



Sykehuset Innlandet HF

HELSE SØR-ØST

Årsrapport 2017



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

Sykehusets lovpålagte 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 samarbeid mellom kompetente fagmiljøer.

Verdier

Kvalitet, trygghet og respekt

For medarbeidere i Sykehuset Innlandet betyr det:

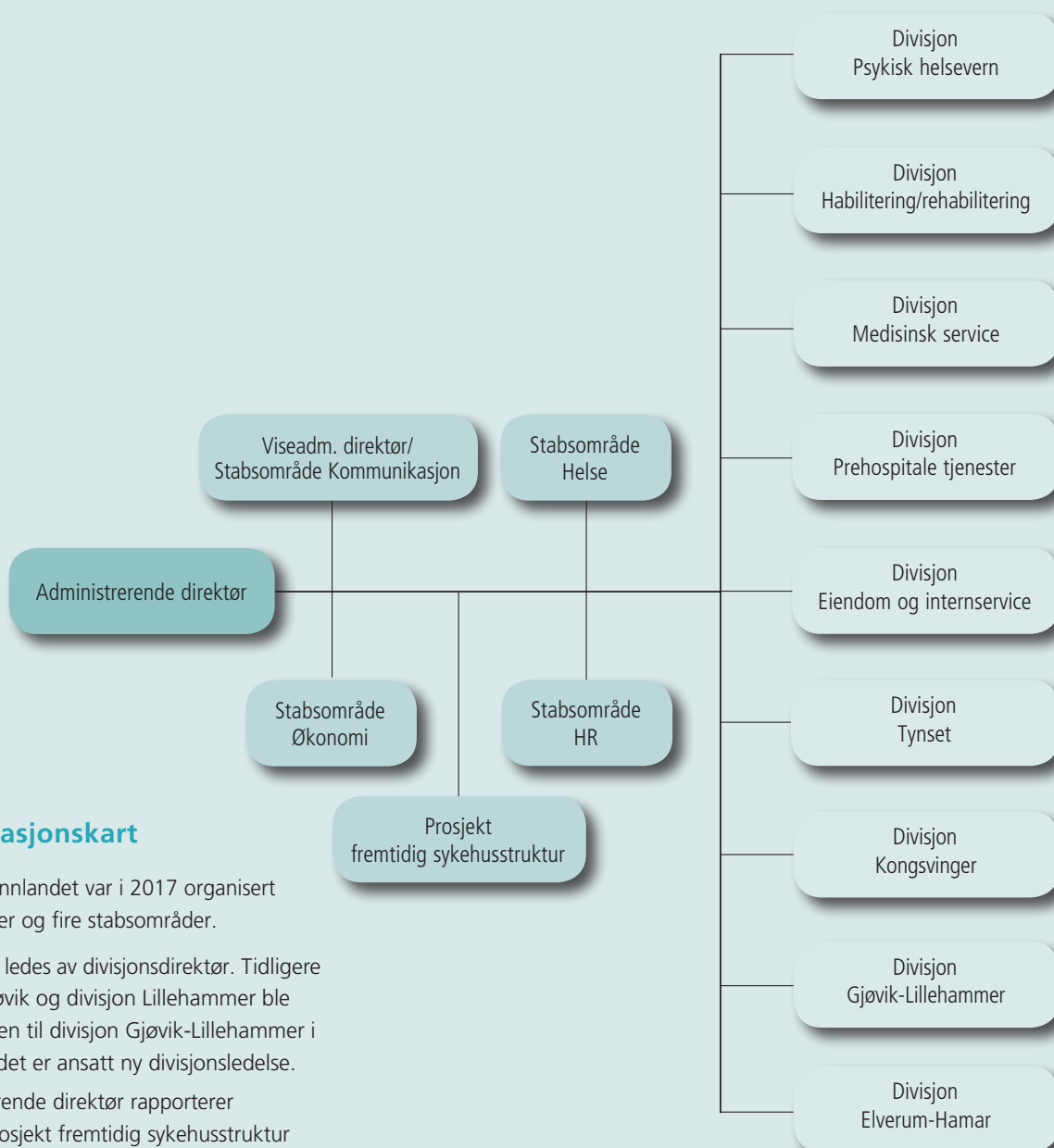
- Åpenhet og involvering
- Respekt og forutsigbarhet
- Kvalitet og kunnskap

Organisasjonskart

Sykehuset Innlandet var i 2017 organisert i ni divisjoner og fire stabsområder.

Divisjonene ledes av divisjonsdirektør. Tidligere divisjon Gjøvik og divisjon Lillehammer ble slått sammen til divisjon Gjøvik-Lillehammer i august og det er ansatt ny divisjonsledelse.

Administrerende direktør rapporterer til styret. Prosjekt fremtidig sykehusstruktur sitter i stab til administrerende direktør.





Alice Beathe Andersgaard overtok som administrerende direktør i 2017.

Styret i 2017

Anne Enger (leder)
Tor E. Berge (nestleder)
Maren Kyllingstad
Kaija Eide Drønen
Kjell-Petter Tønnessen
Ove Talsnes
Jørgen Hurum
Marianne Nielsen



Styreleder Anne Enger.

Opptaksområdet

Befolkningsgrunnlaget i sykehusets dekningsområde per januar 2017 var 408 051 personer. Mellom de geografiske ytterpunktene er det ca. 300 kilometer.



Fakta og tall

Opptaksområdet:

Sykehuset Innlandet har i tillegg til Hedmark og Oppland, Nes kommune i Akershus som sitt opptaksområde.

Antall enheter:

- 40 enheter, seks somatiske sykehus og to psykiatriske sykehus

Antall ansatte:

- Sykehuset Innlandet hadde gjennomsnittlig 7 455 årsverk, til sammen 9 972 ansatte

Omsetning i 2017:

- 8,5 milliarder kroner

Opptaksområde:

- 49 kommuner

Areal:

- Hedmark: 27.388 km²
- Oppland: 25.192 km²
- Nes kommune i Akershus: 638 km²
- Totalt: 53.200 km²

Til sammenligning er Danmark 43.094 km².

Befolkningsgrunnlag 4. kvartal 2017:

- Oppland 189 728
- Hedmark 196 731
- Nes kommune i Akershus 21 592

Avstander:

- Eidskog – Os, 361 km
- Lunner – Lesja, 307 km

Grenser til:

- 5 fylker i Norge
- 3 fylker (län) i Sverige
- Riksgrensen Sverige/Norge, ca. 40 mil

Årsberetning 2017

1. Styreleders beretning



2017 har vært et utfordrende og spennende år for Sykehuset Innlandet. Stadig utvikling av kvalitet i helsetilbudet, god drift innenfor gitte økonomiske rammer og slutføring av idéfaseutredningen har vært viktige temaer. Et framtidsrettet og bærekraftig mål bilde for ny sykehusstruktur, «pasientens helsetjeneste», er basert på tanken om «å sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan». Dette innebærer mer og bedre samhandling med helsetjenesten i kommunene, desentralisering av spesialisthelsetjenester med høy kompetanse, stadig videreutvikling av de pre-hospitale tjenestene samt et samlet tilbud innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i en modell med ett stort akuttsykehus ved Mjøsbrua, kalt Mjøspsykehuset.

Styret ferdigbehandlet idéfaserapporten i oktober 2017 og ga enstemmig tilslutning til det framtidige målbildet. Saken med anbefaling er sendt til Helse Sør-Øst RHF, og Sykehuset Innlandet legger til grunn av det regionale helseforetaket tar prosjektet videre til konseptfasen.

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF i juni, og foretaksmøte i Sykehuset Innlandet HF i september, besluttet vår eier Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråden at spesialisthelsetjenestetilbudet i Kongsvinger skal overføres fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF med virkning fra 1. januar 2019. Arbeid med gjennomføring av beslutningen ledes av Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset Innlandet bidrar med full tyngde inn i prosjektet for å sikre befolkningen i Kongsvingerregionen fortsatt gode spesialisthelsetjenester. Det er imidlertid ingen grunn til å legge skjul på at endringen vil ha stor betydning for Sykehuset Innlandet, både i form av endret pasientstrøm og tjenestetilbud, utfordringer med IKT og endringer i våre økonomiske rammebetingelser.

Sykehuset Innlandet har i 2017 arbeidet systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet samt med tiltak for å redusere ventetider og fristbrudd. Resultatene viser en fortsatt god utvikling på indikatorene – samlet sett. Samtidig viser det seg at det er store variasjoner innenfor ulike fagområder og mellom våre behandlingssteder. Det arbeides systematisk og målrettet med å bedre situasjonen.

Blant annet gjelder dette enkelte pakkeforløp innen krefttilbudet. Videre er arbeidet med å redusere uønsket variasjon og optimalisere pasientforløp sentralt for å gi et mest mulig likt og forutsigbart tilbud til pasientene. Det vil i samarbeid mellom fagmiljøene på sykehusene og i kommunene utarbeides pasientforløp fra hjem til hjem med fokus på kvalitet, økt overlevelse, reduksjon i komplikasjoner og reduksjon i antall reinnleggelser.

Sykehuset Innlandet har også i 2017 arbeidet med å tilpasse driften til de økonomiske rammer vi har fått. Det er krevende. Årsresultatet samlet for Sykehuset Innlandet er i 2017 på 64,6 millioner – som er 15,4 millioner etter budsjett. Det positive resultatet skal benyttes til nødvendige investeringer i medisinsk teknisk utstyr, bygg, ambulanser og IKT.

Foretaket vil ha en krevende økonomisk situasjon framover. Virksomhetsstrategi 2018-2021 og økonomisk langtidsplan (ØLP) for samme periode, ble vedtatt i mai 2017. Sykehuset Innlandet skal i løpet av de neste fire årene redusere driftsnivået med omlag 340 millioner fra dagens nivå. I tillegg kommer konsekvensen av endret tilknytning for spesialisthelsetjenestene i Kongsvingerregionen. Dette gjør at det haster med utvikling av framtidsrettet og bærekraftig struktur for spesialisthelsetjenesten i Innlandet – en ny struktur basert på tett samarbeid med kommunene og til pasientenes beste.

På vegne av styret til jeg takke alle ansatte i Sykehuset Innlandet – på ulike nivåer i organisasjonen og på alle stedene vi driver virksomhet. Vi står foran store utfordringer og store muligheter. Situasjonen vil fortsatt kreve hardt arbeid, endringsvilje og samhold. Jeg er stolt av å få være med på dette mangfoldige og store laget. Vi gjør hverandre bedre og vi vil hverandre vel.

Anne Enger
styreleder



2. Introduksjon til virksomheten og hovedtall

Om virksomheten

Sykehuset Innlandet HF ble stiftet 1. januar 2003. Hovedoppgavene er pasientbehandling, forskning, undervisning og opplæring av pasienter og pårørende.

Foretaket 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 syke transportsystemet i opptaksområdet.

Sykehuset Innlandet har virksomhet på 40 steder. Den somatiske virksomheten er fordelt på seks 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, fem distrikts psykiatriske sentre (DPS), barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i Hedmark og Oppland, samt habiliterings- og rehabiliteringsenheter. Prehospitale tjenester administrerer AMK-sentralen og har bilambulanse lokalisert på 29 ambulansestasjoner. I tillegg har de ansvar for den medisinske tjenesten ved luftambulansens base på Dombås.

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

I 2017 hadde Sykehuset Innlandet gjennomsnittlig 7 455 årsverk og 9 972 ansatte, jfr. note 5, og en omsetning på om lag 8,5 milliarder kroner. Det geografiske opptaksområdet til Sykehuset Innlandet er fylkene Hedmark og Oppland. Regionen har omlag 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.

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 har et befolkningsgrunnlag på ca 22 677 innbyggere. 14 979 innbyggere fra Innlandet fordelt på kommunene Tynset, Os, Tolga, Alvdal, Folldal og Rendalen. I kommunene Holtålen og Røros i Trøndelag er det 7 698 innbyggere. Sykehuset Innlandet ivaretar også lokalsykehusfunksjoner for Nes kommune i Akershus med ca. 21 592 innbyggere.

Utviklingen i Sykehuset Innlandet

Den gjennomsnittlige levealderen øker, behandlingsformene blir mer skånsomme og flere av de eldste vil ha et stort behov for

helsetjenester. Antall pasienter med kroniske og sammensatte lidelser vil øke da flere lever lenger med blant annet hjertesykdommer, lungesykdommer, kreftsykdommer, diabetes, sykkelig overvekt og muskel- og skjelettlidelser.

Nasjonal helse- og sykehusplan fremhever følgende sykdomsutvikling:

- Over halvparten av alle tapte leveår skyldes hjerte- og karlidelser og kreft
- 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

Nye behandlingsformer vil kreve avansert og dyrt utstyr og tverrfaglige, høyt spesialiserte team av fagfolk. En vil se en utvikling med enklere og mer mobilt utstyr og mange utredninger og behandlinger kan utføres nærmere pasienten enn nå. Det kan være i lokalmedisinske sentre, eller i eget hjem, som del av samhandlingsopplegg mellom spesialisthelsetjenesten og den enkelte kommune.

For å bedre tjenestene til pasientene, vil foretaket ha særlig fokus på teknologiske løsninger som vil være til nytte for pasienter og pårørende. Arbeidet med å bedre teknologiske støttesystemer for helsepersonell vil også ha prioritet i de kommende årene. 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.

I tråd med utviklingen av «Pasientens helsetjeneste» vil hensyn til pasientmedvirkning bli enda tydeligere. Større bevissthet og kunnskap hos pasienter og pårørende fører til at flere benytter sine lovfestede rettigheter. Dette er en ønsket utvikling.

Uønsket variasjon i pasientbehandlingen skal reduseres med mål om å gi et best mulig likt og forutsigbart tilbud til pasientene. Arbeid med optimalisering av pasientforløp er virkemiddel for å sikre tilnærmet lik faglig praksis. Det vil i samarbeid med fagmiljøene på sykehusene og kommunene utarbeides pasientforløp fra hjem til hjem med fokus på kvalitet og mindre uønsket variasjon. Målet med optimalisering av pasientforløp er bedre kvalitet, økt overlevelse og reduksjon av komplikasjoner.

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

3. Årets aktiviteter og resultater

Årsresultat

Sykehuset Innlandet hadde et positivt årsresultat på 64,6 millioner kroner i 2017. Resultatet er 15,4 millioner kroner etter budsjett for 2017.

Pasientbehandling

I 2017 var det 467 833 pasientmøter innen somatisk område, inkludert gjestepasienter. Det er en økning på 2,8 prosent i antall pasientmøter sammenlignet med året før. Av disse pasientmøtene var 362 492 polikliniske konsultasjoner, en økning på 3,8 prosent i forhold til 2016 hvor det ble utført 349 232 konsultasjoner.

Tilsvarende var det 180 190 polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Samlet har det for Sykehuset Innlandet vært en økning innen somatiske spesialisthelsetjenester, mens det har vært færre konsultasjoner og døgnopphold totalt sett innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Sykehuset Innlandet har dermed ikke innfridd styringskravet i oppdragsdokumentet om at veksten innen psykisk helsevern skal være større enn innen den somatiske spesialisthelsetjeneste (prioriteringsregelen).

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7»

Det femårige nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» for perioden 2014-2018 inkluderer 16 tiltakspakker. Programmet har som mål å redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak. Forbedringsarbeidet i Sykehuset Innlandet følges opp ved hjelp av tverrfaglige møter med daglige vurderinger av pasientenes risiko for uønskede hendelser og iverksetting av tiltak. Risikotavler er tatt i bruk for å sikre en systematisk gjennomgang av alle pasienter. Det er også tatt i bruk forbedringstavler for å følge opp avdelingens små og store prosesser.

Pasientforløp

Sykehuset Innlandet har et pågående forbedringsarbeid for å følge opp styrets vedtak om «Optimalisering av pasientforløp». Det arbeides med utvikling av standardiserte helhetlige pasientforløp, fra hjem til hjem på tvers av divisjonene i helseforetaket og i samarbeid med kommunene. Følgende pasientforløp er prioritert for hele Sykehuset Innlandet i 2017: «Hoftebrudd», «Hjerneslag» og «God start».

Divisjon Psykisk helsevern deltar i et nasjonalt prosjekt med pasientforløp innen sitt fagfelt. Å samordne prosedyrene som inngår i pasientforløpene har hatt høy prioritet i 2017.

Pasientbehandling	2017			2016		
	Faktisk	Budsjett avvik	Avvik i prosent	2016	Endring	Prosent
Somatikk						
Antall utskrivninger døgnbehandling	64 668	-1 886	-2,8 %	66 189	-1 521	-2,3 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	230 260	-2 167	-0,9 %	231 549	-1 289	-0,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	40 673	1 131	2,9 %	39 641	1 032	2,6 %
Antall inntekstgivende polikliniske konsultasjoner	362 492	6 595	1,9 %	349 232	13 260	3,8 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne						
Antall utskrivninger døgnbehandling	3 328	-145	-4,2 %	3 409	-81	-2,4 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	78 477	177	0,2 %	82 962	-4 485	-5,4 %
Antall oppholdsdager dagbehandling				8	-8	-100,0 %
Antall inntekstgivende polikliniske konsultasjoner	109 251	-11 197	-9,3 %	118 036	-8 785	-7,4 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge						
Antall utskrivninger døgnbehandling	343	29	9,2 %	316	27	8,5 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	10 257	1 345	15,1 %	9 346	911	9,7 %
Antall oppholdsdager dagbehandling				2	-2	-100,0 %
Antall inntekstgivende polikliniske konsultasjoner	47 726	-8 431	-15,0 %	50 353	-2 627	-5,2 %
Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmid.probl.						
Antall utskrivninger døgnbehandling	403	-10	-2,4 %	409	-6	-1,5 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	15 697	-1 331	-7,8 %	17 153	-1 456	-8,5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling						
Antall inntekstgivende polikliniske konsultasjoner	23 213	-4 399	-15,9 %	26 544	-3 331	-12,5 %

Tabell Pasientbehandling: Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det innført ny tellemetodikk knyttet til polikliniske konsultasjoner i 2017. Aktivitet for 2016 og budsjett 2017 er utarbeidet etter de gamle reglene, mens aktivitet 2017 rapporteres etter ny metodikk. Dette fører til at faktiske tall 2017 ikke helt kan sammenlignes med budsjett 2017 og faktiske tall 2016.

Det er etablert forum der fagrådsledere innen medisin, sykepleie og øvrige helsefag møter den faglige ledelse til informasjonsutveksling og drøfting. Dette skaper god direkte kontakt og forståelse mellom faglig ledelse og klinikk. I disse foraene er standardiserings- og forbedringsarbeid i fokus.

Kortere ventetid

Samlet gjennomsnittlig ventetid i 2017 for Sykehuset Innlandet var 49,5 og i 2016 52,9 dager. Dette er en ytterligere bedring fra foregående år og innenfor målet om 60 dager. Redusert ventetid er resultat av målrettet arbeid med å forbedre tilgjengeligheten av sykehustjenestene. Det er likevel ikke alle områder som oppfyller kravet. Spesielt gjelder dette ventetid for fysikalsk medisin og rehabilitering, nevrologi, øre-nese-hals og øyefaget. Disse områdene følges nøye opp og det arbeides blant annet med å få besatt spesialiststillinger.

Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern var 44,7 dager. Dette er under kravet på 45 dager i 2017. Gjennomsnittlig ventetid for voksenpsykiatri (VOP) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) var godt under kravet, VOP 42,5 dager, og TSB 33,0 dager. Gjennomsnittlig ventetid for barne- og ungdomspsykiatri (BUP) i 2017 var på 49,8 dager, men i desember 2017 ble ventetiden redusert til 45,6 dager. Det arbeides med konkrete tiltak for å bedre gjennomsnittlig ventetid innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Bedre planlegging og et kontinuerlig målrettet arbeid bidrar til at Sykehuset Innlandet har blant landets korteste ventetider på pasientbehandling. Det er viktig at pasienten kommer raskt til behandling og dermed også raskere tilbake i arbeidslivet.

Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Pasienten skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. «Time i første brev» lå gjennomsnittlig på 82 prosent for hele Sykehuset Innlandet i 2017, måltallet er på 80 prosent. Gjennom året har variasjonen vært mellom 78-84 prosent. God planleggingshorisont og timelister langt fram i tid er viktige suksessfaktorer for at denne indikatoren kan holdes på dette nivået.

Korridorpasienter

I desember 2017 hadde Sykehuset Innlandet en prosent korridorpasienter (måltall null).

God oppfølging av kreftpasienter

Sykehuset Innlandet skal gi kreftpasienter utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivarett.

Sykehuset Innlandet innfrir kravet på 70 prosent når det gjelder andel nye pasienter i pakkeforløp og ligger nært opp til kravet samlet sett for andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innenfor standard forløpstid.

Rutiner for å fange opp nye pasienter i pakkeforløp via henvisninger som kommer til foretaket er gode, og det har blant annet vært gjennomført møter med fastleger hvor henvisningsrutiner til pakkeforløp har vært tema. Når det gjelder pasienter som kommer inn som trenger øyeblikkelig hjelp, har det vært litt utfordrende å få registrert alle disse inn i pakkeforløp. Det jobbes aktivt med tiltak.

For kirurgisk behandling er det et godt resultat der 75 prosent får behandling innen anbefalt forløpstid. Når det gjelder medisinsk behandlingsoppstart, er resultatet ikke godt nok med 60 prosent.

Gjennomgang av forløpene viser at det spesielt er ved oppstart av medikamentell behandling, og når pasienter overflyttes internt eller ut av eget helseforetak, at det er vanskelig å følge anbefalt forløpstid. Dette følges opp, blant annet ved å se på henvisningsrutiner. For 2018 er det besluttet at det spesielt skal følges opp tre forløp hvor måloppnåelsen har vært dårligere enn gjennomsnittet. Dette gjelder pakkeforløp for lungekreft, livmorkreft og eggstokkreft. Forløpene skal gjennomgås for å se hvor det må settes inn tiltak for å oppnå en forbedring.

Antibiotikastyringsprogram

Det er et økende omfang av bakterier som er motstandsdyktige (resistente) mot antibiotika. For å forebygge utviklingen ble det i 2016 besluttet et nasjonalt antibiotikastyringsprogram fram mot 2020. Målet for programmet er å redusere bruken av bredspektrede antibiotika med 30 prosent fra nivået i 2012. I 2017 implementerte Sykehuset Innlandet et antibiotikastyringsprogram med et sentralt og flere lokale antibiotikateam. Utviklingen følges tertialvis med forbrukstall for antibiotika, hentet fra sykehusenes legemiddelstatistikk. Etter en økning i forbruk av bredspektrede midler totalt i Sykehuset Innlandet de siste årene, er forbruket til og med andre tertial 2017 redusert til det som var forbruket i 2012.

Mindre tvangsbruk i psykisk helsevern

Pasienter i Sykehuset Innlandet skal oppleve et psykisk helsevern med vekt på frivillighet og mindre bruk av tvang. Frivillighet og samtykke er hovedregelen for all behandling og gir det beste utgangspunktet for et godt tillitsforhold og gode behandlingsresultater.

Antall tvangsinnleggelser er stabilt fra 2016 til 2017 på i underkant av 0,4 innleggelser per 1000 innbyggere. Manglende effekt av tiltak kan muligens forklares med at Sykehuset Innlandet allerede er på et lavt nivå sammenlignet med de fleste andre foretak.

Kompetansebygging i foretaket

Sykehuset Innlandet har et stort kompetansemiljø og det er mange som tar etterutdanning, forsker og bidrar til å øke kompetansen både for seg selv og for sine kolleger.

I forbindelse med innføringen av ny spesialistutdanning for leger, ble turnustjenesten 1. september 2017 erstattet av første del av spesialiseringen for leger, «LIS1». Nytt i denne ordningen er fokus på felles kompetansemål innen blant annet kommunikasjon, pasientsikkerhet og samhandling. I 2017 ble det også forberedt innføringen av del 2 og 3 i den nye spesialistutdanningen for leger med planlagt oppstart i mars 2019. Denne reformen innebærer at det er foretaket, og ikke de enkelte avdelingene, som skal godkjennes som utdanningsinstitusjoner for de spesifikke spesialitetene. Dette medfører et stort koordineringsarbeid for Sykehuset Innlandet som har funksjoner innen ett og samme fag spredt på flere geografiske enheter.

Ved utgangen av 2017 hadde Sykehuset Innlandet til sammen 58 lærlinger fordelt på helsefag (5), ambulanse (49) og institusjonskokk (4).

Antall læreplasser til lærlinger skal fremover opprettholdes på minimum samme nivå som i 2017, med mål om utvidelse innen flere relevante fagområder.

Sykehuset Innlandet har et godt og tett samarbeid med Høgskolen i Innlandet og NTNU Gjøvik gjennom samarbeidsavtaler og faste møtepunkter, spesielt gjennom videreutdanning innen anestes-, intensiv- og operasjonssykepleie (AIO), kreftsykepleie, lindrende behandling og psykisk helsearbeid. I 2017 var det registrert 45 sykepleiere i videreutdanning med 80 prosent lønn, 10 i anesthesi, 20 i intensiv og 15 i operasjon. Sykehuset Innlandet har egen simuleringsenhet innen psykisk helsearbeid, ferdighetstrening innen 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 bidrar til utvikling av egne e-læringskurs og bruk av andre tilgjengelige e-læringskurs.

I gjennomsnitt ble det gjennomført 1,5 e-læringskurs per ansatt i foretaket i 2017.

Styrke de desentraliserte spesialisthelsetjenestene

Sykehuset Innlandet skal utvikle pasientens helsetjeneste gjennom samhandling med primærhelsetjenesten i kommunene og styrke de desentraliserte spesialisthelsetjenestene. Det er signert en samarbeidsplattform mellom Gran kommune, Lunner kommune og Sykehuset Innlandet knyttet til etablering av lokalmedisinsk senter (LMS) på tomte Sagatangen i Gran. Sagatangen vil bli utviklet med kommunale tiltak (sykehjem og omsorgsboliger),

interkommunale institusjonstilbud mellom Gran og Lunner og desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud i regi av Sykehuset Innlandet. Sykehuset Innlandet ser også på muligheten for å flytte DPS og BUP Hadeland til det nye LMSet.

Sykehuset Innlandet har også nylig avsluttet en utredningsprosess for videre utvikling av Nord Gudbrandsdal lokalmedisinske senter (NGLMS). Kommunene i Nord-Gudbrandsdal har hatt bred deltakelse i arbeidet. Utredningen har munnet ut i en rapport/handlingsplan med forslag til en rekke tiltak som vil bli vurdert nærmere i forbindelse med utarbeidelse av økonomisk langtidsplan (ØLP) for perioden 2019-2022. Handlingsplanen vil være et viktig prioriteringsredskap for videre utvikling av NGLMS.

Ved lokalmedisinsk senter i Valdres (VLMS) vil det bli gjennomført en tilsvarende utredningsprosess som ved NGLMS i løpet av våren 2018. Når dette arbeidet er avsluttet, vil det legges frem en styresak med en samlet redegjørelse for utviklingsprosessene i Nord-Gudbrandsdal og i Valdres, ventelig før sommeren 2018.

Arbeidsmiljø og personale

Fokus på aktiviteter innen helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i arbeidsmiljøutvalgene og hovedarbeidsmiljøutvalget har gitt gode forutsetninger for å videreutvikle Sykehuset Innlandet som en helsefremmende arbeidsplass. I det helhetlige kvalitets-systemet som er forankret i foretakets kvalitetspolitikk, inngår helse, miljø og sikkerhet som et viktig fokusområde.

Det er registrert i alt 1360 HMS-hendelser i avvikssystemet i 2017. Av disse er 805 hendelser meldt som personalskader. 43 av hendelsene er meldt til NAV som yrkesskade. 18 hendelser har ført til egenmelding og 38 hendelser har ført til sykefravær. Hendelsene som har ført til sykemelding har ulike årsaker. Fall eller fallende gjenstander har eksempelvis ført til muskel- og skjelettskader hos ansatte, i tillegg har fysisk aktivitet og voldshendelser blitt registrert som årsaker til hendelser i avvikssystemet. Det er 30 av hendelsene som vurderes å ha medført alvorlig eller betydelig skade på ansatt.

Hele 536 av hendelsene som var meldt som personalskader fant sted ved divisjon Psykisk helsevern. I overkant av 400 meldinger var knyttet til vold, trusler og utagerende atferd fra pasienter.

Sykehuset Innlandet innførte 1. mars 2017 et nytt system, «Slifra» for å melde om uønskede hendelser. Det nye systemet gjør det enklere for medarbeidere å melde hendelser. Det har i løpet av 2017 blitt gjennomført e-læringskurs for ledere og medarbeidere. Opplæringen har i hovedsak fokusert på god meldekultur. Det er grunn til å tro at det nye systemet har ført til at flere ansatte melder uønskede hendelser, men at det likevel er en underrapportering på alle typer hendelser.

Når det gjelder kursaktiviteter, har det innen HMS-området blitt arrangert et tredagers HMS-grunnkurs for verneombud, ledere og AMU-representanter og et heldagskurs i konflikthåndtering for ledere. I tillegg har det blitt gjennomført grunnkurs og fagdager for forflytningsveiledere. Utover dette har det vært avholdt flere kurs for stoffkartotekkontakter. I forbindelse med et prosjekt «Forebygging av vold og trusler ved somatiske enheter» har det for øvrig blitt gjennomført flere kurs og treninger knyttet til forebygging av vold og trusler.

Sykehuset Innlandet har godkjent egenordning for bedriftshelsetjeneste. Denne tjenesten er en viktig bidragsyter for å utvikle foretaket som en helsefremmende arbeidsplass. Bedriftshelsetjenesten bidrar til at foretaket får bistand i henhold til "Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning".

Sykefraværet i perioden januar til desember i 2017 var totalt 7,6 prosent. Andelen korttidsfravær, syk mindre enn 17 dager, var på 2,16 prosent. Langtidsfraværet, syk mer enn 16 dager, var på 5,43 prosent. Det arbeides aktivt i foretaket for å redusere sykefraværet. I perioden fra 2012 fram til og med 2015 hadde foretaket en nedgang i sykefraværet. Fra 2016 har det vært en svak økning i sykefraværet, men fraværet for hele 2017 ligger likevel 0,2 prosent lavere sammenlignet med 2012. Som IA-bedrift er det også et mål å inkludere medarbeidere som av ulike helsemessige årsaker ikke til enhver tid kan yte maksimalt. Trepertssamarbeidet er en viktig forutsetning for dette arbeidet.

Medarbeiderundersøkelsen ble ikke gjennomført i 2017. Oppfølging av undersøkelsen i 2016 med handlingsplaner for forbedringsområder og bevaringsområder ble ivarettatt i divisjonene og staber. Det ble gjennomført oppfølgingsmøter i enheter og ledergrupper hvor det ble utarbeidet handlingsplaner med bevarings- og forbedringstiltak. Den nye medarbeiderundersøkelsen "ForBedring" har vært under planlegging i 2017. Ulike stabsområder, foretakets arbeidsmiljøutvalg HAMU og de divisjonsvise arbeidsmiljøutvalgene og kvalitetsutvalgene har vært involvert i dette arbeidet.

I 2017 var det rettet et særlig fokus på nye ledere. I den forbindelse ble det etablert en ny systematikk rundt mottak/introduksjon og opplæring av nye ledere. Ledelsesutviklingsprogrammet «Basisledelse» er et sentralt virkemiddel i denne sammenhengen. I 2017 har 43 ledere deltatt i programmet. Det er nå omlag 530 ansatte i foretaket som har gjennomført basisledelsesprogrammet.

Likestilling

Sykehuset Innlandet skal gjennom sin arbeidsgiverpolitikk bidra aktivt til likestilling mellom kjønnene og hindre diskriminering på grunn av etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk, religion eller livssyn. Foretaket har innarbeidet retningslinjer som sikrer arbeidstakernes rettigheter og sosiale forhold i henhold til gjeldende lover, forskrifter og avtaleverk.

Tabellen viser kvinners gjennomsnittlønns i forhold til menns innen hovedgrupperingen av stillingskategorier i foretaket:

Stillingsgruppenavn	2017			2016			Endring gj.snittlønn i prosent	
	Gjennomsnittlønn		Kvinnens lønn i % av menns lønn	Gjennomsnittlønn		Kvinnens lønn i % av menns lønn	2016–2017	
	Kvinner	Menn		Kvinner	Menn		Kvinner	Menn
Administrasjon/Ledelse	550 412	675 744	81,5 %	524 926	649 892	80,8 %	4,86 %	3,98 %
Ambulansepersonell	378 537	388 439	97,5 %	368 131	379 490	97,0 %	2,83 %	2,36 %
Diagnostisk personell	447 232	461 231	97,0 %	440 328	449 158	98,0 %	1,57 %	2,69 %
Drifts/teknisk personell	385 570	411 320	93,7 %	376 045	398 241	94,4 %	2,53 %	3,28 %
Forskning	459 396	586 697	78,3 %	501 804	581 860	86,2 %	-8,45 %	0,83 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	395 381	395 825	99,9 %	386 003	387 726	99,6 %	2,43 %	2,09 %
Leger	658 213	695 184	94,7 %	631 506	665 161	94,9 %	4,23 %	4,51 %
Pasientrettede stillinger	448 022	460 806	97,2 %	438 019	449 454	97,5 %	2,28 %	2,53 %
Psykologer	628 371	659 960	95,2 %	606 065	631 729	95,9 %	3,68 %	4,47 %
Sykepleier	471 747	481 196	98,3 %	460 186	468 192	98,3 %	2,51 %	2,78 %
Totalt	483 851	540 422	89,5 %	468 481	522 605	89,6 %	3,28 %	3,41 %

Gjennomsnittlig årslønn er beregnet med grunnlag i utbetalt månedslønn og tilhørende årsverk for kontoartene 5000 fast lønn, 5001 vikar i ledig stilling, 5002 fødselspermisjon, 5003 lønn ved overlegers utdanningspermisjon.

Eksempelvis har foretaket egne retningslinjer og prosedyrer for oppfølging av sykemeldte arbeidstakere, livsfasepolitikk, permisjoner, pensjon og forsikring som tar hensyn til disse forholdene. Mål for likestillingsarbeidet foretaket er følgende:

- Sykehuset Innlandet skal legge til rette for en bedre fordeling av kvinner og menn innen alle stillingskategorier.
- Sykehuset Innlandet skal dyktiggjøre og motivere kvinner til å søke lederjobber.
- Likestillingsperspektivet skal bidra til en jevn fordeling av goder og plikter mellom kvinner og menn.

Av totalt 8260 ansatte med fast månedslønn, var 76,7 prosent kvinner og 23,3 prosent menn. I foretakets ledelse (administrerende direktør, stabsdirektører og divisjonsdirektører) er fordelingen per 31. desember 2017 ni kvinner og seks menn (hhv 60 prosent og 40 prosent).

I tabellen (se side 10), viser måltallet kvinners lønn i prosent av menns lønn en endring fra 89,6 prosent i 2016 til 89,5 prosent i 2017 (grunnet nemndsbehandling av akademikeroppgjørene fra 2016 etter årsskiftet, inngår resultatene fra disse oppgjørene og lederoppgjørene i tallgrunnlaget for 2017).

I analysearbeidet som er gjennomført foreligger det ingen lønnsmessige skjevheter som kan knyttes til kjønn, men det er indikasjon på lønnsforskjell innen stillingsgruppene administrasjon/ledelse, leger og forskning.

I den videre oppfølgingen er det viktig at det etableres en høy bevissthet rundt likelønnsperspektivet i foretaket, både ved fastsettelse av lønn ved nyansettelse og ved de årlige lønnsoppgjørene. Dette vil ha et særskilt fokus ved lederlønnsoppgjørene fremover, og i de lønnsoppgjørene hvor det blir fremforhandlet rammer til individuell fordeling.

Deltidsindikatoren har vist en svak positiv utvikling siden målingene begynte i andre halvår 2011. Andel deltid blant fast ansatte er stabil. Deltidsindikatoren «andel deltid av juridisk stillingsstørrelse faste» har ligget på et nivå tilsvarende 38 prosent gjennom hele 2017. Samtidig har gjennomsnittlig stillingsstørrelse blant fast ansatte vist en svakt fallende tendens gjennom året, fra 89 prosent i begynnelsen av året til 87 prosent ved utgangen av 2017. Ved utgangen av 2017 var det i foretaket 801 flere faste ansatte i 100 prosent stilling enn i begynnelsen av 2011. Flere divisjoner i foretaket har igangsatt og gjennomført prosjekter for å identifisere og prøve ut egnede virkemidler og verktøy for å redusere deltidsandelen.

Ytre miljø

Sykehuset Innlandet har vedtatt en helhetlig miljøpolitikk som peker ut retning for klima og miljøarbeidet og som bidrar til mer miljøvennlig helseforetak. Sykehuset Innlandet skal være i fremste rekke innenfor miljøvennlig sykehusdrift og skal redusere sin påvirkning på det ytre miljø gjennom forebygging og systematisk forbedring på alle nivå. Dette skal skje gjennom aktivt arbeid innenfor vesentlige miljøaspekter ved å sette miljømål og lage handlingsplaner som støtter opp om organisasjonens miljøpolitikk.

Sykehuset Innlandet vurderer årlig samsvar med aktuelle lovbestemte krav og andre aktuelle krav. Helseforetakets ledere skal i samarbeid med sine medarbeidere og samarbeidspartnere utføre oppgaver på en miljøvennlig måte, og drive virksomheten i henhold til foretakets miljøstyringssystem og til kravene i ISO 14001 standarden.

Miljømålsettinger for 2015-2017:

- Foretakets CO₂-utslipp skal reduseres med 5 % i forhold til 2014 målinger. Resultat 2017: reduksjon 19,3 %
- Foretakets vannforbruk skal reduseres med 2 % i forhold til 2014 målinger. Resultat 2017: reduksjon 12,8 %
- Foretakets avfallsmengde skal reduseres med 5 % i forhold til 2014 målinger. Resultat 2017: reduksjon 2,4 %
- Forbruket av kopipapir skal reduseres med 20 % i forhold til 2014 målinger. Resultat 2017: reduksjon 16,8 %
- Foretakets matavfall/ spiselige varer skal reduseres med 10 % i forhold til 2014 målinger. Resultat 2017: reduksjon 10,1 %

Foretaket skal jobbe aktivt med fokus på miljøhensyn ved anskaffelser ved at miljømålene kommuniseres ovenfor leverandører. Leverandører skal så langt det er mulig kunne dokumentere relevant miljøkompetanse. Relevante miljøkrav stilles i kravspesifikasjon eller brukes som tildelingskriterium.

Forskning, innovasjon og utvikling

Forskning og aktive fag- og forskningsmiljøer er viktige drivere i utvikling av en kvalitetsforbedringskultur gjennom et kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten. Kritiske vurderinger av etablerte og nye diagnostiske metoder, behandlingstilbud og teknologi, samt det å ivareta og veilede pasientene og drive forskningsbasert undervisning står sentralt. Aktive fag- og forskningsmiljøer bidrar i tillegg til å skape attraktive rekrutterende miljøer. Forskningsaktiviteten i Sykehuset Innlandet er økende og i 2017 er det registrert 164 poenggivende vitenskapelige artikler. Dette er en økning fra 92 i 2014, 142 i 2015, og 156 i 2016.

Ni ansatte disputerte i 2017, og forskningspoengsproduksjonen ligger høyest blant ikke-universitetssykehusene nasjonalt. Som en konsekvens av økt forskningspoengsproduksjon har resultatbasert rammetildeling fra Helse Sør-Øst til Sykehuset Innlandet økt fra 41 til 53 millioner i perioden 2015 til 2018. I Sykehuset Innlandet var det ved utgangen av 2017 50 PhD-stipendiater og ni postdoktorstipendiater i løp som finansieres på interne og eksterne midler. I 2018 vil ytterligere elleve ansatte starte et PhD-løp, og fire starter post.doc løp, et antall som kan øke avhengig av tilslag på søknader om eksterne midler. Det er i 2017 stimulert til å utvikle og samle forskningsmiljøet i forskningsgrupper etter gitte kvalitetskriterier. Disse vil bidra til utvikling av robuste forskningsmiljøer som utgjør en integrert del av klinisk virksomhet og bidra til å gi forskningen i Sykehuset Innlandet en mer tydelig profil.

Styret for Sykehuset Innlandet har vedtatt å styrke ressursgrunnlaget for forskning. Det er vedtatt en treårig opptappingsplan fra 2017, og det er fokus på å utvikle søknader for å innhente ekstern finansiering fra store programmer i Norges forskningsråd og andre eksterne kilder.

Det er i løpet av de siste årene tilsatt flere forskere i kombinasjonsstillinger med høyskoler og universiteter, som virkemiddel for utvikling av samarbeid og ytterligere økt forskningsaktivitet, i tillegg til å være et viktig virkemiddel for å holde på klinikere med forskerkompetanse i Innlandet.

I de videre planene fremover inngår en sterk prioritering av samarbeid innen forskning, forskningsutdanning og forskerstøttefunksjoner med høyere utdanningsinstitusjoner i Innlandet. Det ble som en del av dette undertegnet en samarbeidsavtale mellom Sykehuset Innlandet og Høgskolen i Innlandet med formål å utvikle et helsefaglig PhD-utdanningstilbud med hovedforankring i Innlandet.

Oppdragsforskning i Sykehuset Innlandet er forskning hovedsakelig i samarbeid med legemiddelindustrien. Denne type kliniske studier har som formål å studere effekter av legemidler og eventuelt annet medisinsk utstyr via standardiserte og godkjente forskningsprotokoller, som igjen er viktig forskning for å sikre best mulig pasientbehandling. Det er inngått rammeavtale med Inven2 som fra 2015 administrerer alle nye prosjekter innen oppdragsforskning.

For å nå det fremtidige målbildet mot en ny sykehusstruktur i Innlandet, er det behov for omstilling, nytenkning og innovasjon. Det er viktig å utvikle et innovasjonstøttesystem og en struktur som kan bidra til å løfte frem gode idéer og ta disse videre.

Sykehuset Innlandet ble i 2017 formelt medlem av forum for virtual reality teknologi (VR) i Innlandet (VR-klyngen «VRINN»), som samler bedrifter i regionen innen virtual-reality teknologi. Sykehuset Innlandet var medarrangør på den årlige konferansen Nordic VR-forum på Hamar i november, og hadde ansvar for en egen del av konferansen fokusert på bruk av virtual reality teknologi innen helse. «SIM Innlandet», landets eneste simulerings-senter innen psykisk helsevern, har i 2017 utviklet og etablert seg som SIM Innlandet – senter for simulering og innovasjon.

Pasient- og pårørendeopplæring

Ressurssenter for pasient- og pårørendeopplæring, har et divisjons-overgripende 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 med lokale koordinatore og bidrar med organisering, oppsett av faglig program og honorering av brukerdeltakelse ved gjennomføring av kursene. De ulike aktivitetene skjer i klinikken i nært samarbeid med tilhørende kommuner og brukerorganisasjoner. Dette sikrer at brukere og fagpersonell er likeverdige parter i planlegging, gjennomføring og evaluering av opplæringstilbudene. Divisjonene er ansvarlig for å gjennomføre pasientkursene.

Ressurssenteret utdanner også helsepersonell innen helsepedagogikk. I 2017 deltok om lag 80 personer i modulundervisning i helsepedagogikk. I tillegg ble det gitt undervisning overfor høyskole/universitetsstudenter.

Senteret bidro til at det ble gjennomført kurs innen 17 diagnoseområder for pasienter og pårørende i 2017 og det har vært undervisning på flere høyskolestudier; helsepedagogikk for ergoterapistudenter NTNU Gjøvik, helsepedagogikk for masterstudenter, innen sykkelig overvekt for ergoterapistudenter og videreutdanning i psykisk helse på INN. Det er videre gitt veiledning til grupper innen psykisk helsevern og somatikk. Senteret har ansvar for å gjennomføre to prosjekter initiert av Overordnet samarbeidsutvalg (OSU) om tilbud for slagrammede (Åsnes, Elverum sykehus) og om pasientinvolvering innen psykisk helse (Østre Toten, DPS Gjøvik).

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et helsepolitisk satsningsområde og i forbindelse med «Pasientens helsetjeneste» er det et klart mål at brukermedvirkning skal styrkes. Brukerutvalgets rolle i Sykehuset Innlandet 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. Utvalget er også et samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjoner.

Sykehuset Innlandet har et aktivt Brukerutvalg som hadde ti møter i 2017. Årlig gjennomføres dialogkonferanse med alle brukerorganisasjonene i foretaket. I tillegg er det brukerrepresentasjon i en rekke ulike råd og utvalg. Brukerutvalget hadde i 2017 en observatør med talerett på styremøtene.

Det er to Ungdomsråd i Sykehuset Innlandet. Ungdomsrådet i Oppland ble opprettet i 2015 Ungdomsrådet i Hedmark i 2016. I 2017 er det etablert samhandlingsarenaer mellom Brukerutvalget og de to Ungdomsrådene.



4. Styring og kontroll

Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er innført fra 1. januar 2017. Det har vært et prioritert område å sørge for at forskriften med endringer tas inn som del av virksomhetsstyringen i foretaket.

Handlingsplan for virksomhetsstyring for 2017 har vært fulgt tett opp.

Sykehuset Innlandet mottok formelt oppdrags- og bestillingsdokumentet i foretaksmøtet 15. februar 2017 og dokumentet ble lagt fram for styret 23. februar 2017 i sak 015-2017.

De samlede krav og forventninger medfører store krav til rapportering og dokumentasjon i alle ledd. Budsjettet vedtas årlig og økonomi- og langtidsplan rulleres.

Gjennom året 2017 har Sykehuset Innlandet rapportert månedlig til Helse Sør-Øst RHF om utviklingen i foretaket, og utarbeidet og styrebehandlet to tertialrapporter. Status for mål i oppdrag- og bestilling 2017 rapporteres gjennom tertialrapporten og inngår som del av årlig melding. Årsregnskap og årsrapport utarbeides årlig. Som del av rapporteringen er det etter 1. og 3. tertial gjennomført «Ledelsens gjennomgåelse» (LGG) med risikovurdering. Egne oppfølgingsmøter gjennomføres etter egen plan mellom administrerende direktør og divisjonsdirektørene for å gjennomgå måloppnåelse.

Effektiv virksomhetsstyring forutsetter at det er etablert god intern kontroll og styring som kan bidra til å forhindre styringsvikt, feil og mangler. I 2017 har det vært en gjennomgang av

rutiner for å identifisere og håndtere risiko, det vil si risikostyring. Felles metodikk for risikostyring i Sykehuset Innlandet er utarbeidet med felles mal for gjennomføring av risikoanalyser.

Det er utarbeidet «Virksomhetsstrategi 2018-2021 for Sykehuset Innlandet HF». Planen ble vedtatt i styremøte 18. mai (styresak 046-2017) parallelt med økonomisk langtidsplan for samme periode. Virksomhetsstrategien tar utgangspunkt i Sykehuset Innlandet sine hovedutfordringer knyttet til pasientbehandling, pasient- og pårørendeopplæring, utdanning og forskning.

Arbeidet med virksomhetsstrategien bygger på føringer i Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019 og regionale styringsmål fra Helse Sør-Øst RHF. Virksomhetsstrategien vil fremover bli sett i sammenheng med det pågående arbeidet med Utviklingsplan frem mot 2035 for Sykehuset Innlandet.

Virksomhetsstrategien gir mål og virkemidler i et kortere perspektiv enn utviklingsplanen og vil påvirke økonomiske prioriteringer/føringer i økonomisk langtidsplan (ØLP). Både virksomhetsstrategien og ØLP gjelder for samme planperiode og er gjensidig avhengige av hverandre. Dette skal bidra til en god dynamikk mellom faglige strategier og økonomi. Virksomhetsstrategi og økonomisk langtidsplan skal rulleres årlig.

Årlige virksomhetsplaner utarbeides på foretaks- og på divisjonsnivå for å operasjonalisere målene fra virksomhetsstrategien. Virksomhetsplanen på foretaksnivå er styrebehandlet.

5. Vurdering av fremtidsutsikter

Forventet økonomisk utvikling

Den økonomiske situasjonen i Sykehuset Innlandet oppfattes som krevende og innsparings- og omstillingsbehovet vil øke i årene framover. For å sikre en bærekraftig drift med god kvalitet, må foretaket i løpet av fireårsperioden redusere driftsnivået med ca. 340 millioner kroner i forhold til dagens nivå jfr. styresak 047-2017 Økonomisk Langtidsplan 2018-2021. Dette skyldes blant annet reduksjon i rammer fra eier og økte kostnader knyttet til IKT, medikamenter, gjestepasienter, pasientreiser og behandlingshjelpemidler og vil føre til en økonomisk utfordring i underkant av 100 millioner kroner per år i kommende fireårsperiode.

Det vil være nødvendig med tiltak for å sikre en god faglig utvikling og samtidig oppnå tilfredsstillende økonomiske resultater i årene som kommer. Det er ventet at arbeidet med optimalisering av pasientforløp vil gi resultater som; reduksjon i uønsket variasjon, økt kvalitet, reduksjon i antall senger med tilhørende bemanning og forbedret økonomi.

I tillegg vil arbeidet med fokusområdene høykostmedisiner, pasientreiser, og behandlingshjelpemidler ventes å ha effekt på den økonomiske utviklingen i årene som kommer. Dette er kostnadsområder som øker kraftig, og et fokus og kontroll på disse områdene vil kunne gi store besparelser i forhold til budsjettert nivå. Sykehuset Innlandet har også en svært høy andel utskrivningsklare pasienter, som medfører høyt ressursbehov og ineffektiv drift av sengepostene på flere sykehus. Dette er også et område det arbeides med å få redusert, slik at pasientene som ligger i sykehusene er de pasientene som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten.

En ny utfordring vil komme fra 1. januar 2019 da befolkningen i Kongsvingerregionen skal overføres til Akershus Universitetssykehus HF. Pasientgrunnetil Sykehuset Innlandet vil reduseres med om lag 40 000. Det er beregnet at det årlig vil innebære en økonomisk utfordring i størrelsesorden 110-150 millioner kroner. Dette kommer i tillegg til beregnet økonomisk utfordring i ØLP-perioden. Det må arbeides med driftstilpasninger i foretaket etter at Kongsvingerregionen er overført, men arbeidet vil ta tid, og det vil bli nødvendig å be det regionale foretaket om overgangsordninger for å kompensere noe for inntektstapet.

For å kunne realisere framtidig målbilde, er det avgjørende at foretaket opprettholder og øker de økonomiske resultatene de nærmeste årene. Positive årsresultater gir muligheter for investeringer i nødvendig utstyr, en forutsetning for å kunne håndtere en framtidig ny struktur. Positive årsresultater blir utfordrende å få til etter endret foretakstilhørighet for Kongsvinger, da inntektsnivået blir redusert og det må foretas driftstilpasninger til

nytt, redusert opptaksområde. De somatiske divisjonene i foretaket er svært effektive målt i DRG-poeng pr brutto månedsverk per i dag, og det anses som krevende å ytterligere effektivisere driften til budsjettert nivå.

Ny framtidig sykehusstruktur

Helse Sør-Øst RHF godkjente i sin styresak 066-2014 oppstart av arbeidet med idéfase for Sykehuset Innlandet. Idéfasearbeidet startet i mars 2015 og har pågått i 2016 og i 2017. Fremdrift og innhold i idéfasen er løpende tilpasset nye premisser. I idéfasen utredet Sykehuset Innlandet tre alternative strukturelle løsningsmodeller for framtidig sykehusstruktur med ulik grad av samling. I tillegg er dagens struktur (nullalternativet) utredet.

Idéfaserapporten ble sendt på høring i perioden 1.februar til 12.mai 2017. Etter endt høringsperiode, ble høringsuttalelsene lagt frem til orientering for styret i juni 2017, sak 055-2017.

Styret i Sykehuset Innlandet behandlet idéfaserapporten 20. oktober 2017, sak 079-2017, og fattet enstemmig vedtak med anbefaling om et framtidig målbilde. Sykehuset Innlandet skal utvikle pasientens helsetjeneste gjennom samhandling med primærhelsetjenesten i kommunene, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og spesialiserte tilbud med høy kompetanse. Helseforetakets framtidige målbilde består av et samlet tilbud innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i en modell med ett stort akuttsykehus ved Mjøsbrua, kalt Mjøspsykehuset. Sykehuset Innlandet må parallelt utvikle et tilbud i dagens sykehus tilpasset det framtidige målbildet med samhandlingsmodeller med primærhelsetjenesten, desentraliserte spesialisthelsetjenester, polikliniske tilbud og dagbehandling.

Dette er den modellen som best svarer på Sykehuset Innlandets utfordringer og som best legger til rette for god faglig kvalitet og utvikling av framtidige tilbud til pasientens beste. Denne modellen har også best økonomisk bæreevne.

Idéfaserapporten er oversendt Helse Sør-Øst RHF for videre behandling. Helse Sør-Øst RHF har lagt 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.

Utviklingsplan frem mot 2035

«Oppdrag og bestilling 2017 for Sykehuset Innlandet» gir føringer om at alle helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide nye utviklingsplaner frem mot 2035. Utviklingsplanen skal være godkjent av styret. Avslutning av arbeidet med idéfasen og oppstart av arbeidet med utviklingsplanen er sammenfallende i tid. Det er utarbeidet en egen veileder for arbeidet med utviklingsplanen fra Helse Sør-Øst RHF.

6. Styrets arbeid

Styret i Sykehuset Innlandet hadde elleve styremøter i 2017 og behandlet 102 saker. Månedlige virksomhets- og tertial rapporter med aktivitetsdata og status på mål og øvrige indikatorer er behandlet, og har gitt styret god oversikt over drift og utviklingstrender. Styret har fulgt utviklingen med hensyn til pasientbehandling nøye i hvert styremøte gjennom året.

Styret har gjennomført dialogmøter med tillitsvalgte og Brukerutvalget.

Styret har gjennomført evaluering av eget arbeid i samsvar med krav fra Helse Sør-Øst RHF.

Aktiviteten i Sykehuset Innlandet har vært høy i 2017 og styret vil berømme arbeidet og innsatsen som gjøres fra ansatte med å ivareta kvaliteten og pasientsikkerheten for å skape gode spesialisthelsetjenester til Innlandets befolkning. Dette har bidratt til at Sykehuset Innlandet kan vise til gode resultater og positiv utvikling på mange områder i 2017.

7. Årsregnskap

Resultat, investeringer, finansiering og likviditet

Sykehuset Innlandet hadde i 2017 en omsetning på 8,5 milliarder kroner. Årsresultatet viste et overskudd på 64,6 millioner kroner. I budsjettet for 2017 var det budsjettert med et overskudd (dvs. midler til investering) på 80 millioner kroner. Foretaket hadde dermed et negativt avvik mot budsjett på 15,4 millioner kroner.

Foretakets likviditetsbeholdning per 31. desember 2017 var 181,1 millioner kroner i form av kontanter og bankinnskudd.

Helseforetaket hadde fram til desember 2017 en kreditt-ramme på 295 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Denne ble da korrigert til 0 på grunn av estimert likviditets-effekt fra pensjon. Kreditten har ikke vært belastet gjennom 2017, og per 31. desember hadde Sykehuset Innlandet 974 millioner kroner inntestående på konsernkontoen.

De samlede investeringene i 2017 var på 164,1 millioner kroner. Per 31. desember 2017 utgjorde kortsiktig gjeld 79 prosent av samlet gjeld. Egenkapitalen var på 77 prosent.

Fortsatt drift og finansiell risiko

I samsvar med regnskapsloven § 3-3a, bekreftes det at forutsetningene om fortsatt drift er lagt til grunn ved avleggelsen av regnskapet. Sykehuset Innlandet kan i henhold til Helseforetaksloven ikke gå konkurs. Foretaket har bedret den finansielle situasjonen i 2017, men er til en viss grad eksponert for renterisiko siden det er flytende rente på driftskreditten og langsiktige lån til eier. Foretaket har små kjøp i utenlandsk valuta og er derfor i liten grad eksponert for valutarisiko. Totalt sett vurderes foretakets finansielle risiko som lav.

Årsresultat og disponeringer

Disponering knyttet til regnskapsåret 2017 foreslås som følger (1000 kroner):

Overført til annen egenkapital:	64 639
Sum:	64 639

Brumunddal, 21. mars 2018

Anne Enger
styrets leder

Tor E. Berge
styrets nestleder

Maren Kyllingstad
styremedlem

Kaija Eide Drønen
styremedlem

Kjell-Petter Tønnessen
styremedlem

Marianne Nielsen
styremedlem

Ove Talsnes
styremedlem

Jørgen Hurum
styremedlem

Alice Beathe Andersgaard
adm.direktør

Året som har gått...



Resultatregnskap

01.01 - 31.12.17

(Alle tall i NOK 1000)

	Note	2017	2016
Driftsinntekter og driftskostnader			
Basisramme	2	5 302 790	5 564 478
Aktivitetsbasert inntekt	2	2 952 241	2 915 114
Annen driftsinntekt	2	294 966	302 084
Sum driftsinntekter		8 549 998	8 781 676
Kjøp av helsetjenester	3	611 378	625 437
Varekostnad	4	917 074	1 016 182
Lønn og annen personalkostnad	5	5 590 432	5 581 119
Ordinære avskrivninger	9	270 859	273 834
Nedskrivning	9	0	7 000
Annen driftskostnad	6	1 117 441	1 218 684
Sum driftskostnader		8 507 183	8 722 256
Driftsresultat		42 815	59 420
Finansinntekter og finanskostnader			
Finansinntekt	7	27 459	34 089
Nedskrivning av finansielle anleggsmidler	7,10	2 138	0
Finanskostnad	7	3 496	4 657
Netto finansposter		21 824	29 432
Resultat før skattekostnad		64 639	88 852
Årsresultat		64 639	88 852
Overføringer			
Overføringer til annen egenkapital	14	-64 639	-88 852
Sum overføringer		-64 639	-88 852

Balanse

Per 31.12.17

Eiendeler

(Alle tall i NOK 1000)	Note	2017	2016
Anleggsmidler			
<i>Varige driftsmidler</i>			
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	9	2 808 189	2 952 781
Medisinskteknisk utstyr, Inventar, transportmidler og lignende	9	416 817	450 090
Anlegg under utførelse	9	157 342	87 921
Sum varige driftsmidler		3 382 348	3 490 793
Finansielle anleggsmidler			
Investering i datterselskap/- foretak	10	7 865	10 003
Investeringer i andre aksjer og andeler	10	351 044	317 689
Andre finansielle anleggsmidler	11	1 609 499	1 518 760
Pensjonsmidler	15	381 581	888 660
Sum finansielle anleggsmidler		2 349 990	2 735 112
Sum anleggsmidler		5 732 338	6 225 905
Omløpsmidler			
<i>Varer</i>			
Varer	4	19 184	21 692
<i>Fordringer</i>			
Fordringer	12	1 129 008	646 016
Sum fordringer		1 129 008	646 016
Bankinnskudd, kontanter o.l.	13	181 120	183 911
Sum omløpsmidler		1 329 312	851 619
Sum eiendeler		7 061 650	7 077 524

Egenkapital og gjeld

(Alle tall i NOK 1000)	Note	2017	2016
Egenkapital			
<i>Innskutt egenkapital</i>			
Foretakskapital		100	100
Annen innskutt egenkapital		4 618 517	4 618 517
Sum innskutt egenkapital	14	4 618 617	4 618 617
<i>Opptjent egenkapital</i>			
Annen egenkapital		827 006	762 367
Sum opptjent egenkapital	14	827 006	762 367
Sum egenkapital		5 445 623	5 380 984
Gjeld			
<i>Avsetning for forpliktelser</i>			
Pensjonsforpliktelser	15	2 129	4 682
Andre avsetninger for forpliktelser	16	173 820	177 608
Sum avsetninger for forpliktelser		175 949	182 290
<i>Annen langsiktig gjeld</i>			
Øvrig langsiktig gjeld	11	164 627	177 757
Sum annen langsiktig gjeld		164 627	177 757
<i>Kortsiktig gjeld</i>			
Skyldige offentlige avgifter		280 310	322 509
Annen kortsiktig gjeld	17	995 142	1 013 985
Sum kortsiktig gjeld		1 275 452	1 336 493
Sum gjeld		1 616 027	1 696 540
Sum egenkapital og gjeld		7 061 650	7 077 524

Brumunddal, 21. mars 2018

Anne Enger
styrets leder

Tor E. Berge
styrets nestleder

Maren Kyllingstad
styremedlem

Kaija Eide Drønen
styremedlem

Kjell-Petter Tønnessen
styremedlem

Marianne Nielsen
styremedlem

Ove Talsnes
styremedlem

Jørgen Hurum
styremedlem

Alice Beathe Andersgaard
adm.direktør

Kontantstrømoppstilling

01.01.–31.12.17

(Alle tall i NOK 1000)	2017	2016
Kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter		
Årsresultat	64 639	88 852
Tap/gevinst ved avgang anleggsmidler	1 053	-4 418
Ordinære avskrivninger	270 859	273 834
Nedskrivninger varige driftsmidler og finansielle anleggsmidler	2 138	7 000
Endring i omløpsmidler	-53 570	-167 068
Endring i kortsiktig gjeld	-51 697	9 343
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordn.	504 526	55 942
Inntektsført investeringstilskudd	-4 585	-4 655
Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	733 363	258 830
Kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter		
Innbetalinger ved salg av driftsmidler	628	13 404
Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-164 095	-206 115
Innbetalinger ved salg av andre finansielle eiendeler	0	30
Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler	-33 355	-31 412
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-196 822	-224 123
Kontantstrømmer fra finansieringsaktiviteter		
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	1 144	-1 422
Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-17 289	-17 290
Endring driftskreditt	-528 143	-15 905
Innbetaling av investeringstilskudd	1 185	0
Endring øvrige langsiktige forpliktelser	3 770	2 932
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	-539 333	-31 684
Netto endring i likviditetsbeholdning	-2 792	3 022
Likviditetsbeholdning pr 01.01.	183 911	180 889
Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12	181 120	183 911
Ubenyttet trekkramme 31.12	0	295 000
Likviditetsreserve 31.12	181 120	478 911
Innvilget trekkramme 31.12	0	295 000
Bankinnskudd, kontanter o.l.	181 120	183 911

Noter til regnskapet

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er avlagt i samsvar med regnskapsloven og god regnskaps-skikk.

Sykehuset Innlandet HF ble stiftet 5. desember 2002 under navnet Oppland sentralsykehus HF i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Staten overførte formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregionene øst og sør til nåværende Helse Sør-Øst RHF 1. januar 2003. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m.

Fra 2003 ble navnet endret til Sykehuset Innlandet HF, og de andre helseforetakene i Hedmark og Oppland ble innlemmet i Sykehuset Innlandet HF. Fra 2004 har foretaket (via Helse Sør-Øst RHF) overtatt virksomhet innen rusomsorg fra fylkeskommunen i forbindelse med rusreformen.

Virksomhetsoverføringene skjedde som tingsinnskudd og transaksjonsprinsippet ble lagt til grunn. Helse Sør RHF og Helse Øst RHF fusjonerte til Helse Sør-Øst RHF med regnskapsmessig virkning 1. januar 2007.

I forbindelse med sykehusreformen utarbeidet uavhengige tekniske miljøer høsten 2001 takster for bygg og tomter basert på gjenanskaffelsesverdi. I gjenanskaffelsesverdien ble det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler ble gjenanskaffelseskost beregnet. Tilsvarende ble gjennomført i 2003/2004 i tilknytning til overføring- en av rusomsorgen.

I forbindelse med avleggelsen av regnskapet for 2002 ble det diskutert om foreliggende takster burde nedjusteres i forhold til forventninger om nivået på fremtidige kontantstrømmer (bevilgninger). Basert på verdier fastsatt av daværende Helsedepartementet ble regnskapet for 2002 avlagt med foreløpig åpningsbalanse der verdiene på bygg var lavere enn takstverdiene. Ved regnskapsavleggelsen for 2003 ble åpningsbalansen verdsatt til gjenanskaffelsesverdi, det vil si tilsvarende takstene utarbeidet høsten 2001. Dette ble basert på at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, og at bruksverdi dermed representerer virkelig verdi for anleggsmidler. Det ble samtidig gjort fradrag for overførte anleggsmidler der det per 1. januar 2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden.

Det følger av Helseforetakslovens § 31- 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet samt mulighet for opptak av lån, garantier og pantstillelser.

Vurderings- og klassifiseringsprinsipper

Virksomhetsoverdragelser

Konserninterne virksomhetsoverdragelser bokføres etter regnskapsmessig kontinuitet. Nettoeffekten av bokførte verdier av overførte eiendeler og forpliktelser knyttet til overført virksomhet føres som et tingsuttak i form av en kapitalnedsettelse i avgivende helseforetak, og et tingsinnskudd i mottakene helseforetak. Overføring av virksomhet mellom helseforetak skjer til bokført verdi som forutsettes å representere bruksverdi.

Generelt om inntektsførings- og kostnadsføringsprinsipper

Inntektsførings- og kostnadsføringsprinsippene bygger på de grunnleggende regnskapsprinsippene om transaksjon, opptjening, sammenstilling og forsik- tighet. I den grad regnskapet inneholder usikre poster bygger disse på beste estimat, basert på tilgjengelig informasjon på balansedagen.

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene til helseforetakene kan deles i tre: fast grunnfinansiering (basis) fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter. Inntekter fra Helse- og omsorgsdepartementet som går via det regionale helseforetaket er bruttoført i Helse Sør-Øst RHF.

Grunnfinansiering

Grunnfinansieringen består av basisramme drift. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Sør-Øst RHF som fast bevilgning til drift og investering i foretaket. Grunnfinansieringen inntektsføres i den perioden midlene tildeles. Ved overtakelse av nye oppgaver der departementet har holdt igjen midler for deler av året, er tilsvarende beløp avsatt som en inntekt i regnskapet og som fordring på Helse- og omsorgsdepartementet.

Aktivitetsbaserte inntekter

Aktivitetsbaserte inntekter består i all hovedsak av ISF-inntekter (ISF = innsats- styrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra HELFO og egenande- ler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Oppførte ISF-inntekter er basert på koding i Norsk Pasient Register (NPR). Det er fokus i helseforetakene på betydning- en av riktig koding for å få vist korrekte inntektstall. Gjestepasientoppgjør føres brutto, dvs. kostnadsføring for kjøp av helsetjenester med tilhørende ISF-refusjon innen somatisk virksomhet, og inntektsføring for salg av helse- tjenester. ISF-refusjoner og poliklinikkinntekter inntektsføres i den perioden aktiviteten er utført.

Andre inntekter

Andre inntekter tilknyttet kjernevirksomheten er inntekter fra apotekene og fra kommuner knyttet til utskrivningsklare pasienter. I tillegg har helsefore- takene salgsinntekter fra kantine og leieinntekter fra personalboliger. Andre inntekter inntektsføres i den perioden varen/tjenesten er levert.

I tillegg mottas det øremerkede statstilskudd. Øremerkede tilskudd inntekts- føres når aktivitetene gjennomføres og i takt med kostnadene som er knyttet til gjennomføringen av de aktiviteter som tilskuddet er knyttet til. Disse tilskuddene kan overføres til fremtidige år.

Prinsipper for kostnadsføring

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntek- ter, kostnadsføres når de påløper.

Klassifisering av balanseposter

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet. Øvrige poster er klassifisert som anleggs- midler/langsiktig gjeld. Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelses- kost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet. Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost på anskaf-

felsestidspunktet og avskrives lineært over forventet brukstid. Anleggsmidler nedskrives dersom de ikke lenger vil være i bruk. Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises sammen med øvrig langsiktig gjeld.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler balanseføres til anskaffelseskost og avskrives over driftsmidlets forventede levetid. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en økonomisk levetid på over tre år samt en kostpris på over 100.000 kroner. Driftsmidler avskrives fra det tidspunkt de tas i bruk. Dersom gjenvinnbart beløp av driftsmidlet er lavere enn balanseført verdi foretas en nedskrivning til gjenvinnbart beløp. Gjenvinnbart beløp er det høyeste av netto salgsverdi og bruksverdi.

Tomter avskrives ikke da disse anses å ha ubegrenset økonomisk levetid.

Utgifter forbundet med periodisk vedlikehold og reparasjoner på produksjonsutstyr, periodiseres. Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført. Utgifter ved større utskiftninger og fornyelser som øker driftsmidlenes levetid vesentlig, balanseføres. Driftsmidler som erstattes, kostnadsføres. Renter som knytter seg til anlegg under oppføring blir aktivert som en del av kostprisen.

Immaterielle eiendeler, herunder forskning og utvikling

Utgifter til utvikling balanseføres i den grad det kan identifiseres en fremtidig økonomisk fordel knyttet til utvikling av identifiserbare immaterielle eiendeler. I motsatt fall kostnadsføres slike utgifter løpende. Balanseført utvikling avskrives lineært over den økonomiske levetiden. Utgifter til forskning og innovasjon kostnadsføres løpende. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi fremtidige inntekter balanseføres og avskrives over økonomisk levetid.

Usikre forpliktelser

Dersom det etter selskapets oppfatning er sannsynlig at en usikker forpliktelse vil komme til oppgjør, og verdien av oppgjøret kan estimeres pålitelig, kostnadsføres forpliktelsen i resultatregnskapet og tas inn som en avsetning for forpliktelser i balansen.

Investeringsstilskudd avsettes i balansen og inntektsføres i takt med avskrivningene på den tilhørende investeringen.

Datterselskap

Med datterselskap menes annet foretak der helseforetaket normalt har en eierandel på over 50 prosent, hvor investeringen er av langvarig og strategisk karakter og hvor helseforetaket har bestemmende innflytelse. Datterselskap vurderes etter kostmetoden i foretakets regnskap. Investeringen er vurdert til anskaffelseskost med mindre nedskrivning har vært nødvendig. Det foretas nedskrivning til virkelig verdi når det oppstår verdifall som skyldes årsaker som ikke kan antas å være forbigående og det må anses nødvendig etter god regnskapsskikk. Nedskrivninger reverseres når grunnlaget for nedskrivning ikke lenger er til stede.

Egenkapitalinnskudd pensjonskasser

Egenkapitalinnskudd i KLP og andre pensjonskasser er verdsatt til anskaffelseskost.

Pensjoner

Regnskapsføring av pensjonskostnader skjer i samsvar med Norsk Regnskapsstandard, NRS 6 Pensjonskostnader. Selskapets pensjonsforpliktelser, både sikret og usikret, beregnes som den diskonterte verdi av de fremtidige pensjonsytelser som anses påløpt på balansedagen. Det forutsettes at arbeidstakerne opparbeider sine pensjonsrettigheter lineært over den yrkesaktive perioden. Pensjonsmidlene er vurdert til virkelig verdi og fratrullet i netto pensjonsforpliktelse i balansen. Eventuell overfinansiering balanseføres i den grad overfinansieringen kan utnyttes eller tilbakebetales. Den enkelte pensjonsordning vurderes for seg, men verdi av overfinansiering i en ordning

og underfinansiering i andre ordninger nettoføres i balansen såfremt pensjonsmidlene kan overføres mellom ordningene. Netto pensjonsmidler presenteres som andre langsiktige fordringer, mens netto pensjonsforpliktelser presenteres som avsetning for forpliktelser.

Endringer i forpliktelsen som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot beregningsforutsetningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10 prosent av det største av brutto pensjonsforpliktelser eller pensjonsmidler.

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og sosiale kostnader, og består av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede pensjonsforpliktelsen, forventet avkastning av pensjonsmidlene, resultatført virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner, resultatført virkning av avvik mellom faktisk og forventet avkastning, samt periodisert arbeidsgiveravgift.

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønns-kostnaden.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er oppført i balansen til pålydende etter fradrag for avsetning til forventet tap. Avsetning til tap gjøres på grunnlag av individuelle vurderinger av de enkelte fordringene. I tillegg gjøres det for øvrige kundefordringer en uspesifisert avsetning for å dekke antatt tap.

Varebeholdninger

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Varelageret nedskrives dersom virkelig verdi er lavere enn anskaffelseskost. Reservedeler klassifiseres som varelager.

Valuta

Pengeposter i utenlandsk valuta er vurdert til kursen ved regnskapsårets slutt.

Kontantstrømpoppstilling

Kontantstrømpoppstillingen er utarbeidet etter indirekte metode. Innstående på konsernkontoordningen er klassifisert som endring i kassekreditt, og presentert på egen linje i kontantstrømpoppstillingen. Likviditetsbeholdningen består av bundne midler og bankkonti utenfor konsernkontoordningen.

Konsernkontoordning

Innskudd og gjeld på konsernkontoen er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Sør-Øst RHF i det enkelte helseforetak. Renteinntekter/-kostnader er behandlet som konserninterne renter i helseforetaket.

Endringer i regnskapsprinsipp og feil i tidligere perioder

Virkningen av endringer i regnskapsprinsipp og korrigering av feil i tidligere perioder er ført direkte mot egenkapitalen. Tilsvarende er enkelte tall i noter og balanseoppstilling endret.

Skatt

Foretakets virksomhet, sykehusdrift, er ikke skattepliktig.

Nøytral merverdiavgift

Med virkning fra 1. januar 2017 ble det innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Endret finansiering av foretakene innebærer en generell reduksjon både av inntekter og kostnader i regnskapet for 2017 sammenlignet med 2016. Endringen har ikke ført til noen prinsippendringer i regnskapsavleggelsen og det er derfor ikke utarbeidet regnskapstall som viser inntekter og kostnader som om ordningen hadde vært innført i 2016. Effekten på overordnet nivå er likevel synliggjort i egen note, jf. note 19. Nærmere omtale av ordningen framgår også av samme note.

Note 1. Virksomhetsområder

(Alle tall i NOK 1000)	2017	2016
Driftsinntekter per virksomhetsområde		
Somatiske tjenester	5 784 098	5 953 276
Psykisk helsevern VOP	1 392 686	1 419 184
Psykisk helsevern BUP	287 394	286 238
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	244 010	269 697
Annet	841 809	853 281
Driftsinntekter per virksomhetsområde	8 549 998	8 781 676
Driftskostnader per virksomhetsområde		
Somatiske tjenester	5 804 234	5 954 108
Psykisk helsevern VOP	1 363 689	1 399 876
Psykisk helsevern BUP	273 305	270 172
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	241 730	256 052
Annet	824 225	842 048
Driftskostnader per virksomhetsområde	8 507 183	8 722 256
Driftsinntekter fordelt på geografi		
Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst		
RHF sitt opptaksområde	8 439 439	8 682 929
Pasienter hjemmehørende i resten av landet	87 608	80 459
Pasienter hjemmehørende i utlandet	22 951	18 288
Driftsinntekter fordelt på geografi	8 549 998	8 781 676

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere.

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2017 satt til 50 prosent av full DRG-pris, det vil si 21.377 kroner per DRG poeng.

Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet finansiert av Raskere tilbake og eventuelt andre øremerkede midler/særskilt finansiering. Aktivitetstallene består også av pasienter behandlet hos private.

Fra og med 2017 er den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling overført til ISF-ordningen. I antall polikliniske konsultasjoner for TSB og PH for 2017 inngår også de konsultasjonene som er finansiert gjennom ISF (antall DRG-poeng). Ved innføring av ISF-refusjon er det samtidig endret tellemåte når det gjelder antall konsultasjoner.

Note 2. Inntekter

(Alle tall i NOK 1000)	2017	2016
Driftsinntekter		
<i>Basisramme</i>	5 302 790	5 564 478
<i>Aktivitetsbasert inntekt</i>		
Behandling av egne pasienter i egen region ¹⁾	2 279 922	2 148 683
Behandling av pasienter internt i egen region	90 075	133 068
Behandling av egne pasienter i andre regioner ²⁾	45 294	45 000
Behandling av andre pasienter i egen region ³⁾	87 608	88 623
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	420 637	459 604
Utskrivningsklare pasienter	26 475	23 295
Andre aktivitetsbaserte inntekter	2 231	16 842
<i>Aktivitetsbasert inntekt</i>	2 952 241	2 915 114
<i>Annen driftsinntekt</i>		
Kvalitetsbasert finansiering	33 822	30 661
Øremerket tilskudd til "Raskere tilbake"	26 485	27 541
Øremerkede tilskudd til andre formål	36 456	36 916
Inntektsføring av investeringstilskudd ⁴⁾	4 585	4 655
Andre driftsinntekter	193 618	202 311
<i>Annen driftsinntekt</i>	294 966	302 084
Sum driftsinntekter	8 549 998	8 781 676
<i>På grunn av innføring av nøytral mva, jf note 19, er basisrammen i 2017 redusert med</i>	350 393	

- 1) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i egen helseregion av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar
- 2) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar
- 3) Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter)
- 4) Inntektsføring av del av balanseført investeringstilskudd

Aktivitetstall	2017	2016
<i>Aktivitetstall somatikk</i>		
Antall DRG poeng iht. "sørge for" ansvaret	105 660	103 949
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	100 525	102 061
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	362 492	349 232
<i>Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge</i>		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	343	316
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	47 726	50 353
Antall ISF-poeng ihht eieransvar	14 650	
<i>Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne</i>		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	3 328	3 409
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	109 251	118 036
Antall ISF-poeng ihht eieransvar	15 149	
<i>Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere</i>		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	403	409
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	23 213	26 544
Antall ISF-poeng ihht eieransvar	3 488	

Note 3. Kjøp av helsetjenester

(Alle tall i NOK 1000)	2017	2016
Kjøp av helsetjenester		
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk eksternt	80 448	126 183
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk internt i foretaksgruppen	346 224	381 614
Kjøp av private helsetjenester somatikk	22 407	7 788
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri eksternt	4 170	2 768
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri internt i foretaksgruppen	7 736	12 267
Kjøp av private helsetjenester psykiatri	18 554	32 197
Kjøp av offentlige helsetjenester rus eksternt	3	1 629
Kjøp av offentlige helsetjenester rus internt i foretaksgruppen	5 624	3 742
Kjøp av private helsetjenester rus	0	98
Kjøp av helsetjenester utland	5	0
<i>Sum gjestepasientkostnader</i>	<i>485 171</i>	<i>568 284</i>
Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	61 590	41 467
Kjøp fra Luftambulansen ANS	811	0
Kjøp av andre ambulansetjenester	92	609
Andre kjøp av helsetjenester	63 713	15 077
<i>Sum kjøp av andre helsetjenester</i>	<i>126 207</i>	<i>57 153</i>
Sum kjøp av helsetjenester	611 378	625 437

Kjøp av private helsetjenester i 2017 er redusert sammenlignet med 2016 i forbindelse med innføring av nøytral merverdiavgift, jf note 19.

Note 4. Varer

(Alle tall i NOK 1000)	2017	2016
Varebeholdning		
Annet medisinsk forbruksmaterieell (eget bruk)	18 294	20 792
Andre varebeholdninger (eget bruk)	890	900
Sum varebeholdning	19 184	21 692
Anskaffelseskost	19 184	21 692
Bokført verdi 31.12	19 184	21 692
Varekostnad		
Legemidler	511 800	551 219
Medisinske forbruksvarer	345 434	395 940
Andre varekostnader til eget forbruk	58 726	67 548
Innkjøpte varer for videresalg	1 114	1 475
Sum varekostnad	917 074	1 016 182

Varekostnader i 2017 er redusert sammenlignet med 2016 i forbindelse med innføring av nøytral merverdiavgift, jf note 19.

Note 5. Lønnskostnader, antall ansatte, godtgjørelser m.m.

(Alle tall i NOK 1000)	2017	2016
Lønnskostnader		
Lønnskostnader	4 142 345	4 037 009
Arbeidsgiveravgift	545 240	544 549
Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	853 893	960 426
Andre ytelser	52 092	48 200
- balanseførte lønnskostnader egne ansatte	-3 139	-9 066
Sum lønn og andre personalkostnader	5 590 432	5 581 120
Gjennomsnittlig antall ansatte	9 972	10 100
Gjennomsnittlig antall årsverk	7 455	7 497

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår i Sykehuset Innlandet HF

Sykehuset Innlandet HF definerer personer i stillingene administrerende direktør, viseadministrerende direktør, direktør medisin og helsefag, økonomidirektør, HR-direktør, kommunikasjonsdirektør, prosjektdirektør og divisjonsdirektører som ledende ansatte.

Sykehuset Innlandet HF følger "Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel", hvor hovedprinsippet er at "lederlønningene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Selskapene skal bidra til moderasjon i lederlønningene".

Redgjørelse for lederlønnspolitikken i 2017

Lønn for ledende ansatte er i hovedsak fast lønn, men det er også rom for at administrerende direktør inngår avtaler om opptjening av permisjon, bistillinger ved universitet eller helseforetak og kostnader til pendling.

Sykehuset Innlandet HF har som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i det foregående regnskapsår har i hovedsak bygget på de samme prinsipper som beskrevet ovenfor.

Administrerende direktør har avtale om sluttvederlag i sin arbeidsavtale:

- Avtale om sluttvederlag er inngått for inntil 12 måneders avtalt lønn.
- Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter opptjent i perioden.
- Sluttvederlag gis kun når det oppstår situasjoner av slik karakter at styret/ administrerende direktør av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratre sin stilling umiddelbart.

Lønn til ledende ansatte

(Alle tall i NOK)

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre Godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelses periode
Andersgaard, Alice Beathe	Administrerende direktør	1 707 692	237 277	10 392	1 955 361	01.01.17-31.12.17	01.01.17-31.12.17
Mjærum, Astrid Bugge	Viseadministrerende dir.	1 318 263	357 349	13 552	1 689 164	01.01.17-31.12.17	01.01.17-31.12.17
Pettersen, Ellen Henriette	Direktør medisin og helsefag	1 519 000	192 547	4 392	1 715 939	30.01.17-31.12.17	01.01.17-31.12.17
Lier, Nina Cecilie	Økonomidirektør	1 130 978	237 096	4 392	1 372 466	01.01.17-31.12.17	01.01.17-31.12.17
Hummelvoll, Rune	HR-direktør	1 123 978	249 645	10 392	1 384 015	01.01.17-31.12.17	01.01.17-31.12.17
Jenssen, Roger	Prosjektdirektør	1 306 555	299 808	10 392	1 616 755	01.01.17-31.12.17	01.01.17-31.12.17
Graadal, Øyvind	Divisjonsdirektør	1 845 023	187 461	4 392	2 036 876	01.01.17-31.12.17	01.01.17-31.12.17
Bakke, Gunn G.	Divisjonsdirektør	1 218 129	246 681	13 452	1 478 262	01.01.17-31.12.17	01.01.17-31.12.17
Kristoffersen, Geir	Divisjonsdirektør	1 092 360	176 136	4 392	1 272 888	01.01.17-31.12.17	01.01.17-31.12.17
Bjørnstad, Bård Are	Divisjonsdirektør	1 170 240	207 229	8 964	1 386 433	01.01.17-31.12.17	01.01.17-31.12.17
Tronsmoen, Stein	Divisjonsdirektør	1 033 898	244 489	4 392	1 282 779	01.01.17-31.12.17	01.01.17-31.12.17
Beitdokken, Randi L.	Divisjonsdirektør	1 034 569	271 460	10 392	1 316 421	01.01.17-31.12.17	01.01.17-31.12.17
Lundring, Hege	Divisjonsdirektør	616 935	275 564	4 330	896 829	21.08.17-31.12.17	21.08.17-31.12.17
Vika, Kari Mette	Divisjonsdirektør	1 154 295	244 182	10 392	1 408 869	01.01.17-20.08.17	01.01.17-31.12.17
Sjaatil, Dagny	Divisjonsdirektør	1 094 267	196 275	7 794	1 298 336	01.04.17-10.10.17	01.01.17-31.12.17
Millum, Astrid	Divisjonsdirektør	1 040 844	170 593	6 780	1 218 217	01.01.17-31.12.17	01.01.17-31.12.17
Gjessing, Hege	Kst. divisjonsdirektør	313 468	258 595	3 464	575 527	11.10.17-31.12.17	25.09.17-31.12.17
Løwe, Gro Ingeborg	Kst. divisjonsdirektør	938 797	126 257	10 392	1 075 446	01.01.17-31.03.17	01.01.17-31.12.17
Berg, Marianne	Kst. divisjonsdirektør	958 534	207 699	10 392	1 176 625	01.01.17-20.08.17	01.01.17-31.12.17
		21 617 825	4 386 343	153 040	26 157 208		

Det er ikke gitt lån/sikkerhetsstillelse til administrerende direktør/styreleder eller andre nærstående parter.

Godtgjørelse til styrets medlemmer

(Alle tall i NOK)

Navn	Tittel	Styrehonorar	Lønn	Andre Godtgj.	Sum	Tjenesteperiode
Enger, Anne	Styreleder	228 100	514 931	1 500	228 100	01.01.17-31.12.17
Berge, Tor E.	Nestleder	158 800			158 800	01.01.17-31.12.17
Hurum, Jørgen	Styremedlem	113 800			628 731	17.03.17-31.12.17
Drønen, Kaija Eide	Styremedlem	107 000	608 416	2 232	108 500	01.01.17-31.12.17
Haugli, Liv	Styremedlem	23 555			634 203	01.01.17-15.03.17
Nielsen, Marianne	Styremeldem	90 245			90 245	14.02.17-31.12.17
Talsnes, Ove	Styremedlem	113 800	1 443 066		1 556 866	01.01.17-31.12.17
Kyllingstad, Maren	Styremedlem	113 800			113 800	01.01.17-31.12.17
Tønnessen, Kjell-Petter	Styremedlem	113 800			113 800	01.01.17-31.12.17
		1 062 900	2 566 413	3 732	3 633 045	

Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:

(Alle tall i NOK)

	2017	2016
Lovpålagt revisjon	322 570	300 000
Andre attestasjonstjenester	0	90 872
Skatte- og avgiftsrådgivning	47 850	0
Sum godtgjørelse til revisor	370 420	390 872

Honorar til revisor i henhold til inngåtte avtaler.

Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon

Honorar for bistand	47 850
Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon	47 850

Revisjonshonorar for 2017 er oppgitt eksklusiv mva på grunn av innføringen av nøytral mva. Tall for 2016 er inklusiv merverdiavgift.

Note 6. Andre driftskostnader

(Alle tall i NOK 1000)	2017	2016
Transport av pasienter	279 911	303 717
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og forsikring	164 567	173 180
Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv.	63 059	65 190
Konsulenttjenester	20 573	35 380
Annen ekstern tjeneste	365 075	375 933
Reparasjon vedlikehold og service	74 490	82 643
Kontor og kommunikasjonskostnader	49 081	56 908
Kostnader forbundet med transportmidler	16 168	20 202
Reisekostnader	42 892	42 167
Forsikringskostnader	3 302	4 602
Pasientskadeerstatning	1 048	2 687
Øvrige driftskostnader	37 275	56 075
Andre driftskostnader	1 117 441	1 218 684

Andre driftskostnader i 2017 er redusert sammenlignet med 2016 i forbindelse med innføring av nøytral merverdiavgift, jf note 19.

Note 7. Finansinntekter- og kostnader

(Alle tall i NOK 1000)	2017	2016
Finansinntekter		
Konserninterne renteinntekter	24 826	30 307
Andre renteinntekter	2 631	3 781
Andre finansinntekter (agio)	2	1
Finansinntekter	27 459	34 089
Finanskostnader		
Konserninterne rentekostnader	3 347	3 702
Andre rentekostnader	38	877
Nedskrivning av aksjer i datterselskap	2 138	0
Andre finanskostnader	112	78
Finanskostnader	5 635	4 657

Note 8. Forskning og utvikling

(Alle tall i NOK 1000)	2017	2016
Øremerket tilskudd fra eier til forskning	3 647	4 089
Andre inntekter til forskning	7 564	5 534
Basisramme til forskning	62 720	64 948
Sum inntekter til forskning	73 932	74 571
Andre inntekter til utvikling	121	1 490
Basisramme til utvikling	315	4 647
Sum inntekter til utvikling	436	6 137
Sum inntekter til forskning og utvikling	74 368	80 708
Kostnader til forskning :		
- somatikk	19 099	31 554
- psykisk helsevern	39 653	31 059
- TSB	0	11 958
- annet	15 179	0
Sum kostnader til forskning	73 932	74 571
Kostnader til utvikling :		
- somatikk	121	1 750
- TSB	315	0
- annet	0	4 387
Sum kostnader til utvikling	436	6 137
Sum kostnader Forskning og utvikling	74 368	80 708
Ant avlagte doktorgrader	7	8
Ant publiserte artikler	164	156
Ant årsverk forskning	71	68
Ant årsverk utvikling	0	6

Note 9. Varige driftsmidler

(Alle tall i NOK 1000)

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidler og annet	Sum varige driftsmidler
2017						
Anskaffelseskost 1.1	160 717	6 510 966	87 921	1 149 415	470 508	8 379 527
Tilgang			124 719	22 943	16 432	164 095
Tilgang fra anlegg under utførelse		28 230	-55 299	26 835	234	
Avgang ved salg, ekstern		-3 508		-3 766	-4 545	-11 819
Anskaffelseskost 31.12.17	160 717	6 535 687	157 342	1 195 427	482 630	8 531 803
Akkumulerte avskrivninger 1.1		-3 707 901		-803 357	-366 476	-4 877 734
Årets avskrivning		-171 142		-67 275	-32 442	-270 859
Akk. Avskrivning ved avgang ekstern		1 828		3 766	4 544	10 139
Akkumulerte avskrivninger 31.12.17		-3 877 215		-866 866	-394 374	-5 138 455
Akkumulerte nedskrivninger 1.1		-11 000				-11 000
Akkumulerte nedskrivning 31.12.17		-11 000				-11 000
Bokført verdi 31.12.17	160 717	2 647 472	157 342	328 561	88 257	3 382 348
1) herav balanseførte lånekostnader						

(Alle tall i NOK 1000)

Operasjonell leasing/leieavtaler	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinsk teknisk utstyr	Transportmidl. og annet
Leiebeløp	40 142	38 509	1 518	10 714
Varighet (år)	0 til 5	0 til 10	0 til 5	0 til 10

(Alle tall i NOK 1000)

Investeringsprosjekter	Akk.verdi 31.12.17	Akk.verdi 31.12.16	Total kostnads-ramme	Plan tidspunkt ferdigstillelse
	153 160	151 614	152 000	31.12.2017
	75 414	74 868	75 000	31.12.2017
Sum	228 574	226 482	227 000	

Note 10. Eierandel i datter- og tilknyttede foretak

(Alle tall i NOK 1000)

Investering i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Andel stemmer	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets nedskrivning
Tekstilvask Innlandet AS	Biri	98,31	98,31	7 865	23 140	8 218	2 138
Sum datterforetak				7 865	23 140	8 218	2 138

Disposisjonsretten til medlemsinnkudd i Kommunal Landspensjonskasse, KLP, er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t.). Ved en eventuell omdanning eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildelt aksjer.

(Alle tall i NOK 1000)

	Total 2017	Total 2016
Investeringer i aksjer og andeler		
Andre aksjer og andeler	14	14
Egenkapitalinnkudd i pensjonskasser/KLP	351 030	317 676
Sum investeringer i aksjer og andeler	351 045	317 690

Note 11. Finansielle anleggsmidler og gjeld

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Finansielle anleggsmidler		
Lån til foretak i samme foretaksgruppe	1 609 499	1 518 760
Sum finansielle anleggsmidler	1 609 499	1 518 760
Langsiktig gjeld		
Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	160 468	177 757
Annen langsiktig gjeld	4 158	
Sum langsiktig gjeld	164 627	177 757
Herv langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	74 023	91 312

Note 12. Kundefordringer og andre fordringer

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Fordringer		
Kundefordringer	49 190	61 334
Fordringer på foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	1 034 003	550 294
Opptjente inntekter (inkl pasienter under behandling)	22 069	16 719
Øvrige kortsiktige fordringer	23 745	17 668
Fordringer	1 129 008	646 016
Avsetning for tap på fordringer 31.12		
Avsetning for tap på kundefordringer 1.1.	-10 500	-9 300
Årets endring i avsetning til tap på krav	1 500	-1 200
Avsetning for tap på fordringer 31.12	-9 000	-10 500
Årets konstanterte tap	-8 220	-7 455
Kundefordringer pålydende 31.12		
Ikke forfalte fordringer	37 402	26 205
Forfalte fordringer 1-30 dager	5 978	27 506
Forfalte fordringer 30-60 dager	2 856	1 283
Forfalte fordringer 60-90 dager	-879	448
Forfalte fordringer over 90 dager	3 834	5 890
Kundefordringer pålydende 31.12	49 190	61 334

Note 13. Kontanter og bankinnskudd

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Innestående skattetrekksmidler	180 322	174 599
Sum bundne bankinnskudd	180 322	174 599
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	798	9 312
Sum bankinnskudd og kontanter	181 120	183 911

Helseforetaket hadde fram til desember 2017 en kredittramme på 295 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Denne ble da korrigert til 0 på grunn av estimert likviditetseffekt fra pensjon. Kreditten har ikke vært belastet gjennom 2017. Innestående på konsernkontoordning er klassifisert som kortsiktig fordring i Helse Sør-Øst RHF og i foretaksgruppen.

Note 14. Egenkapital

(Alle tall i NOK 1000)

	Foretaks kapital	Annen innskudd egenkapital	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.17				
Inngående balanse 1.1	100	4 618 517	762 367	5 380 984
Årets resultat			64 639	64 639
Egenkapital 31.12.17	100	4 618 517	827 006	5 445 623

Note 15. Pensjon

Sykehuset Innlandet HF har pensjonsordninger som omfatter i alt 23 514 personer, hvorav 7 935 er yrkesaktive, 9 750 er oppsatte og 5 829 er pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhenge av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder.

Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede tjenstepensjonsordningen er dekket gjennom pensjonsordningene. Felles kommunal pensjonsordning, pensjonsordningen for sykehusleger og pensjonsordningen for sykepleiere i Kommunal Landspensjonskasse og SPK.

I tillegg til den ordinære tjenstepensjonsordningen kommer ytelser i form av Avtalefestet pensjon (AFP) til aldersgruppen 62 til og med 66 år. AFP etter 65 år er dekket med tilskudd og utjevnet på risikofellesskapet i den enkelte "multiemployer plan".

Pensjonskostnaden for 2017 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser per 31.12.2017 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2017. Basert på avkastningen i pensjonskassene for 2017, er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene per 31.12.2017. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenstepensjon.

Økonomiske forutsetninger	2017	2016
Diskonteringsrente	2,40	2,60
Forventet avkastning på pensjonsmidler	4,10	3,60
Årlig lønnsregulering	2,50	2,50
Årets pensjonsregulering	1,48	1,48
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,25	2,25

Demografiske forutsetninger

Med hensyn på dødelighet og uførhet mv., er det i beregningene benyttet forutsetninger som i pensjonskassens forsikringstekniske beregningsgrunnlag.

			2017	2016			
Anvendt dødelighetstabell			K2013BE	K2013BE			
Forventet uttakshyppighet AFP			15-46%	15-46%			
Frivillig avgang for sykepleiere (i %)							
Alder i år	<20	20-25	26-30	31-40	41-49	50-55	>55
Sykepleiere	25,00	15,00	10,00	6,00	4,00	3,00	0
Frivillig avgang for sykehusleger og fellesordning (i %)							
Alder i år		<24	24-29	30-39	40-49	50-55	>55
Sykehusleger		25,00	15,00	7,50	5,00	3,00	0,00
Fellesordning		25,00	15,00	7,50	5,00	3,00	0,00

(Alle tall i NOK 1000)	2017	2016
Pensjonsforpliktelse		
Brutto påløpte pensjonsforpliktelser	15 755 681	14 662 177
Pensjonsmidler	-13 208 932	-12 395 204
Netto pensjonsforpliktelse	2 546 749	2 266 973
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelser	333 708	319 643
Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkl. aga	-3 259 909	-3 470 594
Netto balanseførte forpliktelse inkl. arbeidsgiveravgift	-379 452	-883 978
Herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl. aga	2 129	4 682
Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl. aga	381 581	888 660
Spesifikasjon av pensjonskostnad		
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	621 925	579 384
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	392 408	382 782
Årets brutto pensjonskostnad	1 014 333	962 166
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-444 217	-375 688
Administrasjonskostnad	40 708	38 533
Netto pensjonskostnad inkl adm.kost	610 824	625 011
Aga netto pensjonskostnad inkl. adm. kost	80 023	88 127
Resultatført aktuarielt tap/(gevinst)	136 282	170 614
Resultatført aga av aktuarielt tap/(gevinst)	26 765	32 655
Resultatført planendring	0	44 020
Årets netto pensjonskostnad	853 893	960 426
Pensjonsmidler - premiefond		
Brutto pensjonsmidler inkluderer premiefond med følgende beløp og bevegelser i løpet av regnskapsåret:		
Premiefond 01.01.	767 711	567 981
Tilførte premiefond	161 722	199 729
Uttak fra premiefond	-445 650	0
Premiefond 31.12	483 783	767 710

Note 16. Andre avsetninger for forpliktelser

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Avsetning for overlegepermisjoner	61 543	60 931
Investeringsstilskudd	110 277	113 677
Avsetning for pasientskadeerstatning	2 000	3 000
Sum avsetning for forpliktelser	173 820	177 608

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 511 overlege- og psykologspesialistårverk. Uttakstilbøyeligheten er satt til 50 % for overlegestillingene og 100 % for psykologspesialister. Overordnede leger og spesialister i Sykehuset Innlandet HF har avtaletfestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyeligheten kan variere mellom foretak i Helse Sør-Øst og internt mellom de enkelte avdelinger i foretakene.

Note 17. Kortsiktig gjeld

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Annen kortsiktig gjeld		
Leverandørgjeld	177 636	135 563
Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen		
Helse Sør-Øst	153 804	203 136
Påløpte feriepenger	476 725	462 704
Påløpte lønnskostnader	76 320	71 056
Annen kortsiktig gjeld	110 658	141 529
Annen kortsiktig gjeld	995 142	1 013 988

Note 18. Eiers styringsmål

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Årsresultat	64 639	88 852
Avvik fra resultatkrav	64 639	88 852

Note 19. Proforma momskompensasjon

(Alle tall i NOK 1000)

	Faktisk kostnad 2017	Kompensert momskrav
Driftskostnader		
Kjøp av helsetjenester	549 788	1 441
Varekostnad	917 074	209 563
Lønn og annen personalkostnad	5 652 022	2 827
Ordinær avskrivning	270 859	0
Annen driftskostnad	1 117 441	91 160
Tilbakebetalt momskompensasjon	8 507 183	304 991

Tallkolonne viser refusjonsberettiget merverdiavgift for kostnader i regnskapsåret 2017. Kompensert merverdiavgift for innkjøpte varer og andre utgifter som er balanseført inngår ikke (i denne oppstillingen).

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) for Helse- og omsorgsdepartementet er det fra 1. januar 2017 innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Innføringen innebærer at helseforetakene får kompensert merverdiavgift på en rekke varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten. Ordningen skal være budsjettneutryt for staten i innføringsåret.

Dette innebærer at basisrammen til de regionale helseforetakene er redusert tilsvarende det som er forventet å bli refusjonsomfanget for helseregionene sett under ett. Inntektsreduksjonen er delt mellom helseregionene i tråd med ordinær inntektsfordelingsmodell. For Sykehuset Innlandet innebærer dette at basisrammen for 2017 er redusert med 350 millioner kroner. Samtidig er driftskostnadene i årsregnskapet redusert tilsvarende faktisk kompensert merverdiavgift etter ordningen. For Sykehuset Innlandet utgjør dette totalt 305 millioner kroner i 2017, se tabell ovenfor. I tillegg kommer reduserte kostnader på kjøp av varer- og tjenester fra Sykehuspartner og HSØ Forsyningssenteret, som også er omfattet av ordningen. For Sykehuset Innlandet sin del utgjør dette reduserte kostnader med 40 millioner kroner i 2017. Samlet sett er altså kostnadene redusert med kroner 345 millioner kroner i 2017.

Total merverdiavgiftskompensasjon ifølge terminoppgaver for 2017 (termin 1-6) utgjør 299 millioner kroner.

Note 20. Eierinformasjon

Helseforetaket er 100 prosent eiet av Helse Sør-Øst RHF.

Regnskapet til Sykehuset Innlandet HF er konsolidert i konsernregnskapet for Helse Sør-Øst RHF. Konsernregnskapet fås utlevert ved henvendelse til Helse Sør-Øst RHF, Hamar.

Note 21. Pantstillelser og garantiansvar

Det foreligger ingen kjente pantstillelser eller garantiansvar.

Note 22. Foretakets transaksjoner med nærstående parter

Transaksjoner med andre helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter, det vil si pasienter bosatt i eget opptaksområde og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i eget foretak får behandling i et annet helseforetak innen regionen, i annen region eller private sykehus som vår eller andre helse-regioner har avtale med. Henviser til note 3 for detaljer.

Utover dette er det ordinære kjøp av medikamenter fra Sykehusapotekene for 215 millioner kroner, ordinære kjøp av medisinsk forbruksmateriell fra den regionale leverandøren Forsyningssenteret for 83 millioner kroner, og kjøp av IKT- og HR-tjenester av den regionale tjenesteleverandøren Sykehuspartner for 323 millioner kroner. Forsyningssenteret og Sykehuspartner er avdelinger under Helse Sør-Øst RHF.

Det er gjennomført en karlegging og dokumentasjon av styremedlemmer og ledende ansatte i Sykehuset Innlandet, og ingen av disse har roller, ansvar og/eller verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretaket har til andre aktører.

Året som har gått...



Revisors beretning



Til foretaksmøtet i Sykehuset Innlandet HF

Uavhengig revisors beretning

Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

Konklusjon

Vi har revidert Sykehuset Innlandet HFs årsregnskap som viser et overskudd på tnok 88 852. Årsregnskapet består av balanse per 31. desember 2016, resultatregnskap og kontantstrømoppstilling for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter til årsregnskapet, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening er det medfølgende årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av selskapets finansielle stilling per 31. desember 2016, og av dets resultater og kontantstrømmer for regnskapsåret avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder de internasjonale revisjonsstandardene International Standards on Auditing (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet i Revisors oppgaver og plikter ved revisjon av årsregnskapet. Vi er uavhengige av selskapet slik det kreves i lov og forskrift, og har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Øvrig informasjon

Ledelsen er ansvarlig for øvrig informasjon. Øvrig informasjon består av årsberetningen, men inkluderer ikke årsregnskapet og revisjonsberetningen.

Vår uttalelse om revisjonen av årsregnskapet dekker ikke øvrig informasjon, og vi attesterer ikke den øvrige informasjonen.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese øvrig informasjon med det formål å vurdere hvorvidt det foreligger vesentlig inkonsistens mellom øvrig informasjon og årsregnskapet, kunnskap vi har opparbeidet oss under revisjonen, eller hvorvidt den tilsynelatende inneholder vesentlig feilinformasjon.

Dersom vi konkluderer med at den øvrige informasjonen inneholder vesentlig feilinformasjon er vi pålagt å rapportere det. Vi har ingenting å rapportere i så henseende.

Styrets og administrerende direktørs ansvar for årsregnskapet

Styret og administrerende direktør (ledelsen) er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet i samsvar med lov og forskrifter, herunder for at det gir et rettviseende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge. Ledelsen er også ansvarlig for slik intern kontroll som den finner

PricewaterhouseCoopers AS, Aslaks Boltsgate 42, Postboks 1100, NO-2305 Hamar

T: 02316, org.no.: 987 009 713 MVA, www.pwc.no

Statsautoriserte revisorer, medlemmer av Den norske Revisorforening og autorisert regnskapsførerselskap

nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller feil.

Ved utarbeidelsen av årsregnskapet må ledelsen ta standpunkt til selskapets evne til fortsatt drift og opplyse om forhold av betydning for fortsatt drift. Forutsetningen om fortsatt drift skal legges til grunn for årsregnskapet så lenge det ikke er sannsynlig at virksomheten vil bli avvirket.

Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Vårt mål med revisjonen er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betryggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir vurdert som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke økonomiske beslutninger som brukerne foretar basert på årsregnskapet.

Som del av en revisjon i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, utøver vi profesjonelt skjønn og utviser profesjonell skepsis gjennom hele revisjonen. I tillegg:

- identifiserer og anslår vi risikoen for vesentlig feilinformasjon i regnskapet, enten det skyldes misligheter eller utilsiktede feil. Vi utformer og gjennomfører revisjonshandlinger for å håndtere slike risikoen, og innhenter revisjonsbevis som er tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon. Risikoen for at vesentlig feilinformasjon som følge av misligheter ikke blir avdekket, er høyere enn for feilinformasjon som skyldes utilsiktede feil, siden misligheter kan innebære samarbeid, forfalskning, bevisste utelatelser, uriktige fremstillinger eller overstyring av intern kontroll.
- opparbeider vi oss en forståelse av den interne kontroll som er relevant for revisjonen, for å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige etter omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av selskapets interne kontroll.
- evaluerer vi om de anvendte regnskapsprinsippene er hensiktsmessige og om regnskapsestimatene og tilhørende noteopplysninger utarbeidet av ledelsen er rimelige.
- konkluderer vi på hensiktsmessigheten av ledelsens bruk av fortsatt drift-forutsetningen ved avleggelsen av regnskapet, basert på innhentede revisjonsbevis, og hvorvidt det foreligger vesentlig usikkerhet knyttet til hendelser eller forhold som kan skape tvil av betydning om selskapets evne til fortsatt drift. Dersom vi konkluderer med at det eksisterer vesentlig usikkerhet, kreves det at vi i revisjonsberetningen henleder oppmerksomheten på tilleggsopplysningene i regnskapet, eller, dersom slike tilleggsopplysninger ikke er tilstrekkelige, at vi modifiserer vår konklusjon om årsregnskapet og årsberetningen. Våre konklusjoner er basert på revisjonsbevis innhentet inntil datoen for revisjonsberetningen. Etterfølgende hendelser eller forhold kan imidlertid medføre at selskapet ikke fortsetter driften.
- evaluerer vi den samlede presentasjonen, strukturen og innholdet, inkludert tilleggsopplysningene, og hvorvidt årsregnskapet representerer de underliggende transaksjonene og hendelsene på en måte som gir et rettviseende bilde.



Vi kommuniserer med styret blant annet om det planlagte omfanget av revisjonen og til hvilken tid revisjonsarbeidet skal utføres. Vi utveksler også informasjon om forhold av betydning som vi har avdekket i løpet av revisjonen, herunder om eventuelle svakheter av betydning i den interne kontrollen.

Uttalelse om øvrige lovmessige krav

Konklusjon om årsberetningen

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, mener vi at opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til anvendelse av overskuddet er konsistente med årsregnskapet og i samsvar med lov og forskrifter.

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av selskapets regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringsskikk i Norge.

Hamar 23. mars 2017

PricewaterhouseCoopers AS

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Pål Bakke'.

Pål Bakke

Statsautorisert revisor



Sykehuset Innlandet HF

Postboks 104, 2381 Brumunddal
Telefon 06200
www.sykehuset-innlandet.no

HELSE  SØR-ØST



Sykehuset Innlandet

– vi er der når du trenger oss!