

Overordnet omstilling – Helse Møre og Romsdal

1. Innledning

Saken gir styret en samlet beskrivelse av helseforetakets omstillingsbehov, status i pågående arbeid og de overordnede grepene som vurderes for å redusere kostnadsnivået i perioden 2027–2032. Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2027–2032 synliggjør et betydelig og vedvarende økonomisk utfordringsbilde for Helse Møre og Romsdal. Foretaket har de siste årene gjennomført store investeringer i bygg, teknologi og infrastruktur, noe som har medført en kraftig økning i kapitalkostnader og bundne utgifter. Samtidig er handlingsrommet svekket av begrenset inntektsvekst og endringer i rammebetingelsene. De økonomiske rammene bestemmes av statsbudsjettet og inntektsmodellen for fordeling av midler mellom helseforetakene i Helse Midt-Norge. Signalene fra regjeringen tilsier at man ikke kan forvente økte rammebetingelser i årene fremover.

Helse Møre og Romsdal har vært gjennom store omstillingstiltak blant annet ved å slå sammen sykehusene i Molde og Kristiansund, samlet rehabiliteringstilbudet i Ålesund gjennom å avvikle institusjonene på Mork og Aure, endret ambulansestructuren gjennom reduksjon av to ambulansebåter og overført tilbud fra private både innenfor psykisk helsevern, rus og somatikk. I tillegg har innføringen av Helseplattformen vært en betydelig omstilling i samme periode som har krevd ekstra ressurser.

Fra 2024 til 2025 er det gjennomført betydelige effektiviseringer i driften. I 2025 ble kostnadsnivået redusert og/eller inntektene økt med over 400 mill. kroner. For 2026 er det så langt iverksatt tiltak tilsvarende om lag 240 mill. kroner.

Til tross for omfattende effektivisering viser ØLP fortsatt et samlet omstillingsbehov på om lag 600 mill. kroner i perioden. Det store omstillingsbehovet gir ikke uttrykk for ineffektiv drift i helseforetaket i dag, men må ses som et resultat av de store investeringene i bygg og IKT som må dekkes innenfor samme ramme som øvrig drift. Helse Midt-Norge har gitt midlertidig inntektsstøtte, men denne endrer ikke behovet for varig kostnadsreduksjon i perioden, da støtten er tidsavgrenset.

Omstillingskravet er spesielt høyt i starten av perioden. Dette betyr at HMR må øke produktiviteten, samtidig som helseforetaket tilpasser kapasitet og bemanning til de økonomiske rammene. Det vil være nødvendig å redusere antall årsverk betydelig og gjøre tydelige prioriteringer i tjenestetilbudet.

Omstillingen må gjennomføres på en forsvarlig måte og innenfor lovpålagte krav til likeverdige helsetjenester. Dette gjelder særlig pasientsikkerhet, kvalitet, arbeidsmiljø og HMS.

For å lykkes er det avgjørende at:

- tiltakene gir ønsket effekt
- ansatte involveres på en god måte
- ledelse og støttefunksjoner har tilstrekkelig kapasitet til å følge opp arbeidet

Dette er viktig for å nå målene og for å redusere risikoen for negative konsekvenser for drift, arbeidsmiljø og kvalitet.

Det er allerede satt i gang flere tiltak for å effektivisere driften, blant annet bruk av digitale verktøy og nye arbeidsformer. Disse tiltakene vil imidlertid ikke gi tilstrekkelig effekt på kort sikt.

Helseforetaket vurderer derfor at det ikke er nok å videreføre generelle effektiviseringstiltak alene. Det vil også være nødvendig å gjennomføre andre tiltak for å tilpasse driften til de økonomiske rammene. Dette innebærer at også strukturelle endringer må gjennomføres, noe som vil kunne påvirke tjenestetilbudet. Det er viktig at det legges opp til en tett oppfølging av risiko og risikostyring i videre utredningen og gjennomføring.

2. Overordnet plan for omstilling 2026-2030

Helseforetaket står i et omfattende omstillingsarbeid. Etter flere år med betydelige effektiviseringstiltak er det et redusert handlingsrom for generell hverdagseffektivisering. Administrerende direktør har derfor valgt å løfte frem tiltak som går på tvers av klinikker og/eller geografi, og som krever bredere involvering. På denne bakgrunn er det utarbeidet en overordnet plan for omstilling i perioden 2026–2030. Planen skiller mellom 2026 og perioden 2027–2030.

2026

For budsjettet i 2026 har administrerende direktør valgt å organisere omstillingsarbeidet i klinikkene ved at den enkelte klinikk må finne tiltak innenfor sine tildelte rammer. Over 300 ulike tiltak er skissert, og man har lyktes med å identifisere og igangsette tiltak med en forventet årseffekt på om lag 240 mill. kroner. Det jobbes videre på klinikknivå for å spesifisere og gjennomføre ytterligere tiltak i 2026. Tabellen under viser status for tiltak og tiltaksrealisering per klinikk. Hovedvekten av de uspesifiserte tiltakene er knyttet til Klinikk Ålesund sjukehus.

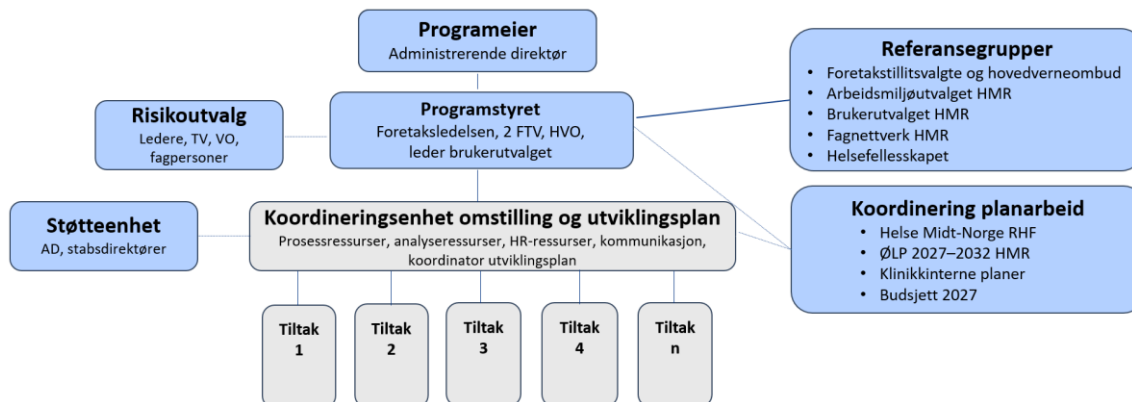
Tiltak pr klinikk pr. mai 2026

Klinikk 2026	Budsjettert effekt hittil i år	Realisert effekt hittil i år	Budsjettert årseffekt	Estimert årseffekt (Risikovurdert)
Adm.dir STAB	15 417	15 417	37 000	37 000
Klinikk for diagnostikk	8 292	7 774	19 900	18 768
Klinikk for drift og eieendom	13 042	6 425	31 300	21 704
Klinikk for kreft og rehab.	5 958	7 484	14 300	17 260
Klinikk for prehosp. Tenester	5 167	640	12 400	2 535
Klinikk for PH/TSB	15 000	3 177	36 000	15 042
Klinikk SNR	50 542	33 566	121 300	80 558
Klinikk Volda sjukehus	8 208	5 087	19 700	14 276
Klinikk Ålesund sjukehus	12 542	9 438	30 100	32 089
Uspesifiserte tiltak	47 745		115 984	37 533
Diverse periodiseringer	8 057	3 169		
Sum	189 969	92 177	437 984	276 765

2027-2030

Omstillingsarbeidet som ikke ligger i en enkelt klinikk er organisert med tydelig rolle- og ansvarsfordeling for å sikre måloppnåelse, fremdrift og god styring, jf. organisasjonskartet under.

Organisering



Administrerende direktør er programmeier og har det overordnede ansvaret for måloppnåelse, samt godkjenning av mandat, oppdrag og rapportering. Programstyret, bestående av foretaksledelsen, foretakstillitsvalgte og hovedverneombud, samt representant fra brukerutvalget, er øverste operative styringsorgan. Programstyret innstiller saker til beslutning, følger opp omstillingsplan og utviklingsplan, og har ansvar for fremdrift, ressursstyring, risikohåndtering og endringsledelse. Koordineringsenheten har en sentral rolle i den daglige gjennomføringen, med ansvar for planlegging, koordinering og oppfølging av tiltak, samt utarbeidelse av beslutningsgrunnlag og støtte til tiltaksansvarlige i linjen.

For å sikre helhetlige vurderinger, kvalitet og forankring er det etablert egne funksjoner for risiko, medvirkning og samarbeid. Risikoutvalget har ansvar for overordnet risikovurdering og for å sikre

en enhetlig tilnærming til konsekvens- og risikostyring. Referansegrupper, inkludert brukerutvalg, fagnettverk og helsefellesskapet, bidrar med innspill knyttet til brukernes behov, faglig kvalitet og samhandling med kommunale tjenester. I tillegg understøtter støtteenheten koordineringsenheten i lederstøtte og prioritering av tiltak. Organiseringen legger samlet til rette for tydelig styring, god involvering og koordinert gjennomføring av tiltak på tvers av klinikker og stabsområder.

3. Tiltak

Økonomisk langtidsplan viser en nødvendig omstilling på 600 mill. kroner. Arbeid med og oppfølging av tiltak kan deles inn i fire kategorier:

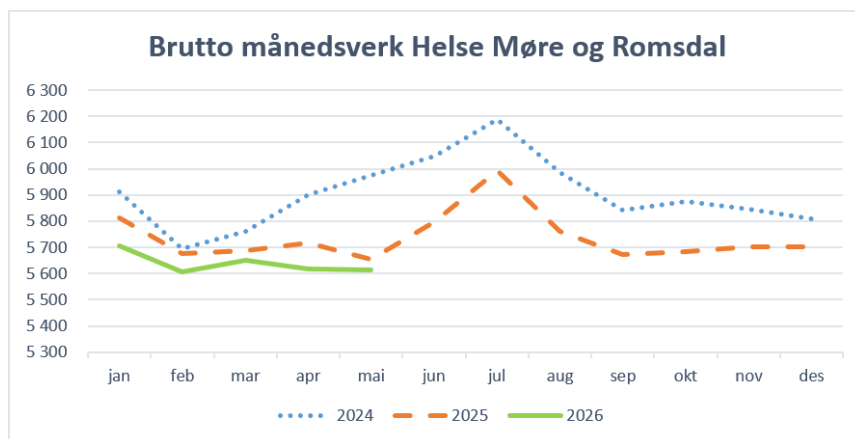
1. **Driftstiltak** – tiltak som gjennomføres innenfor ordinær linjedrift og eksisterende fullmakter. Dette er hovedsakelig tiltak beskrevet for 2026.
2. **Større klinikkvise tiltak** – tiltak på klinikknivå som krever særskilt involvering av berørte interessenter før beslutning og gjennomføring. Tiltak for 2026
3. **Felles tiltak på tvers av klinikker** – tiltak som berører flere enheter og organiseres med eget mandat og programstyring.
4. **Strukturelle endringer** – større endringer som medfører endret tilbud for pasienter og endrede arbeidsoppgaver og/eller omstilling for ansatte. Dette er tiltak som krever bred involvering og behandling på overordnet nivå.

3.1 Status driftstiltak

Helse Møre og Romsdal har over 300 tiltak som er innarbeidet i budsjettet for 2026. Disse tiltakene har en ansvarlig leder med ansvar for gjennomføring, samt for å sikre fremdrift og økonomisk effekt.

Prognosen per mai viser noe lavere effekt enn budsjettet for 2026, med en estimert tiltaksoppnåelse på om lag 240 mill. kroner (74 %). Videre er det innarbeidet om lag 116 MNOK i uspesifiserte tiltak som klinikkene arbeider videre med å konkretisere. Fremdrift og effekt av tiltakene følges opp månedlig gjennom økonomilinja og gjennom rapportering til styret i statusrapporter.

Over flere år har det i første rekke blitt arbeidet med tiltak for å forbedre driften innenfor dagens tjenestestruktur. Lederlinja har kontinuerlig hatt et press for å gjennomføre kostnadsreduksjoner samtidig som aktiviteten opprettholdes/økes. Tiltakene er i hovedsak innrettet mot **reduserte lønnskostnader**, først og fremst gjennom reduksjon av variable kostnader, men også gjennom reduksjon av stillinger. Dette gjenspeiles også i bemanningskurven for brutto månedsverk (alle månedsverk som er utbetalt, inkluderer også fraværende) som er vist i grafen under.



Dersom vi ser på netto månedsverk (alle som har vært på jobb) ligger månedsverkene de fem første månedene i år 5,7% under 2024 nivå og bare 1,5% over nivået i 2019. Det har også i perioden vært en aktivitetsvekst.

Legemiddelkostnader er en viktig kostnadsdriver i Helse Møre og Romsdal. Det er etablert tettere oppfølging av registrering og avtaleetterlevelse, og etterlevelsen for sykehuslegemidler er svært høy. Videre arbeides det med tiltak for mer kostnadseffektiv legemiddelbruk, blant annet gjennom standardisering av praksis, identifisering av avvikende praksis, deling av beste praksis og regional koordinering gjennom fagråd for legemiddeløkonomi.

De **sentrale IKT-kostnadene** har økt fra om lag 200 mnok i 2019 til godt over 600 mnok i 2026. Samtidig har HMR lyktes med stram styring av variable kostnadselement i tjenesteavtalene, slik at kostnadene var om lag 25 mnok lavere enn budsjettert i 2025. I 2026 er det lagt inn tiltak som forutsetter fortsatt stram styring.

Helse Møre og Romsdal HF er blant de ledende helseforetakene i landet innen **behovsstyrte poliklinikker og digitale helsetjenester**. Foretaket har tatt i bruk behovsstyrt oppfølging og digitale egenrapporteringsløsninger på tvers av flere fagområder, med mål om mer pasientsentrerte tjenester og redusert behov for fysiske konsultasjoner. Satsingen er tett knyttet til modellen «Hjemme når du kan – på sykehus når du må», og foretaket trekkes nasjonalt frem som et eksempel på hvordan digitalisering kan omsettes til endrede pasientforløp og klinisk praksis. Selv om foretaket er kommet langt, er det fortsatt et betydelig potensial for videre utvikling på området.

Det er arbeidet med utjevning av **pleiefaktor på tvers av de somatiske sengepostene** i foretaket, med utgangspunkt i de enhetene som er mest effektive. Tiltaket ble gjennomført ved årsskiftet. Den største utfordringen for sengepostene har vært å holde seg innenfor gjeldende rammer, særlig knyttet til bruk av fastvakter og perioder med høy arbeidsbelastning. Foretaket er nå i gang med å ta i bruk verktøy for aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP). ARP er en metode for å planlegge bemanning og ressursbruk basert på forventet aktivitet og pasientbehov, med formål om å sikre riktig kapasitet til riktig tid, bedre ressursutnyttelse og en mer bærekraftig drift. Metoden bygger på analyser av aktivitetsdata, pasientforløp og variasjoner i etterspørsel, og skal bidra til god kvalitet, reduserte ventetider og bedre økonomisk kontroll.

Redusert **sykefravær** er et prioritert satsingsområde for helseforetaket. Arbeidet med nærvær og reduksjon av sykefravær er styrket gjennom en kombinasjon av forebyggende tiltak, tett oppfølging og styrket lederstøtte. Innsatsen er særlig rettet mot langtidsfravær, som representerer både den største økningen og den største risikoen, både for den enkelte medarbeider og for foretakets samlede drift og bærekraft. Gjennom systematisk arbeid i samarbeidsråd, målrettet bruk av arbeidsmiljøkartlegginger og tett samarbeid med HR, bedriftshelsetjenesten og NAV, legges det til rette for tidlig innsats, bedre oppfølging og mer treffsikre tiltak på seksjonsnivå. Det er også utviklet nye verktøy og oppdaterte retningslinjer for å styrke felles praksis og gi ledere bedre støtte i oppfølgingsarbeidet.

Antallet **LIS1-stillinger** har økt de siste årene og ble ikke redusert da foretaket gikk fra fire til tre akuttsykehus våren 2025. Det er nå lagt til grunn en nedskalering og overflytting av 8 stillinger til andre helseforetak fra høsten 2026. Våren 2027 planlegges ytterligere reduksjon i 3 stillinger. Totalt vil dette innebære en reduksjon på 11 stillinger per opptak, til sammen 22 stillinger i året.

Gjennomføring av planlegging, opplæring og sammenslåing til ett felles akuttsykehus i for Nordmøre og Romsdal i 2025, samtidig som sykehusdriften i all hovedsak ble opprettholdt. Etter innflytting i **SNR** er det hentet ut betydelige gevinster knyttet til det samlede årsverksforbruket, herunder reduksjon i kostnader knyttet til ekstern innleie, samt kostnader knyttet til vakt og vaktordninger for leger.

Innen **psykisk helsevern** har HMR blant annet tatt tilbake tilbudet som var satt ut til private leverandører, noe som har bidratt til mer likeverdige tjenester, reduksjon i ventetid og en betydelig kostnadsreduksjon.

Det arbeides også med tiltak innen medisinsk koding og innenfor innkjøpsområdet.

I tillegg til løpende statusrapportering, herunder månedlig rapportering på tiltak- og tiltaksoppnåelse, skal Helse Møre og Romsdal rapportere særskilt på økonomisk bærekraft pr. mars, mai og august i 2026, i hht. Foretaksprotokoll av 13. Februar 2026. Rapporteringen inngår i den ordinære statusrapporteringen, og det vises til statusrapporten for mai for nærmere omtale.

Felles for tiltakene over er at de er igangsatt i 2026 eller tidligere og ligger inne i prognosen for 2026. Noen av tiltakene vil ha helårseffekt i 2027 og vil bidra til å redusere det samlede omstillingsbehovet.

3.2 Større klinikkvise tiltak som krever spesiell oppfølging

Det er noen tiltak på klinikknivå i 2026-budsjettet som er utredet, og som krever egen tilslutning fra styret i Helse Møre og Romsdal. Dette er tiltak som allerede ligger inne i klinikkenes budsjetter for 2026, men som forutsetter bred involvering og nærmere utredning før beslutning og gjennomføring. Tiltakene er også av en karakter som skaper politisk oppmerksomhet.

3.2.1 Kostnadsreduserende tiltak i båt- og bilambulansetjenesten

Det vises til styresak 75/26 som er en oppfølging av styresak 114-25. Saken omhandler gjennomføring av målrettede innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten med et samlet kostnadsnedtak på 20 mill. kroner.

Arbeidet er gjennomført av en bredt sammensatt arbeidsgruppe og bygger på analyser av aktivitet, beredskap, geografi og risiko. Vurderingene viser at handlingsrommet er begrenset, og at selv mindre reduksjoner i kapasitet kan få betydelige konsekvenser for responstid, pasientsikkerhet og den samlede operative evnen i den akuttmedisinske kjeden. Dette gjelder særlig i områder med store avstander, krevende geografiske forhold og fergeavhengighet.

De foreslåtte tiltakene omfatter blant annet omdisponering av ressurser, justering av beredskap, innføring av én-redder-løsninger og styrking av syketransport for å avlaste ambulansetjenesten. Flere av tiltakene forutsetter kompenserende løsninger og tett samhandling med kommunale tjenester og øvrige deler av den akuttmedisinske kjeden.

Samlet legger rapporten til grunn at innsparingen kan realiseres, men at dette krever helhetlige vurderinger, grundig risikohåndtering og tett oppfølging for å sikre forsvarlig drift og opprettholdt beredskapsnivå. Ambulansetjenesten er samtidig et område der kostnadsnivået er betydelig høyere enn det som kompenseres gjennom inntektsmodellen.

Tiltakene forventes å få effekt mot slutten av året og vil derfor ha helårseffekt i 2027.

3.2.2 Reduksjon av døgnseger innen DPS Nordmøre og Romsdal

Tiltaket innebærer å avvikle én døgnseksjon ved DPS og samle døgnbehandlingen i én enhet for Nordmøre og Romsdal og økning av døgnplasser på gjenstående enhet. Videre må en vurdere behovet for en eventuell styrking av døgnplasser ved DPS Sunnmøre. Dette vil samlet redusere sengekapasiteten med ca. 10 senger i helseforetaket.

En slik strukturendring vil i prinsippet kunne gi en innsparing tilsvarende driftsbudsjettet for én DPS, anslått til om lag 39 mill. kroner. For å oppnå det konkrete innsparingskravet på 20 mill. kroner vil det samtidig være et handlingsrom på om lag 19 mill. kroner til etablering av kompenserende tiltak for å ivareta pasienttilbud og styrke tilbudet for de sykeste pasientene i psykiatrien. Det vil bli lagt frem egen sak om dette i styremøtet i oktober. Det må i saken gjøres en avklaring mot eier i forhold til oppdrag innenfor psykisk helsevern.

3.2.3 Flytting av dialysetilbudet fra Volda sjukehus

Tiltaket innebærer å vurdere samlokalisering av dialysetilbudet på Sunnmøre til Ålesund sjukehus, som ledd i arbeidet med mer bærekraftige driftsmodeller. Dialysetilbudet ved Volda sjukehus har over tid hatt et lavt og variabelt pasientgrunnlag, høy ressursbruk per pasient og en sårbar drift. Samtidig aktualiserer arealbehov ved sykehuset alternativ bruk av dagens lokaler. Eksisterende arealer må prioriteres til større omstillingstiltak i Klinikken Volda, og dagens bruk av areal til dialyse begrenser handlingsrommet for nødvendige strukturelle endringer og funksjonsomlegging. Vi

greier nå ut om det er mulig å finne alternative lokaler i Volda sjukehus, men dette vil medføre investeringskostnader som må finansieres.

Samlokalisering kan gi økt faglig robusthet og mer effektiv ressursutnyttelse, men innebærer samtidig økt risiko på kort sikt, blant annet knyttet til kapasitet og bemanning i Ålesund, samt økt belastning for pasienter som følge av lengre reisevei. En eventuell gjennomføring forutsetter derfor styrking av kapasitet og bemanning, samt planlegging og gjennomføring av risikoreduserende tiltak.

3.3 Felles tiltak på tvers av klinikker

I avsnittene under beskrives tiltak som går på tvers av klinikker og hvor de fleste av tiltakene er i kartleggingsfasen og en holder på å etablere arbeidsgrupper. Unntaket er prosjektet for bærekraftige vaktordninger som har levert sin rapport. De ulike gruppene vil rapportere til programstyret for omstilling.

Flere av tiltakene forutsetter bruk av digitale virkemidler, og reduksjon av uønsket variasjon er et gjennomgående premiss for å realisere gevinstene. Ambisjonsnivået innen de ulike tiltaksområdene er ikke basert på detaljerte økonomiske beregninger, men på overordnede anslag for potensielle besparelser, og må derfor vurderes som grove estimater. For å oppnå høy effekt vil det innen enkelte områder være behov for mer omfattende endringer, herunder omlegging av drift og gradvis reduksjon i bemanning. I tråd med tidslinjen vil flere av tiltakene heller ikke gi helårseffekt i 2027.

3.3.1 Bærekraftige vaktordninger

Prosjektet «Bærekraftige vaktordninger» blir gjennomført som en del av foretakets omstillingsarbeid for å sikre bedre ressursutnyttelse og økonomisk bærekraft, samtidig som forsvarlig beredskap og kvalitet opprettholdes. Vaktordninger for leger utgjør en vesentlig del av kostnadsbasen, med samlede kostnader på om lag 400 mill. kroner i 2025.

Gjennomgangen viser betydelig variasjon i organisering, kostnader og belastning mellom fagområder og lokasjoner, og indikerer et handlingsrom for mer hensiktsmessig innretning. Analysen peker særlig på tre forhold:

- Variasjon i bruk av UTA (avtale om utvidet arbeidstid), aktiv/passiv vakt og tjenesteplanlegging gir grunnlag for effektivisering.
- Små og fragmenterte vaktsjikt gir økte kostnader og sårbarhet.
- Aktivitetstall alene gir ikke et tilstrekkelig bilde av beredskapsbehovet.

Prosjektet har identifisert en portefølje av tiltak med ulik modenhet. Enkelte tiltak kan gjennomføres innenfor dagens struktur og gi effekt på kort sikt, særlig gjennom justering av tjenesteplaner og reduksjon i bruk av UTA. Andre tiltak, som samordning av vaktordninger og reduksjon av grenvakter, kan gi større effekt, men krever videre utredning, ROS-analyser og ytterligere involvering av tillitsvalgte.

Samlet vurderes handlingsrommet for kostnadsreduksjon som reelt, men begrenset. Gevinstrealisering forutsetter systematisk oppfølging og prioritering av tiltak som balanserer

økonomi, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og faglig kvalitet. Vi viser til vedlagte rapport for omtale og anbefaling for den enkelte vaktordning.

Programstyret for overordnet omstilling behandlet saken i styringsgruppa 9. juni og gjorde følgende vedtak:

1. *Programstyret slutter seg til at planlagte og pågående tiltak følges opp i ordinær linje.*
2. *Programstyret slutter seg til at tiltak med moderat potensial konsekvensvurderes før gjennomføring.*
3. *Programstyret slutter seg til at større strukturelle vaktendringer tas videre til ROS-analyse og drøfting, med unntak av anestesibakvakt ved SNR, som videreføres som i dag.*
4. *Programstyret legger til grunn at tiltak som er vurdert, men ikke prioritert nå, kan tas opp igjen ved en senere gjennomgang.*
5. *Programstyret ber klinikkene følge opp vedtatte tiltak og rapportere status og fremdrift til prosjektleder senest 17.08.2026.*

Økonomisk potensial: 15–33 mill. kroner

3.3.2 Tilpasning av bemanning og kapasitet – intensivseksjonene ved Ålesund sjukehus og SNR Hjelset

Oppdraget innebærer å tilpasse bemanning og kapasitet ved intensivseksjonene i Ålesund og SNR for å oppnå mer økonomisk bærekraftig drift, basert på analyser gjennomført i samarbeid med Deloitte.

Målet er å redusere bemanningsnivået og harmonisere bemanningen mellom enhetene, innenfor gjeldende krav til funksjon og beredskap, med effekt senest 1. januar 2027. Klinikken har ansvar for å utarbeide nødvendige endringer i bemanning og turnus, inkludert risikovurderinger og involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste.

Tilpasningen skal i hovedsak gjennomføres gjennom naturlig avgang og interne omdisponeringer, og eventuelle konsekvenser for drift og kompetanse skal håndteres i tråd med gjeldende regelverk og krav til forsvarlig drift.

Tilsvarende prosess pågår innen nyfødtintensivområdet i Ålesund.

Økonomisk potensial: 20–30 mill. kroner

3.3.3 Optimalisere ressursene i stabsavdelingene

Det er igangsatt et arbeid for å sikre at ressursbruken i stabsavdelinger er tilpasset foretakets prioriterte oppgaver.

Arbeidet omfatter kartlegging av stillinger, årsverk, kostnader og oppgaveportefølje, samt vurdering av standardisering, prioritering, digitalisering og effektivisering. Det skal også vurderes hvilke oppgaver som kan forenkles eller avvikles.

Det skal utarbeides alternative omstillingsscenarioer med tilhørende gevinst og risiko.

Økonomisk ambisjonsnivå: 5-15 mill. kroner

3.3.4 Effektiv og god utnyttelse av ressurser i poliklinikkene

For å sikre mer bærekraftig drift skal poliklinikkene i enda større grad ta i bruk digitale arbeidsformer der dette er faglig forsvarlig. Økt digital aktivitet forventes å bidra til bedre ressursutnyttelse, mer effektiv pasientflyt og redusert behov for fysisk oppmøte og tilhørende støttefunksjoner. Dette kan øke fleksibiliteten i tjenesten, frigjøre klinisk kapasitet og understøtte mål om redusert ventetid, færre fristbrudd og bedre tilgjengelighet for pasientene.

Arbeidet har som mål å etablere en mer bærekraftig poliklinisk tjenestemodell med økt bruk av digitale konsultasjoner og skjemabasert oppfølging, med et ambisjonsnivå på henholdsvis 20 % og 10 %. Det skal utarbeides tydelige kriterier for kanalvalg, standardiserte arbeidsprosesser og tiltak for digital støtte og kompetanse. Videre skal det utvikles alternative omstillingsscenarioer med tilhørende vurdering av gevinst og risiko.

Oppdraget skal danne et helhetlig beslutningsgrunnlag for videre prioriteringer og gjennomføring.

Økonomisk ambisjonsnivå: 10-30 mill. kroner

3.3.5 Reduksjon av gjestepasienter fra HMR

Prosjektet omfatter en helhetlig analyse av gjestepasienter fra Helse Møre og Romsdal på tvers av behandlingssteder, med særlig vekt på pasientstrømmer til St. Olavs hospital. Analysen skal gi innsikt i volum, diagnoseområder, henvisningsmønster, geografi, utvikling over tid og økonomiske konsekvenser, samt vurdere muligheten for å tilbakeføre behandling til eget foretak innenfor faglig forsvarlige rammer. Samtidig skal det tas hensyn til kapasitet, kompetanse og konsekvenser for kvalitet, pasientsikkerhet og ventetider. Pasientgrupper som naturlig tilhører regionalt eller nasjonalt nivå, inngår ikke i vurderingene.

Prosjektet skal etablere et oppdatert kunnskapsgrunnlag og identifisere pasientgrupper med størst potensial for tilbakeføring, samt analysere årsakene til dagens henvisningspraksis. Videre

skal det utarbeides konkrete tiltak for bedre samhandling og et mer hensiktsmessig henvisningsmønster, inkludert dialog med fastleger og interne henvisere.

Arbeidet skal munne ut i et beslutningsgrunnlag med forslag til tiltak, implementering og oppfølging, inkludert tydelige indikatorer for effektmåling og styring av gjestepasientstrømmene.

Økonomisk ambisjonsnivå: 10–20 MNOK

3.3.6 Optimalisere SNR Kristiansund

Det er tidligere vedtatt at det skal være poliklinikk og dagbehandling i Kristiansund. En av forutsetningene for drift på to lokasjoner er en effektiv og skjermet elektiv aktivitet innen dagbehandling og poliklinikk i Kristiansund, som også er kostnadseffektiv. Ettersom kommunen foreløpig ikke har avklart sin deltakelse eller gitt føringer, kan planlagte synergier utebli, samtidig som driftskostnadene knyttet til bygget må tydeliggjøres.

Prosjektet skal i første rekke synliggjøre om det er knyttet merkostnader til å opprettholde tilbud på to lokasjoner i Nordmøre og Romsdal, og identifisere mulige økonomiske gevinster gjennom tiltak som gir bedre kapasitetsutnyttelse, mer hensiktsmessige åpningstider, redusert driftsomfang og bedre arealutnyttelse ved SNR Kristiansund. Prosjektet skal ikke vurdere ny aktivitet i SNR Kristiansund, eller gjøre nye vurderinger knyttet til nødvendige ombygginger og rekkefølgen på disse.

Økonomisk ambisjonsnivå: 10–25MNOK

3.3.7 Optimalisering av total døgncapasitet i Helse Møre og Romsdal

Formålet med arbeidet er å legge til rette for en planlagt og faglig forsvarlig reduksjon i samlet døgncapasitet i Helse Møre og Romsdal, samtidig som pasientsikkerhet, kvalitet, tilgjengelighet og arbeidsmiljø ivaretas. Dette skal oppnås gjennom redusert liggetid, økt bruk av dagbehandling, poliklinikk og et styrket samarbeid på tvers av fagområder.

Arbeidet omfatter både somatiske døgnområder og døgncapasitet innen psykisk helsevern, og bygger på analyser av beleggsgrad, aktivitetsmønster og fremtidig behov. Tiltakene skal ses i sammenheng med øvrige omstillingstiltak. Det er i dag relativt høyt belegg på mange av sengepostene, og tiltaket er derfor avhengig av både kommunehelsetjenesten og endrede pasientforløp.

Det skal utarbeides alternative omstillingsscenarioer som synliggjør sammenhengen mellom gevinst, risiko og gjennomføringsevne, og som gir et tydelig beslutningsgrunnlag for videre prioriteringer. Økonomisk effekt vil blant annet avhenge av faktisk nedtak eller sammenslåing av sengeposter, endringer i pasientforløp og behovet for kompensierende tiltak i andre deler av tjenesten.

Økonomisk ambisjonsnivå: 10–40 MNOK

3.3.8 Kartlegging og reduksjon av oppgaver og tilbud som ikke inngår i spesialisthelsetjenestens kjerneoppgaver

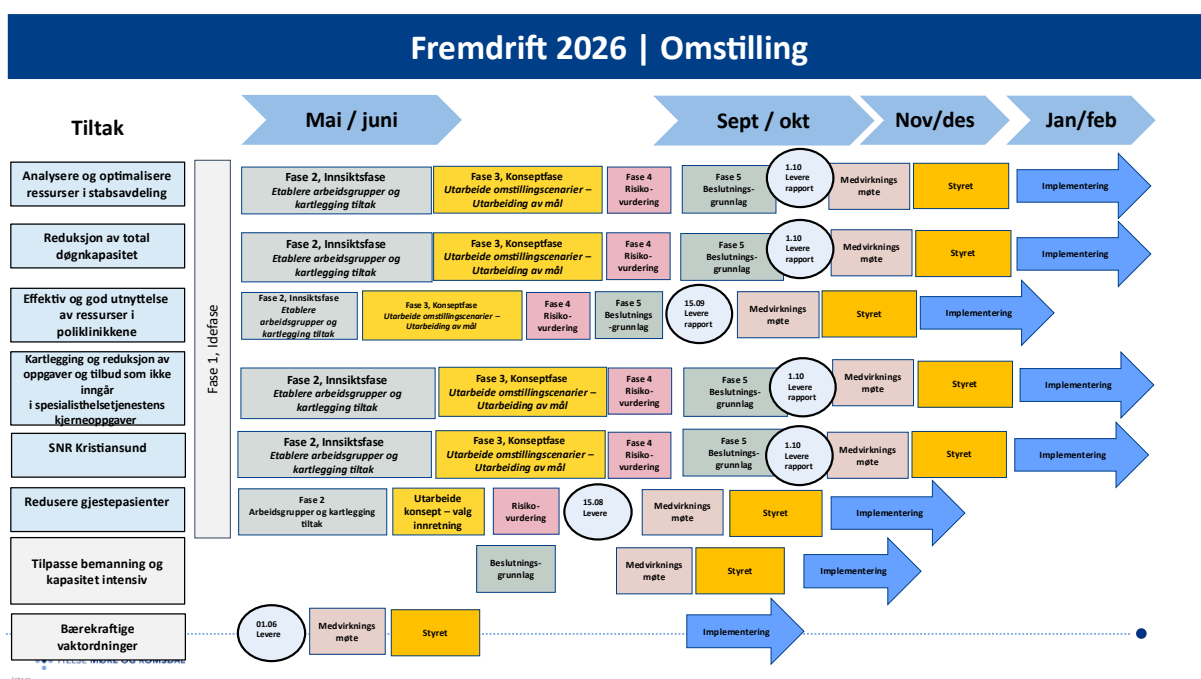
Oppdraget innebærer en kartlegging på tvers av både kliniske og administrative områder i Helse Møre og Romsdal. Målet er å identifisere oppgaver, tjenester, aktiviteter og tilbud som helt eller delvis faller utenfor det som anses som spesialisthelsetjenestens kjerneansvar.

Dette omfatter både tilbud rettet mot pasienter og interne støtte- og servicetjenester, forutsatt at disse ikke er nødvendige for å sikre en forsvarlig drift av spesialisthelsetjenester.

Økonomisk ambisjonsnivå: 5–20 MNOK

3.3.9 Tidslinje og oppsummering av ambisjonsnivå for økonomisk effekt for tiltakene

Under følger en foreløpig tidslinje for fremdriften for de ulike tiltakene.



I tabellen under er det økonomiske ambisjonsnivået oppsummert.

Økonomisk effekt tiltak	Effekt	
	Lav	Høy
Bærekraftige vaktordninger	15	33
Intensiv	20	30
Stabsavdelinger	5	15
Poliklinikker	10	30
Gjestepasienter	10	20
SNR Kristiansund	10	25
Reduksjon døgnkapasitet	10	40
Ikke kjerneoppgaver	5	20
Sum Tiltak	85	213

Selv om man oppnår høy effekt på alle tiltakene, vil man fortsatt være langt unna omstillingsnivået som er skissert i langtidsbudsjettet på 600 mill. kroner. Ytterligere tiltak vil derfor være nødvendig. Det er også utarbeidet et mandat for optimalisert bruk av operasjonsstuene, men her har en valgt en noe senere oppstart av prosjektet. Områder som i mindre grad er berørt av tiltakene så langt, omfatter blant annet drift og eiendom og medisinske støttetjenester. Disse områdene vil bli vurdert nærmere i neste fase.

3.4 Ytterligere tiltak - strukturelle endringer

Uavhengig av om tiltakene over gjennomføres med full effekt, vil den økonomiske situasjonen i Helse Møre og Romsdal fortsatt være svært alvorlig, og foretaket vil ikke nå målet om økonomisk bærekraft innenfor tildelte rammer. I Oppdrag og bestilling 2026, som blant annet omfatter økonomisk bærekraft, er det gitt et tydelig krav om at helseforetaket skal iverksette nødvendige tiltak dersom faktiske resultater og prognoser avviker fra plan, slik at både drift og investeringer kan håndteres innenfor foretakets økonomiske handlingsrom.

Foretaket er per mai 2026 på et netto bemanningsnivå som kun ligger 1,5 prosent over nivået i 2019. I samme periode har det vært vekst i aktivitet og oppgaver. Økonomisk langtidsplan tilsier en ytterligere reduksjon på om lag 300 årsverk innen 2030, noe som innebærer at bemanningsnivået må ned under 2015-nivå.

Tiltakene over viser at det arbeides målrettet med å realisere redusert kostnadsnivå knyttet til legeberedskap, reduksjon i liggedøgn og effektivisering av poliklinisk behandling. Selv om det fortsatt vil være et potensial for ytterligere effektivisering gjennom blant annet bruk av ny teknologi og nye behandlingsformer, er omstillingen Helse Møre og Romsdal står overfor så omfattende at det vil være økonomisk krevende å opprettholde enkelte tjenestetilbud på flere lokasjoner dersom dette medfører økt bemanning og høyere kostnader.

Det er derfor behov for å løfte frem tiltak av strukturell karakter til tross for at dette kan innebære avvik fra tidligere vedtak og oppdrag. Selv om det under andre omstendigheter er ønskelig å opprettholde tilbud på flere lokasjoner, gir ikke de økonomiske rammene tilstrekkelig handlingsrom til å videreføre dagens samlede tjenestetilbud.

Områder det kan være aktuelt å utrede videre, omfatter blant annet:

3.4.1 Organisering av barnemedisinske døgnenger i Helse Møre og Romsdal

Organisering av barnetilbudet ved SNR ble behandlet 5. februar 2025 i sak 19/25. Der ble det lagt til grunn at valg av modell for organisering av barnetilbudet ved SNR skulle tilpasses eksisterende økonomiske rammer, uten økning i samlet kostnadsnivå.

Samtidig viste de fremlagte analysene at det er betydelige kostnadsforskjeller mellom ulike driftsmodeller. Modellen som ble vedtatt, hadde et beregnet kostnadsnivå på om lag 29,7 mill. kroner, mens alternative modeller uten barnemedisinske døgnenger kunne gi vesentlig lavere kostnader, ned mot om lag 14,6–23,3 mill. kroner. Her må det gjøres nye beregninger.

I lys av foretakets samlede økonomiske utfordringsbilde, vurderes det som hensiktsmessig å ta saken opp til ny vurdering med særskilt vekt på økonomisk handlingsrom og prioritering av ressurser. En fornyet vurdering gir mulighet til å gå grundigere inn i forholdet mellom faglig forsvarlighet, tilgjengelighet for pasientene og økonomisk bærekraft, samt vurdere om deler av gevinstpotensialet i alternative modeller kan realiseres uten at det går på bekostning av et forsvarlig tilbud.

Det legges til grunn at andre aktuelle modeller fra utredningen behandlet februar 2025, tidligere er vurdert som faglig forsvarlige, om enn med ulike risikoprofiler. En ny behandling kan derfor ta utgangspunkt i disse modellene, med tydeligere prioritering av økonomiske effekter som del av beslutningsgrunnlaget.

3.4.2 Ny organisering av tilbudet ved Volda sjukehus

Det foreslås her å utrede det akuttkirurgiske tilbudet og traumefunksjonen ved Volda sjukehus.

Eventuelle endringer i disse funksjonene vil ha stor betydning for helheten i tilbudet, både faglig, organisatorisk og beredskapsmessig. En sentralisering av overnevnte funksjoner til Ålesund sjukehus kan gi gevinster gjennom større og mer robuste fagmiljøer og bedre utnyttelse av personell og vaktlinjer.

Samtidig er det utfordringer knyttet til hvordan det store pasientvolumet ved Volda sjukehus skal håndteres. Sjukehuset har over tid rekruttert godt, og levert gode og kostnadseffektive tjenester. Større endring i struktur vil påvirke grunnlaget for aktivitet og kompetanse ved Volda sjukehus, og dermed utfordre forutsetningene for å opprettholde et bredt og bærekraftig tilbud lokalt. Endringer må derfor vurderes opp mot hvordan man samlet kan sikre et godt og fremtidsrettet tjenestetilbud i Volda, inkludert hvilke funksjoner som bør videreutvikles og hvordan sykehuset best kan bidra til helhetlige pasientforløp i regionen.

Dette omfatter også konsekvenser for rekruttering, fagmiljø og samspillet mellom ulike tjenester ved sykehuset. Samtidig vil en eventuell omlegging medføre økt belastning på kapasitet og infrastruktur i Ålesund, samt behov for tilpasninger i personell og støttefunksjoner.

For befolkningen i Volda og omegn vil det være viktig å ivareta tilgjengelighet, trygghet og gode løsninger for akutte situasjoner, noe som stiller krav til transport, beredskap og prehospitale tjenester.

3.4.3 Vurdering av struktur og lokalisering av tilbudet i Kristiansund

Ved etablering av nytt sjukehus på Hjelset ble det vedtatt å etablere et DMS i Kristiansund med bredt tilbud innenfor dag- og poliklinisk aktivitet i spesialisthelsetjenesten. Videre utvikling av spesialisthelsetilbudet i Kristiansund bør ta utgangspunkt i dagens bruk og økonomiske konsekvensene av drift på flere lokasjoner. Sjukehuset Nordmøre og Romsdal har i dag et bredt dag- og poliklinisk tilbud i Kristiansund. Tilbudet er begrenset til planlagt aktivitet, mens øyeblikkelig hjelp håndteres ved SNR Hjelset.

Etter ett års drift er det ikke realisert synergier i pasientbehandlingen gjennom samlokalisering med kommunale tjenester, slik det var forutsatt, ettersom kommunen foreløpig ikke har etablert vedtatte tilbud i bygget. Dette innebærer at potensialet for tettere samhandling fortsatt er uforløst, og gir grunnlag for å vurdere alternative måter å organisere tilbudet i Kristiansund på.

Kostnadsnivået knyttet til drift av dagens bygningsmasse er høyt, og arealene vurderes som for omfattende sett opp mot helseforetakets aktivitet i Kristiansund. Årlige driftskostnader er beregnet til om lag 22 mill. kroner i 2025. Videre viser økonomisk langtidsplan at foretaket ikke har tilstrekkelig likviditet til å gjennomføre de vedtatte ombyggingene innen somatikken før tidligst i 2030. Tilgjengelig likviditet forutsetter også at nødvendig omstilling gjennomføres.

For å sikre en bærekraftig modell kan det derfor være aktuelt å vurdere mer arealeffektive løsninger, hvor en mulig løsning er å avhende bygget og overføre deler av aktiviteten til Hjelset. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til hvorvidt kapasiteten ved SNR Hjelset er tilstrekkelig til å absorbere all dagkirurgisk- og poliklinisk aktivitet uten behov for tilpassinger i bruk av bygget. Eksempelvis utvidede åpningstider. En mulig løsning kan derfor være å avvikle dagens planlagte DMS-struktur, samtidig som deler av aktiviteten i Kristiansund videreføres gjennom leie av mindre og mer kostnadseffektive arealer.

Dette kan bidra til å opprettholde et desentralisert tilbud for utvalgte pasientgrupper, samtidig som de samlede driftskostnadene reduseres.

3.4.4 Ytterligere reduksjon i prehospitale tjenester

Foretaket har et kostnadsnivå innen prehospitale tjenester som er høyere enn det som kompenseres gjennom finansieringsmodellen. Et mulig tiltak for ytterligere innsparing ut over tiltak lagt fram i styresak 75/26 er å redusere ambulansekapasiteten ved stasjoner som i dag har to døgnambulanser.

I en situasjon med varierende oppdragsmengde og betydelige geografiske forskjeller i belastning, kan avvikling av én ambulanse ved utvalgte stasjoner bidra til mer effektiv ressursutnyttelse. Data viser store variasjoner i aktivitetsnivå mellom områder, der enkelte baser har perioder med lav oppdragsmengde, mens andre opplever høy belastning og samtidighetsutfordringer. Et slikt tiltak vil kunne gi en direkte reduksjon i bemannings- og driftskostnader, og bør vurderes opp mot muligheten for å omdisponere kapasitet til områder med større behov eller høyere risiko.

En reduksjon i antall ambulanser ved enkeltstasjoner vil kunne påvirke responstid, beredskap og håndtering av samtidige hendelser, særlig i områder med lange avstander eller begrenset tilgang på alternative ressurser. Endringer i ett område kan også gi ringvirkninger i hele den akuttmedisinske kjeden, inkludert økt belastning på nærliggende stasjoner, AMK og kommunale tjenester. Tiltak som medfører at pasienter vil få behandling på andre sykehus vil også få konsekvenser for ambulansetjenesten. Dette må også tas med i vurderingene for å sikre et forsvarlig tilbud.

En ytterligere reduksjon innen prehospitale tjenester forutsetter derfor grundige lokale risikovurderinger og eventuelle kompensierende tiltak, som styrket samhandling, bedre ressursdisponering gjennom AMK eller økt bruk av alternative transportløsninger.

Samlet sett representerer dette et tiltak med potensielt betydelig økonomisk effekt, men som må balanseres nøye opp mot kravene til forsvarlig drift, beredskap og pasientsikkerhet.

4. Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør vurderer at Helse Møre og Romsdal står i en alvorlig og vedvarende økonomisk situasjon som ikke kan håndteres gjennom generell effektivisering alene. Til tross for betydelige tiltak de siste årene viser økonomisk langtidsplan for perioden 2027–2032 at det gjenstår et omstillingsbehov på om lag 600 mill. kroner. Dette drives av økte kapitalkostnader og begrensede inntektsrammer.

Det understrekes at dagens situasjon ikke skyldes ineffektiv drift, men at tilgjengelige rammer skal dekke både ordinær drift og de økte kapitalkostnadene. Dette innebærer at foretaket må tilpasse tilbud, kapasitet og bemanning til et lavere driftsøkonomisk nivå. Det er ikke økonomisk handlingsrom til å opprettholde dagens samlede struktur og tjenestenivå.

Administrerende direktør har prioritert tiltak som ikke medfører større strukturelle endringer først, og vil gjennomføre disse. Samtidig vurderes det at:

- Muligheten for ytterligere generell kostnadsreduksjon er betydelig redusert etter flere år med effektivisering
- Det er nødvendig å gjennomføre mer målrettede, tverrgående og strukturelle tiltak
- Omstillingen må skje gjennom tydelige prioriteringer av hva foretaket skal levere innenfor gitte rammer

Selv med høy måloppnåelse på planlagte tiltak i 2026 og identifiserte tverrgående initiativ, er det administrerende direktørs vurdering at dette ikke vil være tilstrekkelig til å lukke omstillingsgapet fullt ut.

Dette leder til noen grunnleggende veivalg for foretaket. I planperioden ligger det an til en netto reduksjon på om lag 300 årsverk innen 2030. Et alternativ er å prioritere nærhet til tjenestene og opprettholde aktivitet på flere lokasjoner. Dette vil innebære en bred nedbemanning, med

reduisert robusthet og svekket kapasitet ved flere enheter. Et annet alternativ er å prioritere kvalitet og robusthet gjennom å samle tilbudet på færre lokasjoner.

Begge alternativene innebærer betydelige konsekvenser for tilgjengelighet, kvalitet og bærekraft, og illustrerer at dagens ressursramme ikke gir rom for å opprettholde dagens samlede tilbud.

Samtidig må disse veivalgene vurderes opp mot politiske forventninger om desentraliserte tjenester og nærhet til tilbudene. Endringer i form av funksjonsdeling eller samling av aktivitet kan derfor være krevende å gjennomføre, særlig der dette berører etablerte akutt- og behandlingstilbud på det enkelte akuttsjukehus.

Det har vært diskusjoner om en skal se nærmere på organisering av fødetilbudet i Volda. Administrerende direktør har ikke til hensikt å foreslå nedleggelse av fødetilbudet i Volda da dette er et viktig tilbud som gir trygghet for fødende på Søre Sunnmøre og i Nordfjord. Fødetilbudet er politisk skjermet, og det vurderes ikke å være handlingsrom for å utrede endringer i denne perioden.

Administrerende direktør vurderer, gitt det økonomiske handlingsrommet som ligger til grunn i økonomisk langtidsplan, at foretaket bør utrede og over tid gjennomføre strukturelle endringer i tjenestetilbudet dersom de økonomiske forutsetningene ikke endrer seg. Dette innebærer endringer i tjenestetilbudet med tanke på lokalisering, kapasitet og organisering.

Det understrekes samtidig at:

- Tiltakene skal gjennomføres på en faglig forsvarlig måte
- Pasientsikkerhet, kvalitet og arbeidsmiljø skal ivaretas
- Endringene forutsetter bred involvering og tydelig forankring i styret og hos eier

Administrerende direktør vil videre understreke at manglende eller forsinket omstilling innebærer betydelig risiko for foretaket. Uten nødvendige strukturelle og faglige tilpasninger vil det kunne oppstå økt press på likviditet, økende investeringsbehov og større utfordringer knyttet til rekruttering og det å beholde kritisk kompetanse. Dette kan svekke handlingsrommet over tid og øke sannsynligheten for mer løpende og mindre planmessige kutt i tjenestetilbudet.