



Utviklingsplan 2022-2039

Sykehuset Innlandet HF

Til godkjenning i styret 28.4.2022

Innhold

Sammendrag.....	3
Innledning.....	5
1. Bakgrunn og historikk.....	7
2. Nåsituasjonen.....	8
2.1 Folkehelseprofil.....	8
2.2 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet.....	8
2.3 Pasientbehandling – aktivitet, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring.....	9
2.4 Oppgavedeling og samhandling.....	18
2.5 Organisering, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse	19
2.6 Forskning og innovasjon.....	21
2.7 Nåsituasjon økonomi	23
2.8 Digitalisering og teknologi	24
2.9 Dagens bygg – tilstand	25
3. Overordnede strategier og føringer	28
4. Utviklingstrekk og framskriving.....	31
4.1 Utviklingstrekk	31
4.2 Demografi og sykdomsutvikling.....	33
4.3 Framskrivning av aktivitet og kapasitet.....	34
5. Analyse og veivalg.....	36
6. Målsetninger, tiltak og organisering for vår felles helsetjeneste.....	38
6.1 Endret pasientrolle og brukertilfredshet.....	41
6.2 Pasientbehandling, kvalitet og pasientsikkerhet – organisering for vår felles helsetjeneste.....	43
6.3 Helsefelleskap	46
6.4 Organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene.....	51
6.5 Kapasitetsbehov og organisering av psykiske helsevern	54
6.6 Organisasjon, ledelse og kompetanse.....	56
6.7 Digitalisering og teknologi	61
6.8 Beredskap og tiltak for å styrke beredskapen.....	63
6.9 Forskning og innovasjon.....	64
6.10 Økonomi.....	67
6.11 Bygg.....	69

Sammendrag

Riktig pasientbehandling, gjennom nye arbeidsformer, i et godt arbeidsmiljø.

Utviklingsplanen for Sykehuset Innlandet er en overordnet plan for hvordan helseforetaket skal utvikle virksomheten for å møte befolkningens framtidige behov for spesialisthelsetjenester, legge til rette for god samhandling med kommunene og kontinuerlig forbedre tjenestene etter tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. Målet er å skape helhetlige pasientforløp, og yte riktig helsehjelp på rett sted, til rett tid. Planen skal understøtte realisering av vår felles helsetjeneste på en bærekraftig måte.

I foretaksmøter i Helse Sør-Øst er det vedtatt at Sykehuset Innlandet kan endre framtidig sykehusstruktur. Framtidig målbilde skal styrke samhandlingen med primærhelsetjenesten, prioritere desentraliserte tjenester, utvikle prehospitale tjenester og sikre økt samling av spesialiserte helsetjenester.

Målet med å samle spesialiserte tilbud i større grad og videreutvikle spesialiserte tilbud med høy kompetanse er å sikre mer effektiv drift og at pasienter i Innlandet får de fleste tilbud om utredninger og behandling i eget distrikt.

Demografiske endringer, endringer i befolkningens helsetilstand, medisinskfaglig utvikling, teknologiske nyvinninger og endringer i arbeidsmarkedet vil hver for seg og sammen endre helsesektoren. Eksempelvis vil andelen av eldre med kroniske og komplekse sykdomsbilder øke. Over halvparten av alle tapte leveår skyldes hjerte/karlidelser og kreft, mens muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser gir flest år med helsetap.

Sykdomsgruppene som er store i dag vil øke ytterligere fram mot 2040. Utviklingen vil gi en økende grad av spesialiserte funksjoner, og muligheter for desentraliserte tjenester i, eller nært pasientens hjem. Fremtidens helsevesen må tilpasse seg pasienter som er velinformerte og engasjerer seg i sin egen helse. Samtidig vil den teknologiske utviklingen skape muligheter for nye arbeidsmetoder som gir bedre kvalitet i utredning, behandling, fjernovervåking og oppfølging.

Sykehuset Innlandet har nå et opptaksområde med rundt 338 000 innbyggere, fordelt på 42 kommuner. Framskrivninger anslår en befolkningsvekst i regionen på fire prosent samlet sett, men folketallet vil likevel synke i halvparten av kommunene og andelen eldre øker kraftig. Dette vil kunne gi særlige ressursmessige utfordringer både hva gjelder kompetanse og økonomiske tildelinger.

Gjennom Helsefelleskap Innlandet skal Sykehuset Innlandet i partnerskap med kommunene planlegge og utvikle bedre helse- og omsorgstjenester for pasienter som har behov for både spesialisthelsetjenester og kommunale helsetjenester. Helsefelleskap Innlandet skal prioritere særlige pasientgrupper, øke pasienters helsekompetanse, skape helhetlige tjenester, styrke akuttmedisinske tjenester, desentralisere tjenester ved hjelp av teknologi og sette kompetanseheving på dagsorden.

Helseforetaket har i dag virksomhet på om lag 40 steder med fem somatiske sykehus, to sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, i tillegg til en rekke desentraliserte tjenester i form av lokalmedisinske sentre, spesialistsenter, distriktpsikiatriske sentre, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, enheter for habilitering og rehabilitering, ambulansestasjoner og luftambulansbase. I sum yter Sykehuset Innlandets dyktige helsepersonell årlig om lag 50.000 døgnopphold med 250.000 liggedager, og utfører i overkant av en halv million polikliniske konsultasjoner

eller dagbehandlinger. Tilbakemelding fra pasienter vitner om gode pasientmøter med i stor grad riktig kvalitet, god kommunikasjon og nærhet.

Oppsummert vil Sykehuset Innlandet ved særlig satsing på kompetanse, digitalisering og samarbeid med primærhelsetjenesten, legge til rette for videreutvikling av vår felles helsetjeneste. Endringer må gjøres kontinuerlig og proaktivt for at sykehuset skal kunne yte gode og trygge tjenester også i et lengre tidsperspektiv på en bærekraftig måte. Dette vil bli krevende og viktig for alle medarbeidere og ledere i Sykehuset Innlandet de kommende årene.

Innledning

VISJON

Sykehuset Innlandet skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det.

VERDIER

- ✓ Kvalitet
- ✓ Trygghet
- ✓ Respekt

VIRKSOMHETSIDÉ

- Sykehuset Innlandet skaper pasientens helsetjeneste gjennom å gi trygg og god behandling nærmest mulig der pasienten bor.
- Fagmiljøer i foretaket videreutvikler og forbedrer behandlingstilbudet i samarbeid med brukere, kommunene, fastleger og andre som yter helsetjenester.
- Sykehuset Innlandet skal samle spesialiserte helsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling, videreføre desentralisering av helsetjenester, styrke samhandlingen med primærhelsetjenesten og videreutvikle prehospitaltjenester.

Sykehuset Innlandets utviklingsplan tar opp i seg føringer fra Nasjonal Helse og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St.7 (2019-2020)¹ og Regional utviklingsplan 2035². Styresak 043-2021 i Helse Sør-Øst RHF *Premisser og føringer for arbeidet med lokale utviklingsplaner* og *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF, sak 148-2020, er lagt til grunn for arbeidet. Nye satsingsområder som omtales i denne utviklingsplanen, er i tråd med føringene fra Helse Sør-Øst RHF.

Oppdatering av utviklingsplanen baserer seg på arbeidet utført i 2017-2018 med nåværende utviklingsplan (2018-2035)³. Kapittel én til fem er i stor grad oppdatering av faktagrunnlag basert på tall innhentet internt i foretaket, fra nasjonale framskrivninger, samt beskrevne utviklingstrekk innenfor blant annet fag, teknologi og demografi. Kapittel seks angir nye retninger, justerte mål og hvordan Sykehuset Innlandet vil bidra til å videreutvikle vår felles helsetjeneste i Innlandet. Dette skal skje innenfor tildelte økonomiske rammer, slik at utviklingsplanen er et verktøy for prioriteringer og en mer effektiv drift.

I utviklingsplanen for 2018-2035 ble det fokusert på Helse Sør-Øst sine sju prioriterte fagområder, blant annet rehabilitering, habilitering, hjerneslag, kreftkirurgi og prehospitaltjenester. Selv om den kommende utviklingsplanen har et noe annet oppsett og annen vektlegging, står fagområdene fortsatt i fokus og følges opp videre i

¹ Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023: [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

² Regional utviklingsplan 2035: [Regional utviklingsplan 2035 \(helse-sorost.no\)](https://www.helse-sorost.no)

³ Utviklingsplan 2018-2035: [036-2018 Vedlegg 01 Utviklingsplan 2018-2035.pdf \(sykehuset-innlandet.no\)](https://www.sykehuset-innlandet.no)

Virksomhetsstrategien og virksomhetsplaner. Noen av målene for fagområdene er det jobbet svært godt med og mange av målene er oppfylt, mens andre er gjenstand for videre arbeid.

Arbeidet med oppdatering av utviklingsplan for Sykehuset Innlandet ble påbegynt ultimo august 2021, og har vært knyttet til foretakets organisasjonsutviklingsprogram for å sikre synergier med pågående utviklingsarbeid. Det er gjennomført en åpen prosess med bred involvering der alle interessenter, både eksterne og interne, er gitt mulighet for å gi innspill og ha dialog.

Det vil bli utarbeidet en digital og papirbasert kortversjon av utviklingsplanen i samarbeid med Virksomhetsplan for 2023-2026.

1. Bakgrunn og historikk

Sykehuset Innlandet HF er ett av elleve helseforetak som inngår i det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset Innlandet HF ble stiftet 1. januar 2003 etter sammenslåing av de tidligere helseforetakene Hedmark Sentralsykehuset HF, Kongsvinger sjukehus HF, Tynset sjukehus HF, Sanderud Sykehus HF og Oppland Sentralsykehus HF. Disse sykehusene fungerte som selvstendige helseforetak i en overgangsperiode fra 1. januar 2002 til etableringen av Sykehuset Innlandet HF.

Sykehuset Innlandet har ansvaret for all offentlig spesialisthelsetjeneste innenfor somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling, habilitering, rehabilitering og prehospitale tjenester i Innlandet. Revmatismesykehuset på Lillehammer er hovedsenter for revmatologi i Innlandet gjennom driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset Innlandet har ansvar for å administrere tildeling og ettersyn av medisinske behandlingshjelpemidler og å administrere syketransportordningen i opptaksområdet.

1. februar 2019 ble ansvaret for spesialisthelsetjenestene i Kongsvingerregionen overført fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF. Med dette opphørte også avtalen med Helse Sør-Øst RHF om å ivareta somatiske lokalsykehusfunksjoner for Nes kommune i Akershus med omlag 19 500 innbyggere.

Sykehuset Innlandet har virksomhet på om lag 40 steder i Innlandet med fem somatiske sykehus, to sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, to lokalmedisinske sentre og ett desentralisert spesialistsenter, distriktpsykiatrisk virksomhet ti steder, barne- og ungdomspsykiatrisk døgnbehandling tre steder, åtte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, to enheter for habilitering, tre enheter for rehabilitering, 26 ambulansestasjoner og luftambulansebase på Dombås.

Det er rundt 338 000 innbyggere i opptaksområdet til foretaket fordelt på 42 kommuner i Innlandet. I tillegg kommer kommunene Røros og Holtålen i Trøndelag som får sitt lokalsykehustilbud ved sykehuset på Tynset.

Sykehuset Innlandet hadde i 2021 gjennomsnittlig 8 822 ansatte fordelt på 6 903 årsverk. Den eide eiendomsmassen utgjorde i 2021 om lag 338 000 m². Omsetningen i 2021 var på om lag 9,1 milliarder kroner.

2. Nåsituasjonen

2.1 Folkehelseprofil

Folkehelseinstituttet analyserer årlig folkehelseprofilen i landet. Fra 2020 er rapporten inndelt etter ny fylkesstruktur med egen rapport for Innlandet. Alle data kan hentes ut her: <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>

Innbyggerne i Innlandet har en folkehelseprofil som i mange sammenhenger ligger nær opp til landsgjennomsnittet, men har variasjon mellom ulike kommuner, sosiodemografiske forskjeller og forskjeller på enkelte elementer i profilen. Oppsummert trekkes fram at andelen over 45 år som bor alene og andelen som bor i husholdninger med vedvarende lav intensitet er høyere enn landsgjennomsnittet. Forventet levealder er noe lavere enn landsgjennomsnittet, og forskjellen i forventet levealder mellom de som har grunnskole og de som i tillegg har videregående eller høyere utdanning, er større enn i landet som helhet. Forskjellen i forventet levealder mellom utdanningsgruppene er en indikator på sosiale helseforskjeller i fylket.

Fylket ligger på landsgjennomsnittet eller litt bedre når det gjelder forebyggende elementer som fysisk aktivitet, andel daglige røyk- og snusbrukere, drikkevannskvalitet, luftkvalitet og god sosial støtte. Overvekt/fedme for 17-åringer ligger over landsgjennomsnittet sammen med andelen som mobbes på skolen (sjunde klasse). Andelen med psykiske symptom/lidelser er noe over landsgjennomsnittet, mens egenvurdert helse er ikke signifikant forskjelling fra landsgjennomsnittet.

Endringer i demografi, ressur- og kompetansetilgang, økte forventninger fra innbyggere og pasienter og stort omstillingsbehov på grunn av reduserte økonomiske rammer er et utfordringsbilde Sykehuset Innlandet deler med kommunene i opptaksområdet. Samtidig gir faglige og teknologiske utviklingstrekk nye muligheter som må tas i bruk sammen gjennom et forpliktende partnerskap og opparbeidelse av felles kultur.

2.2 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

Sykehuset Innlandet har pasientens behov i sentrum og sørger for gode helsetjenester til alle pasienter i sykehusområdet. De fleste pasienter ønsker å være aktive medspillere i samvalg av behandling og behandlingsnivå. Befolkningen får i økende grad kunnskap om egen sykdom og tilgjengelige behandlingstilbud, dette gjør at pasienter og pårørende stiller stadig større krav til kvalitet, pasientsikkerhet og medvirkning. Kravene vil være av både faglig og funksjonell karakter.

Fra 1. januar 2020 har Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet startet opp med løpende, elektroniske målinger av brukererfaringer innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling⁴. Resultatene publiseres kvartalsvis og gir gode muligheter for å følge brukernes tilfredshet og effekt av behandlingen. Gjennomgående viser målingene at det er god tilfredshet og gode tilbakemeldinger for ventetid, behandling og organisering, men at det er forbedringspunkt blant annet når det gjelder pårørendeinvolvering, innflytelse på behandlingsopplegget og mestringsfokus. Psykisk helsevern har også startet opp med

⁴ Pasienters erfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern 2. kvartal 2021 - [FHI - publikasjoner](#)

systematisk innhenting av pasientrapporterte data i hvert polikliniske forløp gjennom løsningen DelMedMeg. Et banebrytende arbeid som bidrar til større medvirkning fra pasientene og kontinuerlig tilbakemelding til behandler.

Rapportmålinger av pasienterfaringer tolkes gjennom indikatorer som bidrag til vesentlig informasjon fra pasienter om hvordan kvaliteten i behandlingen oppleves.

Folkehelseinstituttet publiserte i 2021 en nasjonal brukererfaringsundersøkelse blant voksne pasienter (somatikk) på sykehus (PasOpp-rapporten 2020⁵). Undersøkelsen viste at Sykehuset Innlandet har like gode eller bedre resultater enn landsgjennomsnittet på alle de ni undersøkte indikatorene og har signifikant bedre resultat tilknyttet dimensjonene; *Legene, Informasjon, Organisering og Samhandling*. Dette vitner om at helsepersonell møter pasientene på en god måte og at forholdene er lagt til rette for god pasientbehandling og samhandling. Resultatene er tilnærmet like med tallene fra 2019 med unntak av dimensjonen *Pårørende* som naturlig er knyttet til restriksjoner for pårørende gjennom covid-19 pandemien. Det er variasjon i resultatene mellom de ulike divisjonene i foretaket.

Pasient- og brukerombudet i Innlandet utarbeider årlige rapporter basert på deres innrapporterte saker. Årsmelding fra 2021⁶ angir 463 saker rapportert på Sykehuset Innlandet, som er en økning fra 2020 som hadde forholdsvis færre saker grunnet pandemien. Fordelingen av årsak til innrapporterte saker er *behandlingstiltak* (inkluderer alle saker om innholdet i behandlingen) (101 saker, 22 prosent), *avslag på behandling* (36 saker), *diagnostisering* (34 saker) og informasjon (28 saker). Flest saker er knyttet til psyksik helsevern (146 saker, en økning fra 93 saker i 2020), videre følger kirurgi med 99 saker, og indremedisin med 62 saker.

På systemnivå er foretakets brukerutvalg pasientens og befolkningens talerør. Leder og nestleder i brukerutvalget møter som observatører i foretakets styre. Unge brukere involveres gjennom ungdomsrådet i Sykehuset Innlandet.

2.3 Pasientbehandling – aktivitet, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

Tall fra 2021 må spesielt sees i sammenheng med covid-19 pandemien.

Felles behov for helsetjenester innen kommune og somatikk

Pasientene lever sine liv i kommunene hvor de får hovedtyngden av sine helsetjenester, og har behov for spesialisthelsetjeneste i større eller mindre grad. En del pasienter er sammenfallende og det er disse som krever størst grad av samarbeid.

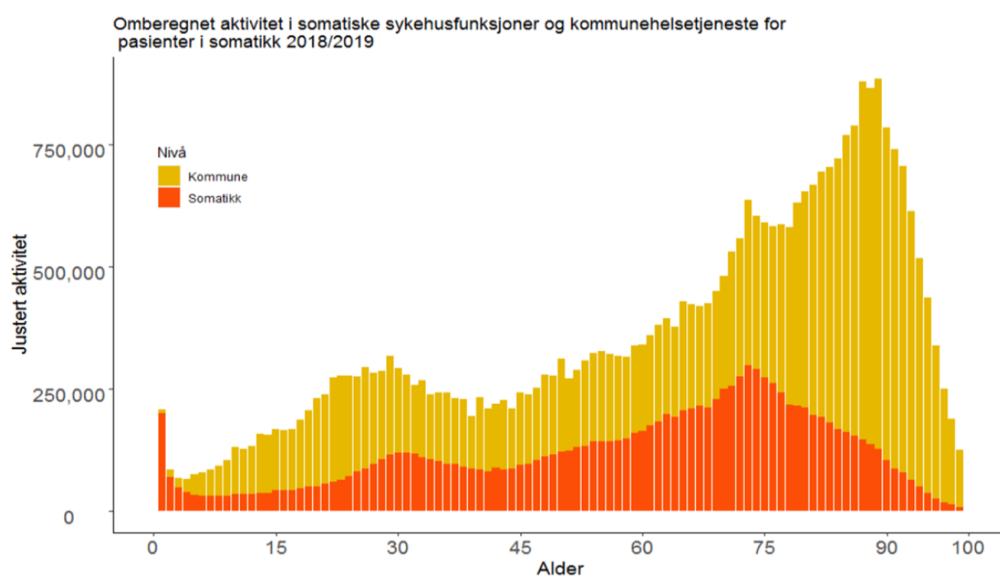
⁵ PasOpp rapporten 2020: [Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2020 -resultater fra en landsomfattende undersøkelse - FHI](#)

⁶ Årsmelding 2021 Pasient og brukerombudet Innlandet: [Årsmelding Innlandet 2021.pdf \(pasientogbrukerombudet.no\)](#)

Tabell 2.3 (1) Antall pasienter med sammenfallende behov for helsetjenester i kommune og spesialisthelsetjenesten

Antall individer med høyt behov for helsetjenester i somatikk og i kommune			Andel individer som er i samme gruppe i ulike nivåer
Somatikk	Kommune		
Top 5%	139 574	36 629	26 %
Top 10%	279 149	111 704	40 %
Top 20%	558 298	209 622	38 %
	2 791 489	338 841	12 %

Figur 2.3 (1) Aldersfordeling pasienter som får tjenester innen kommune og spesialisthelsetjenesten



Psykisk helsevern

Den samlede aktiviteten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (inkludert sykehuspsykiatri for voksne og barn, samt distriktpspsykiatriske sentre) utgjorde i 2021 totalt ca. 3 500 døgnopphold med ca 82 000 liggedager. Det var ca. 180 000 dagopphold og polikliniske besøk.

Tabell 2.3 (2) Den samlede aktiviteten innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for barn og unge ved Sykehuset Innlandet i 2021⁷

Psykisk helsevern	Døgnopphold	Liggedager	Dagopphold og polikliniske konsultasjoner
Psykisk helsevern for voksne (PHV)	2 791	59 617	107 245
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	392	16 590	18 925
Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)	305	5 846	53 926
I alt	3 488	82 053	180 096

⁷ Årsrapport Sykehuset Innlandet HF 2021: [021-2022 Vedlegg - Årsrapport 2021.pdf \(sykehuset-innlandet.no\)](#)

Somatikk

I 2021 hadde Sykehuset Innlandet totalt ca. 53 000 døgnopphold med ca. 175 000 liggedager, med en gjennomsnittlig liggetid på 3,3 dager. Antall dagopphold var ca. 40 000 (ca. 175 per dag, 230 dager i året) og antall polikliniske konsultasjoner var ca. 340 000 (ca. 1 475 per dag, 230 dager i året). Aktivitetsdata er registrert på ansvarshavende sykehus og ikke nødvendigvis hvor aktiviteten reelt har funnet sted. Dette betyr f.eks. at polikliniske konsultasjoner innenfor øyefaget registreres på Elverum selv om konsultasjonen faktisk fant sted på Lillehammer. Det samme gjelder poliklinisk aktivitet ved lokalmedisinske senter som registreres i den avdelingen som har ansvaret, eksempelvis dialyse ved Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter som registreres på Lillehammer. Kun aktivitet som er refusjonsberettiget er med i oversikten. Tallene kan derfor gi et noe misvisende bilde av den faktiske aktiviteten ved de enkelte sykehusene.

Tabell 2.3 (3) Somatisk aktivitet ved Sykehuset Innlandet i 2021

	Døgnopphold	Liggedager	Dagopphold	Poliklinikk	Totalt
Elverum	11 103	34 059	17 617	97 574	160 353
Hamar	10 454	33 298	3 183	51 969	98 904
Gjøvik	11 800	40 546	5 528	93 935	151 809
Lillehammer	15 202	53 461	12 847	69 958	151 468
Tynset	3 567	9 302	865	13 804	27 538
Hab./Rehab.	455	5 141	243	11 985	17 824
I alt	52 581	175 806	40 283	339 225	607 895

Habilitering og rehabilitering

Mange av pasientene som følges opp av Habiliteringstjenesten har kroniske tilstander som følges opp i et livsløpsperspektiv. Felles for alle er at de trenger planlagte, sammensatte og samordnede tjenester på tvers av sektorer. Mange har behov for gjentatte intervensjoner gjennom hele livet.

Habiliteringstjenesten er i all hovedsak en dagbasert tjeneste, med stadig større grad av utredninger og diagnostisering gjennom tverrfaglige polikliniske konsultasjoner. Pasientene møtes i eget hjem eller nærmiljø når dette er nødvendig. Oppfølging gjøres ambulant og samtidig med veiledning og samarbeid med kommunene. Habiliteringstjenesten har i tillegg poliklinisk virksomhet i lokaler på Sanderud og på Lillehammer. Pasientgruppen kan være personer med tidlig ervervede hjerneskader og utviklingsforstyrrelser, syndromer med kognitiv svikt, utviklingshemming eller autisme. Det vil også kunne omfatte personer med tidlig ervervede nevrologiske skader eller sykdommer, nevromuskulære sykdommer eksempelvis muskeldystrofier, ataksier og ryggmargsbrokk.

Fysikalsk medisin og rehabilitering har tilbud om tverrfaglig spesialisert utredning og rehabilitering, og har fem regionale funksjoner i Helse Sør-Øst. Tilbudene omfatter blant

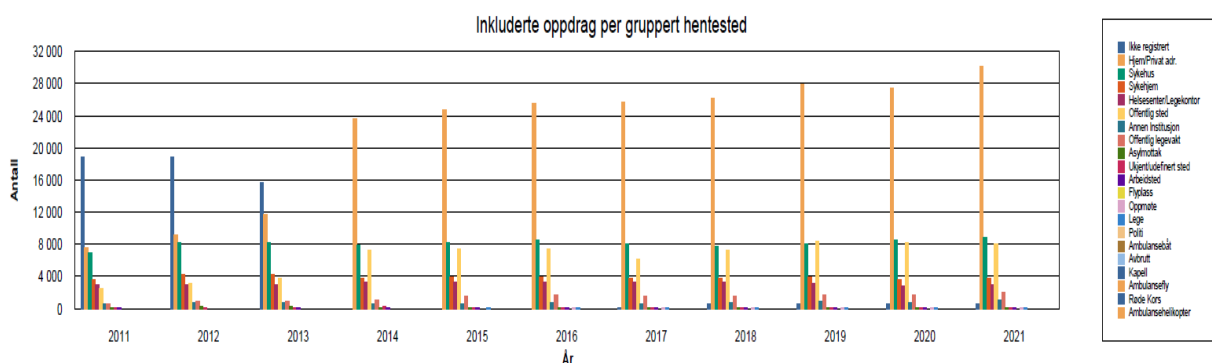
annet pasienter med rehabiliteringsbehov knyttet til hjerneslag-/skade, multitraume, komplekse nevrologiske lidelser, arm- og benamputasjon, muskel- og skjelettsmerter og lungesykdom. Avdelingen har døgn- og poliklinisk tilbud på Ottestad, Gjøvik (Solås) og Follebu (Granheim), samt ambulante og digitale tilbud.

Prehospitale tjenester

Divisjon Prehospitale tjenester drifter totalt 26 ambulansestasjoner spredt rundt i Innlandet. Divisjonen har også ansvaret for AMK-sentral, den medisinske tjenesten ved luftambulansens base på Dombås, pasientreisekontor og spesialisthelsetjenestetilbudet ved de lokalmedisinske sentrene i Nord-Gudbrandsdal og Valdres, samt spesialisthelsetilbudet på Hadeland.

Antall ambulanseoppdrag har økt med over 30 prosent de siste ti årene. Antall pasientreiser, her illustrert ved antall drosjereiser der kommunegrenser krysses (som oftes de som går til sykehus), har vært lavere under pandemien, men ser nå ut til å øke igjen.

Figur 2.3 (2) Utvikling i antall ambulanseoppdrag per år – gruppert på hentested



Figur 2.3 (3) Antall rekvisisjoner drosje der kommunegrenser krysses



Bildedagnostikk og laboratorietjenester

Bildedagnostikk er lokalisert til somatiske sykehus. I 2021/2022 er tilbudet innen PET-CT endret fra at diagnostikken ble utført i leid buss lokalisert ved Lillehammer og Elverum enkelte dager i uka til fast installasjon ved SI Elverum. Dette gir nye muligheter for kombindert diagnostikk og målrettet behandling.

Tabell 2.3 (4) Antall undersøkelser per modalitetstype i 2021

Modalitetstype	Inneliggende pasienter	Intern poliklinikk	Eksterne pasienter
CT	20 272	18 481	5 184
Røntgen thorax og røntgen skjelett	35 345	36 363	46 682
Mammografi	276	3 322	3 706
MR	3 510	9 254	4 596
Nukleærmedisin (unntatt PET CT)	69	2 829	691
PET CT	92	963	130
Bentetthetsmåling	33	18	76
RF	316	400	131
Ultralyd	7 718	9 546	9 939
Gjennomlysning og angiografi (intervensjon)	190	193	43
I alt	67 821	81 375	71 178

Laboratorietilbudet innenfor blodbank og medisinsk biokjemi er lokalisert til somatiske og psykiatriske sykehus. Fagene medisinsk mikrobiologi og patologi er samlet på SI Lillehammer. Tilsendte prøver fra primærhelsetjenesten analyseres i stor grad ved helseforetakets laboratorier og hovedtyngden av prøver analyseres ved laboratoriet i SI Elverum hvor det de siste årene er installert helautomatisk analysehall.

Tabell 2.3 (5) Antall laboratorieundersøkelser 2021

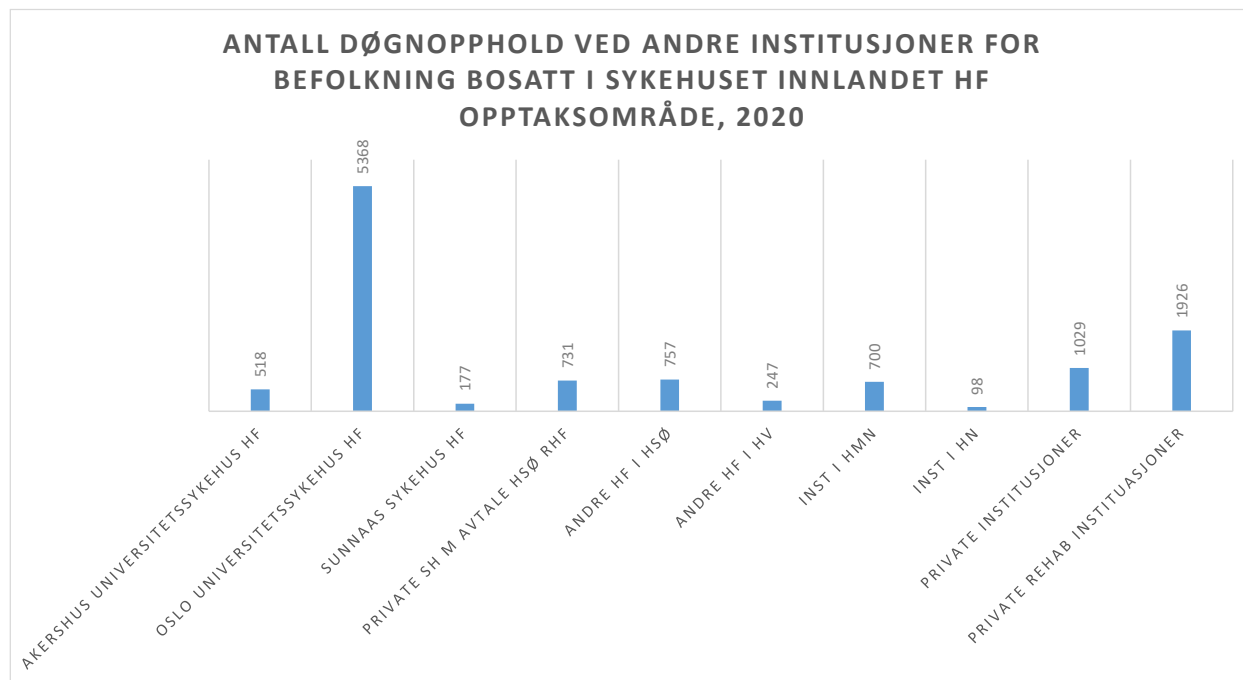
Laboratoriefag (2020 tall)	Inneliggende	Intern poliklinikk	Ekstern poliklinikk
Medisinsk biokjemi	2 297 943	1 611 323	4 005 516
Medisinsk mikrobiologi	149 345	70 381	384 913
Immunologi og transfusjonsmedisin (blodbank)	120 506		98 094
Patologi	5 453	20 973	23 701
I alt	2 573 247	1 702 677	4 512 224

Pasientstrømmer

Sykehuset Innlandet har egendeckningsgrad for døgnopphold på 81 prosent. De øvrige døgnopphold er ved andre foretak med hovedvekt på Oslo universitetssykehus på ni prosent av alle døgnopphold i 2020. Det er også pasienter som behandles ved private sykehus som har avtale med Helse Sør-Øst RHF, inkludert Revmatismesykehuset som har

hovedansvaret for revmatologi i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet. Det har vært lite endringer i pasientstrømmer over de siste årene.

Figur 2.3. (4) Antall døgnopphold ved andre institusjoner for befolkning bosatt i Sykehuset Innlandets opptaksområde, 2020 – Somatikk og/eller psykiatri⁸



Forbruksrater

Forbruk av døgnopphold for befolkningen i Innlandet er for somatikk 132 døgnopphold pr 1 000 innbyggere i 2020 (ekskudert privat rehabilitering). Gjennomsnittet i Norge er 129 døgnopphold pr 1 000 innbyggere. For polikliniske kontakter, inkludert polikliniske kontakter hos avtalepesialister, er forbruket 972 per 1 000 innbyggere for Innlandet mot 1400 per 1 000 for landsgjennomsnittet⁹.

Innenfor psykisk helsevern for voksne ligger Innlandet på landsgjennomsnittet i bruk av innleggelser med 9,7 per 1 000 innbyggere. For polikliniske kontakter er forbruket i Innlandet på 533 per 1 000 innbyggere, mens landsgjennomsnittet er 600 per 1 000 innbyggere. For psykisk helsevern barn og unge er tallene for døgnbehandling og poliklinisk behandling både i helseforetak og hos avtalesesialist samlet. Her ligger Innlandet på landsgjennomsnittet med en forbruksrate på 48,7 per 1 000 innbyggere¹⁰.

Analyser fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har tidligere vist at Sykehuset Innlandet kan ha et overforbruk av helsetjenester innenfor dagkirurgi¹¹. Sykehuset Innlandet har jobbet godt med dette og har i følge siste publisering av indikatorer et forbruk som er nær gjennomsnitt eller under for de fleste indikatorer.

⁸ Nasjonal pasientregister

⁹ Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten, SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2020

¹⁰ Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten, SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2020

¹¹ SKDE rapport Nr. 2/2018

Foretaket har et forhøyet forbruk innenfor fire områder: karpaltunnel syndrom (nerve som kommer i klem mellom knoklene i håndleddet), utvalgt håndkirurgi, lyskebrokk og hemorider. Innenfor innsetting av primære hofteproteser¹² ligger fortsatt foretaket over landsgjennomsnittet, men forbruket har en nedadgående trend.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er grunnleggende for å skape pasientens helsetjeneste. Helseforetaket er i gang med omstillingsarbeid som skal identifisere områder med uønsket variasjon i pasienttilbudet. Innsatsen skal rettes mot disse områdene gjennom konkrete forbedringstiltak. Foretakets sentrale kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (SIKPU) ledes av administrerende direktør og har et mandat som omfatter pasientsikkerhet, prioritering av saker og læring mellom ulike avdelinger i organisasjonen. Alle divisjoner har opprettet et Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (DKPU). Noen av divisjonene har i tillegg innført kvalitetsråd på avdelingsnivå. Sykehuset Innlandet bruker i dag et overordnet kvalitetsstyringssystem og system for uønskede hendelser (Kvalitetsportalen).

Sykehuset Innlandet har siden Folkehelseinstituttet i 2011 startet publisering av indikatorer for 30-dagers overlevelse for førstegangs hjerteinfarkt, hjerneslag, hoftebrudd og totaloverlevelse, hatt negative avvik på flere av disse områdene. Tallene ved siste publisering (2020) viser at Sykehuset Innlandet har signifikant dårligere resultat på totaloverlevelse og hjerneslag enn snittet i resten av landet. Institusjonsrapportene for de ulike sykehus viser at helseforetaket har variasjon i overlevelse, se nedenfor. Innenfor indikatoren 30-dagers totaloverlevelse, er ett av sykehusene signifikant bedre enn landsgjennomsnittet, mens to er signifikant dårligere. Innenfor indikatorene hjerneslag og førstegangs hjerteinfarkt har foretaket enkeltsykehus som har signifikant dårligere overlevelse enn landsgjennomsnittet.¹³

¹² Helse Førde HF rapport Nr. 1/2018

¹³ Kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus – resultater for året 2019

Tabell 2.3 (6) Kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus, resultater for året 2019¹⁴

	Totaloverlevelse ¹⁵	Hjerneslag	Hoftebrudd	Hjerteinfarkt
Elverum	110,4	102,3	119,1	137,2
Hamar	77,4	113,1		95
Gjøvik	134,1	123,0	103,0	120,0
Lillehammer	114,2	119,7	100,9	102,8
Tynset	109,9	118,5	99,5	
Innlandet HF	95,1	87,2	91,0	93,1
Landsgjennomsnitt (referanseverdi)	100	100	100	100

Tallene for Hjerteinfarkt, Hjerneslag og Hoftebrudd er tre-års-tall (2017-2018-2019). Totaloverlevelse er 2019 tall.

Arbeidet med pasientforløp basert på utviklingsplan 2018-2035 er konkretisert i pasientforløp for hoftebrudd, hjerneslag og god start. For indikatoreren hoftebrudd er nå alle sykehus innenfor normalområdet. SI Lillehammer ble kåret til «Årets slagenhet» av Hjerneslagregisteret i 2020, mens SI Hamar fikk utnevnelsen i 2019. Arbeidet med pasientforløp er videreført til å omfatte forløp som omfatter både psykisk helsevern, habilitering og somatikk. I 2021-2022 gjelder dette pasientforløp intox (akutt selvpåført forgiftning) og barn med autisme. Resultatene ovenfor viser at arbeidet med pasientforløp har hatt god effekt og bør videreføres.

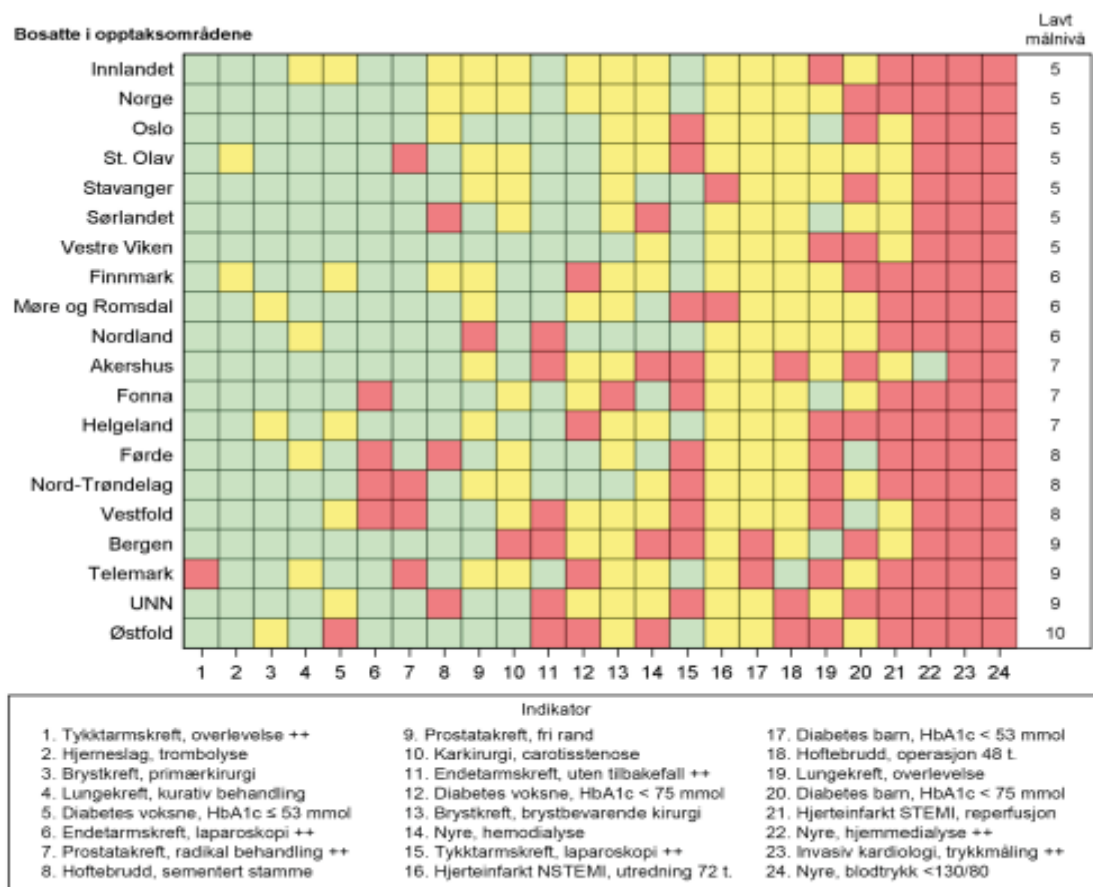
Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering utga i 2021 rapporten «En beskrivelse av kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester for årene 2017–2019»¹⁶. Utvalgte data fra tolv kvalitetsregistre er i dette nye atlaset benyttet for å vise kvalitet i utredning, behandling og resultat av behandling for utvalgte pasientgrupper med alvorlig sykdom. Atlaset viser at kvaliteten samlet sett varierer betydelig avhengig av pasientenes bosted. Tilstander som omfattes er alvorlig hjerte-karsykdom, kreft, diabetes, nyresykdom og hoftebrudd. Atlaset er skrevet i samarbeid med tolv nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og resultatene er basert på 31 utvalgte kvalitetsindikatorer som måler kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester. Resultatene gjelder spesialisthelsetjenesten og perioden 2017–2019. Tabellen under viser grad av måloppnåelse for 24 utvalgte kvalitetsindikatorer hentet fra de 12 kvalitetsindikatorerne.

¹⁴ Lokale sykehusrapporter: [30 dagers overlevelse og reinnleggelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2019 - FHI](#), Hovedrapport for HF nivå: [hoved rapport overl reinnl.2019.pdf \(fhi.no\)](#) Rosa farge indikerer signifikant lavere overlevelse fra referanseverdien. Grønn farge indikerer signifikant høyere overlevelse enn referanseverdien.

¹⁵ 30 dagers risikjustert relativ dødelighet

¹⁶ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering - rapport Nr. 1/2021

Figur 2.3. (5) Måloppnåelse for 24 utvalgte kvalitetsindikatorer



Kilde: Nasjonale medisinske kvalitetsregistre/FHI/SSB



Sykehuset Innlandet hadde i perioden sju indikatorer med høy måloppnåelse, tolv indikatorer med moderat måloppnåelse og fem indikatorer med lav måloppnåelse.

Innenfor de sju¹⁷ prioriterte områdene beskrevet i utviklingsplan fra 2018 er utvikling og forbedringsarbeid startet opp. Satsningsområdene følges opp videre i foretakets divisjoner og gjennom konkrete tiltak i Virksomhetsstrategi og virksomhetsplaner. Områdene beskrives ikke på nytt som egne satsningsområder i denne utviklingsplanen.

Arbeid med kvalitetsforbedring er et målrettet og langsiktig arbeid med oppbygging og videreutvikling av god faglig praksis og forbedringskompetanse. Gjennom flerårig fokus med tydelige mål innenfor blant annet overlevelse etter sykehusinnleggelser, bruk av bredspektret antibiotika, redusere feil ved legemiddelhåndtering og transfusjoner, redusere variasjon og ventetider, prioritering av psykisk helsevern og forløpstider innenfor pakkeforløp kreft, ser en forbedrede resultater.

Pasientopplæring – om mestring og involvering

Pasienter har lovfestet rett til medvirkning, informasjon og opplæring. Et av målene med pasientopplæring er å øke pasientenes og de pårørendes kunnskap om helse og hvordan

¹⁷ Psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, rehabilitering, habilitering, hjerneslag, kreftkirurgi og prehospitaltjenester.

man selv kan styrke egen mestring for å leve med helseutfordringer. Kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring i avdeling Kompetanse og utdanning i stabsområde Helse, har ansvar for å bistå i utvikling av lærings- og mestringstilbud til pasienter og pårørende med kronisk sykdom, funksjonsnedsettelse og langvarige helseutfordringer.

Kompetansetjenesten innehar helsepedagogisk kompetanse og støtter avdelingene i å opprette mestringskurs for pasienter- og pårørende og sikrer at det er brukermedvirkning i planlegging, gjennomføring og evaluering av kursene.

Helsetjenesten endres fra «Hva feiler det deg?» til «Hva er viktig for deg?» og «Hva kan du bidra med?». Opplæringen baserer seg på en standard metode der fagkunnskap og brukerkunnskap sidestilles i planlegging, gjennomføring og evaluering av læringstilbud og bidrar til at det arbeides spesielt med utvikling av arbeidsformer som sikrer reell brukermedvirkning, blant annet gjennom samvalg. Det gruppebaserte opplæringstilbudet har en egenverdi ved at brukerne møter hverandre og deler erfaringer, og får tilgang til etablerte møteplasser og informasjonssentra. Det gjennomføres også helsepedagogiske kurs som opplæring av helsepersonell.

2.4 Oppgavedeling og samhandling

Oppgavefordeling internt i Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandets somatiske funksjonsfordeling er i liten grad endret de siste årene. Det samme gjelder for sykehuspsykiatrien for voksne, barn og unge, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Oppgavefordeling mellom Sykehuset Innlandet og andre helseforetak

Det er formalisert et samarbeid mellom Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF for Fjellregionen¹⁸ hvor pasienter får tilbud på tvers av dagens regionale helseforetaksgrenser. Denne regionen har et befolkningsgrunnlag på omlag 25 000 innbyggere, hvorav 20 000 fra Innlandet, resten kommer fra kommunene Holtålen og Røros i Trøndelag.

Etter avtale med Region Jämtland Härjedalen samarbeider SI Tynset med St Olavs hospital, avdeling Røros sykehus, om å tilby elektive helsetjenester til befolkningen i Vestre Härjedalen.

Sykehuset Innlandet har et tett samarbeid med Sykehusapotekene HF, Innlandet, som har ansvar for legemiddelforsyning og er sykehusets kompetansesenter for legemidler. Sykehusapotekene HF er en del av Helse Sør-Øst og er lokalisert ved fire av de fem somatiske sykehusene.

Samhandling med kommuner og fastleger

Sykehuset har en velfungerende praksiskonsulentordning. Fastlegene knyttet til ordningen involveres hyppig i forbedrings- og utviklingsarbeid i sykehuset. Høsten 2019 ble Samarbeidsforum for Leger i Primærhelsetjenesten og Sykehus i Innlandet (SLIPS)

¹⁸ Fjellregionen består av kommunene Tynset, Os, Tolga, Alvdal, Follidal og Rendalen i Hedmark, og kommunene Holtålen og Røros i Trøndelag

opprettet. Dette er en arena for fastleger, kommuneleger og leger i sykehus med hovedoppgave å vurdere oppgaveoverføringer mellom forvaltningsnivåene.

Sykehuset Innlandet har i en årrekke hatt lovpålagte avtaler med alle kommunene i henhold til samhandlingsreformen og faste fora for dialog på overordnet og geografisk nivå. Dette videreutvikles nå gjennom etablering av Helsefellesskap Innlandet.

Helseforetaket har etablert spesialisthelsetilbud med poliklinikk og dagbehandling ved de lokalmedisinske sentrene i Nord-Gudbrandsdal og Valdres. Tilbudet er samlokalisert med kommunale og interkommunale tilbud og formalisert gjennom driftsavtaler mellom den aktuelle vertskommunen og helseforetaket. Desentraliserte polikliniske tilbud på Hadeland videreutvikles.

Sykehuset Innlandet har egne avtaler med kommuner om FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) og deltakelse i Sam-Aks (samhandling mellom kommunale sykehjem og alderspsykiatrisk avdeling i Sykehuset Innlandet).

Både habilitering og rehabilitering har føringer knyttet til mer formalisert samarbeid med kommunene. Innenfor habilitering er individbaserte samarbeidsavtaler (på pasientnivå) i større grad innført. Innenfor rehabilitering er Rehabiliteringsutvalget Innlandet etablert i regi av overordnet samarbeidsutvalg, og blir et fagutvalg i Helsefellesskapet.

Samhandling med private og avtalespesialister

Sykehuset Innlandet har som ambisjon å være konkurransedyktige på tilgjengelighet, ventetider og kvalitet. Innlandets befolkning har i tillegg flere private tilbydere innenfor somatikk, rehabilitering, psykisk helsevern og rus. Enkelte utfyller Sykehuset Innlandet sitt tilbud mens andre oppfattes å være i konkurranse med sykehusets tilbud. Omlag en femtedel av de polikliniske konsultasjonene i Innlandet utføres av avtalespesialister.¹⁹

2.5 Organisering, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse

Dagens organisasjonsstruktur og virksomhetsstyring

Sykehuset Innlandet er per 2021 organisert i åtte divisjoner – tre geografiske divisjoner og fem tverrgående divisjoner. I tillegg har Sykehuset Innlandet fire stabsområder, et prosjektområde og et organisasjonsutviklingsprogram. Virksomheten er i hovedsak inndelt i fire ledelsesnivåer; administrerende direktør, divisjonsdirektør/stabsdirektør, avdelingssjef og seksjons/enhetsleder.

Den geografiske organiseringen av de somatiske divisjonene bidrar til intern koordinering på de somatiske sykehusene og lokalt initiativ. Organiseringen gjør det imidlertid utfordrende å sikre felles faglige prosedyrer, felles læring, helhetlige pasientforløp, redusert uønsket variasjon og et helhetlig faglig fokus. Tverrgående divisjoner, organisert etter fagområde, svarer bedre ut disse utfordringene, men har en større utfordring på integrering i lokaler der flere fagområder inngår. Små fagenheter innenfor visse områder

¹⁹ Bistand til gjennomføring av idéfase for Sykehuset Innlandet. Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot år 2040, somatikk del 1

I Innlandet er det avtalespesialister innen følgende fagområder: Anestesiologi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, gastroenterologi, hudsykdommer, indremedisin, kardiologi, kirurgi, nevrologi, øre-nese-halssykdommer, øyesykdommer, psykisk helsevern (psykologer og psykiatere) og nevropsykologi.

påvirker evnen til å rekruttere og sikre stabil bemanning med rett kompetanse. Organiseringen har også implikasjoner for foretakets evne til å gjøre større endringer og å hente ut stordriftsfordeler. Tverrgående divisjoner har større mulighet for å gjennomføre endringer innenfor sitt område, mens et sterkt lokalt engasjement kan overskygge foretaksperspektivet når det gjelder behovet for å gjennomføre større endringsprosesser. Føringer om at rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt skal framstå synlig og tydelig er i dag ivare tatt ved å tillegge dette avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Virksomhetsstyring er en av de sentrale faktorene som påvirker foretakets evne til å gjennomføre endringer. Det er et høyt fokus på drift og økonomi i den enkelte divisjon, men det er et behov for sterkere kobling mellom strategi, identifisering av og oppfølging av nødvendige tiltak.

2.5.2 Ledelse

Alle ledere har lederavtaler som tydeliggjør ansvar og fullmakter. Lederavtalene inneholder krav og mål for et driftsår og evalueres i årlige ledersamtaler. Foretaket legger vekt på at ledere skal utøve helhetlig lederskap, med et samlet ansvar for kvalitet, fag, medarbeidere og økonomi. Det arbeides systematisk med lederopplæring og ledelsesutvikling i helseforetaket.

2.5.3 Rekrutteringsutfordringer og økende turnover

Sykehuset Innlandet opplever i økende grad en utfordring med å sikre robuste fagmiljøer og tilstrekkelig kompetanse innenfor et økende antall fagområder. Det er for høy uønsket turnover på enkelte enheter. Det er komplekse årsaker til dette som påvirkes av det eksterne arbeidsmarkedet for de gjeldende yrkesgruppene. Det er igangsatt et kartleggingsarbeid for å se på hvilke faktorer som fører til turnover, dette inkluderer arbeidsforhold, arbeidstidsordninger, oppgavefordeling, kompetanseutviklings-muligheter og kompensasjonsordninger. Kartleggingen er nødvendig for å etablere målrettede tiltak.

Det er flere fagområder som er identifisert som sårbare for rekruttering.

Alderssammensetningen viser at 37,5 prosent av medarbeiderne i Sykehuset Innlandet innenfor de ulike legespesialitetene er 55 år eller eldre. For øvrige stillingskategorier er det tilsvarende tallet 28,9 prosent. Dekningen av og tilgangen på spesialkompetanse varierer mellom fagområdene i foretaket. Sykehuset Innlandet har størst rekrutteringsutfordring innenfor fagområder som er fragmenterte, hvor fagmiljøene er små og sårbare. Utsatte fag er hematologi, onkologi, stråleonkologi, lungemedisin, gynekologi, hudsykdommer og patologi. Innenfor psykisk helsevern er det stort behov for barne- og ungdomspsykiatere, psykiatere og psykologspesialister. Rekruttering av jordmødre og bioingeniører har også blitt mer utfordrende de siste årene.

Det er høy gjennomsnittsalder blant sykepleiere innenfor områdene anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie. Det er krevende å dekke nåværende og framtidig behov gjennom ekstern rekruttering. Foretaket må kontinuerlig sørge for videreutdanning av eget personell. NTNU Gjøvik og Høgskolen i Innlandet bidrar gjennom godt samarbeid og fleksible løsninger til at foretaket kan gi videreutdanning i anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie for å dekke dette behovet.

Økningen i andelen eldre sammen med små årskull i yrkesaktiv alder kan komme til å skape et misforhold mellom tilgang på og etterspørsel etter helsearbeidere. Dagens spredte struktur med relativt små fagmiljøer, gir grunn til å anta at rekrutteringsutfordringene kan

bli større i Innlandet sammenlignet med andre foretak i Helse Sør-Øst. Sykehuset Innlandet må arbeide langsiktig, helhetlig og strategisk for å møte denne utfordringen.

2.5.4 Kompetanseutvikling

Utdanning av helsepersonell er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte oppgaver, som løses i nært samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Utdanning av legespesialister er i en særstilling, idet helseforetaket i forskrift er definert som selve utdanningsvirksomheten. Sykehuset Innlandet har søkt Helsedirektoratet om godkjenning som selvstendig utdanningsvirksomhet for 33 ulike spesialiteter.

Sykehuset Innlandet yter sammensatte og varierte tjenester som krever både bredde- og spisskompetanse. Økt spesialisering, rask faglig utvikling, effektivisering og dreining fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling endrer kompetansebehovene. Kompetansen må ses i sammenheng med primærhelsetjenestens behov for kompetanseoverføring.

Utdanningsaktiviteten ved sykehuset skal bidra til at Sykehuset Innlandet til enhver tid har den kompetanse som moderne sykehus behøver. Helseforetaket bidrar både med studiepraksis og praksisbasert undervisning. Det er tett samarbeid med Høgskolen i Innlandet og NTNU Gjøvik gjennom en strategisk samarbeidsavtale og faste møtepunkter om bachelor- og videreutdanningene. I tillegg er det samarbeid med Fagskolen og blant annet vurderes videreutdanningstilbud for helsefagarbeidere. Tynset studie- og høyskolesenter tilbyr sykepleieutdanning og videreutdanning for helsefagarbeidere.

Medisinstudenter fra Universitet i Oslo er utplassert ved alle de store somatiske og psykiatriske enhetene. I tillegg har divisjon Tynset medisinstudenter fra NTNU Trondheim. Den største kontaktflaten mot universiteter etter grunnutdanningen utføres av kombinerte stillingsinnehavere ved Sykehuset Innlandet og NTNU/Universitet i Oslo.

2.5.5 Arbeidsmiljø og arbeidsforhold for medarbeidere i Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandet er forpliktet til å sikre gode arbeidsforhold for alle medarbeidere. Gjennom god ledelse og ressursstyring skal medarbeidere settes i stand til å utføre sine oppgaver på en god måte. Formålet med ForBedringsundersøkelsen er å kartlegge forhold ved pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø som kan ha sammenheng med risiko for uønskede hendelser, og som kan virke negativt på tjenestens kvalitet og medarbeideres helse og engasjement.

Sykehuset Innlandet hadde i 2021 en svarprosent på 78 på ForBedringsundersøkelsen. Hovedresultatene per tema på foretaksnivå var stort sett sammenfallende med Helse Sør-Øst sitt referansegrunnlag, og det var en svak bedring innenfor flere temaer siden forrige undersøkelse i 2019. Resultatene viste imidlertid relativt store variasjoner mellom enheter, spesielt innenfor områdene arbeidsbelastning, opplevd lederatferd og samarbeid mellom enheter.

2.6 Forskning og innovasjon

Forskning

Ved utgangen av 2020 var 58 medarbeidere i doktorgradsutdanningsløp og 15 i postdok-løp, som finansieres både av interne og eksterne midler. Antall disputaser har økt fra fem i 2014 til ni i 2020. I tråd med foretakets utviklingsplan har det pågått et arbeid med å utvikle og samle forskningsmiljøet i forskningsgrupper etter gitte kvalitetskriterier.

Forskningsgruppene bidrar til utvikling av mer robuste forskningsmiljøer som er integrert i klinisk virksomhet, større konkurransekraft for å innhente eksterne midler, brukermedvirkning og gir forskningen i Sykehuset Innlandet en mer tydelig profil. Det er etablert 12 tematiske forskningsgrupper innenfor temaområder som rus og psykiatri, alvorlige psykiske lidelser hos voksne, nevroutvikling, aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom, mor og barn, ortopedi, overvekt og fedme samt tjenesteutvikling og innovasjon. Sykehuset Innlandet har i tillegg tre forskningssentre lagt til divisjon Psykisk helsevern; Forskningssenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom (AFS), Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP), og Religionpsykologisk senter.

Det har vært en satsning på forskning med opptrapping i økonomisk langtidsplan over tid, og forskningspoengproduksjonen ligger høyest blant ikke-universitetssykehusene nasjonalt. Økende forskningspoengproduksjon gir økning i resultatbasert rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF til Sykehuset Innlandet. Rammetildelingen har økt fra 41 millioner i 2015 til 91 millioner i 2021, og ligger høyere enn de totale driftskostnadene til forskning i Sykehuset Innlandet (7,5 millioner kroner i 2020). Foretaket avsetter øremerkede midler som lyses ut til gjennomføring av forskningsprosjekter. Samtidig er det et stort fokus på innhenting av ekstern finansiering fra store helseprogrammer i Norsk forskningsråd (NFR), EU og andre eksterne kilder.

I 2020 nådde Sykehuset Innlandet en stor milepæl ved tildeling av midler fra EU Horizon 2020 som koordinator for forsknings- og innovasjonsprosjektet SMILE (Smart Inclusive Living Environments), med budsjett på 70 millioner over tre år og oppstart i 2021. Prosjektet utgjør et samarbeid mellom 14 partnere; forskere, helseinstitusjoner og teknologibedrifter og -klynger i EU og Canada, med mål om å pilotere og implementere digitale løsninger som gjør at eldre kan leve aktive og selvstendige liv hjemme.

Innovasjon

Sykehuset Innlandet har gjennom de siste årene utviklet et innovasjonsstøttesystem for å sikre at gode idéer realiseres gjennom samarbeid både internt og eksternt. Med økt tilgang på kompetanse innenfor design-drevet innovasjonsmetodikk i støttesystemet, har helseforetaket fått en mer metodisk tilnærming til behovsdrevet innovasjonsarbeid.

Foretaket deltar i regionalt innovasjonsnettverk i Helse Sør-Øst som fremmer informasjonsutveksling, samarbeid og deling mellom helseforetakene. Samtidig er det fremdeles utfordrende å jobbe aktivt med innovasjon i virksomheten da øvrige fagmiljøer, spesielt klinikere, ikke har kapasitet eller forankring til å prioritere utviklingsarbeid.

I Innlandet er HelseINN, en nettverksklynge for bedre folkehelse og mer bærekraftige helsetjenester, etablert som del av foretakets eksterne støttesystem for innovasjon. Klyngen fungerer som en nøytral samarbeids- og kontaktflate mot eksterne aktører som akademia, kommuner, næringsliv og frivillig sektor. HelseINN fasiliterer utvikling av nye, fremtidsrettede tjenesteløsninger gjennom design-drevet innovasjon. For å understøtte dette, ble Verksted for integrerte helsetjenester åpnet i august 2020 på Gjøvik, som en node under HelseINN. Verkstedet er en fysisk møteplass og samskapingsarena for kommuner, sykehus og akademia, hvor det legges til rette for kreativt samarbeid og problemløsning mellom ulike fag og sektorer. I tillegg har foretaket blitt partner i SFI NORCICS, et senter for forskningsdrevet innovasjon i cybersikkerhet i samfunnskritiske sektorer, ledet av NTNU.

Partnerskapet styrker foretakets mulighet til å utvikle en robust og pålitelig digital infrastruktur.

Per 31. desember 2020 deltar Sykehuset Innlandet i 17 eksternt finansierte innovasjonsprosjekter, hvorav flere ligger i området mellom innovasjon og forskning. Prosjektene strekker seg fra mindre internfinansierte prosjekter hvor eksempelvis videokommunikasjon testes som beslutningsstøtte fra spesialist til hjemmetjenesten innenfor sårbehandling, til større eksternfinansierte prosjekter med et stort samarbeidskonsortium hvor ny teknologi skal utvikles for å gjøre innbyggere i stand til å bo hjemme lengre.

2.7 Nåsituasjon økonomi

Foretaket må ha økonomisk bærekraft for å sikre faglig utvikling og realisere det framtidige målbildet. Det er nødvendig å skape økonomisk handlingsrom gjennom positive resultater for å kunne gjennomføre årlige investeringer i medisinskteknisk utstyr, bygg, ambulanser og IKT.

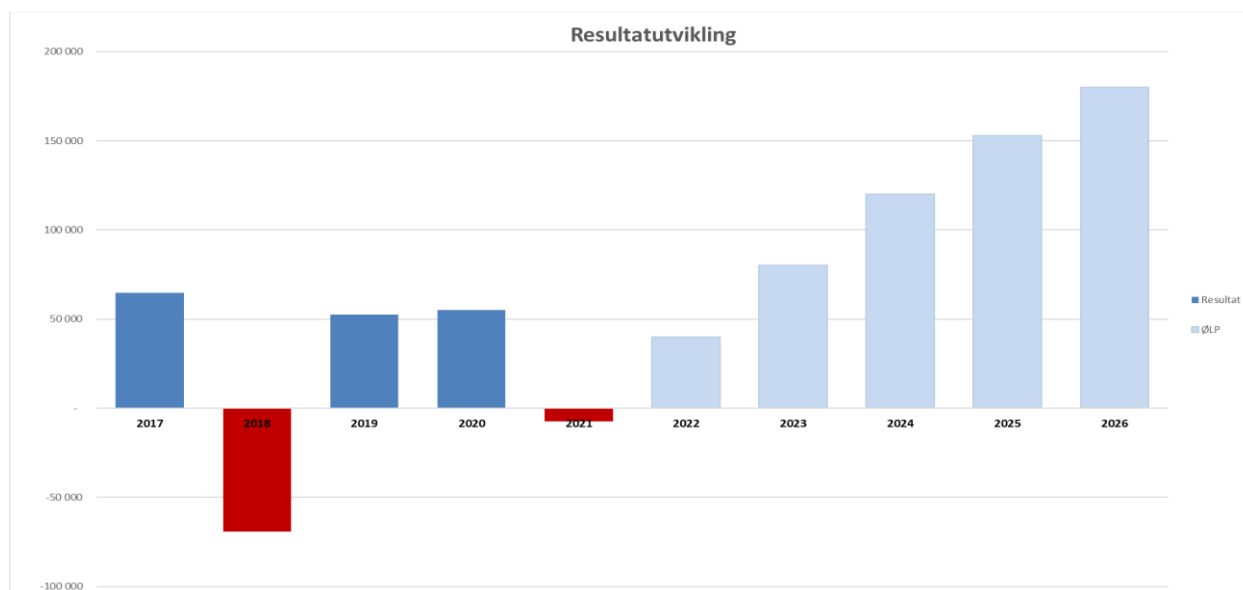
Økonomiske langtidsplaner viser at Sykehuset Innlandet står i en krevende økonomisk situasjon både nå og i årene framover. Utfordringene er uavhengig av koronapandemien. Den negative økonomiske effekten av overføringen av spesialisthelsetjenestene i Kongsvingerregionen til Akershus universitetssykehus i 2019, preger fortsatt foretakets økonomi og vil gjøre det i flere år framover. Beredskapssituasjonen under pandemien har medført at det nødvendige omstillingsarbeidet er forsinket.

Foretaket har en befolkningsvekst som er lavere enn andre helseforetak i regionen, samtidig som Innlandet får en stadig økende andel eldre i befolkningen. Den samlede befolkningsveksten medfører en mindre økning i inntektsrammene fra eier og mulighet for økte inntekter gjennom aktivitetsvekst. Samtidig som rammene er relativt stabile, øker driftskostnadene som følge av mer avanserte behandlingsformer, herunder digital fornying, kostbare medikamenter og behandlingshjelpemidler.

På veien mot ny sykehusstruktur er det nødvendig med omfattende omstillinger og driftstilpasninger for å oppnå faglig og økonomisk bærekraft. Det må planlegges med endringer i foretakets pasienttilbud, behandlingsmetoder og organisering for å kunne tilpasse driften til de økonomiske rammene. Viktige satsingsområder vil være økt bruk av helseteknologi og digitalisering for å effektivisere arbeidsprosessene.

I grafen under vises historiske resultater fra 2017 til 2021, og budsjetterte resultater i Sykehuset Innlandet i 2022-2026.

Figur 2.7 (1) Resultatutvikling siste år og budsjetterte resultater i perioden 2022-2026, tall i kroner



En målsetting fra Helse Sør-Øst RHF har vært at foretakene skal oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent av totale driftsinntekter over tid. For Sykehuset Innlandet med totale driftsinntekter på om lag 9,1 milliarder kroner, utgjør dette om lag 230 millioner kroner. Sykehuset Innlandet har historisk hatt relativt gode årsresultater. De siste årene har utviklingen vært negativ, og det har vært resultater nærmere null. Det er i kommende økonomiske langtidsplan lagt opp til en økning i positive resultater til 180 millioner kroner i 2026. Det er viktig for foretaket å ha en bærekraftig utvikling både faglig og økonomisk.

2.8 Digitalisering og teknologi

I dag har Sykehuset Innlandet et etterslep for å komme opp på et akseptabelt og nødvendig teknologisk nivå. En kompliserende faktor er at en rekke kliniske og administrative systemer ikke kommuniserer med hverandre eller med andre aktører. IKT-området har gjennomgått en omfattende utvikling de siste årene. Det meste av informasjonen i sykehusene er i digitalt format, men ikke alt er tilgjengelig på en slik måte at det møter forventningene i kjernevirksomheten. Det er fortsatt mangler i informasjonsflyten mellom sykehusene i Helse Sør-Øst, mot primærhelsetjenesten og til pasientene selv. Dagens systemer bidrar i for liten grad til å støtte effektivisering av arbeidsprosessene i klinikken.

Helseforetaket har spesielle utfordringer ved at foretaket er spredd over et stort område med mange tilknyttede operative steder. Det er en kompleks organisasjon som skal ha hensiktsmessig IKT støtte. Sykehuset Innlandet har også utfordring ved at de fleste sykehusbygg er gamle og at infrastrukturen er etablert over en lang tidsperiode.

Sykehuset Innlandet har en driftsavtale om leveranse av IKT-tjenester med Sykehuspartner. Framtidig tjenesteutvikling og effektiv bruk av teknologi krever forbedring og konsolidering av den teknologiske plattformen. Det er i gang et stort regionalt program (STIM) i regi av Sykehuspartner som skal modernisere den teknologiske infrastrukturen.

Helseforetaket er godt i gang med å innføre regionale IKT-prosjekter som skal fornye og standardisere arbeidsprosesser og teknologi med målsetting om:

- bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- økt effektivitet
- bedre samhandling mellom aktører som er involvert i pasientbehandlingen

Til grunn for arbeidet ligger gjeldende utviklingsplan, sykehusets målbilde og teknologistrategien for regionen fram mot 2025.

Investeringer i medisinskteknisk utstyr drives i stor grad av teknologisk utvikling, noe som sammen med økt aktivitet gir kortere levetid på utstyret. Investeringer i medisinskteknisk utstyr har de siste årene variert avhengig av sykehusets investeringsevne og i stor grad styrt av havarier. Dette påvirker muligheten til en mer langsiktig investeringsstrategi, som blir viktig på veien mot den framtidige sykehusstrukturen.

Gjennomsnittsalder på medisinteknisk utstyr har sunket noe det siste året, i hovedsak på grunn av ekstraordinære investeringer for å sikre beredskap og drift gjennom pandemien. Sykehuset Innlandet har i underkant av 13 100 enheter medisinskteknisk utstyr til en anskaffelsesverdi på om lag 1,1 milliard kroner. Den samlede utstyrsparkens gjennomsnittsalder²⁰ er på 9,4 år. De dyreste utstyrsenhetene har imidlertid en lavere gjennomsnittsalder. I forhold til Europeiske retningslinjer (COCIR2) har Sykehuset Innlandet en for liten andel medisinskteknisk utstyr som er nyere enn fem år og en for stor andel som er eldre enn ti år.

Store deler av utstyr til bildediagnostikk er av en slik alder og tilstand at det snart må fornyes for å opprettholde kapasitet og kvalitet. Ny PET-CT-skanner er nylig tatt i bruk for Sykehuset Innlandets pasienter. Det pågår i tillegg flåteutskiftning av MR-maskiner i Sykehuset Innlandet. Flere investeringer de siste årene er finansiert via finansiell leasing, innenfor avtalene til Helse Sør-Øst RHF, blant annet laboratorieutstyr, MR og ambulanser.

Sykehuset Innlandet har ansvar for behandlingshjelpemidler som omfatter forvaltning av medisinskteknisk utstyr og tilhørende forbruksmateriell til hjemmeboende pasienter. Dette løses i samarbeid med fagmiljøer, kliniske avdelinger og kommunehelsetjenesten. Det er sterk økning i oppfølging av hjemmeboende pasienter, og utviklingen går i retning av at flere og utvidede behandlingsområder utføres i hjemmene. Dette vil medføre et økt behov for teknologiske løsninger, kompetanse og overføring av medisinske data.

2.9 Dagens bygg – tilstand

Areal

Det totale arealet som Sykehuset Innlandet råder over er om lag 389 400 m². Se tabell 2.10.1 for oversikt over hvordan arealer fordeler seg over ulike funksjoner.

²⁰ Gjennomsnittsalder basert på uttrekk fra Medusa hvor test- og måleutstyr og apparater uten innkjøpsdato er filtrert bort. Beregningen er gjort på dagsnivå 8.12.202.

Tabell 2.9 (1) Areal og kapasitet

Områder	Areal
Somatiske og psykiatriske sykehus, habilitering og	298 000 m ²
Ambulanse, LMS, DPS/BUP (avrundet)	31 400 m ²
Enkelte andre arealer, lagerplasser, teknisk, parkering og	60 000 m ²
Totale arealet Sykehuset Innlandet rår over (avrundet)	389 400 m ²

Kilde: Arealrapport per 11.11.2021

Tilstandsvurdering

Dagens sykehusvirksomhet har gjennomgående tilpasset seg bygningsstrukturen og ikke omvendt. Dermed er den totale arealkapasiteten ikke optimalt utnyttet, noe som gir utfordringer for logistikk og flyt. Det er ulike behov og muligheter for forbedringer på de eksisterende byggene i foretaket. Det er gjort vurderinger av dagens sykehus ut fra et sett kriterier relatert til blant annet rommenes funksjonalitet og fleksibilitet, funksjonelle nærheter mellom sykehusets funksjonsområder samt pasient- og personalflyt. Sykehus som skal fungere på vei mot og etter 2040, bør tilstrebe å oppfylle disse kriteriene på en god måte, slik at pasientene kan behandles etter gjeldende standarder på internasjonalt høyt nivå. Hovedkonklusjonen i Tilstands- og egnethetsanalysen er imidlertid at de kliniske og logistiske funksjoner utføres så godt som mulig innenfor dagens bygningsmessige struktur i foretaket, men utfordringen er at noen bygg ikke er hensiktsmessige for dagens virksomhet. Denne utfordringen vil øke i framtiden dersom det ikke skapes ny og forbedret bygningsmessig struktur. Det vurderes videre i Tilstands- og egenhetsanalysen at det er behov for forbedret pasientflyt for blant annet akutte pasienter, noe som vil kreve ombygginger på eksisterende sykehus.²¹

Den gjennomsnittlige vektete alderen for bygningsmassen er om lag 55 år. Med bakgrunn i normal forventet levealder på om lag 60 år, er bygningsmassen omtrent 90 prosent av sin levealder. For helsebygg er det ikke bare byggets levealder som er av betydning, men også byggets funksjonelle levealder som ofte er lavere enn byggets levealder på grunn av nye krav til for eksempel romstørrelser og utstyr.

Sykehuset Innlandet gjennomførte med bistand fra Multiconsult en kartlegging av eiendomsporteføljen i 2013. I overkant av 68 prosent av den kartlagte bygningsmassen sin samlede vektete tekniske tilstand ble vurdert til god eller tilfredsstillende, og 30 prosent ble vurdert som ikke tilfredsstillende. To prosent av bygningsmassen ble vurdert som svært dårlig med akutt behov for oppgradering. Sammenlignet med andre lignende kartlegginger er den tekniske tilstanden for bygningsmassen i Sykehuset Innlandet omtrent som gjennomsnittet for sykehusbygg i Norge. Det ble gjennomført en ny kartlegging av eiendomsporteføljen i 2016 og i 2020.

²¹ Idefaserapporten (2016)

Norsk Standard 3424 benytter fire tilstandsgrader (Tg) for byggverk. Disse har følgende definisjoner:

Tabell 2.9 (2) Areal og kapasitet

Tilstandsgrad 0: ingen symptomer eller avvik
Tilstandsgrad 1: svake symptomer, mindre eller moderate avvik
Tilstandsgrad 2: middels kraftige symptomer, vesentlige avvik
Tilstandsgrad 3: kraftige symptomer, stort eller alvorlig avvik

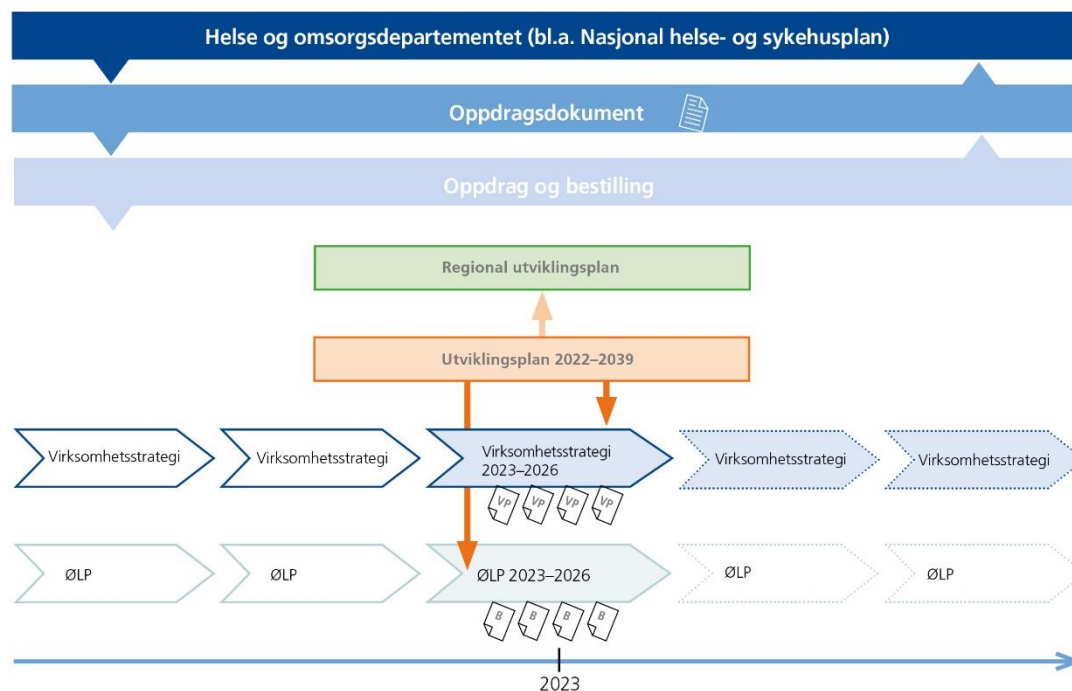
Sykehuset Innlandet har særlig utfordringer med infrastrukturen i bygningsmassen. Nytt utstyr og nye installasjoner for pasientbehandling gir økte krav og behov til elektriske anlegg som krever betydelige investeringer. Det samme gjelder på varme-, ventilasjons- og sanitærteknikk (VVS)-området, hvor for eksempel gamle avløpsanlegg og rørføringer gjør driften svært utfordrende. Som et eksempel har Sykehuset Innlandet en tilstandsgrad på heiser på 1,76. Målet er en tilstandsgrad er 1,2.

Den tekniske tilstandsgraden er fallende i Sykehuset Innlandets bygningsmasse. I 2013 viste kartleggingen en samlet tilstandsgrad på 1,3. En ny kartlegging i 2016 viste en samlet tilstandsgrad på 1,4. Den siste kartleggingen som ble gjennomført i 2020 viste også en samlet tilstandsgrad på 1,4. Det samlede estimerte oppgraderingsbehovet (vedlikeholdsetterslep) er estimert til ca 2,5 milliarder kroner i 2018. Dette etterslepet er økt fra 1,96 milliarder kroner i 2013, en økning på 28 prosent. Den siste rapporten i 2020 inneholder ikke et samlet estimert oppgraderingsbehov.

3. Overordnede strategier og føringer

Sammenhengen mellom overordnede føringer, Utviklingsplan og operasjonalisering i Virksomhetsstrategi og Økonomisk langtidsplan (ØLP) beskrives slik:

Figur 3 (1) Sammenheng mellom strategiske dokumenter



Utviklingsplan 2022-2039 for Sykehuset Innlandet skal bidra til realisering av føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) (Meld. St.7 (2019-2020) og Regional utviklingsplan 2018-2035. I tillegg inngår regionale delstrategier og føringer, samt årlige oppdrag og bestillingsdokumenter. Detaljerte planer og tiltak for å ivareta alle områder beskrives i Virksomhetsstrategien og virksomhetsplaner etter en prioritering i foretaket.

Etter at Utviklingsplan 2018-2035 Sykehuset Innlandet ble vedtatt, har statsråden i foretaksmøte 8. mars 2019, vedtatt at Helse Sør-Øst RHF kan endre framtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet i tråd med framtidig målbilde for Sykehuset Innlandet. I foretaksmøte 15. juni 2021 har statsråden vedtatt *Videreføring av planer for utvikling av Sykehuset Innlandet HF*. Vedtaket fra juni 2021 innebærer at det i konseptfasen legges til grunn en lokalisering av Mjøssykehuset i Moelv, stort akuttsykehus på Lillehammer, elektivt sykehus, og luftambulansbase i Elverum og akuttsykehus på Tynset. Det legges også til grunn etablering av et lokalmedisinsk senter på Hadeland, samt videreutvikling av de lokalmedisinske sentrene i Nord-Gudbrandsdal og Valdres og Sykehuset Innlandets distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Styringsgruppen for konseptfasen har i møte 6. april 2022 vedtatt: *I likhet med for null-pluss alternativet legger styringsgruppen også til grunn at akutt indremedisin skal legges til Elverum i Mjøssykehus-Alternativet.*

I konseptfasen²² skal et reelt nullalternativ utredes (null-pluss alternativ), jf. Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. Null pluss alternativet skal omfatte:

- a) *Videreføring av sykehusene i Lillehammer og Gjøvik som store akuttpsykehus.*
- b) *Erstatningssykehus for sykehuset i Hamar med en hensiktsmessig funksjonsfordeling med sykehuset i Elverum.*
- c) *Akuttpsykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi.*
- d) *Lokalmedisinske sentra lokalisert til Nord-Gudbrandsdal og Valdres, samt polikliniske tilbud på Hadeland.*
- e) *Distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.*
- f) *Styringsgruppen vurderer eventuelle tilpasninger som er nødvendige for å opprettholde og videreutvikle et faglig forsvarlig tilbud, etter innspill fra Sykehuset Innlandet HF*

Arbeidet med konseptfasen ledes av Helse Sør-Øst RHF med støtte fra Sykehusbygg HF. Sykehuset Innlandet har ansvar for medvirkningsarbeidet og deltar i prosjektet.

Arbeidet skal våren 2022 gi et tilstrekkelig grunnlag for at styret i Helse Sør-Øst RHF skal kunne behandle en B3A-beslutning, iht. Veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter (2017). Dette innebærer et valg mellom hovedalternativet med Mjøssykehuset og null-pluss med erstatningssykehus for Hamar sykehus. Det er en målsetning at det i løpet av høsten 2022 foreligger en konseptrapport, inklusive ekstern kvalitetssikring. Konseptrapporten inklusive ekstern kvalitetssikring skal gi tilstrekkelig grunnlag for styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF forut for søknad om lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet til statsbudsjettet for 2024.

Ønsket om en sterkere samling av spesialiserte funksjoner i Sykehuset Innlandet har lange røtter tilbake til blant annet styresakene i Helse Sør-Øst RHF 068-2007 «Samlet program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst», 038-2008 «Omstillingsprogrammet – Innsatsområde 1: Hovedstadsprosessen» og 067-2008 «Omstillingsprogram – Videre arbeid med en helhetlig strategi for hele Helse Sør-Øst». Tidligere premisser har vært en sterk samling rundt et Mjøssykehus med avvikling av akuttpsykehus rundt Mjøsa (Gjøvik, Lillehammer, Elverum og Hamar). I styresak 079-2017 *Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – godkjenning av idefaserapport med anbefaling om framtidig målbilde* er ønske om å utrede behov for døgnaktivitet på ett eller to andre sykehus i Mjøsregionen tatt inn.

Målbildet til Sykehuset vektlegger utviklingen innenfor fire områder:

- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester
- Utvikling av prehospitale tjenester
- Samling av spesialiserte helsetjenester

²² Prosjektmandat for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF Konseptfasen, vedtatt av Helse Sør-Øst RHF 13.12.21

Utviklingsarbeidet i Sykehuset Innlandet har de siste årene vist en faglig dreining fra døgn til dagbehandling og poliklinikk. Spesielt innenfor områdene psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rehabilitering, med spesielt små og sårbare miljøer, har dette gitt behov for å vurdere lokalisering av disse tilbudene. Dette er vurdert av Stortinget gjennom Dokument 8:43 S (2020–2021), Dokument 8:130 S (2019–2020), og Dokument 8:47 S (2020–2021) og Dokument 8:84 S (2020-2021);

«Stortinget ber regjeringen sørge for at tilbudet på Granheim lungesykehus som et minimum opprettholdes på samme nivå som i dag, inntil den bebudede evalueringen av behovet for rehabilitering og behandling for lungesyke i regionen er ferdig.»

I foretaksmøte til Sykehuset Innlandet 3. juni 2021 ble gitt følgende føringer:

«Helseforetaket bes om å sikre at rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene eventuelt er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene.

Helseforetaket skal ikke redusere døgnkapasiteten i psykisk helsevern før det er foretatt en ny vurdering på grunnlag av en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov, jf. oppdrag til Helse Sør-Øst RHF i revidert oppdragsdokument 2019.

Tilbudet ved Kringsjøtunet skal opprettholdes til det er foretatt en ny vurdering på grunnlag av en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov i psykisk helsevern, jf oppdrag til Helse Sør-Øst RHF i revidert oppdragsdokument 2019 om en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov.»

4. Utviklingstrekk og framskriving

4.1 Utviklingstrekk

Demografiske endringer, endringer i befolkningens helsetilstand, medisinskfaglig utvikling og teknologiske nyvinninger samt endringer i arbeidsmarked og offentlig prioritering av helse- og omsorgstjenester vil hver for seg og sammen endre helsesektoren. I tillegg vil pasientene være bedre informert og interessert i å styre sin egen helse. Statistisk Sentralbyrå (SSB) anslår at folketallet i Norge vil øke til nær seks millioner innbyggere i 2035. Andelen av eldre med kroniske og komplekse sykdomsbilder som for eksempel demens vil øke, samtidig vil også andelen av yngre med diabetessykdom og/eller sykkelig overvekt øke.²³

Når det gjelder faglige utviklingstrekk, forventes en økende grad av spesialisering. Dette vil sammen med økte kvalitetskrav og bruk av teknologisk komplekse behandlingsalternativ kunne øke behovet for sentralisering av en del utrednings- og behandlingstilbud.

På den andre siden vil en generell trend med økt grad av hjemmebehandling av pasienter og økende samhandling med primærhelsetjenesten kunne føre til vekst i desentralisering av tilbud. Framtidens helsevesen må kunne tilpasse seg pasienter som er velinformerte og engasjerer seg i sin egen helse.

I utviklingen av framtidens spesialisthelsetjeneste vil følgende faglige trender være av stor betydning:

- Pasientperspektivet vil styrkes med tydelig fokus på rettigheter, pasientsikkerhet og medvirkning. Pasientene vil stille større krav til tilgjengelighet, valgfrihet og åpenhet, med mulighet til å vurdere kvalitet.
- Den medisinske og teknologiske utviklingen fører til en organisatorisk utvikling. Pasientforløp vil erstatte fagstrukturen for bedre å legge til rette for en multidisiplinær tilnærming i en prosess- og pasientorientert arbeidsform. Nettverk med samarbeid innenfor de ulike pasientforløpene utvikles på tvers av behandlingsnivå. Samtidig vil det være behov for mer effektiv drift med standardisert behandling på lavest mulig omsorgsnivå der dette er hensiktsmessig.
- Sykdomspanorama vil forandres. Forbedrede behandlingsmetoder vil skape nye behov hos pasientene som har kroniske sykdommer og/eller invalidiserende og behandlingskrevende restsymptomer.
- Den raske kunnskapsutviklingen med tilgang til og behov for å lære nye teknikker og behandlingsmetoder vil fortsette. For eksempel vil mini-invasiv teknikk og intervensjonsbehandling erstatte åpen kirurgi og medfører at sykdomsprosesser kan stoppes tidligere med mindre konsekvens (hjerneslag og hjerteinfarkt).
- Informasjonsteknologiens raske utvikling skaper mulighet for nye arbeidsmetoder som gir økt mulighet for mere persontilpasset og bedre kvalitet i utredning, behandling og observasjon, bedre evaluering og oppfølging av resultater, informasjon og kommunikasjon mellom pasient/pårørende og aktørene i helsetjenestene, samt økt pasientsikkerhet.

²³ SSB – Befolkningsfremskrivning 2017

- Klinisk forskning og utdanning vil ha større integrasjon mot klinisk virksomhet og synergier bør understøttes organisatorisk.

For å oppnå optimale pasientforløp forutsettes en kulturell, strukturell, faglig og bygningsmessig forandring. Virksomheten må videreutvikles for å kunne møte befolkningens økte behov for spesialisthelsetjenester og samtidig sikre driftseffektivitet og optimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

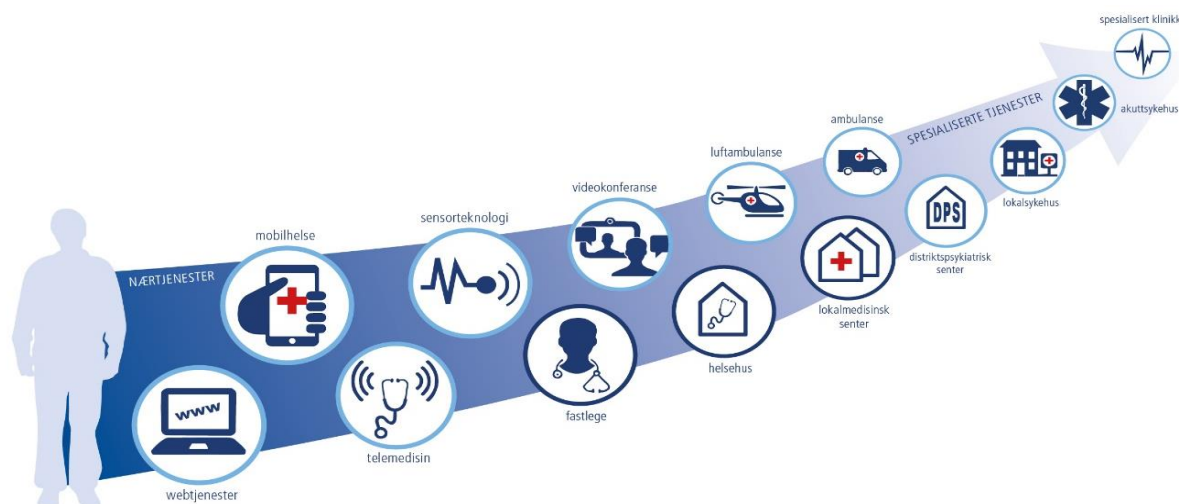
Teknologiske utviklingstrekk

Nasjonal helse- og sykehusplan 2015-2019 beskriver denne utviklingen:

«Mange nye behandlingsformer krever avansert og dyrt utstyr og tverrfaglige, høyt spesialiserte team av fagfolk. Men vi vil også se en utvikling der vi får enklere og mer mobilt utstyr. Mange utredninger og behandlinger kan utføres nærmere pasienten enn nå – i små sykehus og lokalmedisinske sentre eller i eget hjem – som del av samhandlingsopplegg mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, med pasienten som aktiv medspiller»²⁴

En stor del av pasientene vil få sitt spesialisthelsetjenestetilbud utenfor sykehuset, fra konsultasjon, diagnostisering, behandling, fjernovervåking til oppfølging.

Figur 4.1 (1) Pasientsentrert behandling



Økt kunnskap og stadig mer avansert teknologi gir mulighet for nye metoder, mer nøyaktig diagnostikk og mer målrettet, effektiv og skånsom behandling. Den teknologiske utviklingen vil sannsynligvis følge to hovedtrender:

- samling av behandling som er komplisert, kompetanse- og utstyrskreven
- desentralisering i form av enklere behandling, dagbehandling, poliklinikk og hjemmebehandling

Bruk av robotisering, 3D-printing, digital tvilling og kunstig intelligens vil forandre hverdagen til pasientene og helsepersonell og føre til forbedret behandling og optimalisering av ressursbruk. Kunstig intelligens vil kunne bli brukt til støtte for

²⁴ Nasjonal helse- og sykehusplan 2015-2019, s.25-26

diagnostisering, beslutningsstøtte og pasientbehandling. Virtuell fjerndiagnostikk er forventet å bli mer aktuelt. Nye materialer og utvikling innenfor nanoteknologi muliggjør helt nye behandlingsmetoder for en rekke medisinske fagområder.

Ny teknologi og nye behandlingsmåter tas ofte først i bruk på de største sykehusene, men etter hvert som teknologisk og organisatorisk «modehet» øker, tas den i bruk flere steder. Det forutsetter store investeringer, er plasskrevende og betinger samling av kompetanse på færre geografiske steder. Framtidige sykehusbygg må utformes så fleksible at de tilpasses behovene uten unødig omfattende og kostnadskrevende ombygging.

4.2 Demografi og sykdomsutvikling

Demografisk framskrivning

Statistisk sentralbyrå har i sitt hovedalternativ framskrevet en befolkningsvekst i Sykehuset Innlandet sitt opptaksområde på fire prosent fram til 2040. MMMM-tall tilsvarer middeltall for nasjonal vekst, fruktbarhet, levealder og netto innvandring. Aldersgruppen 65 år+ har en stor framskrevet vekst (40 prosent), mens aldersgruppene 0-17 år og 18-69 år begge har en tilbakegang på seks prosent.

Det innenlandske flyttemønsteret i Norge er sentraliserende, denne trenden ser vi også i Innlandet.²⁵ Selv om framskrivningen anslår en befolkningsvekst på fire prosent samlet sett, vil folketallet synke i halvparten av opptaksområdets 42 kommuner. Den høye alderen i distriktskommunene vil gi kommunene relativt høyere forpliktelser til pleie og omsorg og et større behov for helsepersonell, samtidig som det blir færre innbyggere til å løse disse oppgavene.

Tabell 4.2 (1) Befolkningsframskrivning for opptaksområdet til Sykehuset Innlandet 2020 – 2040

Sykehuset Innlandet HF Aldersgruppe	2020	2040	Prosentvis endring 2020 - 2040
0-17 år	64 236	60 435	-6 %
18-64 år	200 744	188 610	-6 %
65+ år	73 985	103 564	40 %
Totalt	338 965	352 609	4 %

Sykdomsutvikling

Ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan skyldes over halvparten av alle tapte leveår hjerte- og karlidelser og kreft. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser gir flest år med helsetap. Den eldre delen av befolkningen rammes særlig av hjerte- og karlidelser og kreft innenfor somatiske fagområder, mens angst og depresjon er de mest utbredte lidelsene blant eldre innenfor psykisk helsevern. Antall eldre med demens vil øke omfattende i årene som kommer. De sykdomsgruppene som er store i dag vil øke ytterligere fram mot 2040. For å møte denne utviklingen kreves det at Sykehuset Innlandet styrker tilbudet til de eldre

²⁵ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/okt-flytteaktivitet-i-norge>

spesielt innenfor fagene geriatri, alderspsykiatri, nevrologi og indremedisin, samt innenfor rus- og avhengighetsbehandling.²⁶ Dette tilsier at de sykdomsgruppene som er størst i dag vil øke ytterligere fram mot 2040.

Den demografiske aktivitetsframskrivningen justeres som følge av endringer i epidemiologi, forebygging og nye behandlingstilbud. Her inkluderes effekten av nye diagnostiserings- og behandlingsmetoder som vil medføre at flere pasienter vil få et tilbud. Følgelig vil dette medføre en økning i den samlede aktiviteten. Videre vil flere overleve alvorlig sykdom eller skade. Dette vil medføre en betydelig økning i behovet for oppfølging og behandling, habilitering og rehabilitering. Samlet vil disse trendene medføre en økning i framskrevet aktivitet.

4.3 Framskrivning av aktivitet og kapasitet

Utviklingsplanen er et overordnet dokument som gir føringer for hvordan Sykehuset Innlandet skal arbeide for å møte befolkningens framtidige behov for helsetjenester. Det planlegges for store endringer i spesialisthelsetjenesten, samtidig som det er usikkerhet knyttet til hvor raskt utviklingen vil skje og hvilken retning den vil ta. Nasjonale myndigheter har derfor lagt til grunn at planleggingen av framtidig behov for bemanning og bygningsmessig kapasitet skal følge nasjonale modeller.

Det er i forbindelse med utredning av ny sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet gjennomført en ny framskriving av aktivitet og kapasitetsbehov ved Sykehuset Innlandet HF. Framskrivningen av somatisk aktivitet er foretatt av Sykehusbygg HF, etter gjeldende nasjonale modell. Det er benyttet befolkningsframskriving fra 2019 til 2040 utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB) og aktivitetstall fra 2019 fra Norsk Pasientregister (NPR). Den nasjonale framskrivningsmodellen for psykisk helsevern er endret etter forrige framskriving. Den er utviklet med utgangspunkt i aktivitetstall fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). For å fange opp behov for helsetjenester, er det tatt utgangspunkt i Global Burden of Disease (GBD) ved Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) sine estimat av prevalens av ulike psykiske lidelser i Norge. Forekomst av sykdom i befolkningen blir sammenholdt med aktivitetsdata (NPR og KPR). Modellen korrigerer for endringsbehov i dagens tjenestetilbud før demografisk utvikling framskrives. Resultatet justeres deretter basert på forventninger til endringer i pasientbehandling, nye oppgaver og bruk av ny teknologi. En bredt sammensatt faggruppe har deltatt i arbeidet med å utvikle modellen. Framskrivningen av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er foretatt av Helse Sør-Øst RHF.

I forbindelse med godkjenning av Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst (styresak 114- 2018), ble det fastsatt et sett utnyttelsesgrader som skal legges til grunn for beregning av framtidig kapasitetsbehov. Disse er gjennomgående endret for å sikre tilstrekkelig kapasitet basert på erfaringer fra tidligere byggeprosjekter. Følgende føringer legges til grunn:

- 85 prosent utnyttelse av ordinære sengeplasser innenfor somatikk og psykisk helsevern for voksne

²⁶ Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*.

- 75 prosent utnyttelse av observasjonsplasser, pasienthotellsenger og senger til psykisk helsevern for barn og unge
- 80 prosent utnyttelse av senger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- 45 minutter konsultasjonstid for poliklinikk og 8 timer åpningstid og drift 230 dager i året for somatikk
- 75 minutter konsultasjonstid for poliklinikk og 8 timer åpningstid og drift 230 dager i året for psykisk helsevern
- 4 timers behandlingstid og drift 313 dager i året for medisinsk dagbehandling inkl. dialyse

I tabellen under presenteres framskrevet kapasitet for henholdsvis somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Sykehuset Innlandet HF. Somatikk inkluderer habilitering og rehabilitering. Pasienter behandlet ved Sykehuset Innlandet HF bosatt utenfor helseforetakets opptaksområde (gjestepasienter, eksempelvis fritidsboere) er også inkludert i framskrivningene. Kapasitetsbehov i 2019 er i denne sammenligningen et beregnet behov basert på dagens aktivitet, men med vedtatte utnyttelsesgrader som beskrevet over.

Tabell 4.3 (1) Framskrevet totalt kapasitetsbehov for Sykehuset Innlandet HF

Somatiske helsetjenester	2019	2040
Senger (inkl. hotellsenger)	608	652
Dagplasser	87	124
Poliklinikkrom	130	175
Operasjonsstuer	28	36
Psykisk helsevern voksne –		
Senger	103	109
Poliklinikkrom	4	4
Psykisk helsevern voksne –		
Senger	89	86
Poliklinikkrom	61	67
Psykisk helsevern		
Senger	24	36
Poliklinikkrom	3	4
Psykisk helsevern barn og		
Senger	19	17
Poliklinikkrom	33	34
Tverrfaglig spesialisert		
Senger	36	34*
Poliklinikkrom	19	25

Fremtidig kapasitetsbehov Sykehuset Innlandet HF 2019-2040: Somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Sykehusbygg HF, 2022).

* Tallet inkluderer 20 regionale senger og behovet for senger knyttet til foretaket er under vurdering.

Framskrivningene viser et framtidig behov for 652 senger innenfor somatiske fagområder og 282 senger innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

5. Analyse og veivalg

En viktig ambisjon for ny struktur i Sykehuset Innlandet er at det skal være tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot slik at flytting av pasienter mellom enheter unngås, og at akutt syke pasienter skal møtes av personale på spesialistnivå hele døgnet. Samlokalisering av faglige avhengigheter er en forutsetning for å sikre god, rask diagnostisering og behandling med riktig kompetanse i hele pasientforløpet.

Demografiske, medisinske og teknologiske utviklingstrekk betinger at Sykehuset Innlandet gjør store endringer. Det forutsetter krevende valg som berører organisatoriske, samfunnsmessige og politiske hensyn. Dette dilemmaet omtales i Nasjonal helse- og sykehusplan, som peker på det ansvaret som hviler på spesialisthelsetjenesten til å gjøre nødvendige endringer:

«For å sikre en bærekraftig utvikling må derfor omstillingstakten økes sammenlignet med tidligere år. Det vil være krevende å få til, og vil stille både tjenesten og det politiske systemet overfor store utfordringer. Det er samtidig et ansvar vi ikke kan fraskrive oss.

Vi må handle nå for å legge til rette for framtidens spesialisthelsetjeneste i et perspektiv på 15-20 år. Det er stor risiko knyttet til å utsette nødvendige beslutninger som gjelder både ressurstilførsel og omstilling».²⁷

Foretaksrådet i Helse Sør-Øst RHF vedtok 8. mars 2019 målbildet for Sykehuset Innlandet HF, med samling av spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttpsykiatri, Mjøssykehuset, et akuttpsykiatri på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av ett akuttpsykiatri og ett elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Målbildet vektlegger i tillegg samhandling med primærhelsetjenesten, desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitaltjenester og spesialiserte tilbud med høy kompetanse.

Foretaksrådet i Helse Sør-Øst RHF vedtok 15. juni 2021 lokalisering av enhetene, med Mjøssykehuset i Moelv, akuttpsykiatriet i Lillehammer og det elektive sykehuset i Elverum.

I tillegg ble det vedtatt at en i konseptfasen skal utrede et «reelt null-pluss alternativ», hvor en forutsetter at det etableres et erstatningssykehus for sykehuset i Hamar med en hensiktsmessig funksjonsdeling med sykehuset i Elverum. Endelig beslutning om struktur vil skje høsten 2022.

For sykehusfunksjonene innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, anbefales det at disse samlokaliseres med de somatiske tjenestene. Trender nasjonalt og internasjonalt legger i økende grad vekt på samtidige og helhetlige tjenester og det forventes at de ulike fagfeltene nærmer seg hverandre på en slik måte at det oppstår nye synergier som vil komme den enkelte pasient til gode. Et slikt samlet kompetansemiljø vil kunne styrke behandling av alle pasienter uavhengig av om primærfokus er somatikk eller psykisk helsevern. Samlokaliseringen må ses i sammenheng med framtidig utvikling i de desentraliserte behandlingstilbudene ved de lokalmedisinske- og distriktpsikiatriske sentrene.

²⁷ Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015, side 25

Det er en utvikling innenfor samhandling mellom psykisk helsevern og rusbehandling på den ene siden, og somatikk på den andre. Alle fagområder har behov for tettere samarbeid fordi sykdomstilstandene er sammensatte og gir behov for behandling på flere nivåer samtidig. Eksempelvis viser forskning at opp mot 30 prosent av innleggelser på indremedisinsk avdeling skjer som følge av alkoholavhengighet eller skadelig bruk. Kun sju prosent av pasientene henvises til rusbehandling i etterkant av et opphold på en somatisk avdeling. Økt kunnskap om sammenhengen mellom ruslidelser, psykiske lidelser og somatisk helse vil være avgjørende for å styrke basistjenestene innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Forholdet mellom alkohol og helse løftes fram i nasjonale strategier og i fagplanen Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet i 2021. Etablering av et rusakuttmottak for pasienter som på grunn av rusmiddelmissbruk trenger akutt/øyeblikkelig helsehjelp, vil styrke behandlingstilbudet.

Uavhengig av sykehusstruktur viser demografiske, faglige og teknologiske utviklingstrekk, og framskrivninger at spesialisthelsetjenesten, sammen med kommunene, må videreutvikle helsetjenestene. Gode initiativ for samhandling rundt pasienter må systematiseres og oppskaleres. Digitale løsninger må tas systematisk i bruk i tjenestytelsen og pasientens helsekompetanse og digitale kompetanse må økes. Nye løsninger for hvor pasientene mottar helsetjenester i et sømløst og helhetlig forløp må intensiveres og kompetansen styrkes både internt på sykehuset og i samarbeid med primærhelsetjenesten. Sammen med kommunene bør det utarbeides en felles rekrutterings- og kompetanse strategi, samt strategi for forebygging og livsmestring. Dette for å sikre at innbyggerne i Innlandet får de helhetlige helsetjenester de trenger, med god kvalitet og innenfor de rammer som er tilgjengelig.

6. Målsetninger, tiltak og organisering for vår felles helsetjeneste

Målsetningene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er å utvikle pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte der:

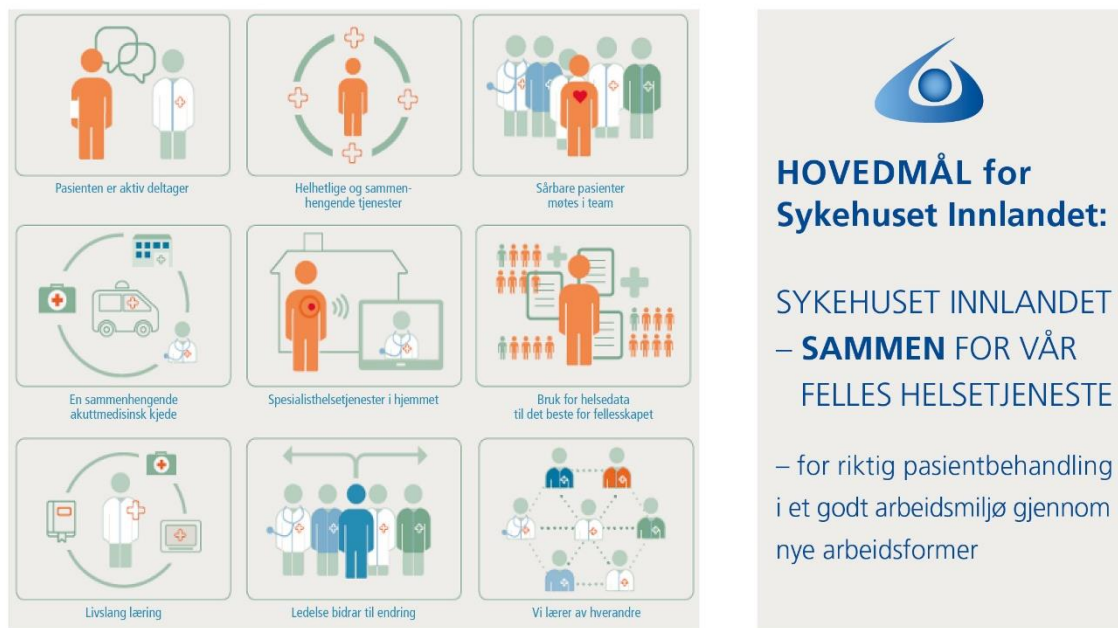
- *Pasientene er aktive deltagere*
- *Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner*
- *Sårbare pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem.*
- *Pasienter opplever en sammenhengende akuttmedisinsk kjede der innsats settes tidlig inn, og informasjonen følger pasienten hele veien.*
- *Pasienter møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv*
- *Pasientene opplever at bruk av våre felles helsedata, ved hjelp av teknologi, gir bedre og mer presis helsehjelp*
- *Helsepersonellet jobber i team rundt pasienten, utvikler tjenesten i tråd med kunnskap om hva som virker og utnytter mulighetene som teknologien gir*
- *Lederne gjennomfører endringene som må til – i godt samarbeid med medarbeidere*
- *Vi lærer av hverandre*

Sykehuset Innlandet har utviklet følgende overordnede mål for perioden 2022 - 2039:

SYKEHUSET INNLANDET – SAMMEN FOR VÅR FELLES HELSETJENESTE

- *For riktig pasientbehandling.*
 - *Pasienten skal motta helhetlig behandling av høy kvalitet, tilpasset pasientens behov og helsekompetanse, der pasienten er.*
- *Gjennom nye arbeidsformer.*
 - *Helsetjenesten skal kontinuerlig utvikles gjennom samarbeid internt og eksternt, nyttiggjøring av ny teknologi, og med en fleksibilitet som tilrettelegger for gode pasientopplevelser og god ressursutnyttelse.*
- *I et godt arbeidsmiljø.*
 - *Medarbeidere skal ha rom for utvikling og kompetanseheving i hverdagen, og oppleve arbeids glede og fellesskap på arbeidsplassen.*

Figur 6 (1) Hovedmål Nasjonal helse og sykehusplan og overordnede mål for Sykehuset Innlandet



Ressurstilgangen til foretaket vil være utfordrende i årene som kommer. For å sikre fortsatt gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen i opptaksområdet må Sykehuset Innlandet gjøre store endringer i hvordan pasientbehandlingen organiseres. Tjenestene må organiseres på en slik måte at en får mer helse ut av ressursene samtidig som ambisjonene i overordnede prioriteringer, reduksjon i uønsket variasjon, god kvalitet og reduksjon i pasientskader oppnås. Dette vil kreve store omlegginger for medarbeidere som allerede i dag yter gode tjenester og ledere må skape motivasjon for og lede både kontinuerlig forbedring i hverdagen og større endringsprosesser framover. Ved å organisere tjenester mer effektivt og på nye måter kan dette oppnås. For å oppnå målene innenfor gitte rammer vil Sykehuset Innlandet vektlegge tre strategiske satsningsområder hvor tiltak særskilt må settes inn.

- **Kompetanse**
 - Ivareta og videreutvikle medarbeidernes kompetanse.
 - Rekruttere og beholde medarbeidere.
 - Videreutvikle ny kompetanse i foretaket, og i samarbeid med kommunene i en felles strategi.
 - Videreutvikle pasientens helsekompetanse.
- **Digitalisering og nye arbeidsformer**
 - Digitalisere og endre pasientbehandlingen med framtidig ambisjon om at 30 prosent av spesialisthelsetjenestene ytes utenfor sykehuset.
 - Styrke mottaksfunksjonen og tilrettelegge for at majoriteten av pasientene med somatiske lidelser avklares eller ferdigbehandles i mottak.
- **Styrke og videreutvikle samarbeidet med primærhelsetjenesten gjennom Helsefellesskap Innlandet.**

For å skape vår felles helsetjeneste må et tett og forpliktende samarbeid med kommunene videreutvikles i et felles partnerskap. Med et felles utfordringsbilde i Innlandet må også løsningene utvikles sammen gjennom blant annet felles metode for tjenesteutvikling,

brukermedvirkning og kultur. Det etableres forpliktende pasientforløp hvor pasientens helseteam, bestående av en kjernegruppe rundt pasienten, utvikles og forebygging og livsmestring blir en felles strategi. Gjennom Helsefellesskap Innlandet har kommunene og sykehuset et felles ansvar for å fremme god folkehelse og forebygging.

Kompetanse utvikles kontinuerlig, både hos pasienter og helsepersonell. Den bygger videre på den gode kompetansen medarbeidere har i dag og utøver i daglige møter med pasienten. Større fagmiljøer, som gir økte muligheter for samarbeid og ambulering av personell kan stimulere til økt kompetanse og arbeidsglede. Samtidig vil mangel på tilgjengelig kompetanse og nye forventninger til tjenestene sette krav til videreutvikling, og at pasientenes kompetanse om egen helse og teknologi økes og nyttiggjøres. Helsetjenesten har gått fra å spørre pasienten "hva feiler det deg?", til "hva er viktig for deg?" og må nå gå steget videre til å i tillegg spørre "hva kan du bidra med?". Pasientens liv leves i kommunene og kompetansen må bygges opp et i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, pårørende og frivillige organisasjoner. Utfordringer knyttet til rekruttering av fastleger påvirker helhetlige pasientforløp og må adresseres.

Ny teknologi og digitalisering gir uante muligheter i årene som kommer. Samhandlingen mellom pasient og helsevesen, og også internt, vil gjennomgå omfattende forenkling. Lettere tilgjengelig data vil sannsynligvis bidra til kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Økt digitalisering vil gi økt gjennomføringsevne, lettere skape sammenheng i pasientforløpene, lette arbeidsprosesser og skape nye måter å yte helsehjelp på.

Digitalisering vil gi mulighet for økt spesialisering og mer forebygging. Ikke minst vil digitalisering gi lettere tilgang på korrekt og oppdatert informasjon for både pasienter, pårørende og helsepersonell. Det blir avgjørende at de digitale verktøyene som innføres er trygge, enkle og brukervennlige med universell utforming for hele befolkningen og at god opplæring gis. IKT systemer mellom kommune og spesialisthelsetjenesten må koordineres, forventninger, økonomiske forhold og ansvar avklares.

Framtidas helsetjeneste må ytes på en bærekraftig måte. FNs bærekraftsmål har satt globale mål for en bærekraftig utvikling innen en rekke områder. Sykehuset Innlandet sin visjon er å gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det. Dette faller inn under FN's bærekraftsmål nr. 3 «God helse». Det er særlig åtte bærekraftsmål som er vesentlige for spesialisthelsetjenesten, og disse danner grunnlaget for målene i Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten²⁸. Sykehuset Innlandet skal jobbe for et bærekraftig ressurs- og energiforbruk. Foretakets miljøpåvirkning skal reduseres gjennom å ha kontroll på og redusere forbruksmateriell og avfall, samt begrense utslipp av miljøskadelige kjemikalier og legemidler. Transport med potensielt miljøskadelige virkninger skal begrenses. Effekten av miljøarbeidet skal dokumenteres gjennom årlige klimaregnskap.

Sykehuset Innlandet har dyktige medarbeidere som hver dag jobber for at pasientene skal få tjenester med god kvalitet når de trenger det. Det legges til rette for gode arbeidsmiljø og at tilbudet forbedres slik at ressursene utnyttes på en best mulig måte. Slik videreutvikler

²⁸ [21-01308-5 Vedlegg 1 Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

Sykehuset Innlandet tjenestene til beste for pasienter og samfunnet, og tar ansvar for at FNs bærekraftsmål kan nås.

Figur 6 (2) FN's bærekraftsmål i Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten

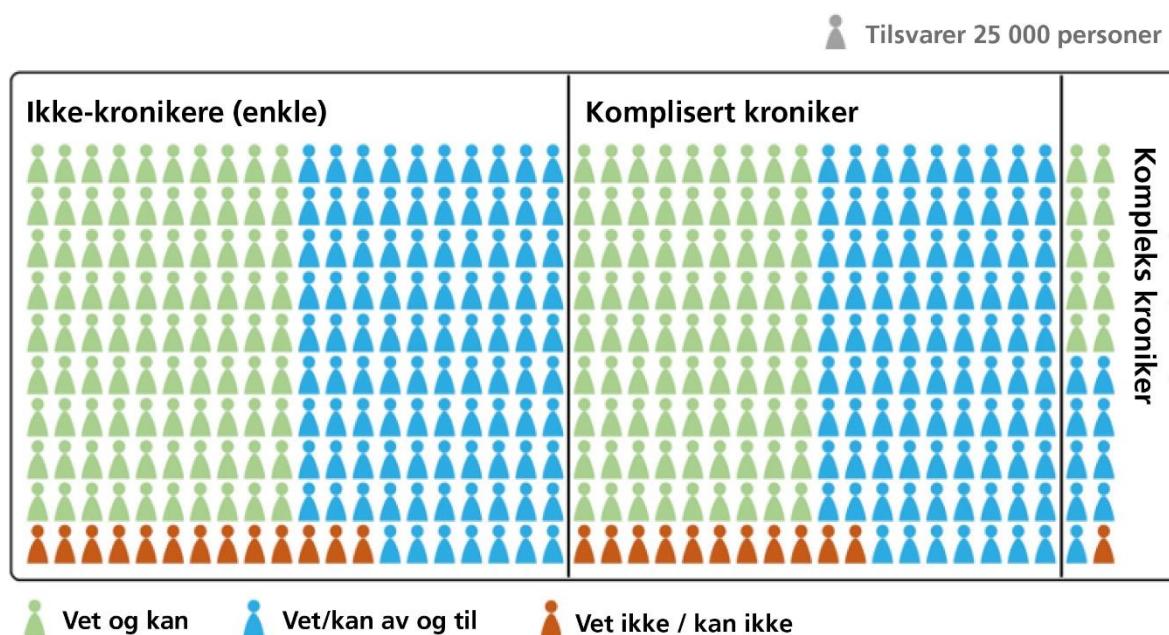


Kapitlene nedenfor underbygger hvordan Sykehuset Innlandet vil nå disse målene og satsningsområdene. Målene skal nås innenfor de gjeldene rammer for å sikre økonomisk bærekraft. Dette krever viktige prioriteringer og arbeid for en mer effektiv drift. Sykehuset Innlandets rullerende fire årige Virksomhetsstrategi og Økonomiske langtidsplan vil beskrive tiltak og detaljer.

6.1 Endret pasientrolle og brukertilfredshet

Informasjonsflyten og kunnskapen i samfunnet endrer i stor grad pasientrollen. Framtidens pasienter vil stille langt større krav til tilgjengelighet, valgfrihet og åpenhet. Helsetjenesten, samt kravene og forventningene til den, vil være i kontinuerlig endring. Sykehuset Innlandets kultur, holdninger, organisering og ledelse må speile denne utviklingen.

Samtidig er det viktig å ivareta de pasienter som ikke tilegner seg denne nye kompetansen. Det vil bli et større skille i pasienters evne og vilje til å håndtere egen sykdom og/eller teknologi der tjenesteytere kan bidra til å heve kompetansen.

Figur 6.1 (1) Utvikling av pasientrollen ²⁹

Vår felles helsetjeneste handler om å skape verdi for pasienten. Brukere av helsetjenester må få større innflytelse og ansvar både på systemnivå og individnivå gjennom involvering av pasientene, brukerutvalget, ungdomsrådet og pårørende. Samvalg er en viktig metode for å sikre at den enkelte pasient og bruker får innflytelse.

Brukertilfredshet er relatert til at pasienter og pårørende opplever at de blir godt informert, sett og hørt. For å sikre vår felles helsetjeneste må fokus endres fra at pasienter og pårørende skal øke sin kompetanse gjennom læring, til at helsearbeiderne må handle slik at pasientenes helsekompetanse øker. Sykehuset Innlandet må bli et helsekompetansevennlig sykehus der helsepersonell sikrer at informasjon gis på adekvat måte ut fra tilstand og mulighet for forståelse hos pasienten og de rundt.

Pasientens deltakelse i valg av egen behandling er en lovfestet rett og gir gevinster i form av økt pasientinvolvering, økt helsekompetanse og økt pasientsikkerhet. Samvalg betyr at pasienter ved hjelp av helsepersonell får muligheten til å veie fordeler og ulemper ved ulike kunnskapsbaserte behandlingsmetoder opp mot hverandre. Pasienten kan da ta et informert valg om egen behandling, den endelige beslutningen skal være i tråd med det som er viktig for pasienten, uten at pasienten skal føle seg presset å ta ansvar for beslutningen. Det må legges til rette for samvalg for pasienter med lav helsekompetanse eller begrensede norskferdigheter. Ettersom medisinsk behandling ikke kan avhjelpe alle helseutfordringer, er det særlig viktig at helsepersonell kan drøfte etiske problemstillinger og eventuelle behandlingsbegrensninger med pasienter og pårørende. De klinisk etiske komiteene bistår klinikere i etiske drøftinger og refleksjoner ved behov. Etiske diskusjoner blir enda viktigere på systemnivå.

Helsepersonell har et særskilt ansvar for at sårbare pasientgrupper får hjelp til å forstå og til selv å bli forstått i samtale med helsepersonell, inkludert når språk og/eller

²⁹ Bortom IT. Om hälsa i en digital tid. Ekholm A. Stockholm: Institutet för framtidsstudier (2016).

kulturforskjeller er en utfordring. Sykehuset Innlandet må ha gode tolketjenester, hvilket innebærer å sikre at det brukes kvalifiserte tolker, at tjenesteytere gis opplæring i kommunikasjon via tolk, og krav til bestillerkompetanse for bestilling av slike tjenester fra helsepersonell. Videre må helsepersonell ha kunnskap om de flerkulturelle utfordringene helsepersonell møter i sitt arbeid. Fokuset på samisk språk og kulturforståelse setter krav til spesiell oppmerksomhet for denne pasientgruppen.

For at flerkulturelle skal få tilgang til ordinære tjenester så snart som mulig, forutsettes tjenester hvor helsearbeidere har riktig kompetanse og riktige holdninger. Flerkulturelle kan ha en annerledes sykdomsforståelse og andre måter å kommunisere symptomer på enn det en tradisjonelt møter i norsk helsetjeneste. Bevisstgjøring og kompetanseheving for medarbeidere er nødvendig. Dette innebærer styrking av kompetanse når det gjelder kultursensitivitet, kjennskap til utvikling av mangfoldsvennlige tjenester, migrasjonshelse, flerkulturell kommunikasjon og bruk av tolk, og fokus på tro- og livssynsaspekter. Samarbeid med pårørende er spesielt viktig i innvandrergupper, særlig i forbindelse med eldre pasienter.

Brukerstyrte poliklinikker og hjemmebehandling bidrar til at pasienten føler økt mestring og normalisering av en endret livssituasjon og reduserer behovet for kontroller og oppfølging på sykehus. Læring og mestring er aktuelt i alle deler av helsetjenesten; fra forebygging til rehabilitering. Lærings- og mestringstilbud skal inngå i helhetlige forløp for brukere, pasienter og deres pårørende. Det finnes en rekke former for lærings- og mestringstilbud som er utviklet for definerte målgrupper. Disse omfatter både individuelle tilbud og gruppetilbud. Metodikken som anvendes i tilbudene spenner fra overføring av kunnskap fra fagpersoner til brukere, pasienter og pårørende, sidestilling av fag- og erfaringskompetanse, og til tilbud som primært omhandler erfaringsdeling mellom brukere, pasienter eller pårørende.

Tabell 6.1 (1) Sykehuset Innlandet vil

Sykehuset Innlandet vil:
<ul style="list-style-type: none"> • Sikre at helseinformasjon gis på en god måte og at brukerne kan medvirke i utforming av eget behandlingstilbud gjennom samvalg. • Øke helsekompetansen til pasienter slik at de enda bedre kan forebygge sykdom og leve gode liv • Involvere pasienter og pårørende i utvikling av klinisk praksis som pasientforløp, forskning og organisasjonsutvikling for å forbedre helsetjenestene.

6.2 Pasientbehandling, kvalitet og pasientsikkerhet – organisering for vår felles helsetjeneste

Sykehuset Innlandets drift videreutvikles i en retning basert på definerte pasientgrupper og pasientforløp. Med utgangspunkt i beskrevne utviklingstrekk, nåsituasjon og framskrivninger vil større del av behandlingen foregå nærmere der pasienten bor og ofte ved hjelp av digitale løsninger. Samhandling med kommunene, både gjennom Helsefellesskap Innlandet og konkret samhandling i arbeidshverdagen, vil være avgjørende for sikre at pasientforløpene er sømløse og tilrettelagt. På den måten kan primærhelsetjenesten følge opp pasientene på en god og forsvarlig måte, uønsket variasjon reduseres og likeverdige tjenester uavhengig av pasientens bosted oppnås.

Arbeidet med kompetanseoverføring til kommunene må forsterkes slik at kommunene er i stand til å ta seg av nye pasientgrupper og -tilstander som tidligere har vært fulgt opp i spesialisthelsetjenesten. For å sikre riktig ressursutnyttelse er det behov for større grad av standardisering og effektiv drift, der dette er mulig, slik at ressurser frigis til å møte de komplekse og individuelle behovene til pasienter med sammensatte lidelser. Målet er å møte de som trenger det mest med tverrfaglige team, gjerne i mottak, for raskest mulig avklaring og sikre behandling på riktig nivå. Kvalitetsforbedringsarbeid er et strukturert og kontinuerlig arbeid som involverer brukerne, og medarbeidere med ulik kompetanse på tvers av fag og tjenestenivå og i henhold til nye faglige standarder og ved bruk av ny teknologi.

For å systematisere arbeidet inndeles pasientene i følgende pasientgrupper.

Figur 6.2 (1) Inndeling i pasientgrupper



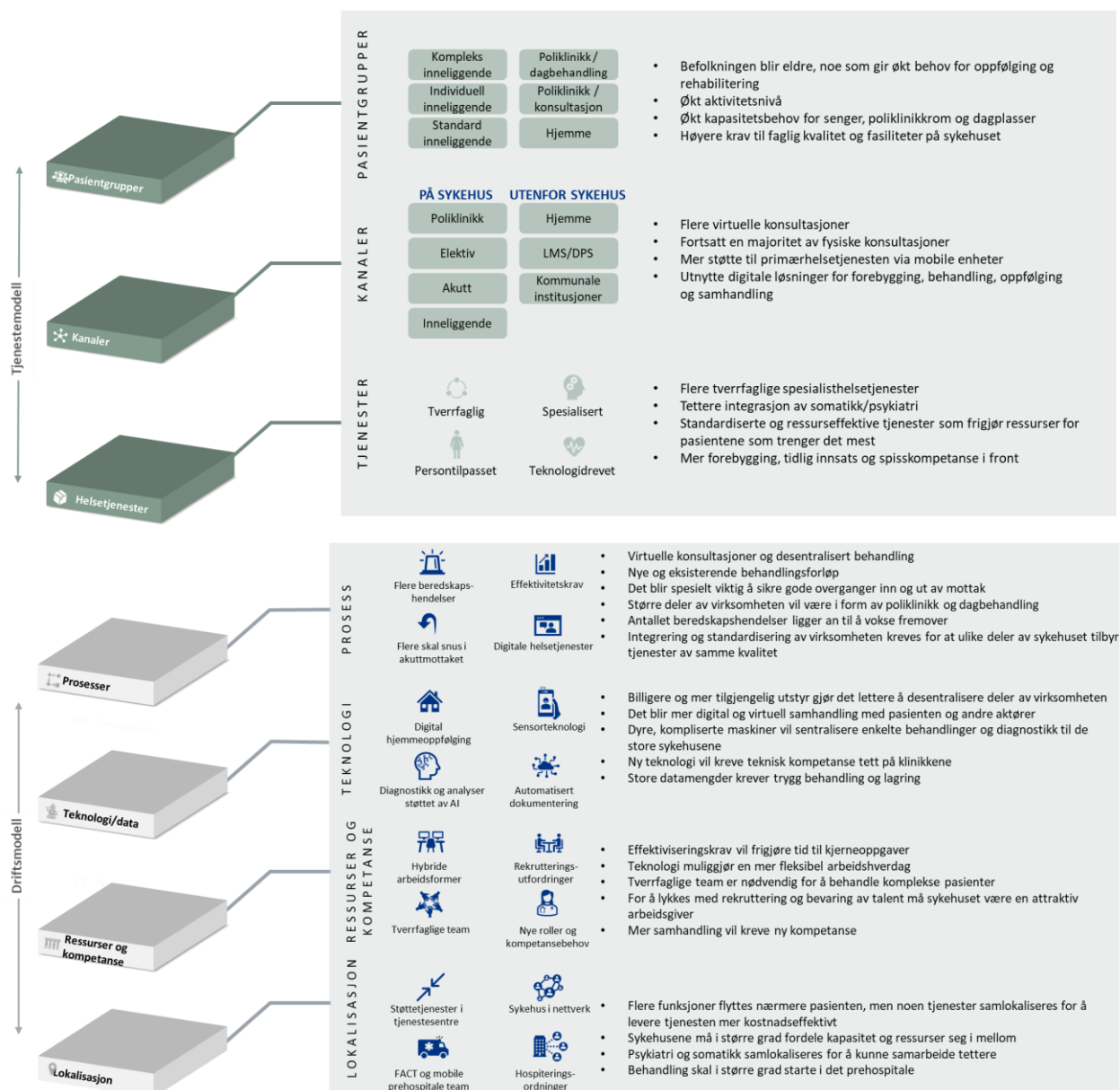
Pasientforløpene bygges opp rundt hver av disse pasientgruppene sammen med primærhelsetjenesten og etter følgende mal.

Figur 6.2 (2) Mal for overordnet pasientforløp i samarbeid med primærhelsetjenesten

Sykehuset Innlandet fra 2030	Forebygge sykdom	Diagnostikk	Behandle pasient	Følge opp/forebygge
Samarbeide med primærhelsetjenesten				

Malen angir hvilke steg som bør beskrives i et pasientforløp og hvilken rolle primærhelsetjenesten bør ha. Utviklingen av pasientforløpene inngår videre i den helhetlige organisasjonsmodellen som er utviklet for å beskrive hvordan Sykehuset Innlandet skal utvikles i framtidig målbilde og for vår felles helsetjeneste.

Figur 6.2 (3) Dimensjoner i organisasjonsmodellen inndelt i tjeneste- og driftsmodell



Arbeidet med å videreutvikle enkelte spesifikke pasientforløp fortsetter, samt sikre måloppnåelse innenfor definerte pakkeforløp kreft og psykisk helsevern. Spesielt pasientforløp som forener fagområder på nye måter slik som forløp for intox (akutt selvpåført forgiftning) og barn med autisme, vil prioriteres for å sikre kompetanse på tvers av psykisk helsevern og somatikk. Denne arbeidsmetodikken bidrar til å redusere uønsket variasjon, bedre kvalitet og pasientsikkerhet, samle fagmiljøer, sikre overganger og utvikle nye arbeidsformer. Felles informasjon og dokumentasjon vil være avgjørende.

Tabell 6.2 (1) Sykehuset Innlandet vil

Sykehuset Innlandet vil
<ul style="list-style-type: none">• Utvikle pasientforløp med utgangspunkt i pasientenes behov og i samarbeid mellom brukere, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten• Sikre at pasienter og brukere opplever forutsigbarhet gjennom informasjon om pasientforløp fra hjem til hjem og god samhandling med trygge overganger mellom sykehus og kommune• Sikre at behandling av pasienter skjer på rett nivå og med rett kompetanse i akuttstusykehus, desentralisert eller i pasientens hjem avhengig av pasientens tilstand og behov

6.3 Helsefellesskap

Etableringen av helsefellesskap er et hovedgrep i Meld. St.7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom Regjeringen og kommunesektoren, representert ved Kommunenes sentralforbund. Avtalen gjelder samarbeid om innføring av helsefellesskap mellom helseforetak og kommuner for sammen å planlegge og utvikle bedre helse- og omsorgstjenester for pasienter som har behov for både spesialisthelsetjenester og kommunale helsetjenester. Avtalen gjelder for planperioden 2020–2023. Avtalen gjelder til 31. desember 2023 eller til én av partene ønsker å si den opp.

6.3.1 Oppgaver til Helsefellesskapet

I Nasjonal helse- og sykehusplan pekes det på fire pasientgrupper som helsefellesskapene skal prioritere. Dette er personer med sammensatte behov som ofte trenger hjelp både i kommunen og på sykehus, og som opplever fragmenterte helse- og omsorgstjenester;

- Barn og unge
- Personer med psykiske helse- og rusproblemer
- Personer med flere kroniske lidelser
- Skrøpelige eldre

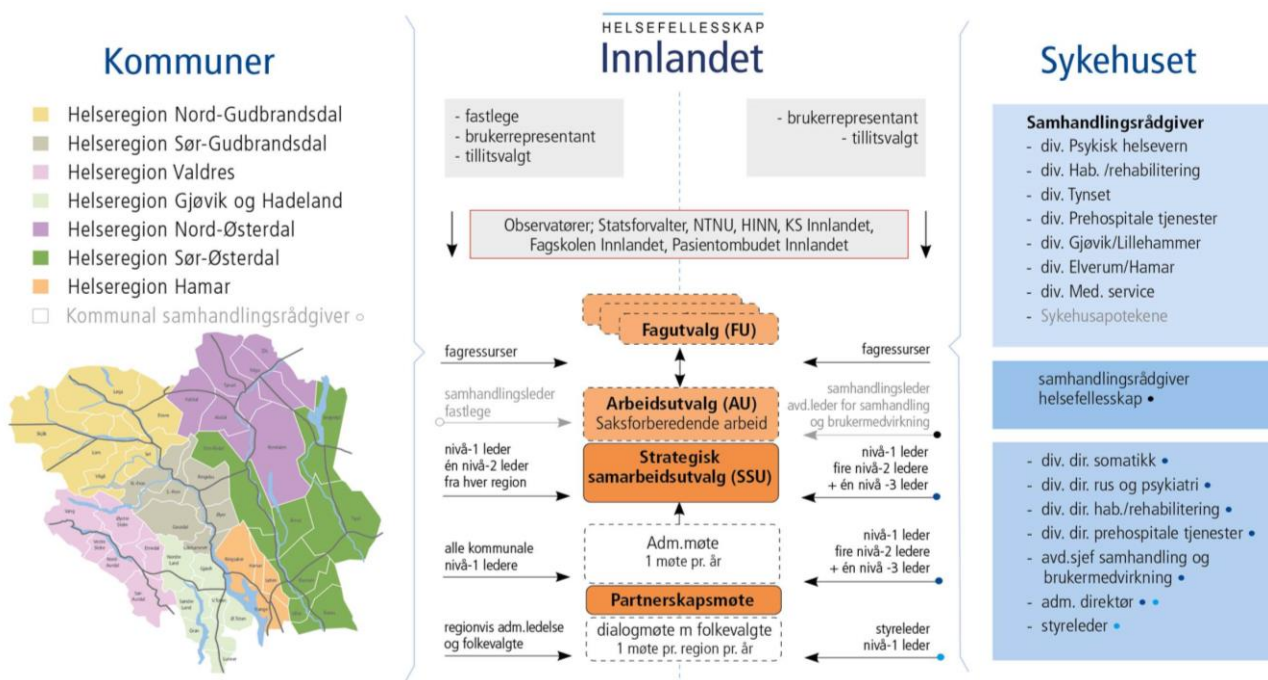
Sykehuset Innlandet og kommunene har inngått en samarbeidsavtale som reguleres av de lover som til enhver tid angår spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Forhold knyttet til Helsefellesskapet vil legges som vedlegg til denne avtalen.

6.3.2 Organisering av Helsefellesskap Innlandet

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 understreker at kommunene og sykehuset må samordne seg. Tilsvarende må helseforetak som favner flere sykehus, sikre at disse opptrer samordnet i helsefellesskapet. I strukturen for Helsefellesskap Innlandet er det vedtatt at de 42 kommunene i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet samordner seg i sju definerte helseregioner. Hver helseregion oppnevner en (1) representant som skal delta i Strategisk samarbeidsutvalg. Tilsvarende har Sykehuset Innlandet vedtatt en intern samhandlingsstruktur. Her er det besluttet at fire nivå to ledere og en nivå tre leder skal delta i *Strategisk samarbeidsutvalg*. Videre er det oppnevnt en (1) samhandlingsrådgiver fra hver divisjon som skal bistå Sykehuset Innlandet sin samhandlingsrådgiver i Helsefellesskapet.

Nasjonal helse- og sykehusplan har foreslått en struktur for hvordan partene skal samhandle på tre nivåer. Med utgangspunkt i denne strukturen har Helsefellesskap Innlandet organisert seg slik:

Figur 6.3.2 (1) Organisering av Helsefelleskap Innlandet



6.3.3 Ønsket utviklingsretning for Helsefelleskap Innlandet

Helsefelleskap tar utgangspunkt i at helseforetak og kommuner har et felles ansvar for å levere gode og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Helsefelleskap Innlandet skal sammen lage en strategi og planlegge hvordan pasientenes behov skal dekkes innenfor følgende områder og ambisjoner:

Pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar.

- Helsefelleskap Innlandet skal arbeide for at samvalg er det normale, innbyggerne kan kommunisere med tjenesten digitalt, og at brukerne kan medvirke i utforming av behandlingstilbudet og tjenesten.
- Helsefelleskap Innlandet skal arbeide for å styrke helsekompetansen til innbyggere i Innlandet

Sårbare pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem

- Helsefelleskap Innlandet skal arbeide for videreutvikling av FACT (Flexible Assertive Community Treatment som kan oversettes til fleksibelt, aktivt oppsøkende behandlingsteam i lokalmiljøet) og SAM-AKS (samhandling mellom kommunale sykehjem og alderspsykiatrisk avdeling i Sykehuset Innlandet), samt bidra til etablering av nye helseteam/ambulante team for ivaretagelse av de mest ressurskrevende og sårbare pasientene. Se faktabokser nedenfor.
- Helsefelleskap Innlandet skal arbeide for trygge overganger mellom spesialist og primærhelsetjenesten.
- Helsefelleskap Innlandet skal arbeide for at kommuner og sykehuset utvikler tjenesten i tråd med kunnskap om hva som virker og utnytter mulighetene som teknologien gir.

Faktaboks 6.3.3 (1) Helseteam i Innlandet

Etableringen av FACT-team som utgangspunkt for samhandling mellom kommunene i Innlandet og Sykehuset Innlandet

FACT-teamene i Innlandet gir langvarig og integrert hjelp til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusmiddellidelse. Det tilbys kunnskapsbasert behandling og oppfølging der pasientenes behov og ønsker skal være retningsgivende for den hjelpen teamene til enhver tid gir. Hjelpen gis der pasienten bor. FACT-teamene er organisert som samhandlingsprosjekter mellom kommunene og sykehuset gjennom samarbeidsavtaler og med styringsråd som øverste organ.

Kommunene i Innlandet og Sykehuset Innlandet drifter pr. november 2021 - ni team, hvorav ett team er tilknyttet Enhet for Sikkerhetspsykiatri, FACT Sikkerhet og ett team er under etablering. Teamene er etablert i tidsrommet fra 2018 – 2021. Totalt samarbeider 32 kommuner, NAV og Sykehuset Innlandet om å tilby FACT til målgruppen. FACT-teamene i Innlandet er etablert i til dels rurale strøk og det er ofte lange reiseavstander. 250-300 pasienter mottar i dag hjelp fra et FACT-team i Innlandet.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk (NKROP) har så langt vurdert fem av teamene sin modelltrofasthet (Fidelitymåling) i henhold til FACT-modellen. Resultatene viser god og svært god modelltrofasthet.

Faktaboks 6.3.3 (2). Helseteam i Innlandet

SAM –AKS

SAM-AKS står for samhandling mellom kommunale sykehjem og alderspsykiatrisk avdeling i Sykehuset Innlandet . SAM-AKS ble etablert i 2010 og teamet består av 8 hele stillinger, sykepleier, vernepleier, lege og leder. Det er inngått avtaler med 52 sykehjem i 33 av Innlandets kommuner. Disse avtalene fonyes hvert tredje år. SAM-AKS bygger på Helse direktoratets nasjonal faglige retningslinje om demens for utredning og oppfølging av pasienter i kommunene. Utredningen er til hjelp for å avklare pasientens helsesituasjon, og for planlegging og evaluering av miljørettede og medikamentelle tiltak i tråd med personsentrert omsorg.

Sentrale oppgaver for SAM-AKS:

1. Jevnlig kontakt og veiledning mellom samarbeidspartnerne i form av besøk, e-post, videokonferanse og telefonkontakt. Gjensidig veiledning om enkeltpasienter skjer i hovedsak gjennom bruk av Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd, og Marte Meo metoden.
2. Utredning og bistand til behandling av henviste pasienter med alderspsykiatriske tilstander (uavhengig av om kommunen har en avtale med SAM-AKS eller ikke).
3. Opplæring og undervisning av personalet i kommunehelsetjenesten .
4. Kontinuerlig innsamling av data om sykehjem og beboere i sykehjem til bruk i forskning ved Forsknings senter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom (AFS) ved Sykehuset Innlandet.

Pasienter møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv.

- Helsefelleskap Innlandet skal arbeide for en mer desentralisert spesialisthelsetjeneste der pasienten får hjelp der de bor og ved hjelp av teknologi.

Faktaboks 6.3.3 (3) Eksempler på digital oppfølging i hjemmet

Kirurgisk avdeling ved sykehuset på Gjøvik har videokommunikasjon med primærhelsetjenesten i kommunene Gran, Nordre Land og Søndre Land, for å gi de støtte i behandling av sår/sårstell.

Psykisk helsevern kan følge opp pasienter hjemme ved hjelp av eMestring som er et tilbud om veiledet internettbehandling for pasienter med depresjon, panikklidelse og sosialt angst.

Innen psykisk helsevern kan etablering av eMestringstilbud (veiledet internettbehandling) for pasienter med depresjon, panikklidelse og sosial angst være et eksempel.

Innen habiliteringstjenesten er mange tilbud ambulante. Fagpersoner fra sykehuset drar ut til pasientens nærmiljø for å kartlegge, observere, foreslå tiltak og veilede fagpersonell og pårørende.

Etter covid-19 pandemien har bruk av telefon- og videokonsultasjoner økt innen flere fagområder.

Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.

- Helsefelleskap Innlandet skal arbeide for å utvikle helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem sett i et bruker -og behandlerperspektiv og i samhandling med kommunene ved å ta i bruk teknologi og nye arbeidsformer

Gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus sammen med kommunene

- Helsefelleskap Innlandet skal arbeide for en felles plan for de akuttmedisinske tjenestene
- Helsefelleskap Innlandet skal arbeide for å styrke den akuttmedisinske kjeden gjennom samhandling, kompetansedeling og teknologi.
- Helsefelleskap Innlandet skal arbeide for at pasienten mottar tjenester på riktig omsorgsnivå og at oppstart av akuttmedisinsk behandling så tidlig som mulig videreutvikles, herunder diagnostikk og bruk av digitale hjelpemidler

Faktaboks 4.3.4 (4) Mobile prehospitale team

Divisjon prehospitale tjenester har etablert flere samhandlingsprosjekter som videreutvikles. Et eksempel er Mobile prehospitale team (2019), et Samhandlingsprosjekt mellom legevakta i Nord-Gudbrandsdalen og prehospitale tjenester med utprøving av digital teknologi.

Gevinstene her er blant annet reduserte barrierer mellom ambulansetjeneste, legevakt, fastleger og andre kommunale helseressurser. Dette gir kompetanseheving og er kulturbyggende, reduserer antall transportoppdrag og antall konsultasjoner på legevakt.

Plan for kompetanse og rekruttering

- Helsefelleskap Innlandet skal sette kompetanseheving på dagsorden og etablere møteplasser der kompetanse kan deles mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal gis prioritet i dette planarbeidet. Dette kan bidra til å nå FN's bærekraftsmål 8³⁰ om «anstendig arbeid og økonomisk vekst»

Faktaboks 6.3.3 (5) Hospiteringsordning

Helseregionen Nord-Gudbrandsdal v/ Lom og Skjåk kommuner har sammen med Sykehuset Innlandet v/medisinsk avdeling søkt og fått 765.000. kr fra Helsedirektoratet for å etablere en hospiteringsordning mellom primær og spesialisthelsetjenesten. Gjennom gjensidig hospitering mellom medarbeidere i kommuner og sykehus er målet å sørge for bedre kunnskap om hvordan overganger mellom sjukehus og kommune kan bedres for eldre og kronikere

Digitale tjenester er den nye hverdagen

- Helsefelleskap Innlandet skal arbeide for å flytte tjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi.

Forskning, utvikling og innovasjon:

- For utvikling av et fremtidsrettet helsetjenestetilbud skal Helsefelleskap Innlandet arbeide for å styrke satsningen på forskning, utvikling og innovasjon.

Organisering og ledelse

- Helsefelleskap Innlandet skal legge til rette for styrking av eksisterende fagnettverk og for utvikling av nye regionale og interregionale fagnettverk og nettverk mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Eksempel på dette er Rehabiliteringsutvalg Innlandet som utgjør et fagutvalg i Helsefelleskapet og skal videreutvikle forpliktende samarbeid og oppgavedeling med kommunene.
- Helsefelleskap Innlandet skal gjennom systematisk bruk av styringsdata bidra til effektiv ressursutnyttelse og forebygging av uønsket ressursbruk i fremtiden.
- Helsefelleskap Innlandet skal arbeide for å bedre finansieringsordningene for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten
- Helsefelleskap Innlandet skal drøfte konkret hvordan oppgaver skal løses og avtale hvordan kostnader og gevinster skal fordeles.
- For utvikling av felles helsetjeneste skal Helsefelleskap Innlandet søke kontakt med eksterne samarbeidspartnere innenfor næringsliv, universitets- og høyskolesektoren og helse- og omsorgstjenesten og klynger som opererer innenfor helsefeltet. Dette er i tråd med FN's bærekraftsmål 17 «samarbeid for å nå målene»³¹
- Helsefelleskap Innlandet skal arbeide for å samordne styringsinformasjon fra Sykehuset Innlandet og de 42 kommunene i opptaksområdet til sykehuset.

³⁰ Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten

³¹ Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten

En tettere organisering og samhandling mellom kommuner der pasientene bor og spesialisthelsetjenesten, spesielt gjennom bruk av ny teknologi, vil kunne bidra til å redusere transportbehovet av pasienter og helsepersonell. Dette vil bidra til å nå FN's bærekraftsmål 9³² «Innovasjon og infrastruktur».

Gjennom en felles strategiprosess har Helsefellesskap Innlandet blitt enig om at i den første fire års perioden er følgende strategiske satsningsområder som skal prioriteres og for Sykehuset Innlandets del følges opp i Virksomhetsstrategien:

- Interessepolitikk
- Kvalifisert arbeidskraft
- Samarbeid om de som trenger det mest
- Framtidsrettet ledelse og organisasjonsutvikling
- Forskning, utvikling og innovasjon
- Likeverdige tjenester
- Digital transformasjon
- Etablere og videreutvikle helsefellesskapet

Tabell 6.3 (1) Sykehuset Innlandet vil

Sykehuset Innlandet vil:
<ul style="list-style-type: none"> • Etablere og videreutvikle Helsefellesskap Innlandet i samarbeid med kommunene og utvikle klare mål og tiltak for vår felles helsetjeneste. • Sikre at pasienter i Innlandet opplever en sømløs helsetjeneste med kompetent personell og riktig bruk av teknologi der tjenester gis uavhengig av tjenestenivå.

6.4 Organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene

Under foretakets arbeid med å sikre god ressursbruk og høy kvalitet i akuttmottak vil det være av avgjørende betydning å samtidig gjennomgå og styrke hele den akuttmedisinske kjeden. Den akuttmedisinske kjede er definert som:

«Den akuttmedisinske kjeden er samfunnets samlede organisatoriske, personellmessige og materielle beredskap for å kunne yte befolkningen akutt helsehjelp. Den akuttmedisinske kjeden består av fastlege, legevakt, kommunal legevaktsentral, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral), bil-, båt- og luftambulanse, samt akuttmottak i sykehus».

Kjeden representerer en sammenhengende rekke av tiltak for å sikre akutt helsehjelp fra hendelsessted, inkludert publikums innsats, fram til definitiv behandling. Endepunktet for kjeden i sykehus er ikke alltid akuttmottaket. Foretakets arbeide med å utvikle tjenester i samarbeid med kommunene og Helsefellesskap Innlandet og en fortsatt videreutvikling av prehospitale tjenester er avgjørende for å sikre innbyggerne sammenhengende, trygge og gode tjenester på rett nivå. Gode integrerte tjenester vil bidra til økt forståelse og kompetanse både i spesialist- og primærhelsetjeneste og dermed bidra til å sikre et sammenhengende system for akutte tjenester i og utenfor sykehus – som gir tilstrekkelig trygghet og kvalitet.

³² Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten

Akuttmottaket er den viktigste døren inn i sykehuset. Pasienter som kommer hit, trenger vurdering i spesialisthelsetjenesten, behandling og eventuelt innleggelse. Akuttmottakets hovedfunksjon er å ta imot, foreta en første vurdering av pasienten, diagnostisere og iverksette den nødvendige initiale behandlingen. Fra akuttmottaket kan pasienten enten skrives ut til hjemmet eller institusjon utenfor sykehus, observeres for avklaring, diagnostiseres, overføres til operasjon, overvåkings-/intensivhet eller innlegges på sengepost for videre utredning og behandling. Følgende områder kan etableres innenfor en samlet mottaksfunksjon i et sykehus:

- Akuttmottak
- Akuttpoliklinikk
- Skadepoliklinikk
- Observasjonsenhet
- Korttidsenhet
- Avklaringsenhet
- Fast-track
- Utredningsenhet

Tradisjonelt har akuttmottak for psykisk helsevern vært adskilt fra akuttmottak somatikk med store avstander mellom de ulike sykehusene. Driftsform og pasientforløpene i mottak er svært forskjellige. Innenfor psykisk helsevern er det færre pasienter som akuttinnlegges per dag, og de utredes ofte lenger i en mottaksenhet. Akuttmottak innenfor psykisk helsevern har en viktig funksjon i å formidle kontakt med akutte og polikliniske tilbud («Time rett i hånda») og å overføre pasienter til døgntjenester på lavere omsorgsnivå, eksempelvis distriktspsykiatriske sentre.

Akuttmottakene innenfor somatikk i Sykehuset Innlandet er organisert under avdeling for akuttmedisin ved de ulike sykehus. Alle akuttmottak har en seksjonsoverlege som er medisinskfaglig rådgiver for enhetsleder. Alle sykehus har skadepoliklinikk i mottak, unntatt SI Hamar. Alle sykehus, med unntak av SI Elverum, har traumefunksjon. Akuttmottakene på SI Gjøvik og SI Lillehammer har egne observasjonsposter og er samlokalisert med kommunal legevakt.

Tabell 6.4 (1) Antall opphold, gjennomsnittlig liggetid og andel poliklinikk i somatiske akuttmottak 2021.

	Elverum	Hamar	Gjøvik	Lillehammer	Tynset
Antall opphold	9 517	10 793	13 751	12 870	2 185
Gjennomsnittlig liggetid	2,7 timer	2,5 timer	3,1 timer	3,0 timer	2,1 timer
Andel poliklinikk i prosent	27	19	40	25	15

Tabell 6.4 (2) Antall akuttinnleggelser psykisk helsevern 2021

	Reinsvoll	Sanderud
Antall akuttinnleggelser Akutt og psykose	921	901

Akuttpasienter utgjør 70 til 80 prosent av alle pasienter som kommer til sykehuset for døgninnlegelser. Det er en økende utfordring med kapasitetsproblemer på grunn av opphopning av pasienter («crowding»), samtidigetskonflikter, manglende tilgang på lege og lege med rett kompetanse, samt utfordrende intern logistikk.

Det har de siste årene kommet flere rapporter³³ som påpeker faglige svakheter ved måten somatiske akuttmottak organiseres og drives på. I 2015 utga Helsedirektoratet den nasjonale veilederen «Faglige og organisatoriske krav for somatiske akuttmottak». Sykehuset Innlandet har siden 2017 jobbet med å tilpasse seg denne veilederen. Det er utfordrende å oppfylle kravene i veilederen i foretaket på grunn av spredte struktur med fem akuttmottak. De ulike akuttmottakene har opprettet ledelsesforum som består av medlemmer fra de kliniske samarbeidsavdelingene og ledes av avdelingssjef akuttmedisin.

Utviklingen innenfor medisin og teknologi åpner for at en større del av behandling og utredning kan skje poliklinisk og som dagbehandling. Den samme utviklingen legger til rette for prehospital diagnostikk og behandling for tilstander der tid er en kritisk faktor, og for tilstander som kan behandles uten innleggelse i sykehus når diagnose er avklart.

Utviklingstrekkene innenfor akuttmottak mot 2040 kan være:

- Økt samhandling med primærhelsetjeneste og prehospitaltjenester som sikrer at pasienter tidligst mulig kan undersøkes, diagnostiseres, starte behandling og få oppfølging på rett nivå.
- Samlokalisering av psykisk helsevern, rus og somatikk med mulighet for felles vurdering av pasienter i mottakssituasjon
- Leger med spesialisering i akutt- og mottaksmedisin med bred klinisk erfaring i front ved de fleste akuttmottak
- Spissing av aktivitetene i akuttmottak til sortering, avklaring og oppstart av behandling slik at en økende pasientstrøm kan ivaretas uten unødig ventetid
- Flere «fast track» for rask diagnostikk og behandling, det vil si forløp som går helt eller delvis utenom akuttmottaket. Dette er ofte pasienter som er ferdig diagnostisert før ankomst til sykehus.
- Spesialiserte mottaksteam for geriatri/multimorbide pasienter
- Mer avansert diagnostikk og behandling prehospitalt som vil kreve utstyr, kompetanse og kommunikasjon.
- Mer bruk av utstyr for pasientnære analyser i akuttmottak, for raskere tilgang til prøvesvar. Eksempler er utstyr til diagnostikk som ultralyd og laboratorie- og mikrobiologiske prøver.
- Mer diagnostikk (inkludert bildediagnostikk), avklaring og behandling i akuttmottak/observasjonspost innen eksempelvis 24 eller 48 timer, gjør at pasientene unngår unødvendige flerdøgns innleggelser
- Sterkere sentralisering av de tilstander som krever spisskompetanse
- Sterkere sentralisering av akuttkirurgi og kvinne/barn-medisin
- Styrket samhandling med kommunale ambulante team og ambulante team fra sykehuset for å redusere behovet for akutt sykehusbehandling.

³³ Akuttmottak – en risikosone for pasientsikkerhet, Kunnskapssenter 2015. Oppsummering av Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med somatiske akuttmottak 2019.

Helse Sør-Øst RHF startet konseptfasen for ny sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet i desember 2021. En viktig del av dette arbeidet vil være å utvikle mottakene i henhold til ny kunnskap slik at den framtidige tjenesten blir pasientsikker, ressurseffektiv og av god kvalitet. Akutt- og mottaksmedisin vil videreutvikle seg og bli et selvstendig fagfelt innenfor medisinen. Foretaket må ha en bevisst strategi for å rekruttere og utdanne spesialister innenfor akutt- og mottaksmedisin og øke andelen sykepleiere med videreutdanning innenfor akuttpsykepleie. Dette vil bidra til et kunnskaps- og kompetanseløft som skaper gode og varige løsninger for pasientene og akuttmottakene.

Sykehuset Innlandet ønsker å samlokalisere psykisk helse, rus og somatikk i sitt vedtatte målbilde. Dette gir gode muligheter til videreutvikling av akuttmottakene. På denne måten kan en utnytte faglige synergier mellom fagområdene for å gi en mer helhetlig tilnærming og behandling til den enkelte pasient, sømløst gjennom hele døgnet. Dette er et viktig arbeid som må jobbes godt med gjennom konseptfasen.

Tabell 6.4 (3) Sykehuset Innlandet vil

Sykehuset Innlandet vil:
<ul style="list-style-type: none"> • Sikre utvikling og organisering av akuttmottak i framtidig målbilde som ivaretar den komplekse og individuelle syke pasient med sammensatte lidelser i henhold til ny faglig standard og dra nytte av synergier mellom psykisk helse, rus og somatikk for en helhetlig behandling. • Sikre pasientene videre behandling på rett nivå etter en helhetlig vurdering • Ta i bruk ny teknologi som i større grad sikrer rask diagnostikk og avklaring i forkant av innleggelse og i akuttmottak

6.5 Kapasitetsbehov og organisering av psykiske helsevern

De nye framskrivningene for psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling forteller om framtidig økende kapasitetsbehov og til dels hvordan kapasiteten må innrettes. Framskrivningen gir et viktig grunnlag for utvikling og organisering av tjenesten. Grunnlaget viser et fagfelt der teknologi, spesialiserte behandlingsformer, økt brukermedvirkning, økt standardisering kombinert med økt individualisering for den enkelte pasient og endret logistikk, er med og former ressursstyring og organisering av tjenesten. De somatiske og psykiske fagfeltene ses mer og mer sammen for å gi tilpasset pasientbehandling til hele mennesket.

For barn, unge og voksne med psykiske helseutfordringer, og/eller rus- og avhengighetstilstander er personlige møter og utvikling av trygge relasjoner mellom pasient og helsepersonell fortsatt sentralt og i mange tilfeller avgjørende for å oppnå gode resultater. Likevel vil faglige og teknologiske nyvinninger være viktige for å optimalisere effekten av både utredning og behandling. Innenfor psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling foregår det omfattende utvikling både i forhold til teknologi og samhandling på flere nivåer.

Døgnbehandling innenfor psykisk helsevern skjer på flere nivåer og lokasjoner. Det er snakk om tilstander som vurderes å være moderate, alvorlige og også kritiske i form av voldsfare og alvorlige atferdsutfordringer. Dette krever en differensiering i behandlingsintensitet og omsorgsnivå som tilpasses den enkelte pasient. En del av døgnbehandlingen skjer på desentraliserte distrikts psykiatriske sentra (DPS), mens andre deler av behandlingen må skje i mer spesialiserte enheter. På sykehusnivå er det

differensiering i ressursinnsats alt etter hva som er pasientens behov. Spesialiserte funksjoner som kan skape synergier med hverandre, og med somatikken, innbefatter akuttmottak, rusakuttmottak, sikkerhetspsykiatri, psykosebehandling, spiseforstyrrelser, en eventuell avdeling for affektive tilstander, alderspsykiatri, regional enhet for gravide i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, enhet for familiebehandling og tverrfaglig spesialisert rusutredning. Innføring av ny teknologi i fleksible lokaler vil frigjøre tid til pasientbehandling og økt fokus på helsefremmende aktiviteter. Når døgntilbudet innenfor psykisk helsevern for barn og unge samles på ett sted, vil samarbeidet med barne- og ungdomsavdeling videreutvikles.

Innenfor psykisk helsevern barn og unge er det også behov for tettere desentralisert samhandling med kommunene i flere deler av forløpene. Spesielt må det legges til rette for tidlig samhandling, også før den enkelte pasient er henvist spesialisthelsetjenesten, og for kompetanseoverføring om barn og unges psykiske helse til kommunene. Et slikt arbeid må også fokusere på tidlig innsats og målrettet forebygging av psykisk lidelse og rusavhengighet. Samhandlingen må forankres i «Helsefellesskap Innlandet» med mål om at barn og unge får tjenester på rett nivå. I arbeidet inkluderes utvikling av arenafleksible tjenester der barn og unge bor, og en dynamisk innretting av ressursene alt etter behov.

Nye samarbeidsformer med kommunene vil være med og forme utviklingen av tjenestene i framtida. FACT-team er et eksempel på en ny type samhandling med som medfører en endring i arbeidsform, organisering og faglig utvikling. FACT-team består av personell fra både primær- og spesialisthelsetjeneste som sammen oppsøker pasienter der de befinner seg. På denne måten utøver spesialisthelsetjenesten en aktiv rolle i lokalsamfunn og i pasientens hjemmemiljø. Oppfølgingen kan variere ut fra pasientens behov. Ved forverring kan mer intensiv oppfølging initieres omgående for å forebygge forverring av tilstanden. FACT-team er opprinnelig utviklet for psykose-pasienter, men erfaring viser at metodikken kan overføres til rusfeltet, unge pasienter og også sikkerhetspsykiatriske pasienter. Pasientstyrte poliklinikker kan også øke tilgjengeligheten for den enkelte pasient og bidra til raskere tilgang til tjenestene.

Det er behov for tettere samarbeid med legevakter for å få pasienter til riktig behandlingssted/-nivå og dermed redusere unødvendige innleggelser. Internt er optimalisering av pasientforløp et kontinuerlig arbeid. Det innebærer både fagligutvikling og økt fokus på logistikk. Det vil være avgjørende å bruke ressursene på best mulig måte for å gi pasienten den beste og mest effektive behandlingen som er tilgjengelig.

Transport av pasienter med psykiske lidelser er et område der det allerede i dag er etablert et godt samarbeid med politi, legevakt, divisjon prehospitale tjenester og divisjon psykisk helsevern. Gjennom opplæring av helsepersonell og samarbeidsmøter med politiet skapes større forståelse og trygghet for å håndtere personer med psykiske helseutfordringer.

Innenfor psykisk helsevern foregår det omfattende utvikling av teknologi og samhandling på flere nivåer. De desentraliserte virksomhetene skal videreutvikles og settes i stand til å ta i bruk nye former for behandling som for eksempel e-konsultasjoner, interaktiv eMestring, VR-teknologi, sensorteknologi i hjemmet og standardiserte behandlingstilbud. Bruk av VR-briller i behandling har vist lovende resultater innenfor noen områder og dette er teknologi som sannsynligvis vil øke i bruk. Nye medikamentgrupper kan vise seg å skape mer effektiv behandling av ulike typer lidelser, som kommer pasientene til gode og som også kan redusere liggetider. Mye av behandlingen kan standardiseres og gjøres virksomt

ved målrettede, kunnskapsbaserte og mer intensiverte arbeidsformer, som for eksempel 4-dagers behandling av tvangslidelser (OCD – obsessive compulsive disorder). Slike arbeidsformer vil også forebygge uønsket variasjon av behandling og behandlingseffekt. Økt bruk av helseteknologi innen dokumentasjon og rapportering vil i årene som kommer frigjøre tid som fagfolk istedenfor kan bruke til pasientbehandling. FACT-metodikken kan breddes ut på nye områder som kan gi tilpasset oppfølging og behandling til særlig utsatte eller sårbare grupper, de som trenger det mest. Ikke minst vil økningen i andelen eldre utfordre samhandling mellom psykisk helsevern og kommunene, hvor SAM-AKS er et godt og virksomt eksempel på hvordan konkret samarbeid kan iverksettes på en målrettet måte.

Den teknologiske utviklingen muliggjør også økt brukermidvirkning i det enkelte pasientforløpet og på systemnivå. Gjennom DelMedMeg har psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet innført elektronisk feedback fra pasienter (PROM og PREM) som sendes ut automatisk og svarene kommer direkte inn i pasientjournalssystemet DIPS. Pasientens opplevelse av behandlingen fanges raskt opp og kan legge føringer for videre forløp. På sikt vil det utvikles automatiske systemer som aggregerer disse pasientrapporterte dataene på gruppenivå. Disse kan brukes til faglig utvikling, optimalisering av pasientforløp samt ressurs- og virksomhetsstyring.

Gjennom covid-19 pandemien har det vært økende bruk av videokonsultasjoner og videokommunikasjon i behandlingen. Dette muliggjør mer fleksibel bruk av spesialistressursene og lange geografiske avstander blir ikke lenger et hinder for spesialistinvolvering. I psykisk helsevern kan en se for seg slik bruk av ressurser både innenfor poliklinisk behandling og i bakvaktordninger i deler av døgnbehandlingen på DPS-nivå.

Tabell 6.5 (1) Sykehuset Innlandet vil

Sykehuset Innlandet vil:
<ul style="list-style-type: none"> • Videreutvikle samarbeidet med kommunehelsetjenesten i pasientforløp for å forebygge og behandle psykiske lidelser og rusproblemer blant barn og voksne på riktig nivå. • Ta i bruk ny teknologi for å standardisere og optimalisere behandlingen. • Gi bedre helhetlige helsetjenester ved samlokalisering og samarbeid mellom psykisk helsevern og somatikk.

6.6 Organisasjon, ledelse og kompetanse

Medarbeidere i Sykehuset Innlandet er foretakets viktigste ressurs. Ledelsesplattformen bygger på prinsippet om helhetlig ledelse og stiller krav til foretakets ledere. Dette skal utgjøre rammeverket for ledelsesaktiviteter og beslutninger som skal sikre at:

- Sykehuset Innlandet har rett kompetanse til rett tid
- Medarbeidere i Sykehuset Innlandet arbeider på en målrettet og hensiktsmessig måte
- Ledelse av medarbeidere i Sykehuset Innlandet gjøres på en effektiv og god måte
- Ledere og medarbeidere utfører sine roller i tråd med foretakets mål og verdier

Organisering av spesialisthelsetjenesten er forankret i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten³⁴. Samtidig er det flere faglige føringer

³⁴ [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

som påvirker organisering, eksempelvis innenfor akuttmottak og kravet om rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt.

Organisering og ledelse i Sykehuset Innlandet skal bidra til at foretaket realiserer sine strategiske mål, er profesjonell, smidig og ivaretar balansen mellom kvalitet og kostnadseffektivitet i sin leveranse av spesialisthelsetjenester. Dette forutsetter at:

Sykehuset Innlandet til enhver tid har en hensiktsmessig struktur og virksomhetsstyring

Organiseringen må sikre nødvendig kontakt mellom fagområder og yrkesgrupper internt, og legge til rette for dialog og samhandling med eksterne aktører. Videre er samarbeid og funksjonsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og mellom aktørene i spesialisthelsetjenesten, ivaretatt gjennom organisatoriske løsninger og arbeidsformer.

Organisasjonsstrukturen skal danne et solid fundament og en hensiktsmessig ramme for ivaretagelse av sykehusets kjerneoppgaver. Den skal sørge for en god utnyttelse av tilgjengelige ressurser og at roller og ansvar er tydelige. Dette skal bidra til at ledere settes i stand til å utøve sin beslutningsmyndighet, ta ansvar for sine resultater, og videre sikre at medarbeidere står ansvarlige for sin jobbutførelse.

Interne prosesser og systemer skal reflektere foretakets forpliktelse til å ha åpne prosesser, oversikt og kontroll. Strategiske tiltak som iverksettes skal ha en direkte effekt på foretakets utfordringsbilde eller bidra til å realisere framtidige mål. Med tanke på de store endringsprosessene Sykehuset Innlandet står overfor, vil det være et særskilt fokus på å styrke faktorer som påvirker gjennomføringsevnen og muligheten til å realisere effekter av endringstiltak. Dette gjelder særskilt innenfor områdene ledelse, virksomhetsstyring, kultur, samhandling, utvikling, innovasjon og digitalisering.

Gjennom prosesser i organisasjonsutviklingsprogrammet er organisasjonsstruktur for framtidig målbilde utviklet. Denne legger til rette for en helhetlig fagorganisering av foretaket. Ved å samle fagområder organisatorisk, styrkes fagmiljøene og legger til rette for nye samarbeidsformer, mere enhetlige prosedyrer og tjenestetilbud og mulighet for bedre rekruttering. Det skal jobbes videre med detaljene i denne organisasjonsstrukturen og en strukturert og tidsfestet implementeringsplan.

Helhetlig ledelse utøves på alle nivå

Sykehuset Innlandet går inn i en periode med store endringer knyttet til rammebetingelser, struktur, samhandling, faglig og teknologisk utvikling og medarbeiderpreferanser. Dette stiller ytterligere krav til ledelse og økt behov for bevisstgjøring, kunnskapstilførsel og ferdighetstrening på de ulike ledernivåene i virksomheten.

Ledere i Sykehuset Innlandet skal ivareta foretaksperspektivet og arbeide strategisk. Gjennom sin personalledelse skal de bidra til at foretaket ivaretar sine forpliktelser og når sine målsettinger. Det er forventet at ledere er lojale til beslutninger som er tatt og informerer og involverer sine medarbeidere på en hensiktsmessig måte når det gjelder endringer som vil påvirke dem. Det vil være behov for å øke kompetansen på ledelse av prosessorganiserte virksomheter, særlig for å etablere god innsikt i egen lederrolle og en helhetlig forståelse for egen virksomhet. I tillegg vil det være aktuelt å fokusere på temaer som styring av matriseorganiserte ressurser, og ledelse av tverrfaglige kompetansemiljøer.

Det etableres en kultur for kontinuerlig forbedringsarbeid og innovasjon. Som en følge av dette vil foretaket ha behov for ledere med høy relasjonskompetanse og ferdigheter knyttet til veiledning. Gode tilretteleggingsevner, evne til å motivere egne medarbeidere og gi nødvendig mestringsstøtte er andre viktige ledelseskrav. Ledere er ansvarlige for å sikre at foretakets prosedyrer, styrende dokumenter og budsjetter er fulgt og at resultater blir kommunisert. Medarbeidere skal følges opp gjennom en toveis kommunikasjon og medarbeidersamtaler for å bidra til deres utvikling.

Foretaket sørger for systematisk analyse, planlegging og dokumentasjon av framtidig kompetanse- og bemanningsbehov. Gode systemer og rutiner for aktivitets- og bemanningsplanlegging brukes for alle yrkesgrupper, nye modeller for arbeidsdeling og samhandling og utvikling av en heltidskultur er godt innarbeidet i foretaket.

Bemannings sammensetningen vil speile en økt spesialisering, økt jobbglidning og bruk av ny kompetanse i sykehuset. De administrative stab- og støttefunksjoner må være tilpasset for å levere de tjenester klinikken og ledere trenger for å nå sine mål på kort og lang sikt.

De samme standardene for profesjonell og ansvarlig jobbutførelse skal gjelde alle medarbeidere i Sykehuset Innlandet, uavhengig av stilling og rolle. Det er imidlertid særskilte krav til ledere om at de skal bidra til en felles kultur i foretaket, og at de opptrer som en representant for virksomheten som helhet. Ledere i Sykehuset Innlandet har også en rolle som fagpersoner innenfor det området de er leder for, og det er forventet at dette ivaretas på en hensiktsmessig måte.

Det utvikles en ledelsesplattform som skal tydeliggjøre hva som kjennetegner god ledelse i Sykehuset Innlandet, hvilke felles forventninger og krav som stilles til ledere på ulike nivå og hvilke kjernekompetanser det forventes at ledere skal ha. Ledelsesplattformen skal legge grunnlag for hvordan lederne skal følges opp, og hva lederne blir målt på.

Figur 6.6 (1) Ledelsesplattform for Sykehuset Innlandet



Foretaket beholder og tiltrekker seg medarbeidere med riktig kompetanse

Sykehuset Innlandet skal arbeide strategisk med kompetanse- og bemanningsplanlegging langs tre parallelle løp.

- Redusere turnover og beholde medarbeidere med riktig kompetanse gjennom å være en god arbeidsgiver.
- Arbeide målrettet med identifiserte sårbare områder hvor det er krevende å rekruttere.
- Planlegge for den varslede framtidige mangelen på helsepersonell

Den generelle rekrutteringen av kvalifisert arbeidskraft skal styrkes gjennom å markedsføre Sykehuset Innlandet som en god arbeidsgiver og systematisk rekrutteringsarbeid gjennom både tradisjonelle og nye rekrutteringskanaler.

Sykehuset Innlandet skal være et attraktivt sykehus for leger i spesialisering (LIS).

- Sykehuset Innlandet skal framstå profesjonelt i rekruttering og ansettelse av LIS 1.
- For LIS 1 skal det etableres tredelt tjeneste ved at nye læringsarenaer tas i bruk. I første omgang er psykisk helsevern og tverrfaglig etablert rusbehandling (TSB) aktuelt som et tredje fag for LIS 1.
- Det skal legges til rette for gode og forutsigbare utdanningsløp for LIS 1, 2 og 3, med supervisjon og veiledning i tråd med spesialistforskriftens krav.

Det utvikles og investeres i kompetanse

Pasientens behov er styrende for kompetanseutvikling og kompetansesammensetning. Sykehuset Innlandet utreder, planlegger og legger til rette for kompetanseutvikling opp mot forventede faglige og teknologiske endringer. Fagmiljøer bygges planmessig opp og styrkes gjennom utvikling av både bredde- og spisskompetanse, der mer tid frigis til

pasientrettet arbeid. Framtidige kompetansebehov er en viktig aktivitet i drift og videreutvikling av virksomheten, i alle deler av organisasjonen. Krav om økt effektivisering møtes ved å sikre riktig kompetanse på rett sted i pasientforløpet og gjennom jobbglidning. Dialogen med utdanningsinstitusjonene om kapasitet og innhold skal videreutvikles. Sykehusapotekene HF sin kompetanse vurderes inn i de ulike pasientforløp.

Innlandet må møte den raske endringen i befolkningens behov og den medisinske utviklingen ved tydelig å satse på videre- og etterutdanning for alle helsepersonellgrupper. Sykehuset Innlandet skal styrke sin rolle i grunnutdanningen av sykepleiere og andre helsefaglige høgskoleutdanninger, samt i utdanningen av legespesialister. Foretaket må profilere seg utad som et sykehus med faglig gode praksisplasser for utdanningen med tilfredse deltakere. Behovet for endringer i utdanningstilbudet vurderes kontinuerlig. Foretaket vil forsterke bruken av kombinasjonsstillinger sammen med høgskolene for å styrke kvalitet og relevans i utdanning, innovasjon og forskning og søke å redusere uønsket deltid.

Ledere i Sykehuset Innlandet skal sikre kompetanseutvikling av sine medarbeidere. Systematisk kartlegging av kompetansebehov- og tiltak skal sikre at ressurser blir benyttet på en hensiktsmessig måte. Beslutninger om kompetansetiltak skal bygge på den enkelte medarbeiders behov, organisasjonens behov, relevans og kostnadseffektivitet. Et godt introduksjonsprogram for nye medarbeidere skal sikre at de raskt forstår sin rolle, sine oppgaver og nødvendige prosedyrer for arbeidet. Medarbeidere med lederegenskaper og erfaring fra foretaket skal gis muligheten til å videreutvikle sin kompetanse for å kunne ivareta rollen som ledere i fremtiden.

Sykehuset Innlandet har ambisjoner om å være en lærende organisasjon som er under kontinuerlig forbedring. Medarbeidere er forventet å dele av sine erfaringer. Disse erfaringene skal igjen bidra til at foretakets prosedyrer reflekterer god praksis.

Gode arbeidsmiljøer sikres og medarbeideres arbeidsforhold tas på alvor

Kulturen i Sykehuset Innlandet skal reflektere foretakets verdier kvalitet, trygghet og respekt. Dette skal bidra til at medarbeidere opplever at de har rom for å påvirke egen arbeidssituasjon og bidra til innovasjon. Tillit bygges gjennom åpenhet og gjennom etterlevelse av foretakets verdier i praksis. Tillit handler om å stole på hverandre og bygging av sterke relasjoner gjennom omtanke og kommunikativ åpenhet.

Endrings- og ledelsesprosesser skal være åpne, forutsigbare og transparente. Gjennom dette kan det stilles krav til at medarbeidere skal være åpne for nye ideer og måter å arbeide på. Arbeidsmiljøet skal være preget av samarbeid, hvor støtte ikke bare kommer fra leder, men også gjennom kollegaer og nettverk. Kollegaer skal behandles med respekt og verdighet, og uprofesjonell, diskriminerende atferd skal aldri bli tolerert. Sykehuset Innlandet er forpliktet til å sikre gode arbeidsforhold for alle medarbeidere med fokus på heltidskultur, helsefremmende turnuser, reduksjon i brudd på arbeidstidsbestemmelsene og god opplæring og ivaretagelse. Dette kan knyttes til FN's bærekraftsmål 8 «anstendig arbeid og økonomisk vekst»³⁵. Gjennom god ledelse og god ressursstyring skal medarbeidere settes i stand til å utføre sine oppgaver på en god måte.

³⁵ Rammeverk for miljø og bærekraft for spesialisthelsetjenesten.

Sykehuset Innlandet har en arbeidsgiverpolitikk som oppleves som rettferdig og forutsigbar

Arbeidsgiverpolitikken i Sykehuset Innlandet skal reflektere de handlinger, holdninger og verdier som arbeidsgiver står for og praktiserer ovenfor sine medarbeidere.

Tabell 6.6 (1) Sykehuset Innlandet vil

Sykehuset Innlandet vil:
<ul style="list-style-type: none"> • Videreutvikle ledelsesplattformen i foretaket. • Sikre riktig kompetanse ved å rekrutere og beholde medarbeidere, gjennom systematisk kompetanseutvikling og gode arbeidsmiljøer. • Gjennom god ledelse og medarbeiderbygging bidra til måloppnåelse for foretaket.

6.7 Digitalisering og teknologi

Utviklingen i det medisinske tilbudet går framover langs to dimensjoner:

- nye måter å organisere tilbudet på
- nye/endrede medisinske metoder og teknologi, diagnostiske hjelpemiddel, medikament, medisinske prosedyrer og intervensjoner.

De to dimensjonene er ikke uavhengige av hverandre. Endringer i for eksempel metoder kan åpne for nye måter å organisere tjenestene på. Kunnskapsutviklingen innenfor medisin er stor og utviklingen går raskt.

Teknologisk utvikling endrer måten pasientene forholder seg til egen helse og til helsetjenestene. Framveksten av sensorteknologi, stordata og tingenes internett gjør det mulig for alle å overvåke mye av sin egen helse og kommunisere direkte med dem som tilbyr helsetjenester og helseinformasjon. Pasientene vil få større mulighet til å delta aktivt i behandling og oppfølging gjennom digital samhandling med helsesektoren. Dette får konsekvenser for hvordan Sykehuset Innlandet må innrette tilbudene.

Utvikling innenfor helseteknologi er en sentral endringsdriver for videreutvikling av sykehusstrukturen og pasienttilbudet i Innlandet. Utviklingen av helsetjenester vil i enda sterkere grad enn i dag være avhengig av nyvinningene som gjøres i grensesnittet mellom helse og teknologi og mellom forvaltningsnivåer, eksempelvis lukket legemiddelsløyfe. Flere pilotprosjekter som understøtter nye arbeidsformer er i gang, eksempelvis «smart velferdsregion Nord-Gudbrandsdal» der kommunene er med å videreutvikle kompetansen innen digitalisering og i større grad kan bistå ved digitale konsultasjoner og avstandsoppfølging.

Et strategisk satsingsområde tidlig i planperioden er digital hjemmeoppfølging. Her vil foretaket realisere digitale løsninger som gjør det mulig for pasienter å motta helsetjenester hjemme, denne utviklingen gjøres i nært samarbeide med pasienter, kommuner og andre samarbeidspartnere som for eksempel NTNU.

Planlegging av nytt sykehus og ny sykehusstruktur omfatter mange teknologiprosjekter. Det skal anskaffes nytt utstyr og teknologi for betydelige summer, og det jobbes med en rekke IKT-prosjekter.


Medisinskteknisk utstyr vil framover bli knyttet opp mot elektronisk pasientjournal (EPJ), elektronisk kurve og andre medisinske serviceapplikasjoner. Sammen med modernisering av infrastruktur vil dette medføre behov for oppgradering eller utskifting av medisinskteknisk utstyr. Videre er det behov for økt integrasjon mellom medisinskteknisk utstyr og IKT-infrastruktur, med de utfordringer dette gir. Dette må ivaretas gjennom et koordinert samarbeid mellom IKT- og utstyrsanskaffelser.



Fremtidig sykehusstruktur med en kraftsamling av tjenester vil åpne for stordriftsfordeler for medisinsk teknisk utstyr. Avansert utstyr og store modaliteter vil kunne samles og utgjøre en robusthet i form av reduserte nedetider for akuttberedskap. En slik samling gir muligheter for å utnytte utstyrets levetid maksimalt, ved at eldre utstyr kan leve side om side med nyere utstyr sortert på type diagnostikk eller inngrep. Det vil være et naturlig tyngdepunkt for standardisering.

Økt desentralisering av medisinskteknisk utstyr vil enten kreve at det benyttes robuste utstyrløsninger, eller det må planlegges for økt desentralisert support fra avdeling Medisinsk teknologi og utstyrsleverandører. Det kliniske behovet vil legge føringer for dette.

For å oppnå de overordnede målene er det for teknologiområdet behov for å iverksette strategiske tiltak innen seks innsatsområder de neste årene:

Tabell 6.7 (1) Strategiske tiltak innen teknologiområdet

Innsatsområde	Mål	Tiltak
Ta i bruk ny teknologi 	<i>Raskere oppnå effekt for å yte bedre og sikker helsetjenester</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre interne beslutningsprosesser • Etablere veileder for å ta i bruk teknologi • Heve teknologikompetansen • Etablere gode testarenaer • Realisere gevinster av teknologi gjennom å aktivt bruke forbedringsmodellen
Forenkle og standardisere 	<i>Integrerte, brukervennlige og driftssikre løsninger</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bidra i regional infrastrukturmodernisering • Redusere uønsket variasjon i utstyr og applikasjoner • Sikre innføring av standardiserte regionale løsninger • Økt fokus på informasjonssikkerhet, virksomhetsarkitektur og dataflyt
Mobilitet og avstand 	<i>Trygge og helhetlige helsetjenester nærmest mulig pasienten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere og realisere program for medisinsk avstandsoppfølging og hjemme sykehus • 20 prosent av polikliniske konsultasjoner skal foregå digitalt • Legge til rette for mobile sikkerhetsløsninger, arbeidsflate og applikasjoner
Nytt sykehus 	<i>Realisere nytt sykehus og optimalisere teknologi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Utnytte potensiale for innovativ teknologiutvikling • Sikre felles teknologiutviklingsprosjekter • Teste og pilotere i eksisterende sykehus

<p>Samarbeidskultur og mulighetsrom</p> 	<p><i>Oppnå rask og innovativ utvikling gjennom samarbeid</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere nye løsninger for samhandling iht helsefelleskapet • Etablere samarbeid med helseforetak, næringslivet, teknologiklynger, akademia og kommuner • Heve kompetansen på innovative anskaffelser
<p>Styringsmodell og struktur</p> 	<p><i>Sikre teknologiutvikling i tråd med behov</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke porteføljestyring innen Teknologi • Etablere teknologinettverk i foretaket • Bedre overgang fra prosjekt til drift/forvaltning • Heve kompetansen på prosjektmetodikk

Personvern, informasjonssikkerhet og pasientsikkerhet

Arbeidet med å ivareta personvern og informasjonssikkerhet skal ha høy prioritet. Det er viktig for Sykehuset Innlandet som dataansvarlig for informasjonssystemene at sensitiv informasjon ikke kommer på avveie. Samtidig som det må unngås uheldige motsetninger mellom informasjonssikkerhet og pasientsikkerhet.

Digital sikkerhet i helsesektoren utfordres daglig av ulike aktører. Det er sentralt å jobbe med at tilgang til relevant pasientinformasjon også handler om pasientsikkerhet.

En må forvente at utfordringer innenfor informasjonssikkerhet øker i takt med digitalisering i årene fremover. Og det er viktig at foretaket øver på hendelser og har fokus på operative kontinuitetsplaner, og gode rutiner for opplæring av ansatte på alle nivåer.

Teknologi er oppsummert et helt sentralt virkemiddel for å skape vår felles helsetjeneste og for å oppnå Sykehuset Innlandets målsettinger.

Tabell 6.7 (2) Sykehuset Innlandet vil

Sykehuset Innlandet vil:
<ul style="list-style-type: none"> • Legge til rette for ny teknologi som øker tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten for pasienter, fastleger og kommuner. • Endre arbeidsformer ved hjelp av teknologi slik at konsultasjoner og behandling i større grad kan gjennomføres i hjemmet eller nærmere der folk bor. • Ta i bruk ny data slik at pasienten i større grad kan monitorere egen sykdom og håndtere denne hjemme.

6.8 Beredskap og tiltak for å styrke beredskapen

Formålet i helseberedskapsloven³⁶ er grunnlaget for sykehusets beredskstenkning og videre utvikling av denne. Vern av befolkningens liv og helse og å kunne bidra til at nødvendig helsehjelp kan tilbys befolkningen under krig, og ved kriser og katastrofer i fredstid er førende. Sykehuset Innlandets tilnærming for å kunne dekke formålet er ved å ha generiske planer som ikke er tilpasset en enkelt hendelse, men som gjelder uavhengig av den hendelsen som inntreffer. Viktige temaer for videre utvikling av beredskapen er knyttet til: beredskapsledelse, lokal overlevelse, kompetanse, sivilt-militært samarbeid og nytt sykehus.

³⁶ [Lov om helsemessig og sosial beredskap \(helseberedskapsloven\) - Lovdata](#)

Beredskapsledelsen skal ha god innsikt og kompetanse i bruk av metode og støttesystemer i håndteringen av hendelser. Dette gjør det lettere å samhandle mellom divisjonene og mellom divisjonene og Sykehuset Innlandets foretaksledelse. Alle nivå i beredskapsledelsen skal videreutvikle og vedlikeholde kompetansen innenfor proaktiv stabsmetodikk, helseCIM og varslingsystemet for å kunne håndtere ulike typer hendelser på en god måte. Sammen med kommunene etableres Helsefelleskap Innlandet som inkluderer beredskapstenkning i de respektive faggruppene, for å sikre god samhandling ved hendelser og videreføre de gode erfaringene fra covid-19 pandemien (2020-2021) med bruk av geografisk og overordnet samarbeidsutvalg for å koordinere arbeidet under hendelser.

Lokal overlevelse ved hendelser er viktig for å ivareta pasientsikkerheten. Gjennom stadig mer sentraliserte løsninger må sykehuset sammen med aktuelle leverandører og Helse Sør-Øst RHF etablere lokale løsninger som kan ivareta lokal overlevelse ved ulike typer hendelser.

Det er viktig at personell i alle situasjoner innehar nødvendig kompetanse for å ivareta de arbeidsoppgaver som er nødvendig å utføre for sykehuset og spesielt ved behov for omdisponeringer av personell. Det skal forberedes opplæringspakker som kan iverksettes for ulike typer hendelser som kan oppstå og hvor disse settes sammen etter hendelsens behov og i samasvar med trusselbildet som gjelder for den perioden man er i.

Sykehuset Innlandet skal bidra til totalforsvarets samlede helsetjeneste gjennom å implementere regionale føringer³⁷ for sivilt-militært samarbeid for spesialisthelsetjenestens rolle som forsvarets helsetjeneste ved krise og krig, og føringer i nasjonal og regional traumeplan for å dekke forsvarets og sivilbefolkningens behov.

Beredskap skal være en integrert del av byggeprosjektet for nytt sykehus i Innlandet og ivareta temaene ovenfor. Dette inkluderer utarbeidelse av beredskapsplaner i forkant av innflyttingen og ivaretagelse av økt behov for intern sikkerhet/adgangsbegrensninger samtidig som det er en åpenhetskultur i sykehuset.

Tabell 6.8 (1) Sykehuset Innlandet vil

Sykehuset Innlandet vil:
<ul style="list-style-type: none"> Videreutvikle beredskapen knyttet til: beredskapsledelse, lokal overlevelse, kompetanse, sivilt-militært samarbeid og nytt sykehus tilpasset tidens trusselbilde.

6.9 Forskning og innovasjon

Forskning og innovasjon er en sentral premis for helsetjenestens kvalitet og utvikling. I 2040 er Sykehuset Innlandet etablert som et ledende innovasjonssykehus med gode integrerte forsknings- og innovasjonsmiljøer. Et helhetlig organisert støttesystem er etablert, med forskning- og innovasjonsansvarlige klinikere innenfor hver relevante organisasjonsenhet som jobber i tett samspill med støttefunksjoner i stab. Dette bygger kultur for innovasjon, og sikrer strategisk utvikling av klinikknære og behovsdrevne forsknings- og innovasjonsaktiviteter.

³⁷ <https://helse-sorost.no/beredskap/beredskapsplaner#regional-beredskapsplan>

Ny sykehusstruktur kan tilrettelegge for utvikling av en samlende arena for forskning, innovasjon og utdanning, med areal for innovasjonsverksted, klinisk forskningspost, logistikk (arkiv og lager), laboratoriefasiliteter, forskningsbiobank, bibliotek, kontor og møterom for forskere, studenter, undervisningspersonell og stabsfunksjoner. Det er utviklet et tett og integrert samspill mellom klinisk virksomhet, forskning og utdanning, og desentraliserte campus for Universitetet i Oslo, NTNU og Høgskolen i Innlandet. Ny sykehusstruktur vil kunne legge til rette for dette på en bedre måte og også muliggjøre samlokalisering med tilrettelagte arealer for godt klyngearbeid, herunder gode møteplasser for andre eksterne samarbeidspartnere fra kommuner, næringsliv og frivillig sektor. Arealene blir viktige fundamentet som bygger kultur for forskning, innovasjon og kompetanse, og plasseres sentralt i Mjøssykehuset hvor medarbeidere og pasienter ferdes.

Forskning

Aktive fag- og forskningsmiljøer i kliniske virksomheter fremmer kritisk tenkning, setter fagmiljøene i bedre stand til å nyttiggjøre forskningsresultater i utvikling av tjenestene, og bidrar til å utvikle attraktive rekrutterende fagmiljøer. Forskingen er av høy kvalitet og er i særlig grad knyttet til relevante temaer som kommer befolkningen til gode gjennom bedre forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg, habilitering og rehabilitering. Sykehuset Innlandet driver aktiv forskningsformidling, som tilrettelegger for anvendelse av resultater, utvikling av forskningskultur og omdømmebygging.

I 2040 har alle fagmiljøer tilrettelagt for forskning i klinisk praksis og har en forskningsansvarlig. Forskere er samlet i tematiske forskningsgrupper som er forankret i klinisk virksomhet på tvers av avdelinger. Ved hjelp av interne og eksterne forskningsmidler øker forskningsaktiviteten, og dermed resultatbaserte inntekter. Forskningsgruppene samarbeider i nasjonale og internasjonale nettverk som gir konkurransekraft mot utlysninger av eksterne forskningsmidler i Norges forskningsråd, EU og andre eksterne kilder. Det er etablert enkelte høykompetansemiljø med stor konkurransekraft, og en portefølje av eksternt finansierte prosjekter som understøtter strategiske føringer. De kliniske fagmiljøene har tilrettelagt for at forskningsstudier gjennomføres som en del av behandlingstilbudet og bidrar til at pasientene får økt tilgang på ny utprøvende behandlinger. Tilrettelagte forskerstøttefunksjoner som bidrar i søknadsprosesser og prosjektgjennomføring er samlokalisert i Mjøssykehusets areal for forskning, innovasjon og utdanning.

Innovasjon

Innovasjonssykehuset Sykehuset Innlandet legger til rette for realisering av gode idéer som bidrar til bedre og smartere tjenester gjennom nye arbeidsformer. Et helhetlig innovasjonsløp strekker seg fra forskning og utvikling, via testing og pilotering, og fram til implementering og oppskalering. For å lykkes med dette, vil foretaket etablere et støttesystem for innovasjon som tilrettelegger og bygger kultur for integrering av innovasjon i klinisk virksomhet, samt tettere samarbeid med eksterne aktører.

Støttesystemet understøtter utvikling av både små og store innovasjonsaktiviteter som bidrar til realisering av Sykehuset Innlandets og Helsefellesskap Innlandet sitt målbylde og strategi. Det helhetlige støttesystemet skal bevisstgjøre ledere på deres rolle i å fremme og integrere innovasjon i virksomheten, og på den måten gi foretaket bedre forutsetning til å prioritere og gjennomføre gode, behovsdrevne innovasjonsprosjekter.

Internt støttesystem for innovasjon.

Det er kapasitet i de kliniske miljøene til å drive innovative utviklingsprosesser. Hvert fagområde har en innovasjonsansvarlig kliniker som fremmer og forankrer klinikknære innovasjonsaktiviteter. Innovasjonsansvarlige klinikere fra alle fagområder inngår i et internt nettverk som koordineres og understøttes av ulike støttefunksjoner i stab. Støttefunksjoner ivaretas primært av ressurser innen forskning og innovasjon, men inkluderer også andre som helseteknologi, samhandling og brukermedvirkning, kompetanse og utdanning, kvalitet og pasientsikkerhet, samt innkjøp. Gjennom innovative anskaffelser som også har fokus på miljø ivaretas FN's bærekraftsmål 12 «Ansvarlig forbruk og produksjon»³⁸.

Eksternt støttesystem for innovasjon.

Innovative utviklingsprosesser skjer i samspill med kommuner i Helsefellesskap Innlandet, og andre eksterne aktører som academia, næringslivet og frivillig sektor. HelseINN er en nettverksklynge for bedre folkehelse og mer bærekraftige helsetjenester som fremmer slik samarbeid, også mot andre klynger og inkubatorer. Som en nøytral kontakt- og samarbeidsflate mot eksterne aktører, og med kompetanse innenfor innovasjonsmetodikk, utgjør HelseINN kjernen i Sykehuset Innlandets eksterne innovasjonsstøttesystem. Sykehuset Innlandet sørger for god integrering av det interne og eksterne støttesystemet i et helhetlig system, som understøtter behovsdrivet forsknings- og innovasjonssamarbeid i Innlandet.

Infrastruktur for innovasjonsarbeidet.

Utover støttesystemet for innovasjon, vil Sykehuset Innlandet etablere en infrastruktur som tilrettelegger for, og gir insentiver til, innovasjonsarbeidet. I 2040 er nettverket av innovasjonsverksteder i samarbeid med HelseINN videreutviklet, for å tilby gode møteplasser for samarbeidsdrivet tjenesteinnovasjon på tvers av sektorer og tjenestenivå i hele Innlandet. De lokale innovasjonsverkstedene har en ulik og komplementær profil, som drar veksler på styrker, satsninger og fagmiljøer i sitt lokale miljø. Som en del av dette nettverket inkluderer framtidig sykehusstruktur et innovasjonsverksted som er tett på og tilgjengelig for samlende fagmiljøer i klinisk virksomhet. Aktiviteten i lokalet skal tilrettelegge for innovasjon og tjenesteutvikling i klinisk virksomhet og skape kultur for kunnskapsdeling og samarbeid med academia og næringsliv gjennom bruk av innovasjonsmetodikk.

For å sikre bedre samarbeid med helsenæringen om utvikling av bærekraftige helsetjenester, etableres en modell for henvendelser fra bedrifter som ønsker samarbeid om testing og utvikling av behovstilpassede løsninger. Modellen innebærer en strukturert vurdering og håndtering av henvendelser, og en økonomisk modell som åpner for frikjøp av klinikere. En dedikert koordinator har ansvar for implementering av modellen, i tett samarbeid med ressurser fra helsefag og teknologi. Koordinatoren skal også samarbeide med ressurser fra innkjøp i gjennomføringen av innovative anskaffelser og bedriftssamarbeid, samt implementering av vellykkede pilotløsninger.

³⁸ Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten.

Videre opprettes en finansieringsordning med øremerkede midler til innovasjon som kan fremme utvikling og gjennomføring av behovsdrevne innovasjonsprosjekter. Slike initiativ vil mobilisere til økt aktivitet inn mot eksterne utlysninger av innovasjonsmidler.

Dette er i tråd med FN's bærekraftsmål 17 «Samarbeid for å nå målene».

Tabell 6.9 (1) Sykehuset Innlandet vil

Sykehuset Innlandet vil:
<ul style="list-style-type: none"> • Styrke kultur, kompetanse og aktivitet innen forskning og innovasjon, for utvikling av bærekraftige helsetjenester og attraktive rekrutterende fagmiljøer • Styrke forskning og innovasjon i kliniske fagmiljøer for å fremme kultur for forbedring og effektiv implementering av nye behandlingsmetoder • Styrke det innovative samarbeidet med kommuner, utdanningsinstitusjoner, næringsliv og frivillig sektor, for videreutvikling av vår felles helsetjeneste i Innlandet.

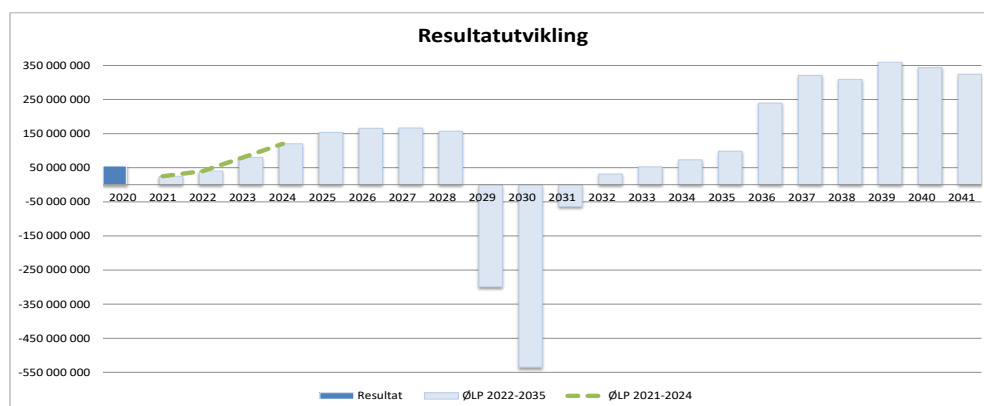
6.10 Økonomi

De økonomiske ressursene skal brukes på en slik måte at det gir best mulig pasientbehandling innenfor den tilgjengelige økonomiske rammen. I dette perspektivet kreves et kontinuerlig arbeid for å sikre effektiv drift i alle deler av virksomheten. Teknologiske løsninger kan bidra til gode pasientforløp og en bedre utnyttelse av ressursene.

Økonomisk bærekraft og egenfinansiering er avgjørende for å sikre investeringsevnen på bygningsmasse, informasjons- og kommunikasjonsteknologi og medisinskteknisk utstyr over tid. Investeringene som gjøres bør understøtte en bedre ressursutnyttelse til det beste for pasientene. Valg av sykehusstruktur er av stor betydning for hvordan sykehusets økonomiske bæreevne blir på mellomlang- og lang sikt, gitt de rammeforutsetningene som foreligger.

I de økonomiske analysene av Sykehuset Innlandets framtidig sykehusstruktur er det gjort beregninger av modellalternativenes økonomiske bæreevne. Analyse av økonomisk bæreevne sier noe om hvorvidt helseforetaket vil ha en driftsøkonomi som gjør det mulig å bære de økonomiske forpliktelsene prosjektet medfører, og samtidig opprettholde forsvarlig drift. Analyser som bygger på Sykehuset Innlandets økonomiske langtidsplan for 2022-25 er utarbeidet og viser de totaløkonomiske og regnskapsmessige effektene av investeringen i Mjøssykehuset, herunder investeringsbehov i gjenværende bygg.

Figur 6.10 (1) Resultat 2020 og budsjettert resultatutvikling 2021-2041



Figuren viser at Sykehuset Innlandet vil ha en periode med negative regnskapsmessige resultater i begynnelsen av driftsperioden i modellalternativet med nytt Mjøssykehus i Moelv, ett akuttsykehus og ett elektivt sykehus. En vesentlig årsak til dette er økte avskrivninger og rentekostnader, og at det vil ta noen år før driftsgevinstene inntreer fullt ut.

Tabell 6.10 (1) Estimerte driftsgevinster i ny sykehusstruktur - beløp avrundet til nærmeste 5 millioner kroner

Estimerte årlige driftsøkonomiske gevinster i 2040	
Hovedområde	
Klinisk personell somatikk	245
Klinisk personell psykisk helsevern og TSB	45
Medisinsk service og støtte	35
Prehospitale tjenester og pasientreiser	-35
Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)	40
Øvrige service og støttefunksjoner	45
Sum estimerte nettogevinster	375

Beregninger gjort i arbeidet med ny sykehusstruktur viser at Sykehuset Innlandet har en tilfredsstillende likviditetsutvikling gitt de overordnede forutsetninger som er lagt til grunn.

Bæreevneanalysene viser at Sykehuset Innlandet har økonomisk bærekraft i alternativene som er analysert i det framtidige målbildet i rapport «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet-HF. En relativt stor netto basisfordring på Helse Sør-Øst RHF og beregnede driftsgevinster ved samling av virksomheter er bærende elementer i de økonomiske analysene.

De økonomiske beregningene skal oppdateres i henhold til mandatet og veiledere i den pågående konseptfasen for framtidig sykehusstruktur.

Tabell 6.10 (2) Sykehuset Innlandet vil

Sykehuset Innlandet vil
<ul style="list-style-type: none"> • Sikre økonomisk bærekraft ved å <ul style="list-style-type: none"> ○ Samle spesialiserte funksjoner i tråd med målbildet. ○ Videreutvikle tjenestene og etablere nye arbeidsformer. ○ Sikre riktig kompetanse og rett bruk av ressursene gjennom tydelige prioriteringer.

6.11 Bygg

Sykehuset Innlandet klarer ikke med dagens drift å skaffe tilstrekkelige midler til å vedlikeholde bygningsmassen, dette har gitt et betydelig etterslep i vedlikehold.

Utredningene i tidligfasearbeidet for ny sykehusstruktur viser behov for tilpasning av pasienttilbudet til den medisinske og teknologiske utviklingen i årene som kommer. Dette stiller krav til bygningsmassens egnethet og tilpasningsdyktighet for framtidig pasientbehandling. Det er svært utfordrende å møte framtidige krav og forventninger til bygningsmessig standard og egenskaper med dagens bygningsmasse.

Etableringen av Mjøssykehuset i Moelv med samling av spesialiserte funksjoner både innenfor somatikk og psykisk helsevern, videreføring av akutt sykehus på Lillehammer og Tynset, samt elektivt sykehus på Elverum avklarer hvor det skal være videre drift og ikke. Samtidig vil videreføring av drift ved disse sykehusene være annerledes enn i dag og kreve større investeringer for å tilpasse byggene til ny drift. I dette bildet ligger også en avvikling av drift ved sykehusene på Hamar, Gjøvik, Sanderud og Reinsvoll hvor det må tas stilling til videre håndtering av bygningsmasse. Ved desentraliserte lokasjoner som lokalmedisinske senter, distriktpsyastriske senter, ambulansestasjoner, habilitering og rehabiliterings institusjoner og polikliniske tilbud må behovet for og tilpasning av bygningsmassen til en hver tid vurderes.

Bygningsmassen skal tilpasses framtidige behov og understøtte målene om mer samhandling med kommunehelsetjenesten, teknologisk og faglig utvikling og framtidige behov i Innlandet. Gjennom riktig bruk av bygningsmasse og teknologisk utvikling av selve byggene vil Sykehuset Innlandet bidra til en miljøvennlig drift og bidra til «det grønne skriftet» gjennom bærekraftige og energieffektive bygg. Dette bidrar til FN's bærekraftmålene 6 «Rent vann og gode sanitærforhold», 7 «Ren energi for alle» og 13 «Stoppe klimaendringene»³⁹

Tabell 6.11 (1) Sykehuset Innlandet vil

Sykehuset Innlandet vil:
<ul style="list-style-type: none"> • Etablere en bærekraftig og miljøvennlig bygningsmasse som er tilpasset framtidige behov og ny sykehusstruktur

³⁹ Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten.