

Tertialrapport per 2. tertial for Helse Midt-Norge RHF

1.	Kvalitet og pasientbehandling.....	4
1.1.	Ventetider og fristbrudd	4
1.2.	Ventetider innen somatikk	4
1.3.	Ventetider innen psykisk helsevern voksne	4
1.4.	Ventetider innen psykisk helsevern barn og unge	5
1.5.	Ventetider innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	5
1.6.	Liggedøgn innen psykisk helsevern	6
1.7.	Liggedøgn tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	6
1.8.	Pakkeforløp kreft	7
1.9.	Antibiotika	8
1.10.	Pasientsikkerhet, HMS og meldekultur.....	8
2.	Aktivitet	9
2.1.	Somatikk.....	9
2.2.	Utskrivningsklare pasienter (UKP) somatikk.....	9
2.3.	Psykisk helsevern voksne.....	9
2.4.	Psykisk helsevern barn og unge.....	10
2.5.	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	10
3.	HR og personell	12
3.1.	Bemanningsutvikling	12
3.2.	Sykefravær.....	12
3.3.	Avvik fra arbeidstidsbestemmelsene	13
3.4.	Yrkesrelaterte skader.....	14
4.	Økonomi	15
4.1.	Langsiktig utvikling i aktivitet og ressursinnsats Helse Midt-Norge totalt.....	15
4.2.	Resultatutvikling.....	16
4.3.	Likviditet	17
4.4.	Tiltak og omstilling.....	17
5.	Status for oppdrag.....	18
5.1.	Årets oppdrag.....	18
5.2.	Uløste oppdrag fra tidligere – HF og RHF	19
6.	Hovedsatsingsområder i Regional utviklingsplan 2023-2026.....	23
5.3.	Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning.....	23
5.4.	Samling om beste praksis	23
5.5.	Regionale fellesløsninger.....	24

5.6.	Bærekraft i personell og kompetanse	25
5.7.	Sterkere samhandling	26
7.	Tilsyn og revisjoner	28
8.	Status på investeringsprosjekter.....	31
8.1.	Sykehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR)	31
8.2.	Akutt-Intensiv-Operasjon Ålesund (AIO)	31
8.3.	Helikopterplass, Sykehuset Namsos	31
9.	Felleseide foretak	32
9.1.	Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF	32
9.2.	Luftambulansetjenesten HF.....	33
9.3.	Pasientreiser HF	33
9.4.	Sykehusbygg HF	34
9.5.	Sykehusinnkjøp HF	34
10.	Topp ti risiko	36
10.1.	Oversikt over topp ti risiko	36
10.2.	Beskrivelse av risikoene	39
10.2.1.	Manglende økonomisk bærekraft i foretaksgruppen.....	39
10.2.2.	Langvarig bortfall av elektronisk kommunikasjon og/eller omfattende brudd på informasjonssikkerhet.....	39
10.2.3.	Mangel på personell med nødvendig kompetanse	40
10.2.4.	Lange ventetider	41
10.2.5.	Høy arbeidsbelastning på ansatte.....	42
10.2.6.	Avhengighet av amerikanske skytjenester og leverandører.....	42
10.2.7.	Mangelfull samhandling med primærhelsetjenesten.....	42
10.2.8.	Svikt i leveranse av kritisk utstyr/materiell/legemidler.....	43
10.2.9.	Mangelfull kvalitet på indikatorer	43
10.2.10.	Uberettiget variasjon i behandlingstilbud mellom regionens sykehus	44
10.2.11.	Antimikrobiell resistensutvikling (AMR).....	45
10.2.12.	Mangelfull gevinstrealisering fra Helseplattformen.....	45
10.3.	Dybdeanalyse, økonomisk bærekraft	46
10.3.1.	Sannsynlighetsreducerende tiltak, økonomisk risiko.....	48

1. Kvalitet og pasientbehandling

1.1. Ventetider og fristbrudd

Ventetidsløftet har hatt høy prioritet også i 2. tertial. Ventetid for pasienter som venter på helsehjelp og for de som har fått påbegynt helsehjelp, samt antall som har fått påbegynt helsehjelp falt mot sommeren i alle sykehusforetak. Gjennom sommeren har ventetidene steget, som forventet. Ventetidene, både for påbegynt helsehjelp og for ventende, er lavere innen alle tjenesteområder ved utgangen av 2. tertial enn i 2024.

Arbeidet med ventetidene har gjort utslag på antall fristbrudd. Andel fristbrudd på påbegynt helsehjelp ligger hittil i år på 11,6 prosent, og i 2. tertial på 9,7 prosent. Dette er over målet, men en reduksjon på 6,2 prosent fra samme periode i fjor. Antallet av de som har ventet lenge (over 3 måneder) ligger over målet, men er halvert fra samme periode i fjor.

1.2. Ventetider innen somatikk

Ventetid påbegynt helsehjelp innen somatikk lå frem til juni over samme periode i 2024. Fra juni har ventetid påbegynt helsehjelp ligget under og fulgt svingningene fra i fjor, og er hittil i år på 75 dager, og i 2. tertial på 73 dager i foretaksgruppen. Dette er 13 dager lavere enn samme periode i fjor. Ventetid for pasienter som fremdeles venter på helsehjelp har i hele 2. tertial ligget under, og fulgt signingene fra i fjor. Ventetid ventende er for 2. tertial er på 70 dager, noe som er 17 dager lavere enn samme periode i fjor.

Avvikling av ventende er gjort delvis i helseforetakene, og delvis ved henvisning videre til avtalespesialister og private avtaleleverandører. Det er løpende kontakt med private avtaleleverandører og avtalespesialister. Det har over tid vært utfordringer innen øyefaget og det har være møter med helseforetakene om dette og det arbeids med en regional plan. Innen ortopedi er det en negativ utvikling i ventetider og ventelister ved Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag, og det skal der utarbeides en regional tiltaksplan.

Andel fristbrudd på påbegynt helsehjelp innen somatikk ligger hittil i år på 12,2 prosent. Dette er under målet, men en reduksjon på 0,8 prosent fra samme periode i fjor. Andel fristbrudd for pasienter som har fått påstartet helsehjelp lå frem til juni over samme periode i fjor. Fra juni har andel fristbrudd vært lavere enn i fjor.

1.3. Ventetider innen psykisk helsevern voksne

Tiltak iverksatt i forbindelse med ventetidsløftet har hatt god effekt på ventetidene innenfor psykisk helsevern voksne. Ventetiden for påbegynt helsehjelp fortsatte å falle gjennom 2. tertial frem til juli før vi ser en økning i gjennomsnittlig ventetid for påbegynt helsehjelp på 14 dager fra 37 dager i juli til 51 dager ved utgangen av august. Dette er likevel innfor målkravet på 59 dager. Ventetid for påbegynt helsehjelp lå ved utgangen av 2. tertial på 51 dager, som er 22 dager kortere enn for samme periode i 2024. Utviklingen man ser med økning i ventetid for påbegynt helsehjelp fra juli til august i 2025 er lik den vi ser i 2024. Stigningen kan derfor tillegges sesongvariasjon der ventetid typisk stiger i perioder med lavaktivitet og pasientene med alvorlig sykdom med kort frist prioriteres. I tillegg kan

avviklingen av tiltaket med kveldspoliklinikk iverksatt ifm. ventetidsløftet som ble avsluttet i juni medvirke til økningen siste del av 2. tertial.

Ventetid for ventende var ved utgangen av 2. tertial på 45 dager, en reduksjon på 32 dager sammenlignet med samme periode i fjor. Utviklingen er lik, men mindre markant den vi ser for pasienter som har påbegynt helsehjelp, med en økning gjennomsnittlig ventetid i siste mnd. av 2. tertial på 2 dager. Det er samme utviklingstrend med økning i gjennomsnittlig ventetid gjennom sommeren 2024.

Andel fristbrudd lå på sitt laveste i regionen ved utgangen av 1. tertial med 4 prosent og skyldtes i stor grad tiltak iverksatt ifm. ventetidsløftet. Vi ser en svak økning i andel fristbrudd i regionen i 2. tertial i mai og juni før andelen fristbrudd igjen ble noe redusert i august. Ved utgangen av 2 tertial lå andelen fristbrudd på 4,9 prosent som er en reduksjon på 12,2 prosent sammenlignet med 2. tertial 2024.

1.4. Ventetider innen psykisk helsevern barn og unge

Ventetidene for påbegynt helsehjelp innen psykisk helsevern barn og unge var lavere i juni 2025 enn målkravet tilsvarende ventetid i juni 2019. Fra juni har ventetidene steget noe, fra 42 dager i juni til 55 dager i august. Til sammenligning var ventetiden for påbegynt helsehjelp 57 dager i august 2019. Hittil i år er ventetiden for påbegynt helsehjelp ved utgangen av 2. tertial på 52 dager. Dette er 21 dager lavere enn samme periode i fjor. Denne samme utviklingen ser vi på ventetiden for pasienter som fortsatt venter på helsehjelp. Her foreligger det en økning i sommer, fra 27 dager i juni til 38 i august. Økningen fra juni til august må ses i sammenheng med sesongvariasjoner og er forventet sammenlignet med trenden for tidligere år. Andelen fristbrudd for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet har også blitt vesentlig redusert og ligger ved utgangen av 2. tertial på 1,9 prosent for hittil i år. Det har vært en svært positiv utvikling innen fagområdet, med en betydelig reduksjon av ventetider og fristbrudd. Utviklingen må ses i sammenheng med iverksatte tiltak i forbindelse med ventetidsløftet og høy aktivitet i poliklinikkene.

1.5. Ventetider innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Ventetid for påbegynt helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) lå på 21 dager ved utgangen av 2. tertial. Dette er en forbedring på fem dager sammenlignet med samme periode i fjor.

Sommeravviklingen har i liten grad påvirket ventetidene selv om det fortsatt er stor variasjon i ventetider mellom helseforetakene. St. Olavs hospital HF har en gjennomsnittlig ventetid på 14 dager, som er likt som fjoråret. Helse Møre og Romsdal HF har hatt en økning på 4 dager, fra 29 dager i juli måned til 33 dager ved utgangen av august. Til tross for denne økningen, er ventetiden hittil i år lavere enn i samme periode i fjor, hvor den lå på 35 dager. Helse Møre og Romsdal HF har pr. august den lengste ventetiden i regionen med 33 dager, og er på målkrav. Helse Nord-Trøndelag HF har en ventetid på 24 dager, som er tre dager lavere enn juli i år og 3 dager lavere enn i samme periode i fjor.

Når det gjelder pasienter som fortsatt venter på helsehjelp, har ventetiden variert noe gjennom tertialperioden. I mai var ventetiden 17 dager, økte så til 22 dager i juli, og sank til 16 dager ved utgangen av august. Dette innebærer en nedgang på seks dager fra juli til

august, og en reduksjon på åtte dager sammenlignet med samme periode i fjor, da ventetiden var 24 dager.

Andelen fristbrudd for påbegynt helsehjelp har økt noe, fra 2,4 prosent i 2. tertial 2024 til 3,1 prosent i samme periode i 2025. Dette utgjør en økning på 0,7 prosentpoeng.

1.6. Liggedøgn innen psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern barn har det vært en nedgang i antall liggedøgn i perioden 2021 til 2024. Det har vært en ønsket dreining mot blant annet økt bruk og utvikling av ambulante tjenester og intensive dagtilbud. Disse tjenestene gjør det mulig å gi behandling og oppfølging uten at pasientene trenger å være innlagt og har bidratt til å redusere behovet for døgninnleggelser. Helseforetakene har i 2025 fått i oppdrag å styrke tilbudet til barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser og barn og unge med utfordrende/skadelig atferd. Videre skal helseforetakene i samarbeid, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, kartlegge behovet for å etablere behandlingstilbud på regionalt nivå.

Også innen psykisk helsevern for voksne har det vært en nedgang i antall liggedøgn de to siste årene. Omstilling fra døgninnleggelse til dag-/poliklinisk behandling, er del av en ønsket utvikling. Man har sett en fremvekst av nye behandlingsformer som har som formål å bygge bro mellom døgntilbud og poliklinikk og gi tett oppfølging uten døgninnleggelse. Dette inkluderer ulike varianter av ambulante team, som FACT- og ACT-team, og intensive dagtilbud. For en del pasienter er slik oppfølging et godt og reelt alternativ til innleggelse, og reduserer behovet for døgninnleggelser, ikke minst på DPS-nivå.

Generelt har antall liggedøgn for pasienter med alvorlige psykiske lidelser har økt, mens antall liggedøgn for behandling av andre lidelser har gått ned. Denne trenden forventes å fortsette også i årene som kommer, og er i tråd med prioriterte områder for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern. Det vil fremover være behov for å arbeide målrettet sammen med kommunehelsetjenesten omkring tjenestetilbudet til kronisk syke pasienter.

Selv om antallet liggedøgn har gått ned de siste årene ser man antallet døgnplasser ikke har vist samme reduksjon disse årene (t.o.m. 2024). Antallet sengeplasser i regionen ble redusert med 38 plasser fra 2016 til 2021, men har mellom 2021 og 2024 blitt økt igjen med 17 plasser. Ved utgangen av 2024 hadde regionen totalt 436 sengeplasser innenfor psykisk helsevern voksne. Helse Midt-Norge RHF har påbegynt arbeid med en regional plan for dimensjonering og funksjonsfordeling av døgnplasser og døgnkapasitet, som ser regionen og relaterte tjenesteområder under ett.

1.7. Liggedøgn tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Per 2. tertial 2025 er antall liggedøgn lavere enn i fjor. Helse Nord-Trøndelag HF skiller seg ut med en økning i oppholdsdøgn siste år, mens øvrige helseforetak og private institusjoner har en nedgang. Noe av nedgangen kan forklares i utvikling av behandlingstjenesten med sekvensielle modeller som kortere innleggelser, brukerstyrte døgnplasser, poliklinisk oppfølging og dagbehandling. Individuelle tilpassede pasientforløp med gode overganger, intensitet og fleksibilitet står sentralt. Kompetanseheving og metodeutvikling foregår både i poliklinikk og ved døgnavdelingene noe som er i tråd med oppdrag og bestilling om å styrke

tilbudet til voldsutsatte kvinner med ruslidelser, og utvikling av integrert ettervern, herunder etablering av brukerstyrte døgnplasser i samarbeid med kommunene.

Status for døgnkapasitet innen TSB innen TSB i regionen er totalt 192 døgnplasser inkludert rusakutt og avrusningsplasser, hvorav 92 døgnplasser hos to private ideelle leverandører innen TSB som er Blå Kors klinikk Lade og Tyrilistiftelsen.

1.8. Pakkeforløp kreft

Målkravene for pakkeforløp kreft inngår i nasjonale kvalitetsindikatorer, og skal sikre rask, forutsigbar og likeverdig behandling for pasienter med mistanke om kreft. Minst 70 prosent av nye kreftpasienter skal inkluderes i et pakkeforløp, og minst 70 prosent av pakkeforløpene skal gjennomføres innen anbefalt forløpstid. Helse Midt-Norge har ikke tilfredsstillende rapportering på pakkeforløp kreft. Dette skaper usikkerhet på om oppfølgingen av pasienter med kreft er god nok. HFene har gitt forsikringer om at de har oversikt over og følger opp alle pasienter med kreft. For å sikre korrekt rapportering, ble det i mai 2025 nedsatt en gruppe som innen utgangen av 2025 skulle sikre korrekt rapportering på pakkeforløp kreft fra Helse Midt-Norge. Arbeidet er nærmere beskrevet i virksomhetsrapporten.

For tertialvis sammenlikning er det nå hentet tall fra FHI sin statistikkbank. Det arbeides med å fremstille tall direkte fra Helseplattformen. Det rapporteres på totalt 26 pakkeforløp kreft, men en har her sett på utviklingen for de fem største som er bryst-, prostata-, tykk- og endetarm-, og lungekreft, samt malingt melanom (alvorlig føflekkreft).

- Innen brystkreft er 79 prosent av nye kreftpasienter registrert inn i et pakkeforløp i 2. tertial i år, noe som er en økning på 2 prosentpoeng fra 2. tertial i fjor. 71 prosent er registrert gjennomført innen standard forløpstid, noe som er en økning på 15 prosentpoeng fra 2. tertial i fjor.
- Innen prostatakreft er 72 prosent av nye kreftpasienter registrert inn i et pakkeforløp i 2. tertial i år, det samme som 2. tertial i fjor. 23 prosent er registrert gjennomført innen standard forløpstid, en økning på 3 prosentpoeng fra 2. tertial i fjor.
- Innen tykk- og endetarmskreft er 74 prosent av nye kreftpasienter registrert inn i et pakkeforløp i 2. tertial i år, en økning på 2 prosentpoeng fra 2. tertial i fjor. 56 prosent er registrert gjennomført innen standard forløpstid, en reduksjon på 8 prosentpoeng fra 2. tertial i fjor.
- Innen lungekreft er 72 prosent av nye kreftpasienter registrert inn i et pakkeforløp i 2. tertial i år, en reduksjon på 5 prosentpoeng fra 2. tertial i fjor. 33 prosent er registrert gjennomført innen standard forløpstid, en reduksjon på 6 prosentpoeng fra 2. tertial i fjor.
- Innen malingt melanom er 85 prosent av nye kreftpasienter registrert inn i et pakkeforløp i 2. tertial i år, en økning på 7 prosentpoeng fra 2. tertial i fjor. 79

prosent er registrert gjennomført innen standard forløpstid, en reduksjon på 6 prosentpoeng fra 2. tertial i fjor.

1.9. Antibiotika

Nasjonal rapport for antibiotikaforbruk overvåker et utvalg av bredspektrede antibiotika. Definerte døgndoser (DDD) per 100 liggedøgn for kinoloner, karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, samt pencillin med betalaktamasehemmere summeres for hvert helseforetak. Forbruket i 2019 er satt som referanse og da hadde Midt-Norge 15,3 DDD per 100 liggedøgn. Siden 2012 er det kun i 2020 at forbruket var lavere enn i 2019, og sist publiserte rapport for 1. tertial 2025 viste at den uønskede trenden fortsetter. Antall DDD er i 1. tertial 2025 16,6/100 liggedøgn. Dette er en økning på 2,4 prosent fra 2024, og en økning på 8,5 prosent fra 2019. Til sammenlikning er nasjonalt nivå 16,1 i samme periode. Det er forbruket av 3. generasjons cefalosporiner og pencillin med betalaktamasehemmere det som øker mest. Tallene for 2. tertial er ennå ikke publisert. Antibiotikaforbruket er nylig diskutert i regionens fagdirektørmøte og reduserende tiltak er satt på agendaen.

1.10. Pasientsikkerhet, HMS og meldekultur

Helseforetakene har i 2025 fått følgende oppdrag: "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. For de fleste meldingstypene (pasientrelaterte avvik, HMS-avvik og #Råbra-meldinger) ses en svak nedgang i alle HF-ene fra 1. tertial, med unntak av Helse Møre og Romsdal HF som ser en svak økning.

Foretakene har 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 fokus på kvalitetsforbedring, HMS og pasientsikkerhet i regionen. Samtidig er dette et område med fragmenterte datakilder, og ulik praksis for hvor og hvordan avvik registreres og følges opp.

Standardisering og tilgjengeliggjøring av data på området HMS, arbeidsmiljø og pasientsikkerhet er en prioritert regional satsing. Det vil høsten 2025 iverksettes et arbeid med felles regional EQS-rapport, som ses i sammenheng med tilleggsoppdrag for 2025 om etablering av nasjonalt register for alvorlige hendelser og nesten-hendelser (uønskede pasientrelaterte hendelser). Arbeidet vil forankres i Direktørnettverk for virksomhetsstyring og underliggende nivå 3-nettverk for risikostyring, internkontroll og kvalitetsstyring, med bred deltakelse fra fag, organisasjon, HMS, virksomhetsstyring mv. i RHF og HF-ene.

2. Aktivitet

2.1. Somatikk

Aktiviteten, målt i antall DRG-poeng, er til og med 2. tertial, 0,4 prosent over plan, og 2,4 prosent over samme periode i 2024. St. Olav ligger 1,9 prosent over plan, mens Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF ligger henholdsvis 1,8 og 0,3 prosent under plan. Alle helseforetakene har imidlertid en vekst fra samme periode i fjor.

Kjøp fra private ligger hittil i år omtrent på budsjett (0,3 prosent over). Samtidig er dette en reduksjon på 37,4 prosent fra samme periode i fjor. I 1. tertial lå vi 36,6 prosent over budsjett og 16,1 prosent under samme periode i fjor. Resultatet hittil i år og endringen fra 1. tertial forklares med at forlengelsen av de utgåtte avtalene innen somatikk ikke var kjent da budsjettet ble lagt, og at ventetidsløftet har ført til noe mer bruk av private.

Det har vært stor aktivitet med mange pasienter inne til undersøkelse og behandling, men inntektene per pasient er lavere enn budsjettet. Helse Møre og Romsdal HF påvirkes i tillegg av innflytting i nytt sykehus på Hjelset, og i Helse Nord-Trøndelag HF er det fremdeles noe aktivitetsreduksjon innen enkelte deler av driften.

2.2. Utskrivningsklare pasienter (UKP) somatikk

UKP har stor innvirkning på aktiviteten på sykehusene. I 2. tertial er andelen på 3,8 prosent, noe som er en reduksjon på 0,9 prosentpoeng fra 1. tertial, og en reduksjon på 0,3 prosentpoeng fra samme periode i fjor.

2.3. Psykisk helsevern voksne

Det er høy poliklinisk aktivitet i foretaksgruppen i 2. tertial med høyere aktivitet i alle Helseforetakene på 2,8 prosent i St. Olavs hospital HF, 17,2 prosent i Helse Møre og Romsdal HF og 4,5 prosent i Helse Nord-Trøndelag HF sammenlignet med 2024. Samlet havner foretaksgruppen med 0,2 prosent høyere aktivitet sammenlignet med i 2024 grunnet avvikling av avtaler med private aktører i 2024. Den høye aktiviteten er en direkte konsekvens av tiltak i forbindelse med ventetidsløftet.

Alle helseforetakene har hatt aktivitetsvekst på både polikliniske opphold og aktivitetspoeng sammenlignet med 2024, men aktiviteten, målt i DRG-poeng, ligger likevel 5,5 prosent under budsjett hittil i år for foretaksgruppen samlet. St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF har budsjettert med høy vekst i DRG-poeng sammenlignet med 2024 og ender med negative avvik på henholdsvis 6,5 prosent og 8,7 prosent. Helse Nord-Trøndelag har budsjettert med mer beskjedne vekst og har derfor et positivt avvik på 7,8 prosent hittil i år grunnet den høye aktiviteten på polikliniske opphold ifm. ventetidsløftet.

Regionalt ender foretaksgruppen med et på 3,8 prosent færre oppholdsdøgn på sammenlignet med hittil i fjor. Mens St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF har små avvik har Helse Nord-Trøndelag HF et avvik på 11,4 prosent og viser til at trenden med

noe lavere belegg på akutt og subakutte plasser har vedvart gjennom sommeren. Dette er poster som normalt overfører pasienter til ordinære døgnposter etter akuttinnleggelse.

Når det gjelder utskrivinger har foretaksgruppen et negativt avvik på 11,4 prosent i 2. tertial sammenlignet med samme periode i fjor, men avviket er redusert sammenlignet med 1. tertial da det lå på 16,9 prosent. Alle helseforetakene har negative avvik, men det er ulikheter mellom helseforetakene der Helse Nord-Trøndelag HF har det største avviket på 24,5 prosent færre utskrivinger sammenlignet med samme periode i fjor. Det er naturlig at oppholdsdøgn og utskrivinger varierer.

2.4. Psykisk helsevern barn og unge

Polikliniske opphold innen psykisk helsevern for barn og unge ligger til og med 2. tertial 8,1 prosent høyere enn for samme periode i fjor. Alle helseforetakene har en positiv utvikling ift. hittil i fjor og det foreligger særlig høy poliklinisk aktivitet i Helse Møre og Romsdal HF, som også gjenspeiler seg i ventetidene. Økningen innebærer at regionen til og med andre tertial har et høyere aktivitetsnivå sammenlignet med tilsvarende periode i 2024, hvor det fortsatt forelå avtaler med private leverandører innenfor fagområdet.

Aktivitet målt i DRG-poeng for hittil i år ligger 11,9 prosent foran budsjett, men aktiviteten i august var noe lavere enn for tilsvarende periode i 2024. Helse Møre og Romsdal HF ligger særlig høyt i aktivitet målt i DRG og 23,3 prosent over budsjett for til og med andre tertial, en økning som blant annet skyldes bedre rekruttering i fagfeltet.

Antall liggedøgn høyere enn budsjettet og høyere (16,7 prosent) enn tilsvarende periode i fjor. Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF ligger henholdsvis 59,3 prosent og 16,7 prosent høyere sammenlignet med hittil i fjor, mens St. Olavs hospital HF ligger 6,3 prosent lavere. Den store økningen i Helse Møre og Romsdal HF skyldes mange flere øyeblikkelig hjelp innleggelser og pasienter med høyere alvorlighetsgrad, sammenlignet med i fjor. I tillegg har de i større grad også åpnet for elektive innleggelser.

Antallet utskrivinger er regionalt 13,3 prosent høyere enn for samme periode i fjor, også her foreligger det variasjoner mellom helseforetakene. Helse Nord-Trøndelag HF ligger 11 prosent lavere, mens St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF ligger henholdsvis 22 prosent og 19,7 prosent over. Vi gjør oppmerksom på at dette er "små tall", særlig når det gjelder antallet utskrivinger, hvor svingninger og tilfeldige variasjoner vil kunne gi store utslag i prosent.

2.5. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Polikliniske opphold ligger samlet for foretaksgruppen 3,7 prosent høyere enn samme periode i fjor. For utskrivinger ligger regionen 6,5 prosent høyere, og når det gjelder oppholdsdøgn 4,1 prosent lavere enn samme periode i fjor. Når det gjelder DRG poeng ligger vi 5,2 prosent lavere enn budsjett for denne perioden og 4,6 prosent under budsjett hittil i år.

Helse Møre og Romsdal har en positiv utvikling når det gjelder polikliniske opphold med 18,6 prosent i forhold til hittil i fjor, og 1,2 prosent lavere sammenlignet med samme periode i fjor for utskrivinger samt 1,5 prosent lavere enn hittil i fjor når det gjelder oppholdsdøgn.

Helse Møre og Romsdal HF ligger 21,1 prosent lavere enn budsjetter når det gjelder DRG poeng.

Helse Nord Trøndelag ligger 18,4 prosent lavere enn i samme periode i fjor når det gjelder polikliniske opphold, men med positive avvik på 41 prosent sammenlignet med samme periode i fjor for utskrivninger og 7,0 prosent positivt avvik når det gjelder oppholdsdøgn. Dette kan sees i sammenheng med at dreining fra døgn til poliklinikk har flatet ut. DRG poengene er 55 prosent lavere enn budsjettert for denne perioden og 18,5 prosent lavere enn budsjettert hittil i år noe som kan forklares i mangel på nøkkelpersonell og lavere poliklinisk aktivitet gjennom sommeren.

St Olavs ligger 2,8 prosent over målkrav for polikliniske opphold og 10,1 prosent over målkrav når det gjelder utskrivninger sammenlignet med hittil i fjor, og 6,5 prosent lavere sammenlignet med samme periode i fjor når det gjelder oppholdsdøgn. I DRG poeng ligger de 6,7 prosent høyere enn budsjettert for denne perioden og 4,4 prosent lavere enn budsjett hittil i år.

3. HR og personell

3.1. Bemanningsutvikling

Foretaksgruppen har et samlet merforbruk for 2. tertial på 1689 brutto månedsverk, dette tilsvarer 2,2 prosent merforbruk i henhold til budsjett. Antall brutto månedsverk forbrukt i 2. tertial er 875 brutto månedsverk lavere enn 2. tertial i fjor. Sammenlignet med budsjett per helseforetak har St. Olavs hospital et merforbruk på 2,8 prosent, Helse Møre og Romsdal HF 0,4 prosent og Helse Nord-Trøndelag HF 4,5 prosent.

Forskjellen mellom brutto og netto månedsverk utgjøres av fravær, herunder særlig ferie, permisjoner og sykdom. Nedgangen i brutto månedsverk fra 2. tertial i fjor til 2. tertial i år, er mindre enn nedgangen i netto månedsverk. Dette skyldes at vi ikke klarer å redusere sykefraværet og styre øvrig påvirkbart fravær i samme takt som nedgangen i netto månedsverk. I tillegg til et fortsatt høyt sykefravær, er det en liten økning fra 2019 til 2025 på permisjon med lønn på grunn av fødsel og velferdspermisjon, fødsel fra 2,2 til 2,6 prosent velferdspermisjon fra 0,3 til 0,9 prosent. Permisjon på grunn av sykt barn og avtalefestet permisjon har begge økt fra 0,2 til 0,3 prosent.

St. Olavs hospital har iverksatt tiltak for å redusere både overtid, mertid og totalt antall årsverk. I 2. tertial har St. Olavs hospital utbetalt 176 færre brutto månedsverk enn i samme periode i fjor og overtid og mertid er redusert med 180 brutto månedsverk sammenlignet med samme periode i fjor. Innen sykepleietjenesten er det igangsatt et prosjekt for å øke med fokus på å benytte personell på tvers av enheter innen samme klinikk når det er behov for ekstra personell, noe som har gitt positiv god effekt på bruk av mertid og overtid.

Helse Møre og Romsdal HF har utbetalt 1030 færre brutto månedsverk enn i samme periode i fjor, med en reduksjon i overtid og mertid på 437 månedsverk. Planlagte tiltak i lønnsbudsjett er ikke oppdatert i bemanningsbudsjetter. Dette medfører at det er avvik mellom bemanningsbudsjett og lønnsbudsjett.

Helse Nord-Trøndelag HF har utbetalt 275 flere brutto månedsverk enn i samme periode i fjor. Samtidig er forbruket av overtid og mertid økt med 141 brutto månedsverk. Overforbruket skyldes i hovedsak økt ressursbruk knyttet til Ventetidsløftet, samt fortsatt ekstraarbeid i enkelte klinikker som følge av innføringen av Helseplattformen

3.2. Sykefravær

Per 2. tertial 2025 ligger det samlede sykefraværet i foretaksgruppen på 6,9 prosent, hvilket er 0,2 prosentpoeng lavere enn i samme periode i fjor. Målt for 2. tertial 2024 til 2. tertial 2025 viser sykefraværet følgende utvikling per foretak:

- St. Olavs hospital: liten økning fra 6,8 prosent til 6,7 prosent
- Helse Møre og Romsdal: har ingen endring, de ligger på 7,5 prosent
- Helse Nord-Trøndelag: nedgang fra 7,5 prosent til 6,9 prosent
- Sykehusapotekene i Midt-Norge: Har en liten økning fra 6,6 prosent til 6,7 prosent
- Hemit: betydelig nedgang fra 6,3 prosent til 4,2 prosent
- RHF: Har en nedgang fra 4,3 prosent til 3,8

Egenmeldt fravær er uendret på 1 prosent, mens det legemeldte fraværet for Helse Midt-Norge samlet ligger 0,2 prosentpoeng lavere enn på samme tidspunkt i fjor.

Ved sammenligning av sykefravær mellom stillingsgrupper per 2. tertial ses en reduksjon innen alle stillingsgrupper unntatt Psykologer (økning på 0,4 prosent), ambulansepersonell (økning på 0,7 prosent) og forskning/utdanning inkl. lærlinger (økning på 2,7 prosent).

Aldersmessig har sykefraværet økt i aldersgruppen 18–35 år. For ansatte i de øvrige aldersgruppene er det registrert en nedgang fra 0,1 til 1,1 prosent. En gjennomgang av utviklingen i sykefravær etter alder og kjønn fra 2019 til 2025 viser en markant økning i gruppen kvinner 30–39 år, fra 6,8 til 10,2 prosent for 2. tertial, mens menn i samme aldersgruppe går fra 3,2 til 4,0 prosent.

Når man ser på utvikling i legemeldt sykefravær kort (1-16 dager) er det kun en liten økning fra 1,0 til 1,1 prosent fra 2019 til 2025 per 2. tertial. For langtids fravær (17- 56 dager) er det en økning fra 1,6 til 1,8 prosent, mens for langtids fravær (>56 dager) er det en økning fra 2,7 til 3,7 prosent i samme periode.

Foretakene arbeider systematisk for å redusere sykefraværet ned til 2019-nivå. HR, bedriftshelsetjenesten (BHT) og NAV er sentrale samarbeidspartnere i dette arbeidet, sammen med ledere på alle nivå. Det legges vekt på lederopplæring og erfaringsutveksling mellom foretakene. I arbeidet med å redusere sykefravær har alle foretakene utarbeidet retningslinjer med fokus på forebygging, oppfølging av sykefravær, kartlegging av og risikovurdering av arbeidsmiljø og bruk av verktøy ABC for god psykisk helse. Verneombud og tillitsvalgte spiller en viktig rolle i de partssammensatte samarbeidsarenaene.

I enheter med sykefravær over 10 prosent skal det vurderes om oppfølging fra BHT skal tilbys, før BHT blir koblet inn. Det jobbes i tillegg med tiltak knyttet til "Tidlig og tett på", som er en del av IA-programmet. Dette omfatter systematisk oppfølging av ansatte med gjentakende eller langvarig fravær.

3.3. Avvik fra arbeidstidsbestemmelsene

Det har vært en betydelig reduksjon i avvik fra arbeidstidsbestemmelsene fra 2. tertial 2024 til samme periode i 2025. Andelen avvik ved de tre helseforetakene er samlet redusert med 12,5 prosent sammenlignet med samme periode i 2024. Helse Møre og Romsdal HF har den største reduksjonen med 15 prosent, etterfulgt av St. Olavs hospital HF med 8,8 prosent og Helse Nord-Trøndelag HF med 6,7 prosent.

På tvers av alle foretakene er det en reduksjon i alle årsakene til arbeidstidsavvik. Samtidig er det forskjeller mellom stillingsgruppene, og for enkelte stillingsgrupper har det skjedd en økning i antall arbeidstidsavvik. Hvor det er økning er ulikt i de tre sykehusforetakene.

Antall tilfeller der leger har jobbet mer enn 19 timer i strekk har blitt redusert i Helse Møre og Romsdal og på St Olavs hospital. Reduksjonen har vært på henholdsvis 46 prosent (St Olavs hospital) og 10 prosent (Helse Møre og Romsdal). For Helse Nord-Trøndelag HF er det

en økning på 43 prosent, og økningen gjelder både for overleger og Lis 2/3. Hovedårsaken til avvik er akutt mangel på nødvendig kompetanse,

St. Olav har positiv utvikling i andelen avvik innen arbeidstidsbestemmelsene for alle stillingsgruppene unntatt apotekerstillinger hvor det har vært en liten økning.

I Helse Møre og Romsdal HF har de også en positiv utvikling for alle stillingsgruppene unntatt studenter, der har det vært en økning. HR-avdelingen bistår klinikkene med å hente ut rapporter om arbeidstidsavvik. Disse gjennomgås i klinikk- og avdelingsråd. HR gir også opplæring til ledere på alle nivåer i hvordan avvik skal følges opp i tråd med gjeldende handlingsplan.

I Helse Nord-Trøndelag HF har i en negativ utvikling i legegruppen, helsefagarbeidet og drift og teknisk personell, mens de andre stillingsgruppene har en positiv utvikling. Årsaken til den negative utviklingen for leger er arbeid med ventetidsløftet og fortsatt utfordringer etter innføring av helseplattformen.

3.4. Yrkesrelaterte skader

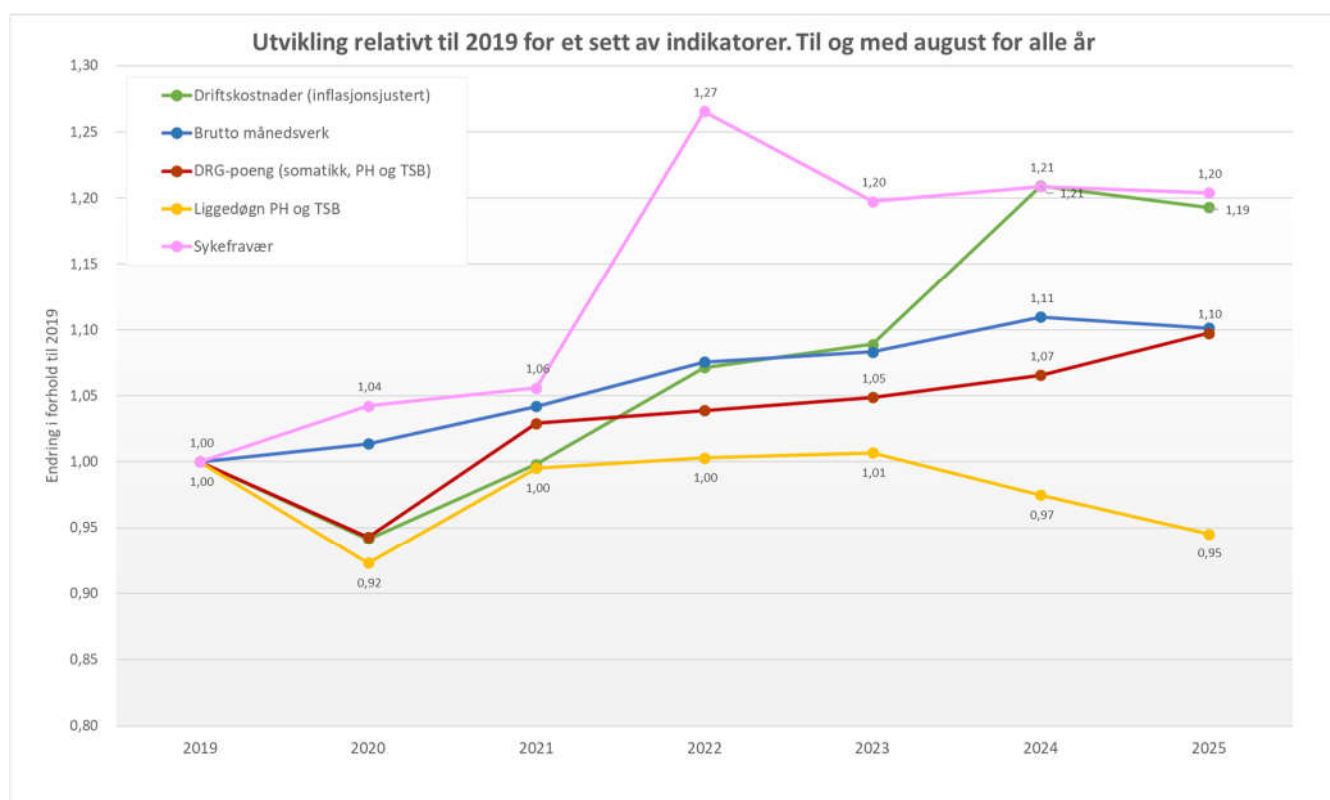
Antall yrkesrelaterte skader er per 2. tertial redusert med 31 prosent. Det er størst nedgang på påført voldsskade og trusler om vold, og den er på St. Olav og da størst reduksjon i forhold til påført voldsskade. St. Olavs hospital HF gjennomfører systematisk opplæring innen helhetlig opplæringsprogram i forståelse, forebygging, håndtering og oppfølging av aggresjon- og voldsproblematikk (MAP). I løpet av året har ca. 100 ansatte fått opplæring i MAP og det gjennomføres trening for ansatte før hver arbeidshelg.

4. Økonomi

4.1. Langsiktig utvikling i aktivitet og ressursinnsats Helse Midt-Norge totalt

I det følgende vises utvikling over tid på ulike indikatorer sett i forhold til 2019.

Utviklingstrenden er en vekst i alle indikatorer¹, med unntak av liggedøgn i innen psykisk helsevern og TSB, sammenlignet med perioden januar-august 2019. Brutto månedsverk er 10 prosent høyere enn tilsvarende periode i 2019, og om lag 1 prosent under nivået i 2024. Realveksten i kostnader har vært vesentlig høyere enn økningen i aktivitet i perioden 2022-2025 men forholdet mellom vekst i aktivitet og kostnader forbedres noe i 2025 sammenlignet med 2024.



Figur 1: Endringstall i forhold til 2019: DRG-poeng (tjenesteområdene vektet med ISF-sats), liggedøgn for psykisk helsevern og rus, brutto månedsverk, sykefravær og totale driftskostnader inflasjonsjustert.

Vekstraten i inflasjonsjusterte driftskostnader er 19 prosent, og betydelig sterkere enn veksten i aktivitet, som er 10 prosent (målt i DRG-poeng) i tilsvarende periode. For å sikre økonomisk balanse er det avgjørende at veksten i bemanning og driftskostnader tilpasses aktivitetsnivået, og på sikt reduseres til et nivå som er i samsvar med, eller lavere enn, aktivitet. Siste 12 måneder er trenden at veksten i aktivitet (2,3 prosent) har vært høyere enn både vekst i bemanning (1,4 prosent) og realvekst driftskostnader (1,4 prosent) (5,6-4,2).

4.2. Resultatutvikling

Per august 2025 er det et negativt resultat på 296 mill. kroner, med et negativt budsjettavvik på 162 mill. kroner, ekskl. Helseplattformen AS. Hovedforklaringen på dette er høyere kostnader enn budsjettert, særlig innen lønn, innleie og legemidler.

St. Olavs hospital HF har et positivt resultat på 105 mill. kroner, tilsvarende et positivt avvik på 7,6 mill. kroner. Helse Møre og Romsdal HF har et negativt resultat på 433,6 mill. kroner, med et negativt avvik på 185,9 mill. kroner, mens Helse Nord-Trøndelag HF har et negativt resultat på 165,4 mill. kroner, tilsvarende et negativt avvik på 12,9 mill. kroner.

Kostnader til lønn viser et merforbruk på 39,2 mill. kroner ved St. Olavs hospital HF og 32,8 mill. kroner ved Helse Nord-Trøndelag HF. Helse Møre og Romsdal HF har et merforbruk på lønn på 4,7 mill. kroner, men har i tillegg et merforbruk på innleie på 21 mill. kroner. Helse Nord-Trøndelag HF har også et merforbruk på innleie på 4,6 mill. kroner.

Legemiddelkostnadene viser samlet et merforbruk på 67 mill. kroner per august, fordelt med 28 mill. kroner på St. Olavs hospital HF, 33 mill. kroner på Helse Møre og Romsdal HF og 5 mill. kroner på Helse Nord-Trøndelag HF. Sammenlignet med 2024 utgjør dette en kostnadsvekst på 8,3 prosent i regionen, der Helse Møre og Romsdal HF har høyest vekst. Økningen i legemiddelforbruk gir imidlertid også økte inntekter. Både St. Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF har merinntekter på henholdsvis 19,6 mill. kroner og 5,6 mill. kroner.

IT-kostnadene i regionen har økt med 5,9 prosent sammenlignet med samme periode i fjor. Sykehusforetakene samlet økte budsjettet med 10 prosent fra 2024 til 2025 og St. Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF ligger under budsjett hittil i år, mens Helse Møre og Romsdal HF har et merforbruk på 3,3 mill. kroner.

Samlet årsprognose for foretaksgruppen, ekskl. Helseplattformen AS er 257 mill. kroner lavere enn budsjettert årsresultat. Avviket i Helse Møre og Romsdal HF utgjør 247 mill. kroner av dette, hvorav -106 mill. kroner skyldes økte avskrivninger og finanskostnader knyttet til SNR som ikke var budsjettert før andre halvår.

Det er risiko for forverring av årsprognosen dersom effekten av igangsatte tiltak ikke styrkes. St. Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF har lagt opp til et omstillingsnivå som overstiger det som isolert sett er nødvendig for å oppnå resultatkravet. Dette er gjort for å ta høyde for usikkerhet knyttet til faktisk tiltakseffekt.

Helse Møre og Romsdal HF har på sin side ikke lagt opp til et tilsvarende nivå av omstilling. For å innfri prognosen, er det derfor avgjørende at tiltakene som er satt i verk, gir forventet effekt gjennom høsten, i tråd med estimert årseffekt. Det er nødvendig å øke gjennomføringshastigheten på eksisterende tiltak, samtidig som nye tiltak etableres, spesielt

hvis eksisterende tiltak ikke gir forventet effekt. Uten en slik forsterkning av omstillingsarbeidet, vil det være risiko for ytterligere økning i underskuddet.

4.3. Likviditet

Foretaksgruppen har ved utgangen av august en tilgjengelig likviditet på 4 135 mill. kroner, hensyntatt justering for at regionen skal ha en likviditetsbuffer på 600 mill. kroner. Det samlede negative avviket mot budsjett er på om lag 485 mill. kroner og skyldes periodiseringer knyttet til både investeringer, arbeidskapitalbinding og endringer i driftskredittrammen i revidert nasjonalbudsjett.

Forventing om lavere samlede investeringer i foretaksgruppen for 2025 motvirkes av forventninger i periodiseringer av arbeidskapital. Totalt fører dette til at foretaksgruppen per august opprettholder årsprognose for tilgjengelig likviditet.

4.4. Tiltak og omstilling

Det vises til styresak Status resultatoppnåelse og økonomisk effekt av tiltak per august 2025 i samme møte for mer informasjon.

5. Status for oppdrag

De fleste av oppdragene fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge RHF for 2025 forventes løst. I tabell 1 angis de av årets oppdrag hvor vi ser at det kan være utfordringer med måloppnåelse ved årsslutt.

I tillegg til status for årets oppdrag er det i tabell 2 inkludert en oversikt over status for tidligere gitte oppdrag i regionen som ikke er løst.

5.1. Årets oppdrag

Tabell 1 Tabell for oppdrag, 2025

Oppdrag	Status	Sannsynlighet for mål-oppnåelse
Regionen skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene (maks 5 pst. passert planlagt tid) innen alle fagområdene.	Uttrekk fra Helseplattformen viser samlet resultat på 83,9 pst., noe lavere enn forrige tertial (85,2 pst.). Det har imidlertid vært utfordringer med datakvaliteten over tid, og det er i høst iverksatt et forbedringsarbeid i HP for bedre datakvalitet og for harmonisering av hvordan indikatoren beregnes. Uavhengig av dette har det over tid vært utfordrende for HF-ene å nå målet, med bakgrunn i kapasitetsutfordringer, innføring og tilpasning til Helseplattformen, samt at prioritering av ventetidsløftet påvirker måloppnåelsen. I tillegg til forbedring på rapporteringssiden nevnes tiltak som risikobasert prioritering av pasienter, behovsstyrte og digitale kontroller, og nye verktøy for mer effektiv dokumentasjon (medlytt).	Svært lav
Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.	HF-enes rapporter indikerer et samlet måltall på 54,7 prosent. Men det er fortsatt utfordringer med datakvaliteten, og en regional arbeidsgruppe ledet av HMN RHF arbeider med dette. Parallelt arbeides det i nettverksstrukturen med å sikre prioritering i HF-ene av kodingsarbeidet, for å sikre at pasienter registreres i forløp. Målet er at HMN skal rapportere korrekte data innen utgangen av 2025. Se også kap. 2.2.	Svært lav
Regionen skal ha en reduksjon i reinnleggelser som kan forebygges gjennom god samhandling innenfor somatikk, psykisk helsevern og TSB.	For somatikk, psykisk helsevern og TSB varierer andelen reinnleggelser etter primæropphold mellom ca. 10-14 prosent. Det arbeides systematisk med dette i HF-ene, men det er ikke mulig å måle hvilke reinnleggelser som kunne	Usikker

	vært forebygget gjennom god samhandling.	
Gjennomsnittlig ventetid for Helse Midt-Norge RHF skal i 2025 være lik eller under 61 dager i somatikken, 44 dager i psykisk helsevern voksne, 45 dager i psykisk helsevern barn og unge og 33 dager i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).	En har etter sommeren sett en økning av ventetidene gjennom og etter sommerferien. Samlet ligger HMN over kravet. StO ligger under kravet, mens HNT og i enda større grad HMR ligger over kravet.	Usikker
Pasientens journaldokumenter: - Helse Midt-Norge RHF skal legge til rette for at øvrige deler av helse- og omsorgstjenesten kan få innsyn i journaldokumenter. - Helse Midt-Norge RHF skal følge opp at avtalespesialistene deler relevante journaldokumenter med helse- og omsorgstjenesten.	HMN har igangsatt en konseptfase og er i dialog med NHN og leverandør. Dagens nasjonale løsning er utviklet sammen med DIPS-regionene, så HMN forventer at det vil være nødvendig med utvikling både fra NHN og leverandør. Det har vært en prosess for å avklare om man skal tilby avtalespesialistene Helseplattformen. Foreløpig avventer man videre arbeid med Helseplattformen for avtalespesialistene og fokus blir å oppfordre avtalespesialistene til å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger for deling av journaldokumenter.	Usikker
De regionale helseforetakene skal samarbeide med Folkehelseinstituttet om overføring av data til nasjonal database for uønskede hendelser i tråd med kvalitetsforbedringsprosjektet Folkehelseinstituttet etablerer, samt bistå Helsedirektoratet inn i oppdatering / videreutvikling og opplæring i NOKUP. Det er et mål å ha en nasjonal database på plass innen utgangen av 2025. De regionale helseforetakene bes gå i dialog med det enkelte helseforetak om å inngå eventuell databehandleravtale med Folkehelseinstituttet om tilgang til data.	Saken er kompleks og med kort tidsfrist, og med stor sannsynlighet for forsinkelser. FHI signaliserer at de vil bruke høsten på å kartlegge hva som finnes i HF-enes systemer. Det arbeides for at en begrenset mengde data (ikke personidentifiserbar) vil kunne overføres til nasjonal database med formål å kartlegge hva som finnes i de ulike systemene, men etablering av nasjonalt register vil ta lengre tid.	Usikker

5.2. Uløste oppdrag fra tidligere – HF og RHF

Tabell 2 Tabell for uløste oppdrag

År	Oppdrag	Gjelder HF	Status
2021	Helseforetaket skal benytte kunnskap og verktøy (modul aktivitets- og bemanningsplanlegging i	StO, HMR, HNT	Oppdraget er ikke løst, det er fortsatt kun noen enheter som har tatt i bruk modulen. Det mangler toveis integrasjon med Helseplattformen.

	ressursstyringssystemet med integrasjon til operasjonsplanlegger / pasientadministrativt system) som sikrer god aktivitet og bemanningsplanlegging for å sikre at pasientene møter rett kompetanse til avtalt tid.		Det er utviklet et nytt dashboard for aktivitet og ressursplanlegging for pleietjenesten som skal gi ledere for pleietjenesten et verktøy hvor de får tilgang på data på både aktivitet og bemanning. Denne innsikten vil gi et bedre grunnlag for planlegging av bemanning i forhold til aktivitetene.
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	StO er gitt i oppdrag i 2025 å lage en plan for å etablere et døgnbasert rehabiliteringstilbud for pasienter etter multitraume / multiorgansvikt fra 2026. Rapport ble mottatt til utsatt frist 15.09. Rapporten anbefaler opprettelsen av en dedikert rehabiliteringsmedisinsk døgnenhet med regionalt ansvar for pasienter med multitraume / multiorgansvikt, samt organisering av en tverrfaglig rehabiliteringspatrulje og et poliklinisk oppfølgingstilbud. Rapporten estimerer videre en kostnadsramme for dette på i underkant av 53 MNOK, og anfører at sykehuset har behov for tilførte ressurser for en slik etablering.
2022	St. Olavs hospital HF skal utvide regionalt tjenestetilbud om intensiv habilitering for barn og unge til å omfatte aldersgruppen 7-18 år.	StO	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	RHF	Kravet om implementering av "Barn under radaren" er ikke innfridd, men

	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 og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.		arbeidet med implementering er påbegynt i alle HF. Oppstarten av bruk av sjekkliste blant klinikerne avhenger av bygging i HP. Byggingen har nå fått prioritet, men er ikke gjennomført, og er utsatt til første kvartal 2026 pga. en revidering av sjekklisten som skal gjennomføres av BarnsBeste. Delen om oppdraget som omhandler medisinske undersøkelser i Statens barnehus er innfridd.
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	Dette oppdraget resulterte i en foreløpig rapport fra fagledernetttverk for øye som oppsummerte med at videre arbeid med innføring av det nasjonale screeningsprogrammet krever prioriterte ressurser og egen finansiering. Saken ble diskutert i fagdirektørmøtet, hvor et av innspillene var at det ikke var ønskelig å særfinansiere oppdrag som er gitt til helseforetakene. Etter dette har saken ikke fått noen avklaring, og det er bare i Kristiansund vi har fått en desentralisert sykepleierdreven poliklinikk.
2023	Helseforetaket skal re-etablere anlegg for fylling av drivstoff for helikopter på St. Olavs hospital HF.	StO	Oppdraget er ikke løst p.t, men 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.
2023	Helseforetaket skal i samarbeid med Helse Midt-Norge RHF gjennomgå bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern og kvalitetssikre relevante styringsdata. Helseforetaket skal identifisere aktuelle tjenesteutviklingstiltak i tråd med "safety II - metodikk" på grunnlag av gjennomgangen.	StO, HMR, HNT	Det er gitt nytt oppdrag fra HOD i 2025 om gjennomgang av bruk av tvangsmidler og tvangsinngelgelser, og om at tvangsvedtak skal registreres i EPJ etter gjeldende mal. Alle regionene har hatt utfordringer med kvalitet på datauttrekk og jobber med å løse utfordringene. Arbeidet med å sikre reliable datauttrekk i HP har kommet videre, og data for 1 og 2. tertial er nå oversendt HF for gjennomgang og kvalitetssikring. Internrevisjonen gjennomfører arbeid i HNT høsten 2025 og vil komme med forslag til forbedringer basert på sine funn.
2024	Sykehusene skal videreføre antibiotikastyringsprogram med ledelsesforankring, overvåkning og rapportering om antibiotikabruk og	StO, HMR, HNT	HMR og StO rapporterte kravet som ikke innfridd i Årlig melding for 2024. Tall for første kvartal 2025 viser økende forbruk i HNT og HMR, og en

	-resistens, samt antibiotika-team.		forsiktig nedgang i STØ. Tema er tatt opp i regionalt fagdirektørmøte nylig og vi avventer forslag til tiltak fra HNT, HMR og STØ.
2024	Helseforetaket skal innføre kommunikasjonsløsning for akuttmedisinsk kjede (KAK)	StØ, HMR, HNT	Det er forsinkelser i det nasjonale prosjektet.
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.	StØ	StØ har lagt oppdraget inn i sitt bredere samarbeid med Trondheim kommune om samlokalisering av flere forsterkede botilbud. Det betyr i praksis at boligen ikke er etablert, men det pågår aktiv planlegging i forpliktende samhandling med Trondheim kommune.

6. Hovedsatsingsområder i Regional utviklingsplan 2023-2026

Rapportering på hovedsatsingsområder i regional utviklingsplan jf. hovedmål vedtatt av styret i sak 102/23.

5.3. 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 legges frem som egen styresak.

5.4. 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.
--	---

Alle fagledernettsverk er aktive

Etter prosessen med å styrke nettverksstrukturen og revideringen av fagledernettsverkene mandat i 2023 ses en positiv utvikling i aktivitet og fungering i de 33 fagledernettsverkene. Pr. 2. tertial 2026 har vi ingen inaktive nettverk, og det er etablert flere fagråd under nettverkene siste halvår. Helse Midt-Norge RHF arrangerte 26. september et seminar for medlemmer av fagledernettsverk og underliggende fagråd med tema som prioritering, standardisering og digitalisering med god deltakelse på tvers av nettverkene. Det regionale SPARK-prosjektet (forvaltningsmodell for regionale prosedyrer) har hatt mye informasjonsaktivitet i nettverkene for å understøtte etablering av regionale fagprosedyrer.

Fagledernettsverkene behandler uønsket variasjon

I årsrapporten for 2024 fremgår det at kun 13 nettverk har gjennomgått resultater fra medisinske kvalitetsregistre, helseatlas eller andre datakilder på eget område som grunnlag for målrettet kvalitetsforbedring og reduksjon av uønsket variasjon. Dette var flere enn året før, men ikke i tråd med målsetningen om jevnlig oppfølging i samtlige nettverk. 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 (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. Helse Midt-Norge RHF ser imidlertid behov for tydeligere styring av arbeidet med reduksjon av uønsket variasjon og samling om beste praksis, særskilt utfasing av lavverdiprosedyrer. Det arbeides med å systematisere dette gjennom fagdirektørnettverksstrukturen og i styringsdialogen for å sikre målrettet og prioritert arbeid.

5.5. 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.
--	---

Planer for alle utvalgte områder

Begrepet regionale fellesløsninger omfavner 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 denne planperioden og gevinstrealiseringsmetodikk for 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 selskaper som leverer IKT-tjenester til helseforetakene; Hemit HF og Helseplattformen. Ledergruppene i Hemit HF og Helseplattformen AS har besluttet å gå videre med følgende innstilling til drøfting:

1. Supportfunksjonen (første- og andrelinje) samles hos Hemit
2. Kommunikasjon etableres som felles funksjon
3. Etablere felles stabsfunksjoner med enhetlig ledelse
4. Etablere felles produkt- og tjenesteorganisering for prioriterte områder
5. Etablere felles integrasjonsplattform med mål om å bygge grunnlaget for en felles integrasjonstjeneste for framtidens integrasjonsbehov
6. Etablere en felles tjeneste for tilgangsadministrasjon
7. I tillegg skal det igangsettes et arbeid med å løse tekniske utfordringer som hindrer effektiv samhandling

Etter planen skal modell for organisering av felles funksjoner etableres innen utgangen av 2025.

Det arbeides systematisk med utvikling av felles regionale prosedyrer samt forbedring av verktøy for felles løsninger og samhandling. Utvikling av samarbeidet mellom Hemit HF og Helseplattformen AS følges tett i Helse Midt-Norge slik at vi kan dra nytte av metode og erfaringer og bygge på disse ved vurdering av tettere samhandling innen øvrige tjenesteområder.

Logistikkssenteret for Helse Midt-Norge er etablert. Regionalt beredskapslager inngår i logistikkssenteret 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.

5.6. 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

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. Første gjennomføring fikk veldig god tilbakemelding, og vi nettopp avsluttet kull 2 som også har fått veldig god tilbakemelding.

Det er igangsatt arbeid med å etablere basis lederprogram for ledere på nivå 3 og 4. Målet er å lage et felles rammeverk med lokal tilpasning. Det vil gi mulighet for å ha felles grunnstruktur, språk og begrepsapparat på ledelse på tvers i regionen.

Verktøykasse for ledere er ett av satsningsområdene i 2025. Her er formålet å sikre at lover, rutiner og prosedyrer er lett tilgjengelig. Inngangen skal være synlig og lett tilgjengelig i hovedmenyen på intranettet. Her finner lederne faglig relevant informasjon som til eksempel ressursplanlegging og fraværsoppfølging, dashbord med styringsverktøy og statistikk, økonomi og virksomhetsstyring, HMS og bransjeprogrammet for oppfølging av sykefravær og mer. Arbeidet med verktøykassen er igangsatt.

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 et Dashboard for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging for sykepleiertjenesten i de tre sykehusforetakene. Hensikten med Dashboardet er at man ved hjelp av data kan få innsikt i hvordan ressursene skal fordeles i løpet av døgnet/uke/måned for å fordele ressursene best mulig i henhold til aktiviteten i enheten. Det jobbes nå med å utvikle e-læring angående metodikk for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og bruk av Dashboardet for å gi lederstøtte til ledere som skal ta i bruk verktøyet.

Arbeidet med å overføre data fra ressursstyringssystemet, personalsystemet og lønssystemet (HR data) til HMN datavarehus pågår, men har for lite ressurser og vil ta lang

tid. Når data er overført vil en kunne sammenstille data fra HR-, fag- og økonomi og lage ulike analyser på f.eks. belegg, bemanning og sykefravær

Arbeidet med å lage regionale veiledere/opplæring til ledere i bruk av Ressursstyringssystemet (RS) er kommet godt i gang. Målet er å publisere første del i slutten av året. Dette arbeidet vil bidra til at opplæringsmateriell for bruk av RS ikke lages på hvert HF, men lages felles for alle HFene.

5.7. 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

Vi er nå i en periode der handlingsplanene i helsefellesskapene revideres. I den forbindelse har behovet for mer samkjøring blitt drøftet i regionalt samhandlingsnettverk, og en ser behovet både for samkjøring og å lære av hverandre.

I den nåværende handlingsplanen har helsefellesskapet i Nordre Trøndelag gått fra 16 prosent måloppnåelse i 2022, via 27 prosent til 43 prosent måloppnåelse i 2024. Handlingsplanen ble evaluert på mer overordnet nivå i juni i år, med hovedfokus på erfaringer for å utarbeide ny handlingsplan. Den nye planen planlegges vedtatt i desember i år.

Helsefellesskapet Møre og Romsdal har gått fra 28 prosent måloppnåelse i 2022, via 30 prosent til 46 prosent i 2024. De har nylig inngått ny samarbeidsavtale, og har jobbet målrettet med å få felles handlingsplan satt i system. En planlegger å få ny handlingsplan vedtatt i desember i år.

Helsefellesskapet i Søndre Trøndelag har i sin nåværende handlingsplan gått fra 28 prosent måloppnåelse i 2022 via 30 prosent til 43 prosent måloppnåelse i 2024. Ny handlingsplan er snart ferdig, og skal behandles høsten 2025.

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 systematiske arbeidet for å kartlegge elektiv aktivitet som kan vurderes for flytting fra større til mindre sykehus fortsetter. To fagområder har gitt tilbakemelding om at de har flyttet aktivitet, for tre fagledernetverk er det fremdeles uavklart, mens fem fagledernetverk har forslag en skal jobbe videre med. De resterende fagledernetverkene

har meldt at dette ikke er aktuelt på nåværende tidspunkt. Når forslagene som er meldt inn er noe mer konkretisert, skal disse tas til KTV/KVO, RBU og det regionale fagdirektørmøtet.

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:

- Regionale samhandlingsmidler på til sammen 5 MNOK ble tildelt i mars. Det er prosjekt i alle tre HF innenfor områdene skrøpelige eldre, tette kransårer, laboratoriemedisin, samt barn og unge. Alle prosjektene som har fått midler er kommet i gang, men det er for tidlig å si noe om måloppnåelse. Flere av prosjektene ønsker å få overført midler til 2026. Dette er midler som fullt og helt styres av RHF-et og utelukkende går til konkrete samhandlingsprosjekt.
- Det arbeides videre med den akuttmedisinske utviklingsplanen som 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.
- Det pågår en revidering av handlingsplanen «*Spesialisthelsetjenester for samisk befolkning i Midt-Norge*» hvor representanter fra språkforvaltningskommunene deltar sammen med helseforetakene. Det er ønske om tettere samarbeid mellom aktørene, både rundt pasientene og i forhold til kompetansehevende tiltak. I statsbudsjettet er det tildelt midler til videreføring av samisk helseteam og selv om rammene er noe uklare per nå, er det forventninger om at samisk helseteam blir et naturlig bindeledd i samhandlingen mellom aktørene.
- Det satses på samhandling mellom tjenestenivå innenfor psykisk helsevern (PH) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Flere av prosjektene som er del av 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 og KS har utarbeidet en rutinebeskrivelse for involvering, hvor ansvarlig RHF gjør sine vurderinger av de enkelte oppdrag og kontakter KS for å sikre hensiktsmessig involvering. KS gir deretter innspill til hvordan kommunal involvering kan skje i det konkrete oppdraget, bidrar til å finne deltagere inn i arbeidet, samt orienterer aktuelle deltagere om hvilken rolle de har.

7. Tilsyn og revisjoner

Det er i 2. tertial 2025 rapportert om følgende varslede, pågående eller avsluttede eksterne tilsyn og revisjoner i helseforetakene som anses å være av særskilt interesse for styret i det regionale helseforetaket.

Tabell 3 Tilsyn og revisjoner

Pågående			
Tilsyns-objekt	Tilsynsorgan	Tema og formål	Status
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 rapport er mottatt med stadfesting av de tre påleggene med frist 15.11.25 for lukking av pålegg. Det arbeides med å lukke påleggene innenfor fristen.
StO	Datatilsynet	Stedlig tilsyn knyttet til Helseplattformen. Fokus på tilgangsstyring og personopplysningsikkerhet	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. StO har per 2. tertial ikke mottatt endelig rapport.
StO	Statens helsetilsyn	Selvmondsforebygging i psykisk helsevern. Tilsynets formål er å bidra til selvmondsforebygging hos pasienter som utskrives med depresjon.	Tilsynsmyndigheten forventer at sykehusets ledelse legger til rette for og følger opp at behandlingen som gis til pasienter med depresjon ved Nidaros DPS, St. Olavs hospital, er i samsvar med lovkrav. Sykehuset må iverksette tiltak for å rette opp sin praksis på alle de sjekkpunktene som ble undersøkt i tilsynet. Videre må helseforetaket dokumentere at praksis er endret og at pasientsikkerheten ivaretas for pasienter med depresjon og selvmondsrisiko. Ettersom avdekket svikt ikke er fanget opp gjennom sykehusets egne styringstiltak, må det også iverksettes nye eller forbedrede

			styringstiltak. Tilsynet kan avsluttes først når sykehuset har Intern sannsynliggjort at det er etablert en ny og robust praksis i tråd med kravene til forsvarlige tjenester Oversikt over planlagte tiltak ble oversendt tilsynsmyndigheten 14.2.25. Helsetilsynet konkluderer med brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9. Helsetilsynet ber om å få tilsendt resultatene fra den planlagte journalgjennomgangen, sykehusets vurdering av resultatene fra gjennomgangen og en redegjørelse for hvordan resultatene skal følges opp. I tillegg ber Helsetilsynet om å få tilsendt de nye sjekklisterne som er utarbeidet, samt bli oppdatert på status for samlokaliseringen av DPS døgnseengene. Svarfrist er 30.9.25.
Gjennomførte			
Tilsyns-objekt	Tilsynsorgan	Tema og formål	Status
StO	Arbeids-tilsynet	Arbeidsbelastning og brudd på arbeidstidsbestemmelser 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. Lenke til klinikkvise tilsynsrapporter: Tilsynsrapporter fra Arbeidstilsynet - St. Olavs hospital HF. Redegjørelse fra klinikkene ble oversendt tilsynet innen 02.09.24. 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. For Pålegg 4 er det dialog med Arbeidstilsynet knyttet til nærmere avklaringer, og det arbeides internt i StO med hvordan avviket kan lukkes.
SYA	Direktoratet for medisinske produkter (DMP)	Tilsynet omfattet sentrale områder av apotekets faglige virksomhet med unntak av apotekets	Tilsynet avdekket totalt 13 avvik, hvorav ingen kritiske avvik, 10 store avvik og 3 andre avvik. Avvikene var knyttet til kvalitetssystemet, personell, reklamasjoner, returer og tilbakekallinger, kontroll, lokaler

		tilvirkning av legemidler. Regelverket som legges til grunn for tilsynet er apotekloven og legemiddelloven med tilhørende forskrifter.	og utstyr og transport. Store avvik skal være lukket innen 75 dager etter siste tilsynsdag. Andre avvik skal være lukket innen seks måneder etter siste tilsynsdag. Frist for lukking av avvik: 31.12.2025. Avvik følges opp og behandles i apoteket, med bistand fra foretaksadministrasjon.
--	--	--	---

8. Status på investeringsprosjekter

8.1. Sykehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR)

Akuttbygget på Hjelset er ferdigstilt og overlevert. De gjenstående arbeidene gjelder utomhus, riving og en del garantiarbeid/tilpasninger etter innflytting. Delprosjektet i Kristiansund gjenstår, og både sluttrapport for utbyggingen på Hjelset og plan for Kristiansund legges frem i løpet av 2025. I styremøtet i Helse Møre og Romsdal HF 1. oktober 2025 ble det orientert om at sluttprognosen for SNR-prosjektet har økt med 65 mill. kroner sammenlignet med tidligere rapportering. Utomhusarbeid utgjør den største posten med en økning på 55 mill. kroner, som skyldes mengderegulering og tilleggsarbeid knyttet til masseforflytning, asfalt, trekkerør etc. Entreprisen er tilført kostnader fra fundamentering for helikopterplattform og ferdigstilling av område rundt sjøvannspumpekum. Byggherrekostnadene har økt med 19,6 mill. kroner som følge av lengre tilstedeværelse fra Sykehusbygg for driftsoverføring, ombygging av psykiatri og oppfølging av de siste entreprisene, inkludert sluttoppgjør, etter at HMR sin prosjektorganisasjon ble avvirket 1. juli. Utbedringer i forbindelse med innflytting har medført en økning på 13,3 mill. kroner, blant annet til justeringer i traumestuer, dører, areal til Trondheim Ortopediske Verksted etc. På en annen side har kostnadene til IT og utstyr blitt noe redusert fra opprinnelig estimat. Oppdatert prognose fra Sykehusbygg viser at SNR Hjelset nå har en sluttprognose på 6 701 mill. kroner. I tillegg er det satt av en budsjettpost til SNR Kristiansund på 137 mill. kroner, hvor om lag 7 mill. kroner er påløpt per august 2025. Prosjektet på Hjelset planlegges ferdigstilt i november 2025. Det arbeides med å etablere en omforent forståelse av kostnadsrammene i prosjektet.

8.2. Akutt-Intensiv-Operasjon Ålesund (AIO)

Delprosjekt 5 med ny hovedinngang er ferdigstilt. For akuttbygget ble avtale om innvendige arbeider inngått før sommerferien, og detaljprosjekteringen pågår. På byggeplassen er råbyggsarbeidet under avslutning, og fasademontasje pågår med sikte på tett bygg ved årsskiftet 2025/26. Planlegging av innflytting, rocade og ombygging i eksisterende sykehus er videreført. Det er besluttet at føde/barsel ikke skal flyttes, noe som forenkler planleggingen.

Prosjektet har arbeidet videre med tiltak for kostnadsbesparelser og risikoreduksjon, slik at gjennomføringen skjer innenfor kostnadsrammen (p85prosent). Styret i Helse Møre og Romsdal HF har understreket at AIO-prosjektet må slutføres innen den vedtatte kostnadsrammen, og føler prosjektet tett. Siden oppstarten av forprosjektet er det påløpt kostnader på 488,7 mill. kroner, hvorav 61,1 mill. kroner i 2. tertial. Ferdigstilling av byggarbeidene er avtalt til 1. juli 2027. Bygget tas i bruk fra november 2027 etter en periode med opplæring og innflytting.

8.3. Helikopterplass, Sykehuset Namsos

Byggearbeidene er godt i gang, selv om oppstart ble noe forsinket. Ny sluttdato er satt til 13. februar 2026, seks uker senere enn opprinnelig plan. Prognosen for prosjektet er 120,7 mill. kroner, og det gjenstår en reserve på 4,5 mill. kroner opp til øvre ramme.

9. Felleseide foretak

Hovedformålet med de felleseide foretakene er å bidra til å styrke og forbedre tilbudet til pasientene, herunder å sikre samordning og likeverdighet, samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse. Videreutviklingen av det interregionale samarbeidet og en bedre samordning på tvers av regionene fremstår som en viktig del av den nasjonale helsepolitikken.

De felleseide foretakene styres gjennom årlige oppdragsdokumenter som angir særskilte krav/oppgaver og fastsetter aktivitetskrav og eiernes finansiering. Tilskuddene skal i hovedsak være basert på priser for tjenester levert til de enkelte regionale helseforetak eller helseforetak. Det gis også bevilgninger til enkelte formål som representerer fellesaktiviteter som det er uhensiktsmessig at tjenestepriiser.

Nedenfor følger en kort status per foretak.

9.1. Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF) skal bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsettinger for den nasjonale medisinske nødmeldetjenesten, herunder nødvendig og lovpålagt samarbeid mellom helseforetak og kommuner innen nødmeldetjenesten.

Foretaket har i perioden arbeidet videre med ny kommunikasjonsløsning i den akuttmedisinske kjeden (KAK). Både dette prosjektet og AMK-IKT prosjektet er forsinket, noe som innebærer at løsningen delvis vil bli innført høsten 2025, mens pilotering og videre innføring ved AMK og store installasjoner først blir gjennomført fra sommeren 2026. Foretaket bidrar i arbeidet med utvikling av den nye nødnettteknologien og leder nå helsedelen av nytt nødnett.

HDO HF fortsetter å forvalte løsninger for bruk av video mellom innringer og medisinsk operatør på AMK. Status per andre tertial 2025 er at totalt 16 AMK-sentraler (100 prosent) og 93 legevaktssentraler (96 prosent) benytter en videoløsning fra foretaket. Foretakets telefoniplattform muliggjør dialog innenfor helsesektoren uavhengig av kommersielle nettverk og er viktig både innenfor helsesektoren og i beredskap knyttet til totalforsvar.

Rapportert resultat og årsprognose per andre tertial vises i tabellen nedenfor.

Tabell 5: Resultat per august 2025 for Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF.

Tall i 1000 NOK	Regnskap hittil	Budsjett hittil	Budsjettavvik hittil	Års- prognose	Års- budsjett	Avvik budsjett- prognose
Resultat	52 718	10 079	42 639	0	0	0 %

Foretaket har et resultat hittil som er 42,6 mill. kr bedre enn budsjett, og estimerer et mindreforbruk i 2025 på til sammen 82,8 millioner kroner. Specialisthelsetjenesten andel av estimert mindreforbruk er på om lag 40 millioner kroner. Det er lavere kostnader til lisenser, avskrivninger og innleie som hovedsakelig forklarer avviket og skyldes forsinkelser i KAK-prosjektet. Lavere kostnader enn budsjettert vil medføre reduserte fakturaer til eierne og prognosen som er rapportert viser derfor et null-resultat.

9.2. Luftambulansetjenesten HF

Luftambulansetjenesten HF's primære og prioriterte oppgaver er å tilby befolkningen luftambulansetjenester hele døgnet.

Foretaket har i perioden bidratt i arbeidet med anskaffelse av ny helikopteravtale. Det har også vært arbeidet videre med program for forbedring og effektivisering av ambulanseflytjenesten. Beredskap for transport av høysmittepasienter i samarbeid med EU (RescEU) er videreført. Flyet er til daglig stasjonert i Tromsø og forsterker nasjonal beredskap når flyet ikke er på oppdrag i EU. Aktiviteten målt i timer har samlet sett vært om lag som budsjettet.

Rapportert resultat og årsprognose per andre tertial vises i tabellen nedenfor.

Tabell 6: Resultat per august 2025 for Luftambulansetjenesten HF.

Tall i 1000 NOK	Regnskap hittil	Budsjett hittil	Budsjettavvik hittil	Års- prognose	Års- budsjett	Avvik budsjett- prognose
Resultat	16 417	2 994	13 423	8306	0	8 306 0 %

Positivt avvik mot budsjett skyldes hovedsakelig lavere drivstoffpriser enn forutsatt. Vakante stillinger er besatt og kontraktsfestet regulering av vederlag til operatørene ble om lag 4 millioner kroner høyere enn budsjettet. Tross positivt avvik mot budsjett hittil i år opprettholder foretaket en prognose lik budsjett. Foretaket forventer noe høyere kostnader siste del av året, blant annet knyttet til at indeksregulering av faste vederlag og teknisk timepris i andre halvår er høyere enn budsjettet.

9.3. Pasientreiser HF

Pasientreiser HF er en felles enhet for de fire regionale helseforetakene hvor formålet er å oppfylle de regionale helseforetakenes «sørge-for-ansvar» innen området pasientreiser.

Pasientreiser HF arbeider videre med effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innen reiser med rekvisisjon (vil i fremtidige rapporter benevnes «organiserte reiser», etter endring i forskriften). For reiser uten rekvisisjon (heretter benevnt «reisestøtte») har foretaket i perioden fortsatt arbeidet med tilpasning til endringer i pasientreiseforskriften. Det gjenstår fremdeles en del arbeid for å lage gode permanente og automatiserte prosesser relatert til ny forskrift. Ny rekvisisjonspraksis ble innført nasjonalt 1. april. Det er ikke avdekket tekniske utfordringer, og løsningen videreutvikles kontinuerlig. Det er avgjørende at kommunikasjonsstrategien følges opp fortløpende, og at pasientreiser i helseforetakene veileder de største behandlerne til å ta løsningen i bruk. Det gjennomføres oppfølgingsmøter med helseforetakene.

Foretaket har i perioden arbeidet med anskaffelse av samarbeidspartner til tiltaket Nasjonal løsning for planlegging og optimering av pasientreiser. Tiltaket ble godkjent av eierne i juni 2025.

Rapportert resultat og årsprognose per andre tertial vises i tabellen nedenfor.

Tabell 7: Resultat per august 2025 for Pasientreiser HF.

Tall i 1000 NOK	Regnskap hittil	Budsjett hittil	Budsjettavvik hittil	Års-prognose	Års-budsjett	Avvik budsjett-prognose	
Resultat	2 534	0	2 534	2 490	0	2 490	0 %

Positivt avvik mot budsjett og tilsvarende årsprognose forklares med noe lavere lønnskostnader som følge av lavere sykefravær og aktivering av egne utviklere. I tillegg har foretaket lavere kostnader til konsulenter på grunn ferdigstilling av flere utviklingstiltak med lavere kostnader enn budsjettet. Samtidig er kostnader til drift og vedlikehold av foretakets systemer noe høyere enn budsjett.

Den positive prognosen skyldes blant annet at foretaket har hatt fokus på kostnadsreduserende tiltak og har redusert bruk av konsulenter, samt at de har forskjøvet på utviklingsløp og øvrige utviklingsaktiviteter i PRO, som et tiltak som reduserer tidligere angitte konsekvenser av regelverksendringer som kom i mars.

9.4. Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF er en internleverandør for de regionale helseforetakene og helseforetakene knyttet til større byggeprosjekter. Foretaket legger til rette for og bidrar til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen prosjektering og bygging av sykehus, samt sørger for at erfaring fra forvaltning og drift av sykehuseiendom tas hensyn til i nye prosjekter og kommer foretakenes eiendomsforvaltning til nytte.

Virksomheten omfatter to hovedkategorier av oppgaver; fellesoppgaver og prosjektoppgaver. Fellesoppgaver er oppgaver som helseforetaket løpende ivaretar for de fire helseregionene, mens prosjektoppgaver leveres etter bestilling fra ett eller flere regionale helseforetak eller helseforetak.

Omfang av og ressurser til fellesoppgaver er på samme nivå som i fjor, om lag 28 millioner kroner. Etter at kunnskapsbanken ble satt i drift, har foretaket utarbeidet en handlingsplan for kunnskapsbygging og erfaringsoverføring. Det arbeides også med blant annet oppdatering av veiledere, framskrivninger og kulturminnevern.

Foretaket følger investeringsplanene i de fire helseregionene tett for å sikre rett kapasitet og kompetanse, samt eventuelle endringer i foretakenes byggeplaner.

Rapportert resultat og årsprognose per andre tertial vises i tabellen nedenfor.

Tabell 8: Resultat per april 2025 for Sykehusbygg HF

Tall i 1000 NOK	Regnskap hittil	Budsjett hittil	Budsjettavvik hittil	Års-prognose	Års-budsjett	Avvik budsjett-prognose	
Resultat	-4 625	-2 545	-2 080	-133	20	-153	-765 %

Årsaken til resultatavviket hittil i år er noe lavere faktureringsgrad som følge av fravær, samt enkeltprosjekter som har startet aktiviteten noe senere enn planlagt. Foretaket forventer likevel å nå resultatmålet for 2025 (om lag 0-resultat).

9.5. Sykehusinnkjøp HF

Foretaket skal understøtte spesialisthelsetjenestens behov for innkjøpstjenester og sammen

med helseforetakene og de regionale helseforetakene realisere kvalitative, økonomiske og samfunnsmessige verdier innenfor alle innkjøpskategorier.

Sykehusinnkjøp HF har i perioden hatt stabile leveranser av nye anskaffelser. De har samtidig fortsatt implemneteringen av ny organisasjonsstruktur som ble innført 1. februar 2025. Foretaket understøtter Nye metoder inklusive arbeidet i Bestillerforum og Beslutningsforum og har styrket avdelingen for å kunne håndtere satsningen på medisinsk utstyr. Det har i perioden bidratt med prisnotater (106) vedrørende legemidler og innspill (114) til Bestillerforum.

Alle divisjoner er nå på samme IKT-plattform. Det har vært arbeidet med anskaffelse av digitale verktøy for konkurransegjennomføring (KGV) og kontraktsadministrasjon (KAV) og leverandør er valgt. I perioden april til august gjennomføres det en designfase og arbeidet er sentralt for at foretaket skal kunne effektivisere virksomheten ytterligere. Rapportert resultat og årsprognose per andre tertial vises i tabellen nedenfor.

Tabell 9: Resultat per august 2025 for Sykehusinnkjøp HF

Tall i 1000 NOK	Regnskap hittil	Budsjett hittil	Budsjettavvik hittil	Års- prognose	Års- budsjett	Avvik budsjett- prognose	
Resultat	4 588	2 102	2 486	0	0	0	0 %

Årsaken til positivt resultat per august er i hovedsak lavere lønns- og personalkostnader på grunn av vakanser. Foretaket har en prognose på budsjett, men beskriver samtidig en vesentlig usikkerhet knyttet til prognose for kostnader til ekstern juridisk bistand og eventuelle saksomkostninger. Det foretas løpende vurdering knyttet til avregning mot eierne.

10. Topp ti risiko

I denne delen presenteres de viktigste risikoene i foretaksgruppen på kort og lengre sikt (del 1), i tillegg til at det i del 2 gjøres en dybdeanalyse av den øverste risikoen, Manglende økonomisk bærekraft i foretaksgruppen. Analysen er utarbeidet på bakgrunn av styrebehandlingen av sak 087/25: *Styret kommenterte topp ti risiko hvor økonomisk bærekraft er den høyeste risikoen, og ba om å få en dybdeanalyse av de ulike faktorene som påvirker denne risikoen.*

10.1. Oversikt over topp ti risiko

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.

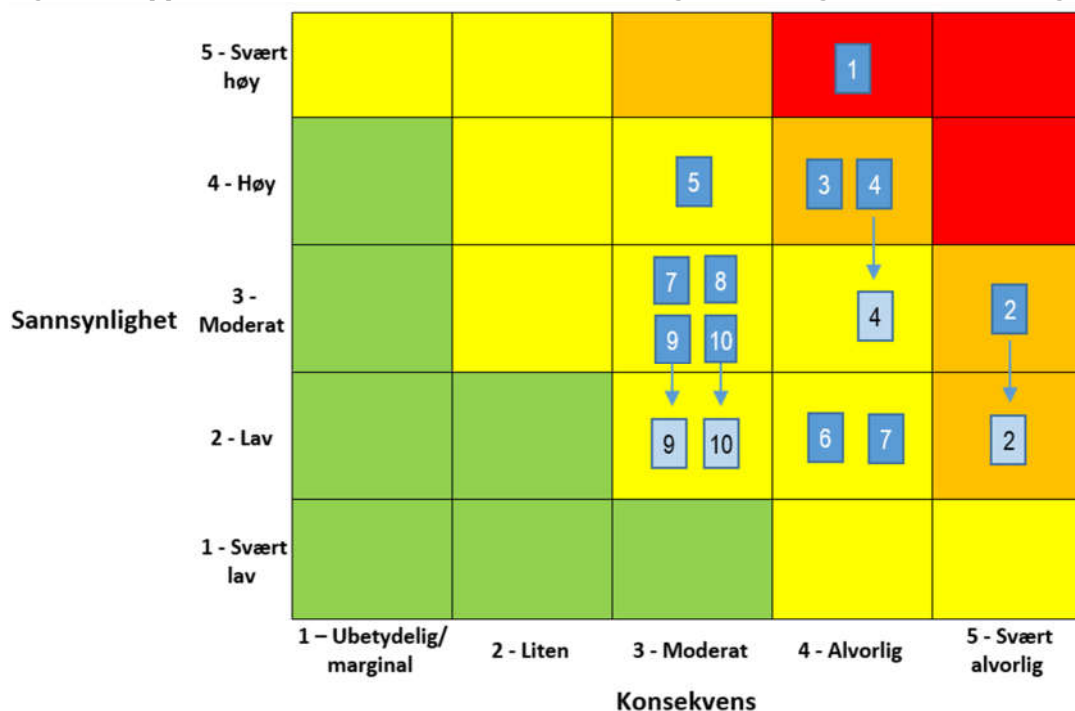
Risiko vurderes som et produkt av sannsynlighet for at risikoen inntreffer og konsekvensen dersom den gjør det. Dette innebærer at risikoer med store konsekvenser vil kunne inkluderes i topp ti risiko, selv om det vurderes som å være lite sannsynlig at de inntreffer.

Helseforetakene i Midt-Norge sine risikovurderinger er en viktig kilde til den regionale risikovurderingen. Helseforetakene rapporterer pr. 11.09 et relativt stabilt risikobilde. St. Olavs hospital melder ikke om betydelige endringer fra forrige kvartal, mens Helse Møre og Romsdal fortsatt rapporterer en noe redusert risiko knyttet til Helseplattformen. Helse Nord-Trøndelag rapporterer økt risiko knyttet til økonomi og arbeidsbelastning. Nedenfor vises risiko før tiltak og restrisiko etter tiltak i et 12 mnd. perspektiv.

Tabell 10: 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	6	Avhengighet av amerikanske skytjenester og leverandører		Lav	Alvorlig
7	7	Mangelfull samhandling med primærhelsetjenesten		Moderat	Moderat
8	9	Svikt i leveranse av kritisk utstyr/materiell/legemidler		Moderat	Moderat
9	NY	Mangelfull kvalitet på indikatorer		Lav	Moderat
10	NY	Uberettiget variasjon i behandlingstilbud mellom regionens sykehus		Lav	Moderat

Figur 2: Topp ti risiko – matrise – 12 mnd. Pilene angir utvikling i risikonivå før og etter tiltak.

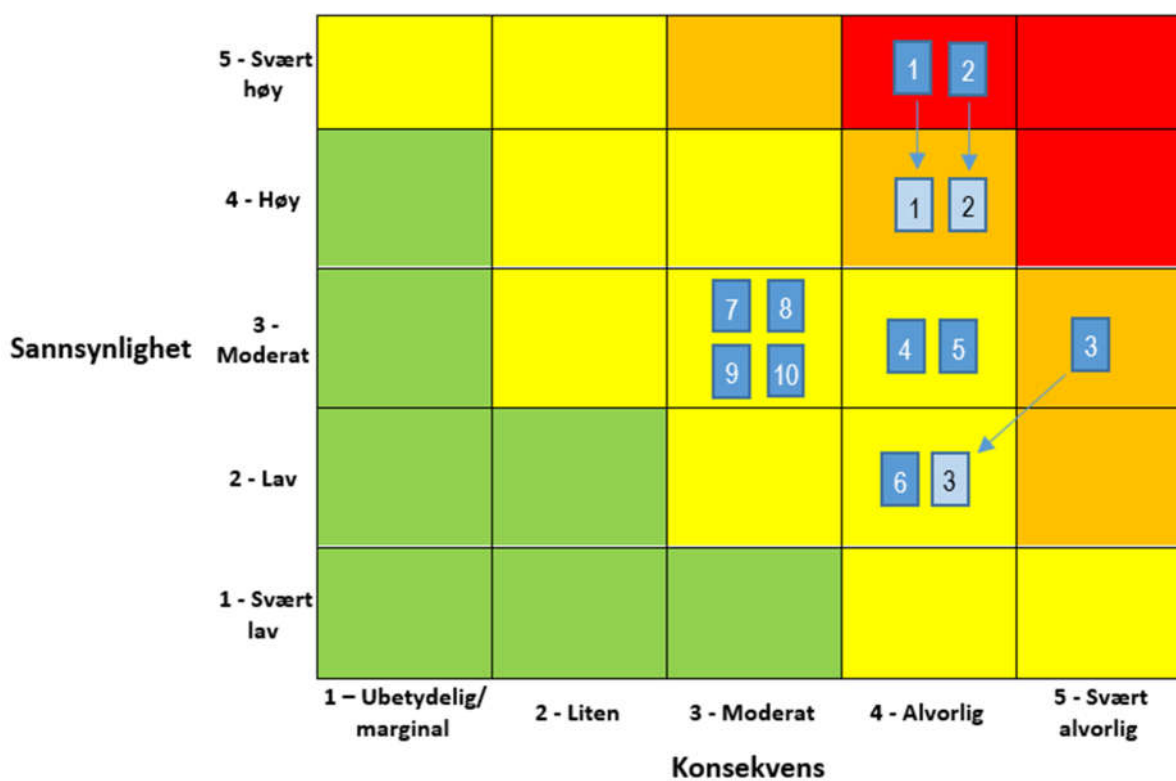


I tillegg til den ordinære vurderingen av topp ti risiko i et 12 mnd. perspektiv, vurderes risikobildet i et femårig perspektiv en gang i året. Dette gjøres for å synliggjøre forventet utvikling i risikobildet, og effekt av mer langsiktige tiltak. Oversikten i et 5 års perspektiv er gjengitt nedenfor.

Tabell 11: Topp ti risiko - 5 år

Rang	Forrige rang	Risiko	Risiko, rest	Sannsynlighet etter tiltak	Konsekvens etter tiltak
1	2	Manglende økonomisk bærekraft i foretaksgruppen		Høy	Alvorlig
2	1	Mangel på personell med nødvendig kompetanse		Høy	Alvorlig
3	7	Langvarig bortfall av elektronisk kommunikasjon og/eller omfattende brudd på informasjonssikkerhet		Lav	Alvorlig
4	3	Lange ventetider		Moderat	Alvorlig
5	5	Høy arbeidsbelastning på ansatte		Høy	Moderat
6	NY	Antimikrobiell resistensutvikling (AMR)		Lav	Alvorlig
7	9	Svikt i leveranse av kritisk utstyr/materiell/legemidler		Moderat	Moderat
8	6	Uberettiget variasjon i behandlingstilbud mellom regionens sykehus		Moderat	Moderat
9	8	Mangelfull gevinstrealisering fra Helseplattformen		Moderat	Moderat
10	11	Mangelfull samhandling med primærhelsetjenesten		Moderat	Moderat

Figur 3: Topp ti risiko – matrise, 5 år. Pilene angir utvikling i risikonivå før og etter tiltak.



Det overordnede risikobildet i regionen er relativt stabilt, med noen endringer. Risikoene *Mangelfull kvalitet og måloppnåelse på indikatorer* samt *Uberettiget variasjon i behandlingstilbud mellom regionens sykehus* er nye i topp ti risiko vurdert over en 12 mnd. horisont. Risikoen for lange ventetider er også noe redusert i et 12 mnd. perspektiv.

I det femårige perspektivet er økonomirisikoen vurdert som økt, mens personellrisiko, risiko for høy belastning på ansatte, for uberettiget variasjon samt for lange ventetider og høy andel fristbrudd er noe redusert siden forrige vurdering. Dette henger sammen med at det er identifisert, planlagt og iverksatt flere risikoreduserende tiltak på disse områdene siden forrige vurdering høsten 2024. I dette mer langsiktige perspektivet er *Antimikrobiell resistensutvikling (AMR)* en ny risiko på topp ti.

10.2. Beskrivelse av risikoene

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.

10.2.1. Manglende økonomisk bærekraft i foretaksgruppen

Manglende økonomisk bærekraft vurderes som den høyeste risikoen i foretaksgruppen både i det korte (12 mnd.) og det mer langsiktige (5 år) perspektivet. Økonomirisikoen behandles særskilt under pkt. 2, *Dybdeanalyse økonomisk bærekraft*.

10.2.2. 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 innsidevirksomhet som høy. Videre vurderes statlige trusselaktørers evne til å gjennomføre destruktive angrep som moderat. Skadepotensialet ved et slik angrep er imidlertid meget høyt.

I Hemits topp 10 risikovurdering fra september 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 10 risiko. Som ved forrige vurdering, vurderes de potensielle konsekvensene av et langvarig bortfall av elektroniske kommunikasjon som svært alvorlige, og vil i verste fall 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 mars 2024. Noen av tiltakene forventes å gi en sikkerhetseffekt allerede kommende år, mens andre krever nærmere utredning og betydelige investeringer. Til de viktigste tiltakene som vil kunne ha en effekt på kort sikt hører styrket kontroll på identiteter, tilganger og fysisk sikkerhet (PAM), styrket kontroll på programvare, enheter og avhengigheter, samt å kartlegge og lukke sårbarheter knyttet til MTU. På lengre sikt vil tiltak for å øke redundans på datasenter kunne redusere konsekvensene ved et evt. bortfall.

10.2.3.Mangel på personell med nødvendig kompetanse

Risikoen for mangel på personell med nødvendig kompetanse er en av de største og mest komplekse utfordringene i Helse Midt-Norge. Vi ser klare utfordringer på personellområdet i regionen i dag, og disse påvirker måloppnåelsen vår på flere områder, blant dem innen ventetider. Det er følgelig viktig å jobbe med tiltak som bidrar til å redusere konsekvensene av de pågående personellutfordringene. Samtidig er det liten tvil om at personellrisikoen vil øke på sikt dersom en ikke klarer å identifisere tilstrekkelige risikoreduserende tiltak. Jfr. også NOU 2023:4, Tid for handling.

I forbindelse med dybdeanalyse av denne risikoen ble det beskrevet en rekke risikoreduserende tiltak innen ulike områder, hvorav flertallet er langsiktige. Status for tiltakene er gjengitt nedenfor. Samlet sett vurderer vi at det er tilstrekkelig mange tiltak som er beskrevet og som følges opp på en god måte til at den langsiktige risikoen kan justeres noe ned.

De risikoreduserende tiltakene på personellområdet som ble beskrevet i dybdeanalysen i mars 2025 var gruppert i hhv. samhandling, beste praksis, teknologi, strukturer og funksjoner, bemanningsplanlegging, attraktive arbeidsmiljø og kompetanseplanlegging.

Innen området samhandling er det mye aktivitet, blant annet gjennom prosjekter finansiert av regionalt samhandlingsbudsjett. Se egen rapportering på hovedsatsingsområdene i regional utviklingsplan, kap. 7. Det gis i tillegg en status for samhandlingsgevinster av Helseplattformen i egen styresak om gevinstrealisering HP.

Innen arbeidet med beste praksis fortsetter arbeidet med tilgjengeliggjøring av data og styrking av fagledernetverk, og SPARK-prosjektet er etablert for å følge opp internrevisjonsrapporten "Evalueringsmodell for regionale prosedyrer".

På teknologiområdet er det igangsatt konkret arbeid som vil kunne ha en positiv effekt på personellrisikoen. Dette inkluderer behovsstyrt oppfølging og digital hjemmeoppfølging, hvor det pågår flere prosjekter og hvor det første regionale behovsstyrte oppfølgingsprogrammet skal bygges i Helseplattformen. Helse Midt-Norge jobber med tiltak

innen KI, og det er vedtatt etablering av en KI-plattform for å kunne ta i bruk funksjonalitet fra Epic på området.

Innen arbeidet med strukturer og funksjoner er oppdraget om å vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus fulgt opp i fagledernetverkene, og arbeidet med å kartlegge hvilke fagområder det er aktuelt å jobbe videre med er i slutfasen. Samtidig er det fremdeles slik at det foreligger få konkrete tiltak som omhandler endringer av strukturer og funksjoner som vil kunne redusere personellrisikoen i regionen.

Innen bemanningsplanlegging er det betydelig aktivitet og utvikling innen tiltakene som ble beskrevet mars 2025. Som eksempler er konseptutredning for automatisert turnus- og bemanningsplanlegging ferdigstilt, arbeidet med å integrere HR-data i datavarehuset er igangsatt, og utvikling av regionalt lederprogram er i slutfasen. Verktøykasse for ledere lanseres medio oktober og vil være i kontinuering utvikling. Sykehusforetakene har fått i oppdrag å prøve ut ulike vaktordninger for å vurdere hensiktsmessighet, og erfaringer oppsummeres høsten 2025.

Arbeid med regionale tiltak for attraktive arbeidsmiljø inkluderer etablering av et regionalt HMS-rammeverk og felles indikatorer våren 2025. Disse tas inn i dashboard og etableres som eget virksomhetsområde i rapporteringen. Første årlige HMS-rapport legges frem for styret 1. tertial 2026. Det utvikles et opplæringsprogram for ledere og ansatte om bruk av HMS-indikatorer i forbedringsarbeid, og første kursopplegg forventes gjennomført i 2026.

Innen kompetanseplanlegging og -prioritering er scenariobaserte analyser for ABIOK-spesialiteter, jordmødre og helsefagarbeidere gjennomført og presentert i direktørmøtet. Resultatene brukes som grunnlag for å prioritere områder for videre arbeid. Det er planlagt oppfølging av situasjonen for breddekompetanse i indremedisin og kirurgi, der funnene fra nasjonal rapport på området brukes som grunnlag for å drøfte tiltak med HF-ene og fagmiljøene. Det planlegges i tillegg en etablering av et regionalt rammeverk for strategisk kompetanseplanlegging. Oppgavedeling vil løftes inn som et sentralt virkemiddel i prosessen for strategisk kompetanseplanlegging og dimensjonering.

10.2.4.Lange ventetider

Det har vært en betydelig reduksjon i ventetidene i Helse Midt-Norge i 2025, både innen somatikk og i psykisk helsevern. Dette må ses i sammenheng med iverksatte tiltak i forbindelse med ventetidsløftet. Evt. risiko knyttet til pasientsikkerhet som henger sammen med ventetider er tilsvarende redusert på kort sikt.

Samtidig foreligger det fremdeles en høy risiko for å ikke nå målene som er satt i ventetidsløftet, og vi har så langt i høst sett en økning i ventetider og antall ventende sammenlignet med juni 2025. Det er særlig et høyt antall ventende innen øyesykdommer, ortopedi og ØNH. Andelen fristbrudd er også på enkelte områder høy. Av den grunn

vurderes risikoen på området fremdeles på et høyt nivå, men den følges kontinuerlig opp med igangsatte tiltak i tråd med tidligere redegjørelser til styret, jfr. bl.a. sak 115-2025.

Den langsiktige risikoen på området er vanskeligere å bedømme enn den kortsiktige, men generelt er det behov for å forsterke tiltak som vil kunne ha en varig og langsiktig effekt, innen blant annet beste praksis, oppgavedeling og utnyttelse av teknologi. Flere av disse er nevnt i pkt. 11.2.3 ovenfor.

10.2.5. Høy arbeidsbelastning på ansatte

Flere av risikoene i Helse Midt-Norge henger tett sammen. Risikoen for høy arbeidsbelastning på ansatte vil kunne økes av kortsiktige tiltak for reduksjon av ventetider og omstillingstiltak innen økonomi, og tilsvarende reduseres av god effekt av langsiktige tiltak på personellområdet som nevnt i de foregående punktene. Det vises til pkt. 1.1.3 med oversikt over tiltak innen personellområdet som vil påvirke risikobildet på dette området.

Fortsatt høyt press på omstilling og ventelister gjør at risikoen for høy arbeidsbelastning på ansatte i regionen ikke er endret i et 12 mnd. perspektiv. Risikoen er heller ikke vurdert som redusert av helseforetakene, og vurderes som økt av Helse Nord-Trøndelag.

Samtidig ser vi en positiv utvikling innen antall avvik fra arbeidstidsbestemmelsene i regionen, med en samlet reduksjon på 12,5 prosent sammenlignet med samme periode i 2024. Jfr. kap. 4. Det hører med i bildet at enkelte stillingsgrupper har en økning, og hvilke dette gjelder er ulikt i de tre sykehusforetakene.

10.2.6. Avhengighet av amerikanske skytjenester og leverandører

Denne risikoen vurderes som uforandret siden juni, og det vises til omtale i styresak 093-25.

10.2.7. 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.

Alle sykehus i regionen har løpende dialog med kommunene om informasjonsoverføring, beholde, rekruttere og bruke personell og kompetanse, 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.

Manglende samhandling kan skyldes ulike faktorer, som manglende kapasitet, manglende vilje til å stå sammen om prioriteringene, eller tekniske begrensninger. Helse Midt-Norges viktigste samhandlingstiltak på lang sikt er Helseplattformen, og det er viktig at samhandlingsgevinster fra løsningen blir realisert. I tillegg er det etablert flere møtearenaer

som skal understøtte samhandling, og det bevilges årlige samhandlingsmidler fra Helse Midt-Norge RHF fra eget budsjett.

Sterkere samhandling er ett av hovedsatsingsområdene i Regional utviklingsplan 2023-2026, og det vises også til rapportering på dette i kap. 7.

Risikoen på området er langsiktig, og tiltak som skal understøtte samhandlingen er også av en slik art at de hovedsak vil gi effekt over tid. Risikoen vurderes fremdeles som uendret på et moderat nivå.

10.2.8. Svikt i leveranse av kritisk utstyr/materiell/legemidler

Den geopolitiske situasjonen er uforutsigbar og konsekvenser for leveringssikkerheten er vanskelig å forutse. Sannsynligheten for leveringsproblemer av forbruksmateriell vurderes som uendret fra forrige risikorapportering.

Det er fortsatt et høyt antall registrerte legemiddelmangler nasjonalt, 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, dvs. vi får noe tid til å håndtere disse. Mangelsituasjoner ved uregistrerte legemidler er krevende og inngår ikke i oversikten fra DMP.

Risikoreduserende tiltak på området inkluderer:

- Overvåkning av leveringssituasjonen. Forsyningssikkerhetsteam i Sykehusinnkjøp overvåker kontinuerlig og rapporterer status til RHF/HF. Frekvens på rapportering er økt på grunn av usikkerhet knyttet til toll/tariff og hvordan dette påvirker leveringssituasjonen.
- Operative møter annenhver uke på nasjonalt og regionalt nivå for oppfølging av leveringsutfordringer innen forbruksmateriell.
- Risikovurdering og utarbeidelse av beredskapsplaner for forsyning i HF danner grunnlag for foretaksvis beredskapslager. Regionalt beredskapslager smittevernutstyr inngår som en del av beredskapslager ved Logistikkcenter Helse Midt-Norge, og tilfredsstillende forskriftsfestede krav og regionale beslutninger til volum.
- Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr. En andel av det nasjonale beredskapslageret vil lagres regionalt. Helse Midt-Norge sin andel skal lagres ved Logistikkcenter Helse Midt-Norge. Oppbygging til målsatt nivå skjer i 2025 – 2027

10.2.9. Mangelfull kvalitet på indikatorer

Dette er en ny risiko på topp ti. Det har siden innføringen av Helseplattformen ikke latt seg gjøre å hente ut forløpsdata av tilstrekkelig god kvalitet, og måloppnåelsen på blant annet indikatoren for pakkeforløp kreft er fremdeles ikke kjent. Samtidig viser de resultatene som rapporteres en lav måloppnåelse, jfr. kap. 6 – Status for oppdrag. Dette har resultert i

negativ medieoppmerksomhet, og påvirker tillit og omdømme til regionen negativt. Problemets varighet bidrar til å forsterke risikoen.

Det er nedsatt en regional arbeidsgruppe ledet av HMN RHF som arbeider med bedre datakvalitet og hvordan data beregnes. Parallelt arbeides det i nettverksstrukturen med å sikre prioritering i HF-ene av kodingsarbeidet, for å sikre at pasienter registreres i forløp. Målet er at HMN skal rapportere korrekte data innen utgangen av 2025.

10.2.10. Uberettiget variasjon i behandlingstilbud mellom regionens sykehus

Med uberettiget variasjon menes forskjeller i bruk av helsetjenester som ikke kan forklares ved pasientkennetegn. Slik uberettiget variasjon kommer både av over- og underforbruk av helsetjenester, noe som er uønsket fordi begge deler har uheldige konsekvenser både for pasientene og for samfunnet. Helse Midt-Norge RHF ønsker å redusere uberettiget variasjon gjennom å fase ut helsetjenester med lav helsegevinst, samt støtte opp under beste praksis. Kategorisering av helsetjenester etter Wennberg (2010):

1. Nødvendige og effektive - behandlingstilbud basert på kunnskapsbasert konsensus.
2. Preferansestyrt - manglende faglig konsensus fører til at behandlers preferanse avgjør behandlingstilbud.
3. Tilbudsstyrt - ulik behandlingsskapasitet avgjør behandlingstilbud.

Kategori 2. og 3. fører oftest til uberettiget variasjon. I tillegg kan manglende konsensus (kategori 2) være et tegn på tilstedeværelse av helsetjenester med lav helsegevinst. Siden kapasitet kan være med på å øke uberettiget variasjon, henger risikoen også sammen med øvrige risikoer som kan påvirke behandlingsskapasiteten i regionen, og da særlig personellrisikoen.

Konsekvensene av risikoen gjør seg gjeldende på flere områder, som pasientsikkerhet, ytre miljø, drift/tjenesteproduksjon og økonomi. Både under- og overbehandling utgjør en pasientrisiko, og overbehandling og helsetjenester med lav helsegevinst legger beslag på produksjonsmidler som kunne vært benyttet til andre pasienter eller helsetjenester med høyere dokumentert gunstig effekt. Overbehandling og lavverdi-tjenester er ikke bærekraftig på sikt.

En viktig del av arbeidet i regionen omhandler å støtte opp under arbeidet til Nasjonal operativ gruppe for revurdering (NOR), samt sørge for regional implementering av foreslåtte tiltak. Nasjonal operativ gruppe for revurdering (NOR) er et interregionalt oppdrag for identifisering, revurdering og utfasing av helsetjenester med lav helsegevinst. Aktuelle helsetjenester for revurdering er basert på kriteriene (i) risiko, (ii) pasientvolum og (iii) kostnad. Disse identifiseres ved hjelp av helseatlas og kliniske dashbord for geografisk distribusjon, internasjonale publikasjoner, guidelines og programmer, samt Legeforeningens Gjør kloke valg-kampanje.

Helse Midt-Norge etablerer i disse dager "Regionalt nettverk for pasientsikkerhet og beste praksis", som skal være et regionalt samarbeidsorgan for å støtte opp om en målrettet og samordnet innsats for pasientsikkerhet, tjenester av god kvalitet og beste praksis.

Nettverket vil i løpet av høsten 2025 starte på en regional kartlegging av uberettiget variasjon.

10.2.11. Antimikrobiell resistensutvikling (AMR)

AMR er et begrep som omfatter resistens mot alle typer antimikrobielle midler, inkludert midler mot bakterier (antibiotika), virus (antiviralia), parasitter (antiparasitt middel) og sopp (antimykotika). Uten effektive antimikrobielle midler vil det kunne bli vanskeligere å forebygge og behandle infeksjoner, og derved komplisere flere av dagens kirurgiske prosedyrer og kreftbehandlinger.

WHO har erklært at antimikrobiell resistens (AMR) utgjør en av de ti største globale folkehelseustruslene. Internasjonalt bidrar AMR, ifølge OECD, allerede nå til lengre sykehusopphold og høyere risiko for komplikasjoner hos pasienter. AMR vil på lengre sikt være en av driverne til økt belastning og utgifter i helse- og omsorgstjenesten om vi ikke regionalt, nasjonalt og globalt iverksetter effektive tiltak.

Risikoen er ikke på et høyt nivå i Norge pr. i dag, men kan forventes å øke uten tilstrekkelige tiltak. Den inkluderes derfor i det mer langsiktige, perspektivet. Årsakene til økning inkluderer økende forbruk av antibiotika, særlig bredspektret, og spredning av multiresistente mikrober over landegrensene og fra dyrehold, land- og havbruk. Bruken av bredspektret antibiotika.

Viktige tiltak inkluderer å støtte opp under nasjonale handlingsplaner for smittevern, overvåkning av resistensutvikling og antibiotikaforbruk, og å støtte opp under regionale handlingsplaner for smittevern. Se også kap. 2.3.

10.2.12. Mangelfull gevinstrealisering fra Helseplattformen

Den fremste risikoen knyttet til Helseplattformen fremover vil være dersom Helse Midt-Norge ikke klarer å få ut de planlagte og ønskede gevinstene fra løsningen. Dette er derfor en risiko som bør følges tett opp fremover. Det er etablert et regionalt gevinstdashboard i Helseplattformen, og det rapporteres på gevinstrealisering i egen styresak. Arbeidet er i en tidlig fase.

Det er vedtatt en strategi og en plan for gevinstrealisering fra Helseplattformen, som angir at en stor del av gevinstene ligger i forbedret samhandling - både internt i sykehus, mellom helseforetak og mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. En situasjon hvor færre kommuner og fastleger enn ønsket benytter seg av løsningen reduserer naturlig nok samhandlingsgevinstene. Brukervennlighet er et annet gevinstområde hvor det er utfordringer, og arbeidet med dette følges opp i et eget program.

Den nåværende usikkerheten rundt realisering av gevinster fra løsningen gjør at risikoen settes til et moderat nivå, men risikobildet på området vil konkretiseres etter hvert som en begynner å måle gevinstene og ser utviklingstrekk i dette.

10.3. Dybdeanalyse, økonomisk bærekraft

I behandlingen av sak 87/25, Virksomhetsrapport pr 30. april, ba styret om en dybdeanalyse av de ulike faktorene som påvirker økonomisk risiko. Dette er utarbeidet og presenteres i denne delen. Målet med analysen er å synliggjøre faktorene som påvirker økonomisk risiko, sette de i en sammenheng og i tillegg beskrive igangsatte og planlagte tiltak på området.

Generelt handler økonomisk bærekraft 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.

Finansstrategien for Helse Midt-Norge har blant annet som mål å:

- Definere og klargjøre den finansielle risikoen i foretaksgruppen samt fastsette overordnet strategi for styring og kontroll av de aktuelle risikoene.
- Tydeliggjøre finansiell styringsmodell i HMN. Finansiell styringsmodell omhandler sammenhengen mellom tildelte inntekter og likviditet, resultatkrav og investeringer, samt det enkelte foretaks ansvar for å styre innenfor økonomiske rammer.

Regionen har i mange år bygget opp et likviditetsmessig handlingsrom for å imøtekomme behovet for et økt nivå på investeringer. Gjennom regionens og helseforetakenes økonomiske langtidsplaner er handlingsrom for å øke nivå på investeringer etter hvert basert på en kraftig økning i resultatnivå. I dette ligger planer for økt omstilling i HF med en økonomisk resultateffekt som regionen bare delvis har klart å innfri. I årlige budsjetter har helseforetakenes resultatnivå blitt redusert og nødvendig omstilling flyttet ut i tid.

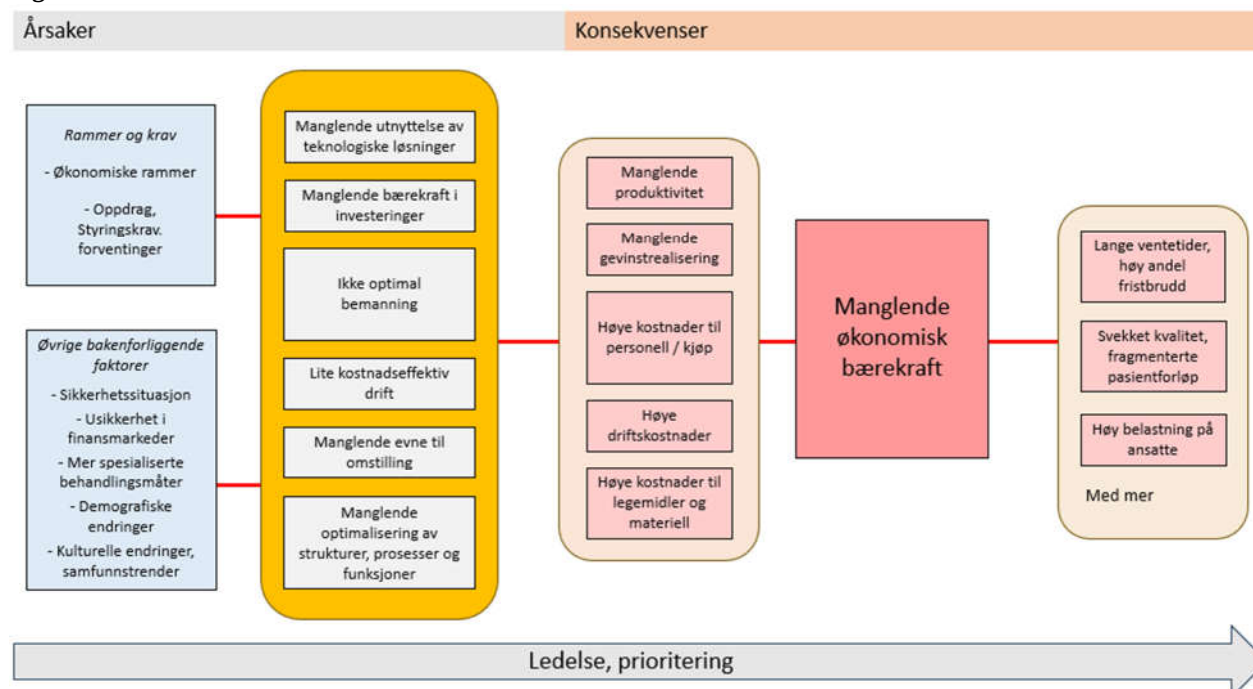
Hovedfaktorer som påvirker økonomisk bærekraft i HMN er helseforetakenes evne til å opparbeide tilstrekkelig likviditet til håndtering av drift og finansiering av investeringer (egenkapital og gjeld). I dette ligger tilpasning til riktig

- Resultatnivå inkludert nivå/tempo omstilling
- Investeringsnivå inklusive evne til å håndtere kapitalkostnader i drift etter ferdigstillelse

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, jfr. kap. 1 av tertialrapporten. Dette har bidratt til at risikoen for manglende økonomisk bærekraft er den

høyeste kortsiktige risikoen i foretaksgruppen. Samtidig er risiko for manglende økonomisk bærekraft også påvirket av flere andre faktorer. I figur 1 er disse satt i sammenheng.

Figur 4: Økonomirisiko



Figuren viser et risikobilde hvor årsaker plasseres til venstre i figuren, og konsekvenser til høyre. Dette er en forenkling, og det er også slik at elementer lengst til høyre i figuren kan fungere som en forsterkende årsak, for eksempel ved at manglende økonomisk bærekraft gir mindre handlingsrom for utvikling og gjennom det begrenser muligheten til optimalisering. En situasjon med betydelige økonomiske utfordringer vil slik kunne bli selvforsterkende.

Lengst til venstre i figuren ligger eksterne faktorer som påvirker økonomirisikoen, men som er utenfor Helse Midt-Norges kontroll. En betydelig del av det økte risikobildet kan finnes seg i disse blå boksene.

De grå boksene angir områder som øker økonomirisikoen og hvor Helse Midt-Norge har mulighet til å iverksette tiltak som vil kunne ha en effekt. I den videre analysen fokuseres det på slike tiltak. Dette er sannsynlighetsreducerende tiltak, dvs. at de kan settes inn før en risiko oppstår eller forverrer seg. I tillegg er det lagt inn en gjennomgående pil som omhandler ledelse og prioritering, som er avgjørende for utviklingen på økonomiområdet og som griper inn i alle øvrige deler av figuren.

De rosa boksene lenger til høyre i figuren viser noen av de viktigste konsekvensene på økonomiområdet. Ulike årsaker kan påvirke samme konsekvens – for eksempel kan både en

manglende utnyttelse av teknologiske løsninger og en ikke optimal bemanning medføre høye kostnader til personell og kjøp av helsetjenester.

Det er i analysen ikke forsøkt å tallfeste hvor stor del av risikoen som utgjøres av de ulike områdene, men gitt utviklingen i de senere årene vil det være naturlig å ha et ekstra søkelys på risikoreduserende tiltak som påvirker kostnader til personell og kjøp av helsetjenester.

10.3.1.Sannsynlighetsreduserende tiltak, økonomisk risiko

Med utgangspunkt i figur 1 er tiltakene gruppert inn i seks kategorier, inklusive ledelse og prioritering. Disse gjennomgås nedenfor.

Ledelse og prioritering

Helsesektoren har en iboende drivkraft til utvikling, og denne påvirkes av flere faktorer som blant annet demografiske endringer, økte forventninger og krav, teknologisk utvikling, ressursknapphet m.fl. Med hensyn til økonomisk risiko og behov for å ha en bærekraftig drift i virksomheten er det behov for tydelig ledelse og prioritering.

Behovet for slik styring, graden av tett oppfølging m.m. kan være ulik i en situasjon med manglende økonomisk bærekraft sammenlignet med behovet i en annen situasjon. I en situasjon hvor risikobildet har den alvorlighetsgraden som vi finner i Helse Midt-Norge, hvor kostnadene er for høye sett i forhold til inntektene, er tydelig ledelse, tett oppfølging og tydelige prioriteringer de viktigste tiltakene for å redusere risiko. Dette vil være helt avgjørende for å sikre nødvendig omstilling og en bærekraftig drift i alle ledd i virksomheten.

Det er sentralt at det er etablert et rammeverk som ivaretar dette og at regionens finansstrategi understøtter behovet for tydelig styring og ledelse. I 2026 skal regionens finansstrategi gjennomgås, og det skal etableres et rammeverk for økonomistyring med utgangspunkt i reviderte dokumenter. Det er videre viktig at økonomiske konsekvenser synliggjøres og vurderes i alle tiltak og initiativ, og at en risikobasert tilnærming inngår i Helse Midt-Norges planlegging og styring i alle ledd.

Manglende utnyttelse av teknologiske løsninger

Digitalisering åpner for nye måter å levere helsetjenester på som kan effektivisere virksomheten og redusere fremtidig behov for arbeidskraft. God utnyttelse av det potensialet som finnes i teknologiske løsninger vil bidra til å effektivisere prosesser, redusere personellbehov og derved reduserte kostnader. Dette inkluderer både ny teknologi som kan redusere tidsbruk, teknologi som kan flytte deler av tjenestetilbudet til hjemmet, og forenkling og tidsbesparende forbedringer i eksisterende løsninger.

Ineffektiv teknologibruk kan på sin side føre til økt arbeidsbelastning, feil i pasientbehandling, frustrasjon hos ansatte og økte kostnader. For at digitale løsninger skal

ha en positiv effekt på økonomisk bærekraft er det viktig at effektivisering og gevinster i form av spart tid og mindre behov for personell blir realisert.

Tiltak på området er beskrevet i Helse Midt-Norges regionale handlingsplan for digitalisering, som ble vedtatt i SDS høsten 2024. Til de viktigste tiltakene innen området fremover hører:

- Ny styringsstruktur for IT i Helse Midt-Norge ble innført våren 2025. Denne skal fremover bidra til sterkere regional samordning, prioritering og oppfølging av innføring av ny teknologi og digitaliseringen i Helse Midt-Norge. For å redusere risiko ved innføring av ny teknologi er det viktig å ha gode strukturer både for planlegging, gjennomføring, implementering og ha realistiske gevinstrealiseringsplaner.
- Økt standardisering innen fagområdene gjennom bruk av fagledernettsverk. Innføring av ny teknologi krever standardisering. I Helse Midt-Norge er det etablert en regional struktur av 33 fagledernettsverk, sammensatt av ledende fagpersoner fra hele regionen innen spesifikke områder, samt noen tverrgående nettsverk. Fagledernettsverkene skal bidra til standardisering innen sine fagområder.
- Innføring av kunstig intelligens (KI) på riktig måte bidrar til effektivisering, både gjennom å redusere tid som brukes til analyse av undersøkelser og til dokumentasjon. Helse Midt-Norge jobber med en KI-strategi og generelle retningslinjer for bruk av KI, for å sikre nødvendig kompetanse og forståelse i alle deler av organisasjonen. HMN har et prosjekt for å effektivisere dokumentasjonsprosessen knyttet til pasientbehandling, og har vedtatt etablering av en KI-plattform for å kunne ta i bruk funksjonalitet fra Epic på området.

Manglende bærekraft i investeringer

I denne sammenheng forstås bærekraft i investeringer i en økonomisk kontekst og virksomhetens evne til å bære konsekvenser at investeringer og tilhørende finansiering i investeringsens levetid. For helsesektoren kompliseres dette av at investeringer i nye bygg eller større teknologiinvesteringer i praksis ikke vil ha en positiv nåverdi.

Aktuelle tiltak inkluderer:

- Opparbeidelse av likviditet i forkant av investeringen som vil redusere finanskostnad
- Gevinstrealisering av investeringen
- Beslutningsgrunnlag for investeringer hvor virksomhetens evne til å betjene fremtidige forpliktelser er nøye vurdert

Ikke optimal bemanning

En stor del av kostnadsveksten i foretaksgruppen er knyttet til personell. Risikoen for manglende økonomisk bærekraft øker når bemanningen ikke er tilpasset behovet, når kompetansesammensetningen er feil, eller når planleggingen er utilstrekkelig. Risikoen forsterkes ytterligere av eksterne forhold som begrenset tilgang på arbeidskraft og økende behov i befolkningen. Dette kan føre til høy innleie av personell, overtid og avtaler om

utvidet arbeidstid (UTA), som igjen bidrar til økte kostnader, høy arbeidsbelastning og redusert aktivitet.

Risikoen forsterkes av at styring av kapasitet og kompetanse i Helse Midt-Norge fremdeles i for stor grad preges av fragmenterte prosesser og svak kobling til budsjett- og planarbeidet. Tiltakene som er igangsatt skal bidra til mer helhetlige prosesser og tydeligere rolle- og ansvarsdeling.

Flerparten av tiltakene vil først kunne ha en effekt over tid. Effektene kommer gradvis, og den økonomiske bærekraften styrkes først når nye arbeidsformer er integrert i drift og styring. Målet er å redusere avhengigheten av kortsiktige løsninger som innleie og overtid, og i stedet bygge strukturer og systemer som gir varig bærekraft i både økonomi, bemanning, arbeidsmiljø og kvalitet i pasientbehandlingen.

De viktigste tiltakene er:

- Styrke strategisk kompetanseplanlegging: Regionale prosesser for framskrivning og dimensjonering av utdanningskapasitet og nøkkelkompetanse, fulgt opp av systematisk kompetanseutvikling i foretakene.
- Helhetlig bemanningsplanlegging: Felles veiledere, opplæring i turnus- og vaktplanlegging, videreutvikling av HR-dashbord og digitale løsninger for mer effektiv planlegging.
- Ledelse: Et felles regionalt løft for lederutvikling, lederopplæring og lederstøtte med vekt på ledernes rolle i bemanning, arbeidsmiljø og kompetanseforvaltning.
- Utvikle oppgavedeling: Støtte til fagmiljøene for å identifisere hvor oppgaver kan flyttes på en hensiktsmessig og varig måte, med erfaringsdeling og spredning av beste praksis.
- HMS, arbeidsmiljø og attraktivitet: Oppdatert regionalt rammeverk og felles HMS-indikatorer følges opp i styringsdialogen. Tiltak for helsefremmende arbeidsplaner og arbeidsmiljø skal samtidig styrke både pasientsikkerhet og vår evne til å være en attraktiv arbeidsgiver.

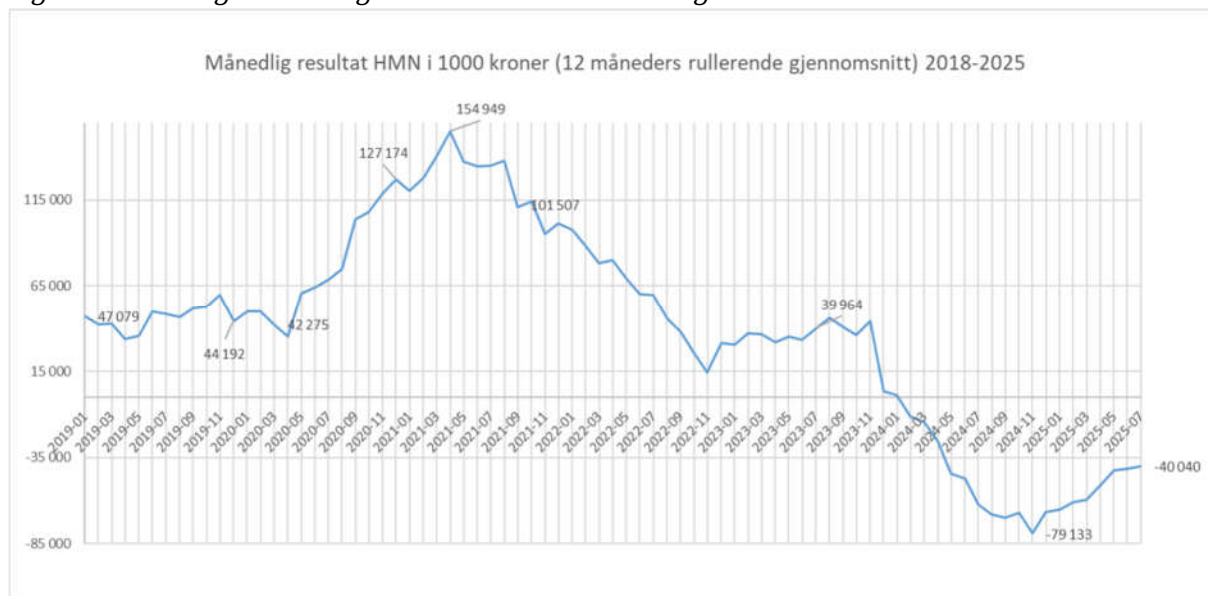
Det pågår i tillegg mye omstillingsarbeid i de enkelte helseforetakene i regionen for å redusere den økonomiske risikoen på kortere sikt. Dette redegjøres det for i egen styresak.

Lite kostnadseffektiv drift og manglende evne til omstilling

Helse Midt-Norge har hatt en betydelig kostnadsvekst siden 2021 og en avvikende utvikling fra øvrige regioner, som i etterkant av pandemien har hatt en reduksjon av driftskostnader. Helse Midt-Norge hadde en særlig svak utvikling i 2024. Tilsvarende utvikling er også illustrert i figur 1 i vedlegg 1 til tertialrapport 2. tertial, som synliggjør at realveksten i driftskostnader og vekst i bemanning er betydelig sterkere/høyere enn vekst i aktivitet i Helse Midt-Norge, spesielt i årene 2022-2025.

I perioden 2018-2025 har Helse Midt-Norge hatt en utvikling i driftskostnader som viser en gjennomsnittlig årlig vekst på 5,6 prosent. Gjennomsnittlig årlig vekst i driftsinntekter har i perioden vært på 4,7 prosent. Gitt den utviklingen har månedlig resultat (12 md rullende snitt) hatt en utvikling som vist i figuren under.

Figur 5: Utvikling i månedlig resultat i Helse Midt-Norge 2018-2025.



Når virksomheten ikke har en kostnadseffektiv drift betyr det at virksomheten ikke oppnår tilstrekkelig resultat i forhold til ressursbruk, og at aktiviteten ikke er tilpasset de økonomiske rammene som foretaket er gitt. Med en aktivitetsbasert finansiering på 30 prosent er det sentralt at aktiviteten skjer innenfor de rammer som er tildelt. I dette ligger både reduksjon av uønsket variasjon og reduksjon av aktivitet som ikke nødvendigvis er prioritert eller gir tilstrekkelig nytteeffekt for pasientene. Dette vil som oftest omfatte for høye kostnader for mange av innsatsfaktorene som bemanning, legemiddelstyring, innleie mv. Lønnskostnader inklusive innleie har hatt en vekst utover generell lønns- og prisvekst, og IKT-kostnader har hatt en betydelig vekst i regionen.

Å sikre en kostnadseffektiv drift som muliggjør utvikling forutsetter en kontinuerlig omstilling (1-2 prosent årlig) og er like viktig i perioder hvor økonomien ikke er under press. Det kontinuerlige omstillingsarbeidet bør i hovedsak bygge på elementer identifisert i regional utviklingsplan og det løpende arbeidet i de ulike regionale fagledernetverkene.

Risiko for manglende økonomisk bærekraft har økt ved at underliggende sykehusforetak i stor grad selv fastsetter nivå på resultat og investeringer. En tydeligere regional strategi knyttet til resultatnivå (inkludert omstillingskrav) og nivå på investeringer kan være risikoreduserende med hensyn på manglende økonomisk bærekraft. Dette bør skje gjennom en tydeliggjøring av regionens finansstrategi.

Manglende optimalisering av strukturer, prosesser og funksjoner

Dette er et risikoområde som omfatter mange ulike elementer, som har det til felles at de bidrar til å øke økonomirisikoen i regionen når de ikke er hensiktsmessig innrettet. En viktig del av identifisering av risikoreduserende tiltak på økonomiområdet er derfor å finne tiltak for å optimalisere strukturer, prosesser og funksjoner i foretaksgruppen.

Med manglende optimalisering av strukturer menes blant annet en fragmentert organisering der avdelinger, fagområder eller liknende ikke samarbeider godt, samt en lite fleksibel struktur som ikke tilpasser seg endrede behov som demografiske endringer,

teknologi eller nye behandlingsformer.

Under prosess kan man for eksempel fokusere på uhensiktsmessige pasientforløp, ikke optimal samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og uønsket variasjon i pasientbehandling som kunne vært løst med økende regional standardisering.

Funksjoner handler om feil bruk av kompetanse og lite effektiv oppgavedeling. Det kan også handle om manglende bruk av og utnyttelse av teknologi og digitale verktøy. Samlet sett kan man si at manglende optimalisering av strukturer, prosesser og funksjoner utfordrer mål om en effektiv, trygg og koordinert pasientbehandling. Konsekvensene blir blant annet økt kostnadsnivå uten tilsvarende kvalitetsforbedring.

Tiltak på de ulike områdene går delvis inn i hverandre og dekker flere områder. Bedre samhandling både innad i HF, mellom HF, og mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er avgjørende. Dette inkluderer at vi må prioritere hva vi skal gjøre og ikke gjøre, samt å stå sammen om prioriteringene som gjøres.

Videreutvikling og forbedring av fagledernettsstrukturen vil for noen fagområder kunne bidra til å styrke samarbeid og regional samordning, og derigjennom bidra til økt fleksibilitet og tilpassingsevne. Dette kan for eksempel skje gjennom systematisk arbeid rettet mot utfordringen med utskrivningsklare pasienter, og regional standardisering som er nødvendig for god utnyttelse av IT-systemene.

Det må fokuseres på bedre funksjons- og oppgavedeling. Dette inkluderer bedre bruk av personellressurser, både mellom faggrupper og lokasjoner. Det er behov for en bedre utnyttelse av den regionale kapasiteten ved mangel på helsepersonell og utfordringer med ventelistene for å sikre behandlingstilbud, og for å unngå bruk av overtid og fristbrudd. Regionen arbeider med oppgavedeling, blant annet gjennom TØRN og prosjektene i "Sikre kritisk kompetanse i PH og TSB".

Helsetjenesten må utvikle tjenestene i tråd med ny kunnskap med solid evidensgrunnlag. Dette innebærer både å innføre nye behandlings- og arbeidsmetoder som har dokumentert effekt, og å utvikle praksiser som mangler, eller ikke lenger har, vitenskapelig støtte.

Digitalisering må sørge for effektive arbeidsflyter og pasientlogistikk. Tiltak på dette området inkluderer det systematiske arbeidet som nå pågår med behovsstyrte helsetjenester.

Pasientforløp må standardiseres der det er mulig. Regionen må jobbe for flere og bedre pasientforløp der forløpene går mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I dette inngår både forebygging og håndtering av forventninger ute i befolkningen. For spesialisthelsetjenesten sin del dreier dette seg samtidig i stor grad om å redusere uønsket variasjon gjennom bl.a. standardisering. Tiltak på området inkluderer det systematiske arbeidet som er gjort i de siste anskaffelsene innen somatikk og bildediagnostikk, opprettelse av felles mottak og rettighetsvurdering av henvisninger, samt standardiseringsarbeid innen fagledernettsverkene. Det er i tillegg behov for nye tiltak innen kommunikasjon rettet mot befolkningen.