Helse Møre og Romsdal HF
PB 1600, 6026 Ålesund
postmottak@helse-mr.no

2. oktober 2026

Høyringssvar til Utviklingsplan HMR 2027-2030

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 utviklingsplanane for Helse Møre og Romsdal HF (HMR) og Helse Midt-Norge RHF (HMN). Samstundes meiner vi at planane må tydeleggjere fleire føresetnader for at utviklinga skal gi reelt likeverdige, berekraftige og samanhengande helsetenester.

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 planleggast 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 planane 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 Møre og Romsdal og Midt-Norge.

Likeverd må gjelde i praksis

Både Helse Møre og Romsdal og Helse Midt-Norge legg likeverdige tenester til grunn for utviklingsplanane. 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. HMN peikar sjølv på at HMR har eit stort og geografisk spreidd opptaksområde, og at dette er avgjerande for tilgjenge, beredskap og nærleik til tenestene.

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 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 utviklingsplanane 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 beslutningsgrunnlag

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

Utviklingsplanane 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.

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 Møre og Romsdal.

Dei overordna vurderingane ovanfor må sjåast i samanheng med dei faglege innspela frå kommunane. Desse konkretiserer særleg korleis utviklinga i spesialisthelsetenesta 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 tek utgangspunkt i kommunane sine erfaringar med samhandling med spesialisthelsetenesta. Innspela omfattar mellom anna konsekvensar for kommunale helse- og omsorgstenester, oppgåvedeling, personell og kompetanse, rehabilitering, digitalisering, geografisk tilgjenge, beredskap og oppfølging av planen.

Overordna vurdering

Kommunane i Møre og Romsdal anerkjenner behovet for nødvendig omstilling og utvikling av meir samanhengande, tilgjengelege og berekraftige helsetenester i fylket. Utviklingsplanen skildrar eit utfordringsbilete som i stor grad er attkjenneleg for kommunane: fleire eldre, færre i arbeidsfør alder, knapp tilgang på kvalifisert personell, mindre økonomisk handlingsrom og behov for tydelegare prioriteringar. Ambisjonane om betre samhandling, rett bruk av kompetanse, bruk av teknologi og tenester nærare pasienten er viktige.

Samstundes må kommuneperspektivet og konsekvensane for dei kommunale helse- og omsorgstenestene styrkjast og konkretiserast i den endelege planen. Omstilling i spesialisthelsetenesta kan ikkje planleggjast isolert. Endringar i aktivitet, pasientforløp, liggjetid, behandlingsstad og funksjonsdeling påverkar kapasitet, kompetanse, bemanning, økonomi, pasienttryggleik og beredskap i kommunane.

Hovudbudskap

Kommunane ønskjer å vere ein aktiv og likeverdig partnar i utviklinga av framtidas helseteneste. Utviklingsplanen må ta omsyn til den samla helsetenesta, og omstilling må ikkje føre til uplanlagd overføring av oppgåver, ansvar eller kostnader mellom nivåa.

1. Utfordringsbiletet og konsekvensar for kommunane

Planen bør tydelegare skildre korleis utviklingsretninga er venta å påverke dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Meir behandling heime, kortare opphald i spesialisthelsetenesta, tidlegare utskriving og auka bruk av digitale og desentraliserte tilbod kan gi betre tilgjenge og meir samanhengande pasientforløp. Samstundes kan utviklinga auke etterspurnaden etter heimesjukepleie, korttids- og rehabiliteringstilbod, legetenester, fysioterapi og ergoterapi, psykisk helse- og rustenester og koordinerte tenester.

For mindre kommunar kan sjølv ein avgrensa auke i talet på pasientar med komplekse og behandlingskrevjande tilstandar få stor betydning. Planen bør derfor leggje til grunn at konsekvensar for kapasitet, bemanning, kompetanse, økonomi, pasienttryggleik og beredskap i kommunane skal vurderast før større endringar blir gjennomførte.

2. Føresetnader for berekraftig utvikling

Berekraft må vurderast for den samla helsetenesta og det samla personellet, ikkje for kvart forvaltningsnivå isolert. Eit tiltak kan ikkje vurderast som berekraftig dersom redusert aktivitet eller ressursbruk i spesialisthelsetenesta fører til tilsvarande eller større behov for personell og ressursar i kommunane.

Helseføretaket og kommunane konkurrerer i stor grad om den same arbeidskrafta. Kompetanse- og personellplanlegging må derfor skje på tvers av tenestenivåa. Det bør leggjast større vekt på felles løysingar for utdanning, kompetanseutvikling, praksisarenaer og rekruttering, og på analysar av korleis rekrutteringssituasjonen i kommunane påverkar spesialisthelsetenesta, og omvendt.

Omtalen i planen av økonomisk berekraft bør supplerast med vurderingar av økonomiske konsekvensar for kommunale tenester. Nye eller endra oppgåver må vere konsekvensvurderte og avtalte, og nødvendige faglege, kapasitetsmessige og økonomiske føresetnader må vere avklarte før gjennomføring.

3. Strategisk retning og prioriterte utviklingsområde

3.1 Likeverdige, tilgjengelege og samanhengande tenester

Likeverdige tenester må også innebere geografisk tilgjenge. Ved endringar i struktur og funksjonsdeling må geografiske avstandar, reise- og transportmoglegheiter, responstid, prehospitale tenester, kapasiteten i kommunane og den samla akuttberedskapen inngå i vurderingane. Digitale tenester og behandling heime er viktige supplement, men kan ikkje utan vidare erstatte nødvendig fysisk tilgang til spesialisthelsetenester.

Utvikling av nye pasientforløp og endra oppgåvefordeling må ta utgangspunkt i heile pasientforløpet og skje i reelt partnarskap mellom helseføretaket og kommunane. Dette er særleg viktig for eldre med samansette behov, personar med psykiske helse- og rusutfordringar, barn og unge og pasientar med behov for rehabilitering og langvarig oppfølging.

3.2 Personell, kompetanse og leiing

Planen bør konkretisere kva fagområde som er særleg sårbare, og korleis helseføretaket og kommunane saman skal møte kompetanse- og rekrutteringsutfordringane. Dersom meir avansert behandling skal givast i kommunen eller i heimen til pasienten, må ansvar, tilgang til spesialistkompetanse, nødvendig opplæring og rettleiing vere avklart.

3.3 Pasient- og brukarinvolvering

Pasient- og brukarinvolvering må sjåast i samanheng med kommunal medverknad. Når behandlingsstad, pasientforløp eller oppfølging blir endra, bør vurderingane omfatte korleis endringa verkar for pasientar og pårørande, mellom anna når det gjeld reiseveg, digital tilgang, tryggleik, informasjon og ansvarsovergang mellom tenestenivåa.

3.4 Kunnskap, forsking og innovasjon

Omstilling på tvers av tenestenivåa må byggje på eit felles og etterprøvbart kunnskapsgrunnlag. Analysar av tenesteproduksjon, kapasitet, personell og ressursbruk bør synleggjere korleis endringar i

spesialisthelsetenesta og dei kommunale tenestene påverkar kvarandre. Digitale løysingar bør utviklast i fellesskap, med tydeleg ansvars- og kostnadsdeling.

3.5 Beredskap

Omstillinga må ikkje svekkje forsvarleg helsehjelp, pasienttryggleik, kvalitet eller beredskap. Strukturelle endringar må vurderast opp mot heile behandlings- og beredskapskjeda, inkludert ambulanseteneste, legevakt, transportmoglegheiter og kommunal kapasitet. Kommunane må ha reell medverknad i risiko- og sårbarheitsanalysar og i drøfting av kompenserande tiltak.

3.6 Berekraftig ressursbruk

Kommunane og helseføretaket må saman avklare korleis interessekonfliktar skal handterast når begge nivå har knapp tilgang på personell og økonomiske ressursar. Målet må vere gevinst for den samla helsetenesta, ikkje at utfordringar blir flytta mellom nivåa.

4. Samhandling, oppgåvedeling og kommunal involvering

Helsefellesskap Møre og Romsdal bør få ei tydeleg strategisk rolle i utviklinga av pasientforløp og ved endringar i oppgåve- og funksjonsdelinga. Vesentlege endringar som påverkar kommunale tenester, bør drøftast i Helsefellesskapet før avgjerder blir fatta, ikkje først når endringane skal setjast i verk.

Planen bør forplikte helseføretaket til tidleg og reell kommunal involvering gjennom heile gjennomføringsperioden. Oppgåver kan ikkje overførast til kommunane utan forpliktande dialog, tydeleg ansvarsavklaring og føreseielege rammer. Konsekvensar for kommunale tenester må inngå i beslutningsgrunnlaget for alle tiltak som påverkar pasientforløp, behandlingsstad, liggjetid, funksjonsdeling, digitale tenester eller beredskap.

5. Oppfølging av planen

Oppfølginga av planen må omfatte planar for vurdering av korleis endringar, omstilling, prioritering av tiltak og investeringar påverkar aktivitet, kapasitet, personellbehov, kompetanse, kostnader, pasienttryggleik og beredskap på tvers av spesialisthelsetenesta og kommunane. Dette vil gi eit betre grunnlag for å vurdere om utviklingsplanen faktisk gir gevinst og ønskja retning for den samla helsetenesta.

Ved større tiltak bør det utarbeidast dokumenterte og heilskaplege konsekvensvurderingar før avgjerd. Kommunane må delta i arbeidet, og vurderingane bør omfatte både forventa gevinstar, risiko, ansvar, ressursbehov og eventuelle kompenserande tiltak.

Vegval og prioriteringar

Planen bør vere tydelegare på prioriteringar og på kva HMR skal gjere mindre av, avslutte eller organisere annleis. Prioritering kan ikkje berre skildrast som effektivisering, digitalisering og auka produktivitet. Konsekvensar for kommunane må inngå i beslutningsgrunnlaget når aktivitet eller praksis blir nedprioritert.

Kommunane ser med stor uro på føreslåtte tiltak i omstillingsplanen som inneber nedbygging av desentraliserte tilbod, særleg knytt til tilbod til barn og innan rus og psykisk helse. Til dømes er forslag om redusert kapasitet i DPS i direkte motstrid med nasjonale politiske føringar.

Prioriterte endringsforslag

Kommunane ber om at den endelege utviklingsplanen tydeleggjer følgjande:

Nr.	Tema	Forslag til tydeleggjering
1	**Tydeleg prioritering**	Planen må vere tydelegare på kva tenester og aktivitetar som skal prioriterast, reduserast eller organiserast annleis, og på konsekvensane for kommunane.
2	**Oppgåvedeling**	Nye eller endra oppgåver skal konsekvensvurderast, avtalefestast og følgjast av nødvendige ressursar, kompetanse og finansiering. Berekraft, personell, kompetanse, kapasitet og økonomi skal vurderast på tvers av helseføretaket og kommunane.
3	**Tidleg involvering**	Kommunane og Helsefellesskapet skal involverast før avgjerder som påverkar kommunale tenester og pasientforløp blir fatta.
4	**Heilskaplege konsekvensvurderingar**	Større endringar skal vurderast med omsyn til kapasitet, bemanning, kompetanse, økonomi, pasienttryggleik, geografi og beredskap.
5	**Geografisk likeverd**	Reiseavstand, transport, responstid, prehospitale tenester og fysisk tilgjenge skal vere sentrale premiss ved struktur- og funksjonsendringar.
6	**Forpliktande oppfølging**	Det skal etablerast planar for vurdering av verknadene omstillingstiltak har for heile helsetenesta gjennom planperioden.

Avslutning

Kommunane støttar nødvendig omstilling og ønskjer å bidra aktivt til utviklinga av framtidas helseteneste. Føresetnaden er at helseføretaket og kommunane planlegg saman, deler kunnskapsgrunnlag og vurderer konsekvensane av endringar på tvers av forvaltningsnivåa. Utviklinga må gi reell berekraft for innbyggarane og den samla helsetenesta, og ikkje flytte utfordringar, oppgåver eller kostnader mellom nivåa.

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