



## Styresak 121-2015

### Høringsuttalelse - Revisjon og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for TSB og psykisk helse

**Saksbehandler:**

Trude Grønland, Marit Barosen

**Saknr.:**

2011/681

**Dato:**

08.12.2015

#### Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Rapport "Gjennomgang og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse"

#### Bakgrunn:

Helse Nord innførte i 2011 inntektsfordelingsmodell for psykisk helse og TSB. Modellen fordeler ressurser mellom helseforetakene ut fra befolkningens behov, samtidig som arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene ivaretas. Modellen ble innfaset i regional inntektsfordeling i løpet av perioden 2011-2015.

I forbindelse med innføringen konkluderte Helse Nord med at det er behov for å gjennomgå og oppdatere modellen og beregningene i den, når modellen har vært i bruk noen år. Det er denne jobben som nå er utført. En prosjektgruppe bestående av representanter for helseforetakene og RHFet har utredet revisjonen/oppdatering av modellen og en styringsgruppe har godkjent rapporten, vedlagt, som ble oversendt Helse Nord RHF i slutten av september.

Modellen fordeler henholdsvis 2,2 milliarder kroner til psykisk helse og 330 millioner kroner til TSB mellom helseforetakene i 2015.

#### Prinsipper for modellene

Prinsipper som ligger til grunn for dagens modell, og som er foreslått videreført av Arbeidsgruppen:

- Likeverdig tilbud til alle pasienter uavhengig av hvor de bor.
- Arbeidsdeling mellom sykehus-, regionsfunksjoner og distriktpsikiatriske sentre (DPS)
- Samhandling og ivaretagelse av regionale kompetansemiljø i foretaksgruppen.
- Effektiv ressursbruk og utnyttelse av kapasitet.
- Behandling så nært hjem som mulig.

## 2. Utdrag av rapporten

Helse Nord har som intensjon å sikre at alle får et *likeverdig tilbud* fra spesialisthelsetjenesten, uavhengig av hvor de bor. De mener at modellen søker å underbygge dette ved at:

- Om lag 86 % av inntektene fordeles etter befolkningens antatte behov for spesialisthelsetjenester. Andelen er økt i forslag til reviderte modeller.
- Hele tilbudet i Helse Nord står til disposisjon for alle pasienter i regionen. Modellen legger til grunn fritt sykehusvalg og at alle tilbud i prinsippet skal være åpne for alle.
- For å forsterke prinsippet om likeverdig tilbud til befolkningen foreslår prosjektet at befolkningens bruk av private tilbud direkte finansiert av Helse Nord RHF påvirker ressursene som fordeles til befolkningen i helseforetakenes opptaksområde.
- Behovskomponenten er bygget på pasienttelling fra 2006 (TSB) og 2007/2008 (psykisk helse). Det foreligger ikke nye analyser av behov for spesialisthelsetjenester. Det er ikke noe som tilsier at forholdet mellom kommunene i Helse Nord sitt opptaksområde er endret, så modellenes behovskomponenter foreslås derfor videreført.

Dagens modeller og forslag til reviderte modeller har en "kostnadskomponent" som har to funksjoner:

- Den ivaretar og støtter opp under eksisterende funksjons- og arbeidsfordeling. Nasjonale, regionale, og sykehusfunksjoner ivaretas gjennom en basisfinansiering i kostnadskomponenten som alle helseforetakene bidrar til. Dette fordeler risiko mellom helseforetakene.
- Den håndterer særskilte "kostnadsulemp" for helseforetak og for ekstrakostnader knyttet til regionale sykehusfunksjoner, for eksempel økte kostnader som følge av avstand eller økt behov som følge av asylmottak.

Ved å videreføre en kostnadskomponent som finansierer kostnader (ut over betaling for intern mobilitet) til regionale funksjoner, unngår en at det etableres høyspesialiserte behandlingstilbud i strid med vedtatt funksjonsfordeling. Modellene skal dermed støtte opp under gjeldene funksjonsfordeling/ ønsket arbeidsdeling mellom sykehus-, regionsfunksjoner og distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det vil også synliggjøre behov for dialog mellom helseforetakene.

Prosjekt- og styringsgruppene anbefaler at kompensasjon/abonnementsbetaling i kostnadskomponenten, som tidligere, baseres på antatt behov. Dette vil være i tråd med mandatet som sier at modellen skal støtte opp under kompetansemiljø i Bodø, Tromsø og Karasjøk.

Prosjektet har gjennomgått funksjonene i kostnadskomponenten. Flere funksjoner foreslås tatt ut som følge av endringer i tilbudet, eller at tilbudet kun brukes av helseforetakets egne pasienter, da det dermed ikke er rimelig at de øvrige helseforetakene bidrar til finansieringen.

Finansiering av regionale funksjoner tar utgangspunkt i egne kostnader i dagens modell. Prosjektgruppen mener at dette ikke stimulerer til *effektivitet*. Det foreligger i dag nasjonale gjestepasientpriser som brukes i oppgjør mellom regioner. Disse prisene var ikke etablert når modellen ble laget i 2011. Prosjektet foreslår derfor at nasjonal gjestepasientpris (for DPS-behandling) legges til grunn for mobilitetskomponenten. Videre at nasjonale priser som hovedprinsipp danner grunnlag for å beregne størrelsen på kostnadskomponenten for regionale

funksjoner. Gruppen anbefaler derfor at man går bort i fra dagens kostnadsrefusjon, og at man velger en modell som antas i større grad å stimulere til effektivitet.

Modellene inneholder en form for intern stykkprisbetaling for all bruk av tilbud i andre HF. Dette stimulerer til riktig bruk av tilbudene og vil gi signaler om behov for å øke eller redusere kapasitet. Dette innebærer også at dersom man reduserer behandling av andre foretaks pasienter vil ressursene følge pasientene og inntektsrammen reduseres for helseforetaket.

SANKS har en særskilt bevilgning i kostnadskomponenten. Størrelsen på bevilgningen i nåværende modell er en videreføring av tidligere øremerket tilskudd. Prosjektet har gjennomgått dokumenterbare kostnader til nasjonal og regionale funksjoner. Særskilt bevilgning til SANKS foreslås redusert.

Asylsøkere som bor på mottak er ikke omfattet av behovsmodellene da de per definisjon ikke er bosatt i en kommune. Asylsøkere antas imidlertid å ha behov for helsetjenester. Det at asylsøkere ofte kommer fra krigs- og katastrofeområder kan være en indikasjon på høyere behov. På den annen side kan kulturelle forhold tilsi mindre bruk. Siden den relative effekten av disse forholdene ikke er belyst foreslås det å opprettholde antakelsen i modellen om at en asylsøkers behov for spesialisthelsetjenestene følger den generelle befolkningens behov. *(Merknad: Rapporten var fullført før den store strømmen av enslige mindreårige til mottak i Nord-Norge var kjent)*

*Behandling på riktig nivå og så nært hjem som mulig er ønskelig, både med hensyn til bruker og effektiv ressursutnyttelse. Modellen stimulerer til at DPS-tilbud skal gis lokalt, ved at prosjektet foreslår å videreføre en gjestepasientpris på 100 % av nasjonal gjestepasientpris for et DPS-liggedøgn/konsultasjon. Det betyr at det er kostbart dersom pasienter en burde behandle i eget foretak får sin behandling i et annet helseforetak.*

I nåværende modell ligger det inne en betaling til UNN og NLSH for ambulering over foretaksgrensene. I arbeidet med modellen er det avklart at UNN ikke ambulerer for å behandle pasienter fra andre HF i egen regi. NLSH har flere team som reiser ut og behandler pasienter i andre foretaksområder. Omfanget av denne ambuleringen er redusert og NLSH opplyser at de skal slutte med disse tilbudene. Denne betalingen i modellen foreslås derfor tatt ut. Eventuelle oppgjør mellom foretakene for slik behandling må da avtales bilateralt mellom foretakene.

### **Effekter og innfasing av modellen**

Oppdatering av modellene innebærer ikke at de samlede ressursrammer for psykisk helse og TSB i Helse Nord reduseres, men gjennomgang av modellen viser at en bør fordele ressursene mellom helseforetakene noe annerledes enn i dag. Effektene av modellen for psykisk helse foreslås innfaset over tre år, gjennom skjevfordeling av realvekst HFene imellom. Effekter av modellen for TSB foreslås innfaset i sin helhet i 2017.

Flesteparten av endringene prosjektgruppen foreslår er knyttet til kostnadskomponenten innen Psykisk Helsevern. De viktigste endringene er at bevilgningen til SANKS baseres på dokumenterte kostnader, og at finansieringen som gis til akutt- og alderspsykiatriske sykehusbehandlinger, samt dobbeltdiagnoser, beregnes på bakgrunn av nasjonalt bestemte gjestepasientpriser. Videre foreslår prosjektgruppen å fjerne særskilte bevilgninger i kostnadskomponenten til funksjoner som er lagt ned og tilbud som i all hovedsak leverer tjenester til eget befolkningsområde.

Finansieringsordninger som ikke har virket etter hensikten foreslås også fjernet. Den viktigste endringen som foreslås i mobilitetskomponenten er at betalingsansvaret for bruk av private tilbydere desentraliseres til helseforetakene.

Oppdatering av modellen viser at Nordlandssykehuset i mindre grad en tidligere ivaretar regionale funksjoner, og helseforetakets relative andel av inntektene reduseres dermed. For UNN er effekten

motsatt. Også Helgelandssykehuset skal ha en økt andel av inntektene som fordeles, mens Finnmarkssykehuset får redusert sine inntekter. Økte inntektsrammer skal sammenholdes med konkrete krav til økt aktivitet/nytt innhold i tjenester innen psykisk helse.

Helse Nord RHF ber i høringsbrevet til rapporten om tilbakemelding på følgende forhold:

- En vurdering av om modellen støtter opp om:
  - Vedtatt funksjonsfordeling
  - Nasjonale og regionale føringer
  - Behandling på rett nivå og så nært hjem som praktisk mulig
  - Samarbeid internt i og mellom helseforetak
  - Omstilling og effektivisering i sektoren
- Innfasing av modellen
- Andre forhold i modellen

Frist for høringsuttalelser fra helseforetakene og regionalt brukerutvalg er 15. januar 2015. Det oppfordres til involvering av tillitsvalgte og de lokale brukerutvalgene i arbeidet.

### 3. Konsekvenser av forslaget for NLSH.

Inntektsfordelingsmodellen har 3 komponenter; behovskomponenten (befolkningsdata etc), kostnadskomponenten og mobilitetskomponenten. I dagens psykiatrimodell benyttes nasjonale data fra pasienttellinger gjennomført av SINTEF høsten 2007 og våren 2008, mens kriteriesettet for TSB er basert på pasienttellingsdata fra 2006. Det finnes ikke oppdaterte analyser siden den nasjonale inntektsmodellen ble laget.

Rapportens estimerte kostnader per liggedøgn for akuttavdelinger og alderpsykiatriske avdelinger er bygget på bevilgningen for 2015 delt på antall liggedøgn i 2014. Øvrige beregninger i rapporten over kostnader og aktivitet er også basert på 2014-data, med unntak av kjøp fra private, hvor 2013-tall er lagt til grunn. 2014 var det året Nordlandssykehuset hadde sin laveste aktivitet innen psykisk helsevern på mange år. Aktiviteten er betydelig økt i 2015. Ved konkret beregning av fordeling for 2017, hvor den reviderte modellen tas i bruk, vil aktivitetsdata for 2015 legges til grunn. De beregninger som ligger i den siste tabellen i rapporten over hvor stor reduksjon NLSH kan få, vil derfor antas å være for høye.

For NLSH sin del er reduksjonen i bevilgningen knyttet til fire forhold:

- Bortfall av regional finansiering til en lokal funksjon (BUP korttidsenhet)
- Bortfall av bevilgning til ambulering (som ikke utføres).
- Overgangen til nasjonale priser vil redusere bevilgningen NLSH mottar for akutt- og alderspsykiatri.
- Inkludering av private tilbydere i modellen vil redusere bevilgningen til NLSH.

Nordlandssykehuset har en enhet på sykehusnivå som benyttes av alle helseforetak og av Helgelandssykehuset i like stor grad som av Nordlandssykehuset, men som ikke er inkludert i kostnadskomponenten. Dette er Enhet for Psykoser, som består av to døgnposter. En for unge nysyke og en for eldre kronikere. Tilbudet til de unge nysyke med psykoser er det eneste i sitt slag i landsdelen. Nordlandssykehuset har gjennom prosjektarbeidet argumentert med at denne enheten bør inkluderes i kostnadskomponenten fordi kostnadene ved drift av sykehusavdelinger er betydelig høyere enn drift av allmennpsykiatriske enheter. Forholdet er tatt opp i prosjektgruppen og

styringsgruppen ved flere anledninger, men Nordlandssykehuset har så langt ikke fått gjennomslag for sitt syn. Dette innebærer at driften av denne enheten på sykehusnivå, som benyttes av begge helseforetak, kun vil få finansiering etter samme modell som DPS-enhetene. Konsekvensene av dette vil bli at tilbudet ikke kan opprettholdes i den form og eller omfang som i dag.

Tabellen nedenfor viser total endring (både effekt av endring i kostnadskomponent og mobilitetspris) for psykisk helse.

Endring psykisk helse	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omfordeling kostnadskomponent	-16 277	32 870	-31 473	14 879	-0
Omfordeling endret mobilitetspris	4 543	-2 694	-6 326	4 477	0
<b>Sum endring Psykisk helse</b>	<b>-11 734</b>	<b>30 177</b>	<b>-37 799</b>	<b>19 356</b>	<b>-0</b>

Tabell 18. Total endring psykisk helse

For 2016 medfører oppdatering av eksisterende inntektsfordelingsmodell for NLSH en reduksjon i basisrammen på 20 millioner.

Konsekvensen av den foreslåtte nye modellen vil bli en relativ svekkelse i rammen med ytterligere 37,8 mill kr i perioden 2017-2019. Psykisk helse og rus klinikken har de siste årene redusert driften med 75 årsverk som følge av de tidligere rammereduksjoner etter oppdatering av eksisterende modell. En gradvis nedtrapping over 3 år vil ikke være gjennomførbar med nåværende struktur, da dette raskt vil føre til at bemanningen på enkelte avdelinger vil bli for lav til at forsvarlig drift kan opprettholdes.

Svekkelsen i rammen i perioden 2017-2019 er hovedsakelig knyttet til følgende forhold:

- Antall liggedøgn på Akuttpsykiatrisk avdeling går ned
- Kortidsenhet for ungdom benyttes ikke av andre helseforetak
- Bruk av private (Kløveråsen og Viken) belastes helseforetakene
- Ambulering til Helgelandssykehuset er opphørt

I tillegg taper Nordlandssykehuset mange millioner på innføringen av nasjonale gjestepasientpriser, ettersom våre driftskostnader i 2014 lå over kostnadene for landsgjennomsnittet.

Administrerende direktør vurderer konsekvensene av den foreslåtte rammereduksjonen frem mot 2019 slik at finansieringsmodellen truer foretakets evne til å kunne oppfylle krav i Oppdragsdokumentet, og vil kunne medføre nedlegging av tjenestetilbud for å holde budsjettbalanse.

Nordlandssykehusets representant i styringsgruppen hadde følgende protokolltilførsel til rapporten:

*«Den reviderte inntektsfordelingsmodellen har så store svakheter ved seg at hun ikke kan anbefale modellen. Både nasjonale føringer (gjennom strategidokumenter og oppdrag), aktivitet og andre utfordringer endres over tid. Tallgrunnlaget i behovskomponenten bygger på 7-8 år gamle data. Modellen er ikke tjenlig i forhold til de utfordringene vi har innen psykisk helse og TSB. Det er for tilfeldig hvilke rammebetingelser vi har fra år til år gjennom modellen. NLSH har fått avkortet sitt budsjett for psykisk helse i 2014 med 10 mill, i 2015 med 12,8 mill og for 2016 har vi fått trekk på 20 mill og altså en avkorting på ytterligere 37,8 mill i 2017.*

*En modell som medfører en rammereduksjon på ca 80 mill på 4 budsjettår samtidig som aktiviteten øker og vi gjennomfører de nasjonale strategier på alle punkter, kan ikke være*

*tilstrekkelig tilpasset intensjonene fra våre eiere. Konsekvensene av de foreslåtte rammereduksjonene på til sammen ca kr.58 mill for de kommende to budsjettår, vil derfor kunne bli dramatiske for pasientene i Nordlandssykehusets opptaksområde. Så store omlegginger av driften tar tid og det vil innebære oppsigelser i størrelsesorden 60-70 årsverk. Dette kan ikke gjennomføres på to år.»*

#### **4. Konsekvenser ift utviklingstrekk i Oppdragsdokument og nasjonale strategier**

Strategier og utviklingstrekk i Oppdragsdokument og nasjonale strategier er i all hovedsak rettet mot å forebygge sykehusinnleggelse og reduksjon i døgnbehandling generelt ved å vri fra døgn til dagbehandling, poliklinikk og ambulant virksomhet. Inntektsfordelingsmodellen baseres imidlertid i stor grad på antall liggedøgn, og etter vår oppfatning drar dette ikke i samme retning som Oppdragsdokumentets krav.

Nordlandssykehuset har fått rammereduksjoner i samtlige budsjettår siden dagens inntektsfordelingsmodell trådte i kraft. Dette har skjedd til tross for at foretaket har løst de oppdrag og strategier som skissert over. Tatt i betraktning at psykisk helse og TSB skal øke mer enn somatikken, er dette en utfordring for NLSH og for Helse Nord RHF. Nordlandssykehusets styre har tidligere vurdert at en ytterligere nedlegging av sykehusavdelinger vil kunne medføre en risiko i forhold til å opprettholde et forsvarlig tilbud til befolkningen.

Kommunene i distriktene har svært variabel kompetanse til å løse sine oppgaver og spesialisthelsetjenesten i distriktene (DPSene) har utfordringer med å løse sine oppgaver pga mangel på spesialister. Det er vårt inntrykk at den kommunale psykiatritjenesten over i flere kommuner blitt bygd ned de senere år. Dette vil kunne endre seg fra 2017 da kommunene skal betale for ferdigbehandlede pasienter også innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dagens status er likevel at utflytting av pasienter til kommunene og DPS-ene er utfordrende.

Det kan synes tilfeldig hvilke rammebetingelser foretakene har gjennom systemet/modellen. Dette fordi modellen er for sterkt basert på kortsiktige svingninger i aktivitet. Med dette sikter vi til:

- Aktivitet males basert på aktivitet i ett driftsår. Dette burde vært motvirket gjennom å bruke 3-års glidende gjennomsnitt For NLSH var 2014 et år med spesielt lav aktivitet. Aktiviteten i 2015 ligger pr. i dag 25 % over 2014.
- Modellen vektlegger aktivitet for sterkt i forhold til beredskap. For gitte funksjoner må beredskap opprettholdes 24/7, og ø-hjelpsberedskap må ta høyde for en beredskap som ikke alltid er i bruk. For eksempel er det slik at finansieringen av Akuttpsykiatriske avdelinger er basert på en aktivitet som varierer hele tiden, mens beredskapen må opprettholdes 24/7.
- Inkonsekvens i hvordan en teller aktivitet. Bruk av antall liggedøgn for akutt og alder (basert på 2014-tall), mens en bruker antall senger på elektive poster som sikkerhetsenhet og barne/ungdomsenheter, er ikke logisk i hht strategiske føringer for virksomheten, og er ikke en stimulans for effektivitet
- Argumentet om at det kun er nasjonale liggedøgnpriser som eksisterer for akuttvirksomhet, synes som et svakt argument. Disse er ikke korrigert for Magnussen-utvalgets merkostnader for virksomheten i Nord-Norge.
- Modellen er lite tjenlig for drift av sykehusavdelinger dersom avdelinger/enheter med pasienter fra flere enn ett helseforetak ikke kan beregne finansiering innenfor kostnadskomponenten. I lengden vil dette være for kostbart å drive for NLSH og en må påregne at slike pasienttilbud kan bli lagt ned. Det vurderes å være en svært uheldig utvikling og i strid med de nasjonale strategier for forebygging av/ og kronifisering av unge pasienter med psykoselidelser.

- Inntektsfordelingsmodellen baserer seg på en nasjonal modell som i sin tid ble utviklet for somatisk virksomhet. At behovskomponenten baserer seg på data som er 7-9 år gamle er et åpenbart problem, noe som også stadfestes i rapporten. Det konkluderes med at det ikke er tid eller ressurser til å gjennomføre ny telling. Nordlandssykehuset vurderer dette som en så betydelig svakhet ved modellen at det, sammen med de øvrige betenkn timer, gjør det vanskelig å slutte seg til de beregningene som er gjort

### **Direktørens vurdering**

Administrerende direktør mener det er uheldig at den regionale planen for psykisk helse- og rusomsorg ikke er ferdigstilt før finansieringsmodellen er behandlet. Dette fordi det kan stilles spørsmål ved om den foreslåtte inntektsfordelingsmodellen i tilstrekkelig grad tar høyde for utviklingstrekk og strategier i Oppdragsdokumenter og nasjonale strategier.

Ettersom modellen i stor grad baserer finansieringen på kortsiktige aktivitetsbetraktninger av liggedøgn, drar dette ikke i samme retning som føringene i nasjonale strategier og krav i Oppdragsdokumentet, der fokuset er rettet mot å forebygge sykehusinnleggelse og redusere døgnbehandling generelt ved å vri fra døgn til dagbehandling, poliklinikk og ambulant virksomhet. Nordlandssykehuset HF har over år jobbet med å erstatte liggedøgn med poliklinikk og dagbehandling. Dette straffes Nordlandssykehuset for i den nye modellen.

### **Innstilling til vedtak:**

1. Styret i Nordlandssykehuset HF anser at den framlagte modell for inntektsfordeling innen psykisk helse og TSB har for store svakheter til å være en godt egnet modell for finansiering av psykisk helse og rus-området
2. Styret finner det uhensiktsmessig å legge aktivitet målt ved siste års liggedøgn til grunn for beregning av inntekter til akuttpsykiatriske avdelinger. Dette er ikke en god finansiering av beredskap og stimulerer ikke til god gjennomstrømming og lav liggetid.
3. Styret ber Helse Nord RHF ta initiativ til å få utviklet nye data for beregning av behovskomponenten.
4. Styret ber Helse Nord RHF akseptere Enhet for psykoser som sykehusavdeling med kostnader som kompenseres av kostnadskomponenten.

### **Avstemming:**

### **Vedtak:**

# **Gjennomgang og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse**

**Innstilling fra prosjektgruppe oppnevnt av  
administrerende direktør i Helse Nord RHF**

Dato: 25.9.2015



## Forord

Organisering og tilbud i spesialisthelsetjenesten er under endring. Inntektsmodeller må derfor vedlikeholdes ved jevne mellomrom. Dagens modell for psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble utviklet i 2011 og implementert i perioden 2011-2015. Allerede ved implementeringen av modellen konkluderte Helse Nord med at det var behov for relativt raskt å gjennomgå beregningene i modellen.

Prosjektet som har gjennomgått inntektsmodellen for psykisk helse og TSB har vært bredt sammensatt. Både fag og økonomi i helseforetakene, i tillegg til ekstern kompetanse, representant fra brukerutvalget og konserntillitsvalgte, har bidratt i arbeidet.

Det er ikke laget forslag til ny modell. Regionale funksjoner og finansiering av disse er gjennomgått og det foreslås noen endringer, blant annet som følge av nedleggelse av tilbud, og et ønske om å stimulere til effektivitet. Hovedprinsippene i etablert modell foreslås videreført.

Fordeling av ressurser i Helse Nord bygger på et grunnleggende prinsipp om likeverdig tilbud. Dette fordrer at "pengene følger brukerne", slik at antatt behov i befolkningen ligger til grunn for fordeling av ressurser mellom foretaksområdene. Samtidig skal inntektsmodellene ivareta finansiering av sentraliserte tilbud, forsøke å bidra til samarbeid og utnyttelse av kapasitet. Da er det viktig at beslutninger som berører pasientbehandling og tilbud gjøres på faglig grunnlag, mens inntektsmodellen skal sørge for at ressursene tilfaller de som leverer tjenesten.

Avslutningsvis ønsker jeg å takke prosjektgruppen for et godt arbeid og godt samarbeid.

Beste hilsen

Hilde Rolandsen  
Leder av styringsgruppen/Eierdirektør

# Innholdsfortegnelse

Forord .....	2
Ordliste/forkortelse .....	5
Sammendrag.....	6
1. Innledning og mandat .....	6
2. Modeller for psykisk helsevern og tsb.....	10
2.1 Behovskomponentene .....	10
2.2 Kostnadskomponentene .....	11
3. Forholdet mellom kostnadskomponenten og mobilitetskomponenten.....	14
3.1 Kompensasjon basert på faktisk forbruk eller behov.....	15
3.2 Kompensasjon for kostnadsulemper .....	15
3.3 Kompensasjon for sykehusfunksjoner, regionale og nasjonale funksjoner.....	16
3.4 En nærmere gjennomgang av tjenestene i kostnadskomponenten .....	16
3.4.1 SANKS .....	17
3.4.2 Akutt/alderspsykiatri.....	18
3.4.3 Dobbeltdiagnoser .....	20
3.4.4 Akutt- og korttidsenhet BUP og Ungdomspsykiatrisk avdeling.....	21
3.4.5 Autismeteam .....	21
3.4.6 Sikkerhetsposter.....	22
3.4.7 Spiseforstyrrelser.....	23
3.4.8 Psykiatrisk Innsatsteam .....	24
3.4.9 Psykososialt team.....	24
3.4.10 Regionalt fagnettverk for Autisme, ADHD og Tourettes syndrom (R-FAAT) 25	
3.5 Kostnadskomponenten TSB.....	25
3.5.1 LAR i Nord .....	25
3.5.2 Tvang.....	25
3.5.3 Avrusning og utredning .....	26
3.5.4 Koordineringsfunksjon og barn som pårørende.....	26
3.5.5 Dropout .....	27
3.5.6 Rusmestringsenheter fengsel.....	27
3.5.7 Familieambulatorium.....	27
4. Private tilbydere.....	27

5. Mobilitetskomponenten.....	29
6. Totalmodell .....	32
7. Vedlegg: .....	37

## Ordliste/forkortelse

DPS	Distriktpsikiatrisk senter
NLSH	Nordlandssykehuset HF
PH	Psykisk helse
RVTS	Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
SANKS	Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern og rus
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge HF

## Sammendrag

Inntektsfordelingsmodellene som er i bruk i Helse Nord er bygd opp med en behovskomponent, en kostnadskomponent og en mobilitetskomponent. Det foreligger ikke nye data og analyser som muliggjør en oppdatering av behovskomponentene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helse (PH). Prosjektgruppen forslag til endringer er derfor knyttet til kostnads- og mobilitetskomponentene.

Flesteparten av endringene prosjektgruppen foreslår er knyttet til kostnadskomponenten innen PH. De viktigste endringene er at bevilgningen til SANKS baseres på dokumenterte kostnader, og at finansieringen som gis til akutt- og alderspsykiatriske sykehusbehandlinger, samt dobbeltdiagnoser, beregnes på bakgrunn av nasjonalt bestemte gjestepasientpriser. Videre foreslår prosjektgruppen å fjerne særskilt bevilgninger i kostnadskomponenten til funksjoner som er lagt ned og tilbud som i all hovedsak leverer tjenester til eget befolkningsområde. Finansieringsordninger som ikke har virket etter hensikten foreslås også fjernet. Den viktigste endringen som foreslås i mobilitetskomponenten er at betalingsansvaret for bruk av private tilbydere desentraliseres til helseforetakene.

Omfordelingsvirkningene av prosjektgruppens forslag er økte bevilgninger til UNN og Helgelandssykehuset. Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset får reduserte bevilgninger.

### 1. Innledning og mandat

Helse Nord innførte i 2011 en inntektsfordelingsmodell for TSB og psykisk helse. Modellen er tatt i bruk og innfaset i regional inntektsfordeling i løpet av perioden 2011-2015. I forbindelse med innføringen konkluderte Helse Nord med at det er behov for å gjennomgå og oppdatere modellen og beregningene i den, når den har vært i bruk noen år.

Viktige forhold som ligger til grunn for dagens modell:

- Modellen skal legge til rette for likeverdige helsetilbud for alle innbyggerne i regionen
- Hele helsetilbudet i regionen skal i prinsippet være tilgjengelig for alle pasienter
- Modellen ivaretar oppgjør for pasientbehandling mellom helseforetak i Helse Nord
- Modellen skal legge til rette for at pasienten får tilbud så nært sitt hjemsted som mulig
- Modellen skal støtte opp under kompetansemiljøene i Bodø, Tromsø og Karasjok

- Modellen skal støtte opp under gjeldende funksjonsfordeling
- Modellen skal bidra til effektivitet og omstilling i sektoren

### **Prosjektet skal**

- Gjennomgå prinsippene i modellen
- Gjennomgå teknisk oppsett av modellen
- Gjennomgå og oppdatere innholdet i kostnadskomponenten, herunder foreslå "objektive" kostnadsberegninger basert på nasjonale data (i dag benyttes egne regnskapsdata)
- Avstemme funksjonsfordelingen i Helse Nord med oppdatert plan for psykisk helse og TSB
- Implementere bruk av private tilbud i modellen
- Oppdatere beregningene av mobilitetskomponenten, særlig betaling for ambulering, herunder presisere tydelig hva modellen ivaretar
- Beskrive ansvars- og funksjonsfordelingen innenfor TSB som legges til grunn for modellen, og avstemme med oppdatering av plan for TSB
- Kommunisere prinsipper og funksjonsfordeling til sektoren og berørte
- Foreslå og vurdere grep som kan støtte opp under samarbeid mellom enheter i og mellom HF
- Bidra til kunnskap om og forankring av modellen i RHF og helseforetakene og i andre relevante fora

Det skal i arbeidet skal legges stor vekt på forankring av prosesser og utvikling av en best mulig felles forståelse for modellens elementer, logikk og empiriske avledninger. Finansieringsprinsippene og de kriteriebaserte fordelingsordningene som foreslås skal understøtte vedtatte strategier og helsepolitiske mål for Helse Nord. Modellen skal understøtte målet om likeverdige helsetjenester og sikre at vedtatte funksjonsfordelinger følges opp. Samtidig skal modellen gi insitamenter til effektiv drift.

Kriteriene i fordelingsmodellen må i størst mulig grad være basert på offentlig tilgjengelig statistikk, slik at modellen er etterprøvable. For å sikre forutsigbarhet over tid bør de indikatorene som velges kunne benyttes over flere år og oppdateres med endringer i kriterieverdiene.

### **Organisering og framdrift**

Modellen skulle vært ferdig utviklet og forankret i organisasjonen innen medio april 2015, slik at den kunne danne grunnlag for styrebehandling og fastsetting av rammer

2016 i juni 2015. I arbeidet med modellen ble det klart at det var behov for å utvide prosjektperioden. Prosjektperioden ble derfor utvidet til 1. oktober 2015. Saken vi derfor behandles i RHF styret i februar/mars 2016 og legges som grunnlag for budsjett 2017 og fremover.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF er prosjekteier og oppnevner styringsgruppe og prosjektgruppe som følger:

Styringsgruppe	Foretak	Rolle
Hilde Rolandsen	RHF	Leder av styringsgruppa
Fred Mürer	Helgelandssykehuset	Medlem
Trude Grønlund	NLSH	Medlem
Stein Erik Breivikås	Finnmarkssykehuset	Medlem
Carl-Erik Westgren	UNN	Medlem
Jann-Georg Falch	RHF	Medlem
Geir Tollåli	RHF	Medlem
Asbjørn Larsen	Regionalt brukerutvalg	Medlem
Eirik S. Holand	Konserntillitsvalgt	Medlem

Prosjektgruppe	Foretak	Rolle
Oddvar Kaarbøe	Helseøkonomisk analyse	Prosjektleder
Terje Hagen	Helseøkonomisk analyse	Prosjektdeltaker
Runar Solem	Finnmarkssykehuset	Prosjektdeltaker
Gunn Hætta	Finnmarkssykehuset	Prosjektdeltaker
Robert Karlsen	UNN	Prosjektdeltaker
Tommy Schjøberg	UNN	Prosjektdeltaker
Rune Holm	NLSH	Prosjektdeltaker
Marit Barosen	NLSH	Prosjektdeltaker
Grete Andreassen	Helgelandssykehuset	Prosjektdeltaker
Tove Lyngved	Helgelandssykehuset	Prosjektdeltaker
Sidsel Forbergskog	RHF	Prosjektdeltaker
Jann-Georg Falch	RHF	Prosjektdeltaker
Kirsti Freibu	RHF	Sekretær
Jan-Petter Monsen	RHF	Sekretær

Styringsgruppen ledes av Helse Nord RHF og består av representanter for helseforetakene, tillitsvalgte og brukerrepresentant. Prosjektgruppen består av innleid prosjektleder/utreder, samt deltakere fra RHF og helseforetakene.

Parallelt med oppdatering av inntektsmodellen utvikles og oppdateres Helse Nord sin plan for psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i et eget prosjekt. Arbeidet med gjennomgang og oppdatering av regional inntektsmodell må avstemmes med dette arbeidet.

Prosjektgruppen har hatt syv møter i perioden januar 2015 – september 2015, mens styringsgruppen har hatt fem møter i den samme perioden. Prosjektgruppen har hatt tre møter med fokus på sikkerhet, spiseforstyrrelser, avrusning og SANKS. I møtene har det blitt vektlagt å belyse hvordan tjenestene kommer hele regionens befolkning til gode. Ett av møtene ble lagt til NLSH psykiatri Rønvika i Bodø, og ett til UNN Åsgård. Det tredje møtet var planlagt til SANKS Karasjok, men måtte gjennomføres som telefonmøte pga. flytekniske problemer. Sekretariatet har også gjennomført et eget møte med SANKS.



## **2. Modeller for psykisk helsevern og TSB**

De modellene som legges til grunn til fordeling av inntekter til psykisk helsevern (PH) og TSB mellom helseforetakene er bygget opp på samme måte som inntektsmodellen for somatikk, dvs. med en behovskomponent som fordeler inntekter ut fra befolkningens behov, slik dette defineres, og med en kostnadskomponent som kompenserer helseforetakene for definerte kostnadselementer, "ufrivillige kostnadsulemper", samt for nasjonale, regionale og sykehusfunksjoner. Dette er funksjoner som i hovedsak er dyrere enn vanlig behandling, og som er sentralisert til ett eller to helseforetak selv om hele regionens befolkning mottar behandling der. I tillegg inneholder modellen en mobilitetskomponent som kompenserer økonomisk for behandling over helseforetaksområdene.

Behovskomponenten er basis for modellene og fordeler om lag 84 % av inntektene. De øvrige 16 % fordeles på bakgrunn av definerte kostnadsulemper. Mobilitetsoppgjøret omfordeler henholdsvis 4 % (psykisk helse) og 12 % (TSB). I de neste kapitlene presenteres hovedkomponentene i modellene nærmere. Hovedvekten legges på de forhold som er foreslått endret fra modellene som allerede er innført.

### **2.1 Behovskomponentene**

Behovskomponenten kompenserer helseforetakene og sykehusene for variasjoner i behovsrelaterte forhold som alderssammensetningen og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet. Det er egne behovskomponenter for både psykisk helsevern og for TSB:

I dagens psykiatrimodell benyttes nasjonale data fra pasienttellinger gjennomført av SINTEF høsten 2007 og våren 2008, mens kriteriesettet for TSB er basert på pasienttellingsdata fra 2006. Det finnes ikke oppdaterte analyser siden den nasjonale inntektsmodellen ble laget<sup>1</sup>, og det ligger utenfor prosjektets tidshorisont å søke om tillatelse for å samle inn data og gjennomføre nye analyser.

I den nasjonale modellen for psykisk helsevern er et storbyelement skjønnsmessig inkludert, men det er ikke en del av behovskomponenten i Helse Nord. Prosjektgruppen har diskutert om det er ønskelig å inkludere storbytillegget. Men, siden byene i Helse Nord er små og foretaksområdene store, vil ikke inkludering av et storbytillegg ha stor innvirkning på fordelingen. De andre kriteriene antas å fange opp en eventuell storbyproblematikk.

Det har også vært diskutert hvorvidt det er ønskelig å bygge behovskomponenten rundt såpass gamle analyser. Her er både prosjekt- og styringsgruppen enig i at det hadde vært ønskelig å ha tilgang til nyere analyser da helsesektoren har vært gjennom mange endringer siden 2006-08. Blant annet er det å forvente at Samhandlingsreformen vil ha

---

<sup>1</sup> Magnussenutvalgets innstilling som ble overlevert HOD i 2008.

påvirket bruk av og behov for tjenester knyttet til psykiske lidelser i både kommune- og spesialisthelsetjenestene. På den annen side er det ikke noe som tilsier at det relative forholdet mellom kommuner i Helse Nord sitt opptaksområde er endret. Styrings- og prosjektgruppene anbefaler derfor at dagens behovskomponent videreføres.

Tabell 1 viser andeler behov og andelen befolkning i de ulike helseforetakene. Tabellen viser at Finnmarks behov er litt større enn befolkningsandelen. For de andre helseforetakene er det liten forskjell mellom befolkningsandel og behov. Fra tabellen følger det at behovs- og befolkningsandelene til Finnmarksykehuset og UNN er på i overkant av 55 % av det totale estimerte behovet/befolkningen i Helse Nord.

	Finnmarkssykehuset	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
<b>Andel befolkning</b>	0,157	0,396	0,283	0,164	1
<b>Behov PH</b>	0,165	0,393	0,278	0,164	1
<b>Behov TSB</b>	0,167	0,390	0,282	0,161	1

Tabell 1. Andeler behovs- og befolkningsandeler. Befolkningstall fra 2014.

## 2.2 Kostnadskomponentene

Mens kompensasjonen som gis i behovskomponenten er bygd opp rundt kjennetegn ved befolkningen i de ulike helseforetaksområdene, skal kostnadskomponenten kompensere helseforetakene for definerte kostnadsulemper samt for ekstrakostnader knyttet til regionale sykehusfunksjoner. De regionale avdelingene gir imidlertid tjenestene til pasienter fra alle helseforetaksområdene. Oppbyggingen av kostnadskomponenten må derfor ses i nær sammenheng med oppbyggingen av mobilitetskomponenten. De regionale avdelingene vil dels finansieres gjennom et tilskudd i kostnadskomponenten og dels finansieres gjennom et gjestepasientoppgjør.

I tillegg gis kompensasjon for kostnadsulemper knyttet til undervisning og forskning utført innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling allerede gjennom kostnadskomponenten i somatikkmodellen. En synliggjøring av undervisnings- og forskningsinnsatsen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling vil ikke påvirke inntektsfordelingen mellom helseforetakene, men vil medføre ekstra administrativt arbeid siden undervisning og forskning knyttet til disse tjenestene da krever en særskilt registrering. Dagens ordning for kompensasjon av kostnadsulemper knyttet til undervisning og forskning foreslår derfor opprettholdt i somatikkmodellen.

Generelt er det to forutsetninger som må være oppfylt for at kostnadskompensasjon skal gis. For det første må kostnaden være knyttet til en aktivitet som det er ønskelig å kompensere direkte. For det andre må fordelingen av denne aktiviteten mellom helseforetakene avvike fra den relative fordelingen som helseforetakene får i behovsmodellen. Dette følger fordi beløpet som blir fordelt ved en eventuell kostnadskompensasjon trekkes ut fra behovsmodellen. Dersom den relative fordelingen

mellom helseforetakene er den samme i kostnads- og behovskomponenten vil ikke kostnadskompensasjon påvirke fordelingen av midler helseforetakene får.

Tabell 2 og tabell 3 viser kostnadskomponentene slik de ligger i dagens modeller, samt bevilgningene som er gitt for 2015.

	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Avstand	4 321	1 897	3 235	2 139	11 592
Asylmottak	1 746	7 634	4 373	2 876	16 629
SANKS	32 608	0	0		32 608
Kropp & Selvfølelse - Et kompetanseprogram		1 236	0		1 236
Akuttposter UNN/NLSH		43 611	54 448		98 059
Alderspsykiatri UNN/NLSH		3 767	0		3 767
Almenpsykiatrisk avdeling NLSH sentralsykehusfunksjon		0	5 376		5 376
Dobbeltdiagnose avd. NLSH/UNN		11 772	12 454		24 226
Psykiatrisk innsatsteam		0	7 395		7 395
Fagenhet for autisme		0	888		888
Akutt og korttidsenhet BUP og familieenhet BUP NLSH		0	37 041		37 041
Fagenhet for spiseforstyrrelser		0	1 431		1 431
Ungdomspsykiatrisk avdeling		21 274	0		21 274
Regionalt senter for spiseforstyrrelser		12 399	21 350		33 749
Sikkerhetsposter		25 103	26 277		51 379
OCD-team		1 236			1 236
Regionalt fagnettverk for autisme, ADHD og Tourettes syndrom (R-FAAT)		2 921			2 921
Psykososialt team		1 724			1 724
<b>SUM</b>	<b>38 676</b>	<b>134 571</b>	<b>174 268</b>	<b>5 015</b>	<b>352 531</b>

Tabell 2. Kostnadskomponent psykiisk helsevern 2015. Tall i 1000 kr.

	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Koordineringsfunksjon	387	958	737	374	2 457
LAR i Nord		23 960	3 692		27 652
Tvang		7 408	-		7 408
Avrusning og utredning		6 030	-		6 030
Barn som pårørende	393	1 054	747	386	2 580
Familieambulatorium		2 137	2 137		4 275
Dropout		2 060			2 060
<b>Sum</b>	<b>780</b>	<b>43 607</b>	<b>7 313</b>	<b>760</b>	<b>52 462</b>

Tabell 3. Kostnadskomponent TSB 2015. Tall i 1000 kr.

Tabellene viser at omlag 400 mill. kr. fordeles i kostnadskomponentene. De definerte kostnadsulempene som kompenseres er knyttet til ambulering i egen foretak og

asylmottak.<sup>2</sup> Kompensasjonen for disse tjenestene er om lag 28 mill. kr. Resten av kompensasjonen er knyttet til sykehusfunksjoner, samt regionale og nasjonale funksjoner.

Før det gis en nærmere gjennomgang av postene i kostnadskomponentene diskuteres to mer prinsipielle forhold. Det ene er fordeling av kostnadskompensasjon mellom mobilitets- og kostnadskomponenten. Det andre er om kompensasjonen for regionale funksjoner i kostnadskomponenten skal baseres for forventet behov eller faktisk forbruk.

### **3. Forholdet mellom kostnadskomponenten og mobilitetskomponenten**

I dagens modell brukes det mobilitetspriser basert på kostnadsberegninger i Helse Nord, nærmere bestemt 100 % av gjennomsnittlig døgn/konsultasjonskostnad i DPS. Interne kostnadsberegninger impliserer at helseforetakenes egne kostnader legger grunnlaget for størrelsen på kostnadskomponenten for regionale funksjoner.

Det fremkommer av mandatet at prosjektet skal gjennomgå og oppdatere innholdet i kostnadskomponenten, herunder foreslå "objektive" kostnadsberegninger basert på nasjonale data.

Det foreligger i dag nasjonale gjestepasientpriser som brukes i oppgjør mellom regioner. Disse prisene var ikke etablert når modellen ble laget i 2011. Prosjekt- og styringsgruppene foreslår at nasjonale gjestepasientpris (DPS-behandling) legges til grunn for mobilitets-komponenten. Videre at nasjonale priser som hovedprinsipp danner grunnlag for å beregne størrelsen på kostnadskomponenten for regionale funksjoner. Man går da bort i fra dagens kostnadsrefusjon. Alle gjestepasientpriser som benyttes skaleres opp slik at de skal avspeile gjennomsnittskostnader, og ikke marginalkostnader, som er tilfelle for pasientmobilitet mellom helseregionene (se under).

I oppgjør mellom regioner ligger det til grunn 80 % gjestepasientbetaling av fastsatt pris, mens det intern i Helse Nord er brukt full gjestepasientbetaling (dvs. 100 % av fastsatt pris). Argumentene for dette er at en høy pris stimulerer til at HF-ene behandler pasienter i sitt eget foretak, og til at pasienter på sykehusavdelingene overføres til sitt lokale DPS når de er klar for det. I tillegg er pasientmobiliteten ut av Helse Nord innen fagområdene spesialisert rusbehandling og psykiatri liten. Risikoen for at ulike priser i stor grad skal påvirke hvor pasientbehandlingen skjer er dermed marginal.

---

<sup>2</sup> I tillegg gis kompensasjon for forskning og undervisning innen psykisk helsevern og TSB i somatikkmodellen.

### **3.1 Kompensasjon basert på faktisk forbruk eller behov**

Bør kompensasjon for regionale funksjoner i kostnadskomponent (abonnementsbetaling fra kjøper til selger) baseres på faktisk forbruk eller på forventet behov? Betaling basert på faktisk forbruk kan isolert vurderes til å legge til rette for et likeverdig tilbud ved at et helseforetak betaler for pasientbehandlingen det bruker. Øvrige ressurser kan da brukes til å kjøpe aktivitet fra andre eller gi tilbud selv. Ved en abonnementsbetaling ut fra antatt behov vil man risikere å betale for tilbud man ikke bruker.

Prosjekt- og styringsgruppene anbefaler at kompensasjon/abonnementsbetaling baseres på antatt behov. Dette vil være i tråd med mandatet som sier at modellen skal støtte opp under kompetansemiljø i Bodø, Tromsø og Karasjok. Det vil også bidra til at modellen understøtter gjeldene funksjonsfordeling og det vil synliggjøre behov for dialog mellom helseforetakene. Eksempelvis, hvorfor bruker Helgelandssykehuset regionale funksjoner ved NLSH mindre enn forventet behov?

Forbruket fra Helgeland og Finnmark hos henholdsvis NLSH og UNN varierer også en del mellom 2013 og 2014 og et abonnement vil gi en mer stabil finansiering.

### **3.2 Kompensasjon for kostnadsulemper**

Ambulering i egen foretak er en aktivitet som er ønskelig fordi det bygger oppunder prinsippet om at behandling skal gis så nært pasientens bosted som mulig. Avstandselementet er derfor i praksis en kompensasjon for kostnadsulempe på grunn av stort geografisk område i eget helseforetak.

Asylsøkere som bor på mottak er ikke omfattet av behovsmodellene da de per definisjon ikke er bosatt i en kommune. Asylsøkere antar imidlertid å ha behov for helsetjenester. Hvorvidt asylsøkere har et større eller mindre bruk for spesialisthelsetjenester enn resten av befolkningen er ikke belyst. Det at asylsøkere ofte kommer fra krigs- og katastrofeområder kan være en indikasjon på høyere behov. På den annen side kan kulturelle forhold tilsi mindre bruk. Siden den relative effekten av disse forholdene ikke er belyst foreslås det å opprettholde antakelsen i modellen om at en asylsøkers behov for spesialisthelsetjenestene følger den generelle befolkningens behov.

Prosjekt- og styringsgruppene mener at begge disse kostnadsulempene bør kompenseres. Modellene for kompensasjon som ble utviklet i forrige runde foreslås videreført, men både fordeling av mottaksplasser (asylmottak) og reiseavstand oppdateres til å avspeile dagens forhold.<sup>3</sup> Endringene gir marginale endringer i fordelingen mellom helseforetakene.

---

<sup>3</sup> Eksempelvis er Enhet for voksenpsykiatri SANKS/DPS Midt-Finnmark vedtatt flyttet fra Lakselv til Karasjok og Vesterålen DPS enhet Straume er lagt ned.

### **3.3 Kompensasjon for sykehusfunksjoner, regionale og nasjonale funksjoner**

Prosjektgruppen har kartlagt i hvilken grad tjenestene som tidligere har vært omfattet av kompensasjon i kostnadskomponenten har et regionalt snitt. Dvs. om det er tjenester som enten er:

1. definert som nasjonale funksjoner av sentrale helsemyndigheter og som mottar egen finansiering av Helsedirektoratet/HOD,
2. tjenester som er definert som regionale funksjoner av Helse Nord,
3. eller tjenester som har et klart regionalt preg i forbruk.

Eksempler på den første type tjenester er RVTS og KORUS. Dette er funksjoner som per i dag er finansiert på siden av modellen. Spiseforstyrrelser er et eksempel på en regional funksjon definert av Helse Nord, mens sikkerhetspostene på UNN og NLSH er eksempler på den tredje typen.

Kartleggingen har også vist at flere av de funksjonene som er gitt egen finansiering av dagens kostnadskomponent er lagt ned, samt at noen av funksjonene i hovedsak kun brukes av deler av Helse Nord sin befolkning. Funksjoner som er lagt ned er:

- Almenpsykiatri NLSH,
- Langtids/familieenhet NLSH,
- Subakutt UNN,
- Ambulering og behandling av pasienter i andre HF områder.

Finansiering av psykososialt team inngår i særskilt finansiering av RVTS og tas derfor ut av kostnadskomponenten.

### **3.4 En nærmere gjennomgang av tjenestene i kostnadskomponenten**

I dette kapitlet gis en nærmere gjennomgang av postene i kostnadskomponentene som prosjektgruppen foreslår å endre. Gjennomgangen følger postene slik de er satt opp i kostnadskomponentene. Først gjennomgås kostnadskomponenten for psykisk helsevern.

For å lette sammenligningen mellom dagens bevilgning og hvilken bevilgning som prosjekt- og styringsgruppene foreslår beregnes kostnadskomponenten i rapporten med utgangspunkt i (nasjonale) gjennomsnittspriser. Det betyr at forholdet mellom bevilgningen som gis i kostnadskomponenten og mobilitetskomponenten er det samme i både dagens modell og prosjekt- og styringsgruppens forslag.

### 3.4.1 SANKS

I dagens modell gis SANKS en bevilgning på ca. 32,6 mill. kroner. I tillegg gis en egen bevilgning til nasjonal kompetansefunksjon på 3,7 mill. kroner utenfor modell. Prosjektgruppen har hatt nærlys på SANKS som eget tema på ett av prosjektmøtene. Formålet med dette var å få en bedre forståelse for hvilken virksomhet SANKS utfører.

I møtet med SANKS ble det poengtert at mange av tjenestene som utføres er knyttet til oppgaver utenom den direkte pasientbehandlingen. Dette inkluderer blant annet veiledning, undervisning, informasjonsarbeid. Det ble også påpekt at konsultasjoner med den samiske befolkningen ofte tar lengre tid pga. kontaktetablering og kommunikasjonsmåtene. I tillegg inkluderer ofte konsultasjonene flere kontaktpunkter/samhandlingsflater enn hva som er tilfelle ellers.

Et viktig fokus i prosjektgruppen har vært å kartlegge i hvilken grad SANKS tilbyr regionale tjenester, dvs. tjenester som den samiske befolkningen, også bosatt utenfor Finnmark, får nytte av. En slik tjeneste som SANKS tilbyr er tjenestene som gis ved utekontorene i Oslo, på Snåsa, i Bodø og i Tysfjord<sup>4</sup>.

På hvert av disse utekontorene er det en behandlerstilling. I tillegg til pasientarbeid utføres mye veiledning, undervisning, informasjonsarbeid og koordinering. Det er en god del reisevirksomhet knyttet til utekontorene.

En annen aktivitet som SANKS utfører er oversettelser av informasjons- og veiledningsmaterieil, tester samt annet skriftlig materiale til de ulike samiske språk. Noen av disse tjenestene utføres av ansatte i SANKS mens andre kjøpes eksternt.

Finnmarkssykehuset har dokumentert kostnader knyttet til reiser, oversettelser/tolkning og leie av lokaler på ca. 2 mill. kr. I tillegg kommer kostnader knyttet til behandlingsstillinger på i underkant av 2,5 mill. kr.

Finnmarkssykehuset har også dokumentert kostnader knyttet til et fagteam som reiser ut fra hovedkontorene for å bistå utekontorene på om lag 1,2 mill. kr, en språkkonsulent (oversetter til nordsamisk) på om lag 600 000 kr, samt kostnader i størrelsesorden 1,8 mill. kr. vedrørende Akuttpsykiatrisk ambulant team, Sør-Lulesamisk område.

Til sammen har SANKS dokumentert kostnader i størrelsesorden 8,1 mill. kr knyttet til tjenester utenfor Finnmark.

Det er inngått avtaler mellom Finnmarkssykehuset og Rovaniemi sykehus og Jämtlands län slik at Finnmarkssykehuset får betalt for gjestepasienter fra Finland og Sverige fra 2015. Helse Nord og de andre regionale helseforetakene er i ferd med å inngå avtaler om

---

<sup>4</sup> Tysfjord dekker også noe aktivitet i Sverige.



betaling av behandling av pasienter bosatt utenfor Helse Nords opptaksområde. Hvor stort omfang denne typen behandling har er ikke kartlagt.

Prosjekt- og styringsgruppene foreslår å kompensere SANKS for dokumenterte kostnader knyttet til utekontorene. Prosjekt- og styringsgruppene erkjenner at behandlingen av den samiske befolkningen medfører ekstra kostnader knyttet til utvikling av behandlingsmetoder, oversettelse av tester, utredninger og behandlings- og informasjonsmateriell samt utfordringer knyttet til språk og kultur. Også ved behandling av pasienter bosatt i Finnmark vil det kunne være ekstra kostnader knyttet til samiske forhold.

Prosjektgruppen har blitt forelagt oversikt fra Finnmarkssykehuset over ekstrakostnader knyttet til kjøp av språktjenester og kostnader knyttet til utekontorene på om lag kr. 8,1 mill. kr. Prosjekt- og styringsgruppene foreslås at disse kompenseres i kostnadskomponenten. Prosjekt- og styringsgruppene foreslår videre at SANKS mottar et skjønnsmessig tilskudd på 2 mill. kr. for å dekke ekstrakostnader knyttet til behandling av samiske pasienter bosatt i Finnmark. I sum foreslås det å legge til grunn til sammen 10,1 i kostnadskomponenten til SANKS. I tillegg legges det til grunn at bevilgningen til de nasjonale tjenestene som SANKS tilbyr videreføres.

#### **3.4.2 Akutt/alderspsykiatri**

I kostnadskomponenten for 2015 bevilges det ca. 98 mill. kr. til akuttpostene. UNN og NLSH mottar i 2015 også en bevilgning knyttet til alderspsykiatri (UNN) og allmenpsykiatri (NLSH) på hhv. kr. 3,7 mill. kr. og 5,3 mill. kr. I tillegg mottar UNN og NLSH kompensasjon gjennom mobilitetskomponenten når pasienter fra de andre helseforetakene i Helse Nord benytter seg av tjenestene disse avdelingene tilbyr.

Beløpene som ligger i kostnadskomponenten er basert på totale driftskostnader inklusive felleskostnader. Uttrekket av kostnader ble gjort i forbindelse med etablering av inntektsmodellen i 2011. Siden beløpene er basert på kostnadsrefusjon av påløpte kostnader, vil en oppdatering av modellen basert på påløpte kostnader, ikke stimulerer til effektiv drift.

Tabell 4 viser andeler liggedøgn fordeler seg på disse tjenestene.

	Aktivitet 2014		Liggedøgn fordelt på bostedsforetak				
	Liggedøgn	Antall pas.	Helgeland	NLSH	UNN	Finnmarkssykehuset	SUM Helse Nord
<b>Akuttposter NLSH</b>	8821	927	2613	5634	45	41	8333
<b>Alderspsykiatri NLSH</b>	2887	57	1071	1790	0	0	2861
<b>SUM NLSH</b>	11523	984	3684	7424	45	41	11194
<b>Akutt UNN</b>	11804	1268	0	40	8276	3056	11372
<b>Alderspsykiatri Døgn UNN</b>	4003	96	0	0	3268	735	4003
<b>SUM UNN</b>	15807	1364	0	40	11544	3791	15375
<b>Andel liggedøgn NLSH+Helgeland</b>			0,33	0,67			
<b>Andel behov NLSH+Helgeland*</b>			0,37	0,63			
<b>Andel liggedøgn UNN+ Finnmark</b>					0,75	0,25	
<b>Andel behov UNN+Finnmark*</b>					0,70	0,30	

Tabell 4. Aktivitet (liggedøgn) på akuttposter/alderspsykiatrisk avdeling UNN/NLSH. Data fra 2014. I aktivitet 2014 inngår også liggedøgn for pasienter som ikke er bosatt i Helse Nord

\* Data fra Tabell 1.

Ved å sammenligne andelen aktivitet med andelen behov i de ulike helseforetakene finner vi at Finnmarks bruk av tjenestene på UNN er 5 prosentpoeng lavere enn det relative behovet mellom Finnmark og UNN. En tilsvarende sammenligning for NLSH viser at Helgelands andel av liggedøgn er fire prosentpoeng lavere enn hva det relative behovet mellom NLSH og Helgeland foreskriver.

Sammenligner vi derimot det relative antall liggedager til UNN og Finnmark med det totale relative behovet disse helseforetakene har i Helse Nord finner vi stor grad av samsvar; Finnmark og UNN har ca. 57 % av liggedager på akuttpostene i Helse Nord og ca. 56 % av det relative behovet innen psykisk helsevern. Dette er en indikasjon på at den relative dimensjoneringen av akuttavdelingene er i samsvar med hva en analyse av behov ville gi.

Den neste tabellen viser estimerte kostnader per liggedøgn for disse avdelingene på UNN og NLSH. Kostnad per liggedøgn framkommer ved å ta bevilgningen for 2015 og dele på antall liggedøgn i 2014. I tillegg viser tabellen hvordan disse kostnadene er relativt til den nasjonale gjestepasientprisen.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Den nasjonale gjestepasientprisen er ikke justert for pensjon.

	<b>Kostnad pr. liggedag ink. mob.komp.</b>	<b>Nasjonal gjestepas.-pris (100%)</b>
<b>Akuttposter/alderspsykiatri/ UNN</b>	8 872	10 125
<b>Akuttposter/alderspsykiatri NLSH</b>	10 985	10 125

Tabell 5. Estimerte kostnader per liggedøgn. Tall fra budsjett 2015 og aktivitet 2014.

Fra Tabell 5 ser vi at den estimerte kostanden på UNN er lavere enn hva den nasjonale gjestepasientprisen er. For NLSH er forholdet det motsatte. Overgangen til nasjonale gjestepasientpriser impliserer et effektivitetskrav på NLSH i underkant av 8 prosent.<sup>6</sup>

### 3.4.3 Dobbeldiagnoser

I dag gis det en bevilgning i kostnadskomponenten på om lag 22,5 mill. kr. til disse avdelingene på UNN og NLSH.

	<b>Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helgeland</b>	<b>Andre</b>	<b>SUM</b>
<b>Dobbeldiagnose UNN</b>	0,51	0,41	0	0	0,08	1
<b>Dobbeldiagnose NLSH</b>	0	0	0,85	0,15	0	1

Tabell 6. Relativ fordeling av liggedager. Tall fra 2014.

Tabell 6 viser den relative fordelingen av liggedager for disse tjenestene. Tabellen viser to forhold. For det første at bruken av UNN er knyttet til pasienter fra UNN og Finnmark, mens bruken av NLSH er knyttet til pasienter fra NLSH og Helgeland. Dette samsvarer med hva en skulle forvente i det at tjenestene som tilbys er relativt like, samt at pasientene typiske ønsker å bruke helsetilbud nære eget bosted.

Det andre som Tabell 6 viser er at bruken av tjenestene er skjevfordelte i forhold til relativt behov. Spesielt ser vi at Finnmark har et overforbruk av tjenestene på UNN, mens Helgeland har et underforbruk av tjenestene på NLSH.<sup>7</sup> På den annen side viser tall fra 2013 at Finnmark har et underforbruk på UNN. Siden antall pasienter er lavt er det å forvente at andelen bruk vil variere fra år til år.

Ved å relatere antall liggedager i 2014 til budsjett for 2015 får vi fram estimert kostnad per liggedag, jf. Tabell 7. Tabellen viser at UNNs kostnad er tilsvarende den nasjonale gjestepasientprisen mens NLSH kostnad er høyere enn den nasjonale gjestepasientprisen.

<sup>6</sup>  $(10125-10985)/10985=0,078$ , dvs. 7,8 %.

<sup>7</sup> Finnmarks har 30 % av det relative behovet mellom UNN og Finnmark, mens Helgeland har 37 % av det relative behovet til NLSH og Helgeland.

	<b>Kostnad pr. liggedag ink. mob.komp.</b>	<b>Gjeste. pas. pris (100%)</b>
<b>Dobbeltdiagnose UNN</b>	10 304	10 125
<b>Dobbeltdiagnose NLSH</b>	11 145	10 125

Tabell 7. Estimert kostnad per liggedøgn 2015

Bevilgningen til disse tjenestene basert på liggedager for 2014 og nasjonale gjestepasient-priser for 2015 er gitt i tabell 8.

	<b>Bevilgning</b>
<b>Dobbeltdiagnose UNN</b>	10 344
<b>Dobbeltdiagnose NLSH</b>	10 043

Tabell 8. Bevilgning i kostnadskomponenten dobbeltdiagnose. Tall i 1000 kr.

#### **3.4.4 Akutt- og korttidsenhet BUP og Ungdomspsykiatrisk avdeling**

I kostnadskomponenten gis det om lag 58 mill. kr. i bevilgning til disse enhetene på NLSH og UNN. 37 mill. av disse bevilgningene gis til NLSH.

En gjennomgang av innholdet på disse avdelingene viser at BUP NLSH har to avdelinger – en akuttavdeling med 6 senger og en korttidsavdeling med 7 senger. Tilsvarende akuttavdeling på UNN har 7 senger. Både Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset har egne korttidsenheter. Videre viser tall på bruken av BUP NLSH at over 90 % av pasientene kommer fra NLSHs egen befolkning. Prosjekt- og styringsgruppene foreslår derfor å redusere bevilgningen til BUP-avdelingene på NLSH.

Det eksisterer ikke nasjonale gjestepasientpriser innen barne- og ungdomspsykiatri da barn og unge i hovedsak får tilbud nær sitt eget bosted og omfanget av gjestepasienter er lavt. Prosjekt- og styringsgruppene foreslår at bevilgningen til NLSH settes som 6/7 av bevilgningen som gis til UNN. Dette vil sikre at bevilgningen som gis per seng er lik. Foreslått bevilgning til NLSH i kostnadskomponenten blir dermed i underkant av 18,3 mill. kr.

#### **3.4.5 Autismeteam**

NLSH mottar i 2015 en bevilgning på i underkant av 0,9 mill. kr. til denne funksjonen. Tall over antall pasienter viser at 113 av de 136 pasientene som brukte tilbudet kom fram NLSH. 21 pasienter kom fra Helgelandssykehuset. Den siste pasienten kom fra UNNs opptaksområde.

Prosjekt- og styringsgruppene har diskutert om bruken av tilbudet tilsier at dette er en lokal, og ikke en regional funksjon. Siden beløpet som bevilges er såpass marginalt foreslås det at tilskuddet videreføres. Dersom det i framtiden også er slik at bruken av tilbudet i hovedsak er knyttet til NLSHs egen befolkning vil prosjekt- og styringsgruppene anbefale å fjerne tilskuddet fra kostnadskomponenten.

### 3.4.6 Sikkerhetsposter

Det bevilges ca. 51,4 mill. kr. i kostnadskomponenten til sikkerhetspostene ved UNN og NLSH i 2015. UNN mottar ca. 25,1 mill. kr., mens NLSH mottar 26,2 mill. kr.

UNN har til sammen 12 plasser fordelt på to poster. I tillegg har de noen som de følger opp uten at de er innlagte. Av disse er 9 dømte. NLSH har til sammen 15 plasser fordelt på to poster og en treningsbolig med lavere sikkerhetsgrad. Av disse er 6 dømte, hvorav 2 tilhørende UNN.

For de innlagte gjelder at det både er pasienter som er dømt til behandling og pasienter som ikke er dømt, men som utgjør en sikkerhetsrisiko i en ordinær akuttpost. Det må understrekes at det ikke er de som er dømt til behandling som nødvendigvis er de mest utfordrende. For ordens skyld så er de som er dømt til forvaring ikke av disse, de sitter i fengsel.

	Liggedøgn	Antall pasienter	Helgeland	NLSH	UNN	Finnmark	Sum
<b>Sikkerhetspost A UNN</b>	2155	4			2107	48	2155
<b>Sikkerhetspost B UNN</b>	2603	31			1643	960	2603
<b>Sikkerhetspost NLSH</b>	6519	14	2151	3781	227	360	6519

Tabell 9. Oversikt over pasienter og liggedøgn ved sikkerhetsavdelingene i 2014

Tabell 9 viser at postene på UNN har færre liggedøgn enn NLSH, men flere pasienter. Pasientene på UNN kommer fra de to nordligste helseforetakene, mens sikkerhetsposten på NLSH hadde pasienter fra alle helseforetakene til behandling i 2014. Tabellen viser også at både UNN og NLSH har overbelegg på sine sikkerhetsposter.<sup>8</sup>

Den neste tabellen gir en oversikt over faktiske og budsjetterte årsverk brutt ned på stillingskategorier. Tabellen viser at det er stor forskjell på planlagte årsverk og faktiske årsverk, samt at NLSH er mer produktiv hvis en ser på antall årsverk per seng. Fra tabellen følger det også at bruken av ufaglært arbeidskraft er større på UNN.

<sup>8</sup> UNN:  $12 \cdot 365 = 4380 < \text{antall liggedøgn UNN}$ . NLSH:  $15 \cdot 365 = 5475 < \text{antall liggedøgn NLSH}$ .

Navn på enhet:	Sikkerhet rehab/døgn UNN		Sikkerhetspsykiatrisk post NLSH	
	Budsjettert antall pr 1.1.2015	Faktisk antall pr 1.1.2015	Budsjettert antall pr 1.1.2015	Faktisk antall pr 1.1.2015
<b>Leger</b>	1,0	1,5		
<b>Legespesialister</b>	2,0	1,0	2,0	0,8
<b>Psykologer</b>	0,5	1,0		
<b>Psykologspesialister</b>	2,0	1,0	2,0	1,0
<b>Syke-vernepleiere</b>	20,5	20,9	21,1	21,5
<b>Barnevernspedagoger</b>	0,0		0,4	0,4
<b>Sosionomer</b>	1,0	0,1	1,0	1,0
<b>Annet pers. med høyskoleutd.</b>	9,0	5,3	11,1	13,3
<b>Annet helsepersonell</b>	11,0	10,7	17,5	24,7
<b>Annet personell</b>	2,0	28,0		0,3
<b>Totalt antall årsverk</b>	49,0	69,5	55,1	63,0
<b>Antall senger pr 1.1.15</b>	12,0	12,0	15,0	15,0
<b>Antall årsverk pr seng</b>	4,1	5,8	3,7	4,2

Tabell 10. Faktiske og budsjetterte årsverk brutt ned på stillingskategorier

Gjennom sitt besøk på NLSH og UNN fikk prosjektgruppen presentert et nærløst på sikkerhetspostene. Prosjektgruppen fikk forståelse av at sikkerhetspostene ved NLSH og UNN har et godt samarbeid, og at de avlaster hverandre etter behov.

Prosjekt- og styringsgruppene har diskutert i hvilken grad det er mulig å sammenligne kostnader ved sikkerhetspostene. Det har ikke lyktes med å finne et godt sammenligningsgrunnlag. Tall fra sikkerhetsavdelinger i Helse Sør-Øst viser at kostnadene varierer mye. Trolig må man kunne beskrive sikkerhetspostene i mye større detalj for at kostnadssammenligninger skal kunne benyttes. Med bakgrunn i dette foreslås det å videreføre beløpet som i dag bevilges i kostnadskomponenten.

Prosjektgruppen mener at tabellen over faktiske og budsjetterte årsverk gir nyttig bakgrunnsinformasjon om sikkerhetspostene. Men, for å stimulere til effektivitet, og siden det er fullt belegg på avdelingene foreslår prosjekt- og styringsgruppene å dele bevilgningen basert på antall senger. Dette gir UNN og NLSH henholdsvis 12/27 og 15/27 av bevilgningen. UNN mottar dermed 22,835 mill. kr. NLSH mottar 28,544 mill. kr.

### 3.4.7 Spiseforstyrrelser

Det bevilges i underkant av 34 mill. kr. i kostnadskomponenten til behandling av spiseforstyrrelser ved UNN og NLSH. Beløpet ble beregnet ved kartlegging av kostnadsgrunnlaget i 2010, og er kun prisjustert siden. Av disse mottar NLSH om lag 21,3

mill. kr. I tillegg gis det bevilgninger i kostnadskomponenten til kompetanseprogrammet Kropp & Selvfølelse (UNN) og Fagteam spiseforstyrrelser (NLSH). Til sammen får disse programmene 2,66 mill. kr. i 2015. I tillegg til tjenestene nevnt over mottar NLSH i 2015 et tilskudd på kr. 925 000 til Kvalitetsregister for spiseforstyrrelser.

Prosjektgruppen fikk et nærlys på organiseringen av tilbudet som gis til pasienter med spiseforstyrrelser under sitt besøk ved NLSH og UNN. Inntrykket er at dette er en tjeneste som fungerer som en regional funksjon. Aktivitetsdata for 2014 bekrefter dette bildet.

Det finnes ikke relevante nasjonale priser som kan brukes for å fastsette størrelsen på kompensasjonen som gis i kostnadskomponenten. Prosjektgruppen har ikke gjennomført en ny beregning av kostnadsgrunnlaget, men størrelsen på bevilgningen er vurdert opp mot antall stillinger. Det er ingen ting som tyder på at beløpet er feil. Det foreslås å videreføre dagens bevilgninger til henholdsvis UNN og NLSH (inklusive kompetanseprogram Kropp & selvfølelse (UNN) og fagteam spiseforstyrrelser (NLSH)) og at helseforetakene betaler abonnement ut fra antatt behov.

Det foreslås også at bevilgning gitt høsten 2014 (0,9 mill. kr) til kvalitetsregister for spiseforstyrrelser (NLSH) finansieres i kostnadskomponenten.

#### **3.4.8 Psykiatrisk Innsatsteam**

NLSH mottar i dag ca. 7,4 mill. kr. i kostnadskomponenten for sitt psykiatrisk innsatsteam. Innsatsteamet gjennomførte 1126 konsultasjoner i 2014. Konsultasjonene var fordelt på pasienter fra NLSH (679), UNN (73), Helgeland (187) og Finnmark (187).

Prosjekt- og styringsgruppene har diskutert om dette er en regional funksjon. Psykiatrisk innsatsteam behandler pasienter i hele regionen. Teamet er trukket inn i arbeidet med strategisk utviklingsplan for psykisk helsevern og rusbehandling på bakgrunn av sin spesielle kompetanse innenfor området, slik at behovene knyttet til pasienter med kognitiv svikt, psykisk utviklingshemming og gjennomgripende utviklingsforstyrrelse kombinert med psykiske lidelser og sammensatt problematikk (for eksempel avhengighetsproblematikk) blir beskrevet.

#### **3.4.9 Psykososialt team**

UNN mottar en bevilgning i kostnadskomponenten på om lag 1,7 mill. kr.

Psykososialt team for flyktinger ble lagt ned i 2006 da RVTs Nord ble opprettet, og er nå en integrert del av RVTs Nord under navnet Fagteam Flyktninghelse og tvungen migrasjon.

Fagteam Flyktninghelse og tvungen migrasjon skal ivareta nasjonale forpliktelser i forhold til Flyktningkonvensjonen og Menneskerettighetene, blant annet for å fremme god helse og en meningsfull hverdag.

Målet er at arbeidet med kompetanseheving skal gi flyktninger og asylsøkere et helsetilbud og andre offentlige tjenester, som er likeverdig med det resten av befolkningen tilbys. For å oppnå dette tilbys opplæring til alle som arbeider med flyktninger og asylsøkere. Viktige virkemidler er kompetanseheving av helsepersonell i forhold til utredning, behandling og forebygging, samt tverretattlig samarbeid i arbeid med flyktningfamilier.

4,5 stillinger er i dag tilknyttet Fagteam Flyktninghelse og tvungen migrasjon.

Prosjekt- og styringsgruppene har diskutert i hvilken grad det her er snakk om dobbeltfinansiering, da RTVS mottar en egen bevilgning på 17,25 mill. kr. Helse Nord og UNN har utredet dette. Utredningen har vist at oppdraget knyttet til psykososialt team ligger inne i bevilgningen fra HOD. Det tidligere tilskuddet i modellen foreslås derfor fjernet fra kostnadskomponenten og erstattes med tilskuddet til RVTS.

#### **3.4.10 Regionalt fagnettverk for Autisme, ADHD og Tourettes syndrom (R-FAAT)**

UNN mottar om lag 2,9 mill. kr. i kostnadskomponenten er i dag.

Dette er regionale funksjoner og skal ligge i kostnadskomponenten. Kostnader må dokumenteres av UNN. Foreløpig legges det inn bevilget beløp per i dag.

### **3.5 Kostnadskomponenten TSB**

Kostnadskomponenten knyttet til TSB er presentert i Tabell 3 på side 8.

#### **3.5.1 LAR i Nord**

Det bevilges ca. 27,6 mill. kr. til LAR-behandling i kostnadskomponenten for TSB. I dag mottar UNN størsteparten av beløpet. Det er besluttet at ansvaret for LAR skal desentraliseres til de enkelte helseforetakene. Beløpet som ligger i kostnadskomponenten blir derfor overført til behovskomponenten og fordelt etter behovsandeler.

#### **3.5.2 Tvang**

UNN mottar et tilskudd på om lag 7,4 mill. kr. i kostnadskomponenten. Selve behandlingen foregår på Nordlandsklinikken. Aktivitetsdata fra 2014 viser at døgnbehandling i hovedsak gis til pasienter fra NLSH, UNN og Finnmark, men ikke fra Helgeland.



Tilskuddet er basert på regnskapsførte kostnader fra 2010, en mobilitetspris på 4500 kr. samt estimert ut fra et årlig gjennomsnittlig belegg på 90% og fem senger, dvs. 1642,5 liggedøgn.

Det foreligger i dag nasjonale gjestepasientpriser på tvangsbehandling og døgnopphold TSB. Gjennomsnittsprisene pr. døgn er satt til kr. 9375 for tvangsbehandling og kr. 4625 for døgnopphold.

Basert på disse prisene og 1642,5 liggedøgn foreslår prosjekt- og styringsgruppene at bevilgningen som gis i kostnadskomponenten justeres til kr. 7,8 mill. kr.

### **3.5.3 Avrusning og utredning**

Per i dag gis UNN et tilskudd i kostnadskomponenten på ca. 6 mill. kr. Beløpet er basert på innrapporterte kostnader fra 2010, samt uttrekk for mobilitet basert på en aktivitet på 2792 liggedager og 23 konsultasjoner priset til henholdsvis kr. 4500 og kr. 2300. Avrusningsenheten har 8 døgnplasser ved Nordlandsklinikken og 10 senger i Tromsø.

Det ble opplyst på prosjektgruppemøtet 14. januar at deler av avrusningen er flyttet ut til foretakene. Det er uklart hvor stor del av avrusningen som er flyttet ut til foretakene.

Aktivitetsdata fra 2014 viser at det i hovedsak er UNN og NLSH som benytter seg av disse tjenestene, men at også Finnmark bruker tilbudet. Det er ingen pasienter fra Helgeland som har generert liggedøgn på avrusningsenheten i 2014.<sup>9</sup> Totalt sett var det 2975 liggedøgn på avrusningsenheten i 2014.

Den nasjonale gjestepasientprisen for avrusning er på kr. 11625 (gjennomsnittspris). Det vil si at prisen eksklusiv mobilitetsprisen er kr. 7000. Det er usikkerhet knyttet til om pasienter som sendes mellom regionene er mer kostnadskrevende å avruse enn pasienter intern i Helse Nord.

Prosjekt- og styringsgruppene er usikker både på i hvilken omfang avrusningen som Avdeling for avrusning og utredning tilbyr er et regionalt tilbud. Prosjekt- og styringsgruppene er også usikker på om den nasjonale gjestepasientprisen fanger opp mer behandlingstunge pasienter enn hva avdelingen tilbyr. Til disse forholdene er avklart foreslår prosjekt- og styringsgruppene å opprettholde bevilgningen slik den nå ligger i kostnadskomponenten.

### **3.5.4 Koordineringsfunksjon og barn som pårørende**

Disse tjenestene er fordelt etter behovskomponenten og foreslås tatt ut av kostnadskomponenten.

---

<sup>9</sup> En mulig forklaring på dette er at pasienter fra Helgeland som trenger avrusning får det hos Sigma Nord.

### **3.5.5 Dropout**

Det bevilges ca. 2 mill. kr. til denne funksjonen i 2015. Tilskuddet er gitt fordi dette er en nasjonal oppgave som er pålagt av RHF basert på en bevilgning gitt fra HOD.

Dropout-teamet er opprettet fordi 10-15 % av 700 pasienter møter ikke opp til rusbehandling. Drop out teamet skal telle hvor mange som ikke møter til behandling, intervju fastleger, pasienter og ruskonsulenter for å finne ut av hvorfor ikke flere møter til behandling. Deretter skal teamet lage tiltakspakke for at flere møter opp til avtalt behandling.

Bevilgningen foreslås videreført.

### **3.5.6 Rusmestringsenheter fengsel**

Rusmestringsenheter i fengsel var et særskilt tilskudd som ble faset inn i basisrammen i 2014. Tilskuddet som er gitt for 2015 er på 1,96 mill. kr. Det er fordelt til UNN (kr. 1060 000) og NLSH (kr. 900 000) basert på antall fengselsplasser (59 i Tromsø og 50 i Bodø). De andre fengslene i Helse Nord sitt opptaksområde har ikke rusmestringsenheter.

Prosjekt- og styringsgruppene foreslår at beløpet flyttes over til kostnadskomponenten.

### **3.5.7 Familieambulatorium**

4,275 mill. kr. er bevilget i kostnadskomponenten. Likt beløp på UNN og NLSH. Familieambulatorium er et pålegg fra HOD.

Familieambulatoriet skal fungere som en brobygger mellom de tilbud som allerede eksisterer, og vil samarbeide både tverrfaglig og tverretatlig for å bistå til en helhetlig og langsiktig oppfølging av familier med barn som også har rusrelaterte problemstillinger

Det er et lavterskel, individtilpasset tilbud til gravide, eventuelt deres partner, med mulighet til oppfølging fram til barnet er 6 år. Tilbudet er et ambulant poliklinisk tilbud.

Bevilgningen foreslås videreført.

## **4. Private tilbydere**

Helse Nord inngår avtaler med private tilbydere. Per i dag er det inngått avtale med Viken Senter (ca. 50 mill. kr), Kløveråsen (ca. 22,5 mill. kr) og RIBO (ca. 7 mill. kr.).

Tabell 11 viser bruk av Viken Senter og Kløveråsen i 2013, samt behovsandel til helseforetakene. For RIBO har ikke prosjektgruppen blitt forelagt oversikt over bruk dekomponert på de ulike helseforetakene.

	Kløveråsen		Viken		Behovskomponent
	Liggedøgn	Andel	Liggedøgn	Andel	
<b>Helgeland</b>	242	0,24	1 265	0,10	0,16
<b>NLSH</b>	754	0,73	3 586	0,30	0,28
<b>UNN</b>	34	0,03	4 118	0,34	0,39
<b>Helse Finnmark</b>	0	0,00	3 176	0,26	0,17
<b>SUM</b>	1 030	1,00	12 145	1,00	1,00

Tabell 11. Liggedøgn og bruk av Viken og Kløveråsen 2013.

Tabellen viser at NLSH og Helgeland har et relativt stort forbruk av liggedagene på Kløveråsen, mens Finnmarks bruk av Viken Senter avviker relativt mye fra behovsandelen som Finnmark har.

Det at disse tilbyderne direktefinansieres fra Helse Nord impliserer at de foretaksområdene som bruker mindre enn hva behovskomponenten tilsier subsidierer foretaksområdene som bruker mer enn behovskomponentens andel. Det er enighet om prinsippet om at forbruk av private skal tas inn i modellen slik at foretakene betaler for bruken. Prinsippet tilsvarer det som brukes i somatikkmodellen. Dette er også i samsvar med mandatet hvor det står at prosjektet skal implementere bruk av private tilbud i modellen.

Prosjektgruppen påpeker at siden det er Helse Nord RHF som inngår avtalene og henvisningen ofte gjøres av fastleger så har helseforetakene liten mulighet til å påvirke bruken av disse institusjonene. Prosjektgruppen understreker viktigheten av at det må vurderes om at kjøp av disse tjenestene er en effektiv utnyttelse av ressurser og gir et helhetlig helsetilbud.

Prosjekt- og styringsgruppene har diskutert i hvilken grad tjenestene som disse private institusjonene tilbyr er psykiatriske spesialisthelsetjenester. Det er særlig tilbudet ved Kløveråsen og RIBO en har diskutert om hører hjemme i psykiatrimodellen. Slik prosjekt- og styringsgruppene forstår tjenestetilbudet har RIBO større karakter av (re-)habilitering enn psykisk helse. Kløveråsen behandler hovedsakelig demens, men også demens med tilleggslidelser innen psykisk helse. Prosjekt- og styringsgruppene foreslår derfor at RIBO holdes utenfor psykiatrimodellen, mens bare en del (30%) av bruken på Kløveråsen belastes psykiatrimodellen.

Omfordelingsvirkningene av å inkludere Viken Senter og (deler av) Kløveråsen i psykiatrimodellen er vist i tabellen under.

	<b>Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helgeland</b>	<b>Totalt</b>
<b>Kløveråsen (omfordeling)</b>	1 102	2 405	-3 032	-475	0
<b>Viken (omfordeling)</b>	-4790	2693	-865	2962	0
<b>Totalt</b>	-3 688	5 098	-3 897	2 487	0

Tabell 12. Omfordeling av å inkludere private tilbydere i psykiatrimodellen. Tall i 1000 kr.

## 5. Mobilitetskomponenten

Mobilitetskomponenten skal sikre betaling når pasienter i et helseforetak får behandling i et annet helseforetak i Helse Nord. For å stimulere til at all behandling lavere enn sykehusnivå skal skje lokalt og nærmest mulig brukerens bosted er betaling satt til 100 % av estimert gjennomsnittlig kostnad for et liggedøgn/konsultasjon ved et DPS i Helse Nord. Man bruker siste års tilgjengelige data på mobilitet i oppgjøret. I modellen er det også lagt opp til at utfører får betalt kostnader ved ambulering til andre helseforetak når det gjøres.

Prosjektgruppen har diskutert tre forhold knyttet til mobilitetskomponenten. Den første er om en skal basere mobilitetsoppgjøret på et gjennomsnitt av de siste års data. Dette vil bidra til mer stabilitet i mobilitetskomponenten. På den annen side vil det medføre at helseforetak som opplever økt netto mobilitet må vente lengre på oppgjøret. Prosjektgruppen ønsker ikke å anbefale en slik løsning.

Det andre forholdet som prosjektgruppen har diskutert er ambulering ut, og behandling av pasienter i andre helseforetak. Prosjektgruppen har fått avdekket at UNN ikke ambulerer og at NLSH har redusert sin ambulering og det ble opplyst fra NLSH i et av styringsgruppemøtene at de skulle slutte med det. Modellen slik den ble foreslått sist, har dermed ikke stimulert til mer ambulering. Prosjekt- og styringsgruppene foreslår derfor å fjerne ambulering fra mobilitetskomponenten.

Effektene av å fjerne ambulering fra mobilitetskomponenten er at Finnmarkssykehuset og Helgeland får tilbakeført henholdsvis 3,5 mill. kr og 6,27 mill. kroner. For UNN sin del er effekten stort sett lik null da det UNN betaler for at NLSH ambulerer til UNNs befolkning tilsvarer det som Finnmarkssykehuset betaler for at UNN skal ambulere til Finnmark. For NLSH er effekten negativ og i størrelsesorden 9 mill. kr.

Det tredje forholdet som prosjektgruppen har diskutert er overgang fra mobilitetspriser som per i dag enten er beregnet ut fra kostnader i helseforetakene til Helse Nord (psykisk helsevern), eller skjønnsmessig satt (TSB), til å benytte de nasjonale gjestepasientprisene som nå foreligger. En slik overgang er i samsvar med mandatet til prosjektgruppen og foreslås. Prisene i mobilitetskomponenten endres derfor fra 6351 kr til 5875 kr per døgn (DPS) og fra 4500 kr til 4625 kr per døgn (TSB).

For konsultasjoner eksisterer ikke nasjonale gjestepasientpriser. Det finnes imidlertid en ny oppdatert pris basert på kostnadsdata fra alle helseforetakene i Helse Nord i 2009/10. (I forrige modell kom data fra UNN og NLSH og fra 2007/8). Ved å bruke de oppdaterte kostnadsdataene finner en at lønnsandelen av lavere og andre driftskostnader høyere sammenlignet med vedtatte modell. I kroner betyr overgangen til ny modell at konsultasjoner prises til kr. 1947 og ikke til 2609 kr. som i dag. Siden det er lite mobilitet knyttet til konsultasjoner har overgangen til ny (og lavere) pris liten praktisk betydning.

Tabellene under viser gammel og ny mobilitetskomponent for psykisk helse, og mobilitetskomponenten for TSB. For denne er det ingen endringer som er foreslått.

	Aktivitet i HF-ene		Private tilbud finansiert av Helse Nord RHF				SUM
	Pasientmob. mellom HF*	Ambulering til/fra andre HF	Viken Senter	Avtalespes.	Kløveråsen	RIBO	
<b>Helgeland</b>	-55 851	-6 271	0	668	0	0	-61 454
<b>NLSH</b>	78 187	9 135	0	-455	0	0	86 867
<b>UNN</b>	37 001	665	0	-1 291	0	0	36 374
<b>Finnmark</b>	-59 337	-3 529	0	1 079	0	0	-61 787
<b>SUM</b>	0	0	0	0	0	0	

\* Antall liggedøgn/konsultasjoner x 100 % gjennomsnittlig kostnad DPS Helse Nord

Tabell 13. Mobilitetskomponent dagens modell psykisk helse. Tall i 1000 kr.

	Aktivitet i helseforetakene		Private tilbud finansiert av Helse Nord RHF				SUM
	Pasientmob. mellom HF*	Ambulering til/fra andre HF	Viken Senter	Avtalespes.	Kløveråsen	RIBO	
<b>Helgeland</b>	-51 374	0	2 962	668	-475	0	- 48 219
<b>NLSH</b>	71 861	0	-865	-455	-3 032	0	67 508
<b>UNN</b>	34 307	0	2 693	-1 291	2 405	0	38 114
<b>Finnmark</b>	-54 794	0	-4 790	1 079	1 102	0	-57 403
<b>SUM</b>	0	0	0	0	0	0	0

\* Antall liggedøgn x 100 % gjennomsnittlig kostnad DPS Nasjonal gjestepasientpris. Konsultasjoner x ny pris.

Tabell 14. Mobilitetskomponent foreslått modell psykisk helse. Tall i 1000 kr.

	Pasientmob. mellom HF*	Pasientmob. mellom HF**
	Dagens modell	Revidert modell
<b>Helgeland</b>	-8 920	-8 003
<b>Nordland</b>	-18 322	-16 541
<b>UNN</b>	38 162	34 372
<b>Finnmark</b>	-10 919	-9 828
<b>Sum</b>	0	0

\* Antall liggedøgn/konsultasjoner x skjønnsmessig satt pris

\*\* Antall liggedøgn x nasjonal gjestepasientpris, konsultasjoner x ny pris

Tabell 15. Mobilitetskomponent TSB. Tall i 1000 kr.

## 6. Totalmodell

De neste tabellene viser effektene av prosjekt- og styringsgruppens forslag sammenlignet med bevilgningene som er gitt i 2015. Første tabell tar for seg effekter som følge av endringer i kostnadskomponenten for psykisk helsevern. Den andre tabellen viser endringer som følge av endringer i mobilitetspris. For TSB er det ikke meningsfylt å beregne totale omfordelingsvirkninger da hovedendringen er desentralisering av ansvar for LAR. Dette flytter penger fra UNN til de andre helseforetakene, men også kostnader knyttet til LAR flyttes. Effekt av endring i mobilitetspris for TSB fremkommer av tabell 17. Tabell 18 viser samlet endring (både effekt av endring i kostnadskomponent og mobilitetspris) for psykisk helse.

Forslagene til prosjektgruppen er enstemmige. Det vises til punkt 7 Vedlegg for protokolltilførsel fra NLSH i styringsgruppen.

	<b>Finnmarkssykehuset</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helgeland</b>	<b>Totalt</b>
<b>Avstand</b>	4405	1855	3362	1971	11 592
<b>Asylmottak</b>	1968	7514	4524	3294	17 300
<b>SANKS</b>	10 100				10 100
<b>Kropp &amp; Selvfølelse - kompetanseprogram</b>		1236			1236
<b>Akutt/alderspsykiatri</b>		67 180	49 759		116 939
<b>Dobbeltdiagnoser</b>		10 345	10 043		20 387
<b>Psykiatrisk innsatsteam</b>			7395		7395
<b>Fagenhet for autisme</b>			888		888
<b>Akutt og korttidsenhet BUP</b>			18 235		18 235
<b>Fagenhet for spiseforstyrrelser</b>			1431		1431
<b>Ungdomspsykiatrisk avdeling</b>		21 274			21 274
<b>Regionalt senter for spiseforstyrrelser</b>		12 399	21 350		33 749
<b>Sikkerhetsposter</b>		22 835	28 544		51 379
<b>OCD-team</b>		1236			1236
<b>Regionalt fagnettverk for autisme, ADHD og Tourettes syndrom (R-FAAT)</b>		2921			2921
<b>SUM</b>	16 473	148 794	145 531	5264	316 062
<b>Tildelt i 2015</b>	38 676	134 571	174 268	5015	352 531
<b>Omfordeling Kostnadskomponenten</b>	-22 203	14 223	-28 738	249	-36 469
<b>Fjerning ambulering</b>	3529	-665	-9135	6271	0
<b>Inkludering av private (Viken og Kløveråsen 30%)</b>	-3688	5098	-3897	2487	0
<b>Ekstra tildeling i behovskomponenten</b>	6085	14 214	10 297	5872	36 469
<b>Omfordeling</b>	-16 277	32 870	-31 473	14 879	0

Tabell 16. Omfordelinger psykisk helsevern som følge av endringer i kostnadskomponent. Tall i 1000 kr.



Fra tabellen ser vi at den foreslåtte kostnadskomponenten fordeler et lavere beløp enn hva som er tilfelle i 2015. Dette er knyttet til tre forhold. Den ene er overgangen til nasjonale prisen (og ikke refusjon av påløpte kostnader). Den andre er at noen tilskudd er fjernet fra kostnadskomponenten. Tilslutt er beløpet som SANKS foreslås tildelt betydelig lavere enn hva som er tilfelle i dag. Til sammen utgjør disse tre forholdene ca. 36 mill. kr.

De frigjorte midlene på ca. 36. mill. kr fordeles etter behovskomponenten. Dette gir alle HF-ene økt bevilgning jf. den nest siste linjen i tabellen over.

Tabell 16 viser at UNN og Helgelandssykehuset skal ha økt basisbevilgning ved implementering av endringene som foreslås. Finnmarkssykehuset og NLSH får redusert bevilgning. Beløpenes størrelse er gjengitt i den siste linjen i Tabell 16.

For Finnmarks sin del er reduksjonen i bevilgningen i hovedsak knyttet til reduksjon i bevilgning til SANKS. Finnmarkssykehuset tjener på at ambulering fjernes og taper på at private inkluderes i modellen. For UNNs sin del er økningen i bevilgning i hovedsak knyttet til ekstra tildeling i behovskomponenten, at overgangen til nasjonale priser øker bevilgningen til akutt- og alderspsykiatri og at private tilbydere inkluderes i modellen.

For NLSH sin del er reduksjonen i bevilgningen knyttet til fire forhold. For det første bortfall av regional finansiering til en lokal funksjon (BUP korttidsenhet), og for det andre bortfall av bevilgning til ambulering (som ikke utføres). For det tredje vil overgangen til nasjonale priser redusere bevilgningen NLSH mottar for akutt- og alderspsykiatri. Det samme vil inkludering av private tilbydere i modellen.

Helgelandssykehusets økning i bevilgning er knyttet til at en redusert kostnadskomponent gir økte bevilgninger gjennom behovskomponenten, bortfall av betaling for ambulering samt inkludering av private tilbydere.

Endring vil også skje i mobilitetsprisen som følge av at prisen endres fra egne kostnadsberegninger i Helse Nord til nasjonal gjestepasientpris (100 %). Dette gir følgende endringer i tillegg til endringer som følge av endringer i kostnadskomponenten gjengitt ovenfor:

Effekt av nye mobilitetspriser	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omfordeling mobilitetspris PH	4 543	-2 694	-6 326	4 477	0
Omfordeling mobilitetspris TSB	1 091	-3 790	1 782	917	0
<b>Sum endret mobilitet</b>	<b>5 635</b>	<b>-6 484</b>	<b>-4 545</b>	<b>5 394</b>	<b>0</b>

Tabell 17. Effekt av nye mobilitetspriser

For TSB er det ingen større omfordeling. Den store endringen her er, som sagt overfor, at LAR er lagt over i behovskomponenten. Helseforetakene utenom UNN får økt bevilgning, men også et større kostnadsansvar. For UNNs del er det motsatt.

Tabellen nedenfor viser total endring (både effekt av endring i kostnadskomponent og mobilitetspris) for psykisk helse.

<b>Endring psykisk helse</b>	<b>Finnmark</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>Helgeland</b>	<b>Sum</b>
Omfordeling kostnadskomponent	-16 277	32 870	-31 473	14 879	-0
Omfordeling endret mobilitetspris	4 543	-2 694	-6 326	4 477	0
<b>Sum endring Psykisk helse</b>	<b>-11 734</b>	<b>30 177</b>	<b>-37 799</b>	<b>19 356</b>	<b>-0</b>

Tabell 18. Total endring psykisk helse

Kostnadskomponent rusomsorg	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
<b>Tvang</b>		7 802	-		7 802
<b>Avrusning og utredning</b>		6 030	-		6 030
<b>Familieambulatorium</b>		2 137	2 137		4 274
<b>Dropout</b>		2 060			2 060
<b>Sum</b>	-	18 029	2 137	-	20 166

Tabell 17. Kostnadskomponent TSB. Tall i 1000 kr.

## 7. Vedlegg

Nordlandssykehusets representant i styringsgruppen har følgende protokolltilførsler:

### **Bevilgning til akutt- og alderspsykiatri i kostnadskomponenten:**

I kostnadskomponenten legges det opp til finansiering av sykehusavdelinger med bruk av antall senger for noen avdelinger, mens det benyttes liggedøgn for andre. Det kan muligens virke effektiviserende å benytte liggedøgn for finansiering av elektiv virksomhet, som til dels kan styres/planlegges, dersom man ikke tidligere har tatt ned mye av sykehusaktiviteten. Når det gjelder akuttpsykiatrisk virksomhet er situasjonen annerledes. Her kan liggedøgnfinansiering virke mot sin hensikt. Aktiviteten ved Akuttpsykiatriske avdelinger kan ikke planlegges, den svinger fra år til år. Hvis beregningsgrunnlaget er basert på et år med lavere aktivitet enn de påfølgende år, vil en ikke ha tilstrekkelig finansielt grunnlag for driften. Akuttpsykiatriske avdelinger/enheter er pliktig å ta i mot øyeblikkelig hjelp. De må derfor ha tilstrekkelig beredskap 24/7. Det vil derfor være mer hensiktsmessig å finansiere denne beredskapen ved å legge antall senger til grunn for fordelingen av ressursene også for akuttpsykiatriske avdelinger.

Det vil også være slik at jo flere senger vi må legge ned for å møte avkortingene i inntektsfordelingen, jo færre liggedøgn året etter og resultatet er et nytt trekk for nedgang i antall liggedøgn. Det synes som en ond sirkel som gir et dårligere og dårligere tjenestetilbud til pasientene.

Nordlandssykehuset legger også til grunn at konsekvensene av modellen er så dramatiske for vårt tjenestetilbud at vi ber om en ny vurdering av hvilke sykehustilbud som kan finansieres i kostnadskomponenten. Vi kan bla dokumentere at vår enhet for unge nysyke med psykoser (ENP) er den eneste av sitt slag i regionen og benyttes av alle helseforetak og bør derfor komme inn under kostnadskomponenten. For 2014 var fordelingen slik: UNN: 11,3 %, Helgeland: 35,9 %, NLSH: 52,8 %, altså nesten halvparten av pasientene fra andre HF. I 2015 har vi også flere pasienter fra Finnmark

### **Om inntektsfordelingsmodellen:**

Nordlandssykehusets representant i styringsgruppen mener den reviderte inntektsfordelingsmodellen har så store svakheter ved seg at en finner å ikke kunne anbefale modellen. Både nasjonale føringer (gjennom strategidokumenter og oppdrag), aktivitet og andre utfordringer endres over tid. Tallgrunnlaget i behovskomponenten bygger på 7-8 år gamle data. Modellen er ikke tjenlig i forhold til de utfordringene vi har innen psykisk helse og TSB. Det er for tilfeldig hvilke rammebetingelser vi har fra år til år gjennom modellen. NLSH har fått avkortet sitt budsjett for psykisk helse i 2014 med 10 mill, i 2015 med 12,8 mill og for 2016 har vi fått trekk på 20 mill og altså en avkorting på ytterligere 31,5 mill i 2017. En modell som medfører en rammereduksjon på ca 75 mill på 4 budsjettår samtidig som aktiviteten øker og vi gjennomfører de nasjonale strategier på alle punkter, kan ikke være tilstrekkelig tilpasset intensjonene fra våre eiere.

Konsekvensene av de foreslåtte rammereduksjonene på til sammen kr. 51,5 mill for de kommende to budsjettår, vil bli dramatiske for pasientene i Nordlandssykehusets opptaksområde og en kan vanskelig se hvordan forsvarlig drift kan opprettholdes. Så store omlegginger av driften tar tid og det vil innebære oppsigelser i størrelsesorden 60-70 årsverk. Dette kan ikke gjennomføres på to år.

Dette kommer på toppen av at klinikken allerede har redusert driften med 75 årsverk for å tilpasse oss de tidligere rammereduksjonene på grunn av modellen.

Nordlandssykehuset mener det er uheldig at ikke den regionale planen for psykisk helse- og rusomsorg er ferdigstilt før modellen for finansiering behandles.