Helse Møre og Romsdal HF

v/ viseadministrerende direktør Heidi Nilsen

postmottak@helse-mr.no

Molde, 23.11.26

Saksref. 2026/4995 Omstillingsprosesser i HMR: Innspill fra Romsdal interkommunalt politisk råd

Dette dokumentet omfatter innspill fra Romsdal interkommunalt politisk råd, på vegne av kommunene i Romsdal. Dokumentet består av en generell tilbakemelding på kommunal medvirkning i omstillingsarbeidet som pågår i Helse Møre og Romsdal HF, samt innspill til de fem omstillingsprosjektenes rapporter med frist 23.11.26.

Innhold

Generell tilbakemelding på kommunal medvirkning 2

Samarbeid mellom kommunene og helseforetaket 2

Omtale og innspill til rapportene fra omstillingsprosjektene 5

Effektiv og god utnyttelse av ressurser i poliklinikk 5

Kartlegging og reduksjon av oppgaver som ikke inngår i spesialisthelsetjenestens kjerneoppgaver 7

Optimalisering av døgndrift 10

Barnemedisinske døgnsenger SNR 15

SNR Kristiansund 17

Samlet vurdering og innspill til omstillingsprosjektene 18

Generell tilbakemelding på kommunal medvirkning

Helse Møre og Romsdal HF (heretter kalt helseforetaket eller HMR) oversendte 28.10.2026 fire omstillingsrapporter til kommunene i fylket og ba om innspill innen 09.11.2026. Denne fristen ble etter kort tid forlenget til 23.11.2026. Den 06.11.2026 ble ytterligere en rapport om barnemedisinske senger ved SNR oversendt med frist for tilbakemelding 23.11.2026.

Rapportene inngår i helseforetakets omstillingsarbeid for perioden 2026– 2030 og omfatter tiltak som kan få betydelige konsekvenser for tilbudet til innbyggerne, samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt kommunenes ansvar og ressursbehov. Kommunene reagerte derfor på den korte fristen og påpekte overfor helseforetaket at sakenes omfang, betydning og politiske interesse gjør det nødvendig med forsvarlig administrativ og politisk behandling i kommunene. Etter manges vurdering var en frist på litt over en uke ikke forenlig med forventningene om reell medvirkning og samhandling i saker av denne karakter.

Dette ble blant annet formidlet til samhandlingssjef i helseforetaket fra kommunedirektøren i Molde kommune. I sitt svar viser samhandlingssjef til at omstillingsarbeidet tidligere har vært omtalt og drøftet i ulike samarbeidsfora, blant annet i helsefellesskapet, samarbeidsutvalg, regionråd og dialogmøter med kommunene. Helseforetaket erkjenner samtidig at begge parter ideelt sett burde hatt bedre tid og sikret bedre involvering i saker som berører den andre parten. Til tross for dette opprettеholder helseforetaket fremdriften i prosjektene. Kommunene vil påpeke at den noe forlengede fristen heller ikke gir rom for ønsket forsvarlig administrativ og politisk behandling i kommunene. Kommunene i samarbeid gått gjennom rapportene for å gi helseforetaket innspill innen fristen.

Samarbeid mellom kommunene og helseforetaket

Kommunene og helseforetaket er gjennom samarbeidsavtalen forpliktet til å samarbeide om planlegging, utvikling og gjennomføring av helse- og omsorgstjenestene. Avtalen legger til grunn at partene så tidlig som mulig skal orientere hverandre om planlagte endringer som kan få betydning for den andre parten. Avtalen legger også opp til gjensidig involvering ved planlegging av tiltak, og at konsekvenser for den andre parten skal vurderes før beslutninger treffes. Omstillingsarbeidet i helseforetaket omfatter forslag som kan påvirke kommunenes tjenesteproduksjon, beredskap, økonomi og ansvar for innbyggernes helse- og omsorgstjenester. Vi mener derfor at samarbeidsavtalens bestemmelser er særlig relevante i den videre behandlingen av sakene.

Vi vil understreke at kommunens erfaringer med medvirkning i de pågående omstillingsprosessene er sammensatte. Enkelte prosesser framstår som gode eksempler på samarbeid mellom helseforetak og kommuner, mens andre prosesser gir grunnlag for bekymring både når det gjelder involvering og vurdering av konsekvenser for kommunene.

Videre vil vi påpeke at kommunene i Møre og Romsdal investerer betydelige administrative, faglige og politiske ressurser i helsefellesskapet og de etablerte samarbeidsstrukturene med helseforetaket. Hensikten med disse strukturene er blant annet å sikre tidlig involvering, felles planlegging og bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. I revidert samarbeidsavtale ble antallet faglige samarbeidsutvalg redusert fra tolv til seks. Bakgrunnen var et ønske om en mer effektiv organisering av samhandlingsarbeidet og en bedre utnyttelse av tilgjengelige personellressurser. Selv med denne reduksjonen involverer helsefellesskapet totalt nærmere 190 personer i ulike råd, utvalg og samarbeidsarenaer. Dette er følgelig fortsatt en omfattende organisering som krever betydelige personellressurser fra begge parter. Når kommunene investerer betydelige administrative, faglige og politiske ressurser i helsefellesskapet, må det kunne forventes at samarbeidsarenaene benyttes til reell medvirkning i saker av vesentlig betydning for kommunene.

Dersom sentrale beslutningsgrunnlag og rapporter først oversendes kommunene med svært korte frister etter at utredningsarbeidet i all hovedsak er avsluttet, utfordres legitimiteten til de samarbeidsstrukturene partene har etablert. Vi mener derfor at det bør gjennomføres en systematisk vurdering av ressursbruk og nytte knyttet til dagens organisering av helsefellesskapet. Dersom målet er færre møtearenaer og mer målrettet samhandling, bør det vurderes om antallet faglige samarbeidsutvalg kan reduseres ytterligere. En slik reduksjon bør i så fall kombineres med bredere representasjon i de utvalgene som videreføres, slik at nødvendig kompetanse og kommunal deltakelse ivaretas.

Helseforetaket og kommunene er i stand til å gjennomføre gode og konstruktive samarbeidsprosesser når kommunene involveres tidlig og når konsekvenser utredes i fellesskap. Samtidig viser de fleste av de pågående omstillingsprosessene at det fortsatt er et betydelig forbedringspotensial når det gjelder reell kommunal medvirkning. Dersom helsefellesskapet skal oppleves som en likeverdig samarbeidsarena og beholde sin legitimitet, må kommunene gis mulighet til å påvirke beslutningsgrunnlaget før de sentrale veivalgene er tatt, og på en måte som gjør det mulig å gjennomføre forsvarlig administrativ og politisk behandling. Den videre utviklingen av samhandlingen mellom kommunene og helseforetaket i større grad må måles på kvaliteten i medvirkningen og nytten av samarbeidet, og ikke på antallet møter, utvalg eller orienteringer som gjennomføres.

Vi vil samtidig understreke at vurderingen av konsekvenser ikke kan begrenses til helseforetakets økonomi eller interne ressursbehov. Kommunene står overfor betydelige omstillings- og effektiviseringsbehov i årene fremover, samtidig som den demografiske utviklingen gir økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Når spesialisthelsetjenesten foreslår endringer som kan medføre økt kommunalt ansvar eller behov for kommunale tjenester, må det dokumenteres hvordan kommunene skal kunne håndtere disse konsekvensene innenfor tilgjengelige ressurser. Vi mener at dette i for liten grad er belyst i de fremlagte rapportene.

Manglende utredning av konsekvensene skaper også usikkerhet for pasienter og pårørende. Når både kommunene og spesialisthelsetjenesten står i omfattende omstillingsprosesser, blir det vanskelig å vurdere hvordan framtidens helsetilbud samlet sett vil framstå for innbyggerne. Vi mener derfor at det må legges større vekt på å beskrive pasientforløp, tilgjengelighet til tjenester, beredskap og samlet tjenestekapasitet etter at endringene er gjennomført. Innbyggerne må ha trygghet for at omstillingene fører til bedre og mer bærekraftige tjenester, og ikke til økt usikkerhet om hvor nødvendig hjelp skal gis og av hvem.

Vi ser med økende bekymring på utviklingen i HMR. De siste årene har en rekke tilbud blitt redusert, sentralisert eller foreslått omorganisert som følge av økonomiske utfordringer. Men omstilling er ikke en dokumentert innsparing dersom kostnader, oppgaver eller risiko i realiteten bare flyttes til andre deler av helsetjenesten. Når hver enkelt sak vurderes isolert blir summen av tiltakene en gradvis svekkelse av tilgjengeligheten til helsetjenester for innbyggerne i våre kommuner. Dette har konsekvenser både for kommunen som virksomheter og for den enkelte innbygger. Derfor må endringer av denne størrelsen som nå foreligger i de fem omstillingsprosjektene bygge på et solid, transparent og bredt forankret beslutningsgrunnlag, og etter medvirkning fra kommunene, og baseres på en samlet helhetlig vurdering av alle vedtatte, planlagte og fremtidige omstillingstiltak.

Romsdal
INTERKOMMUNALT POLITISK RÅD

Omtale og innspill til rapportene fra omstillingsprosjektene

Effektiv og god utnyttelse av ressurser i poliklinikk

Overordnet vurdering
Kommunene stiller seg positiv til hovedretningen i rapporten, og støtter målet om bedre ressursutnyttelse, felles henvisningsmottak og mer behovsstyrt oppfølging. Vi anerkjenner også at foretaket de siste årene har gjort gode grep for å ansvarliggjøre pasientene selv til å følge opp råd og anbefalinger etter konsultasjoner på sykehuset.

Samtidig savner vi en tydeligere analyse av hvordan disse tiltakene påvirker fastlegene og øvrige kommunale helsetjenester. Når sykehuset omstiller og digitaliserer, er det en stor risiko for at oppgaver og oppfølgingsansvar skyves over på en primærhelsetjeneste som allerede har knapp kapasitet. Rapporten slår på s. 16 fast at *«tiltak som frigjør knapp kapasitet eller erstatter eksisterende aktivitet bør prioriteres foran løsninger som hovedsakelig tilfører ny aktivitet»*. Dette prinsippet må også gjelde i grensesnittet mot kommunehelsetjenesten.

1. Henvisningspraksis og standardisering (Tiltak 1)

- **Felles henvisningsmottak er et godt grep** for å unngå uønsket lokal variasjon.
- **Standardisering må skje i begge ender:** Rapporten vektlegger at erfarne spesialister skal vurdere henvisninger opp mot prioriteringsveiledere. Det er imidlertid ikke realistisk at fastleger – som er generalister – skal kjenne detaljene i alle prioriteringsveiledere. Dersom henvisningskvaliteten skal opp og antall avslag ned, må sykehuset og fastlegene (gjerne via samhandlingslege) samarbeide om bedre og mer standardiserte henvisningsmaler som etterspør akkurat den informasjonen spesialisten trenger.

2. Behovsstyrt oppfølging, kontrollpraksis og behandlingsbegrensning (Tiltak 6 og 7)

- **Tydelige kriterier for kontakt:** Vi støtter overgangen fra faste rutinekontroller til behovsstyrt oppfølging. For at dette skal fungere trygt, må det settes tydelige kriterier for når det skal tas kontakt – og behovsstyrt oppfølging bør kunne initieres av både pasienten selv, fastlegen og eventuelt kommunal pleie- og omsorgstjeneste.
- **Oppgaveforskyvning rundt prøver og kontroller:** Når sykehuset reduserer rutinekontroller og øker bruken av digitale skjema, må det avklares hvem som skal rekvirere og følge opp blodprøver og kliniske undersøkelser underveis, slik at dette ikke automatisk blir en uavklart merbelastning for fastlegene. Vi vil samtidig gi ros for

at kommunikasjonen gjennom dialogmeldinger mellom HF og fastleger har blitt vesentlig bedre den siste tiden.

- **Behandlingsbegrensning og felleskonsultasjoner:** Rapporten nevner oppgaveoverføring «mellom nivåer» (side 9). Her ser vi et uforløst potensial i **felleskonsultasjoner** (digitalt) mellom spesialist, fastlege og pasient. Dette er særlig verdifullt ved avslutning av forløp og ved avklaring av **behandlingsbegrensning**. Når spesialisten setter en tydelig faglig grense i en felles samtale, skaper det trygghet og felles forståelse hos pasient, pårørende og det kommunale hjelpeapparatet – og vil potensielt hindrer unødvendige rehenvisninger. Men kan samtidig en ukjent konsekvens være økt krav/tjenester fra kommunen?

3. Digitalisering, pasientgruppe og praktisk gjennomføring (Tiltak 5, 8–17)

- **Mål og virkemiddel:** Rapporten setter et konkret prosentmål for digitale konsultasjoner (20 %). Vi mener målet primært bør være *best mulig og mest hensiktsmessig oppfølging*, der digitale verktøy er et virkemiddel – ikke et måltall i seg selv.
- **Ivaretakelse av eldre og sårbare grupper:** Mange pasienter i kommunehelsetjenesten, særlig den eldre garde, har ikke digital kompetanse til å håndtere HelsaMi, digital innsjekk eller selvflytting av timer. Uten gode analoge unntaksrutiner vil dette kunne skape merarbeid for hjemmetjenesten og fastlegekontorene.

Kontinuitet og konsultasjonslengde: Selv om felles ventelister gir bedre flyt, må man ikke undervurdere pasientenes behov for kontinuitet og en fast behandler i komplekse forløp. Vi lurer også på om lengden på selve den polikliniske konsultasjonen er vurdert i arbeidet, da bedre forberedelser (gjennom digitale skjema) burde kunne gi grunnlag for mer differensierte og kortere konsultasjoner.

Kartlegging og reduksjon av oppgaver som ikke inngår i spesialisthelsetjenestens kjerneoppgaver

Det vurderes at rapporten har vesentlige mangler som gjør det vanskelig å ta stilling til de foreslåtte tiltakene og deres konsekvenser.

Forslagene om oppgaveoverføring fremstår i stor grad som utredet fra spesialisthelsetjenestens perspektiv, uten tilstrekkelig involvering av kommunene, og uten nødvendige analyser av konsekvenser for våre tjenester. Dette er særlig problematisk når tiltakene forutsetter endringer i ansvar, kapasitet, kompetanse, organisering og finansiering.

Dette er våre tilbakemeldinger:

1. Manglende kommunal medvirkning

Rapporten tar utgangspunkt i vurderinger av gevinst, gjennomførbarhet, risiko og konsekvenser, men uten at kommunene har vært involvert i nødvendig grad. Rapporten har ikke blitt drøftet i etablert faglig samarbeidsutvalg (Møteplass Møre og Romsdal). Vi vurderer at det ville vært naturlig at forslagene ble drøftet der før rapporten ble sluttført. Dette svekker både kvaliteten på analysene og legitimiteten til forslagene.

Samarbeidsavtalen mellom partene forutsetter tidlig involvering og konsekvensutredning ved planlagte endringer som påvirker den andre parten. Større omstillinger må forankres gjennom en likeverdig dialog i helsefellesskapet.

2. Mangelfulle konsekvens- og risikovurderinger

Rapporten erkjenner at gevinstanslag bygger på skjønnsmessige vurderinger, og at risiko må vurderes nærmere for hvert tiltak. Samtidig foreslås det å gå videre med flere tiltak uten at volum, ressursbehov, kostnader og konsekvenser for kommunene er tilstrekkelig utredet. Risikooversikten fremstår derfor som ufullstendig.

3. Uavklart ansvar

Flere av forslagene reiser spørsmål om hvem som skal ha det faglige og juridiske ansvaret for oppfølgingen. For enkelte tiltak synes det uklart om oppgavene faktisk kan overføres uten å komme i konflikt med dagens nasjonale anbefalinger, prioriteringsveiledere eller annet regelverk. Dette gjelder blant annet nevrologiske prosedyrer, legemiddelbehandling og oppfølging av pasienter med nevroutviklingsforstyrrelser.

For ADHD har Helsedirektoratet utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje, og partenes ansvar er definert i nasjonalt pasientforløp for psykiske lidelser barn og unge. I sistnevnte er samhandling før utskrivning fra spesialisthelsetjenesten spesifisert. Vi forventer at helseforetaket forholder seg til de nasjonale pasientforløpene og nasjonale faglige retningslinjer.

For autismespekterlidelser vil det komme nasjonale faglige retningslinjer neste år, og vi vurderer at det er riktig å avvente disse før det foretas overføring av oppgaver lokalt.

For barn og unge med ADHD og autismespekterlidelser er det tidligere lagt ned et stort arbeid i å utarbeide felles samhandlingsforløp gjennom satsinga barn og unges helsetjeneste. Det fremstår uklart om arbeidsgruppa har lagt disse avtalte forløpene til grunn for de foreslåtte tiltakene. Og om konsekvensene for kommunene er tilstrekkelig kartlagt og vurdert.

4. Manglende vurdering av kommunal kapasitet og kompetanse

Rapporten beskriver at oppgaveoverføring krever opplæring, veiledning og spesialiststøtte, men gjør ingen reelle beregninger av hvilket kompetanse- og kapasitetsbehov dette vil medføre i kommunene. Det foreligger heller ikke tilstrekkelige estimater av hvor mange pasienter eller prosedyrer som faktisk skal overføres. Uten slik informasjon er det ikke mulig å vurdere gjennomførbarhet eller ressursbehov.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er allerede under press, og der er ingen restkapasitet til å overta nye oppgaver. Ved en oppgaveoverføring fra helseforetaket, uten tilførsel av ekstra ressurser, vil derfor andre tjenester og tilbud måtte reduseres.

5. Manglende finansieringsavklaringer

Rapporten inneholder ikke tilfredsstillende vurderinger av hvordan kommunenes merutgifter skal finansieres. Dette gjelder personellressurser, opplæring, utstyr, lokaler og legemidler. Fastlegenes inntektssystem gjennom refusjoner fra Helfo, legger ikke opp til overføring av de foreslåtte oppgavene fra helseforetaket. Dette vil kunne føre til at pasienter selv må dekke kostnader til legemidler og administrasjon av disse. Dette er kostnader som per i dag dekkes av helseforetaket.

Gevinstberegningene synes i all hovedsak å bygge på kostnadsreduksjoner i spesialisthelsetjenesten, uten tilsvarende analyse av kostnadsøkning for kommunene.

6. Usikker gevinstrealisering

Flere av gevinstanslagene fremstår som usikre ettersom de er basert på ufullstendige forutsetninger. Dette gjelder blant annet tiltak knyttet til henvisningspraksis, hvor redusert antall (unødvendige) henvisninger ikke nødvendigvis medfører færre (nødvendige) konsultasjoner eller tilsvarende økonomiske innsparinger. Gevinstene synes derfor å være utilstrekkelig dokumentert.

7. Manglende vurdering av forsvarlighet

Helseforetaket har foreslått at kommunene overtar injeksjoner av ulike legemidler. Vi vurderer at risiko knyttet til administrering av disse legemidlene bør kartlegges nærmere, både medisinsk og når det gjelder tids- og ressursbruk ved håndtering av komplikasjoner som

kan oppstå. Dersom behandlingen skal overføres til 27 kommuner, vil det medføre et relativt lavt antall prosedyrer i mange kommuner. Vi stiller derfor spørsmål ved om det er realistisk å bygge opp tilstrekkelig kompetanse lokalt til å håndtere disse prosedyrene på en forsvarlig måte.

Ved injeksjon av botulinumtoksin er det nevrolog som skal stille indikasjon, skrive resept og har ansvaret for at behandlingen gjennomføres på en forsvarlig måte. For å få legemidlet dekket med individuell refusjon fra HELFO, kreves det at spesialist i nevrologi sender inn søknad. Kommunene vurderer at vi ikke vil kunne pålegge våre fastleger å overta ansvaret for medisinske oppgaver som tydelig er tillagt spesialisthelsetjenesten.

Overordnet konklusjon

Kommunene kommer ikke til å overta oppgaver før ansvar, kapasitet, kompetanse, finansiering og nødvendige samarbeidsavtaler er avklart. Vi vurderer at disse forutsetningene ikke er oppfylt per i dag. Vi vurderer at det ikke er aktuelt for kommunene å gå videre med implementeringsplaner på grunnlag av denne rapporten. Før videre behandling må forslagene konsekvensutredes i nært samarbeid med kommunene, og det må foreligge konkrete analyser av volum, ressursbehov, kostnader, kompetanse, kvalitetsmessige konsekvenser og risiko for pasientene.

Romsdal
INTERKOMMUNALT POLITISK RÅD

Optimalisering av døgndrift

Rapporten beskriver tiltak som langt på vei definerer oppgaveoverføring til kommunene, uten at konsekvensene er utredet eller avtalt. Kommunen støtter målet om en bærekraftig spesialisthelsetjeneste, men rapporten beskriver altså ikke bare en omstilling i sykehuset. Store deler av gevinstlogikken knyttet til rapporten bygger på at kommunene tar imot flere pasienter, tidligere og med mer behandling.

Det forutsettes i stor grad at kommunene kan ta over deler av aktiviteten som i dag utføres i sykehus. Den beskriver i liten grad hvilke økonomiske og personellmessige konsekvenser dette får for kommunene.

Mange av pasientene som omfattes av de foreslåtte tiltakene, er eldre og skrøpelige, med sammensatte helseutfordringer og behov for omfattende kommunale tjenester etter utskrivning. Rapporten fremhever selv kommunenes evne til å ta imot disse pasientene som en forutsetning for at sykehuset skal kunne redusere døgnkapasiteten:

For kommunene kan konsekvensene blant annet være:

- Økt behov for korttids-, rehabiliterings- og avlastningsplasser for å kunne ta imot pasienter tidligere.
- Økt press på hjemmetjenestene, som må ivareta flere brukere med komplekse medisinske behov.
- Behov for høyere sykepleiefaglig og medisinsk kompetanse i de kommunale tjenestene.
- Økt behov for koordinering, samhandling og oppfølging av utskrivningsprosesser.
- Flere brukere med omfattende bistandsbehov i eget hjem, og dermed økte utgifter til helse- og omsorgstjenester.
- Økt belastning på både institusjonsplasser og hjemmebaserte tjenester, i en periode der kommunene allerede står overfor betydelige demografiske utfordringer.

Gevinstene som er beregnet for sykehuset, er i liten grad vurdert opp mot ressursbehovet kommunene får for å realisere de samme gevinstene. Om gevinstene kan realiseres, avhenger i stor grad av kommunenes evne til å håndtere flere pasienter med mer komplekse hjelpebehov.

Rapporten oppgir at HMR har om lag 22 ansatte per 1 000 innbyggere, mot 28 i Helse Nord-Trøndelag og 33 ved St. Olavs hospital (s. 11). Ulikheter i funksjoner og oppgaver må tas i betraktning. Rapporten dokumenterer samtidig at HMR har redusert den somatiske døgnkapasiteten med 41 senger (10,6 prosent) på to år, herunder 14 senger ved samlingen av Molde og Kristiansund til SNR (s. 9).

SNR har det største lokale befolkningsgrunnlaget blant sykehusområdene i HMR, og medisinske sengeposter ved SNR har noen av helseforetakets høyeste belegningsgrader. Det

er derfor grunn til å spørre om ytterligere kapasitetskutt kan gjennomføres uten økt belastning på ansatte, svekket rekruttering, lengre ventetider, flere fristbrudd eller redusert kvalitet og tilgjengelighet for befolkningen på Nordmøre og i Romsdal.

Erfaringer fra samhandlingen

Kommunenes erfaring er at grensesnittet for behandlingsansvar allerede i dag forskyves ensidig fra sykehuset til kommunene.

Vi ser blant annet dette i det daglige:

- Kommunene stiller spørsmål ved som pasienter faktisk er utskrivningsklare. Sykehuset fortsetter å avklare forhold etter at pasienten er meldt utskrivningsklar, dette ser vi blant annet også i epikrisene etter at pasientene er utskrevet. Det er diskrepans mellom opplysninger som sendes til kommunene underveis og det som framgår i epikrise. Når kommunene stiller spørsmål før utskrivning, er det varierende hvordan dette møtes og med hva.
- Pasienter meldes utskrivningsklare med behov for fortsatt behandling, for eksempel intravenøs antibiotika, uten at dette er avtalt på forhånd. At en behandling i prinsippet kan gis utenfor sykehus, gjør den ikke automatisk til en kommunal oppgave. Hvis oppgaver skal overføres fra spes.h.tj. til kommunen, må det skje ved enighet og innenfor det kommunen forsvarlig kan ivareta. Kommunene mener at to spørsmål ofte blandes i dag: Om behandling er avsluttet og hvor en pågående behandling teknisk sett kan gis.
- «Fredagstømming». Utskrivning før helg skjer på kanten av 24-timersvarselet, og tentative utskrivningsdatoer er ofte urealistiske. Kommunen starter planlegging av mottak av pasienter straks 24-t helseopplysninger er mottatt. Med urealistiske utskrivingsdatoer, utfordres kontinuerlig kommunens mulighet til å greie å ta mot pasientene til et forsvarlig tilbud, dette gjelder så vel til KTO som til hjemmetjenestene. I samtidighet med sparsomme helseopplysninger som gjør det vanskelig for kommunene å planlegge, særlig i «vippesakene», gir det i realiteten kommunene liten mulighet til å klare å ta imot pasientene inn mot helg – når de egentlig var planlagt for å skulle hjem mandag, ref. helseopplysninger.
- Sene og mangelfulle opplysninger**.** Nødvendige opplysninger kommer sent i forløpet. Funksjonsnivå både under- og overrapporteres, og kommunene bruker mye tid på å få saken tilstrekkelig opplyst. Vi bruker mye tid på å etterspørre relevante opplysninger for vurdering av riktig mottak.
- Bestillinger i stedet for samarbeid. Kommunene mottar mange bestillinger på konkrete tjenester, mens tildeling er kommunens vurdering. Lite reelt samarbeid, og får stadig høre fra sykehuset at det er liten velvilje eller samarbeidsvilje til å finne løsninger.

- Ulik forståelse og definisjonsmakt. Sykehuset definerer når pasienten er ferdigbehandlet. Når kommunen ber om redegjørelse etter forskriften, blir det ikke alltid godt mottatt.
- Sykehuset stiller seg uenige i vurderingene som kommunene gjør, vurderinger og beslutninger som treffes på bakgrunn av foreliggende helseopplysninger mottatt fra sykehuset. Dette fører ofte til utrygghet og unødvendige telefoner og henvendelser fra pasienter og pårørende som mener de har fått signaler fra avdelingen om eksempelvis høyere omsorgsnivå.

Mange kommuner har profesjonalisert dette arbeidet, med egne ressurser til pasientflyt, sykepleie- og helserettskompetanse og fullmakter til å treffe beslutninger raskt. Dette er en kostnad kommunene bærer for at samhandlingen skal fungere, og det viser at kommunene tar sin del av ansvaret.

Merknader til rapporten

Rapporten viser selv at gevinsten i scenario 2 og 3 avhenger av kommunene, uten at en kan se at dette tar opp i seg behovet for gjensidig samarbeid i utviklingen av en plan for hvordan kommunene skal kunne bære dette.

Scenario 2 hviler på kommunal kapasitet

Scenario 2 bygger på hjemmesykehus, digital hjemmeoppfølging, tidlig hjemreise, forebygging av innleggelser og færre utskrivningsklare pasienter. Alle disse forutsetter kommunal innsats. Rapporten beskriver at kommunene «i stor grad overtar oppfølgingen» ved intravenøs antibiotika i hjemmet, og at kommunene skal gjennomføre forhåndssamtaler og lage behandlingsplaner for skrøpelige eldre.

Rapporten skriver selv (5.2.4) at det må utvikles «bærekraftige modeller for ressursdeling og ansvarsfordeling». Vi ser ikke at en slik modell er foreslått. Prosjektet «Familievennlig start» ble stoppet i mars 2026 på grunn av kommunal ressursmangel, og viser hvor sårbar denne forutsetningen er.

Fakturering av utskrivningsklare pasienter

Scenario 1 regner inn 2,24 MNOK på «rett fakturering» av utskrivningsklare pasienter, og rapporten anslår et ytterligere potensial på 4–5 MNOK i året. Dette er ikke en innsparing, men en kostnadsoverføring.

Kommunene er enige i at fakturering skal skje på riktig grunnlag. Men forskriften gir sanksjoner mot én part, uten tilsvarende virkemidler når sykehuset ikke oppfyller sine plikter etter §§ 8 og 10. Skal faktureringen skjerpes, må også HMRs egen etterlevelse og behandlingen av klager på faktura skjerpes.

Romsdal
INTERKOMMUNALT POLITISK RÅD

Analysen av utskrivningsklare pasienter

Rapporten forklarer liggedagene i stor grad med kommunale forhold, som mangel på langtidsplasser og innleggelser «i mangel på kommunalt alternativ». HMRs egne tall viser også forhold i sykehuset:

- Pasienter meldt utskrivningsklare på fredag, blir liggende tre til fire døgn lenger.
- Pasienter meldes klare mellom kl. 11 og 13, men skrives hovedsakelig ut på ettermiddagen, også når de har vært klare i flere døgn.

Dette er forhold sykehuset selv rår over. Tiltak her bør prioriteres før tiltak som krever mer av kommunene.

Reinnleggelser og belegg ved SNR

SNR Medisin 2 og 3 har et gjennomsnittlig belegg på 98 og 97,5 prosent, og 30-dagers reinnleggelse ved SNR Medisin 1–3 ligger på 15–19 prosent. De medisinske postene i Ålesund ligger på 9–14 prosent. Pasientene kommer ofte tilbake med en annen diagnose enn ved første opphold, hyppigst infeksjoner.

Hva er årsaken? Kommunene stiller spørsmål om høyt belegg gir for tidlig utskrivning, og hvilken belastning dette gir kommunene. En reduksjon i medisinske senger, som scenario 3 åpner for, vil etter vår vurdering forsterke dette.

Kommunene har ikke vært med i arbeidet

Arbeidsgruppen (2.1) har ingen kommunale representanter. Samtidig står «kommunal kapasitet og samhandling» i risikotabellen (6.2), med «tett og tidlig involvering av kommunene» som tiltak. Til sammenligning hadde prosjektet om barnemedisinske døgnsenger fire kommunale deltakere.

Stoppkriteriene måler bare sykehuset

Indikatorene for revurdering (6.5) gjelder belegg, korridorpasienter, reinnleggelser, sykefravær og ventetid i akuttmottak. Ingen av dem fanger opp hva som skjer i kommunene. Konsekvensene av omstillingen kan derfor bli usynlige for HMR, selv om de er store for kommunene.

Oppsummering

- Konsekvensene for kommunene må utredes. Behov for institusjonsplasser, hjemmetjenester, kompetanse og økonomi i kommunene må vurderes opp mot gevinstene som er beregnet for sykehuset.
- Tiltak som forutsetter kommunalt mottak eller oppfølging, kan ikke gi grunnlag for kapasitetsuttak før kapasitet, kompetanse og finansiering er avtalt med kommunene.

- Grensesnittet for behandlingsansvar skal avtales – ikke bare flyttes. Hjemmesykehus, tidligere utskrivning og videreføring av behandling i kommunen må forankres i samarbeidsavtalen. Avtalen kan ikke være lovstridig.
- HMRs egne plikter etter forskriften må følges like systematisk som kommunens betalingsplikt.
- Kommunene forventer kommunal medvirkning i videre utredning og gjennomføring, også fra de mindre kommunene.
- Kommunale stoppindikatorer er avgjørende, slik at konsekvensene for kommunene følges like tett som konsekvensene for sykehuset.

Romsdal
INTERKOMMUNALT POLITISK RÅD

Barnemedisinske døgnsenger SNR

Beslutningsgrunnlaget i dette omstillingsprosjektet har betydelige svakheter som gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner om framtidig organisering. Vi er særlig bekymret for at sentrale konsekvenser av en eventuell avvikling av de barnemedisinske døgnsengene ved SNR ikke framstår tilstrekkelig utredet. Dette gjelder blant annet konsekvenser for prehospitale tjenester, ambulanseberedskap, luftambulansetjeneste, kirurgiske pasienter og kapasitet ved mottakende sykehus. Flere av disse forholdene omtales i rapporten, men uten at konsekvensene framstår fullt ut analysert eller kostnadsberegnet.

Vi registrerer også at rapporten flere steder bygger på betydelig usikkerhet. Dette gjelder både aktivitetsanalyser, beregnet transportbehov, økonomiske konsekvenser og vurderinger av framtidig bemanning. Rapporten viser selv til at flere kompenserende tiltak ennå ikke er konkretisert eller kostnadsberegnet.

Videre mener vi at rapportens omtale av barnets beste ikke er tilstrekkelig underbygget. Romsdal interkommunalt politisk råd sin representant i arbeidsgruppen har gjennom dissens og direkte i arbeidsgruppens møter etterlyst representasjon fra brukerne.

Vi mener mangelfull brukerrepresentasjon og sjablongmessig vurdering av barnets beste er en alvorlig svakhet når spørsmål om økt reisebelastning, tilgjengelighet til behandling, familiens mulighet til å være til stede og belastningen ved langvarige behandlingsforløp står sentralt i saken.

Rapportens egne vedlegg dokumenterer betydelig kritikk av prosessen fra både tillitsvalgte, vernetjenesten og kommunale representanter. Flere sentrale deltakere valgte å trekke seg fra arbeidsgruppen underveis. Kommunene ble først inkludert etter at arbeidet var godt i gang. Samlet sett svekker det etter vår vurdering rapportens legitimitet som et bredt forankret arbeidsgruppedokument. Vi mener derfor at rapporten ikke alene gir et tilstrekkelig grunnlag for en endelig beslutning om avvikling av de barnemedisinske døgnsengene ved SNR.

Avslutningsvis vil vi trekke fram et eksempel på en av de mange svakhetene i rapporten. Rapporten inneholder framstillinger av aktivitetsdata som etter vår vurdering gir et misvisende bilde av konsekvensene ved en eventuell nedleggelse av de barnemedisinske døgnsengene. Særlig gjelder dette påstanden om at «97 % av aktiviteten kan videreføres» dersom døgntilbudet avvikles.

Denne beregningen bygger på at døgninnleggelser, observasjonsposter, akuttberedskap og polikliniske konsultasjoner innen helt andre fagområder telles likt og summeres til ett samlet aktivitetstall. Etter vår vurdering er dette en metodisk svært tvilsom sammenstilling. En innleggelse av et alvorlig sykt barn i behov av døgnkontinuerlig behandling og observasjon kan ikke sidestilles med en poliklinisk konsultasjon. Med samme logikk kunne man pekt på at intensivbehandling utgjør en svært liten andel av den samlede aktiviteten for voksne pasienter i spesialisthelsetjenesten, og deretter insinuert at en nedleggelse derfor ville ha

begrenset betydning. En slik argumentasjon faller på sin egen urimelighet. Den relevante problemstillingen er ikke hvor stor andel av det totale antallet pasientkontakter døgnsengene representerer, men hvilke funksjoner de ivaretar, hvilke pasientgrupper som berøres, og hvilke konsekvenser en avvikling vil ha for pasienter, familier, beredskap og pasientsikkerhet. Rapportens bruk av aktivitetsstatistikk bidrar etter kommunens vurdering til å bagatellisere betydningen av det tilbudet som faktisk vurderes avviklet.

Vi forventer at et så inngripende forslag ledsages av et beslutningsgrunnlag som tåler kritisk etterprøving. Etter vår vurdering framstår denne rapporten flere steder som preget av konklusjoner som er langt sikrere enn analysene de bygger på. Dette er ikke et nivå på utredningsarbeidet som kan ligge til grunn for beslutninger av denne betydningen.

Kommunene anerkjenner at saken om barnemedisinske døgnsenger ved SNR utsettes for å gi rom for tilstrekkelig utredning av konsekvensene. Kommunene mener at videreføring og bevaring av det barnemedisinske døgnsenger ved SNR må inngå som et tydelig alternativ i mandatet for det videre arbeidet.

Romsdal
INTERKOMMUNALT POLITISK RÅD

SNR Kristiansund

I omstillingsprosjektet omhandlende rapporten om SNR Kristiansund stiller vi oss bak innspillene fra Nordmøre regionråd IPR.

Rapporten presenterer tre scenarioer, men ikke et fjerde alternativ som kombinerer scenario 1 – videreføring og effektivisering av dagkirurgien i Kristiansund – med salg av bygningsmassen og tilbakeleie av nødvendige arealer, slik scenario 3 legger opp til. Kombinasjonen omtales av flere medlemmer av arbeidsgruppen (s. 24–25), men er ikke analysert på like vilkår eller begrunnet utelatt fra scenarioene.

Arbeidsgruppen er betydelig delt: fire anbefaler scenario 1, tre scenario 3 og ett medlem avstår. Flere som anbefaler scenario 1 ønsker også elementer fra scenario 3. Uenigheten gjelder blant annet kapasitet og kompetanse ved Hjelset, tap av personell, ventetider, fristbrudd og pasientsikkerhet. Dette må synliggjøres som vesentlig usikkerhet, ikke behandles som et ferdig avklart beslutningsgrunnlag.

Rapporten viser en ønsket og forventet dreining mot dagkirurgi og poliklinikk. DMS-rapporten legger selv til grunn vekst i samlet kirurgisk kapasitetsbehov på 13,6 prosent fra 2024 til 2035 og 19,5 prosent fram mot 2045 (s. 20). Det framstår derfor som lite framtidsrettet å avvikle eksisterende dagkirurgisk kapasitet uten dokumentasjon for at framtidige behov kan ivaretas.

Beregningen for flytting av dagkirurgien forutsetter at operasjonsstueutnyttelsen ved Hjelset øker fra 53 til 63 prosent, tilsvarende nivået ved Ålesund. Sammenligningen dokumenterer ikke i seg selv at effektiviseringen er gjennomførbar ved Hjelset. Bemanning, kompetanse, pasientsammensetning, akuttberedskap, fravær og støttefunksjoner må vurderes konkret. Rapporten viser også til ledig stuekapasitet i Ålesund dersom effektivisering ved Hjelset ikke lar seg realisere, men denne reservekapasiteten må vurderes opp mot forventet vekst.

Vi etterlyser en langsiktig analyse av faktisk kapasitet, risiko for økte ventetider og fristbrudd, rekruttering og framtidig fleksibilitet. Alternativet med videreført dagkirurgi og salg/tilbakeleie bør utredes på lik linje med de øvrige scenarioene før beslutning.

Romsdal
INTERKOMMUNALT POLITISK RÅD

Samlet vurdering omstillingsprosjektene

Kommunene kan ikke støtte omstillingstiltak som gir dem større ansvar, uten at konsekvensene er godt nok utredet. Tiltak som flytter oppgaver, ansvar eller kostnader fra helseforetaket til kommunene, kan ikke settes i verk før partene er enige om hvordan oppgavene skal løses. Løsningene må være faglig forsvarlige og holde seg innenfor økonomiske og juridiske rammer.

Kommunene har allerede store behov for omstilling og effektivisering. Hvis de får nye oppgaver uten nok penger og personell, kan de bli nødt til å redusere andre tjenester. Det kan få direkte følger for innbyggere som er avhengige av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kommunene støtter derfor at saken om barnemedisinske døgnsenger ved SNR blir utsatt. Det gir nødvendig tid til å utrede konsekvensene grundigere. Videreføring av de barnemedisinske døgnsengene ved SNR må være et tydelig alternativ i mandatet for det videre arbeidet.

Kommunene mener samtidig at helseforetaket bør vurdere å utsette de andre omstillingstiltakene. Det vil gi mer tid til grundige utredninger, samlede vurderinger av konsekvenser og risiko, og reell kommunal medvirkning før endelige vedtak. Dette må ses i sammenheng med signalene fra helseministeren om at Helse Møre og Romsdal kan bruke mer tid på omstillingen. Det pågående arbeidet med helsereformen må også inngå i vurderingen.

Som en del av det videre arbeidet etterlyser kommunene dialog om hvordan kommunene og spesialisthelsetjenesten kan samordne og dele personell, kompetanse og andre ressurser. Helseforetaket må også avklare hvordan den varslede helhetlige ROS-analysen skal gjennomføres. Det må komme tydeligere fram hvilke omstillingstiltak analysen skal omfatte.

Kommunene er bekymret for at den samlede omstillingen kan svekke helsetilbudet i regionen. Innbyggerne må fortsatt få likeverdige tjenester, selv om helseforetaket må omstille. Geografi, reiseavstander, tidligere investeringer og innbyggernes tilgang til tjenester må derfor inngå i det samlede vurderingsgrunnlaget.

For å få fram konsekvensene for det samlede helsetilbudet må kommunene få reell mulighet til å medvirke. Fristene i prosessen har vært så korte at kommunene ikke har kunnet forankre innspillene politisk. De rekker ikke å behandle saken før innspillsfristen og må derfor orientere kommunestyrene i etterkant. Prosessen har dermed ikke gitt gode nok rammer for kommunal medvirkning og politisk forankring.

Kommunene forventer at det videre arbeidet gir nok tid til reell kommunal medvirkning og grundige vurderinger av konsekvenser og risiko, og til politisk behandling. Vurderingene må vise hvordan omstillingstiltakene samlet påvirker pasienter, pårørende, kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Kommunene kan ikke støtte tiltak som er avhengige av at kommunene overtar eller løser nye oppgaver, før det er dokumentert at de har nødvendig kapasitet, kompetanse, finansiering og handlingsrom. Kommunene må være i stand til å ivareta oppgavene på en faglig og økonomisk forsvarlig måte, og da må den samlede belastningen på kommunene utredes.

Med hilsen,

Representantskapet i Romsdal interkommunalt politisk råd;

Trygve Grydeland, leder, ordfører Molde kommune

Yvonne Wold, nestleder, ordfører Rauma kommune

Bjørn Inge Olsen, ordfører Vestnes kommune

Nils Christian Harnes, ordfører Hustadvika kommune

Helge Kjøll jr., ordfører Aukra kommune