

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE  
2015-11-02

HSN 1510-1237

*Handläggare:*  
Birger Forsberg

Hälso- och sjukvårdsnämnden  
2015-12-01, p 11

## **Avtal med Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) för verksamheten vid Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS) 2016**

### **Ärendebeskrivning**

I enlighet med lanstingsfullmäktiges beslut av den 12 februari 2012, LS 1111-1514, återfördes folkhälsoverksamheten inom Karolinska folkhälsoakademien (KFA) från Karolinska Institutet till Stockholms sjukvårdsområde (SLSO) per den 1 april 2012. För verksamheten etablerades 2012 tre centrumbildningar inom SLSO varav Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS) är en. Verksamheten vid centrumbildningarna regleras genom särskilda avtal mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och SLSO. I ett nära samarbete mellan CHIS och HSF har nu ett förslag till avtal för verksamheten för perioden 2016 tagits fram.

### **Beslutsunderlag**

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2015-11-02  
Avtal, bilaga 1  
Uppdragsbeskrivning, bilaga 2

### **Ärendets beredning**

Ärendet har beretts i programberedningen för folkhälsa och psykiatri.

### **Förslag till beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

*att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att träffa avtal med Stockholms läns sjukvårdsområde för verksamheten vid Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS) enligt till tjänsteutlåtandet bifogat avtal för perioden 1 januari 2016 till och med 31 december 2016.

### **Förvaltningens motivering till förslaget**

Verksamheten vid de tre centrumbildningarna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM) och

Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS) konsoliderades under 2012 och har sedan dess etablerats fullt ut. Det avtalsformat som valts för samarbetet mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har visat sig fungera tillfredsställande. Avtalen preciserar hur resurserna inom centrumbildningarna skall användas. I avtalen preciseras också konkreta uppgifter och leveranser för ett antal förväntade insatser för folkhälsa, hälso- och sjukvårdens planering och utveckling samt enskilda patienter. Därigenom kan avtalen följas upp fortlöpande. Centrumbildningarna ska därtill redovisa huvudsakliga aktiviteter och leveranser, resursåtgång och resultat i en årsrapport som ska godkännas av HSF.

Driften av Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS) beräknas kosta 16 miljoner kronor för 2016. Av detta avsätts 13 miljoner till basdrift och 3 miljoner till särskilda uppdrag som kan beställas under avtalsperiodens gång i enlighet med bifogat avtal.

#### *Ekonomiska konsekvenser*

Kostnaden för den avtalade verksamheten för (CHIS) uppgår till 16 miljoner kronor för 2016. Det utgör en minskning av kostnaden med 8,2 procent jämfört med kostnaden för 2015.

#### *Konsekvenser för patientsäkerhet*

Verksamheten vid CHIS har inga negativa konsekvenser för patientsäkerheten. Verksamheten inom den suicidpreventiva verksamheten i CHIS har som en viktig målsättning att minska risken för patienter att skada sig själva.

#### *Konsekvenser för jämställd och jämlik vård*

Strävan efter en jämlik och jämställd hälsofördelning är ett mål för landstingets folkhälsoarbete och en viktig utgångspunkt för uppdraget.

#### *Miljökonsekvenser*

Avtalet har inga negativa konsekvenser för miljön.

Barbro Naroskyin  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Björn Wettermark  
Tillförordnad avdelningschef

---

**Avtal om verksamheten vid**

**Centrum för hälsoekonomi, informatik och  
sjukvårdsforskning (CHIS), Stockholms läns  
sjukvårdsområde**

---

**Mellan**

**Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF)**

**och**

**Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)**

---

---

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

### Innehåll

1.	BAKGRUND .....	2
2.	MODELL FÖR STYRNING OCH UPPFÖLJNING AV BESTÄLLDA UPPDRAG .....	2
3.	AVTALSDOKUMENTATION .....	3
4.	UPPDRAGETS ÖVERGRIPANDE OMFATTNING OCH MÅL .....	3
5.	BESTÄLLARENS SKYLDIGHETER.....	4
6.	ERSÄTTNING M.M. ....	4
7.	BETALNINGSVILLKOR OCH FAKTURERING.....	4
8.	REDUCERAD ERSÄTTNING.....	5
9.	UPPFÖLJNING .....	5
10.	OMFÖRHANDLING .....	5
11.	TOLKNINGSORDNING.....	5
12.	FORCE MAJEURE.....	6
13.	IKRAFTTRÄDANDE, GILTIGHETSTID OCH FÖRTIDA UPPHÖRANDE M.M. ....	6
14.	ÖVRIGA BESTÄMMELSER .....	7

Detta Avtal (i det följande benämnt "**Huvudavtalet**") om verksamheten vid Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS) har följande dag träffats mellan:

- (1) **HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN (HSF) VID STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING**, org.nr. 232100-0016, med adress Hantverkargatan 11 B, Box 22550, 104 22 Stockholm, ("**Beställaren**") och
- (2) **STOCKHOLMS LÄNS SJUKVÅRDSOMRÅDE (SLSO)**, org.nr 232100-0016, med adress Folkungagatan 44, Box 17914, 118 95 Stockholm, ("**Leverantören**").

Beställaren och Leverantören benämns nedan gemensamt för "**Parterna**" och var för sig "**Part**".

## 1. **BAKGRUND**

I enlighet med Landstingsfullmäktiges beslut av den 12 februari 2012, LS 1111-1514, återfördes folkhälsoverksamheten inom Karolinska folkhälsoakademien (KFA) från Karolinska Institutet till Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) per den 1 april 2012. För verksamheten etablerades 3 centrumbildningar inom SLSO: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), Centrum för arbets- och miljömedicin (CMM) och Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS).

Verksamheten vid Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS) har sedan 2013 reglerats genom avtal mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och SLSO. I avtalet har uppdrag formulerats för verksamheten, formerna för samverkan reglerats samt principerna för ersättning och uppföljning av beställda uppdrag fastlagts. Detta avtal följer samma principer och avser perioden 1 januari 2016-31 december 2016.

Parternas gemensamma avsikt med detta Huvudavtal är därför att reglera formerna för samarbetet samt komma överens om uppdrag för Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS).

Mot bakgrund av det ovanstående har Parterna enats om följande.

## 2. **MODELL FÖR STYRNING OCH UPPFÖLJNING AV BESTÄLLDA UPPDRAG**

Styrningen av verksamheten vid centrumbildningarna bygger på en beställar – utförarmodell med bindande åtaganden för Parterna. Styrningen innebär att HSF i egenskap av beställarorganisation inom SLL beslutar om uppdragen och tillhandahåller ersättning för genomförda och redovisade uppdrag i enlighet med de principer som anges i detta Huvudavtal.

Enligt samma styrningsmodell åtar sig Leverantören att utföra de verksamhetsuppgifter och uppdrag som anges i Bilaga 1 till Huvudavtalet: Uppdragsbeskrivning Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS). I samband härmed åtar sig Leverantören att använda den ersättning som skall utges endast för att fullgöra sina åtaganden enligt detta Huvudavtal.

Parterna är överens om att folkhälsoarbetet enligt ovan angiven beställar – utförarmodell skall bygga på ömsesidigt förtroende, regelbunden rapportering av beställda uppdrag och uppföljning samt ett åtagande att gemensamt arbeta för de av Landstingsfullmäktige fastlagda målen för landstingets folkhälsoinriktade verksamhet.

Parterna skall därutöver erbjuda varandra all nödvändig assistans och hjälp vid fullgörandet av sina respektive åtaganden enligt Huvudavtalet. Parterna skall lojalt samverka med varandra för att tillförsäkra att Huvudavtalet fullgörs på ett för båda Parter tillfredställande sätt. Parterna skall komma överens om lämpliga kommunikationskanaler för att underlätta kontakterna sinsemellan i samband med beställning, uppföljning och redovisning av uppdrag.

### **3. AVTALSDOKUMENTATION**

Till detta Huvudavtal hör följande Bilaga, som utgör en integrerad del därav:

Bilaga 1, Uppdragsbeskrivning för verksamheten vid Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS).

### **4. UPPDRAGETS ÖVERGRIPANDE OMFATTNING OCH MÅL**

Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS) ska bidra till en god och jämlik hälsa för befolkningen i Stockholms län genom kunskapsutveckling, kunskapsspridning och stöd till landstingsfinansierad verksamhet, särskilt beställarfunktionen. Leverantören åtar sig att för Beställarens räkning och utan förbehåll tillhandahålla de tjänster och uppgifter som anges i Bilaga 1.

Beställaren skall i samarbete med Leverantören identifiera nya uppdragsområden där särskilda insatser behövs inom ramen för de medel som avsätts i detta Huvudavtal. Sådana insatser kan antingen genomföras inom ramen för basuppdraget när Parterna är överens därom, eller genom särskilda Tilläggsuppdrag som Parterna kommer överens om och som regleras i särskilda Tilläggsavtal. Sådana Tilläggsavtal skall i alla avseenden ansluta till detta Huvudavtal.

Därutöver kan Leverantören åta sig uppdrag för andra verksamheter inom Stockholms läns landsting i direkta avtal med dessa verksamheter. Detta innefattar också Hälso- och sjukvårdsförvaltningens olika enheter och avdelningar. Sådana avtal regleras inte i förhållande till det här föreliggande Huvudavtalet.

Leverantören skall utföra uppdragen på ett fackmannamässigt sätt baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet. För detta ändamål skall Leverantören erbjuda personal med erforderlig kunskapsnivå och kompetens. Leverantören skall vid genomförandet av samtliga uppdrag enligt detta Huvudavtal följa Beställarens närmare anvisningar och uppfylla samtliga krav på tillförlitligt och evidensbaserat underlag, tillgänglighet och kontinuerliga kvalitetsförbättringar.

Leverantören skall vid utförandet av uppdragen på Beställarens begäran samarbeta med externa aktörer, som t.ex. SKL, Socialstyrelsen, Karolinska

Institutet, det statliga Folkhälsoinstitutet, länets kommuner, KSL, andra landsting och därutöver andra relevanta aktörer.

## **5. BESTÄLLARENS SKYLDIGHETER**

I enlighet med den styrningsmodell som anges i punkten 1 ovan, skall Beställaren tillhandahålla en välutvecklad funktion för att lämna beställningar, följa upp dessa och samverka med Leverantören för att de uppställda målen för verksamheten uppnås.

Beställaren skall vid behov och på Leverantörens begäran bistå med information, förtydliganden och annan nödvändig assistans som kan krävas vid uppdragens genomförande.

Beställaren skall utge den ersättning för genomförda uppdrag som anges i punkten 6 nedan.

## **6. ERSÄTTNING M.M.**

Ersättningen för verksamheten skall bygga på principen om full kostnadstäckning för de kostnader som Leverantören har haft för uppdragets genomförande. Ersättningen enligt detta Huvudavtal skall inte användas för andra ändamål eller uppgifter inom Leverantörens övriga verksamhet än dem som avser verksamhet enligt detta Huvudavtal.

Beställaren ersätter Leverantören med en ersättning, som för år 2016 uppgår till 16 miljoner kr. Av dessa avser 13 miljoner ersättning för Basuppdraget som specificeras i Bilaga 1. Återstående 3 miljoner räknas av mot särskilda Tilläggsuppdrag i Tilläggsavtal.

En ekonomisk rapportering ska ske i samband med årsbokslut per 31 december 2016.

## **7. BETALNINGSVILLKOR OCH FAKTURERING**

Fakturering av ersättning för Basuppdraget (13 miljoner) enligt punkten 6 sker kvartalsvis i efterskott med 3 250 000 (en fjärdedel av 13 miljoner). Återstående 3 miljoner faktureras enligt överenskommelse i Tilläggsavtalen, dock senast 15 december 2016.

Om Beställaren inte har några invändningar mot fakturan, skall fakturerat belopp betalas ut senast 21 kalenderdagar efter fakturadatum. Fakturan ska anses ha nått Beställaren senast fem kalenderdagar efter det att Leverantören avsänt fakturan.

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

Invändningar mot fakturan skall ske senast tre månader efter mottagandet för att beaktas. Vid befogad invändning skall reglering av felaktigt fakturerat belopp ske inom 30 dagar efter framförd invändning. Om Parterna inte är överens, har Beställaren rätt att hålla inne med betalningen till dess att överenskommelse uppnås.

Vid försenad betalning, utan att någon invändning mot fakturan framförts, har Leverantören rätt till dröjsmålsränta enligt räntelagen (SFS 1975:635).

Fakturan skall skickas till följande faktureringsadress: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Ref: 1500135, Box 12081, 102 23 Stockholm.

## **8. REDUCERAD ERSÄTTNING**

Om verksamheten enligt detta Avtal utförs till en volym eller kvalitet som väsentligen understiger Avtalets krav, äger Beställaren rätt att från Leverantören återkräva ersättning för avvikelsen. Bedömningen skall baseras på en jämförelse av rapporterade prestationer och tidigare överenskomna prestationer enligt detta Avtal och dess eventuella tilläggsavtal.

Återkrav av ersättning förutsätter att Beställaren skriftligen påtalat bristen och att Leverantören inte har åtgärdat bristen inom 30 kalenderdagar därefter.

## **9. UPPFÖLJNING**

De resultat, rapporter, utredningsunderlag och aktiviteter etc. som Leverantören utför och levererar enligt Huvudavtalet skall kommuniceras fortlöpande till Beställaren och redovisas samlat vid ett möte mellan företrädare för Beställaren och Leverantören i slutet av 2016. Därtill skall centrumbildningen sammanställa en årsrapport till Beställaren. Årsrapporten skall redovisa verksamhetens huvudsakliga aktiviteter och prestationer, resursåtgång och resultat och lämnas senast 31 mars 2017.

Leverantören skall vidare på Beställarens begäran rapportera andra erforderliga uppgifter till Beställaren och tillsammans med Beställaren genomföra de uppföljningar som Beställaren finner lämpliga.

## **10. OMFÖRHANDLING**

Omförhandling av Avtalet kan skriftligen begäras av Part vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för Parternas samarbete, t.ex. till följd av ny tvingande lagstiftning, myndighetsföreskrifter eller beslut från landstingsfullmäktige, omorganisation inom SLL-koncernen m.m. eller omständigheter som ingendera Part råder över.

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

## **11. TOLKNINGSORDNING**

I det fall det förekommer motstridiga uppgifter i detta Avtal med bilagor, ska de tolkas i följande ordning:

(i) Detta Avtal

(a) Bilaga 1



## 12. FORCE MAJEURE

Part är befriad från att fullgöra åtagande enligt detta Huvudavtal om sådant utförande hindras eller oskäligt betungas till följd av händelse som är utanför Parts kontroll och utgör omständighet av extraordinär natur ("Force Majeure"). Med Force Majeure avses sådana omständigheter av extraordinär natur som Part inte skäligen kunde förväntas ha räknat med och vars följder Part inte heller skäligen kunde ha undvikit eller övervunnit, såsom laglig arbetskonflikt, naturhändelse av extraordinär karaktär, eldsvåda, krig, mobilisering, civil oordning, terrordåd, energiavbrott, myndighetsingripande och därmed jämförbara händelser. Förbehållet i fråga om arbetskonflikt gäller dock inte om Part själv vidtar eller är föremål för sådan konfliktåtgärd till följd av att Part inte fullgjort sina skyldigheter enligt lag eller kollektivavtal eller i övrigt inte följt gällande regler eller iakttagit god sed på arbetsmarknaden. Force Majeure omfattar inte omständigheter som orsakas av Parts vårdslöshet eller bristande fullgörelse av Parts åtaganden enligt detta Avtal.

Part är skyldig att omgående underrätta andra Parten när händelse av ovan nämnt slag inträffar. Part är skyldig att genast utföra aktuellt åtagande så fort händelse av ovan angivet slag upphör.

Part som åberopar en omständighet som utgör Force Majeure till stöd för befrielse från fullgörande av åtaganden skall vidta skäligen ansträngningar för att övervinna de förhållanden som medför oförmåga att fullgöra sådan Parts åtaganden. Sådan Part skall fullgöra sina åtaganden så snart som möjligt efter det att omständighet som hindrar Partens fullgörande av sina åtaganden upphört.

Om händelse av ovan nämnda slag inträffar och hindret eller den oskäligt betungande effekten kan antas bestå varaktigt, äger vardera Parten rätt att säga upp detta Avtal till upphörande med iakttagande av två (2) månaders uppsägningstid.

## 13. IKRAFTTRÄDANDE, GILTIGHETSTID OCH FÖRTIDA UPPHÖRANDE M.M.

Detta Avtal träder i kraft den 1 januari 2016 och gäller till 31 december 2016 med möjlighet för vardera part att säga upp Avtalet med iakttagande av (5) månaders uppsägningstid.

### Förtida upphörande

Vardera Parten har rätt att säga upp detta Avtal till omedelbart upphörande om:

- den andre Parten i väsentlig mån bryter mot sina åtaganden och inte har vidtagit rättelse inom 30 dagar efter skriftlig anmodan med angivelse av att uppsägning annars sker i förtid; eller
- den andra Parten vid upprepade tillfällen brutit mot detta Avtal. Beställarens rätt till uppsägning enligt punkten ovan gäller även om Parterna, efter det att väsentlig brist som är hänförlig till Leverantören uppkommit, enats om en åtgärdsplan för att avhjälpa sådan väsentlig brist och Leverantören inte fullgör de åtgärder och åtaganden som anges i sådan åtgärdsplan.

## 14. ÖVRIGA BESTÄMMELSER

### Överlåtelse

Leverantören får inte överlåta sina rättigheter eller skyldigheter enligt Huvudavtalet till någon del utan att Beställaren i förväg har gett sitt skriftliga godkännande till överlåtelsen.

### Avstående

Om inte annat uttryckligen framgår av Huvudavtalet, skall endera Partens underlåtenhet eller dröjsmål vad gäller utövandet av sina rättigheter eller vidtagandet av åtgärder inte anses utgöra ett avstående från sådana rättigheter eller åtgärder, varken i förhållande till Part eller någon annan person.

### Tillägg och ändringar

Tillägg till och ändringar till detta Huvudavtal skall göras skriftligen och undertecknas av behöriga företrädare för Parterna för att vara bindande. Detta omfattar inte överenskommelser som sker inom avtalet i enlighet med §4 ovan.

### Fullständig reglering

Detta Huvudavtal med därtill hörande uppdragsbeskrivning i bilaga 1, inklusive tillkommande tillägg och ändringar till denna, utgör Parternas fullständiga reglering av alla frågor som Huvudavtalet berör. Dokument, uttalanden, sidoöverenskommelser, förbehåll eller reservationer som föregått undertecknandet av avtalet ersätts helt av innehållet i detta Huvudavtal.

### Kontaktpersoner

Kontaktpersoner och adressuppgifter för Parternas samverkan, kommunikation och uppföljning är

För Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS): Eva Pilsäter Faxner, Verksamhetschef, Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS), Box 17914, S-118 95 Stockholm. E-mail [eva.pilsater-faxner@sll.se](mailto:eva.pilsater-faxner@sll.se), tel 08 1234 00 55

För Hälso- och sjukvårdsförvaltningen: Birger Forsberg, Chef, Enheten för hälsoutveckling. Utvecklingsavdelningen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Hantverkargatan 11 B, Box 22550, 104 22 Stockholm. E-mail: [Birger.Forsberg@sll.se](mailto:Birger.Forsberg@sll.se). Telefon: 070 737 41 73

Parterna är skyldiga att meddela varandra eventuella ändringar i här bestämda kontaktpersoner.

---

Detta Avtal har upprättats i två likalydande exemplar varav Parterna tagit var sitt.

Stockolm

Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Stockholms läns sjukvårdsområde

---

Björn Wettermark

---

Mikael Ohrling

# UPPDRAGSBESKRIVNING FÖR VERKSAMHETEN VID CENTRUM FÖR HÄLSOEKONOMI, INFORMATIK OCH SJUKVÅRDSFORSKNING 2016

## NATIONELLT CENTRUM FÖR NATIONELL PREVENTION AV SUICID OCH PSYKISK OHÄLSA (NASP)

### 1.1 Bakgrund

Nationellt centrum för Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) skapades 1993 av Stockholms läns landsting med målsättningen att utveckla en nationell och regional expertfunktion för självmordsprevention. NASP har ett övergripande uppdrag att verka för den av riksdagen 2008 och av Stockholms läns landsting 2006 antagna Nollvisionen för självmord. Utöver uppdraget som statens och SLL:s expertenhet inom det suicidpreventiva området är NASP ett centrum vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME) vid Karolinska Institutet, Collaborating Centre för WHO:s centrala kontor i Geneve respektive Köpenhamn samt rådgivande organ för avdelningarna för folkhälsa och psykisk hälsa vid Europakommissionen.

Verksamheten vid NASP bygger på en övergripande "Nollvision för självmord" antagen av Stockholms läns landstings politiker 2006 och som uttryckts i regeringens proposition "En förnyad folkhälsopolitik" 2007/08:110. Nollvisionen bygger på principen att ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord. För att uppnå detta mål har följande strategier relevans inom SLL för självmordsprevention:

- Suicidprevention genom medicinska, psykologiska och psykosociala insatser
- Spridning av kunskap av evidensbaserade metoder för att minska suicid
- Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård, omsorg och kommunala verksamheter i omhändertagandet av personer med suicidproblematik

NASPs verksamhet har sedan 1993 strävat efter att omsätta de mest aktuella forskningsrönen i preventiva verksamheter inom SLL för att förebygga psykisk ohälsa och suicidalitet samt ge metodstöd till dem som arbetar med suicidala patienter och även deras anhöriga.

Verksamheten är kvalitetsssäkrad genom samarbete med nationella och internationella organisationer (WHO och EU, DG SANCO och FP7). NASP har under alla år samarbetat med andra enheter inom SLL, bland annat i folkhälsorapporter, samt bidragit med experttexter till Folkhälsoguiden och Vårdguiden. Basverksamheten är en nödvändig förutsättning för att bibehålla förtroendet som expertfunktion för SLL och staten och för den höga kvalitet i arbetet som NASP eftersträvar.

## **1.2 Syfte och verksamhet**

I syfte att implementera ovanstående strategier inom länet har Stockholms läns landsting (SLL) sedan 2006 lämnat följande basbeställning till NASP beträffande dess expertfunktion i suicidprevention inom SLL:

### **Att följa den epidemiologiska utvecklingen beträffande självmord och självmordsförsök inom Stockholms län och relatera den till självmordsstatistiken i riket och internationellt.**

Den befolkningsinriktade utvecklingen av självmord och självmordsförsök beskrivs och sammanställs genom att bearbeta statistik från patient – och dödsorsaksregister.

### **Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård och prevention av psykisk ohälsa och självmordsproblematik**

Förutsättningen för en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård är att väsentlig och aktuell kunskap görs tillgänglig för aktörer inom SLL som kommer i kontakt med suicidala patienter samt för folkhälsoplanerare med möjlighet att implementera preventiva insatser. Sjukvårdslagen ställer tydliga krav på huvudmannen och vårdgivaren när det gäller vårdens kvalitet. De ska se till att vården systematiskt använder den bästa tillgängliga kunskapen i mötet med patienten och i planeringen av hälso- och sjukvården.

NASP skall bedriva en systematiskt bevakning av de ca 3000 suicidrelaterade vetenskapliga artiklar publicerade i internationella och nationella tidskrifter per år. Kontentan av ny och, utifrån ett vårdperspektiv, viktig kunskap ska tillgängliggöras vården och beslutsfattare.

Elektroniska nyhetsbrev med särskilt information till specifika målgrupper inom SLL ska också publiceras.

### **Att ge metodstöd när det gäller att förebygga psykisk ohälsa och självmordsproblematik till olika avnämare inom och utanför vården i Stockholms län.**

**Aktion Livräddning.** År 2009 inleddes ett modellprojekt Noll självmord i Stockholms län i södra Storstockholm med ekonomiskt stöd från Socialstyrelsen inom regeringens satsning på förstärkt kompetens för personal som arbetar inom området psykisk hälsa. Projektet har varit ett samarbete mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet (NASP) samt Stockholms Socialtjänst och Arbetsmarknadsförvaltning, Stockholms stad. Enligt beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden (2011-04-12) ska modellprojektet spridas till övriga delar av länet då utvärderingen visat att projektet haft goda effekter.

Under 2013-2015 har en projektorganisation upprättats för en långsiktig implementering. En förnyad behovsinventering och utveckling av insatserna har genomförts och utbildningar har hållits i olika områden i Stockholms län. Utbildningsinsatsen, som fått namnet Aktion Livräddning, verkar för att utveckla en gemensam kunskapsbas hos personer som i sitt arbete kommer i kontakt med

självordsnära individer samt fördjupa deras kunskaper vad gäller tidig upptäckt av självordsproblematik samt bemötande och behandling av suicidala patienter eller klienter.

**MHFA.** Instruktörskursen Första hjälpen till psykisk hälsa ges till olika aktörer/organisationer som i sin tur utbildar personer som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med människor med psykisk ohälsa eller som är självordsnära t.ex. kriminalvården, räddningstjänsten, äldreomsorgen, och även hälso- och sjukvården.

**AOSP.** Akut omhändertagande av självordsbenägen person (AOSP) riktar sig huvudsakligen till personer inom blåljusorganisationer. Under utbildningen får deltagarna lära sig hur de i sitt yrke ska handla när de träffar personer i akut suicidal kris och även vilka lagar och regler som gäller. Utöver dessa utbildningar ska NASP även erbjuda skraddarsytt metodstöd till psykiatriska och kommunala verksamheter inom Stockholms läns landsting.

**Att samarbeta med regionala, nationella och internationella organ och grupper för att överföra kunskaper till SLL och därmed stärka det självordspreventiva arbetet inom SLL.**

NASP ska vara delaktig i den nationella styrgruppen för självordsprevention, samt nordiska och europeiska forskarnätverk kring självord. NASP ska även delta också aktivt vid konferenser och arbetsgrupper i WHO, EU och European Psychiatric Association (EPA) och som regional expertfunktion, inhämta och förmedla kunskap från dessa konferenser, arbetsgrupper etc. till SLL.

**Att ha beredskap för att utveckla akuta insatser och ge metodstöd och konsultationer för att förebygga psykisk ohälsa och självordshandlingar i Stockholms län i enlighet med det nationella programmet för suicidprevention.**

Ett 70-tal lokala aktörer inom SLL ska årligen ges metodstöd ibland akut för självordspreventiva åtgärder. Exempel på behov på att ha beredskap är insatser som NASP ger till skolor, arbetsplatser där självord äger rum, men också i förebyggande syfte när avnämare inom SLL påbörjar preventivt arbete.

**Att ha beredskap för att ge klinisk konsultation till enskilda patienter eller yrkespersoner som kontaktar NASP beträffande psykiatriska eller psykologiska råd eller utredningar.**

NASP ska ta emot kliniska förfrågningar per år från enskilda individer i kris, anhöriga till suiciderade eller suicidalhotande psykiatriska patienter samt medarbetare i hälso- och sjukvården. Dessa förfrågningar är ibland anonyma. I genomsnitt kräver en sådan konsultation ett samtal av varierande längd och ett till två uppföljningssamtal.

**Lex Maria-analyser, så kallade händelseanalyser.**

Lex Maria-analyser i Stockholms län syftar till att förstå tänkbara systemfel i omhändertagande och vård av självordsnära individer och omfattar kritiska

livshändelser, dokumenterad suicidal kommunikation och vårdrutiner i samband med självmordet.

Att bistå SLL:s politiker, beslutsfattare och lokala media med fakta

NASP lämnar kontinuerligt underlag för beslut till politiker och tjänstemän samt till massmedia.

### **1.3. LEVERANSER**

#### **1.3.1 Leveranser 2016**

- Bearbetning av aktuell statistik inom SLL i relation till riket, samt framställning av fyra epidemiologiska rapporter om självmord och självmordsförsök.
- Analys av SLLs patientdatabaser för att utveckla ett system för omhändertagande av suicidala patienter. En rapport från pilotstudien skall skrivas.
- Svar på cirka 200 projektrelaterade förfrågningar från kommuner om epidemiologiska data och tolkningar.
- Systematisk bevakning och analys av ca 3000 suicidrelaterade vetenskapliga artiklar som förväntas publiceras under år 2016. Identifiering och spridning av artiklar med särskild relevans till kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård och prevention tillgängliggörs som stöd till hälso- och sjukvården (via NASP:s virtuella bibliotek).
- Återkommande (12 st.) elektroniska nyhetsbrev riktade till olika mottagare som arbetar med tillämpad självmordsprevention.
- Folkbildning och informationsspridning via dagspress och andra media.
- 20-40 metodstödskonsultationer om suicidpreventiva aktiviteter (blåljusgrupper, sjukvård, ideella föreningar, etc. inom SLL).
- Stöd till vetenskaplig utvärdering av suicidpreventiva interventioner inom SLL
- Utveckling av riktlinjer för suicidprevention (t.ex. internetbaserade folkhälsoinsatser).
- Deltagande i den regionala och nationella suicidpreventiva styrgruppen.
- Koordination av en informationskonferens inom Stockholms län.
- Rapport om Lex Maria-utredda självmord i SLL under 2014, klar 2016.
- Stöd till Folkhälsomyndigheten i framtagandet av en metodmanual för genomförandet av händelseanalyser i små arbetsgrupper i psykiatrisk verksamhet.
- Underlag för beslut till politiker och tjänstemän vid förfrågan inom SLL.
- Erbjudna utbildningsinsatsen Aktion Livräddning till cirka 1200 personer som inom vården kommer i kontakt med patienter med psykisk ohälsa.

- Erbjud utbildning till Instrukörskurs Första Hjälp till Psykisk Hälsa till organisationer inom SLL som arbetar systematiskt med psykisk ohälsa och självmordsprevention (till ex. räddningstjänst, äldreomsorg, skola), maximalt 20 personer.
- Årlig arbetsrapport samt utvärderingsrapport av insatsen Aktion Livräddning till HSF.
- Systematiskt arbete med marknadsföring av NASPs tjänster till Hälso- och sjukvården, samt andra intressenter inom SLL.



# ***Basuppdrag för Enheten för Hälsoekonomi 2016***

## *Bakgrund och sammanfattning av uppdraget*

Den hälsoekonomiska forskargruppens uppdrag är att bidra till ökad kunskap om hur resurser används inom samhället och hälso- och sjukvården för att bidra till förbättrad hälsa. Gruppen har en viktig roll och kompetens med tillämpning av hälsoekonomisk teori och metod. Avsikten med uppdraget är att göra denna kunskap lättillgänglig för politiker, tjänstemannastrukturen, sjukvården och allmänheten. Den hälsoekonomiska gruppen har under flera år haft ett samarbete med olika enheter inom SLL, främst Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. I uppdraget genomförs ett antal projekt som bland annat omfattar hälsoekonomiska utvärderingar av förebyggande och behandlande metoder, uppföljning av reformer/styrsystem samt sjukvårdssystemets produktivitet och effektivitet i stort. Vid sidan av effektivitetsaspekter studeras fördelningsaspekter för sjukdomsgrupper, mellan socioekonomiska grupper och geografiska områden.

I verksamheten ingår hälsoekonomisk bevakning av resursåtgång och vårdutnyttjande samt kunskapspridning med analyser och expertstöd. Uppdraget innebär också expertstöd till landstingets politiska ledning och tjänstemannaorganisation, samt medverkan i utveckling av verksamheten från ett hälsoekonomiskt perspektiv. Särskilda tilläggsuppdrag med tydliga och avgränsade syften tillkommer utanför basuppdraget. Det långsiktiga utvecklingsarbete som skisseras baseras på en kontinuerlig uppföljning av hälsoekonomiska aspekter av reformer och problemområden där registerdata inom hälso- och sjukvården utnyttjas för jämförelser och benchmarking för kunskapsstyrning på regional nivå, men även för jämförelser av SLL mot den nationella utvecklingen.

För år 2016 har Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) föreslagit en ekonomisk reducering av uppdraget med 600 000 kronor. Beskrivningen av uppdraget nedan är baserat på en tre-årsperiod 2016-2018. Besparingen kommer främst att påverka tidpunkten för leveranser som senareläggs. Forskargruppen hanterar neddragningen med personalreducering samt effektivisering av lokalytor. I dokumentet anges preliminärt de leveranser som avses för år 2016. Vissa beslut om prioritering av inriktning kommer att tas efter diskussion med Utvecklingsavdelningen vid HSF. Om eventuella ytterligare besparingar kommer för åren 2017-2018 kan det innebära att ytterligare leveranser senareläggs eller utgår.

## *Uppdragets syfte*

Det övergripande syftet med uppdraget är att tillhandahålla hälsoekonomisk kunskap och bevaka hälsoekonomiska aspekter på hälsofrämjande och hälso- och sjukvård inom Stockholms läns landsting. Syftet är att:

- inom det hälsoekonomiska området tillämpa och utveckla ekonomiska teorier och metoder gällande hälsoutvecklingen, resursutnyttjande och effekter för hälso- och sjukvården

- ta fram hälsoekonomiska underlag för resursprioritering och uppföljning av hälso- och sjukvården i Stockholms län
- följa upp, bevaka och utvärdera reformer av styrsystem och organisation
- beräkna sjukvårdskonsumtionens fördelning med hälsoekonomiska metoder
- utveckla metoder för att belysa sambandet mellan kostnader, prestationer och effekter av folkhälsoinsatser och sjukvårdsinsatser.
- ge expertstöd till utvecklings- och planeringsarbete inom folkhälsoarbete och hälso- och sjukvården
- bidra till kunskapsspridning och utbildningsinsatser inom det hälsoekonomiska området

## *Framtidens hälso- och sjukvård*

### **Bakgrund**

Inom landstinget genomförs en övergripande strukturförändring för hälso- och sjukvården inom projektet "Framtidens hälso- och sjukvård". Utgångspunkten är att sjukvårdsstrukturen ska erbjuda ett tillgängligt, flexibelt och högkvalitativt vårdutbud som svarar mot medborgarnas behov och fria val. Hälso- och sjukvården utvecklas mer mot nätverk där öppenvården i högre grad än i dag står i centrum. Detta samtidigt som den akuta slutenvården i huvudsak utförs på akutsjukhusen. Den hälsoekonomiska gruppen kopplades in i detta arbete under 2015 och har initierat ett antal förstudier. Fokus i projektet är metodutveckling/modellutveckling för analys av vårdkedjor, nätverkssjukvård och sammanhållen vård. Projektet genomförs som ett pilotprojekt med avgränsningar av såväl vårdgivare som sjukdomsgrupper. Resultaten från projektet kommer även att utgöra del av en baseline för framtida uppföljning/utvärdering av FHS.

### **A: Kartläggning av utskrivningar från akutsjukhus**

#### **Bakgrund**

Akutsjukhusen är i allt större utsträckning beroende av en fungerande vårdkedja utanför sjukhusen. Inom den specialiserade vården (främst universitetssjukhus) är antalet vårdplatser begränsade och beroendet av andra specialiserade vårdgivare har ökat. Detta gäller i synnerhet för Nya Karolinska Solna (NKS) där antalet vårdplatser kommer att vara färre i framtiden än idag. Utvecklingen av nätverkssjukvård förutsätter en kartläggning och samverkan av vårdkedjan.

#### *Syfte*

Kartläggning av vårdutnyttjande, utfall (kvalitet) och kostnader för vårdkedjan med utgångspunkt från utskrivningar vid akutsjukhus. Definiera vårdepisoden för ett antal sjukdomsgrupper och jämföra trenden de senaste 5-10 åren. Beräkning av baseline för framtida jämförelse med NKS.

#### *Data och metod*

Studien genomförs som en pilotstudie på Karolinska sjukhuset (KS) där en eventuell benchmarking genomförs för Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och Sankt Görans

sjukhus. Datamaterialet utgörs av VAL-databaserna. Studien fokuserar på ett antal sjukdomsgrupper som definieras i samverkan med HSF (Utvecklingsavdelningen). I sammanställningen för KS genomförs även en kartläggning av volym och vårdkedjan för utomläns- och utomlandspatienter.

För sjukdomsgrupperna definieras vårdepisoder mellan vårdgivare på ett liknande sätt som det mätts i EU-projektet EuroHOPE projektet. De utfallsmått som används är mortalitet, oplanerad återinskrivning (olika definitioner), kontinuitet.

*Leverans för 2016*

Rapport om utskrivningsmönster från akutsjukhusen (val av sjukdomsgrupp i diskussion med HSF)

## **B. Mätning av vårdkontinuitet relaterat till utfall och kostnader**

*Bakgrund*

Vårdkedjan är alltmer uppdelad och specialiserad i kombination med brist på vårdplatser. För flera patientgrupper har antalet vårdgivare ökat under en vårdepisod. Samtidigt finns ett antal internationella studier som visar att en god kontinuitet kan leda till förbättringar av kvalitet och utfall, men även till lägre kostnader sett över hela vårdkedjan. Utvecklingen av nätverkssjukvård förutsätter att kontinuiteten bibehålls eller främst förbättras.

*Syfte*

Mäta skillnader i kostnader, inläggningar, besök på akutmottagning & komplikationer associerade med vårdkontinuitet (COC).

*Data och metod*

Datamaterialet utgörs av VAL-databaserna. Studien avser patienter med hjärtsvikt, Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och/eller typ 2 diabetes som är minst 65 år. Analysen görs på årsbasis med 12 månaders uppföljning.

Design och metod baseras på tidigare arbete av Hussey och medarbetare, publicerat 2014, men anpassas och tillämpas på förhållanden och tillgång på data inom SLL. Design, metod och olika mått på kontinuitet som prövas är:

- COC mätt med Bice-Boxerman index
- Olika komplikationers sannolikhet att bero på COC (skattat av kliniker)
- 365 dagars episod - (startar med ett diagnossatt besök med hjärtsvikt, KOL eller diabetes typ 2)
- Kontrollerar för ålder, kön, socioekonomi och HCC (=hierarchical condition index, risk of Medicare costs)

Utfallet av kontinuitetsmättet för respektive sjukdomsgrupp relateras med sambandsanalys till olika mått på vårdutnyttjande som förekomst av besök vid akutmottagningar, sannolikhet för slutenvård samt kostnader för specialist och sjukhusvård.

*Leverans för 2016*

- Rapport om vårdkontinuitet och konsekvenser för diabetes (fastställs efter diskussion med HSF)

## *Uppföljning och utvärdering av vårdvalsreformerna*

### *Bakgrund*

Vårdvalsreformerna inom husläkarverksamheten och den specialiserade vården har inneburit förändringar för principerna för sjukvårdens styrning, patienternas valfrihet och vårdgivarens rätt till etablering. Den hälsoekonomiska gruppen har under ett antal år på uppdrag av HSF granskat och utvärderat ett antal aspekter rörande kostnadsutveckling, produktivitet, kvalitet, listning och konkurrens samt fördelningen av vårdutnyttjande mellan patientgrupper med olika behov. Dessa utvärderingar har i ett nationellt perspektiv varit unika och gett en kunskap om effekter av vårdvalsmodellen i Stockholm, vilket flera andra landsting saknar. Utvärderingen av vårdvalet inom husläkarverksamheten summerades i en omfattande fem-årsuppföljning som publicerades år 2013. I sammanställningen framgår att för vissa frågeställningar är kunskapsläget relativt bra, medan osäkerhet fortfarande råder angående andra problemställningar om vårdvalet. Arbetet under perioden 2016-2018 kommer dels att fokusera på frågeställningar där osäkerhet råder och utifrån HSFs behov/nytta samt analys av förändringar som sker av styrning och ersättningsmodeller inom vårdvalet. Dessutom kommer ett antal vårdvalsreformer inom den specialiserade vården att följas upp. För husläkarverksamheten planeras i slutet av avtalsperioden en tio-årsuppföljning av reformen.

### *Syfte*

Det huvudsakliga syftet är att granska och utvärdera de aspekter av vårdvalsreformerna där osäkerhet föreligger eller kunskap saknas. Inledningsvis kommer följande specifika frågeställningar att tas upp:

- Effekter av förändringen och försök med nya ersättningsystem för husläkare utifrån angivna målsättningar
- Föreligger ett samband mellan valfrihet och kvalitet (patienttillfredställelse)?
- Hur påverkar vårdvalet vårdutnyttjandet mellan olika sjukdomsgrupper?

Under perioden planeras även kartläggning av kostnader och effekter för några vårdvalsområden inom den specialiserade vården samt en tio-årsuppföljning och analys av de indikatorer som tidigare presenterats i olika rapporter av vårdvalet för husläkarverksamheten.

### *Kartläggning och analys*

I uppdraget sker en kontinuerlig kartläggning av vårdutnyttjande, kostnader och utfallsindikatorer baserat på främst landstingets befintliga register som patientstatistik (VAL-databasen), listning (ListON) och kostnadsredovisningen (Raindance). I det kommande arbetet kommer även data från ett antal kvalitetsregister att användas samt data från andra landsting och SCB. Uppdraget syftar även till att utveckla metoder för uppföljning. Det gäller bl.a. att utveckla riskjustering för att kunna jämföra vårdutnyttjandet och kostnader mellan geografiska områden och sjukdomsgrupper. Med längre tidserie för reformernas existens ökar möjligheterna för säkrare slutsatser. För att kartlägga effekter där Stockholm tillämpar modeller som skiljer sig från andra landsting finns möjlighet att genom s.k. difference-in-difference metod fastställa

orsakssamband. Kartläggningen och analysarbetet avrapporteras kontinuerligt till referensgrupp vid HSF och i nära samverkan med nyckelpersoner inom landstinget.

#### *Leverans för 2016*

- Rapport om kostnader och vårdutnyttjande vid vårdval inom specialiserad vård

### *TriCity: Stockholm – Helsingfors – Oslo (+ ev. Köpenhamn)*

#### *Bakgrund*

Hälso- och sjukvårdens organisation och struktur skiljer sig mellan storstadsområden och geografiska områden med mindre befolkningstäthet. Detta innebär att det i vissa avseende saknas jämförelseobjekt för större regioner och där jämförelser kan bli missvisande eller irrelevanta. I detta jämförs skillnader i vårdstruktur och uppföljning av reformer mellan de tre storstadsområdena i Finland, Norge och Sverige. Dessa tre regioner har delvis gemensamma strukturer men även intressanta skillnader. Oslo införde den s.k. Fastlegereformen år 2001, liknande Vårdvalsreformen för husläkare som Stockholm införde år 2008, medan Helsingfors fortfarande har en primärvårdsmodell som bygger på områdesansvar. I alla tre städerna har genomgripande förändringar av sjukhusstrukturen ägt rum samtidigt som reformer om integrationsproblem mellan vårdgivare pågår eller planeras

#### *Syfte*

Det huvudsakliga syftet är att jämföra samordning och integrering av vård mellan delsektorer inom hälso- och sjukvården samt vårdkedjor för ett antal sjukdomsgrupper mellan de tre storstadsområdena. Specifika områden som kommer att belysas är:

- Vistelse vid akutsjukhus för ett antal breda sjukdomsgrupper
- Omfattningen av närsjukvård
- Integrering mellan primärvård och specialistvård
- Vilka styrmekanismer används för att uppnå samordning och integrering (informationskanaler, ersättningssystem, reglering av valfrihet och etablering mm)

Arbetet under perioden 2016-2018 kommer även att styras utifrån HSFs behov/nytta och motsvarande enheter från Helsingfors och Oslo.

#### *Kartläggning och analys*

I projektet kommer vårdutnyttjande, kostnader och utfallsindikatorer att samlas in från sjukvårdshuvudmännens patientstatistik och läkemedelsutnyttjande i de tre städerna. Härtill samlas data om mortalitet in från nationella dödsorsaksregister, data om inkomst och utbildningsnivå från nationella statistikmyndigheter. Alla kostnader för registeruttag finansieras med medel från Norska forskningsrådet (NFR). Varje sjukvårdshuvudman bidrar med analysarbetet för egna frågeställningar. Kartläggningen och analysarbetet avrapporteras till en gemensam referensgrupp där HSF medverkar från Stockholms sida.

#### *Leverans*

- Baserat på den vetenskapliga rapporteringen enligt projektplan skrivs en sammanfattande rapport för jämförelsen mellan huvudstäderna.

## *Hälsoekonomisk bevakning och databashantering*

I basuppdraget ingår att tillgodose landstinget med hälsoekonomisk kompetens och kontinuerlig utveckling av kunskap och metoder. I detta ingår systematiska litteraturöversikter och kunskapssammanställningar av aktuell forskning och erfarenheter från andra landsting, nationella och internationella översikter. I den hälsoekonomiska bevakningen kartläggs kostnader och prestationer för såväl folkhälsoinsatser som hälso- och sjukvårdens verksamhet i enlighet med de önskemål som finns i landstinget. Vidare ges expertstöd inom områden som kostnads-effekt-analyser, effekter av ersättningsystem mm.

En central del av verksamheten är hälsoekonomisk bevakning av resursutnyttjande och effekter inom hälso- och sjukvården där den hälsoekonomiska gruppen har en unik kompetens att på individnivå sammanställa och beräkna kostnader för vårdepisoder, subpopulationer och geografiska områden. En viktig del av detta arbete utgörs av beräkningar och sammanställningar av såväl ekonomiska data som vårdutnyttjande. Hälsoekonomiska analyser förutsätter att kostnader och effekter redovisas enhetligt för dimensioner som patientnivå, vårdenhet, geografiskt område, åldersgrupper, diagnosområden etc. Den hälsoekonomiska gruppen bedriver ett metodologiskt utvecklingsarbete i samarbete med olika enheter inom SLL där data från landstingets databaser (VAL-databaserna, LUD, Raindance mm) kategoriseras för hälsoekonomiska analyser. Arbetet ger möjligheter till årlig avrapportering för att ge en beskrivning av trender och variationer mellan områden och vårdgivare för att studera såväl effektivitetsaspekter som jämlik och jämställd vård. Denna bevakning ger förutsättningar för policy-inriktade och vetenskapliga utvärderingar av förändringar och reformer med fokus på kostnadsutveckling, produktivitetsaspekter, kvalitet och fördelningsaspekter.

### *Leverans*

Uppdatering och underhåll av datasammanställningar för långsiktiga projekt – främst Husläkarverksamheten och Framtidens Hälso- och sjukvård

## *Utbildning och expertstöd*

För att bidra med kunskapsstöd och kunskapsspridning medverkar den hälsoekonomiska gruppen även i utbildningsinsatser inom SLL samt ger expertstöd till olika projekt inom SLL. Kunskaps- och analysstöd ges regelbundet till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen genom medverkan i råd och projektgrupper. I samråd med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen erbjuds vid behov stöd till tjänstemän och politiker. Detta gäller bl.a. resultatbaserade ersättningsmodeller och expertstöd till Metodrådet SLL-Gotlands Kvalitetsråd – HTA. Flertalet uppdrag drivs i projektform under ledning av medarbetare inom den hälsoekonomiska gruppen. Gruppen samverkar med företrädare inom SLL för datainsamling, men utför på egen hand en stor del av uttag av data från landstingets register och datakällor. Analysen svarar gruppen för och resultaten

diskuteras i flertalet fall med en referensgrupp (liknande) inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/SLL.

*Leverans*

Medverkan i utbildning och seminarier

Expertstöd vid förfrågningar från HSF och Landstingsförvaltningen