

Høringsinnspill til Regional utviklingsplan Helse Midt-Norge 2027–2040

Fra kommunene i Møre og Romsdal (?)

Til	Helse Midt-Norge RHF
Deres referanse	2026/682 - 5944/2026
Høringsinstans	[navn på kommune/organisasjon]
Dato / vedtak	[dato og politisk organ]

Overordnet vurdering

Kommunene i Møre og Romsdal støtter behovet for en regional utviklingsplan som gir retning for likeverdige, tilgjengelige og sammenhengende helsetjenester med høy kvalitet i hele helseregionen. Kommunene og Helse Midt-Norge RHF (HMN) står i mange av de samme utfordringene som planen beskriver knyttet til demografi, økonomisk bærekraft, personell, samhandling, beredskap, klima og teknologi. Både kommunene og HMN har knapphet på arbeidskraft og økonomiske ressurser.

Flere av målene i planen vil få direkte konsekvenser for kommunale helse- og omsorgstjenester, og kommuneperspektivet må styrkes i den endelige planen.

Hovedbudskap

HMN, helseforetakene og kommunene må planlegge sammen, og endringer må ikke føre til uplanlagt overføring av oppgaver, ansvar, personellbehov eller kostnader til kommunene.

1. Likeverdige, tilgjengelige og sammenhengende helsetjenester

Planens ambisjon om likeverdige tjenester støttes. Samtidig bør den endelige planen være tydeligere på at likeverd også omfatter geografisk tilgjengelighet. Sentralisering og funksjonsfordeling må vurderes opp mot reiseavstand, transportmuligheter, beredskap, tilgang til kompetanse og konsekvenser for pasienter i distriktene. Tjenester som brukes ofte bør være tilgjengelige nær innbyggerne, og digitale løsninger kan bidra til desentraliserte tilbud, men kan ikke alene erstatte nødvendig fysisk tilgjengelighet.

Kommunene etterlyser åpne og etterprøvbare analyser av ressursfordelingen mellom helseforetakene, økt transparenss i beslutningsgrunnlaget og systematiske analyser av hvordan helseforetakenes tjenesteproduksjon og endringer i denne påvirker kommunenes ressursbruk. Det er behov for en mer balansert utvikling av kapasitet, kompetanse og tilbud i hele helseregionen.

Helsefellesskapene bør tydeliggjøres som den sentrale strategiske arenaen for utvikling av pasientforløp, oppgave- og funksjonsdeling og felles prioriteringer. Kommunene må involveres før beslutninger som påvirker kommunale tjenester fattes. Dette gjelder også tjenester som HMN har direkte ansvar for, blant annet avtalespesialister og rehabiliteringstjenester utført av private og ideelle aktører.

Planen bør styrke omtalen av rehabilitering og habilitering. Kommunene ber om at rehabiliteringstilbudet i Møre og Romsdal styrkes, og at det utvikles bedre løsninger for ressurskrevende pasienter med behov for spesialisert avklaring og stabilisering. Sammenhengende tjenester for skrøpelige eldre, personer med alvorlige psykiske lidelser, barn og unge og andre med langvarige og sammensatte behov må utvikles på tvers av fagområder og tjenestenivå.

2. Utdanne, rekruttere, utvikle og beholde personell

Planens mål om mer samlet planlegging av aktivitet, bemanning og kompetanse på tvers av profesjoner, nivåer og helseforetak er positivt. Dette må også omfatte kommunenes personell- og kompetansebehov. En omstilling som reduserer behovet for personell i spesialisthelsetjenesten, men øker behovet tilsvarende i kommunene, løser ikke den samlede personellutfordringen.

Det bør utvikles sterkere regionale løsninger for utdanning, kompetanseutvikling, praksisarenaer og rekruttering. Kommunene ber særlig om tydeligere regional styring av LIS1-fordelingen, flere desentraliserte utdanningsløp, økt bruk av kombinerte stillinger, hospiterings- og traineeordninger og tettere samarbeid mellom HMN, helseforetakene, kommunene og universitets- og høyskolesektoren.

Generalistkompetanse må styrkes for å sikre robuste, tilgjengelige tjenester og helhetlig oppfølging av personer med sammensatte behov. Utdanningene bør gi bedre innsikt i kommunal planlegging, forvaltning og drift, og konsekvensene av økende spesialisering må vurderes opp mot behovet for sterke lokalsykehusfunksjoner og tjenester nær pasienten.

3. Pasient- og brukerinvolvering

Det er positivt at planen legger vekt på dialog, samvalg, helsepedagogikk, lærings- og mestringstilbud og systematisk bruk av pasient- og pårørendeerfaringer. Reell brukermedvirkning må inkludere erfaringer fra pasienter og kommuner i hele regionen, og pasientenes behov for nærhet og tilgjengelighet må tillegges større vekt i strukturvalg.

Pårørendes rolle bør tydeliggjøres. Mer behandling og oppfølging hjemme kan medføre økte forventninger til pårørende. HMN må sikre at pårørende med omsorgsoppgaver blir hensyntatt og ivaretatt når spesialisthelsetjenestene utvikles.

4. Kunnskap, forskning, innovasjon og teknologi

Utvikling av helsetjenestene må bygge på et felles, åpent og etterprøvbart kunnskapsgrunnlag. Sykehus og kommuner bør samarbeide mer om kunnskapsinnhenting, data og forskning ved endringer i tjenestetilbud, oppgavedeling og organisering. Forskning på gevinster og effekter av samhandlingstiltak og innovasjonsprosjekter om sammenhengende pasientforløp bør prioriteres.

Det bør utvikles felles infrastruktur for anvendbar forskning i helse- og omsorgstjenestene og samarbeidsprosjekter som omfatter begge tjenestenivåene. Relevant styringsdata om pasientstrømmer, kapasitet, demografi og tjenestebehov bør brukes i felles planlegging.

Digitale løsninger må utvikles og innføres i samarbeid med kommunene. Ansvar, kompetanse, finansiering og gevinstrealisering må avklares på tvers av nivåene, slik at teknologi understøtter helhetlige pasientforløp og ikke skaper økt arbeidsbelastning eller uavklart oppgaveforskyvning.

5. Beredskap og evne til å håndtere kriser

Beredskapen i regionen må bygge på en desentralisert og robust struktur. Svekkelse av lokale tilbud kan redusere den samlede beredskapsevnen, og tilgang til akutt- og spesialistkompetanse i hele regionen er avgjørende. Struktur- og funksjonsvalg må derfor vurderes i et samlet beredskapsperspektiv, inkludert prehospitale tjenester.

Planen bør legge til rette for tettere samarbeid mellom kommuner og sykehus om beredskapsplanlegging, kompetansebygging, risiko- og sårbarhetsanalyser og felles øvelser. Helsefellesskapene bør brukes som samhandlingsarena. Det bør også vurderes egne beredskapsutvalg og felles fylkesvise beredskapsplaner sammen med Statsforvalteren.

6. Effektiv og bærekraftig bruk av samlede ressurser

Økonomisk bærekraft må vurderes for hele helse- og omsorgstjenesten, ikke for hvert nivå isolert. Tiltak som gir redusert ressursbruk i spesialisthelsetjenesten kan ikke defineres som bærekraftige dersom de samtidig medfører tilsvarende eller større ressurs-, kompetanse- eller personellbehov i kommunene.

Oppgaveoverføring til kommunene må ikke skje uten analyse av kostnader, besparelser og endret behov for arbeidskraft hos begge parter. Nye eller utvidede oppgaver må konsekvensvurderes, avtales og følges av nødvendig kompetanse, kapasitet og finansiering. Endringer i sengetall, tjenestetilbud eller organisering som gjelder felles pasientgrupper må drøftes med kommunene før beslutning.

Planen bør være tydeligere på prioriteringer, omfordeling av ressurser og strukturelle grep. Det bør framgå hvordan økonomisk langtidsplan, delstrategier og handlingsplaner skal følge opp den regionale retningen, og hvordan prioriteringer og effekter skal vurderes for både helseforetakene og kommunene.

7. Oppfølging av planen

Oppfølgingen må ha plan for å vurdere hvordan endringer påvirker tilgang til tjenester, kapasitet, kompetanse, personellbehov, ressursbruk, pasientsikkerhet og beredskap mellom helseforetakene og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Kommunal medvirkning må videreføres gjennom hele planperioden og i arbeidet med delstrategier og handlingsplaner.

Større endringer bør bygge på helhetlige konsekvensvurderinger og åpne beslutningsgrunnlag. Resultater, risiko og gevinstrealisering bør følges på tvers av nivåene, slik at det kan vurderes om utviklingen faktisk bidrar til likeverdige og bærekraftige tjenester i hele regionen.

8. Prioriterte endringsforslag

Kommunene ber om at den endelige regionale utviklingsplanen tydeliggjør følgende:

Nr.	Tema	Forslag til tydeliggjøring
1	Likeverdig ressursfordeling	Åpne og etterprøvbare analyser og tiltak som gir en mer balansert fordeling av kapasitet, kompetanse og tilbud i regionen.
2	Samlet bærekraft	Økonomi, personell, kapasitet og kompetanse skal vurderes for den samlede helse- og omsorgstjenesten.
3	Planlagt oppgavedeling	Oppgaveendringer skal konsekvensvurderes, avtales og følges av nødvendige ressurser, kompetanse og finansiering.
4	Forpliktende oppfølging	Kommunene skal involveres i delstrategier, handlingsplaner og løpende oppfølging gjennom hele planperioden.
5	Geografisk likeverd	Reiseavstand, lokale tilbud, prehospitaltjenester og beredskap skal inngå i struktur- og funksjonsvalg.
6	Felles personellinnsats	LIS1, desentraliserte utdanningsløp, kombinerte stillinger, praksis og rekruttering skal planlegges regionalt og sammen med kommunene.
7	Felles kunnskapsgrunnlag	Data, forskning og konsekvensanalyser skal omfatte virkningene for både helseforetakene og kommunene.
8	Helsefellesskapene	Helsefellesskapene skal brukes som strategisk arena før beslutninger om pasientforløp, oppgave- og funksjonsdeling.

9. Avslutning

Kommunene i Møre og Romsdal ønsker å bidra aktivt til nødvendig omstilling og utvikling av framtidens helsetjenester. Forutsetningen er at Helse Midt-Norge RHF, Helse Møre og Romsdal HF og kommunene planlegger sammen, deler kunnskapsgrunnlag og vurderer konsekvensene av endringer på tvers av forvaltningsnivåene. Målet må være reell bærekraft og likeverdige tjenester for innbyggerne i hele regionen, ikke å flytte utfordringer, oppgaver eller kostnader mellom nivåer eller geografiske områder.