Region Stockholm

19

Upphandlings-dokument enligt LOU - upphandling av specialiserad kirurgi i öppenvård i Region Stockholm

HSN 2018-1634

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Planeringsenhet
Alexander Stavreski

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-04-26

HSN 2018-1634

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Upphandlingsdokument enligt lagen om offentlig upphandling – upphandling av specialiserad kirurgi i öppenvård i Region Stockholm

Sekretess
Denna handling är sekretessbelagd enligt 19 kap 3 § OSL (2009:400). Sekretessen fortsätter att gälla efter nämndens beslut och upphör när anbudsförfrågan offentliggörs. Om ärendet bordläggs eller återremitteras fortsätter sekretessen att gälla.

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) beslutade den 16 januari 2019 att upphandla specialiserad kirurgi i öppenvård för befolkningen i Region Stockholm. I ärendet redovisas ett förslag till upphandlingsdokument enligt lagen om offentlig upphandling, LOU (2016:1145).

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Upphandlingsdokument enligt LOU inklusive bilagor

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att upphandla specialiserad kirurgi i öppenvård enligt upphandlingsdokumentet

att uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma till nämnden för beslut om antagande av leverantör

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Behovsbeskrivning
Hälso- och sjukvårdsnämnden, HSN, beslutade den 16 maj 2017 (HSN 2017-0619) att upphandla tre objekt inom specialiserad kirurgi i öppenvården.

De tre objekten hade identiska uppdrag med ett ersättningstak om 28 miljoner kronor vardera inklusive en option om 30 procents ökning av vårdvolymer och därmed också ersättningstaket.

Innan upphandlingen (HSN 2017-0619) utfördes specialistvård inom kirurgi vid länets akutsjukhus och vid Ersta sjukhus samt hos privata vårdgivare. Inom specialiteten fanns även läkare som arbetade enligt lag om läkarvårdsersättning (LOL 1993:1651).

Den volym som utfördes av privata vårdgivare behövde upphandlas då avtalens giltighet för dessa privata vårdgivare hade löpt ut. Volymen uppskattades till ett värde om 69 miljoner kronor inklusive medicinsk service och läkemedel.

I behovsanalysen inför upphandlingen beaktades överföring av vårdvolymer från akutsjukhusen till vårdgivare utanför akutsjukhusen i enighet med Framtidsplanen. Hänsyn togs också till bland annat regionens tillväxt och till en eventuell ökad efterfrågan av vård från utomlänspatienter. Slutligen bedömdes att införandet av remisskrav skulle stimulera till ett omhändertagande av patienter i primärvården vilket påverkade behovet av upphandlad volym. Volymen uppskattades till ett totalt värde om 84 miljoner kronor.

Upphandlingen delades i tre objekt bland annat för att ge patienter möjlighet att välja vårdgivare. Flera vårdgivare ansågs också minska sårbarheten inom specialiteten. Jämfört med tidigare avtalssituation samlades uppdraget hos färre och större mottagningar i syfte att skapa goda förutsättningar för kollegialt lärande och ekonomiskt fördelaktiga anbud.

Hälso- och sjukvårdsnämnden tilldelade den 28 september 2017 (HSN 2017–0619) de tre objekten till GHP Kirurgkliniken Stockholm AB, GHP Gastro Center AB respektive Aleris Sjukvård AB. Tilldelningsbeslutet begärdes överprövat i förvaltningsrätten. Under överprövningsprocessen behövde anbudens giltighetstid förlängas varvid frågan gick ut till samtliga anbudsgivare. GHP Kirurgkliniken Stockholm AB valde att inte förlänga sitt anbud.

Region Stockholm vann överprövningsprocessen. Med anledning av att GHP Kirurgkliniken Stockholm AB valt att inte förlänga anbudets giltighetstid fattades ett nytt tilldelningsbeslut för det objekt som GHP Kirurgkliniken Stockholm AB skulle ha fått om de förlängt sitt anbud. Det nya tilldelningsbeslutet innebar att Aleris Diagnostik AB tilldelades ett objekt.

Förvaltningen har efter att tilldelningen vunnit laga kraft, tecknat avtal med GHP Stockholm Gastro Center AB för ett objekt. Objekten som tilldelades Aleris Sjukvård AB respektive Aleris Diagnostik AB har dock inte resulterat i ett undertecknande då parterna gjorde olika juridiska bedömningar om förutsättningen att teckna avtalen. Förvaltningen, och av förvaltningen anlitad intern och extern juridisk expertis, delade inte bolagens juridiska tolkning.

GHP Stockholm Gastro Center AB kan inte ta emot alla de volymer som var tänkta att totalt sett ingå i de tre olika objekten som ingick i upphandlingen inom specialiserad kirurgi i öppenvården (HSN 2017-0619). För att tillgodose vårdbehovet och patientsäkerheten har kompletterande lösningar beslutats (HSN 2018-1634). En av dessa är att genomföra en upphandling av de två återstående objekten.

Målgrupp
Målgruppen är patienter i behov av kirurgisk behandling för exempelvis bråck, gallsten, proktologiska besvär samt hudförändringar.

Nuvarande verksamhet
Utöver den vård som utförs av GHP Stockholm Gastro Center AB i enlighet med genomförd upphandling, har förvaltningen tagit fram kortsiktiga interimslösningar för att tillgodose vårdbehovet inom region via särskilt tilläggsavtal under 2019 med Ersta Diakonisällskap samt ett avtal med Capio Specialistcenter AB med en avtalstid om minst ett år och maximalt två år (HSN 2018-1634).

Upphandling
Den nu initierade upphandlingen för de två återstående objekten genomförs som förenklat förfarande enligt kapitel 19 i lagen om offentlig upphandling. Upphandlingen omfattar två objekt med identiska uppdrag och ersättningstak. Ersättningstaket för varje avtal är 28 miljoner kronor årligen. För att kunna hantera exempelvis ökat behov inom länet eller ökad efterfrågan från utomlänspatienter har förvaltningen rätt att årligen öka vårdvolymerna och därmed höja ersättningstaket för varje objekt med upp till 30 procent (option). Förvaltningen garanterar dock inte några volymer.

Uppdraget omfattar specialiserad öppenvård inom specialiteten kirurgi. I uppdraget ingår utredning, diagnostik, behandling och uppföljning, som varken kräver akutsjukhusens resurser eller högspecialiserad kompetens eller kan utföras av primärvården. I uppdraget ingår ansvar för komplikationer under det postoperativa förloppet förutsatt att besvären inte kräver akutsjukhusens resurser. Om patienten på grund av medicinska skäl behöver stanna kvar över natten ska vårdgivaren kunna erbjuda nödvändiga övervakningsresurser.

Avtalen tecknas för perioden 2020-04-01– 2024-03-31, eller om det tecknas senare; från det datumet och fyra år framåt. Därefter har förvaltningen möjlighet att, en eller flera gånger, förlänga avtalet upp till maximalt fyra år. En lång avtalsperiod ger patienter möjlighet till kontinuitet och sannolikt även ekonomiskt fördelaktiga anbud.

Ersättningsmodellen är prestationsbaserad och baserad på diagnosrelaterade grupper (DRG). Priserna beräknas utifrån vårdgivarens offererade DRG-poängpris och DRG-vikter enligt nationell viktlista. Vårdgivaren har kostnadsansvar för medicinsk service och rekvisitionsläkemedel (läkemedel som administreras av vårdgivaren i samband med behandlingen).

Vårdgivaren ska rapportera till relevanta kvalitetsregister inom området. Vid bristande inrapportering utgår ett vite omfattande 0,5 procent av den årliga ersättningen.

Uppföljning kommer att ske årligen. En uppföljningsplan har tagits fram för avtalet utifrån perspektiven behov, prestationer, kvalitet, och miljö. Tre vårdgivare, inkluderat tidigare tecknat avtal med GHP Stockholm Gastro centrum AB, med identiska uppdrag ger god möjlighet till jämförande uppföljning.

Vid anbudsutvärderingen kommer de två anbud som har lägst pris på efterfrågad kvalitet att antas. Med pris avses anbudsgivarens offererade DRG-poängpris.

För att anbuden ska vara aktuella för utvärdering behöver vårdgivarna uppfylla vissa kvalificeringskrav. Bland annat krävs erfarenhet av uppdrag inom hälso- och sjukvård, en plan för hur verksamheten ska organiseras och starta upp samt en stabil ekonomisk ställning.

Kvalitet i genomförandet av uppdraget säkerställs genom en detaljerad uppdragsbeskrivning där bland annat obligatoriska krav på kompetens hos medicinskt ansvarig, läkare och sjuksköterska, samt krav på utrustning och lokaler, framgår.

Överväganden
Förvaltningens bedömning är att tre identiska avtal med samma villkor och uppdrag kan ge stora fördelar exempelvis vid uppföljning av vårdproduktion och kvalitet. Således finns inga väsentliga skillnader i den nya upphandlingen jämfört med den tidigare (HSN 2017-0619), inte heller när det gäller upphandlingens förfarande och grund för tilldelning.

Ekonomiska konsekvenser
Sannolikt kommer upphandlingen att ge en effektivare vård då upphandlingen innebär avtal med färre vårdgivare än innan 2017. Upphandlingen sker med ett ersättningstak för varje objekt varför kostnadskontrollen är god.

Konsekvenser för patientsäkerhet
För att trygga kvalitet i utförandet ställs höga krav på medicinsk kompetens och adekvat utrustning och lokaler, samt verksamhetens storlek. Därmed säkerställs patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget innebär att tre vårdgivare, inkluderat tidigare tecknat avtal med GHP Stockholm Gastro centrum AB, har identiska uppdrag och bedöms därför medföra en ökad möjlighet till jämställd och jämlik vård.

Miljökonsekvenser
Förslaget bedöms medföra oförändrade miljökonsekvenser.

Administrativa konsekvenser
Krav på uppföljning och inrapportering i kvalitetsregister ställs i denna upphandling till skillnad mot tidigare avtal. För att hålla nere administrationen för vårdgivarna kommer uppgifter för uppföljning att så lång som möjligt inhämtas automatiskt från vårdgivarna

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Stefan Strandfeldt
Tf avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Björn Eriksson, 2019-04-26

Anbudsinfordran avseende Specialiserad kirurgi i öppenvård SLL1007

Innehållsförteckning

1. Kort information om Region Stockholm 4
2. Definitioner 4
3. Upphandlingsföremål och Upphandlingens omfattning 5
3.1. Hela eller delar av Upphandlingsföremålet 6
3.2. Tilldelning av avtal 6
4. Ikraftträdande och avtalstid 6
5. Information om upphandlingen 6
5.1. Upphandlande myndighet 6
5.2. Handläggare 6
5.3. Upphandlingsförfarande 7
5.4. Anbudsinlämning 7
5.5. Anbudstidens utgång 7
5.6. Anbudets giltighetstid 7
6. Anbudets form och innehåll 7
6.1. Språk och dokumentation 7
6.2. Obligatoriska krav 8
6.2.1. Obligatoriska krav som ska vara uppfyllda vid anbudstidens utgång 8
6.2.2. Obligatoriska krav som ska uppfyllas under avtalstiden 8
6.3. Kostnader för ingivande av anbud 8
7. Anbudspriser 8
8. Upplysningar under upphandlingen och förtydliganden av Upphandlingsdokument 9
8.1. Frågor under anbudstiden 9
8.2. Förtydliganden och rättelser under anbudstiden 9
9. Prövning av Anbudsgivare 9
9.1. Obligatoriska och fakultativa uteslutningsgrunder 9
9.2. Kvalificering 10
9.2.1. Anbudsgivarens ekonomiska och finansiella ställning 10
9.2.2. Anbudsgivarens tekniska och yrkesmässiga kapacitet 10
9.3. Åberopande av andra företags kapacitet 11
9.4. Lokaler 12
10. Utvärdering av anbud 12
10.1. Lika resultat efter utvärdering 12
11. Sekretess 12
12. Tilldelningsbeslut 13
13. Uppgifter om Anbudsgivaren 13

14. Inlämnande av anbud 14

Bilagor 14

1. Kort information om Region Stockholm

Region Stockholms huvuduppgift är att se till att länets invånare har tillgång till en väl fungerande hälso- och sjukvård och kollektivtrafik. Regionen står även för den långsiktiga planeringen för regionen, skapar förutsättningar för tillväxt samt bidrar till kulturen i länet. Mycket pengar satsas på forskning och på att förebygga hälsoproblem.

Stockholms län sträcker sig från Nynäshamn i söder till Norrtälje i norr. Här finns 26 kommuner av varierande storlek, som täcker en yta av 6 519 kvadratkilometer. Cirka 35 000 personer flyttar hit varje år och Stockholms län är det snabbast växande länet i Sverige. Länet har cirka två miljoner invånare, en femtedel av Sveriges befolkning. Region Stockholm är en av de största ekonomiska aktörerna i Sverige. Verksamheten bedrivs dels i förvaltningsform och dels i bolagsform.

Från och med den 1 januari 2019 har Stockholms läns landsting bytt namn och heter nu Region Stockholm.

Ytterligare information om regionen kan hämtas från www.sll.se.

2. Definitioner

De definitioner av begrepp och termer som återfinns i denna Anbudsinfordran äger tillämpning för samtliga upphandlingsdokument. I denna Anbudsinfordran ska därutöver följande begrepp och termer ha nedan angiven innebörd:

Förkortning/begrepp	**Innebörd**
Anbudsgivare/-en	Den/de som lämnar anbud i Upphandlingen.
Anbudsinfordran	Avser detta dokument, ”benämnt Anbudsinfordran”.
Arbetsdag	Avser måndag till och med fredag med undantag för röda dagar och helgdagar i Sverige. Midsommarafton, julafton och nyårsafton likställs med helgdag.
Beställaren	Hälso- och sjukvårdsnämnden genom hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom Stockholms läns landsting (Region Stockholm), org. nr. 232100-0016
Driftstart	Avser den dag från och med vilken Leverantören, enligt det kontrakt som tilldelas Leverantören som ett resultat av Upphandlingen, ska tillhandahålla Upphandlingsföremålet.

Leverantör	Den/de Anbudsgivare som tilldelas kontrakt enligt de förutsättningar som anges i Anbudsinfordran och som blir avtalspart till Beställaren.
LOU	Lag (2016:1145) om offentlig upphandling.
Upphandlingen	De åtgärder som vidtas av Beställaren i syfte att tilldela kontrakt avseende Upphandlingsföremålet.
Upphandlingsdokumenten	De dokument som används för att beskriva eller fastställa innehållet i Upphandlingen.
Upphandlingsföremål	De vårdtjänster inom kirurgi som är föremål för denna upphandling och vars omfattning beskrivs i punkten 3 nedan.

Anbudsgivare uppmanas att noggrant granska och analysera all information i Upphandlingsdokumenten samt alla eventuella förtydliganden, kompletteringar och de svar på frågor från Anbudsgivare, som Beställaren kommer att publicera.

3. Upphandlingsföremål och Upphandlingens omfattning

Denna upphandling avser specialiserad kirurgi i öppenvård. Målet med upphandlingen är att tillgodose behov av kirurgisk öppenvård. Avtalen ska också ta hänsyn till de förändringar som Framtidsplanen föranleder, såsom överföring av vårdvolymer från akutsjukhusen till vårdgivare utanför akutsjukhusen. Vårdtjänsterna ska levereras på ett högkvalitativt och kostnadseffektivt sätt.

Uppdraget omfattar utredning, diagnostik, behandling och uppföljning, som varken kräver akutsjukhusens resurser, kan utföras hos andra specialiteter eller kan utföras av primärvården. För uppdraget ska vårdgivaren bland annat kunna behandla olika typer av bråck, gallsten, proktologiska besvär samt hudförändringar.

På grund av eventuella strukturförändringar, valfrihetsreglerna samt nya eller förändrade medicinska behandlingsmetoder kan Region Stockholm inte garantera volymer under avtalsperioden.

Omfattning och beskrivning av efterfrågade tjänster i övrigt framgår av Bilaga 1 Specifik Uppdragsbeskrivning, Bilaga 2 Ersättningsvillkor samt Bilaga 2a Pris.

Upphandlingen består av två identiska objekt: objekt A och objekt B. Varje objekt har ett tak på 28 miljoner kronor årligen. För att kunna hantera exempelvis ökat behov inom länet eller ökad efterfrågan från utomlänspatienter har Region Stockholm rätt att årligen höja taket för varje objekt (A & B) med upp till 30 procent (option).

3.1. Hela eller delar av Upphandlingsföremålet

Anbud **ska** lämnas på samtliga tjänster i enlighet med Bilaga 1 Specifik Uppdragsbeskrivning.

3.2. Tilldelning av avtal

Förlaga till avtal återfinns i Bilaga 0 till Anbudsinfordran, Förlaga till Avtal.

Region Stockholm kommer att teckna avtal med en Anbudsgivare per objekt. Objekt A och objekt B är identiska. En Anbudsgivare kan bara antas för ett objekt.

De två kvalificerade Anbudsgivare med lägst poängpris kommer att antas för objekt A och objekt B.

Prövning och utvärdering av anbud framgår av punkt 10.

4. Ikraftträdande och avtalstid

Avtalstiden är fyra år med möjlighet för Region Stockholm att förlänga Avtalet med upp till fyra år.

Uppgifter om Avtalets ikraftträdande och avtalstid finns i Bilaga 0, Förlaga till Avtal. Sedan bindande avtal ingåtts mellan Beställaren och Leverantören kommer den kommersiella relationen att regleras av samtliga de villkor som framgår av Förlaga till Avtalet med tillhörande bilagor.

Tilldelningsbeslut utgör inte en accept av anbud, vilket innebär att bindande avtal föreligger först när Region Stockholm har undertecknat avtalet.

5. Information om upphandlingen

5.1. Upphandlande myndighet

Hälso- och sjukvårdsnämnden vid Stockholms läns landsting (Region Stockholm), organisationsnummer 232100-0016.

På hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag genomförs Upphandlingen av Upphandlingsavdelningen vid Regionsledningskontoret som också är en del av Region Stockholm.

5.2. Handläggare

Handläggare för denna upphandling är:

Anneli Evaldson

5.3. Upphandlingsförfarande

Denna upphandling genomförs som förenklat förfarande enligt lag (2016:1145) om offentlig upphandling.

5.4. Anbudsinlämning

Anbud **ska** lämnas in elektroniskt via http://www.tendsign.com.

På webbsidan finns instruktionsfilmer om hur det går till att lägga upp konto, hämta Upphandlingsdokument och att lämna in anbud samt kontaktuppgifter till systemsupport.

Personlig support i upphandlingssystemet Visma TendSign tillhandahålls normalt helgfri vardag klockan 07.00-17.00.

5.5. Anbudstidens utgång

Anbud **ska** ha inkommit senast xxxx.

Anbud som inkommer efter anbudstidens utgång får ej prövas.

5.6. Anbudets giltighetstid

Anbud **ska** vara bindande till och med den dag som infaller två (2) månader efter den dag då tilldelningsbeslut i Upphandlingen vunnit laga kraft eller, om Beställaren väljer att avbryta Upphandlingen, till och med den dag då Beställarens beslut att avbryta Upphandlingen vunnit laga kraft.

Om upphandlingen blir föremål för rättslig prövning kan Region Stockholm komma att begära förlängning av anbudets giltighetstid.

6. Anbudets form och innehåll

6.1. Språk och dokumentation

Anbudet **ska** vara skrivet på svenska, dock accepterar Region Stockholm följande undantag:

Att (i) enstaka ord, fraser samt vedertagna begrepp, (ii) CV, (iii) intyg eller certifikat, (iv) handlingar utfärdade av annan än Anbudsgivaren, (v) tekniska specifikationer och produktblad, eller (vi) liknande uppgifter eller handlingar, är avfattade på engelska, danska eller norska.

Observera att Region Stockholm genomför anbudsbedömning utifrån de efterfrågade delarna av anbudet. Extra handlingar eller uppgifter i anbudet som inte har efterfrågats av regionen, oavsett språk, kommer inte att beaktas.

6.2. Obligatoriska krav

Upphandlingsdokumenten innehåller obligatoriska, ovillkorliga krav som ska accepteras av Anbudsgivaren och uppfyllas antingen i samband med anbudsinlämning eller under avtalstiden.

6.2.1. Obligatoriska krav som ska vara uppfyllda vid anbudstidens utgång

De obligatoriska krav som ska vara uppfyllda vid anbudstidens utgång återfinns i Anbudsinfordran. Dessa obligatoriska krav markeras genom användning av ordet ”ska” i fet stil, enligt följande: **ska**. Förutsättningen för att ett anbud ska kunna prövas, utvärderas och antas är att dessa obligatoriska krav är uppfyllda.

Observera att det i Anbudsinfordran och dess bilagor kan förekomma att ordet ”ska” används i löpande text. Är det inte markerat med fet stil utgör det inte ett sådant obligatoriskt krav som ska vara uppfyllt i samband med anbudsinlämning.

Då upphandlande myndigheter har begränsade möjligheter att enligt LOU be om förtydligande eller komplettering av ofullständiga anbud, är det viktigt att anbudet innehåller efterfrågad och fullständig information. Anbudsgivaren behöver därför, innan anbudsinlämning, säkerställa att samtliga obligatoriska krav som ska vara uppfyllda i samband med anbudsinlämning är uppfyllda.

6.2.2. Obligatoriska krav som ska uppfyllas under avtalstiden

De uppdragsförutsättningar och avtalsvillkor som anges i Upphandlingsdokumenten i övrigt utgör obligatoriska krav som ska uppfyllas under avtalstiden i samband med Uppdragets genomförande.

6.3. Kostnader för ingivande av anbud

Anbudsgivare äger inte rätt till ersättning för nedlagt arbete i samband med anbudsgivning och svarar för samtliga sina kostnader för ingivande av anbud.

7. Anbudspriser

Anbudspriser **ska** anges i svenska kronor (SEK) exklusive mervärdesskatt. Anbudspris utgörs i denna upphandling av Anbudsgivarens offererade poängpris och **ska** inkludera samtliga kostnader för åtaganden enligt Upphandlingsdokumenten. Offererat poängpris **ska** anges i Bilaga 2a Pris.

Region Stockholm ersätter Anbudsgivaren i svenska kronor (SEK). Ersättningen beräknas utifrån offererat poängpris och DRG-vikter, se Bilaga 2a Pris. Ersättningen inkluderar eventuell momskompensation och är inklusive samtliga kostnader för åtaganden enligt upphandlingsdokumenten.

8. Upplysningar under upphandlingen och förtydliganden av Upphandlingsdokument

För att ta del av eventuella frågor och svar samt eventuella förtydliganden och rättelser krävs att den som begärt Upphandlingsdokument loggar in på sitt konto i aktuell Upphandling på http://www.tendsign.com. Sådana upplysningar under Upphandlingen blir sedan en del av Upphandlingsdokumenten. Den som begärt Upphandlingsdokument ansvarar för att hålla sig kontinuerligt underrättad.

8.1. Frågor under anbudstiden

Eventuella frågor angående denna Upphandling sker skriftligen via http://www.tendsign.com under rubriken ”Frågor och svar” i aktuell Upphandling. Samtliga inkomna frågor kommer att publiceras med svar under denna rubrik. Sista dag för att ställa frågor är tio kalenderdagar före anbudstidens utgång. Frågor inkomna därefter garanterar Region Stockholm inte svar på.

8.2. Förtydliganden och rättelser under anbudstiden

Om Upphandlingsdokumenten behöver förtydligas eller kompletteras med anledning av frågor till den upphandlande myndigheten eller av någon annan anledning, lämnas skriftligt förtydligande/komplettering senast sex kalenderdagar innan anbudstidens utgång till alla som begärt Upphandlingsdokumenten.

9. Prövning av Anbudsgivare

9.1. Obligatoriska och fakultativa uteslutningsgrunder

Anbudsgivare kommer att uteslutas från deltagande i Upphandlingen om grund föreligger enligt vad som anges i 13 kap. 1 § LOU.

Vidare kommer en Anbudsgivare att uteslutas om någon av i 13 kap. 2 § LOU angivna omständigheter föreligger.

En Anbudsgivare kan även komma att uteslutas från deltagande i Upphandlingen om grund föreligger enligt 13 kap. 3 § LOU.

Anbudsgivaren **ska** i upphandlingen göra en preliminär försäkran om att det inte finns grund för uteslutning enligt ovan. Preliminär försäkran görs genom att Anbudsgivaren lämnar in anbudet, se vidare punkt 14.

Anbudsgivare **ska** på Beställarens begäran inge bevis för att ingen av de omständigheter som anges i 13 kap. 1-2 §§ och 13 kap 3 § 2 p LOU föreligger för det egna företaget eller för företag vars kapacitet åberopas. Bevisen **ska** inte vara äldre än sex (6) månader räknat från sista dag att inlämna anbud. Om sådana bevis inte utfärdas i staten i fråga eller inte omfattar alla de

situationer som avses enligt nyss nämnda bestämmelser får dokumenten ersättas av en sådan utsaga som avses i 15 kap. 9 § LOU.

9.2. Kvalificering

9.2.1. Anbudsgivarens ekonomiska och finansiella ställning

Anbudsgivaren **ska** ha en stabil ekonomisk ställning.

Detta innebär att Anbudsgivaren **ska** ha en lägsta kreditvärdighet/rating enligt minst ett av följande alternativ: A (Bisnode), 50 (Creditsafe), 3 (UC), BBB (S&P), Baa3 (Moody's), BBB (Fitch) eller motsvarande om inte annat anges nedan.

Om Anbudsgivare, eller företag vars kapacitet åberopas för uppfyllandet av kravet på stabil ekonomisk ställning, innehar lägre kreditrating eller saknar möjlighet att lämna kreditrating, ska denne ändå anses ha uppfyllt kravet om Anbudsgivaren kan lämna en sådan förklaring, t.ex. genom hänvisning till skriftligt intyg från oberoende revisor, bankintyg eller liknande, att det ändå kan anses klarlagt att Anbudsgivaren, eller företag vars kapacitet åberopas för uppfyllandet av kravet på stabil ekonomisk ställning, innehar motsvarande ekonomisk stabilitet.

Anbudsgivare **ska**, som bevis på att ovanstående krav uppfylls, till anbudsansökan bifoga intyg från ett kreditmarknadsinstitut, eller lämna sådan förklaring som anges ovan.

Bevis enligt ovan får inte vara äldre än sex (6) månader, räknat från sista dag för inlämning av anbud.

Ifylls om tillämpligt:	Bilaga nr:

9.2.2. Anbudsgivarens tekniska och yrkesmässiga kapacitet

Anbudsgivaren **ska** ha förmåga och kapacitet att utföra tjänster i den omfattning och komplexitet som framgår av Bilaga 1 Specifik Uppdragsbeskrivning samt Bilaga 0, Förlaga till Avtal.

<u>Planerad organisation och uppstart</u>

Anbudsgivaren **ska** ha en planerad bemanning och dimensionering av personal samt ha resurser i övrigt så att driften av verksamheten enligt kraven i Bilaga 1 Specifik Uppdragsbeskrivning säkerställs vid driftstart.

Som bevis **ska** Anbudsgivaren redovisa:

- Beskrivning av den planerade organisationen inklusive bemanning och kompetens samt eventuella övriga resurser.

- Aktivitets- och tidplan som förslagsvis omfattar perioden mellan tilldelningsbeslut och tre månader efter driftstart.

Bifogas	Bilaga nr:

Erfarenhet

Anbudsgivaren **ska** vid anbudsinlämning ha utfört ett eller flera uppdrag inom hälso- och sjukvård under de senaste 3 åren. Minst ett av uppdragen **ska** ha ett årligt avtalsvärde om 2 miljoner kronor eller mer.

Som bevis **ska** Anbudsgivaren redogöra för hur kravet uppfylls genom att ange efterfrågad information i enlighet med referensformulär, Bilaga 9 Referensuppdrag Anbudsgivaren.

Bifogas	Bilaga nr:

Referenten hos uppdragsgivaren **ska** kunna bekräfta att Anbudsgivaren har utfört uppdraget enligt Anbudsgivarens beskrivning av referensuppdraget samt att de fullföljt avtalade villkor.

Beställaren har rätt att ta kontakt med angivna referenter. Anbudsgivaren meddelar angivna kontaktpersoner att de kan komma att kontaktas i samband med referenstagning.

9.3. Åberopande av andra företags kapacitet

Anbudsgivare får vid behov åberopa andra företags ekonomiska, tekniska och yrkesmässiga kapacitet. Om annans kapacitet åberopas till styrkande av uppställda krav på Anbudsgivare **ska** det framgå av anbudet.

I den utsträckning annans kapacitet åberopas till styrkande av uppställda krav på Anbudsgivare **ska** Anbudsgivare visa att åberopade resurser står till förfogande när kontraktet ska fullgöras. Anbudsgivare **ska** därför till sitt anbud bifoga en överenskommelse, ett bindande åtagande eller motsvarande som visar att Anbudsgivaren kommer att förfoga över nödvändiga resurser när kontraktet ska fullgöras. En avsiktsförklaring eller motsvarande icke-bindande viljeförklaring är inte tillräckligt som bevis på att Anbudsgivare förfogar över annans kapacitet.

Överenskommelsen, åtagandet eller motsvarande **ska** omfatta förhållandet mellan Anbudsgivaren och det företag (den juridiska person) som tillhandahåller den åberopade kapaciteten.

Vänligen notera att de krav som enligt ovan ställs vid åberopande av annans kapacitet även gäller om det företag vars kapacitet Anbudsgivare åberopar är ett annat företag inom den egna koncernen.

Bifogas	Bilaga nr:

9.4. Lokaler

Anbudsgivaren ska ha för uppdraget ändamålsenliga lokaler för uppdraget, Se punkt 1.4.2 i Bilaga 1 Specifik Uppdragsbeskrivning. Region Stockholm kommer inför driftstart att göra en kontroll av lokalerna och verifiera att kraven uppfylls. Inför kontrollen ska Bilaga 8a Checklista inför driftstart, 8b Checklista för lokaler - fysik tillgänglighet, Bilaga 8c Checklista vårdhygien – mottagningsverksamhet samt Bilaga 8d Checklista vårdhygien - operationsverksamhet, vara ifylld av Anbudsgivaren.

Anbudsgivare ska på anmodan lämna kopia på hyreskontrakt eller motsvarande som styrker tillgången till lokaler om Anbudsgivaren tilldelas kontrakt. Verksamheten ska vara samlokaliserad till en mottagning/fysisk adress.

10. Utvärdering av anbud

Prövning sker enligt punkt 9 Prövning av Anbudsgivare för de två Anbudsgivare som erbjudit lägst poängpris. Uppfyller Anbudsgivarna kraven enligt punkt 9 Prövning av Anbudsgivare går Anbudsgivarna vidare till utvärdering av anbud.

Utvärdering sker enligt nedan angivet utvärderingskriterium:

Pris

10.1. Lika resultat efter utvärdering

Har två eller flera anbud samma resultat efter utvärdering kommer Region Stockholm att lotta fram en vinnare. Vid en eventuell lottning kommer minst två handläggare att närvara och resultatet kommer att dokumenteras i ett lottningsprotokoll.

11. Sekretess

Enligt Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) gäller absolut anbudssekretess till dess att tilldelningsbeslut har meddelats eller upphandlingen på annat sätt avslutats. Därefter blir anbud och andra i upphandlingen ingående uppgifter offentliga såvida de inte omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen. Om Anbudsgivaren anser att de uppgifter som Anbudsgivaren lämnat omfattas av sekretess måste Anbudsgivaren i anbudet skriftligen begära detta och precisera vilka uppgifter som avses samt vilken skada som skulle åsamkas Anbudsgivaren om uppgifterna röjs.

Att en Anbudsgivare begärt sekretess utgör inte någon garanti för att de aktuella uppgifterna kommer att omfattas av sekretess, utan Region Stockholm kommer att göra en självständig sekretessprövning i varje enskilt fall, varvid tas i beaktande vad Anbudsgivaren anfört angående sekretess. Sekretessen kan slutligen komma att prövas av domstol.

Om Anbudsgivaren önskar att delar av anbudet omfattas av sekretess ombeds Anbudsgivaren att fylla i tabellen nedan och bifoga Anbudsinfordran till anbudet.

Bilaga med uppgifter som Anbudsgivaren anser ska omfattas av sekretess (ange namn och nummer på bilaga samt sidnummer)	Precisera vilka uppgifter som Anbudsgivaren anser ska omfattas av sekretess	Ange vilken skada som Anbudsgivaren skulle åsamkas om uppgifterna röjs

12. Tilldelningsbeslut

Samtliga Anbudsgivare kommer att meddelas via den e-postadress som angivits i Visma TendSign om vem/vilka som erhållit kontrakt.

Utifrån den preliminära tidplanen kommer tilldelningsbeslut att fattas i oktober.

13. Uppgifter om Anbudsgivaren

Uppgifter lämnas enligt nedan.

Företagsnamn	
Organisationsnummer	
Postadress	
Postnummer och ort	
Telefonnummer	
E-postadress	
Eventuell webbadress	

När Anbudsgivaren registrerar sig i upphandlingssystemet Visma TendSign anger Anbudsgivaren kontaktperson för upphandlingen. Denna kontaktperson erhåller all information som publiceras angående denna upphandling. Om ändring sker av uppgifterna under anbudets giltighetstid är det Anbudsgivarens ansvar att tillse att den upphandlande myndigheten erhåller uppdatering av uppgifterna.

14. Inlämnande av anbud

Inlämnande av anbud innebär att Anbudsgivaren accepterar samtliga obligatoriska krav och samtliga avtalsvillkor som framgår av Upphandlingsdokumenten.

Inlämnande av anbud innebär även att Anbudsgivaren lämnar en preliminär försäkran om att det inte föreligger skäl för uteslutning enligt punkt 9.1.

Bilagor

Anbudsinbjudan

0. Förlaga till Avtal
1. Specifik Uppdragsbeskrivning
2. Ersättningsvillkor
    a. Pris
3. Årlig uppföljning
    a. Uppföljningsplan
4. Informationshantering
5. Rapporteringsanvisningar
6. Allmänna villkor
7. Uppförandekod för leverantörer
8. a. Checklista inför driftstart
8. b. Checklista för fysisk tillgänglighet
8. c. Checklista vårdhygien - mottagningsverksamhet
8. d. Checklista vårdhygien – operationsverksamhet
8. e. Vårdhygieniska rutiner kring flexibla endoskop
9 Referensuppdrag Anbudsgivaren

Mellan

1. Region Stockholm,
   organisationsnummer 232100-0016,
   genom Hälso- och sjukvårdsnämnden (”**Beställaren**”) och
2. [**] organisationsnummer [**] (”**Vårdgivaren**”),

nedan gemensamt benämnda ”Parterna” och var och en för sig ”Part”,

har slutits följande

Vårdavtal

§ 1 Bakgrund

Region Stockholm, tidigare Stockholms läns landsting, har genomfört en upphandling av specialiserad kirurgi i öppenvård enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling som resulterat i detta Avtal. Parternas avsikt med detta Avtal är att Vårdgivaren ska utföra åtagandet på ett etiskt, kvalitativt och ekonomiskt effektivt sätt. Region Stockholm är huvudman för de tjänster som omfattas av detta Avtal.

Parterna är införstådda med att hälso- och sjukvårdsverksamhet är en verksamhet som är i ständig utveckling och som påverkas av bland annat lagstiftning, huvudmännens struktur- och verksamhetsförändringar, valfrihetsreglerna, nya och/eller förändrade diagnostik- och medicinska behandlingsmetoder samt demografiska förändringar. Detta kan påverka behovet av ovanstående tjänster vilket innebär att Region Stockholm inte kan garantera volymer under avtalsperioden.

§ 2 Definitioner

Avtal

Detta Vårdavtal med samtliga därtill hörande bilagor.

Befrielsegrund

Parts (Beställarens och Vårdgivarens) möjlighet att bli befriad från påföljd för underlåtenhet att fullgöra viss förpliktelse enligt Avtalet till följd av särskild omständighet som preciseras i § 12 ”Force majeure”.

Beställare

Region Stockholm genom Hälso- och sjukvårdsnämnden och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Driftstart

Den dag Vårdgivaren enligt Avtalet ska börja utföra Uppdraget.

Region Stockholm
Region Stockholm är beställare genom hälso- och sjukvårdsnämnden och hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Uppdrag

Det uppdrag Vårdgivaren har att bedriva hälso- och sjukvård enligt detta Avtal. Uppdraget beskrivs i bilagorna Specifik uppdragsbeskrivning och Allmänna villkor.

Uppstartsperiod

Tiden från och med att parterna undertecknat detta Avtal fram till Driftstart och då Vårdgivaren ska förbereda sig för att kunna utföra uppdraget.

Verksamheten

Vårdgivarens bedrivande av specialiserad kirurgi.

Vårdgivarguiden

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

Vårdgivare

Den person (juridisk eller enskild fysisk person) Beställaren tecknat Avtalet med, se inledningen av Avtalet.

Åtagande

Vårdgivarens åtagande att utföra Uppdraget och att fullgöra det som i övrigt anges i Avtalet.

§ 3 Avtalets omfattning och avtalsperiod

I detta avtal regleras Vårdgivarens bedrivande av kirurgisk öppenvård.

Avtalet gäller för perioden 2019-04-01 – 2023-03-31, eller om det tecknas senare; från det datumet och fyra (4) år framåt. Därefter har Beställaren möjlighet att, en eller flera gånger, förlänga avtalet upp till maximalt fyra (4) år.

Driftstart ska ske 2019-04-01.

Avtalsstarten kan senareläggas vid försenad driftstart, se § 5 nedan.

§ 4 Avtalsinnehåll

Villkoren för Vårdgivarens bedrivande av Verksamheten framgår av detta avtal.

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

0. Detta avtal

1. Uppdragsbeskrivning

2. Ersättningsvillkor

   a. Pris (+ instruktion)

3. Årlig uppföljning

a. Uppföljningsplan

4. Informationshantering

5. Rapporteringsanvisningar

6. Allmänna villkor

7. Uppförandekod för leverantörer

8. a. Checklista inför driftstart

8. b. Checklista för fysisk tillgänglighet

8. c. Checklista vårdhygien - mottagningsverksamhet

8. d. Checklista vårdhygien – operationsverksamhet

8. e. Checklista vårdhygien – flexibla endoskop

Bakgrunds-/tolkningsdata utgörs av

Förfrågningsunderlag och Frågor och svar samt ev. förtydligande.

Vårdgivarens anbud inklusive ev. förtydligande.

§ 5 Uppstartsperiod och Driftstart

Vårdgivaren ska under en Uppstartsperiod förbereda sig för driften av kirurgisk öppenvård.

Driftstart ska ske 2019-04-01.

För det fall Parterna skriver under Avtalet senare till följd av överprövning kan Driftstarten senareläggas efter överenskommelse mellan Parterna och godkännande av Beställaren.

Skulle fullföljandet av Åtagandet enligt detta Avtal försenas eller helt utebli vid överenskommen Driftsstart, har Region Stockholm rätt att fullgöra Åtagandet med egen eller andra Vårdgivares personal. Region Stockholm har därvid rätt till ersättning för uppkomna merkostnader samt vite med femtio (50) procent av dessa merkostnader.

Vårdgivaren ska skyndsamt vidta åtgärder för att undanröja förseningen. Om så inte skett inom 30 kalenderdagar från överenskommen Driftstart har Region Stockholm rätt att häva detta Avtal.

Vårdgivaren ska under Uppstartsperioden månatligen informera Beställarens kontaktperson om hur uppstartsprocessen fortlöper.

5.1 Kontroll inför Driftstart

Beställaren kommer ca två veckor före Driftstart att genomföra en uppföljning av om Vårdgivaren är färdig och förberedd att utföra Åtagandet. Uppföljningen kommer att ske på plats där Uppdraget ska bedrivas. Vårdgivaren ska delta i detta möte.

Beställaren kommer vid detta möte att följa upp att Vårdgivaren vidtagit de åtgärder som behövs för att Uppdraget ska kunna bedrivas enligt Avtalet. Beställaren kommer vid avstämningsmötet att gå igenom en särskild checklista, Bilaga 8.a. Checklista inför driftstart.

Inför kontrollen ska Bilaga 8.b. Checklista för fysisk tillgänglighet samt Bilaga 8.c. Checklista vårdhygien - mottagningsverksamhet och Bilaga 8.d. Checklista vårdhygien – operationsverksamhet, Bilaga 8e Checklista vårdhygien – flexibla endoskop, fyllas i av Vårdgivaren och skickas till Beställaren.

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

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

Vårdgivaren ska senast 30 dagar före Driftstart till Beställaren redovisa namn och CV på verksamhetschef samt medicinskt ansvarig.

§ 6 Vårdgivarens åtagande

Vårdgivaren åtar sig att från och med Driftstart bedriva verksamhet i enlighet med Avtalet.

Vårdgivarens verksamhet ska vara samlokaliserad till en mottagning/fysisk adress.

Vårdgivaren ska utföra Åtagandet som en självständig aktör och äger inte företräda Region Stockholm utöver vad som framgår av detta Avtal.

Samråd ska ske mellan Beställaren och Vårdgivaren innan Vårdgivaren inleder annan verksamhet i anslutning till den Verksamhet som Åtagandet omfattar.

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

I Vårdgivarens åtagande ingår att ha kapacitet under hela avtalsperioden för att producera upp till det årliga ersättningstaket.

§ 7 Utbildningsåtagande

Vårdgivaren ska på anmodan av Region Stockholm medverka i den kliniska delen av utbildningen och tillhandahålla platser för verksamhetsintegrerat lärande (VIL) för vård- och medicinstuderande till de olika professioner som tjänstgör hos Vårdgivaren. Där läkare tjänstgör ska Vårdgivaren på anmodan av Region Stockholm tillhandahålla plats för specialiseringstjänstgöring (ST), även allmäntjänstgöring (AT) kan bli aktuellt. Vårdgivaren är skyldig att tillhandahålla så många platser som Region Stockholm kräver.

Ersättning för vårdgivare som tillhandahåller platser för VIL betalas ut enligt schablon som fastställs varje år av Region Stockholm eller så ofta som Region Stockholm bestämmer. De närmare formerna för VIL-placeringar, AT och ST regleras i den specifika uppdragsbeskrivningen.

§ 8 Ersättningstak och option

Det årliga ersättningstaket inklusive patientavgifter är 28 000 0000 kronor.

För att kunna hantera exempelvis ökat behov inom länet eller ökad efterfrågan från utomlänspatienter har Beställaren rätt att höja det årliga ersättningstaket avseende total kostnad med upp till 30 procent (option).

Vid utlösande av option ska Beställaren skriftligen informera Vårdgivaren minst 3 månader i förväg.

§ 9 Ändrade ägarförhållanden

Väsentliga förändringar avseende ägarförhållandena hos Vårdgivaren eller hos Vårdgivarens eventuella moderföretag, ska utan dröjsmål skriftligen anmälas till Beställaren. På begäran av Beställaren ska Vårdgivaren lämna ytterligare information om de nya ägarförhållandena och om Vårdgivarens framtida möjligheter att uppfylla Avtalet. Beställaren ska därefter pröva om Avtalet ska fortsätta att gälla eller om Avtalet ska sägas upp jämlikt § 11.4 c) nedan. Beställaren ska skriftligen meddela Vårdgivaren om sitt beslut avseende Avtalets fortsatta giltighet.

§ 10 Brister i utförande av Åtagandet och sanktioner

Beställaren följer att Vårdgivaren uppfyller Åtagandet och vidmakthåller den kvalitet i utförande av Uppdraget som följer av Åtagandet. Uppföljningen sker bland annat genom analys och kontroll av inrapporterade verksamhetsdata, statistiska underlag, kvalitetsutfall, uppföljningsmöten och revisioner samt om Vårdgivaren följer lagar, förordningar och Region Stockholms policys. Om Beställaren konstaterar att Vårdgivaren brister i fullgörandet av Åtagandet har Beställaren rätt att vidta sanktioner mot Vårdgivaren. Beroende på bristens allvarlighet tillämpas olika sanktioner.

10.1 Vårdgivarens åsidosättande av skyldigheter – rättelse och innehållande av ersättning

Om Vårdgivaren åsidosätter sina skyldigheter enligt Avtalet har Beställaren rätt att uppmana Vårdgivaren att inom skälig tid vidta rättelse för att avhjälpa bristen. En sådan uppmaning görs genom att Beställaren tilldelar Vårdgivaren en skriftlig varning. Av varningen framgår när bristen ska vara åtgärdad. Av varningen framgår också att om bristen inte är åtgärdad vid denna tidpunkt äger Beställaren rätt att innehålla upp till fem procent av den ersättning som utbetalas varje månad fram till dess bristen är åtgärdad. När bristen är åtgärdad utbetalar Beställaren 80 procent av den innehållna ersättningen.

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

Vårdgivaren ansvarar för all sin rapportering till Beställaren. Vårdgivaren ska ha rutiner för att säkerställa att rapporteringen är korrekt. Om Vårdgivaren är osäker på Beställarens rapporteringsinstruktioner är det Vårdgivarens ansvar att införskaffa tillräcklig information för att rapporteringen ska vara korrekt.

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

§11 Förtida upphörande

11.1 Beställarens rätt till uppsägning av Avtalet till omedelbart upphörande

Beställaren har rätt att säga upp hela eller delar av Avtalet till omedelbart upphörande eller den senare dag som anges vid uppsägningen om Vårdgivaren i väsentligt avseende åsidosätter sina skyldigheter enligt Avtalet och inte vidtar rättelse efter erinran därom.

Exempel på väsentligt åsidosättande av skyldigheter enligt Avtalet – samt annan hävningsgrund enligt p. j) nedan – kan vara att:

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

b) allvarliga risker för patientsäkerheten föreligger,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.2 Skadestånd

Om Avtalet sägs upp enligt § 11.1 är Vårdgivaren skyldig att till Beställaren utge skadestånd för den skada denne lidit. Detta gäller dock inte vid Force majeure enligt § 12.

11.3 Uppsägning efter anmaning

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

11.4 Andra grunder för uppsägning av hela Avtalet till förtida upphörande.

a) I § 12 regleras parts rätt att säga upp Avtalet om Befrielsegrund föreligger enligt Force majeure,

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

c) Om ägarförhållandena hos Vårdgivaren eller hos dess moderföretag väsentligen förändrats och Beställaren enligt § 9 beslutar att inte godkänna den nya ägaren,

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

§ 12 Force majeure

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

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

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

Vårdgivaren är dock skyldig att fortsätta utföra Uppdraget under bl.a. kris- och katastrofläge enligt punkten 6.12 ”Katastrofsituation och höjd beredskap” i bilagan Allmänna villkor.

§ 13 Kontaktpersoner

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

Kontaktperson hos Vårdgivaren

Namn:

Telefonnummer:

E-postadress:

Kontaktperson hos Beställaren

Namn:

Telefonnummer:

E-postadress:

§ 14 Meddelanden

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

§ 15 Överlåtelse

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

§ 16 Tillämplig lag och tvister

Avtalet ska tolkas och tillämpas i enlighet med svensk rätt.

Tvist i anledning av Avtalet ska avgöras av allmän domstol med Stockholms tingsrätt som första instans.

§ 17 Omförhandling

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

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

§ 18 Efter Avtalets upphörande

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

När Vårdgivaren upphör att utföra Uppdraget enligt Avtalet ska patientjournalerna överföras till annan av Beställaren anvisad hälso- och sjukvårdspersonal som framöver ska svara för patientens vård och behandling. Om journalen finns hos Region Stockholm ska istället en kopia av journalen överföras. Patientens medgivande till överföring ska finnas. Vårdgivaren ska hantera patientjournaler, arkivmaterial och annan information i sin verksamhet avseende uppdraget i enlighet med gällande författningar och Region Stockholms riktlinjer för bevarande och gallring. Vid upphörande av Uppdraget ska Vårdgivaren stå för kostnader som kan uppkomma i samband med överlämnandet av handlingar. Vårdgivaren ska svara för att dokumentation upprättas vid överföring av patientjournal så att journal kan följas.

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

§ 19 Övrigt

18.1 Övriga avtalsvillkor

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

Att part inte vid ett eller flera tillfällen gjort gällande rättighet enligt Avtalet eller påtalat förhållande som är hänförligt till Avtalet, förtar inte denna parts möjlighet att göra gällande rättighet eller påtala förhållande vid ett senare tillfälle.

Denna möjlighet är inte tillämplig beträffande Vårdgivarens möjligheter att fakturera, som är begränsade i tiden och framgår av Ersättningsvillkor.

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

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

18.2 Mervärdesskatt (moms)

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

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

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

Ort och datum

Ort och datum

Region Stockholm
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

_____

Behörig avtalstecknare

_____

Behörig avtalstecknare

1 Specifik Uppdragsbeskrivning

1.1 Inledning

I Allmänna villkor beskrivs det generella uppdrag som gäller alla vårdgivare som har avtal med Region Stockholm. I denna bilaga beskrivs det specifika uppdraget för det aktuella vårdområdet/avtalet.

1.2 Kort om uppdraget

Uppdraget omfattar specialiserad kirurgi i öppenvård. Uppdraget omfattar utredning, diagnostik, behandling och uppföljning av patienter i behov av kirurgisk behandling för exempelvis bråck, gallsten, proktologiska besvär samt hudförändringar, vilka varken kräver akutsjukhusens resurser eller kan utföras av primärvården. LEON-principen (Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå) är vägledande.

1.3 Målgrupp

Målgruppen omfattar patienter folkbokförda i Sverige.

Patienter från andra landsting och regioner har med stöd av Patientlagen rätt att på egen hand söka öppenvård i Region Stockholm. Dock gäller att eventuella remisskrav såväl i hemlandstinget som i Region Stockholm ska vara uppfyllda.

Utöver ovan angiven målgrupp omfattar målgruppen följande patienter:

- Patienter som har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordningar (EEG 883/2004 och EEG 987/2009 om samordning av de sociala trygghetssystemen samt EEG 1408/71). Detta gäller även för EU-medborgare som är registrerade som arbetssökande i Stockholms län.
- Patienter som omfattas av konventioner eller överenskommelser om sjukvårdsförmåner som Sverige har ingått med andra länder, se Vårdgivarguiden.
- Asylsökande (personer som omfattas av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl.) som inte fyllt 18 år ska erbjudas vård i samma omfattning som den som erbjuds dem som är folkbokförda inom Stockholms län. Detsamma gäller för personer som inte har fyllt 18 år och som omfattas av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.
- Asylsökande och personer utan nödvändiga tillstånd som fyllt 18 år ska erbjudas vård som inte kan anstå.

1.3.1 Uppdragets målgrupp

Målgruppen omfattar personer 15 år eller äldre, enligt beskrivning av Uppdraget, se nedan punkt 1.4.

1.3.2 Prioritering av patientgrupper

För äldre med stora och sammansatta vårdbehov, patienter med omfattande funktionsnedsättningar samt kroniskt sjuka personer ska särskilt eftersträvas kontinuitet i vårdkontakterna.

1.4 Uppdraget

Uppdraget ska bedrivas inom Stockholms län, med undantag för Norrtälje kommun.

Uppdraget omfattar specialiserad kirurgi i öppenvård. Uppdraget omfattar utredning, diagnostik, behandling och uppföljning av patienter med sjukdomstillstånd som kräver kirurgisk behandling. Relevanta åkommor innefattar bland annat olika typer av bråck, gallsten, proktologiska besvär samt hudförändringar som inte kan excideras av dermatolog.

Uppdragets omfattning framgår specificerat i Bilaga 2 Ersättningsvillkor och Bilaga 5 Rapporteringsanvisningar.

Uppdraget omfattar:

- Nybesök med remiss, inkluderat att vid behov kunna erbjuda tid med kort varsel
- Återbesök, när så är medicinskt motiverat
- Dagkirurgiska ingrepp
- Utredning, diagnostik, bedömning och behandling samt uppföljning
- Konsultativt stöd i patientfrågor gällande kirurgisk vård till andra vårdgivare.

För Uppdraget ska Vårdgivaren:

- Erbjuda laparoskopisk ljumskbråckskirurgi.
- Vid bråckkirurgi erbjuda främre och bakre nätplastik.
- Rutinmässigt skicka borttagna polyper på patologisk-anatomisk diagnosticering (PAD).
- I första hand genomföra kolecystektomi med laparaskopisk metod.
- Hänvisa patient till relevant vårdnivå utifrån Uppdragets avgränsning (enligt LEON-principen).

- Dokumentera rökstatus i journalen i samband med att operation beslutas. Vårdgivaren ska informera om och hänvisa till rökavvänjning och dokumentera det i journalen.
- Ha riktlinjer och rutiner för sterilhantering.
- Ha riktlinjer och rutiner för smärtlindring.
- Ha lokal handlingsplan för hantering av komplikationer.
- I första hand utföra dagkirurgiska ingrepp i lokalanestesi med sederingsstöd efter behov. Regional anestesi och narkos används efter medicinskt övervägande.
- Vid medicinskt påkallat behov tillse att patienter regelmässigt undersöks, behandlas och följs upp av samma läkare.
- Ansvara för att patienten informeras om hur denne vid besvär efter operation på ett enkelt sätt kan kontakta Vårdgivaren. Patienten ska även informeras om möjligheten att snabbt kunna återkomma utan remiss om postoperativa komplikationer uppstår.
- Hantera postoperativa komplikationer och besvär som inte kräver akutsjukhusets resurser fram till klockan 22.00 operationsdagen samt under kontorstid under hela det postoperativa förloppet.
- Ansvara för att patienten informeras om var denne ska vända sig vid akuta besvär efter klockan 22.00 på operationsdagens samt efter kontorstid under det postoperativa förloppet.
- Om patienten på grund av medicinska skäl eller indikationer behöver stanna kvar över natten ska Vårdgivaren kunna erbjuda nödvändiga övervakningsresurser.

1.4.1 Avgränsning från Uppdraget

Avgränsning från Uppdraget:

- Vård som kräver akutsjukhusets resurser, kompetens och utrustning.
- Vård som kräver slutenvård eller annan högspecialiserad kompetens, exempelvis:
  - inklämda bråck och ärrbråck
  - proktologiska ingrepp på patienter med IBD
  - höga fistlar
  - behandling av abscesser med komplicerande fistelsystem
  - kolecystektomi på patienter med komplicerande omständighet som upprepade kolecystiter eller gallstas, eller som av annan anledning inte lämpar sig för laparaskopisk behandling.
- Vård som ska utföras inom annan specialistvård.
- Kirurgi som fordrar plastikkirurgisk kompetens.
- Variceroperationer.

- Vård som ska omhändertas inom primärvården, se www.viss.nu.
- Onkologisk behandling.
- Behandlingar och åtgärder som inte bekostas av Region Stockholm, till exempel kosmetisk kirurgi och hälsokontroller.

Vårdgivaren ska säkerställa att patienter som inte kräver omhändertagande av en specialist inom kirurgi eller som av andra skäl inte ingår i Vårdgivarens Uppdrag i enlighet med ovanstående hänvisas till relevant vårdgivare.

1.4.2 Krav på utrustning, resurser och lokaler

Vårdgivaren ska inom verksamheten ha:

- Särskilda lokaler avsedd för mottagningsverksamhet enligt krav på fysisk tillgänglighet och vårdhygien (se bilaga 8b och bilaga 8c).
- Särskilda lokaler avsedda för endoskopi enligt krav på fysisk tillgänglighet och vårdhygien (se bilaga 8b och bilaga 8c).
- Särskilda lokaler avsedda för operationsverksamhet enligt krav på fysisk tillgänglighet och vårdhygien (se bilaga 8b och bilaga 8d).
- Flexibla endoskop med tillhörande utrustning enligt gällande medicintekniska och vårdhygien krav (se bilaga 8e).
- Resurser för postoperativ övervakning.

1.4.3 Vårdprogram och riktlinjer

Vårdgivaren ska följa för Uppdraget relevanta nationella riktlinjer samt regionala och lokala vård- och handlingsprogram som finns i beslutstödet VISS, se Vårdgivarguiden.

Vägledande för Uppdraget är vid var tid gällande Regional cancerplan och styrande dokument avseende cancerstrategi i Region Stockholm , se Vårdgivarguiden.
Vårdgivaren ska arbeta i enlighet med de standardiserade vårdförlopp (SVF) som vid var gällande tid finns framtagna. Detta gäller vid avtalets start särskilt:

- SVF Tjock- och ändtarmscancer
- SVF Hudmelanom
- SVF Gallblåsecancer
- SVF Analcancer.

1.4.4 Kvalitetsregister

Vårdgivaren ska rapportera till och använda resultaten från alla för Uppdraget relevanta Nationella Kvalitetsregister, se Vårdgivarguiden, som stöd för systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Vårdgivaren ska exempelvis rapportera uppgifter till:

- Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi (GallRiks)

- Svenskt Bråckregister.

1.4.5 Samverkan

1.4.5.1 Samverkan för patientens bästa
Vårdgivaren ska samverka med vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för Uppdragets utförande. I detta ingår att utveckla och dokumentera arbetssätt och rutiner för samverkan.

1.4.5.2 Vårdprocesser
Vårdgivaren ska säkerställa att vårdprocessen ur ett patient- och närståendeperspektiv är så sammanhängande som möjligt.

Vårdgivaren ska vid behov och efter dokumenterat samtycke informera patientens husläkare, eller annan ansvarig läkare, om patientens aktuella vård och behandling. Detta gäller särskilt för äldre med stora och sammansatta vårdbehov, patienter med omfattande funktionsnedsättning, kroniskt sjuka patienter, barn och unga med behov av särskilt stöd, patienter med smärtproblematik och patienter med psykisk ohälsa.

Vårdgivaren ansvarar för överlämnande till annan vård- eller omsorgsgivare för att ge patienten god och samordnad vård. Så få kontaktpunkter som möjligt ska involveras i patientens möte med vården.

1.4.5.3 Vårdplanering
Vårdgivaren ska vid behov delta i vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare.

Vårdgivaren ska se till att patienten och vid behov närstående görs delaktiga i vårdplaneringen. Patientens samlade behov, det vill säga medicinska behov, omvårdnadsbehov och behov utifrån funktionsförmåga, ska vara utgångspunkt för den vård som planeras och erbjuds.

1.4.5.4 Övergripande samverkansöverenskommelser
Vårdgivaren ska känna till och följa beslut och riktlinjer i samverkans-överenskommelser som finns mellan Region Stockholm och andra huvudmän och som berör Vårdgivarens uppdrag, se Vårdgivarguiden. Vårdgivaren ska delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå.

1.5 Rehabilitering och sjukskrivning

Vårdgivaren ska beakta och bedöma patientens rehabiliteringsbehov och vid behov upprätta en individuell rehabiliteringsplan med hänvisning/remittering till identifierad mottagande vårdgivare.

Sjukskrivning ska ske som en integrerad del av vård och behandling.

Vårdgivaren ska följa den försäkringsmedicinska kommitténs rekommendationer, se Vårdgivarguiden.

1.6 Personal och kompetens

Vårdgivaren ska ha personal i den omfattning som krävs för att utföra Uppdraget i enlighet med Avtalet.

Vårdgivaren ska tillse att personalen har för Uppdraget adekvat utbildning och kompetens och får den kompetensutveckling som erfordras.

Personal med patientkontakt ska tala och förstå samt kunna läsa och skriva svenska.

Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetschefen har adekvat kompetens och tillräckliga kunskaper för att leda den systematiska utvecklingen av verksamhetens kvalitet i enlighet med verksamhetens ledningssystem. I detta ingår att vara väl förtrogen med och insatt i de lagar, förordningar, föreskrifter, riktlinjer, råd och rekommendationer som gäller för hälso- och sjukvården, både nationellt och lokalt.

Läkare inom Uppdraget ska vara av Socialstyrelsen godkänd specialist inom kirurgi. Läkare som är under utbildning till specialist (ST-utbildning) kan arbeta inom verksamheten under handledning av specialistläkare i kirurgi.

Medicinskt ansvarig för uppdraget ska ha minst fem års dokumenterad klinisk erfarenhet inom specialiteten efter avslutad och av Socialstyrelsen godkänd specialistutbildning[1]. Medicinskt ansvarig ska vara kliniskt verksam inom Uppdraget minst 20 procent, varje vecka med som minst åtta timmar.

Vårdgivaren ska skriftligen informera Beställaren om byte av medicinskt ansvarig läkare.

I verksamheten ska eftersträvas hög kontinuitet i bemanningen. Sjuksköterska som medverkar vid större operation, så som bråckoperation eller kolecystektomi, ska vara utbildad operationssjuksköterska.

1.7 Tillgänglighet

Vårdgivaren ska utföra Uppdraget på sådant sätt att kravet på var tid gällande tillgänglighet enligt Vårdgarantin samt fastställda regionala eller nationella ledtider uppfylls.

1.8 Tider för verksamhetens bedrivande

Mottagningen ska vara öppen och besök ska kunna ske alla vardagar. Mottagningen ska vara öppen minst 40 timmar per vecka.

Läkare ska vara tillgänglig på mottagningen dagligen helgfri måndag till och med fredag, under mottagningens öppettider.

Under mottagningens öppettider ska det vara möjligt att nå mottagningen på telefon och samtala med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Verksamheten ska bedrivas året runt.

Vårdgivaren ska erbjuda möjlighet att av- eller omboka tid samt förnya recept i 1177 Vårdguidens e-tjänster. Bokning av tid för nybesök får däremot inte erbjudas via 1177 Vårdguidens e-tjänster, annan bokningstjänst eller egen hemsida.

[1] Beräkning av tid för klinisk verksamhet: Arbetat minst 75 % av heltid, exklusive längre ledigheter för t ex studier, forskning, föräldraledighet eller sjukskrivning.

1.9 Digitala kanaler

Vårdgivaren förväntas att successivt erbjuda fler digitala vårdtjänster under avtalsperioden. Inom Region Stockholm pågår exempelvis ett arbete för att ta fram teknik och riktlinjer för olika former av digitala besök med video. Vårdgivaren kommer, när detta arbete är klart, få möjligheten att erbjuda denna typ av digitala besök. Dessa besök får, där det är medicinskt lämpligt, ersätta fysiska besök. För mer information, se Region Stockholm :s Policy för innovation och digitalisering.

1.10 Miljö

Vårdgivaren ska ha ett miljöledningssystem certifierat enligt ISO-standard 14001, EMAS eller motsvarande om ersättningen överstiger 20 miljoner kronor per år. Kravet på miljöcertifiering gäller också om Vårdgivaren är del av en koncern eller motsvarande vars sammanlagda årliga ersättning från Beställaren överstiger 15 miljoner kronor.

Kravet på att verksamheten är certifierad infaller senast 31 december året som följer det år 15 miljoner kronor i ersättning är överskriden.

Om vårdgivarens ersättning understiger 15 miljoner kronor per år ska denna vara miljödiplomerad av Beställaren om den inte är miljöcertifierad.

Diplomering ska ske senast ett år efter driftstart. Beställarens miljödiplom gäller ett år från den dag det godkänns.

1.10.1 Medicinska gaser

Åtgärder ska vidtas för att minimera utsläppen av klimatpåverkande medicinska gaser. Med medicinska gaser/anestesigas avses här inhalationsläkemedel innehållande de aktiva substanserna desfluran, isofluran och sevofluran.

1.10.2 Läkemedel

Vårdgivaren ska se till att läkemedelsförskrivande personal har utbildning i läkemedels miljöpåverkan.

Utbildningen ska avse läkemedels påverkan på miljön (d.v.s. ej arbetsmiljöfrågor). Senast efter fem år bör förskrivare genomföra ny utbildning eftersom kunskapsområdet utvecklats starkt.

1.11 Forskning, utveckling och utbildning

1.11.1 Forskning och utveckling

Vårdgivare med uppdrag från Region Stockholm ska delta i utveckling av vården och framtagande av nya läkemedel, behandlingsmetoder, medicintekniska produkter och diagnostika genom att medverka i forskningsprojekt, kliniska prövningar och kvalitetsutveckling samt genomförande av innovationsprojekt. Denna medverkan består bland annat i att tillhandahålla nödvändiga uppgifter från journal och laboratorierapporter och biträda med kompletterande uppgifter och tjänster. I förekommande fall skall vårdgivare delta i insamling, lagring och tillgängliggörande av prov, provdata och kliniska uppgifter inom ramen för vad som regleras i nationella eller regionala vårdprogram eller på annat sätt överenskommits i regionala eller lokala avtal.

Efter att informerat samtycke har inhämtats ska journaluppgifter, biobanksprover, provdata och liknande data om patienter tillgängliggöras för de ovan angivna ändamålen. Uppgifter om enskilda prov som sparas ska registreras i Stockholms medicinska biobank. Om detta är förknippat med väsentliga merkostnader regleras detta genom överenskommelse i varje enskilt fall mellan Vårdgivaren, biobanken och den som begär ut uppgifter eller prover.

1.11.2 Utbildningsuppdraget

Region Stockholm har ett lagstadgat ansvar att bedriva god hälso- och sjukvård. I det uppdraget ingår ett utbildningsåtagande i syfte att säkerställa återväxt av sjukvårdspersonal samt att säkra att utbildningen håller hög kvalitet. All landstingsfinansierad vårdverksamhet ansvarar för och ska vara med och bidra till en fungerande kompetensåterväxt inom sina respektive kompetensområden. Det innebär att vårdgivare, oavsett driftsform, ska medverka i av Region Stockholm beslutad utbildningsverksamhet. Vårdgivares utbildningsåtagande och ekonomiska ersättning ska ske på det sätt som anges nedan. Ersättningen kommer dels från statliga medel som Region Stockholm erhåller och dels av medel avsatta av Region Stockholm. De närmare detaljerna avseende det åtagande som förväntas av varje vårdgivare kan komma att regleras i ett separat dokument som syftar till att precisera vårdgivarens utbildningsuppdrag.

1.11.2.1 Läkares specialiseringstjänstgöring (ST)

Där läkare tjänstgör ska plats för ST-läkare tillhandahållas i proportion till verksamhetens innehåll och storlek. Detta innebär också att vårdgivaren ska tillhandahålla för ändamålet lämpliga lokaler. Samtliga vårdgivare som bedriver vårdverksamhet ska vara delaktiga i läkares specialiseringstjänstgöring. Region Stockholm kan uppdra åt vårdgivaren att fullgöra hela eller delar av detta uppdrag för en eller flera ST-läkare.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 2015:8) ska följas. Vårdgivaren ansvarar för att utbildningsplatserna håller den kvalitet och den inriktning som följer av kraven för specialiseringstjänstgöringen. Vårdgivaren är skyldig att tillse att handledare för ST-läkaren har genomgått den handledarutbildning som krävs för att fullgöra sitt utbildningsansvar. Utbildningen ska planeras och genomföras i samråd med ST-läkarens arbetsgivare. Vårdgivaren ska medverka i uppföljnings-, utvärderings- och kvalitetssäkringsarbete av ST-utbildning.

1.11.2.2 Ersättning ST

Den ersättning som erhålls för läkares specialiseringstjänstgöring går i huvudsak till den vårdgivare där ST-läkaren har sin anställning enligt i förväg fastställd fördelning enligt de riktlinjer som Region Stockholm ställer upp och kan inte omförhandlas.

1.11.2.3 Läkares allmäntjänstgöring (AT)

Om Region Stockholm anmodar detta ska utrymme för läkares allmäntjänstgöring tillhandahållas, där läkare tjänstgör, inom de specialiteter som ingår i allmäntjänstgöringen enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1999:5) och Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Region Stockholm kan uppdra åt vårdgivaren att fullgöra hela eller delar av detta uppdrag för en eller flera läkare.

Socialstyrelsens särskilda föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare (SOSFS 1999:5) ska följas. Vårdgivaren ansvarar för att utbildningsplatserna håller den kvalitet och den inriktning som följer kraven för allmäntjänstgöringen. Vårdgivaren är skyldig att tillse att handledare för AT-läkaren har genomgått den handledarutbildning som krävs för att fullgöra sitt utbildningsansvar. Allmäntjänstgöringen ska planeras och genomföras i samråd med AT-läkarens arbetsgivare. Vårdgivaren ska medverka i uppföljnings-, utvärderings- och kvalitetssäkringsarbete av allmäntjänstgöringen.

1.11.2.4 Ersättning AT

Den ersättning som erhålls för läkares allmäntjänstgöring går i huvudsak till den vårdgivare där AT-läkaren har sin anställning enligt i förväg fastställd fördelning enligt de riktlinjer som Region Stockholm ställer upp och kan inte omförhandlas.

1.11.2.5 Verksamhetsintegrerat lärande (VIL)

Vårdgivaren ska på anmodan av Region Stockholm tillhandahålla platser för verksamhetsintegrerat lärande (VIL) för vårdstuderande till de olika professioner som tjänstgör hos Vårdgivaren. Vårdgivaren ska ansvara för att de kliniska utbildningsmiljöerna håller den kvalitet som följer av examenskraven för respektive utbildning och medverka i utvärderingar, uppföljningar och utvecklingsarbete. Universitetskanslersämbetet (UKÄ) förutsätter att VIL skall vara högskolemässigt. Med högskolemässighet inom VIL avses studenters möjligheter samt förutsättningar att inför sin kommande profession kunna:

- integrera teori och praxis för att träna och utveckla sina kunskaper och färdigheter

- utveckla kritisk, reflekterande hållning samt förmåga till problemlösning

- följa kunskapsutveckling inom sitt kompetensområde analysera, värdera och pröva sina kunskaper, färdigheter och förhållningssätt.

De som handleder studenter ska ha handledarkompetens eller annan likvärdig pedagogisk utbildning, för närmare beskrivning se dokumentet, Rekommenderad pedagogisk kompetens för medarbetare i Region Stockholms vårdverksamheter där studerande utbildas.

I utbildningsuppdraget ingår också att delta i de regelbundna handledarmöten som arrangeras av aktuellt lärosäte. Vårdgivaren ska medverka i lärosätenas utvärderings- och kvalitetssäkringsarbete av verksamhetsförlagd utbildning.

Vårdgivaren ska kunna ta emot studerande motsvarande minst 10 veckor per heltidsanställd och år. Utbildningsplatser ska tillhandahållas för studerande på utbildningar till de professioner som finns anställda hos vårdgivaren. Vårdgivaren ska i första hand ta emot vårdstuderande från gymnasie-, YH-, universitets- och högskoleutbildningar inom Stockholms län.

Platser för verksamhetsintegrerat lärande (VIL) hanteras via det elektroniska kliniska placeringsprogrammet KliPP eller annat program som lärosätet eller Region Stockholm tillhandahåller.

1.11.2.6 Ersättning VIL

Ersättning för vårdgivare som tillhandahåller platser för VIL betalas ut enligt schablon som fastställs varje år av Region Stockholm eller så ofta som Region

Stockholm bestämmer. I dokumentet ”Utbildningsdirektiv 2017” regleras hur utbildningsmedel för VIL fördelas och vad de ska användas till under 2017. Ersättningen kan inte omförhandlas och samtliga vårdgivare, oavsett driftsform, erhåller ersättning enligt Region Stockholm :s riktlinjer.

1.12 Läkemedel

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

När patient behandlas med läkemedel som administreras på öppenvårdsmottagning, inom dagvård eller i slutenvård svarar Vårdgivaren för kostnaden för läkemedel.

Då patient överförs till annan vårdgivare ska patienten förses med läkemedel fram till planerat återbesök, oavsett var detta kommer att ske. Vårdgivaren ska informera mottagande vårdgivare om aktuell läkemedelsbehandling och planerade förändringar i medicineringen.

Vårdgivarens förskrivning ska ske i enlighet med rekommendationer som utfärdas eller förmedlas av Stockholms läns läkemedelskommitté inklusive Kloka listan© och Kloka råd.

Vårdgivaren ansvarar dessutom för att patienternas hela läkemedelsbehov tillgodoses under slutenvårdstiden.

Recept ska vara försedda med kvalitetssäkrad identifikation som innehåller personlig förskrivarkod och arbetsplatskod. Arbetsplatskod ska vara kopplad till Vårdgivarens uppdrag enligt detta Avtal.

Vårdgivaren ska tillse att Vårdgivarens arbetsplatskoder används på ett korrekt sätt, se Vårdgivarguiden.

Alla kontakter och all samverkan som Vårdgivaren har med läkemedelsföretag och medicinsktekniska företag ska följa de avtal och överenskommelser som har träffats av Region Stockholm med berörda intressentorganisationer, se Vårdgivarguiden.

Vårdgivare som avser att genomföra klinisk läkemedelsstudie ska senast i samband med ansökan till Läkemedelsverket/etikprövningsnämnd anmäla detta till Stockholms läns läkemedelskommitté samt ta kontakt med Stockholms regionala biobankscenter eller vederbörande ansvarig för biobankshantering av insamlade prover. Vårdgivaren ska försäkra sig om att resurser finns för fortsatt eller avslutande behandling efter det att studien upphört.

Mer information och instruktioner om Läkemedel finns på Vårdgivarguiden under området Läkemedel.

Vårdgivaren ska genomföra läkemedelsgenomgångar i enlighet med Region Stockholm :s riktlinjer, se Vårdgivarguiden.

Vårdgivaren ska delta i Region Stockholm :s arbete med ordnat införande och uppföljning av nya läkemedel, samt följa gällande rekommendationer.

Förskrivare av specialläkemedel är ansvarig för att bistå patientens husläkare vid läkemedelsgenomgång samt för kunskapsöverföring gällande förskrivna specialläkemedel.

1.13 Medicinsk service

Medicinsk service är patientbunden diagnostik och laboratorieanalyser utförda efter remiss. Tjänster som därmed avses är laboratoriemedicin, radiologi, klinisk fysiologi, klinisk neurofysiologi, gastrointestinal endoskopi, spermaprover, transfusionsmedicin och nukleärmedicin samt biobankshantering och vävnadsinrättning.

För nyttjande av medicinsk service där Vårdgivaren har hela kostnadsansvaret, ska Vårdgivaren välja leverantör som har avtal med Region Stockholm eller är ackrediterad av Swedac eller motsvarande organ i utlandet.

Vårdgivaren får endast ställa krav på att medicinsk service ska ha utförts av remittenten om detta är remittentens ansvar enligt www.viss.nu.

Vårdgivare som bedriver eget närlaboratorium ska ha ackrediterat detta hos Swedac.

Vårdgivare som utför så kallade patientnära analyser ska kvalitetssäkra analyserna genom avtal med ett av Swedac-ackrediterat laboratorium. För definition av patientnära analyser, se Vårdgivarguiden. Vårdgivaren ska följa Beställarens anvisningar för kvalitetssäkring av de patientnära analyserna, se Vårdgivarguiden.

Beställaren äger rätt att granska Vårdgivarens förskrivning av medicinsk service.

Vid utfärdande av remiss avseende medicinsk service ska på remissen anges Kombikakod eller HSA-ID enligt Beställarens anvisningar för den egna Verksamheten som drivs enligt detta Avtal. Remiss till medicinsk service får endast utfärdas för patienter som vårdas i verksamhet som omfattas av detta Avtal. Kombikakod eller HSA-ID för någon annan verksamhet får inte användas, se Vårdgivarguiden.

1.14 Hjälpmedel och visst förbrukningsmaterial

Vårdgivaren ska efter behovsbedömning förskriva hjälpmedel, förbrukningsmaterial eller näringsprodukter enligt Region Stockholm :s anvisningar, regler och beställningsrutiner, se Hjälpmedelsguiden via Vårdgivarguiden. Vårdgivaren ska vara väl förtrogen med aktuellt hjälpmedelsutbud, följa upp förskrivna hjälpmedel samt även i övrigt fullfölja sitt förskrivansvar.

Vårdgivaren ansvarar för att ta ut eventuell avgift av patienter/brukare för hjälpmedel enligt Region Stockholm :s beslut, se Vårdgivarguiden. Avgiften ska tillfalla Beställaren.

1.15 Remisser

Vid remittering ska Vårdgivaren följa aktuellt regelverk för remittering, se Vårdgivarguiden.

Patient som kommer till Verksamheten ska ha remiss från annan vårdgivare.



1.16 Jämlik och jämställd vård

Vårdgivaren ska vid planerandet och utförandet av sitt uppdrag verka för att vården ska vara jämlik och jämställd i enlighet med Region Stockholms policyer och program, se Vårdgivarguiden.

2 Ersättningsvillkor

2.1 Ersättningssystemet

2.1.1 Allmänt

Ersättningssystemet består av två delar: dels beskrivningssystemet som beskriver patientens kontakter med vården, dels ersättningsmodellen som omfattar Beställarens ersättningar till Vårdgivaren.

Vårdgivarens uppdrag som beskrivs i Specifik uppdragsbeskrivning utgör grunden för Vårdgivarens rätt att fakturera enligt detta Avtal.

2.2 Ersättningsmodellen

2.2.1 Produktionsrelaterad ersättning

Beställaren ersätter Vårdgivaren för utförda prestationer åt patienter folkbokförda i Region Stockholm som rapporteras enligt Beställarens krav och anvisningar enligt Avtalet. Ersättning för andra patienter se punkt ”Ersättningar för vård av personer ej folkbokförda i Region Stockholm”.

Utförda prestationer beskrivs utifrån Nord-DRG 2017. Ersättning för varje DRG-produkt beräknas utifrån viktlistan nedan och Vårdgivarens offererade poängpris (se Bilaga 2a Pris). DRG-vikterna förblir oförändrade under avtalsperioden.

DRG	Vikt
F09O Mindre tarmoperation O	0,193
F15O Op analregion & stomirev O	0,244
F20O Bråckop ej inguinal/fem O	0,386
F24O Op unilat inguinal-/fem bråck O	0,482
F25O Op bilat inguinal-/fem bråck O	0,604
F68O Endoskop hemorrojdbeh O	0,071
F73O Rektosigmoideoskopi O	0,108
F75O Mindre tarm- & bukåtgärd O	0,190
F99O Läkarbesök sjd matsmältningorg O	0,060
F99Z Läkare tel sjd matsmältningorg O	0,040
G13O Kolecystektomi/gallvägsop O	0,610
G99O Läkarbesök lever/gallvägsjd O	0,071
G99Z Läkare tel lever/gallvägsjd O	0,034
J10O Perianal/pilonidal operation O	0,153
J39O Andra op sjd hud/underhud O	0,179
J50O Cellulit O	0,057
J77O Hudexcision huvud-hals o stor O	0,102
J78O Hudexcision o biopsi, övrig O	0,062
J79O Hudingrepp övriga O	0,045
J99O Läkarbesök sjd hud/underhud O	0,045
J99Z Läkare tel sjd hud/underhud O	0,020
X53O Spolning el borttag av drän O	0,057

Om nya DRG:n tillkommer inom uppdraget har Beställaren rätt att uppdatera listan med DRG:n. Nya DRG:n kommer att viktas enligt nationella viktlistan.



Om patienten på grund av medicinska skäl eller indikationer behöver stanna kvar över natten ska vårdgivaren kunna erbjuda nödvändiga övervakningsresurser. I detta fall ska Vårdgivaren istället för DRG-kod från tabellen ovan rapportera lämpligt motsvarande slutenvårds-DRG.

Om läkarbesök som inte ingår i uppdraget behöver ges under särskilda omständigheter, ska relevant DRG-kod rapporteras. I detta fall ersätts Vårdgivaren motsvarande en vikt på 0,03.

Olika typer av digitala besök såsom videobesök kan komma att ingå i uppdraget, se Uppdragbeskrivningen punkt 1.9. Om så blir aktuellt kommer videobesök att ersättas såsom ett telefonsamtal enligt DRG-listan ovan samt med en tilläggsersättning med vikten 0,01.

Den bakomliggande rapporteringen för utbetalning av ersättning bygger på en korrekt rapportering av vårdhändelser utifrån Socialstyrelsens bindande föreskrifter (författningar, föreskrifter och klassifikationer ICD-10-SE, ICF, KVÅ och DRG) samt till Region Stockholms regelverk för rapportering av vårdkontakter. De klassifikationer som förvaltas av Socialstyrelsen uppdateras vanligen årsvis, och finns på Socialstyrelsens hemsida (www.socialstyrelsen.se). Information om klassifikationer, regelverk och kodverk finns tillgänglig på Vårdgivarguiden. Vårdgivaren ansvarar för att hålla sig uppdaterad om vid var tid gällande klassifikationer, regelverk och kodverk, se Vårdgivarguiden.[1]

Beskrivning av ovanstående förtydligas i Rapporteringsanvisningar, bilaga 5.

2.2.2 Hantering av patientavgifter i ersättningsmodellen

Vårdgivaren behåller inbetald patientavgift för öppenvård. Patientavgiften är en del av Beställarens ersättning till Vårdgivaren. Beställaren administrerar att patientavgiften frånräknas ersättningen ovan för patienter som inte har frikort eller är avgiftsbefriade. Betalar patienten en del av patientavgiften, upp till frikortsgränsen, dras en schablon som motsvarar halva ordinarie patientavgiften, av från ersättningen. Vårdgivaren kompenseras inte för utebliven intäkt om betalning av avgiften uteblir av annan orsak.

Om Region Stockholm beslutar om ändrade patientavgifter ska övriga ersättningar från Beställaren till Vårdgivaren justeras på sådant sätt att Vårdgivarens totala ersättning enligt detta Avtal inte förändras till följd av förändringen av
patientavgifter. Beställaren fastställer hur denna justering av ersättningarna ska ske.

2.2.3 Målrelaterad ersättning

Den målrelaterade ersättningen omfattar viten för ej uppnådda mål.

2.2.3.1 Utbetalning och kvittning

Målrelaterad ersättning beräknas av Beställaren utifrån de underlag Vårdgivaren rapporterat in.

[1] http://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardinformatik



Beställaren äger rätt att kvitta vite mot ersättning till Vårdgivare för utförda tjänster vid kommande utbetalningar.

2.2.3.2 Vite för processer och aktiviteter

2.2.3.2.1 Vite för bristande inrapportering

Om Vårdgivaren inte rapporterar till Beställaren enligt bilagorna Årlig uppföljning och Informationshantering i Avtalet innehåller Beställaren 5 procent av på varje faktura fakturerat belopp från och med den månad rapporteringen uteblir fram till dess att rapporteringen sker. Beställaren återbetalar då 80 procent av det innehållna beloppet.

2.2.3.2.2 Miljö

Om miljöcertifikat eller miljödiplomering saknas enligt de krav som anges i specifik uppdragsbeskrivning ska Vårdgivaren erlägga vite motsvarande 0,5 procent av den årliga ersättning som Beställaren för detta Avtal utbetalat till Vårdgivaren. Vite faktureras efterföljande år.

2.2.3.2.3 Kvalitetsregister

Om Vårdgivaren inte rapporterar till kvalitetsregister inom området enligt de krav som anges i Specifik uppdragsbeskrivning och Uppföljningsplan ska Vårdgivaren erlägga vite motsvarande 0,5 procent av den årliga ersättning som Beställaren för detta Avtal utbetalat till Vårdgivaren. Vite faktureras efterföljande år.

2.2.4 Ersättning för vård av personer ej folkbokförda i Stockholms län

2.2.4.1 Vård av asylsökande med flera och personer som saknar nödvändiga tillstånd

Ersättning för vård av asylsökande med flera och personer som saknar nödvändiga tillstånd att vistas i Sverige faktureras Beställaren i särskild ordning, se Vårdgivarguiden. I gruppen asylsökande med flera ingår även förvarstagna som vistas i Migrationsverkets förvar, de som beviljats tillfälligt skydd och deras anhöriga samt ytterligare grupper som regeringen beslutar om.

2.2.4.2 Utomlänspatienter

Vårdgivaren fakturerar Beställaren för utomlänspatienter på samma sätt som för patienter folkbokförda i Stockholms län.

2.2.4.3 Patienter från andra länder

För patienter från andra länder varierar betalningsansvaret beroende på bland annat bosättningsland. Regler för patientavgifter och ersättningsnivåer för dessa patientkategorier framgår av avgiftshandboken och turisthandboken, se Vårdgivarguiden.

För patienter från andra länder fakturerar Vårdgivaren i särskild ordning, se Vårdgivarguiden.

Landstingsdrivna Vårdgivare ska fakturera Försäkringskassan direkt.



2.3 Ersättningstak

Det årliga ersättningstaket inklusive patientavgifter är 28 000 000 kr. Vid kalenderår där verksamhet inte bedrivs under årets alla månader beräknas ersättningstaket enligt:

$$\frac{Antalet\ enligt\ avtalet\ gällande\ månader}{12} \times ersättningstaket$$

Ersättningstaket ska vara oförändrat till och med 2019-12-31. Under resterande avtalstid ska 30 % av ersättningen vara fast och 70 % underlag för prisjustering per den 1:a januari varje år, med början 2020-01-01 enligt årliga förändringar i preliminärt Prisindex med kvalitetsjusterade löner för landsting (LPIK) inklusive läkemedel som publiceras av SKL i oktober månad.

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

Basår för LPIK för detta Avtal är år 2018.

Justering av ersättningstak enligt index föregås inte av förhandling. Beställaren informerar Vårdgivaren om ersättningstaket efter indexjustering.

För att kunna hantera en ökad tillströmning av patienter har Beställaren rätt att höja det årliga ersättningstaket avseende total kostnad med upp till 30 procent (option).

2.4 Patientavgifter

2.4.1 Betalning av patientavgifter

Vårdgivaren ska av patienter som behandlas enligt detta Avtal ta ut patientavgift med de belopp som Region Stockholm beslutat. Uppgift om patientavgifterna finns tillgängliga i Region Stockholm:s patientavgiftshandbok, se Vårdgivarguiden.

Patientavgifter ska kunna betalas kontant, med betalkort eller mot faktura.

Beställaren ersätter inte Vårdgivaren för uteblivna patientavgifter.

2.4.2 Patientavgifter för hjälpmedel

Vårdgivaren ska debitera patienter för hjälpmedel enligt av Beställaren fastställda avgifter, se Vårdgivarguiden. De patientavgifter patienter betalar för hjälpmedel tillfaller i sin helhet Beställaren.

2.5 Kostnadsansvar

2.5.1 Vårdgivarens kostnadsansvar

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

2.5.2 Medicinsk service

Vårdgivaren ansvarar för samtliga kostnader för medicinsk service som utförs inom Uppdraget.



2.5.3 Lokaler, utrustning och försörjningstjänster inklusive informationsförsörjning

Vårdgivaren ansvarar för samtliga kostnader som är relaterade till de lokaler, den utrustning, de försörjningstjänster och den informationsförsörjning som behövs för uppdragets utförande.

2.5.4 Kostnadsansvar för läkemedel

Beställaren har fullt kostnadsansvar för receptförskrivna läkemedel för patienter behandlade i avtalet.

Vårdgivaren har fullt kostnadsansvar för läkemedel som administreras på öppenvårdsmottagningen och inom dagvård.

2.5.5 Hjälpmedel

Vissa behandlingshjälpmedel som förskrivs till brukare i hemmet bekostas av Vårdgivaren, se Hjälpmedelsguiden, behandlingshjälpmedel via Vårdgivarguiden.

Beställaren bekostar övriga hjälpmedel som förskrivs enligt Region Stockholm:s anvisningar och regler, se Hjälpmedelsguiden via Vårdgivarguiden.

2.5.6 Tolkar

Beställaren ansvarar för kostnaden för språktolk och tolk för döva, dövblinda och hörselskadade vid patientkontakt när tolktjänst som har avtal med Region Stockholm anlitas. Om annan tolktjänst används ansvarar Vårdgivaren för kostnaden.

2.5.7 Sjukresor

Beställaren ansvarar för kostnaderna för sjukresor om leverantör som Region Stockholm har avtal med anlitas, se Vårdgivarguiden.

2.6 Utbildningsåtaganden

Beställaren ersätter Vårdgivaren för utbildningsplatser som denne tillhandahåller vård- och medicinstuderande med av Region Stockholm fastställd ersättning.

2.7 Moms

2.7.1 Inledning

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

2.7.2 Kompensation för moms

Priserna utgör hela vårdgivarens ersättning från Beställaren. Tillägg på fakturorna för momskompensation får ej göras.

2.7.3 Eventuell momsplikt

För det fall behörig domstol genom lagakraftvunnet beslut anser att hela eller delar av Uppdraget inte omfattas av 3 kap. 4 § ML eller annan relevant undantagsbestämmelse i ML, har Vårdgivaren mot utställande av faktura rätt till moms på ersättning som är hänförlig till de delar av Uppdraget som

av domstol bedömts som momspliktiga. Vårdgivarens rätt gäller under förutsättning att relevant faktura uppfyller de krav som följer av 11 kap. ML.

Det åligger Vårdgivaren att snarast möjligt, och under avtalets löptid, delge Beställaren föreliggande domstolsbeslut för att ersättning för moms ska kunna utgå. Om Vårdgivaren framställer krav efter avtalstidens utgång kan Region Stockholm inte utge ersättning för moms. Ersättningsanspråket är preskriberat efter avtalstidens utgång.

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

Räkneexempel:

Avtalad ersättning för tjänsten: 100

Statlig momskompensation: 6 procent

Lagstadgad mervärdesskatt, i exemplet 25 procent

Privata Vårdgivare och landstingsägda bolag

Tjänsten är momsfri

Avtalad ersättning för tjänsten	100
Vårdgivaren fakturerar	100

Tjänsten är momspliktig

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

2.8 Fakturering

2.8.1 Utformning av faktura

Från den registrering av vårdhändelser som Vårdgivaren gör till Beställarens databaser sammanställer Beställaren ett faktureringsunderlag. Faktureringsunderlaget kan även innehålla särskilda tillägg enligt uppdraget.

Vårdgivaren ska kontrollera och godkänna detta underlag, varefter utbetalning sker.

Beställaren betalar endast för utförd vård som rapporterats till Beställarens databaser enligt Beställarens anvisningar samt för uppdragsrelaterade ersättningar och särskilda ersättningar enligt detta Avtal.



På fakturan samlas samtliga poster som ska faktureras enligt detta Avtal. Undantag från detta är ersättning för vård av asylsökande med flera och personer som saknar nödvändiga tillstånd enligt punkt 2.2.4.1 och Patienter från andra länder enligt punkt 2.2.4.3 som faktureras enligt särskilda rutin'er, se Vårdgivarguiden.

Beställaren äger rätt att kvitta för mycket utbetald ersättning mot ersättning till Vårdgivare för utförda tjänster vid kommande utbetalningar.

2.8.2 Faktureringsperiod

Fakturering sker månadsvis i efterskott.

2.8.3 Faktureringsadress

Faktura ska sändas till adress Beställaren anger, se Vårdgivarguiden.

2.8.4 Invändningar mot faktura

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

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

2.9 Betalningsvillkor

Betalning sker mot faktura på första tillgängliga bankdag 20 kalenderdagar efter fakturadatum. Om fakturans faktiska ankomstdatum är mer än fem kalenderdagar efter fakturadatum äger Beställaren rätt att förlänga tiden för betalning med motsvarande antal dagar.

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

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

Rätten till ersättning har förfallit om kravet inte har fakturerats – eller om vårdhändelsen inte rapporterats korrekt till Beställarens databaser – inom tre månader efter det att det som är ersättningsberättigat utförts. Detta förhållande påverkas inte av Avtalets stycke om parts rätt att vid senare tillfälle påtala rättighet.

2.9.1 Dröjsmål

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

2.10 Prisjustering

Priserna ska vara oförändrade till och med 2021-12-31. Under resterande avtalstid ska 30 % av ersättningen vara fast och 70 % underlag för prisjustering per den 1:a januari varje år, med början 2022-01-01 enligt årliga förändringar i preliminärt Prisindex med kvalitetsjusterade löner för landsting (LPIK) inklusive läkemedel som publiceras av SKL i oktober månad.

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



Basår för LPIK för detta Avtal är år 2020.

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

2a Pris Upphandling av specialiserad kirurgi i öppenvård

HSN 2018-1634
LS 2019-0434
SLL 1007

Instruktion:
Nedan listade DRG:n utgör uppdraget för avtalet specialiserad kirurgi i öppenvård.

Utförda prestationer beskrivs utifrån Nord-DRG 2017. Ersättning för varje DRG-produkt beräknas utifrån viktlistan nedan och Vårdgivarens offererade poängpris. DRG-vikterna förblir oförändrade under avtalsperioden. Om nya DRG:n tillkommer inom uppdraget har Beställaren rätt att uppdatera listan med DRG:n. Nya DRG:n kommer att viktas enligt nationella viktlistan.

För en fullständig beskrivning av ersättningsmodellen se Ersättningsvillkor.

Anbudsgivaren **ska** ange offererat poängpris för uppdraget nedan.

Anbudsgivare:

Organisationsnummer:

Ange offererat poängpris: **100**

DRG-produkt	DRG-vikt	Ersättning, 2018 års prisnivå
F09O Mindre tarmoperation O	0,193	19
F15O Op analregion & stomirev O	0,244	24
F20O Bråckop ej inguinal/fem O	0,386	39
F24O Op unilat inguinal-/fem bråck O	0,482	48
F25O Op bilat inguinal-/fem bråck O	0,604	60
F68O Endoskop hemorrojdbeh O	0,071	7
F73O Rektosigmoideoskopi O	0,108	11
F75O Mindre tarm- & bukåtgärd O	0,190	19
F99O Läkarbesök sjd matsmältningorg O	0,060	6
F99Z Läkare tel sjd matsmältningorg O	0,040	4
G13O Kolecystektomi/gallvägsop O	0,610	61
G99O Läkarbesök lever/gallvägsjd O	0,071	7
G99Z Läkare tel lever/gallvägsjd O	0,034	3
J10O Perianal/pilonidal operation O	0,153	15
J39O Andra op sjd hud/underhud O	0,179	18
J50O Cellulit O	0,057	6
J77O Hudexcision huvud-hals o stor O	0,102	10
J78O Hudexcision o biopsi, övrig O	0,062	6
J79O Hudingrepp övriga O	0,045	5
J99O Läkarbesök sjd hud/underhud O	0,045	5
J99Z Läkare tel sjd hud/underhud O	0,020	2
X53O Spolning el borttag av drän O	0,057	6
Övriga läkarbesök	0,030	3

3 Årlig uppföljning

I Allmänna villkor finns en generell beskrivning av Beställarens uppföljning. I detta dokument beskrivs den årliga uppföljningen av avtal inom detta vårdområde inklusive krav på manuell inrapportering.

Beställarens uppföljning tjänar flera syften:

- Uppföljning för analys och planering
- Uppföljning för kontroll (verifiera att vårdgivaren levererar enligt avtal)
- Uppföljning för dialog och utveckling
- Uppföljning som en del av styrningen

3.1 Utformning av avtalsuppföljningen

3.1.1 Löpande uppföljning

Beställaren följer fortlöpande vårdgivarens leverans av vårdtjänster i enlighet med avtalet. Vårdproduktionen stäms av i samband med faktureringen. Synpunkter från patienter och vårdgrannar tas emot och hanteras. Dialog som från tid till annan uppstår kring tolkningen av avtalet ger också input till avtalsuppföljningen.

3.1.2 Årlig sammanställning av uppgifter

Årligen görs en sammanställning per avtal vilken bygger på uppgifter Beställaren hämtar från register (beskrivs i matris med indikatorer och nyckeltal, se punkt 3.2) och på svar på frågor som hämtas in via WIM, (Webbaserad InrapporteringsMall) se nedan. Den årliga sammanställningen återkopplas till vårdgivaren.

3.1.3 Uppföljningsmöten

Utbytet av information via statistik och rapporter kompletteras med att Beställaren kallar till uppföljningsmöten. I allmänhet sker dessa på vårdenheten.

Inom detta vårdområde avser Beställaren att initiera uppföljningsmöte en gång per år, med start 6 månader efter avtalets driftstart.

3.1.4 Fördjupad uppföljning

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

3.2 Indikatorer och nyckeltal

En matris med indikatorer och nyckeltal, publicerad på Vårdgivarguiden, beskriver underlaget för Beställarens uppföljning. Resultatet kan komma att publiceras i LeverantörsUppföljningsDatabasen (LUD) och/eller på Uppföljningsportalen.

I Ersättningsvillkoren, under punkten ”Målrelaterad ersättning”, redovisas hur målrelaterad ersättning beräknas och fördelas.



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

Lägsta nivå

I matrisen anges där så är relevant en lägsta nivå för respektive indikator.

3.3 Uppgifter från register

Uppgifter till avtalsuppföljningen hämtas av Beställaren från dataregister som Vårdgivaren ska rapportera till. Information om rapportering till register finns i bilagan Informationshantering.

3.4 Inrapportering via WIM

Uppgifter som inte kan inhämtas från register, men har sin grund i avtalet, rapporteras av Vårdgivaren till Beställaren via WIM. Denna manuella inrapportering kan vara föranledd dels av Beställarens uppföljningsbehov, dels av olika statliga initiativ och överenskommelser som innebär att Region Stockholm ska rapportera in uppgifter.

Vårdgivaren ska årligen till Beställaren lämna svar på nedanstående frågor. Beställaren sänder ut frågeformulär i god tid före det att svaren ska lämnas. Rapporteringen sker genom en Webbaserad Inrapporteringsmall (WIM). Samtliga svar ska – där så är möjligt – redovisas könsuppdelat.

6.1.1 Miljö

Uppgift	Svarsalternativ	Varför hämtas uppgiften
Antal personer med förskrivningsrätt	Antal anställda	Följer upp miljöarbetet enligt gällande Miljöpolicy. HSF - UA
Varav antal personer som har deltagit i utbildningen "Läkemedels miljöpåverkan"	Antal anställda	Följer upp miljöarbetet enligt gällande Miljöpolicy. HSF – UA
Finns beslut om rökstopp inför operation	ja/nej	
Opererande enheter		
Hur mycket anestesi-gas har använts under året (redovisas i liter och per substans)	Antal liter	Följer upp miljöarbetet enligt gällande Miljöpolicy. HSF - UA
Ange de färskgasflöden som till störst del används inom verksamheten. *OBS endast ett alternativ per inledningsfas respektive* underhållsfas:		Följer upp miljöarbetet enligt gällande Miljöpolicy. HSF - UA
Inledningsfas (undantaget preoxygenering)		



≤ 1,0 l/min		
> 1,0 l/min		
Underhållsfas		
≤ 0,2 l/min (metabolt flöde)		
> 0,2 till 0,5 l/min		
> 0,5 till 1,0 l/min		
> 1,0 l/min		

Bilaga 3a Uppföljningsplan -Kirurgi						
Öppenvård						
Kvalitetsområde/ Perspektiv FFU Gemensam	**Områdesspecifik**	**Mått/Indikatornamn**	**Syfte**	**Beräkning: Täljare**	**Beräkning: Nämnare**	**Rekommenderat målvärde/Lägsta nivå**
Prestationer	Utförda	Genomsnittligt antal fysiska direkta besök per patient	Följer längden av behandlingsserier i de olika objekten	Summa ny-, åter-, grupp- och teambesök (btyp=0,1,8,A,B)	Individer med ny-, åter-, grupp- och teambesök (btyp=0,1,8,A,B)	
		Genomsnittligt antal fysiska besök per ingrepp (uppdelat ny- & återbesök)	Ger en bild av vårdflöden	Alla fysiska besöks-DRG	Alla ingrepps-DRG	
		Fördelning av ingrepp mellan vårdområden (mag-tarm, proktologi resp hud)	Ger en bild av verksamhetens case-mix	Antal kontakter inom mag-tarm, proktologi resp hud (definierat utifrån DRG)	Alla vårdkontakter	
Kvalitet	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	Täckningsgrad i det nationella kvalitetsregistret Gallriks	Ökad rapportering ger Vårdgivaren möjlighet till uppföljning av egna patienter, av jämförelser mellan olika vårdgivare samt ger underlag för forskning.	Antal individer som registerats i Gallriks	Samtliga registrerade individer i GVR/Val med galloperation	95%
		Täckningsgrad i kvalitetsregistret Svenskt bråckregister (SBR)	Ökad rapportering ger Vårdgivaren möjlighet till uppföljning av egna patienter, av jämförelser mellan olika vårdgivare samt ger underlag för forskning.	Antal individer som registerats i SBR	Samtliga registrerade individer i GVR/Val med ljumskbråck	95%
		Följsamhet till Kloka Listan	Läkemedelshanteringen skall ske på ett rationellt, säkert och kostnadseffektivt sätt med ett helhetsperspektiv.	DU90% Drug Utilization 90% är en metod för att automatiskt utföra viss kvalitetsvärdering av läkemedelsförskrivning utifrån statistikuppgifter. Fokus på att begränsa terapiarsenalen och därigenom höja kvaliteten i läkemedelsterapin. Metoden används för beräkning av följsamhet till Kloka Listan.		
	Säker vård	Andel nybesök med remiss	Följer remissflödet	Val, OVR. Summera besök med btyp=0 och remkombika≠tomt(rinr+rklin+ravd)	Val, OVR. Summera besök med btyp=0	
		Fördelning av remisser från husläkare, hud, gastro, övriga (inkl ingen remiss) per vårdområde (mag-tarm, proktologi resp hud)	Följer remissflödet	Besök med btyp=0 och har en registrering på Rinr, Rklin, Ravd som fördelas via uppdragstypen för remisskombikan. Husläkare 300, hud 606, gastro xxx, övriga är resten och utan remisskombika är utan remiss	Summa samtliga besök med btyp=0	
		Andel med efterföljande oönskade händelser i samband med kirurgiska ingrepp	Säkerställa högkvalitativ vård	Individer med en vårdkontakt inom 30 dagar var som helst i systemet där komplikations-diagnos har registrerats	Alla individer som fått bråckoperation (F20O, F24O, F25O) eller galloperation (G13O)	
		Andel patienter som blivit inskrivna i slutenvård efter dagkirurgiskt ingrepp	Ger en indikation på hur väl vårdgivaren utfört ingrepp samt hur väl operation planerats in sett till patientens förutsättningar	Antal slutenvårds-DRG	Alla individer	
	Förebyggande hälso- och sjukvård	Levnadsvanor: andel rökande patienter som slutat röka inför operation	Följa rökstopp inför operation			
Effekter	Patienteffekter	Andel patienter som reopererats per objekt (mag-tarm, prokto resp hud)	Följa effekter för patienter	Följs via kvalitetsregister	Följs via kvalitetsregister	
Miljö		Är vårdgivaren Certifierad/diplomerad?	Följer miljökrav	Hämtas ur GUPS	Hämtas ur GUPS	
Om/när patientenkätsundersökning genomförs används resultatet i uppföljningen						

4 Informationshantering

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

4.1 Inledning

Denna bilaga innehåller krav på viss beskriven funktionalitet. För vissa funktioner anvisar Beställaren ett systemstöd. För annan funktionalitet får Vårdgivaren själv välja systemstöd.

Elektroniska tjänster eller eTjänster ska användas av Vårdgivaren i sin verksamhet för att:

- säkerställa att invånaren/patienten ges möjlighet att vara delaktig i sin egen vård.
- underlätta för patienter och bidra till minskad manuell administration i patientmötet
- vården som ska utgå från patientens behov, är tillgänglig, säker, effektiv och av god kvalitet samt jämlik och ges oavsett t.ex. kön, socioekonomisk bakgrund eller födelseland.
- förenkla och minimera kostnaderna för vårdens administration

Det finns ständigt behov av att utveckla nya elektroniska tjänster gentemot patienter, befolkning och vårdgivare samt för Beställaren. Beställaren äger rätt att ändra, lägga till eller ta bort användande av elektronisk tjänst, beskriven funktionalitet, informationsanvändning eller rapportering som beskrivs i denna bilaga.

4.2 Informationssäkerhet

Vårdgivaren ska skydda sin information mot otillbörlig åtkomst och förstörelse i enlighet med gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Hur skyddet genomförs ska dokumenteras. Vårdgivaren ska på begäran kunna uppvisa denna dokumentation för Beställaren.

Av dokumentation ska det framgå:

- Beskrivning över hur patientdata skyddas oavsett media, papper eller digitalt
- Beskrivning över de säkerhetsåtgärder som är vidtagna för att förhindra att obehöriga kommer åt patientdata
- Beskrivning över hur personalen som är behörig att hantera informationen har fått tillräcklig vägledning/utbildning i syfte att säkerställa att informationen hanteras på ett säkert sätt
- Redovisning av vem/vilka personer som är utsedda informationssäkerhetsansvariga

Vårdgivaren ska följa SLL:s gällande riktlinjer för informationssäkerhet, se Vårdgivarguiden.

4.3 Personuppgiftsbiträdesavtal - villkor för behandling av personuppgifter

Flera myndigheter och även det av alla landsting gemensamt ägda bolaget Inera har i uppdrag att skapa bättre informationsutbyte inom hälsa, vård och omsorg. Detta görs genom

att erbjuda effektiva, kvalitetssäkrade tjänster inom e-hälsoområdet. En del av dessa tjänster ställer Beställaren krav på i denna bilaga. För att Beställaren ska kunna uppfylla kravet i 30 § personuppgiftslagen (SFS 1998:204) – PUL, på skriftligt avtal mellan personuppgiftsansvarig och personuppgiftsbiträde, så är Personuppgiftsbiträdesavtal enligt punkt 9.8.9 i Allmänna villkor en del av detta avtal.

I syfte att uppfylla kravet i 30 § personuppgiftslagen (SFS 1998:204) – PUL, på skriftligt avtal mellan personuppgiftsansvarig och personuppgiftsbiträde, ska följande villkor gälla för behandling av personuppgifter i sådana IT-system i denna bilaga genom vilka Stockholms läns landsting behandlar personuppgifter för Vårdgivarens räkning.

Parter

Personuppgiftsansvarig: Vårdgivaren

Personuppgiftsbiträde: Stockholms läns landsting

Definitioner

I detta Avtal gäller samma definitioner som återfinns i 3 § PUL, vilket bland annat innebär att

- med **personuppgifter** avses all slags information som direkt eller indirekt kan hänföras till en fysisk person som är i livet. Beträffande behandling som omfattas av patientdatalagen avses i detta Avtal i tillämpliga delar även uppgifter om avlidna.
- med **personuppgiftsansvarig** avses den som ensam eller tillsammans med andra bestämmer ändamålen med och medlen för behandlingen av personuppgifter.
- med **personuppgiftsbiträde** avses den som behandlar personuppgifter för den personuppgiftsansvariges räkning.
- med **behandling** avses varje åtgärd eller serie av åtgärder som vidtas i fråga om personuppgifter, vare sig det sker på automatisk väg eller inte.

Ansvar och instruktion

- Vårdgivaren ansvarar för att all behandling av personuppgifter sker i enlighet med PUL, patientdatalagen och eventuell övrig tillämplig lagstiftning.
- Stockholms läns landsting åtar sig att endast behandla personuppgifter i enlighet med den personuppgiftsansvariga Vårdgivarens instruktioner, styrdokument samt träffade avtal och andra överenskommelser.

Säkerhetsåtgärder m.m.

- Stockholms läns landsting ska vidta åtgärder som avses i 31 § första stycket PUL, vilket innebär lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att skydda de personuppgifter som behandlas.
- Vårdgivaren ska, efter erhållande av Stockholms läns landstings sammanställning över utförda åtgärder enligt föregående punkt, ta ställning till om eventuellt ytterligare tekniska och organisatoriska åtgärder behövs eller om sammanställningen kan utgöra instruktion avseende säkerhetskrav.

- Stockholms läns landsting ska följa av Datainspektionen fattade beslut om åtgärder för att uppfylla lagens säkerhetskrav och tillåta de inspektioner som Datainspektionen eller annan berörd part, enligt PUL, kan kräva för att upprätthålla en korrekt behandling av personuppgifter.

Underbiträde

- Stockholms läns landsting befullmäktigas att för Vårdgivarens räkning teckna personuppgiftsbiträdesavtal med annan fysisk eller juridisk person (underbiträde) om det behövs för att tillhandahålla berörda IT-system.
- Fullmakten innebär även bemyndigande för av Stockholms läns landsting anlitat underbiträde att i sin tur för Vårdgivarens räkning teckna personuppgiftsbiträdesavtal med eventuella andra underbiträden.
- Sådana personuppgiftsbiträdesavtal ska ålägga underbiträdena samma skyldigheter vad avser informationssäkerhet och behandling av personuppgifter som åligger Stockholms läns landsting enligt detta Avtal.

Personuppgiftsbiträdesavtal med fullmakt avseende nationella e-hälsotjänster via Inera AB

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

För vidare information och krav, se Vårdgivarguiden.

4.4 Termer, begrepp, semantik

4.4.1 Allmänt

Hälsa, vård och omsorg regionalt och nationellt har behov likriktad informationshantering. Målet är att säkra tillgång till god datakvalitet i syfte att informationsmängderna ska kunna utgöra grund för IT-tjänster.



4.4.2 Verksamhetsdata

Beskrivningssystemet baseras i första hand på det nationella beskrivningssystemet som utvecklas av Socialstyrelsen. All vård som utförs enligt Avtalet ska beskrivas enligt beskrivningssystemet. För ytterligare information, se Vårdgivarguiden.

4.4.2.1Termer

För information om termer och begrepp, se Vårdgivarguiden.

4.4.2.2Primär klassificering

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

4.4.2.2 Sekundär klassificering

Utförd hälso- och sjukvård ska utöver primärklassificering sekundärklassificeras enligt NordDRG-CC.

Diagnosrelaterade grupper, DRG, är ett patientklassificeringssystem för att dela in patienter i medicinskt- och resurshomogena grupper och används för verksamhetsbeskrivning i sjukvården. I Sverige används NordDRG, som utvecklats av de nordiska länderna gemensamt.

Socialstyrelsen förvaltar och utvecklar NordDRG i Sverige. NordDRG-systemet uppdateras årligen för att behålla aktualiteten i systemet. Information, se Socialstyrelsen.

4.4.3 Regelverk för verksamhetsdata

Vårdgivaren ska registrera patienternas vårdkontakter i enlighet med Beställarens regelverk, se Vårdgivarguiden. Vårdgivaren ska tillämpa och anpassa sig efter eventuella förändringar i de av Beställaren tillämpade regelverken för verksamhetsdata.

Vårdgivaren ska leverera verksamhetsdata enligt beställarens anvisningar. Beställaren ansvarar för att vidarebefordra informationen enligt lagar och förordningar till andra myndigheter.

4.4.4 Rapportering av informationsobjekt

På Vårdgivarguiden redovisas de informationsobjekt som Vårdgivaren ska rapportera till GVR för öppen vård (”GVR ÖV”), och EK. Vårdgivaren ska rapportera i enlighet med de tidsintervall, de dataformat och det elektroniska kommunikationsstöd samt med definitioner på informationsobjekten som anges på där.

4.4.5 Meddelandeformat, informationsmodeller och rutiner

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

4.5 Elektroniska tjänster, eTjänster

4.5.1 Allmänt

En sammanhållen digital vårdmiljö är en förutsättning för att vården ska kunna utveckla och implementera moderna arbetssätt och klara av att leverera hälso- och sjukvårdstjänster av hög kvalitet. Beställaren har i egenskap av hälso- och sjukvårdshuvudman ansvar för att det i tillräcklig omfattning finns strategiska elektroniska tjänster där verksamhetsnytta, patientnytta, säkerhet eller ekonomisk besparing utgör incitament.



I denna bilaga beskrivs de avtalsmässiga krav avseende funktionalitet som Vårdgivaren är skyldig att använda eller uppfylla. För vissa funktioner anvisar Beställaren ett systemstöd. För annan funktionalitet får Vårdgivaren själv välja systemstöd.

De elektroniska tjänsterna är indelade i olika grupper:

- BAS- funktionalitet och obligatoriska tjänster som alla vårdgivare oavsett verksamhetsinriktning ska tillhandahålla eller använda
- Särskilda verksamhetskrav som är avhängigt det som utförs inom ramen för avtalet med Beställaren. För mer information om SLL:s e-tjänster och IT-system, se Vårdgivarguiden.

4.5.1.1 BAS-funktionalitet

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

4.5.1.1.1 Beställarens information

Vårdgivaren är skyldig att söka och tillgodogöra sig Beställarens information och instruktion runt vårduppdraget.

Webbstöd finns utvecklad för vårdgivare i form av:

• Vårdgivarguiden innehåller information och tjänster till vårdgivare i Stockholms läns landsting

www.vardgivarguiden.se

• Viss - medicinskt och administrativt webbstöd för läkare och sjuksköterskor i primärvården

www.viss.nu

4.5.1.1.2 Patientens delaktighet

Vårdgivaren är skyldig att medverka till att patienten ges möjlighet att vara delaktig.

Webbstöd finns utvecklat för vårdgivare/patienter i form av 1177 Vårdguidens webbtjänster:
•Av/omboka tid
•Beställa tid
•Begära intyg
•Beställa journalkopia
•Direktbokning i tidbok
•Kontakta mig
• SMS-påminnelse
• Förlänga sjukskrivning

4.5.1.1.3 Funktionalitet och tjänster utvecklade för att underlätta i patientmötet

Vårdgivaren är skyldig att underlätta för patienten i patientmötet

För nedanstående krav på funktionalitet finns särskilda webbtjänster utvecklade:

- Skyldighet för en vårdgivare att hantera högkostnadsskydd och frikort elektroniskt för besök i den öppna sjukvården i länet.
    - Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: E-frikort

- Skyldighet för vårdgivare att tillhandahålla transporttjänst för patienter inom SLL
    - Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Sjukresor

- Skyldighet för vårdgivare att vid behov anlita tolk för tolkning i teckenspråk eller tolkning i talade språk.
    - Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: ”Teckenspråkstolkning, dövblindtolkning, skrivtolkning och TSS” samt ”Språktolk”

- Skyldighet för Vårdgivaren att sända läkarintyg elektroniskt till Försäkringskassan
    - Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Intygstjänsten - elektroniska intyg

- Skyldighet för behörig vårdpersonal att kontrollera en patients röntgeninformation i syfte att inte utsätta en patient för onödig strålning
    - Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Grattis, Gemensam radiologitjänst - Bild- och funktionstjänst (BFT) inom SLL

4.5.1.1.4 Verksamhetsstöd i vårdgivarens verksamhet

Vårdgivaren är skyldig att i sin verksamhet använda ett elektroniskt journalsystem eftersom det elektroniska journalsystemet är förutsättning för:
• patienten att kunna få åtkomst till sin journal elektroniskt
• elektroniskt informationsutbyte med andra vårdgivare

Vårdgivaren är också skyldig att medverka i det nationella förbättringsarbetet som bedrivs av Nationella kvalitetsregistren. Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Kvalitetsregister

4.5.1.1.5 Rapportering, uppföljning, fakturering

Vårdgivaren är skyldig att rapportera strukturerad information till Beställaren.
Inrapportering av information sker avseende:
• Produktionsdata

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Gemensamt vårdregister, GVR, RAPP, ARV-portalen 2

• Aktuell kontaktinformation för verksamheten

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Elektroniska Katalogen EK

• Validering/kontroll av patientens folkbokföringsadress (PU)

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Personuppgiftsregistret PU

• Verksamhetsbeskrivning med Nord-DRG

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: DRG-grupperaren



Vårdgivaren är skyldig att medverka i uppföljning och utvärdering av Avtalet och dess uppdrag.

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Uppföljningsportalen GUPS

Vårdgivaren är skyldig att fakturera landstinget elektroniskt.

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Vårdfaktura, HEJ, Ersmo, Avstämningsfunktionen, FUL, FUMS

4.5.1.1.6 Infrastruktur för ökad säkerhet

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

En gemensam infrastruktur/tjänster för att öka informationssäkerheten finns etablerad i form av:

• Nät och tjänster för säker kommunikation
• eTjänstekort
• Elektronisk katalog för information om verksamheter och personer

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: SLLnet och SAM, eTjänstekort, Elektroniska katalogen, EK

4.5.1.2 Särskilda krav på verksamheten

Nedan beskrivs de särskilda verksamhetskrav och som gäller då verksamheten bedriver specialiserad kirurgi i öppenvård på uppdrag av Beställaren. Detaljerade krav, åtkomst kontaktuppgifter m.m. finns på http://www.vardgivarguiden.se/

Index verksamhetskrav

- Hantera läkemedel
- Hantera hjälpmedel
- Hantera väntande patienter
- Hantera remiss

4.5.1.3 Hantera läkemedel

Vårdgivaren är skyldig att tillämpa Beställarens regelverk för läkemedelshantering.

Kunskapsstöd som ger kvalitetssäkrad patientspecifik läkemedelsinformation vid förskrivning.

Janusmed Integrerad innehåller kunskapsstöd och larmfunktion kring:

- Biverkning
- Äldre
- Interaktioner
- Riskprofil



- •Fosterpåverkan
- •Amning
- •Njurfunktion
    - Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Janusmed Integrerad

Beställningssystem för läkemedel på rekvisition

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Proceedo Läkemedelsbeställning

E-recept**,** elektronisk receptförskrivning, är en tjänst som gör att läkaren kan skicka recept elektroniskt till apoteket från sitt journalsystem

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: E-recept

Dosförpackade läkemedel, tjänst för ordination av dosförpackade läkemedel

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Pascal

Sammanhållen vårdinformation, möjlighet för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos landsting, kommuner och privata vårdgivare i hela landet

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: NPÖ Nationell patientöversikt

Läkemedelsförteckningen. I läkemedelsförteckningen finns information om de läkemedel som en enskild person har hämtat ut på recept de senaste 15 månaderna.

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Läkemedelsförteckningen
- Se information på eHälsomyndigheten. https://www.ehalsomyndigheten.se/tjanster/nationella-e-recepttjanster/lakemedelsforteckningen/

Kloka Lista. Kloka Listan är evidensbaserade rekommendationer av kostnadseffektiva läkemedel för vanliga sjukdomar i öppen och sluten vård samt ett urval av läkemedel med bred användning inom specialiserad öppen och sluten vård.

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Kloka Listan

Infektionsverktyget. Infektionsverktyget är ett nationellt IT-stöd för registrering av antibiotikaordinationer

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Infektionsverktyget

Faktureringsunderlag läkemedel, FUL. FUL är en e-tjänst som används av vårdgivare inom öppenvården med eget betalningsansvar för läkemedel. I tjänsten kan vårdgivare ta fram detaljerad information om sina läkemedelskostnader.

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Faktureringsunderlag läkemedel, FUL

Tillbaka till index

4.5.1.4 Hantera hjälpmedel

Vårdgivaren är skyldig att tillämpa Beställarens regelverk för hjälpmedelsförskrivning samt att hantera och förskriva hjälpmedel elektroniskt.

Hjälpmedelsguiden är Beställarens regelverk för hjälpmedelsförskrivning. Särskilt ordersystem finns för hörsel, ortopedi, syn (afaki och diplopi) och hårersättning. Förskrivningsstöd för hjälpmedel vid funktionsnedsättning finns i form av Beställningsportalen.

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Thord och Beställningsportalen

Tillbaka till index

4.5.1.5 Hantera väntande patienter

Vårdgivaren är skyldig att tillämpa Beställarens regelverk för tillgänglighetsmätning.

Centrala Väntetidsregistret, CVR, är ett IT-stöd som Stockholms läns landsting använder för att mäta tillgängligheten i vården.

Husläkarmottagningarnas tillgänglighet mäts för närvarande med manuell rapportering via ett formulär på SKL:s webbplats. Ett utvecklingsarbete pågår för att rapporteringen ska kunna göras via filöverföring.

Utbudstjänst SLL är Stockholms läns landstings system för vårdutbud och prognostiserade väntetider.

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: CVR, Utbudstjänst SLL

Tillbaka till index

4.5.1.6 Hantera remiss

Vårdgivaren är skyldig att tillämpa Beställarens regelverk för remisshantering.

- Se information på Vårdgivarguiden. Sökord: Vårdutbud och remittering, Regler för remisshantering, E-remiss

Tillbaka till index

4.6 Kostnadsansvar SLLnet

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

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Avdelningen för Somatisk specialistvård
Avtalsenheten

Stockholms läns landsting

Avtal om Specialiserad kirurgi i öppen vård

Gäller fr.o.m. 2018-04-01

Revideringshistorik finns på nästa sida

Revideringshistorik

Datum	Utförd av	Kommentar
2017-05-16	Ivar Seljeseth	Första publicerade versionen. (Här avses datum för HSN-beslutet)
2017-06-28	Ivar Seljeseth	Besökstyp 0-Nybesök tillkommer i dokumentets avsnitt 1.1, 1.3 och i bilaga 3.
2018-03-01	Ivar Seljeseth	Uppdaterad kontaktlista gällande SLL-IT Servicedesk. Korrigerat produktID fr om 2D050-2D065. Ändrad DRG-gruppering ger att KF99O utgår och KF99P/KF99Q (2D050) tillkommer, KJ99O utgår och KJ99P/KJ99Q (2D061) tillkommer i nämnda produkt. I produkterna 2D055/2D056 tillkommer DRG KJ04O respektive KJ020O DRG KP099O var bortglömd och har fått produktkod 2D097 Ny text för besökstyp 9 – Distanskontakt DRG KF99Z, KG99Z, KJ99Z som tidigare har omnämnts som ”per telefon” har fr om 208-01-01 ändrats till ”på distans”. Uppmärksamma reglerna för patientavgift vid videobesök; se 1.3
2018-10-15	Ivar Seljeseth	Justerat hur ersättning för videomöte beräknas. Se punkt 1.1 och 1.2 (Gäller fr o m 2018-04-01) Särskilda produktID för sluten vård i 1.1 Information om Kvotflykting i 1.3 och i Bilaga 3

Innehåll

Revideringshistorik **2**

Rapporteringsanvisningens tillhörighet **4**

Kontaktlista för olika frågeställningar 4

Allmän information om ersättning och ersättningsflöde **4**

1 Rapportering för utbetalning av ersättning **5**

1.1 Vårdtjänster i öppen vård **6**

Rapportering av vårdkontakter inom specialiserad kirurgi 8

1.2 Tilläggsersättning för vårdtjänst ..... Fel! Bokmärket är inte definierat.

1.3 Koder för avdrag av patientavgift i öppen vård **18**

1.4 Fakturering av vårdkontakter **19**

Bilaga 1 Rapporteringsanvisningen i förhållande till regelverk **21**

Bilaga 2 Beskrivning av vården och Informationssystem **22**

Beskrivning av vården 22

Informationssystem 24

Bilaga 3 Kodtexter för koder i denna rapporteringsanvisning **26**

Besökstyp 26

Yrkeskategori 26

Taxa/Patientavgift 27

Rapporteringsanvisningens tillhörighet

Rapporteringsanvisningen ska användas av verksamhet som är upphandlad och följer förfrågningsunderlag (FFU) ”Avtal om Specialiserad kirurgi i öppenvård”.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ansvarar för att hålla rapporteringsanvisningen uppdaterad med aktuella koder som ligger till grund för utbetalning av ersättning för utförd vård i enlighet med kap XX i ”Avtal om Specialiserad kirurgi i öppenvård”. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ansvarar även för att hålla nämnda koder uppdaterade i CodeServer.

Kontaktlista för olika frågeställningar

- Användarfunktioner och vid tekniska frågor gällande Vårdfaktura, Avstämningsfunktionen, HEJ, Liston, Web Care och Vaccinera samt frågor om GVR-överföring.
  Kontakta SLL-IT servicedesk via det webbaserade kontaktformuläret i denna länk: https://kontakt.sllit.sll.se/ eller via telefon: 08-123 145 10
- Hur man rapporterar patientbesök och vård.
  Kontakta ert interna stöd i första hand.
- Diagnos- och KVÅ-koder:
  e-post: vardinformatik@sll.se
- Kombikakoder. e-post: kodserver@sll.se
- Har ni frågor som rör ert journalsystem.
  Vänligen kontakta supportavdelningen hos er journalleverantör.
- Vid avtalsfrågor och frågor som gäller andra områden än de ovanstående.
  Avdelningen för Somatisk specialistvård, Avtalsenheten.
  Se telefonnummer i Elektronisk katalog EK. Elektronisk katalog - EK

Allmän information om ersättning och ersättningsflöde

Den läsare som inte är bekant med Rapporteringsanvisning sedan tidigare bör läsa hela dokumentet och framför allt informationen i Bilaga 2 i detta dokument. Där finns allmän information om beskrivning av vården och informationssystem. Om man inte känner till informationen i denna bilaga kan det vara svårare att förstå de övriga anvisningarna i dokumentet.

1 Rapportering för utbetalning av ersättning

I detta Kapitel 1 ”Rapportering för utbetalning av ersättning” redovisas vilka variabler och koder som är obligatoriska för att få ersättning i enlighet med det avtal som denna rapporteringsanvisning visar till. Bilaga 2 kapitel ”Beskrivning av vården” anger i allmänna och övergripande termer vilka informationsmängder som är nödvändiga vid rapportering. Där kodtext saknas återfinns dessa i Bilaga 3 ”Koder för kodtexter i denna rapporteringsanvisning”. Variabler och koder som i övrigt är nödvändiga/obligatoriska i enlighet med gemensamt vårdregister (GVR) anges inte (se informationen i Bilaga 2, kapitlet om ”Beskrivning av vården”, tredje stycket). Uppmärksamma även att denna rapporteringsanvisning inte redovisar eventuell annan ersättning som inte har sitt ursprung från den information som hämtas genom rapportering till GVR.

De rapporterade variablerna och deras koder används av systemen för att bearbeta informationen och beräkna ersättning för respektive produktkod. Produktkoden är den ekonomiska beskrivningen av den i avtalet angivna vårdtjänsten. Även benämningarna besöksersättning, tilläggsersättning och åtgärdsersättning används i olika avtalstexter.

Produktkoden skapas från den inrapporterade informationen och rapporteras inte direkt i det patientadministrativa systemet (PAS). Produktkoden och annan information som inte rapporteras direkt från PAS är angiven i de gråfärgade delarna av tabellerna.

Information om gällande patientavgifter finns på Vårdgivarguiden.
I denna rapporteringsanvisning anges inte kronsummorna för patientavgifterna då det är viktigt att alltid kontrollera detta mot informationen på Vårdgivarguiden.

Vårdgivarguiden - Patientavgifter

I nedanstående länk finns information om vanligt förekommande koder som används vid rapportering av kontakter som inte ger ersättning och därför inte nämns i övrigt i denna rapporteringsanvisning t ex uteblivet besök, utfärdande av intyg, journalkopior med mera.

Vårdgivarguiden - Rapportering av vårdkontakter för uppföljning

1.1 Vårdtjänster i öppen vård

De rapporterade variablerna och deras koder används av Ersmo för att bearbeta informationen och beräkna fram respektive produktkod för ersättning. Produktkoden är den ekonomiska beskrivningen av den i avtalet angivna vårdtjänsten.
Produktkoden visas inom parentes och rapporteras inte direkt i PAS.

Nedan visas ett förklarande exempel på tabell för vårdtjänsten och dess produktkod. Uppmärksamma att tabellen fortlöper över två sidor.

Besökstyp	Här visas de koder för besökstyp som kan vara aktuella att använda gällande den beskrivna vårdtjänsten. Endast en av de listade koderna anges vid rapportering av besöket.
Yrkeskategori	Här visas de koder för yrkeskategori som kan vara aktuella att använda gällande den beskrivna vårdtjänsten. Minimum en av de listade koderna anges vid rapportering av besöket.
Taxa	Här visas de koder för taxa som kan vara aktuella att använda gällande den beskrivna vårdtjänsten. Endast en av de listade koderna anges vid rapportering av besöket. Uppmärksamma att denna uppställning inte visar det bakomliggande regelverket för hur koderna ska användas. Det ger att vissa kombi - nationer av Besökstyp/Yrkeskategori/Taxa inte är korrekta att rapportera. Exempel: Endast koderna för yrkeskategori 01 - 69 (läkare) kan kombineras med taxa 22.
Diagnoskod	Här finns information om diagnoskoder enligt ICD-10-SE. Ett exempel finns nedan – men även andra mera eller mindre specifika anvisningar kan förekomma beroende på vårdtjänsten som ska beskrivas. ”Diagnoskod (ICD - 10 - SE) är obligatorisk för läkare. Detta är i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter.”
KVÅ - kod **Uppmärksamma: Att extra information finns markeras med (i)**	Här finns information om vilken/vilka KVÅ - koder som ska rapporteras för att den angivna vårdtjänsten ska kunna ersättas. Sök KVÅ - koden i OPKOD – operationskoder/åtgärdskoder för att kunna ta del av den extra informationen. Hur informationen gällande KVÅ - koder presenteras ser olika ut beroende på vad som behöver förklaras.

Fortsätter nästa sida

Fortsättning från föregående sida

Vårdtjänst:	**Produktkodens namn (Produktkodens ID)** ProduktID är den ekonomiska beskrivningen av den i avtalet angivna vårdtjänsten **Uppmärksamma:** **Produktkoden skapas i systemen och rapporteras inte från PAS**
DRG - kod	Här finns information om vilken DRG-kod vårdtjänsten avser. DRG-koden konverteras till ett produktID som används i samband med fakturering.

Produktkoderna finns i CodeServer tabell PRODUKT
Produktkoderna är enklast sökbara vid att söka med den angivna produktkodens ID. Även DRG-koderna finns i tabellen PRODUKT.

Rapportering av vårdkontakter inom specialiserad kirurgi – fysiska besök och distanskontakt utan video

Enligt förfrågningsunderlaget (FFU) kan även sluten vård förekomma vid behov.

Besökstyp	0, 1, 9 Besökstyp finns inte i sluten vård
Yrkeskategori	01-69 Yrkeskategori finns inte i sluten vård
Taxa	02, 04, 06, 08, 10, 12, 19, 22, 25, 70, 71, 95, 96 Taxa finns inte i sluten vård
Diagnos	Obligatorisk för läkare, enligt ICD-10-SE
KVÅ-kod	Enligt socialstyrelsens föreskrifter **Vid inskrivning till sluten vård:** XS100 Oplanerad inskrivning till sluten vård (i)
Vårdtjänst:	**Enligt DRG** DRG är obligatoriskt att rapportera. DRG-koden konverteras av HSF:s interna system till en produkt, se kolumn ProduktID. Denna produkt ska inte rapporteras av vårdgivaren. I samband med fakturering av vårdhändelser i vårdfaktura används ProduktID inklusive produktnamn.

Fortsätter nästa sida

Fortsättning från föregående sida

DRG		ProduktID	Produktnamn Öppen respektive Sluten vård
KF09A	Mindre tunn- och tjocktarmsoperationer, mycket komplicerat	2D042	DRG KF09O Mindre tarmoperation O
KF09C	Mindre tunn- och tjocktarmsoperationer, komplicerat	2D117	DRG KF09 Mindre tarmoperation SV
KF09E	Mindre tunn- och tjocktarmsoperationer, ej komplicerat		
KF09O	Mindre tunn- och tjocktarmsoperationer, öppenvård		
KF15A	Operationer i analregionen, stomirevisioner och andra mindre tarmingrepp, mycket komplicerat	2D043 2D118	DRG KF15O Op analregion & stomirev O DRG KF15 Op analregion & stomirev SV
KF15C	Operationer i analregionen, stomirevisioner och andra mindre tarmingrepp, komplicerat		
KF15E	Operationer i analregionen, stomirevisioner och andra mindre tarmingrepp, ej komplicerat		
KF15O	Operationer i analregionen, stomirevisioner och andra mindre tarmingrepp, öppenvård		
KF20C	Operationer av andra bråck än inguinala och femorala, >17 år, komplicerat	2D044 2D119	DRG KF20O Bråckop ej inguinal/fem O DRG KF20 Bråckop ej inguinal/fem SV
KF20E	Operationer av andra bråck än inguinala och femorala, >17 år, ej komplicerat		
KF20O	Operationer av andra bråck än inguinala och femorala, öppenvård		
KF23C	Operationer av inguinala och femorala bråck, >17 år, komplicerat	2D045 2D120	DRG KF24O Op unilat inguinal-/fem bråck O DRG KF24 Op unilat inguinal-/fem bråck SV
KF23E	Operationer av inguinala och femorala bråck, >17 år, ej komplicerat		
KF24O	Operationer av unilaterala inguinala och femorala bråck, öppenvård		
KF25O	Operationer av bilaterala inguinala och femorala bråck, öppenvård	2D046 2D121	DRG KF25O Op bilat inguinal-/fem bråck O DRG KF25 Op bilat inguinal-/fem bråck SV
KF26C	Bråckoperationer, 0-17 år, komplicerat		
KF26E	Bråckoperationer, 0-17 år, ej komplicerat		

DRG		ProduktID	Produktnamn Öppen respektive Sluten vård
KF68O	Endoskopisk hemorrojdbehandling, besök	2D047	DRG KF68O Endoskop hemorrojdbeh O
KF73O	Rektosigmoideoskopi, öppenvård	2D048	DRG KF73O Rektosigmoideoskopi O
KF75O	Mindre tarm- och bukåtgärder, öppenvård	2D049	DRG KF75O Mindre tarm- & bukåtgärd O
KF99P KF99Q	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i matsmältningsorganen, komplicerat Övriga läkarbesök vid sjukdomar i matsmältningsorganen, ej komplicerat	2D050	DRG KF99PoQ Läkarbesök sjd matsmältningorg
KF99Z	Läkarvård på distans vid sjukdomar i matsmältningsorganen	2D051	DRG KF99Z Läkare dist matsmältningorg O
KG10C KG10E KG11A KG11C KG11E KG12A KG12C KG12E KG13O	Kolecystektomi med exploration av koledokus, komplicerat Kolecystektomi med exploration av koledokus, ej komplicerat Kolecystektomi, öppen, utan exploration av koledokus, mycket komplicerat Kolecystektomi, öppen, utan exploration av koledokus, komplicerat Kolecystektomi, öppen, utan exploration av koledokus, ej komplicerat Laparo-/endoskopiska galloperationer, mycket komplicerat Laparo-/endoskopiska galloperationer, komplicerat Laparo-/endoskopiska galloperationer, ej komplicerat Kolecystektomi och gallvägsoperationer, öppenvård	2D052 2D122	DRG KG13O Kolecystektomi/gallvägsop O DRG KG13 Kolecystektomi/gallvägsop SV
KG99O	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel	2D053	DRG KG99O Läkarbesök lever/gallvägsjd O
KG99Z	Läkarvård på distans vid sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel	2D054	DRG KG99Z Läkare dist lever/gallvägsjd O

DRG		ProduktID	Produktnamn Öppen respektive Sluten vård
KJ04O KJ10N KJ10O	Hudtranspl & revision, öppenvård Perianala & pilonidala operationer Perianala & pilonidala operationer, öppenvård	2D055 2D123	DRG KJ10O Perianal/pilonidal operation O DRG KJ10 Perianal/pilonidal operation SV
KJ20O KJ39A KJ39C KJ39E KJ39O	Plastikkirurgiska operationer i hud och underhud, öppenvård Andra operationer vid sjukdomar i hud och underhud, mycket komplicerat Andra operationer vid sjukdomar i hud och underhud, komplicerat Andra operationer vid sjukdomar i hud och underhud, ej komplicerat Andra operationer vid sjukdomar i hud och underhud, öppenvård	2D056 2D124	DRG KJ39O Andra op sjd hud/underhud O DRG KJ39 Andra op sjd hud/underhud SV
KJ50A KJ50C KJ50E KJ50O	Inflammation i hud & underhud, mycket komplicerat Inflammation i hud & underhud, komplicerat Inflammation i hud & underhud, ej komplicerat Läkarbesök vid inflammation i hud & underhud	2D057 2D125	DRG KJ50O Cellulit O DRG KJ50 Cellulit SV
KJ77O	Hudexcisioner i huvud-halsregionen & andra större, öppenvård	2D058	DRG KJ77O Hudexcision huvud-hals o stor O
KJ78O	Övriga hudexcisioner och biopsier, öppenvård	2D059	DRG KJ78O Hudexcision o biopsi, övrig O
KJ79O	Hudingrepp, övriga, öppenvård	2D060	DRG KJ79O Hudingrepp övriga O
KJ99P KJ99Q	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i hud och underhud, komplicerat Övriga läkarbesök vid sjukdomar i hud och underhud, ej komplicerat	2D061	DRG KJ99PoQ Läkarbesök sjd hud/underhud
KJ99Z	Läkarvård på distans vid sjukdomar i hud och underhud	2D062	DRG KJ99Z Läkare dist sjd hud/underhud O
KP99O	Övriga läkarbesök vid graviditet, förlossning och barnsängstid	2D097	DRG KP99O Läkarbesök gravid/förlossning O
KX53O	Spolning eller avlägsnande av dränage, besök	2D063	DRG KX53O Spolning el borttag av drän O

DRG	ProduktID	Produktnamn Öppen respektive Sluten vård
Övriga DRG utöver ovan nämnda koder	2D064 2D126	Övriga DRG – Specialiserad Kirurgi i öppen vård Övriga DRG – Specialiserad Kirurgi i sluten vård

Rapportering av vårdkontakter inom specialiserad kirurgi – distanskontakter med video

Besökstyp	9 För distanskontakt utförd ***utan*** video se föregående avsnitt Observera regelverket gällande patientavgift för video.
Yrkeskategori	01–69
Taxa	02, 04, 06, 08, 10, 12, 19, 22, 25, 70, 71, 95, 96
Diagnos	Obligatorisk för läkare, enligt ICD-10-SE
KVÅ-kod	Rapportera båda de angivna KVÅ-koderna för åtgärd på samma distanskontakt utförd **med** video ZV051 Telemedicin (i) UX007 Videomöte (i)
Vårdtjänst:	**Enligt DRG - vid besökstyp 9 Distanskontakt och KVÅ-koderna ZV051+UX007** DRG är obligatoriskt att rapportera. DRG-koden konverteras av HSF:s interna system till en produkt, se kolumn ProduktID. Denna produkt ska inte rapporteras av vårdgivaren. I samband med fakturering av vårdhändelser i vårdfaktura används ProduktID inklusive produktnamn.

Fortsätter nästa sida

Fortsättning från föregående sida

DRG		ProduktID	Produktnamn
KF09A	Mindre tunn- och tjocktarmsoperationer, mycket komplicerat	2D112	Distanskontakt med video inom MDC F
KF09C	Mindre tunn- och tjocktarmsoperationer, komplicerat		
KF09E	Mindre tunn- och tjocktarmsoperationer, ej komplicerat		
KF09O	Mindre tunn- och tjocktarmsoperationer, öppenvård		
KF15A	Operationer i analregionen, stomirevisioner och andra mindre tarmingrepp, mycket komplicerat		
KF15C	Operationer i analregionen, stomirevisioner och andra mindre tarmingrepp, komplicerat		
KF15E	Operationer i analregionen, stomirevisioner och andra mindre tarmingrepp, ej komplicerat		
KF15O	Operationer i analregionen, stomirevisioner och andra mindre tarmingrepp, öppenvård		
KF20C	Operationer av andra bråck än inguinala och femorala, >17 år, komplicerat		
KF20E	Operationer av andra bråck än inguinala och femorala, >17 år, ej komplicerat		
KF20O	Operationer av andra bråck än inguinala och femorala, öppenvård		
KF23C	Operationer av inguinala och femorala bråck, >17 år, komplicerat		
KF23E	Operationer av inguinala och femorala bråck, >17 år, ej komplicerat		
KF24O	Operationer av unilaterala inguinala och femorala bråck, öppenvård		
KF25O	Operationer av bilaterala inguinala och femorala bråck, öppenvård		

Fortsätter nästa sida

DRG		ProduktID	Produktnamn
Fortsättning från föregående sida			
KF26C	Bråckoperationer, 0-17 år, komplicerat		
KF26E	Bråckoperationer, 0-17 år, ej komplicerat		
KF68O	Endoskopisk hemorrojdbehandling, besök		
KF73O	Rektosigmoideoskopi, öppenvård		
KF75O	Mindre tarm- och bukåtgärder, öppenvård		
KF99P	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i matsmältningsorganen, komplicerat		
KF99Q	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i matsmältningsorganen, ej komplicerat		
KF99Z	Läkarvård på distans vid sjukdomar i matsmältningsorganen		

DRG		ProduktID	Produktnamn
KG10C	Kolecystektomi med exploration av koledokus, komplicerat	2D113	Distanskontakt med video inom MDC G
KG10E	Kolecystektomi med exploration av koledokus, ej komplicerat		
KG11A	Kolecystektomi, öppen, utan exploration av koledokus, mycket komplicerat		
KG11C	Kolecystektomi, öppen, utan exploration av koledokus, komplicerat		
KG11E	Kolecystektomi, öppen, utan exploration av koledokus, ej komplicerat		
KG12A	Laparo-/endoskopiska galloperationer, mycket komplicerat		
KG12C	Laparo-/endoskopiska galloperationer, komplicerat		
KG12E	Laparo-/endoskopiska galloperationer, ej komplicerat		
KG13O	Kolecystektomi och gallvägsoperationer, öppenv		
KG99O	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel		
KG99Z	Läkarvård på distans vid sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel		

DRG		ProduktID	Produktnamn
KJ04O	Hudtranspl & revision, öppenvård	2D114	Distanskontakt med video inom MDC J
KJ10N	Perianala & pilonidala operationer		
KJ10O	Perianala & pilonidala operationer, öppenvård		
KJ20O	Plastikkirurgiska operationer i hud och underhud, öppenvård		
KJ39A	Andra operationer vid sjukdomar i hud och underhud, mycket komplicerat		
KJ39C	Andra operationer vid sjukdomar i hud och underhud, komplicerat		
KJ39E	Andra operationer vid sjukdomar i hud och underhud, ej komplicerat		
KJ39O	Andra operationer vid sjukdomar i hud och underhud, öppenvård		
KJ50A	Inflammation i hud & underhud, mycket komplicerat		
KJ50C	Inflammation i hud & underhud, komplicerat		
KJ50E	Inflammation i hud & underhud, ej komplicerat		
KJ50O	Läkarbesök vid inflammation i hud & underhud		
KJ77O	Hudexcisioner i huvud-halsregionen & andra större, öppenvård		
KJ78O	Övriga hudexcisioner och biopsier, öppenvård		
KJ79O	Hudingrepp, övriga, öppenvård		
KJ99P	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i hud och underhud, komplicerat		
KJ99Q	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i hud och underhud, ej komplicerat		
KJ99Z	Läkarvård på distans vid sjukdomar i hud och underhud		
KP99O	Övriga läkarbesök vid graviditet, förlossning och barnsängstid	2D115	Distanskontakt med video inom MDC P
KX53O	Spolning eller avlägsnande av dränage, besök	2D116	Distanskontakt med video inom MDC X
Övriga DRG utöver ovan nämnda koder		2D065	Distanskontakt med video övriga MDC – Specialiserad kirurgi

1.2 Koder för avdrag av patientavgift i öppen vård

När patienten betalar patientavgift kontant, med betalkort eller via faktura/inbetalningskort dras motsvarande patientavgift av från ersättningen. Detta medför ingen extra åtgärd i PAS eftersom Ersmo använder den rapporterade informationen för att beräkna kod för avdraget. Nedan redovisas de koder som används för att skapa avdraget i ersättningen och de tillhörande kombinationerna yrkeskategori och taxa och gäller för de besökstyper då patienten normalt betalar avgift. Ersättningen för vårdkontakten kommer i dessa situationer bestå av en eller flera produktkoder för ersättningen för vårdtjänst och nedan angivna kod för avdrag i den totala ersättningen. Avdraget motsvarar den inbetalda patientavgiften - undantaget koder för ”Rest till Frikort” där avdraget är ett schablonavdrag på halva summan av den motsvarande hela patientavgiften för vårdkontakten.

Beskrivning	Besöks-typ	Yrkes – kategori	Taxa	Kod
Videobesök vid besökstyp 9 och KVÅ-kod ZV051+UX007*	9	01–69	Se nedan	Se nedan
Specialistläkare	0, 1	01–69	02, 25	29G07
Rest till Frikort Specialistläkare	0, 1	01–69	10	29G08
Nybesök Specialistläkare Remitterad från Husläkare	0, 1	01–69	22**	29G09
Rest till Frikort Specialistläkare Remitterad från Husläkare	0, 1	01–69	10**	29G10
Ej folkbokförd i Sverige	0, 1	01–69	04, 12, 19, 70, 71	Inget avdrag

*

Från och med 2018-01-01 har videobesök patientavgift i enlighet med samma regelverk som fysiska besök. Ersättningen och det tillhörande patientavdraget beräknas då kombinationen av besökstyp 9 och KVÅ-koderna ZV051+UX007 rapporteras tillsammans med de gällande koderna för taxa.

**

Vid remiss från husläkare/distriktsläkare eller privat specialist i allmänmedicin används normalt taxa 22. Vid samtidigt ”Rest till Frikort”, har taxa 10 företräde. ”Rest till frikort” vid nybesök/distanskontakt hos läkare skapar ett lägre patientavgiftsavdrag än vid övriga besökstyper.

1.3 Fakturering av vårdkontakter

Denna rapporteringsanvisning ger ingen närmre information om faktureringsrutinerna än vad som beskrivs i Bilaga 2, kapitlet om ”Informationssystem”. Det normala är att faktureringen för vård av alla som är folkbokförda i Sverige är automatiserad. Rutinerna kring utomläns-patienter kan skilja något från avtal till avtal. Faktureringsrutinerna kring personer som inte är folkbokförda i Sverige skiljer även mellan de olika personkretsarna så som EU-patienter, patienter från konventionsländer, asylsökande och personer utan tillstånd. De enskilda rutinerna avtalas mellan avtalsparterna och framgår inte av denna rapporteringsanvisning.

Mera information om att fakturera finns på Vårdgivarguiden.
Vårdgivarguiden - Fakturera

Nedan hänvisas till närliggande information. Uppmärksamma även information om intyg.

Asylsökande
Asylsökande som kan uppvisa ett giltigt LMA-kort.
Vårdgivarguiden - Asylsökande

Bevisperson
En person som i egenskap av målsägande eller vittne ska närvara vid en förundersökning eller huvudförhandling i brottmål i Sverige. En bevisperson får ett beslut från Migrationsverket om att han eller hon har fått uppehållstillstånd i Sverige. I beslutet ska det stå att uppehållstillstånd är beviljat enligt 5 kap. 15 § utlänningslagen.
Kontakta alltid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen,
Avdelningen för Närsjukvård, Kvinnor-Barn-Asyl vad gäller dessa personer.
Använd alltid reservnummer vid registrering av vårdkontakten.

Intyg med mera
Dokumentet ”Regelverk och avgifter för intyg, vaccinationer och hälsoundersökningar” finns inom Vårdgivarguidens information om Patientavgifter
Vårdgivarguiden – Patientavgifter

Kvotflyktingar
För kvotflyktingar som har bosatt sig i Sverige gäller samma rättigheter och skyldigheter som för alla andra invånare. Med ett permanent uppehållstillstånd följer rätt till bland annat barnomsorg, skola, sjukvård och socialförsäkring. För att få subventionerad sjukvård behöver personen vara folkbokförd. Har personen folkbokfört sig gäller samma rutiner för registrering och fakturering av vården som för andra invånare. **Vård innan folkbokföringen:** Tiden fram till folkbokföring kan ibland ta flera månader. Om vård behövs under den tiden innan personen har hunnit folkbokföra sig och alltså saknar ett fullständigt personnummer ska nya taxekoder (95 och 96) från 1 januari 2018 användas fram tills folkbokföringen är klar.
Se mera information: Vårdgivarguiden - Kvotflyktingar

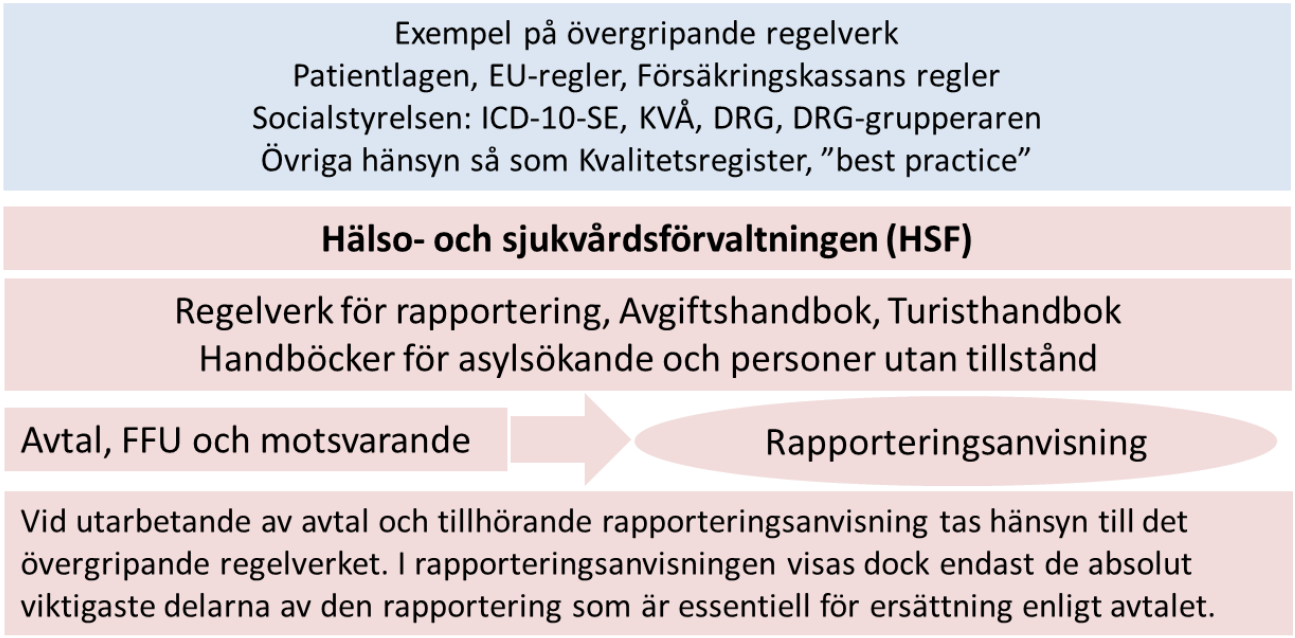
Person utan tillstånd
Om en person inte har nödvändiga tillstånd att vistas i Sverige.
Vårdgivarguiden - Person som saknar tillstånd.
Använd alltid reservnummer vid registrering av vårdkontakten.

Självbetalande
För självbetalande patienter måste vårdenheten säkerställa betalningen för vårdtjänsten från patienten. Detta eftersom det inte utgår någon ersättning från det offentliga i dessa fall.

Turister och övriga med tillstånd att vistas i Sverige
Avgiftsreglerna för dessa patienter varierar bland annat beroende på vilket land patienten kommer ifrån, orsaken till vistelsen i Sverige samt medborgarskap med mera.
Vårdgivarguiden - Turisthandboken.

Personnummer och reservnummer
Normalt används ett giltigt svenskt personnummer vid rapportering av en vårdkontakt.
För att kunna rapportera en vårdkontakt för en person som inte har ett giltigt svenskt personnummer används istället ett reservnummer. Om personen inte redan har ett reservnummer ska vårdgivaren ta ut
Kontakta SLL-IT Servicedesk för ytterligare information via det webbaserade kontaktformuläret i denna länk: https://kontakt.sllit.sll.se/ eller via telefon: 08-123 145 10

Bilaga 1 Rapporteringsanvisningen i förhållande till regelverk



Bilaga 2 Beskrivning av vården och Informationssystem

Beskrivning av vården

Alla vårdkontakter som ersätts i enlighet med denna rapporteringsanvisning rapporteras av vårdgivaren till det gemensamma vårdregistret (GVR). Rapporteringsanvisningen beskriver vad som ska rapporteras från vårdenhetens patientadministrativa system (PAS) till GVR för att ersättning ska kunna utbetalas. I denna rapporteringsanvisning används ordet ”produktkod”. I avtalet används ordet ”vårdtjänst”. Produktkoden visar i ekonomiska termer vilken vårdtjänst som har ersatts.

Beskrivningssystemen bygger på regelverk för rapportering av vårdkontakter där den enskilda patientens kontakt med hälso- och sjukvården rapporteras med ett antal olika variabler. En del variabler är administrativa t ex besökstyp och patientavgift (taxa). En del variabler beskriver det medicinska innehållet i vårdkontakten t ex diagnos (ICD - 10 - SE). De olika variablerna har sedan en eller flera koder att välja mellan. Det är kombinationen av variabler och dess koder som presenteras i denna rapporteringsanvisning.

Denna rapporteringsanvisning har utarbetats utifrån ett avtal där koder för variablerna nedan ska rapporteras till GVR. Denna rapporteringsanvisning beskriver inte den tekniska lösningen för hur PAS levererar informationen till GVR. För att säkerställa korrekt leverans av information till GVR tillhandahåller SLL-IT anvisningar och specifikationer. Vårdgivaren måste själv ta kontakt med sin leverantör av PAS för att säkerställa att överföring av information mellan PAS och GVR kan ske. Att i övrigt förbereda informationssystemen (se nästa kapitel) så att ersättningsflödet fungerar korrekt omhändertas i samband med avtalsskrivandet. Denna rapporteringsanvisning har ingen närmare beskrivning av dessa procedurer.

- **Variabler och tillhörande koder för administrativ beskrivning**
  Variabler och koder presenteras på detaljnivå i Kapitel 1 ”Rapportering för utbetalning av ersättning” och i tabellform i Kapitel 2 ”Särskild kontroll och underlag för felsökning”.
  - Koder för Besökstyp, Yrkeskategori och Taxa för öppen vård
    Koderna finns i CodeServer respektive tabeller BTYP, VDG, TAXA

- **Variabler och tillhörande koder för medicinsk beskrivning**
  Koder rapporteras i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter.
  Se information med länkar nedan.
  - Diagnoskoder enligt ICD-10-SE
    (Internationell statistik klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem) Beskriver patientens sjukdom, symtom eller anledning till vårdkontakten. Koderna finns i CodeServer tabell DIAGNOS

  - Åtgärdskoder enligt KVÅ
    (Klassifikation av vårdåtgärder) Beskriver vårdåtgärder.
    Koderna finns i CodeServer tabell OPKOD-operationskoder/åtgärdskoder

- DRG - koder (Diagnosrelaterade grupper) enligt NordDRG-CC.
  DRG - koden skapas vid att vårdgivarens PAS anropar SLLs grupperare.
  DRG - koden rapporteras sedan till GVR. DRG - koden ska ha produkttyp K
  För tekniska detaljer kring denna process, se tredje stycket i denna bilaga.
  Koderna finns i CodeServer tabell PRODUKT

En vårdkontakt ska alltid beskrivas enligt vid var tid gällande regelverk, oavsett påverkan på utbetalad ersättning. I nedan punktlista ges länkar till allmän information kring detta.

- Information om regelverk och definitioner kring rapportering av vårdkontakter:
  Vårdgivarguiden - Vårdinformatik

- Regelverket för avgifter:
  Vårdgivarguiden - Avgiftshandboken

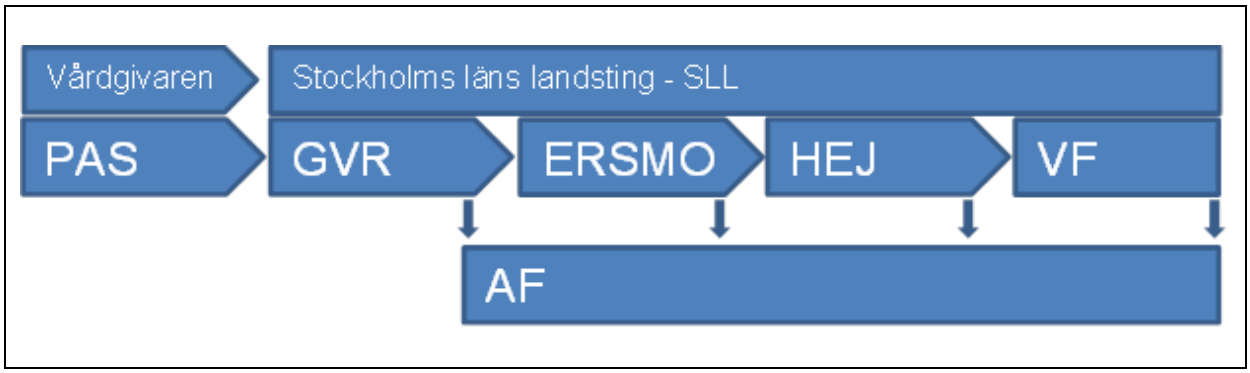
- Information och anvisningar om ICD - 10 - SE och KVÅ:
  Socialstyrelsen - Klassificering och koder
  Genom denna länk finns även information om NordDRG-CC

  Vilka variabler och tillhörande koder som specifikt måste användas gällande avtalet för denna rapporteringsanvisning framgår av Kapitel 1 ”Rapportering för utbetalning av ersättning”. Den information som har rapporterats till GVR kommer omhändertas av de efterföljande informationssystemen i ersättningsflödet. Schematisk bild och enkel beskrivning av ersättningsflödet finns i nästa avsnitt.

Informationssystem

Socialstyrelsens definition av informationssystem är: ”system som insamlar, bearbetar, lagrar eller distribuerar och presenterar information”. På Vårdgivarguiden finns termerna e - tjänster och system. I denna rapporteringsanvisning används termerna synonymt med varandra.

Nedan förklaras hur den information som rapporteras från vårdgivarens PAS till GVR omhändertas i informationssystemen så att vårdgivaren får ersättning i enlighet med avtalet. Observera att denna rapporteringsanvisning beskriver den automatiserade bearbetningen av rapporterad information som görs för varje vårdkontakt. Denna rapporteringsanvisning beskriver inte eventuell ersättning som utgår i enlighet med andra delar av avtalet eller manuell tilläggsfakturering som även det kan tillkomma som en del av avtalet.



I bilden ovan visas en schematisk bild av hur den rapporterade informationen omhändertas i de informationssystem som ingår i ersättningsflödet. Nedan visas vad förkortningarna står för och därefter en övergripande förklaring av vad som händer i de olika systemen.

PAS	Patientadministrativt system	HEJ	systemet sätter pris (ingen förkortning)
GVR	Gemensamt vårdregister	VF	Vårdfaktura
ERSMO	Ersättningsmodeller	AF	Avstämningsfunktionen

I kapitel 1 ”Rapportering för utbetalning av ersättning” beskrivs vilka informationsmängder från beskrivningssystemen som specifikt gäller för det avtal som denna rapporteringsanvis - ning hänvisar till. Förklaring av ersättningsflödet är dock likalydande för alla avtal och rapporteringsanvisning även om informationen som omhändertas kan vara olika till antal variabler och koder.

- **PAS levererar till GVR**
  Första steget i ersättningsflödet är att vårdgivaren rapporterar korrekt information i enlighet med denna rapporteringsanvisning till GVR. Därutöver måste alla informationssystem vara förberedda så att den rapporterade informationen kan omhändertas. Som tidigare nämnt (1.1, tredje stycket) kommer denna rapporteringsanvisning inte ytterligare beskriva de förberedande åtgärder som måste göras i informationssystemen. GVR har funktioner för att återrapportera fel till vårdgivarens PAS. (Om PAS har funktioner för detta). Information om felaktigheten finns även i AF, vilket beskrivs i sista punkten.
  I den schematiska bilden ser man skillnaden i ansvar mellan vårdgivaren och SLL.
  Vårdgivaren ansvarar för sitt lokala PAS och rapporteringen till GVR.
  SLL ansvarar för de informationssystem som används i ersättningsflödet.

- **GVR levererar information till ERSMO**
  ERSMO innehåller olika ersättningsmodeller som används för att bearbeta den rapporterade informationen. Huvudsyftet för ERSMOs bearbetning är att produktkoder för ersättning - av de i avtalet beskrivna vårdtjänsterna - ska skapas för den rapporterade vårdkontakten. Ersättningsmodellerna konfigureras i systemet ERSMO och är oftast olika för olika avtalsområde.*

- **ERSMO levererar till HEJ**
  HEJ har som uppgift att sätta avtalat pris på den produktkod som Ersmo har levererat. Några verksamheter använder HEJ som fakturaunderlag för att få ersättning från beställaren.

- **HEJ levererar information till VF**
  Detta gäller vårdgivare som har avtal om att få sin ersättning via VF. Här skapas en elektronisk faktura åt vårdgivaren som godkänner/skickar den så att ersättningen utbetalas. I VF finns funktioner för manuell tilläggsfakturering, bokföring och kontering vilket inte ytterligare beskrivs i denna rapporteringsanvisning.

- **AF tar emot information från GVR, ERSMO, HEJ och VF**
  I AF visas informationen som har rapporterats tillsammans med resultatet av bearbetningen. AF har till exempel information om respektive systems status gällande vårdkontakten, visning av ERSMOs bearbetning och HEJs eventuella pris på produktkoden. Åtkomst till AF sker via VF.

På Vårdgivarguiden finns mera information om e - tjänster och system.
Vårdgivarguiden - E - tjänster och system

* Information om modellnummer ska inte rapporteras från PAS.
Modellnumret kommer verksamheten se i Avstämningsfunktionen (AF), och är oftast viktig information i kontakt med SLL - IT och HSF vid t ex felsökning kring ersättning.
I ERSMO bearbetas den rapporterade informationen gällande avtalet i denna rapporteringsanvisning i enlighet med modell:

- 196 Specialiserad kirurgi, öppen vård
- 197 Specialiserad kirurgi, sluten vård

Bilaga 3 Kodtexter för koder i denna rapporteringsanvisning

I denna bilaga visas kodtexter för de koder som har använts i denna rapporteringsanvisning utan att kodtexten har skrivits ut. För kodverket i sin helhet hänvisas till CodeServer http://codeserver.sll.se och respektive tabell.

Besökstyp

Koderna finns i CodeServer tabell BTYP

Kod	Kodtext
0	Nybesök, enskilt
1	Mottagningsbesök, enskilt
9	Distanskontakt

Yrkeskategori

Koderna finns i CodeServer tabell VDG

VDG är förkortning för ”vårdgivare” vilket var det allmänt använda uttrycket för det som idag benämns som Hälso- och sjukvårdspersonal. ”Vårdgivare” har numera en organisatorisk övergripande betydelse och används inte för enskilt personal. I denna rapporteringsanvisning används ordet yrkeskategori för koderna som visar till vilket yrke respektive Hälso- och sjukvårdspersonal tillhör.

Kod	Kodtext
01-69	Läkare

Taxa/Patientavgift

Koderna finns i CodeServer tabell TAXA
Taxa omnämns även som patientavgift.

Ytterligare information kring taxekoder: Vårdgivarguiden - Taxekoder

Kod	Kodtext
02	Specialistmottagning inkl dagvård
04	EES - och konventionspatienter
06	Avgiftsbefriad
08	SLL frikort
09	Avgift enl taxa för intyg,vaccination mm
10	Resterande avgift till frikort
12	Asylsökande
15	Övriga avgifter
19	Fullbetalande patient
20	Uteblivet besök eller Sent återbud
22	Remiss från DL/HL SLL - pat
25	Återbetalning enligt 30 - minutersregeln
70	Bevispersoner
71	Personer utan tillstånd
95	Kvotflykting
96	Kvotflykting, avgiftsbefriad

6 Allmänna villkor från 1 jan 2017

6.1 Inledning

6.1.1 Allmänna villkor

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

6.1.2 Förtydligande och avsteg från Allmänna villkor

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

6.2 Allmänna utgångspunkter

6.2.1 Nätverkssjukvården i Stockholms län

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

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

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

6.2.2 Hälsofrämjande perspektiv på vården

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

6.2.3 Vetenskap och beprövad erfarenhet

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

6.2.4 Helhetssyn

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

6.2.5 Bemötande

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

6.2.6 Patientens delaktighet

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

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

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

Patientlagen (2014:821) 5 kap.

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

6.2.7 Information till patienten

Patienten ska få information om

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

Patientlagen 3 kap 1§

6.2.8 Riskförebyggande

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

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

Se 3 kap patientsäkerhetslagen (2010:659).

6.3 Lagar och förordningar samt SLL:s riktlinjer och policys

6.3.1 Vårdgivarens ansvar

Vårdgivaren ska följa vid var tid gällande konventioner, lagar, förordningar, föreskrifter och SLL:s egna riktlinjer och policys, se Vardgivarguiden.se/styrande, som på något sätt berör Avtalet och dess Uppdrag. Vårdgivaren är skyldig att följa de överenskommelser som träffas mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i de delar som rör Vårdgivarens Åtagande enligt detta Avtal.

6.3.2 Ledningssystem

Vårdgivaren ska ha ett ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Vårdgivaren ansvarar för att verksamheten med stöd av ledningssystemet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter för hälso- och sjukvård samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

6.3.3 Information på Vårdgivarguiden

Beställaren ansvarar för att den information som enligt Avtalet ska finnas tillgänglig på Vårdgivarguiden är uppdaterad och aktuell.

6.3.4 Information och stöd till patienten om vårdgarantin

Vårdgivaren ska ha rutiner för information till patienter om deras rätt till vårdgarantier och använda den aktuella information som finns på 1177 Vårdguiden och Vårdgivarguiden. Vårdgivaren ska, vid behov, i samråd med patient bistå denne att få kontakt med annan vårdgivare.

6.3.5 Uppföljning av vårdgarantin

Vårdgivaren ska delta i uppföljningar, rapportera om besöks- och vårdgaranti samt väntetider enligt Beställarens anvisningar, se Vardgivarguiden.se/vardgaranti.

6.3.6 Remisser

Vårdgivaren ska följa de krav och regler SLL har kring remisser, se Vardgivarguiden.se/remissregler.

6.3.7 Smittskydd

Vårdgivaren ska följa och tillämpa lagar och förordningar samt nationella och regionala riktlinjer avseende smittskydd vid utförandet av hälso- och sjukvård som bedrivs enligt avtalet.

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

6.3.11 Sekretess och skydd av patient-uppgifter

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

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

6.3.12 E-tjänster

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

6.3.13 Meddelarfrihet

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

6.3.14 Undantag från meddelarfrihet

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

6.3.15 Anmälningsskyldighet

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

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

Beställaren detta.

6.3.16 Minska miljöpåverkan

Vårdgivaren ska vid utförande av Uppdraget verka för att minska sin skadliga miljöpåverkan och för att de i SLL:s miljöpolitiska program vid varje tidpunkt gällande miljömålen uppnås. För information om gällande miljöprogram och miljömål, se Vårdgivarguiden.

Vårdgivaren ska i utförande av Uppdraget följa Beställarens anvisningar för ett gott miljöarbete och de specifika krav på insatser som finns angivna för Uppdraget.

6.3.17 Samverkan i miljöfrågor och uppföljning

Vårdgivaren ska samverka med Beställaren i miljöfrågor och på Beställarens begäran redovisa hur Vårdgivaren arbetar för att uppfylla SLL:s miljömål.

6.3.18 Systematiskt brandskyddsarbete

Vårdgivaren är skyldig att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga brand och för att hindra eller begränsa skador till följd av brand (systematiskt brandskyddsarbete).

6.3.19 Internkontroll

Vårdgivaren ska ha ett ändamålsenligt system för internkontroll och på begäran kunna redogöra för detta för Beställaren.

6.4 Patientnämnden

6.4.1 Underlag till Patientnämnden

SLL:s Patientnämnd handlägger ärenden som rör den hälso- och sjukvård som Vårdgivaren svarar för. Vårdgivaren ska snarast, och utan ersättning, ge nämnden den information och de svar som begärs.

6.4.2 Information till patienten

Vårdgivaren ska se till att patienterna får information om Patientnämndens verksamhet.

Vårdgivaren ska informera patienten om Patientnämndens verksamhet vid inträffad vårdskada. Patientsäkerhetslagen 3 kap 8§

6.5 Tillgänglighet/åtkomst

6.5.1 Patientens behov

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

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

6.6 Information och marknadsföring

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

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

6.7 Uppföljning

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

6.7.4 Mätningar

Uppföljning kan ske genom mätningar av medicinsk kvalitet, patientsäkerhet, patientnöjdhet, väntetider, telefontillgänglighet m.m. Mätningar utförs med den metod, de frågeställningar, vid de tidpunkter och med de intervall Beställaren eller den Beställaren låter utföra mätningarna bestämmer. Beställaren äger resultaten av dessa mätningar.

6.7.5 Underlag till mätningar

När Beställaren genomför patientenkäter eller andra mätningar ska Vårdgivaren – efter Beställarens anvisningar – medverka i framtagandet av till exempel patientunderlag och ställa detta kostnadsfritt till Beställarens förfogande.

6.7.6 Fördjupad uppföljning

Beställaren äger rätt att genomföra fördjupade uppföljningar av Vårdgivarens utförande av Uppdraget. Fördjupad uppföljning kan även omfatta ett eller flera av Socialstyrelsens kvalitetsperspektiv på God Vård. Fördjupade uppföljningar kan utföras i syfte att:

Granska vården säkerställa att Vårdgivaren fullföljer sitt uppdrag enligt Avtalet och att patienterna får bästa möjliga hälso- och sjukvård,

Jämförelser göra jämförande studier med andra vårdgivare med motsvarande eller liknande uppdrag,

Vårdsamband studera vårdsamband mellan olika vårdnivåer,

Kontroller göra de kontroller som behövs för att bedöma om Vårdgivarens fakturering sker på korrekt sätt,

Miljö följa upp Vårdgivarens miljöarbete,

Andra skäl eller av andra skäl.

6.7.7 Omfattning av den fördjupade uppföljningen

En fördjupad uppföljning kan omfatta granskning av kvalitetssystem, rutinbeskrivningar samt patientjournaler och övriga dokument samt intervjuer som granskarna eller Beställaren anser angelägna för granskningens genomförande. Därtill får granskarna vidta sådana åtgärder som de bedömer nödvändiga för att fullgöra granskningen.

6.7.8 Vårdgivarens medverkan i

Vårdgivaren ska medverka vid fördjupade uppföljningar och kostnadsfritt samt utan

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

6.8 Patientjournaler

6.8.1	**Upprätta journal**	Vårdgivaren ska upprätta, hantera och bevara patientjournaler enligt gällande lagar och förordningar, se Vardgivarguiden.se/patientdatalagen.
6.8.2	**Alla media**	Med patientjournal avses journaler oavsett vilka media de lagras på.
6.8.3	**Kopia till patient**	Vid utlämnande av kopior av patientjournal till patient ska Vårdgivaren följa SLL:s regler om avgiftsbeläggning vid utlämnande av kopior av allmän handling, se Vardgivarguiden.se/avgiftjournalkopior.
6.8.4	**Kopia till annan vårdgivare**	Vårdgivaren ska, om patientens medgivande finns, utlämna kopia av patientjournal till annan vårdgivare som lämnar hälso- och sjukvård till patienten. Vårdgivaren äger inte rätt till någon ersättning för detta.
6.8.5	**Termer och begrepp**	Vårdgivaren ska använda termer och begrepp, beskrivning av diagnoser, åtgärder och vårdkontakter enligt av SLL/nationellt fastställd terminologi, se Vardgivarguiden.se/termerbegrepp.
6.8.6	**Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig**	Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som hanteras i journalen – oavsett om det är en fristående journal eller

en sammanhållen journal.

6.8.7 Vårdgivaren ska vara beredd att ingå i sammanhållen journalföring

Vårdgivaren ska vara beredd att ingå i de sammanhållna journaler som behövs för Uppdragets utförande och/eller som Beställaren anvisar. Vårdgivaren har inte rätt att neka att delta i sammanhållen journal som Beställaren anvisar. Detta omfattar även deltagande i den Nationella Patientöversikten (NPÖ) och Nationellt Fackspråk (NF).

6.8.8 När Vårdgivaren ingår i sammanhållen journalföring

När Vårdgivaren ingår i ett system med sammanhållen journalföring, och därigenom har tillgång till patientuppgifter från andra vårdgivare, ansvarar Vårdgivaren för att åtkomst och hantering av dessa patientuppgifter följer reglerna i patientdatalagen (2008:355) och personuppgiftslagen (1998:204).

6.8.9 Personuppgifts-biträdesavtal

Avtalet utgör ett personuppgiftsbiträdesavtal enligt 30 § personuppgiftslagen mellan Vårdgivaren (personuppgiftsansvarig) och Stockholms läns landsting (personuppgiftsbiträde) beträffande IT-system som anvisas eller annars tillhandahålls av landstinget och genom vilka landstinget behandlar personuppgifter för Vårdgivarens räkning.

Avtalet innefattar även fullmakt för Stockholms läns landsting respektive Inera AB att för Vårdgivarens räkning teckna personuppgiftsbiträdesavtal med tredje part, i den mån sådant avtal krävs enligt personuppgiftslagen för att tillhandahålla berörda IT-system eller för Vårdgivarens anslutning till nationella e-hälsotjänster via Inera AB.

Personuppiftsbiträdesavtalets fullständiga villkor samt vilka IT-system som berörs framgår av bilagan Informationshantering.

6.8.10 Efter avtalets upphörande

I Avtalet finns särskilda regler för hantering av journaler vid Avtalets upphörande.

6.9 Personal

6.9.1 Arbetsgivaransvar

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

6.9.2 Byte av verksamhetschef

Vårdgivaren ska skriftligen i förväg informera

Beställaren om byte av verksamhetschef.

6.9.3 Ersättning enligt lag om läkarvårdsersättning och lag om ersättning för fysioterapi

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

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

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

6.10 Underleverantör

6.10.1 Definition

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

6.10.2 Vårdgivarens fulla ansvar

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

6.10.3 Information till Beställaren

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

6.11 Försäkringar, skadeståndsansvar och åligganden

6.11.1 Patientskadeförsäkring

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

6.11.2 Underlag till LÖF

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

I händelse av rättegång ska Vårdgivaren se till att i erforderlig utsträckning vittnes- och sak-

kunnigbevisning kan föras med hjälp av hos Vårdgivaren anställd personal.

6.11.3 Ansvarsförsäkring

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

6.11.4 Vårdgivarens skadeståndsansvar

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

6.11.5 Om skadeståndskrav väcks mot Beställaren

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

6.11.6 Socialförsäkringsavgifter m m

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

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

6.12.1 Allvarlig händelse med ändrat beredskapsläge

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

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

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

6.12.3 Deltagande i planering

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

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

6.12.4 Upplysningar för planering

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

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

Uppförandekod för leverantörer

Stockholms läns landsting

Godkänd av	Senaste förändring	Gäller from:	Sid.
Landstingsfullmäktige	2013-02-04	2013-05-28	1(4)

Sveriges regioner och landstings uppförandekod för leverantörer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ingen förekomst av tvångsarbete (ILO 29 och 105)

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

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

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

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

Föreningsfrihet och kollektiva förhandlingar (ILO 87 och 98)

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

Lagstiftning

Leverantören måste minst uppfylla lokala lagar och föreskrifter i de länder där de bedriver sin verksamhet.

Löner och arbetstider

Lön ska betalas direkt till arbetstagaren på överenskommen tid och till fullo. Leverantören ska verka för att levnadslöner betalas till de anställda, och får i inget fall betala mindre än den nationellt/lokalt lagstadgade minimilönen. Övertidsersättning ska betalas ut och tydligt specificeras i lönebeskedet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kontakt
Mail: coc.lsf@sll.se

Avdelningen för Somatisk Specialistvård
Avtalsenheten

BILAGA 8A

Checklista inför driftstart av specialiserad kirurgi i öppenvård

Uppföljning inför driftstart, utförs cirka 2 veckor innan driftstart i de lokaler som verksamheten ska bedrivas i (se avtalsförlaga).

Fylls i av handläggare vid driftstartsmöte

Diarenummer	HSN
Vårdgivare/ Mottagning	
Verksamhetschef/ el kontaktperson	
Adress	
Handläggare	
Datum	2018-XX-XX Närvarande på driftstartsmötet:

Obligatoriska krav	Ja	Nej	Kommentar
Lokalernas utformning stämmer överens med insänd checklista avseende fysisk tillgänglighet			
Utrustning finns i enlighet med Specifik uppdragsbeskrivning			
Anslag finns där det framgår att mottagningen arbetar på uppdrag av SLL			
Vid marknadsföring har beställarens (SLL:s) riktlinjer följts			

BILAGA 8A

Obligatoriska krav	Ja	Nej	Kommentar
Information om vårdgaranti och patientnämnden Rutiner finns för information			
Ledningssystem finns för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9			
MTA avtal finns för medicinsk teknisk utrustning			
Patientsäkerhetslagen 2010:659 Patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen och finns tillgänglig senast den 1 mars			
Basal hygien inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2007:19) och dokumentet **"Basala Hygienrutiner"** från Vårdhygien i SLL 1.Finns tillgängliga för all personal			
2. All personal bär alltid kortärmad arbetsdräkt vid undersökning, vård och behandling eller annan direktkontakt med patient			
3. Möjlighet finns för alla att varje dag och vid behov byta till en ren arbetsdräkt			
4. I alla rum där patienten vårdas, undersöks eller behandlas finns tvättställ med tvål, handsprit och pappershanddukar. Om nej, beskriv hur ni hanterar hygienen på dessa rum.			
Personal (Specifik uppdragsbeskrivning 1.6 Personal och kompetens)			
Alla läkare inom uppdraget är av Socialstyrelsen godkänd specialistläkare inom kirurgi			
Medicinskt ansvarig för uppdraget är: specialistläkare i kirurgi med minst fem (5) års dokumenterad erfarenhet av klinisk verksamhet inom specialiteten efter avslutad och av Socialstyrelsen godkänd specialistutbildning			

BILAGA 8A

Obligatoriska krav	Ja	Nej	Kommentar
Hur många timmar finns läkare tillgänglig på mottagningen/vecka? (tid)			(Krav=40 h/vecka)
Omfattning av den medicinskt ansvarig läkarens kliniska verksam på mottagning/vecka? (tid)			(Krav=8 h/vecka)
Verksamhetschef-ID kontroll			

Informations- och avstämningspunkter	
Genomgång av uppdraget: Målgrupper Uppdrag Personal och kompetens Uppföljning Läkemedel Ersättningsvillkor Rapportering/Uppföljningsplan inkl WIM Allmänna villkor	
System (bilaga 4, Informationshantering) EK- SLL:s elektroniska katalog eTjänstekort Journalsystem som kan rapportera till GVR Ansluten till SLLNet Mina Vårdkontakter- av eller omboka tid samt förnya recept CVR-centralt väntetidsregister	
Övrig information -Vårdgivarguiden - Kombikakod och arbetsplatskod - Rapporteringsanvisningar - Omhändertagande efter operation - Samverkan	
Ev övrig information/kommentar:	

BILAGA 8A

Driftstart godkännes, handläggare:	
Datum för driftstart	
Driftstart avslås Enhetschef	
Kommentar och ev nytt datum för uppföljning av driftstart	

Checklista för lokaler – Fysisk tillgänglighet

Företag/Vårdgivare:	
Mottagningsadress:	
Verksamhetschef:	
Datum för ifyllnad:	
Verksamhet:	

Denna redovisning av lokalens fysiska tillgänglighet ska inför driftstartsmöte skickas till beställaren.

Vid byte av lokal ska en ny checklista skickas till beställaren.

Det ska vara möjligt för personer med funktionsnedsättning att orientera sig och förflytta sig till och inom byggnaden där verksamheten bedrivs samt även inne i mottagningslokalen. Vid driftstart ska lokalerna vara tillgängliga enligt de krav som är ställda i checklistan.
Kraven är baserade på riktlinjer från Myndigheten för delaktighet, se www.mfd.se

KRAV		Kraven är uppfyllda	Kraven är ej uppfyllda. Ange orsak och bifoga åtgärdsplan.
Angöringsplats för egen bil, taxi, färdtjänst et c	Det ska helst vara möjligt att stanna med ett fordon i direkt anslutning till entrén. Om det inte är möjligt bör det finnas en angöringsplats inom 10 meter. Placeringen skall vara högst 25 m från tillgänglig entré.		
P-plats reserverad för person med funktions-nedsättning	**P-plats/-er** reserverade för person/-er med funktionsnedsättning ska helst finnas inom 10 m. Placeringen skall vara högst 25 m från tillgänglig entré.		
Gångväg mellan entrén och angöringsplats, P-plats och hållplats	**Markbeläggningen** ska vara fast, jämn och halkfri.		
	Gångvägen ska vara fri från hinder och utan passage via trappor och lutningar med större nivåskillnader.		
Ramp i anslutning till entrén	En ramp ska ta upp högst 50 cm i höjdskillnad. Vid större höjdskillnader ska rampen vara uppdelad i sektioner med vilplan emellan. En ramp ska vara minst 1,3 m bred och lutningen högst 1:20. *Exempel 1: Om höjdskillnaden är 50 cm ska rampen vara 50 cm x 20=10 m.* *Exempel 2: En 6 meter lång ramp har lutningen 1:20 (3°). Rampens högsta punkt ligger 6x1/20 meter (30 cm) över den lägsta.*		

KRAV		Kraven är uppfyllda	Kraven är ej uppfyllda. Ange orsak och bifoga åtgärdsplan.
Tillgänglig huvudentré till fastigheten och entré till mottagningen	**Mottagningens namnskylt** ska vara tydlig och lämpligt placerad så att den, om möjligt är synlig från såväl gångväg som körväg.		
	Entrén ska vara utformad så att det går att orientera sig via dagsljus eller belysning.		
	Entrén ska vara tillgänglig utan passager via trappa, trappsteg eller branta lutningar (dvs om det förekommer trappor och branta lutningar ska det finnas anpassade alternativ).		
	Ytan framför och innanför entrédörren ska vara plan och hårdgjord samt tillräckligt stor för att rymma en person i rullstol utan att komma för nära nedåtgående trappa. Det ska finnas utrymme för att vända med rullstol och man ska kunna stå på den plana ytan när man öppnar dörren.		
	Entrédörr ska kunna öppnas, passeras och stängas av personer som använder rullstol eller rollator. **Entrédörrens fria passagemått** ska vara minst 80 cm.		
	Entrédörren ska öppnas med automatik.		
	Entrén ska vara utan tröskel eller tröskel som är högst 20 mm hög och avfasad.		
Hiss (om aktuellt)	**Hissen ska bekvämt rymma en rullstol** och medhjälpare. Hisskorgens innermått ska vara minst 1,1 m x 1,4 m med dörr på kortsidan.		
	Utanför hissen ska det finnas yta som är tillräckligt stor för att person i rullstol ska kunna: • vända och manövrera med rullstol utan att komma för nära nedåtgående trappa. • komma åt anropsknapp. • öppna dörren.		
	Hissdörrens fria passagemått ska vara minst 80 cm när den är uppställd 90 grader.		
	Hissdörren ska **öppnas automatiskt** eller vara försedd med dörrautomatik.		

KRAV		Kraven är uppfyllda	Kraven är ej uppfyllda. Ange orsak och bifoga åtgärdsplan.
Ramp inomhus (om aktuellt)	En ramp ska ta upp högst 50 cm i höjdskillnad. Vid större höjdskillnader ska rampen vara uppdelad i sektioner med vilplan emellan. En ramp ska vara minst 1,3 m bred och lutningen högst 1:20. En lutning på 1:12 kan accepteras vid trånga utrymmen. *Ex: Om höjdskillnaden är 10 cm ska rampen vara minst 1,20 m, d v s 12 gånger längre, helst 20 gånger längre; d v s 2 m.*		
Korridor och passager	Korridorer ska vara minst 1,3 m breda.		
	Korta passager, t ex mellan pelare och vägg, ska vara minst 80 cm breda.		
Dörrar mellan korridorer och passager	En **dörr** ska kunna öppnas, passeras och stängas av personer som använder rullstol eller rollator. Dörrarnas passagemått ska vara minst 80 cm.		
	Korridorer som är avdelade med dörrar som har dörrstängare ska istället utrustas med **dörrautomatik.**		
Tillgänglig toalett	Det ska finnas tillgång till toalett anpassad för personer med funktionsnedsättning i anslutning till mottagningen. Toalettutrymmet ska vara tillgängligt när verksamhet pågår i lokalerna. Toaletten ska vara nåbar från **neutralt utrymme**, t ex korridor eller väntrum.		
	Toaletten ska vara tillräckligt **rymlig** för att man ska kunna manövrera en rullstol eller rollator.		
	Rummet ska vara minst 1.7 m x 1.7 m*. Vid nybyggnad ska toaletten vara minst 2,2 m x 2,2 m.		
	Dörrens passagemått ska vara minst 80 cm.		
	Det ska finnas ett utrymme på minst 90 cm på en sida om toalettstol.		

* Enligt tidigare byggnorm (se Boverkets Byggregler, BBR). För fastigheter byggda före 2001 accepteras 1,7 m x 1,7 m.

KRAV		Kraven är uppfyllda	Kraven är ej uppfyllda. Ange orsak och bifoga åtgärdsplan.
Receptionsdisk (om aktuellt)	Receptionen bör vara anpassad för personer med funktionsnedsättning. Med reception menas mottagningsdisk där personal möter besökare över en disk.		
	En del av receptionsdisken bör vara i höjd som passar personer som använder rullstol eller är kortväxta, d v s en höjd på receptionsdisken på ca 0,75 m över golvet.		
Besöks- och behandlings-rum	Rummet ska vara tillräckligt rymligt för att det ska vara möjligt att manövrera en rullstol eller rollator.		
	Rummet ska vara tillgängligt utan passage av trappa eller trappsteg.		
	Dörröppningen ska vara helt utan tröskel eller ha en tröskel som är så låg som möjligt, dvs avfasad och högst 20 mm hög. Om möjligt ska tröskel tas bort eller göras så låg som möjligt.		
	Dörrens passagemått ska vara minst 80 cm.		

_____

Underskrift av behörig person hos vårdgivaren

_____

Namnförtydligande

September 2015

Vårdhygienska aspekter

- för mottagningsverksamhet inom somatisk specialistvård

Lokaler som används för vård och omsorg ska enligt hälso- och sjukvårdslagen vara anpassade till de hygienkrav som ställs på den verksamhet som bedrivs där.

Inredning och utrustning som används inom vården ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter uppfylla kraven på god hygienisk standard. Detta gäller såväl medicinteknisk utrustning som annan utrustning i vårdlokaler. All utrustning måste uppfylla krav så att de inte riskerar sprida smitta till patienter, personal och besökare.

All vårdpersonal ska ha relevant vårdhygienisk kunskap och få regelbunden kompetensutveckling avseende vårdhygieniska rutiner och handhavandet av den medicintekniska utrustning de använder i sitt arbete.

Denna checklista med vårdhygieniska frågeställningar har tagits fram av Vårdhygien Region Stockholm i samverkan med avdelningen för Somatisk specialistvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Vårdgivaren ska skicka ifylld checklista till Beställaren inför driftstartsmöte. Checklistan används inför start av verksamhet samt för vårdgivarens egenkontroll i det vårdhygieniska kvalitetsarbetet inom verksamheten.

Alla frågor i dokumentet besvaras genom att kryssa i samtliga rutor. Vid Nej-svar skrivs en kommentar.

Företag/Vårdgivare: .....

.....

Mottagningsadress: .....

Datum: .....

Ifyllt av: .....

Tel/mobil: .....

Mail: .....



Del 1. Basala hygienrutiner

Vårdgivarens personal ska ges förutsättningar att följa Socialstyrelsens, för var tid gällande, föreskrift om basal hygien i vård och omsorg. Basala hygienrutiner kan definieras som åtgärder vilka minskar risken för uppkomst av vårdrelaterade infektioner bland patienter och personal. Inom verksamheten ska det finnas fastställda skriftliga rutiner för arbetskläder, handtvätt och handdesinfektion. Vårdlokalens utformning och utrustning är av avgörande betydelse för att uppnå följsamhet till föreskriften och därmed kunna minska risk för smittspridning.

Arbetskläder, skyddsutrustning, handhygien och personalskydd

Arbetskläder ska användas på arbetsplats där patient vårdas, undersöks och behandlas. Arbetsdräkten ska vara kortärmad och bytas dagligen.

En korrekt handdesinfektion kan inte utföras med långärmad arbetsdräkt.

Checklista 1: Arbetskläder	
Fastställda skriftliga rutiner finns för användande av arbetskläder	Ja Nej
Kortärmad arbetsdräkt används vid patientarbete av all personal	Ja Nej
Arbetskläder byts dagligen och vid behov (ex om de blivit våta)	Ja Nej
Rena arbetskläder förvaras i skåp med dörr	Ja Nej
Vårdgivaren ansvarar för tvätt, som ska ske vid minst 60°	Ja Nej
Tillgång till engångsplastförkläde finns för att skydda arbetsdräkt	Ja Nej

Kommentar:

Handhygien och engångshandskar

Personalen ska utföra handdesinfektion med ett alkoholbaserat handdesinfektionsmedel med glycerol (mjukgörare) före och efter patientkontakt, före och efter handskanvändning samt före rent arbete. Möjlighet att tvätta händer och torka dem på engångstorkpapper ska finnas i anslutning där patienter vårdas, undersöks och behandlas. Handtvätt utförs efter kontakt med kroppsvätskor.

Checklista 2: Handhygien och engångshandskar	
Vid patientkontakt är underarmar och händer fria från armbandsur, smycken, förband, stödskenor eller motsvarande	Ja Nej
Händer desinfekteras före och efter patientkontakt	Ja Nej
Händer desinfekteras före och efter användning av engångshandskar samt före rent arbete	Ja Nej
Engångshandskar används vid provtagning	Ja Nej
Engångshandskar används vid risk för kontakt med kroppsvätskor och vid orent arbete	Ja Nej

Kommentar:

Förebygga blodsmitta hos personal

Stick- och skärskador inom vården utgör risk för blodsmitta för personalen. Viss risk föreligger också vid blodstänk i öga eller på slemhinna. Risk för blodsmitta gäller främst virusinfektioner som HIV, hepatit B och hepatit C. Stick- och skärskador ska så långt som möjligt förebyggas. Detta bör ske genom att använda säkerhetsprodukter (skyddsfunktion finns på stickande- och skärande engångsprodukter) och skyddsutrustning såsom handskar vid provtagning samt att stickande och skärande avfall läggs i avfallskärl.

Verksamheten ska ha fastställda rutiner för bortskaffande av smittförande verksamhetsavfall enligt avfallsförordningen.

Checklista 3: Förebygga stick- och skärskada hos personal och förebygga blodsmitta	
Endast sticksäkra produkter används vid injektion och provtagning	Ja Nej
Stickande och skärande produkter placeras direkt efter användning i särskilt avfallskärl	Ja Nej
Skriftliga riktlinjer finns för situation då stick- eller skärskada eller blodstänk inträffat	Ja Nej
Personal känner till riktlinjerna	Ja Nej

Kommentar: .....

.....

.....

Utbildning i basal hygien och hygienrutiner för personal

För att kunna tillgodose kraven på en god vårdhygien ska personal i samband med anställning få introduktion i verksamhetens lokala hygienrutiner och under hand återkommande kompetensutveckling.

Checklista 4: Utbildning	Vid nyanställning	Årligen
Genomgång av var tid gällande föreskrift (för närvarande SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg	Ja Nej	Ja Nej
Utbildning i lokala hygienrutiner ges	Ja Nej	Ja Nej
Genomgång av funktion och hygieniskt handhavande av medicinteknisk utrustning görs	Ja Nej	Ja Nej

Kommentar:

Del 2. Lokaler, inredning och utrustning

Lokal där patient vårdas, undersöks och behandlas ska vara lättstädad, tåla rengöring och desinfektionsmedel samt ha sådan utrustning så att personal kan utföra basala hygienrutiner. Sådana lokaler motsvarar hygienklass 2 (se Indelning av lokaler i Hygienklasser, Bilaga 1). Medicinteknisk utrustning ska vara ändamålsenlig och förvaras och hanteras så att smittspridning förebyggs. Nedan beskrivs generella kriterier som bör vara uppfyllda inom en vårdverksamhet.

Checklista 5: Golv, tak och väggar	
Golvets ytskikt tål rengörings- och desinfektionsmedel med tensid	Ja Nej
Golvmaterial dras upp på vägg som sockel i vård-, undersöknings- och behandlingsrum, kök, toaletter samt desinfektionsrum	Ja Nej
Golv är av icke absorberande material, fogfritt eller med svetsade fogar (linoleum och trägolv bör inte användas)	Ja Nej
Undertak är släta och lätt avtorkbara samt saknar glipor	Ja Nej
Väggbeklädnad är icke absorberande, utan hål och sprickor, lätt att rengöra samt tål desinfektionsmedel med alkohol	Ja Nej
Utanpåliggande ledningar och rör är släta samt lätta att hålla rena	Ja Nej

Kommentar:

Checklista 6: Tvättställ med tillhörande hygienutrustning	
Tvättställ med engreppsblandare finns (Tvättstället bör vara utan bräddavlopp och med bottenventil)	Ja Nej
Vid tvättstället finns vägghängd behållare med flytande tvål	Ja Nej
Vid tvättstället finns vägghängd behållare med alkoholbaserat handdesinfektionsmedel	Ja Nej
Vid tvättstället finns: vägghängd hållare för pappershanddukar	Ja Nej
Vid tvättstället finns vägghängd papperskorg alt på stativ med hjul	Ja Nej

Kommentar:

Checklista 7: Toalett & duschutrymme	
Tvättställ med tillhörande hygienutrustning finns enligt Checklista 6	Ja Nej
Vid toalettstol finns fritt hängande toalettborste med droppskål	Ja Nej
Vid toalettstol finns toalettpappershållare	Ja Nej
Skriftlig rutin för städfrekvens finns	Ja Nej
Duschvägg rekommenderas vid behov av avskiljning. Använd inte duschdraperi.	

Kommentar:

Checklista 8: Väntrum, korridor	
Möbler är lätta att flytta och utformade så att städning underlättas	Ja Nej
Möbler har vätskeavvisande och -avtorkbar yta, -alternativt avtagbar och tvättbar klädsel (lägst 60 ^{0}C)	Ja Nej
Rutin för rengöring och tillsyn av väntrum finns	Ja Nej
Draperier, långa gardiner eller textila rumsavskiljare bör inte användas.	

Kommentar: .....

.....

.....

Checklista 9: Undersöknings- och behandlingsrum	
Tvättställ med tillhörande hygienutrustning finns enligt Checklista 6	Ja Nej
Engångshandskar finns (olika storlekar)	Ja Nej
Engångsplastförkläde finns	Ja Nej
Alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid finns	Ja Nej
Engångstorkdukar för rengöring och ytdesinfektion finns	Ja Nej
Skåp med dörrar för förvaring finns	Ja Nej
Skåp och avställningsytor är släta, lätt avtorkbara och tål rengörings- och desinfektionsmedel	Ja Nej
Avställningsytor är hela och utan skador	Ja Nej
Skriftlig rutin för städfrekvens finns	Ja Nej

Draperier, långa gardiner eller textila rumsavskiljare bör inte användas.

Kommentar:

Checklista 10: Förråd och förvaring i behandlingsrum	
Material förvaras i rent skåp med dörr	Ja Nej
Material tas fram inför varje patientbesök	Ja Nej
Sterilt och höggradigt rent material förvaras i separata skåp	Ja Nej
Skåp och avställningsytor är släta, lätt avtorkbara och tål rengörings- och desinfektionsmedel	Ja Nej
Skriftlig rutin för regelbunden rengöring av skåp finns	Ja Nej
Hantering av material sker alltid med desinfekterade händer	Ja Nej
Material som tagits fram och använts eller ej använts kasseras. Flergångsmaterial diskas och desinfekteras.	Ja Nej
Material i förråd och skåp förvaras i avdelningsförpackning	Ja Nej

Kommentar:

Checklista 11: Brits/undersökningsstol och säng	
Tål rengöring med alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid	Ja Nej
Britsens yta är hel, utan hål och sprickfri	Ja Nej
Skriftligt fastställd frekvens för rengöring och desinfektion finns	Ja Nej

Kommentar:

Desinfektionsrum

Desinfektionsrummets yta ska vara väl tilltagen så att kontakt mellan smutsig och ren utrustning kan undvikas. Flödet ska planeras så att gods går från smutsigt till rent område. Avställningsytor bör vara väl tilltagna för rent respektive orent gods. I desinfektionsrum bör finnas diskdesinfektor och i vissa fall, spoldesinfektor. Här kan källsortering ske. I desinfektionsrum ska inte papper och textilier förvaras.

Checklista 12: Desinfektionsrum	
Tvättställ med tillhörande hygienutrustning finns enligt Checklista 6	Ja Nej
Alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid finns	Ja Nej
Engångstorkdukar för rengöring/ytdesinfektion finns	Ja Nej
Engångshandskar finns	Ja Nej
Engångsplastförkläden finns	Ja Nej
Stänkskydd (visir eller liknande) finns	Ja Nej
Hållare för moppstativ på vägg finns	Ja Nej

Kommentar:

Checklista 13: Omklädningsrum för personal	
Tvättställ med tillhörande hygienutrustning finns enligt Checklista 6	Ja Nej
Rena arbetskläder förvaras i skåp med dörr	Ja Nej

Kommentar:

Checklista 14: Läkemedelsrum/skåp	
Tvättställ med tillhörande hygienutrustning finns enligt Checklista 6	Ja Nej
Fri arbetsyta för iordningsställande av läkemedel finns	Ja Nej
Alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid finns	Ja Nej
Engångstorkdukar för rengöring och ytdesinfektion finns	Ja Nej
Engångshandskar finns	Ja Nej
Om kylskåp finns, förvaras endast läkemedel där	Ja Nej
Använd i första hand injektionsläkemedel i ampull för enpatientbruk. Ampuller för flerpatientbruk bör inte användas på grund av kontaminationsrisk	

Kommentar:

Förråd och förrådshantering

Sterilt eller höggradigt rent material ska vara sterilt respektive höggradigt rent fram till vårdinsats. Uppackning, förvaring och hantering ska ske så att renhetsgraden inte riskeras. Medicintekniska produkter ska förvaras i sin avdelningsförpackning fram till sin tilltänkta användning för att säkerställa leverantörens märkning för bland annat hållbarhetstid.

Checklista 15: Förråd och förrådshantering	
Material förvaras i rent skåp eller i avskilt rum med hyllor	Ja Nej
Material tas fram inför varje patientbesök	Ja Nej
Hantering av material sker alltid med desinfekterade händer	Ja Nej
Förvaring av sterilt respektive höggradigt rent material sker i separata skåp	Ja Nej
Material förvaras i avdelningsförpackning	Ja Nej
Material som tagits fram kasseras. Flergångsmaterial diskas och desinfekteras.	Ja Nej
Avemballering av krympfilm och transportförpackningar sker utanför förråd	Ja Nej
Rutin för regelbunden rengöring och desinfektion av förråd finns	Ja Nej
Väggar, skåp och hyllor har släta ytor som tål rengöring och ytdesinfektion	Ja Nej

Kommentar:

Städning, rengöring och desinfektion

Städning är viktig för att minska mängden mikroorganismer i miljön och kan bidra till färre infektioner genom att smittspridning förebyggs.

Checklista 16: Städning	
Skriftliga riktlinjer för städning av lokaler och ytor finns	Ja Nej
Städningens kvalitet följs upp regelbundet	Ja Nej

Kommentar:

Rengöring och desinfektion samt sterilisering av instrument och gods

Inför upphandling och inköp av medicintekniska produkter ska tillverkare/återförsäljare klargöra hur rengöring, desinfektion och eventuell sterilisering ska ske samt med vilka medel och metoder. Bruksanvisning ska vara skriven på svenska. Engångsprodukter ska aldrig rengöras och återanvändas.

Diskdesinfektor rengör och desinfekterar instrument, skålar och annan utrustning, som därmed blir höggradigt rena. Spoldesinfektor tömmer, rengör och desinfekterar hinkar, bäcken och urinflaskor samt fungerar som utslagsback. Autoklav steriliserar höggradigt rent gods (exempelvis kirurgiska instrument) i syfte att avdöda de få mikroorganismer inklusive sporer som är kvar på godset efter desinfektion. Separata avställningsytor intill diskdesinfektor och autoklav ska finnas för orent respektive rent gods.

Checklista 17: Rengöring och desinfektion av instrument och gods	
Spoldesinfektor finns	Ja Nej
Diskdesinfektor finns	Ja Nej
Autoklav finns	Ja Nej
Rutiner för daglig kontroll och signeringslista för befintlig utrustning finns	Ja Nej
Utförs årlig funktionskontroll av behörig tekniker för utrustningen	Ja Nej

Manuell kemisk desinfektion tillämpas för instrument	Ja Nej
Personal utbildas och följer instruktioner för användning	Ja Nej
Material och utrustning förvaras så att kontamination undviks	Ja Nej
Finns avtal med certifierad sterilenhet för hantering och sterilisering av enhetens instrument?	Ja Nej

Kommentar: .....

.....

.....

.....

Checklista 18: Flexibelt endoskop	
Sker undersökning med flexibelt endoskop	Ja Nej
Om ja, finns endoskopdiskdesinfektor	Ja Nej
Skriftliga rutiner för manuell förrengöring och maskinell rengöring samt desinfektion och förvaring finns	Ja Nej
Endast manuell rengöring och desinfektion tillämpas	Ja Nej
Personal utbildas och följer instruktioner för användning, rengöring, desinfektion och förvaring	Ja Nej

Kommentar:

Del 3. Resistenta bakterier, virus och andra smittämnen

För att minska risken för smittspridning inom vården och öka patientsäkerheten finns handlingsprogram som gäller i Stockholms läns landsting. Handlingsprogrammen med riktlinjer ska tillämpas av alla vårdgivare inom Stockholms län.

Det är viktigt att varje vårdgivare och all personal har kännedom om var dokumenten är tillgängliga och att de skall följas.

Dokumenten nås via: www.vardgivarguiden.se/Omraden/Smittskydd/

Checklista 19: Handlingsprogram för MRSA, ESBL, tuberkulos m fl	
Genomgång av aktuella handlingsprogram sker återkommande	Ja Nej
Personalen känner till var de aktuella handlingsprogrammen finns	Ja Nej
Rutinför att kunna erbjuda omhändertagande av patient som är känd bärare av MRSA, ESBL, VRE eller blodsmitta finns	Ja Nej

Kommentar: .....

.....

.....

.....

Checklista 20: MRSA-provtagning av patient	
MRSA-screening utförs vid misstänkt stafylokockinfektion	Ja Nej
MRSA-screening utförs upp till 6 månader efter utlandsvård	Ja Nej

Kommentar:

Checklista 21: MRSA och personal	
Personal som arbetat eller vårdats på sjukhus utomlands de senaste 6 månaderna screenas för MRSA vid hemkomst	Ja Nej
Personal hänvisas till företagshälsovård, vårdcentral eller anvisad vårdenhet vid behov av screening	

Kommentar:

4. Referenser

Planering av vårdlokaler

Program för Teknisk Standard (PTS). Riktlinjer för vårdhygieniska aspekter vid renovering, om- och tillbyggnad samt nybyggnad av vårdlokaler.
www.locum.se/Global/3.Verktygen/3.%20Locums%20riktlinjer/Byggnadstekniska%20riktlinjer/R%20%206%20V%C3%A5rdhygieniska%20aspekter.pdf

Byggenskap och Vårdhygien Vårdhygieniska aspekter vid ny- och ombyggnation samt renovering av vårdlokaler 2:a upplagan www.sfvh.se/bov-byggenskap-och-vardhygien

Basal hygien

SOSFS 2015:10 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg. Ersätter SOSFS 2007:19 fr o m 1 januari 2016. www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-5-10

E-utbildning om basal hygien: www.vardgivarguiden.se/e-learning

Förebygga mikrobiologiska arbetsmiljörisker och blodsmitta

AFS 2005:01 Mikrobiologiska arbetsmiljörisker – smitta, toxinpåverkan, överkänslighet
www.av.se/dokument/afs/AFS2005_01.pdf

Handlingsprogram för att förebygga blodburen smitta.
www.vardgivarguiden.se/omraden/smittskydd/sjukdomar/handlingsprogram/forebygga_blodsmitta/

E-utbildning om smitta och stickskador. Arbetsmiljöverket
arbetsmiljoverket.learnways.com/courses/course91/template.htm

SOSFS 2005:26 Socialstyrelsens föreskrift Hantering av smittförenade avfall inom vården
http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-26

Avfallsförordning (2011:927)
www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Avfallsforordning-2011927_sfs-2011-927/

Medicintekniska produkter, rengöring, desinfektion, sterilisering och förrådshållning

SOSFS 2008:1 Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården
www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8547/2008-10-1.pdf

Teknisk rapport SIS-TR 46:2014. Processer för rengöring, desinfektion och sterilisering – Validering och rutinkontroll inom svensk vård och omsorg

Utbildning för hälso-, sjukvårds- och tandvårdspersonal inom området – värmedesinfektion – spol- och diskdesinfektorer
www.sfvh.se/soda-utbildningspaket-for-spol-och-diskdesinfektorer

Förrådshantering och transport av medicintekniska produkter med specificerad renhetsgrad till och inom hälso-, sjuk- och tandvård
www.vardgivarguiden.se/omraden/vardhygien/hygienrad-och-riktlinjer/forrad/

Rengöring, städning och ytdesinfektion i vårdlokaler

Rengöring och Desinfektion av ytor i vårdmiljö RoD
www.vardgivarguiden.se/omraden/vardhygien/dokument/rengoring-och-desinfektion/rengoring-och-desinfektion/

Städning i vårdlokaler (SIV) www.sfvh.se/stadning-av-vardlokaler-siv

Smittskydd och vårdhygien

Smittskydd Stockholm för uppgifter om aktuella handlingsprogram, uppgifter om smittskyddsanmälan, övriga smittskyddsfrågor och kontaktuppgifter

Vårdhygien Stockholms län: www.vardgivarguiden.se/vardhygien för uppgifter om vårdprogram, vårdhygieniska riktlinjer och kontaktuppgifter

Förebygga vårdrelaterade infektioner i Stockholms läns landsting

Handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner i hälso- och sjukvården
www.vardgivarguiden.se/omraden/vardhygien/hygienrad-och-riktlinjer/vardrelaterade-infektioner/

Vårdhandboken

På www.vardhandboken.se/Kategori/Hygien,_infektioner_och_smittspridning
finns tillgång till en rad omvårdnadsriktlinjer (nationell handbok).

Bilaga 1 Hygienklasser

Indelning av lokaler i hygienklasser

Med vårdlokaler avses rum där patienter vårdas, undersöks och/eller behandlas samt eventuella övriga lokaler som behövs för att bedriva vård. Nedanstående tabell beskriver en riskbedömning och hygienklassificering av lokaler beroende av användningsområde. För lokaler i hygienklass 1-3 ska vårdhygienisk expertis kontaktas och beredas möjlighet att delta i utformandet av lokaler vid ny- eller ombyggnation.

Hygienklass	**Typ av lokal**	**Väsentliga krav (exempel)**
Hygienklass 0	Administrativa lokaler	Inga vårdhygieniska
Hygienklass 1	Väntrum Dagrum Hissar Korridorer och kulvertar Allmänna toaletter Personalutrymmen Rum i särskilt boende	Ytskikt golv ska tåla rengöringsmedel och punktdesinfektion. Möbler ska ha avtorkbar ytbeklädnad alternativt avtagbar och tvättbar (lägst 60°) klädsel.
Hygienklass 2	Vårdrum Behandlingsrum Undersökningsrum Laboratorier Kök Desinfektionsrum Toalett- och hygienrum inom vårdlokal och särskilt boende	Ytskikt på väggar och golv ska tåla rengöringsmedel och punktdesinfektion. Möbler ska ha avtorkbar ytbeklädnad. Tvättställ med tillhörande utrustning. Plats för handskar och skyddsförkläde. Uppvikt matta eller motsvarande.
Hygienklass 3	Vårdlokaler med särskilda hygienkrav, t.ex. - operationsavdelning - decentralt placerad - operationssal - sterilteknisk enhet - dialysenhet - endoskopienhet - intensivvårdsavdelning - infektionsavdelning - vård av särskilt infektionskänsliga patienter	Som hygienklass 2 och dessutom överväg: - kvalificerad ventilation - luftsluss eller förrum - vattenrening

Tabell l källa: Byggenskap och Vårdhygien, vårdhygieniska aspekter vid ny- ombyggnation samt renovering av vårdlokaler, andra upplagan. Svensk Förening för Vårdhygien, tillgänglig via www.sfvh.se/bov-byggenskap-och-vardhygien

Vårdhygienska aspekter – operation

- för somatisk specialistvård, operationsverksamhet

Operationer och kirurgiska ingrepp kan innebära risker för vårdskador som vårdrelaterade och postoperativa infektioner. I all operationsverksamhet ska det finnas anvisningar för att förhindra vårdskador. All vårdpersonal ska ha relevant vårdhygienisk kunskap och få regelbunden kompetensutveckling avseende vårdhygieniska rutiner och handhavandet av den medicintekniska utrustning som de använder i sitt arbete.

Operationslokaler, inredning och utrustning, som används ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter uppfylla kraven på god hygienisk standard. All medicinteknisk utrustning måste uppfylla krav så att de inte riskerar sprida smitta till patienter och personal. Komplikationer i samband med operativa ingrepp förebyggs med hjälp av kompetent personal, adekvat utrustning samt för ändamålet avsedda lokaler och kvalitetssäkrade rutiner.

Denna checklista och beskrivning med vårdhygieniska frågeställningar för lokaler där det utförs operationsingrepp, har tagits fram av Vårdhygien Stockholms län i samverkan med avdelningen för Somatisk specialistvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Vårdgivaren ska skicka ifylld checklista till Beställaren inför driftstartsmöte. Checklistan används inför start av verksamhet samt för vårdgivarens egenkontroll i det vårdhygieniska kvalitetsarbetet inom verksamheten.

Alla frågor i dokumentet besvaras genom att kryssa i samtliga rutor. Vid Nej-svar skrivs en kommentar.

Företag/Vårdgivare: .....

.....

Mottagningsadress: .....

Datum: .....

Ifyllt av: .....

Tel/mobil: .....

Mail: .....

Inledning

Operation eller kirurgiskt ingrepp har olika innebörd för olika enheter. En del verksamheter har i uppdrag att operera höft- eller knäplastiker medan andra i huvudsak utför små ingrepp som exempelvis borttagande av nevus.

Specificera nedan de vanligaste kirurgiska ingrepp inom aktuellt avtal. Detta ger underlag för att bedöma krav på operationslokaler, behovet av kvalificerad ventilation samt, instrumenthantering, sterilgods process med mera.

_____
_____
_____
_____
_____

Del 1. Basala hygienrutiner

Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården gäller för all vårdverksamhet. Inom verksamheten ska det finnas fastställda skriftliga rutiner för arbetskläder, kläder på operation, handtvätt och handdesinfektion.

Arbetskläder, skyddsutrustning, handhygien och personalskydd

Vid arbete på operationsavdelningen bär personalen ren arbetsdräkt som inte har använts vid vårdarbete utanför operationsavdelningen. Därmed minskas risken att föra in smitta från andra enheter till operationssalen minskar.
Vid patientnära arbete ska engångsplastförkläde bäras. Huvudbonader ska täcka hela håret och hindra hårstrån från att falla ned i operationssåret och instrument. De som arbetar direkt i såret bär steril operationsrock, sterila handskar, operationsmössa och munskydd. Munskydd bör användas av dem som under operationen befinner sig inom armlängds avstånd från operationssår, assistansbord eller annat sterilt område.

Ange vilket material/kvalitet på arbetskläder som används inom operationsenheten (en- eller flergångs)**. Om flergångsarbetsdräkt används, ange hur kläderna tvättas samt hur de förvaras innan användning:**

_____
_____
_____
_____
_____

Checklista 1: Arbetskläder på operation	
Fastställda skriftliga rutiner för användande av arbetskläder på operation finns	Ja Nej
Om personal går utanför operationsenheten och har patientkontakt byts arbetsdräkt vid återkomst	Ja Nej
Tillgång till engångsplastförkläde finns för att skydda arbetsdräkt	Ja Nej

Kommentar:
_____
_____
_____

Tvättställ för preoperativ handtvätt och handdesinfektion

Tvättstället för den preoperativa handtvätten ska vara placerat utanför och i nära anslutning till operationssal. Tvättstället ska vara utformat och i storlek som tillåter generös hand- och underarmstvätt. Det är lämpligt att i anslutning till tvättstället i skåp ha tillgång till munskydd, operationsmössor och eventuell övrig nödvändig utrustning.

Personalens handdesinfektion och preoperativ handdesinfektion

Alkoholbaserat handdesinfektionsmedel är förstahandsval vid handdesinfektion och preoperativ handdesinfektion. De innehåller återinfettningsmedel (glycerol). Före första operationen på dagen, efter längre uppehåll mellan operationerna eller vid synligt orena händer används flytande tvål och händer och underarmar tvättas och sköljs i rinnande vatten. Rengör naglarna vid behov. Naglarna ska vara rena, kortklippta och utan nagellack. Därefter torkas händerna torra med pappershandduk. Händer och underarmar desinfekteras sedan med ett alkoholbaserat huddesinfektionsmedel. Gnid in händer och underarmar enligt schema som säkerställer att desinfektionsmedlet når hela den avsedda hudytan. Före varje operation desinfekteras händer och underarmar med alkoholbaserat handdesinfektionsmedel.

Enheten ska ha skriftliga rutiner om att underarmar och händer ska hållas fria från armbandsur, smycken, bandage, förband, stödskenor eller motsvarande. Naglarna ska vara korta och fria från konstgjorda material. Personal med pågående infektion eller sår ska inte arbeta på operationsenheten.

Checklista 2. Personalens handhygien	
Finns Skriftliga kända riktlinjer om att ringar, armband och armbandsur inte bärs av personal som arbetar på operationsavdelning	Ja Nej
Finns Riktlinjer för hur handdesinfektion och preoperativ handdesinfektion ska utföras	Ja Nej
Dubbla handskar används vid vissa operationer, t. ex (ortopediska) av samtliga i operationslaget för att minska risken för blodsmitta till personal.	Ja Nej

Utbildning i basal hygien och hygienrutiner för personal

För att kunna tillgodose kraven på en god vårdhygien ska personal i samband med anställning få introduktion i verksamhetens lokala hygienrutiner och återkommande kompetensutveckling.

Checklista 3: Utbildning	**Vid nyanställning**	**Årligen**
Genomgång av var tid gällande föreskrift (för närvarande SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg utförs	Ja Nej	Ja Nej
Utbildning i lokala hygienrutiner ges	Ja Nej	Ja Nej
Genomgång av funktion och hygieniskt handhavande av medicinteknisk utrustning utförs	Ja Nej	Ja Nej

Kommentar:
_____
_____
_____

Del 2. Lokaler, inredning, utrustning och ventilation i operationslokaler

Lokal där patient vårdas, undersöks och behandlas ska vara lättstädade, tåla rengöring och desinfektionsmedel samt ha sådan utrustning att personal kan utföra basala hygienrutiner. Sådana lokaler motsvarar hygienklass 2 (se Indelning av lokaler i Hygienklasser, Bilaga 1). Operationsavdelning tillhör hygienklass 3 och har särskilda hygienkrav som exempelvis kvalificerad ventilation.

Medicinteknisk utrustning ska vara ändamålsenlig och förvaras och hanteras så att smittspridning förebyggs.

Operationsenhet och operationssalens placering och ventilation

Operationssalar med tillhörande funktionsenheter ska vara skilda från övrig verksamhet och placerad och utformad så persontrafik in till operationsavdelningen begränsas. Genom att skilja operationsavdelningen från övrig verksamhet, även med avseende på ventilation, minskas risk för smitta. Gods avemballeras ur transportförpackning utanför operationsavdelning och lastas på rena vagnar innan det tas in på operationsavdelning.

Ventilationens huvuduppgift är att medverka till en låg nivå av mikroorganismer under pågående operation. Genom visst övertryck i operatonssalen minimeras risken för inflöde av mikroorganismer från omgivningen. Ventilationen ska vara i gång dygnet runt men flödet kan reduceras då rummet inte används.

Operationssalens ventilation ska vara av sådan kvalitet att antalet bakteriebärande partiklar ligger under 100 cfu/m^3 i luft under operationen. Vid infektionskänsliga ingrepp (t ex ledprotes) bör kraven på ventilation vara <10 cfu/m^3.
Det finns olika lösningar för ventilationssystem, så kallad omblandad ventilation och/eller operationstak med laminärt luftflöde (LAF). I moderna anläggningar kan man, när

specialarbetsdräkt används, komma ned till det mikrobiologiska kravet för luft i operationsrummet för infektionskänslig ren kirurgi till nivåer < 5 cfu/m3 i luften.

Större krav ställs på ventilationssystem för att nå <10cfu/m^3 (ultraren luft) i operationssalens luft under pågående arbete. Exempel på sådana system är så kallade operationstak med laminärt luftflöde (LAF). I moderna anläggningar kan man, när specialarbetsdräkt används, komma ned till det mikrobiologiska kravet för luft i operationsrummet för infektionskänslig ren kirurgi till nivåer < 5 cfu/m^3 i luften.

Vilken ventilationsform har enhetens operationssal/ar: ange om exempelvis LAF-tak eller annan ventilationsinstallation finns. Bilägg specifikation för installationen.

_____
_____
_____
_____
_____

Checklista 4: Operationssalens placering och ventilation	
Operationsenheten är tydligt avgränsad från entré, väntrum och mottagning med dörr	Ja Nej
Enheten utför OVK (obligatorisk ventilationskontroll) vart tredje år Bifoga senaste mätprotokoll och ev andra mätningar av ventilationskvalitén i pack/autoklavrum och sterilförråd.	Ja Nej

Kommentar:

_____
_____
_____

Checklista 5: Golv, tak och väggar	
Golvets ytskikt tål rengörings- och desinfektionsmedel med tensid	Ja Nej
Golvmaterial dras upp på vägg som sockel i samtliga lokaler inom operationsenhet.	Ja Nej
Golv är av icke absorberande material, fogfritt eller med svetsade fogar (linoleum och trägolv bör inte användas)	Ja Nej
Undertak är släta och lätt avtorkbara samt saknar glipor	Ja Nej
Väggbeklädnad är icke absorberande, utan hål och sprickor, lätt att rengöra samt tål desinfektionsmedel med alkohol	Ja Nej
Utanpåliggande ledningar och rör är släta samt lätta att hålla rena	Ja Nej

Kommentar:

_____

_____

_____

Checklista 6: Operationsbrits, undersökningsstol och säng	
Utrustningen tål rengöring med alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid	Ja Nej
Dynornas yta är hel, utan hål och sprickfri	Ja Nej
Skriftligt fastställd frekvens för rengöring och desinfektion finns	Ja Nej

Kommentar:

_____

_____

_____

Desinfektionsrum

Desinfektionsrummets arbetsytor ska vara väl tilltagna så att kontakt mellan smutsig och ren utrustning undviks. Flödet ska planeras så att gods går från smutsigt till rent område. I desinfektionsrum bör finnas diskdesinfektor och i vissa fall, spoldesinfektor. Här kan viss källsortering ske. I desinfektionsrum ska inte papper och textilier förvaras.

Packning av sterilt gods och autoklav ska undantagsvis ske i desinfektionsrum. I så fall ska källsortering undvikas.

Det finns särskilda råd om CFU <200/m^3 i packrum och sterilförråd belägna i operationsenhet. Temperatur och luft-fuktighet ska också beaktas.

Checklista 7: Desinfektionsrum	
Tvättställ med tillhörande hygienutrustning finns	Ja Nej
Alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med tensid finns	Ja Nej
Engångstorkdukar för rengöring/ytdesinfektion finns	Ja Nej
Engångshandskar finns	Ja Nej
Engångsförkläde finns	
Stänkskydd (visir eller liknande) finns	Ja Nej
Hållare för moppstativ på vägg finns	Ja Nej

Kommentar:
_____
_____
_____

Förråd och förrådshantering

Sterilt eller höggradigt rent material ska behålla sin renhetsgrad fram till vårdinsats. Uppackning, förvaring och hantering ska ske så att renhetsgraden bibehålls. Medicintekniska produkter ska förvaras i sin avdelningsförpackning fram till användning för att säkerställa leverantörens märkning för bland annat hållbarhetstid.

Checklista 8: Förråd och förrådshantering	
Material förvaras i rent skåp eller i avskilt rum med hyllor	Ja Nej

Hantering av material sker alltid med desinfekterade händer	Ja Nej
Förvaring av sterilt respektive höggradigt rent material sker i separata skåp	Ja Nej
Material förvaras i avdelningsförpackning (se bilaga 2)	Ja Nej
Material som tagits fram kasseras. Flergångsmaterial diskas och desinfekteras.	Ja Nej
Rutin för regelbunden rengöring av förråd finns	Ja Nej

Del 3 Rengöring och desinfektion samt sterilisering av instrument

Inför upphandling och inköp av medicintekniska produkter ska tillverkare/återförsäljare klargöra hur rengöring, desinfektion och eventuell sterilisering ska ske samt med vilka medel och metoder. Bruksanvisning ska vara skriven på svenska. Engångsprodukter ska aldrig rengöras och återanvändas.

Vårdgivare ansvarar via verksamhetschefen för sterilisering av medicintekniska produkter i egen verksamhet och att:

- kraven i de medicintekniska regelverken efterföljs
- personal får ändamålsenlig utbildning
- det finns skriftliga instruktioner och adekvat teknisk dokumentation
- kvalitetssystem tillämpas som fyller kraven i SOSFS 2011:9 och finns implementerat och dokumenterat

Regelverket förutsätter att endast validerade och kvalitetssäkrade processer tillämpas i arbetet för att åstadkomma sterila produkter. Diskdesinfektor rengör och värmedesinfekterar instrument, skålar och annan utrustning så att dessa blir höggradigt rena. Manuell rengöring och desinfektion kan användas för vissa värmekänsliga instrument. Spoldesinfektor tömmer, rengör och desinfekterar hinkar, bäcken och urinflaskor samt fungerar som utslagsback.

Autoklav steriliserar höggradigt rena produkter (exempelvis kirurgiska instrument) i syfte att avdöda de få mikroorganismer inklusive sporer som är kvar på godset efter diskdesinfektion.

Checklista 9: Rengöring och desinfektion av instrument och gods	
Spoldesinfektor finns	Ja Nej
Diskdesinfektor finns	Ja Nej
Autoklav finns	Ja Nej

Rutiner för daglig kontroll (rutinkontroll) och regelbundna processkontroller med tester och signeringslista för kontroller av befintlig utrustning finns	Ja Nej
Årlig funktionskontroll av behörig tekniker för utrustningen	Ja Nej
Manuell kemisk desinfektion tillämpas för instrument Vilken metod används: _____	Ja Nej
Personal utbildas och följer instruktioner för användning	Ja Nej
Höggradigt rena och steriliserade medicintekniska produkter mm förvaras så att kontamination undviks (stängda skåp el egna separata förrådsutrymmen)	Ja Nej
Avtal med certifierad sterilenhet för hantering och sterilisering av enhetens instrument finns	Ja Nej

Kommentar:
_____
_____
_____

Checklista 10: Flexibelt endoskop	
Undersökning med flexibelt endoskop sker	Ja Nej
Om ja, finns endoskopdiskdesinfektor	Ja Nej
Skriftliga rutiner för manuell förrengöring och maskinell rengöring samt desinfektion och förvaring finns	Ja Nej
Endast manuell rengöring och desinfektion tillämpas	Ja Nej
Personal utbildas och följer instruktioner för användning, rengöring, desinfektion och förvaring	Ja Nej
Prov tas regelbundet på slutsköljvatten	Ja Nej

Kommentar:
_____
_____
_____

4. Patienten

Före operationen ska patienten tvätta/duscha hela kroppen med tvål och vatten och bör ha fått skriftliga instruktioner kring det. Patienter som ska genomgå ortopedisk operation eller annan operation där hudbakterier kan orsaka allvarliga infektioner, bör förbereda sig genom att duscha med klorhexidintvål minst två gånger före operation.
För att minimera mikroorganismer i operationssal rekommenderas patienten byta om till operationsskjorta eller engångsrock. Huden omkring operationsområdet ska desinfekteras omedelbart före operationen. Klorhexidinsprit (0,5 procent klorhexidin i 70 procent etanol) eller medel med motsvarande effekt ska användas.
Rakning ska inte utföras, håravkortning tillämpas vid behov.

Checklista 11: Patientens preoperativa förberedelse	
Finns skriftliga rutiner för patienten om tvätt/dusch före operation	Ja Nej
Om hår måste avlägsnas över operationsområdet, sker håravkortning	Ja Nej
Särskilt utrymme för patienten att byta om i anslutning till operationsenheten finns	Ja Nej

4. Referenser

Planering av vårdlokaler

Program för Teknisk Standard (PTS). Riktlinjer för vårdhygieniska aspekter vid renovering, om- och tillbyggnad samt nybyggnad av vårdlokaler.
www.locum.se/Global/3.Verktygen/3.%20Locums%20riktlinjer/Byggnadstekniska%20riktlinjer/R%20%206%20V%C3%A5rdhygieniska%20aspekter.pdf

Byggenskap och Vårdhygien Vårdhygieniska aspekter vid ny- och ombyggnation samt renovering av vårdlokaler 2:a upplagan www.sfvh.se/bov-byggenskap-och-vardhygien

Teknisk specifikation SIS-TS 39:2012. Mikrobiologisk renhet i operationsrum – Förebyggande av luftburen smitta – Vägledning och grundläggande krav

Basal hygien

SOSFS 2015:10 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg.
www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-5-10

Basala hygienrutiner för vård och behandling i Stockholms läns landsting
http://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/styrdokument/dokument/basala_hygienrutiner/dokument/kladpolicy/

E-utbildning om basal hygien: www.vardgivarguiden.se/e-learning

Förebygga mikrobiologiska arbetsmiljörisker och blodsmitta

AFS 2005:01 Mikrobiologiska arbetsmiljörisker – smitta, toxinpåverkan, överkänslighet
www.av.se/dokument/afs/AFS2005_01.pdf

Handlingsprogram för att förebygga blodburen smitta.
www.vardgivarguiden.se/omraden/smittskydd/sjukdomar/handlingsprogram/forebygga_blodsmitta/

E-utbildning om smitta och stickskador. Arbetsmiljöverket
arbetsmiljoverket.learnways.com/courses/course91/template.htm

SOSFS 2005:26 Socialstyrelsens föreskrift Hantering av smittförenade avfall inom vården
http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-26

Avfallsförordning (2011:927)
www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Avfallsforordning-2011927_sfs-2011-927/

Medicintekniska produkter, rengöring, desinfektion, sterilisering och förrådshållning

Lag (1993:584) om medicintekniska produkter

LVFS 2003:11 Läkemedelsverkets föreskrift om medicintekniska produkter

Vårdhandboken, översikt om medicintekniska produkter.
http://www.vardhandboken.se/texter/medicintekniska-produkter/oversikt/

SOSFS 2008:1 Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården
www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8547/2008-10-1.pdf

Teknisk rapport SIS-TR 46:2014. Processer för rengöring, desinfektion och sterilisering – Validering och rutinkontroll inom svensk vård och omsorg

Utbildning om spol- och diskdesinfekorer och användning:
http://sfvh.se/soda-utbildningspaket-for-spol-och-diskdesinfektorer
http://sfvh.se/pabyggnadsutbildning-spol-och-diskdesinfektorer

Vårdhandboken om operationsvård: http://www.vardhandboken.se/Texter/Operationsvard

Förrådshantering och transport av medicintekniska produkter med specificerad renhetsgrad till och inom hälso-, sjuk- och tandvård
www.vardgivarguiden.se/omraden/vardhygien/hygienrad-och-riktlinjer/forrad/

Rengöring, städning och ytdesinfektion i vårdlokaler

Rengöring och Desinfektion av ytor i vårdmiljö RoD
www.vardgivarguiden.se/omraden/vardhygien/dokument/rengoring-och-desinfektion/rengoring-och-desinfektion/

Städning i vårdlokaler (SIV) www.sfvh.se/stadning-av-vardlokaler-siv

Smittskydd och vårdhygien

Smittskydd Stockholm för uppgifter om aktuella handlingsprogram, uppgifter om smittskyddsanmälan, övriga smittskyddsfrågor och kontaktuppgifter
www.vardgivarguiden.se/smittskyddstockholm

Vårdhygien Stockholms län: www.vardgivarguiden.se/vardhygien för uppgifter om vårdprogram, vårdhygieniska riktlinjer och kontaktuppgifter

Förebygga vårdrelaterade infektioner i Stockholms läns landsting

Handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner i hälso- och sjukvården
www.vardgivarguiden.se/omraden/vardhygien/hygienrad-och-riktlinjer/vardrelaterade-infektioner/

Vårdhandboken

På www.vardhandboken.se/Kategori/Hygien,_infektioner_och_smittspridning
finns tillgång till en rad omvårdnadsriktlinjer (nationell handbok).

Övriga

Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag. Socialstyrelsen 2006. Folkhälsomyndigheten.

Anderson DJ, Kaye KS, Klassen D et al. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals. Suppl Article: SHEA/IDSA Practice Recommendation. Infect Control and Hosp Epidemiol 2008;29:S51-61

Protesrelaterade infektioner ska stoppas, PRISS, slutrapport expertgrupp 1. Riskfaktorer för ledprotesrelaterad infektion samt optimering av patient inför ledprotesoperation. http://lof.se/wp-content/uploads/Riskfaktorer-samt-optimering.pdf

Protesrelaterade infektioner ska stoppas, PRISS, slutrapport expertgrupp 2. Profylaktiskt antibiotikum vid elektiv knä- och höftprotesoperation. http://lof.se/wp-content/uploads/Profylaktiskt-antibiotikum.pdf

Protesrelaterade infektioner ska stoppas, PRISS, slutrapport expertgrupp 3. Tidig upptäckt av postoperativ infektion samt infektionsregistrering. http://lof.se/wp-content/uploads/Uppföljning-och-infektionsregistrering.pdf

Protesrelaterade infektioner ska stoppas, PRISS, slutrapport expertgrupp 4. Optimal operationsmiljö vid protesoperation i knä eller höft. http://lof.se/wp-content/uploads/Optimal-operationsmiljö.pdf

Göransson K, Lundberg J, Ljungqvist O et al. Bättre utbyte mellan kirurgi och anestesi kan ge säkrare operation. Informationsutbytet har kartlagts inom ramen för ”Säker bukkirurgi”, LÖF. http://lof.se/wp-content/uploads/Bättre-utbyte-mellan-kirurgi-och-anestesi.pdf

Rutinkollen – för att minska vårdskador, ledprotesrelaterad infektion, SKL http://www.rutinkollen.se/#/hem

Bilaga 1 Hygienklasser

Indelning av lokaler i hygienklasser

Med vårdlokaler avses rum där patienter vårdas, undersöks och/eller behandlas samt eventuella övriga lokaler som behövs för att bedriva vård. Nedanstående tabell beskriver en riskbedömning och hygienklassificering av lokaler beroende av användningsområde. För lokaler i hygienklass 1-3 ska vårdhygienisk expertis kontaktas och beredas möjlighet att delta i utformandet av lokaler vid ny- eller ombyggnation.

Hygienklass	**Typ av lokal**	**Väsentliga krav (exempel)**
Hygienklass 0	Administrativa lokaler	Inga vårdhygieniska
Hygienklass 1	Väntrum Dagrum Hissar Korridorer och kulvertar Allmänna toaletter Personalutrymmen Rum i särskilt boende	Ytskikt golv ska tåla rengöringsmedel och punktdesinfektion. Möbler ska ha avtorkbar ytbeklädnad alternativt avtagbar och tvättbar (lägst 60°) klädsel.
Hygienklass 2	Vårdrum Behandlingsrum Undersökningsrum Laboratorier Kök Desinfektionsrum Toalett- och hygienrum inom vårdlokal och särskilt boende	Ytskikt på väggar och golv ska tåla rengöringsmedel och punktdesinfektion. Möbler ska ha avtorkbar ytbeklädnad. Tvättställ med tillhörande utrustning. Plats för handskar och skyddsförkläde. Uppvikt matta eller motsvarande.
Hygienklass 3	Vårdlokaler med särskilda hygienkrav, t.ex. - operationsavdelning - decentralt placerad - operationssal - sterilteknisk enhet - dialysenhet - endoskopienhet - intensivvårdsavdelning - infektionsavdelning - vård av särskilt infektionskänsliga patienter	Som hygienklass 2 och dessutom överväg: - kvalificerad ventilation - luftsluss eller förrum - vattenrening

Tabell l källa: Byggenskap och Vårdhygien, vårdhygieniska aspekter vid ny- ombyggnation samt renovering av vårdlokaler, andra upplagan. Svensk Förening för Vårdhygien, tillgänglig via www.sfvh.se/bov-byggenskap-och-vardhygien

Tabell 1: Hantering av medicintekniska produkter med specificerad renhetsgrad:

= ej tillämpligt

Miljökrav	Tfp, sfp	Afp	Pfp
Transport	Täckt Rengöring vid behov Ej samtransport med orena produkter		
Temperatur	Frostfritt	Rumstemperatur	10-30°C
Relativ fuktighet			30-70%
Ventilation		Som kontorsrum	Övertryck Filtrerad tilluft
Halt av bakteriebärande partiklar			≤ 200 cfu/ m^3
Byggstandard vid förvaring och ompackning	Sluten lokal, så att inträngandet av fukt, insekter, skadedjur och andra djur förhindras För brytning av tfp krävs särskilt avemballerings-rum/område	Avskilt rum. Transporteras direkt in i avskilt rum t. ex. genom lucka/ på transportband Avskilt rum, ej genomgång	Rent rum. Brytning av afp för ompackning är att jämställa med tillverkning. God tillverkningssed skall gälla
Fönster			Ej direkt solljus
Lokalvård golv Frekvens:	1 gång/v	1-2 ggr/v	1 gång/dag
Förvaring	Pallställ eller hylla Definierat och utmärkt område	Hylla eller skåp Korgställning Närförråd	Hylla i särskilt rum, eller skåp Korgställning Närförråd
Rengöring hyllor	Vid behov	1 gång/månad	1 gång/vecka
Klädsel		Ren arbetsdräkt, rena skor Skyddsrock vid hantering av tfp, sfp	Ren arbetsdräkt rena skor Skyddsrock vid hantering av tfp, sfp
Handhygien	Handtvätt	Handdesinfektion	Handdesinfektion

Trp = Transportförpackning
Sfp = Samförpackning
Afp = Avdelningsförpackning
Pfp = Produktförpackning

Källa: Förrådshantering och transport av medicintekniska produkter med specificerad renhetsgrad till och inom hälso-, sjuk- och tandvård. Svensk Förening för Vårdhygien. http://www.sfvh.se/fyffe-forradshantering-och-transport-av-medicintekniska-produkter-med-specificerad-renhetsgrad

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Vårdhygien Stockholms län

Vårdhygieniska rutiner vid handhavande av höggradigt rena flexibla endoskop

Innehållsförteckning

1. Definitioner ... 3
2. Inledning ... 4
3. Förutsättningar för endoskopisk verksamhet ... 5
3.1 Ansvar ... 5
3.2 Utbildning ... 6
3.3 Krav på endoskop, tillbehör och kemiska medel ... 6
3.4 Riskbedömning av endoskopiverksamhet ... 6
3.4.1 Riskbedömning ska utföras avseende ... 7
3.5 Skyddsutrustning ... 7
3.6 Endoskopdiskdesinfektor ... 7
3.7 Desinfektionsrum ... 8
4. Flexibla endoskop utan kanaler ... 8
4.1 Åtgärder direkt efter utförd undersökning: ... 8
4.2 Transport till desinfektionsrum ... 8
4.3 I desinfektionsrum ... 8
4.4 Rengöring och desinfektion av endoskop ... 9
4.5 Transport till förvaring ... 9
4.6 Förvaring av endoskop ... 10
4.7 Transport till undersökning och behandling ... 10
4.8 Inför ny undersökning ... 10
5. Flexibla endoskop med kanaler ... 10
5.1 Åtgärder direkt efter utförd undersökning: ... 10
5.2 Transport till desinfektionsrum ... 10
5.3 I desinfektionsrum ... 11
5.4 Ultraljudsbad ... 11
5.5 Rengöring och desinfektion av tillbehör och endoskop ... 12
5.6 Transport till förvaring ... 12
5.7 Förvaring av endoskop och tillbehör ... 12
5.8 Transport till undersökning och behandling ... 12
5.9 Inför ny undersökning ... 12
Bilaga 1.Vårdhygienisk vägledning vid processkontroller av endoskopdiskdesinfektorer

1. Definitioner

Endoskop	Rörformat instrument med ljuskälla och optiskt system för endoskopi. Fiberendoskop Endoskop utrustat med kabel av glasfiber för ljus- och bildtransport, fiberoptik. Videoendoskop Instrument utrustat med inspelningsfunktion.
ERCP	Endoskopisk retrograd cholangiopancreaticografi
Flexibla endoskop med kanal	Endoskop med optiskt system och kanaler som möjliggör bl.a. provtagning. Kan vara med eller utan fiber. För undersökning och behandling av t.ex mage, tarm, bronker och urinblåsa.
Flexibla endoskop utan kanal	Endoskop som används för undersökning och behandling av t.ex övre luftvägar, larynx och pharynx.
FU	Förebyggande underhåll Regelbunden service/underhåll av aktuell utrustning.
IQ	Installationskontroll (Installation qualification) Utförs av tekniker godkänd av både tillverkare och vårdgivare i enighet med kravspecifikationen. Kontroll och dokumentation av att utrustningen har levererats och installerats enligt kravspecifikation.
Kalibrering	Kalibrering sker genom att givare jämförs mot en referensgivare som är spårbar till en nationell standard.
Loggbok	Loggboken ska ha ett unikt nummer som är kopplat till den enskilda endoskopdiskdesinfektorn. Enheten kan välja att göra en egen loggbok eller aanvända leverantörens loggbok. Ska innehålla ingångkörningsdatum, valideringsdokumentation, bruksanvisningar, årliga funktionskontroller, dagligt underhåll, felanmälningar och namn på ansvariga personer. Avdelningschefen ansvarar för att det finns en för ändamålet särskild frantagen loggbok till varje endoskopdiskdesinfektor.
OQ	Funktionskontroll (Operational Qualification) Utförs av tekniker godkänd av både tillverkare och vårdgivare. Utförs tillsammans med verksamhetsanknuten vårdpersonal. Kontroll och dokumentation som visar att den installerade utrustningen på plats fungerar enligt kravspecifikationen.
PQ	Processkontroll (Performance Qualification) Utförs av tekniker godkänd av vårdgivare. Utförs tillsammans med verksamhetsanknuten vårdpersonal. PQ är överlämnandet från

	leverantören av endoskopdiskdesinfektorn. Kontroll och dokumentation som visar att processen i endoskopdiskdesinfektorn på ett repeterbart sätt ger rena desinfekterade produkter.
Renhetsgrad	Se Vårdhandboken
Risk	Negativ händelse som kan inträffa.
Riskanalys	Systematisk identifiering och bedömning av risker.
Spårbarhet	Möjliggör identifikation av använt endoskop, patient det använts till samt alla steg i rengörings- och desinfektionsprocessen. Resultaten av alla steg i processen dokumenteras och sparas.
Standard	Standarder är utarbetade i erkända internationella standardiserinsorgan och visar hur kraven på en kvalitetssäkrad, validerad process ska uppnås. Standarder är dokumenterad kunskap från framstående aktörer inom industri, näringsliv och samhälle. Standarder syftar till förbättrad säkerhet, ökad handel, minskade kostnader, förbättrad arbetsmiljö, samt miljö- och konsumentskydd.
Tillbehör	All utrustning som används tillsammans med endoskop för diagnostik eller behandling
Luddfri torkduk	Torkduk med lågt fibersläpp
Ultraljudsapparat	Mekanisk rengöring genom att smutspartiklar skakas loss. Fungerar inte på gummimaterial.
UPQ	Upprepad processkontroll En upprepad processkontroll kan omfatta hela eller delar av innehållet i den ursprungliga processkontrollen (PQ), funktionskontroll (OQ) och processkontroll (PQ).
Validering	Ett samlingsnamn för IQ, OQ och PQ. En dokumenterad procedur för inköp av endoskop och endoskopdisk-desinfektor samt registrering och tolkning av data, som erfordras för att visa att en process konsekvent uppfyller kraven.

2. Inledning

Sedan den första undersökningen med flexibelt gastroskop utfördes 1954 har endoskopin utvecklats och är idag en metod för undersökning av t.ex. mag-tarmkanalen, luftvägarna och urinvägarna. Instrumenten har förbättrats och idag används i stor utsträckning videoendoskop. Från att ha varit en rent diagnostisk teknik ökar andelen terapeutiska endoskopier successivt. Beroende på organ och syfte med endoskopin används endoskop med eller utan kanaler.

Otillräcklig rengöring och desinfektion av endoskop kan äventyra patientsäkerheten med allvarliga konsekvenser som följd. I litteraturen finns exempel på smittspridning via endoskop på grund av felaktig eller bristfällig rengöring. Ett exempel på utbrott är en ansamling av hepatitfall där patienterna några månader före insjuknandet genomgått endoskopi vid samma enhet. Konsekvensen blev en smittspårning som omfattade mer än 60 000 patienter där man upptäckte flera nya hepatitfall. I en senare större uppföljning fann man ytterligare ett hundratal fall. Flera bristfälliga rutiner kan ha bidragit till smittspridningen.

3. Förutsättningar för endoskopisk verksamhet

Alla endoskop, med eller utan kanaler, ska genomgå en manuell rengöring och därefter en maskinell rengöring och desinfektion i endoskopdiskdesinfektor. Samma process ska utföras även då endoskopskydd använts. Med ett bristfälligt rengjort endoskop kan en säker desinfektion inte uppnås. Torkprocess, transport och förvaring har också betydelse för att bibehålla renhetsgraden.

3.1 Ansvar

Verksamhetschefen har ansvar för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet samt att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för säker användning av medicintekniska produkter.

Genom att

- Säkra och ändamålsenliga produkter används.
- Medicintekniska produkter underhålls regelbundet och kvalitetskontroller genomförs och dokumenteras.
- Skriftliga instruktioner finns för alla moment i samband med handhavande av endoskop och annan medicinteknisk utrustning.
- Dokumentation för spårbarhet genomförs och sparas minst tre år.

- Rutiner och skyddsföreskrifter är så utformade att personalen inte utsätts för risk för att smittas eller exponeras för skadliga ämnen samt genomföra en riskbedömning.
- Personalen får adekvat utbildning.
- Informera om smittrisker samt att tillhandahålla föreskriven/aktuell skyddsutrustning och säkra produkter.
- Rapportera avvikelser och upprätta rutiner vid tillbud och incidenter.
- Anmäla olyckor och tillbud med medicintekniska produkter till tillverkaren och Läkemedelsverket.
- Anmäla enligt patientsäkerhetslagen, ”Lex Maria”, vid olycka eller tillbud som kan bero på vårdgivarens hantering av produkten.
- Tillräckligt antal endoskop och endoskopdiskdesinfektorer finns för att motsvara behovet inom den aktuella verksamheten.
- Handlingsplan för driftstörning upprättas för att säkerställa att varje endoskop som används är rengjort och desinfekterat i endoskopdiskdesinfektor.

Arbetstagaren ansvarar för att

- Tillämpa basala hygienrutiner anpassat till arbetsuppgiften.
- Följa arbetsgivarens instruktioner och skriftliga rutiner.

3.2 Utbildning

Utbildning för personal ska innehålla såväl grundläggande teoretisk som praktisk utbildning samt fortlöpande vidareutbildning avseende handhavande, rengöring och desinfektion av värmekänsliga endoskop och dess tillbehör. Utbildningsbehovet måste bedömas årligen.

3.3 Krav på endoskop, tillbehör och kemiska medel

- Samtliga endoskop ska vara märkta med unik identitet, t.ex. serienummer.
- Använd i första hand engångstillbehör och engångsinstrument.
- Endoskop, tillbehör och instrument avsedda för flergångsbruk, som kommer i beröring med intakta slemhinnor utan att penetrera dem, ska vid användning vara minst höggradigt rena.
- Leverantören ska garantera att endoskopen kan rengöras och desinfekteras i en endoskopdiskdesinfektor och tillhandahålla skriftlig instruktion på svenska.
- I sterila områden och när slemhinna penetreras krävs sterila produkter och vätskor t.ex. vid bronkoskopi, ERCP, cystoskopi.
- Samtliga kemiska medel vid desinfektionsprocessen ska vara kompatibla med varandra.

3.4 Riskbedömning av endoskopiverksamhet

Endoskop med och utan kanaler samt instrument som är otillräckligt rengjorda eller desinfekterade kan överföra mikroorganismer. Nedanstående faktorer kan påverka förekomst av eventuella mikroorganismer.

3.4.1 Riskbedömning ska utföras avseende

- Kemiska medel
  - kompatibilitet genom hela rengörings- och desinfektionsprocessen
  - koncentration
  - inverkningstid
  - hållbarhetstid
- Vattenkvalitet
  - kranvatten
  - slutsköljvatten
  - spolvatten
  - temperatur
- Endoskop och tillbehör
  - perforation av instrumentkanalen
  - smala, vinklade kanaler som är svåra att rengöra med borste
  - fixering av organiskt material och rester av mikroorganismer
  - biofilm
- Torkning, transport och förvaring
  Möjliga risker:
  - otillräcklig torkning
  - oskyddad transport
  - oskyddad förvaring

3.5 Skyddsutrustning

Vid all endoskopi ska nödvändig personlig skyddsutrustning användas.

När möjlig luftburen smitta, som när t.ex. lungtuberkulos hos patient inte kan uteslutas, ska samtlig personal i rummet använda andningsskydd av skyddsklass FFP 3. Andningsskydd ska användas vid avvecklingsarbetet i undersökningsrummet och vid den mekaniska rengöringen av endoskop och tillbehör.

Vid koloskopi ska all personal med direkt kontakt med patienter och undersöknings- och behandlingsmaterial vara utrustade med långärmat engångsförkläde eller engångsförkläde och skyddsärm.

3.6 Endoskopdiskdesinfektor

Ett endoskop som genomgått en process i en endoskopdiskdesinfektor för värmekänsliga endoskop med kemisk desinfektion är höggradigt rent. Förutsättningen är att endoskopdiskdesinfektorn är validerad enligt gällande standard.

Enligt SIS-TR 46:2014 ska leverantören av endoskopdiskdesinfektorn ange vilka regelbundna kontroller som ska genomföras, se bilaga 1.

Leverantör av endoskopdiskdesinfektor ska ange för vilket/vilka disk- respektive desinfektionsmedel endoskopdiskdesinfektorn är typgodkänd och ange koncentration, volym och inverkningstid av dessa medel. Vid byte av disk- och/eller desinfektionsmedel ska validering göras.

3.7 Desinfektionsrum

Desinfektionsrummet ska vara utformat och utrustat samt försett med god ventilation för rengöring och desinfektion av endoskop och tillbehör. Förutsättningar ska finnas för personalen att arbeta i enlighet med basala hygienrutiner. Rummet ska vara tillräckligt stort för att rymma transportvagnar för endoskop och det ska finnas separerade arbetsytor för rent och orent samt vara utrustat med ett tvättställ för personalens handhygien. Det ska finnas tryckluft av medicinsk kvalitet, antingen via vägguttag eller via fristående kompressor.
Beakta behovet av golvbrunn eftersom perättikssyra kan behöva spolas bort vid eventuellt läckage från endoskopdiskdesinfektorn.

4. Flexibla endoskop utan kanaler

4.1 Åtgärder direkt efter utförd undersökning:

Förrengöringen ska göras direkt efter utförd undersökning.

- Stäng optikens skyddslock innan endoskopet kopplas bort för att skydda elektroniken innanför locket.
- Torka av från endoskopet med luddfri torkduk avsedd för engångsbruk fuktad med kranvatten.
- Lägg ned endoskopet väl skyddat i behållare.
- Rengör och desinfektera förorenade tagytor t ex ljuskälla, processor, instrumentbord.

4.2 Transport till desinfektionsrum

Transport av använt endoskop till desinfektionsrummet bör ske väl skyddat i behållare på vagn.

4.3 I desinfektionsrum

Använd personlig skyddsutrustning.

- Kontrollera att optikens skyddslock är stängt före manuellt läcktest.

- Utför alltid manuellt läckagetest för att kontrollera att endoskopets hölje är intakt. Är endoskopets hölje skadat kan vätska tränga in så att de inre delarna förstörs. Se leverantörens bruksanvisning för hur läckagetestet ska utföras och bedömas.

Vid godkänt läckagetest
Endoskopet ska alltid rengöras manuellt innan det rengörs och desinfekteras i endoskopdiskdesinfektor.

- Sänk ned endoskopet i diskho eller balja med handvarmt vatten och rengöringsmedel. Rengöringsmedlet ska vara låglöddrande och kompatibelt med de medel som används i endoskopdiskdesinfektorn.

Rengör under vattenytan så att risk för stänk minskar.

- Spola av endoskopet med rent vatten för att säkerställa att allt rengöringsmedel tas bort.
- Byt vatten och rengöringsmedel samt rengör och desinfektera diskho eller balja mellan varje endoskop.
- Torka utsidan med luddfri torkduk avsedd för engångsbruk.

Vid **ej** godkänt läckagetest

- Rengör endoskopet manuellt med luddfri torkduk avsedd för engångsbruk fuktad med vatten och rengöringsmedel.
- Torka av utsidan med 70 % alkohol och förse det med märkning om skada inför transport till reparation.

4.4 Rengöring och desinfektion av endoskop

- Dokumentera och signera de uppgifter som behövs för spårbarhet.
- Placera endoskopet på avsedd plats i endoskopdiskdesinfektorn och anslut läckagetest.
- Kontrollera att rätt program är inställt innan maskinen startas.
- Läs av, dokumentera och signera uppgifterna på kvittot/avläsningsfönstret för genomgången godkänd process.
- Om torkprogram finns i diskdesinfektorn torkas endoskopet i maskinens program.
- Om maskinen inte är utrustad med torkprogram torkas endoskopet med höggradigt ren kompress.
- Hantera alltid det desinfekterade endoskopet och tillbehören med nydesinfekterade händer
- Läs av, dokumentera och signera uppgifterna på kvittot/avläsningsfönstret för genomgången process efter avslutat program. Bedöm om processen är godkänd. Dokumentationen ska sparas minst tre år.

4.5 Transport till förvaring

Transportera desinfekterat endoskop i värmedesinfekterad väl skyddad behållare.

4.6 Förvaring av endoskop

Endoskop är höggradigt rena produkter och renhetsgraden ska bevaras till nästa undersökning. Förvaringen ska ske torrt och dammfritt i skåp med stängd dörr. Om möjligt väljs ett specialskåp med hepafiltrerad tilluft.

4.7 Transport till undersökning och behandling

Transportera desinfekterat endoskop till undersökningsrum på vagn i värmedesinfekterad väl skyddad behållare.

4.8 Inför ny undersökning

Om endoskopet inte förvarats skyddat i skåp enligt ovanstående ska endoskopets utsida torkas av med 70 % alkohol innan undersökning. Använd en höggradigt ren eller steril kompress.

5. Flexibla endoskop med kanaler

5.1 Åtgärder direkt efter utförd undersökning:

Förrengöring ska göras direkt efter utförd undersökning medan endoskopet är anslutet till ljuskälla och spolpump:

- Stäng optikens skyddslock innan endoskopet kopplas bort för att skydda elektroniken innanför locket.
- Använd spoladapter om sådan finns
- Skölj igenom endoskopets kanaler med handvarmt vatten och rengöringsmedel. Skölj tills vattnet i sugslangen ser rent ut och det är fritt i kanalerna.
- Torka av endoskopet med luddfri torkduk avsedd för engångsbruk fuktad med kranvatten. Sekret som får torka kan hindra desinfektionsmedlets verkan på mikroorganismer.
- Endoskop med vinklingsbrygga spolas igenom med en 5 ml spruta via anslutningsnippel på handtaget. Endoskop med vinklingsbrygga spolas igenom enligt leverantörens anvisningar.
- Koppla bort optiksystem, slangar och övriga anslutningar och sätt på ev lock.
- Lägg ned endoskopet väl skyddat i behållare.
- Rengör och desinfektera förorenade tagytor, t ex ljuskälla, processor, instrumentbord.

5.2 Transport till desinfektionsrum

Transport av använt endoskop till desinfektionsrummet bör ske väl skyddat i behållare på vagn.

5.3 I desinfektionsrum

Använd personlig skyddsutrustning.

- Kontrollera att optikens skyddslock är stängt före manuellt läckagetest.
- Utför alltid manuellt läckagetest för att kontrollera att endoskopets hölje är intakt. Är endoskopets hölje skadat kan vätska tränga in så att de inre delarna förstörs. Se leverantörens bruksanvisning för hur läckagetestet ska utföras och bedömas.

Vid godkänt läckagetest
Endoskopet ska alltid rengöras manuellt innan det rengörs och desinfekteras i endoskopdiskdesinfektor.

- Ta bort eventuella ventiler, adaptrar och eventuell distal kåpa och rengör dessa, se 5.4.
- Sänk ned endoskopet i diskho eller balja med handvarmt vatten och rengöringsmedel. Rengöringsmedlet ska vara låglöddrande och kompatibelt med de medel som används i endoskopdiskdesinfektorn.
- Rengör under vattenytan så att risk för stänk minskar.
- Spola av endoskopet med rent vatten för att säkerställa att allt rengöringsmedel tas bort.
- Byt vatten och rengöringsmedel samt rengör och desinfektera diskho eller balja mellan varje endoskop.

Vid **ej** godkänt läckagetest

- Rengör endoskopet manuellt med luddfri torkduk avsedd för engångsbruk fuktad med vatten och rengöringsmedel.
- Torka av utsidan med 70 % alkohol och förse det med märkning om skada inför transport till reparation.

5.4 Ultraljudsbad

Används till flergångstillbehör.

- Utför funktionskontroll av ultraljudsbad enligt leverantörens anvisning.
- Rengöringsmedel i ultraljudsbadet väljs enligt leverantörens anvisning i ytspänningsnedsättande syfte. Följ också i övrigt leverantörens anvisningar angående tid och temperatur.
- Rengöringslösningen byts dagligen och vid synlig förorening.
- Undvik att packa instrument och tillbehör för tätt. Säkerställ att instrumenten täcks fullständigt av rengöringslösningen och ihåliga instrument är vattenfyllda. Peanger, saxar och liknande utrustning ska vara öppna. Täck med lock.
- Efter behandling i ultraljudsbad ska rengöring och desinfektion ske i diskdesinfektor.

5.5 Rengöring och desinfektion av tillbehör och endoskop

- Dokumentera och signera de uppgifter som behövs för spårbarhet.
- Koppla de flergångstillbehör som behöver genomspolas till en insats idiskdesinfektorn.
- Placera ventiler, adaptrar och övriga flergångstillbehör i en trådkorg som ställs in i diskdesinfektorn.
- Placera det rengjorda endoskopet på avsedd plats i endoskopdiskdesinfektorn och anslut samtliga kanaler inklusive läckagetest.
- Kontrollera att rätt program är inställt innan maskinen startas.
- Om torkprogram finns i diskdesinfektorn torkas endoskopet i maskinens program.
- Om maskinen inte är utrustad med torkprogram, torkas endoskopet med höggradigt ren kompress och spolas igenom med 70 % alkohol inför förvaring.
- Hantera alltid det desinfekterade endoskopet och tillbehören med nydesinfekterade händer
- Läs av, dokumentera och signera uppgifterna på kvittot/avläsningsfönstret för genomgången process efter avslutat program. Bedöm om processen är godkänd. Dokumentationen ska sparas minst tre år.

5.6 Transport till förvaring

Transportera desinfekterat endoskop på vagn i värmedesinfekterad väl skyddad behållare.

5.7 Förvaring av endoskop och tillbehör

Endoskop är höggradigt rena produkter och renhetsgraden ska bevaras till nästa undersökning. Förvaringen ska ske torrt och dammfritt i skåp med stängd dörr. Om möjligt väljs ett specialskåp med hepafiltrerad tilluft.

Knappar, adaptrar och ventiler är höggradigt rena produkter och renhetsgraden ska bevaras till nästa undersökning. Sterila engångs- och flergångstillbehör ska förvaras i sterilförråd eller motsvarande.

5.8 Transport till undersökning och behandling

Transportera desinfekterat endoskop på vagn i värmedesinfekterad väl skyddad behållare.

5.9 Inför ny undersökning

Om endoskopet inte förvarats skyddat i skåp enligt ovanstående ska endoskopets utsida torkas av med 70 % alkohol innan undersökning. Använd en höggradigt ren eller steril kompress. Kanaler i endoskop ska spolas igenom med 70 % alkohol.

BILAGA 1

Vårdhygienisk vägledning vid processkontroller av endoskopdiskdesinfektorer

Bilaga till dokumentet ”Vårdhygieniska rutiner vid handhavande av höggradigt rena flexibla endoskop”

Leverantör: _____

Installatör: _____

Maskintyp/Serienummer: _____

Tillverkningsår: _____

Vårdgivare: _____

Alla endoskop som används för undersökning och behandling ska vara minst höggradigt rena. För att säkerställa renhetsgraden ska endoskopet processas i en validerad endoskopdiskdesinfektor med validerade processer för rengöring och desinfektion enligt standarden EN ISO 15883-4 och nationella direktiv. Regelbundna dokumenterade kontroller ska genomföras. Beakta tillverkarens anvisningar vad gäller olika kontroller.

Vid validering används kontrollerna IQ, OQ och PQ:

IQ innebär installationskontroll (installation qualification) och utförs av tekniker godkänd av tillverkare och vårdgivare i enighet med kravspecifikationen. Kontroll och dokumentation av att utrustningen har levererats och installerats enligt kravspecifikation.

OQ innebär funktionskontroll (operational qualification) och utförs av tekniker godkänd av tillverkare och vårdgivare tillsammans med verksamhetsanknuten vårdpersonal. Kontroll och dokumentation som visar att den installerade utrustningen på plats fungerar enligt kravspecifikationen.

PQ innebär processkontroll (performance qualification) och utförs av tekniker go0dkänd av tillverkare och vårdgivare tillsammans med verksamhetsanknuten vårdpersonal. Kontroll och dokumentation som visar att processen i endoskopdiskdesinfektorn på ett repetitivt sätt ger rena desinfekterade produkter.

För utförande av IQ och OQ hänvisas till gällande standard. Vägledning för utförande av PQ se nedan.

Processkontroller				
	Frekvens	**Kontroll**	**Ansvar**	**Utförande**
Process-kontroller /PQ Upprepad process-kontroll/ UPQ	**Årligen och vid behov** (vid förändringar som byte av diskmedel, reparation och efter omflyttning av maskinen etc.)	• temperatur • rengöringsförmåga • proteinrester • säkerhetsfunktioner • larmfunktioner	Verksamhet	Maskintillverkare alternativt medicinteknisk ingenjör
		• slutsköljvatten • torktest (inom 5 min efter färdig process[1])	Verksamhet	Vårdpersonal
	Daglig	Visuell kontroll av: • kammare • lucka • avlopp • dörrpackning • spolhål • rengjort gods • bottensil • insatser och adaptrar • kemikalie-förbrukning	Verksamhet	Vårdpersonal
	Vid varje rengörings- och desinfek-tionsprocess	Dokumentation av: • temperatur • koncentration av kemikalier • inverkningstid • genomförd självdesinfektion • torkprocess	Vårdpersonal	Vårdpersonal
	Efter varje diskdesinfek-tionsprocess	Visuell kontroll av: • synligt rent gods • torrt gods • dokumenterad godkänd process	Vårdpersonal	Vårdpersonal

[1] Testen gäller instrument men inte endoskop

Referensuppdrag Anbudsgivaren

Region Stockholm kan komma att kontakta referenten för verifiering av lämnade uppgifter. Det är därför angeläget att kontaktpersonens namn, telefonnummer och e-postadress är korrekta. För att underlätta eventuell kontakt är det även angeläget att angiven kontaktperson är medveten om att denne angivits som kontaktperson och att Region Stockholm kan komma att kontakta denne. I händelse av att kontaktad referent ej besvarar regionens verifiering av lämnade uppgifter inom 14 dagar från det att första kontakten tagits, kommer referensen att betraktas som att den ej uppfyller regionens kvalificering.

Anbudsgivare

Namn på organisation/företag:

Referentorganisation

Namn på organisation/företag och adress:

Kontaktperson hos angiven referentorganisation

Namn:

Telefonnummer:

E-postadress:

Tidpunkt för utfört uppdrag

Startdatum:

Slutdatum:

Kortfattad beskrivning av uppdraget inklusive årligt avtalsvärde