

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 31.01.2025
SAKSHANDSAMAR: Ivar Eriksen
SAKA GJELD: **Private ideelle institusjonar i Helse Vest**

ARKIVSAK: 2024/960
STYRESAK: **010/25**

STYREMØTE: **12.02. 2025**

.....

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret tek saka til orientering.
2. Styret ber administrerande direktør halde fram med tett oppfølging og dialog med alle institusjonene RHFet har avtale med, og sikre heilskapelege tenester for befolkninga på vestlandet.

Oppsummering

Hensikta med denne saka er å gi styret ein orientering om Helse Vest RHF sine løpande avtaler med private ideelle verksemdar. Det blir i saka gitt ein kort omtale av dei ulike leverandørane, gjort greie for historikken knytt til denne avtaleporteføljen og korleis den blir forvalta.

I tillegg blir det gitt en særskilt omtale knytt til finansiering av Haraldsplass Diakonale Sjukehus AS.

Saka inneheld vidare ein samla oversikt over volum kjøp av spesialisthelsetenester frå private for å gi styret eit heilskapleg bilete over dette området.

Fakta

Oversikt over avtaler med private tenesteleverandørar

Som ein del av sørge for-ansvaret inngår Helse Vest RHF ei rekke avtalar med private tilbydarar for å dekke behovet for spesialisthelsetenester i helseregionen. Avtalane med private leverandørar av helsetenester er ulike i form og innhald, og kan delast opp i tre kategoriar:

- Helse Vest RHF har driftsavtaler med sju private ideelle sjukehus og institusjonar med løpande/ikkje-tidsavgrensa avtaler. Dette er avtaleposisjonar som blei vidareført då staten overtok ansvaret for spesialisthelsetenesta frå fylkeskommunane i 2002. Desse institusjonane får fastsett oppdrag og tilhøyrande finansiering frå Helse Vest RHF gjennom ei årleg bestilling.
- Helse Vest RHF har også avtaler med ei rekke private kommersielle og ideelle leverandørar av spesialisthelsetenester inngått etter konkurranse i tråd med regelverket for offentlege anskaffingar. Dette er tidsavgrensa avtaler med tilbydarar av tverrfagleg spesialisert rusbehandling, spesialisert rehabilitering, kirurgi, psykisk helsevern, laboratorietenester og radiologietenester.
- Vidare har Helse Vest RHF avtaler med omlag trehundre privatpraktiserande avtalespesialistar, innanfor somatikk og psykisk helsevern. Avtalane blir inngått gjennom tildeling av avtaleheimlar til den enkelte spesialisten. Ordninga er regulert gjennom ein rammeavtale mellom dei regionale helseføretaka og Den norske legeforening/Norsk Psykologforening, individuell avtale og samarbeidsavtale mellom avtalespesialisten og det aktuelle helseføretaket.

Institusjonar med løpande avtaler

Dei sju private ideelle institusjonar som høyrer til den første gruppa er:

- Haraldsplass diakonale sykehus AS (somatikk)
- Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus AS (somatikk)
- Betanien sykehus AS (somatikk/psykisk helsevern)
- Solli DPS AS (psykisk helsevern)
- Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS (psykisk helsevern)
- Voss DPS NKS Bjørkeli AS (psykisk helsevern)
- NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS (psykisk helsevern)

Nivået på bestillinga for 2024, inkludert basisramme, ISF, og styrkingar som kom til gjennom året (eingongsmidlar og varige) var som følger (i heile tusen kronar):

Institusjon	Bestilling 2024
Haraldsplass diakonale sykehus	1 091 927
Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus	188 266
Betanien sjukehus	282 781
Solli DPS	155 058
Olaviken alderspsykiatriske sjukehus	110 963
Voss DPS NKS Bjørkeli	82 268
Jæren DPS	194 579
Totalt	2 105 842

Haraldsplass diakonale sykehus (heretter HDS) leverer akutte og elektive helsetenester i hovudsak innan indremedisin, og nokre tenester innan geriatri, ortopedi og kirurgi. Haugesund sanitetsforening revmatismesykehus (heretter HSR) er eit spesialsjukehus for revmatologiske sjukdommar og leverer tenester innanfor revmatologi og revmakirurgi, ortopedi og dermatologi. I tillegg til HDS og HSR leverer Betanien sykehus nokre somatiske helsetenester innanfor kirurgi og gynekologi, radiologi og laborietenester. Betanien sykehus leverer også psykiatriske helsetenester, også innan barne- og ungdomspsykiatri.

Dei fem andre private ideelle verksemdene leverer tenester innanfor psykisk helsevern. NKS Olaviken alderspsykiatriske sjukehus er spesialisert på eldre med ulike psykiske lidningar og menneske med demenssjukdommar. Solli DPS, Jæren DPS og Voss DPS leverer alle tenester innan psykisk helsevern.

Oversikt over kjøp frå private tenesteleverandørar i Helse Vest etter gjennomført konkurranse

Omfanget av kjøp frå private tenesteleverandørar etter gjennomført konkurranse har følgjande årlege økonomiske volum (i heile tusen kroner):

Fagområde	Årleg økonomisk volum (2024)
Tverrfagleg spesialisert rusbehandling	299 270
Psykisk helsevern	13 900
Spesialiserte rehabiliteringstenester (i regionen)	274 745
Spesialiserte rehabiliteringstenester (utanfor regionen)	76 300
Somatiske/kirurgiske tenester (1)	8 123
Radiologiske tenester	145 800
Medisinske laborietenester	14 830
Totalt	832 968

(1) Det er hausten 2024 inngått kontraktar med ein samla verdi på om lag 18 mill kr

Fordeling ideelle og kommersielle

Fordelinga mellom ideelle og kommersielle leverandørar i Helse Vest sin portefølje av leverandørar varierer innanfor dei ulike fagområda. Nedanfor er gitt ein oversikt over fordelinga mellom private kommersielle og private ideelle.

Fagområde	Kommersielle	Ideelle
Tverrfagleg spesialisert rusbehandling	0 %	100 %
Psykisk helsevern	2 %	98 %
Spesialiserte rehabiliteringstenester (i regionen)	23 %	77 %
Somatiske/kirurgiske tenester	1 %	99 %
Radiologiske tenester	100 %	0 %
Medisinske laboratorietenester	100 %	0 %

I Helse Vest RHF sine avtaler med Haraldsplass diakonale sykehus og Betanien sykehus inngår også radiologiske tenester. Desse tenestene er i denne oversikten ikkje skilt ut frå den øvrige aktiviteten ved desse institusjonane og inngår derfor i tala for somatikk/kirurgiske tenester.

Kommentarar

Overordna

Dei private ideelle institusjonane utgjør ein viktig del av det samla tenestetilbodet til befolkninga i Helse Vest sitt opptaksområde. Det er viktig at det potensialet desse aktørane utgjør blir nytta på ein god måte. Helse Vest RHF skal ha ein strategisk og bevisst haldning til korleis desse private aktørane blir nytta og korleis dei kan bidra med kapasitet, kompetanse og innovasjon.

Helse Vest RHF har i utviklingsplanen lagt til grunn at dei private ideelle institusjonane må ha felles eigarskap til og pliktar ovanfor samfunnsoppdraget og dei økonomiske rammene. Det inkluderer ansvaret for å sikre utdanning, opplæring, forskning og innovasjon. Avtalene og samarbeidet skal vere behovstyrt og innovasjonsfremjande, og rammevilkåra skal vere likeverdige og føreseielege. Finansieringa og vilkåra bør samstundes balansere behovet dei private ideelle har for å kunne gjere forsvarlege investeringar, med behovet helseføretaka har for å gjere endringar og tilpasse tenestetilbodet. Dei involverte helseføretaka må og ha ei aktiv rolle i oppfølginga av avtalene.

Helse Vest RHF er oppteken av å utvikle ein samhandling med dei private ideelle institusjonane prega av føreseielegheit, gjensidig tillit og openheit, effektivitet, god ressursutnytting og kvalitet på tenestene til beste for pasientane. Helse Vest RHF skal derfor legge til rette for god dialog og involvering samstundes som det er forventa at dei private ideelle institusjonane ikkje initierer anna type behandling eller anna type verksemd enn det som går fram av den årlege bestillinga.

Avtaleoppfølging - Institusjonar med løpande avtaler

Det blei i dei første åra etter den statlege overtakinga gjort eit arbeid saman med dei ideelle institusjonane for å utvikle eit nytt avtaleverk med Helse Vest RHF som ny oppdragsgivar. Avtaleforholdet er no regulert gjennom ein rammeavtale og ein årleg bestilling. Gjeldande avtaler mellom dei private ideelle verksemdene og Helse Vest RHF tok til å gjelde frå 1. januar 2005. Avtalene gjeld til dei eventuelt blir sagt opp med ein oppseiingsfrist på tre år. Avtalen med HDS har ein oppseiingstid på 12 månader.

Helse Vest utarbeidar kvart år ein skriftleg bestilling der det nærare blir gjort greie for ytinga sitt omfang og innhald;

- overordna prioriteringar som Helse Vest fastset for å oppfylle sine nasjonale forpliktingar
- behandlingstilbod
- prioriterte pasientgrupper
- årleg økonomisk ramme og eventuell anna prisfastsetting
- volum/kapasitet på tenestene
- rapportering
- kvalitetsmål

Institusjonane har ikkje forhandlingsrett knytt til bestillinga, men denne skal utformast etter drøftingar.

Når det gjeld vederlag, blir dette satt i den årlege bestillinga. Hovudretninga for betalingsmodellen er lagt i den første bestillinga.

Helse Vest RHF har etter drøftingar rett til å gjere endringar, både i innhald i den årlege bestillinga og i finansieringsordninga. Slike endringar kan likevel ikkje skje utan samtykke frå verksemda dersom endringa medfører at ytinga si omfang og innhald, eller verksemda sitt totale finansieringsgrunnlag, blir vesentleg endra/svekka.

I dei årlege bestillingane er det i alle år teke inn formuleringar som innanfor eit budsjettår skal sikre dei private ideelle tilsvarande behandling som helseføretaka for nokre nærare bestemte tilfelle. Desse formuleringane er avgrensa til det aktuelle året bestillinga gjeld for.

Innleiande samtaler mellom Helse Vest RHF og dei private ideelle verksemdene om kommande års bestilling startar allereie, som vist i figur 1, i november. Dei private ideelle har i forkant levert inn innspel til bestillinga som inneheld deira behov og prioriteringar mv. Før oversending til Helse Vest RHF skal eventuelle ønsker om endring eller styrking vere diskutert med helseføretaket i det opptaksområde kor institusjonen er lokalisert.

Det blir gjennomført eit nytt møte knytt til bestillinga i januar før bestillingsdokumentet blir ferdigstilt og sendt ut til signering.

Den årlege bestillinga har likt oppsett for alle dei private ideelle verksemdene. Kva konkrete tenester som blir bestilt og kva hovudmål som gjeld dei ulike områda er individuelt tilpassa den enkelte verksemd.

Dersom det oppstår behov for ytterlegare leveranse av helsetenester i løpet av året, kan dette spesifiserast og gå fram av ein tilleggsbestilling.

Når	Hva	Ansvarlig
Januar	Bestillingsmøtene (Fysisk i Bergen) - Gjennomgang av status/leveranse siste tertial - Bestillingen - Eventuelt	Helse Vest kaller inn. Frist for innmelding av saker fastsettes i invitasjonen.
15. januar	Frist for innsending av årlig melding	Alle institusjonene. Sendes til post@helse-vest.no
Februar	Endelig årlig bestilling sendes ut til signering	Helse Vest RHF
Mai/juni	Individuelle oppfølgingsmøter: - Gjennomgang av status/leveranse første tertial - Eventuelt	Helse Vest kaller inn. Frist for innmelding av saker fastsettes i invitasjonen.
Juni	Institusjonene sender kopi av årsregnskap og årsberetning til Helse Vest.	Alle institusjonene. Sendes til post@helse-vest.no
30. september	Frist for å levere innspill til bestillingen (ønsker, behov, prioriteringer mv.)	Den enkelte institusjon. Sendes til post@helse-vest.no
Oktober Felles: Høstmøte	Gjennomgang av hovedlinjene i statsbudsjettet med vekt på bestilling, aktivitet og økonomi. Andre aktuelle tema.	Helse Vest kaller inn. Frist for innmelding av saker fastsettes i invitasjonen.
Senest november	Send ut mal for årlig melding	Helse Vest RHF
November	Individuelle møter, Innledende samtale om bestillingen. - Gjennomgang av status/leveranse 2. tertial - Drøfting av bestilling med gjennomgang av særskilte prioriteringsområder, budsjettmessige rammer mm.	Helse Vest kaller inn. Frist for innmelding av saker fastsettes i invitasjonen.
Desember	Fastsette overordnede økonomisk rammer (inntektsfordelingssaken)	Styresak Helse Vest RHF

Figur 1 Årshjul for ordinær oppfølgingsaktivitet med private ideelle

Årleg økonomisk ramme og eventuell anna prissetting og finansiering blir definert i bestillingsdokumentet. I tillegg er det i bestillingsdokumentet understreka at institusjonane ikkje skal initiere anna type behandling eller anna type verksemd enn det som går fram av bestillinga med mindre det er avtalt med Helse Vest RHF.

Finansiering av basisramma frå staten til Helse Vest er basert på den nasjonale inntektsmodellen (Magnussen-modellen). Midlane dekkjer spesialisthelsetenesta si pasientbehandling innanfor Helse Vest sitt samla opptaksområde, uavhengig av kven som utfører behandlinga. Største delen av midlane blir deretter fordelt til de fire helseføretaksområda basert på regional inntektsmodell. Som det er gjort greie for ovanfor, er det inngått ein rekke avtaler med private ideelle og andre private aktørar om å levere spesialiserte helsetenester. Den økonomiske ramma som ligg i desse avtalene, vil bli dekkja av den samla basisramma innanfor dei respektive helseføretaksområda. Det inneberer at dei økonomiske rammene til private aktørar får innverknad på dei økonomiske rammene til eigne helseføretak.

Som ved finansiering av egne føretak består finansieringa av dei private ideelle leverandørane med løpande avtaler av ein basisløyving og ein innsatsstyrt finansiering (ISF). I tillegg kjem polikliniske inntekter etter registrert aktivitet. Basisramma blir justert årleg i samsvar med deflator, og er fastsatt med basis i eit historisk nivå kor det har vore årlege drøftingar opp gjennom åra. ISF baserer seg på rapportert aktivitet, målt i DRG-poeng. Bestillinga på DRG-poeng er ein overslagsløyving som vil bli avrekna basert på faktisk aktivitet når denne ligg føre etter at avrekningsutvalet har avslutta ISF oppgjeret. Det varierer korleis finansieringa blir fordelt gjennom grunnfinansiering og aktivitetsbasert finansiering. I 2024 utgjorde ISF 40%, men med verknad frå 2025 er ISF delen justert til 30%.

I bestillingsdokumentet blir basisramme med eventuelle endringar/styrkingar oppgitt. Vidare blir det oppgitt eit volum av aktivitet i DRG-poeng som grunnlag for a-konto utbetaling av den aktivitetsbaserte finansieringa. Det er ingen kopling mellom fastsetting av overslagsløyvinga på ISF-inntekt og basisramma.

Gjennom bestillinga vil dei private ideelle verksemdene i tillegg til grunnfinansieringa ofte få finansiert styrking på prioriterte områder. Ein slik styrking kan gå inn i basisløyvinga som varig eller den kan vere knytt til tidsbestemte prosjekt eller satsingsområde.

Avtaleoppfølging – Konkurransenutsette avtaler

Innanfor dei ulke kategoriane avtaler er det etablert ein behovstilpassa struktur for avtaleoppfølging. Normalt blir det gjennomført 2 – 3 individuelle oppfølgingsmøter per leverandør per år med fast agenda basert på sentrale kontraktselement som aktivitet, kvalitetskrav, beleggspersent, bemanning med vidare. Utover det blir det gjennomført møter etter behov.

Ved inngåing av nye avtaler blir det alltid gjennomført oppstartsmøter. Ut frå formål med avtalen og for å legge til rette for god samhandling blir aktuelle helseføretak involvert i førebuing og/eller gjennomføring av slike oppstartsmøter.

Finansiering av HDS

Med ca. 1300 tilsette er HDS eit mellomstort akuttsjukehus og den største private ideelle verksemda innanfor Helse Vest sitt opptaksområde. HDS har lokalsjukehusansvar innan akutt indremedisin for omtrent en tredjedel av innbyggjarane i Helse Bergen sitt opptaksområde, inkludert dei seks kommunane i Nordhordland, Gulen, Samnanger og bydelane Bergenhus, Arna og Åsane i Bergen kommune. Til saman utgjer dette om lag 150 000 innbyggjarar.

HDS er eit aksjeselskap eigd av stiftinga Diakonova Haraldsplass. Sjukehuset er lokalisert like i nærleiken av Haukeland universitetssjukehus, i bygningsmasse som blir leigd av stiftinga.

Utilstrekkeleg finansiering og manglande føreseielegheit har vore eit gjentakande tema i dialogen mellom Helse Vest RHF og HDS kring den årlege bestillinga. Dette blei tema i inntektsforelingsarbeidet i 2017. Ved Helse Vest styret si behandling av saka (sak 070/17) i styremøte 21. juni 2017 blei ønsket frå HDS om ein sterkare involvering i arbeidet med revisjon av inntektsfordelingsmodell tatt til følge. Styret gjorde vedtak om at HDS blei innlemma i den ordinære budsjettprosessen til Helse Vest RHF og

fekk på denne måten signal om budsjetttramma i førebels inntektsfordeling frå og med budsjett 2019. Dette har reint praktisk blitt handtert gjennom at HDS har fått ein eigen kolonne i inntektsfordelinga som viser den økonomiske ramma for budsjettåret. Samstundes blei den samla økonomiske ramma satt med basis i at HDS skulle ha same vekst som Helse Bergen. Intensjonen var at ein gjennom denne tilnærminga skulle ha tilstrekkeleg objektivitet i inntektsmodellen til å fastsette den årlege økonomiske ramma til HDS.

I budsjettet for 2021 blei det frå HDS sin side løfta fram forhold som sjukehuset meinte ikkje blei ivareteke på ein tilstrekkeleg måte gjennom den årlege veksten som var knytt opp mot Helse Bergen. Dette resulterte i at HDS i tillegg til kompensasjon for vekst som følgde av modellen, jf. omtale ovanfor, også fekk ein oppjustering av basisramma med 20 mill. kroner. Dette blei satt som ein ny «base-line» for kommande års berekning av økonomisk ramme. Intensjonen var igjen at inntektsmodellen skulle ivareta HDS på ein tilstrekkeleg måte. Det er viktig å understreke at bestilte DRG-poeng hadde ingen tilsvarende auke, og Helse Vest RHF har lagt til grunn at ved semje om ny baseline mellom partane på dette tidspunkt, var det den faktisk forventa aktiviteten som blei lagt til grunn.

På tross av justeringa som blei gjort i 2021 har bestillingsmøta med HDS halde fram med å stille spørsmål ved grunnfinansieringa. HDS har frå og med budsjettåret 2023 jamleg framheva at dei står i ein situasjon der dei økonomiske rammetingingane for sjukehusdrifta framover blir påverka av to negative forhold som i sum inneberer at finansieringa av HDS ikkje er berekraftig på sikt. Dei to forholda er

- Demografiske endringar i befolkninga gir aktivitetsvekst som vil vere langt ut over det som er finansiert med basisramme gjennom dagens praktisering av inntektsfordelingsmodellen
- Redusert og ytterlegare fallande ISF-sats for den same aktivitetsveksten

HDS har på denne bakgrunn bede om at det blir gjort ein endring i måten drifta deira blir finansiert på, og at sjukehuset får ein finansieringsmodell som i større grad finansierar den faktiske pasientbehandlinga HDS utførar. I dialog med Helse Vest har HDS presentert to alternative finansieringsmodellar som dei meiner vil kunne finansiere veksten i pasientbehandlinga på ein betre måte enn dagens modell. Den eine modellane er ein modell der den avvikande veksten innan ø-hjelp blir finansiert med eit mellomlegg. Den andre er ein modell som tettare innlemmar HDS i inntektsmodellen, tilsvarende helseføretaka.

Kommentarar til utfordringsbilete og ønsker presentert av HDS

Helse Vest RHF har i dialog med HDS anerkjent at sjukehuset står ovanfor krevjande utfordringar der dei skal handtere ei stadig aukande mengde eldre indremedisinske pasientar. Spørsmålet er om dette utfordringsbilete er meir krevjande for HDS enn for helseføretaka. Helse Vest RHF har i løpet av 2024 arbeidd saman med HDS for å sjå nærare inn i dette utfordringsbilete og om det er grunnlag for å gjere justeringar i finansieringa.

HDS sitt ansvarsområde for befolkninga i opptaksområde er i hovudsak avgrensa til øyeblikkeleg hjelp indremedisin som aukar med eldre befolkning. Men auken i tal eldre har også konsekvensar for tilbodet innan andre fag, som til dømes augefaget, øyre-nase-hals, avansert kirurgi, kreft mv, som HDS

ikkje har ansvar for. Demografisk endring med stadig eldre befolkning kan derfor åleine ikkje vere grunn til å gje HDS ein relativ finansiering høgare enn Helse Bergen HF.

HDS har pr. i dag eit definert opptaksområde, men leverer berre somatiske tenester innfor nærare definerte fagområde. I det samla opptaksområde som HBE og HDS opererer i, er det relativ stor flyt av pasientar mellom sjukehusa. Vi ser mellom anna:

- 31 % av DRG poenga innan somatikk for innbyggjarane i HDS område blei generert ved HDS.
- 14 % av dei polikliniske konsultasjonar for innbyggjarane i HDS område blei generert ved HDS
- 40 % av dei polikliniske konsultasjonane ved HDS er utført på pasientar frå HBE område.

kjelde: [Gjestepasienter - Power BI Report Server](#)

All pasientbehandling innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling blir dekkja av andre sjukehus, private ideelle og andre private aktørar/private avtalespesialistar. Det same gjeld innfor rehabilitering og habilitering samt lab/røntgentenester. Mellom anna H-resept og prehospitale tenester blir handtert av Helse Bergen.

Ein framtidig innlemming av HDS i ein regional inntektsmodell med berre om lag 30% eigendekning av pasientbehandlinga, ville medført ein omfattande gjestepasienthandtering både innan regionen, men og nasjonalt. I tillegg til den praktiske handteringa av gjestepasientoppgjer, ville dette og skape nye diskusjonspunktar i forhold til nivå på pasientstraumar, kva nivå som er teke omsyn til i modellen og kva nivå som kjem i tillegg – mellom anna som følge av vekst eller andre forhold. Dette er ein problemstilling vi og ser mellom helseføretaka i dag, men som dei i kraft av sin samla økonomiske bereevne må handtere.

Helse Vest meiner derfor at ein innlemming av HDS i ein regional inntektsmodell kan vere særskilte krevjande, og det er knytt stor usikkerheit til om dette faktisk løysar dei forholda som HDS har påpeikt som svakheit i dagens modell. Ei slik endring vil også kunne føre til større usikkerheit i forventa inntektsnivå då fleire faktorar blir sett i spel, særleg som følge av at ein stor del av ein regional inntektsmodellen for HDS sin del vil vere prega av eit gjestepasientoppgjer.

Vidare arbeid

Helse Vest RHF og HDS er samde om å halde fram dialogen kring finansieringa av HDS. Dialogen må ta opp i seg dei investeringsbehov HDS har både på kort og lang sikt og korleis dei behova skal handterast. Det er semje om at første steg er å sikre ein god felles forståing kring korleis inntektsfordelingsmodellen i regionen verkar. Helse Vest har også understreka, og vist til praksis, med omsyn til korleis eventuelle tilleggsløyvingar gjennom året blir fordelt. På dette punkt gjeld eit likheitsprinsipp som også er nedfelt i det årlege bestillingsdokumentet.

Helse Vest RHF legg til grunn at HDS er gitt eit tilfredsstillande grunnlag for drift i 2025.

For Helse Vest RHF er det også viktig å halde fast ved det lojalitetsprinsippet som gjeld kring inntektsfordelingsmodellen. Å gjere endringar til fordel for nokon i perioden vil påverke økonomien

negativt for andre. Slike endringar vil sette heile modellen i spill, noko som ikkje er ønskeleg. Eventuelle grunngevrne endringar for HDS, medrekna eventuell full integrering i modellen, kan derfor første vurderast ved neste revisjon av inntektsfordelingsmodellen.