

Tertialrapport pr. 3. tertial 2025

Helse Midt-Norge

«På lag med deg for din helse»

Innhold

1. Pasientsikkerhet, HMS og meldekultur	3
2. HR og personell	3
Bemanningsutvikling	3
Sykefravær	4
Avvik fra arbeidstidsbestemmelsene	5
Yrkesrelaterte skader	5
3. Produktivitet	5
4. Driftsresultat før avskrivninger	6
5. Likviditet	6
6. Uløste oppdrag	6
7. Status for hovedsatsingsområder i Regional utviklingsplan 2023-2026	9
Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning	9
Samling om beste praksis	9
Regionale fellesløsninger	10
Bærekraft i personell og kompetanse	10
Sterkere samhandling	12
8. Tilsyn og revisjoner	13
9. Status for investeringsprosjekter	15
10. IT-prosjekter	16
11. Gevinstrealisering Helseplattformen	17
Brukervennlighet	17
Pasientmedvirkning	17
Samhandling og pasientlogistikk	18
Legemiddelhåndtering	18
Digital hjemmeoppfølging	19
Styringsinformasjon	19
Kvalitetsregistre	19
12. Program for brukervennlighet Helseplattformen	20
13. Topp ti risiko	21

1. Pasientsikkerhet, HMS og meldekultur

Helse Midt-Norge RHF er gitt følgende oppdrag i 2025:

“Det skal være trygt for ansatte i spesialisthelsetjenesten å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakenes system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader”.

Psykologisk trygghet og god meldekultur er utfordrende å måle, men som en indikasjon på status rapporterer helseforetakene fra 2025 utvalgte data fra meldesystemet EQS.

Omfanget av meldinger (pasientrelaterte, HMS- og #Råbra-meldinger) er redusert i alle helseforetak i 2025 sammenlignet med 2024, men har økt fra 2. til 3. tertial i 2025. En mulig forklaring på reduksjonen fra 2024 kan være mangel på tid, manglende kunnskap om hva som skal meldes hvor, og manglende tillit til at det å melde avvik har effekt.

Ved St. Olavs hospital er statistikk over meldinger og status for den enkelte klinikk gjort tilgjengelig gjennom en egen PowerBI-rapport, som kan brukes i klinikkene ved intern rapportering. Det rapporteres om at dette gir økt lederbevissthet om nytten av en god prosess for oppfølging og læring av avvik.

Sykehusforetakene og Sykehusapotekene i Midt-Norge har innført #Råbra-meldinger i meldesystemet som et arbeidsmiljøtiltak, og her ses en økning i alle HF gjennom året. Videre har foretakene iverksatt ulike tiltak for å fremme læring og kontinuerlig forbedring, tilpasset lokale behov og organisering. Eksempler inkluderer etablering av kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper (KVAM) på klinikknivå, rotårsaksanalyser, involvering av fagmiljøer i internrevisjoner og opplæringstiltak gjennom bl.a. HMS-undervisning rettet mot ledere. Det samlede bildet indikerer forbedret meldekultur og et tydelig vekt på kvalitetsforbedring, HMS og pasientsikkerhet i regionen.

I 3. tertial startet et arbeid med å utvikle et nasjonalt register for alvorlige uønskede hendelser og pasientrelaterte nesten-hendelser. Oppdraget er ledet av Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene bidrar. Virksomhetenes meldesystemer er valgt som kilde til registeret, og arbeidet er organisert som et treårig kvalitetsforbedringsprosjekt. Det planlegges i 2026 for teknisk og faglig harmonisering og videreutvikling av helseforetakenes meldesystemer, i tråd med nasjonale standarder. Arbeidet vil bli ressurskrevende og kreve tverrfaglig innsats, men kan ha store gevinster knyttet til regional og lokal risiko- og virksomhetsstyring, og læring og forbedring på tvers etter avvik og uønskede hendelser for alle virksomhetsområder.

Styret vedtok i 2025 (sak 191-2025) oppdaterte HMS-indikatorer for Helse Midt-Norge, og disse vil inngå i tertialrapportering fra og med 1. tertial 2026. Det vil også bli utarbeidet en utvidet HMS-rapport som legges frem for styret årlig, første gang 1. halvår 2026.

2. HR og personell

Bemanningsutvikling

Foretaksgruppen har et samlet merforbruk i 3. tertial på 2 165 brutto månedsverk, tilsvarende 2,9 prosent over budsjett. Samlet forbruk av brutto månedsverk er 1 242 lavere enn i samme periode i fjor. På foretaksnivå viser utviklingen følgende avvik fra budsjett i 3. tertial:

- St. Olavs hospital HF: merforbruk på 4 prosent
- Helse Møre og Romsdal HF: merforbruk på 1,3 prosent
- Helse Nord-Trøndelag HF: merforbruk på 3,7 prosent

Forskjellen mellom brutto og netto månedsverk utgjøres i all hovedsak av fravær, særlig knyttet til ferieavvikling, permisjoner og sykefravær. Reduksjonen i brutto månedsverk fra 3. tertial i fjor til 3. tertial i år vurderes som stabil.

St. Olavs hospital HF har iverksatt en rekke tiltak for å redusere både overtid, mertid og totalt forbruk av årsverk. I 3. tertial er det utbetalt 291 færre brutto månedsverk enn i samme periode i fjor. Forbruket av overtid og mertid er redusert med 131 brutto månedsverk. Innen sykepleietjenesten pågår et prosjekt for å styrke fleksibel ressursbruk gjennom økt bruk av personell på tvers av enheter innen samme klinikk. Tiltaket har hatt positiv effekt og bidratt til lavere bruk av overtid- og mertidsressurser.

Helse Møre og Romsdal HF har utbetalt 609 færre brutto månedsverk enn i 3. tertial i fjor, og overtid og mertid er redusert med 26 månedsverk. Det bemerkes at planlagte tiltak i lønnsbudsjettet ikke er oppdatert i bemanningsbudsjettet, noe som gir avvik mellom bemannings- og lønnsbudsjett.

Helse Nord-Trøndelag HF har utbetalt 391 flere brutto månedsverk enn i samme periode i fjor. Forbruket av overtid og mertid har økt med 321 månedsverk. Overforbruket skyldes i hovedsak høyt sykefravær samt ekstraarbeid i enkelte klinikker som følge av innføringen av Helseplattformen.

Sykefravær

I 3. tertial 2025 er samlet sykefravær i foretaksgruppen 8,7 prosent. Dette er en økning på 0,2 prosentpoeng sammenlignet med samme periode i fjor.

Utviklingen per foretak fra 3. tertial 2024 til 3. tertial 2025 er som følger:

- St. Olavs hospital: uendret på 8,5 prosent
- Helse Møre og Romsdal HF: økning til 9,3 prosent (fra 8,7 prosent)
- Helse Nord-Trøndelag HF: økning til 8,8 prosent (fra 8,5 prosent)
- Sykehusapotekene i Midt-Norge: reduksjon til 7,4 prosent (fra 9,4 prosent)
- Hemit HF: stabilt nivå på 6,2 prosent (fra 6,3 prosent)
- RHF: økning til 5,2 prosent (fra 4,8 prosent)

Det egenmeldte fraværet er tilnærmet uendret på 1,7 prosent (1,6 prosent i fjor), imens det legemeldte fraværet ligger på 7,0 prosent, opp fra 6,9 prosent i samme periode i fjor.

Fra 3. tertial 2024 til 2025 ses reduksjon i sykefravær hos stillingsgruppene helsefagarbeidere, apotekstillinger, drift-/teknisk personell og ambulansepersonell. Øvrige stillingsgrupper viser enten stabilt nivå eller svak økning. Den største økningen finnes i gruppen pasientrettede stillinger, med +0,9 prosentpoeng. For leger er nivået uendret, mens sykepleiere har en økning på 0,3 prosentpoeng.

Sykefraværet har økt i de fleste aldersgrupper, unntatt blant ansatte i alderen 60–69 år. Den største økningen ses blant ansatte under 20 år. Øvrige grupper med økning på 0,3 prosentpoeng er 20–29 år, 30–39 år og 50–59 år. Høyeste sykefravær finnes i aldersgruppen 30–39 år, med 10,6 prosent. Gruppen 20–29 år ligger på 6,7 prosent, og ansatte i

Foretakene arbeider målrettet for å redusere sykefraværet ned mot 2019-nivå. HR, bedriftshelsetjenesten og NAV er sentrale samarbeidspartnere, og lederopplæring og erfaringsutveksling er viktige virkemidler. Alle foretakene har etablert retningslinjer med vekt på forebygging av sykefravær, systematisk oppfølging av sykmeldte, kartlegging og risikovurdering av arbeidsmiljø og bruk av verktøyet *ABC for god psykisk helse*. Verneombud og tillitsvalgte har en sentral rolle i partssammensatte fora.

I enheter med sykefravær over 10 prosent vurderes behov for bistand fra BHT, og ved behov kobles de inn. Det pågår også tiltak knyttet til «Tidlig og tett på» i IA-programmet, med fokus på systematisk oppfølging av ansatte med gjentakende eller langvarig fravær.

Avvik fra arbeidstidsbestemmelsene

Det har vært en betydelig reduksjon i avvik fra arbeidstidsbestemmelsene fra 3. tertial 2024 til 3. tertial i 2025. Andelen avvik ved de tre helseforetakene er samlet redusert med 19,4 prosent sammenlignet med samme periode i 2024. Helse Nord-Trøndelag har den største reduksjonen med 44 prosent, etterfulgt av Helse Møre og Romsdal med 12,6 prosent og St. Olav hospital med 7,7 prosent.

På tvers av alle foretakene er det en reduksjon i alle årsakene til arbeidstidsavvik, unntatt Utrykning på vakt hvor en ser en marginal økning (0,02 prosent). Det er reduksjon i andel avvik for alle stillingsgruppene i de tre sykehusforetakene, unntatt Drifts/teknisk personell som har en økning på 0,45 prosent.

Antall tilfeller der leger har jobbet mer enn 19 timer i strekk har blitt redusert i alle tre helseforetak. Reduksjonen har vært på henholdsvis 41 prosent (St Olavs hospital), 49 prosent (Helse Møre og Romsdal) og 43 prosent (Helse Nord-Trøndelag).

Yrkesrelaterte skader

Antall yrkesrelaterte skader er per 3. tertial redusert med 2 prosent. Det er liten endring innen de ulike kategoriene skader.

3. Produktivitet

Produktivitet i helseforetakene måles som forholdet mellom produsert aktivitet og ressursinnsats. Aktiviteten omfatter kun den delen som er produsert i eget foretak og omregnes til DRG-poeng somatikk. Ressursinnsatsen måles i brutto månedsverk, det vil si antall månedsverk før fravær (permisjoner, sykefravær mv.) er trukket fra. Produktivitet beregnes dermed som DRG-poeng somatikk per brutto månedsverk i en gitt periode.

Tabellene i vedlegg 2 viser utviklingen i DRG-poeng per brutto månedsverk for 1., 2. og 3. tertial samt hittil i år. Faktisk produktivitet vurderes opp mot budsjettert produktivitet.

Per 3. tertial har alle tre helseforetakene lavere produktivitet enn budsjettert. St. Olavs hospital HF har en faktisk produktivitet på 1,54 mot et budsjett på 1,58. Helse Møre og Romsdal HF har 1,59 mot 1,61 i budsjett. Helse Nord-Trøndelag HF har 1,44 mot 1,57 i budsjett, og har dermed det største avviket.

Avvikene skyldes flere forhold. Aktiviteten målt i DRG-poeng produsert i eget foretak er lavere enn planlagt. Selv om enkelte foretak samlet sett har høyere aktivitet innen somatikk enn budsjettet (aktivitet sørge-for), gjelder dette ikke nødvendigvis aktivitet produsert i eget foretak som inngår i produktivitetmålingen. Samtidig har helseforetakene ikke redusert bemanningen i tråd med forutsetningene i budsjettet. I tillegg har sykefraværet vært høyere enn lagt til grunn i budsjettet. Dette medfører høyere ressursinnsats enn planlagt sett opp mot aktivitetsnivået, og gir lavere produktivitet.

Det arbeides videre med tiltak for å bedre samsvaret mellom bemanning, aktivitetsnivå og budsjettet produktivitet.

4. Driftsresultat før avskrivninger

Per 3. tertial 2025 utgjør driftsresultat før avskrivninger (EBITDA) for Helse Midt-Norge foretaksgruppen 1 263,6 mill. kroner. Dette er 59,5 mill. kroner svakere enn budsjett. Driftsresultat før avskrivninger varierer betydelig mellom foretakene, både i nivå og margin, noe som reflekterer ulik måloppnåelse og økonomisk utvikling i virksomhetene. EBITDA-marginen er 3,8 prosent i foretaksgruppen, mot budsjettet 4,2 prosent. Resultatutviklingen viser at foretaksgruppen samlet sett ligger under plan ved utgangen av tertialet, og avviket indikerer lavere underliggende driftsmargin enn forutsatt.

Tallene er foreløpige, og det kan komme justeringer. Helse Midt-Norge RHF legger opp til en tettere oppfølging av driftsresultat før avskrivninger fremover.

5. Likviditet

Foretaksgruppen har ved utgangen av desember en tilgjengelig likviditet på 4 191 mill. kroner, hensyntatt justering for at regionen skal ha en likviditetsbuffer på 600 mill. kroner. Det samlede avviket mot budsjett er på om lag 510 mill. kroner og skyldes i hovedsak mindreforbruk av investeringer på 172 mill. kroner og periodiseringer knyttet arbeidskapitalbinding og årsavslutning.

6. Uløste oppdrag

Her gis en oversikt over oppdrag som er gitt til Helse Midt-Norge RHF eller helseforetakene i regionen før 2025 og som ikke er løst. Helse Midt-Norge følger opp og rapporterer på status for disse oppdragene i den tertialvise rapporteringen.

Tabell 1, Uløste oppdrag

År	Oppdrag	Gjelder HF	Status
2021	Helseforetaket skal benytte kunnskap og verktøy (modul aktivitets- og bemanningsplanlegging i ressursstyringssystemet med integrasjon til operasjonsplanlegger / pasientadministrativt system) som sikrer god aktivitet og	StO, HMR, HNT	Oppdraget er fortsatt ikke fullstendig løst, men det er større oppmerksomhet for at verktøy for aktivitets- og bemanningsplanlegging (ABP) er nødvendig. Dette krever samtidig at måten planlegging skjer på må endres. Dashbord for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging for sykepleietjenesten er utviklet for alle tre

	bemanningsplanlegging for å sikre at pasientene møter rett kompetanse til avtalt tid.		sykehusforetakene. Det er i tillegg utarbeidet en metodikk som skal hjelpe lederne å benytte data for aktivitet og bemanning til å planlegge ressursene best mulig.
2021	St. Olavs hospital skal gjennomføre tidligere gitt oppdrag om traumatologi i tråd med nasjonalt traumesystem, inkludert etablering av et tilbud om rehabilitering etter tung intensivbehandling, herunder koronapasienter.	StO	St. Olavs hospital har utarbeidet en rapport for hvordan et rehabiliteringstilbud kan etableres og hvilke kostnader dette medfører. Rapporten beskriver både regional og lokal funksjon og må forankres i hele regionen før man kan gå videre. Arbeidet vil fortsette i 2026.
2022	St. Olavs hospital HF skal utvide regionalt tjenestetilbud om intensiv habilitering for barn og unge til å omfatte aldersgruppen 7-18 år.	StO	Status er uforandret fra forrige tertialrapportering. Kravet er delvis innfridd. Tilbudet som er etablert videreføres gjennom Habiliteringstjenesten for barn og unge sin ordinære virksomhet. Det er etablert et tilbud i aldersgruppen 0-5 år og gjennomført en pilot for aldersgruppen 6-12 år, som videreføres. Det er per i dag ikke etablert et tilbud for aldersgruppen 13-18 år. Areal / tilpassede rom for overnatting er fortsatt en utfordring og til hinder for at enkelte familier kan delta. Her er det dialog med Kreftforeningen angående sambruk av to leiligheter ved etablering av Familiehus. Det er også opprettet et interregionalt samarbeid mellom helseregionene for erfaringsutveksling, blant annet knyttet til etablering av tilbud til aldersgruppen 6-12 år og 13-18 år. Her deltar leder og klinikere fra de regionale enhetene og representanter fra RHF-ene.
2023	Helse Midt-Norge RHF skal ha særlig oppmerksomhet på sårbare barn og unge, herunder legge til rette for økt antall medisinske undersøkelser i Statens barnehus og videreutvikle og implementere verktøy for å avdekke omsorgssvikt og barnemishandling som rammer barn og unge, jf. pilotprosjektet «Barn under radaren» i Sørlandet sykehus HF. Oppdraget løses i samarbeid med Helsedirektoratet	RHF	Oppdragets første del om å legge til rette for økt antall medisinske undersøkelser i statens barnehus vurderes å være innfridd, jf. årlig melding for 2023. Implementering av "Barn under radaren" er imidlertid ikke fullført. Arbeidet med opplæring og forberedelser er i gang i alle tre HF, men sjekklisten må fremdeles bygges inn i journalløsning før den kan tas i bruk systematisk. Bygging av sjekklisten i HP fikk prioritet i 2025, men med bakgrunn i BarnsBestes revidering av verktøyet første del av 2026 ble byggingen

	og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.		besluttet utsatt til revideringen er gjennomført.
2023	Helseforetaket skal etablere desentralisert sykepleierdreven tjeneste innen fagområdet øye, i tråd med nasjonalt program for diabetesscreening. Regionalt fagledernetttverk (øye) skal delta i innføring av det nasjonale screeningsprogrammet.	StO, HMR, HNT	Det er ikke ferdigstilt, og er nå en del av den nye regionale handlingsplanen for øye.
2023	Helseforetaket skal re-etablere anlegg for fylling av drivstoff for helikopter på St. Olavs hospital HF.	StO	Det foreligger styrevedtak fra StO 02.10.2024 om bygging av nytt drivstoffanlegg for helikopter. I St. Olavs hospitals styresak 18/25 fra 28.03.2025 angis planlagt ferdigstillelse til 2026. Status ble presentert i oppfølgingsmøte StO / RHF 18.02.2026. Oppdatert plan er oppstart av prøvedrift innen 12/2026, noe som innebærer en samlet forsinkelse på to måneder sammenlignet med opprinnelig plan.
2024	Sykehusene skal videreføre antibiotikastyringsprogram med ledelsesforankring, overvåkning og rapportering om antibiotikabruk og -resistens, samt antibiotika-team.	StO, HMR, HNT	I 2025 er samlet forbruk av bredspektrede antibiotika ved Helse Nord-Trøndelag, St. Olavs hospital og Helse Møre og Romsdal på henholdsvis 2, 4 og 7 prosent over 2019-nivå. Alle HF har antibiotika-team, men uten avsatt beskyttet tid er de ikke virksomme. Målsettingene kan ikke innfris i 2026 uten økt aktivitet i lokale A-team med målrettede tiltak i kliniske enheter.
2024	Helseforetaket skal innføre kommunikasjonsløsning for akuttmedisinsk kjede (KAK)	StO, HMR, HNT	Det har vært forsinkelser i det nasjonale prosjektet. Status per 09.02.26: Prosjektet har fokus på omlegging i akuttmottakene i regionen. Det er løpende dialog mellom hovedprosjektet og AMK. Alt i alt ser prosjektet nå ut til å gå etter planen og HDOs erfaringer fra Helse Nord virker betryggende med tanke på kommende omlegging i Helse Midt-Norge.
2024	Helseforetaket tildeles 14,2 millioner kroner til etablering av sikkerhetsbolig / sikkerhetshjem til 1-2 pasienter som i dag tar opp regional kapasitet, og som det har vist seg vanskelig å bosette.	StO	Trondheim kommune og St. Olavs hospital har etablert et prosjekt (Prosjekt X) for felles utvikling av sikkerhets- og overgangsboliger, samt tilknyttede ROP-boliger. Prosjektet skal utforske nye samarbeidsmodeller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, belyse juridiske rammer for tvang og sikre helhetlig oppfølging.

7. Status for hovedsatsingsområder i Regional utviklingsplan 2023-2026

I dette kapittelet gis det status på hovedsatsingsområder i regional utviklingsplan jf. hovedmål vedtatt av styret i sak 102/23.

Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning

Ambisjon: Digitalisering av helsetjenesten skal gi høy kvalitet i pasientbehandlingen gjennom økt pasientsikkerhet, aktiv pasientmedvirkning og effektivisering	Hovedmål 2026: Gevinstmålene for Helseplattformen oppfylles i tråd med plan.
---	--

Status for gevinstrealisering for Helseplattformen fremgår av eget kapittel i tertialrapporten, se kap. 8.

Samling om beste praksis

Ambisjon: Vi skal forbedre tilgang og oppfølging av beste praksis slik at pasienter får tilgang til likeverdige og gode helsetjenester.	Hovedmål 2026: Alle fagledernettsverk er aktive, og behandler jevnlig uønsket variasjon basert på oppdaterte analyser.
---	--

Det ses en fortsatt positiv utvikling i aktivitet og fungering i de 33 fagledernettsverkene. Det er etablert flere fagråd under nettsverkene, og samtlige nettsverk med unntak av to nyetablerte/reaktiverte (hudsykdommer og endokrinologi) har avholdt minst tre møter i 2025. Det regionale [SPARK-prosjektet](#) (forvaltningsmodell for regionale prosedyrer) har hatt mye informasjonsaktivitet i fagledernettsverkene for å understøtte etablering av regionale fagprosedyrer.

I tråd med [Regional handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet 2023-2026](#) arbeider Helse Midt-Norge RHF for økt bruk av data for beste praksis, og har i samarbeid med Registerseksjonen på St. Olavs hospital (regional funksjon) etablert en handlingsplan for økt bruk av registerdata i kliniske miljøer, herunder til fagledernettsverkene der det legges til rette for presentasjoner av data i møter ved aktuelle registre. Det er gjennomført flere slike gjennomganger i 3. tertial i aktuelle nettsverk.

Helse Midt-Norge RHF ser imidlertid behov for tydeligere styring av arbeidet med reduksjon av uønsket variasjon og samling om beste praksis, særlig utfasing av lavverdiprosedyrer. Det er arbeidet med å systematisere dette gjennom regionalt nettsverk for pasientsikkerhet og beste praksis, som blant annet vil ta for seg:

- Implementering av beste praksis
- Deimplementering av lavverdiutredning
- Behandling med risiko for pasientskade

Regionale fellesløsninger

Ambisjon: Vi skal etablere og utvikle regionale fellesløsninger som bidrar til kvalitet og robusthet, med lavere ressursbruk enn i dag.	Hovedmål 2026: Det er etablert konkrete planer for alle utvalgte områder der det tydelig fremkommer hvordan kvalitet, robusthet og effektivitet forbedres for regionen som helhet.
---	--

Begrepet regionale fellesløsninger favner et bredt spektrum av sterkere regionalt samarbeid, fra en felles forvaltning av prosedyrer for beste praksis, via oppgavesamarbeid og mulighet for å løse oppgaver for hverandre, til å etablere egne regionale enheter.

Helseplattformen er, uten sammenligning, den mest omfattende fellesløsningen som innføres i denne planperioden og gevinstrealisering fra Helseplattformen følges tett. Program for brukervennlighet er godt etablert og følges av Digitaliseringsstyret som øverste ansvarlig for programmet. I programmet gjennomføres brukerundersøkelser, og Sintef skal drive følgeforskning slik at en evaluerer om tiltak har ønsket effekt.

Helse Midt-Norge har to selskap som leverer IT-tjenester til helseforetakene; Hemit HF og Helseplattformen AS. Hemit og Helseplattformen har fått i oppgave å styrke samarbeidet og samordne ressursene på tvers av selskapene. Prosessen skal bidra til kostnadsbesparelser, økt produktivitet og bedre tjenesteleveranser. Det er igangsatt et omfattende arbeid som dekker en rekke forskjellige tema og funksjoner; det arbeides blant annet med samlokalisering og vurdering av felles support, administrative tjenester og produkt og tjenestemodell. Fra 5. januar 2026 er det etablert en felles kommunikasjonsenhet for begge organisasjonene.

Det arbeides systematisk med utvikling av felles regionale prosedyrer samt forbedring av verktøy for felles løsninger og samhandling. Dette inkluderer arbeid med sentralisert organisering av bemanningsplanlegging og ny regional portal for RS Ressursstyring. Alle helseforetakene har nå tilgang til felles og standardisert lederinformasjon på enhetsnivå, som viser aktivitet og bemanning i sammenheng. Det er også etablert felles verktøykasse for ledere med konkrete maler og tips for oppfølging av sykefravær.

Logistikkcenteret for Helse Midt-Norge er etablert. Regionalt beredskapslager inngår i logistikkcenteret, og lageret skal dekke Helse Midt-Norge sin regionale andel av nasjonalt beredskapslager for smittevernustyr. Oppfølging av gevinstrealisering skjer gjennom tertialrapportering i de regionale nettverkene for innkjøp/logistikk.

Bærekraft i personell og kompetanse

Ambisjon: Vi skal utvikle og prioritere områdene ledelse, læring og kompetanseutvikling og helhetlig planlegging.	Hovedmål 2026: Ledere får systematisk opplæring innen ledelse. Vi har etablert systematisk opplæring og dokumentasjon som muliggjør oppgave- og ansvarsdeling mellom yrkesgrupper.
---	---

	Det er etablert et system for helhetlig planlegging som ser bemanning og aktivitet i sammenheng, på kort og lang sikt.
--	--

Systematisk opplæring innen ledelse og lederstøtte

Det er etablert et regionalt topplederprogram for ledere i alle foretak i regionen. Hvert kull har ca. 35 deltagere fordelt på alle foretakene i regionen. De to første kullene er gjennomført med veldig god tilbakemelding. Tredje kull hadde oppstart med første samling februar 2026, og avsluttes i september.

Basis lederprogram er et lederutviklingstiltak rettet mot ledere på nivå 3 og 4. Helse Midt-Norge har bygget videre på modell utviklet av NHO i samarbeid med Bransjeprogrammet og Moment. Helse Møre og Romsdal har gjennomført flere samlinger med utgangspunkt i NHO-programmet. Programmet er tilpasset Helse Midt-Norge, og bruker pedagogiske lederutviklingsverktøy i basisgrupper. Dette for å gi mulighet til fordypning og refleksjon. St. Olavs hospital er i gang med gjennomføring for første kull med 36 deltakere, og planlegger for to nye kull etter sommeren. Fra høsten planlegges basis lederprogram for ledere fra Hemit, Helseplattformen, Sykehusapotekene i Midt-Norge og RHF-et. I programmet er det lagt stor vekt på rollen som leder med vekt på personalledelse, blant annet kommunikasjon, teamledelse, sykefraværsoppfølging og konflikthåndtering.

I Personal- og lederhåndbok ligger lover, rutiner og prosedyrer lett tilgjengelig. I tillegg er verktøykasse for ledere under utvikling som et supplement til felles Personal- og lederhåndbok. I verktøykassen ligger praksisnære oppslagsider med tips og råd til leder. Verktøykassen fylles gradvis med innhold, i første omgang knyttet til personalledelse.

Opplæring og dokumentasjon

Det er etablert et interregionalt samarbeid for å lage et malverk som skal hjelpe ledere til å lage gode kompetanseplaner. I tillegg kartlegger hver region hva som finnes av relevante kompetanseplaner som kan deles for å muliggjøre oppgave- og ansvarsdeling mellom yrkesgrupper.

Opplæring og verktøystøtte for helhetlig planlegging

Det er utarbeidet en oversikt (dashbordløsning) for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging for sykepleiertjenesten i de tre sykehusforetakene. Målet er at ledere og støttepersonell ved hjelp av data kan få innsikt i hvordan ressursene skal fordeles i løpet av døgn/uke/måned i henhold til aktiviteten i enheten. Leveransen er nå godkjent av sykehusforetakene som jobber med å få linja til å ta det i bruk. Det jobbes med videreutvikling av felles metodikk for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og bruk av dashbordet.

Arbeidet med å overføre data fra ressursstyringssystemet, personalsystemet og lønnsystemet (HR data) til HMN datavarehus pågår, men på grunn av et omfattende arbeid vil det ta tid før arbeidet slutføres. Data som understøtter bedre planlegging er prioritert, sammen med data som understøtter kostnadsstyring og arbeidet med sykefravær. På sikt er målet å sammenstille data fra HR-, fag- og økonomi og lage ulike analyser av f.eks. belegg, bemanning og sykefravær.

Arbeidet med å lage regionale veiledere/opplæring til ledere i bruk av Ressursstyringssystemet (RS) er ferdigstilt, men vil videreutvikles ved behov for endring.

RS-portalen bygger på løsning i Helse Møre og Romsdal, og er nå i ferd med å tas i bruk i Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital. Arbeidet vil bidra til at opplæringsmaterieil for bruk av RS ikke lages på hvert HF, men lages felles for alle helseforetakene.

Sterkere samhandling

Ambisjon: Helse Midt-Norge skal bidra til at helsefellesskapene lykkes, og forbedre samhandlingen internt i foretaksgruppen.	Hovedmål 2026: Målene i helsefellesskapenes handlingsplaner er oppfylt i alle helsefellesskap i regionen, og endringer i oppgavedeling er iverksatt.
--	--

Målene i helsefellesskapenes handlingsplaner er oppfylt

Alle tre helsefellesskapene har nylig vedtatt nye handlingsplaner. De har alle hatt behov for tydeligere prioriteringer, og færre og mer spissede mål. Vurdering av måloppnåelse i de nye planene vil i første omgang gjennomføres ultimo 2026. Observatørrollen Helse Midt-Norge RHF har i alle helsefellesskapene gir oss god mulighet for å bidra til økt samhandling i regionen.

Endringer i oppgavedeling er iverksatt

Fagledernetverkene er meget viktige for samhandling internt i foretaksgruppen, og det har gjennom 2025 vært gjennomført et systematisk arbeid for å kartlegge elektiv aktivitet som kan vurderes for flytting fra større til mindre sykehus. Arbeidet med ventetidsløftet har tydelig vist at vårt store sykehus, St. Olavs hospital, har gjennomgående bedre kapasitet enn de mindre sykehusene. En må nå derfor dreie arbeidet mot en vurdering av om det er mindre fagmiljø på de mindre sykehusene som har kapasitet til å ta over elektiv aktivitet fra St. Olavs hospital.

Øvrige tiltak som underbygger målene for sterkere samhandling

Det er som tidligere stor aktivitet på samhandlingsområdet både nasjonalt og regionalt, og andre tiltak enn de som gjenspeiles i hovedmålet i vår regionale utviklingsplan har stort fokus. Til disse hører:

- De regionale samhandlingsmidlene på til sammen 5 MNOK, som fullt og helt ble styrt av RHF-et og utelukkende gikk til konkrete samhandlingsprosjekt, ble i år lagt i rammen til HF-ene.
- Den akuttmedisinske fagplanen er planlagt levert til styringsgruppen om kort tid. Planen sees i sammenheng med stortingsmeldingen "*Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*", og har som mål å legge grunnlaget for økt samhandling mellom våre helseforetak og kommunene.
- Revideringen av handlingsplanen «*Spesialisthelsetjenester for samisk befolkning i Midt-Norge*» hvor representanter fra språkforvaltningskommunene deltar sammen med helseforetakene, er i ferd med å slutføres. Det er ønske om tettere samarbeid mellom aktørene, både rundt pasientene og om kompetansehevede tiltak. I statsbudsjettet er det tildelt midler til videreføring av samisk helseteam.

- Det satses på samhandling mellom tjenestenivå innenfor psykisk helsevern (PH) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Flere av prosjektene som er del av satsningen Sikre kritisk kompetanse i PH og TSB jobber med leveranser med mål om å styrke samhandlingen med kommunene.
- Flere av oppdragene fra HOD krever involvering fra kommunal side. RHF-ene jobber blant annet med KS for å bedre og sikre kommunal involvering i de konkrete oppdragene.

8. Tilsyn og revisjoner

Det er i 3. tertial 2025 rapportert om følgende varslede, pågående eller avsluttede eksterne tilsyn og revisjoner i helseforetakene, og som anses å være av særskilt interesse for styret i det regionale helseforetaket.

Tabell 2, Tilsyn og revisjoner

Pågående			
Tilsyns-objekt	Tilsyns-organ	Tema og formål	Status
StO	Trøndelag brann- og redningstjeneste	Tilsynet omfatter om branntegninger, tilstandsanalyse og brannkonsept samsvarer med dagens situasjon. Gjelder St. Olavs hospital Øya, Tiller, Lian og Østmarka	Tilsyn på bygningsmassen til St. Olavs hospital og NTNU i perioden 19.8.-4.11.2025. Branntilsynene avdekket hovedsakelig forhold knyttet til lagring i rømningsveier, oppdatering av brannteknisk dokumentasjon (branntegninger, o-planer og rømningsplaner) samt samordning mellom eier og brukere. Det er igangsatt oppfølging gjennom revisjon av rutiner, informasjonstiltak og planlegging av videre arbeid.
StO	Arkivverket	Stedlig tilsyn med arkivholdet 26.-27.11.24. Hensikten er å kontrollere at arkivforholdene i St. Olavs hospital HF er i tråd med arkivloven med forskrifter.	Foreløpig rapport mottatt 16.12.24, med følgende pålegg: • Dokumenter hvordan arkivansvaret blir ivaretatt og oppdater arkivplanen • Lag en systemoversikt med beskrivelse av alle aktive og avsluttede elektroniske systemer • Dokumenter hvordan krav til fullelektroniske systemer ivaretas Endelig tilsynsrapport ble mottatt i februar 2025, med stadfesting av pålegg. St. Olavs hospital oversendte svar i desember 2025. Ett pålegg er vurdert som lukket, mens to pålegg ikke er lukket. Tilsynet er avsluttet som følge av ikrafttreddelse av ny arkivlov fra 1. januar

			2026, med merknad om at forholdene kan bli fulgt opp i fremtidige tilsyn.
StO	Datatilsynet	Stedlig tilsyn knyttet til Helseplattformen. Fokus på tilgangsstyring og personopplysningssikkerhet	Stedlig tilsyn ble gjennomført 22.10.2024. Midlertidig rapport mottatt april 25 indikerer oppfølgingspunkt knyttet til: - Revisjon og avslutning av tilganger - Loggkontroll - Arbeidslister - Skjerming av pasienter med fortrolig/strengt fortrolig adresse - "Knus glasset" - funksjonen Ansvar for å forbedre løsningen ligger hos HP. St. Olavs hospital har per 3. tertial ikke mottatt endelig rapport.
Gjennomførte			
Tilsyns-objekt	Tilsynsorgan	Tema og formål	Status
StO	Statens helsetilsyn	Selvmordsforebygging i psykisk helsevern. Tilsynets formål er å bidra til selvmordsforebygging hos pasienter som utskrives med depresjon.	Helsetilsynet konkluderte med brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9. Oversikt over planlagte tiltak ble oversendt tilsynsmyndigheten 14.02.2025. St. Olavs hospital har gjort forbedring i praksis på sentrale områder der det tidligere ble avdekket lovbrudd, blant annet gjennom journalgjennomganger og iverksatte forbedringstiltak. Tilsynet er avsluttet, med forventning om videre systematisk kvalitetsforbedring og oppfølging av gjenstående forbedringsområder gjennom styring og internkontroll. Tilsynet ble lukket november 2025.
StO	Arbeids-tilsynet	Arbeidsbelastning og brudd på arbeidstidsbestemmelsene etter innføring av Helseplattformen. Hensikten med tilsynet var å kontrollere hvordan det jobbes forebyggende for å unngå at arbeidstakerne får arbeidsrelaterte plager, på grunn av organisatoriske og psykososiale forhold	Tilsynet ble gjennomført uke 3 og 4 i 2024 ved åtte klinikker. 1. Pålegg ang arbeidstid - overholdelse av kapittel 10 i arbeidsmiljøloven lukket ved oversendelse av tilsynet av 08.10.24. 2. Pålegg om kartlegging, risikovurdering og tiltak for å forebygge tids- og arbeidspress - oppfylt ved oversendelse av tilsynet av 28.11.24. 3. Forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsordninger – oppfylt ved oversendelse av tilsynet av 25.2.25 4. Pålegg ang. utforming og innredning av arbeidsplasser og arbeidslokaler Barn intensiv – frist 2.6.25. Tilsynet ble avsluttet februar 2026.

9. Status for investeringsprosjekter

Helikopterlandingsplass, Sykehuset Namsos (Helse Nord-Trøndelag)

Ny helikopterlandingsplass ved Sykehuset Namsos bygges på østsiden av sykehuset med helikopterdekket på nivå med 6. etasje i sykehuset. Helikopterplassen er dimensjonert for at nytt redningshelikopter, SAR Queen, skal kunne lande.

Prosjektet omfatter tre hovedområder:

1. Helikopterplattform, teknisk bygg, gangbro til 6. etasje i sykehuset og utomhus arbeider
2. Innvendig transportkorridor i 6. etasje
3. Støytiltak i sykehusfasade og nabobebyggelse

Prosjektet nærmer seg ferdigstillelse og overtakelsesforretning er 19.2.2026. Oppstart og drift av helikopterplassen vil avhenge av Luftfartstilsynets tekniske og operative godkjenning. Luftfartstilsynet kommer 18.2.2026.

Sluttprognosen for prosjektet er per 31.12.2025 på 117 mill kr, som er 8 mill kr under kostnadsrammen på 125 mill kr.

Oppgradering og nybygg Ålesund (AIO) i Helse Møre og Romsdal

AIO-prosjektet ved Ålesund sjukehus er et omfattende utbyggings- og rehabiliteringsprosjekt. Målet er å skape moderne fasiliteter for å håndtere akuttfunksjoner, med ferdigstillelse planlagt rundt årsskiftet 2026-2027.

Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjente i sak 116-23 forprosjektet for Akuttmottak, intensiv og operasjon (AIO). Prosjektet ble vedtatt med et styringsmål (P50) på 1,057 mrd. kroner (2023-kroner) og en kostnadsramme på 1,26 mrd. kroner (2023-kroner). Prosjektet omfattet i utgangspunktet følgende delprosjekt:

1. Tilbygg med Akuttmottak, Akutt24 (korttidspost), Intensiv, Tung overvåkning og Postoperativ
2. Rehabilitering av Døgnoperasjon
3. Areal til dagbehandling og PET
4. Oppgradering ventilasjon
5. Ny hovedadkomst, og erstatningsareal for berørte poliklinikker

I forprosjektet ble det avdekket kostnadsøkninger knyttet til kompleksitet ved ombyggingene og sammenkobling med eksisterende sykehus. Det ble derfor jobbet målrettet med kostnadsreduserende tiltak, men identifiserte tiltak ga ikke stor nok reduksjon til at prosjektets kunne realiseres innenfor styringsmålet.

Det ble besluttet at delprosjekt 3 og 4 skulle behandles som opsjoner og legges frem for styret for godkjenning før en eventuell oppstart på et senere tidspunkt.

På bakgrunn av den negative økonomiske utviklingen i Helse Møre og Romsdal HF i 2024, ble deler av tilgjengelig likviditet som var avsatt til egenkapitalen i AIO-prosjektet benyttet til å dekke løpende merkostnader i driften i 2024. Helse Midt-Norge RHF tildelte et regionalt lån på 200 mill. kr til Helse Møre og Romsdal for å sikre kapital til ferdigstillelse av AIO-prosjektet (styresak 142-2024).

Det har vært stor aktivitet 3. tertial. Bygget er tett, og forberedelser for montering av fasaden er påstartet. Prosjektets fremdrift er på plan og det har i perioden blitt gjennomført detaljprosjektering av store deler av de innvendige arbeidene i nybygget. I perioden er plan for ombygging og rokade i eksisterende bygningsmasse ferdigstilt.

Økonomi vurderes som den største risikoen i prosjektet, og prosjektet har iverksatt tiltak for å redusere risikoen. Det rapporteres at det arbeides med en omforent produksjonsplan for innvendige arbeider for å sikre effektiv drift.

Det er totalt pr 3. tertial 2025 påløpt 596,4 mill. kr. Pådraget har vært 107,7 mill. kr 3. tertial. Sluttprognosen for prosjektets del 1, 2 og 5 er 1 251 mill. kr.

Sykehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR) i Helse Møre og Romsdal

Helse Møre og Romsdal HF skal legge frem sluttrapport for SNR til styremøtet i Helse Møre og Romsdal HF 25.2.2026. Sluttprognosen for SNR Hjelset viser 6 785 mill. kr, som inkluderer 55 mill. kr i leasing av IT-utstyr og 9 mill. kr til SNR Kristiansund. I tillegg kommer aktiverte byggelånsrenter (546,5 mill. kroner jf. styresak 18/26 i Helse Møre og Romsdal). Det er budsjettert med 129 mill. kr til videre arbeid ved SNR Kristiansund. Sluttprognosen gir et merforbruk i forhold til P70 styringsrammen som er tildelt Helse Møre og Romsdal HF. Styret i Helse Midt-Norge RHF har gitt Helse Møre og Romsdal HF fullmakt til å overskride styringsrammen med 220 mill. kr, jf styresak 72-2023 og hensyntatt dette er avviket om lag 380 mill. kr.

Drivstoffanlegg til helikopterdekk ved St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital har behov for å etablere nytt drivstoffanlegg til helikopterdekket ved Trondheim helikopterplass, St. Olavs hospital. Dette prosjektet har blitt forsinket grunnet anskaffelse av nødvendig fagkompetent prosjektlederkompetanse. Det var opprinnelig planlagt med prøvedrift i oktober 2026, men dette er nå forskjøvet i to måneder. Prosjektet inngår i porteføljen mindre byggeinvesteringer og forbruket i 2025 ble 49 mill. kr mot budsjettert 167 mill. kr. Underforbruket vil tas igjen i 2026 eller senere.

10. IT-prosjekter

Fremdriften i det interregionale prosjektet AMK IKT er blitt påvirket av arbeidet med å stabilisere løsningen ved AMK Bergen. Regionalt prosjekt i AMK Mottak avventer planer fra AMK IKT, og planlegger å gå i produksjon med LocusEmergency på våre AMK-sentraler våren 2026. Prosjektets fase 1 skal levere en løsning som erstatter dagens AMIS og Transmed-løsning, samt ny funksjonalitet som gir muligheter for å arbeide sammen i samme hendelse.

Hemit brukte 160 mill. kroner mindre enn planlagt på investeringer i 2025. Dette skyldes hovedsakelig at utskifting av infrastruktur, som PC-er, servere og nettverk, er skjøvet frem i tid for å spare kostnader, samt forsinkelser i prosjekter.

I 2025 har Hemit hatt en markant reduksjon i bruk av eksterne konsulenter. Innleien lå 67 prosent under budsjett i desember, og totalt 37 prosent under for året som helhet. Dette knyttes til ferdigstillelse av store prosjekter som Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) og Endose.

11. Gevinstrealisering Helseplattformen

I denne delen rapporteres status og progresjon for realisering av gevinster fra Helseplattformen. Det rapporteres basert på regional gevinstrealiseringsplan sist oppdatert og godkjent 26.02.2025. Planen inneholder gevinstmål på følgende områder:

- Brukervennlighet
- Pasientmedvirkning
- Samhandling og pasientlogistikk
- Legemiddelhåndtering
- Digital hjemmeoppfølging
- Styringsinformasjon
- Forskning
- Kvalitetsregistre

Det benyttes et integrert gevinstdashbord i Helseplattformen som gir verdier for KPI-er som hentes direkte ut fra systemet.

Brukervennlighet

Arbeidet med forbedring av brukervennlighet i Helseplattformen er organisert i et eget program. Fageksperter har vært involvert i å prioritere forbedringer på mange områder i inneværende periode, og aktiviteten er videreført i 2026. Det pågår følgeforskning for å evaluere effekt, og første rapport vil foreligge i mars.

Arbeid med forbedret brukervennlighet vil være medvirkende til realisering av flere av de øvrige gevinstmålene, særlig innenfor legemiddelområdet, samhandling, pasientlogistikk og rapportering/styringsdata.

Pasientmedvirkning

Pasientene skal gjennom pasientportalen oppleve lettere tilgang til egne helseopplysninger, økt mulighet for samvalg, bedre informasjon og opplæring i egenmestring og tilrettelegging for pasientrapporterte resultatmål.

Nedenfor vises utviklingen i KPI-ene på området. 2023 er første fulle år med Helseplattformen for St. Olavs hospital og 2025 tilsvarende for Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag, og utviklingen er vist fra disse tidspunktene. Nullpunktsmålinger fra før Helseplattformen ble innført er gjengitt der disse finnes. I tillegg sammenlignes måloppnåelsen med måltall beskrevet i regional gevinstrealiseringsplan der disse finnes.

Tabell 3, Pasientmedvirkning. Alle tall i prosent.

Indikator	StO 2023 - 2024 - des. 2025	HMR Jan. 25 - des. 25	HNT Jan. 25 - des. 25
Andel pasienter som bruker HelsaMi den dagen de har en kontakt	67,4 - 80,1 - 87,5 (mål: 80 %)	74,9 - 83,0 (mål: 75 %)	68,0 - 80,0 (mål: 75 %)
Andel timeavtaler bestilt av pasient i HelsaMi	0,2 - 0,5 - 0,7 (mål: 50 %)	0,5 - 0,6 (mål: 50 %)	0,0 - 0,0 (mål: 30 %)
Andel besvarte spørreskjema tildelt via besøk	30,7 - 36,4 - 45,2 (mål: 80 %)	48,5 - 42,8	54,8 - 45,6 (mål: 80 %)
Polikliniske resultat frigitt innen 3 dager	Ikke oppgitt - 53,9 - 56,9	60,7 - 62,2	55,9 - 59,4

Tabellen viser en betydelig økning for alle helseforetak når det gjelder pasienters bruk av HelsaMi den dagen de har en kontakt. Andel timeavtaler bestilt av pasient i HelsaMi er svært lav for alle helseforetak.

Andelen besvarte spørreskjema øker fra 30,7 til 45,2 prosent for St. Olavs hospital, men øker ikke i de to øvrige HF-ene, og er et godt stykke under målet. Det er viktig i denne sammenhengen å påpeke at Helse Møre og Romsdal har løsninger for spørreskjema på siden av Helseplattformen og med et stort volum. Årsaken til at Helse Møre og Romsdal har valgt en ekstern løsning er mangel på utviklingskapasitet hos Helseplattformen. Andelen polikliniske resultat frigitt innen tre dager har en liten økning gjennom perioden for alle helseforetakene.

Samhandling og pasientlogistikk

Standardiserte henvisninger og utskrivningsdokumentasjon skal gi økt kvalitet på prioritering av henvisninger, redusere uønsket variasjon i utfall av prioriteringer og bidra til å redusere antall samhandlingsavvik.

Utvikling i indikatorer på området gjengis nedenfor. For indikatoren knyttet til epikriser er det inkludert nullpunktsmåling fra før innføringen av Helseplattformen. Tallene viser en klar økning i andel epikriser sendt fra sykehus innen 1 dag, særlig sammenlignet med nullpunktsmålingen før Helseplattformen ble innført. Tiden fra henvisning er mottatt til den er vurdert er redusert betraktelig for Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal sin del, mens vi ikke ser tilsvarende reduksjon for St. Olavs hospital.

Tabell 4, Samhandling og pasientlogistikk

Indikator	StO 2023 - 2024 - des. 2025	HMR Jan. 25 - des. 25	HNT Jan. 25 - des. 25
Andel epikriser sendt fra sykehus innen 1 dag	53,5 - 57,5 - 63,9 Før HP (nullpunkt): 40,6 Mål: 85 %	72,7 - 73,2 Nullpunkt: 47,4 Mål: 95 %	82,6 - 84,3 Nullpunkt: 50,5 Mål: 95 %
Dager fra henvisning er mottatt til pasient er varslet om utfall	7,9 - 10,7 - 9,8 Mål: 5 dager	7 - 6,4 Mål: 5 dager	5 - 7,4 Mål: 5 dager
Dager fra henvisning er mottatt til den er vurdert	3,7 - 3,9 - 12,1* Før HP (nullpunkt): 3,62 Mål: 5 dager	3,0 - 1,8 Nullpunkt: 3,82 Mål: 5 dager	2,0 - 1,7 Nullpunkt: 2,95 Mål: 5 dager

*Året for øvrig ligger under 5 prosent.

Legemiddelhåndtering

Helseplattformen skal bidra til å styrke pasientsikkerheten gjennom støtte til riktig og sikker legemiddelhåndtering og derigjennom redusere antall legemiddelrelatert pasientskader. Legemiddelhåndtering er et komplekst og krevende område i Helseplattformen som har høy prioritet i pågående forbedringsarbeid. Området er også avhengig av flere nasjonale løsninger (eks. Pasientens Legemiddelliste – PLL) og satsinger, noe som kompliserer bildet og medfører at vi ikke har full kontroll over egen gevinstrealisering. Vi ser en betydelig forbedring for legemiddelsamstemming ved innleggelse og utskriving sammenlignet med manuelle nullpunktmålinger som ble gjort før innføringen av Helseplattformen. Samtidig er måloppnåelsen på indikatorene lavere enn de målene som ble angitt i gevinstrealiseringsplanen, og med et delvis unntak for

legemiddelsamstemming ved innleggelse, er den heller ikke økende gjennom perioden som er undersøkt.

Tabell 5, Legemiddelhåndtering

Indikator	StO 2023 - 2024 - des. 2025	HMR Jan. 25 - des. 25	HNT Jan. 25 - des. 25
Andel legemidler gitt innenfor definert tidsintervall	74,8 - 75,4 - 75,3 Mål: 90 %	76,1 - 75,1 Mål: 90 %	78,7 - 77,4 Mål: 90 %
Legemiddelsamstemming ved innleggelse	21,7 - 25,3 - 29,8 Før HP (nullpunkt): 25 % Mål: 90 %	46,8 - 50,7 Nullpunkt: 7 % Mål: 90 %	58,8 - 58,8 Nullpunkt: 44 % Mål: 90 %
Legemiddelsamstemming ved utskriving	59,6 - 58,4 - 59,2 Mål: 95 %	59,3 - 58,1 Nullpunkt: 4 % Mål: 95 %	61,6 - 54,5 Nullpunkt: 40 % Mål: 97 %
Andel legemiddeladministreringer hvor både pasientens strekkode og legemiddel ble scannet	65,3 - 62,8 - 59,7 Mål: 90 %	55,5 - 48,7 Mål: 80 %	69,8 - 62,5 Mål: 90 %

Digital hjemmeoppfølging

Målet er at flere pasienter skal få oppfølging nær hjemmet, herunder økt bruk av videokonsultasjoner, informasjon og opplæring, egenregistrering og fjernmonitorering. Helseforetakene har allerede flere behovsstyrte poliklinikker som bruker digitale verktøy, deriblant Helseplattformen. Det utarbeides nå flere oppfølgingsprogram i HelsaMi som legger til rette for flere brukerstyrte poliklinikker. Helseforetakene rapporterer pr. i dag på andel videokonsultasjoner gjennomført i Helseplattformen, hvor andelen ligger stabilt mellom 1 og 2 prosent, noe som er betydelig under angitt gevinstmål på 15 prosent (St. Olavs hospital) og 20 prosent (Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal).

Styringsinformasjon

Gevinstplanen angir at Helseplattformen skal øke effektiviteten og redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelsen som følge av bedre styringsinformasjon til bruk i forbedringsarbeid og ressursplanlegging. Det har vært utfordringer med styringsdata og virksomhetsdata etter innføringen av Helseplattformen. Alle utfordringene er ikke løst, men det pågår forbedringsarbeid på området, deriblant validering av rapporter og dashboard. Gevinstindikatorene på området er ventetider, andel fristbrudd, reinnleggelser og passert planlagt tid. For utviklingen innen disse vises det til virksomhetsrapport og årlig melding.

Forskning

Det har vært utfordrende å få ut data til forskning fra Helseplattformen, men det rapporteres om bedring. Avklaringer rundt tilganger, uttrekk av data og vedtatt datastrategi gjør at dette trolig vil bedres i tiden fremover.

Kvalitetsregistre

Målet er sikrere, bedre og mer tidseffektiv registrering av data til nasjonale kvalitetsregistre. Rapportering på området er ikke etablert. Helseforetakene har en forventning om at flere data kan hentes automatisk fra Helseplattformen. Området har ikke en tilfredsstillende status per nå. Dette er adressert til Helseplattformen AS og er prioritert av helseforetakene i pågående forbedringsarbeid.

12. Program for brukervennlighet Helseplattformen

Program brukervennlighet har i 3. tertial 2025 hatt stabil fremdrift, og arbeidet er godt forankret i helseforetakene og i produktlandskapet. Programmet har vært på erfaringsbesøk og hatt flere digitale møter med Sundhedsplatformen i Danmark, og det er gjennomført digitale møter med Apotti (Finland) og Mayo Clinic (USA). Første rapport fra følgeforskningen forventes i månedsskiftet mars-april 2026.

Det er en felles forståelse mellom aktørene at innsatsen må rettes både mot forbedringer i Helseplattformen som teknisk løsning, og mot implementering, ledelse og opplæring i klinikkene. Programmet organiserer derfor arbeidet i tre hovedtiltak:

1. Videreutvikling, forbedring og tilpasning av Helseplattformen
2. Kompetanseutvikling
3. Forankring og ledelse

Videreutvikling, forbedring og tilpasning av Helseplattformen

Arbeidet i 3. tertial har vært preget av videre overgang til produktorientert utvikling gjennom SAFe-metodikk (Scaled Agility Framework), med to runder PI-planlegging (synkroniseringsmøter der team planlegger tiltak de kommende ukene) i september og november.

Første PI-planlegging var utfordrende grunnet lav modenhet i metodikk og uklarheter knyttet til kapasitet og prioritering, noe som reduserte volumet av tiltak i perioden. Etter andre PI-planlegging har antallet bestillinger innenfor programmets rammer økt. Det er samtidig tydelig at større arbeidsflyter som involverer flere team fortsatt er krevende å prioritere og gjennomføre. Område- og programledelse vurderer at innsatsen bør konsentres om færre, tydelig avgrensede tiltak med omforente verdihypoteser.

Spesialitetssprinterne har vært gjennomført uavhengig av PI-planleggingen og uten å bli berørt av kapasitetsutfordringer. I 2025 er det fullført forbedringer i arbeidsflaten for følgende fagområder:

- revmatologi
- fedme
- fysikalsk medisin og rehabilitering
- geriatri
- barnesykdommer
- lungesykdommer
- øyesykdommer
- øre-nese-hals
- kjevekirurgi og munnhulesykdommer
- rus og avhengighetsmedisin
- gynekologi

Tilbakemeldingene fra fagmiljøene er gjennomgående gode, og interessen for å delta har økt utover kapasiteten. Det er igangsatt piloter for sykepleiere for å vurdere hvilke sykepleiefunksjoner som bør inkluderes i sprintmodellen.

Innen klinisk dokumentasjon og arbeidsflyt er det gjennomført forbedringer i legemiddelinformasjonsflyt, utskrivingsprosesser, patologi, radiologiske prosedyrer og preoperative sjekklister. Det er etablert gjenbruk av pasientplaner og utviklet bedre

sammenhengende visning av journalnotater. Innen samhandling er det utviklet funksjonalitet for kommunikasjon til flere mottakere og pilotert en forenklet avslutningsflyt for polikliniske konsultasjoner inklusive epikriseutsending. Diagnostikkområdet har fått forbedringer i notatfunksjoner, strukturerte rapporter og mikrobiologiske arbeidsflyter, og det er gjennomført flere tiltak for bedre datakvalitet og styringsinformasjon, herunder strategisk gevinstdashbord, etablering av forskningsdashbord og opprydding i rapportporteføljer.

Kompetanseutvikling i bedre bruk av løsningen

Helseforetakene har styrket både lokal og regional opplæring gjennom nyansattopplæring, temabaserte kurs og oppfriskning i sentrale arbeidsflyter. Klinikken har fått systematisk støtte gjennom personalisering, skulder-skulder-støtte, opplæringstelefoner og egne løp for opplæringsansvarlige. Tiltakene bidrar til å sikre bredding av leveranser fra spesialitetssprinter og til bedre utnyttelse av løsningen.

Forankring og ledelse

Ledelsesansvaret for riktig og effektiv bruk av Helseplattformen er ytterligere tydeliggjort. Arbeidet har omfattet styrking av dokumentasjonspraksis for bedre informasjonsflyt og redusert dobbeldokumentasjon. Det er gitt opplæring i bruk av Epic-verktøyet Signal, og St. Olavs hospital har godkjent regional prosedyre som nå tas videre i regionen. Programmet har gjennomført omfattende møter med ledelse, tillitsvalgte og fagmiljøer for å sikre kontinuerlig forankring.

Forbedringsområder og kommende faseplaner

Det er behov for bedre prioritering av større tverrfaglige arbeidsflyter i produktlandskapet. Foretakene må i større grad sikre bredding av leveranser fra spesialitetssprinter. Kompetansetiltakene må følges tettere opp av ledelsen, og bruken av Signal må standardiseres. Programmet går inn i en fase med utprøving av KI-funksjonalitet, som krever tett samordning mellom produktområder og klinikker. Legemiddelområdet vil fortsatt være krevende, og det må arbeides videre med optimalisering av arbeidsflyter innenfor nasjonale rammer.

13. Topp ti risiko

Topp ti risiko legges frem for styret tertialvis, og baserer seg på metodikk fra rammeverk og prosedyre for risikostyring. I dette kapittelet presenteres de viktigste risikoene i foretaksgruppen i et 12 mnd. perspektiv.

Tabellene og visningene nedenfor angir følgende risikonivåer:

- *Rød risiko:* Svært høyt risikonivå. Risiko bør kun unntaksvis aksepteres. Nye risikoreduserende tiltak skal vurderes svært grundig.
- *Oransje risiko:* Høyt risikonivå. Risiko kan aksepteres, men nye risikoreduserende tiltak skal vurderes.
- *Gul risiko:* Moderat risikonivå. Risiko kan aksepteres, men nye risikoreduserende tiltak bør vurderes.

Risiko vurderes som et produkt av sannsynlighet for at risikoen inntreffer og konsekvensen dersom den gjør det. Dette innebærer at risikoer med store konsekvenser vil kunne inkluderes i topp ti risiko, selv om det vurderes som å være lite sannsynlig at de inntreffer.

Helseforetakene i Midt-Norge sine risikovurderinger er en viktig kilde til den regionale risikovurderingen. Helseforetakene rapporterte dette som del av sin tertialrapportering 28.1.2026. Samlet sett vurderer vi at rapporteringen fra helseforetakene viser et relativt stabilt risikobilde, men med noen endringer.

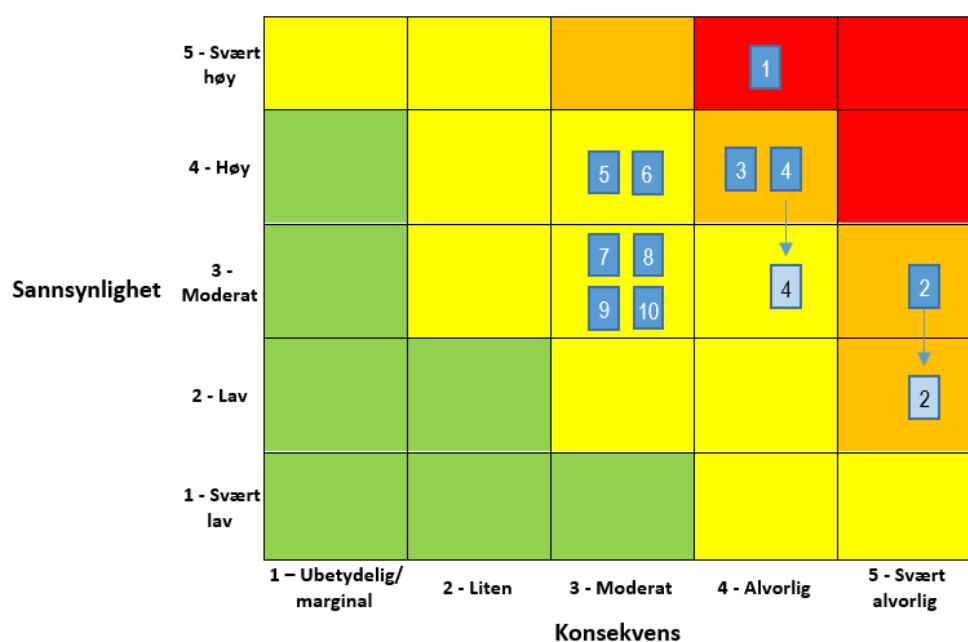
- St. Olavs hospital rapporterer færre alvorlige risikoer enn i rapporteringen september 2025. Risiko knyttet til personell, arbeidsbelastning, måloppnåelse, arbeidssituasjon for ledere og informasjonssikkerhet er tatt ned fra høyt til moderat nivå. To risikoer er fremdeles på høyt nivå i foretaket: Økonomi og samtidighet i mange store programmer/satsinger/prosjekter.
- Helse Møre og Romsdal rapporterer fremdeles svært høy risiko innen økonomisk bærekraft. Øvrige risikoer er på moderat nivå, hvor ventetider og fristbrudd samt sykefravær er nye på topp ti. Foretaket melder at risiko knyttet til fristbrudd og ventetider samt personellrisiko kan bli påvirket av omstillingsarbeidet i foretaket.
- Helse Nord-Trøndelag rapporterer et risikobilde som ikke er vesentlig endret, men med økt risiko innen ventetider og fristbrudd samt personell. Ventetider og fristbrudd samt informasjonssikkerhet og personvern er angitt som helseforetakets høyeste risikoer.
- Hemits høyeste risiko er vellykket cyberangrep fra trusselaktører, hvor Hemit ikke er i stand til å gjenopprette kritiske tjenesten innen forsvarlig tid. Risikoen er satt til et svært høyt nivå pga. et skjerpet trusselbilde som er i rask endring.
- Sykehusapotekene i Midt-Norge rapporter ikke vesentlige endringer i risikobildet.

I det følgende gis en samlet oversikt over risiko i Helse Midt-Norge før risikoreduserende tiltak, i tillegg til restrisiko etter tiltak. Risikovurderingen er gjort i et 12 mnd. perspektiv.

Tabell 6, Topp ti risiko - 12 mnd.

Rang	Forrige rang	Risiko	Risiko, rest	Sannsynlighet etter tiltak	Konsekvens etter tiltak
1	1	Manglende økonomisk bærekraft i foretaksgruppen		Svært høy	Alvorlig
2	2	Langvarig bortfall av elektronisk kommunikasjon og/eller omfattende brudd på informasjonssikkerhet		Lav	Svært alvorlig
3	3	Mangel på personell med nødvendig kompetanse		Høy	Alvorlig
4	4	Lange ventetider		Moderat	Alvorlig
5	5	Høy arbeidsbelastning på ansatte		Høy	Moderat
6	NY	Rehabiliteringsanskaffelsen må kanselleres		Høy	Moderat
7	7	Mangelfull samhandling med primærhelsetjenesten		Moderat	Moderat
8	NY	Omstillingsarbeid fortrenger annet forbedringsarbeid		Moderat	Moderat
9	8	Svikt i leveranse av kritisk utstyr/materiell/legemidler		Moderat	Moderat
10	NY	Mangelfull gevinstrealisering fra Helseplattformen		Moderat	Moderat

Figur 1, Topp ti risiko – matrise – 12 mnd. Pilene angir utvikling i risikonivå før og etter tiltak



Det er tre nye risikoer i regional topp ti risiko, og det er redegjort for disse i egne delkapitler nedenfor:

- Rehabiliteringsanskaffelsen må kanselleres
- Omstillingsarbeid fortrenger annet forbedringsarbeid
- Mangelfull gevinstrealisering fra Helseplattformen

Siden forrige rapportering i styresak 147-2025 den 30. oktober er risikoen *avhengighet av amerikanske skytjenester og leverandører* omformulert til *avhengighet til utenlandske IT-systemer misbrukes*. Helse Midt-Norge benytter en rekke utenlandske IT-leverandører i sin virksomhet, og avhengigheten til utenlandske IT-leverandører er kompleks og har ingen enkel løsning. Samtidig vurderes sannsynligheten for at misbruk av denne avhengigheten vil forekomme som svært lav på kort sikt, noe som gjør at denne risikoen ikke havner blant topp ti i foretaksgruppen.

Det er likevel viktig å vurdere mulige tiltak for å redusere risikoen. NSM anbefaler følgende tiltak: 1) Planlegge for å kunne bytte ut skyleverandør effektivt og med kjent ressursbruk og kostnad dersom behovet skulle oppstå, og 2) Vurdere om det er behov for å spre tjenester hos flere leverandører for å sikre kontinuitet og redusere risiko.

Risikoen for mangelfull kvalitet på indikatorer er likeledes redusert og er ikke på topp ti risiko-listen. Det er gjort et betydelig arbeid for å forbedre kvaliteten på indikatorene i Helseplattformen, og vi ser resultater av dette arbeidet. For eksempel melder St. Olavs hospital nå at arbeidet har medført at indikatoren for pakkeforløp kreft er av adekvat kvalitet. Arbeidet videreføres, og det er gitt oppdrag til St. Olavs hospital i foretaksmøte 13.02 om å ha en regional lederrolle i arbeidet.

Nedenfor gis en kort beskrivelse av de ulike risikoene som inngår i topp ti risiko på kort og lengre sikt, sammen med de viktigste risikoreduserende tiltakene.

Manglende økonomisk bærekraft i foretaksgruppen

Økonomisk bærekraft handler om å bruke ressursene på en slik måte at dagens økonomiske utvikling ikke går på bekostning av fremtidig økonomisk utvikling. I det ligger det at foretaket skal tilpasse aktiviteten ut ifra de økonomiske rammene som er gitt, og å ha en god balanse mellom kostnader og fremtidige inntekter.

Alle de tre sykehusforetakene i Helse Midt-Norge har hatt en betydelig økning av totale kostnader i senere år, hvor personellutgifter utgjør en vesentlig del. Dette har bidratt til at risikoen for manglende økonomisk bærekraft er den høyeste kortsiktige risikoen i foretaksgruppen. Manglende økonomisk bærekraft er også påvirket av flere andre faktorer. For en nærmere gjennomgang av hvilke faktorer som påvirker den økonomiske bærekraften i foretaksgruppen vises det til styresak 147-2025.

Risikoen for manglende økonomisk bærekraft vurderes som uendret fra forrige tertialrapport, noe som også gjenspeiles i Helseforetakenes rapportering til Helse Midt-Norge RHF. Samtidig er det ulikheter i regionen i hvor utfordrende den økonomiske situasjonen er, og i graden av behov for omstilling. Arbeidet for å redusere risikoen har høy oppmerksomhet i foretaksgruppen, og det ble i foretaksmøte 13.02.2026 gitt oppdrag til Helse Møre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag og Sykehusapotekene i Midt-Norge om oppfølgingen på området. Foretakene skal rapportere jevnlig til Helse Midt-Norge RHF, blant annet på forventet effekt av omstillingstiltak.

Langvarig bortfall av elektronisk kommunikasjon og/eller omfattende brudd på informasjonssikkerhet

I den regionale risikovurderingen for helseberedskap i Helse Midt-Norge (2023) løftes langvarig bortfall av elektronisk kommunikasjon frem som den høyeste risikoen. Dette skyldes primært at en slik hendelse, til tross for lav sannsynlighet, vil ha svært alvorlige konsekvenser for evnen til å yte helsehjelp i regionen.

Et langvarig bortfall av elektronisk kommunikasjon og/eller et omfattende brudd på informasjonssikkerheten vil mest sannsynlig skyldes et villet angrep fra en trusselaktør. I spesialisthelsetjenestens felles trusselvurdering fra 2025 vurderes trusselen fra organiserte kriminelle som meget høy, og fra innsidevirksomhet som høy. Videre vurderes statlige trusselaktørers evne til å gjennomføre destruktive angrep som moderat. Skadepotensialet ved et slik angrep er imidlertid meget høyt. EOS-tjenestens trusselvurderinger for 2026 gir ikke grunnlag for å nedjustere denne vurderingen.

I Hemits topp 10 risikovurdering fra 3. tertial 2025 vurderes risikoen for et vellykket cyberangrep som svært høy i et 3-årsperspektiv. Denne risikoen beskrives som at "HMN utsettes for et vellykket cyberangrep fra trusselaktører, hvor Hemit ikke er i stand til å gjenopprette kritiske tjenesten innen forsvarlig tid".

Helse Midt-Norge RHF anser på bakgrunn av disse vurderingene fremdeles risikoen knyttet til denne hendelsen som høy. Dette er samme risikonivå som ved forrige fremleggelse av topp ti risiko. Som ved forrige vurdering vurderes de potensielle konsekvensene av et langvarig bortfall av elektroniske kommunikasjon som svært alvorlige, og at de i verste fall vil redusere helseforetakenes evne til å yte både akutt og elektiv livsbevarende helsehjelp. Selv om det eksisterer både reserveløsninger og manuelle nødrutiner, vil både effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen komme under alvorlig press dersom bortfallet blir

langvarig. En slik hendelse vil også kunne ha vesentlige konsekvenser for personvern, økonomi og omdømme.

De mest vesentlige tiltakene for å redusere risikoen på dette området er samlet i og følges opp gjennom regional handlingsplan for informasjonssikkerhet, som sist ble revidert i desember 2025. Noen av tiltakene forventes å gi en sikkerhetseffekt allerede kommende år, mens andre krever nærmere utredning og betydelige investeringer.

Mangel på personell med nødvendig kompetanse

Risikoen for at Helse Midt-Norge skal mangle personell med nødvendig kompetanse har over tid vært en av foretaksgruppens høyeste risikoer, og da fremfor alt i et lengre perspektiv. Årsaker til risikoen og tiltak for å redusere den er beskrevet i detalj i styresak 033-2025, hvor det ble gjort en dybdeanalyse av risikoen ifm. topp ti risiko.

Utfordringsbildet og tiltakene er forskjellig på personellområdet dersom man vurderer dette ut fra et langsiktig eller et mer kortsiktig perspektiv. Innenfor et 12 mnd. perspektiv, som er lagt til grunn i denne saken, handler personellutfordringene i stor grad om pågående utfordringer med å ha tilstrekkelig fagkompetanse på særskilte områder. Her ser vi et sammensatt bilde i regionen. St. Olavs hospital melder om en redusert risiko side forrige vurdering, mens Helse Møre og Romsdal melder om økt risiko. For Helse Møre og Romsdal knyttes den økte risikoen blant annet opp til konsekvenser av pågående omstillingsarbeid. Helse Nord-Trøndelag vurderer også risikoen til å utvikle seg i negativ retning, da det innenfor enkelte fagområder ser ut til å være en vedvarende utfordring med å sikre fagkompetansen i foretaket.

Tiltak på området som vil kunne ha effekt på kort sikt inkluderer nye måter å organisere tjenestene på, blant annet gjennom oppgavedeling, fleksibel bemanning og kompetanseutnyttelse på tvers. Det er i tillegg iverksatt ulike lederutviklingsprogram til ledere på alle nivå. Dette inkluderer utvikling av verktøy for lederstøtte og opplæring, og styrking av lederes evne til å planlegge og følge opp personell, drift og opplæring.

Lange ventetider

Det har i 2024 og 2025 vært stilt krav om en markant nedgang i ventetidene gjennom Ventetidsløftet. Arbeidet med reduksjon av ventetider fortsetter. Høye ventetider har negative konsekvenser både i et pasientsikkerhetsperspektiv og ikke minst i et omdømmeperspektiv.

Risikoen på området vurderes fremdeles til å være på et høyt nivå, til tross for at det har vært en vesentlig reduksjon av ventetider og fristbrudd innen både somatikk, men særlig innen psykisk helsevern i 2025. Samtidig ser vi at ventetider og fredsbruddene har økt igjen på noen områder mot slutten av året. Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag ser nå en økt risiko på området sammenlignet med høsten 2025. Det er i foretaksmøte 13.02 gitt egne oppdrag til Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag angående oppfølgingen av området i 2026.

Det er igangsatt en rekke tiltak i forbindelse med ventetidsløftet, se også egen rapportering for dette i årlig melding 2025. Et eksempel på tiltak som videreføres er gjennomføring av «direkte tildeling av time» i relevante poliklinikker.

Høy arbeidsbelastning på ansatte

Selv om mange medarbeidere har et godt arbeidsmiljø i Helse Midt-Norge, opplever mange belastende arbeidshverdager. Hver femte medarbeider som er på jobb rapporterer i gjennomsnitt en personskade eller hendelse i løpet av året, i hovedsak tilfeller knyttet til vold og trusler.

HMS-indikatorene om arbeidstid viser brudd på arbeidstidsbestemmelsene i alle HF. Samtidig har vi sett en positiv utvikling på området i 2025 sammenlignet med 2024, jfr. kap. 2. Risikoen forsterkes imidlertid av at sykefraværet over tid har ligget på et høyt nivå. Pågående omstillingsarbeid bidrar til å øke belastningen på ansatte, og rapporteringen fra helseforetakene tilsier at ulike deler av regionen påvirkes av risikoen i ulik grad.

Risikoreducerende tiltak på området inkluderer bedre planlegging av arbeidstid, lederopplæring og sterkere lederstøtte, samt arbeid med å forbedre HMS-indikatorer slik at en får bedre oversikt over utfordringsbildet. Det vil rapporteres på reviderte HMS-indikatorer fra og med 2026.

Rehabiliteringsanskaffelsen må kanselleres

Risikoen er inkludert på bakgrunn av Stortingets vedtak 10. februar 2026 der «Stortinget ber regjeringen straks stanse alle kontraktsinngåelser når det gjelder rehabiliteringsanskaffelser i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, avlyse anskaffelsen der kontrakt ikke er inngått og videreføre dagens avtaler fram til det er etablert faglig gode kvalitetskrav basert på et solid kunnskapsgrunnlag, pasientens behov og en langsiktig plan for ulike typer rehabilitering er lagt fram for Stortinget».

Så langt er vi usikker på om det foreligger saklig grunnlag for å avlyse anskaffelsen på bakgrunn av vedtaket Stortinget har fattet. Hvis det blir snakk om avlysning, vil Helse Midt-Norge måtte gjennomføre en ny anskaffelse, noe som vil ta minst 1,5 år (dvs. avtaler gjeldende tidligst fra primo 2028). I denne perioden må vi gjøre en direkte anskaffelse ved å forlenge dagens avtaler ulovlig, noe som innebærer en økonomisk risiko. Det er også en mulighet for at en domstol vil avvise en forlengelse av eksisterende avtaler.

Mangelfull samhandling med primærhelsetjenesten

En god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, blant annet i helsefellesskapene, er avgjørende for å kunne møte utfordringene den samlede helsetjenesten står ovenfor på kort og lengre sikt. Samhandlingen utfordres på ulike områder, både gjennom manglende kapasitet til samhandling hos spesialist- og primærhelsetjenesten, manglende prioriteringer og vilje til å stå sammen om prioriteringene, samt av økende økonomiske utfordringer.

Alle sykehus i regionen har løpende dialog med kommunene om informasjonsoverføring, helhetlige og koordinerte tilbud og utskrivningsklare pasienter. Samtidig ser vi utfordringer på området, særlig knyttet til informasjonsoverføring, bruk av personell og kompetanse, prioriteringer og utskrivningsklare pasienter.

Det pågår eller er planlagt mer enn 20 prosjekter som involverer sykehusforetakene innenfor samhandlingsområdet. Prosjektene fikk samhandlingsmidler i 2025, og dette beskrives nærmere i årlig melding 2025 under *Tildeling av bevilgning*.

Omstillingsarbeid fortrenger annet forbedringsarbeid

Foretakene i Helse Midt-Norge har over tid stått i store omstillingsprosesser som krever stort ledelsesfokus på alle nivåer, både knyttet til oppfølging av Helseplattformen og økonomiske innsparingstiltak. Nøkkelpersonell med kompetanse innen kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling samt merkantilt personell er i stor grad dratt inn i arbeidet på ulike måter. Dette går ut over andre aktiviteter og utviklingsarbeid. Helse Møre og Romsdal rapporterer blant annet utfordringer med utvikling på flere områder som følge av krevende omstillingsarbeid og mindre økonomisk handlingsrom.

Svikt i leveranse av kritisk utstyr/materiell/legemidler

Den geopolitiske situasjonen er uforutsigbar, og konsekvenser for leveringssikkerheten er likeledes vanskelig å forutse. Sannsynligheten for leveringsproblemer av forbruksmateriell vurderes som uendret fra forrige risikorapportering. Det er leveringsproblemer innen IKT-infrastruktur (servere, lagring, klienter) på grunn av økt etterspørsel av minnebrikker til utvikling av KI-løsninger og bygging av KI-sentere. Denne situasjonen forventes å vare inn i 2027 og situasjonen følges opp med tiltak fra IKT-selskapene og Sykehusinnkjøp.

Det er fortsatt et høyt antall registrerte legemiddelmangler nasjonalt (kilde: Direktoratet for medisinske produkter (DMP), Sykehusinnkjøp og Mangelsenteret), og det er en kjent utfordring av forsyningskjedene er lange og sårbare. Opprettelse av nasjonalt beredskapslager for legemidler (B180) og mulighet for uttak demmer opp for noen av mangelsituasjonene, slik at vi får noe tid til å håndtere disse. Mangelsituasjoner ved uregistrerte legemidler er krevende og inngår ikke i oversikten fra DMP.

Mangelfull gevinstrealisering fra Helseplattformen

Helse Midt-Norge RHF har vedtatt en gevinstrealiseringsplan for Helseplattformen som følges opp i foretakene. Mangelfull realisering av gevinster fra løsningen vil kunne ha negative konsekvenser på flere områder, blant annet på tjenesteproduksjonen og i omdømmet for Helse Midt-Norge. Realisering av gevinster fra Helseplattformen skal bidra til å redusere risikoen på flere øvrige områder som berøres i topp ti risiko, som samhandling, ansattes arbeidssituasjon og muligheten til systematisk forbedring.

Helseplattformen har vært innført tilstrekkelig lenge i regionens foretak til at det er hensiktsmessig å vurdere utviklingen i realisering av gevinster fra løsningen. Vi ser at det er god måloppnåelse på noen indikatorer, men at det for øvrig varierer i hvilken grad gevinstene realiseres, jfr. kap. 8. Det er i tillegg fremdeles nødvendig å arbeide med å forbedre datagrunnlaget på enkelte områder hvor det måles gevinster.