).
- Ha helautomatisk växellåda.
- Vara utrustade med handsfree funktion till mobiltelefon.
- Ha en räckvidd om minst 500 km vid full tank.
- vara godkänd för minst tre (3) passagerare,
- vara godkänd för minst fyra (4) passagerare vid när fordonet är utrustat med två bårar.

Minst en (1) person ska kunna sitta bredvid patient under färd och samtidigt vara bältade.

Samtliga fordon ska med bibehållen säkerhet och kvalitet kunna transportera patient med vikt upp till 200 kg utan fördröjning. Vid behov av att transportera tyngre patienter än 200 kg ska utsedd bariatrisk ambulans användas.

Fordonen ska vara vita med grön/gul reflex och märkta med texten " Liggande sjuktransport". Beställaren ska godkänna fordonets färgsättning och utmärkning.

2.26.9 Medicinsk utrustning

Samtliga fordon (inklusive reservfordon) ska vara utrustade med kravställd medicinteknisk utrustning.

Förebyggande underhåll (FU) av medicinteknisk utrustning och gasanläggning i ambulans ska utföras enligt gällande lagstiftning och tillverkarens anvisning. Avtal om detta kan tecknas med Beställarens medicintekniska enhet.

Leverantören ska bekosta installationer samt överflyttningar vid byte och nyanskaffning av fordon. Installation ska ske på av Beställaren godkänd serviceverkstad.

I det fall utrustning byts ut på initiativ av Beställaren, bekostas installationen av Beställaren.

Utrustningen ska återlämnas till Beställaren i gott skick vid avtalets upphörande. Leverantören ska ansvara för samtliga demonteringskostnader.

Leverantören ska svara för alla kostnader vid skada på eller förlust av utrustning som ägs av Beställaren.

2.26.9.1 Medicinteknisk utrustning som ägs av Beställaren

Samtliga fordon ska vara utrustade med defibrillator. Denna medicintekniska utrustning ägs och tillhandahålls kostnadsfritt av Beställaren.

Beställaren bekostar följande material :

- defibrillator inklusive reservdelar, väska och batterier,

Förebyggande underhåll (FU) på medicinteknisk utrustning som ägs av Beställaren utförs och bekostas av Beställarens medicintekniska enhet.

Leverantören bekostar följande förbrukningsmaterial:

- defibrillatorplattor till defibrillator

Om förbrukningsmaterial inte köps via Beställaren, ska detta godkännas av Beställaren.

2.26.10 Utrustning

Samtliga fordon ska vara utrustade enligt vad som anges för ambulans Typ A i aktuell version i Europastandard SS-EN 1789:2020. Undantag från ovanstående standard är följande:

Kapitel 6.4

Tabell 11 portabel sug

Tabell 12 pulsoximeter

Tabell 16
sterila handskar
specifik utrustning

Leverantören ska svara för alla kostnader för utrustning, förbrukningsmaterial och syrgas.

2.26.11 Förbrukningsmaterial

Leverantören ska stå för alla kostnader gällande förbrukningsmaterial. Beställning av förbrukningsmaterial hanteras av Leverantör.

Förbrukningsmaterial ska i aktuella fall vara kompatibla med andra samverkande aktörer, gäller till exempel defibrillatorplattor.

Leverantör ska anpassa sina lagernivåer så att kontinuitet upprätthålls trots uteblivna leveranser. Leverantör kan, om så önskas, nyttja Beställarens avtal när det gäller förbrukningsmaterial.

2.26.12 Syrgas

Leverantör ska bekosta och ansvara för syrgas i enlighet med riktlinjer.

Leverantör ska ha minst en veckas försörjning av syrgas i lager vid varje given tidpunkt.

Förvaring av syrgas ska ske i enlighet med lagar, förordningar samt tillverkarens anvisningar.

Leverantör kan, om så önskas, nyttja Beställarens upphandlade priser när det gäller syrgas.

2.26.13 Klädsel

Personal som arbetar inom Liggande sjuktransport i Östergötland ska ha en enhetlig klädsel som leder till att personalen är lätt att identifiera.

Leverantör ska tillhandahålla kläder till personalen i tillräcklig omfattning så att hygienkrav kan uppfyllas. Kläder ska vara tvättbara enligt hygienanvisning på vårdgivarwebb för Region Östergötland.

Jacka/väst ska följa Europastandard SS-EN 471, eller standard som ersätter denna, synbarhet klass

3. Färgen ska vara gul. Yrkesfunktion (Liggande sjuktransport eller vedertagen förkortning) ska stå i rak text. Kläderna ska vara märkta med "Region Östergötland" enligt logotyp. Märkning med Leverantörens logotyp får inte dominera.

Klädsel får inte var märkt med "Star of life"- symbolen.

Tröja ska vara blå samt märkt med text "LIGGANDE SJUKTRANSPORT" på ryggen. Byxornas färg ska vara blå med reflexer på underben.

Leverantören ska följa de regelverk som gäller för skyddsutrustning som arbetsmiljöverket fastställt.

Kläder med Beställarens logotyp får inte användas utöver avtalad tjänst.

Personal ska under tjänstgöring kunna identifiera sig med E-tjänstekort, kostnaden för E-tjänstekort bekostas av Leverantören och nuvarande kostnad är 380 kr/styck och kortet gäller i fyra (4) år.

Personalen ska bära namnbricka med förnamn och yrkestitel samt bära yrkesbricka med korrekt färg och yrkestitel. Namnbricka får inte ha samma färg som någon yrkesbricka.

2.27 Specifika krav för Transport av avlidna

2.27.1 Bakgrund

Sjukvårdshuvudmannens ansvar inrymmer uppgifter som normalt vittas i samband med ett dödsfall. Hit hör bland annat konstaterande av dödsfallet, iordningställande av kroppen samt kontakter med den avlidnes närstående. Utfärdande av dödsbevis och intyg om dödsorsak hör också till normala uppgifter vid ett dödsfall.

Respektive kommun har hälso- och sjukvårdsansvar i de särskilda boendeformerna medan det i övriga fall, dvs avlidna på sjukhus samt i ordinärt boende, ligger ansvaret på Regionen.

Ansvaret för omhändertagande gäller intill dess att den avlidne kistläggs. Detta sker vanligtvis genom en begravningsbyrå.

Beställarens ansvar att ta hand om avlidna innefattar även transporter till bårhus.

När en person avlidit skall läkare konstatera dödsfallet och utfärda behövliga bevis och intyg. Läkaren har också ansvar för att bevis/intyg tillställs rätt myndighet.

Det är berörd vårdpersonals skyldighet att informera efterlevande om det omhändertagandeansvar som följer med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Om anhörig väljer att ta över Beställarens ansvar, upphör Beställarens skyldigheter och transport av avliden enligt detta avtals förutsättningar uteblir.

Om anhörig väljer att inte ta över ansvaret åligger det berörd vårdpersonal att kontakta Leverantören för utförande av transport.

2.27.2 Uppdrag

Uppdrag innefattande i denna upphandling, innebär transport av avlidna inom hela Östergötland dygnet runt, årets alla dagar.

Leverantören ska transportera avlidna personer från dödsplatsen till det närmaste bårhuset i länet. Bårhusen finns redovisade i bilaga "Bårhusförteckning". I vissa fall kan även transporter mellan bårhus förekomma, tex vid obduktion eller platsbrist.

Då en patient som är remitterad till sjukvård utanför Region Östergötland avlider, ska Leverantören hämta och transportera den avlidne till bårhus i Region Östergötland.

2.27.3 Beställning av transporter

Leverantören ska ha ett särskilt telefonnummer för att dygnet runt ta emot beställning av transport. Denna beställning kan utföras antingen av vårdpersonal eller av anhörig.

2.27.4 Identifikation och dokumentation

Leverantören ska kontrollera att den avlidne är identifierad med ID-band och dokumentera enligt gällande riktlinjer.

Leverantören ansvarar för att skriva in eller ut avliden på bårhus enligt riktlinje på respektive bårhus.

2.27.5 Arbete i och kring bårhus och andra lokaler samt tillträde

Leverantören som utför arbete i bårhusen ska följa de arbetsrutiner som finns för respektive lokal.

Det åligger Leverantören att själv inhämta kunskap om dessa rutiner.

Behörigheter till IT-system och lokaler erhåller Leverantören av respektive driftansvarigt bårhus.

2.27.6 Krav på utförande av transport

Vid beställning för avhämtning av avliden ska Leverantör vara på bestämd avhämtningsplats (Östergötland) inom tre (3) timmar ifrån beställning.

Om beställaren av transport vill ha hämtning senare än inom tre (3) timmar kan hämtning ske enligt överenskommelse som tidsbestämd avhämtning.

Behov av transporter av avlidna förekommer under årets samtliga dagar dygnet runt, vilket innebär att Leverantören ska ha tillgång till erforderliga resurser under samtliga tider för att kunna utföra uppdraget.

Leverantören ska vid varje uppdrag dokumentera minst följande:

- Tidpunkt för inkommit samtal om beställning
- Önskad tidpunkt för avhämtning av avliden
- Faktisk tidpunkt för hämtning
- Hämtningsadress - kommun/stadsdel och eventuell inrättning
- Tidpunkt för avlämning vid bårhus
- Avlämningsadress (bårhus)
- Övrigt (speciella förutsättningar för utförande av uppdraget)

Uppdrag för transport av avliden ska genomföras som direkttransport utan fördröjning och utan avbrott från adress för avhämtning till adress för avlämning.

Leverantörens ansvar upphör när transportuppdraget avslutas och när den avlidne avlämnats i bårhus.

Detta gäller såväl vid transport från boende (såväl ordinärt som särskilt boende) till bårhus samt vid återtransport till bårhus efter genomförd obduktion, borttagande av pacemaker eller annat batteridrivet implantat samt efter genomförd vävnadstagning.

2.27.7 Personal

2.27.7.1 Specifik kompetens hos personal

Leverantören ansvarar för att den personal som utför uppdrag innehar kompetens och personlig mognad som krävs för denna verksamhet.

Leverantören ska ansvara för att samtlig personal har kompetens enligt nedan vid utförandet av

uppdrag:

- Etik och respekt, låta den avlidna ha kvar sin integritet (väl insvept i lakan)
- Kännedom om människors kris- och sorgearbete
- Förmåga att ge ett vänligt bemötande
- Kännedom om olika kulturers särdrag vid omhändertagande av avliden
- Kunskap om rätt lyfteknik för att utföra arbetet på ett för den avlidne och sig själv säkert sätt

Vid nyanställning av personal till Transport av avlidna gäller följande:

- Personen bör vara undersköterska
- Personen bör ha yrkeserfarenhet som undersköterska motsvarande minst ett (1) års heltidsarbete

Anledningen till bör kraven ovan är att möjliggöra samordningsvinster mellan uppdragen.

I det fall Leverantören kommer att ha personal som uppfyller bör- kraven ovan och besvarar frågan nedan med ett "ja" så kommer kravet att utgöra ett obligatoriskt krav i avtalet.

Kommer Leverantörens personal att uppfylla bör kraven ovan?

Nej

2.27.7.2 Bemanning

Fordonen ska vara bemannade med minst två (2) personer vid varje uppdrag. Leverantören får inte anlita privatpersoner eller anhöriga till bärhjälp.

2.27.7.3 Klädsel

Leverantörens personal ska vid utförande av uppdrag bära enhetlig, vårdad och diskret klädsel/uniform och namnskytt.

Leverantör ska tillhandahålla kläder till personalen i tillräcklig omfattning så att hygienkrav kan uppfyllas. Kläder ska vara tvättbara enligt hygienanvisning på vårdgivarwebb för Region Östergötland.

Personal ska under tjänstgöring kunna identifiera sig med E-tjänstekort, kostnaden för E-tjänstekort bekostas av Leverantören och nuvarande kostnad är 380 kr/styck och kortet gäller i fyra (4) år.

Klädsel ska godkännas av Beställaren.

2.27.7.4 Obligatoriska utbildningar

Samtlig personal som utför uppdraget transport av avlidna ska genomgå en utbildning som tillhandahålls av Beställaren.

Utbildningen genomförs under perioden 2023-02-01—2023-05-31 som en heldagsutbildning enligt överenskommelse mellan Beställare och Leverantör.

Beställaren kommer även att ordna möjlighet för utbildning senare efter överenskommelse då ny personal anställs.

2.27.8 Fordon och utrustning

Leverantören ska ansvara för att tillräckligt antal fordon finns att tillgå för att krav på inställelsetid ska uppfyllas.

Samtliga transporter av avlidna ska genomföras med för verksamheten lämpliga fordon vilket kan vara begravnings-/bårbil eller motsvarande, samt vara utrustade med för uppdraget relevant utrustning.

Fordonet ska inte användas till annat än transporter av avlidna.

Fordon ska vara konstruerat så att insyn i förvaringsutrymmet förhindras och att insyn vid i- och urlastning minimeras.

Leverantören ska ansvara för att fordonet hålls i ett sådant skick, utvändigt och invändigt att trafiksäkerhet, och allmänhetens förtroende för verksamheten upprätthålls.

Fordonen ska vara diskret utformad och får vara märkt med Leverantörens logotyp, denna logotyp får dock inte dominera och ska skriftligt godkännas av Beställaren.

Leverantör ska utrusta fordon med nödvändig utrustning för verksamheten och ansvara för denna. Fordon ska ha minst följande utrustning:

- Godkänd bår med tillbehör för att kunna bära, spänna fast och förflytta avliden person
- Anordning så att bår förankras i fordonet på ett trafiksäkert sätt
- Lakan och bårkapell eller liknande
- Utrustning för rengöring och smittskydd

Vid förflyttning av den avlidne ska denne bäras på bår eller båren rullas på ett bårunderrede. Vid trånga utrymmen där bår inte kan användas, får förflyttningen ske på lämpligt sätt utifrån etiska krav och lyftteknik. Den avlidne ska vara fastspänd på båren och båren ska vara förankrad i fordonet på ett trafiksäkert sätt.

Leverantören ska vid förflyttning, transport och vid avlämning på lämpligt sätt täcka den avlidne med bårkapell eller liknande. Överteckning med endast filt, lakan etc. anses inte lämpligt och får inte användas annat än i undantagsfall. Den avlidne ska vara respektfullt insvept i lakan när den lämnas på bårhuset.

Beställaren bekostar och tillhandahåller lakan, kuddar, örngott och filter avsedda för patientbruk samt tvätt av dessa. Leverantör ansvarar i förekommande fall för beställning av textilier.

3. Hälsa- och sjukvårdens villkor

3.1 Generellt uppdrag till samtliga vårdleverantörer

Hälsa- och sjukvårdsnämndens generella uppdrag till samtliga vårdleverantörer har sin utgångspunkt i medborgarperspektivet och uttrycker de grundläggande principer som ska präglade hälsa- och sjukvården i Östergötland. Det generella uppdraget förutsätter att patienten får en vård av hög kvalitet i överensstämmelse med gällande lagar och förordningar om en säker och tillgänglig vård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det generella uppdraget är den grundläggande plattform på vilken övriga uppdrag vilar

3.2 Hälsa- och sjukvård där patient och närstående är medskapare

Vård av hög kvalitet baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet är en självklar förväntan hos varje patient och ska erbjudas vid varje vårdtillfälle. Andra delar som är värdeskapande för patient och närstående är bemötande, delaktighet, information, samordning, kontinuitet och samverkan.

Patienten ska vara en likvärdig partner i vården och personcentrerad vård är ett partnerskap mellan patient/närstående och professionella vårdgivare.

Leverantören ska:

- Efterfråga och anpassa vården till patientens förutsättningar och förmåga att kunna ta till sig kunskap och kunna göra välgrundade val för att förbättra sin hälsa och/eller hantera sjukdom.
- Tillsammans med patient och närstående skapa bästa möjliga förutsättningar till delaktighet och medskapande med inflytande över vård, behandling och rehabilitering.

3.3 Jämlik vård

Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad ska en hälsa- och sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera de som har störst behov. En jämlik och likvärdig vård innebär därmed inte givet att vård ska ges på samma sätt och i samma utsträckning överallt. En grundläggande förutsättning för jämlik vård är en värdegrund som bygger på alla människors lika värde och rätt till värdighet.

Leverantören ska:

- erbjuda en jämlik hälsa- och sjukvård där vård, bemötande och behandling är anpassad utifrån individens kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder.
- uppmärksamma och motverka omotiverade skillnader i bemötande, vård och behandling, ha ett särskilt fokus på jämställdhet samt vara särskilt uppmärksam på grupper med svag socioekonomi och/eller ökad risk för att utveckla ohälsa och allvarlig sjukdom.
- satsa resurser på de områden eller målgrupper där behoven är störst.
- regelbundet arbeta med jämförelser av sin verksamhet gentemot andra vårdgivare för att sträva efter en jämlik och likvärdig vård.

3.4 Patientsäkerhet och övrigt säkerhetsarbete

Leverantören ska driva de verksamheter som utförs på uppdrag av Beställaren på ett säkert sätt.

Leverantören ska vara ansluten till Beställarens avvikelshanteringssystem Synergi.

Leverantören ska ha handlingsprogram för avvikelshantering och en förordnad avvikellesamordnare, som ska utses bland egen personal, utbildad i aktuellt avvikelssystem. Avvikellesamordnaren ska ha erforderlig tid avsatt för arbetet.

Kvalitetsarbetet och avvikelshanteringens inom den prehospitala vården i Östergötland ska genomföras i enlighet med Beställarens handlingsprogram för kvalitet och patientsäkerhet.

Uppföljning ska ske genom Patientsäkerhetsdialog och avvikelsemöten med Beställaren. I dessa ingår att följa flödet av avvikelserapporter/händelse- och riskanalyser. Särskild vikt ska läggas vid redovisning av de åtgärder som vidtagits för att minska risker.

I förekommande fall ska förutom obligatorisk avvikelserapportering i Beställaren avvikelssystem, ärenden hanteras enligt gällande lagar, regler och rutiner hos Beställaren.

Leverantören ska skyndsamt redovisa allvarliga avvikelser och vidtagna åtgärder till Beställaren samt chefläkare och redovisa dessa i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Leverantören ska medverka vid händelse- och riskanalys som begärs av Beställaren. Beställaren förbinder sig att vara behjälplig vid händelse- och riskanalys när Leverantören önskar detta.

Leverantören ska informera Beställarens chefläkare om Lex Maria-ärenden och delge Beställarens chefläkare anmälan, intern utredning och eventuell händelseanalys.

Leverantören rekommenderas och erbjuds kostnadsfritt att ge Beställarens chefläkare i uppdrag att hantera ärenden enligt Lex Maria för Leverantörens räkning. Om Leverantören och Beställaren har olika uppfattning om en avvikelse ska föranleda utredning, till exempel händelseanalys och/eller anmälan till IVO (Lex Maria), gäller Beställarens chefläkares bedömning. Lex Maria-ärenden redovisas i avidentifierad form på Beställarens hemsida efter att Beställarens chefläkare fått relevant underlag. Undantag görs för ärenden av särskilt känslig natur till exempel suicid.

Anmälan om patientklagomål till IVO ska hanteras av Leverantören med kopia till chefläkare hos Beställaren. Om IVO inleder tillsynsärende i verksamhet som omfattas av överenskommelse/avtal/regelbok med Beställaren ska Leverantören meddela Beställaren.

Leverantören ska:

- Följa Beställarens riktlinjer för personal som kan utgöra risk för patientsäkerheten och Beställarens chefläkare ska informeras om dessa personalärenden.
- Medverka i Beställarens aktiviteter för uppföljning av patientsäkerheten t ex patientsäkerhetsdialoger.
- Tillämpa dokumenterade kvalitetssäkringsfrämjande rutiner som säkerställer att avtalat uppdrag sker på ett sådant sätt att överenskommen kvalitet uppnås och upprätthålls.
- Kvalitetssäkringen ska vara upplagd så att det enkelt och tydligt framgår hur egenkontroll och kvalitetsarbete bedrivs, verifieras och följs upp på ett systematiskt och väldokumenterat sätt. Med kvalitet avses här bland annat rutiner som säkerställer att Leverantören levererar avtalad tjänst likvärdig som att Leverantören har säkerställda administrativa rutiner som tillser att uppdraget utförs. På begäran av Beställaren visa hur man avser att arbeta med sitt kvalitetsuppföljningssystem för avtalat uppdrag.
- Informera Beställaren vid klagomål från anhängare eller från dem som beställt uppdraget.

3.5 Samverkan med vårdgrannar och övriga samarbetspartners

Leverantören ska samverka med vårdgrannar och/eller annan samarbetspartner när patientens behov inte kan tillgodoses enbart av Leverantören. Samverkan kring patient ska ske utifrån ett strukturerat arbetssätt som säkrar patientens delaktighet, vårdövergångar samt arbetsfördelning. Leverantören ska säkerställa att det finns en utarbetad struktur för effektiv samverkan mellan vårdgrannar och samarbetspartners. Det ska vara möjligt för samarbetspartners att kommunicera med Leverantören via telefon, brev och e-post.

3.6 Språk och tolk

Personal med patientkontakt ska förstå och kunna göra sig förstådd på svenska. Leverantören ska tillhandahålla tolk till patient som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska språket. Språktolkar får rekvideras via Beställarens upphandlade tolkförmedling.

Leverantören bekostar tolktjänst enligt ovan.

3.7 Patientnämnden

Leverantören ska informera patienter om möjligheten att kontakta Patientnämnden. Leverantören ska snarast ge Patientnämnden den information som begärs samt medverka i och ta ansvar för både enskilda patientärenden och mer generellt för att utveckla vårdens patientfokus.

3.8 Smittskydd

Leverantören ska tillhandahålla smittskyddsinsatser enligt smittskyddslagen och smittskyddsinsatser beslutade på nationell eller lokal nivå, t ex i form av information, provtagning, behandling, klinisk anmälan och smittspårning. Inom Östergötland tillämpas länsdelsvis centraliserad smittspårning för vissa diagnoser, vilket innebär att endast ett fåtal väl lämpade individer med adekvat kompetens utför smittspårningen.

4. Kommersiella villkor tjänster

4.1 AVTALETS PARTER, HANDLINGAR OCH GILTIGHET

4.1.1 Inledning

Avtalet reglerar det övergripande förhållandet mellan Beställare och Leverantör vid utförande eller leveranser enligt avtalet. Om inte annat skriftligen överenskommits mellan parterna ska samtliga krav och villkor som anges i avtalet ingå i parternas åtagande under hela avtalsperioden, utan tillkommande kostnader utöver vad som avtalats.

4.1.2 Region Östergötlands allmänna villkor för kommersiella avtal

Till dessa kommersiella villkor ansluter Region Östergötlands allmänna villkor för kommersiella avtal (se bilaga) som en del av detta avtal.

4.1.3 Avtalshandlingar

Detta avtal utgör ett upphandlingskontrakt.

Nedanstående handlingar utgör en integrerad del av detta avtal.

1. Skriftliga ändringar/förtydliganden till detta avtal
2. Avtal, inklusive bilagor
3. Kompletteringar och/eller förtydligande av upphandlingsdokument
4. Upphandlingsdokument
5. Förtydligande av anbud
6. Anbud

Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om omständigheterna inte uppenbarligen föranleder till annat, sinsemellan i den ordning de anges ovan.

Beställaren accepterar inte tillkommande standardvillkor från leverantören.

Avtalsvillkoren kan komma att justeras av Beställaren innan avtalstecknande med information som framkommit under upphandlingsprocessen såsom exempelvis svar på frågor/förtydliganden/kompletteringar m.m. Anbudsgivaren medger i och med anbudslämnande att Beställaren inför avtalstecknande justerar avtal enligt ovan.

Ja

4.1.4 Kontaktuppgifter till Beställaren

Korrespondens i anslutning till detta avtal ska sändas till Beställaren med referens till avtalets diarienummer.

Beställarens kontaktperson

Verksamhet Enheten för prehospita vård
Namn: Jan Wigren
E-post: Jan.Wigren@regionostergotland.se
Telefon: 010-103 75 14

Kommersiella frågor
Namn: Sarah Wirdebäck
E-post: sarah.wirdeback@regionostergotland.se

4.1.5 Kontaktuppgifter till Leverantören

Leverantören ska omgående meddela om kontaktperson byts ut.

4.1.5.1 Avtalsfrågor

Leverantörens kontaktperson i avtalsfrågor med ställningsfullmakt:

Namn

Josefine Cederblad

E-post

josefine.cederblad@se.falck.com

Telefon

070-375 81 24

4.2 Avtalsform

Avtal tecknat efter upphandling utgör avtal med en (1) leverantör per anbudsområde.

4.3 Uppförandekod för leverantörer

I Region Östergötlands allmänna villkor för kommersiella avtal hänvisas till uppförandekod för leverantörer. Nedan följer särskilda avtalsvillkor kopplade till Uppförandekoden.

Region Östergötland samverkar med samtliga regioner i Sverige för att säkerställa hållbara leveranskedjor. Det är viktigt för oss att vår verksamhet bedrivs så att den främjar hållbar utveckling. Våra leverantörer har ett stort ansvar men även skyldigheter i att säkerställa att krav i Uppförandekod efterlevs.

Krav i enlighet med Uppförandekod för leverantörer ska efterlevas.

<http://www.hallbarupphandling.se/component/phocadownload/file/51uppfoerandekodfoer-leverantoerer>

4.3.1 Grundläggande villkor

Leverantören ska aktivt verka för att tjänster som levereras enligt detta avtal ska vara framställda under förhållanden som är förenliga med de grundläggande villkoren. Leverantörens ansvar omfattar att åtgärder vidtas för att förebygga och hantera eventuella avvikelser från dessa villkor i hela leveranskedjan.

De grundläggande villkoren är:

- FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948),
- ILO:s åtta kärnkonventioner om tvångsarbete, barnarbete, diskriminering och föreningsfrihet samt organisationsrätt (nr 29, 87, 98, 100, 105, 111, 138 och 182)
- FN:s barnkonvention, artikel 32;
- det arbetarskydd och den arbetsmiljölagstiftning som gäller i landet där hela eller delar av tjänsten framställs,
- den arbetsrätt, inklusive regler om lönevillkor, och det socialförsäkringskydd som gäller i landet där hela eller delar av tjänsten framställs,
- den miljöskyddslagstiftning som gäller i landet där hela eller delar av tjänsten framställs; samt
- FN:s konvention mot korruption.

De grundläggande villkoren förklaras närmare i Beställarens uppförandekod för leverantörer.

I de fall då internationella bestämmelser föreskriver ett starkare skydd för den enskilde än nationella lagar eller förordningar, ska leverantören sträva efter att efterleva principerna i de internationella

bestämmelserna.

4.3.2 Policies och rutiner

För att uppfylla åtagandet enligt avsnitt "Grundläggande villkor" ska Leverantören, för tjänster som ingår i avtalet, senast vid avtalsstart eller vid annan tidpunkt om så särskilt överenskommes:

1. ha antagit en eller flera policies, som fastställts av högsta ledningen, som innefattar ett åtagande att respektera de grundläggande villkoren;
2. ha offentliggjort sitt åtagande att respektera de grundläggande villkoren och delgett åtagandet till verksamheter som leverantören har kontraktsförhållanden med;
3. ha utsett person(er) på ledningsnivå som ansvarar för efterlevnad av de grundläggande villkoren;
4. ha en rutin för att regelbundet genomföra riskanalyser, dvs. identifiera och prioritera aktuella och potentiella risker för avvikelser från de grundläggande villkoren;
5. ha en rutin för att regelbundet följa upp efterlevnad av de grundläggande villkoren; och
6. ha en rutin för att omedelbart vidta åtgärder för att förhindra och begränsa avvikelser från de grundläggande villkoren.

De åtgärder som genomförs för att uppfylla skyldigheterna i punkterna 1–6 ska vara dokumenterade, tillämpas löpande, och gälla för den egna verksamheten och hela leveranskedjan.

4.3.3 Uppföljning av grundläggande villkor

Leverantören ska medverka till Beställarens uppföljning av avtalet genom att:

a) på begäran av Beställaren skriftligen rapportera hur Leverantören uppfyller avsnitt "Grundläggande villkor" och "Policies och rutiner". Rapportering ska ske inom sex (6) veckor eller annan tid som Beställaren anger.

b) lämna Beställaren, eller av Beställaren anlitat ombud, tillträde till och insyn i sin verksamhet i sådan utsträckning som krävs för att kontrollera att Leverantören lever upp till skyldigheterna enligt avsnitt "Grundläggande villkor" och "Policies och rutiner". Om produktionen sker hos underleverantör ska Leverantören använda sitt inflytande för att ge tillträde till produktionsanläggningen.

4.3.4 Sanktioner

I händelse av brott mot uppförandekoden har Beställaren rätt att göra gällande en eller flera påföljder mot Leverantören. Vilka dessa påföljder är framgår under övriga sanktionsavsnitt i kommersiella villkor.

4.3.5 Särskild hävningsgrund

Beställaren får med omedelbar verkan helt eller delvis häva avtalet om det framkommer att det i produktionen av utförandet av tjänsten har begåtts allvarliga överträdelser av de grundläggande villkoren med direkt koppling till avtalets tillämpningsområde.

4.4 UTFÖRANDE

4.4.1 Genomförande

För utförande av uppdrag/leverans enligt tecknat avtal gäller att samtliga angivna villkor, krav och förutsättningar ska gälla.

Villkor, krav och förutsättningar som inte anges i handlingar ingående i tecknat avtal men som underförstått och som är allmänt vedertaget inom branschen, ska också ingå i utförande av uppdraget.

Med detta som grund gäller också att uppdraget ska ses som ett totalåtagande, där Leverantören i

varje situation förväntas ta initiativ till lämpliga eller erforderliga åtgärder, oaktat om det uttryckligen angivits eller ej.

4.4.2 Leveransförsening och ersättningsleverans

Dröjsmål föreligger om uppdrag inte levereras enligt avtal eller annan överenskommelse mellan Beställaren och Leverantören, om inte dröjsmålet beror på omständighet orsakad av Beställaren.

Parterna förbinder sig att utan dröjsmål skriftligt meddela varandra om risk för försening föreligger, samt vilka åtgärder de avser att vidta för att eliminera uppkommen risk/minimera konsekvenserna av eventuell försening.

Underlåter Leverantören att lämna meddelande om befarat dröjsmål ska Leverantören ersätta Beställaren för de merkostnader som uppstått hos Beställaren till följd av att meddelandet inte lämnats i tid. Ersättning utgår oberoende och utöver vad som i förekommande fall i övrigt anges i avtalet om Beställarens påföljds möjligheter, exempelvis rätt till vite och skadestånd.

Kan Leverantören inte leverera ersättningsprodukt/tjänst har Beställaren, utöver viten, rätt till ersättning motsvarande skillnaden mellan Beställarens kostnad för att få leveransen utförd från annan leverantör och det med Leverantören överenskomna priset.

Om Leverantörens dröjsmål är av väsentlig betydelse för Beställaren har Beställaren rätt att häva den leverans som är i dröjsmål. Om dröjsmålet är av väsentlig betydelse för Beställaren äger Beställaren rätt att häva hela eller den del av avtalet som berörs. Vid hävning är Beställaren berättigad till ersättning för den skada som uppstått som en följd av dröjsmålet samt i förekommande fall vite.

4.5 UPPFÖLJNING OCH SANKTIONER

4.5.1 Möten

Leverantören ska vid behov medverka i uppföljningsmöten utan krav på särskild ersättning från Beställaren.

Uppföljningsmötena syftar till att säkerställa att den kvalitet och produkt/tjänst som avtalats erhålls. Uppföljningsmötena syftar även till att hantera förbättringsåtgärder och utvecklingsområden/projekt som uppkommer under avtalets gång.

4.5.2 Sanktioner och viten

Vid brister i Leverantörens åtaganden enligt detta avtal ska Leverantören i första hand alltid vidta rättelse utan onödigt dröjsmål. För det fall rättelse ej vidtas eller om bristen/felet uppstår igen äger Beställaren rätten av påkalla någon av sanktionerna under denna rubrik.

Beträffande brott mot uppförandekoden får Beställaren genom skriftlig begäran kräva att Leverantören inom fyra (4) veckor eller annan tid som Beställaren anger har tagit fram en tid- och åtgärdsplan för att avhjälpa brott mot avsnitt "Grundläggande villkor" och "Policys och rutiner". Beställaren ska godkänna tid- och åtgärdsplanen som ska stå i proportion till avvikelsernas art och tydligt beskriva hur de avhjälpas inom angiven tid.

Beställaren äger rätt att nyttja en eller flera av sanktionerna nedan parallellt. Tillämpning av en eller flera sanktioner påverkar inte Beställarens rätt till ytterligare sanktioner enligt detta avtal. Ingen sanktion enligt detta avtal ska betraktas som uttömmande eller exklusivt tillämplig i förhållande till viss brist eller fel i åtagandet.

4.5.2.1 Kvalitetscertifiering ej slutförd eller bibehållen

Om Leverantörens verksamhet vid tidpunkt för avtalsstart eller under avtalstiden inte är

kvalitetscertifierad förbinder sig Leverantören att erlægga vite om 25 000 kr per månad. Efter fyra (4) månader inträder grund för Beställarens hävning av avtalet varvid Leverantören blir ansvarig för Beställarens merkostnader till följd av hävningen, se bl.a. punkt Kvalitetscertifiering i kravspecifikationen.

4.5.2.2 Försening liggande sjuktransport

Om en beställd transport inte kommer på utsatt tid utgår vite enligt följande:

4 A: Vite om 1500 kr utgår för varje påbörjad timme räknat från beställd hämtnings/avlämningspunkt + 75 minuter

4 B: Vite om 1500 kr utgår för varje påbörjad timme räknat från beställd hämtnings/avlämningspunkt + 120 minuter

4 C: Vite om 1000 kr utgår för varje påbörjad timme räknat från beställd hämtnings/avlämningspunkt + 180 minuter

4.5.2.3 Försening transporter av avlidna

Vid beställning för avhämtning av avliden ska inställelse ske på bestämd avhämtningsplats (Östergötland) inom tre (3) timmar ifrån beställning.

Vid försening utgår vite om 1000 kr för varje påbörjad timme räknat från tidpunkten när beställningen gjordes + 240 minuter.

Vid överenskommen hämtningstid utgår vite om 1000 kr för varje påbörjad timme räknat från överenskommen tid + 60 minuter.

4.5.2.4 Måluppfyllnad liggande sjuktransport och transporter avlidna

Vite debiteras när färre än 90 % av transporterna utförts utanför angivna tidsramar.

Viten beräknas med 10 000 kr per understigande procentenhet per månad.

Avrundning sker till närmaste heltal.

Resultatet räknas per sex (6) månaders period, med början from. avtalets startdatum. Varje år innefattar två (2) sådana sex (6) månaders perioder.

Regleras halvårsvis.

4.5.2.5 Alkoholmätning

Om alkoholtester ej utförs enligt avtal förbinder sig Leverantören att erlægga vite om 20 000 kr per påbörjad månad.

Regleras halvårsvis alternativt vid varje aktuellt tillfälle.

4.5.2.6 Generellt vite

Utöver ovanstående viten.

Vid uppenbart avtalsbrott, som är av väsentlig karaktär för Beställarens verksamhet, har Beställaren rätt till vite. Vite utgår med 20 000 kr för varje sådant avtalsbrott. Om avtalsbrottet upprepas kan samma företeelse generera flera viten, dock max ett (1) vite per sjudagarsperiod. Om avtalsbrottet/avtalsbrotten upprepas eller inte upphör har Beställaren rätt att häva avtalet.

Regleras vid varje aktuellt tillfälle.

4.5.2.7 Övriga vite

Vite vid brott mot uppförandekoden

Om Leverantören inte följer den framtagna tid- och åtgärdsplanen som beskrivs ovan under "Sanktioner" eller inte vidtar sådana åtgärder som krävs enligt vad som anges under "Sanktioner" har Beställaren rätt att kräva att Leverantören betalar ett vite om 3 000 kr per påbörjad vecka som avtalsbrottet varar. Beställaren har även rätt att från Leverantören kräva motsvarande vite om Leverantören inte fullgör sina skyldigheter enligt avsnitt "Avtalsuppföljning".

Övrigt

I samband med debitering av vite tar Beställaren ut en administrationsavgift med tvåtusen (2000) SEK exklusive mervärdesskatt för varje påtalat vite.

4.5.2.8 Prisavdrag

Vid brist i Leverantörens åtagande eller leverans ska Beställaren ha rätt att göra ett skäligt prisavdrag för tjänsten som inte kan nyttjas.

4.5.2.9 Innehålla betalning

För det fall Leverantören inte fullgjort sina åtaganden enligt avtalet har Beställaren rätt att innehålla belopp motsvarande kostnaden för avhjälpande av fel eller brister samt i förekommande fall belopp motsvarande vite och ersättningsgill skada.

4.6 Miljö

4.6.1 Hållbarhet

Leverantörens egenkontroll

Leverantören har ansvar för att utföra egenkontroll (enligt 26 kap 19§ SFS (1998:808) miljöbalken) och för att upprätta egna rutiner för olika områden där Leverantören är ansvarig utförare. Rutinerna för egenkontroll enligt miljöbalken ska omfatta både de lagkrav som Leverantören omfattas av och Beställaren krav på miljöarbetet. Egenkontrollen ska dokumenteras och redovisas för Beställaren på avtalsuppföljning, en gång per år.

Beställarens kontrollprogram

Beställaren sjukhus är anmälningspliktiga enligt miljöbalken vilket innebär att tillsynsmyndigheten (respektive kommun) har utfärdat försiktighetsmått och föreläggande om kontrollprogram. Den egenkontroll och kontrollprogram som Beställaren är skyldig att utföra är i vissa delar arbetsuppgifter som bedrivs av Leverantören. Leverantören ska vara uppmärksam på eventuella förändringar i kontrollprogram som berör entreprenaden samt följa dessa förändringar i gällande program. Beställarens kontrollprogram erhålls av Beställaren. Leverantören ska vid avtalsstart ta kontakt med Beställarens Hållbarhetsenhet för genomgång av kontrollprogrammet och hur Leverantören berörs.

Driftstörningar/Miljöavvikelser

Det är viktigt att eventuella driftstörningar, olycka eller händelse som kan ha påverkan på människors hälsa och/eller miljö rapporteras till kommunens miljökontor och till Beställaren. Rutiner för rapportering och vilka åtgärder som ska vidtas vid en driftstörning framgår av respektive verksamhets kontrollprogram. Leverantören ska ha dokumenterade rutiner som beskriver åtgärder för att förhindra miljöpåverkan vid olycka eller driftstörning som kan ha påverkan på människors hälsa och/eller miljö.

Miljöavvikelser ska rapporteras in i Beställarens avvikelshanteringssystem Synergi. Avvikelser som kan generera driftstörningar och olyckor ska rapporteras. I samband med detta ska även åtgärdsförslag redovisas.

Verksamhetsförändring

Sker någon förändring av Leverantörens verksamhet som kan ha betydelse ur miljösynpunkt när det gäller risk för påverkan på människors hälsa och/eller miljö ska detta rapporteras till Beställaren.

Kostnader i samband med överträdelse av myndighetsbeslut

Kommunens tillsynsmyndighet kan utfärda miljöstraffavgift, vite eller åtal om en verksamhetsutövare har åsidosatt föreskrifter eller tillstånd och villkor som har meddelats med stöd av Miljöbalken (1998:808). Miljöstraffavgifterna anges i Förordning om miljöstraffavgifter (2012:259). I händelse av att Beställaren blir förelagd att betala miljöstraffavgift, vite eller andra kostnader vid åtal och överträdelsen är orsakad av att Leverantören har brutit i sitt ansvar eller arbetsuppgifter, och Leverantören inte kan verifiera sin oskuld, kommer Beställaren belägga Leverantören med motsvarande belopp.

4.6.2 Utfasning av hälso- och miljöfarliga ämnen i produkter

Leverantören ska driva ett aktivt arbete för att fasa ut hälso- och miljöfarliga ämnen i fordon och i kläder och andra relevanta produkter som används vid utförande av uppdraget. Med hälso- och miljöfarliga ämnen avses de som är klassificerade med nedanstående faroangivelser enligt gällande europeisk lagstiftning; Förordning (EG) nr 1272/2008 (CLP), varken i EU-harmoniserad klassificering (bilaga VI CLP-förordningen) eller vid självklassificering:

Faroklass Faroangivelse

Cancerframkallande H350, H351

Mutagen H340, H341

Reproduktionstoxisk H360, H361, H362

Farligt för vattenmiljön H400, H410, H411, H412, H413

I miljöplanen ska redovisning av följande ingå:

- Vilka ämnen och vilka produkter omfattas av utfasningsplanen?
- Om ämnen finns på Kandidatförteckningen i de produkter som omfattas av uppdraget ska denna information delges Beställaren.
- Hur har arbetet sett ut under året för att hitta ersättare till ämnet/ämnena?
- När planeras ämnet/ämnena att fasas ut?

Förklaring ingående ämnen

Som ingående ämnen räknas alla ämnen i produkten i halter över 0,1 viktprocent. Som ingående ämnen räknas avsiktligt tillsatta ämnen och föroreningar från råvarorna och i produkten.

4.6.3 Avfallshantering

Källsortering och hantering av avfall ska ske i enlighet med Beställarens [riktlinje 03900 Avfallshantering](#). Samlad information kring detta finns i [Region Östergötlands avfallsportal](#).

Från den 1 november 2020 ska verksamheter rapportera in antecknade uppgifter om farligt avfall till det nya avfallsregistret hos Naturvårdsverket. Detta kommer kunna göras antingen via e-tjänst eller genom att ansluta sitt verksamhetssystem till ett API. Leverantören ska, i det fall farligt avfall uppstår, ombesörja registrering av farligt avfall i det nya avfallsregister i enlighet med var tids gällande lagstiftning. Rutiner för registrering av farligt avfall är inte implementerade eftersom det pågår utredning på nationell nivå gällande omfattning av rapportering. Beställaren förbehåller sig rätten att under tecknad avtalsperiod göra förändringar i leverantörens uppdrag gällande registrering av farligt avfall i avfallsregistret. Leverantören ska vid utformning av sitt anbud beakta detta och acceptera denna förändring utan krav på ersättning.

4.6.4 Kemikaliehantering

Information om kemiska produkter

Hantering av kemikalier regleras i ett stort antal lagar och förordningar för att skydda yttre miljö och

arbetsmiljö och för att reglera hantering av brandfarliga varor. Leverantören får läsbehörigheter till kemikaliehanteringssystemet KLARA.

Märkningspliktiga kemikalier/kemiska produkter (märkta med faropiktogram och/eller riskfraser) som används i Beställarens lokaler ska årligen förtecknas med produktnamn, användningsområde, inventerad mängd och förbrukad mängd per år i Leverantörens egna kemikaliehanteringssystem. I förteckningen ska produktens klassificering med avseende på hälso- och miljöfarlighet framgå.

Leverantören ska på begäran av Beställaren, lämna in uppgifter enligt ovan om de märkningspliktiga kemiska produkter som använts.

Beställaren strävar efter att vara en giftfri organisation och ställer därför krav på kemikaliers innehåller, se bilaga utfasningslista. Det innebär att kemikalier som används inom uppdraget inte ska innehålla ämnen som finns upptagna på utfasningslistan.

Förvaring och märkning

Kemikalier och kemiska produkter ska förvaras på sådant sätt att olägenheter för människors hälsa eller för miljön inte uppstår. Flytande kemikalier och farligt avfall ska förvaras inom invallning. Invallningen ska rymma minst den volym som kan rinna ur den största behållaren samt 10% av övriga behållares volym. Förvaringsplatser ska märkas upp med skyltar och förpackning ska vara märkt med innehåll. Leverantören ska tillse att lämpligt saneringsmaterial finns lätt tillgängligt där hantering sker av kemikalier och flytande farligt avfall. Förvaring av kemiska produkter ska förvaras i utrymme där obehöriga ej har tillträde.

Antimikrobiella ämnen/Biocider

Produkterna ska vara fria från tillsats av ämnen i avsikt att ge en antimikrobiell funktion som till exempel antibiotika, klorhexidin, PHMB, triclosan, triclocarban, dimetylfumarat, och metaller (som Till exempel silver och koppar) och dess föreningar.

Definition biocidprodukt: enligt Artikel 3 i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 528/2012.

4.6.5 Årlig rapportering och uppföljning

Leverantören ska årligen senast den 15 februari redovisa följande:

- Märkningspliktiga kemiska produkter ska redovisas och innehålla följande; produktnamn, användningsområde, inventerad mängd och förbrukad mängd per år. I förteckningen ska produktens klassificering med avseende på hälso- och miljöfarlighet framgå.
- Substitution av kemiska produkter.
- Miljöavvikelser och åtgärdsförslag.
- Fordon som används i entreprenaden (registreringsnummer), förbrukad mängd och slag av drivmedel samt körda km i entreprenaden samt jämförelse från tidigare år, analys och åtgärdsplan för att minska bränsleförbrukning.

Leverantörens årliga rapportering av miljöarbete ska även innehålla beskrivning över hur arbete bedrivits för att efterleva:

- Egenkontroll enligt miljöbalken till exempel redovisning av åtgärder som genomförts under året med syfte att minska risker som kan ge upphov till olägenheter för miljön eller människors hälsa.
- Beställarens miljökrav.
- Analys och kommentar kring resultat.

Leverantören är skyldig att på begäran av Beställaren redovisa hur miljökraven uppfylls och efterlevs.

Leverantören är skyldig att möjliggöra för Beställaren att själv eller genom ombud utföra revision på plats hos Leverantören och/eller hos någon av Leverantörens underleverantörer för att säkerställa att villkoren uppfylls.

Leverantören ska i samband med uppföljning och revision tillhandahålla de dokument och de uppgifter i övrigt som behövs för att kontrollera att Leverantören, och i förekommande fall dennes underleverantörer, har uppfyllt sina åtaganden enligt dessa villkor. Leverantören ska också möjliggöra för berörd personal att delta i intervjuer i samband med revision. Leverantören står för sina egna kostnader i samband med kontroll/revision enligt ovan. Om Beställaren får till sig information som kan medföra en direkt eller indirekt hälso- eller miljörisk har Beställaren rätt att kräva åtgärder av Leverantören. Kan inte Leverantören presentera en godtagbar lösning som Beställaren bedömer utgör en mindre fara har Beställaren rätt att häva avtalet och övergå till annan tjänst som i vid aktuell tidpunkt bedöms vara ett bättre alternativ. Detta gäller även om informationen tidigare varit okänd för Leverantören.

4.7 LEVERANTÖRENS PERSONAL

4.7.1 Leverantörens personal

Leverantören ska utföra uppdraget i enlighet med god yrkessed. Leverantören eller dennes personal har inte rätt att utnyttja information eller dylikt på ett sådant sätt som direkt eller indirekt kan komma till skada för Beställaren.

I de fall Beställaren anser att Leverantörens personal saknar efterfrågad kompetens eller har uppenbara samarbetsvårigheter är Leverantören skyldig att utan oskäligt uppehåll ersätta med annan egen personal.

Leverantören har fullt arbetsgivaransvar för sig och sin personal. I arbetsgivaransvaret ingår bland annat kompetensutveckling och utbildning av personalen.

Det som i detta avtal anges om Leverantörens personal gäller även för av Leverantören eventuellt anlitad underleverantör.

4.7.2 Rätt till heltid

Leverantören ska för arbetstagare som utför arbete inom ramen för kontraktet, erbjuda rätt till heltid. Detta gäller även underleverantörer som direkt medverkar till att fullgöra kontraktet.

4.7.3 Avtal om tystnadsplikt

Se "Region Östergötlands allmänna villkor för kommersiella avtal".

Bilaga Avtal om tystnadsplikt ska undertecknas av berörd personal hos Leverantör. Undertecknade Avtal om tystnadsplikt ska på ett betryggande sätt förvaras hos Leverantören och ska på anmodan av Beställaren kunna uppvisas.

4.8 ERSÄTTNING

Leverantörens ersättning framgår av prisbilaga till avtalet. Samtliga avtalspriser är angivna i svenska kronor (SEK) exkl. mervärdesskatt. Expeditions-, fakturerings- eller andra avgifter får inte debiteras.

Beställaren kommer inte att kompensera för merkostnader kopplat till moms.

Angivna avtalspriser inkluderar Leverantörens samtliga ingående kostnader för uppdragets utförande såsom exempelvis personalkostnader, kostnader för eventuella hjälpmedel, utrustning, förbrukningsmaterial, support etc.

Offererade och avtalade ersättningar ska vara fasta för avtalsperiodens första tolv (12) månader. För kommande 12-månadersperioder har Leverantören rätt till uppräknig av ersättningen enligt Regionindex, se punkten Prisjustering.

Fast ersättning utbetalas månadsvis i förskott. Rörlig ersättning utbetalas månadsvis i efterskott efter faktura. Ersättning för uppdrag överintervall, utbetalas efter avstämning.

4.8.1 Fast ersättning

I den fasta ersättningen ingår samtliga uppdrag.

Grundpriset för avtalet ska avse upp till 13 500 stycken uppdrag per år på liggande sjuktransport.

För tjänsten transport av avlidna avser grundpriset uppdrag upp till 2 000 uppdrag per år.

Fast ersättning utbetalas månadsvis i förskott.

4.8.2 Rörlig ersättning

4.8.2.1 Uppdragsökning liggande sjuktransport

Om antalet uppdrag för liggande sjuktransport ökar utöver 13 500 uppdrag per år, utbetalas ersättning per 50 stycken överstigande uppdrag. Ersättning för överstigande uppdrag beräknas enligt totalpris för avtalet delat med 15 500 uppdrag gånger 0,7.

Exempel:

Anbud har lämnats på 15 500 000 kr. Volymen ett år var 210 uppdrag över angiven volym i avtal. Ersättning för överuppdrag blir då $15\,500\,000 \text{ kr} / 15\,500 \text{ uppdrag} \times 0,7 = 700 \text{ kr}$. Då utbetalas $200 \text{ uppdrag} \times 700 \text{ kr} = 140\,000 \text{ kr}$.

Överuppdrag regleras årsvis i efterskott per avtalsår.

4.8.2.2 Uppdragsökning transport av avlidna

Om antalet uppdrag för transport av avlidna ökar utöver 2 000 uppdrag per år, utbetalas ersättning per 25 stycken överstigande uppdrag. Ersättning för överstigande uppdrag beräknas enligt totalpris för avtalet delat med 15 500 uppdrag gånger 0,7.

Exempel:

Anbud har lämnats på 15 500 000 kr. Volymen ett år var 60 uppdrag över angiven volym i avtal. Ersättning för överuppdrag blir då $15\,500\,000 \text{ kr} / 15\,500 \text{ uppdrag} \times 0,7 = 700 \text{ kr}$. Då utbetalas $50 \text{ uppdrag} \times 700 \text{ kr} = 35\,000 \text{ kr}$.

Överuppdrag regleras årsvis i efterskott per avtalsår.

4.8.2.3 Ersättning vid resursförstärkning

Timpris för extrainsatt resurs med en (1) person på begäran av Beställaren är 700 kr/timme.

Timpris för extrainsatt resurs med två (2) personer på begäran av Beställaren är 900 kr/timme.

Följande omräkningskvoter påverkar ersättningen för extra insatt resurs, den omräkningsfaktorn med högst värde tillämpas:

- Vardag dagtid: ingen uppräkningsfaktor av timpriset
- Kväll/natt/helg uppräkningsfaktor av timpriset med en faktor 1,3
- Storhelg uppräkningsfaktor av timpriset med en faktor 1,7
- Kort varsel, d.v.s. mindre än 2 veckors framförhållning: uppräkningsfaktor av timpriset med en faktor 2,0

Definition av kväll/natt/helg/storhelg enligt Kollektivavtal, Ambulanssjukvårdare mellan Kommunalt och Vårdföretagarna Almega.

4.8.3 Indexjustering av priser

Regionindex beräknas med hänsyn tagen till inflation, löneförändringar och arbetsgivaravgifter.

Regionindex fastställs årligen, senast i november.

Regionindex för de fem (5) senaste åren är:

2021: 2,3%

2020: 3%

2019: 2,8%

2017: 2,6%

2016: 2,7%

Bonus och Viten indexjusteras inte.

4.8.4 Bonus

Måluppfyllnad

Bonus utgår när 96 % eller fler av transporterna har utförts inom angivna tidsramar.

Bonus beräknas med 10 000 kr per överstigande procentenhet per månad.

Avrundning sker till närmaste heltal.

Resultatet räknas per sex (6) månaders period, med början from. avtalets startdatum. Varje år innefattar två (2) sådana sex (6) månaders perioder.

Regleras halvårsvis.

4.9 FAKTURERING OCH BETALNING

4.9.1 Fakturering

Betalning får inte överlåtas på tredje part utan skriftligt godkännande av Beställaren. Beställaren ska ge sådant godkännande om inte särskilda skäl föreligger.

Fast ersättning utbetalas månadsvis i förskott. Rörlig ersättning utbetalas månadsvis i efterskott efter faktura.

I det fall fakturaunderlag inte kan eller bör levereras elektroniskt (ex. färdbiljetter, sekretessunderlag etc.) ska dessa insändas enligt överenskommelse.

Slutfakturering ska ske senast tre (3) månader efter fullgjort och godkänt uppdrag/leverans. Om fakturering sker senare har Beställaren rätt att göra avdrag på fakturerat belopp. Avdraget uppgår till fem (5) procent av det belopp som fakturerats för sent, dock minst 500 SEK.

4.9.2 Elektronisk fakturering

Leverantören ska fakturera Beställaren elektroniskt. Nedanstående format eller motsvarande hanteras:

- Inmatning av faktura i köparens kostnadsfria fakturaportal
- Svefaktura
- SFTI scenario 6
- SFTI scenario 9

PDF-faktura är inte att anse som elektronisk faktura.

Mer information om e-faktura hos Beställaren finns att läsa på <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Att-gora-affarer-med-oss/Fakturering/>.

4.9.3 Fakturaspecifikation

Fakturan ska innehålla följande uppgifter:

- Specifikation av utfört arbete
- Upparbetad tid samt övriga kostnader för perioden
- Ackumulerade timmar och kostnader
- Ärendenummer, avtalspris enligt avtalets prisbilaga.

Avtalspris ska på faktura anges exkl. moms varvid moms ska särredovisas på faktura.

4.9.4 Utställd och märkning

Fakturan ska skickas till:

Region Östergötland
Scanningsenheten
581 85 Linköping

Märkning:

Beställarreferens ska anges: 55810003 (8 siffror) Internt kallas detta CEOE-nr och är motsvarigheten till kostnadsställe. Finns det ett projektnummer ska även detta anges. Fråga efter numren vid den enhet som ska faktureras, dessa krävs för att fakturan ska komma rätt.

I de fall det finns ett ordernummer (OBS! 9 siffror) ska detta anges i standardfältet för ordernummer i svefakturaformatet och referensfältet ska lämnas tomt.

Påminnelser:

Påminnelser ska skickas per e-post till adressen ekonomi@regionostergotland.se.

4.9.5 Hantering av fakturaärenden

Med fakturaärenden avses frågor avseende fakturors innehåll.

Leverantören ska vara tillgänglig för fakturaärenden per telefon och e-post, vardagar mellan kl. 08.00 - 15.00. För dag före helgdag gäller tillgänglighet mellan kl. 08.00 – 12.00.

Leverantören ska återkoppla status till Beställaren senast nästkommande vardag efter det att ärendet inkommit.

Leverantören ska besvara fakturaärende inom tre (3) vardagar efter det att ärendet inkommit.

4.10 TECKNANDE AV AVTAL

För avtalets ikraftträdande krävs att båda parterna har undertecknat avtalet.

Detta avtal har upprättats i två likalydande exemplar, varav parterna har tagit var sitt. Bindande avtal föreligger när båda parter undertecknat detta avtal.

Underskrift av behörig avtalstecknare:

Köpare

Region Östergötland

2321000040

Säljare

Falck Ambulans AB

5562807395

Ort / datum

Ort / datum

Underskrift

Underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Befattning

Befattning



Dokumentet är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering.
Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Undertecknarens identitet är registrerad och listad här nedan.

Med min signatur bekräftar jag innehållet i ovanstående dokument.



Serienummer: fjOvdCk3vht5uoJt2rAdkA

FREDRIK HIORT AF ORNÄS

2022-02-09 10:03



Serienummer: sqxRAModMj2lh7uKhbbmrA

Charlotta Jonegård
Upphandlingschef

2022-02-09 11:17



Serienummer: oR9zsueSeDv6fFVzCY0viw

LENA LUNDGREN

2022-02-09 14:03



Serienummer: HgwADvrc1vK5mkPSi/yWOg

TORBJÖRN HOLMQVIST

2022-02-10 10:22

Detta dokument är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering.
Certifikat i detta dokument är säkra och validerade med hjälp av de matematiska hashfunktionerna i originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och har en tidsstämpel med ett certifikat från en pålitlig tredje part. Alla kryptografiska signeringscertifikat är inbäddade i PDF-filen och kan användas för godkännande i framtiden.

Hur man verifierar att dokumentet är i original

Detta dokument är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När du öppnar dokumentet i Adobe Reader ser du att det är certifierat i Visma Addos signeringstjänst. Detta garanterar att innehållet i dokumentet är oförändrat.

Du kan verifiera de kryptografiska signeringscertifikaten i dokumentet med Visma Addos validator på denna webbsida
<https://vismaaddo.net/WebAdmin/#/NemIdValidation>



Utöver detta dokument kan ett eller flera dokument och bilagor höra till försändelsen.
Alla dokument i försändelsen är listade nedan. I händelseloggen
står alla åtgärder som relaterar till signeringen av dokumentet.

Dokument i försändelsen

Detta dokument

Avtal UC-2020-253 Liggande sjuktransporter och transporter av avlidna Falck Ambulans AB.pdf

Övriga dokument i försändelsen

Region Östergötlands allmänna villkor för kommersiella avtal.pdf

Ovanstående dokument och bilagor som lämnats in i signerad form har skickats till alla parter via e-post eller en nedladdningslänk. Undertecknaden är ansvarig för nedladdning och säker lagring av dokument och bilagor.

Ladda ner dokument

Om du som undertecknare har fått en länk där du kan ladda ner dokumenten kommer den att vara giltig i upp till 10 dagar efter mottagande. Därefter kommer dokumenten att raderas från Visma Addo.

Händelselogg för dokument

Händelselogg för dokumentet

2022-02-09 09:51 Underskriftsprocessen har startat
2022-02-09 09:51 Underskriftsprocessen har startat
2022-02-09 09:51 Underskriftsprocessen har startat
2022-02-09 09:51 Underskriftsprocessen har startat
2022-02-09 09:51 En avisering har skickats till Lena Lundgren
2022-02-09 09:51 En avisering har skickats till Charlotta Jonegård
2022-02-09 09:51 En avisering har skickats till Torbjörn Holmqvist
2022-02-09 09:51 En avisering har skickats till Fredrik Hiort af Ornäs
2022-02-09 10:01 Autentiseringssidan har nåtts av Fredrik Hiort af Ornäs med metod BankID Sverige från IP-adress: 213.50.x.x
2022-02-09 10:01 Autentiseringssidan har nåtts av Fredrik Hiort af Ornäs med metod BankID Sverige från IP-adress: 40.94.x.x
2022-02-09 10:03 Dokumentet öppnades via länken som skickades till Fredrik Hiort af Ornäs
2022-02-09 10:03 FREDRIK HIORT AF ORNÄS har signerat dokumentet Avtal UC-2020-253 Liggande sjuktransporter och transporter av avlidna Falck Ambulans AB.pdf via BankID Sverige (Unikt ID: fJOvdCk3vht5uojt2rAdkA)
2022-02-09 10:04 Alla dokument har undertecknats av Fredrik Hiort af Ornäs
2022-02-09 11:17 Autentiseringssidan har nåtts av Charlotta Jonegård med metod BankID Sverige från IP-adress: 158.126.x.x
2022-02-09 11:17 Dokumentet öppnades via länken som skickades till Charlotta Jonegård
2022-02-09 11:17 Charlotta Jonegård har signerat dokumentet Avtal UC-2020-253 Liggande sjuktransporter och transporter av avlidna Falck Ambulans AB.pdf via BankID Sverige (Unikt ID: sqxRAModMj2lh7uKhbbmRA)
2022-02-09 11:18 Alla dokument har undertecknats av Charlotta Jonegård
2022-02-09 14:02 Autentiseringssidan har nåtts av Lena Lundgren med metod BankID Sverige från IP-adress: 90.236.x.x
2022-02-09 14:02 Dokumentet öppnades via länken som skickades till Lena Lundgren
2022-02-09 14:03 LENA LUNDGREN har signerat dokumentet Avtal UC-2020-253 Liggande sjuktransporter och transporter av avlidna Falck Ambulans AB.pdf via BankID Sverige (Unikt ID: oR9zsueSeDv6fFVzCY0vivi)
2022-02-09 14:04 Alla dokument har undertecknats av Lena Lundgren
2022-02-10 10:18 Autentiseringssidan har nåtts av Torbjörn Holmqvist med metod BankID Sverige från IP-adress: 158.126.x.x
2022-02-10 10:18 Dokumentet öppnades via länken som skickades till Torbjörn Holmqvist
2022-02-10 10:22 TORBJÖRN HOLMQVIST har signerat dokumentet Avtal UC-2020-253 Liggande sjuktransporter och transporter av avlidna Falck Ambulans AB.pdf via BankID Sverige (Unikt ID: HgwADvrc1vK5mkPSi/yWOg)
2022-02-10 10:23 Alla dokument har undertecknats av Torbjörn Holmqvist

Visma Addo

Visma Consulting • Gærtorvet 1-5 • 1799 Copenhagen V • Denmark
addo@visma.com • www.visma.dk/addo



(4)

KS-SA.2023.36

Arbetsplan 2023 sektor Stöd och Omsorg

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten



Arbetsplan 2023



Sektor stöd och omsorg

Innehållsförteckning

1 Ansvarsområdet omfattar	3
2 Vägen mot målen	3
2.1 Den resurseffektiva kommunen	3
2.2 Den öppna kommunen	3
2.3 Den hälsosamma kommunen	4
2.4 Den miljökloka kommunen	4
2.5 Den lärande kommunen	5
2.6 Den moderna kommunen	5

Arbetsplan sektor stöd och omsorg 2023

1 Ansvarsområdet omfattar:

1. **Äldreomsorg:** vård- och omsorgsboende, korttid, hemtjänst, närståendestöd och dagverksamhet för personer med demenssjukdom.
2. **Stöd vid funktionsnedsättning:** bostad med särskild service, boendestöd, daglig verksamhet, korttidsvistelse, korttidstillsyn, personlig assistans, kontaktperson, ledsagar- och avlösarservice.
3. **Individ och familjeomsorg:** Barn och ungdom, familjerätt, familjehem, vuxen och missbruk, ekonomiskt bistånd, råd och stöd, biståndshandläggning SOL/LSS (Socialtjänstlag och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade)
4. **Hälso- och sjukvård:** hemsjukvård och rehabilitering i ordinärt boende, hälso- och sjukvård i vård- och omsorgsboende och bostad med särskild service samt dagverksamhet och daglig verksamhet. PAH- uppdrag (primärvårdsansluten hemsjukvård).

2 Vägen mot målen

Året kommer att präglas av den ekonomiska situation sektorn befinner sig i. Detta kommer innebära begränsningar och utmaningar när det gäller resurser, kompetensutveckling, rekrytering mm.

2.1 Den resurseffektiva kommunen

Sektorn ska arbeta med de ekonomiska målen - en budget i balans, genom regelbundna uppföljningsmöten och månadsuppföljningar i Stratsys.

Mål och aktiviteter

- Månadsmöten enhetschef, ekonom och socialchef
- Månadsmöten enhetschef och socialchef
- Veckomöten ekonom och socialchef
- Månadsuppföljningar i Stratsys
- Organisationsöversyn
- Fortsatt arbete med åtgärder för en budget i balans
- Översyn av strukturella förändringar i samband med öppnandet av Ringgården

2.2 Den öppna kommunen

God tillgänglighet genom enkla kontaktvägar och information för den som behöver stöd och service från sektorn är viktig. Det ska vara lätt att finna information, såväl internt som externt, för att förenkla för medborgare och anställda.

Mål och aktiviteter

- Utvecklad och förbättrad information och service på hemsidan, t ex e-tjänster, info på olika språk
- Se över former för information och dialogtillfällen med medborgare
- Utveckling av sektorns delar på intranätet

2.3 Den hälsosamma kommunen

Värdegrundsarbetet ska under året ha fokus på att bibehålla och fånga upp den tysta kunskapen som finns i organisationen. Detta är särskilt viktigt för att minska sårbarheten som kan uppstå då det framöver blir en del pensionsavgångar. Utveckling av kvalitetsarbetet behöver fortgå med fokus på strukturer och implementering av dessa.

Behovet av ändamålsenliga kontinuitetsplaner i verksamheterna är stort och behöver prioriteras. Kommunens bostäder med särskilt service behöver förbättras utifrån tillgänglighet och effektivitet, detta gäller till del även daglig verksamhet. Arbetet med att utforma verksamheterna Ringgården och den kommande korttidsverksamheten (LSS) behöver ske under året.

För att skapa trygg hemgång från slutenvården finns behov av samordnat mottagande i form av hemgångsteam. Det är viktigt att arbetet med aktiviteter för äldre förankras så att arbetssätten blir väl implementerade i verksamheterna.

Tillämpa de strukturer och rutiner som tagits fram för samarbete med Arena arbetsmarknad. Fortsätta arbete med skola/förskola/barn- och elevhälsa de upparbetade och dokumenterade strukturer och göra dem hållbara under tid, förebyggande arbete. Individ och familjeomsorgen ska fortsätta att höja kvaliteten och uppföljningen runt placeringar.

Mål och aktiviteter

- Minska sårbarheten genom att fånga upp tyst kunskap
- Förbereda introduktion för nya chefer och nyckelpersoner
- Påbörja arbetet med kontinuitetsplanering i verksamheterna
- Översyn bostad med särskild service (LSS)
- Översyn daglig verksamhet
- Delta i arbetet kring ny korttidsverksamhet (LSS)
- Fortsatt arbete i syfte att undvika placeringar och hitta alternativ i samverkan (IFO)
- Planera och förbereda för uppstart av Ringgården
- Fortsatt samverkan och dialog med regionen efter fattade beslut gällande Vammarhöjden
- Starta hemgångsteam
- Upprätta verksamhetsbeskrivningar till Ringgården och korttidsverksamheten
- Skapa struktur och implementera arbetssätt via aktivitetsledare
- Fortsatt arbete med strukturer och rutiner i kvalitetsarbetet
- Arbeta för en ökad följsamhet av brukares rehabiliteringsplaner

2.4 Den miljökloka kommunen

Flera verksamhetsgrenar inom sektorn innebär många bilburna resor, vilket ställer krav på resurseffektiv planering. Som ett led i detta arbetar verksamheterna med alternativ som cyklar, effektiva gång- och körscheman och när möjlighet ges införskaffas alternativa miljöfordon. Fortsatt genomföra möten och utbildningar digitalt då det är lämpligt.

Mål och aktiviteter

- Se över effektivt resande i verksamheterna

- Fortsatt ha en hög andel digitala möten.

2.5 Den lärande kommunen

Sektorns bidrag till att minska arbetslöshet kan ske genom god samverkan mellan Arbetsförmedlingen, Arena arbetsmarknad och individ- och familjeomsorgen utifrån matchning av arbetslösas kompetens och arbetsmarknadens behov.

Mål och aktiviteter

- Individ- och familjeomsorgen ska tillämpa de strukturer som behövs för att samverka med Arena arbetsmarknad och Arbetsförmedling
- Sektorns verksamheter ska ta emot elever och praktikanter

2.6 Den moderna kommunen

- Sektorn ska under året medverka och ta del av den förvaltningsgemensamma satsningen i att stärka cheferna i deras ledarskap. Tillsammans med HR ska sektorn ta fram en långsiktig kompetensförsörjningsstrategi och en mer kortsiktig plan.

Mål och aktiviteter

- Ledarskapsutbildning
- Kompetensförsörjningsstrategi



Tjänsteställe/Handläggare

Avdelning Service och Samhällsbyggnad

Frida Andersson

Kommunsekreterare

Tel: 0123-191 34

E-post: Frida.m.andersson@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens stöd- och
omsorgsutskott

Arbetsplan 2023 sektor Stöd och Omsorg

Förslag till beslut i kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen noterar informationen om arbetsplan 2023 för sektor Stöd och Omsorg, samt lägger informationen till handlingarna.

Ärendebeskrivning

Sektor Stöd och Omsorg ska arbeta fram en arbetsplan utifrån kommunfullmäktiges beslut 2020-05-25 §51 Styrmodell för Valdemarsviks kommun. Med grund i resultatmål och resultatindikationer sammanställs en arbetsplan för sektorsövergripande mål och indikationer. Kommunstyrelsen delges de sektorsspecifika arbetsplanerna som information. Arbetsplanerna ligger sedan till grund för den styrning och ledning sektorcheferna utövar över verksamheten och omsätts först i respektive enhets lokala arbetsplan för att därefter möta medarbetaren i den individuella utvecklingsplanen.

Arbetsplanen för sektor Stöd och Omsorg beskriver sektorns arbetsområden för 2022 utifrån Mål- och budgetdokument som Kommunfullmäktige antog 2020-11-23 §117.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Marie Schmid

Sektorchef

Frida Andersson

Kommunsekreterare



(5)

KS-SO.2023.20

Planering och översyn i samband med Ringgårdens öppnande

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Sektor Service och Samhällsbyggnad

Lova Hästö

Kanslisamordnare

Tel: 0123-193 18

E-post: lova.hasto@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens stöd- och
omsorgsutskott

Planering och översyn i samband med Ringgårdens öppnande

Förslag till beslut i Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott

Utskottet uppdrar förvaltningen att till det extrainsatta utskottssammanträdet 2023-06-21

1. Redovisa underlag bestående av tid, bemanning samt alternativ och konsekvenser, rörande Ringgårdens öppnande.
2. Redovisa den ekonomiska rambudgeten (13 mkr) för 2023 samt investeringsbudgeten för inköp av inventarier nedbrutet

Ärendebeskrivning

I Valdemarsviks kommun finns i dagsläget fyra vård- och omsorgsboenden: Åldersro i Gryt, Gusums äldreboende i Gusum, Vammarhöjden i Valdemarsvik och Ringgården i Ringarum.

Inför nyöppnandet av Ringgården efter totalrenoveringen behövs en redovisning för 2023-2026 gällande bemanning/rekrytering, detaljerad beskrivning av tidsplanen inför uppstart, men även vilken inverkan detta kan få för övriga verksamheter.

Detta bör redovisas med relevanta alternativ, för att tydliggöra potentiella konsekvenser och hur dessa ska bemötas. Det behövs även en grundlig genomgång av den ekonomiska rambudgeten och investeringsbudgeten från dags dato till 2026.

Beslutet skickas till

Sektorchef

Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Karl Öhlander
Kommundirektör



NrParagrafNrLittera

ÄrendeNr Kod Fastighet

ProtokollBeskrivning

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Beslutsmottagare

Xxxxx

Akten

Justerare

.....

.....



NrParagrafNrLittera

ÄrendeNr Kod Fastighet

ProtokollBeskrivning

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Beslutsmottagare

Xxxxx

Akten

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Sektor stöd och omsorg
Anna-Lena Udenius
Kvalitets- och utvecklingsstrateg
Tel: 0123-193 56
E-post: anna-lena.udenius@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens stöd- och
omsorgsutskott

Beslut om avtal FOU

Förslag till beslut i Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen beslutar att ge uppdrag till sektorchef Marie Schmid att teckna avtal om medlemskap i FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete

Ärendebeskrivning

Bakgrund

FoU Centrum inom vård, omsorg och socialt arbete är sedan år 2000 ett samarbete mellan kommunerna i centrala och västra länsdelen med samverkan med Linköpings universitet och andra FoU- och forskningsmiljöer nationellt och internationellt. Huvudman för FoU Centrum är Äldrenämnden, Social- och omsorgsförvaltningen, Linköpings kommun. Regionala socialchefsnätverket i Östergötlands län har beslutat att förstärka den mellankommunala delen i Östergötlands läns Regionala stöd och samverkansstruktur (RSS-struktur) som en del i nationella partnerskapet för kunskapsstyrning. Det första steget i utvecklingen av den mellankommunala delen av RSS-strukturen är att kommunerna i östra länsdelen (Norrköping, Finspång, Söderköping och Valdemarsvik) blir medlemmar i FoU Centrum. I nästa steg kommer FoU Centrums verksamhet att bli en del av den mellankommunala RSS-strukturen i Östergötlands län. Linköpings kommun som huvudman erbjuder länets kommuner samverkansavtal för drift och utveckling av FoU Centrum som en del av en mellankommunal RSS-struktur.

Avtalstid

Avtalet gäller från och med 2023-07-01 och tillsvidare. Uppsägning av avtalet ska ske med ett års varsel, dock kan uppsägning tidigast ske 2025-01-01 med ett utträdande ur avtalet tidigast 2026-01-01.

Parternas åtaganden

Linköpings kommuns åtagande som huvudman är att ansvara för FoU Centrums bemanning och resurser för den överenskomna verksamheten samt att leverera innehåll enligt detta avtal. I Linköpings kommuns åtagande som huvudman ingår vidare att teckna avtal med externa samverkanspartners i FoU verksamheten som en del i den mellankommunala RSS-strukturen. Huvudmannen särredovisar ekonomiska medel från de samverkande kommunerna på ett särskilt konto i Linköpings kommuns ekonomisystem. Huvudmannen ansvarar för att strategiskt



utveckla verksamheten inom FoU Centrum i samspel med de kommuner som tecknat samverkansavtal.

Valdemarsviks kommun åtagande

Valdemarsviks kommun åtar sig, oavsett nyttjandegrad, att erlagga kostnad i enlighet med detta avtal. Valdemarsviks kommun åtar sig vidare att verka för användning och utveckling av FoU Centrums verksamhet. Ifall parterna inte uppfyller sina åtaganden enligt avtalet kan fråga om prisjustering initieras.

Ekonomi och kostnadsfördelning mellan parterna

Kostnaden för driften av FoU Centrum fördelas mellan samverkande kommuner genom att kommunerna betalar en årskostnad motsvarande 12 kr per invånare.

Beslutsunderlag

Samverkansavtal mellan Linköpings kommun och Valdemarsviks kommun om medlemskap i FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete

Beslutet skickas till

Sektorchef
Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Marie Schmid
sektorchef

Samverkansavtal mellan Linköpings kommun och Valdemarsviks kommun gällande medlemskap i FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete

Bakgrund

FoU Centrum inom vård, omsorg och socialt arbete är sedan år 2000 ett samarbete mellan kommunerna i centrala och västra länsdelen med samverkan med Linköpings universitet och andra FoU- och forskningsmiljöer nationellt och internationellt. Huvudman för FoU Centrum är Äldrenämnden, Social- och omsorgsförvaltningen, Linköpings kommun.

Regionala socialchefs nätverket i Östergötlands län har beslutat att förstärka den mellankommunala delen i Östergötlands läns Regionala stöd och samverkansstruktur (RSS-struktur) som en del i nationella partnerskapet för kunskapsstyrning.

Det första steget i utvecklingen av den mellankommunala delen av RSS-strukturen är att kommunerna i östra länsdelen (Norrköping, Finspång, Söderköping och Valdemarsvik) blir medlemmar i FoU Centrum. I nästa steg kommer FoU Centrums verksamhet att bli en del av den mellankommunala RSS-strukturen i Östergötlands län.

Linköpings kommun som huvudman erbjuder länets kommuner samverkansavtal för drift och utveckling av FoU Centrum som en del av en mellankommunal RSS-struktur.

Avtalets parter

Detta avtal gäller mellan Linköpings kommun (huvudman), organisationsnummer 212000-0449 och Valdemarsviks kommun, organisationsnummer 212000-0431.

Avtalstid

Avtalet gäller från och med 2023-07-01 och tills vidare. Uppsägning av avtalet ska ske med ett års varsel, dock kan uppsägning tidigast ske 2025-01-01 med ett utträdande ur avtalet tidigast 2026-01-01.

Parternas åtaganden

Linköpings kommuns åtagande som huvudman är att ansvara för FoU Centrums bemanning och resurser för den överenskomna verksamheten samt att leverera innehåll enligt detta avtal. I Linköpings kommuns åtagande som huvudman ingår vidare att teckna avtal med externa samverkanspartners i FoU verksamheten som en del i den mellankommunala RSS-strukturen. Huvudmannen särredovisar ekonomiska medel från de samverkande kommunerna på ett särskilt konto i Linköpings kommuns ekonomisystem.

Huvudmannen ansvarar för att strategiskt utveckla verksamheten inom FoU Centrum i samspel med de kommuner som tecknat samverkansavtal.

Valdemarsviks kommun åtar sig, oavsett nyttjandegrad, att erlagga kostnad i enlighet med detta avtal. Valdemarsviks kommun åtar sig vidare att verka för användning och utveckling av FoU Centrums verksamhet.

Ifall parterna inte uppfyller sina åtaganden enligt avtalet kan fråga om prisjustering initieras.

Personuppgiftsansvar

Äldrenämnden i Linköpings kommun är personuppgiftsansvarig för den personuppgiftsbehandling som sker inom FoU Centrum.

Ekonomi och kostnadsfördelning mellan parterna

Kostnaden för driften av FoU Centrum fördelas mellan samverkande kommuner genom att kommunerna betalar en årskostnad motsvarande 12 kr per invånare. Årskostnaden baseras på invånarantalet i kommunen per den 31 december året innan det år som faktureras. Årskostnaden i detta avtal beräknas i 2023 års prisläge och eventuell uppräknings av kostnaden beslutas i regionala socialchefs nätverket. Ekonomiska medel från de samverkande kommunerna i FoU Centrum särelevanteras i Linköpings kommuns ekonomisystem.

Utöver årskostnaden från samverkande kommuner har FoU Centrum intäkter genom externa medel (ex. EU-medel, forskningsmedel, nationella stimulansmedel) samt specifika uppdrag från enskilda kommuner.

Eventuella överskott används för kommungemensamma satsningar utifrån beslut i regionala socialchefs nätverket och överförs till kommande verksamhetsår.

Vissa utbildningssatsningar inom ramen för FoU Centrums verksamhet finansieras genom deltagaravgifter.

Avtalets innehåll

Samverkansavtalet innebär att Valdemarsviks kommun erbjuder följande tillgång till FoU Centrums verksamhet som en del av den mellankommunala RSS-strukturen:

- Deltagande i strategisk styrning och utveckling av FoU Centrum som en del i den mellankommunala RSS-strukturen. Styrningen sker genom regionala socialchefs nätverket och särskilt utsedd styrgrupp.
- Deltagande i projekt, satsningar och aktiviteter i FoU Centrums verksamhet som en del i den mellankommunala RSS-strukturen.
- Konsultativt forsknings- och utvecklingsstöd inom ramen för FoU Centrums resurser.
- Tillgång till FoU Centrums regionala, nationella och internationella samarbetskontakter.
- Tillgång till FoU Centrums spridningsaktiviteter, nätverk och forum.
- Möjligheter att beställa och genomföra kommunspecifika FoU-insatser/uppdrag inom ramen för FoU Centrums resursmässiga förutsättningar. Vid sådana insatser/uppdrag betalar beställande kommun en överenskommen ersättning till FoU Centrum.

Årskostnad för Valdemarsviks kommun

Årskostnaden för Valdemarsviks kommun blir 91 560 kr enligt 2023 års kostnadsnivå och eventuell uppräknings av årskostnaden sker efter beslut i regionala socialchefs nätverket. Årskostnaden baseras på Valdemarsviks kommuns invånarantal, 7 630, den 31 december 2022.

Kostnaden för 2023 justeras utifrån antal månader av 2023 som Valdemarsviks kommun är medlem.

Fakturering

Linköpings kommun fakturerar Valdemarsviks kommuns årskostnad i oktober innevarande verksamhetsår.

Uppföljning

Avtalet följs upp årligen mellan huvudmannen och Valdemarsviks kommun avseende Valdemarsviks kommuns aktuella och planerade medverkan i FoU-verksamheten som en del av den mellankommunala RSS-strukturen.

Tvister

Eventuella tvister gällande tolkning och tillämpning av samverkansavtalet eller dess bilaga, ska i första hand förhandlas mellan parterna. Om parterna inte kan komma överens i dessa förhandlingar ska tvisten avgöras i svensk allmän domstol med Tingsrätten i Linköping som första instans.

Linköpings Kommun Datum:

Valdemarsviks Kommun Datum:

.....
Linda Ljungqvist

.....
Namn

Social- och omsorgsdirektör

Titel

Social och omsorgsförvaltningen

Linköpings kommun



(7)

Nämnd.2023.6

Frågor

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten

Justerare

.....

.....