Helse Midt-Norge RHF
Kontaktperson; Marit Ingvaldsen Risvaag
PB 464, 7501 Stjørdal
postmottak@helse-midt.no

02. oktober 2026

Høyringssvar til Regional utviklingsplan Helse Midt-Norge RHF

Del 1 – Overordna politiske vurderingar

Dette samla høyringsinnspelet byggjer på både faglege og politiske vurderingar frå kommunane i Møre og Romsdal. Den politiske delen løftar dei overordna føresetnadene kommunane meiner må liggje til grunn, medan den faglege delen utdjupar konsekvensar og behov innan dei enkelte temaområda. Delane må lesast i samanheng.

Kommunane i Møre og Romsdal støttar hovudretninga i den regionale utviklingsplanen for Helse Midt-Norge RHF (HMN). Samstundes meiner vi at planen må tydeleggjere fleire føresetnader for at utviklinga skal gi reelt likeverdige, berekraftige og samanhengande helsetenester i heile regionen.

Kommunane står sjølve i mange av dei same utfordringane som spesialisthelsetenesta: demografiske endringar, mangel på personell, strammare økonomiske rammer og behov for nye arbeidsformer. Dette gjer at utviklinga av spesialisthelsetenesta ikkje kan vurderast isolert frå den kommunale helse- og omsorgstenesta. Endringar i kapasitet, oppgåvedeling, behandlingsstad, digitalisering, rehabilitering og beredskap får direkte konsekvensar for kommunane og må derfor planleggjast i samanheng.

Innspela våre byggjer på både faglege og politiske vurderingar frå kommunane. Dei faglege perspektiva viser særleg behovet for tidleg involvering, tydeleg oppgåve- og ansvarsdeling, heilskaplege konsekvensvurderingar og betre planlegging på tvers av nivåa. Politisk meiner vi i tillegg at planen må ta tydelegare stilling til kva likeverd skal bety i praksis, korleis økonomiske rammevilkår og ressursfordeling verkar inn på tenestetilbodet, og korleis ein kan unngå irreversible endringar før konsekvensane er tilstrekkeleg utgreidde.

På denne bakgrunnen vil kommunane særleg løfte fram følgjande overordna føresetnader for utviklinga av spesialisthelsetenesta i Midt-Norge.

Likeverd må gjelde i praksis

Helse Midt-Norge legg likeverdige tenester til grunn for utviklingsplanen. For kommunane er det avgjerande at dette ikkje berre blir eit overordna mål, men eit konkret premiss for framtidige prioriteringar, strukturval og funksjonsdeling.

Likeverd handlar også om geografisk tilgjenge. I Møre og Romsdal påverkar avstandar, fjordar, ferjer, vêrforhold, transportmoglegheiter og tilgang til prehospitale tenester den reelle tilgangen til helsehjelp. Den regionale planen må derfor ta høgd for at føresetnadene for tilgang til tenester varierer mellom ulike delar av helseregionen.

Ved endringar i struktur og funksjonsdeling må derfor reiseavstand, responstid, prehospital kapasitet, kommunal beredskap og konsekvensar for pasientane inngå i vurderingsgrunnlaget. Digitale løysingar og behandling nærare pasienten kan vere viktige supplement, men kan ikkje utan vidare erstatte fysisk tilgang til spesialisthelsetenester.

For oss betyr likeverd heilt konkret: Kor langt er det til hjelp når det hastar? Finst fagmiljøet og kapasiteten når ein treng det? Og fører endringar i spesialisthelsetenesta til at ansvar blir flytta til kommunane utan at dei har ressursar til å bere det?

Berekraft krev berekraftige rammer

Kommunane støttar behovet for effektiv drift, prioritering og omstilling. Samstundes meiner vi at økonomisk berekraft både føreset effektiv drift i det enkelte helseføretaket og ei ressursfordeling som gir reelle føresetnader for å løyse oppdraget.

Gjennom det siste året har kommunane og dei folkevalde i Møre og Romsdal reist spørsmål ved om Helse Møre og Romsdal HF (HMR) har økonomiske rammer som står i rimeleg forhold til oppdraget føretaket skal løyse. Det er peika på langvarige likviditetsutfordringar, høg produktivitet og store skilnader i økonomisk utvikling mellom helseføretaka i same region.

Helse Midt-Norge har det overordna ansvaret for å samordne verksemda i regionen og sikre likeverdig tilgang til spesialisthelsetenester. Den regionale utviklingsplanen bør derfor i større grad omtale korleis ressursfordeling, økonomiske mekanismar, investeringar og geografiske skilnader påverkar føresetnadene for likeverdige tenester mellom helseføretaka.

Kommunane meiner at økonomisk berekraft må vurderast på regionalt nivå, ikkje berre som eit krav om lokal tilpassing i kvart helseføretak.

Den samla helsetenesta må vere berekraftig

Kommunane og spesialisthelsetenesta står i mange av dei same utfordringane med personell, kompetanse og økonomi. Omstilling kan derfor ikkje vurderast isolert innanfor eitt forvaltningsnivå.

Ei innsparing i spesialisthelsetenesta er ikkje ei reell innsparing dersom ho samtidig fører til tilsvarande eller større behov for personell, kompetanse eller ressursar i kommunane. Faginnspela frå kommunane er tydelege på at nye eller endra oppgåver må konsekvensvurderast, avtalast og følgjast av nødvendige ressursar, kompetanse og finansiering.

Dette er særleg viktig fordi utviklingsplanen legg opp til meir behandling nær pasienten, meir digital oppfølging, nye arbeidsformer og tydelegare oppgåvedeling. HMN slår sjølv fast at aktivitet, bemanning, kompetanse og ressursbruk må sjåast i samanheng på tvers av nivå og helseføretak.

Kommunane ønskjer å vere ein aktiv og likeverdig partnar i denne utviklinga. Men samhandling kan ikkje bli eit anna ord for uplanlagt overføring av ansvar, risiko og kostnader frå spesialisthelsetenesta til kommunane.

Store og irreversible endringar krev eit heilskapleg avgjerdsgrunnlag

Kommunane erkjenner at omstilling vil vere nødvendig. Samstundes må større endringar i kapasitet, struktur og funksjonsdeling byggje på opne og etterprøvbare konsekvensvurderingar.

Erfaringane frå diskusjonen om dei prehospitale tenestene viser kor viktig dette er. Der har kommunane peika på at endringar i eitt område kan få konsekvensar for heile den akuttmedisinske kjeda og for kommunale tenester, og at slike konsekvensar må vere tilstrekkeleg utgreidde før større strukturelle grep blir vedtekne.

Fagmiljø, kapasitet og beredskap som først er bygde ned, kan vere krevjande å byggje opp att. Det same gjeld rekruttering og etablerte pasientstraumar. Kommunane meiner derfor at føre-var-prinsippet må vege tungt når avgjerder kan få irreversible konsekvensar.

Større endringar må vurderast ut frå samla verknad for pasienttilbod, geografi, rekruttering, beredskap, økonomi og kommunale tenester før avgjerd blir fatta.

Frå plan til forpliktande styring

Utviklingsplanen må følgjast opp gjennom budsjett, økonomisk langtidsplan, delstrategiar og konkrete prioriteringar. HMN legg sjølv til grunn at den regionale utviklingsplanen skal gi retning for prioriteringar, ressursbruk og nødvendige tilpassingar over tid.

Kommunane forventar derfor at prinsippa om likeverd, samla berekraft, kommunal involvering og heilskaplege konsekvensvurderingar blir følgde opp også når konkrete vedtak skal fattast.

Vi ber særleg om at større endringar i kapasitet, struktur, pasientforløp og funksjonsdeling blir vurderte i reelt samarbeid med kommunane, og at irreversible grep ikkje blir gjennomførte før konsekvensane er tilstrekkeleg utgreidde.

Vi ber særleg om at den regionale utviklingsplanen tek tydeleg ansvar for dei økonomiske og strukturelle føresetnadene helseføretaka skal drive innanfor, og at ressursfordeling, geografi, kapasitet og funksjonsdeling blir vurderte samla opp mot målet om likeverdige helsetenester i heile regionen.

Kommunane i Møre og Romsdal ønskjer å bidra aktivt til nødvendig omstilling og utvikling. Men berekraft kan ikkje skapast ved å flytte utfordringar mellom helseføretak, mellom spesialisthelsetenesta og kommunane eller mellom geografiske område.

Målet må vere reell berekraft og reelt likeverd for innbyggarane i heile regionen.

Dei overordna vurderingane ovanfor må sjåast i samanheng med dei faglege innspela frå kommunane. Desse konkretiserer særleg korleis den regionale utviklinga påverkar kommunal kapasitet, kompetanse, økonomi, pasientforløp, beredskap og rekruttering, og gir forslag til korleis samhandling og oppgåvedeling bør innrettast i planperioden.

Del 2 – Fagleg høyringsinnspel frå kommunane

Den faglege delen utdjupar dei overordna politiske vurderingane og byggjer på kommunane sine erfaringar og behov i møte med utviklinga av spesialisthelsetenesta i Midt-Norge.

Overordna vurdering

Kommunane i Møre og Romsdal støttar behovet for ein regional utviklingsplan som gir retning for likeverdige, tilgjengelege og samanhengande helsetenester med høg kvalitet i heile helseregionen. Kommunane og Helse Midt-Norge RHF (HMN) står i mange av dei same utfordringane som planen skildrar, knytte til demografi, økonomisk berekraft, personell, samhandling, beredskap, klima og teknologi. Både kommunane og HMN har knapp tilgang på arbeidskraft og økonomiske ressursar.

Fleire av måla i planen vil få direkte konsekvensar for kommunale helse- og omsorgstenester, og kommuneperspektivet må styrkjast i den endelege planen.

Hovudbodskap

HMN, helseføretaka og kommunane må planleggje saman, og endringar må ikkje føre til uplanlagd overføring av oppgåver, ansvar, personellbehov eller kostnader til kommunane.

1. Likeverdige, tilgjengelege og samanhengande helsetenester

Planen sin ambisjon om likeverdige tenester blir støtta. Samstundes bør den endelege planen vere tydelegare på at likeverd også omfattar geografisk tilgjenge. Sentralisering og funksjonsdeling må vurderast opp mot reiseavstand, transportmoglegheiter, beredskap, tilgang til kompetanse og konsekvensar for pasientar i distrikta. Tenester som blir brukte ofte, bør vere tilgjengelege nær innbyggarane, og digitale løysingar kan bidra til desentraliserte tilbod, men kan ikkje åleine erstatte nødvendig fysisk tilgjenge.

Kommunane etterlyser opne og etterprøvbare analysar av ressursfordelinga mellom helseføretaka, auka transparens i avgjerdsgrunnlaget og systematiske analysar av korleis tenesteproduksjonen i helseføretaka og endringar i denne påverkar ressursbruken i kommunane. Det er behov for ei meir balansert utvikling av kapasitet, kompetanse og tilbod i heile helseregionen.

Helsefellesskapa bør tydeleggjerast som den sentrale strategiske arenaen for utvikling av pasientforløp, oppgåve- og funksjonsdeling og felles prioriteringar. Kommunane må involverast før avgjerder som påverkar kommunale tenester blir fatta. Dette gjeld også tenester som HMN har direkte ansvar for, mellom anna avtalespesialistar og rehabiliteringstenester utførte av private og ideelle aktørar.

Planen bør styrkje omtalen av rehabilitering og habilitering. Kommunane ber om at rehabiliteringstilbodet i Møre og Romsdal blir styrkt, og at det blir utvikla betre løysingar for ressurskrevjande pasientar med behov for spesialisert avklaring og stabilisering. Samanhengande tenester for skrøpelege eldre, personar med alvorlege psykiske lidingar, barn og unge og andre med langvarige og samansette behov må utviklast på tvers av fagområde og tenestenivå.

2. Utdanne, rekruttere, utvikle og behalde personell

Planen sitt mål om meir samla planlegging av aktivitet, bemanning og kompetanse på tvers av profesjonar, nivå og helseføretak er positivt. Dette må også omfatte kommunane sine personell- og kompetansebehov. Ei omstilling som reduserer behovet for personell i spesialisthelsetenesta, men aukar behovet tilsvarande i kommunane, løyser ikkje den samla personellutfordringa.

Det bør utviklast sterkare regionale løysingar for utdanning, kompetanseutvikling, praksisarenaer og rekruttering. Kommunane ber særleg om tydelegare regional styring av LIS1-fordelinga, fleire desentraliserte utdanningsløp, auka bruk av kombinerte stillingar, hospiterings- og traineeordningar og tettare samarbeid mellom HMN, helseføretaka, kommunane og universitets- og høgskulesektoren.

Generalistkompetanse må styrkjast for å sikre robuste, tilgjengelege tenester og heilskapleg oppfølging av personar med samansette behov. Utdanningane bør gi betre innsikt i kommunal planlegging, forvaltning og drift, og konsekvensane av aukande spesialisering må vurderast opp mot behovet for sterke lokalsjukehusfunksjonar og tenester nær pasienten.

3. Pasient- og brukarinvolvering

Det er positivt at planen legg vekt på dialog, samval, helsepedagogikk, lærings- og meistringstilbod og systematisk bruk av pasient- og pårørandeerfaringar. Reell brukarmedverknad må inkludere erfaringar frå pasientar og kommunar i heile regionen, og pasientane sitt behov for nærleik og tilgjenge må tilleggjast større vekt i strukturval.

Rolla til pårørande bør tydeleggjerast. Meir behandling og oppfølging heime kan medføre auka forventningar til pårørande. HMN må sikre at pårørande med omsorgsoppgåver blir tekne omsyn til og varetekne når spesialisthelsetenestene blir utvikla.

4. Kunnskap, forsking, innovasjon og teknologi

Utvikling av helsetenestene må byggje på eit felles, ope og etterprøvbart kunnskapsgrunnlag. Sjukehus og kommunar bør samarbeide meir om kunnskapsinnhenting, data og forsking ved endringar i tenestetilbod, oppgåvedeling og organisering. Forsking på gevinstar og effektar av samhandlingstiltak og innovasjonsprosjekt om samanhengande pasientforløp bør prioriterast.

Det bør utviklast felles infrastruktur for anvend forsking i helse- og omsorgstenestene og samarbeidsprosjekt som omfattar begge tenestenivåa. Relevante styringsdata om pasientstraumar, kapasitet, demografi og tenestebehov bør brukast i felles planlegging.

Digitale løysingar må utviklast og innførast i samarbeid med kommunane. Ansvar, kompetanse, finansiering og gevinstrealisering må avklarast på tvers av nivåa, slik at teknologi støttar heilskaplege pasientforløp og ikkje skaper auka arbeidsbelastning eller uavklart oppgåveforskyving.

5. Beredskap og evne til å handtere kriser

Beredskapen i regionen må byggje på ein desentralisert og robust struktur. Svekkjing av lokale tilbod kan redusere den samla beredskapsevna, og tilgang til akutt- og spesialistkompetanse i heile regionen er avgjerande. Struktur- og funksjonsval må derfor vurderast i eit samla beredskapsperspektiv, inkludert prehospitale tenester.

Planen bør leggje til rette for tettare samarbeid mellom kommunar og sjukehus om beredskapsplanlegging, kompetansebygging, risiko- og sårbarheitsanalysar og felles øvingar. Helsefellesskapa bør brukast som samhandlingsarena. Det bør også vurderast eigne beredskapsutval og felles fylkesvise beredskapsplanar saman med Statsforvaltaren.

6. Effektiv og berekraftig bruk av samla ressursar

Økonomisk berekraft må vurderast for heile helse- og omsorgstenesta, ikkje for kvart nivå isolert. Tiltak som gir redusert ressursbruk i spesialisthelsetenesta, kan ikkje definerast som berekraftige dersom dei samtidig medfører tilsvarande eller større ressurs-, kompetanse- eller personellbehov i kommunane.

Overføring av oppgåver til kommunane må ikkje skje utan analyse av kostnader, innsparingar og endra behov for arbeidskraft hos begge partar. Nye eller utvida oppgåver må konsekvensvurderast, avtalefestast og følgjast av nødvendig kompetanse, kapasitet og finansiering. Endringar i sengetal, tenestetilbod eller organisering som gjeld felles pasientgrupper, må drøftast med kommunane før avgjerd.

For å lukkast med nødvendig oppgåvegliding må vi prioritere saman og også vere villige til å prioritere bort oppgåver og aktivitetar som ikkje lenger kan eller bør vidareførast. Spesialisthelsetenesta må i større grad kjenne det reelle handlingsrommet til kommunane, både når det gjeld personell og kompetanse og dei økonomiske rammene kommunane arbeider innanfor. Råd og forventningar må derfor byggje på kva som samla sett er fagleg forsvarleg, økonomisk berekraftig og realistisk å gjennomføre.

Planen bør vere tydelegare på prioriteringar, omfordeling av ressursar og strukturelle grep. Det bør gå fram korleis økonomisk langtidsplan, delstrategiar og handlingsplanar skal følgje opp den regionale retninga, og korleis prioriteringar og effektar skal vurderast for både helseføretaka og kommunane.

7. Oppfølging av planen

Oppfølginga må ha ein plan for å vurdere korleis endringar påverkar tilgang til tenester, kapasitet, kompetanse, personellbehov, ressursbruk, pasienttryggleik og beredskap mellom helseføretaka og mellom spesialisthelsetenesta og kommunane. Kommunal medverknad må vidareførast gjennom heile planperioden og i arbeidet med delstrategiar og handlingsplanar.

Større endringar bør byggje på heilskaplege konsekvensvurderingar og opne avgjerdsgrunnlag. Resultat, risiko og gevinstrealisering bør følgjast på tvers av nivåa, slik at det kan vurderast om utviklinga faktisk bidreg til likeverdige og berekraftige tenester i heile regionen.

8. Prioriterte endringsforslag

Kommunane ber om at den endelege regionale utviklingsplanen tydeleggjer følgjande:

Nr.	Tema	Forslag til tydeleggjering
1	Likeverdig ressursfordeling	Opne og etterprøvbare analysar og tiltak som gir ei meir balansert fordeling av kapasitet, kompetanse og tilbod i regionen.
2	Samla berekraft	Økonomi, personell, kapasitet og kompetanse skal vurderast for den samla helse- og omsorgstenesta.
3	Planlagd oppgåvedeling	Endringar i oppgåver skal konsekvensvurderast, avtalast og følgjast av nødvendige ressursar, kompetanse og finansiering.
4	Forpliktande oppfølging	Kommunane skal involverast i delstrategiar, handlingsplanar og løpande oppfølging gjennom heile planperioden.
5	Geografisk likeverd	Reiseavstand, lokale tilbod, prehospitale tenester og beredskap skal inngå i struktur- og funksjonsval.
6	Felles personellinnsats	LIS1, desentraliserte utdanningsløp, kombinerte stillingar, praksis og rekruttering skal planleggjast regionalt og saman med kommunane.
7	Felles kunnskapsgrunnlag	Data, forsking og konsekvensanalysar skal omfatte verknadene for både helseføretaka og kommunane.
8	Helsefellesskapa	Helsefellesskapa skal brukast som strategisk arena før avgjerder om pasientforløp, oppgåve- og funksjonsdeling.

9. Avslutning

Kommunane i Møre og Romsdal ønskjer å bidra aktivt til nødvendig omstilling og utvikling av framtidas helsetenester. Føresetnaden er at Helse Midt-Norge RHF, Helse Møre og Romsdal HF og kommunane planlegg saman, deler kunnskapsgrunnlag og vurderer konsekvensane av endringar på tvers av forvaltningsnivåa. Målet må vere reell berekraft og likeverdige tenester for innbyggarane i heile regionen, ikkje å flytte utfordringar, oppgåver eller kostnader mellom nivå eller geografiske område.

På vegne av kommunane i Møre og Romsdal,

Ingrid Ovidie Rangønes
Leiar
Nordmøre regionråd IPR

Trygve Grydeland
Leiar
Romsdal interkommunalt politisk råd

Stian Skorgen Scheide
Leiar
Sunnmøre regionråd