

Sykehuset Innlandet HF

Årlig melding 2016

til Helse Sør-Øst RHF

Brumunddal 1.3.2017

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	3
1.1. Sykehuset Innlandet HFs oppgaver og organisering	3
1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	5
1.3. Mål for Sykehuset Innlandet HF i 2016	6
1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll	8
1.5. Medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjenesten	16
2. SAMMENDRAG	20
2.1. Positive resultater og uløste utfordringer	20
2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering	23
DEL II: RAPPORTERINGER	26
3. RAPPORTERING FOR OVERORDNEDE MÅL	26
3.1. Oppfølging av ventetider, fristbrudd og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	26
3.2. Oppfølging av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	27
3.3. Oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet	30
4. RAPPORTERING FOR KRAV OG RAMMER 2016	41
4.1. Organisatoriske krav og rammer	41
4.2. Økonomiske krav og rammer	43
4.3. Aktivitet i 2016	45
5. ANDRE RAPPORTERINGER	46
5.1. Oppfølging av det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet	46
5.2. Oppfølging av andre oppdrag	49
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT	51
6. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER	51
6.1. Faglig og demografisk utvikling	52
6.2. Forventet økonomisk utvikling	52
6.3. Personell- og kompetansebehov	53
6.4. Status og utfordringer for investeringsområder	54
7. PLANER FOR UTVIKLINGEN	55
7.1. Organisering og utvikling av fellestjenester	55
7.2. Forskning og innovasjon	58
7.2.1. Forskning	58
7.2.2. Kvalitetsregistre	60
7.2.3. Innovasjon	61
7.3. Pasientbehandling	61
7.3.1. Psykisk helsevern:	61
7.3.2. Somatikk - omstilling	63
7.3.3. Planer for den desentraliserte spesialisthelsetjenesten	65
7.3.4. Nasjonal helse og sykehusplan	67
7.3.5. Planer for et robust og framtidsrettet sykehusstilbud i Innlandet	68
7.3.6. Bærekraftig utvikling gjennom økt handlingsrom	70

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

1. INNLEDNING

1.1. Sykehuset Innlandet HFs oppgaver og organisering

Om Sykehuset Innlandet - oppgaver og organisering

SI er et av landets største helseforetak målt i antall behandlede pasienter. Foretaket eies av Helse Sør-Øst RHF og ble stiftet 5. desember 2001. Hovedoppgavene er pasientbehandling, forskning, undervisning og opplæring av pasienter og pårørende.

Ved utgangen av 2016 hadde Sykehuset Innlandet 7438 årsverk fordelt på 6744 årsverk med fast månedslønn og 694 årsverk med timelønn. Omsetningen er på om lag 8,8 mrd. kr. Med dette er Sykehuset Innlandet den største bedriften i Hedmark og Oppland.

Det geografiske opptaksområdet til Sykehuset Innlandet er fylkene Hedmark og Oppland. Regionen har i underkant av 400 000 innbyggere med en geografisk utstrekning fra Akershus grense i sør til Sør-Trøndelag i nord. Mellom disse ytterpunktene er det ca. 300 kilometer.

Sykehuset Innlandet har ansvaret for all offentlig spesialisthelsetjeneste innen somatikk, psykisk helsevern, rusomsorg, habilitering/rehabilitering og ambulansetjeneste i Hedmark og Oppland. Helseforetaket har også ansvar for å administrere tildeling og ettersyn av medisinske behandlingshjelpemidler og å administrere syketransportordningen i opptaksområdet.

Sykehuset Innlandet har virksomhet på 40 steder i Hedmark og Oppland. Den somatiske virksomheten er fordelt på seks geografiske sykehusenheter: Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Kongsvinger og Tynset, og to lokalmedisinske sentre (LMS) i Nord-Gudbrandsdal og Valdres. Foretaket har to psykiatriske sykehus på Sanderud og Reinsvoll, 5 distriktpsikiatriske sentre (DPS), barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i Hedmark og Oppland, samt habiliterings- og rehabiliteringsenheter. Prehospitale tjenester administrerer AMK-sentralen og har bilambulanser lokalisert på 29 ambulansestasjoner, samt ansvar for den medisinske tjenesten ved Luftambulansetjenestens base på Dombås.

Foretaket samarbeider med de 49 kommunene i opptaksområdet, hvorav 22 kommuner i Hedmark, 26 i Oppland og Nes kommune i Akershus.

Det er formalisert et samarbeid mellom Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst om tilbudet i Fjellregionen, hvor pasientene får tilbud på tvers av dagens regionale helseforetaksgrenser. Fjellregionen består av kommunene Tynset, Os, Tolga, Alvdal, Follidal og Rendalen i Innlandet, og kommunene Holtålen og Røros i Trøndelag. Fjellregionen har et befolkningsgrunnlag på ca. 25 000 innbyggere, derav ca. 20 000 fra Innlandet. Helseforetaket ivaretar også lokalsykehusfunksjoner for Nes kommune i Akershus med ca. 19 500 innbyggere.



Sykehuset Innlandet har regionsfunksjoner på følgende områder:

- Behandling av dysmeli og håndamputasjoner
- Landsomfattende rehabilitering av lungesyke
- Delregionansvar for behandling av poliomyelitt
- Behandling av gravide rusmisbrukere
- Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnostikk (KoRus-Øst)
- Regionalt ansvar for kunnskapsgrunnlag og kunnskapsstøtte i Helse Sør-Øst.

Sykehuset Innlandet har ansvaret for nasjonale tjenester på følgende områder:

- Nasjonalt kompetansesenter for dobbeltdiagnostikk (ROP)

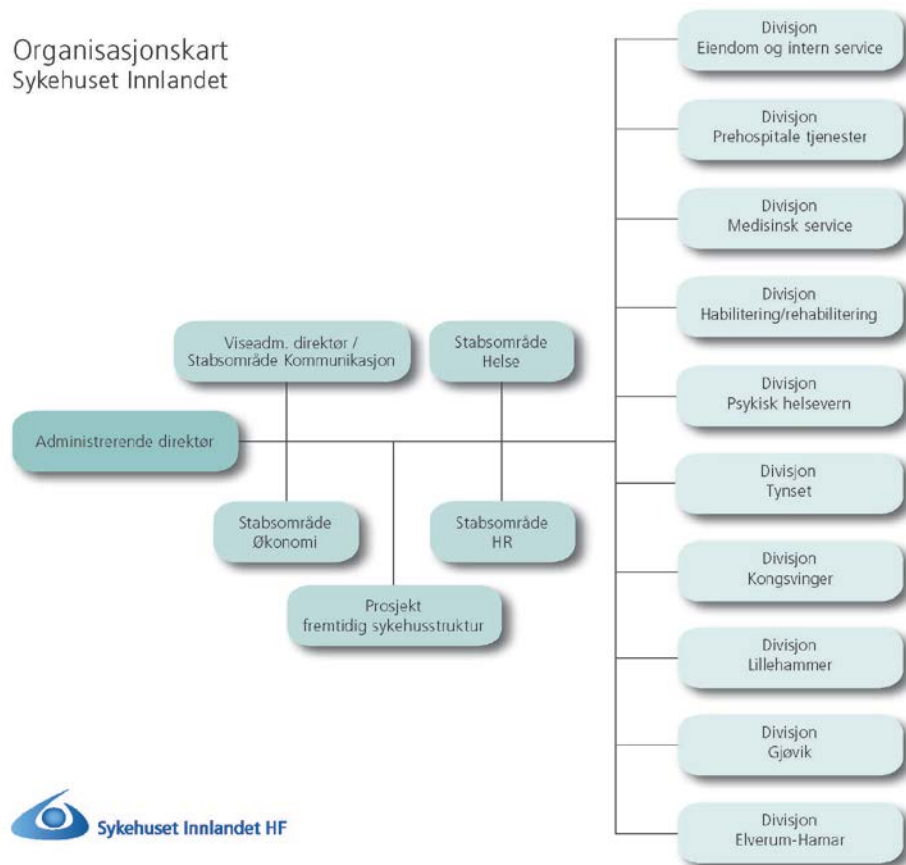
Sykehuset Innlandet har en eiendomsmasse på 338 000 m² eide lokaler, 30 000 m² leide lokaler og 44 000 m² til boliger (126 eide tjenesteboliger og 695 leide). Helseforetakets hovedkontor er i Brumunddal i Ringsaker kommune.

Organisasjonskart.

Sykehuset Innlandet ledes av administrerende direktør og er organisert i 10 divisjoner og 5 stabsområder.

1.1. Organisasjonskart

Sykehuset Innlandet har denne organiseringen ved utløpet av 2016:



1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Visjon

Sykehuset Innlandet skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi.

Virksomhetsidé

Sykehuset Innlandets oppgaver er

- Pasientbehandling
- Utdanning
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende

Sykehuset Innlandet skal gi trygg og god behandling nærmest mulig der pasienten bor. Oppgavene skal utføres i et effektivt nettverk av kompetente fagmiljøer

Verdier

Sykehuset Innlandets verdier:

- Åpenhet og involvering
- Respekt og forutsigbarhet
- Kvalitet og kunnskap

1.3. Mål for Sykehuset Innlandet HF i 2016

1. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Arbeidet med å redusere ventetider og hindre fristbrudd har vært prioritert gjennom 2016, med månedlig rapportering og tilbakemelding for å bedre planlegging, oppfølging og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i poliklinikkene. Foretaket startet tidlig med å forberede innføring av ny pasient- og brukerrettighetslov. Bedre planlegging har gitt bedre kontroll blant annet gjennom sommerferieavviklingen enn tidligere år.

Det er et mål at gjennomsnittlig ventetid fra henvisning til start av helsehjelp skal være under 65 dager. Samlet gjennomsnittlig ventetid i 2016 for Sykehuset Innlandet var 55 dager, og de to siste månedene under 50 dager. Dette er en betydelig nedgang fra tidligere, tilsvarende tall for 2015 var 63,5. Det arbeides fortsatt målrettet med å forbedre tilgjengeligheten av sykehustjenestene. Innenfor noen områder har det vært utfordrende og en del pasienter har ventet på helsehjelp mer enn et år. Dette gjelder innenfor kjevekirurgi og øyefaget. Flere øyelegestillinger er besatt i 2016, noe som har bedret kapasiteten for behandling til pasienter med øyesykdommer.

Det er et uttrykt helsepolitisk mål at ingen pasienter skal oppleve brudd på fristen som er satt for å starte helsehjelp. Gjennomsnittlig andel fristbrudd i 2016 var 1,0 prosent. Det har vært en positiv utvikling fra tidligere år, fra 4,6 prosent i 2012 til 2,8 prosent i 2013 og 2014 og 2,0 prosent i 2015. Også for fristbrudd ser en resultater av bedre planlegging og kontinuerlig målrettet arbeid. De aller fleste pasientene får startet sin helsehjelp i løpet av to uker etter frist, slik at tilbudet om behandling på grunn av fristbrudd som tildeles via HELFO er mindre benyttet av pasientene enn forventet.

2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent

Omfang og utvikling av sykehusinfeksjoner følges opp systematisk ved to ulike metoder via rapportering til Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS) ved Folkehelseinstituttet.

Insidensundersøkelser, det vil si løpende registrering av infeksjoner ved fire utvalgte operasjonstyper, har foregått siden 2005. For Sykehuset Innlandet gjelder dette galleoperasjoner, innsetting av total- og hemiprotoser i hofteledd, keisersnitt og inngrep på tykktarm. Resultatene fra målingene publiseres som del av de nasjonale kvalitetsindikatorerne.

Prevalensundersøkelser har blitt gjennomført siden 1999. Siste prevalensmåling, 4. kvartal 2016, viste en totalprevalens av infeksjoner på 5,9 prosent med postoperative sårinfeksjoner (5,2 prosent) og nedre luftveisinfeksjoner (2,4 prosent) som de hyppigste. Ingen av målingene de tre siste årene har vært under 3 prosent. Det har vært gjennomført undervisning og veiledning i basale smittevernrutiner og håndhygiene. Ved oppdagelse av høy infeksjonsforekomst ut fra de målinger som gjøres har det vært gjennomført befaringer på aktuelle enheter, og det har skjedd en positiv utvikling med å oppdage og registrere sykehusinfeksjoner i foretaket. Antallet resistente bakterier har økt, og følges opp med systematisk overvåkning og tiltak overfor hver enkelt pasient for å forebygge videre utvikling.

Myndighetene har laget en handlingsplan mot antibiotikaresistens der målet er å redusere totalforbruket av antibiotika med 30 prosent innen 2020 sammenliknet med 2012 tall. Bakgrunnen for dette er en stadig økning av antibiotikaresistens blant sykdomsfremkallende

mikrober. Overvåkingen av infeksjoner og styrt bruk av bredspektret antibiotika blir forsterket i 2017.

3. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Det er et mål at pasientene skal få direkte time sammen med bekreftelse på mottatt henvisning i spesialisthelsetjenesten. Gjennom hele 2016 har andelen av direkte time ligget på rundt 85 prosent. Dette er en bedring fra 2015 og kom etter innføring av ny pasient- og brukerrettighetslov 1. november 2015.

I tråd med den nye loven skal alle pasienter ha direkte time hvis fristen for start av helsehjelp er vurdert til inntil fire måneder fram i tid. Når fristen for helsehjelp blir satt til mer enn fire måneder, skal pasienten i første brev vite hvilken uke helsehjelp vil bli gitt. Det betinger en lengre planleggingshorisont og den positive utviklingen tyder på at avdelingene har fått dette til.

4. Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet

Medarbeiderundersøkelsen, som ble gjennomført også denne høsten, er et lederverktøy for systematisk arbeid med utvikling av egen virksomhet. Det legges opp til prosesser for oppfølging av undersøkelsen i alle enheter. Det gjennomføres avdelingsvise tilbakemeldingsmøter hvor det utarbeides tiltaksplaner med forbedrings- og bevaringsområder. Samtlige divisjoner har en kontaktperson i HR-avdelingen som kan bistå leder i oppfølgingsarbeidet.

Oppfølgingsarbeidet blir ivaretatt i divisjonene, og oppfølging av medarbeiderundersøkelsen er tema i HAMU og i de divisjonsvise AMU-ene. Målet følges også opp i oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og divisjonsdirektørene, og det er satt krav i den enkelte linjeleders lederavtale om oppfølging av medarbeiderundersøkelsen.

I 2016 har 71 prosent av medarbeiderne svart på undersøkelsen. Av disse har 57 prosent svart at de har vært involvert i oppfølgingen av forrige medarbeiderundersøkelse.

I 2017 vil medarbeiderundersøkelsen bli slått sammen med pasientsikkerhetskulturundersøkelsen i pasientsikkerhetsprogrammet.

5. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Målet er knyttet til foretakets samlede økonomiske utvikling. Foretaket har i sak nr. 040 - 2016 ØLP 2017-2020 beregnet et innsparingsbehov over perioden 2017-2020 på ca. 440 mill. kr. Det er lagt opp til at det årlig skal frigjøres midler til investeringer ved et resultatkrav økende fra 80 mill. kr i 2017 til 150 mill. kr i 2020. Dette gjøres for å sikre nødvendig handlingsrom for fremtidige investeringer.

Foretaket har for 2016 et positivt resultat på 71,1 mill. kr, dette er 21,1 mill. kr bedre enn budsjettert resultat. For hele foretaket vil det være nødvendig med omfattende tiltak for å tilpasse

seg rammene slik at en kan sikre en god faglig utvikling, god pasientbehandling og nødvendig investeringsnivå.

1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll

Det har i 2016 vært et prioritert område å se på de ulike styrevedtatte strategi- og handlingsplaner som foretaket har. Gjennom flere år er det utviklet egne lokale strategi, område, og utviklingsplaner innen ulike fagfelt i foretaket. Hver og en av disse planene inneholder mål og forventninger, men planene er i for liten grad sett i sammenheng med hverandre. Disse planene vil nå bli samordnet i en helhetlig strategi kalt virksomhetsstrategi for planperioden 2018-2021. Virksomhetsstrategien vil erstatte tidligere strategiplaner som strategi for kvalitet og pasientsikkerhet, forskning, pasient og pårørende, ernæring, kunnskapsbasert praksis, brukermedvirkning, HR og Kommunikasjon. Virksomhetsstrategien vil bli sett i sammenheng med føringer til arbeid med utviklingsplan som er gitt fra Helse Sør-Øst i 2017.

Det har videre i 2016 vært jobbet med å legge til rette for en systematikk for oppfølging av revisjoner og tilsyn i foretaket. Alle revisjoner som gjennomføres fra Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF svares ut som egne styresaker. Oppfølging av tiltak etter revisjonene omtales i tertialrapporteringen til styret. I år har revisjon «Tiltaksarbeid etter tidligere revisjoner» fra konsernrevisjonen blitt fulgt opp. Revisjonen er omtalt under:

Revisjonen “Tiltaksarbeid etter revisjoner”

Konsernrevisjonen har i perioden oktober - november 2015 gjennomført revisjonen “Tiltaksarbeid etter revisjoner” i Sykehus Innlandet. Revisjonen har kartlagt om tiltaksarbeidet etter revisjoner utført av konsernrevisjonen er en integrert del av helseforetakets etablerte system for styring og kontroll. Revisjonen har også undersøkt om helseforetaket har lagt til rette for at revisjonene bidrar til læring og varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt fra konsernrevisjonen.

Revisjonen har tatt utgangspunkt i følgende revisjoner:

- Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis fra 2011
- Revisjon av det pasientadministrative arbeidet fra 2011 og 2013
- Revisjon av områdene virksomhetsstyring, ressursstyring og utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten fra 2014.

Revisjonen er gjennomført i de divisjonene som ble revidert i 2014, det vil si divisjon Lillehammer og divisjon Psykisk helsevern. I tillegg til linjen har sentral stab vært inkludert i revisjonen, og det har vært informasjonsmøter med administrasjonsleder, leder og nestleder av helseforetakets brukerutvalg og foretakstillitsvalgte. Sykehus Innlandet mottok revisjonsrapporten 23. februar 2016 med følgende hovedkonklusjon:

«Konsernrevisjonen ser at helseforetakets tiltaksarbeid etter 2014-revisjonen, og da særlig tiltak som har blitt gjennomført i forhold til virksomhetsstyring, har bidratt til at det er lagt til rette for et godt system for oppfølging av revisjoner og tilsyn. Helseforetaket har på overordnet nivå etablert strukturer og en fast praksis for å ha intern styring og kontroll for oppfølging av revisjoner og tilsyn. Det er imidlertid utfordrende å gjenfinne systematikken i tiltaksarbeidet på samme måte på divisjons- og avdelingsnivå...»

Sykehuset Innlandet har i styresak 034-2016 fulgt opp sluttrapporten og utarbeidet konkrete tiltak som følges opp. Med disse som utgangspunkt vil det settes ytterligere fokus på at systematikken som er innarbeidet på foretaksnivå slik a den skal kunne gjenfinnes i den enkelte divisjon.

Arbeid med ledelsens gjennomgåelse:

Ledelsens gjennomgåelse gjennomføres ved 1. og 3. tertial i alle divisjoner og på foretaksnivå. Det utarbeides risikokart for foretaket og handlingsplan. Under følger risikokart for 3. tertial og punkter til handlingsplan for områdene på rødt i risikokartet:

Risikokart for 3. tertial 2016

		KONSEKVENNS				
		1	2	3	4	5
SANNSYNLIGHET	5			(3) Kvalitet og effektivitet i pasient behandlingen kan reduseres pga. manglende midler til nødvendige investeringer i bygg, MTU og lokale IKT investeringer		
	4			(6) Arbeidsbelastning for mellomledere og ansatte	(2) Manglende resultat av omstillingstiltak for å tilpasse ressurser i forhold til oppgaver og tjenestetilbud	(1) Kvalitetsutfordringer ved innføring av nytt elektronisk radiologisystem
			(12) Manglende samhandling med kommunene gir økt liggetid for utskrivningsklare pasienter og risiko for korridorpasienter (13) Manglende etterlevelse av systematikk for virksomhetsstyring i divisjonene reduserer intern styring og kontroll	7) Leveranse, funksjonalitet og oppgradering av systemløsninger innen IKT (8) Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven ved enkelte avdelinger (9) Fokus på meldekultur og oppfølging av uønskede hendelser som del av forbedringsarbeid		
	2		(14) Manglende koordinering og kapasitet ved implementering av pakkeforløp kreft	(10) Variasjon i ventetid, liggetid og kvalitetsindikatorer i foretaket (11) Variasjon i implementering og resultatoppfølging av pasientsikkerhetsprogrammet for å sikre klinisk forbedring i praksis	(5) Rekruttere og beholde ansatte innenfor flere legespesialistområder og psykologspesialister	
	1					4) Risiko for hendelser i behandlingsområder hvor avbrudd i strømforsyningen kan medføre at pasientens liv står i fare, eller kan forårsake skader som kan gi varige mén

Kommentar og tiltak til områder på rødt i risikokartet:

1) Kvalitetsutfordringer ved innføring av nytt elektronisk radiologisystem

Etter mange utsettelse startet Sykehuset Innlandet opp med nytt system innen bildediagnostikk, PACS / RIS system fra Carestream, medio september 2016. Sykehuset Innlandet er en regional pilot på denne regionale løsningen.

Forsinkelser med oppstart av nytt PACS/RIS system har medført følgende utfordringer for SI:

- Vesentlig økte interne kostnader
- Økt bruk av knappe kliniske ressurser som radiografer og radiologer
- Omdømmeutfordringer
- Økende utfordring til bruk av eksisterende PACS / RIS løsning fra Siemens, som kan bli en risiko for pasientsikkerheten

Etter oppstart av ny løsning har det blitt avdekket flere såkalte A-feil, som er kritiske feil som kan gå utover pasientsikkerheten, og B – feil som går utover produksjon og i flere tilfeller og samlet utover pasientsikkerheten.

Definisjon av A-feil:

- *Feil som medfører at systemet stopper, at data går tapt, at andre funksjoner som er kritiske for Kunden ikke virker som avtalt, eller at pasientsikkerheten settes i fare.*
- *Dokumentasjonen er ufullstendig eller misvisende og dette medfører at Kunden ikke kan bruke systemet eller vesentlige deler av det.*

Definisjon av B-feil:

- *Feil som fører til at funksjoner som er viktige for Kunden ikke virker som beskrevet i avtalen og som det er tids- og ressurskrevende å omgå.*
- *Dokumentasjonen er ufullstendig eller misvisende og dette medfører at Kunden ikke kan benytte funksjoner som er viktige for Kunden.*

Det er pr 2. februar 2017 4 A-feil og 21 B – feil. Det ble primo desember besluttet fra styringsgruppen å utvide godkjenningsperioden fra 23.desember til 3.mars (leveringsdag). Det er betydelig økte fagressurser som brukes i forhold til denne situasjonen som er i Sykehuset Innlandet. Situasjonen vedrørende A-feil er meldt til fylkeslegene og 1 A-feil er meldt til datatilsynet.

Det er også vesentlig at Sykehuset Innlandet så raskt som mulig får feilrettinger med god nok kvalitet og funksjonalitet før godkjenning av løsningen.

Tiltak:

- I forhold til A-feil er det innført ressurskrevende nødprosedyrer/avbøtende tiltak for å redusere sannsynligheten og derved risikoen for alvorlige feil som truer pasientsikkerheten.
- Frem til 3.mars(leveringsdag som er utvidet godkjenningsperiode) jobber prosjektet og leverandør med å rette alle A-feil og de fleste B-feil. Dette er en forutsetning for å godkjenne leveringsdag.

2) Manglende resultat av omstillingstiltak for å tilpasse ressurser i forhold til oppgaver og tjenestetilbud

Den økonomiske situasjonen i Sykehuset Innlandet oppfattes som krevende, og effektiviserings- og innsparingsbehovet vil øke i årene framover. Det må gjennomføres store kostnadsreduksjoner i ØLP-perioden. Sykehuset Innlandet har et beregnet innsparingsbehov på ca. 440 mill. kr over perioden 2017-2020. Det er lagt opp til et positivt resultat på 80 mill kr i 2017 og et gradvis økende positivt resultat til 150 mill kr i 2020. Foretaket har for 2016 et positivt resultat på 71,1 mill. kr, dette er 21,1 mill. kr bedre enn budsjettert resultat. For hele foretaket vil det være nødvendig med omfattende tiltak for å tilpasse seg rammene slik at en kan sikre en god faglig utvikling, god pasientbehandling og nødvendig investeringsnivå.

Tiltak:

- Foretaket er i gang med en prosess for framtidig sykehusstruktur som skal vedtas i løpet av 2017. Videre er det startet en prosess for omstilling innenfor eksisterende struktur på kort sikt. Dette ventes å få økonomisk effekt siste halvår 2017 og i 4-års perioden fremover.
- I 2017 blir de økonomiske utfordringene håndtert gjennom:
 - Det rettes ytterligere fokus mot god ressursstyring i divisjonene.
 - Det blir gjennomført systematisk opplæring og bevisstgjøring av linjeledere og stabsressurser på fagområdet våren 2017. I tillegg er et forenklet analyseverktøy for analyse av ressursbruk (personell) i forhold til aktivitet, under implementering i organisasjonen. Enkelte divisjoner har satt sammen lokale stabsressurser og linjeledere i team for å følge opp og gjennomgå ressursbruk i egne enheter. Divisjonenes aktiviteter og fokus på ressursstyring, vil i tiden fremover også være tematikk i administrerende direktør sine oppfølgingsmøter med divisjonene.
- Tiltak omstilling kort sikt (styresak 085-2016) er ventet å ha økonomisk effekt allerede i 2017. Dette er tiltak knyttet til sammenslåing av divisjonene Gjøvik og Lillehammer, reduksjon av liggetider basert på beste praksis i foretaket med tilhørende reduksjon av bemanning mm. (Redusere variasjon internt)
- Følge opp koding av høykostmedisiner på divisjonsnivå slik at foretaket får rettmessig ISF-refusjon knyttet til høykostmedisiner. Det er igangsatt et arbeid og opplæring av kontrollere med flere for å følge opp dette gjennom oversikter og kuber.
- Tett, løpende oppfølging av divisjonene med vekt på gjennomføringen av vedtatte tiltak (effekt, milepæler) og evaluering/justering av tiltakene. Utarbeidelse av nye tiltak ved behov.
- Månedlig oppfølging av regnskapsresultat, prognose, tiltaksplaner, avvik i iverksettelsestidspunkt for tiltak, produktivitet og bemanningsutvikling i tillegg til vedtatte kvalitetsmål. Rapportering til styret hver måned.
- Prosjektet «50+» som ble satt i verk våren 2016 for å oppnå budsjettert årsresultat på 50 mill. kr i 2016, videreføres i første omgang til mai 2017. Dette representerer en form for «hverdagssparing» og omfatter tiltak knyttet til bemanning gjennom strengere ansettelseskontroll, bruk av variabel lønn og ekstrahjelp, strengere innkjøpskontroll mm. Prosjektet har gitt gode økonomiske resultater i 2016.

- Følge opp merverdiavgiftkompensasjon for å sikre at foretaket får kompensert den merverdiavgiften den har rett til.

3) Kvalitet og effektivitet i pasient behandlingen kan reduseres pga. manglende midler til nødvendige investeringer i bygg, MTU og lokale IKT investeringer

Selv om foretaket har generert relativt store positive resultater de siste årene som har vært benyttet til investeringer i bygg, medisinsk teknisk utstyr (MTU) og IKT, er det fortsatt et stort etterslep og utfordringer i forhold til nødvendige endringer og utvikling.

Sykehuset Innlandet er pålagt å utarbeide tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner innen Bygg, med prioritering av tilstandsgrad 2 og 3. Planene skal korrespondere med et tilstrekkelig budsjett for oppgradering.

Det er laget tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for 2016 under veiledning av Sykehusbygg HF som administrerer databasen. Planen legges til grunn for prioriteringene på hva som skal gjennomføres. Vedlikeholdsplaner for 2017 blir dermed utarbeidet etter revidert tilstandsgrad.

Total MTU portefølje er følgende:

Antall	11 965
Gj.sn.alder	9,84
Innkjøpspris	1 005 900 000
Gj.sn.pris	84 100

Gjennomsnittlig levetid for MTU har tradisjonelt vært 10 år, men med høyere produksjon og høyere bruk av MTU og økende grad av IKT komponenter og utvikling innen teknologi gir dette lavere levetid enn tidligere for hele eller deler av utstyret. Medisinsk og teknologisk utvikling skaper også nye muligheter og nye behov.

For IKT området er det beregnet behov for minimum 12 prosent av den totale lokale investeringsrammen i SI for 2017. Det er meldt inn til Helse Sør-Øst RHF/ Sykehus Partner behov for 2017 med 20 mill. kr til lokale IKT investeringer i Sykehuset Innlandet.

Det totale behovet som kommer frem av vedtatt områdeplan IKT og divisjonsvise innmeldinger er på ca. 45 mill. kr for 2017.

Tiltak:

- Samlet investeringsramme prioriteres etter grundig vurdering av behovet Utrede sentral styring av investeringer på MTU området
- Sykehus Innlandet har utarbeidet tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner, med prioritering av tilstandsgrad 2 og 3. Planene skal korrespondere med budsjett for planlagt oppgradering. Kartleggingen oppdateres løpende, og skal synkroniseres hvert fjerde år (neste gang i 2020). Det er laget tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for 2016 under veiledning av Sykehusbygg HF som administrerer databasen. Alle større vedlikeholds investeringer er først lagt inn i Multimap som siden beregner tilstandsgraden. Den legges til grunn for prioriteringene på hva som skal gjennomføres. Divisjonen har oppgradert tilstandsgraden på alle Sykehus Innlandet's bygg i 2016 i henhold til veiledningen. Vedlikeholdsplaner for 2017 blir dermed utarbeidet etter revidert tilstandsgrad.

4) Risiko for hendelser i behandlings-områder hvor avbrudd i strømforsyningen kan medføre at pasientens liv står i fare, eller kan forårsake skader som kan gi varige mén

Avbrudd i strømforsyningen på et av behandlingsområdene i Sykehuset Innlandet kan være kritisk for pasienten, og avvik må sikres. Hvert år gjennomfører Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) tilsyn i helseforetaket. For å identifisere risikoområder i forhold til problematikken sikkerstrømforsyning er det utarbeidet en rapport som beskriver hvor og hvilke tiltak som må iverksettes for at strømforsyningene skal være i henhold til forskrift og bruksområde.

Dette er et stort og kostnadskrevende arbeid, og store deler av arbeidet må tas over et begrenset investeringsbudsjett.

- Teknisk drift og vedlikehold rapporterer tiltakene inn til investeringsrådet hvor prioriteringene av tiltakene settes opp mot prioritering av andre vedlikeholdstiltak i helseforetaket. Det arbeides etter fremdriftsplan som er oversendt DSB for å lukke avvikene
- Sykehuset Innlandet har fortsatt utfordringer i forhold til gruppe 2 rom, og Lillehammer sykehus har utfordringer i forhold til hovedtavle. Det er prioritert og igangsatt et arbeid med utjevningsforbindelser av hovedtavle på Lillehammer som vil lukke noen avvik.

5) Rekruttere og beholde ansatte innenfor flere legespesialistområder og psykologspesialister

Sykehuset Innlandet har rekrutteringsutfordringer innenfor flere områder beskrevet i styresak 050-2014. Følgende spesialistområder er identifisert i styresaken: nevrologi, geriatri, radiologi, onkologi, lungemedisin, patologi og nefrologi. I tillegg er det mangel på psykologspesialister.

- Oppfølging av «Oversikt over utdannings- og rekrutteringstiltak i foretaket», jfr. styresak 014-2016. I oversikten fremgår en beskrivelse av tiltak og status på de tiltakene som er iverksatt innenfor sårbare fagområder i foretaket. Tiltaksoversikt oppdateres årlig, og legges frem for styret i april 2017. Som vedlegg til styresak i april vil egen handlingsplan for rekruttering av spesialister innen psykisk helsevern utarbeides.

6) Arbeidsbelastning for mellomledere og ansatte

Det gis tilbakemeldinger fra divisjonene og tillitsvalgte på høy arbeidsbelastning blant ledere og medarbeidere. Høy arbeidsbelastning kan øke risiko for sykefravær og skape behov for økt bemanning. I ytterste konsekvens kan høy arbeidsbelastning i tillegg påvirke kvalitet i pasientbehandlingen ved at ansatte får mindre tilgjengelig tid til å utføre og kvalitetssikre arbeidsprosesser.

I 2017 rettes det fokus på:

- Oppfølging av prioriterte mål og tiltak innenfor HR-området, jfr. ledermøtesak 022-2017.
- Tiltakene knyttet til områdene «god ressursstyring», «styrking av ledelse» og «helsefremmende arbeidsplasser» har blant annet til hensikt å bidra til å redusere arbeidsbelastningen for ledere og ansatte.

7) Leveranse, funksjonalitet og oppgradering av systemløsninger innen IKT

Det er utfordringer med å få levert tjenesteendringer (IKT utvikling) og systemoppgraderinger fra Sykehuspartner.

Tiltak:

- Løpende dialog med Sykehuspartner og Helse Sør-Øst om hvordan situasjonen kan bedres slik at Sykehuset Innlandet kan få de leveransene som er nødvendig for å ha gode nok løsninger i forhold til operativ drift og for å ha den prioriterte utviklingen i foretaket.
- Sykehuset Innlandet prioriteringer internt før bestillinger foretas overfor Sykehuspartner. Helse Sør-Øst som eier har overfor SP gitt klare premisser på hva som skal prioriteres og hvilke kriterier ligger til grunn for dette

Prioriteringsprinsipper som legges til grunn fra Helse Sør-Øst:

- 1) Sikre pasientsikkerhet og stabilitet i helsetjenester (liv og helse, trygge pasientinformasjon)
- 2) Forebygge sikkerhet og behandlingskvalitet ved å ivareta forvaltningskrav, myndighetskrav og tilsyns- / revisjonsavvik
- 3) Prioriterte satsninger og interne politiske eller strategiske føringer
- 4) Samlet økonomisk gevinst/ effektivisering

8) Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven ved enkelte avdelinger

Registreringer viser at det fortsatt er mange brudd på arbeidstidsbestemmelsene (AML-brudd) ved enkelte divisjoner.

I 2017 rettes det spesielt fokus på tiltak for å redusere AML-brudd ved de divisjoner som har mange brudd.

Tiltak:

- Handlingsplan i forbindelse med brudd på arbeidstidsbestemmelsene følges opp, jfr styresak 039-2011 og etablering av divisjonsvise aksjonsplaner jfr styresak 073-2012.
- Implementering av felles registreringspraksis og rapporteringssystem for foretaksgruppen
- Fokusområde i administrerende direktør sine oppfølgingsmøter med divisjonene

9) Fokus på meldekultur og oppfølging av uønskede hendelser som del av forbedringsarbeid

Kunnskap om plikter og rutiner for å melde og følge opp utilsiktede hendelser er ikke god nok i organisasjonen. Dette har kommet fram som tilbakemeldinger bl.a. i ADs pasientsikkerhetsvisitter. Alvorlige saker fra divisjonene meldes ikke systematisk inn til sentralt kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg (SIKPU) for å bidra til organisatorisk læring. Meldinger som sendes Kunnskapssenteret (§ 3.3.-meldinger) går som administrativ rutine via stabsområde Helse, og det fanges opp enkeltsaker som i samråd med divisjonsledelsen meldes direkte til Helsetilsynet som 3.3.a-melding, ut fra hendelsesforløpet.

Det er nedsatt en arbeidsgruppe med utgangspunkt i divisjonsvise kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg (DKPU)enes arbeidsutvalg-/sekretærfunksjon til å jobbe ut retningslinjer for hvilke hendelser som bør utløse en årsaksanalyse, og hvordan årsaksanalyser skal gjennomføres. Arbeidsgruppen har ikke hatt kapasitet til å komme i gang med arbeidet, og dette vil bli fulgt opp 2017.

Tiltak:

- Et nytt forbedringssystem for melding av uønskede hendelser tas i bruk i Sykehuset Innlandet, med forbedret funksjonalitet for å følge utvikling og mønstre av hendelser
- Det skal gjennomføres opplæring i nytt system for ansatte og ledere (e-læring)
- Det skal etableres rutiner for håndtering av alvorlige hendelser (3.3a), både for å sikre forsvarlig oppfølging av enkelthendelser, og for at foretaket skal ha en overordnet oversikt over status for alle sakene og sørge for at hendelsene brukes til læring på tvers av sykehusene.

1.5 Medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjenesten

Foretaket har etablert et godt samarbeid med tillitsvalgte i staber og divisjoner. Det er etablert månedlige informasjonsmøter med alle foretakstillitsvalgte (TV20).

Det er etablert Arbeidsmiljøutvalg i alle divisjoner og for foretaksstaben. I tillegg er det etablert et Hovedarbeidsmiljøutvalg, HAMU på foretaksnivå. Vernetjenesten er representert i TV 20.

Administrerende direktør har månedlige møter med hovedorganisasjonene og vernetjenesten, i TV 6.

Det tilstrebes at representanter for de foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombudet blir involvert i alle større omstillingsprosjekter av ulike typer. Tillitsvalgte har vanligvis 2 møter årlig med Styret, men i 2016 ble det avvirket bare ett møte (30. september).

Det er regelmessige møtefora mellom lederlinjen og tillitsvalgte på alle nivåer i organisasjonen. Tillitsvalgte og vernetjeneste er godt representert og bidrar med råd, erfaringer og informasjon i sentrale prosesser i foretaket, eksempelvis i forhold til prosjekter knyttet til utvikling og omstilling.

Sykehuset Innlandet har og står foran store behov for endring og omstilling av virksomheten. Dette gir utfordringer og setter organisasjonen under press. Samarbeid med vernetjeneste og tillitsvalgte har vært godt, men oppleves og å være under press når det blir stadig flere prosesser og kortere tidsfrister for alle involverte. Derfor blir det viktig å sette fokus på involvering og vedlikeholde det gode samarbeidet framover. Helse Sør-Øst sine 12 prinsipper for samarbeid, samt lov og avtaleverk med tillitsvalgte og vernetjenesten legges til grunn for samarbeidet.

I forhold til utarbeidelse av Årlig melding er både tillitsvalgte og vernetjenesten invitert til å komme med innspill. Det er orientert om Årlig melding i møte med foretakstillitsvalgte 9. februar og med vernetjenesten ved behandling i Hovedarbeidsmiljøutvalget 10. februar 2017. Det kom gode innspill til det videre arbeidet med Årlig melding.

Medvirkning fra brukere

Brukermedvirkning er et helsepolitisk satsningsområde og i forbindelse med «Pasientens helsetjeneste» er det et klart mål at brukermedvirkning skal styrkes.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt de regionale helseforetakene om å utarbeide nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning. Retningslinjene har vært på høring og skal etter planen vedtas i styrene for de regionale helseforetakene februar/mars 2017.

I retningslinjene framgår det at alle helseforetak skal ha Brukerutvalg og alle helseforetak som har barne- og ungdomsavdeling, skal ha Ungdomsråd.

I Sykehuset Innlandet er det etablert to Ungdomsråd i 2016, ett i Oppland og ett i Hedmark. Det er etablert samhandlingsarenaer mellom Brukerutvalget og Ungdomsrådene.

Brukerutvalget skal ha en til to observatører med talerett på styremøtene.

Brukerutvalgets rolle er å være et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker som angår tilbudet til brukere, pasienter og pårørende. Videre skal utvalget være et forum for tilbakemelding fra brukerne, pasienter og pårørende om erfaringer innenfor de ansvarsområdene og oppgavene som helseforetakene har, samt et samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjoner.

Sykehuset Innlandet har et aktivt Brukerutvalg som har åtte til ni møter i året og leder har observatørstatus i Styret. Årlig gjennomføres dialogkonferanse med alle brukerorganisasjonene i foretaket. I tillegg er det brukerrepresentasjon i en rekke ulike råd og utvalg.

Brukerutvalget har utarbeidet Årlig Melding for 2016 og meldingen inngår i helseforetakets årlige melding.

Årlig melding for Brukerutvalget:

Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet (SI) er oppnevnt og arbeider etter de prinsipper som er trukket opp av styrende organer i SI. Samarbeidet med ledelsen er god. Brukerutvalget får informasjon om de prosesser som foregår innad i SI og våre meninger blir tatt på alvor. Vi blir bedt om uttalelser og innspill i mange saker. Det er imidlertid viktig å arbeide videre med å sikre brukermedvirkning i alle saker som har konsekvenser for brukerne (pasienter og pårørende). Det skyldes at det fremdeles med ujevne mellomrom fremmes prosjekter der brukermedvirkning ikke har vært ivaretatt på en god nok måte.

Samhandlingsdirektør Grethe Fossum møter fast på våre møter. Hun er bindeleddet opp mot administrerende direktør og administrasjonen. Spesialrådgiver Geir Silseth ivaretar sekretariatsfunksjonene for utvalget. Trond Hilmersen er vår kontakt mot det regionale brukerutvalg i Helse Sør-Øst.

Brukerutvalget samlet har hatt ett møte med styret i 2016, men leder av Brukerutvalget deltar fast på styremøter som observatør. Styret er en arena hvor Brukerutvalget kan framlegge sitt syn for hvordan en i Innlandet kan få en best mulig behandling av pasienter og pårørende. Videre er det viktig å få riktig og utfyllende informasjon som kan bringes tilbake til Brukerutvalget.

På grunn av den økonomiske situasjonen i SI ble den årlige dialogkonferansen med brukerorganisasjonene utsatt fra 2016 til 2017, noe som er beklagelig da dette er en viktig arena for brukerorganisasjonene.

Nasjonal Helse- og Sykehusplan ble framlagt høsten 2015 og fulgt opp i 2016. Denne planen gir føringer nasjonalt for sykebusdriften og sentralt i planen er «Pasientens helsetjeneste».

Brukerutvalget mener at målsettingen om pasientens helsetjeneste er helt sentral da det innebærer at pasient og pårørende blir tatt på alvor i framtidens helsetjeneste.

BRUKERUTVALGETS FOKUSOMRÅDER I 2016

Brukerutvalget har i 2016 beholdt de samme tre fokusområder som i 2014 og 2015 som er:

1. Sykehusstruktur og samhandling
2. Kvalitet- og pasientsikkerhet
3. Samarbeidet mellom somatikk og psykiske lidelser og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

SYKEHUSSTRUKTUR OG SAMHANDLING

Brukerutvalget har også i 2016 hatt sykehusstrukturen i framtiden opp på alle møter, og vi mener at det er nødvendig at SI både på kort og lang sikt gjør de organisatoriske endringer som sikrer best mulig kvalitet og pasientsikkerhet for brukerne.

I møte 05.10.2016 vedtok derfor utvalget følgende uttalelse:

« Brukerutvalget støtter arbeidet med å etablere en ny sykehusstruktur. Brukerutvalget har tidligere påpekt behovet for å sikre gode Prehospitale tjenester, inklusive luftambulans, og at pasienten ikke skal flyttes unødvendig under behandling eller mellom enheter i SI, samt at pasienter skal tas i mot av personell med høy kompetanse i akuttmottak.

Med den kunnskap som Brukerutvalget har fått senere vil vi også understreke følgende:

- Somatikk, psykiatri, spesialisert rusbehandling og habilitering/rehabilitering må sees i ett helhetsperspektiv ut fra å tenke mennesket som ett hele.

- *Samhandlingen med primærhelsetjenesten styrkes slik at pasient og pårørende oppfatter gode og riktige overganger mellom behandlingsnivåene.*

KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

Brukerutvalget mener det jobbes godt med kvalitet og pasientsikkerhet på alle nivåer i organisasjonen. Utvalget har god oversikt over dette da utvalgets medlemmer er representert i alle divisjonenes kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg og har to medlemmer med sentralt kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (SIKPU). Utfordringen nå er å få mere læring på tvers i organisasjonen.

Vi ønsker også mer samhandling mellom sykebus og bruker, samt mer på brukernes betingelser «Hysj-kortene», «Bare spør» og visittstol er slike eksempler.

Brukerutvalget registrerer at SI på flere områder har problemer med å rekruttere og beholde nok kvalifisert personale. Det er viktig å jobbe med å framstille SI som en attraktiv arbeidsplass, med gode og utfordrerne fagmiljøer, for å få dyktige søkere til ulike jobber.

SI har fortsatt fristbrudd og ventelister samt uønskede hendelser, men det skjer stadig forbedringer. Dette er det viktig å jobbe kontinuerlig med framover.

SAMARBEIDE MELLOM SOMATIKK OG PSYKISK HELSEVERN, INKLUSIVE SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB)

Brukerutvalget er opptatt av samarbeid, spesielt mellom somatikk og psykisk helsevern. Vi har fulgt omstillingsarbeidet tett. Utvalget støtter bestrebelser om å samle de funksjonene som skal samles og desentralisere det som kan desentraliseres.

AVSLUTNING

Brukerutvalget har deltatt aktivt i Digital fornying, pakkeforløp kreft og pakkeforløp hjerneslag og utvalget er trukket sterkere inn i forskning som er sentralt i en så viktig kompetansebedrift som SI.

Økonomien i SI i 2016 har vært svak noe som medfører for lite penger til nødvendig fornyelse av medisinsk utstyr og bygg, noe som igjen er ubeldig for kvalitet og pasientsikkerhet.

Tilslutt vil Brukerutvalget påpeke at utvalget mener at behovet for habilitering og rehabiliteringsplasser vil øke og at nedbygging av disse i Spesialisthelsetjenesten ikke må gå raskere enn at det bygges opp ett kvalitetsmessig godt nok tilbud i primærhelsetjenesten.

2. SAMMENDRAG

Helseforetaket mottok formelt oppdrags- og bestillingsdokumentet 2016 i foretaksmøtet 18. februar. Dokumentet ble lagt fram for styret i styremøte 18. mars gjennom styresak 17- 2016. Sykehuset Innlandet har rapportert til Helse Sør-Øst RHF hver måned om utviklingen i foretaket og utarbeidet og styrebehandlet tre tertialrapporter i 2016.

Prioriterte oppgaver i 2016, i tillegg til kravet om økonomisk balanse, har vært arbeidet med reduserte ventetider, pakkeforløp, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Sykehuset Innlandet leverer stabilt gode resultater for fristbrudd, ventetider og andre pasientadministrative indikatorer. Det er viktig å løfte fram den innsatsen som gjøres med å ivareta kvaliteten og pasientsikkerheten i sykehusene på tross av utfordringer med korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter og influensasyke ansatte ved utgangen av året. Tidlig influensasesong i 2016 med stor pasientpågang gjennom julehøytiden ble håndtert på en god måte, med utstrakt samarbeid mellom divisjonene om intensivsenger og «fordeling» av pasienter.

Gjennom året 2016 har det vært høy fokus på iverksettelse av tiltak for å snu det negative resultatet som foretaket hadde i 2015 til et positivt resultat i 2016. Resultatet samlet for foretaket viser et positivt og gledelig resultat på 70,1 mill. som er 20,1 mill kr bedre enn budsjettert.

Når en ser isolert på resultatet for de somatiske sykehusene så har de et akkumulert avvik i 2016 på minus 99,7 mill. kr. Utviklingen for de somatiske sykehusene er bekymringsfull, og driften, unntatt for divisjon Tynset, er ikke i tråd med de økonomiske rammene. Dette tydeliggjør behovet for gjennomføring av omstilling innen somatikken, samt et fortsatt stort fokus på inntektsøkende- og kostnadsreducerende tiltak.

Omstilling og endring er krevende. Det er bred forståelse og stor oppslutning omkring omstillingsprosessen i Sykehuset Innlandet, men det er utfordrende og tar tid å gjennomføre endringer og skape forståelse for disse. I utredningsprosessen har det vært lagt vesentlig vekt på involvering og medvirkning fra brukere, tillitsvalgte ledere og ansatte i Sykehuset Innlandet. Vedtak i styresaken om «omstilling kort sikt» i desember (sak 85-2016) legger grunnlag for videre omstillingsarbeid inn i 2017.

Helse Sør-Øst etablerte høsten 2016 et prosjekt som skal vurdere Sykehuset Innlandet Kongsvinger sin foretakstilhørighet. Utredningsarbeidet pågår, og foretaket ser frem til en endelig avklaring. Sykehuset Innlandet ønsker å beholde ansvaret for SI Kongsvinger og spesialisthelsetjenestetilbudene til befolkningen i dette opptaksområdet.

Videre har det i 2016 vært et hovedfokus på arbeidet med ny, framtidsrettet sykehusstruktur. Styret behandlet idéfaserapporten i sitt møte i november 2016, i sak 077-2016. Idefaseutredningen og samfunnsanalysen er sendt på høring med høringsfrist 12.mai 2017. Høringsuttalelsene vil bli gjennomgått på styremøte 16. juni og en tar sikte på at behandling i Styret høsten 2017.

Administrerende direktør berømmer alle ansatte for innsatsen i et krevende år, og innsatsen til hver og en er med å skape gode spesialisthelsetjenester til Innlandets befolkning.

2.1. Positive resultater og uløste utfordringer

Positive resultat:

- Det har vært høy aktivitet i 2016, 2 % økning sammenlignet med 2015, og Sykehuset Innlandet er ett av de mest effektive helseforetakene i HSØ målt i antall DRG poeng.
- Styret har vedtatt idefaserapporten og oppdatert samfunnsanalyse. Videre har Styret vedtatt rammene for omstilling på kortsikt innen somatikken, noe som vil frigjøre midler til pasientbehandling.
- Fortsatt positiv utvikling av tilgjengelighet til helsetjenester, med reduksjon av ventetider og fristbrudd.
- Mer systematisk gjennomgang av risiko for alvorlige hendelser og målrettede forbedringstiltak for læring på tvers i organisasjonen.
- God monitorering av pasienter med mistanke om kreft, slik at mer enn 70 % av pasientene er i et pakkeforløp med standardisert oppfølging.
- Driftsresultat på 70,1 mill. kr, som er 20,1 million kr bedre enn budsjett. Resultatet gir rom for høyere investeringsramme enn forutsatt i foretaket.
- Det arbeides målrettet med Digital fornying og det har i 2016 vært fokus på produksjonssetting av, ny versjon av Partus fødesystem, innføring av e-Resept og kjernejournal, pilotprosjekt på egenutviklet elektronisk tavle, samt utvikling av nytt Intranett og informasjonssystem (MinSide).
- IKT infrastrukturen er forbedret ved at IKT plattformen er modernisert og etablering og utbygging av sikre trådløse nett(Wifi). Utsendelse av papirepikriser til primærhelsetjenesten i posten er kraftig redusert og det er etablert elektronisk lab-rekvisisjon på en rekke nye legekantor (ca. 90 legekantor totalt).
- Interessen for forskning er økende og flere søker forskningsmidler, og den eksterne evalueringskomiteen gir tilbakemelding om at søknadene er av stadig bedre kvalitet. Antall publikasjoner og stipendiater i forskerutdanningsløp er høyere enn noen gang, antall disputaser har vært økende og har vært oppe i 7 i hvert av årene 2015 og 2016.
- Innovasjonsarbeidet er styrket i 2016 ved at det er utarbeidet nye prosedyrer for innovasjon, og det er nedsatt innovasjonsutvalg. Sykehuset Innlandet har etablert innovasjonsmiljøet InnoLab, som fasiliteter ulike prioriterte oppgaver innen innovasjon. Samarbeidsavtalen med Invent2 fungerer som forutsatt og ved utgangen av 2016 er det etablert 22 pågående kliniske studier med Inven2, etter at kontrakt ble inngått i juni 2015. I tillegg har Sykehuset Innlandet 15 pågående kliniske studier gammel ordning for oppdragsforskning.
- Ressurscenter for pasient- og pårørendeopplæring har et divisjonsovergripende ansvar for å bistå klinikkene til å utvikle lærings- og mestringstilbud til pasienter og pårørende med kronisk sykdom, funksjonsnedsettelse og langvarige helseutfordringer. Virksomheten er organisert i en nettverksmodell hvor det meste av aktiviteten skjer ute i klinikken.

Senteret bidro til at det ble gjennomført 16 fagkurs i 2016 og ca. 40 personer gjennomførte modul i helsepedagogikk i tillegg til at tre høskoleklasser fikk tilsvarende innføring.

- Det har vært arbeidet med innføring av et nytt forbedringssystem for å registrere uønskede hendelser, samt utvikling av modul for revisjoner/tilsyn. Disse inngår som del av det helhetlige kvalitetssystemet.
- Perspektivkonferansen som gjennomføres årlig i samarbeid med politisk referansegruppe har blitt en viktig møteplass for å diskutere framtidig sykehusstruktur og teknologiutviklingen med ledende politikere i Oppland og Hedmark.
- Innen somatikken har det vært høy aktivitet og produsert kvalitetsmessige god pasientbehandling. Det er etablert egen PET buss som har PET-skanner med mulighet for diagnostisering av blant annet kreft- og infeksjonssykdommer. Bussen har vært i drift i 2016 og har styrket det diagnostiske tilbudet i Innlandet.
- I psykisk helsevern planlegges det for et godt tilbud av medikamentfri behandling for pasienter med førstegangspsykose.
- Divisjon Psykisk helsevern har samarbeidet med divisjon Prehospitale tjenester om drift av psykiatriambulans i Mjøsregionen. Utprøving av psykiatriambulansen vurderes som stor suksess i foretaket
- SIM- Innlandet (simuleringscenter) har vært en stor suksess. Pedagogisk metode er medisinsk simulering som inneholder scenarioøvelser med påfølgende analysefaser som en del av debrifingsarbeidet. Senteret har høy aktivitet, med rundt 700 deltakere i 2016.

Uløste utfordringer:

- Helseforetaket har en sykehusstruktur som gir utfordringer på fag, kvalitet, logistikk og økonomi.
- Det er nødvendig å gjennomføre betydelige omstilling av den somatiske spesialisthelsetjenesten på både kort og mellomlangt sikt, samt å utarbeide en virksomhetsstrategi og utviklingsplan. Det er laget en egen veileder for utviklingsplaner med en tidshorison fram mot 2035. I forbindelse med styrebehandling av omstillingstiltakene på kort sikt kom det tilbakemeldinger fra fagmiljøer som var uenig i forslagene. Tiltakene kvalitetssikres, risikovurderes og gjennomføres i løpet av 2017.
- Helseforetaket har flere små og sårbare fagområder med betydelige rekrutteringsutfordringer innen somatikk og psykisk helsevern.
- Forsinkelser med oppstart av nytt PACS/RIS system har medført utfordringer for foretaket ved vesentlig økte interne kostnader, økt bruk av kliniske ressurser som radiografer og radiologer. Videre er det etter oppstart av ny løsning avdekket flere kritiske feil som krever manuelle rutiner / tiltak for å trygge pasientsikkerheten og som reduserer produktiviteten.

- Sykefraværsprosenten har ligget høyere enn fjoråret de seks siste månedene. Utviklingen gir grunn til bekymring dersom nivået fortsetter utover i 2017. Med det omfanget arbeidsstyrken i foretaket har, vil en økning i sykefraværet på 0,4 prosentpoeng, medføre en økning i månedsverk for sykevikar på 20-30 brutto månedsverk pr. måned, avhengig av i hvilken grad det må engasjeres vikar for den sykmeldte.
- Meldekulturen er ikke god nok. Arbeidet med å utvikle kunnskapen om meldepliktige hendelser og styrke læring på tvers i helseforetaket etter uønskede hendelser bør styrkes.
- Oppfølging av nasjonale kvalitetsindikatorer og rapportere disse i henhold til kvalitetskrav. Bruke resultatene i arbeidet med å forbedre kvaliteten i helsetjenesten.
- Brukerutvalget peker stadig på at brudd på taushetsplikten er et stort problem i dagens sykehusstruktur med flersengsrom.
- Økt kunnskap og stadig mer avansert teknologi gir mer nøyaktig diagnostikk, og muligheter for mer effektiv, virkningsfull og skånsom behandling. Dette gjør at flere mennesker kan bli behandlet for flere sykdommer på en bedre måte enn tidligere. Den akselererende medisinske utviklingen innen medisin og medisinsk teknologi vil innebære store forbedringer i diagnostikk og behandlingstilbud, men kan også kreve vanskelige prioriteringsavklaringer.
- Utviklingen innen kirurgi med robotkirurgi og stadige flere kirurgiske inngrep som skjer laparoskopisk (kikkhullskirurgi) vil kreve ny teknologi og fortløpende oppdatering i kompetanse til å håndtere teknologien.
- Det vil være økende etterspørsel etter komplekse radiologiske undersøkelser, spesielt innen MR, CT og ultralyd. Fremtiden vil kreve et økt antall modaliteter, og utviklingen innen billediagnostikk er så rask og spesifikk at dette krever raskere utskiftning av modalitetene for å følge utviklingen innen moderne medisinsk utvikling.
- Årsresultat for de somatiske divisjonene i 2016 på minus 99,7 mill. kr og høy inngangsfart inn i 2017 er utfordrende og krever behov for tiltak og omstilling.
- Det er et stort etterslep på investeringer innen bygg, IKT og medisinsk teknisk utstyr.
- De økonomiske rammebetingelsene utvikles ikke i samme tempo som de medisinske mulighetene og pasientenes/brukernes forventninger. Kravet til prioritering i helseforetaket vil derfor være stort.

2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering

Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2017 - 2020 viser at Sykehuset Innlandet står foran en krevende situasjon i årene fremover. For å sikre en bærekraftig drift med god kvalitet, må foretaket i løpet av fireårsperioden redusere driftsnivået med ca. 440 mill. kr i forhold til dagens nivå.

Det er flere årsaker til den økonomiske utfordringen, både endringer i inntektsmodellen og økte kostnader til blant annet digital fornying, høykostmedisiner, pasientreiser og behandlingshjelpemidler i de kommende årene. Reduksjon i inntekter skyldes oppdatering av

befolkningstall og befolkningssammensetning, sosioøkonomiske kriterier og bruk av private aktører. For hele foretaket vil det være nødvendig med omfattende tiltak for å tilpasse seg de økonomiske rammene.

Til tross for økonomiske utfordringer er det likevel en målsetting å opprettholde og heve den faglige kvaliteten samt øke tilgjengeligheten for pasientene. Nasjonal helse- og sykehusplan ble vedtatt våren 2016. Planen danner grunnlaget for den videre utviklingen av Sykehuset Innlandet. Den definerer både behovet for endringer i spesialisthelsetjenesten og mulige løsninger. Den vil være førende for de omstillingene foretaket skal gjennomføre i kommende fireårsperiode.

Det årlige behovet for investeringsmidler i foretaket er vurdert til å ligge på omlag 500 mill. kr. Likviditeten fra eier gir en årlig investeringsramme på omlag 140 mill. kr i tillegg til et eventuelt overskudd. I ØLP 2017 - 2020 er det lagt opp til at det årlig frigjøres midler til investeringer ved et resultatkrav økende fra 80 mill. kr i 2017 til 150 mill. kr i 2020. Det er av avgjørende betydning at det blir gjennomført omstillinger som kan sikre en bærekraftig økonomisk utvikling i foretaket. For hele foretaket vil det være nødvendig med omfattende tiltak for å tilpasse seg rammene og sikre en god faglig utvikling.

Innen Psykisk helsevern har SI Reinsvoll og SI Sanderud lagt ned to døgnenheter med til sammen 16 døgnplasser, og DPS Tynset har redusert sin døgnenhet fra 10 til 5 døgnbehandlingsplasser.

I forbindelse med omstillingsarbeidet i somatikken på kort sikt har adm. direktør foreslått å slå sammen Gjøvik og Lillehammer til en divisjon. I denne sammenhengen vil det også bli vurdert en ytterligere samling av de somatiske sykehusdivisjonene i Hedmark. Videre vil divisjon habilitering og rehabilitering ikke videreføres som egen divisjon og det skal vurderes hva som vil være hensiktsmessig organisatorisk plassering av dagens avdelinger i en fremtidig organisasjonsmodell. Alternative modeller/løsninger for samlokalisering av et samlet døgntilbud innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering skal utredes (styresak 085-2016).

Det var i 2016 en egen utredning på hva som kan gjøres for å styrke de lokalmedisinske sentrene (LMS-ene) og adm. direktør fulgte arbeidsgruppas anbefaling om å overføre ansvaret til divisjon Prehospitale tjenester og etablere en avdeling med ansvar å følge opp LMS-ene.

Den største organisatoriske endringen for Sykehuset Innlandet har vært omstilling av Prehospitale tjenester i 2016 avdeling Pasientreiser Helse Sør-Øst RHF, Enhet for reiseoppgjør, for å møte nytt regelverk innført fra 1. oktober 2016. Enhet for reiseoppgjør avsluttes i løpet av våren 2017 ved at antall årsverk reduseres fra omkring 45 i 2016 til 15. Omleggingen innebærer andre arbeidsoppgaver for de som skal være igjen, og den gjenværende enheten skal virksomhetsoverdras til det nasjonale selskapet Pasientreiser HF.

Divisjon Medisinsk Service har slått sammen Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin og Avdeling for medisinsk biokjemi til en felles avdeling; Blodbank og medisinsk biokjemi. Omstillingsprosessen ble gjennomført høsten 2016 med innplassering av nye ledere fra nyttår.

I 2016 ble all produksjon av blodprodukter, med unntak av Tynset, samlet til blodbanken på Lillehammer. Dette medfører at Sykehuset Innlandet nå har den tredje største blodproduksjonen i Norge.

Det arbeides fortsatt med prosjektet «Framtidens laboratorium». Her ser man på endringer i arbeidsprosesser og organisering i forbindelse med utskifting av, og investering i nye analyse-

instrumenter som berører flere fagområder innenfor laboratoriespesialitetene. Samarbeid med brukere, pasienter og rekvirenter er sentralt i prosjektet.

Divisjon Kongsvinger gjennomførte endringer i lederstruktur fra 1. juni 2016. Endringene ble gjennomført som ledd i økonomiske innsparinger og for å styrke samhandling og ledelse innenfor legetjenesten.

For å kunne utvikle god pasientbehandling og samtidig effektivisere egen drift arbeider divisjon Elverum-Hamar med å fusjonere medisinsk overvåkning og intensiv enheten i Elverum til en organisatorisk enhet. Den nye avdelingen skal etter planen være fusjonert fra 1. mai 2017. På SI Hamar er to medisinske poster slått sammen til en organisatorisk enhet fra 7. november 2016. Disse endringene skal bidra til bedre og mer bærekraftig økonomisk drift.

DEL II: RAPPORTERINGER

3. RAPPORTERING FOR OVERORDNEDE MÅL

3.1. Oppfølging av ventetider, fristbrudd og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

- **Gjennomsnittlig ventetid under 65 dager, inkludert utvikling fra forrige år.**

Det har vært et langsiktig nasjonalt mål at gjennomsnittlig ventetid fra henvisning til start av helsehjelp skal være under 65 dager. Gjennomsnittlig ventetid i 2016 i Sykehuset Innlandet var 52,7 dager, og i fire av årets måneder var den under 50 dager. Tilsvarende tall for ventetidene var 65,2 dager i 2014 og 62,3 dager i 2015. Det betyr at Sykehuset Innlandet har oppnådd god kontroll over ventetidene, noe som sikrer pasientene god tilgjengelighet av spesialisthelsetjenestene.

- **Antall og andel fristbrudd, inkludert utvikling fra forrige år. Målet er at det ikke skal være fristbrudd for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten.**

Det er et uttrykt helsepolitisk mål at ingen pasienter skal oppleve brudd på fristen som er satt for å starte helsehjelp. Gjennomsnittlig andel fristbrudd i Sykehuset Innlandet for avviklede pasienter var 1,0 prosent i 2016. Det har vært en markert bedring fra 2,8 prosent i 2013 og 2014, og 2,1 prosent i 2015. Ved innføringen av pasientrettigheten med Fritt behandlingsvalg fra november 2015 har det blitt tydeligere forventninger til å overholde fristene, og foretakene må selv melde til HELFO om fristbrudd for at pasientene skal kunne få tilbud om behandling et annet sted. Sykehuset Innlandet har klart å tilby de fleste pasientene et tilbud innen to uker etter fristens utløp.

- **Virksomhetens oppfølging av arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, bidrag i arbeidet med å utvikle og følge opp kvalitetsindikatorer og rapportering på indikatorer når disse tas i bruk.**
 - Arbeidet med å redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenliknet med 2015 og målt ved utvalgte indikatorer og fagområder.

Arbeidet med å redusere unødvendig venting og se på variasjon i kapasitetsutnyttelse følges tett opp og helseforetaket rapporterer på utvalgte indikatorer når disse tas i bruk.

- **Arbeidet med å redusere variasjonen i andel dagbehandlinger innen utvalgte fagområder.**

Det har ikke vært spesifisert særskilte oppfølgingsområder i 2016. Nærmere konkretiseringer er angitt i oppdrag- og bestillerdokumentet for Helse Sør-Øst for 2017.

- **Eventuell oppfølging av Helsedirektoratets arbeid med å se på ulike problemstillinger innen registrering av ventetid i spesialisthelsetjenesten (journalgjennomgang).**

Etter endringene i pasientrettighetsloven fikk alle pasienter som er vurdert å ha behov for spesialisthelsetjeneste en rettighet, men en del av de som tidligere ble vurdert som behovspasienter uten rettighet har måttet få en vurdering for avklaring av videre behandling og oppfølging. Det har ikke vært noen kjent problemstilling i Sykehuset Innlandet med skjulte ventetider og omgåelse av frister ved rettighetsvurdering av pasienter, ved at pasienter har blitt satt opp til en vurdering og fått en ny intern ventetid for behandling.

- **Arbeidet med å følge opp de prioriterte fagområdene ortopedi og psykisk helsevern og oppfølgingen av å etablere og rapportere et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet innen disse.**

Sykehuset Innlandet avventer regional rapporteringsløsning for definerte indikatorer.

Innenfor ortopedi er det på bakgrunn av variasjon i ventetider mellom divisjonene fremmet forslag om et felles inntakskontor for ortopedi. I første omgang er det besluttet en bedre samordning av ventelistene.

Innen psykisk helsevern har det vært jobbet målbevisst med å øke antallet konsultasjoner pr. behandler, med detaljert oppfølging over tid. Fra å ligge under landsgjennomsnittet i 2014 ligger nå Sykehuset Innlandet over landsgjennomsnittet for antall polikliniske konsultasjoner pr. behandler. Det er i tillegg en positiv utvikling i produktiviteten på poliklinikkene for alle avdelinger i 2016. Dersom vi sammenligner med foregående år har aktiviteten for VOP økt med 4,4 prosent og for TSB har den økt med 10,4 prosent. For BUP er den polikliniske aktiviteten redusert med 10,1 prosent, noe som hovedsakelig har sammenheng med nytt pasientadministrativt system ved overgang fra BUP-data til DIPS.

- **Arbeidet med å følge opp forhold som omtalt i Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014, sak 4 Helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnkirurgisk pasientbehandling.**

Riksrevisjonens rapport er gjort tilgjengelig for alle ledernivåene i Sykehuset Innlandet, og innholdet tas med i arbeidet med å redusere arbeidsbelastning. Det er godt samarbeid mellom de ulike sengepostene, og det er rutiner for håndtering av pasientstrøm. Sammenslåing av sengeposter er et av tiltakene som vurderes. Divisjonen er kjent med Riksrevisjonens rapport og følger opp personalbruk på sengeposter målt mot aktivitet.

3.2. Oppfølging av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det er innen psykisk helsevern, i tilknytning til rekrutteringsproblemer, omdisponert 26 mill. kr til innleie av spesialister i 2016. I sammenheng med rekrutteringsproblemer har det i 2016 i gjennomsnitt vært lavere bemanning i forhold til budsjett.

En av føringene fra Helse – og omsorgsdepartementet i 2016 er at det skal være større vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innen somatikk. For 2016 har psykisk helsevern voksne en økning på 4,4 prosent og tverrfaglig spesialisert rusbehandling en

økning på 10,8 prosent. Det har vist seg at det er krevende å nå dette målet for psykisk helsevern barn og ungdom som endret pasient administrativt system, gikk over fra BUP-data til DIPS. Overgangsproblemer har gitt en reduksjon i aktiviteten på dette område med 10,1 prosent. Den somatiske aktiviteten har hatt en økning på 2,7 prosent i 2016.

Divisjonen Psykisk helsevern har ved utgangen av 2016, 26 ledige stillinger i poliklinikkene. Dette tilsvarer 6 prosent av planlagt bemanning. Færre ansatte samt lavere produktivitet enn planlagt har hittil i år gitt en svikt i aktiviteten i forhold til budsjett, både innen psykisk helsevern voksne og psykisk helsevern barn og unge.

- **Ventetider pr tjenesteområdet**

Gjennomsnittlig ventetid er godt innenfor fristen på 65 dager for både psykisk helsevern voksne og psykisk helsevern barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Foretaket vil fortsatt ha økt fokus på ventetider og fristbrudd.

Målet er at det skal reduseres ytterligere fra dagens nivå, og at pasientene ikke lenger skal oppleve fristbrudd. Dette vil gjelde alle tjenesteområder.

- **Bemanning pr tjenesteområdet**

Bemanningen har i 2016 innen Psykisk helsevern vært på omtrent samme nivå som i 2015. Tilsvarende har somatikk hatt en nedgang på 2 prosent sammenlignet med samme periode i 2015. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har hatt en økning på 3,9 prosent sammenlignet med fjoråret.

- **Kostnad pr tjenesteområde**

Somatikk har hatt en kostnadsøkning på 2,4 prosent i 2016 sammenlignet med 2015. Kostnadsnivået for psykisk helsevern har i 2016 vært på omtrent samme nivå som 2015. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har det vært en kostnadsøkning på 0,7 prosent sammenlignet med 2015.

- **Arbeidet med at distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern, inkludert at andel årsverk i distriktpsikiatriske sentre i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne skal være økt sammenliknet med 2015.**

Som vist i tabellen under er reduksjon i antall månedsværk størst på sykehus, samt at andelen ansatte i psykisk helsevern sykehus har gått ned.

	Desember 2015		Desember 2016		Endring
	Månedsværk	Andel av total	Månedsværk	Andel av total	
Sykehuspsykiatri	650,80	47 %	604,06	46 %	-46,73
DPS	720,32	53 %	700,65	54 %	-19,67
	1 371,12	100 %	1 304,72	100 %	-66,40

Status for tilsyn og interne revisjoner og plan for interne revisjoner i 2017

Divisjon psykisk helsevern har etablert ambulante akutt- enheter ved alle DPS-ene, og samarbeider for øvrig også mye med kommunene om pasienter som ikke har tilbud fra ambulante- akutteneheter. Siden deltakelse i eksternt samarbeid ofte er ressurskrevende i forhold til reiseavstander, benytter man i økende grad videokonferanser.

- **Arbeidet med å redusere antall tvangsinnleggelses for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen sammenliknet med 2015.**

Tallene for tvangsinnleggelses for voksne per 1000 innbyggere viser et fortsatt lavt nivå sammenliknet med de fleste andre foretak, men en økning fra 2015 til 2016 i Innlandet.

Antall tvangsinnleggelses(voksne) per 1000 innbyggere i 2015 = 1,100

Antall tvangsinnleggelses(voksne) per 1000 innbyggere i 2016 = 1,117.

- **Arbeidet med å rapportere komplette og korrekte data om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern til NPR.**

Divisjonen har gjennomført en omfattende gjennomgang av protokoller og vedtak registrert i DIPS, og sørget for at det er samsvar i registrering. I tillegg til avvik utløst av at NPR- rapporter ikke omfatter vedtak om bruk av tvangsmidler før vedtak om opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern er fattet, fant man enkelte avvik mellom protokoll og dokumentasjon av vedtak i DIPS. Det er opprettet rutiner for at alle tvangsprotokoller nå jevnlig kontrolleres opp mot med vedtak i DIPS for å sikre samsvar i dokumentasjon.

- **Arbeidet med å sikre videre drift av OCD-teamene, herunder nødvendig implementering og opplæring.**

OCD- teamene (Obsessive Compulsive Disorder eller tvangsliding) i psykisk helsevern barne- og unge (BUP) og psykisk helsevern voksne er i drift og behandler pasienter fra Hedmark og Oppland. I divisjonen for øvrig er dette et godt kjent behandlingstilbud.

OCD- teamet i BUP har for tiden noe mindre bemanning på grunn av vakant stilling og permisjon. Grunnet utskiftninger i teamet har man planlagt videre opplæring, samt implementering av nye behandlingsmetoder.

OCD- team innen voksenpsykiatri sliter med ventelister, og det jobbes i nært samarbeid med Helse Bergen for å bli godkjent med 4- dagers program. Innføring av dette vil kunne bidra til økt tilgjengelighet til tilbudet, og dermed redusere ventelistene.

- **Arbeidet med å etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler.**

Innsatte gis øyeblikkelig hjelp- innleggelses og polikliniske tilbud på lik linje med befolkningen for øvrig. Ved behov for tilrettelegging, gjøres dette i samarbeid med aktuelt fengsel.

Det har vært møter med Helse Sør-Øst RHF om tilbudet og en avventer tilbakemelding fra regionalt helseforetak i forhold til eventuelle nye retningslinjer.

- **Arbeidet med å redusere avvsningsrate ved poliklinikker i forhold til 2015.**

Avvsningsraten har gått ned etter innføring av nytt regelverk den 1. november 2015. Andel avslag var 19 prosen i 2014, 15 prosent i 2015 og 6 prosent i 2016.

- **Arbeidet med å forberede og følge effekter av kommunale akutte døgnplasser og utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern/rus.**

Sykehuset Innlandet har imøtekommet alle henvendelser fra kommuner om rådgivning, veiledning og forespørsler om deltakelse i møter med enkeltkommuner og interkommunale samarbeidsprosjekter. Helseforetaket følger opp alle forespørsler fra kommuner hva angår rådgivning, veiledning samt deltakelse i ulike møtefora for planlegging av kommunale akutt plasser.

Sykehuset Innlandet har i Overordnet samarbeidsutvalg foreslått en samarbeidsprosess for utarbeidelse av en samhandlingsavtale med kommunene på dette området, men denne prosessen er foreløpig ikke igangsatt.

Sykehuset Innlandet har ikke fullstendig oversikt over omfang på etablering av kommunale akutte døgnplasser, men signaler er at en del kommuner ikke har etablert denne type tilbud, angivelig grunnet manglende finansiering. Det forventes at Fylkesmennene i Hedmark og Oppland følger opp kommunene på dette området.

Divisjon Psykisk helsevern har hatt store utfordringer med utskrivning av enkelte pasienter med uklar kommunetilhørighet, men forventer at sentrale myndigheter i tilknytning til innføring av en forskriftsendring også utarbeider klarere regler innen dette området. Divisjonen har hatt utskrivningsklare pasienter i nærmere ett år fordi kommunen er i konflikt om hvem som har ansvar for å etablere og gi disse pasientene til dels omfattende og ressurskrevende oppfølgingstilbud. Ved innføring av kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter vurderes det ikke som usannsynlig at denne type konflikter kan bli tiltagende.

- **Arbeidet med å etablere og følge opp at pasienter i psykisk helsevern så langt det er forsvarlig skal kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter (medikamentfri behandling).**

TIPS er et utrednings- og behandlingstilbud for pasienter med førstegangpsykose eller mistanke om dette. Divisjon Psykisk helseverns to TIPS- enheter (en i Hedmark og en i Oppland) inkluderer et medikamentfritt alternativ i sitt tilbud til pasienter i målgruppen for medikamentfri behandling. Det medikamentfrie tilbudet vil omfatte hele pasientforløpet i TIPS, både den polikliniske delen og for sengeenheten. Begrensningen ligger på totalkapasitet i enhetene og ordinære kriterier for døgninnleggelse.

Divisjonen har nedsatt en arbeidsgruppe med sentrale fagspesialister som vil jobbe videre med tiltak knyttet til medikamentfrie behandlingstilbud, herunder et mer systemisert tilbud for pasienter med etablerte psykoselidelser som ønsker nedtrapping av medikamenter.

Divisjon Psykisk helseverns deltakelse i «Prosjekt for implementering av psykoseveilederen» bidrar for øvrig også til en mer strukturert bruk av ulike behandlingsformer og til en økt bevissthet om effekten av dette.

3.3. Oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet

Pasientbehandling

- **Arbeidet med at pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.**

Det er et mål at pasientene skal få en direkte time sammen med bekreftelse på mottatt henvisning i spesialisthelsetjenesten. Det har vært jobbet godt med direkte timebooking, og andelen har økt

fra 70 prosent i 2015 til 83 prosent i 2016. Kravet at alle pasienter skal ha direkte time, hvis fristen for start helsehjelp er vurdert til inntil fire måneder fram i tid. Når fristen for helsehjelp blir satt til mer enn fire måneder, skal pasienten i første brev vite hvilken uke helsehjelp vil bli gitt. Det betinger en lengre planleggingshorisont. Det meldes om at punktet følges opp av kontorledere og at temaet tas opp regelmessig på oppfølgingsmøter i divisjoner.

- **Arbeidet med at det ikke skal være korridorpasienter.**

Det har gjennomsnittlig vært 0,8 prosent korridorpasienter i Sykehuset Innlandet i 2016. Omfanget av korridorpasienter varierer mellom divisjoner og over tid, men har topper i ferieperioder da pasientvolumet kan være stort samtidig med at enkelte sengeposter er stengt på grunn av ferieavvikling, eller ved sesonginfluensa. Noen kommuner har hatt problemer med å ta i mot utskrivningsklare pasienter. Det har vært gjennomført tiltak med å benytte pasienthotellsenger, overflyttinger til andre avdelinger, og det har blitt etablert ordninger med sengeansvarlige som har styrt bruken på tvers av avdelinger. Det har også vært dialog med kommunehelsetjenesten for å redusere antallet utskrivningsklare pasienter.

- **Arbeidet med å spre alle innsatsområder som er igangsatt i pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7" til relevante enheter/avdelinger.**

Tall på spredning - 3. tertial 2016			
Divisjon:			
Sykehuset Innlandet			
Innsatsområde	Antall relevante enheter	Antall enheter som har implementert tiltakene	Prosentvis mål på spredning
Trygg kirurgi	12	12	100 %
Behandling av hjerneslag	12	12	100 %
Samstemming av legemiddellister	67	63	94 %
Infeksjon ved SVK	21	15	71 %
Trykksår	32	20	63 %
Fall	36	33	92 %
Urinveisinfeksjoner	35	34	97 %
Forebygging av selvmord	21	21	100 %
Forebygging av overdosedødsfall	4	4	100 %

- Det er små endringer i implementeringsgraden gjennom 2016, men behandling av hjerneslag er iverksatt på alle relevante enheter pr. 3. tertial.
- De fleste enhetene har tatt i bruk tavlemøter, og det er en øket interesse for forbedringstavler ved spesialavdelinger og innen psykisk helsevern. Det har vært gjennomført evalueringer av innhold på tavlene, med tydeligere prioritering av innsatsområder. En identifisert suksessfaktor er engasjerte leger. Pasientsikkerhetsbok med tiltakskort er gjennomgående i bruk.

- Flere leger og sykepleiere har nå gjennomført ulike forbedringsagent-utdanninger i regi av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet eller Den norske Legeforening.
- Fire e-tavler er testet ut og rapport vil være klar primo 2017 som underlag for en beslutning om eventuell videre spredning. Det vil forenkles dokumentasjon og målinger sammenlignet med manuelle tavler.
- Psykisk helsevern har fortsatt satsningen på samstemming av legemidler i hele divisjonen.
- Prehospitale tjenester har fokus på at pasienter må medbringe sine legemiddellister ved overflytning mellom hjem og institusjon.
- Laboratorietjenesten bidrar inn i pasientsikkerhetsarbeidet med optimalisering av transport og analyse av blodprøver og prøver til mikrobiologi.

Sykehuset Innlandet ønsker spesielt å prioritere tidlig oppdagelse og behandling av sepsis som innsatsområde i 2017.

- **Arbeidet med å redusere sykehusinfeksjoner. Mål for sykehusinfeksjoner skal beskrives i forhold til krav fra Helse Sør-Øst om at andel sykehusinfeksjoner være mindre enn tre prosent.**

Sykehusinfeksjoner er fortsatt en utfordring ut fra resultatene i prevalensundersøkelser. I 2016 ble det av ressurs-hensyn bare gjennomført 3 målinger, som viste 4,6 prosent, 3,9 prosent og 5,5 prosent (36 pasienter), dvs. ingen av dem viste prevalens på under 3 prosent. Nedre luftveisinfeksjoner var den hyppigste formen i 4. kvartal 2016 (2,1 prosent, 14 pasienter).

- **Arbeidet med å etablere antibiotikastyringsprogram i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens, herunder at samlet bruk av de fem bredspektrede midlene karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner skal reduseres med 30 prosent innen 2020 sammenlignet med 2012.**

Det er etablert et sentralt antibiotikastyringsteam (A-team) i foretaket, som har gjennomgått opplæring i regi av Helse Bergen. Et mandat for arbeidet er godkjent, og det er utarbeidet statistikk som underlag for forbedringsarbeidet. Utviklingen av forbruket av de fem bredspektrede antibiotika har gått i feil retning de seneste årene. Antibiotikastyringsprogrammet har vært tema på fagdag i smittevern for sykehus og kommuner i september. Det er startet opp undervisning av leger og sykepleiere, men arbeidet kommer først systematisk i gang i 2017, bl.a. med lokale A-team, dokumentasjon i journal av begrunnelse for bruk, revurdering etter 3 dager og antibiotika-bruk som eget oppfølgingspunkt på risikotavler.

- **Arbeidet med å gjennomføre fire prevalensmålinger per år av sykehusinfeksjoner.**

Sykehuset Innlandet har gjennomført fire prevalensmålinger i året gjennom mange år, men vedtok å redusere til de to obligatoriske målingene fra 2016 av ressurs- og prioriterings-hensyn. Etter presisering fra Helse Sør-Øst i oppdrag og bestilling til foretaket ble det gjennomført tre målinger i 2016, og fra 2017 er Sykehuset Innlandet tilbake til å gjennomføre prevalensmålinger på fire faste datoer gjennom året. Målingene gjennomføres ved alle somatiske divisjoner.

- **Arbeidet med å oppnå minst 70 prosent andel ved årsslutt både for kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp og for andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført for kreftpasienter innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp:**

Sykehuset Innlandet innfrir samlet sett kravene på 70 prosent både når det gjelder andelen som registreres in i pakkeforløp og andelen som får oppstart behandling innenfor definerte standard forløpstider.

For de fire kreftformene tykk- og endetarmskreft, lungekreft, prostatakreft og brystkreft, er det bare for prostatakreft at andelen inn i pakkeforløp ikke er innfridd (63 prosent). Når det gjelder andelen innenfor normert forløpstid for disse kreftformene innfris kravene for kirurgisk behandling av brystkreft og tykk- og endetarmskreft. Tiden til oppstart av medisinsk behandling av flere kreftformer har økt i 2016, og dette er en negativ utvikling som blir fulgt særskilt opp i 2017.

Divisjonene har etablert forløpskoordinatorer for alle aktuelle pakkeforløp. Det er fokus på riktig registrering for alle trinn i pakkeforløpene, og arbeidet er ressurskrevende. Et godt fungerende nettverk av dedikerte forløpskoordinatorer brukes til erfaringsutveksling og forbedringsarbeid. Det er fokus på at hele pasientforløpet skal koordineres. For noen krefttyper oppleves Oslo universitetssykehus fortsatt som en flaskehals med for dårlig operasjonskapasitet.

Avdeling for patologi registrerer svartid på vevsprøver med klinisk mistanke om kreft og merket med cito (hasteprobe) eller pakkeforløp i bryst (gjennomsnittlig 2,7 dager), lunge (gjennomsnittlig 3,3 dager), tykktarm (gjennomsnittlig 2,9 dager) og prostata (gjennomsnittlig 4,9 dager). Prøvene prioriteres fremfor alle andre prøver, noe som gir lenger svartid for andre grupper prøver.

- **Arbeidet med å ansette sosialpediatere i alle barneavdelinger og gjennomføre at overgrepsutsatte barn som avhøres ved Statens barnehus skal tilbys medisinsk undersøkelse.**

Et fast team med leger og sykepleiere fra Barne- og ungdomsavdelingen ved SI Lillehammer har siden 2012 hatt ansvar for de medisinske undersøkelsene av barn ved Statens barnehus på Hamar. Budsjetten for divisjon Lillehammer ble økt med kr 600 000 i 2016 for å ivareta denne funksjonen.

- **Arbeidet med oppfølging av ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep, herunder å ha inngått avtaler med videreførte robuste kommunale overgrepsmottak innen fastsatte frister.**

Finansieringsansvaret for tilbud til overgrepsutsatte barn og voksne ble spesialisthelsetjenestens ansvar fra 1. januar 2016. Dette medfører reduserte inntekter fra kommunene på om lag 3,3 mill. kr i året, og Sykehuset Innlandet ble derfor nødt til å se organisering og lokalisering av overgrepsmottak på nytt. Overgrepsmottaket på SI Gjøvik flyttet fra SI Gjøvik til SI Lillehammer 1.mai 2016. Det er sendt ut informasjon om dette til kommunene og andre samarbeidende organer.

- **Eventuell oppfølging av Helsedirektoratets nasjonale opplysningskampanje i 2016 for å lære befolkningen å identifisere symptomer på hjerneslag**

Kommunikasjonsavdelingen i Sykehuset Innlandet publiserte informasjonen fra Helsedirektoratet via flere kanaler: plakater, Intranett, foretakets hjemmesider og på Facebook. Det er utarbeidet en behandlingslinje for hjerneslag som er publisert på Internett med pasientinformasjon om FAST-regelen som hjelper å avsløre hjerneslag.

- **Arbeidet med å bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene, slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger.**

Sykehuset Innlandet har sett en økning i antall tilfeller med mistanke om og bekreftet resistente mikrober blant asylsøkere og flyktninger, og det er spesielt fokus på veiledning om meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) og tuberkulose overfor kommunene. Veiledning skjer i samarbeid med lokale akuttmottak og ordinære mottak, og er tema i dialogen med samarbeidskommuner gjennom geografiske samarbeidsutvalg (GSU). Avdelingene for medisinsk biokjemi og medisinsk mikrobiologi bistår kommunehelsetjenesten i prøvetakning og veiledning for tuberkulose testing av asylsøkere. Enkelte helsestasjoner og legekontor har også fått veiledning i prøvetakning i kommunene. Kommunene har også fått veiledning gjennom prøvesvar etter analysering av disse prøvene.

Det er i gang et samarbeidsprosjekt mellom NTNU og SI Gjøvik indremedisinsk avdeling med tema kommunikasjon med fremmedspråklige. Målet er på sikt å utvikle digitale hjelpemidler for å sikre god hverdagskommunikasjon mellom pasient og personale.

- **Arbeidet med å etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, herunder vurdere om det er hensiktsmessig å inngå særskilte samarbeidsavtaler.**

Det gjennomføres regelmessige samarbeidsmøter mellom foretaksledelsen og NAV.

Støttefunksjoner

- **forbedring og videreutvikling av den nasjonale nødmeldingstjenesten gjennom tverretattlig "program for forbedring av nødmeldingstjenesten"**

Dette er initiert fra Justisdepartementet, og er et program for å samkjøre og videreutvikle samarbeid på tvers av etater og innad i foretak. Politi og brann vedtok i 2016 samlokalisering for Innlandet av telefon 110 og 112 ved Innlandet politidistrikt, Hamar. Helse er ikke inkludert i disse planene. I forbindelse med politireformen har noe av aktiviteten i samarbeidsfora vært redusert pga stor arbeidsmengde hos politiet i 2016.

I 2016 har det vært stort fokus på operativt samarbeid, spesielt PLIVO (pågående og livstruende vold), med mange felles samlinger og øvelser i Hedmark og Oppland.

Programmet til Justisdepartementet beskriver;

- Hvilke oppgaver skal håndteres nødmeldetjenesten, og hva skal standardiseres?
- Likeverdig tilbud i nødsituasjoner?
- Optimal organisering av AMK sentraler
- Samvirke mellom nødetater

Disse punktene er utredet og beskrevet i prosjekter ledet av Helse Sør-Øst RHF, med deltagelse fra prehospitall divisjon Sykehuset Innlandet. Følgende prosjekter er gjennomført i forbindelse med dette (oppstart 2014, vil gå ut 2017):

År 2014

- Felles arbeidsprosesser i prehospitale tjenester med fokus på nødmeldetjenesten
- Styring av luftambulanse
- Etablering av én AMK-LA-sentral
- Utredning av reserve AMK-løsning

- Felles arbeidsprosesser i ambulansetjenesten
- Målarkitektur og kravspesifikasjon for IKT-løsningene i prehospitale tjenester (inkl. EPJ)
- Standardisering, utvikling og samhandling mellom AMK-sentralene (utvalgte områder)

År 2015

- Utredning av fellesfunksjon for å sikre standardisering og ensartet utvikling av prehospitale tjenester
- Prehospitale lege- og spesialressurser i Helse Sør-Øst
- Nasjonalt/regionalt IKT-prosjekt
- Videre detaljering funksjonell kravspesifikasjon prehospital EPJ

År 2016

- Strategiplan for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst
- Standardiserte arbeidsprosesser og prosedyrer i AMK
- Samhandling kommune- og spesialisthelsetjenesten

År 2017:

- Standardisert opplæring og kompetanse i AMK
- Opplæring og kompetanse i ambulansetjenesten
- Kvalitetsindikatorer og virksomhetsstyring
- Optimal ressursutnyttelse ved transport av pasienter
- Prehospitale tjenester og regional utviklingsplan

- **Beskrivelse av oppfølging og status for arbeidet med tilskudd på 1 mill. kr til pilotprosjekt forankret ved Valdres lokalmedisinske senter.**

Disse midlene er fordelt fra Helsedirektoratet til Nord-Aurdal kommune som vertskommune for Valdres lokalmedisinske senter (VLMS). Mandat for pilotprosjektet er utarbeidet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, VLMS og Sykehuset Innlandet. I og med at midlene er kanalisert til kommunal side, er prosjektledelsen utpekt fra VLMS. Prosjektet har fått bekreftet en videreføring i 2017 med ytterligere 2 mill. kr gjennom Statsbudsjettet, som inkluderes i gjennomføringen av prosjektet.

Ledelse, bemanning, arbeidsmiljø og HMS

- **Oppfølging av forhold som er omtalt i Riksrevisjonens undersøkelse av pleieressursene i helseforetakene.**

Riksrevisjonens rapport er referert både i ledergruppa og har vært i Styret som en orienteringssak. Divisjonene er kjent med Riksrevisjonens rapport og følger opp personalbruk på sengeposter målt mot aktivitet.

- **Arbeidet med å prioritere ledelse og lederutvikling som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og ha stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og innovasjon.**

Ledelse og lederutvikling har vært et av fire hovedfokusområder i Sykehuset Innlandet sin HR-strategi. Et velfungerende ledelsesapparat er avgjørende for foretakets virksomhet. Det arbeides systematisk med individuell ledelsesutvikling i helseforetaket, og det pågår kontinuerlig ulike utviklings- og opplæringstiltak for å videreutvikle lederkompetansen.

For å ivareta divisjonenes ønske om mer gruppebasert tilnærming til lederutvikling ble det gjennomført ledergruppeutvikling for divisjonsledergruppene ved divisjonene Elverum-Hamar, Psykisk helsevern og Lillehammer i 2016.

For å imøtekomme kravet om å bidra med kompetanseutvikling i kommunene, inviterte helseforetaket ledere i kommunene til å delta i lederutviklingsprogrammet «Det personlige lederskapet» i 2016.

- **Arbeidet med bruken av faste stillinger, heltid og vikarer, og at bemanningen må tilpasses til aktiviteten.**

Bruk av aktivitetsstyrt bemanning, faste stillinger, heltid og vikarer er et sentralt område i oppfølging av divisjonene. Se for øvrig nedenfor hvor prosjektet knyttet til ressursstyring er beskrevet.

- **Arbeidet med å ta i bruk ny nasjonal bemanningsmodell for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov.**

Tekniske utfordringer har ført til at bemanningsmodellen ikke har vært tilgjengelig i foretaket i 2016. Modellen er derfor ikke tatt i bruk. Foretaket har vært representert med 3 deltakere på opplæringen av nasjonal bemanningsmodell i regi av Helse Sør-Øst i desember 2016.

- **Arbeidet med å etablere klare rutiner for aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og kompetanseplaner.**

Det er etablert egne prosedyrer i foretaket for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging. Tilsvarende er det også utarbeidet rutiner for kompetansekartlegging og utvikling. Disse prosedyrene og rutinene legges til grunn for linjeledelsens arbeid med å anvende personellressursene på en mest mulig hensiktsmessig måte, og videreutvikle ansattes kompetanse i tråd med virksomhetens behov.

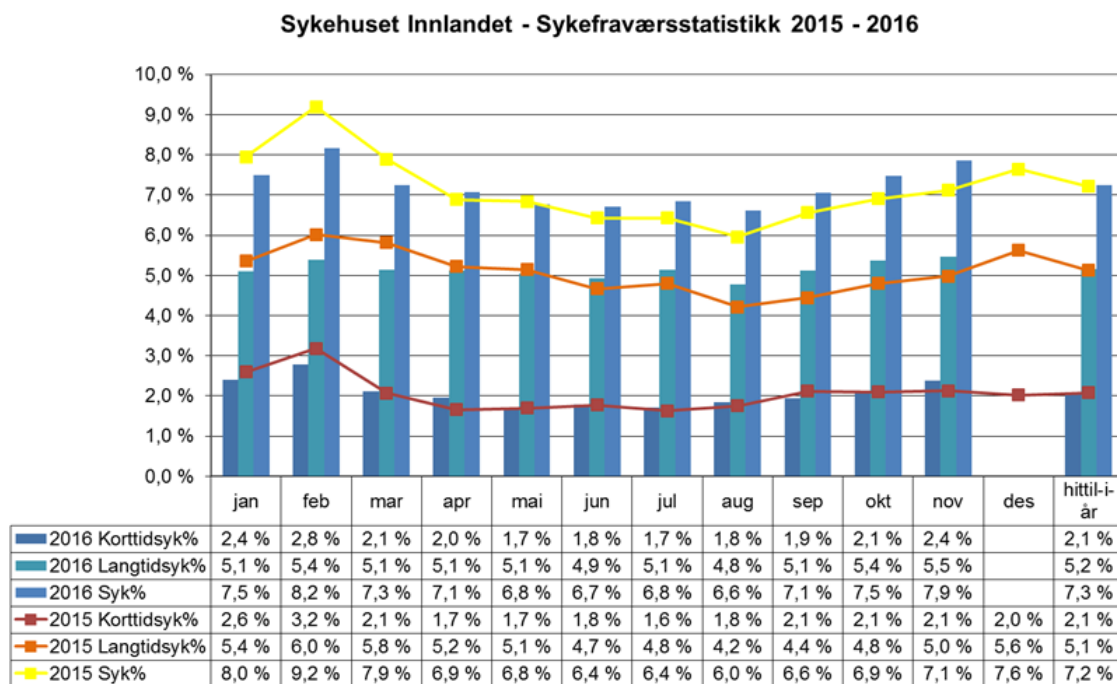
Det er etablert et prosjekt blant annet for å imøtekomme styringskravet. For å ivareta en helhetlig tilnærming til foretakets bruk av ressurser, ses arbeidet med bruken av faste stillinger, heltid og vikarer i sammenheng med dette prosjektet.

Prosjektet har følgende målsettinger i mandatet:

- Det skal planlegges og gjennomføres opplæring av ledere innen ressursstyring og bemanningsplanlegging
- Forvalte og videreutvikle foretakets egne verktøy for ressursstyring.
- Verktøy for ressursstyring utviklet av eksterne samarbeidspartnere skal løpende vurderes med hensyn til en innføring i foretaket.
- Prosjekter knyttet til ressursstyring i Sykehuset Innlandet skal koordineres og erfaringer spres til resten av foretaket.
- Det skal planlegges og gjennomføres kompetansehevende tiltak innen området ressursstyring og bemanningsplanlegging i stab og støttefunksjoner (HR, økonomi, helsefag, divisjonsstøtte) for å sikre tilstrekkelig kompetanse innenfor området omstilling.
- Utarbeide og bidra til innføring av en struktur for hvordan stabsområdene bistår ledere i ressursstyringsarbeid.

- Videreføre arbeidet for å bedre pasientsikkerheten og se dette i sammenheng med helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

Oppfølging av arbeid med høyt sykefravær, spesielt korttidsfravær, er viktig da det kan gå ut over pasientsikkerheten hvis det ikke er mulig å skaffe vikar. Sykehus Innlandet har fått statistikk tom november måned for utvikling av sykefravær:



Sykefraværsprosenten for november ligger 0,8 prosentpoeng høyere enn samme måned i fjor. Sykefraværsprosenten har ligget høyere enn fjoråret de seks siste månedene. Likevel viser sykefraværutviklingen hittil i år et sykefravær som ligger marginalt høyere enn fjoråret. Utviklingen gir grunn til bekymring dersom det høyere nivået fortsetter utover i 2017. Med det omfanget arbeidsstyrken i foretaket har, vil en økning i sykefraværet på 0,4 prosentpoeng, medføre en økning i månedsværk for sykevikar på 20 – 30 brutto månedsværk pr. måned, avhengig av i hvilken grad det må engasjeres vikar for den sykmeldte.

Samtlige divisjoner i Sykehus Innlandet arbeider aktivt for å redusere sykefraværet og det jobbes godt med oppfølging av sykemeldte medarbeidere. Det er stor ressursinnsats knyttet til tilrettelegging og individuell tilpasning for å forhindre sykefravær, og divisjonene har fokus på nærværsfaktorer, og Sykehuset Innlandet som helsefremmende arbeidsplass. Alle divisjoner har egne IA-handlingsplaner (Inkluderende Arbeidsliv), og sykefraværarbeidet følges opp i samarbeid med NAV, ansattes organisasjoner og divisjonenes arbeidsmiljøutvalg.

Et mål i arbeidet med Inkluderende Arbeidsliv er blant annet å beholde eldre arbeidstakere lengre i arbeidslivet, og sikre verdifull kompetanse som også gir god pasientsikkerhet.

Sykehuset Innlandet arbeider med å utvikle et nytt hendelsehåndteringssystem som erstatning for TQM Helse, som er under pilotering og planlagt ferdigstilt 1. halvår 2017. Det er bygget opp med en klassifisering tilsvarende den som Helsedirektoratet har utarbeidet, og gir større mulighet til å hente ut strukturerte data som underlag for prioritering og konkret forbedringsarbeid på avdelingsnivå. Sykehuset Innlandet støtter initiativet om å slå sammen den årlige

medarbeiderundersøkelsen med pasientsikkerhetskulturundersøkelsen for å knytte sammen HMS-aspektet og pasientsikkerhetsaspektet med felles handlingsplaner og forbedringsområder. Arbeidet med en felles undersøkelse koordineres av HMS-avdelingen innen HR.

- **Bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå.**

Foretaket har en forholdsmessig stor andel kvinnelige ledere. Dette gjelder også på ledernivå 2 i SI.

Gjennom året har administrerende direktør gjennomført dialogmøter mellom foretakets toppledelse og kvinnelige ledere med legebakgrunn. Hensikten er å kartlegge motivasjon og finne tiltak som kan bidra til å rekruttere flere kvinner inn i lederposisjoner.

- **Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.**

Medarbeiderundersøkelsen ble gjennomført høsten 2016.

Foretaket har etablerte prosesser rundt oppfølging av de årlige medarbeiderundersøkelsene. Oppfølgingsarbeidet blir ivaretatt i divisjonene. Det gjennomføres avdelingsvise tilbakemeldingsmøter hvor det utarbeides tiltaksplaner med forbedrings- og bevaringsområder. Tiltaksplanene registreres elektronisk slik at de enkelt kan følges opp. Samtlige divisjoner har en kontaktperson i HR-avdelingen som kan bistå ledere i oppfølgingsarbeidet. Oppfølging av medarbeiderundersøkelsen er tema i oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og divisjonsdirektørene, og det er satt krav om oppfølging i den enkelte linjeleders lederavtale. I tillegg er dette tema i foretakets HAMU og i de divisjonsvise AMUene.

I 2016 har 71 prosent av medarbeiderne svart på undersøkelsen, og av disse har 57 prosent svart at de har vært involvert i oppfølgingen av forrige medarbeiderundersøkelse.

Forskning, innovasjon og utdanning

- **Arbeidet med å synliggjøre utdanningsaktivitet.**

Praksisplasser innen bachelorutdanninger innen helsefagene.

Sykehuset Innlandet har totalansvaret for å yte praksisplasser innen bachelorutdanninger i barnevern, ergoterapi, radiografi, sosialt arbeid, sykepleie og vernepleie fra Høgskolen i Hedmark, Høgskolen i Lillehammer og NTNU Gjøvik. Gjennom omstilling har Sykehuset Innlandet endret seg og det er utfordrende å oppfylle utdanningsinstitusjonenes behov, men disse utdanningene er viktige for Sykehuset Innlandet i rekrutteringsøyemed. Dette utgjør ca. 400 studenter til enhver tid i studieåret.

Innen bachelorutdanning yter Sykehuset Innlandet praksisplasser til Høgskolen i Oslo og Akershus, NTNU Ålesund og NTNU Sør-Trøndelag innen bioingeniør. Dette er likevel i mindre målestokk.

Utdanning og praksisplasser innen videreutdanning i sykepleie i somatisk sykepleie.

Sykehuset Innlandet inngår avtale om 80 prosent lønn under utdanning for sykepleiere i videreutdanning jfr. hovedavtalen. Sykehuset Innlandet holder praksisplasser til de som er i

utdanning med slik avtale, samt alle de øvrige som innlandshøgskolene utdanner med praksis. 10 innen anestesisykepleie, 16 innen intensivsykepleie og 14 innen operasjonssykepleie.

Turnusleger.

Sykehuset Innlandet mottar 48 turnuskandidater i medisin i vår halvåret og 48 i høsthalvåret.

Turnuskandidater i fysioterapi.

Sykehuset Innlandet har 7 stillinger for turnuskandidater og i tillegg til dette har vi blitt pålagt 3 stillinger til de to siste år.

Videreutdanning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det er ca. 55 medarbeidere i videreutdanning. Dette er i hovedsak sykepleiere, men også flere psykologer og noen sosionomer og ergoterapeuter.

Mastergradsutdanninger.

Flere medarbeidere innen helsefagene er i mastergradsutdanninger. Dette er ikke tallfestet, da noen har avtale med arbeidsgiver, mens andre tar utdanningen uten avtale.

- **Arbeidet med læringsaktiviteter og utdanningsløp for leger i spesialisering (LIS) i eget helseforetak og i samarbeid med det regionale utdanningssenteret og andre helseforetak i landet.**

Det er opprettet et prosjekt for å fasilitere innføring av ny utdanningsmodell for spesialistutdanningen i Sykehuset Innlandet. Prosjektet skal legge til rette for at Sykehuset Innlandet får godkjenning i henhold til ny utdanningsmodell for LIS. Et prosjektsekretariat med prosjektleder og ressurser fra HR og stabsområde Helse vil tilrettelegge for prosjektets fremdrift. Prosjektsekretariatet rapporterer til fagdirektør. For å kvalitetssikre arbeidet samt sikre at det innholdsmessig blir tilfredsstillende, er det etablert en prosjektgruppe og arbeidsgrupper med representanter fra klinikere. Det er et linjeansvar å sørge for implementering, gjennomføring, sikre måloppnåelse og forstå løpende forbedring av utdanningsmodell. Det legges opp til jevnlig orientering og drøfting i ledergrupper for å sikre at ny modell kan implementeres på en god måte. Det vil nå bli plukket ut 22 personer som skal veilede de som tas opp i første opptak i september. De vil få utdanning i veilederkompetanse hos Regionalt Utdanningssenter. Det vil tilrettelegges med IKT-løsning som støtte for individuelle utdanningsplaner, og prosjektet vil også bidra i innfasing av læringsmål vedr felles kompetansemoduler med tilretteleggelse av diverse læringsaktiviteter. Sykehuset Innlandet deltar også i samarbeidsorganet som er opprettet mellom det Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene i forbindelse med innføring av del 1.

- **Arbeidet med tverregionalt samarbeid som planlegger for oppstart av ny spesialitetsstruktur for leger i 2017 for å sikre en nasjonal, samordnet spesialistutdanning.**

Må svares ut av det regionale helseforetaket.

- **Arbeidet med kompetanseutvikling, videre- og etterutdanning, videreutvikle tilbud gjennom e-læring, simulatortrening mv.**

Sykehuset Innlandet har et godt og tett samarbeid med de tre høyskolene/universitet i Innlandet gjennom samarbeidsavtaler og faste møtepunkt. Helseforetakets behov for tilrettelagt etter- og videreutdanning blir raskt og godt effektivt. Dette spesielt gjennom videreutdanning innen sykepleie som anestesi/intensiv/operasjon sykepleie, kreftsykepleie, lindrende behandling og innen psykisk helsearbeid.

Sykehuset Innlandet har egen simuleringsenhet innenfor psykisk helsearbeid, ferdighetstrening på kommunikasjon og teamarbeid. NTNU Gjøvik og Høgskolen i Hedmark har store og velutviklede simuleringsenheter som Sykehuset Innlandet benytter seg av, både i form av bytte av ressurser og leie.

Sykehuset Innlandet har egen spesialrådgiver innen e læring som aktivt stimulerer til utvikling av egne e læringskurs og bruk av andre tilgjengelige e lærings kurs.

Sykehuset Innlandet har i dag 54 ansatte i PhD løp(forskerutdanning), og 9 ansatte i post. doc. stilling som i hovedsak finansieres over interne SI-midler. Denne satsningen utgjør et vesentlig virkemiddel for å utvikle forskningsaktivitet og – kultur i organisasjonen.

- **Arbeidet med å bidra til realisering av regional forskningsstrategi, sørge for en forsvarlig lokal infrastruktur for egen forskning og aktivt gjøre bruk av regionale forskningsstøttefunksjoner.**

Sykehuset Innlandet er gjennom forskningsavdelingen aktivt med i realisering av regional forskningsstrategi. Det er deltagelse i mange møter og utvalg på regionalt nivå. Eksempler på dette er deltagelse i Regionalt forskningsutvalg og Programstyret for IKT i forskning. Gjennom dette samarbeidet deltar Sykehuset Innlandet aktivt med utarbeiding og implementering av Helse Sør-Øst forskningsstrategi som igjen er mal for vår egen strategi. Økonomisk er det enda igjen et stykke før Sykehuset Innlandet har nådd regionenes målsetting med hensyn til ressurser til forskning. En viktig del av arbeidet til forskningsavdelingen er utlysning, vurdering av prosjektsøknader og tildeling av midler til forskning. Her er det en infrastruktur med eksterne fagkomite som kvalitetsvurderer søknadene, og i tillegg går det interne forskningsutvalget gjennom søknadene. I søknadsprosedyrene er kriteriene fra regional forskningsstrategi innarbeidet. Når det gjelder regionale økonomiske støtteordninger ble to prosjekt tildelt støtte fra Helse Sør-Østs tildeling av midler. Det er innført som et krav ved søknad om interne midler at det parallelt skal sendes en søknad til regionen.

- **Arbeidet med å styrke brukervedvirkningen i forskning.**

Som et virkemiddel for å styrke brukervedvirkning i forskning er brukervedvirkning innført som et kriterium for tildeling av interne midler til forskningsprosjekter. Videre er representant fra Brukerutvalget oppnevnt som fast medlem i sykehusets Forskningsutvalg, som er det organ som vurderer og tildeler midler til forskningsprosjekter i Sykehuset Innlandet. På denne måte er to viktige virkemidler for å styrke brukervedvirkning i det som er av forskningsprosjekter innført.

- **Arbeidet med å styrke samarbeidet med andre helseforetak/sykehus om gjennomføring av kliniske studier.**

Sykehuset Innlandet har en rekke samarbeidsprosjekter med andre helseforetak både innenfor og utenfor regionen. Det er også i ferd med å bli utviklet et godt internasjonalt samarbeid med universitet og sykehusmiljøer. Ved kliniske studier følger Sykehuset Innlandet nasjonale og regionale føringer. Det foregår i tillegg samarbeid gjennom oppdragsforskning, som da er initiert av legemiddelindustrien. I juni 2015 ble det inngått avtale med Invent2, og all ny oppdragsforskning i Sykehuset Innlandet fra denne dato går via Invent2.

4. RAPPORTERING FOR KRAV OG RAMMER 2016

4.1. Organisatoriske krav og rammer

Innkjøp og logistikk

- **Utarbeide en analyse av forskjellene mellom egen praksis for vareforsyning, mot felles praksis i regionen og fremlegge denne for Helse Sør-Øst RHF innen utgang av andre kvartal 2016**

Gapanalysen ble oversendt Helse Sør-Øst RHF i henhold til oppgitt tidsfrist.

- **Igangsette arbeidet med endring i helseforetaket, basert på funnene i analysen, senest i tredje kvartal 2016**

Foretaket har gjennomført en gapanalyse. Noen mindre avvik er identifisert og tiltak for lukking av disse er planlagt og dokumentert. Gapanalysen viser at krav for å oppnå målbildet som er satt vil medføre store ombygninger og omveltning i arealer på lager og ute i klinikken. Foretaket ser at dette er svært kostnadskrevenende og lite ressurseffektivt.

- **Etablere rutiner og rapportere på måleparametret “*Tap på forsinket avtaleimplementering*” i første tertial 2016 og etablere dokumenterte rutiner for utarbeidelse av målsettinger og forbedringsarbeid knyttet til denne målingen**

Etablering av rutiner og rapportering på måleparametret “Tap på forsinket avtaleimplementering” gjennomføres i et felles regionalt prosjekt ledet av Helse Sør-Øst RHF. Etter samråd med eier blir det etablert en felles målemetode i «innkjøpsportalen» for innrapportering på måleparametret. Dette arbeidet blir ferdigstilt i løpet av høsten og man vil begynne registrering så fort som mulig. Innrapportering og måling vil skje fra årsskiftet 2016/2017. SI og øvrige foretak vil ikke starte med målinger enda.

- **Bidra i det regionale arbeidet med å videreutvikle øvrige felles måleparametre**

Sykehuset Innlandet deltar i dette arbeidet.

Annet

- **Etablere rutiner som sikrer at alvorlige hendelser i elektronisk pasient journal (EPJ), pasient administrativt system (PAS) og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører.**

Alvorlige feil og mangler i PAS/EPJ rapporteres til Sykehus Partner HF. Innen regionen gjennomføres månedlige møter hvor status på feilsituasjoner gjennomgås. Hvis det meldes kritiske feil har Helse Sør-Øst RHF en rolle som involverer varsling til helseforetakene i foretaksgruppa og til de andre regionale helseforetakene.

- **Etablere systemer og rutiner som sikrer oppfølging og lukking av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet**

Sykehuset Innlandet har innført beslutningsstyrt tilgang og lukket avvik knyttet til tilgangsstyringen. Det er vedtatt at det skal innføres et regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet ved alle foretak i Helse Sør-Øst.

Det pågår et regionalt prosjekt for innføring av IDM (automatisk tildeling/avslutning av tilganger) basert på personalsystemet. Denne tilgangsstyringen legger regional standard til grunn

- **Bidra i redningsledelsen ved hovedredningssentralene og i lokale redningssentraler**

Sykehuset er representert i LRS (kollektiv lokal redningsledelse) for Hedmark og Oppland. Dette fortsetter frem til de nye politidistriktene etablerer ny LRS, noe som skjer i første del av 2017.

Sykehuset Innlandet er representert ved Divisjonsdirektør for Prehospitale tjenester i Fylkesberedskapsrådet for Hedmark og Oppland. Denne arenaen inkluderer alle aktører i området som har interesser innenfor beredskap. Her er også Sivilforsvaret og HV-05 representert.

I tråd med helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 pkt. 11 er det inngått tjenesteavtale nr. 9 med alle kommuner i Sykehuset Innlandet sitt område. Det er startet opp med lokale møter med kommunene for å samordne aktiviteter innenfor beredskapsområdet i tråd med agendaen i avtalen. Det er forskjeller med hensyn til status på gjennomføringen i de ulike geografiske områdene. Det har i 2016 vært et fokus på dette slik at flere møter blir gjennomført i 2017.

Divisjons Prehospitale tjenester representerer også Sykehuset Innlandet i grenseredningsrådet for samarbeid langs grensen til Sverige i Hedmark (Värmland og Dalarna).

Sykehusbygg

- **Utarbeide tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner, med prioritering av tilstandsgrad 2 og 3, som korresponderer med et tilstrekkelig budsjett for oppgradering**

Det er laget tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for 2016. Alle større vedlikeholds investeringer er først lagt inn i Multimap som siden beregner tilstandsgraden. Den legges til grunn for prioriteringene på hva som skal gjennomføres.

Divisjonen har oppgradert tilstandsgraden på alle bygg i helseforetaket i 2016 i henhold til veiledningen. Vedlikeholdsplaner for 2017 blir dermed utarbeidet etter revidert tilstandsgrad. Det er ikke tilstrekkelig budsjett for å oppfylle alle krav i henhold til vedlikeholdsbehovene.

- **Bruke Sykehusbygg HF i alle prosjekter over 500 mill. kr i alle faser**

Det er etablert et godt samarbeid med Sykehusbygg som har bidratt med sin spesialkompetanse som faglige rådgivere i idefasen. Sykehusbygg har bidratt til leveranse av aktivitets- og kapasitetsanalysen, samt med enkeltleveranser i idefasen

- **Kartlegge tilstandsgraden for sine bygg i 2016, under veiledning av Sykehusbygg HF som administrerer databasen**

Sykehuset Innlandet har utført en kartlegging av tilstandskrav i henhold til nasjonal retningslinje (Multimap).

4.2. Økonomiske krav og rammer

Økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Årsresultat 2016

Beløp i 1000 kroner	Vederlagstabell i oppdrag og bestilling 2016	Regnskap 2016
Basisramme	5 943 220	5 592 220
<i>herav kvalitetsbasert finansiering</i>	<i>30 661</i>	<i>30 661</i>
Forskning	2 919	2 919
Nasjonale kompetansetjenester	2 189	2 189
Statlige tilskudd	8 608	8 608
ISF-refusjoner	2 202 162	2 193 683
Inntekter i alt 2016	8 159 098	7 796 148

Beløp i 1000 kroner	Krav i oppdrag og bestilling 2016	Regnskap 2016
Årsresultat	Minimum 50 000	70 122

Sykehuset Innlandet har i hele 2016 hatt høy fokus på oppfølging av tildelt ramme og løpende rapportering og oppfølging innad i hele foretaket.

Foretaket har et positivt resultat på 70,1 mill. kr, 20,1 mill. kr foran budsjett. Dette er midler som skal brukes til investeringer.

Sykehuset Innlandet leverte en samlet prognose på 20 mill. kr etter oktober. Resultatet for 2016 viser 50,1 mill. kr bedre enn denne prognosen. Hovedforklaringen skyldes lavere forbruk av fritt behandlingsvalg både innen psykisk helsevern og somatikk, høykostmedisiner og etterfakturering av gjestepasientinntekter. Dette i tillegg til bedre resultat for divisjonene enn forventet. Prosjekt «50+» som har hatt fokus på hverdagsparing i hele foretaket har hatt effekt.

Avviket på basisramme skyldes reduksjon i pensjonskostnadene.

- **Helseforetaket skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.**

Sykehuset Innlandet har gjennom hele 2016 holdt seg innenfor de gitte rammene for likviditet.

- **Helseforetaket skal forespørre Helse Sør-Øst RHF i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon for dette behovet.**

Sykehuset Innlandet hadde ikke behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme i 2016.

- **Fakturaer som mottas fra HELFO i henhold til vedtatt oppgjørsordning for ordningen “*Fritt behandlingsvalg*” skal betales og er finansiert over basisramme.**

Sykehuset Innlandet har bokført fakturaer fra HELFO knyttet til «fritt behandlingsvalg» i 2016 på 1,2 mill. kr.

- **Virksomheten innen “*Raskere tilbake*” skal videreføres i henhold til de rammebetingelser som er gitt fra Helse Sør-Øst RHF. Midler til finansiering av “*Raskere tilbake*” omfattes ikke av tabellen over, men kommer i tillegg.**

Sykehuset Innlandet ble i 2016 tildelt 13 mill. kr i aktivitetsbasert inntekt og 13 mill. kr i toppfinansiering. Det er gitt midler til følgende prosjekter:

- Nevrologi, Lillehammer
- Klinisk lungepoliklinikk, Granheim
- Muskel- og skjelett poliklinikken, Ottestad
- Hjerneskadeprojektet, Ottestad

For 2016 er det inntektsført 10,6 mill. kr på aktivitetsbaserte inntekter og 10,6 mill. kr er brukt av toppfinansieringsmidlene.

- **Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.**

Sykehuset Innlandet har gjennom hele 2016 holdt seg innenfor de gitte rammene for likviditet.

- **Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2016 skal ikke benyttes til investeringer i 2016 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.**

Det er etablert prinsipper for likviditetsstyring både overordnet fra Helse Sør-Øst, og internt i Sykehuset Innlandet. Disse følges løpende oppgjennom hele året. Resultater i inneværende år benyttes ikke til investeringer før i året etter.

- Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter for etablering av nye investeringsforpliktelser.

Resultatutviklingen i 2016 blir vurdert når investeringsmidler for 2017 fordeles.

4.3. Aktivitet i 2016

Aktivitet i 2016	Somatikk	VOP	BUP	TSB
DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til "sørge for"-ansvaret				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	104 663			
• Oppnådd resultat 2016	103 949			
• Avvik fra krav	-714			
Pasientbehandling				
Antall utskrivninger døgnbehandling				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	67 076	3 404	277	410
• Oppnådd resultat 2016	66 189	3 409	316	409
• Avvik fra krav	-887	5	39	-1
Antall liggedøgn døgnbehandling				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	231 272	79 774	8 279	16 888
• Oppnådd resultat 2016	231 549	82 962	9 346	17 153
• Avvik fra krav	277	3 188	1 067	265
Antall oppholdsdager dagbehandling				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	38 435	0	0	0
• Oppnådd resultat 2016	39 641	8	2	0
• Avvik fra krav	1 206	8	2	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	348 595	130 676	59 493	25 757
• Oppnådd resultat 2016	349 232	118 036	50353	26544
• Avvik fra krav	637	-12 640	-9 140	787

Somatikk

I 2016 er det et negativt avvik i forhold til plantallene på 714 DRG-poeng ("sørge for" - ansvaret). Det har vært noe lavere aktivitet enn planlagt i 2016.

Foretaket har produsert 2 240 flere DRG-poeng sammenlignet med 2015.

I 2016 har det vært behandlet noe færre utskrevne pasienter enn planlagt. Det har vært noe høyere liggedøgn enn planlagt. Det er en økning i antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner sammenlignet med 2015.

Psykisk helsevern

Psykisk helsevern voksne

Aktiviteten på døgnbehandling er høyere enn budsjett, men lavere enn foregående år. Dette har sammenheng med nedleggelse av to døgnposter med totalt 16 døgnplasser. Den polikliniske aktiviteten er 10,7 prosent lavere enn budsjett. Dette skyldes til dels at 6 prosent av stillingene i poliklinikkene har vært ledige og dels lavere produktivitet enn budsjettet. I 2015 var

produktiviteten i poliklinikkene på gjennomsnitt for landet i henhold til Samdata. Produktiviteten har økt i løpet av 2016.

Psykisk helsevern barn og unge

Aktiviteten på døgnbehandlingen er høyere enn budsjett og har økt sammenlignet med fjoråret. Aktiviteten for poliklinikk er lavere enn budsjettet og også lavere enn fjoråret. Dette skyldes overgangsproblemer med bytte av datasystem. Det har også sammenheng med at 6 prosent av stillingene i poliklinikk har vært ledige og dels lavere produktivitet enn budsjettet. BUP hadde ifølge Samdata i 2015 høyere produktivitet enn landsgjennomsnittet.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Antall utskrivninger er lavere enn budsjett mens antall liggedøgn er høyere enn budsjett. Begge parametere viser en markant økning i forhold til 2015. I 2015 flyttet familieenheten fra Hov i Land til Reinsvoll og dette påvirker aktivitetsnivået. Den polikliniske aktiviteten er høyere enn budsjett og viser en betydelig økning siden foregående år. I følge Samdata var produktiviteten i poliklinikkene i 2015 høyere enn landsgjennomsnittet og den har i løpet av 2016 økt ytterligere.

5. ANDRE RAPPORTERINGER

5.1. Oppfølging av det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet

- **Gjennomføring av risikoanalyser og sikre god beredskap for kritisk infrastruktur som vann, strøm og IKT.**

Teknisk drift og vedlikehold har utarbeidet tiltakskort på alle enheter for kritisk infrastruktur (vann, varme og strøm) basert på enkel stedlig risikovurdering. I tillegg er det utarbeidet tiltakskort for smittefarlig avfall, brann, utslipp til ytre miljø og leveranse av medisinske gasser. Verktøy for risikoanalyse er under innføring i Sykehuset Innlandet og forventet innført medio 2017.

- **Arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet**

Planverket for beredskap i Sykehuset Innlandet skal være med og bidra til at spesialisthelsetjenesten i Innlandet kan ivareta tjenestetilbudet i krisesituasjoner. Systemansvar for Beredskapsplanarbeidet er lagt til divisjonsdirektør for divisjon Prehospitale tjenester. Divisjonsdirektørene for de respektive sykehusenhetene har ansvaret for implementering og oppfølging lokalt.

- **Arbeidet med beredskapsplaner**

De ulike emneområder innenfor beredskap er samlet i et felles dokument for beredskap. Planverket er gjort tilgjengelig for ledelsen også utenfor Sykehuset Innlandet sine datasystemer på deres iPad, hvor siste nedlastet versjon ligger lagret offline.

Det er etablert en tredeling av planverket hvor det på overordnet nivå i Sykehuset Innlandet er beskrevet struktur på planverk, krav til divisjonene, roller, ansvar, krav til øvelser, beskrivelse av varslingsrutiner, tiltakskort og loggføring/rapportering. Felles faglige emneområder som gjelder alle divisjoner i Sykehuset er samlet i den samme beredskapsportalen.

Alle divisjoner har en lokal beredskapsportal som beskriver hva som konkret gjelder i den enkelte divisjon. I tillegg er det på alle enheter en plakat som beskriver hva man skal gjøre når noe skjer. På post/avdelinger er det også tilgjengelige tiltakskort og varslingslister.

Planverket oppdateres rullerende basert på nye føringer og innspill til planverket. Etter omlegging til ny struktur av planverket i 2015 er det nå kun en divisjon som ikke har fått ferdigstilt sitt planverk.

Samordning/koordinering i forhold til berørte parter (sentrale samarbeidspartnere)

Sykehuset er representert i LRS (kollektiv lokal redningsledelse) for Hedmark og Oppland. Dette fortsetter frem til de nye politidistriktene etablerer ny LRS, noe som skjer i første del av 2017.

Sykehuset Innlandet er representert ved divisjonsdirektør for Prehospitale tjenester i Fylkesberedskapsrådet for Hedmark og Oppland. Denne arenaen inkluderer alle aktører i området som har interesser innenfor beredskap. Her er også Sivilforsvaret og HV-05 representert.

I tråd med helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 pkt. 11, er det inngått tjenesteavtale nr. 9 med alle kommuner i Sykehuset Innlandet sitt område. Det er startet opp med lokale møter med kommunene for å samordne aktiviteter innenfor beredskapsområdet i tråd med agendaen i avtalen. Det er forskjeller mht. status på gjennomføringen i de ulike geografiske områdene. Det er i 2016 vært et fokus på dette slik at flere møter blir gjennomført i 2017.

Divisjons Prehospitale tjenester representerer også Sykehuset Innlandet i grenseredningsrådet for samarbeid langs grensen til Sverige i Hedmark (Värmland og Dalarna).

• Øvingsaktiviteter

Øvingsaktiviteter internt

For sykehusdivisjonene er det gjennomført BEST-øvelser og lokale varslingsøvelser. Divisjon Eiendom og Intern service har gjennomført tester med nødstrøm og aggregater ved utvalgte divisjoner.

Øvingsaktiviteter i samarbeid med andre

Sykehuset Innlandet prioriterer å delta på samvirkeøvelser som gjennomføres i regi av øvingsutvalget, Forsvaret (HV05) og Grenseredningsrådet. I tillegg til felles øvelser initieres det mange lokale øvelser i de ulike divisjonene som involverer AMK.

Sykehuset Innlandet har deltatt i flere samvirkeøvelser i 2016:

- Øvelse Kongsvinger som var i regi av øvingsutvalget i Hedmark.
- Mjøsa III, en øvelse i regi av Forsvaret (HV-05)
- Skibladner i regi av øvingsutvalget i Oppland
- CBRNe, farlig gods - Biri, i regi av øvingsutvalget i Oppland
- Øvelser og møter i regi av Statens Vegvesen og Bane Nor i forbindelse med etablering av nye vei og jernbanestrekninger / tuneller.
- Grenseredningsøvelse, table-top
- Varslingsøvelser, Fylkesmannen

Observatøraktiviteter

Sykehuset Innlandet har ikke deltatt på øvelser hvor vi kun har vært observatør.

- **Oppfølging av sikkerhetsloven**

Det er klargjort i Sykehuset Innlandet hvordan ansvaret for sikkerhetsloven skal ivaretas.

Ansvaret for oppfølging er tillagt divisjon Eiendom og internservice.

Det er definert hvem som skal sikkerhetsklarerer i Sykehuset Innlandet for å kunne håndtere og lagre mottatte dokumenter. Blankett for sikkerhetserklæring sendes i løpet av primo januar til Helse Sør-Øst RHF. Ytterligere sikkerhetsklareringer i Sykehuset Innlandet vil bli initiert når sikkerhetsleder er sikkerhetsklarert.

Det er planlagt hvordan det praktiske med lagring av sikkerhetsgradert informasjon skal ivaretas. Utstyr til regimet rundt ivaretagelse av sikkerhetsgradert informasjon er satt i bestilling.

- **Oppfølging av Nasjonal prosedyre for nødetatens samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO)**

Det er gjennomført mye opplæring knyttet til PLIVO i løpet av 2016. Opplæringsopplegg har vært i regi av Politiet og kurs er gjennomført også med bruk av egne instruktører.

Det er i 2016 gjennomført opplæring for alt operativt prehospitalt personell som var ansatt ved stasjonen når opplæringen ble gjennomført. De som har kommet til senere vil få sin opplæring ved en senere anledning.

Planverket og veilederne er gjort tilgjengelig på iPad for vaktlagene, slik at man kan studere dette i ledige stunder på vakter og eventuelt oppdatere seg på vei ut til situasjonene.

- **Reserveløsning AMK**

Ved AMK er det etablert en lokal løsning basert på bruk av lap top, mobiltelefoner og radioterminaler. Denne ble opprettet når Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) ikke lenger kunne opprette den gamle reserveløsningen for AMK. I løpet av 2016 er det arbeidet med å finne en løsning ved Oslo universitetssykehus. Det ligger nå an til at det i første halvdel av neste år skal implementeres en reserveløsning ved Oslo universitetssykehus. Forberedelser til dette er utført i 2016 og det planlegges med en løsning hvor Oslo universitetssykehus skal bemanne denne inntil eget personell fra Sykehuset Innlandet kommer på plass.

Beskrivelser ferdigstilles i begynnelsen av 2017 og løsningen vil bli testet i begynnelsen av 2017.

- **Oppfølging av rapport om nasjonal legemiddelberedskap**

Det er i Sykehuset Innlandet en legemiddelkomite (SILU, opprettet i 2005) som er bredt sammensatt med hensyn på divisjoner og fagområder.

Det er definert eget mandat for komiteen og nyheter og referater fra SILU legges ut på SI Intranett, under fanen «Legemidler». Det er tett samarbeid mellom Sykehusapoteket og de ulike sykehusdivisjonene.

- **Oppfølging av rammeverk for helse, miljø- og sikkerhet (HMS) i Helse Sør-Øst**

Det er opprettet et sikkerhetsforum som koordineres av HMS avdelingen. I 2017 vil dette arbeidet bli fulgt opp med følgende prioriteringer: Starte en risikokartlegging for å finne de meste kritiske områdene i forhold til sikkerhet. Prioritert område er vold og trusler. I etterkant av kartleggingen vil arbeidet videreføres med risikoanalyser og handlingsplaner for gjennomføring av tiltak.

5.2. Oppfølging av andre oppdrag

- **Kvalitet i rapporteringer til nasjonale medisinske kvalitetsregistre**

Sykehuset Innlandet rapporterer til de fleste av de 54 nasjonale kvalitetsregistre. Det ble i 2016 igangsatt et arbeid med å styrke kvalitet i rapportering, som videreføres som et prioritert arbeid i 2017. Konkret skal det gjennomføres et utviklingsarbeid i forhold til at parametere fra lokale registre skal harmoniseres med parametere i sentrale registre, og med utvikling av automatisk overføring av data som vil kunne forenkle og dermed øke kvalitet på rapporteringen.

- **Ambulansetilbud psykisk helse (prosjektperiode avsluttes i 2016)**

Fra november 2015 har det vært iverksatt en utprøving med en ambulanse i Mjøsregionen som utstyrmessig er tilpasset slik at den er spesielt egnet for transport av personer med psykiske lidelser eller mistanke om psykiske lidelser. Psykiatriambulansen var i prosjektperioden bemannet med 2 ansatte fra ordinær ambulansetjeneste og 1 spesialutdannet ansatt fra psykisk helsevern i hele ambulansens åpningstid. De ansatte fra psykisk helsevern er fra Ambulant Akuttenhet, DPS Gjøvik og Ambulant Akuttenhet, DPS Elverum-Hamar.

De ansatte har hatt tilgang på psykiatrisk journal fra ambulansen. Ambulansen har hatt åpningstid fra kl.12.00-20.00 hverdager og i perioden 1. januar 2016 – 28. oktober 2016 har det vært 285 oppdrag.

Utprøving av psykiatriambulansen vurderes som stor suksess og sykehuset har mottatt kr 700.000 kr for videre prosjekter.

Det skal etableres et felles samhandlingsforum for politi, legevakt, divisjon Prehospitale tjenester og divisjon Psykisk helsevern, for å styrke og utvikle eksisterende samarbeid. Det er anbefalt opprettet lokale samhandlingsforum som følger nedslagsfeltet til DPS i Sykehuset Innlandet.

Videre skal det satses på kompetanseheving for de ansatte i ambulanse-tjenesten og AMK. Kompetanseheving anses som nødvendig for å heve kvaliteten på tjenesten, øke pasient-sikkerheten og egen sikkerhet for de ansatte.

- **Samarbeidet i Fjellregionen**

Prosjektrapporten ”Samordning av spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen” er tidligere styrebehandlet i styrene ved St. Olav Hospital og Sykehuset Innlandet og i styresak 083-2015 ble rammene for det videre samarbeidet besluttet.

Styret i Sykehuset Innlandet har sluttet seg til forhandlingsutvalgets vurderinger og anbefalinger innenfor områdene psykisk helsevern, voksenhabilitering, tverrfaglig spesialisert rusbehandling,

kriterier for håndtering av akutte somatiske sykdommer, elektive somatiske sykdommer og samarbeid med kommunehelsetjenesten i fjellregionen.

Kvaliteten på akutttilbudet forbedres med en tydeliggjøring og avklaring av hvilke diagnoser/pasientgrupper som med fordel kan behandles på SI Tynset og hvilke diagnoser/pasientgrupper som bør få sitt tilbud henholdsvis ved St. Olavs Hospital og i Sykehuset Innlandets øvrige divisjoner.

Seleksjonskriteriene som er utarbeidet for akutt medisinsk behandling legges til grunn når det gjelder akutttilbudet for befolkningen i Fjellregionen. Disse kriteriene er godt forankret i relevante faglige miljøer i Sykehuset Innlandet og St. Olavs Hospital i tillegg hos fastlegekorpset i Fjellregionen.

Det er en økning av pasienttilgangen til SI Tynset fra nabokommunene i Sør-Trøndelag, slik at en ser at styrevedtaket har effekt.

Det er så langt ikke opprettet faste samarbeidsutvalg som skal ivareta samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet HF og St. Olavs Hospital HF framover slik forhandlingsutvalget anbefalte.

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

6. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER

Befolknings- og aktivitetsutvikling

Det er ikke forventet stor befolkningsvekst i Innlandet neste 20 år. Det ventes imidlertid en stor vekst i antall eldre. Andelen eldre over 70 år antas i 2040 å være større enn andelen barn og unge under 18 år. Dette betyr at det i Sykehuset Innlandets opptaksområde blir flere eldre som trenger helsetjenester og færre i arbeidsfør alder som kan utføre disse helsetjenestene.

Økningen i andelen eldre bidrar til at den totale aktiviteten til Sykehuset Innlandet (antall pasientkontakter) vil øke i årene framover. Denne økningen vil i hovedsak komme innen dagbehandling, poliklinisk behandling og dagkirurgiske inngrep, aktivitet som krever en annen kompetanse, bemanning og organisering enn hva som tilfelle ved innleggelser og lengre sykehusopphold. Forutsatt at overføringen av aktivitet til kommunehelsetjenesten fortsetter, vil antall liggedager i Sykehuset Innlandet reduseres kommende år. Det gjør at det blir mindre behov for sykehussenger. Den pågående dreiningen fra døgn- til dagaktivitet forutsetter endring og omstilling av virksomheten.

Reduksjonen i antall sykehussenger bidrar til at det samlede arealbehovet forventes å være mindre i framtiden enn det arealet Sykehuset Innlandet har tilgjengelig i dag.

Medisinsk utvikling

Med økt kunnskap og stadig mer avansert utstyr kan flere mennesker behandles for flere sykdommer på en bedre måte enn tidligere. Noen tjenester kan bli mer spesialiserte i større fagmiljø, mens andre tjenester kan tilbys nærmere pasientens hjem.

Den medisinske utviklingen må tilpasses for å møte:

- Økte pasientkrav
- Medisinsk og teknologisk utvikling
- Endrede behandlingsbehov
- Rask kunnskapsutvikling
- Utvikling innen informasjonsteknologi

Pasientene skal oppleve at de tilbys helsetjenester i forutsigbare forløp. Det skal være gode sammenhengende behandlingsskjeder for akutt og planlagt behandling og en tydelig organisering for henviser og pasient.

Teknologisk utvikling

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. Den teknologiske utviklingen gir store muligheter i spesialisthelsetjenesten. For å legge til rette for denne utviklingen må det gjøres store investeringer i avansert medisinsk-teknisk utstyr og bygningsmessige tilpasninger. Større investeringer i avansert utstyr forutsetter i mange tilfeller et større pasientvolum og et spesialisert fagmiljø. En slik utvikling stiller kompetansekrav til sykehuset. Tjenestene må organiseres slik at investeringer i medisinsk-teknisk utstyr kommer flest mulig pasienter til gode.

Den teknologiske utviklingen legger også til rette for større grad av desentralisering. Mye utstyr blir mindre, billigere og mer tilgjengelig, slik at det kan utnyttes utenfor sykehus, i enklere behandling, dagbehandling, poliklinikk og hjemmebehandling (behandlingshjelpemidler). Flere mobile løsninger styrker den akuttmedisinske kompetansen i førstelinjetjenesten, inkludert i ambulanser. Desentralisert diagnostisering og oppfølging av kronisk syke pasienter, samt bruk av for eksempel telemedisin til bedre kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, vil øke i takt med den teknologiske utviklingen. Dette stiller krav til spesialisthelsetjenesten og fordrer en omstilling av virksomheten. Som presisert i Nasjonal helse- og sykehusplan: «En framtidsrettet tjeneste må tilpasse seg den medisinskteknologiske utviklingen, den nye pasientrollen og endringer i demografi og sykdomsbilde.»

6.1. Faglig og demografisk utvikling

Den gjennomsnittlige levealderen øker og flere av de eldste vil ha stort behov for helsetjenester. Sykehuset Innlandet skal tilby gode helsetjenester til alle innbyggere i Innlandet, men vil ha spesiell oppmerksomhet på de sykdomsgruppene som vil øke fremover. Behovet vil i første rekke bli preget av den store økningen i andel eldre, men også unge har helseproblemer. Det forventes generelt en økning i behovet for psykisk helsehjelp og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I tillegg har den økende gruppen asylsøkere særskilt behov for psykisk helsehjelp på grunn av påkjenninger og traumer etter opplevelser i hjemlandet.

Nasjonal helse- og sykehusplan fremhever følgende sykdomsutvikling:

- Over halvparten av alle tapte leveår skyldes hjerte- og karlidelser og kreft, mens muskel- og skjelettlidelser og
- Psykiske lidelser gir flest år med helsetap
- Hjerte- og karlidelser og kreft rammer særlig den eldre delen av befolkningen
- Muskel- og skjelettlidelser rammer oftest befolkningen i yrkesaktiv alder
- De sykdomsgruppene som er størst i dag, vil også øke kraftig frem mot 2040.

6.2. Forventet økonomisk utvikling

Den økonomiske situasjonen i Sykehuset Innlandet oppfattes som krevende og innsparingsbehov vil øke i årene framover. For å oppnå målet i økonomisk langtidsplan (ØLP) 2017-2020 om økt investeringsnivå og økonomisk bæreevne må foretaket gjennomføre betydelige økonomiske omstillinger. Det er lagt opp til et resultat på 80 mill. kr i 2017 og gradvis økende til 150 mill. kr i 2020. For hele foretaket vil det være nødvendig med omfattende tiltak for å tilpasse seg rammene og sikre en god faglig utvikling

Sykehuset Innlandet skal i inneværende ØLP-periode vedta ny sykehusstruktur for foretaket. Realiseringen av ny struktur vil ikke bli gjennomført i denne fireårsperioden. Nødvendige omstillingstiltak innenfor eksisterende sykehusstruktur, som er i tråd med fremtidig struktur, skal gjennomføres.

Nødvendige omstillingstiltak som peker i retning av fremtidig struktur ble vedtatt i styremøte i desember 2016. Samlet økonomisk effekt av tiltakene er beregnet til ca. 80 mill. kr i ØLP-perioden. Foretaket er i gang med omstillingsarbeidet knyttet til vedtaket. Det vil også bli foretatt risikovurderinger av de tiltak som ble vedtatt i styresaken.

En slik fremdrift for arbeidet med langsiktig struktur og kortsiktig omstilling betyr at foretaket må sørge for å sikre gode økonomisk resultater inntil omstillingstiltakene begynner å få økonomisk effekt (tidligst siste halvår 2017). Omstilling medfører også omstillingskostnader og «pukkelkostnader» og det tar erfaringsmessig noe tid før iverksatte, litt større omstillingstiltak får økonomisk effekt.

Foretakstilhørighet av divisjon Kongsvinger er oppe til vurdering. Om sykehuset i Kongsvinger og befolkningens opptaksområde blir overført til Akershus sykehusområde, vil det kreve tilpasninger av driften faglig og økonomisk.

6.3. Personell- og kompetansebehov

Foretakets arbeid rundt kompetanse har de siste årene hatt særskilt fokus og blitt fulgt opp gjennom flere styresaker: Styret behandlet dette område første gang i sak 003-2014 «Status organisering, ledelse, kompetanse og ressurser». Det er utarbeidet en egen oversikt over utdannings- og rekrutteringstiltak i foretaket (styresak 050-2014). Status for foretakets arbeid med dette området fremlegges for styret i en årlig styresak om «Status organisering, ledelse, kompetanse og ressurser». Saken vil på nytt legges frem for styret i løpet av våren 2017.

Et sentralt verktøy for å vurdere kompetansebehovet i foretaket er aldersfremskrivning innenfor ulike stillingskategorier. Oversikt over alderssammensetningen oppdateres og legges ved styresaken. Sykehuset Innlandet har rekrutteringsutfordringer innenfor flere områder som beskrevet i styresak 050-2014. Følgende spesialistområder er identifisert i styresaken: nevrologi, geriatri, radiologi, onkologi, lungemedisin, patologi og nefrologi. I tillegg er det mangel på psykologspesialister.

Sårbarheten innen anestesi /intensiv og operasjon sykepleie har bakgrunn i alderssammensetning og manglende ressurser til å utdanne en «reservepool» for å imøtekomme det store behovet som vi kommer om få år. Det er stor søkning til utdanningsstillingene som lyses ut hvert år.

Sykehuset Innlandet har et godt og tett samarbeid med Høgskolen i Innlandet og NTNU Gjøvik gjennom samarbeidsavtaler og faste møtepunkt. Helseforetakets behov for tilrettelagt etter -og videreutdanning blir raskt og godt effektivt. Dette spesielt gjennom videreutdanning innen sykepleie som anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie, kreftsykepleie, lindrende behandling og innen psykisk helsearbeid. Sykehuset Innlandet har egen simuleringsenhet innenfor psykisk helsearbeid, ferdighetstrening på kommunikasjon og teamarbeid. Høgskolen i Innlandet og NTNU Gjøvik har store og velutviklede simuleringsenheter som Sykehuset Innlandet benytter seg av, i form av bytte av ressurser og leie.

Sykehuset Innlandet har egen spesialrådgiver innen e læring som aktivt stimulerer til utvikling av egne e-læringskurs og bruk av andre tilgjengelige e lærings kurs.

Sykehuset Innlandet har i dag 54 ansatte i PhD løp(forskerutdanning), og 9 ansatte i post. doc. stilling som i hovedsak finansieres over interne SI-midler. Denne satsningen utgjør et vesentlig virkemiddel for å utvikle forskningsaktivitet og – kultur i organisasjonen.

6.4. Status og utfordringer for investeringsområder

Helse Sør-Øst RHF har satt følgende mål for eiendomsvirksomheten i foretaksgruppen (styresak 010-2011):

”Tilstandsgraden for det enkelte bygg eller bygningskompleks som utgjør primærbyggene i helseforetaket skal ha en minimumstilstand relatert til Norsk Standard for tilstandsklassifisering av bygg. På sikt skal det tilstrebes å fjerne vedlikeholdsetterslepet for de viktigste byggene og det må settes et mål for tilstandsklassen for hvert bygg som ansees som godt nok for formålet bygget tjener. Målet skal settes slik at det kan oppnås innen rimelig tid. Alle enkeltelementer i bygg som skal brukes videre skal ha tilstands klasse bedre enn 3.”

Sykehuset Innlandet disponerer i dag ca. 367.700 m² eide og leide arealer. Den eide bygningsmassen på ca. 338.000 m² er spredt geografisk på 40 steder i Hedmark og Oppland, i beregnet ambulansestasjoner, fritidseiendommer, eide og leide arealer. I tillegg kommer tjenesteboliger. Bygningsmassen har varierende teknisk nivå pga. av alderssammensetning, fra delvis nytt til 110 år gammelt. Bygningsmassens areal vektete gjennomsnittsalder er beregnet til 48 år.

Eiendomsmassen krever løpende vedlikehold og tilpasning for å være hensiktsmessig til pasientbehandling, sikre et godt arbeidsmiljø og støtte opp om den strategiske utviklingen i Sykehuset Innlandet. Årlig driftsbudsjett for Teknisk avdeling er ca. 200 mill., av dette går 15 mill. til vedlikehold av bygningsmassen. I tillegg kommer større vedlikehold, funksjonstilpasninger og ombygginger som finansieres av investeringsmidler.

Årlige avskrivninger på bygg var i 2016 175 mill. kr I de senere årene er det årlig investert for ca. 100 mill. kr innenfor område bygg, store deler av investeringene er funksjonstilpasninger, dette betyr at vedlikeholdet er betydelig lavere enn avskrivningene. Dette innebærer at Sykehuset Innlandet pådrar seg et vedlikeholdsetterslep. Hvis denne situasjonen vedvarer over tid, vil bygningsmassen forfalle betydelig. Foretaket står derfor overfor store utfordringer knyttet til å opprettholde en tilfredsstillende standard på bygningsmassen. I tillegg kreves det løpende tilpasninger av bygningsmassen på grunn av endrede behov innen pasientbehandlingen.

Oversikt over større investeringsprosjekter

Strategisk plan for Sykehuset Innlandet peker ut de viktigste investeringer i bygg og annen infrastruktur. Helseforetaket har en rekke prosjekter av varierende omfang som har til hensikt å tilrettelegge for mer effektive helsetjenester samt vedlikehold og utvikling av bygningsmassen.

Store investeringer beslaglegger bevilgning over flere år. Investeringer påbegynt i 2016 vil legge føringer for bruk av bevilgningen i 2017. Under vises en tabell over gjennomførte prosjekter i 2016:

Gjennomførte prosjekter i 2016:

Sted	Prosjektnavn	Antatt kostnad
SI Elverum	Nødstrøms anlegg	13 mill kr
SI Elverum	Ny dialyseavdeling	29 mill kr
SI Elverum	MR-anskaffelse/bygningsmessige endringer	17 mill kr
SI Elverum	Ny parkering	2 mill kr
SI Elverum	CT, bygningsmessig justering	5 mill kr
SI Gjøvik	Flytting Hagen til BUP Gjøvik	35 mill kr
SI Gjøvik	Strålekanoner	70 mill kr
SI Gjøvik	Utskifting av El-tavler ventilasjon S-blokk	3 mill kr

SI Gjøvik	Rehabilitering av overflater i E-fløy	2 mill kr
SI Gjøvik	Rehabilitering av overflater i AB-fløy	2 mill kr
SI Gjøvik	Bytte av ventilasjonsanlegg A-fløy	3 mill kr
SI Hamar	Ny parkering	1 mill kr
SI Kongsvinger	Utskifting av vinduer	6 mill kr
SI Lillehammer	Kjølemaskiner i fyrhus for operasjon	7 mill kr
SI Lillehammer	Fornye vinduer, fasade nord høyblokk inkl tak	12 mill kr
SI Reinsvoll	Fasade aktivitetsbygg	2 mill kr

7. PLANER FOR UTVIKLINGEN

7.1 Organisering og utvikling av fellestjenester

Eiendom

Vedlikehold

Sykehuset Innlandet HF har laget tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for 2016. Alle større vedlikeholdsinvesteringer er lagt i Multimap, for å beregne tilstandsgraden. Tilstandsgraden legges til grunn for prioriteringene av vedlikehold. Vedlikeholdsplaner for 2017 er utarbeidet etter revidert tilstandsgrad. Det er ikke tilstrekkelig budsjett for å oppfylle alle krav i henhold til vedlikeholdsbehovene.

Sykehusbygg HF

Det er ikke gjennomført prosjekter på over 500 mill. kr i Sykehuset Innlandet HF i 2016

Tilstandsgrad

Resultatet fra Sykehuset Innlandet HF kartlegging 2016 av tilstandsgraden for våre bygg viser at helseforetaket har en samlet vektet tilstand på bygningsmassen beregnet til 1,4.

Kartlegging viser at 64 prosent av bygningsmassen er vurdert til god eller tilfredsstillende (TG 0 og 1).

34 prosent er vurdert som ikke tilfredsstillende (TG 2) og 3 prosent av bygningsmassen er vurdert som svært dårlig og har akutt behov for oppgradering (TG 3).

Arealeffektivisering

Strategisk plan for Sykehuset Innlandet har som målsetting at det skal gjennomføres egne prosjekter for å finne fram til mer optimal utnytting av tilgjengelige arealer. Dette er nødvendig for å oppnå mest mulig rasjonell drift, og for å kunne gi rom for videre utvikling. Det har vært, og er, et mål å legge til rette for tettere integrasjon og bedre samarbeid mellom psykisk helsevern og somatikk.

Som ledd i omstillingene innenfor psykisk helsevern de senere årene, er det gjennomført omfattende investeringer i oppgradering og nybygg. De foregående årene er det gjort en netto arealreduksjon innenfor psykisk helsevern med ca. 11.000 m². I 2016 er dette arbeidet videreført med fokus på ytterligere arealreduksjon.

Generelt er det meget krevende å nå målsettingen i Helse Sør-Øst om arealreduksjon. Arealgjennomgangen som er foretatt har identifisert flere muligheter for arealkomprimering og innfasing av virksomhet som ligger utenfor sykehusene. Utfordringen ligger i tilgangen på investeringsmidler for å kunne gjennomføre nødvendige bygningsmessige tilpasninger.

Innkjøp og logistikk

Styringsmål

Helse Sør-Øst stiller høye krav til resultatoppnåelse på innkjøp og logistikk i helseforetaket. Gjennom et godt samarbeid i foretaksgruppen vil foretaket videreutvikle og implementere rutiner og målemetoder for oppfølging av både innkjøpsvirksomheten og forsyningstjenesten.

Resultatet av våre måltall vil danne et godt grunnlag tiltak og forbedringsarbeid i foretaket.

Etablering og samhandling med Sykehusinnkjøp

Sykehuset Innlandet skal sørge for at vi til enhver tid har gode avtaler som støtter opp om spesialisthelsetjenestens behov. Sykehusinnkjøp vil bli en viktig samarbeidspartner for å få gode avtaler som dekker våre behov på en kvalitativ, økonomisk og samfunnsmessig god måte. I løpet av 2017 vil ressurser overføres til Sykehusinnkjøp. Foretaket vil også bygge opp en bestillerfunksjon som skal være et bindeledd mellom helseforetaket og Sykehusinnkjøp.

Bestillerfunksjonen vil være viktig for å oppnå ønsket effekt av denne satsingen og for at Sykehusinnkjøp sine tjenester skal oppleves som gode og kostnadseffektive i eget foretak. Samhandlingen med Sykehusinnkjøp skal også sørge for at vi får god faglig innflytelse på anskaffelser og medvirkning på valg av varer og tjenester.

Sykehuset Innlandet vil i stor grad foreta prosjektanskaffelser i egen regi. Dette gjelder spesielt investeringer innen bygg, laboratoriefag og medisinsk teknisk utstyr. Foretaket har en sammensatt struktur, både geografisk og organisatorisk, som krever anskaffelser der man bl.a. må ta hensyn til lokale tilpasninger og bygningsmessige begrensninger.

Nytt felles forsyningscenter

Sykehuset Innlandet vil ta del i arbeidet med implementering av nytt forsyningscenter og bistå med ressurser i prosjektet.

Regional Enterprise resource planning (ERP)

Foretaket har allerede meldt inn forbedringspunkter som trengs for å få en god og velegnet ERP-løsning som skal dekke våre behov. Sykehuset Innlandet vil delta i aktiviteter for å videreutvikle felles regionalt ERP-system, slik at dette imøtekomme eiers målsetting om en løsning som skal passe de fleste helseforetak.

Lojalitet til avtaler

Foretaket forvalter en stor avtaleportefølje. Andelen avtaler inngått av våre felles innkjøpsfunksjoner vil øke med operasjonaliseringen av Sykehusinnkjøp. Sykehuset Innlandet vil sørge for at avtaler implementeres og følges opp på en slik måte at alle bestillere og brukermiljøer har nok kunnskap til å benytte riktige avtale og riktig leverandør.

Årlige internkontroller vil gjennomføres for å sikre at ansatte med innkjøp og økonomiansvar etterlever gjeldende avtaler. Dette skal bidra til økt fokus på avtaler og regelverk.

Sykehuset Innlandet skal i samarbeid med Sykehusinnkjøp sørge for at vi har en avtaleportefølje som dekker foretakets behov på best mulig måte og ressurser til å foreta enkelt anskaffelser raskt og effektivt.

E-helse og teknologi

Prosjektene som skal prioriteres innen dette området i de kommende årene i Sykehuset Innlandet, er beskrevet i Områdeplan IKT 2017-2021. Områdeplanen ble vedtatt av styret i Sykehuset Innlandet 15.12.16.

Alle IKT-leveranser til Sykehuset Innlandet skal ha en kvalitet som sikrer stabil og forsvarlig drift i pasientbehandlingen og dermed bidra til god pasientsikkerhet. For å bedre tjenestene til pasientene, vil e-Helse og teknologi ha særlig fokus på teknologiske løsninger som vil være til direkte nytte for pasienter og pårørende. Arbeidet med å bedre teknologiske støttesystemer for helsepersonell og for foretaksledelse vil også ha prioritet i de kommende årene.

Det er bred politisk enighet i Norge om visjonen «én innbygger – én journal», og veien videre fram mot dette målet begynner å ta form gjennom utredninger som er gjennomført av Direktoratet for e-helse. Oppfordringen til de regionale helseforetakene er: «Rydde regionalt – Bygge nasjonalt». Sykehuset Innlandet kan bidra til dette ved å innføre regionale fellesløsninger og arbeide for enhetlig bruk av datasystemene på tvers av foretaksstrukturen.

Sykehuset Innlandet har etablert sine første pasientrettede løsninger via portalen Min Journal. Det er en forutsetning for dette arbeidet at alle fremtidige pasientrettede netjtjenester skal kunne brukes via den nasjonale portalen *Helsenorge.no*.

Prosjektene som Helse Sør-Øst definerer under programmet «Digital fornying» har hatt stort fokus og belagt mye av foretakets tilgjengelige prosjekttressurser. Sykehuset Innlandet ser også på egne prosjekt og fornyingsinitiativ innen IKT som del av den digitale fornyingen i foretaket. Det er viktig å ha en felles styring av både regionale og lokale prosjekt innad i sykehuset.

For Sykehuset Innlandet har 2016 vært preget av følgende prosjekt:

- ✓ Modernisert IKT-plattform og etablering av sikre trådløse nett
- ✓ Satt nytt radiologisystem (PACS/RIS) i produksjon
- ✓ Avviklet sending av papirepikriser til primærleger
- ✓ Ny versjon av Partus fødesystem
- ✓ Etablert elektronisk lab-rekvisisjon på en rekke nye legekantor (ca. 90 legekantor totalt)
- ✓ Etablert pilotprosjekt på egenutviklet elektronisk tavle
- ✓ Innføring av e-Resept og kjernejournal
- ✓ Etablert elektronisk blodbestilling og elektronisk blodgiverskjema
- ✓ Innført nye pasientarmbånd som legger til rette for blant annet bedside ID sikring ved blodtransfusjon, legemiddelhåndtering og id sikring ved blodprøvetaking
- ✓ Innført norsk laboratoriekodeverk (NLK) i laboratoriedatasystemene
- ✓ Etablert elektronisk laboratoriehåndbok for medisinsk biokjemi på SI sin hjemmeside
- ✓ Utvikling av nytt Intranett og informasjonssystem (MinSide)

I tillegg til produksjonssetting av nytt radiologisystem i 2016, er innføringen av personlige signatursertifikater (PKI) til sykehusleger med påfølgende innføring av e-Resept og kjernejournal, vært et stort løft og gir en lenge etterlengtet tjeneste til våre brukere.

Sykehuset Innlandet satser mye på innovasjon og egenutvikling av tjenester og programvare som gir kvalitetshevende og raske effekter for både pasientbehandling og samhandling med primærhelsetjenesten. Sykehuset Innlandet har etablert innovasjonsmiljøet InnoLab, som forestår og fasiliteter ulike prioriterte oppgaver innen dette området. I tillegg til å etablere innovative løsninger for Sykehuset Innlandet, kan løsninger også gjøres tilgjengelig for andre helseforetak. SI

vil i 2017 evaluere arbeidet som gjøres av enheten InnoLab, og gjennom Inven2 avtalen søke samarbeidspartnere utenfor foretaket for mulig videreføring av enkelte løsninger på kommersiell basis.

Det vil i 2017 være fokus og prioritere tiltak på å videreutvikle teknologiplattformen gjennom blant annet å tilby mer mobile løsninger for ansatte. Dette vil i hovedsak bli utført av det regionale prosjektet iMod, hvor ny strategisk partner til Helse Sør-Øst RHF Hewlett Pacard vil være en sentral aktør.

Det vil i 2016 være større fokus på å realisere og dokumentere effekter/gevinster av IKT innføringer, dette da også gjennom en økt tilnærming til at IKT løsninger kan bidra til å endre og effektivisere arbeidsprosesser.

IKT områdets utvikling i Sykehuset Innlandet konkretiseres gjennom Områdeplan IKT 2016 – 2019 som er vedtatt i styremøtet 15.desember 2016. Her kommer det også frem relevante føringer og avklaringer når det gjelder IKT/Teknologi og ny sykehusstruktur.

I 2017 vil Sykehuset Innlandet prioritere følgende tiltak:

- ✓ Videreutvikle og stabilisere nytt radiologisystem som ble innført høsten 2016.
- ✓ Videreutvikling av den teknologiske plattformen og tilpasse den til drift fra eksterne partner (HPE).
- ✓ Innføre og etablere regional standard for elektronisk pasientjournal ved å oppgradere journalsystemet Dips
- ✓ Starte arbeidet å innføre datastøtte for medikamentell kreftbehandling og digitale kurveløsninger
- ✓ I Samhandling med andre helseforetak i Helse Sør-Øst etablere og innføre pasientrettede tjenester via *helsenorge.no*
- ✓ Gjennom Innolab fortsette å videreutvikle innovasjons- og egenutviklingsarbeidet for å effektivisere arbeidet i klinikken med enkle løsninger som kan ha stor effektivitetspotensiale.
- ✓ Innføre MinSIde som er et nytt Intranett og videreutvikling av den etablerte Minside løsningen.
- ✓ Innføre Medusa innen medisinsk teknologi og behandlingshjelpemidler
- ✓ Innføre bedside-id sikring ved transfusjoner
- ✓ IKT løsninger knyttet til nytt laboratorieutstyr – framtidens laboratorier

Flere av tiltakene er regionale prosjekter.

7.2 Forskning og innovasjon

7.2.1 Forskning

Forskning er en av sykehusets lovpålagte oppgaver, jfr. Specialisthelsetjenestelovens § 3-8 og helseforetaksloven § 1 og 2. Det skal tilrettelegges for ulike typer medisinsk og helsefaglig forskning. Forskning er viktig for å forbedre helsetjenesten og for å være i stand til å foreta kritiske vurderinger av etablerte og nye diagnostiske metoder, behandlingstilbud og teknologi, samt for å ivareta og veilede pasientene. En systematisert forskningsvirksomhet danner basis for kvalitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten, og er et fundament for kunnskapsbasert praksis og for undervisning.

Sykehuset Innlandet avsetter øremerkede midler til gjennomføring av forskningsprosjekter i helseforetaket. Midlene tildeles etter kvalitetskriterier og i henhold til forskningsstrategiene i Helse Sør-Øst og i Sykehuset Innlandet. Midlene utlyses internt og kan søkes av alle ansatte. Det er i første rekke søknader om stipender (doktorgrad- og postdoktorstipend) som tildeles midler etter faste satser ved denne utlysningen.

Den faglige kvalitetsvurderingen av søknadene gjøres av en ekstern fagkomité, sammensatt av personer med bred kompetanse på høyt forskningsmessig nivå fra forskjellige forskningsfelt, og med ulike forskningsmetoder. Forskningsavdelingen har sekretariatsfunksjon og komiteén ledes av forskningsdirektøren. Sykehuset Innlandets eget forskningsutvalg gjør deretter en strategisk vurdering av søknadene, og foretar den endelige tildeling ut fra budsjetterte midler.

Brukermedvirkningen i forbindelse med forskning er styrket både ved at leder i Brukerutvalget er blitt medlem av Forskningsutvalget og ved at kravet om brukermedvirkning tas inn som et punkt i utlysningsteksten for tildeling av midler.

Oppdragsforskning i Sykehuset Innlandet er forskning hovedsakelig i samarbeid med legemiddelindustrien. For at nye medisinske legemidler og nytt medisinsk utstyr skal bli godkjent, må disse gjennom en lang testperiode for å undersøke effekten av behandlingen og sikre at eventuelle uønskede virkninger blir oppdaget. Store pasientgrupper nasjonalt eller internasjonalt, testes via standardiserte forskningsprotokoller hvor SI er en del av samarbeidet. Dette er viktig forskning for å sikre best mulig pasientbehandling. Det er inngått rammeavtale med Inven2 som fra 2015 administrerer alle nye prosjekter innen oppdragsforskning som siden avtaleinngåelse teller 22 i Sykehuset Innlandet. Det å se på muligheter for økt oppdragsforskning vil være et prioritert område i 2017, blant annet som et ledd i å øke andel pasienter som deltar i kliniske studier ved SI i tråd med bestiller- og oppdragsdokument for 2017.

Forskningsstrategien legges til grunn ved utlysning og tildeling av forskningsmidler, disponering av andre ressurser og ved utpeking av satsningsområder. Den brukes som grunnlag for planlegging og organisering av forskning på et overordnet nivå og for evaluering av forskningsinnsatsen i foretaket. Det pågår nå et arbeid med utvikling av ny virksomhetsstrategi for foretaket i perioden 2018-21, hvor forskning og innovasjon inngår som et satsningsområde. Implementering av virksomhetsstrategi, herunder med utarbeidelse og iverksetting av konkrete handlingsplaner, vil være et viktig og prioritert arbeid inn i 2017.

Styret for Sykehuset Innlandet har vedtatt å styrke ressursgrunnlaget for forskning. Det er vedtatt en 3-årig opptrappingsplan for forskning, fra 2017. Samtidig vil det være et stort fokus på utvikling av søknader på og innhenting av ekstern finansiering fra store helseprogrammer i NFR og andre eksterne kilder i 2017.

Forskningsaktivitet i sykehuset er økende og det er i løpet av de siste årene tilsatt flere forskere i kombinasjonstillinger med høyskoler og universiteter, noe som bidrar til ytterligere økt forskningsaktivitet. Videreutvikling av kombinasjonsstillinger som virkemiddel for samarbeid vil være et prioritert område også i 2017.

I de videre planene fremover inngår en sterk prioritering av samarbeidet med høyere utdanningsinstitusjoner i distriktet. Det ble undertegnet en intensjonsavtale mellom Sykehuset Innlandet og høyere utdanningsinstitusjoner i Innlandet i 2016 med formål å videreutvikle samarbeid innen forskning, forskningsutdanning og forskerstøttefunksjoner. Det er et mål at intensjonsavtalen implementeres og avløses av en konkret samarbeidsavtale i løpet av 2017.

Bibliotek-tjenesten i Sykehuset Innlandet er overført til Forskningsavdelingen. Her er intensjonen å utvikle Bibliotek-tjenesten i henhold til moderne drift. Det betyr et større innsalg av IKT-løsninger, samt å se driften deres som en del av ny infrastruktur for forskning med vekt på forskningsstøtte, som er et utviklingsarbeid som vil fortsette inn i 2017.

7.2.2 Kvalitetsregistre

Arbeidet med registre er et vesentlig bidrag i arbeidet med å øke pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenesten, i henhold til strategier og føringer i Sykehuset Innlandet, i Helse Sør-Øst og nasjonalt. Tilgang til registerdata skal gi ansatte og pasienter viktig informasjon, og være en implementeringstrigger når det gjelder innrapportering av data. Samtidig gir registrene verdifulle data som kan brukes til forskning i og utenfor Sykehuset Innlandet. Det satses på god kvalitet og kompletthet i innrapporteringen, og det jobbes mest med de registrene som gir uttelling i kvalitetsbasert finansiering og/eller er involvert i pasientsikkerhetskampanjen og satsingen på nasjonale kvalitetsindikatorer.

Forskningsavdelingen har i 2017 ansvaret for følgende registre:

Global Comparators

Sykehuset Innlandet er med i et pilotprosjekt ledet av dr. Foster, UK. Dette er en ”non profit” organisasjon som samler helsedata fra land over hele verden for å kunne sammenligne struktur, prosess og resultat av behandling.

Nasjonale kvalitetsregistre

Forskningsavdelingen har ansvar for at innrapporteringen til de nasjonale kvalitetsregistrene bruker variabler fra lokale registre – dersom disse registrene finnes i Sykehuset Innlandet. Forskningsavdelingen skal også ha full oversikt over hvordan de ulike nasjonale registrene har tilrettelagt innrapporteringen, og bidra til at dette skjer på en mest mulig enkel og arbeidsbesparende måte for klinikken. (Forskningsavdelingen skal ikke ha ansvar for at Sykehuset Innlandet innrapporterer til de nasjonale kvalitetsregistrene).

Det skal gjennomføres en pilot på innrapportering til hjerneslagsregisteret første halvdel av 2017. Andre halvdel av 2017 skal erfaringene videreføres for å kunne rapportere til flere kvalitetsregistre. Register som er knyttet opp mot kvalitetsbasert finansiering vil bli prioritert.

Lokale kvalitetsregistre

Forskningsavdelingen har ansvar for opprettelse av lokale kvalitetsregistre med formål å bedre sikkerhet og kvalitet i klinikk. Kvalitetsregistrene tilrettelegges for framtidig forskning, og leveres i en lokaldatabase i tabellform. Alle uttrekk fra registre skal administreres av registreier. Forskningsavdelingen har ansvar for at lokale kvalitetsregistre inneholder nødvendige variabler som skal innrapporteres til de nasjonale registrene, og videreutvikling av en slik harmonisering og forenkling av rapportering vil være et prioritert arbeid i 2017.

Lokale registre for forskning

Forskningsavdelingen har ansvar for opprettelse av lokale registre for forskning. Dataene leveres i en lokaldatabase i tabellform. Alle uttrekk fra registre skal utføres av forskerstøtte ved Forskeravdelingen. I 2017 vil det jobbes videre med å videreutvikle og kvalitetssikre lokale registre for forskning, herunder sikre at all håndtering av pasientdata er i henhold til lovverk.

7.2.3 Innovasjon

Innovasjon var også i 2016 en satsning i Sykehuset Innlandet HF. Mange ansatte i helseforetaket har meldt inn gode ideer, og en del av ideene er videreført via prosjekter med stor nytteverdi.

Et av prosjektene som utmerker seg er e-tavla, som er utviklet i InnoLab. Det er tv-skjermer installert på enkelte avdelinger i Sykehuset Innlandet, for å øke kvaliteten og sikkerheten på helsetjenesten. Skjermene presenterer pasientdata fra DIPS og samler nye data via scoringsskjemaer og sammenstiller dataene pr. pasient.

Et annet prosjekt som kan nevnes er registrering av MAT-team utrykning på intensiv Gjøvik utviklet av Forskningsavdelingen. Her blir pasientens vitale parametere scoret i et skjema via nettbrett, og det som samles inn av informasjon som skal sendes til nasjonal registrering, lagres og oversendes digitalt. Andre intensivavdelinger ønsker å ta denne løsningen i bruk i 2017. Prosjektene nevnt over, er utviklet internt i SI.

Høsten 2015 inngikk Sykehuset Innlandet samarbeidsavtale med Inven2 om innovasjon, og i 2016 ble ansvaret for Innovasjon lagt til Forskningsavdelingen. I og med at SI nå har avtale med Inven2, ble det nødvendig å endre eksisterende prosedyrer og rutiner for Innovasjon. Den nye prosedyren legger opp til et «fast-track» system, der det skal være tydelig for innovatøren hvor og hvordan han skal henvende seg. Det tilstrebes raske, konkrete tilbakemeldinger, tett oppfølging, og et belønningssystem der Innovatør blir tilgodesett hvis innovasjonen tas videre i Inven2.

Innovasjonsutvalget i Sykehuset Innlandet har ansvaret for å følge opp hver enkelt sak, og trekker inn ulike fagmiljøer ved behov. Det blir lagt stor vekt på prosjektets nytteverdi og mulighet for praktisk gjennomførbarhet, og så mange prosjekter som mulig skal meldes til Inven2. Det er et mål i 2017 å øke antall prosjekter i omfang med 30 prosent og at minst et prosjekt godkjennes av Inven2 i løpet av 2017.

7.3 Pasientbehandling

7.3.1 Psykisk helsevern:

Driften i 2016 innen Psykisk helsevern har vært i tråd med planene som ble lagt for faglig utvikling, omstilling og økonomi. Det har vært stort fokus på å nå oppsatte krav til kvalitet, aktivitet og økonomisk balanse. Divisjon Psykisk helseverns førende dokumenter, i tillegg til Oppdrag og Bestiller Dokumentet, er Områdeplanene for Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer, samt virksomhetsplaner/ masterplaner for divisjonens omstilling, byggeprosjekter og fagplaner for utvikling generelt.

I løpet av 2016 ble det etablert et medikamentfritt alternativt tilbud til pasienter i målgruppen for medikamentfri behandling. Tilbudet ble etablert ved to TIPS- enheter (en i Hedmark og en i Oppland). TIPS er et utrednings- og behandlingstilbud for pasienter med førstegangpsykose, eller mistanke om dette. Det medikamentfrie tilbudet vil omfatte hele pasientforløpet i TIPS, både den polikliniske delen og for sengeenheten. Begrensningen ligger på totalkapasitet i enhetene og ordinære kriterier for døgninnleggelse.

Divisjonen har nedsatt en arbeidsgruppe med sentrale fagspesialister som vil jobbe videre med tiltak knyttet til medikamentfrie behandlingstilbud, herunder et mer systematisert tilbud for pasienter med etablerte psykoselidelser som ønsker nedtrapping av medikamenter.

Divisjonens deltakelse i Prosjekt for implementering av psykoseveilederen bidrar for øvrig også til en mer strukturert bruk av ulike behandlingsformer og til en økt bevissthet om effekten av dette.

Omstilling.

Styrets vedtak i sak 095-2012: «Endring i faglig struktur og organisering av Psykisk helsevern» - oppfølging av rapporten fra Psykisk helsevern 2011–2013, er gjennomført.

Det siste tiltaket i dette omstillingsprosjektet var «Døgntilbud for barn og familie». Denne enheten ble åpnet i nye lokaler på Gjøvik i februar 2016 og har ved samlokalisering blitt en mer robust og faglig sterkere enhet med et godt tilbud til barn og foreldre. Det er nå flere spesialister tilsatt.

Tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser ble flyttet fra SI Reinsvoll til DPS Gjøvik i forbindelse med omorganiseringsprosjektet 2011-2013. Hensikten var å bli samlokalisert med somatisk divisjon for bedre samhandling, og tilbudet skulle utvides til flere grupper. Det er igangsatt en evaluering av tilbudet til denne pasientgruppen for å sikre at vi gir et godt tilbud i enheten og sikre en god samhandling mellom enheten og DPS-ene.

Divisjonen har i 2016 gjennomført ytterligere omstillingstiltak for tilpassing til Økonomisk langtidsplan og endrede budsjettammer. Sykehusene SI Reinsvoll og SI Sanderud har lagt ned to døgnenheter med til sammen 16 døgnplasser, og DPS Tynset har redusert sin døgnenhet fra 10 til 5 døgnbehandlingsplasser.

Konsekvensene av et redusert døgntilbud har vært et generelt økt press på divisjonens øvrige døgnbehandlingstilbud. Utviklingen på dette området følges nøye opp.

Som en del av oppfølgingen rundt pasientflyt, vil man i 2017 påbegynne en prosess for å kartlegge og vurdere om dagens bruk av døgnbehandling bør optimaliseres. Siden mye av divisjonens døgntilbud er desentralisert og derfor i varierende grad har en tilfredsstillende spesialistdekning, vil den fremtidige rekrutteringssituasjonen også være av stor betydning i forhold til en best mulig optimalisering av døgntilbudet.

Fag og kvalitet.

Det har vært en noe bedret rekrutteringssituasjon for enkelte avdelinger, mens andre fortsatt har store utfordringer med vakante spesialiststillinger, i hovedsak legespesialister. En ny utfordring på dette området, som har meldt seg i løpet av andre halvdel 2016, er at det også har vært vanskelig med innleie i vakante stillinger, grunnet liten tilgang på psykiatere og psykologspesialister fra vikarfirma. Divisjon Psykisk helsevern evaluerer gjeldende rekrutteringstiltak beskrevet i Handlingsplan for rekruttering, samt initierer nye tiltak i 2017.

Det er stort fokus på tilgjengelighet for pasienter. Gjennomsnittlig ventetiden er godt under 65 dager, og det er få fristbrudd. Poliklinisk aktivitet følges nøye da reduksjon av døgnbehandlingsplasser betinger endret tilbud til pasientgrupper som før var innlagt på døgnenhetene.

Divisjonen har definert utviklings- og satsningsområder som følges opp av ressurspersoner innen de forskjellige områder.

Fokusområdene for divisjon Psykisk helsevern:

- brukermedvirkning
- forebygging av selvmord,
- trygge traumeterapeuter
- familie- og pårørendearbeid
- terapeutisk konflikthåndtering
- «barnet i mente», den miste pasientens helsetjeneste
- ROP/- psykoseprosjekt, implementering av psykoseprogrammet
- TIPS
- simuleringssenter for trening

SIM- Innlandet er et senter for medisinsk simulering innen psykisk helsevern som ble formelt åpnet høsten 2014. Hovedmålet for senteret er økt pasientsikkerhet og behandlingskvalitet. Mandatet for SIM-Innlandet er ferdighets- samhandlings- og kommunikasjonstrening. Pedagogisk metode er medisinsk simulering som inneholder scenarioøvelser med påfølgende analysefaser som en del av debrifingsarbeidet. Ved siden av den fortløpende kliniske treningen har SIM-Innlandet også engasjert seg i samarbeidsprosjekter med andre avdelinger i sykehuset og andre helseforetak. Senteret har høy aktivitet, med rundt 700 deltakere i 2016.

Prosjekt «Transport av psykisk ustabile»

Divisjon Psykisk helsevern har i 2016 samarbeidet med divisjon Prehospitaltjenester om drift av psykiatriambulansetjeneste i Mjøsregionen. I prosjektperioden har det vært samarbeid med politi, kommuner og legevakt. Prosjektet med egen psykiatriambulansetjeneste ble avsluttet som planlagt i desember 2016. Stillingen som prosjektleder videreføres i 100 prosent i 2017, hvor samarbeid med Vestfold HF med utvikling av eget e-læringsprogram innen ulike psykiatriske fagområder, samarbeid med politi, legevakt og kommuner, opplæring av ansatte i AMK og samarbeid med SIM- Innlandet om utvikling av tilbud står i fokus.

Divisjonen har ivarettatt spesialiseringsforløp og videreutdanninger, samt utdanning i kognitiv miljøterapi med i overkant av 40 deltakere. For 2017 vil de økonomiske rammene for gjennomføring av kompetanseheving bli noe økt sammenlignet med 2016, men divisjonen har fortsatt en utfordring hva angår kompetanseheving satt opp mot krav til tilstedeværelse i klinikk. Dette gjelder spesielt poliklinikkens krav til tilgjengelighet og aktivitet.

7.3.2 Somatikk - omstilling

Administrerende direktør la frem forslag til omstillingstiltak på kort sikt i sak 085-2016 i styremøtet 15. desember 2016. Styresaken beskriver administrerende direktørs vurdering og konklusjon for behovet for endringer på kort sikt samt forslag til konkrete tiltak. Rapporten «Forslag til omstillingstiltak i ØLP-perioden 2017-2020» av november 2016 var vedlegg til styresaken.

Styret fattet følgende vedtak i sak 085-2016:

1. *Styret tar til orientering at administrerende direktør vil slå sammen divisjon Gjøvik og divisjon Lillehammer til divisjon Gjøvik-Lillehammer. Styret tar til orientering at administrerende direktør også vil foreta en tilsvarende vurdering av å slå sammen de somatiske divisjonene i Hedmark til en felles divisjon.*

2. *Styret tar til orientering at administrerende direktør vil avvikle divisjon Habilitering og rehabilitering og fordele divisjonens oppgaver/funksjoner mellom divisjon Gjøvik-Lillehammer og divisjon Elverum-Hamar.*
3. *Styret gir sin prinsipielle tilslutning til at fysikalsk medisin og rehabilitering som i dag drives på Solås og Ottestad samlokaliseres. Styret ber om å få saken på nytt etter at det er foretatt en økonomisk og faglig utredning.*
4. *Styret gir sin tilslutning til at utredning av samling av tilbudet innenfor nyfødintensiv til Lillehammer blir videreført i samsvar med prosesskravene fastsatt i «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» og i henhold til de premissene som det er redegjort for i administrerende direktør sin saksutredning.*
5. *Styret tar til orientering at døgntilbudet innenfor urologi samles på Hamar som innebar områdeansvaret for urologi. Styret forutsetter at det fortsatt skal være tilbud om urologisk poliklinikk og dagtilbud på Lillehammer. Styret tar også til orientering at pacemakerinnleggelse i Sykehuset Innlandet samles på Elverum.*
6. *Styret tar til orientering at administrerende direktør legger opp til at operasjon av tykktarmkreft i Oppland samles på Gjøvik i løpet av 2017, etter at det er foretatt en risiko- og sårbarhetsvurdering av tiltaket. Det vises til brev fra Helse Sør-Øst datert 12. desember 2016.*
7. *Styret tar til orientering at det settes i gang et målrettet arbeid for nedtak av senger gjennom å bruke beste praksis for liggetid samt utnytte stordriftsfordeler gjennom færre og større sengeposter. Styret legger til grunn at faglig kvalitet ikke forringes ved å redusere liggetiden. Styret forutsetter at dette arbeidet igangsettes snarest mulig og ber om en overordnet plan for arbeidet og at det rapporteres tertialvis til styret.*
8. *Styret tar til orientering at det settes et særskilt effektivitetskrav for staber og interne servicefunksjoner på 5 mill. kr i økonomiplanperioden 2017-2020.*
9. *Styret ber om at det blir utarbeidet planer for gjennomføring av de tiltak og prosesser som er fastsatt i foreliggende sak, med tertialvis tilbakereportering til styret om status og fremdrift i prosessene.*

Parallelt med omstillingsarbeidet innenfor perioden for økonomisk langtidsplan (ØLP-perioden) 2017-2020 pågår det langsiktige arbeidet for å avgjøre fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet. Gjennom våren 2017 skal det gjennomføres en bred høring før styret fatter en beslutning om fremtidig sykehusstruktur høsten 2017. Dette vil medføre at detaljering og gjennomføring av enkelte av omstillingstiltakene på kort sikt kan knyttes til beslutningene som fattes om det langsiktige utviklingsarbeidet. Operasjonalisering og detaljert planlegging av endringene besluttet i sak 085-2016 vil pågå parallelt med høringsperioden for fremtidig sykehusstruktur.

I tillegg vises det til protokoll fra foretaksmøtet for Sykehuset Innlandet HF 8.juni 2016, der foretaksmøtet la til grunn at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med veilederen for helseforetakenes utviklingsplaner. Dette arbeidet vil også bidra til å binde omstillingsarbeidet på kort sikt sammen med en langsiktig plan for utvikling av Sykehuset Innlandet.

Utvikling av gode løsninger for endret funksjons- og oppgavefordeling og gjennomføring av endringer på kort sikt, er avhengig av at fremtidens sykehusstruktur blir avklart. Den fremtidige sykehusstrukturen er samtidig avhengig av at Sykehuset Innlandet utvikler tjenester innenfor dagens struktur, slik at det opprettholdes kvalitet, faglig utvikling og økonomisk handlingsrom frem til den fremtidige strukturen kan realiseres.

Oppfølging av styresak 085-2016 og styrets vedtak i saken vil bli operasjonalisert i flere prosesser. Administrerende direktør har utpekt en fagansvarlig og en prosessansvarlig for omstillingsarbeidet i 2017. Fagdirektør skal ha det overordnede faglige ansvaret for oppfølging av styrets vedtak i sak 085-2016. Det er gitt et særlig ansvar for at det blir gjennomført risikovurderinger med fokus på risikoreduserende tiltak av omstillingstiltakene. Tiltakene skal gjennomføres dersom risikovurderingen ikke gir grunnlag for annen konklusjon. Det skal utarbeides mandater og milepælsplaner for hver av prosessene og sikre at alle prosesser har tilstrekkelig prosess- støtte. Tillitsvalgte og vernetjeneste involveres iht lov og avtaleverk og «12 prinsipper for medvirkning i omstilling» (Helse Sør-Øst).

7.3.3 Planer for den desentraliserte spesialisthelsetjenesten

7.3.3.1 Foretakstilhørighet divisjon Kongsvinger.

I foretaksmøte 17. august 2015 ga Helse- og omsorgsdepartementet Helse Sør-Øst RHF i oppdrag å utrede om det kan være hensiktsmessig å overføre Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde til Akershus universitetssykehus (AHUS).

Det har i lengre tid vært reist spørsmål om hvilket helseforetak som bør ha ansvar for pasientene i dette opptaksområdet, og styret i Sykehuset Innlandet har gitt tilslutning til at spørsmålet blir utredet.

I august 2016 etablerte Helse Sør-Øst RHF en prosjektgruppe som skulle vurdere om og eventuelt hvordan Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde kan overføres til Akershus universitetssykehus, eller om Kongsvinger sykehus fortsatt bør være en del av Sykehuset Innlandet.

Mandatet ble 2.november 2016 utvidet til også å beskrive hvordan Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus ser for seg framtidens Kongsvinger sykehus basert på modellene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Prosjektgruppen har bred representasjon fra kommuner i Glåmdalsregionen, samt ledelse, verneombud, tillitsvalgte og brukere fra Sykehuset Innlandet. I tillegg deltar to representanter fra ledelsen ved Akershus universitetssykehus.

Arbeidet startet 26.08.16 med allmøte på Kongsvinger sykehus. Det har vært fire møter i prosjekt- og arbeidsgruppene, egne dialogmøter med ordførere og administrerende direktører i de to berørte helseforetakene og flere møter med ulike brukerorganisasjoner, ansatte ved sykehuset med flere. To grupper har sett på henholdsvis pasientstrømanalyser og økonomiske konsekvenser. Disse har vært ledet av Helse Sør-Øst RHF og hatt representasjon fra Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus.

I utredningen er det også avholdt et møte med Oslo universitetssykehus som har ansvaret for prehospitaltjenester for Akershus sykehusområde.

Konkretiseringen av modeller for framtidens Kongsvinger sykehus ble utført i samarbeid mellom prosjektledelsen i Helse Sør-Øst og berørte fagansvarlige og ledere i Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus i to separate møter. Ledelsen på Akershus universitetssykehus har også vært på befaring på Kongsvinger sykehus.

Sykehuset Innlandet ser frem til en avklaring om hvilket foretak pasientene i Kongsvingerområdet skal sogne til i fremtiden. Sykehuset Innlandet ønsker å beholde ansvaret for SI Kongsvinger og spesialisthelsetjenestetilbudene til befolkningen i dette opptaksområdet.

7.3.3.3 Utvikling av de lokalmedisinske sentrene

Rapporten «Utredning av pasienttilbud og faglig innhold i lokalmedisinske sentre/desentraliserte tilbud – Tiltaksplan 2016-2019» ble presentert 1. februar 2016. Arbeidsgruppen anbefalte at Sykehuset Innlandet:

- kan etablere/videreutvikle følgende polikliniske tilbud ved de to lokalmedisinske sentrene frem mot 2020:
 - Røntgen (konvensjonell røntgen, CT og ultralyd)
 - Ortopedi
 - Nevrologi
 - Øre-nese-hals (hørsel)
 - Gynekologi
 - Diabetes
 - Kardiologi
 - Blodtapping og -transfusjoner
 - Dagkirurgi (fjerningspoliklinikk)
 - Nefrologi
 - Urologi
 - Pediatri

- gir desentralisert dialysebehandling ved behov og videreutvikler tilbudet om cytostatika behandling til kreftpasienter.
- videreutvikler intermediær- og KAD-avdelingene til å ta hånd om flere og dårligere pasienter. En anestesilege i vakt ved de lokalmedisinske sentrene vil styrke beredskapen både for legevakt og intermediærposten/«sykehussengene». Arbeidsgruppen forutsatte at de lokale sengeavdelingene med interkommunale intermediærsenger, KAD-senger og «sykehussenger» har samme driver og journalsystem. Etablering av én felles sengeavdeling vil gi gjensidig kompetanseoverføring for leger og sykepleiere både ved de lokalmedisinske sentrene og i sykehusene.
- etablerer en enhet/avdeling i divisjon Prehospitale tjenester som får ansvaret for drift og utvikling av spesialisthelsetilbudet ved Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter og Valdres lokalmedisinske senter. Etablering av en slik enhet vil styrke distriktene og gi troverdighet til foretakets vilje til desentralisering av spesialisthelsetjenester.
- avventer de politiske beslutningene i interne prosesser i Gran og Lunner kommuner før foretaket beslutter rammer for spesialisthelsetjenester ved et eventuelt lokalmedisinsk senter på Hadeland.

Styret i Sykehuset Innlandet tok i sak 007-2016 rapporten om de lokalmedisinske sentrene til orientering og forutsatte at innholdet i rapporten blir fulgt opp i økonomisk langtidspan for

perioden 2017-2020 og den pågående idéfase for ny sykehusstruktur. Styret ba om at saken kom tilbake til styret etter avsluttet intern behandling i foretaket.

Administrerende direktør orienterte styret i sak 035-2016 om at han hadde besluttet at ansvaret for drift og utvikling av de lokalmedisinske sentrene skulle tillegges divisjon Prehospitale tjenester fra 1. januar 2017. Det ble i styresaken gitt en redegjørelse for utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet ved de lokalmedisinske sentrene i Nord-Gudbrandsdal og Valdres.

Den største utfordringen knyttet til desentralisering av spesialisthelsetjenester i poliklinikk og dagbehandling vil fortsatt være å sikre en stabil og forutsigbar legedekning. Administrerende direktør understreket i styresak 035-2016 at ledelsen i divisjon Prehospitale tjenester må vurdere utradisjonelle modeller for rekruttering av leger til de lokalmedisinske sentrene i Nord-Gudbrandsdal og Valdres.

Administrerende direktør understreket videre i styresaken at det vil bli lagt opp til ytterligere styrking av de lokalmedisinske sentrene i Sykehuset Innlandet slik at de vil fremstå som faglig robuste sentra som kan gi pasientene et godt behandlingstilbud nær der de bor. Det er en viktig målsetting å sikre god balanse i tilbudet i Valdres og i Nord Gudbrandsdal, og eventuelt etter hvert også på Hadeland dersom det blir etablert lokalmedisinsk senter der.

7.3.4 Nasjonal helse og sykehusplan

I 2015 la Regjeringen frem Nasjonal helse- og sykehusplan, som ble vedtatt av Stortinget i mars 2016. Denne gjelder for perioden 2016-2019, men beskriver og drøfter utviklingstrekk frem mot 2040. I planen gis de overordnede politiske rammene for utvikling av fremtidens spesialisthelsetjeneste.

I Nasjonal helse- og sykehusplan fremhever Regjeringen at de vil legge til rette for at psykiske og somatiske helsetjenester blir bedre samordnet i fremtidens helsetjeneste. Ved å legge til rette for en samlokalisering av psykisk helsevern, rus og somatikk vil pasientenes behov for sammensatte tjenester imøtekommes.

Regjeringen har foreslått prinsipper for bedre oppgavedeling og samarbeid som skal legges til grunn i de regionale helseforetakenes og helseforetakenes planarbeid fremover. Sykehusene skal fungere i et forpliktende nettverk for å sikre hensiktsmessig oppgavefordeling. Det skal utarbeides et eget kvalitetssikringsystem for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner, i form av en veileder, for å understøtte at endringer i virksomheten er i tråd med nasjonale føringer og sikre at det er gjennomført gode lokale prosesser.

Et av prinsippene er at funksjoner skal samles når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentraliseres når det er mulig. Det skal gis et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet, og desentraliserte spesialisthelsetjenester, gjerne samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester, skal videreutvikles. Det er pasientens behov som skal være styrende for hvordan sykehusene organiseres, og pasienter med vanlige sykdommer, kroniske tilstander, psykiske helseproblemer og rusavhengighet skal få flest mulig tjenester lokalt. Samlokalisering med kommunale tjenester gir også en større mulighet til å etablere helhetlige pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Nasjonale helse- og sykehusplan tilkjenner en ambisjon om å overføre deler av ansvaret for rehabiliteringsfeltet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene som del av arbeidet med kommunereformen.

7.3.5 Planer for et robust og framtidsrettet sykehusstilbud i Innlandet

Oppsummering

Helse Sør-Øst godkjente i sin styresak 066-2014 oppstart av arbeidet med idéfase for Sykehuset Innlandet. Idéfasearbeidet startet i mars 2015 og har pågått i 2016. Fremdrift og innhold i idéfasen er løpende tilpasset nye premisser. Styret vedtok i sak 077-2016 å sende Idéfaserapporten på høring.

I idéfasen utreder Sykehuset Innlandet tre alternative strukturelle løsningsmodeller for fremtidig sykehusstruktur med ulik grad av samling. I tillegg er dagens struktur (nullalternativet) utredet. Idéfaserapporten anbefaler hovedsykehus ved Mjøsbrua, som fremtidig modell for Sykehuset Innlandet. Sykehuset Innlandet skal gjennomføre høring og formell behandling av idéfaserapporten i 2017.

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn for sitt vedtak i sak 066-2014 at en eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022 og at fremdriften av arbeidet skal tilpasses dette.

Nasjonal helse- og sykehusplan gir viktige føringer for utviklingen i spesialisthelsetjenesten i perioden 2016-2019. Planen legger til grunn at sykehusstrukturen i Innlandet avklares i det pågående planarbeidet i foretaket.

Rammer for omstilling

Omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst legger føringer for helseforetakenes struktur, organisering og faglige prioriteringer. Et viktig grunnpremiss for omstillingsprogrammet har vært at pasientenes behov skal være førende for struktur og innhold i tjenestene. Innenfor hvert sykehusområde/helseforetak skal det foretas en differensiering i lokalbaserte tjenester og i mer spesialiserte tjenester. Målsettingen er å desentralisere det som kan desentraliseres og sentralisere det som må sentraliseres.

Innenfor hvert sykehusområde skal det sikres et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å ivareta faglig kvalitet i spesialiserte funksjoner, herunder kirurgiske og ortopediske akuttfunksjoner, samtidig som det skal etableres nærhet til de alminnelige spesialisthelsetjenester. Utvikling av gode lokalbaserte tjenester for alminnelige tilstander er viktig for å legge til rette for sterkere samarbeid med kommunene, og dermed for et mer helhetlig pasienttilbud i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner.

I tillegg til oppdrag fra Helse Sør-Øst, er Sykehuset Innlandets utviklingsarbeid igangsatt ut fra en egen erkjennelse om at det er behov for en gjennomgang av struktur og innhold i tjenesten for å sikre en bærekraftig og robust spesialisthelsetjeneste for Innlandets befolkning i årene fremover. Nasjonal helse- og sykehusplan gir viktige føringer for utviklingen i spesialisthelsetjenesten i perioden 2016-19. Planen skal rulleres hvert 4. år, og beskriver et utfordringsbilde som er i samsvar med det bildet Sykehuset Innlandet har tegnet i utviklingsplanen for å utforme fremtidens pasienttilbud. Planen beskriver en utviklingsretning det er mulig å legge til rette for i de modellene Sykehuset Innlandet utreder.

Utviklingsplan for foretaket

Sykehuset Innlandet ferdigstilte i 2014 arbeidet med foretakets utviklingsplan. Utviklingsplanen ble utarbeidet gjennom tre grundige prosesser, hvor hver prosess har vært undergitt omfattende vurderinger, analyser og høringsrunder. Administrerende direktør ble gitt i oppdrag å innarbeide

Mål, premisser og utfordringer av 2010, Strategisk fokus 2025 av 2012 og delplanene av 2013 i et samlet og helhetlig dokument som utgjør Sykehuset Innlandets utviklingsplan, i samsvar med veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (IS 1369).

Styret i Sykehuset Innlandet behandlet og godkjente utviklingsplanen i sak 046-2014.

Basert på fremlagt utviklingsplan og mandat, godkjente Helse Sør-Øst i sin styresak 066-2014 oppstart av arbeidet med idéfase. Gjennomføringen av arbeidet med helhetlig utviklingsplan er Sykehuset Innlandets svar på de utfordringene spesialisthelsetjenesten vil møte i årene som kommer. Denne bygger på strategiske føringer og faglige retningslinjer.

Mål for Idéfasen

Styret behandlet mandat for idéfasen i sak 047-2014. På grunnlag av utviklingsplan for Sykehuset Innlandet, skal idéfasearbeidet identifisere mulige, prinsipielle løsninger / alternativer for behovet for sykehus tjenester i helseforetaket og videreutvikle og identifisere de alternativene som best understøtter visjoner og målsetninger for helsetjenester i hele opptaksområdet i Sykehuset Innlandet.

Idéfasen skal avklare hvilke prosjekter / alternativer som er ”liv laga”. At et prosjekt / alternativ er ”liv laga” innebærer at det er:

- **Relevant.** Oppfyller de overordnede målene som gjelder for helseforetaket.
- **Gjennomførbart.** Kan gjennomføres innenfor helseforetakets finansielle handlingsrom.
- **Levedyktig.** Helseforetakets økonomisk bæreevne kan opprettholdes gjennom prosjektets levetid.

Innhold i idéfasearbeidet

Basert på fremlagt utviklingsplan og mandat, godkjente Helse Sør-Øst i sin styresak 066-2014 oppstart av arbeidet med idéfase. Idéfaserapporten med innstilling ble lagt frem i styresak 077-2016. Styret i Sykehuset Innlandet besluttet å sende rapporten ut på høring med høringsfrist 12. mai 2017. Endelig behandling av idéfaserapporten planlegges høsten 2017.

Idéfasearbeidet gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter slik som beskrevet ovenfor. I veilederen heter det at det i idéfasen bør utredes 3 til 4 alternativer, inklusiv nullalternativet. I idéfaserapporten har Sykehuset Innlandet utredet tre alternative strukturelle løsningsmodeller for fremtidig sykehusstruktur med ulik grad av samling. Dette er modeller med ett, to eller tre store akutt sykehus i Mjøsregionen. I tillegg er dagens struktur (nullalternativet) utredet. Alle modeller vurdert i forhold til faglige vurderingskriterier, investeringsbehov og realiseringsmuligheter.

Idéfaserapporten anbefaler hovedsykehusmodellen, med ett stort akutt sykehus ved Mjøsbrua, som fremtidig modell for Sykehuset Innlandet. En hovedsykehusmodell med samlokalisering av somatikk og sykehuspsykiatri, er den av de utredede modellene som legger best til rette for faglig kvalitet og utvikling av fremtidig virksomhet til pasientens beste. Denne modellen svarer best ut avhengighetene mellom fagene og fagmiljøenes krav og forventninger. I tillegg er dette modellen som har best økonomisk bæreevne.

Premisser for og fremdriften i idéfasearbeidet har fremkommet gjennom flere styresaker. I styresakene 037-2016 og 077-2016 besluttet styret i Sykehuset Innlandet fremdrift for idéfasen. Styret behandlet idéfaserapporten 18. november 2016, og vedtok (sitat fra sak 077-2016):

1. *Styret finner at utkast til idéfaserapport oppfyller plankrav slik de er fastsatt av overordnet myndighet, og vedtar å sende idéfaserapporten ut på høring.*
2. *Idéfasetredningen vil sammen med oppdatert samfunnsanalyse utgjøre høringsgrunnlaget. Høringen igangsettes etter at samfunnsanalysen har vært forelagt styret i møte 12. januar 2017.*
3. *Sammen med idéfaserapporten og samfunnsanalysen skal det følge med et høringsbrev til høringsinstansene. Høringsbrevet vil blant annet inneholde spørsmål som Sykehuset Innlandet ønsker spesielt belyst i høringsrunden. Styret ber administrerende direktør legge frem utkast til slikt høringsbrev i styremøtet 12. januar 2017.*
4. *Styret setter høringsfristen til fredag 12. mai 2017.*
5. *Styret ber om at innkomne høringsuttalelser blir forelagt styret til foreløpig gjennomgang og vurdering i møte 16. juni 2017. Det legges opp til at styret i samme møte fastsetter tidspunkt for foretakets endelige behandling av idéfaserapporten.*

Sykehuset Innlandet vurderer det som avgjørende å få avklart sykehusstrukturen for Innlandet i idéfasen. Avklaring av sykehusstrukturen vil skape forutsigbarhet i forhold til utvikling av foretaket. Fremdrift og innhold i idéfasen er tilpasset nye premisser ved behandlingen av styresakene 037-2016 og 077-2016.

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn for sitt vedtak i styresak 066-2014 at en eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022 og at fremdriften av arbeidet skal tilpasses dette.

Sykehuset Innlandet gjennomfører styring og oppfølging av prosjektet gjennom behandling i oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset Innlandet har etablert egen intern styringsgruppe for prosjektet.

7.3.6 Bærekraftig utvikling gjennom økt handlingsrom

For å oppnå en bærekraftig økonomisk utvikling og samtidig nå målet om økt kvalitet i pasientbehandlingen, vil det være avgjørende at foretaket realiserer nødvendige investeringer. Midler til investeringer får Sykehuset Innlandet gjennom positive årsresultater i tillegg til likviditet fra HSØ.

Det årlige behovet for investeringsmidler i foretaket er vurdert til å ligge på omlag 500 mill. kr. Likviditeten fra eier gir en årlig investeringsramme på omlag 140-150 mill. kr i tillegg til et eventuelt overskudd. For 2017 vil dette utgjøre ca. 200 mill. kr.

Sykehuset Innlandet skal i 2017 vedta ny sykehusstruktur for foretaket. Dette vil innebære betydelige investeringskostnader i framtiden. Det blir viktig at foretaket i årene fremover har en bærekraftig økonomisk utvikling som gjør foretaket i stand til å bære investeringskostnadene i henhold til fremtidig struktur. Prosjektet for ny sykehusstruktur på lang sikt og omstilling på kort sikt vil bidra til at resultatene ikke utelukkende skal gjennomføres gjennom driftsoptimalisering, det er imidlertid planlagt at de første effektene av dette vil oppnås i siste halvdel av 2017.