Stockholms läns landsting

Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2015-05-20

LS 2015-0540

Landstingsstyrelsen

Yttrande över Rapport från Socialstyrelsen: Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar

Föredragande landstingsråd: Torbjörn Rosdahl

Ärendebeskrivning

Stockholms läns landsting har genom remiss från Socialdepartementet beretts tillfälle att yttra sig över Rapport från Socialstyrelsen – Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar (S2014/6869/SF).

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen besluta

att avge yttrande till Socialdepartementet i enlighet med landstingsdirektörens förslag till yttrande.

Landstingsrådsberedningens motivering

De presenterade principerna, för beräkningen av de faktiska kostnaderna för Försäkringskassans beställningar av utredningar och behandlingar, kan vara en utgångspunkt för en fortsatt dialog om modellutformning.

Vid alla schabloniserade beräkningsmodeller tenderar Stockholmsregionen att missgynnas. Det är därför viktigt att den föreslagna modellen beaktar rådande kostnadsnivå och kostnadsutveckling i en expansiv och växande storstadsregion såsom Stockholm.

Det är vidare viktigt med en fördjupad dialog med inhämtande av relevanta basfakta innan en förändrad ersättningsmodell kan sjösättas och som kan betraktas avspegla en reell verklighet.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 4 maj 2015
Förslag till yttrande
Rapport från Socialstyrelsen: Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar.

Torbjörn Rosdahl

Carl Rydingstam

Landstingsstyrelsens förvaltning
SLL Ekonomi och finans
Ekonomiska utredningar och analys

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2015-05-04

LS 2015-0540

Ankom
Stockholms läns landsting
2015 -05- 05
Dnr LS 2015-0540
Rotel I

Landstingsstyrelsen

Yttrande över Rapport från Socialstyrelsen: Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar

Ärendebeskrivning

Stockholms läns landsting har genom remiss från Socialdepartementet beretts tillfälle att yttra sig över Rapport från Socialstyrelsen – Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar (S2014/6869/SF).

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 4 maj 2015
Förslag till yttrande
Rapport från Socialstyrelsen: Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att avge yttrande till Socialdepartementet i enlighet med landstingsdirektörens förslag till yttrande.

Förvaltningens förslag och motivering

Sammanfattning
Förvaltningen är positiv till att använda beräkningarna i Socialstyrelsens rapport som en utgångspunkt för en fortsatt dialog om kostnaderna för utredningar och behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Förvaltningen önskar dock att kostnadsberäkningarna förfinas och att de kostnader som finns i ett expansivt storstadsområde beaktas.

Bakgrund
I årliga överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) fastställs ersättningen för de utredningar som

Försäkringskassan beställer av landstingsvården och de behandlingar som ingår i rehabiliteringsgarantin.

I regleringsbrevet för 2014 har Socialstyrelsen fått i uppdrag att analysera och beräkna vilka faktiska kostnader landstingen har för de beställningar som Försäkringskassan gör i vården. Socialstyrelsen har efter dialog med Socialdepartementet, SKL och Försäkringskassan preciserat uppdraget som att det är vårdproducenternas faktiska kostnader plus landstingens administration, som sammantaget är den relevanta kostnaden att beräkna.

Syftet med Socialstyrelsens rapport är att visa vilka kostnader vården har för nämnda utredningar och behandlingar, som stöd för fortsatta överenskommelser. Enligt rapporten från Socialstyrelsen är det svårt att uppskatta vad enskilda tjänster i primärvården egentligen kostar. Kostnadsnivåerna i rapporten är i stor utsträckning resultatet av den tidsåtgång som vårdpersonal själva uppskattar att varje tjänst har och hur mycket som utförs av varje tjänst. Information om detta har inhämtats genom utredningar av SKL, telefonintervjuer, enkäter och statistik från Försäkringskassan. Enhetskostnader, främst i form av kostnad per timme för olika yrkeskategorier, har sedan tillämpats. Dessa är inhämtade från officiell statistik och landstingens egna uppskattningar.

I de årliga överenskommelserna är ersättningen uttryckt i ett fast belopp per utredning och behandling. Socialstyrelsen har kommit fram till ett belopp per tjänst som är lägre än dagens ersättningar. Myndigheten föreslår också en fast ersättning till varje landsting för den centrala administrationen av beställningarna från Försäkringskassan. Av rapporten framgår att om ersättningarna framöver skulle ändras till de faktiska kostnader som redovisas i rapporten skulle landstingen få lägre ersättningar än i dagens system.

Överväganden
Förvaltningens överväganden framgår av bifogade förslag till yttrande.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Beslutet har inga direkta ekonomiska konsekvenser.

Miljökonsekvenser av beslutet

I enlighet med landstingets Miljöpolitiska program 2012-2016 har hänsyn till miljön beaktats och slutsatsen är att det inte är relevant med en miljökonsekvensbedömning i detta ärende.

Toivo Heinsoo
Landstingsdirektör

Gunnel Forsberg
Ekonomidirektör

Landstingsstyrelsen

YTTRANDE
2015-06-02

LS 2105-0540

Socialdepartementet

Yttrande över Rapport från Socialstyrelsen: Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar

Stockholms läns landsting anser att principerna för beräkningen av de faktiska kostnaderna, i rapporten från Socialstyrelsen, kan vara en utgångspunkt för en fortsatt dialog om kostnaderna för utredningar och behandlingar. När det gäller rehabilitering för långvarig smärta, som numera finns i vårdval i Stockholm, ligger genomsnittskostnaden hittills högre än den statliga ersättningen. Det ser ut som om de använda schablonerna för såväl löne- som lokalkostnader kan vara underskattade i ett storstadsområde som Stockholm. Där är utbudet av arbetsgivare inom sjukvården stort och både vårdgivare och förvaltning är beroende av hyrpersonal som är betydligt mer kostsamma än ordinarie personal. I den fortsatta processen vore det därför värdefullt om beräkningarna förfinades och beaktade de faktiska kostnader som finns i ett expansivt storstadsområde.

Ankom
Stockholms läns landsting
2015 -03- 31
Dnr. LS 2015-0540

Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar

Socialstyrelsen

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2014-10-
Publicerad Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2014

Förord

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2014 uppdraget att analysera och beräkna vilka faktiska kostnader som landstingen har för fördjupade medicinska utredningar och behandlingar som ingår i rehabiliteringsgarantin vilka Försäkringskassan beställer och staten ersätter genom överenskommelser. Inom uppdraget ska Socialstyrelsen också ta ställning till hur dagens ersättningar förhåller sig till landstingens kostnader. Rapporten ska bidra med underlag till kommande överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och riktar sig till berörda departement, Försäkringskassan och SKL. Innehållet i allmänhet och slutresultatet i synnerhet, kommer att användas som underlag för ersättningens storlek och utformning.

Underlaget till rapporten har i stora delar tagits fram av konsulten Fredrik Olson på Nordic Health Economics. Försäkringskassan har bistått med information och kunskap under arbetets gång. Projektledare för arbetet har varit Jens Wilkens. Ansvarig enhetschef har varit Martin Sparr.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 7
Inledning 8
Genomförande 9
Begränsningar i information 9
Principer för kostnadsberäkningar 10
Rapportens disposition 10
Resursförbrukning för fördjupade medicinska utredningar 11
Särskilt läkarutlåtande (SLU) 11
Teambaserad medicinsk utredning (TMU) 12
Arbetsförmågeutredning (AFU) 13
Tolkbehov 14
Årligt utbildningsbehov för utredningar 14
Användarlicenser och bedömningsinstrument 15
Resursförbrukning för behandlingar inom rehabiliteringsgarantin 16
Kognitiv beteendeterapi (KBT) 16
Multimodal rehabilitering (MMR) 18
Kostnadsberäkningar 20
Enhetskostnader 20
Kostnad per tjänst 22
Kostnader för landstingens centrala administration 24
Diskussion och slutsatser 26
Dagens ersättning i förhållande till faktiska kostnader 26
Beställning av tjänst eller stimulans 26
Slutsats och förslag 27
Referenser 28
Bilaga 1. Resursåtgång per tjänst och yrkeskategori 29
Bilaga 2. Kostnadsberäkningar 39
Bilaga 3. MMR-enkät till vårdgivare 42

Sammanfattning

Försäkringskassan beställer fördjupade medicinska utredningar och behandlingar som ingår i rehabiliteringsgarantin av landstingsvården. Utredningarna är så kallade särskilt läkarutlåtande (SLU), teambaserad medicinsk utredning (TMU) och en aktivitetsförmågeutredning (AFU), den senare i en pilotverksamhet i åtta landsting. Behandlingarna är Kognitiv beteendeterapi (KBT) och Multimodal rehabilitering (MMR). Ersättningen för dessa tjänster fastställs i årliga överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I regleringsbrevet för 2014 fick Socialstyrelsen i uppdrag att analysera och beräkna vilka faktiska kostnader som landstingen har för att utföra dessa utredningar och behandlingar, och ta ställning till hur dagens ersättningar förhåller sig till de faktiska kostnaderna.

Det är svårt att uppskatta vad enskilda tjänster i primärvården egentligen kostar. Kostnadsnivåerna i rapporten är i stor utsträckning resultatet av den tidsåtgång som vårdpersonal själva uppskattar att varje tjänst har och hur mycket som utförs av varje tjänst. Information om detta har inhämtats genom tidigare utredningar av SKL, telefonintervjuer, enkäter, och statistik från Försäkringskassan. Enhetskostnader, främst i form av kostnad per timme för olika yrkeskategorier, har sedan tillämpats. Dessa är inhämtade från officiell statistik och landstingens egna uppskattningar.

I de årliga överenskommelserna är ersättningen uttryckt i ett fast belopp per utredning och behandling. Socialstyrelsen har kommit fram till ett belopp per tjänst som är lägre än dagens ersättningar. Myndigheten föreslår också en fast ersättning till varje landsting för den centrala administrationen av beställningarna från Försäkringskassan.

Inledning

I årliga överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) fastställs ersättningen för de utredningar som Försäkringskassan beställer av landstingsvården och de behandlingar som ingår i rehabiliteringsgarantin. Ersättningen är uttryckt i dels ett fast belopp per utredning och behandling, dels en total budgetram. Utredningarna är särskilt läkarutlåtande (SLU), teambaserad medicinsk utredning (TMU) och en aktivitetsförmågeutredning (AFU) i pilotverksamhet i åtta landsting. Dessa utredningar är ett stöd i Försäkringskassans försäkringsmedicinska utredningsarbete för att stödja en rättssäker prövning av försäkrade. Behandlingarna i rehabiliteringsgarantin är kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell terapi (IPT), och multimodal rehabilitering (MMR). Både KBT/IPT och MMR innebär en serie behandlingstillfällen som är definierade av vad som är evidensbaserat för respektive behandling. Dessa behandlingar beställs inte av Försäkringskassan, utan initieras av vården (främst primärvården) och ingår sedan tidigare i det ordinarie vårdutbudet. Statens ersättning för behandlingarna är en stimulansåtgärd för rehabilitering, främst för att förbättra möjligheten att fortsätta eller återgå till arbetslivet.

I regleringsbrevet för 2014 har Socialstyrelsen fått i uppdrag att analysera och beräkna vilka faktiska kostnader landstingen har för de beställningar som Försäkringskassan gör i vården. Socialstyrelsen har efter dialog med Socialdepartementet, SKL och Försäkringskassan preciserat uppdraget som att det är vårdproducenternas faktiska kostnader plus landstingens administration, som sammantaget är den relevanta kostnaden att beräkna.

Syftet med denna rapport är att visa vilka kostnader vården har för ovan nämnda utredningar och behandlingar, som stöd för fortsatta överenskommelser. Regeringen har tillsatt en utredning för att svara på om medicinska utredningar kan organiseras på ett annat sätt än genom överenskommelser mellan staten och SKL[1]. Rapporten bör också kunna utgöra ett underlag till den.

[1] Kommittédirektiv Ansvar för försäkringsmedicinska utredningar (Dir 2014:43)

Genomförande

Uppdraget utgår från de tjänster som finns specificerade för ersättning av Försäkringskassan. Varje tjänst har aktivitetsbeskrivits för att kunna tidberäknas till en nivå som går att använda för beräkning av enhetskostnader, vilket i huvudsak utgörs av personalkostnader. För varje typ av utredning och behandling är en genomgång gjord av vilka personalkategorier som utför arbetet, och hur lång tid arbetet tar. Sedan har enhetskostnader för detta arbete tillämpats. Det gäller till exempel arbetskraftskostnad per timme eller besök för läkare, psykolog och arbetsterapeut.

Arbetet med att beskriva och kostnadsberäkna aktiviteterna har huvudsakligen utförts av konsulten Fredrik Olsson på Nordic Health Economics. Konsulten har också deltagit i utformningen av studien och arbetet med slutsatserna. SKL och Försäkringskassan har varit till stor hjälp i arbetet genom sin expertis och genom att tillhandahålla tidigare utredningsmaterial. Exempelvis har SKL:s tidigare kostnadsberäkningar gjorda inom ramen för SKL:s arbete med överenskommelserna varit mycket användbara.

Begränsningar i information

Det krävs försiktighet i tolkningen av kostnader för aktiviteter i primärvården, där merparten av dessa tjänster utförs. Det traditionella uppdraget i primärvården är att ta hand om en grupp människor, en viss listad population med en stor variation i behov, till skillnad från att utföra en specifik, väl definierad behandling i den subspecialiserade vården. Därför finns heller ingen etablerad praxis av att mäta tidsåtgången för en viss tjänst. Exempelvis är åtgärdsregistrering inte lika utvecklad i primärvården som i specialistvården. Därför finns inte heller samma data för kostnad per patient som för specialiserad vård.

Eftersom Försäkringskassan beställer utredningarna som kostnadsberäknas i denna rapport och arrangerar en obligatorisk utbildning för personal som ska utföra dem, har myndigheten en god bild av hur kapaciteten och kompetensen ser ut i landet. Men Försäkringskassan har ingen beskrivning av själva utredningarna som möjliggör en beskrivning av resursåtgången. För behandlingarna som beställs har myndigheten en mer kameral roll. Den sammanställer antalet inrapporterade aktiviteter och betalar ut ersättning till landstingen, det vill säga saknar en styrande beställarfunktion. Därför finns inte heller någon utförlig beskrivning av de tjänster som ingår i överenskommelserna.

Socialstyrelsen har inte haft möjlighet att genomföra egna fallstudier eller processkartläggningar för denna utredning, utan tidsåtgången är baserad på uppskattad tid. Uppskattningarna för utredningarna är inhämtade genom telefonintervjuer med vårdgivare, avtalssamordnare och processledare i landstingen, men till stor del också från tidigare informationsinhämtning av SKL. Samma metoder har använts för behandlingarna, men för dessa har också en enkät till utförare av MMR använts, och information från en tidigare registerstudie av tidsåtgång för KBT i Region Skåne.

Principer för kostnadsberäkningar

I uppdraget har inte hänsyn tagits till om landstingen har haft möjlighet att använda strukturkostnader i form av outnyttjad kapacitet för faciliteter eller personal. Vidare är Socialstyrelsen medveten om att innehållet i de olika tjänsterna vars kostnader är genomgångna i denna utredning, ser väldigt olika ut. Framför allt finns inte alla personalkategorier i tillräcklig utsträckning i alla landsting. Det finns också skillnader i utrednings- och behandlingstraditioner.

Inom ramen för den här utredningen har vårdens kostnader för av- och ombokningar diskuterats. Socialstyrelsen bedömer de tidsgränser som finns i överenskommelserna för ersättning vid uteblivna tjänster som rimliga. Avtalstraditionen i landstingen är olika på detta område, dessutom med variation för olika typer av vård. En utebliven patient är inte nödvändigtvis en uteblivен ersättning för vårdgivarna. I denna rapport inkluderas inget ersättningsbortfall i vårdgivarnas kostnader. Landstingen får med nuvarande överenskommelser ersättning för betydligt fler tjänster än vad som genomförs vilket framgår nedan. Detta är en rimlig kompensation för det merarbete som ombokningar och uteblivna patienter medför. Kostnadsberäkningarna i denna rapport gäller alltså under antagande att reglerna för patientbortfall inte förändras nämnvärt.

En inte obetydlig kostnad för landstingen är att centralt administrera ersättningarna för de utredningar och behandlingar som ingår i rapporten. Det är upphandling av tjänsterna som kräver beskrivning och specifikation, hantering av avtal och kontroll av utförare. Det är också rapportering till SKL och hantering av ersättningar. Eftersom landstingens fasta kostnader för detta till stor del är oberoende av antalet ersatta tjänster har kostnaderna för landstingens centrala administration hållits utanför beräkningarna för kostnaden per utredning och behandling. I stället redovisas ett alternativ med en fast ersättning till landstingen utöver ersättningen per tjänst.

Rapportens disposition

Redogörelsen för uppdraget börjar med en beskrivning av resursförbrukningen av varje tjänst. Kapitlet är uppdelat i de utredningar och behandlingar som berörs. Resursförbrukningen är beskriven med typ av insats och tidsåtgång för varje tjänst. Det är främst de olika yrkesgruppernas tidsåtgång, men även genomgång av vilka utbildningsaktiviteter och lokaler som måste beaktas. Därefter följer ett kapitel med kostnadsberäkningar. Första delen är en redovisning av vilka enhetskostnader som tillämpats, exempelvis timkostnad per yrkeskategori. Sedan följer en redogörelse för beräkningen av kostnaden per tjänst. Sista kapitlet jämför resultatet av kostnadsberäkningarna i denna utredning med dagens ersättningsnivåer i överenskommelserna mellan staten och SKL och diskuterar vad som är en skälig nivå på ersättningen.

Resursförbrukning för fördjupade medicinska utredningar

Försäkringskassans utredare kan beställa fördjupade medicinska utredningar av landstingen. Det finns tre former av utredningar: särskilt läkarutlåtande (SLU), teambaserad medicinsk utredning (TMU) och aktivitetsförmågeutredning (AFU). SLU och TMU utförs för att utreda personer som har ansökt om sjukpenning. Försäkringskassans handläggare avgör om det behövs en SLU vilket utförs av en läkare, eller en TMU vilket är en teambaserad utredning. Sedan 2013 finns AFU på försök, ett utvecklat instrument för bedömning av arbetsförmåga (1).

Särskilt läkarutlåtande (SLU)

SLU kan beställas av Försäkringskassan från landstinget för en försäkrad som får eller ansöker om ersättning på grund av sjukdom. Syftet är att ge en helhetsbild av hur sjukdomen påverkar förmågan till aktivitet. Utsedd läkare förses med underlag som ska läsas in. Om läkaren anser att en TMU bör utföras istället kontaktas Försäkringskassans avropssamordnare som fattar beslut.

Under 2013 beställdes totalt i Sverige 956 SLU av Försäkringskassan. Av dessa utgick inte ersättning för 26 beställningar, varav 8 genomfördes men rapporterades för sent till Försäkringskassan och 18 inte genomfördes. Ersättning utgick för de resterande 930 beställningarna, varav 871 genomfördes inom angiven tid och 67 avbokades inom 48 timmar före besöket. Följaktligen genomfördes 879 utredningar (2).

Involverade professioner och tidsåtgång

Försäkringskassans riktlinjer för SLU säger att utredningen ska utföras av en legitimerad läkare med den specialistkompetens som behövs för en försäkringsmedicinsk bedömning av den försäkrades funktionstillstånd. Utöver lämplig specialistkompetens ska läkaren ha genomgått Försäkringskassans fördjupnings- och uppföljningsutbildningar i försäkringsmedicin. För de utredningar som avser försäkrade med en svårbedömd psykisk sjukdomsbild ska läkaren ha specialistkompetens i psykiatri.

Administrativa uppgifter som är förknippade med en utredning sköts av en administratör. Den kompetensnivå som krävs antas motsvara en läkarsekreterares. Tolk ska anlitas vid behov. Tolken ska vara auktoriserad och med fördel vara specialiserad på sjukvårdstolkning.

Baserat på uppskattningar av landstingsförvaltningarna i Västra götalandsregionen, Stockholms läns landsting och landstingen i Jönköping, och SKL:s samlade bedömning, visar Tabell 1 den genomsnittliga tidsåtgången för en SLU per yrkesgrupp. Se bilaga 1 för bakgrund till bedömningen.

Tabell 1. Professioner och tidsåtgång för Särskilt läkarutlåtande

Profession	Tid per utredning (timmar)
Legitimerad läkare med specialistkompetens	7
Administratör/läkarsekreterare	2,3
Tolk[2]	3

Källa: se bilaga 1.

Teambaserad medicinsk utredning (TMU)

Försäkringskassan beställer TMU från landstinget på samma sätt som för SLU. TMU är avsett för försäkrade som har en mer sammansatt eller svårbedömd sjukdomsbild. Det kan vara multisjuklighet eller medicinska problem i kombination med andra faktorer som påverkar arbetsförmågan. En TMU ska utföras av fyra personalkategorier, se nedan. Utsedd läkare förses med underlag som ska läsas in. Om läkaren anser att en SLU bör utföras istället kontaktas Försäkringskassans avropssamordnare som fattar beslut. Läkaren är ansvarig för dokumentation, men samtliga professioner ska vara delaktiga i utredningen, inklusive patientbesök. Bedömningen görs av teamet i samråd. Läkaren ansvarar för dokumentation av utredningen (3).

Under 2013 beställde Försäkringskassan sammanlagt 3 173 TMU. Av dessa utgick inte ersättning för 92 beställningar, varav 27 genomfördes men rapporterades för sent till Försäkringskassan och 65 inte genomfördes. Ersättning utgick för de resterande 3 081 beställningarna, varav 2 742 genomfördes inom angiven tid och 339 avbokades inom 48 timmar före besöket. Följaktligen genomfördes 2 769 utredningar (2).

Involverade professioner och tidsåtgång

Enligt riktlinjerna för TMU (3) ska utredningarna utföras av följande personalkategorier:

- legitimerad läkare med den specialistkompetens som behövs för en försäkringsmedicinsk bedömning av den försäkrades funktionstillstånd,[3]
- legitimerad psykolog,
- legitimerad sjukgymnast,
- legitimerad arbetsterapeut.

Samtliga yrkeskategorier ska ha den kompetens och yrkeserfarenhet som behövs för att utreda och bedöma funktionstillstånd. Samtliga professioner ska ha deltagit i Försäkringskassans fördjupnings- och uppföljningsutbildningar i försäkringsmedicin för att vara behöriga utförare av TMU.

För TMU är samma antaganden gjorda som för SLU om kompetensnivå för administrativa uppgifter förknippade med en utredning, och behov av tolkning.

Tabell 2 visar den uppskattade genomsnittliga tidsåtgången för en TMU per yrkesgrupp. Uppskattningar av tidsåtgång för respektive profession är

[2] Vid 15 procent av utredningarna.

[3] För de utredningar som avser försäkrade med en svårbedömd psykisk sjukdomsbild ska läkaren vara specialistutbildad läkare med bred erfarenhet av patienter med psykisk ohälsa och ha kunskap om aktuella behandlingsformer och moderna terapier.

även för TMU hämtade från SKLs sammanställning av uppskattningar från landstingsförvaltningarna i Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting och landstinget i Jönköping.

Tabell 2. Professioner och tidsåtgång vid Teambaserad medicinsk utredning

Profession	Tid per utredning (timmar)
Legitimerad läkare med specialistkompetens	7
Legitimerad psykolog	5
Legitimerad sjukgymnast	5
Legitimerad arbetsterapeut	6
Administratör/läkarsekreterare	3
Tolk[4]	13

Källa: se bilaga 1.

Arbetsförmågeutredning (AFU)

En försöksverksamhet med arbetsförmågeutredning (AFU) bedrivs i åtta landsting[5] i syfte att utreda arbetsförmågan och tillgodose Försäkringskassans behov av fördjupade medicinska underlag för bedömning och beslut i sjukförsäkringsärenden. En enkel AFU utförs av läkare. Vid en utvidgad AFU involveras minst ännu en profession i utredningen, till exempel en sjukgymnast, arbetsterapeut eller psykolog. Försäkringskassan beställer AFU från landstinget på samma sätt som de andra utredningsformerna. Utsedd läkare gör en bedömning utifrån patientens självskattning samt en medicinsk undersökning (4).

Under 2013 utbetalades ersättning för 347 stycken AFU av Försäkringskassan. Tidsgränsen för ersättning trots avbokning är mer generös för AFU än de andra typerna av utredning. Avbokningar inom 96 timmar före utredningsstart ersätts, vilket inträffade vid 25 tillfällen under 2013. Antalet utvidgade AFU som genomfördes var 87 stycken. Försäkringskassans prognos för 2014 för antal AFU är 1 792 stycken, det vill säga en kraftig ökning (5). Beräkningarna av kostnaden per utredning i denna rapport behöver inte påverkas av en kraftig ökning i antal, däremot bedömningen av kostnaderna för landstingens centrala administration av beställningarna.

Involverade professioner och tidsåtgång

Enligt Försäkringskassans riktlinjer (4) ska AFU genomföras av en legitimerad läkare med den specialistkompetens som behövs för en försäkringsmedicinsk bedömning av den försäkrades funktionstillstånd. Läkaren ska även ha genomgått Försäkringskassans fördjupningsutbildning i försäkringsmedicin och utöver behörighet i AFU även vara behörig att utföra SLU och TMU. Vid en utvidgad undersökning ska berörd arbetsterapeut, psykolog och sjukgymnast ha erforderlig kunskap, kompetens och behörighet att göra utredningar och använda nödvändiga testinstrument. Detta innebär att de ska ha genomgått Försäkringskassans fördjupningsutbildning i försäkringsmedicin och utöver behörighet i AFU även vara behöriga att medverka i TMU.

[4] Vid 15 procent av utredningarna.

[5] Landstinget i Jönköpings län, Norrbottens läns landsting, Region Skåne, Stockholm läns landsting, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland, Västra Götalandsregionen, och Landstinget i Östergötland.

I den rekvisition som landstingen lämnar till Försäkringskassan för att få ersättning för AFU redovisas tidsåtgången för involverade professioner. För ersättning vid utvidgad AFU är det nödvändigt eftersom ersättning ges för varje arbetad timma av alla professioner utom läkaren. Läkartiden redovisas även för enkel AFU trots att ersättningen är en fast summa oberoende av antal timmar eller besök.

Tabell 3. Involverade professioners medverkan vid AFU.

Profession	Tidsåtgång per utredning (timmar)	Medverkan, andel av alla AFU (%)	Medverkan, andel av utvidgade AFU (%)
Legitimerad läkare med specialistkompetens	6,5 (enkel AFU)	100	100
Psykolog	7,8	16	64
Sjukgymnast	4,7	11	43
Arbetsterapeut	5,9	12	47
Administratör/ Läkarsekreterare	2,5	100	100

Källa: se bilaga 1.

SKL har också tagit fram uppskattningar av tidsåtgång för AFU vilka redovisas som jämförelse i bilaga 1. Materialet är sammanställt av underlag från några landsting. Samstämmigheten med Försäkringskassans utbetalningsstatistik av tidsåtgång är god.

Tolkbehov

Behovet av tolk varierar stort. Av samtal med processledare för sjukskrivningsfrågor framgår att tolkbehov finns i 5–20 procent av utredningarna. Vid diskussioner med SKL uppskattar de att tolk behöver anlitas vid cirka 15 procent av alla utredningar. Vid AFU ersätts landstingen speciellt för tolkning. Det finns bara två rapporterade tillfällen med begäran om tolkersättning för 2013, med stor skillnad i antal utnyttjade timmar. För övriga utredningar ingår tolkkostnaden i ersättningen till landstingen. Dock har de flesta landsting avtal med leverantören om att extra tolkersättning utgår precis som vid annan vård. Det är viktigt att utrymme ges för tillräcklig tolkhjälp. Handläggarna på Försäkringskassan har en viktig roll i att avgöra detta eftersom de träffar patienten före utredningen. Socialstyrelsen använder 15 procent som en schablon vid kostnadsberäkningarna för alla tre typerna av utredningar i denna kartläggning.

Årligt utbildningsbehov för utredningar

Utförare av fördjupade medicinska utredningar måste ha genomgått behörighetsgivande utbildningar som anordnas av Försäkringskassan. Antal anställda som ges utbildningen bestäms av respektive landsting. Utbildningen ges ett fåtal gånger per år. Läkarnas utbildning tar tre dagar för TMU och SLU och ytterligare två dagar för AFU. För övriga professioner, vilka inte deltar i SLU, ger två dagars utbildning behörighet för både TMU och AFU eftersom utredningsmetoderna i AFU även är användbara vid TMU. Även den som har TMU-behörighet sedan tidigare ska delta i hela tvådagarskursen för AFU-

behörighet. Anledningen till detta är att grundutbildningen fram till och med våren 2011 endast var en dag och att det tidigare inte erbjudits uppföljningsutbildningar för övriga professioner. Försäkringskassan har därför bedömt att det finns ett värde för redan behöriga att uppdatera sin TMU-kunskap. Från och med 2014 ska samtliga aktiva utförare årligen delta i en lokal uppföljningsdag för att behålla sin behörighet. Efter dessa uppföljningsutbildningar kommer utförare som inte deltar vid någon uppföljningsdag inte längre vara behöriga.

Det är svårt att bedöma det kommande utbildningsbehovet. I tabell 4 redovisas uppskattningar av det årliga utbildningsbehovet gjorda av SKL och Försäkringskassan. Behovet av uppföljningsutbildning i tabellen motsvarar antalet idag aktiva per yrkesgrupp.

Tabell 4. Uppskattat behov i behörighetsgivande utbildningar.

Kurs		Uppskattat årligt behov, antal kursdeltagare
Läkare, SLU/TMU/AFU, 5 dagar		6
Läkare, SLU/TMU, 3 dagar		12
Läkare, AFU, 2 dagar		6
Övriga, TMU/AFU, 2 dagar	Psykolog	25
	Sjukgymnast	25
	Arbetsterapeut	20
Uppföljningsutbildning, 1dag	Läkare	80
	Psykolog	50
	Sjukgymnast	50
	Arbetsterapeut	40

Källa: Samlad bedömning utifrån uppgifter från SKL och Försäkringskassan, se bilaga 1.

Användarlicenser och bedömningsinstrument

Det finns olika bedömningsinstrument som kan behövas för att genomföra fördjupade medicinska utredningar. I den kostnadsuppskattning som SKL har gjort redovisas vilka bedömningsinstrument som utförarna kan behöva ha tillgång till för att genomföra fördjupade medicinska utredningar.[6]

Kostnader som tillkommer för att använda dessa bedömningsinstrument avser främst utbildningar och användarlicenser. Antalet deltagare i Försäkringskassans behörighetsgivande utbildningar är uppskattat till 25 psykologer årligen. Dessa behöver även utbildas i bedömningsinstrumentet Wais. Likaså behöver alla 20 arbetsterapeuter utbildas i bedömningsinstrumentet AWP. Samtliga instrument kräver användarlicenser som är personliga för användaren. Detta innebär att det årliga behovet av vardera licens är det samma som antalet nytillkommande behöriga psykologer och terapeuter.

[6] Dessa är Wais (Wechsler Adult Intelligence Scale), WMS III (Wechsler Memory Scale, 3rd edition) och Brief-A (Behavior Rating Inventory of Executive Function - Adult Version) för psykologer, och AWP (Assessment of Work Performance) för arbetsterapeuter.

Resursförbrukning för behandlingar inom rehabiliteringsgarantin

Rehabiliteringsgarantin har funnits sedan 2008 genom överenskommelser mellan staten och SKL. Huvudsyftet är att de diagnosgrupper som står för merparten av sjukskrivningarna ska få utökad möjlighet till medicinsk rehabilitering och därigenom åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland kvinnor och män i arbetsför ålder. Dessa grupper är icke specifika rygg- och nackbesvär samt lindrig och medelsvår psykisk ohälsa. Rehabiliteringsgarantin är begränsad till behandlingar som Statens beredning för medicinsk utvärdering har bedömt vara effektiva och evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser. Behandlingar som ingår i rehabiliteringsgarantin är kognitiv beteendeterapi (KBT) för psykisk ohälsa och multimodal rehabilitering på två olika nivåer, så kallad MMR1 och MMR2, för rygg- och nackbesvär. Landstingen får ersättning per patient som avslutar behandlings- eller rehabiliteringsinsatser inom ramen för den s.k. rehabiliteringsgarantin (5).

En viktig skillnad från ovan beskrivna utredningar är att behandlingarna som ingår i rehabiliteringsgarantin inte är beställningar av Försäkringskassan utan är en del av vårdens ordinarie åtagande. Försäkringskassans roll är därmed också mindre aktiv och främst kameral. Landstingen rapporterar antalet behandlingar inom rehabiliteringsgarantin som de utfört, och ersätts utifrån detta.

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Först genomförs en medicinsk bedömning av ifall patienten har behov av rehabilitering. KBT erbjuds patienter med lindrig eller medelsvår depression eller ångest, eller stressrelaterad ohälsa. Därefter startar behandlingen som kan ske individuellt eller i grupp, i en serie av 8–20 besök. Försäkringskassan ersätter landstingen för utförda behandlingar, oavsett antal besök eller form för besöken. Under 2013 betalade Försäkringskassan ut ersättning till landstingen för totalt 46 714 KBT-behandlingar. Interpersonell psykoterapi (IPT), som kan ges som alternativ till personer med depression, ersattes för 990 behandlingar. IPT ges liksom KBT i en serie besök, enskilt eller i grupp. Eftersom skillnaderna i tidsåtgång och personalkostnader är obetydliga, och den absoluta majoriteten av behandlingarna var KBT-behandlingar så används enbart termen KBT som begrepp i rapporten.

Involverade professioner och tidsåtgång

Enligt överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin mellan staten och SKL ger rehabiliteringsgarantin ersättning för KBT individuellt eller i grupp. För att få denna ersättning krävs att utredningen och behandlingen görs av utförare med någon av följande kompetenser:

1. Legitimerad psykolog eller psykoterapeut med KBT eller IPT-inriktning.

2. Legitimerad psykolog eller psykoterapeut med annan inriktning men med kompetens att arbeta med KBT-metoder eller IPT.
3. Behandlare som har en adekvat grundutbildning som t.ex. sjuksköterska, socionom, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare eller pedagog med påbyggnadsutbildning i KBT eller IPT i en omfattning som motsvarar minst grundläggande utbildning (steg 1). Personer med grundläggande utbildning bör ha handledning.

I landstingens rekvisitioner för KBT-behandlingar till Försäkringskassan anges vilken yrkeskategori som utfört behandlingarna, vilket gör det möjligt att analysera i vilken omfattning olika professioner utförde KBT-behandlingar under 2013. I tabell 5 redovisas yrkesfördelningen sammantaget för hela landet. De som främst utför KBT-behandlingar är psykologer (50 procent), socionomer/kuratorer (24 procent), psykoterapeuter (13 procent) och sjuksköterskor (5 procent). I en nyligen framlagd utredning av rehabiliteringsgarantin har Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) sammanställt registerutdrag från Region Skåne som bekräftar Försäkringskassans statistik (6).

Tabell 5. Involverade professioners deltagande i KBT/IPT-behandlingar.

Profession	Andel av KBT/IPT-behandlingar (%)
Psykolog	50
Socionom/kurator	24
Psykoterapeut	13
Sjuksköterska	5
Annan	8

Källa: Försäkringskassan. Se bilaga 1 för landstingsspecifik uppdelning.

Enligt överenskommelsen ska en behandlingsserie med KBT omfatta 8–20 behandlingstillfällen för att berättiga till ersättning genom rehabiliteringsgarantin (3). I utredningen av rehabiliteringsgarantin från IFAU har man beräknat den genomsnittliga behandlingslängden för KBT under 2012 genom att analysera registerutdrag från Region Skåne. I genomsnitt sträckte sig en behandling över 8,9 behandlingstillfällen med en standardavvikelse på 3,5 besök, det vill säga behandlingarna är relativt lika i omfattning.

Det har inte varit möjligt att identifiera någon studie eller registerkälla för att uppskatta längden på ett enskilt behandlingstillfälle inom KBT. Istället har personal från fyra olika landsting med insyn i verksamheten intervjuats. De uppskattar att ett typiskt behandlingstillfälle tar 60–75 minuter. För att med större sannolikhet inkludera tid för förberedelser, journalföring och annan administration kring patientens besök utgår beräkningarna i denna rapport ifrån tidsåtgången 75 minuter (se bilaga 1).

Gruppbehandling eller individuell behandling

KBT-behandlingar kan utföras i grupp eller i enskilda möten mellan patient och behandlare. Det har inte varit möjligt att identifiera någon mätning av omfattningen av respektive behandlingsform. I brist på underlag utgår beräkningarna ifrån att behandling sker individuellt. Detta kan gynna gruppbehandlare som troligen hinner behandla fler patienter på samma tid. Att

göra det motsatta valet skulle dock riskera att underkompensera individuella behandlare för deras arbete.

Multimodal rehabilitering (MMR)

MMR-1 och MMR-2 beskrivs samlat eftersom det bortsett från volymen av insats inte finns någon annan tydlig särskillnad. För beskrivningen av vilka professoner som utför behandlingarna och deras kostnader samt volym är de två nivåerna redovisade separat.

Liksom KBT-behandlingar föregås MMR av en medicinsk bedömning av om patienten har behov av rehabilitering och vilken inriktning den ska ha. Även MMR sker individuellt eller i grupp. Behandlingarna utförs normalt under 4–8 veckor. Mindre komplexa behandlingar klassas som MMR-1, mer komplexa som MMR-2. Under 2013 genomfördes 8 564 MMR-behandlingar som rapporterades till Försäkringskassan inom ramen för rehabiliteringsgarantin, varav 3 548 stycken klassades som MMR-1 och 5 016 klassades som MMR-2 (7).

Involverade professioner och tidsåtgång

Enligt överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin mellan staten och SKL ska ett team i MMR-1 och MMR-2 bestå av flera professioner. För att täcka nödvändiga kompetensområden för MMR är det lämpligt att teamet består av läkare, psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut och socionom. Beroende på lokala traditioner och möjligheter kan teamet kompletteras med andra professioner, t.ex. sjuksköterska och friskvårdspersonal.

Det är mycket svårt att beskriva ett typfall av multimodal rehabiliteringsbehandling då det i princip är ett samlingsbegrepp för olika behandlingsmodeller med vissa gemensamma element och kriterier. Olika vårdgivare skiljer sig åt avseende behandlingsteamens sammansättning, ifall de bedriver behandlingarna i grupp eller individuellt, och omfattningen av olika vårdinsatser inom behandlingsprogrammen.

I syfte att kartlägga resursåtgången hos olika MMR-team för denna rapport genomfördes en enkät riktad till olika MMR-vårdgivare (se bilaga 3). Enkäten genomfördes av Nordic Health Economics. Enkäten skickades till 36 olika vårdenheter i Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Gävleborgs län och Västerbottens län. Nitton vårdgivare besvarade enkäten. Dessa representerar ett årligt patientunderlag på ungefär 1 250 patienter. I tabell 6 redovisas den genomsnittliga tidsåtgången per behandlad patient för de olika professionerna, baserat på enkätsvaren.

Tabell 6. Involverade professioners tidsåtgång per behandling vid MMR-1 och MMR-2.[7]

Profession	MMR-1 (timmar)	MMR-2 (timmar)
Arbetsterapeut	3,6	14,4
Läkare	2,2	3,9
Psykolog	4,3	14,5
Sjukgymnast	7,7	17,7
Sjuksköterska	0,1	0,8
Socionom/kurator	1,2	1,6
Rehabiliteringskoordinator/samordnare	2,6	3,4
Annan	0,7	1,0
Totalt	**22,4**	**57,4**

Källa: Enkätsvar. Se bilaga 1 för landstingsspecifik uppdelning.

Gruppbehandling eller individuell behandling

Gruppbehandling är vanligt förekommande vid MMR-behandlingar. I sammanställningen av enkätsvaren har tidsåtgången per yrkeskategori för behandlingar som sker i grupp fördelats på de patienter som ingår i gruppen. I bilaga 1 finns även tidsåtgången för rent individuella behandlingar respektive behandlingar som utförs delvis i grupp och delvis individuellt. Denna uppdelning visar att tidsåtgången per patient endast skiljer sig marginellt åt mellan behandlingsformerna, varför det är rimligt att använda genomsnittet för samtliga patienter som en grov uppskattning av resursåtgången.

Tolkbehov

Några tidigare studier eller undersökningar av tolkbehovet finns inte, varken för KBT- eller för MMR-behandlingar. Gruppbehandlingar är vanligt inom båda behandlingsformerna, speciellt vid MMR. Då är tolk svårt att använda. Vårdenheterna som besvarat enkäten om resursåtgång vid MMR har också fått frågan om tolk används vid MMR. Svaren har varierat, men flera vårdcentraler använder inte alls tolk vid rehabiliteringsinsatser, vilket väcker frågan om tillgång till denna vårdform för dem som inte behärskar svenska.

I avsaknad av data är tolkbehovet uppskattat till 15 procent av all behandlingstid, i enlighet med övriga insatser i denna utredning. Socialstyrelsen är medveten om att det sannolikt är en överskattning av dagens tolkutnyttjande men det kan sägas spegla den kostnad det innebär att tillhandahålla tillräckligt tolkstöd.

[7] Tabellen innehåller inte uppgifter från Region Skåne eftersom de inte registrerar några MMR-1. Region Skåne har betydligt fler MMR-2 behandlingar registrerade än andra landsting, dock med klart färre behandlingstimmar per patient, se bilaga 1.

Kostnadsberäkningar

Enhetskostnader

Lönekostnader

Lönekostnaderna är beräknade utifrån att vårdgivaren har anställt all berörd personal. Semesterersättning, sociala avgifter och schablonbaserade avtalspensioner är inräknade i lönekostnaden. Vid bedömningen av lönenivån för respektive profession har både uppskattningar från några landsting och lönestatistik från Statistiska centralbyrån använts. Uppskattade timlönekostnader redovisas i tabell 7. Underlag och motiveringar finns redovisade i bilaga 2.

Tabell 7. Timlönekostnader för involverade professioner.

Profession	Månadslön kronor [1]	Månads-kostnad kronor [2]	Timkostnad kronor [3]
Läkare	80 000	129 140	769
Psykolog	40 000	64 570	384
Sjukgymnast	35 000	56 499	336
Arbetsterapeut	34 000	54 885	327
Socionom/ kurator	31 500	50 849	303
Sjuksköterska	31 200	50 365	300
Administratör	24 600	39 711	236
Central administratör	45 000	72 642	432

[1] Se bilaga 2 för val av lönenivåer.

[2] Månadskostnad efter påslag för semesterersättning (12 procent) och sociala avgifter (44,13 procent).

[3] Timkostnad beräknat på 168 arbetstimmar per månad.

Konsultarvoden

Vid de tillfällen som vårdgivare anlitar utförare på konsultbasis är timkostnaden högre än för egenanställd personal. I den mån som inhyrd personal anlitas beräknas kostnaden till 1 822 kronor per timme för läkare och 1 500 kronor per timme för psykologer (se bilaga 2). För övriga professioner har enbart kostnaden för anställd personal tillämpats.

Lokalkostnader

Lokalkostnaderna har schablonmässigt beräknats genom genomsnittet av landstingens redovisade lokalkostnader i förhållande till deras redovisade personalkostnader, vilket är 10,1 procent.[8] För alla utredningar och behandlingar har denna kostnad lagts till för lokalkostnader. Det är möjligen en mindre överskattning eftersom lokalkostnader för primärvård, inom vilken de flesta av dessa tjänster utförs, är lägre än för vissa typer av specialiserad vård.

[8] Se *SKLs statistik om hälso- och sjukvård och regional utveckling 2013, tabellbilaga E2013_140613*

Kostnader för vårdgivarnas administration och arbetsrelaterade kringaktiviteter

Ersättningen som utgår från Försäkringskassan ska täcka vårdgivarnas kostnader för administration och kringaktiviteter som ingår i personalens anställning. Med detta avses bland annat interna möten, fortbildningstid och raster. Till dessa personalrelaterade kostnader tillkommer kostnader för vårdgivarens organisation, till exempel kapitalkostnader och kostnader för att hantera avtal med uppdragsgivare och administrera kliniken. Dessa kan betraktas som fasta kostnader men varierar också beroende på hur vårdgivaren är organiserad. För kostnadsberäkningarna i denna rapport ingår dessa kostnader i arbetsrelaterade kringaktiviteter och är direkt proportionerliga till antalet tjänster. Olika procentsatser tillämpas beroende på arbetsgivare och arbetsmiljö. För beräkningarna i denna rapport har ett påslag på 20 procent på lönekostnaderna använts.

Tolkkostnader

Tolkförmedlingar har ofta differentierade taxor beroende på kompetensnivå och insatsens längd. När tolk anlitas till fördjupade medicinska utredningar och rehabiliteringsinsatser handlar det ofta om flera timmar långa uppdrag. Baserat på prisuppgifter från olika tolkförmedlingar föreslås att 545 kronor per timme används som en schablon för tolkkostnaden. Utöver tolktaxan debiteras också en resekostnad för tolken på 100 kronor per bokning.

Utbildningskostnader

Avgifterna för de obligatoriska utbildningarna varierar mellan olika kurstillfällen, bland annat beroende på konferenshotellens kostnader. I tabell 2 redovisas de genomsnittliga kursavgifterna hittills under 2014, vilka använts som en uppskattning av kommande kursavgifter.

Tabell 8. Kursavgifter, Försäkringskassans behörighetsgivande utbildningar.

Profession	Kurs	Kurslängd dagar	Genomsnittlig kursavgift
Läkare	TMU/SLU/AFU	5	17 665
	TMU/SLU	3	9 350
	AFU	2	5 445
Övriga professioner	TMU/AFU	2	7 535

Resekostnaderna för kursdeltagarna uppskattas till i genomsnitt 4 000 kr per kursdeltagare, och logikostnaderna till i genomsnitt 1 500 kr per kursdeltagare och natt. För kostnader för utebliven arbetstid används samma kostnad per timme som i andra beräkningar (se tabell 7).

Användarlicenser och bedömningsinstrument

Den nuvarande totala årliga kostnaden för licenser, bedömningsinstrument och därtill kopplad utbildning är uppskattad till 1,8 miljoner för samtliga typer av utredningar (se bilaga 2). Antalet utförda utredningar 2013 var 5 921. Den genomsnittliga kostnaden som är lagd till varje utredning i denna rapport är 302 kronor. Prisuppgifter för respektive instrument och därtill kopplad utbildning redovisas i bilaga 2.

Kostnad per tjänst

De kostnader som landstingen har för att genomföra och tillhandahålla fördjupade medicinska utredningar är dels rörliga kostnader kopplade till genomförandet av enskilda utredningar och dels de fasta kostnader för central administration som utgör en strukturell förutsättning för att kunna tillhanda utredningstjänsterna. De rörliga och fasta kostnaderna är beräknade separat.

Fördjupade medicinska utredningar

Den rörliga kostnaden för SLU, TMU respektive AFU beräknas utifrån genomsnittlig tidsåtgång för involverade professioner och uppskattade timkostnader. Till detta läggs tolkkostnader utifrån uppskattat tolkbehov, lokalkostnader enligt föreslagen schablon, samt schablonbaserade kostnader för vårdgivarnas arbetsrelaterade kringaktiviteter. Vidare har de totala kostnaderna för behörighetsgivande utbildningar och för bedömningsinstrument fördelats jämnt per utredning och lagts till den rörliga kostnaden eftersom de antas vara direkt relaterade till mängden utredningar som görs. Resultaten från kostnadsberäkningarna redovisas i tabell 9.

Tabell 9. Genomsnittlig kostnad per fördjupad medicinsk utredning (kronor).

	SLU	TMU	Enkel AFU
Lönekostnader	5 969	11 926	5 587
Kostnader för kringaktiviteter	1 194	2 385	1 117
Tolkkostnader	260	1 093	437
Lokalkostnader	603	1 205	564
Utslagen kostnad, behörighetsgivande utbildningar	672	672	672
Utslagen kostnad, bedömningsinstrument	302	302	302
Totalt	**9000**	**17 582**	**8 680**

Behandlingar inom rehabiliteringsgarantin

Kostnaderna för behandlingarna som ingår i rehabiliteringsgarantin utgörs av lönekostnader för behandlande vårdgivare, kostnader för lokaler, arbetsrelaterade kringaktiviteter, samt tolkkostnader. Dessa rörliga kostnader redovisas nedan. Tabell 10 visar den genomsnittliga lönekostnaden uppdelad på yrkesgrupp efter hur stor del varje yrkesgrupp utför av alla KBT-behandlingar. Tabell 11 redogör för den genomsnittliga totala rörliga kostnaden som är uppskattad till 6 163 kronor.

Tabell 10. Genomsnittlig lönekostnad per KBT-behandlad patient (kronor).

	Kostnad per behandling	Andel av behandlingar %	Genomsnittskostnad
Lönekostnad, psykolog	4 276	50	2 138
Lönekostnad, socionom/kurator	3 367	24	808
Lönekostnad, psykoterapeut	4 276	13	556
Lönekostnad, sjuksköterska	3 335	5	167
Lönekostnad, övriga	3 335	8	267
Totalt	-	-	**3 935**

Tabell 11. Genomsnittlig total kostnad per KBT-behandlad patient.

Resurs	Kostnad per patient (kronor)
Lönekostnader	3 935
Lokalkostnader	397
Kostnader för kringaktiviteter	787
Tolkkostnader	1 043
Totalt	**6 163**

Den rörliga kostnaden för behandling med både MMR-1 och MMR-2 utgörs av lönekostnader för behandlande vårdgivare, kostnader för lokaler, kostnader för arbetsrelaterade kringaktiviteter samt tolkkostnader. Den genomsnittliga kostnaden per patient som behandlats med MMR-1 uppskattas till 12 890 kronor (tabell 12).

Tabell 12. Uppskattad genomsnittlig kostnad per patient som behandlas enligt MMR-1.

Resurs	Antal timmar	Kostnad per patient (kronor)
Lönekostnad, arbetsterapeut	3,6	1 176
Lönekostnad, läkare	2,2	1 691
Lönekostnad, psykolog	4,3	1 653
Lönekostnad, sjukgymnast	7,7	2 590
Lönekostnad, sjuksköterska	0,1	30
Lönekostnad, socionom/kurator	1,2	363
Lönekostnad, samordnare/koordinator	2,6	615
Lönekostnad, annan profession	0,7	210
Lokalkostnader	-	841
Kostnader för kringaktiviteter	-	1 665
Tolkkostnader	-	2 056
Totalt		**12 890**

Den genomsnittliga kostnaden per patient som behandlats med MMR-2 uppskattas till 32 647 kronor (tabell 13).

Tabell 13. Uppskattad genomsnittlig kostnad per patient som behandlas enligt MMR-2.

Resurs	Antal timmar	Kostnad per Patient (kronor)
Lönekostnad, arbetsterapeut	14,4	4 704
Lönekostnad, läkare	3,9	2 998
Lönekostnad, psykolog	14,5	5 573
Lönekostnad, sjukgymnast	17,7	5 953
Lönekostnad, sjuksköterska	0,8	240
Lönekostnad, socionom/kurator	1,6	484
Lönekostnad, samordnare/koordinator	3,4	804
Lönekostnad, annan profession	1,0	300
Lokalkostnader	-	2 127
Kostnader för kringaktiviteter	-	4 211
Tolkkostnader	-	5 254
Totalt		**32 647**

Kostnadsberäkning, alternativt scenario med inhyrd personal

Som ett alternativt scenario har vi beräknat kostnaderna för de utredda insatserna ifall 50 procent av läkares och psykologers arbetsinsatser utförs av inhyrd personal med konsultarvode. Resultaten redovisas i tabell 14. Då konsultarvode betalas per arbetad timme görs inga påslag för arbetsrelaterade kringaktiviteter på kostnaden för inhyrd personal. Lokalkostnader och tolkkostnader är samma som ovan.

Tabell 14. Uppskattad sammanlagd kostnad per ärende, 50 procent inhyrda läkare och psykologer.

Insats	Kostnad per Patient (kronor)
SLU	12 091
TMU	21 847
Enkel AFU	11 604
KBT/IPT	9 756
MMR-1	16 113
MMR-2	41 933

Kostnader för landstingens centrala administration

För att kunna tillhandahålla fördjupade medicinska utredningar och behandlingar inom rehabiliteringsgarantin krävs att resurser tas i anspråk från landstingens centrala administration. Resursförbrukningen i denna utredning är mätt i antal årsanställningar som går åt för att administrera de tjänster Försäkringskassan beställer. Uttryckt i kostnadstermer motsvarar detta lönekostnaden för administrationen samt lokal- och övriga personalkostnader.

Förslaget nedan bygger på att några landstingsförvaltningar själva har uppskattat tidsåtgången för att administrera upphandlingar samt beställning och rapportering till Försäkringskassan (se bilaga 2). Det finns ett visst samband med hur stora patientvolymer som hanteras, därför har landstingen delats in i tre grupper efter hur många patienter som genomgått fördjupade medicinska utredningar respektive behandlingar inom rehabiliteringsgarantin under 2013. På det viset ges landstingen en ersättning baserat på tidigare volym av tjänster. Uppdelningen i tre grupper kan också göras efter ett förmodat behov av tjänsterna, till exempel befolkningsmängd i tre grupper.

Vidare är den fasta ersättningen uppdelad i medicinska utredningar och behandlingar. För den första gruppen är volymerna mycket mindre. De två typerna av tjänster hanteras också separat i de flesta landstingsförvaltningar i meningen att upphandlingarna görs separat och kontrakt skrivs med olika leverantörer som i huvudsak utför antingen utredningar eller behandlingar. Tjänsterna skiljer sig också åt i att utredningarna enbart utförs på beställning av Försäkringskassan, medan behandlingarna är en del av vårdens reguljära åtagande.

Landstingens uppskattade årliga kostnader för central administration av medicinska utredningar beräknas till 6,2 miljoner kronor. Tabell 15 visar förslag på fördelning till landstingen efter antalet utredningar.

Tabell 15. Uppskattning av kostnader och förslag till ersättning för landstingens centrala administration av fördjupade medicinska utredningar.

Kostnadsgrupp	Antal utredningar per år i landstinget	Resursåtgång (% av heltidstjänst)	Kostnad (kronor/år)[1]
1 (11 landsting)	< 100	20	203 000
2 (7 landsting)	100-500	35	355 000
3 (3 landsting)	> 500	50	507 000

[1]Baserat på årskostnad för heltidstjänst med 45 000 kronors månadslön

Beloppen inkluderar samma schablonpåslag på 10,1 procent för lokalkostnader och 20 procent för arbetsrelaterade kringaktiviteter för central administration som för rörliga kostnader.

Landstingens uppskattade årliga kostnader för central administration av behandlingar inom rehabiliteringsgarantin beräknas till 18,8 miljoner kronor. Tabell 16 visar föreslag på fördelning till landstingen efter antalet utredningar.

Tabell 16. Uppskattning av kostnader och förslag till ersättning för landstingens centrala administration av behandlingar inom rehabiliteringsgarantin.

Kostnadsgrupp	Antal behandlingar per år i landstinget	Resursåtgång (% av heltidstjänst)	Kostnad (kronor/år)[1]
1 (8 landsting)	< 1000	50	507 000
2 (10 landsting)	1000 – 8000	100	1 015 000
3 (3 landsting)	> 8000	150	1 522 000

[1]Baserat på årskostnad för heltidstjänst med 45 000 kronors månadslön.

Diskussion och slutsatser

Dagens ersättning i förhållande till faktiska kostnader

Grunden i denna utredning är lönekostnader för anställd personal. I beräkningarna har relativt generösa referensvärden för löner använts, till exempel tredje kvartilen i SCB:s lönestatistik för olika yrkesgrupper. Samtidigt är det orealistiskt att förvänta sig att landstingen klarar av att tillhandahålla tjänster åt statliga myndigheter som inte ingår i det regelbundna uppdraget till samma kostnad som andra jämförbara tjänster. Vården får en konsultativ funktion med oregelbundet uppdrag för dessa tjänster. Då är det också rimligt att ersättningen baseras på att en del av resurserna i sin tur måste anlitas tillfälligt. Därför beräknas hälften av personalgrupperna läkare och psykologer för respektive tjänst behöva hyras in. Det är denna kostnad som Socialstyrelsen föreslår är referensvärde för de fortsatta diskussionerna. De uppskattade genomsnittliga kostnaderna per ärende som beräknats i denna kartläggning, även efter ett genomsnitt av den föreslagna ersättningen för central administration är tillagd, är ändå lägre än de nuvarande ersättningsbelopp som utgår till landstingen enligt överenskommelserna mellan staten och SKL för 2014 (tabell 17). En starkt bidragande orsak till dessa skillnader är att lägre timkostnader applicerats i denna kartläggning än i de underlag som ligger till grund för 2014 års överenskommelser.

Tabell 17. Jämförelse mellan nuvarande ersättningsbelopp och den beräknade genomsnittliga kostnaden per ärende.

Insats	Nuvarande ersättning per ärende[9]	Beräknad genomsnittlig kostnad per ärende (kronor).			Andel av nuvarande ersättning (%)
		Vid timprisbaserad anställning	Vid 50 % inhyrd personal	Inklusive central administration[10]	Inklusive central administration
SLU	14 500	9 000	12 091	13 485	93
TMU	38 000	17 582	21 847	23 241	61
Enkel AFU	14 400	8 680	11 604	12 998	90
KBT/IPT	12 000	6 163	9 756	10 090	84
MMR-1	25 000	12 890	16 113	16 447	66
MMR-2	45 000	32 647	41 933	42 267	94

Beställning av tjänst eller stimulans

För den fortsatta dialogen om utformningen av statens finansiering är det viktigt att beakta den stora skillnaden mellan de två typerna av tjänster som har kostnadsberäknats i denna utredning. För beställda utredningar ersätter Försäkringskassan en tjänst som främst syftar till ett bättre beslutsunderlag

[9] Till skillnad från SLU och TMU ersätts AFU med tolkinsats med ytterligare 2 500 kronor. För samtliga behandlingar tillkommer också 1 000 kronor i utvecklingsbidrag per behandling.

[10] Kostnad vid 50 procent inhyrd personal och föreslagen ersättning för central administration utslaget per utredning.

för fortsatt hjälp till den försäkrade. Det är en ersättning för utredningsaktiviteten. För rehabiliteringstjänsterna däremot finns det anledning att vara mer noggrann med vad stimulansmedlen syftar till. Statsbidraget är idag tydligt utformat som ett aktivitetsstöd, men aktiviteten är inte detaljstyrd eftersom behandlingspaketet som ersätts kan variera stort till sitt innehåll. I bästa fall varierar innehållet efter den variation i behov som finns. Men innehållet kan också variera efter vad vårdgivaren förmår erbjuda. Volymen av varje tjänst är också vagt reglerad. Exempelvis stipulerar överenskommelserna en volym på 8–20 besök per behandling för KBT medan endast 8,9 besök görs i Region Skåne, vilket också är använt som beräkningsgrund i den här rapporten. Vad som är ett rimligt antal besök varierar men det kan vara så att en oreglerad mängd styr utvecklingen mot en nedre gräns.

Det finns ingen koppling mellan tilldelning av stimulansmedlen och måluppfyllelse vilket riskerar leda till stort fokus på aktiviteten snarare än resultatet. Ersättningen tar inte heller hänsyn till att den landstingsfinansierade vården har dessa rehabiliteringar i sitt ursprungliga uppdrag. Detta riskerar att leda till att statens stimulansstöd blir ett tak för hur mycket landstingen tar på sig att göra, istället för en stimulans till att göra mer än deras ursprungliga verksamhet motiverar.

Slutsats och förslag

Kostnaderna för landstingens centrala administration av tjänsterna som kostnadsberäknas i denna rapport relaterar inte proportionerligt till antalet tjänster som landstingen tillhandahåller. Det finns betydande skalfördelar för de större landstingen och någon genomsnittlig kostnad per tjänst är inte meningsfullt att tillämpa. Därför föreslår Socialstyrelsen att landstingen ges en fast ersättning för central administration, utöver ersättningen per tjänst.

Som framgår av rapporten finns flera ställningstaganden som påverkar bedömningen av landstingens kostnader för tjänster som Försäkringskassan beställer. Socialstyrelsen har i största möjliga utsträckning räknat på faktiska kostnader, sannolikt med en viss överskattning av dagens nivå av tolkutnyttjande. Dagens ersättningsnivåer är högre än dessa kostnader. Flera ställningstaganden behöver dock göras i förhållande till syftet med ett stimulansmedel, enligt diskussionen ovan. I tabell 18 finns Socialstyrelsens förslag till referensvärden för avtalen mellan staten och SKL.

Tabell 18. Förslag till referensvärden för fortsatta diskussioner om ersättning.

Insats	Beräknad genomsnittlig kostnad per ärende (kronor).	Föreslagen fast ersättning per landsting och år (kronor).		
SLU	12 091	Fördjupade medicinska utredningar	Kostnadsgrupp 1	203 000
TMU	21 847		Kostnadsgrupp 2	355 000
Enkel AFU	11 604		Kostnadsgrupp 3	507 000
KBT	9 756	Behandlingar inom rehabiliteringsgarantin	Kostnadsgrupp 1	507 000
MMR-1	16 113		Kostnadsgrupp 2	1 015 000
MMR-2	41 933		Kostnadsgrupp 3	1 522 000

Referenser

1. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2014. Socialdepartementet. Diarienummer 13/7328.
2. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om fördjupade medicinska utredningar 2014 –2015. Socialdepartementet. Diarienummer 13/7365.
3. Riktlinjer för kvalitetskrav för teambaserade medicinska utredningar (TMU) och särskilda läkarutlåtanden (SLU) som Försäkringskassan beställer från landstingen. Försäkringskassan. Diarienummer 058733-2013.
4. Förlängd försöksverksamhet med AFU 2014; redovisningsrutiner och krav. Försäkringskassan. Diarienummer 088713-2010.
5. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2014. Socialdepartementet. Diarienummer 13/7327.
6. Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro. IFAU. Rapport 2014:12.
7. Riktlinjer för kvalitetskrav för teambaserade medicinska utredningar (TMU) och särskilda läkarutlåtanden (SLU) som Försäkringskassan beställer från landstingen. Försäkringskassan. Diarienummer 058733-2013.

Bilaga 1. Resursåtgång per tjänst och yrkeskategori

Särskilt läkarutlåtande (SLU)

Tabell 1 presenterar de alternativa uppskattningar för tidsåtgång per yrkeskategori för SLU som funnits att tillgå. Överst i varje yrkeskategori är den tid angiven som Socialstyrelsen tillämpat i kostnadsberäkningarna. Det är genomgående den längsta tid angiven av ett landsting.

Tabell 1. Sammanställning av inhämtade underlag om olika professioners tidsåtgång för SLU.

Profession	Källa	Total tid per utredning (timmar)	Specifikation av delmoment	Tid, delmoment (timmar)
Läkare	Tillämpat i denna rapport	7	-	-
	Uppskattning SKL	8	Tid med patient	4
			Förberedelse och dokumentation	4
	Västra Götalands-regionen[1]	4,5	Inläsning	0,5
			Tid med patient	1–1,5
			Dokumentation	1,7
			Återkoppling	0,8
	Stockholms läns landsting[1]	7		
	Landstinget i Jönköpings län[1]	7	Förberedelsetid	1
			Tid med patient	2–3
			Efterarbete (dokumentation, administration)	3
Administratör	Tillämpat i denna rapport	2,3	-	-
	Uppskattning SKL	2	-	-
	Västra Götalands-regionen[2]	2,3	-	-
Tolk	Tillämpat i denna rapport	3[3]	-	-
	Uppskattning SKL	5	Tid med patient	4
			Återkoppling med läkare	1
	Västra Götalands-regionen[2]	2–3	Tid med patient	1–1,5
			Tidstillägg p.g.a. tolkning	1–1,5

1 Uppgifter ur underlag som SKL samlat in från landstingen (SKL).

2 Västra Götalandsregionen har satt samman ett processchema och studerat tidsåtgången för all ärenderelaterad administration för SLU och TMU. Ett enkelt okomplicerat ärende tar 20 minuter, och alla tillkommande extra moment tar cirka 20 minuter vardera. I genomsnitt var administrationstiden per SLU/TMU två timmar och 20 minuter.

3 Vid tolkbehov antas tolken medverka vid läkarens möte med patienten. En timme bedöms tillkomma utöver detta för såväl tolk som läkare.

Teambaserad medicinsk utvärdering (TMU)

Tabell 2 presenterar de alternativa uppskattningar för tidsåtgång per yrkeskategori för TMU som funnits att tillgå. Överst i varje yrkeskategori är den tid angiven som Socialstyrelsen tillämpat i kostnadsberäkningarna.

Tabell 2. Sammanställning av inhämtade underlag om olika professioners tidsåtgång för TMU.

Profession	Källa	Total tid per utredning (timmar)	Specifikation av delmoment	Tid, delmoment (timmar)
Läkare	Tillämpat i denna rapport	7[1]	-	-
	Uppskattning SKL	8	-	-
	Västra Götalandsregionen[2]	5	Inläsning	0,5
			Tid med patient	1–1,5
			Dokumentation	1,7
			Teammöte	1
			Återkoppling	0,8
	Stockholms läns landsting[3]	7	-	-
	Landstinget i Jönköpings län[3]	7	Förberedelsetid	1
			Tid med patient	1,5–2
			Efterarbete (teammöte, dokumentation, administration)	3–4
Administratör	Tillämpat i denna rapport	3	-	-
	Uppskattning SKL	3	-	-
	Västra Götalandsregionen[5]	2,3	-	-
	Landstinget i Jönköpings län[3]	2,5	-	-
Sjukgymnast	Tillämpat i denna rapport	5	-	-
	Uppskattning SKL	4	-	-
	Västra Götalandsregionen[2]	5	Inläsning	0,5
			Tid med patient	2
			Dokumentation	1,7
			Teammöte	1
	Stockholms läns landsting[3]	3,5	-	-
	Landstinget i Jönköpings län[3]	5	Förberedelsetid	0,5
			Tid med patient	1,5
			Efterarbete (teammöte, dokumentation, administration)	3

Tabell 2, fortsättning.

Profession	Källa	Total tid per utredning (timmar)	Specifikation av delmoment	Tid, delmoment (timmar)
Arbetsterapeut	Tillämpat i denna rapport	6	-	-
	Uppskattning SKL	6	-	-
	Västra Götalandsregionen[2]	5	Inläsning	0,5
			Tid med patient	2
			Dokumentation	1,7
			Teammöte	1
	Stockholms läns landsting[3]	5	-	-
	Landstinget i Jönköpings län[3]	5–6	Förberedelsetid	0,5–1
			Tid med patient	1,5–2
			Efterarbete (teammöte, dokumentation, administration)	3
Psykolog	Tillämpat i denna rapport	5	-	-
	Uppskattning SKL	6	-	-
	Västra Götalandsregionen[2]	5	Inläsning	0,5
			Tid med patient	1,5
			Dokumentation	1,7
			Teammöte	1
			Wais-test (5% av alla patienter)	8 (Cirka 0,5 per patient)
	Stockholms läns landsting[3]	5		
	Landstinget i Jönköpings län	3[4]	Tid med patient	1,5–2,5
			Efterarbete (teammöte, dokumentation, administration)	1–1,5
Tolk	Tillämpat i denna rapport	13[6]	-	-
	Uppskattning SKL	11	Tid med patient	9
			Återkoppling med teamet	2
	Västra Götalandsregionen	11–13	Tid med patient	7
			Tidstillägg p.g.a. tolkning	1–1,5 per profession

[1] Liksom för SLU är den längsta tidsåtgång som uppgivits i SKLs underlag från landstingen tillämpad.

[2] Alla utförare av TMU i Södra Älvsborgs sjukvårdsområde, Västra Götalandsregionen, arbetar heltid. De deltar i två team och hinner med 8 patienter/vecka. Detta motsvarar alltså 5 timmar per utförare och patient.

[3] Uppgifter ur underlag som SKL samlat in från landstingen (SKL).

4 Landstinget i Jönköpings län anlitar psykolog på konsultbasis för TMU. Genomsnittlig debiterad tid uppges vara 3 timmar.

5 Västra Götalandsregionen har satt samman ett processchema och studerat tidsåtgången för all ärenderelaterad administration för SLU och TMU. Ett enkelt okomplicerat ärende tar 20 minuter och alla tillkommande extra moment tar cirka 20 minuter vardera. I genomsnitt var administrationstiden per SLU/TMU två timmar och 20 minuter.

[6] Vid tolkbehov antas tolken medverka vid utredarnas möte med patienten. En timme bedöms tillkomma utöver detta för såväl tolk som utredare.

Arbetsförmågeutredning (AFU)

Nedan redovisas tidsåtgången för olika yrkeskategorier vid AFU enligt Försäkringskassans utbetalningssammanställning. Läkare deltar och leder alltid en AFU. Deras tidsåtgång för en enkel AFU redovisas i tabell 3.1. Tabellerna 3.2 till 3.4 nedan anger hur stort deltagandet är för de övriga tre professionerna vid utvidgad AFU. Tabellerna 3.5 till 3.7 visar tidsåtgången för varje profession vid AFU.

Tabell 3.1. Läkares redovisade tidsåtgång för enkel AFU 2013.

Landsting	Tid per utredning, (timmar)
Skåne	5,7
Jönköping	8,8
Västra Götaland	5,1
Norrbotten	4,0
Västerbotten	6,0
Västernorrland	6,2
Stockholm	10,2
Östergötland	6,1
Genomsnitt	**6,5**

Tabell 3.2. Psykologers deltagande i AFU 2013.

Landsting	Antal AFU med psykolog	Andel av alla AFU (%)	Andel av utvidgade AFU (%)
Skåne	13	13	42
Västra Götaland	15	12	65
Jönköping	2	15	40
Östergötland	4	17	67
Stockholm	15	33	100
Norrbotten	3	50	100
Västernorrland	2	8	67
Västerbotten	2	18	100
Totalt	**56**	**16**	**64**

Tabell 3.3. Sjukgymnasters deltagande i AFU 2013.

Landsting	Antal AFU med sjukgymnast	Andel av alla AFU (%)	Andel av utvidgade AFU (%)
Skåne	11	11	35
Västra Götaland	10	8	43
Jönköping	2	15	40
Östergötland	1	4	17
Stockholm	12	27	80
Norrbotten	0	0	0
Västernorrland	2	8	67
Västerbotten	0	0	0
Totalt	**38**	**11**	**43**

Tabell 3.4. Arbetsterapeuters deltagande i AFU 2013.

Landsting	Antal AFU med arbetsterapeut	Andel av alla AFU (%)	Andel av utvidgade AFU (%)
Skåne	14	14	45
Västra Götaland	7	6	30
Jönköping	1	8	20
Östergötland	1	4	17
Stockholm	14	31	93
Norrbotten	3	50	100
Västernorrland	1	4	33
Västerbotten	0	0	0
Totalt	**41**	**12**	**47**

Tabell 3.5. Psykologers redovisade tidsåtgång vid utvidgad AFU 2013.

Landsting	Antal AFU med psykolog	Total tid (timmar)	Tid per utredning (timmar)
Skåne	13	109	8,4
Västra Götaland	15	70	4,7
Jönköping	2	10	5,0
Östergötland	4	57	14,3
Stockholm	15	131	8,7
Norrbotten	3	12	4,0
Västernorrland	2	28	14,0
Västerbotten	2	18	9,0
Totalt	**56**	**435**	**7,8**

Tabell 3.6. Sjukgymnasters redovisade tidsåtgång vid utvidgad AFU 2013.

Landsting	Antal AFU med sjukgymnast	Total tid, (timmar)	Tid per utredning (timmar)
Skåne	11	57	5,2
Västra Götaland	10	32	3,2
Jönköping	2	14	7,0
Östergötland	1	5	5,0
Stockholm	12	61	5,1
Norrbotten	0	-	-
Västernorrland	2	10	5,0
Västerbotten	0	-	-
Totalt	**38**	**179**	**4,7**

Tabell 3.7. Arbetsterapeuters redovisade tidsåtgång vid utvidgad AFU 2013.

Landsting	Antal AFU med arbetsterapeut	Total tid, (timmar)	Tid per utredning, (timmar)
Skåne	14	82	5,9
Västra Götaland	7	44	6,3
Jönköping	1	7	7,0
Östergötland	1	5	5,0
Stockholm	14	86	6,1
Norrbotten	3	12	4,0
Västernorrland	1	6	6,0
Västerbotten	0	-	-
Totalt	**41**	**242**	**5,9**

Nedan följer uppskattad tidsåtgång för AFU från några enskilda landsting, sammanställt från underlag förmedlade av SKL.

Tabell 3.8. Uppskattningar från landstingen av tidsåtgång vid AFU, enkla och utvidgade.

Profession	Landsting	Tid per ärende, (timmar)	Antal ärenden	Kommentar
Läkare	Rygginstitutet, Västernorrlands län	7,3	16	Genomsnitt för okt 2013 och mars 2014.
	Västerbottens läns landsting	6	-	Uppskattad tidsåtgång
	Östergötlands läns landsting	8,1	27	Genomsnitt för sep 2013 - mars 2014.
Psykolog	Rygginstitutet, Västernorrlands län	13,3	3	Genomsnitt för okt 2013 och mars 2014.
	Västerbottens läns landsting	7	-	Uppskattad tidsåtgång.
	Östergötlands läns landsting	13,9	6	Genomsnitt för sep 2013 - mars 2014.
Sjukgymnast	Rygginstitutet, Västernorrlands län	5	3	Genomsnitt för okt 2013 och mars 2014.
	Västerbottens läns landsting	7	-	Uppskattad tidsåtgång.
	Östergötlands läns landsting	5	5	Genomsnitt för sep 2013 - mars 2014.
Arbetsterapeut	Rygginstitutet, Västernorrlands län	5	2	Genomsnitt för okt 2013 och mars 2014.
	Västerbottens läns landsting	7	-	Uppskattad tidsåtgång.
	Östergötlands läns landsting	5,3	1	Genomsnitt för sep 2013 - mars 2014.
Tolk	Västerbottens läns landsting	0,25	-	Uppskattad tidsåtgång.
	Östergötlands läns landsting	3	1	Genomsnitt för sep 2013 - mars 2014. Tolkning under ett läkarbesök.

En administrativ resurs antas vara delaktig i varje utredning. SKL uppskattar den genomsnittliga administrationstiden för varje enskilt ärende till 2,5

timme, inklusive extra arbete på grund av om- eller avbokningar, eller ofullständiga underlag. SKL har också förmedlat uppskattningar från några landsting. Dessa varierar i angiven administrativ tid men stödjer överlag SKLs uppskattning (tabeller 3.9–3.11).

Tabell 3.9. Administrationstid förknippad med enskilda ärenden, Region Skåne.

Utredningsform	Endast utredning (minuter)	+ tolk	+ 1 ombokning	+2 ombokningar
Enkel AFU	105	135	180	210
Utvidgad AFU	135	195	270	405

Tabell 3.10. Administrationstid förknippad med enskilda ärenden, Södra Älvsborgs sjukvårdsområde, Västra Götalandsregionen.

Utredningsform	Endast utredning (minuter)	Ofullständig	+ 1 ombokning	+2 ombokningar
AFU	75	-	135	-
Utvidgad AFU	95	145	-	165

Tabell 3.11. Administrationstid förknippad med enskilda ärenden, Västerbottens läns landsting

Moment	Tid (minuter)
Kontakter med FK: hantera beställning och ersättning	60
Utskrift av intyg/utlåtande	60
Bokning av läkare, kallelse, ev. ombokningar och avbokningar	15
Samtal med missnöjda/oroliga patienter	15
Extra tid vid tolkbehov	15

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Tabell 4.1. Olika professioners deltagande i KBT-behandlingar per landstingen 2013, enligt rapportering till Försäkringskassan.

	Antal behandlade patienter	Psykolog (%)	Socionom/ Kurator (%)	Psykoterapeut (%)	Sjuksköterska (%)	Övriga (%)	Ex. på övriga (>5 %)
Stockholm [1]	7 573	50	31	1	3	15	Läkare 8 %
Uppsala [2]	1 189	59	17	5		19	Psykolog/ psykoterapeut 13 %
Södermanland [2]	1 593	12	44	32		12	Beteendevetare 10 %
Östergötland [3]	1 830	Har inte redovisat behandlarkategorier					
Jönköping [1]	1 081	37	37	4	6	16	Arbetsterapeut 6 %
Kronoberg [3]	436	Har inte redovisat behandlarkategorier					
Kalmar [2]	875	39	3	11	22	25	Skötare 12 %, Beteendevetare 6 %, KBT- terapeut 6 %
Gotland [1]	298	58			42		
Blekinge [1]	627	31	10	42	5	12	Skötare 6 %
Skåne [1]	12 175	58	13	22	1	6	
Halland [2]	1 345	45	19	15	0	21	Samtalsterapeut 22 %
Västra Götaland [1]	11 153	48	26	14	7	5	Läkare 5 %

	Antal behandlade patienter	Psykolog (%)	Socionom/ Kurator (%)	Psykoterapeut (%)	Sjuksköterska (%)	Övriga (%)	Ex. på övriga (>5 %)
Värmland[3]	1 138	Har inte redovisat behandlarkategorier					
Örebro[1]	752	14	72	6		8	
Västmanland[2]	1 186	20	33	23	6	18	KBT- el. IPT-terapeut 10 %
Dalarna[2]	976					100	Samtalsterapeut 100 %
Gävleborg[3]	1 608	Har inte redovisat behandlarkategorier					
Västernorrland[1]	591	60	34		3	3	
Jämtland[1]	277	54	24	8	14		
Västerbotten[1]	403	29	33	25	6	7	
Norrbotten[1]	598	6	19	3	25	47	Sjukgymnast 21 %, Arbetsterapeut 18 %
Totalt, redovisande landsting	42 692 (89 %)	46	23	14	4	13	Sammanlagt från de län som redovisat behandlarkategorier
Totalt, inkluderade landsting	**35 528 (74 %)**	**50**	**24**	**13**	**5**	**8**	**Vissa län är exkluderade p.g.a. oklar behandlarkategori**

1 Landsting som inkluderas i den påföljande analysen.

2 Landsting som exkluderas från den påföljande analysen p.g.a. att en oklar behandlarkategori angetts för minst 10 procent av behandlarna i redovisningen (till exempel beteendevetare, samtalsterapeut, KBT-terapeut, psykolog/psykoterapeut).

3 Landsting som exkluderas från den påföljande analysen p.g.a. att de inte har redovisat behandlarkategorier.

Tabell 4.2. Uppskattningar av tidsåtgång per KBT-behandlingstillfälle.

Kommentar om tidsåtgång	Uppgiftslämnarens roll
"Genomsnittslängden för en KBT-behandling är 9 besök. Ett behandlingstillfälle består av 45 minuter patienttid + 15 minuter dokumentation, totalt en timme. Behandlingsserien inleds med 30 minuter inskrivning och avslutas med 30 minuter utskrivning. Underlaget till detta är 25 000 patienter som registreras i regionens vårddatabas."	Landstingets projektledare för rehabiliteringsgarantin.
"Ett besök tar ca en timme i anspråk, varav patienttid 30-45 minuter."	Landstingets processledare för rehabiliteringsgarantin.
"Det har varierat mellan ett minimum på 8 tillfällen plus uppföljning och 20 gånger plus uppföljning. Vid varje tillfälle går det cirka 75 minuter inklusive förberedelser och journalföring."	Rapportör av landstingets underlag för rehabiliteringsgarantin.
"När det gäller KBT, så bedriver vi även gruppverksamhet för detta. Vi har en sjukgymnast som också är utbildad kognitiv terapeut som har grupper som omfattar individuell bedömning, 7 gruppträffar + uppföljning en till två gånger, två timmar per gång med oftast 8 deltagare per grupp. Till detta tillkommer ca 20 timmar per grupp som omfattar kallelser, förberedelser, reflektion, dokumentation, bokning, kassaregistrering mm. Vi erbjuder även individuell KBT, där merparten av behandlingsserierna är avslutade inom tre till fem kontakter. Cirka 10 stycken individuella KBT-serier översteg 8 besök under 2013. Varje träff varar ca en timme."	Rehabiliteringskoordinator i primärvården.

Källa: Intervjuer med personal verksam inom rehabilitering.

Multimodal rehabilitering

Den genomsnittliga tidsåtgången per behandlad patient för de olika professionerna, baserat på enkätsvar, återges i tabellerna 5.1 och 5.2 nedan. Region Skåne särskiljer sig från de andra landstingen genom att de klassar all multimodal smärtbehandling som MMR-2. Dessa är därför särredovisade för MMR-2. Det framgår tydligt av statistiken att Skåne har ett omfattande program för MMR-2, men den enskilda behandlingen är i genomsnitt kortare än för övriga landsting.

Tabell 5.1. Tidsåtgång för MMR-1 och MMR-2.

	MMR-1	MMR-2	MMR-2, ej Skåne	MMR2, Skåne
Antal svarande vårdenheter	11	16	8	8
Antal patienter per år	325	1 102	406	690
Arbetstid per patient				
Arbetsterapeut (timmar)	3,6	9,2	14,4	6,2
Läkare (timmar)	2,2	4,9	3,9	5,4
Psykolog (timmar)	4,3	8,6	14,5	5,0
Sjukgymnast (timmar)	7,7	11,2	17,7	7,4
Sjuksköterska (timmar)	0,1	0,5	0,8	0,3
Socionom/kurator (timmar)	1,2	1,3	1,6	1,1
Samordnare/administratör (timmar)	2,6	4,4	3,4	4,9
Annan (timmar)	0,7	0,6	1,0	0,3
Totalt (timmar)	**22,4**	**40,6**	**57,4**	**30,6**

Källa: Enkätsvar.

Tabell 5.2. Tidsåtgång för MMR-1 och MMR-2 vid individuell (Ind) respektive gruppbaserad (Gr) behandling.

	MMR-1		MMR-2		MMR-2, ej Skåne		MMR2, Skåne	
	Ind	Gr	Ind	Gr	Ind	Gr	Ind	Gr
Antal svarande vårdenheter	6	8	7	13	3	6	4	7
Antal patienter per år	133	192	181	921	31	375	150	546
Arbetstid per patient								
Arbetsterapeut (timmar/patient)	5,1	2,6	5,1	10,0	12,5	14,6	3,5	6,9
Läkare (timmar/patient)	2,7	1,8	4,1	5,1	3,2	4,0	4,3	5,9
Psykolog (timmar/patient)	2,3	5,6	7,4	8,8	21,8	13,9	4,5	5,2
Sjukgymnast (timmar/patient)	8,3	7,3	10,8	11,3	21,0	17,4	8,7	7,1
Sjuksköterska (timmar/patient)	0,0	0,1	0,0	0,5	0,0	0,8	0,0	0,3
Socionom/kurator (timmar/patient)	2,0	0,6	2,1	1,1	4,3	1,4	1,6	0,9
Samordnare/administratör (timmar/patient)	3,1	2,3	4,5	4,4	1,2	3,6	5,2	4,9
Annan (timmar/patient)	1,4	0,2	1,2	0,4	0,0	1,1	1,4	0,0
Totalt (timmar)	**25,0**	**20,7**	**35,2**	**41,7**	**64,0**	**56,9**	**29,2**	**31,2**

Källa: Enkätsvar.

Tabell 6. Uppskattat utbildningsbehov.

Kurs		Uppskattat årligt behov enl. SKL[1]	Uppskattat årligt behov enl. FK[2]	Utbildade våren 2014[2]		Sammanlagd bedömning[3]	
Läkare, SLU/TMU/AFU, 5d		20–30	20	14	2	24	6
Läkare, SLU/TMU, 3d					4		12
Läkare, AFU, 2d					8		6
Övriga, TMU/AFU, 2d	Psykolog	64	96	27	9	70	25
	Sjukgymnast				12		25
	Arbetsterapeut				6		20

[1] Muntlig kommunikation, SKL.

[2] Underlag från Försäkringskassan.

[3] Samlade bedömning utifrån SKLs och Försäkringskassans uppgifter.

Bilaga 2. Kostnadsberäkningar

Löner

Tabell 1. Sammanställning av inhämtat underlag om lönenivåer för aktuella professioner.

Profession	Källa	Löneuppgift[1]
Läkare	Tillämpat i denna rapport	80 000 kronor/månad
	Västerbottens läns landsting	75 000 kronor/månad
	Landstinget i Jönköpings län	780 kronor/timme
	Västra Götalandsregionen	1 000 kronor/timme
	Stockholms läns landsting	1 000 kronor/timme
	Övre lönekvartilen i landstingssektorn (SCB)[2]	70 700 kronor/månad
Psykolog	Tillämpat i denna rapport	40 000 kronor/månad
	Rygginstitutet i Sundsvall	1 500 kronor/timme
	Landstinget i Jönköpings län	1 000 kronor/timme
	Västerbottens läns landsting	37 000 kronor/månad
	Västra Götalandsregionen	40 000 kronor/månad
	Stockholms läns landsting	740 kronor/timme
	Övre lönekvartilen i landstingssektorn (SCB)[2]	37 500 kronor/månad
Sjukgymnast	Tillämpat i denna rapport	35 000 kronor/månad
	Rygginstitutet i Sundsvall	35 000 kronor/månad
	Västra Götalandsregionen	35 000 kronor/månad
	Västerbottens läns landsting	27 000 kronor/månad
	Stockholms läns landsting	620 kronor/timme
	Landstinget i Jönköpings län	300 kronor/timme
	Övre lönekvartilen i landstingssektorn (SCB)[2]	29 700 kronor/månad
Arbetsterapeut	Tillämpat i denna rapport	34 000 kronor/månad
	Rygginstitutet i Sundsvall	34 000 kronor/månad
	Västra Götalandsregionen	35 000 kronor/månad
	Västerbottens läns landsting	27 000 kronor/månad
	Stockholms läns landsting	600 kronor/timme
	Landstinget i Jönköpings län	280 kronor/timme
	Övre lönekvartilen i landstingssektorn (SCB)[2]	29 300 kronor/månad
Socio-nom/kurator	Tillämpat i denna rapport	31 500 kronor/månad
	Övre lönekvartilen i landstingssektorn (SCB)[2]	31 500 kronor/månad
Sjuksköterska	Tillämpat i denna rapport	31 200 kronor/månad
	Övre lönekvartilen i landstingssektorn (SCB)[2]	31 200 kronor/månad
Administratör/ läkarsekreterare	Tillämpat i denna rapport	24 600 kronor/månad
	Övre lönekvartilen i landstingssektorn (SCB)[2]	24 600 kronor/månad
	Västerbottens läns landsting	28 000 kronor/månad

Profession	Källa	Löneuppgift[1]
Central administratör	Landstinget i Jönköpings län	224 kronor/timme
	Tillämpat i denna rapport	45 000 kronor/månad
	Västerbottens läns landsting	50 000 kronor/månad
	Övre lönekvartilen i landstingssektorn (SCB)	41 100 kronor/månad

[1]För den tillämpade lönekostnaden i rapporten har en subjektiv bedömning av de olika underlagen gjorts.

[2]SCB statistikdatabas (http://www.statistikdatabasen.scb.se, 2014-05-21): Arbetsmarknad/Lönestrukturstatistik, landstingskommunal sektor/Löner/Genomsnittlig månadslön, lönespridning m.m. inom landstingskommunal sektor efter yrke och kön, År 2000-2013". För yrkeskategorin "centrala administratörer" har "2470 administratörer i offentlig förvaltning" tillämpats.

Sociala avgifter

I denna rapport används genomgående SKLs rekommendation till landstingen för påslagen för sociala avgifter, 44,13 procent. Detta innefattar lagstadgade arbetsgivaravgifter, avtalsförsäkringar och avtalspensioner.[11]

Konsultarvoden

Vid de tillfällen som vårdgivare anlitar utförare på konsultbasis är timkostnaden högre än för egenanställd personal. Vid tidigare överenskommelser mellan SKL och Socialdepartementet har man utgått ifrån nationella taxan som timkostnad för läkare. Enligt förordningen som styr ersättningen i den är arvodet till en specialist i allmänmedicin 759 kr för 25 minuters tidsåtgång, vilket motsvarar ett arvode på 1 822 kr/tim. För psykologer är 1500 kronor per timme tillämpat efter uppgift från Rygginstitutet i Sundsvall.

Kostnader för bedömningsinstrument

Kostnader som är förknippade med bedömningsinstrument är dels att utföraren genomgår en utbildning i instrumentet, samt att en användarlicens bekostas. Ibland behöver man också ha tillgång till en manual för användning av instrumentet.

Tabell 2. Kostnadsuppgifter för bedömningsinstrument som används vid fördjupade medicinska utredningar.

Instrument	Profession	Kurslängd (dagar)	Kursavgift (kronor/person)	Licenskostnad (kronor/användare)	Manualkostnad (kronor/manual)
Wais	Psykolog	2 [1]	5 125 [1]	5 150 [2]	15 360[2]
WMS III	Psykolog	-	-	5 015 [3]	10 920[3]
Brief A	Psykolog	-	-	5 150 [4]	950[4]
AWP	Arbetsterapeut	2 [1]	4 000 [1]	600 [5]	-

1 Muntlig kommunikation, SKL.

2 http://www.pearsonassessment.se/wais-iv.html

3 http://www.pearsonassessment.se/wms-iii.html

4 http://www.hogrefe.se/Klinisk-psykologi/Neuropsykologi-och-minne/BRIEF-V1/

5 http://www.isv.liu.se/work-assessment?l=sv

Baserat på antalet som behöver använda bedömningsinstrumenten, avgifter, licens- och manualkostnader beräknas den totala kostnaden för kurser vara

[1111] http://www.skl.se/vi_arbetar_med/ekonomi/budget_och_planering/arbetsgivaravgifter

714 000 kronor. För användarlicenser och manualer beräknas kostnaden vara 395 000 respektive 681 000 kronor. Dessa 1 790 000 kronor fördelas vidare på det totala uppskattade antalet utredningar. Dessa är 956 SLU, 3 173 TMU och 1 792 AFU, totalt 5 921 stycken. Kostnaden per utredning är således 302 kronor.

Kostnader för landstingens centrala administration

Tabellerna 4 och 5 nedan redogör för landstingens egna uppskattningar av tidsåtgången för att centralt administrera utredningar respektive behandlingar. Indelningen i tre olika kostnadsgrupper som redovisas i rapporten är sedan gjort för att skapa en enkel uppdelning som speglar de olika storlekarna i volym, men som också beaktar att även en liten mängd tjänster kräver ett grundläggande centralt arbete.

Tabell 3. Arbetsbelastning förknippad med landstingens centrala administration av fördjupade medicinska utredningar.

Huvudman	Utredningsformer	Antal beställda utredningar 2013[1]	Arbetsbelastning (% av heltidstjänst)[2]
Västerbottens läns landsting	SLU, TMU, AFU	133	10
Region Skåne	SLU, TMU, AFU	874	50
Stockholms läns landsting	SLU, TMU, AFU	579	50
Södra Älvsborgs och Skaraborgs sjukvårdsområden i Västra Götalandsregionen	SLU, TMU, AFU	550	50
Landstinget i Jönköpings län	SLU, TMU, AFU	129	35
Landstinget i Kalmar län	SLU, TMU	154	10

[1] SLU+TMU+AFU (Källa Försäkringskassan)

[2] Uppgifterna är inhämtade genom personlig kommunikation med processledare eller samordnare för sjukskrivningsfrågor på de olika landstingen.

Tabell 4. Arbetsbelastning förknippad med landstingens centrala administration av behandlingar inom rehabiliteringsgarantin.

Huvudman	Antal behandlingar per år, 2013 (KBT, MMR)[1]	Arbetsbelastning (% av heltidstjänst)[2]
Region Skåne	14 000	100-200
Stockholms läns landsting	8 700	200
Landstinget i Jönköpings län	1 400	100
Landstinget i Kalmar län	1 300	140

[1] Försäkringskassan (muntlig kommunikation).

[2] Uppgifterna är inhämtade genom muntlig kommunikation med personal på de olika landstingen.

Bilaga 3. MMR-enkät till vårdgivare

Enkät – tidsåtgång för multimodal rehabilitering

Juni 2014

Bakgrund

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utreda vårdens kostnader för olika behandlingar, bland annat multimodal rehabilitering. Som en del i arbetet med att kartlägga tidsåtgången förknippad med multimodal rehabilitering genomför vi denna enkät som riktas till ett antal MMR-team på olika vårdnivåer. Vi hoppas få er värdefulla hjälp med att besvara dessa frågor.

Instruktioner

Vi ber er att besvara enkäten genom att fylla i svaren i tabellen nedan och återsända dokumentet till fredrik.olson@nordichealtheconomics.se

Vi är medvetna om att multimodal rehabilitering är ett paraplybegrepp som inrymmer olika behandlingsupplägg, och att det kan vara svårt att ge en samlad beskrivning av behandlingarna. Vi vill ändå be er, om möjligt, att besvara frågorna utifrån en uppskattning av en genomsnittlig behandlingsinsats. Om vissa frågor har svar som varierar avsevärt mellan olika patienter/behandlingar får ni gärna komplettera svaret med ett spann som beskriver variansen.

Om ni utför behandlingar på såväl MMR-1 som MMR-2-nivå ber vi er att om möjligt besvara frågorna för de två behandlingsnivåerna separat. Ifall svaren bara kan ges i samlad form ber vi er att ange detta i kommentarsfältet längst ner.

Kontakt

Vid eventuella frågor kontakta Fredrik Olson på telefon 0707-447782 eller mail: fredrik.olson@nordichealtheconomics.se

Fråga		MMR-1	MMR-2
1. Vilka behandlingar utför ert team? Markera med X.			
2. Hur många patienter påbörjar en MMR-behandling hos er per månad?			
3. Hur stor andel av patienterna behandlas i grupp och hur stor andel behandlas individuellt? Individuella moment kan få ingå i ett gruppbehandlingsprogram.			
4. Hur stora är behandlingsgrupperna?			
5. I hur stor andel (%) av de **gruppbehandlingar** som ni genomför är respektive profession involverad?	a. Arbetsterapeut		
	b. Läkare		
	c. Psykolog		

	d. Sjukgymnast		
	e. Sjuksköterska		
	f. Socionom/ kurator		
	g. Samordnare/ administratör		
	h. Annan (vilken?)		
6. I hur stor andel (%) av de **individuella behandlingar** som ni genomför är respektive profession involverad?	a. Arbetsterapeut		
	b. Läkare		
	c. Psykolog		
	d. Sjukgymnast		
	e. Sjuksköterska		
	f. Socionom/ kurator		
	g. Samordnare/ administratör		
	h. Annan (vilken?)		
7. Hur mycket aktiv arbetstid i timmar går i genomsnitt åt för respektive profession under ett **gruppbehandlingsprogram** där professionen är involverad? Alla aktiviteter förknippade med behandlingen beaktas, alltså även förberedelser i ärendet, teamsamtal, dokumentation, m.m.	a. Arbetsterapeut		
	b. Läkare		
	c. Psykolog		
	d. Sjukgymnast		
	e. Sjuksköterska		
	f. Socionom/ kurator		
	g. Samordnare/ administratör		
	h. Annan (vilken?)		
8. Hur mycket aktiv arbetstid i timmar går i genomsnitt åt för respektive profession under ett **individuellt behandlings-program** där professionen är involverad? Alla aktiviteter förknippade med behandlingen beaktas, alltså även förberedelser i ärendet, teamsamtal, dokumentation, m.m.	a. Arbetsterapeut		
	b. Läkare		
	c. Psykolog		
	d. Sjukgymnast		
	e. Sjuksköterska		
	f. Socionom/ kurator		
	g. Samordnare/ administratör		
	h. Annan (vilken?)		
9. Du som besvarar enkäten, vilken är din			

roll i teamet?	
Plats för kommentarer eller övrig information	

Slut – Tack för er medverkan!

Fredrik Olson
Senior Scientist, Nordic Health Economics
Telefon: 0707-44 77 82
Mail: fredrik.olson@nordichealtheconomics.se
Web: www.nordichealtheconomics.se