

Mellan Stockholms läns landsting, org. nr. 232100-0016 ("SLL"), genom Beställare Vård, Somatisk specialistsjukvård och Capio S:t Görans Sjukhus AB org. nr. 556479-1456 ("StG"), (nedan gemensamt kallade "Parterna") har slutits följande

AVTAL

Definitioner

- Beställare:** Stockholms läns landsting, Beställare Vård, somatisk specialistsjukvård
- SLL:** Stockholms läns landsting
- Vårdgivare:** Vårdgivare av tjänster enligt detta Avtal; Capio S:t Görans Sjukhus AB
- Avtal:** Detta avtalsdokument och därtill hörande bilagor

§ 1 Avtalsperiod

Avtalet gäller från och med 2005-01-01 till och med 2012-12-31, med en ensidig rätt för SLL att senast 2008-12-31 säga upp Avtalet till upphörande per 2009-12-31.

§ 2 Avtalsförutsättningar

Detta avtal bygger på det standardavtal för akutsjukvård som infördes inom SLL inför verksamhetsåret 2005. Villkoren är i allt väsentligt desamma som för övriga sjukhus i Stockholm. Avtalet är dock åttaårigt med möjlighet till tidigare uppsägning medan avtal med övriga sjukhus är ettåriga.

SLL uppdrar i enlighet med detta Avtal åt StG, och StG åtar sig i enlighet med Avtalet, att tillhandahålla tjänster inom vården ("**Vårdtjänster**") jämte vissa övriga tjänster i enlighet med den uppdragsbeskrivning och de riktlinjer som anges i detta Avtal med bilagor ("**Uppdraget**").

Beräknad årsvolym, Vårdprofil och Ersättning förhandlas årsvis enligt nedan. För det fall parterna inte kommer överens finns i Avtalet regleringar om sk Basvolym och index som skall användas för att reglera vårdproduktion och ersättning. Basvolymen är en minsta Beställning, uttryckt i vårdtillfällen och besök, som SLL kan lägga och samtidigt den minsta produktionsvolym som StG åtar sig att klara på årsbasis. Index används för att räkna upp närmast föregående års totalersättning efter justeringar för förändringar i Totalvolymen, Vårdprofilen och Uppdraget i övrigt.

Avtalet omfattar akut och elektiv somatisk sjukvård i öppenvård, dagkirurgi/dagvård och slutenvård för befolkningen inom Stockholms läns landsting i enlighet med vad som anges häri.

StG skall tillhandahålla en god och säker vård på lika villkor oavsett patientens ursprung, ålder eller kön. Vården skall bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, med följsamhet till vårdprogram enligt de krav som anges i **Bilaga 2**. Vården skall ges med respekt för alla patienters lika värde och för den enskilda människans värdighet. Verksamheten skall präglas av hög etisk medvetenhet.

Detta Avtal ersätter Samarbetsavtal daterat 1999-10-11, Överenskommelse daterad den 11 oktober 1999 och Förlängningsöverenskommelse HSN 9910-0617, vilka härmed upphör.

Detta vårdavtal ersätter även Principöverenskommelsen med bilagor mellan SLL, Capio och StG, daterad den 18 mars 2005 i de delar som avser detta Avtal.

§ 3 Bilagor

Till detta Avtal hör följande bilagor:

- | | |
|----------|---|
| Bilaga 1 | Allmänna villkor för vårdavtal med Stockholms läns landsting |
| Bilaga 2 | Beskrivning av verksamhetsuppdrag vid Capio S:t Görans sjukhus bilagorna; 2:1 Vårdvolym 2005 2:2 Kvalitets- och miljökrav etc. 2005 - 2-U1, Uppföljningsplan - 2-U2, Uppföljning av akutsjukvård på verksamhetsområdesnivå - 2-U3 Omfattning av vårdtjänst - produktionstjänst - 2-U4, Miljörapportering - 2-U5, Läkemedel för parenteralt bruk |
| Bilaga 3 | Principer och riktlinjer för Ersättning, inklusive underbilagan; 3:1 Ersättning 2005 |
| Bilaga 4 | Förteckning över underleverantörer av vårdtjänster |
| Bilaga 5 | Lokalisation jämte underbilagor |
| Bilaga 6 | Införande av ny behandling/metod |
| Bilaga 7 | Gemensam informationsförsörjning |
| Bilaga 8 | Vårdprofil 2005 |

-
- Bilaga 9 Basvolym och Basersättning
Bilaga 10 Beräkningsmodell
Bilaga 11 Entreprenadavtal mellan StG och Capio Diagnostik AB

Vid motstridigheter mellan Avtalets dokument skall följande tolkningsordning gälla:

1. Detta Avtal
2. Bilaga 1 Allmänna villkor för vårdavtal med Stockholms läns landsting
3. Bilaga 2 Beskrivning av verksamhetsuppdrag vid Capio S:t Görans sjukhus jämte underbilagor
4. Bilaga 3 Principer och riktlinjer för Ersättning
5. Bilaga 3:1 Ersättning 2005
6. Bilaga 10 Beräkningsmodell
7. Bilaga 8 Vårdprofil 2005
8. Bilaga 9 Basvolym och Basersättning
9. Bilaga 4 Förteckning över underleverantörer av vårdtjänster
10. Bilaga 5 Lokalisation jämte underbilagor
11. Bilaga 6 Införande av ny behandling/metod
12. Bilaga 7 Gemensam informationsförsörjning

§ 4 Allmänna villkor

För tjänster som utförs enligt detta Avtal gäller Allmänna villkor för vårdavtal med Stockholms läns landsting, **Bilaga 1**, med följande justeringar av nedan angivna bestämmelser i **Bilaga 1**:

§ 2 andra stycket:

När StG upphör att driva avtalad verksamhet i sin helhet eller till viss del skall patientjournalen överföras i enlighet med gällande lagar och föreskrifter till annan av SLL anvisad hälso- och sjukvårdspersonal som framöver skall svara för patientens vård och behandling.

§ 2 fjärde stycket:

Vid utlämnande av kopior av patientjournal har StG rätt att följa SLLs regler om avgiftsbeläggning vid utlämnande av kopior av allmän handling.

§ 9 tredje stycket sista meningen:

StG skall utan dröjsmål skriftligen informera SLL om byte av verksamhetschef på kliniknivå, samt i förekommande fall namnge medicinskt ansvarig för verksamheten.

§ 23 första stycket punkterna 1, 2 och 3

det på objektiva grunder kan antas att StG inte kommer att kunna fullgöra uppdraget;

StG i väsentlig grad bryter mot sina förpliktelser enligt detta Avtal och ej upphör därmed och vidtar rättelse senast trettio (30) dagar efter skriftlig anmaning därom;

StG under avtalstiden agerar på sådant sätt som allvarligt rubbar förtroendet för SLL eller StG vid utförande av uppdraget och ej upphör därmed och vidtar rättelse, senast trettio (30) dagar efter skriftlig anmaning därom.

§ 5 Uppdraget

StG skall för SLLs räkning tillhandahålla Vårdtjänster inom Uppdraget i enlighet med Beskrivning av verksamhetsuppdrag vid Capio S:t Görans sjukhus jämte underbilagor, **Bilaga 2** i det följande benämnd ”**Uppdragsbeskrivningen**”.

StG och SLL är överens om att Uppdragsbeskrivningen gäller tillsvidare under avtalsperioden intill dess annat överenskommes mellan parterna.

§ 6 Ersättning

För utförande av Uppdraget erhåller StG ersättning i enlighet med detta Avtal och i enlighet med de principer och riktlinjer som anges nedan samt framgår av Principer och riktlinjer för Ersättning, **Bilaga 3**. Den totala ersättning som kan utgå till StG för visst år benämns ”**Totalersättning**” och uttrycks i kronor. Ersättning enligt detta Avtal utgår således aldrig utöver vid varje tid gällande Totalersättning.

Inom ramen för Totalersättningen utgår ersättning för Vårdtjänster (”**Vård-ersättning**”) samt ersättning vid uppnådda kvalitets- och miljömål (”**Kvalitetsrelaterad ersättning**” respektive ”**Miljörelaterad ersättning**”) vilka samtliga uttrycks i kronor.

Den totala Vårdersättning som kan utgå till StG för visst år benämns ”**Vårdersättningstak**” och uttrycks i kronor.

Vårdersättningen inom Vårdersättningstaket är uppdelad i en fast del (”**Fast vårdersättning**”) och en prestationsrelaterad del (”**Prestationsrelaterad vårderättning**”).

Den högsta sammanlagda Prestationsrelaterade vårdersättning som kan utgå till StG för visst år benämns ”**Prestationsersättningstak**” och uttrycks i kronor.

Den Prestationsrelaterade vårdersättningen utgår med hälften (50%) av det fastställda priset per DRG-poäng (”**DRG-priset**”) per av StG under året faktiskt producerade DRG-poäng för akut och elektiv vård och i förekommande fall som särskild ersättning motsvarande hälften (50%) av den fak-

tiska kostnaden för de ersättningsgilla s k T-koder som ej poängsatts, intill Prestationsersättningstaket. Med '**DRG-poäng**' avses i detta Avtal de olika poäng för Vårdtjänster vilka anges i **Bilaga 3**.

Ersättning för faktisk produktion, inklusive särskild ersättning för ej poängsatta ersättningsgilla T-koder, utgår således inte utöver det fastställda Prestationsersättningstaket. Vårdersättning enligt detta Avtal utgår således ej heller utöver vid varje tid gällande Vårdersättningstak.

Den ersättning som för visst år skall utgå till StG, med hänsyn tagen till fastställd Totalersättning etc., benämns i det följande "Ersättning".

För år 2005 har parterna överenskommit den Ersättning som anges i **Bilaga 3:1 "Ersättning 2005"**.

Momskompensationen kan komma att förändras under avtalsperioden, varvid parterna skall uppta ny förhandling om ersättningsnivån.

Utbetalning av Vårdersättning, inklusive förskott, skall ske enligt 2004 års tillämpad rutin mellan SLL och StG.

§ 7 Vårdvolym och Vårdprofil

De olika volymer av Vårdtjänster som Uppdraget vid varje tid omfattar benämns '**Vårdvolym**' och uttrycks i antal vårdtillfällen och besök.

Den beräknade totala volymen av Vårdvolym per år som Uppdraget vid varje tid omfattar benämns '**Beräknad årsvolym**' och uttrycks även den i antal vårdtillfällen och besök.

De olika Vårdtjänsternas fastställda fördelning på Vårdvolym inom den Beräknade årsvolymen samt de s k snittvikterna benämns tillsammans '**Vårdprofil**'.

StG åtar sig tillse att StGs produktionsapparat motsvarar vid varje tid gällande Vårdprofil.

För visst år mellan parterna gällande Beräknad årsvolym och Vårdprofil benämns i det följande '**Beställning**'.

Den lägsta mellan parterna under detta Avtals giltighetstid gällande Beställningen anges i **Bilaga 9** och benämns '**Basvolymen**' och uttrycks i vårdtillfällen och besök. StG åtar sig att, under detta Avtals giltighetstid, vid varje tid hålla en produktionskapacitet minst motsvarande Basvolymen.

Basvolymen uttryckt i besök skall justeras upp med produktionen vid StGs nya enhet vid Brommaplan när dimensioneringen av Beställningen avseende den enheten fastställts mellan parterna i förhandlingarna inför 2006 års Beställning.

Vid den tidpunkt när Artrokliniken lämnar Capio S:t Görans Sjukhus AB för att bedriva verksamheten i annan regi och med eget vårdavtal, skall Basvolymen för StG reduceras med den Vårdvolym, uttryckt i vårdtillfällen och

besök, som enligt överenskommelse mellan SLL, StG och Artrokliniken skall överföras från StG till Artrokliniken.

Parterna skall årsvis förhandla om nästkommande års Beställning och däri ingående Beräknad årsvolym och Vårdprofil utifrån det planerade vårdbehovet inom SLL och i enlighet med vad som anges nedan.

För år 2005 har parterna överenskommit den Beräknade årsvolym och den Vårdprofil som anges i **Bilaga 2:1** och **Bilaga 8**, som inkluderar samtliga Vårdvolymmer av T-koder omräknade till DRG-poäng.

Det totala antalet DRG-poäng StG faktiskt producerat och rapporterat enligt Uppdraget för visst år, inklusive sådan produktion som ej ersatts p g a att den överskridit Prestationsersättningstaket, benämns **"Total vårdproduktion"**.

§ 8 Årlig omförhandling av Beställning och Ersättning

Parterna skall årsvis förhandla om Beställning och Ersättning för nästkommande år. Förhandlingarna skall inledas senast den 15/9 året före och vara avslutade senast den 31/12.

Om parterna inte kunnat enas om Beställning nämnda datum skall det kommande årets Beställning och Ersättning fastställas i enlighet med punkten 8.1 nedan.

Om parterna enats om Beställning men inte om Ersättning skall justering och indexuppräkning av Totalersättningen för det kommande året ske i enlighet med punkten 8.2 nedan.

Utebliven överenskommelse om Beställning eller Ersättning skall således ej medföra rätt för någondera parten att innehålla sin prestation enligt Avtalet.

8.1 Fastställande av Beställning och Ersättning

Om parterna inte kommit överens om Beställning för det kommande året skall följande gälla.

Som Beställning för det kommande året skall gälla en Beställning där den Beräknade årsvolymen motsvarar den gällande Basvolymen.

Basvolymen skall sedan översättas till en Vårdprofil uttryckt i vårdtillfällen och besök för det nästkommande året genom användning av relationstalen i senast fastställda Vårdprofil.

Den på detta sätt beräknade Beställningen översätts därefter till DRG-poäng genom tillämpning av de riktlinjer som beskrivs i **Bilaga 10**.

Resultatet av bearbetningen ovan utgör Beställningen för aktuellt år uttryckt i DRG-poäng.

Ersättningen för den enligt ovan fastställda Beställningen beräknas genom omräkning med index av den i **Bilaga 9** angivna "Basersättning" som motsvarar den gällande Basvolym som använts för beräkningen av Beställningen enligt ovan, dvs i förekommande fall efter justeringar för verksamheten vid Brommaplan och utbrytning av Artrokliniken. Den i **Bilaga 9** angivna Basersättningen inkluderar Kvalitetsrelaterad ersättning och Miljörelaterad ersättning. En indexuppräknings av Basersättningen skall tas fram årligen med tillämpning av nedanstående index.

Index skall härvid beräknas *dels* till en del av sextio procent (60%) motsvarande förändringen i ett arbetskostnadsindex, viktat för StGs personalstruktur, för motsvarande personalgrupper inom Stockholms län som överenskommit mellan landstinget och StG enligt tidigare tillämpad rutin, *dels* till en del av trettio procent (30%) motsvarande förändringarna i SCBs konsumentprisindex KPI (1980 = 100) fastställda tal. Härvid skall utgångspunkten vara fastställd indexnivå för september månad det år den aktuella Totalersättningen senast skulle ha överenskommit jämförd med fastställd indexnivå för september månad året innan.

Den enligt ovan justerade och indexuppräknade Basersättningen utgör sedan Totalersättning för det kommande årets Beställning.

Från denna Totalersättning dras ersättning avseende kvalitetskrav och miljökrav för vilka ersättning utbetalas i särskild ordning. I brist på överenskommelse om storleken av dessa ersättningar skall de utgå enligt senast fastställda procenttal. På så sätt erhålls Vårdersättningstaket. Prestationsersättningstaket för den Prestationsrelaterade vårdersättningen utgör hälften (50%) av Vårdersättningstaket.

Därefter beräknas DRG-priset genom att det enligt stycket ovan beräknade Vårdersättningstaket divideras med antalet beställda DRG-poäng enligt den ovan fastställda Beställningen. Det på så sätt erhållna DRG-priset utgör grund för debitering av utförda Vårdtjänster i enlighet med **Bilaga 3**.

8.2 Fastställande av Ersättning

Om parterna enats om Beställning men inte Ersättning för det kommande året skall uppräknings av Totalersättningen ske med index efter justeringar enligt nedan.

Senast gällande totalersättning skall först justeras med hänsyn till de eventuella förändringar i Beställningen som överenskommit för det kommande året i tillämplig mån med användning av de omräkningsprinciper som anges i **Bilaga 10**. Den sålunda erhållna justerade Totalersättningen räknas därefter upp med i punkten 8.1 angivet index. Härvid skall utgångspunkten vara fastställd indexnivå för september månad det år den aktuella Totalersättningen senast skulle ha överenskommit jämförd med fastställd indexnivå för september månad året innan.

Resultatet av beräkningarna enligt ovan utgör därefter Totalersättning för det kommande årets överenskomna Beställning.

Från denna Totalersättning dras ersättning avseende kvalitetskrav och miljökrav för vilka ersättning utbetalas i särskild ordning. I brist på överenskommelse om storleken av dessa ersättningar skall de utgå enligt senast fastställda procenttal. På så sätt erhålls Vårdersättningstaket. Prestationsersättningstaket för den Prestationsrelaterade vårdersättningen utgör hälften (50%) av Vårdersättningstaket.

Därefter beräknas DRG-priset genom att det enligt stycket ovan beräknade Vårdersättningstaket divideras med antalet beställda DRG-poäng enligt den ovan fastställda Beställningen. Det på så sätt erhållna DRG-priset utgör grund för debitering av utförda Vårdtjänster i enlighet med **Bilaga 3**.

§ 9 Beräkning av pris per DRG-poäng samt omviktning

Det nedanstående skall gälla intill dess parterna överenskommit de eventuella förändringar i beräkningarna som kan bli följden av en överenskommelse om s k kostnadsytterfall.

Årets DRG-pris framräknas genom att det överenskomna Vårdersättningstaket för innevarande år divideras med antalet DRG-poäng för innevarande år, inklusive Vårdvolymerna av T-koder omräknade till DRG-poäng, i enlighet med mellan parterna fastställd Vårdprofil.

Antalet DRG-poäng för innevarande år framräknas genom att de överenskomna Vårdvolymerna inom den Beräknade årsvolymen multipliceras med de snittvikter som anges i den mellan parterna fastställda Vårdprofilen.

Beräkningarna enligt ovan skall ske i enlighet med **Bilaga 10**.

§ 10 Uppföljning och Verksamhetsredovisning

StG skall fortlöpande rapportera till SLL och tillsammans med SLL genomföra uppföljningar enligt **Bilaga 2-U1**.

StG skall rapportera verksamhets- och prestationsinformation samt diagnoser till SLL i enlighet med SLLs vid varje tid gällande anvisningar. Det innebär bland annat att StG skall:

- fortlöpande leverera data om produktionen till GVR, Landstingets centrala databas över vårdkonsumtionen i Stockholms län. Data i GVR överförs för fakturering till HEJ-systemet eller annat av SLL godkänt faktureringsystem samt för statistikbearbetning till VAL-databaserna,

-
- kontinuerligt leverera information om köer och väntetider till SLLs gemensamma vårdregister, för närvarande Vårdmarknad SLL (Internet) och CVR-registret,
 - lämna den statistik och de uppgifter som behövs för SLLs övergripande samordning och utveckling av befolkningsstatistik och utformning av ersättningssystem samt
 - medverka i journaluppföljning och vårdtyngdsmätning som initieras av SLL.

Omfattning och tidpunkt av ovanstående överenskommes i särskild ordning.

Följande gemensamma IT-tjänster tillhandahålles för närvarande fritt för StG:

- faktureringsystemet HEJ
- gemensamma vårdregistret GVR
- personuppgiftsregistret samt
- kommunikation över landstingsnätet SLL Net.

StGs kostnader för inrapportering av uppgifter enligt detta avtal ingår i Ersättningen till StG.

StG skall i all sin rapportering följa landstingets anvisningar avseende kodsystem, termer och begrepp.

10.1 Rapporteringsrutiner

Rapportering av diagnos och åtgärd utgör bas för ersättning, uppföljning, kvalitetsmätning och resultatkontroll. StG är skyldig att rapportera in diagnos, bidiagnoser och åtgärd som faktureras enligt detta avtal. SLL äger rätt att göra regelbundna journalgranskningar både generellt och inom specifika fokusområden varvid kontrolleras att underlaget för fakturering är korrekt. Föreligger brister där skall StG åtgärda dessa. StG skall rapportera alla inkommande remisser, även inom ett och samma sjukhus.

10.2 Inrapportering av självkostnader

StG skall till SLL rapportera in sina självkostnader, dock begränsat till områden och/eller specialiteter som på objektiva grunder kan bedömas vara av särskilt landstingsgemensamt intresse och där StGs underlag bedöms ha stor betydelse.

10.3 Klassificering och registrering

StG skall följa Stockholms läns landstings principer och anvisningar för klassificering och registrering av DRG och KÖKS samt ha tillfredställande internkontroll inklusive korrigerande av feldebiteringar. Om nya principer för registrering införs av SLL är StG skyldig att följa dessa.

10.4 KPP

Av Stockholms läns landsting godkänd modell för KPP, Kostnad Per Patient, skall finnas och redovisas vid fakturering av kostnadsytterfall.

§ 11 Lokaler

Avtalad verksamhet skall bedrivas i för verksamheten väl ändamålsenliga och verksamhetsanpassade lokaler.

De lokaler som är avsedda för patienter skall vara anpassade och tillgängliga för personer med funktionshinder enligt för SLL vid varje tid gällande föreskrifter.

StG skall genom skyltning beskriva vilken verksamhet som drivs.

StG ansvarar för lokalerna för verksamheten och svarar för samtliga kostnader för lokalerna. Inför eventuellt byte av lokal skall samråd ske med SLL i så god tid att alternativa lokaler kan undersökas av SLL.

Verksamheten skall vara lokaliserad enligt förteckningen **Bilaga 5**.

Samtliga hyresavtal mellan StG och SLL företrätt av Locum AB/Landstingsfastigheter Stockholm ("Hyresavtalen") skall löpa ut den 31 december 2009.

Av Avtalen om Lokaler skall framgå att om SLL inte utnyttjar möjligheten till förtida uppsägning av Vårdavtalet mellan SLL och StG per den 31 december 2009, skall Hyresavtalens giltighetstid förlängas t.o.m. den 31 december 2012, på i övrigt oförändrade villkor samt att Hyresavtalen automatiskt upphör om Vårdavtalet upphör.

Avtalen om Lokaler skall även stadga att StG och Artrokliniken samt övriga eventuella dotterföretag med omedelbar verkan och utan ersättning, avstår från det indirekta besittningsskyddet avseende samtliga lokaler som StG och dess dotterföretag, inklusive Artrokliniken, förhyr av SLL företrätt av Locum AB/Landstingsfastigheter Stockholm inom kvarteret Gångaren 12 och angränsade landstingsfastigheter.

Avtalen om Lokaler skall undertecknas samtidigt som Vårdavtalet och giltigheten av Avtalen om Lokaler skall vara villkorat av att SLL och Capio/StG samtidigt undertecknar Vårdavtalet och Optionsavtalet.

StG, Artrokliniken samt övriga eventuella dotterföretag skall på motsvarande sätt löpande under Avtalets giltighetstid avstå besittningsskyddet för eventuella tillkommande lokaler eller nya hyreskontrakt inom kvarteret Gångaren 12 och angränsade landstingsfastigheter.

Vad gäller Aktieöverlåtelseavtalet från den 11 oktober 1999, avsnitt 21, Fastigheter, skall punkten 21.2 upphöra att gälla i sin helhet och ersättas av ovan nämnda reglering avseende hyresavtalen. Även punkterna 21.3 och

21.4 skall upphöra att gälla. Punkten 21.1, 21.5 och 21.6 skall stå kvar oförändrade.

§ 12 Driftsäkerhet i försörjningssystem

Hälso- och sjukvården är beroende av fungerande el-, vatten-, värme- och kommunikationssystem. Samtliga akutsjukhus i SLL skall ställa krav på hyresvärden att vidta åtgärder för att säkerställa driftsäkerhet i försörjningssystem (främst el, vatten och värme) samt telekommunikations- och datasystem. Vägledande information inom sakområdet kan hämtas i skriften "Det robusta sjukhuset", Kunskapsöversikt, Socialstyrelsen. Följande rekommendationer från Socialstyrelsens utgör riktvärden:

- reservvatten: > 20 procent av normalkapacitet
- reservel: > 65 procent av normalkapacitet
- reservvärme: tillgång till alternativ värmeförsörjning

§ 13 Utrustning och underleverantörer

StG svarar för den utrustning som krävs för verksamheten och kostnaderna för denna. Medicinteknisk utrustning skall löpande underhållas och kontrolleras så att godkänd standard och säkerhet upprätthålls. Lokala instruktioner och krav på kvalitetssystem skall finnas för användning av medicinteknisk utrustning.

StGs samtliga underleverantörer av Vårdtjänster anges i **Bilaga 4**. Underleverantör får inte anlitas utan att SLL i förväg skriftligen medgivit detta och godkänt omfattningen av de Vårdtjänster som utförs.

§ 14 Användning av informationssystem, informations- och kommunikationsteknik (IS/IT)

Användning av informationssystem, informationsteknik är nödvändig för att nå godtagbar effektivitet och kvalitet i vårdarbetet. Användningen av IS/IT indelas i två huvudområden: som medel för att uppnå bästa vård i egen organisation, som medel för att uppnå en för hela landstinget och/eller ur patientens perspektiv bästa vård.

StG åtar sig att dels använda IS/IT som ett av flera medel för att vidmakthålla och höja effektivitet och kvalitet i den egna interna verksamheten, dels använda landstingets gemensamma IS/IT-plattform för att åstadkomma effektivitet och kvalitet i samspelet mellan vårdens alla aktörer. Förutsättningarna för den gemensamma informationsförsörjningen för akutsjukvården inom Stockholms läns landsting beskrivs i **Bilaga 7**.

14.1 Intern verksamhet

När det gäller den interna verksamheten väljer StG hur IS/IT bäst används inom ramen för sitt verksamhetsuppdrag.

14.2 Gemensam IS/IT-plattform

När det gäller landstingets gemensamma IS/IT-plattform skall StG

- utnyttja obligatorisk informationssystem och IT-verktyg samt utbyta information på av SLL i särskild dokumentation föreskrivet sätt, **Bilaga 7**,
- delta i det utvecklingsarbete som syftar till högre samlad effektivitet i vården samt
- införa nya obligatorisk system och andra IT-verktyg som underhand tillförs IS/IT-plattformen och som är för verksamheten tillämpliga.

Omfattning och tidplan för införande av nya obligatorier överenskommes i särskild ordning.

14.3 Information och samverkan

Parterna skall aktivt och utan dröjsmål informera varandra om utvecklingsprojekt eller andra aktiviteter som kan komma att beröra flera leverantörer. Vardera parten skall ge motparten sådan insyn i sin verksamhet att det är möjligt att kontrollera att gjorda åtaganden uppfylls.

14.4 Sammanhållen vårddokumentation

SLL undersöker förutsättningarna för att kunna tillhandahålla en, för patienten, sammanhållen vårddokumentation för organisationsöverskridande samarbete i vårdkedjorna samt för uppföljning av vårdens innehåll, kvalitet och kostnader. Utgående från de mervärden som skapas för patienter och leverantör genom sammanhållen vårddokumentation är parterna överens om att aktivt delta i förberedelserna inför etableringen av den databärande vårdinformationsplattform som skall göra detta möjligt och anpassa aktuella verksamhetssystem så att de kommer att kunna samverka.

§ 15 Forskning, Utveckling och Utbildning (FoUU)

Karolinska institutet äger rätt att hos StG bedriva forskning, utveckling och utbildning enligt samma villkor och betingelser som övriga akutsjukhus. StG omfattas av det så kallade ALF-avtalet.

StG har skyldighet att tillhandahålla kliniska utbildningsplatser för de vårdyrkesgrupper som universitet/högskola utbildar. StG är skyldig att utbilda

AT-, ST-läkare och övriga vårddyrkesstuderande. StG har att svara för att kvalitet och inriktning följer examenskraven för respektive utbildning.

§ 16 Utomlänspatienter

StG åtar sig att följa Riksavtalet och dess efterföljare för vård av patienter från andra landsting. StG skall härvid följa Landstingsförbundets rekommendationer om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården som komplement till av SLL fastslagna riktlinjer för valmöjligheter. Ett sådant åtagande får dock inte påverka StGs åtagande enligt detta avtal.

Priset per DRG-poäng för utomlänspatienter fastställs årligen av SLL samverkansnämnden. StG äger rätt att självständigt fakturera andra landsting för utomlänspatienter.

§ 17 Privatfinansierade patienter

StG åtar sig att, senast sex månader efter undertecknandet av Vårdavtalet, upphöra att ta emot privatfinansierade patienter vid StG. Redan påbörjade patientbehandlingar och mottagna hänvisningar av enskilda patienter får dock slutföras. StG åtar sig att införa en god internt kontroll som tillser att privatfinansierade patienter inte tas emot i strid med det ovanstående samt att fortlöpande tillställa SLL dokumentation som möjliggör verifiering av detta.

StG skall senast sex månader efter undertecknandet av Vårdavtalet, och därefter fortlöpande, tillhandahålla SLL underlag som visar att StG har upphört att ta emot privatfinansierade patienter och redovisar vilka patienter som kommer att erhålla vård och behandling efter denna tidpunkt, med angivande av beräknad återstående behandlingstid för privatfinansierade patienter.

Parterna är överens om att kompensation ej kommer att utgå för StGs åtaganden enligt ovan.

StG äger rätt ta emot och behandla utländska patienter som söker akutvård vid vistelse i landstinget enligt de villkor som gäller för övriga akutsjukhus inom SLL samt patienter från Stockholm Care.

Om StG väsentligen bryter mot Avtalets regler om privatfinansierade patienter, eller om Artrokliniken efter den 31 maj 2006 behandlar privatfinansierade patienter på Gångaren 12 eller angränsande landstingsfastigheter, har SLL en uppsägningsrätt i enlighet med Avtalets generella regler om uppsägning.

Med hänsyn till att förbudet mot att ta emot privatfinansierade patienter är av central betydelse för SLL skall SLL, vid eventuell överträdelse av förbudet från StGs sida, ha rätt att påkalla att StG utger vite till SLL med ett belopp motsvarande tvåhundra tusen (200 000) kronor per månad. SLL:s rätt att påkalla vite enligt detta stycke skall dock endast gälla under förutsättning

att SLL inte säger upp Vårdavtalet p g a överträdelsen. Detta stycke gäller inte heller behandling av privatfinansierade patienter vid Artrokliniken, vilket regleras nedan.

§ 18 Artrokliniken

Capio behåller Artrokliniken utan avräkning på köpeskillingen vid SLL:s eventuella återköp av StG.

Den organisatoriska inplaceringen i Capio av Artrokliniken, som för närvarande är ett dotterbolag till StG, skall senast tre (3) månader efter undertecknande av Vårdavtalet mellan SLL och StG enligt ovan ha ändrats av StG på ett sätt som innebär att de organisatoriska och ägarmässiga sambanden till StG upphört. SLL skall samtidigt skriftligen bekräfta att Vårdavtalet fortsatt skall gälla för Artrokliniken i tillämpliga delar intill dess att Artrokliniken erhåller ett eget vårdavtal enligt nedan.

Parterna är överens om att separat vårdavtal mellan SLL och Artrokliniken avseende perioden 1 januari, 2006 – 31 december, 2012 skall ingås senast den 31 december 2005 ("Artro Avtalet"). Villkoren i Artro Avtalet skall i huvudsak innehålla samma villkor som Vårdavtalet. I den mån ersättnings- och betalningsvillkor, volymer eller andra villkor avviker jämfört med situationen när Artrokliniken omfattas av Vårdavtalet, skall justeringar även göras i Vårdavtalet, inklusive reducering av StG:s Totalersättning, så att förändringarna sammantaget blir kostnadsneutrala för SLL och intäktsneutrala för StG och Artrokliniken sammantaget, och så att den Beräknade årsvolymen för StG och Artrokliniken sammantaget inte ökar p.g.a. utbrytningen enligt ovan.

SLL är införstått med att Artrokliniken även svarar för vård och behandling av privatfinansierade patienter.

StG skall tillse att Artrokliniken, senast den 31 mars 2006, har lämnat kvarteret Gångaren 12 och angränsande landstingsfastigheter. Parterna är överens om att någon hyra inte skall utgå för de lokaler inom kvarteret Gångaren 12 och angränsande landstingsfastigheter som har nyttjats av Artrokliniken, från och med den dag Artrokliniken avflyttar från lokalerna till och med den 31 december 2006, under förutsättning att lokalerna står tomma och oanvända.

StG åtar sig att tillse att Artrokliniken, senast 31 maj 2006, behandla privatfinansierade patienter endast i andra lokaler än i kvarteret Gångaren 12 och angränsande landstingsfastigheter. StG skall vid den angivna tidpunkten och fortlöpande därefter tillställa SLL dokumentation som möjliggör verifiering av detta på motsvarande sätt som för StG.

SLL ska i positiv anda undersöka möjligheterna att bereda Artrokliniken plats i lämpliga landstingsägda lokaler på marknadsmässiga villkor.

SLL kompenserar inte till någon del eller i något avseende Capio, StG eller Artrokliniken för förändringarna enligt ovan.

Om StG inte, senast den 31 mars 2006, flyttat verksamheten vid Artrokliniken från kvarteret Gångaren 12 och angränsande landstingsfastigheter, skall StG till SLL utge vite för sådan underlåtenhet med ett belopp som uppgår till etthundratusen kronor (100 000) per påbörjad kalendermånad. Från och med den 31 december 2006 skall vite utgå med tvåhundra tusen kronor (200 000) per påbörjad kalendermånad.

Om StG inte, senast tre månader efter undertecknande av Vårdavtalet, har ändrat den organisatoriska placeringen av Artrokliniken så att de organisatoriska och ägarmässiga sambanden mellan Artrokliniken och StG har upphört, skall StG till SLL utge vite för sådan underlåtenhet med ett belopp som uppgår till etthundratusen kronor (100 000) per påbörjad kalendermånad. Från och med den 31 december 2006 skall vite utgå med tvåhundra tusen kronor (200 000) per påbörjad kalendermånad.

SLL:s rätt att påkalla vite enligt de två föregående styckena skall endast gälla under förutsättning att uppsägning av Vårdavtalet inte sker.

Om Artrokliniken behandlar privat betalande patienter i lokaler inom Gångaren 12 eller angränsande landstingsfastigheter efter den 31 december 2005, och rättelse inte vidtas inom två (2) veckor efter skriftlig anmaning därom från SLL, skall StG, utöver skyndsamt rättelse, till SLL utge vite med ett belopp som uppgår till femtiotusen (50 000) kronor per påbörjad kalendermånad. Från och med den fjärde kalendermånaden skall vite utgå med tvåhundra tusen kronor (200 000) per påbörjad kalendermånad. Vite enligt detta stycke skall inte utgå i tillägg till vite för eventuell underlåtenhet att flytta Artrokliniken från Gångaren 12 och angränsande landstingsfastigheter senast den 31 mars 2006.

§ 19 Entreprenadavtal mellan StG och Capio Diagnostik AB

StG skall senast samtidigt med undertecknande av Vårdavtalet teckna entreprenadavtal med Capio Diagnostik AB avseende medicinsk service (laboratoriemedicin och röntgen) för perioden den 31 december 2009 t o m den 31 december 2012, i enlighet med **Bilaga 11**.

Det kan i sammanhanget noteras att Röntgenavdelningen sedan år 2000 inte ingår i StG utan i Capio Diagnostik AB. Landstingshuset i Stockholm AB godkände övergången i ett brev daterat den 20 juni, 2000. Se även nedan avseende återtagande av StG.

§ 20 Landstingets riktlinjer och policier

SLL åtar sig att på www.uppdragsguiden.sll.se tillhandahålla och

kontinuerligt uppdatera SLLs riktlinjer och policier som hänvisas till i detta Avtal.

§ 21 Omförhandling

Vid väsentliga förändringar av omständigheter som ligger till grund för detta Avtal, eller om villkoren i detta Avtal inte har blivit uppfyllda, kan förhandling om Avtalets uppdrag eller volymer eller konsekvenser av ändringar i dessa skriftligen begäras av part.

Omförhandling skall 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.

Ändringar och tillägg till detta Avtal skall för att äga giltighet vara skriftliga och undertecknade av båda parter.

§ 22 Landstingsgemensamma avtal

Vid landstingsgemensam upphandling skall StG ha möjlighet att utnyttja av landstinget tecknade ramavtal. StG äger, om ej annat följer av ramavtalen, möjlighet att avropa från sådant avtal på samma eller likvärdiga villkor som gäller för Landstingets egna vårdgivande enheter.

§ 23 Avtalets upphörande

SLL och StG skall vid detta Avtals upphörande samråda kring hantering av patientjournaler, lokaler, utrustning och personal.

§ 24 Kontaktpersoner

| | SLL | StG |
|---------|------------------------------|---|
| Namn | Roger Haglind | Birgir Jakobsson |
| Adress | Box 6909 102 39 Stockholm | Capio S:t Görans Sjukhus AB 112 81 Stockholm |
| Telefon | 08-737 33 62 | 08-587 020 50 |
| e-post | roger.haglind@sll.se | birgir.jakobsson@stgoran.se |

§ 25 Avtalets giltighet

För detta Avtals giltighet krävs att det godkänts av Landstingsstyrelsen samt av Landstingsfullmäktige den 12/4 2005 och av styrelsen för Capio AB senast den 31/3 2005. Om någon av parterna inte tillhandahållit sådant god-

kännande senast angiven tid äger den andra parten rätt att säga upp Avtalet med omedelbar verkan. Vid sådan uppsägning skall ersättning ej utgå.

Detta Avtal förutsätter vidare för sin giltighet att Optionsavtalet mellan SLL och Capio samt Avtalen om Lokaler mellan SLL, företrätt av Locum, och StG ingås denna dag.

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

Stockholm den / 2005

Stockholm den / 2005

Stockholms läns landsting

Capio S:t Görans Sjukhus AB

Beställare Vård

Anna-Stina Nordmark Nilsson
Bitr landstingsdirektör

Birgir Jakobsson
VD

Vidimeras:

Per Båtelsson
VD Capio AB

Capio lämnar härmed följande fullgörelsegaranti ("Fullgörelsegarantin") till SLL avseende de skyldigheter och åtaganden som åligger StG enligt ovanstående Avtal.

Capio garanterar att Capio, för det fall StG inte uppfyller sina skyldigheter och åtaganden enligt Avtalet, utan oskäligt dröjsmål från det att Capio mottagit en skriftlig begäran därom från SLL, skall tillse att StG:s skyldigheter och åtaganden enligt Avtalets fullgörs.

En skriftlig begäran från SLL:s sida angående åberopande av denna Fullgörelsegaranti skall innehålla en redogörelse för det sätt varpå StG underlåtit att fullgöra sina skyldigheter enligt Avtalet.

Därutöver skall Capio svara solidariskt med StG för de skyldigheter att utge viten som åligger StG enligt Avtalet.

Stockholm den / 2005

CAPIO AB

Per Båtelsson

VD Capio AB

Allmänna villkor för vårdavtal med Stockholms läns landsting

§ 1 Patientens ställning

Landstingsfullmäktige har fastställt en Vårdetisk plattform. Denna innebär bland annat att vården skall utmärkas av hög kvalitet och helhetssyn, där patienten och dennes närstående ges ett gott bemötande samt visas omtanke och respekt. Alla patienter skall behandlas likvärdigt oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk eller religiös tillhörighet samt sexuell identitet.

Vårdgivaren skall

- planera och genomföra vården i samråd med patienten och dennes närstående
- tillse att patientens och dennes närståendes synpunkter på hur vården fungerar samt önskemål om förbättring tas till vara
- tillse att patienten och dennes närstående informeras om aktuella vårdformer och behandlingsmetoder samt möjliga effekter av dessa vid behov hänvisa patienten till annan vårdgivare
- tillämpa de rutiner som följer av den av SLL vid varje tid beslutade besöks- och vårdgarantin
- informera patienten om dennes rätt att välja vårdgivare
- informera om patientens rätt att vända sig till patientnämnden, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (patientförsäkring) samt Läkemedelsförsäkring.

§ 2 Patientjournaler

Vårdgivaren skall upprätta, hantera och bevara patientjournaler enligt gällande lagar och förordningar. Vid bevarande av patientjournal skall Vårdgivaren även följa SLL's riktlinjer för bevarande av journalhandlingar.

När Vårdgivaren upphör att driva avtalad verksamhet skall patientjournalen överföras till annan hälso- och sjukvårdspersonal som framöver skall svara för patientens vård och behandling. Om journalen finns hos SLL skall istället en kopia av journalen överföras. Patientens medgivande skall finnas till sådan överföring. Vårdgivaren skall svara för att dokumentation förs vid överföring av patientjournal så att journal kan följas.

Vårdgivaren äger rätt att med patientens medgivande ta del av patientjournal som finns förvarad hos SLL.

Vid utlämnande av kopior av patientjournal till patient skall Vårdgivaren följa SLL's regler om avgiftsbeläggning vid utlämnande av kopior av

allmän handling.

Vårdgivaren skall om patientens medgivande finns utlämna kopia av patientjournal till annan vårdgivare som lämnar vård till patienten. Vårdgivaren äger inte rätt till någon ersättning vid utlämnande av kopia av patientjournal till annan vårdgivare.

Med patientjournal avses journaler oavsett vilket media de är lagrade på.

§ 3 Tystnadsplikt

Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531) gäller för sjukvårdspersonal inom den enskilda hälso- och sjukvården. Vårdgivaren skall tillse att även övrig personal har tystnadsplikt.

För SLL´s verksamhet gäller bestämmelserna i sekretesslagen.

§ 4 Läkemedel

Läkemedelshandlingen skall ske på ett rationellt, säkert och kostnads-effektivt sätt med ett helhetsperspektiv där patientens och samhällets bästa beaktas. Valet av distributionsform skall för en säker läkemedelshandling ske utifrån den enskilda patientens medicinska situation.

Vårdgivaren skall följa Kloka Listan® och de rekommendationer som Beställarens läkemedelskommitté och LÄKSAK (SLL´s centrala läkemedelskommitté) utfärdar. Upphandlade preparatalternativ där SLL har rabatter skall användas.

Recept skall vara försett med kvalitetssäkrad identifikation som innehåller personlig förskrivarkod och aktuell arbetsplatskod.

SLL arbetar med kvalitetsbokslut inom läkemedelsförskrivningen för att kunna bedöma förskrivningen ur såväl medicinsk som ekonomisk synvinkel. Vårdgivaren åtar sig att delta i detta arbete. Formerna för detta arbete överenskommes i särskild ordning.

Vårdgivaren skall arbeta för att införa ett förskrivarstöd vid all förskrivning. Vårdgivaren skall så snart det är möjligt införa en landstingsgemensam läkemedelslista och elektroniska recept. Vårdgivarens system som stödjer detta skall anpassas så att de samverkar med landstingsgemensamma tjänster.

Kassation av läkemedel skall ske på ett miljömässigt korrekt sätt.

Kliniska prövningar av läkemedel som genomförs av Vårdgivaren skall senast vid start meddelas läkemedelskommittén.

§ 5 Remisser

SLL har möjlighet att kräva att en patient har remiss till viss vård. Reglerna för detta kan variera mellan dels olika specialiteter, dels från tid till annan. Vårdgivaren skall följa de regler SLL vid varje tidpunkt har för krav på remiss för behandling, liksom de krav och regler SLL har för utfärdande av remiss.

§ 6 Information

Vårdgivaren ansvarar för information till invånare/patienter/samverkansparter/intressenter om sin verksamhet.

I Vårdgivarens lokaler samt i informationsmaterial som Vårdgivaren tar fram, skall avtalsrelationen med Beställaren tydligt framgå. Den grafiska profilen för SLL skall följas (www.uppdragsguiden.sll.se).

Vårdgivaren skall överlägga med Beställaren innan namn på verksamheten registreras hos Patent- och registreringsverket.

6.1 Väntrumsinformation

Vårdgivaren skall i väntrum eller på annat sätt som parterna överenskommer om till patienterna förmedla information från SLL.

6.2 Adressuppgifter

Det är Vårdgivarens ansvar att de egna uppgifterna i SLL's Elektroniska Katalog (EK) är korrekta och aktuella under hela avtalsperioden.

6.3 Information om större verksamhetsförändringar

Vid större förändringar i verksamheten (exempelvis öppna eller stänga hela eller väsentlig del av verksamheten) svarar Beställaren för informationsinsatserna. Vårdguiden är då varumärket för informationen till befolkningen. Arbetet sker i nära samverkan med berörda Vårdgivare.

§ 7 Marknadsföring

All marknadsföring skall vara saklig och följa intentionerna i detta avtal. Jämförande marknadsföring får endast förekomma efter överenskommelse med Beställaren.

All marknadsföring skall ha en tydlig avsändare. SLL's roll som uppdrags-givare skall framgå i alla relevanta sammanhang och SLL's regler för varumärkesanvändning och grafisk profil skall då följas.

Inför större marknadsföringsinsatser skall Vårdgivaren ge Beställaren förhandsinformation.

§ 8 Informationssäkerhet

Vårdgivaren skall skydda sin information mot otillbörlig åtkomst och förstörelse i enlighet med gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Hur skyddet genomförs skall dokumenteras. Vårdgivaren skall på begäran kunna uppvisa denna dokumentation för Beställaren. Vårdgivaren skall följa SLL's Riktlinjer för informationssäkerhet.

§ 9 Personal

Vårdgivaren skall ha personal i sådan omfattning som krävs för att utföra verksamhet i enlighet med detta avtal.

Vårdgivaren skall tillse att personalen:

- har för uppdraget adekvat utbildning
- får den fortbildning/vidareutbildning som erfordras för att upprätthålla kompetensen inom yrket

Vårdgivaren skall tillse att det finns en verksamhetschef som svarar för verksamheten och som har det samlade ledningsansvaret. Vårdgivaren skall skriftligen informera Beställaren om byte av verksamhetschef, samt i förekommande fall namnge medicinskt ansvarig för verksamheten.

§ 10 Meddelarfrihet

Yttrande- och meddelarfrihet skall gälla för anställda hos Vårdgivaren i samma omfattning som enligt lag gäller för offentligt anställda.

§ 11 Underleverantör

Om Vårdgivaren anlitar underleverantör för utförande av verksamhet enligt detta avtal, ansvarar Vårdgivaren för underleverantörens åtagande såsom för sitt eget.

Vårdgivaren skall, på Beställarens anmodan, lämna information om vilka underleverantörer som anlitas.

§ 12 Miljö

Vårdgivaren åtar sig att i sin produktion av tjänster som är en följd av detta avtal, verka dels för att minska den skadliga miljöpåverkan, dels för att SLL's vid varje tidpunkt gällande övergripande miljömål uppnås.

Vårdgivaren åtar sig att samverka med SLL i miljöfrågor och vid uppföljning redovisa hur Vårdgivaren arbetar med att uppfylla SLL's övergripande miljömål.

§ 13 Jämställdhet

Vårdgivaren skall i sin verksamhet beakta SLL:s riktlinjer för jämställdhet.

Statistiska och andra sammanställningar från Vårdgivaren till Beställaren skall vara könsuppdelade.

§ 14 Krav på kvalitetssystem

Vårdgivaren skall utforma och tillämpa ett för verksamheten ändamålsenligt kvalitetssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

§ 15 Verksamhetsredovisning

Vårdgivaren skall rapportera verksamhets- och prestationsinformation samt diagnoser till Beställaren. Rapportering skall ske enligt Beställarens anvisningar.

Vårdgivaren skall i all sin rapportering följa SLL's anvisningar avseende kodsysteem, termer och begrepp.

§ 16 Ekonomisk redovisning

Efter avslutat räkenskapsår skall Vårdgivare till Beställaren inlämna de ekonomiska redovisningar de enligt lag har skyldighet att upprätta. Oftast avses årsredovisning med resultat- och balansräkning, verksamhetsberättelse samt revisionsrapport.

I de fall verksamheten enligt avtalet endast omfattar en del av den redovisning Vårdgivaren lämnar enligt första stycket skall Vårdgivaren även på Beställarens begäran lämna motsvarande kostnads- och intäktsredovisning för den avtalade verksamheten.

§ 17 Revisioner

Beställaren äger rätt att när som helst fatta beslut om och låta genomföra medicinska revisioner och omvårdnadsrevisioner av verksamheten. Vårdgivaren skall medverka vid sådan revision och med beaktande av gällande bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt kostnadsfritt ställa allt material och dokumentation till förfogande som erfordras för revisionen. Vid granskning av journalhandlingar skall detta ske enligt gällande regler.

Beställaren äger den rapport som kommer ur den medicinska revisionen. Rapporten skall omgående tillställas och kommuniceras med Vårdgivaren.

Beställaren äger rätt att göra de kontroller som behövs för att bedöma om Vårdgivarens fakturering sker på korrekt sätt.

§ 18 Lagar och förordningar

Vårdgivaren ansvarar för att gällande konventioner, lagar, förordningar, föreskrifter och SLL's egna riktlinjer som på något sätt berör här avtalat uppdrag, följs.

Vårdgivaren skall ombesörja och införskaffa samt under avtalstiden vidmakthålla:

- eventuella tillstånd och bemyndiganden samt uppfylla anmälningsskyldighet som vid var tid är gällande för utförande av uppdraget.
- Vårdgivaren skall inneha giltig F-skattesedel.

§ 19 Försäkringar och ansvar

Försäkring som täcker skador enligt patientskadelagen (1996:799) tecknas av SLL.

Vårdgivaren är skyldig att utan kostnad tillhandahålla de intyg, utredningar och analyser som Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag behöver för sin handläggning av patientskadefall.

Vårdgivaren förbinder sig att teckna och vidmakthålla ansvars- och företagsförsäkringar efter vedertagna normer, som håller SLL skadelös vid eventuell skada. Vårdgivarens ansvar är inte begränsat till de belopp som omfattas av de försäkringar som Vårdgivaren tecknat. Sista stycket gäller inte SLL's egna verksamheter.

§ 20 Katastrofsituation

Vårdgivaren är skyldig att delta i totalförsvarsplanering, överläggningar och övningar för att kunna verka även under katastrofer, kriser och krig. Vårdgivaren åtar sig att vid katastrof-, kris- och krigsläge följa direktiv ställda av SLL för utförande av tjänsterna.

Vårdgivaren skall medverka vid av SLL organiserade övningar i sådan omfattning att Vårdgivaren kan bedriva en fortsatt verksamhet även i kritiska lägen. Vårdgivaren skall lämna SLL de upplysningar som kan behövas för totalförsvarsplaneringen.

§ 21 Force majeure

Om part av omständighet som part varken kunnat förutse vid avtalets ingående eller kunnat avvärja verkningar av eller råda över är förhindrad att fullgöra sina åtaganden enligt detta avtal är part befriad från sina åtaganden enligt detta avtal. Sådan befrielse kan inte åberopas avseende parts ansvar enligt 20 § ovan. Befriande omständigheter kan vara krig eller annat

liknande tillstånd, eldsvåda eller jämförligt olycksfall, arbetskonflikt som drabbar annan än parten, lagändringar, beslut av överordnad myndighet eller andra liknande omständigheter.

Part som önskar åberopa befriande omständighet skall skriftligt informera den andra parten om detta genast när omständigheterna uppkommer eller så snart det kan misstänkas att omständighet kommer att uppstå. Den part som påkallat force majeure skall hålla motparten kontinuerligt underrättad om när omständigheten kan tänkas upphöra.

Part skall vidta skäliga ansträngningar för att mildra omfattningen och effekterna av befrielsegrund och återuppta fullgörandet av de förpliktelser som hindrats så snart det praktiskt kan ske. Utan hinder av första stycket har motparten rätt att säga upp avtalet till omedelbar upphörande om den befriande omständigheten varat mer än i trettio kalenderdagar. Vid sådan uppsägning har ingendera part rätt till ersättning av motparten.

§ 22 Överlåtelse av avtalet/Ägarbyte

Avtalet får inte utan andra partens skriftliga medgivande överlåtas på annan. Väsentlig förändring av ägarförhållanden hos Vårdgivaren skall omedelbart skriftligt anmälas till Beställaren. Beställaren äger därvid rätt att pröva om detta Avtal skall fortsätta att gälla eller säga upp Avtalet. Avtalet skall i sådant fall skriftligt sägas upp med minst nittio dagars uppsägningstid, senast nittio dagar efter det att Beställaren fått vetskap om ändrade ägarförhållanden.

§ 23 Förtida upphörande

Beställaren har utöver vad som sägs i § 22 rätt att säga upp Avtalet till omedelbart upphörande, eller till den dag Beställaren anger om

- det enligt Beställares bedömning kan antas att Vårdgivaren inte kommer att kunna fullgöra uppdraget;
- Vårdgivaren bryter mot sina förpliktelser enligt detta Avtal och ej upphör därmed och vidtar rättelse senast trettio (30) dagar efter skriftlig anmaning därom;
- Vårdgivaren under avtalstiden agerar på sådant sätt som kan antas allvarligt rubba förtroendet för Beställaren eller Vårdgivaren vid utförande av uppdraget och ej upphör därmed och vidtar rättelse, senast trettio (30) dagar efter skriftlig anmaning därom eller
- Vårdgivaren försätts i konkurs, träder i likvidation, ställer in betalningarna eller eljest kan befaras vara på obestånd

Vårdgivaren har rätt att säga upp detta Avtal till omedelbart upphörande om Beställaren är i dröjsmål med betalning och inte erlägger betalning till Vårdgivaren senast trettio (30) dagar efter skriftlig anmaning därom.

För det fall Avtalet sägs upp av någon av parterna är denne part berättigad till ersättning för den skada denne lider.

Förtida uppsägning av Avtalet skall vara skriftlig.

§ 24 Tvist

Tvist angående detta avtal skall avgöras av allmän domstol med Stockholms tingsrätt som första instans och med tillämpning av svensk lagstiftning.

För SLL's verksamheter gäller att tvist skall avgöras enligt SLL's interna regler.

Beskrivning av verksamhetsuppdrag vid Capio St Görans Sjukhus

§ 1 Mål

Det övergripande inriktningsmålet för hälso- och sjukvården är enligt landstingsfullmäktige att ge invånare i landstinget en värdig och kvalitativt god vård inom rimlig tid. Den gemensamma visionen för den framtida hälso- och sjukvården är att skapa trygghet för befolkningen genom en god hälso- och sjukvård som ger bästa möjliga hälsa. En hög patienttillfredsställelse med vård av högsta kvalitet, bra bemötande och god omtanke är målet för den somatiska akutsjukvården.

§ 2 Innehåll och omfattning

Uppdragets Vårdtjänster specificeras i Verksamhetsområden, Vårdformer, Vårdtyper och Övriga vårdtjänster enligt nedan.

Uppdragets Verksamhetsområden utgörs av:

- * Invärtesmedicin inkluderande
 - akutmedicin
 - kardiologi
 - gastroenterologi
 - lungmedicin
 - endokrinologi
 - neurologi
- akutkirurgi
- gastroenterologi
- * Ortopedi inkluderande
 - allmän ortopedi
 - akutortopedi
 - handkirurgi
- * Kirurgi inkluderande
 - allmänkirurgi
- * Anestesiologi inklusive algologi

Uppdragets Vårdformer omfattar följande områden:

* Öppen vård omfattande mottagningsverksamhet och dagkirurgisk/dagmedicinsk vård

* Sluten vård

Avtalets Vårdtyper utgörs av akuta och elektiva (planerade) Vårdtillfällen och Besök.

Övriga vårdtjänster motsvaras av Jour och beredskap samt Katastrofberedskap

Beställningen summeras för elektiv och akut vård var för sig per vårdform (mottagningsverksamhet, dagvård och slutenvård). Beställningen avseende slutenvård preciseras och följs upp uppdelat för vad som avser DRG-ersatt vård respektive KY-ersatt vård.

Produktion utöver detta Avtal ersätts inte

Vårdgivaren ska planera verksamheten så att överenskomna Vårdvolymer tillhandahålls över hela kalenderåret med beaktande av förväntad årstidsvariation.

Vid förväntade avvikelser i förhållande till Beräknad årsvolym ska Vårdgivaren snarast kontakta Beställaren.

Uppföljning av Vårdvolymer sker enligt **Bilaga 2-U3**.

2.1 Artrokliniken

Text från inriktningsdokumentet

2.2 Närsjukvårdscentrum vid Brommaplan

Vårdgivaren ska bedriva öppen specialistvård inom Brommaplans närsjukvårdscentrum och där tillhandahålla de för den verksamheten överenskomna Vårdvolymerna. Verksamheten ska under hela avtalsperioden (år 2005—2012) omfatta specialiteterna ortopedi, kirurgi och medicin. Omfattning och fördelning av besök mellan specialiteterna sker enligt den Vårdprofil som årligen överenskommes mellan parterna där utfallet år 2005 utgör bas. Verksamheten startar successivt från och med 2005-06-01. Vårdgivaren disponerar lokalerna såsom fri nyttighet under avtalstiden.

§ 3 Beskrivning av vårdtjänster

Uppdraget innehåller följande kombinationer av Vårdformer, Vårdtyper samt Övriga vårdtjänster:

- Öppenvårdsmottagning
 - Patienter med akutsomatiska sjukdomstillstånd, som remitteras av annan vårdgivare eller som utretts av Vårdgivaren och vars sjukdomstillstånd kräver sådan vård.
- Dagkirurgisk-/dagmedicinsk vård
 - Patienter med akutsomatiska sjukdomstillstånd, som remitteras av annan vårdgivare eller som utretts av Vårdgivaren och vars sjukdomstillstånd kräver sådan vård.
- Slutenvård

Patienter med akutsomatiska sjukdomstillstånd, som remitteras av annan vårdgivare eller som utretts av Vårdgivaren och vars sjukdomstillstånd kräver sluten vård.

- Akutmottagning

Akut omhändertagande av akut sjuk/skadad patient för behandling och vård dygnet runt. Patient som inte kan slutbehandlas vid akutmottagning ska överföras till annan adekvat vårdinstans snarast möjligt. Inom alla specialiteter som ingår i Vårdgivarens åtagande råder slutbehandlingsansvar även för akuta patienter.

- Jour och beredskap

Erforderliga jourlinjer hela dygnet för de specialiteter som omfattas av avtalet. Socialstyrelsens medicinska faktadatabas MARS utgör riktlinjer som Vårdgivaren ska beakta. Personal vid telefonrådgivning ska ha lägst sjuksköterskekompetens.

- Katastrofberedskap

Akut omhändertagande av skadade, sjuka och drabbade vid stora olyckor, katastrofer, hot, särskilda händelser, svåra påfrestningar på samhället i fred samt under höjd beredskap.

Det åligger Vårdgivaren att vidmakthålla erforderlig produktionskapacitet och kompetens inom respektive Verksamhetsområde med hänsyn till senast gällande Vårdprofil.

Verksamheten ska präglas av helhetssyn och kontinuitet där hänsyn tas till såväl fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter.

När Vårdgivaren tagit emot remitterad patient åligger det Vårdgivaren, inom ramen för LEON-principen, att svara för alla åtgärder i samband med Vårdgivarens diagnostik och behandling, som t ex röntgen och laboratorieanalyser av olika slag. Innan patienten överförs till primärvården eller annan vårdnivå ska patienten av Vårdgivaren vara väl förberedd för den fortsatta behandlingen, hemsjukvården eller rehabiliteringen.

Vårdgivaren har rätt att inför mottagandet av remitterad patient ställa rimliga krav, gentemot remittenten, på utförda undersökningar nödvändiga för bedömningen om huruvida Vårdgivarens specifika kompetens behöver utnyttjas och remissen då kan accepteras.

§ 4 Kvalitetskrav på tjänsterna

Vårdgivaren och Beställaren har ett gemensamt ansvar för att tillse att befolkningen erbjuds en god och säker hälso- och sjukvård och på lika villkor. Vårdgivaren ska samverka med Beställaren i frågor som rör uppföljning och analys av verksamheten samt utveckling av vårdens kvalitet och effektivitet.

Beställaren åtar sig att till Vårdgivaren återföra analys av redovisningarna som Beställaren tagit del av, sett i relation till hela SLL.

Kvalitetsmått för vården ska utvecklas i samarbete mellan Beställaren och Vårdgivaren. Dessa mått ska kontinuerligt anpassas till att utgöra mått som parterna anser speglar den kvalitet som är väsentlig för patienten.

Vårdgivaren ska ha ett system för planering, uppföljning och utveckling av verksamheten med fokus på kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. För uppföljning och utvärdering av vårdgivarens kvalitetssystem kommer Beställaren att använda instrumentet LAGE, som bygger på kraven i föreskriften. Beslut och planering av LAGE-uppföljningen sker i samråd med Vårdgivaren.

Vårdgivarens kvalitetsarbete ska utgöra en grundpelare i ett ständigt pågående förbättringsarbete av all hälso- och sjukvård. Vårdgivarens kvalitetsarbete ska vara inriktat på att stärka och utveckla det som är den innersta kärnan i en god hälso- och sjukvård, d v s att den är (1) **kunskapsbaserad och ändamålsenlig**, (2) **säker**, (3) **patientfokuserad**, (4) **effektiv**, (5) **jämlik** och (6) **ges i rimlig tid**.

Ovanstående sex kvalitetsområden utgör ram för ett antal formulerade kvalitetsmål och kvalitetskrav. Redovisning av samtliga kvalitetsmål och krav ska ske i samband med uppföljningsmöten på kliniknivå enligt **Bilaga 2-U2**.

Angivna kvalitetsmål och kvalitetskrav utgör också utgångspunkt för redovisning av Leverantörens årliga kvalitetsbokslut vilket ska redovisas senast 31 mars året efter.

Kvalitetsrelaterad ersättning utgår i enlighet med **Bilaga 3** och **Bilaga 3:1** vid uppfyllande av de specifika kvalitetskrav och kvalitetsindikatorer som specificeras och fastställs årligen mellan parterna.

I brist på överenskommelse mellan parterna om Kvalitetsrelaterad ersättning skall Kvalitetsrelaterad ersättning utgå enligt de riktlinjer och med de belopp som senast fastställts mellan parterna.

Vårdgivarens redovisning av hur kvalitetskraven med avseende på kvalitetsrelaterade ersättning uppfyllts ska ske senast 31 januari, året efter.

De årliga fastställda specifika kvalitetskraven och kvalitetsindikatorerna anges i **Bilaga 2:2**.

4.1 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Definition: Verksamheten ska bedrivas så att landstingets definition av kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård tillämpas. Detta innebär att vården ska bygga på evidensbaserad kunskap samt formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.

Nationella riktlinjer, SBU-rekommendationer och regionala vårdprogram ska tillämpas inom de områden där sådana finns. Vårdgivaren ska medverka i nationella kvalitetsregister. De register som Vårdgivaren medverkar i ska redovisas till Beställaren i det årliga kvalitetsboks slutet.

4.2 Säker hälso- och sjukvård

Definition: Verksamheten ska bedrivas så att landstingets definition av säker hälso- och sjukvård tillämpas. Detta innebär att skador i samband med vård och behandling undviks genom identifiering av riskfaktorer och ett aktivt riskförebyggande arbete.

Vårdgivaren ska säkerställa att all vård och behandling sker med största möjliga säkerhet för patienten. System för avvikelshantering och rutiner för att identifiera och förebygga patientrisker ska finnas. Leverantören ska i samband med uppföljningsmöten på klinisknivå enligt **Bilaga 2-U2** redovisa de patientrisker som identifierats och analyserats samt de rutiner/åtgärder som vidtagits för att reducera dessa per verksamhetsområde.

4.3 Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Definition: Verksamheten ska bedrivas så att landstingets definition av patientfokuserad hälso- och sjukvård tillämpas. Detta innebär att vården ges med kontinuitet samt med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, önskemål och värderingar.

Vårdgivaren ska arbeta för att stärka patientens ställning i vården. Bemötandet av patienten ska präglas av omtanke och empati och utgå från att varje individ är unik. Vården ska utföras så att människors integritet inte kränks och deras värdighet skyddas. Vårdgivaren ska säkerställa att vårdkedjan, ur patient- och närstående perspektivet, är så sammanhängande som möjligt.

Vårdgivaren ska i samband med uppföljningsmöten på klinisknivå enligt **Bilaga 2-U2** redovisa vilka åtgärder som vidtagits med anledning av ärenden i Patientnämnden.

Uppföljning av patienternas upplevelse av bemötande och omhändertagande i vården ska genomföras regelbundet. Resultat av uppföljningarna ska redovisas per klinik till Beställaren i samband med uppföljningsmöten enligt **Bilaga 2-U2**, inklusive de eventuella verksamhetsförändringar som vidtagits med anledning av resultaten.

Vårdgivaren ska ha rutiner för information till patienter om dennes rättigheter gällande besöks- och vårdgaranti. Vårdgivaren ska ha ett system för att ta hand om patientklagomål och synpunkter.

Systematiska livskvalitetsmätningar ska ske med hjälp av mätmetoden EQ-5D för patientgruppen höftledsplastikerade patienter. Resultatet ska redovisas i det årliga kvalitetsboks slutet.

4.4 Effektiv hälso- och sjukvård

Definition: *Verksamheten ska bedrivas på så sätt att landstingets definition av effektiv hälso- och sjukvård tillämpas. Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan med interna och externa vårdaktörer, så att onödig förbrukning av resurser undviks.*

Behovet av vård ska alltid tillgodoses utifrån en helhetssyn på patienten och hennes behov samt på effektivaste nivå (LEON-principen). Leverantörens resurser ska utnyttjas endast då dess specifika kompetens behövs.

Det innebär att

1. Nybesök (utom akuta) som ej har remiss ska hänvisas till husläkarmottagning i första hand.
2. Återbesök efter sjukhusvård sker på husläkarmottagning utom i följande fall:
 - då diagnos ej är klar
 - vissa kirurgiska ingrepp
 - sjukdomen kräver sjukhusets specialistkunnande
3. Överföring av patienter med kroniska sjukdomstillstånd som ej kräver sjukhusets resurser ska göras till patientens husläkarmottagning.
4. Internremittering inom sjukhuset kan ske under pågående sjukhusvård då patientens tillstånd så kräver. Internremiss i övrigt ska ske efter konsultation med patientens husläkarmottagning.
5. Remitteringspolicy ska fastställas i samverkan mellan BKV, Vårdgivaren, husläkarverksamheten i området och berörda privata specialister.

Vårdgivaren ska säkerställa att processerna för diagnostik och behandling är så effektiva som möjligt.

Vårdgivaren ska samverka med övriga aktörer i vårdkedjan såsom primärvård, övrig akutsjukvård, geriatrik, psykiatri och kommunens hälso- och sjukvård, samt ambulans- och övrig transportverksamhet. I denna samverkan ingår att bidra med konsultativt stöd och utbildningsinsatser i kompetenshöjande syfte. Vårdgivaren ska även samverka med försäkringskassa och övriga myndigheter. Samverkan ska bedrivas på ett sådant sätt att patienten upplever vården som en helhet.

Informationsöverföring till externa vårdgrannar ska säkerställas med hjälp av checklista. Prevalensstudier kan sedan ske för kontroll av hur rutinen med checklista tillämpas.

Remisser, epikriser och annan information om den enskilde patienten ska, med patientens medgivande, kommuniceras på ett systematiskt och strukturerat sätt till berörda i vårdkedjan. Remissbekräftelser och remissvar ska sändas till inremitterande läkare inom överenskomna tider.

Vårdgivaren ska vidare

- med patientens medgivande inhämta nödvändig information från patientens husläkare och samverka med andra berörda i vårdkedjan i samband med vårdplaneringen,
- utan dröjsmål informera berörda i vårdkedjan, i första hand patientens husläkare och kommun, vid inskrivning av patient som är eller vid utskrivningen kommer att bli föremål för deras insatser. Vårdgivaren ska tillsammans med patientens husläkare och övriga berörda i vårdkedjan medverka i planeringen av patientens fortsatta vård. Vårdgivaren ska i så god tid som möjligt informera patientens husläkare och övriga berörda i vårdkedjan om patientens planerade utskrivning.
- samverka med patienter och anhöriga samt med patient- och handikapporganisationerna för att aktivt ta tillvara deras erfarenheter och synpunkter i förbättringsarbetet.
- medverka till att rotationstjänstgöring för ambulanspersonal, framför allt för sjuksköterskor, kan genomföras.
- påbörja uppbyggnad av rutiner som är nödvändiga för genomförandet av förvarningstelefoner i ambulans.

I samband med uppföljningsmöten på kliniknivå enligt **Bilaga 2-U2** ska redovisning och diskussion ske avseende klinikernas läkemedelförskrivning enligt följande punkter:

- Beskrivning av användningen av specialläkemedel jämfört med LÄKSAK:s kriterier avseende insättning, uppföljning och utsättning. Bedömning av framtida utveckling inom området.
- Jämförelse av Verksamhetens förskrivning med Kloka Listan med fokus på segmentet med störst volym samt LÄKSAK:s 10 kloka råd.
- Redovisning av de läkemedel som under året uppvisat största kostnadsökningar resp. kostnadsminskningar med kommentarer.
- Redovisning av förbättringsmöjligheter med prioriterade mål för dessa.
- Redovisning av Vårdgivarens policy för biverkningsrapportering

via www.janusinfo.se. Statistiken uppdateras varje månad. Beställaren åtar sig att instruera Vårdgivaren hur uppgifter om Verksamhetens förskrivning och läkemedelskostnader kan erhållas. Efter analys av materialet ska målformuleringar för 3-4 läkemedelsområden/grupper utarbetas.

4.5 Jämlik hälso- och sjukvård

Definition: *Leverantören ska tillhandahålla och fördela vården på lika villkor för hela befolkningen oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell identitet.*

Vårdgivaren ska, när så behövs, anlita tolk samt ha rutiner/policies för hur användning av tolk (inklusive hörseltolk) sker. De lokaler som är avsedda för patienter ska vara anpassade för personer med funktionshinder.

Vårdgivaren ska tillse att patienter med andra språk än svenska som modersmål ges möjlighet att lämna synpunkter på vården.

4.6 Vård i rimlig tid - tillgänglighet

Definition: Verksamheten ska bedrivas så att landstingets definition av hälso- och sjukvård i rimlig tid tillämpas. Detta innebär att inga patienter ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som de har behov av.

Vårdgivaren ska följa SLL's vid varje tidpunkt beslutade besöks- och vårdgarantier samt rehabiliteringsgaranti.

Vårdgivaren ska anpassa öppethållande- och mottagningstider efter krav på god tillgänglighet, samt svara för att det finns lättillgänglig och lättförståelig information om öppettider och tidsbeställning.

Vårdgivaren ska vara tillgänglig per telefon för rådgivning och tidsbokning. Vid de tider då Vårdgivaren inte har öppet ska telefonsvarare ge information om verksamhetens öppettider.

Vårdgivaren ska genomföra telefontillgänglighetsstudier samt vidtaga åtgärder utifrån resultaten av dessa studier.

Det ska vara möjligt för Beställaren, andra vårdgivare och samarbetspartners att kommunicera med Vårdgivaren via telefon, brev, telefax och e-post.

Vårdgivaren ska följa de riktlinjer för prioriteringar som vid varje tidpunkt gäller enligt lag och landstingets riktlinjer.

§ 5 Miljökrav

I samband med uppföljning ska Vårdgivaren besvara frågor om sitt arbete med att uppfylla mål i landstingets miljöpolitiska program.

Miljörelaterad ersättning utgår i enlighet med **Bilaga 3** och **Bilaga 3:1** vid uppfyllande av de specifika miljökrav som specificeras och fastställs årligen mellan parterna.

I Brist på överenskommelse mellan parterna om Miljörelaterad ersättning skall Miljörelaterad ersättning utgå enligt de riktlinjer och med de belopp som senast fastställts mellan parterna.

Vårdgivarens rapportering av miljöuppföljningen sker genom att blankett i **Bilaga 2-U4** inlämnas till Beställaren senast den 31 mars året efter.

De årliga fastställda specifika miljökraven anges i **Bilaga 2:2**.

§ 6 Läkemedel

Rekvision av läkemedel ska ske från sjukhusapotek eller från ett annat anvisat apotek.

Vid elektronisk förskrivning av läkemedel ska Vårdgivaren använda sig av SLL:s gemensamma receptserver.

När den landstingsgemensamma läkemedelslistan finns i drift ska Vårdgivaren erbjuda patienter och förskrivare åtkomst till listan och möjlighet att lagra läkemedelsinformation i listan.

När beställaren tillhandahåller elektroniska tjänster för kvalitetssäkrad oberoende läkemedelsinformation som stöd vid förskrivning ska Vårdgivaren tillse att förskrivaren har tillgång till dessa tjänster genom Vårdgivarens elektroniska förskrivarstöd.

Inom landstinget pågår en diskussion om att överföra ett kostnadsansvar för läkemedel till respektive vårdgivare. Om landstinget inför regler om detta äger båda parter rätt att uppta förhandlingar om hur dessa regler ska införas även i den verksamhet som detta Avtal omfattar.

§ 7 Uppföljning

Beställaren kommer att genomföra uppföljningsmöten årligen vid kirurg- medicin- ortoped samt akutkliniken enligt **Bilaga 2 U-2**. Inför sådan uppföljning kommer Beställaren att i god tid till Vårdgivaren överlämna frågor som kommer att avhandlas vid mötet. Uppföljning av produktionsstatistik kommer att ske kvartalsvis enligt **Bilaga 2 U-3**. Uppföljning av miljöarbetet sker enligt **Bilaga 2 U-4**. Redovisning av Vårdgivarens kvalitet sker dels genom inlämnande av de specifika kvalitetsindikatorer som är ersättningsgrundande och som avtalas årligen, dels genom redovisning av Vårdgivarens kvalitetsbokslut.

§ 8 Kataströfsituation

8.1 Katastrofberedskap

Vårdgivaren ska svara för akut omhändertagande av skadade, sjuka och drabbade vid stora olyckor, katastrofer, hot, extraordinära händelser och under höjd beredskap enligt riktlinjer i Central medicinsk katastrofplan för Stockholms läns landsting. Beredskapen ska även omfatta situationer där ett förhöjt epidemiläge medför hög belastning på den slutna akutsjukvården. Det innebär att Vårdgivaren bland annat ska

- Svara för akutsjukhusets katastrofledningsorganisation enligt riktlinjer i Central medicinsk katastrofplan samt Epidemiberedskapsplan för Stockholms läns landsting.
- Svara för att akutsjukhusets katastrofledning kan bedrivas i ändamålsenligt utrustade lokaler.
- Svara för att en lokal medicinsk katastrof- respektive epidemiberedskapsplan upprättas enligt riktlinjer i Central medicinsk katastrofplan samt Epidemiberedskapsplan för Stockholms läns landsting.

Utöver vad som regleras i avtalet mellan Beställaren och Vårdgivaren ska separata tilläggsavtal för katastrofberedskapen upprättas mellan Vårdgivaren och Stockholms läns landsting.

8.2 Höjd beredskap

Enligt lagen om civilt försvar ska landstinget vidta de beredskapsförberedelser som behövs för respektive verksamhet under höjd beredskap. Basen utgörs av den fredstida katastrofmedicinska beredskapen. Vid höjd beredskap, vilket innebär skärpt beredskap eller högsta beredskap ska Vårdgivaren fortsätta sin verksamhet 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.

§ 9 Asylsjukvård

Vårdgivaren åtar sig att erbjuda vård för asylsökande i enlighet med överenskommelse mellan Landstingsförbundet och Utrikesdepartementet och inom de verksamhetsområden som omfattas av detta Avtal.

Asylsökande under 18 år har samma rätt till vård som övriga barn. Asylsökande över 18 år har rätt till omedelbar sjukvård enligt 4 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt sjukvård som inte kan anstå, preventivmedelsrådgivning, mödrahälsovård, förlossningsvård, vård vid abort samt vård och åtgärder enligt smittskyddslagen. En grundläggande princip är att vuxna asylsökande om det är möjligt hänvisas till särskilda vårdcentraler/asylmottagningar.

§ 10 Hjälpmedel

Vårdgivaren skall efter behovsbedömning förskriva hjälpmedel enligt landstingets anvisningar och regler. Landstingets vid varje tid gällande beställningsrutiner skall följas av Vårdgivaren vid förskrivning av hjälpmedel. Vid all förskrivning skall en kostnads- och nyttobedömning ske. Vårdgivaren skall följa upp de förskrivna hjälpmedlen samt även i övrigt fullfölja sitt

förskrivansvar. Förskrivansvaret beskrivs på www.uppdragsguiden.sll.se.

Vårdgivaren skall informera brukare/anhörig/personal om hantering av hjälpmedlet samt om kostnader för eventuell hyra. Vårdgivaren ansvarar för att ta ut eventuell avgift av patienter för hjälpmedel enligt SLL's beslut. Vårdgivaren ansvarar för redovisning av avgiften som i sin helhet skall tillfalla Beställaren. Betalning till Beställaren regleras med faktura/kreditfaktura senast månaden efter det Vårdgivaren tagit emot avgiften.

Vårdgivaren svarar för att förskrivarna äger kunskap om SLL's regler för förskrivning samt är väl förtrogna med aktuellt hjälpmedelsutbud, "kloka sortimentlistan". Beställaren svarar för att leverantörerna av hjälpmedelstjänster bistår förskrivarna konsultativt.

Utan extra ersättning skall Vårdgivaren tillhandahålla utrymme för hantering och utlämning av bashjälpmedel till brukaren.

Beställaren bekostar hjälpmedel som förskrivs till brukaren enligt landstingets anvisningar och regler. Behandlingshjälpmedel bekostas för närvarande av Beställaren. Betalningsansvaret kan under avtalsperioden komma att förändras varvid parterna skall komma överens om villkoren för detta.

Vårdvolym 2005

Vårdavtalet omfattar för år 2005 nedanstående volymer, vårdformer och vårdtyper. Specificering per Verksamhetsområde framgår av Vårdavtalets Bilaga 8.

| | Vårdtillfällen | Besök | Poäng | Genomsnittsvikt | Ersättning Tkr |
|---|----------------|----------------|---------------|-----------------|----------------|
| Sluten akut vård | 16 871 | | 16 626 | 0,9855 | 465 727 |
| Sluten elektiv vård | 4 601 | | 5 492 | 1,1936 | 153 831 |
| Öppen akut vård | | 39 436 | 3 033 | 0,0769 | 84 948 |
| Öppen elektiv vård | | 125 951 | 4 534 | 0,0360 | 127 009 |
| Dagkir/dagvård akut Dagkir/dagvård elektiv | | 5 061 | 1 525 | 0,3013 | 42 714 |
| Summa | 21 472 | 170 448 | 31 210 | | 874 229 |
| Särskilda ersättningar | | | | | |
| Summa fast och prestationsrelaterad ersättning | 21 472 | 170 448 | 31 210 | | 874 229 |
| Kvalitetsersättning | | | | | 17 878 |
| Ersättning för miljömål | | | | | 1 788 |
| TOTALT | 21 472 | 170 448 | 31 210 | | 893 895 |

Vårdgivaren ska planera verksamheten så att Vårdvolymerna tillhandahålls över hela kalenderåret med beaktande av förväntad årstidsvariation.

Vid förväntade avvikelser i förhållande till Beräknad årsvolym ska Vårdgivaren snarast kontakta Beställaren.

Uppföljning av vårdvolym 2005 sker enligt Bilaga 2-U3.

KVALITETS- OCH MILJÖKRAV ETC. 2005

§ 1 Kvalitetskrav

Vårdgivaren och Beställaren har ett gemensamt ansvar för att tillse att befolkningen erbjuds en god och säker hälso- och sjukvård och på lika villkor. Vårdgivaren ska samverka med Beställaren i frågor som rör uppföljning och analys av verksamheten samt utveckling av vårdens kvalitet och effektivitet.

Beställaren åtar sig att till Vårdgivaren återföra analys av redovisningarna som Beställaren tagit del av, sett i relation till hela SLL.

Kvalitetsmått för vården ska utvecklas i samarbete mellan Beställaren och Vårdgivaren. Dessa mått ska kontinuerligt anpassas till att utgöra mått som parterna anser speglar den kvalitet som är väsentlig för patienten.

Vårdgivaren ska ha ett system för planering, uppföljning och utveckling av verksamheten med fokus på kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. För uppföljning och utvärdering av vårdgivarens kvalitetssystem kommer Beställaren att använda instrumentet LAGE, som bygger på kraven i föreskriften. Beslut och planering av LAGE-uppföljningen sker i samråd med Vårdgivaren.

Vårdgivarens kvalitetsarbete ska utgöra en grundpelare i ett ständigt pågående förbättringsarbete av all hälso- och sjukvård. Vårdgivarens kvalitetsarbete ska vara inriktat på att stärka och utveckla det som är den innersta kärnan i en god hälso- och sjukvård, d v s att den är (1) **kunskapsbaserad och ändamålsenlig**, (2) **säker**, (3) **patientfokuserad**, (4) **effektiv**, (5) **jämlik** och (6) **ges i rimlig tid**.

Ovanstående sex kvalitetsområden utgör ram för ett antal formulerade kvalitetsmål och kvalitetskrav. Redovisning av samtliga kvalitetsmål och krav ska ske i samband med uppföljningsmöten på klinisknivå enligt **Bilaga 2-U2**.

Angivna kvalitetsmål och kvalitetskrav utgör också utgångspunkt för redovisning av Leverantörens årliga kvalitetsboksutslut vilket ska redovisas senast 31 mars år 2006.

Kvalitetsrelaterad ersättning (2 % av den totala ersättningen) utgår vid uppfyllande av de specifika kvalitetskrav som specificeras nedan och enligt **Bilaga 3** och **Bilaga 3:1**. Varje kvalitetsindikator motsvarar 1/21:a del av Kvalitetsersättningen. Ersättning utgår dock inte för könsuppdelad statistik under punkt 1.5.1. Redovisning av dessa krav ska ske senast 31 januari, år 2006.

1.1 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Definition: *Verksamheten ska bedrivas så att landstingets definition av kunskapsbaserad och ändamålsenligt hälso- och sjukvård tillämpas. Detta innebär att vården ska bygga på evidensbaserad kunskap samt formos för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.*

Nationella riktlinjer, SBU-rekommendationer och regionala vårdprogram ska tillämpas inom de områden där sådana finns. Vårdgivaren ska medverka i nationella kvalitetsregister. De register som Vårdgivaren medverkar i ska redovisas till Beställaren i det årliga kvalitetsbokslutet.

1.1.1 Specifika kvalitetsindikatorer

Följande indikatorer ska redovisas för Beställaren senast 31 januari 2006 för att ersättning enligt **Bilaga 3** och **Bilaga 3:1** ska utgå:

1. Ändtarmscancer

Andel av totala antalet patienter behandlade för cancer recti som fått lokalt återfall 2 år (lokal recidiv) resp. 5 år efter behandling (lokal recidiv)

2. Stroke

Andel av strokepatienterna som inom 5 dygn från intagning behandlas vid strokeenhet där behandlingsprinciper tillämpas enligt Nationella riktlinjer för strokesjukvård

3. Stroke

Andel av totala antalet patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som behandlas med Waran.

4. Kranskärllssjukdom

Andel av totala antalet hjärtinfarktpatienter behandlade med reperfusion inom rekommenderad tid (PCI inom 60 minuter efter ankomst till sjukhuset, trombolysbehandling inom 30 minuter efter ankomst till sjukhuset).

5. Diabetes

Andel diabetespatienter av sjukhusets diabetespopulation (sluten respektive öppen vård) debutålder för diabetes < 30 år, debutålder för diabetes \geq 30 år med HbA1c under 6,5 % (mätt med HbA1c-metod kvalitetskontrollerad av EQUALIS)

6. Höftfraktur

Andel reopererade inom två år efter primärt utförd operation för höftfraktur (på samma sjukhus)

7. Trycksår

Punktprevalensstudie under 1 dygn.

Andel patienter med trycksår eller trycksårrisk som är definierade och riskbedömda enligt regionalt vårdprogram (metod: modifierad Nortonskala).

Andel patienter av dessa som hade trycksår eller trycksårsrisk vid ankomsten till sjukhuset. Redovisningen ska ske per verksamhet.

1.2 Säker hälso- och sjukvård

Definition: *Verksamheten ska bedrivas så att landstingets definition av säker hälso- och sjukvård tillämpas. Detta innebär att skador i samband med vård och behandling undviks genom identifiering av riskfaktorer och ett aktivt riskförebyggande arbete.*

Vårdgivaren ska säkerställa att all vård och behandling sker med största möjliga säkerhet för patienten. System för avvikelshantering och rutiner för att identifiera och förebygga patientrisker ska finnas. Leverantören ska i samband med uppföljningsmöten på klinisknivå enligt **Bilaga 2-U2** redovisa de patientrisker som identifierats och analyserats samt de rutiner/åtgärder som vidtagits för att reducera dessa per verksamhetsområde.

1.2.1 Specifika kvalitetsindikatorer

Följande indikatorer ska redovisas för Beställaren senast 31 januari 2006 för att ersättning enligt **Bilaga 3** och **Bilaga 3:1** ska utgå:

1. MRSA

Punktprevalensstudie 1 ggr/kvartal

Andel patienter där MRSA-odling är tagen enligt vårdprogram.

2. Nutrition

Punktprevalensstudie 1 dygn

Andel vuxna patienter av totala antalet patienter som är nutritionsbedömda inom 48 timmar från ankomst till vårdavdelning (parametrar som kan ingå i nutritionsbedömning: BMI, viktförändring och ätsvårigheter). Andel av dessa patienter som bedömts som undernärda eller med risk för undernäring och andel av dessa som därefter ordinerats nutritionsåtgärder.

3. Anmälningsärenden

Antalet patientskadeärenden från Landstinget Ömsesidiga Försäkringskassa/Patientskadereglering PSR ska redovisas. Samtliga Lex Mariaanmälningar och HSAN-ärenden som lett till påföljd, ska redovisas samt de förebyggande åtgärder som vidtagits för att säkerställa att de typer av systemfel som varit bidragande till ovanstående ärenden inte upprepas.

4. Intensivvård

Andel patienter av totala antalet patienter som vårdats på IVA som inom 72 timmar under samma vårdtillfälle återintagits till intensivvårdsavdelning

5. Läkemedel

Antal dödsfall och läkemedelsbiverkningar av allvarlig karaktär som p g a felaktig läkemedelsanvändning uppstått hos Leverantören.

6. Vårdrelaterad infektion

Prevalensstudie 2 x 2veckor

Andel patienter med KAD av totala antalet patienter vid medicin- kirurg- samt ortopediklinikerna och andelen av dessa med vårdrelaterad urinvägsinfektion.

1.3 Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Definition: Verksamheten ska bedrivas så att landstingets definition av patientfokuserad hälso- och sjukvård tillämpas. Detta innebär att vården ges med kontinuitet samt med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, önskemål och värderingar.

Vårdgivaren ska arbeta för att stärka patientens ställning i vården. Bemötandet av patienten ska präglas av omtanke och empati och utgå från att varje individ är unik. Vården ska utföras så att människors integritet inte kränks och deras värdighet skyddas. Vårdgivaren ska säkerställa att vårdkedjan, ur patient- och närståendeperspektivet, är så sammanhängande som möjligt.

Vårdgivaren ska i samband med uppföljningsmöten på klinisk nivå enligt **Bilaga 2-U2** redovisa vilka åtgärder som vidtagits med anledning av ärenden i Patientnämnden.

Uppföljning av patienternas upplevelse av bemötande och omhändertagande i vården ska genomföras regelbundet. Resultat av uppföljningarna ska redovisas per klinik till Beställaren i samband med uppföljningsmöten enligt **Bilaga 2-U2**, inklusive de eventuella verksamhetsförändringar som vidtagits med anledning av resultaten.

Vårdgivaren ska ha rutiner för information till patienter om dennes rättigheter gällande besöks- och vårdgaranti. Vårdgivaren ska ha ett system för att ta hand om patientklagomål och synpunkter.

Systematiska livskvalitetsmätningar ska ske med hjälp av mätmetoden EQ-5D för patientgruppen höftledsplastikerade patienter. Resultatet ska redovisas i det årliga kvalitetsboksutlåtandet.

1.3.1 Specifika kvalitetsindikatorer

Följande indikatorer ska redovisas för Beställaren senast 31 januari 2006 för att ersättning enligt **Bilaga 3** och **Bilaga 3:1** ska utgå:

1. Sjukhusövergripande patientenkät

Leverantören ska redovisa resultatet från patientenkätundersökningar utförda med enkätverktyget "Picker". Undersökningarna ska utföras under 2005 vid medicin-, kirurg- och ortopediklinikerna avseende slutenvårdspatienternas synpunkter på vården. Redovisningen ska även ske sjukhusövergripande.

2. Bröstcancer

Andel patienter med diagnostiserad bröstcancer som fått vänta mer än tre

veckor mellan ”onkologkonferens” och insatt behandlingsåtgärd (kirurgisk och/eller medicinsk).

3. Smärtlindring

Punktprevalensstudie 1 dygn vid kirurg, och ortopedkliniken samt vid UVA

Andel patienter av totala antalet opererade vid ortoped- och kirurgkliniken som skattats med hjälp av VAS-skala under 24 timmar postoperativt enligt särskild metod (var 30:e minut vid UVA och minst 1ggr/arbetspass vid vårdavdelning).

1.4 Effektiv hälso- och sjukvård

Definition: Verksamheten ska bedrivas på så sätt att landstingets definition av effektiv hälso- och sjukvård tillämpas. Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan med interna och externa vårdaktörer, så att onödig förbrukning av resurser undviks.

Behovet av vård ska alltid tillgodoses utifrån en helhetssyn på patienten och hennes behov samt på effektivaste nivå (LEON-principen). Leverantörens resurser ska utnyttjas endast då dess specifika kompetens behövs.

Det innebär att

1. Nybesök (utom akuta) som ej har remiss ska hänvisas till husläkarmottagning i första hand.
2. Återbesök efter sjukhusvård sker på husläkarmottagning utom i följande fall:
 - då diagnos ej är klar
 - vissa kirurgiska ingrepp
 - sjukdomen kräver sjukhusets specialistkunnande
3. Överföring av patienter med kroniska sjukdomstillstånd som ej kräver sjukhusets resurser ska göras till patientens husläkarmottagning.
4. Internremittering inom sjukhuset kan ske under pågående sjukhusvård då patientens tillstånd så kräver. Internremiss i övrigt ska ske efter konsultation med patientens husläkarmottagning.
5. Remitteringspolicy ska fastställas i samverkan mellan BKV, Vårdgivaren, husläkarverksamheten i området och berörda privata specialister.

Vårdgivaren ska säkerställa att processerna för diagnostik och behandling är så effektiva som möjligt.

Vårdgivaren ska samverka med övriga aktörer i vårdkedjan såsom primärvård, övrig akutsjukvård, geriatrik, psykiatri och kommunens hälso- och sjukvård, samt ambulans- och övrig transportverksamhet. I denna samverkan ingår att bidra med konsultativt stöd och utbildningsinsatser i kompetenshöjande syfte. Vårdgivaren ska även samverka med försäkringskassa

och övriga myndigheter. Samverkan ska bedrivas på ett sådant sätt att patienten upplever vården som en helhet.

Informationsöverföring till externa vårdgrannar ska säkerställas med hjälp av checklista. Prevalensstudier kan sedan ske för kontroll av hur rutinen med checklista tillämpas.

Remisser, epikriser och annan information om den enskilde patienten ska, med patientens medgivande, kommuniceras på ett systematiskt och strukturerat sätt till berörda i vårdkedjan. Remissbekräftelser och remissvar ska sändas till inremitterande läkare inom överenskomna tider.

Vårdgivaren ska vidare

- med patientens medgivande inhämta nödvändig information från patientens husläkare och samverka med andra berörda i vårdkedjan i samband med vårdplaneringen,
- utan dröjsmål informera berörda i vårdkedjan, i första hand patientens husläkare och kommun, vid inskrivning av patient som är eller vid utskrivningen kommer att bli föremål för deras insatser. Vårdgivaren ska tillsammans med patientens husläkare och övriga berörda i vårdkedjan medverka i planeringen av patientens fortsatta vård. Vårdgivaren ska i god tid informera patientens husläkare och övriga berörda i vårdkedjan om patientens planerade utskrivning.
- samverka med patienter och anhöriga samt med patient- och handikapporganisationerna för att aktivt ta tillvara deras erfarenheter och synpunkter i förbättringsarbetet.
- medverka till att rotationstjänstgöring för ambulanspersonal, framför allt för sjuksköterskor, kan genomföras.
- påbörja uppbyggnad av rutiner som är nödvändiga för genomförandet av förvarningstelefoner i ambulans.

I samband med uppföljningsmöten på kliniknivå enligt **Bilaga 2-U2** ska redovisning och diskussion ske avseende klinikernas läkemedelförskrivning enligt följande punkter:

- Beskrivning av användningen av specialläkemedel jämfört med LÄKSAK:s kriterier avseende insättning, uppföljning och utsättning. Bedömning av framtida utveckling inom området.
- Jämförelse av Verksamhetens förskrivning med Kloka Listan med fokus på segmentet med störst volym samt LÄKSAK:s 10 kloka råd.
- Redovisning av de läkemedel som under året uppvisat största kostnadsökningar resp. kostnadsminskningar med kommentarer.
- Redovisning av förbättringsmöjligheter med prioriterade mål för dessa.
- Redovisning av Vårdgivarens policy för biverkningsrapportering

1.4.1 Specifika kvalitetsindikatorer

Följande indikatorer ska redovisas för Beställaren senast 31 januari 2006 för att ersättning enligt **Bilaga 3** och **Bilaga 3:1** ska utgå:

1. Operation

Andel elektivt operationsplanerade patienter som fått operationen uppskjuten < 24 timmar före planerad operation (dagkirurgi resp slutenvård)

2. Donation

Andel avlidna med total hjärninfarkt där transplantationskoordinator kontaktats. Andel av dessa avlidna där donation också utförts.

3. Läkemedelsförskrivning

En redovisning över läkemedelsförskrivningen vid medicinkliniken ska lämnas. Redovisningen ska utgå från uppföljningsstatistik som finns att tillgå via www.janusinfo.se. Statistiken uppdateras varje månad. Beställaren åtar sig att instruera Vårdgivaren hur uppgifter om Verksamhetens förskrivning och läkemedelskostnader kan erhållas. Efter analys av materialet ska målformuleringar för 3-4 läkemedelsområden/grupper utarbetas.

1.5 Jämlik hälso- och sjukvård

Definition: *Leverantören ska tillhandahålla och fördela vården på lika villkor för hela befolkningen oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell identitet.*

Vårdgivaren ska, när så behövs, anlita tolk samt ha rutiner/policies för hur användning av tolk (inklusive hörseltolk) sker. De lokaler som är avsedda för patienter ska vara anpassade för personer med funktionshinder.

Vårdgivaren ska tillse att patienter med andra språk än svenska som modersmål ges möjlighet att lämna synpunkter på vården.

1.5.1 Specifika kvalitetsindikatorer

Följande indikator ska redovisas för Beställaren senast 31 januari 2006:

1. Könsuppdelad statistik

Samtliga resultat på kvalitetsmått/indikatorer som redovisas till Beställaren ska anges könsuppdelat där så kan ske.

1.6 Vård i rimlig tid - tillgänglighet

Definition: *Verksamheten ska bedrivas så att landstingets definition av hälso- och sjukvård i rimlig tid tillämpas. Detta innebär att inga patienter ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som de har behov av.*

Vårdgivaren ska följa SLL's vid varje tidpunkt beslutade besöks- och vårdgarantier samt rehabiliteringsgaranti.

Vårdgivaren ska anpassa öppethållande- och mottagningstider efter krav på god tillgänglighet, samt svara för att det finns lättillgänglig och lättförståelig information om öppettider och tidsbeställning.

Vårdgivaren ska vara tillgänglig per telefon för rådgivning och tidsbokning. Vid de tider då Vårdgivaren inte har öppet ska telefonsvarare ge information om verksamhetens öppettider.

Vårdgivaren ska genomföra telefontillgänglighetsstudier samt vidtaga åtgärder utifrån resultaten av dessa studier.

Det ska vara möjligt för Beställaren, andra vårdgivare och samarbetspartners att kommunicera med Vårdgivaren via telefon, brev, telefax och e-post.

Vårdgivaren ska följa de riktlinjer för prioriteringar som vid varje tidpunkt gäller enligt lag och landstingets riktlinjer.

1.6.1 Specifika kvalitetsindikatorer)

Följande indikatorer ska redovisas för Beställaren senast 31 januari 2006 för att ersättning enligt **Bilaga 3** och **Bilaga 3:1** ska utgå:

1. Prioriteringar på akutmottagningen

- Andel patienter med livshotande tillstånd (prio1) som bedöms av läkare inom 5 min.
- Andel patienter med tidsberoende tillstånd (prio2) som bedöms av läkare inom 60 min.
- Andel patienter med icke tidsberoende tillstånd (prio3) som bedömts av läkare inom 180 min.

2. Vårdkö

Vårdgivaren ska två gånger årligen tillfråga samtliga patienter som väntat mer än 90 dagar på operation och till Beställaren redovisa antalet

- om önskan om operation kvarstår
- om operationen är utförd av annan vårdgivare

§ 2 Miljökrav

I samband med uppföljning ska Vårdgivaren besvara frågor om sitt arbete med att uppfylla mål i landstingets miljöpolitiska program.

Rapportering av miljöuppföljningen sker genom att blankett i **Bilaga 2-U4** inlämnas till Beställaren senast den 31 mars år2006.

2.1 Miljöcertifiering

Vårdgivaren ska för att erhålla ersättning enligt **Bilaga 3:1** vara eller bli miljöcertifierad enligt ISO 14001. Vårdgivaren ska till Beställaren lämna kopia av erhållet ISO 14001 certifikat så snart sådant erhållits.

I Vårdgivarens förutsättningar för erhållande av miljöcertifikat ingår upprättande av handlingsplaner för läkemedelsrester, lustgasutsläpp, tvätt/avfall, kontorsmaterial samt förbrukningsmaterial/engångsmaterial. Vårdgivarens miljöarbete samt uppnådda resultat ska redovisas i sin helhet i en årlig miljörapport som tillställs Länsstyrelsen, Miljöförvaltningen samt för kännedom till Stockholm Vatten. Beställaren tillställs samma rapport senast 31 mars år 2006.

2.2 Läkemedelsrester i mark, vatten och luft

Vårdgivaren ska senast den 1 september år 2005 ha upprättat en handlingsplan för att minska läkemedelsrester i naturen. Särskild tonvikt ska i handlingsplanen läggas vid kassation av samtliga läkemedel.

2.3 Lustgasutsläpp från hälso- och sjukvård

Vårdgivaren ska senast den 1 september år 2005 redovisa vilka åtgärder som vidtagits eller kommer att vidtagas för att bidra till att SLLs mål med att minska lustgasutsläpp till atmosfären år 2006 kommer att vara reducerat till hälften jämfört med 2001.

2.4 Luftföroreningar från väg-, spår- och sjötrafik

Vårdgivaren ska i förekommande fall bidra till att SLLs mål om att minst 25 % av landstingets person- och varutransporter ska utföras med förnybara drivmedel år 2006.

§ 3 Läkemedel

Rekvisition av läkemedel ska ske från sjukhusapotek eller från ett annat anvisat apotek.

Vid elektronisk förskrivning av läkemedel ska Vårdgivaren använda sig av SLL:s gemensamma receptserver.

När den landstingsgemensamma läkemedelslistan finns i drift ska Vårdgivaren erbjuda patienter och förskrivare åtkomst till listan och möjlighet att lagra läkemedelsinformation i listan.

När beställaren tillhandahåller elektroniska tjänster för kvalitetssäkrad oberoende läkemedelsinformation som stöd vid förskrivning ska Vårdgivaren

tillse att förskrivaren har tillgång till dessa tjänster genom Vårdgivarens elektroniska förskrivarstöd.

Inom landstinget pågår en diskussion om att överföra ett kostnadsansvar för läkemedel till respektive vårdgivare. Om landstinget inför regler om detta äger båda parter rätt att uppta förhandlingar om hur dessa regler ska införas även i den verksamhet som detta Avtal omfattar.

3.1 Läkemedel i öppen vård

Ett antal läkemedel som används vid behandling på sjukhus och tidigare förskrivits på recept till enskilda patienter vid sjukhusen har överförs till slutenvårdsrutinen (rekvisition från sjukhusapoteken). Detta förfarande möjliggör att sjukhuset/apoteket kan utnyttja av SLL Upphandling upphandlade läkemedel och därigenom erhålla rabatter. Läkemedlen kan också bättre utnyttjas genom att samma förpackning kan användas till olika patienter och att större förpackningar ger lägre pris per enhet. Aktuella preparat och preparatgrupper som år 2005 omfattas av avtalet framgår av **Bilaga 2-U5** och ersätts enligt **Bilaga 3:1**.

§ 4 Uppföljning

Beställaren kommer att genomföra uppföljningsmöten årligen vid kirurg- medicin- ortoped samt akutkliniken enligt **Bilaga 2-U2**. Inför sådan uppföljning kommer Beställaren att i god tid till Vårdgivaren överlämna frågor som kommer att avhandlas vid mötet. Uppföljning av produktionsstatistik kommer att ske kvartalsvis enligt **Bilaga 2-U3**. Uppföljning av miljöarbetet sker enligt **Bilaga 2-U4**. Redovisning av Vårdgivarens kvalitet sker dels genom inlämnande av de specifika kvalitetsindikatorer som är ersättningsgrundande och som avtalas årligen, dels genom redovisning av Vårdgivarens kvalitetsbokslut.

Uppföljningsplan för avtal mellan Capio S:t Görans sjukhus AB och Beställarkontor Vård

Avtalet ska följas upp kontinuerligt. Uppföljningsarbetet genomförs inom ramen för olika former av möten och dokumentation:

Klinikuppföljning enligt

- bilaga 2-U2 (verksamhetsinnehåll)
- bilaga 2-U3 (volym och produktionsstatistik)

Protokollförda möten med sjukhusledningen för Capio S:t Görans sjukhus AB

- hur Avtalet efterlevs
- miljörapportering, (Bilaga 2-U4 och Miljörapport till Länsstyrelsen)

Utvärdering med stöd av Lage-modellen. Parterna överenskommer gemensamt vilka verksamheter som ska omfattas av denna utvärdering.

Löpande kontakter

I avtalet anges kontaktpersoner för avtalet. Respektive part har rätt att ändra kontaktperson. Om så sker ska skriftligt meddelande härom sändas till motpartens kontaktperson.

Kontaktpersonerna förutsätts utveckla en löpande samarbetsrelation kring tillämpningen av avtalet. Inom ramen för dessa kontakter kan fler möten av uppföljningskaraktär bestämmas under giltighetstiden.

Utöver ovanstående kontakter kommer medicinskt sakkunniga från parterna att träffas kontinuerligt under avtalsperioden för att diskutera medicinska utvecklingsfrågor.

Uppföljningsmöten 2005

| Möte | Datum | Tid | Plats |
|--------------------|------------|-----------|-----------------|
| Klinikuppföljning | | | Medicinkliniken |
| Klinikuppföljning | | | Kirurgkliniken |
| Klinikuppföljning | | | Ortopedkliniken |
| Klinikuppföljning | | | Akutkliniken |
| Protokollfört möte | | | |
| Protokollfört möte | | | |
| Protokollfört möte | 2005-09-14 | 0830-1030 | BKV /GVB |
| Protokollfört möte | | | |
| Lageuppföljning | | | |

UPPFÖLJNING AV AKUTSJUKVÅRD PÅ VERKSAMHETSOMRÅDESNIVÅ - UNDERLAG VID UPPFÖLJNINGSMÖTEN

Bilaga 2-U2

Innehåll i vårdtjänsten

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård innebär att hälso- och sjukvården ska bygga på evidensbaserad kunskap och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.

Vårdgivaren ska tillse att hälso- och sjukvården så långt det är möjligt bygger på evidensbaserad kunskap. Nationella riktlinjer, SBU-rekommendationer och regionala vårdprogram skall tillämpas inom de områden där sådana finns.

| Område | Nyckeltal/kvalitetsindikator | Info från vårdgivaren | Info från beställaren |
|--|---|----------------------------|--------------------------|
| Medicinska resultat/omvårdnadsresultat inkl läkemedelsbehandling | <p>Vilka medicinska kvalitetsregister rapporterar ni till? Vilka är era resultat i dessa register? Vilka är era största diagnoser/patientgrupper? Vilka resultat kan ni redovisa för dessa grupper?</p> <p>t ex: <i>Ljumskråck</i>. Andel av totala antalet patienter som genomgått ljumskråckskirurgi som 3 år efter ljumskråckskirurgin fått åtgärdat bråck tillbaka (bräckrecidiv)</p> | <p>X X X X</p> | |
| Vårdprogram | Vilka regionala resp lokala vårdprogram tillämpas? | X | |

2. Säker vård

Säker hälso- och sjukvård innebär att skador i samband med vård och behandling undviks genom identifiering av riskfaktorer och ett aktivt förebyggande arbete. Vårdgivaren ska säkerställa att all vård och behandling sker med största möjliga säkerhet för patienten. Skador i samband med vård och behandling ska undvikas genom identifiering av riskfaktorer och ett aktivt förebyggande arbete. System för avvikelshantering och rutiner för att identifiera och förebygga patientrisker ska finnas.

| Område | Nyckeltal /Kvalitetsindikator | Info från vårdgivaren | Info från beställaren |
|------------------------------|---|--|-----------------------|
| Patientrisker och avvikelser | <p>Vilka rutiner finns för att minska patientrisker och avvikelser? Vilka rutiner finns för identifiering av nya risker?</p> <p>Vilka rutiner finns för kontroll av medicinteknisk utrustning? Vad har ni för akutberedskap (t ex HLR-beredskap och brand)?</p> <p>Hur ser era remissrutiner ut?</p> <p>Antalet patientärenden från Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf) och åtgärder som vidtagits med anledning av dessa ärenden?</p> | <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> | X |
| Läkemedelshantering | <p>Vilka är de största riskområden och hur hanterar ni dessa? Finns det lokal instruktion för läkemedelshantering?</p> | <p>X</p> <p>X</p> | |
| Vårdhygienrutiner - MRSA | <p>Finns det dokumenterade rutiner för vårdhygien? Hur säkerställer ni att dessa rutiner följs? Hur får all personal (t ex vikarier) information om rutinerna? Hur dokumenteras avvikelser? Hur arbetar ni med förbättringar med anledning av avvikelser?</p> | <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> | |

3. Patientfokuserad vård

Vårdgivaren skall verka för en patientfokuserad vård som innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, önskemål och värderingar.

| Område | Nyckeltal /Kvalitetsindikator | Info från vårdgivaren | Info från beställaren |
|--------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| Mål | Finns mätbara mål ur patientperspektiv? | X | |
| Patientklagomål och synpunkter | Antal patientnämndsärenden Antal klagomålsärenden som kommer direkt till er Hur arbetar ni med förbättringar m a a klagomål/förbättrings-förslag från patient/närstående? | X X | X |
| Patientupplevd kvalitet | Redovisa resultat av patientnöjdhetsmätningar Redovisa resultat av mätning av hälsorelaterad livskvalitet (med hjälp av t ex EQ-5D) | X X | |
| Information | Rutiner för information om patienträttigheter inkl besöks- och vårdgaranti | X | |

4. Effektiv vård

Vårdgivaren skall verka för en effektiv vård där vården utformas och ges i samverkan med övriga vårdaktörer så att onödig förbrukning av alla slags resurser undviks. Samverkan i vårdkedjan är en förutsättning för säkerhet och kontinuitet i vårdprogram, vårdinnehåll och hälsoupplösning.

| Område | Nyckeltal /Kvalitetsindikator/Mått | Info från vårdgivaren | Info från beställaren |
|----------------|---|-----------------------|--|
| Leon-principen | Andel planerade nybesök hos läkare a) utan remiss b) med internremiss från det egna sjukhuset c) med remiss från primärvården d) med remiss från privatpraktiker Andel nybesök/(återbesök+telefonbesök) Medelvårdtid Prioritering av patienter på akutmottagningen/lättakuten: a) Andel patienter med livshotande tillstånd (prio 1) som bedöms av läkare inom 5 minuter b) Andel patienter med tidsberoende tillstånd (prio 2) som bedöms av läkare inom 60 minuter c) Andel patienter med icke tidsberoende tillstånd (prio 3) som bedömts av läkare inom 180 minuter | | X X X X X X X X |
| Samverkan | Rutiner för informationsöverföring/webbcare Redovisa era rutiner för gemensamma vårdplaneringar Uppföljning och mätningar av vårdgrannars nöjdhet? Gemensamma utbildningar med t ex primärvården? | X X X X | |

4. Effektiv vård, forts

| | | | |
|--------------------------------|--|---|--|
| Läkemedelsförskrivningsmönster | Hur arbetar ni för att förbättra förskrivningsmönstret utifrån Janus arbetsplatsrapport? | X | |
| | Vilka är era 5-10 vanligaste läkemedel? | X | |
| | Vilka är era 5-10 dyraste läkemedel? | X | |
| | Hur introducerar ni nya läkemedel? | X | |

5. Jämlik vård

Vårdgivaren skall verka för en jämlik vård där vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor oavsett, ursprung, ålder och kön.

| Område | Nyckeltal /Kvalitetsindikator | Info från vårdgivaren | Info från beställaren |
|------------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| Könsuppdelad statistik | Samtliga medicinska resultat och omvårdnadsresultat redovisas könsuppdelat där så kan ske | X | |
| | Resultat av patientenkäter könsuppdelat | X | |
| Användning av tolk | Andel besök med tolk | X | |

6. Vård i rimlig tid

Vårdgivaren skall verka för att vården ges i rimlig tid så att inga patienter ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som de har behov av.

| Område | Nyckeltal /Kvalitetsindikator | Info från vårdgivaren | Info från beställaren |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Öppettider | Öppettider på mottagningen inkl telefontider Jourtid Semesterstängningar? (Finns det akuttider?) | X X X X | |
| Väntetider | Väntetid enligt Vårdguiden (alt Lf:s statistik Väntetider i vården) - från remiss till besök - från besök till åtgärd Resultat av mätningar av väntrumstid - akuta besök - planerade besök | X X X | X X |
| Telefontillgänglighet | Redovisa resultat av mätningar avseende telefontillgänglighet | X | |
| Lokaler | Skyltning av lokaler m m | X | |

Övrigt

| Område | Nyckeltal /Kvalitetsindikator | Info från vårdgivaren | Info från beställaren |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Personal | Antalet anställda per kategori i förhållande till föregående år | X | |
| | Personalsituationen i övrigt (t ex gällande vakanser, omsättning) | X | |
| Utbildningsplatser | Olika studerandekategorier | X | |