

Møteinnkalling

Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Møtestad: Ålesund - Storhornet

Dato: 17.12.2025

Tidspunkt: 10.00 - 16.00

Eventuelt forfall må meldast snarast til Jim Leander Hansen.

Vararepresentantane møter etter nærare beskjed.

Jim Leander Hansen

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje handskreve signatur

SAKLISTE

Sak nr.	Tittel
109/25	Godkjenning av innkalling og sakliste
110/25	Godkjenning av protokoll frå styremøtet 20.11.25
111/25	Orientering frå administrerande direktør
112/25	Statusrapport - Fag, økonomi og HR november 2025
113/25	Status AIO - akutt, intensiv og operasjon ved Ålesund sjukehus
114/25	Budsjett 2026 HMR
115/25	Gjennomgang styrande dokument
116/25	Referatsaker

109/25 Godkjenning av innkalling og sakliste

Arkivreferanse: 2025/10045
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Jim Leander Hansen

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
110/25	17.12.2025	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Godkjenning av protokoll frå styremøtet 20.11.25

Vedlegg

- 1 Sak 110-25 - vedlegg 1 - Signert Protokoll fra styremøtet i Helse Møre og Romsdal 20.11.25

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Møre og Romsdal godkjenner protokollen frå styremøtet 20.11.2025.

Ålesund, 10.12.2025

Olav Lødemel
adm. direktør

Protokoll fra styremøtet i Helse Møre og Romsdal 20.11.2025

Dokumentet er signert digitalt av følgende undertegnere:

- GERD MARIT LANGØY, signert 25.11.2025 med ID-Porten: BankID
- LEON JARLE AURDAL, signert 25.11.2025 med ID-Porten: BankID
- TORGEIR SAND AAS, signert 25.11.2025 med ID-Porten: BankID
- HERLOF NILSSEN, signert 25.11.2025 med ID-Porten: BankID
- ANETTE LEKVE, signert 25.11.2025 med ID-Porten: BankID
- ROGER MAGNE OSEN, signert 25.11.2025 med ID-Porten: BankID
- SUNNIVA JANSBOTTER NYDAHL ROGNERUD, signert 25.11.2025 med ID-Porten: BankID
- KARI-ANNE FORSMO THYGESEN, signert 26.11.2025 med ID-Porten: BankID



Det signerte dokumentet innholder

- En forside med informasjon om signaturene
- Alle originaldokumenter med signaturer på hver side
- Digitale signaturer



Dokumentet er forseglet av Posten Norge

Signeringen er gjort med digital signering levert av Posten Norge AS. Posten garanterer for autenticiteten og forseglingen av dette dokumentet.



Slik ser du at signaturene er gyldig

Hvis du åpner dette dokumentet i Adobe Reader, skal det stå øverst at dokumentet er sertifisert av Posten Norge AS. Dette garanterer at innholdet i dokumentet ikke er endret etter signering.

Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Møtestad: Ålesund - Storhornet

Dato: 20.11.2025

Tidspunkt: 10:00 - 16:00

Til stades:

Herlof Nilssen

Gerd Marit Langøy

Leon Jarle Aurdal

Roger Osen

Sunniva Jansdotter Nydahl Rognerud

Anette Lekve

Torgeir Sand Aas

Kari-Anne Thygesen

Styrelseleiar

Nestleiar

Medlem eigaroppnemd

Medlem eigaroppnemd

Medlem eigaroppnemd

Frå brukarutvalet møte:

Paula Næss Skår

Leiar i brukarutvalet

Brit Harsem

Medlem i brukarutvalet

Frå administrasjonen møte:

Olav Lødemel

Adm dir

Jim Leander Hansen

Utvallssekretær

Merknad i møte:

Tore Schytte hadde meldt forfall. Kari-Anne Thygesen, 1. varamedlem tilsettrepresentant deltok. Føretaksleiinga i HMR deltok fysisk i møterommet.

Dokumentet er signert digitalt av:

- GERD MARIT LANGØY, 25.11.2025
- LEON JARLE AURDAL, 25.11.2025
- TORGEIR SAND AAS, 25.11.2025
- HERLOF NILSSEN, 25.11.2025
- ANETTE LEKVE, 25.11.2025
- ROGER MAGNE OSEN, 25.11.2025
- SUNNIVA JANSBOTTER NYDAHL ROGNERUD, 25.11.2025
- KARI-ANNE FORSMO THYGESSEN, 26.11.2025

Forseglet av



Posten Norge

SAKLISTE

Sak nr.	Tittel
95/25	Godkjenning av innkalling og sakliste
96/25	Godkjenning av protokoll frå styremøtet 22.10.2025
97/25	Orientering frå administrerende direktør
98/25	Status AIO - akutt, intensiv og operasjon ved Ålesund sjukehus
99/25	Statusrapport – Fag, økonomi og HR - oktober 2025
100/25	Orientering om forslag til inntektsfordeling 2026
101/25	Oppnemning av Brukarutval HMR for 2026-2027
102/25	Program brukarvenlegheit Helseplattformen
103/25	Status ventetidsløftet HMR
104/25	Medisinskteknisk utstyr – investeringar i ØLP-perioden
105/25	Bygningsmessige investeringar - status og behov HMR
106/25	Referatsaker
107/25	Innspill til årlig vurdering av plan 2025-2026 for Internrevisjonen i Helse Midt-Norge (høring)
108/25	Årleg fastsetjing av løn for administrerende direktør i HMR

95/25 Godkjenning av innkalling og sakliste

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 95/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Styremedlem Sunniva Jansdotter Nydahl Rognerud peika på at det er viktig at sakene blir publiserte i god tid, slik at styremedlemmane får høve til å setje seg grundig inn i saksframstillinga. Elles var det ingen merknader til innkalling eller saksliste.

Vedtak

Styret for Helse Møre og Romsdal godkjenner innkalling og sakliste.

96/25 Godkjenning av protokoll frå styremøtet 22.10.2025

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 96/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Leiar i Brukarutvalet HMR Paula Næss Skår foreslo på styremøtet 22.10.25 at vedtaket til Brukarutvalet i sak 71/25 Status økonomi vart tatt inn som tillegg til protokollen under Sak 90/25 Budsjett 2026 – status for arbeidet. Styret slutta seg til forslaget, men protokollen vart lagt ut utan denne protokolltilføringa.

Vedtak

Styret i Helse Møre og Romsdal godkjenner protokollen frå styremøtet 22.10.2025, inkludert tillegget frå Brukarutvalet si sak 71/25, som kommentar til sak 90/25.

Dokumentet er signert digitalt av:

- GØRD MARIT LANGØY, 25.11.2025
- LEON JARLE AURDAL, 25.11.2025
- TORGEIR SAND AAS, 25.11.2025
- HERLOF NILSSEN, 25.11.2025
- ANETTE LEKVE, 25.11.2025
- ROGER MAGNE OSEN, 25.11.2025
- SUNNIVA JANSBOTTER NYDAHL ROGNERUD, 25.11.2025
- KARI-ANNE FORSMO THYGESSEN, 26.11.2025

Forseglet av



Posten Norge

97/25 Orientering frå administrerande direktør

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 97/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Administrerande direktør Olav Lødemel orienterte om følgjande saker:

- **Arbeidet med budsjett 2026 for HMR**
- **1800 tilsette mista tilgang til pålogging**
- **Ny evalueringsrapport om prehospitale tenester for SNR**
- Beredskapen i området har gått opp.
- **HMR opprettar fleire felles tilvisingsmottak frå 1.desember**
Det blir oppretta felles tilvisingsmottak for både fagområdet hud og ortopedi.
- **Organdonasjon i HMR**
- **Samhandlingskonferansen 7. november i Ålesund med tema *helse- og omsorgsberedskap i eit samhandlingsperspektiv og behovet for radikal transformasjon i helse- og omsorgstenesten***
- **DMS-prosjektet i Kristiansund**
- **Ny fotontellar-CT til Volda**

Vedtak

Styret for Helse Møre og Romsdal tek orienteringa frå administrerande direktør til vitende.

98/25 Status AIO - akutt, intensiv og operasjon ved Ålesund sjukehus

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 98/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Viseadministrerande direktør Heidi Nilsen orienterte om status i byggeprosjekta knytt til AIO ved Ålesund sjukehus.

Vedtak

Styret for Helse Møre og Romsdal tek saka om AIO – Akutt, intensiv og operasjon ved Ålesund sjukehus til vitende.

99/25 Statusrapport – Fag, økonomi og HR - oktober 2025

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 99/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Statusrapport – Fag, økonomi og HR - oktober 2025 vart presentert av:

- Fag ved Fagdirektør Erik Ganesh Sjøgaard
- Økonomi vart presentert av Øk-direktør Randi Myhre
- HR-direktør Kjetil Lundberg presenterte HR-data for perioden

Dokumentet er signert digitalt av:

- GØRD MARIT LANGØY, 25.11.2025
- LEON JARLE AURDAL, 25.11.2025
- TORGEIR SAND AAS, 25.11.2025
- HERLOF NILSSEN, 25.11.2025
- ANETTE LEKVE, 25.11.2025
- ROGER MAGNE OSEN, 25.11.2025
- SUNNIVA JANSBOTTER NYDAHL ROGNERUD, 25.11.2025
- KARI-ANNE FORSMO THYGESSEN, 26.11.2025

Forseglet av



Posten Norge

Vedtak

Styret for Helse Møre og Romsdal tek statusrapport fag/økonomi/HR for oktober 2025 til vitende.

100/25 Orientering om forslag til inntektsfordeling 2026

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 100/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Økonomidirektør Randi Myhre orienterte om forslag til inntektsmodell og fordelingsnøklar for 2026. Forslaget frå HMN syner ein reduksjon i tildelt ramme på omlag 70 millionar kroner for 2026.

Kommentarer i møtet:

Styret var overaska og skuffa av å få omlag 70 millionar mindre til helseføretaket, særleg med tanke på at omstillingskravet i 2026 er på 350 millionar kroner. Det vart peika på at ein framover må ha god dialog med HMN for å unngå at HMR ikkje blir pålagt ytterlegare kutt enn omstillingskravet på 350 millionar.

Styreleiar Herlof Nilssen foreslo derfor eit nytt forslag til vedtak som var samrøystes vedtatt av styret:

1. Styret i Helse Møre og Romsdal tar saka til orientering.
2. Styret i Helse Møre og Romsdal ber administrerende direktør ha ein tett dialog med Helse Midt-Norge for om mogeleg å sikre at kravet til omstilling og effektivisering for 2026 blir i tråd med ØLP 2026-2031 for HMR.

Opprinneleg forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Møre og Romsdal tek forslaget om fordeling av inntektsrammer for 2026 i Helse Midt-Norge til etterretning.
2. Styret for Helse Møre og Romsdal konstaterar at oppdatering av inntektsmodellen i HMN og utvikling av befolkning og behov gjev endringar i dei relative andelane for fordeling av inntektsramme mellom sjukehusforetaka i 2026, der HMR sin andel vert redusert.
3. Styret for Helse Møre og Romsdal viser til sak 81/25 Revisjon ØLP HMR 2026-2031 der det var lagt til grunn eit omstilling- og effektiviseringsnivå på til saman 350 mnok i HMR i 2026. Styret ber om at det samla omstilling- og effektiviseringskravet for 2026 ikkje aukar som følge av endra inntektsfordeling. Styret ber derfor om at resultatkravet for 2026 HMR blir tilsvarande redusert.

Vedtak

1. Styret i Helse Møre og Romsdal tar saka til orientering.
2. Styret i Helse Møre og Romsdal ber administrerende direktør ha ein tett dialog med Helse Midt-Norge for om mogeleg å sikre at kravet til omstilling og effektivisering for 2026 blir i tråd med ØLP 2026-2031 for HMR.

Dokumentet er signert digitalt av:

- GJØRD MARIT LANGØY, 25.11.2025
- LEON JARLE AURDAL, 25.11.2025
- TORGEIR SAND AAS, 25.11.2025
- HERLOF NILSSEN, 25.11.2025
- ANETTE LEKVE, 25.11.2025
- ROGER MAGNE OSEN, 25.11.2025
- SUNNIVA JANSBOTTER NYDAHL ROGNERUD, 25.11.2025
- KARI-ANNE FORSMO THYGESSEN, 26.11.2025

Forseglet av



Posten Norge

101/25 Oppnemning av Brukarutval HMR for 2026-2027

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 101/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Styreleiar Herlof Nilssen la fram saka.

Vedtak

Styret for Helse Møre og Romsdal HF oppnemner følgande personar til Brukerutvalet for Helse Møre og Romsdal HF funksjonstid 01.01.2026 - 31.12.2027.

1. Ottar Jan Løvoll (Eidså) *, SAFO Nordvest/NHF
2. Sandra Borhaug (Ellingsøy) *, FFO/Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse
3. Lasse Honningsvåg (Ålesund) , FFO/Mental Helse
4. Evy Svanemslisli (Kristiansund) , FFO/Ryggforeningen Nordmøre og Romsdal
5. Nina Kristine Røe Eliassen (Sykkylven)* , Kreftforeningen
6. Bjørn Aske (Molde) , Kreftforeningen
7. Espen Myrvåg (Ålesund) *, RIO - En landsdekkende brukerorganisasjon på rusfelt
8. Solveig Jacobsen (Molde) *, SAFO Nordvest/NHF
9. Kjell Ove Salen (Ålesund) *, FFO/Hørselhemmedes Landsforbund
10. Heidi Anita Johansen (Malmfjorden) *, FFO/Hjernesvulstforeningen Region Midt Norge

Ottar Jan Løvoll - foreslås til leiar

Sandra Borhaug - foreslås til nestleiar

Vararepresentantar:

1. Tore Voksø (Rovde)* , SAFO Nordvest/NHF
2. Asle John Giske (Ålesund), FFO/LHL

102/25 Program brukarvenlegheit Helseplattformen

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 102/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Med. E-helsesjef Henrik Erdal introduserte saka medan, programleiar Heidi Østbyhaug frå St. Olavs hospital orienterte om følgande:

Styret fekk orientering om det regionale programmet som skal gjere Helseplattformen enklare og meir effektiv for helsepersonell. Programmet har tre hovudspor: vidareutvikling og tilpassing av løysinga (inkludert bruk av KI), kompetanseutvikling med styrka opplæring og digital støtte, samt forankring og leiing for betre etterleving av arbeidsprosessar.

Dokumentet er signert digitalt av:

- GØRD MARIT LANGØY, 25.11.2025
- LEON JARLE AURDAL, 25.11.2025
- TORGEIR SAND AAS, 25.11.2025
- HERLOF NILSSEN, 25.11.2025
- ANETTE LEKVE, 25.11.2025
- ROGER MAGNE OSEN, 25.11.2025
- SUNNIVA JANSBOTTER NYDAHL ROGNERUD, 25.11.2025
- KARI-ANNE FORSMO THYGESSEN, 26.11.2025

Forseglet av



Posten Norge

Vedtak

1. Styret for Helse Møre og Romsdal tek status for Helseplattformen til vitende.
2. Styret for Helse Møre og Romsdal tek presentasjonen av program brukarvenlegheit til vitende og ser fram til effektar av programmet.

103/25 Status ventetidsløftet HMR

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 103/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Administrerende direktør Olav Lødemel og fagdirektør Erik Ganesh Sjøgaard orienterte om at HMR har fokus på tiltak som gir varig effekt. Dei største utfordringane er innan ortopedi og auge, som har dei lengste ventelistene.

Vedtak

Styret for Helse Møre og Romsdal tek orienteringa om ventetidene i føretaket til vitende.

104/25 Medisinskteknisk utstyr – investeringar i ØLP-perioden

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 104/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Direktør for e-helse og teknologi, Helge Storøy, og avdelingssjef Peter Inge Østrem orienterte om at behovet innan området er større enn dei midlane som er avsette i den økonomiske langtidsplanen. Det blir særleg krevjande investeringar i strålemaskiner dei komande åra.

Kommentarar frå møtet:

Helseføretaket har fått eit nytt sjukehus på Hjelset med mykje nytt utstyr, som betrar situasjonen.

Administrerende direktør har òg fått ein havaripott for å kunne gjennomføre strakstiltak dersom det blir nødvendig.

Vedtak

Styret for Helse Møre og Romsdal tek sak om MTU-investeringar for 2026-2030 til vitende.

Dokumentet er signert digitalt av:

- GØRD MARIT LANGØY, 25.11.2025
- LEON JARLE AURDAL, 25.11.2025
- TORGEIR SAND AAS, 25.11.2025
- HERLOF NILSSEN, 25.11.2025
- ANETTE LEKVE, 25.11.2025
- ROGER MAGNE OSEN, 25.11.2025
- SUNNIVA JANSBOTTER NYDAHL ROGNERUD, 25.11.2025
- KARI-ANNE FORSMO THYGESSEN, 26.11.2025

Forseglet av



Posten Norge

105/25 Byggningsmessige investeringar - status og behov HMR

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 105/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Administrerende direktør Olav Lødemel og klinikkssjef for drift og eigedom, Mona Aagaard-Nilsen, orienterte styret:

Helseføretaket har fått eit stort løft på byggesida med det nye sjukehuset på Hjelset. Likevel har byggningsmassen i HMR eit betydeleg vedlikehaldsetterslep, og behovet er større enn dei midlane som er avsette i den økonomiske langtidsplanen.

Kommentarar frå møtet:

Det er viktig å gjennomføre det vedlikehaldet vi har kapasitet til innanfor dei rammene som finst, men først og fremst må vi sikre økonomisk balanse i føretaket for å trygge pasienttenestene framover.

Vedtak

Styret for Helse Møre og Romsdal tek orienteringa om byggningsmessige investeringar – status og behov, til vitende.

106/25 Referatsaker

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 106/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Styreleiar Herlof Nilssen la fram referatsakene:

1. Protokoll styremøte HMN 30.10.25
2. Protokoll styremøte HPAS 17.10.25
3. Svar fra HOD til uttalelse fra Romsdal interkommunalt politisk råd om den økonomiske situasjonen i Helse Møre og Romsdal
4. Uttale Sunnmøre regionråd om økonomiske rammevilkår HMR
5. Svar til Sunnmøre regionråd frå HMN
6. Møteprotokoll Brukarutvalet 17.11.25

Vedtak

Styret for Helse Møre og Romsdal tek dei framlagte referata til vitende.

Dokumentet er signert digitalt av:

- GØRD MARIT LANGØY, 25.11.2025
- LEON JARLE AURDAL, 25.11.2025
- TORGEIR SAND AAS, 25.11.2025
- HERLOF NILSSEN, 25.11.2025
- ANETTE LEKVE, 25.11.2025
- ROGER MAGNE OSEN, 25.11.2025
- SUNNIVA JANSBOTTER NYDAHL ROGNERUD, 25.11.2025
- KARI-ANNE FORSMO THYGESSEN, 26.11.2025

Forseglet av



Posten Norge

107/25 Innspill til årlig vurdering av plan 2025-2026 for Internrevisjonen i Helse Midt-Norge (høring)

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 107/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Fagdirektør Erik Ganesh Sjøgaard orienterte styret om innspela frå Helse Møre og Romsdal til plan for internrevisjon 2025-2026.

Vedtak

Administrerende direktør tilrår at styret sluttar seg til innspela til den årlege vurderinga av planen for 2025–2026 for internrevisjonen i Helse Midt-Norge, slik det er skildra i saka.

108/25 Årleg fastsetjing av løn for administrerende direktør i HMR

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 108/2025 i møte den 20.11.2025

Behandling

Saka vart behandla unnateke offentlegheit etter følgjande lovar:

Offentleglova § 23 første ledd:

§ 23. Unntak av omsyn til det offentlege sin forhandlingsposisjon m.m. Det kan gjerast unntak frå innsyn for opplysningar når det er påkravd av omsyn til ei forsvarleg gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltninga til organet.

Helseforetaksloven § 26a andre ledd pkt. 4:

Dersom det foreligger et reelt og saklig behov, kan styret vedta å behandle en sak for lukkede dører i følgende tilfeller: (...) 4. Av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltningen til foretaket.

Kommentar:

Vedtaket blei fatta med 5 stemmer for og 3 imot. Dei som stemte imot var tilsettrepresentantane Torgeir Sand Aas, Annette Lekve og Kari-Anne Thygesen.

Vedtak

Styret for Helse Møre og Romsdal vedtek at administrerende direktør sin faste lønn justerast med 4,4 prosent med verknad frå 1. januar 2025. Justeringa er i tråd med frontfagoppgjeret mellom LO og NHO og innanfor den gjennomsnittlege ramma av årets forhandlingar i HMR.

Dokumentet er signert digitalt av:

- GJØRD MARIT LANGØY, 25.11.2025
- LEON JARLE AURDAL, 25.11.2025
- TORGEIR SAND AAS, 25.11.2025
- HERLOF NILSSEN, 25.11.2025
- ANETTE LEKVE, 25.11.2025
- ROGER MAGNE OSEN, 25.11.2025
- SUNNIVA JANSBOTTER NYDAHL ROGNERUD, 25.11.2025
- KARI-ANNE FORSMO THYGESSEN, 26.11.2025

Forseglet av



Posten Norge

Arkivreferanse: 2025/10045
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Jim Leander Hansen

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
111/25	17.12.2025	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Orientering frå administrerende direktør

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Møre og Romsdal tek orienteringa frå administrerende direktør til vitende.

Ålesund, 10.12.2025

Olav Lødemel
adm. direktør

Administrerende direktør Olav Lødemel orienterte om mellom anna følgjande saker:

- Presenterte Eli-Sihn Samdal Steinskog, som blei kåra til årets onkolog under Onkologisk Forum 20. november
- Oppsummerte status økonomi ved utgangen av november. Klinikane har gjort et betydeleg arbeid gjennom heile 2025 og identifisert tiltak for om lag 280 MNOK. Men framleis gjenstår ei betydeleg restutfordring, noko som blir presentert grundig i budsjettsaka. Adm.dir understreker at det er heilt sentralt å redusere lønskostnader og innleige for å lukkast i 2026. Samtidig er føretaket samla sett avhengig av å betre styringa av aktivitet, kapasitet og pasientlogistikk, særleg for sjukehusklinikane. Det er også ein føresetnad av å realisere gevinstar og effektivisering frå digitaliseringsprosessar, Helseplattformen og Sjukehuset Nordmøre og Romsdal.
- Rapport frå fagleiarnettverket for kardiologi i Helse Midt-Norge er levert 15. desember. Den tar stilling til faglege råd knytt til framtidig behandling av hjartepasientar i regionen. Dette er ein regionalt forankra prosess med representantar frå HMR, som har stor politisk interesse både lokalt og nasjonalt.
- Influensavaksineringa i HMR har vært svært vellukka, med en vaksinasjonsprosent på 67 % ved utgangen av november.
- Sjukefråveret var 9,7 % i november. Gjennomsnittlig sjukefråvær er 8,5 % hittil i år.
- 8. desember opna det nye kollektivknytepunktet og parkeringshuset ved Ålesund sjukehus
- 19. november opna Klinisk utdanningseining – eit samarbeidsprosjekt mellom NTNU og HMR
- Gastroenterolog Espen Skarsvåg frå Klinikk SNR skal representere spesialisthelsetenesta i Beslutningforum frå 2026
- Breiddinga av ultralydradiografar held fram – no er Klinikk for diagnostikk i gong med opplæring av ny ultralydradiograf på SNR Hjelset
- Oppdatert status på samordninga av ressursar mellom Helseplattformen AS og Hemit

Arkivreferanse: 2025/10045
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Fag. dir Erik Ganesh
Søegaard, Øk. dir Randi Myhre, HR-dir Kjetil
Lundberg

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
112/25	17.12.2025	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Statusrapport - Fag, økonomi og HR november 2025

Vedlegg

- 1 Sak 112-25 - vedlegg 1 - Statusrapport fag, økonomi og HR november 2025
- 2 Sak 112-25 - vedlegg 2 - Vedlegg til statusrapport november 2025

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Møre og Romsdal tek statusrapport fag/økonomi/HR for november 2025 til vitende.

Ålesund, 10.12.2025

Olav Lødemel
adm. direktør

Helseforetak: Helse Møre og Romsdal

Periode: 11 - 2025

Statusrapport frå HF

1. STATUS OG UTVIKLING KPI

Tabell 0.1: Månedlig KPI-matrise pr november 2025

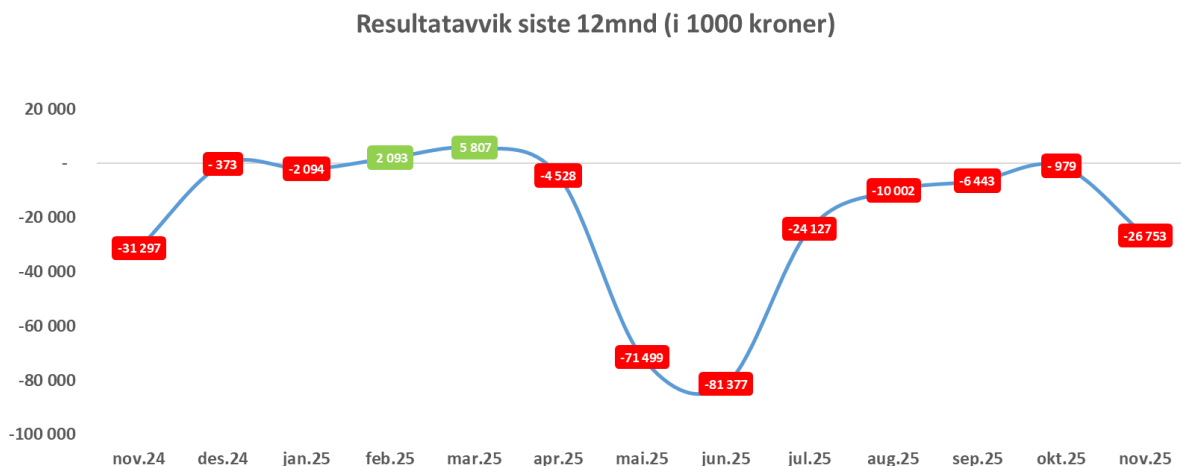
Månedlig KPI matrise 2025		Hittil i år			Avvik denne periode	Prognose årsavvik
		Resultat	Mål	Avvik		
Aktivitet	DRG-poeng somatikk "sørge for"	63 101	64 506	-1 405	●	-490
	DRG-poeng poliklinikk psykiatri voksne	15 970	17 197	-1 227	●	-143
	DRG-poeng poliklinikk psykiatri barn og unge	13 574	10 768	2 806	●	225
	DRG-poeng poliklinikk TSB	2 046	2 117	-71	●	-18
	Ventetid pasienter behandlet somatikk	86	61	25	●	18
	Ventetid pasienter behandlet VOP	53	44	9	●	4
	Ventetid pasienter behandlet BUP	49	45	4	●	-5
	Ventetid pasienter behandlet TSB	29	33	-4	●	-7
Finans	Økonomisk resultat (mill kr)	-506 113	-286 212	-219 902	●	-26 753
	Lønnskostnader (mill kr)	-5 395 774	-5 358 076	-37 699	●	-16 873
HR	Bemanning (brutto mnd.verk)	63 083	62 089	994	●	75
	Netto sykefravær	8,5 %	7,0 %	1,5 %	●	2,7 %

Status og utvikling aktivitet

- Aktiviteten innan somatikk var 5.835 DRG-poeng i november (ISF-egen helseregion). Dette er 8% lågare enn budsjett og 11% lågare enn november 2024. Samla viser aktiviteten hittil i år pr. november 2025, ein auke på 3.420 DRG-poeng (+6%) samanlikna med same periode i fjor, men vi ligg om lag 2% bak budsjett for i år og 2% bak aktiviteten i 2023 og 2022. Avviket i år ligg i klinikk SNR og skuldast i hovudsak lågare aktivitet tidlegare i år som følgje av planlagt opplæring og innflytting i det nye sjukehuset på Hjelset. Sjå vedlegg.
- Innanfor vaksenpsykiatri har polikliniske DRG-poeng pr. november 2025 samanlikna med pr. november 2024 auka med 13%, innan BUP 21% og innan TSB 19%, men vi ligg litt bak budsjett pr. november 2025 innan fagfelte VOP og TSB. Aktiviteten innanfor psykiatritilbodet til barn og unge har vore over budsjett sidan september 2024. Sjå vedlegg.

Status og utvikling finans

- Resultatet for november viser eit negativt rekneskapsresultat på 39,5 MNOK og eit negativt avvik mot budsjett/resultatkrav på 26,8 MNOK. Avviket hittil i år er negativt med 219,9 MNOK sett mot resultatkravet.
- Prognosen for året er sett til –541 MNOK som er ei forverring på 16 MNOK frå førre rapportering. Hovudforklaringa til endringa er auke i pensjonskostnader utover kompensert basisramme.
- Ved utgangen av november har HMR negativ likviditet på driftskonto med –1 109 MNOK som er 118,8 MNOK betre enn budsjett.



Status og utvikling HR

- Antall brutto månadsverk utbetalt i november 2025 var 5 697, noko som er 151 brutto månadsverk lågare enn i november 2024. Det er 1 BMV høgare enn i november 2023.
- Netto månadsverk i november var 4 559, noko som er 128 netto månadsverk lågare enn i november 2024. Det er 16 høgare enn i november 2023, og 175 høgare enn november 2019 (4 384).
- Forbruket av variable brutto månadsverk for november var 243 (inkludert estimat for innleige på 15 månadsverk). I november 2025 utgjør overtid 169 av desse årsverka, mot 184 i november 2024. I november 2023 var antall overtidsmånadsverk 190.
- Sjukefråværet var 9,7 % i november 2025. Langtidssjukefråværet utgjorde 6,7 %. I november 2024 var sjukefråværet 8,8 %, kor langtidssjukefråværet utgjorde 5,9 %.

ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

DRG-aktiviteten i november har vore lågare enn forventa. Aktiviteten i somatikkområdet var 8 % bak plan, medan inntektene innan psykisk helse og rus er på budsjett. Ein ser no nærare på om koding av opphalda gjer negative utslag denne månaden. Vi ikkje har god forklaring på DRG-avviket og undersøker dette nærare i samarbeid med regionen. Låg DRG-aktivitet gjer og utslag i det økonomiske resultatet som har hatt ein negativ utvikling i november. Isolert sett utgjer dette om lag 10 mnok i lågare ISF-inntekt enn budsjettert. Samstundes har vi negative avvik knytt både til varekostnader og lønskostnader i november.

Avviket mot resultatkravet var –26,7 MNOK i november og akkumulert avvik mot resultatkravet er –220 MNOK, der -120 MNOK er knytt til underliggende drift. Prognosen for året er ikkje endra for andre område enn for pensjon, til trass for det negative resultatet i november. Tiltaksoppnåinga pr. november er om lag 58 %.

Forbruket av brutto månadsverk (5 679) og netto månadsverk (4 559) er lågare enn i november 2024, og overtid og andre variable kostnader er redusert samanlikna med 2024. Gjennomsnittleg er forbruket av netto månadsverk på same nivå som i 2023 (januar – november). Sjukefråværet var høgt, heile 9,7 %, 0,9 % høgare enn i november i fjor. Det er ei auke både i langtids- og kortidsfråver. Vi har høg merksemd på nærværarbeid og har tett oppfølging av einingar med høgt fråvær over tid.

Ventetider i november, sjå vedlegg til statusrapport.

HMR er i ein krevjande økonomisk situasjon. Vi må auke gjennomføringsevna for tiltak og halde stram kostnadsstyring. Styringssignala i alle delar av føretaket ligg fast: redusere lønskostnadene, halde aktiviteten oppe og ventetidene nede, og realisere gevinstar knytt til vedtekne, innarbeidde tiltak, utan å gå på akkord med pasienttryggleiken.

Vedlegg statusrapport fra HF

1. Aktivitet

1.1.2 Somatikk – Sørge for og egen produksjon

Tabell nr 1: Aktivitet somatikk pr november 25

Aktivitet somatikk 2025		Hittil i år				Totalt for året			
		Realisert	Budsjett	Avvik	Avvik %	Prognose	Budsjett	Avvik	Avvik %
3200	ISF-refusjon egen helseregion	63 101	64 506	-1 405	-2,2 %	68 730	70 135	-1 405	-2,0 %
3202	ISF-refusjon på kjøp fra andre regioner, private og utlandet	3 472	3 379	92	2,7 %	3 779	3 687	92	2,5 %
3206	ISF-refusjon dyre biolog. legemidler utenfor sykeh	4 886	4 886	-	0,0 %	5 330	5 330	-	0,0 %
	Sum DRG-poeng "sørge for"	71 459	72 771	-1 313	-1,8 %	77 839	79 152	-1 313	-1,7 %
3200	ISF-refusjon egen helseregion	63 101	64 506	-1 405	-2,2 %	68 730	70 135	-1 405	-2,0 %
3210	Gjestepasientinntekter andre regioner, behandling	1 049	1 116	-67	-6,0 %	1 151	1 218	-67	-5,5 %
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	64 151	65 622	-1 472	-2,2 %	69 881	71 353	-1 472	-2,1 %

Aktiviteten innan somatikk var 5.835 DRG-poeng i november ("3200 ISF-egen helseregion"). Dette er 8% lågare enn budsjett og 11% lågare enn november 2024. Aktiviteten var lågare enn normalt for alle klinikkar i november.

Hittil i år ligg vi om lag 2% bak budsjett, 1.472 DRG-poeng. Avviket ligg i klinikk SNR og skuldast i hovudsak lågare aktivitet tidlegare i år som følgje av planlagt opplæring og innflytting i det nye sjukehuset på Hjelset. Samstundes ligg vi samla sett 3.420 DRG-poeng over nivået pr. november 2024 som er ein auke på 6%.

1.1.3 Aktivitet PHV

Tabell nr 2: Aktivitet psykisk helsevern pr november 2025

Aktivitet psykisk helsevern 2025 ("sørge for")	Hittil i år utført	Hittil i år planlagt	Avvik	Avvik i %	Hittil 2024
Psykisk helsevern voksne:					
Antall polikliniske opphold	72 876	83 581	-10 705	-12,8 %	64 103
DRG-poeng poliklinikk	15 970	17 197	-1 227	-7,1 %	14 177
Utskrivninger (sum sykehus og DPS)	2 260	2 226	34	1,5 %	2 228
Oppholdsdøgn (sum sykehus og DPS)	36 327	35 361	966	2,7 %	35 493
Psykisk helsevern barn og unge:					
Antall polikliniske opphold	43 628	37 344	6 284	16,8 %	34 374
DRG-poeng poliklinikk	13 574	10 768	2 806	26,1 %	11 230
Utskrivninger	243	227	16	7,0 %	213
Oppholdsdøgn	2 045	1 594	451	28,3 %	1 402

Psykisk helsevern for vaksne har pr. november eit negativt avvik mot budsjett for tal på polikliniske opphald og DRG-poeng. Det er ein auke på 8.773 polikliniske opphald og 1.793 DRG-poeng (+13%) sett mot same periode i fjor. Dette skuldast blant anna at ein har teke tilbake pasientar frå private.

Når det gjeld opphaldsdøgn ligg ein 966 (3%) over plan og talet på utskrivingar er 34 over budsjett hittil i år.

Psykisk helsevern barn og ungdom har pr. november eit markert positivt avvik for tal polikliniske opphald (17%) og DRG- poeng (26%) sett mot budsjett. Det er også ein auke på 9.254 polikliniske opphald og 2.344 DRG-poeng (21%) sett mot same periode i 2024 (pr. november 2024). Dette skuldast blant anna betre rekruttering i fagfeltet og fleire tilvisingar.

Når det gjeld døgnopphald ser vi den same trenden som i vaksenpsykiatrien. Det har vore 28% fleire opphaldsdøgn enn budsjettert. For utskrivingar ligg ein 7% over plan hittil i år.

1.1.4 Aktivitet TSB

Tabell nr 3: Aktivitet TSB pr november 25

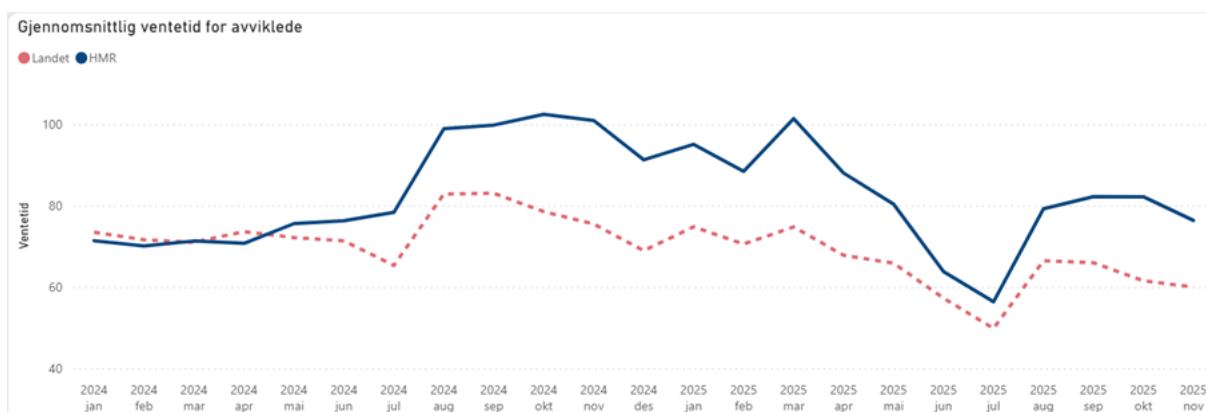
Aktivitet TSB 2025 ("sørge for")	Hittil i år utført	Hittil i år planlagt	Avvik	Avvik i %	Hittil 2024
Aktivitet eget HF:					
Antall polikliniske opphold	11 240	13 153	-1 913	-14,5 %	9 277
DRG-poeng poliklinikk	2 046	2 117	-71	-3,4 %	1 713
Utskrivninger	716	661	55	8,3 %	700
Opphaldsdøgn	14 619	16 369	-1 750	-10,7 %	15 058

Aktiviteten innan TSB ligg bak plan pr. november med 3% færre DRG-poeng og 15% færre polikliniske opphald. Hittil i år er det samstundes ein auke på 1.963 polikliniske opphald og 333 DRG-poeng (19%) sett mot same periode i 2024 (pr. november 2024).

2. Ventetider og fristbrot

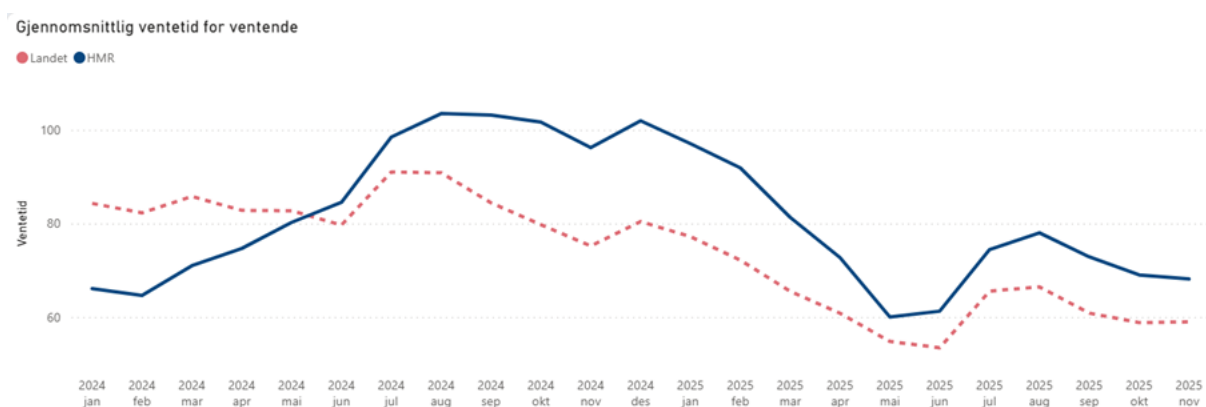
Ventetid og fristbrot for pasientar som har vore inne til behandling i november 2025.

Ventetida i HMR har siste året hatt ein jamn nedgang (sjå Figur 1), sjølv om ventetida auka samla for HMR frå juli-september, er kurva no på veg nedover att. Ventetida samla i HMR var 76 dagar i november for pasientar som har vore inne til behandling (avvikla pasientar), noko som er 6 dagar lavare enn i oktober. Samanliknar ein med same periode i 2024, er ventetida heile 25 dagar lavare i november i år enn i fjor i HMR. Ventetida hittil i år er på 83 dagar, som er 3 dagar lavare enn hittil i år i november 2024.



Figur 1; Gjennomsnittleg ventetid for **avvikla** pasientar 2024-25 (Kjelde: NPR)

Ventetida for pasientar som framleis ventar, var 68 dagar i november 2025. Dette er ein reduksjon på 1 dag samanlikna med oktober i år, og er 18 dagar lavare enn november i fjor.



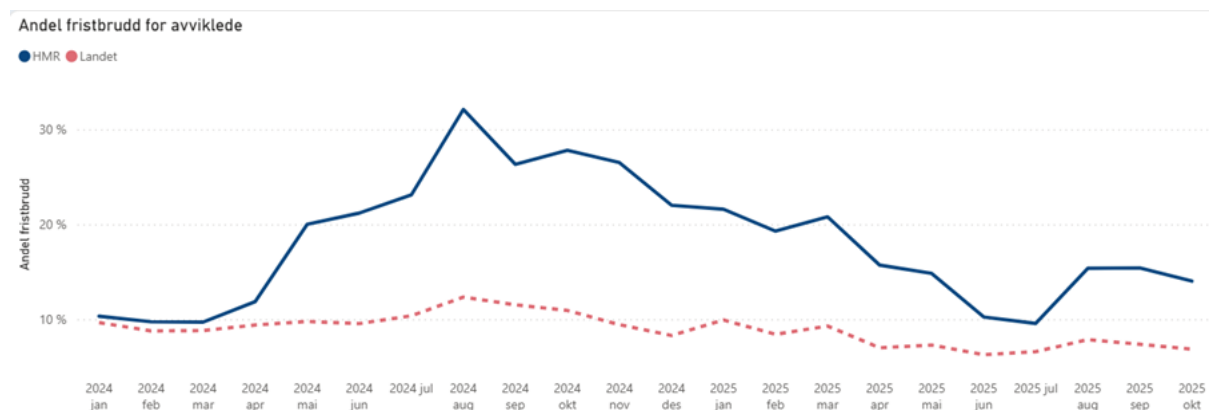
Figur 2; Gjennomsnittleg ventetid for **ventande** pasientar 2024-25, samla for HMR (Kjelde: NPR)

Utvikling ventetider for ventande 2024-25



Figur 3; Ventetider for ventande pr fagområde HMR 2024-2025 (Kjelde: NPR)

Andelen fristbrot for avvikla pasientar samla for HMR gikk opp i samband med innføring av helseplattforma i fjor. Det har vore ei positiv utvikling i andel fristbrot siste året. Andelen fristbrot for avvikla pasientar var i november 10,9%. Det er 3,1%-poeng lavare enn i oktober. Det er sannsynleg at ikkje alle fristbrota er reelle. Det pågår kontinuerleg rydding i listene for å fjerne eventuelle feilregistreringar.



Figur 4; Andel fristbrot for avvikla pasientar 2023-25(Kjelde: NPR)

Ventetider 2025	Mål (øvre grense)	Forrige periode (okt-25)	Denne periode (nov-25)	Endring	Hittil i 2025	Hittil i 2024	Datakilde
Ventetid pasientar behandla alle	61	82	76	-6	83	86	Norsk pasientregister
Ventetid pasientar behandla somatikk	61	85	79	-6	86	87	Norsk pasientregister
Ventetid pasientar behandla VOP	44	46	48	2	53	74	Norsk pasientregister
Ventetid pasientar behandla BUP	45	34	40	6	49	89	Norsk pasientregister
Ventetid pasientar behandla TSB	33	32	26	-6	29	34	Norsk pasientregister

*Tal frå NPR

Somatikk:

Ventetida innan somatikk var i november på 79 dagar. Det er 6 dagar mindre enn i oktober, og ein reduksjon på 16 dagar samanlikna med same periode i fjor. Hittil i år er ventetida 1 dag mindre enn hittil i 2024.

Psykisk Helsevern Vaksne (PHV)

Siste månaden har det vore ein auke i ventetida på 2 dagar frå 46-48 dagar. Det har vore ei positiv utvikling siste året, og sett i samband med november i fjor har det vore ein reduksjon på 16 dagar i ventetida.

Psykisk helsevern barn og unge(PHBU)

Det har vore ein auke på 6 dagar i ventetida frå oktober til november innanfor psykisk helsevern barn

og unge, men ventetida er framleis godt innanfor målkravet, med 40 dagar. Årsaka til auken er at ein har tatt unna pasientar som har venta lenge. Samanlikna med november i 2024 er ventetida heile 40 dagar mindre innanfor psykisk helsevern for barn og unge i november 2025.

Tverrfagleg spesialisert behandling (TSB)

Ventetida for avvikla pasientar innanfor TSB har gått ned med 6 dagar siste månaden, og er framleis innanfor målkravet, med gjennomsnittleg ventetid på 26 dagar. Dette er 12 dagar mindre enn i november i fjor. Hittil i år er ventetida 29 dagar, mot 34 dagar hittil i fjor.

Arbeid med tiltak - ventetider og fristbrot

Ventetidsløftet har i heile 2025 hatt stort fokus, og alle klinikkar jobbar konkret og aktivt for å redusere ventetider, med aktiv innsats mot dei pasientane som har venta lengst. Tiltaka har hatt effekt. Det var ein auke i ventetida gjennom sommarferie-avviklinga, men ein ser at kurva no er på veg ned att både for ventetida for avvikla pasientar og for ventande pasientar. Tiltaka held fram vidare. Ein held fram med tett samarbeid mellom stabseiningane og klinikkane. Det pågår jamlege møter mellom fagavdelinga og klinikkleiarane i alle klinikkar for å følgje med på utviklinga i ventetida. Arbeid med å auke oppgåvedeling vil vere viktig for å kunne auke kapasiteten ytterlegare framover. Systematisk arbeid med gjennomgang av ventelister, avslutte kontrollar og prioritere rett pasient held og fram, og her er Kloke val-kampanjen eit av satsingsområda.

Auka digitalisering, oppretting av felles tilvisingsmottak og auka bruk av KI er andre tiltak ein vil jobbe med for å betre pasientflyten.

Som nemnt i tidlegare rapportar er auka bruk av behovsstyrte helsetenester gjennom digitale verktøy eit av fokusområda i HMR. Dette vil redusere talet på ventande gjennom at pasientane sjølv er med på å styre om og når dei har behov for helsetenester i spesialisthelsetenesta. Dette vil vidare redusere ventetida og talet på fristbrot.

Somatikk:

Innanfor hud-faget gjekk ventetida noko opp i samband med sommarferieavviklinga, men er no på veg ned att og har vorte redusert med 16 dagar siste månaden. Det vil vere aksjonspoliklinikkar utover hausten, og frå oktober starta ny hudlege med digitale konsultasjonar. I tillegg vil ein oversende ein del pasientar til privat aktør, særskilt pasientar som står i fare for fristbrot. For å betre pasientflyten har ein slått saman hud-seksjonane i Kristiansund og Ålesund, og felles tilvisingsmottak for dei to einingane starta opp frå 1.desember. Pasientar med kort frist eller behov for rask kontroll settast på time direkte, og ein jobbar og for å få dette til for alle pasientar. I tillegg nyttast videokonsultasjonar og teledermatologi. Ein har tru på at desse tiltaka vil føre til at ventetida vil betre seg ytterlegare i tida framover.

Ein held elles fram med tiltak som tidlegare er skissert. Digitale verktøy for å betre pasientflyten og system for behovsprøvd oppfølging er iverksett og ein ser begynnande effekt. Her nyttar ein «checkware» eller andre verktøy for å redusere tal på pasientar som må inn til kontroll.

Ventetida gjekk noko opp innanfor klinikk Ålesund sjukehus sommarmånadene, men har no vore relativt stabil siste par månadene, og ein har tru på at det vil betre seg i tida framover. Tiltaka held fram som før, med gjennomgang av ventelister for å sikre rette fristar og fjerne feilregistreringar, og ein jobbar med å gi pasientane time direkte. Innanfor ortopedien samarbeider ein regionalt for å standardisere pasientforløpa. Felles tilvisingsmottak for ortopedi vart starta frå 1.desember, og ein vil med dette i større grad få til ei betre koordinering av tenestene, meir lik vurdering av tilvisingane og

meir effektiv ressursutnytting på tvers av sjukehusa våre. Oppgåvegsliding frå ortoped til fysioterapeut og sjukepleiar er eit av tiltaka ein satsar på, og ein vil jobbe vidare med å betre pasientflyten på skadepoliklinikken. Utprøving av KI for å effektivisere konsultasjonane er i gang ved fleire fagområder. Innanfor augefaget er det plan om at optikar kan ta kontrollpasientar for å avlaste legane og innanfor ØNH aukar ein operasjonskapasiteten ei periode framover.

Ein vil auke bruken av behovsstyrt poliklinikk gjennom bruk av digitale verktøy for å betre pasientflyt. Auka samarbeid på tvers gjennom fagnettverk vil kunne auke standardisering av mellom anna kontrollregime og avslagsbrev med råd til henvisar/pasient.

I Klinik Volda sjukehus har ein jobba bra med ventelistene, men det er framleis noko utfordringar innanfor kirurgi og gynekologi.

Der vil framover vere betre tilgang på gynekologar, og talet på poliklinikkdagar vil i samband med dette auke. Ein forventar difor betring i ventetidene framover. Innanfor kirurgifaget er det tilstandar som har lang frist for behandling som gjer at ventetida er noko høg. Pakkeforløp og tilstandar som hastar vert prioritert, og det er ingen fristbrudd innanfor kirurgisk poliklinikk. Auka bruk av behovsstyrte tenester og digital oppfølging vil og vere fokusområder utover hausten innanfor fleire fagfelt.

I Klinik SNR er det framleis noko utfordring innanfor augefaget, men ventetida er no på veg ned, og har vorte redusert med 33 dagar for avvikla pasientar, og heile 50 dagar for dei som framleis ventar sidan august. Det har vore jobba aktivt med ventelistene, og det jobbast og aktivt vidare med kompensierende tiltak som forventast å ha effekt, mellom anna oppgåvegsliding frå lege til optikar/sjukepleiar for å betre situasjonen.

Det har og vore noko lange ventetider innanfor kirurgi, gynekologi og gastromedisin.

Aksjonspoliklinikk og vidaretilvising til avtalespesialist, samt bruk av check-ware for å luke ut pasientar som ikkje har behov for spesialisthelseteneste vidare er andre tiltak ein har sett i verk. Ein jobbar elles kontinuerleg med å sjå på pasientforløpa, gå gjennom ventelister og auke bruken av behovsstyrt poliklinikk gjennom bruk av digitale verktøy for å betre pasientflyt.

Det er realistisk at tiltaka og vil redusere talet på fristbrot etter kvart.

Psykisk helse og rus:

Innanfor **psykisk helsevern vaksne** har ventetida gått jamt ned gjennom det siste året, med ei lita auke i samband med ferieavviklinga, som og var forventa, men er no på veg ned att. Tiltak knytta til ventetidsløftet har hatt viktig effekt, og i tillegg til at ventetida for avvikla pasientar har vorte kraftig redusert, har det og vore ein stor reduksjon i ventetida for ventande pasientar. Andelen fristbrot har og vorte kraftig redusert siste året. I november i år var andelen fristbrot for avvikla pasientar innanfor psykisk helsevern vaksne 7% mot 22 % på same tid i fjor.

Ein held elles fram med dei tiltaka som har vart over lang tid, med gjennomgang av ventelister slik at dei som har venta lengst vert prioritert, aksjonspoliklinikk, fokus på å rekruttere og behalde kompetanse, samt tydelege aktivitetsforventningar. Tidleg Avklaringsteam ved poliklinikken i Ålesund vil redusere talet på saker som tas inn, og ein kan sluse pasientane raskare inn i tilbod på lavare nivå.

Gjennom det siste året (frå september 2024 til november 2025) har ventetida for avvikla pasientar gått ned med heile 66 dagar innanfor **psykisk helsevern barn og unge**. I november er det ikkje registrert eit einaste fristbrot innanfor psykisk helsevern barn og unge, noko som er særleg gledeleg. Det har berre vore 3 fristbrot totalt dei siste 8 månadene. Iverksette tiltak har tydeleg hatt effekt. Dei tilsette har strekt seg langt, og poliklinikkane har gjort ein stor jobb med å ta unna pasientar som har venta lenge. Dei som treng rask hjelp grunna alvorlege tilstandar har kort ventetid. Ein ser at ventetida for dei som framleis ventar held seg lav, og er på same nivå som landsgjennomsnittet (sjå

figur 3). Ventetida for dei som framleis ventar er i november berre 25 dagar, som er på same nivå som førre månad.

Tiltaka er som nemnd i tidlegare rapportar mellom anna auking i bemanninga ved alle poliklinikkane for å auke kapasiteten, innleige av ekstra legevikarar og bredding av ADHD sjukepleiar-tilbod både i talet og innhald i oppgåvedeling. Vurderingssamtalar av pasientar tidleg i ventetida held fram. I tillegg er det kontinuerleg nøye monitorering av ventelister. Det er eit mål om at alle saker skal startast innan frist.

Innanfor **TSB** har ventetida gått ned med 6 dagar siste månaden frå 32-26 dagar, og er godt innanfor målkravet som er på 33 dagar. Ein har god kontroll på ventelista, og det er difor ikkje behov for særskilte tiltak.

3. Økonomi

3.1 Resultat

Helse Møre og Romsdal har i 2025 eit brutto budsjett på om lag 9,3 MRD. Det er budsjettert med eit resultat på -297 MNOK i samsvar med føretaksprotokoll av 19.12.24. Prognosen for året er pr. november satt til -541 MNOK som er ei forverring på 16 MNOK samanlikna med førre rapportering på -525 MNOK, sjå omtale punkt 3.3 Prognose.

Den økonomiske situasjonen i HMR er særskilt krevjande. Bakgrunnen for utfordringsbiletet er samansett. Dei store omstillingsprosjekta, innføring av Helseplattformen i 2024 og innflytting og ibruktaking av SNR i 2025, har gjort det krevjande og samstundes ha tilstrekkeleg kapasitet til å jobbe med naudsynt omstilling. Aukande og vedvarande høge IKT-kostnader dei seinare åra, auka finanskostnader knytt til SNR og etterkvart AIO og generell høg kostnadsvekst knytt til mellom anna legemiddel og lønnskostnader, er i tillegg dei viktigaste årsakene.

Tabell nr 4: Resultat pr november og hittil i år

Resultat 2025 (Tall i tusen)		Denne periode			Hittil i år		
		Resultat	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik
3	Inntekter	797 883	797 803	80	8 190 624	8 166 006	24 618
4	Varekostnader	-135 700	-127 269	-8 431	-1 494 704	-1 376 705	-118 000
5	Lønnskostnader	-513 768	-496 896	-16 873	-5 395 774	-5 358 076	-37 699
6,7,9	Andre driftskostnader	-159 250	-157 987	-1 264	-1 619 271	-1 575 559	-43 713
8	Finansposter	-28 707	-28 442	-265	-186 987	-141 878	-45 109
Sum		-39 543	-12 790	-26 753	-506 113	-286 212	-219 902
Revidert resultatkrav							
Sum - korrigert for pensjon		-39 543	-12 790	-26 753	-506 113	-286 212	-219 902

Resultatet for november viser eit negativt rekneskapsresultat på 39,5 MNOK og eit negativt avvik mot budsjett/resultatkrav på 26,8 MNOK. Avviket hittil i år er negativt med 219,9 MNOK sett mot resultatkravet.

Ikkje-budsjetterte renter og avskrivningar for SNR i mai og juni utgjer om lag 100 MNOK av avviket hittil i år korrigert for endring i avskrivningstid. Resterande netto avvik i underliggjande drift utgjer om lag 120 MNOK.

Inntekta i november er tilnærma lik budsjett. Pasient- og behandlingsrelaterte inntekter viser ei mindreinntekt på 2,5 MNOK. Vi ser eit større negativt avvik på ISF-inntekter i november samanlikna med tidlegare år og ein undersøker kvifor saman med dei andre helseføretaka i HMN. Likevel har alle klinikkar med unntak av SNR ein aktivitet som er høgare enn budsjettert hittil i år. Klinik SNR har hatt redusert aktivitet i samband med innflyttinga, men har likevel oppnådd 93 % av budsjettert aktivitet hittil i år.

Varekostnader viser eit meirforbruk på 8,4 MNOK i november. Avviket skuldast i hovudsak meirforbruk på medikament, medisinske forbruksvarer, gjestepasientkostnader internt i regionen (hovudsakleg kostbare medikament/behandling) og innleige av helsepersonell.

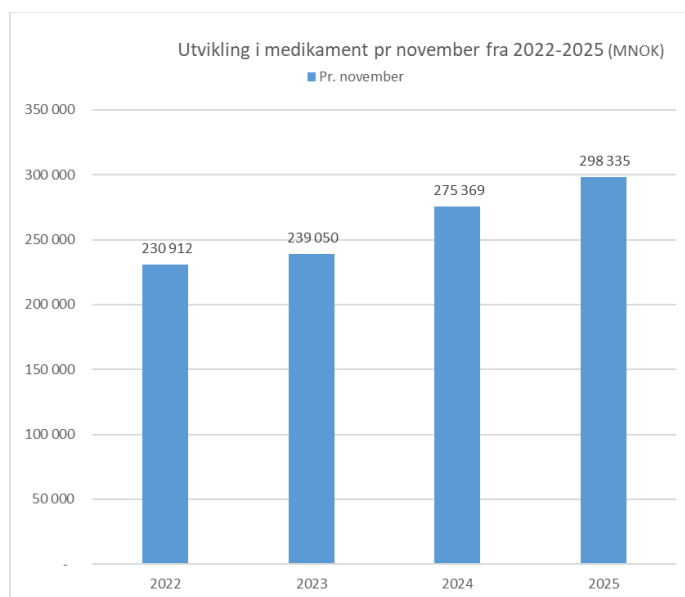
Føretaket har eit negativt lønsavvik på 16,9 MNOK i november. Variable lønskostnader (overtid, ekstrasjelp og engasjement) viser eit meirforbruk på 7,2 MNOK i høve budsjett. Refusjon av sjukepengar viser ei meirinntekt på 9,6 MNOK i november.

Andre driftskostnader har eit meirforbruk på 1,3 MNOK i november i hovudsak knytt til kostnader lokale. Det er gjort ei avsetning på 12 MNOK for mottatte fakturaer som ikkje er godkjent.

Medikament – pr. november 2025

Vi rapporterer særskilt på utviklinga i medikamentkostnader gitt i sjukehus (ikkje H-reseptar) i perioden 2022-2025 jf. søylediagrammet nedanfor. Pr. november 2023 samanlikna med pr. november 2024 viser ein kostnadsauke på 15%, og pr. november 2024 samanlikna med pr. november 2025 viser ein ytterlegare auke på 8%.

Innanfor mange områder og spesielt innanfor kreftområdet, har det kome mange nye og kostbare behandlingar som trekkjer opp kostnadene. Desse kjem til dels inn som ny behandling utan vesentleg reduksjon i bruk av annan dyr behandling. Medikamenta vi ser størst auke i pr. november 2024 til pr. november 2025 er Darzalex, Vabysmo, Keytruda og Flixabi. Det er også enkelte medikamentgrupper der vi har vesentlege høgare kostnader enn andre helseføretak. Det vart lagt fram ei eiga sak om legemiddeløkonomi i HMR i styremøtet 22. oktober 2025.



3.2 Omstilling og effekt av tiltak

Behovet for tiltak for å oppnå resultatkravet i HMR er på omlag 450 MNOK i 2025, noko som er omlag 150 MNOK meir enn det som er innarbeidd i dei klinikkvise budsjetta. Pr november var det periodisert inn ein forventa effekt av tiltak på om lag 409 MNOK. Klinikane meldte ei måloppnåing på om lag 239 MNOK for same periode, noko som tilsvarer 58%. Estimert total årseffekt av tiltaka er på omlag 274 MNOK. Dei estimerte effektane har blitt redusert kvar månad i løpet av hausten, og ein er avhengig av ein god månad i klinikane i desember om estimatet på omlag 60% tiltaksoppnåing skal bli nådd.

Realiserte HIÅ (1000 kr)	Budsjett Hittil	Realisert Hittil	Avvik Hittil
Reduserte lønnskostnader/ bemanningsreduksjon	91 100	75 482	15 618
Innleie	45 517	47 254	- 1 737
Varekostnader (ekskl innleie)	35 274	25 141	10 133
Øvrige kostnadsbesparelser (uspesifiserte tiltak)	134 750	6 821	127 929
Økt inntekt	102 706	84 398	18 308
Sum	409 347	239 096	170 251

Tiltaka i klinikane sine budsjett er ikkje tilstrekkelege for å nå resultatkravet på føretaksnivå i 2025. Det er avgjerande for HMR at ein klarer å auke gjennomføringsevna knytt til tiltak.

3.3 Prognose

Prognosen for året er sett til –541 MNOK som er ei forverring på 16 MNOK frå førre rapportering som var på -525 MNOK. Forklaringa til endringa er auke i pensjonskostnader utover kompensert basisramme i nysaldering av statsbudsjettet , og rapporterst som endring i årsprognose i samsvar med e-post frå HMN datert 2. desember 2025. Ut over dette er ikkje prognosen for 2025 endra.

Det er tett dialog med RHF-et, og prognosen krev stram styring av aktivitet, kostnader og tiltaksoppfølging også siste månaden i året.

Tabell nr 5: Prognose pr november 2025

Prognose 2025 (Tall i tusen)		Prognose - forrige periode	Prognose - denne periode	Endring - denne periode	Budsjett 2025	Avvik - Budsjett-prog nose
3	Inntekter	9 014 292	9 651 974	637 682	8 982 853	669 121
4	Varekostnader	-1 628 448	-1 626 739	1 709	-1 499 734	-127 005
5	Lønnskostnader	-5 927 533	-6 583 100	-655 567	-5 877 918	-705 182
6,7,9	Andre driftskostnader	-1 766 571	-1 766 129	441	-1 730 306	-35 824
8	Finansposter	-216 741	-217 006	-265	-171 897	-45 109
Sum		-525 000	-541 000	-16 000	-297 002	-243 998
Revidert resultatkrav - pga pensjon						
Sum - korrigert for pensjon		-525 000	-541 000	-16 000	-297 002	-243 998

3.4 Likviditet

Tabell nr 6: Status og prognose likviditet pr november 25

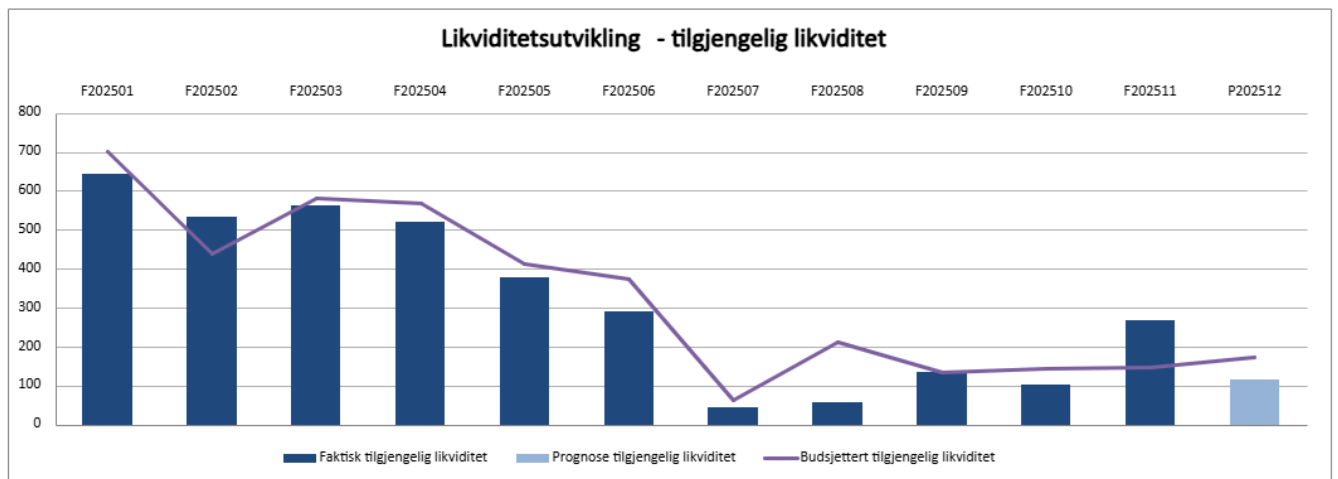
Kontantstrøm (beløp i hele tusen)	Hittil i år			Totalt for året		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Prognose	Budsjett	Avvik
IB likviditetsbeholdning 1.1.2025	-547 725	-547 725	-			-
UB likviditetsbeholdning	-1 108 666	-1 227 432	118 766	-564 418	-1 202 398	637 980
Endring likviditet	-560 941	-679 707	118 766	-564 418	-1 202 398	637 980
Kredittramme	1 376 186	1 376 186	-	680 700	1 376 186	-695 486
Midler som er bundet	0	0	0	0	0	0
Samlet likviditet	267 520	148 754	118 766	116 282	173 788	-57 506

Ved utgangen av november har HMR negativ likviditet på driftskonto med –1 109 MNOK som er 118,8 MNOK bedre enn budsjett.

Prognosen for året viser ein positiv likviditet på 116 MNOK som er ei forbetring frå førre periode med omlag 54 MNOK. Dette skuldast hovudsakleg endring i arbeidskapital. Endring i basisramme til auka pensjonskostnader og endring i betalt premie i 2025, gir grunnlag for justering av driftskredittramme frå 1 376 MNOK til 680,7 MNOK i desember. Desse endringane i pensjon har ikkje likviditetseffekt.

Ved utgangen av året forventar vi eit avvik på -58 MNOK i høgare trekk på kassakreditten enn budsjettert. Dette skuldast høgare drifts- og investeringsnivå.

Prognosen viser at likviditetssituasjonen for HMR er krevjande og at det er naudsynt med framleis tett dialog med HMN.



3.5 Akutt-, intensiv- og operasjon-prosjektet (AIO)

Status i arbeidet

På nybygget er takteking og vindusmontasje ferdigstilt i perioden. Det er starta isolering av yttervegg og montasje av solskjerming.

Detaljprosjekteringen av innvendige arbeider pågår, og det meste av prosjekteringsarbeidet ferdigstilles til nyttår.

Oppstart innvendige arbeider er satt til 01.02.26. Samhandlingsprosess med utførende fag er vidareført for å legge til rette for effektiv produksjon av innvendige arbeider.

Arbeid med avkjøring frå Borgundfjordvegen er helt i sluttfasen. Før avkjøringa kan tas i bruk av utrykningskjøretøy og anleggstrafikk gjenstår merking og skilting av området.

Plan for rocade og ombygging i eksisterande areal er ferdigstilt, og oppstart saneringsarbeid i vestibyle syd vil tentativt starte opp i starten av februar 2026.



Nytt AIO-bygg, november 2025

Økonomi

Pådraget i perioden er 32,5 MNOK.

Totalt påløpte kostnader i prosjektet er 575,2 MNOK.

Prosjektet rapporterer et estimat per oktober på 1 308,6 MNOK. For å få sammenlignbare kroneverdier er rammene oppjustert til oktober-kroneverdi. Dette er hhv 17,2 MNOK og 62,1 MNOK under BKIBOL-justert P70- og P85-ramme.

Det vil bli gjennomført budsjettrevisjon i desember og da vil det bli en ny vurdering av prognose.

Viktigaste aktivitetar i neste fase

- Gjennomføre økonomi- og kalkylegjennomgang saman med HENT
- Ferdigstille budsjettrevisjon
- Vidareføre detaljprosjektering av innvendige arbeider
- Vidareføre taktekking og vindumontasje på mellombygg
- Starte fasadekledning
- Ferdigstille avkøyring frå Borgundfjordvegen
- Konkretisere planer for ombyggingsarbeider og rokade i eksisterande bygg
- Vidareføre arbeid med samordna plan for forberedelse og innflytting i nytt sjukehusbygg
- Koordinere med sjukehus i drift

4. HR

4.1 Bemanning/innleie

Tabell nr 7: Bemanning

Bemanning 2025 (brutto månadsverk utbetalt)	Denne periode			Hittil		
	202511	Budsjett	Avvik	Faktisk	Budsjett	Avvik
Totalt	5 697	5 622	75*	63 083	62 089	994*
Fråvær	1 139			14 221		
Netto månadsverk utbetalt	4 558			48 862		

Brutto månadsverk

Talet på forbrukte brutto månadsverk i november var på 5 697, noko som er 151 månadsverk lågare enn i november 2024. I november 2023 var talet 5 696, 1 BMV lågare enn i november 2025.

*Bemanningsbudsjettet for brutto månadsverk er berekna ut frå budsjetterte kostnader for definerte kostnadsarter og føresetnader om gj. snittleg kostnader pr månadsverk innafor dei

ulike lønsartene. Kostnadene knytt til kvart månadsverk varierer mykje når det påløper overtid og ekstravakter. Utsett tiltaksoppløsing og lønsoppgjer inngår ikkje i budsjetterte månadsverk, men påverkar totaliteten når ein ser avvik i månadsverk mot samla avvik på lønskostnader. Vi ser på andre tilnærmingar til både budsjettering og rapportering av brutto månadsverk i samhandling med HMN og dei andre sjukehusføretaka i regionen.

Netto månadsverk

Netto månadsverk i november var 4 559, noko som er 128 netto månadsverk lågare enn i november 2024 (4 687). Dette er 16 netto månadsverk høgare enn i november 2023 (4 543), og 175 høgare enn i november 2019 (4 384).

Variable lønskostnader

I januar 2025 vart det innført ein ny, strengare rutine for bruk av overtid. Bruk av overtid blei då redusert.

Forbruket av variable brutto lønnskostnadar for november 2025 var 243 månadsverk (inkludert estimat for innleige, som utgjer 15 månadsverk). Talet på variable månadsverk var på eit lågare nivå enn november 2024 (298).

Overtidsforbruket var i november 169 månadsverk. I november 2024 var talet 184.

Talet på overtidstimar i november 2025 var 24 277, som er 2 269 timar lågare enn i same månad i 2024.

Godkjenning av stillingar og innleige

Alle utlysingar skal godkjennast av administrerande direktør etter klinikkjefen si vurdering av behovet for personell opp mot krav til pasientsikkerheit, økonomi og HMS. All innleige skal vurderast og godkjennast av AD, og må vere knytt til kritisk kompetanse nødvendig for å oppretthalde dagens pasienttilbod.

Tal i HR-kube pr 9.12, kl. 10.30.

4.2 Sjukefråvær

Tabell nr 8: Sjukefråvær

Sjukefråvær	Denne periode			Hittil		
	202511	202411	Endring	2025	2024	Endring
Antall enheter med sjukefråvær > 10 %	91	89	2,2 %	82	70	17,1 %
Netto sjukefråværsprosent	9,7 %	8,8 %	10,2 %	8,5 %	8,3 %	2,4 %

Sjukefråværet var 9,7 % i november 2025. Langtidssjukefråværet utgjorde 6,7 %. I november 2024 var sjukefråværet 8,8 %, kor langtidssjukefråværet utgjorde 5,9 %.

Av oppdragsdokumentet for 2025 går det fram at HMR skal ta sikte på å kome ned på eit sjukefråvær som tilsvara 2019-nivået. I november 2019 var sjukefråværet 7,8 %.

Det systematiske arbeidet med nærvær og oppfølging av sjukefråvær har stort fokus i HMR. I følge «ti-punktlista» over generelle klinikktiltak er det vedteke at alle leiarar skal følgje alle retningslinjer for systematisk nærværsarbeid og sjukefråværsoppfølging. Det er satt inn ekstra tiltak på seksjonar med meir enn 10 % sjukefråvær over tre månaders varigheit, med særleg oppfølging av HR-seksjonen og NAV.

Arkivreferanse: 2025/10045
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Viseadm. dir Heidi Nilsen

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
113/25	17.12.2025	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Status AIO - akutt, intensiv og operasjon ved Ålesund sjukehus

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Møre og Romsdal tek saka om AIO – Akutt, intensiv og operasjon ved Ålesund sjukehus til vitende.

Ålesund, 10.12.2025

Olav Lødemel
adm. direktør

Status i arbeidet pr november 2025

På nybygget er takteking og vindusmontasje ferdigstilt i perioden. Det er startet isolering av yttervegg og montasje av solskjerming.

Detaljprosjekteringen av innvendige arbeider pågår, og det meste av prosjekteringsarbeidet ferdigstilles til nyttår.

Oppstart innvendige arbeider er satt til 01.02.26. Samhandlingsprosess med utførende fag er videreført for å legge til rette for effektiv produksjon av innvendige arbeider.

Arbeid med avkjøring fra Borgundfjordvegen er helt i slutfasen. Før avkjøringen kan tas i bruk av utrykningskjøretøy og anleggstrafikk gjenstår merking og skilting av området.

Plan for rokade og ombygging i eksisterende areal er ferdigstilt, og oppstart saneringsarbeid i vestibyle syd vil tentativt starte opp i starten av februar 2026.



Nytt AIO-bygg, november 2025

Økonomi

Pådraget i perioden er 32,5 MNOK.

Totalt påløpte kostnader i prosjektet er 575,2 MNOK.

Prosjektet rapporterer et estimat per oktober på 1 308,6 MNOK. For å få sammenlignbare kroneverdier er rammene oppjustert til oktober-kroneverdi. Dette er hhv 17,2 MNOK og 62,1 MNOK under BKIBOL-justert P70- og P85-ramme.

Det vil bli gjennomført budsjettrevisjon i desember og da vil det bli en ny vurdering av prognose.

Viktigste aktiviteter i neste fase

- Gjennomføre økonomi- og kalkylegjennomgang sammen med HENT
- Ferdigstille budsjettrevisjon
- Videreføre detaljprosjektering av innvendige arbeider
- Videreføre taktekking og vindusmontasje på mellombygg
- Starte fasadekledning
- Ferdigstille avkjøring fra Borgundfjordvegen
- Konkretisere planer for ombyggingsarbeider og rocade i eksisterende bygg
- Videreføre arbeid med samordna plan for forberedelse og innflytting i nytt sykehusbygg
- Koordinere med sykehus i drift

Arkivreferanse: 2025/10045
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Øk. dir Randi Myhre

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
114/25	17.12.2025	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Budsjett 2026 HMR

Vedlegg

- 1 Sak 114-25 - vedlegg 1 - Saksutgreiing Budsjett 2026 HMR
- 2 Sak 114-25 - vedlegg 2 - Tiltak i klinikkane
- 3 Sak 114-25 - vedlegg 3 - Drøftingsprotokoll Budsjett 2026 Helse Møre og Romsdal HF

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Møre og Romsdal vedtek framlegg til budsjett for 2026 slik det går fram av saka og med eit negativt resultatkrav på 400 mnok. Styret i HMR tek atterhald om styret i HMN sitt endelege vedtak om resultatkrav for 2026.
2. Styret for Helse Møre og Romsdal vedtek rammene i investeringsbudsjett for 2026 og sluttar seg til dei prioriteringane som kjem fram av saka.
3. Styret for Helse Møre og Romsdal viser til at vedteke omstillingskrav for 2026 i sak 81-25 om revidert ØLP var 350 mnok. Styret sluttar seg til at omstillingskravet for 2026 no er auka til 410 mnok som følgje av endra føresetnader om kostnads- og inntektsutvikling i 2026.
4. Styret for Helse Møre og Romsdal konstaterer at det er høg risiko i budsjettet knytt til om det er tilstrekkeleg med konkrete tiltak for å nå resultatkravet for 2026. Styret ber administrerande direktør følgje opp klinikkane slik at realistiske omstillingsplanar kjem på plass innanfor gjeldande resultatkrav.
5. Styret for Helse Møre og Romsdal ber om rapportering i kvart styremøte på gjennomføring av tiltak og utvikling av årsverk. Ved manglande effekt skal kompenserande tiltak konkretiserast og settast i verk.
6. Styret for Helse Møre og Romsdal ber om at likviditetssituasjonen blir følgt opp i tett dialog med HMN.
7. Styret for Helse Møre og Romsdal gir administrerande direktør fullmakt til å gjere mindre endringar i budsjett 2026 innanfor vedteke resultatkrav.

Ålesund, 12.12.2025

Olav Lødemel
adm. direktør

Saksutgreiing budsjett 2026 HMR

Innleiing

Den økonomiske situasjonen i Helse Møre og Romsdal er særskilt krevjande. Budsjettet for 2026 er lagt med utgangspunkt i dei føringane som vart vedteke *sak 81-25 Revisjon økonomisk langtidsplan for Helse Møre og Romsdal 2026-2031* der kravet til omstilling og effektivisering i 2026 var 350 mill. kroner.

I tillegg er det etter dette avdekt område der kostnader vil auke ut over deflator frå 2025 til 2026 samt at nokre inntektsføresetnader og er endra. Dette aukar utfordringsbildet frå føresetnadene i saka om revidert ØLP. I budsjettet for 2026 legg vi til grunn eit omstillingsbehov på 410 mnok.

I 2024 vart Helseplattformen innført, noko som påverka både aktiviteten og kostnadsnivået i drifta. I 2025 har vi i stor grad lukkast med å kome attende til same aktivitetsnivå som før innføringa (unntaket er Klinikk SNR) og å ta ned det høge kostnadsnivået knytt til innføringa. I 2025 vart det nye akuttsjukehuset på Hjelset teke i bruk. Opplæring, førebuing, innflytting og ibruktaking har påverka både drifta og den økonomiske situasjonen i 2025 gjennom lågare aktivitet og pukkelkostnader.

Som følge av store investeringar i både bygg, infrastruktur, medisinsk-teknisk utstyr og IKT dei seinare åra, må Helse Møre og Romsdal vri ressursbruken frå lønnskostnader/bemannning til finansiering av aukande finanskostnader, vedvarande høge IKT-kostnader og mest sannsynleg aukande og vedvarande høge medikamentkostnader. Dette vil utfordre både prioritering og struktur.

Bakgrunn

Sjå tidlegare styresaker i Helse Møre og Romsdal som er ein del av bakgrunn for saka:

Sak 55-25	Økonomisk langtidsplan 2026-2031 for Helse Møre og Romsdal
Sak 69-25	Budsjett 2026 - forutsetninger
Sak 81-25	Revisjon økonomisk langtidsplan for Helse Møre og Romsdal 2026-2031
Sak 90-25	Budsjett 2026 – status for arbeidet
Sak 91-25	Utkast til overordna plan for omstilling i HMR
Sak 100-25	Orientering om forslag til inntektsfordeling 2026

Løpande rapportering på økonomisk bærekraft for HMR (sak 43-25, sak 65-25 og sak 80-25) og løpande månadleg statusrapportering i 2025.

Vedtak og styresaker i Helse Midt-Norge er og bakgrunn for saka, mellom anna:

Sak 009-25	Forutsetninger for ØLP 2026-2031
Sak 095-25	Økonomisk langtidsplan 2026-2031
Sak 150-25	Justert økonomisk langtidsplan for Helse Midt-Norge – ØLP
Sak 166-25	Budsjett Helse Midt-Norge 2026_rev 141125

Vedtak i *sak 166/25 Budsjett 2025 Helse Midt-Norge 2026* dannar grunnlaget for fordeling av inntektsrammer og resultatkrav til helseføretaka Helse Midt-Norge for budsjettåret 2026.

Styret i Helse Midt Norge RHF gjorde følgjande vedtak i saka den 20. november 2025:

1. Styret tar til orientering resultatkrav for HF for 2026 i henhold til tabell under, og kommer tilbake med resultatkrav i styremøtet i desember:

Resultatkrav 2026 (tusen kroner)	
St. Olavs hospital HF	240 000
Helse Møre og Romsdal HF	-350 000
Helse Nord-Trøndelag HF	-60 000
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	-10 000
Hemit HF	0

2. Styret vedtar inntektsfordeling for 2026 i henhold til tabell under, med forbehold om Stortingets behandling av forslag til statsbudsjett 2026:

Fordeling (1 000 kr)	Kap/post	HMR	HNT	STO	APO	HEMIT	RHF	Sum HMN
Basisramme inntektsmodell	732.74	7 062 793	3 696 555	10 988 224	-	-	888 698	22 636 269
Basisramme strategiske tilskudd	732.74	228 366	40 526	396 872	20 000	-	1 259 294	1 945 058
Sum basisramme	732.74	7 291 159	3 737 081	11 385 096	20 000	-	2 147 992	24 581 328
Resultatbasert finansiering (RBF)	732.71	37 272	14 386	43 250	-	-	-	94 908
Sum basisramme og RBF		7 328 431	3 751 467	11 428 346	20 000	-	2 147 992	24 676 236
Aktivitetsbasert inntekt		1 659 290	854 995	2 718 929	-	-	62 372	5 295 586
Øremerkede midler		35 646	4 687	641 215	-	-	162 585	844 133
Sum bevilgning		9 023 368	4 611 149	14 788 490	20 000	-	2 372 949	30 815 955

3. Styret vedtar at følgende aktivitet for DRG somatikk (sørge for) skal legges til grunn i foretakenes budsjetter for 2026:

DRG-poeng (somatikk)	HMR	HNT	STO	RHF	SUM
Aktivitetsbestilling 2026 - sørge for somatikk	77 409	39 641	134 224	3 386	254 660

4. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør følge opp at helseforetakene setter tydelige krav til realistiske omstillingsplaner, som forankres i konkretiserte tiltak. Budsjettene skal ha realistiske planer for aktivitet og bemanning. Det skal legges til grunn en tydelig sammenheng mellom tilgjengelige ressurser og aktiviteten som planlegges.
5. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i inntektsfordelingen for 2026.

Det vises til sak 100-25 Orientering om forslag til inntektsfordeling 2026, som vart handsama av styret i HMR den 20. november, for nærare orientering om konsekvensane av forslag til inntektsfordeling i 2026 for HMR, særleg knytt til oppdatering av inntektsmodellen som følge av relativ utvikling i befolkning og behov, endring i dei interne gjestepasientstraumane i HMN og endring i bruk av private helsetenester. Samanlikna med dei føresetnadene som var lagt til grunn i ØLP 2026-2031 (sak 9-25 og sak 150-25 i HMN, sak 55-25 og 81-25 i HMR), medfører dei samla endringane knytt til utvikling innanfor desse områda ein reduksjon av basisramma til HMR på om lag 67 mnok. Andre endringar kompenserer noko for dette.

Resultatkrav 2026 - førebels

I sak 166/25 Budsjett 2025 Helse Midt-Norge 2026 la HMN til grunn eit resultatkrav for 2026 på -350 mnok for HMR. Dette resultatkravet tok utgangspunkt i budsjettert resultat for 2026 i sak 81-25 Revisjon økonomisk langtidsplan for Helse Møre og Romsdal 2026-2031 på -377 mnok, korrigert for positive resultateffektar på om lag 30 mnok knytt til lengre gjennomsnittleg avskrivningstid for SNR (frå 28 til 32 år) og omgjering av dei langsiktige låna til annuitetslån.

Konsekvensane av oppdatering av inntektsmodellen vart kjent relativt seint i budsjettprosessen, då desse delvis bygger på særskilte indikatorar som må bestillast frå SSB. Indikatorane er dei same som vert nytta i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen. Mellom anna som følgje av dette, valde styret i HMN å kome tilbake med endelege resultatkrav for 2026 i sitt styremøtet 18. desember 2025.

I samråd med HMN legg vi i denne saka til grunn eit resultatkrav på -400 mnok for HMR i 2026.

Inntektsrammer 2026

I sak 166-25 Budsjett Helse Midt-Norge 2026 vert det gjort greie for endringar i forslaget til statsbudsjett for 2026 for HMN. Basisramma til Helse Midt-Norge inneheld følgjande endringar:

Endring i basisramme - statsbudsjett 2026	(1000 kr)
Aktivitetsvekst	308 902
Omfordeling inntektsmodell	-49 856
Helseteam i barnevernet	5 669
Kompensasjon endring antall rapporteringsenheter	16 800
Effektivisering	-27 496
Andre endringer	-2 641
Delsum økt basisramme 2026	251 379
Kompensasjon prisvekst	652 911
Pensjon - komp- økte kostnader	559 835
Flytting øremerkede midler	133 567
Legemidler og forbruksmateriell	26 844
Endring i egenandeler og gebyr	-29 282
Endret sats på laboratorierefusjon	20 409
Delsum - priskomp., tekniske justeringer mv.	1 364 285
SUM	1 615 663

Finansiering av auka aktivitet korrigert for omfordeling i nasjonal inntektsmodell gjer at føresetnadene knytt til aktivitetsvekst i HMN samla ligg nært opp til føresetnadene i ØLP. Løyving til *Helseteam i barnevernet* vert fordelt i inntektsmodellen, og skal sikre at alle barn i barnevernsinstitusjonar skal få helsehjelp så snart som råd utan at det går ut over andre prioriterte pasientgrupper eller aukar ventetidene. *Kompensasjon for endring i talet på rapporteringseiningar* vert fordelt som strategiske tilskot til HNT og HMR i 2026 og for ein periode på tre år. Midlane vil etter det fordelast gjennom inntektsmodellen. Kompensasjonen vert gitt som følgje av tilsvarande reduksjon i ISF-refusjonen etter overgang frå rapportering på sjukehusnivå til rapportering på foretaksnivå.

Effektivisering gjeld administrative funksjonar, og 40% av kravet til HMN er lagt på det regionale helseføretaket inkl. dei felles eigde helseføretaka. Vidare er det i forslaget til statsbudsjett foreslått ei *underregulering av refusjonar innanfor offentlege laboratorie- og radiologiske undersøkingar*, der HMN sin del er estimert til 10 mnok. Dette inneber og ei effektivisering.

Andre endringar knytt til mellom anna kompensasjon for prisvekst, auka kostnader knytt til pensjon og endra finansiering/finansieringsansvar er meir tekniske justeringar.

Endra vektning av deflator mellom løn og varer i forslaget til statsbudsjett inneber likevel ei innstramming. Løn vektast no med 56,6%, mot 70% tidlegare. I forslaget statsbudsjettet for 2026 er det lagt til grunn ein deflator på 3,2%, der 4,0% gjeld løn og 2,2% varer.

I sak 166-2025 Budsjett 2026 for Helse Midt-Norge vart følgjande fordeling av basisramme 2026 vedteke:

Inntektsfordeling 2026				
Basisramme inntektsmodell og strategiske tilskudd (tusen kr.)	HMR	HNT	STO	SUM
Basisramme 2025	6 774 095	3 418 436	10 445 325	20 637 856
Endring i basisramme 2025-2026	517 063	318 645	939 771	1 775 479
Basisramme 2026 (inkl. strategiske tilskudd)	7 291 158	3 737 081	11 385 096	22 413 335
%-vis endring fra 2025 til 2026	7,63 %	9,32 %	9,00 %	8,60 %

Som det går fram av tabellen, får HMR den lågaste prosentvise endringa frå 2025 til 2026 i HMN. Dette skuldast i all hovudsak endringar i inntektsmodellen.

Endring av basisramme på 517 mnok for HMR er samansett av 478,8 mnok i netto auke i basisramme og 38,2 mnok i netto auke i ramme til strategiske tilskot.

Endring i basisramma til HMR frå 2025 til 2026

Inntektsfordeling 2026	
Endring i basisramme 2025-2026	HMR
Basisramme 2025	6 774 095
Endring i basisramme i inntektsmodell:	32,824 %
<u>Økt bevilgning i statsbudsjett 2026:</u>	
Aktivitetsvekst	107 970
Tidligere øremerkede midler	33 293
Oppdatering nasjonal inntektsmodell	-17 412
Effektivisering	-5 077
Priskompensasjon	187 631
Pensjon	195 523
Finansieringsansvar legemidler og forbruksmateriell	9 616
Endring gebyr, egenandeler og labrefusjon	-3 099
Andre endringer	2 297
<u>Oppdateringer inntektsmodell</u>	
Endring interne pasientstrømmer (aktivitet)	-29 396
Endring i andel bruk av private helsetjenester	11 761
Oppdatering befolkning og behov	-54 850
<u>Endring i ramme fordelt i inntektsmodell</u>	
Tidl. særfinansiering - HP, 27 lokale ressurser	12 433
Redusert ramme RHF	17 922
HR-prosjekt Hemit - flyttes fra RHF til tjenestebudsjett	3 353
Endring ramme til strategiske tilskudd	6 869
Endring i basisramme i inntektsmodell:	478 835

Auke i løyving til aktivitetsvekst må sjåast i samanheng med trekk i ramme knytt til oppdatering av den nasjonale inntektsmodellen, der Helse Midt-Norge sin relative andel vart redusert i 2026. Denne reduksjonen er fordelt mellom helseføretaka.

Tidligere øremerkede midler gjeld mellom anna finansiering av nasjonalt program for tarmscreening og innføring av LIS1-stillingar. Desse satsingane vert frå 2026 finansiert gjennom basisramma. HMR har ein samla kostnad til LIS1 på om lag 120 mnok inkl. sosiale kostnader i 2026, så denne løyvinga dekkjer berre ein liten del av den samla lønnskostnaden.

Tiltak i Møre og Romsdal (tidlegare «fødemidlar») var løyvd som øyremerka midlar i 2025 og tidlegare. Frå 2026 inngår tilskotet i den nasjonale basisramma.

Effektivisering knytt til administrasjon gjeld den delen av effektiviseringskravet som ikkje vert dekt av det regionale helseføretaket, og som er fordelt mellom helseføretaka.

Priskompensasjonen er berekna ut frå ny vekting av deflator i forslaget til statsbudsjett. Som omtalt inneber endra vekting av deflator ei innstramming i høve tidlegare praksis.

Auka ramme til finansiering av *pensjonskostnader* er fordelt i samsvar med gjeldande praksis.

Finansieringsansvaret for nokre *legemiddelgrupper* er foreslått overført til dei regionale helseføretaka, og auka basisramme til dekking av nye medikamentkostnader er fordelt mellom helseføretaka.

Endring gebyr, egenandeler og lab.refusjon innebær effektivisering.

Andre endringer er summen av fleire mindre endringar/justeringar.

Oppdatering av inntektsmodellen gjev store endringar og omfordelingar mellom helseføretaka frå 2025 til 2026, jf. *sak 100-25 Orientering om forslag til inntektsfordeling 2026* som styret i HMR handsama i møte 20. november.

Av områda som det er korrigerert «positivt» for i basisramma, er det berre *Aktivitetsvekst* og *Redusert ramme til RHF* som er reelle styrkingar, dei andre områda vert finansiert på andre måtar frå 2026.

Endring av basisramma til HMR til strategiske tilskot (tidlegare særfinansiering) frå 2025 til 2026

Endring i basisramme - strategiske tilskudd:	
<u>Særfinansiering som avsluttes:</u>	
Tidl. særfinansiering - HP, 27 lokale ressurser	-12 433
Regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet	-2 435
FIK - fagstillinger i HF	-329
Rusmestringsenheter fengsel (STO,HMR), Rusressurs i fengsel (HNT)	-987
Det finnes hjelp	0
HMN-satsning forskning	0
Nedtrapping Klinisk Farmasi	0
Hemit - redusert ramme, oppdrag må fortsatt løses (effektivisering)	0
<u>Andre og tekniske endringer:</u>	
Forskning - kompensasjon for at ørmerkede midler flyttes til RHF/SO	5 286
Ramme RHF - midler klinforsk flyttes til STO (fakturert i 2025)	0
Flyttes fra RHF - Med.kvalitetsregister (teknisk drift Hemit)	0
Tilskudd lånerenter (netto) - endring	27 678
Justering av tilskudd til Hjerterehabilitering	1 500
Justering av tilskudd til forskning	1 000
<u>Nye strategiske tilskudd</u>	
NY: Regionalt utredningsmiljø for sjeldne tilstander	0
NY: Regionalt senter for kjønnsinkongurens (RSKI)	0
NY: Protonbehandling	0
<u>Statsbudsjett 2026:</u>	
Endring antall rapporteringsenheter	13 500
Tidl.øremkerket - nasjonale komp.tjenester	0
Prisjustering særfinansiering 3,2 % + avrundet	5 449
Sum endring strategiske tilskudd	38 228

Særfinansiering som avsluttes er ikkje reelle endringar, då områda vert finansiert på andre måtar frå 2026.

Når det gjeld *Andre og tekniske endringer* får Helse Møre og Romsdal ei styrking til strategisk tilskot til finansiering av lånerenter som følgje av heilårseffekt av rentekostnader til SNR.

Statsbudsjett 2026 gjev HMR kompensasjon for reduksjon i talet på rapporteringseiningar som omtalt tidlegare. Dette inneber ikkje ei reell styrking frå 2025 til 2026, då ISF-reduksjonen er tilsvarande redusert.

Av områda som det er korrigerert for i strategiske tilskot, er det berre *Tilskudd lånerenter* som er ei reelle styrkingar, dei andre områda vert finansiert på andre måtar frå 2026.

Tabellen under viser oversikt over den samla finansieringa gjennom strategiske tilskot pr helseføretak og kategori i HMN for 2026. Alle postar som er vidareført frå 2025 er prisjustert.

Helseføretaka skal rapportere på bruk av strategiske tilskot.

Basisramme - Strategiske tilskudd 2026	HMR	HNT	STO	APO	SUM HF
Forskning - Innovasjon - utdanning	10 400	7 200	235 019	-	252 619
Psykisk helsevern - Rusbehandling	46 300	39 599	52 699	-	138 598
Særskilte tilskudd ambulanse	87 700	-	44 750	-	132 450
Andre regionale funksjoner	1 100	8 095	18 100	-	27 296
Øvrige tilskudd	82 865	14 369	46 304	20 000	134 800
Sum	228 366	40 526	396 871	20 000	685 763

Øyremerka midlar

Øyremerka midlar til HMR over statsbudsjettet utgjør 35,6 mnok og kjem i tillegg til basisramma og strategiske tilskot. For HMR utgjør vidareføring av tilskotet til «Kristiansund sykehus» på 26,9 mnok den største delen av dei øyremerka midlane. Dette tilskotet skal nyttast til finansiering av ombygging til vaksenpsykiatrisk poliklinikk ved DMS Kristiansund, saman med tilsvarande løyving i 2024 og 2025.

Rekruttering- og samhandlingstilskot er frå 2026 finansierte som øyremerka tilskot.

Andre øyremerka midlar i 2025 er lagt til basisramma/strategiske tilskot frå 2026, for HMR gjeld dette Nasjonalt program for tarmscreening, innføring av LIS1-stillingar og tilskot til forskning/kompetansenester.

Øyremerke midlar til «Tiltak i Helse Møre og Romsdal», tidlegare omtalt som «fødemidlar» (29 mnok), er ikkje vidareført frå 2025 til 2026, jf. forslag til Statsbudsjett for 2026.

Det er elles ingen reelle endringar i øyremerka midlar frå 2025 til 2026 for HMR.

Tabellen under viser oversikt over formål som vert finansierte av øyremerka midlar over eigne kapittel og postar i statsbudsjettet, fordelt mellom føretaka.

Helseføretaka skal rapportere på bruk av øyremerka midlar.

Kap/post	HMR	HNT	STO	RHF/ Ikke fordelt	Sum
732.70 Landsdekkende modell for rettspsyk			8 643		8 643
732.70 Barnepalliative team				-	-
732.70 Medevac pasienter				25 600	25 600
732.70 Kristiansund Sykehus	26 900				26 900
732.70 Tverrfaglig helsekartlegging			3 810		3 810
732.70 InnoMed				14 700	14 700
732.70 Rekrutterings- og samhandlingstilskudd	8 746	4 687	11 567		25 000
732.70 Audiografutdanning/kompetansehevede tiltak				7 000	7 000
732.70 Abortnemnder				86	86
732.70 Medisinske utredninger for oljepionerene				2 375	2 375
732.78 Tilskudd til forskning og komp.tjenester				112 824	112 824
734.71 Fagenehet for tvungen omsorg			617 195		617 195
SUM	35 646	4 687	641 215	162 585	844 133

Samla endring i inntektsrammer

Det er krevjande å få full oversikt over alle endringane, og korleis endringane reelt påverkar den økonomiske situasjonen samanlikna med både drifta inneverande år og rammeføresetnadene som vart lagt til grunn for 2026 i revidert ØLP 2026-2031. Resultatkrava til HF'ene vert sett med utgangspunkt i økonomisk langtidsplan for HMN.

Som gjort greie for i saka, er mange av endringane og av meir teknisk karakter.

Under er det sett opp ei oversikt som syner endring i føresetnadene knytt til basisramme, strategiske tilskot og øyremerka midlar i 2026 samanlikna med dei føresetnadene som vi la til grunn i *sak 81-25 Revisjon av*

økonomisk langtidsplan 2026-2031 for 2026. «Tekniske» endringer, rammeendringer knytt til pensjon eller endringer som gir auka kostnader tilsvarande eller høgare enn rammestyrkinga i 2026 er ikkje tatt med:

Rammeføresetnader	ØLP 2026	Budsjett 2026	Endra ramme- føresetnader frå ØLP til budsjett 2026
Aktivitetsvekst korr. for utvikling i befolkning nasjonalt og effektivisering	80 591	84 679	4 088
Styrking - omfordeling frå HMN RHF		17 922	17 922
Interne pasientstraumar, bruk av private og befolkning og behov	- 5 125	- 72 485	- 67 360
Netto endring basisramme	75 466	30 116	45 350
Rentekompensasjon - renteomfordeling	19 129	27 678	8 549
Endring øremerka midler - Tilskudd Helse Møre og Romsdal	- 29 000	- 29 000	-
Endring kvalitetsbasert finansiering (KBF)	- 2 774	- 2 975	- 201
Netto endring strategiske tilskot og øymerka midlar + KBF	- 12 645	4 297	8 348
Sum endring i inntektsrammer	62 821	25 820	- 37 001

Basisramma aukar reelt sett med 30,1 mnok frå 2025 til 2026.

Samanlikna med føresetnadene som låg til grunn i økonomisk langtidsplan for 2026 er den vedtekne basisramma til HMR for 2026 likevel 45,4 mnok lågare. Dette skuldast i all hovudsak endringer knytt til oppdatering av inntektsmodellen som tidlegare omtalt. Dei økonomiske rammene til helseføretaka er styrka med til saman 51 mnok som følgje av omprioritering av ramme som tidlegare låg på RHF'et. For HMR utgjør denne styrkinga isolert sett 17, 9 mnok.

HMR får ei auke i det strategiske tilskotet til lånerenter på 27,7 mnok frå 2025 til 2026. Samanlikna med føresetnadene som låg til grunn i økonomisk langtidsplan for 2026 er tilskotet 8,5 mnok høgare (omgjerung frå serielån til annuitetslån, høgare rente).

Tilskotet som HMR har hatt til «Tiltak i Helse Møre og Romsdal» fell bort frå 2026. Det var teke høgde for det i ØLP. Løyvinga til kvalitetsbasert finansiering vart redusert i RNB for 2025, og løyvinga er ytterlegare redusert med 0,2 mnok i 2026.

Den reelle auken i basisramme, strategiske tilskot, øymerka midlar og KBF frå 2025 til 2026 er om lag 26 mnok for HMR. Samanlikna med føresetnadene som låg til grunn i økonomisk langtidsplan for 2026 er summen av endringer til HMR for 2026 likevel 37 mnok lågare.

I desse tala inngår ikkje manglande, reell kompensasjon for løn- og prisvekst av basisramma som vi har berekna til å utgjere om lag 16 mnok frå 2025 og 2026. Dersom basisramma hadde vore kompensert i samsvar med tidlegare vekting, ville priskompensasjonen ha vore 14 mnok høgare i 2026.

Endra kostnadsbilete frå 2025 til 2026

Auka forpliktingar frå 2025 til 2026, hovudsakeleg knytt til heilårseffekt av rente- og avskrivingskostnader for SNR samt andre auka kostnader som det er teke høgde for i revidert ØLP, gjer at både rammetrekket frå klinikkane i 2026 og budsjettposten til pukkelkostnader SNR i 2025 vert omdisponert til finansiering av auka kostnader. Det same gjeld netto rammestyrking til HMR for 2026.

Det er ikkje rom for å styrke rammene til klinikkane i 2026, men unntak av auka ramme knytt til medikamentkostnader, FDV-kostnader og eksterne husleigekostnader som det vart teke høgde for i revidert ØLP. Strategiske tilskot og øymerka midlar er fordelt til klinikkar og stabseiningar i samsvar med føringar for midlane eller avsett til formåla.

Det er satt av ei reserveavsetning på om lag 60 mnok på fellesområde, i samsvar med ØLP.

I 2026 får HMR ei høgare auke basisramme knytt til pensjonskostnader enn det dei rekneskapsførte pensjonskostnadene vil auke med. Dette gir ein positiv resultateffekt på 23,9 mnok i 2026.

Budsjettet til sentrale IKT-kostnader (Hemit/HP) vert redusert med 20 mnok i 2026, jf. føresetnader i ØLP.

Budsjettet til pukkelkostnader SNR vert avvikla.

Samla kostnader knytt til rente og avskrivningar er 785 mnok i budsjettet for 2026. Samanlikna med budsjettet for 2025 utgjer det ei auke på 283 mnok, mens samanlikna med prognosen for tilsvarende kostnader i 2025 er auken 194 mnok.

Tall i 1 000 kroner	Budsjett 2025	Prognose 2025	Budsjett 2026	Endring B25- B26
Avskrivninger	330 300	374 600	445 600	115 300
Finansinntekt	-57 100	-56 100	-44 300	12 800
Finanskostnad	229 000	273 100	384 000	155 000
Totalt	502 100	591 600	785 300	283 200

I tillegg er noko av det medisinsk-tekniske utstyret i SNR finansiert gjennom leasing, og i 2026 får vi heilårseffekt av denne kostnaden som utgjer 5 mnok.

I revidert ØLP tok vi høgde for ei auke i kostnadane på til saman 120 mnok (medikamentkostnader, FDV-kostnader, eksterne husleigekontraktar og avsetning for reserve) som er innarbeidd i budsjettet for 2026.

Skattetrekksskonto som ordning vert avvikla nasjonalt frå 2026, noko som medfører lågare renteinntekter på om lag 9 mnok årleg for HMR.

Det er innarbeid at Sykehusapotekene i HMN skal ha eit høgare påslag for forvaltning av ordninga med utlevering av behandlingshjelpemidlar i 2026, dette utgjer om lag 4 mnok for HMR.

Økonomisk status 2025

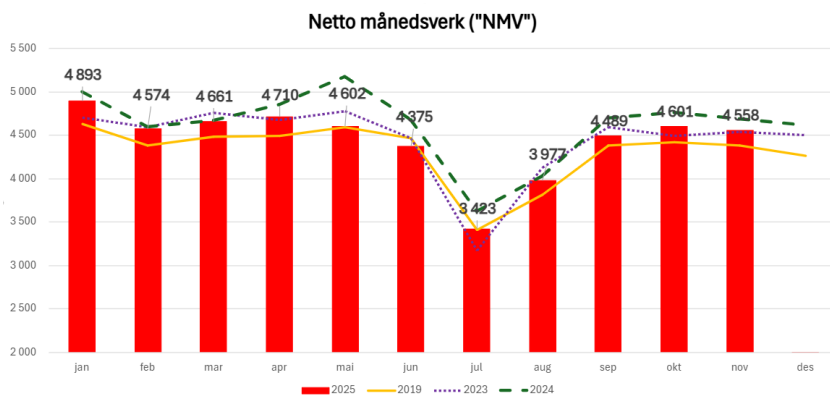
Helse Møre og Romsdal har eit resultatkrav på -297 mnok i 2025. Prognosa for 2025 vart vedteke til -525 mnok ved rapporteringa pr. oktober, og er endra til -541 mnok ved rapporteringa pr november, som følgje av nysaldert statsbudsjett.

Av det negative avviket frå resultatkravet utgjer om lag 100 mnok rente- og avskrivingskostnader knytt til SNR i mai og juni (ikkje budsjettert før frå 2. halvår). Det er meirforbruk i klinikkane og mindreforbruk på nokre andre område på fellesavdelingane og i stabsavdelingane. Meirforbruket i klinikkane er i hovudsak knytt til medikament og andre medisinske forbruksvarer, samt innleige og løn. Mindreforbruket på fellesavdelingane er mellom anna knytt til lågare rekneskapsførte pukkelkostnader SNR og lågare IKT-driftskostnader enn budsjettert.

Ved rapporteringa pr. november vart det synleggjort realiserte tiltak for om lag 229 mnok hittil i 2025. Dette utgjer ei tiltaksrealisering på om lag 58% som ikkje er tilstrekkeleg sett opp mot resultatkravet.

Når vi samanliknar med situasjonen pr november 2024, har HMR likevel redusert kostnadane til innleige frå byrå med 36 mnok og vi har ein realnedgang i lønnskostnadene på om lag 200 mnok. Samstundes har dei pasientrelaterte inntektene auka med om lag 180 mnok. Ved utgangen av november ligg alle klinikkane, med unntak av klinikk SNR, over budsjett knytt til aktivitet.

Figuren under viser utvikling i netto månadsverk i 2025 samanlikning med 2023 og 2024, og tilbake til 2019:



Utviklinga i netto månadsverk viser at bemanningsnivået i 2025 i gjennomsnitt ligg noko under 2023, men framleis klart over nivået i 2019 og 2020.

Tala viser at ein har klart å ta ned bemanninga frå toppåret 2024, men at reduksjonen i hovudsak har vore ein reversering av ekstra auke, ikkje eit tydeleg trinn vidare ned under 2023 nivå. Sett opp mot omstillingskravet i 2026, der ein større del av kostnadsreduksjonen må kome gjennom lågare lønnskostnader, understrekar dette behovet for meir varige tiltak som gir ein klår nedgang i netto månadsverk over tid.

Behov for omstilling og føringar for budsjettarbeidet i klinikkane

Vedtekne inntektsrammer for 2026, føresetnad om eit resultatkrav på -400 mnok i 2026, negative avvik i drifta i 2025 og auka kostnader i 2026, gjer at det det samla omstillingsbehovet frå 2025 til 2026 er om lag 410 mnok.

Som gjort greie for i saken, er dette høgare enn det omstillingsnivået som styret i HMR la til grunn ved handsaming av *sak 100-25 Orientering for forslag til inntektsfordeling i HMN for 2026*, der det vart gjort følgjande vedtak:

1. Styret i Helse Møre og Romsdal tar saka til orientering.
2. Styret i Helse Møre og Romsdal ber administrerende direktør ha ein tett dialog med Helse Midt-Norge for om mogeleg å sikre at kravet til omstilling og effektivisering for 2026 blir i tråd med ØLP 2026-2031 for HMR.

Overordna føresetnader for budsjettarbeidet

Det ligg til grunn at det skal være tre akuttsjukehus i Møre og Romsdal, samt elektivt dagtilbod i SNR Kristiansund. HMR skal ha ei berekraftig drift og utvikling, utan vesentleg behov for å leige inn nøkkelpersonell for å oppretthalde pasienttilbodet. Oppgåver og funksjoner i heile helseføretaket må gjennomgåast. Det ligg og til grunn for arbeidet at Helse Møre og Romsdal skal skape seg handlingsrom for satsingar/prioriteringar, mellom anna for å kunne ta i bruk ny teknologi.

Fokuset skal være på kostnadsreduserande tiltak for å sikre ei underliggjande drift i balanse og ei berekraftig likviditetsutvikling. Løpande gevinstarbeid for å hente ut effektar av satsinga på digitalisering, ny teknologi samt investeringar i bygg og utstyr er viktig, og gir moglegheiter for å drifte tenestene våre meir effektivt gjennom blant annet nye arbeidsprosessar. Det same gjeld gevinstar knytt til regionale fellesløyningar.

Andre overordna føringar for er mellom anna Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal, Oppdragsdokument, Prioriteringsmeldingen (St. meld. 21, 2024-2025), Helseatlas, Tid for handling mm.

I oktober 2025 vart det sendt ut føringar for budsjettarbeidet til klinikkane. Desse er gjengitt under:

«Rammene til klinikkane blir redusert med 147 mnok knytt til krav om generelle effektivisering og forventa gevinstar knytt til SNR.

Aktiviteten skal ikkje budsjetterast høgare enn prognose for 2025 i dei somatiske klinikkane, med unntak av for Klinikk SNR. Det må takast høgde for planlagt reduksjon i årsverk ved budsjettering av aktivitet. Klinikkane skal og gjere vurderingar knytt til produktivitet ved fastsetting av aktivitetsbudsjettet.

Aktiviteten innan psykisk helsevern og rus skal budsjetterast med utgangspunkt i prognose for aktiviteten i 2025 og mål for endringar i 2026.

Stillingsplanar og budsjetttrammer skal samsvare på seksjonsnivå ved at stillingsplanar ikkje skal ha fleire stillingar enn budsjetttrammene gjev rom for å lønne. Prinsippet vil innebere reduksjon av talet på stillingar i nokre seksjonar.

Budsjettering av alle faste, variable lønnskostnader/tillegg skal være realistisk, det same gjeld ev behov for innleige.

Budsjettering av sjukelønnsrefusjon skal sjåast opp mot budsjettering av vikarkostnader/andre variable lønnskostnader som følge av sjukdom.

Andre vare- og driftskostnader skal budsjetterast på eit realistisk nivå.

Det skal ikkje budsjetterast med uløyste budsjettutfordringar.»

Tiltak på klinikknivå i 2026

Dei klinikkvise rammene er redusert med 147 mnok knytt til føresetnader om generell gevinstrealisering og forventa gevinstar knytt til SNR. Klinikkane sine rammer er kompensert for heilårseffekt av lønsoppgjøret i 2025 og prisvekst i samsvar med deflator i statsbudsjettet. Kostnadsauke som det var teke høgde for i ØLP, mellom anna auka medikamentkostnader, auka kostnader knytt til eksterne husleigeavtaler (hovudsakeleg ambulanse-stasjonar) og auka FDV-kostnader i SNR Kristiansund, er fordelt mellom dei klinikkane det gjeld. Endringar i basisramma/strategiske tilskot og øyremerka midlar som gjeld konkrete område/satsingar er og lagt til dei klinikkane og stabseiningane det gjeld.

Prognose for drifta i 2025 er eit krevjande utgangspunkt for budsjettarbeidet i klinikkane for 2026.

Tabellen under angir rammetrekk og andre reelle korrigeringar i rammeføresetnadene til klinikkane frå 2025 til 2026. Det samla omstillingsbehovet er om lag 410 mnok. Dersom 80% av omstillingskravet skal hentast ut på lønnsområdet, tilsvarar det ein reduksjon på til saman om lag 300 årsverk.

Pr. 10. desember er det spesifisert tiltak for 280 mnok i klinikkane, 10 mnok i stabsavdelingane og 27 mnok på fellesområda (medikament og IKT). Tiltak på fellesområda reduserer ikkje utfordringsbiletet for klinikkane, der det gjenstår behov for tiltak på om lag 123 mnok.

	Prognose klinikker 2025	Gen. eff - gevinst SNR 2026	Andre endringer 2026	Totalsum omstilling 2026	Spesifiserte tiltak pr. 10.12	Restutfordring pr. 10.12
Adm.dir - fellesavd.		10 000		10 000	- 37 000	
Klinikk for diagnostikk	- 15 000	12 900	22 000	19 900	- 19 900	-
Klinikk for drift og eieendom	23 000	3 600	4 700	31 300	- 31 300	-
Klinikk for kreft og rehab.	10 000	6 900	17 800	34 700	- 14 700	20 000
Klinikk for prehosp. Tenester	1 000	6 900	4 500	12 400	- 12 400	-
Klinikk for PH/TSB	- 4 000	30 900	9 100	36 000	- 36 000	-
Klinikk SNR	90 000	49 100	- 4 000	135 100	- 114 500	20 600
Klinikk Volda sjukehus	34 000	5 900	- 2 300	37 600	- 19 700	17 900
Klinikk Ålesund sjukehus	90 000	20 800	- 16 300	94 500	- 30 100	64 400
SUM	229 000	147 000	35 500	411 500	- 315 600	122 900

Det vises til vedlegg 1 for nærare omtale av status, utfordringsbilde og tiltak i kvar klinikk, samt for stabseiningane og fellesområde.

Strategiske tiltak for effektivitet, kvalitet og berekraft

For at klinikkane skal lukkast med omstilling må vi arbeide på nye måtar, og hente ut gevinstar frå både medisinsk, teknologisk, digital og bygningsmessig satsing og utvikling. Fleire område vart omtala i *sak 55/25 Økonomisk langtidsplan 2026–2031 for Helse Møre og Romsdal*, og blir kort gjengitt med nokre døme her.

Standardisering, effektivisering og reduksjon av uønskt variasjon

For å lukkast med omstillinga er det avgjerande å gjennomføre tiltak som frigjer tid for tilsette, reduserer eller fjernar unødvendige oppgåver og utløyser gevinstar som styrkjer drifta og gjer reduksjon av årsverk mogleg. Arbeidet skal byggje på prinsippa i «Kloke val», med vekt på å redusere overutgreiing, overbehandling og bruk av tenester med låg nytteverdi. Praksis skal standardiserast der dette er formåls-tenleg og fagleg forsvarleg.

Tiltaka skal utviklast og følgjast opp på tvers av klinikkane, med støtte og koordinering frå stabsavdelingane. Eit sentralt mål er å etablere meir einskapleg praksis i heile føretaket, slik at like oppgåver blir løyste på same måte uavhengig av klinikk. Dette krev systematisk gjennomgang av rutinar, felles retningslinjer og tydeleg styringsinformasjon.

Eit konkret døme er etableringa av felles henvisningsmottak for ortopedi og hud frå 1. desember 2025. Tiltaket skal gi meir effektiv og rett handtering av henvisningar, redusere variasjon i praksis og sikre betre ressursutnytting på tvers av klinikkar og lokalisasjonar, og prioritere dei rette pasientane i spesialisthelsetenesten.

Samtidig skal kostnadsreduksjon og effektivisering i minst mogleg grad påverke kvaliteten og pasientsikkerheita, som skal oppretthaldast.

Gjennom fagleg støtte til omstillingsarbeidet og tett samarbeid på tvers av klinikkar skal det utviklast berekraftige løysingar som møter både økonomiske krav og faglege mål. Dette inneber bruk av felles verktøy, styringsdata og metodikk for å sikre at endringane blir gjennomførte på ein strukturert og einskapleg måte.

Helseplattformen

Helseplattformen (HP) har potensial til å bidra stort med nødvendig omstilling i HMR.

Program brukarvenlegheit går i perioden 2025-2027 og jobbar etter 3 hovudspor; forbetring av løysinga inkludert kunstig intelligens (KI), opplæring i god bruk av løysinga og forankring og leiing. Eit særleg viktig tiltak er spesialitetssprintar, som blir godt motteke i fagmiljøa. HMR bør vidare fokusere på dei regionale gevinstmåla, som kan følgjast i sanntid på *Strategisk gevinstdashbord HMN* i løysinga. For HMR vil mellom anna følgjande tiltak kunne bidra til omstilling (det er mange fleire moglege tiltak tilgjengeleg):

Sjølvsbetaling for pasientane, såkalla mobil betalingsløysing, vil kunne frigjere mykje tid og arbeid for merkantile. Det pågår for tida regionale avklaringar for dette og arbeidet er høgt prioritert.

Sjølvsbooking av timar for pasientane vil på same måte kunne spare vårt personell for mykje arbeid og tid i samband med timebooking. Det blir truleg òg færre avbestillingar av time. Dette vil vere personellsparande og gi meir tid til andre viktige oppgåver.

KI-funksjonalitet i HP-løysinga vil kunne hjelpe helsepersonell med bl.a. koding av besøk /opphald, lage samandrag i journalen og generere epikrise. Dette vil både sikre inntekter til HMR og effektivisere arbeidskvardagen for særleg legar og behandlarar.

Digitalisering og ny teknologi

I styringsstrukturen for IT i Midt-Norge vil det i 2026 bli lagt ekstra vekt på forbetringar for tilsette og klinikkar når val og prioriteringar skal takast på alle nivå. Det blir viktig å prioritere nokre saker høgt for å sikre rask og god gjennomføring. Nokre konkrete døme som blir følgd særskilt opp:

“Tale til samandrag” med kunstig intelligens er eit lovande område der HMR har hatt pilot gjennom 2025. Helse Sør-Øst køyrer ein anbudsrunde i marknaden fram mot påsken i 2026 der Helse Midt (inkludert HMR) har opsjon. Det blir viktig å agere raskt i etterkant for å breie ut desse løysingane etter ein god plan som og er avstemt med avhengigheitar i journalsystemet.

Behovsstyrt oppfølging og andre digitale helsetenester har potensial til å redusere talet på polikliniske kontrollar og anna pasientoppfølging som vil effektivisere behandlinga for pasientane. Det blir jobba aktivt både i HMR og i Midt-Norge for å auke bruken av dette, i tråd med korresponderande oppdrag for 2025: “Alle stader det er hensiktsmessig skal helseføretaket intensivere arbeidet med å gå frå kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk og ta i bruk digital heimeoppfølging.

Brukerorganisasjonene skal involveres via brukerutvalget. Rutiner og IKT-løsningar som skal benyttes i behovsstyrt oppfølging skal som hovedregel være regionale.”.

HR-faglege prioriteringar for omstilling og berekraftig drift, HMS

Økonomisk langtidsplan 2026–2031 viser eit omfattande behov for effektivisering og reduksjon i kostnader, særleg innan lønsområdet. For å nå krava i budsjett 2026 må den enkelte leiar sikre at bemanningsplanlegginga er i tråd med dei økonomiske rammene og at variable kostnader blir styrte stramt.

Samtidig må HMR handtere ein aukande risiko knytt til rekruttering og det å behalde kompetent personell. Dette er eit av dei mest kritiske risikoområda for føretaket kan påverka driftsevne, kapasitet og kvalitet.

I tillegg må HMS-perspektivet vere ein integrert del av omstillingsarbeidet. Endringar i bemanning, organisering og arbeidsprosessar må gjennomførast i samsvar med arbeidsmiljølova, forskrift, omstillingsrutinar og tariffavtalar. Dette er nødvendig for å sikre eit fullt forsvarleg arbeidsmiljø gjennom heile omstillingsperioden, og er også ei føresetnad for berekraftig drift. Risikovurdering av arbeidsmiljøet er ein kontinuerleg prosess, og blir særleg viktig i endringar i bemanning, organisering og arbeidsprosessar.

Kvaliteten på arbeidsmiljøet er direkte knytt til gjennomføringsevne, kvalitet og pasienttryggleik. Dersom arbeidsbelastninga blir uforsvarleg eller involveringa utilstrekkeleg, aukar risikoen for feil, avvik, sjukefråvær og konflikhtar. Dette svekkjer både pasienttilbodet og evna til å gjennomføre nødvendige tiltak. Samstundes er dårleg arbeidsmiljø ein kostnadsdrivar gjennom høgare sjukefråvær, turnover og behov for innleige. For å nå dei økonomiske måla er det derfor nødvendig å jobbe systematisk for å redusere arbeidsrelatert fråvær og sikre gode prosessar med openheit og medverknad.

For å lykkast med omstilling og berekraftig drift må føretaket styrkje leiarskap på alle nivå. Leiarar må handtere krevjande prioriteringar, risiko og endringar i arbeidstilhøve. God leiing er avgjerande for å skape retning, sikre involvering og bygge tillit i endringsprosessane. Føretaket må ha sterkt fokus på kompetanseheving, støtte og arenaer for erfaringsdeling mellom leiarar, slik at leiarskap blir ein strategisk ressurs for kvalitet, pasienttryggleik og økonomisk berekraft. Leiarane treng god og koordinert støtte innan HR, HMS, fag, økonomi og styringsinformasjon. Prosessar som gjeld omstilling av personell må gjennomførast på ein trygg og ryddig måte med tett samarbeid med tillitsvalde og vernetenesta. Dette er nødvendig for å sikre legitimitet, redusere risiko for friksjon og skape framdrift i omstillingsarbeidet.

HMR må bruke felles metodikk og betre datagrunnlag når bemanning skal planleggjast. Opplæring i metodikk for aktivitetsbasert ressursplanlegging ("ARP") og nye styringsverktøy skal gjere leiarane betre rusta til å knytte bemanningsbehov opp mot aktivitet, krav til kvalitet, produktivitet og økonomiske ramar. Klinikane må tilpasse ressursbruken til rammene og sikre at variabel løn ikkje overstig den totale budsjetttramma.

Standardisert normert pleiefaktor på somatiske sengepostar skal gi eit felles styringsverktøy for dimensjonering av pleieårsverk og redusere uønskt variasjon i bemanning. Turnusar og vaktplanar må optimaliserast for å nytte ressursane best mogleg.

Bemanning skal alltid liggje innanfor krava til fagleg forsvarlegheit. Arbeidstid skal planleggjast slik at arbeidstakar ikkje blir utsett for uheldige fysiske eller psykiske belastningar. Dette blir operasjonalisert gjennom turnusplanlegging, forsvarlegheitsvurderingar og evaluering av turnusperiodar.

Føretaket må òg utnytte fagkompetansen meir fleksibelt, mellom anna gjennom arbeid på tvers av einingar, men også fag kor det er mogleg og nødvendig. Dette vil kunne styrkje kapasiteten i pasientnær verksemd, samt redusere sårbarheit. Det skal i 2026 jobbast for en tydelegare samanheng mellom aktivitetsbudsjett, bemanningsbudsjett og lønsbudsjett.

Sjukefråværet er for høgt og gir store konsekvensar for drift og kostnader. Målet om eit fråvær på høgst 7 prosent står fast. Suksess med nærværarbeid vil betre arbeidsmiljøet, styrkje kontinuiteten og gi betra økonomisk handlingsrom. Dette krev tett oppfølging, bruk av kjende verktøy og eit aktivt partssamarbeid. Rett oppgåvedeling er eit sentralt tiltak for å møte bemanningsutfordringane.

TØRN-metodikken skal gi ein strukturert måte å fordele oppgåver på, tilpasse kompetanse og behov. Dette kan frigjere kapasitet, styrkje helsefagarbeidarane og redusere behovet for nye stillingar. Gode prosessar, god leiing og risikovurdering av arbeidsmiljøkonsekvensar er nødvendig for å gjennomføre dette på ein forsvarleg måte.

Klinikkovergripande tiltak

Som en del av budsjettprosessen har det vore jobba med klinikkovergripande tiltak, og styret har og fått egne saker og orienteringar om nokre av desse områda.

Medikamentkostnader

Helse Møre og Romsdal har over fleire år arbeidd systematisk for å halde legemiddelkostnadene under kontroll. Sjølv om kostnadene til legemiddel har auka, har legemiddel som del av totalbudsjettet vore relativt stabile. Automatisk verkestofforskriving i Helseplattformen og eit tett samarbeid med Sykehusapoteket har bidrege til at rett avtalepreparat blir rekvirert i over 95 prosent av forskrivingane. Samstundes har kostnadene innan enkelte område auka betydeleg, særleg innan kreftbehandling. For H-reseptar ligg føretaket framleis over landsgjennomsnittet, driven av høgt forbruk av mellom anna immunglobulin og behandling av sjeldne sjukdommar. Ein del av kostnadsutviklinga kjem av forhold utanfor vår kontroll, som nasjonale anskaffingar, avtaleverk og innføring av nye metodar. Samla sett ligg kostnadene likevel høgare enn i fleire samanliknbare helseføretak, noko som gjer det nødvendig å identifisere ytterlegare interne tiltak.

Hausten 2025 har føretaket intensivert arbeidet med å få betre kontroll over legemiddelutgiftene. Bruken av dei mest kostnadskrevjande legemidla er gjennomgått, og dei aller fleste blir forskrivne innanfor rett indikasjon. Nokre område viser likevel potensial for forbetring, særleg knytt til bruken av immunglobulin, der det allereie er observert ein nedgang i kostnader. Det største potensialet for innsparing framover blir vurdert å vere meir systematisk revurdering av påbegynt behandling, inkludert tydelegare stoppkriterium og hyppigare vurdering av effekt og behandlingsbehov. Dette vil kunne sikre at pasientane får rett behandling til rett tid, og samstundes bidra til redusert ressursbruk.

Arbeidet med nye tiltak omfattar også styrkt samarbeid mellom legemiddelrådgivarar og økonomirådgivarar, samt auka bruk av verkestofforskriving for injeksjonslegemiddel. Føretaket planlegg å justere dagens arbeidsmetode og etablere ei tverrfagleg høgkostgruppe som skal arbeide systematisk på tvers av klinikkane og i tett samarbeid med dei andre helseføretaka og Sykehusapoteket i regionen. Vidare blir behovet for ei forbetra oppgjersavtale med Apotekforeininga vurdert, samstundes som det blir lagt større vekt på rutinar for erstatning ved legemiddelmangel, til dømes meir konsekvent bruk av andrevalspreparat.

Samla sett er det venta at tiltaka vil bidra til betre kostnadskontroll, høgare etterleving av innkjøpsavtalar og ei meir effektiv legemiddelforvaltning. Det er innarbeidd tiltak for om lag 25–30 mnok i 2026, fordelt mellom sjukehuslegemiddel og H-reseptar. Samstundes er det teke høgde for at utviklinga med nye kostnadskrevjande medikament, særleg innan kreftområdet, fortsett. Helseføretaka har og fått finansieringsansvar for nye medikament frå 2026.

Pleiefaktor somatiske sengeposter

Det er vedtatt standardiserte pleiefaktorar for dei somatiske sengepostane i HMR. Å planleggje ut frå pleiefaktor er eit kjent og operativt planverktøy i sjukehusdrift. Dette vil kunne gjere oss betre i stand til å dimensjonere grunnbemanning på ein konsistent og meir rettferdig måte på tvers av sengepostar og

sjukehusklinikkar, og det er i tråd med ambisjonen om systematisk og heilskapleg planlegging innan gitte økonomiske rammer. Pleiefaktor er en gjennomsnittsnorm for grunnbemanning; drift vil alltid variere, herunder pleietyngde. Det er viktig med en god aktivitetsanalyse og aktivitetsplan, slik at en sikrer en forsvarlig drift med de ressursene som er til rådighet. Det er behov for leiarstøtte og kompetanseheving i planlegging i samsvar med pleiefaktor, og det må utarbeidast konkrete rutinar og tydelegare kriterium for dagstillingar og andre spesielle bemanningsbehov, herunder driftkonsept på det einskilde sjukehus.

Effekten av dette tiltaket er langt på veg innarbeidd i dei klinikkvise budsjetta.

Reduksjon av kostnader til legeårsverk

Helse Møre og Romsdal har i dag ein relativt høg del legar samanlikna med andre helseføretak. Sidan 2019 har talet på legeårsverk auka med om lag 100. I tråd med føretaket sine omstillingskrav og budsjettprosess må legeårsverk no reduserast på lik linje med andre stillingsgrupper. Målet er å prioritere tiltak som i minst mogleg grad svekkjer pasienttilbodet eller rekrutteringssituasjonen.

Det er allereie gjennomført reduksjonar i legeårsverk på klinikknivå, både faste og variable. For å nå resultatkrava er det nødvendig med ytterlegare tiltak som involverer tenester mellom klinikkar.

Talet på LIS1-stillingar (tidlegare turnuslegar) har auka dei siste åra og vart ikkje redusert då føretaket gjekk frå fire til tre akuttsjukehus våren 2025. Det er no lagt til grunn ei nedskalering av LIS1-stillingar med verknad frå hausten 2026. Det blir etablert ei tverrgåande arbeidsgruppe som skal risikovurdere tiltaket og foreslå ei heilskapleg og berekraftig fordeling av LIS1-ressursar i HMR.

Det pågår og ei kartlegging av vaktordningane for å identifisere moglegheiter for å redusere dublerede funksjonar både i den enkelte klinikk og på tvers av klinikkar. Ved turnover og naturleg avgang vil ein og grundig vurdere om einskilde LIS2/3- og overlegestillingar skal erstattast, både i rekrutteringssvake og rekrutteringssterke fagområde. I tillegg ligg det til effektiviseringstiltak som strammare styring av variable lønnskostnader og innleige, samt betringar i pasientflyt og logistikk i poliklinikkane.

Den vidare prosessen omfattar utarbeiding av ein detaljert plan med konkrete måltal og tidslinje for reduksjon av legeårsverk, samt gjennomføring av risikoanalysar knytt til pasienttilbod, pasienttryggleik, rekruttering og utdanningsløp.

Fagmiljøa og dei tillitsvalde har allereie uttrykt uro. Det blir derfor avgjerande med brei involvering for å sikre god forankring, gjennomførbarheit og minst mogleg negativ påverknad på pasienttilbod, rekruttering og fagleg kvalitet.

Konsulentbistand i 2025

Deloitte har i 2025 gitt Helse Møre og Romsdal strategisk og operativ støtte i det økonomiske omstillingsarbeidet, særleg knytt til bemanning, pleiefaktor og struktur i somatiske tenester. Det vesentlegaste av arbeidet omfattar :

- Oppdatert gevinstanalyse og bemanningsgrunnlag for SNR.
- Kvalitetssikra bemanning og dimensjonering av dagkirurgi i Kristiansund.
- Analyser og forslag til pleiefaktorar, bemanningsmodell og arbeidsplanar i somatiske sengepostar.
- Benchmarking av kostnader, bemanning og produktivitet mot andre helseføretak.

- Gjennomført bemanningstilpassing ved kirurgisk sengepost, intensiv og akuttmottak i Volda.
- Støtte til vurdering av sengepoststruktur i Ålesund og behov for endringer i drift og kapasitet.
- Kartlegging av legevaktlinjer og intensivkapasitet samt innleiande arbeid i psykisk helsevern.

I det vidare arbeidet med uløyst utfordringsbilde for 2026 vil områda som ekstern konsulent peiker på bli fulgt opp.

Oppsummering status tiltak

Klinikkane har pr dato definert og synleggjort tiltak for om lag 280. I tillegg er det innarbeidd tiltak i stabseiningane og på fellesområda for til saman 37 mnok.

Klinikk	1-sifret konto	Antall tiltak	Omstilling	Uløst utfordring	Spesifiserte tiltak
Adm. dir. stab	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning	1	0		-12 000 000
	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning, fortsettelse	1	-1 000 000		-1 000 000
	Varekostnad	1	0		-15 000 000
	Lønnskostnad	1	-9 000 000		-9 000 000
Adm. dir. stab Totalt		4	-10 000 000	0	-37 000 000
Klinikk for diagnostikk	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning	2	0		0
	Salgs- og driftsinntekter	12	-6 000 000		-6 000 000
	Varekostnad	13	-5 100 000		-5 100 000
	Lønnskostnad	9	-8 700 000		-8 700 000
Klinikk for diagnostikk Totalt		35	-19 900 000	0	-19 800 000
Klinikk for drift og eiendom	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning	11	-11 400 000		-11 400 000
	Salgs- og driftsinntekter	5	-3 800 000		-3 800 000
	Varekostnad	3	-2 600 000		-2 600 000
	Lønnskostnad	13	-13 500 000		-13 500 000
Klinikk for drift og eiendom Totalt		32	-31 300 000	0	-31 300 000
Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning	15	-700 000		-700 000
	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning, fortsettelse	6	-100 000		-100 000
	Salgs- og driftsinntekter	7	2 500 000		2 500 000
	Varekostnad	10	-21 300 000	-20 000 000	-1 300 000
	Foretaksinternt kjøp/salg	1	-1 700 000		-1 700 000
	Lønnskostnad	20	-13 400 000		-13 400 000
Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering Totalt		59	-34 700 000	-20 000 000	-14 700 000
Klinikk for prehospitaltjenester	Lønnskostnad	3	-12 400 000		-12 400 000
Klinikk for prehospitaltjenester Totalt		3	-12 400 000	0	-12 400 000
Klinikk for psykisk helse og rus	Lønnskostnad	1	-36 000 000		-36 000 000
Klinikk for psykisk helse og rus Totalt		1	-36 000 000	0	-36 000 000
Klinikk sjukehuset i Nordmøre og Romsdal	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning, fortsettelse	54	-4 300 000		-4 300 000
	Salgs- og driftsinntekter	1	-18 000 000		-18 000 000
	Varekostnad	8	-40 700 000	-20 600 000	-20 100 000
	Lønnskostnad	62	-72 100 000		-72 100 000
Klinikk sjukehuset i Nordmøre og Romsdal Totalt		125	-135 100 000	-20 600 000	-114 500 000
Klinikk Volda sjukehus	Varekostnad	1	-2 200 000		-2 200 000
	Lønnskostnad	15	-35 400 000	-17 900 000	-17 500 000
Klinikk Volda sjukehus Totalt		16	-37 600 000	-17 900 000	-19 700 000
Klinikk Ålesund sjukehus	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning, fortsettelse	1	100 000		100 000
	Salgs- og driftsinntekter	1	500 000		500 000
	Varekostnad	9	-9 300 000	-4 000 000	-5 300 000
	Foretaksinternt kjøp/salg	1	-600 000		-600 000
	Lønnskostnad	39	-85 200 000	-60 400 000	-24 800 000
Klinikk Ålesund sjukehus Totalt		51	-94 500 000	-64 400 000	-30 100 000
Totalsum		326	-411 500 000	-122 900 000	-315 500 000

Klinikkane har i varierende grad og lukkast i å ta ned årsverk og dermed lønnskostnader slik det var føreset for budsjettarbeidet. Det er førebels krevjande å framstille ei samla oversikt over tiltak knytt til reduksjon i årsverk. Spesifiserte tiltak innafor lønnsområdet utgjør om lag 190 mnok, noko som inneber ein reduksjon tilsvarende om lag 180 årsverk.

Dei økonomiske utfordringane er spesielt store i dei tre sjukehusklinikkane og i Klinikk for drift og eigedom, som har dei største negative avvika i 2025. I tillegg har Klinikk for kreft og rehabilitering uløyste budsjettutfordringar knytt til forventning om framleis høg utvikling av medikamentkostnader på kreftområdet. Dette vil vi sjå opp mot reserveavsetning på fellesområdet i 2026.

I Klinikk for prehospitaltjenester og i Klinikk for psykisk helse og TSB er det lagt til grunn at det kan bli naudsynt med strukturelle tiltak for å nå budsjetttramma. Styret vil få eige saker knytt til avgjerd om strukturelle tiltak.

Medvirkning i budsjettprosessen

Samarbeid med tilsette sine organisasjonar og vernetenesta er særskild viktig i den krevjande situasjonen føretaket er i, med store økonomiske avvik på klinikknivået. Alle klinikkar, avdelingar og seksjonar har derfor, i litt ulikt omfang, hatt ordinære samarbeidsråd og ekstra samarbeidsråd for å diskutere og ha dialog med partane om utfordringsbildet. Det er krevjande for både organisasjonane og vernetenesta å vere konkret på aktuelle tiltak. Leiarlinja har heile hausten vore opptatt av å vere ærleg med kva økonomiske utfordringar vi står i, og kva krav vi har til økonomisk balanse i drifta.

Slik har leiarlinja søkt å bidra til at organisasjonane og vernetenesta på alle nivå har tilstrekkeleg fakta til å informere om og diskutere alternative tiltak med sine kollegaer og medlemmar.

Det har vore medvirkning frå partane både i klinikkane som skildra over, og på foretaksnivå, løpande gjennom heile hausten 2025. Der har det mellom anna og vore orientert overordna om tiltak i kvar klinikk, samt prosess. Det er særskild viktig at partane har ei felles forståing av den økonomiske utfordringa for Helse Møre og Romsdal.

Særskilte utviklingsprosjekt

SNR Hjelset

Det store utviklings- og omstillingsprosjektet for Helse Møre og Romsdal i 2025 har vore innflytting og ibruktaking av det nye akuttsjukehuset på Hjelset. Dette har påverka drifta i stor grad, både med førebuing, innkøyring og løpande ibruktaking fram til mai 2025. Etter kvart har drifta normalisert seg, men framleis er aktiviteten for låg og driftskostnadene for høge. Dei økonomiske rammene til dei klinikkane som er forventa å få gevinstar i drifta er redusert med 47 mnok i 2026. Investeringsprosjektet på Hjelset går no mot ei avslutning.

SNR Kristiansund

I statsbudsjettet for 2026 er det løyvd nye 26,9 mill. kroner i øymerka midlar til Kristiansund. Dette er tredje året med tilskot, og dermed er finansieringa som skal legge til rette for nødvendige investeringar for å flytte det poliklinisk tilbod innan psykisk helsevern for vaksne frå Solhagen til DMS Kristiansund på plass. Dei samla øymerka midlane for 2024, 2025 og 2026 ligg inne i investeringsbudsjettet for 2026.

Plana var å starte opp arbeidet i 2025, men ein har avventa kommunen sitt arbeid med å planlegge og forplikte seg til å ta sine planlagde funksjonar inn i bygget. Det vil bli gjort ei ny vurdering rundt oppstart når endeleg avklaring frå kommunen føreligg. Det er ikkje budsjettert med andre investeringsmidlar i 2026 til ombygging av DMS Kristiansund, da ombygging til psykisk helsevern er prioritert som første delprosjekt.

HMR er i en krevjande økonomisk situasjon og er ikkje i posisjon til å prioritere bygningsmessige investeringar utover det som er heilt nødvendig for å sikre eigen planlagt drift ved SNR Kristiansund.

AIO Ålesund sjukehus

Det er budsjettert med 421 mill. kroner til AIO-prosjektet i Ålesund i 2026. AIO-prosjektet (Akutt, Intensiv og Operasjon) representerer ei strategisk satsing for å sikre at Ålesund sjukehus møter dagens og morgondagens krav til funksjonalitet, kapasitet og kvalitet i pasientbehandlinga. Ved å kombinere nybygg og rehabilitering av gamal bygningsmasse får vi eit meir effektivt, moderne og pasientvenleg sjukehus.

Råbygget er no i slutfasen og etter plana vil en starte med det innvendige arbeidet i februar 2026. Byggeprosjektet er planlagt ferdigstilt i løpet av 2027 og i november 2027 er det planlagt pasientbehandling i nye tilrettelagte lokale. Priskorrigert P- 85 ramme for prosjektet er 1,371 mrd. kroner i oktober 2025-kroner.

Risiko – samla vurdering

Klinikkane og stabs- og fellesområda har førebels definert tiltak for om lag 315 mnok. For at budsjettet på klinikknivå skal være realistisk med omsyn til forventa tiltaksopptak, er det naudsynt å jobbe vidare med tiltak for ytterlegare om lag 120 mnok for 2026.

Den største risikoen i budsjettet for 2026 er at vi ikkje lukkast med å gjennomføre dei naudsynte reduksjonane i lønnskostnader, knytt til både faste og variable stillingar samt variable tillegg. Samtidig som vi skal redusere årsverk, er det lagt opp til ei vidareføring av aktivitetsnivået i klinikkane. Dette er og ein risiko.

Der er ein generell risiko knytt til naudsynt gjennomføringskraft for endring og omstilling.

Når det gjeld SNR Hjelset er risikoen særleg høg knytt til at alle klinikkane med drift i det nye sjukehuset lukkast med å hente ut gevinstar frå nye driftskonsept, nye teknologiske og digitale løysingar og nytt medisinsk-teknisk utstyr, samt gevinstar knytt til samling av funksjonar.

Når det gjeld Helseplattformen er det framleis risiko knytt til tilstrekkeleg og tidleg nok utbetring av løysinga, slik at det nye journalsystemet ikkje går ut over aktiviteten, effektiviteten og ressursbruken i klinikkane i 2026, samt sikrer at helseføretaka får riktige pasientrelaterte inntekter.

Det er ein risiko for at vi ikkje lukkast i å kome opp på det same aktivitetsnivået som HMR hadde før innføring av HP utan bruk av ekstra bemanning. Dersom aktiviteten skulle bli lågare over tid er det ein risiko for å ikkje nå inntektsføresetnadene i budsjettet, og for at vi ikkje oppnår måla i Ventetidsløftet om redusert ventetid og bortfall av fristbrot i HMR.

Rekrutteringsutfordringar gjer at føretaket blir sårbart innanfor enkelte fagområde, og at ein vil måtte nytte innleige frå byrå for å oppretthalde tilbod og ivareta pasienttryggleiken. Dette gjeld særleg spesialistar, men og anna nøkkelpersonell. Krava til omstilling gjer rekruttering ekstra krevjande.

Gjennomsnittleg sjukefråvær har vore på 8,5 % i 2025, noko som fører til behov for ekstra innleige og bruk av vikarar. Måltalet er at ein skal ligge under 7 %. Det er jobbast kontinuerleg med konkrete tiltak knytt til nærværarbeid, men samla for HMR er sjukefråværet framleis for høgt.

Utskrivingsklare pasientar er og ein risiko i budsjettet for 2026. Desse er ressurskrevjande og tek tidvis opp mykje kapasiteten ved sengepostane.

Dersom vi ikkje lukkast med å gjennomføre tilstrekkeleg med tiltak, vil det og utfordre likviditet i høve avsett ramme til investeringar som finansierast av basisramma.

Budsjett 2026 - hovedpost

Tabellen under viser det totale budsjettet for HMR på hovedpostnivå for 2025 og 2026, samt prognose for 2025.

Tall i 1000 kroner	Budsjett 2025	Prognose 2025	Budsjett 2026	Endring B25-B26
Salgs- og driftsinntekter	-8 982 900	-9 652 000	-9 543 100	-560 200
Varekostnad	1 499 700	1 626 700	1 604 100	104 400
Lønnskostnad	5 877 900	6 583 100	6 080 800	202 900
Annen driftskostnad, av- og nedskrivning	1 730 300	1 766 100	1 918 400	188 100
Finansinntekt og kostnad	171 900	217 000	339 700	167 800
Totalt	297 000	541 000	400 000	103 000

Det vises til omtale av endra kostnadsbilete frå 2025 til 2026 tidlegare i saka. Budsjettet som førebels er avstemt gjev dette resultatet for 2026 fordelt mellom hovudpostar. Det kan kome endringar mellom hovudpostane i det endelege arbeidet med å ferdigstille detaljbudsjettet for 2026. Kostnader knytt til løns- og prisvekst utgjør ein stor del av endringane frå 2025 til 2026.

Når det gjeld den store endringa mellom Budsjett 2025 og Prognose 2025 for sals- og driftsinntekter og lønskostnader, er ein stor del knytt til endra pensjon i saldert statsbudsjett for 2025.

Aktivitet DRG somatikk

I statsbudsjettet for 2026 er det på nasjonalt nivå lagt opp til ein aktivitetsvekst på 1,4%, medan det var føreset ein aktivitetsvekst på 1,2% i ØLP. Oppdatering i den nasjonale inntektsmodellen basert på utvikling i befolkning og behov gjev en reduksjon i ramma til HMN. Den reelle aktivitetsveksten ligg derfor nært estimatet som var lagt til grunn i ØLP for HMN samla.

Tabellen under viser fordelinga av DRG-poeng mellom helseføretaka i regionen når det gjeld somatikk, jf. pkt. 3 i vedtaket i *sak 166/25 Budsjett 2025 Helse Midt-Norge* i styret i HMN.

DRG-poeng (somatikk)	HMR	HNT	STO	RHF	SUM
Aktivitetsbestilling 2026 - sørge for somatikk	77 409	39 641	134 224	3 386	254 660

Aktivitetsbestillinga er basert på prognose for DRG-poeng (somatikk) i 2025 korrigert for endringar i behov. HMR har rapportert lågare aktivitet som følgje av innflytting og ibruktaking av nytt akuttsjukehuset gjennom heile 2025.

Samanlikna med aktivitetsbestillinga for 2025, er bestillinga for 2026 om lag 2300 DRG-poeng lågare. Samanlikna med prognosen for aktivitet i 2025, er bestillinga for 2026 om lag 430 DRG-poeng lågare.

Aktivitetsbudsjettet i klinikkane for 2026 byggjer på budsjett/prognose for aktivitet i 2025. Som tabellen viser er det planlagt at Klinikk SNR poeng skal auke aktivitet og produktivitet i 2026. Dei andre klinikkane vidarefører aktiviteten i 2025.

	Budsjett	Prognose	Budsjett
DRG-poeng	2025	2025	2026
Somatikk	78 927	77 839	80 015
Prykiatri og rus	32 462	33 230	33 313
Totalt	111 389	111 069	113 328

Likviditet

Den negative økonomiske utviklinga har stor påvirkning på likviditetssituasjonen. I 2025 har HMR teke opp eit likviditetslån hos HMN på 400 mnok. I 2026 er det i samråd med HMN lagt til grunn at HMR må ta opp ytterlegare 500 mnok i likviditetslån gjennom året. Likviditetslåna er avdragsfrie i 2027 og 2028, men det løper renter på låna.

Helse- og omsorgsdepartementet la fram endringar i statsbudsjettet for 2025 den 21. november. For helseføretaka gjeld endring i løyving i all hovudsak oppdaterte anslag på pensjon. Det er relativt store endringar som følgje av regelendringar for særaldersgrense som er kostnadsreducerande, og ny offentlig AFP som er ein klart dyrare ordning enn tidlegare. Helse Midt-Norge har fått ei auke i basisramma på 1,824 mrd. kroner til dekning av økte pensjonskostnader i 2025. Midlane vert fordelt etter inntektsmodellen i regionen. Endring i basisramme til auka pensjonskostnader og endring i betalt premie gir grunnlag for justering av driftskredittramme til sjukehusføretaka. Resultateffekten av endring i pensjonskostnad og basisramme har ikkje likviditetseffekt for sjukehusføretaka. Driftskredittramme til HMR blir redusert frå 1 376 mnok til 680,7 mnok.

Tilgjengeleg likviditet på slutten av 2025 er noko lågare enn budsjett, 116 mnok mot 174 mnok i budsjett.

Opptak av lån i 2026 er fordelt som i tabellen under. Låna er periodisert etter likviditetsbehov ut over året.

	Budsjett
Tall i 1 000 kroner	2025
AIO HOD	341 900
AIO Basis HMN	80 000
Likviditetslån HMN	500 000
Totalt	921 900

I tillegg til likviditetslån frå HMN på til saman 500 mnok, tek ein opp 421,9 mnok i lån knytt til AIO prosjektet i Ålesund. Dette er i tråd med pådrag i prosjektet i 2026.

Med desse forutsetningane, og med 100% tiltaksoppnåing, vil HMR å ha ein tilgjengeleg likviditet på om lag 200 mnok ved slutten av 2026. Det er høg risiko knytt til føresetnadene, og dermed høg risiko knytt til om 500 mnok i likviditetslån/likviditetstilførsel er tilstrekkeleg i 2026. Dette gjeld både manglande tiltaksoppnåing, men og periodisering av inntekter sett opp mot utbetaling av kostnader (pensjon, arbeidsgiveravgift, merverdiavgift mm).

I 2026 er det budsjetttert med nye investeringar på 70 mnok for bygg og 82 mnok for medisinteknisk utstyr (MTU). Desse investeringane er ikkje er lånefinansiert, men finansierast av basisløyvinga. Det er og budsjetttert med ombygging ved DMS Kristiansund på om lag 75 mnok, der heile investeringa er finansiert av øyremerka midlar i 2024, 2025 og 2026. Det er og forventa noko overheng frå SNR Hjelset inn i 2026. I tillegg er det budsjetttert med 29 mnok i eigenkapitalinnskudd til KLP.

Administrerende direktør vil kome attende til styret med ein nærare utgreiing om forventa likviditetsutvikling i 2026 etter at detaljbudsjettet for 2026, inkl. alle periodiseringar, er ferdigstilt. Likviditetsutviklinga vil bli fulgt tett opp, og det vil vere naudsynt med tett dialog med HMN.

Investeringar

Det er budsjettet med følgjande investeringar i 2026:

Tall i 1 000 kroner	Budsjett 2026
Bygningmessige investeringar, vedlikehold og HMS	70 000
SNR / SNR Kristiansund (P-101916)	98 070
AIO Ålesund (P-103700) - inkl. byggelånsrenter	455 378
Ortopedi Kristiansund	3 000
MTU	82 000
Totalt	708 448

Tabellen syner forventa investeringsnivå for 2026 knytt til dei ulike investeringane. Til trass for den særskilte likviditetssituasjonen HMR er i, er det ikkje tilrådeleg å redusere investeringsnivået ytterlegare knytt til bygningmessige investeringar og MTU.

Over 50% av løyvinga til bygningmessige investeringar i 2026 vil gå til utbetring av ny analyselinje ved Volda sjukehus, noko som er ein føresetnad før utskifting av nye analysemaskiner kan skje. Investeringa er avgjerande for å oppretthalde akuttilbodet ved sjukehuset. Andre prioriterte investeringar i 2026 er nytt slukkeanlegg på helikopterbasen i Ålesund (krav knytt til SAR Queen helikopter), tette bygg, HMS-utbetringar og infrastruktur og havari.

MTU-utvalet følgjer opp midlane løyvd til MTU løpande. Dei blir styrt etter vedteke MTU-budsjett og prioriteringsmodell, og leiargruppa vurderar MTU-investeringane sett opp mot den totale økonomiske situasjonen. I 2026 er det ny CT i Volda (21 mnok) og oppgradering av MR i Ålesund (11 mnok) som er dei største investeringane. Fleire ultralydapparat må skiftast ut og så skal det flyttast ein røntgenlab frå Kristiansund til Ålesund. I tillegg er det sett av 25 mnok til samanbrot på MTU og basis- og grunnutstyr. I 2027 vil nesten alle tilgjengelege MTU-midlar som er avsett i økonomisk langtidsplan gå til naudsynte investeringar som følgje av AIO, men som ikkje er en del av prosjektet, mellom anna utstyr til ny sterilsentral og utstyr til hybridstove. I 2028 og 2029 vil utskifting av ei strålemaskin kvart av åra krevje store delar av løyvinga desse åra.

Når det gjeld ombygging av nye lokale til vaksenpsykiatrisk poliklinikk og AIO vises det til omtale under kapitlet om likviditet. Merk at byggelånsrenter inngår i talet for AIO i tabellen over investeringar.

Administrerende direktør vurdering

Helse Møre og Romsdal er i ein svært krevjande økonomisk situasjon. Store investeringar bygg, infrastruktur, medisinsk-teknisk utstyr og IKT dei seinare åra gjer at Helse Møre og Romsdal må vri ressursbruken frå lønnskostnader til finansiering av kostnader knytt til desse satsingane. Vi er derfor heilt avhengig å lukkast med å ta ut økonomiske gevinstar knytt til satsingane.

Budsjettet for 2026 er lagt med føresetnad om eit resultatkrav på –400 mnok, noko som inneber naudsynt effektivisering og omstilling på om lag 410 mnok i 2026. Omstillinga må som vist i økonomisk langtidsplan fortsette i 2027, 2028 og 2029, før HMR nærmar seg eit driftsnivå i samsvar med dei økonomiske rammene. Dette vil utfordre både prioritering og struktur.

Føresetnadene for budsjettarbeidet for 2026 er at klinikkane skal tilpasse driftsnivået til dei økonomiske rammene for kvar klinikk, innafor strukturen med tre akuttsjukehus og elektiv drift i Kristiansund. HMR skal ha ei berekraftig drift og utvikling, utan vesentleg behov for å leige inn nøkkelpersonell for å oppretthalde pasienttilbodet. Det er tydelege føringar om at det samla årsverksforbruket i HMR skal reduserast.

Budsjettet for HMR er bygd opp «nedanfrå og opp», gjennom eit omfattande budsjett- og tiltaksarbeid i klinikkane. Klinikkane har til no identifisert tiltak for om lag 280 mnok. Det betyr at tiltak for om lag 120 mnok førebels er uspesifisert innanfor klinikkane sine rammer. I tillegg er det innarbeidd tiltak for 37 mnok i stab- og fellesavdelingar. Til saman er det til no identifisert tiltak for til saman 315 mnok for 2026.

Restutfordringa på 120 mnok er bekymringsfull, og det jobbast vidare med tiltak som skal redusere denne. Vi må arbeide på nye måtar, og hente ut gevinstar frå både medisinsk, teknologisk, digital og bygningsmessig satsing og utvikling. Vi må lukkast i å ta ned årsverk innanfor alle stillingskategorier, både gjennom generell effektivisering og som forventa gevinstar av dei store satsingane. Vi må levere planlagt aktivitet, produktiviteten må opp, og uønskt variasjon må ned.

Dette er det mest krevjande budsjettet i føretaket si historie, og gjennomføringskraft i heile organisasjonen blir avgjerande. Den største risikoen er at vi ikkje klarer å ta ned lønnskostnadene raskt nok. Dersom stillingsreduksjonar, vakante stillingar, endra vaktstruktur og reduksjon i innleige ikkje blir gjennomført fullt ut, vil budsjettet sprekke. Så langt har to av klinikkane synleggjort behov for meir strukturelle tiltak for å få budsjettet i balanse. Desse prosessane vil ta tid, og administrerande direktør vil kome attende til styret med saker som er knytt til strukturendringar.

Sjukefråværet er for høgt, rekrutteringssituasjonen utfordrar fleire fagområde, og medikamentkostnadene – særleg innan kreft – kan utvikle seg vesentleg høgare enn ramma. Utskrivingsklare pasientar bind store ressursar, og ytterlegare press på sengepostar kan svekke både beredskap og pasientflyt.

Kommunane er ein avgjerande samarbeidspartner, der vi saman må styrke samarbeidet for å sikre god pasientflyt, redusere talet på utskrivingsklare pasientar og leggje til rette for felles, berekraftige pasientforløp. Dette samarbeidet er ein føresetnad for fagleg kvalitet, pasienttryggleik og økonomisk berekraft.

Det har vore medvirkning med partane både i klinikkane og på foretaksnivå, løpande gjennom heile hausten 2025. Det er særst viktig at partane har ei felles forståing av situasjonen, og behov for prioritering og tiltak, når den økonomiske utfordringa er så stor som den er for Helse Møre og Romsdal.

Administrerande direktør vurderer at budsjettet som leggjast fram for styret i denne saka er godt gjennomarbeidd, men at det gjenstår ei høg restutfordring. Gjennomføringsrisikoen er høg, og vi er heilt avhengig av at det leverast kontinuerleg og kraftfull styring i heile organisasjonen gjennom heile 2026. Det vil vere nødvendig med tett rapportering, raske korrigeringar og sterkt leiarskap på alle nivå. Manglande gjennomføring av tiltak vil løpande måtte kompensast med nye tiltak.

Parallelt med kontinuerleg og tett oppfølginga av drifta i 2026, vil administrerande direktør prioritere arbeidet med omstillingsplan for berekraftig drift i langtidsperioden.

Vedlegg

Sammendrag av budsjettnotater frå klinikkane samt tiltak i stab og på fellesområder

Sammendraga for kvar klinikk byggjer på tilbakemelding frå klinikksefane levert 1. desember 2025. Samla status og utfordringsbilde i kvar klinikk er vist i tabellen under. Klinikane har eit samla utfordringsbilde når ein tek utgangspunkt i prognose for 2025, generelt krav til effektivisering samt gevinstar i SNR og nye kjente endringar i 2026 på til saman vel 400 mnok. Stabsavdelingane har eit utfordringsbilde på 10 mnok. Til no har klinikkane spesifisert tiltak for om lag 280 mnok og stabseiningane har spesifisert tiltak for 10 mnok. Det er i tillegg spesifisert og lagt til grunn tiltak på fellesområdet (medikament og IKT) på til saman 27 mnok.

Ut frå dette gjenstår det behov for tiltak på minimum 123 mnok i klinikkane.

	Prognose klinikker 2025	Gen. eff - gevinst SNR 2026	Andre endringer 2026	Totalsum omstilling 2026	Spesifiserte tiltak pr. 10.12	Restutfordring pr. 10.12
Adm.dir - fellesavd.		10 000		10 000	- 37 000	
Klinikk for diagnostikk	- 15 000	12 900	22 000	19 900	- 19 900	-
Klinikk for drift og eigedom	23 000	3 600	4 700	31 300	- 31 300	-
Klinikk for kreft og rehab.	10 000	6 900	17 800	34 700	- 14 700	20 000
Klinikk for prehosp. Tenester	1 000	6 900	4 500	12 400	- 12 400	-
Klinikk for PH/TSB	- 4 000	30 900	9 100	36 000	- 36 000	-
Klinikk SNR	90 000	49 100	- 4 000	135 100	- 114 500	20 600
Klinikk Volda sjukehus	34 000	5 900	- 2 300	37 600	- 19 700	17 900
Klinikk Ålesund sjukehus	90 000	20 800	- 16 300	94 500	- 30 100	64 400
SUM	229 000	147 000	35 500	411 500	- 315 600	122 900

Klinikk for diagnostikk

Klinikken har ei samla bruttoramme på 613 mnok i 2025, og ei positiv prognose for året på om lag 15 mnok. Klinikken har fått eit rammetrekk på 12,9 mnok i 2026, og i tillegg vil den ta over det økonomiske ansvaret for finansiering av transport av laboratorieprøver frå Klinikk for drift og eigedom. Dersom desse kostnadene blir på nivå med prognosa for 2025, inneber endringa ei ytterlegare innstramming på vel 2 mnok.

Drifta i 2025 har vore prega av innflytting i SNR for delar av klinikken. Nytt MTU har gitt positive effektar, men krev mykje kompetanse og tid i innkjøringsfasen. Klinikken har tatt ut gevinstar knytt til SNR både gjennom reduksjon i stillingar (5 stillingar), effektivisering og reduserte varekostnader. Det er utfordringar knytt til rekruttering av radiologar, men og radiografar og bioingeniørar, samt at sjukefråværet i klinikken er for høgt. Drifta er framleis prega av Helseplattformen (Radiant - radiologi). Aktiviteten har no kome opp igjen, men kostnadene pr. undersøking er høgare enn tidlegare. Gamalt utstyr har ført til nedetid, særleg i Volda som var utan CT ein periode. Den største utfordringa er å rekruttere og behalde legespesialistar og LIS-legar, spesielt innan radiologi. Mangelen har ført til høgt forbruk av innleige.

Ei stor økonomisk utfordring for klinikken i 2026 er at den forventar redusert inntekt for medisinsk mikrobiologi på om lag 15 mnok samanlikna med 2025. Dette skuldast både ei forventning om lågare smittestatus i befolkinga og endra metode som gjer at ein reduserer talet på analyser pr. prøve.

På bakgrunn av prognose for 2025, rammetrekk og andre kjente endringar for 2026, er det totale utfordringsbildet i klinikken 19,9 mnok.

Klinikken har innarbeidd spesifiserte tiltak for heile utfordringsbildet innanfor følgjande tiltakskategoriar i budsjettet for 2026, fordelt på 35 tiltak:

Klinikk	1-sifret konto	Antall tiltak	Totalsum tiltak	Uløst utfordring
Klinikk for diagnostikk	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning	2	0	
	Salgs- og driftsinntekter	12	-6 000 000	
	Varekostnad	13	-5 100 000	
	Lønnskostnad	9	-8 700 000	
Klinikk for diagnostikk Totalt		35	-19 900 000	0

For 2026 er stillingsplanar gjennomgått, og klinikken tek ut effektar av SNR i tillegg til andre tiltak innanfor lønsområdet. Nye tiltak som jobbgilding og innføring av sonografar skal redusere kostnader og styrke drift. Klinikken forventar og auka inntekter for klinisk mammografi etter utbetring av løysing i Helseplattformen.

Risiko: Klinikken er sårbar for fråvær. Gamalt utstyr aukar risiko for driftsstans. Tiltak kan vere å redusere eller stenge tilbod ved bemanningsmangel. Budsjettet er svært stramt, og risikoen er vurdert som middels.

Klinikk for drift og eigedom

Klinikken har ei samla bruttoramme på 451,3 mnok i 2025, og ei negativ prognose for året på om lag 23 mnok. Klinikken har fått eit generelt rammetrekk på 3,6 mnok i 2026. Det økonomiske ansvaret for finansiering av transport av laboratorieprøver er overført til Klinikk for diagnostikk. Dersom kostnadene blir på nivå med prognosa for 2025, inneber endringa ein reell kostnadsreduksjon for klinikken på vel 2 mnok. Klinikk for drift og eigedom har fått tilført ramme knytt til auka FDV-kostnader SNR og auka eksterne husleigekostnader. Desse endringane skal vere eit nullsumspel.

Drifta i 2025 har vore prega av innflytting og ibruktaking av SNR Hjelset. Deler av året har det vore drift på fem sjukehuslokasjonar samtidig. Ny bygningsmasse og nye driftskonsept er ikkje fullt ut finansiert i 2025, og klinikken nyttar driftsressursar både knytt til SNR Hjelset og AIO i Ålesund. Klinikken har og svikt på inntektssida i 2025 og meirkostnader knytt til løn og andre driftskostnader, mellom anna kommunale avgifter.

På bakgrunn av prognose for 2025, rammetrekk og andre kjente endringar for 2026, er det totale utfordringsbildet i klinikken 31,3 mnok.

Klinikken har innarbeidd spesifiserte tiltak for heile utfordringsbildet innanfor følgjande tiltakskategoriar i budsjettet for 2026 fordelt på 32 tiltak:

Klinikk	1-sifret konto	Antall tiltak	Totalsum tiltak	Uløst utfordring
Klinikk for drift og eiendom	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning	11	-11 400 000	
	Salgs- og driftsinntekter	5	-3 800 000	
	Varekostnad	3	-2 600 000	
	Lønnskostnad	13	-13 500 000	
Klinikk for drift og eiendom Totalt		32	-31 300 000	0

Tiltak i klinikken for 2026 er knytt til reduserte lønnskostnader ved at talet på stillingar blir varig redusert. Klinikken vil få lågare driftskostnader knytt til mellom anna avfallshandtering og energi. Innafor ramma har klinikken lagt eit meir realistisk budsjett til grunn for inntekter samanlikna med 2025.

Klinikken forventar etter gjennomført risikovurdering høg måloppnåing på svært mange av tiltaka, også sett i samanheng med at klinikken si ramme er styrka knytt til FDV-kostnader SNR både på Hjelset og i Kristiansund.

Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering

Klinikken har ei samla bruttoramme på 422 mnok i 2025, og ei prognose for negativt avvik på 10 mnok. Avviket i 2025 er utelukkande knytt til avvik på medikamentkostnader. Klinikken har fått eit rammetrekk på 6,9 mnok i 2026. Samstundes er ramma til klinikken styrka med 20 mnok knytt til medikament, jf. revidert ØLP, samt at 6 mnok av frigjort ramme frå Aure og er nytta til styrking av medikamentbudsjettet. Utfordringsbildet til klinikken, før det er teke omsyn til at medikamentkostnadene venteleg vil fortsette å auke i 2026, er 14,7 mnok.

Drifta i klinikken i 2025 er prega av stor aktivitet og omstilling. Klinikken har hatt nedgang i årsverk siden 2019. Totalt har den redusert med om lag 36 netto årsverk frå 2019 til 2025.

Aure rehabiliteringssenter vart avvikla 1. februar 2025 og pasienttilbodet blei flytta til Ålesund. Planlegging og innflytting i SNR har og teke mykje ressursar, men klinikken har lukkast med å levere aktivitet over plan. Det har vore gjennomført organisatorisk endringar innan hud og merkantile tenester. Klinikken har lukkast med behovsstyrte poliklinikkar, innføring av teledermatologi og KI-driven dokumentasjon innan fleire fagområde. Klinikken rekrutterer godt innan fleire utfordringsområde, har teke ned faste årsverk og har gevinstar knytt til jobbgilding. Innan kreftbehandling aukar kompleksiteten med avanserte metodar og lengre pasientforløp, noko som krev meir onkologisk kompetanse. Tiltak som rekrutteringsplan for SNR og auka sengekapasitet i Ålesund har vore avgjerande for å oppretthalde aktiviteten, og skape bærerkraft fram i tid.

På bakgrunn av prognose for 2025, rammetrekk og andre kjente/forventa endringar for 2026, er det totale utfordringsbildet i klinikken 34,7 mnok. Av dette utgjør forventa auke i medikamentkostnader ut over kompensert medikamentbudsjett for klinikken 20 mnok.

Klinikken har innarbeidd spesifiserte tiltak for utfordringsbildet (ekskl. auka medikamentkostnader) på 14,7 mnok innanfor følgjande tiltakskategoriar i budsjettet for 2026 fordelt på 59 tiltak:

Klinikk	1-sifret konto	Antall tiltak	Totalsum tiltak	Uløst utfordring
Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning	15	-700 000	
	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning, fortsettelse	6	-100 000	
	Salgs- og driftsinntekter	7	2 500 000	
	Varekostnad	10	-21 300 000	-20 000 000
	Foretaksinternt kjøp/salg	1	-1 700 000	
	Lønnskostnad	20	-13 400 000	
Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering Totalt		59	-34 700 000	-20 000 000

Tiltaka er knytt til heilårseffekt av nedlegging av Aure, korrigert for styrking av kreftområdet og omdisponering til medikamentbudsjettet. Samla tiltak knytt til lønsområdet utgjør 15 årsverk. Klinikken har og tiltak knytt til digital legemiddelstyring og systematisk monitorering for å sikre berekraft. Klinikken følg tett opp medikamentkostnader per fagområde, kostnadsutviklinga og bruk av prioriteringskriteria, og har høg fokus på innovasjon, digitalisering og samarbeid.

Tiltaka er prega av lav risiko da prosessane er gjennomført, og risikovurderingar viser at pasient-sikkerheiten vert oppretthalden.

Klinikk for prehospitale tenester

Klinikken har ei samla bruttoramme på 670 mnok i 2025, og ei prognose tilnærma i balanse. Klinikken har drifta med ekstra ressurs både i Kristiansund og i Molde etter ibruktaking av SNR, innafor gjeldande ramme. Klinikken har fått eit generelt rammetrekk på 6,9 mnok i 2026. I tillegg må klinikken dekkje heilårseffekt av dei ekstra ressursane etter ibruktaking av SNR innafor ramma.

Klinikken gjennomførte ei rekkje tiltak hausten 2024, noko som har gitt gode resultat i 2025. Tiltaka er knytt til strammare styring av variable lønnskostnader, felles årsplanlegging, vikaropplæring og reduksjon i kurs- og møteverksemd og reiser. I 2025 er det meirkostnader knytt til drift av ambulansestasjonar og innsparing på kostnader for pasientreiser. Innsparingar i pasientreiser er ikkje forventa innanfor ramma til formålet i 2026.

På bakgrunn av prognose for 2025, rammetrekk og andre kjente/forventa endringar for 2026, er det totale utfordringsbildet i klinikken 12,4 mnok.

Ambulansebilberedskapen består av 38 døgnambulansar og 3 dagambulansar fordelt på 30 stasjonar. Klinikken har innarbeidd spesifiserte tiltak knytt til reduksjon av variable lønnskostnader i dei ambulanseseksjonane med størst negativt avvik i 2025. Dette er ikkje tilstrekkeleg, og klinikken foreslår derfor å redusere beredskap tilsvarende 2 døgnambulansar i løpet av 2026. Dette må utgreiast nærare, og ein vil ha som mål å redusere beredskap der det har minst negative konsekvensar. Administrerende direktør kjem attende til styret med ei eiga sak om reduksjon i ambulanseberedskapen.

Klinikken er ellers sårbar for endringar i andre klinikkar som påverkar ambulansetenesta. Dette kan igjen påverke gjeldande arbeidstidsordningar som har ein kombinasjon av aktiv og passiv vakt.

Klinikk for psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling

Klinikken har ei samla bruttoramme på 1304 mnok i 2025, og ei prognose over balanse. Klinikken har fått eit generelt rammetrekk på 30,9 mnok knytt til generell effektivisering og forventa gevinstar SNR.

Klinikken har forbetra drifta mykje frå 2024 til 2025. Dei har jobba målretta med stillingsreduksjonar, omprioriteringar for å kunne ta ned kostnader knytt til fristbrot og samtidig auke aktiviteten, samt omorganisering av sjukehusavdelingane. Krava til å drifte i balanse og reduksjon i ventetider og fristbrot er nådd.

På bakgrunn av prognose for 2025, rammetrekk og andre kjente/forventa endringar for 2026, er det totale utfordringsbildet i klinikken 36 mnok.

Tiltak i klinikken for 2025 omhandlar mogleg reduksjon av døgnkapasitet innan DPS, omlegging av driftsmodellar for ulike tenester, omlegging/samling av aktivitet innan PHBU og generell stram styring og meir fleksibel bruk av ressursar internt i klinikken. Tiltakseffektane vil kome innanfor lønsområdet.

Konsekvensane av tiltaka er at pasientar vil kunne få tenester på andre måtar og på andre stader i fylket. Kvaliteten vil kunne opplevas som redusert. Tilsette må jobbe på andre måter enn i dag, evt. på andre lokasjonar. Enkelte eksisterende fagmiljø vil kunne svekkast. Arbeidsmiljøet i klinikken vil bli

prega av dei prosessane som no skal gjennomførast. Tiltaka vil kunne føre til omdømmetap, rekrutteringsutfordringar og ein utilsikta personalflukt.

Klinikk sjukehuset Nordmøre og Romsdal

Klinikken har ei samla bruttoramme på 1307 mnok i 2025, og ei prognose for negativt avvik på 90 mnok. Klinikken har fått eit generelt rammetrekk på 49,1 mnok knytt til generell effektivisering og forventna gevinstar SNR.

2025 har vært et heilt spesielt og fantastisk år for Klinikk SNR, med ibruktaking av det nye akuttsjukehuset på Hjelset i april. Opplæring, innflytting og ibruktaking har krevd store ressursar, men ut over hausten nærmar ein seg det ein kan kalle «normal drift». Det er høge krav og forventningar til å ta ut gevinstar ved å slå saman to akuttsjukehus til eitt. I 2025 har kostnadene for vikarinneleige vore over 22 mnok, men er gradvis redusert og avvikla i haust. Det er redusert lønskostnader tilsvarande 48 årsverk i tillegg. Heilårseffekten av reduksjon i årsverk som er teken ut i løpet av hausten 2025 er berekna til 47 mnok. Det er realisert gjennom fleire tiltak, mellom anna reduksjon i UTA for legar, reduksjon i variabel løn, endring i turnus og turnusplanar, reduksjon i talet på vaktlag og naturleg avgang som ikkje blir erstatta.

På bakgrunn av prognose for 2025, rammetrekk og andre kjente endringar for 2026, er det totale utfordringsbildet i klinikken 135 mnok.

Klinikken har innarbeidd spesifiserte tiltak for 114,5 mnok, og har pr i dag eit uløyst utfordringsbilde på 20,6 mnok som det vert arbeidd vidare med. Dei tiltaka som ein jobbar vidare med er mellom anna reduksjon i medikamentkostnader, vurdere reduksjon i talet på LIS 1 legar og mindre aktiv tid på vakt for enkelte legegrupper. Klinikken har tiltak innanfor følgjande tiltakskategoriar i budsjettet for 2026, fordelt på 125 tiltak:

Klinikk	1-sifret konto	Antall tiltak	Totalsum tiltak	Uløst utfordring
Klinikk sjukehuset i Nordmøre og Romsdal	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning, fortsettelse	54	-4 300 000	
	Salgs- og driftsinntekter	1	-18 000 000	
	Varekostnad	8	-40 700 000	-20 600 000
	Lønnskostnad	62	-72 100 000	
Klinikk sjukehuset i Nordmøre og Romsdal Totalt		125	-135 100 000	-20 600 000

Tiltaka i klinikken for 2025 er hovudsakeleg knytt til reduksjon i lønskostnader innanfor alle stillingskategoriar, og er både heilårseffekt av tiltak i 2025 og nye tiltak. Tiltaka er knytt til gevinstplan for SNR, både når det gjeld reduserte beredskapskostnader og gevinstar knytt til nye driftskonsept. Planlagt sommarstenging i 8 veker for poliklinikkar og dagkirurgi i Kristiansund, og samanslåing av sengepostar på Hjelset, vil bidra til å redusere vikarbehovet i sommardrifta monaleg. Det er lagt til grunn at aktiviteten skal komme tilbake på budsjetttert nivå. Det er og innarbeidd tiltak for å redusere medikamentkostnadane i klinikken.

Risiko

Ingen av tiltaka er pr no ein trussel for pasientsikkerheiten. Klinikken meiner at det er knytt størst risiko til høgt belegg på sengeområda. Pleiefaktor er gått gjennom og justert noko meir ned for å nå budsjettramma.

Pasienttilbodet vil kunne bli endra som følge av tiltaka. Ved å ta ned legestillingar er til dømes færre til å aksjonspoliklinikk og større sansynlegheit for vakanssituasjonar, som igjen går ut over det elektive tilbodet. Å ta ned legeårsverk er og bekymringsfullt med tanke på attraktivitet i rekruttering av nye LIS2/3 legar.

Tilsette og leiarar i klinikken er prega av det kontinuerlige trykket på økonomiske tiltak, i tillegg til opplæring og innflytting. Vi ser ei auke i sjukefråvær som vert følgt tett opp i seksjonane. Totalt sett er ein økonomisk mest bekymra for «inngangsfarta».

Klinikk Volda sjukehus

Klinikken har ei samla bruttoramme på 386 mnok i 2025, og ei prognose for negativt avvik på 34 mnok. Klinikken har fått eit generelt rammetrekk på 5,9 mnok knytt til generell effektivisering.

I 2025 er drifta i klinikken prega av høg aktivitet innan dei fleste fagområda. Kostnadsutviklinga er krevjande med høge lønnskostnader, omfattande vikarbruk og store avvik på varekostnader.

På bakgrunn av prognose for 2025, rammetrekk og andre kjente endringar for 2026, er det totale utfordringsbildet i klinikken 37,6 mnok.

Klinikken har innarbeidd spesifiserte tiltak for 19,7 mnok fordelt på 16 tiltak, og har pr i dag eit uløyst utfordringsbilde på 17,9 mnok som det vert arbeidd vidare med.

Klinikk	1-sifret konto	Antall tiltak	Totalsum tiltak	Uløst utfordring
Klinikk Volda sjukehus	Varekostnad	1	-2 200 000	
	Lønnskostnad	15	-35 400 000	-17 900 000
Klinikk Volda sjukehus Totalt		16	-37 600 000	-17 900 000

Klinikken har sett i gang omfattande arbeid med kapasitets- og sengepoststruktur, inkludert intensivkapasitet. Målet er å redusere behovet for døgnseger gjennom auka bruk av dagbehandling og meir effektiv pasientlogistikk. I tillegg gjennomfører klinikken tiltak knytt til reduksjon i vikarbruk, betre ferieavvikling, bemanningstilpassing der strukturelle prosjekt ikkje har direkte effekt, reduksjon i liggetid og eit omfattande «Kloke val arbeid» med effekt på både aktivitet og varekostnader. Tiltaka har ei samla innsparing på 25 mill. kroner, men berre om lag 20 mill. i budsjettåret 2026.

Den største risikoen er press på sengepost ved høgt belegg. Planlagde endringar kan påverke pasientstraumane og enkelte tilbod, men ikkje det samla tilbodet til pasientane. God samhandling med kommunane er ein føresetnad for å lukkast.

Klinikk Ålesund sjukehus

Klinikken har ei samla bruttoramme på 1394 mnok i 2025, og ei prognose for negativt avvik på 90 mnok. Klinikken har fått eit generelt rammetrekk på 20,8 mnok knytt til generell effektivisering.

I 2025 er drifta i klinikken prega av høg aktivitet innan dei fleste fagområda. Kostnadsutviklinga viser at det er store budsjettavvik både på lønnskostnader og varekostnader.

På bakgrunn av prognose for 2025, rammetrekk og andre kjente endringar for 2026, er det totale utfordringsbildet i klinikken 94,5 mnok.

Klinikken har innarbeidd spesifiserte tiltak for 30,1 mnok, der 26,2 mnok er direkte lønnskostnader. Klinikken har hatt låge kostnader til vikarinnleige sidan 2022. I 2026 reduserast dette ytterlegare. Klinikken har pr i dag eit uløyst utfordringsbilde på 64,4 mnok som det vert arbeidd vidare med.

Klinikk	1-sifret konto	Antall tiltak	Totalsum tiltak	Uløst utfordring
Klinikk Ålesund sjukehus	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning, fortsettelse	1	100 000	
	Salgs- og driftsinntekter	1	500 000	
	Varekostnad	9	-9 300 000	-4 000 000
	Foretaksinternt kjøp/salg	1	-600 000	
	Lønnskostnad	39	-85 200 000	-60 400 000
Klinikk Ålesund sjukehus Totalt		51	-94 500 000	-64 400 000

Klinikken endrar sengepoststruktur innan kirurgi. Målet er å redusere døgnsenger gjennom dreining frå døgn til dagopphald og meir effektiv pasientlogistikk. Tiltaket trer i kraft frå 5.1.26 og inneber at ein av tre sengepostar blir gjort om til dageining. Tiltaket inneber reduksjon av døgnsenger.

I tillegg gjennomfører klinikken reduksjon av stillingar, reduksjon av UTA for legar og andre tiltak innanfor lønsområdet. Det er og innarbeidd tiltak for å redusere medikamentkostnadene i klinikken, det same gjeld medisinske forbruksvarer.

Klinikken jobbar vidare med å innarbeide ytterlegare tiltak i budsjettet for 2025. Bland desse er endringar innan vaktordningar, oppfølging av pleiefaktoranebefalingar og ferieavvikling.

Stabseiningane/adm.dir.

Stabseiningane har fått redusert dei økonomiske rammene frå 2025 til 2026 med 10 mnok. Det vert jobba løpande med prioritering av ressursar og reduserte kostnader i stabseiningane, og når det gjeld faste stillingar. Det er innarbeidd spesifiserte tiltak for 10 mnok, herunder reduksjon av fem faste stillingar knytt til naturleg avgang.

HMR er i ein krevjande omstillingsperiode både inneverande år, i 2026 og vidare i langtidsperioden med naudsynt omstilling av drifta og reduksjon av lønskostnader. Desse prosessane krev stabsressursar, og vi må sikre at vi har riktig og tilstrekkeleg kapasitet til å leie desse prosessane. I det vidare omstillingsarbeidet i 2026 og for langtidsperioden vil organisering og dimensjonering av dei samla stabsressursane bli vurdert.

Fellesavdelingane

På fellesavdelingane er det innarbeidd to spesifiserte tiltak; reduksjon av medikamentkostnader knytt til H-reseptar og reduksjon av sentrale, variable IKT-kostnader. Til saman utgjer tiltaka 27 mnok.

PROTOKOLL

År 2025, den 10. desember, ble det avholdt drøftingsmøte mellom Helse Møre og Romsdal og foretakstillitsvalgte fra organisasjonene. Møtet ble gjennomført med hjemmel i Arbeidsmiljølovens § 8-2 og Hovedavtalenes §§ 30 og 31.

Sak til drøfting er:

Styresak 114-25. Budsjett 2026 Helse Møre og Romsdal HF.

Fra Helse Møre og Romsdal HF:

Adm.dir	Olav Lødemel
HR-direktør	Kjetil Lundberg
Forhandlingssjef	Frank R. Malme

Fra Organisasjonene:

Norsk Sykepleierforbund	Foretakstillitsvalgt	Anette Lekve
Fagforbundet	Fungerende FTV	Elisabeth Kirkholm
Den norske Legeforening, overlegeforeningen	Vara FTV	Even Bakøy
Den norske Legeforening, yngre legers forening	Vara FTV	Hedda Johannessen
Norsk Psykologforening	Foretakstillitsvalgt	Siri Næs
Delta	Foretakstillitsvalgt	Evy Størvik
NITO	Foretakstillitsvalgt	Evy K.L. Skjong
Den norske Jordmorforening	Foretakstillitsvalgt	Bodil Ljones
Fellesorganisasjonen	Foretakstillitsvalgt	Magnus H. Schalde
Utdanningsforbundet	Foretakstillitsvalgt	Merita Windsrygg
Det norske Maskinistforbund	Foretakstillitsvalgt	Lars Arne Gjølringbø

Også tilstede:

Fra vernetjenesten	Foretaksverneombud	Inger Ann S. Kjerstad
--------------------	--------------------	-----------------------

Bakgrunn:

Administrerende direktør presenterte saken.

Organisasjonenes syn, med tilslutning fra vernetjenesten:

Organisasjonene og vernetjenesten er forelagt utkast til styresak om budsjett 2026 i drøftingsmøte 10.12. Saken var også tema i medvirkningsmøte 03.12. Saksgrunnlaget som legges frem til drøfting, er ikke ferdig utarbeidet.

Vi anerkjenner at foretakets økonomiske situasjon er svært alvorlig, og forstår at endring og omstilling er nødvendig. Vi er imidlertid bekymret for omfanget av omstilling som den økonomiske situasjonen krever.

Omstillingskrav er hovedsakelig utledet av økte kapitalkostnader tilknyttet nødvendige investeringer i bygg, samt en betydelig og varig kostnadsøkning på grunn av Helseplattformen. Samtidig har det vist seg vanskelig å hente ut de tiltenkte effektene av investeringen. Den nylig fremlagte rapporten fra Vista analyse, bekrefter at lav brukervennlighet i Helseplattformen gir lavere effektivitet for helsepersonell. Dette gjør det vanskelig for oss å forstå eller velsigne at de nevnte investeringene i hovedsak må dekkes inn på lønnsområdet.

På toppen av en allerede krevende økonomisk situasjon, får vi også et betydelig trekk i basisramme gjennom den interne regionale inntektsfordelingen. Slike uforutsette negative overraskelser er svært krevende å håndtere, og vi mener at det er uforsvarlig å pålegge Helse Møre og Romsdal ytterligere økt omstillingskrav for 2026.

Skissert omstilling handler i hovedsak om kutt i årsverk. Klinikken har lagt ned stor innsats i å finne tiltak for å oppnå sine budsjettkrav. Vi anerkjenner at dette er svært krevende, og ser med stor bekymring på at det fortsatt gjenstår en betydelig restutfordring. Flere klinikker har per i dag utfordringer knyttet til marginal bemanning, stor aktivitet og høyt pasientbelegg. Vi frykter at nedtak av årsverk kan medføre økt arbeidsbelastning hvis resultatet blir et misforhold mellom oppgaver og ressurser. Forutsetningen for pasientsikkerhet *kan* skapes i foretaksledelsen og styrerommene. Men pasientsikkerhet i praksis foregår i den enkelte seksjon og hos den enkelte fagperson. Det handler om et trygt arbeidsmiljø, trygg ledelse og følelse av medvirkning i prosesser hos alle faggrupper involvert i sykehusdrift.

Vi ser det som svært viktig at arbeidsgiver sikrer forsvarlige prosesser med god involvering og medvirkning fra ansatte. Risikovurdering må gjennomføres i forkant av beslutninger, og risikoreduserende tiltak iverksettes ved behov. God lederstøtte og HR-bistand er nødvendig. Arbeidsgiver har uttrykt at man ønsker å unngå oppsigelser, men kan ikke garantere for det. Eventuelle oppsigelser kan vi vanskelig akseptere, og adgang til dette må arbeidsgiver ta opp til drøfting i så tilfelle.

Vi frykter også at vi vil få utfordringer med å opprettholde kvalitet og kapasitet i pasienttilbud. Vi ser for eksempel at Klinikken for psykisk helse og rus vurderer nedtak av døgnplasser og kutt i budsjettet til avdeling for barn og unge. Dette er i strid med oppdragsdokument og klinikkens faglige utviklingsplan, og derfor vanskelig å forsvare.

Planlagt årsverksreduksjon kombinert med manglende evne til å prioritere utvikling av bygningsmasse, investering i ny teknologi og medisinsk teknisk utstyr, oppleves som krevende dilemmaer for ledere og ansatte. Dette kan utfordre arbeidsmiljø og evne til å rekruttere og beholde kompetanse. Helse Møre og Romsdal er avhengig av å beholde og rekruttere personell for å sikre god kvalitet og forsvarlig spesialisthelsetjeneste for befolkningen i Møre og Romsdal.

Legeforeningen vil legge inn protest på planlagt kutt i LIS1-stillinger. Budsjett 2026 beskriver at øremerkingen av disse stillingene er borte (side 6), men skriver samtidig på side 7 at *ikkje reelle endringar, då områda vert finansiert på andre måtar frå 2026.*» Vår vurdering er at antall LIS1-stillinger er regulert fra sentralt hold for å sikre at det utdannes tilfredsstillende antall spesialister. Økningen i antall LIS1 senere år er ikke et uttrykk for ukritisk ansettelse utover en økonomisk ramme, men villet politikk. Vi ser argumentasjonen med at endret sykehusstruktur kan endre på foretakets evne til å tilby likt antall LIS1-plasser for å bidra i utdanning av spesialister. Dette diskuteres ikke i budsjettnotatet, men det fremstår som et virkemiddel for å oppnå budsjettbalanse. At dette vil svekke vår rekruttering direkte med umiddelbar virkning dersom det innføres er utvilsomt, det gjør at vi vil påstå at den økonomiske effekten også er svært usikker.

For Helse Møre og Romsdal HF:

Olav Lødemel (sign.)

Kjetil Lundberg (sign.)

Frank R. Malme (sign.)

For organisasjonene:

Anette Lekve (sign.)

Elisabeth Kirkholm(sign.)

Even Bakøy (sign.)

Hedda Johannessen (sign.)

Siri Næs (Sign.)

Evy Storvik (sign.)

Evy K.L. Skjong (sign.)

Bodil Ljones (sign.)

Magnus H. Schalde (sign.)

Merita Windsrygg (sign.)

Lars Arne Gjøringbø (sign.)

Arkivreferanse: 2025/10045
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Jim Leander Hansen

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
115/25	17.12.2025	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Gjennomgang styrande dokument

Vedlegg

- 1 Sak 115-25 - vedlegg 1 - Styreinstruks for Helse Møre og Romsdal
- 2 Sak 115-25 - vedlegg 2 - Styrearbeid i regionale helseforetak
- 3 Sak 115-25 - vedlegg 3 - Vedtekter Helse Møre og Romsdal

Målet er ein årleg gjennomgang, der det er nødvendig, for å sikre at styret i Helse Møre og Romsdal har blitt gjort kjent med dei dokumenta som til ein kvar tid er gjeldande for styrearbeidet.

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Møre og Romsdal tek gjennomgangen av styrande dokument til vitende.

Ålesund, 10.12.2025

Olav Lødemel
adm. direktør

Styreinstruks

for Helse Møre og Romsdal HF

1. Innledning

Instruksen for styret i Helse Møre og Romsdal HF er utarbeidet i samsvar med de prinsipper som gjelder for styrearbeid i selskaper, herunder i helseforetak. Formålet med styreinstruksen er å sikre at styret og administrasjonen er samstemt med hensyn til styrearbeidets form, innhold og gjennomføring, samt forståelse av de ulike roller og det ansvaret som er knyttet til dette. Instruksen skal gjøres kjent for styrets medlemmer og observatører fra brukerutvalget og skal gjennomgås av styret årlig.

I tillegg til styreinstruksen er styret bundet av de regler som følger av lov, vedtekter eller instruks fra eier. Det vises spesielt til [lov om helseforetak av 15. juni 2001 nr. 93.](#)

2. Hovedmålsetting for styrearbeidet

Styret skal påse at Helse Møre og Romsdal HF drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter og retningslinjer fastsatt av foretaksmøtet og i henhold til strategier, planer og budsjett vedtatt i styret. Styret skal i dette arbeidet påse at samfunnsansvaret blir ivaretatt.

Styret er et kollegium som utfører sine oppgaver til det beste for Helse Møre og Romsdal HF. Styremedlemmer representerer verken politiske organisasjoner, interessegruppe eller geografiske områder, men møter som enkeltpersoner.

Styremedlemmene har ansvar for alle saker, med unntak av det som er fastsatt i [vedtektene for Helse Midt-Norge RHF.](#)

3. Styremedlemmenes rettigheter og plikter

Bortsett fra det som er særskilt angitt for styrets leder/møteleder har alle styremedlemmer de samme rettigheter og plikter.

Hvert styremedlem og administrerende direktør har plikt til å legge frem all informasjon, samt egen vurdering som er av betydning for styrets behandling av en sak,

Har et styremedlem, enten selv eller via en nærstående person, en personlig eller økonomisk særinteresse i en sak, eller det foreligger andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til medlemmets

upartiskhet i saken, skal habiliteten vurderes. Styret, som kollegialt organ, avgjør ved flertallsvedtak spørsmålet om et medlems habilitet, uten at medlemmet selv deltar, jfr. jfr forvaltningsloven kap. II.

4. Begrensninger i styrets myndighet

Foretaksmøtet skal treffe vedtak i alle saker som antas å være av vesentlig eller prinsipiell betydning helsepolitisk, forskningspolitisk, utdanningspolitisk eller samfunnsmessig, jmf Helseforetaksloven §30.

Vedtak om salg og pantsettelse av fast eiendom og salg av sykehusvirksomhet skal treffes av foretaksmøtet etter forslag fra styret, men først etter at det er lagt frem for Helse Midt-Norge og departementet, jmf Helseforetaksloven §§ 31 og 32, samt foretakets vedtekter. Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten stortingets samtykke.

5. Styrets oppgaver

Styret skal:

- Ansette administrerende direktør og fastsette direktørens lønn og andre betingelser
- Bidra til at det legges til rette for at Helse Møre og Romsdal drives med sikte på å nå nasjonale helsepolitiske, utdanningspolitiske og forskningspolitiske mål
- Sikre forsvarlig organisering og ledelse av virksomheten i tråd med vedtekter og retningslinjer.
- Føre tilsyn med og kontroll av den daglige ledelse og foretakets virksomhet for øvrig
- Utvikle og fastsette virksomhetens strategi og overordnede målsettinger, og vedta virksomhetens planer og budsjetter basert på strategien og de overordnede målsettinger, jfr.helseforetaksloven § 28
- Med basis i helseforetaksloven tilrettelegge for et best mulig helsetilbud ved bruk av tildelte ressurser
- Påse at det foreligger en forsvarlig internkontroll og risikostyring.
- Holde seg orientert om foretakets økonomiske stilling og påse at dets virksomhet, regnskap og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll, herunder behandle de månedlige finansielle og operasjonelle rapporter

- Påse at regnskapet er utarbeidet i overensstemmelse med gjeldende lovgivning. Årsregnskapet og årsberetningen vedtas av styret og underskrives av styret og daglig leder
- Godkjenne årlig melding som hvert år sendes via det regionale helseforetaket til departementet
- Disponering av foretakets midler skal besluttet av foretaksmøtet etter forslag fra styret eller med styrets samtykke, jfr. helseforetaksloven § 15
- Evaluere sitt eget arbeid minst en gang pr år
- Utarbeide en årlig arbeidsplan som angir oversikt over hovedoppgaver og møtetidspunkter
- Gjennomgå arbeidsplanen minst to ganger pr år

6. Administrerende direktør og styret

Administrerende direktør skal følge de retningslinjer og pålegg styret har gitt for den daglige ledelse av foretakets virksomhet. Den daglige ledelse omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art, stor betydning eller utenfor vedtatte budsjetter. Dog kan en sak avgjøres etter fullmakt fra styret eller når styrets beslutning ikke kan avvendes uten vesentlig ulempe for foretaket. Styret skal snarest underrettes om avgjørelsen.

Styret skal orienteres hvis det oppstår betydelige endringer i et allerede vedtatt investeringsprosjekts lønnsomhet, fremdrift eller kostnadsramme. Administrerende direktør skal månedlig og på hvert styremøte, muntlig eller skriftlig, gi styret underretning om foretakets virksomhet, stilling og resultatutvikling. Styret kan til enhver tid kreve at administrerende direktør gir styret en nærmere redegjørelse om bestemte saker.

Administrerende direktør skal sørge for at foretaket har en verdibasert og prestasjonsorientert organisasjon, med høyt fokus på etikk, integritet og HMS.

Administrerende direktør skal sørge for at foretakets regnskap er i samsvar med lov og forskrifter og at formuesforvaltningen er ordnet på en betryggende måte.

Administrerende direktør skal for øvrig utføre og stå ansvarlig for de oppgaver som er pålagt hen ved lov, forskrift, vedtekter, de generelle instruksjoner fastsatt av styret samt retningslinjer og pålegg gitt av styret.

7. Struktur for styrearbeidet

Det skal settes opp en årsplan for styrearbeidet. Planen angir en oversikt over hovedoppgaver og møtetidspunkt. I tillegg skal planen også omhandle hvilke temasaker styret skal behandle i løpet av året.

Departementets oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll skal legges til grunn for planen. Saker skal være påført nummer og årstall.

Det skal årlig foretas en egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform.

8. Innkalling til styremøte

Saksliste settes opp av styrets leder i samråd med administrerende direktør. Innkallingen sendes ut av administrerende direktør, og for ordinære styremøter skal styremedlemmene motta den senest en uke før styrebehandlingen skal finne sted. For andre styremøter skal styret, så vidt mulig, ha innkallingen senest to virkedager før behandlingen finner sted.

Innkallingen skal vedlegges nødvendig dokumentasjon/saksunderlag.

Dersom styrelederen finner det forsvarlig, kan saker behandles uten å holde møte ved at saken(e) forelegges styremedlemmene skriftlig eller behandles på annen betryggende måte. Dersom et styremedlem eller daglig leder krever behandling i møte, skal likevel behandlingen skje i møte.

Selskapets årsberetning, årsregnskap, årlig melding, strategisk plan og budsjett skal alltid behandles i møte.

Straks et styremedlem blir oppmerksom på at han/hun ikke har anledning til å delta i behandlingen, skal administrasjonen varsles.

9. Styremøtene

Ordinær styrebehandling skal gjennomføres i møtende eller digitalt møte.

Styrets leder skal så langt som mulig sørge for at samtlige styremedlemmer gis mulighet til å delta i en samlet behandling av saker.

Styret er vedtaksdyktig når mer enn halvparten av medlemmene er til stede.

Styrets beslutninger fattes med alminnelig flertall av de tilstedeværende stemmeberettigede styremedlemmene. Minst en tredjedel av styrets medlemmer må stemme for et forslag for at det skal anses vedtatt. I tilfelle stemmelikhet, gjelder det som møteleder har stemt. Saker som ikke er ført opp på sakslista kan styrebehandles, med mindre møteleder eller 1/3 av de tilstedeværende styremedlemmer motsetter seg behandling. Eventuelle forslag til endring av vedtak eller forslag til nytt vedtak skal leveres skriftlig under møtet.

Administrerende direktør deltar på styremøtene, med mindre spesielle grunner tilsier noe annet.

Styrets møter skjer som hovedregel for åpne dører, men kan lukkes når styret finner at det foreligger et reelt og saklig behov, og lukking er forenlig med offentlighetslovens prinsipper. Lovhenvisningen for lukking skal tas med i protokollen. Styrets møter skal alltid lukkes ved behandling av saker som er undergitt taushetsplikt.

Styrets flertall avgjør i hvert enkelt tilfelle hvilke observatører eller andre som skal gis talerett. Disse har ikke stemmerett. Dersom styret har besluttet å lukke styremøtet avgjør styrets flertall også om og eventuelt hvilke andre deltakere som skal gis adgang til møtet.

Styrets medlemmer og andre som deltar i styrets behandling har taushetsplikt om de forhold som etter forvaltningslovens bestemmelser er taushetsbelagte.

Styremedlemmene kan ikke være medlemmer av styre i annet regional helseforetak eller helseforetak, eller for øvrig påta seg oppdrag i slike foretak, uten styrets forutgående skriftlige godkjenning.

10. Observatør fra brukerutvalget

Brukerutvalget har rett til å oppnevne to observatører, hvorav den ene er leder eller leders stedfortreder. Disse kan delta i styrets møter og styrets seminarer, og ha plass ved styrebordet. Observatørene har tale- og forslagsrett, men ikke stemmerett. Observatørene har heller ikke noe ansvar for de beslutninger som fattes av styret. Observatørenes oppgave er

å formidle synspunkter fra et brukerståsted. Brukerutvalgets representanter er underlagt reglene om taushetsplikt på lik linje med de faste styremedlemmene.

Det er anledning for leder av brukerutvalget, eller dennes stedfortreder, å be om protokolltilførsel til styrets vedtak for synliggjøring av brukernes synspunkt.

11. Protokoller/styresekretær

Protokollen føres av styresekretær utpekt av administrerende direktør. Styresekretæren skal være ansatt i Helse Møre og Romsdal HF.

Det skal alltid utarbeides protokoller fra styrebehandlingen. Foreløpig protokoll skal utarbeides så snart som mulig etter styrebehandlingen og publiseres på internett innen to dager. Protokollen skal angi tid og sted for styrebehandlingen, herunder om sakene er behandlet i møte eller på annen måte, deltakere og styrets beslutninger. Protokollen skal signeres av møtedeltakerne på slutten av møtet eller digitalt etter møtet.

Dersom en beslutning ikke er enstemmig skal det angis hvem som har stemt for og imot. Styremedlem og administrerende direktør som ikke er enig i en beslutning kan kreve sin oppfatning innført i protokollen.

12. Informasjon fra styremøtene

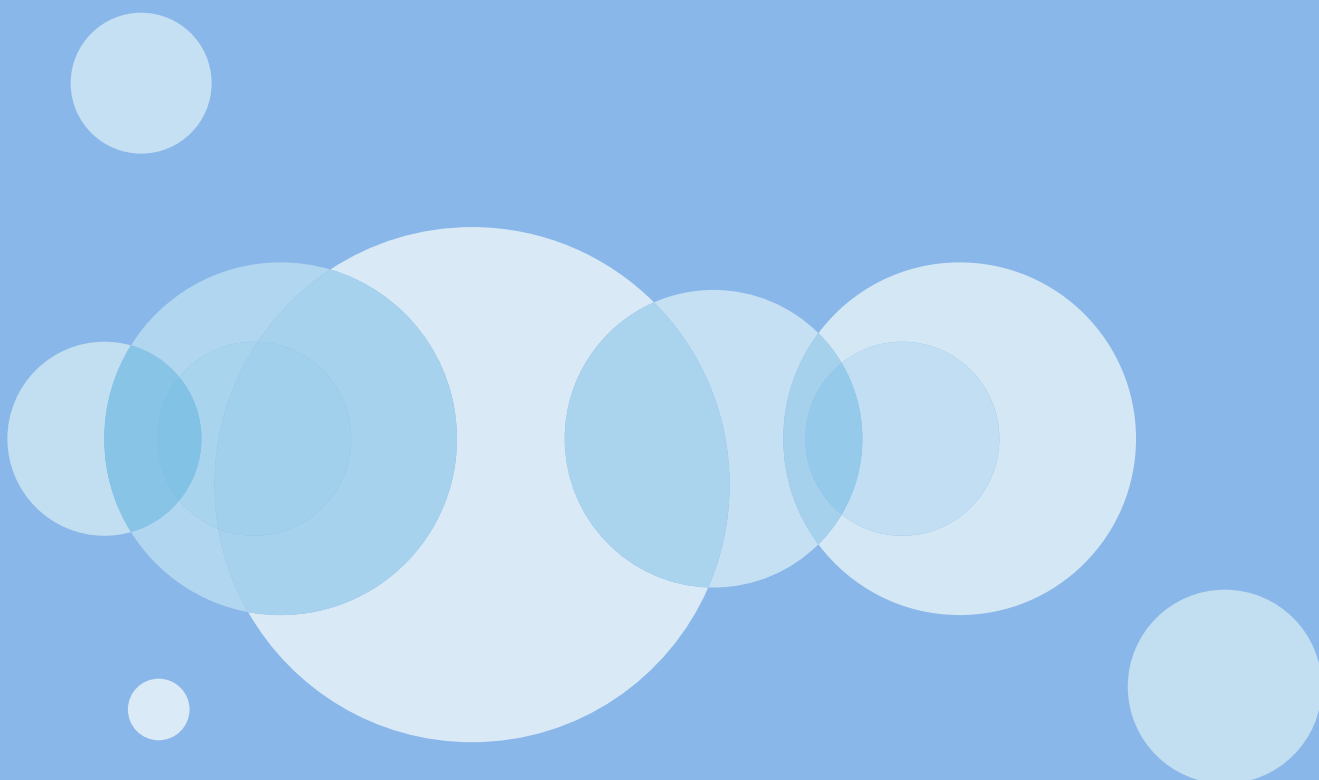
Virksomheten i Helse Møre og Romsdal HF er omfattet av bestemmelsene i offentlighetsloven. Informasjonen i styredokumenter kan kun benyttes på en måte som ikke skader styrets arbeid og dermed Helse Møre og Romsdal HFs interesser. Dersom det anses svært viktig at kunnskap om saker ikke tilflyter andre enn de som har krav på informasjon, skal disse behandles konfidensielt. Dette skal i så fall påføres sakspapirene og betyr at styremedlemmene har taushetsplikt om disse sakene.

Informasjonsoppgavene knyttet til styresaker ligger hos administrerende direktør. Styret kan også vedta en særskilt informasjonsprosedyre i enkeltsaker.

Styrets leder og administrerende direktør, eller den disse utpeker i enkeltsaker, er offisielle talspersoner for Helse Møre og Romsdal HF.



Styrearbeid i regionale helseforetak



Innhold

Om dette dokumentet	3
1 Helseforetaksmodellen	4
1.1 Samfunnsoppdrag og ansvar.....	4
1.2 Etikk – etiske retningslinjer	4
2 Rammer for statens eierskap	5
2.1 Konstitusjonelle rammer – politisk og konstitusjonelt ansvar	5
2.2 Kontakt mellom Stortinget og regionale helseforetak	5
2.3 Riksrevisjonens kontroll	5
2.4 Helseforetaksloven – rettslige rammer for departementets eierstyring	6
2.5 Statens eierskapspolitikk.....	8
3 Styret – god virksomhetsstyring.....	9
3.1 Styret som kollegium	9
3.2 Styrets sammensetning: kompetanse, mangfold, kapasitet.....	9
3.3 Styrene – rammer og oppgaver.....	11
4 Praktisk styrearbeid.....	16
4.1 Styreleders særlige oppgaver	16
4.2 Styresekretær	16
4.3 Strategi, kontroll- og organiseringsoppgaver og egenoppgaver	16
4.4 Mer om styrets egenoppgaver	17
4.5 Forholdet til annen lovgivning	18
5 Vedlegg.....	20

Vedrørende tolkning av helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring, kommunikasjon og åpenhet i møter	1
1 Eierstyring og roller - vedtakskompetanse	1
1.1 Om rolledelingen mellom Storting, statsråd og regionale helseforetak	1
1.2 Styrets selvstendige ansvar for å fatte vedtak etter egen overbevisning	3
1.3 Om helseforetaksloven § 30 - når må en sak vedtas av statsråden i foretaksmøtet?	3
1.4 Nærmere om vedtak knyttet til nedleggelse av sykehus	4
2 Om adgangen til å ha dialog og utveksle synspunkter med inderliggende virksomhet utenom foretaksmøtene	5
2.1 Eierstyring skal skje i foretaksmøte	5
2.2 Begrepsbruk.....	6
2.3 Uttalelser fra eier utenom foretaksmøtet er ikke rettslig bindende.....	6
2.4 Dialog og meningsutvekslinger er tillat utenom foretaksmøtet.....	6
2.5 Eier kan ha dialog med styreleder	7
2.6 Om forholdet mellom administrerende direktør i helseforetak, styret, foretaksmøtet og administrerende direktør i regionalt helseforetak	7
3 Om åpenhet og lukking av styrets møter	8
3.1 Overordnet.....	8
3.2 Om offentlighet ved styremøter.....	9
3.3 Om adgangen til å avholde styreseminarer.....	10
3.4 Om styrets egenevaluering	10

Om dette dokumentet

Styreveileder i regionale helseforetak gir en kort orientering om styrearbeid i regionale helseforetak, og er ment som et bidrag til styrenes rolleforståelse og rolleutøvelse. Veilederen sammenfatter gjeldende rettsregler, belyser praktisering av disse og gir en omtale av styrearbeid som er av veiledende karakter.

Veilederen benyttes i opplæring av nye styremedlemmer. De regionale helseforetakene har laget egne veiledere til styrene i helseforetakene, basert på departementets veileder. Departementet vil oppdatere en elektronisk versjon ved behov.

Veilederen er tilgjengelig på departementets hjemmeside på regjeringen.no.

1 Helseforetaksmodellen

Grunnpilaren i helsepolitikken er en offentlig styrt helsetjeneste som skal gi hele befolkningen likeverdig tilgang til gode helsetjenester – uansett sosial og økonomisk status eller bosted.

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier de fire regionale helseforetakene. De fire regionale helseforetakene eier sine respektive underliggende helseforetak. Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for organisering av foretakene.

Helseforetaksmodellen ble innført da helseforetaksloven trådte i kraft 1. januar 2002. Eierskapet til sykehusene ble overført til staten, etter 30 år med fylkeskommunalt eierskap. Sykehusene ble organisert som selvstendige rettssubjekter i form av helseforetak med egne styrever.

Det statlige eierskapet styrker statens mulighet til å styre spesialisthelsetjenesten ved at eierrollen kommer i tillegg til statens øvrige roller, som politikkutformer, finansiør (bestiller), myndighetsutøver og tilsynsmyndighet.

De regionale helseforetakene har to viktige lovpålagte oppgaver; de eier helseforetakene i helse-regionen (eieransvar) og skal sørge for at befolkningen i helse-regionen tilbys spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvar). Spesialisthelsetjenestene skal enten tilbys av egne helseforetak eller kjøpes fra private aktører.

1.1 Samfunnsoppdrag og ansvar

Det statlige eierskapet skal sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursbruk for å ivareta og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen, samt legge til rette for utdanning, forskning og opplæring.

De regionale helseforetakene skal kommunisere med alle aktører som berøres av virksomheten og innrette virksomheten slik at de gir et positivt bidrag til samfunnet. Den praktiske utøvelsen tilligger daglig leder. Styret må sørge for gode rutiner og retningslinjer for å ivareta sitt ansvar.

1.2 Etikk – etiske retningslinjer

De regionale helseforetakene og helseforetakene forvalter sentrale velferdsgoder for befolkningen. Det er derfor viktig at både ansatte og styremedlemmer har nødvendig tillit i offentligheten.

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal ha retningslinjer for etisk ansvarlig opptreden som er tilgjengelige på foretakets hjemmeside. De etiske retningslinjene skal gjelde de ansatte og, så langt de passer, styremedlemmer og andre som representerer foretaket.

2 Rammer for statens eierskap

De regionale helseforetakene er egne rettssubjekter. Dette setter rammer for hvordan styringskrav kommuniseres og i hvilken grad og hvordan det kan gripes inn i virksomhetens drift.

2.1 Konstitusjonelle rammer – politisk og konstitusjonelt ansvar

I følge Grunnloven §19 forvalter regjeringen statens aksjer og eierskap i statsforetak og andre selskap. Forvaltningen av de regionale helseforetakene er delegert til Helse- og omsorgsdepartementet.

Helseministerens forvaltning av eierskapet til de regionale helseforetakene utøves under parlamentarisk og konstitusjonelt ansvar. Det parlamentariske ansvaret er statsrådets politiske ansvar overfor Stortinget og kan gjøres gjeldende overfor den enkelte statsråd eller for regjeringen som kollegium ved mistillitsvotum. Det konstitusjonelle ansvaret er statsrådets individuelle straffettslige ansvar for brudd på grunnlov og lov.

2.2 Kontakt mellom Stortinget og regionale helseforetak

Stortinget kan ikke styre foretakene direkte, men vedtar rammene for regjeringens forvaltning av det statlige eierskapet. Det skal legges til rette for at Stortinget og stortingsrepresentantene får den informasjonen de har behov for og etterspør. Som følge av statsrådets politiske og konstitusjonelle ansvar skal Helse- og omsorgsdepartementet være informert om slik kontakt, og informeres i forkant av avtalte møter.

2.3 Riksrevisjonens kontroll

Riksrevisjonen fører kontroll med statsrådets (Helse- og omsorgsdepartementets) forvaltning av det statlige eierskapet. Riksrevisjonen kan foreta undersøkelser i regionale helseforetak, helseforetak og heleide datterselskap etter riksrevisjonsloven og instruks fastsatt av Stortinget. Riksrevisjonen har rett til å kreve de opplysninger den finner påkrevd for sin kontroll, både fra foretaket selv og fra revisor, eventuelt selv foreta undersøkelser. Riksrevisjonen skal varsles om foretaksmøtene og har rett til å være til stede og tale.

Riksrevisjonen foretar årlige selskapskontroller og forvaltningsrevisjoner i foretakene. Resultatet rapporteres til Stortinget.

Dokumentene i saker som Riksrevisjonen vurderer å legge fram for Stortinget er underlagt utsatt offentlighet. Dette betyr at dokumentene først kan offentliggjøres når saken er mottatt i Stortinget.

2.4 Helseforetaksloven – rettslige rammer for departementets eierstyring

Statens (departementets) eierstyring skal skje innenfor rammer og mål som Stortinget fastsetter gjennom budsjettvedtak (Prop 1 S) og lovgivning.

Statens økonomireglement er også relevant for statens eierstyring og oppfølging av eierinteresser.

Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for eiers, styrets og administrerende direktørs myndighet. Den statlige eierstyring skal skje gjennom:

- fastsetting av vedtekter
- oppnevning av styremedlemmer og
- gjennom enkeltstående vedtak og foretaksmøter

Helseforetaksloven § 16 første ledd bestemmer at «eiere utøver den øverste myndighet i foretak i foretaksmøte» og at «eier kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte». Eierstyring skjer således i foretaksmøte.

Det innebærer at all kommunikasjon mellom statsråden og ledelsen i regionalt helseforetak utenom foretaksmøtet må anses som dialog og meningsutvekslinger. Det er ikke instruks. Styremedlemmene skal fatte vedtak på selvstendig grunnlag. Det samme gjelder i forholdet mellom regionalt helseforetak og helseforetak.

Adgangen til å ha dialog og utveksle synspunkter med underliggende virksomhet utenom foretaksmøtene er omtalt i punkt 2 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

2.4.1 Fastsetting av vedtekter og oppnevning av styremedlemmer

Overordnede og langsiktige styringskrav gis i de regionale helseforetakenes vedtekter. Endringer i vedtektene fastsettes av foretaksmøtet.

Foretaksmøtet oppnevner styremedlemmer for de regionale helseforetakene. Se nærmere omtale under punkt 3.2.

2.4.2 Foretaksmøtet – foretakets øverste organ

Foretaksmøtet er omtalt i helseforetaksloven kapittel 5 og i vedtektene. Foretaksmøtet er det regionale helseforetakets øverste organ. Eier kan ikke utøve eierstyring utenom foretaksmøtet. Eier kan avholde felles foretaksmøte for foretak som ikke eies sammen med andre.

I foretaksmøtet i de regionale helseforetakene representerer Helse- og omsorgsdepartementet staten som eier. I foretaksmøtet i helseforetakene er (styret for) de regionale helseforetakene eier.

Daglig leder i regionalt helseforetak kan etter vedtak i styret representere eier. For de regionale helseforetakene:

- skal det avholdes foretaksmøte i løpet av årets to første måneder hvert år for å godkjenne økonomiske og organisatoriske krav og rammer
- skal det avholdes foretaksmøte innen utgangen av juni måned hvert år for å fastsette årsregnskap, årsberetning og behandle årlig melding
- skal foretaksmøtet håndtere saker som i følge lov, forskrift eller vedtekter hører under foretaksmøtet.

Ytterligere foretaksmøter besluttet av eier og kan avholdes ved behov.

2.4.2.1 Innkalling

Eier innkaller styret og daglig leder til foretaksmøte. Revisor innkalles dersom sakene som behandles tilsier det, eller dersom Riksrevisjonen krever det. Riksrevisjonen skal varsles og har rett til å være til stede og tale i foretaksmøtene (riksrevisjonsloven § 13 og helseforetaksloven § 45). Styreleder og daglig leder plikter å delta i foretaksmøtet. Dersom styreleder eller daglig leder har gyldig forfall, skal det utpekes stedfortreder fra henholdsvis styret eller administrasjonen. Eier kan bestemme at foretaksmøtet holdes som video- eller telefonmøte.

2.4.2.2 Møteledelse og protokoll

Foretaksmøtet i de regionale helseforetakene ledes av statsråden eller den statsråden gir fullmakt. Eier kan overlate til styrets leder å lede foretaksmøtet.

Det skal føres protokoll fra foretaksmøtet, som gjengir eiers vedtak. Er styremedlem eller daglig leder uenig i eiers vedtak, skal dette føres inn i protokollen. I etterkant av foretaksmøtene slutfører eier protokollen og oversender den til styreleder, daglig leder og Riksrevisjonen. Protokollen legges også ut på www.regjeringen.no.

Reglene om varsling av Riksrevisjonen og føring av protokoll utgjør et grunnlag for kontroll med statsrådens forvaltning av eierskapet.

2.4.3 Oppdragsdokumentet – den helsepolitiske bestillingen

Helseforetaksmodellen innebærer at flere roller samles på statens hånd. I tillegg til eierskapet, finansieres de regionale helseforetakene i all hovedsak gjennom bevilgninger på statsbudsjettet. Dette innebærer at de regionale helseforetakene styres etter andre prinsipper enn andre statlig eide selskaper som ikke finansieres gjennom bevilgninger over statsbudsjettet.

Helseforetaksloven gir hjemmel for at eier kan tildele foretak midler utenfor foretaksmøtet og sette vilkår for tildelingen. Til de regionale helseforetakene gjøres dette gjennom oppdragsdokumentet, som også omtales som den helsepolitiske bestillingen, der Stortingets bevilgning stilles til disposisjon. Oppdragsdokumentet skal på en helhetlig måte klargjøre rammer, mål og resultatkrav for de regionale helseforetakene det kommende året, knyttet til pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring. Oppdragsdokumentet stiller også krav til hvordan de regionale helseforetakene skal rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet om gjennomførte tiltak og oppnådde resultater (se punkt 3.3). Oppdragsdokumentet ferdigstilles etter at Stortingets budsjettvedtak for det kommende året foreligger og publiseres på www.regjeringen.no. Det har de siste årene vært praksis for at oppdragsdokumentet overleveres samme dag som foretaksmøtet i januar.

2.4.4 Oppfølgingsmøter mellom eier og regionalt helseforetak

Departementet har ansvar for å holde seg orientert om virksomheten og at virksomhetene drives i samsvar med kravene som er stilt i foretaksmøter og vilkårene som er satt for tildeling av bevilgning.

Helse- og omsorgsdepartementet skal innhente skriftlige opplysninger fra regionale helseforetak og avholde rapporteringsmøter. Departementet gjennomfører regelmessige oppfølgingsmøter med ledelsen i de regionale helseforetakene. I disse møtene deltar departementets eieravdeling og spesialisthelsetjenesteavdeling. I møtene rapporterer de regionale helseforetakene på styringskrav satt i foretaksmøter og oppdragsdokument. I tillegg utveksles informasjon om aktuelle saker.

Det faktum at eier kun styrer gjennom foretaksmøter, er ikke til hinder for kontakt mellom departementet som eier og de regionale helseforetakene utenom foretaksmøtet, men det må legges vekt på å etablere hensiktsmessige kommunikasjonsformer.

2.5 Statens eierskapspolitikk

Som eier forvalter staten betydelige verdier på vegne av fellesskapet. Dette stiller krav til at virksomhetene drives profesjonelt og ansvarlig.

Det legges til grunn at styrene og ledelsen i de regionale helseforetakene er kjent med forventninger og krav som følger av regjeringens eierskapspolitikk. Det vises videre til Statens prinsipper for godt eierskap, som er i tråd med allment aksepterte eierstyringsprinsipper.

3 Styret – god virksomhetsstyring

Foretakets styre og daglige ledelse er regulert i helseforetaksloven kapittel 6 og i vedtektene. God virksomhetsstyring omhandler rollefordelingen og samspillet mellom eier, styret og daglig leder. God virksomhetsstyring omhandler også samspillet mellom virksomheten og dens interessenter, som f.eks. ansatte og brukere og deres organisasjoner, samarbeidsparter, leverandører, lokalt og regionalt nærmiljø og andre sektorer.

Staten ønsker å legge til rette for god virksomhetsstyring. Helseforetaksmodellen bygger på en klar rollefordeling mellom eier, styret og daglig leder.

3.1 Styret som kollegium

Styret er et kollegialt organ som treffer beslutninger i styremøter. Styrelederen har ikke instruksjonsmyndighet over styremedlemmene. Det enkelte styremedlem skal ikke representere bestemte interesser eller grupper.

Styremedlemmer kan utsettes for sterke forventninger om å engasjere seg i enkeltsaker og enkelt-hensyn. Det kan være en krevende balansegang for styremedlemmet og også utfordre styret ved at oppmerksomhet rettes inn mot detaljer heller enn en strategisk og overordnet tilnærming.

Forutsetningen for at styret skal kunne opptre som et kollegium er at styremedlemmene har god forståelse av styrets rolle og formålet og rammene for virksomheten.

3.2 Styrets sammensetning: kompetanse, mangfold, kapasitet

De regionale helseforetakene forvalter viktige samfunnsoppgaver og store ressurser på vegne av fellesskapet. Styret skal sørge for at virksomheten oppnår målene som er satt og samtidig drive kostnadseffektivt.

Styret må settes sammen slik at det samlet sett har en kompetanse som står i forhold til de oppgaver som styret har og de utfordringene det regionale helseforetaket står overfor. Styrets sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drive og utvikle spesialisthelsetjenesten i tråd med nasjonal helsepolitikk. Det forventes at styrene legger opp sitt arbeid slik at de gjennom gode prosesser sørger for å utveksle nødvendig kunnskap og informasjon med relevante interessenter. Styrene for de regionale helseforetakene består av både eieroppnevnte styremedlemmer og styremedlemmer valgt av og blant de ansatte.

3.2.1 Eieroppnevnte styremedlemmer

Eieroppnevnte styremedlemmer i de regionale helseforetakene, herunder styreleder og nestleder, velges av foretaksmøtet.

Styremedlemmene i de regionale helseforetakene må ha tilknytning til regionen. Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Ved oppnevning av nye styremedlemmer legges det vekt på at styret samlet sett har et mangfold og en bredde kompetansemessig, geografisk og aldersmessig. Styret skal oppfylle kravet til kjønns-messig balanse. Det er videre praksis for å balansere hensynet til kontinuitet og fornyelse i styret.

3.2.2 Ansattevalgte styremedlemmer

Styremedlemmer valgt av og blant de ansatte bidrar med kunnskap om foretaksinterne forhold som kan være vesentlige for styrets vurderinger. Inntil en tredel av styremedlemmene skal velges av og blant de ansatte. De ansatte har en ubetinget rett til å være representert i styret for det regionale helseforetaket og en betinget rett til å være representert i styret for helseforetaket (mer enn 30 ansatte).

Til styret for det regionale helseforetaket velges styremedlemmer blant de ansatte i det regionale helseforetaket og i underliggende helseforetak. Forskrift om ansattes rett til representasjon regulerer valget.

Styremedlemmer valgt av og blant de ansatte har samme ansvar og rettigheter som eieroppnevnte styremedlemmer. De deltar likevel ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

3.2.3 Opplæring og støtte til nye styremedlemmer

Det er viktig at nye styremedlemmer får god opplæring og støtte til å forstå og utøve styrearbeidet på en god måte. Styreleder kan selv sørge for dette eller delegerer til andre. Styret kan også gjennomføre styreseminarer for å styrke styret som kollegium

Departementet gir nye styremedlemmer i de regionale helseforetakene relevant informasjon og avholder «konstituerende» styreseminar.

3.2.4 Tjenestetid, tidligere avgang mv.

Styremedlemmene oppnevnes for to år. Et styremedlem blir sittende inntil et nytt styremedlem er valgt selv om tjenestetiden er utløpt. Et styremedlem kan gjenoppnevnes for flere perioder.

Når særlige grunner foreligger, kan styremedlemmet tre tilbake før tjenestetiden er utløpt. Dette kan være f.eks. familiære eller helsemessige forhold, eventuelt at rollen som styremedlem er uforenlig med andre forhold eller posisjoner styremedlemmet innehar.

Eier kan i foretaksmøte avsette eller bytte ut ett eller flere eieroppnevnte styremedlemmer. Det kreves ingen begrunnelse.

Ved suppleringsvalg kan det fastsettes kortere tjenestetid. I situasjoner der eieroppnevnte styremedlemmer har fratrådt før tjenestetiden er ute, blir nye styremedlemmer i tråd med etablert praksis valgt med tjenestetid fra valget og frem til nye styremedlemmer ordinært skal velges.

Foretaksmøtet kan ikke avsette eller bytte ut styremedlemmer som er valgt av og blant de ansatte.

3.2.5 Fastsettelse av styregodtgjørelse

Foretaksmøtet fastsetter styregodtgjørelse for styremedlemmene. Styregodtgjørelsen for styremedlemmene i de regionale helseforetakene blir fastsatt i forbindelse med valg av nye styremedlemmer annethvert år. Ved fastsettelsen ses det hen til styregodtgjørelser i andre virksomheter, samt den alminnelige lønnsutviklingen.

3.3 Styrene – rammer og oppgaver

Styret er virksomhetens øverste styrings- og ansvarsorgan. De rettslige rammene for styrenes oppgaver og plikter fremgår av helseforetaksloven (særlig kapitlene 6 og 7) og vedtektene. Det er viktig for styret å ha god kunnskap om disse bestemmelsene i utøvelsen av styrearbeidet.

3.3.1 Styrets forvaltningsansvar og tilsynsansvar

Styret har ansvar for forvaltning og tilsyn med foretaket. Styret må rette seg etter eiers styringskrav i foretaksmøte og oppdragsdokument.

Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt **forvaltningsansvar** må:

- sørge for forsvarlig organisering av foretaket
- fastsette planer og budsjett for foretakets virksomhet
- holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling

Styret skal også sørge for betryggende kontroll av bokføring og formuesforvaltning. Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt **tilsynsansvar** må:

- føre tilsyn med den daglige ledelse
- føre tilsyn med foretakets virksomhet, og at det drives i samsvar med målene, vedtektene, styringskrav og vedtatte planer og budsjett

Styret for de regionale helseforetakene skal også føre tilsyn med at underliggende helseforetak drives i samsvar med helseforetakets vedtekter, foretaksmøtets vedtak og vedtatt budsjett og plan.

Den daglige driften av foretaket er et ansvar for foretakets daglige leder. Styret kan tydeliggjøre sine krav og forventninger til daglig leder gjennom fastsetting av instruks for administrerende direktør. Mange av foretakene har fastsatt slik instruks (se 4.4). Daglig leder må følge retningslinjer og pålegg styret har gitt. Styrets retningslinjer og pålegg utformes normalt på overordnet nivå, slik at daglig leder har handlingsrom til å lede virksomheten.

Helseforetaksloven stiller krav om at daglig leder hver fjerde måned skal gi styret skriftlig rapport om foretakets økonomiske stilling og virksomhet. I regionalt helseforetak skal rapporteringen også omfatte virksomheten til de underliggende helseforetakene. Gjeldende praksis er at daglig leder gir månedlige rapporteringer. Dette skal sikre at styret regelmessig får den informasjonen det trenger for å ivareta sitt forvaltnings- og tilsynsansvar. Det er i tillegg viktig at styret og daglig leder i fellesskap blir enige om hvordan rapporteringen skal struktureres (form/innhold).

Hvert enkelt styre er ansvarlig for å fatte vedtak på selvstendig grunnlag og med en selvstendig begrunnelse, i den grad det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøte. Styrene skal fatte sine egne vedtak og stå for disse.

Styrets plikt til å fatte vedtak etter egen overbevisning er omtalt i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

3.3.2 Bruk av styreutvalg

Enkelte styrer har valgt å opprette styreutvalg til saksforberedende arbeid. Dette kan bidra til grundig saksforberedelse på komplekse felt og frigjøre tid i styremøtene. Ulempen er at utvalgsbehandlingen kan bidra til å pulverisere styrets ansvar. Utvalg bør derfor kun benyttes der sakenes kompleksitet og omfang krever det. Styreutvalgenes saksbehandling endrer ikke styrets ansvar for å treffe beslutningene i styremøtet.

Det bør praktiseres stor grad av offentlighet for arbeidet i styreutvalgene. Hensynet til legitimitet og åpenhet tilsier at prinsippene for offentlighet i helseforetaksloven § 26a så langt som mulig legges til grunn for møter i styrets ulike utvalg. Styret bør ha retningslinjer for styreutvalgenes saksbehandling. Styreutvalgenes arbeidsform kan tilsi at møtene ikke åpnes, men at offentligheten så langt som mulig gis tilgang til saksdokumenter og informative protokoller fra møtene.

3.3.3 Internkontroll og risikostyring

3.3.3.1 Internkontroll

Internkontroll er et ledelsesverktøy for intern styring og kontroll av virksomheten og skal inngå som en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem. Internkontroll innebærer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lovgivningen. Internkontroll skal forebygge, forhindre, avdekke og rette opp eventuell svikt. Internkontroll i helseforetakene er systematisk styring i form av blant annet prosedyrer, instruksjer, rutiner og andre tiltak som styret, daglig leder og ansatte gjennomfører for å sikre:

- faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester
- kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- etterlevelse av regler, relevante retningslinjer, veiledere, styringskrav og selvpålagte krav

Internkontrollen må tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig.

Det stilles krav til internkontroll i helse- og omsorgstjenesten i blant annet helsetilsynsloven § 3, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Daglig leder har ansvar for å etablere og gjennomføre et forsvarlig styringssystem, og holde styret tilstrekkelig orientert. Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal videre påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt.

Styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene har en kontrollfunksjon og må for eksempel aktivt følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem. Styrene må også sørge for å være informert om hvorvidt helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styret plikter å gripe inn i tilfelle der foretaket ikke korrigerer ulovlig og uforsvarlig virksomhet, som for eksempel der foretak unnlater å korrigere sin virksomhet til tross for at tilsynet har gitt pålegg om dette.

Regler om internkontroll finnes også på flere andre områder, for eksempel innenfor brann- og sikkerhet-, arbeidsmiljø- og næringsmiddelovngivningen.

3.3.3.2 Internrevisjon

Det regionale helseforetaket skal etablere en uavhengig og objektiv internrevisjon for egen virksomhet og helseforetakene det eier. Internrevisjonen skal også omfatte inngåelse og oppfølging av avtaler med andre tjenesteytere.

Internrevisjonen skal vurdere foretakenes prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll. Formålet er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring. Internrevisjonen kan kreve innsyn i helseforetakenes virksomhet og i alle opplysninger den finner nødvendig for å utføre de revisjonsoppgavene den er pålagt i loven og av styret.

Styret tilsetter leder og fastsetter revisjonsplaner og instruks for internrevisjonen.

3.3.3.3 Revisjonsutvalg

Det regionale helseforetaket skal ha et revisjonsutvalg. Revisjonsutvalget støtter styret i arbeidet med å ha oversikt og kontroll med foretaksgruppens prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll.

Revisjonsutvalget utfører sitt arbeid på vegne av styret og har både det regionale helseforetaket og helseforetakene som arbeidsområde. Revisjonsutvalget velges av og blant styrets medlemmer, begge kjønn skal være representert og minst ett av medlemmene skal ha kunnskap om regnskap eller revisjon.

3.3.4 Tilsetting og avlønning av daglig leder og andre ledende ansatte

Styret skal sørge for at det regionale helseforetaket har en kompetent daglig leder. Styret treffer vedtak om å tilsette, si opp eller avskjedige daglig leder. Dette er ikke til hinder for at statsråden kan gi uttrykk for sitt syn hvis han mener at den daglige ledelsen i foretaket ikke utøves på en god måte. Se omtale i punkt 2.6 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

Vedtak om å tilsette, si opp eller avskjedige daglig leder i helseforetak tilligger helseforetakets styre. I slike saker kan styrene ikke instrueres av eier. Eier må forholde seg til styret, og eventuelt gjøre endringer i styresammensetningen dersom eier ikke finner at virksomheten drives på en tilfredsstillende måte.

Styret fastsetter og justerer daglig leders lønn. Daglig leder evalueres ofte i forbindelse med lønnsjusteringer.

De regionale helseforetakene og underliggende virksomheter skal utarbeide egne retningslinjer som følger «Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel», fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 13.2.2015. Retningslinjene klargjør prinsippene for fastsetting og justering av lønn for daglig leder og andre ledende ansatte. Det slås blant annet fast at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Det skal legges vekt på moderasjon. Retningslinjene kan utformes strengere og mer detaljerte enn de statlige retningslinjene, men skal ellers ikke fravikes.

Det regionale helseforetaket skal utarbeide en årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. Erklæringen skal tas inn som en note i årsregnskapet og skal beskrive det totale omfanget av forpliktelser helseforetaket har pådratt seg gjennom avtaler inngått med ledende ansatte. Dette inkluderer f.eks. eventuelle avtaler om rettstillinger.

Erklæringen skal blant annet inneholde:

- retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for det kommende regnskapsåret
- en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret
- en redegjørelse for virkningene av avtaler om godtgjørelse som er inngått eller endret det foregående regnskapsåret
- en redegjørelse for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter

Erklæringen skal inngå som note til årsregnskapet, som behandles i foretaksmøtet for det regionale helseforetaket innen utgangen av juni hvert år. Departementet redegjør for daglig leders lønnsforhold i Prop. 1 S.

3.3.5 Rapportering til eier – årlig melding, årsregnskap og årsberetning

De regionale helseforetakene skal rapportere til departementet om virksomheten i foretakene. Rapportering skjer i oppfølgingsmøtene nevnt under punkt 2.4, samt gjennom årlig melding og gjennom årsregnskap og årsberetning. Ved behov kan skriftlig informasjon innhentes.

Styret for regionalt helseforetak skal innen 15. mars hvert år sende årlig melding til departementet. I årlig melding skal det redegjøres for virksomheten i det regionale helseforetaket og underliggende helseforetak foregående år, samt for gjennomføringen av styringskrav departementet har stilt i foretaksmøter og oppdragsdokument.

Foretakene fører regnskap etter regnskapslovens prinsipper. Årsregnskap og årsberetning skal godkjennes av foretaksmøtet, se også punkt 2.4.

3.3.6 Begrensninger i styrets kompetanse (myndighet)

Foretaksmøtet i det regionale helseforetaket skal fatte vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller for løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder vedtak i andre saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Dette følger av helseforetaksloven § 30.

Hvilke saker som er av vesentlig betydning må vurderes konkret. Følgende vedtak må alltid fattes av foretaksmøtet i regionalt helseforetak:

- vedtak som kan endre virksomhetens karakter
- vedtak om nedleggelse av sykehus
- omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen
- omfattende endringer i tjenestetilbudet
- vedtak om endringer i antall helseforetak i helseregionen
- vedtak om vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak

Saker omfattet av helseforetaksloven § 30 skal forelegges departementet av styret i det regionale helseforetaket, også saker som angår helseforetak. Dersom det er tvil om saken faller inn under § 30 vil det være naturlig å ha en dialog med eier for å avgjøre om saken skal behandles i foretaksmøte. Det regionale helseforetaket skal derfor ha rutiner for å fange opp slike saker. Saken skal behandles i styret for det regionale helseforetaket før eier gjør sitt vedtak i foretaksmøtet.

Foretaksmøtets eksklusive vedtakskompetanse er omtalt i punktene 1.3 og 1.4 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

Foretaksmøtet skal treffe vedtak om pantsettelse eller salg av fast eiendom etter forslag fra styret. Unntak følger av vedtektene.

Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke. Formålet med bestemmelsen er ifølge forarbeidene til loven å sikre en betryggende demokratisk behandling av saken og å sette en prosessuell sperre mot privatisering av sykehusvirksomhet.

3.3.7 Representasjon og styreansvar

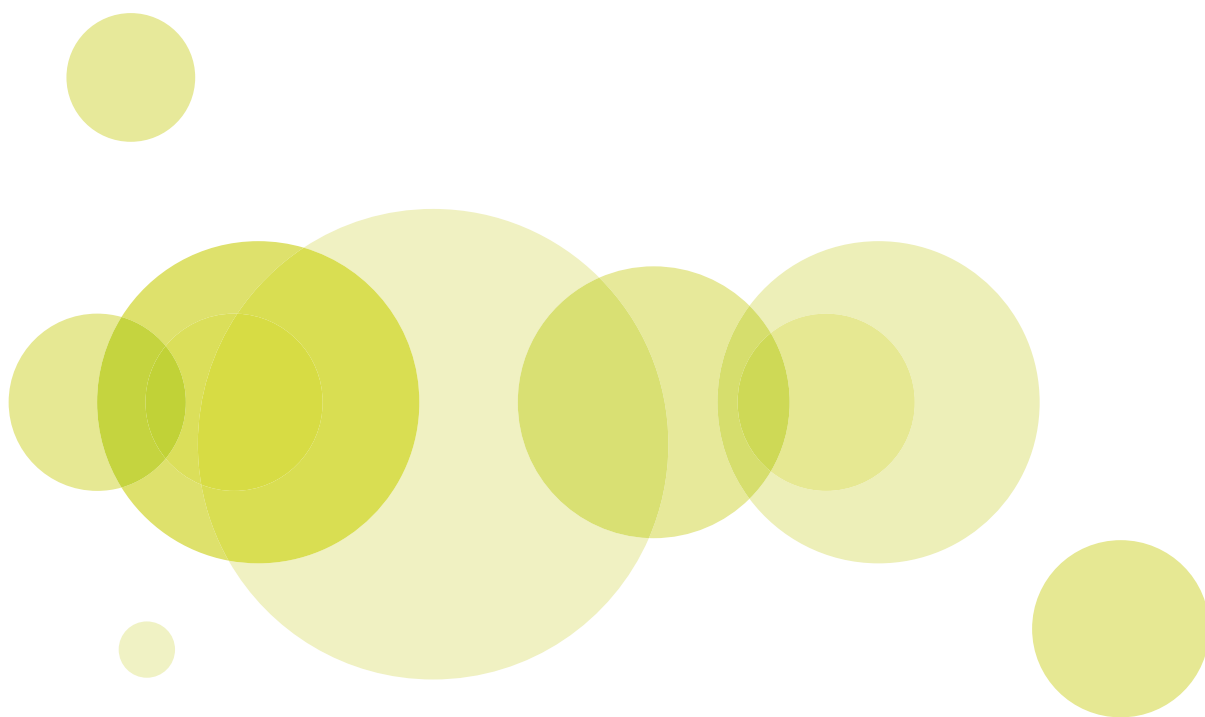
Foretakets representasjon utad er regulert i helseforetakslovens kapittel 9.

3.3.7.1 Representasjon

Styret representerer foretaket utad og kan binde foretaket ved å inngå avtaler med tredjemann, f.eks. driftsavtaler med private leverandører. Daglig leder representerer foretaket utad i saker som hører til foretakets daglige ledelse.

3.3.7.2 Styrets ansvar

Styremedlemmer og daglig leder plikter å erstatte tap som vedkommende forsettlig eller uaktsomt har voldt foretaket, foretakets eier eller andre under utførelsen av sin oppgave. Beslutning om at foretaket skal gjøre ansvaret gjeldende treffes av foretaksmøtet. Erstatningsansvaret kan lempes etter skadeerstatningsloven § 5-2.



4 Praktisk styrearbeid

Hvert styremedlem har ansvar for at styrets arbeid og beslutninger er til foretakets beste.

4.1 Styreleders særlige oppgaver

Styrelederen leder styret. Styret er et kollegium og styreleder har ingen instruksjonsmyndighet over styremedlemmene. Styrelederen skal bidra til at styremedlemmenes samlede kompetanse brukes for å oppnå mål og verdiskaping for foretaket. Styrets arbeidsform og fungeringsmåte påvirkes sterkt av hvordan styreleder utøver sin rolle.

Styreleder skal sørge at det avholdes styremøter ved behov og at saker som hører inn under styrets ansvar blir behandlet der. Styremedlemmer og daglig leder kan også kreve at styremøte blir avholdt.

Styreleder planlegger styremøtet i samråd med daglig leder. Styreleder skal sørge for at daglig leder gir styret god informasjon og et godt beslutningsgrunnlag.

Styreleder skal sørge for at styret arbeider målrettet og godt sammen, og at det er åpenhet og trygghet i styret slik at ulike synspunkt kan bringes frem. Styreleder leder styremøtene og har ansvar for at protokollen gjengir styrebehandlingen korrekt.

Styrelederen er en viktig støttespiller og sparringspartner for daglig leder. Styreleder må ha forståelse for den politiske konteksten som helseforetakene opererer innenfor. Styreleder må f.eks. kunne bedømme når det er nødvendig å informere eier i saker som har, eller kan få, politiske konsekvenser.

4.2 Styresekretær

Flere av styrene har en styresekretær som blant annet utarbeider dagsorden, koordinerer saksdokumenter, innkaller til styremøte, skriver styreprotokoll og holder oversikt over styremedlemmenes personalia og kontaktinformasjon. Styresekretærens rolle og oppgaver kan reguleres i instruks for styret.

4.3 Strategi, kontroll- og organiseringsoppgaver og egenoppgaver

Styrets oppgaver kan beskrives som følger:

Forvaltningsansvaret innebærer å etablere strategier og en hensiktsmessig organisering for at de ressurser som staten stiller til disposisjon anvendes i samsvar med formålet. Styret skal etablere mål, og fastsette strategiske planer, rammer for operative planer og budsjett for å nå målene. Styret skal sørge for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet samt gode rutiner for kommunikasjon og rapportering.

Tilsynsansvaret innebærer at styret skal forvisse seg om at foretaket er på målsatt kurs innenfor rammebetingelsene, samt sørge for internkontroll og risikostyring, og om nødvendig sørge for at korrigerende tiltak treffes. Styret må holde seg orientert om utviklingen innen helsesektoren for å kunne være i stand til å vurdere om formålet oppnås på best mulige måte. Styret må påse at foretakets midler disponeres innenfor rammen av de vedtatte budsjetter, slik at foretaket kan ha tilstrekkelig utstyr og kvalifisert personell til å løse de oppgavene det er pålagt.

Styret skal i tillegg fastsette mål og plan for eget arbeid, etablere gode arbeidsformer og evaluere eget arbeid.

Styret må i sitt praktiske arbeid ta utgangspunkt i hva styret selv definerer som sine oppgaver. Styrets oppgaver skal fremgå av instruks for styret. Styret må finne en hensiktsmessig fordeling og tidsbruk mellom oppgavene, gitt foretakets situasjon og utfordringer.

4.4 Mer om styrets egenoppgaver

Styret skal ha en plan for eget arbeid. Nedenfor omtales konkrete hjelpemidler som årsplaner og styringsinstruks.

4.4.1 Årsplan

Årsplaner for styrets arbeid tidfester styremøtene, gir oversikt over hvilke saker som skal behandles i hvert av styremøtene og angir hvem som skal foreberede saken for styret.

4.4.2 Instruks for styret og instruks for administrerende direktør

Styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Det oppfordres til å samarbeide om utformingen av instruksene innad i regionen og mellom regionene. Det oppfordres også til å publisere instruksene på foretakets hjemmesider.

Styreinstruksen kan blant annet beskrive rolleavklaring mellom styret og daglig leder, struktur på arbeidet, krav til dokumentasjon, saksbehandling, styremedlemmers plikter og rettigheter og styresekretærens rolle og oppgaver.

Instruks for daglig leder kan blant annet beskrive rolleavklaring mellom styret og daglig leder, oppgaver, plikter og rettigheter.

4.4.3 Styredokumentene – styrets beslutningsgrunnlag

Daglig leder skal utarbeide styredokumentene. Styret kan sette krav til utformingen av styredokumentene.

Saken skal fremstilles konsist, informasjon skal være sortert og det vesentligste skal trekkes ut. Dokumentene skal så langt det er mulig inneholde en klar konklusjon eller anbefaling fra daglig leder.

4.4.4 Protokoll fra styremøtene

Protokoll fra styremøtene skal underskrives av samtlige tilstedeværende styremedlemmer. Styret beslutter hvilken form protokollen skal ha. Protokollen skal minst angi tid, sted, deltakere, hva den enkelte sak gjelder og styrets beslutning. Ved uenighet, kan styremedlemmer eller daglig leder kreve uenigheten protokollert.

4.4.5 Styrets evaluering av egen virksomhet

Styret skal gjennomføre evaluering av egen virksomhet én gang i året, gjerne mot slutten av året. Hele styret og daglig leder bør delta i evalueringen. Styret skal vurdere om styrets sammensetning, arbeidsform og fungeringsmåte er egnet til å ivareta oppgavene. Evalueringen kan avdekke områder der nåværende praksis må klargjøres eller endres. Resultatet av evalueringen skal presenteres og behandles i et påfølgende styremøte.

Evalueringen kan gjennomføres ved bruk av samtaler, intervjuer eller eget evalueringsskjema. Styret kan velge å gjennomføre evalueringen selv eller å engasjere ekstern bistand. Styret må uansett klargjøre hva som er styrets viktigste oppgaver og foretakets utfordringer, slik at evalueringen kan gjøres i forhold til dette.

Styrene bør vurdere behovet for å utarbeide felles rutiner eller retningslinjer for gjennomføring av styrets egevalueringer i det regionale helseforetak og i underliggende helseforetak.

Hensikten med gjennomgangen av egevalueringen er å dyktiggjøre styret som kollegium og gi styremedlemmer innspill til hvordan styret kan forbedre sin arbeidsform. Egevalueringen kan derfor normalt drøftes i styreseminar som ikke er omfattet av helseforetakslovens bestemmelser om styremøter. Helseforetaksloven § 26 a om møteoffentlighet gjelder da ikke. Se omtale i punkt 3.6 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

4.4.5.1 Formidling av resultatene av evalueringen til eier

Styrets evaluering av eget arbeid er først og fremst et verktøy for internt forbedringsarbeid i styret (utviklingsevaluering). Styret skal også oppsummere og formidle deler av resultatene av evalueringen til eier årlig og på forespørsel. Formidling skal skje slik at eier får nødvendige opplysninger, men uten at evalueringen forringer sin verdi som internt forbedringsarbeid i styret. Hensikten er at eier skal få et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere styrets fungeringsmåte, særlig om styrets sammensetning er hensiktsmessig for å ivareta oppgaver og utfordringer (rekrutteringsevaluering).

4.4.5.2 Åpne styremøter

Det skal være møteoffentlighet ved styremøter i regionalt helseforetak og helseforetak. Krav til åpne styremøter innebærer normalt at alle som ønsker det, kan være tilstede og overhøre møtene, men uten tale-, forslags- eller stemmerett.

Åpne styremøter er begrunnet i at hensynene bak offentlighetsprinsippet må veie tungt på arenaer der det treffes beslutninger om forvaltningen av samfunnets ressurser og fellesgoder.

Styret kan vedta å behandle en sak for lukkede dører dersom det foreligger et reelt og saklig behov og vilkårene i helseforetaksloven § 26 a er oppfylt.

Krav til åpenhet i styremøter og adgangen til å avholde styreseminar er omtalt i punkt 3 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

Det er ikke krav til åpne foretaksmøter. Offentlighetens interesse ivaretas gjennom retten til innsyn i foretaksprotokollen.

4.5 Forholdet til annen lovgivning

4.5.1 Regnskapsloven, krav til revisor

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal føre regnskap etter regnskapslovens regler og prinsipper. Det innebærer blant annet at inntekter og kostnader skal periodiseres og at årlige avskrivninger skal framgå av driftsregnskapet. Investeringer føres som tilgang i balansen. De regionale helseforetakene avlegger konsoliderte regnskap. Konkurs og gjeldsforhandlinger etter konkursloven kan ikke åpnes i foretak.

De regionale helseforetakene skal ha revisor som velges av eier i foretaksmøtet. Årsregnskapet skal revideres av registrert revisor eller statsautorisert revisor. Revisor skal innkalles til foretaksmøtet dersom sakene som behandles tilsier det, ellers Riksrevisjonen krever det.

4.5.2 Forvaltningsloven, offentleglova og arkivloven

Forvaltningsloven (med visse begrensninger), offentleglova og arkivloven gjelder for foretakene. Foretakene regnes som offentligrettslige organer.

4.5.2.1 Dokumentoffentlighet

Foretakene er omfattet av rettsregler om dokumentoffentlighet. Det skal derfor gis innsyn i styredokumenter, styreprotokoller og foretaksprotokoller.

4.5.2.2 Taushetsplikt

Det enkelte styremedlems taushetsplikt er regulert i forvaltningsloven. Taushetsplikten gjelder f.eks. personlige forhold og driftsforhold som det av konkurransemessige hensyn er av betydning å hemmeligholde. Eventuell taushetsplikt må også vurderes ut fra generelle prinsipper om å opptre forsvarlig overfor virksomheten. En nærmere omtale av styremedlemmers taushetsplikt kan tas inn i instruks for styret.

4.5.2.3 Inhabilitet

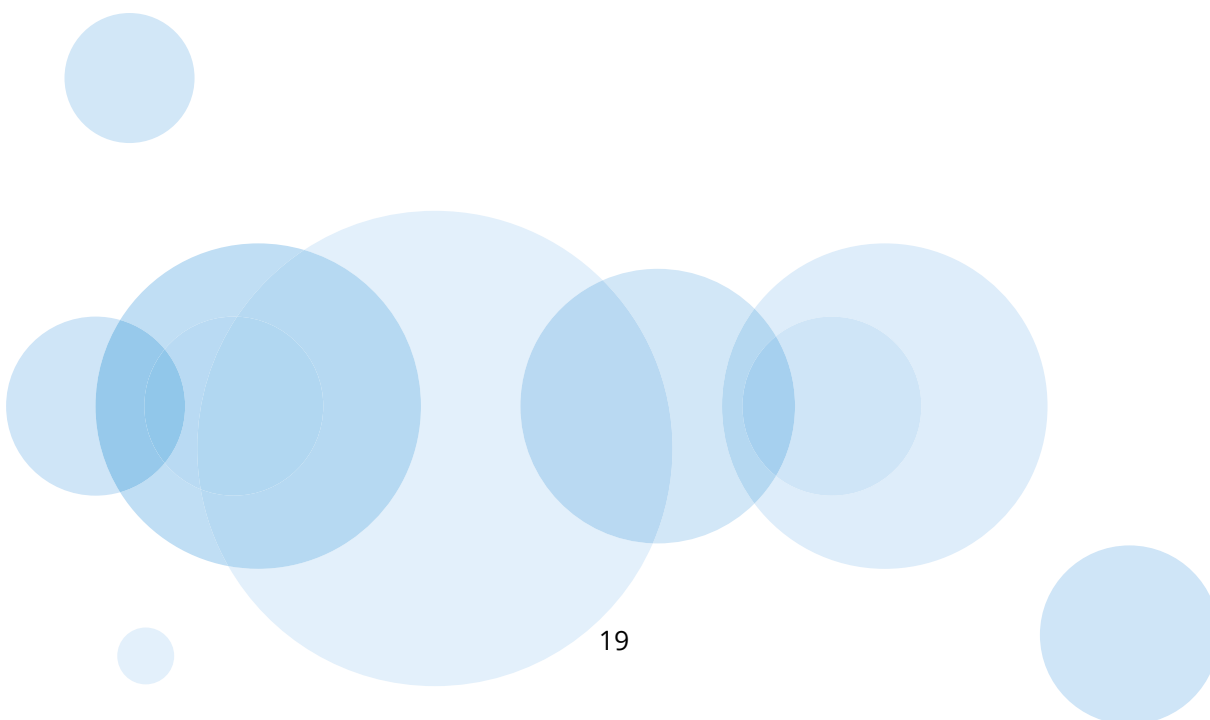
Styret som et kollegialt organ og styremedlemmene er bundet av reglene om inhabilitet i forvaltningsloven.

Styremedlemmer som antar at de kan være inhabile i behandlingen av enkeltsaker skal gjøre styret oppmerksom på dette. Det bør være en lav terskel for å ta spørsmål om inhabilitet opp i styret og for å be administrasjonen om en vurdering.

Avgjørelsen treffes av styret uten at det aktuelle styremedlemmet selv deltar i avgjørelsen.

Styret bør utarbeide rutiner for vurdering av habilitet og veiledningsmateriell til alle styremedlemmer om når de bør gjøre styret oppmerksom på spørsmål om inhabilitet.

Styremedlemmene bør så tidlig som mulig i forbindelse med tiltredelse og ved senere endringer opplyse styret om alle relevante stillinger, forretningsforbindelser og andre forhold som kan tenkes å aktualisere habilitetsspørsmålet. Styret bør ha rutiner for å innhente og dokumentere slik informasjon. Styremedlemmene bør være spesielt oppmerksomme på behovet for å holde styret orientert når det oppstår endringer i kundeforhold mv. i den virksomhet hvor styremedlemmet er ansatt.



5 Vedlegg

Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene av 30. juni 2015 vedrørende tolkning av helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring, kommunikasjon og åpenhet i møter.

Sentrale dokumenter (www.regjeringen.no)

Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.

Innst. O. nr. 118 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.

St. meld. Nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Prop. L 120 (2011-2012) Endringer i helseforetaksloven mv.

Innst. 62 L (2012-2013) Innstilling om endringer i helseforetaksloven mv.

Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal

Meld. St. 27 (2013-2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap

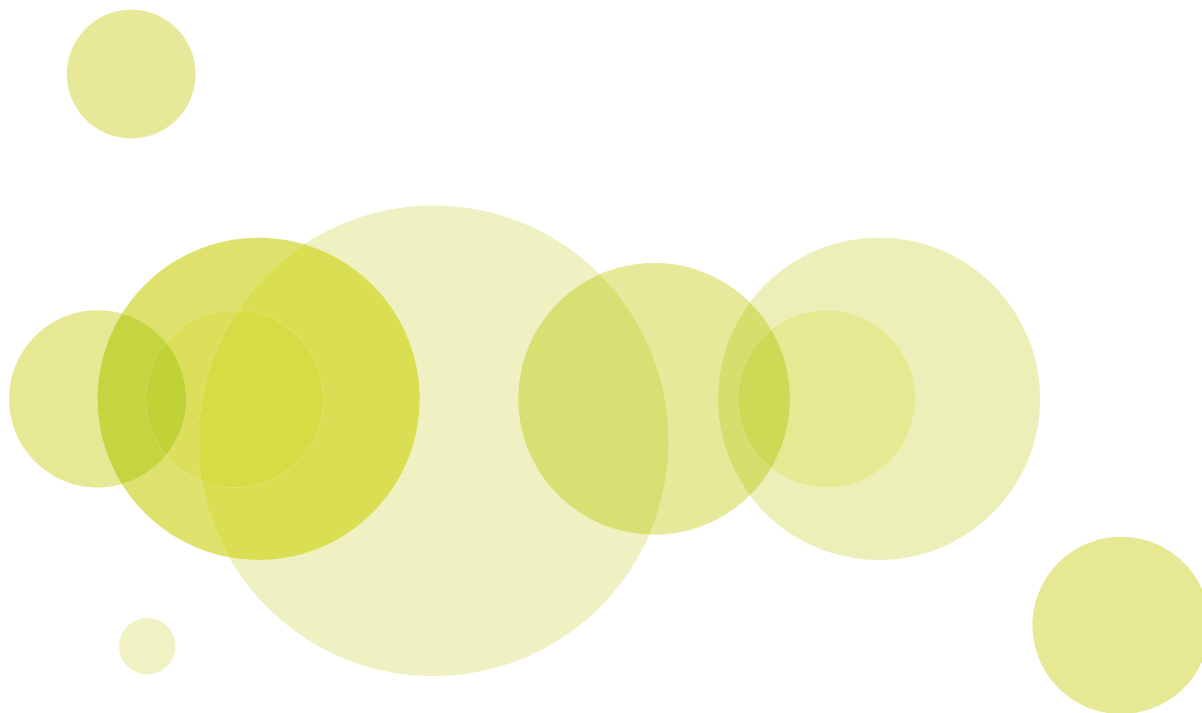
Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan

Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering

NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Meld. St. 11 (2018-2019) Kvalitet og pasientsikkerhet 2017

Prop. 1 S (2018-2019) Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon



Helse Midt-Norge RHF
Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF
Helse Nord RHF

Deres ref

Vår ref

Dato

15/2164-

30.06.2015

Vedrørende tolkning av helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring, kommunikasjon og åpenhet i møter

Departementet har tidligere utarbeidet en egen veileder for styrearbeid i de regionale helseforetakene med omtale av blant annet rammene for det statlige eierskapet, roller, oppgaver og praktisk styrearbeid. Veilederen ble sist oppdatert i 2014. Departementet tar sikte på å oppdatere veilederen med bakgrunn i omtalen nedenfor.

1. EIERSTYRING OG ROLLER – VEDTAKSKOMPETANSE

1.1 Om rolledelingen mellom Storting, statsråd og regionale helseforetak

De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen i helseregionene. De forvalter en viktig samfunnsoppgave og store ressurser på vegne av fellesskapet. Målene og kravene som staten pålegger foretakene, er mer omfattende og den politiske styringen tettere enn ved flere av de andre statlige selskapene med sektorpolitiske mål.

Det er forventninger i Stortinget til tydelig politisk styring av sektoren, og at helseforetakene følger opp politiske beslutninger. Styrene i foretakene må orientere seg i det politiske landskapet for å kunne vurdere om vedtak, tidsplaner og finansiering er realistiske samfunnsprosjekter.

Gjennom helseforetaksreformen fikk staten gjennom sitt eierskap vesentlig større muligheter til å styre spesialisthelsetjenesten enn tidligere, selv om sykehusene ble organisert som foretak og egne rettssubjekter underlagt departementet, og dermed ble mer fristilt enn om de hadde vært forvaltningsorganer.

Stortinget styrer gjennom å vedta reglene i helselovgivningen og andre lover, gjennom behandlingen av stortingsmeldinger og ikke minst gjennom vilkårene som stilles når statsbudsjettet vedtas.

Det er helse- og omsorgsministerens oppgave å utøve den politiske styringen og sørge for at staten setter de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle politiske mål.

Styrene i helseregionene og helseforetakene er ikke selvstendige politiske beslutningsnivåer. Styrene i helseregionene er helse- og omsorgsministerens redskap for å gjennomføre regjeringens helsepolitikk. På samme måte er styrene i helseforetakene helseregionens redskap for å gjennomføre regionens sørge-for-ansvar.

Foretaksmøtet kan når som helst gi instruksjer og omgjøre styrets vedtak i alle saker. For ikke å undergrave styrets ansvar, har staten likevel vært relativt tilbakeholden med å styre de regionale helseforetakene og helseforetakene ved å gi instruksjer i foretaksmøte i mindre enkeltsaker.

Helseforetaksmodellen innebærer at statsråden normalt ikke skal holdes ansvarlig for avgjørelser om drift og tjenesteytingen. Dette er riktig for svært mange beslutninger, men ikke for de beslutningene som Stortinget ved helseforetaksloven § 30 har vedtatt skal fattes i foretaksmøtet i regionalt helseforetak. I disse tilfellene har lovgiver vedtatt at det lokale og regionale nivået ikke skal ha beslutningsmyndighet, bare en saksforberedende rolle.

Ved begynnelsen av hvert år avholdes foretaksmøte med styrene i de regionale helseforetakene der departementet som eier fastsetter organisatoriske og økonomiske krav og rammer. Beslutningene fremgår av protokoll fra foretaksmøtet som distribueres til styrene og administrasjonen i helseregionene og publiseres på regjeringen.no.

Hoveddelen av foretakenes inntekter stammer fra staten. Departementet viderefører Stortingets vilkår overfor foretakene og gir i januar hvert år føringer om hvordan foretakene skal bruke inntektene i oppdragsdokumentet.

Foretakene skal etter loven legge frem årlige meldinger og årsregnskap som behandles i foretaksmøtet i mai–juni hvert år. Dette danner grunnlag for rapportering til Stortinget gjennom Prop. 1 S. Gjennom året følger departementet opp med månedlige rapporteringsmøter om blant annet økonomi, aktivitet, ventetid og kvalitet, i tråd med de kravene som er stilt i oppdragsdokument og foretaksmøte. I tillegg utveksles det informasjon om aktuelle saker.

Dette systemet ble synliggjort i helseforetaksloven gjennom endringene som ble vedtatt av Stortinget høsten 2012. I Prop. 120 L (2011–2012), om endringer i helseforetaksloven, er det redegjort for fleksibiliteten som ligger i helseforetaksmodellen. Staten kan velge å styre tett på eller ha en mer tilbaketrukket posisjon. Dette er i realiteten et politisk valg og kan tilpasses situasjonen og det situasjonen krever.

Når det velges nye styrer til de regionale helseforetakene, blir styremedlemmene gjort kjent med styringssystemet både i egne seminarer og gjennom skriftlig materiale, herunder styreveilederen utarbeidet av departementet.

1.2 Styrets selvstendige ansvar for å fatte vedtak etter egen overbevisning

Hvert enkelt styre er ansvarlig for å fatte vedtak på selvstendig grunnlag og med en selvstendig begrunnelse, i den grad det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøte. Styrene skal fatte sine egne vedtak og stå for disse.

Dersom eier ikke er enig i et styrevedtak eller ser behov for et vedtak i en sak som styret ikke har tatt stilling til, må eier vurdere å fatte vedtak i foretaksmøte.

I den grad styremedlemmene viser til statsrådens vurderinger, må dette knytte seg til de argumentene som statsråden har anført for sitt syn og at styremedlemmet deler disse. Det vil ikke være en selvstendig vurdering fra styremedlemmenes side dersom den eneste begrunnelsen for vedtaket er at statsråden har uttalt noe utenom foretaksmøtet.

Det er bare i tilfeller hvor foretaksmøtet har gitt instruks om at foretaket skal handle på en bestemt måte at styret kan vise til beslutninger fra eier. Dersom statsråden har uttalt synspunkter utenom foretaksmøtet som er i strid med styrets egen oppfatning, skal styret fatte vedtak etter egen overbevisning eller be om instruks i foretaksmøtet.

Styrets medlemmer vil kunne vektlegge signaler som er gitt utenfor foretaksmøte, men må likevel på selvstendig grunnlag fatte det vedtaket man finner riktig. I brev fra departementet av 19. april 2004 er følgende uttalt:

”Dersom eier gir instruks utenom foretaksmøtet, er dette ikke bindende for foretakets styre. Det er selvfølgelig ikke noe i veien for at styret treffer beslutninger i samsvar med uformelle ”signaler” fra eier, men styret er ikke forpliktet til å gjøre dette, og det fritar ikke styret for det ansvar det er pålagt i helseforetaksloven.”

Styrets enkelte medlemmer har ingen plikt til å gi en begrunnelse for hvordan de individuelt stemmer i styret. Styret som kollegium skal heller ikke gi en uttalelse om hvordan de enkelte styremedlemmene har stemt og hvorfor. Begrunnelsen for vedtaket følger av innstillingen fra administrerende direktør med de endringene og tilleggene som fremkommer i styremøtet.

Uenighet mellom beslutningsnivåene skal synliggjøres. Dersom et foretaks styre fatter et vedtak som senere overprøves av eier, vil uenigheten fremgå av styrets vedtak, protokoll og eventuelt også av beslutningsgrunnlaget fra administrasjonen. Det samme gjelder dersom et foretaks styre skulle ha motforestillinger mot å treffe vedtak i tråd med instruks gitt av eier i foretaksmøte. Det er ikke et krav at uenighet som i løpet av prosessen frem til et styrevedtak blir vendt til enighet skal beskrives og offentliggjøres.

1.3 Om helseforetaksloven § 30 - når må en sak vedtas av statsråden i foretaksmøtet?

Helseforetaksloven § 30 lyder som følger:

§ 30 Saker av vesentlig betydning

Foretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder vedtak i andre saker som antas å ha prinsipielle

sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger, som:

- 1. Vedtak som kan endre virksomhetens karakter*
- 2. Vedtak om nedleggelse av sykehus.*
- 3. Omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen.*
- 4. Omfattende endringer i tjenestetilbudet.*
- 5. Vedtak om endringer i antallet helseforetak i helseregionen.*
- 6. Vedtak om vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak.*

Hvilke saker foretaksmøtet i regionalt helseforetak skal fatte vedtak i etter denne bestemmelsen, kan det fastsettes nærmere bestemmelser om i vedtektene.

Saker som nevnt i første og annet ledd skal forelegges departementet av styret i det regionale helseforetaket.

I følge forarbeidene begrenser bestemmelsen styrets kompetanse. Styret i det regionale helseforetaket har ikke anledning til å fatte endelig vedtak om igangsetting av tiltak i saker som omfattes av § 30. Statsråden i foretaksmøtet er derfor forpliktet etter loven til å fatte vedtak i saker som omfattes av § 30.

Loven krever ikke at vedtak omtales som en "*§ 30-sak*", verken i møtet eller i protokollen. I de tilfellene hvor foretaksmøtet følger styrets anbefaling, kan det i selve vedtaket være nærliggende å bruke en formulering som for eksempel "*foretaksmøtet stadfester styrets vedtak*". Det gjør det mulig å fatte vedtak uten å måtte gjenta konklusjonspunktene i sin helhet.

Hvor detaljert departementet til enhver tid vil styre de regionale helseforetakene som eier, er langt på vei et politisk spørsmål. Forståelsen av hvilke konkrete vedtak foretaksmøtet skal fatte, vil påvirkes av den politiske situasjonen og statsrådets vurdering av hvilke beslutninger som anses å være prinsipielle, overordnede eller for å ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Den enkelte statsråd kan derfor ta et prinsipielt standpunkt til hvordan *vedkommende* ønsker å forstå og praktisere bestemmelsen i helseforetaksloven § 30. Han eller hun kan bygge på, men er ikke bundet av, tidligere statsråders politiske vurderinger av betydning for praktiseringen av § 30.

På denne bakgrunn er det viktig at underliggende foretak har en aktiv dialog med eier om hvilke saker som skal behandles etter helseforetaksloven § 30. I tvilstilfeller vil det være foretakets ansvar å klarlegge om saken er å anse som en § 30-sak.

1.4 Nærmere om vedtak knyttet til nedleggelse av sykehus

Vedtak om nedleggelse av sykehus er etter lovendring med virkning fra 1. januar 2013 nevnt i § 30 første ledd nr. 2 som eksempel på "*saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger*".

Nedleggelse av sykehus må derfor anses som en beslutning som alltid skal vedtas i foretaksmøtet for regionalt helseforetak (statsråden). Står man først overfor en konkret sykehusnedleggelse, skal det derfor ikke vurderes om nedleggelsen er av vesentlig betydning

eller ikke. Slik har det vært siden 2001, og det er blitt forsterket med eksemplene som fra 2013 kom inn i § 30.

Spørsmålet er så hva som menes med ”*nedleggelse av sykehus*”. Forarbeidene gir få eller ingen holdepunkter for tolkningen.

Statsråden har et relativt stort handlingsrom for selv å definere hva som i det konkrete tilfellet vil være en sykehusnedleggelse eller om saken av andre grunner er av så stor betydning at den bør vedtas av foretaksmøtet i regionale helseforetak etter helseforetaksloven § 30. I denne vurderingen er det viktig å se hen til de konkrete politiske realitetene og konsekvensene for lokalbefolkningen. Det vil derfor være behov for kontakt og dialog mellom beslutningsnivåene i forkant av slike prosesser.

Det kan være ulike oppfatninger av om saken innebærer flytting av sykehusstilbud eller om det er nedleggelse av sykehusstilbud. Det er på den ene siden åpenbart ikke naturlig å bruke begrepet sykehusnedleggelse dersom sykehusets totale virksomhet videreføres i nye lokaler på en tomt som ligger kun få minutter unna. På den annen side vil det åpenbart være tale om nedleggelse dersom det totale pasienttilbudet opphører uten at pasientene får et tilsvarende tilbud annet sted. Reiseavstand vil ofte være avgjørende for vurderingen.

Bortfall eller flytting av oppgaver fra sykehuset vil også kunne regnes som nedleggelse dersom man ikke lenger kan betegne det gjenværende tilbudet som sykehus. I forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven er døgnopphold omtalt som en sentral del av sykehusdefinisjonen.

Det er bestemt i helseforetaksloven § 30 at sykehusnedleggelser skal vedtas av foretaksmøtet. Det må legges til grunn en forventning fra Stortinget om at i hvert fall noen endringer i sykehusstilbud og sykehusstruktur skal besluttet av statsråden. Definisjonen av hva som regnes som sykehusnedleggelser bør av denne grunn ikke bli så snever at det svært sjelden eller aldri vil bli fattet vedtak i saker om endringer i sykehusstilbudet i foretaksmøtet.

2. OM ADGANGEN TIL Å HA DIALOG OG UTVEKSLE SYNSPUNKTER MED UNDERLIGGENDE VIRKSOMHET UTENOM FORETAKSMØTENE

2.1 Eierstyring skal skje i foretaksmøte

Helseforetaksloven § 16 første ledd bestemmer at ”*eiere utøver den øverste myndighet i foretak i foretaksmøte*” og at ”*eier kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte*”. Eierstyring skjer således i foretaksmøte.

Det innebærer at all kommunikasjon mellom statsråden og ledelsen i regionalt helseforetak utenom foretaksmøtet må anses som dialog og meningsutvekslinger. Det er ikke instruks. Styremedlemmene skal fatte vedtak på selvstendig grunnlag. Det samme gjelder i forholdet mellom regionalt helseforetak og helseforetak.

Dette er en grunnleggende forutsetning for all kontakt mellom departementet og de regionale helseforetakene og kontakten mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene.

2.2 Begrepsbruk

Eierstyring skal skje i foretaksmøtet. Det skaper derfor uklarhet når det snakkes om uformell eierstyring, styring utenom foretaksmøtet eller styringssignaler. Utveksling av synspunkter og dialog mellom eier og foretakets ledelse utenom foretaksmøtet bør derfor konsekvent omtales ut fra hva det i realiteten er: Dialog, innspill, orienteringer, meningsutvekslinger mv.

Eier kan ha dialog og gi innspill på ethvert tidspunkt. I mange tilfeller er det nødvendig og hensiktsmessig for å sikre en god og forsvarlig drift av sektoren at eier og underliggende foretak har løpende kontakt.

2.3 Uttalelser fra eier utenom foretaksmøtet er ikke rettslig bindende

Helseforetaksloven § 16 avklarer rollefordelingen mellom eier og foretakets ledelse (styret). I merknadene til § 16 i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) på side 136 uttrykkes virkningen av eiers uttalelser utenom foretaksmøtet slik: *”Dersom eier gir styringssignaler i kraft av sin eierposisjon utenfor foretaksmøtet er ikke dette bindende for foretakets ledelse.”*

Loven forbyr ikke statsråden å tilkjenne sitt syn på saker av betydning for eieren også utenom foretaksmøter, men avklarer at disse meningsutvekslingene og synspunktene ikke er rettslig bindende for de regionale helseforetakene når de ikke er gitt i et foretaksmøte. Bestemmelsen er derfor ikke til hinder for at det er kontakt mellom eier og styret utenfor foretaksmøte.

2.4 Dialog og meningsutvekslinger er tillat utenom foretaksmøtet

Både departementet og statsråden har jevnlig kontakt med alle de regionale helseforetakene, både administrativt og med styrelederen. Styrelederen i helseregionen har ofte behov for å diskutere vanskelige saker med statsråden. Det kan være behov for å sonde eller drøfte politiske konsekvenser av ulike saker. Dette anses å være i tråd med god eierstyring. At denne kontakten skjer i fortrolighet, er viktig for muligheten til å utøve godt lederskap overfor styrelederne.

Det er både legitimt og nødvendig at det er løpende og tett dialog mellom statsråden og styrene, og mellom ledelsen i de regionale helseforetakene og ledelsen i helseforetakene for avklaringer. Dette er uttrykt slik i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) på side 34-35: *”På grunn av de regionale helseforetakenes sentrale rolle som redskap for statens ansvar for spesialisthelsetjenesten, er tilknytningen mellom staten ved departementet og foretaksledelsen tettere enn det som er tilfelle i aksjeselskaper og til dels også i statsforetak”.*

På samme måte er styrene i helseforetakene redskaper for det regionale helseforetaket. I merknadene til § 16 i helseforetaksloven (side 137) er det angitt at *”Det vil trolig være nærmere og mer løpende kontakt mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene enn det er mellom departementet og det regionale helseforetaket. Slike kontaktsopplegg bør kunne utvikles med utgangspunkt i praksis som generelt er utviklet i konsernforhold.”*

Behovet for å formidle synspunkter mellom eier og eid virksomhet er også omtalt i statens eierskapsmelding, senest i Meld. St 27 (2013-2014) hvor det heter:

”Rammene omkring eierstyring er ikke til hinder for at staten, som andre aksjeeiere, i møter tar opp forhold som selskapene bør vurdere i tilknytning til sin virksomhet og

utvikling. De synspunkter staten gir uttrykk for i slike møter, er å betrakte som innspill til selskapets administrasjon og styre.”

Statsråden kan derfor, uten hinder av helseforetaksloven, gi uttrykk for sitt foreløpige syn på om en bestemt løsning er hensiktsmessig eller ønskelig i samtaler med styreleder. Det har i så måte ikke betydning om det synet som formidles stemmer overens med det synet som styrelederen forfekter eller ikke. Det skal heller ikke være av betydning om synspunktet formidles på oppfordring fra styrelederen eller på statsrådets eget initiativ. Felles for slike samtaler er at det som fremkommer ikke på noen måte er bindende for styret.

Styrene har en selvstendig plikt til å vurdere saker og å treffe vedtak ut fra egen overbevisning. Styrets medlemmer vil kunne vektlegge signaler eier har gitt utenfor foretaksmøte, men må likevel fatte det vedtaket de selv finner riktig.

Dersom eier ikke er enig i et styrevedtak, må det vurderes om saken er så viktig at vedtak bør fattes i foretaksmøtet.

Det fremgår direkte av helseforetaksloven § 16 at foretaksmøtet utøver den øverste myndigheten i det regionale helseforetaket. Loven forutsetter med dette at styrene kan fatte vedtak som foretaksmøtet overprøver. Det vil derfor også være i tråd med helseforetaksloven § 16 dersom eier sier seg uenig og varsler muligheten for at det vil være behov for senere å holde foretaksmøte. Dette legger grunnlag for ryddige prosesser og gir styret bedre forutsetninger for å fatte vedtak.

2.5 Eier kan ha dialog med styreleder

Departementet legger til grunn at hele styret skal få ta del i informasjon formidlet fra eier som er av betydning for saken før vedtak fattes. Det er likevel ikke krav om å informere hele styret om detaljene i dialogen mellom styreleder og eier når en sak er på et tidlig stadium og foretaksstyret ikke har sett behov for å ta stilling til saken.

2.6 Om forholdet mellom administrerende direktør i helseforetak, styret, foretaksmøtet og administrerende direktør i regionalt helseforetak

2.6.1 Administrerende direktørs rolle

Administrerende direktør i helseforetak skal kun forholde seg til instruks fra sitt styre. Administrerende direktør eller styre i regionalt helseforetak kan ikke gi instruks til administrerende direktør i helseforetaket. Dialog med eier skal derfor på ingen måte binde administrasjonen i helseforetaket.

Det er imidlertid ingenting i veien for en dialog som sikrer gode og effektive prosesser.

2.6.2 Samarbeid for å opplyse beslutningsgrunnlaget

Det er en selvfølge at uformell kontakt mellom eier og administrasjonen i regionale helseforetak eller helseforetak ikke skal undergrave saksbehandlingen for styret. Eier kan derfor ikke i en dialog forut for styrebehandling kreve at opplysninger skal endres, at argumenter skal utelates, at konklusjonen skal endres eller på annen måte overstyre administrasjonen i helseforetak.

Administrerende direktør skal fremstille relevante fakta og hensyn i sin innstilling til eget styre etter egen overbevisning.

Det er samtidig viktig å understreke at det ikke er noe til hinder for at eier kan engasjere seg i spørsmål som skal eller vil kunne behandles i foretaksmøtet.

Det er også rom for å arbeide sammen på administrativt nivå mellom regionalt helseforetak og helseforetak for å se om man kan bli enige om fremstilling av argumenter og faktum til saksforberedelsene. Dette er ikke eierstyring, men et ledd i en forsvarlig opplysning av saken. Saken skal opplyses så godt som mulig. Da kan det være viktig å ha et samarbeid med eier og administrasjonen der.

2.6.3 Oppsigelse og avskjedigelse av administrerende direktør

Helseforetaksloven § 36 bestemmer at "*styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige daglig leder*". Med bakgrunn i forarbeidenes merknader om at "*det ikke er adgang til å ta inn i vedtektene at foretaksmøtet skal ha denne myndigheten*"¹, legger departementet til grunn at foretaksmøtet ikke kan treffe vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør. Vedtak i saker om tilsetning, oppsigelse eller avskjed kan bare fattes av styret i det regionale helseforetaket for administrerende direktør i regionalt helseforetak, og av styret i helseforetak for administrerende direktør i helseforetak.

Bestemmelsen gjelder etter sin ordlyd kun ved vedtak om tilsetning, oppsigelse og avskjed. Forarbeidene gir ikke grunn til å tolke virkeområdet utvidende. Bestemmelsen kommer derfor ikke til anvendelse i tilfeller hvor administrerende direktør selv velger å si opp sin stilling eller å gå inn i forhandlinger med styret om å avslutte sitt arbeidsforhold.

Helseforetaksloven § 36 forbyr ikke statsråden å gi uttrykk for eller formidle dersom han eller hun vurderer at den daglige ledelsen i foretaket ikke utøves på en god måte. Statsråden kan derfor drøfte bekymringer om ledelsen med styreleder i regionalt helseforetak, og også be om at det vurderes tiltak som kan få den daglige ledelsen av helseregionen til å fungere bedre. Det vil deretter være opp til styrelederen å legge frem en sak for styret og opp til styret å vurdere og konkludere i saken. Styret skal fatte en selvstendig beslutning. Dersom eier og styret er uenige, kan eier velge å skifte ut hele eller deler av styret i foretaksmøte. Tilsvarende gjelder for regionalt helseforetaks dialog med helseforetak.

3. OM ÅPENHET OG LUKKING AV STYRETS MØTER

3.1 Overordnet

Styrets hovedoppgave er ifølge helseforetaksloven § 28 første ledd forvaltning av foretaket. Saker som "*etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning*" skal i utgangspunktet behandles av styret, jf. § 37 tredje ledd. Styret behandler saker i styremøter.

Utgangspunktet vil derfor være at alt arbeid som innebærer styrearbeid, skal legges til styremøter.

¹ Se de spesielle merknadene til § 36 i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001).

Det er anledning til å lukke styrets møter med to begrunnelser:

- Styremøter kan lukkes dersom vilkårene i helseforetaksloven § 26 a andre ledd er oppfylt.
- Det kan arrangeres forberedende møter/styreseminarer for saker som ikke forutsetter styrebehandling, eksempelvis drøfting av utfordringer, strategisk arbeid og planlegging. Slike møter er ikke omfattet av helseforetakslovens bestemmelser om styremøter.

3.2 Om offentlighet ved styremøter

Ifølge helseforetaksloven § 26 a er hovedregelen at ”styremøter i foretak skal holdes for åpne dører”. Unntak følger av andre ledd som bestemmer at ”dersom det foreligger et reelt og saklig behov, kan styret vedta å behandle en sak for lukkede dører” i nærmere bestemte tilfeller.

Begrunnelsen for at styremøtene som hovedregel skal være åpne er at fellesgoder av stor betydning for befolkningen drøftes og at åpne styremøter bidrar til tillit og legitimitet for de vedtakene som fattes.

Dersom det foreligger et reelt og saklig behov, kan styret med hjemmel i helseforetaksloven § 26 a vedta å behandle en sak for lukkede dører i følgende tilfeller:

1. Av hensyn til personvernet. Personalsaker skal alltid behandles for lukkede dører.
2. Orientering om sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket.
3. Informasjon om lovbrudd, saksanlegg eller av hensyn til foretakets partsstilling i sak for norsk domstol.
4. Av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltningen til foretaket.
5. Saker som gjelder tilbud og protokoll etter regelverket om offentlige anskaffelser til valget av leverandør er gjort.

Vurderingen av om dørene bør lukkes skal gjøres på styremøtet, jf. § 26 a tredje ledd.

§ 26 a andre ledd nr 2 legger til rette for at styremedlemmer kan diskutere saker i lukket møte underveis i en saksgang før sluttbehandling. Dette er omtalt slik i bestemmelsens forarbeider:

"Styret kan også ha behov for å foreta uforpliktende drøftelser omkring slike orienteringer, uten at synspunktene som drøftes på dette stadiet blir eksponert utenfor styret. Offentlighet rundt foreløpige synspunkter fra styrets side kan skape forventninger om et bestemt resultat. Dette kan binde styremedlemmer i forhold til behandlingen i seinere styremøter. Det kan for eksempel være vanskelig for et styremedlem å endre sine foreløpige synspunkter i en sak når tidligere synspunkter allerede er eksponert utad. På denne bakgrunn mener departementet at regelverket bør åpne for at styret kan vurdere å lukke styremøtet av hensyn til orienteringer om saker som er på et tidlig og forberedende stadier i saksbehandlingen. Det vil også legge til rette for at denne type saker blir formidlet i styremøtet og at det ikke oppstår andre uformelle arenaer for å utveksle intern informasjon til styret. Det foreslås å avgrense unntaksbestemmelsen til saker som ikke skal realitetsvurderes eller ferdigbehandles i det aktuelle styremøtet".

De øvrige unntakshjemlene omtales ikke nærmere her.

3.3 Om adgangen til å avholde styreseminarer

Saker som ikke forutsetter styrebehandling, kan legges til andre fora enn styremøtene.

Styret har kun formell beslutningskompetanse når saker behandles i styremøter. Det er viktig at kravet om åpenhet ikke uthules eller omgås ved at styrets arbeidsoppgaver legges til andre fora enn selve styremøtet. Dersom deler av saken undergis behandling på forhånd, for å sørge for at bare ”sikre” saker behandles i styremøtene, vil en unnta noe av beslutningsprosessen fra styremøtene. Det vil derfor ikke være anledning til å forberede en sak i et forberedende møte i en slik grad at det kun gjenstår å ta den formelle beslutningen i et styremøte.

Departementet legger til grunn at styreseminarer vil kunne avholdes når det er behov for å drøfte generelle strategier og utfordringer.

Aktiviteter som tar sikte på å dyktiggjøre styret som kollegium og nye styremedlemmer på prosessene og styrets arbeid hører normalt ikke hjemme i et formelt styremøte.

Styremedlemmene må ha anledning til å finne sin plass i kollegiet og delta i opplæring.

Eksempler kan være drøftinger av styrets arbeidsform, plikter, roller, spenninger mellom det å være ansattvalgt og det å være ordinært styremedlem, spørsmål som vedrører ledelse og administrasjonen og hvilket ansvar som påligger styret. Dette er samtaler om hva det innebærer å ta del i et styre og hvordan styret bør fungere.

I forlengelsen av dette anser departementet at samtaler om hvordan styret som kollegium bør arbeide med og nærme seg en konkret sak prosessuelt ikke nødvendigvis hører hjemme i et styremøte.

Loven § 26 a første ledd nr. 2 forutsetter at det skal holdes styremøter – ikke styreseminarer – når sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket legges frem for orientering. Dette samme må gjelde når slike saker drøftes. Lukningsadgangen reguleres i slike tilfeller av loven.

Styreleder må, i samråd med de andre styremedlemmene og administrasjonen, vurdere konkret om sakene krever behandling i styremøte. Dersom det i praksis oppstår tvil, må saken legges til et styremøte.

Styrene bør tilstrebe å organisere sitt arbeid på en måte som skaper legitimitet og tillit til prosessene og beslutningene.

3.4 Om styrets egnevaluering

Det vises til omtale av styrets egnevaluering i departementets styreveileder.

Egenevalueringen kan normalt drøftes i styreseminarer som ikke er omfattet av helseforetakslovens bestemmelser om styremøter. Helseforetaksloven § 26 a om møteoffentlighet gjelder da ikke.

I den grad styret på bakgrunn av evalueringsprosessen faktisk ønsker å fatte vedtak, må det imidlertid behandles i styremøte på ordinær måte. Vi antar at dette sjelden vil være tilfellet. Et eksempel kan være behovet for å drøfte hvordan resultatet av egnevalueringen bør omtales i årlig melding.

Bakgrunnen for departementets vurdering er at styrets egevaluering er et eksempel på drøftinger av utfordringer som normalt ikke er knyttet direkte til et fremtidig styrevedtak. En egevaluering er ikke et ledd i foretakets beslutningsprosesser. Arbeidet skal ikke lede frem til vedtak om forvaltning av foretaket.

I motsetning til det som kjennetegner alminnelig styrearbeid, er det ikke et krav eller en nødvendighet for foretakets virksomhet som sådan at styret fatter vedtak med bakgrunn i evalueringsprosessen. Det er ikke naturlig eller hensiktsmessig at styret fatter vedtak knyttet til enkelte medlemmers fungering. Styret kan ikke vedta forbedringspunkter for det enkelte styremedlem, men medlemmet kan selv ta til seg konstruktive innspill og vurdere endringer på det personlige plan.

Styremøter er heller ikke et egnet forum for en grundig og ærlig drøfting av styrets arbeidsform og de enkelte styremedlemmenes fungering hver for seg og samlet. Formålet med egevalueringen vil derfor ikke kunne oppnås ved å anse dette som styrearbeid. Allmennheten vil selv kunne danne seg et godt bilde av samspillet og fungeringen blant styrets medlemmer ved å benytte seg av muligheten til å lytte til foretakenes åpne styremøter.

Med vennlig hilsen

Frode Myrvold (e.f.)
ekspedisjonssjef

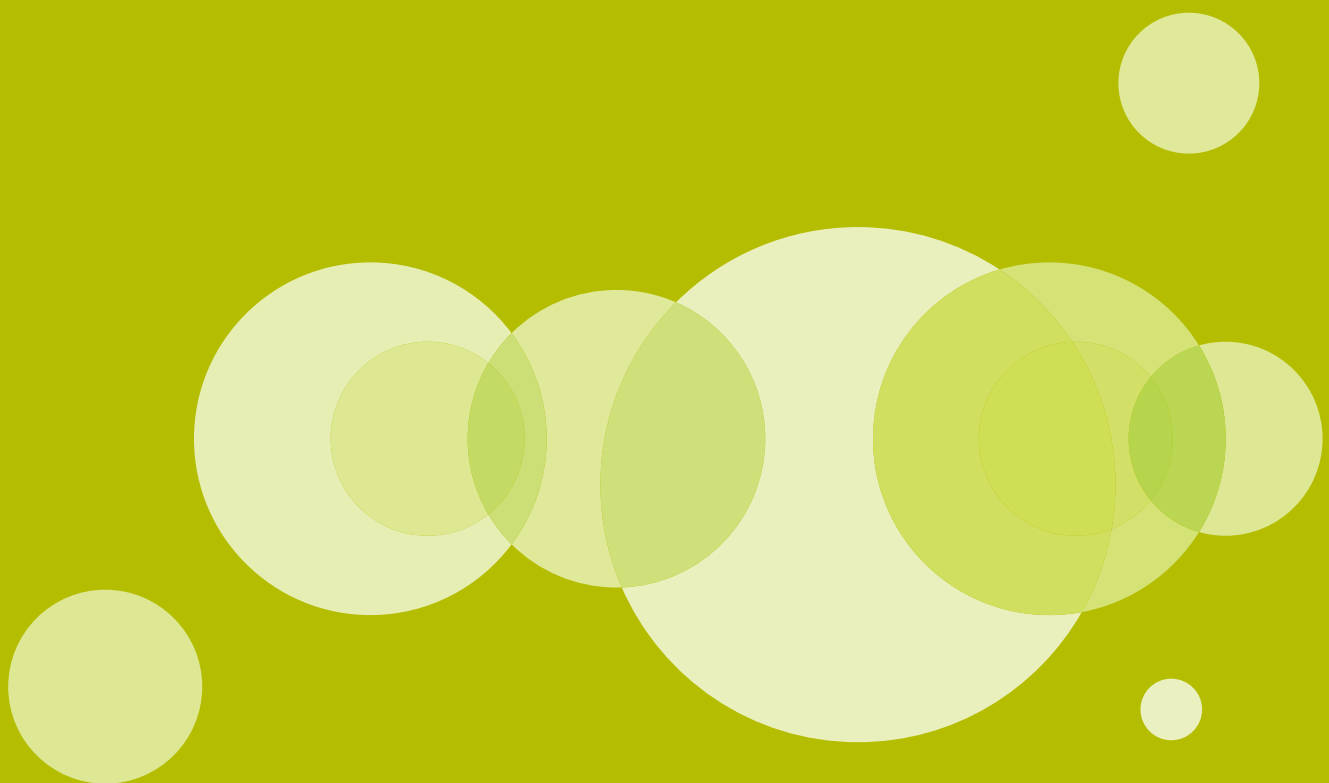
Kari Sønderland (e.f.)
ekspedisjonssjef

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Kopi til:
Nærings- og fiskeridepartementet

Utgitt av: Helse- og omsorgsdepartementet

Design: DSS, DepMedia - 03/2019



Vedtekter for Helse Møre og Romsdal HF

Fastsatt i stiftelsesmøte 3. mars 2011, sist endret i foretaksmøte 17. mars 2022.

§ 1 Navn

Helseforetakets navn er Helse Møre og Romsdal HF.

§ 2 Eier

Helse Møre og Romsdal HF eies fullt ut av Helse Midt-Norge RHF.

§ 3 Hovedkontor

Helse Møre og Romsdal HF har sitt hovedkontor i Ålesund kommune.

§ 4 Formål

Helse Møre og Romsdal HF skal yte likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted eller økonomi og etnisk tilhørighet, samt legge forholdene til rette for forskning, utdanning og undervisning. Målsettingen er nedfelt blant annet i helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven og i øvrig helselovgivning som retter seg mot foretakets virksomhet. Gjennom utøvelse av oppgaver tildelt av Helse Midt-Norge RHF skal Helse Møre og Romsdal HF bidra til at spesialisthelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor Helse Midt-Norges geografiske område.

§ 5 Helseforetakets virksomhet

Helse Møre og Romsdal HF skal drives med sikte på å nå nasjonale helsepolitiske-, utdanningspolitiske- og forskningspolitiske mål. Videre skal virksomheten drives innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, instruksjer, avtaler, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

Helse Møre og Romsdal HF er ansvarlig for gjennomføring av:

- helsefremmende og forebyggende arbeid
- helsemessig og sosial beredskap
- rehabilitering og habilitering
- somatisk helsetjeneste
- psykisk helsevern
- tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere
- laboratorie- og radiologiske tjenester
- syketransport, ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste

Hovedoppgavene som Helse Møre og Romsdal HF har ansvar for, omfatter

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende
- utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling

Helse Midt-Norge RHF beslutter hvem som skal være avtalepart ved levering av helsetjenester fra eksterne. Vesentlige avtaler med private serviceleverandører og større investeringer som ikke fremgår

av vedtatte budsjetter og planer, skal godkjennes av Helse Midt-Norge RHF.

Helse Møre og Romsdal HF skal bidra til samarbeid i regionen, slik at det totalt sett oppnås hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Helseforetaket skal også bidra til samarbeid med andre regionale helseforetak og helseforetak eiet av disse når dette er egnet til å fremme helseforetakenes formål og løsning av hovedoppgavene.

Helse Møre og Romsdal HF skal, innenfor sitt ansvarsområde, søke nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud. Det samme gjelder i forhold til samarbeidspartnere som blant annet det statlige barne- og familievern.

§ 6 Foretaksmøte

Det skal avholdes foretaksmøte innen utgangen av februar hvert år der styrings- og prestasjonskrav på økonomi- og organisasjonsområdet blir fastsatt og styringsdokument overlevert. Videre avholdes foretaksmøte hvert år innen utgangen av juni måned for behandling av årsregnskap og årsberetning, jf. helseforetakslovens § 43, jf. regnskapsloven §3-1, og for behandling av årlig melding som omtalt i helseforetakslovens § 34, jf. § 12 i vedtektene for Helse Møre og Romsdal HF. Ytterligere foretaksmøter utover de som er nevnt over, avholdes etter særskilte behov.

§ 7 Styrende organer

Helseforetaket ledes av et styre. Styret kan ha inntil 8 medlemmer. Inntil 5 medlemmer oppnevnes av foretaksmøtet. Foretaksmøtet velger leder og nestleder.

I tillegg velger de ansatte tre styremedlemmer med varamedlemmer. Styremedlemmer som er valgt av de ansatte deltar ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Den daglige ledelsen av Helse Møre og Romsdal HF utøves av den styret ansetter. Daglig leder i Helse Midt-Norge RHF har rett til innsyn og oppfølging av helseforetaket, også ved direkte kontakt med helseforetakets administrasjon.

7a Oppnevning av styremedlemmer i helseforetak

Eieroppnevnte styremedlemmer i helseforetak, herunder styreleder og nestleder, velges av foretaksmøtet.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styret skal samlet sett ha en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetaket står overfor. Styret skal samlet sett ha en geografisk og aldersmessig bredde, samt ivareta kravet til kjønnsmessig balanse etter reglene i aksjeloven, jf. helseforetaksloven.

§ 8 Salg av foretakets faste eiendommer

Vedtak om å pantsette eller avhende fast eiendom treffes av foretaksmøtet i Helse Møre og Romsdal HF etter forslag fra styret. Når foretaksmøtet i Helse Møre og Romsdal HF skal fatte vedtak etter denne bestemmelsen, skal saken legges frem for foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF før vedtak fattes.

Styret for Helse Møre og Romsdal HF kan beslutte salg av fast eiendom uten at dette forelegges Helse Midt-Norge når eiendommen er verdsatt til 10 mill. kroner eller mindre og salget ikke har

strategisk betydning.

§ 9 Låneopptak

Helse Møre og Romsdal HF kan ikke oppta lån fra andre enn Helse Midt-Norge RHF.

Helse Møre og Romsdal HF gis anledning til å inngå finansielle leieavtaler i tråd med den til enhver tid gjeldende Finansstrategi fastsatt av styret for Helse Midt-Norge RHF. Finansielle leieavtaler med kontraktsverdi 100 millioner kroner eller mer må godkjennes av foretaksmøtet for Helse Midt-Norge RHF.

§ 10 Universitetenes og høyskolenes rettigheter

Styret skal, innenfor sitt ansvarsområde, bidra til at universiteters og høyskolars rettigheter og interesser i tilknytning til undervisning og forskning blir ivaretatt og at sakene belyses tilstrekkelig ut fra forsknings- og undervisningsperspektivene.

Helse Møre og Romsdal HF skal videreføre de plikter virksomhetene som ble innlemmet i Helse Møre og Romsdal HF hadde ovenfor universiteter og høyskoler på etableringstidspunktet for helseforetaket. Dette omfatter alle rettigheter som universiteter og høyskoler har til å bruke foretakets faste eiendom, utstyr og andre formuesgjenstander, både rettigheter som fremgår av avtaler, vilkår for bevilgninger og lignende.

Ved nåværende avtalers utløp, eller innen rimelig tid, skal det etableres nye avtaler som presiserer omfang, art, ansvar og evt. kompensasjon. Alle vesentlige avtaler skal godkjennes av Helse Midt-Norge RHF.

§ 11 Medvirkning fra pasienter og pårørende

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Det skal framgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalg har fått forelagt meldingen før denne sendes til Helse Midt-Norge RHF. Melding fra pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal skal legges ved årlig melding til Helse Midt-Norge RHF.

Styret skal også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av tjenestene.

§ 12 Melding til Helse Midt-Norge RHF

Styret skal hvert år sende en melding til Helse Midt-Norge RHF som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av Helse Midt-Norge RHF som eier. Denne delen av plandokumentet vil inngå i Helse Midt-Norge RHF sitt plandokument som igjen vil inngå i vurderingsgrunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og angi styrets vurdering av forventet ressursbruk for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til Helse Møre og Romsdals plandokument.

§ 13 Pensjon

Helse Møre og Romsdal HF skal sørge for at de ansatte i Helse Møre og Romsdal HF omfattes av offentlig tjenstepensjon.

§ 14 Om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte

Ledernes ansettelsesvilkår ved Helse Møre og Romsdal HF skal følge de til enhver tid gjeldende statlige retningslinjer for lønn og annen godtgjøring til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel. Helse Møre og Romsdal HF skal årlig utarbeide en erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, som tas inn som note til årsregnskapet. Erklæringen skal ha et innhold som angitt i allmennaksjelovens § 6-16 a, i tillegg til en redegjørelse for hvordan statens retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse er fulgt opp. Erklæringen skal også inneholde en redegjørelse om hvordan «Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel» er fulgt opp i selskapets heleide datterselskaper. Erklæringen skal behandles i foretaksmøtet som avholdes i Helse Møre og Romsdal HF innen utgangen av juni hvert år.

§ 15 Arbeidsgivertilknytning

Helse Møre og Romsdal HF skal være medlem av arbeidsgiverforeningen Spekter.

§16 Kontaktmøter med kommuner o.a.

Helse Møre og Romsdal HF skal som et minimum ha faste kontaktmøter med kommunene i sitt område to ganger per år. Tilsvarende møter bør også holdes med øvrige relevante interessenter i foretakets område.

§ 17 Endring av vedtektene

Endring av disse vedtektene vedtas av foretaksmøtet i Helse Møre og Romsdal HF.

Styret vurderer og tar eventuelt opp endringer i vedtektene dersom dette er nødvendig for å ivareta

Arkivreferanse: 2025/10045
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Jim Leander Hansen

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
116/25	17.12.2025	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Referatsaker

Vedlegg

- 1 Sak 116-25 - vedlegg 1 - Protokoll styremøte Helse Midt-Norge RHF 201125
- 2 Sak 116-25 - vedlegg 2 - Protokoll foretaksmøte i Helse Møre og Romsdal HF 20.11.25
- 3 Sak 116-25 - vedlegg 3 - Protokoll Styremøte Hemit HF 6-2025 211125
- 4 Sak 116-25 - vedlegg 4 - Møtereferat Arbeidsmiljøutvalet HMR 11.12.25
- 5 Sak 116-25 - vedlegg 5 - Møteprotokoll Brukarutvalet 15.12.2025

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Møre og Romsdal tek dei framlagte referata til vitende.

Ålesund, 10.12.2025

Olav Lødemel
adm. direktør

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 20. november 2025 kl. 10.00 – kl. 15.10
Møtested: Quality Airport Hotell Værnes
Saksnr.: 161-2025 – 175-2025
Arkivsaksnr.: 25/24

Møtende medlemmer:

Odd Inge Mjøen
Liv Stette
Siri Forsmo
John Arne Moen
Arnhild Holstad
Steinar Kristoffersen
Lindy Jarosch-von Schweder
Anita Solberg
Frank Grydeland

Forfall:

Jarle Holberg

Regionalt brukerutvalg:

Svein-Rune Johannessen (leder)
Audun Gautvik

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Jan Frich
Administrasjonssjef Rita Bjørgan Holand (referent)
Direktør for medisin og helsefag Trude Basso
Organisasjonsdirektør Ingerid Gunnerød
Kommunikasjonsdirektør Eiliv Flakne
Direktør for eierstyring og beredskap Ole Magnus Nyheim
Økonomidirektør Ingrid S. Volden
Direktør for teknologi og digitalisering Bjørn Villa
Rådgiver Vebjørn Romfag
Internrevisor Tommy Kinnunen

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 13. november 2025. Samme dag ble saksdokumentene, med unntak av sak 165-2025 lagt ut. Denne ble lagt ut fredag 14. november 2025. Det ble også lagt ut en revidert versjon av sak 166-2025 samme dag.
Tirsdag 18. november ble det sendt ut ny innkalling med oppdatert oppkoblingsinfo for å lytte til møtet.
Onsdag 19. november 2025 ble protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg samme dag lagt ut. Det ble også lagt ut drøftingsprotokoller til sakene 166-2025 og 167-2025. Brev fra Blå Kors mottatt 19. november ble også lagt ut 19. november 2025.

Styrets leder Odd Inge Mjøen ønsket velkommen til styremøtet.

Sak 161-2025 Godkjenning av møteinnkalling og saksliste

Styret godkjente innkalling og saksliste til styremøtet 20. november 2025.
Det ble besluttet at sak 173-205 behandles før sak 172-2025.

Sak 162-2025 Vurdering av styremedlemmers habilitet

Styremedlem Siri Forsmo ba styret vurdere hennes habilitet under behandling av sak 168-2025. Hun er dekan ved NTNU og ba styret vurdere om det kan være noen form for interessekonflikt.

Siri Forsmo vurderes inhabil i sak 168-2025.

Sak 163-2025 Referatsaker

- Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 19. november 2025.

Kommentarer i møtet

Leder i Regionalt brukerutvalg Svein-Rune Johannessen viste til at brukerutvalget har merket seg det gode arbeidet som er gjort innen psykisk helse og at de er fornøyde med at behandling av lipødem skal bli lik for hele landet.

Regionalt brukerutvalg opplever at brukermedvirkning i arbeidet med regional utviklingsplan er godt ivarettatt.

Sak 164-2025 Mediebildet

Kommunikasjonsdirektør Eiliv Flakne ga en orientering om mediebildet siden forrige styremøte.

Kommentarer i møtet

Styret ga ros til administrerende direktør og administrasjonen som har vært synlige i den offentlige debatten, og blant annet korrigert faktafeil som har fremkommet.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar redegjørelsen for mediebildet til orientering.

Sak 165-2025 Virksomhetsrapport Helse Midt-Norge for oktober 2025

Oppsummering

Virksomhetsrapport for oktober 2025 presenterer data om kvalitet, aktivitet, bemanning og økonomi. Vedlegget til styresaken inneholder tabeller og grafer for oktober 2025.

Kommentarer i møtet

Direktør for medisin og helsefag Trude Basso, organisasjonsdirektør Ingerid Gunnerød, og økonomidirektør Ingrid S. Volden orienterte om status på ventetider, kvalitet, aktivitet, HR og finans med bakgrunn i KPI matrise i saken.

Styret er tilfreds med at det økonomiske resultatet denne måneden har vært bedre, men ser fortsatt med bekymring på den totale økonomiske situasjonen. Styret viste også til behovet for å bygge opp likviditet.

Styret ser med bekymring på at det legemeldte fraværet øker, og uttrykte behov for en kartlegging av årsaksforhold innarbeidet i en handlingsplan for mulighetsrommet for tiltak.

Styret er opptatt av status på ventetidene og tall som viser at Helse Midt-Norge som region har de lengste ventetidene i landet innen somatikken.

Leder i Regionalt brukerutvalg Svein-Rune Johannessen viste til protokoll fra utvalgets møte onsdag 19. november 2025 og pekte spesielt på viktigheten av korrekt rapportering av pakkeforløp kreft.

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport for oktober 2025 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag til vedtak.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar virksomhetsrapport for oktober 2025 til etterretning.

Sak 166-2025 Budsjett 2026 for Helse Midt-Norge

Oppsummering

Denne saken omfatter forslag til resultatkrav for 2026 og forslag til fordeling av bevilgningen i statsbudsjettet samt aktivitetsbestilling for 2026. Saken redegjør også for budsjett for det regionale helseforetaket for 2026.

Forslag til statsbudsjett 2026 danner grunnlag for inntektsrammen for Helse Midt-Norge. Det tas forbehold om endringer i inntekts- og aktivitetsfordeling på bakgrunn av Stortingets behandling av statsbudsjettet. Foreløpig dato for behandling i stortinget er 15. desember 2025.

Kommentarer i møtet

Innledningsvis orienterte administrerende direktør Jan Frich om at han foreslår at resultatkravet tas til orientering i dette møtet, og kommer til ny behandling i neste styremøte. Dette innebærer at styret bør foreta en endelig behandling av resultatkravene for 2026 i sitt møte 18. Desember 2025.

Økonomidirektør Ingrid Volden ga en kort presentasjon av budsjett 2026.

Styret ser at budsjettet er ambisiøst, og pekte på at det er viktig at budsjettet har verdi som styringsverktøy.

Styret er blant annet opptatt av pasientstrømmer og kostnadseffekt av dette. Inntektsmodellen tar høyde for disse strømmene, men det foretas en justering av tallene etter faktiske strømmer. Styret viste til at inntektsmodellen skal evalueres i løpet av 2026, og ser fram til en prinsipiell diskusjon knyttet til betydningen av blant annet demografi i forbindelse med en revisjon av modellen.

Både styret og Regionalt brukerutvalg pekte på viktigheten av satsning på forskning.

Styremedlemmer valgt blant ansatte viste til tilbakemeldinger fra ansatte om omstillingstretthet i organisasjonene.

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar resultatkrav for HF for 2026 i henhold til tabell under:

Resultatkrav 2026 (tusen kroner)	
St. Olavs hospital HF	240 000
Helse Møre og Romsdal HF	-350 000
Helse Nord-Trøndelag HF	-60 000
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	-10 000
Hemit HF	0

2. Styret vedtar inntektsfordeling for 2026 i henhold til tabell under, med forbehold om Stortingets behandling av forslag til statsbudsjett 2026:

Fordeling (1 000 kr)	Kap/ post	HMR	HNT	STO	APO	RHF	Sum HMN
Basisramme inntektsmodell	732.74	7 062 793	3 696 555	10 988 224		888 698	22 636 269
Basisramme strategiske tilskudd	732.74	228 366	40 526	396 872	20 000	1 259 294	1 945 058
Sum basisramme	732.74	7 291 159	3 737 081	11 385 096	20 000	2 147 992	24 581 328
Resultatbasert finansiering (RBF)	732.71	37 272	14 386	43 250			94 908
Sum basisramme og RBF		7 328 431	3 751 467	11 428 346	20 000	2 147 992	24 676 236
Aktivitetsbasert inntekt		1 659 290	854 995	2 718 929	-	62 372	5 295 586
Øremerkede midler		35 646	4 687	641 215		162 585	844 133
Sum bevilgning		9 023 368	4 611 149	14 788 490	20 000	2 372 949	30 815 955

3. Styret vedtar at følgende aktivitet for DRG somatikk (sørge-for) skal legges til grunn i foretakenes budsjetter for 2026:

DRG-poeng (somatikk)	HMR	HNT	STO	RHF	SUM
Aktivitetsbestilling 2026 - sørge for somatikk	77 409	39 641	134 224	3 386	254 660

4. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør følge opp at helseforetakene setter tydelige krav til realistiske omstillingsplaner, som forankres i konkretiserte tiltak. Budsjettene skal ha realistiske planer for aktivitet og bemanning. Det skal legges til grunn en tydelig sammenheng mellom tilgjengelige ressurser og den aktiviteten som planlegges.
5. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i inntekts-fordelingen for 2026.

Protokoll

Administrerende direktør Jan Frich la fram et nytt forslag til vedtakspunkt 1:

1. Styret ~~vedtar~~ *tar til orientering* resultatkrav for HF for 2026 i henhold til tabell under, og *kommer tilbake med resultatkrav i styremøtet i desember:*

Resultatkrav 2026 (tusen kroner)	
St. Olavs hospital HF	240 000
Helse Møre og Romsdal HF	-350 000
Helse Nord-Trøndelag HF	-60 000
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	-10 000
Hemit HF	0

Dette ble sammen med øvrige punkter enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar til orientering resultatkrav for HF for 2026 i henhold til tabell under, og kommer tilbake med resultatkrav i styremøtet i desember:

Resultatkrav 2026 (tusen kroner)	
St. Olavs hospital HF	240 000
Helse Møre og Romsdal HF	-350 000
Helse Nord-Trøndelag HF	-60 000
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	-10 000
Hemit HF	0

2. Styret vedtar inntektsfordeling for 2026 i henhold til tabell under, med forbehold om Stortingets behandling av forslag til statsbudsjett 2026:

Fordeling (1 000 kr)	Kap/post	HMR	HNT	STO	APO	RHF	Sum HMN
Basisramme inntektsmodell	732.74	7 062 793	3 696 555	10 988 224		888 698	22 636 269
Basisramme strategiske tilskudd	732.74	228 366	40 526	396 872	20 000	1 259 294	1 945 058
Sum basisramme	732.74	7 291 159	3 737 081	11 385 096	20 000	2 147 992	24 581 328
Resultatbasert finansiering (RBF)	732.71	37 272	14 386	43 250			94 908
Sum basisramme og RBF		7 328 431	3 751 467	11 428 346	20 000	2 147 992	24 676 236
Aktivitetsbasert inntekt		1 659 290	854 995	2 718 929	-	62 372	5 295 586
Øremerkede midler		35 646	4 687	641 215		162 585	844 133
Sum bevilgning		9 023 368	4 611 149	14 788 490	20 000	2 372 949	30 815 955

3. Styret vedtar at følgende aktivitet for DRG somatikk (sørge-for) skal legges til grunn i foretakenes budsjetter for 2026:

DRG-poeng (somatikk)	HMR	HNT	STO	RHF	SUM
Aktivitetsbestilling 2026 - sørge for somatikk	77 409	39 641	134 224	3 386	254 660

4. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør følge opp at helseforetakene setter tydelige krav til realistiske omstillingsplaner, som forankres i konkretiserte tiltak. Budsjettene skal ha realistiske planer for aktivitet og bemanning. Det skal legges til grunn en tydelig sammenheng mellom tilgjengelige ressurser og den aktiviteten som planlegges.
5. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i inntekts-fordelingen for 2026.

Sak 167-2025 Status gevinstrealisering Helseplattformen per 2. tertial 2025

Oppsummering

Saken presenterer en overordnet status for realisering av de regionale gevinstmålene for Helseplattformen per andre tertial. Detaljert gevinstrapport per HF basert på automatiske målinger i Helseplattformens dashboard for gevinstrealisering er vedlagt saken.

Kommentarer i møtet

Direktør for teknologi og digitalisering Bjørn Villa ga en kort orientering innledningsvis og ga styret en kort demonstrasjon av dashboardet for gevinstrealisering i Helseplattformen som helseforetakene benytter.

Styret er opptatt at man velger innsatsområder for å forsterke oppfølgingen av plan for gevinstrealisering, og at det blir rapportert på konkret oppfølging og tiltak i helseforetakene.

Forslag til vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar status gevinstrealisering helseplattformen per 2. tertial 2025 til orientering.

Protokoll

Styret fremmet følgende tilleggsforslag:

Styret ber administrerende direktør om å forsterke oppfølgingen av plan for gevinstrealisering, og at det blir rapportert på konkret oppfølging og tiltak i helseforetakene.

Dette ble enstemmig vedtatt sammen med øvrig punkt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar status gevinstrealisering helseplattformen per 2. tertial 2025 til orientering.

2. Styret ber administrerende direktør om å forsterke oppfølgingen av plan for gevinstrealisering, og at det blir rapportert på konkret oppfølging og tiltak i helseforetakene.

Sak 168-2025 Konseptfase for Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital HF

Oppsummering

På grunn av inhabilitet fratrådte styremedlem Siri Forsmo under behandling av saken.

Saken gjør rede for arbeidet med konseptfasen for prosjekt Senter for psykisk helse (SPH) ved St. Olavs hospital HF. Styret skal etter gjeldende fullmakts struktur for byggeinvesteringer godkjenne konseptfasen for prosjektet, og med det beslutte valgt konsept som grunnlag for videre arbeid i forprosjektfasen. Saken er i tillegg grunnlag for søknad om lånefinansiering til Helse og omsorgsdepartementet.

Kommentarer i møtet

Administrerende direktør Jan Frich innledet med et kort resyme av historikken bak saken. Han orienterte styret at han har et forslag til en justering av vedtakspunkt 6 slik at det tydeliggjøres at arbeidet med forprosjektet kan starte.

Styret uttrykte tilfredshet med at man er kommet så langt at saken nå ligger for behandling. Samtidig er styret bekymret for den økonomiske situasjonen og peker på behovet for omstilling for å lykkes.

Leder i Regionalt brukerutvalg Sven-Rune Johannessen uttrykte også stor tilfredshet med at saken nå ligger for vedtak.

Forslag til vedtak

1. Styret godkjenner konseptrapporten for Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital HF og ber om at denne legges til grunn for det videre arbeidet i et forprosjekt for prosjektet.
2. Økonomisk styringsramme for totalprosjektet fastsettes til 3 555 millioner kroner (P50), med en styringsramme (P50) for St. Olavs hospitals HF på 2 721 millioner kroner (januar 2025-kroner).
3. Styret viser til at St. Olavs hospital HF selv skal sikre finansiering innenfor en ramme på 3 140 millioner kroner (P85) forutsatt lån i henhold til gjeldende retningslinjer fra Helse- og omsorgsdepartementet. Dette omfatter både nødvendig salg av eiendommer og egenfinansiering.
4. Styret ber administrerende direktør søke Helse- og omsorgsdepartementet om lån i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet kan sikres finansiering til gjennomføring av utbyggingen i tråd med saksunderlaget.
5. Styret ber om å få seg forelagt en egen sak med konkrete kuttforslag og tiltak hvis prognose for prosjektet overstiger P50.

6. Styret legger til grunn at St. Olavs hospital kan starte planlegging av forprosjektet under forbehold om lånetilsagn fra Helse- og omsorgsdepartementet. Styret ber om at St. Olavs hospital i forprosjektet utarbeider kuttlistor for alle faser i prosjektet.

Protokoll

Administrerende direktør Jan Frich la fram følgende forslag til endring av vedtakspunkt 6:

Styret er opptatt av god fremdrift i prosjektet. St. Olavs hospital kan starte forprosjektfasen, under forutsetning av at det ikke pådras forpliktelser som er bundet opp til Stortingets godkjenning og bevilgning av lån. Forprosjektfasen skal gjennomføres i samarbeid med NTNU. Styret ber om at St. Olavs hospital i forprosjektet utarbeider kuttlistor for alle faser i prosjektet.

Dette ble sammen med øvrige punkter enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret godkjenner konseptrapporten for Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital HF og ber om at denne legges til grunn for det videre arbeidet i et forprosjekt for prosjektet.
2. Økonomisk styringsramme for totalprosjektet fastsettes til 3 555 millioner kroner (P50), med en styringsramme (P50) for St. Olavs hospitals HF på 2 721 millioner kroner (januar 2025-kroner).
3. Styret viser til at St. Olavs hospital HF selv skal sikre finansiering innenfor en ramme på 3 140 millioner kroner (P85) forutsatt lån i henhold til gjeldende retningslinjer fra Helse- og omsorgsdepartementet. Dette omfatter både nødvendig salg av eiendommer og egenfinansiering.
4. Styret ber administrerende direktør søke Helse- og omsorgsdepartementet om lån i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet kan sikres finansiering til gjennomføring av utbyggingen i tråd med saksunderlaget.
5. Styret ber om å få seg forelagt en egen sak med konkrete kuttforslag og tiltak hvis prognose for prosjektet overstiger P50.
6. Styret er opptatt av god fremdrift i prosjektet. St. Olavs hospital kan starte forprosjektfasen, under forutsetning av at det ikke pådras forpliktelser som er bundet opp til Stortingets godkjenning og bevilgning av lån. Forprosjektfasen skal gjennomføres i samarbeid med NTNU. Styret ber om at St. Olavs hospital i forprosjektet utarbeider kuttlistor for alle faser i prosjektet.

Sak 169-2025 Felles innspill til statsbudsjett 2027

Oppsummering

I vedlegg 1 til protokollen fra foretaksmøtet 15. januar 2025 er det forutsatt at de regionale helseforetakene gir innspill til statsbudsjett for 2027 innen 1. desember 2025.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2027 basert på Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten (TBUS) og Helsedirektoratets anslag for demografidrevet behov som vil fremkomme i notat fra utvalget i juni 2026, og utarbeidet felles

utkast til innspill til statsbudsjettet. Styrene i de regionale helseforetakene har i september og oktober fått muligheten til å gi innspill til saken som nå legges fram. Saken er en felles og likelydende styresak for de regionale helseforetakene.

Kommentarer i møtet

Styret viste til at denne saken har åpnet den pågående debatten rundt finansiering av bygg, og imøteser dette.

Leder i Regionalt brukerutvalg Svein-Rune Johannessen er tilfredse med at det skrives noe om psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Forslag til vedtak

1. Styret vedtar innspill til statsbudsjett for 2027.
2. Styret ber om at eventuelle innspill gitt i møtet innarbeides før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar innspill til statsbudsjett for 2027.
2. Styret ber om at eventuelle innspill gitt i møtet innarbeides før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

Sak 170-2025 Felles program for styreopplæring for styrer i regionale helseforetak og helseforetak

Oppsummering

Saken presenterer et felles program for styreopplæring i regionale helseforetak og helseforetak hvor styret invitertes til å vedta at dette oversendes Helse- og omsorgsdepartementet. Saken fremmes likelydende for de fire RHF-styrene.

Kommentarer i møtet

Styret er fornøyd med at det er laget en felles opplæring for styremedlemmer på RHF nivå og HF nivå. Ønske om dette er også bekreftet gjennom intervjuene som er gjort i forbindelse med oppnevning av styrer til helseforetakene.

Det framkom i møtet at opplæring også gis til styremedlemmer valgt av ansatte når disse velges, fortrinnsvis det året de velges. Styret er tilfredse med at også varamedlemmer blir med i styreopplæringen.

Forslag til vedtak

1. Styret slutter seg til felles program for styreopplæring i regionale helseforetak og helseforetak og ber om at det oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Styret ber om at de regionale helseforetakenes veiledere for styrearbeid i helseforetak oppdateres og harmoniseres.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret slutter seg til felles program for styreopplæring i regionale helseforetak og helseforetak og ber om at det oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Styret ber om at de regionale helseforetakenes veiledere for styrearbeid i helseforetak oppdateres og harmoniseres.

Sak 171-2025 Oppnevning av medlemmer i Regionalt brukerutvalg 2026-2027

Oppsummering

Saken presenterer forslag til oppnevning av leder, nestleder og øvrige medlemmer til Regionalt brukerutvalg for perioden 1. januar 2026 til 31. desember 2027.

Kommentarer i møtet

Administrerende direktør orienterte kort om prosess for oppnevning av Regionalt brukerutvalg. Forslaget innebærer en reduksjon fra 12 medlemmer til 10 medlemmer. Dette er veid opp mot det generelle innsparingskravet på grunn av den krevende økonomiske situasjonen.

Leder i Regionalt brukerutvalg Svein-Rune Johannessen beklager reduksjonen i antall medlemmer, og ønsker en evaluering av endringen ved utgangen av 2026. Han viste for øvrig til god dialog i arbeidet med oppnevning av medlemmer.

Styret uttrykte tilfredshet med arbeidet som det regionale brukerutvalget gjør, og setter pris på innsatsen iblant annet styremøtene.

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF oppnevner følgende medlemmer til Regionalt brukerutvalg for perioden 1. januar 2026 til 31. desember 2027:

Navn	Organisasjon	Anbefalt av	Fylke
Svein-Rune Johannessen	Norsk Forbund for Utviklingshemmede	SAFO	Møre og Romsdal

Marthe Kristin Haugan	Landsforeningen kvinnelig bekkenleddhelse	SAFO	Trøndelag
Daniela Gutierrez Rodriguez	Norges handikapforbund Trøndelag	SAFO	Trøndelag
Anders Johnsen	Landsforeningen for hjerte- og lungesyke	FFO	Møre og Romsdal
Audun Gautvik	Mental Helse	FFO	Møre og Romsdal
Lars Peder Hammerstad	Norsk Revmatikerforening	FFO	Trøndelag
Bente Cecilie Krogh	Kreftforeningen	Kreftforeningen	Trøndelag
Arild Pedersen (ny)	Kreftforeningen	Kreftforeningen	Trøndelag
Kai Sivertsen Knutsen (ny)	RIO	RIO	Møre og Romsdal
Grethe Dunfjeld	Sametinget	Sametinget	Trøndelag

2. Styret oppnevner Svein-Rune Johannessen som leder og Marthe Kristin Haugan som nestleder i brukerutvalget i Helse Midt-Norge RHF.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til oppnevning av eventuelle nye medlemmer ved behov for suppleringer i perioden.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF oppnevner følgende medlemmer til Regionalt brukerutvalg for perioden 1. januar 2026 til 31. desember 2027:

Navn	Organisasjon	Anbefalt av	Fylke
Svein-Rune Johannessen	Norsk Forbund for Utviklingshemmede	SAFO	Møre og Romsdal
Marthe Kristin Haugan	Landsforeningen kvinnelig bekkenleddhelse	SAFO	Trøndelag
Daniela Gutierrez Rodriguez	Norges handikapforbund Trøndelag	SAFO	Trøndelag
Anders Johnsen	Landsforeningen for hjerte- og lungesyke	FFO	Møre og Romsdal
Audun Gautvik	Mental Helse	FFO	Møre og Romsdal
Lars Peder Hammerstad	Norsk Revmatikerforening	FFO	Trøndelag
Bente Cecilie Krogh	Kreftforeningen	Kreftforeningen	Trøndelag
Arild Pedersen (ny)	Kreftforeningen	Kreftforeningen	Trøndelag
Kai Sivertsen Knutsen (ny)	RIO	RIO	Møre og Romsdal
Grethe Dunfjeld	Sametinget	Sametinget	Trøndelag

2. Styret oppnevner Svein-Rune Johannessen som leder og Marthe Kristin Haugan som nestleder i brukerutvalget i Helse Midt-Norge RHF.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til oppnevning av eventuelle nye medlemmer ved behov for suppleringer i perioden.

Sak 172-2025 Regulering lønn for 2025 for administrerende direktør Helse Midt-Norge RHF

Oppsummering

Saken ble behandlet etter sak 173-2025. Styret vedtok å lukke møtet i hht Helseforetakslovens § 26 pkt. 1.

Saken ble lagt fram uten innstilling.

Administrerende direktør deltok ikke under behandling av saken.

Kommentarer i møtet

Styreleder orienterte fra møtet i Godtgjøringsutvalget onsdag 19. november 2025.

Han ga en kort orientering om lønnsoppgjøret ved Helse Midt-Norge RHF hvor rammen for lønnsoppgjøret var 4,4%.

Ledergruppen landet på et resultat på 4,3%.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Lønn til administrerende direktør Jan Frich reguleres med 4,3 % til kr 2 545 588,- for 2025.

Sak 173-2025 Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Oppsummering

Saken ble behandlet før sak 172-2025.

I driftsorientering fra administrerende direktør var følgende tema beskrevet:

1. Ventetidsløftet
2. Oppfølging av oppdrag om pilotering av protesekirurgi som mulig dagbehandling
3. Kampanjeuke antikorrupsjon og samfunnsansvar uke 47
4. Gevinster og kassasjon ved Logistikkcenter Helse Midt-Norge
5. Rammeverk for eierstyring
6. Høringssvar om endringer i psykisk helsevernloven
7. Dialog med Sunnmøre regionråd

Det ble også gitt en orientering om skriftlige spørsmål til Stortinget som omtaler Helse Midt-Norge RHF og status på bestillinger fra styret (utover vedtak).

I tillegg ble det gitt en kort, muntlig orientering om tildeling av rehabiliteringsanskaffelsen. Dette planlegges offentliggjort fredag 21. november 2025 og det vil da komme en nyhetssak om tildelingen.

Vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Sak 174-2025 Eventuelt

Styret ber om å få en oversikt over totalsituasjonen når det gjelder tilfluktsrom i Helse Midt-Norge. Dette kan være en sak til et senere styreseminar knyttet til beredskap.

Sak 175-2025 Godkjenning av protokoll

Protokoll for møtet blir godkjent og signert i etterkant av møtet.

20. november 2025

Odd Inge Mjøen

Liv Stette

*Jarle Holberg
(sett)*

Steinar Kristoffersen

Siri Forsmo

John Arne Moen

Lindy Jarosch-von Schweder

Arnhild Holstad

Anita Solberg

Frank Grydland

Protokoll foretaksmøte i Helse Møre og Romsdal HF 20.11.25

Dokumentet er signert digitalt av følgende undertegnere:

- ODD INGE MJØEN, signert 20.11.2025 med ID-Porten: BankID
- HERLOF NILSSEN, signert 21.11.2025 med ID-Porten: BankID



Det signerte dokumentet innholder

- En forside med informasjon om signaturene
- Alle originaldokumenter med signaturer på hver side
- Digitale signaturer



Dokumentet er forseglet av Posten Norge

Signeringen er gjort med digital signering levert av Posten Norge AS. Posten garanterer for autentisiteten og forseglingen av dette dokumentet.



Slik ser du at signaturene er gyldig

Hvis du åpner dette dokumentet i Adobe Reader, skal det stå øverst at dokumentet er sertifisert av Posten Norge AS. Dette garanterer at innholdet i dokumentet ikke er endret etter signering.

Foretaksmøteprotokoll 20. november 2025

Foretaksmøteprotokoll Helse Møre og Romsdal HF

Gjennomgang av applikasjonsportefølje og etablering av lagringsstrategi

Intern

Dokumentet er signert digitalt av:

- ODD INGE MJØEN, 20.11.2025
- HERLOF NILSSEN, 21.11.2025

Forseglet av



Posten Norge

PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE MØRE OG ROMSDAL HF

Torsdag 20. november 2025 kl. 09.00 ble det avholdt foretaksmøte i Helse Møre og Romsdal HF. Møtet ble avholdt som et felles foretaksmøte for helseforetakene i Midt-Norge i Midt-Norge HF, og ble gjennomført som digitalt møte.

Dagsorden

- Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres
- Sak 2 Dagsorden
- Sak 3 Gjennomgang av og opprydding i applikasjonsportefølje
- Sak 4 Etablering av lagringsstrategi

Fra Helse Midt-Norge RHF møte

Styreleder Odd Inge Mjøen

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF:
Administrerende direktør Jan Frich
Direktør for eierstyring og beredskap Ole Magnus Nyheim
Administrasjonssjef Rita Bjørgan Holand

.....

Seniorrådgiver Marit Risvaag

Fra Helse Møre og Romsdal HF møte

Styreleder Herlof Nilssen

.....

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Møre og Romsdal HF:
Administrerende direktør Olav Lødemel

.....

Valgt revisor (BDO AS) var informert om foretaksmøtet og møte ikke.
Riksrevisjonen var informert om foretaksmøtet og møte ikke.

Sign: OIM:

HN:

Side 2

Intern

Dokumentet er signert digitalt av:

- ODD INGE MJØEN, 20.11.2025
- HERLOF NILSSEN, 21.11.2025

Forseglet av



Posten Norge

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Odd Inge Mjøen ønsket, som øverste eiermyndighet og møteleder, velkommen. Han spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Styreleder Herlof Nilssen og styreleder Odd Inge Mjøen ble valgt til å skrive under protokollen.

Sak 2 Dagsorden

Styreleder Odd Inge Mjøen spurte om det var merknader til dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Gjennomgang av og opprydding i applikasjonsportefølje

Det vises til styresak 104-2025 og 157-2025 i Helse Midt-Norge RHF, vedørende styrking av redundans i leveransen av IT-tjenester fra helseregionens felles datasenter.

Foretaksmøtet vedtok:

Helseforetaket skal under ledelse av Hemit HF:

- *gå gjennom hele applikasjonsporteføljen som er i drift med det som formål å fase ut applikasjoner med marginal bruk og som helseforetaket enten kan klare seg uten, eller som er tilstrekkelig dekket av andre applikasjoner. Regional standardisering skal tilstrebes.*
- *bidra til å kartlegge og dokumenterer alle avhengigheter mellom applikasjoner. Det må unngås at kritiske funksjoner i tjenestenivå 1 applikasjoner er avhengig av applikasjoner på lavere tjenestenivå. Uønskede avhengigheter som avdekkes skal korrigeres, alternativt må tjenestenivå endres i forståelse med helseforetakene.*
- *vurdere behovet for å justere tjenestenivå (SLA) på tjenester som i henhold til gjennomført BIA eller annen informasjon tilsier at det ikke er samsvar mellom helseforetakets forventninger og det som er bestilt (og levert).*

Sak 4 Etablering av lagringsstrategi**Foretaksmøtet vedtok:**

Helseforetaket skal, under ledelse av Hemit HF, bidra til å utarbeide forslag til lagringsstrategi og mulige løsninger som understøtter helseregionens behov på en robust, skalerbar og kostnadseffektiv måte basert på lagrings tiering prinsipper. Prosessen for å etablere en løsning skal hensynta muligheten for bruk av lagring-som-tjeneste, samarbeid med andre aktører innenfor helsesektoren og en mulig etablering av flere egne datasenter

Sign: OIM:

HN:

Side 3

Intern

Dokumentet er signert digitalt av:

- ODD INGE MJØEN, 20.11.2025
- HERLOF NILSSEN, 21.11.2025

Forseglet av



Posten Norge

lokasjoner. Lagringsstrategi og løsning skal forankres hos Digitaliseringsstyret i Helse Midt-Norge.

Møtet ble hevet kl. 09.13.

Stjørdal, 20. november 2025

Odd Inge Mjøen

Herlof Nilssen

Sign: OIM:

HN:

Side 4

Intern

Dokumentet er signert digitalt av:

- ODD INGE MJØEN, 20.11.2025
- HERLOF NILSSEN, 21.11.2025

Forseglet av



Posten Norge

Styremøte Hemit HF 6-2025

fredag 21 november 2025, 08:15 - 12:00

Teams

Deltakere

Styremedlemmer

Annamaria Forsmark (Styrets nestleder), Erik Berg (Styremedlem), Anne Staurland Aarbakke (Styremedlem), Olav Terje Lødemel (Styremedlem), Stine Slørdal (Styremedlem), Tom Christian Martinsen (Styremedlem), Jan Frich (Styreleder), Magnus Husby (Styremedlem)

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Trond Utne

Kst. assisterende direktør Roar Solhjem

Kst. Kvalitetssjef Suzanne Brattheim Nyborg

Økonomidirektør Eirik Naalsund

Kommunikasjonssjef Nina Kotte

HR-sjef og styresekretær Hildegunn Holmslet

Representant fra brukerutvalg: Svein-Rune Johannessen

Styreleder Jan Frich ønsket velkommen til møte.

Møteprotokoll

39/25

Beslutning

Godkjenning av innkalling og agenda

Jan Frich

Vedtak

Styret godkjenner innkalling og agenda.

 Innkalling Styremøte Hemit HF 6-25 251121.pdf

 Sak 00-2025 Vedlegg 1 Drøftingsprotokoll Styremøte 06-25 2025-11-21.pdf

40/25

Orientering

Administrerende direktørs orienteringer

Trond Utne

Forslag til vedtak:

Styret i Hemit HF tar saken til orientering.

Protokoll

Administrerende direktør vil redegjøre muntlig for følgende saker i møtet:

- Tvist IBM – U.off. jf. Helseforetaksloven §26a andre ledd, nummer 2 og 4.
- Arbeid med dataromsavtale – U.off. jf. Offentlighetsloven §24, 3. ledd
- Redundans – U.off. jf. Offentlighetsloven §24, 3. ledd
- Digitalsikkerhetsloven

Vedtak:

Styret i Hemit HF tar saken til orientering, og ber om å bli orientert om utfallet av tingrettens behandling av den rettslige tvisten med IBM.



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
16337417A948449C96B9F7410023F550

41/25

Beslutning

Statusrapport T2 og oktober 25

Trond Utne

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner statusrapport pr. oktober 2025 og tertialrapport andre tertial 2025.

Protokoll

Det ble også opplyst i møtet om en feil med akuttvarslingen ved SNR Hjelset i oktober. Feilen er knyttet til den fysisk installerte akuttvarslingen. Hemit har vært tungt involvert i håndtering av feilen og det er til vurdering om Hemit skal overta et større ansvar for løsningen.

Styret i Hemit HF gjorde slikt

Vedtak:

Styret godkjenner statusrapport pr. oktober 2025 og tertialrapport andre tertial 2025.

 Sak 41 2025 - Statusrapport oktober og Tertialrapport T2 2025.pdf

42/25

Beslutning

Budsjett 2026

Trond Utne

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner budsjett for 2026 som fremlagt i saken med en budsjettert omsetning på 1 578 MNOK med kr 0 i resultat og et investeringsbudsjett på 235 MNOK.

Protokoll

Styret i Hemit HF gjorde slikt

Vedtak:

Styret anerkjenner at det er arbeidet godt med budsjettet for 2026, og godkjenner budsjett for 2026 som fremlagt i saken med en budsjettert omsetning på 1 578 MNOK med kr 0 i resultat og et investeringsbudsjett på 235 MNOK.

 Sak 42 2025 - Budsjett 2026.pdf

43/25

Orientering

Utvikling applikasjonsportefølje

Roar Solhjem

Forslag til vedtak:

Styret i Hemit HF tar saken om utvikling av applikasjonsportefølje til orientering

Protokoll

Styret i Hemit HF gjorde slikt

Vedtak:

Styret i Hemit HF tar saken om utvikling av applikasjonsportefølje til orientering. Styret berømmer innsatsen som er lagt ned for å redusere porteføljen, og konstaterer at målet med utfasing av applikasjoner som erstattes av Helseplattformen er nådd i tråd med planen.

 Sak 43 2025 - Utvikling applikasjonsportefølje.pdf



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
16337417A948449C96B9F7410023F550

Styrets innspill til Internrevisjonsplan HMN 2026

Trond Utne

Forslag til vedtak:

Styret i Hemit tar Hemits innspill til revisjonsplanen orientering og ber om at innspill til revisjonsplanen gitt i møtet formidles til Helse Midt-Norge RHF.

Protokoll

Styret i Hemit HF gjorde slikt

Vedtak:

Styret tar Hemits innspill til revisjonsplanen til orientering og ber om at styrets innspill knyttet til risikostyring gitt i møtet formidles til internrevisjonen i Helse Midt-Norge.

 Sak 44 2025 - Styrets innspill internrevisjonsplan HMN 2026.pdf

45/25

Orientering

Prosjekt samlokalisering

Trond Utne

Forslag til vedtak:

Styret i Hemit HF tar saken til orientering.

Protokoll

Styret i Hemit HF gjorde slikt

Vedtak:

Styret i Hemit HF tar saken til orientering. Styret ber om en sak i styremøte 19. februar 2026 hvor det redegjøres for alternativene for samlokalisering Trondheim.

 Sak 45 2025 - Samlokalisering Hemit og Helseplattformen.pdf

46/25

Orientering

Samordning Hemit/HPAS

Trond Utne

Forslag til vedtak:

Styret i Hemit HF tar saken til orientering.

Protokoll

Styret i Hemit HF gjorde slikt

Vedtak:

Styret i Hemit HF tar saken til orientering.

 Sak 46 2025 - Status samordning Hemit HF og HPAS.pdf

47/25

Orientering

Ledelsens gjennomgåelse

Trond Utne

Forslag til vedtak:

Styret i Hemit HF tar rapport fra ledelsens gjennomgåelse 2025, inkludert plan for videre oppfølging av resultatene i rapporten, til orientering.



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
16337417A948449C96B9F7410023F550

Protokoll

Styret i Hemit HF gjorde slikt

Vedtak:

Styret i Hemit HF tar rapport fra ledelsens gjennomgåelse 2025, inkludert plan for videre oppfølging av resultatene i rapporten, til etterretning.

 Sak 47 2025- Ledelsens gjennomgåelse.pdf

 Sak 47 2025 Vedlegg 1 Rapport ledelsens gjennomgåelse 2025.pdf

48/25**Beslutning**

Evaluerings av styrets virksomhet og kompetanse

Jan Frich

Forslag til vedtak:

Styret i Hemit HF tar resultatet av styrets egevaluering til etterretning og oversender resultatet av evalueringen til eier.

Protokoll

Styret i Hemit HF gjorde slikt

Vedtak:

Styret i Hemit HF tar resultatet av styrets egevaluering til etterretning og oversender resultatet av evalueringen til Helse Midt-Norge RHF.

 Sak 48 2025 Vedlegg 1 Spørsmål til egevaluering av styrets virksomhet.pdf

 Sak 48 2025 - Evaluering av styrets virksomhet og kompetanse.pdf

 Sak 48 2025 Vedlegg 3 Styrets egevaluering 2025 - Hemit HF.pdf

 Sak 48 2025 Vedlegg 2 Styrets egevaluering 2025 - Hemit HF.pdf

49/25**Beslutning**

Fastsetting av lønn for administrerende direktør Hemit HF

Jan Frich

Forslag til vedtak:

Styreleder legger frem forslag til vedtak i styremøtet.

Protokoll

Styret i Hemit HF gjorde slikt

Vedtak:

Lønn til administrerende direktør i Hemit HF justeres med 4,4 % med virkning fra 01.01.2025. Ny lønn blir kr. 2 079 648,- pr. år.

 Sak 49 2025 - Fastsetting av lønn for administrerende direktør i Hemit HF.pdf

 Sak 49 2025 Vedlegg 1 Retningslinjer for fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte.pdf

50/25**Beslutning**

Godkjenning av protokoll

Jan Frich

Vedtak:

Protokoll for styremøtet er godkjent og signeres av styremedlemmene elektronisk gjennom Admincontrol.



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
16337417A948449C96B9F7410023F550

Annamaria Forsmark
Styrets nestleder

Dato

Erik Berg
Styremedlem

Dato

Anne Staurland Aarbakke
Styremedlem

Dato

Olav Terje Lødemel
Styremedlem

Dato

Stine Slørdal
Styremedlem

Dato

Tom Christian Martinsen
Styremedlem

Dato

Jan Frich
Styreleder

Dato

Magnus Husby
Styremedlem

Dato



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
16337417A948449C96B9F7410023F550

Arbeidsmiljøutvalet i Helse Møre og Romsdal HF

Dato: 11.12.2025 11:00

Sted: Romsdalshorn

Deltakere: Heggem, Kjetil Teodor; Kjerstad, Inger Ann Synnes; Landre, Magny; Lekve, Anette; Lundberg, Kjetil; Lødemel, Olav Terje; Nygaard, Tor; Otterlei, Bjørn; Svendsen, Mariann Gussiås; Aagaard-Nilsen, Mona Elisabeth

Fraværende: Fiskerstrand, Ingrid; Mathisen, Roar; Mongstad, Audny; Østnor, Hilde

Kommentar: Forfall Igor Jokic, som personlig vara for Helse Østnor.
Mona Aagaard-Nilsen deltok i møtet fra 11.35 under sak 4.
Mariann Gussiås Svendsen gikk ut av møtet etter behandling av sak 14.
To medlemmer deltok via Teams i hele møtet.

1. Godkjenning av innkalling og saksliste

Ansvarlig: Kjerstad, Inger Ann Synnes

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget godkjenner innkalling og saksliste.

2. Orientering fra administrerende direktør

Ansvarlig: Lødemel, Olav Terje

Beskrivelse

Informasjon om prosessen samordning av Hemit og HP AS.

Det er stor diskrepans mellom målsetting for effektivisering for samordning (50 mill/år) og forslaget frå dei to organisasjonars AD-ar som omtalar 7-10 mill.

Likevel er det gode tiltak undervegs som vil få betydning også for framtidig samanslåtte it-selskap.

AD orienterer om Helseplattformen som suitesystem og konkrete satsingar for utvikling av HP som verktøy i HMR.

Det er ein realitet at ein i Danmark har hatt god effekt av å gå tilbake til "foundation" - der organisasjonen sjukehuset vel å tilpasse seg arbeidsflytar som er grunnlaget i Epic. Dette er ein erkjennelse i regionen kan bli nødvendig også i HMN.

Budsjett 2026 er det mest krevande budsjett for HMR nokon sinne. Det er ein direkte konsekvens av investeringsnivå som har gått frå 1 milliard til over 9 milliardar over nokre få år. Satsingar er nødvendig og både IT-investeringar og nye bygg er no på plass. Dette krev vridning i drifta der det er nødvendig å redusere lønnskostnader. Det betyr redusert samla årsverksforbruk. Dette er omtalt i revidert ØLP frå oktober 2025 og i budsjettsaken for budsjett 2026. Det er overtydeleg kommuninsert i lederlinje og i partssamarbeidet. Det er viktig at HMS-perspektivet blir tydeleggjort i dette arbeidet og blir fulgt opp i praksis.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget tar saken til orientering.

3. Orientering fra hovedverneombud

Ansvarlig: Kjerstad, Inger Ann Synnes

Beskrivelse

Aktuelt fra hovedverneombud

Oppsummering

- **Årlig verneombudssamling** ble arrangert på Vestnes 01.oktober med 93 deltagere. Innlegg om relevante nyheter i rettsutvikling, gjennomgang av retningslinje for risikovurdering av arbeidsmiljø etterfulgt av gruppearbeid, samt presentasjon av EQS ID 70 om rusmiddelbruk, spill og avhengighet.
- **Fellesmøte på Teams for alle verneombud i HMR 26.11.** Tema: kommunikasjon som et verktøy, nytt om LifeClean og påminning om risikovurdering, samt orientering fra HVO. Referat og presentasjoner gjøres tilgjengelig for alle verneombud og publiseres også på "Vernetenesta" på Innsida.
- **Valg av verneombud:** utføres innen utgangen av året. Neste toårige valgperiode for verneombud i HMR løper fra 01.01.26. og varer ut 2027. HVO skal ha beskjed om hvem som er valgt som verneombud for neste periode, og oppdaterer fortløpende verneombudsoversikten på Innsida. Det er sendt ut informasjon om valg samt plan for møter i 2026 til alle seksjonsledere. Verneombudsplakat skal skrives ut og henges opp på arbeidsplassen, slik at alle ansatte ser hvem som er verneområdets verneombud fra 01.01.26.
- HVO følger opp valg av avdelings- og klinikkverneombud etter at valg av verneombud er gjennomført i hvert verneområde. Verneombud og verneområder følger i hovedsak seksjonsnivå.. Avdelings- og klinikkverneombud velges av og blant verneombud i aktuell avdeling og klinikk og skal sikre representasjon fra vernetjenesten på aktuelt nivå.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget tar saken til orientering

4. Orientering fra Bedriftshelsetjenesten

Ansvarlig: Landre, Magny

Beskrivelse

Fokusområder i perioden etter forrige møte i AMU:

Influensavaksinerings:

Det har vært stort fokus og oppslutning om årets influensavaksinerings.

Vaksinekontakter, bedriftssjukepleiere og innleide pensjonister har gitt tilbud til alle ansatte, og det har vært stor etterspørsel etter vaksiner.

Oversikten vi har pr.30.11.25 er knyttet til bestillinger fra apotekene (etterregistrering av satte vaksiner pågår).

Totaloversikt er 30.11.25:

- SNR Kristiansund 291
- SNR Hjelset 1220
- Ålesund/Volda 2486

Tallene representerer vaksiner som er tatt ut fra apotekene.

Totalt: 3997 vaksiner satt/tatt ut.

Sammenlignet med tidligere år, så er det i år høyere vaksinasjonsgrad.

Om man opererer med et ca. antall på 6000 ansatte i helseforetaket vil det si at man er oppe i 67 % vaksinerte pr. 30.11.25.

Det gis fortsatt tilbud om vaksiner i forbindelse med yrkesvaksinasjonsdager ved alle sjukehusene. Vaksinekontakter kan fortsatt også etterbestille vaksiner der det er etterspørsel på egen seksjon.

Yrkesvaksinering:

Det er månedlig tilbud om yrkesvaksinering ved alle sjukehus. I tillegg har en del seksjoner vaksinekontakter med utvidet delegasjon til å sette yrkesvaksiner.

Det er merkbart større pågang etter yrkesvaksiner enn tidligere.

Opplæring/undervisning:

- Opplæring for forflytningsveiledere i HMR på Ålesund sjukehus og SNR Hjelset.
- Lederopplæring i HMS på Ålesund sjukehus og SNR Hjelset.
- Modul 1-kurs i forebygging av sjukefravær på Ålesund sjukehus og SNR Hjelset.
- Risikovurdering av arbeidsmiljø på verneombudssamling på Vestnes.
- Tema kommunikasjon på digitalt verneombudsmøte.
- Fagdager for kollegastøtter på Ålesund sjukehus og SNR Hjelset.
- Deltakelse på fagdager med temaer innenfor organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø.

Risikovurderinger:

Det har vært bistand med risikovurderinger av arbeidsmiljøfaktorer på en rekke seksjoner (ulike klinikker).

Yrkeshygiene:

Det er gjennomført målinger av inneklimatefaktorer på flere seksjoner.

Vurdering av risiko knyttet til bruk av LifeClean.

Samarbeidsplaner:

Det arbeides med etablering og revisjon av samarbeidsplaner på seksjonsnivå.

Individnivå:

- Veiledning av ledere
- Trekantsamtaler med gravide arbeidstakere og ledere.
- Støttesamtaler.
- Smittesaker.

Samarbeidsmøter:

- Smittevern
- Strålevernutvalg
- AKAN fagdag
- HMS-nettverk i HMN

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget i Helse Møre og Romsdal HF tar saken til orientering.

5. Systematisk opplæringsplan for å håndtere vold, trusler og utagerende adferd

Ansvarlig: Siebke, Elisabeth

Beskrivelse

Se saksgrunnlag vedlagt.

Oppsummering

I tillegg til saksgrunnlaget ble det orientert om at det er igangsatt revisjon av EQS-id 25335 Vold og trusler - forebygging og håndtering.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget beslutter å opprette en arbeidsgruppe som skal utarbeide kompetansekrav forankret i Sentral HMS-opplæringsplan for forebygging og håndtering av vold og trusler EQS-id 32891.

Planen skal omfatte e-læring, retningslinjer for håndtering og oppfølging av vold- og trusselsituasjoner, samt risikovurdering av arbeidsmiljøet, og andre relevante prosedyrer.

Arbeidsgruppen ledes av HMS-rådgiver og skal bestå av rådgivere/ressurspersoner fra aktuelle klinikker, Bedriftshelsetjenesten og hovedverneombudet.

Tiltaksprosessen vil involvere flere klinikker og avdelinger. Seksjonene må bidra aktivt gjennom egne risikovurderinger, og ved behov melde nødvendige tiltak videre i lederlinjen.

Når kompetansekravet er utarbeidet presenterer arbeidsgruppen kompetansekravet og innholdet i dette i eget møte med foretaksledelsen.

Saksdokumenter

- [Saksgrunnlag_systematisk_oppfølging_vold_og_trusler \(1\).pdf](#)
- [AMU 2025 Vold og trusler.pptx](#)

6. Yrkesrelaterte skader/sykdom

Ansvarlig: Heggem, Kjetil Teodor

Beskrivelse

Orientering om innkomne meldinger om yrkesrelaterte skader/sykdom via MAP.

I henhold til retningslinje [EQS-id 63 Personalskade/yrkesrelatert](#) skal det ved alvorlig hendelse sendes orientering til AMU.

Dette gjøres ved at leder haker av for dette i meldeskjemaet, som genererer en melding til HMS-rådgiver.

Oppsummering

Det er tre innkomne meldinger siden forrige møte i AMU.

Beslutning

Meldinger om personalskade/yrkesrelatert skader tas til vitande.

Det er viktig at alle ledere er kjent med retningslinja, melder alvorlige hendelser videre (haker av for videresending til AMU i behandlingen i RS) slik at Arbeidsmiljøutvalget får orientering og innsikt i skadeomfanget.

7. Pause

Ansvarlig: Kjerstad, Inger Ann Synnes

8. HMS-årsrapport 2025

Ansvarlig: Heggem, Kjetil Teodor

Beskrivelse

Helse Møre og Romsdal skal være en helsefremmende arbeidsplass, med et velfungerende HMS-system. Foretaket

har følgende overordna mål for det systematiske HMS-arbeidet:

1. Arbeide målrettet og systematisk med HMS
2. Ergonomiske forhold som forebygger muskel- og skjelettplager og som fremmer helse
3. Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø som fremmer helse
4. Forsvarlig kjemisk, biologisk, fysisk og mekanisk arbeidsmiljø
5. Inkluderende arbeidsplass med nærvær på minimum 93 %

For å ytterligere innrette det systematiske HMS-arbeidet vedtar Arbeidsmiljøutvalget årlige HMS-mål for foretaket, basert på HMS-årsrapport fra seksjonene. Årsrapporten leveres ved utgangen av året, og skal gi klinikkene status på sine seksjoners måloppnåelse inneværende år.

Lokalt er dette en utsjekk for leder og verneombud og ei påminning om enkeltelement i HMS-arbeidet. HMS-årsrapport skal svares ut av seksjonsleder og verneombud i fellesskap.

Sentralt vil informasjon fra rapportene gå til HMS-utvalget som skal utarbeide forslag til konkrete HMS-mål for neste år.

Disse vedtas endelig av Arbeidsmiljøutvalget i årets første møte.

Dette er HMS-måla vedtatt for 2025:

1. Alle seksjonar skal ha samarbeidsråd, og følge retningslinja [Samarbeidsråd seksjon](#)
2. Alle seksjonar gjennomfører dei [systematiske arbeidsmiljøkartleggingane i HMR](#), gjennomfører [risikovurderingar av sitt arbeidsmiljø](#), og har utarbeida handlingsplan
3. Alle seksjonar skal ha [samarbeidsplan](#) med Bedriftshelsetenesta
4. Alle seksjonar tilbyr årlege [utviklingssamtalar](#) med sine tilsette
5. [Alle leiarar skal ha gjennomført HMS-opplæring](#)
6. Alle skal følge [rutinene for systematisk arbeid med nærvær og førebygging av sjukefråver](#)

Følgende spørsmål til seksjonene foreslås utsendt via spørreskjema for å etterspørre grad av måloppnåelse for 2025:

1. Har dere et etablert samarbeidsråd i deres seksjon (eqs-id 39336)?
2. Har dere gjennomført vernerunde for 2025 (eqs-id 43)?
3. Har alle ansatte fått tilbud om utviklingssamtale (eqs-id 14162)?
4. Behandler dere avvik/HMS-meldinger i henhold

til eqs-id 4079 (Kvalitetsråd)?

5. Har dere gjennomført risikovurdering av arbeidsmiljøet i seksjonen? Gjøres minimum en gang hvert år, og ved endringer (eqs-id 37151)

6. Har dere gjennomført risikovurdering av vold og trusler i seksjonen (eqs-id 25335)?

7. Evaluerer og justerer dere tiltak i handlingsplanen dere har utarbeidet på bakgrunn av risikovurderingen? (se under relatert i eqs-id 37151)

8. Har leder gjennomført HMR sitt endags HMS-lederkurs (etablert 2025)?

9. Har deres seksjon etablert samarbeidsplan med Bedriftshelsetjenesten (eqs-id 43)?

10. Hvordan jobber seksjonen konkret med rutinene for det systematiske arbeidet med nærvær og forebygging av sjukefråvær? (fritekst)

11. Har dere gjennomført oppfølging etter ForBedring 2025, og identifisert forbedring- og bevaringsområder for seksjonen? (eqs-id 36546)

12. Legg inn seksjonens forbedrings- og bevaringsområda som er satt etter ForBedring 2025. (fritekst)

13. Hvilke positive arbeidsmiljøtiltak har dere gjennomført i seksjonen i løpet av året? (fritekst)

Kartleggingen angir status på måloppnåelse i HMS-arbeidet og brukes som grunnlag for evaluering av HMS-målene for Helse Møre og Romsdal.

Samtidig skal arbeidet med årsrapporten hjelpe seksjonene til egen status på sitt HMS-arbeid, og en hjelp til å prioritere videre innsatsområder for det kommende året.

Oppsummering

Hvordan skal vi stille spørsmål til seksjonene i forhold til det siste HMS-målet om rutinene for det systematiske arbeidet med nærvær og forebygging av sjukefravær?

Vi ber AMU om å ta diskusjonen i møtet, og komme frem til spørsmålet som skal synliggjøre hvordan seksjonene har jobbet med dette i løpet av 2025.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget for Helse Møre og Romsdal vedtar å stille seksjonene spørsmålene som foreslått i HMS-årsrapport for 2025.

Samtidig ønsker Arbeidsmiljøutvalget at følgende spørsmålsstilling benyttes som spørsmål 10:

"Hvordan jobber seksjonen konkret med rutinene for det systematiske arbeidet med nærvær og forebygging av sjukefravær?"

9. ForBedring 2026

Ansvarlig: Heggem, Kjetil Teodor

Beskrivelse

HMS-nettverket i Helse Midt-Norge har lenge spelt inn ynskje frå helseforetaka til Sykehuspartner om å få komme inn i ein tidlegare "utsendingsbolk" enn vi før har vore i.

No har vi fått innfridd dette, og har komme inn i bolk 1.

Alle ansatte som oppfyller kriteria for deltaking får difor undersøkinga tilsendt 03.02.26, og har høve til å delta fram til og med 03.03.26.

Dette gir seksjonar, avdelingar, klinikkar og organisasjon langt betre tid til oppfølgingsarbeidet i etterkant. Rapportane blir tilgjengelege frå slutten av mars. Utsendinga til leiarar og tilsette kan kollidere noko med påska. Distribusjonsrekkefølga vil derfor drøftast med partane snarleg.

Det er viktig å komme tidleg i gang med dette arbeidet, for å kunne starte tiltaksarbeidet og få dette integrert i arbeidskvardagen innan 2026 er omme.

ForBedring er ikkje eit stunt, det er ein kontinuerleg prosess.

ForBedring er også eit verktøy for leiarar og leiargrupper til å støtte utviklinga av både seksjon, organisasjon og resultat.

Tilsette si oppleving av manglande eller utydeleg oppfølging kan svekke dette. Dei målretta og konkrete verktya i «Saman om ForBedring» skal bidra til styrka leiaroppfølging på alle leiarnivå i verksemdar som nyttar ForBedringsundersøkinga.

Eit tydeleg leiarfokus på både arbeidsmiljø og pasienttryggleiksarbeid i heile leiarlinja vil bidra til å styrke resultatutviklinga, kvaliteten i pasientbehandlinga, jobbengasjementet, forebygge sjukefravær og styrke seksjon/avdeling/klinikk i arbeidet med å behalde og rekruttere sårbar kompetanse.

Leiargrupper som tydeleg investerer i utviklinga av arbeidsmiljøet og pasienttryggleiken – ikkje berre i den enkelte seksjon, men òg overordna på klinikk- og avdelingsnivå – vil kunne oppnå samanheng og betre erfare nytte av oppfølgings- og tiltaksarbeidet.

Bedre samanheng gjer det enklare for leiarar på alle nivå å kommunisere kor viktig det er å arbeide systematisk med utvikling av drift, kvalitet, tryggleik og kompetanse.

Dette arbeidet kan ikkje gjerast effektivt utan eit godt samarbeid mellom partane, og medverknad frå den enkelte tilsette.

Godt partssamarbeid er ein suksessfaktor i oppfølgings- og tiltaksarbeidet, og difor oppmodast leiarar å forankre det lokale arbeidet med ForBedring i Samarbeidsråd.

Vedlagt ligg ForBedringsprosessen, som er en viktig del av anbefalt metodikk for å sikre at alle deler av organsiasjonen får størst mulig nytte av undersøkelsen i det kontinuerlige arbeidet.

Denne sløyfa gjer det tydeleg at organisasjon og einingar må ha fokus på arbeidet med ForBedring gjennom heile året.

Per 2025 er det stor variasjon på kor kontinuerleg dette arbeidet har vore så langt, og potensiale for auka effekt av betre førebuing, gjennomføring og oppfølging er stor.

HMS-rådgivar har invitert alle leiarar, tillitsvalgte og vernetenesta og HR-rådgjevarar til informasjon om neste års gjennomføring på teams 18.12.25. Det blir gjort opptak som blir lagt ut på HMS-sida i etterkant.

Når rapportane nærmar seg tilbake til seksjonane til våren, vil det komme ny teamsgjennomgang med fokus på tolking av resultat og oppfølgingsarbeidet lokalt på seksjonsnivå.

I år oppnådde Helse Møre og Romsdal 69% oppslutnad om ForBedringsundersøkelsen. For å nå målet vårt om 75% treng vi å motivere 390 fleire tilsette i 2026.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget i Helse Møre og Romsdal HF tek saka til orientering, og oppmodar alle tilsette til å medverke gjennom å delta i undersøkinga.

Saksdokumenter

- [ForBedringsprosessen.pdf](#)

10. Innmeldt sak fra AKAN-utvalget

Ansvarlig: Heggem, Kjetil Teodor

Beskrivelse

Akan-utvalget i Helse Møre og Romsdal har mottatt henvendelser fra seksjoner om hvorvidt foretaket har retningslinjer som tillater/forbyr vinlotteri, og vil derfor foreslå hvordan Helse Møre og Romsdal HF og seksjoner kan hensynta ulike ønsker og syn internt hos seg.

Nyansene: Kollegastyrt vs. Bedriftsstyrt

Lovverket skiller mellom kollegastyrt og bedriftsstyrt organisering av denne type aktivitet.

- Bedriftsstyrt aktivitet: Når bedriften organiserer eller finansierer lotteriet, gjelder Alkoholloven fullt ut. Alkohol som gevinst er ikke lovlig uten bevilging.
- Kollegastyrt aktivitet: Små, private lotterier i lukket gruppe kan være lovlige, men bedriften bør ha en felles policy som fremmer inkludering og et rusfritt arbeidsmiljø.

Akan-utvalget behandlet denne saken i møtet 02.12.2025, og gir Arbeidsmiljøutvalget følgende forslag til løsning gjeldende for foretaket.

Forslag til løsning

- Aktiviteten skal ikke hete Vinlotteri, men for eksempel Fredagslotteri.
- Gevinster skal ikke inneholde alkohol.
- Gevinster bør være av interesse for alle ansatte, for eksempel:
- Gavekort (matbutikk, kino, kulturtilbud)
- Små opplevelser eller nyttige produkter

- Aktiviteten skal være frivillig, og gjennomføres på en måte som ikke skaper eksklusjon eller konflikt.
- Formålet er å skape trivsel og fellesskap, ikke å fremme alkoholbruk.

Begrunnelse

- **Lovverk:** Alkoholloven § 8-6 forbyr bruk av alkohol som gevinst uten bevilling.
- **HMS og Akan-prinsipper:** Bedriften skal bidra til et helsefremmende og inkluderende arbeidsmiljø.
- Alkoholrelaterte aktiviteter kan være problematiske for ansatte med avhengighetsutfordringer eller kulturelle/religiøse hensyn.
- **Lik praksis:** Et felles holdningsdokument sikrer at alle seksjoner forholder seg likt til aktiviteter i arbeidstiden.

Oppsummering

I tråd med foretakets retningslinje for rusmiddelbruk og avhengighet (eqs-id 70) og holdningsdokument som ligger relatert til retningslinjen at det skal legges til rette for sosiale aktiviteter som styrker fellesskap og trivsel, med gevinster som er alkoholfrie og av interesse for alle ansatte.

Aktiviteten kan omtales som «Fredagslotteri» eller tilsvarende, og gjennomføres på en måte som fremmer inkludering og et helsefremmende arbeidsmiljø uten fokus på alkohol.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget støtter Akan-utvalgets innstilling.

Premier i lotterier på arbeidsplassen skal være alkoholfrie, og aktiviteten åpen for alle som ønsker å delta.

11. Status HMS-lederkurs 2025 og plan for HMS-opplæring 2026

Ansvarlig: Heggem, Kjetil Teodor

Beskrivelse

Arbeidsmiljøutvalget i Helse Møre og Romsdal HF vedtok ny HMS-opplæring for alle ledere i foretaket på møtet 17.06.24.

“Alle ledere i Helse Møre og Romsdal skal ta lovpålagt oppæring i HMS-arbeid. For å legge bedre til rette for at

lederne oppfyller lovkravet vedtar Arbeidsmiljøutvalget i Helse Møre og Romsdal at det skal utvikles og gjennomføres et eget grunnkurs i HMS for ledere på én dag. Dette skal arrangeres vår og høst på to lokasjoner, med

oppstart høsten/vinter 2024. Til neste AMU i september vil HMS-utvalget presentere kursinnhold/agenda”.

I det påfølgende møtet i AMU 16.09.24 ble måla for opplæringa gjennomgått, og planlagte tema for kursdagen presentert.

Opplæringen har som mål å:

- Gi arbeidsgiver kunnskap om hvordan det skal arbeides systematisk med helse-, miljø og sikkerhet i virksomheten.
- Bidra til at arbeidsgiver blir i stand til å se, tenke og handle på en slik måte at helse, miljø, sikkerhet og velferd blir ivarettatt i virksomheten.
- Bidra til at arbeidsgiver ser verdien av et velfungerende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.
- Bidra til at helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet blir integrert i planleggings- og beslutningsprosesser i virksomheten, herunder også omstillingsprosesser.
- Sette arbeidsgiver i stand til aktivt å bruke arbeidsmiljøloven og dens forskrifter for å fremme en kontinuerlig forbedring av helse, miljø og sikkerhet i virksomheten.

- Gi arbeidsgiver kunnskap om arbeidsmiljøfaktorer som kan ha innvirkning på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og arbeidsmiljøet i egen virksomhet.
- Bidra til at arbeidsgiver driver godt helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid gjennom dialog, medvirkning og partssamarbeid.

Tema for 1-dagskurs i HMS for ledere i Helse Møre og Romsdal:

- Krav og rammer i lov, forskrift og retningslinjer
- Arbeidsmiljømodellen til Arbeidstilsynet
- Arbeidsmiljøloven med forskrift
- Regionalt rammeverk HMN
- Det systematiske HMS-arbeidet i HMR - Styrende dokument, Eqs-id 43
- Ansvar og roller i HMS-arbeidet
- Arbeidsgivers ansvar for arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid
- Arbeidsmiljøutvalget med underutvalg i Helse Møre og Romsdal
- Verneombudets rolle
- Bedriftshelsetjenesten sin rolle
- Samarbeidsråd
- Systematisk HMS-arbeid i Helse Møre og Romsdal med forebyggende fokus
- HMS-portalen
- HMR sine årlige HMS-mål
- Risikovurdering og handlingsplan/tiltak
- HMR sine kartleggingsverktøy

Etter ett års virke har det blitt gjennomført fire HMS-lederkurs, og kurset har økt kompetansen innen helse, miljø og sikkerhet for 97 tilsette i foretaket.

Vedlagt er oversikt over fullført deltakelse på HMS-lederkurs.

Etter gjennomført kursdag har det blitt sendt ut evalueringsskjema til deltakerne. Evalueringene tyder på at vi har lyktes med å dekke et kompetansebehov hos lederlinja.

Evalueringene tas med i planleggingen av nye kurs. Utdrag av svar er vedlagt.

Plan for HMS-opplæring 2026

For 2026 er det planlagt nye kurs, og datoene for vinter/vår er satt. Av oversikten under blir det én ekstra dag med HMS-lederkurs, da vi etter tilbakemeldinger setter opp en egen dag for ledere i Volda denne gangen.

Dersom enkelte ikke kan møte på nærmeste lokasjon er de selvsagt velkommen til å melde seg på ved annen lokasjon. Dette gjelder spesielt på grunnkurset, hvor én av dagene kanskje ikke passer med øvrig aktivitet, og de fullfører kurset ved å ta denne dagen på annen lokasjon.

03.-05. februar:	HMS-grunnkurs	Molde, Knausen
24.-26. februar:	HMS-grunnkurs	Ålesund, Auditoriet
24.mars:	HMS-lederkurs	Ålesund, Auditoriet
14. april:	HMS-lederkurs	SNR Hjelset, Strandheim
28. april:	HMS-lederkurs	Volda, Møterom 1 og 2

Oppsummering

Innføringa av eget HMS-lederkurs har vært et vellykka tiltak for å øke lederlinja sin kompetanse innen HMS.

God deltakelse og god måloppnåelse for deltakerne i forhold til opplæringsmål målt gjennom evaluering, og kursdager avholdt etter plan.

Nye kursdatoer for både grunnkurs og lederkurs er lagt i plan, og legges ut i Læringsportalen.

Det er viktig at hele lederlinja gjennomfører HMS-lederkurs for at organisasjonen skal øke sin HMS-

kompetanse og bidra i utviklinga av arbeidsmiljø både lokalt og for foretaket samla.
Det kom innspill/ønske om ytterligere en dag for HMS-lederkurs, arbeidsgruppen vil se på dette.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget i Helse Møre og Romsdal HF tar saken til orientering, og ber samtidig om at dette tas opp i foretaksledergruppen for å sikre helhetlig oppslutning om tiltaket.

Saksdokumenter

- [Oversikt fullført HMS-lederkurs 2025.png](#)
- [Evaluering av HMS-lederkurs 2025.pptx](#)

12. Life Clean - orientering om prosess og tiltak

Ansvarlig: Heggem, Kjetil Teodor

Beskrivelse

Det har det siste halve året pågått et arbeid i Helse Midt-Norge, og da særlig i Helse Nord-Trøndelag (HNT), vedrørende klordioksid. Arbeidet har vært knyttet til ansattes eksponering for, og målinger knyttet til, bruk av desinfeksjonsmidlet LifeClean (klordioksid).

Arbeidet ble iverksatt for å ivareta både arbeidstakers HMS og behovet for effektiv desinfeksjon. Leverandøren av LifeClean, PartnerMed, har bidratt i arbeidet med å belyse alle sider av saken. Regionalt kompetansesenter for smittevern (RKS) har hatt en nøkkelrolle da man så at arbeidet ville få konsekvenser for hele regionen.

Måleverdier og metoder

Grenseverdiene for klordioksid ble i 2024 endret av Arbeidstilsynet. Klordioksid ble endret fra grenseverdi til takverdi i [Forskrift om tiltaks- og grenseverdier](#). Det ble da ikke gitt anbefaling om verifisert målemetode.

Etter en prosess med Arbeidstilsynet og Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), er det av Arbeidstilsynet gjort vurderinger av grenseverdier og målemetoder. På bakgrunn av dette arbeidet har Arbeidstilsynet nå besluttet å gå bort fra takverdi for eksponering for klordioksid. De forholder seg nå til samme grenseverdier som andre europeiske land. Dette er verdier som før april 2024 var gjeldene i Norge. På bakgrunn av denne informasjonen fra Arbeidstilsynet, vil ikke rapporten fra målinger gjort i HNT opp mot takverdi være relevant opp mot nye gjeldende grenseverdier.

Verneutstyr

LifeClean og andre desinfeksjonsmidler er trygt å bruke om bruksanvisning/sikkerhetsdatablad og gjeldende lokale prosedyrer følges. Når man bruker kjemikalier i sitt arbeid skal man alltid bruke verneutstyr i henhold til produktets bruksanvisning, seksjonens risikovurdering av kjemisk arbeidsmiljø og [lokale prosedyrer](#). Hansker skal brukes ved håndtering av all kjemi, også LifeClean. Åndedrettsvern (Filtertype -B) skal brukes ved utilstrekkelig ventilasjon og ved langvarig eksponering for klordioksid (mer enn 15min). Anbefalt mengde LifeClean er 40 ml pr m². Ansatte som opplever ubehag ved bruk av desinfeksjonsmiddel anbefales å melde fra til nærmeste leder, og benytte annet desinfeksjonsmiddel. Ubehag kan bl.a. skyldes at personen er spesielt sensitiv for innholdsstoffene i produktet.

Substitusjon

Substitusjon innebærer å velge det minst helseskadelige desinfeksjonsmiddelet som fortsatt oppfyller krav til smittevern og desinfeksjon. Dette krever risikovurdering av eksponeringsrisiko, arbeidsprosesser og kunnskap om- og vurdering av tilgjengelige alternativer. Ved aktiv involvering av ansatte og fagpersonell i vurderingen, styrkes både HMS-kulturen og kvaliteten. Målet er å sikre effektiv desinfeksjon samtidig som man ivaretar helse, miljø og sikkerhet.

Oppsummering

Informasjonen over er delt på Innsida og i mail til leiarlinja, verneteneste og tillitsvalgte.

Prosedyrer knyttet til bruk av desinfeksjonsmidler vil bli oppdatert fra Smittevern.

Avdekte opplæringsbehov tas i seksjonene, med evt støtte fra BHT og Smittevern.

Ansvarfordelinga i vidare veiledning på seksjonsnivå er delt mellom Bedriftshelsetenesta, Smittevern og HMS-rådgiver.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget for Helse Møre og Romsdal HF tar saken til orientering.

13. Forny kriterier for tildeling av velferdsmidler

Ansvarlig: Aarø, Jannicke

Beskrivelse

Orientering om behov for fornying av kriterium:

Gjeldande kriterium har vore uendra i mange år. Dei er samstundes relativt generelle i utforminga, noko som gjer at vi må bruke skjønn ved avgjerd om kven som skal få tildelt velferdsmidlar.

Hensikta med endringane er å gjere kriterium meir konkrete for oss som skal ta avgjerd om tildeling, og samstundes meir forståelege for dei som skal søkje.

Det er òg relevant at kriterium speglar endringar i søknadsskjemaet, slik at vi får inn meir relevant informasjon i søknaden. Dette gjeld: kontaktpersonar, Resh-nummer, seksjonar (namn), tal på tilsette det vert søkt for, varigheit og repeterande aktivitet, samt type tiltak det kan søkjast om.

Forslag til nye kriterium:

1. Tiltaket skal vere tilgjengeleg for alle tilsette som ønskjer å delta.
2. Tiltaket skal ha eit visst aktivitetsnivå og repeterande aktivitet gjennom heile eller delar av året.
3. Tiltaket skal marknadsførast mot tilsette.
4. Søknaden kan gjelde kulturelle tiltak, tiltak med fysisk aktivitet eller andre sosiale og repeterande tiltak.
5. All tildeling skjer etter årleg søknad, også for tiltak som går over fleire år.
6. Ved søknader til ulike løp, maraton eller skiløp, må det presiserast korleis ein skal trene gjennom året (repeterande tiltak), og kor mange det vert søkt midlar for.
7. Det vert ikkje gitt støtte til julebord, sommarfestar eller andre festar som skjer berre ein gong i året.
8. Aktivitetar som tidlegare har motteke velferdsmidlar, skal ved ny søknad levere årsrapport med rekneskap (gjeld ikkje ved oppstart av nye tiltak).
9. Innkjøpt utstyr skal ved opphøyr av drift tilbakeførast til organisasjonen.
10. Tiltaket skal ha ein kontaktperson og ein vara. Desse skal vere tilgjengelege på mobil og e-post når midlane er klare for tildeling.
11. Kontaktpersonane må legge inn kontonummer/Resh-nummer, seksjon, seksjonsleiar og namn på eigen controller i søknadsskjemaet.

Søknader som er ufullstendige, kan bli avviste frå søknadsbehandling.

All informasjon som er nødvendig for å fylle ut skjemaet, er tilgjengeleg på Innsida. For meir informasjon om eigen seksjon, ta kontakt med seksjonsleiar.

Har du spørsmål? Send oss ein e-post: velferd@helse-mr.no. Vi handterer søknadsprosessen og førebuinga inn mot vedtak i AMU kvart år.

Etter at tildeling er gjort, må kontaktpersonane handtere sine tildelte midlar med støtte frå seksjonen sin controller.

Søknadsskjema for velferdsmidlar vil vere tilgjengeleg frå 01.01.26 med søknadsfrist 31.01.26.

Lenke til gjeldande kriterium:

[HMR Tilsett goder og velferd – Hjemmeside](#)

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalet i Helse Møre og Romsdal HF vedtek nye kriterier for tildeling av velferdsmiddel.

14. Oppretting av velferdskomité i Helse Møre og Romsdal

Ansvarlig: Aarø, Jannicke

Beskrivelse

Det er behov for å opprette velferdskomite bestående av ansatte frå alle lokasjonar i HMR. Velferden i HMR var i utgangspunktet drifta og administrert av ei 60% stilling som var lokalisert i administrasjonen. Denne stillingshjemmelen blei avvikla i 2020? og oppgavene blei fordelt ut over i HR avdelinga. Dette har ført til ei mindre samla og engasjert handtering av velferdstiltaka.

Det har også ført til at velferda blir administrativt drifta, ovenfra og ned, med lav medvirkning frå ansatte. Samtidig ser vi at kunstlaga og bedriftsidretten, blir drifta av ansatte, med stor suksess. Der er stort engasjement og god drift som er organisert av ansatte i HMR.

Ein intern velferdskomite vil gi moglegheit for medarbeidarpåvirking frå alle nivå og frå ulike yrkesgrupper i foretaket.

Det vil også gi moglegheit til å utforme og delta i helsefremmande og positive tiltak for dei ansatte.

Fordelar med å opprette ein velferdskomite:

- Vi trekker ansatte opp på fordelingsnivå av velferdsmidlane
- Ansatte blir gitt moglegheit til å medvirke med sine ressursar, på samme positive måte som det vert gjort i kunstlaga og i bedriftsidretten
- Vi øker den totale medvirkninga for ansatte, og kan skape betre engasjement og forståelse for korleis velferdstiltak drivast i ein stor organisasjon

Oppretting og drift av velferdskomite:

HR og HMS rådgivar kan bidra til å marknadsføre og opprette velferdskomiteen som blir tversgåande for heile HMR. Det vi kan vi hjelpe til med er å:

- Orienterer om relevante retningslinjer og reglar for korleis ein velferdskomite skal jobbe.
- Marknadsføre og gjennomføre årlege valg av medlemmer, slik at dette foregår på ein rettferdig og relevant måte.
- Sørge for at nødvendig dokumentasjon og rapportering blir gjennomført slik at vi har historikk og regnskap lagra.
- Lage nye, og vedlikehold eksisterande prosedyrer, slik at desse er innanfor relevant lovverk og våre interne retningslinjer

Målsetting med tiltaket:

1. Større medvirkning og betre ansatt engasjement i organisasjonen
2. Betre forståelse for korleis velferdstiltak driftast, slik at vi kan øke den frivillige delen av medarbeiderskap på lavast mulig nivå i HMR
3. Øke ansatte si deltaking i digital marknadsføring av velferdstiltak på velferdssidene til HMR

Oppsummering

Arbeidsmiljøutvalet i Helse Møre og Romsdal ser behovet for å sjå nærmere på organisering av fordeling

og tildeling av velferdsmidla i foretaket. Vi tar diskusjonen i møtet.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget verdsetter initiativet og intensjonen i saksgrunnlaget, og ber HR jobbe vidare med forslaget og sjå på moglegheitene for å opprette ein velferdskomité som er operativ til tildelinga i 2027.

15. Systematisk nærværs- og sykefraværsoppfølging i HMR

Ansvarlig: Lundberg, Kjetil

Beskrivelse

Presentasjon av en internaktiv modell som viser systematiske verktøy og virkemidler for nærværsarbeid og oppfølging av sykefravær i HMR. Modellen i seg selv inneholder ikke nye tiltak. Tanken bak modellen er å vise en tydelig strategisk retning i dette arbeidet, og gjøre det lettere for ledere å navigere i systemene. HMR skal være en dynamisk og lærende organisasjon i nærværesarbeidet, noe som er synliggjort i den strategiske retningen. Modellen er utarbeidet av HR med bistand fra kommunikasjonsavdelingen, og er et resultat av partssammensatt arbeid med workshop, også med innspill fra fra BHT, NAV og Spekter. Modellen er presentert for FTV og HVO 10. desember 2025.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget støtter en systematisering av verktøy, og synliggjøring av en tydelig strategi for nærværs- og sykefraværsarbeid.

Saksdokumenter

- [HMR-modellen for nærvær og sykefraværsoppfølging.pptx](#)

Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal

Møtestad: Storhornet, adm. bygget Ålesund

Dato: 15.12.2025

Tidspunkt: 10.00 - 14.00

Til stades:

Namn

Varamedlem for

Atle Tangen

Janne Remøy Endresen

Paula Næss Skår

Ann Helene Skare

Lasse Alexander Honningsvåg

Per Øvermo

Brit Harsem

Oddrun Annie Stensø Nasvik

Bjørn Aske

Ikkje møtt:

Kai Knutsen Sivertsen

Frå administrasjonen møtte:

Namn

Stilling

Vidar Hagerup

Kvalitetssjef

Turid R. Aarønes

Rådgiver

Merknad i møte:

Pasient- og Brukarombod Hanne Stenseth Haavde deltok via teams.

Medlem Evy Svansemli deltok på teams.

Møteprotokollen er godkjend i møtet

SAKLISTE

Sak nr.	Tittel
98/25	Godkjenning av innkalling og saksliste
99/25	Orientering frå administrerende direktør
100/25	Status økonomi
101/25	Status HelsaMi - HP
102/25	Status ventetider
103/25	Kva endringar vil pasienter oppleve i samband med innføring av felles tilvisningsmottak i ortopedi?
104/25	Orientering frå Regional brukarkonferanse 06-07.11.2025
105/25	Referatsaker
106/25	Deltaking i råd og utval
107/25	Eventuelt

98/25 Godkjenning av innkalling og saksliste

Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal si behandling av sak 98/2025 i møte den 15.12.2025

Behandling

Ingen merknader til innkalling eller saksliste.

Vedtak

Brukerutvalet for Helse Møre og Romsdal tek innkalling og saksliste til vitande.

99/25 Orientering frå administrerende direktør

Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal si behandling av sak 99/2025 i møte den 15.12.2025

Behandling

Adm.dir. orienterte om omstillingskrav og økonomisk situasjon i HMR-HF. HMR-HF står overfor et omstillingskrav på over 400 millioner kroner fra ett år til et annet, og det er igangsatt tiltak på klinikknivå for å møte dette kravet. Det er funnet tiltak for rundt 300 millioner, men det gjenstår fortsatt tiltak for å dekke hele beløpet. Tiltak inkluderer blant annet behovsstyrt tjenestetilbud og vurdering av henvisninger i henhold til prioriteringsforskriften. Omstillingskravene kan føre til endringer i hvordan tjenestene leveres, og det kan bli nødvendig med reduksjon i årsverksvekst. Ansatte har rett til informasjon om slike planer først. Alle tiltak kan ikke presenteres offentlig ennå. Ulike effektiviseringstiltak ble diskutert, inkludert bruk av kunstig intelligens, Helseplattformen og nye digitale løsninger for å forbedre arbeidsprosesser og pasientbehandling. Budsjettet for 2026 innebærer generelle krav til effektivisering og det er nødvendig å lage en plan for hele omstillingsperioden, som skal være ferdig til neste rullering av langtidsbudsjettet i mai. Det er en rest på rundt 120 millioner kroner som ikke er dekket av konkrete tiltak, og det jobbes videre med dette. Økte finanskostnader, investeringer i nytt sykehus og endringer i fordelingsmodeller påvirker den økonomiske situasjonen. Magnussen-modellen skal revideres, og det jobbes med å sikre mest mulig rettferdig fordeling av midler. Det er nødvendig med en viss grad av innleie og overtid for å håndtere variasjoner i drift, men løsningen er ikke å ansette flere faste, men å finne en balanse som gir akseptabel belastning for de ansatte.

Vedtak

Brukarutvalet for Helse Møre og Romsdal HF tek orientering frå adm direktør til vitande med følgande tillegg:

1. Som det går fram av ADs saksutredning til styret for Helse Møre og Romsdal er de økonomiske problemene i hovedsak knyttet til forhold som foretaket i dag ikke selv kan påvirke:
 - økende finanskostnader,
 - innføring av Helseplattformen,
 - tatt i bruk akuttstusykehuset på Hjelset,
 - Vedvarende høye medikamentkostnader, IKT-kostnader og vedlikeholdskostnader.
2. Brukerutvalget i Møre og Romsdal har forståelse for at den økonomiske situasjonen krever at det må skje omstilling og effektivisering. Brukerutvalget er imidlertid svært bekymret for konsekvensene av de pågående prosessene med utgangspunkt i måltallene det opereres med i budsjett 2026 og den økonomiske langtidsplan. Der er her forutsatt at Helse Møre og Romsdal skal bli det mest effektive sykehusforetaket i landet. Noe som neppe er forenlig med å opprettholde kvalitet og kapasitet i pasienttilbudet.
3. Brukerutvalget i Møre og Romsdal viser til sine tidligere vedtak om at et likeverdig helsevesen er en nasjonal forpliktelse, og innbyggerne i Møre og Romsdal må sikres samme kvalitet, trygghet og nærhet til helsehjelp som resten av landet og forventer at foretaket, regionen og nasjonale myndigheter sikrer nødvendige rammer for et trygt og forsvarlig helsetilbud.

100/25 Status økonomi

Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal si behandling av sak 100/2025 i møte den 15.12.2025

Behandling

Økonomidirektør Randi Myhre gjennomgikk budsjettstatus, årsaker til avvik, og utfordringer knyttet til økte medikamentkostnader, spesielt innen kreftbehandling, samt hvordan dette påvirker prioriteringer og ressursfordeling. Myhre presenterte november tallene som viste svikt i pasientrelaterte inntekter og merkostnader på lønn, medikamenter og forbruksvarer. Resultatet for november kunne vært 8-10 millioner bedre med normal aktivitet. Det ble påpekt at avviket på varekostnader hovedsakelig skyldes økte utgifter til medikamenter, særlig innen kreftbehandling. Kostnadsveksten har vært betydelig høyere enn budsjettert, og det er nødvendig å prioritere innenfor rammen, noe som kan føre til omfordeling fra lønn til medikamentbudsjett. Det ble forklart at Helse Midt-Norge ikke har fått økte midler til finanskostnader knyttet til nybygg bortsett fra et mindre ekstra tilskudd som ikke dekker de reelle rentekostnadene. Endringer i fordelingsmodeller og bortfall av øremerkede midler har gitt inntektsbortfall, og realveksten i budsjetterammene er liten. Dette forsterker behovet for prioritering og effektivisering.

Vedtak

Brukerutvalet for Helse Møre og Romsdal HF, tek saka til vitande.

101/25 Status HelsaMi - HP

Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal si behandling av sak 101/2025 i møte den 15.12.2025

Behandling

Henrik Erdal orienterte om hva det jobbes med i Helseplattformen. Det satses på kunstig intelligens, blant annet gjennom tale-til-tekst og andre AI-baserte funksjoner under utprøving. Dette skal bidra til mer effektive arbeidsprosesser og bedre oversikt over pasienthistorikk. Innføringen av Helseplattformen har hatt både positive og negative effekter. En rapport fra Riksrevisjonen og Vista Analyse viser at effektiviteten har blitt redusert på noen områder, men at samhandlingen mellom foretak og kommuner har blitt bedre. Andelen pasienter som bruker HelsaMi øker, og det arbeides med å utvide muligheten for selvbooking av timer, spesielt innen sykepleiedrevne poliklinikker. Det ble også informert om at Vipps som betalingsmåte er under vurdering. Tilsyn for universell utforming har avdekket mange avvik i HelsaMi løsningen, hvor omtrent halvparten er utbedret. Det er varslet dagbøter dersom ikke alle avvik rettes innen fristen, og det kan bli aktuelt å midlertidig stenge webløsningen.

Vedtak

Brukarutvalet for Helse Møre og Romsdal HF, tek saka til vitande.

102/25 Status ventetider

Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal si behandling av sak 102/2025 i møte den 15.12.2025

Behandling

Fagdirektør Erik G. Sjøgaard gjennomgikk status for ventetider som har variert etter innføringen av Helseplattformen, med særlig utfordringer innen ortopedi og øyefaget. Det har vært en betydelig reduksjon i fristbrudd, spesielt innen hud og øre-nese-hals, blant annet takket være sammenslåing av seksjoner og bruk av digitale konsultasjoner.

Vedtak

Brukarutvalet for Helse Møre og Romsdal HF, tek saka til vitande

103/25 Kva endringar vil pasienter oppleve i samband med innføring av felles tilvisningsmottak i ortopedi?

Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal si behandling av sak 103/2025 i møte den 15.12.2025

Behandling

Fagdirektør Erik G. Sjøgaard orienterte om oppretting av felles henvisningsmottak for ortopedi fra 1. desember 2025 for å redusere variasjon og sikre mer rettferdig og effektiv ressursbruk. Dette gir mulighet for bedre koordinering på tvers av lokasjoner og mer standardiserte vurderinger av henvisninger. Det ble diskutert hvordan standardisering av vurderinger kan kombineres med individuelle hensyn, særlig for pasienter med spesielle behov. Det ble understreket av pasienter fortsatt har mulighet til å velge

behandlingssted, men at dette kan påvirke ventetiden. Sjøgaard informerte om prosjekter hvor kunstig intelligens brukes til å vurdere røntgenbilder, og at dette gir raskere svar til pasientene. Det er også innført digitale skjemaer og oppfølgingsverktøy for å redusere unødige kontroller og overbehandling.

Vedtak

Brukarutvalet for Helse Møre og Romsdal HF, tek saka til vitande.

104/25 Orientering frå Regional brukarkonferanse 06-07.11.2025

Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal si behandling av sak 104/2025 i møte den 15.12.2025

Behandling

Leder i Brukerutvalet orienterte om programmet og erfaringer fra Regional brukerkonferanse hvor beredskap, brukervedvirkning og teknologi i helsetjenesten, inkludert tale-til-tekst og Helseplattformen ble diskutert. Presentasjoner fra konferansen vil bli lagt ut på nettsiden til Brukerutvalet.

Vedtak

Brukarutvalet for Helse Møre og Romsdal HF, tek saka til orientering.

105/25 Referatsaker

Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal si behandling av sak 105/2025 i møte den 15.12.2025

Behandling

To brukerrepresentanter har deltatt i arbeidsgruppe 'Utviklingsplan for psykisk helse og rus'. De har synspunkt på utviklingen som er skissert i planen, og bekymringer knyttet til reduksjoner i psykiatrien. Viktigheten av dokumentasjon og brukervedvirkning i prosjekter og utvalg ble diskutert. Notat med bekymringer om planlagte reduksjoner i psykiatrien er oversendt klinikkjef, prosjektleder, administrasjonen og brukerutvalget. Notatet legges ut som referatsak.

Vedtak

Brukarutvalet for Helse Møre og Romsdal HF, tek saka til orientering, inklusivt tillegg som gjelder 'Utviklingsplan for psykisk helse og rus'.

106/25 Deltaking i råd og utval

Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal si behandling av sak 106/2025 i møte den 15.12.2025

Behandling

Representasjon i råd og utval ble gjennomgått.

Oversikt til Brukerutvalgsmøte HMR 15.12.2025

Navn	Dato	Deltatt i:
Paula Næss Skår	17.11.25	Brukerutvalget for HMR
	20.11.25	Styremøte i HMR
	27.11.25	Arbeidsmøte til BU
	03.12.25	Møte i Strategisk samarbeidsutv. (SSU)
Janne Remøy Endresen	11.11.25	KPU
	12.11.25	PSHT Volda
	12-14.11.25	KEK Høstseminar, Oslo
	17.11.25	BU HMR, Ålesund
	21.11.25	AIO, Ålesund
	27.11.25	AU BU HMR
	28.11.25	Arealplan Ålesund Sykehus
	02.12.25	KEK
	04.12.25	ROS analyse Omstilling Kir. Avd., Ålesund
	09.12.25	FSU Svangerskap, Fødsel og Barsel
	10.12.25	KEK i lag med Ålesund KEK, Ålesund
	11.12.25	KEK
	12.12.25	AIO
	15.12.25	BU HMR
	17.12.25	PSHT Volda
	18.12.25	Kvalitetsråd Kreft og Rehab.
Evy Svanemslis	27.11.25	Brukerutvalget i Sykehusapotekene
Per Sigbjørn Øvermo	28.11.2025	prosjektet "Arealplan Ålesund Sykehus"
	04.12.2025	Kvalitetsråd Klinikk for Prehospitale Tjenester
	11.12.2025	Kvalitetsråd SNR
	12.12.2025	AIO utvida gruppelederforum
Atle Tangen	17.10.25	Brukerutvalget HMR
	28.11.25	LSU Nordmøre og Romsdal

Bjørn Aske	10.12.2025	PROFO Nordmøre og Romsdal
------------	------------	---------------------------

Ann Helene sender oppdatering.

Vedtak

Brukarutvalet for Helse Møre og Romsdal HF, tek saka til orientering.

107/25 Eventuelt

Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal si behandling av sak 107/2025 i møte den 15.12.2025

Behandling

Følgende saker ble gjennomgått:

1. Velkommen til ny leder og nestleder i Brukerutvalet Helse Møre og Romsdal. Vidar Hagerup ønsket ny leder og nestleder velkommen.
2. Takk til Brukerutvalget - Vidar Hagerup takket BU for innsatsen i 2025.

Vedtak

Tatt til vitende.