HELSE NORD | DAVVIDEARVVAŠVUOHTA VARRESVUOHTA NUORTTA HEALSOE NOERHTE

SAKSFRAMLEGG

DATO: 20.5.2026
SAKSANSVARLIG: Erik Arne Hansen
SAKSBEHANDLER: Marianne Løkkebakken

Virksomhetsrapport for april 2026

ARKIVREF:2026/54 - 7

MØTEFORUM:	SAKSNUMMER:	MØTEDATO:
Styremøte	61-2026	27.5.2026

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport for april 2026 til orientering.

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

Formål
I vedlagte virksomhetsrapport vil status på ventetider, fristbrudd, bemanning og økonomi i april måned for foretaksgruppen i Helse Nord bli presentert.

Det vises til oppfølgingspunkter i *styresak 71-2025 Virksomhetsrapport nr. 5-2025* (styremøte 19. juni 2025) og *styresak 132-2025 Virksomhetsrapport nr. 11-2025* (styremøte 18. desember 2025) angående vedtakspunkt om mer orientering av utfordringene knyttet til utskrivningsklare pasienter.

Det vises også til vedtakspunkt i *styresak 29-2025 Virksomhetsrapport nr. 2-2025* (styremøte 26. mars 2025) angående kapasitet i sykehusene. I denne styresaken er det tatt inn mer omtale av utskrivningsklare pasienter og indikatoren «ikke-møtt» for å belyse mer om hvordan dette påvirker kapasiteten i sykehusene og den løpende driften.

Overordnet vurdering av status i april måned
Ventetiden for ventende pasienter ligger på samme nivå som i forrige måned. For påbegynt helsehjelp er ventetiden blitt lenger sammenlignet med forrige måned, og ventetidene ligger godt over målkravet for både somatikk og psykisk helsevern. Helseforetakene har fortsatt et stabilt antall langtidsventende pasienter (ventetid over seks måneder), og dette innebærer at det vil ta tid før det vises en markant nedgang. Antall ventende, nyhenviste pasienter er redusert siden forrige måned.

Det gjennomsnittlige forbruket av månedsverk de siste tre månedene (perioden februar – april) viser en reduksjon på 46 sammenlignet med tilsvarende tremånedersperiode i fjor. Reduksjonen er særlig knyttet til færre variable og innleide månedsverk. Bemanningsforbruket i april måned ligger på tilnærmet samme nivå som i forrige måned, men er nå lavere enn det var i april i fjor. Bemanningsforbruket er likevel for høyt målt mot helseforetakenes egne omstillingsplaner og gir seg utslag i betydelig merforbruk av lønns- og personalkostnader. Helseforetakene har rapportert lavere tiltakseffekt enn planlagt på bemanningstiltakene.

Det økonomiske resultatet i mars måned endte opp med et underskudd på ca. 17 mill. kroner. I april måned er det gjort regnskapsmessige korrigeringer med en negativ effekt på ca. ni mill. kroner som i hovedsak skyldes endret sats for ISF-kompensasjon.

Administrerende direktørs vurdering
Etter første tertial er akkumulert underskudd i foretaksgruppen 43 mill. kroner. Målt mot budsjetterte driftsinntekter har både Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset svakere resultatutvikling enn de to øvrige sykehusforetakene.

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

Resultatutviklingen preges fortsatt av for høyt bemanningsforbruk i sykehusforetakene med tilhørende høye lønnskostnader, samt manglende tiltakseffekt på vedtatte bemanningstiltak. Det blir viktig at helseforetakene forsterker arbeidet med å øke gjennomføringsgraden av tiltak frem mot sommeren.

Ventetidene ligger på et stabilt for høyt nivå sammenlignet mot målkravene for i år, og adm. direktør er ikke tilfreds med at markant nedgang i ventetider ser ut til å la vente på seg. Det påpekes i ukentlige møter med helseforetakene at ventetidsarbeidet må ha høy prioritet og at alle tiltak som kan gjennomføres blir gjort, samt at ytterligere tiltak må iverksettes der det er behov.

Vedlegg: Virksomhetsrapport for april

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

HELSE NORD | DAVVIDEARVVAŠVUOHTA
VARRESVUOHTA NUORTTA
HEALSOE NOERHTE

Virksomhetsrapport april 2026

Helse Nord RHF

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

Innhold

1 Målekortet ... 3

2 Aktivitet ... 3

2.1 Somatikk ... 3

2.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ... 4

3 Kvalitet ... 4

3.1 Antall ventende nyhenviste pasienter ... 4

3.2 Antall henvisninger ... 6

3.3 Ventetider ... 7

3.3.1 Somatikk ... 8

3.3.2 Psykisk helsevern voksne (VOP) ... 9

3.3.3 Psykisk helsevern barn og unge (BUP) ... 10

3.3.4 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ... 11

3.4 Fristbrudd ... 12

3.5 Passert planlagt tid ... 13

3.6 Utskrivningsklare pasienter ... 14

3.7 Ikke-møtt ... 19

4 Bemanning, innleie og sykefravær ... 20

4.1 Utvikling månedsverksforbruk ... 20

4.2 Innleie fra firma ... 22

4.3 Sykefravær ... 22

5 Økonomi og omstilling ... 23

5.1 Økonomisk resultat og tiltaksarbeid i helseforetakene ... 23

5.2 Investeringer og likviditet ... 25

6 Vedlegg ... 27

6.1 Regnskapsoppstilling april ... 27

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

1 Målekortet

Kategori	Indikator	April 2026	Måloppnåelse	Hittil i år	Hittil i fjor	Trend
Ventetid og fristbrudd	Andel fristbrudd påbegynt helsehjelp - Alle fagområder	10.1 %		8.8 %	10.8 %	
Ventetid og fristbrudd	Andel fristbrudd ventende - Alle fagområder	6.5 %		6.7 %	9.7 %	
Ventetid og fristbrudd	Ventetid for ventende - Alle fagområder	74.1		74.6	86.9	
Ventetid og fristbrudd	Ventetid for ventende - BUP	40.0		37.7	37.1	
Ventetid og fristbrudd	Ventetid for ventende - SOM	75.5		76.1	89.5	
Ventetid og fristbrudd	Ventetid for ventende - TSB	26.1		29.1	28.8	
Ventetid og fristbrudd	Ventetid for ventende - VOP	65.1		65.5	59.4	
Ventetid og fristbrudd	Ventetid påbegynt helsehjelp - Alle fagområder	69.1		66.2	73.4	
Ventetid og fristbrudd	Ventetid påbegynt helsehjelp - BUP	53.0		51.5	55.3	
Ventetid og fristbrudd	Ventetid påbegynt helsehjelp - SOM	69.8		67.0	74.3	
Ventetid og fristbrudd	Ventetid påbegynt helsehjelp - TSB	32.7		36.5	42.0	
Ventetid og fristbrudd	Ventetid påbegynt helsehjelp - VOP	68.6		64.4	69.7	
Økonomi	Økonomisk resultat	-30.4		-96.1	-183.3	

Tabell 1 Måloppnåelse utvalgte indikatorer april. Kilde: HN LIS

2 Aktivitet

2.1 Somatikk

Aktivitet målt i antall opphold per utgangen av april måned viser at aktiviteten samlet sett ligger på tilnærmet samme nivå som på samme tid i fjor, jf. tabell 2 nedenfor.

Den polikliniske aktiviteten er ca. en prosent høyere enn i fjor, og det er positivt med bakgrunn i at det i april i fjor ble jobbet intensivt med å redusere antall ventende pasienter som følge av Ventetidsløftet.

Antall døgnopphold er færre enn det har vært de siste to årene og reduksjonen utgjør ca. fem prosent, jf. tabell 3. Det er variasjon mellom helseforetakene og hvor særlig UNN og Helgelandssykehuset har størst nedgang sammenlignet med i fjor.

Antall sykehusopphold

		År	2023	2024	2025	2026
Omsorgsnivå*	Tjenesteområde		Antall opphold	Antall opphold	Antall opphold	Antall opphold
Total			**253 523**	**261 798**	**271 251**	**272 273**
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	SOM		200 563	206 658	216 354	218 793
Døgnopphold	SOM		27 031	27 805	28 491	27 126
Dagbehandling	SOM		25 929	27 335	26 406	26 354

Tabell 2 *Antall opphold somatikk per omsorgsnivå ved utgangen av rapportmåned. Kilde: NIMES/HN LIS*

Årlig vekst i antall opphold

		År	2023	2024	2025	2026
Omsorgsnivå*	Tjenesteområde		Årlig vekst (antall opphold)	Årlig vekst (antall opphold)	Årlig vekst (antall opphold)	Årlig vekst (antall opphold)
Total			.	**3 %**	**4 %**	**0 %**
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	SOM		.	3 %	5 %	1 %
Døgnopphold	SOM		.	3 %	2 %	−5 %
Dagbehandling	SOM		.	5 %	−3 %	−0 %

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

Tabell 3 Relativ årlig vekst fra 2024 til 2025 i totalt antall opphold somatikk ved utgangen av rapportmåned. Kilde: NIMES/HN LIS

2.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Aktivitetsdata for polikliniske konsultasjoner/kontakter innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) viser samlet sett at antall opphold er om lag en prosent høyere enn per utgangen av april i fjor, jf. tabell 4. Ventetidsløftet hadde stor oppmerksomhet første halvår i fjor og det var ekstra høy aktivitet i poliklinikk. Særlig gjaldt dette innenfor psykisk helsevern for voksne, og det er positivt at antall opphold i år ligger på samme nivå som i fjor.

Antall sykehusopphold

	År	2023	2024	2025	2026
Omsorgsnivå*	Tjenesteområde	Antall opphold	Antall opphold	Antall opphold	Antall opphold
Total		**83 094**	**85 297**	**90 830**	**91 746**
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	VOP	49 131	50 969	54 433	54 702
	BUP	27 063	27 760	28 971	29 633
	TSB	6 900	6 568	7 426	7 411

Tabell 4 Totalt antall polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern og TSB per rapportmåned. Kilde: NIMES/HN LIS

Årlig vekst i antall opphold

	År	2023	2024	2025	2026
Omsorgsnivå*	Tjenesteområde	Årlig vekst (antall opphold)	Årlig vekst (antall opphold)	Årlig vekst (antall opphold)	Årlig vekst (antall opphold)
Total		.	**3 %**	**6 %**	**1 %**
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	VOP	.	4 %	7 %	0 %
	BUP	.	3 %	4 %	2 %
	TSB	.	−5 %	13 %	−0 %

Tabell 5 Relativ årlig vekst fra 2023-2025 i totalt antall opphold psykisk helsevern og TSB per rapportmåned. Kilde: NIMES/HN LIS

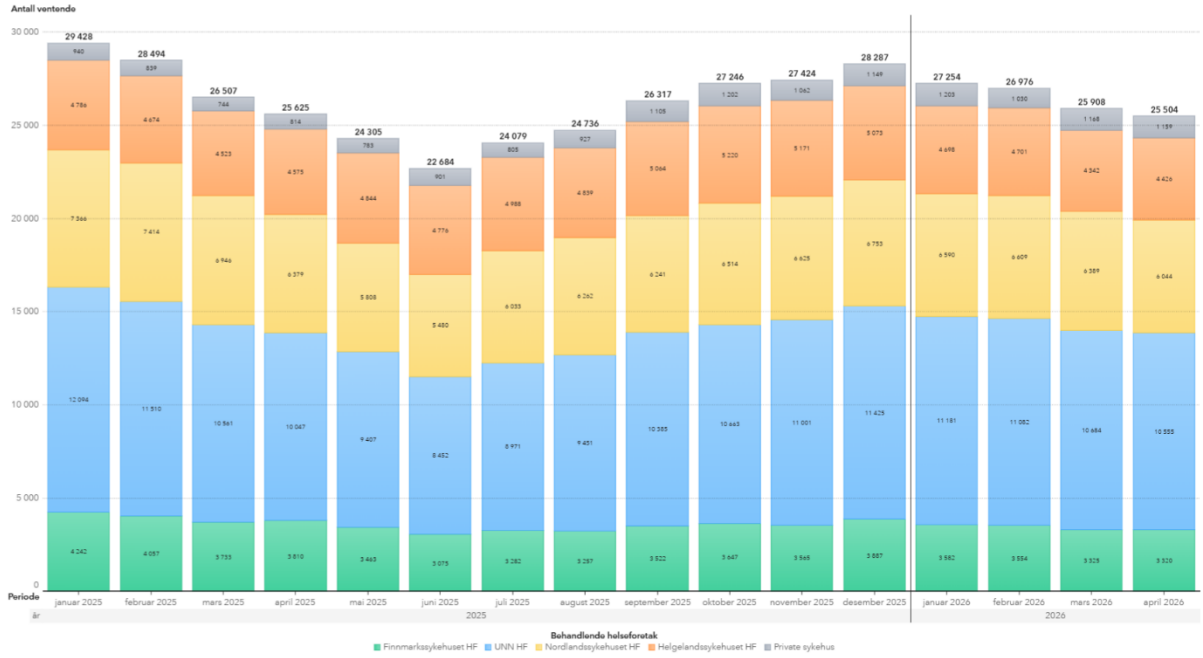
3 Kvalitet

3.1 Antall ventende nyhenviste [1]pasienter

Antall ventende, nyhenviste pasienter ved utgangen av april måned telte 25 504 pasienter. Dette er vel 400 færre pasienter enn det var ved utgangen av forrige måned, og det er reduksjon i alle fire helseforetak.

[1] Antall pasienter som står på venteliste til første konsultasjon på sykehuset

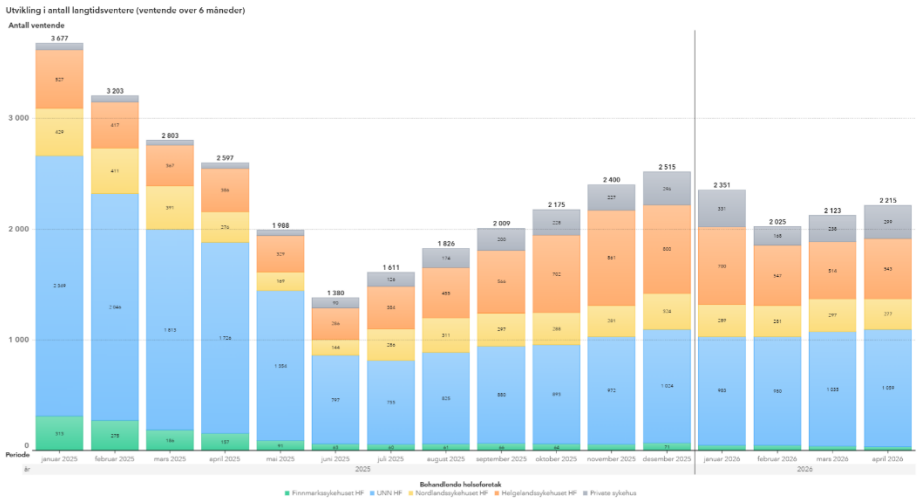
Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33



Figur 1 Utvikling antall ventende pasienter per måned fra februar 2025 til rapportmåned. Kilde: HN LIS/NPR

Det var under Ventetidsløftet første halvår i fjor et høyt fokus på å ta unna pasienter som hadde ventet over 6 måneder, også referert til som langtidsventende. Det er også denne pasientgruppen som vil påvirke ventetiden for påbegynt helsehjelp mye dersom omfanget øker og de blir stående lenge på venteliste.

Som figur under viser var det i april måned en økning av antall pasienter som har ventet mer enn seks måneder sammenlignet med forrige periode. Den største økningen er hos private (grå), men også i Helgelandssykehuset (oransje). I de øvrige helseforetakene ligger omfanget av langtidsventende pasienter på tilnærmet samme nivå og innebærer at det fortsatt vil ta tid før ventetid for påbegynt helsehjelp vil vise markant nedgang.



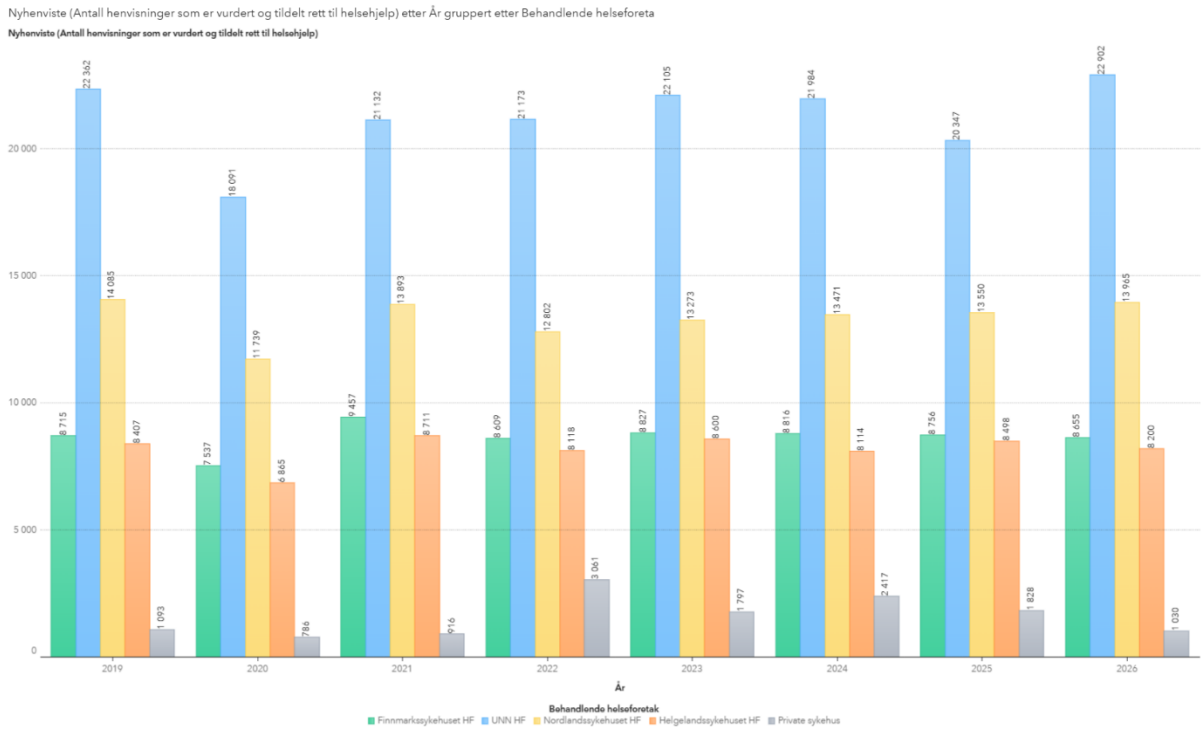
Figur 2 Utvikling antall ventende langtidsventende pasienter per måned fra januar 2025 til rapportmåned. Kilde: HN LIS/NPR

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

3.2 Antall henvisninger

Figuren nedenfor viser antall henvisninger som er mottatt, vurdert og tildelt rett til helsehjelp i helseforetakene for perioden januar – april i årene 2019 til 2026.

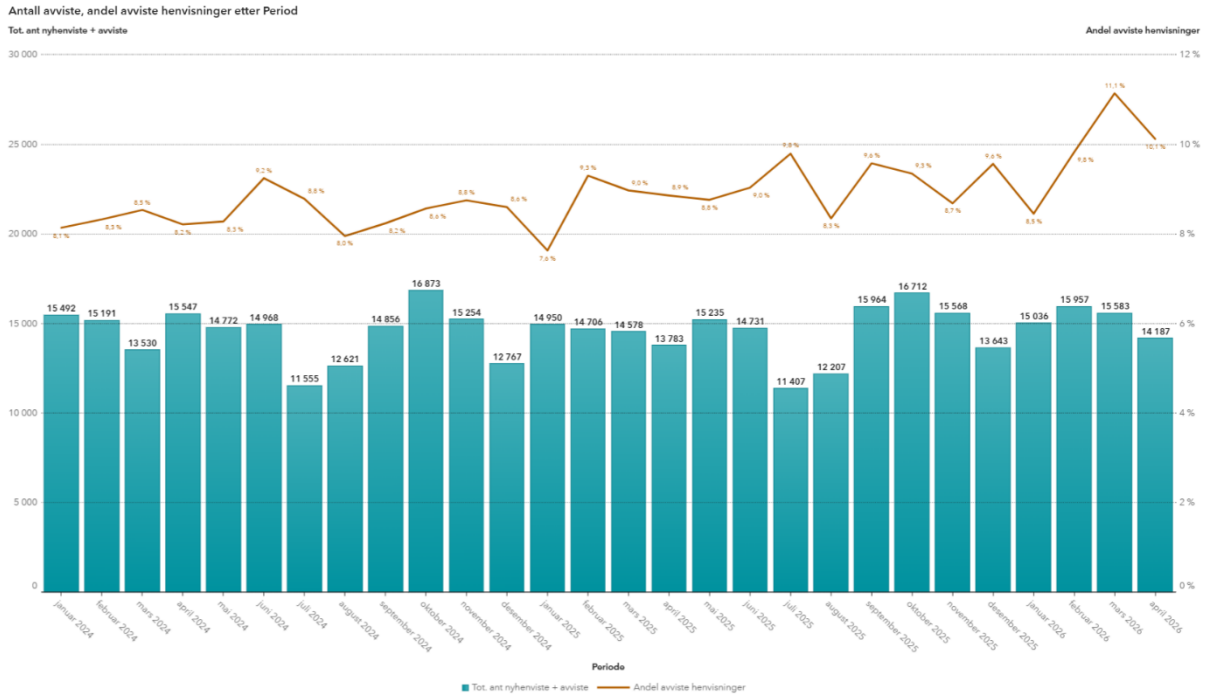
Det er relativt liten endring i omfanget av nye henvisninger til helseforetakene og antallet ligger på stabilt nivå i alle helseforetak.



Figur 3 Akkumulert antall nye henvisninger per HF for perioden januar-april for årene 2019-2026. Kilde: HN LIS/NPR

I perioden fra januar 2024 og frem til rapportmåned viser utviklingen at andelen avviste henvisninger gradvis er blitt høyere, jf. den oransje linjen i figur nedenfor.

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33



Figur 4 Antall nye henvisninger, og andel avviste henvisninger i perioden januar 2024-april 2026. Kilde: HN LIS/NPR

Det er særlig fagområdene ortopedi og øre-nese-hals (ØNH) som har størst omfang av nye henvisninger, jf. tabell nedenfor. Det er på samme tid også de to av fagområdene som har lav andel avviste henvisninger. Andelen avviste henvisninger er høy innenfor psykisk helsevern voksne og har økt noe de siste månedene.

Fagområde*	Tot. ant nyhenviste + avviste	Nyhenviste (Antall henvisninge...	Antall avviste	Andel avviste henvisninger
	Sum: 14 187	Sum: 12 751	Sum: 1 436	Total: 10,1 %
Ortopedisk kirurgi (inklusiv revmakirurgi)	1 896	1 811	85	4,5 %
Øre-nese-hals sykdommer	1 548	1 535	13	0,8 %
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	1 158	1 113	45	3,9 %
Psykisk helsevern voksne	1 000	581	419	41,9 %
Fordøyelsessykdommer	976	933	43	4,4 %
Gasteroenterologisk kirurgi	773	759	14	1,8 %
Fysikalsk medisin og rehabilitering	736	502	234	31,8 %
Hjertesykdommer	676	633	43	6,4 %
Hud og veneriske sykdommer	609	514	95	15,6 %
Urologi	600	577	23	3,8 %
Øyesykdommer	526	487	39	7,4 %

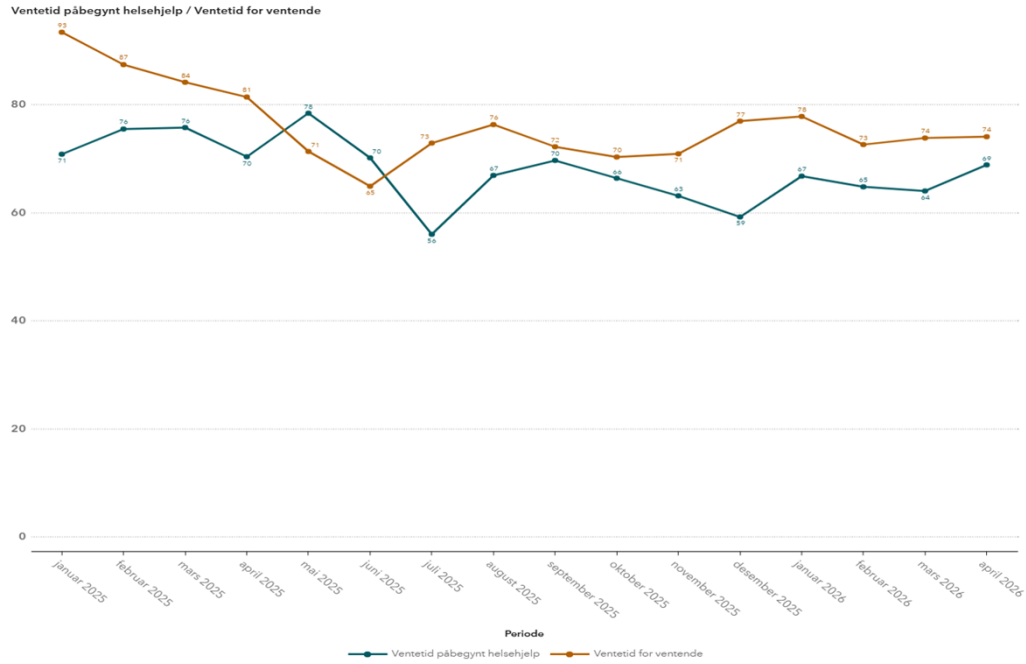
Tabell 6 Fagområder med flest antall nyhenviste og andel avviste henvisninger. Kilde: HNLIS/NPR

3.3 Ventetider

Status etter april måned viser at ventetidene for både ventende pasienter ligger på samme nivå som i forrige måned (oransje linje) og at den er økt med fem dager for

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

pasienter der helsehjelpen er påbegynt. Samlet ventetid for ventende[2] pasienter var i april måned var 74 dager og ventetid for påbegynt helsehjelp var 69 dager, jf. figur nedenfor.



Figur 5 Ventetider per måned for perioden januar 2025 til og med april 2026. Kilde: HN LIS/NPR

I tabellen nedenfor er ventetiden i april måned vurdert opp mot målkravet for inneværende år.

Fagområde	Ventetid ventende	Ventetid påbegynt helsehjelp	Målkrav 2026 (påbegynt)	Avvik mot målkrav
Somatikk	76	70	61	-9 dg.
Somatikk ekskl. ØNH	*65*	*62*		
VOP	65	68	45	-23 dg.
BUP	40	53	41	-12 dg.
TSB	26	33	27	-6 dg.

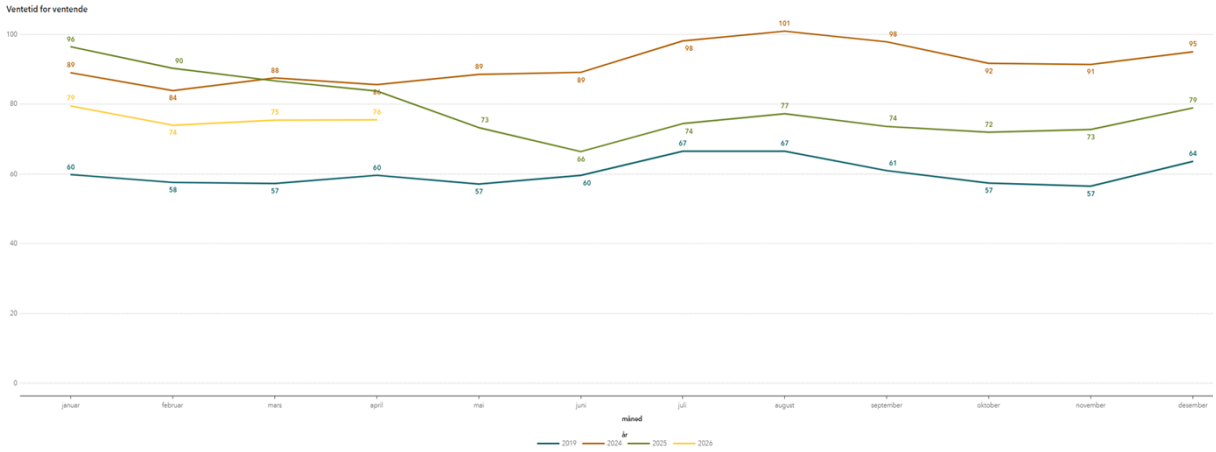
I avsnittene 3.3.1-3.3.4 vil tilsvarende figurer for hvert fagnivå presenteres som i dette avsnittet.

3.3.1 Somatikk

Figuren nedenfor viser utvikling i ventetid for ventende pasienter per måned for alle fagområder innenfor somatikk i helseforetakene. Ventetiden for ventende pasienter var 76 dager i april måned og det er tilnærmet det samme som i forrige måned. Sammenlignet med april i fjor er ventetiden for ventende åtte dager kortere i år.

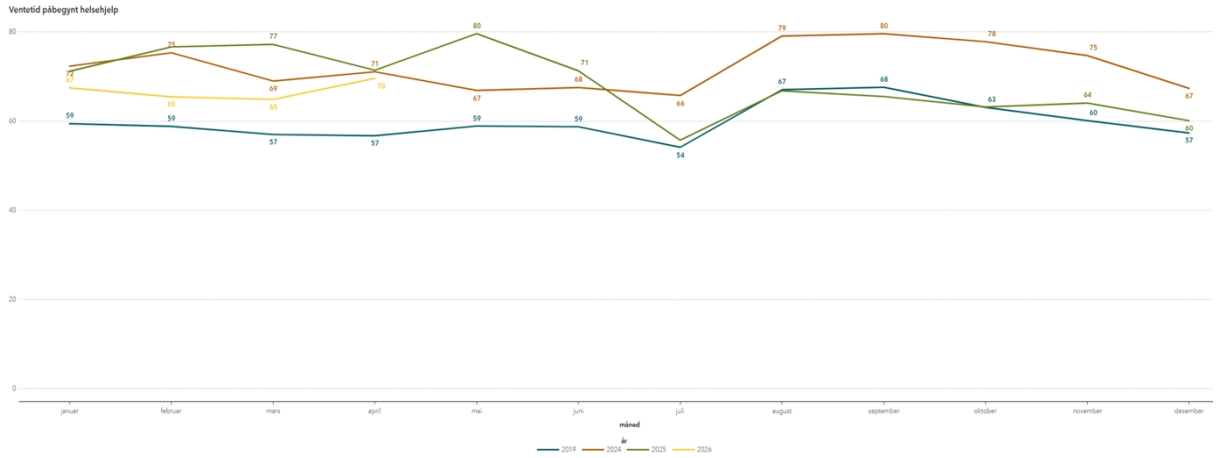
[2] Gjennomsnittlig ventetid for nyhenviste pasienter som ikke har vært inne til første konsultasjon på sykehuset

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33



Figur 6 Ventetider ventende for somatikk per HF per måned for årene 2019, 2024, 2025 og 2026. Kilde: HN LIS/NPR

Ventetiden for påbegynt helsehjelp i april måned var 70 dager og det er fem dager lenger enn i forrige måned. Sammenlignet med april i fjor er ventetiden på samme nivå.

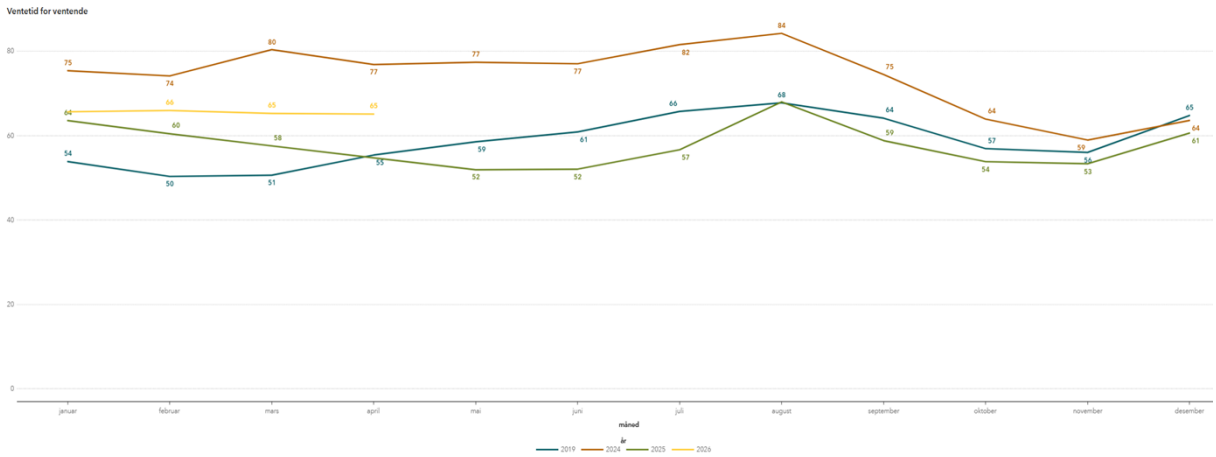


Figur 7 Ventetid påbegynt helsehjelp somatikk for årene 2019, 2024, 2025 og 2026. Kilde: HN LIS/NPR

3.3.2 Psykisk helsevern voksne (VOP)

Ventetiden for ventende innenfor psykisk helsevern voksne fremgår av figuren nedenfor. Ventetiden for ventende pasienter var 65 dager denne måneden og det er det samme som det var i forrige måned. Sammenlignet med samme periode i fjor er ventetiden 10 dager lengre.

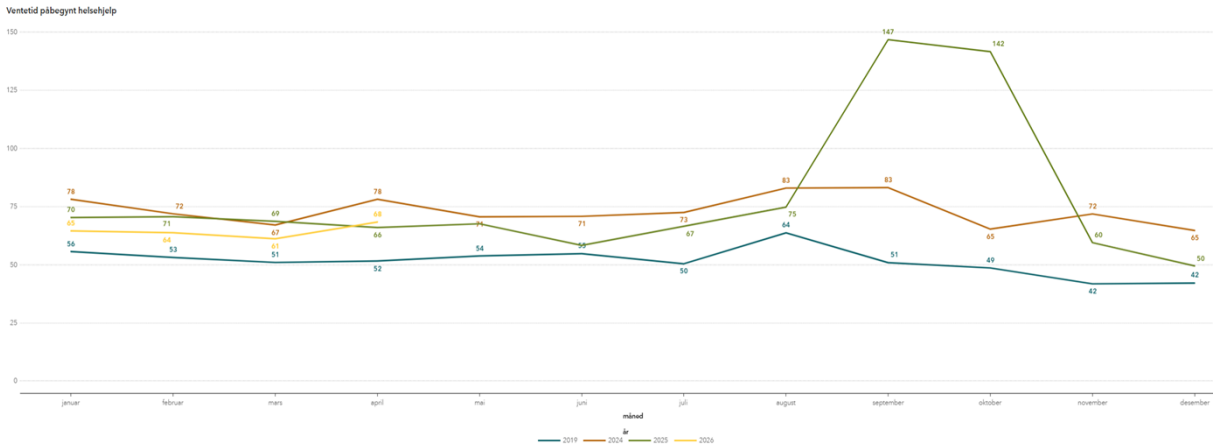
Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33



Figur 8 Ventetid ventende VOP for årene 2019, 2024, 2025 og 2026. Kilde: HN LIS/NPR

Ventetiden for påbegynt helsehjelp fremgår av figuren nedenfor.

I april var ventetiden for påbegynt helsehjelp [3]68 dager og det er sju dager lengre enn i forrige måned. Sammenlignet med april i fjor er ventetiden to dager lengre i år.



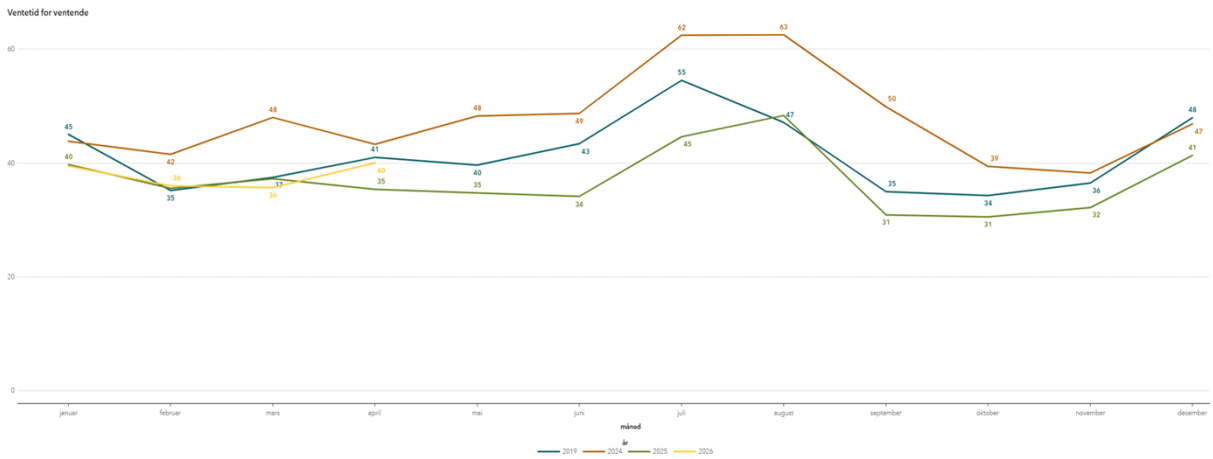
Figur 9 Ventetid påbegynt VOP for årene 2019, 2024, 2025 og 2026. Kilde: HN LIS/NPR

3.3.3 Psykisk helsevern barn og unge (BUP)

Ventetiden for ventende innenfor psykisk helsevern barn og unge fremgår av figuren nedenfor. Ventetiden for ventende pasienter var 40 dager siste måned og det er fire dager lengre enn i forrige måned. Sammenlignet med april i fjor er ventetiden fem dager lengre i år.

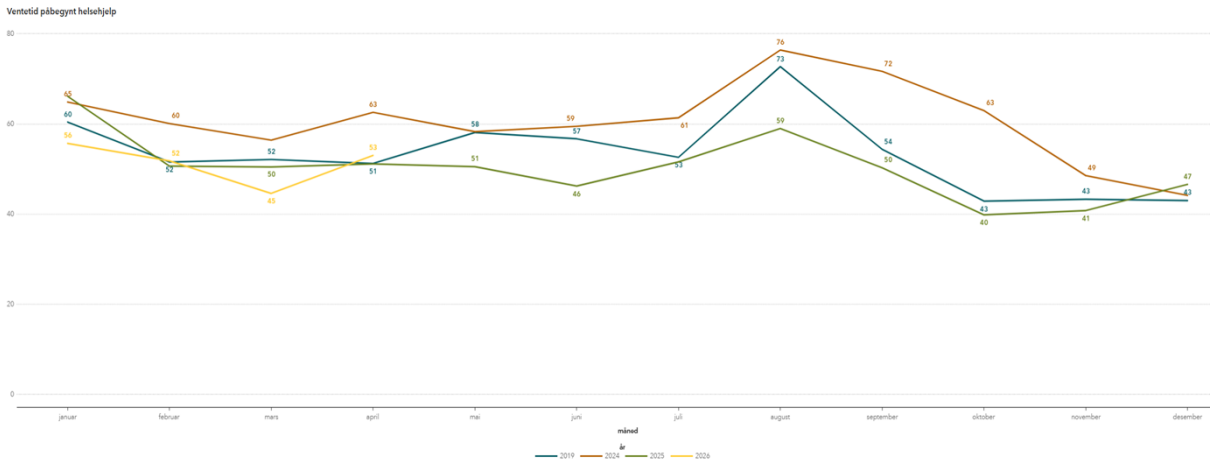
[3] Ventetiden viser et kraftig hopp for månedene september og oktober måned i 2025 og det gjøres oppmerksom på at dette skyldes tilbakeføring av pasienter fra HELFO og fristbruddleverandøren Spesialistlege AS, og utfordringer knyttet til rett registrering av henvisningsdato for disse pasientene.

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33



Figur 10 Ventetid ventende BUP for årene 2019, 2024, 2025 og 2026. Kilde: HN LIS/DIPS

Ventetiden for påbegynt helsehjelp innenfor psykisk helsevern barn og unge fremgår av figuren nedenfor. Ventetiden var 53 dager i april måned og det er åtte dager lengre enn det var i forrige måned.



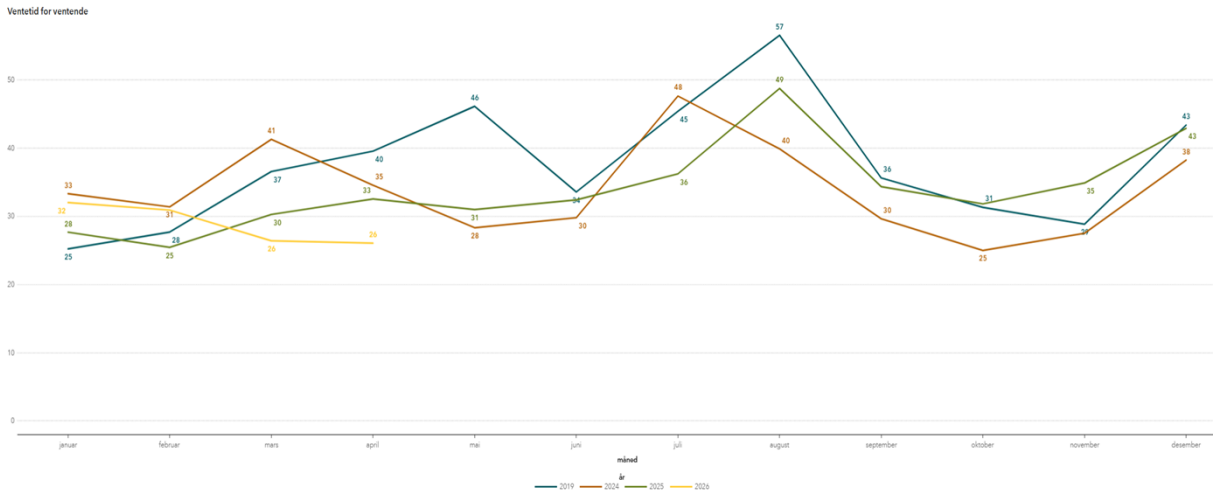
Figur 11 Ventetid påbegynt helsehjelp BUP for årene 2019, 2024, 2025 og 2026. Kilde: HN LIS/DIPS

3.3.4 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Ventetiden for ventende innenfor TSB fremgår av figuren nedenfor. Det gjøres oppmerksom på at fagområdet omfatter relativt sett få pasienter, noe som forklarer svingningene i ventetid fra måned til måned.

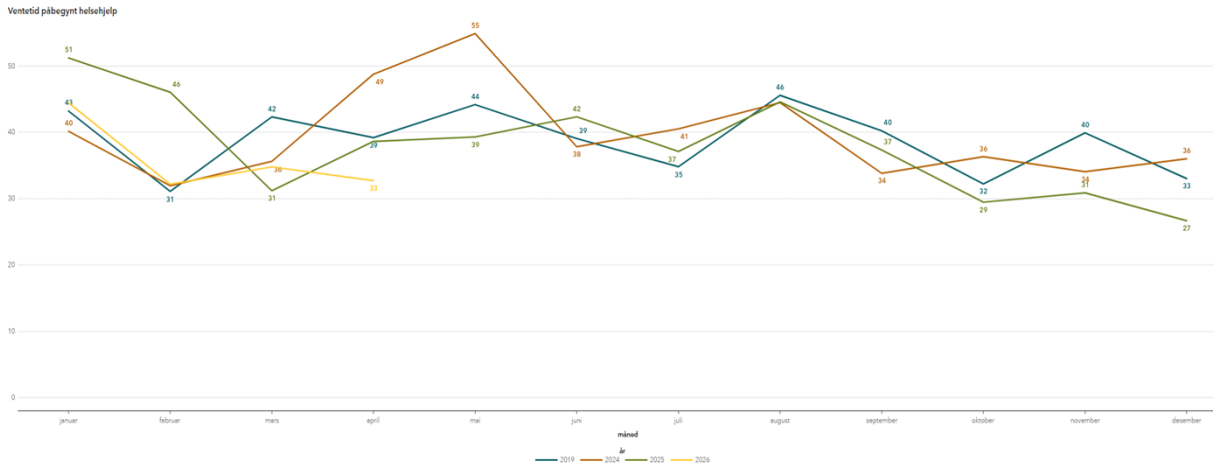
I mars var ventetiden for ventende pasienter 26 dager og det er det samme som det var i forrige måned. Sammenlignet med samme periode i fjor er ventetiden sju dager kortere i år.

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33



Figur 12 Ventetid ventende TSB for årene 2019, 2024 og 2026. Kilde: HN LIS/DIPS

Ventetiden for påbegynt helsehjelp innenfor TSB fremgår av figuren nedenfor. I april var ventetiden 33 dager og det er to dager kortere enn i forrige måned. Sammenlignet med samme periode i fjor er ventetiden seks dager kortere i år.



Figur 13 Ventetid påbegynt helsehjelp TSB for årene 2019, 2024, 2025 og 2026. Kilde: HN LIS/DIPS

3.4 Fristbrudd[4]

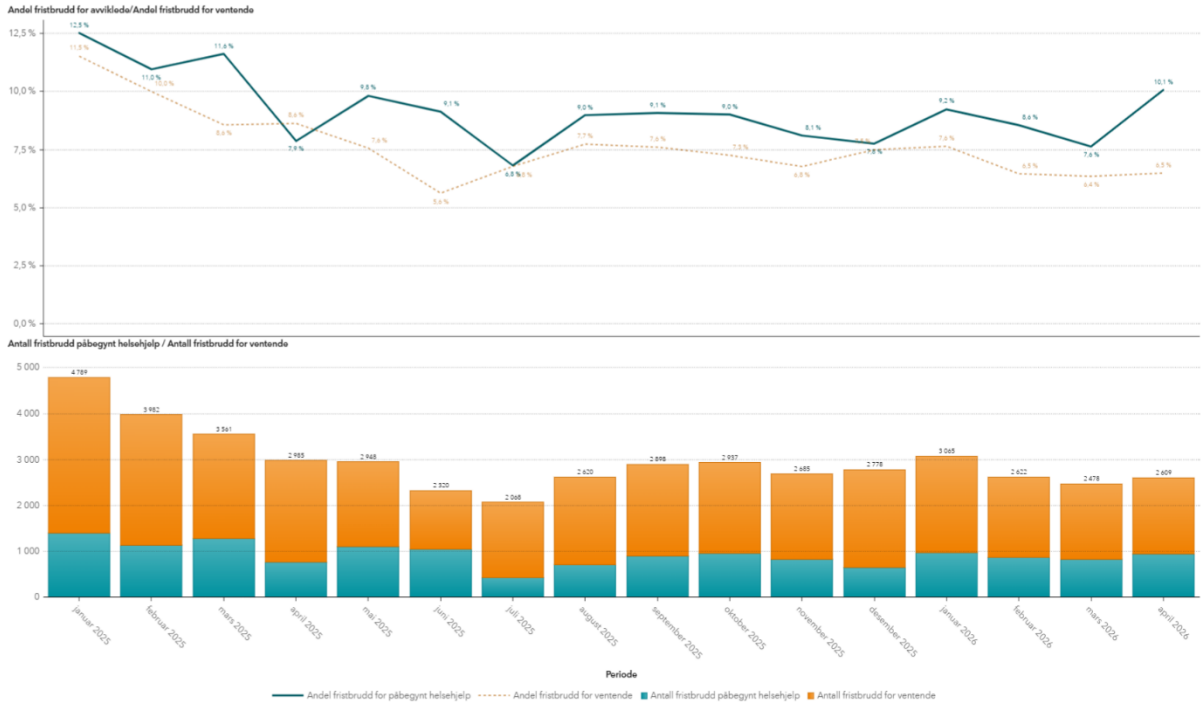
Andel fristbrudd for påbegynt helsehjelp[5] var 10,1 prosent i april måned og det er en økning sammenlignet med forrige måned da andelen var 7,6 prosent (blå linje i figur nedenfor). Høy andel fristbrudd for påbegynt helsehjelp henger sammen med arbeidet med å redusere antall langtidsventende pasienter som har ventet utover frist. Andel ventende fristbrudd i mars var 6,5 prosent og var tilnærmet uendret i forhold til forrige måned.

[4] Et fristbrudd skjer når sykehuset ikke har sørget for at en pasient med rett til helsehjelp har fått denne hjelpen innenfor fastsatt frist

[5] Indikatoren «Andel fristbrudd påbegynt helsehjelp» viser hvor stor prosentandel av pasientene som har hatt første konsultasjon i sykehuset der den fastsatte behandlingsfristen er passert. Indikatoren måler hvor godt sykehusene klarer å overholde tidsfristene de har satt

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

Nederste del av figur under viser utviklingen i antall fristbrudd for både ventende (oransje) og for påbegynt helsehjelp (blå). Det er per utgangen av april måned totalt 2 609 fristbrudd som fordeler seg med 1 656 for ventende pasienter og 953 for pasienter der helsehjelpen er påbegynt. Sammenlignet med forrige måned er det 133 flere fristbrudd og økningen er relatert til påbegynt helsehjelp.

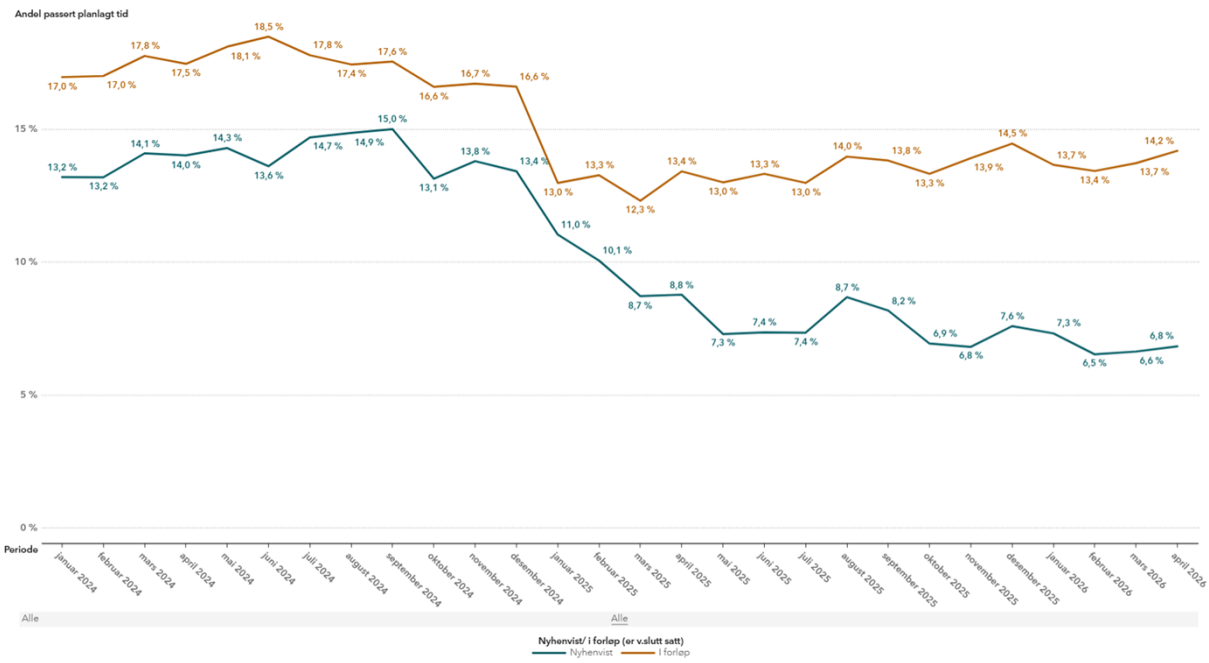


Figur 14 Utvikling andel og antall fristbrudd overordnet per måned i 2025 og 2026. Kilde: HN LIS/NPR

3.5 Passert planlagt tid

Indikatoren passert planlagt tid beskriver hvor mange pasientkontakter som er forsinket målt mot opprinnelig plan for oppsatt time. Det er et målkrav at denne andelen ikke skal være høyere enn fem prosent. Figuren nedenfor viser utviklingen i denne indikatoren i perioden januar 2024 til og med april 2026.

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33



Figur 15 Utvikling andel passert planlagt tid for både nyhenviste pasienter og for pasienter i forløp. Forløp uten ventetid slutt registrert telles her som nyhenvist, mens forløp uten telles som i forløp. Kilde: HN LIS/NPR

Den blå linjen i grafen over viser andel for nyhenviste pasienter (pasienter som ikke har vært inne til første konsultasjon), mens den oransje linjen viser andel for pasienter i forløp (pasienter som venter på videre behandling/utredning).

Utviklingen viser at andelen for nyhenviste pasienter var i april måned 6,8 prosent og ligger relativt stabilt. Utviklingen er god, men andelen ser ut til å ha stabilisert seg noe over målkravet på fem prosent. Andelen for pasienter i forløp økte noe siste måned og utgjør 14,2 prosent i april. Også denne andelen ligger relativt stabilt.

3.6 Utskrivningsklare pasienter

Som oppfølging av *styresak 71-2025 Virksomhetsrapport nr. 5-2025* (styremøte 19. juni) og styresak *132-2025 Virksomhetsrapport nr. 11-2025* (styremøte 18. desember) følger en orientering om status for utskrivningsklare pasienter i regionen.

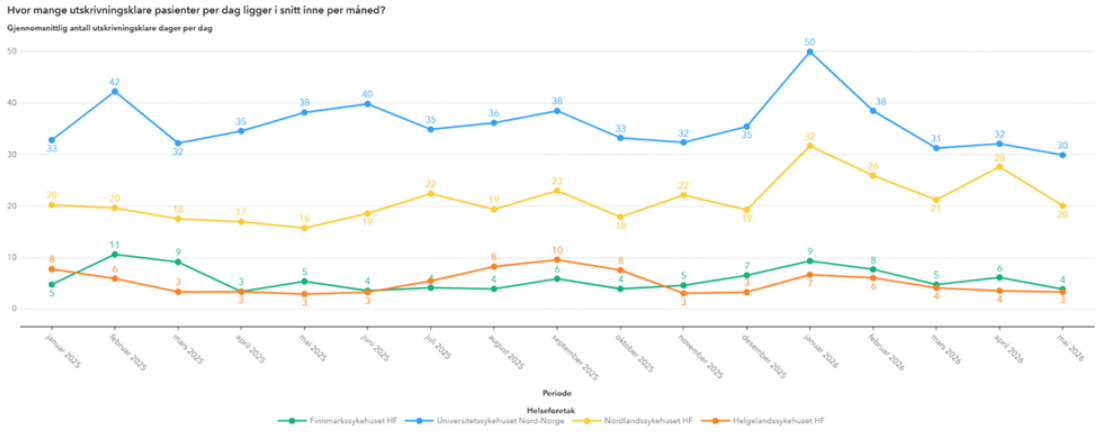
Utskrivningsklare pasienter er de som er ferdig behandlet i sykehus, men som fortsatt oppholder seg i sykehuset fordi nødvendige tjenester eller tilbud utenfor spesialisthelsetjenesten ikke er klare til å overta pasienten. Dette kan blant annet skyldes behov for nye eller endrede kommunale tjenester, tilrettelegging av bolig- eller omsorgstilbud, eller manglende kapasitet i mottakende tjeneste. Utskrivningsklare pasienter beslaglegger sengekapasitet som ellers kunne vært benyttet til pasienter med behov for sykehusbehandling, og utfordringen gjelder både somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

I Helse Nord var det i 2025 totalt 30 271 utskrivningsklare dager i regionen, hvorav 24 073 var innenfor somatikk og 6 196 innenfor psykisk helsevern/TSB. Per april

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

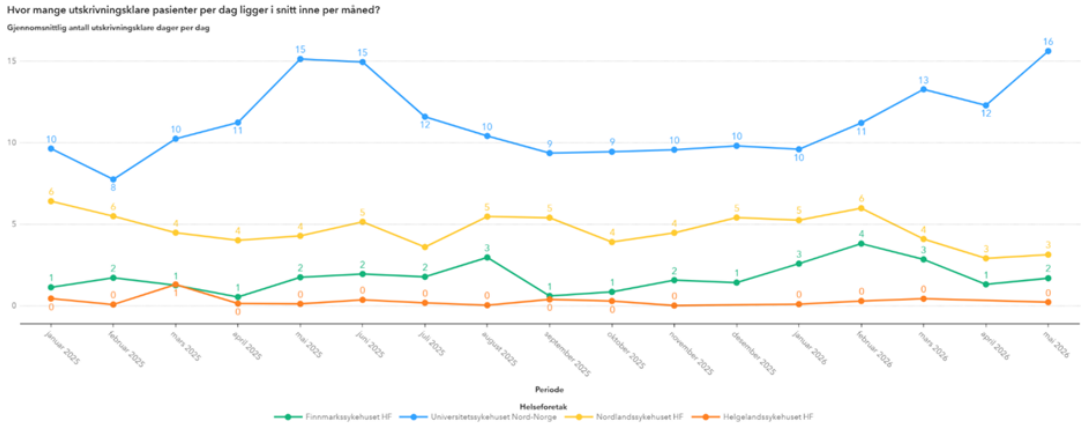
2026 var det totalt 11 441 utskrivningsklare dager, og sammenlignet med samme periode i fjor, er det 16,7 prosent økning i omfanget av utskrivningsklare dager.

Utviklingen innenfor somatikk viser at omfanget ligger relativt stabilt høyt nivå innenfor særlig UNN og Nordlandssykehuset.



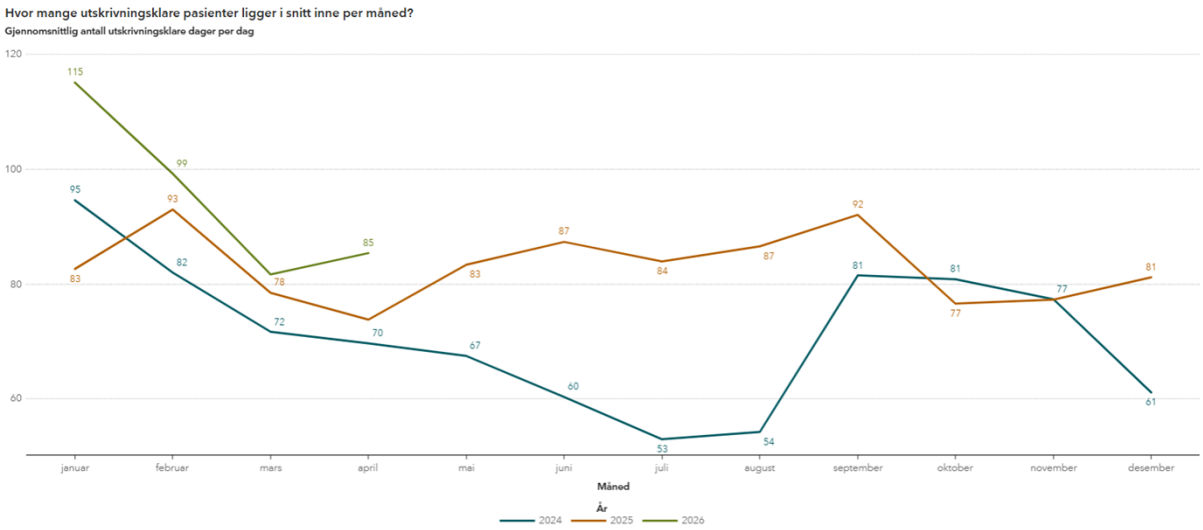
Figur 16 Gjennomsnittlig antall utskrivningsklare pasienter somatikk per måned. Kilde: HN LIS

Innenfor psykisk helsevern viser utviklingen en økende trend for UNN.



Figur 17 *Gjennomsnittlig antall utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern per måned. Kilde: HN LIS*

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33



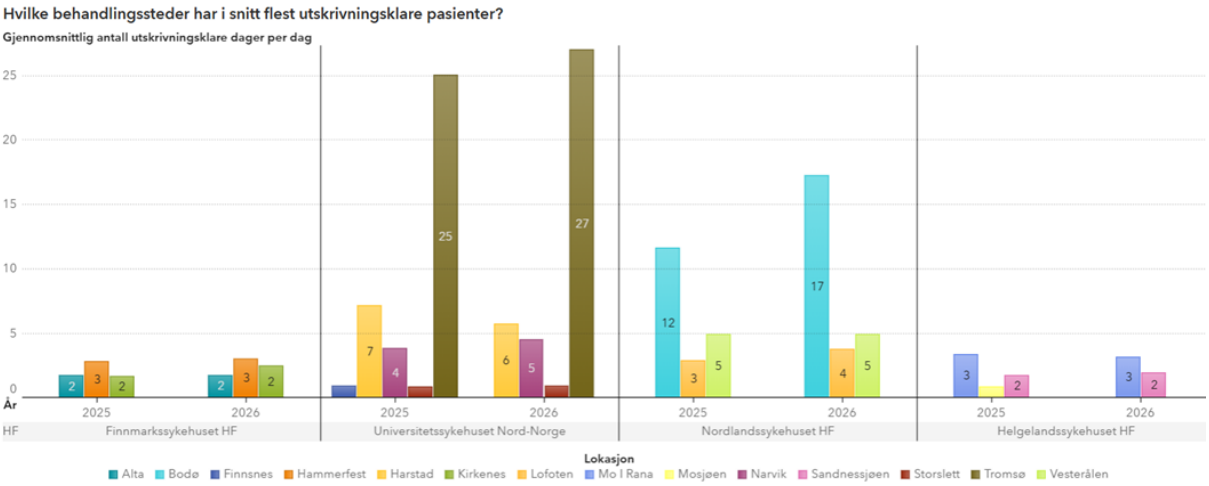
Figur 18 Gjennomsnittlig antall utskrivningsklare pasienter per måned. Kilde: HN LIS

Samhandling mellom sykehusene og kommunene

Det er etablert rutiner for å melde samhandlingsavvik ved brudd på samarbeidsavtaler, felles prosedyrer eller retningslinjer. Både kommuner, fastleger og sykehus kan melde inn avvik, som behandles av involverte ledere og sentrale samhandlingsenheter for å forbedre tjenestene. Avvikene meldes skriftlig og brukes til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid. Samhandlingsavvik kan gjelde alt fra pasientforløp til informasjonsoverføring, men det kan også meldes inn forslag til forbedringer. Meldingene bidrar til å identifisere svakheter i samarbeidet og gir grunnlag for å forbedre pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestene. Et godt samarbeid mellom sykehusene og kommunene kan bidra til å sikre en tryggere overgang mellom omsorgsnivåene.

Forskjeller mellom kommuner i antall utskrivningsklare døgn

Det er i hovedsak de største bykommunene og spesialisthelsetjenestens vertskommuner som har utskrivningsklare pasienter.



Figur 19 Kommuner med utskrivningsklare pasienter Kilde: HN LIS

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

Fagområder

Antall utskrivningsklare dager er høyest på fagområdene psykisk helsevern voksne, ortopedi, geriatri og infeksjonssykdommer. Allikevel ser vi at problemstillingen rammer de fleste fagområder som har sengeposter hvor det innlegges pasienter akutt.

År ▲	2025	2026
Fagområde ▲	Sum utskrivningsklare dag... ▼	Sum utskrivningsklare dager
Ortopedisk kirurgi (inklusiv revmakirurgi)	5 381	2 312
Geriatri	3 983	1 539
Infeksjonssykdommer	3 033	1 397
Gastroenterologisk kirurgi	1 831	952
Nevrologi	1 443	696
Generell indremedisin	1 419	511
Hjertesykdommer	1 219	422
Lungesykdommer	1 172	371

Tabell 7 Somatiske fagområder i Helse Nord med flest utskrivningsklare døgn. Kilde: HN LIS

År ▲	2025	2026
Fagområde ▲	Sum utskrivningsklare dag... ▼	Sum utskrivningsklare dager
Psykisk helsevern voksne	5 904	2 453
Psykisk helsevern barn og unge	181	12
Rus	111	60

Tabell 8 Antall utskrivningsklare dager innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kilde: HN LIS

Konsekvenser for pasientene

Å være utskrivningsklar betyr at pasienten ikke lenger har behov for sykehusbehandling, men fortsatt har behov for helse- og omsorgstjenester. Helsetilsynet er bekymret for utskrivningsklare pasienter som blir liggende «på vent[6]» på sykehusene. Pasientene kan oppfattes som ferdigbehandlet og får dermed ikke den helsehjelpen de trenger. Helsetilsynet sier videre at ventetiden for pasienter som er meldt utskrivningsklar, utgjør en risiko for pasientsikkerhet, og at skrøpelige eldre med kognitiv svikt står i fare for å utvikle sykdomstilstander som er direkte relatert til ventetiden.

Å være utskrivningsklar pasient i sykehus og ofte i en hektisk akuttavdeling, er ikke egnet plass for en pasient som skulle vært utskrevet. Dette er personer som skulle vært tilbake i hjemmet sitt, botilbud, institusjon, rehabilitering, eller annet tilbud tilpasset personen behov, som oppfølging etter innleggelse i sykehus. Noen pasienter er i en situasjon hvor de har behov for videre rehabiliteringstilbud eller korttidsopphold i kommunen, andre derimot har behov for hjemmetjeneste, omsorgsbolig eller sykehjemsplass. At pasienter blir liggende i sykehuset kan føre til flere negative konsekvenser for disse, inkludert økt risiko for infeksjoner, trykksår, fall

[6] https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2024/utskrivningsklare-pasienter-risiko-ved-aa-ligge-pa-vent/

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

og depresjon, tap av funksjonsevne, og manglende tilgang til nødvendig kommunal helsehjelp og rehabilitering.

Pasienter, spesielt de med psykiske lidelser, kan oppleve økt uro, angst og depresjon på grunn av usikkerhet rundt videre oppfølging. Mangel på egnede boligløsninger i kommunen kan hindre en smidig overgang fra sykehus. Noen utskrives til utrygge forhold, ustabile boforhold, konfliktfylte familierelasjoner, rusbelastede miljøer, noe som øker risikoen for nye kriser. Som igjen kan føre til økt press på akuttpsykiatrien, flere reinnleggelser betyr økt press på allerede fulle akuttposter. Konsekvensene for utskrivningsklare pasienter avhenger sterkt av hvor godt oppfølgingen i kommunen de skal til er organisert. «Utskrivningsklar» betyr ikke nødvendigvis frisk, pasienten kan fremdeles være svak og med nedsatt funksjon i større eller mindre grad.

Konsekvenser for sykehusdriften
Utskrivningsklare pasienter påvirker ulike deler av sykehusdriften. Det får bl.a. uheldige konsekvenser med manglende sengekapasitet til andre pasienter som venter på innleggelse, forsinkede og/eller avlyste operasjoner, økte kostnader og ineffektiv drift, samtidig med at det kan gi økt arbeidsbelastning for pleiepersonalet og kan påvirke arbeidsmiljøet. Sengeplasser som er belagt med lokale utskrivningsklare pasienter kan føre til overbelegg med kapasitetssvikt og korridoropphold. For UNN sin rolle som regionsykehus, kan det begrense mulighet for å tilby høyspesialiserte tjenester til regionen som helhet og svekke funksjonen som universitetssykehus. Det kan være sengeplasser til akuttpasienter som er opptatt, selv om pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp alltid vil bli tatt imot og gitt plass, men det kan medføre korridoropphold for pasienter.

Personellmessige konsekvenser kan være høyere arbeidsbelastning og arbeidsmengde med bruk av overtid og innleie. Når personalet bruker tid på pleie og oppfølging som egentlig skulle foregå i kommunen, kan det bli mindre tid til pasienter med akutt behov, økt stress og evt. sykefravær. Overbelegg gir mer press i hele sykehuset og i sum gir utskrivningsklare pasienter ineffektiv bruk av spesialisthelsetjenestens ressurser.

Estimat på merkostnader for sykehusene
Det er utfordrende av flere grunner å kunne beregne eksakte merkostnader knyttet til utskrivningsklare pasienter. Dette kan bl.a. gjelde variasjoner mellom somatiske pasienter og pasienter innenfor psykisk helsevern som krever ulik oppfølging. Sykehusene har i tillegg ulikt kostnadsnivå.
Nasjonalt gjennomsnitt for kostnad per liggedøgn utgjorde i 2019 18 175 kroner. Ved å legge kommunal kompensasjonssats per døgn til grunn (kr 6 172) til grunn vil sykehusenes merkostnad per liggedøgn være om lag 12 000 kr. Per april måned er det inntektsført ca. 56,6 mill. kroner på utskrivningsklare pasienter. Hensyntatt kommunal betalingssats kan dette regnes om til å utgjøre ca. 9 200 døgn. Tilsvarende merkostnad for disse døgnene vil da kunne estimeres til ca. 110 mill. kroner.

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

3.7 Ikke-møtt

2. Det vises til oppfølging av vedtakspunkt nr. 2 i *styresak 29-2025 Virksomhetsrapport nr. 2-2025 (styremøte 14. mars 2025)* angående kapasitet i sykehusforetakene: *Styret ber adm. direktør komme tilbake med en vurdering av hvordan framtidig kapasitetsbehov i sykehusforetakene kan sikres for å skape en bærekraftig tjeneste på lang sikt.*

Kapasitetsbehov og kapasitet i regionen påvirkes av både interne og eksterne faktorer. Interne faktorer er forhold i sykehuset, og eksterne faktorer vil eksempelvis være pasienter, kommuner, vær og transport. Alle disse faktorene tilgjengelig kapasitet og den daglige sykehusdriften. I dette kapittelet vil påvirkning på kapasitet gjennom faktoren «ikke møtt» bli nærmere belyst.

Ikke møtt
«Ikke møtt» på sykehus defineres som en situasjon hvor en pasient uteblir fra en avtalt time eller innleggelse uten å ha gitt beskjed innen fristen. Denne fristen er normalt 24 timer i forkant av oppsatt time. Når pasienten ikke møter til time, vil dette påvirke sykehusdriften på flere måter.

Pasienter som ikke møter til oppsatt time, og som ikke gir beskjed om dette, påvirker kapasiteten og sykehusdriften i stor grad. Særlig gjelder dette ventelistene i regionen der andre pasienter kunne vært kalt inn i stedet. Med andre ord innebærer dette at andre pasienter må vente lengre for sin behandling i spesialisthelsetjenesten.
Det er pasientene sitt ansvar å gi beskjed om at de ikke kan møte til time. Enkelte pasienter har flere avtalte pasientkonsultasjoner i sykehuset på samme dag, og i disse tilfellene vil dette innebære at det registreres ikke møtt flere ganger for samme pasient.

Sykehusene har prosedyrer som skal følges i slike tilfeller. En henvising skal avsluttes dersom pasienten har «ikke møtt» to ganger og ikke har gitt beskjed. Ved første gangs ikke møtt, vil pasienten bli satt opp på ny time.

Økonomiske konsekvenser for sykehusdriften
Dersom pasienten ikke møter til avtalt time, og ikke har meldt fra innen 24 timer, kan pasienten bli avkrevd et «ikke-møtt»-gebyr. Innenfor somatikk tilsvarer dette gebyret en trippel egenandel, mens det innenfor psykisk helsevern og rus vil egenandelen kunne kreves inn. For 2026 er gebyret på 1 993 kroner i somatikk, og gjelder uavhengig av om pasienten har frikort eller sykmelding. Om den avtalte timen gjelder poliklinisk helsehjelp innen psykiatri eller rusbehandling, utgjør gebyret 443 kroner.
Det vil bli presentert mer informasjon om økonomiske konsekvenser i styremøtet.

Konsekvenser for øvrig drift
Når pasienter ikke møter til poliklinisk time uten å melde fra («ikke møtt»), får det flere direkte og indirekte økonomiske konsekvenser for sykehusdriften. Direkte økonomiske konsekvenser er bl.a. tapte inntekter, lønnskostnader uten pasientbehandling(produksjon), samt lokaler og støttepersonell står oppsatt til konsultasjonen. Ved uteblivelse blir denne kapasiteten stående ubenyttet.

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

Indirekte økonomiske konsekvenser er lengre ventelister, redusert effektivitet i pasientbehandlingen for eksempel ved at andre pasienter må vente lenger, og også kan få et større behandlingsbehov som følge av dette. I verste fall kan det også føre til økning i akuttinnleggelser.
Når pasienter ikke gir beskjed og ikke møter til oppsatt time, medfører dette i tillegg merarbeid knyttet til oppfølging av ventelistene, innkalling til nye time, registreringsarbeid og dokumentasjon. En høy andel «ikke møtt» gjør det mer krevende å planlegge rett bemanning og samtidig drifte effektivt.

I et overordnet perspektiv utover konsekvenser for sykehusdriften vil «ikke møtt» gi dårligere ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten og bidra til økte offentlige helseutgifter.

Tilbakemeldinger fra Regionalt brukerutvalg (RBU)
Det vises også til at tema «ikke møtt» var sak i RBU sak 92-2025/6 i Helse Nord RHF. I dette møtet kom det innspill om utfordringer som bør fremheves fra et brukerperspektiv. Noen av disse utfordringene kan bl.a. være:

- Pasienter kan ikke avbestille/melde fra digitalt.
- Pasienten kan ikke besvare SMS som sendes som pasientpåminning.
- Pasienten kan ikke mulig å bruke HelseNorge, slik som ved time hos fastlege.
- Telefontider i poliklinikkene begrenser muligheten for å komme i kontakt med sykehuset.

Pasientgruppene har ulike behov. Unge voksne har ofte behov for mer informasjon, og de ønsker gjerne å kommunisere digitalt. For andre pasienter er det krevende å måtte forlate hjemmet og i tillegg ha lang reisevei til sykehuset.
Eldre pasienter bruker ikke digitale løsninger i samme grad som yngre pasienter og mottar ofte for sen innkalling via brev i etterkant av time.

RBU ønsker at i informasjonen som sendes ut til pasientene har tydelig informasjon om konsekvenser av ikke å møte til planlagt time, herunder også at henvisningen kan bli returnert til fastlege og avsluttet.

Oppsummering
Dersom pasienter hadde møtt til oppsatt time i spesialisthelsetjenesten, ville flere pasienter fått raskere helsehjelp, ventetiden vært kortere og ressurser (bl.a. personell, lokaler som poliklinikkrom og operasjonsstuer, utstyr) i sykehusene blitt mer riktig og effektivt utnyttet. I styremøtet vil det bli presentert mer informasjon om status og utvikling innenfor bl.a. fagområder, alder og kjønn.

4 Bemanning, innleie og sykefravær

4.1 Utvikling månedsverksforbruk

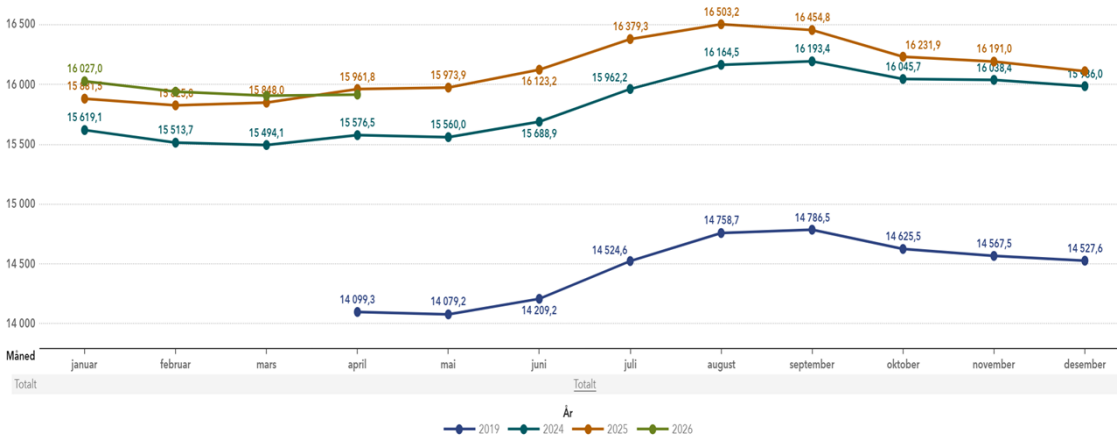
Gjennomsnittlig forbruk av brutto månedsverk de siste tre månedene inklusiv innleie fra vikarbyrå er 15 916 i april. Målt mot samme tremånedersperiode i fjor er det en nedgang på 46 månedsverk. I virksomhetsrapporten for mars måned var tilsvarende endring en vekst på 58 månedsverk slik at utviklingen peker i positiv retning.

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

Periode ▲	april 2026		
Type månedsverk ▲	Månedsverk (3 mnd snitt)	Endring månedsverk (3 mnd snitt)	%-vis endring månedsverk (3 mnd snitt)
Faste månedsverk	14 313,0	109,7	0,8 %
Variable månedsverk	1 469,1	−102,1	−6,5 %
Innleide månedsverk	133,4	−54,0	−28,8 %
Total	15 915,5	−46,3	−0,3 %

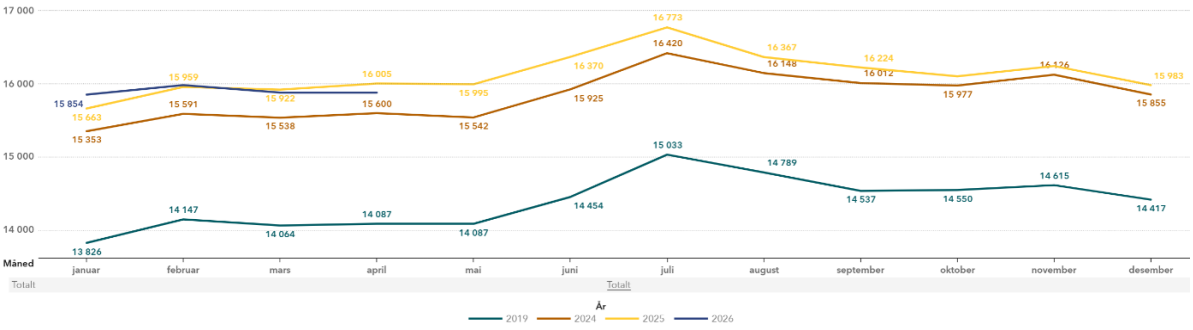
Tabell 9 Utvikling gjennomsnittlige månedsverk siste tre måneder per april 2026. Kilde HN LIS

Nedgangen for perioden februar-april 2026 sammenlignet med i fjor er i hovedsak knyttet til nedgang i bruk av variable og innleide månedsverk. Utviklingen viser en nedgående trend samlet sett i foretaksgruppen, men ligger fortsatt høyere enn helseforetakenes egne omstillingsplaner.



Figur 20 Gjennomsnittlig forbruk av månedsverk tremånederssnitt. Kilde: HN LIS

Ser man på månedsverksforbruket i april måned viser den samme nivå som forrige måned jf. figur nedenfor (15 882 månedsverk).



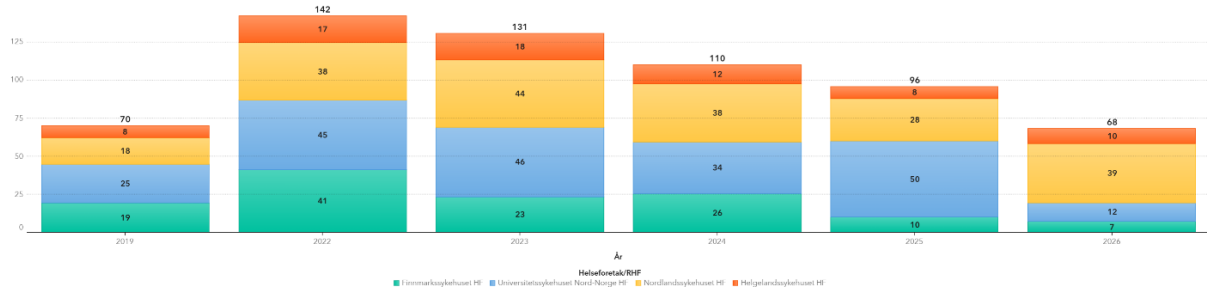
Figur 21 Månedlig utvikling månedsverksforbruk for årene 2019, 2024, 2025 og 2026. Kilde: HN LIS

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

4.2 Innleie fra firma

I april måned er det bokført 15,8 mill. kroner på innleie fra firma. Dette er tilnærmet i tråd med budsjett denne måneden jf. tabell i vedlegg 6.1. Samlet forbruk etter de fire første månedene er 68 mill. kroner, som er 8,7 mill. kroner mer enn budsjett hittil i år. Sammenlignet med bokført forbruk på innleie fra firma etter utgangen av april i fjor er de samlede kostnadene til innleie fra firma ca. 28 mill. kroner lavere i år.

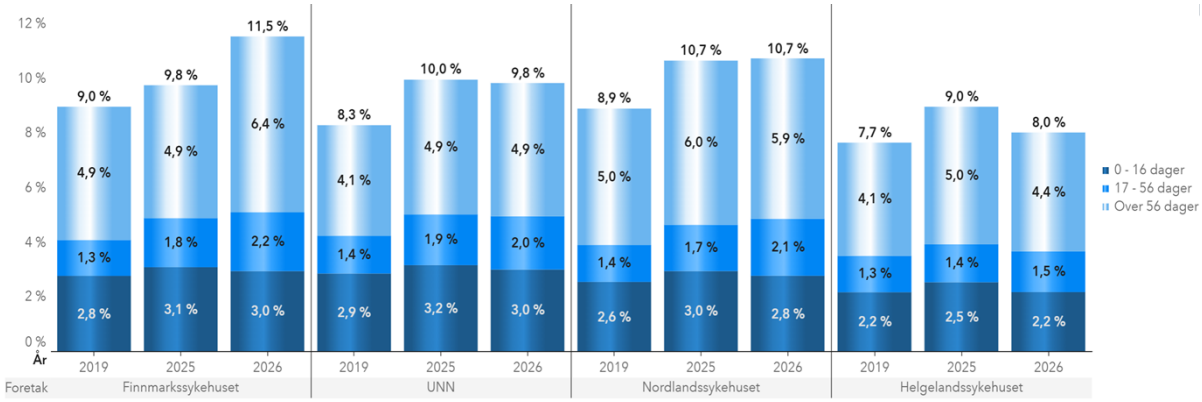
Det er variasjon mellom helseforetakene i både med hensyn til type personell som leies inn og kostnadsnivå. Figuren nedenfor viser en betydelig reduksjon av innleiekostnader i UNN og henger sammen med bemanningstiltak iverksatt i fjor høst. Forbruket i Finnmarkssykehuset er blitt kraftig redusert de siste årene og har stabilisert seg på et lavere nivå. Tilsvarende også i Helgelandssykehuset. Nordlandssykehuset skiller seg ut med betydelig høyere kostnader til innleie enn budsjett sammenlignet med de øvrige sykehusforetakene.



Figur 22 Bokførte kostnader til innleie fra firma per helseforetak. Kilde: Regnskap/HN LIS

4.3 Sykefravær

For første tertial utgjør sykefraværet 9,9 prosent for foretaksgruppen samlet sett, hvor trenden har vært økende siden årene 2024 og 2025. I 2019 var sykefraværet 8,4 prosent for første tertial. Korttidsfraværet utgjør 2,8 prosent, det mellomlange fraværet 1,9 prosent og langtidsfraværet 5,2 prosent. Sammenlignet med status per mars viser at sykefraværet har gått noe ned.



Figur 24 sykefravær per april i sykehusforetakene for årene 2019-2025-2026. Kilde: HN LIS

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

5 Økonomi og omstilling

5.1 Økonomisk resultat og tiltaksarbeid i helseforetakene

Det økonomiske resultatet i april måned endte opp med et underskudd på 17,1 mill. kroner. Inkludert i månedsresultatet for april måned er det særlig to enkelteffekter som har hatt en negativ effekt på det samlede resultatet med ca. ni mill. kroner.

- Sats for ISF[7]-kompensasjon for 2026 har vært for høy og dette er det korrigert for i regnskapet i april. Konsekvensen av for høy ISF-sats er at inntektene hittil i år har vært for høye. I april er foretatt korrigering på inntektene for alle tidligere måneder i 2026, og effekten av dette utgjør 6,6 mill. kroner. Det er kun sykehusforetakene som er påvirket negativt av denne korrigeringen.
- Budsjettet for Helse Nord RHF er endret i april måned. Helse Nord RHF hadde i perioden januar til mars 2026 bokført besparelser på ca. 2 mill. kroner, jf. *styresak 55-2026 Budsjett 2026 – Helse Nord RHF, reduksjon i administrative kostnader*. Disse besparelsene er korrigert for i april og medfører negativ resultateffekt denne måneden for RHF.

Budsjettert resultat per utgangen av april måned var et overskudd på ca. 53 mill. kroner og regnskap viser at foretaksgruppen har et samlet underskudd på ca. 43 mill. kroner hittil i år. Dette innebærer et negativt avvik mot budsjett på i vel 96 mill. kroner mill. kroner.

Regnskap 2026 (mill kr)	*Regnskap februar*	*Regnskap mars*	Regnskap april	Regnskap Hiå	Budsjett Hiå	Avvik Hiå	Avvik i % av inntekt	Regnskap hittil i fjor
Finnmarkssykehuset	*1,0*	*0,9*	1,0	4,3	3,3	1,0	0,1 %	-35,8
UNN	*-5,2*	*-2,1*	-4,2	-12,4	8,3	-20,8	-0,5 %	-88,3
Nordlandssykehuset	*-9,9*	*-18,4*	-14,1	-51,8	3,3	-55,1	-2,5 %	-60,0
Helgelandssykehuset	*-3,5*	*-3,2*	-6,3	-20,1	6,7	-26,7	-2,7 %	-36,1
Sykehusapotek Nord	*0,2*	*1,6*	0,5	1,6	0,3	1,4	0,5 %	0,5
Helse Nord IKT	*-0,8*	*-1,4*	0,5	-1,6	-6,6	5,0	1,1 %	-2,1
Helse Nord RHF	*-4,9*	*-5,3*	-9,1	-22,0	0,0	-22,0	-2,7 %	9,1
Helse Nord felles	*14,2*	*16,1*	14,4	58,9	37,7	21,2	102,8 %	52,8
SUM Helse Nord	***-8,9***	***-11,8***	**-17,1**	**-43,1**	**53,0**	**-96,1**		**-159,9**

Tabell 10 Resultat per helseforetak hittil i år for foretaksgruppen i Helse Nord. Kilde: Regnskap

Finnmarkssykehuset fortsetter med stabile, positive månedsresultater. Effekten av korrigering for endret ISF-sats utgjør 0,8 mill. kroner. Samlet sett etter første tertial er resultatet tilnærmet i tråd med resultatkravet. Andre driftsinntekter har et positivt budsjettavvik per april måned, mens lønns- og personalkostnader har merforbruk på blant annet fastlønn, overtid og ekstrahjelp.

UNN hadde et negativt resultat i april med 4,2 mill. kroner. Effekten av korrigering som følge av endret ISF-sats utgjør 2,9 mill. kroner for helseforetaket. I april måned er det et merforbruk på lønns- og personalkostnader på til sammen 17 mill. kroner hvorav overtid og ekstrahjelp har størst negativt avvik. Innleie fra firma er betydelig lavere enn budsjett siste måned. Per utgangen av april måned har UNN et samlet underskudd på 12,4 mill. kroner og det er vel 20 mill. kroner svakere enn budsjett. Merforbruk på lønns- og personalkostnader utgjør 24 mill. kroner og er relatert til

[7] ISF – innsatsstyrt finansiering

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

overtid og ekstrahjelp. Innleie fra firma har et positivt avvik hittil i år med om lag 15 mill. kroner.

Nordlandssykehuset hadde et underskudd på 14,1 mill. kroner i april og effekten av endret ISF-sats utgjør 2,1 mill. kroner. Hovedutfordringen i helseforetaket er knyttet til bemanningsforbruket og i april utgjorde merforbruket på lønns- og personalkostnader vel 25 mill. kroner, hvorav ca. 4,9 gjelder innleie fra firma og 9,2 gjelder overtid og vikarer. Hittil i år har helseforetaket et samlet underskudd ca. 52 mill. kroner og det er vel 55 mill. kroner svakere enn budsjett. Samlet utgjør merforbruk på lønns- og personalkostnader 76,8 mill. kroner hittil i år. Av dette er 19,3 mill. kroner knyttet til innleie fra firma og 22 mill. kroner gjelder overtid og ekstrahjelp. Det er positivt avvik på blant annet andre driftskostnader.

Helgelandssykehuset hadde et negativt resultat denne måneden på 6,3 mill. kroner. Inkludert i dette resultatet var det bokført kostnader på pasientreiser på om lag 3 mill. kroner som var for lavt beregnet i januar måned. Hovedutfordringen i helseforetaket er for lave aktivitetsinntekter ift. plan på samme tid som at lønnskostnadene er for høye. Effekten av korrigert ISF-sats utgjør 0,9 mill. kroner. Hittil i år har helseforetaket et samlet underskudd på 20 mill. kroner og det er ca. 27 mill. kroner svakere enn budsjett.

Resultatavviket hittil i år målt mot budsjetterte driftsinntekter viser at både Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset har svakere resultatutvikling enn de to øvrige sykehusforetakene, jf. kolonnen *avvik i % av inntekter* i tabell over.

Det vises til vedlegg for avvik per hovedpostgruppe i regnskapet.

Tiltaksområder og realisering av planlagte tiltakseffekter i sykehusforetakene
Den samlede omstillingsutfordringen for 2026 for sykehusene er om lag 568 mill. kroner og er fordelt på de ulike tiltaksområdene som vist i kolonne 2 i tabell nedenfor.

Omstillingstiltak	Total omstillingsutfordring	Planlagt realisert per 1. tertial	Realisert per første tertial	Avvik mot plan	Effekt i % av total
Bemanningsreduksjon/reduserte lønnskostnader	358	96	59	-37	16,5 %
Redusert innleiekostnad	73	20	43	23	58,3 %
Nettoeffekt reduserte fristbrudd	1	0	0	0	20,0 %
Bedre avtalelojalitet/reduserte anskaffelseskostnader	30	9	0	-8	1,5 %
Øvrige kostnadsbesparelse	55	17	30	13	55,1 %
Økt inntekter	51	17	7	-10	13,8 %
Totalt	**568**	**159**	**139**	**-19**	**24,6 %**

Omstillingstiltak	Total omstillingsutfordring	Planlagt realisert per 1. tertial	Realisert per første tertial	Avvik mot plan	Effekt i %
Finnmarkssykehuset	40	13	13	0	33,5 %
UNN	274	82	78	-4	28,4 %
Nordlandssykehuset	183	42	23	-19	12,4 %
Helgelandssykehuset	71	22	26	4	36,0 %
Totalt	**568**	**159**	**139**	**-19**	**24,6 %**

Tabell 11 Rapportering av realiserte tiltakseffekter per kategori og tertial i helseforetakene.

Relativt sett har helseforetakene planlagt med tiltakseffekter på om lag 159 mill. kroner etter april måned jf. tabell over. Etter utgangen av april måned rapporterer helseforetakene om realiserte tiltakseffekter på om lag 139 mill. kroner. Innenfor flere

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

tiltakskategorier har iverksatte tiltak gitt bedre effekt enn plan. Spesielt gjelder dette tiltak for å redusere innleie fra firma og generelle kostnadsbesparelser. Helseforetakene rapporterer at det kun er 16,5 prosent effekt av tiltakene innenfor kategorien bemanningsreduksjon/reduserte lønnskostnader målt mot planlagt.

Finnmarkssykehuset har per april planlagt tiltakseffekt med om lag 13 mill. kroner og rapporterer realiserte tiltakseffekter tilnærmet i tråd med dette. Ferdigstillelse av detaljerte tiltaksplaner for alle klinikkene er foreløpig ikke ferdig, men det jobbes løpende med å få dette på plass. Tiltak for å redusere bemanningsforbruk og innleie fra har stort fokus i tillegg til kostnadsoppfølging i klinikkene,

I UNN er det planlagt tiltakseffekt hittil i år med 82 mill. kroner og det rapporteres om realisert effekt på omkring 78 mill. kroner. Hovedtyngden av tiltaksplanen i UNN er relatert til reduksjon av bemanning/reduserte lønnskostnader. Effekter av disse tiltakene har så langt gitt lavere effekt enn forventet, mens helseforetaket rapporterer om betydelig bedre effekt enn planlagt for tiltakene knyttet til å ta ned innleie fra firma og også generelle kostnadsbesparelser. Helseforetaket rapporterer å være i rute med tiltak på øvrige tiltaksområder.

Nordlandssykehuset har planlagt tiltakseffekt av vedtatte tiltak hittil i år med ca. 42 mill. kroner. Helseforetaket rapporterer om realisert tiltakseffekt av disse tiltakene på ca. 23 mill. kroner og har lavere effekt enn planlagt for særlig bemanningstiltakene og innleie. 74 prosent av tiltaksplanen er relatert til å redusere bemanningsforbruk og innleie fra firma, men gjennomføringen av tiltakene er ikke gjort som planlagt. Helseforetaket har en større andel tiltak som ikke har planlagt i detalj og effekt av disse er reflektert i planlagt effekt på slutten av året. Det er knyttet større risiko til at effektene av tiltakene i foretaket realiseres som forventet.

I Helgelandssykehuset er planlagt tiltakseffekter etter april med 20 mill. kroner og det rapporteres om realisert effekt som er ca. fire mill. kroner bedre enn dette. Særlig gjelder dette innenfor bemanningsområdet.

5.2 Investeringer og likviditet

Det er bokført investeringer på om lag 440 mill. kroner per april, tilsvarende 23 prosent av investeringsrammene.

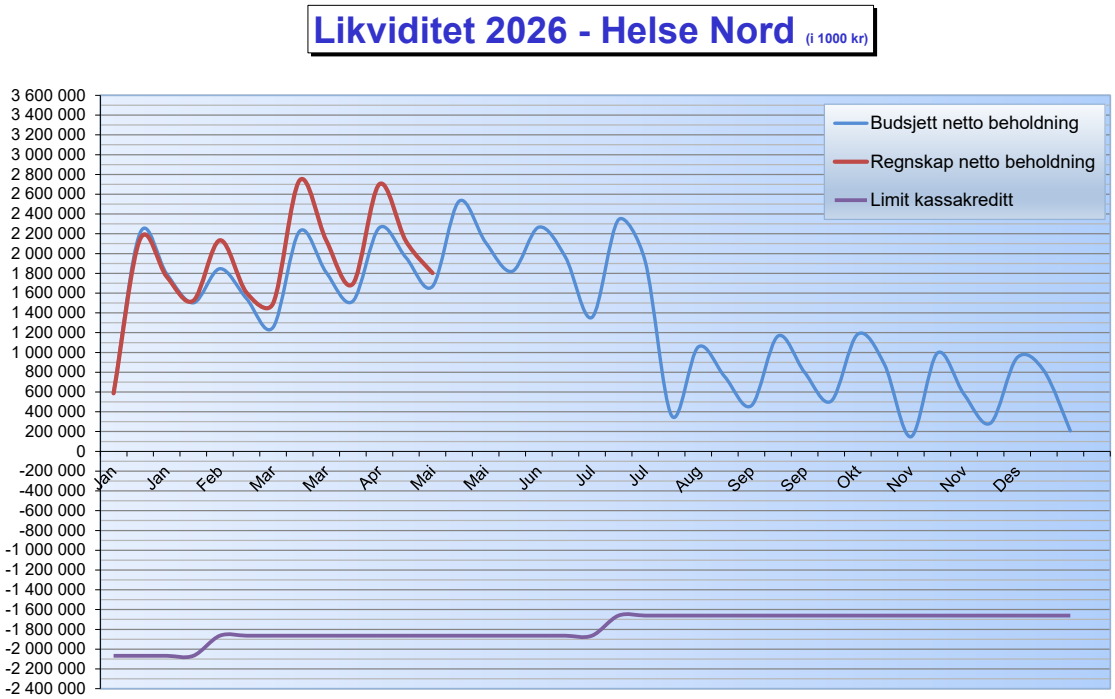
				apr.26		
Investeringer (mill kr)	**Overførte rammer tom 2025**	**Investeringsramme 2026**	**Sum disponibelt 2026**	**Regnskap hittil 2026**	**Forbruk i %**	**Restrammer**
Helse Nord RHF	0,1	226,0	226,1	37,4	17 %	188,7
P-85 store prosjekt	91,4	120,0	211,4			211,4
Finnmark	243,7	55,0	298,7	23,1	8 %	275,6
UNN	65,6	712,0	777,5	183,5	24 %	594,0
NLSH	61,9	90,0	151,9	25,6	17 %	126,3
Helgeland	27,2	90,0	117,2	17,7	15 %	99,5
Apotek	4,6	2,0	6,6	0,0	1 %	6,5
HN IKT	-25,6	144,0	118,4	153,0	129 %	-34,6
SUM Helse Nord	**468,7**	**1 439,0**	**1 907,7**	**440,3**	**23 %**	**1467,4**

Tabell 12 Bokførte investeringsrammer per rapporteringsmåned.

Likviditeten er 130 mill. kroner bedre enn prognosen per april, hvorav om lag 270 mill. kroner gjelder lavere investeringsaktiviteter enn lagt til grunn. Kontantstrømmen fra

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

driften er dermed om lag 140 mill. kroner svakere enn prognosen, jf. negativt budsjettavvik på om lag 96 mill. kroner.



Figur 23 Likviditetsprognose

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33

6 Vedlegg

6.1 Regnskapsoppstilling april

	April				Akkumulert per April				Endring fra i fjor	
Resultatrapportering	**Resultat**	**Budsjett**	**Avvik i kr**	**Avvik i %**	**Resultat**	**Budsjett**	**Avvik i kr**	**Avvik i %**	**Endring ift 2025**	**Endring i %**
Basisramme	1 792 751	1 792 751	0	0 %	6 908 555	6 908 555	0	0 %	382 592	6 %
Resultatbasert finansiering	6 514	6 514	0	0 %	26 056	26 056	0	0 %	179	1 %
ISF egne pasienter	247 199	250 544	-3 345	-1 %	1 045 859	1 071 850	-25 990	-2 %	18 903	2 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	10 003	10 697	-693	-6 %	107 947	110 683	-2 736	-2 %	2 892	3 %
Gjestepasientinntekter	11 727	10 626	1 102	10 %	40 575	41 166	-591	-1 %	-1 346	-3 %
Polikliniske inntekter (lab/rtg)	35 883	37 852	-1 969	-5 %	155 556	153 560	1 996	1 %	-18 709	-11 %
Utskrivningsklare pasienter	12 758	7 419	5 339	72 %	56 609	34 707	21 902	63 %	10 993	24 %
Inntekter "raskere tilbake"	12	0	12	0 %	44	0	44	0 %	-92	-68 %
Andre øremerkede tilskudd	88 899	81 081	7 817	10 %	351 403	322 138	29 265	9 %	-48 149	-12 %
Andre driftsinntekter	76 361	104 565	-28 204	-27 %	378 296	438 338	-60 042	-14 %	29 925	9 %
Sum driftsinntekter	**2 282 106**	**2 302 047**	**-19 942**	**-1 %**	**9 070 901**	**9 107 053**	**-36 152**	**0 %**	**377 189**	**4 %**
Kjøp av offentlige helsetjenester	157 889	144 303	13 586	9 %	590 943	569 762	21 180	4 %	20 896	4 %
Kjøp av private helsetjenester	89 669	88 625	1 043	1 %	354 522	357 915	-3 393	-1 %	-61 962	-15 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	195 630	204 855	-9 225	-5 %	853 198	838 869	14 329	2 %	-10 841	-1 %
Innleid arbeidskraft	15 822	14 534	1 288	9 %	68 215	59 457	8 758	15 %	-28 291	-29 %
Lønn til fast ansatte	1 115 291	1 105 704	9 587	1 %	4 281 312	4 301 340	-20 028	0 %	204 577	5 %
Vikarer	58 558	34 477	24 081	70 %	227 716	137 196	90 520	66 %	18 135	9 %
Overtid og ekstrahjelp	76 618	43 294	33 324	77 %	307 589	193 957	113 632	59 %	-18 656	-6 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	216 579	216 789	-211	0 %	842 537	842 469	68	0 %	128 241	18 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-83 164	-73 034	-10 130	14 %	-326 626	-268 152	-58 474	22 %	-26 136	9 %
Annen lønnskostnad	88 513	87 038	1 475	2 %	350 316	344 449	5 867	2 %	22 718	7 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	**1 271 638**	**1 212 013**	**59 625**	**5 %**	**4 908 523**	**4 768 247**	**140 275**	**3 %**	**172 348**	**4 %**
Avskrivninger	107 050	109 606	-2 556	-2 %	431 526	436 836	-5 310	-1 %	17 939	4 %
Nedskrivninger	0	0	0	0 %	0	0	0	0 %	880	-100 %
Andre driftskostnader	253 123	295 062	-41 939	-14 %	1 091 520	1 169 424	-77 904	-7 %	-664	0 %
Sum driftskostnader	**2 291 577**	**2 271 254**	**20 323**	**1 %**	**9 072 769**	**8 983 523**	**89 246**	**1 %**	**266 835**	**3,0 %**
Driftsresultat	**-9 471**	**30 793**	**-40 265**	**-131 %**	**-1 868**	**123 530**	**-125 398**	**-102 %**	**110 354**	**98 %**
Finansinntekter	18 758	8 347	10 412	125 %	63 471	33 386	30 085	90 %	1 939	-3 %
Finanskostnader	26 397	26 097	300	1 %	104 663	104 509	154	0 %	-4 117	-4 %
Finansresultat	-7 639	-17 751	10 112	-57 %	-41 192	-71 123	29 931	-42 %	6 057	13 %
Ordinært resultat	**-17 110**	**13 042**	**-30 152**	**-231 %**	**-43 059**	**52 408**	**-95 467**	**-182 %**	**116 411**	**73 %**
Ekstraord inntekter	0	0	0,0	0 %	0	0	0	0 %	0	0 %
Ekstraord kostnader	0	0	0,0	0 %	0	0	0	0 %	0	0 %
Skattekostnad	0	-249	249	-100 %	0	-633	633	-100 %	0	0 %
(Års)resultat	**-17 110**	**13 292**	**-30 402**	**-229 %**	**-43 059**	**53 041**	**-96 100**	**-181 %**	**116 411**	**325 %**

Confidential, Eitran, Tina Mari, 20.05.2026 15:53:33