

Møteinnkalling

Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Møtestad: Ålesund sjukehus - Adm bygg - møterom Storhornet

Dato: 17.06.2026

Tidspunkt: 09:00 - 15:00

Eventuelt forfall må meldast snarast til Jim Leander Hansen.

Vararepresentantane møter etter nærare beskjed.

Jim Leander Hansen

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikkje handskreve signatur

SAKLISTE

Sak nr.	Tittel
66/26	Godkjenning av innkalling og sakliste
67/26	Vurdering av styremedlemmar sin habilitet
68/26	Godkjenning protokoll frå styremøte 28.05.26
69/26	Orientering frå administrerande direktør
70/26	Virksomheitsrapport – Fag, økonomi og HR – mai 2026, samt rapportering økonomisk bærekraft
71/26	Årsmelding 2025 Pasient- og brukarombodet
72/26	Status AIO – Akutt, intensiv og operasjon ved Ålesund sjukehus
73/26	Samordna plan AIO – Akutt, Intensiv og Operasjon, Ålesund sjukehus
74/26	Ambulansestruktur 2026–2027. Forslag til omstillingstiltak
75/26	Overordna omstilling – Helse Møre og Romsdal
76/26	Høringsutkast Utviklingsplan HMR, 2027-2030
77/26	Referatsaker
78/26	Møteplan styremøter HMR 2027

66/26 Godkjenning av innkalling og sakliste

Arkivreferanse: 2026/4889
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Jim Leander Hansen

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
67/26	17.06.2026	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Vurdering av styremedlemmar sin habilitet

Forslag til vedtak:

Det var ingen styremedlemmar som vurderte seg som inhabile til behandling av saker i møtet.

Ålesund, 10.06.2026

Olav Lødemel
adm. direktør

Arkivreferanse: 2026/4889
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Jim Leander Hansen

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
68/26	17.06.2026	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Godkjenning protokoll frå styremøte 28.05.26

Vedlegg

- 1 Sak 68-26 - vedlegg - Signert protokoll styremøte HMR 28.05.2026

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Møre og Romsdal godkjenner protokollen frå styremøtet 28.05.2026.

Ålesund, 10.06.2026

Olav Lødemel
adm. direktør

List of Signatures

Page 1/1

**2026-05-28 - Protokoll styremøte HMR.pdf**

Name	Method	Signed at
Nilssen, Herlof	BANKID	2026-06-08 09:02 GMT+02
Reitan, Solveig Klæbo	BANKID	2026-06-08 09:36 GMT+02
Lekve, Anette	BANKID	2026-06-08 10:34 GMT+02
Buan, Bjørn Carsten	BANKID	2026-06-08 14:42 GMT+02
Aas, Torgeir Sand	BANKID	2026-06-08 10:00 GMT+02
Langøy, Gerd Marit	BANKID	2026-06-08 18:33 GMT+02
Thygesen, Kari-Anne Forsmo	BANKID	2026-06-08 09:29 GMT+02
Aurdal, Leon Jarle	BANKID	2026-06-08 09:06 GMT+02



This file is sealed with a digital signature. The seal is a guarantee for the authenticity of the document.

External reference: 963F62AD98AA4B1E83AEC57373FF0A14

Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Møtestad: Quality Airport Hotel - Stjørdal

Dato: 28.05.2026

Tidspunkt: 08:00 - 09:00

Til stades:

Herlof Nilssen

Gerd Marit Langøy

Leon Jarle Aurdal

Bjørn Buan

Solveig Klæbo Reitan

Anette Lekve

Torgeir Sand Aas

Kari-Anne Thygesen (vararepresentant)

Styreleiar

Nestleiar

Medlem eigaroppnemd

Medlem eigaroppnemd

Medlem eigaroppnemd

Ikkje møtt:

Tore Schytte

Frå Brukarutvalet HMR møte:

Ottar Jan Løvoll

Leiar i Brukarutvalet HMR

Frå administrasjonen møte:

Olav Lødemel

Jim Leander Hansen

Administrerende direktør

Utvalssekretær

Merknad i møte:

Nestleiar Gerd Marit Langøy og føretaksleiinga deltok på Teams.



SAKLISTE

Sak nr.	Tittel
62/26	Godkjenning av innkalling og sakliste
63/26	Vurdering av styremedlemmar sin habilitet
64/26	Godkjenning protokoll styremøte 20.05.26
65/26	Økonomisk Langtidsplan 2027 - 2032 HMR

62/26 Godkjenning av innkalling og sakliste

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 62/2026 i møte den 28.05.2026

Behandling

Ingen merknader til innkalling eller sakliste.

Vedtak

Styret for Helse Møre og Romsdal godkjenner innkalling og sakliste.

63/26 Vurdering av styremedlemmar sin habilitet

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 63/2026 i møte den 28.05.2026

Behandling

Ingen av styremedlemmane erklærte seg inhabile til behandling av saker.

Vedtak

Det var ingen styremedlemmar som vurderte seg som inhabile til behandling av saker i møtet.

64/26 Godkjenning protokoll styremøte 20.05.26

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 64/2026 i møte den 28.05.2026

Behandling

Ingen merknader til styremøteprotokoll datert 20.05.2026.

Vedtak

Styret for Helse Møre og Romsdal godkjenner protokollen frå styremøtet 20.05.2026.



65/26 Økonomisk Langtidsplan 2027 - 2032 HMR

Styret i Helse Møre og Romsdal HF si behandling av sak 65/2026 i møte den 28.05.2026

Behandling

Administrerende direktør Olav Lødemel innleia med at saka vart presentert for styret 20.05.2026. I samband med behandlinga fann Lødemel det naudsynt å setje vedtaket inn i ein breiare kontekst knytt til den økonomiske og styringsmessige situasjonen føretaket står overfor.

Lødemel understreka den nasjonale politiske situasjonen innanfor spesialisthelsetenesta, herunder auka politisk detaljstyring frå Stortinget gjerne knytt til lokalisering og praktiske løysingar. Dette er bekymringsfullt, og slike føringar kan redusere det lokale handlingsrommet for leiing og gjennomføring av nødvendige prioriteringar.

Økonomisk langtidsplan 2027–2032 syner eit betydeleg og vedvarande økonomisk utfordringsbilete for Helse Møre og Romsdal. Omstillingsbehovet er særleg stort i starten av planperioden, og dette vil få konsekvensar for organisering, kapasitet og bemanning. Planen legg til grunn ein vesentleg reduksjon i årsverk, kombinert med tydelege prioriteringar i tenestetilbodet, med sikte på å oppnå økonomisk balanse over tid.

Føretaket har allereie gjennomført omfattande effektiviseringstiltak. I 2025 vart det realisert effektiviseringar på om lag 400 mill. kroner samanlikna med 2024, og i 2026 er det forventa ein effekt på om lag 270 mill. kroner. Dette er betydelige bidrag, og som eit uttrykk for at store delar av det generelle effektiviseringspotensialet innanfor dagens struktur allereie er henta ut.

Oppnådde resultat heng i hovudsak saman med at føretaket i 2025 har kome attende til eit kostnads- og aktivitetsnivå tilsvarande nivået før innføringa av Helseplattformen, med enkelte unntak. I tillegg er det realisert gevinstar gjennom målretta bemanningsutvikling og reduksjon i kostnadsnivået i klinikkane. Organisasjonen har vist god evne til omstilling, samstundes som det i det vidare arbeidet er klare avgrensingar i kva som kan oppnåast gjennom generelle effektiviseringstiltak åleine.

Gjennomføring av ØLP føreset ein felles forståing av alvoret i situasjonen og eit delt ansvar for nødvendige tiltak. Måla i planen kan ikkje berre nåast gjennom vidare generell effektivisering, men vil krevje strukturelle grep som vil påverke både organisasjonen og tenestetilbodet.

Framover blir det behov for tett oppfølging, open dialog om konsekvensar og ei stegvis og realistisk gjennomføring. Planen gir eit nødvendig og truverdig grunnlag for det vidare arbeidet, under føresetnad av at det blir halde fast ved samanhengen mellom ambisjonar, økonomiske rammer og føretaket si reelle leveranseevne.

Styret slutta seg til ein felles uttale før vedtak i saka vart fatta:

Helseføretaket er i ein situasjon med særst høge kostnader som følgje av store lån. Innan få år vil lånekostnadene vere betydeleg lågare. Det er viktig at omstillinga som no blir gjennomført, òg tek sikte på å oppretthalde kapasitet og tenestetilbod på lang sikt. Omstillingstiltaka må sikre likeverdige helsetenester, og vi må sørgje for at resultatet ikkje fører til eit varig svekt helsetilbod, irreversibelt tap av nøkkelkompetanse eller eit uakseptabelt arbeidsmiljø.



Forslag til vedtak

1. Styret i Helse Møre og Romsdal vedtek økonomisk langtidsplan 2027–2032 basert på dei føresetnadene, prinsippa og føringane som er skildra i saka, herunder regionale rammer fastsette av Helse Midt-Norge RHF i styresak 29-2026 «Økonomisk langtidsplan 2027–2032 – forutsetninger» og styresak 75-2026 «Helse Møre og Romsdal HF – planmessig inntektsstøtte».
2. Styret sluttar seg til investeringsnivået for ØLP-perioden slik det går fram av saka, og konstaterer at det er innanfor rammene for investeringar i gjeldande ØLP 2026–2031.
3. Styret ber administrerande direktør om å sende ØLP 2027–2032 for Helse Møre og Romsdal til Helse Midt-Norge som grunnlag for ØLP 2027–2032 for Helse Midt-Norge.
4. Styret er innforstått med at omstillingskravet i ØLP-perioden er svært høgt og vil krevje ytterlegare reduksjon i årsverk og ekstraordinære tiltak som vil gå ut over tenestetilbodet.
5. Styret vurderer at den samla risikoen i ØLP er høg. Styret ber om at konsekvensar av tiltaka for pasientar og tilsette blir gjorde greie for.
6. Styret ber administrerande direktør om framleis å ha dialog med Helse Midt-Norge om handlingsrommet.

Protokoll

Styret valgte å endre forslaget til vedtak i punkt 4. frå:

- Styret er innforstått med at omstillingskravet i ØLP-perioden er svært høgt og vil krevje ytterlegare reduksjon i årsverk og ekstraordinære tiltak som vil gå ut over tenestetilbodet.

Til:

- Styret er innforstått med at omstillingskravet i ØLP-perioden er svært høgt og vil krevje ytterlegare reduksjon i årsverk og ekstraordinære tiltak.

Styret i Helse Møre og Romsdal gjorde slik:

Vedtak

1. Styret i Helse Møre og Romsdal vedtek økonomisk langtidsplan 2027–2032 basert på dei føresetnadene, prinsippa og føringane som er skildra i saka, herunder regionale rammer fastsette av Helse Midt-Norge RHF i styresak 29-2026 «Økonomisk langtidsplan 2027–2032 – forutsetninger» og styresak 75-2026 «Helse Møre og Romsdal HF – planmessig inntektsstøtte».
2. Styret sluttar seg til investeringsnivået for ØLP-perioden slik det går fram av saka, og konstaterer at det er innanfor rammene for investeringar i gjeldande ØLP 2026–2031.
3. Styret ber administrerande direktør om å sende ØLP 2027–2032 for Helse Møre og Romsdal til Helse Midt-Norge som grunnlag for ØLP 2027–2032 for Helse Midt-Norge.



4. Styret er innforstått med at omstillingskravet i ØLP-perioden er svært høgt og vil krevje ytterlegare reduksjon i årsverk og ekstraordinære tiltak.
5. Styret vurderer at den samla risikoen i ØLP er høg. Styret ber om at konsekvensar av tiltaka for pasientar og tilsette blir gjorde greie for.
6. Styret ber administrerande direktør om framleis å ha dialog med Helse Midt-Norge om handlingsrommet.

Åpen



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
963F62AD98AA4B1E83AEC57373FF0A14

Arkivreferanse: 2026/4889
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Jim Leander Hansen

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
69/26	17.06.2026	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Orientering frå administrerende direktør

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Møre og Romsdal tek orienteringa frå administrerende direktør til vitende.

Ålesund, 10.06.2026

Olav Lødemel
adm. direktør

Administrerende direktør Olav Lødemel si orientering til styremøtet 17.juni

- Det blir gitt ei kort orientering om besøket til helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre i Helse Møre og Romsdal 15.–16. juni. Vestre besøkte sjukehusa i Volda, Ålesund og på Hjelset, samt Kristiansund DMS.
- Føretaket opplever ein tydeleg auke i merksemd frå ulike interessentar, og eit sterkt engasjement knytt til omstillingsarbeidet. Den siste perioden har vore prega av høgt medietrykk og ei rekkje medieoppslag frå heile fylket.
- HMR har avslått eit tilbod frå Molde kommune om kjøp av Lundvang-området for éi krone. Føretaket og Norion Næringsmeglar peikar på paradokset i at kommunen samstundes har verdsett området til 117 mill. kroner i eigedomsskattsamanheng.
- Fredag 29. mai vart det teke første spadetak for utbygging og ombygging av medisinsk biokjemi og blodbank ved Volda sjukehus.
- Helse Møre og Romsdal utmerkar seg i årets tildeling av innovasjonsmidlar i Helse Midt-Noreg, med rekordhøge 33 innsendte søknader.
- Føretaket har også fått tildelt pengar til prosjekt innan pasienttryggleik. Prosjekta rettar seg mot kjende risikoområde og skal bidra til redusert pasientskade og betre kvalitet.
- Det har vore stor interesse for TØRN-midlar i regionen, og HMR har fått støtte til fleire av våre prosjekt.
- Administrerende direktør orienterer om at HelsaMi har utvikla seg til å bli ei velfungerande digital løysing, til nytte for både pasientar og helsepersonell.

Arkivreferanse: 2026/4889
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Fagdirektør Erik Ganesh
Søegaard, Økonomidirektør Randi Myhre, HR-
direktør Kjetil Lundberg

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
70/26	17.06.2026	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Virksomhetsrapport – Fag, økonomi og HR – mai 2026, samt rapportering økonomisk bærekraft

Vedlegg

- 1 Sak 70-26 - vedlegg 1 - Virksomhetsrapport fag, økonomi og HR mai 2026
- 2 Sak 70-26 - vedlegg 2 - Vedlegg virksomhetsrapport mai

Forslag til vedtak:

1. Styret tek statusrapport for mai til vitende.
2. Styret tek status for tiltaksrapportering til etterretning, og understreker at arbeidet med effektivisering og omstilling må prioriterast høgt for å sikre høgare og tilstrekkeleg økonomisk effekt av tiltak i 2026.
3. Styret sluttar seg til at prognosen for 2026 vert endra frå -490 mnok til -445 mnok, knytt til inntektsstøtte, redusert DRG-pris og høgare kostnader for lønsoppgjeret.
4. Styret godkjenner at saka er dekkjande for å svare ut protokollen frå foretaksmøte i HMR den 13. februar 2026, sak 4 om økonomisk bærekraft, rapportering pr. mai.

Ålesund, 10.06.2026

Olav Lødemel
adm. direktør

Helseføretak: Helse Møre og Romsdal HF

Periode: 05 - 2026

Virkksomhetsrapport frå HF

1. STATUS OG UTVIKLING KPI

Tabell 1: Månedlig KPI-matrise pr mai 2026

		Denne måned			Faktisk denne måned i fjor		Endring fra denne måned i fjor		Hittil i år		
		Faktisk	Mål	Mål-oppnåelse			Faktisk	Mål	Mål-oppnåelse		
Kvalitet	Ventetid påbegynt helsehjelp somatikk	76	61		82	-6	79	61			
	Ventetid ventende somatikk	68	61		61	7					
	Ventetid påbegynt helsehjelp PHV	42	44		47	-5	51	44			
	Ventetid ventende PHV	54	44		40	14					
	Ventetid påbegynt helsehjelp PHBU	45	45		50	-5	43	45			
	Ventetid ventende PHBU	30	45		30	0					
	Ventetid påbegynt helsehjelp TSB	31	33		30	1	32	33			
	Ventetid ventende TSB	26	33		14	12					
	Andel fristbrudd påbegynt helsehjelp	10,1 %	0,0 %		14,8 %	-4,7 %	10,7 %	0,0 %			
	Antall ventende > 3 måneder	2 772			2 321	451					
Aktivitet	Antall polikliniske opphold PHV	6 103	6 349		6 860	-757	33 385	33 634			
	Antall polikliniske opphold PHBU	3 847	3 838		4 281	-434	20 183	20 594			
	Antall polikliniske opphold TSB	1 057	986		983	74	5 677	5 275			
	Antall liggedøgn PHV	3 346	3 375		3 468	-122	17 581	16 676			
	Antall liggedøgn PHBU	147	196		196	-49	799	905			
	Antall liggedøgn TSB	1 444	1 550		1 397	47	7 052	7 485			
	DRG-poeng somatikk "sørge for"	6 671	6 755		6 763	-92	34 383	34 595			
	DRG-poeng PHV	1 272	1 384		1 451	-179	7 139	7 337			
	DRG-poeng PHBU	1 162	1 165		1 303	-141	6 114	6 254			
	DRG-poeng TSB	170	173		167	3	981	930			
HR	Andel UKP-døgn somatikk*	9,6 %			6,5 %	3,1 %	5,5 %				
	Bemannings (brutto mnd.verk)	5 615	5 443		5 656	-41	28 194	27 187			
Finans	Sykefravær	8,5 %	7,0 %		8,7 %	-0,2 %	9,3 %	7,0 %			
	Økonomisk resultat (mill. kroner)	-54	-33		-34	-20	-238	-167			
	Lønnskostnader (mill. kroner)	-569	-542				-2 701	-2 617			

*Indikatoren for andel utskrivingsklare pasientdøgn er oppgitt med en måned forsinkelse, pga etterregistreringer

Status og utvikling aktivitet

- Aktiviteten innan somatikk i mai og hittil i år er litt under budsjett (omlag -1%). Hittil i år ligg vi 3% over nivået pr. mai 2025 på ISF-refusjon eigen helseregion (+918 DRG-poeng). Alle klinikkar med unntak av SNR har eit mindre negativt avvik på ISF i mai. Sjå vedlegg statusrapport punkt 1. Aktivitet.
- Psykisk helsevern for vaksne ligg bak budsjett i mai med unntak av utskrivingar. Det er ein vekst på 25,2% i utskrivingar og 2,6% i opphaldsdøgn samanlikna med same periode i fjor (pr. mai 2025). Psykisk helsevern barn og unge har i mai eit lite negativt avvik for DRG-poeng, utskrivingar og opphaldsdøgn sett mot budsjett. Når det gjeld polikliniske konsultasjonar ligg ein litt over plan. Det er ein vekst på 35,1% i utskrivingar samanlikna med same periode i fjor (pr. mai 2025). Sjå vedlegg statusrapport punkt 1. Aktivitet.

- Aktiviteten innan TSB i mai ligg føre plan for polikliniske opphald og utskrivingar. Det er ein auke i polikliniske opphald, DRG-poeng, utskrivingar og opphaldsdøgn sett mot same periode i fjor (pr. mai 2025). Sjå vedlegg statusrapport punkt 1. Aktivitet.

Status og utvikling finans

- Resultatet for mai viser eit negativt rekneskapsresultat på 54,1 MNOK der det inngår ei periodisering/avsetting på 12 MNOK til lønnsoppgjret for grupper med tidlegare verknadsdato i 2026 enn føresett i budsjettet. Denne avsetninga påverkar ikkje årsprognosen.
I budsjettet for 2026 er det innarbeidd ei risikoavsetting på om lag 60 MNOK på fellesområdet som er fordelt mellom vare-, løns- og andre driftskostnader og periodisert gjennom heile 2026. Mai viser eit negativt avvik mot budsjett/resultatkrav på 20,8 MNOK inkl. risikoavsetting og 25,7 MNOK ekskl. risikoavsetting.
- Prognosen for året er sett til –445 MNOK som er ei forbetring på 45 MNOK i høve førre rapportering. I den nye prognosen er det tatt høgde for inntektsstøtte på +75 MNOK frå HMN i 2026, lågare ISF-inntekt pga. endra DRG-pris somatikk (-10 MNOK) samt forventa meirkostnad knytt til lønnsoppgjret (-20 MNOK).
- Ved utgangen av mai har HMR negativ likviditet på driftskonto med –300,9 MNOK. Dette er eit negativt avvik i høve budsjett på 127,9 MNOK som skuldast høgare driftsnivå enn budsjettert og endring i arbeidskapital. Prognosen for året syner ein samla tilgjengeleg likviditet på 139,4 MNOK som er 15,7 MNOK lågare enn budsjett i 2026.

Status og utvikling HR

- Antall brutto månadsverk utbetalt i mai 2026 var 5615, noko som er 41 brutto månadsverk lågare enn i mai 2025.
- Netto månadsverk i mai var 4618, noko som er 20 netto månadsverk høgare enn mai 2025.
- Bruken av variable månadsverk held seg framleis stabilt lagt samanlikna med føregåande år. I mai 2026 er talet 225 månadsverk, snittet i 2025 var på 257 månadsverk. Stabilt lave tal på variable månadsverk talar for stram og god styring på seksjonsnivå.
- Sjukefråværet var 8,5 % i mai 2026. Sjølv om dette er høgare enn styringsmålet, er det no to månader på rad med reduksjon.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Ved rapporteringa pr mars, mai og august i 2026 skal HMR rapportere særskilt på økonomisk bærekraft i samsvar med føretaksprotokoll frå 13.02.26. Rapporteringa inneber at styret skal vedta oppdatert status for regnskap hittil i år og prognose for årsresultatet, status for effekt av vedtatte tiltak, status for forventet effekt av tiltak for heile 2026 og status og plan for nye tiltak dersom samla omstilling ikkje gir forventet effekt slik at økonomisk ramme for 2026 vert overhaldt. Dette er omtalt i vedlegget til statusrapporten.

Omstillingskravet for 2026 er på over 400 mnok samanlikna med drifta i 2025. Hittil i år er det eit negativt avvik frå budsjett på vel 71 mnok. Det samla negative avviket i klinikkane er på vel 113 mnok hittil i år, der 18 mnok er meirkostnader knytt til varekostnader og 79 mnok er

meirkostnader på lønsområdet. Avviket på lønsområdet skuldast både manglande effekt av spesifiserte tiltak, men og at uspesifiserte tiltak og forventade effektar av meir strukturelle tiltak i stor grad er budsjettert som redusert lønskostnad.

Samstundes rapporterer HMR ei tiltaksoppnåing på 49% når det er teke omsyn til uspesifiserte tiltak, og 65% for dei spesifiserte tiltaka åleine. Til saman er det realisert tiltak for 92 mnok hittil i år. Dette har krevd stor innsats i organisasjonen, og det ligg mykje arbeid og til dels tunge prosessar bak å realisere desse tiltaka. Det er likevel ikke nok til at vi er i rute for å nå resultatkravet som er sett for 2026.

Det er og positive tendensar i utviklinga i brutto og netto månadsverk, men ikkje tilstrekkeleg i høve budsjettet. Samla ligg vi nært opp til 2019 i forbruket av netto månadsverk i 2026. Utviklinga i månadsverk er særleg positiv i Klinikkk SNR i 2026, der ein no ser effekt av samanslåing til eitt felles akuttsjukehus.

Det er og positivt at aktivitetsnivået innan somatikk har teke seg opp i Klinikkk SNR denne månaden. Produktiviteten er betre enn i 2025 for føretaket samla, men ikkje heilt på målalet for 2026.

Den økonomiske situasjonen og arbeid med tiltak og tiltaksoppfølging har stort fokus i leiarlinja i heile organisasjonen. Manglande resultatoppnåing hittil i år gjer det naudsynt med ytterlegare fokus på å gjennomføre alle dei tiltaka som er innarbeid i dei klinikkvise budsjetta samt å gjennomføre tiltak knytt til pågåande prosessar i klinikkar med særleg høg økonomisk utfordring og klinikkar som jobbar med meir strukturelle tiltak. Det vises til styresak 74/26 om Overordna omstilling for nærare omtale av prosessar og tiltaksområde knytt til naudsynt omstilling i 2026 og vidare i ØLP-perioden.

Prognosen for 2026 er endra, og er no sett til -445 mnok. Samanlikna med prognosen på -490 mnok er det då teke omsyn til inntektsstøtta på 75 mnok i 2026, men og lågare DRG-pris og høgare kostnad knytt til lønsoppgjøret enn det som er føreset i budsjettet.

HMR jobbar parallelt med revisjon av Utviklingsplan og Plan for omstilling. I styremøte 17. Juni får styret eigne saker om desse prosessane.

Vedlegg virksomhetsrapport frå HF

- Aktivitet
- Ventetider og fristbrudd
- Pakkeforløp kreft
- Økonomi
- HR

1 Aktivitet**1.1 Somatikk – Sørge for og egen produksjon**

Tabell nr 1: Aktivitet somatikk mai og hittil i år

Aktivitet somatikk		Denne måned				Hittil i år				Hittil realisert 2025 *)	Endring hittil fra i fjor
		Realisert	Budsjett	Avvik	Avvik %	Realisert	Budsjett	Avvik	Avvik %		
3200	ISF-refusjon egen helseregion	5 925	5 989	-64	-1,1 %	30 485	30 764	-279	-0,9 %	29 567	3,1 %
3202	ISF-refusjon på kjøp fra andre regioner, private og utlandet	287	307	-20	-6,6 %	1 601	1 534	67	4,4 %	1 411	13,5 %
3206	ISF-refusjon dyre biolog. legemidler utenfor sykeh.	460	460	0	0,0 %	2 298	2 298	0	0,0 %	2 221	3,5 %
Sum DRG-poeng "sørge for"		6 671	6 755	-84	-1,2 %	34 383	34 595	-212	-0,6 %	33 198	3,6 %
3200	ISF-refusjon egen helseregion	5 925	5 989	-64	-1,1 %	30 485	30 764	-279	-0,9 %	29 567	3,1 %
3210	Gjesteopasientinntekter andre regioner, behandling	32	31	1	0,3 %	468	457	10	2,3 %	305	53,3 %
Sum DRG-poeng produsert i egen region		6 016	6 080	-64	-1,0 %	30 952	31 221	-269	-0,9 %	29 872	3,6 %

*) Som målt i virksomhetsrapporteringen i same periode i fjor

Aktiviteten innan somatikk i mai og hittil i år er litt under budsjett (omlag –1%). Hittil i år ligg vi 3% over nivået pr. mai 2025 på ISF-refusjon eigen helseregion (+918 DRG-poeng). Alle klinikkar med unntak av SNR har eit mindre negativt avvik i aktivitet/ISF-refusjon i mai.

1.2 Aktivitet PHV

Tabell nr 2: Aktivitet psykisk helsevern mai og hittil i år

Aktivitet psykisk helsevern 2026 ("sørge for")	Faktisk denne måned	Avvik fra budsjett	Hittil i år utført	Avvik hittil fra budsjett	Avvik hittil i % fra budsjett	Endring fra i fjor hittil i år
Psykisk helsevern voksne:						
Antall polikliniske opphold	6 103	-246	33 385	-249	-0,7 %	-5,2 %
DRG-poeng poliklinikk	1 272	-112	7 139	-198	-2,7 %	-4,6 %
Utskrivninger (sum sykehus og DPS)	225	16	1 201	157	15,0 %	25,2 %
Oppholdsdøgn (sum sykehus og DPS)	3 346	-29	17 581	905	5,4 %	2,6 %
Psykisk helsevern barn og unge:						
Antall polikliniske opphold	3 847	9	20 183	-411	-2,0 %	-5,4 %
DRG-poeng poliklinikk	1 162	-3	6 114	-140	-2,2 %	-5,7 %
Utskrivninger	26	-1	150	39	35,1 %	35,1 %
Oppholdsdøgn	147	-49	799	-106	-11,7 %	-11,7 %

Psykisk helsevern for vaksne ligg bak budsjett i mai med unntak av utskrivingar. Det er ein vekst på 25,2% i utskrivingar og 2,6% i oppholdsdøgn samanlikna med same periode i fjor (pr. mai 2025).

Psykisk helsevern barn og unge har i mai eit lite negativt avvik for DRG-poeng, utskrivingar og oppholdsdøgn sett mot budsjett. Når det gjeld polikliniske konsultasjonar ligg ein litt over plan. Det er ein vekst på 35,1% i utskrivingar samanlikna med same periode i fjor pr. mai 2025. Aktiviteten innanfor tilbodet til barn og unge har auka, og var i heile perioden september 2024- desember 2025 over budsjett.

1.3 Aktivitet TSB

Tabell nr 3: Aktivitet TSB mai og hittil i år

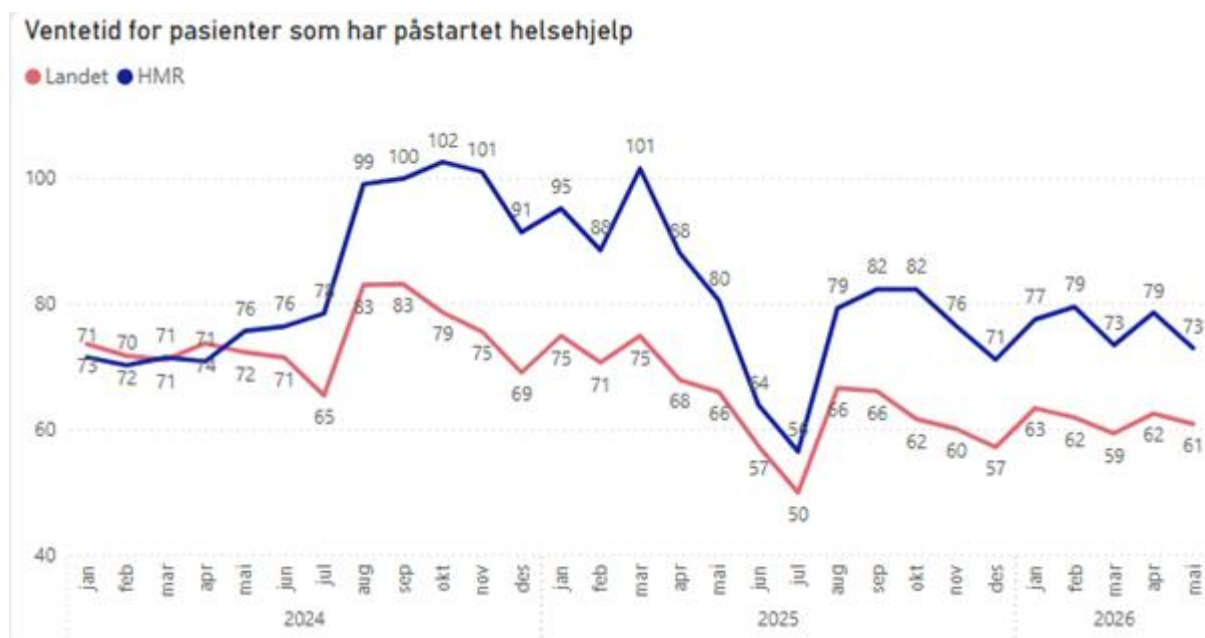
Aktivitet TSB 2026 ("sørge for")	Faktisk denne måned	Avvik fra budsjett	Hittil i år utført	Avvik hittil fra budsjett	Avvik hittil i % fra budsjett	Endring fra i fjor hittil i år
Aktivitet eget HF:						
Antall polikliniske opphold	1 057	71	5 677	402	7,6 %	10,1 %
DRG-poeng poliklinikk	170	-3	981	51	5,5 %	6,9 %
Utskrivninger	93	25	386	75	24,1 %	24,1 %
Oppholdsdøgn	1 444	-106	7 052	-433	-5,8 %	4,6 %

Aktiviteten innan TSB i mai ligg føre plan for polikliniske opphald og utskrivingar. Det er ein auke i polikliniske opphald, DRG-poeng, utskrivingar og oppholdsdøgn sett mot same periode i fjor (pr. mai 2025).

2 Ventetider og fristbrot

2.1. Ventetid og fristbrot for pasientar som har vore inne til behandling i mai 2026.

Ventetida i HMR har siste året følgt same trendkurve som elles i landet (sjå Figur 1). Ventetida samla i HMR var 73 dagar i mai for pasientar som har vore inne til behandling (avvikla pasientar). Samanliknar ein med same periode i 2025, er ventetida 7 dagar lågare i mai i år enn i fjor i HMR. Ventetida hittil i år er på 76 dagar mot 91 dagar i same periode i 2025.



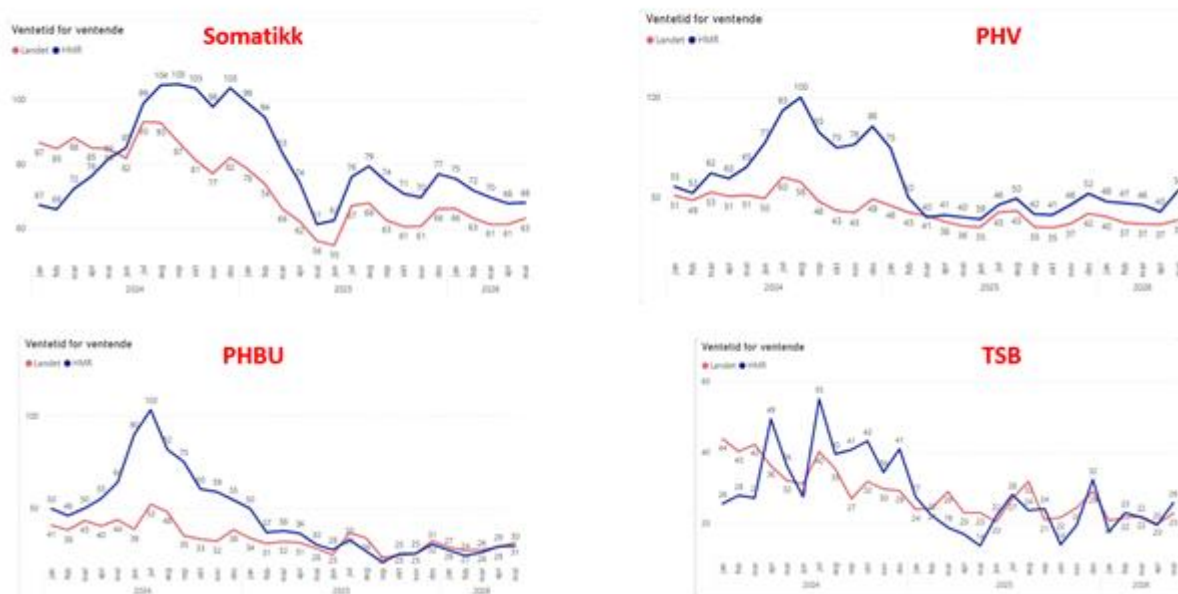
Figur 1; Gjennomsnittleg ventetid for avvikla pasientar 2024-26 (Kjelde: NPR)

Ventetida for pasientar som framleis ventar var 67 dagar i mai 2026. Dette er ein auke på 1 dag samanlikna med april, og 7 dagar høgare enn mai i fjor. Ventetida for ventande har gått jamt ned gjennom heile 2026 frå 75 til 67 dagar frå desember 2025.



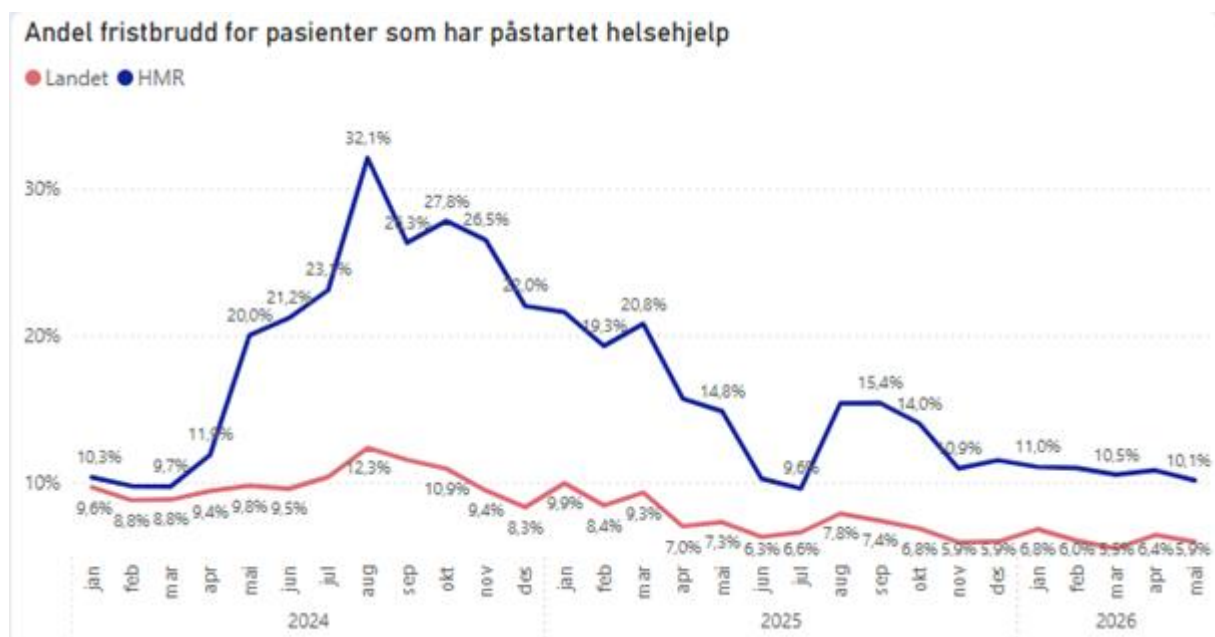
Figur 2; Gjennomsnittlig ventetid for **ventande** pasientar 2024-26, samla for HMR(Kjelde: NPR)

Ventetider for ventande – 2024-2026



Figur 3; Ventetider for ventande pr fagområde HMR 2024-2026 (Kjelde:NPR)

Det har vore ei positiv utvikling i andel fristbrot siste året. Andelen fristbrot for avvikla pasientar var i mai 10,1%. Det er ein reduksjon på 0,7%-poeng frå april, men samanlikna med mai 2025 har det vore ein reduksjon på 4,7%-poeng. Det blir fortsett oppdaga feilregistreringar og det pågår kontinuerleg rydding i listene for å fjerne eventuelle feilregistreringar.



Figur 2; Andel fristbrudd for avvikla pasientar 2024-26(Kjelde: NPR)

Tabell nr. 1: Ventetider ventande

Ventetider 2026	Mål (øvre grense)	Forrige periode (april-26)	Denne periode (mai-26)	Endring	Datakilde
Ventetid ventande pasientar alle	59	66	67	1	Norsk pasientregister
Ventetid ventande pasientar somatikk	61	68	68	0	Norsk pasientregister
Ventetid ventande pasientar VOP	44	43	54	11	Norsk pasientregister
Ventetid ventande pasientar BUP	45	29	30	1	Norsk pasientregister
Ventetid ventande pasientar TSB	33	20	26	6	Norsk pasientregister
Andel fristbrudd ventande pasientar	0%	4,8%	4,9%	0,1%-poeng	Norsk pasientregister

*Tal frå NPR

Tabell nr.2: Ventetider påbegynt

Ventetider 2026	Mål (øvre grense)	Forrige periode (april-26)	Denne periode (mai-26)	Endring	Hittil i 2026	Hittil i 2025	Datakilde
Ventetid pasientar behandla alle	59	78	73	-5	76	91	Norsk pasientregister
Ventetid pasientar behandla somatikk	61	81	76	-5	79	94	Norsk pasientregister
Ventetid pasientar behandla VOP	44	53	42	-11	51	57	Norsk pasientregister

Ventetid pasientar behandla BUP	45	44	45	1	43	57	Norsk pasientregister
Ventetid pasientar behandla TSB	33	33	31	-2	32	28	Norsk pasientregister
Andel fristbrot pasientar behandla	0%	10,8%	10,1%	-0,7%-poeng	10,7%	18,5%	Norsk pasientregister

*Tal frå NPR

Somatikk:

Ventetida innan somatikk var i mai på 76 dagar. Det er ein reduksjon på 5 dagar frå april, men ein reduksjon på 6 dagar samanlikna med same periode i fjor. Hittil i år er ventetida heile 15 dagar mindre enn hittil i 2025.

Psykisk Helsevern Vaksne (PHV)

Siste månaden har det vore ein reduksjon på 11 dagar i ventetida innanfor psykisk helsevern vaksne, frå 53-42 dagar. Sett i samband med mai i fjor har det vore ein reduksjon på 5 dagar i ventetida i mai 2026.

Psykisk helsevern barn og unge (PHBU)

Ventetida har vore relativt stabil innanfor psykisk helsevern for barn og unge i 2026, og har lagt mellom 39-45 dagar. I mai var ventetida på 45 dagar, som er ein auke på 1 dag frå april. Samanlikna med mai i 2025 er ventetida 5 dagar mindre innanfor psykisk helsevern for barn og unge i mai 2026.

Tverrfagleg spesialisert behandling (TSB)

Ventetida for avvikla pasientar innanfor TSB har gått ned 2 dagar siste månaden, og er framleis innanfor målkravet med gjennomsnittleg ventetid på 31 dagar. Dette er 1 dag meir enn i mai i fjor. Hittil i år er ventetida 32 dagar, mot 28 dagar hittil i fjor.

Arbeid med tiltak - ventetider og fristbrot

Alle klinikkane arbeider framleis aktivt med å redusere ventetider og fristbrot, med særleg merksemd på pasientane som har venta lengst. Tiltaka har hatt effekt, og talet på ventande er redusert innanfor fleire fagområde. Totalt er antall ventande redusert med over 2200 totalt i føretaket og innanfor ortopedi med nær 1 200 pasientar så langt i 2026.

Fagavdelinga og klinikkane følgjer utviklinga tett gjennom jamlege møte. Viktige tiltak er systematisk gjennomgang av ventelister, rett prioritering, avslutting av kontrollar som ikkje lenger er nødvendige, direkte tildeling av time og auka oppgåvedeling. Kloke val-kampanjen er sentral i dette arbeidet.

Digital oppfølging, behovsstyrte tenester, felles tilvisingsmottak og bruk av KI skal bidra til betre pasientflyt og meir effektiv ressursbruk. Fagnettverk på tvers av føretaket reduserer uønskt variasjon og bidrar til meir standardiserte pasientforløp. Dette vil vidare redusere ventetida og talet på fristbrot.

Somatikk:

Ventetida innanfor *hudfaget* har vore stabil dei siste månadene og er innanfor målkravet. Pasientar med kort frist eller behov for rask kontroll får time direkte. Bruk av videokonsultasjonar og teledermatologi bidreg til å halde ventetida låg. Digitale verktøy og behovsstyrt oppfølging er tekne i bruk for å redusere unødvendige kontrollar. Bruken er allereie høg og skal utvidast ytterlegare etter sommaren.

Klinikk Ålesund sjukehus held fram med systematisk gjennomgang av ventelister, korrigerings av feilregistreringar og direkte tildeling av time. Innanfor ortopedi er talet på ventande redusert med 775 pasientar så langt i 2026 i klinikken. Det blir gjennomført ekstra poliklinikk på dagtid og aksjonspoliklinikk på kveldstid. Pasientar blir fordelte mellom sjukehusa etter kapasitet, og enkelte får tilbod om vidaretilvising til Aleris Trondheim. Ved kveldspoliklinikken for skulderpasientar får fysioterapeut ein større rolle, i tett samarbeid med ortoped.

Innanfor augefaget i Ålesund går talet på ventande og ventetida for dei som står på venteliste, ned. Samstundes har talet på fristbrot auka, og utviklinga blir følgd tett. Optikarar tek fleire kontrollar for å avlaste legane. Andre tiltak er ekstra dagkirurgi og poliklinikk, behovsstyrt og digital oppfølging, meir standardiserte kontrollregime, auka oppgåvedeling, bruk av KI og rekruttering av fagpersonell.

Aktiviteten i klinikk *Volda sjukehus* har vore høg den siste tida. Ventetida for avvikla pasientar gjekk ned med tre dagar frå april til mai. Dei største utfordringane er framleis innanfor urologi, fordøyelses- og blodsjukdommar. Det blir gjennomført ekstra poliklinikk innanfor gynekologi og ortopedi. Innanfor urologi gir innleigd vikar og ny LIS2/3 auka kapasitet. Klinikken arbeider også med samarbeid på tvers for å redusere sårbarheit i fagområde med få spesialistar. Digital oppfølging er teken i bruk innanfor mellom anna sårbehandling og hjarte-rehabilitering.

I *Klinikk SNR* er det framleis utfordringar innanfor ortopedi og auge, men tiltaka har hatt effekt. Innanfor augefaget gjekk ventetida for avvikla pasientar ned med sju dagar siste månad, og talet på ventande er meir enn halvert på eit år. Klinikken arbeider med gjennomgang av pasientforløp og ventelister, auka oppgåvedeling og bruk av ortoptist i Ålesund og avtalespesialist i Trondheim. Det blir også gjennomført kveldspoliklinikk innanfor fleire kirurgiske fag. Ved gastromedisinsk poliklinikk har både ventetid og fristbrot gått ned. Auka sjukepleiarkapasitet er venta å gi ytterlegare effekt.

Psykisk helse og rus:

Ventetida innanfor *psykisk helsevern for vaksne* gjekk ned med elleve dagar siste månad, og talet på ventande held fram med å gå ned. I Kristiansund gir vakante spesialiststillingar kapasitetsutfordringar. Innleige av psykiater held fram gjennom sommaren, og pasientar kan fordelast mellom poliklinikkane ut frå kapasitet. Klinikken held fram med prioritering av dei som har venta lengst, aksjonspoliklinikk og arbeid med rekruttering. Tidleg avklaringsteam i Ålesund og digitale kurs skal bidra til raskare vurdering, betre pasientflyt og sikrar rett behandling på rett nivå.

Innanfor *psykisk helsevern barn og unge* er ventetida er framleis innanfor målkravet. For avvikla pasientar er ventetida 45 dagar. Ventetida for dei som framleis ventar, har vore under 30 dagar gjennom heile 2026. Det er framleis ingen fristbrot. Talet på tilvisingar er aukande og høgt, og mange av sakene gjeld ADHD. Det er dialog med fastlegane om rett henvisningspraksis. Klinikken har og auka bemanninga ved poliklinikkane, leigd inn ekstra legevikarar og utvida sjukepleiartilbodet innanfor ADHD. Tidlege vurderingssamtalar og tett oppfølging av ventelistene held fram. Klinikken arbeider også med Kloke val, digitalisering og e-behandling.

Innanfor **TSB** har ventetida gått litt ned siste månaden, og er framleis innanfor målkravet. Ein har god kontroll på ventelista, og det er difor ikkje behov for særskilte tiltak.

3 Pakkeforløp kreft

3.1 Pakkeforløp kreft – forløpstid og andel nye pasientar i forløp

Med utgangspunkt i rapportar for pakkeforløp kreft i HMN Datavarehus ([lenke](#)) for indikatorane. Lenka er oppdatert 1. april og her derfor ikkje tal for mai. Har brukt data frå eSP.

1. Andel pakkeforløp som er innanfor standard forløpstid **68%** (Mål: 70%)
2. Andel nye pasientar i pakkeforløp **53%** (Mål: 70%)

Tiltak:

- Vekentlege møte med forløpskoordinatorane
- Målretta oppfølging ved behov
- Regionalt samarbeid om vidareutvikling av ei samla visning i eSP over gjennomførte forløp, pasientar i pakkeforløp og kandidatar (pasientar med kreftdiagnose utan registrerte pakkeforløpskodar). Dette gir betre oversikt over pasientar som må følgjast opp og eventuelt etterkodast.

4 Økonomi

4.1 Resultat

Helse Møre og Romsdal har i 2026 eit brutto budsjett på om lag 10 MRD og er i ein svært krevjande økonomisk situasjon. Store investeringar i bygg, infrastruktur, medisinsk-teknisk utstyr og IKT dei seinare åra gjer at Helse Møre og Romsdal må vri ressursbruken frå lønskostnader til finansiering av kostnader knytt til desse satsingane. Vi er derfor heilt avhengig av å lukkast med å ta ut økonomiske gevinstar knytt til satsingane. Budsjettet for 2026 er lagt med føresetnad om eit resultatkrav på –400 MNOK, noko som inneber naudsynt effektivisering og omstilling på om lag 410 MNOK i 2026.

Tabell nr 4: Resultat mai og hittil i år (avvik inkl. risikoavsetting i budsjett)

Resultat (Tall i tusen)		Denne måned			Hittil i år		
		Resultat	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik
3	Inntekter	828 548	831 534	-2 986	4 046 933	4 060 013	-13 080
4	Varekostnader	-128 949	-131 042	2 093	-667 215	-671 097	3 883
5	Lønnskostnader	-568 970	-542 416	-26 554	-2 701 295	-2 616 734	-84 561
6,7,9	Andre driftskostnader	-159 330	-163 758	4 428	-790 599	-803 124	12 525
8	Finansposter	-25 361	-27 663	2 302	-125 606	-135 782	10 176
Sum		-54 062	-33 345	-20 718	-237 782	-166 724	-71 058

Tabell nr 5: Resultat mai og hittil i år (avvik ekskl. risikoavsetting i budsjett)

Resultat (Tall i tusen)		Denne måned			Hittil i år		
		Resultat	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik
3	Inntekter	828 548	831 534	-2 986	4 046 933	4 060 013	-13 080
4	Varekostnader	-128 949	-128 958	9	-667 215	-660 681	-6 534
5	Lønnskostnader	-568 970	-540 600	-28 370	-2 701 295	-2 611 654	-89 642
6,7,9	Andre driftskostnader	-159 330	-162 710	3 380	-790 599	-797 881	7 282
8	Finansposter	-25 361	-27 663	2 302	-125 606	-135 782	10 176
Sum		-54 062	-28 397	-25 665	-237 782	-145 984	-91 797

Resultatet for mai viser eit negativt rekneskapsresultat på 54,1 MNOK, der det inngår ei periodisering/avsetning på 12 MNOK til lønnsoppgjøret for grupper med tidlegare verknadsdato i 2026 enn føresett i budsjettet. Denne avsetninga påverkar ikkje årsprognosen.

Det er i budsjettet for 2026 innarbeidd ei risikoavsetning på om lag 60 MNOK på fellesområdet som er fordelt mellom vare-, løns- og andre driftskostnader og periodisert gjennom heile 2026. Styret i HMR har bede om rapportering på resultat mot budsjett/resultatkrav *med og utan* risikoavsetning framover, jf. tabellar overfor.

Mai viser eit negativt avvik mot budsjett/resultatkrav på 20,8 MNOK inkl. risikoavsetning og 25,7 MNOK ekskl. risikoavsetning. Hittil i år er det negative avviket mot budsjett/resultatkrav på 71,1 MNOK inkl. risikoavsetning og 91,8 MNOK ekskl. risikoavsetning.

Omtalen av resultatavvik i mai nedanfor er gjort på bakgrunn av budsjett inkl. risikoavsetning.

HMR har ei mindreinntekt på 3 MNOK i mai i høve budsjett der 0,9 MNOK er knytt til lågare ISF-inntekt pga. endra DRG-pris somatikk i 2026. Årsestimat knytt til endra DRG-pris somatikk er omlag 10 MNOK. Alle klinikkar med unntak av SNR har eit mindre negativt avvik på ISF i mai.

Varekostnader viser eit mindreforbruk på 2,1 MNOK i mai som i hovudsak er knytt til legemiddel.

Føretaket har eit negativt lønsavvik på 26,5 MNOK i mai. Vikarar ved sjukdom/permisjon har eit meirforbruk på 6,2 MNOK og variable lønskostnader (overtid, ekstrahjelp og engasjement) viser eit meirforbruk på 9,3 MNOK i høve budsjett i mai. Meirinntekt på sjukelønrefusjon utgjør 8,1 MNOK i mai.

Lønnsoppgjøret har tidlegare verknadsdato i 2026 enn føresett i budsjettet for nokre store grupper. Dette utgjør om lag 12 MNOK av det negative resultatet i mai. Denne periodiseringsavsetninga påverkar ikkje prognosen. Det er førebels ikkje kostnadsført meirkostnad knytt til lønnsoppgjøret som følge av auken frå 4% til 4,4% (frontfaget), men dette er det teke omsyn til i prognosen, sjå pkt. 4.3.

Andre driftskostnader har eit positivt avvik på 4,4 MNOK i mai knytt til mellom anna lågare IKT-kostnad og lågare utbetaling til pasientskadeerstatning. Det inngår ei avsetning på 6,5 MNOK i mai for mottatte fakturaer som ikkje er godkjent.

Finanspostar viser eit positivt avvik på 2,3 MNOK i mai og 10,2 MNOK hittil i år. Vi har budsjettert eit høgare nivå på finanskostnader grunna endring/usikkerheit knytt til driftskreditt i høve pensjon.

4.2 Omstilling og effekt av tiltak

Helse Møre og Romsdal har totalt 322 MNOK i spesifiserte tiltak som er innarbeidd i budsjettet for 2026. Vidare er det innarbeidd om lag 116 MNOK i uspesifiserte tiltak som klinikkane jobbar vidare med for å nå omstillingskravet.

Tabell nr 6: Tiltak HMR 2026

Helse Møre og Romsdal HF	Denne periode				Hittil i år				2026		
	Faktisk	Planlagt	Avvik	Realisert i %	Faktisk	Planlagt	Avvik	Realisert i %	Budsjett	Prognose	Prognose i %
Reduserte lønnskostnader/ bemanningsreduksjon	11 001	18 257	- 7 256	60 %	53 060	87 333	- 34 273	61 %	208 059	139 391	67 %
Innleie	2 197	3 674	- 1 477	60 %	9 559	17 524	- 7 965	55 %	24 096	26 362	109 %
Varekostnader (ekskl innleie)	5 025	2 675	2 350	188 %	24 654	13 538	11 116	182 %	32 844	60 113	183 %
Øvrige kostnadsbesparelser (uspesifiserte tiltak)	222	2 474	- 2 252	9 %	584	13 077	- 12 493	4 %	31 759	5 310	17 %
Økt inntekt	689	2 145	- 1 456	32 %	4 320	10 752	- 6 432	40 %	24 796	8 057	32 %
Uspesifiserte tiltak	-	10 332	- 10 332	0 %	-	47 745	- 47 745	0 %	115 984	37 533	32 %
Risikoavsetning											
Sum	19 134	39 557	-20 423	48 %	92 177	189 969	-97 792	49 %	437 538	276 766	63 %

For mai måned var det budsjettert med om lag 39 MNOK i tiltakseffekt (inkl. 10 MNOK i uspesifiserte tiltak), og klinikkane melder om lag 19 MNOK i realiserte tiltak. Dette gir ei måloppnåing på om lag 48% i mai. Tiltaksoppnåinga hittil i år er 49% når ein reknar med uspesifiserte tiltak og 65% samla for dei spesifiserte tiltaka åleine.

Risikovurdert estimat på årseffekt av tiltaka i klinikkane er satt til 277 MNOK, opp frå 268 MNOK ved førre periode, noko som tilsvarer ei samla måloppnåing på ca. 63%.

Tabell nr 7: Tiltak pr klinikk HMR 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 eigedom	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

I tabellen ovanfor, som blir rapportert frå HMN til HOD, kjem dei uspesifiserte tiltaka fram på eiga linje, og dei er ikkje fordelt mellom klinikkane. Det er stor variasjon i fordeling av dei uspesifiserte tiltaka, der Klinikk Ålesund sjukehus har den største andelen.

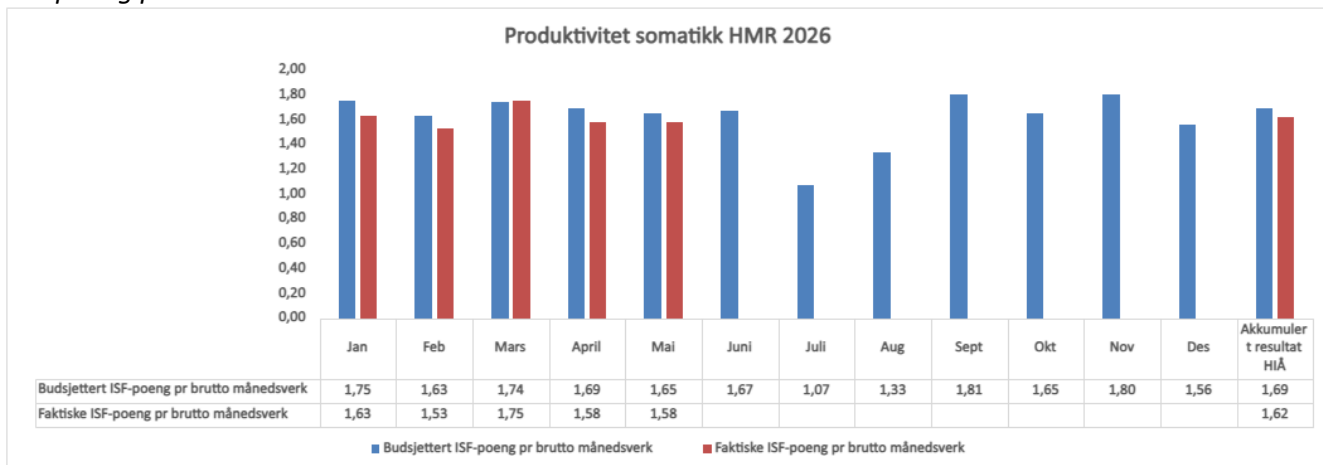
Klinikkane jobbar kontinuerleg med tiltak og generell stram styring for å tilpasse drifta til eigne budsjetttrammer. Parallelt med dette pågår det arbeid med både felles tiltak på tvers av klinikkar (vaktordningar, intensivseksjonane, stabsfunksjonar, poliklinikkdrift, gjestepasientar, SNR Kr.sund, samla døgnkapasitet og kjerneoppgåver) og større klinikkvise tiltak (båt- og bilambulansetenesta, døgnseger DPS, dialysetilbodet i Volda). Det blir lagt fram ei eiga styresak, sak 74/26 Overordna omstilling i styremøtet 17. Juni, og desse tiltak omtalast derfor ikkje nærare i denne statusrapporten.

Med tiltaksoppnåinga som er omtalt over, er det negative avviket i klinikkane om lag 115 mnok hittil i år, der 18 mnok er meirkostnader knytt til varekostnader og 79 mnok er meirkostnader på lønsområdet.

Avviket på lønsområdet skuldast både manglande effekt av spesifiserte tiltak, men og at uspesifiserte tiltak og forventede effekter av meir strukturelle tiltak i stor grad er budsjettert som redusert lønskostnad.

Vi ser ein nedgang i brutto månadsverk sett mot same periode i fjor, men som skildra over er det ikkje tilstrekkeleg for å kome ned på budsjettert nivå. Framleis høgt sjukefråvær utfordrar drifta.

ISF-poeng pr brutto månadsverk



Produktivitet er viktig å følge opp over tid. Som ein del av nasjonale føringar rapporterer HMR månadleg på utvikling i ISF-poeng pr brutto månadsverk innanfor somatikk. I mai realiserte HMR 1,58 ISF-poeng pr brutto månadsverk, noko som er opp frå 1,56 same periode i fjor. Måltalet for mai er på 1,65 for 2026.

Økonomisk bærekraft - rapportering på status for tiltak og tiltaksoppnåing pr mai, jf. Føretaksprotokoll av 13. februar 2026

Sak 4 Økonomisk bærekraft

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok økonomisk resultatkrav, investeringsrammer og regionale lån til helseforetakene under sak 011-2026 Budsjett 2026 – Bevilling av lån til investeringer og drift i styremøtet 5. februar 2026.

Foretaksmøtet vedtok:

Helseforetaket skal gjennomføre nødvendige tiltak dersom faktiske resultater og prognose avviker fra plan, slik at både drift og investeringer håndteres innenfor foretakets økonomiske handlingsrom.

I henhold til vedtatte budsjett er det synliggjort en risiko for at budsjettbalanse ved årets slutt ikke nås. Styret i helseforetaket skal derfor ved behandling av virksomhetsrapport for mars, mai og august vedta oppdatert status for:

- Regnskap hittil i år og prognose årsresultat 2026
- Status effekt av vedtatte tiltak
- Status for omstillingsbehov og forventet effekt av tiltak for 2026
- Status og plan for nye tiltak dersom samlet omstilling ikke gir forventet effekt slik at økonomisk ramme for 2026 overholdes.

Status skal leveres i forbindelse med ordinær rapportering, med forbehold om senere styrebehandling.

I dette avsnittet er det ei nærare skildring av status for klinikkvisse tiltak samt tiltak på fellesområde og stabseiningane.

Periodisert samla tiltakseffekt i budsjettet for 2026 går fram av tabellen under. Med unntak av juni måned (feriepengar), er tiltaksoppnåinga periodisert relativt flatt gjennom året.

Tabellen viser og korleis risikoavsettinga på 60 mnok er periodisert gjennom året. Her er periodiseringa meir ujamn, med eit høgare budsjett særleg for sumarmånadene juli og august.

Budsjetterte tiltak pr mnd (Spesifiserte og uspesifiserte) (1000 kr)	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	2026
Reduserte lønnskostnader/ bemanningsreduksjon	17 216	16 856	17 410	17 594	18 257	7 525	17 860	19 058	19 153	19 127	19 141	18 862	208 059
Innleie	3 392	3 392	3 392	3 674	3 674	1 097	1 333	851	843	816	816	816	24 096
Varekostnader (ekskl innleie)	2 722	2 599	2 892	2 650	2 675	2 790	2 487	2 676	2 864	2 793	2 825	2 871	32 844
Øvrige kostnadsbesparelser	2 702	2 685	2 770	2 446	2 474	2 405	2 370	2 527	2 610	2 993	2 908	2 869	31 759
Økt inntekt	2 155	2 153	2 151	2 148	2 145	1 636	1 635	2 142	2 157	2 169	2 160	2 145	24 796
Uspesifiserte tiltak	9 099	8 873	8 976	10 465	10 332	7 057	9 553	9 918	10 631	10 482	10 729	9 869	115 984
Sum	37 286	36 558	37 591	38 977	39 557	22 510	35 238	37 172	38 258	38 380	38 579	37 432	437 538
Risikoavsetning	-3 917	-3 917	-3 917	-3 917	-4 917	-4 917	-11 417	-6 417	-4 917	-3 917	-3 917	-3 917	-60 000

Klinikkane rapporterer på status for tiltaksoppnåing kvar måned. Status for tiltaksoppnåing vert sett i samanheng med resultatkravet. Det er varierende samanheng mellom tiltaksoppnåing og resultat/resultatavvik i dei ulike klinikkane, og dette går begge vegar. Det er ikkje all driftsforbetring/ effektivisering som er spesifisert som eigne tiltak og som det dermed blir rapportert særskilt på. Samstundes så er heller ikkje alle høve som påverkar utviklinga negativt tatt høgde for i dei klinikkvise budsjetta.

Tiltak- og tiltaksrealisering i klinikkane

Sjukehusklinikkane

Dei tre stadlege sjukehusklinikkane har ei samla budsjetttramme på til saman 3,4 mrd. kr. Desse klinikkane har eit omstillingskrav på om lag 265 mnok frå 2025 til 2026. Ved utgangen av mai har klinikkane eit samla negativt avvik frå budsjett på 85 mnok, der avviket på lønnskostnader utgjer 65 mnok.

Omtalen av status er meir omfattande for Klinikk SNR som følge av det store fokuset på gevinstarbeidet i klinikken etter at SNR vart teke i bruk.

Klinikk SNR

“I budsjett 2026 er det periodisert tiltak tilsvarende 60 mill. i perioden januar–mai. Per utgangen av mai har Klinikk SNR realisert tiltak tilsvarende 30 mill. Dette forklarar i stor grad det akkumulerte underskuddet på 30 mill. per mai. De største gevinstene er hentet ut innen personalkostnader og driftskostnader:

- Fastlønn og reduksjon i variabel lønn og øvrige personalkostnader, om lag 13 mnok
- Reduksjon i innleie fra vikarbyrå om lag 10,5 mnok
- Reduksjon i varekostnader på over 5 mnok
- Reduserte reisekostnader på 1,5 mnok som følge av samlokalisering ved SNR

Klinikken har utfordringer knyttet til sykefravær og som påvirker både bemanningskostnader og aktivitetsnivå.

Måloppnåelsen for aktivitet var i underkant av 97% per april, mens klinikken i mai leverte over 100% måloppnåelse på aktivitet. Dette viser at vi har kapasitet til å levere på planlagt aktivitetsnivå.

Kodekvaliteten er bedre, men det er fortsatt et potensiale der, spesielt på å få inn alt av prosedyrer og diagnoser for inneliggende pasienter.

Fremover blir det viktig å opprettholde utviklingen gjennom effektiv utnyttelse av poliklinikker, dagbehandling og operasjonskapasitet og kontinuerlig forbedring av prosesser, varelogistikk og

ressursstyring. Vi har også gjort store grep for sommeren 2026 med stengingsperioder i Kristiansund og sammenslåinger av sengeområder på Hjelset tilsvarende et nedtak på 30 senger.

For resten av 2026 er det periodisert tiltak tilsvarende 76 mill. Av dette forventes om lag 66 mill. realisert, tilsvarende en måloppnåelse på 87 %.

I tillegg til helårseffekten av allerede gjennomførte tiltak er det identifisert flere nye tiltak for å redusere risikoen i den opprinnelige tiltaksplanen og øke sannsynligheten for måloppnåelse. Noen er startet og noen er i planleggingsfasen. Dette omfatter blant annet:

- Fremskyndet innføring av 13-delt vaktordning for medisinske LIS-leger fra medio juni
- Ytterligere reduksjon og tett oppfølging av UTA-forbruk
- Justere bemanning på intensivseksjonen
- Streng vurdering av hvilken personell som skal erstattes ved naturlig avgang.
- Enda mer samling av ressurser på ett sted i lavaktivitetsperioder.
- Oppgaveglidning, permanent basis og vurdere hvilken kompetanse det er behov for ved fravær
- Reduksjon i medikamentkostnader innen øye
- Forbedret logistikk og vareflyt mellom seksjoner for å styrke eierskap og kostnadskontroll
- Tettere lederoppfølging av bestillinger av implantater og instrumenter
- Digitalisering:
 - Avlaste merkantile personell der HP kan gjøre jobben via Helsa mi
 - Digitale konsultasjoner som førstevalg

Klinikk SNR har gjennomført omfattende omstilling samtidig som pasienttilbud og drift er opprettholdt. Klinikken har høye ambisjoner for videre forbedring og vil fortsette arbeidet med bedre ressursutnyttelse, målrettet bruk av teknologi, oppgaveglidning og systematisk kompetanseutvikling.

Samlet er det budsjettert med tiltak med tiltak tilsvarende et omstillingsbehov på 136 mill. i 2026 for Klinikk SNR. Prognosen legger til grunn en måloppnåelse på over 70% av omstillingsbehovet, noe som gir et forventet underskudd på 40 mill. ved årets slutt”.

Klinikk Ålesund sjukehus

Klinikk Ålesund sjukehus har eit negativt avvik frå budsjett på 42 mnok hittil i år, der 40 mnok er knytt til lønskostnader og uspesifiserte tiltak. Klinikk Ålesund sjukehus har relativt høg måloppnåing på dei spesifiserte tiltaka (årseffekt 32 mnok), men omfanget av uspesifiserte tiltak er framleis om lag 60 mnok. Ekstern bistand er prioritert inn mot omstillingsarbeidet i klinikken, og klinikken legg til grunn at den vil få positive effektar av prosessar knytt til fellestiltak på tvers av klinikkane, mellom anna knytt til vaktordningar, intensivområdet og døgncapasitet. Prognosen for året er sett til –80 mnok.

Klinikk Volda sjukehus

Klinikk Ålesund sjukehus har eit negativt avvik frå budsjett på 12 mnok hittil i år, der vel 7 mnok er knytt til lønskostnader og uspesifiserte tiltak. Klinikken har gjennomført reduksjon i sengetalet og etablert ein dagpost. Klinikken legg til grunn at den vil få positive effektar av prosessar knytt til fellestiltak på tvers av klinikkane, mellom anna knytt til vaktordningar, intensivområdet og tilpassa døgncapasitet. Prognosen for året er sett til –20 mnok.

Klinikk for kreft og rehab

Klinikk for kreft og rehab har ei budsjettramme på om lag 490 mnok. Klinikken har eit omstillingskrav på om lag 33 mnok frå 2025 til 2026, og der om lag 20 mnok er knytt til føresetnad om fortsatt auke i medikamentkostnader knytt til kreftområdet, ut over priskompensasjonen. Ved utgangen av mai har klinikken eit negativt avvik frå budsjett på 11 mnok, samansett av inntektssvikt som følge av lågare aktivitet enn budsjettert, samt at føresetnaden om realauke i medikamentkostnader på kreftområdet har slått inn.

Ved utgangen av mai har klinikken levert over planlagt tiltaksoppnåelse på alle andre område, inkludert nye tiltak. Klinikken har lyktes med å digitalisere og hente ut ønska effekter, der revmatologi er eit godt eksempel. Klinikken jobbar kontinuerleg med tiltak knytt til pleiefaktor, oppgåvegledning, digitalisering og digital transformasjon, heimebehandling mm.

Den store utfordringa for klinikken er utviklinga i medikamentkostnader på kreftområdet. Som kjent er det budsjettert med ei risikoavsetting på fellesområde knytt til dette, derfor er avviket langt høgare på klinikknivå enn på føretaksnivå. Klinikken har sett ei prognose på -25 mnok, der 21 mnok er knytt til medikamentområdet og 4 mnok til inntektssvikt som følge av lågare aktivitet.

Klinikk for diagnostikk

Klinikk for diagnostikk har ei budsjettramme på om lag 650 mnok. Klinikken har eit omstillingskrav på om lag 25 mnok frå 2025 til 2026. Ved utgangen av mai har klinikken eit negativt avvik frå budsjett på 0,5 mnok.

Klinikken rapporterer høg tiltaksoppnåing, og det kjem og inn nye tiltak i løpet av siste tertial som vil føre til betra måloppnåing. Klinikken har ingen uspesifiserte tiltak og har satt ei prognose i balanse med budsjettramma.

Klinikk for psykisk helsevern og TSB

Klinikk for psykisk helsevern og rus har ei budsjettramme på om lag 1,4 mrd. kroner og eit samla omstillingskrav på 36 mill. kroner i 2026. Ved utgangen av mai har klinikken eit negativt avvik frå budsjett på om lag 1 mnok. Klinikken har sett ei prognose på -15 mnok for 2026.

Klinikken har avklarte tiltak for om lag 16 mnok, medan det pågår prosessar knytt til tiltak for om lag 20 mnok. Ved gjennomføring av alle tiltaka vil dei gje ein samla reduksjon av mellom 30-40 årsverk:

- DPS Sunnmøre - red. åpningstider ved Akutt heimebehandlingsteam og avvikling av medikamentfritt tilbod - utført
- DPS Nordmøre og Romsdal - må blant anna sjå på bruk av døgnplasser - prosess
- Psykisk helse barn og unge - utvikle familieeininger/leggje om tilbodet - utført
- TSB - reduksjon av døgnplasser til avrusing - utført

“Innarbeidede tiltak gjennomføres etter plan i 2026. Samtidig arbeides det med ytterligere omstilling i klinikken, bl.a. sees det på døgnkapasiteten i DPS.

Resultatet så langt i år må også sees i lys av et stort fokus på fortløpende kostnadskontroll. Klinikken følger bl.a. månedlige trender på fastlønn, overtid, innleie fra byrå og kostnader til fristbrudd.

Innleie fra byrå er så langt i år forsøkt holdt på et minimumsnivå, men det er meldt inn større behov for innleie i klinikken i forbindelse med ferieavviklingen. Dette gjenspeiler seg også i den satte prognosen for året på minus 15 mill. kroner”.

Klinikk for prehospitale tenester

Klinikk for prehospitale tenester har ei budsjettramme på vel 700 mnok og eit omstillingskrav på 20 mnok i 2026. Ved utgangen av mai har klinikken eit negativt avvik frå budsjett på om lag 5 mnok. Klinikken har tiltak for vel 6 mnok som ikkje påverkar beredskapen, og der det rapporterast høg tiltaksoppnåing.

Prognosen for året er sett til –18 mnok, gitt at planlagde tiltak ikkje er forventa å få vesentleg effekt før i 2027. Det vises til eiga styresak om båt- og bilambulansetenesta i styremøtet i juni.

Klinikk for drift og eigedom

Klinikk for drift og eigedom har ei budsjettramme på om lag 490 mnok. Klinikken har eit omstillingskrav på om lag 40 mnok frå 2025 til 2026. Ved utgangen av mai har klinikken eit negativt avvik frå budsjett på om lag 11 mnok. Klinikken rapporterer medium tiltaksoppnåing samla, og der dei største avvika er knytt til intern service, og då særleg reinhald ved SNR. I tillegg har klinikken høgare kostnader knytt til eigedomsdrift enn budsjettert, hovudsakeleg knytt til høge kostnader på energi.

Klinikken rapporterer at fleire av tiltaka er forventa å få auka effekt frå 2. halvår 2026. Prognosen for året er sett til –16 mnok.

Status tiltak for stabsavdelingar og fellesområdet

Stabsavdelingane

Stabsavdelingane har ei samla budsjettramme på om lag 410 mnok, hvorav 310 mnok er lønskostnader. Avdelingane har eit omstillingskrav på til saman 10 mnok knytt til reduksjon i talet på stillingar. Til no er 4 av 10 stillingar varig redusert, samt at det vert leigd ut ressursar frå stabsavdelingane til mellom anna HMN, Hemit, NTNU og andre som tilsvarar om lag 2 årsverk i 2026. Stabsavdelingane har innsparing på lønnsområdet på om lag 2 mnok hittil i år, mellom anna knytt til sjukefråvær som det ikkje vert leigd inn vikarar for.

Legemiddelkostnader

Status for legemiddeløkonomien er i hovudsak uendra sidan førre rapportering. H-reseptkostnadene viser ei svak auke, i tråd med nasjonal utvikling. For sjukehuslegemiddel er det betydelege svingingar, særleg innan kreftområdet. Dette mellom anna som følgje av nasjonale prisavtalar som gir variasjon i pris igjennom året.

Auka bruk av tafamidis (Vyndaqel) ved behandling av hjerteamyloidose har ført til høge kostnader over tid. Det er likevel venta ein prisreduksjon frå 1. juli 2026 som følge av konkurranse, med ei estimert årleg innsparing på om lag 14 MNOK for HMR. Det er etablert eit fagråd for legemiddeløkonomi i regionen, og første møte blir halde i veke 25.

Samla er det ein meirkostnad på H-reseptar på 4 mnok pr utgangen av mai. Auka ISF-refusjon vil kompensere noko av meirkostnadene. På legemidlar brukt i sjukehusa er det ei innsparing på 8,8 mnok.

I budsjettet for 2026 er det lagt til grunn ein økonomisk effekt av tiltaket på 15 mnok. Samstundes ligg det som kjent ei risikoavsetting på medikament på til saman 25 mnok i budsjettet, der 10,4 mnok er budsjettert pr mai. Utan denne risikoavsettinga ville det ha vore eit samla negativt avvik på legemidlar på om lag 5,5 mnok. Prognosen for året blir halde på budsjett.

IKT-kostnader

Status på IKT-kostnader per utgangen av mai er at vi førebels ligg an til å nå det budsjetterte innsparingskravet. Det er månedlege variasjonar, som blir handtert i godt samarbeid med HEMIT og Helseplattformen AS. I budsjettet for 2026 er det lagt til grunn en økonomisk effekt av tiltaket på 12 mnok. Prognosen for året blir halde på budsjett.

Det største risikoelementet er knytt til uventa effektar ved AIO-prosjektet, samt dei globale usikkerheitene knytt til leveransar og kostnader for IT, teknologi og tilhøyrande tryggleiksaspekt. Desse usikkerheitene blir vurderte som størst i andre halvår 2026.

Samla vurdering

Både resultatavvik og tiltaksoppnåing varierer mykje mellom klinikkane pr utgangen av mai og i prognosen for året. To av klinikkane har ei drift som er tilnærma i samsvar med budsjettet hittil i år. Avviket er størst knytt til lønnskostnader, både som følge av forseinka effekt av tiltak og omfanget av uspesifiserte tiltak. Prognosen for 2026 på klinikknivå er marginalt forbetra frå rapporteringa pr 2. tertial. Dette heng saman med eit tilsvarande høgare estimat for forventet heilårseffekt av tiltak. Dette er ei positiv utvikling.

4.3 Prognose

Tabell nr 8: Prognose

Prognose (Tall i tusen)		Prognose - forrige måned	Prognose - denne måned	Endring - denne måned	Budsjett	Avvik - Budsjett- måned
3	Inntekter	9 554 794	9 617 763	62 969	9 565 479	52 284
4	Varekostnader	-1 609 660	-1 606 548	3 112	-1 603 740	-2 808
5	Lønnskostnader	-6 175 562	-6 206 103	-30 541	-6 087 491	-118 612
6,7,9	Andre driftskostnader	-1 927 756	-1 920 598	7 158	-1 934 557	13 959
8	Finansposter	-331 816	-329 514	2 302	-339 690	10 176
Sum		-490 000	-445 000	45 000	-400 000	-45 000

Prognosen for året er sett til –445 MNOK som er ei forbetring på 45 MNOK i høve førre rapportering. I den nye prognosen er det tatt høgde for inntektsstøtte på 75 MNOK frå HMN i 2026 og lågare ISF-inntekt pga. endra DRG-pris somatikk estimert til 10 MNOK. Vidare er det tatt høgde for eit lønsoppgjær på 4,4% mot 4% i budsjettet, som er berekna å gi føretaket ein meirkostnad på om lag 20 MNOK.

Den økonomiske situasjonen i Helse Møre og Romsdal er særskilt krevjande og i budsjettet for 2026 ligg det fleire risikofaktorar i høve å nå prognosen.

4.4 Likviditet

Tabell nr 9: Status og prognose likviditet

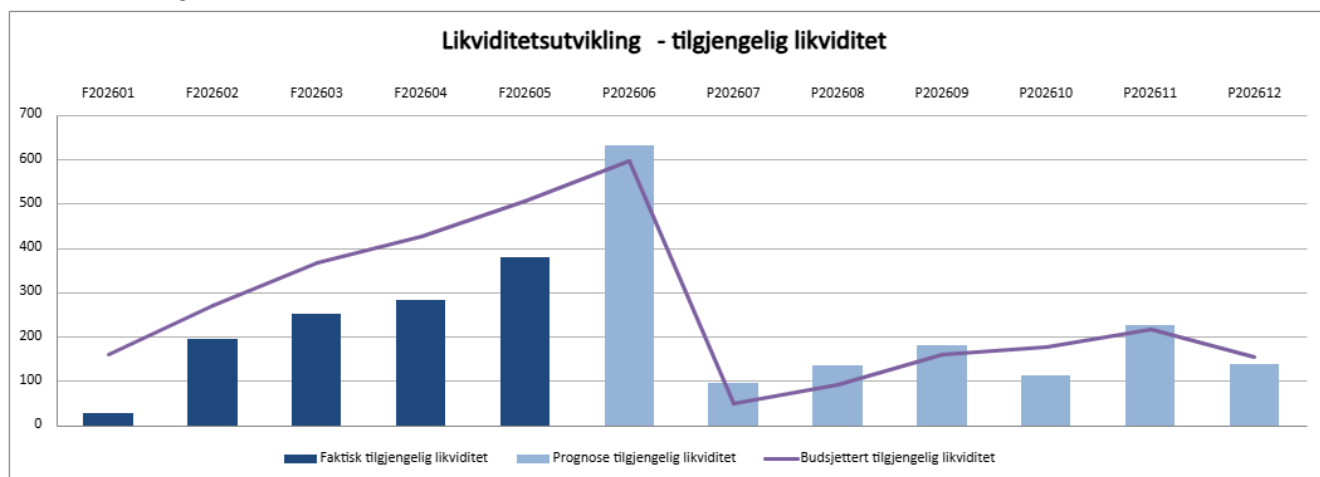
Kontantstrøm (beløp i hele tusen)	Hittil i år			Totalt for året		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Prognose	Budsjett	Avvik
IB likviditetsbeholdning 1.1.	-584 794		-584 794			-
UB likviditetsbeholdning	-300 919	-172 968	-127 951	-316 529	-300 870	-15 659
Endring likviditet	283 875	-172 968	456 843	-316 529	-300 870	-15 659
Kredittramme	680 700	680 700		455 900	455 900	
Midler som er bundet						
Samlet likviditet	379 781	507 732	-127 951	139 371	155 030	-15 659

Ved utgangen av mai har HMR negativ likviditet på driftskonto med –300,9 MNOK. Dette er eit negativt avvik i høve budsjett på 127,9 MNOK som skuldast høgare driftsnivå enn budsjettert og endring i arbeidskapital.

Prognosen i tabellen over syner ein samla tilgjengeleg likviditet på 139,4 MNOK som er 15,7 MNOK lågare enn budsjett i 2026. Den totale likviditetsprognosen for året er forbetra med 45 MNOK frå førre rapportering som følgje av inntektsstøtte frå HMN, endring i DRG-pris somatikk og meirkostnad knytt til lønsoppgjeret, sjå omtale under punkt 4.3 Prognose.

Likviditetssituasjonen for HMR er krevjande og det er naudsynt med framleis tett dialog med HMN.

Likviditetsutvikling



Tilgjengeleg likviditet er venta å byggje seg gradvis opp i perioden fram mot juni. Denne utviklinga kjem i hovudsak av at HMR mottok utbetalingar av basisramme og ISF-inntekter med 1/12 kvar månad, samt eit likviditetslån frå Helse Midt-Norge i juni.

I juni og juli kjem det store utbetalingar knytt til feriepengar, pensjonskostnader og rente- og avdragsforpliktingar. Dette medfører ein reduksjon i tilgjengeleg likviditet i perioden. Ei vidare negativ utvikling i underliggjande drift (jf. Pkt. 4.3 Prognose) vil forsterke denne effekten.

4.5 Akutt-, intensiv- og operasjon-prosjektet (AIO)

Status i arbeidet

AIO-prosjektet har i perioden vidareført innvendige arbeid i alle etasjar i AIO-bygget. Ombyggingsarbeida i eksisterande sjukehusbygg er godt i gang i V-fløya (vestibylene sør). Det er starta utvendig arbeid med kulvert frå helikopterbasen.

Framdrifta i prosjektet er i samsvar med plan, med nokre mindre avvik. Detaljprosjekteringa for dei innvendige arbeida i AIO-bygget er ferdig, og prosjekteringa for ombygging i eksisterande bygg blir avslutta til sommaren.

Koordineringa mot sjukehus i drift er intensivert i perioden, då det framover blir meir arbeid som kan påverke drifta av sjukehuset.

Arbeidet med å planleggje ibruktaking av AIO-bygg og ombygde areal, samordna plan, er vidareført i perioden og blir lagt fram for styret i HMR til behandling i juni 2026.



Nytt AIO-bygg, mai 2026

Økonomi

Totalt påløpte kostnader er 769,3 MNOK. Pådraget i perioden er 50,1 MNOK.

Prosjektorganisasjonen sin sluttprognose er 1 273 MNOK, høvesvis 70 MNOK og 113 MNOK under SBED-justerte P70- og P85-rammer (alle tal i mars 2026-kroner).

I prognosen er dei siste stega i rokadeplanen ikkje tekne med, mellom anna flytting av varemottak og kardiologisk poliklinikk. Dette må løysast gjennom reserveavsetninga som er lagd til prosjektstyret, men kan ikkje løysast ut før ein har større tryggleik om økonomisk sluttprognose.

Viktigaste aktivitetar i neste fase

- Vidareføre innvendige arbeid i AIO-bygget
- Ferdigstille prosjektering av ombygging
- Vidareføre ombygging i eksisterande bygningsmasse
- Koordinere med sjukehus i drift

5 HR

5.1 Bemanning/innleige

Tabell nr 10: Bemanning

Bemanning 2026 (brutto månadsverk utbetalt)	Denne måned			Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Faktisk	Budsjett	Avvik
Totalt	5 615	5 443*	3,2 %	28 194	27 187	3,7 %
Fråvær	997			5 296		
Netto månadsverk utbetalt	4 618			22 898		

Brutto månadsverk

Forbrukte brutto månadsverk var 5 615 i mai, noko som er 41 månadsverk lågare enn i mai 2025.

**Bemanningsbudsjettet for brutto månadsverk er berekna ut frå budsjetterte kostnader for definerte kostnadsarter og føresetnader om gj. snittleg kostnader pr månadsverk innafor dei ulike lønsartene. Kostnadene knytt til kvart månadsverk varierer mykje når det påløper overtid og ekstravakter.*

Netto månadsverk

Netto månadsverk i mai var 4 618, noko som er 20 netto månadsverk høgare enn i mai 2025.

Variable lønnskostnader

Forbruket av variable brutto lønnskostnadar for mai 2026 var 225 månadsverk (inkl. estimat for innleige, som utgjer 11 månadsverk). Talet på variable månadsverk var på eit lågare nivå enn mai 2025 (239).

Overtidsforbruket var i mai 159 månadsverk. I mai 2025 var talet 153. Talet på overtidstimar i mai 2026 var 23 139, som er 831 timar lågare enn i same månad i 2025.

I januar 2025 vart det innført ein ny, strengare rutine for bruk av overtid. Bruk av overtid blei då redusert. Denne rutina er vidareført i 2026.

Godkjenning av stillingar og innleige

Alle utlysingar skal godkjennast av administrerende direktør etter klinikkjefen si vurdering av behovet for personell opp mot krav til pasientsikkerheit, økonomi og HMS. All innleige skal vurderast og godkjennast av AD, og må vere knytt til kritisk kompetanse nødvendig for å oppretthalde dagens pasienttilbod.

5.2 Sjukefråvær

Tabell nr 11: Sjukefråvær

Sjukefråvær	Denne måned			Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Faktisk	Budsjett	Avvik
Netto sjukefråværsprosent	8,5 %	7,0 %*	21,4 %	9,3 %	7,0 %	32,9 %

(*) Uendra mål sjukefråvær på føretaksnivå 2026

Sjukefråværet var 8,5 % i mai 2026. Langtidssjukefråværet utgjorde 6,4 %. I mai 2025 var sjukefråværet 8,7 %, der langtidssjukefråværet utgjorde 6,3 %.

Sjukefråværet er fortsatt høgare enn styringsmålet, men ein nedgang andre månad på rad.

Det systematiske arbeidet med nærvær og oppfølging av sjukefråvær har stort fokus i HMR. I følge «ti-punktlista» for generelle innsparingstiltak er det vedteke at alle leiarar skal følgje retningslinjer for systematisk nærværarbeid og sjukefråværsoppfølging. Det er utvikla ein ny interaktiv portal som skal gi leiarar lettare tilgang til alle verktøy, tiltak og rutinar. Det er satt inn ekstra tiltak på seksjonar med meir enn 10 % sjukefråvær over tre månader, med særleg oppfølging av HR-seksjonen og tilbod frå Nav.

Arkivreferanse: 2026/4889
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Jim Leander Hansen

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
71/26	17.06.2026	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Årsmelding 2025 Pasient- og brukarombodet

Vedlegg

- 1 Sak 71-26 - vedlegg - Årsmelding 2025 - Pasient og brukerombudet

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Møre og Romsdal tek årsmelding 2025 frå Pasient- og brukarombodet til vitende.

Ålesund, 10.06.2026

Olav Lødemel
adm. direktør

2025

Årsmelding

Pasient- og brukerombudet

Fem område vi er spesielt bekymra for

Klagesystemet gjer det for vanskeleg å seie frå

Korleis du går fram for å klage, og kven som skal få klage, er for utilgjengeleg informasjon for pasientar, brukarar og pårørande. Ofte sender ikkje kommunane avslag på klager vidare til statsforvaltar, og statsforvaltar kan ha så lang saksbehandling at klageretten mistar meining og funksjon. Klager blir sende mellom kommune og statsforvaltar i fleire rundar, og slit ut dei det gjeld. Pasientar, brukarar og pårørande blir redde for å klage, frykta går på negative konsekvensar og dårlegare tenester viss du gjev tilbakemelding.

Tenestene heng ikkje saman

Pasientar og brukarar som er avhengige av helsehjelp både i kommunen og spesialisthelsetenesta fortel at du ofte må vere din eigen koordinator, og at du sjølv må sikre at helsetenesta har oppdatert informasjon for at du skal få forsvarlege helsetenester. Dei opplever stadig brot og opphald i helsetenesta på grunn av mangel på informasjon, ressursar og sengeplassar. Pasientar risikerer å ikkje få hjelp viss dei sest på som for friske for spesialisthelsetenesta og for sjuke for kommunehelsetenesta.

Pasientar og brukarar må tilpasse seg tenestene, i staden for det motsette

Fleire pasientar og brukarar seier dei saknar informasjon om alternativ, eller høve til å velje alternativ, når dei faktisk finst. Dei opplever fråvær av brukarmedverknad når du blir pressa inn i standardiserte behandlingstilbod, eller får standardiserte avslag – utan at det blir tatt omsyn til individuelle behov og situasjon.

Pårørande tar alle ekstravaktene

Pårørande må ufrivillig ta på seg oppgåver som tenesta eigentleg har ansvar for. Når kommunen ikkje stiller, mistar du nødvendige tenester viss ikkje pårørande stiller opp. Mange med krevjande omsorgsoppgåver får avslag på avlasting, eller vedtak på avlasting utan at tilbodet faktisk blir gjeve. Påkjenninga er nokre gonger så stor at pårørande sjølve blir pasientar.

Fristar blir haldne, men skjuler ekte ventetid

At fristen i spesialisthelsetenesta er halden, betyr ikkje automatisk at pasientar har fått hjelp med helseplagene sine. Pasientar må framleis stå årevis i kø for behandling dei har fått innvilga. Mange får heller ikkje informasjon om at dei kan velje ein annan behandlingsstad. Og dei som prøver å byte, risikerer å bli sette bakarst i køen viss den nye staden avslår søknaden fordi dei må prioritere eigne pasientar frå eige ansvarsområde.

Innhald

Innleiing 6

Om oss 8

Overordna statistikk frå Pasient- og brukarombudet i 202510

Eit klagesystem så komplisert at du gjev opp? 12

Samiske pasientar og brukarar 13

Pårørande er ein ressurs som ikkje må takas for gjeven.....14

Får ikkje vere med og bestemme15

Standardisering går føre individuelle behov16

Følgjene av at ikkje helsetenestene heng saman16

Erfaringane våre frå kommunal helse- og omsorgsteneste i 202518

 Fastlege20

 Tilgang til fastlegetenesta.....20

 Å få fastlegetenester20

 Når fastlegetenesta sviktar21

 Sjukeheim, korttidsplass og helsetenester i heimen21

 Tilgang til tenestene21

 Å få tenestene22

 Når tenestene sviktar24

 Avlasting.....25

 Brukerstyrt personleg assistanse (BPA)26

 Tilgang til BPA-ordninga26

 Å bruke BPA-ordninga27

 Når BPA-ordninga sviktar27

 Støttekontakt28

 Tilgang til tenesta.....28

 Når støttekontaktenesta sviktar28

Erfaringane våre frå fylkeskommunal tannhelseteneste i 2025 30

 Ulik tilgang til tannhelsehjelp31

 Uklart klagesystem31

Erfaringane våre frå spesialisthelsetenesta i 2025 32

 Kø og avslag i spesialisthelsetenesta34

 Ansvar etter avslag35

 Behandlingstilbod forsvinn utan oppfølging av den det gjeld36

 Utfordringar for pasientar i behandling hos spesialisthelsetenesta37

 Får ikkje informasjonen dei treng38

Høgdepunkt og nybrottsarbeid i 2025..... 39

 Pasient- og brukarombudet på nasjonale scener39

 Offentlege utnemnde utval40

 Kommunegruppa.....40

 Pasient- og brukarombudet i media40

 Pobo 2.0 41

Innleiing

Store, langvarige utfordringar prega helse- og omsorgstenesta i 2025. Mangel på kvalifisert helsepersonell var ei utfordring både i spesialisthelsetenesta og kommunane. Ventetider for helsehjelp var ei utfordring. Metodane for å redusere ventetidene vart møtte med skepsis. Det same vart om resultatane faktisk viste redusert ventetid.

Noreg oppnår ikkje målet om likeverdige helse- og omsorgstenester. Pasientar og brukarar sin tilgang til helsehjelp er avhengig av bustad, og av både deira egne og pårørande sin kompetanse og innsats. Forskjellane ligg ikkje berre i kva kommune du bur i, men også kva region og landsdel.

Økonomiske rammer greier ikkje halde tritt med behova. Sjølv om økonomi ikkje skal vere styrande for forsvarleg helsehjelp, vil mangelen på personell og senger gjere det vanskeleg å levere nødvendige tenester.

Fleire delar av helse- og omsorgstenesta har ikkje hatt god nok beredskap i alvorlege situasjonar. Mangel på arbeidskraft i helse- og omsorgstenesta blir spesielt utfordrande i møte med auka behov, høgt sjukefråvær og ved kritiske hendingar. Nedlegging av smerteklinikkar og redusert smertebehandling utan ein alternativ plan, gjev alvorlege konsekvensar for

kroniske smertepasientar. Pårørande må kompensere for manglar i tenestene, særleg i eldreomsorga. I uvêr har innbyggjarar i fleire distrikt stått heilt utan eit akutt helsetilbod, fordi det ikkje finst lege på staden og transport til legevakt og sjukehus er umogleg. Hausten 2025 var journalsystemet DIPS utilgjengeleg i nesten to timar i store delar av landet, og Helseplattforma har fleire gonger fått kritikk for feil og ineffektivitet. Fleire legemiddel har vore vanskelege å få tak igjennom 2025. Det har vore leveringsproblem av antibiotika, og insulinmangel globalt er eit aukande problem.

Årsmeldinga til Pasient- og brukarombudet er ikkje meint å vere ein statusrapport over helse- og omsorgstenestene i Noreg. Dei aller fleste får tenester dei er fornøgde med, og dei som er fornøgde kontaktar oss i lita grad. Pasient- og brukarombudet blir mest kontakta av menneske som opplever konsekvensane av mangelfulle tenester, sviktande samhandling, vanskeleg tilgjengeleg informasjon og ein uoversiktleg og komplisert helse- og omsorgssektor.

Denne årsmeldinga skal løfte fram erfaringar, utfordringar og forbedringspunkt – ikkje for å kritisere enkeltpersonar eller enkelttenester, men for å bidra til eit tryggare, meir rettferdig og meir tilgjengeleg helsevesen for alle.

Ei stor takk til alle som delte erfaringane sine med oss i året som gjekk. Utan stemmene dykkar ville viktige feil aldri blitt oppdaga, og nødvendige endringar aldri blitt gjennomførte.

Jan Morten Berntsen
Administrativ leder

Jannicke Bruvik
Nasjonalt koordinerende pasient- og brukarombud



Om oss

Formålet med Pasient- og brukarombudet er å vareta pasientar og brukarar sine behov, interesser og rettstryggleik, og dessutan å bidra til kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. Pasient- og brukarrettslova gjev føringar for kva oppgåver Pasient- og brukarombudet skal ha.

Arbeidsområdet til pasient- og brukarombudet omfattar statlege spesialisthelsetenester, fylkeskommunale tannhelsetenester og kommunale helse- og omsorgstenester.

Tilbudet er gratis, og vi jobbar for å vere tilgjengelege for dei med behov for bistand, og å søkje å løyse saker på lågast mogleg nivå, gjerne i direkte dialog med tenestestadene.

Pasient- og brukarombudet har ikkje vedtakskompetanse. Vi er eit statleg uavhengig organ, og ein etat knytt til Helsedirektoratet som får fullmakter gjennom det årlege mål- og disponeringsskrivet. Pasient- og brukarombudet har mellom anna eigen verksemdsstrategi, verksemdsplan, kommunikasjonsstrategi og internkontroll på den uavhengige delen av verksemda.

Administrativ leiar har overordna ansvar for verksemdsstyring, økonomi og personal i Pasient- og brukarombudet. Administrativ leiar har ansvar for å

gjennomføre aktivitetar i tråd med Stortinget sine vedtak og føresetnader, fastsette mål og resultatkrav, og gjere prioriteringar med eittårig og fleirårig perspektiv.

Nasjonalt koordinerande pasient- og brukarombod er nasjonal talsperson, og er delegert fagansvaret for kommunikasjon, felles tenestekatalog, brukarråd samt ombodsfaglege retningslinjer, prosedyrar og rettleiarar.

Pasient- og brukarombudet har kontor i Hammerfest, Tromsø, Bodø, Trondheim, Kristiansund, Førde, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Skien, Tønsberg, Drammen, Hamar, Moss og Oslo. I 2025 har vi hatt 63,2 faste og 5 mellombelse årsverk.

Oslo kommune utfører oppdraget på vegner av staten i Oslo og Akershus, der er det om lag 23 tilsette som både jobbar med det statlege mandatet og eit eige kommunalt mandat.

Alle lokale kontor blir leia av eit lokalt pasient- og brukarombod. Kvart kontor har mellom 2 og 8 tilsette (unntatt Oslo). Lokale kontor er uavhengige i enkeltsaker. Det er lokalt ombod som avgjer om saker skal takast til behandling, utfallet av enkeltsaker og kva tid ein skal avslutte ei sak. Lokalt ombod er ansvarleg for kva som skal kommuniserast ut i lokale saker til lokale aktørar, som for eksempel tenestestader og lokale media.

Alt lokalt arbeid skal skje innanfor lokale budsjett og dei faglege rammene som blir trekte opp nasjonalt. Lokale pasient- og brukarombod rapporterer til administrativ leiar.

Pasient- og brukarombudet sitt brukarråd har ei rådgjevande rolle, og bidreg med innspel i saker som vedkjem tenestetilbudet vårt. I 2025 bestod brukarrådet vårt av: Nasreen Begum Marie Dahlskjær, Marianne Clementine Håheim, Samina Tagge, Nina Bakkefjord, Alva Aspmo og Kjellaug Edland.

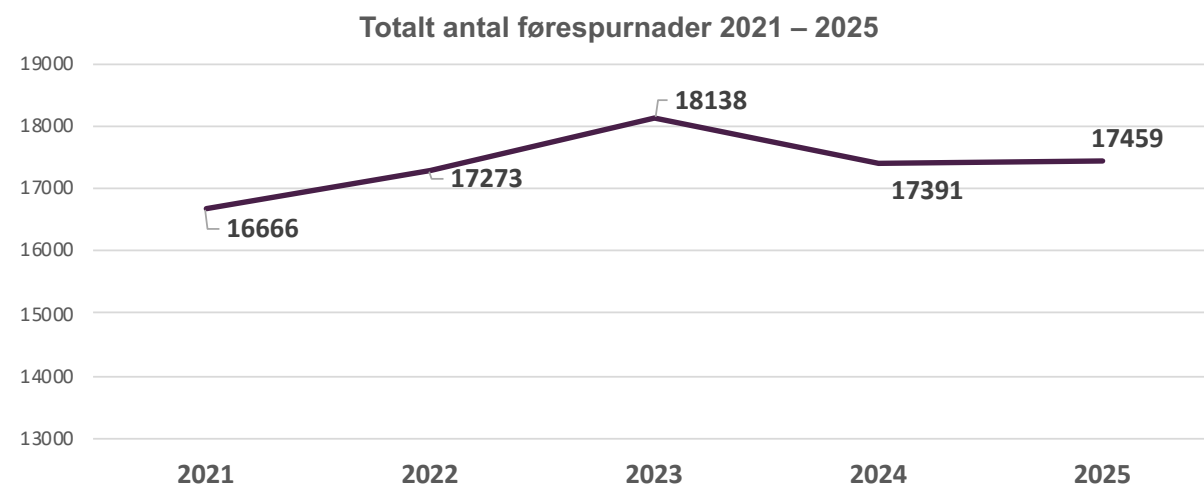
Pasient- og brukarombudet har medarbeidarar i nasjonale funksjonar innanfor kommunikasjon, kvalitet og administrasjon, i tillegg til ei rekkje fag- og ressursgrupper på tvers av heile organisasjonen.

Pasient- og brukarombudet er ein del av svargruppa på nettsida til Ung.no. I 2025 svarte vi ut 177 spørsmål frå anonyme ungdomar. Vi har fått svært gode skottsmål frå ungdomsgruppa som gjev tilbakemelding om at svara våre er nyttige.

I løpet av året har vi samarbeidd om å levere 16 nasjonale høyringar, og mange lokale. Vi har vore på nasjonale, regionale og lokale konferansar og hatt brei møteverksemd med kommuneleiarar, helsefellesskap, brukarråd, pasientforeiningar,

sjukehusstyre, sjukehusleiing, studentar, helsepersonell, fagforbund, tilsynsstyresmakter, media og politikarar. Der har vi delt erfaringane våre, og peika på kva som fungerer og kva som ikkje fungerer i dagens helse- og omsorgsteneste. Vi har hjulpt enkeltklientar og arbeidd med prinsipielle saker (systemsaker) der vi peikar på svikt, urett og manglande likeverd i helse- og omsorgstenesta, med mål om å bidra til betre kvalitet. Arbeidet vårt har bidratt til endring i malar, rutinar og saksbehandlingsmetodikk på sjukehus, i kommunar og på enkeltinstitusjonar, til fordel for framtidige pasientar og brukarar.

Overordna statistikk frå Pasient- og brukarombudet i 2025



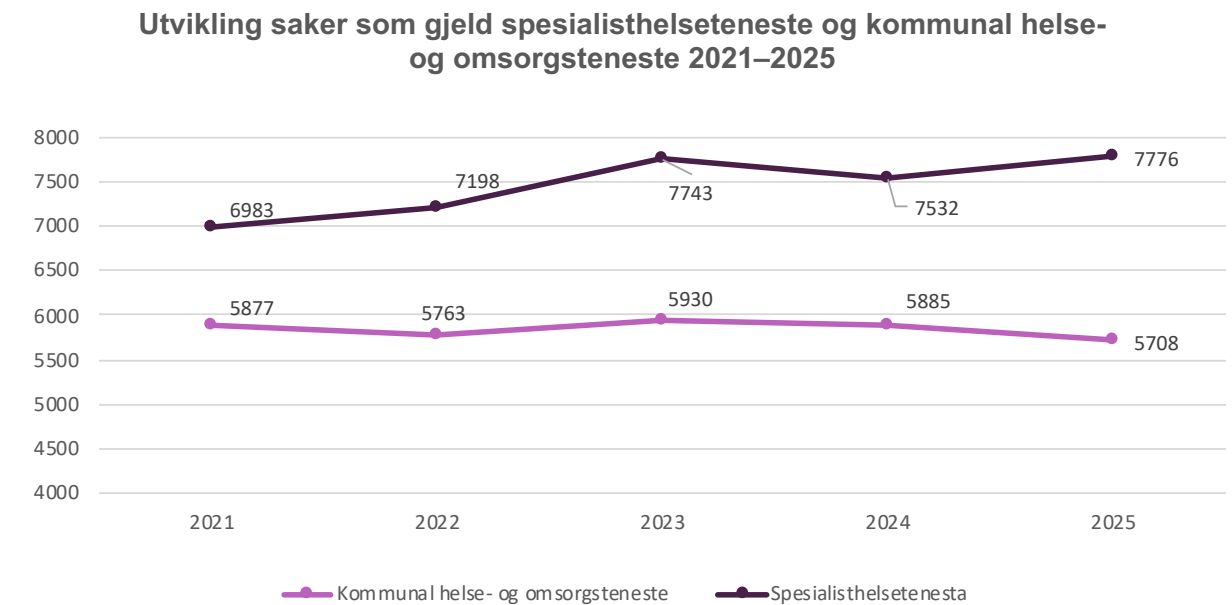
N=Antal saker

Vi fekk inn 7776 saker rundt spesialisthelsetenesta, 5708 saker om kommunal helse- og omsorgsteneste og 119 saker om offentlig tannhelseteneste.

Det er flest førespurnader innan spesialisthelsetenesta, der vi ser ein svak auke dei siste fem åra. Førespurnader om den kommunale helse- og omsorgstenesta viser ein svak nedgang dei siste tre åra.

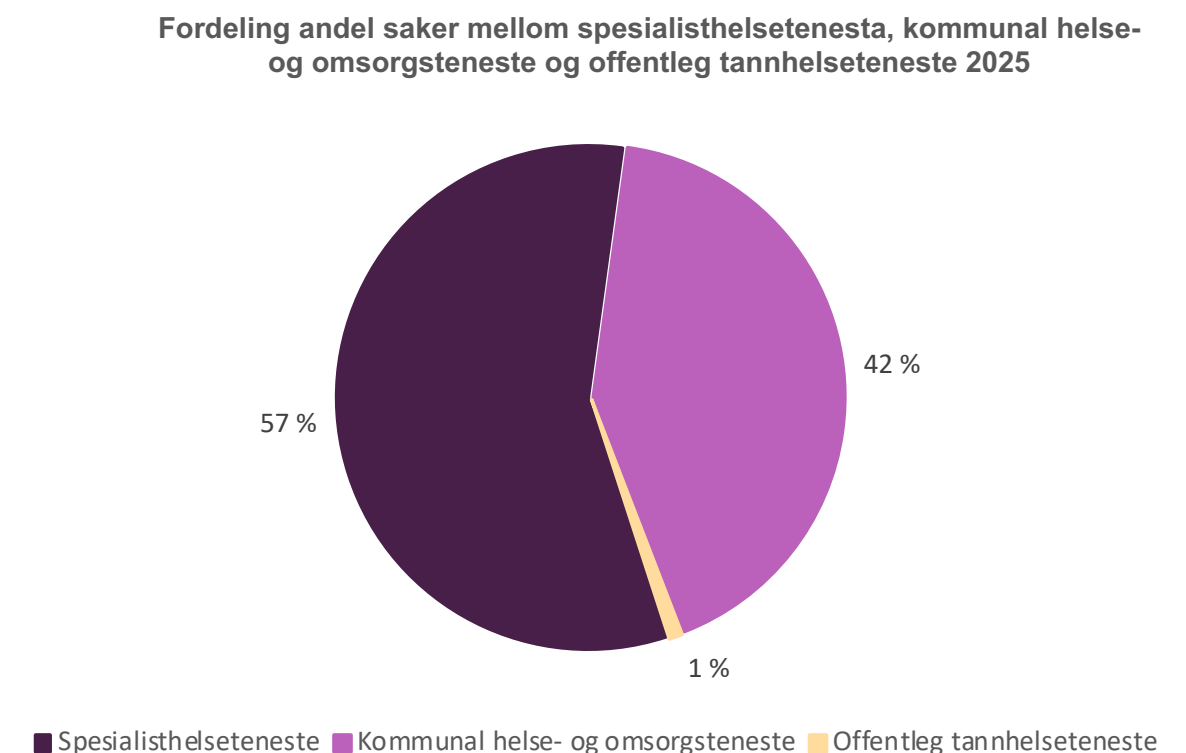
Vi har i tillegg 3042 saker som ikkje blir plasserte på tenestenivå. Dette er førespurnader av meir generell karakter som til dømes spørsmål om rettar, og framgangsmåte for å gje tilbakemelding eller klage til tenesta.

1341 av førespurnadene låg utanfor mandatet vårt og vart rettleia vidare til andre instansar.



N=Antal saker

Sakene som er registrerte på tenestestad fordeler seg på spesialisthelsetenesta 57 %, kommunal helse- og omsorgsteneste 42 % og offentlig tannhelseteneste 1 %.



N=Antal saker

Eit klagesystem så komplisert at du gjev opp?

– klage, rettar og saksbehandling

Pasient- og brukarombudet sine erfaringar viser at mange pasientar og brukarar opplever klage- og tilsynssystemet som vanskeleg å forstå og bruke. Terskelen for å klage er høg, særleg til Statsforvaltaren, og prosessane blir opplevde som både kompliserte og tidkrevjande. Lange saksbehandlingstider gjer at klaga kan miste betydning for den det gjeld, som igjen fører til mindre tillit til at klageordninga verkar som ho skal.

Fleire kommunar bryt forvaltningslova når dei behandlar klager. Nokon gjev mangelfulle grunngjevingar, og nokon sender ikkje saka vidare til rett klageinstans. Pasientar og brukarar må kunne forvente føreseielegheit, korrekt behandling og høve til å klage. Utan dette blir rettstryggleiken deira svekt.

Sjølv om pasient- og brukarrettar er tydeleg forankra i regelverket, viser erfaringane våre at dei er krevjande å handheve i praksis. Klager om manglande helsehjelp eller rettsbrot fører ofte ikkje fram, særleg når helse- og omsorgstenestene forklarar det med manglande ressursar eller at dei må prioritere opp mot andre sektorar i

kommunen. Mange opplever at rettane i stor grad eksisterer på papiret, men ikkje fungerer i møte med tenestene.

Forsvarlegkravet er viktig i mange av sakene våre, men for pasientar og brukarar kan det vere vanskeleg å forstå og få prøvd. Vurderingane byggjer ofte på fagleg skjønn, og tilsynsstyresmakterne konkluderer sjeldan med brot. Konsekvensen er at dei som klagar ikkje kjenner seg trudd eller anerkjent.

Vi erfarer også at pasientar, brukarar og pårørande held igjen med å klage, særleg i kommunehelsetenesta og innan psykisk helsevern. Mange vegrar seg for å klage av frykt for å bli oppfatta som krevjande eller for å få dårlegare oppfølging i etterkant. Når pasient, brukar eller pårørande er avhengige av langvarige tenester, blir det ekstra vanskeleg å klage eller å melde frå om at du treng noko anna enn det du får. Avhengnadsforholdet til tenestene bidreg til at du ikkje tør å seie frå om svikt eller feil, og då blir problem mindre synlege og vanskelegare å rette opp.

Mangelfull informasjon og utydelege prosessar gjer klagebehandlinga endå vanskelegare. Pasientar, brukarar

og pårørande får ikkje alltid god nok rettleiing om korleis du kan klage, kva rettar du har som part i saka, eller kva som skjer vidare. Ofte er det lite informasjon og oppdateringar undervegs i prosessen. Fordi systemet

er så oppstykket, og pasientar sjølve må følgje opp fleire av stega i klagebehandlinga, mistar dei oversikt og oppleving av kontroll. Resultatet er at mange står igjen med ei kjensle av maktesløyse i møte med systemet.

Samiske pasientar og brukarar

Gjennom møta våre med kommunar, spesialisthelsetenesta og deltaking på ulike konferansar har vi blitt kjende med fleire utfordringar som særleg påverkar møtet til den samiske befolkninga med helse- og omsorgstenestene.

Problem med tolk er det som oftast blir løfta fram, og det handlar både om tilgjengelegheit og kvalitet. Å få tak i tolk innan lule- og sørsamisk, er spesielt vanskeleg. Fastlegar som tilviser vidare, manglar ofte kunnskap om kva tid det skal bestillast tolk, og mange pasientar fortel om høg terskel for sjølv å be om tolk – spesielt utanfor Finnmark. I kommunane gjev fleire opp at tilgangen på tolkar er svært avgrensa.

Vi får også høyre at mange samiske pasientar bruker lengre tid før dei bed om helsehjelp. Når dei først tar kontakt, møter dei tidvis tenestestader med låg kulturkompetanse. Dette fører til at pasientane må bruke mykje tid på å forklare eigen kultur og identitet i møte

med helsepersonell, snarare enn å kunne setje søkjelys på sjukdomsbiletet og årsaka til at dei oppsøker helsehjelp.

I tillegg er vi klar over at det er mangel på samisk helsepersonell, og at det er utfordrande både å rekruttere og stabilisere den kompetansen som finst. Pasient- og brukarombudet meiner det er viktig med samisk helsepersonell for å sikre at samiske pasientar og brukarar møter ei helse- og omsorgsteneste med nødvendig språk- og kulturforståing. Samisk helsepersonell kan bidra til auka kulturell tryggleik, betre kommunikasjon og redusert behov for tolk, som framleis er ein knapp ressurs i mange delar av landet. Dette legg til rette for meir likeverdige tenester og styrkjer oppfyllinga av samiske pasientar sine rettar som urfolk.

Pårørande er ein ressurs som ikkje må takas for gjeven

Pårørandeomsorga i Noreg gjer arbeid som svarer til 136 000 årsverk. Dei bidreg med oppgåver som elles ville lege hos helse- og omsorgstenestene, og utan innsatsen deira ville tenestene hatt store problem med å fungere. Pårørande er uvurderlege lagspelarar, og dei sit ofte med viktig kunnskap om kvar enkelt pasient og brukar som helsetenesta ikkje har.

Pårørande er ei gruppe som både har vakt og bakvakt heile døgnet. Dei stiller når tenesta melder forfall eller av andre grunnar manglar ressursar. Dei fungerer som sjåførar, tolkar, assistentar, koordinatorar, hushjelpar, kommunikasjonsrådgjevarar, helsepersonell, IT-support og tryggingsteam. Arbeidet blir stort sett gjort på dugnad, og er ikkje nødvendigvis ønskt.

Når overgangane mellom tenestestader og tenestenivå ikkje fungerer som det skal, aukar ikkje påkjenninga berre på pasienten og brukaren, men også på pårørande. Når vedtak på avlasting blir avslått, eller innvilga – men likevel ikkje gjeve, er det pårørande som må ta støyten. Når du ikkje lenger bur trygt heime, kan pårørande sitje igjen med ansvaret. Blir påkjenniga på pårørande

for stor, eller varer for lenge, kan pårørande også bli pasient. Det er ingen tente med.

Om du som leiar ønskjer å behalde spesielt viktige medarbeidarar på arbeidsplassen, er eit godt råd å vise at dei blir sett. Dei får tillit og føreseielegheit, og unødvendige påkjenningar blir prøvd reduserte. Medarbeidarane sine erfaringar blir brukte i utviklinga av tenesta, og arbeidsmiljøet blir tatt på alvor slik at dei ikkje brenn seg ut.

Slik beheld du viktige folk. Pårørande sin kunnskap, ansvar og arbeidsbyrde må også anerkjennast, og kome endå tydelegare fram i alle delar av helse- og omsorgstenestene. Deira varsel om uforsvarlege forhold må takast på største alvor, på same måte som når ein medarbeidar seier frå.

Pårørande har ei sentral rolle i å skape samanheng og kontinuitet i tenestene. Pasient- og brukarombudet ser at:

- Pårørande ofte fungerer som informasjonsformidlarar og koordinatorar
- Mange opplever å måtte

kompensere for manglar i tenesta.

- Pårørande saknar tidleg og tydeleg involvering, spesielt i vurderingar om endring av tenestetilbod og ved medisinske avgjerder.

Der kommunikasjonen fungerer og pårørande får vere med, skaper det tryggleik og eit betre forløp for pasienten. Men når forventningane til pårørande er uklare, eller når ansvar blir forskuva, skaper det belastning og

konflikt. Pårørande tar kontakt med oss og beskriv situasjonar der pasientar ventar lenge på hjelp. Dei fortel om grunnleggjande behov som ikkje blir godt nok varetekne, og om hyppig utskifting av personale som gjer det vanskeleg å gje heilskapleg oppfølging. Ei typisk utfordring er manglande informasjon og lite struktur i dialogen mellom tilsette og pårørande.

Får ikkje vere med og bestemme

Tilbakemeldingar frå pasientar og brukarar viser at retten til medverknad ikkje alltid blir følgt i praksis. Pasientar, brukarar og pårørande opplever at dei ikkje blir tekne med i vurderingar og avgjerder som har mykje å seie for livet og helsa deira.

Typiske erfaringar vi sit med, er at avgjerder om tenestetilbod blir tekne utan dialog med pasient, brukar eller pårørande. Tenester blir endra eller reduserte utan åtvaring på førehand eller moglegheit for medverknad.

Medisinske val blir nokre gonger tekne utan god forklaring eller reell drøfting, og pårørande sin kunnskap blir lagd lite vekt på sjølv når dei har eit stort omsorgsansvar.

Spesielt gjeld dette for sårbare grupper, som barn, personar med kognitive utfordringar, psykiske lidningar og eldre med omfattande hjelpebehov.

Standardisering går føre individuelle behov

Gong på gong blir vi kjende med at standardiserte rutinar og behandlingsforløp styrer praksis så sterkt at det blir lite rom for individuell tilpassing og reell medverknad.

Pasientar og brukarar fortel mellom anna at:

- Standardiserte forløp ikkje treffer deira behov
- Diagnosar og skjema får meir å seie enn korleis dei faktisk har det

- Tenestene manglar fleksibilitet når livssituasjonen er samansett og kompleks

Slik blir pasientar meir passive mottakarar av tenester enn aktive deltakarar i eige forløp. Det gjev opplevinga av å ikkje bli sett, høyrte og forstått.

Følgjene av at ikkje helsetenestene heng saman

Ei samanhengande helseteneste betyr at pasientar og brukarar opplever helsehjelpa som koordinert, heilskapleg og utan unødige brot – uansett kva nivå eller aktørar som er involverte.

Erfaringane til pasient- og brukarombudet viser at nokon blir ståande heilt utan tilbod fordi helse- og omsorgstenesta er delt opp og

organisert i ulike nivå, der kvart nivå vurderer behov berre innanfor sitt eige ansvarsområde. Når tenestene ikkje vurderer heile det samla behovet til pasientar og brukarar på tvers av nivå, fører det til brot i forløpet. Å gje avslag utan å grunngje kvifor, og utan openheit om kva som blir prioritert, skaper ei utfordring for både rettstryggleik og likeverdig tilgang. Konsekvensane

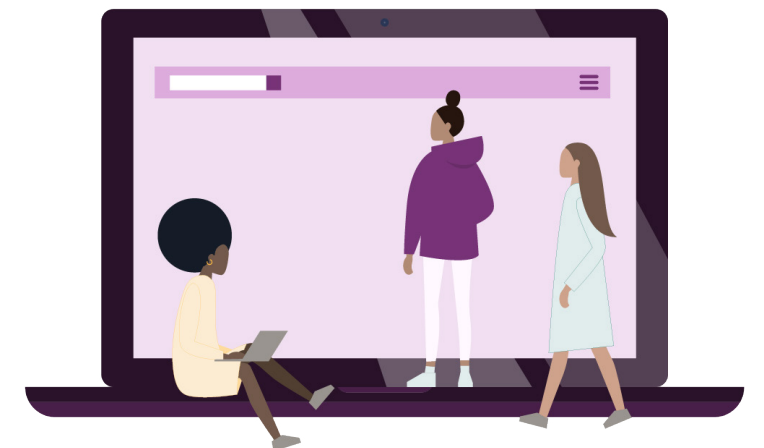
blir ikkje synlege på systemnivå, men kvar enkelt pasient merkar det tydeleg. Personar med samansette og langvarige behov, og dessutan personar utan pårørande som kan kompensere for manglande tenester, blir hardt ramma.

Informasjonsflyten må fungere. Pasientar og brukarar som blir flytta mellom heim, institusjon, fastlege, ulike kommunale tilbod og ulike tenestestader i spesialisthelsetenesta risikerer at viktig informasjon ikkje når ansvarleg personell. Vi høyrer historier om at informasjon om endring i medisiner ikkje når neste ledd i behandlingsskjeda, og at viktig oppfølging ikkje blir gjennomført fordi behandlande stad ikkje er informert om behovet.

Undersøkingar og behandlingar blir forseinka på grunn av at aktuell informasjon ikkje er tilgjengeleg. Ei heilskapleg helse- og omsorgsteneste – på ekte – krev at alle instansar involverte i helsesituasjonen til pasienten har og tar ansvar, og blir kopla på.

Dagens ulike finansieringsordningar kjem i konflikt med gode løysingar og intensjonar. Prosjekta En vei inn i Vestfold, Eldre Agder i Agder og Integrerte helsetenester for barn og unge i Nordfjord og Førde er alle Prosjekt X-prosjekt som blir finansierte gjennom ein kombinasjon av statlege midlar, regionale helseføretak og kommunale bidrag. Skal prosjekta halde fram etter prosjektperiodane og lukkast i vanleg drift, må finansieringa organiserast på ein annan måte enn det todelte systemet vi har i dag.

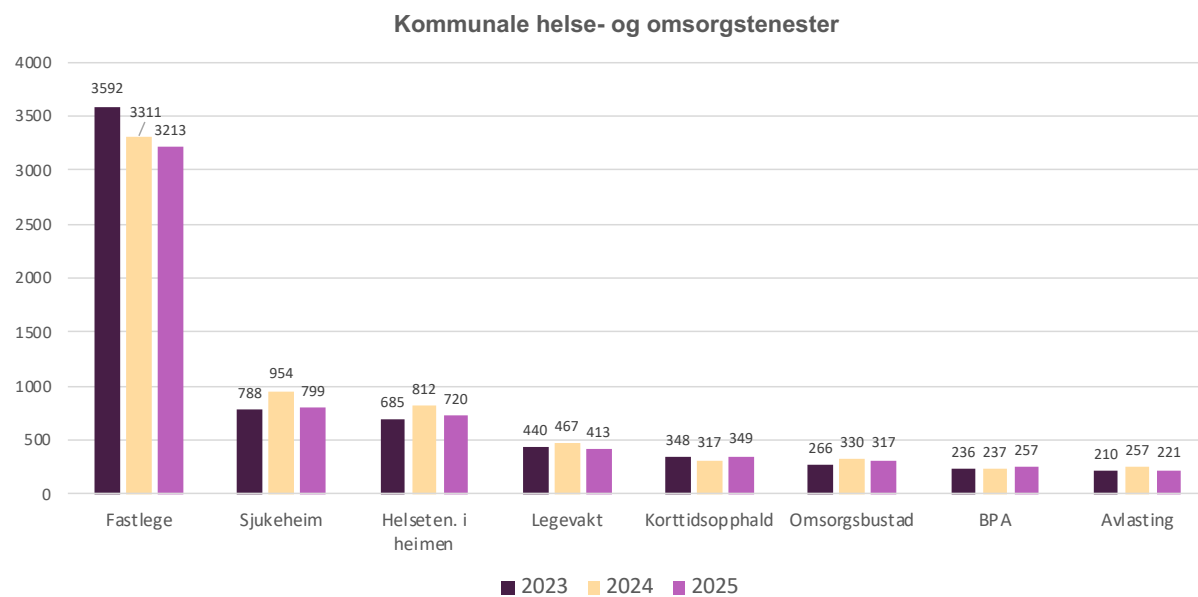
Datasystem som ikkje snakkar saman samtidig som helsehjelp må gjevast same pasient på mange ulike stader, ofte med kort tidsmessig avstand, gjer pasienttryggleiken svakare. Utviklingsfarten i digitale løysingar gjev likevel grunn til optimisme.



Erfaringane våre frå kommunal helse- og omsorgsteneste i 2025

Pasient- og brukarombudet har hatt ein liten nedgang i førespurnader som gjeld den kommunale helse- og omsorgstenesta; frå 6008 saker i 2024 til 5861 saker i 2025. Vi har som tidlegare år fått flest førespurnader om forhold innan fastlegetenesta. Fastlegetenesta har over 16 millionar konsultasjonar kvart år, og er den største typen helsetenester som blir gjeven i kommune-Noreg. Pasient- og brukarombudet har i åra fram til 2023 hatt ein jamn auke i talet på førespurnader om fastlegetenesta, men dei to siste åra har det vore ein nedgang.

Det er relativt små endringar i talet på førespurnader dei siste åra innan dei andre tenesteområda som omhandlar m.a. sjukeheim, helsetenester i heimen, legevakt, korttidsopphald i institusjon.

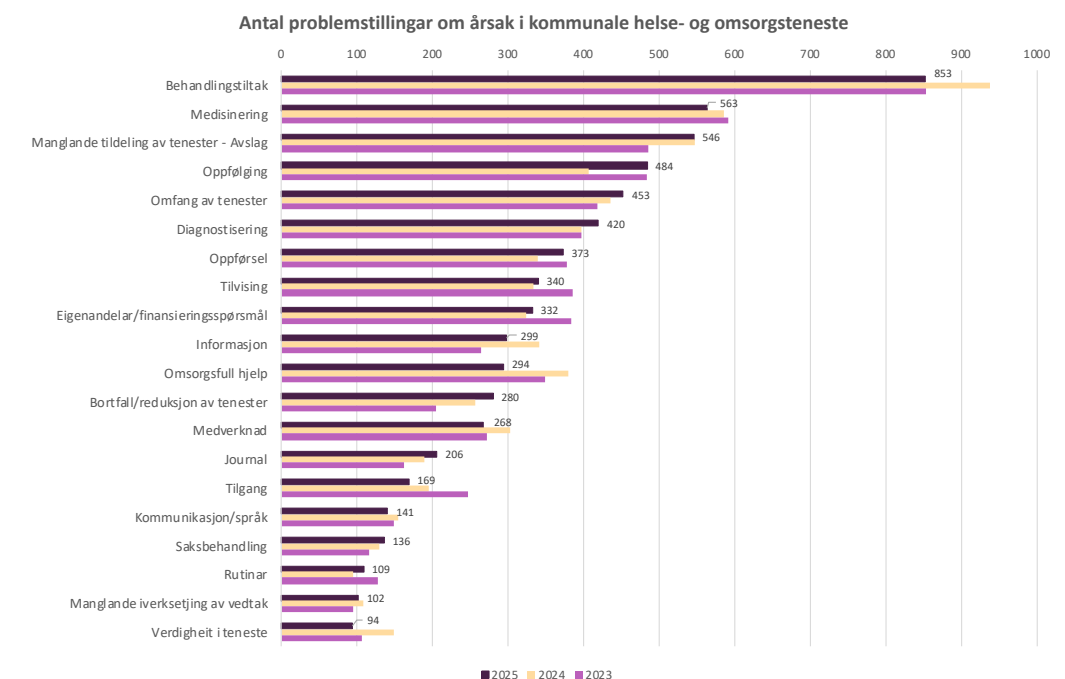


N=Antal problemstillingar

Årsakene til at Pasient- og brukarombudet vart kontakta i 2025 om forhold innan kommunal helse- og omsorgsteneste, er relativt likt tidlegare år.

Funn som er verd å merke seg:

- Usemje eller misnøye rundt val av behandlingsmetode eller innhaldet i sjølve behandlinga er hovudårsak til at vi vart kontakta om forhold i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Nesten halvparten av førespurnadene her er knytte til fastlegetenesta.
- Usemje og spørsmål knytte til medisinerig gjeld i hovudsak (73 %) fastlegetenesta.
- Ved avslag og manglande tildeling av tenester gjeld dette i hovudsak tenestene brukarstyrt personleg assistanse (BPA), avlasting, opphald i institusjon og omsorgstønad.
- Der omfang av tenester er hovudårsaka til at vi vart kontakta, handlar desse sakene mest om helsetenester i heimen, avlasting, BPA og praktisk hjelp i heimen.
- Pasient- og brukarombudet fekk 373 førespurnader i 2025 som handla om dårleg åtferd hos helsepersonell. Her gjeld 63 % av sakene fastlegetenesta, 9 % legevakt og 10 % helsetenester i heimen.



N=Antal problemstillingar

Fastlege

Tilgang til fastlegetenesta

Alle kommunar i Noreg skal sørgje for at innbyggjarar som ønskjer det, har ein fastlege å forhalde seg til. Nesten halvparten av førespurnadene Pasient- og brukarombudet får om kommunale helse- og omsorgstenester handlar om fastlegeordninga. Det er ein liten nedgang i forhold til tidlegare år, der mange av tilbakemeldingane handla om mangel på fastlege. I 2025 hadde vi færre førespurnader frå pasientar utan fastlege, men tilgangen verkar likevel å vere dårlegare enn ønskt.

Vi høyrer om fastlegar med kort opningstid på telefon og utan moglegheit for å bestille time digitalt. Frå 1. april 2026 blir fastlegar pålagde å ha moglegheit for digital timebestilling via Helsenoreg. Pasient- og brukarombudet håpar det vil gje betre tilgang på telefonen for dei som ikkje kan bruke digitale verktøy. Enkelte stader gjer fråvær og sjukdom til at pasientar står utan nødvendig helsehjelp fordi det ikkje finst ordningar der andre legar kan ta over. Vi får tilbakemeldingar frå pasientar som blir møtte på ein avvisande måte når dei ringjer legekantoret. Det gjer at dei kvir seg for å ta kontakt igjen, sjølv om dei framleis treng helsehjelp.

Å få fastlegetenester

Korte konsultasjonar kan påverke kommunikasjonen mellom pasient og fastlege, og auke risikoen for

misforståingar. Pasientar fortel at dei ikkje fekk nok tid til å ta opp det dei hadde planlagt, spesielt der fastlegen set grense ved éi problemstilling per konsultasjon. Fastlegen skal prioritere behovet til pasienten og sikre fagleg forsvarleg helsehjelp. Ei rigid avgrensing til éi problemstilling kan føre til at det blir dårlegare kvalitet i helsehjelpa. Nokre stader blir pasientane bedne om å bestille dobbeltimar dersom dei har fleire enn éi problemstilling, andre stader er ikkje dette ei moglegheit.

I 2025 fekk Pasient- og brukarombudet fleire førespurnader frå pasientar som hadde fått ny fastlege eller møtte ein fastlegevikar. I nokre tilfelle nekta legen å fornye reseptar på A- og B-preparat. Pasientane fortel at legen ikkje hadde sett seg inn i kvifor dei bruker medisinen, og at legen viste til at Statsforvaltaren har stramma inn regelverket. Fleire opplyser også at dei korkje har fått tilbod om alternativ behandling eller hjelp til nedtrapping, sjølv om dei har brukt medisinar i mange år.

Når fastlegen deltar aktivt i ansvarsgruppemøte, kan det ha mykje å seie for pasienten og gje auka tryggleik. Fastlegen spelar også ei viktig rolle for pasientar som får avslag på tilvising til psykisk helsevern og hjelpa må gjevast i kommunen. Pasient- og brukarombudet erfarer sjølv, og får førespurnader både frå pasientar og kommunalt helsepersonell, som fortel at fastlegen ofte gjer ein stor – og nokre gonger avgjerande – forskjell i tverrfaglege møte.

Når fastlegetenesta sviktar

Feilvurderingar og forseinka diagnosar skjer hos fastlegen til liks med andre delar av helsetenesta. Når Pasient- og brukarombudet blir kontakta om dette, er dei aller fleste opptekne av at ikkje andre skal bli utsette for det same. Å lære av eigne feil er essensielt for å betre kvaliteten i tenesta, og pasientane får ofte råd frå oss om å gje direkte tilbakemelding til fastlegen sin. Eventuelt vidare til kommuneoverlege eller Statsforvaltar. Vi erfarer at ei oppriktig orsaking i dei fleste tilfelle vil hjelpe med å rette opp igjen tilliten og samarbeidet.

Viss ein pasient mistar tilliten etter ei feilvurdering, eller samarbeidet går i stå, ønskjer mange å byte fastlege. Men fordi fastlegetenesta er pressa, kan det vere vanskeleg å få plass hos ein annan lege. Enkelte stader er det nærast umogleg, og vi veit om pasientar som ventar i fleire år for å få bytt fastlege. Nokon lar difor vere å klage eller seie frå om tapt tillit fordi dei er redde for å skade tilhøvet til fastlegen dei er avhengige av. Viss dette fører til at pasienten unngår kontakt eller ikkje følgjer råda dei får, kan det gå ut over pasienttryggleiken.

Fastlegen til Martin på 32 år går av med pensjon, og han blir flytta til ein kvinneleg fastlege i kommunen. Martin har eit sterkt ønske om ein mannleg fastlege, men ingen andre fastlegar i kommunen har ledig plass på listene sine.

Sjukeheim, korttidsplass og helsetenester i heimen

Pasient- og brukarombudet får jamleg førespurnader som rårar heile tenesteforløpet – frå søknad og vurdering til tenesteyting og handtering når tenesta sviktar. Førespurnadene gjev eit breitt bilete av korleis innbyggjarar og pårørande opplever sjukeheim, korttidsopphald og helsetenester i heimen. Felles for tenestene er at brukarane står i ein sårbar situasjon og er avhengige av gode vurderingar, klare prosessar og tett oppfølging.

Tilgang til tenestene

Brukarar og pårørande beskriv prosessane rundt kartlegging, vurdering og tildeling som krevjande, utføreseielege og til dels uforstålege. Pasient- og brukarombudet ser særleg utfordringar knytte til: kartlegging, individuelle vurderingar, mangelfulle grunngjevingar, avslag, ventelister for sjukeheim og pårørande si rolle.

Fleire opplever at kartlegginga ikkje gjev eit heilskapleg bilete av funksjonsevne og behov. Pårørande som tok kontakt med oss, fortalde at:

«Det var stor forskjell på kva spørsmål som vart stilte av dei ulike som kom på kartlegging. Vi opplevde at den faktiske situasjonen ikkje vart fanga opp.»

Dersom vedtaket ikkje beskriv korleis brukar og pårørande oppfattar det

faktiske hjelpebehovet, kan det vere vanskeleg å vite korleis dei skal gå fram og kva som bør gjerast. Enkelte vedtak ber også tydeleg preg av standardiserte formuleringar der individuelle tilhøve ikkje kjem tilstrekkeleg fram.

Søknad om sjukeheim, korttidsplass og tenester i heimen kan ha lang saksbehandlingstid. Mangel på oversikt over kva tid ei avgjerd kan forventast, skaper utryggleik både for brukar og pårørande.

Innbyggjarar og pårørande vi er i kontakt med fortel om at det er uklårt rundt kven som får tilbod, og kva type opphald som blir vurdert som aktuelt; rehabilitering, avlasting, observasjon eller kartlegging. Dei seier det kan vere vanskeleg å forstå om opphaldet som blir gjeve tilbod om er eit gratis avlastingsopphald, eller om opphaldet inneber å få helsetenester, eventuelt kva prisen vil vere. Ved overflytting frå sjukehus, oppstår det uvisse og bekymring når tilrådinga til sjukehuset er noko anna enn det kommunen tilbyr og har vedteke.

Far har fått vedtak om langtidsplass, men står på venteliste på ubestemd tid. Pårørande må dekkje heile omsorgsbehovet i mellomtida.

Eldre mann fekk innvilga plass og

trudde han kunne flytte inn, men pårørande fekk beskjed om at det kunne ta fleire månader.

Når ein brukar får vedtak på sjukeheims plass, blir vedtaket gjort på bakgrunn av brukar sin noverande situasjon, og fordi det ikkje lenger er forsvarleg å bu heime. Når brukar likevel blir sett på venteliste utan informasjon om kva tid ein plass kan forventast, blir det skapt utryggleik og påkjenning både for brukar og pårørande.

Pårørande beskriv at innsatsen deira blir ein føresetnad for vurdering av hjelpebehov, sjølv der pårørande ikkje har kapasitet til å halde oppe innsatsen. Ein pårørande fortalde: «Vi vart fortalde at mor greier seg heime med hjelp frå familien, men vi har ikkje høve til å vere der så mykje som kommunen legg til grunn.»

I saker som handlar om heimetenester er ofte omfanget av heimetenestene utfordringa. Viss brukaren ikkje får tilbod om det omfanget som brukar eller pårørande opplever som nødvendig, eller omfanget ikkje kjem fram i vedtaket, blir det lite føreseielegheit, bekymring og låg grad av medverknad i din eigen situasjon.

Sigrid på 85 år har fått innvilga helsetenester i heimen, men ingen informasjon om kor ofte ho skal få besøk av helsetenesta.

Å få tenestene

Pasient- og brukarombudet har i 2025 sett at spørsmål knytte til forsvarlegheit, kvalitet, verdigheit, ernæring, tilsynslege-funksjonen og pårørande sin medverknad er dei mest vanlege temaa i møte med kommunale helse- og omsorgstenester. Same tema går igjen i saker om både sjukeheim, korttids plassar og tenester i heimen.

Kravet om forsvarlege tenester ligg til grunn for nesten alle førespurnadene vi får. Forsvarlegheit handlar også om at hjelpa skal vere verdig. Vi ser at utfordringar ofte oppstår i skjeringspunktet mellom det lova krev og det som faktisk blir gjort i praksis. Mangel på tid, mykje bruk av vikarar, ulik kompetanse og svake rutinar gjer at pasientar og pårørande ofte opplever svikt i:

- kontinuitet
- observasjon og vurdering av helsetilstand
- informasjonsflyt mellom personell og pårørande
- oppfølging av vedtak og mangel på/eller oppfølging av individuelle planar
- målformulering i korttidsopphald
- evaluering av tiltak
- dokumentasjon og tiltaksplanar

Sjølv "små" brot på forsvarleg drift kan få stor konsekvens for menneske med omfattande eller kompliserte behov.

Pasient- og brukarombudet meiner at dette ikkje handlar om manglande vilje hos dei tilsette, men om rammer og strukturar som gjer det vanskeleg å gje fagleg god hjelp med tid, nærvær og ro.

Fleire av sakene våre om eldre, handlar også ofte om ernæring der pasientar med ernæringsrisiko ikkje får nok oppfølging. Mest typisk er manglande eller forseinka ernæringskartlegging ved inntak, sviktande oppfølging av vektta, lite tilrettelegging i måltidssituasjon og lite samanheng mellom dokumenterte behov og gjennomførte tiltak.

I heimetenestene handlar utfordringane særleg om knapp tid, der måltid i praksis blir ei logistikkoppgåve snarare enn eit omsorgs- og helsetiltak. Andre grunnleggjande behov – som personleg hygiene, mobilisering og aktivitet – blir også påverka av ressursmangel og tidspress.

Einar bur heime. Han har samansette helseutfordringar og får heimetenester. Han har behov for oppfølging av ernæring. Det er ikkje laga ein plan for ernæring tilpassa Einar sitt behov. Besøka frå heimetenesta er korte og prega av ulikt personale. Måltidet blir sett fram utan at nokon passar på at Einar faktisk et maten. Bekymringar frå pårørande om at Einar går ned i vekt og har redusert allmenntilstand blir ikkje følgde opp. Einar blir akutt innlagd

på sjukehus, der dei oppdagar underernæring og dehydrering.

Førespurnader til Pasient- og brukarombudet som handlar om helsetenester i heimen handlar særleg om varierende kvalitet frå dag til dag, manglande kontinuitet og korte eller uføreseielege besøk. Brukarar kan oppleve at oppgåver dei trudde var ein del av tenesta, plutseleg fell bort etter nye interne vurderingar. Brukarane og pårørande blir utrygge, særleg i situasjonar der heimesjukepleia handterer medisinar eller komplekse helsetilstandar.

I sjukeheim har sjukeheimslegen ei heilt sentral rolle i medisinsk oppfølging. Pasient- og brukarombudet har i løpet av 2025 sett:

- lite føreseielege vititrutinar
- dårleg kommunikasjon mellom lege, pasient, pårørande og sjukepleiarar
- forseinka oppfølging ved endringar i helsetilstand
- uklar ansvarsfordeling mellom lege og leing på sjukeheimen

Konsekvensen er at pasientar og pårørande opplever utryggleik og manglande heilskap i behandlingsforløpet.

Korttidsopphald i institusjon skal vere målretta og tidsavgrensa, men førespurnader til Pasient- og brukarombudet viser at brukarar ofte ikkje kjenner måla for opphaldet, og får

lite informasjon om kva som skal til for å kunne reise heim.

Rehabiliteringsopphald i kommunen kan innehalde få rehabiliteringstiltak, og planlagde tenester kan falle bort på grunn av fråvær, tidspress eller dårleg koordinering.

Når tenestene sviktar

Pasient- og brukarombudet får jamleg førespurnader frå personar som opplever svikt i sjukeheim, korttidsopphald eller helsetenester i heimen.

Fleire tar kontakt for å få hjelp til å forstå korleis dei kan klage, kva som kan klagast på, og kvar klaga skal sendast. Mange ønskjer først og fremst ei forklaring på kva som har skjedd og ein tryggleik for at tenesta lærer av feil.

Mange pasientar og pårørande er redde for å klage, særleg eldre og pårørande. Dei fryktar at tenestene kan bli dårlegare, eller at dei blir sett på som vanskelege, spesielt når dei er avhengige av personalet.

Kommunane får mange førespurnader, og lange saksbehandlingstider gjer brukarane endå meir utrygge – særleg når det gjeld tenester dei er heilt avhengige av i kvardagen.

Åse på 98 år har fått avslag på søknad om sjukeheimplass. Klaga har vore til behandling hos Statsforvaltaren i 8 månader, sjølv om rettssaker skal behandlast innan 3 månader.

Pårørande og brukarar fortel at dei sjeldan får vite korleis deira klager eller tilbakemeldingar blir brukte i forbedringsarbeid. Det svekkjer tilliten til systemet og opplevinga av at det nyttar å varsle om kritikkverdige tilhøve.

Avlasting

Pasient- og brukarombudet fekk 188 førespurnader i 2025 frå pårørande som opplevde utfordringar knytte til avlasting. Flest førespurnader gjeld avvist søknad om avlasting, mindre avlasting enn opplevd behov, vedtak på avlasting som likevel ikkje blir gjeve som lova, eller tilbod på avlasting på andre tidspunkt enn det vart søkt om. Vi har låg andel saker på sjølv innhaldet i avlastingsstilboda. Innhaldet i sakene våre viser at det framleis er store forskjellar i praksisen til kommunane, både når det gjeld vurdering av behov og utforming av vedtak.

Ei gjentatt problemstilling er at kommunane tolkar kva som blir rekna som «særleg tyngjande omsorgsarbeid» på ulikt vis. I fleire saker ser vi at vurderingane knyter seg mest til brukar sitt funksjonsnivå, medan påkjenninga for pårørande – som tenesta faktisk skal avhjelpe – ikkje blir godt nok kartlagd. Dette gjeld særleg situasjonar der pårørande har døgnnet-rundt-ansvar, kombinerer omfattande omsorgsoppgåver med arbeid, eller har helseutfordringar sjølv.

Pasient- og brukarombudet ser også at enkelte avslag blir grunngjevne

med kapasitetsutfordringar eller økonomiske omsyn. Dette er ikkje i tråd med regelverket, og det skaper utryggleik for familiar som har eit stort og dokumentert behov for avlasting. Pårørande fortel om “tomme vedtak”; dei får innvilga rett til avlasting, men blir sette på venteliste av ukjend lengd utan at andre avlastande tiltak blir sette inn medan dei ventar.

I fleire kommunar blir det gjeve tilbod om standardiserte institusjonsopphald som hovudmodell, sjølv når dette ikkje er tilpassa behovet til brukaren eller ikkje gjev reell avlasting for familien. Når alternative løysingar blir etterspurde, kan pårørande oppleve at dei får avslag utan ei konkret og individuell vurdering. Avlastingsopphald kan innvilgast på andre tidspunkt enn ein søkte om, der den planlagde ferien for omsorgspersonen må avlysast. Slike situasjonar er ikkje tilfredsstillande for nokon, og viser fråvær av brukarmedverknad.

Mange grunngjevingar er for generelle og manglar dokumentasjon som viser kva kommunen faktisk har lagt vekt på. Kravet i forvaltningslova om individuelle og forstålege grunngjevingar blir ikkje alltid følgt godt nok.

For at alle skal få likeverdig behandling og rettstryggleik, må kommunane kartleggje behova grundig, aktivt involvere pårørande og gje vedtak med klare og fagleg gode grunngjevingar.

Gerd er pensjonist, har revmatisme og er gift med Hermann som har demens og er hjelpetrengande. Dei har lite hjelp frå kommunen til dagleg fordi Gerd gjer ein stor innsats for å hjelpe Hermann med behovet hans. Sidan Gerd har revmatisme, søker ho om avlastingsopphald for Hermann i tre veker i februar, for å reise til varmare strok saman med dottera. Gerd treng det for å ta vare på eiga helse. Kommunen avslår søknaden, men tilbyr Gerd ei veke avlasting i august i staden.

Brukerstyrt personleg assistanse (BPA)

Pasient- og brukarombudet får jamleg førespurnader som gjeld retten til, omfanget av og praktiseringa av BPA-ordninga. Vi blir kontakta både av brukarar sjølve, og frå pårørande. Førespurnadene handlar om alt frå spørsmål om rettar, til utfordringar i den daglege hjelpa. Erfaringane våre viser at BPA for mange er ei avgjerande ordning for sjølvråderett, likestilling og aktiv deltaking i samfunnet. Vi ser samtidig at det er store utfordringar rundt korleis ordninga blir forstått, tildelt og følgd opp.

Tilgang til BPA-ordninga

Mange av førespurnadene våre gjeld avslag på søknad om BPA, eller usemje om behovet kvalifiserer til BPA som

rett etter pasient- og brukarrettslova. Fleire opplever høg terskel for å få innvilga BPA, sjølv om hjelpebehovet er omfattande. Vi ser at BPA ofte blir vurdert som mindre aktuelt enn andre kommunale tenester, sjølv om brukar sjølv ønskjer BPA. Vi erfarer også at kommunane praktiserer ordninga ulikt, noko som gjer at tilgangen til BPA varierer etter kvar du bur.

Fleire brukarar opplever at kommunen legg stor vekt på organisatoriske omsyn, økonomi eller eksisterande tenestestruktur, heller enn på formålet med BPA – auka sjølvråderett og høve til å leve eit aktivt og sjølvstendig liv.

Førespurnadene våre viser også mangelfull kartlegging av det reelle hjelpebehovet gjennom døgnet, og at det kan vere snever forståing av sjølvstende, utan å ta høgde for behov som motivasjon, rettleiing, påminning og aktivisering. Tida det tar å leie og koordinere BPA-ordninga blir ofte undervurdert.

Ein ung mann under utdanning ønskte å flytte frå eit bufellesskap og i eigen bustad med tenester organiserte som BPA. Han fekk avslag.

«Kommunen meinte at behova mine var 'tilstrekkeleg varetekne' gjennom heimesjukepleie, men det gjev meg ingen høve til å styre eigen kvardag eller delta i arbeid og fritid.»

Pasient- og brukarombudet ser saker der behov for assistanse er store og omfattande, men at kommunen likevel vurderer behova som helsehjelp – i staden for praktisk og personleg assistanse – og dermed avslår BPA eller avgrensar omfanget.

Pasient- og brukarombudet får også førespurnader der det blir gjeve tilbod om andre tenester i staden for BPA, sjølv om brukar har søkt eksplisitt om BPA.

Å bruke BPA-ordninga

Usemje om talet på timar går igjen frå dei som kontaktar oss om BPA. Mange opplever at timane dei får ikkje dekke faktisk behov, særleg når det gjeld deltaking i arbeid eller utdanning, sosialt liv og fritidsaktivitetar, opplæring, rettleiing og arbeidsleiing og behov for fleksibilitet gjennom døgnet.

Fleire fortel at kommunen berre har tatt omsyn til heilt grunnleggjande minimumsbehov, og ikkje til at BPA skal gjere det mogleg å leve eit aktivt og sjølvstendig liv på lik linje med andre.

Vi ser også at omsorgsstønad blir gjort om til BPA timar utan at kommunen vurderer alle omsorgsoppgåvene som faktisk må utførast. Vi opplever også at nokre kommunar avslår BPA fordi dei meiner timetalet er for lågt til å lage ein forsvarleg turnus, sjølv når brukaren har eit hjelpebehov på 25–32 timar i veka.

«Eg fekk timar til personleg stell og mat, men ingen timar til å følgje barna mine på aktivitetar eller delta i samfunnet. Det er vanskeleg å forstå korleis dette kan kallast likestilling.»

Ein del saker vi får handlar om at talet på BPA-timar plutselig blir redusert, eller at det skjer endring av ordninga utan at brukar får god nok informasjon på førehand eller nytt vedtak. Brukarar fortel om stor utryggleik fordi dei er heilt avhengige av ordninga for å få kvardagen til å fungere.

«Timar vart kutta etter ein intern gjennomgang i kommunen. Eg fekk beskjed munnleg, men inga skriftleg grunngjeving eller informasjon om klagerett.»

I fleire av sakene våre kjem det fram at pårørande fungerer som koordinatar, arbeidsgjevarar eller "tryggingsnett". Særleg når BPA-ordninga er for stramt bemanna. Mange opplever det svært belastande, både praktisk og emosjonelt.

Pasient- og brukarombudet ser også ein lei tendens til at kommunar føreset omfattande innsats frå pårørande, utan å involvere dei det gjeld.

Når BPA-ordninga sviktar

Pasient- og brukarombudet blir kontakta av mange BPA-brukarar for hjelp i klageprosessar. Dei som kontaktar oss, bed ofte om hjelp til å

forstå rettsgrunnlaget for BPA, vurdere om vedtaket kan klagast på eller korleis dei bør formulere klage og argumentere for behov.

Vi erfarer at BPA-saker ofte blir opplevde som juridisk komplekse, og at brukarar kan ha vanskar med å stå i klageprosessar over tid. Frykt for forverring av relasjonen til kommunen, eller ytterlegare reduksjonar i tilbodet, skaper nokre gonger klagefrykt.

Klageprosessen i BPA-saker kan vere svært lang. Lang saksbehandlingstid både i kommunen og hos Statsforvaltarane bidreg til uvisse og kan føre til at brukarar blir ståande utan forsvarleg hjelp over tid.

Støttekontakt

Tilgang til tenesta

Førespurnadene til Pasient- og brukarombudet som gjeld støttekontakt handlar mest om avslag på søknad, antal tildelte timar og bortfall/reduksjon av støttekontakttenesta. I ein del saker blir det gjort vedtak om støttekontakt, utan at kommunen har tilgjengelege støttekontaktar til å faktisk gje tenesta, og utan at kommunen aktivt søker etter arbeidstakarar til støttekontakttenesta.

Pasient- og brukarombudet ser også dømme på at støttekontakt er ei nedprioritert teneste eller blir omtalt som «ikkje lovpålagd», sjølv om behovet gjeld sosial deltaking, aktivitet og førebygging av isolasjon.

Når støttekontakt ikkje blir sett i gang sjølv om det er gjort vedtak, får brukaren ofte korkje alternative eller mellombelse tilbod. Det betyr at tenesta sviktar, og at brukaren ikkje får den støtta vedtaket skal sikre.

Å ikkje ha støttekontakt kan vere negativt for det sosiale livet, den psykiske helsa og livskvaliteten til brukarane. For barn, unge og personar med funksjonsnedsetjingar kan dette få langsiktige følgjer. I fleire saker inneber manglande tenesteyting at pårørande må overta oppgåver som støttekontakten skulle hatt, utan at dette er vurdert eller beskrive i vedtaket.

Vi har svært få førespurnader som gjeld sjølve innhaldet i støttekontaktteneste, og heller ikkje saker der brukar ønskje å byte til annan støttekontakt. Vi har nokre saker der brukar har hatt besøk av ein potensiell støttekontakt, men der støttekontakten har avvist jobben etter å ha møtt brukar. Grunngevinga som har blitt gjeven frå kommunen har vore at støttekontakten har meint pasienten var for tung eller hjelpetrengande, og at støttekontakten ikkje hadde den fysiske styrken som skulle til for å t.d. dytte brukar sin rullestol, eller bere brukar sine handleposar.

Når støttekontakttenesta sviktar

Brukarar og pårørande får ikkje alltid informasjon om rettar når vedtak om støttekontakt ikkje blir følgde opp. Det kan vere uklart kva moglegheiter som finst for å klage på det, og kven som har ansvar for vidare oppfølging.

Rettstryggleiken blir svekt når støttekontakt ikkje blir starta opp, og brukaren heller ikkje får nytt vedtak eller informasjon om korleis dei kan klage. Det blir eit gap mellom det kommunen har vedteke og det brukaren faktisk får. Tilliten til tenestene blir låg, og det kan gjere det vanskelegare å få saka prøvd hos klageinstansen.



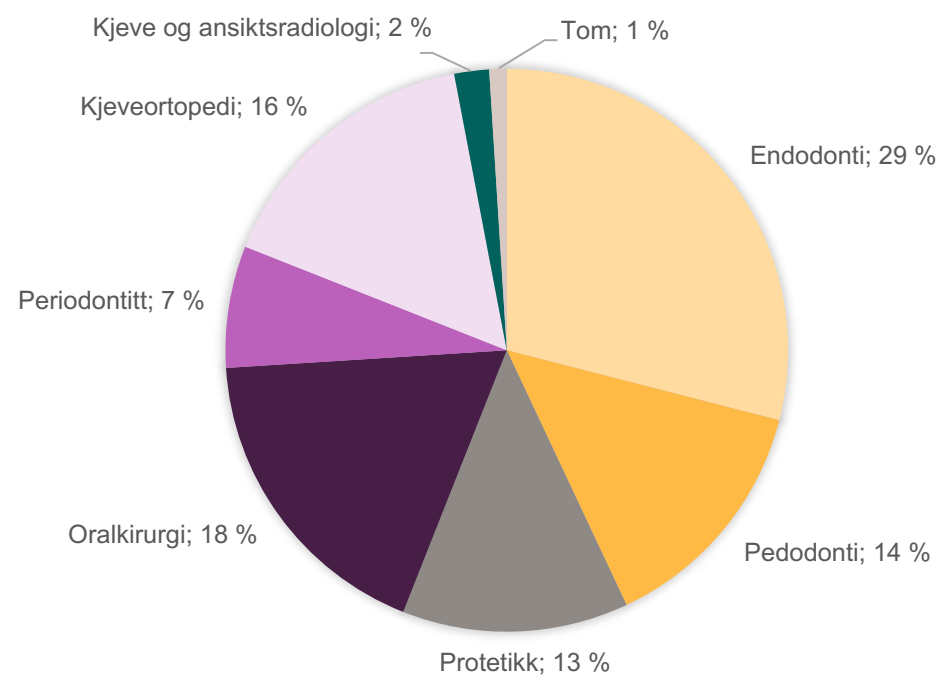
Erfaringane våre frå fylkeskommunal tannhelseteneste i 2025

Berre 1 % av sakene til Pasient- og brukarombudet i 2025 dreidde seg om offentleg tannhelseteneste; 120 saker. Ein førespurnad som blir definert som ei sak, handlar om ei eller anna form for misnøye, og der vi kjenner kva verksemd det er misnøye med. I tillegg fekk vi 27 førespurnader om offentleg tannhelseteneste. Slike førespurnader treng ikkje handle om noka form for misnøye, men kan like gjerne handle om spørsmål om regelverk eller kvar

ein kan finne tilgjengeleg informasjon. Vi har også fått 148 førespurnader som handlar om privat tannhelseteneste. Området ligg utanfor mandatet vårt, og difor gjev vi berre generelle råd, og dessutan viser dei til andre instansar som kan hjelpe.

Til saman fekk vi 295 førespurnader om tannhelsetenesta, det er 1,7 % av det samla antalet førespurnader til Pasient- og brukarombudet.

Kva blir vi kontakta om:



Ulik tilgang til tannhelsehjelp

Innhaldet i førespurnadene til Pasient- og brukarombudet viser at ikkje alle får den tannhelsehjelpa dei har rett på. Sakene hos oss gjeld hovudsakleg eldre på sjukeheim, eldre med heimesjukepleie og personar med psykisk utviklingshemming. Årsak til manglande tenester ser ut til å vere mangel på informasjon om at du har rett på hjelp, mangel på transport til tannlege dersom du er avhengig av reisehjelp, og ressursutfordringar i tenesta.

TOO står for Tilrettelagd tannhelsetilbod til tortur- og overgrepsette og personar med odontofobi. TOO er eit tverrfagleg, gratis behandlingstilbod for personar som har vore utsette for tortur, seksuelle overgrep eller vald i nære relasjonar, og dessutan har odontofobi. Evalueringa av tilbodet er svært god, men ventetidene er lange, og i mange fylke var ventetida på meir enn eitt år i 2025. Lange ventetider er ei stor påkjenning for desse pasientane. I ventetida kan problema deira bli verre, og både den psykiske og fysiske helsa kan bli påverka.

Tilbodet om offentleg tannlegevakt for pasientar som har rett til gratis eller redusert pris på tannbehandling, er ulikt rundt om i landet. Opningstider og tilgjengelegheit er ulike frå stad til stad.

Mange private tannlegar gjev

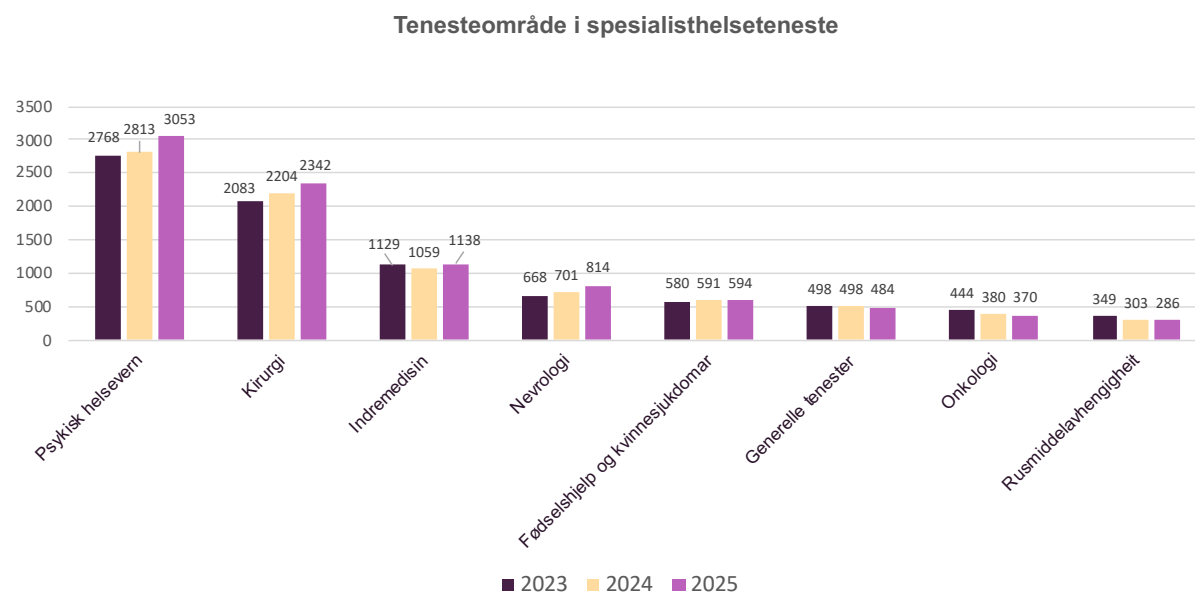
akutt-timar i opningstida, men med varierte opningstider og moglegheiter for akutthjelp utanfor vanleg opningstid, spelar det stor rolle kvar du bur om du får hjelp eller ikkje når du treng den. Er du barn i distrikts-Noreg, og fell og mistar ei eller fleire tenner, må du rekne med at tennene er tapte. Bur du derimot ein stad med langopen, offentleg tannlegevakt, har barnet langt betre høve til å få sett tennene på plass hos tannlegevakta, og på den måten få behalde dei.

Bruk av tolk innan offentleg tannhelseteneste varierer, sjølv om pasienten har rett til det ved behov. Pasient- og brukarombudet kjenner til uheldige hendingar på grunn av språkutfordringar og manglande tolk.

Uklart klagesystem

Klagesystemet i tannhelsetenesta er komplekst, og pasientane har mange ulike klageinstansar. Dei kan klage direkte til tannklinikken, klagenemnda i tannlegeforeininga dersom tannlegen er NTF-medlem, Norsk pasientska-deerstatning ved skade på grunn av svikt, og Statsforvaltar ved brot på helselovgjevinga. Kva klageordningar som skal brukast kva tid, ser ut til å vere lite kjent i tenesta. Vi erfarer at tannhelsetenesta sjølv gjev ulike svar på kvar pasientane bør vende seg viss dei er misfornøgde.

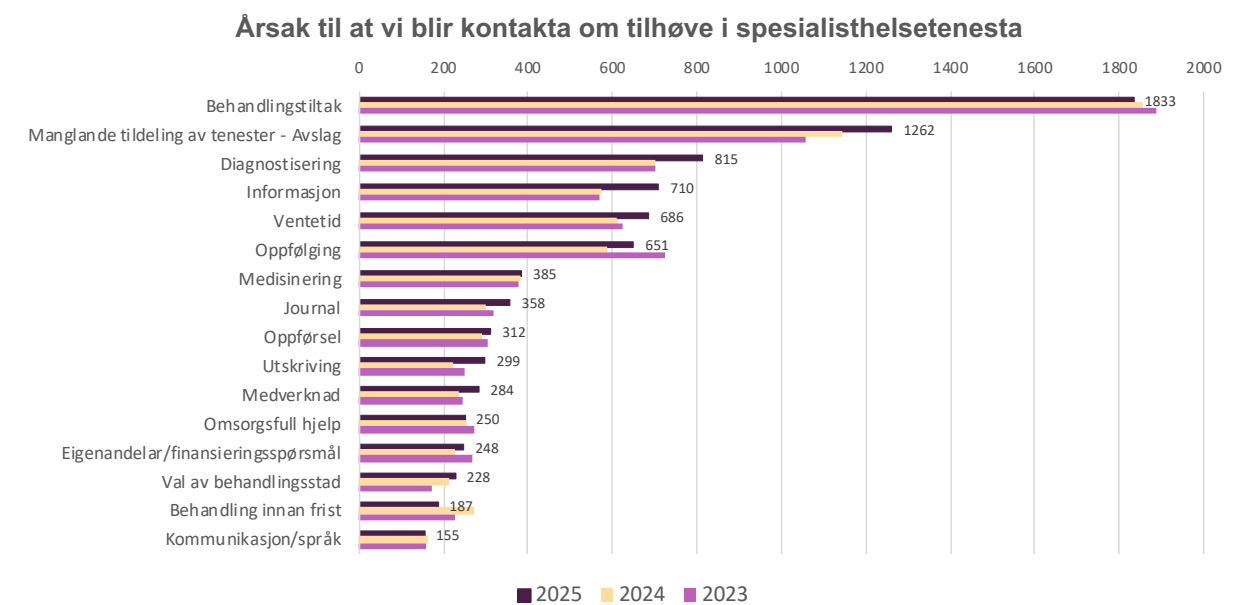
Erfaringane våre frå spesialisthelsetenesta i 2025



N=Antal problemstillingar

Oversikta viser samla tal for heile landet. Det er noko variasjon mellom regionale og lokale helseføretak. Vi oppfordrar til å ta kontakt med dei lokale pasient- og brukarombodskontora våre for å få utdjupande informasjon om lokale tal og tilhøve.

Dei siste fem åra har vi hatt ein jamn auke av førespurnader innan spesialisthelsetenesta. Førespurnader om psykisk helsevern har stige dei siste åra, og er det området innan spesialisthelsetenesta vi får flest førespurnader på. Vi ser også ein auke innan kirurgi og nevrologi, medan det innan indremedisin og fødselshjelp og kvinnesjukdomar ligg stabilt. Innan fagområda onkologi og rusmiddelavhengnad, er det ein svak nedgang i talet på førespurnader.



N=Antal problemstillingar

Når Pasient- og brukarombudet blir kontakta, blir førespurnaden registrert både på fagområde, fysisk tenestestad, saman med sjølv årsaka(ene) til at vi blir kontakta. Ein førespurnad kan bli registrert med fleire årsaker til at vi blir kontakta.

Nokre årsaksfunn frå spesialisthelsetenesta i 2025:

- Sjølv behandlingstiltaket var grunnen til at vi vart kontakta i 17 % av førespurnadene i spesialisthelsetenesta. Kategorien handlar om at pasientar meiner dei har vore utsette for ein pasientskade, at det har vore feil eller manglar i undersøking eller behandling, eller at det ikkje er oppnådd forventa resultat.
- Avslag på tenester er årsak til at vi vart kontakta i 12 % av førespurnadene. Det er størst del avslag registrert innan psykisk helsevern.
- Det er ein auke i førespurnader som gjeld feil eller forseinka diagnostisering, manglande informasjon og lang ventetid.
- Der vi i 2024 såg ein auke i at pasientar ikkje fekk tilbod om behandling innan frist, ser vi ein nedgang i denne kategorien i 2025.

Kø og avslag i spesialisthelsetenesta

Trygve, 58 år, vart tilvist til ortopedisk avdeling for vurdering av mogleg hofteprotese for 6 månader sidan. Tilvisinga vart send frå fastlegen etter langvarige smerter i hofte og betydeleg redusert funksjonsevne. Han har tidlegare prøvd fysioterapibehandling og smertestillande, utan god nok effekt.

Trygve har framleis ikkje fått svar på tilvisinga. Han opplever meir smerter og har no vanskar med å gå meir enn korte avstandar. Han har vore sjukmeld i 4 månader, og er bekymra for arbeidsevna og livskvaliteten. Fastlegen har purra på tilvisinga to gonger utan å få respons frå sjukehuset.

I juni 2024 kom endringar i pasient- og brukarrettslova som skulle forenkle regelverket og gjere pasientforløpa i spesialisthelsetenesta betre.

Tidlegare måtte spesialisthelsetenesta fastsetje to ulike tidspunkt; dato for oppstart av utgreiing, og dato for oppstart av behandling. Etter endringa skulle det berre setjast eitt tidspunkt; dato for oppstart av helsehjelp, uavhengig av om dette bestod av utgreiing eller behandling.

Når ei tilvising blir send til spesialisthelsetenesta, skal tilvisinga vurderast innan 10 virkedagar. Dersom det blir vurdert at pasienten har rett på helsehjelp i spesialisthelsetenesta, skal det samtidig setjast ein frist for kva tid helsehjelpa skal starte.

Ei hyppig årsak til at Pasient- og brukarombudet blir kontakta er at tilvisingar til behandling i spesialisthelsetenesta ikkje blir svara på eller vurdert innan fristen. Det skaper uvisse hos både pasienten og fastlegen.

Når ein pasient blir vurdert til å trenge hjelp i spesialisthelsetenesta og får innkalling, ser vi ofte at det ikkje er avklart kva hjelp pasienten faktisk har rett på. I staden får dei time til ein kartleggingssamtale, utan avgjerd om kva utgreiing eller behandling dei skal få tilbod om. Pasienten får då ein konsultasjon innan fristen, slik at fristen formelt sett er halden, men utan at helsetilstanden blir betra eller behandlinga faktisk kjem i gang.

Informasjon til pasientane og fastlege om tilvising og fristar er også ofte mangelfull. God, forståeleg, relevant og gjenteken informasjon ved behov – er avgjerande for at pasientar skal kunne medverke, ta informerte val og vareta rettane sine.

Manglande eller forseinka vurderingar fører til at pasientar blir ståande i uvisse, noko som kan gje alvorlege konsekvensar. Lang ventetid gjev risiko for at helsetilstanden blir verre, som igjen kan gje auka behov for

helsetenester, både i spesialisthelsetenesta og kommunen. Påkjenninga til pårørande kan også bli større i venteperioden.

Pasient- og brukarombudet er bekymra for at lange ventetider ser ut til å ha vorte normalen, og at fristar blir registrerte som haldne – før pasienten faktisk får starta behandling.

Lars har mageproblem, og blir tilvist til spesialisthelsetenesta for undersøking. Han får rett til behandling i spesialisthelsetenesta, og frist for helsehjelp blir sett til 4. april. Han blir undersøkt innan fristen, og det blir konkludert med at Lars vil trenge ein operasjon. Han får beskjed om at det er stor pågang, og at han blir sett på venteliste. Ved utgangen av året står han framleis på venteliste, og han har ikkje fått dato for planlagt operasjon. Han er likevel ikkje ein av fristbrotpasientane, for fristen for å få helsehjelp vart halden då han vart undersøkt innan fristen.

Ansvar etter avslag

I 2025 fekk Pasient- og brukarombudet 1262 førespurnader frå pasientar som anten fekk avslag på tenester i spesialisthelsetenesta, eller fekk beskjed om at behandlinga dei stod i blir avslutta. Dette er ein auke på 100 saker frå året før. Psykiatri (i hovudsak

vaksenpsykiatri), ortopedisk kirurgi, nevrologi og smertebehandling peikar seg særleg ut.

Avslag på tilvising kan gje fleire utslag; både for pasienten, men også for pårørande. Avslag kan dessutan gje auka press på andre delar av helse- og omsorgstenesta. Spesialisthelsetenesta grunnlegg ofte avslag på tilvisingar og tenester med manglande rett til nødvendig helsehjelp, at behovet til pasienten høyrer heime i kommunehelsetenesta, eller viser til prioriteringskriterium og avgrensa kapasitet. Desse forklaringane er i stor grad forankra i regelverk og nasjonale prioriteringar, og verkar isolert sett som fagleg og formelt grunnleggjeve.

Erfaringane til pasient- og brukarombudet viser at grunnleggjevingane får andre og meir alvorlege konsekvensar i praksis enn det regelverket føreset. Avslag blir gjevne utan at det finst eit reelt, tilgjengeleg alternativ i kommunehelsetenesta. Avslag blir gjevne utan å ta omsyn til den samla situasjonen til pasienten, funksjonsnivå og fara for forverring. I mange saker opplever pasientar og pårørande at ansvaret blir skuva mellom nivåa, der ingen tar ansvar for vidare oppfølging.

Avslag i spesialisthelsetenesta kan ikkje sjåast skilt frå den faktiske evna kommunane har til å gje forsvarlege tenester. Manglande samsvar mellom nivåa bidreg til auka risiko for brot i pasientforløp og svekt tillit til

hjelpeapparatet.

I det det er eit gap mellom grunngjevinga for eit avslag og kva avslaget faktisk betyr for pasienten, blir risikoen skoven over på pasienten og dei pårørande. Dette skjer særleg når pasienten får beskjed om at kommunen skal følgje opp, utan at det er avklart kva tilbod som kjem, kven som har ansvar, eller om det i det heile finst kapasitet.

Særleg innan psykisk helse, rus og samansette lidingar ser Pasient- og brukarombudet eit mønster der du kan falle utanfor mandatet til spesialisthelsetenesta, samtidig som kommunane ikkje har kapasitet eller kompetanse til å dekkje behovet. For fastlegane kan det vere vanskeleg å ha oversikt over kva tilbod som finst i kommunen, og pasienten blir difor ikkje vist til eit kommunalt tilbod. Pasient- og brukarombudet ser eit tomrom, eller svart hol, i tenestene: avslaget er formelt rett, men pasienten står likevel utan nødvendig helsehjelp.

Kari, 47 år, har i fleire år strevd med alvorleg angst og tilbakevendande depresjon. Dei siste to åra har funksjonsnivået falle veldig, med meir sjukefråvær, sosial tilbaketrekking og behov for tett oppfølging. Fastlegen meiner ho har behov for utgreiing og behandling i spesialisthelsetenesta, og viser henne til vaksenpsykiatrien.

Tilvisinga blir avslått

med grunngjeving i prioriteringskriteria, og det blir vist til kommunehelsetenesta. For Kari og hennar pårørande er avslaget vanskeleg å forstå, sidan ho fungerer dårleg i kvardagen og ikkje greier å vere i jobb. Det blir ikkje gjeve nokon informasjon om kva slags konkret kommunalt tilbod ho skal bruke, eller korleis sikre oppfølginga av henne.

Fastlegen undersøker kommunale tilbod, men opplever lange ventetider og tiltak som ikkje er tilpassa det omfattande behovet Kari har. Kommunen vurderer samtidig Kari som for sjuk for tilboda deira, og peikar på at spesialisthelsetenesta har ansvaret.

Slik blir Kari ståande heilt utan behandlingstilbod. Ansvaret blir skuva mellom nivåa, pårørande må kompensere, og den psykiske helse til Kari blir verre. Sjølv om avslaget formelt er korrekt, illustrerer saka korleis dette er eit svart hol i eller mellom nivåa i helse- og omsorgstenesta. Ingen sørgjer for at Kari blir teken hand om slik ho skal.

Behandlingstilbod forsvinn utan oppfølging av den det gjeld

Pasient- og brukarombudet får fleire førespurnader enn før frå pasientar

som mistar eit tilbod som har fungert bra over mange år, og som har mykje å seie for deira liv og helse. Det dreier seg om behandlingar som ikkje lenger spesialisthelsetenesta tilbyr på grunn av andre prioriteringar enn før.

Eit konkrete døme er smerteklinikkar som er lagde ned eller har redusert tilbodet. I 2025 fekk vi førespurnader frå pasientar som har fått operert inn ryggmergsstimulator, men ikkje lenger får oppfølging eller batteribyte fordi tilbodet ikkje finst meir. Fleire smerteklinikkar startar ikkje lenger opp behandling med medisinsk cannabis, og nokon avsluttar pågåande behandlingar.

Eit tredje døme er avslutning av botoxbehandling for pasientar med smertelidinga ACNES. Dette er eit behandlingstilbod som har vore gjeve kontinuerleg sidan 2008, og som no blir avslutta.

Vi sit med inntrykk av at tilboda blir avslutta etter ei prioriteringsvurdering på gruppenivå, utan at det blir tatt stilling til om behandlinga kan vere nyttig for enkeltindivid. Vi har fått førespurnader frå pasientar som har hatt dokumentert individuell nytte av ei behandling, men no mistar behandlingstilbodet. Avslutninga skjer i mange tilfelle utan at pasientane blir førebudde eller involverte, og mange står igjen utan alternative behandlingstilbod.

Utfordringar for pasientar i behandling hos spesialisthelsetenesta

Førespurnadene til Pasient- og brukarombudet er prega av aukande kompleksitet. Sakene handlar om fleire og samansette problemstillingar som går på tvers av spesialitetar og tenester. Det gjeld både innan somatikk og psykisk helsevern, og særleg når somatiske og psykiske lidingar skjer samtidig.

Pasientar med komplekse eller langvarige og koordinerte behov har etter spesialisthelsetenestelova § 25a rett til koordinator. Koordinatoren skal sikre oppfølging, samordning med kommunen og framdrift i individuell plan. Pasient- og brukarombudet meiner dette ikkje er godt nok følgt opp i spesialisthelsetenesta.

Mange pasientar kjenner seg plasserte inn i standardiserte behandlingssløp prega av skjema, utgreiing og diagnosar dei ikkje kjenner seg igjen i. Vi høyrer ofte historier om manglande individuell vurdering. Pasientar seier dei blir pressa inn i faste behandlingssløp som ikkje tar høgde for individuelle forskjellar. Når pasientar har samansette behov, blir dette ekstra utfordrande. Til dømes kan det føre til at viktige omstende i livssituasjonen til pasienten ikkje blir fanga opp, at behandlinga treffer dårlegare og at pasientar kjenner seg oversette eller misforståtte. I det fleire spesialitetar er involverte, ser vi oftare at pasienten fell

mellom stolar. Erfaringa vår er at det gjev fleire av desse pasientane større påkjenning, mindre høve til å medverke og til å leve eit godt liv.

Får ikkje informasjonen dei treng

Oversiktene våre viser år etter år at pasientar og brukarar meiner dei får for lite og for dårleg informasjon om situasjonen sin, kva rettar dei har og kva som skjer vidare. Mange pasientar har svært korte opphald i spesialisthelsetenesta. Spesielt i situasjonar der pasienten har blitt akutt innlagd og blir raskt utskriven, kan informasjon som blir gjeven til pasienten under opphaldet og ved utreise bli både gløymd og misforstått. Korleis pasienten skal følgjast opp vil ikkje alltid vere bestemt før utreise, og forventningar frå spesialisthelsetenesta om korleis pasienten bør følgjast opp i kommunen slår ikkje alltid til.

Dersom pasienten ønskjer anna behandling enn det som blir gjeve tilbod om, tviler på gjeven diagnose eller må vente lenger enn ønskt, er det

ikkje sikkert at pasienten blir informert om rettar eller klagemoglegheiter.

Pasientar fortel om tilvisingar som ikkje blir svara på, og om rettsvurderingar utan behandlingsfrist. Dersom dei kontaktar sjukehusavdelinga på oppgjeven telefonnummer, risikerer dei at telefonen blir svara på av ein person som ikkje kjenner gjeldande regelverk, og som heller ikkje vidareformidlar spørsmål til pasienten.

Pasientar kan få informasjon om at dei har rett til å klage, men ikkje om kven som er rette mottakar av klaga. Dei kan få avslag med grunngjeving i heile pasientgruppa, utan at dei blir vurderte individuelt.

Mangelfull informasjon og manglande oppfølging av lovfesta rettar gjer det vanskeleg for pasientar og brukarar å medverke, ta informerte val og å få oppfylt rettane sine.



Høgdepunkt og nybrottsarbeid i 2025

Pasient- og brukarombudet på nasjonale scener

For at kunnskapen og erfaringane til Pasient- og brukarombudet skal kunne brukast av avgjerdstakarar og aktørar med ansvar for forbetningsarbeid ute i tenesta, må vi vere synlege og til stades på ulike arenaer der vi treffer dei som kan gjere endringane.

Pasienttryggleikskonferansen 2025

For første gong hadde Pasient- og brukarombudet sitt eigen sesjon på Pasienttryggleikskonferansen, i tillegg til at vi hadde stand. Noregs største konferanse om pasienttryggleik samlar kvart år rundt 2000 fagfolk og leiarar frå heile landet, på alle nivå i helse- og omsorgstenesta. Her blir det utfordra og diskutert korleis tenestene kan utviklast til å bli betre og tryggare. Dei siste åra har vi delteke i programkomiteen og gjeve innspel til innhald på konferansen.

Pasienttryggleikskonferansen er ein sentral arena å løfte pasient- og pårørandeperspektivet inn der det betyr mest, og her møter Pasient- og brukarombudet mange som kan gjere forbetringane vi peikar på at trengst. I tillegg er det ein fagleg relevant møteplass for å heve kompetansen innan pasienttryggleik hos

medarbeidarar i vår eigen organisasjon.

Saman med tidlegare politimann Vidar Hansen, sette Pasient- og brukarombudet «Verktøy til god kommunikasjon – enkelt, men ikkje lett» på programmet. Sesjonen vart fullteikna, og skulle mellom anna gjere deltakarane meir medvitne på eige kroppsspråk og bli betre på å lese og tolke andre. Evalueringa i etterkant viser at dette var ein suksess, der tilbakemeldingane var at sesjonen både var lærerik og godt gjennomført.

Arendalsveka 2025

Aldri før har Pasient- og brukarombudet blitt invitert til å delta på fleire debattar under Arendalsveka enn i 2025. Til saman deltok fem av omboda våre på til saman åtte arrangement. Her stod vi på podiet saman med dei fremste helsepolitikarane i landet og andre viktige samarbeidsaktørar, og diskuterte alt frå helsetenesta i framtida, samhandling, prioritering og forventingar – til eldreomsorg, psykisk helsevern og pasienttryggleik.

Arendalsveka er ein av årets viktigaste møteplassar for politikk, helsetenester og samfunnsdebatt. Ved å dele erfaringane våre der, gjev vi avgjerdstakarar betre innsikt i kva

pasientar, brukarar og pårørande opplever. Nærværet vårt styrkjer både nye og etablerte nettverk, og gjev oss høve til å samarbeide med fleire i prosessar som påverkar helse- og omsorgstenestene i framtida.

Offentlege utnemnde utval

I løpet av 2025 vart Pasient- og brukarombudet invitert inn i to nye regjeringsoppnemnde utval som skal gje viktige føringar for utviklinga av helse- og omsorgstenestene i framtida: Helsereformutvalet (referansegruppe) og Pasient- og brukarrettslovutvalet (referansegruppe). At vi er representerte i desse utvala, viser at innsikta og perspektiva våre blir sett på som relevante og nødvendige når nasjonale styresmakter formar ut politikken. Deltakinga gjev oss reelt høve til å løfte pasientar, brukarar og pårørande sine erfaringar midt i kjernen der avgjerdene som påverkar kvardagen deira blir tekne.

Kommunegruppa

Pasient- og brukarombudet har i 2025 hatt ambisjon om å styrkje arbeidet ut mot kommunane. Det er her majoriteten av helse- og omsorgstenester blir gjevne til befolkninga, også tenester over lang tid, men likevel får vi flest førespurnader i løpet av året om tilhøve knytte til spesialisthelsetenesta. Ei eiga kommunegruppe vart etablert for å følgje opp arbeidet, som mellom anna handla om å auke lokal synlegheit.

Eitt av tiltaka initiert av kommunegruppa var å kontakte alle dei norske kommunane med førespurnad om å leggje informasjon om oss ut på nettsidene deira. Då vi starta, hadde berre rundt 40 % av norske kommunar informasjon om Pasient- og brukarombudet på nettsidene sine. Ved årsskiftet har det stige til 73 %.

Dei lokale kontora våre har også lagt ned mykje tid i å reise rundt på besøk i kommunane sine. Vi har hatt møte med kommuneleiing, og innlegg i pårørandegrupper, pensjonistgrupper og hos ulike pasientorganisasjonar. Auka synlegheit, og dessutan fleire kontaktflater og nettverk mellom oss og kommunane, kan på lengre sikt føre til at fleire kjenner til Pasient- og brukarombudet slik at dei tar kontakt om behovet oppstår.

Pasient- og brukarombudet i media

2025 var eit år der Pasient- og brukarombudet var synleg i mediebildet, både lokalt og nasjonalt. Vi er synlege fordi vi sjølv tar kontakt med redaksjonar, og fordi vi ofte blir kontakta av journalistar over heile landet. Dialog med media blir prioritert fordi det kan få fram pasientar, brukarar og pårørande sine erfaringar og behov når helsetenesta ikkje fungerer slik ho skal. Via media ser vi at utfordringar i helse- og omsorgstenesta blir kjende, tatt på alvor, at fleire får

vite kva dei har krav på, og at både fagfolk og avgjerdstakarar blir gjorde merksame på konsekvensane av mangelfulle tenester. Nokre gonger er mediemerksemda det som faktisk fører til endring.

Pasient- og brukarombudet er fast spaltist i fleire lokale aviser, og er fast gjest i studio til Frukostradioen på NRK annakvar veke. I tillegg skriv vi jamleg kronikkar, lesarinnlegg og gjer innsal av aktuelle nyheitssaker lokalt og nasjonalt.

I 2025 jobba vi systematisk med å få medieoppslag innan tre prioriterte område, både lokalt og nasjonalt. Det gjaldt tema innan fristbrot og ventetider, statistikk og innhald frå årsmeldinga 2024, og tilhøve i kommunale helse- og omsorgstenester – særleg knytt til eldreomsorga.

Erfaringane våre gjennom året viser at denne målretta innsatsen har gjeve resultat, og vi meiner synlegheit i media i fleire tilfelle har bidrege til at saker blir tekne tak i. Alt frå at enkeltpasientar likevel får hjelp dei først hadde blitt nekta, og raskare oppfølging av enkeltpasientar – til at tenestestader justerer rutinar, og at helseleiarar og politikarar følgjer opp område der det sviktar.

Pobo 2.0

I det 2025 gjekk over til eit nytt år, avslutta vi også det digitale utviklingsprogrammet vårt, Pobo 2.0. Det har vore ei omfattande og viktig satsing for oss sidan 2023, og gjennom året har vi rulla

ut fleire konkrete initiativ på bakgrunn av prosjekta i programmet:

Systemsakarbeid sett i system

Når folk kontaktar oss, kan det føre til endringar som hjelper mange. Nokre gonger gjer berre éin førespurnad stor forskjell. I 2025 byrja vi å ta i bruk ei felles retningslinje for systemsaker. Det er ofte saker som spring ut frå enkelthendingar, men som peikar på større utfordringar i tenestene.

Vi ser ofte at enkeltsaker inngår i eit mønster som seier noko viktig om kva som bør forbetrast. Når vi bruker denne innsikta i dialog med systemet, kan vi påverke kvaliteten i helse- og omsorgstenesta for pasientar, brukarar og pårørande på fleire nivå. Retningslinja for systemsaker er eitt av fleire døme på intern arbeidsmetodikk hos oss, som får fram eit større bilete, som er viktig å seie frå om.

Til dømes der vi blir kontakta fordi ein har fått avslag på sjukeheims plass utan forklaring eller informasjon om korleis klage. Då undersøker vi om det kan vere fleire som opplever det same. Vi kontaktar kommunen, tilrår å ordne opp og få på plass rutinar i tråd med regelverket. Eit anna døme er der ein sjukeheim hadde så strenge besøksreglar at bebuarar og pårørande var fortvila over å ikkje få sjå kvarandre ved behov. Vi undersøkte regelverket, som seier at ein har rett til å ta imot besøk når ein ønskjer det. Saka førte til at faste besøkstider vart fjerna ved alle sjukeheimar i kommunen, tilsette fekk

opplæring i regelverket, og nettsidene til alle sjukeheimar i kommunen vart oppdaterte med korrekt informasjon.

Når noko er utfordrande for pasientar og brukarar i ein kommune eller på eit sjukehus, er det ofte eit teikn på at fleire stader kan ha same problem. Ved å få samla oversikt og jobbe likt med systemsaker, kan vi lettare sjå kva som går igjen på tvers av landet. Det gjer det enklare å lære av kvarandre og gjenbruke måten å nærme seg på, som har ført til endringar ein annan stad.

Slutt på egenandel for unge mellom 16 og 18 år

Slutt på eigendel for unge mellom 16 og 18 år I 2025 vart det endeleg vedteke av regjeringa at eigendelar skal bort frå 1.8.2026 for helsetenester til unge mellom 16 og 18 år. Over fleire år har Pasient- og brukarombudet peika på at eigendelar hindrar unge i å oppsøkje helsehjelp. Vi har fortalt om ungdom som droppar fastlegen når dei fyller 16 år, fordi dei må be foreldre om pengar – samtidig som dei har rett til å bestemme over eiga helse sjølv. Vi har også sagt at eigenbetaling gjer at nokon unge ikkje tør å søkje hjelp i tide, særleg ved psykiske eller sensitive helseproblem.

Gjennom samarbeid med andre aktørar, direkte dialog med politikarar, høyringar, årsmeldingar, medieoppslag, og på nasjonale arenaer, har vi vist kva dette betyr i praksis. Det langsiktige arbeidet vårt har vore med på å flytte politiske avgjerder i ei retning som gjev ungdom tryggare tilgang til helsehjelp, meir likeverd og mindre økonomisk sårbarheit.

Kompetanseportalen

I 2025 fekk Pasient- og brukarombudet etablert intern kompetanseportal. Her har samtlege tilsette tilgang til opplæringsmateriell, informasjon om kurs og kompetansemoglegheiter, fagseminar og lokal «kunnskapsbank».

Vi har utvikla eit eige nytilsettprogram, og ein eigen dag der alle nytilsette møtest, blir kjende og får informasjon om eigen organisasjon og interne moglegheiter.

Pasientogbrukerombudet.no

På tampen av 2025 vart heilt nye pasientogbrukerombudet.no lansert, eit oppdatert digitalt førstelinjetilbod for dei som treng råd og rettleiing frå oss. Vi har utvikla ein nettstad som gjer det endå enklare å finne ut kva rettar du har, og korleis du går fram når noko ikkje fungerer som det skal i helsevesenet.

Nettsida er bygd for å gje rask tilgang til tydeleg og forståeleg informasjon – utan at du må ringje eller skrive til oss

for å få råd og rettleiing. Strukturen gjer at brukarane får betre støtte til å løyse ting sjølv: frå å forstå om ei sak kan klagast på, til korleis du går fram steg for steg. Auka meistring gjer at fleire kan kome vidare på eiga hand når dei står fast i det som ofte er ein vanskeleg situasjon i møte med ein uoversiktleg og komplisert helse- og omsorgssektor.

Nye pasientogbrukerombudet.no er startskotet til ei ny digital plattform som også er eit heilt nytt digitalt arbeidsverktøy for medarbeidarar i Pasient- og brukarombudet når dei gjev råd og rettleiing til dei som tar kontakt. Nettsida gjer at vi lettare kan identifisere kven som har behov for individuelt tilpassa hjelp frå oss, ofte i meir komplekse saker.

Ein pasient tar kontakt med ein av rådgjevarane våre for å få rettleiing i ei kompleks sak. Før ho ringde, hadde ho funne informasjon om rettane sine på pasientogbrukerombudet.no, tatt eit skjermbilete og vist det til fastlegen sin som var usamd og gjorde det krevjande å kome vidare med samarbeidet. Fastlegen var ikkje klar over regelverket, men etter å ha sett informasjonen frå nettsida, vart dei samde om kva som skulle skje vidare.





Alle kan kontakte Pasient- og brukarombudet for å fortelje si historie.

Vi jobbar for å ivareta pasientar og brukeres behov, interesse og rettstryggleik i møte med offentleg helsevesen. Vi arbeider også for å auke kvaliteten i tenestene.

Kontakt oss gjerne for å få meir informasjon om kva vi ser innan ditt arbeids- og/eller interessefelt lokalt, regionalt og nasjonalt.

40 50 16 00

www.pasientogbrukerombudet.no

Arkivreferanse: 2026/4889
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Viseadministrerende
direktør Heidi Nilsen

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
72/26	17.06.2026	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Status AIO – Akutt, intensiv og operasjon ved Ålesund sjukehus

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Møre og Romsdal tek status i AIO- prosjektet til orientering.

Ålesund, 10.06.2026

Olav Lødemel
adm. direktør

Status i arbeidet

AIO-prosjektet har i perioden videreført innvendige arbeider i alle etasjer i AIO-bygget.

Ombyggingsarbeidene i eksisterende sykehusbygg er godt i gang i V-fløyen (vestibyle syd). Det er startet utvendig arbeid for kulvert fra helikopterbasen.

Prosjektets fremdrift er på plan, med noen mindre avvik. Detaljprosjekteringen for de innvendige arbeidene i AIO-bygget er ferdig, og prosjektering for ombygging i eksisterende bygg vil avsluttes til sommeren.

Koordinering mot sykehus i drift er intensivert i perioden, da det fremover blir mer arbeid som kan påvirke drift av sjukehuset.

Arbeidet med å planlegge ibruktakelse av AIO-bygg og ombygde areal, samordna plan, er videreført i perioden, og legges frem for styret i HMR til behandling i juni 2026.



Nytt AIO-bygg, mai 2026

Økonomi

Totalt påløpte kostnader er 769,3 MNOK. Pådraget i perioden er 50,1 MNOK.

Prosjektorganisasjonens sluttprognose er per mai på 1277,2 MNOK, en økning på 1,18 MNOK fra april. Økningen kommer av behov for bytting av bunnledninger og rørstammer for deler av HVU1 hvor Akutt24 skal etableres, samt korleksjon av tidligere «ikke-overførte» midler fra IKT og utstyr i Fase 1 til Fase 2.

Sluttprognose er hhv. 63,3 MNOK og 110,2 MNOK under SBED-justerte P70- og P85-rammer (april 2026-kroner).

I prognosen er det ikke tatt med de siste stegene i rokadeplanen, blant annet flytting av varemottak og kardiologisk poliklinikk. Dette må løses av reserveavsetningen som er lagt til prosjektstyret, men kan ikke utløses før en har større trygghet på økonomisk sluttprognose.

I styremøte 22.10.25 gjorde styret i HMR følgende vedtak i sak 87/25:

1. Styret for Helse Møre og Romsdal tek saka om AIO – Akutt, intensiv og operasjon ved Ålesund sjukehus til vitende.
2. Slik den økonomiske situasjonen er for HMR, ber styret om at ubrukte reservar ved prosjektslutt blir nytta til å betre føretaket sin likviditetssituasjon.
3. Ved utstyrsbestilling medio 2026 skal det berre bestillast utstyr som må kjøpast eller oppgraderast.

Prosjektet står nå overfor utstyrsbestillinger på 15,5 MNOK. Prosjektet vurderer dette som helt nødvendig for å ikke skape forsinkelser i prosjektet. Etter denne bestillingen er det bestilt utstyr totalt for 19,9 MNOK. Dette har skjedd etter vedtak i prosjektstyret. Bestillingene skyldes i hovedsak enten at eksisterende

rammeavtaler for utstyr går ut, eller at anskaffelsene må skje tidlig da dette er byggfast utstyr som må monteres etter entreprenørs fremdriftsplan.

Viktigste aktiviteter i neste fase

- Videreføre innvendige arbeider i AIO-bygget
- Ferdigstille prosjektering ombygging
- Videreføre ombygging i eksisterende bygningsmasse
- Koordinere med sykehus i drift

Arkivreferanse: 2026/4889
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Viseadministrerande
direktør Heidi Nilsen, Prosjektsjef
utviklingsorganisasjonen Ketil Gaupset

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
73/26	17.06.2026	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Samordna plan AIO – Akutt, Intensiv og Operasjon, Ålesund sjukehus

Vedlegg

- 1 Sak 73-26 - vedlegg 1 - Samordna plan. Forberedelse til overtakelse og drift av AIO
- 2 Sak 73-26 - vedlegg 2 - Drøftingsprotokoll Samordna plan AIO - akutt, intensiv og operasjon, Ålesund Sjukehus

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Møre og Romsdal HF sluttar seg til den framlagde samordna planen for AIO ved Ålesund sjukehus. Administrerande direktør får fullmakt til å gjere mindre justeringar i planverket.
2. Samordna plan for AIO er eit godt verktøy for å førebu flytting og drift av AIO, og styret ber administrerande direktør sikre at planverket blir implementert og følgt opp i føretaket.
3. Styret for Helse Møre og Romsdal HF ber om at samordna plan blir ein fast del av statusrapporteringa om AIO til styret framover.

Ålesund, 10.06.2026

Olav Lødemel
adm. direktør

Saksutredning

1 Formål med saken

For å sikre en trygg og god ibruktakelse av AIO er det utarbeidet et planverk – samordna plan - som beskriver de viktigste aktivitetene før, under og rett etter ibruktakelse av AIO (vedlegg 1).

Hensikten med denne saken er å forankre samordna plan og de vurderingene som er gjort med tanke på ansvarsfordeling mellom aktørene, innflyttingsrekkefølge av funksjoner og opplæringsplan for ansatte som skal arbeide i de nye arealene ved Ålesund sjukehus.

2 Bakgrunn

Samordna plan beskriver de ulike aktørene sine roller og ansvar i fasen før, under og rett etter ibruktakelse av AIO. Hensikten med planverket er todelt. Det viktigste er å sørge for en trygg og sikker ibruktakelse for pasienter og ansatte der ansatte i HMR har nødvendig kompetanse og innsikt for å løse oppgavene i nye areal. I tillegg er det et mål at perioden med redusert aktivitet før, under og etter innflytting i nye areal blir så kort som mulig.

Innflytting og drift av nye areal er en kompleks prosess som involverer mange aktører. HMR har nylig tatt i bruk SNR, og erfaringene fra innflytting på SNR er benyttet i utarbeidelse av planverket for AIO.

For å redusere kompleksiteten ved innflytting i nye areal er det behov for detaljerte planer som beskriver de ulike aktørenes sitt ansvar og oppgaver. Helse Møre og Romsdal er hovedaktøren i arbeidet med samordna plan. Alle ansatte som skal jobbe i nye areal ved Ålesund sjukehus vil bli berørt av arbeidet med samordna plan, både i forbindelse med opplæring og selve flytteprosessen. Sykehusbygg, Hemit og entreprenør har ansvar for ferdigstilling og testing av bygg og tekniske funksjoner før Helse Møre og Romsdal overtar bygningsmassen.

Trinnvis klinisk drift ligger til grunn for planverket.

3 Medvirkning og forankring

Arbeidet med samordna plan AIO startet medio 2025. I januar 2026 ble det arrangert en større kick-off ved Ålesund sjukehus for relevante ledere, tillitsvalgte, vernetjeneste og aktuelle fagpersoner. Våren 2026 har det vært gjennomført flere workshops og møter med de som blir direkte involvert i flytteprosessen. Samordna plan har vært tema i utvidet gruppelederforum der både ledere, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukerrepresentanter er deltakere. Samordna plan AIO ble behandlet i AMU 11.06.26.

Samordna plan for AIO er delt inn i 6 flytteområder. Hvert område har fått utarbeidet en egen plan for alle aktiviteter som skal gjennomføres fra ca 1 år før innflytting til perioden rett etter innflytting. Det er gjennomført egne møter med ledere og ansatte i HMR for alle de respektive områdene. Der er planen for området gjennomgått og korrigeringer av planen gjennomført. Tidspunkt for innflytting av det enkelte området er forankret, og ansvarsfordeling er gjennomført mellom AIO prosjektorganisasjonen og lederlinja i Helse Møre og Romsdal.

Det er etablert en opplærings- og flyttegruppe av ansatte i HMR for hvert av områdene. Hver gruppe består av ansatte som sammen med prosjektet vil følge opp aktivitetene i samordna plan. Seksjonsleder og lokalt verneombud for alle områdene deltar i gruppene.

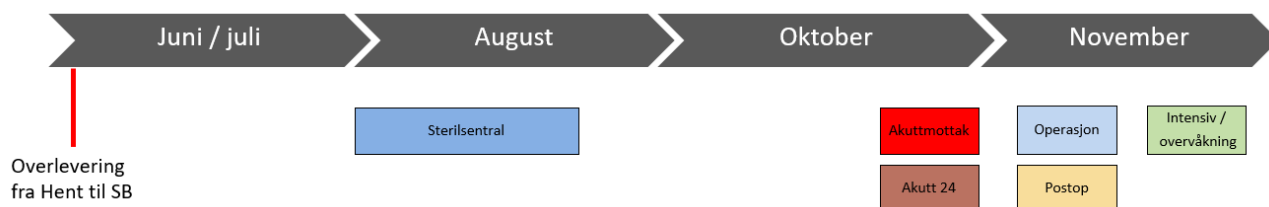
4 Trinnvis klinisk drift

Trinnvis innflytting vil redusere kompleksiteten i flytteprosessen ved at funksjoner flytter inn i nye areal på ulike tidspunkt.

En forutsetning for tidlig klinisk drift er at funksjonsområder og tekniske system skal være ferdig installert, testet og utprøvd så langt det lar seg gjøre i et bygg uten klinisk virksomhet.

I arbeidet med planen for trinnvis innflytting har det vært gjennomført prosesser med lederlinjen i HMR for å diskutere muligheter og utfordringer med rekkefølgen. Kliniske avhengigheter mellom fagområdene og konsekvenser for driften har vært førende for når de ulike funksjonene kan flytte inn.

Overordnet plan for trinnvis innflytting høst 2027



Etter hvert som funksjoner flytter inn i nye areal, vil arealene som fraflyttes stenges av. Avhending av utstyr og løst inventar som ikke skal gjenbrukes vil gjennomføres av Klinikk for drift og eigedom. Medisinskteknisk utstyr og IKT-utstyr som ikke skal gjenbrukes i AIO-prosjektet vil avhendes av Avdeling for e-helse og teknologi.

5 Opplæring av ansatte i HMR

Hensikten med opplæring er å sikre at ansatte har nødvendig kompetanse relatert til nytt bygg ved innflytting. Personell fra Klinikk for drift og eigedom som skal drifte bygningsmassen og ansatte relatert til kliniske arbeid må gjennomføre en strukturert opplæring før nye areal tas i bruk.

Det utarbeides en overordnet opplæringsplan som beskriver hvordan opplæringen skal organiseres og gjennomføres for ansatte. Opplæringsplaner utarbeides som kompetanseplaner i kompetanseportalen i HMR og skal dokumenteres.

Opplæringen vil bli organisert slik at uttak av personell i drift ikke skal påvirke pasientbehandlingen mer enn nødvendig. Innflyttingsfasen vil både ha personellmessige- og driftsøkonomiske konsekvenser for de områdene som skal flytte til nye areal. Den mest intensive opplæringsperioden vil være de siste månedene før flytting. Denne perioden vil medføre uttak av personell fra drift. Det må derfor regnes med pukkelkostnader i forbindelse med opplæring og flytting.

6 Risikostyring

Det gjennomføres en overordnet ROS-analyse for prosessen med utarbeidelse, implementering og gjennomføring av Samordna plan.

I gjennomføringsfasen for Samordna plan gjennomføres det ROS analyser for å kartlegge risiko i forbindelse med flytteprosess og drift av AIO. ROS analysene vil gjennomføres i regi av AIO prosjektet der aktuelle aktører deltar. Resultatene registreres i AIO prosjektet sin risikomatrise og følges opp i samordna plan.

De definerte flytteområdene i AIO-prosjektet har egne sjekklister i sitt planverk for om de er «klar for flytting». Sjekklister skal brukes aktivt i månedene før flytting for å sikre at nødvendige aktiviteter blir gjennomført til rett tidspunkt.

Organisering og oppfølging av arbeidet med samordna plan skjer gjennom etablering av en operativ og en strategisk styringsgruppe. Operativ styringsgruppe skal koordinere arbeidet og rapportere på status Samordna plan til strategisk styringsgruppe. Eventuelle utfordringer i gjennomføringen av samordna plan vil kunne eskaleres til strategisk styringsgruppe dersom de ikke kan løses på lavere nivå. Strategisk styringsgruppe består av ledelsespersonell fra utbyggingsorganisasjonen, utviklingsorganisasjonen og HMR.

7 Administrerende direktørs vurdering

Det er nå bare litt over et år til de første funksjonene tar i bruk nytt AIO-bygg. Å ta i bruk nye areal er en komplisert prosess som krever god planlegging av alle involverte aktører. Samordna plan beskriver aktivitetene som skal gjennomføres før, under og rett etter ibruktaking av AIO Ålesund.

Et godt planverk er en suksessfaktor for å redusere risiko i innflyttingsfasen og sørge for at våre ansatte har nødvendig opplæring før AIO tas i bruk.

Det er gjennomført en god prosess for utarbeidelse av planen og det er høstet erfaringer fra samordna plan ved SNR. Videre oppfølging og implementering av samordna plan forutsetter sterk lederforankring på alle nivå.

Prosjekt:

AIO – Ålesund sjukehus

Tittel:

Samordna plan

Forberedelse til overtakelse og drift av
AIO – Akutt, Intensiv og Operasjon



Kontraktor/leverandørs logo:		Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider: 13	
Prosjekt: AIO	Utgivernr: 0000	Fag: Z	Dok.type: PL	Løpenr: 0005	Rev.nr.: 01	Status: G

01	Samordna plan AIO	12.06.26	KLK		KLK
Rev.	Beskrivelse	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent

Innhold

Innhold	2
1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Begrep	4
2 Hva er Samordna plan	5
3 Premisser for samordna plan	5
4 Overordna framdrift samordna plan	5
5 Aktører og ansvar	6
5.1 Generelt aktørbilde	6
5.2 Sykehusbygg - roller og ansvar	6
5.3 HMR - roller og ansvar	6
5.4 Hemit roller og ansvar	6
6 Plan for trinnvis klinisk drift.....	7
6.1 Innledning.....	7
6.2 Forutsetninger for trinnvis klinisk drift.....	7
6.3 Tidspunkt for innflytting av funksjoner	8
6.4 Beredskapsfunksjoner	8
7 Aktiviteter i Samordna plan.....	8
7.1 Opplæring.....	8
7.2 Utplassering av utstyr (MTU, IKT og inventar)	9
7.3 Validering.....	9
7.4 Eierskifte	10
7.5 Plan for flytting	10
7.6 Driftsoppgaver og ansvar i flyttefasen	10
7.6.1 Bygg	10
7.6.2 Teknikk.....	10
7.6.3 IKT	10
7.6.4 Utstyr	11
7.6.5 Teknisk driftsråd	11
7.6.6 Feilrettinger og endringer	11
7.6.7 Etablering av kommandosentral	11
8 Første året etter full klinisk drift	12
9 Organisering av samordna plan.....	12

10	Rapportering for samordna plan	12
11	Risikostyring	12
12	Kostnadmessige konsekvenser	13
13	Kommunikasjon.....	13
14	Overordnede milepæler samordna plan	13

1 Innledning

AIO-prosjektet består av nytt Akuttmottak, Intensiv, Operasjon og Sterilsentral, i nytt bygg på vestsiden av Ålesund sjukehus, og nødvendige ombygginger i eksisterende bygningsmasse. Samordna plan er en prosjektplan etablert for å sikre trygg overgang mellom utbygging og drift av AIO. I tillegg vil en omforent plan mellom aktørene kunne bidra til at perioden med redusert aktivitet i HMR før, og etter ibruktakelse reduseres. I samordna plan beskrives aktivitetene som skal gjennomføres før, under og etter innflytting AIO. I samordna plan inkluderes funksjonene som skal etableres i nytt bygg, samt Akutt24 som skal etableres i eksisterende bygningsmasse. Ibruktakelse av andre ombygde areal i sykehuset håndteres utenfor dette planverket selv om det er en del av AIO-prosjektet.

1.1 Bakgrunn

For at HMR skal kunne ta i bruk AIO for pasientbehandling er det en rekke forutsetninger som må være på plass. Dette krever en planlagt og koordinert prosess mellom flere aktører. Ferdigstillelse, testing av bygg og installasjoner har entreprenører og utbyggingsorganisasjonen ansvaret for, mens HMR og utviklingsorganisasjonen har ansvaret for rekkefølge av innflytting av funksjoner, tilpasse prosedyrer og driftsrutiner, opplæring av ansatte som skal jobbe i nye areal, samt den praktiske flytteprosessen.

AIO vil medføre nye driftskonsepter. For å lykkes med drift må det gjennomføres et betydelig organisasjonsutviklingsarbeid. Dette arbeidet er godt i gang i HMR, men er ikke en del av samordna plan og vil derfor ikke omtales nærmere i dette dokumentet.

Formålet med dokumentet er å beskrive de ulike aktørene og HMR sitt arbeid i perioden fra oppstart ferdigstillelse til gjennomført innflytting og full drift i det nye bygget.

Dette dokumentet beskriver aktiviteter og prosesser som må gjennomføres før pasientbehandlingen i AIO-arealene kan starte opp. I tillegg vil dokumentet beskrive de ulike aktørenes ansvarsforhold før, under og etter ibruktakelse av AIO.

1.2 Begrep

Begrep	Forklaring
AIO	Akutt Intensiv Operasjon
AIO-prosjektet	Nytt bygg og ombygginger i eksisterende bygningsmasse
Byggherre	Helse Møre og Romsdal HF, utøvet av utbyggingsorganisasjonen AIO på vegne av HMR
SB	Sykehusbygg
Eierskifte	Formell overlevering av lokaler fra Sykehusbygg til HMR. Ved eierskifte overtar HMR formelt driftsansvaret og disposisjonsrett til lokalene
dRofus	Programvare- og databaseverktøy for byggebransjen
Hemit	Helse Midt-Norge IT, kontraktspartner AV og IKT-utstyr
HMR	Helse Møre og Romsdal HF
HP	Helseplattformen, Helse Midt-Norges plattform for EPJ og andre systemer i sykehus og kommunehelsetjeneste
Integrerte systemtester	Samlebetegnelse på et sett med tester i regi av entreprenør og utbyggingsorganisasjonen i sluttfasen for å trinnvis verifisere leveranser og funksjoner i nye areal
Klinisk driftssimulering	HMR sin testing av funksjonalitet og sikkerhet for pasientbehandling med simulering av behandlingssituasjoner

MTU	Medisinsk teknisk utstyr
Samordna plan	Plan for å sikre vellykket ibruktaking av AIO Ålesund sjukehus
Slutfase	Siste fase før overtakelse av bygg fra entreprenør til Sykehusbygg
AIO prosjekt-organisasjonen (utbyggings- og utviklingsorganisasjon)	Prosjektorganisasjonen som er etablert for å gjennomføre prosjektet på vegne av HMR. Består av en utbyggingsorganisasjon (Sykehusbygg) og en utviklingsorganisasjon (HMR). Utbyggingsorganisasjonen rapporterer til et prosjektstyre som er gitt mandat av HMR.
Spesialrom	Benevnelse på rom med spesielle kvalitetskrav, som luftsmitteisolat, sterilsentral, operasjonsstuer, mfl.
OU	Organisasjonsutvikling

2 Hva er Samordna plan

Samordna plan er en plan som inneholder overordnede aktiviteter og milepæler som må gjennomføres for å sikre en vellykket ibruktaking av AIO.

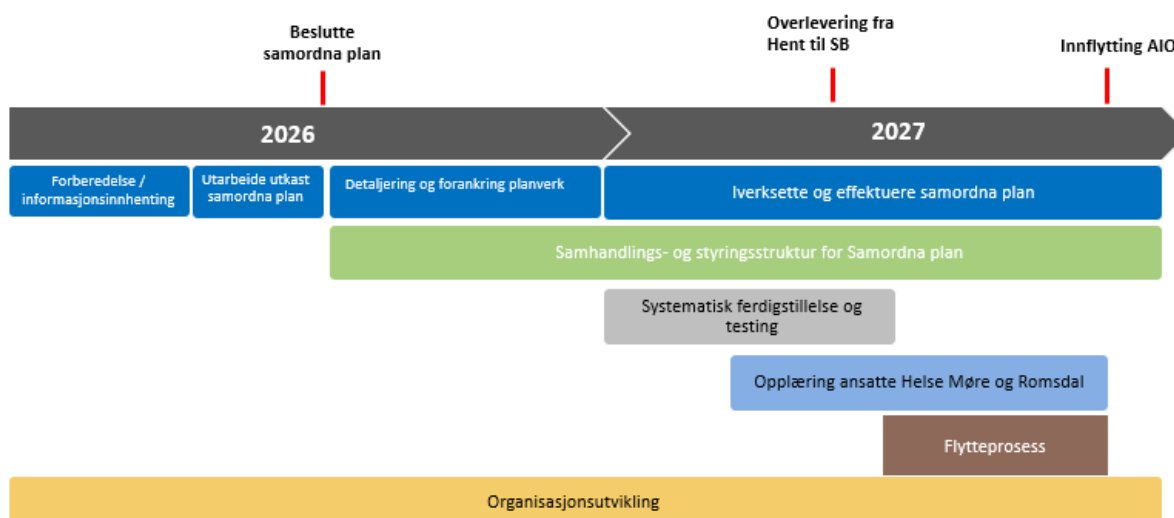
AIO utviklingsorganisasjonen har ansvaret for å etablere og vedlikeholde Samordna plan. Samordna plan vil ha fokus på de viktigste aktivitetene og vil fungere som et overordnet styringsverktøy, hvor den enkelte aktør rapporterer på sine aktiviteter. Planen skal ha målbare aktiviteter som forutsetning for rapportering.

3 Premisser for samordna plan

For å redusere risiko i forbindelse med overgang til drift, gjennomføres trinnvis innflytting av funksjonene i nytt AIO-bygg.

Planverket skal sikre en kontrollert prosess for ferdigstilling, opplæring av ansatte i HMR, overlevering, eierskifte og teknisk drift av bygg, tekniske anlegg, utstyr og IKT.

4 Overordna framdrift samordna plan



5 Aktører og ansvar

5.1 Generelt aktørbilde

Arbeidet med bygget vil i slutfasen bli ledet av totalentreprenør med oppfølging av utbyggingsorganisasjonen fra Sykehusbygg. I tillegg til ressurser fra AIO utbyggingsprosjektet vil utviklingsorganisasjonen, HMR og Hemit inngå som sentrale aktører i arbeidet.

AIO utbyggingsprosjektet har ansvar for bygg og drift av tekniske systemer fram til eierskiftet eller overtagelse i samsvar med prinsippene beskrevet i dette dokumentet.

5.2 Sykehusbygg - roller og ansvar

AIO utbyggingsorganisasjonen har før eierskiftet følgende ansvar:

- Påse at totalentreprenør etablerer planer for, og gjennomfører integrerte systemtester
- Planlegging og gjennomføring av eierskifte
- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser (felles for alle aktører)
- Bistår etter eierskifte med oppgaver etter nærmere avtaler med HMR

5.3 HMR - roller og ansvar

Utviklingsorganisasjonen har det samla ansvaret for koordinering av samordna plan. I tillegg har utviklingsorganisasjonen følgende hovedansvar:

- Utarbeide opplæringsplan
- Utarbeide flytteplaner
- Utarbeide underlag for brukerkonfigurasjon av ulike system og bistå i konfigurering
- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser (felles for alle aktører)

HMR har følgende hovedansvar:

- Utarbeide beredskapsplaner
- Utarbeide interne driftsprosedyrer (medisinske og driftstekniske)
- Utarbeide og følge opp søknader om sertifisering, akkreditering og godkjenning/verifisering av areal og utstyr
- Gjennomføre den praktiske flyttingen
- Gjennomføre opplæring etter planverk
- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser (felles for alle aktører)

5.4 Hemit roller og ansvar

Hemit er både driftsleverandør av IKT for AIO samt leverandør av IKT-løsningene. Hemit sitt hovedansvar er:

- Leveranse av nye plattformtjenester i tide til planlagte AIO aktiviteter (iht. plan for Innflytting)
- Bidra til planlegging og gjennomføring av integrerte systemtester for IKT
- Planlegge og etablere et støtteapparat ifm testing og innflytting, med tilgang til nødvendige logger, trace og overvåkingsrapporter fra plattformtjenestene

- Gjennomføre nødvendig opplæring innenfor sitt leveranseområde iht. gjeldende opplæringsplan for AIO
- Etablere infrastrukturmiljø (utvikling/test/ stage/ produksjon, der antall miljø vil avhenge av den enkelte leveranse) for å kunne installere og drifte IKT leveransene
- Klargjøre IKT-løsninger for AIO (migrere/ nye grunndata)
- Plan for overtagelse av Eierskifte og drift av IKT løsninger levert av HMR til Hemit drift og forvaltning

For å etablere en helhetlig IKT løsning for AIO, er det etablert to parallelle prosjekter i tillegg til Hemit IKT AIO sine leveranser; Innføring av telefoni og meldingstjeneste ved eksisterende sykehus, samt at tilpasninger i programvare, inkludert Helseplattformen, vil kjøres som eget prosjekt. Disse leveransene styres av HMR IKT.

6 Plan for trinnvis klinisk drift

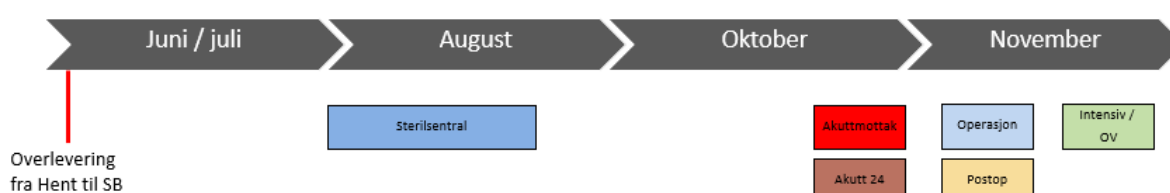
6.1 Innledning

Trinnvis innflytting vil redusere kompleksiteten i flytteprosessen ved at funksjoner flytter inn i nytt areal på ulike tidspunkt.

En forutsetning for trinnvis klinisk drift er at funksjonsområder og tekniske system skal være ferdig installert, testet og utprøvd så langt det lar seg gjøre i et bygg uten klinisk virksomhet. For pasienter og ansatte skal områdene framstå så langt som mulig som et ferdig bygg.

Utviklingsorganisasjonen har utarbeidet en plan for trinnvis innflytting i AIO. Planen er forankret i HMR med ledere for de aktuelle funksjonene som skal flytte.

Overordnet plan for trinnvis innflytting, 2027.



6.2 Forutsetninger for trinnvis klinisk drift

Følgende forutsetninger må være oppfylt før et område kan tas i bruk til klinisk drift:

- Funksjonsområder og tekniske systemer skal være ferdig installert, testet og utprøvd. Dette innebærer integrerte tester av tekniske anlegg og funksjoner, samt kliniske driftssimuleringer. I gjennomføringen av kliniske driftssimuleringer simulerer HMR ordinær drift i området inkludert tekniske system, IKT-løsninger og funksjonsutstyr.
- Avhengigheter mellom sykehusfunksjoner (seksjoner) og ferdigstilling av funksjonsarealer i hhv. nybygg og i ombyggingsarealer i eksisterende bygg, må være koordinert for å ivareta sikker ibruktagelse.
- Midlertidig brukstillatelse eller søknad om ferdigattest skal være godkjent av Ålesund kommune.

- Eierskifte for aktuelle områder i akuttstjukehuset skal være gjennomført før klinisk drift.
- Beredskapsfunksjoner for sykehusdrift og bygg er ivaretatt gjennom nye og tilpassede prosedyrer.
- Utarbeidet interne driftsprosedyrer for de aktuelle områdene.
- Gjennomført risikovurderinger for aktuelle områder.
- Alt medisinteknisk utstyr skal kontrolleres ved mottak iht. gjeldende krav.
- Opplæring av ansatte må være gjennomført og dokumentert.

6.3 Tidspunkt for innflytting av funksjoner

Basert på AIO prosjektet sin framdriftsplan og tilbakemeldinger fra fagområdene og ledere i HMR tas de ulike arealene i bruk som vist i tabell under.

Funksjon	Dato flytting
Sterilsentralen	Uke 31-33 (02.08.27)
Akuttmottak	Uke 43 (25.10.27)
Akutt24	Uke 43 (25.10.27)
Operasjon	Uke 45 (08.11.27)
Postoperativ	Uke 45 (08.11.27)
Intensiv/overvåkning	Uke 47 (22.11.27)

Mindre justeringer av datoer for innflytting kan skje i den videre detaljeringen av planen.

6.4 Beredskapsfunksjoner

HMR må sikre at alle beredskapsfunksjoner for sykehusdrift og bygg er ivaretatt med prosedyrer som er tilpasset trinnvis innflytting AIO. Dette inkluderer både beredskap i forhold til pasientbehandling, varsling og håndtering av akutte hendelser som brann med mer.

7 Aktiviteter i Samordna plan

Dette kapitlet beskriver hovedaktivitetene i Samordna plan i perioden fra ca. ett år før en funksjon flytter i AIO-prosjektet.

7.1 Opplæring

Utviklingsorganisasjonen har ansvar for å utarbeide en helhetlig opplæringsplan som dekker alle opplæringsbehov for ansatte i HMR i forbindelse med ibruktakelse av AIO. Planen skal inneholde tidfestede aktiviteter og inkludere utarbeidelse av seksjonsspesifikke opplæringsplaner. Disse skal foreligge omtrent seks måneder før aktuell seksjon eller fagområde flytter inn.

Driftspersonell (teknisk og medisinsk-teknisk) vil starte opplæring på et tidligere tidspunkt. Denne opplæringen omfatter nye tekniske systemer og utstyr i bygget. Opplæringen vil planlegges i samarbeid med totalentreprenør og leverandører av de ulike systemene og utstyret.

Opplæringen av klinisk personell vil starte med nettbaserte forberedelser, som gjennomgang av nye og reviderte prosedyrer, teori rundt brannvern og informasjon om funksjonalitet i nye romtyper. Resterende opplæring vil være praktisk rettet og vil i hovedsak foregå i det nye bygget. Dette inkluderer både gjennomgang av ny funksjonalitet, romtyper og driftsprinsipper samt case/scenariotreninger i nye arealer.

Uke 37 til 39 (13.09-01.10. 2027) er satt av til tverrfaglig simulering.

HMR har ansvar for gjennomføring av samlet opplæring og eventuell sertifisering.

Oppsummert skal opplæring omfatte:

- Opplæring av teknisk driftspersonell
- Opplæring av superbrukere i funksjonsområder, systemer og utstyr. Dette gjelder både teknisk/medisinsk-teknisk driftspersonell og klinisk personell
- Opplæring/ sertifisering av ansatte

7.2 Utplassering av utstyr (MTU, IKT og inventar)

I løpet av første halvår 2027 vil nytt løst IKT-utstyr, MTU og inventar blir utplassert og installert. Noe utstyr må være utplassert før gjennomføring av integrerte systemtester og verifisering.

HMR har ansvar for overflytting av gjenbruksutstyr fra eksisterende lokaler til nye areal i AIO. Plan for flytting av bygg- og installasjonspåvirkende utstyr vil utarbeides i samarbeid mellom AIO-prosjektet og HMR.

Plan for utplassering av utstyr må detaljkoordineres med planer for integrerte systemtester, verifisering, opplæring og trinnsvis klinisk ibruktaking og eierskifte.

Integrerte systemer innebærer å teste at flere tekniske systemer fungerer som planlagt sammen, for eksempel at heiser og dører oppfører seg som planlagt når brannalarm utløses.

Hensikten er å simulere ordinær drift av de tekniske systemene i bygget. Dette for å sikre at teknisk infrastruktur og utstyr fungerer i samspill som forutsatt, og at kapasitet, stabilitet og funksjonalitet er tilfredsstillende.

Integrerte systemtester planlegges, organiseres og gjennomføres av entreprenøren. Hver test vil bli konkret beskrevet i henhold til den beskrevne funksjonen det enkelte system skal innfri.

HMR med teknisk personell deltar i integrerte systemtester etter nærmere avtale, og er en viktig del av opplæringen for personell i Klinik for drift og eiendom.

7.3 Validering

Med validering menes en prosess der man som del av bygging og ferdigstilling evaluerer og dokumenterer samsvar mellom spesifiserte krav og prosjekterte løsninger, det som er bygget og det som settes i drift slik at kvalitet på det som fremstilles/ produseres blir som planlagt. Eventuelle avvik registreres, korrigeres og resultatet dokumenteres på nytt.

Spesialrom (rene rom og luftsmitteisolater) skal valideres. Valideringsprosessen forutsetter stabile driftsforhold både på tekniske anlegg samt på romklimatiske forhold.

AIO-prosjektet utarbeider plan for valideringsprosessen samt beskrivelse av krav til tekniske systemer og romklima.

7.4 Eierskifte

Ved eierskifte overtar HMR de aktuelle lokalene formelt. Det vil si at HMR fra dette tidspunkt er juridisk eier av arealene og har ansvar for å drifte og forsikre lokalene. HMR får også da disposisjonsrett til lokalene slik at disse kan klargjøres for klinisk drift.

I forkant av eierskifte skal det gjennomføres eierskiftetbefaringer i samsvar med avtalt prosedyre. Ved gjennomføring av befaringsene skal bygget være ferdig bygd og byggetekniske system skal være ferdig testet. Arealene vil i noen tilfeller ikke være ferdig møblert og utstyrt.

Grunnlaget for registrering av mangler og skader under besiktigelsene vil være en kontroll, rom for rom, mot bestilling fra funksjonsprosjektet, romfunksjonsprogram og utstyrsliste (utskrevet fra dRofus). Verktøyet Omega365 benyttes til oppfølging av denne typen mangler og skader.

Mangler og skader under besiktigelsen skal som hovedregel utbedres før arealet tas i bruk av HMR. Det lages en egen prosedyre for gjennomføring av eierskifte.

7.5 Plan for flytting

Utviklingsorganisasjonen har ansvar for å utarbeide plan for den fysiske flyttingen. HMR skal utarbeide planer for nedtrapping av aktivitet i forkant av flytting og tilsvarende plan for gradvis opptrapping av aktivitet etter innflytting.

7.6 Driftsoppgaver og ansvar i flyttefasen

7.6.1 Bygg

Utbyggingsorganisasjonen overtar arealer / tekniske anlegg etter hvert som kontraktsarbeidene er avsluttet og godkjent. Utbyggingsorganisasjonen har ansvar for utbedring av nye feil, renhold og vedlikehold fram til eierskifte. Etter eierskifte overtar HMR ansvar for renhold og drift, mens utbyggingsorganisasjonen fortsatt har ansvar for utbedring av feil og mangler definert ved eierskifte.

7.6.2 Teknikk

Alle tekniske anlegg skal være i full drift og ferdig testet uten vesentlige feil og mangler før ordinær klinisk ibruktaking. AIO har i sine kontrakter innenfor teknikk kontrahert ytelser for å bistå nødvendig drift fram til overtagelse av de respektive kontraktsarbeidene.

Fra eierskifte vil HMR ha ansvar for drift samt service og vedlikehold. Klinik for drift og eiendom må i god tid før eierskifte utarbeide rutiner for ivaretagelse av servicer og garantier i nye arealer. Grad av service og vedlikehold for de ulike anleggene kan avropes gjennom opsjoner i kontraktene eller avklares med leverandør av de tekniske anleggene. Dette må være klart i god tid før eierskifte.

7.6.3 IKT

IKT i nye areal leveres, driftes og forvaltes hovedsakelig av Hemit, der regionale standarder for drift følges. I tillegg er det leveranser fra Telenor (5G) og DSB (Nødnett innendørs), samt en del grensesnitt/integrasjoner mellom IKT og tekniske leverandører/MTU.

IKT-prosjektet vil i hovedsak overlevere prosjektets leveranser til Hemit sin driftsorganisasjon før HMR skal flytte inn i bygget. For mange løsninger vil det være et delt driftsansvar mellom HMR,

leverandører og Hemit. Dette gjelder spesielt de mange grensesnittene som vil realiseres gjennom prosjektet innenfor MTU og allmenn teknikk i bygget. Her vil IKT-prosjektet ta initiativ til at det blir etablert ansvarsmatriser som beskriver og avklarer ansvarsforholdene mellom partene og hvilke prosesser som skal følges i driften.

Etter overtagelsen av bygget vil HMR, som en del av eierskiftet, ha ansvar for drift samt service og vedlikehold av de tekniske anleggene og det medisinsktekniske utstyret. HMR må i god tid før dette tidspunktet ha bemannet egen driftsorganisasjon samt gjort avrop på nødvendige service- og vedlikeholdsytelser. Der de ulike løsningene skal driftes gjennom et delt ansvar er det viktig at det er god sammenheng mellom de avtalene som inngås for service og vedlikehold og det tjenestenivå som forventes fra Hemit innenfor det samme området.

IKT-prosjektet vil ha driftsansvar for de enkelte IKT leveranser/løsninger/tjenester frem til de er overlevert til Hemit sin driftsorganisasjon. I god tid før man går inn i produksjonsfase vil løsningene overleveres til Hemit sin driftsorganisasjon. Klargjøring og verifisering av leveransene vil hovedsakelig skje i produksjonsmiljø, så lenge leveransen ikke er tatt i operativ bruk. Etter at IKT leveransen er tatt i (tidlig) bruk vil det normalt være behov for å verifisere oppgradering i separate testmiljø eller stage (pre-produksjon) miljø for de løsningene som har høye krav til tilgjengelighet, slik at operativ drift ikke påvirkes. Hvordan dette skal organiseres må gjennomgås og planlegges i detalj for den enkelte leveranse. For flere leveranser vil det ikke være økonomisk eller teknisk hensiktsmessig å etablere alternative miljø for verifisering, og produksjonsmiljø må da benyttes også ved oppgradering. IKT-prosjektet vil etablere testmiljø for sine leveranser der dette kreves iht. Hemits regionale driftsrutiner og avtalte SLA-nivå, dersom dette ikke allerede er etablert.

7.6.4 Utstyr

For utstyr skjer overtaking etter godkjent mottakskontroll. HMR må sette av ressurser til igangkjøring/innkjøring av medisinskteknisk utstyr i forkant av klinisk ibruktaking. Opplæring av ansatte i HMR som skal bruke det nye utstyret inngår i alle kontrakter. Dette vil kreve ressurser av HMR og vil inngå i opplæringsplan for alle ansatte som skal jobbe i nye areal.

7.6.5 Teknisk driftsråd

Etter at arealer er tatt i bruk for klinisk virksomhet eller valideringsprosesser, er det viktig at aktiviteter som kan medføre nedetid på tekniske anlegg og IKT planlegges og koordineres mellom HMR og AIO prosjektet. For å ivareta slik koordinering etableres det et teknisk driftsråd bestående av personell fra HMR og AIO prosjektet.

7.6.6 Feilrettinger og endringer

Totalentreprenøren har ansvar for å etablere et system for effektiv og rask utbedring av feil og mangler slik at den kliniske virksomheten i minst mulig grad blir påvirket av dette.

7.6.7 Etablering av kommandosentral

Det skal etableres en kommandosentral som bemannes av HMR, AIO- prosjektet, Hemit og Helseplattformen. HMR skal organisere og lede kommandosentralen. Hensikten er å samordne håndteringen av hendelser og iverksette korrigerende tiltak og ivareta informasjon internt og eksternt. Kommandosentralen skal være bemannet og tilpasset den kliniske driften som flyttes inn.

8 Første året etter full klinisk drift

Befaring for å følge opp eventuelle reklamasjoner vil foregå 12 måneder etter eierskifte av delområdet. Dette er HMR sitt ansvar og vil innebære oppfølging av:

- Reklamasjoner mot entreprenører
- Reklamasjoner mot utstyrsleverandører
- Utbedring av avdekkede feil og mangler i forbindelse med eierskiftebefaringer

9 Organisering av samordna plan

Organisering og oppfølging av arbeidet med samordna plan skjer gjennom etablering av en operativ- og strategisk styringsgruppe.

Operativ styringsgruppe skal koordinere arbeidet og rapportere på status Samordna plan. Hovedfokus vil være:

- Fremdrift
- Utfordringer i gjennomføring av arbeidet
- Utkvittering av oppnådde milepæler
- Ta initiativ til eventuelle tiltak for å komme på plan

Operativ styringsgruppe består av personell fra utbyggings- og utviklingsorganisasjonen og rapporterer til strategisk styringsgruppa.

Det er etablert en Strategisk styringsgruppe for Samordna plan. Gruppa har det overordna ansvaret for at planverket følges, og har mandat til å gjennomføre nødvendige tiltak ved avvik fra planverket.

Strategisk styringsgruppe består av ledelsespersonell fra utbyggingsorganisasjonen, utviklingsorganisasjonen og HMR.

10 Rapportering for samordna plan

Alle aktørene i samordna plan skal rapportere på status for egne aktiviteter basert på egne planverk. Det utarbeides felles mal for rapportering.

Samordna plan skal være fast punkt i månedsrapporteringen fra AIO prosjektet til HMR. HMR vil rapportere på status samordna plan i statusrapportene til styret i HMR.

11 Risikostyring

Det gjennomføres en overordnet ROS-analyse for prosessen med utarbeidelse, implementering og gjennomføring av Samordna plan.

I gjennomføringsfasen for Samordna plan gjennomføres det ROS analyser for å kartlegge risiko i forbindelse med flytteprosess og drift av AIO. Tema i ROS analysene vil være:

- Pasientsikkerhet
- Driftsstabilitet tekniske anlegg og IKT
- Opplæring

- Driftsforberedelser
- Valideringsprosesser
- Eksterne forhold
- Beredskapsplan

ROS analysene vil gjennomføres i regi av AIO prosjektet der aktuelle aktører deltar. Resultatene registreres i AIO prosjektet sin risikomatrix og følges opp i samordna plan.

12 Kostnadmessige konsekvenser

Hovedprinsippet for kostnadsdeling av aktiviteter i slutfasen er at hver enkelt aktør er ansvarlig for alle kostnader knyttet til egne aktiviteter og ressurser.

13 Kommunikasjon

Det utarbeides en egen kommunikasjonsplan for arbeidet med Samordna plan. Her vil interne og eksterne kommunikasjonstiltak utarbeides og gjennomføres.

14 Overordnede milepæler samordna plan

Milepæl	Beskrivelse	Dato
M1	Samordna plan besluttet i HMR	17.06.26
M3	Areal AIO overtatt av SB	01.06.27
M4	Alle funksjon flyttet og i drift	26.11.27

PROTOKOLL

År 2026, den 11. juni, ble det avholdt drøftingsmøte mellom Helse Møre og Romsdal og foretakstillitsvalgte fra organisasjonene. Møtet ble gjennomført med hjemmel i Arbeidsmiljølovens § 8-2 og Hovedavtalenes §§ 30 og 31.

Sak til drøfting er:

Styresak saksnummer: 73/26 Samordna plan AIO-akutt, intensiv og operasjon Ålesund sjukehus.

For Helse Møre og Romsdal HF:

Adm.dir	Olav Lødemel
HR-direktør	Kjetil Lundberg
HR-rådgiver	Tor Rune Aarø

Fra Organisasjonene:

Norsk Sykepleierforbund	Foretakstillitsvalgt	Anette Lekve
Fagforbundet	Kst. FTV	Elisabeth Kirkholm
Den norske Legeforening, overlegeforeningen	Vara FTV	Even Bakøy
Den norske Legeforening, Yngre legers forening	Foretakstillitsvalgt	Hilde Østnor
Norsk Psykologforening	Foretakstillitsvalgt	Siri Næs
Delta	Foretakstillitsvalgt	Evy Størvik
Den norske Jordmorforening	Foretakstillitsvalgt	Bodil Ljones
NITO	Foretakstillitsvalgt	Evy K.L. Skjong
Norsk Ergoterapeutforbund	Foretakstillitsvalgt	Helene Botterli

Også tilstede:

Fra vernetjenesten	Foretaksverneombud	Inger Ann S. Kjerstad
--------------------	--------------------	-----------------------

Bakgrunn:

Administrerende direktør presenterte saken

Organisasjonenes syn, med tilslutning fra vernetjenesten:

Det legges fram et grundig og godt planverk som omfatter seksjoner tilhørende AIO bygget, samt Akutt 24. Det er positivt at man her har nyttegjort seg erfaringer fra SNR-prosjektet. Organisasjonene og vernetjenesten oppfordrer AIO prosjektet til videre dialog med andre samarbeidende seksjoner ved Ålesund sjukehus, relatert til opplæringsbehov og behov for endringer i rutiner og retningslinjer som utløses av flyttingen inn i AIO bygget. █

For Helse Møre og Romsdal HF:

Olav Lødemel (sign.)

Kjetil Lundberg (sign.)

Tor Rune Aarø (sign.)

For organisasjonene:

Anette Lekve (sign.)

Elisabeth Kirkholm (sign.)

Even Bakøy (sign.)

Hilde Østnor (Sign)

Siri Næs (sign.)

Evy Storvik (sign.)

Bodil Ljones (sign.)

Evy K.L. Skjong (sign.)

Helene Botterli (sign.)

Arkivreferanse: 2026/4889
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Klinikksjef Lars Erik
Sjømæling

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
74/26	17.06.2026	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Ambulansestructur 2026–2027. Forslag til omstillingstiltak

Vedlegg

- 1 Sak 74-26 - vedlegg 1 - Innsparingstiltak Båt - og bilambulansetjenesten HMR samt høringssvar
- 2 Sak 74-26 - vedlegg 2 - Uttalelse frå ansatte berørte stasjonar
- 3 Sak 74-26 - vedlegg 3 - Drøftingsprotokoll Ambulansestructur 2026-2027. Forslag til omstillingstiltak

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Møre og Romsdal tek utgreiinga, høyringsinnspela og administrerande direktør si vurdering til orientering.
2. Styret gir administrerande direktør fullmakt til å gjennomføre følgjande tiltak:
 - a. Fjerning av dagbil i Kristiansund
 - b. Samanslåing av Aukra og Midsund som beredskapsområde
 - c. Redusert nattberedskap i Ulstein
 - d. Samanslåing av seksjon Ørskog/Haram med lokalisering til Stette
 - e. Etablering av ein-reddar-ressurs i Geiranger (sesongbasert)
 - f. Etablering av ein-reddar-ressurs på Harøy
 - g. Etablering av ein-reddar-ressurs i Midsund
 - h. Etablering av ekstra sjuketransporteining i Molde
 - i. Etablering av sjuketransporteining i Ulstein
3. Styret legg til grunn at nødvendige kompenserande tiltak (e-i) skal vere etablerte før omstillingstiltaka (a-d) blir sette i verk. Gjennomføringa skal skje i dialog med aktuelle kommunar, tillitsvalte og vernetenesta.
4. Styret understrekar at den samla prehospitale beredskapen skal vere forsvarleg, og ber administrerande direktør følgje utviklinga tett.

5. Styret ber om ei orientering på gjennomføring og status i november 2026.

Ålesund, 12.10.2026

Olav Lødemel
adm. direktør

Formål med styresaka

Saka følgjer opp vedtak i styret i Helse Møre og Romsdal 17.12.2025 (sak 114/2025 «Budsjett HMR 2026»), der Klinikkk for prehospitale tenester fekk i oppdrag å greie ut og foreslå innsparingstiltak tilsvarande kostnaden av to døgnambulansar, berekna til 20 millionar kroner.

Bakgrunn

Spesialisthelsetenesta har ansvar for ambulanse- og akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus, i samhandling med kommunale tenester og andre naudetatar. God koordinering mellom nivåa er avgjerande for ein samanhengande beredskap.

Ambulansetenesta i Møre og Romsdal opererer i eit geografisk krevjande område med store avstandar, spreidd busetnad og betydeleg transportbehov. Dei seinare åra har tenesta hatt:

- færre oppdrag
- auka kompleksitet i pasientoppdrag
- auka omfang av vurderingsoppdrag
- auka krav til kompetanse og kapasitet

Samla gir dette eit høgt ressursbehov, samstundes som dei økonomiske rammene har blitt trongare. Dette medfører ei utfordring i å balansere kapasitet, kvalitet og tilgjengelege ressursar.

Oppdraget inneber både å organisere ambulansetenesta innanfor nye driftsrammer og å avgrense negative konsekvensar for tenesta og befolkninga. Dette krev fagleg forankra og balanserte vurderingar. Nasjonale føringar om styrkt totalberedskap og totalforsvar forsterkar behovet for målretta tiltak.

Arbeidet er følgt opp løpande. I HMR sitt styremøte 25.02.2026 blei det gitt ei munnleg orientering om status i utgreiinga, inkludert førebelse analysar og problemstillingar.

Prosess

Arbeidet starta alt i november 2025 i avdeling for båt- og bilambulansetenesta. Det blei først gjennomført av seksjonsleiarar frå ulike delar av fylket: Nordmøre, Romsdal, Nordre Sunnmøre og Søre Sunnmøre.

Proessen blei utvida etter styrevedtaket i desember 2025 og organisert som eit breitt samansett arbeid med deltaking frå kommunar, tillitsvalde, verneteneste, relevante fagmiljø og regionalt nivå, for å sikre god involvering og forankring. Arbeidsgruppa har gjennomført analysar, drøftingar og laga ein rapport.

Vurderingane i rapporten byggjer på analysar av aktivitetsdata, responstider, geografiske forhold og operative rammevilkår, samt påverknadsfaktorar som vêr, infrastruktur og logistikk.

Arbeidet er gjennomført innanfor rammene av dagens gjeldande organisering i HMR. Det er ikkje sett på eventuelle framtidige strukturelle endringar i HMR.

Rapporten «Utgreiing av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetenesta i HMR», som er eit sentralt grunnlag for vidare prioriteringar, blei levert frå arbeidsgruppa i april 2026.

Analysane omfattar:

- 30 ambulansestasjonar
- 42 ambulansebilar
- ambulansebåttenesta med tre døgnressursar og éin reservebåt

Beslutningsgrunnlaget byggjer på:

- analysar av aktivitet og oppdragsmønster
- vurdering av kapasitet og ressursutnytting
- risiko- og sårbarheitsvurderingar
- geografiske forhold
- regionale og lokale avhengigheiter
- gjennomførbarheit, inkludert responstid, bemanning, infrastruktur og logistikk

Tiltak som er vurderte som fagleg uforsvarlege er ikkje tekne med vidare, men er dokumenterte i rapporten.

Rapporten blei sendt på høyring til kommunane 30. april med frist 1. juni 2026. Formålet var å få innspel på føresetnader, lokale forhold, risiko og sårbarheit og konsekvensar. Det har kome mange innspel som viser ulike behov, krav og uro, samt positive tilbakemeldingar på involvering og kunnskapsgrunnlag. Ein viser til vedlegg i styresaka der samtlege høyringsinnspel er vedlagde.

Arbeidsgruppa si vurdering

Ambulansetilbodet er ein viktig del av ei samanhengande akuttmedisinsk kjede. Endringar i eitt område påverkar beredskapen i andre delar. Effekten vil difor ikkje vere isolert for berre eitt område.

Sårbarheita blir særleg påverka av geografi, vær og samtidige hendingar. Pågåande omstillingar i HMR kan også påverke gjennomføringsevne og arbeidsbelastning.

Analysane må sjåast i lys av nasjonale føringar som vektlegg styrka beredskap. Dette understrekar behovet for balanse mellom ei forsvarleg teneste og økonomi.

Føreslegne tiltak (sjå vedtakspunkt 2) omfattar reduksjonar i delar av ambulansetilbodet kombinert med kompenserande løysingar, og arbeidsgruppa står samla bak dei føreslegne tiltaka. Gjennomføringa vil variere i tid og kompleksitet.

Dei føreslegne tiltaka gir meir tilpassa bruk av dei samla ressursane. Auka bruk av differensierte løysingar som ein-reddar og styrka sjuketransport opprettheld tilgjenge, samstundes som innsatsen blir retta mot meir akutte oppdrag. Samling og omdisponering av ressursane gir meir fleksibilitet og betre bruk av fagkompetansen i tenesta.

Det er identifisert risiko knytt til pasienttryggleik, responstid og operativ evne, og på same måte moglege konsekvensar med auka responstid, auka ventetid, større avhengigheit av luftambulanse og meir belastning på ressursane. Arbeidsgruppa ser difor kompenserande tiltak som viktige for å redusere konsekvensane av den føreslåtte omstillinga.

Tiltaka byggjer på historiske data og kan bli påverka av endringar i busetnad, praksis og behov, samt av eventuelle framtidige strukturelle endringar i HMR. Dette medfører noko usikkerheit knytt til innsparingseffekt og tidspunkt for denne.

Konklusjon

Tiltaka er fagleg grunngevrne og gjennomførbare med tanke på å oppretthalde ein forsvarleg prehospital beredskap, forutsett at nødvendige kompenserrande tiltak er etablert før gjennomføring. Tiltaka vil bidra til nødvendig økonomisk tilpassing i Klinikk for prehospitale tenester.

Det er noko usikkerheit knytt til samla gevinst. Full effekt kjem først i 2027, og innsparinga vil ikkje nødvendigvis bli nådd fullt ut.

Administrasjonen vil følge opp effekt og konsekvensar og komme tilbake til styret med status på seinhausten 2026.

Administrerrande direktør si vurdering

Administrerrande direktør vil understreke at dette er ei krevjande sak som rører ved eit tenestetilbod som er viktig for både tilsette og innbyggjarar. Det er forståeleg at forslaga skapar engasjement og uro.

Arbeidsgruppa har gjort eit grundig og godt arbeid. Utgreiinga er fagleg solid og breitt forankra, og den gir eit godt grunnlag for nødvendige prioriteringar. Tilbakemelding både frå fleire kommunar og interkommunale råd er at det har vore god involvering i prosessen.

Føretaket står i ein situasjon med behov for betydeleg økonomisk omstilling. Dei føreslegne tiltaka representerer krevjande, men nødvendige grep for å bringe drifta i balanse. Etter administrerrande direktør si vurdering legg tiltaka til rette for at ein framleis kan oppretthalde ei fagleg forsvarleg ambulanseteneste, føresett at kompenserrande tiltak blir etablerte.

Tiltaka inneber ein meir målretta bruk av ressursane mot dei mest kritiske og tidsensitive oppdraga, med fokus på tilgjenge på førsteinnsatsen, samstundes som ein søker å ivareta eit desentralisert og tilgjengeleg tilbod. Klinikk for prehospitale tenester har god erfaring med alternative tilbod som bruk av sjuketransporteiningar (kvite bilar) og ambulansar utplassert på øyene, som bemannast med ambulanserpersonell som kjem på oppdrag med ambulansebåt.

Administrerrande direktør vurderer samla at tiltaka gir eit forsvarleg nivå på den prehospitale beredskapen, og at dei er nødvendige for å gjennomføre den økonomiske omstillinga føretaket står i. Samtidig må risiko erkjennast, og eventuelle uønska effektar og konsekvensar følgjast tett opp. På dette grunnlaget tilrår administrerrande direktør at føreslegne tiltak blir vedtekne.

Utredning av innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesten

Helse Møre og Romsdal HF

Faglig beslutningsgrunnlag for videre behandling

Dato: april 2026

Utarbeidet av: Tverrfaglig arbeidsgruppe for båt- og bilambulansetjenesten

Oppdragsgiver: Helse Møre og Romsdal HF

Styresak: 114-25

Versjon: Endelig rapport

Innhold

<i>Sammendrag</i>	3
<i>1. Innledning</i>	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Faglige innspill	4
1.3 Formål	5
1.4 Mandat og avgrensning.....	5
<i>2. Metode og kunnskapsgrunnlag</i>	5
2.1 Arbeidsform	5
2.2 Datagrunnlag	5
2.3 Demografiske forhold	6
2.4 Metodisk tilnærming og risikovurdering	7
<i>3. Dagens situasjon</i>	7
3.1 Operative rammer	7
3.2 Ambulansebåt	8
3.3 Fergeavhengighet i ambulansetjenesten	9
3.4 Aktivitetsnivå og oppdragsprofil	9
<i>4. Usikkerhetsvurdering</i>	10
<i>5. Overordnet risikovurdering – konsekvenser for kapasitet og beredskap</i>	11
5.1 Prioriterte pasientgrupper og kommunale konsekvenser	13
<i>6. Grunnlag for vurderte tiltak</i>	13
<i>7. Faglige vurderte tiltak for videre behandling i styret</i>	14
7.1 Fjerning av dagbil i Kristiansund.....	15
7.2 En-redder-ressurs i Geiranger	15
7.3 En-redder-ressurs på Harøy	15
7.4 En-redder-ressurs i Midsund.....	15
7.5 Sammenslåing av Aukra og Midsund som beredskapsområde	16
7.6 Redusert nattberedskap i Ulstein.....	16
7.7 Sammenslåing av seksjon Ørskog/Haram – lokalisering til Stette	16
7.8 Etablering av ekstra syketransportenhet i Molde	16
7.9 Etablering av syketransportenhet i Ulstein (Søre Sunnmøre)	17
<i>8. Videre behandling og oppfølging</i>	17
<i>Vedlegg</i>	17
<i>Referanser</i>	18

Sammendrag

Rapporten er utarbeidet etter oppdrag fra Styresak 114-25 (17.12.2025), som pålegger Klinikk for prehospitale tjenester Helse Møre og Romsdal å identifisere innsparingstiltak tilsvarende to døgnambulanser i løpet av 2026, med et innsparingsbehov på 20 millioner kroner. Arbeidet er gjennomført av en bredt sammensatt arbeidsgruppe med deltakere fra prehospital tjeneste, fagavdelingen, verne- og tillitsvalgte, samt kommunale og regionale samarbeidspartnere.

Rapporten presenterer arbeidsgruppens faglige grunnlag for å identifisere mulige innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten innenfor gjeldende rammer og tilgjengelig kunnskapsgrunnlag. Analysene viser at historiske data alene gir begrenset forutsigbarhet, og at geografi, værforhold og samtidighetskonflikter har stor betydning for faktisk tilgjengelighet og robusthet.

Endringer i kapasitet i ett område kan få konsekvenser for øvrige deler av den akuttmedisinske kjeden, inkludert kommunale tjenester, AMK, legevakt, luftambulansetjenesten og sykehus. Slike ringvirkninger lar seg ikke beregne presist, men må tillegges stor vekt i videre beslutningsprosess.

Arbeidet tar utgangspunkt i prinsippet om riktig hjelp til rett tid, samt kravene til faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Det er lagt vekt på å identifisere nødvendige innsparingstiltak med minst mulig samlet negativ konsekvens for pasienter og tjeneste. Arbeidsgruppen har vurdert et bredt mulighetsrom, men anbefaler kun tiltak som vurderes som faglig forsvarlige å ta videre. Tiltak som innebærer høy risiko, betydelig sårbarhet eller manglende beslutningsgrunnlag er derfor utelatt.

Vurderingene er basert på dagens organisering, tilgjengelige ressurser og faktiske beredskapsnivå. Rapporten er ikke en framtidig dimensjoneringsanalyse, men et faglig beslutningsgrunnlag for prioritering og videre behandling av mulige innsparingstiltak innenfor gjeldende struktur og rammer.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Prehospitale tjenester i Helse Møre og Romsdal har fått i oppdrag å gjennomgå båt- og bilambulansetjenesten for å identifisere mulige innsparingstiltak. Oppdraget er forankret i styresak 114-25 (17.12.2025) og innebærer en reduksjon i kostnader tilsvarende to døgnambulanser i løpet av 2026, med et innsparingskrav på 20 millioner kroner.

Oppdraget gjennomføres i en situasjon med stramme økonomiske rammer. Samtidig stiller nasjonale føringer forventninger til styrket totalberedskap og en robust og sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Eventuelle tiltak må derfor vurderes opp mot kravene i akuttmedisinforskriften til forsvarlighet, tilgjengelighet, kompetanse og samhandling.

Arbeidet er forankret i relevante nasjonale og regionale styringsdokumenter; Meld. St. 23 (2024–2025) Fornye, forsterke og forbedre, NOU 2023: Tid for handling, regjeringens Perspektivmelding og gjeldende akuttmedisinsk fagplan. Arbeidet tar utgangspunkt i prinsippet om et likeverdig, men ikke nødvendigvis likt, akuttmedisinsk tilbud.

Det er allerede gjennomført enkelte innsparinger innen båt og bilambulansetjenesten, blant annet gjennom turnusomstilling på Aure, ikke videreført konstituert leder og forventet tilbakeføring av midler fra opplæringskontoret. Disse inngår i foretakets samlede økonomiske bilde, men ligger ikke til grunn for arbeidsgruppens anbefaling om nye tiltak.

Rapporten omfatter ikke vurdering av legevaktstruktur, luftambulansetjenesten eller større endringer i den akuttmedisinske kjeden utover båt og bilambulansetjenesten.

1.2 Faglige innspill

Rapporten sendes til kommuner og øvrige relevante aktører for innhenting av faglige innspill til vurderingene og de foreslåtte tiltakene som skal behandles i styret. Formålet er å belyse konsekvenser, risiko og forutsetninger knyttet til tiltakene, også lokale forhold og samhandling i den akuttmedisinske kjeden.

Mottatte innspill vil bli sammenstilt og vedlagt rapporten i uendret form, og inngår som en del av beslutningsgrunnlaget for videre behandling i ordinære beslutningsprosesser. Innspillene medfører ikke endringer i rapportens faglige vurderinger eller konklusjoner.

1.3 Formål

Formålet med utredningen er å gi et faglig og kunnskapsbasert grunnlag for videre vurdering av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal.

1.4 Mandat og avgrensning

Arbeidsgruppen har, i tråd med mandat gitt i styresak 114-25, ansvar for å identifisere og vurdere mulige innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten. Arbeidsgruppen har ikke beslutningsmyndighet. Utredningen er avgrenset til tiltak innenfor dagens struktur. Større strukturelle endringer inngår ikke.

2. Metode og kunnskapsgrunnlag

2.1 Arbeidsform

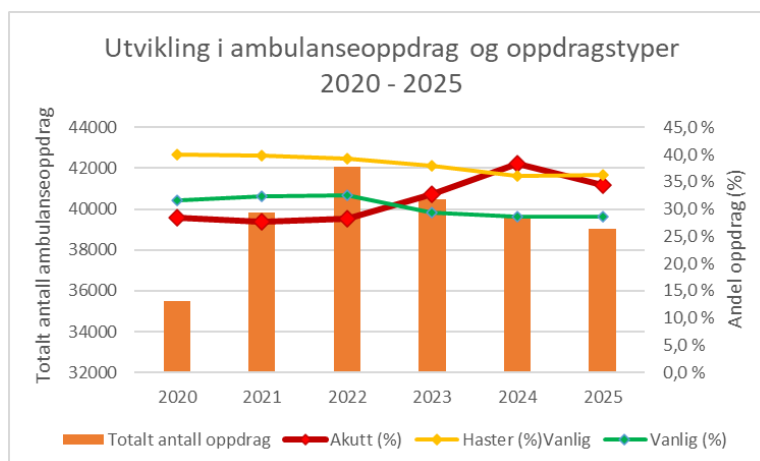
Arbeidet er gjennomført av en tverrfaglig arbeidsgruppe med representanter fra prehospitale tjenester (bil, båt og AMK), luftambulansetjenesten, fagavdelingen, vernetjenesten og tillitsvalgte. I tillegg har kommunale og regionale representanter vært invitert og bidratt i arbeidsgruppen. Fullstendig oversikt over arbeidsgruppens deltakere, med navn og roller, er gitt i vedlegg 1: «*Sammensetning av arbeidsgruppen*».

Det har vært avholdt digitale og fysiske møter der datagrunnlag, analyser og mulige tiltak er gjennomgått og drøftet. Utkast og analyser er delt i felles arbeidsflater for å sikre åpenhet, sporbarhet og kontinuitet i arbeidet. Habilitet er vurdert fortløpende, og det er ikke avdekket forhold som har påvirket vurderingene.

2.2 Datagrunnlag

Datagrunnlaget omfatter aktivitets- og oppdragsdata fra den prehospitale tjenesten, både responstider, transportbelastning og samtidighetsforhold. Registreringene bygger i hovedsak på data som er dokumentert underveis i eller etter gjennomførte oppdrag, og representerer dermed ikke sanntidsdata. Datamaterialet følger gjeldende operativ organisering i avdeling båt- og bilambulanse, og er ikke basert på fylkes- eller regiongrenser. Enkelte kommuner kan derfor være presentert under seksjoner som

avviker fra deres fylkesmessige tilhørighet, i tråd med tjenestens funksjonelle organisering. Datagrunnlaget er supplert med erfaringsbasert kunnskap, også fra tidligere registrerings- og dokumentasjonsarbeid i prehospitale tjenester, nærmere beskrivelser i vedlegg 2 «Datagrunnlag – tall og drøftingsmaterieil».

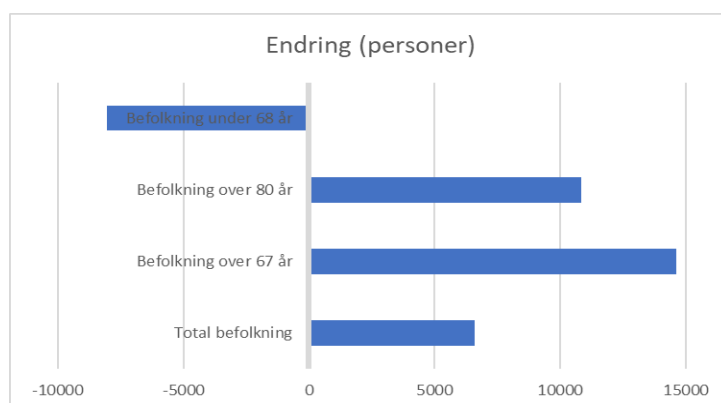


Figur 1: Utvikling i totalt antall ambulanseoppdrag og oppdragstyper i perioden 2020–2025. Oppdragsvolumet er noe redusert, mens andelen akutte og ressurskrevende oppdrag har økt, særlig fra 2022.

2.3 Demografiske forhold

Befolknings- og behovsframskrivninger for Møre og Romsdal viser samlet sett en moderat nedgang i folketallet, samtidig som andelen personer over 80 år forventes å øke betydelig i årene framover. Endringer i alderssammensetningen kan påvirke framtidig etterspørsel etter prehospitale tjenester, særlig knyttet til akutte hendelser, sammensatte sykdomsbilder og økt transportbehov. Disse utviklingstrekkene utgjør et langsiktig premiss for vurdering av framtidig tjenestebehov. Arbeidsgruppen understreker at håndtering av demografiske endringer krever langsiktige og helhetlige prosesser knyttet til framtidig dimensjonering, tjenesteutvikling og samhandling i den akuttmedisinske kjeden.

Forventet demografisk utvikling, helse Møre og Romsdal 2025 – 2040



Figur 2: Forventet befolkningsendring i Helse Møre og Romsdal 2025–2040, med moderat vekst i totalbefolkningen, sterk økning i eldre aldersgrupper og nedgang i befolkningen under 68 år

2.4 Metodisk tilnærming og risikovurdering

Risikoanalysene er gjennomført i tråd med Helse Midt-Norge sitt rammeverk for risikostyring og relevante nasjonale standarder, som NS 5814:2021. Rammeverket er brukt for å identifisere sentrale risikoforhold knyttet til endringer i kapasitet, tilgjengelighet og beredskap, og supplert med kvalitativt faglige vurderinger. For utvalgte tiltak er det gjennomført geografiske analyser (GIS) for å belyse avstander, kjøretider og dekningsområder. Det er ikke gjennomført like omfattende analyser for alle tiltak, basert på en samlet vurdering av datagrunnlag og forventet nytte. Metodikken understøtter helhetlige faglige konklusjoner, og er ikke brukt som et selvstendig beslutningsgrunnlag.

3. Dagens situasjon

3.1 Operative rammer

Båt- og bilambulansetjenesten omfatter 30 ambulansestasjoner, 38 døgnambulanser, 2 dagambulanser, tre ambulansebåter, samt tre syketransportbiler. Tjenesten dekker et geografisk krevende område med store avstander, øy- og fjordstruktur og varierende værforhold. Dette påvirker responstid og tilgjengelighet, og stiller særskilte krav til dimensjonering, samhandling og robusthet i den prehospitale beredskapen.

Ambulansestasjon	Ressurs	Driftstype	Totalbemanning
Aukra	451, 454	Døgn, båt	4 + båt
Aure	311, 316	Døgnbiler	11
Averøy	321	Døgnbil	8
Fræna	331	Døgnbil	8

Geiranger	221	Døgnbil	6
Giske	171	Døgnbil	8
Gjemnes	341, 345	Døgn og tobårebil	12
Haram	181	Døgnbil	8
Harøy	461	Døgnbil	8
Herøy	131	Døgnbil	8
Kristiansund	481, 482, 483	2 døgn – og 1 dagbil	22
Midsund	441	Døgnbil	8
Molde	471, 472	Døgnbiler	16
Neset	361	Døgnbil	8
Norddal	211	Døgnbil	8
Rauma	471, 472	Døgnbiler	16
Sande	121, 124	Døgnbil, båt	8 + båt
Smøla	431, 434	Døgnbil, båt	12
Stranda	231	Døgnbil	8
Sula	151	Døgnbil	8
Sunndal	381, 382	Døgnbiler	16
Surnadal	391, 392	Døgnbiler	16
Syketransport Kristiansund	912	Syketransport	1
Syketransport SNR	913	Syketransport	1
Syketransport Ålesund	911	Syketransport	1,2
Sykkylven	241	Døgnbil	8
Tingvoll	411	Døgnbil	8
Ulstein	141, 142	Døgnbiler	16
Vanylven	111	Døgnbil	8
Vestnes	421	Døgnbil	8
Volda	251, 252	Døgnbiler	16
Ørskog	191	Døgnbil	8
Ålesund	161, 162	Døgnbiler	16

Figur 3: Oversikt over ambulansestasjoner, ressurser, driftsstruktur og bemanning

Den geografiske fordelingen av ressurser gir betydelige lokale forskjeller i oppdragsmengde, transportavstander og samtidighetsutfordringer. Disse forskjellene danner et viktig utgangspunkt for foreslåtte innsparingstiltak.

3.2 Ambulansebåt

Ambulansebåt er en sentral del av den akuttmedisinske beredskapen i områder uten fastlandsforbindelse. Tilgjengelighet og framkommelighet påvirkes av vær- og sjøforhold samt geografiske avstander, og dette kan i perioder gi økt responstid og redusert operativ fleksibilitet. Ved krevende forhold stilles det økte krav til koordinering og prioritering av oppdrag, samt samhandling mellom ambulansebåt, landbaserte ressurser og luftambulansetjenesten. Ambulansebåt inngår dermed som en integrert, men samtidig sårbar del av den samlede beredskapen.

3.3 Fergeavhengighet i ambulansetjenesten

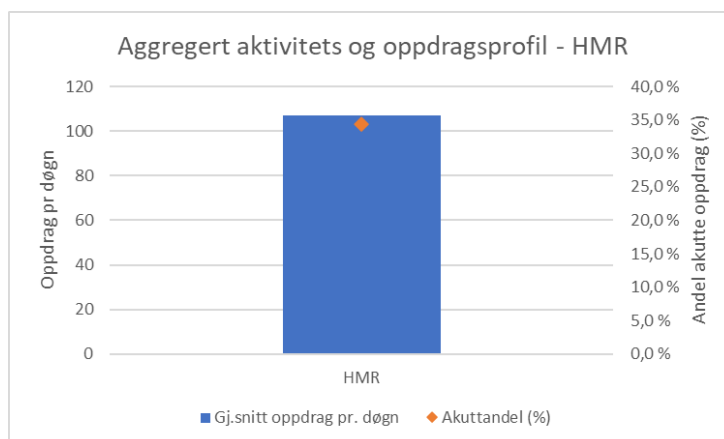
I deler av tjenesteområdet er ambulansetjenesten helt eller delvis avhengig av ferge som del av transportkjeden. Avhengighet av rutegående ferger og beredskapsferger innebærer operative begrensninger sammenliknet med landbasert transport, særlig knyttet til responstid, kapasitet og fleksibilitet ved samtidige hendelser.

Som vist i vedlegg 2, punkt 1.5, har en betydelig andel av befolkningen i Helse Møre og Romsdal fergeavhengighet til ulike destinasjoner i den akuttmedisinske kjeden. Dette gjelder både transport til akuttmottak i helseforetaket og til andre sentrale funksjoner, og innebærer at fergeforbindelser inngår som en kritisk del av de operative transportforutsetningene i flere områder. Fergeavhengighet kan forsterke konsekvensene av kapasitetsendringer i ambulansetjenesten, særlig i natt- og helgeperioder, ved avvik i fergetilbudet og ved samtidige hendelser. Dette utgjør en viktig rammebetingelse for vurdering av beredskap, tilgjengelighet og operativ robusthet i berørte områder.

3.4 Aktivitetsnivå og oppdragsprofil

Aggregerte data viser at ambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal samlet sett håndterer om lag 107 ambulanseoppdrag per døgn, med en akuttandel på rundt 34 % (figur 4). Dette gir et overordnet bilde av aktivitetsnivå og oppdragskompleksitet på systemnivå. Aktiv tid og fordeling per stasjon er nærmere beskrevet i pkt. 5.3 i vedlegg 2.

Bak dette gjennomsnittet varierer imidlertid aktivitetsnivået betydelig mellom områder og gjennom døgnet, jf. vedlegg 3. «*Døgnprofiler*» Flere baser har perioder med lav oppdragsmengde, mens andre har jevn eller høy belastning. Det forekommer også perioder med høy samtidighet, noe som kan redusere tilgjengelig beredskap. Endringer i oppdragsprofil påvirker dermed tilgjengeligheten av ambulanseressurser og stiller økte krav til samhandling og kompetanse.



Figur 4: Aggregert aktivitets- og oppdragsprofil for ambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal, med om lag 107 oppdrag per døgn og en akuttandel på rundt 34 %.

4. Usikkerhetsvurdering

Det er knyttet usikkerhet både til datagrunnlaget og til de faktiske konsekvensene av mulige innsparingstiltak. Arbeidet bygger i hovedsak på historiske aktivitetsdata, som gir et godt bilde av tidligere belastning, men som har begrenset evne til å forutsi framtidige variasjoner i oppdragsmengde, samtidige hendelser og endrede behov.

Datagrunnlaget baserer seg på registreringer gjort underveis i eller etter gjennomførte oppdrag og representerer dermed ikke sanntidsdata. Datakvaliteten kan påvirkes av operativ situasjon og variasjoner i registreringspraksis. Videre er geografiske analyser gjennomført for utvalgte tiltak, men ikke for alle, noe som medfører ulik detaljeringsgrad og begrenser direkte sammenliknbarhet mellom tiltakene.

Regionens geografi, med øy- og fjordstruktur samt krevende vær- og føreforhold, påvirker både tilgjengelighet og faktisk responstid. For enkelte områder kan forhold som stengte samband, redusert framkommelighet og samtidige hendelser medføre perioder med lavere operativ beredskap enn det historiske data alene gir grunnlag for å beskrive.

Endringer i ressursdisponering i ett område kan få konsekvenser for øvrige deler av den akuttmedisinske kjeden. Økt belastning på gjenværende ressurser kan påvirke arbeidsbelastning, responstid og operativ robusthet i kommunale tjenester, AMK, legevakt, luftambulansetjenesten og sykehus. Slike samlede virkninger lar seg i begrenset grad tallfeste presist på forhånd, særlig ved samtidige hendelser og

varierende operative forutsetninger, og er derfor vurdert på et overordnet og kvalitativt nivå.

Befolknings- og behovsframskrivninger bygger på tilgjengelige prognoser og kjente utviklingstrekk. Den faktiske utviklingen kan avvike som følge av endringer i bosettingsmønster, tjenesteorganisering og medisinsk praksis, og bidrar dermed til usikkerhet knyttet til framtidig aktivitets- og transportbehov.

Parallelt med vurderte innsparingstiltak pågår det, og kan komme, omstillingsprosesser i foretaket. Slike prosesser kan medføre endringer i organisering, arbeidsformer og ressursbruk som er vanskelige å forutse i tid og omfang. Samtidige omstillinger kan påvirke gjennomføringsevne, arbeidsbelastning og samhandling mellom tjenester, og kan i perioder redusere operativ robusthet. Dette bidrar til økt usikkerhet knyttet til de samlede konsekvensene av tiltakene.

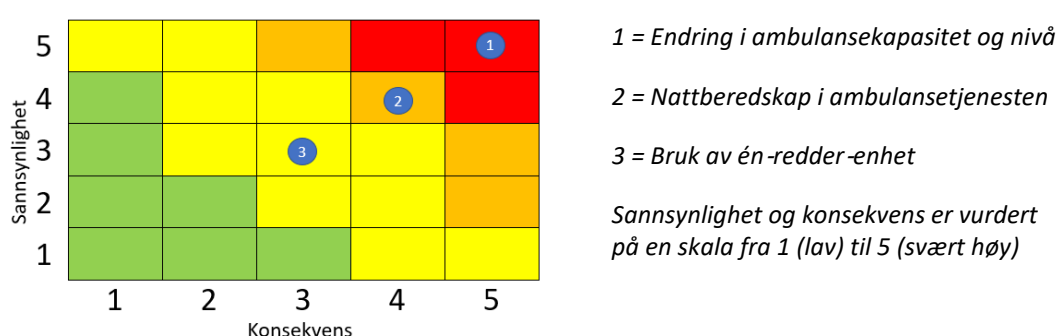
Endringer i prehospital struktur kan videre medføre forskyvning av oppgaver, belastning og kostnader mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden. Ambulansetjenesten, kommunale tjenester, legevakt, AMK, luftambulansetjenesten og sykehus utgjør gjensidig avhengige deler av et samlet system. Konsekvenser av kapasitetsendringer vil derfor ikke være isolerte, og økt belastning eller behov ett sted kan gi følgeeffekter andre steder i kjeden. Slike virkninger kan være både faglige, operative og økonomiske, og vil kunne oppleves ulikt mellom kommuner og helseforetak. Arbeidsgruppen vurderer at eventuelle kostnads- og ressursmessige konsekvenser må belyses helhetlig og nyansert, og forutsetter videre behandling i egne prosesser i samarbeid mellom partene.

5. Overordnet risikovurdering – konsekvenser for kapasitet og beredskap

Analysene viser at risiko ved foreslåtte innsparingstiltak i hovedsak knytter seg til pasientsikkerhet, responstid og tjenestens samlede operative evne. Risikoen er særlig knyttet til situasjoner med samtidige hendelser, krevende geografiske forhold og begrenset tilgang på alternative ressurser.

Figuren viser en overordnet risikomatrix basert på vurdering av sannsynlighet og konsekvens for tre identifiserte risikoelementer. Plasseringen reflekterer en samlet faglig vurdering av konsekvenser innen pasientsikkerhet, drift/tjenesteproduksjon, tillit/omdømme, samhandling, HMS og merarbeid, samt hvor ofte situasjonene vurderes å kunne oppstå. Nummereringen i figuren viser til de tre risikoelementene som er beskrevet nærmere i vedlegg 4 «ROS - Innsparingstiltak Båt og Bilambulansetjenesten».

Figur.5



Risikonivået varierer betydelig mellom ulike deler av regionen. Områder preget av øy- og fjordstruktur, lange avstander, værutsatte samband og lav bemanning framstår som særlig sårbare ved endringer i kapasitet. I slike områder kan selv mindre reduksjoner i tilgjengelige ressurser få vesentlige konsekvenser for responstid og operativ beredskap.

Aktivitetsanalysene viser samtidig betydelige forskjeller i belastning og oppdragsprofil mellom områdene. Områder med høy aktivitet og stor andel akutte oppdrag har økt ressursbinding, særlig i ettermiddags- og kveldsperioder, noe som reduserer tilgjengelig beredskap og bidrar til ulike risikoprofiler i regionen.

For enkelte tiltak kan kompensierende løsninger bidra til å redusere risiko, forutsatt at disse er realistiske og kan opprettholdes over tid. I andre tilfeller kan risikoen ikke håndteres innenfor dagens rammer, særlig i områder med betydelige geografiske og beredskapsmessige utfordringer.

5.1 Prioriterte pasientgrupper og kommunale konsekvenser

Helsefellesskapet er forpliktet til å prioritere definerte pasientgrupper: skrøpelige eldre, pasienter med sammensatte og omfattende behov, personer med psykiske lidelser og rusproblematikk, samt kvinner i svangerskap, fødsel og barseltid. Endringer i prehospital tilgjengelighet, responstid og transportkapasitet kan ha ulik betydning for disse gruppene.

I denne utredningen er konsekvenser for prioriterte pasientgrupper og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten vurdert på et overordnet nivå, basert på tilgjengelige data, faglig erfaring og samlet risikobilde. Det er ikke gjennomført tiltaks- eller kommunevise analyser av hvordan foreslåtte endringer kan påvirke kommunale tjenester som legevakt, fastleger, hjemmetjeneste, sykehjem og kommunale øyeblikkelig-hjelp-plasser.

Eventuelle virkninger for kommunene vil kunne variere betydelig mellom områder og vil avhenge av lokale forhold, eksisterende beredskap og etablerte samhandlingsløsninger. Spørsmål knyttet til mer detaljerte konsekvenser for prioriterte pasientgrupper og kommunale tjenester forutsettes håndtert gjennom videre beslutningsprosesser, dialog med kommunene og eventuelle kompenserende tiltak.

6. Grunnlag for vurderte tiltak

Arbeidsgruppen har gjennomgått et bredt spekter av mulige innsparingstiltak innen båt- og bilambulansetjenesten. Arbeidet er forankret i analyser av aktivitet, kapasitet, risiko og samhandling, slik disse er beskrevet i rapporten og tilhørende vedlegg. Målet har vært å identifisere tiltak som gir et forsvarlig grunnlag for videre behandling, innenfor gjeldende krav til pasientsikkerhet og beredskap.

Tiltakenes egnethet varierer mellom ulike deler av regionen. Dette innebærer at tiltak som kan vurderes å være forsvarlige ett sted, kan gi økt risiko et annet sted. Arbeidet er derfor gjennomført med vekt på lokale forhold og samlet belastning i tjenesten.

I vurderingen av hvilke tiltak som foreslås for videre behandling, har arbeidsgruppen lagt særlig vekt på følgende hensyn:

- konsekvenser for pasientsikkerhet og operativ beredskap
- risiko for økt responstid og samtidighetskonflikter
- geografiske og lokale forutsetninger
- samhandling i den akuttmedisinske kjeden
- konsekvenser for arbeidsbelastning og tilgang på kompetent personell

Flere av de foreslåtte tiltakene innebærer endringer i beredskapsløsninger som ble etablert på bakgrunn av daværende behov og forutsetninger. Endringer i aktivitetsmønster, ressursstruktur, samhandling og tilgjengelig erfaring gir grunnlag for å se disse tiltakene i lys av dagens situasjon. For enkelte tiltak foreligger det nå erfarings- og aktivitetsdata fra faktisk drift, som styrker grunnlaget for å vurdere behov, effekt og forholdsmessighet. Arbeidet tar utgangspunkt i dagens kunnskap, dagens organisering og det samlede beredskapsbildet slik dette faktisk fungerer i dag, innenfor gjeldende krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet. Tidligere beslutninger inngår som en del av beslutningsgrunnlaget, men er ikke gjenstand for ny vurdering i seg selv.

Tiltak som samlet sett anses å innebære uakseptabel risiko, eller som mangler tilstrekkelig faglig grunnlag, er ikke foreslått tatt videre. Der kompensierende tiltak inngår som forutsetning, er det lagt til grunn at disse må være realistiske og kunne opprettholdes over tid. På dette grunnlaget er det utarbeidet en samla oversikt beskrevet i vedlegg 5 «*Vurdering av tiltak – Nordmøre, Romsdal, Nordre Sunnmøre, Indre Sunnmøre og Søre Sunnmøre*». Oversikten viser hvilke tiltak arbeidsgruppen mener det er faglig grunnlag for å vurdere videre, samt hvilke tiltak som ikke foreslås videreført, og danner grunnlag for styrets videre behandling og beslutning.

7. Faglige vurderte tiltak for videre behandling i styret

De tiltakene som er beskrevet nedenfor, bygger på det samlede faglige grunnlaget som presenteres i rapporten med tilhørende vedlegg. Tiltakene er utarbeidet som forslag til

videre behandling, med ulik grad av modenhet. For hvert tiltak er arbeidsgruppens samla faglige vurdering og konklusjon redegjort for i tilhørende vedlegg. Enkelte tiltak forutsetter ytterligere avklaringer før eventuell gjennomføring. Konsekvenser for arbeidsbelastning, arbeidsmiljø og rekruttering er vurdert på et overordnet nivå, og forutsettes ivarettatt gjennom ordinære prosesser dersom tiltak besluttet iverksett.

7.1 Fjerning av dagbil i Kristiansund

Anslått innsparing: 6 mill. kroner

Arbeidsgruppen har vurdert avvikling av dagbil ressursen i Kristiansund. Vurderingen bygger på analysert aktivitetsmønster etter oppstart av SNR, samt gjennomførte risiko- og transportanalyser. Samlet sett menes gjenværende kapasitet å være tilstrekkelig innenfor dagens beredskapsmodell, forutsatt justert disponering og prioritering gjennom AMK.

7.2 En-redder-ressurs i Geiranger

Anslått innsparing: 2,5 mill. kroner

Alternative beredskapsløsninger i Geiranger er gjennomgått. Full avvikling av ambulansetjenesten er vurdert som lite forenlig med krav til forsvarlighet, blant annet på grunn av betydelig økt responstid og høy risiko ved akutte hendelser, særlig i perioder med stor sesongbasert belastning. En en-redder-løsning vurderes å gi bedre samsvar mellom beredskapsbehov og ressursbruk.

7.3 En-redder-ressurs på Harøy

Anslått innsparing: 4,5 mill. kroner

For Harøy er ulike alternativ for ambulansetjenesten belyst. En-redder-ressurs fremstår som et alternativ som kan sikre lokal tilgjengelighet og raskt prehospital innsats. Full avvikling av ambulanseressursen er vurdert å medføre lange responstider fra alternative ressurser og gir etter arbeidsgruppens vurdering økt risiko.

7.4 En-redder-ressurs i Midsund

Anslått innsparing: 4,5 mill. kroner

I Midsund er det gjort en faglig gjennomgang av beredskapsalternativer. Full avvikling av ambulanseressursen vurderes å ha uforholdsmessige konsekvenser, blant annet

knyttet til fergeavhengighet, lange responstider og begrenset tilgang på alternative ressurser. En en-redder-løsning fremstår som et mer balansert alternativ. Tiltaket forutsetter samarbeid med kommunen om nødvendig infrastruktur.

7.5 Sammenslåing av Aukra og Midsund som beredskapsområde

Anslått innsparing: Avklares

Arbeidsgruppen har sett nærmere på muligheten for en felles ambulanseberedskap for Aukra og Midsund. En slik modell er vurdert å kunne gi bedre samlet ressursutnyttelse, men forutsetter etablering av en ekstra ressurs i Molde-området i form av syketransport for å håndtere økt oppdragsmengde og transportbelastning.

7.6 Redusert nattberedskap i Ulstein

Anslått innsparing: 1,0 mill. kroner

Nattberedskapen i Ulstein er gjennomgått med utgangspunkt i aktivitetstall, samtidighetsbelastning og tilgjengelig regional kapasitet. En reduksjon i nattberedskapen vurderes å kunne gjennomføres innenfor dagens struktur. Full avvikling av døgnressursen er ikke lagt til grunn på nåværende tidspunkt.

7.7 Sammenslåing av seksjon Ørskog/Haram – lokalisering til Stette

Anslått innsparing: 1,5 mill. kroner

Arbeidsgruppen har gjennomgått dagens organisering av ambulanseressursene i Ørskog og Haram. En sammenslåing til en seksjon er vurdert å kunne bidra til økt robusthet, mer effektiv ressursutnyttelse og styrking av fagmiljøet i området Stor-Ålesund. Eventuell lokalisering til Stette er belyst som et langsiktig alternativ.

7.8 Etablering av ekstra syketransportenhet i Molde

Merutgift: Avhenger av modell

Behovet for økt syketransportkapasitet i Molde-området er vurdert i lys av høy aktivitet og betydelig samtidighetsbelastning. En ekstra syketransportenhet fremstår som et tiltak som kan avlaste ambulanser for planlagte transporter, og inngår som en forutsetning for flere av de øvrige tiltakene i regionen.

7.9 Etablering av syketransportenhet i Ulstein (Søre Sunnmøre)

Merutgift: Avhenger av modell

Etablering av syketransportressurs på søre Sunnmøre er belyst som et mulig tiltak for å avlaste døgnambulanser. Tiltaket vurderes å kunne bidra til mer hensiktsmessig oppgaveløsning, redusert samtidighetsbelastning og økt robusthet i den akuttmedisinske beredskapen.

8. Videre behandling og oppfølging

Rapporten utgjør det samlede faglige grunnlaget for videre behandling i foretakets ordinære beslutningsprosesser. Mandatet for arbeidet har vært å identifisere innsparingstiltak tilsvarende 20 mill. kroner. De foreslåtte tiltakene i rapporten utgjør samlet sett om lag 20 mill. kroner. I tillegg foreligger tidligere gjennomførte tiltak med helårsvirkning på om lag 3,5 mill. kroner. Samlet gir dette et økonomisk handlingsrom i tråd med mandatet, forutsatt at tiltakene vurderes og gjennomføres i sammenheng.

Flere av de foreslåtte tiltakene forutsetter nærmere avklaringer, valg av gjennomføringsmodell, lokale tilpasninger og eventuelle kompenserende løsninger. Endelig realisering av innsparingseffekt vil derfor avhenge av videre beslutninger og konkretisering i linjen. Eventuelle beslutninger om gjennomføring forutsetter planlagt oppfølging, med nødvendige risikoreduserende tiltak og løpende evaluering, for å sikre forsvarlig drift, pasientsikkerhet og beredskap over tid. Videre beslutninger om struktur, beredskap og ressursbruk bør ses i sammenheng med langsiktige utviklingstrekk, herunder demografiske endringer, tilgang på kompetanse og økonomiske rammebetingelser, og håndteres gjennom helhetlige og koordinerte prosesser i den akuttmedisinske kjeden

Vedlegg

1. Sammensetning av arbeidsgruppen
2. Datagrunnlag – tall og drøftingsmateriell
3. Døgnprofiler
4. ROS – innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesten

5. Vurdering av tiltak - Nordmøre, Romsdal, Nordre Sunnmøre, Indre Sunnmøre og Søre Sunnmøre
6. *Høringsinnspill (samlet og uendret)*

Referanser

- Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (akuttmedisinforskriften), FOR-2015-03-20-231.
- Meld. St. 31 (2023–2024). Perspektivmeldingen 2024. Finansdepartementet.
- Meld. St. 23 (2024–2025). Fornye, forsterke og forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2023: Tid for handling.
- NS 5814:2021 – Krav til risikovurderinger. Norsk Standard.
- Helse Midt-Norge RHF. Rammeverk for risikostyring.
- Regional Utviklingsplan 2023 -2026 (2022).



Innhold

Formål med vedlegget	2
Overordna tiltak, gjelder hele fylket	2
NORDMØRE	3
1.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter	3
1.1 Avvikling av Aure dagbil (08–16)	4
1.2 Reduksjon av bemanning på ambulansebåt - Mørejenta	6
1.3 Avvikling av dagbil 483 (Kristiansund)	8
1.4 Redusert nattberedskap Kristiansund (en bil natt)	11
1.5 Redusert nattberedskap Sunndal (en bil natt)	13
1.6 Redusert nattberedskap Surnadal (en bil natt)	15
ROMSDAL	17
2.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter	17
2.1 Redusert nattberedskap Molde (en bil natt)	18
2.2 Avvikling av døgnambulans i Midsund	20
2.3 En-redder enhet i Midsund	22
2.4 Sammenslåing av Midsund–Aukra til ett beredskapsområde	25
2.5 Etablering av ekstra syketransportbil i Molde-området	27
2.6 Redusert nattberedskap Rauma (en bil natt)	28
NORDRE - SUNNMØRE	30
3.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter	30
3.1 Redusert nattberedskap Ålesund (en bil natt)	31
3.2 Avvikling av døgnressurs Harøya	33
3.3 En-redder enhet Harøya	36
3.4 Sammenslåing av ambulanseressurser i Ørskog og Haram	38
INDRE SUNNMØRE	40
4.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter	40
4.1 Avvikling av døgnressurs i Geiranger	41
4.2 En-redder enhet i Geiranger	44
SØRE - SUNNMØRE	46
5.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter	46

5.1 Avvikling av døgnressurs i Ulstein	47
5.2 Redusert nattberedskap i Ulstein (en bil natt)	49
5.3 Etablering av syketransportbil i Ulstein.....	52
5.4 Redusert nattberedskap Volda (en bil natt)	53

Formål med vedlegget

Dette vedlegget oppsummerer det faglige grunnlaget for de foreslåtte innsparingstiltakene i ambulansetjenesten. Tiltakene er vurdert hver for seg, med tilhørende risiko, avhengigheter, lokale konsekvenser og aktuelle kompenserende tiltak. Samtidig er vurderingene gjort med forståelse for at ambulansetjenesten fungerer som et sammenhengende system, der endringer i ett område kan påvirke beredskap og kapasitet i andre områder. Kompenserende tiltak er derfor vurdert som en del av helheten, og er av betydning for i hvilken grad de foreslåtte tiltakene anses gjennomførbare. Formålet er å gi et transparent og systematisk beslutningsgrunnlag for videre behandling.

Overordna tiltak, gjelder hele fylket

Overordnede kompenserende tiltak gjelder for hele fylket og beskriver tiltak som skal sikre trygg drift når ressurser reduseres eller belastningen øker. Tiltakene er felles for alle områder og håndterer blant annet samtidig hendelser, værutfordringer og logistikk. Lokale tiltak kommer i tillegg der geografien eller andre forhold krever egne løsninger.

Kategori	Beskrivelse på overordnet nivå
Ressursstyring og logistikk	Tiltak som sikrer god bruk av ressurser og kortest mulig responstid. Omfatter styring av ambulanser og transporter, pasientstrømmer til sykehus, modell for beredskapsutfylling, tiltak for å redusere bindingstid ved ikke-akutte legevakt- og sykehjems transporter, og samarbeid mellom områdene ved samtidighet.
Alternative enheter	Tiltak som gjør at oppdrag kan løses uten ambulanse når det er forsvarlig – f.eks. bruk av syketransportbiler, legevaktbil
Prehospital samhandling	Tiltak som styrker samarbeidet mellom AMK, legevakt og kommunale tjenester, inkludert bruk av videoløsninger og telemedisin for bedre vurdering lokalt, samt forbedret

	samhandling mellom legevakt og sykehus for å avklare når ambulanse er nødvendig ved legevakt–sykehus-transporter.
Førsteinnsats	Tiltak som gir rask hjelp nær hendelsesstedet gjennom First Responder-, brann- og frivillighetsmodeller. Viktig i områder med lang framkjøringstid.
Luftambulansestøtte	Tiltak for å bruke luftambulansen riktig, inkludert kriterier for aktivering og plan ved dårlig vær eller bortfall
Plan for krevende forhold	Tiltak for å håndtere vær, fjordkryssinger, manglende samband og isolasjon. Omfatter også planlagt ressursflytting ved uvær eller stengte veier.
Organisering og struktur	Tiltak som handler om hvordan beredskapen er organisert; justering av responssoner, plassering av stasjoner, håndtering av natt–morgen-overlapp, to-enhetsoppdrag og bruk av legevaktstrukturen.
Systemstyring og kapasitetsforvaltning	Tiltak som skal sikre kvalitet og god drift i tjenesten, som rekvirentoppfølging, sykehusenes transport- og utskrivingsrutiner, kontinuerlig overvåking av aktivitet og bindingstid, samt bruk av risikobaserte bemanningsmodeller for å tilpasse kapasiteten til faktisk oppdragsmengde og belastning.

NORDMØRE

(Kristiansund–Gjemnes–Tingvoll, Smøla–Aure, Sunndal – Surnadal, Averøy)

1.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter

Nordmøre er en geografisk sammensatt region med både øy- og fastlandskommuner, fjordkryssinger og vinterutsatte transportkorridorer. Dette gir varierende forutsetninger for akuttmedisinsk beredskap og påvirker utrykningstid, tilgjengelig kapasitet og muligheten for operativ støtte mellom kommuner. Regionen er samtidig tett sammenkoblet gjennom felles pasient- og transportmønstre, slik at endringer i kapasitet ett sted raskt kan få konsekvenser i andre deler av Nordmøre.

Kristiansund fungerer som et sentralt beredskapsknutepunkt for flere omlandskommuner, med betydelig samhandling både mot Molde og SNR-området. Øykommuner som Aure og Smøla har særskilte utfordringer knyttet til båt- og ferjeavhengighet og begrensede alternative ruter, mens Sunndal og Surnadal er preget av lange avstander, dalføre og perioder med redusert framkommelighet. Luftambulansen utgjør en viktig støtteressurs, men tilgjengeligheten påvirkes av vær- og siktforhold, noe som i perioder øker betydningen av lokale landbaserte ressurser.

Sentrale sårbarhetsfaktorer

- Geografiske avstander og framkommelighet – fjorder, tunneler og dalfører gir varierende utrykningstid.
- Øy- og båtavhengighet – begrensede alternative ruter og værutsatt framføring på Aure og Smøla.
- Vær- og sesongforhold – snø, is, vind, sikt og rasfare påvirker både bil- og lufttransport.
- Luftambulansetilgjengelighet – værmessige begrensninger kan gi økt belastning på landressurser.
- Regionale pasient og transportstrømmer - særlig nord-sør-avhengighet knyttet til SNR-området og Kristiansund.
- Samtidighet og ressursbinding bindingstid – særlig ved topper, natt og langtransporter i Kristiansund, Sunndal og Surnadal.

1.1 Avvikling av Aure dagbil (08–16)

Innsparing

- 2 millioner NOK
- 2 årsverk

Risiko

- Økt belastning på Aure døgnbil (355 oppdrag/149 akutte - 2025).
- Lav backup-tilgjengelighet pga. avstander og fjorder.
- Forlenget responstid i tidsrommet 08–16.
- Redusert lokal håndtering (stor andel løses lokalt).

Regionale avhengigheter

- Smøla nærmeste primær back-up ,1 ferge
- Lang transporttid kan gi perioder uten tilgjengelig ressurs
- Ekstern Hemne blir brukt som ressurs i Aure

Lokal geografisk sårbarhet

- Tunnel- og fjordkryssing uten alternative ruter.
- Stor sårbarhet når døgnbil er på langtransport.
- Avstander til Kristiansund, Tingvoll, Halså og Smøla

Gjennomførbarhet

Aure dagbil hadde i 2025 170 oppdrag, 691 timer i oppdrag og 24 247 km kjørt, tilsvarende 4,1 timer og 143 km per oppdrag. Median på 125 km og 237 minutter viser at oppdragene gjennomgående er lange og ressurskrevende. 35 oppdrag (20,6 %) var akutte, og 11 av disse hadde rød/orange ankomsttriage (31,4 % av akutte, 6,5 % av alle oppdrag). For Aure-311 og Aure-316 er det registrert 579 oppdrag, hvorav 409 på Aure-311 og 170 på Aure-316, med 93 samtidige oppdrag (16,1 %). Av de 11 mest kritiske responsene (rød og orange) for Aure-316 var Aure-311 ledig i 8 tilfeller, men opptatt i 3. Uten Aure-316 ville disse hendelsene sannsynligvis medført økt responstid og forsinket helsehjelp. I Aure er ambulansen fremme innen 35 minutter i 90 % av tilfellene, med en typisk responstid på om lag 22 minutter.

Konklusjon: Uten Aure-316 ville minst 3 hendelser i 2025 sannsynligvis ha medført økt responstid og forsinket helsehjelp for kritiske pasienter. De registrerte 93 samtidige oppdragene viser samtidig et vedvarende behov for parallelle ressurser.

Virksomhetsdata tilsier at bruken av ressursene endres når tilgjengeligheten reduseres, og redusert aktivitet ved bortfall av bilen vil derfor i hovedsak reflektere tilpasning til lavere kapasitet, ikke redusert behov.

Områdespesifikke kompenserende tiltak

Kompenserende tiltak	Reduserer risikoen for....
Tidlig aktivering av Tingvoll/Gjemnes/Averøy for å møte Mørejenta på kai	Forsinket ambulansetilgang ved langvarige oppdrag

Forhåndsposisjonering ved kjente flaskehalser (fjord/tunnel)	Forsinket respons og manglende dekning i sårbare område
Lokale tiltak ved vær- og sambandsbrudd	Lang responstid og manglende dekning i isolerte deler
Styrking av lokale First Responder (FR)/akutthjelperordninger	Forsinket førsteinnsats før ambulanse ankommer

Restrisiko

Videreføring av to ambulanseressurser på dagtid i Aure innebærer noe restrisiko ved samtidige hendelser når begge ressurser er bundet i langvarige oppdrag. Dette kan gi midlertidig redusert lokal tilgjengelighet. Risikoen vurderes som begrenset og håndterbar innenfor dagens struktur, og som klart lavere enn ved avvikling av dagbilen.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen konkluderer med at dagbilen i Aure videreføres. Dette bygger på gjennomgang av virksomhetsdata, registrert samtidighet og områdets geografiske rammebetingelser, som samlet viser et vedvarende behov for parallelle ambulanseressurser på dagtid. Analysene indikerer at eventuell reduksjon i oppdragsvolum ved bortfall av dagbilen i hovedsak vil være et utslag av redusert tilgjengelig kapasitet og endret disponering, og ikke uttrykk for et lavere faktisk behov for ambulanseberedskap. Aures beliggenhet med fjord-, tunnel- og ruteavhengighet gir begrensede muligheter for rask og stabil ekstern bistand. Dette forsterker konsekvensene av kapasitetsreduksjon og gir liten reell erstatningseffekt ved bortfall av dagressursen. Arbeidsgruppen vurderer at fjerning av dagbilen vil svekke beredskapens robusthet og fleksibilitet i dagperioden. Den økonomiske besparelsen ved avvikling vurderes som relativt begrenset og står ikke i rimelig forhold til den økte risikoen for forsinket respons og redusert pasientsikkerhet.

1.2 Reduksjon av bemanning på ambulansebåt - Mørejenta

Innsparing

- *Ca. 3 millioner NOK*
- *3 årsverk*

Risiko

- Redusert utrykningsevne for Smølas primærressurs.

- Smøla (750 oppdrag/år) er 100 % avhengig av båt.
- Værforhold påvirker drift kraftig, redusert bemanning øker sårbarhet.
- Samtidighet når landbil er bundet gir økt risiko.
- Legevakt svekkes uten stabil båtberedskap.

Regionale avhengigheter

- Kristiansund er primær backup, svekkelser der gir umiddelbar risiko.
- Midsund/Aukra/Molde avhengighet kan begrense helikopterbruk.
- Helikopterfallout gir akutt press på Mørejenta.

Lokal geografisk konsekvens

- Ingen alternative ruter inn/ut av øya.
- Store avstander og værutsatt sjøområde.
- Forsinkelse = manglende fremmøte.

Gjennomførbarhet

Ordningen er helt eller delvis særfinansiert, noe som gir begrenset handlingsrom for lokale endringer. Samtidig vil redusert bemanning eller kapasitet gi betydelig økt operativ risiko, særlig fordi Smøla er fullt avhengig av båt som primærressurs, har stor værpåvirkning og mangler reelle alternative løsninger. Regionale avhengigheter og sårbar geografisk situasjon forsterker konsekvensene, og gjør at innsparinger må veies opp mot vesentlig svekket beredskap og pasientsikkerhet.

Områdespesifikke kompenserende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risikoen for....</i>
Tidlig støtte fra Kristiansund ved høy belastning	Manglende tilgjengelighet ved samtidige hendelser
Vær- og sjøtilpasset drift av ambulansebåt	Manglende fremmøte eller forsinkelse i dårlig vær
Robust sambands med redundans løsning tilpassa kyst og hav	Tap av kommunikasjon ved kritiske hendelser
styrking av FR-/akutthjelper- og frivillig innsats på Smøla	Lang responstid og manglende førsteinnsats
Tett samarbeid mellom ambulansebåt, AMK og legevakt	Forsinkede beslutninger og dårlig ressursbruk

Restrisiko

Ambulansebåtberedskapen er sårbar for vær- og sjøforhold og kan ved høy aktivitet få redusert kapasitet ved samtidige hendelser. Denne risikoen vurderes som håndterbar innenfor dagens bemanning og driftsmodell. Ved redusert bemanning vil restrisikoen øke betydelig, da Smøla mangler alternative prehospitale hovedressurser og har begrenset mulighet for rask ekstern forsterkning.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen konkluderer med å videreføre dagens bemanning på Mørejenta. Ambulansebåten har en helt sentral funksjon i den akuttmedisinske beredskapen for Smøla. For øykommunen utgjør båtressursen den primære og bærende prehospitale kapasiteten, og ikke et supplement til annen tilgjengelig beredskap. Arbeidsgruppen vurderer at denne rollen forutsetter kontinuerlig tilgjengelighet og stabil bemanning. En reduksjon i bemanning vil raskt påvirke utrykningsevnen, redusere håndteringsevnen ved samtidige hendelser og øke risikoen for forsinket medisinsk hjelp. Denne risikoen kan ikke avbøtes gjennom landbaserte ambulanser eller regional støtte på en tilstrekkelig robust måte. Det legges videre vekt på at Mørejenta allerede opererer med høy oppdragsbelastning, noe som gir begrenset handlingsrom for ytterligere effektivisering uten direkte konsekvenser for driftssikkerhet og pasientsikkerhet. Samlet vurderer arbeidsgruppen at stabil bemanning på ambulansebåten er en forutsetning for forsvarlig akuttmedisinsk beredskap på Smøla.

1.3 Avvikling av dagbil 483 (Kristiansund)

Innsparing

- Ca. 6 millioner NOK
- 6 årsverk

Risiko

- Økt samtidighetsrisiko (481/482 har 28–30 % belastning).
- Redusert kapasitet for A/B-oppdrag i byområdet.
- Redusert støtte til Tingvoll/Gjemnes/Averøy.
- Økt trykk på 912 og legevaktbil.
- Langtransport til Molde/Trondheim kan gi redusert beredskap i sentrum.

Bygger på forutsetninger fra SNR-oppstart:

- *Kortere transporter skulle avlaste 481/482.*
- *Mer konsentrert akuttpasientstrøm til SNR-området.*
- *483 var opprinnelig en overgangsressurs, ikke en permanent døgnbil.*

Regionale avhengigheter

- Molde kan ikke avlaste ved samtidighet.
- Fræna/Molde sender oppdrag nordover ved egen samtidighet.
- Endringer i Midsund/Aukra påvirker Kristiansunds støtteevne.

Lokal geografisk sårbarhet

- Tingvoll/Gjemnes/Averøy har lange responstider.
- Smal geografi gir umiddelbar risiko ved bortfall av en ressurs.
- Tobårebil i Gjemnes kan ikke fungere som akuttbuffer.

Gjennomførbarhet

Kristiansund dagbil hadde 646 oppdrag i perioden mai til desember 2025, 1 478 timer i oppdrag og 45 446 km kjørt, tilsvarende 2,3 timer og 70 km per oppdrag. Median på 72,5 km og 133 minutter viser at oppdragene gjennomgående er kortere og mindre ressurskrevende enn i Aure. Oppdragene har en høy andel akutt- og hastegrad, med en betydelig andel rød/orange triage. For Kristiansund-481, 482 og 483 er det registrert 206 samtidige oppdrag (30,8 %) hvor begge øvrige biler er opptatt samtidig med Kristiansund-483, noe som innebærer at det i en betydelig andel av oppdragene ikke er tilgjengelig lokal reservekapasitet. Av de 113 mest kritiske responsene (rød og orange) for Kristiansund-483 var både Kristiansund-481 og 482 opptatt i 9 tilfeller. Uten Kristiansund-483 ville disse hendelsene sannsynligvis medført økt responstid og forsinket helsehjelp. I Kristiansund er ambulansen fremme innen 17 minutter i 90 % av tilfellene, med en typisk responstid på om lag 11 minutter.

Konklusjon: Uten Kristiansund-483 ville minst 9 hendelser i 2025 sannsynligvis ha medført økt responstid og forsinket helsehjelp for kritiske pasienter i perioden mai til desember 2025. De registrerte 206 samtidige oppdragene viser samtidig et vedvarende behov for parallelle ressurser. Virksomhetsdata tilsier at bruken av ressursene endres

når tilgjengeligheten reduseres, og redusert aktivitet ved bortfall av bilen vil derfor i hovedsak reflektere tilpasning til lavere kapasitet, ikke redusert behov. Det bemerkes at det ikke er snakk om langvarige forsinkelser, da Kristiansund som bynær tjeneste har flere ressurser som kan bistå.

Områdespesifikke kompensierende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risikoen for....</i>
Lokal prioritering av langtransporter	Svekka akuttberedskap i byområdet
Aktiv nabostøtte fra Tingvoll/Gjemnes/Averøy	Forsinket respons og redusert dekning i randsoner
Taktisk plassering av ambulanser i by og randsoner	Manglende tilgjengelig ambulanse ved samtidige alvorlige oppdrag
Tiltak for håndtering av smal geografi og trafikkårer	Akutt dekningsvikt ved bortfall eller forsinkelse av ambulanse
Videre bruk og styrking av hvit bil som støtte	Unødig bruk av ambulanse på ikke-akutte oppdrag
LV-bil (24/7) brukes til avklaring og igangsetting av behandling i påvente av transportressurs	Forsinka medisinsk vurdering og behandlingsstart ved mangel på tilgjengelig ambulanse

Restrisiko

Avvikling av dagbilen i Kristiansund innebærer noe redusert lokal reserve ved høy aktivitet og samtidige hendelser, og kan gi noe forlenget responstid i enkelte situasjoner. Restrisikoen vurderes som håndterbar og akseptabel innenfor eksisterende beredskapsstruktur, gitt bynær beliggenhet og tilgang på flere nærliggende ressurser. Risikoen vurderes som lavere enn kostnaden ved å videreføre en egen dagressurs.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen samlede vurdering er at dagbilen i Kristiansund kan avvikles. Vurderingen er basert på oppdatert aktivitetsmønster etter etableringen av SNR, samt de opprinnelige forutsetningene for at dagbilen ble innført som en midlertidig løsning. Virksomhetsdata viser at dagbilen i enkelte situasjoner har fungert som buffer ved samtidige og krevende hendelser. Samtidig har Kristiansund et tjenestebilde med kort framføringstid, tett ressurstilgang og gode muligheter for aktiv og fleksibel disponering. Dette gir bedre forutsetninger for å håndtere samtidighet og belastning enn i mer distriktsnære områder. En avvikling av dagbilen vil redusere tilgjengelig reservekapasitet i perioder på dagtid. Arbeidsgruppen vurderer imidlertid at denne

reduksjonen kan håndteres gjennom justert bruk av eksisterende ressurser, videreutviklet samhandling og mer målrettet bruk av støttefunksjoner i det samlede systemet. Samlet sett vurderes både regional effekt og samlet ressursutnyttelse å være bedre ivarettatt uten en egen dagbil i Kristiansund enn ved videreføring av dagens løsning. Tiltaket vurderes derfor som faglig forsvarlig.

1.4 Redusert nattberedskap Kristiansund (en bil natt)

Innsparing

- Ca. 2 millioner NOK.
- Ca 2 årsverk

Risiko

- Samtidighetsrisiko.
- Langtransporter binder ressursene i min. 1–3 timer.
- Forlenga responstider i by og omlandskommuner.
- To-enhetsoppdrag sårbart.
- Økt press på Molde/Averøy/Gjemnes /Tingvoll ved fravær av KS kapasitet.

Regionale avhengigheter

- Molde har begrenset mulighet til støtte ved samtidighet.
- Endringer i Midsund/Aukra påvirker begge regioner.
- KS støtter ofte Tingvoll, Averøy og Gjemnes.

Lokal geografisk sårbarhet

- Kystgeografi med sterk påvirkning av værforhold.
- Lange avstander i omlandet.

Gjennomførbarhet*

**Ikke GIS analyse*

Nattperioden utgjør en betydelig del av den samlede ambulanseaktiviteten og legger stort beslag på tilgjengelige ressurser. I 2025 ble det håndtert 508 ambulanseoppdrag mellom kl. 00.00 og 08.00. Over halvparten av oppdragene hadde akutt hastegrad, og 119 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ankomst. Median oppdragstid var 112 minutter, med en median kjørelengde på 21 kilometer. Samlet ressursbruk i

nattoppdragene utgjorde 990 timer og 26 460 kjørte kilometer. Dette innebærer at ambulanseressursene i stor grad er bundet i aktive oppdrag gjennom natten, med begrenset kapasitet til å håndtere samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av høy aktivitet i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), hvor det i 2025 ble gjennomført 1 220 ambulanseoppdrag. Samlet aktivitet gjennom kveld og natt reduserer tilgjengelighet, utholdenhet og robusthet i nattberedskapen. Selv om Kristiansund har en bymessig struktur med korte avstander, er nærliggende ressurser ofte allerede disponert på egne oppdrag. Endringer i nattberedskapen må derfor vurderes opp mot faktisk tilgjengelig kapasitet, dokumentert samtidighet og reell mulighet for rask forsterkning.

Områdespesifikke kompenserende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risikoen for....</i>
Tidlig nabostøtte fra Molde/Averøy/Tingvoll om natten	Udekkede nattoppdrag ved samtidighet
Taktisk plassering av ambulanser nattestid, også mot øyforbindelser	Forlenget responstid ved akutte hendelser
Lokale vær og sambandstiltak tilpassa nattdrift	Isolasjon og manglende fremmøte ved sambandsbrudd
Forsterkning i helger og perioder med høy nattaktivitet	Midlertidig manglende beredskap

Restrisiko

Dagens nattberedskap i Kristiansund innebærer noe restrisiko knyttet til høy aktivitet og samtidige, langvarige oppdrag som kan gi midlertidig redusert tilgjengelighet. Risikoen vurderes som håndterbar på dagens nivå. En reduksjon i nattberedskapen vil derimot gi betydelig økt sårbarhet og høyere risiko for forsinket respons ved tidskritiske hendelser.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen konkluderer med at nattberedskapen i Kristiansund bør opprettholdes på dagens nivå. Vurderingen tar utgangspunkt i et gjennomgående høyt nattlig oppdragsomfang, betydelig ressursbinding og begrenset tilgang på tilgjengelige reserveenheter i nattperioden. Oppdragsbildet om natten domineres av hendelser med lang varighet og høy kompleksitet, ofte med behov for omfattende innsats og samtidige ressurser. En reduksjon i tilgjengelig nattkapasitet vil derfor raskt påvirke evnen til å håndtere nye hendelser, særlig når parallelle oppdrag krever innsats fra flere enheter.

Selv i et byområde vil alternative ressurser ofte være utilgjengelige når belastningen er høy. Arbeidsgruppen legger videre til grunn at Kristiansund har en sentral funksjon for omkringliggende kommuner som Averøy, Tingvoll og Gjemnes. Endringer i nattberedskapen her vil dermed ikke bare få lokale konsekvenser, men også svekke tilgjengeligheten i et større opptaksområde. Den samlede vurderingen må også ses i lys av anbefalingen om avvikling av dagbilen. En samtidig reduksjon i både dag- og nattkapasitet vil samlet sett innebære en uforholdsmessig reduksjon i beredskapens fleksibilitet og robusthet.

1.5 Redusert nattberedskap Sunndal (en bil natt)

Innsparing

- Ca. 2 mill. NOK
- 2 årsverk

Risiko

- Samtidighet kan gi høy konsekvens pga. avstand og topografi.
- Nattbil borte 1–3 timer ved transport.
- Industri- og trafikkulykker kan kreve minst to enheter (hyppighet?)
- Nettet har høy bindingstid → lav støtte.
- Legevakt stengt etter 16 → økt nattbelastning.

Regionale avhengigheter

- Kapasitetsendring i Kristiansund eller Molde påvirker støttemulighet.

Lokal geografisk sårbarhet

- Lange dalfører, og fjell med rasfare og vinterstengte strekninger.
- Tunneler uten omkjøringsmulighet.
- Langt til sykehus.
- Begrenset ferjedrift om natten.

Gjennomførbarhet*

**Ikke GIS analyse*

Nattberedskapen i Sunndal kjennetegnes av relativt lavt oppdragsvolum, men høy ressursbelastning per oppdrag. I 2025 ble det gjennomført 124 ambulanseoppdrag i

tidsrommet kl. 00.00–08.00. Over halvparten av oppdragene hadde rød hastegrad, og 32 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ambulansens ankomst. Median kjørelenge var 103 kilometer, og median oppdragstid 171 minutter. Samlet tidsbruk i nattoppdragene utgjorde 353 timer, med totalt 11 599 kjørte kilometer. Lange transportavstander og tidskrevende oppdrag medfører at ambulanseressursen ofte er bundet over lengre perioder, med begrenset tilgjengelighet ved nye og samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av høy aktivitet i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), hvor det i 2025 ble gjennomført 429 ambulanseoppdrag. Samlet aktivitet gjennom kveld og natt påvirker både tilgjengelighet og utholdenhet. Sunndal er en distriktsnær stasjon med betydelig avstand til alternative ambulanseressurser. Når ambulanse er opptatt i nattoppdrag, kan området i praksis stå uten umiddelbar beredskap over lengre tid. Kombinasjonen av lange transporter, høy andel tidskritiske oppdrag og begrenset tilgang på nærliggende støtte gir økt risiko for forlenget responstid og gjør den akuttmedisinske beredskapen særlig sårbar.

Områdespesifikke kompenserende tiltak

Kompenserende tiltak	Reduserer risikoen for....
Planlagte alternative ruter ved vinterstengte eller rasutsatte strekninger	Lang forsinkelse til pasient ved dårlig frakommelighet
Tidlig nabostøtte fra Nettet/Oppdal/Sunnadal	Manglende tilgjengelig ambulanse ved samtidige nattoppdrag
Styrking av lokale FR/akutthjelpere/frivillige-ordninger	Forsinket førsteinnsats når ambulanse er opptatt
Lokale vinter-/rasberedskapstiltak for nattdrift	Isolasjon og manglende fremmøte ved uvær eller ras

Restrisiko

Videreføring av nattberedskapen i Sunndal innebærer noe restrisiko knyttet til langvarige oppdrag og begrenset kapasitet ved samtidige hendelser. Dette kan i perioder gi redusert lokal tilgjengelighet. Risikoen vurderes som håndterbar innenfor dagens beredskapsnivå, og som klart lavere enn ved reduksjon eller bortfall av nattressursen.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen legger til grunn at nattberedskapen i Sunndal bør videreføres. Vurderingen tar utgangspunkt i oppdragsprofilen i området, som kjennetegnes av lange

transporter, høy ressursbinding per oppdrag og begrensede muligheter for rask og stabil nabostøtte i nattperioden. Selv med et samlet sett moderat nattvolum gir lange avstander og høy andel tidskritiske hendelser liten operativ buffer ved samtidige oppdrag. Når nattressursen er opptatt, er forsterkende ressurser ofte langt unna, og muligheten for rask tilbakeføring av kapasitet er begrenset. En kapasitetsreduksjon vil derfor raskt få store konsekvenser for tilgjengelighet og responstid. Arbeidsgruppen legger også vekt på at manglende lokal legevakt på kveld og helg øker behovet for tilgjengelig ambulanseressurs om natten. Samlet sett vurderes det at nattberedskapen i Sunndal ikke kan reduseres uten en uforholdsmessig svekkelse av beredskap og pasientsikkerhet.

1.6 Redusert nattberedskap Surnadal (en bil natt)

Innsparing

- Ca 2 mill nok
- Ca. 2 årsverk

Risiko

- Samtidighetsrisiko (13 i 2025).
- Lange transporter binder ressursene.
- Krevende topografi og vinterforhold.
- To-enhetsoppdrag krever dobbel kapasitet.
- Nabostøtte har lang fremkjøringstid.
- Legevakt stengt etter kl. 16 → økt nattvolum.

Regionale avhengigheter

- Kapasitetsendringer i Kristiansund påvirker Surnadal direkte.
- Sunndal ofte bundet → lav støtte.
- Luftambulanse kan være værhindret.
- Pasientstrømmer mot SNR, Orkdal og St. Olav øker transporttid.

Lokal geografisk sårbarhet

- Fjell, is, snø og rasutsatte strekninger.
- Få alternative ruter.

- Stor variasjon i fremkommelighet vinterstid

Gjennomførbarhet*

**Ikke GIS analyse*

Nattberedskapen i Surnadal er i stor grad preget av lange framføringer og oppdrag med høy varighet, noe som gir betydelig ressursbinding også ved et moderat antall nattoppdrag. I 2025 ble det gjennomført 124 ambulanseoppdrag i tidsrommet kl. 00.00–08.00. Av disse var 56 oppdrag tidskritiske (45,2 %), og 28 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ambulansens ankomst. Median kjørelengde var 166 kilometer, og median oppdragstid 187 minutter. Samlet tidsbruk i nattoppdragene var 374 timer, med totalt 14 590 kjørte kilometer. Oppdragenes lengde innebærer at tilgjengelig ambulanseressurs ofte er bundet over lang tid, med begrenset kapasitet til å håndtere nye hendelser dersom disse oppstår parallelt. Denne sårbarheten forsterkes av aktiviteten i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), der det i 2025 ble gjennomført 348 ambulanseoppdrag. Den samlede belastningen gjennom kveld og natt reduserer operativ utholdenhet og gir lite handlingsrom ved samtidighet. Surnadal har betydelig avstand til alternative ambulanseressurser, og lokal beredskap kan derfor i praksis bli stående alene over lengre tidsrom når nattressursen er opptatt. Beredskapen er i enkelte situasjoner avhengig av bistand fra ambulanser i Halså, Heim og Rindal, som ligger utenfor eget opptaksområde. Tilgjengeligheten av disse ressursene kan ikke forutsettes, og AMK har begrensede muligheter til å styre deres disponering. Samlet medfører dette økt sårbarhet ved høyt aktivitetsnivå og samtidige hendelser i nattperioden.

Områdespesifikke kompensierende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risikoen for....</i>
Tidlig nabostøtte fra Sunndal, Rindal og Heim ved høy belastning	Udekkede nattoppdrag ved samtidige hendelser
Styrking av lokale FR/akutthjelpere/frivillige-ressurser i fjord og dalstrøk	Forsinket førsteinnsats når ambulanse er opptatt
Planlagte alternative ruter ved ras og vinterføre	Forsinkelse eller isolasjon ved stengte strekninger
Sesong og vintertilpassede lokale beredskapstiltak	Akutt dekningsvikt i perioder med høy vinterbelastning eller turistaktivitet

Restrisiko

Videreføring av nattberedskapen i Surnadal innebærer noe restrisiko knyttet til samtidige hendelser og langvarig ressursbinding. Dette kan i perioder gi redusert lokal tilgjengelighet. Sammenliknet med alternativet vurderes risikoen som lavere og håndterbar, da reduksjon i nattberedskapen vil øke risikoen for vesentlig forsinket respons uten tilfredsstillende mulighet for rask ekstern forsterkning.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppens samlede vurdering er at nattberedskapen i Surnadal bør videreføres. Vurderingen bygger på lange avstander, høy ressursbinding per oppdrag og begrenset tilgang til stabile reserve- og støtteordninger i nattperioden. Selv ved moderat nattlig aktivitetsnivå gir oppdragsmønsteret liten operativ buffer ved samtidige hendelser. Når nattressursen først er bundet, kan området bli stående uten tilgjengelig ambulanse i lengre perioder, noe som gir betydelige konsekvenser for responstid og pasientsikkerhet. Arbeidsgruppen legger vekt på at geografiske forhold, vinterutfordringer og rute- og sambandsavhengighet forsterker sårbarheten. Manglende legevakt på kveld og helg bidrar ytterligere til belastning på ambulansetjenesten i nattperioden. I tillegg har Surnadal ansvar for jordmor- og følgetjenester, som ofte medfører lange og ressurskrevende nattoppdrag. Samlet vurderes det at nattberedskapen i Surnadal ikke kan baseres på forventning om rask ekstern bistand. En reduksjon i nattberedskapen vil gi en uforholdsmessig økning i risiko for forsinket helsehjelp.

ROMSDAL

(Aukra – Fræna, Molde–Midsund, Rauma–Vestnes)

2.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter

Romsdal har et geografisk variert og tidvis værutsatt beredskapsbilde, der Molde fungerer som det primære knutepunktet. Endringer i Moldes kapasitet får raskt konsekvenser for Midsund, Aukra, Fræna, Rauma og ytre deler av regionen. Området preges av store kontraster, med øysamfunn uten nattlige samband, værutsatte

sjøstrekninger, lange innlandsavstander og fjelloverganger som påvirkes av vinterforhold.

Midsund fremstår som særlig sårbart i perioder med stengt samband og krevende vær, mens Aukra er eksponert for vind og båtavhengig logistikk. Rauma og Vestnes utfordres av topografi, vinterføre og lang transporttid. Den samlede robustheten i Romsdal er tett knyttet til Moldes funksjon, med begrenset rom for overlapper og reservekapasitet ved samtidige hendelser. Luftambulansetjenesten fra Ålesund og Dombås er en viktig støtteressurs, men tilgjengeligheten påvirkes ofte av vær- og siktforhold

Sentrale sårbarhetsfaktorer

- begrenset fremkommelighet i øy- og fjellområder
- væravhengighet i både sjø-, land- og luftbasert fremføring
- lang transporttid og høy bindingstid i deler av regionen
- sterk avhengighet av Moldes kapasitet ved samtidighet

2.1 Redusert nattberedskap Molde (en bil natt)

Innsparing

- Ca. 2 millioner NOK
- 2 årsverk

Risiko

- Høy samtidighets- og aktivitetstopprisiko.
- 1–3 timers bindingstid kan gi reell risiko for 0-beredskap.
- Redusert kapasitet for ytre Romsdal og øyaksen.
- Svekket evne ved to-enhetsoppdrag (traume, vold, barn og psykiatri)

Regionale avhengigheter

- Avhengig av nattlig støtte fra Kristiansund.
- Rauma og Vestnes mister buffer ved samtidighet.

Lokal geografisk sårbarhet

- Ytre Romsdal, Fræna og øyaksen rammes hardest.

Gjennomførbarhet*

**Ikke GIS analyse*

Oppdragsmengden viser høy nattaktivitet og betydelig belastning på ambulanseressursene. I 2025 ble det gjennomført 557 ambulanseoppdrag i tidsrommet kl. 00.00–08.00. Over halvparten av utrykningene hadde akutt hastegrad, og 148 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ambulansens ankomst. Median oppdragstid var 94 minutter, og median kjørelengde 28 kilometer. Samlet ressursbruk i nattoppdragene var 931 timer og 16 862 kjørte kilometer. Det høye volumet og den samlede tidsbruken innebærer at ambulanseressursene i stor grad er bundet gjennom natten, med begrenset handlingsrom ved samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av aktiviteten i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), hvor det i 2025 ble gjennomført 1 126 ambulanseoppdrag. Samlet påvirker dette tilgjengelighet, utholdenhet og robusthet i nattberedskapen. Selv om Molde er et byområde med relativt korte avstander, er nærliggende ambulanser ofte allerede disponert på egne oppdrag. Redusert nattkapasitet kan derfor raskt gi forlenget responstid ved samtidige hendelser. Endringer i beredskap i tilgrensende områder vil også påvirke Molde- og Fræna-regionen. Med om lag 800 årlige ambulanseoppdrag i Aukra og Midsund kan tiltak der medføre økt belastning på ressursene i Molde, særlig om natten. Lange avstander til alternative ressurser, inkludert Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR), forsterker denne sårbarheten. Eventuelle endringer i beredskap bør derfor ses i sammenheng med kompenserende tiltak, som etablering av ekstra dagressurs i Molde.

Områdespesifikke kompenserende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risiko for</i>
Vær og ferjetilpassede beredskapstiltak for øyaksen (Aukra/Midsund)	Isolasjon og uteblitt fremmøte ved kansellerte samband nattestid
Taktisk nattlig posisjonering mot Fræna, ytre Romsdal og øyaksen	Forlenget responstid i kyst- og randsoner
Prioritert styring av kyst og øykorridorer ved høy nattlig aktivitet	Akutt dekningssvikt ved langvarig kystrelaterte oppdrag
Avklarte støtte og ansvarsforhold mot Averøy, Nesset, Gjemnes nattestid	Forsinket eller manglende regional bistand ved samtidige hendelser
Styrking av støttefunksjoner (f.eks. hvit bil)	Unødig bruk av ambulanse på ikke-akutte nattoppdrag

Restrisiko

Videreføring av nattressurs i Molde innebærer perioder med redusert tilgjengelighet ved høy belastning og samtidige hendelser. Restrisikoen vurderes som akseptabel innenfor dagens og anbefalt beredskapsnivå, og som klart lavere enn risikoen ved reduksjon eller bortfall av nattressursen.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen konkluderer med at nattressurs i Molde bør videreføres. Analysen viser at nattberedskapen allerede har begrensede operative marginer, der høy aktivitet og bindingstid gir økt sårbarhet ved samtidige hendelser og reell risiko for redusert tilgjengelighet. Molde har en sentral og systembærende rolle i beredskapen for ytre Romsdal, Fræna og øyaksen. Redusert nattkapasitet vil derfor ikke bare påvirke Molde lokalt, men også få regionale konsekvenser gjennom økt avhengighet av bistand fra Kristiansund og svekket buffer for Rauma og Vestnes ved samtidighet. Arbeidsgruppen legger til grunn at geografi, værforhold og ferjeavhengighet ytterligere forsterker konsekvensene av kapasitetsreduksjon i nattperioden.

2.2 Avvikling av døgnambulans i Midsund

Innsparing

- Ca.10 mill. NOK
- 8 årsverk

Risiko

- 30–60+ minutters responstid ved akutte hendelser.
- Ingen nattlig landtilgang → kritisk beredskapsbrudd.
- Båtambulanse kan ikke erstatte landambulans.
- Vær- og logistikksårbarhet.
- Økt press på legevakt og kommunale tjenester.

Regionale avhengigheter

- Økt press på Molde → svekker regional kapasitet
-

Lokal geografisk konsekvens

- Ingen alternative ruter

- Svært vær-, vind- og sjøutsatt område

Gjennomførbarhet

Midsund dagbil hadde 251 oppdrag, 681 timer i oppdrag og 13 866 km kjørt, tilsvarende 2,7 timer og 55 km per oppdrag i 2025. Median på 54 km og 161 minutter viser at oppdragene gjennomgående er lange og ressurskrevende. 86 oppdrag (34,3 %) var akutte, og 43 av disse hadde rød/orange ankomsttriage (50,0 % av akutte, 17,1 % av alle oppdrag). Av de 251 oppdragene var 164 i eget operasjonsområde på øya. Av disse var 58 akutte fra AMK, og 33 gjaldt pasienter i kategori rød/orange. I Molde kommune er ambulansen fremme innen 24 minutter i 90 % av tilfellene, med en typisk responstid på om lag 11 minutter, basert på 980 registrerte hendelser. For Midsund-området viser grunnkretsdata at responstiden er lengre i enkelte deler av øya enn kommune-gjennomsnittet.

Ved bortfall av bilen i Midsund kan beredskapen ivaretas fra Aukra ved bruk av Romsdalsjenta. Båten har toppfart på 30 knop og bruker om lag 11 minutter ved toppfart over, og typisk rundt 15 minutter ved mer realistisk fart. Mannskap fra Aukra kan bemanne ambulanse som kan plasseres nord på Midsund, og deretter rykke ut. Kjøretid fra kaia til sentrum er om lag 15 minutter. Dette gir en samlet framføringstid på om lag 30 minutter når alt klaffer.

Konklusjon: Uten Midsund-441 ville minst 33 hendelser med rød/orange pasienter i eget operasjonsområde sannsynligvis kunne medført økt responstid og forsinket helsehjelp. De 164 oppdragene i eget operasjonsområde viser samtidig et vedvarende behov for lokal beredskap. Virksomhetsdata tilsier at bruken av ressursene endres når tilgjengeligheten reduseres, og redusert aktivitet ved bortfall av bilen vil derfor i hovedsak reflektere tilpasning til lavere kapasitet, ikke redusert behov.

Områdespesifikke kompenserende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risiko for</i>
Tydelige kriterier for bruk av bil og ambulansebåt (Romsdalsjenta)	Forsinket eller feil valg ressurs ved akutte hendelser
Styrket samband og værberedskap tilpasset øydrift	Isolasjon og manglende koordinering ved natt, uvær eller ferjestans
Videre styrking av lokale FR-/akutthjelper- og frivilligordninger	Manglende førsteinnsats når ambulanse har lang framføringstid

Restrisiko

Avvikling av lokal ambulanseressurs i Midsund vil medføre lang og lite forutsigbar responstid og økt sårbarhet ved samtidige hendelser. Beredskapen vil i hovedsak være avhengig av ekstern bistand med krevende framføring, særlig ved vær- og fergeavhengighet. Restrisikoen vurderes som ikke akseptabel uten etablering av alternativ lokal beredskap.

Samlet vurdering

Den samla vurderingen i arbeidsgruppen tilsier at full avvikling av ambulanseressurs i Midsund ikke er forsvarlig. Øyas geografiske og strukturelle rammebetingelser gir begrensede muligheter for rask og stabil ekstern bistand, og lokal beredskap kan ikke erstattes gjennom nabostøtte alene. Avstander, fergeavhengighet og værforhold medfører lang og variabel responstid ved akutte hendelser, særlig ved natt, vinterforhold og samtidighet. I et slikt tjenestebilde utgjør lokal døgnressurs ikke kun kapasitet, men grunnberedskap for å sikre tidlig medisinsk vurdering og forsvarlig håndtering av akutte hendelser. Arbeidsgruppen legger videre til grunn at eventuell reduksjon i registrert oppdragsaktivitet ved bortfall av ressurs i hovedsak vil være et uttrykk for redusert tilgjengelighet, og ikke for et reelt lavere behov for akuttmedisinske tjenester. Erfaring og virksomhetsdata viser at oppdragsmønster i stor grad tilpasser seg tilgjengelig kapasitet. En full avvikling av ambulanseressursen i Midsund vil dermed innebære uakseptabel risiko for forsinket helsehjelp, svekket pasientsikkerhet og økt belastning på omkringliggende ressurser. Tiltaket vurderes som faglig og beredskapsmessig uforsvarlig.

2.3 En-redder enhet i Midsund

Innsparing

- 4,5 mill. NOK
- Ca. 4,5 årsverk

Risiko

- Ingen transportkapasitet lokalt.
- Traume, barn, vold, psykiatri og komplekse hendelser.
- Falsk trygghetsforståelse.
- Forsterket risiko ved vær og logistikkutfordringer.

Regionale avhengigheter

- Transporter må ivaretas av Molde eller båt → høy belastning.

Lokal geografisk konsekvens

- Ingen alternative ruter.
- Avstander fra boligområder til kai øker responstid.

Gjennomførbarhet

En en-redder-ressurs som er fast lokalisert i lokalsamfunnet vil kunne gi rask første respons, gjennomføre undersøkelse og iverksette behandling umiddelbart. I de fleste tilfeller vil ressursen dermed kunne starte behandling uten opphold, i påvente av bistand fra annen ressurs til evakuering og transport. I en stor andel av hendelsene vil ressursen også kunne behandle pasienten på stedet, eller avklare at behovet ikke er tidskritisk. En vesentlig styrke ved modellen er at ressursen er kontinuerlig tilgjengelig lokalt og ikke trekkes ut av området. Evakuering og transport vil i denne modellen kunne ivaretas ved bistand fra Aukra. Med bruk av Romsdalsjenta og videre framføring fra kai til sentrum i Midsund vil mannskap fra Aukra kunne være på plass innen om lag 30 minutter når forholdene ligger til rette for det. Modellen vurderes derfor som en fullgod løsning i mange hendelser, ved at lokal ressurs ivaretar den umiddelbare prehospitale innsatsen, mens Aukra tilfører transportkapasitet og annet bistandsbehov.

Begrensningen ligger i at transportkapasiteten ikke er umiddelbart tilgjengelig på stedet. Løsningen vil derfor være mindre robust enn ordinær ambulanseberedskap i hendelser der rask videre transport er avgjørende, som ved enkelte tidskritiske tilstander.

Områdespesifikke kompensierende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risiko for</i>
Tilpasset MTU og utstyr for øy og en-redder drift	Operativ svikt og manglende behandlingsskapasitet i førsteinnsats

Ambulanse plassert i garasje for å oppnå transportkapasitet, samt kjøretøy egnet for en-redder	Manglende transportkapasitet og forsinka pasienttransport
Styrking av legevaktsatelitt og videolegevakt	Redusert kvalitet og økt sårbarhet i alenearbeid
Tydelige kriterier for seleksjon og disponering for en-redder oppdrag	Feil bruk av ressurs ved hendelser som krever flere enheter
Robust vær og sambandsløsning for øy og sjøtransport	Tap av beredskap og manglende koordinering ved uvær
Sikret lokal infrastruktur (garasje i Midsund og tilgjengelig kai på Sundsbøen)	Forsinket utrykning og utilgjengelig ressurs
Videre styrking av lokale FR/akutthjelp- og frivilligordninger	Forsinket førsteinnsats ved samtidighet eller lang responstid
Forutsigbare rotasjons og bemanningsordninger for en-redder drift	Redusert kvalitet, høy belastning og manglende kontinuitet

Restrisiko

En-redder ressurs i Midsund innebærer begrenset lokal transportkapasitet og avhengighet av ekstern bistand for videre transport. Sårbarheten er størst ved tidskrisiske og samtidige hendelser. Restrisikoen vurderes som akseptabel innenfor foreslått modell, forutsatt etablerte kompenserende tiltak, og som klart lavere enn ved full avvikling av lokal ambulanseberedskap.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen konkluderer med at en-redder kan være et faglig forsvarlig og forholdsmessig tiltak for Midsund, og bør etableres. Løsningen gir kontinuerlig lokal akuttmedisinsk tilgjengelighet og muliggjør rask første vurdering og igangsetting av behandling i et geografisk sårbart område med begrenset tilgang på forutsigbar ekstern bistand. I enkelte hendelser vil løsningen forutsette samhandling med kommunale ressurser, i påvente av transportkapasitet. Midsund har ingen alternative helseressurser som kan ivareta lokal akuttberedskap ved bortfall av ambulansetjenesten. Beredskapen kan dermed ikke baseres på forutsetninger om midlertidig eller tilfeldig tilgjengelig støtte. For kommunene kan en-redder løsningen både gi nytte og medføre konsekvenser. Tiltaket kan styrke samlet førsteinnsats ved samtidighet eller lang framføringstid, men kan også øke behovet for samhandling og i enkelte situasjoner belastningen på kommunale ressurser. Samlet nytte forutsetter tydelige rammer for bruk og avklarte roller. Arbeidsgruppen legger samtidig til grunn at

videreføring av full døgnbemannet ambulanse ikke står i rimelig forhold til aktivitetsnivået i området. En-redder kan gi bedre samsvar mellom risiko, behov og ressursbruk, samtidig som kompenserende tiltak sikrer klare rammer for bruk av ekstern bistand når dette er nødvendig. Samlet vurderes løsningen å gi forsvarlig akuttmedisinsk beredskap innenfor Midsunds rammebetingelser.

2.4 Sammenslåing av Midsund–Aukra til ett beredskapsområde

Innsparing

- Ingen gevinst, men må sees i sammenheng med tiltak 2.3

Risiko

- Forlenget responstid i ytterområder.
- Uklare ansvarslinjer ved samtidighet.
- Økt belastning på Molde som buffer.

Regionale avhengigheter

- Økt press påvirker Fræna og Averøy indirekte.

Lokal geografisk sårbarhet

- Midsund: vær og fergeavhengig
- Aukra: delvis båtavhengig og vindutsatt

Gjennomførbarhet

Aukra dagbil hadde 552 oppdrag, 1 145 timer i oppdrag og 23 867 km kjørt, tilsvarende 2,1 timer og 43 km per oppdrag. Median på 43 km og 117 minutter viser at oppdragene gjennomgående er moderate i varighet og ressursbruk. Ved overtakelse av oppdragene fra Midsund-441 vil samlet oppdragsmengde utgjøre 803 oppdrag årlig, basert på 552 oppdrag i Aukra og 251 oppdrag i Midsund.

Av disse vil om lag 135 oppdrag gjelde de mest kritiske pasientene (rød/orange), basert på 92 hendelser i Aukra og 43 i Midsund. Dette innebærer at en samlet beredskap skal håndtere et betydelig volum tidskritiske hendelser.

Kapasitetsdata viser at Aukra-451 i dag har 13,5 % kjøring i aktiv tid og 10,6 % oppdrag, noe som indikerer relativt god tilgjengelig kapasitet i dagens drift. Samtidig vil en økning

til 803 oppdrag representere en betydelig økning i belastning og redusere tilgjengelig reservekapasitet.

Ved bortfall av lokal beredskap i Midsund må oppdrag håndteres fra Aukra. Transport til Midsund skjer med Romsdalsjenta, med en typisk overfartstid på om lag 15 minutter, etterfulgt av om lag 15 minutter kjøretid til sentrale deler av øya. Dette gir en samlet framføringstid på om lag 30 minutter under gode forhold. Dette er vesentlig høyere enn dagens responstid i området og vil særlig påvirke håndtering av akutte og kritiske hendelser.

Konklusjon: Ved overføring av oppdragene fra Midsund-441 til Aukra-451 vil samlet oppdragsmengde øke til 803 oppdrag årlig, inkludert om lag 135 hendelser med kritiske pasienter. Selv om kapasitetsdata indikerer noe tilgjengelig kapasitet i dagens drift, vil økningen i oppdragsvolum og bortfall av lokal beredskap i Midsund medføre redusert reservekapasitet og økt responstid. Løsningen vurderes som operativt gjennomførbar, men med vesentlig økt sårbarhet, særlig ved samtidige hendelser og for pasienter med behov for rask helsehjelp.

Områdespesifikke kompensierende tiltak

Kompenserende tiltak	Reduserer risiko for
Klare kriterier for bruk av bil/båt mellom Midsund og Aukra (inkl. bruk av Romsdalsjenta)	Forsinket eller lite hensiktsmessig bruk av ressurser
Felles operativ drift og disponering mellom Midsund og Aukra	Kapasitetsbrudd og uklar rollefordeling ved samtidige hendelser
Vær og korridortilpasset planlegging for øy og båtavhengige transport	Isolasjon og manglende framføring ved uvær eller stengte samband
Tilrettelegging for effektiv fleretappetransport (båt-bil)	Uakseptabel forsinkelse i akutt transportkjede
Videre styrking av lokal førsteinnsats i Midsund (FR/akutthjelp)	Manglende tidlig helsehjelp ved økt responstid
Ekstra syketransportbil	Unødig bruk av gule ambulanser på ikke akutte oppdrag

Restrisiko

Sammenslåing av ambulanseberedskapen i Midsund og Aukra innebærer økt responstid og redusert lokal reserve, særlig ved samtidige hendelser og når den felles

ressursen er opptatt over tid. Restrisikoen vurderes som akseptabel forutsatt etablering av foreslåtte kompenserende tiltak og tilstrekkelig regional bufferkapasitet.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppens samlede vurdering er at ambulanseberedskapen i Midsund og Aukra kan slås sammen til en felles løsning. Vurderingen bygger på en samlet analyse av aktivitetsnivå, tilgjengelig kapasitet og muligheten for å opprettholde forsvarlig beredskap gjennom en regionalt organisert struktur. Virksomhetsdata viser at ambulanseressursen i Aukra over tid har hatt kapasitet som gir grunnlag for å dekke oppdrag fra Midsund innenfor en felles løsning. Sammenslåingen innebærer samtidig at døgnkontinuerlig lokalt nærvær i Midsund bortfaller, med økt responstid og redusert lokal buffer ved enkelte hendelser. Tiltaket vurderes derfor ikke som risikofritt, men som faglig forsvarlig dersom definerte forutsetninger er oppfylt. Endringer i registrert aktivitet i Midsund etter bortfall av lokal ressurs vurderes i hovedsak å reflektere endret tilgjengelighet og disponering, og ikke redusert behov for akuttmedisinske tjenester. Sammenslåingen representerer dermed en reell omlegging av beredskapsmodellen.

Det vurderes videre at sammenslåingen vil ha systemeffekter utover Midsund og Aukra, særlig gjennom økt belastning på Molde- og Fræna-ressursene samt økt bruk av båt- og fleretappetransport. Erfaringer fra tilsvarende løsninger, blant annet i Sande og Vanylven, viser at slike modeller kan fungere operativt, men forutsetter tydelige kompenserende tiltak og tilstrekkelig regional kapasitet. Arbeidsgruppen legger til grunn at etablering av en ekstra syketransport i Molde er en nødvendig forutsetning for gjennomføring. Uten slik bufferkapasitet vurderes sammenslåingen å medføre uakseptabel belastning og økt sårbarhet i Romsdal.

2.5 Etablering av ekstra syketransportbil i Molde-området

Kostnad

- Økte driftskostnader knyttet til bemanning og drift av syketransportbil.
- Erfaringer fra eksisterende syketransportordninger viser en samlet årskostnad per enhet på rundt 1 mill. kroner.
- Kostnadene vurderes samlet opp mot gevinsten i form av frigjort ambulansekapasitet og bedre tilgjengelighet for akutte oppdrag.

Risiko

- Lav direkte risiko for akuttberedskap.
- Forutsetter tydelig oppgaveavgrensing mellom syketransport og ambulanse.

Regionale avhengigheter

- Tett samspill med ambulanseressurser i Molde-området.
- Avhengig av presis AMK-disponering.

Gjennomførbarhet

Tiltaket vurderes som operativt gjennomførbart innenfor eksisterende struktur.

Moldeområdet har et betydelig volum av planlagte og ikke-akutte transporter som i dag utføres med døgnambulanser. En ekstra syketransportbil vurderes å kunne overta en større andel av disse oppdragene og bidra til mer hensiktsmessig bruk av ambulanseressursene, særlig i perioder med høy aktivitet og samtidighet.

Samlet vurdering

Ekstra syketransport i Molde er et tiltak med selvstendig verdi. Tiltaket bidrar samtidig til å styrke gjennomførbarheten og redusere risiko ved øvrige anbefalte endringer i ambulansetjenesten, gjennom frigjøring av ambulansekapasitet og redusert samtidighetsrisiko. Tiltaket inngår som del av en helhetlig tilnærming til bedre ressursutnyttelse i den prehospitale tjenesten.

2.6 Redusert nattberedskap Rauma (en bil natt)

Innsparing

- Ca. 2 mill. NOK
- 2 årsverk

Risiko

- 1–3 timers bindingstid → høy samtidighetsrisiko.
- Vinterforhold og stengte veier gir økt responstid.
- To-enhetsoppdrag krever dobbel kapasitet.
- Avstand og legevaktstruktur påvirker tilgjengelighet.

Regionale avhengigheter

- Avhengig av Molde og Vestnes ved samtidighet.
- Helikopterstøtte kan være værbegrenset.

Lokal geografisk sårbarhet

- Rasfare, variert bosettingsmønster
- Områder uten alternative veier.

Gjennomførbarhet*

**Ikke GIS analyse*

I 2025 ble det gjennomført 159 ambulanseoppdrag i tidsrommet kl. 00.00–08.00.

Median kjørelengde per oppdrag var 98 kilometer, og median oppdragstid 185 minutter.

Av nattoppdragene hadde 82 akutt hastegrad, og 42 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ambulansens ankomst. Samlet tidsbruk i nattoppdragene var 477 timer, med totalt 14 636 kjørte kilometer. Lange transportavstander og tidskrevende oppdrag medfører at ambulanseressursen ofte er bundet over lengre perioder, med begrenset kapasitet til å håndtere nye og samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av aktiviteten i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), hvor det i 2025 ble gjennomført 389 ambulanseoppdrag. Samlet påvirker dette tilgjengelighet og utholdenhet inn i nattperioden. Rauma er et distriktsnært område med lang avstand til alternative ambulanseressurser. Når ambulanse er opptatt i nattoppdrag, kan området i praksis stå uten umiddelbar beredskap over lengre tid. Ved stasjoner med to ambulansebiler vil redusert nattberedskap øke belastningen på gjenværende ressurs og gi økt sårbarhet i den akuttmedisinske beredskapen.

Områdespesifikke kompenserende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risiko for</i>
Tidlig nabostøtte fra Vestnes, Ørskog og Molde ved forventet nattbinding	Forlenget responstid ved samtidige hendelser
Styrking av FR-/akutthjelper- og frivilligressurser i Bjorli, Åfarnes og Innfjorden	Isolasjon og manglende framkommelighet ved stengte veier
Ras og vintertilpassede beredskapstiltak for nattdrift	Forsinket førsteinnsats i fjell- og dalområder
Planlagte alternative ruter og framføringsplaner i dalførene	Betydelig forsinkelse ved ras, uvær eller stengninger

Restrisiko

Videreføring av nattberedskapen i Rauma innebærer noe restrisiko knyttet til lengre responstid og sårbarhet ved samtidige hendelser, særlig på grunn av store avstander og begrenset ekstern bistand om natten. Restrisikoen vurderes som akseptabel innenfor dagens beredskapsnivå og klart lavere enn ved reduksjon eller bortfall av lokal nattberedskap.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen konkluderer med at dagens nattberedskap i Rauma bør videreføres. Vurderingen baserer seg på en samlet gjennomgang av oppdragsmønster, geografiske forhold og avstand til alternative ambulanseressurser, som samlet gir begrensede operative marginer ved kapasitetsreduksjon i nattperioden. Selv ved moderat aktivitet gir lange framføringstider og betydelig reiseavstand til forsterkende ressurser liten buffer ved samtidige hendelser. I motsetning til bynære områder vil tilgjengelige støtte- og reserveenheter ofte ha lang innsatstid og i mange tilfeller være opptatt med egne oppdrag. Arbeidsgruppen legger videre vekt på at geografisk struktur og avstand til Molde og øvrige deler av Romsdal begrenser muligheten for rask og stabil nabostøtte om natten. Ved vinterforhold, natt og regional samtidighet vil ekstern bistand i praksis ha lang framføringstid, noe som reduserer fleksibiliteten i beredskapen. Samlet vurderer arbeidsgruppen, i likhet med vurderingene for Sunndal og Surnadal, at redusert eller bortfalt nattberedskap i Rauma ikke kan kompenseres på en tilfredsstillende måte gjennom omdisponering av andre ressurser.

NORDRE - SUNNMØRE

(Stor Ålesund; Ålesund – Giske – Sula – Haram – Harøy – Ørskog)

3.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter

Stor-Ålesund er et geografisk sammensatt område som kombinerer bystruktur, tett befolkede randsoner og flere øysamfunn. Ålesund er det primære regionale knutepunktet, og endringer i kapasitet eller tilgjengelighet her får raskt konsekvenser for Giske, Sula, Haram, Nordøyane og Harøya.

Regionen er preget av bro- og fergeavhengige forbindelser, der vær og sambandsforhold kan påvirke framkommeligheten både til lands og til sjøs. Flere øyområder, særlig Haram, Harøya og deler av Nordøyane, er sårbare ved vind, dårlig sikt og perioder med begrensede samband. Dette forsterker konsekvensene når luftambulansen samtidig har redusert tilgjengelighet.

Ålesund har høy aktivitetsbelastning, med hyppige sykehusrelaterte oppdrag som binder ambulanser over tid. Dette reduserer fleksibiliteten ved lav bemanning, særlig i nattperioden og ved hendelser som krever flere samtidige enheter. I tillegg kan interregionale transporter fra Romsdal og Nordmøre i perioder gi økt belastning på beredskapen i Stor-Sunnmøre.

Sentrale sårbarhetsfaktorer

- øy- og randsonestruktur med varierende framkommelighet
- vær- og sambandspåvirkning i utsatte øyområder
- perioder med redusert luftambulansetilgjengelighet
- høy nattbelastning og sykehusbindinger i Ålesund
- interregional ressursbelastning ved transporter

3.1 Redusert nattberedskap Ålesund (en bil natt)

Innsparing

- Ca. 2 mill. NOK
- 2 årsverk

Risiko

- Samtidighetsrisiko ved høyt volum og korte bindingstider.
- Sen sekundær enhet ved to-enhetsoppdrag.
- Økt sårbarhet for øyene og perifere bydeler.

Regional avhengighet

- Ålesund er regional buffer ved luftambulansesfallout (intensivambulanse)
- Nattlig belastning fra Romsdal/Nordmøre.
- Haram og Ørskog mister støtte ved samtidighet.

Lokal geografisk sårbarhet

- Øy forbindelser og perifere bydeler (Ellingsøy, Hessa, Blindheim, Sula).

Gjennomførbarhet*

**Ikke GIS analyse*

Nattberedskapen i Ålesund har høyt oppdragsvolum og en stor andel tidskritiske hendelser. I 2025 ble det gjennomført 658 ambulanseoppdrag i tidsrommet kl. 00.00–08.00. Over halvparten av oppdragene var tidskritiske, og 298 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ambulansens ankomst. Median oppdragstid var 75 minutter og median kjørelengde 14 kilometer. Samlet tidsbruk i nattoppdragene var 863 timer, med totalt 11 986 kjørte kilometer. Det høye volumet og den samlede tidsbruken innebærer at ambulanseressursene i stor grad er bundet gjennom natten, med begrenset kapasitet ved nye og samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av høy aktivitet i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), hvor det i 2025 ble gjennomført 1 694 ambulanseoppdrag. Samlet aktivitet gjennom kveld og natt påvirker både tilgjengelighet og utholdenhet i nattberedskapen. Omdisponering av døgnressurs til dagressurs kan øke kapasiteten på dag ved behovstopper, men vil samtidig redusere nattkapasiteten. Gitt høyt nattvolum og stor andel tidskritiske oppdrag forutsetter en slik løsning at nattberedskap og responstid sikres gjennom målrettede kompenserende tiltak.

Områdespesifikke kompenserende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risiko for</i>
Taktisk posisjonering mot øyforbindelser (Giske, Sula, Ellingsøy)	Forlenget responstid i øyområder og perifere bydeler
Rute, bro og tunneltilpasset planlegging for nattdrift	Forsinket framføring til randsoner og øyrelaterte oppdrag
Tiltak ved nattlige volum- og samtidighetstopper i byområdet	Samtidighetskonflikter og manglende reserve i sentrumsområdet
Forhåndsdefinerte tiltak ved bortfall av luftambulanse	Manglende regional bufferkapasitet ved tap av luftressurser

Restrisiko

Dagens nattberedskap i Ålesund har noe sårbarhet knyttet til samtidige hendelser og langvarig ressursbinding. Risikoen håndteres innenfor dagens struktur gjennom tilgjengelig kapasitet og aktiv disponering. Ved redusert nattberedskap vil restrisikoen

øke vesentlig, med større sannsynlighet for forsinket respons ved samtidige og tidskrisiske hendelser.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppens samla vurdering er at nattberedskap i Ålesund ikke bør reduseres. Vurderingen bygger på byens funksjon som regionalt knutepunkt med høy nattlig aktivitet, mange tidskrisiske oppdrag og en sentral rolle som buffer for omkringliggende kommuner. Selv om Stor-Ålesund samlet sett har flere operative ressurser enn distriktsområder, er tilgjengelig kapasitet i stor grad bundet i sykehusrelaterte oppdrag, samtidige byhendelser og regional støtte. Dette gir begrenset handlingsrom for reduksjon uten at samlet responstid og beredskap svekkes i nattperioden.

Kjente sårbarheter knyttet til øyforbindelser, perifere bydeler og perioder med redusert luftambulansetilgjengelighet vurderes som håndterbare innenfor dagens struktur, men vil forsterkes ved redusert nattpasitet. Selv med målrettede kompensierende tiltak kan behovet for tilstrekkelig nattberedskap i Ålesund ikke erstattes.

3.2 Avvikling av døgnressurs Harøya

Innsparing

- Ca. 10 mill. NOK
- 8 årsverk

Risiko

- Kritisk lang responstid (40–60 min) via Haram.
- Øy uten fastlandsforbindelse → nattlig beredskapsbrudd.
- Båt og helikopter vanskelig ved dårlig vær.
- Spredt bosetting gir variabel responstid.
- Høy risiko for 0-beredskap.

Regionale avhengigheter

- Avhengig av Haram og Ålesund for landbasert respons.
- Sårbarhet ved samtidige hendelser i Nordøyane.
- Vær begrenser båt/helikopter betydelig.

Lokal geografisk sårbarhet

- Oversjøiske strekninger, vind og vær.
- Få alternative ruter.

Gjennomførbarhet

Harøya dagbil hadde 329 oppdrag i 2025, 946 timer i oppdrag og 33 801 km kjørt, tilsvarende 2,9 timer og 103 km per oppdrag. Median på 91 km og 167 minutter viser at oppdragene gjennomgående er lange og ressurskrevende.

98 oppdrag (29,8 %) var akutte fra AMK. Av de 329 oppdragene var 172 i eget operasjonsområde. Av disse var 55 akutte fra AMK, og 43 gjaldt pasienter i kategori rød/orange i RETTS, altså de mest kritiske pasientene. Dette tilsvarer 78,2 % av de akutte i eget område, 25,0 % av oppdragene i eget område og 13,1 % av alle oppdrag.

Kapasitetsdata viser at Harøy-461 har 10,6 % av tiden i oppdrag, 14,8 % kjøring i aktiv tid og 5,7 % kjøring i passiv tid, tilsvarende 704 timer aktiv kjøring og 227 timer passiv kjøring. Dette viser at bilen har ledig kapasitet i dagens drift, samtidig som en vesentlig del av tiden er bundet til oppdrag og kjøring.

For Harøya-området viser grunnkretsdata betydelig variasjon i responstid. I de mest sentrale delene ligger responstiden omkring 19 til 25 minutter, mens andre deler av området ligger rundt 31 til 32 minutter. I de mest perifere delene er responstiden beregnet til om lag 41 til 42 minutter. Dette viser at deler av Harøya har vesentlig lengre responstid enn de mest sentrale områdene, og at konsekvensen ved bortfall av lokal beredskap vil være størst i områdene med lengst framføringstid.

Konklusjon: Uten Harøy-461 ville minst 43 hendelser med rød/orange pasienter i eget operasjonsområde sannsynligvis kunne medført økt responstid og forsinket helsehjelp. De 172 oppdragene i eget operasjonsområde viser samtidig et vedvarende behov for lokal beredskap. Kapasitetsdata viser at bilen har ledig kapasitet i dagens drift, men bortfall av bilen vil likevel redusere lokal tilgjengelighet og øke sårbarheten, særlig i de delene av området som allerede har lengst responstid. Virksomhetsdata tilsier at redusert aktivitet ved bortfall av bilen i hovedsak vil reflektere lavere kapasitet, ikke redusert behov.

Områdespesifikke kompenserende tiltak

Kompenserende tiltak	Reduserer risiko for
Fast tilgjengelig beredskapsbåt for øy og nattdrift	Manglende framkommelighet og forsinket evakuering
Forsterket vær og sjøberedskap for Harøya	Isolasjon ved krevende vær- og sjøforhold
Robust samband med reserveløsning for øy	Tap av kommunikasjon ved akutte hendelser
Videre styrking av lokale FR-/akutthjelper- og frivilligordninger	Manglende eller forsinket førsteinnsats
Alternativ lokal førsteinnsats (f.eks. en redder enhet)	Fravær av akuttmedisinsk ressurs ved bortfall av døgnbil

Restrisiko

Avvikling av døgnkontinuerlig ambulanseressurs på Harøy vil medføre bortfall av lokal akuttmedisinsk tilgjengelighet og økt risiko for forsinket medisinsk vurdering og behandling. Risikoen er særlig knyttet til avhengighet av ekstern bistand med varierende framføringstid. Restrisikoen vurderes som høy og ikke akseptabel, da sårbarheten ikke kan kompenseres på en tilstrekkelig robust måte gjennom regionale løsninger.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen konkluderer med at døgnkontinuerlig ambulanseressurs på Harøy ikke bør avvikles. Tiltaket vil innebære et grunnleggende skifte i beredskapsnivået, der øya går fra kontinuerlig lokal akuttberedskap til en modell basert på ekstern respons. Arbeidsgruppen legger vekt på at Harøys beliggenhet uten fastlandsforbindelse gjør lokal tilgjengelighet avgjørende for håndtering av akutte hendelser. Når lokal døgnressurs bortfaller, oppstår situasjoner der tidskritiske tilstander ikke kan vurderes eller stabiliseres før ekstern ressurs er fremme. Manglende lokal tilstedeværelse innebærer økt risiko for forsinket initial vurdering og behandling, med mulig alvorlig betydning for pasientutfall. Endring av stasjonslokasjon for Harøy vurderes som et reelt, men langsiktig utviklingsspor. En eventuell ny lokalisering kan på sikt gi gevinster knyttet til framføring og samordning, men er avhengig av framtidig plassering av støtte- og beredskapsfunksjoner. Tiltaket forutsetter videre utredning og inngår ikke i anbefalingene på kort eller mellomlang sikt. Samlet vurderer arbeidsgruppen at avvikling av døgnkontinuerlig ambulanseressurs på Harøy vil medføre en uakseptabel

økning i sårbarhet som ikke kan kompenseres gjennom regionale eller alternative ressurser. Tiltaket vurderes derfor ikke som faglig forsvarlig.

3.3 En-redder enhet Harøya

Innsparing

- Ca.4,5 mill NOK
- Ca 4,5 årsverk

Risiko

- Manglende transportkapasitet.
- Spredt bosetting → lang intern responstid.
- Avhengig av Haram/Ålesund for alle transporter.

Regionale avhengigheter

- Sårbarhet ved dårlig vær, fergeutfall og helikopter fallout.
- Lang responstid i store deler av øya.

Lokal geografisk sårbarhet

- Oversjøiske strekninger, vind og vær.
- Få alternative ruter.

Gjennomførbarhet

En redder ressurs med fast lokasjon på Harøya vil kunne gi rask første respons, gjennomføre undersøkelse og iverksette behandling umiddelbart. I de fleste tilfellene vil ressursen kunne starte behandling uten opphold, i påvente av bistand fra annen ressurs til evakuering og transport. Ved enkelte hendelser vil en en-redder-løsning være avhengig av støtte fra kommunale ressurser, i påvente av videre transport. En vesentlig styrke ved modellen er at ressursen er kontinuerlig tilgjengelig lokalt og ikke trekkes ut av området. Denne modellen vurderes som gjennomførbar for Harøya. Den umiddelbare prehospitale innsatsen vil ivareta, mens bistand ved behov kan tilføres fra ambulanseressursen i Brattvåg. Kjøretiden mellom stasjonene er om lag 40 minutter under gode forhold. Løsningen innebærer dermed at lokal tilstedeværelse opprettholdes, samtidig som transportkapasitet og ekstra personell kan tilføres når situasjonen krever det. Begrensningen ligger i at ressursen ikke kan transportere

pasienten alene. Løsningen vil derfor være mindre fleksibel enn ordinær ambulanseberedskap i hendelser der evakuering og videre transport er avgjørende. Samtidig vurderes dette som håndterbart, forutsatt at bistand fra Brattvåg kan mobiliseres ved behov.

Områdespesifikke kompenserende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risiko for</i>
Tilpasset MTU, bemanning og kompetanse for én-redder i øyområde	Operativ svikt og begrensa behandlingsskapasitet i førsteinnsats
Forutsigbar rotasjonsordning for en-redder	Redusert kvalitet og økt sårbarhet i alenearbeid over tid
Styrking legevaktsatelitt og videolegevakt	Redusert beslutningsstøtte og økt sårbarhet i alenearbeid
Tydelig kriterier for seleksjon og disponering én-redder oppdrag	Feil bruk av ressurs ved oppdrag som krever transport eller flere enheter
Videre styrking av lokalt FR / akutthjelpernettsverk	Forsinket førsteinnsats ved samtidighet eller lang intern framføring
Robust vær og stormberedskap tilpasset øydrift	Midlertidig tap av beredskap ved krevende vær- og sjøforhold
Forsterket sambands og beslutningsstøtte (AMK, videolegevakt)	Manglende situasjonsforståelse og forsinkede beslutninger

Restrisiko

En-redder på Harøy medfører begrenset lokal transportkapasitet i enkelte tidskritiske situasjoner. Restrisikoen vurderes som moderat og klart lavere enn ved full avvikling av lokalt prehospital beredskap.

Samlet vurdering

Den samla vurderingen i arbeidsgruppen konkluderer med at etablering av en-redder på Harøy bør etableres. Dette vil sikre kontinuerlig lokal medisinsk vurdering ved akutte hendelser, uavhengig av framføringstid for eksterne ressurser. Begrenset adkomst til fastlandet og manglende alternative transportveier, kombinert med avstand til nærmeste ambulansestasjoner, gjør lokal medisinsk tilstedeværelse nødvendig. En-redder-løsningen ivaretar klinisk vurdering, observasjon og igangsetting av behandling på stedet, mens videre transport planlegges i samarbeid med regionale ressurser etter medisinsk behov. Løsningen forutsetter tydelige samhandlingslinjer og beslutningsstøtte, slik at transportressurser benyttes der de gir størst medisinsk effekt. For kommunene kan løsningen både gi nytte og medføre konsekvenser. Den kan styrke

samlet førsteinnsats ved samtidighet eller lang framføringstid, men kan også øke behovet for samhandling og i enkelte situasjoner belastningen på kommunale ressurser. Det forutsetter tydelige rammer for bruk og avklarte roller. Samlet vurderes en-redder på Harøya som en faglig forsvarlig og tilpasset løsning som sikrer kontinuitet i lokal beredskap, reduserer sårbarhet sammenliknet med full avvikling og gir et mer proporsjonalt beredskapsnivå enn videreføring av døgnbemannet ambulanse.

3.4 Sammenslåing av ambulanseressurser i Ørskog og Haram

Innsparing

- Økonomisk effekt: Avhenger av endelig organisering og lokalisering, estimert 1,5 mill. NOK
- Årsverk: Ingen direkte reduksjon, forutsatt at døgnkontinuerlige ressurser videreføres

Risiko

- Mulig økt responstid i ytterområder.
- Økt sårbarhet ved samtidighet.
- Avhengig av regional samhandling.

Regionale avhengigheter

- Avhengig av ressurser i Stor Ålesund.
- Krever presis AMK-disponering.

Lokal geografisk sårbarhet

- Varierende tilgjengelighet i området.
- Begrensede omkjøringsmuligheter.

Gjennomførbarhet

Aktiviteten i Ørskog og Haram er samlet sett lav til moderat, med betydelig overlapp i oppdragsområdene. Oppdragene følger i hovedsak de sentrale fartsårene E39, FV650 og FV661, og ressurs 191 (Ørskog) og 181 (Haram) dekker i praksis de samme trafikklinjene ved akutte medisinske hendelser, trafikkuhell og transportoppdrag, særlig mot Ålesund øst og Skodje.

Virksomhetsdata viser relativt lav samlet oppdragsbelastning og betydelig andel ledig operativ tid, noe som indikerer et potensial for bedre samordning av ressursene uten tilsvarende reduksjon i beredskapen.

Tidligere modellkjøringer (2023) og faglige vurderinger viser at en lokalisering på Stette gir betydelig forbedret samlet beredskapsdekning. Dagens lokasjoner i Ørskog og Haram når samlet om lag 23 000 innbyggere innen 25 minutter, mens en lokalisering på Stette når om lag 53 000 innbyggere innen samme tidsrom. Dette innebærer mer enn en dobling av regional befolkningsdekning innen akseptabel responstid.

Ulempen er at om lag 1 000 innbyggere i deler av ytre Haram og indre Ørskog kan få noe økt responstid. Dette vurderes som håndterbart gjennom AMK-styring, bruk av naboresurser og luftambulanse ved tidskrisiske hendelser.

Områdespesifikke kompenserende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risiko for</i>
Samordnet disponering i Stor Ålesund	Samtidighetskonflikter og manglende dekning
Forhåndsvurdert utrykningsmønster mot ytterområder	Forlenget responstid i randsoner
Tydelige AMK-disponeringsrutiner	Forsinket ressursmobilisering
Lokale førstehjelps-/akutthjelperressurser	Forsinket førsteinnsats ved tidskrisiske hendelser

Restrisiko

Tiltaket innebærer en restrisiko knyttet til responstid og lokal tilgjengelighet, særlig ved samtidige hendelser eller høy samlet belastning i Stor Ålesund. Risikoen vurderes som håndterbar, forutsatt tydelige operative forutsetninger og velfungerende samhandling. Restrisikoen vurderes som sammenlignbar med, eller lavere enn, videreføring av dagens struktur når samlet robusthet og fleksibilitet tas i betraktning.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen legger til grunn at sammenslåing av ambulanseressursene i Ørskog og Haram bør gjennomføres. Dette kan gi økt fleksibilitet og bedre ressursutnyttelse innenfor dagens struktur, samtidig som forsvarlig responstid og beredskap opprettholdes. Tiltaket vurderes som gjennomførbart uten fysiske endringer i

stasjonsstruktur. Eventuelle framtidige strukturelle endringer, herunder fysisk samlokalisering eller mulig ny lokalisering ved Stette, kan på sikt gi ytterligere gevinster i regional ressursdisponering. Slike løsninger forutsetter imidlertid at samlet kapasitet og responstid i Ålesundsområdet opprettholdes på et forsvarlig nivå, særlig i nattperioden, og krever videre utredning før beslutning.

Gjeldende leieavtaler for ambulansestasjoner i Ørskog og Haram utløper i 2027. Eventuelle bygningsmessige eller fysiske endringer, herunder samlokalisering av stasjonsfunksjoner, vil derfor tidligst være aktuelle i tilknytning til dette tidspunktet. Når leieavtalene utløper, forutsettes nye stasjonsløsninger lyst ut på anbud med kravspesifikasjon som ivaretar gjeldende krav til utforming av ambulansestasjoner, i tråd med Arbeidstilsynets veileder og avvik som ble lukket etter tilsyn i 2020. Det legges til grunn at både Ørskog og Brattvåg skal ha fornyede og forskriftsmessige løsninger for ambulansetjenesten. En framtidig samlokalisering av ambulansestasjoner i Ørskog og Haram, med etablering av ett felles nybygg fremfor to separate stasjoner, vurderes å kunne gi reduserte kostnader knyttet til bygg, leie og drift (KDE). På et overordnet nivå er den estimerte årlige besparelsen anslått til om lag 2 millioner kroner, avhengig av valgt løsning og endelig avtalemodell. En slik løsning forutsetter at kostnader knyttet til eiendom og drift kan optimaliseres gjennom samlokalisering, samtidig som krav til arbeidsmiljø, funksjonalitet og beredskap ivaretas. Eventuelle beslutninger om videre utredning eller gjennomføring må også ses i sammenheng med lokal beredskap, responstid, rekruttering og samlet belastning i den prehospitale tjenesten.

INDRE SUNNMØRE

(Sykkylven – Stranda – Geiranger – Valldal – Eidsdal – Norddal – Tafjord - Liabygda)

4.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter

Indre Sunnmøre er preget av lange avstander, krevende topografi og betydelige sesongvariasjoner. Ambulansetjenesten i Stranda, Valldal og Geiranger er tett gjensidig avhengig, og binding eller bortfall av én ressurs påvirker beredskapen i hele området. Stranda og Valldal utgjør hovedstøtte for Geiranger, men har begge begrenset fleksibilitet ved samtidige hendelser.

Området har flere ett-veis korridorer og dalfører med få alternative ruter.

Framkommeligheten påvirkes av rasfare, vær- og føreforhold, og tilgjengeligheten varierer betydelig gjennom året. Vinterstid kan stengte fjelloverganger føre til perioder med isolasjon, særlig for Geiranger.

Luftambulansen er en sentral støtteressurs, men topografi og vær i fjord- og dalstrøk gir perioder med redusert tilgjengelighet. Når luftressurs ikke kan benyttes, må landressursene dekke store områder alene med lang innsatstid.

I sommermånedene øker belastningen vesentlig som følge av turisme, fjellulykker og cruisetrafikk. Dette gir høy samtidighets- og konsekvensbelastning i et område med begrenset redundans. Ved økt regional belastning eller redusert luftambulansetilgjengelighet blir støttemulighetene ytterligere svekket

Sentrale sårbarhetsfaktorer

- lange avstander og korridorer med få alternative ruter
- vinterstengte fjelloverganger og sterk sesongvariasjon
- vær, rasfare og krevende topografi i dal- og fjordstrøk
- sesongbasert turist- og cruisebelastning (juni–august)
- begrenset nabostøtte ved samtidige eller langvarige oppdrag

4.1 Avvikling av døgnressurs i Geiranger

Innsparing

- Ca. 8 mill. NOK
- 6 årsverk

Risiko

- Lange avstander.
- Sesongvariasjon.
- Avhengighet av Stranda og Valldal.
- Helikoptertilgjengelighet.
- Nattlige forhold.

Regionale avhengigheter

- Begrenset samtidighetskapasitet i Stranda og Valldal.
- Vinterisolasjon gir betydelig risikoøkning.
- Luftambulansens tilgjengelighet.

Lokal geografisk sårbarhet

- Rasfare.
- Fjordkryssinger og få alternative ruter.
- Variabel fremkommelighet, spesielt vinterstid

Gjennomførbarhet

Geiranger dagbil hadde 290 oppdrag, 1 143 timer i oppdrag og 23 615 km kjørt, tilsvarende 3,9 timer og 81 km per oppdrag. Median på 61 km og 184 minutter viser at oppdragene gjennomgående er lange og ressurskrevende. Av oppdragene var 86 akutte (29,7 %). Av de 290 oppdragene var kun 97 i eget operasjonsområde, noe som viser at en stor del av aktiviteten skjer utenfor Geiranger sitt primærområde.

Aktiviteten viser en tydelig sesongvariasjon. I sommermånedene juni til august gjennomføres 44 % av alle oppdrag, med topp i juli (51 oppdrag), mens vintermånedene har betydelig lavere aktivitet. Dette tilsier at beredskapsbehovet er lavere vinterstid enn i sommerperioden.

Geiranger opererer med én bil, Geiranger-221, og har dermed ingen intern reservekapasitet. Ved pågående oppdrag vil nye hendelser måtte håndteres av andre ressurser eller avvente til bilen blir ledig. Av de 17 mest kritiske responsene (rød og orange) var kun 7 hendelser i eget område.

I grunnkrets Geiranger er ambulansen fremme innen 24 minutter i 90 % av tilfellene, med en typisk responstid på om lag 13 minutter, basert på 35 registrerte hendelser. Nærmeste alternative ressurs er Valldal ambulanse, med en framføringstid til Geiranger på om lag 45 minutter under normale forhold. Beredskapen er i stor grad avhengig av vegaksen mellom Geiranger og Valldal, som er vær- og førefølsom. Vinterføre, rasfare eller midlertidige stengninger kan gi vesentlig lengre framføringstid, og reduserer forutsigbarheten i tilgjengelig ressurs ved bortfall eller samtidighet knyttet til lokal ambulanse.

Konklusjon: Aktiviteten i Geiranger er sterkt sesongpreget, med vesentlig lavere oppdragsmengde vinterstid. Samtidig har området ingen lokal redundans, og bortfall av Geiranger-221 vil innebære at nærmeste ressurs i praksis må komme fra Valldal med om lag 45 minutters framføringstid. En eventuell reduksjon i beredskap vinterstid må derfor veies mot risikoen for vesentlig økt responstid ved samtidige hendelser og for kritisk syke pasienter, selv om den totale aktiviteten er lavere i denne perioden.

Områdespesifikke kompenserende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risiko for</i>
Sesongbasert beredskapsforsterkning i juni – august	Kapasitetsbrudd ved turist og cruisetopper
Planlagte alternative ruter ved ras- og vinterstengte veier	Isolasjon ved stengte vegforbindelse
Tidlig og koordinert nabostøtte fra Stranda og Valldal	Forlenget responstid ved bortfall eller samtidighet
Videre styrking av lokale FR /akutthjelpere og frivilligordninger	Manglende eller forsinket førsteinnsats
Alternativ lokal førsteinnsats (f.eks. enmannsbetjent enhet)	Manglende akuttmedisinsk innsats ved bortfall av døgnbil

Restrisiko

Avvikling av døgnkontinuerlig ambulanseressurs i Geiranger vil medføre lang og uforutsigbar responstid ved akutte hendelser. Ved samtidighet eller krevende vær- og føreforhold kan området i perioder stå uten tilgjengelig prehospital beredskap. Restrisikoen vurderes som høy og ikke akseptabel, da ekstern bistand har lang framføringstid og ikke gir tilstrekkelig robusthet ved tidskritiske hendelser.

Samlet vurdering

Den samla konklusjonen til arbeidsgruppen tilsier at avvikling av døgnressursen i Geiranger ikke bør gjennomføres. En slik beslutning vil medføre bortfall av sammenhengende lokal akuttmedisinsk beredskap, og bør derfor ikke iverksettes. Tiltaket vil innebære at første medisinske vurdering i all hovedsak må avvente ekstern ressurs, uavhengig av hendelsestype og tidspunkt. Dette representerer et markant kvalitativt skifte i beredskapsnivået, og ikke en gradvis reduksjon. Små avvik i framføringstid eller værforhold vil dermed få stor betydning for muligheten til å sikre rettidig vurdering og behandling. Arbeidsgruppen vurderer at en slik null-lignende

løsning medfører et uforholdsmessig høyt konsekvenspotensial i et område uten redundans. Tiltaket anses derfor som faglig uforsvarlig og ikke gjennomførbart uten at alternativ lokal beredskap er etablert.

4.2 En-redder enhet i Geiranger

Innsparing

- Ca.2,5 mill. NOK
- Ca 2,5 årsverk

Risiko

- Mangler transportkapasitet → avhengig av Stranda/Valldal.
- Høyrisikoopdrag (traume, fjellulykker, psykisk helse og barn) krever flere ressurser.
- Personellsikkerhetsrisiko ved enmannsløsning.

Regional avhengighet

- Full avhengighet av Stranda/Valldal for alle transporter.
- Sommertopp gir høy samtidighetsbelastning.
- Vinterstengte fjelloverganger og helikopterutfall gir ekstra sårbarhet.

Lokal geografisk sårbarhet

- Vinterforhold.
- Rasutsatte områder og dalfører uten dekning.
- Lange og sårbare korridorer.

Gjennomførbarhet

En en-redder-ressurs som er fast lokalisert i Geiranger vil kunne gi rask første respons, gjennomføre undersøkelse og iverksette behandling umiddelbart. I de fleste tilfellene vil ressursen dermed kunne starte behandling uten opphold, i påvente av bistand fra annen ressurs til evakuering og transport. I enkelte situasjoner vil løsningen kunne innebære behov for samhandling med kommunale ressurser fram til transportkapasitet er tilgjengelig. En vesentlig styrke ved modellen er at ressursen er kontinuerlig tilgjengelig lokalt og ikke trekkes ut av området, som er en styrking av dagens modell basert på tilgjengelighet. Evakuering og transport vil i denne modellen måtte ivaretas

ved bistand fra annen ambulanseressurs, i hovedsak Valldal ambulanse. Valldal kan være fremme i Geiranger på om lag 45 minutter under optimale forhold. Modellen vurderes derfor som en mulig løsning ved at den lokale ressursen ivaretar den umiddelbare prehospitale innsatsen, mens Valldal tilfører transportkapasitet og annet bistandsbehov. Begrensningen ligger i at transportkapasiteten ikke er umiddelbart tilgjengelig lokalt. Løsningen vil derfor være mindre robust enn ordinær ambulanseberedskap i hendelser der rask videre transport er avgjørende. Dette gjelder særlig ved alvorlig sykdom eller skade hvor tid til evakuering og transport har stor betydning for videre behandling.

Områdespesifikke konsekvensreducerende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risiko for</i>
Rotasjonsordning mot Valldal og øvrig seksjon	Redusert kvalitet og økt sårbarhet i alenearbeid over tid
MTU og kompetanse tilpasset en-redder	Operativ svikt og begrenset behandlingsskapasitet i førsteinnsats
Tydelige kriterier for bruk av én-redder ressurs	Feil ressursbruk ved høyrisiko- eller transportkrevende hendelser
Videre styrking av FR /frivillige / akutthjelperordning	Forsinket førsteinnsats ved samtidige hendelser eller lang intern framføring
Lokale beredskaps- og fremføringsplaner for ras, vinter og uvær	Midlertidig isolasjon og tap av ekstern støtte
Styrking av legevaktsatellitt og videolegevakt	Forsinket eller feil medisinsk vurdering ved uklare tilstander

Restrisiko

En-redder-ressurs i Geiranger medfører begrenset lokal transportkapasitet ved enkelte tidskritiske hendelser. Restrisikoen vurderes som moderat og håndterbar innenfor foreslått løsning, forutsatt tydelige kriterier og god samhandling med AMK. Risikoen er vesentlig lavere enn ved full avvikling av lokal beredskap.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen konkluderer med at en-redder løsning i Geiranger kan etableres.

En-redder gir kontinuerlig lokal tilgjengelighet til kvalifisert helsepersonell og sikrer at medisinsk vurdering, prioritering og initial behandling kan starte uten opphold.

Løsningen er ikke ment å dekke hele spekteret av transportbehov lokalt, men etablerer et tydelig og funksjonelt skille mellom medisinsk førsteinnsats og videre transport.

Dette gir et mer presist grunnlag for bruk av eksterne ressurser og reduserer behovet for overdimensjonering lokalt. For kommunene kan en-redder-løsning både gi nytte og medføre konsekvenser. Tiltaket kan styrke samlet førsteinnsats ved samtidighet eller lang framføringstid, men kan også øke behovet for samhandling og i noen situasjoner belastningen på kommunale ressurser. Samlet nytte forutsetter tydelige rammer for bruk og avklarte roller, slik at gevinst oppnås uten uforholdsmessig kostnad. Arbeidsgruppen vurderer at løsningen gir et tilstrekkelig og forholdsmessig beredskapsnivå sett opp mot faktisk risikobilde og aktivitetsmønster. Tiltaket gir klart bedre beredskap enn full avvikling og vurderes som faglig forsvarlig.

SØRE - SUNNMØRE

(Ulstein - Hareid – Herøy – Volda – Ørsta – Sande – Vanylven)

5.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter

Søre Sunnmøre har en ambulanseberedskap preget av tett gjensidig avhengighet mellom kommunene. Ulstein, Herøy og Volda utgjør sentrale knutepunkt i området. Ørsta har ikke egen ambulansestasjon og er fullt avhengig av ressursene i Volda, mens Hareid dekkes av ambulanser fra Ulstein. Endringer i tilgjengelighet i én kommune får derfor raskt konsekvenser for beredskapen i nærliggende områder.

Regionen er preget av store avstander, begrensede alternative kjøreruter og krevende topografi gjennom dalfører og kystområder. Samtidige hendelser forekommer hyppig, og sykehusrelatert aktivitet, langtransporter og værpåvirkning kan raskt redusere tilgjengelig kapasitet. Volda har særlig høy nattlig sykehusaktivitet, noe som påvirker fleksibiliteten for både Volda og Ørsta og kan gi økt belastning på Ulstein og Herøy.

Luftambulansen er en viktig støtteressurs, men tilgjengeligheten er væravhengig, og perioder med redusert kapasitet må forventes. I slike situasjoner må landambulansene dekke store områder alene. Endringer i Volda påvirker både indre og ytre Sunnmøre, mens kapasitetsendringer i Ulstein får direkte konsekvenser for Herøy og Hareid. Mer perifere områder som Sande og Vanylven har lange responstider og økt sårbarhet ved samtidighet.

Sentrale sårbarhetsfaktorer

- tett gjensidig avhengighet i Ulstein–Herøy-aksen, inkludert industri- og sjørelaterte risikoforhold
- Volda/Ørsta med høy nattlig bindingstid og dalfører med få alternative ruter
- perifere områder som Sande og Vanylven med store avstander og begrenset reservekapasitet
- perioder med redusert luftambulansetilgjengelighet
- høyt nivå av samtidighet knyttet til industri, turisme og nattoppdrag
- langtransporter og sykehusflyt som kan svekke kjernekapasiteten

5.1 Avvikling av døgnressurs i Ulstein

Innsparing

- Ca. 10 mill NOK
- 8 årsverk

Risiko

- Tap av kjerneberedskap
- Økte responstider
- Belastningsoverføring til Herøy, Ørsta/Volda
- To-enhetsoppdrag

Regional avhengighet

- Ulstein primær back up for Volda
- Ringvirkninger Herøy–Hareid
- Luftambulansens - væravhengighet

Lokal geografisk sårbarhet

- Øystruktur
- Fjordkryssinger
- Vær
- Få alternative kjøreruter

Gjennomførbarhet*

**Ikke GIS analyse*

Ambulansetjenesten i Ulstein har høy aktivitet og betydelig ressursbinding gjennom døgnet. I 2025 ble det utført 2 095 ambulanseoppdrag, med samlet tidsbruk på 4 453 timer og 125 345 kjørte kilometer. Median kjørelengde per oppdrag var 67 kilometer, og median oppdragstid 123 minutter. Over en tredjedel av oppdragene var tidskritiske, og 354 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ambulansens ankomst. Nattperioden (kl. 00.00–08.00) har også høyt aktivitetsnivå, med 291 oppdrag hvorav 167 var akutte. Samlet tidsbruk var 586 timer og kjørelengden 16 843 kilometer. Oppdragsmengde og varighet medfører begrenset kapasitet ved nye og samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av høy aktivitet i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), der det i 2025 ble gjennomført 713 ambulanseoppdrag. Samlet påvirker dette tilgjengelighet og utholdenhet inn i nattberedskapen. Samlet sett har Ulstein begrenset bufferkapasitet ved samtidige hendelser. Endringer i beredskap i ett tidsrom vil raskt påvirke tilgjengeligheten i resten av døgnet. Ulstein har i tillegg en viktig rolle som døgnessurs for omkringliggende områder, og redusert tilgjengelighet vil kunne gi økt belastning på naboresurser, lengre responstider og økt sårbarhet i den samlede akuttmedisinske beredskapen.

Områdespesifikke kompensierende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risiko for</i>
Styrking av FR/akutthjelper/ frivilligressurser i Ulstein – Herøy – Volda-aksen	Forsinket førsteinnsats ved samtidige eller langvarige oppdrag
Tidlig og koordinert nabostøtte mellom Ulstein, Herøy, Volda, Vanylven og Sande	Udekket område og forlenget responstid ved høy belastning
Vær og ferjetilpassede beredskapstiltak	Isolasjon og manglende støtte ved stengte samband
Operativ samdrift og tydelig rollefordeling Ulstein – Herøy – Myrvåg	Kapasitetsmangel og uklar ressursbruk ved samtidighet
Bruk av syketransportbil til ikke akutte oppdrag	Unødig binding av ambulanskapasitet
Alternativ lokal førsterespons	Manglende lokal akuttmedisinsk innsats ved bortfall av ambulanse

Restrisiko

Avvikling av døgnessursen i Ulstein vil medføre bortfall av kontinuerlig lokal akuttmedisinsk tilgjengelighet og økt avhengighet av eksterne ressurser. Dette gir høy restrisiko knyttet til samtidige hendelser og begrenset evne til å håndtere uforutsette

situasjoner. Risikoen vurderes som ikke akseptabel, da den ikke kan kompenseres tilstrekkelig gjennom regionale støtteordninger.

Samlet vurdering

Den samla vurderingen i arbeidsgruppen tilsier at døgnressurs i Ulstein ikke bør avvikles. Bakgrunnen for dette er at en slik beslutning vil medføre en grunnleggende endring i hvordan akuttmedisinsk beredskap ivaretas i området, fra lokal kontinuerlig tilgjengelighet til en ordning der respons forutsetter framføring av eksterne enheter. Ulstein har en nøkkelfunksjon i beredskapen på Søre Sunnmøre og inngår som døgnkontinuerlig kapasitet og primær reserve for Volda. Når denne funksjonen fjernes, reduseres ikke bare lokal håndteringsevne, men også den samlede robustheten i omkringliggende kommuner som Herøy og Hareid. Oppdragsbildet i Ulstein innebærer ofte langvarig ressursbinding. I et slikt tjenestebilde gir avvikling av døgnressurs begrensede muligheter for å absorbere samtidige hendelser eller raskt gjenskape tilgjengelig kapasitet. Tiltaket representerer derfor en strukturell svekkelse av beredskapen, snarere enn en justering av nivå. Arbeidsgruppen vurderer at avvikling først kan være aktuelt dersom det gjennomføres større strukturelle endringer som dokumentert gir forbedret tilgjengelighet og lavere sårbarhet, eksempelvis gjennom samlokalisering i Myrvåg.

5.2 Redusert nattberedskap i Ulstein (en bil natt)

Innsparing

- Ca 1 mill. NOK
- Ca 1 årsverk

Risiko

- Samtidighetsrisiko natt
- Avstander og få alternative ruter
- Bindinger

Lokal geografisk sårbarhet

- Vær
- Mørke

- Sjørelaterte hendelser

Regional avhengighet

- Nattbindinger i Volda, svekker Volda+ Ørsta
- Samtidighet i Herøy/Ulstein
- Værvhengig støtte fra luftambulanse

Gjennomførbarhet

For Ulstein-141 og Ulstein-142 er det registrert 2 095 oppdrag, hvorav 1 063 på Ulstein-141 og 1 032 på Ulstein-142. I tidsrommet 20:00–08:00 har bilene samlet 581 oppdrag. 309 oppdrag (53,2 %) var akutte, og 230 av disse hadde rød/orange ankomsttriage (74,4 % av akutte, 39,6 % av alle oppdrag). Av alle oppdragene var 1 154 i eget operasjonsområde, mens øvrige oppdrag fordelte seg på Fosnavåg (83), Larsnes (33) og Ørsta/Volda (460), hvor majoriteten av oppdragene mot Ørsta/Volda var henteoppdrag.

Det er registrert om lag 95 samtidighetskonflikter (16,4 %) i kveld- og nattperioden. Av oppdragene i samtidighetskonflikt var om lag 63 % akutte, 32 % haster og 6 % vanlige.

Tiltaket vil berøre en beredskap som håndterer 581 oppdrag i tidsrommet 20:00–08:00, hvorav 309 er akutte og 230 har rød/orange ankomsttriage. Minst om lag 95 hendelser er særlig sårbare ved redusert kapasitet. Basert på fordelingen av hastegrad innebærer dette at om lag 38 av samtidighetskonfliktene gjelder kritiske pasienter.

I Ulstein er ambulansen fremme innen 18 minutter i 90 % av tilfellene, med en typisk responstid på om lag 10 minutter. Stasjonen dekker også Hareid, hvor ambulansen er fremme innen 18 minutter i 90 % av tilfellene, med en typisk responstid på om lag 12 minutter.

Konklusjon: Uten Ulstein-142 ville minst 95 hendelser i kveld- og nattperioden fått økt risiko for forsinket respons eller redusert lokal tilgjengelighet, herunder om lag 38 hendelser med kritiske pasienter. De registrerte samtidighetskonfliktene viser et vedvarende behov for parallelle ressurser. Det er rikelig med kapasitet ved ambulanseressursene fra Larsnes eller Fosnavåg. Den totale forsinkelsen vil derfor i stor grad ikke overstige 30 minutter.

For området Larsnes, Ulstein og Herøy viser samlet oppdragsprofil at aktiviteten er høyest på dag og ettermiddag, og lavere på kveld og natt. I kveld og nattperioden er sannsynligheten for samtidighetskonflikt der alle tre bilene er opptatt samtidig under 2 %. Dette tilsier at risikoen for full samtidig binding av alle ressursene i dette tidsrommet er lav.

Områdespesifikke kompensierende tiltak

<i>Kompenserende tiltak</i>	<i>Reduserer risiko for</i>
FR/akutthjelper/frivillige i Ulstein/Herøy	Forsinka førsteinnsats ved nattoppdrag
Videre styrking av lokal førsteinnsats i Ulstein – Herøy	Forsinket førsteinnsats ved nattlige hendelser og samtidighet
Forpliktende nattlig samdrift med Larsnes, Herøy og Volda	Udekket område og forlenget responstid ved langvarig binding
Vær- og kysttilpassede beredskapstiltak for nattdrift	Sårbarhet ved sjøhendelser og redusert framkommelighet
Etablering av syketransportbil (hvit bil)	Unødig bruk av akuttambulansse på planlagte eller lav-haste oppdrag
Klare kriterier for bruk av ambulansebåt nattestid	Langvarige landtransporter og redusert tilgjengelighet i Ulstein-akse

Restrisiko

Redusert nattberedskap innebærer økt risiko ved samtidige hendelser og langvarige oppdrag, særlig under krevende vær- og fergeforhold. Dette kan gi noe forlenget responstid i enkelte perioder. Restrisikoen vurderes som håndterbar og akseptabel innenfor foreslått løsning, gitt tre tilgjengelige nattressurser og etablerte kompensierende tiltak.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen konkluderer med at nattberedskap i Ulstein kan reduseres. Innenfor dagens og forventet regional ressursstruktur vurderes tiltaket til å være forsvarlig og forholdsmessig. Vurderingen bygger på at nattperioden har lavere oppdragsintensitet enn dag og kveld, samt at analysene viser lav sannsynlighet for full samtidighet mellom tilgjengelige ambulanser. Med tre operative nattressurser i Ulstein–Herøy–Larsnes-området vurderes dekningen som tilstrekkelig for de fleste hendelser, også ved moderat samtidighet. Selv om enkelte oppdrag kan få noe økt responstid, anses dette å ligge innenfor akseptable rammer. Etablering av syketransportbil (hvit bil) er en klar

forutsetning for tiltaket og vurderes å ha betydelig effekt ved å redusere binding av akuttambulanser. I tillegg bidrar målrettet bruk av ambulansebåt til å begrense langvarige bakketransporter og frigjøre kapasitet i nattperioden. Forutsatt tydelige kriterier, god regional samhandling og involvering av ansatte og tillitsvalgte, vurderes den samlede restrisikoen som akseptabel, og løsningen gir bedre samsvar mellom behov og ressursbruk enn dagens nattberedskap.

5.3 Etablering av syketransportbil i Ulstein

Kostnad

- Tiltaket innebærer økte driftskostnader knyttet til bemanning og drift av syketransportbil.
- Erfaringer fra eksisterende ordninger viser en samlet årskostnad per enhet på rundt 1 mill. kroner.
- Kostnadene vurderes samlet opp mot gevinsten i form av frigjort ambulansekapasitet og bedre tilgjengelighet for akutte oppdrag.

Risiko

- Lav risiko for akuttberedskapen.
- Forutsetter tydelig oppgaveavgrensning mellom ambulanse -syketransport.
- Effekt av tiltaket er avhengig av tilstrekkelig bruk og korrekt disponering

Regionale avhengigheter

- Forutsetter samhandling med ambulanseressurser på søre Sunnmøre.
- Avhengig av tydelige AMK-disponeringsrutiner.

Gjennomførbarhet

Tiltaket vurderes som operativt gjennomførbart innenfor eksisterende struktur. På søre Sunnmøre utføres det i dag et betydelig volum av planlagte og ikke-akutte transporter som binder døgnambulanser over tid. En syketransportbil i Ulstein vurderes å kunne overta en andel av disse oppdragene og bidra til mer hensiktsmessig bruk av ambulanseressursene.

Samlet vurdering

Syketransport er et tiltak med selvstendig verdi. Tiltaket bidrar samtidig til å styrke gjennomførbarheten og redusere risiko ved øvrige anbefalte endringer i ambulansetjenesten, gjennom frigjøring av ambulansekapasitet og redusert samtidighetsrisiko. Tiltaket inngår som del av en helhetlig tilnærming til bedre ressursutnyttelse i den prehospitale tjenesten.

5.4 Redusert nattberedskap Volda (en bil natt)

Innsparing

- Ca 2 mill. NOK
- 2 Årsverk

Risiko

- Høy nattaktivitet
- Sykehusrelatert nattoppdrag
- Regional nøkkelrolle
- Samtidighetsrisiko

Lokal geografisk sårbarhet

- Dalfører, fjell og kyst

Regional avhengighet

- Ørsta er fullstendig avhengig av Volda
- Sekundæreffekter mot Ulstein–Herøy
- Bindinger svekker hele regionens nattkapasitet

Gjennomførbarhet*

**Ikke GIS analyse*

I 2025 ble det gjennomført 349 ambulanseoppdrag i nattperioden (kl. 00.00–08.00) i Volda. Av disse var 177 (50,7 %) akutte, og 97 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ambulansens ankomst. Median oppdragstid var 82 minutter og median kjørelengde 20 kilometer. Samlet tidsbruk i nattoppdragene var 610 timer, med 12 823 kjørte kilometer. Oppdragsmengde og varighet medfører at ambulanseressursene ofte er bundet over lengre perioder, med begrenset tilgjengelighet ved nye og samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av høy aktivitet i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), hvor det i

2025 ble gjennomført 905 ambulanseoppdrag. Samlet påvirker dette tilgjengelighet og utholdenhet i nattberedskapen. En reduksjon i nattberedskapen vil øke belastningen på gjenværende ambulanse og gi høyere risiko for forlenget responstid og økt sårbarhet ved samtidige hendelser.

Områdespesifikke kompensierende tiltak

Kompenserende tiltak	Reduserer risiko for
Styrking av FR/akutthjelp/ frivilligressurser i Ørsta-området	Forsinket førsteinnsats når ambulanse er opptatt i Volda nattestid
Tidlig og planlagt nabostøtte fra Herøy og Vanylven om natten	Forlenget responstid i randsoner ved samtidige hendelser
Rute, ras og vintertilpasset planlegging for nattdrift	Isolasjon og forsinket framføring ved krevende føreforhold
Tiltak for prioritering av nattlige sykehus- og henteoppdrag	Langvarig ressursbinding og konsekvenser for regional beredskap

Restrisiko

Dagens nattberedskap i Volda har sårbarhet knyttet til samtidige hendelser og langvarig ressursbinding. Denne risikoen håndteres innenfor dagens struktur. Ved reduksjon i nattberedskapen vil restrisikoen øke betydelig, med høyere sannsynlighet for forsinket respons og redusert evne til å håndtere samtidighet. Risikoøkningen vurderes som ikke akseptabel.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen legger til grunn at dagens nattberedskap i Volda bør videreføres.

Vurderingen er basert på Voldas funksjon som sykehuslokasjon og regional nattressurs, med ansvar for både eget område, Ørsta og tilgrensende randsoner. En betydelig andel av nattoppdragene har tilknytning til sykehusdrift og transporter som binder ambulanser over tid. Dette gir begrenset handlingsrom for ytterligere kapasitetsreduksjon uten at responsevnen svekkes. Når Ørsta samtidig er fullt avhengig av Volda som nattnattressurs, får reduksjoner i Volda direkte konsekvenser utover eget opptaksområde. Arbeidsgruppen legger vekt på at Voldas nattberedskap inngår i en større regional sammenheng. Kompenserende tiltak kan bidra til prioritering og støtte i randsoner, men gir ikke tilstrekkelig robusthet ved tidskritiske og parallelle hendelser i et systembærende punkt. Samlet vurderer arbeidsgruppen at videreføring

av dagens nattberedskap i Volda gir et lavere og mer håndterbart risikonivå enn reduksjon.

Innhold

Datagrunnlag – tall- og drøftingsmateriell	2
1.0 Båt og bil ambulansetjenesten HMR	2
1.1 Mandat.....	2
1.2 Kostnadsestimater	2
1.3 Framskrivninger	4
1.4 Aktivitetsdata.....	5
1.5 Fergebehov til sykehus	5
1.7 Virksomhetsdata.....	6
2.0 NORDMØRE	6
2.1 Smøla – Aure	6
2.1 Kristiansund – Gjemnes – Tingvoll	9
2.2 Sunndal – Surnadal.....	12
3.0 ROMSDAL.....	15
3.1 Averøy - Aukra – Fræna.....	15
3.2 Molde – Midsund	18
3.3 Rauma og Vestnes	20
4.0 SUNNMØRE.....	23
4.1 Stor Ålesund; Ørskog - Haram – Sula – Giske – Ålesund - Harøya	23
4.2 Indre Sunnmøre; Sykkylven – Stranda – Geiranger - Fjord	26
4.3 Ytre Sunnmøre: Ulstein - Herøy – Volda/Ørsta – Sande – Vanylven.....	29
4.3 Ørskog – Haram – Norddal, egen strukturelle forhold.....	33
5.0 Etterspurte data	36
5.1 Legevakt - sykehus.....	36
5.2 Hentested sykehjem i HMR 2025	37
5.3 Aktivitets og oppdragsbelastning pr område	37

Datagrunnlag – tall- og drøftingsmateriell

Vedlegget gir et utdypende grunnlag for hovedrapporten og inneholder drøftinger og tilhørende tallmateriale. Datamaterialet er basert på gjeldende organisatorisk inndeling og dagens sammensetning av seksjoner i avdeling båt- og bilambulanse. Materialet er strukturert og presentert i tråd med denne organiseringen slik den beskrives i vedlegget, og følger derfor ikke nødvendigvis administrative eller fylkesmessige grenser. Tall og øvrige data bygger på tilgjengelig informasjon per 18.03.2026, og eventuelle endringer etter dette tidspunktet er ikke inkludert.

1.0 Båt og bil ambulansetjenesten HMR

- 30 ambulansestasjoner 381 ansatte
- 38 døgnambulanser, 24/7
- 1 dagambulanse, 8/5
- 1 dagambulanse, 12/7
- 1 2-bårebil. Fast rute mellom NR og St. Olavs 12/6
- 11 Reserveambulanser
- 3 ambulansebåter 24/7
- 1 Reservebåt

3 Syketransportbiler

Budsjett 2026 - 808 millioner kroner (klinikken)

1.1 Mandat

Arbeidsgruppa skal identifisere kostnadsreducerende tiltak tilsvarende 20 millioner kroner, både kortsiktige og langsiktige, og beskrive konsekvensen av disse. Målet er å finne løsninger der det smerter minst, samtidig som vi sikrer en forsvarlig og bærekraftig akuttmedisinsk tjeneste.

"Redusere beredskap tilsvarende 2 døgnambulanser i løpet av 2026"

Styresak 114-25 (17.12.25)

1.2 Kostnadsestimer

Ambulanser

1 døgnambulanse = 8 årsverk. Kostnad ca.10 mill.

Nattberedskap 2 mill pr. bil

Syketransportbiler

Personellkostnader

Område	Stillingsbruk	Årslønn per stilling
Kristiansund	1,0 stilling	544 000 kr
Molde	1,0 stilling	544 000 kr
Ålesund	1,2 stilling	544 000 kr per stilling

Bilkostnader

Bil LJ 78887

Kostnadstype	Beløp
Driftskostnader (inkl. motorhavari)	117 409 kr/år
Leasing	12 900 kr/mnd (154 800 kr/år)
Totale bilkostnader	22 684 kr/mnd

Bil LJ84587

Kostnadstype	Beløp
Driftskostnader	48 228 kr/år
Leasing	44 000 kr/mnd (528 000 kr/år)
Totale bilkostnader	48 019 kr/mnd

Oppsummert årskostnad

Kostnadstype	Årskostnad
Gjennomsnittlig kostnad per bil	424 218 kr
Lønnskostnad per stilling	544 000 kr
Total kostnad per syketransport	968 218 kr

1.3 Framskrivninger

HMR	Vekst i andel	Total vekst	Vekst over 67 år	Vekst over 80 år	Vekst under 68 år
Ålesund	104,6 %	2 707	3 298	2 104	-591
Molde	103,9 %	1 296	1 800	1 401	-504
Volda	108,9 %	1 011	424	351	587
Sula	108,4 %	828	537	390	291
Giske	107,8 %	681	524	328	157
Ulstein	106,4 %	574	684	313	-110
Aukra	112,5 %	469	144	108	325
Averøy	105,0 %	302	406	296	-104
Haram	102,7 %	252	500	409	-248
Hareid	103,6 %	198	326	235	-128
Gjemnes	105,7 %	156	114	144	42
Tingvoll	102,0 %	61	135	88	-74
Kristiansund	100,2 %	40	1 218	1 116	-1 178
Smøla	101,0 %	21	93	100	-72
Fjord	100,3 %	7	123	91	-116
Vestnes	99,9 %	-6	420	370	-426
Rauma	99,9 %	-7	291	240	-298
Hustadvika	99,9 %	-8	710	574	-718
Sande (M&R)	98,4 %	-38	156	93	-194
Stranda	99,1 %	-41	203	94	-244
Aure	97,3 %	-94	184	143	-278
Ørsta	98,1 %	-212	525	455	-737
Sunnadal	96,5 %	-260	459	326	-719
Herøy (M&R)	97,1 %	-263	563	354	-826
Vanylven	91,2 %	-265	81	137	-346
Surnadal	94,1 %	-349	286	232	-635
Sykkylven	93,9 %	-465	435	339	-900
Totalt	102,4 %	6 595	14 639	10 831	-8 044

Forventet endring i befolkningen for kommunene i Helse Møre og Romsdal 2025 – 2040. Tabellen viser total endring (prosent og antall) og endret antall i gruppene over 67 år, over 80 år og under 68 år. Kilde SSB 2025/Helse Midt Norge RHF.

Kommune	Opphold 2024	Opphold 2040	Vekst	Vekst andel
Ålesund	14 825	17 111	2 286	1,15
Molde	7 866	8 792	926	1,12
Kristiansund	6 838	7 477	639	1,09
Sula	2 374	2 830	456	1,19
Giske	2 274	2 703	429	1,19
Ulstein	1 877	2 286	409	1,22
Volda	2 519	2 918	399	1,16
Hustadvika	3 119	3 486	367	1,12
Averøy	1 514	1 758	244	1,16
Haram	2 132	2 358	226	1,11
Ørsta	2 844	3 067	223	1,08
Herøy (M&R)	1 980	2 186	206	1,10
Hareid	1 146	1 348	202	1,18
Vestnes	1 613	1 813	200	1,12
Sunnadal	1 449	1 620	171	1,12
Rauma	1 685	1 855	170	1,10
Aukra	841	978	137	1,16
Gjemnes	697	812	115	1,16
Tingvoll	781	873	92	1,12
Sykkylven	1 849	1 932	83	1,04
Stranda	979	1 046	67	1,07
Fjord	639	704	65	1,10
Sande (M&R)	487	532	45	1,09
Surnadal	1 338	1 382	44	1,03
Smøla	458	497	39	1,09
Aure	723	752	29	1,04
Vanylven	789	815	26	1,03
Totalt	65 636	73 931	8 295	1,13

Hendelseskommune	Oppdrag 2024	Oppdrag 2040	Vekst	Vekst andel
Ålesund	9 436	12 213	2 777	1,29
Molde	5 356	6 656	1 300	1,24
Kristiansund	4 244	5 356	1 112	1,26
Volda	2 301	2 883	582	1,25
Hustadvika	1 447	1 814	367	1,25
Giske	1 185	1 524	339	1,29
Ulstein	1 017	1 335	318	1,31
Sula	775	1 020	245	1,32
Herøy (M&R)	909	1 126	217	1,24
Ørsta	1 323	1 536	213	1,16
Hareid	677	861	184	1,27
Sunnadal	1 024	1 200	176	1,17
Vestnes	820	983	163	1,20
Averøy	574	734	160	1,28
Smøla	974	1 108	134	1,14
Haram	607	735	128	1,21
Rauma	982	1 104	122	1,12
Sykkylven	764	878	114	1,15
Aukra	458	563	105	1,23
Gjemnes	377	480	103	1,27
Tingvoll	416	508	92	1,22
Aure	725	806	81	1,11
Stranda	661	729	68	1,10
Surnadal	893	959	66	1,07
Fjord	381	440	59	1,15
Vanylven	443	486	43	1,10
Sande (M&R)	223	252	29	1,13
Totalt	38 992	48 289	9 297	1,24

Framskrevet antall ambulanseoppdrag i 2040 for hver kommune, vist i faktiske antall og som relativ vekst. Kilde Helse Midt – Norge RHF

Framskrevet antall akuttinnleggelser i 2040 for hver kommune, vist i faktiske antall og som relativ vekst. Kilde Helse Midt – Norge RHF

1.4 Aktivitetsdata

Aktivitet 2024-mot 2025

2024					2025							
Stasjoner	Antall resurse	Oppdrag	Kilometer	Timer	Stasjoner	Antall resurse	Oppdrag	Endring i %	Kilometer	Endring i %	Timer	Endring i %
Aukra Bil	1	388	12 222	754	Aukra	1	421	9 %	18 142	48 %	904	20 %
Aukra Båt	1	73	3 597	144	Aukra Båt	1	131	79 %	5 725	59 %	265	84 %
Aure	2	559	52 823	1 695	Aure	2	579	4 %	59 164	12 %	1 802	6 %
Averøy	1	961	55 682	2 088	Averøy	1	782	-19 %	63 078	13 %	2 042	-2 %
Hustadvika	1	1 388	69 585	2 611	Hustadvika	1	1 350	-3 %	77 813	12 %	2 698	3 %
Gjemnes	1	1 069	80 653	2 535	Gjemnes	1	1 072	0 %	73 762	-9 %	2 399	-5 %
Gjemnes 2-båre	1	659	120 212	3 824	Gjemnes 2-båre	1	605	-8 %	102 028	-15 %	3 387	-11 %
Kristiansund	2	3 358	112 246	5 588	Kristiansund	3	3 258	-3 %	182 724	63 %	7 056	26 %
Midsund	1	268	12 637	688	Midsund	1	251	-6 %	13 866	10 %	681	-1 %
Molde	2	3 449	89 279	5 712	Molde	2	3 126	-9 %	100 879	13 %	5 482	-4 %
Eidsvåg	1	597	59 247	1 646	Eidsvåg	1	699	17 %	66 215	12 %	1 904	16 %
Rauma	2	1 127	105 088	3 527	Rauma	2	1 123	0 %	107 336	2 %	3 513	0 %
Smøla Bil	1	483	24 420	934	Smøla Bil	1	362	-25 %	17 351	-29 %	730	-22 %
Smøla Båt	1	641	34 024	1 392	Smøla Båt	1	519	-19 %	26 638	-22 %	1 165	-16 %
Sunnal	2	1 247	127 110	3 731	Sunnal	2	1 138	-9 %	107 393	-16 %	3 310	-11 %
Surnadal	2	1 013	134 654	3 201	Surnadal	2	968	-4 %	124 471	-8 %	2 927	-9 %
Tingvoll	1	602	56 756	1 661	Tingvoll	1	572	-5 %	59 432	5 %	1 667	0 %
Vestnes	1	932	79 036	2 460	Vestnes	1	943	1 %	78 733	0 %	2 449	0 %
Sykefransport Kr. sund	1	96	8 167	258	Sykefransport Kr. sund	1	357	272 %	45 031	451 %	1 276	395 %
Sykefransport Molde	0	0	0	0	Sykefransport Molde	1	226		25 661		726	
Ørskog	1	1052	67 278	2 300	Ørskog	1	1 064	1 %	68 654	2 %	2 281	-1 %
Haram	1	1021	60 531	2 174	Haram	1	1 068	5 %	63 864	5 %	2 191	1 %
Norddal	1	411	40 887	1 196	Norddal	1	480	17 %	43 758	7 %	1 328	11 %
Ulstein	2	2 206	127 125	4 518	Ulstein	2	2 095	-5 %	125 345	-1 %	4 453	-1 %
Høy	1	884	59 337	1 911	Høy	1	918	4 %	59 091	0 %	1 941	2 %
Sande Bil	1	675	47 127	1 667	Sande Bil	1	716	6 %	52 159	11 %	1 836	10 %
Sande Båt	1	121	3 364	172	Sande Båt	1	134	11 %	5 303	58 %	229	93 %
Vanylven	1	500	47 294	1 572	Vanylven	1	463	-7 %	37 791	-20 %	1 438	-9 %
Sula	1	1 721	56 800	2 313	Sula	1	1 746	1 %	53 936	-5 %	2 823	-3 %
Sykkylven	1	846	30 053	1 790	Sykkylven	1	744	-12 %	24 889	-17 %	1 509	-16 %
Stranda	1	615	47 958	1 620	Stranda	1	568	-8 %	39 463	-18 %	1 487	-8 %
Geiranger	1	260	26 006	944	Geiranger	1	290	12 %	23 615	-9 %	1 143	21 %
Volda	2	2 737	108 365	4 667	Volda	2	2 691	-2 %	90 684	-16 %	4 364	-6 %
Ålesund	2	4 709	33 821	6 484	Ålesund	2	4 577	-3 %	87 710	-7 %	6 302	-3 %
Giske	1	2 007	66 047	2 973	Giske	1	1 979	-1 %	62 837	-5 %	2 909	-2 %
Høy	1	343	37 398	1 029	Høy	1	329	-4 %	33 801	-10 %	946	-8 %
Sykefransport Ålesund	1	750	37 555	1 318	Sykefransport Ålesund	1	744	-1 %	35 026	-7 %	1 357	3 %
45	39 768	2 194 450	83 697		47	39 088	-2 %	2 263 368	3 %	84 920	1 %	

1.5 Fergebehov til sykehus

Antall innbyggere av totalt 272735 med fergebehov til de forskjellige destinasjoner i Møre og Romsdal

Opptaksområde SNR			Opptaksområde Ålesund			Opptaksområde Volda			Alle til Ålesund			Alle til SNR		
Kommune	Befolkning	Fergebehov	Kommune	Befolkning	Fergebehov	Kommune	Befolkning	Fergebehov	Kommune	Befolkning	Fergebehov	Kommune	Befolkning	Fergebehov
1505 Kristiansund	24 479		1508 Ålesund	59 526	59	1511 Vanylven	3 035	3 035	1508 Ålesund	59 526	59	1508 Ålesund	59 526	59 526
1506 Molde	33 209	1 760	1525 Stranda	4 345	4 345	1514 Sande	2 427	442	1525 Stranda	4 345	4 345	1525 Stranda	4 345	4 345
1539 Rauma	7 189	7 189	1528 Sykkylven	7 618	7 618	1515 Herøy	9 022		1528 Sykkylven	7 618	7 618	1528 Sykkylven	7 618	7 618
1547 Aukra	3 786	3 786	1531 Sula	9 825		1516 Ulstein	8 869		1531 Sula	9 825		1531 Sula	9 825	9 825
1554 Averøy	6 007		1532 Giske	8 808		1517 Hareid	5 352		1532 Giske	8 808		1532 Giske	8 808	8 808
1557 Gjemnes	2 749		1535 Vestnes	7 292		1520 Ørsta	11 044		1535 Vestnes	7 292		1535 Vestnes	7 292	7 292
1560 Tingvoll	3 050		1578 Fjord	2 518		1577 Volda	11 019		1578 Fjord	2 518		1578 Fjord	2 518	2 518
1563 Sunndal	7 122		1580 Haram	9 436	9		50 768	3 477	1580 Haram	9 436	9	1580 Haram	9 436	9 436
1566 Surnadal	5 971	5 971		109 368	12 031				1505 Kristiansund	24 479	24 479	1505 Kristiansund	24 479	
1573 Smøla	2 145	2 145							1506 Molde	33 209	33 209	1506 Molde	33 209	1 760
1576 Aure	3 370	3 370							1539 Rauma	7 189		1539 Rauma	7 189	7 189
1579 Hustadvika	13 522								1547 Aukra	3 786	3 786	1547 Aukra	3 786	3 786
	112 599	24 221							1554 Averøy	6 007	6 007	1554 Averøy	6 007	
									1557 Gjemnes	2 749	2 749	1557 Gjemnes	2 749	
									1560 Tingvoll	3 050	3 050	1560 Tingvoll	3 050	
Fergebehov	24 221	21,5 %	Fergebehov	12 031	11,0 %	Fergebehov	3 477	6,8 %	1563 Sunndal	7 122	7 122	1563 Sunndal	7 122	
									1566 Surnadal	5 971	5 971	1566 Surnadal	5 971	5 971
									1573 Smøla	2 145	2 145	1573 Smøla	2 145	2 145
									1576 Aure	3 370	3 370	1576 Aure	3 370	3 370
Oppdrag			Oppdrag			Oppdrag			1579 Hustadvika	13 522	13 522	1579 Hustadvika	13 522	
22 ambulanser			12 ambulanser	13 789		7 ambulanser	6 966		1511 Vanylven	3 035	3 035	1511 Vanylven	3 035	3 035
2 ambulansebåter **			1 syketransport			1 ambulansebåt			1514 Sande	2 427	2 427	1514 Sande	2 427	2 427
2 Syketransport									1515 Herøy	9 022	9 022	1515 Herøy	9 022	9 022
Oppdrag 2025	17 539		Oppdrag 2025	14 533		Oppdrag 2025	6 966		1516 Ulstein	8 869	8 869	1516 Ulstein	8 869	8 869
									1517 Hareid	5 352	5 352	1517 Hareid	5 352	5 352
									1520 Ørsta	11 044	11 044	1520 Ørsta	11 044	11 044
									1577 Volda	11 019	11 019	1577 Volda	11 019	11 019
										272 735	168 209		272 735	184 357
									Fergebehov	168 209	61,7 %	Fergebehov	184 357	67,6 %

** benyttes også for Ålesund og Haram

1.7 Virksomhetsdata

ÅR	Totalt antall oppdrag	Akutt	Haster	Vanlig
2020	35 521	28,4%	40%	31,6%
2021	39 844	27,7%	39,8%	32,4%
2022	42 047	28,3%	39,2%	32,5%
2023	40 486	32,8%	37,9%	29,3%
2024	39 629	35,3%	36%	28,6%
2025	39 038	34,4%	36,2%	28,7%

2.0 NORDMØRE

2.1 Smøla – Aure

Aure og Smøla har lav nattaktivitet og et moderat oppdragsvolum, men øystruktur, båtavhengighet og krevende topografi gjør beredskapssituasjonen likevel kompleks. Båtambulansen på Smøla er en særfinansiert og uunnværlig ressurs for både pasienttransport og legevakt. Selv om Aure dagbil har lav utnyttelse, håndteres en betydelig andel av oppdragene lokalt, noe som viser at bilen fortsatt dekker et reelt beredskapsbehov i området.

Relevante data - 2025

Utrykning – fra og til kommune (totalt)

Kommune	Utrykning fra kommune	Utrykning til kommune
Smøla	568	750
Aure	390	737

Ambulansetjenestens ressurser i området – **til kommune** – totalt og akuttoppdrag

Kommune	Innbyggertall SSB 2025	Antall oppdrag T/A	311	316	431	434	341	481	482	483	621 ^{Hemne}
Smøla	2145	750 220	4 -	1 -	326 116	294 73	41 11	30 9	30 8	7 1	-
Aure	3370	737 296	409 149	170 34	- -	15 70	25 10	25 13	22 13	11 3	11 5

Oppdragsmengde, hentested og utrykning i egen kommune – total og akuttoppdrag

Ressurs	Antall oppdrag Totalt/Akutt	Oppdrag i egen kommune T/A	Utrykning fra egen kommune T/A
Aure 311	409 157	355 149	103 103
Aure 316	170 35	123 34	88 26
Smøla 431	362 116	326 116	228 77
Mørejenta 434	519 145	294 73	182 42

Akuttoppdrag utrykning fra sted /ambulanse median responstid (tid fra ambulanse varslet til fremme på hendelsessted)

Ressurs	Oppdrag fra egen ambulansestasjon	Oppdrag utenfor	Responstid ambulansestasjon	Responstid utenfor
Aure 311	92	21	00:16:55	00:16:15
Aure 316	17	10	00:08:35	00:05:04
Smøla 431	64/4 (båt)	9	00:18:21/00:07:21	00:16:20
Mørejenta 434	83	22	00:34:41	00:17:33

Oppdragsbelastning og reell beredskap for dagens ressursstruktur

Ressurs	Oppdragsbelastning (30%) Alle hastegrader	Aktiv tid	Passiv tid	Kjøring i operativ tid, ledig stasjon	Kjøring i operativ tid, ledig operativ
Aure 311	12,7%	16,6%	7,9%	12,6%	8,9%
Aure 316	7,9%	20,8%	3,3%	0%?	0%?
Smøla 431	8,3%	11,2%	5,6%	8,6%	5,9%
Mørejenta 434	13,3%				?

Geografiske forhold og responstid

Aure

- Krevende geografi i ytterområder.
- Enkelte oppdrag får svært lang kjøretid på grunn av fjorder og lange omveier).

Smøla

- Øystruktur medfører avhengighet av båttransport, med om lag 30–60 minutters avstand til nærmeste landbaserte akutte hjelp, avhengig av vær og tilgjengelige ressurser.
- Båtavhengighet gir betydelig variasjon i oppdragstid, spesielt ved dårlig vær.

Samhandling og naboområder

- Opphør av HAS-samarbeidet fra 1.1.2027, når Heim kommune trer ut, fører til redusert felles beredskapskapasitet, noe som øker behovet for landbasert beredskap i Aure/Smøla for å sikre forsvarlig responstid og robusthet.
- Samhandling med Kristiansund viktig, både med dagbil og døgnbilen.
- Helikopter benyttes når værforhold tillater det.

Samtidighetsrisiko

Aure

- Total samtidighetsrisiko er lav.
- Samtidighetsproblemer oppstår primært når bil 1 er i Kristiansund eller Molde.

- Backup fra omliggende enheter tar tid på grunn av avstander, med om lag 30–45 minutter fra Smøla og 60–90 minutter fra Hemne/Heim til Aure, avhengig av vær og tilgjengelighet.

Smøla

- Samtidighetsrisiko avhenger av båttilgjengelighet.
- Ambulansen på Smøla brukes ofte lokalt og bindes raskt opp.
- Backup fra Kristiansund tar tid.

Mulighetsrom for innsparing/strukturendring

Aure/Smøla

- Avvikling av Aure dagbil 8–16, (innsparing 2 stillinger).
- Reduksjon av mannskap på Mørejenta (innsparing 4 stillinger)

Kommentar; Aure har variable driftsmønstre, og store avstander som gjør området sårbart. Båtressursen er avgjørende for Smøla – både for legevakttransport og som first responder i akutte situasjoner.

2.1 Kristiansund – Gjemnes – Tingvoll

Kristiansund har høyt oppdragsvolum, lange oppdragstider og mange langtransporter, noe som gjør at de to døgnbilene ofte bindes opp. Ressurs 483 avlaster ved å håndtere gule og røde oppdrag og styrker kapasiteten ved samtidige hendelser i byområdet og nabokommunene. Tingvoll og Gjemnes har lavere oppdragsvolum, men lange avstander og krevende geografi gjør at de i stor grad støttes fra Kristiansund. Samlet sett har Kristiansund færre oppdrag enn Molde og Ålesund, men høyere tidsbruk per oppdrag.

Relevante data 2025

Utrykning – fra og til kommune (totalt)

Kommune	Utrykning fra kommune	Utrykning til kommune
Kristiansund	2513	3471
Gjemnes	886	356
Tingvoll	335	387

Ambulansetjenestens ressurser i området –**til kommune** – total og akuttoppdrag

Kommune	Innbyggertall SSB 2025	Antall oppdrag T/A	481 482	483	341	345	411	321
Kristiansund	24479	3471 1318	2240 987	517 215	239 52	239 -	72 10	193 40
Gjemnes	2749	356 151	16 11	7 2	252 109	252 -	27 7	- -
Tingvoll	3050	387 187	7 5	3 -	43 27	47 -	307 145	- -
Averøy	6007	542 288	81 41	27 3	5 3	6 -	2 -	402 218

Oppdragsmengde, hentested og utrykning i kommune – totalt og akuttoppdrag

Ressurs	Antall oppdrag Totalt/Akutt	Oppdrag i egen kommune T/A	Utrykning fra egen kommune T/A
Kristiansund 481	1301 549	1129 494	821 342
Kristiansund 482	1288 550	1111 493	807 359
Kristiansund 483	669 239	517 215	266 119
Syketransport 912	357 1	78 -	52 -
Tingvoll 411	572 180	307 145	214 102
Gjemnes 341	1072 296	243 105	155 73
Gjemnes 345	605 18	9 4	9 4
Legevaktbil			

Akuttoppdrag – utrykning fra sted /ambulanse median responstid (tid fra ambulanse varslet til fremme på hendelsessted)

Ressurs	Utrykning fra egen ambulansestasjon	Utrykning utenfor	Responstid ambulansestasjon	Responstid Utenfor
Kristiansund 481	350	38	00:09:52	00:08:09
Kristiansund 482	339	59	00:09:30	00:07:50
Kristiansund 483	104	26	00:09:13	00:07:54
Syketransport 912	-	-		
Legevaktbil				

Tingvoll 411	102	28	00:12:41	00:10:11
Gjemnes 341	172	55	00:16:05	00:08:15
Gjemnes 345	7	3	00:15:34	00:10:45

Oppdragsbelastning og reell beredskap for dagens ressursstruktur

Ressurs	Oppdragsbelastning (30%) alle hastegrader	Aktiv tid	Passiv tid	Kjøring i operativ tid, ledig stasjon	Kjøring i operativ tid, ledig operativ (reell beredskap)
Kristiansund 481	28,9%	31,9%	24,9%	28,7%	21,9%
Kristiansund 482	30,0%	33,6%	24,6%	29,5%	22,0%
Kristiansund 483	17,5%	30,8%	0,5%	16,9%	12,6%
Syketransport 912	14,6%	27,3%	0,4%	15,0%	12,2%
Tingvoll 411	19,1%	25,6%	10,3%	18,6%	13,9%
Gjemnes 341	27,4%	34,9%	16,9%	26,7%	20,8%
Gjemnes 345 - tobåre	38,7 %	55,4%	0,7%	18,6%	18,4%
Legevaktbil					

Geografiske forhold og responstid

- Store avstander påvirker samlet responstid negativt i regionen.
- Kristiansund sentrum har kort responstid, mens responstiden øker tydelig mot Tingvoll, Gjemnes, og Averøy.
- Lange transporter mot Hjelset/Trondheim gir høy bindingstid på døgnbiler,
- 2 -bårebilen i Gjemnes har om lag 30 min kjøretid til Kristiansund og fungerer derfor ikke som en rask buffer ved akutte behov.

Samhandling og naboområder

- Tingvoll, Gjemnes og Averøy fungerer som viktige backup-områder, og inngår i den daglige samhandlingen med Kristiansund.
- Legevaktstilbud er tilgjengelig 24/7. Legevaktstruktur og aktivitet påvirker den totale belastningen i området, særlig utenom dagtid.

- Fordelingen av syketransportoppdrag mellom Molde og Kristiansund har betydning for kapasitetsutnyttelsen i området.
- Ambulanse–legevaksamarbeid etter kl. 16, kan ha betydning for utnyttelsen av ressursene, spesielt i perioder med høyt trykk.

Samtidighetsrisiko

- 483 bidrar til lavere samtidighetsbelastning.
- Samlet samtidighetsrisiko påvirkes særlig når døgnbilene har lang transporttid eller må dekke store geografiske områder.

Mulighetsrom for innsparing/strukturendring

Tiltak vurdert som mest relevant:

Kristiansund

- Avvikling av dagbil – 483, 08–08 (innsparing 6 stillinger)

Kommentar; Kristiansund har god kapasitet etter tidligere ressursoppbygging. Avvikling av dagbil i Kristiansund vil kreve omdisponering og sideforskyvning av ressurser i naboombådene.

2.2 Sunndal – Surnadal

Området har i dag døgnberedskap med to ressurser hver, og inngår i gruppen med lav nattaktivitet. Samtidig preges begge kommunene av store avstander, dalfører og periodevise vinterstengte fjelloverganger, forhold som påvirker håndtering av både enkeltoppdrag og samtidige hendelser. I tillegg inngår én døgnressurs i Nesset som del av det samlede beredskapsbildet i området. Legevakten er ikke tilgjengelig etter kl. 16 på hverdager eller i helger, noe som i enkelte perioder kan medføre økt belastning på ambulansetjenesten.

Relevante data 2025

Utrykning – fra og til kommune (totalt)

Kommune	Utrykning fra kommune	Utrykning til kommune
Sunndal	739	959
Surnadal	611	780

Ambulansetjenestens ressurser **til kommuner** – total og akuttoppdrag

Kommune	Innbyggertall SSB 2025	Antall oppdrag	381	382	391	392	361	912 913	411
---------	---------------------------	-------------------	-----	-----	-----	-----	-----	------------	-----

		T/A							
Sunndal	7122	959 374	440 178	433 170	- -	- -	33 15	22 -	16 4
Surnadal	5971	780 316	- -	2 -	381 180	391 135	- -	2 -	2 1

Oppdragsmengde, hentested og utrykning i kommune – total og akuttoppdrag

Ressurs	Antall oppdrag Totalt/Akutt	Oppdrag i egen kommune T/A	Utrykning fra egen kommune T/A
Sunndal 381	578 219	440 178	323 141
Sunndal 382	557 202	433 170	319 127
Surnadal 391	482 195	381 180	261 123
Surnadal 392	486 140	391 135	274 93
Neset 361	669 182	574 (33) 146 (15)	400 (Molde) 109 (2)

Akuttoppdrag - Utrykning fra sted/ ambulanse responstid

Ressurs	Fra ambulansestasjon	Utenfor stasjon	Responstid fra stasjon	Responstid utenfor stasjon
Sunndal 381	146	30	00:07:33	00:11:16
Sunndal 382	134	19	00:06:43	00:11:10
Surnadal 391	120	14	00:08:36	00:10:19
Surnadal 392	81	16	00:08:05	00:07:47
Neset 361	107	29	00:12:29	00:10:30

Oppdragsbelastning og reell beredskap for dagens ressursstruktur

Ressurs	Oppdragsbelastning (30%) alle hastegrader	Aktiv tid	Passiv tid	Kjøring i operativ tid, ledig stasjon	Kjøring i operativ tid, ledig operativ
Surnadal 391	16,9%	21,8%	10,9%	16,8%	11,9%
Surnadal 392	16,7%	22,5%	9,7%	16,6%	11,9%
Sunndal 381	19,5%	24,5%	13,6%	19,2%	13,8%

Sunndal 382	18,2%	22,8%	12,9%	18,2%	13,1%
Neset 361	21,7%	31,6%	10,3%	21,8%	16,2%

Geografiske forhold og responstid

- Store avstander og få alternative ruter gjør området sårbart ved stengninger eller redusert framkommelighet.
- Vær og naturforhold påvirker framkommeligheten gjennom hele året, med økt risiko for flom, ras og ustabile kjøreforhold.
- Tunnelstrekninger kan stanse trafikken ved hendelser eller vedlikehold, og mangel på omkjøringsmuligheter gir raskt lengre reisetid.
- Begrenset ferge drift om natten reduserer fleksibiliteten.

Samhandling og naboområder

- Sunndal og Surnadal støtter hverandre tett og fungerer som primær backup.
- Ressurser brukes jevnlig inn mot Neset, Eidsvåg og SNR-aksen, noe som reduserer lokal tilgjengelighet.
- Området bistår Rindal og Halså ved behov, *blant annet når pasientstrømmer går mot St. Olav.*
- Transporter til SNR, Orkdal og St. Olav gjør at bilene er ute av området i lengre perioder.
- Når én bil er i transport eller støtteoppdrag, får området begrenset beredskap.
- Nabostasjoner kan ha lang ankomsttid når de selv er bundet i SNR-området.

Samtidighetsrisiko

- Samtidighetsrisikoen er høyere enn det totale oppdragsvolumet tilsier, fordi ressurser ofte er bundet over tid.
- Lange oppdragstider, typisk 1–3 timer, gir perioder der en enhet alene må dekke store områder alene..
- Vinter og værforhold øker sannsynligheten for samtidige hendelser når tilgjengeligheten er lav.
- Når en bil er i langtransport eller støtteoppdrag, oppstår raskt situasjoner med manglende lokal kapasitet.
- *Registrert samtidighet på natt 2025 (0000-0800):*
 - 381/382: 6 (3)

- 391/392: 13 (3)

Mulighetsrom for innsparing /strukturendring

Tiltak vurdert som mest relevant:

Surnadal/Sunndal

- Redusert nattberedskap, to biler dag/kveld, en bil natt (innsparing 4 stillinger)

Kommentar: Store avstander gjør Sunndal/Surnadal sårbare ved samtidige hendelser, særlig når oppdrag pågår samtidig eller når ressurser står langt unna.

3.0 ROMSDAL

3.1 Averøy - Aukra – Fræna

Averøy–Aukra–Frænaområdet har både land- og sjøbaserte ressurser. Fræna har høyt oppdragsvolum, men avlastes av ressurser i Molde og den kvite bilen. Averøy følger i stor grad beredskapsmønsteret i Kristiansund og påvirkes av disponeringen av ressurs 483. I Aukra er aktivitetsnivået lavt, og samspillet mellom bil og båt er godt etablert, der ambulansebåten Romsdalsjenta (særfinansiert) fungerer som en viktig logistikkressurs med kort responstid mot Midsund.

Relevante data 2025

Utrykning – fra og til kommune (Totalt)

Kommune	Utrykning fra kommune	Utrykning til kommune
Averøy	456	542
Aukra	353	497
Hustadvika (Fræna)	880	1445

Ambulansetjenestens ressurser **til kommune** – total og akuttoppdrag

Kommune	Innbygger-tall SSB 2025	Antall oppdrag T/A	321	451	454	331	481 482	483	912 913	471 472
Averøy	6007	542 288	402 218	- -	1 1	11 8	81 41	27 12	7 -	5 1
Aukra	3786	497 216	1 -	352 151	42 19	18 8	- -	- -	7/5 -	63 35
Hustadvika	13522	1445 787	11 66	2 2	12 8	993 546	1 1	2 2	5/5 -	247 138

Oppdragsmengde, hentested og utrykning i kommune– total og akuttoppdrag

Ressurs	Antall oppdrag Totalt/ Akutt	Oppdrag i egen kommune	Utrykning fra egen kommune T/ A
Averøy 321	782 335	402 218	276 154
Aukra 451	421 159	352 151	229 100
Romsdalsjenta 454	131 61	42 19	30 11
Fræna 331	1347 635	993 546	706 387

Akuttoppdrag – utrykning fra sted/ambulanse median responstid (tid fra ambulanse varslet til fremme på hendelsessted)

Ressurs	Utrykning fra egen ambulansestasjon	Utrykning utenfor	Responstid stasjon	Responstid Utenfor
Averøy 321	199	59	00:13:37	00:11:29
Aukra 451	95	12	00:07:04	00:04:55
Romsdalsjenta 454	32	9	00:29:12	00:16:37
Fræna 331	368	101	00:13:21	00:11:56

Oppdragsbelastning og reell beredskap for dagens ressursstruktur

Ressurs	Oppdragsbelastning (30%) alle hastegrader	Aktiv tid	Passiv tid	Kjøring i operativ tid, ledig stasjon	<i>Kjøring i operativ tid, ledig operativ</i>
Averøy 321	23,3%	30,3%	14,5%	23,1%	15,7%
Aukra 451	10,4%	13,5%	7,2%	10,6%	7,8%
Romsdalsjenta 454	2,9%				
Fræna 331	30,8%	38,7%	31%	30,7%	23,6%

Geografiske forhold og responstid

- Fræna har kort avstand og god tilkomst til Molde.
- Averøy er tett knyttet til Kristiansund, noe som gir stabile responstidsforhold.

- Aukra er et fastlandsnært øysamfunn der båt inngår i flere transportløsninger og kan være raskere enn bil på enkelte aksjoner.

Ambulansebåt Romsdalsjenta

- Ambulansebåten Romsdalsjenta har en reell responstid på 20–35 minutter til Midsund, avhengig av klargjøring og vær, sikt og bølgeforhold, som ofte påvirker tidsbruken mer enn selve seilingsdistansen. Båttbruk krever landressurser for videre transport til hente/leveringssted.
- Molde kommune har ansvar for kaiområdet Sundsbøen.

Samhandling og naboområder

- Fræna har tett samhandling med Molde og avlastes av hvit bil og byressurser.
 - Fræna påvirkes av samspillet mellom båt og bil i Aukra/Midsund-aksen.
- Averøy er operativt knyttet til Kristiansund og følger samme mønster.
 - Kapasitetsendringer knytta til ressurs 483 påvirker belastning inn mot Averøy.
- I Aukra bidrar båtløsningen (Aukra/Midsund) til å frigjøre gul bil.

Samtidighetsrisiko

- Averøy og Fræna har moderat samtidighetsrisiko, håndterbar med støtte fra Kristiansund og Molde.
- Aukra har lav samtidighetsrisiko, godt ivaretatt av ambulansebåten Romsdalsjenta og beredskapsferge.

Mulighetsrom for innsparing/strukturendring

Tiltak vurdert som mest relevant:

- Effektivisering av grønt volum i Fræna, bedre samdrift med Molde, og optimalisering av båt/bil-modellen i Aukra/Midsund

Kommentar; det gjøres ingen endringer i Averøy /Fræna. **Aukra**

- Båt og bil deler bemanning i enkelte skift
- Båttressurs Romsdalsjenta (særfinansiert) – 2 liggende + 1 sittende kapasitet
 - 131 oppdrag (2025)
 - 9 fra Molde
 - Primært grønne/transportdyktige pasienter

- Økt oppdragsmengde på Romsdalsjenta kan begrense beredskapskapasiteten, da B&B-personell omfattes av skipsikkerhetslovens krav til arbeids- og hviletid. Akuttoppdrag gir ikke unntak, noe som kan føre til redusert tilgjengelighet ved høy belastning.

3.2 Molde – Midsund

Molde har høyt oppdragsvolum og høy bindingstid på døgnbilene. Midsund har et lavt og relativt forutsigbart aktivitetsnivå, men øygeografien innebærer avhengighet av ferger og værforhold. Manglende nattferge gir redusert tilgjengelighet ved akutte behov, ettersom ferga ligger i Molde om natten og ikke på Midsund.

Relevante data 2025

Kommune	Utrykning fra kommune	Utrykning til kommune
Molde	3636	6022

Ambulansetjenestens ressurser til **kommune** – total og akuttoppdrag

Kommune	Innbygger tall SSB 2025	Antall oppdrag T/A	472	471	441	361	341	331	345	ST
Molde	33209	6022/	1404	1376	245	574	42	31	262	148
Midsund/Eidsvåg		1616	556	522	82	146	77	69	7	-

Oppdragsmengde, hentested og utrykning – total og akuttoppdrag

Ressurs	Antall oppdrag Total/Akutt	Oppdrag i egen kommune T/A	Utrykning fra egen kommune T/A
Molde	1568	1376	948
471	623	522	356
Molde	1555	1404	971
472	638	556	379
Syketransport	226	148	34
913	-	-	-
Midsund	251	245	171
441	86	82	61

Akuttoppdrag - Utrykning fra sted/ambulanse responstid

Ressurs	Oppdrag fra ambulansestasjon	Oppdrag utenfor	Responstid stasjon	Responstid Utenfor
Molde	346	83	00:09:14	00:07:13
471				
Molde	352	78	00:09:36	00:06:53
472				

Midsund 441	55	8	00:10:38	00:12:42
Syketransport 913	18	78		

Oppdragsbelastning og reell beredskap for dagens ressursstruktur

Ressurs	Oppdragsbelastning (30%) alle hastegrader	Aktiv tid	Passiv tid	Kjøring i operativ tid, ledig stasjon	Kjøring i operativ tid, ledig operativ
Molde 471	31,6%	40,8%	22,2%	32,3%	26,1%
Molde 472	31,0%	39,7%	21,3%	31,3%	25,5%
Syketransport 913	8,3%				
Midsund 441	7,1%	10,4%	4,9%	7,9%	5,8%

Geografiske forhold og responstid

- Midsund: Øybasert kommune med naturlige variasjoner i responstid på grunn av øygeografi og fergeavhengighet.
- Molde: Kort responstid i byområdet; lengre transportløp perifert (for eksempel Ålesund) kan øke bindingstid.

Samhandling og naboområder

- Midsund henter primært støtte fra Molde, og bidrar også som avlastning når kapasitet tillater det
- Båtressurs avlaster landressurser på planlagte transporter og enkelte grønne turer, men krever uansett bil for videre transport når pasienten kommer til land.
- Luftambulanset støtter området når værforhold tillater det.
- Legevaktsstruktur innebærer at befolkningen i Midsund må til Molde for medisinsk vurdering.

Samtidigheitsrisiko

- Molde; Lav samtidighet, delvis på grunn av flere alternative ressurser (også kvit bil) og nærhet til sykehus. S
- Midsund; Moderat samtidighet, som øker ved:
 - natt uten ferge
 - hendelser i ytterkant av øya

- væravbrudd som påvirker båt

Mulighetsrom for innsparing/strukturendring

Tiltak vurdert som mest relevant:

Midsund

- Avvikling av døgnambulanse (innsparing 8 stillinger) Opprette syketransport Molde mandag - fredag (reduserer xx årsverk, må kostnadsberegnes og analyse av behov for aktiv tid).
- Vurdering av en-redder.
- Sammenslåing Midsund /Aukra til et beredskapsområde.

Kommentar; Molde har økt belastning som følge av avstander og tidkrevende oppdrag. I Midsund er mange pasienter nærmere vei enn kai - landtransport er ofte raskere enn båt (totalt 251 oppdrag, 73 registrert på øya, 19 i ytterkant). Mulige fremtidige vegforbindelser vil endre beredskapspremissene. Midsund avlaster Molderegion.

3.3 Rauma og Vestnes

Rauma har i dag nattberedskap med to enheter og et aktivitetsnivå som ligger lavt på natt, med en volumprofil som ligner Ulstein, Sunndal og Surnadal. Samtidig kjennetegnes området av stor geografisk utstrekning, lange transportavstander og vinterforhold som kan skape sårbarhet for både enkeltoppdrag og samtidige hendelser.

Relevante data 2025

Utrykning – fra og til kommune (totalt)

Kommune	Utrykning fra kommune	Utrykning til kommune
Vestnes	617	869
Rauma	703	920

Ambulansetjenestens ressurser i området – til **kommune** – total og akuttoppdrag

Kommune	Innbyggertall SSB 2025	Antall oppdrag T/A	421	371	372	191	181	911 913	161 162	361
Vestnes	7292	869 374	591 279	32 10	1 3	13 58	18 10	27 -	13 9	- -
Rauma	7189	920 346	32 7	439 175	420 155	8 -	- -	6 -	2 2	3 -

Oppdragsmengde, hentested og utrykning i kommune – total og akuttoppdrag

Ressurs	Antall oppdrag T/A	Oppdrag i egen kommune	Utrykning fra egen kommune T/A
Vestnes 421	943 347	591 279	417 196
Rauma 371	574 201	439 175	319 134
Rauma 372	549 177	420 155	301 112

Akuttoppdrag – Utrykning *fra* sted/ ambulanse responstid (tid fra ambulanse varslet til fremme på hendelsessted)

Ressurs	Utrykning fra egen ambulansestasjon	Utrykning utenfor	Responstid stasjon	Responstid Utenfor
Vestnes 421	200	57	00:10:23	00:10:01
Rauma 371	128	28	00:10:45	00:09:29
Rauma 372	111	19	00:09:51	00:10:07

Oppdragsbelastning og reell beredskap for dagens ressursstruktur

Ressurs	Oppdragsbelastning (30%) alle hastegrader	Aktiv tid	Passiv tid	Kjøring i operativ tid, ledig stasjon	Kjøring i operativ tid, <i>ledig operativ</i>
Vestnes 421	28,0%	33,1%	19,8%	27,0%	19,8%
Rauma 371	20,1%	25,8%	13,4%	20,1%	14,0%
Rauma 372	20,0%	25,5%	13,3%	19,9%	13,9%

Geografiske forhold

- Lange dalfører og store avstander mellom tettsteder gir økt responstid.
- Vinterforhold med kolonnekjøring og stengte veger påvirker tilgjengeligheten betydelig.
- Ytterområdene som Bjorli, Åfarnes og Isfjorden gir lange transporttider og høy bindingstid.
- Støtte fra Vestnes og Molde til Rauma har over 60 minutters tilkomst, og kan utgjøre 60–90 minutter ved samtidighet, avhengig av tilgjengelighet og pågående oppdrag.

Samhandling og naboområder

- Vestnes og Molde er primær backup ved samtidighet.
- Luftambulans fra (Dombås / Ålesund) brukes ved høyrisikooppdrag når værforhold tillater det.

Helikopteroppdrag Rauma kommune, indre Dombås

Antall oppdrag for LA 4-1 har gått ned fra 53 i 2020 til 27 i 2025. Antallet avviste oppdrag har vært relativt stabilt, mellom 5 og 13 per år. De fleste avvisingene skyldes vær, men ofte har oppdragene likevel blitt løst gjennom andre ressurser, som Ørlandet eller ambulanse. I 2025 var ingen av avvisingene værrelaterte. Oppdrag i indre deler av Rauma kommune håndteres vanligvis av Dombås, som har ansvaret der. Disse oppdragene inngår derfor ikke i LA 4-1-statistikken, og den samlede akuttmedisinske aktiviteten i regionen er dermed høyere enn det tallene alene viser.

Samtidighetsrisiko

- Samtidighetsrisikoen i Rauma er drevet av lange oppdragstider og mye transport.
- Ved bortfall av én bil kan store deler av dalføret stå uten lokal beredskap i 1–3 timer.
- Psykiatriske transporter, interkommunale transporter og vinterkjøring gir hyppige perioder med lang bindingstid.
- *Registrert samtidighet på natt (00–08):*
 - 20 oppdrag (4 samtidige)

Mulighetsrom for innsparing /strukturendring

Tiltak vurdert som mest relevant:

Rauma/Vestnes

- Redusert nattberedskap Rauma (innsparing 2 stillinger)

Kommentar: Rauma har færre oppdrag, men lange avstander gjør området utsatt ved samtidighet.

4.0 SUNNMØRE

4.1 Stor Ålesund; Ørskog - Haram – Sula – Giske – Ålesund - Harøya

Ålesundområdet har høy aktivitet og kort responstid, med tett integrasjon mellom nabostasjoner og flere samtidige enheter i drift. Ressursene i Ålesund, Giske, Sula og Harøy inngår i et felles bynært beredskapssystem med høy fleksibilitet og gjensidig støtte.

- **Ålesund:** Har flere operative enheter. Nærhet til sykehuset medfører høy tilgjengelighet av ressurser gjennom transport til og fra sykehus.
- **Giske:** Ressursen har kort innsatstid mot Ålesund og fungerer som buffer for byområdet, inkludert deler av sentrum.
- **Harøy:** Øybasert ressurs med lavere aktivitetsvolum og geografiske rammevilkår preget av sjøtransport.
- **Haram:** Dekker Nordøyene og deler av Ålesunds ytterområder.
- **Ørskog:** Har dekningsansvar inn mot Stordal og deler av Romsdal, og håndterer en del overflyttinger.
- **Sula:** Bidrar inn i Ålesunds beredskap i tillegg til dekning av Sula kommune.

Relevante data 2025

Utrykning – fra og til kommune (totalt)

Kommune	Utrykning fra kommune	Utrykning til kommune
Ålesund	6279	9373
Giske	703	1177
Sula	1023	754
Haram	569	817

Ambulansetjenestens ressurser i området – til **kommune** – total og akuttoppdrag

Kommune	Innbygger tall SSB 2025	Antall oppdrag T/A	161 162	461	151	181	191	171	421	911
Ålesund	59526	9373 2679	4134 1609	211 53	1022 215	440 98	733 213	1140 348	212 35	618 1
Giske	8808	1177 349	208 61	7 3	59 6	19 1	8 5	818 270	1 1	19 -
Sula	9825	754 355	128 77	1 1	584 261	4 -	10 3	6 6	1 -	4 -
Haram	9436	817 367	36 22	107 40	6 1	573 260	69 33	0 -	2 -	6 -
Vestnes	7292								591	

Oppdragsmengde, hentested og utrykning i kommune – total og akuttoppdrag

Ressurs	Antall oppdrag T/A	Oppdrag i egen kommune T/A	Utrykning fra egen kommune T/A
Ålesund 161	2298 894	2090 803	1481 562
Ålesund 162	2269 902	2054 806	1444 547
Syketransport 911	744 2	618 1	410 2
Giske 171	1979 628	818 (Obs Ålesund) 270	513 177
Haram 181	1068 371	573 (Obs Ålesund) 260	399 190
Ørskog 191	1062 352	733 213 (Obs Vestnes)	517 147
Harøy 461	329 98	211 53 (Obs Haram)	141 42
Sula 151	1746 502	584 261 (Obs Ålesund)	361 232

Akuttoppdrag – utrykning fra sted/ ambulanse median responstid (tid fra ambulanse varslet til fremme på hendelsessted)

Ressurs	Utrykning fra egen ambulansestasjon	Utrykning utenfor	Responstid stasjon	Responstid Utenfor
Ålesund 161	466	160	00:10:08	00:07:25
Ålesund 162	446	168	00:09:41	00:07:46
Syketransport 911	2	2		
Legevaktbil	?	?		
Giske 171	335	115	00:11:40	00:07:47
Harøy 461	57	21	00:10:01	00:09:59
Sula 151	193	164	00:10:37	00:07:49
Haram 181	201	67	00:12:57	00:10:08
Ørskog 191	184	61	00:14:48	00:10:11

Oppdragsbelastning og reell beredskap for dagens ressursstruktur

Ressurs	Oppdragsbelastning (30%)	Aktiv tid	Passiv tid	Kjøring i operativ tid, ledig stasjon	Kjøring i operativ tid, ledig operativ
Ålesund 161	35,9%	47,1%	22,7%	35,8%	28,8%
Ålesund 162	35,7%	46,7%	22,7%	35,7%	28,6%
911	17,4%	31,5%	0,3%	17,2%	14,8%
Legevaktbil	?	?			Stort potensiale?
Giske 171	33,3%	45,6%	18,7%	33,3%	26,7%
Haram 181	24,1%	32,6%	14,1%	24,1%	18,4%
Ørskog 191	25,8%	33,7%	16,5%	25,8%	19,5%
Harøy 461	10,6%	14,8%	5,7%	10,6%	7,1%
Sula 151	32,5%	45,1%	17,6%	32,5%	25,3%

Geografiske forhold og responstid

- Ålesund har bymessige fordeler med korte avstander, godt veinett, alternative ruter, samt nærhet til sykehus, legevakt og luftambulanse.
- Nabostasjoner kan gi støtte innenfor anbefalte responstider.
- Harøy er geografisk sårbar med dagens stasjonsbeliggenhet og begrensa alternative ruter.

Samhandling og naboområder

- Ålesund, Sula og Giske fungerer som ett byområde med tett og effektiv gjensidig støtte.
- Ved toppbelastning avlastes Ålesund jevnlig av Ørskog og Haram, samt enheter som håndterer sykehustransporter.
- Fixed-wing (FW) fra Vigra er tilgjengelig for lengre transporter, men krever bil for transport til og fra flyplassen.
- Legevaktsbil (LV-bil) i helgene avlaster legevakten/akuttmottak betydelig, spesielt på kveld og natt.
- Politi, brann og luftambulanse er lett tilgjengelige og gir gode forutsetninger for samvirk ved større hendelser.

Samtidighetsrisiko

- Ålesund: Lav til moderat samtidighet. Flere enheter og korte bindingstider gjør at kapasitetsbrudd håndteres raskt.
- Giske: Moderat samtidighetsrisiko, men får rask støtte fra Ålesund.
- Harøy: Lav sannsynlighet, men høy konsekvens ved samtidige hendelser grunnet lang avstand til støtte.

Mulighetsrom for innsparing/strukturendring

Tiltak vurdert som mest relevante:

Stor-Ålesund (Ørskog, Haram, Sula, Giske, Ålesund, Harøy)

- Redusert nattberedskap i Ålesund (innsparing 2 stillinger).
- Omlegging fra døgnressurs til dagbil ved behovstopper

Kommentar: Ålesund har høy oppdragsmengde per bil. Ålesund fremstår som et av de mest hardføre områdene i fylket for en mulig reduksjon i nattkapasitet, gitt dagens aktivitetsnivå, dekningsområde og nærhet til øvrige ressurser.

Harøya (Nordøyane)

- Avvikling av døgnressurs (innsparing 8 stillinger)
- Innføre en-redder
- Vurdering av ny lokasjon

Kommentar: Harøya har rundt 329 årlige oppdrag, hvorav ca. 40 er akutte. Omtrent 40 % av oppdragene er grønne og gule.

4.2 Indre Sunnmøre; Sykkylven – Stranda – Geiranger - Fjord

Indre Sunnmøre utgjør et geografisk variert område med store sesongforskjeller i aktivitet, betydelig reiseavstand mellom bygdene og et sårbart vegnett preget av fjordkryssinger og vinterforhold. Beredskapen påvirkes av både fastboende befolkning, turisme og lokale variasjoner i samtidighetsrisiko, spesielt i områder med reiselivsbelastning i sommerhalvåret.

Relevante data 2025

Utrykning – fra og til kommune (kvalitetsvaskemaskinen)

Kommune	Utrykning fra kommune	Utrykning til kommune
Sykkylven	449	646

Stranda	500	573
Fjord	299	425

Ambulansetjenestens ressurser i området - **kommune** – total og akuttoppdrag

Kommune	Innbyggertall SSB 2025	Antall oppdrag T/A	211	241	231	221	151	191	161 162
Sykkylven	7618	646 292	1 1	545 246	72 39	- -	14 4	1 -	6 2
Stranda	4345	573 241	34 10	38 21	343 165	135 38	3 2	4 2	1 1
Fjord	2518	425 155	283 92	- -	3 1	69 28	- -	61 33	- -

Oppdragsmengde, hentested og utrykning – total og akuttoppdrag

Ressurs	Antall oppdrag T/A	Oppdrag i egen kommune T/A	Utrykning fra egen kommune T/A
Sykkylven 241	744 297	545 246	357 162
Stranda 231	568 234	343 Stranda 165	333 124
Geiranger 221	290 86	135 Stranda 69 Fjord 38 Stranda 28 Fjord	106 32 Stranda

Akuttoppdrag – utrykning fra sted/ ambulanse median responstid (tid fra ambulanse varslet til fremme på hendelsessted)

Ressurs	Utrykning fra egen ambulansestasjon	Utrykning utenfor	Responstid stasjon	Responstid Utenfor
Sykkylven 241	153	46	00:07:35	00:08:07
Stranda 231	132	48	00:08:09	00:21:06
Geiranger 221	53	16	00:18:31	00:12:38

Oppdragsbelastning og reell beredskap for dagens ressursstruktur

Ressurs	Oppdragsbelastning (30%) alle hastegrader	Aktiv tid	Passiv tid	Kjøring i operativ tid, ledig stasjon	Kjøring i operativ tid, ledig operativ
Sykkylven 241	17,3%	22,5%	11,2%	17,3%	12,5%
Stranda	16,9%	23,3%	9,4%	16,8%	12,0%

231					
Geiranger 221	12,1%	16,3%	7,1%	10,3%	6,8%

Geografi og responstid

- Fjordkryssinger, bratte veger og vinterstengte strekninger (bl.a. Trollstigen og fjellforbindelser mot Innlandet) gir krevende fremkommelighet og variable responstider.
- Flere samband inngår i det geografiske bildet, inkludert Stranda–Liabygda, fergeforbindelsene rundt Linge/Valldal og sommerferge Geiranger–Hellesylt, som kan gi variasjoner i reisetid avhengig av sesong og avgangsforhold
- Lange avstander og krevende ytterpunkter påvirker transporttider, spesielt mot Geiranger og Valldal.

Eksempler på reiseavstand:

- Stranda – Geiranger: ca. 55 min
- Geiranger – Valldal: ca. 40 min

Samhandling og naboområder

- Stranda, Geiranger og Valldal fungerer som en sammenhengende beredskapslinje og avlaster hverandre jevnlig.
- Sykkylven og Stranda dekker for hverandre.
- Brannvesenet er en viktig støtteaktør.
- Frivillige organisasjoner (f.eks. Røde Kors og lokale redningsgrupper) bidrar i enkelte situasjoner, særlig i områder med vanskelig tilgjengelighet.
- Helikopter fra Ålesund og Dombås er en viktig støtte i området, men tilgjengeligheten er væravhengig.

Helikopteroppdrag Stranda kommune

Antall oppdrag for LA 4-1 har ligget relativt stabilt i perioden, mellom 29 og 35 oppdrag per år. Antallet avviste oppdrag varierer mer, fra 4 til 12 årlig. Flere av avvisningene skyldes vær, men omfanget er lavt, og i noen tilfeller har oppdrag blitt løst med alternative ressurser, som redningshelikopter eller ambulanse. I 2024 var ingen av avvisningene relatert til vær.

Samtidighetsrisiko

- Området har høy variabilitet totalt sett, og risiko påvirkes mer av geografi og fremkommelighet enn av oppdragsvolum.
- Lange avstander, fjordkryssinger og værbegrensninger gjør at én hendelse kan binde ressurser i lengre perioder og redusere tilgjengelighet i naboområdene
- Backup mellom Stranda, Geiranger, Valldal og Sykkylven kan ha betydelig tilkomsttid på grunn av store avstander og krevende kjøreforhold.

Geiranger

- Økt risiko for samtidigheter i turistsesongen (juni – august).
- Enkeltoppdrag kan få stor konsekvens på grunn av lange avstander, få alternative ruter og avhengighet av støtte fra Stranda/Valldal eller luftambulanse.

Mulighetsrom for innsparing/strukturendring

Tiltak vurdert som mest relevante:

Geiranger

- Avvikling av døgnessurs (innsparing 6 stillinger)
- En-redder hele året
- Sesongforsterkning juni – august

Kommentar; Geiranger har rundt 290 oppdrag årlig, hvorav ca. 80 i selve området. Aktiviteten er sterkt sesongpreget med lav vinterbelastning, og området egner seg derfor for sesongtilpasset modell (Røros-prinsippet). Mange oppdrag skjer langs vegaksene, der Stranda og Valldal ofte bistår.

Det bør vurderes turnusendringer og jobbrotasjon mot tjenesten i Valldal. Faglig begrunnet i økt oppdragsmengde.

4.3 Ytre Sunnmøre: Ulstein - Herøy – Volda/Ørsta – Sande – Vanylven

Ytre Sunnmøre har en beredskapsstruktur som påvirkes av kystgeografi, spredt bosetting og betydelig variasjon i vær-, vind- og transportforhold gjennom året. Området har både land- og sjøbaserte ressurser, og beredskapen preges av øykommuner, fergeavhengighet og til dels lange innsatstider når flere enheter er bundet samtidig. Aktiviteten varierer mellom de ulike stasjonene, og samspillet mellom ressursene er sentralt for å sikre forsvarlig dekning på tvers av kommunene.

Relevante data 2025

Utrykning – fra og til kommune (totalt)

Kommune	Utrykning fra kommune	Utrykning til kommune
Ulstein	1246	882
Hareid	30	661
Herøy	542	875
Volda	638	2397
Ørsta	1634	1292
Sande	363	295
Vanylven	282	436

Ambulansetjenestens ressurser i området - til **kommuner** – total og akuttoppdrag

Kommune	Innbyggertall SSB 2025	Antall oppdrag T/A	141	142	131	251	252	121	111	124 båt
Ulstein	8869	882 415	382 188	395 186	44 21	7 3	6 5	40 9	1 1	- -
Hareid	5352	661 304	293 137	254 125	27 10	5 3	5 2	63 22	1 -	? 4
Herøy	9022	875 398	76 39	68 38	628 294	1 -	- -	95 25	1 1	- -
Volda	11019	2397 488	221 96	21 8	16 7	711 194	736 237	18 11	93 18	4 1
Ørsta	11044	1292 518	31 4	37 5	18 2	592 240	576 252	16 3	2 -	- -
Sande	2427	295 112	5 2	5 4	10 4	1 1	- -	218 86	1 4	44 11
Vanylven	3035	436 195	3 2	1 1	- -	4 1	4 1	41 18	344 152	25 13

Oppdragsmengde, hentested og utrykning i kommune – total og akuttoppdrag

Ressurs	Antall oppdrag T/A	Oppdrag i egen kommune T/A	Utrykning fra egen kommune T/A
Ulstein 141	1063 392	382 Ulstein 293 Hareid 188 (U) 137 (H)	462 221
Ulstein 142	1032 371	395 Ulstein 254 Volda 186 (U) 125 (H)	448 214
Herøy 131	918 348	628 294	419 209
Volda 251	1345 444	711 Volda 592 Ørsta 194 (V) 240 (Ø)	780 (Ø) 282 (Ø)
Volda 252	1346 502	736 Volda 576 Ørsta 237 (V) 252 (Ø)	801 (Ø) 311 (Ø)
Sande 121	716 121	218 86	140 62
LIV	83	44	-

124	30	11	-
Vanylven	463	344	235
111	176	152	110

Akuttoppdrag – utrykning fra sted/ ambulanse median responstid (tid fra ambulanse varslet til fremme på hendelsessted)

Ressurs	Utrykning fra egen ambulansestasjon	Utrykning utenfor	Responstid stasjon	Responstid Utenfor
Ulstein 141	233	41	00:09:27	00:08:38
Ulstein 142	216	40	00:09:27	00:08:16
Herøy 131	211	44	00:09:31	00:14:05
Volda 251	263	55	00:09:59	00:08:00
Volda 252	298	47	00:09:38	00:08:18
Sande 121	100	34	00:15:15	00:16:00
Vanylven 111	111	19	00:11:35	00:09:14

Oppdragsbelastning og reell beredskap for dagens ressursstruktur

Ressurs	Oppdragsbelastning (30%) alle hastegrader	Aktiv tid	Passiv tid	Kjøring i operativ tid, ledig stasjon	Kjøring i operativ tid, ledig operativ
Ulstein 141	25,6%	34,9%	14,6%	25,6%	19,7%
Ulstein 142	25,5%	34,0%	15,5%	25,5%	19,6%
Herøy 131	22,2%	27,9%	15,5%	22,2%	16,9%
Volda 251	25,0%	33,2%	15,2%	25,0%	19,4%
Volda 252	25,3%	34,9%	13,8%	25,3%	19,7%
Legevaktbil					
Sande 121	20,4%	29,4%	9,8%	20,4%	15,6%
LIV 124					
Vanylven 111	15,8%	21,0%	9,7%	15,0%	11,2%

Geografiske forhold og responstid

- Store avstander, fjordkryssinger og øy-/terrengstruktur gjør at responstiden varierer betydelig mellom tettsteder i området.
- Geografien gjør at enkelte stasjoner er mer relevante enn andre i akutte situasjoner:
 - 141/142 dekker store deler av Herøy i praksis og utgjør en kritisk del av beredskapsbildet.
 - Ulstein når Myrvåg raskere enn Herøy ved akutte situasjoner

Samhandling og naboområder

- Ressursene overlapper i praksis, særlig mellom 141/142 og 131.
- Når 141/142 eller 131 er bundet, fungerer 121 som viktig backup, spesielt kveld og natt.
- Legevaktbilene avlaster for røde, gule og enkelte grønne oppdrag.
- Brann og frivillige organisasjoner bidrar ved løft, søk og bistandsoppdrag i krevende områder.

Samtidighetsrisiko

- Sårbarheten er knyttet mer til tilgjengelige enheter og avstander enn til totalvolumet i området.
- Samtidighetsrisikoen øker når ressursene er i langtransport eller dekker naboområder, særlig grunnet geografien og store avstander.
- *Samtidighet natt 2025 (0000-0800)*
 - 141/142: 40 hendelser, 12 på samme oppdrag
 - 251/252: 40 hendelser, 4 på samme oppdrag

Mulighetsrom for innsparing /strukturendring

Tiltak vurdert som mest relevante:

Ulstein/Herøy - 2 døgnambulanser

- Avvikle ressurs Ulstein (innsparing 8 stillinger).
- Redusert nattberedskap Ulstein (innsparing 2 stillinger).
- Videre arbeid knyttet til Myrvåg-prosjektet - samlokalisering/satellittløsning.

Kommentar; Ulstein har høy aktivitet og samtidighet.

4.3 Ørskog – Haram – Norddal, egen strukturelle forhold

Ørskog, Haram og Norddal har lavt til moderat aktivitetsnivå og betydelig overlapp i både geografi, oppdragsmønster og ressursbruk. Fartsårene i området gjør at stasjonene dekker mange av de samme traseene ved akutte hendelser, og ressursene opererer i praksis som én sammenhengende beredskapsstruktur.

Dagens beredskap og ressursstruktur

Ressurs	Oppdragsbelastning (30%)	Aktiv tid	Passiv tid	Kjøring i operativ tid, ledig stasjon	Kjøring i operativ tid, ledig operativ
Ørskog 191	25,8%	33,7%	16,5%	25,8%	19,5%
Haram 181	24,1%	32,6%	14,1%	24,1%	18,4%
Norddal 211	14,9%	20,0%	8,2%	14,6%	10,5%

Geografiske forhold og responstid

- Aktiviteten i Ørskog, Haram og Norddal er lav til moderat, og områdene har betydelig geografisk og operativ overlapp.
- Ørskog og Haram dekker i stor grad de samme fartsårene langs E39, FV650 og FV661.
- Norddal har lavere volum og korte interne responstider innen eget område.
- Ressurs 191 og 181 dekker i praksis de samme trafikklinjene ved akutte hendelser, mens 211 har et mer lokalt preg, men brukes mot Geiranger ved behov

Samhandling og naboområder

- Ressursene avlaster hverandre jevnlig ved samtidige hendelser og fungerer i praksis som én samlet beredskapsstruktur.
- Pasientstrømmer og trafikkmønster gjør at kommune- og legevaktsgrenser krysses ofte.
- Området har naturlige beredskapsakser mot Ålesund øst/Moa, Skodje, Tennfjord, Brattvåg, Sjøholt/Tresfjord og Stranda/Valldal langs hovedfartsårene

Samtidighetsrisiko

- Samtidighetsrisikoen vurderes som moderat og preges mer av overlappende dekningsområder enn av oppdragsvolum.
- Langbinding ved transporter mot Ålesund og Indre Sunnmøre kan gi perioder med redusert lokal tilgjengelighet.
- Ved samtidighet kan ytterpunkter stå med én tilgjengelig enhet over større avstander.

Mulighetsrom for innsparing/strukturendring

Området har klare overlapp og strukturelle likheter som gjør det aktuelt for vurdering av organisering når dagens driftsavtaler utløper i 2027.

Tiltak vurdert som mest relevant:

Kortsiktig (før 2027)

- Justering av responssoner og samarbeidslinjer.
- Utnytte ressursene 191 og 181 mer samkjørt i praksis uten fysisk samlokalisering.
- Mer aktiv bruk av 211 ved topper i regionen.

Langsiktig (etter 2027)

- Samlokalisering av 191 og 181 på Stette kan vurderes.
- Vurdere 211 sin rolle opp mot Stranda/Valldal ved volumendringer

Rekkeviddeanalyse (modellering 2023)

Fordeler med Stette som lokasjon:

- Strategisk plassert mellom Ørskog og Haram og dekker begge områder effektivt.
- Kortere reell responstid til majoriteten av befolkningen.
- Bedre dekning mot Ålesund, Giske/Ellingsøya, Skodje, Tennfjord og Brattvåg.

Dekning innen 25 min:

- Dagens lokasjoner (Ørskog + Haram): ca. 23 000 innbyggere.
- Stette: ca. 53 000 innbyggere.

Ulempe:

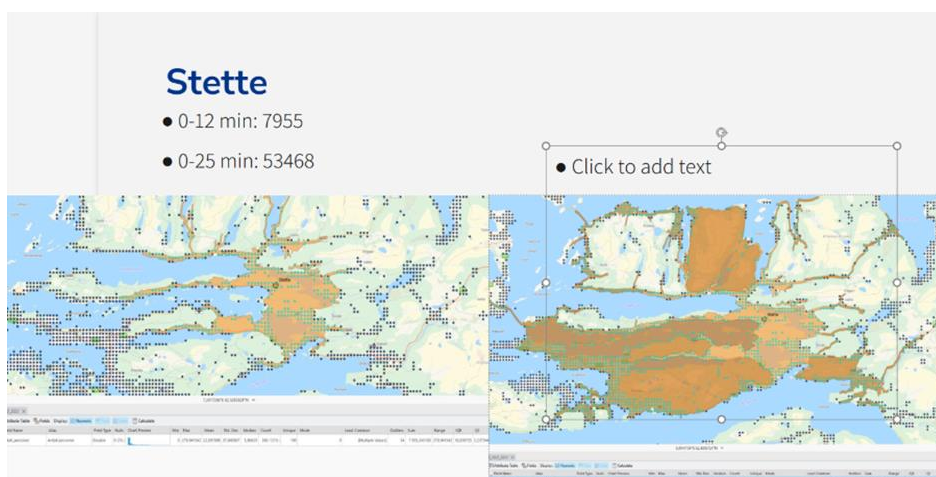
- Ca. 1 000 innbyggere i ytre Haram og indre Ørskog får noe lengre responstid.
- Dette kan håndteres gjennom AMK-styring og nabostøtte.

Effekter av mulig samlokalisering:

- større robusthet ved samtidighet
- større fleksibilitet i flåtestyring (AMK)
- mindre tomkjøring mellom dagens to stasjoner
- bedre mulighet for én enhet å flytte seg dynamisk i perioder med trafikk/vær
- redusert samtidighetsrisiko?



Kartet viser hvor mange innbyggere som nås innen 12 og 25 minutter ved dagens lokasjoner Haram/Ørskog. Lokasjonen gir god nærdekning (9 112 innbyggere innen 12 min), men betydelig svakere total dekning innen 25 min (23 183 innbyggere)



Kartet viser at Stette gir den klart beste helhetsdekningen i regionen. Her nås 7 955 innbyggere innen 12 minutter, men hele 53 468 innen 25 minutter – mer enn dobbelt så høy totaldekning som Haram. Dette gjør Stette til den mest balanserte lokasjonen.

5.0 Etterspurte data

5.1 Legevakt - sykehus



Oversikten viser ambulanseoppdrag som er hentet på legevakt og levert til sykehus (2025). Aktiviteten er jevn gjennom året, og oppdragene er ofte preget av at pasienten trenger videre vurdering eller behandling i sykehus, snarere enn transport tilbake til egen bopel. De fleste oppdragene er ikke-akutte, men krever likevel ambulanse grunnet pasientens tilstand eller behov for trygg transport. Fordelingen av type oppdrag og hastegrad viser at legevakt-sykehus-transport er en betydelig og stabil del av aktiviteten, og at dette binder kapasitet som ellers kunne vært brukt til akutte hendelser. Det er svært få oppdrag fra legevakt tilbake til pasientens hjem — pasientstrømmen går nesten utelukkende til sykehuset. (Fellestjenester)

5.2 Hentested sykehjem i HMR 2025

Hentested sykehjem 2025				
	Total	Akutt	Haster	Vanlig
Jan	266	48	95	123
Febr	236	40	84	112
Mars	249	47	103	99
April	261	53	111	97
Mai	270	48	102	120
Juni	229	49	73	107
Juli	285	57	97	131
Aug	300	46	115	139
Sept	236	46	84	106
Okt	303	50	107	146
Nov	277	45	91	141
Des	297	50	112	135
	3209	579	1174	1456

Omfanget av henting fra sykehjem indikerer et systemisk behov som ikke bare kan løses gjennom økt prehospital kapasitet. Tallene understøtter behovet for felles gjennomgang av arbeidsdeling, beslutningsstøtte og alternative løsninger i sykehjem, også vurdering av om enkelte pasientforløp kan håndteres lokalt eller med andre ressurser enn ambulanse.

5.3 Aktivitets og oppdragsbelastning pr område

Område	Gjennomsnitts-oppdrag pr døgn	Akutt (%)	Aktiv tid (% av døgn) - ledig stasjon
Smøla	2,4 / (881)	29,6% / (261)	11,2%
Aure	1,6 / (579)	33,2% / (192)	18,7%
Kristiansund	8,9 / (3258)	41,1% / (1338)	32,1%
Gjemnes	4,6 / (1677)	18,7% / (314)	45,2%
Tingvoll	1,6 / (572)	31,5% / (180)	25,6%
Syketransport KR	0,9 / (357)	0,3% / (1)	27,3%
Sunndal	3,1 / (1138)	37% / (421)	28,5%
Surnadal	2,7 / (968)	34,6% / (335)	22,2%
Neset	1,9 / (699)	26% / (182)	31,6%
Averøy	2,1 / (782)	42,8 % / (335)	30,3%
Aukra	1,5 / (552)	39,9% / (220)	13,5%
Fræna	3,7 / (1350)	47,2% / (637)	38,7%
Molde	8,6 / (3126)	40,3% / (1261)	40,3%
Midsund	0,7 / (251)	34,3% / (86)	10,4%
Syketransport SNR	0,6 / (226)	0	

Rauma	3,1 / (1123)	33,7% / (378)	25,7%
Vestnes	2,6 / (943)	36,8% / (347)	33,1%
Ørskog	2,9 / (1065)	33,1% / (352)	33,7%
Haram	2,9 / (1068)	34,7% / (371)	32,6%
Norddal	1,3 / (480)	26,3 % / (126)	20,0%
Ålesund	12,5 / (4577)	39,3% / (1799)	46,9%
Harøya	0,9 / (329)	29,8% / (98)	14,8%
Giske	5,4 / (1979)	31,7% / (628)	45,6%
Sula	4,8 / (1746)	28,8% / (502)	45,1%
Syketransport ÅL	2,0 / (744)	0,3% / (2)	31,5%
Sykkylven	2,0 / (744)	39,9% / (297)	22,5%
Stranda	1,6 / (568)	41,2% / (234)	23,2%
Geiranger	0,9 / (290)	29,7% / (86)	14,6%
Ulstein	5,7 / (2095)	36,4% / (763)	34,5%
Herøy	2,5 / (918)	37,9% / (348)	27,9%
Volda	7,4 / (2691)	35,2% / (946)	34,1%
Sande	2,2 / (799)	26,9% / (215)	29,4%
Vanylven	1,3 / (463)	38,0% / (176)	20,1%

Variasjoner i oppdragsvolum, akuttandel og aktiv tid mellom områdene indikerer ulik ressursutnyttelse, noe som gir grunnlag for målrettede strukturtilpasninger og prioritering av innsparing der belastningen er lavere og ledig kapasitet høyere

Prognoser 2025

(Data hentet 16.03.2026)

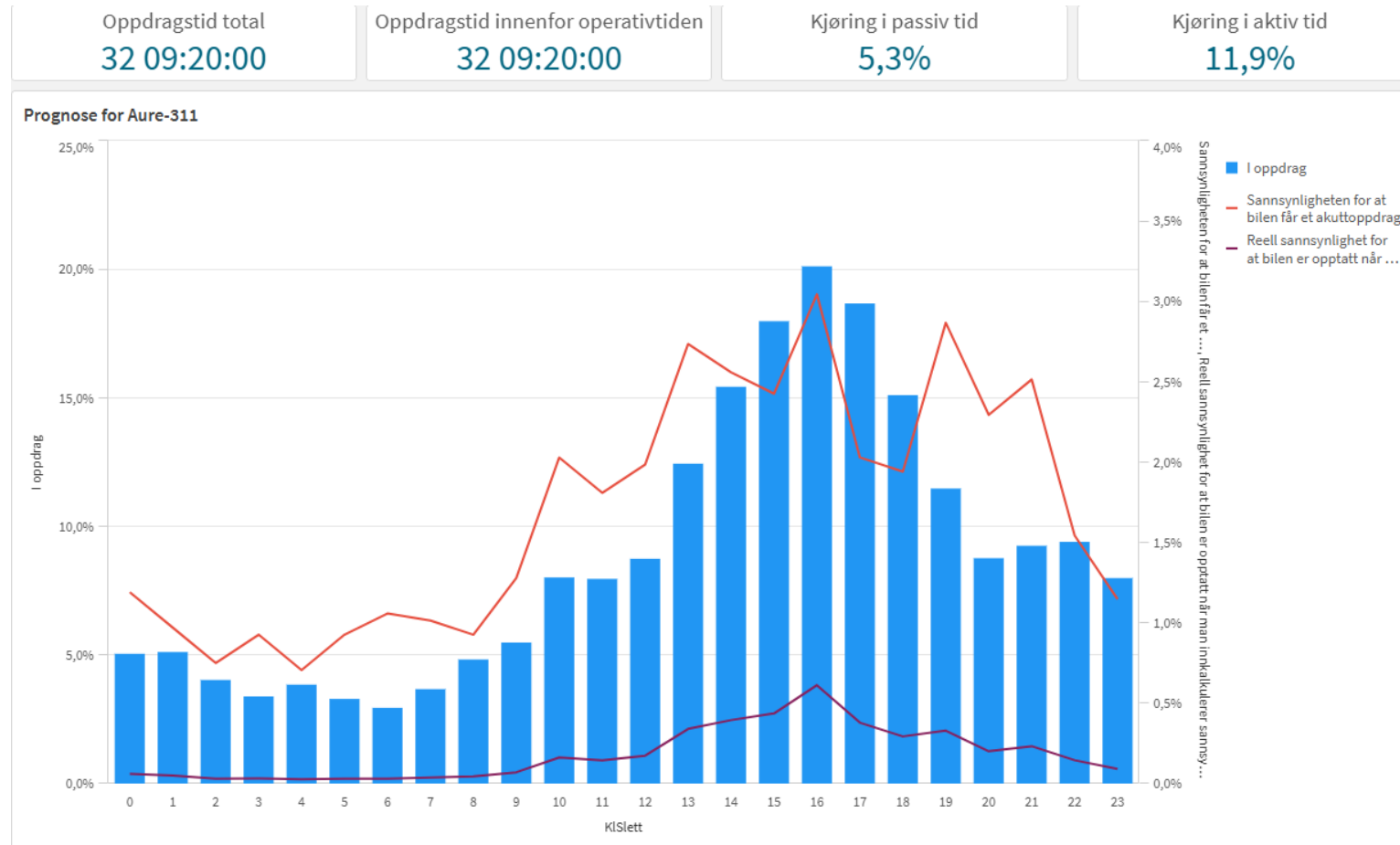
Oppdragsprofil gjennom døgnet - oppdragstid og kapasitetsutnyttelse

Den faktiske perioden ambulansen regnes som tilgjengelig for oppdrag; forventet bruk gjennom døgnet, del av tiden i aktivt/passivt arbeid, sannsynlighet for samtidige oppdrag

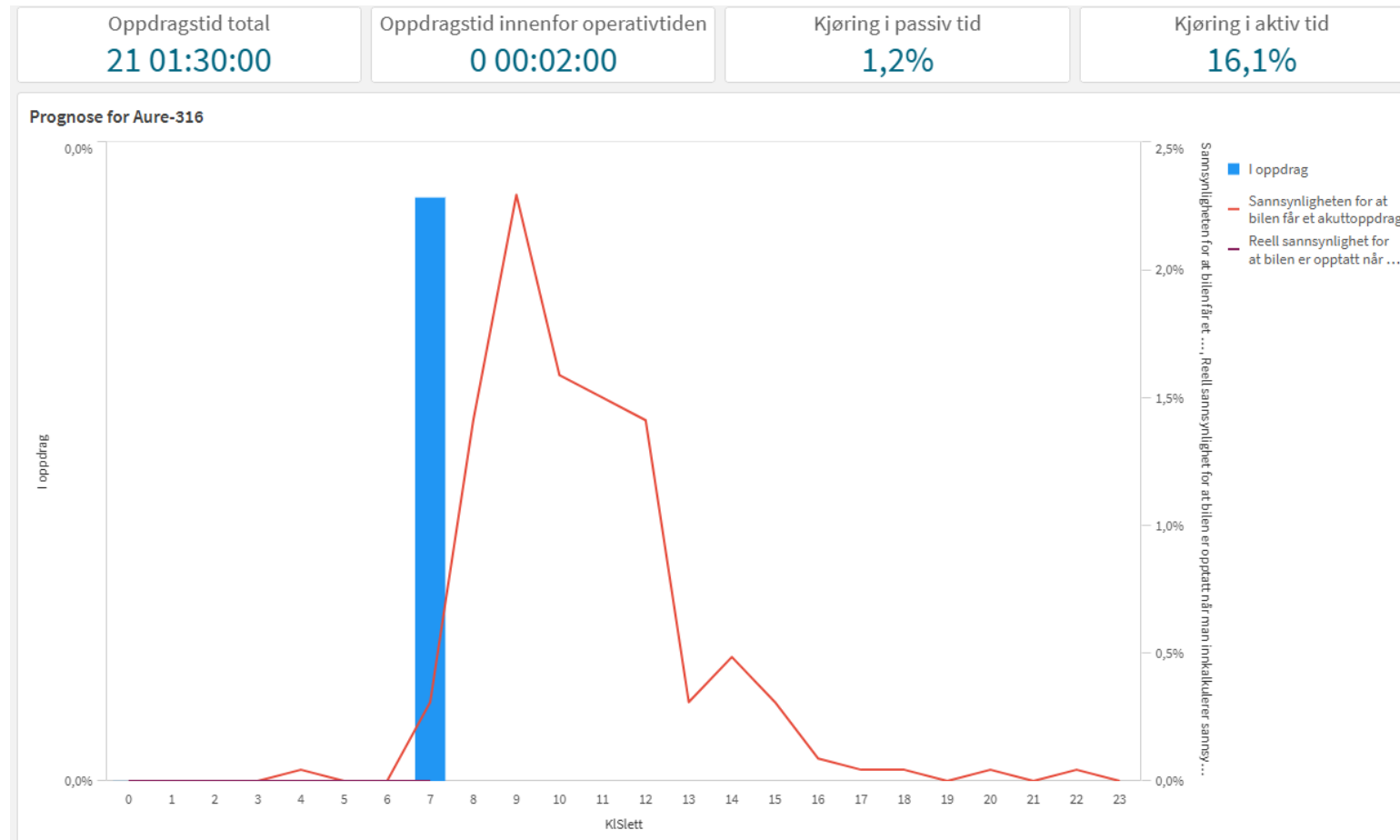
Aktivitetsanalysen viser et tydelig døgnmønster der belastningen er lav tidlig på dagen, før aktiviteten gradvis øker og når sitt høyeste nivå fra ettermiddag til tidlig kveld. I denne perioden er både aktiv tid, som omfatter AMK-styrte oppdrag og transport med pasient, og passiv tid, som består av forflytning og postering uten pasient, på sitt høyeste.

Når begge tidskomponentene er høye samtidig, betyr det at ambulanseressursene er betydelig bundet opp og at tilgjengelig beredskap kan være redusert. Selv om aktivitetsnivået varierer mellom områdene, viser mønsteret samlet sett at topp periodene krever god bemanning og tilstrekkelig ressursdekning for å sikre stabile responstider og unngå kapasitetsbrudd.

Aure - 311



Aure - 316



Smøla- 431

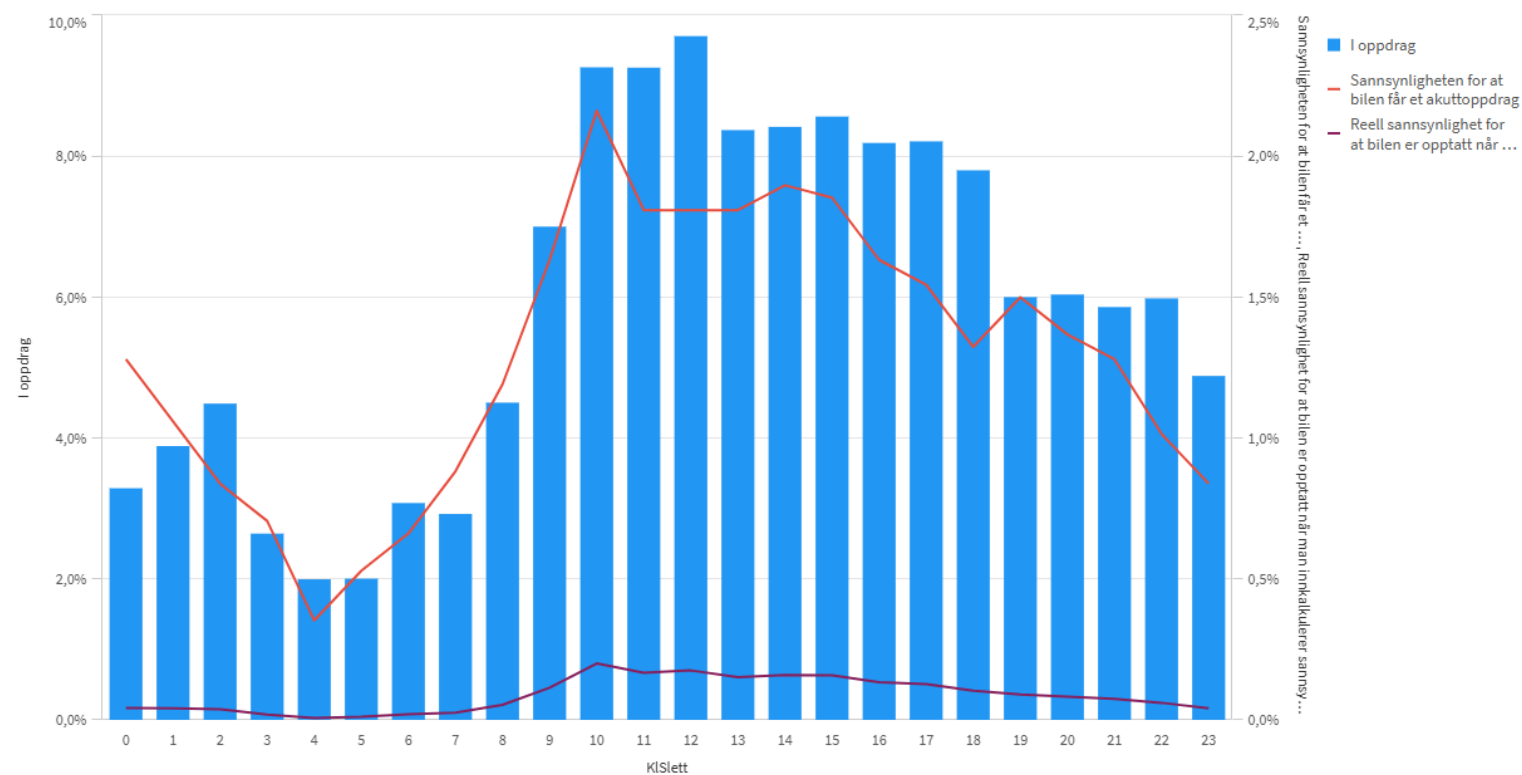
Oppdragstid total
21 15:30:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
21 15:30:00

Kjøring i passiv tid
3,7%

Kjøring i aktiv tid
7,8%

Prognose for Smøla-431



Kristiansund - 481

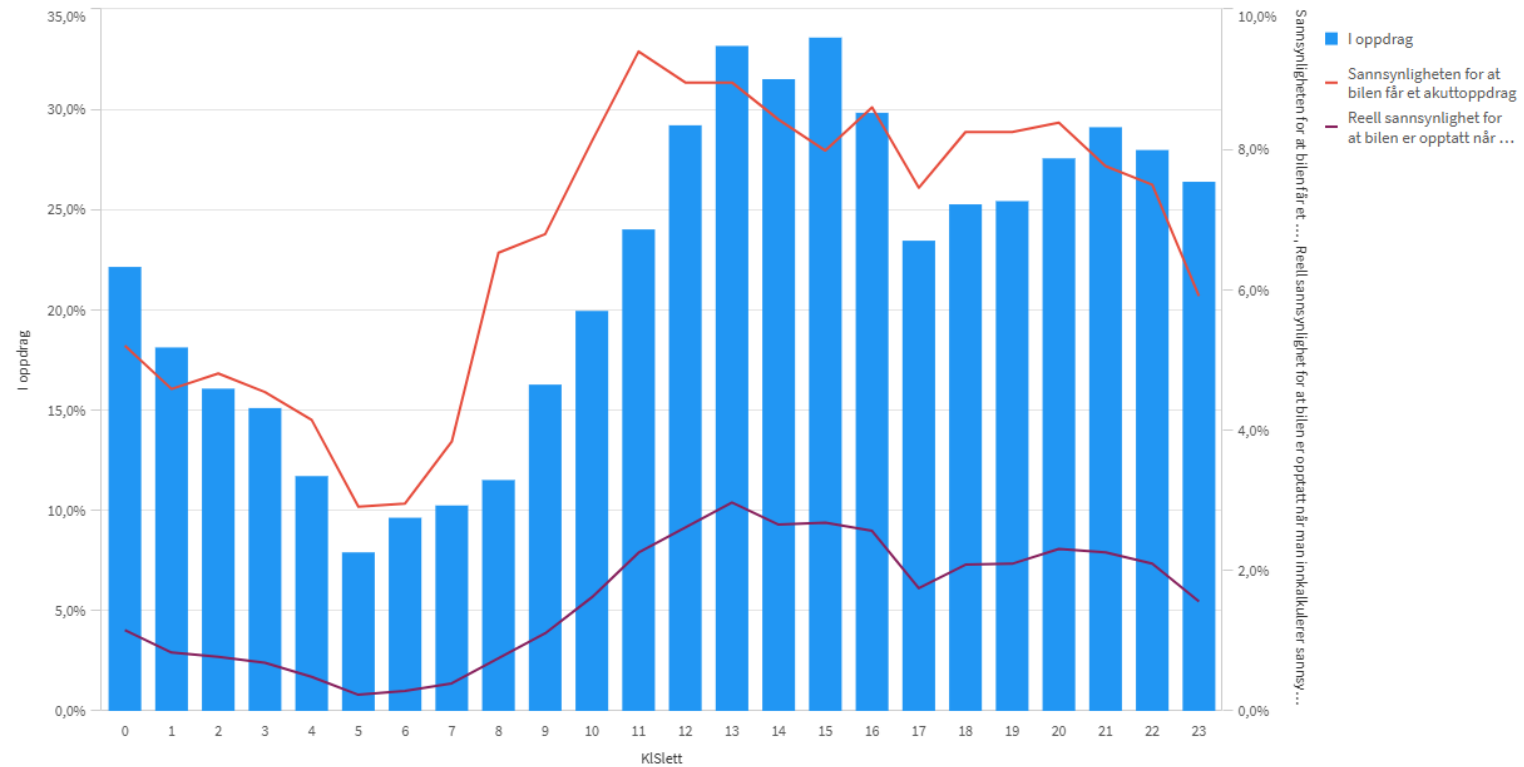
Oppdragstid total
79 20:50:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
79 20:50:00

Kjøring i passiv tid
17,7%

Kjøring i aktiv tid
25,4%

Prognose for Kristiansund-481



Kristiansund - 482

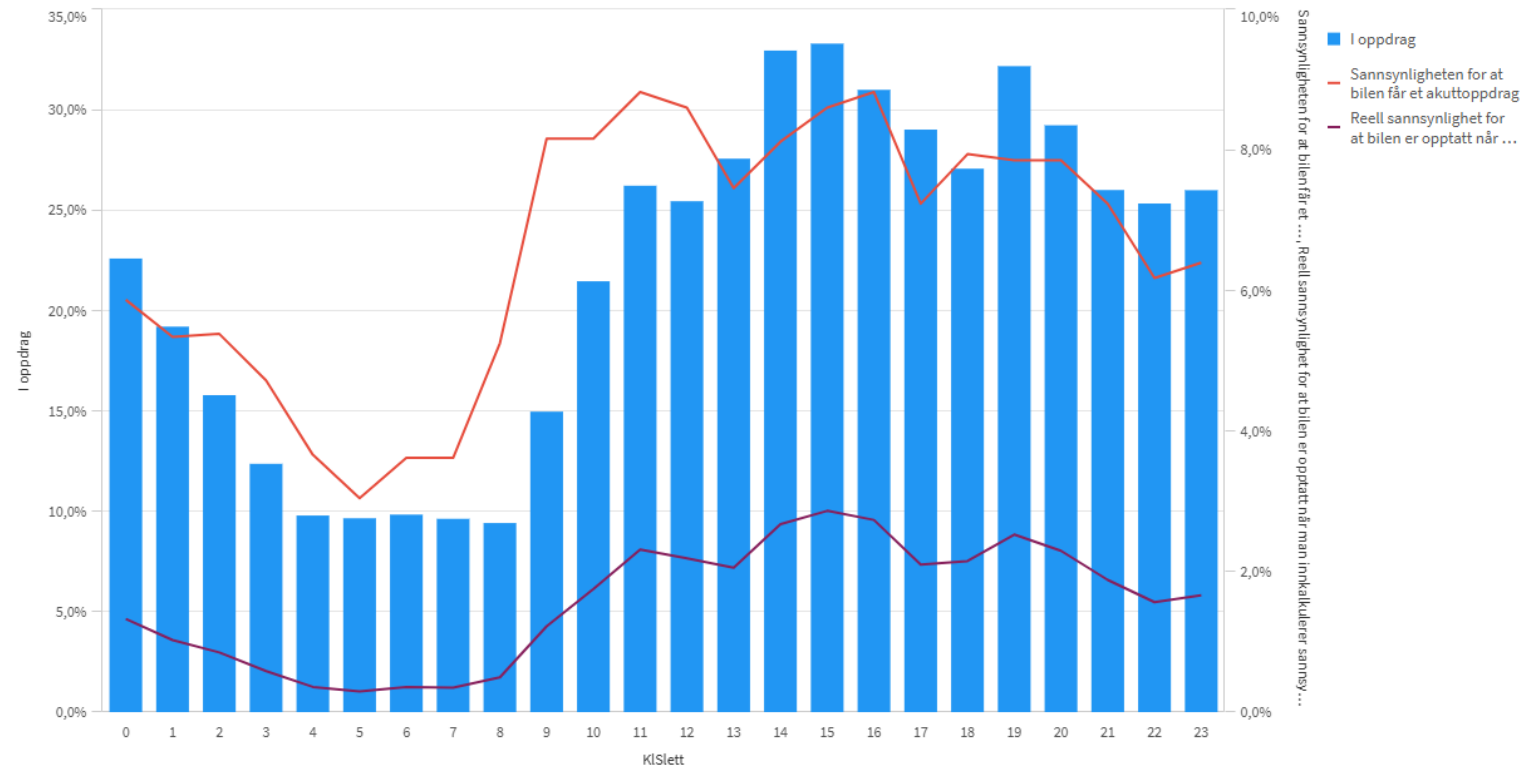
Oppdragstid total
79 23:34:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
79 23:34:00

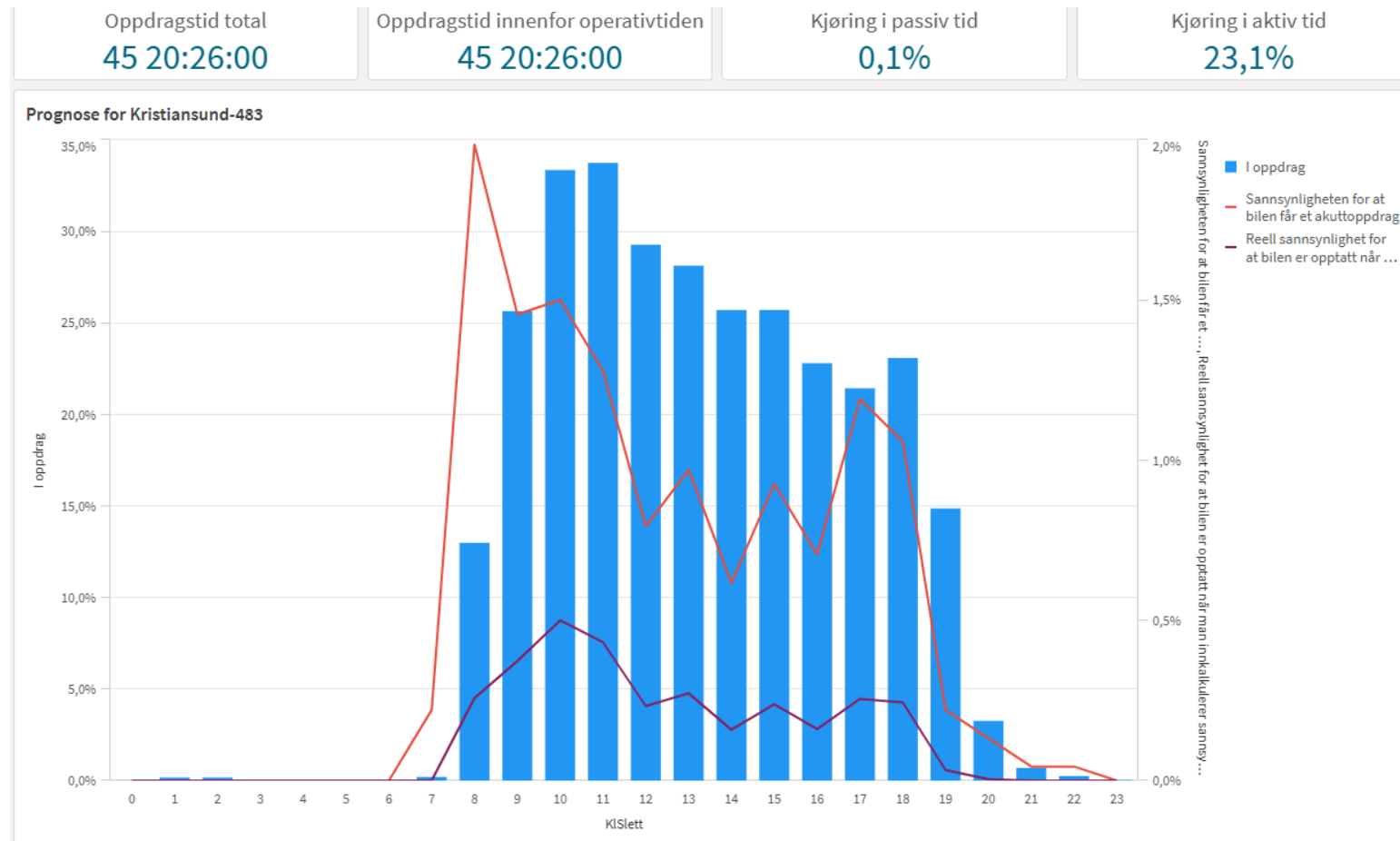
Kjøring i passiv tid
16,9%

Kjøring i aktiv tid
26,1%

Prognose for Kristiansund-482



Kristiansund - 483



Syke transport Kristiansund - 912

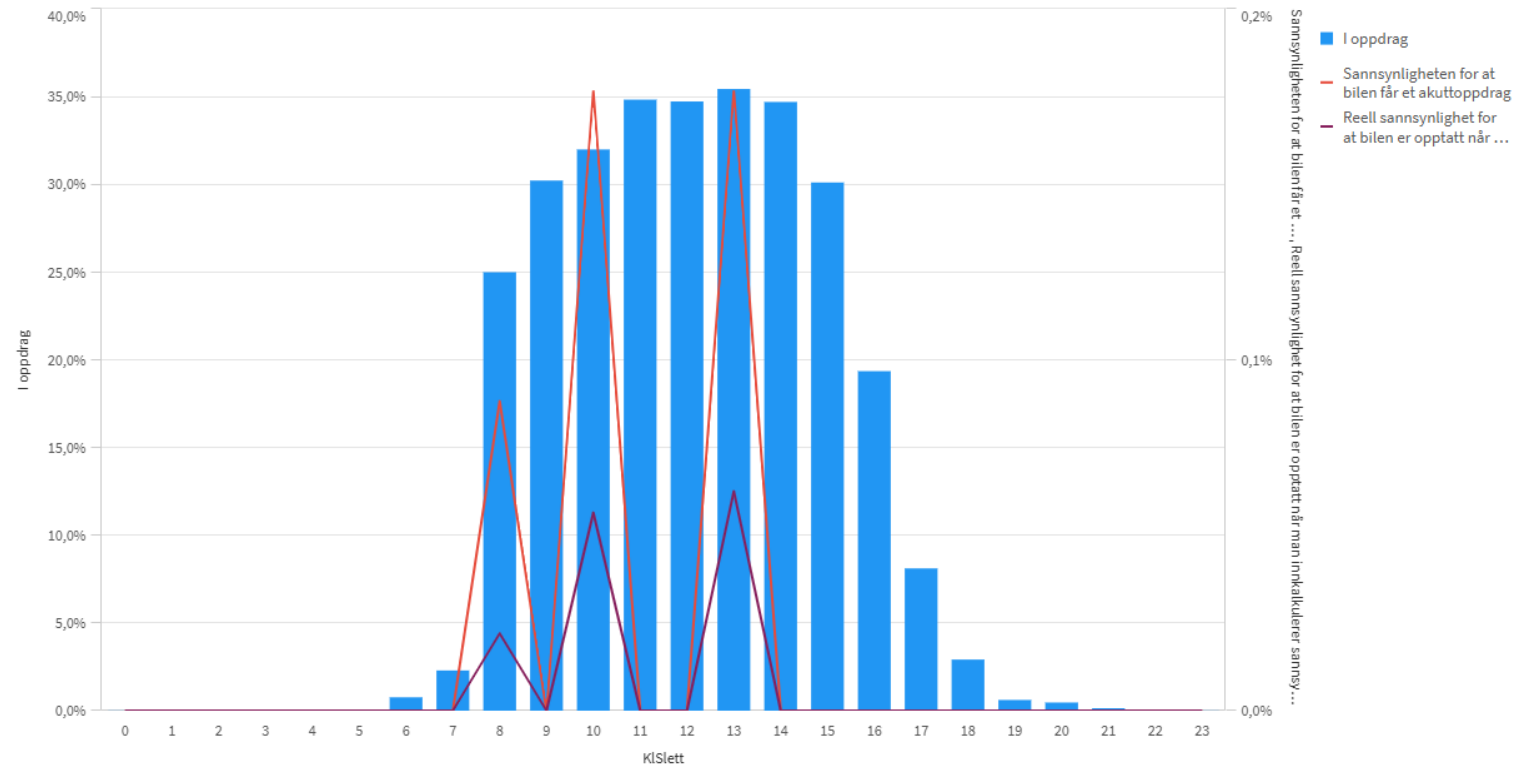
Oppdragstid total
44 08:25:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
44 08:25:00

Kjøring i passiv tid
0,3%

Kjøring i aktiv tid
22,2%

Prognose for Syke transport Kristiansund-912 Syke transport Kristiansund



Gjemnes -341

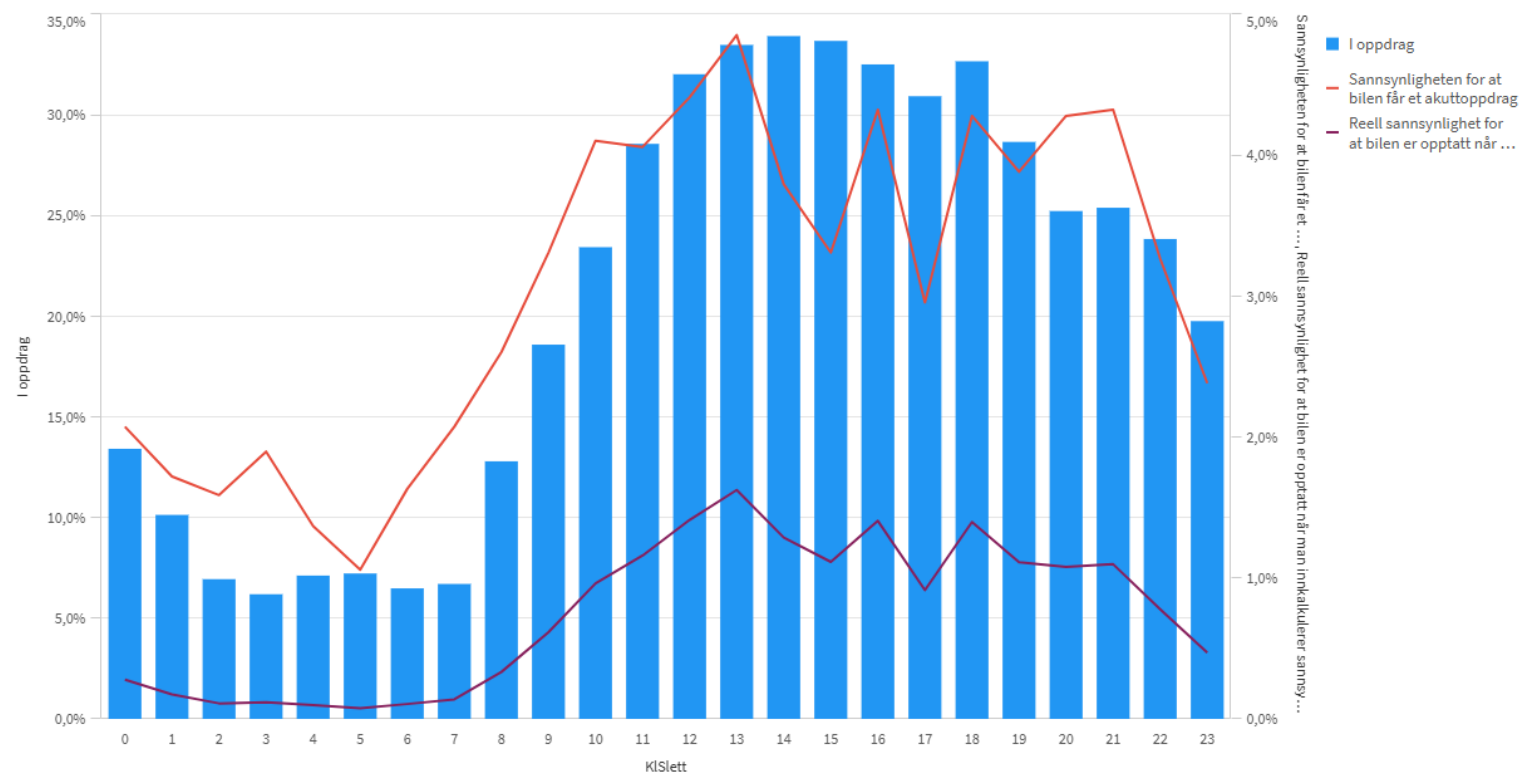
Oppdragstid total
75 23:38:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
75 23:38:00

Kjøring i passiv tid
12,1%

Kjøring i aktiv tid
28,2%

Prognose for Gjemnes-341



Gjemnes - 345

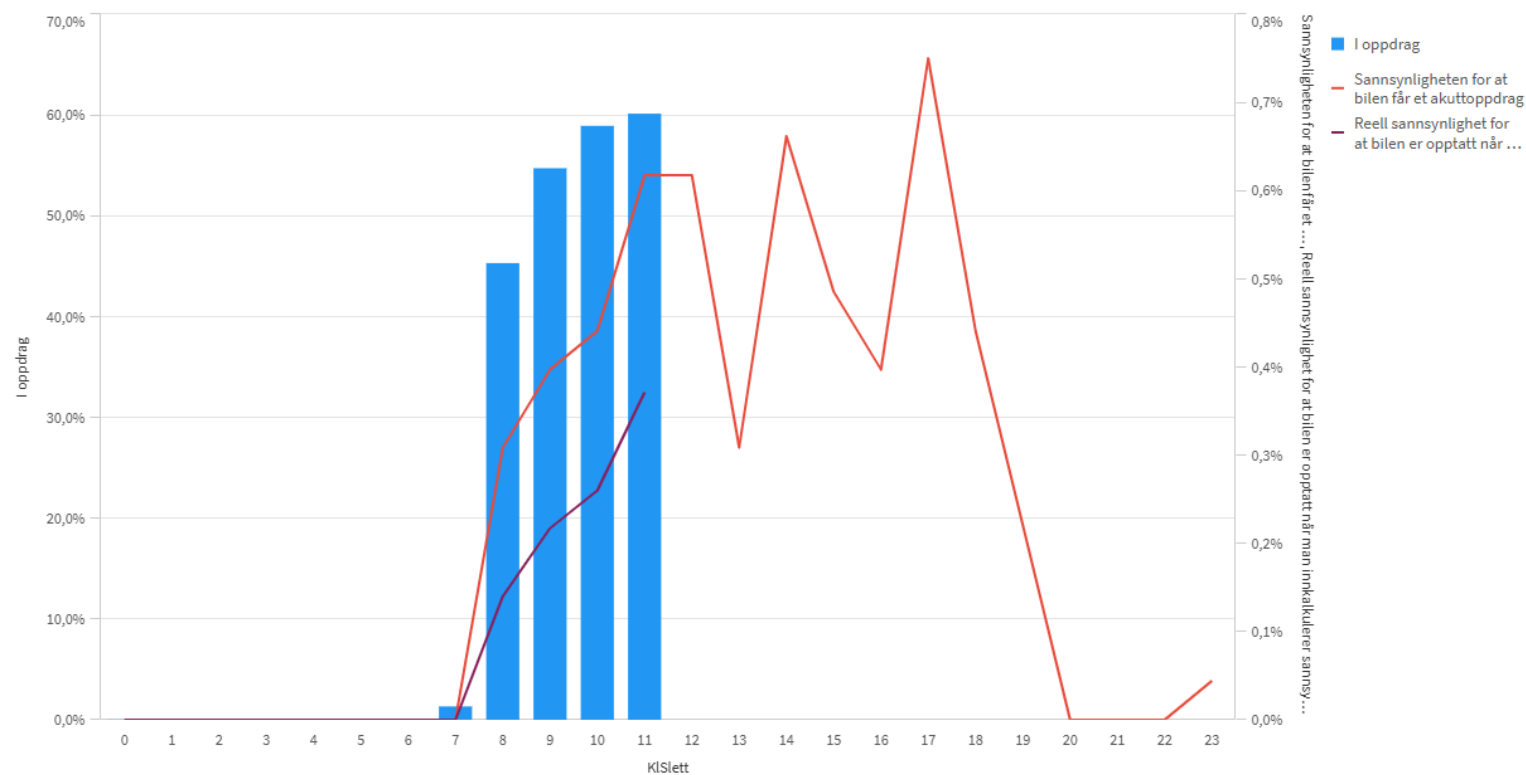
Oppdragstid total
89 14:05:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
33 12:31:00

Kjøring i passiv tid
0,3%

Kjøring i aktiv tid
48,9%

Prognose for Gjemnes-345



Tingvoll - 411

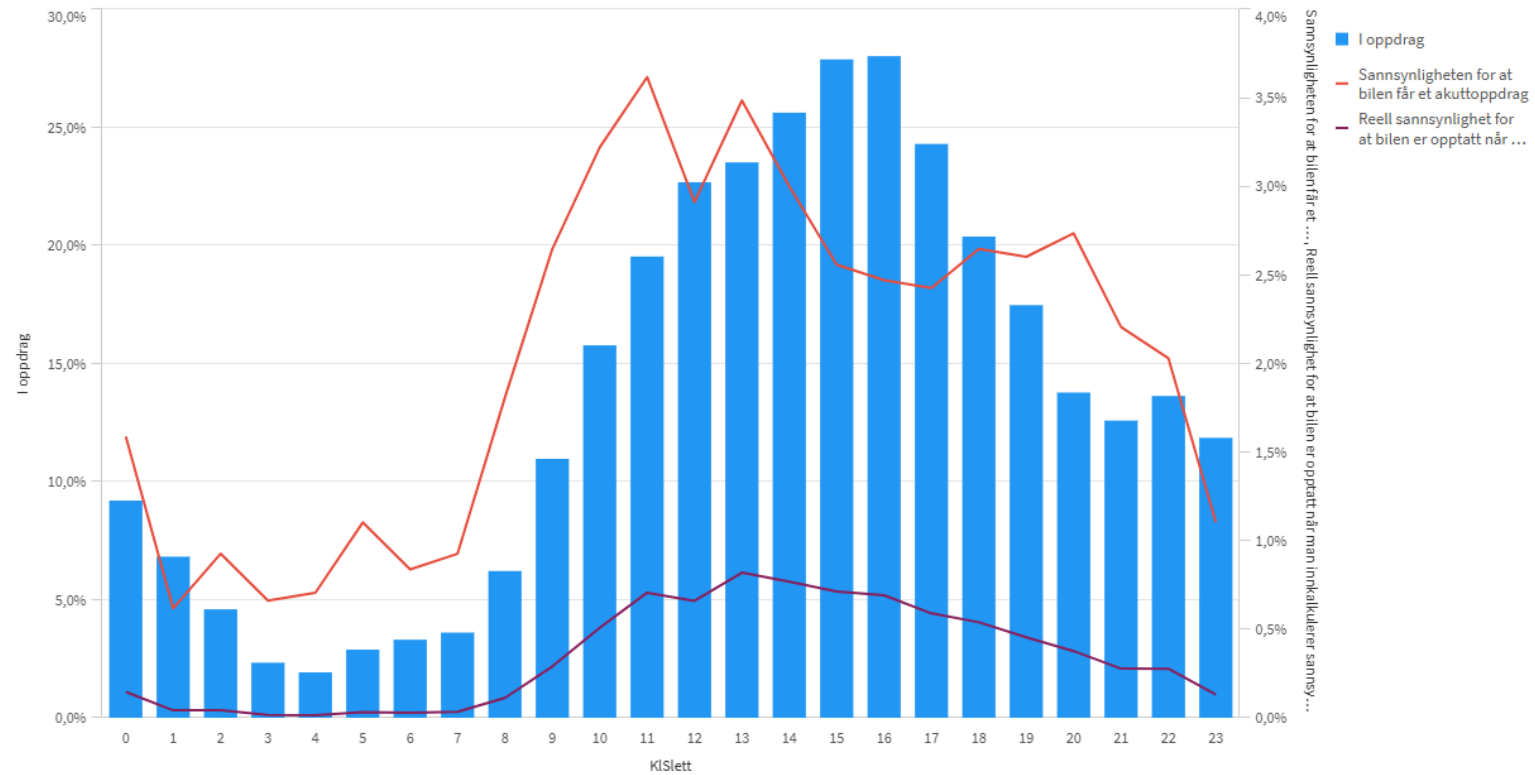
Oppdragstid total
50 00:13:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
50 00:13:00

Kjøring i passiv tid
6,6%

Kjøring i aktiv tid
19,7%

Prognose for Tingvoll-411



Sunndal - 381

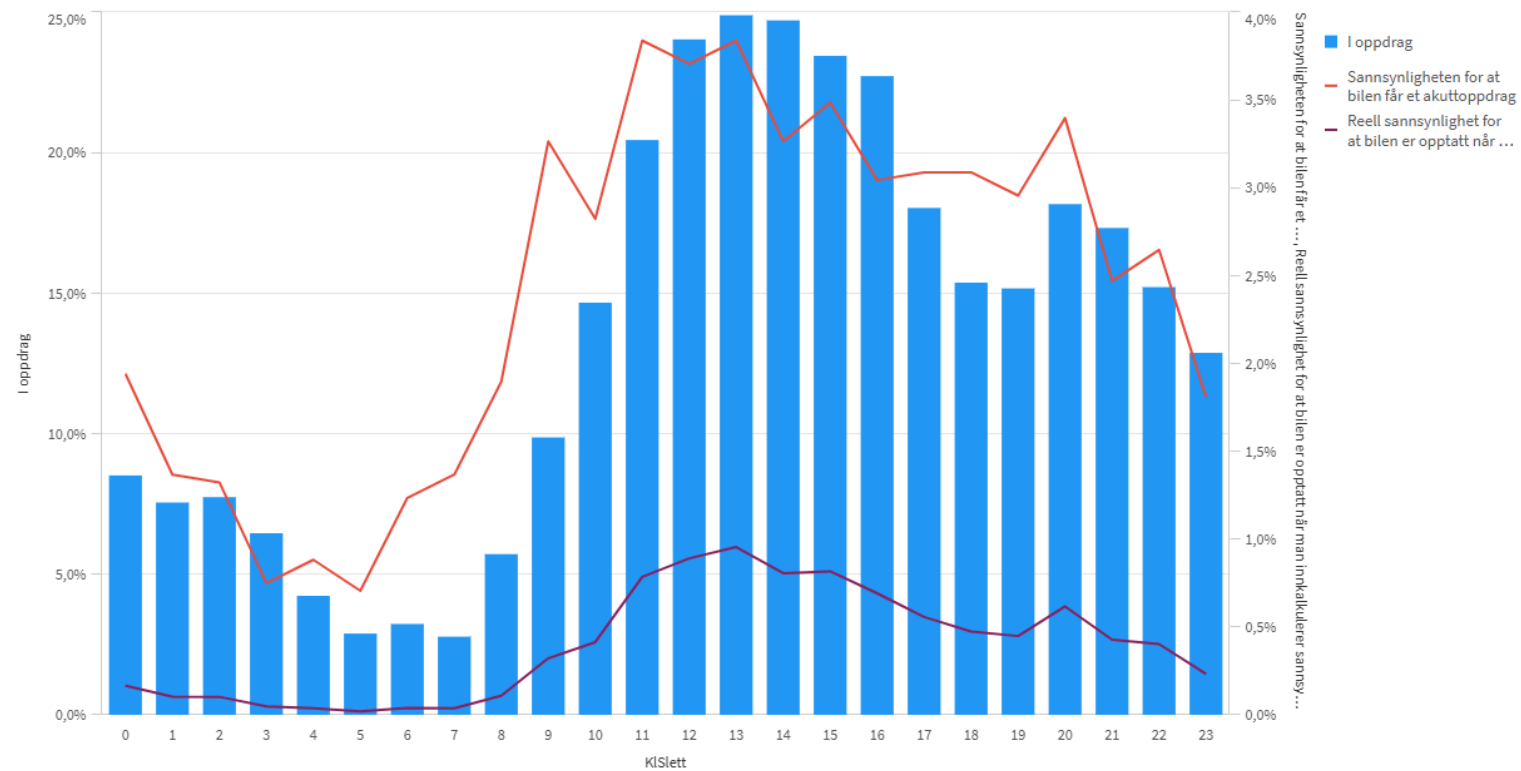
Oppdragstid total
49 14:03:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
49 14:03:00

Kjøring i passiv tid
8,1%

Kjøring i aktiv tid
18,2%

Prognose for Sunndal-381



Sunndal - 382

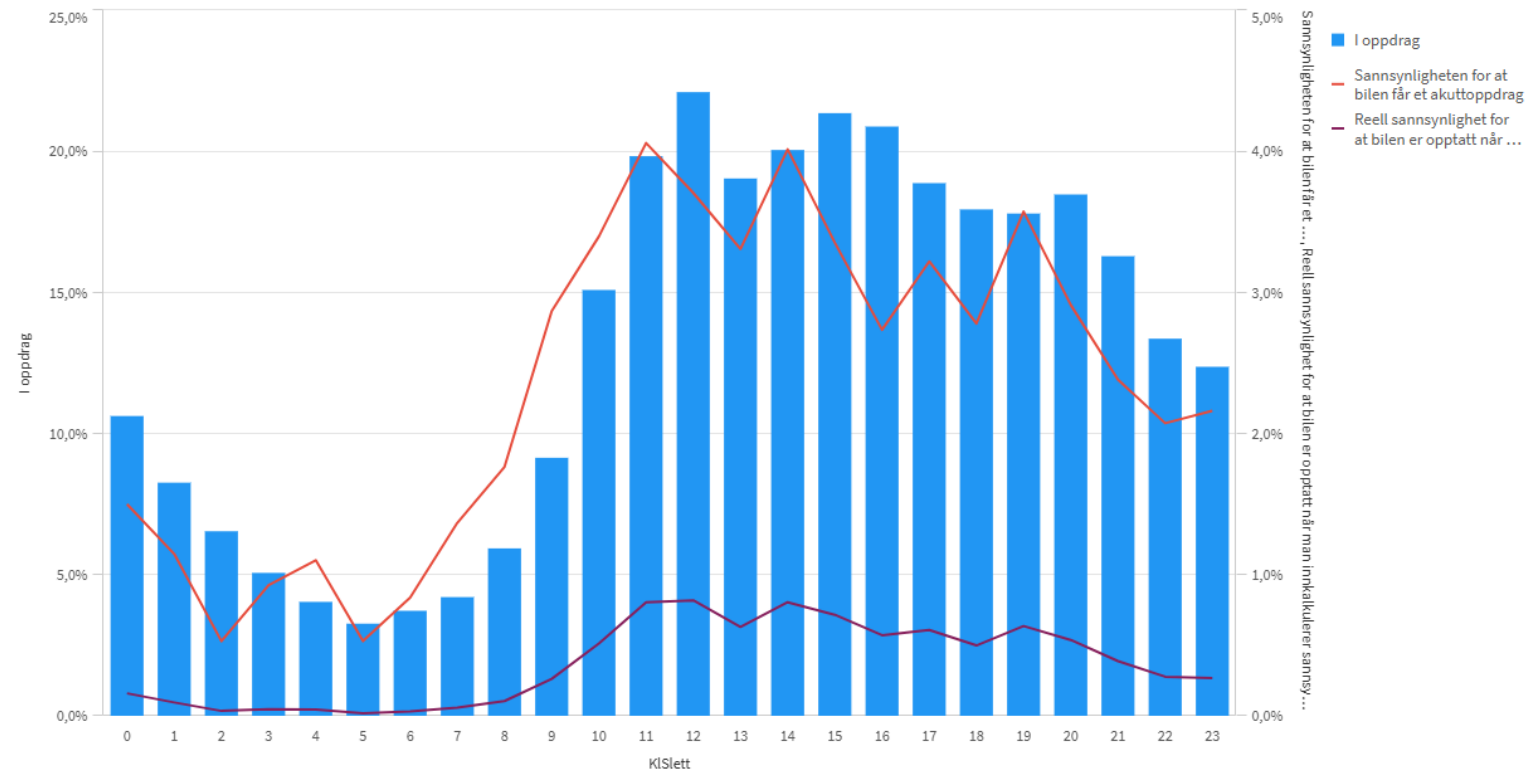
Oppdragstid total
47 18:48:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
47 18:48:00

Kjøring i passiv tid
8,0%

Kjøring i aktiv tid
17,4%

Prognose for Sunndal-382



Surnadal-391

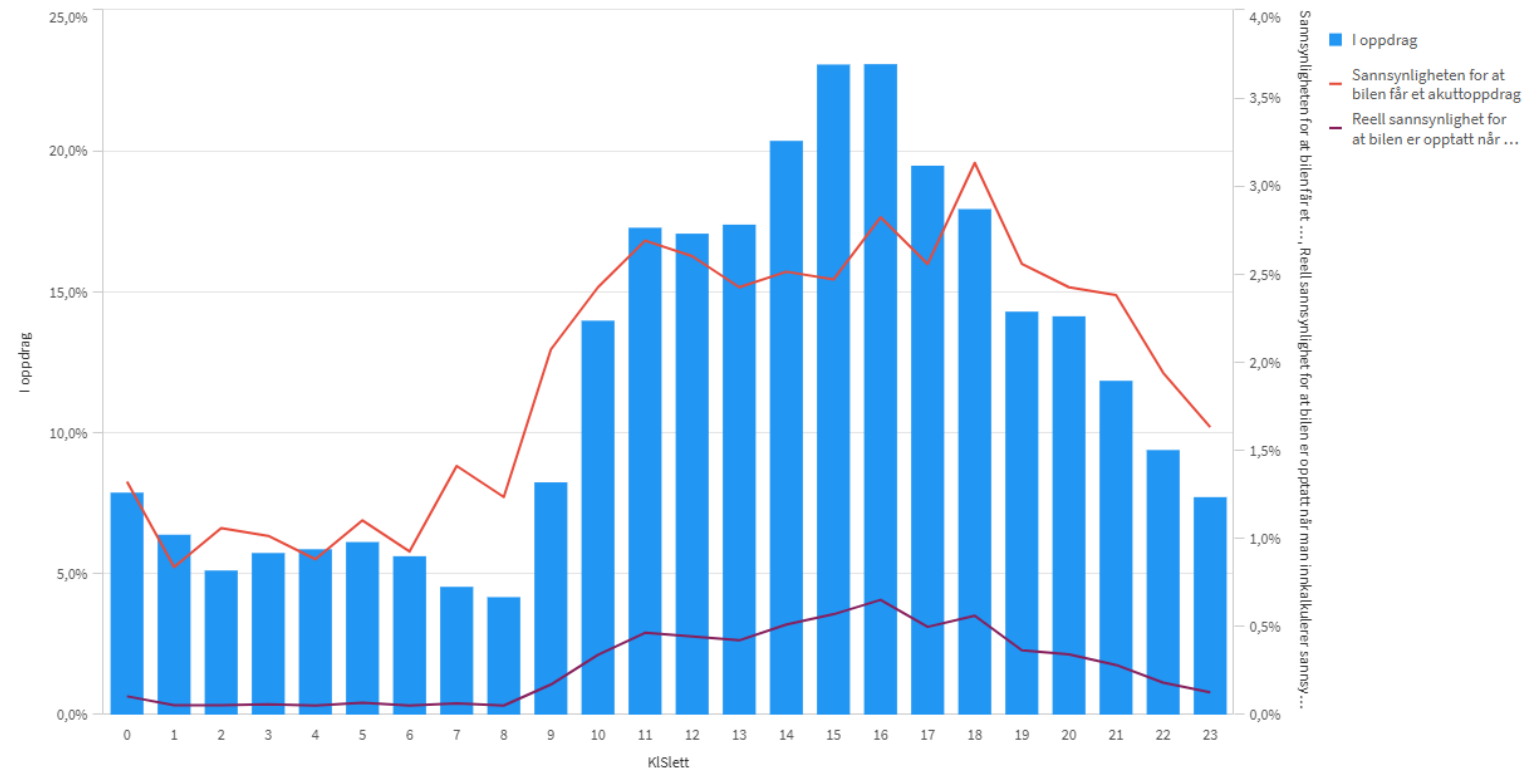
Oppdragstid total
43 14:17:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
43 14:17:00

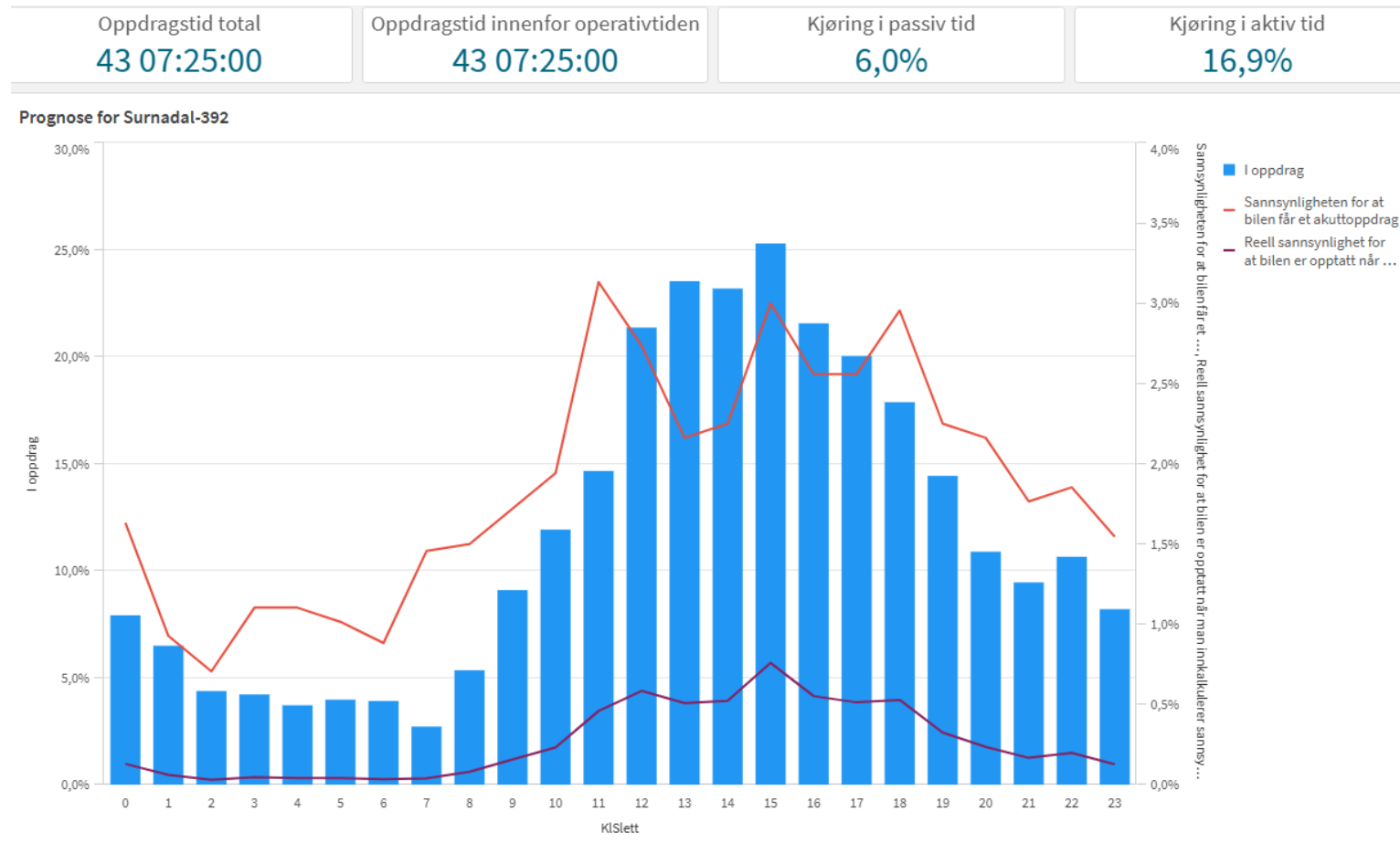
Kjøring i passiv tid
6,9%

Kjøring i aktiv tid
16,2%

Prognose for Surnadal-391



Surnadal - 392



Neset -361

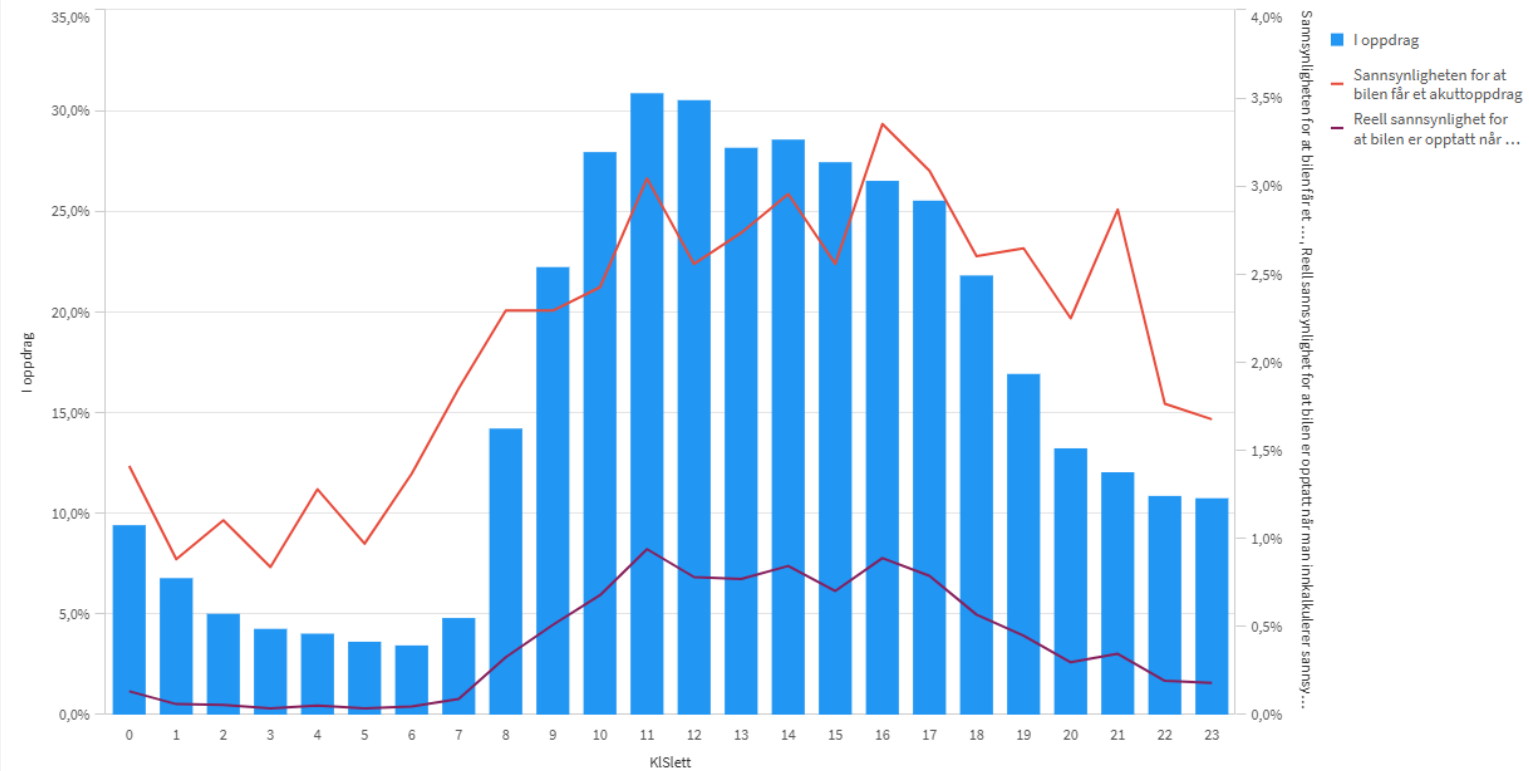
Oppdragstid total
59 03:33:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
59 03:33:00

Kjøring i passiv tid
6,8%

Kjøring i aktiv tid
24,1%

Prognose for Neset-361



Averøy - 321

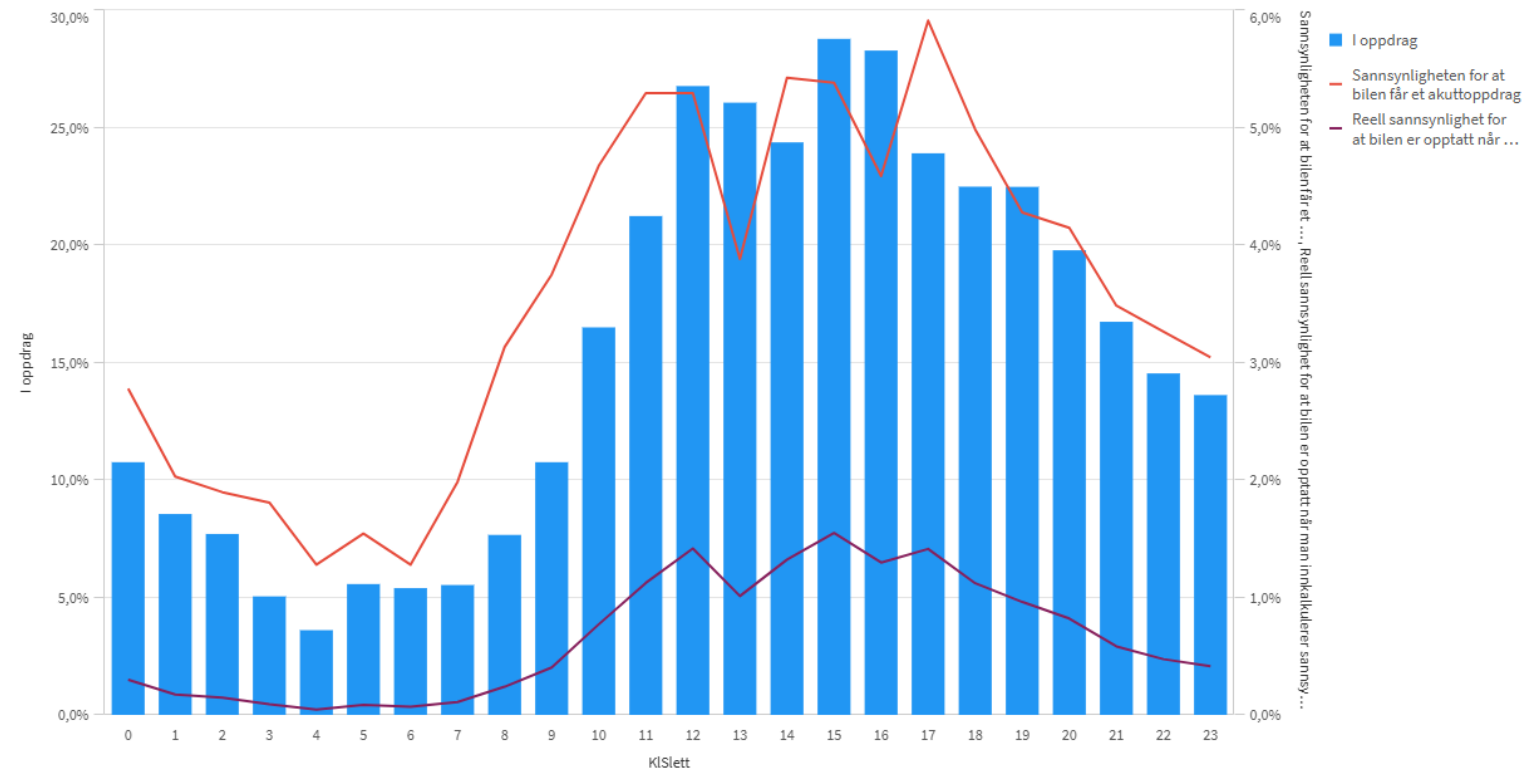
Oppdragstid total
57 04:55:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
57 04:55:00

Kjøring i passiv tid
8,8%

Kjøring i aktiv tid
21,5%

Prognose for Averøy-321



Aukra - 451

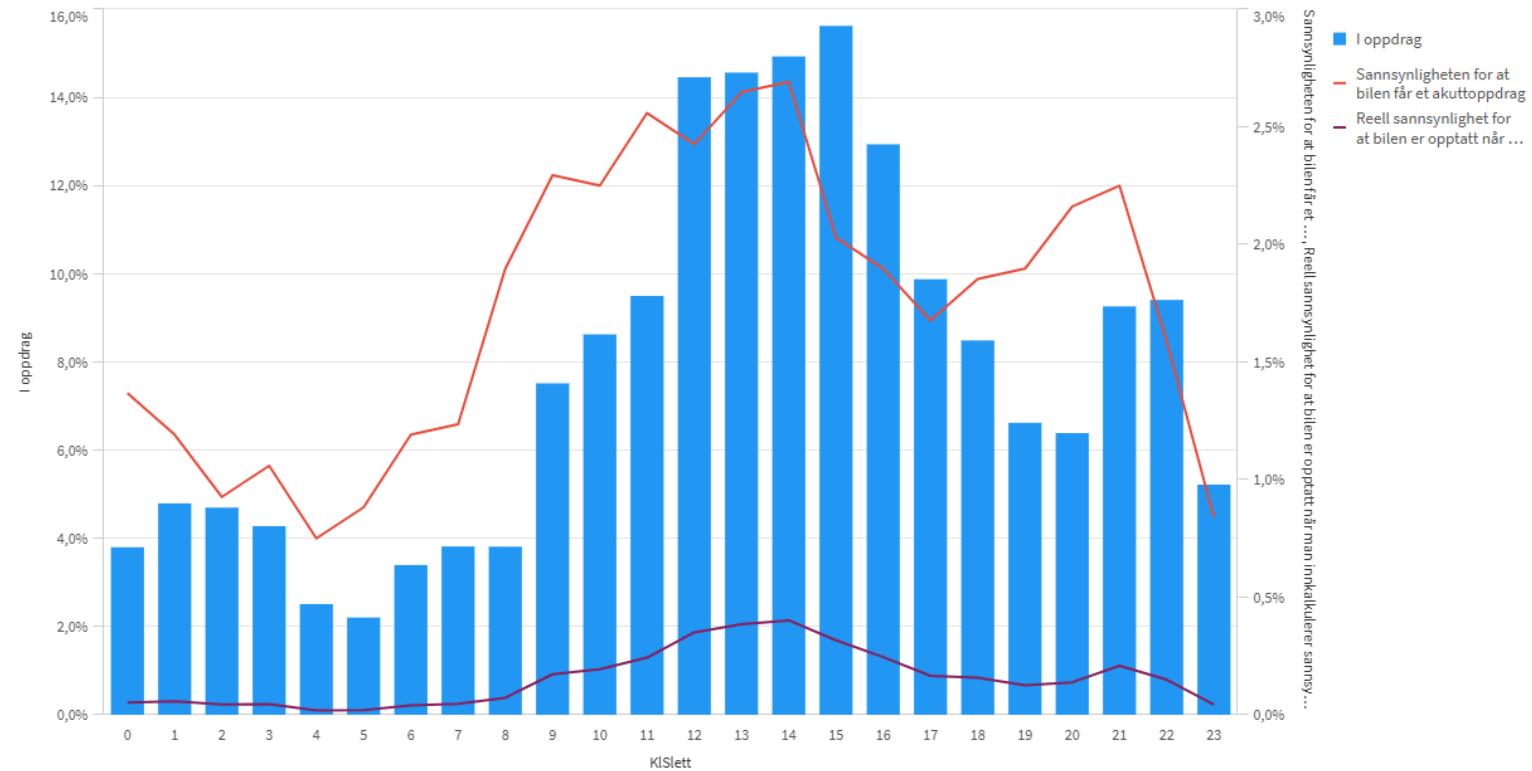
Oppdragstid total
28 09:31:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
28 09:31:00

Kjøring i passiv tid
4,9%

Kjøring i aktiv tid
10,3%

Prognose for Aukra-451



Fræna - 331

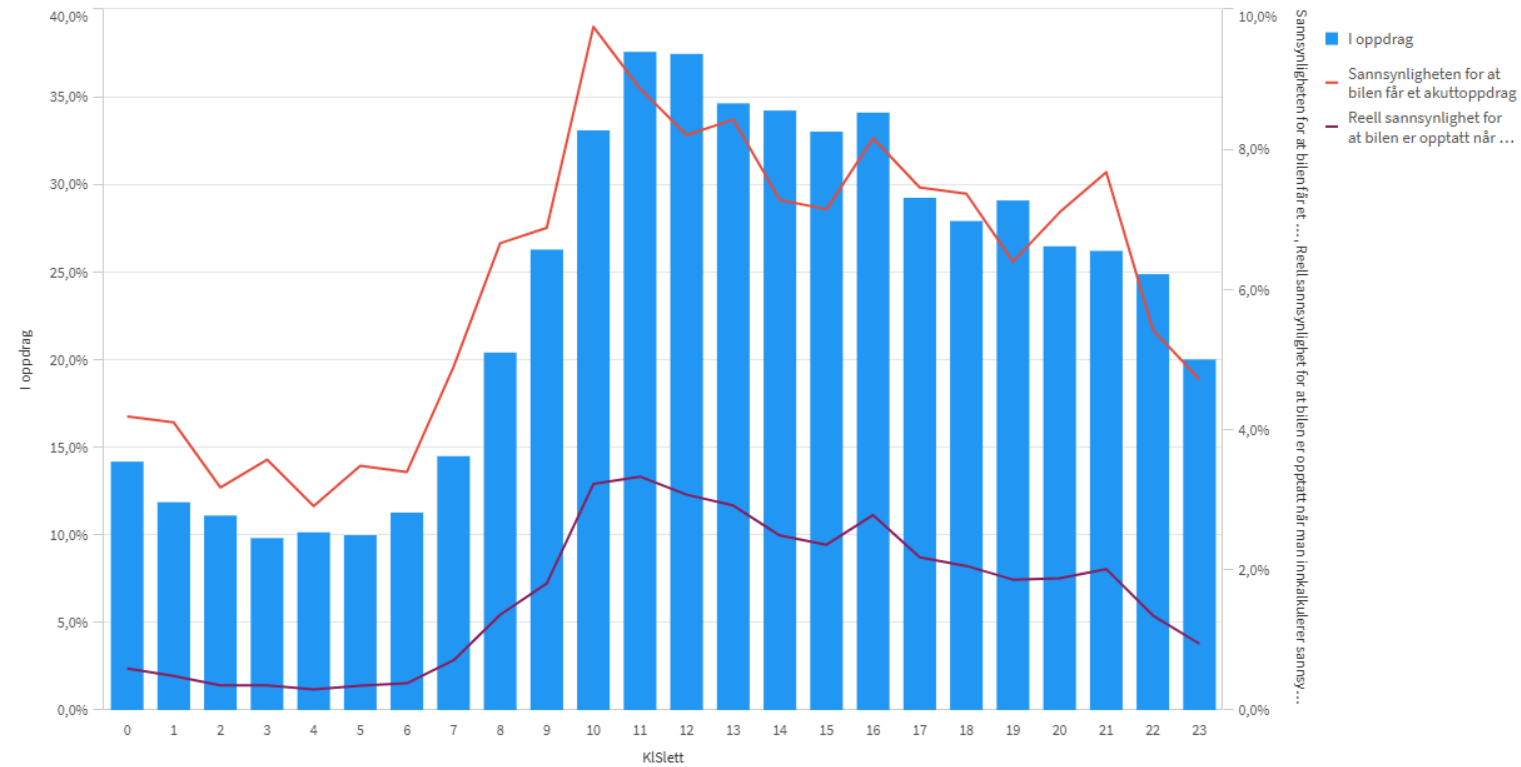
Oppdragstid total
86 06:45:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
86 06:45:00

Kjøring i passiv tid
14,9%

Kjøring i aktiv tid
31,0%

Prognose for Fræna-331



Molde - 471

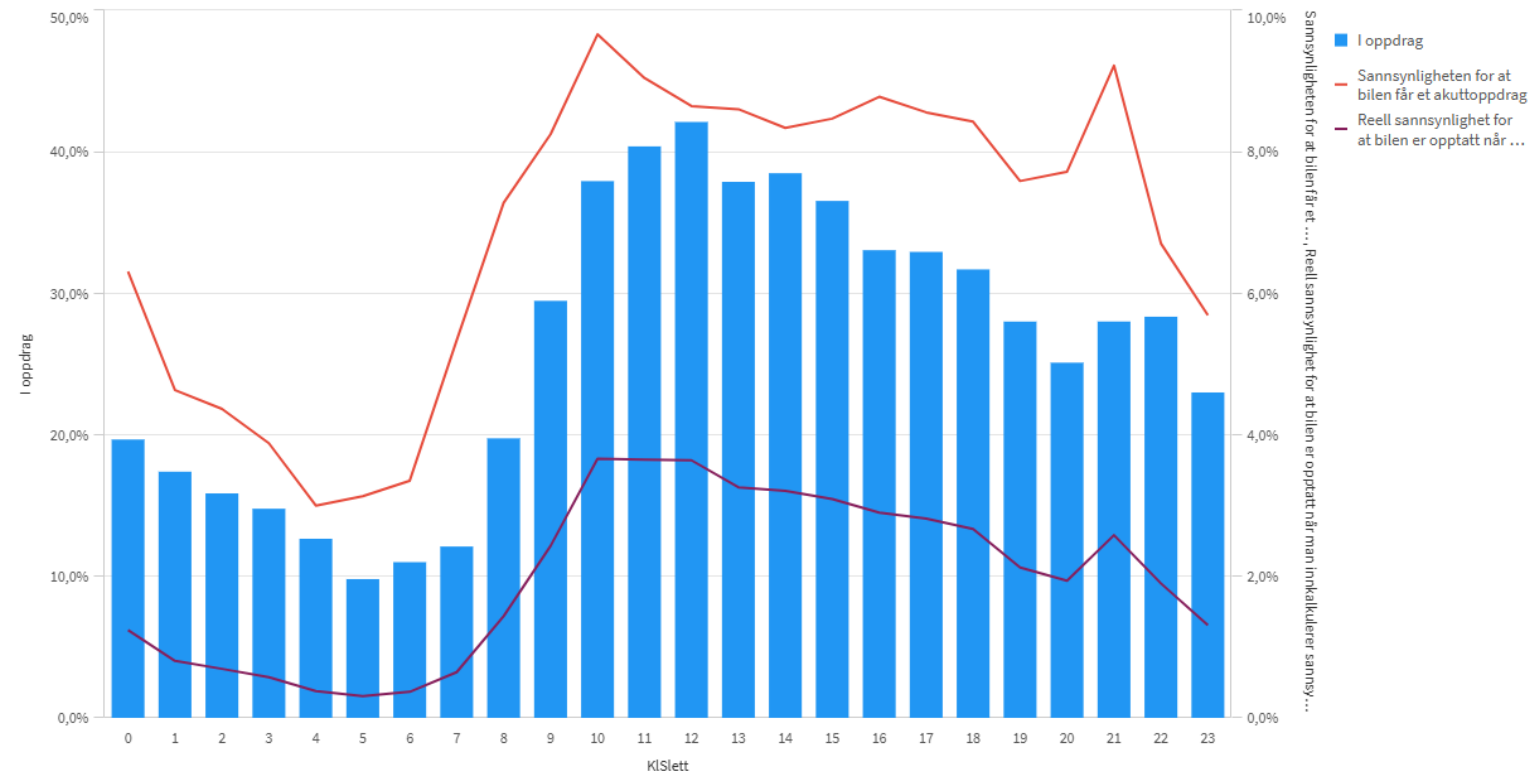
Oppdragstid total
95 04:45:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
95 04:45:00

Kjøring i passiv tid
17,5%

Kjøring i aktiv tid
33,3%

Prognose for Molde-471



Molde - 472

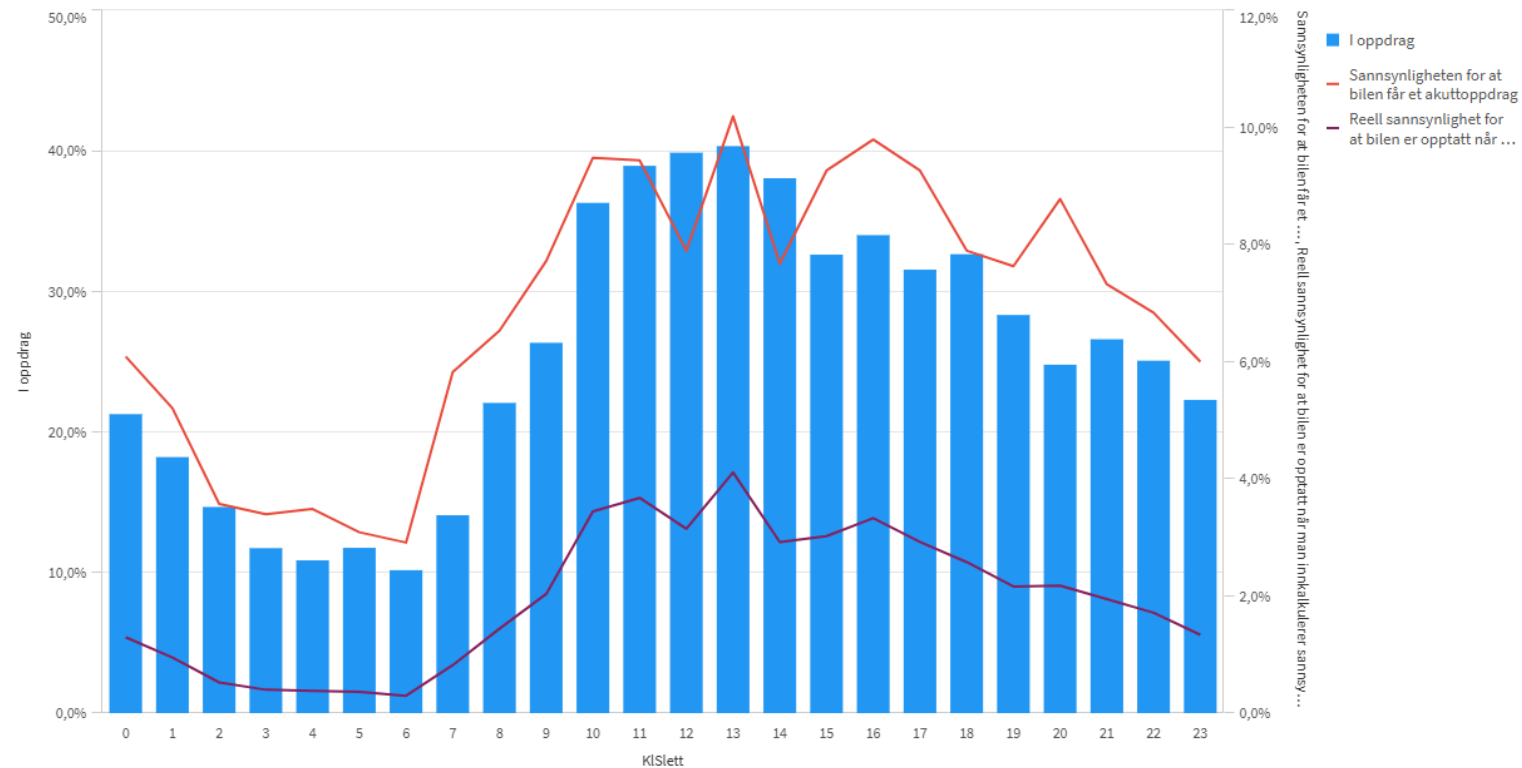
Oppdragstid total
93 03:49:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
93 03:49:00

Kjøring i passiv tid
17,0%

Kjøring i aktiv tid
32,8%

Prognose for Molde-472



Midsund - 441

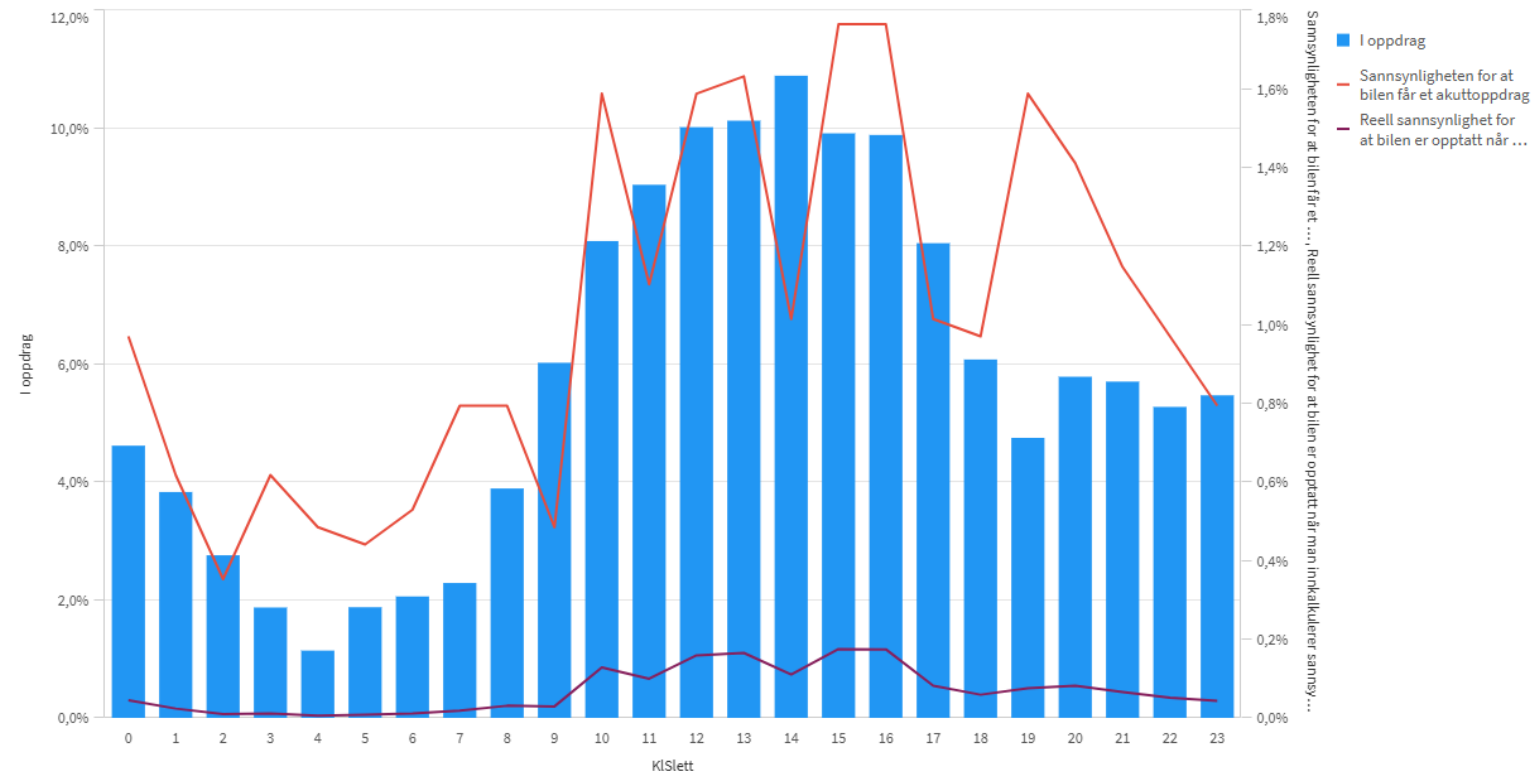
Oppdragstid total
21 04:55:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
21 04:55:00

Kjøring i passiv tid
3,4%

Kjøring i aktiv tid
7,9%

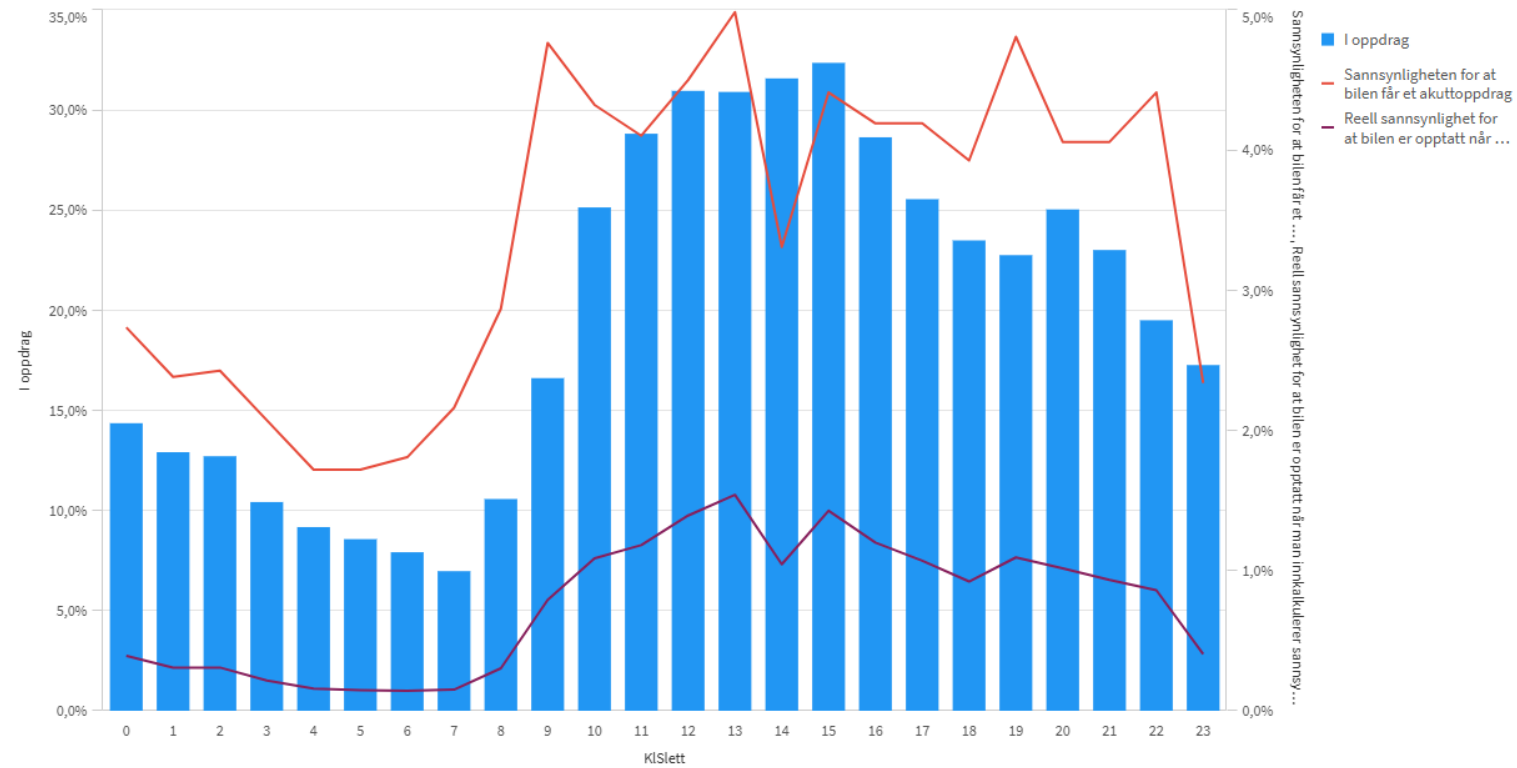
Prognose for Midsund-441



Vestnes - 421

Oppdragstid total	Oppdragstid innenfor operativtiden	Kjøring i passiv tid	Kjøring i aktiv tid
72 06:35:00	72 06:35:00	13,0%	25,6%

Prognose for Vestnes-421



Rauma - 371

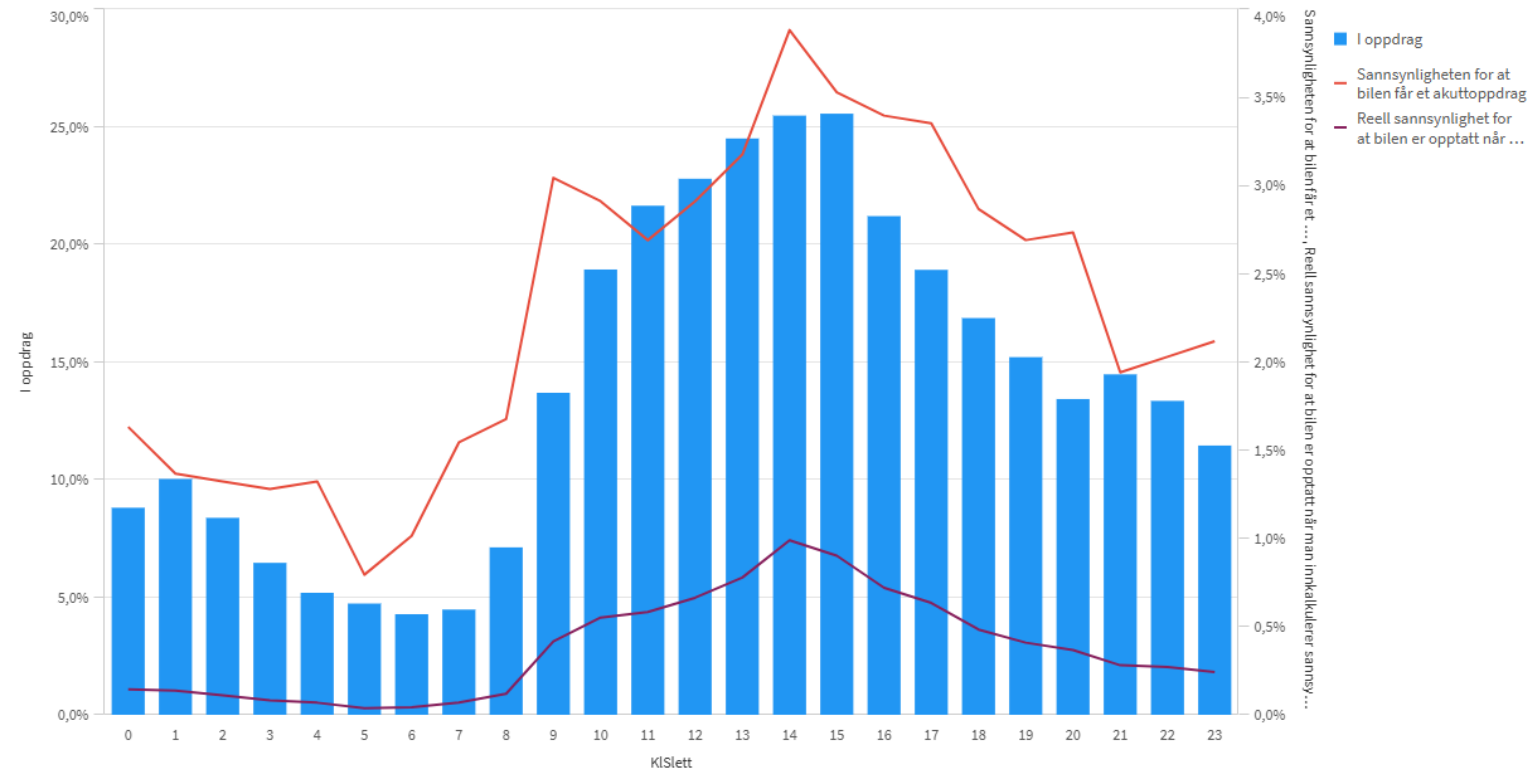
Oppdragstid total
51 05:48:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
51 05:48:00

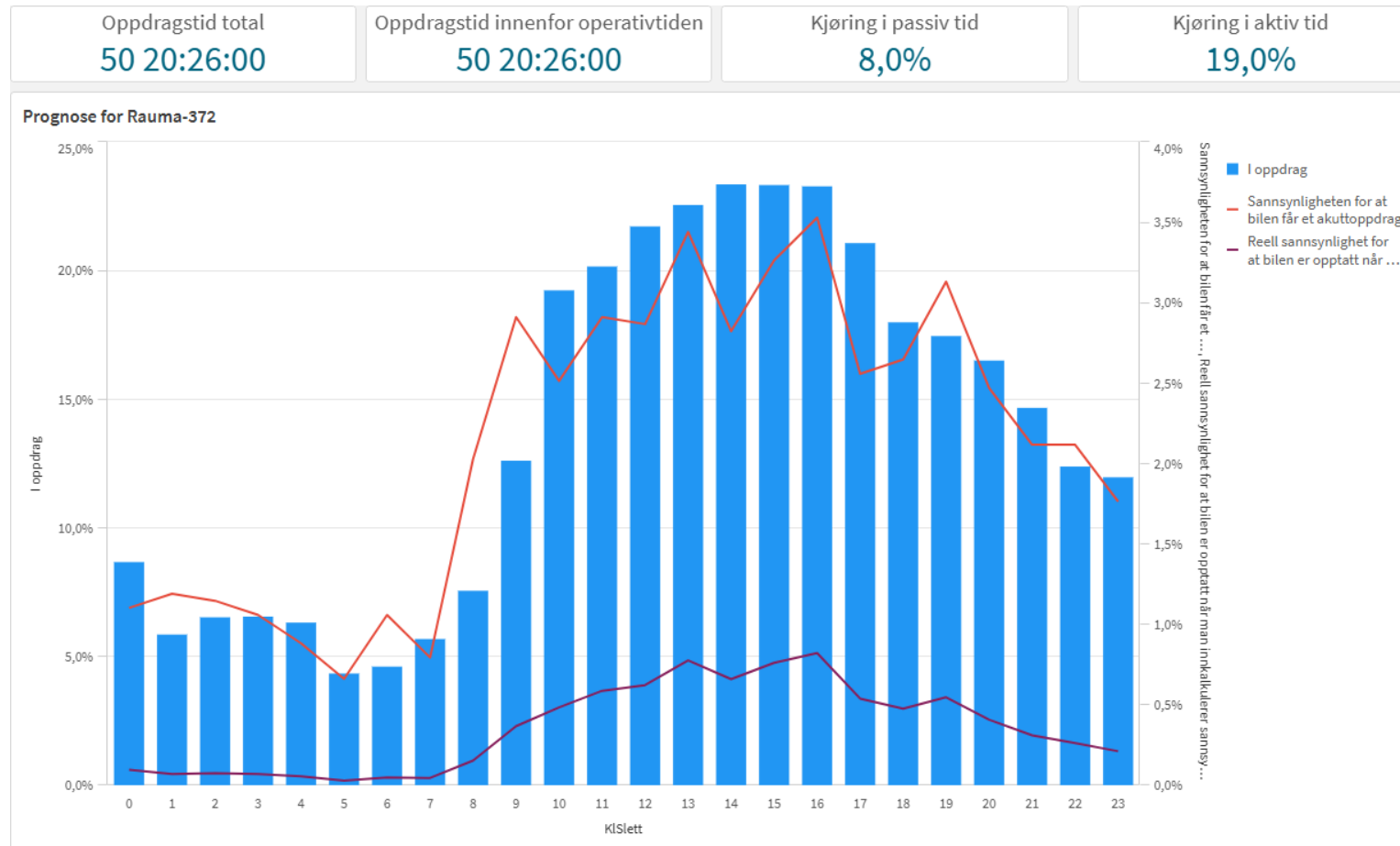
Kjøring i passiv tid
8,3%

Kjøring i aktiv tid
18,9%

Prognose for Rauma-371



Rauma 372



Ålesund - 162

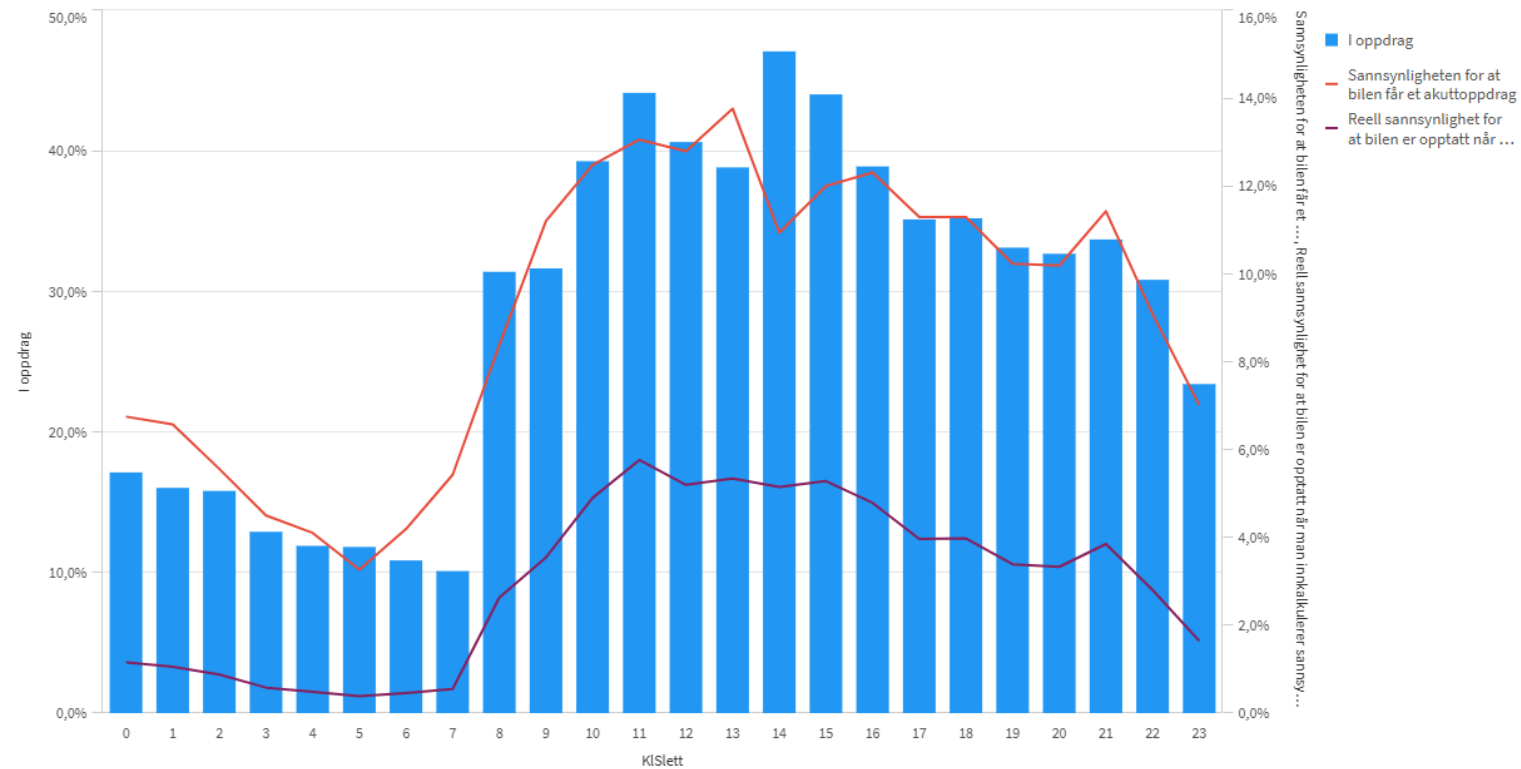
Oppdragstid total
104 09:37:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
104 09:37:00

Kjøring i passiv tid
17,7%

Kjøring i aktiv tid
37,8%

Prognose for Ålesund-162



Ålesund - 161

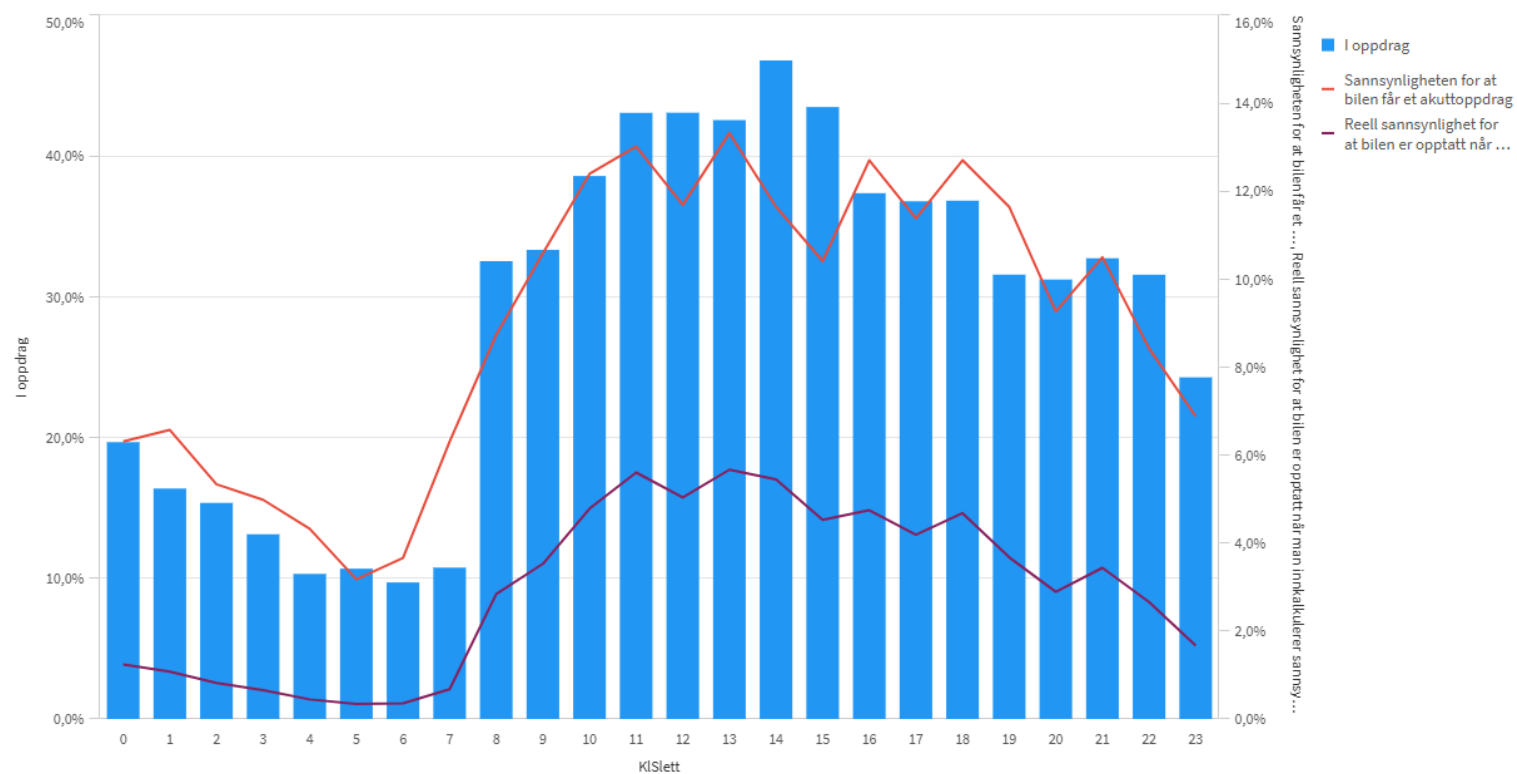
Oppdragstid total
105 04:49:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
105 04:49:00

Kjøring i passiv tid
17,7%

Kjøring i aktiv tid
38,2%

Prognose for Ålesund-161



Syketransport Ålesund - 911

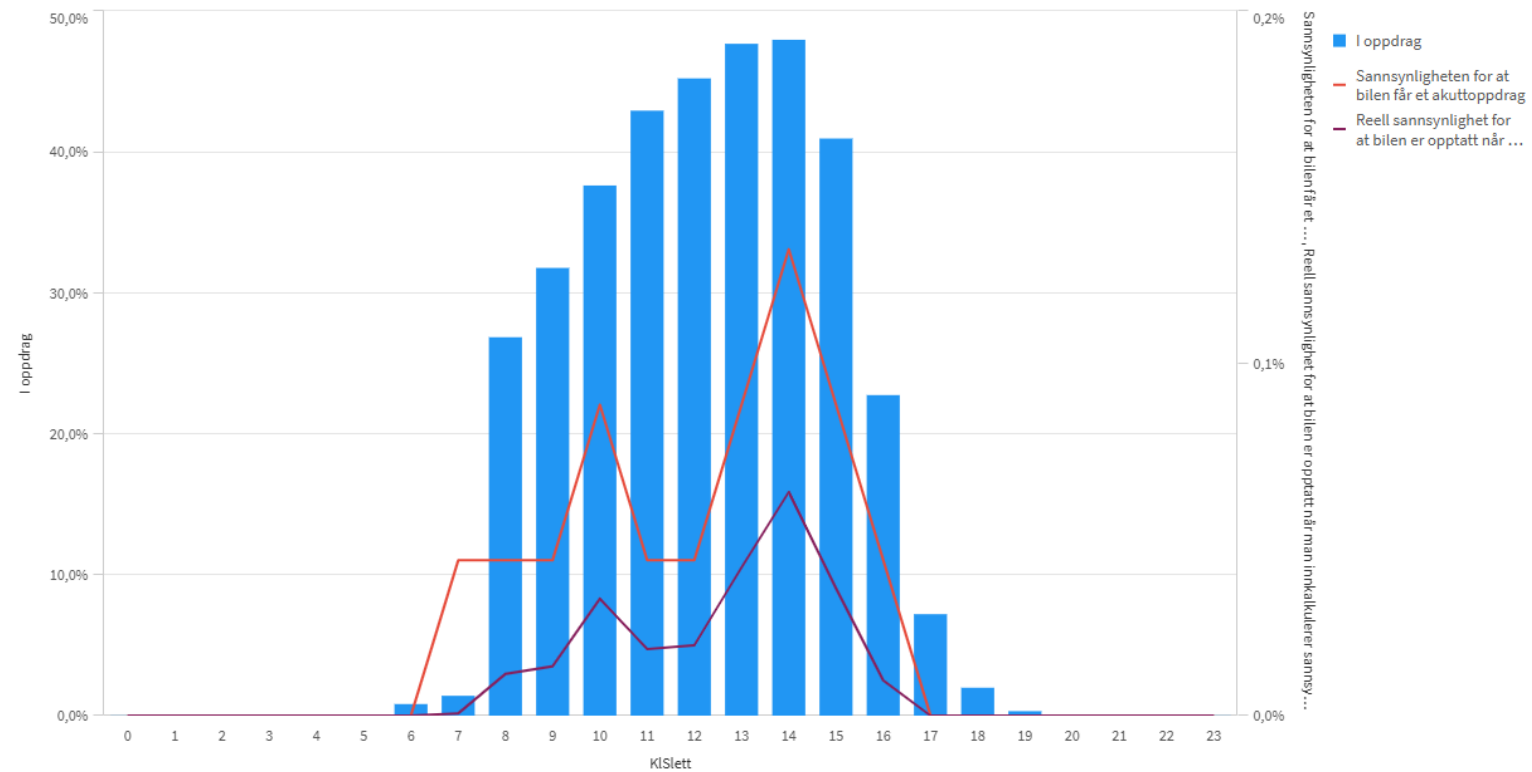
Oppdragstid total
54 01:20:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
54 01:20:00

Kjøring i passiv tid
0,2%

Kjøring i aktiv tid
27,2%

Prognose for Syketransport Ålesund-911 Syketransport Ålesund



Giske - 171

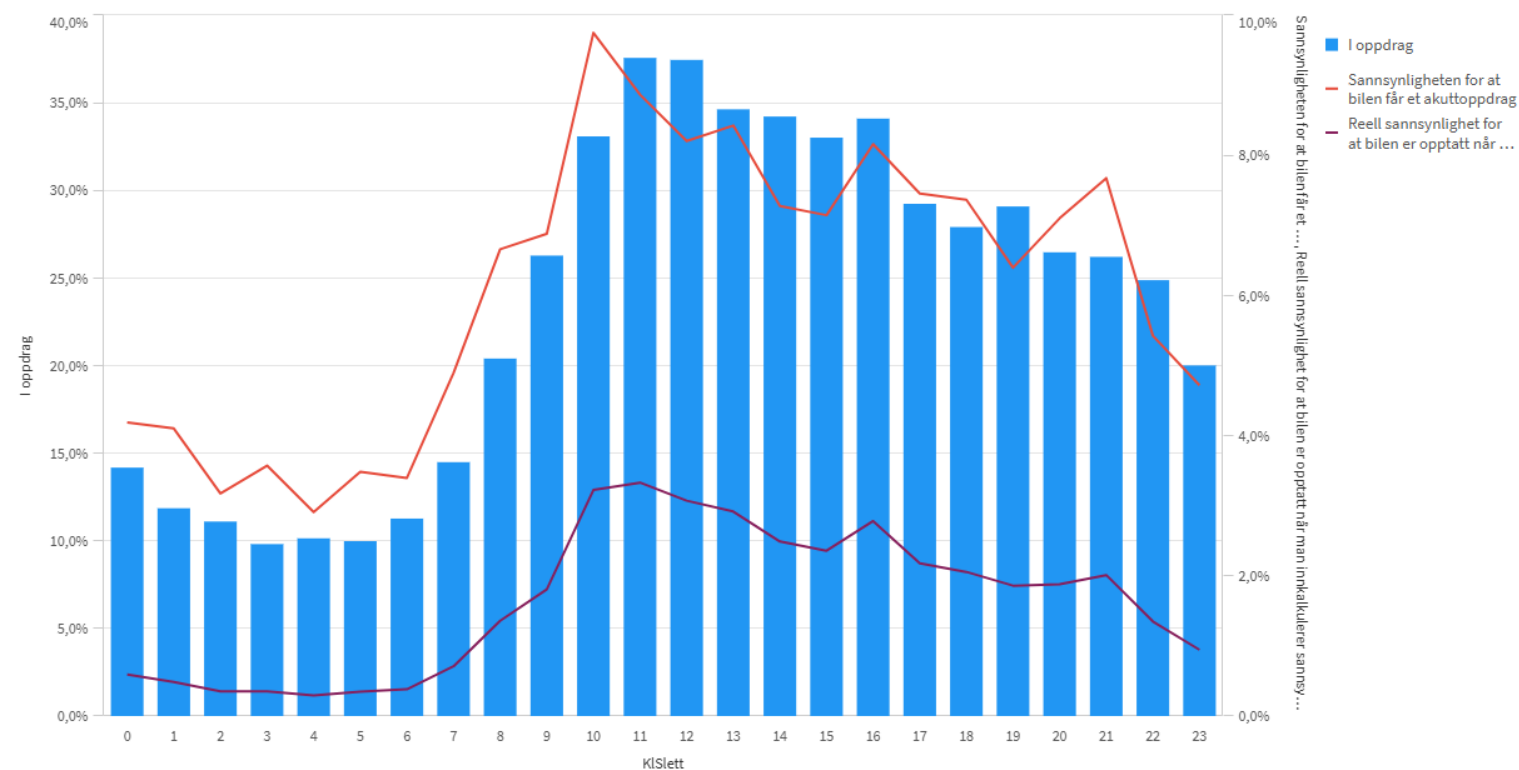
Oppdragstid total
86 06:45:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
86 06:45:00

Kjøring i passiv tid
14,9%

Kjøring i aktiv tid
31,0%

Prognose for Fræna-331



Harøy - 461

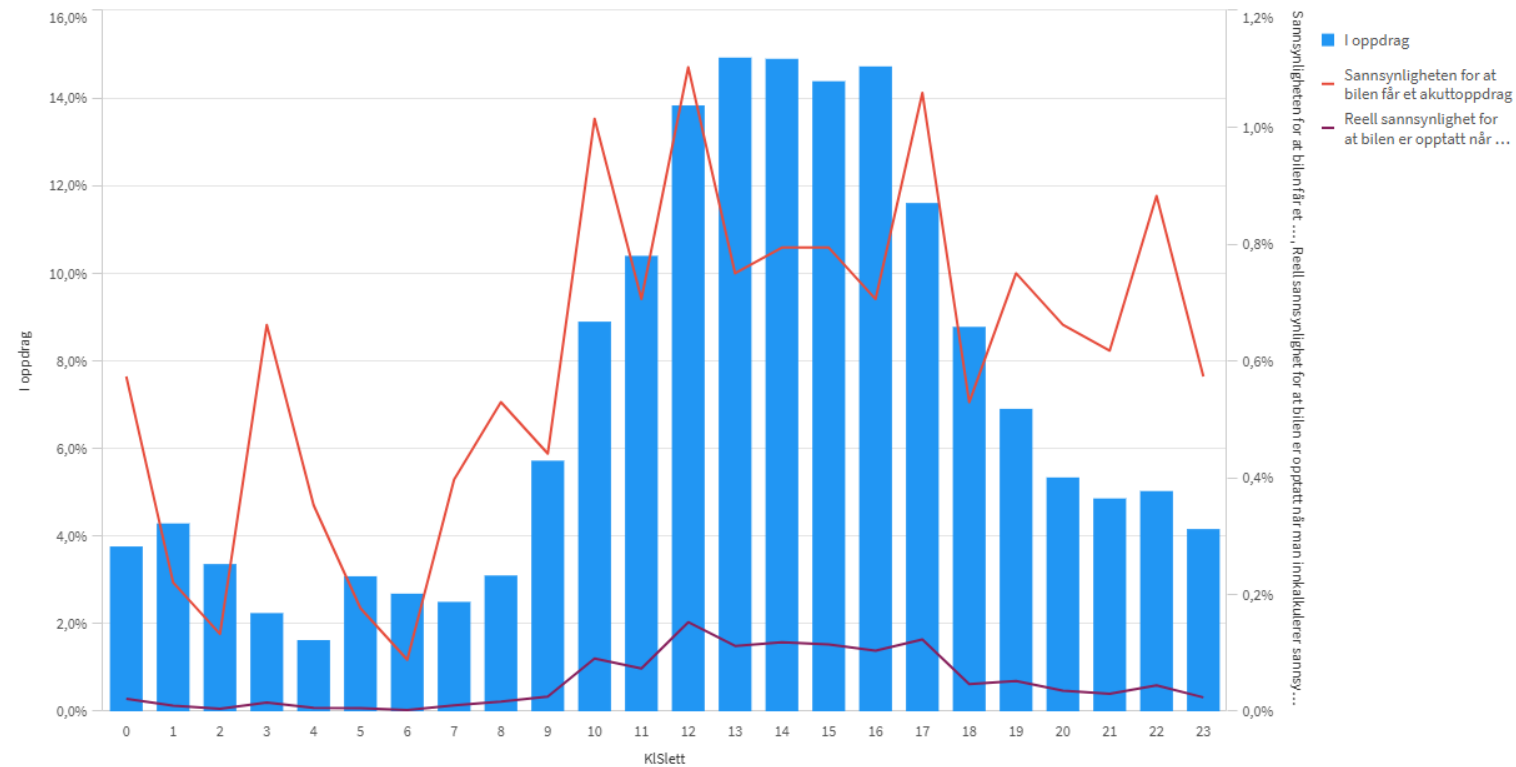
Oppdragstid total
26 00:26:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
26 00:26:00

Kjøring i passiv tid
3,4%

Kjøring i aktiv tid
10,3%

Prognose for Harøy-461



Sula - 151

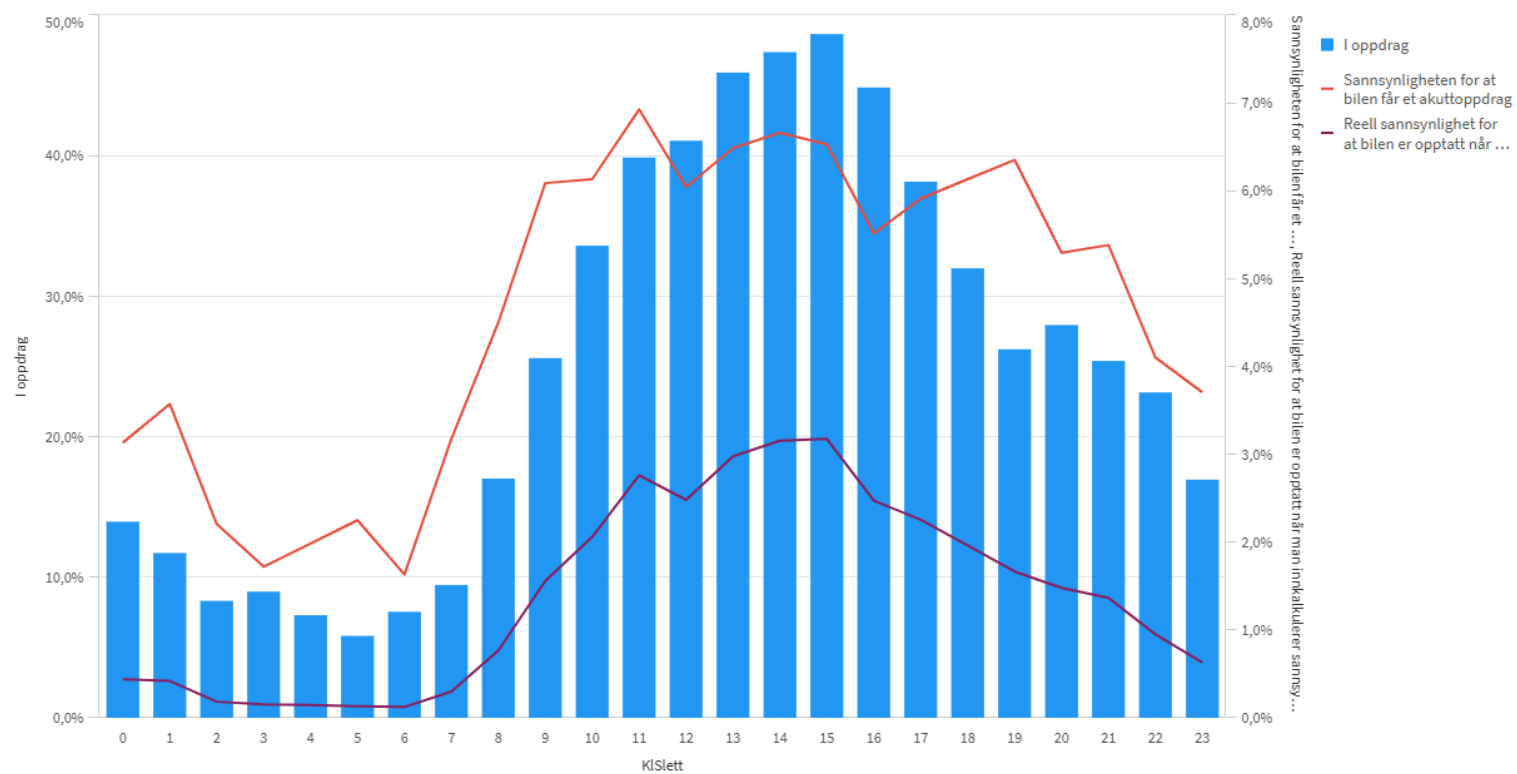
Oppdragstid total
92 06:48:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
92 06:48:00

Kjøring i passiv tid
12,6%

Kjøring i aktiv tid
36,0%

Prognose for Sula-151



Haram - 181

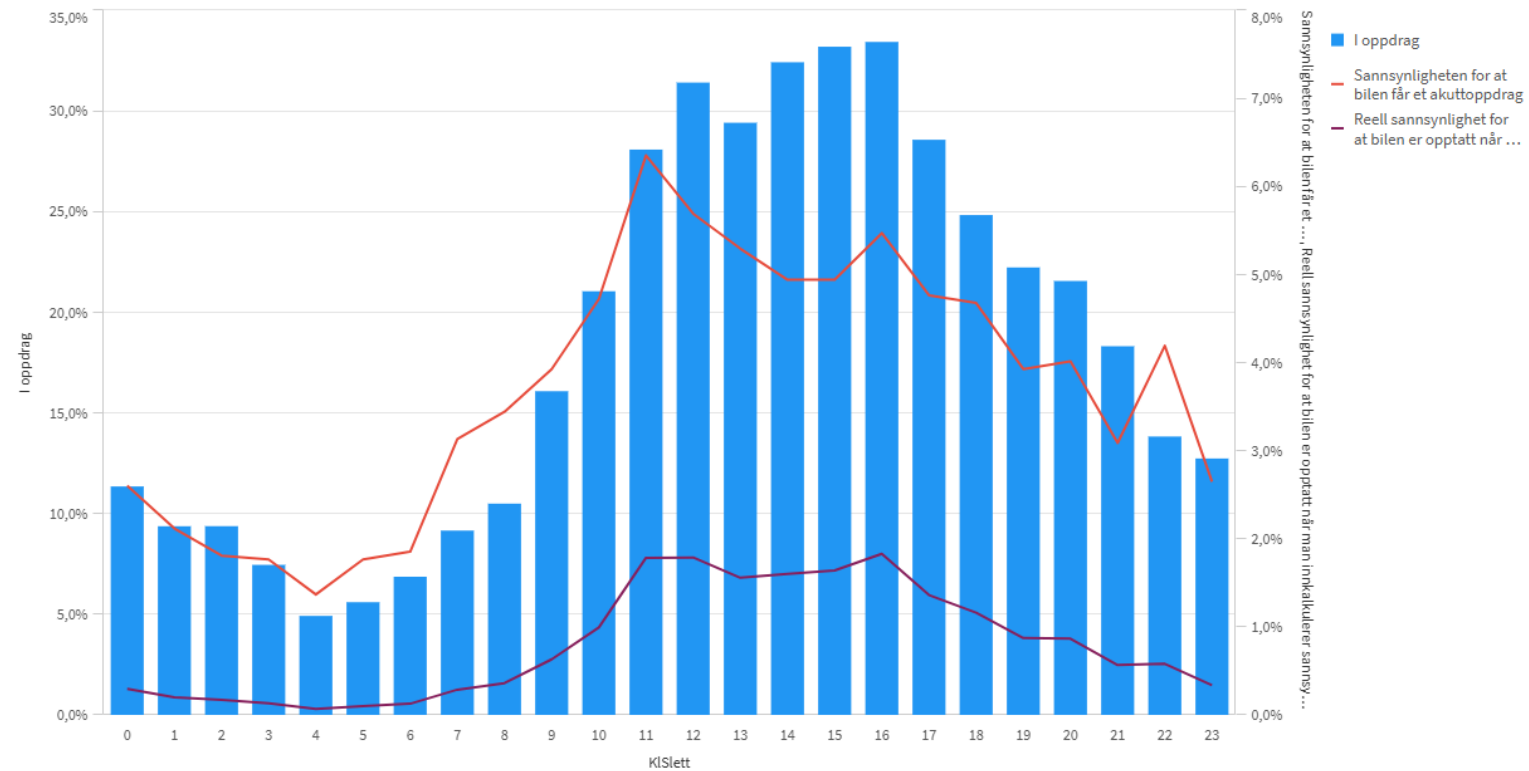
Oppdragstid total
67 04:02:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
67 04:02:00

Kjøring i passiv tid
9,9%

Kjøring i aktiv tid
25,6%

Prognose for Haram-181



Ørskog -191

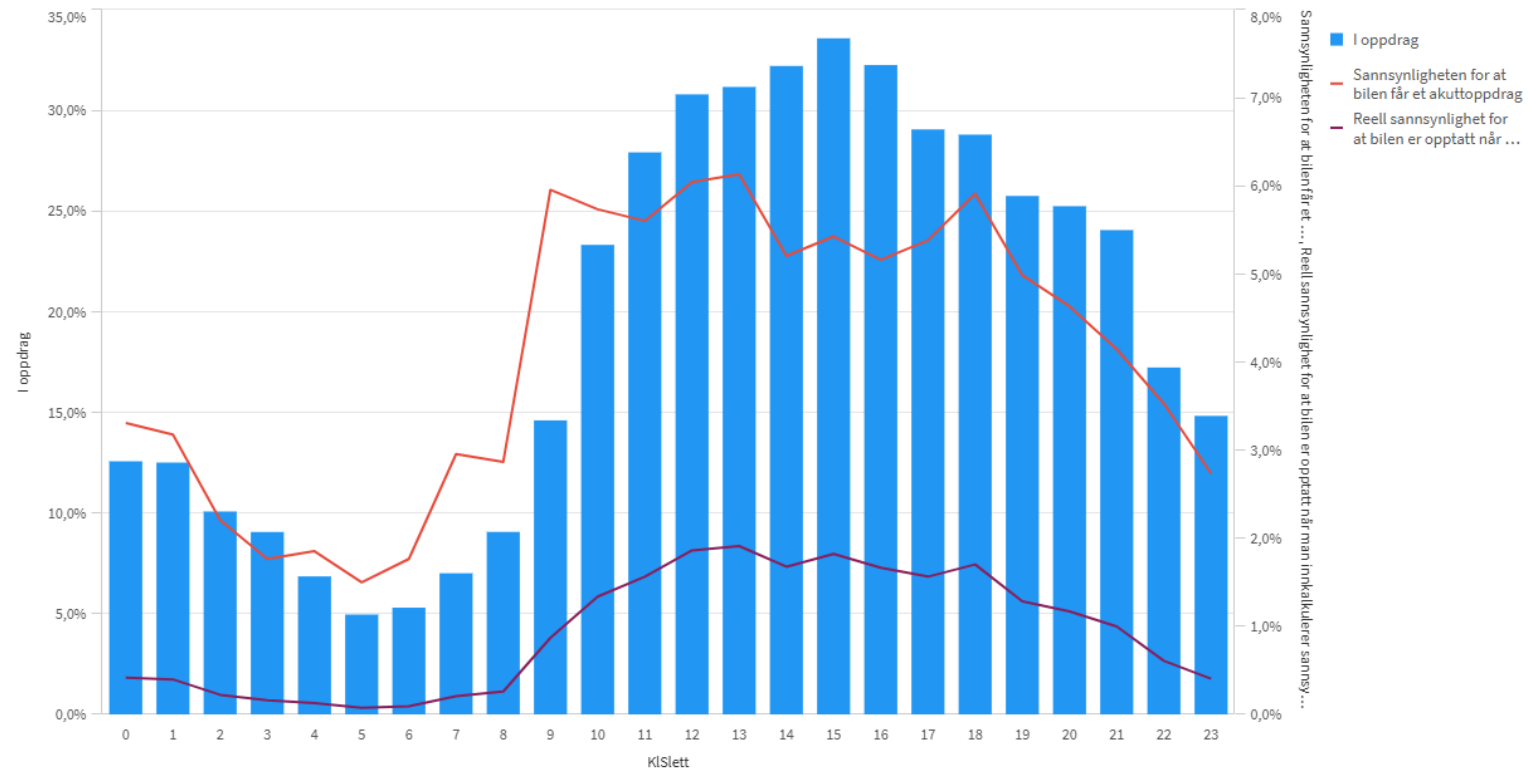
Oppdragstid total
71 04:52:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
71 04:52:00

Kjøring i passiv tid
11,3%

Kjøring i aktiv tid
26,4%

Prognose for Ørskog-191



Sykkylven - 241

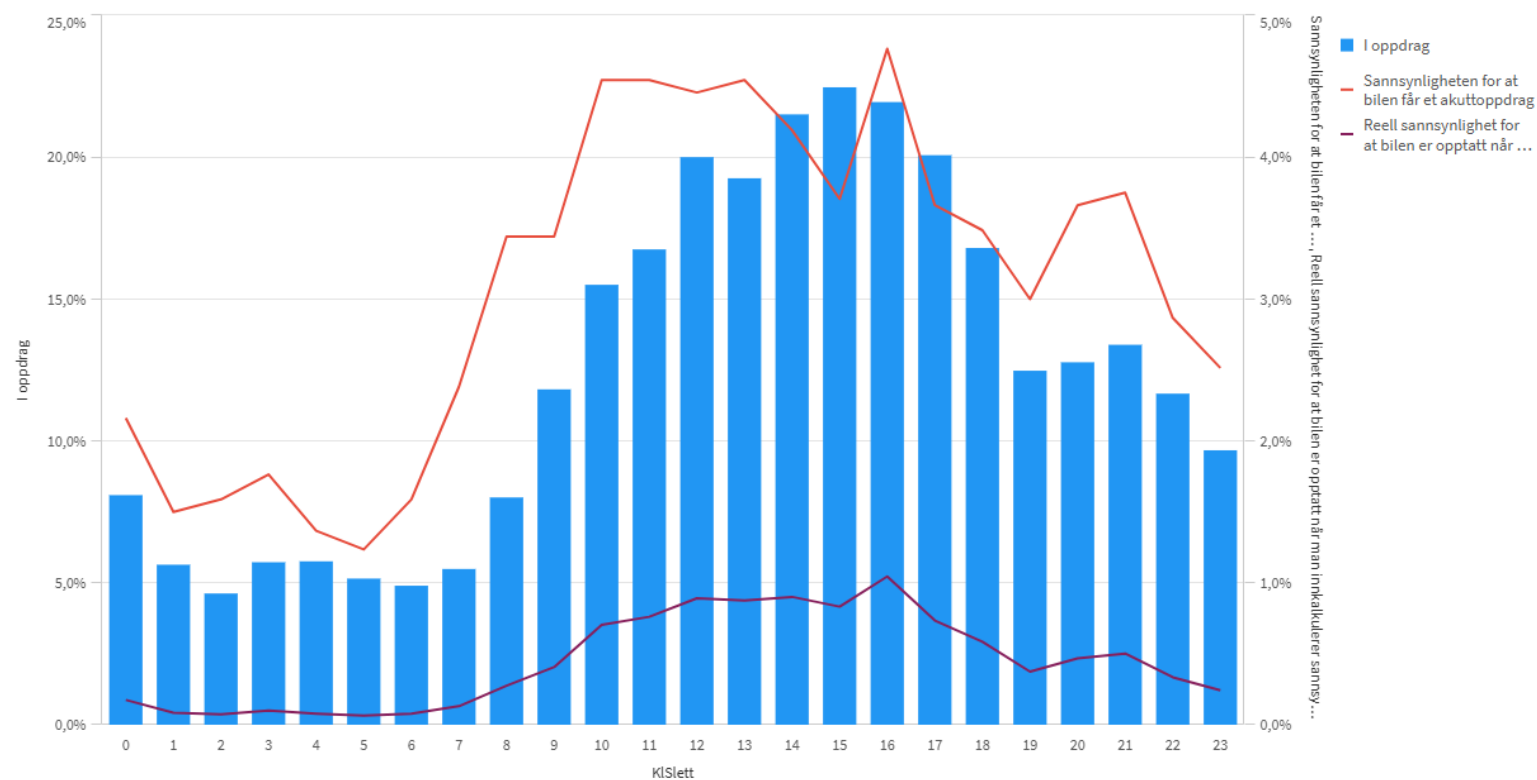
Oppdragstid total
45 13:02:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
45 13:02:00

Kjøring i passiv tid
7,3%

Kjøring i aktiv tid
16,9%

Prognose for Sykkylven-241



Stranda-231

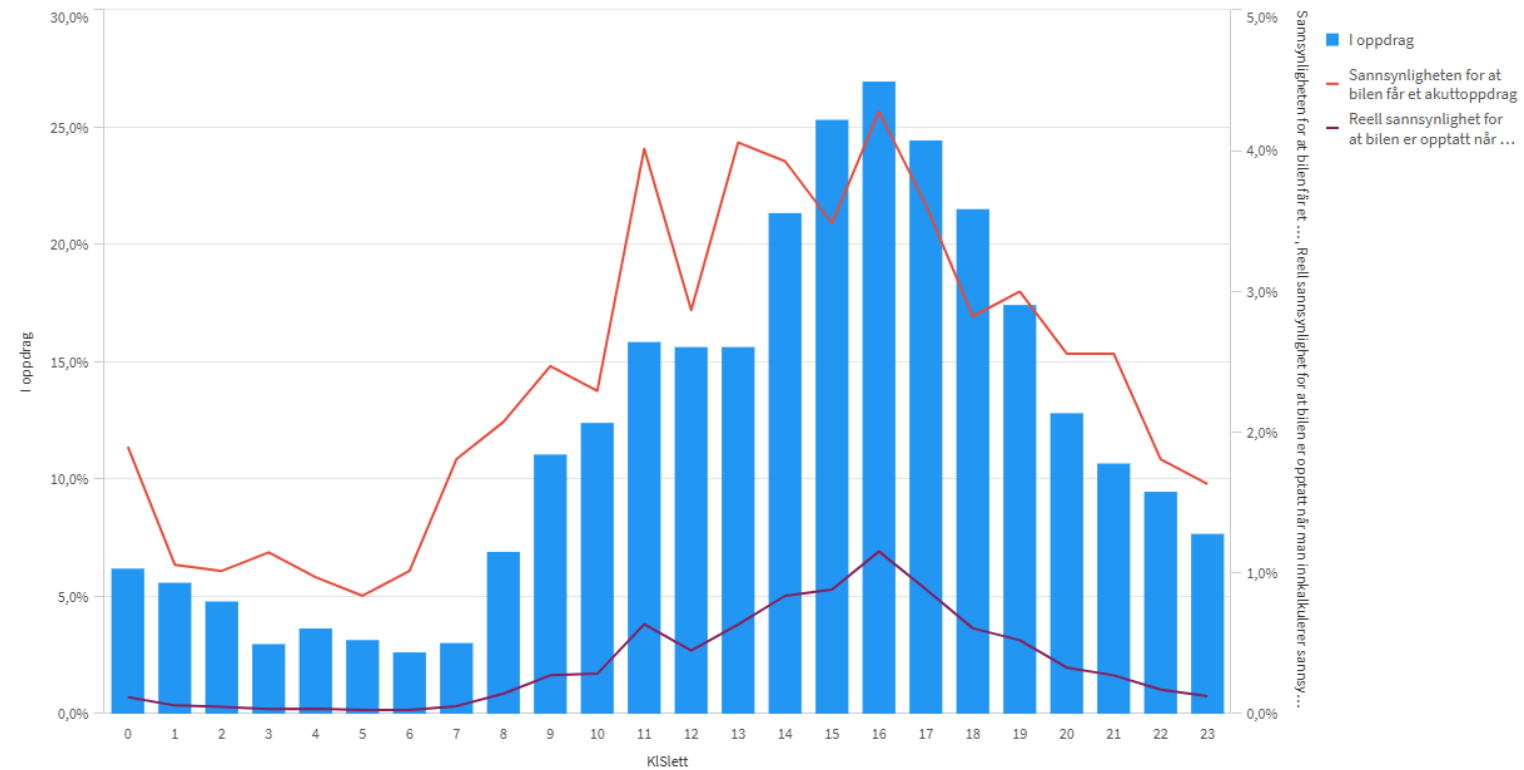
Oppdragstid total
43 15:28:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
43 15:28:00

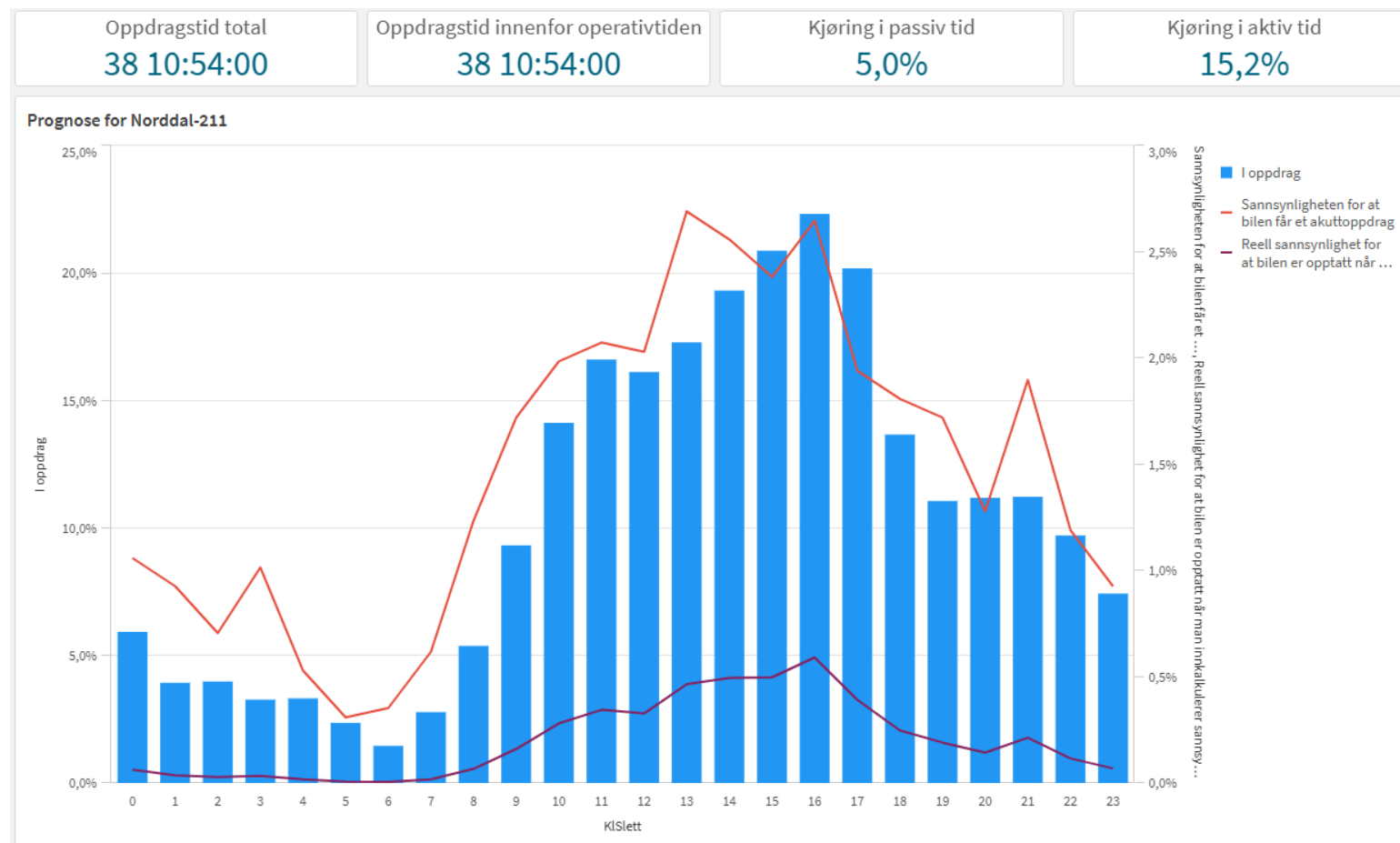
Kjøring i passiv tid
5,4%

Kjøring i aktiv tid
17,5%

Prognose for Stranda-231



Norddal - 211



Geiranger - 221

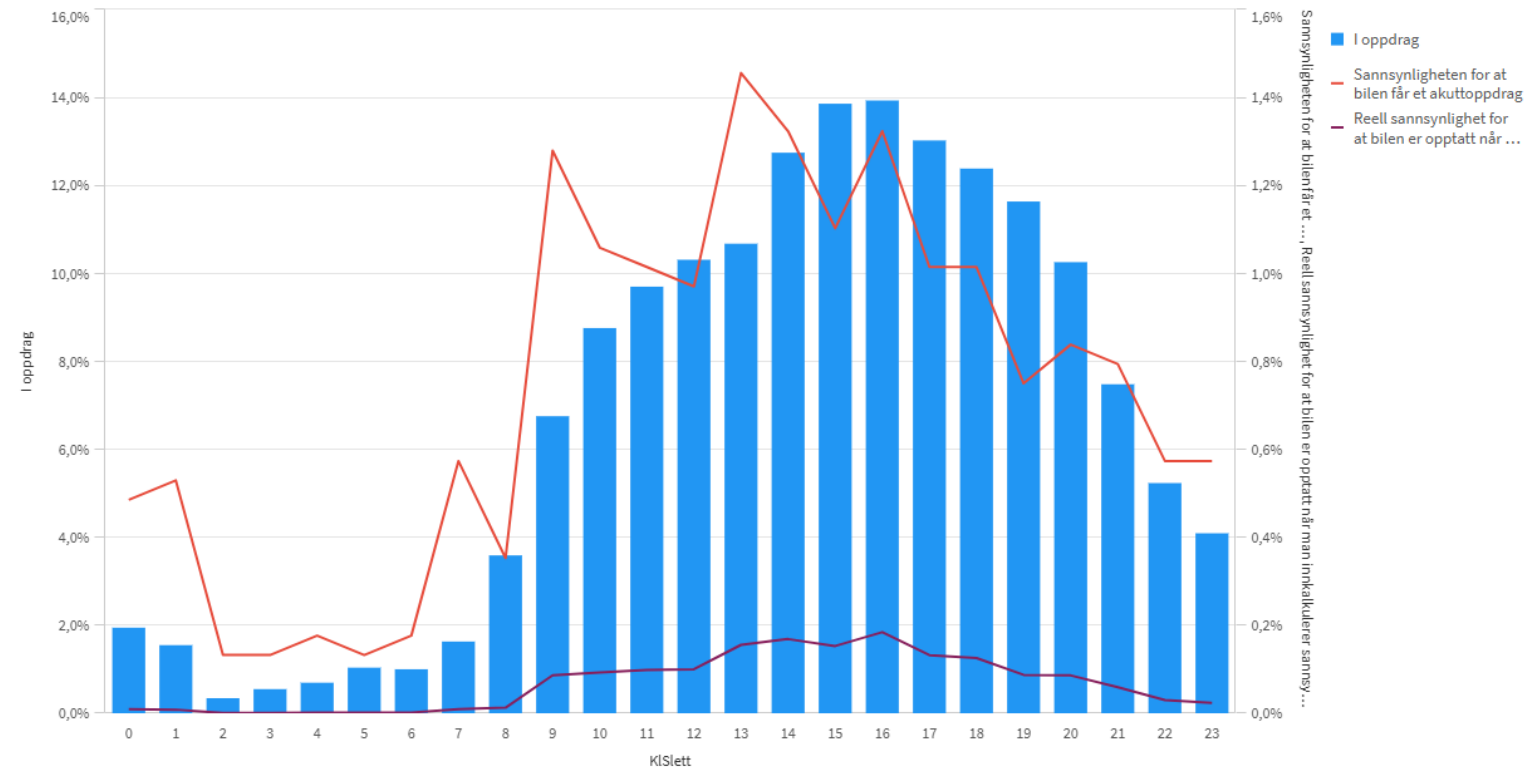
Oppdragstid total
24 19:33:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
24 19:33:00

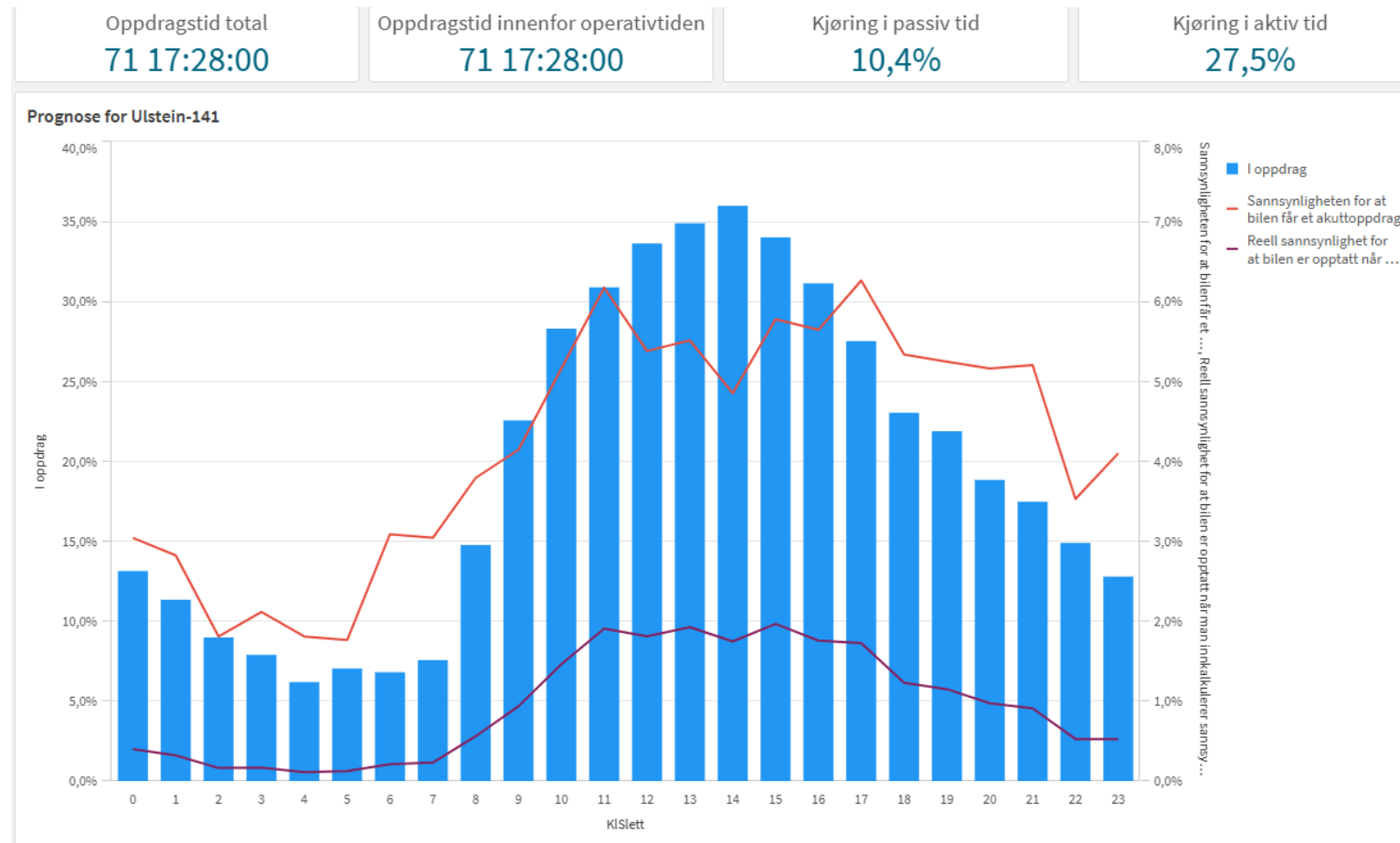
Kjøring i passiv tid
2,3%

Kjøring i aktiv tid
10,6%

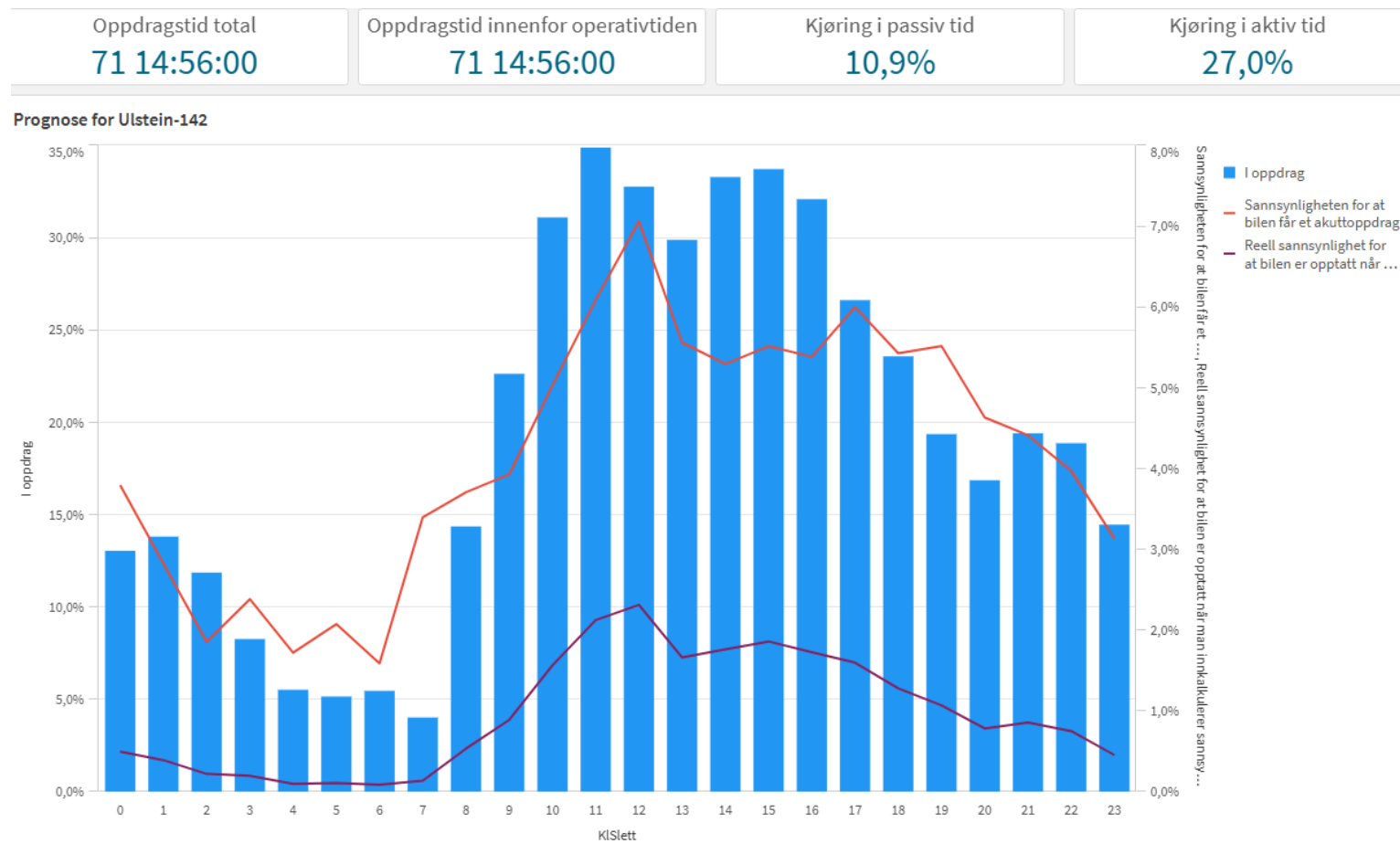
Prognose for Geiranger-221



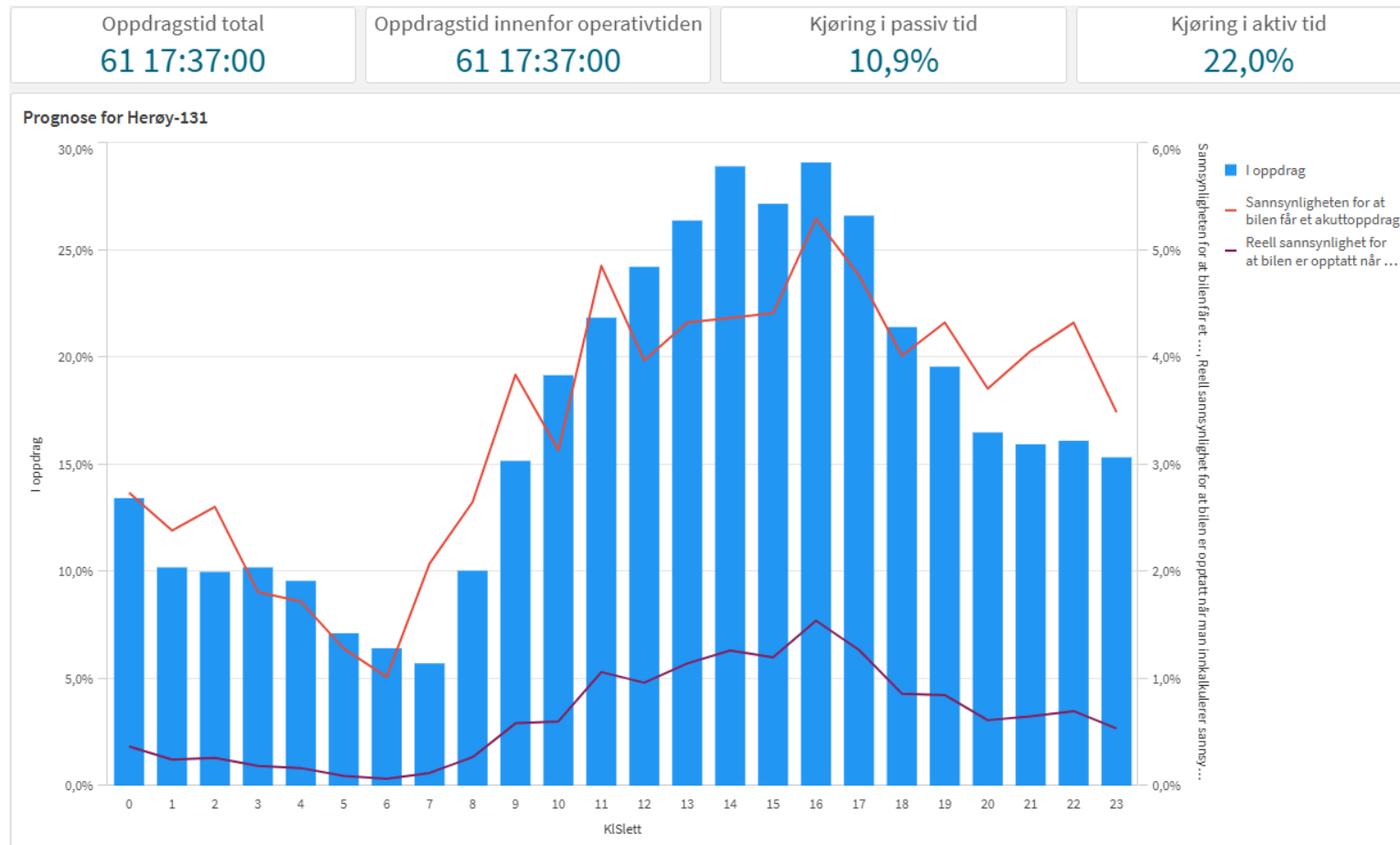
Ulstein - 141



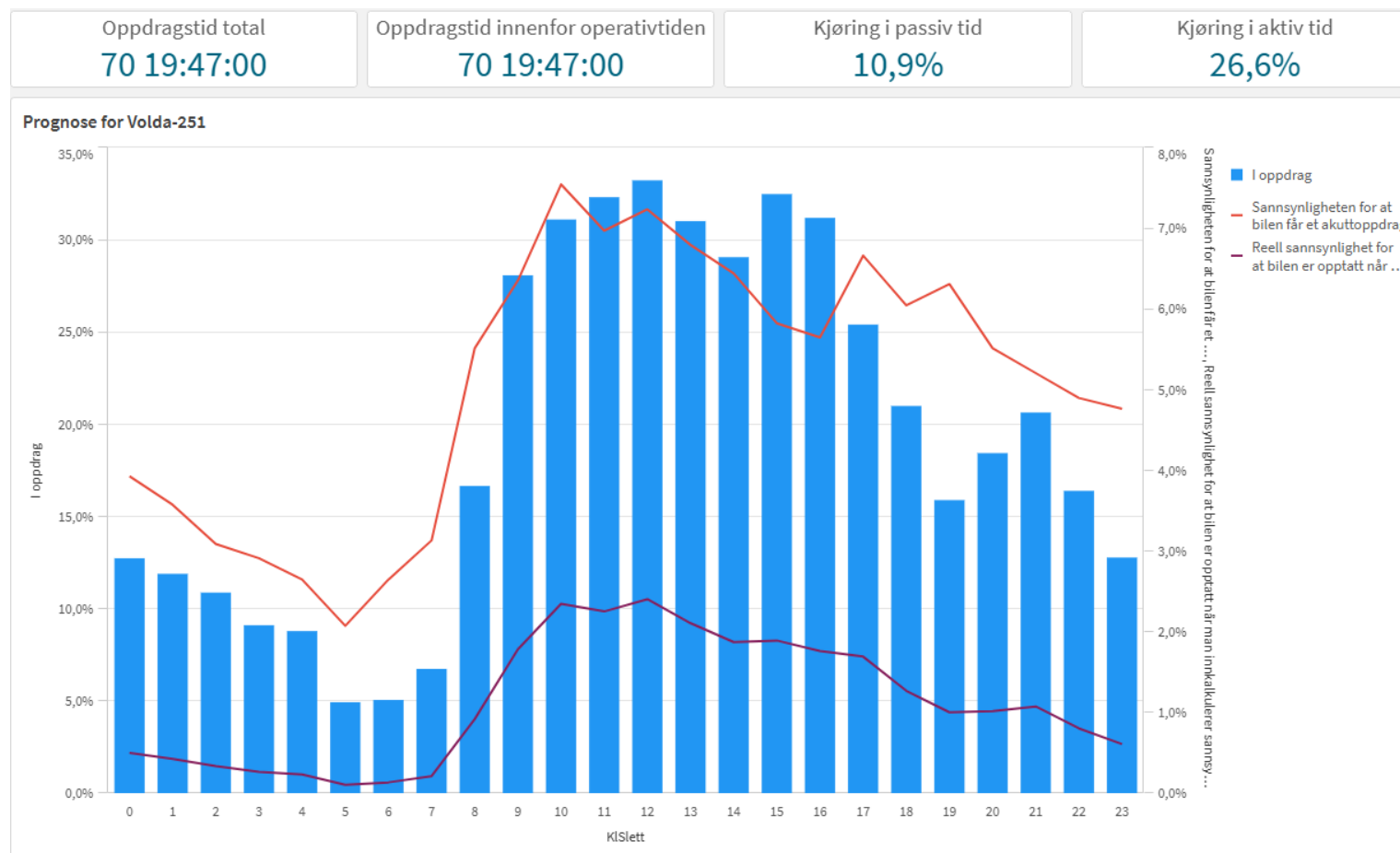
Ulstein -142



Herøy - 131



Volda -251



Volda - 252

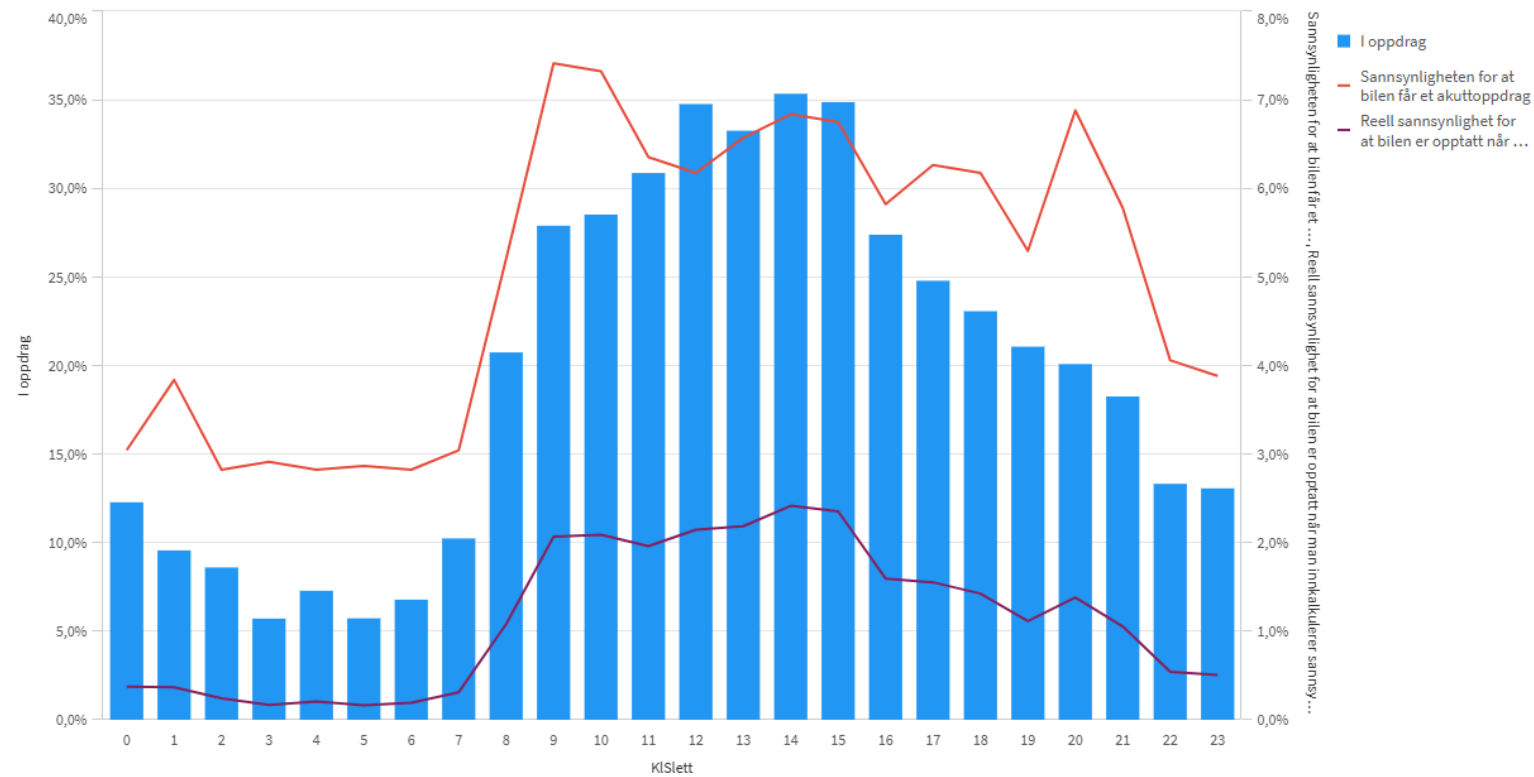
Oppdragstid total
72 00:03:00

Oppdragstid innenfor operativtiden
72 00:03:00

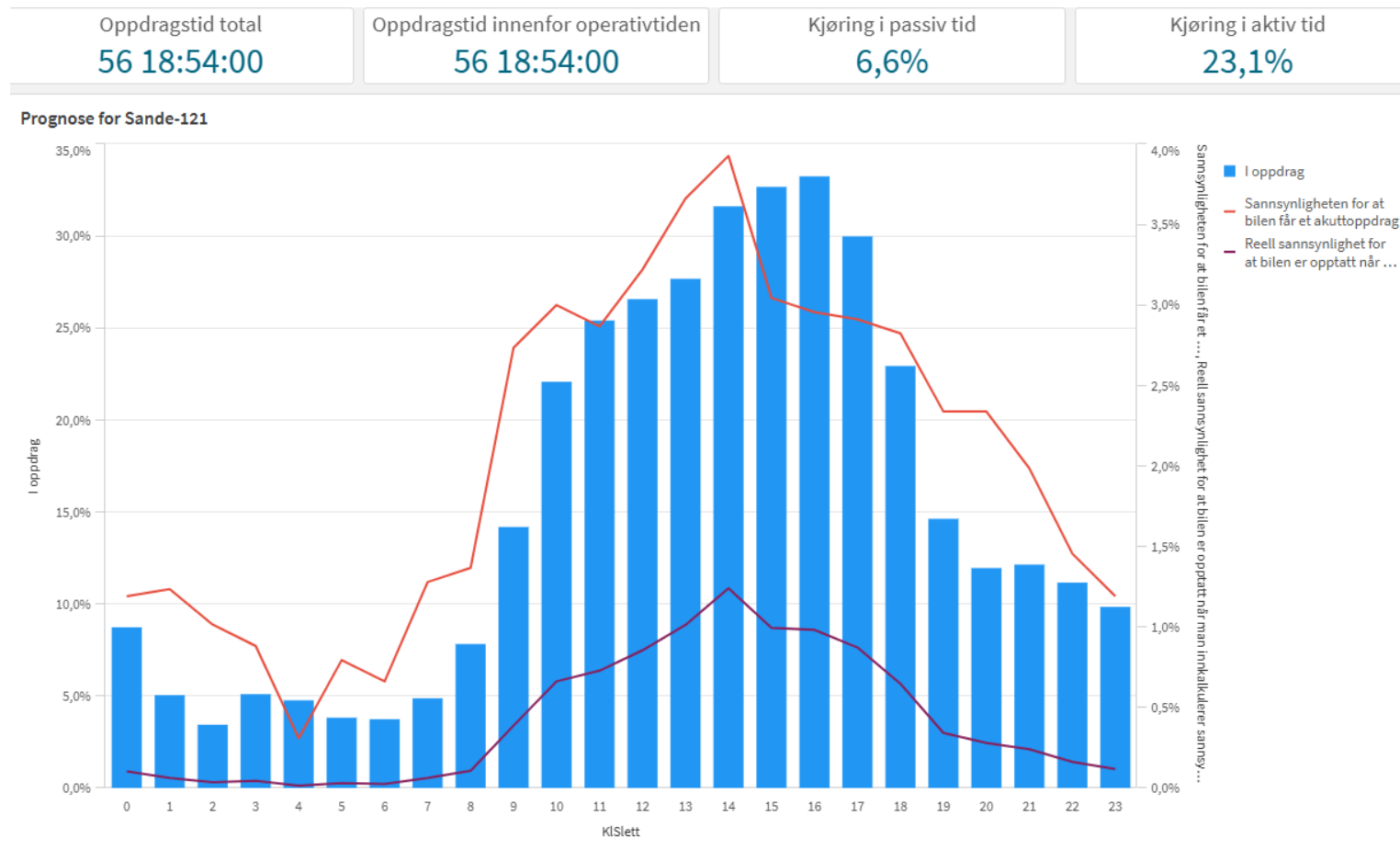
Kjøring i passiv tid
10,1%

Kjøring i aktiv tid
27,9%

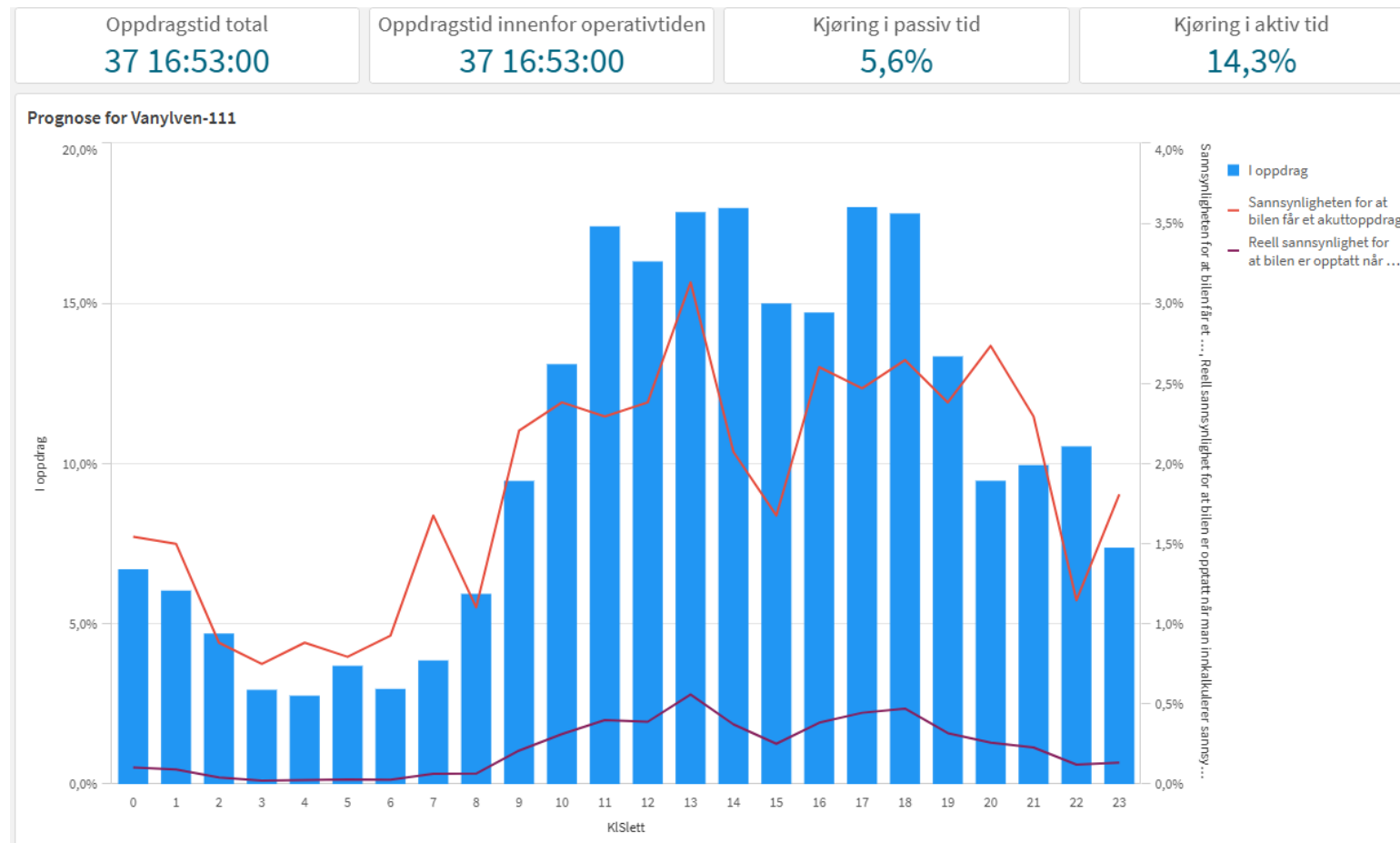
Prognose for Volda-252



Sande - 121



Vanylven -111



ROS - Innsparingstiltak i Båt og bilambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal

Forfatter: Reidun Ansok

Gyldig fra: 29.04.2026

Revisjon: 1.1

Godkjent av: Lars Erik Sjømæling

Revisjonsfrist: Aldri

ID: 68502

Risikovurdering

Dato for risikovurderingsmøte:	18.03.2026
Møteleder (forfatter):	Knut Erik Skogheim Reidun Ansok
Område/Prosess	
HMR interne deltakere:	Erik Ganesh Søegaard -Fagdirektør Lennart Waagan – Fagforbundet Kari Monsås - Fagforbundet Vegard Øvstegård Bergquist - Delta Leif Andre Christoffersen - Verneombud klinikk Trond Bjørke Synnes, - NSF Espen Kåre Rørvik - Konst. med. rådgiver Siri Hjertnes - Med. rådgiver Erik Tranung - AMK Sondre Hauland - Seksjonsleder Haram, Ørskog, Norddal Kristin Todal Fuglevåg - Seksjonsleder Smøla, Aure Jonny Moen – Seksjonsleder Sunnadal, Surnadal Helene B Voldsund - Seksjonsleder Ulstein, Herøy Knut Erik Skogheim – Avdelingssjef Båt og bil Reidun Ansok – Kvalitetsrådgiver klinikk
Eksterne deltagere i vurderingen:	Torfinn Strand Vingen – Repr. Sunnmøre Håkon Furu – Repr. Nordmøre og Romsdal Jan Morten Dale - Repr. Nordmøre og Romsdal Jørn Velle Moldskred – Repr. Søre Sunnmøre Ottar Røyset – Konst. Repr. Søre Sunnmøre Halvor Langeland - Helse Midt Norge

Metode

Risikovurderingen bygger på rammeverket for risikostyring i Helse-Midt Norge, [Risikostyring Rammeverk HMR](#), samt kravene i Norsk Standard **NS 5814:2021 krav til risikostyring**. Risiko forstås i denne metodikken som en funksjon av sannsynligheten for at en hendelse inntreffer og konsekvensene dersom hendelsen oppstår (Risiko = Sannsynlighet x Konsekvens)

Risikonivået vurderes og synliggjøres ved hjelp av etablert risikomatrise;

Sannsynlighet	5 - Svært høy	4 - Høy	3 - Moderat	2 - Lav	1 - Svært lav
Konsekvens	1 - Utenkelig/marginal	2 - Liten	3 - Moderat	4 - Alvorlig	5 - Svært alvorlig
5 - Svært høy	6	12	18	30	48
4 - Høy	4	8	12	20	32
3 - Moderat	3	6	9	15	24
2 - Lav	2	4	6	10	16
1 - Svært lav	1	2	3	5	8

Tallene i matrisen angir scoring. Denne er usymmetrisk, hvor konsekvens vektet høyere enn sannsynlighet.

Arbeidet er gjennomført i en tverrfaglig arbeidsgruppe med deltakere fra prehospitalt og kommunalt nivå. Prosessen har bestått av både digitale og fysiske arbeidsmøter der datagrunnlag, erfaringer og foreløpige vurderinger er drøftet i fellesskap.

Analysen er gjennomført som et selvstendig arbeid basert på mandatet knyttet til innsparingstiltak, og bygger på egne data og problemstillinger. Samtidig er det erkjent at strukturelle endringer som følger av SNR kan påvirke rammebetingelsene for prehospitaltjenester over tid. Tidligere risiko- og sårbarhetsvurderinger i SNR-prosessen er derfor brukt som bakgrunnsinformasjon og overordnet

kontekst, uten at SNR-tiltakene har fungert som premisser for denne analysen. Dersom videre utvikling i SNR medfører endrede forutsetninger, kan det bli behov for supplerende og mer detaljerte risiko- og sårbarhetsanalyser før nye beslutninger tas.

Arbeidsgruppen har vært bevisst mulige habilitetsutfordringer, særlig knyttet til deltakere som representerer kommuner som kan bli berørt av fremtidige endringer. Det er ikke identifisert konkrete habilitetsproblemer.

I risikovurderingen er sløyfemodellen benyttet som analytisk rammeverk. Modellen kombinerer elementer fra feiltre- og hendelsestreanalyse og beskriver mulige årsaker til uønskede hendelser, selve hendelsen og konsekvenser. Den synliggjør både forebyggende barrierer og skadebegrensende tiltak, og muliggjør vurdering av systemiske sårbarheter og robustheten i eksisterende kontrolltiltak. Dette er særlig relevant ved vurderinger knyttet til kapasitet, organisering og tjenestemodeller i prehospitaltjenester.

Bakgrunnsinformasjon

Arbeidet bygger på mandat gitt i styresak 114–25 (17.12.2025), som pålegger foretaket å redusere beredskap tilsvarende to døgnambulanser i løpet av 2026. Arbeidsgruppen skal identifisere tiltak som samlet gir en innsparing på 20 millioner kroner, samtidig som negative konsekvenser for tjenesten og befolkningen begrenses mest mulig. Oppdraget er gitt i en situasjon der foretaket står overfor betydelige økonomiske utfordringer, og endringer i ambulanseberedskapen må vurderes på et solid faglig grunnlag.

Arbeidet startet i november 2025 i avdeling for båt- og bilambulansetjenesten og ble innledningsvis gjennomført av seksjonsledere fra ulike områder i Møre og Romsdal. Prosessen ble senere utvidet til å omfatte kommunale aktører, tillitsvalgte, vernetjeneste og rådgivere for å sikre bred faglig forankring. Vurderingene baserer seg på data om aktivitet, responstider, geografi, bemanning og operative forhold, samt usikkerhet knyttet til fremtidig oppdragsmengde og eksterne faktorer som vær, infrastruktur og logistikk.

Arbeidet sees i sammenheng med nasjonale føringer knyttet til samfunnets totale beredskap, herunder Totalberedskapsåret 2024 og Totalforsvarsåret 2026. De akuttmedisinske tjenestene reguleres av akuttmedisinforskriften og av Stortingsmelding 23 (2024–2025), som vektlegger en robust og sammenhengende akuttmedisinsk kjede utenfor sykehus.

Forutsetninger og begrensninger

Arbeidsgruppen vurderer at det er betydelig usikkerhet knyttet til både datagrunnlaget og konsekvensene av mulige innsparingstiltak. Historiske aktivitetsdata gir et viktig utgangspunkt, men gir ikke full forutsigbarhet for fremtidig oppdragsmengde, belastningstopper eller demografiske endringer. Regionens geografiske og klimatiske forhold, herunder store avstander, øystruktur og krevende værforhold, bidrar til variasjon i faktisk tilgjengelighet og responstid i både bil- og båtambulansetjenesten.

Det er videre usikkerhet knyttet til hvordan endringer i kapasitet og organisering vil påvirke personell, arbeidsbelastning, rekruttering og stabiliteten i fagmiljøene. Slike forhold kan igjen påvirke kvalitet, kontinuitet og tjenestens samlede robusthet. Mulige kjedeeffekter må tas i betraktning, da reduksjoner ett sted kan medføre økt belastning på AMK-funksjon, legevakt, luftambulanse og sykehus. Risiko for påvirkning på pasientsikkerhet og befolkningens tillit er derfor sentrale vurderingstema i vurderingen av innsparingstiltak.

Vurderingsskalaen som benyttes i risikoanalysen har også metodiske begrensninger. Ettersom skalaen i stor grad vektlegger antall berørte, kan risiko knyttet til sjeldne, men potensielt alvorlige enkelthendelser bli undervurdert. Dette er særlig relevant i områder med nattberedskap eller ved tjenestemodeller med én person på vakt, der konsekvensen for den enkelte pasient kan være betydelig selv ved lave volum.

Analysen påvirkes videre av foretaksovergripende prosesser der det arbeides med endringer i funksjons- og tjenestestruktur på tvers av klinikker og tjenesteområder. Slike prosesser kan på sikt endre rammebetingelsene for prehospitaltjenester, blant annet gjennom endrede pasientstrømmer, transportavstander, bemanningsbehov og samhandlingsflater. Dersom strukturelle endringer på foretaksnivå får betydning for de forutsetningene som ligger til grunn for denne analysen, kan det være nødvendig med nye og mer detaljerte risiko- og sårbarhetsanalyser før videre beslutninger tas.

Samlet innebærer disse forholdene at resultatene må tolkes med bevissthet om at både forutsetninger og konsekvensbilder kan endre seg over tid. Innsparingstiltak innen beredskapstjenester innebærer iboende usikkerhet og forutsetter derfor varsomhet, tydelig prosessuell forankring og systematisk oppfølging over tid.

Oversikt over risikoer og vurdering av disse

Trykk på risiko-tittel for å se flere detaljer

Viser 3 av 3 risikoelementer.

ID	Tittel	Pasientsikkerhet	Drift/tjenesteproduksjon	Tillit /omdømme	Samhandling	HMS - arbeidsmiljø	Merarbeid
117894	Bruk av en-redder enhet i båt og bilambulansen i Helse Møre og Romsdal	●	●	●	●	●	
117893	Nattberedskap i ambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal	●	●	●	●	●	●
117890	Mulighetsrom og mest effektive nivå ved endring i ambulansekapasitet - beredskap, respons og tjenesteeffekter	●	●	●	●	●	●

Viser 3 av 3 risikoelementer.

Oversikt over foreslåtte tiltak

Trykk på risiko-tittel for å se flere detaljer

Viser 3 av 3 risikoelementer.

ID	Tittel	Bruttoliste tiltak
117894	Bruk av en-redder enhet i båt og bilambulansen i Helse Møre og Romsdal	Opplæring og kompetanseheving MTU tilpassa enmannsbetjente enheter Tilpassa kjøretøy Vurderingsverktøy Beslutningsstøtte Støttefunksjoner Informasjon til befolkningen Definerte ansvarsområder Styrke pasientoverleveringer Samhandling - ekstern støtte En-redder Geiranger En-redder Harøy En-redder Midsund Læring og oppfølging Konferanse Kommunikasjon og sambandskanaler HMS rutiner - psykososiale tiltak Trygghetsordninger Rotasjonsordning Brann som førsteinnsats Sesongtilpasning
117893	Nattberedskap i ambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal	AMK disponering Flåteveileder Avlastningsressurser Redusere nattberedskap tobiestasjoner Videoløsning Kommunikasjon og sambandsløsninger Styrke samhandling akuttmedisinskjede First responder og akutthjelp Tidlig mobilisering av sekundærressurser Styrke pasientoverføringer Konferanser Læring og oppfølging Eskaleringsrutiner Faglig støtte Samordning med luftambulansetjenesten ved høyrisikoscenarier Styrke integrasjon AMK - kommune Data til analyse av nattaktivitet Videreutvikle bruk av frivillige organisasjoner - avtaler og planeverk

ID	Tittel	Bruttoliste tiltak
117890	Mulighetsrom og mest effektive nivå ved endring i ambulansekapasitet - beredskap, respons og tjenesteeffekter	Rotasjonsordninger Styrke videoløsning Opplæring og kompetanseheving Forsterke sambandsprosedyrer Tilpasse medisinsk teknisk utstyr og evt kjøretøy (enmannsbetjent enhet) Justering av ressurslokasjon Sesongtilpasning Fjerne dagbil Kristiansund Fjerne dagbil Aure Bemanning Mørejenta Samordnet ekstern kommunikasjon Klargjøre forventninger til befolkningen Styrke brann som førsteinnsats (eksisterende eller nye avtaler) Flere Syketransportbiler - hvite biler; Ulstein og Molde Samlokalisering (Stette 2027) Sammenslåing Ørskog/Haram Syketransportbil Ulstein Syketransportbil Molde Stillingsplan/bemanning (med avtaleendringer) Modelltesting og simulering av mindre/større strukturelle endringer

Viser 3 av 3 risikoelementer.

Oversikt beslutta tiltak

Avsluttende kommentar og videre oppfølging

Risikorapporten inngår som et grunnlagsdokument i arbeidet med vurdering av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten. Rapporten beskriver identifiserte risikoforhold og vurderer konsekvenser knyttet til ulike typer strukturelle tiltak, uten at det på nåværende tidspunkt er fattet beslutning om gjennomføring. Eventuelle tiltak som besluttes i styret, forutsettes fulgt opp gjennom planlagte evalueringer etter fastsatt oppfølgingsregime, med lokale underveisevalueringer innen 60 og 120 dager samt systemevalueringer etter 180 og 365 dager, for å vurdere effekt, risiko og eventuelle behov for justering over tid.

Relaterte vedlegg:

 Vurdering av tiltak - Nordmøre, Romsdal, Nordre Sunnmøre, Indre Sunnmøre, Søre Sunnmøre

Sammensetning av arbeidsgruppen

Navn	Rolle
Erik Ganesh Søgaard	Fagdirektør, HMR
Lennart Waagan	Tillitsvalgt, Fagforbundet
Kari Gro Monsås	Tillitsvalgt SNR, Fagforbundet
Vegard Øvstegård Bergquist	Tillitsvalgt, Delta
Trond Bjørke Synnes	Tillitsvalgt, NSF
Leif Andre Christoffersen	Hovedverneombud, Klinikk for prehospitale tjenester
Jørn Velle Moldskred	Kommunal representant, Søre Sunnmøre
Ottar Røyset	Konst. kommunal representant Søre Sunnmøre
Torfinn Strand Vingen	Kommunal representant, Sunnmøre
Håkon Furu	Kommunal representant Romsdal og Nordmøre
Jan Morten Dale	Kommunal representant, Romsdal og Nordmøre
Halvor Langeland	Helse Midt Norge RHF
Siri Hjertnes	Medisinsk faglig rådgiver, Klinikk for prehospitale tjenester
Espen Kåre Rørvik	Medisinsk faglig rådgiver, Klinikk for prehospitale tjenester
Erik Tranung	AMK Operatør/Fagutvikler
Helene B Voldsund	Seksjonsleder, Ulstein/Herøy
Sondre Hauland	Seksjonsleder, Haram/Ørskog/Norddal
Jonny Moen	Seksjonsleder, Surnadal/Sunndal/Neset
Kristin Todal Fuglevåg	Seksjonsleder, Smøla/Aure
Knut Erik Skogheim	Avdelingssjef, båt- og bilambulansetjenesten
Reidun Ansok	Kvalitetsrådgiver, Klinikk for prehospitale tjenester

Til alle kommuner i Møre og Romsdal

(e-post kommunisert 30.04.2026 kl. 10.13)

Helse Møre og Romsdal HF oversender med dette rapporten «**Utredning av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten**» på innspillsrunde til kommuner og øvrige relevante aktører for faglige innspill.

Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra styresak **114-25 (17.12.2025)**, hvor klinikken ble pålagt en innsparing på 20 millioner kroner i 2026.

Rapporten skal danne et faglig beslutningsgrunnlag for videre styrebehandling av foreslåtte innsparingstiltak. Saken er planlagt lagt fram til styrebehandling den 17.juni.

Formålet med innspillsrunden er å belyse:

- konsekvenser av foreslåtte tiltak
- risiko og sårbarhet knyttet til foreslåtte tiltak
- nødvendige forutsetninger for gjennomføring
- konsekvenser for lokale forhold og betydning for samhandling i den akuttmedisinske kjeden

Mottatte innspill vil bli samlet og vedlagt rapporten i **uendret form** som del av styrets samlede beslutningsgrunnlag.

Vi ber om at eventuelle innspill oversendes innen:

1. juni kl. 12.00

Innspill bes sendt skriftlig til vårt postmottak: postmottak@helse-mr.no

Vedlegg

1. Vurdering av tiltak
2. ROS-analyse
3. Døgnprofiler
4. Gruppens sammensetning
5. Datagrunnlag



Helse Møre og Romsdal HF

postmottak@helse-mr.no

Vår ref.: [saksnr.]

Dykkar ref.: Styresak 114-25

Dato: [dato]

Høyringssvar frå Sande kommune – Utredning av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetenesta

Sande kommune takkar for høvet til å gje innspel til rapporten. Vi merkar oss arbeidsgruppa si grundige gjennomgang, og at fleire tiltak er teke ut etter ei samla fagleg vurdering. Ambulansetenesta er likevel ein berebjelke i den akuttmedisinske kjeda, og innbyggjarane i Sande er prisgjevne ein robust og føreseieleg beredskap. Vårt høyringssvar er difor først og fremst politisk forankra og uttrykkjer kva Sande kommune meiner må liggje til grunn for styret si vidare behandling.

Beredskapen i ytre Søre Sunnmøre må ikkje svekkjast

Sande er ein utprega fergeavhengig kommune, med Kvamsøy og Sandsøy som heilårsbusette øysamfunn utan fastlandsforbindelse, og med vesentlege delar av kommunen knytt til fergesambandet Larsnes–Åram–Kvamsøya–Voksa. Vi er i ytterkant av eit allereie sårbart opptaksområde, og kvar reduksjon i ambulanseberedskapen råkar våre innbyggjarar hardare enn dei fleste. Det politiske utgangspunktet for Sande kommune er at den samla beredskapen i ytre Søre Sunnmøre ikkje skal svekkjast, og at innsparingar ikkje må takast ut på kostnad av tryggleiken til våre innbyggjarar.

Sande kommune
Rønnebergplassen 17
6084 Larsnes

www.sande-mr.kommune.no
postmottak@sande-mr.kommune.no

Sentralbord: 70 02 67 00
Org. nr: 822 534 422
Kontonr: 3906.07.50061

Sterk skepsis til redusert nattberedskap i Ulstein

Sande kommune stiller seg sterkt skeptisk til arbeidsgruppa si tilråding om å redusere nattberedskapen i Ulstein. Tilrådinga byggjer på at sannsynet for full samtidig binding av tre nattressursar er under 2 prosent, men denne vurderinga forutset at ambulansestasjonen i Sande faktisk er tilgjengeleg og ikkje er bunden i langtransport eller henteoppdrag. Det er ein føresetnad som i praksis ikkje alltid held. Tiltaket inneber etter vårt syn ein reell auke i risiko for innbyggjarane i Sande, særleg på natt, ved fergestans og ved samtidige hendingar.

Dersom tiltaket likevel skal vurderast gjennomført, må det stillast langt strengare og meir forpliktande forutsetningar enn det rapporten i dag legg opp til. Sjuketransportbilen i Ulstein må vere etablert og i drift før nattberedskapen vert redusert, ikkje samstundes eller etter. Det må ligge føre forpliktande, dokumenterte og målbare avtaler om nattleg samdrift mellom Sande, Herøy, Ulstein og Volda. Det må vere ein eksplisitt plan for korleis Sande sin geografi, og særskilt øysamfunna Kvamsøy og Sandsøy, skal ivaretakast ved samtidige hendingar og ved fergestans. Det må setjast konkrete responstidsmål for vår kommune som vert følgde opp gjennom kvartalsvis rapportering til Helsefelleskapet Møre og Romsdal. Utan at desse forutsetningane er innfridde, operasjonalisert og etterprøvbare, kan Sande kommune ikkje akseptere tiltaket.

Manglande kommunevis konsekvensutgreiing

Rapporten innrømmer sjølv at konsekvensar for kommunale tenester og prioriterte pasientgrupper berre er vurderte på eit overordna nivå. Sande kommune meiner styret ikkje kan fatte vedtak utan først å få framlagt ei kommunevis vurdering av korleis tiltaka rårar legevakta, heimetenesta, sjukeheimar og kommunal akuttberedskap. Dette gjeld særleg konsekvensar for skrøpelege eldre, fødande kvinner og pasientar med samansette behov. Vi forventar at Helse Møre og Romsdal går i reell dialog med kvar einskild kommune før endeleg vedtak.

Strukturelle endringar krev eigen prosess

Sande kommune vil prinsipielt understreke at eventuelle framtidige strukturelle endringar i ambulansetenesta på Søre Sunnmøre, til dømes samlokalisering av stasjonar, ikkje kan handsamast som ei vidareføring av denne innsparingssaka. Slike endringar krev ein eigen, brei og open prosess der berørte kommunar er involverte som likeverdige partar frå start. Sande kommune tek difor i dette høyringssvaret ikkje stilling til strukturelle alternativ som ligg utanfor rapporten sitt mandat.

Forventningar til den vidare prosessen

Sande kommune forventar at styret før endeleg vedtak får framlagt kommunevise konsekvensvurderingar, at eventuelle endringar i nattberedskapen i Ulstein berre kan iverksetjast etter at strenge og etterprøvbare forutsetningar er innfridde, og at innbyggjarane i ytre Søre Sunnmøre vert sikra ei forsvarleg akuttmedisinsk teneste på linje med resten av fylket. Vi ser fram til vidare dialog gjennom Helsefellesskapet Møre og Romsdal.

Med helsing

[Ordførar]

ordførar, Sande kommune

Ålesund, 20. mai 2026

Sunnmøre regionråd er samarbeidsorgan for kommunane Fjord, Giske, Haram, Hareid, Herøy, Sande, Stranda, Sula, Sykkylven, Ulstein, Vanylven, Volda, Vestnes, Ørsta og Ålesund. Selskapet skal bidra til at kommunane på Sunnmøre jobbar saman for å styrke regionen sin attraktivitet og konkurransekraft.

Selskapet skal på vegne av deltakarkommunane vere ein aktiv pådrivar for å fremje regionen sine interesser overfor regionale, nasjonale og internasjonale mynde, og vere eit bindeledd mellom politikk, næringsliv og offentlege styringsorgan. Sunnmøre regionråd skal vektlegge partnerskap mellom kommunar og næringsliv.

HØYRINGSINNSPEL FRÅ SUNNMØRE REGIONRÅD TIL RAPPORTEN «UTREDNING AV INNSPARINGSTILTAK I BÅT- OG BILAMBULANSETJENESTEN» HELSE MØRE OG ROMSDAL HF

Sunnmøre regionråd viser til rapporten «Utredning av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten», sendt på innspelsrunde før vidare styrebehandling i Helse Møre og Romsdal HF.

Regionrådet har forståing for at Helse Møre og Romsdal står i ein krevjande økonomisk situasjon, og at det er nødvendig å arbeide med effektiv ressursbruk og berekraftige løysingar. Samstundes meiner regionrådet at dei føreslåtte innsparingane ikkje kan vurderast isolert frå den samla utviklinga i spesialisthelsetenesta i fylket.

Regionrådet vil særleg peike på at fleire av dei mest inngripande og strukturelle tiltaka i rapporten er foreslått på Sunnmøre. Dette gjeld både reduksjonar i øy- og fjordberedskap, endringar i ambulansestructur rundt Stor-Ålesund, redusert nattberedskap på Søre Sunnmøre og omlegging av ressursar i område med særleg krevjande geografi, værforhold og transportavstandar. Regionrådet meiner dette samla sett kan få større konsekvensar for akuttberedskapen på Sunnmøre enn det rapporten i tilstrekkeleg grad tek høgde for.

Ambulansetenesta er ein integrert del av den akuttmedisinske kjeda, og transportbehovet må sjåast i samheng med sjukehusstruktur, funksjonsfordeling, pasientstraumar, kompetansesituasjon og aukande avstand mellom pasient og behandlingstilbod. Når fleire pasientar må transporterast over lengre avstandar, aukar også belastninga på prehospitala tenester, luftambulanse og kommunale tenester.

Regionrådet meiner difor det er metodisk og styringsmessig problematisk å gjennomføre større strukturelle reduksjonar i ambulansetenesta utan ei samla analyse av konsekvensane for heile den akuttmedisinske kjeda.

Helse Møre og Romsdal skriv sjølv i rapporten:

Besøksadresse: Norsk Maritimt Kompetansesenter (NMK), Borgundvegen 340, 6009 Ålesund

Postadresse: Postboks 1521, 6025 Ålesund **Tlf:** 410 48 831, **E-post:** sverre.ovrelid.steen@sunnmoreregionrad.no,

Nettadresse: www.sunnmoreregionrad.no

«Endringer i kapasitet i ett område kan få konsekvenser for øvrige deler av den akuttmedisinske kjeden, inkludert kommunale tjenester, AMK, legevakt, luftambulansetjenesten og sykehus. Slike ringvirkninger lar seg ikke beregne presist, men må tillegges stor vekt i videre beslutningsprosess.»

Regionrådet meiner denne vurderinga må få større konsekvensar for den vidare behandlinga enn det som går fram av rapporten. Når HMR sjølv understrekar at ringverknadene ikkje kan bereknast presist, men samtidig kan få konsekvensar for heile den akuttmedisinske kjeda, meiner regionrådet at føre-var-prinsippet må vege tungt før irreversible reduksjonar i beredskap blir vedtekne.

Regionrådet registrerer vidare at Helse Møre og Romsdal sjølv peikar på at konsekvensane for kommunale tenester, prioriterte pasientgrupper og øvrige delar av den akuttmedisinske kjeda ikkje fullt ut er avklarte, og at desse spørsmåla er føresett handterte gjennom vidare dialog, kompenserande tiltak og framtidige prosessar.

I rapporten står det mellom anna:

«Eventuelle virkninger for kommunene vil kunne variere betydelig mellom områder og vil avhenge av lokale forhold, eksisterende beredskap og etablerte samhandlingsløsninger. Spørsmål knyttet til mer detaljerte konsekvenser for prioriterte pasientgrupper og kommunale tjenester forutsettes håndtert gjennom videre beslutningsprosesser, dialog med kommunene og eventuelle kompenserende tiltak.»

Regionrådet meiner dette understrekar at det føreligg vesentleg usikkerheit knytt til dei samla konsekvensane av tiltaka. Kommunale konsekvensar, konsekvensar for prioriterte pasientgrupper og ringverknader i resten av den akuttmedisinske kjeda er etter regionrådet sitt syn ikkje tilstrekkeleg utgreidde før saka blir lagt fram for styrebehandling.

Regionrådet meiner det er problematisk å gjennomføre større strukturelle reduksjonar i beredskap når HMR samtidig legg til grunn at:

- ringverknadene ikkje kan bereknast presist
- konsekvensane for kommunale tenester varierer betydeleg
- viktige spørsmål skal handterast i etterfølgjande prosessar
- kompenserande tiltak enno ikkje er fullt ut avklarte

Regionrådet meiner dette svekkjer beslutningsgrunnlaget for irreversible reduksjonar i beredskap.

ROS-analysen og vurderingsgrunnlaget dokumenterer omfattande systemavhengigheiter, geografisk sårbarheit, samtidigheitskonfliktar, væravhengigheit, ferje- og fjordkryssingar, bindingstid og stor avhengigheit mellom kommunar og regionar. Regionrådet meiner dette viser at dei føreslåtte innsparingane ikkje kan vurderast som avgrensa lokale tiltak, men som strukturelle endringar med potensielt store regionale konsekvensar.

Regionrådet vil særleg peike på at samtidig omstilling i resten av spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal kan påverke behovet for prehospitale tenester i større grad enn det rapporten legg til grunn. Endringar i funksjonsfordeling, pasientstraumar, kompetansesituasjon og behandlingsskapasitet kan gi auka transportbehov, lengre bindingstid og større belastning på ambulansetenesta og den samla akuttmedisinske kjeda.

Regionrådet meiner difor at ambulansestructur og prehospital kapasitet må vurderast som del av ei samla regional analyse av framtidig akuttberedskap og spesialisthelseteneste, ikkje som eit isolert innsparingstiltak innan Klinik for prehospitale tenester.

Regionrådet er vidare uroa for ei utvikling der kommunane gradvis blir forventa å overta ansvar, risiko og oppgåver som høyrer til spesialisthelsetenesta. Rapporten byggjer fleire stader på kompenserande tiltak som styrkt samhandling, first responder-ordningar, legevakt, frivillige ressursar, telemedisin og kommunal logistikk. Kommunane står samstundes sjølv i ein svært krevjande økonomisk og demografisk situasjon, med aukande oppgåvemengde og press på bemanning og kompetanse.

Regionrådet meiner difor at *samhandling* ikkje kan bli eit anna ord for ansvarsoverføring frå spesialisthelsetenesta til kommunane utan finansiering, kapasitet og tydeleg ansvars plassering.

Sunnmøre regionråd vil vidare peike på at det framstår uheldig at større strukturelle innsparingstiltak i ambulansetenesta i Klinik for prehospitale tenester i HMR HF blir fremja før arbeidet med regional Akuttmedisinsk fagplan er ferdigstilt og før omstillings-/utviklingsplanen for HMR HF er styrebehandla og send på høyring til kommunane. Kommunane i Møre og Romsdal stilte i 2024 med representantar til det regionale arbeidet i regi av Helse Midt-Norge RHF etter at saka var behandla i Strategisk samarbeidsutval. Regionrådet registrerer at dette arbeidet verkar å vere forsinka, samstundes som omfattande innsparingar no blir fremja for styrebehandling.

Regionrådet meiner større strukturelle endringar i prehospitale tenester bør vurderast som del av ein samla regional plan for akuttberedskap og prehospital struktur i Midt-Norge, i tett samarbeid mellom kommunane, HMR og HMN.

Rapporten legg vidare til grunn at det i vurderinga av tiltaka er lagt særleg vekt på:

- konsekvensar for pasientsikkerheit og operativ beredskap
- risiko for auka responstid og samtidigheitskonfliktar
- geografiske og lokale føresetnader
- samhandling i den akuttmedisinske kjeda
- konsekvensar for arbeidsbelastning og tilgang på kompetent personell

Regionrådet meiner fleire av dei føreslåtte tiltaka på Sunnmøre utfordrar nettopp desse omsyna.

Når det gjeld dei konkrete tiltaka på Sunnmøre, vil regionrådet særleg peike på følgjande:

Harøya og Nordre Sunnmøre

Regionrådet meiner det er særleg problematisk at fleire samtidige strukturendringar på nordre Sunnmøre blir vurderte kvar for seg, sjølv om rapporten sjølv understrekar sterke systemavhengigheiter mellom områda.

Rapporten dokumenterer at Harøya er geografisk sårbar, med oversjøiske strekningar, værutfordringar, få alternative ruter og kritisk lange responstider ved bortfall av lokal ressurs. HMR peikar sjølv på at responstid frå Haram kan bli 40–60 minutt, at området er sårbart ved samtidige hendingar, og at både båt og luftambulanse kan få redusert tilgjengelegheit ved dårleg vær.

Samtidig blir det foreslått å redusere Harøya frå døgnambulanse til ein-reddar-løysing. Regionrådet meiner dette inneber ei vesentleg svekking av akuttberedskapen på øyane. Ein-reddar kan ikkje vurderast som eit fullverdig alternativ til ordinær ambulanse ved alvorleg sjukdom, hjartestans, større skadar eller andre tidskritiske hendingar. Rapporten dokumenterer sjølv at minst 43 raude/oransje hendingar i området kunne fått forseinka helsehjelp utan lokal ambulanseressurs.

Regionrådet meiner vidare det er alvorleg at denne reduksjonen blir vurdert samtidig med forslag om samanslåing av ambulansestasjonane i Haram og Ørskog med lokalisering til Stette. Rapporten dokumenterer at Haram og Ørskog fungerer som ein samla beredskapsstruktur og jamleg avlastar både kvarandre og Stor-Ålesund ved samtidige hendingar. Ei flytting til Stette vil etter regionrådet sitt syn flytte beredskapen lenger bort frå øyområda og kunne svekke framføringstid og backup mot Harøya og Nordøyane ytterlegare. Flytting av Ørskog til Stette vil også flytte beredskapen lenger bort frå Dyrkorn, Stordal og Liabygda, og vil svekke framføringstid og backup for desse bygdene ytterlegare. Dette må også sjåast i samanheng med endringane for Geiranger og Indre Sunnmøre.

Regionrådet meiner den samla konsekvensen av desse tiltaka ikkje er tilstrekkeleg vurdert. Når både lokal beredskap på Harøya blir redusert og backupressursane samtidig blir flytta lenger unna, aukar sårbarheita i heile området.

Rapporten viser dessutan at Stor-Ålesund allereie har høg belastning, stor bindingstid og betydelig avhengigheit mellom ressursane. Ålesund fungerer som regional buffer ved bortfall av luftambulanse og ved interregionale transportar. Regionrådet meiner dette understrekar at endringar i Haram, Ørskog og Harøya ikkje berre er lokale tiltak, men tiltak som påverkar den samla akuttberedskapen på nordre Sunnmøre.

Geiranger og Indre Sunnmøre

Regionrådet meiner det vil vere særleg uheldig å redusere beredskapen i Geiranger. Området er prega av lange avstandar, krevjande topografi, rasfare, varierende værforhold og periodar med avgrensa tilgang til luftambulanse. Samstundes har området ein svært stor sesongmessig auke i tal menneske grunna reiseliv og cruisetrafikk.

Regionrådet vil understreke at Geiranger ikkje berre representerer lokal beredskap, men også nasjonal turist- og samfunnsberedskap. Reduksjon til ein-reddar vil kunne binde opp den næraste ordinære ambulansen over lange avstandar og dermed svekkje beredskapen i større delar av Indre Sunnmøre. Dette er også peika på i fleire høyringsinnspel og faglege vurderingar. Framføringstid for pasientar i Geiranger, Norddal og Eidsdal vil bli svekka med opp til 45 minutt, det er ikkje forsvarleg.

Ulstein og Søre Sunnmøre

Regionrådet er uroa for konsekvensane av redusert nattberedskap i Ulstein. Rapporten dokumenterer sjølv at Søre Sunnmøre er prega av tett gjensidig avhengigheit mellom kommunane, store avstandar, få alternative ruter, høg samtidighetsrisiko og væravhengig luftambulansestøtte.

Ulstein, Herøy og Volda fungerer som sentrale knutepunkt i regionen, og endringar i éin kommune får raskt konsekvensar for nabokommunane. Rapporten peikar vidare på at Volda har høg nattleg sjukehusaktivitet og bindingstid, noko som aukar belastninga på Ulstein og Herøy.

Regionrådet meiner difor at redusert nattberedskap i Ulstein ikkje kan vurderast isolert som eit lokalt innsparingstiltak. Tiltaket vil kunne redusere reservekapasiteten ved samtidige hendingar og svekkje robustheita i store delar av Søre Sunnmøre.

Avslutningsvis vil Sunnmøre regionråd understreke at gode prehospitale tenester er ein grunnleggjande del av samfunnsberedskapen i Møre og Romsdal. I eit fylke prega av store avstandar, øysamfunn, fjordar, ferjesamband, krevjande værforhold og lange transportlinjer, vil konsekvensane av redusert beredskap kunne bli særleg alvorlege.

Regionrådet ber difor Helse Møre og Romsdal om:

- å gjennomføre ei samla regional konsekvensvurdering før endelege vedtak blir fatta
- å synleggjere økonomiske og organisatoriske konsekvensar for kommunane
- å vurdere innsparingstiltaka i lys av samla utvikling i spesialisthelsetenesta og prehospital belastning
- å ferdigstille regional akuttmedisinsk fagplan og omstillings-/utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal før større strukturelle endringar blir vedtekne
- å leggje føre-var-prinsippet og omsynet til samla akuttberedskap til grunn for vidare behandling

Med helsing

Kenneth Langvatn (sign.),
styreleiar

Sverre Øvrelid Steen (sign.),
dagleg leiar

Helse Møre og Romsdal HF

Deres referanse:

Vår referanse:
23/8146, 26/50086

Arkivkode:
062

Dato:
20.05.2026

Vurdering av innsparingstiltak i båt og ambulansetjenesten Helse Møre og Romsdal. Uttale fra Ålesund kommune

Ålesund formannskap har i møte 19.05.26, sak 63/26 gjort slikt enstemmig vedtak:

Uttale fra Ålesund kommune:

Ålesund kommune kan ikke akseptere forslag til endringer i ambulansetjenesten som innebærer redusert beredskap og svekket trygghet for kommunens innbyggere.

På et overordnet nivå mener kommunen at innbyggerne i hele Møre og Romsdal må sikres et godt og likeverdig ambulansetilbud. Ambulansestrukturen må dimensjoneres ut fra geografi, avstander og reelle beredskapsbehov – ikke ut fra kortsiktige økonomiske innsparinger. Det er for Ålesund kommune uforståelig at det nå foreslås å legge ned ambulansestasjonen på Harøya og samtidig slå sammen ambulansestasjonene på Sjøholt i Ålesund kommune og Brattvåg i Haram kommune til en felles stasjon på Stette.

Dette er forslag som vil gi lengre responstid, større sårbarhet og redusert trygghet for innbyggerne. Vi mener derfor at det er sterkt kritikkverdig at det fremmes så omfattende kutt i en tjeneste der minutter kan utgjøre forskjellen mellom liv og død.

Når det gjelder Harøya, er vi forundret over at helseforetaket foreslår å erstatte en døgnbemannet ambulanse med en en-redder-løsning. En slik løsning innebærer en betydelig svekkelse av beredskapen. En-redder kan være et nyttig supplement i enkelte situasjoner, men kan ikke erstatte den reelle beredskapen som følger av en fullt bemannet døgnambulanse med transportkapasitet.

I et verst tenkelig scenario kan innbyggere i den nordligste delen av kommunen risikere at nærmeste ambulansestasjon ligger om lag sju mil unna. Det innebærer at hjelpen kan få en betydelig lengre utrykningsvei før ambulansen i det hele tatt når fram til pasienten. For personer som rammes av f.eks. hjerteinfarkt, hjerneslag eller andre alvorlige skader, og for gravide kvinner i aktiv fødsel, er dette en risiko Ålesund kommune ikke kan akseptere. Dersom tunnel eller bru langs Nordøyvegen stenges, vil innbyggerne være fullstendig avskåret fra ambulansen.

Kommunen vil samtidig understreke at ambulanshelikopter ikke kan brukes som et argument for å svekke den lokale beredskapen. Helikopterressursene er helt avhengige av forsvarlige vær- og siktforhold, og kan dessuten være opptatt på andre oppdrag når behovet oppstår. I tillegg er det ambulansen som utfører transport av pasienten til egnet landingsplass.

Konsekvensen er at innbyggerne i den nordligste delen av kommunen i verste fall kan stå uten både ambulanse og mulighet for alternativ transport når hvert eneste minutt teller.

Forslaget om å legge ned ambulansestasjonen på Harøya kan derfor ikke aksepteres. Kommunen kan heller ikke godta forslaget om å slå sammen ambulansestasjonene på Sjøholt og Brattvåg til en felles stasjon på Stette.

Forslaget representerer en uakseptabel svekkelse av beredskapen. Å fjerne ambulansen fra Sjøholt innebærer at innbyggernes trygghet settes i spill for å oppnå økonomiske innsparinger. Ålesund kommune mener det er uforsvarlig å redusere den akuttmedisinske beredskapen langs E39/E136 og i omkringliggende områder. Ambulansestasjonen på Sjøholt er strategisk plassert langs europaveien, en av regionens viktigste transportårer med stor trafikk og høy andel tungtransport. Stasjonen har en sentral rolle i beredskapen ved trafikkulykker og andre akutte hendelser på denne sterkt trafikkerte strekningen. Å redusere eller flytte denne kapasiteten vil innebære at hjelpen kommer senere frem når tiden er aller mest kritisk.

Forslaget om en sammenslåing av stasjonene på Sjøholt og i Brattvåg kan derfor ikke aksepteres.

Ålesund kommune mener at kuttforslagene som presenteres fremstår som mangelfullt utredet. Lokale forhold, avstander, trafikkbelastning og risiko er ikke belyst godt nok, og vi stiller spørsmål ved om de reelle konsekvensene for innbyggernes trygghet er tilstrekkelig vurdert.

Kommunen kan ikke støtte forslag som svekker responstiden, reduserer den lokale tilstedeværelsen og flytter risikoen over på innbyggerne, kommunene og øvrige nødetater. Ålesund kommune avviser derfor forslagene om å legge ned ambulansestasjonen på Harøya og å slå sammen ambulansestasjonene på Sjøholt og Brattvåg i sin helhet.

Avslutningsvis vil Ålesund kommune uttrykke sterk bekymring over Helse Møre og Romsdal HF sin framgangsmåte med å legge fram enkeltvis forslag til kutt og omdisponering av ressurser uten samtidig å presentere en samlet og helhetlig vurdering av den totale ressursbruken i foretaket. Vi mener dette gir et mangelfullt beslutningsgrunnlag og gjør det vanskelig å vurdere de reelle konsekvensene for beredskap, responstid og pasientsikkerhet både i egen kommune og i andre kommuner i Møre og Romsdal.

Ålesund kommune forventer at så omfattende og inngripende forslag behandles på grunnlag av en helhetlig analyse der innbyggernes trygghet og behov for rask tilgang til livreddende hjelp veier tyngre enn kortsiktige økonomiske hensyn.

Med hilsen
Elin Moen

fagleiar
Politisk sekretariat

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Kopi til:
Helse Midt-Norge RHF



HELSE MØRE OG ROMSDAL HF
Postboks 1600
6026 ÅLESUND

Deres referanse

Vår referanse
26/01814-3

Saksbehandler
Gunhild Eidsli

Dato
29.05.2026

Uttale frå Surnadal kommunestyre i samband med rapporten «Utredning av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten»

Viser til e-post datert 30. april 2026 der Helse Møre og Romsdal HF oversender rapporten «Utredning av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten» på innspillsrunde til kommuner og øvrige relevante aktører for faglige innspill.

Surnadal kommunestyre behandla saka i møte den 19. mai 2026 der det i sak 25/26 vart fatta slik vedtak:

Surnadal kommunestyre har følgjande innspel i samband med rapporten «Utredning av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten» og vidare oppfølging av denne.

Surnadal kommunestyre opplever at rapporten inneheld fakta og statistikk som underbygger behovet for videreføring av dagen ordning med to døgnambulansar i Surnadal kommune og støttar den samla vurderinga i rapporten når det gjeld Surnadal kommune.

Surnadal kommunestyre vil også nemne følgjande moment som sentrale:

1. Surnadal kommune har legevaktsamarbeid med Orkland kommune og nabokommunane rundt. Då Surnadal kommune knytta seg til legevaktsamarbeidet i 2011 vart det gjennomført ein ROS – analyse der det vart lagt til grunn at det var to ambulansar i kommunen heile døgnet. ROS – analysen vart sendt på brei høyring både til helseforetak og lokale samarbeidspartnarar før kommunestyret gjorde vedtak om å flytte legevakta.

Då vi flytta legevakta i 2011 var stabil legedekning eit viktig moment i vurderinga. Vi ser også at stabil og god ambulansetjeneste har betydning for rekruttering av legar inn til kommunen. På grunn av avstandane til sjukehus og legevakt er to døgnambulansar fortsatt sett på som svært viktig for at den legevaktsordninga vi har blir opplevd som trygg av innbyggjarane. Det er ikkje noko som er endra sidan 2011, Todalsfjordprosjektet med fergefri veg til Hjelset er fortsatt ikkje gjennomført, og innbyggertalet har holdt seg stabilt.

2. For pasientar frå Surnadal er kortaste veg for bilambulansetjenesten nordover til St. Olavs Hospital. Innbyggjarane i Surnadal er fortsatt avhengige av ferge for å komme seg til sjukehuset

på Hjelset, og ved akutte oppståtte hendinger er reisetid både til St.Olavs hospital - Orkdal sjukehus og til St. Olav Hospital, Trondheim, kortast.

Estimert tid til St.Olavs hospital - Orkdal sjukehus er 1 time og 18 min frå kommunehuset.

Estimert tid til St. Olavs hospital HF, Trondheim, er 1 time og 53 min. (google). Dette er ordinær kjøring under gode kjøreforhold og ikkje utrykning. Tilsvarande brukar vi 1 time og 40 min i rein kjøretid til Hjelset, men då kjem fergetid på 20 min. og ventetid i tillegg.

Ferga Kvanne – Røkkum går ikkje på natt, mellom Halså – Kanestraum går ferga ein gong i timen etter kl. 22.00 og med lengre opphald midt på natta etter kl. 02.00. Vi kan derfor oppleve at ambulansen på kveld og natt blir borte mange timar dersom transporten går til Hjelset.

3. Surnadal kommune har eigen avtale med Helse Møre og Romsdal når det gjeld følgeteneste til sjukehus. Mest 100% av turane for fødande i Surnadal går nordover til St. Olav Hospital – Trondheim. Ansvar for både følgeteneste og ambulansetransport ligg til Helse Møre og Romsdal. Denne avtalen er no oppe til vurdering, men behovet for transport er uendra.
4. Surnadal kommunestyre viser til forslag til vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF, 20.5.2026, om planmessig inntektsstøtte til Helse Møre og Romsdal HF. Surnadal kommunestyre forventer at ei slik styrking av budsjettet til Helse Møre og Romsdal HF går til å oppretthalde Båt- og ambulansetjenesten i heile fylket.

Med vennlig helsing

Gunhild Eidsli
Kommunalsjef

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur



MOLDE KOMMUNE

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF
Postboks 1600
6026 ÅLESUND

Deres ref.

Vår ref.

26/05268-3

Saksbehandler

Cato Rolland Innerdal

Dato

29.05.2026

Uttalelse til utredning av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten

Molde kommune viser til oversendt rapport om *Utredning av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten*, sendt på innspillsrunde til kommunene.

Saken har vært behandlet i Molde formannskap 26.05.2026 (PS-56/26). Molde kommune vil med dette gi en tydelig tilbakemelding på de foreslåtte tiltakene.

Behov for tydelig risikobeskrivelse og vurdering av konsekvenser

Molde kommune mener utredningen har vesentlige mangler når det gjelder vurdering av konsekvenser for kommunale tjenester. Det fremgår av rapporten at:

- konsekvenser for kommunene ikke er analysert i detalj
- endringer i ambulansetjenesten kan gi økt belastning og påvirke responstid og robusthet i hele den akuttmedisinske kjeden

Molde kommune vurderer dette som en betydelig svakhet ved beslutningsgrunnlaget. Manglende analyse av konsekvenser for legevakt, fastleger, hjemmetjenester og øvrig kommunal beredskap innebærer økt risiko for at kostnader, ansvar og belastning forskyves til kommunene uten at dette er tilstrekkelig synliggjort eller håndtert.

Krav om klare forutsetninger og kompenserende tiltak

Molde kommune mener at eventuelle reduksjoner i ambulansetjenesten forutsetter at også konsekvenser for kommunene er kartlagt og at nødvendige kompenserende tiltak er etablert før endringer gjennomføres.

Utredningen viser selv til at flere tiltak er vil resultere i et behov for økt syke transportkapasitet i Molde-området. Det er samtidig uttrykt usikkerhet knyttet til realisering av disse tiltakene.

Høyringsvar: Foreslåtte endringer i ambulansetenesta i Møre og Romsdal**Dokumentinformasjon:**

Saksbehandlar: Maiken Talsæte	Arkivsak: 26/1195
E-post: postmottak@haram.kommune.no	Journalpost: 26/10783

Behandling:

Saksnummer:	Utval:	Dato:
	Formannskapet	

Kommunedirektøren si innstilling:

Formannskapet vedtek høyringssvaret slik det framkjem i saksteksten.

Saksgang:

Saka går til formannskapet for behandling.

Samandrag:

For å spare pengar er det foreslått frå Helse Møre og Romsdal HF å leggje ned ambulansestasjonen på Harøya og å erstatte denne med ein-redderfunksjon. Samstundes er det foreslått på sikt å slå saman ambulansestasjonane på Sjøholt i Ålesund kommune og Brattvåg i Haram kommune til ein felles ambulansestasjon på Stette i Ålesund kommune.

Innleiing

Haram kommune vil innleiingsvis peike på at det er positivt at det faglege grunnlaget for dei foreslåtte endringane byggjer på analysar av faktisk aktivitet i ambulansetenesta, med vekt på oppdragsmengde, responstid og ressursbinding. Dette gir eit godt og realistisk bilete av korleis tenesta fungerer i dag.

Samtidig vil kommunen understreke eit sentralt poeng som også kjem fram i rapporten: endringar i registrert oppdragsmengde kan ikkje utan vidare tolkast som endringar i behov. Når kapasiteten blir redusert, vil aktiviteten naturleg tilpasse seg dette. Færre oppdrag i ein situasjon med redusert kapasitet betyr difor ikkje at behovet for akutt helsehjelp er mindre, men at tilgangen til tenesta er redusert.

Av erfaring vil kommunen i tillegg peike på at det finst ulik kultur for å søkje helsehjelp mellom bynære område og meir perifere stork. I distrikta kan behovet i større grad vere

underrapportert, noko som ytterlegare svekkjer grunnlaget for å bruke historisk oppdragsmengde som mål på det reelle behovet.

For å spare pengar er det foreslått å leggje ned ambulansestasjonen på Harøya og å erstatte denne med ein-redderfunksjon. Samstundes er det foreslått på sikt å slå saman ambulansestasjonane på Sjøholt i Ålesund kommune og Brattvåg i Haram kommune til ein felles ambulansestasjon på Stette i Ålesund kommune.

Vurderingar:

Nedlegging av ambulansestasjonen på Harøya

For Haram kommune er det særleg forslaget om å erstatte ein døgnbemanna ambulanse på Harøya med ein ein-redderfunksjon utan moglegheit for pasienttransport som gir alvorleg bekymring. Ei slik løysing inneber at den lokale beredskapen blir nedbygd, og at akuttpasientar blir avhengige av ambulanse frå fastlandet for vidare behandling og transport. Dersom tunnel eller bru langs Nordøyvegen blir stengd, er innbyggjarane her heilt isolert frå ambulanse. I Haram er det verken lege eller sjukepleiar tilgjengeleg kveld, natt og helg. Ein ein-redder vil difor ofte måtte handtere akutte situasjonar åleine, utan fagstøtte.

Sjølv om ein-redder kan gje ei rask første vurdering av hastegrad og starte behandling, representerer dette eit tydeleg nivåfall i beredskapen, med lengre responstid og auka sårbarheit som direkte konsekvens.

Dette vil vere særleg kritisk ved tidsavhengige tilstandar der rask tilgang til avansert behandling er avgjerande for overleving og funksjon, slik som ved hjarteinfarkt, hjerneslag eller større blødingar. I slike situasjonar kan ikkje initial vurdering kompensere for forseinka transport, og bortfall av lokal ambulanse vil difor føre til auka risiko for varig skade eller død.

Auka risiko for samtidighetskonflikter og manglar i beredskap

Konsekvensane ved nedlegging av ambulansestasjonen på Harøya vil også bli store for ambulansen i Haram. Eitt oppdrag til Harøya vil innebere binding av Haramsambulansen nærast ein heil arbeidsdag. I denne perioden vil kommunen ha redusert eller manglande lokal beredskap, og nye akutte hendingar må handterast av ambulanse frå Ørskog eller Ålesund. Dette vil uunngåeleg føre til vesentleg lengre responstid ved samtidige hendingar, med auka fare for liv og helse for innbyggjarane i Haram.

I eit område som Haram, med spreidd busetnad, øystruktur og avgrensa moglegheit for rask forsterkning, vil dette gi ein reell risiko for manglande akuttberedskap. På dagtid vil fastlegane i større grad bli ståande som einaste medisinske ressurs over lengre tid, noko som aukar belastninga på desse og som går ut over øvrige pasientar på fastlegekontora. På kveld, natt og helg er akuttansvaret tillagt interkommunal legevakt i Ålesund og kan såleis i liten grad kompensere for manglande lokal ambulanseberedskap.

Demografi og reelt behov

På Nordøyane bur det om lag 2800 innbyggjarar. Basert på nasjonale estimat for akutte ambulanseoppdrag inneber dette anslagsvis 60 tidskritiske hendingar kvart år. Med ein aldrande befolkning er det grunn til å forvente at behovet er aukande.

For desse pasientane vil lengre responstid og forseinka transport, i mange tilfelle på minst ein time, kunne få direkte konsekvensar for behandlingsresultat. Luftambulansen kan ikkje reknast som ein sikker del av beredskapen lokalt, då den ofte er utilgjengeleg på grunn av vêr eller samtidige oppdrag, og ofte føreset ambulansetransport til landingsplass.

Likeverd, oppgåveforskyving og samfunnsrisiko

Frå eit folkehelseperspektiv utfordrar dette prinsippet om likeverdige helsetenester. Innbyggjarane i Haram, og spesielt innbyggjarane på Nordøyane, vil få lengre responstid ved akutte hendingar og dårlegare tilgang til akuttmedisinsk kompetanse.

Lengre responstid vil også føre til auka belastning på den kommunale helse- og omsorgstenesta. Legevakt og heimetenester må handtere meir omfattande og akutte situasjonar over lengre tid i påvente av ambulanse.

Vurdering av ein-redderfunksjon

Ein-redderressurs kan ha ein positiv funksjon i å avklare kva oppdrag som faktisk krev ambulanse. Dette kan bidra til betre ressursutnytting ved at reine transportoppdrag i større grad blir handtert gjennom alternative løysingar. Det er avgjerande å understreke at dette ikkje kan kompensere for bortfall av akutt transportkapasitet ved alvorlege hendingar, men kan vere nyttig som eit supplement.

Særleg risikobilete i området

Nordøyane omfattar også den sterkt trafikkerte sjøleia over Lepsøyrevet, der det er reell risiko for større ulykker med fleire skadde. Slike hendingar krev rask og koordinert innsats og tilgjengeleg transportkapasitet. Ei svekking av lokal ambulanseberedskap vil redusere evna til å handtere slike situasjonar og kan få alvorlege konsekvensar.

Vurdering av avbøtande tiltak

Dei avbøtande tiltaka som er foreslått kan fungere som supplement, men kan ikkje erstatte lokal ambulanseberedskap.

Auka belastning på brann- og redningstenesta

Det er vidare formidla bekymring frå brann- og redningstenesta, via brannsjef Sindre Egeness i Ålesund, knytt til dei foreslåtte endringane. Med redusert ambulanseberedskap vil det i aukande grad vere brann- og redningstenesta som først kjem til staden ved akutte hendingar.

Ei slik utvikling inneber at brannvesenet i praksis får ei utvida rolle i akuttmedisinsk førsteinnsats, utan at dette er tilstrekkeleg forankra, og utan at personellet har rett kompetanse.

Det er peikt på at ei utviding av oppgåver i retning akuttmedisin kan få konsekvensar for rekruttering og stabilitet i tenesta. Auka ansvar og belastning utover kjerneoppgåvene kan påverke både motivasjon og evne til å rekruttere og halde på personell.

Samla sett understrekar dette risikoen for at endringane fører til ei vidare oppgåveforskyving mellom beredskapsetatar, utan tilstrekkeleg avklaring av ansvar, kompetanse, ressursar og økonomi.

Konklusjon med grunngiving:

Samla sett vurderer Haram kommune at dei foreslåtte endringane vil medføre ei vesentleg svekking av den akuttmedisinske beredskapen, særleg for Nordøyane. Endringane vil gi lengre responstid med auka fare for liv og helse for innbyggjarane i Haram, auka risiko ved samtidige hendingar og større belastning på den kommunale helse- og omsorgstenesta samt

brann- og redningstenesta. Samtidig er det lagt til grunn føresetnader om kommunal kapasitet og støtte som i praksis ikkje er til stades.

Haram kommune vil advare mot dei planlagde endringane med å erstatte ambulanseressursen på Harøya med ein ein-redderløysing og å samle ambulansestasjonane på Sjøholt og i Brattvåg på Stette. Med omsyn til føre-var prinsippet bør dei foreslåtte endringane i ambulansestrukturen ikkje gjennomførast før ein med større tryggleik kan dokumentere at dei ikkje svekker beredskap, responstid eller pasienttryggleik. Det bør utviklast løysingar som sikrar reell transportkapasitet, forsvarleg responstid og robuste beredskapsstrukturar, tilpassa dei geografiske og demografiske forholda i området.

Anders Norvald Hammer
kommunedirektør

Vedlegg:

1. Rapport - Vurdering av innsparingstiltak i avdeling for båt -og bilambulanse
2. Utredning av innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesten (1)
3. Datagrunnlag - tall og drøftingsmateriell (1)
4. Sammensetning av arbeidsgruppen
5. ROS - Innsparingstiltak i Båt og bilambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal (2)
6. Døgnprofiler
7. Vurdering av tiltak - Nordmøre, Romsdal, Sentral Sunnmøre, Indre Sunnmøre, Ytre Sunnmøre

Kommunen støtter ikke en gjennomføring der beredskap reduseres først og kompenserende tiltak eventuelt kommer senere eller i redusert omfang. Dette vil medføre uakseptabel risiko for pasientsikkerhet og for den samlede akuttmedisinske beredskapen.

Sterk kritikk av én-redder-ambulanse

Molde kommune stiller seg svært kritisk til innføring av én-redder-ambulanse, særlig i områder med lang vei til sykehus.

Utredningen peker selv på at én-redder-løsninger er et sentralt risikoelement, med risiko knyttet til pasientsikkerhet, responstid og samlet operativ evne.

For Midsund vil en slik løsning i praksis innebære bortfall av en fullt utstyrt og bemannet ambulanse lokalt, med følgende konsekvenser:

- økt behov for bistand fra fastlandet
- økt bruk av luftambulanse
- økt belastning på legevakt og fastleger
- mer beslutningstaking på svakt grunnlag via telefon/video

Molde kommune vurderer dette som en vesentlig svekkelse av beredskapen og en pasientsikkerhetsrisiko.

Kritikk av foreslåtte endringer for ambulansebåt

Molde kommune er også svært kritisk til de foreslåtte endringene knyttet til ambulansebåttjenesten. Utredningen og lokale forhold tilsier at ambulansebåten allerede er en sårbar ressurs, blant annet grunnet vær- og driftsforhold, kaiforhold og tilgjengelighet, samt avhengighet av samtidige ambulanseressurser.

Endringer vil kunne få vesentlige konsekvenser for både Aukra og Midsund. Dette inkluderer ytterligere økning i responstid, redusert operativ fleksibilitet og økt risiko ved samtidighetskonflikter.

Alvorlig bekymring for reell responstid

Molde kommune vil særlig understreke en sterk bekymring for at den reelle responstiden vil kunne bli betydelig lengre enn det som fremkommer av analyser. Dette skyldes blant annet:

- geografiske forhold (øy- og fjordstruktur, fergeavhengighet)
- samtidighetsutfordringer
- binding av ressurser på tvers av områder

Utredningen peker selv på at slike forhold kan påvirke faktisk tilgjengelighet og responstid i betydelig grad. Molde kommune vurderer at dette ikke er tilstrekkelig hensyntatt i anbefalingene.

Etablering av én-redder-ambulanse vil i liten grad ha nytte der det er nødvendig med umiddelbar og rask transport til sykehus.

Oppsummering

Molde kommune mener samlet sett at de foreslåtte innsparingstiltakene innebærer økt risiko for pasientsikkerhet, betydelig usikkerhet knyttet til konsekvenser for kommunene og fare for reell svekkelse av beredskapen i områder med lang avstand til sykehus.

Samtidig vil kommunen understreke at denne typen endringer må håndteres innenfor helsefelleskapsstrukturen. Det er skuffende at dette i liten grad er gjort i foreliggende prosess. Molde kommune har forståelse for at helseforetaket står i en økonomisk krevende situasjon, men mener det likevel må kunne forventes at kommunene involveres på en mer grundig og forpliktende måte. Dette er avgjørende både for å avklare reelle konsekvenser av tiltak og for å vurdere om nødvendige kompenserende tiltak er realistiske og gjennomførbare før endringer besluttet.

På grunn av kort svarfrist utelukker Molde kommune ikke at det vil bli ettersendt ytterligere kommentarer etter at saken også har blitt behandlet i Hovedutvalg for helse og omsorg 08.06.2026.

Med hilsen

Marianne Stokkerei Aasen
kommunedirektør

Marianne Stokkerei Aasen
kommunedirektør
Tanja Thalén
kommunalsjef helse og omsorg

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.

Vennligst oppgi «vår ref.» eller saksbehandler ved all henvendelse i denne saken.



Helse Møre og Romsdal HF
6405 Molde

Kristiansund kommunes høringsinnspill kutt i prehospitale tjenester i HMR.

Til styret i Helse Møre og Romsdal

Høringsinnspill på rapporten «Utredning av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten»
Fra Kristiansund kommune enstemmig vedtatt i bystyret 21.05.2025

Sterk advarsel mot å legge ned dagambulans 483 i Kristiansund.

Kristiansund kommune viser til arbeidsgruppens rapport om innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten. På vegne av våre innbyggere uttrykker vi dyp bekymring og vil med dette avvise forslaget om å avvikle dagambulansen (ressurs 483) i Kristiansund.

I fjor vår mistet Kristiansund sitt lokalsykehus. Et understreket premiss fra regjeringen for dette vedtaket, var at de prehospitale tjenestene i Kristiansund skulle videreutvikles for å kompensere for at befolkningen nå fikk 53 kilometer reisevei til fellessykehuset på Hjelset. Etableringen av dagbil 483 var svaret på dette. Å foreslå denne fjernet etter bare ett år, representerer et alvorlig tillitsbrudd. Våre innbyggers behov for trygghet forsvinner ikke fordi helseforetaket har dårlig råd.

Kristiansund kommune vil understreke at denne saken ikke bare handler om å beholde én enkelt ambulanseressurs. Saken reiser et mer grunnleggende spørsmål om den samlede prehospitale kapasiteten i Kristiansund og omlandet er tilstrekkelig dimensjonert etter flyttingen av akuttsykehuset til Hjelset. Når transportavstandene er blitt lengre, ressursbindingen øker og dagbil 483 allerede har vist seg nødvendig i kritiske situasjoner, peker dette ikke mot nedbygging, men mot behov for å sikre og eventuelt styrke beredskapen.

Kristiansund kommune mener helseforetakets utredning har alvorlige metodiske, juridiske og økonomiske mangler. Vi ber styret i Helse Møre og Romsdal merke seg følgende hovedbegrunnelser for hvorfor forslaget må skrotes:

1. Dokumentert livsfare og et uakseptabelt sjansespill med beredskapen

Da Helse Møre og Romsdal i 2016 la frem konseptfaserapporten for SNR, ble det anbefalt at organiseringen av ambulansetjenesten ble vurdert gjennom tenkte beredskapsscenarioer. Denne

utredningen baserer seg derimot utelukkende på åtte måneders erfaring i ny sykehusstruktur. Man vet litt om virkeligheten med tre akuttambulanser, men har ingen erfaring med bare to.

Beredskap er dessuten mer enn matematikk i et normaldøgn. Det er evnen til å håndtere de kritiske situasjonene. Her velger arbeidsgruppen paradoksalt nok å lukke øynene for sin egen, dokumenterte risiko.

Utredningens egne tall avslører at det i perioden mai til desember 2025 var 9 - ni - kritiske (rød og oransje) hendelser der dagbil 483 var den eneste tilgjengelige ressursen, fordi de to andre bilene var bundet opp. Arbeidsgruppen slår selv fast at «uten Kristiansund-483 ville disse hendelsene sannsynligvis ha medført økt responstid og forsinket helsehjelp for kritiske pasienter». At helseforetaket i sin vurdering av tiltaket konkluderer med at denne restrisikoen er «håndterbar og akseptabel» og ansees som «lavere enn kostnaden ved å videreføre en egen dagressurs», er uforståelig og provoserende for oss.

Kristiansund kommune ber om at Helse Møre og Romsdal legger fram responstidstall fordelt på hastegrad, særlig for rød og oransje respons. Median eller gjennomsnittlig responstid er ikke tilstrekkelig som grunnlag for å vurdere beredskap. Det må synliggjøres 90- og 95-persentil responstid, samt beregninger for situasjoner der én eller begge døgnambulansene allerede er bundet i oppdrag. Det er i disse pressede situasjonene risikoen ved redusert kapasitet blir reell. Beredskap handler om kritiske situasjoner, ikke normaldøgn.

All beredskap innebærer en teoretisk restrisiko, men her snakker vi ikke lenger om teori – vi snakker om dokumentert risiko for tap av liv. Vi kan ikke akseptere at helseforetaket baserer sin fremtidige akuttberedskap på et tynt håp om at «det går sikkert bra» når kritiske situasjoner ligger an til å oppstå månedlig. Da er det bare et tidsspørsmål før det går galt - og da som et resultat av en åpent kalkulert risiko.

I tillegg mangler utredningen fullstendig scenarier og konsekvensvurderinger av redusert beredskap ved større hendelser. Kristiansund har over 24000 innbyggere, og er beredskapsby for omtrent 3000 arbeidere på sokkelen i Norskehavet, i risikoutsatte yrker. Før eller siden vil vi rammes av en større ulykke, en brann eller en industrihendelse med flere hardt skadde. På det tidspunktet dette inntreffer dokumenterer utredningen høy sannsynlighet for at enten en eller begge av de to gjenværende døgnambulansene vil befinne seg tildels langt utenfor byen. Lange transporter binder bilene i 1–3 timer. Hva er planen da?

Kristiansund kommune mener at vurderingen av ambulansesstrukturen også må sees i lys av kommunens rolle i totalberedskapen. Kristiansund er ikke bare en ordinær bykommune, men et regionalt knutepunkt med havn, industri, offshoreaktivitet, kritisk infrastruktur og beredskapsmessige funksjoner for et større omland. En reduksjon i akuttberedskapen må derfor vurderes opp mot både daglig beredskap, samtidige hendelser og større uønskede hendelser der flere personer kan bli skadet samtidig.

Kristiansund ligger relativt lang flytid unna både helikopterbasene i Ålesund, Dombås og Ørland, der utrykning i tillegg ofte er væravhengig. Inntil helikopter og byens egne ambulanser er på plass lener rapporten seg på «aktiv nabostøtte» fra Tingvoll, Gjemnes og Averøy. Men disse kommunene har i utgangspunktet lav kapasitet og er også geografisk sårbare. Tobårebilen (ressurs 345) i Gjemnes har om lag 30 minutters kjøretid bare for å nå Kristiansund under ideelle forhold, og

fungerer ifølge rapporten ikke som en rask buffer ved akutte behov. Ambulansen i Averøy har opptil tre mil å kjøre fra sin stasjon, og fra stasjonen i Tingvoll er det fem mil til Kristiansund. Avstanden kan bli enda lengre hvis bilene befinner seg på Hjelset.

Dette er altså beredskapen ved en større ulykke midt i en middelstor norsk by - Norges 22. største. Helseforetaket baserer seg her i realiteten på ren flaks, der våre innbyggere må krysse fingrene for at biler i nabokommunene tilfeldigvis både er ledige og i nærheten.

2. Legevaktbilen er ikke en ambulanse

Som et kompenserende tiltak for å redusere risikoen ved manglende ambulanser i Kristiansund, peker rapporten direkte på bruk av den kommunale legevaktbilen: «LV-bil (24/7) brukes til avklaring og igangsetting av behandling i påvente av transportressurs».

Dette er problematisk på flere nivåer. Å drive prehospitale akuttjenester og pasienttransport er et «sørge for»-ansvar som er lagt til helseforetakene gjennom Spesialisthelsetjenesteloven. I Akuttmedisinforskriften §10c står det videre at; *De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester omfatter... å bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted og mellom behandlingssteder.* Det vil si at det kun er helseforetaket og ambulansetjenesten som skal transportere pasientene.

Kommunens legevaktbil, hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven, er ikke utstyrt for pasienttransport, og den er verken ment eller lovpålagt å skulle fungere som spesialisthelsetjenestens «første ambulanse» og vente-buffer fordi foretaket vil spare penger.

Kristiansund kommune mener det er prinsipielt problematisk dersom kommunens legevaktbil brukes som kompenserende tiltak for redusert ambulansekapasitet. Legevaktbilen er et kommunalt legevakttilbud, ikke en akuttambulanse. Den har ikke samme transportmulighet, utstyr, medikamentberedskap eller ambulansesfaglige bemanning som ambulansetjenesten, og den er ikke dimensjonert for å ivareta helseforetakets ansvar for prehospital akuttberedskap.

Dersom helseforetaket legger legevaktbilen til grunn som risikoreduserende tiltak, bygger foretaket i praksis sin vurdering på en ressurs det verken eier, finansierer eller disponerer. Det innebærer en forskyvning av ansvar, risiko og belastning fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

I Akuttmedisinforskriften er det et krav til at kommunen skal yte helsehjelp ved utrykning (§6c) og at spesialisthelsetjenesten, ved ambulansetjenesten, skal gjøre det samme (§10a og b). Den ene sin beredskap er ikke tenkt å redusere behovet for den andres beredskap. Dette er komplementære krav, og man kan ikke argumentere for å redusere den ene ved at den andre er et kompenserende tiltak.

Dette fremstår som en snikinnføring av ansvars- og kostnadsoverveltning fra helseforetaket til en kommune som allerede står i en krevende økonomisk situasjon. Det skaper også et paradoks: Kristiansund kommune skal i realiteten straffes for å ha bygget opp en god lokal legevaktteneste. Kommuner som har bygget ned sine stedlige legevakter, får beholde ambulansene sine fordi sårbarheten anses som for stor til å kutte, mens vi skal få kuttet en akuttambulanse under påskudd av at legevakten vår skal holde liv i pasienter som snarest skulle vært fraktet til sykehus. Her kan det dessuten legges til at risikoen for at legevaktbilen allerede er opptatt er høy. I fjor hadde vi over 800 utrykninger hvor nesten 70 prosent var «rød respons». Det vil si at AMK har

vurdert at pasienten er livstruende syk/skadet. Fremskriver vi bruken i første kvartal i år, vil vi ha over 1000 utrykninger i 2026.

3. Ulogisk forskjellsbehandling og nedbygging av fagmiljø

Helse Møre og Romsdal påpeker selv i utredningen at stabiliteten i fagmiljøene er avgjørende for tjenestens kvalitet og robusthet. Likevel foreslås det å bygge ned det største og mest robuste fagmiljøet for prehospitale tjenester på Nordmøre ved å fjerne seks årsverk. For å kompensere for dette kuttet i byen, forutsetter rapporten aktiv nabostøtte fra små og mer fragmenterte miljøer i distriktskommuner.

I Romsdal legges nøyaktig motsatt logikk til grunn. Der foreslås det å kutte i tilbudet i distriktet (Midsund), og som kompensasjon etablere en ny ressurs (en syketransportbil) i Molde for å avlaste og styrke byens samlede kapasitet. I Romsdal er det altså det største fagmiljøet i byen som skal redde distriktene, mens det på Nordmøre forutsettes at det er distriktene som skal redde byen, der over halvparten av Nordmøres befolkning bor og risikoen er høyest for at noe skjer. Vi mener denne vurderingen gir oss grunn til å spørre om nedleggingen av 483 er forhåndsbestemt, begrunnet med at den har vært vedtatt midlertidig.

Kristiansund kommune aksepterer ikke at det skal gjelde en annen logikk for Kristiansund og Nordmøre, som aktivt og urettmessig tapper vår region for kritisk kompetanse og kapasitet.

Kristiansund kommune understreker at dette ikke handler om å sette kommuner opp mot hverandre. Det handler om at Helse Møre og Romsdal må bruke samme faglige kriterier og samme beredskapslogikk i hele fylket. Dersom ekstra kapasitet i ett byområde vurderes som risikoreduserende fordi det avlaster akuttambulansene og reduserer samtidighetsrisiko, må tilsvarende vurdering også gjøres for Kristiansund. Dette er særlig viktig fordi Kristiansund etter sykehusflyttingen har fått lengre transportvei til akuttsykehus og økt ressursbinding.

4. Regnestykket går ikke opp: 60 prosent ressursbinding og en turnus som vil sprekke

Rapporten anslår en innsparing på 6 millioner kroner og 6 årsverk ved å kutte dagbil 483. Vi anser dette for å være et rent skrivebordsregnestykke som vil kollapse i møte med virkeligheten og gjeldende arbeidstidsbestemmelser.

Når helseforetaket skal vurdere belastningen på de ansatte og beredskapen, er det villedende å kun se på den «aktive» andelen av vekten hvor ambulansen har pasient i bilen. Arbeidsgruppens egen utredning advarer mot en slik forenkling, og slår fast at: «Når begge tidskomponentene er høye samtidig, betyr det at ambulanseressursene er betydelig bundet opp og at tilgjengelig beredskap kan være redusert».

Kristiansund kommune mener at den anslåtte innsparingen framstår som et bruttoanslag, ikke en dokumentert nettoeffekt. Når de to gjenværende døgnambulansene allerede har høy ressursbinding, må det dokumenteres hvordan 483 sine oppdrag skal håndteres uten økte kostnader til overtid, innleie, turnusendringer, sykefravær eller svekket rekruttering. Uten en slik vurdering er innsparingstallet ikke et forsvarlig grunnlag for beslutning.

Ser vi på den reelle totale ressursbindingen – altså summen av «aktiv tid» og «passiv tid» (som returkjøring og postering uten pasient) – viser utredningens egne tabeller et urovekkende bilde for Kristiansunds to døgnambulanser:

Bil 481 er bundet opp hele 56,8 % av døgnet (31,9 % aktiv tid + 24,9 % passiv tid). Bil 482 er bundet opp hele 58,2 % av døgnet (33,6 % aktiv tid + 24,6 % passiv tid). Kristiansunds to døgnambulanser er altså allerede i dag bundet i oppdrag og utilgjengelige i nesten 60 prosent av døgnet.

Kristiansund har betydelig høyere tidsbruk per oppdrag enn for eksempel Molde, på grunn av de lange avstandene. I perioden mai til desember 2025 håndterte den nedleggingstruede dagbilen (483) alene 646 oppdrag, noe som krevde 1.478 timer driftstid. 517 av de 646 oppdragene var i Kristiansund. På årsbasis er det grunn til å anta at bilen kjørte minst en halv gang mer, da den største oppdragsmengden normalt vil være i de fire første månedene av året.

I praksis innebærer forslaget da at 700-800 oppdrag på årsbasis veltes over på to ambulanser som allerede har en total ressursbinding på nær 60 prosent, med de følger de vil få for risikoen for samtidighetskonflikter ved kritisk sykdom og ventetid for ordinære oppdrag.

De ansatte i Kristiansund går i dag i døgnturnus. En slik massiv ekstrabelastning vil med stor sikkerhet sprengte rammene for det som er lovlig innenfor Arbeidsmiljølovens grenser for slik turnus. Konsekvensen av et slikt brudd er velkjent: Helseforetaket vil bli tvunget til å legge om driften i Kristiansund fra døgnvakt til en mer ressurskrevende to- eller tredelt turnus. Dette krever høyere grunnbemanning, og den teoretiske innsparingen på 6 millioner kroner vil dermed fordampe.

Kristiansund kommune mener tallgrunnlaget må klargjøres bedre. For dagbil 483 i Kristiansund benyttes perioden mai–desember 2025, altså om lag åtte måneder etter åpningen av SNR. Dersom tall for andre områder eller ressurser bygger på andre tidsperioder eller helårstall, må dette tydelig framgå. Helse Møre og Romsdal må legge fram sammenlignbare tall for samme tidsperiode, eller normalisere tallene slik at aktivitet, bindingstid, samtidighet og ressursbruk kan vurderes på likt grunnlag.

Med hilsen

Arne Ingebrigtsen
Kommunedirektør
90080258

Dette dokumentet er godkjent elektronisk. Oppgi vårt referansenummer når du svarer på brevet.



HELSE MØRE OG ROMSDAL HF

Unntatt offentlighet -Offl. §14

Vår ref
2026/1426-3

Deres ref

Saksbehandler
Vegard Ansok

Dato
12.05.2026

Høringssvar til rapporten "Utredning av innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesten" - Helse Møre og Romsdal HF

Hustadvika kommune viser til helseforetakets e-post fra 30.04.2026, der dere inviterer kommunene til å gi innspill til rapporten om foreslåtte innsparingstiltak i båt- og ambulansetjenesten.

Kommuneoverlegen ønsker på vegne av kommunen å gi tilbakemelding på rapporten og noen av forslagene som vi vurderer spesielt relevante for vår kommunes innbyggere og våre helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder rapportens forslag om å fjerne dagbil i Kristiansund, etablering av en-redder-ressurs i Midsund, sammenslåing av Aukra og Midsund som beredskapsområde og etablering av ekstra sykekettransportenhet i Molde.

Konsekvenser av tiltak

Innledningsvis vil vi bemerke at uavhengig av hvilke innsparingstiltak som velges, vil det være avgjørende at konsekvensene av disse vurderes samlet og ikke enkeltvis.

Arbeidsgruppa har presisert at det er vanskelig å forutse konsekvenser og kjedeeffekter av tiltakene, både enkeltvis og samlet. Rapporten omtaler i liten grad hvilke konsekvenser de ulike tiltakene har for de kommunale helsetjenestene. Helseforetaket bes om å være oppmerksom på dette i sine valg av tiltak.

Vi ber også om at det planlegges for en tett overvåking av beredskap og kapasitet i etterkant av iverksatte tiltak. Videre at kommunene involveres ved utforming av kompenserende tiltak, og i det videre arbeidet med å overvåke konsekvenser av tiltakene.

Konsekvenser for Hustadvika kommune

Rapporten med tilhørende vedlegg oppleves å gi en god sammenstilling av dagens aktivitet på de ulike lokasjonene. Vedlegget med døgnprofiler synliggjør store variasjoner i sannsynligheten for akuttoppdrag, og reell sannsynlighet for at ressursen da er opptatt. For sistnevnte variabel viser døgnprofilene for Nordmøre og Romsdal at Midsund-471 og Aukra-451 har en sannsynlighet på

hhv. 0,2 og 0,5 % i tidsrommene med høyest aktivitet. Molde-471, Molde-472 og Fræna-331 har derimot opp mot 4 %. Det vurderes ut fra dette rimelig at arbeidsgruppa har vurdert alternativ organisering i omlandet til vår kommune.

Ettersom rapporten ikke gir noen detaljert vurdering av hvilke konsekvenser tiltakene vil ha for de kommunale tjenestene, og det vurderes avgjørende med inngående kjennskap til lokale forhold og utfordringer, vil vi være varsomme med å kommentere de foreslåtte tiltakene enkeltvis.

For Hustadvika kommune vurderes det likevel sannsynlig at tiltakene som er foreslått for Midsund, Aukra og Kristiansund vil ha direkte innvirkning på beredskap og kapasitet i vår kommune. Dette ved at Fræna-331 i enda større grad vil kunne måtte avlaste ressurser i, eller mister buffer-kapasitet fra, Molde. Tilsvarende vil kjedeeffekter fra Kristiansund, Averøy, Aukra og Gjemnes kunne påvirke beredskapen i vår kommune. Ettersom Fræna-331 har høy oppdragsbelastning, vil også mindre kapasitetsendringer i omlandet kunne få konsekvenser for våre innbyggere og tjenester.

Ettersom forslaget om en-redder-løsning på Midsund vil kreve egen transport fra Julsundet til SNR, vil presset på ambulansene i Molde øke ytterligere. Det vurderes derfor at forslagene om å etablere ekstra syketransportbil i Molde-området, og å videreføre nattressurs i Molde, er avgjørende for den samlede kapasiteten i området.

Det vurderes nødvendig at kompensierende tiltak er på plass før evt. kapasitetsreducerende tiltak iverksettes.

Andre innspill

Vi har noen kommentarer til de enkeltstående tiltakene som er foreslått.

Av rapporten fremgår beregninger på responstid ved etablering av en-redder-løsning på Midsund. Det savnes en fremstilling av samlet respons- og transporttid frem til mottak i sykehus. Da med utgangspunkt i den foreslåtte kjeden med bruk av en-redder-løsning, utrykning/transport med Romsdalsjenta, etterfulgt av ny transport inn til SNR. En slik simulering vil gi et utfyllende grunnlag for å se endringsforslaget opp mot eksisterende løsning. Det vil også klargjøre hvilken effekt disse transportene får for ressursene i Molde og Hustadvika. Rapporten peker ellers på sårbarhet ved spesielt krevende værforhold. Det kunne i den sammenheng vært nyttig å ha en plan for å styrke lokal beredskap og kapasitet inn mot slike værhendelser.

Det foreslås i rapporten å avvikle dagbilen i Kristiansund (Kristiansund-483), og vises til at det i 2025 var 9 hendelser der man uten Kristiansund-483 ville hatt økt responstid og forsinket helsehjelp for kritiske pasienter. Av døgnprofilene ser man at Kristiansund-481 og -482 begge har høy oppdragsbelastning, og har hatt stor sannsynlighet for akuttoppdrag i driftstiden til -483. Den reelle sannsynligheten for at Kristiansund-481 og -482 er opptatt ligger på 2-3 % for hver av disse i det tidsrommet dagbil er tilgjengelig. Uten dagbil vil om lag 20 % av oppdragene i Kristiansund måtte overtas av andre ressurser. Det ville vært ønskelig med en beregning av hvordan dette vil påvirke sannsynligheten for at Kristiansund-488 og 482 får akuttoppdrag, og reell sannsynlighet for at de da er opptatt. En slik beregning/modellering vil gi et bedre grunnlag for å vurdere risikoen ved å fjerne dagbilen.

I områder som allerede har kort responstid vil ikke alle forsinkelser medføre risiko for prognosetap. Det er rimeligvis også vanskelig å vurdere hvilken grad av risiko for prognosetap disse forsinkelsene medfører. Det bes uansett vurdert om forsinkelser med risiko for prognosetap er en variabel som kan følges med når tiltak skal vurderes, overvåkes og evalueres.

Med hilsen

Vegard Ansok
Kommuneoverlege

Dokumentet er elektronisk og har derfor ingen håndskrevet signatur

Vennligst oppgi «vår ref.» eller saksbehandler ved all henvendelse i denne saken.

Til:

Helse Møre og Romsdal HF

29. mai 2026

Felles høringsuttale - innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten

På vegne av kommunene i Møre og Romsdal avgir de tre regionrådene i Møre og Romsdal, Nordmøre regionråd IPR, Romsdal IPR og Sunnmøre regionråd dette felles høringssvaret til rapporten om innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal HF (HMR).

Regionrådene mener HMR ikke har et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å gjennomføre de foreslåtte innsparingstiltakene.

Rapporten synliggjør selv betydelig usikkerhet knyttet til ringvirkninger, geografisk sårbarhet, samtidighetskonflikter og konsekvenser for den samlede akuttmedisinske kjeden. Dette gjelder særlig i et fylke med store avstander, øysamfunn, fjordkryssinger, fergeavhengighet og krevende værforhold.

De foreslåtte tiltakene kan derfor ikke vurderes som avgrensede lokale endringer. Etter regionrådenes vurdering vil tiltakene samlet kunne innebære en vesentlig svekkelse av den akuttmedisinske beredskapen i Møre og Romsdal.

Regionrådene er særlig bekymret for at redusert kapasitet i ambulansetjenesten vil føre til økt belastning på kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert legevakt og øvrige lokale beredskapsressurser. Innsparingstiltak i spesialisthelsetjenesten må ikke gjennomføres på en måte som i praksis forskyver ansvar, risiko og kostnader over på kommunene. Kommunene står allerede i en krevende situasjon med stram økonomi, bemanningsutfordringer og økt oppgaveomfang.

HMR peker selv på at konsekvensene for kommunene og øvrige deler av den akuttmedisinske kjeden ikke lar seg beregne presist. Regionrådene mener dette må tillegges avgjørende vekt. Føre-var-prinsippet må legges til grunn når endringer i den akuttmedisinske beredskapen vurderes.

Regionrådene forventer derfor at det gjennomføres en helhetlig konsekvensvurdering av hvordan tiltakene vil påvirke:

- den samlede akuttmedisinske beredskapen i fylket
- kommunale helse- og omsorgstjenester
- responstid, pasientsikkerhet og samtidighetskapasitet
- behovet for eventuelle kompenserende tiltak

Før slike vurderinger foreligger, mener regionrådene at det ikke bør fattes vedtak om omfattende strukturelle reduksjoner i båt- og bilambulansetjenesten.

På vegne av kommunene i Møre og Romsdal,

Ingrid O. Rangønes (sign.)



Trygve Grydeland (sign.)



Kenneth Langvatn (sign.)





Smøla kommune

Høringsuttalelse - utredning av innsparingstiltak i båt og bilambulansetjenesten

Smøla kommune drøftet rapporten med utredning av innsparingstiltak i båt og bilambulansetjenesten i Livsløpsutvalget 21.05.26.

Livsløpsutvalget i Smøla kommune vedtok følgende høringsuttale til saken:

Smøla kommune tilslutter seg de vurderingene som er gjort rundt at en reduksjon av bemanning på Mørejenta, og fjerning av dagbil i Aure vil være uforsvarlige. Opprettholdelsen av disse funksjonene er også avgjørende for å kunne etablere en felles legevakt Aure - Smøla.

Reduksjon av dagbil i Kristiansund reduserer beredskapen på hele Nordmøre. For pasienter fra nordre Nordmøre vil dette kunne påføre pasienter med allerede lang reisevei enda lengre vei til sykehus.

Smøla kommune ønsker å gi HF HMR honnør for prosessen, som har gitt reell medvirkning og god involvering av kommunene i dette krevende arbeidet.

Smøla 26.05.26

Lene Sletta

Kommunalsjef

Smøla kommune





Saksprotokoll

Arkivsak-dok. 26/00517
Saksbehandler Jorid Helen Kamsvåg

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Kommunestyre 2023 - 2027	28.05.2026	14/26

Høringsuttalelse som gjelder kutt i prehospitaltjenester i Helse Møre og Romsdal

Kommunestyre 2023 - 2027 har behandlet saken i møte 28.05.2026 sak 14/26

Møtebehandling

Ingrid Waagen Rimstad (Senterpartiet) fremmet følgende alternative forslag:

Fellesforslag:

Tingvoll kommune godtar ikke forslaget om nedtak i den akuttmedisinske tjenesten

Tingvoll kommune er svært bekymret dersom innsparingstiltak i båt og ambulansetjenesten iverksettes. Tingvoll og Nordmøre trenger den beredskapen vi har, når det gjelder prehospitaltjenester. Vi har en geografisk sårbarhet med lange avstander i tillegg til lav kapasitet.

Tingvoll er avhengig av å beholde sin ambulanse, i tillegg er vi avhengig av den nabostøtten vi har i ambulanser i nærliggende kommuner og ambulanser som er fysisk i nærhet, når en akutt situasjon oppstår.

Tanken om at vi i Tingvoll skal kunne dekke opp for nedtaket av bil i Kristiansund eller andre omliggende kommuner, anser vi som helt urimelig og uforsvarlig. Det fremgår også av rapporten at samtidskonflikter ville ha oppstått dersom vi ikke hadde dagbilen i Kristiansund. Det fremstår som et forslag der økonomisk innsparing er viktigere enn pasientsikkerhet. Dette er ikke akseptabelt. Innsparingstiltaket vil medføre større press på den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunene er allerede under sterkt press, og har fått overført mange oppgaver fra spesialisthelsetjenesten uten at dette er kompensert.

Legevaktstjenesten på kveld, natt, helg og i høgtid er organisert i større felles legevaktsentraler som medfører at ambulansetjenesten er svært viktig for pasientforløpet for pasienten, når akutte hendelser oppstår, og frem til at pasienten faktisk er på sykehus.

Ambulansetjenesten er svært viktig og har stor betydning for diagnostikk og triage som er den prosessen hvor helsepersonell systematisk vurderer og prioriterer pasienter etter hvor raskt de trenger akutt medisinsk hjelp. Observasjon og behandling skjer allerede i den prehospitaltjenesten/ambulansen av helsepersonell og behovet vil mest sannsynlig øke de neste årene.

Vi har fått et fellessykehus på Hjelset, SNR, hvor en stor del av innbyggerne på Nordmøre har fått lengre reisevei til nærmeste sykehus og ambulansetjenesten vil være helt avgjørende for pasientforløpet og pasientsikkerheten/tryggheten.

Den nasjonale kvalitetsindikatoren anbefaler en differensiert responstid ved akutte hendelser. I tettbygd strøk (over 10.000 innbyggere) er denne anbefalingen satt til 12 minutter fra AMK varsles til ambulansen er fremme på hendelsesstedet. Utenfor tettbygd strøk (=distrikt), er den anbefalingen satt til 25 minutter. Samtidig er det viktigste at responstid gjenspeiler når ambulansen faktisk er kommet hjem til der folk bor.

Prehospitale tjenester er den delen av spesialisthelsetjenesten som yter akuttmedisinsk hjelp og transport utenfor sykehus og tjenesten fungerer som sykehusets forlengede arm og sikrer at pasienten får livreddende behandling før og under transport.

Vi i Tingvoll kommune kan ikke akseptere en utvikling der det er slik at hvor du bor i større grad avgjør om du får rask og nødvendig helsehjelp.

Våre innbyggere er avhengige av den akuttberedskapen vi har og den tryggheten den fører med seg. Tingvoll kommune kan ikke akseptere/ godta at innsparingstiltaket i akuttberedskapen i den prehospitale tjenesten iverksettes.

Det ble stemt alternativ over kommunedirektørens innstilling (1) og fellesforslag (2)

Votering

For forslaget 2 stemte 21: Milly Bente Nørsett, (Ap), Jan Harald Rolland (AP), Jens Petter Olsen Nordvalnes (AP), Sonni Iren Stølan Heggli (AP), Audun Sæbø (FLHKV), Reidar Gullikstad Hagen Sira (FLHKV), Rolf Ruste (FLHKV). Gunnar Nilsen Skuggevik (Frp), Kristjan Einset Stomsvik (Frp), Lise Almskår Aasgård (Frp), Roger Bach (Frp), Oddvar Hafskjær (MDG), Arne Magnus Aasen (Sp), Inger Anita Sjømæling (Sp), Ingrid Waagen Rimstad (Sp), Jens Kristian Eikrem (Sp), John Ola Ulset (Sp), Kristin Sørheim (Sp), Vidar Aasen (Sp), Ivar Jonas Nørbech (Sp), Jeanette Wilhelmsen (SV).

Dermed ble forslag 2 vedtatt.

Kommunestyre 2023 - 2027s vedtak

Tingvoll kommune godtar ikke forslaget om nedtak i den akuttmedisinske tjenesten

Tingvoll kommune er svært bekymret dersom innsparingstiltak i båt og ambulansetjenesten iverksettes. Tingvoll og Nordmøre trenger den beredskapen vi har, når det gjelder prehospitale tjenester. Vi har en geografisk sårbarhet med lange avstander i tillegg til lav kapasitet.

Tingvoll er avhengig av å beholde sin ambulanse, i tillegg er vi avhengig av den nabostøtten vi har i ambulanser i nærliggende kommuner og ambulanser som er fysisk i nærhet, når en akutt situasjon oppstår.

Tanken om at vi i Tingvoll skal kunne dekke opp for nedtaket av bil i Kristiansund eller andre omliggende kommuner, anser vi som helt urimelig og uforsvarlig. Det fremgår også av rapporten at samtidskonflikter ville ha oppstått dersom vi ikke hadde dagbilen i Kristiansund. Det fremstår som et forslag der økonomisk innsparing er viktigere enn pasientsikkerhet. Dette er ikke akseptabelt. Innsparingstiltaket vil medføre større press på den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunene er allerede under sterkt press, og har fått overført mange oppgaver fra spesialisthelsetjenesten uten at dette er kompensert.

Legevakttjenesten på kveld, natt, helg og i høgtid er organisert i større felles legevaktsentraler som medfører at ambulansetjenesten er svært viktig for pasientforløpet for pasienten, når akutte hendelser oppstår, og frem til at pasienten faktisk er på sykehus.

Ambulansetjenesten er svært viktig og har stor betydning for diagnostikk og triage som er den prosessen hvor helsepersonell systematisk vurderer og prioriterer pasienter etter hvor raskt de trenger akutt medisinsk hjelp. Observasjon og behandling skjer allerede i den prehospitale tjenesten/ambulansen av helsepersonell og behovet vil mest sannsynlig øke de neste årene.

Vi har fått et fellessykehus på Hjelset, SNR, hvor en stor del av innbyggerne på Nordmøre har fått lengre reisevei til nærmeste sykehus og ambulansetjenesten vil være helt avgjørende for pasientforløpet og pasientsikkerheten/tryggheten.

Den nasjonale kvalitetsindikatoren anbefaler en differensiert responstid ved akutte hendelser. I tettbygd strøk (over 10.000 innbyggere) er denne anbefalingen satt til 12 minutter fra AMK varsles til ambulansen er fremme på hendelsesstedet. Utenfor tettbygd strøk (=distrikt), er den anbefalingen satt til 25 minutter. Samtidig er det viktigste at responstid gjenspeiler når ambulansen faktisk er kommet hjem til der folk bor.

Prehospitale tjenester er den delen av spesialisthelsetjenesten som yter akuttmedisinsk hjelp og transport utenfor sykehus og tjenesten fungerer som sykehusets forlengede arm og sikrer at pasienten får livreddende behandling før og under transport.

Vi i Tingvoll kommune kan ikke akseptere en utvikling der det er slik at hvor du bor i større grad avgjør om du får rask og nødvendig helsehjelp.

Våre innbyggere er avhengige av den akuttberedskapen vi har og den tryggheten den fører med seg. Tingvoll kommune kan ikke akseptere/ godta at innsparingstiltaket i akuttberedskapen i den prehospitale tjenesten iverksettes.



HØYRINGSSVAR

Utgreiing av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetenesta – fagleg beslutningsgrunnlag for vidare behandling

1. Innleiing

Stranda kommune viser til høyring om «Utgreiing av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetenesta» (april 2026).

Innleiingsvis vil ein kommentere på ein svært knapp høyringsfrist til forslag om nedskjering som vil vesentleg redusere helseberedskapen i regionen vår. At ein i forarbeidet og vurderinga har latt vere å ta med legevaktstruktur viser mangelfull forståing av den akuttmedisinske kjede og gir grunn til stor bekymring.

Kommunen har særleg vurdert framlegget om å etablere ein-redder-løysing i Geiranger i ni månader av året, jf. rapporten punkt 7.2. Etter ei samla vurdering finn Stranda kommune at tiltaket må reknast som rettsleg og fagleg uforsvarleg, og i strid med gjeldande krav i helselovgivinga.

2. Rettsleg utgangspunkt – krav til forsvarlege tenester

Det følgjer av:

- *spesialisthelsetenestelova § 2-2 at helsetenester som blir tilbydde eller ytte skal vere forsvarlege*
- *helse- og omsorgstenestelova § 4-1 at kommunen og spesialisthelsetenesta samla skal sikre forsvarlege helse- og omsorgstenester*
- *akuttmedisinforskrifta §§ 10 og 11 at ambulansetenesta skal vere dimensjonert slik at pasientar får nødvendig helsehjelp utan unødig opphald, og at tenesta skal vere tilstrekkeleg bemanna og organisert*

Forsvarlegheitskravet er ein rettsleg standard, der det avgjerande er om tenesta reelt sett er i stand til å handtere dei oppgåvene ho er sett til å løyse, under dei faktiske forholda i området.

3. Særskilde risikotilhøve i Geiranger

Den føreliggjande utgreiinga slår sjølv fast at geografiske tilhøve, vêr, ferjeavhengigheit og samtidigheitskonfliktar har avgjerande betydning for beredskap og responstid.

Stranda kommune vil understreke at Geiranger er eit område med:

- avgrensa infrastruktur og utsette transportårer
- sterk avhengigheit av ferjesamband
- varierende og ofte krevjande vêrtilhøve
- avgrensa tilgang til alternative ressursar
- betydeleg og aukande aktivitetsnivå gjennom heile året

I slike område skjerpast krava til føre-var-tilnærming, robust bemanning og reell transportkapasitet.

4. Ein-redder-løysing og svikt i transportansvar

Ein føresetnad for forsvarleg ambulanseteneste er at pasient kan:

1. få akuttmedisinsk behandling
2. verte transportert vidare utan unødige forseinking

Ei ein-redder-løysing inneber at ambulansen i ei rekkje situasjonar ikkje kan gjennomføre pasienttransport, særleg ved:

- behov for båretransport
- kritisk sjuke pasientar med behov for kontinuerleg overvaking
- oppdrag som krev to helsepersonell av omsyn til pasientsikkerheit og trygt arbeidsmiljø

Dette medfører at transport først kan starte når sekundær ressurs kjem til staden.

5. Vesentleg auka responstid og transporttid

Stranda kommune vil særleg framheve dei konkrete konsekvensane for pasientforløpet:

- Den prehospitala fasen vert betydeleg forlenga der pasientar i Geiranger vil måtte pårekne minst 50 minutt lengre ventetid før transport kan starte til legevakt eller sjukehus kan starte

- Samla transporttid til næraste sjukehus vil vere om lag 2,5 timar, sjølv med føresetnad om umiddelbare ferjeavgangar begge vegar.

Denne tidsbruken er etter kommunen si vurdering ikkje foreinleg med kravet om helsehjelp utan unødig opphald.



VOLDA KOMMUNE
Avdeling for dokumentasjon og service

Helse Møre og Romsdal HF

Vår referanse
26/1428 26/8988

Din referanse

Sakshandsamar
Sonja Håvik

Dato
28.05.2026

Melding om vedtak - Svar på høyring - Innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesta i Møre og Romsdal

Formannskapet har i møte 26.05.2026, sak 96/26, fatta følgjande vedtak:

Formannskapet vedtek vedlagde høyringsuttale til "Utgredning om innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesten"

Med helsing

Sonja Håvik
rådgjevar

Dokumenter er elektronisk godkjent og har derfor ikkje signatur

Mottakar
Helse Møre og Romsdal HF

Kopi til
Erlend Bae



Saksframlegg

Saksnr.	Utval	Møtedato
96/26	Formannskapet	26.05.2026

Innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesta i Møre og Romsdal

Samandrag:

Høyring om "Utgreiing av innsparingstiltak i båt og bilambulansetjenesta"

Formannskapet 26.05.2026

Behandling:

Erlend Bae, seksjonsleiar interkommunal legevakt, orienterte.

Votering

Innstillinga frå kommunedirektøren vart einstemmig vedtatt.

Stemte for parti: SP (2 stemmer), AP (2 stemmer), H (2 stemmer), SV (2 stemmer), FrP (1 stemme).

FSK - 96/26 Vedtak

Formannskapet vedtek vedlagde høyringsuttale til "Utgredning om innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesten"

Kommunedirektøren si tilråding:

Formannskapet vedtek vedlagde høyringsuttale til "Utgredning om innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesten"

Saksopplysningar:

Uttale frå Volda kommune

Volda kommune viser til høyring om "Utgreiing av innsparringtiltak i båt og bilambulansetenesta".

Innleiing

Volda kommune er ei kommune med spreidd busetnad, store avstandar og utfordrande geografi med rasutsette vegstrekingar og 2 fergesamband. Volda er i tillegg vertskommune for interkommunalt legevaktsamarbeid på Søre Sunnmøre med 6 kommunar og om lag 47 000 innbyggjarar, og føreslåtte innsparringtiltak inneber endringar i dette området.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 er akuttmedisinsk beredskap og ambulanseteneste ein del av helseføretaket sine oppgåver, og same lov § 2-2 set krav til at tenestene skal vere forsvarlege.

Helse- og omsorgstenestelova § 3-2 seier kva som er kommunen sitt ansvar i forhold til akuttmedisinsk beredskap.

Akuttmedisinforskrifter gir nærare føringar for krav til tenestene og til samarbeid og samhandling mellom forvaltningsnivåa.

Forsvarlege tenester

Når det vert føreslått endringar i dei akuttmedisinske tenestene som utelukkande er grunngeve i behov for økonomiske innsparringar, må det ligge heilt klart til grunn at tenestene framleis skal vere forsvarlege. I utgreiinga viser Helse Møre og Romsdal til at det er knytt usikkerheit til både datagrunnlaget utgreiinga bygger på og til dei faktiske konsekvensane av moglege innsparringtiltak. Vidare vert det vist til at det pågår, og kan kome, omstillingsprosessar i helseføretaket som kan påverke prehospitale tenester. Endringar i prehospital struktur kan og medføre forskyving av oppgåver, belastning og kostnader mellom aktørane i den akuttmedisinske kjeda.

I den overordna risikovurderinga viser rapporten til at risiko særleg knytter seg til pasientsikkerheit, responstid og tenesta si samla operative evne.

Ved tidlegare prosessar rundt endringsforslag i ambulansetenesta har detaljerte responstidsanalyser vore tillagt avgjerande betydning for m.a. lokalisering og dimensjonering av tenestene. Slike analyser ser ikkje ut til å vere inkludert i denne utgreiinga.

Utgreiinga tek utgangspunkt i dagens situasjon. I rapporten vert det vist til at handtering av demografiske endringar krev langsiktige og heilskaplege prosessar knytt til framtidig dimensjonering, tenesteutvikling og samhandling i den akuttmedisinske kjeda. Framskriving av behov bør vere ein del av avgjerdsgrunnlaget når reduksjon av tenester vert føreslått.

Beredskap

Ambulansetenesta er ein heilt sentral og vesentleg aktør i beredskapen i samfunnet. Dimensjonering av ambulansetenestene må difor ta omsyn til at tenestene skal kunne handtere situasjonar knytt til kriser og store ulukker, jf akuttmedisinforskriften § 10, bokstav d.

Ei reduksjon av talet ambulanser i vakt, vil redusere den totale beredskapen, og det må vere utført grundige risikoanalyser før reduksjon gjennomførast.

Reduksjon i nattberedskap på Søre Sunnmøre

Det er ikkje føreslått endring i primære ambulanseressursar for Volda. Reduksjon av nattberedskap i Ulsteinvik vil likevel kunne få konsekvensar for bruk av ressursane i Volda og Ørsta. Ytre deler av området som er omfatta av legevaktsamarbeidet Volda kommune er vertskommune for, vil få redusert beredskap på natt. Rapporten seier at reduksjon i nattberedskap vurderast å kunne gjennomførast innanfor dagens struktur.

I vedlegg til rapporten er det trekt fram at ressursane på Søre Sunnmøre (omtalt som Ytre Sunnmøre i vedlegget) i praksis overlappar kvarandre, legevaktbil avlastar for oppdrag, samt at brann og frivillige bidreg.

Det er ikkje sagt noko om i kva grad reduksjonen på natt vil påverke tilrådde responstider. Som rapport og vedlegg påpeiker er legevakt og kommunale brannressursar allereie viktige samhandlingspartar for ambulansetenesta. Det er ei uro for at reduksjon i nattberedskap vil medføre auka behov for bruk av kommunale ressursar (legevakt, HBO og brann).

Konklusjon

Volda kommune har forståing for at Helse Møre og Romsdal har behov for innsparingar, og at ein då også må vurdere innsparingar i ambulansetenesta. Vi vil likevel påpeike at reduksjon i ambulanseberedskapen kan få alvorlege konsekvensar både i normalsituasjonar og ved beredskapshendingar. Rapporten påpeiker at det er usikkerheit knytt til konsekvensar av innsparingstiltaka. Før eventuelle innsparingstiltak vert iverksett forventast det at risikoanalyse vert kvalitetssikra, at responstidsanalyse vert utarbeidd, og at konsekvensar for kommunale tenester blir utgreidd i dialog med kommunane.

Rune Sjurgard
Kommunedirektør



Helse Møre Og Romsdal Hf
Postboks 1600

6026 Ålesund

Vår ref.
26/1003//SINERS/

Dykkar ref.

Dato:
27.05.2026

Høyringsuttale – reduksjon i ambulansestasjoner og bemanning

Fjord kommune viser til høyring om føreslåtte innsparingstiltak i båt- og bilambulansetenesta i Helse Møre og Romsdal (HMR), med tilhøyrande saksutgreiing og datagrunnlag. I det følgjande gjer Fjord kommune greie for dei samla vurderingane og standpunktta til kommunestyret (einstemmig vedtatt 21.05.26) og administrasjonen i saka.

1. Overordna vurdering

Fjord kommune tek sterk avstand frå dei føreslåtte endringane som direkte og indirekte påverkar oss. Kommunen vil understreke at økonomiske innsparingar ikkje kan vere styrande for reduksjon i lovpålagd akutt prehospital beredskap og helseteneste. Lovgrunnlaget og ansvarsforholda er klare, og vert difor ikkje nærare gjort greie for her¹. Forslaget framstår i hovudsak som økonomisk motivert, utan tilstrekkeleg vekt på forsvarlegheit, kvalitet og pasienttryggleik. Det er særleg bekymringsfullt at kompenserande tiltak i liten grad er konkretiserte, noko som gir liten tillit til at HMR kan oppretthalde lovpålagde krav i praksis.

2. Fagleg grunnlag: responstid og pasientutfall

Responstid er ein avgjerande faktor for pasientutfall i akutte situasjonar. Forsking dokumenterer at sjølv små forseinkingar kan auke dødelegheit ved traume og tidskritiske hendingar². For hjartestans og andre akutte tilstandar aukar overlevingssjansen betydeleg ved rask respons³. Også norske fagmiljø understrekar at responstid er sentral for kvalitet og likeverdige tenester⁴. Rurale område har gjennomgåande lengre responstid som følgje av avstandar, geografi og avgrensa ressursar⁵. Samstundes er desse områda særleg sårbare ved samtidige hendingar⁶. På denne bakgrunn må tiltak som aukar responstid eller reduserer lokal kapasitet vurderast som risikoforsterkande.

¹ Spesialisthelsetenestelova § 2-1a og § 2-2 (ansvar og forsvarlegheit), lov om helseføretak (organisering og ansvar), samt forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulanseteneste og medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisin forskrifta), jf. særleg føresegner om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus og krav til forsvarlege og koordinerte tenester.

² Nasser mfl. (2020) – *samanheng mellom responstid og dødelegheit*

³ Alshehri mfl. (2025) – *responstid og overleving ved akutte hendingar*

⁴ Folkehelseinstituttet (2023) – *responstid og pasientutfall*

⁵ Alzahrani mfl. (2025) – *urbane–rurale forskjellar i responstid*

⁶ Næss mfl. (2024) – *sårbarheit ved samtidige hendingar*

3. Særlege utfordringar i Fjord kommune

Datagrunnlaget frå HMR viser at Fjord kommune og indre Sunnmøre er kjenneteikna av:

- krevjande geografi med fjordkryssingar
- lange avstandar
- ferjeavhengigheit
- stor sesongvariasjon
- høg sårbarheit ved samtidige hendingar

Fjord kommune vil understreke at låg oppdragsmengde ikkje kan nyttast som argument for redusert beredskap i slike område, då risikoen er strukturelt betinga.

4. Geiranger og systemeffektar

Føreslått reduksjon i Geiranger er særleg alvorleg. Datagrunnlaget viser om lag 290 oppdrag årleg, med lange avstandar og få alternative ressursar. Samtidig inngår Geiranger i eit integrert beredskapssystem med Stranda og Valldal, der ressursane støttar kvarandre. Forsking viser at reduksjon i ein del av eit slikt system kan svekke den samla kapasiteten vesentleg⁷. Ein reduksjon i Geiranger vil difor få direkte konsekvensar for heile sørsida av fjorden, inkludert Eidsdal og Norddal.

5. Ferjeavhengigheit og transportbarrierar

Rapporten frå HMR peikar sjølv på ferjeavhengigheit som ein kritisk faktor for responstid og beredskap. I Fjord kommune:

- manglar nattferje på sentrale samband
- er beredskapsferje usikker
- er transport sårbar for vêr og avvik

Forsking stadfestar at slike geografiske barrierar aukar responstid i rurale område⁸.

Dette inneber at reduksjon i landbasert beredskap får særleg store konsekvensar i nettopp denne typen område.

6. Belastning og framtidig behov

Datagrunnlaget viser om lag 425 oppdrag årleg i kommunen, inkludert rundt 155 akutte hendingar. Samtidig peikar forskning på at etterspurnaden etter akuttmedisinske tenester aukar over tid⁷, og at turisme gir auka og uforutsigbar belastning⁹. Fjord kommune omfattar infrastruktur inn mot sentrale turistområde som Geiranger (i Stranda kommune) og nasjonal turistveg (knytt saman via Trollstigen mot Rauma kommune). Auka reiseliv og trafikk vil etter kommunen si vurdering føre til auka – ikkje redusert – behov framover.

7. Endringar i Ørskog og konsekvensar for Stordal

Datagrunnlaget viser at Ørskog inngår i eit overlappande beredskapssystem. Endringar her vil føre til:

- lengre responstid til Stordal, Dyrkorn og Liabygda
- auka avhengigheit av meir fjerntliggjande ressursar

Forsking viser at reduksjon i basar i rurale område raskt gir redusert dekning¹⁰.

⁷ Soltani mfl. (2026) – *systemeffektar i ambulansetenester*

⁸ Carr mfl. (2019) – *auke i etterspurnad etter EMS*

⁹ Zeng (2026), Alsomali mfl. (2024) – *turisme og helsetenester*

¹⁰ van den Berg mfl. (2019) – *effekt av basestruktur på dekning*

8. Samla akuttberedskap og andre tenester

Akuttberedskapen må vurderast som eit samla system. Ambulansetenesta kan ikkje sjåast isolert, men inngår i samspel med legevakt, kommunale helse- og omsorgstenester, brann- og redning, luftambulans og frivillige aktørar. Reduksjon i ambulansetenesta vil føre til:

- auka belastning på kommunal primærhelseteneste
- auka press på legevakt og legar i vakt
- meirarbeid for brann- og redningstenesta

Dette er ei reell kostnads- og oppgåveforskyving til kommunen, utan kompenserande tiltak.

9. Luftambulansen som avgrensa alternativ

Luftambulansen har viktige, men avgrensa operative føresetnader. I fjordområde som Storfjorden er det:

- krevjande topografi
- ustabile vindforhold
- hyppig skodde og låg sikt

Dette gjer at luftambulansen ikkje kan operere under alle forhold og ikkje kan erstatte landbasert beredskap, men må vere eit supplement når forholda tillat.

10. AHT og samla utvikling i akuttberedskap

Det er òg nødvendig å sjå dette i samanheng med tidlegare vedtak i HMR.

Akutt heimebehandlingsteam (AHT) har hatt som oppgåve å reise ut og møte pasientar i akutt psykisk krise der dei bur, med mål om å vere på plass innan 4 timar etter at krisa oppstår. Tilbodet har vore tilgjengeleg også på kveld, helg og høgtid i distriktskommunane. Etter vedtak tidlegare i år er opningstida redusert til kl. 15:30 på kvardagar. Dermed er eit sentralt akutt tilbod fjerna utanom ordinær arbeidstid (underliggande klinikk for psykisk helsevern). Samla peikar dette mot ei gradvis svekking av akuttberedskapen i regionen.

11. Vurdering

Samla meiner Fjord kommune at:

- reduksjon i Geiranger vil gi uforholdsmessig stor negativ effekt
- ferjeavhengigheit gjer området særleg sårbart
- turisme og framtidig behov er undervurdert
- endringar i Ørskog vil svekke beredskapen i Stordal og nærliggande bygdelag

Forslaget inneber redusert kvalitet, lågare tilgjenge og lengre responstid, og vert frå eit kommunalt perspektiv vurdert som uforsvarleg.

12. Konklusjon

Fjord kommune kan ikkje støtte dei føreslåtte tiltaka og ber om at:

- planlagde reduksjonar i Geiranger vert stansa
- ambulansestrukturen i Ørskog vert oppretthalden
- ferjeavhengigheit og geografi vert tillagt større vekt
- konsekvensar for kommunal beredskap vert fullt utgreidde

Fjord kommune vil understreke at dei føreslåtte endringane ikkje berre er ei lokal eller regional problemstilling, men også har nasjonale beredskapsmessige implikasjonar.

Kommunen meiner difor at saka er relevant for nasjonale aktørar

Til sjuande og sist handlar dette om pasienten – om innbyggjarane våre, om deg, meg og naboen den dagen behovet for akutthjelp oppstår.

Med helsing

Sindre Søvik Erstad
kommunalsjef

Bjørn Inge Ruset
Kommunedirektør Fjord kommune

Dokumentet er godkjent elektronisk og har derfor ikkje handskriven signatur.

Kopi til:

Direktoratet for samfunnsikkerheit
og beredskap (DSB)

Fylkesberedskapssjefen i Møre og
Romsdal

HDO - Helsetjenestens

driftsorganisasjon for nødnett

Helse og omsorgsdepartementet

Helsedirektoratet

KS Møre og Romsdal

Møre og Romsdal Legeforening

Mørebenken på Stortinget

Norsk sjukepleieforbund Møre og

Romsdal

Statens Helsetilsyn ved direktør Sjur

Lehmann

Statsforvalteren i Møre og Romsdal

Sunnmøre Regionråd Iks

Postboks 2520

Postboks 1521

6404

6025

MOLDE

Ålesund

Vedlegg:

Dok.nr

Tittel på vedlegg

1494944

AHT Ålesund - ambulant teneste akutt - Helse Møre og Romsdal, nettside mai 2026.pdf

1494945

Endring i opningstider AHT DPS Sunnmøre - Helse Møre og Romsdal.pdf

Vår referanse:
23/8146, 26/50867

Arkivkode:
062

Dato:
22.05.2026

Vurdering av innsparringstiltak i båt og ambulansetjenesten Helse Møre og Romsdal. Uttale frå Ørskog kommunedelsutval

Ørskog kommunedelsutval hadde saka føre seg i møte 20.5.2026, sak 025/26, og fatta samrøystes følgande uttale:

Uttale frå Ørskog kommunedelsutval:

I utredning av innsparringstiltak i Båt- og bilambulansetjenesten er det foreslått: *Sammenslåing av seksjon Ørskog/Haram – lokalisering til Stette Anslått innsparring: 1,5 mill. kroner Arbeidsgruppen har gjennomgått dagens organisering av ambulanseressursene i Ørskog og Haram. En sammenslåing til en seksjon er vurdert å kunne bidra til økt robusthet, mer effektiv ressursutnyttelse og styrking av fagmiljøet i området Stor-Ålesund. Eventuell lokalisering til Stette er belyst som et langsiktig alternativ.*

Dette vil Ørskog kommunedelsutval advare sterkt imot! Vi viser til utredninga sine egne ord: «Tjenesten dekker et geografisk krevende område med store avstander, øy- og fjordstruktur og varierende værforhold. Dette påvirker responstid og tilgjengelighet, og stiller særskilte krav til dimensjonering, samhandling og robusthet i den prehospitale beredskapen.»

Å slå saman desse to ambulanse-ressursane, med ei samlokalisering på Stette, vil vere ei formidabel svekking av tenesta for to lokalsamfunn. Med lokalisering på Stette vil responstida bli minimum 15 min lenger for alle dei som bur i tettstadane no, ikkje berre dei i utkantane som det er skrive. Ofte mykje meir, dersom ledig ressurs er på f.eks. Hildre og må til Vaksvika.

Legevakta på Sjøholt dekker eit stort område, både Vestnes, Ørskog, Fjord og deler av Stranda (Geiranger), og nærleik til ambulansestasjon er svært viktig.

For akutte hendingar som ulykker, (tidleg) fødselar, hjerneslag og hjarteinfarkt er kort responstid avgjerande! Når regionen no heller ikkje har PCI-senter, er responstid i ambulansetjenesta enda viktigare.

Ørskog er eit trafikknutepunkt med svært høg trafikk og ulykkesbelasta vegar. I si framskriving av ÅDT (Årsdøgnsstrafikk) viser Statens vegvesen at trafikkmengda berre vil auke. Få stader i landet har ein høgare del tungtransport enn her, med den risikoen det medfører. Samstundes viser målingar at svært mange held for høg fart.

Det er viktig å styrke Noreg sin totalberedskap. Dette i lys av hendingar som pandemiar, meir ekstremvêr, og ein meir spent geopolitisk situasjon. Ambulansetenesta er ein kritisk del av Noreg sin totale beredskap.

I utredninga står det vidare: «*Det er knyttet usikkerhet både til datagrunnlaget og til de faktiske konsekvensene av mulige innsparingstiltak.*» Vi spør også: Kor mykje sparer helseføretaket faktisk på det føreslåtte tiltaket? Skal ein byggje ny ambulansestasjon på Stette vil det utan tvil føre til store kostnader. Medan innsparinga elles er usikker. Og kva med transportkapasiteten? Den ser vi ikkje er omhandla i utredninga.

I utredninga slår ein fast at «*risiko ved foreslåtte innsparingstiltak i hovedsak knytter seg til pasientsikkerhet, responstid og tjenestens samlede operative evne.*» Det er ein risiko vi ikkje kan godta. Lokal tilstadevering er avgjerande for liv og helse.

Når ein i media les om millionlønningar til rådgjevarar i Helse Midt, med svært gunstige avtalar, til og med ved endra stilling, trur vi at ein kan ein oppnå same innsparing ved å kutte der, utan å setje liv i fare.

Ørskog kommunedelsutval støttar heilhjerta opp om formannskapet sin uttale 19/5/2026.

Med helsing
Ingrid Rekdal Hjelle
politisk sekretær

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Kopi til:
Helse Midt-Norge RHF

Mottakarar
Helse Møre og Romsdal HF

Helse Møre og Romsdal HF

Dykkar referanse:

Vår referanse:
23/8146, 26/54215

Arkivkode:
062

Dato:
01.06.2026

Vurdering av innsparingstiltak i båt og ambulansetjenesten Helse Møre og Romsdal. Uttale frå Sandøy kommunedelsutval

Sandøy kommunedelsutval tok opp saka i møte 7.5.2026, sak 021/26, og fatta slik uttale:

Uttale frå Sandøy kommunedelsutval:

Sandøy KDU er sterkt kritiske til dei foreslåtte kutta i ambulansetenesta på Harøya.

Dersom ambulansen vert erstatta med ein-reddar ressurs vil det medføre ei stor svekking av beredskapen på Harøya/Finnøya og resten av Nordøyane. Dette kan vi ikkje godta.

Med eit slikt kutt vil vi ikkje ha likeverdige tenester med resten av storsamfunnet. Vi vil få ei uakseptabel lang responstid og forsinka helsehjelp.

Med næraste ambulansestasjon i Brattvågen, eller enda verre på Stette, vil det ta altfor lang tid å få transportert pasientar til sjukehuset. Ambulansen må først bruke ein time utover for å hente pasienten, forutsatt at den ikkje er på anna oppdrag enda lengre unna før ein kan køyre innover til sjukehuset. Transporttida til sjukehuset er lang nok slik den er i dag.

Auka bruk av helikopter vert brukt som eit argument, men det kan vere på andre oppdrag. Helikopteret er og avhengig av noko lunde greie forhold for å flyge i. Vi har eit hardt klima på kysten og det er ikkje alltid flyvêr. Uansett må pasienten som regel ha egna og verdig transport fram til helikopteret, då helikopteret ikkje alltid kan lande nært nok. I dag vert som regel ambulansen brukt for transport til helikopteret.

Ved fortsatt ambulanse på Harøya vil ein kunne nå alle øyane langs Nordøyvegen anten frå fastlandet, eller frå Harøya uansett om bru eller tunellar er stengt.

Ved å gå over til ein-reddar, vil ein flytte veldig mykje ansvar over på det lokale frivillige brannvesenet og den kommunale helsetenesta. Vi har mange dyktige frivillige og fagfolk, men med auka ansvar og hyppigare utrykkingar, vil det verte meir krevjande både for dei kommunale tenestene og dei frivillige og arbeidsgivarane deira.

Vi støttar og uttalen frå formannskapet og Ørskog kommunedelsutval.

Postadresse:
E-post: postmottak@alesund.kommune.no

Telefon:
Sentralbord: 70 16 20 00
Direkte:

Nettside:
alesund.kommune.no
Organisasjonsnummer:
929 911 709

Med helsing
Ingrid Rekdal Hjelle
politisk sekretær

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Kopi til:
Helse Midt-Norge RHF

Saksprotokoll

Arkivsak-dok. 26/02226
Saksbehandler Anna Kristin Villa

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Formannskapet	18.05.2026	PS-36/26
2 Kommunestyret	28.05.2026	PS-37/26

Innsparingstiltak for båt- og bilambulansetjenesta

Kommunestyret har behandlet saken i møte 28.05.2026 sak PS-37/26

Møtebehandling

Forslag til uttale fremma i møte av Randi Bergundhaugen (H):

Felles uttalelse – innspillsrunde om innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal HF

Vestnes kommune kan ikke støtte forslag som reduserer ambulanseberedskapen og svekker tryggheten for innbyggerne i Møre og Romsdal. Ambulansetjenesten må dimensjoneres ut fra geografi, avstander og reelle beredskapsbehov – ikke kortsiktige økonomiske innsparinger.

Forslagene som er lagt fram vil etter kommunens vurdering gi lengre responstid, større sårbarhet og redusert lokal tilstedeværelse. Dette er særlig alvorlig i en tjeneste der minutter kan være avgjørende for liv og helse. Kommunen understreker også at ambulansehelikopter ikke kan erstatte lokal beredskap, da tjenesten er væravhengig og kan være opptatt på andre oppdrag.

Vestnes kommune mener det er uforsvarlig å svekke beredskapen langs E39/E136. Ambulansestasjonen på Sjøholt har en strategisk plassering langs en av regionens viktigste og mest trafikkerte transportårer, og kommunen kan derfor ikke støtte forslaget om sammenslåing av stasjonene på Sjøholt og Brattvåg med flytting til Stette.

Kommunen mener videre at forslagene fremstår som mangelfullt utredet. Lokale forhold, risiko og konsekvenser for responstid og pasientsikkerhet er ikke tilstrekkelig belyst. Det er heller ikke gjennomført tiltaks- eller kommunevise analyser av hvordan endringene vil påvirke kommunale tjenester som legevakt, fastleger, hjemmetjeneste, sykehjem og kommunale øyeblikkelig-hjelp-plasser. Etter kommunens vurdering er dermed de faglige, organisatoriske og økonomiske konsekvensene for kommunene utilstrekkelig vurdert.

Vestnes kommune forventer at så omfattende endringer behandles på grunnlag av en helhetlig analyse der innbyggernes trygghet og behov for rask tilgang til akutt hjelp veier tyngre enn kortsiktige økonomiske hensyn.

Votering

Felles uttale fremma i møte av Randi Bergundhaugen (H) vart samrøystes vedteke.

Kommunestyret sitt vedtak

Felles uttalelse – innspillsrunde om innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal HF

Vestnes kommune kan ikke støtte forslag som reduserer ambulanseberedskapen og svekker tryggheten for innbyggerne i Møre og Romsdal. Ambulansetjenesten må dimensjoneres ut fra geografi, avstander og reelle beredskapsbehov – ikke kortsiktige økonomiske innsparinger.

Forslagene som er lagt fram vil etter kommunens vurdering gi lengre responstid, større sårbarhet og redusert lokal tilstedeværelse. Dette er særlig alvorlig i en tjeneste der minutter kan være avgjørende for liv og helse. Kommunen understreker også at ambulansehelikopter ikke kan erstatte lokal beredskap, da tjenesten er væravhengig og kan være opptatt på andre oppdrag.

Vestnes kommune mener det er uforsvarlig å svekke beredskapen langs E39/E136. Ambulansestasjonen på Sjøholt har en strategisk plassering langs en av regionens viktigste og mest trafikkerte transportårer, og kommunen kan derfor ikke støtte forslaget om sammenslåing av stasjonene på Sjøholt og Brattvåg med flytting til Stette.

Kommunen mener videre at forslagene fremstår som mangelfullt utredet. Lokale forhold, risiko og konsekvenser for responstid og pasientsikkerhet er ikke tilstrekkelig belyst. Det er heller ikke gjennomført tiltaks- eller kommunevise analyser av hvordan endringene vil påvirke kommunale tjenester som legevakt, fastleger, hjemmetjeneste, sykehjem og kommunale øyeblikkelig-hjelp-plasser. Etter kommunens vurdering er dermed de faglige, organisatoriske og økonomiske konsekvensene for kommunene utilstrekkelig vurdert.

Vestnes kommune forventer at så omfattende endringer behandles på grunnlag av en helhetlig analyse der innbyggernes trygghet og behov for rask tilgang til akutt hjelp veier tyngre enn kortsiktige økonomiske hensyn.



HELSE MØRE OG ROMSDAL HF
Postboks 1600
6026 ÅLESUND

Deres referanse

Vår referanse
26/00895-5

Saksbehandler
Ståle Refstie

Dato
29.05.2026

Uttalelse til innspillsrunden om innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesten

Uttalelse til innspillsrunden om innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesten

Sunndal kommune viser til rapporten *Utredning av innsparingstiltak i Båt- og ambulansetjenesten*, og til innspillsrunden der kommunene bes komme med høringssvar og faglige innspill til rapporten.

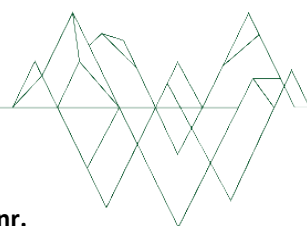
Sunndal kommune støtter fullt ut forslaget om å opprettholde ambulansetilbudet i Sunndal med to døgnbiler. Vi stiller oss bak vurderingene til arbeidsgruppa om at nattberedskapen i randsonene av Nordmøre og Romsdal, inkludert Sunndal, ikke bør reduseres. Vi slutter opp om de faglige vurderingene til den tverrfaglige arbeidsgruppa for Båt og bilambulansetjenesten. Her slås det fast at ambulanseberedskapen i Sunndal kommune må ta høyde for:

- Lang vei til sykehus
- Manglende lokal legevakt om kveldene og i helgene
- Store avstander og få alternative ruter, som gjør området sårbart ved stenginger eller redusert framkommelighet
- Lange ambulanseoppdrag der ressurser er bundet opp over tid, og én ambulanse må dekke store områder alene
- Vær og naturforhold som påvirker framkommeligheten gjennom hele året, med økt risiko for flom, ras og ustabile kjøreforhold
- Fare for storulykker som følge av store kraft- og industrivirksomhet, og som vil kreve minst to ambulanser
- Tunnelstrekninger som kan stanse trafikken ved hendelser eller vedlikehold
- Mangel på omkjøringsmuligheter
- Begrensede muligheter for rask og stabil nabostøtte fra ambulanser som er stasjonert utenfor Sunndal, da disse er langt unna og allerede har høy bindingstid

Postadresse
Postboks 94, 6601 SUNNDALSØRA
E-post
post@sunndal.kommune.no

Besøksadresse
Romsdalsvegen 2
www.sunndal.kommune.no

Telefon
+47 71 69 90 00
Organisasjonsnr.
964 981 604



- Høye samtidighetsrisikoer fordi ambulanseressursene ofte er bundet opp over tid, samtidig som vær, naturhendelser og industriaktivitet øker sannsynligheten for samtidige hendelser
- Sårbarhet ved samtidige hendelser, særlig når oppdrag pågår samtidig eller når ressurser står langt unna

Den tverrfaglige arbeidsgruppa konkluderer med at kombinasjonen av lange transporter, høy andel tidskritiske oppdrag og begrenset tilgang på nærliggende støtte gir økt risiko for forlenget responstid, og gjør den akuttmedisinske beredskapen i Sunndal særlig sårbar. **Arbeidsgruppas samlede vurdering er at nattberedskapen i Sunndal ikke kan reduseres uten en uforholdsmessig svekkelse av beredskapen og pasientsikkerheten.**

Sunndal kommune vil også presisere, at Statnett, Statkraft, TrønderEnergi/Istad og Hydro planlegger flere tunge og komplekse kraftutbygginger og industriprosjekt i Sunndal i løpet av de neste årene. Dette vil medføre høy aktivitet, et stort antall anleggsarbeidere og økt risiko for ulykker. Utbyggerne og andre bedrifter og aktører har gitt tydelig beskjed om viktigheten av solid prehospital beredskap i perioden dette gjennomføres. Blant annet i en felles uttalelse til Helse Møre og Romsdal, der de ber om at dagens ambulanseberedskap i Sunndal opprettholdes. Etter vår vurdering, styrker dette konklusjonen om å ikke redusere nattberedskapen i Sunndal.

Fra og med 20. mai, har dessuten UDI reetablert et ordinære asylmottak i Sunndal. Denne kontrakten er tildelt Hero, som skal huse opptil 150 flyktninger, og der UDI har opsjon på 75 til. Fra før har Hero et mottak for enslige mindreårige flyktninger med 25 plasser. Totalt blir det nå inntil 250 beboere ved mottaket. Sunndal kommune har erfaring med at slik drift medfører et klart behov for ambulansetjenester med til dels komplekse og langvarige oppdrag. Også dette tilsier at ambulanseberedskapen i Sunndal ikke kan svekkes. Vi minner om at det ikke har vært drift av ordinært asylmottak i perioden som datagrunnlaget for rapporten er innhentet.

På overordnet nivå, er Sunndal kommune bekymret for den krevende økonomiske situasjonen Helse Møre og Romsdal står i, og konsekvensene dette får for kommunene i fylket vårt. Vi er spesielt bekymret for de foreslåtte innsparingene innen Båt- og bilambulansetjenesten, med krav om å finne innsparingstiltak tilsvarende to døgnambulanser i løpet av 2026. I en situasjon der spesialisthelsetjenestene sentraliseres på færre sykehus, og behovet for ambulanser øker. Vi mener at en reduksjon i beredskapen i opptaksområdet for Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) bør unngås all den tid vi kun har ett års erfaring med det nye transportmønsteret for ambulansetrafikken i området.

Sunndal kommune er også bekymret for at lengre ventetid ved akutte situasjoner vil øke belastningene på kommunale helse- og omsorgstjenester, legevakter og lokale beredskapsressurser, og flytte ansvar, risiko og kostnader over på kommunene. På generell basis bemerker vi at Helseforetaket ikke kan forvente at kommunene kan overta de oppgavene som en reduksjon i prehospitale tjenester medfører. Sunndal kommune mener at det er helt nødvendig at berørte kommuner tas med i en evaluering av de tiltakene som innføres i tiden framover.

Det er gledelig at Helse Midt-Norge nå gir 275 millioner kroner i krisepakke til Helse Møre og Romsdal fordelt på de kommende fem årene. Vi ber om at disse midlene kommer de prehospitale tjenestene til gode, slik at helseforetaket unngår å svekke ambulanseberedskapen.

For Nordmøres del, ber vi om at de ekstra midlene benyttes til å bevare dagambulansen i Kristiansund. Denne ambulansen er ikke bare en lokal ressurs for Kristiansund kommune. Dagbilen bidrar også til å redusere sårbarheten for Kristiansunds nabokommuner ved samtidige hendelser.

På vegne av Sunndal kommunestyre

Ståle Refstie
Ordfører

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Helse Møre og Romsdal

Nordmøre 1. juni 2026

Uttale til innspillsrunde om innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten.

Nordmøre regionråd IPR viser til innspillsrunden knyttet til rapport om innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal HF.

Regionrådet er bekymret for den krevende økonomiske situasjonen helseforetaket står i, og hvilke konsekvenser dette får for kommunene. Endringer i akuttmedisinsk beredskap må vurderes helhetlig, der pasientsikkerhet, geografiske forhold, totalberedskap og konsekvenser for kommunale helse- og omsorgstjenester tillegges stor vekt.

Nordmøre regionråd vil særlig understreke at dagbilen i Kristiansund ikke bare er en lokal ressurs for Kristiansund kommune. Dagbilen bidrar til å redusere sårbarheten for alle kommuner ved samtidige hendelser. En reduksjon i denne kapasiteten vil derfor kunne få konsekvenser langt utover Kristiansund kommune.

I tillegg er vi bekymret for at lengre ventetid ved akutte situasjoner vil belaste de kommunale helse og omsorgs tjenestene, legevakt og lokale beredskapsressurser. Nordmøre regionråd vil understreke at innsparingstiltak i spesialisthelsetjenesten ikke må gjennomføres på en måte som i realiteten flytter ansvar, risiko og kostnader over på kommunene.

Nordmøre regionråd vil samtidig gi honnør til Klinik for prehospitale tjenester for prosessen som er gjennomført. Kommunene opplever at det har vært reell involvering og medvirkning. Regionrådet mener dette er i tråd med de nye mål og strategier som er vedtatt for Helsefellesskap Møre og Romsdal, der visjonen «Eitt lag – felles ansvar» og verdiene «tillit – rausheit – respekt» skal ligge til grunn for samarbeidet mellom kommunene og helseforetaket.

Med vennlig hilsen

Ingrid O. Rangønes
Leder IPR
Ordfører Averøy (sign.)

Ståle Refstie
Nestleder IPR
Ordfører Sunndal (sign.)

Nordmøre regionråd IPR er det politiske samarbeidet mellom Aure, Averøy, Gjemnes, Kristiansund, Smøla, Sunndal, Surnadal og Tingvoll som omfatter rundt 55.000 innbyggere.

Grunngjeve spørsmål

Svekka ambulansetjeneste er svekka beredskap!

Gjennom media vart vi for ei kort stund tilbake gjort kjent med at ei arbeidsgruppe i Helseføretaket foreslår å kutte i ambulansetjenesta fleire stader i Møre og Romsdal. Eit av forslaga som er lagt fram er ei samanslåing av ambulansetenesta i Aukra og Midsund.

Forslaget inneber at Helseføretaket skal spare 20 mill. kr i såkalla prehospitale tenester, og ønskjer å erstatte ordinære ambulansar med det ein kallar «ein-reddar» løysingar fleire stader i Møre og Romsdal.

Det kan ikkje vere tvil om at «ein-reddar» løysing ikkje vil kunne gje same beredskap som ein fullt bemanna ambulanse. Éin person kan faktisk ikkje både vurdere, behandle, overvake og klargjere transport av ein alvorleg sjuk eller skadd pasient. Dette må vel føre til meir ventetid? Ventetid på ekstra hjelp, på transport eller diverse avklaringar. Ein kan miste viktig tid, tid som er viktig med tanke på rett hjelp og så rask hjelp som mogleg.

For øydelen av Aukra kommune vil eventuell innføring av «ein-reddar» modellen medføre svekka beredskap. Dette både på eit generelt grunnlag, men ikkje minst med tanke på at ein er avhengige av ferje. Svekka ambulansetjeneste betyr også svekka beredskap med tanke på ilandføringsanlegget på Nyhamna. I dagens situasjon burde vi ha fått styrka beredskapen ikkje svekka den, slik ein no legg opp til.

Rapporten som omtalar kutt i ambulansetenesta er send ut på ekstern høyring til mellom anna Aukra kommune. Forslaga som ligg i rapporten skal etter plana handsamast på Styremøte i Helse Møre og Romsdal i juni.

Kva tenkjer Ordføraren om forslaga til kutt i ambulansetenesta og korleis meiner ordføraren vi kan jobbe for å unngå desse kutta som vil medføre svekka beredskap for Aukra kommune?

Ingunn Hjelmås

Aukra KrF



Arkivsak-dok. 24/01618-11
Saksbehandlar Thomas Rakvåg

Saksgang	Møtedato	
Kommunestyret	28.05.2026	PS-34/26

Saksframlegg

Utgreiing av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetenesta i Helse Møre og Romsdal HF

Kommunedirektøren si tilråding:

Kommunestyret sluttar seg til kommunedirektøren sin høyringsuttale til Helse Møre og Romsdal HF

Høyringsuttale frå Aukra kommune:

Bakgrunn

Helse Møre og Romsdal HF la i april 2026 fram rapporten «Utgreiing av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetenesta». Rapporten foreslår tiltak som samla skal gi om lag 20 millionar kroner i årleg innsparing. Fleire av tiltaka vil få direkte konsekvensar for Romsdal-regionen, mellom anna for Aukra kommune og nærliggande område.

Klinikk for prehospital tenester er pålagt ei innsparing på 20 millionar kroner i 2026. Det vart derfor sett ned ei arbeidsgruppe i januar 2026 for å identifisere innsparingstiltak tilsvarande om lag 16 årsverk eller to døgnambulansar. Rapporten skal behandlast i styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 17. juni 2026. Frist for kommunale innspel er 1. juni 2026 kl. 12.00.

Arbeidsgruppa har hatt deltakarar frå prehospital teneste, fagavdeling, verne- og tillitsvalde samt kommunale og regionale samarbeidspartnarar.

Føreslått innsparingstiltak

Arbeidsgruppa foreslår ni tiltak:

1. Fjerning av dagbil i Kristiansund – estimert innsparing 6 mill. kroner
2. Ein-reddar-ressurs i Geiranger – estimert innsparing 2,5 mill. kroner
3. Ein-reddar-ressurs på Harøy – estimert innsparing 4,5 mill. kroner
4. Ein-reddar-ressurs i Midsund – estimert innsparing 4,5 mill. kroner
5. Samanslåing av Aukra og Midsund som beredskapsområde – innsparing ikkje berekna
6. Redusert nattberedskap i Ulstein – estimert innsparing 1 mill. kroner

7. Samanslåing av seksjon Ørskog/Haram med lokalisering til Stette – estimert innsparing 1,5 mill. kroner
8. Etablering av ekstra sjuketransporteining i Molde – estimert meirutgift avhengig av modell
9. Etablering av sjuketransporteining i Ulstein – estimert meirutgift avhengig av modell

Rapporten peikar sjølv på at historiske data åleine gir avgrensa grunnlag for å vurdere innsparingstiltak. Geografiske forhold som lange avstandar, øy- og fjordstruktur, ferjeavhengigheit og krevjande vêrforhold påverkar responstid, tilgjenge og robustheit i tenesta. Endringar i kapasitet i eitt område kan få konsekvensar for heile den akuttmedisinske kjeda, inkludert kommunale tenester, AMK, legevakt, luftambulansenesta og sjukehusa.

Overordna vurderingar

Kommunalsjefen i hele og omsorg vurderer at arbeidsgruppa har gjort eit omfattande arbeid innan kort tidsramme. Samstundes inneber fleire av tiltaka vesentlege endringar i den akuttmedisinske beredskapen, og fleire tiltak føreset nærare avklaringar, val av gjennomføringsmodell og kompensierende tiltak før dei kan vurderast som forsvarlege. Det er vidare gjennomført geografiske analysar for enkelte tiltak, men ikkje for alle, noko som gir ulik detaljeringsgrad og gjer samla vurdering krevjande.

Mangelfull vurdering av sårbare grupper

- Kommunen meiner konsekvensane for særleg sårbare pasientgrupper er for lite utgreidde.

Dette gjeld mellom anna:

- skrøpelege eldre
- pasientar med samansette og omfattande behov
- personar med psykiske lidingar og rusproblematikk
- kvinner i svangerskap, fødsel og barseltid

Endringar i responstid, prehospital tilgang og transportkapasitet kan få særleg store konsekvensar for desse gruppene.

Risiko for ansvarsforskyving til kommunane

Aukra kommunen vil understreke at innsparingstiltaka kan føre til forskyving av oppgåver, ansvar og kostnader frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Rapporten peikar sjølv på at endringar i ambulansenesta får konsekvensar for resten av den akuttmedisinske kjeda. Kommunane må derfor involverast tett i vidare vurderingar av konsekvensar og kostnader.

Utvikling i behovet for tenester

Rapporten viser til moderat nedgang i folketalet i Møre og Romsdal samla sett, men samtidig sterk vekst i delen innbyggjarar over 80 år. Aukra kommune vurderer at dette vil føre til auka behov for akuttmedisinske vurderingar og fleire ambulansetransportar til legevakt og sjukehus. Kommunen stiller derfor spørsmål ved kvifor ambulanseberedskapen vert foreslått redusert i ein situasjon der behovet er venta å auke, særleg i geografisk spreidde og sårbare område.

Vurdering av tiltak i Aukra og Midsund

Samanslåing av beredskapsområde:

Utgreiinga legg til grunn at ambulansenestene i Aukra og Midsund kan samlast i ei felles løysing der oppdrag frå Midsund vert overførte til Aukra.

Datagrunnlaget viser:

- Aukra har om lag 552 oppdrag årleg

- Midsund har om lag 251 oppdrag årleg
- Samla volum vert om lag 803 oppdrag årleg
- om lag 135 av desse gjeld kritiske pasientar

Kommunen vurderer at dette vil gi vesentleg auka belastning på éin ressurs, redusert reservekapasitet og større sårbarheit ved samtidige hendingar. I akuttmedisin er reservekapasitet avgjerande for å handtere uforutsette situasjonar.

Auka responstid

Rapporten viser at bortfall av lokal beredskap i Midsund vil gi framføringstid på om lag 30 minutt frå Aukra til sentrale delar av Midsund under gode forhold. Dette er ei vesentleg svekking samanlikna med dagens situasjon.

Når ein samtidig tek omsyn til:

- vêrforhold
- ferjeavhengigheit
- manglande nattferje
- fleire transportledd

-er det grunn til å rekne med at reell responstid ofte vil vere vesentleg lengre.

Kommunen vurderer dette som særleg alvorleg ved tidskritiske tilstandar som:

- hjerneslag
- hjartefarkt
- alvorlege traume

Ferjeavhengigheit og geografisk sårbarheit

Fleirtalet av innbyggjarane i Aukra kommune er avhengige av ferjesamband for å nå sjukehuset på Hjelset. Dette inneber ei særskild geografisk og strukturell sårbarheit som ikkje fullt ut kan kompenseras gjennom organisatoriske endringar i ambulansetenesta. Når lokal beredskap samtidig vert redusert, aukar risikoen for at pasientar ikkje får naudsynt helsehjelp innan forsvarleg tid.

Vurdering av ein-reddar-løysing

Rapporten vurderer ein-reddar-løysing med gul risiko innan:

- pasienttryggleik
- HMS
- samhandling
- omdømme

Aukra kommune vurderer ikkje dette som eit akseptabelt risikonivå i ei akuttmedisinsk beredskapsteneste. Ei ordning der éin person aleine skal handtere komplekse og potensielt livstruande situasjonar aukar både operasjonell og fagleg risiko. Samstundes føreset ordninga omfattande kompenserande tiltak som:

- opplæring
- støttefunksjonar
- tilpassing av utstyr

Dette reduserer i praksis den økonomiske gevinsten.

Aukra kommunen vurderer vidare at ein-reddar-løysing i praksis vil innebere avvikling av lokalt bemanna ambulanseressurs i Midsund, noko som vil:

- auke responstida i Midsund
- redusere beredskapen i Aukra, Molde, Hustadvika og nærliggande område
- skape kjedeeffektar i heile regionen

Kommunen er særleg uroa for at auka responstid og redusert kapasitet vil føre til fleire medisinske avgjerder tekne på avstand via telefon eller video, med risiko for at pasientar vert verande heime på utilstrekkeleg avgjerdsgrunnlag.

Operative utfordringar og ambulansebåt

Kommunen meiner dei operative føresetnadene for ambulansebåttenesta er for lite vurderte. Sundsbø-kaia er for tida ute av drift, noko som gjer at ambulansebåten må gå heilt inn til Midsund sentrum. Solholmen kan nyttast, men ikkje nattestid når ferja ligg der som beredskapsferje. Dette kan gi vesentleg lengre responstid og påverke beredskapen både i Midsund og Aukra. Dersom Aukra-ambulansen er ute på oppdrag, kan ambulansebåten stå utan tilgjengeleg ambulansepersonell. Ei eventuell ambulanse i Midsund vil då ikkje kunne bemannast lokalt, og ambulansebil må sendast frå fastlandet. Dette vil både gi forseinkingar og redusere beredskapen i andre delar av regionen.

Kommunen saknar også vurderingar av situasjonar der ambulansebåten er ute av drift på grunn av:

- vêrforhold
- tekniske forhold
- operative avgrensingar

Manglar i beslutningsgrunnlaget

Arbeidsgruppa av rapporten erkjenner sjølv:

- betydeleg usikkerheit i datagrunnlaget
- metodiske avgrensingar i risikovurderingane
- at modellen kan undervurdere sjeldne, men alvorlege hendingar

Kommunen meiner dette er særleg kritisk innan akuttmedisin, der slike hendingar kan få avgjerande konsekvensar for liv og helse.

Vidare er konsekvensane for kommunale tenester for lite utgreidde. Det manglar konkrete analysar av korleis tiltaka vil påverke:

- legevakt
- fastlegeordning
- heimetenester
- sjukeheimar

Kommunale øyeblikkeleg hjelp-plassar

Kommunen meiner dette er ei vesentleg svakheit ved beslutningsgrunnlaget.

Tiltaka må òg vurderast opp mot akuttmedisinforskrifta, som krev at ambulansetenesta skal bringe kompetent personell raskt fram til pasientar og sikre forsvarleg behandling og transport.

Vurdering

Aukra kommune vurderer at dei føreslåtte tiltaka samla vil føre til ei vesentleg svekking av den akuttmedisinske beredskapen. Tiltaka inneber:

- auka responstid
- redusert kapasitet
- større sårbarheit

- auka belastning på resten av den akuttmedisinske kjeda

Kommunen kan derfor ikkje støtte:

- samanslåing av beredskapen i Aukra og Midsund
- innføring av ein-reddar-løysing

Aukra kommune meiner det er nødvendig med ei ny og meir grundig risiko- og sårbarheits vurdering som i større grad tek omsyn til:

- realistiske verstefallsscenario
- geografiske forhold
- ferje- og vêravhengigheit
- samla belastning på den akuttmedisinske kjeda

Det bør også vurderast alternative innsparingstiltak som ikkje svekkjer beredskapen i distriktsområde.

Kommunedirektøren meiner vidare at eventuelle tiltak må følgjast opp gjennom ein tydeleg og forpliktande plan for overvaking og evaluering. Oppfølginga må inkludere:

- konsekvensar for legevakt og fastlegeordning
- kommunale akuttfunksjonar
- faktiske endringar i responstid
- kostnads- og risikoforskyving til kommunane

Aukra kommune vil avslutningsvis understreke at akuttmedisinsk beredskap er ein grunnleggande tryggleiksfaktor for innbyggjarane og eit kjerneelement i den offentlege helseberedskapen.
(Høyringsuttale slutt)

Habilitetsvurdering

Kommunedirektøren er nestleiar i styret i Helse Møre og Romsdal HF, som er adressat for det aktuelle høyringssvaret. Etter ei konkret vurdering kan dette reise spørsmål om habilitet etter forvaltningslova § 6 andre ledd, då tilliten til upartisk saksførebuing kan bli påverka.

For å sikre ei uavhengig og tillitvekkjande behandling er saka derfor førebudd av kommunalsjef for helse og omsorg, som blir vurdert som habil. Kommunedirektøren har ikkje delteke i den konkrete saksførebuinga. Det er også vurdert om avleidd habilitet etter forvaltningslova § 6 tredje ledd kjem til bruk. Sidan kommunedirektøren ikkje har delteke i den konkrete saksførebuinga, og saka er førebudd sjølvstendig av kommunalsjefen, er det lagt til grunn at føreseigna ikkje er til hinder for behandlinga.

Administrative konsekvensar

Folkehelsekonsekvensar

Klima- og miljøkonsekvensar

Tiltaka har ingen direkte konsekvensar for klima og miljø.

Økonomiske konsekvensar

Oppfølging av tiltaka og handtering av konsekvensar kan få økonomiske konsekvensar for kommunen, særleg dersom oppgåver, ansvar eller belastning vert overførte frå spesialisthelsetenesta til kommunale helse- og omsorgstenester.

Silje Liepelt
Kommunalsjef helse og omsorg

Jan Erik Hovdenak
Fungerande kommunedirektør

Særutskrift

Vedlegg

Att_ kommunedirektør og kommunalsjef Helse_ Rapport - Vurdering av innsparingstiltak i
avdeling for båt -og bilambulanse
Utredning av innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesten (1)
Datagrunnlag - tall og drøftingsmateriell (1)
Sammensetning av arbeidsgruppen
ROS - Innsparingstiltak i Båt og bilambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal (2)
Døgnprofiler
Vurdering av tiltak - Nordmøre, Romsdal, Sentral Sunnmøre, Indre Sunnmøre, Ytre Sunnmøre



HELSE MØRE OG ROMSDAL HF
Postboks 1600
6026 ÅLESUND
Eli Klara Otterlei

Deres referanse

Vår referanse
26/00016-72

Saksbehandler
Kjetil Leirbekk
48281141

Dato
19.05.2026

Høring - Utredning av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten

Uttalelse fra Averøy kommunestyre 11.05.26:

Averøy kommune har en ambulanse, denne må beholdes. Averøy kommune har lang vei til akuttsykehuset, og opprettholdelse av dagens ambulansestasjon er avgjørende for en forsvarlig beredskap.

Viktig for Averøy at beredskapen i Kristiansund, Gjemnes, Tingvoll, Molde og Hustadvika beholdes på dagens nivå, da disse er beredskapen når Averøyambulansen er ute på oppdrag.

Dagbil i Kristiansund må beholdes, da denne er viktig for beredskapen når Averøyambulansen er på vei til Hjelset. Det er i grunnlaget for rapporten beskrevet at samtidighetskonflikter ville ha oppstått dersom en ikke hadde hatt dagbilen.

Det er bekymringer i pleie- og omsorgstjenestene og legetjenesten knyttet til lengre ventetid ved akutte situasjoner ved reduksjon av dagens tjenestenivå. Dette vil belaste de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og kostnaden flyttes bare fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

Det bes om at uttalelsen fra et enstemmig Averøy kommunestyre vedlegges videre saksgang.

Med hilsen

Kjetil Leirbekk
Assisterende kommunedirektør
48281141

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Helse Møre Og Romsdal Hf
Postboks 1600
6026 Ålesund

Vår referanse
26/490 26/12227

Dykkar referanse

Sakshandsamar
Gro-Anette Frøystad
Voldsund

Dato
12.05.2026

Rapport - Vurdering av innsparingstiltak i avdeling for båt -og bilambulanse

Herøy kommune viser til mottatt rapport «*Utredning av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten*» og takkar for høvet til å gi innspel.

Føreslåtte tiltak for vår region

Herøy kommune anerkjenner Helse Møre og Romsdal sitt behov for å identifisere innsparingstiltak, og vil gi ros for god involvering av kommunane i prosessen.

Kommunen støttar rapporten sine anbefalingar, og er samde i at tiltaka som ligg føre har minst samla negativ konsekvens for innbyggjarar og tenester i vår region.

Vi er sjølvstakt bekymra for at reduksjon i nattberedskap på ein bil i Ulsteinregionen vil kunne føre til auka press på ambulanseberedskapen også i Herøy. Særskilt gjeld det i helgane, då Ulstein har ein del uteliv som periodevis genererer oppdrag.

Reduksjonen vil truleg også påverke legevakta, i form av auka press på legebilen og telefoniske avklaringar utan kliniske undersøkingar av ambulansepersonell. Sistnemnte kan auke sjansen for feilvurderingar.

Søre sunnmøre legevakt vil kome med eigen uttale i samband med rapporten.

Framtidig organisering i Myrvåg

Herøy kommune støttar opp under forslaget om framtidig samlokalisering av ambulansetenesta i Myrvågregionen. Vi trur det vil kunne bidra til eit meir robust fagmiljø og berekraftig drift, både når det gjeld fag og ressursbruk.

Samtidig er det viktig å vurdere kvar ambulansane skal opphalde seg i kjernetida, med tanke på nærleik til innbyggjarane, responstid og beredskap ved uvêr, tekniske avbrot eller bortfall av alternative transportløyningar.

Vi rår Helse Møre og Romsdal til å ha dialog med politiet i samband med deira arbeid knytt til etablering av ny politistasjon. Ei mogleg samlokalisering mellom "blålysetatane" vil kunne gi synergjar. Herøy kommune har også behov for stasjonering av brannbil i Myrvåg.

Konklusjon

Herøy kommune er avhengig av ei velfungerande ambulanseteneste for å sikre forsvarlege og likeverdige helsetenester. Endringar som svekkar denne tenesta vil få direkte konsekvensar for innbyggjarane, for kommunale tenester og for samhandlinga med spesialisthelsetenesta. Kommunen vurderer at tiltaka samla sett vil påverke heilskapen i den akuttmedisinske kjeda, men at det er innanfor forsvarlegheitskravet jf ROS-analysene som er utarbeidd.

Med helsing

Gro-Anette Frøystad Voldsund
Kommunalsjef Helse- og omsorg

Dokumenter er elektronisk godkjent og har difor ikkje signatur

Mottakar
Helse Møre Og Romsdal Hf Postboks 1600 6026 Ålesund

Kopi til
Trond Arne Rossi Aglen

Til Helse Møre og Romsdal HF

Høyringsinnspel – forslag til innsparingstiltak i ambulansetenesta, punkt 7.6 redusert nattberedskap i Ulstein

Kommunane på ytre søre Sunnmøre ønskjer å uttrykke stor uro knytt til forslaget om redusert nattberedskap i ambulansetenesta i Ulsteinvik.

Kommunane meiner tiltaket ikkje kan vurderast isolert ut frå aktivitetsnivå ved éin ambulansestasjon, men må sjåast i samanheng med den samla akuttmedisinske beredskapen på ytre søre Sunnmøre, inkludert kommunane Ulsteinvik, Hareid, Herøy, Sande og Vanylven.

Ambulansetenesta er ein del av ei samla akuttmedisinsk kjede, der endringar i eitt område får direkte konsekvensar for AMK, legevakt, kommunale helse- og omsorgstenester og sjukehus. Saksgrunnlaget frå Helse Møre og Romsdal viser sjølv at Ulstein-seksjonen har høg aktivitet, stor ressursbinding og registrert samtidigheit, særleg i kveld- og nattperioden.

Kommunane meiner det er særleg viktig å understreke at Ulsteinvik ikkje berre fungerer som lokal ambulansestasjon, men også som regional reservekapasitet og operativ buffer for store delar av ytre søre Sunnmøre ved samtidige hendingar, lange transportar og periodar der ressursar er bundne opp.

Dette er særleg viktig for kommunar med avgrensa eigen ambulanskapasitet, der støtte frå Ulstein ofte er avgjerande når eigen ressurs er oppteken.

Rapporten peikar sjølv på at tiltaket kan gi:

- auka responstid ved enkelte akutte hendingar
- lågare operativ buffer ved samtidige oppdrag
- større avhengigheit av støtte frå naboområdet
- høgare belastning på legevakt og kommunale tenester

Etter kommunane si vurdering er dette særleg alvorleg i ein region med spreidd busetnad, lange transportar og periodar der ressursar vert bundne opp over tid i nattperioden.

Kommunane er også uroa for at redusert nattberedskap kan føre til høgare terskel for å utløyse ambulanse på natt, noko som igjen kan gi forseinka behandling, større medisinsk risiko og auka belastning på kommunale akuttfunksjonar.

Vidare vil kommunane peike på at rapporten sjølv erkjenner at det ikkje er gjennomført tiltaks- eller kommunevise analysar av konsekvensane for:

- legevakt
- legebil
- heimeteneste
- sjukeheim
- kommunale øyeblikkeleg hjelp-plassar
- særleg sårbare pasientgrupper

Etter kommunane si vurdering er dette ein vesentleg mangel ved beslutningsgrunnlaget.

Når rapporten samtidig peikar på behov for kompenserande tiltak gjennom meir samhandling, telemedisin og auka bruk av kommunale ressursar, understrekar dette at belastninga ikkje forsvinn, men i praksis kan bli flytta over på kommunane.

Kommunane meiner også at den demografiske utviklinga må tilleggjast større vekt. Regionen står framfor ein betydeleg vekst i talet eldre innbyggjarar og eit aukande behov for prehospitale tenester dei komande åra. Ei svekking av nattberedskapen må derfor vurderast opp mot framtidige behov og samla beredskapsevne – ikkje berre historiske aktivitetstal.

Sjølv om tiltaket er estimert til ei avgrensa økonomisk innsparing, meiner kommunane at dei samla konsekvensane for responstid, beredskap, reservekapasitet og kommunal belastning kan bli vesentleg større enn det økonomiske utslaget tilseier.

På denne bakgrunnen meiner kommunane at Helse Møre og Romsdal HF ikkje har eit tilstrekkeleg fagleg og beredskapsmessig grunnlag for å redusere nattberedskapen på ytre søre sunnmøre.

Kommunane ber derfor om at dagens døgnerberedskap ved ambulansestasjonen i Ulstein vert vidareført.

For kommunane på ytre søre Sunnmøre er tryggleik, responstid og føreseieleg akuttberedskap avgjerande. Terskelen for å redusere nattkapasiteten i eit sentralt regionalt beredskapspunkt må derfor vere høg.

Med helsing

Bernt Brandal
ordfører Hareid

Ann-Kathrin Storøy
ordfører Herøy

Dag Vaagen
ordfører Sande

Stian Skorgen Scheide
ordfører Ulstein

Paul Sindre Vedeld
ordfører Vanylven

Helsefellesskap Møre og Romsdal



Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk kjede og helseberedskap

28.mai 2026

Innspel til Helse Møre og Romsdal til rapporten *“Utgreiing av innsparingstiltak i båt og bilambulansetenesta”*

Innleiing

Fagleg samarbeidsutval for akuttmedisinsk kjede og helseberedskap er helsefellesskapet i Møre og Romsdal sitt fagutval for akuttmedisinsk kjede og helseberedskap, og har i sitt mandat å vere eit rådgjevande organ og styrke samarbeid og kunnskapsdeling innan fagfeltet.

Utvalet har fått oversendt forslag til innsparingstiltak i båt- og bilambulansetenesta, og er bedne om å kome med innspel til rapporten. Innleiingsvis vil vi påpeike at kort svarfrist gjer det utfordrande å involvere alle i utvalet og ha ein god prosess.

Rapporten er drøfta i møte FSU 12.mai og elles handsama i epost-korrespondanse med medlemmane i utvalet.

Utvalet er innforstått med at Helse Møre og Romsdal er i ein utfordrande økonomisk situasjon, og at det også må vurderast tiltak i båt- og bilambulansetenesta. Helse Møre og Romsdal ønsker faglege innspel for å belyse konsekvensar, risiko og føresetnadar knytt til tiltaka, også lokale tilhøve og samhandling i den akuttmedisinske kjeda.

Rettsleg utgangspunkt finn vi i følgjande reglar:

spesialisthelsetenestelova § 2-2 at helsetenester som blir tilbydde eller ytte skal vere forsvarlege

· helse- og omsorgstenestelova § 4-1 at kommunen og spesialisthelsetenesta samla skal sikre forsvarlege helse- og omsorgstenester

· akuttmedisinforskrifta §§ 10 og 11 at ambulansetenesta skal vere dimensjonert slik at pasientar får nødvendig helsehjelp utan unødig opphald, og at tenesta skal vere tilstrekkeleg bemanna og organisert

Forsvarlegheitskravet er ein rettsleg standard, der det avgjerande er om tenesta reelt sett er i stand til å handtere dei oppgåvene ho er sett til å løyse, under dei faktiske forholda i området.

Utfordringsbiletet

Som det blir gjort greie for i rapporten, så står Møre og Romsdal framfor demografiske endringar, med betydeleg auke i tal eldre i åra framover. Dette vil kunne påverke framtidig etterspurnad etter prehospitale tenester, særleg knytt til akutte hendingar, samansette sjukdomsbilete og auka transportbehov. Rapporten seier vidare at handtering av demografiske endringar krev langsiktige og heilskaplege prosessar knytt til framtidig dimensjonering, tenesteutvikling og samhandling i den akuttmedisinske kjeda. Medan det i nokre områder i Møre og Romsdal er høg aktivitet og stort press på ambulanseressursar, er det i andre områder lågare aktivitet og mykje beredskapstid. Ambulansestasjonar med mykje beredskapstid er gjerne stasjonar med lang avstand til sjukehus, legevakt og andre helseressursar.

Når ein no foreslår endringar i båt- og bilambulansetenesta som utelukkande er grunngjeve i trong for kortsiktig økonomisk innsparing, vil utvalet uttrykke uro for om føreslegne tiltak i for liten grad er vurdert i høve det framtidige behovet for ambulansetenester.

Beredskap

Ambulansetenesta er ein heilt sentral aktør i helseberedskap og totalforsvarsperspektivet. Ved kriser med høg belastning, lang varigheit eller samtidige hendingar, som ekstremvær, bortfall av kritisk infrastruktur, sikkerheitspolitisk krise, er det av stor viktigheit at ambulansetenestene er robuste og dimensjonert til å tole belastning over tid. Ved vurdering av innsparingar og reduksjon i ambulansetenesta må det gjerast vurderingar knytt opp til desse perspektiva.

Tiltaka i rapporten

Akuttmedisinske tenester er eit ansvar for både spesialisthelsetenesta og kommunane, der ambulansetenesta ligg til spesialisthelsetenesta. I rapporten er det foreslått reduksjon i talet på ordinære ambulansar heile eller deler av døgnet, samanslåing av ambulansestasjonar, samt innføring av ein-reddar-ressurs og etablering av sjuketransporteiningar.

Desse tiltaka fører utan tvil til ein svekka samla ambulanseberedskap i Møre og Romsdal. Utvalet meiner det i for liten grad er utgreidd kva konsekvensar tiltaka får for responstider, beredskap og kommunale tenester.

Reduksjon i ambulanseressursar heile eller deler av døgnet vil kunne gje større press på gjenværande ambulanseressursar, auka responstid og dermed forlenga tid til behandling ved tidskritiske tilstandar. Utvalet stiller spørsmål ved om det er gjort

tilstrekkelege analyser og vurderingar av effekt på responstid og totalbelastning på gjenværande ressursar.

Ein-reddar-ressurs er så vidt utvalet kjenner til lite utgreidd og utprøvd i Møre og Romsdal. Nokre forhold vi meiner ikkje er gjort greie for i samband med ein-reddar ressurs:

- Kva kompetanse denne ressursen skal ha
- I kva grad HMS-tilhøve er vurdert. Slik det framstår skal ein person aleine vere på vakt og rykke ut på akutte hendingar. Elles i akuttmedisinsk kjede er det eit uttalt mål å unngå at personell er aleine på vakt, jf Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral. Risikoanalyse av HMS ved å vere aleine på vakt med lang avstand til andre ressursar synes å mangle.
- Lang avstand til ressurs som kan transportere pasient vil føre til betydeleg auka tid frå hending inntreff til pasient er på sjukehus/legevakt, også i tidskritiske tilfelle.
- Kva effekt auka oppdragsmengd på ressurs som skal stå for transporten får på responstider og beredskap i denne ressursen sitt primærområde.
- Kva konsekvensar innføring av ein-reddar ressurs får på kommunale helse- og brannressursar.

Når det gjeld samanslåing av ambulansestasjonar så forutsetter utvalet at det vert gjennomført grundige responstidsanalyser som blir del av avgjerdsgrunnlaget. Vi ser ikkje at dette ligg til grunn i rapporten som føreligg.

Kommunale konsekvensar og samhandling

Fleire av dei føreslegne tiltaka vil kunne få konsekvensar for kommunale tenester og samhandlinga i akuttmedisinsk kjede. Dei ulike forvaltningsnivå har kvar for seg ansvar for ulike deler av kjeda og saman eit ansvar for at den akuttmedisinske kjede er forsvarleg. Reduksjon i ambulansetenesta vil kunne føre til auka press på dei kommunale tenestene, herunder legevakt, kommunale heimetenester og brann- og redning. Kommunale ressursar er i stor grad pressa, og det må i dialog med aktuelle kommunar vurderast om ein kan legge til grunn at kommunane kan ta det auka ansvaret som innsparingane i ambulansetenesta føreset.

Usikkerheit

Rapporten slår fast at det er knytt usikkerheit både til datagrunnlaget og til dei faktiske konsekvensar av moglege innsparingstiltak. Her blir mellom anna geografi, vær og føreforhold trekt fram. Vidare seier rapporten at det er usikkerheit knytt til at endringar i ressursdisponering i eitt område kan få konsekvensar for andre delar av den akuttmedisinske kjeda.

Rapporten peiker og på andre omstillingsprosessar i helseføretaket som kan få konsekvensar. Arbeidsgruppa bak rapporten vurderer at eventuelle kostnads- og

ressursmessige konsekvensar må belyst heilskapleg og nyansert, og føreset vidare handsaming i eigne prosessar i samarbeid mellom partane.

Utvalet les dette som at det er betydeleg usikkerheit knytt til føreslegne tiltak, og føreset at det vert gjort tiltak for å redusere denne usikkerheita før eventuelle tiltak vert iverksett.

Konklusjon

Fagleg samarbeidsutval for akuttmedisinsk kjede og helseberedskap i helsefellesskapet i Møre og Romsdal meiner det må ligge eit heilt klart premiss om at eventuelle innsparingstiltak i båt- og bilambulansetenesta er fagleg forsvarlege og i tråd med lov og regelverk.

Ut frå rapporten og vedlegga til rapporten meiner vi det kjem fram ei generell usikkerheit og mangelfull utgreiing av konsekvensar knytt til forslaga. Endring av struktur og reduksjon av tilbod i ambulansetenesta har potensielt store og alvorlege konsekvensar, og må følgeleg handsamast grundig. Beredskapsmessige konsekvensar, konsekvensar for responstider og konsekvensar for kommunale tenester og samhandlinga i akuttmedisinsk kjede er mellom faktorane som må vere grundig utgreidd før endringar vert iverksett.

Fagleg samarbeidsutval vil tilrå at eventuelle innsparingstiltak i båt- og bilambulansetenesta ikkje vert iverksett utan at det først blir gjennomført grundige prosessar der helseføretak og kommunar saman vurderer konsekvensar av tiltaka, og i kva grad dei er mogleg å gjennomføre og samstundes oppretthalde forsvarlege tenester.

Ein må og sjå innsparingstiltaka i lys av overordna føringar for samfunnssikkerheit og totalforsvar. Ambulansetenesta er ein vesentleg del av grunnleggande samfunnsfunksjonar, og endringar bør vurderast opp mot evne til å handtere samansette kriser, ikkje berre dagleg drift. Dette inkluderer og perspektiv knytt til nasjonal sikkerheit og samla beredskapsevne.

Sett i lys av behovet for langsiktige endringar i både spesialist- og kommunehelsetenesta for å møte framtidige behov i akuttmedisinsk kjede, vil utvalet tilrå at ein avventar drastiske tiltak i ambulansetenesta og ser dette i samanheng med komande arbeid knytt til akuttmedisinsk utviklingsplan.



Helse Møre Og Romsdal Hf
Postboks 1600
6026 Ålesund

Vår ref.: 26/1034-4

Dykkar ref.:

Arkiv: K2-H01

Dato: 01.06.2026

Innspel til rapport – vurdering av innsparingstiltak i avdeling for båt- og bilambulanse

Bakgrunn

Helseføretaket har gjennom fleire år gjennomført innsparingstiltak knytt til ambulanseberedskap i kommunane.

Dette har ført til gradvis fleire helseoppdrag og eit tett operativt samarbeid mellom ambulansetjenesta og dei lokale brannvesena.

Det er foreslått endringane i ambulanseberedskapet i Geiranger. Dette rammar både Stranda kommune og Fjord kommune.

Som brannsjef i Fjord og Stranda brann- og redningsvesen ønskjer eg med dette å gi innspel til dei innsparingstiltaka som får direkte konsekvensar for brannvesenet.

Innspel

Fjord og Stranda brann- og redningsvesen kan ikkje støtte at innsparingstiltak i helseføretaket skal medføre auka kostnader for kommunane, og auka belastning på brannvesenets mannskap.

Kva er foreslått:

Bruk av en-redder enhet i Geiranger. Innsparing: 2,5 mill.

Risiko:

- *Mangler transportkapasitet → avhengig av Stranda/Valldal.*
- *Høyrisikooppdrag (traume, fjellulykker, psykisk helse og barn) krever flere ressurser.*
- *Personellsikkerhetsrisiko ved enmannsløsning.*

Regional avhengighet

- *Full avhengighet av Stranda/Valldal for alle transporter.*
- *Sommertopp gir høy samtidighetsbelastning.*
- *Vinterstengte fjelloverganger og helikopterutfall gir ekstra sårbarhet.*

Lokal geografisk sårbarhet

- *Vinterforhold.*
- *Rasutsatte områder og dalfører uten dekning.*
- *Lange og sårbare korridorer.*

Kompenserende tiltak

Videre styrking av FR /frivillige / akutthjelporordning

Brann som førsteinnsats..... First responder og akutthjelper.....Styrke brann som førsteinnsats (eksisterende eller nye avtaler)..... Videreutvikle bruk av frivillige organisasjoner - avtaler og planeverk.... Videre styrking av lokale FR /akutthjelper- og frivilligordninger....

Helseføretaket legg dermed til grunn for sine innsparingstiltak å legge belastning og ansvar for akuttmedisinsk beredskap over på kommunane og frivillige organisasjonar.

Eitt av forslaga i i ROS-analysen er ***Brann som førsteinnsats***

Brannvesen og frivillige kan ikkje fungere som eit risiko-kompenserande tiltak for redusert akuttmedisinsk beredskap.

Helsedirektoratet har presisert at **akutthjelparordninga er eit tillegg til den ordinære akuttmedisinske tenesta**, der rask tilstadeværelse kan bidra til å redde liv.

Ordninga skal ikkje erstatte kommunane eller helseføretaka sine plikter til å sikre ei forsvarleg akuttmedisinsk beredskap.

Det er kommunane sine brannmannskap som er kursa som akutthjelparar. Når brannvesenet blir brukt som kompenserande tiltak, blir kostnadene dermed flytta frå helseføretaket og over på kommunane. I realiteten er det kommunale brannmannskap som utgjer akutthjelperressursane. Når disse i aukande grad nyttast som erstatning for redusert ambulansetilbud, inneber det ein tydeleg kostnadsoverføring til kommunane.

I små og mellomstore kommunar er brannberedskapen basert på **tilkallingsmannskap** som rykkjer ut frå heimen eller frå arbeidsplass, noko som gir **direkte kostnader for kommunen**. Desse kostnadene har kommunane til no teke sjølve, då akutthjelparane rykkjer ut som eit tillegg til helsepersonell frå den akuttmedisinske tenesta.

Dei føreslegne kompenserande tiltaka vil også medfører **indirekte samfunnskostnader** m.a. tapt produksjon/arbeidsinnsats hjå hovedarbeidsgjevar, psykiske belastningar på mannskap osv.

Det er viktig å understreke at ansatte i brannvesenet er utdanna innan brann- og redningsfaget. Sjølv med opplæring som akutthjelparar, så utgjer **akutthjelparar ein begrensa helsefagleg ressurs**. Sjølv om det også øvast og repeterast på akutthjelparkompetansen så er antal øvelsestimar avgrensa, då brann- og redningsvesenet må **prioritere å øve på egne primæroppgåver**.

Å vere først på eit helseoppdrag kan vere ei stor **psykisk belastning**.

Per i dag rykker brannvesenets akutthjelpere ut som eit tillegg til ambulansetjenesten, og ikkje som ei erstatning. Denne balansen må oppretthaldast.

Ei ytterlegare auke i talet på slike oppdrag, bør difor unngåast.

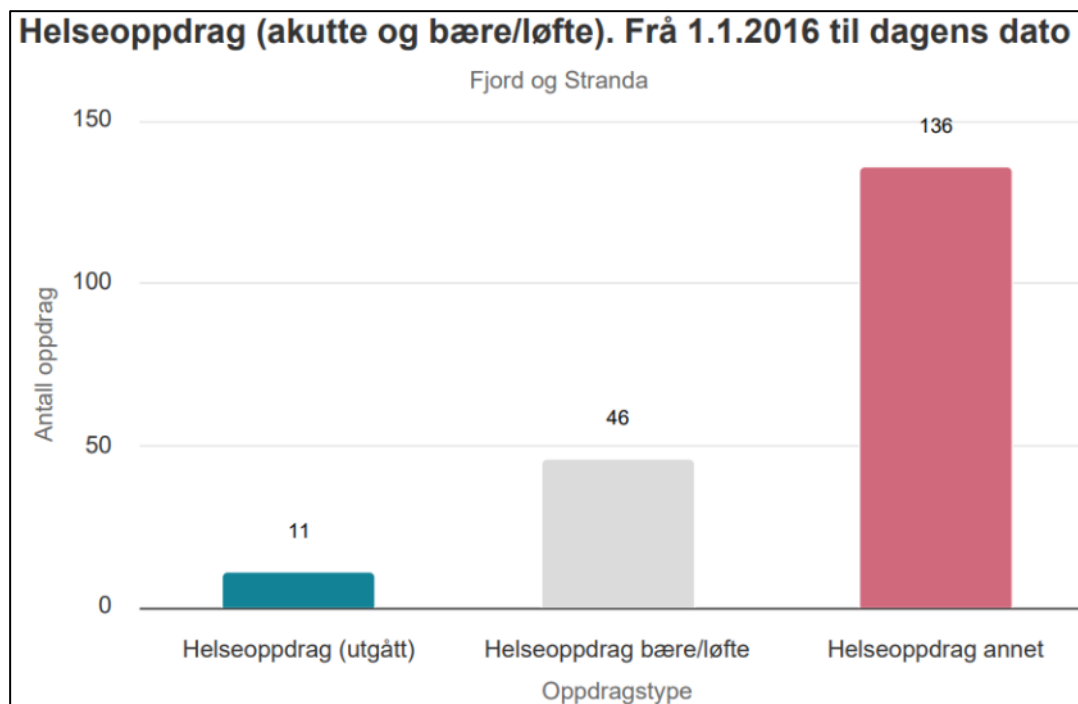
Signal frå mannskap i Fjord og Stranda brann- og redningsvesen er klare: **dersom ambulansetenesta i Geiranger ikkje vert opprethelde med ambulansebil og mannskap som i dag, avsluttar vi avtalen med akutthjelparordninga.**

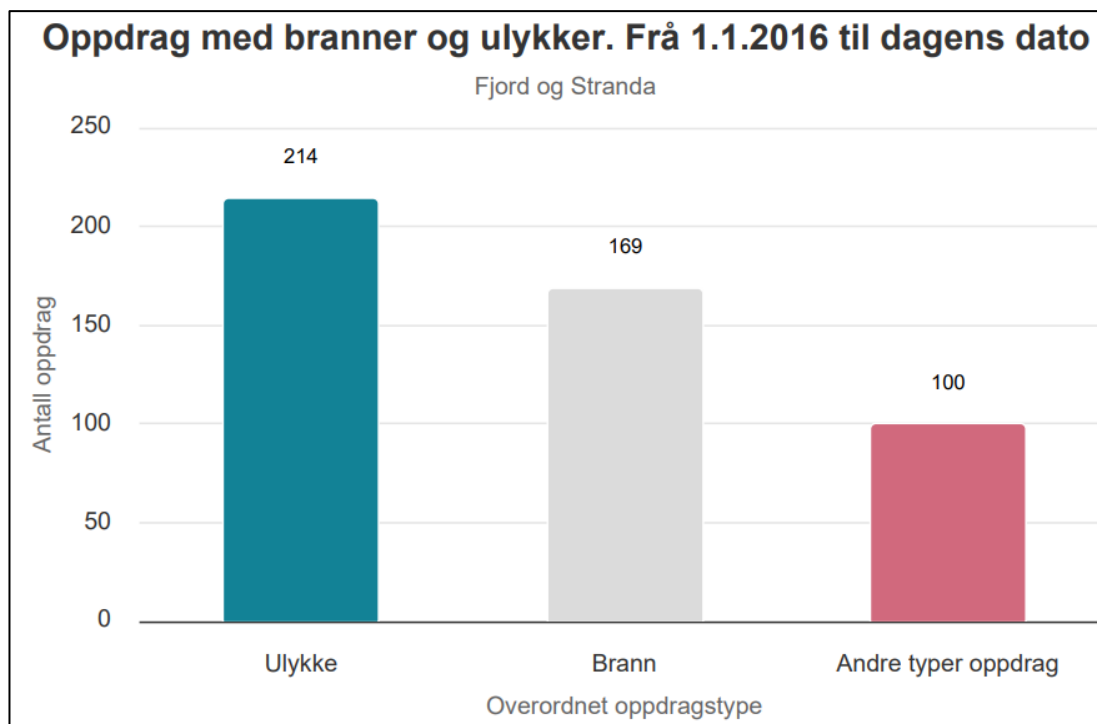
Oppsummering

Fjord og Stranda brann- og redningsvesen vil særleg framheve:

- Innsparing i spesialisthelsetjenesta må ikkje føre til kostnadsoverføring til kommunane
- Akutthjelperordninga skal være et supplement – ikkje ei erstatning – for ambulansetjenesta Brann som førsteinnsats er ikkje aktuelt.
- Brannvesenet skal ikkje fungere som varig kompenserande tiltak for redusert beredskap
- Auka bruk av brannmannskap i helseoppdrag utfordrar både kompetanse, økonomi og psykososial belastning
- Dei føreslegne kompenserande tiltaka vil medføre auka bruk av brannvesenets mannskap. Dette vil gå ut over lovpålagte oppgåver innan beredskap ved at ressursar er opptatt med bistandsoppdrag.

Vedlegg: Statistikk over helseoppdrag som brannvesenet utfører





Med vennleg helsing
Stranda kommune

Inge Teigen
Brannsjef

Dette brevet er godkjent elektronisk i Stranda kommune og har derfor ikkje signatur.

Mottakar:

Helse Møre Og Romsdal Postboks 1600 6026 Ålesund
Hf

Møre og Romsdal brannbefalslag

Dato: 29.05.202

Til

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF

INNSPILL TIL RAPPORT – VURDERING AV INNSPARINGSTILTAK I AVDELING FOR BÅT- BILAMBULANSE

Bakgrunn

Helseforetaket har gjennom flere år gjennomført innsparingstiltak knyttet til ambulanseberedskapen i kommunene. Dette har i praksis ført til flere helseoppdrag og et tettere operativt samarbeid mellom ambulansetjenesten og de kommunale brannvesenene.

Møre og Romsdal brannbefalslag er en interesseorganisasjon for ledere i brann- og redningsvesenet, og ønsker med dette å gi innspill til tiltak som vil få konsekvenser for kommunale brannvesen.

Innspill

Møre og Romsdal brannbefalslag kan ikke støtte at innsparingstiltak i helseforetaket fører til økte kostnader og belastning for kommunene, og våre mannskaper.

Kommunale brannvesen og frivillige ressurser kan ikke fungere som et risiko-kompenserende tiltak for redusert akuttmedisinsk beredskap.

Flere av de vurderte tiltakene baserer seg på styrking av lokale responser gjennom lokale FR-/akutthjelpere og frivillig innsats. Helsedirektoratet har presisert at akutthjelperordningen skal være et supplement til den ordinære akuttmedisinske tjenesten der snarlig tilstedeværelse kan bidra til å redde liv, og ikke en erstatning for helseforetakenes eller kommunenes ansvar for å sikre forsvarlig beredskap.

I realiteten er det kommunale brannmannskaper som utgjør akutthjelperressursene. Når disse i økende grad brukes som erstatning for redusert ambulansetilbud, innebærer det en tydelig kostnadsoverføring til kommunene.

For små og mellomstore kommuner er brannberedskapen i stor grad basert på deltidsmannskaper som rykker ut fra hjem eller arbeidsplass. Dette medfører både direkte lønnskostnader og indirekte samfunnskostnader.

Det er viktig å understreke at ansatte i brannvesenet er utdannet innen brann- og redningsfaget, og er ikke definert som helsepersonell. Selv med opplæring som akutthjelpere, så utgjør akutthjelpere en begrenset helsefaglig ressurs. Selv om det også øves og repeteres på akutthjelperkompetansen så er antall øvelsestimer avgrenset da brann- og redningsvesenet må prioritere å øve på egne primæroppgaver.

En utvikling hvor brannvesenet i økende grad håndterer helseoppdrag, utfordrer både rolleforståelse, kompetansegrunnlag og arbeidsbelastning. Antall helseoppdrag for brannvesenet bør derfor ikke økes gjennom strukturelle innsparingstiltak.

Per i dag rykker brannvesenets akutthjelpere ut som et supplement til ambulansetjenesten – ikke som en erstatning. Denne balansen må opprettholdes.

Oppsummering

Møre og Romsdal brannbefalslag vil særlig fremheve:

- Innsparing i helseforetaket må ikke føre til kostnadsoverføring til kommunene
- Brannvesenet kan ikke fungere som varig kompenserende tiltak for redusert beredskap
- Økt bruk av brannmannskaper i helseoppdrag utfordrer den brann og redningsfaglige kompetansen ved at brannvesenet må øve mer på helseoppgaver.
- Økt bruk av kommunale akutthjelpere kan gå ut over lovpålagte oppgaver innen beredskap ved at ressurs er opptatt med bistandsoppdrag. Særlig når bistandsoppdraget i realiteten er et løfteoppdrag.

Med hilsen

Styret

Møre og Romsdal brannbefalslag

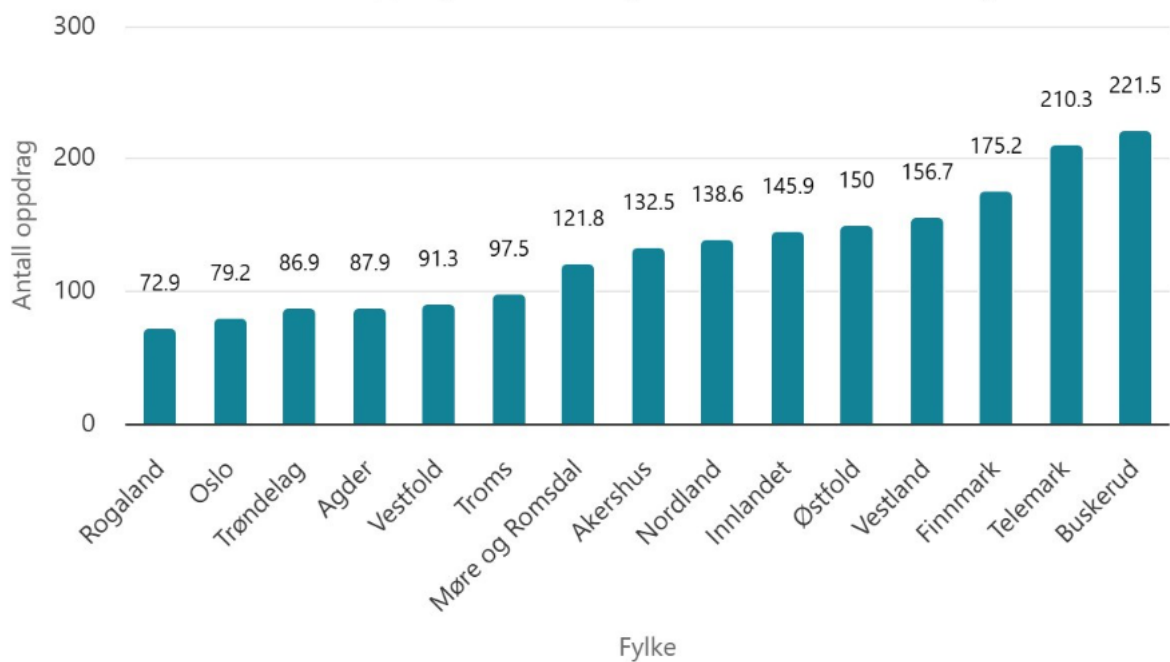
Vedlegg: Statistikk over helseoppdrag som brannvesenet utfører

STATISTIKK HELSEOPPDRAG BRANNVESEN I MØRE OG ROMSDAL:

I skisse vises statistikk helseoppdrag per fylke der Møre og Romsdal har 121,8 helseoppdrag per 10 000 innbyggere, dette er mere enn Troms fylke og mindre enn Akershus.

Brannvesenets helseoppdrag per 10 000 innbyggere per fylke

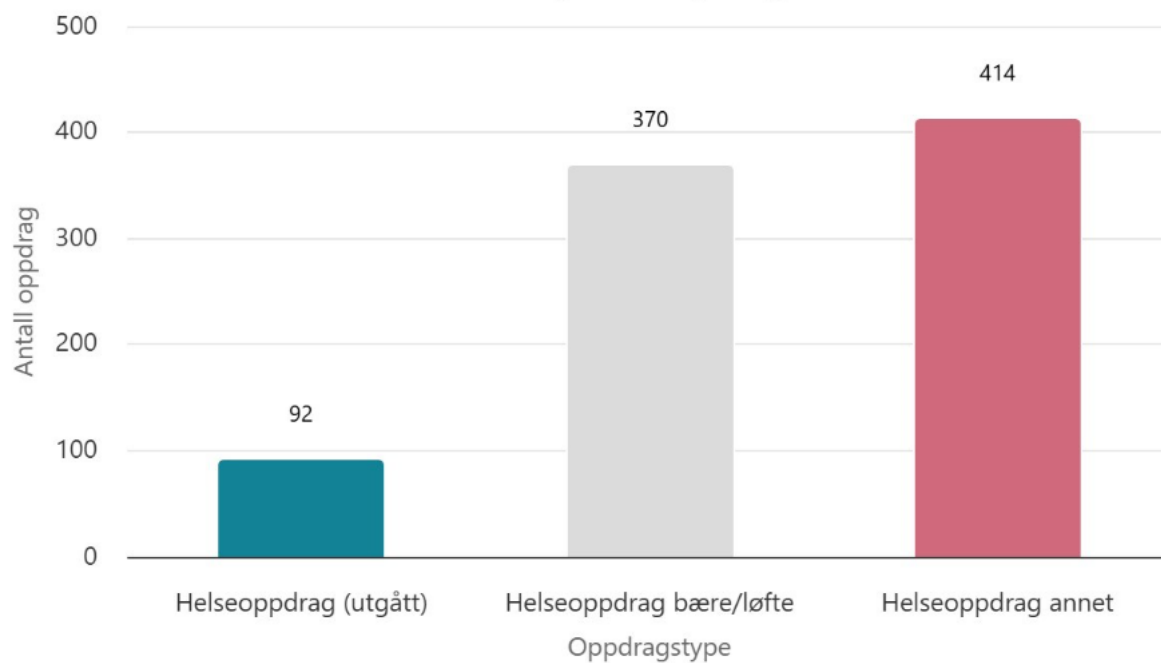
Inkluderer kun rene helseoppdrag. Både akutte og bære/løfte. Fra 1.1.2016 til dagens dato



Eksempel på statistikk små og store kommuner i Møre og Romsdal med **876 stk Helseoppdrag** fra 01.01.2016:

Helseoppdrag både akutte og bære/løfte. Fra 1.1.2016 til dagens dato

Molde, Aukra, Rauma, Gjemnes, Tingvoll og Sunndal



Innspill fra Nordmøre og Romsdal brann og redning IKS til rapporten «Utredning av innsparringstiltak i båt- og bilambulansetjenesten»

Fra Dahlen, Endre <endre.dahlen@norbr.no>

Dato on. 27.05.2026 09:13

Til Postmottak HMR <Postmottak_MR@helse-mr.no>

Kopi Lennavik, Trygve Karstein <trygve.lennavik@norbr.no>; Smørholm, Alf Magne <alf.magne.smorholm@norbr.no>

Innspill til Helse Møre og Romsdal HF sin rapport «Utredning av innsparringstiltak i båt- og bilambulansetjenesten».

Nordmøre og Romsdal brann og redning IKS (NORBR) ønsker å komme med innspill til Helse Møre og Romsdal HF sin rapport «Utredning av innsparringstiltak i båt- og bilambulansetjenesten».

Bakgrunnen for innspillet er at vi ser at rapporten setter opp kommunens/brannvesenets akutthjelperordning som risikoreduserende tiltak ved kutt i prehospitale tjenester på flere av de vurderte områdene.

Dette er stikk i strid mot intensjonen til kommunens/brannvesenets akutthjelperordning. Akutthjelperordningens intensjon er at tjenesten skal være et supplement til de prehospitale tjenestene, de gangene brannvesenet er nærmeste ressurs eller ved samtidighetskonflikter.

Det er ikke akseptabelt at man bruker kommunen/brannvesenets akutthjelpertjenesten som risikoreduserende tiltak som følge av et ønske om å redusere dagens prehospitale tjenester hos Helse Møre og Romsdal HF.

Med vennlig hilsen

Endre Dahlen

Kommunikasjonsansvarlig

E-post: endre.dahlen@norbr.no

Kontor: 71 19 18 78

Mobil: 97 57 45 99

Web: www.norbr.no



**Nordmøre og Romsdal
brann og redning IKS**



Helse Møre Og Romsdal Hf
Postboks 1600
6026 Ålesund

Deres ref.	Deres dato:	Vår ref.	Vår saksbehandler	Dato
		26/13239 - 6	Anders Riise -	03.06.2026

Uttale kutt i ambulansetjenesten Møre og Romsdal

Fylkesutvalet har i møte 02.06.2026 fatta følgjande vedtak/uttale i sak 55/26:

Fylkesutvalget i Møre og Romsdal reagerer sterkt på kutt forslagene til Helse Møre og Romsdal i ambulansetjenestene.

Forslagene som er lagt fram vil etter Fylkesutvalgets mening gi lengre responstid, større sårbarhet og redusert lokal tilstedeværelse. Dette er særlig alvorlig i en tjeneste der minutter kan være avgjørende for liv og helse. Fylkesutvalget understreker også at ambulanshelikopter ikke kan erstatte lokal beredskap, da tjenesten er væravhengig og kan være opptatt på andre oppdrag.

Forslaget innebærer sammenslåing av øy- kommuner, 1 manns biler, reduksjon av nattberedskap avvikling av dagbiler og kutt av en ambulanse i Kristiansund. Når nye SMR ble bygd var det med lovnad om ekstra ambulansetilbud i Kristiansund, nå foreslås det å vrake lovnaden.

Mange av de som bor i Møre og Romsdal må ta en ferge for å nå et sykehus. Fylkesutvalget forventer at våre innbyggere sitt liv og helse ikke settes på spill. Statesikk viser at Helse Møre og Romsdal driver effektivt, men blir skjevfordelt etter den nye beregningsmodellen, dette må det ryddes opp i.

Fylkesutvalget er sterkt imot forslag som reduserer ambulanseberedskapen og svekker tryggheten for innbyggerne i Møre og Romsdal. Ambulansetjenesten må dimensjoneres ut fra geografi, avstander og reelle beredskapsbehov – ikke kortsiktige økonomiske innsparinger.

Liv og helse skal ikke settes på spill på kutt i akuttberedskapen.

Fylkesutvalget mener at forslagene fremstår som mangelfullt utredet. Lokale forhold, risiko og konsekvenser for responstid og pasientsikkerhet er ikke tilstrekkelig belyst. Det er heller ikke gjennomført tiltaks- eller kommunevise analyser av hvordan endringene vil påvirke kommunale tjenester som legevakt, fastleger, hjemmetjeneste, sykehjem og kommunale øyeblikkelig-hjelp-plasser. Etter fylkesutvalgets mening er de faglige, organisatoriske og økonomiske konsekvensene for kuttene utilstrekkelig vurdert.

Fylkesutvalget forventer at forslag på så omfattende endringer behandles på grunnlag av en helhetlig analyse, der innbyggernes trygghet og behov for rask tilgang til akutt hjelp veier tyngre enn kortsiktige økonomiske hensyn.

Med hilsen

Anders Riise
fylkesordfører

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur

Kopi til
Helse Midt-Norge Rhf

Fra: Per O. Hofseth[per.hofseth@gmail.com]

Sendt: 02.06.2026 11:07:41

Til: Postmottak HMR[Postmottak_MR@helse-mr.no]

Kopi: Skogheim, Knut Erik[Knut.Erik.Skogheim@helse-mr.no]; Ove Johan Hofseth[ove.johan.hofseth@gmail.com]

Emne: TO VEDLEGG AMBULANSESTASJON

Hei Knut Erik

Vil forsøke å ringe deg.

MED BAKGRUNN I FLYTTING AV AMBULANSEBINENE

1. Matematisk beregnet kjøretid er Stette og Eidet, se vedlegg, lik
2. Miljømessig er Eidet bedre, her er.
 - A. Politi etablert
 - B. Helsetjenesten er her
 - C. Røde kors er her
 - D. Brannbilene i regionen er her
 - E. Totals skapes et bedre miljø for tjenesten, og tilfredsstiller flere brukere i et Cluster

ÅLESUND KOMMUNE

Harøy sin stasjon vil jeg ikke uttale meg om, derimot er slik flytting fra Ørskog og Brattvåg dokumentert

1. Mer økonomisk besparende
2. Når større område på raskere tid

MÅL

En effektivisering er da oppnådd, og skal enhver slik dokumentasjon underkjennes politisk vil man ikke oppnå hverken

- A. Økonomiske forbedringen
- B. Øket tjenestetilbud

Med vennlig hilsen

Per O. Hofseth

Vatne Tennfjord Invest AS

Eidsvikeidet næringspark

Vatnevegen 258-Hovegarden

6265 VATNE

m: +47 934 84 289

e: per.hofseth@gmail.com

Fra: Per O. Hofseth <per.hofseth@gmail.com>

Sendt: fredag 22. mai 2026 09:34

Til: postmottak@helse-mr.no

Kopi: knut.erik.skogheim@helse-mr.no

Emne: TO VEDLEGG AMBULANSESTASJON

Viser til hyggelig telefonsamtale med Skogheim før dokumentene sendes,

Vi setter pris på tilbakemelding

Forstår at dette med lokalisering behandles i styret 17.06.26

Med vennlig hilsen
Per O. Hofseth
Vatne Tennfjord Invest AS
Eidsvikeidet næringspark
Vatnevegen 258-Hovegarden
6265 VATNE
m: +47 934 84 289
e: per.hofseth@gmail.com

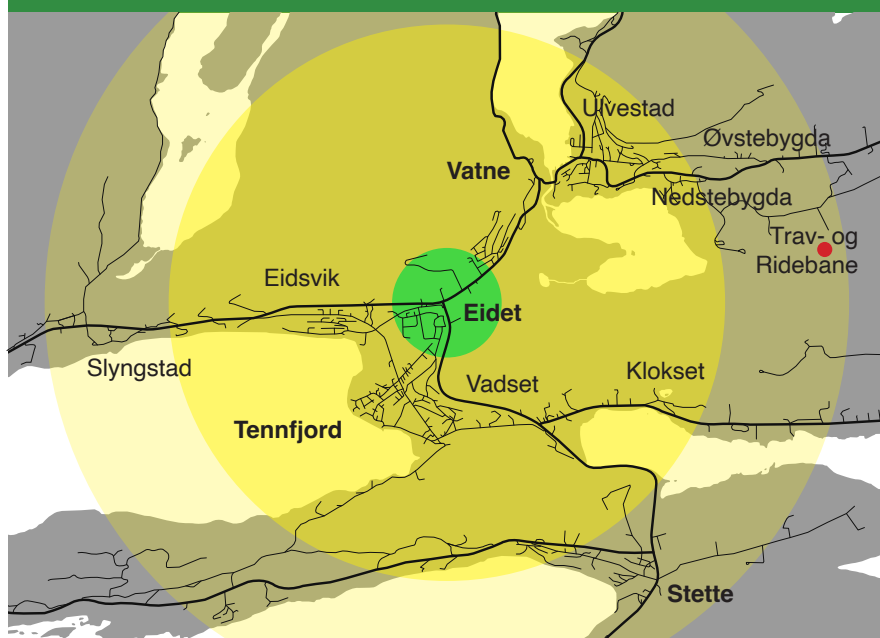
Fra: vatnetenninv@assistskann.no <vatnetenninv@assistskann.no>
Sendt: fredag 22. mai 2026 08:57
Til: Per Hofseth <per.hofseth@gmail.com>
Emne: Se vedlegg

Eidet i Vatne Tennfjord - et livslangt bosted

Her får du
slettet 25 000,-
av studielånet
hvert år!

Stabilt bomiljø med kort vei til alt

På Eidet har du et livslangt, stabilt bomiljø, selv om du skulle endre arbeidssted. Innen 45 minutters kjøring når du alt du trenger, et stort arbeidsmarked og hele 80 000 mennesker.



● 500 m radius
Eidet Sentrum

● 2,7 km radius
ca. 4000 innbyggere

● 4,0 km radius
ca. 5000 innbyggere

Et naturlig områdesenter
med betydelig regioneffekt til
nabokommunene.

- IL Ravn med stor idrettspark under utvikling
- Kulturbygg
- Ny barne og ungdomskule
- Næring, fritid og helse- tjenester, miljøgater, sosiale tilbud m.m.
- Fylkets største trav- og ridebane med plan for sti til Eidet
- Roanlegg

Etablere samarbeid på tvers
av kommunegrensene



Åpn koden – du får tilgang til alt vi tilbyr



Markedsvurdering

Vatne Tennfjord gjennom Eidet anser vi for det viktigste vekststedet i Haram kommune. Årsdøgnstrafikk er 7000 pendlere (estimert), inn og ut av kommunen. Dette dokumenterer at industri-kommunen Haram er betydelig underdekket på arbeidskraft og bekymringsfullt i kampen mot arbeidskraften i Norge som er minkende og i en kraftig omstillingsperiode rundt Sunnmøre og Ålesund. Bosetting på Eidet vil helt klart stabilisere industriens tilgang til arbeidskraft.

Per O. Hofseth



Alt du trenger i gåavstand

Jo mer du kan gjøre i gåavstand fra boligen din, desto høyere verdi for både deg, boligen din og nærmiljøet.



Dagens utvikling er forsøkt gjenspeilt i denne brosjyren.

Stadig nye krav fra staten og departementene om omstilling, fortetting, og ikke minst vektlegge effektive områdesenter for rimeligere driftskostnader for kommunene.

Vi i Vatne og Tennfjord har lagt ned mye arbeid i planene, de er bearbeidet over tid, tilbake fra 1990, med rådgiving fra landets beste by og miljøplanleggere fra høyskolene i Trondheim og Ås. Kostet privat, og tilbys kommunen som modell, der politisk flertall forventes.

Dette er et salgbart produkt for andre planleggere, her viser vi til uttalelser fra fra Husbanken hvor de ønsket et **Pilotprosjekt** sammen med Haram Kommune.

Kyrkjeskaret AS, Vatne Tennfjord og Omland næringslag.
Vatenesenteret AS







HØRINGSUTTALELSE

AMBULANSEBEREDSKAP I KRISTIANSUND OG NORDMØRSREGIONEN

En vurdering av konsekvensene ved reduksjon av ressurs 483 og betydningen for en bærekraftig, robust og faglig forsvarlig akuttmedisinsk tjeneste.



FAGLIG
TRYGGHET



REGIONAL
BEREDSKAP



BÆREKRAFT



ROBUST OG
FREMTIDSRETTET

Av:
Annika Niebuhr-Rødahl
Plasstillitsvalgt Kristiansund,
Gjemnes og Legevaktsbil

Høringsuttalelse – ambulanseberedskap i Kristiansund og Nordmørsregionen

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	s.4
1.1 Bakgrunn for høringsuttalelsen	s.4
1.2 Formål med arbeidsgruppen	s.4
1.3 Prinsipper for en bærekraftig akuttmedisinsk tjeneste	s.4
2. Bærekraftig akuttmedisinsk tjeneste	s.4
2.1 Faglig og kvalitetsmessig bærekraft	s.4
2.2 Økonomisk og ressursmessig bærekraft	s.4
2.3 Sosial og arbeidsmiljømessig bærekraft	s.5
3. Demografisk utvikling og fremtidig tjenestebehov	s.5
3.1 Befolkningsutvikling i Kristiansund	s.5
3.2 Økning i eldre befolkning og konsekvenser for akuttmedisinske tjenester	s.5
3.3 Fremtidig belastning på helse- og omsorgstjenestene	s.5
4. Konsekvenser av sykehusflyttingen til Hjelset	s.6
4.1 Endringer etter etableringen av SNR Hjelset	s.6
4.2 Økte transportavstander og bindingstid	s.6
4.3 Analyse av oppdragsmengde, kilometer og tidsbruk	s.6
4.4 Konsekvenser for responstid og lokal beredskap	s.6
5. Operativ betydning av ressurs 483	s.7
5.1 Faktisk bruk av ressurs 483	s.7
5.2 Håndtering av grønne, gule og røde oppdrag	s.7
5.3 Langtransporter til Hjelset, Trondheim og Ålesund	s.7
5.4 Ressurs 483 som integrert del av beredskapen	s.7
5.5 Samtidighetsbelastning og reservekapasitet	s.7
6. Regional betydning av ambulansetjenesten i Kristiansund	s.7
6.1 Kristiansund som regionalt beredskapsknutepunkt	s.7
6.2 Samhandling med omlandskommunene	s.7
6.3 Konsekvenser for Averøy, Aure, Tingvoll og Gjemnes	s.8
6.4 Betydningen av støtte til nabokommuner	s.8
6.5 Opphør av HAS-samarbeidet fra 2027	s.8
7. Geografiske utfordringer og sårbarhet	s.8
7.1 Kristiansund som øykommune	s.8
7.2 Avhengighet av tunnel- og fergeforbindelser	s.9
7.3 Sårbarhet ved stenging av Krifast	s.9
7.4 Konsekvenser for responstid og fremkommelighet	s.9
7.5 Luftambulansens begrensninger	s.9

8. Samtidighetskonflikter og vurdering av datagrunnlaget	s.9
8.1 Registreringspraksis og datakvalitet	s.9
8.2 Operativ forståelse av samtidighetskonflikter	s.10
8.3 Mørketall og underrapportering	s.10
8.4 Pasienter som må kjøre selv eller benytte taxi	s.10
8.5 AMK-registrering av ressurser som «ledige»	s.10
8.6 Manglende synliggjøring av støtte fra nabokommuner	s.10
9. Begrensninger ved AMK-styring	s.10
9.1 AMK-disponering som kompenserende tiltak	s.10
9.2 Strukturelle utfordringer og geografiske avstander	s.10
9.3 Begrensninger ved omdisponering av ressurser	s.11
9.4 Risiko ved økt avhengighet av nabostasjoner	s.11
10. Konsekvenser for legebil og øvrige helsetjenester	s.11
10.1 Økt belastning på legebilen	s.11
10.2 Forventet oppdragsmengde i 2026	s.11
10.3 Påvirkning på legevakt og øvrige oppgaver	s.11
11. Konsekvenser for personell, arbeidsmiljø og rekruttering	
11.1 Økt arbeidsbelastning	s.12
11.2 Risiko for slitasje og sykefravær	s.12
11.3 Tap av erfarent personell og kompetanse	s.12
11.4 Rekrutteringsutfordringer	s.12
11.5 Arbeidsmiljø, turnus og uforutsigbarhet	s.13
12. Totalberedskap og nasjonale føringer	s.13
12.1 Økonomiske rammer og prioriteringer	s.13
12.2 Krav til robust akuttmedisinsk kjede	s.13
12.3 Sammenheng mellom beredskap og kapasitet	s.13
12.4 Konsekvenser for regional totalberedskap	s.13
13. Samlet vurdering og konklusjon	s.14
13.1 Oppsummering av hovedfunn	s.14
13.2 Konsekvenser av reduksjon i ressurs 483	s.14
13.3 Vurdering av faglig forsvarlighet og bærekraft	s.14
13.4 Avsluttende konklusjon og anbefalinger	s.14

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for høringsuttaletelsen

Arbeidsgruppen har fått i oppdrag å identifisere kostnadsreduserende tiltak tilsvarende 20 millioner kroner, både på kort og lang sikt, samt beskrive konsekvensene av disse tiltakene. Målet har vært å finne løsninger «der det smerter minst», samtidig som det skal sikres en forsvarlig og bærekraftig akuttmedisinsk tjeneste.

1.2 Formål med arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen skal vurdere hvordan ambulansetjenesten kan organiseres innenfor strammere økonomiske rammer, samtidig som kravene til pasientsikkerhet, faglig forsvarlighet og beredskap opprettholdes.

1.3 Prinsipper for en bærekraftig akuttmedisinsk tjeneste

En bærekraftig akuttmedisinsk tjeneste innebærer at befolkningen over tid skal kunne motta rask, trygg og faglig forsvarlig hjelp ved akutt sykdom og skade, innenfor realistiske økonomiske rammer og med arbeidsforhold som gjør det mulig å rekruttere og beholde kompetent personell.

Dette omfatter:

- faglig bærekraft,
- økonomisk bærekraft,
- og sosial og arbeidsmiljømessig bærekraft.

En bærekraftig tjeneste forutsetter tilstrekkelig kapasitet, stabile fagmiljø og robuste beredskapsstrukturer. Etter vår vurdering vil en reduksjon av ressurs 483 i Kristiansund utfordre alle disse grunnleggende forutsetningene.

2. Bærekraftig akuttmedisinsk tjeneste

2.1 Faglig og kvalitetsmessig bærekraft

En bærekraftig akuttmedisinsk tjeneste forutsetter at det til enhver tid er tilstrekkelig kompetanse og kapasitet tilgjengelig for å sikre rask og faglig forsvarlig behandling. Dette innebærer stabile fagmiljø, tilstrekkelig operativ trening og gode samhandlingsrutiner mellom AMK, ambulansetjeneste, legevakt, luftambulanse og sykehus.

2.2 Økonomisk og ressursmessig bærekraft

Tjenesten må organiseres på en måte som er økonomisk bærekraftig over tid, samtidig som ressursene brukes effektivt uten at dette går på bekostning av pasientsikkerhet, responstid eller beredskap.

2.3 Sosial og arbeidsmiljømessig bærekraft

Bærekraft handler også om å sikre arbeidsforhold som gjør det mulig å beholde og rekruttere kvalifisert personell. Dette innebærer blant annet forsvarlig arbeidsbelastning, stabile turnusordninger og et trygt arbeidsmiljø.

3. Demografisk utvikling og fremtidig tjenestebehov

3.1 Befolkningsutvikling i Kristiansund

I Kristiansund viser befolkningsprognosene en tydelig vekst i andelen eldre innbyggere i årene fremover.

3.2 Økning i eldre befolkning og konsekvenser for akuttmedisinske tjenester

Eldre har generelt høyere forekomst av:

- kroniske sykdommer,
- multimorbiditet,
- funksjonssvikt,
- fallskader,
- hjerte- og karsykdommer,
- respirasjonssvikt,
- infeksjoner,
- akutte forverringer av eksisterende sykdommer,
- og økt risiko for reinnleggelser.

Dette forventes å føre til økt belastning på:

- ambulansetjenesten,
- legevakt,
- sykehus,
- og kommunale helse- og omsorgstjenester.

3.3 Fremtidig belastning på helse- og omsorgstjenestene

En aldrende befolkning vil øke behovet for:

- prehospitale tjenester,
- samhandling mellom tjenestenivåene,
- kapasitet i kommunale tjenester,
- og akuttmedisinsk beredskap.

4. Konsekvenser av sykehusflyttingen til Hjelset

4.1 Endringer etter etableringen av SNR Hjelset

Den akuttmedisinske beredskapen i Kristiansund har blitt betydelig påvirket etter flyttingen av sykehuset til Sykehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) Hjelset.

4.2 Økte transportavstander og bindingstid

Lengre avstand til sykehus har medført:

- lengre transportetapper,
- økt bindingstid,
- høyere ressursbruk,
- og redusert lokal tilgjengelighet.

Transportoppdrag med samlet varighet på 2–3 timer per oppdrag er ikke uvanlig.

4.3 Analyse av oppdragsmengde, kilometer og tidsbruk

Tallene viser at kommunen i 2024 hadde:

- 2 døgnambulanser,
- 3358 oppdrag,
- 112 246 kjørte kilometer,
- og 5588 timer brukt på oppdrag.

Etter åpningen av SNR våren 2025 ble det satt inn en ekstra dagambulanse (ressurs 483).

Til tross for dette hadde de tre bilene i løpet av 2025:

- 182 724 kjørte kilometer,
- 3258 oppdrag,
- og 7056 timer brukt på oppdrag.

Dette tilsvarer:

- ca. 63 % økning i kjørte kilometer,
- og ca. 26 % økning i tidsbruk.

4.4 Konsekvenser for responstid og lokal beredskap

Tallene viser at ambulansene nå bindes opp betydelig lengre per oppdrag enn tidligere. Dette reduserer lokal tilgjengelighet og øker risikoen for samtidigetskonflikter og forsinket respons ved akutte hendelser.

5. Operativ betydning av ressurs 483

5.1 Faktisk bruk av ressurs 483

Rapporten beskriver ressurs 483 som en støttefunksjon som hovedsakelig håndterer gule og røde oppdrag. Dette gir etter vår vurdering ikke et korrekt bilde av den faktiske driften.

5.2 Håndtering av grønne, gule og røde oppdrag

I praksis håndterer ressurs 483:

- grønne oppdrag,
- gule oppdrag,
- røde oppdrag,
- samtidige hendelser,
- langtransporter,
- og støtteoppdrag i nabokommuner.

5.3 Langtransporter til Hjelset, Trondheim og Ålesund

Kristiansund har ikke bare langtransporter til Hjelset og Trondheim slik det fremgår i rapporten, men også til Ålesund til tross for føringer om at dette i utgangspunktet ikke skal forekomme.

5.4 Ressurs 483 som integrert del av beredskapen

Ressurs 483 fungerer derfor ikke som en tilleggsressurs, men som en integrert og nødvendig del av den daglige beredskapen.

5.5 Samtidighetsbelastning og reservekapasitet

Dette medfører:

- svært høy bindingstid,
- lange perioder uten lokal reservekapasitet,
- og økt samtidighetsbelastning.

6. Regional betydning av ambulansetjenesten i Kristiansund

6.1 Kristiansund som regionalt beredskapsknutepunkt

Ambulansetjenesten i Kristiansund fungerer som et regionalt beredskapsknutepunkt for hele Nordmøre.

6.2 Samhandling med omlandskommunene

Tjenesten samhandler tett med:

- Averøy,
- Aure,
- Gjemnes,
- Tingvoll,
- Molde,
- og øvrige kommuner i regionen.

6.3 Konsekvenser for Averøy, Aure, Tingvoll og Gjemnes

Når lokale ressurser i nabokommunene er opptatt, fungerer Kristiansund som støtte- og dekningsressurs.

6.4 Betydningen av støtte til nabokommuner

Dette gjelder også ved:

- samtidighetskonflikter,
- langtransporter,
- og overtakelse av oppdrag fra Mørejenta.

Ved en reduksjon av ressurs 483 vil:

- responstiden øke,
- reservekapasiteten reduseres,
- og samtidighetsrisikoen øke betydelig i hele regionen.

6.5 Opphør av HAS-samarbeidet fra 2027

Fra 1. januar 2027 vil Heim tre ut av HAS-samarbeidet.

Dette vil:

- redusere den samlede regionale beredskapskapasiteten,
- øke behovet for landbasert beredskap,
- og gjøre støtten fra Kristiansund enda viktigere enn i dag.

7. Geografiske utfordringer og sårbarhet

7.1 Kristiansund som øykommune

Rapporten omtaler i begrenset grad de geografiske utfordringene som særpreger Kristiansund.

7.2 Avhengighet av tunnel- og fergeforbindelser

Kristiansund består av flere øyer bundet sammen gjennom:

- broer,
- tunneler,
- og fergeforbindelser mot Aure.

For å komme ut av kommunen er man avhengig av tunnel eller ferge. Korteste vei til Hjelset går gjennom Krifast.

7.3 Sårbarhet ved stenging av Krifast

Ved stenging av Krifast påvirkes:

- fremkommelighet,
- responstid,
- transporttid,
- og tilgjengelighet til sykehus betydelig.

7.4 Konsekvenser for responstid og fremkommelighet

Kristiansund er derfor særlig sårbar ved:

- tunnelstengninger,
- uvær,
- tekniske hendelser,
- og andre infrastrukturelle utfordringer.

7.5 Luftambulansens begrensninger

Luftambulansen er en viktig støttefunksjon, men tilgjengeligheten er væravhengig. Vind-, sky- og siktforhold kan begrense bruken betydelig. I perioder hvor luftambulansen ikke kan operere, øker belastningen på de landbaserte ambulansene ytterligere.

8. Samtidighetskonflikter og vurdering av datagrunnlaget

8.1 Registreringspraksis og datakvalitet

Rapportens datagrunnlag baserer seg på registreringer gjort underveis i eller etter oppdrag. Datakvaliteten kan påvirkes av:

- tidspress,
- operativ belastning,
- og variasjoner i registreringspraksis.

8.2 Operativ forståelse av samtidighetskonflikter

Begrepet «samtidighetskonflikt» omtales hyppig, men det fremgår ikke tydelig hvordan dette er definert eller registrert. For personell som arbeider operativt oppleves samtidighetskonfliktene betydelig hyppigere enn det tallene viser.

I praksis oppstår samtidighetskonflikter når:

- oppdrag må vente fordi alle ressurser er opptatt,
- pasienter må kjøre selv,
- pårørende må transportere pasienter,
- pasienter sendes med taxi,
- eller personell må forlate pasienter på legevakt, institusjon eller i hjemmet for å håndtere nye oppdrag.

8.3 Mørketall og underrapportering

Det er uklart hvordan slike hendelser registreres systematisk. Dette kan innebære betydelige mørketall.

8.4 Pasienter som må kjøre selv eller benytte taxi

Det fremgår ikke tydelig hvordan pasienter som må transportere seg selv eller benytte taxi registreres og inngår i vurderingene av samtidighetsbelastning.

8.5 AMK-registrering av ressurser som «ledige»

Det oppleves også at AMK i enkelte tilfeller setter biler som «ledige» under pågående oppdrag når øvrige ressurser er opptatt. Dette kan bidra til å skjule den faktiske samtidighetsbelastningen og underrapportere reelle kapasitetsutfordringer.

8.6 Manglende synliggjøring av støtte fra nabokommuner

Videre fremkommer det ikke tydelig hvor ofte nabokommuner må dekke oppdrag i Kristiansund fordi lokale ressurser ikke er tilgjengelige.

9. Begrensninger ved AMK-styring

9.1 AMK-disponering som kompenserende tiltak

Rapporten viser til at AMK-styring og disponering av ressurser skal kunne kompensere for redusert ambulansekapasitet.

9.2 Strukturelle utfordringer og geografiske avstander

Erfaringene fra den operative driften tilsier imidlertid at dette har klare begrensninger. Dersom AMK-styring alene kunne løst kapasitetsutfordringene, ville man forventet at dagens belastning allerede var redusert.

Realiteten er at ambulansetjenesten fortsatt har:

- svært høyt oppdragsvolum,
- lange oppdragstider,
- høy bindingstid,
- og betydelige geografiske utfordringer.

9.3 Begrensninger ved omdisponering av ressurser

AMK kan omdisponere tilgjengelige ressurser, men kan ikke kompensere for ressurser som fysisk er bundet opp over lange tidsperioder.

9.4 Risiko ved økt avhengighet av nabostasjoner

Redusert kapasitet i Kristiansund vil føre til større avhengighet av nabostasjoner med lengre responstid, samtidig som disse ressursene også kan være opptatt med egne oppdrag.

10. Konsekvenser for legebil og øvrige helsetjenester

10.1 Økt belastning på legebilen

En reduksjon av ambulansekapasiteten vil også øke belastningen på legebilen i Kristiansund.

10.2 Forventet oppdragsmengde i 2026

Prognoser tilsier at legebilen vil ha omkring 1000 oppdrag i løpet av 2026, samtidig som personellet skal ivareta:

- pasienter på legevakt,
- legevaktlisten,
- og øvrige legevaktsoppgaver.

10.3 Påvirkning på legevakt og øvrige oppgaver

Ved redusert ambulansetilgjengelighet vil legebilen i større grad måtte fungere som støtte- og beredskapsressurs, noe som kan:

- øke belastningen,
- øke samtidighetsutfordringene,
- og redusere tilgjengeligheten til øvrige oppgaver.

11. Konsekvenser for personell, arbeidsmiljø og rekruttering

11.1 Økt arbeidsbelastning

Rapporten bygger på prinsippene om:

- riktig hjelp til rett tid,
- faglig forsvarlighet,
- pasientsikkerhet,
- og bærekraftig drift.

Dette forutsetter stabile fagmiljø og tilstrekkelig bemanning.

En reduksjon av ressurs 483 vil kunne føre til:

- økt fysisk og psykisk belastning,
- høyere sykefravær,
- økt turnover,
- og økt risiko for oppsigelser.

11.2 Risiko for slitasje og sykefravær

Økt belastning over tid kan bidra til fysisk og psykisk slitasje, høyere sykefravær og redusert utholdenhet i tjenesten.

11.3 Tap av erfarent personell og kompetanse

Dette gjelder særlig personell med lang erfaring og høy operativ kompetanse. Tap av erfarne medarbeidere vil kunne svekke både kompetansemiljøet og den operative robustheten.

11.4 Rekrutteringsutfordringer

Usikkerhet rundt:

- arbeidstid,
- turnus,
- omorganisering,
- og fremtidig ressursnivå

kan:

- svekke tilliten til ledelsen,
- skape uforutsigbarhet,

- og påvirke arbeidsmiljøet negativt.

Dette vil kunne gjøre rekruttering betydelig vanskeligere.

11.5 Arbeidsmiljø, turnus og uforutsigbarhet

Stor arbeidsbelastning og vedvarende usikkerhet kan påvirke arbeidsmiljøet negativt og gjøre det vanskeligere å opprettholde stabile fagmiljø over tid.

12. Totalberedskap og nasjonale føringer

12.1 Økonomiske rammer og prioriteringer

Arbeidet skjer i en tid med stramme økonomiske rammer.

12.2 Krav til robust akuttmedisinsk kjede

Samtidig stiller nasjonale føringer tydelige forventninger om å:

- styrke totalberedskapen,
- sikre robuste akuttmedisinske kjeder,
- og bygge utholdende beredskapssystemer.

12.3 Sammenheng mellom beredskap og kapasitet

Når ambulansetjenesten allerede er preget av:

- høy ressursutnyttelse,
- lange transportavstander,
- økende oppdragsmengde,
- og betydelig bindingstid,

vil ytterligere reduksjon i kapasitet kunne komme i konflikt med disse målsettingene.

En robust akuttmedisinsk kjede forutsetter at:

- AMK,
- ambulansetjeneste,
- legevakt,
- luftambulanse,
- og sykehus

har tilstrekkelig kapasitet til å fungere samlet.

12.4 Konsekvenser for regional totalberedskap

Svekkes ett ledd, vil belastningen forskyves til de øvrige delene av tjenesten. Dette kan føre til redusert robusthet og økt sårbarhet i hele regionen.

13. Samlet vurdering og konklusjon

13.1 Oppsummering av hovedfunn

Samlet sett viser både tallgrunnlaget og erfaringene fra den operative driften at ambulansetjenesten i Kristiansund allerede opererer med høy belastning og begrenset reservekapasitet.

13.2 Konsekvenser av reduksjon i ressurs 483

Ressurs 483 fremstår ikke som en tilleggstjeneste, men som en nødvendig del av:

- daglig drift,
- regional beredskap,
- håndtering av samtidige hendelser,
- og opprettholdelse av forsvarlig responstid.

En reduksjon av ressursen vil sannsynligvis føre til:

- økt responstid,
- høyere samtidighetsrisiko,
- større belastning på personell,
- økt sårbarhet ved langtransporter,
- redusert reservekapasitet,
- økt belastning på legevakt og nabokommuner,
- utfordringer med rekruttering og arbeidsmiljø,
- og svekket regional beredskap på Nordmøre.

13.3 Vurdering av faglig forsvarlighet og bærekraft

På bakgrunn av den samlede operative belastningen, de geografiske utfordringene, den regionale beredskapsfunksjonen og den forventede økningen i fremtidig tjenestebehov, vurderes dagens ressursnivå i Kristiansund som nødvendig for å opprettholde en faglig forsvarlig, robust og bærekraftig akuttmedisinsk tjeneste.

13.4 Avsluttende konklusjon og anbefalinger

På bakgrunn av den samlede operative belastningen, de geografiske utfordringene, den regionale beredskapsfunksjonen og den forventede økningen i fremtidig tjenestebehov, vurderes dagens ressursnivå i Kristiansund som nødvendig for å opprettholde en faglig

forsvarlig, robust og bærekraftig akuttmedisinsk tjeneste. En reduksjon av ressurs 483 vil etter vår vurdering innebære økt risiko for svekket beredskap, lengre responstid, høyere samtidighetsbelastning og redusert pasientsikkerhet – både lokalt og regionalt på Nordmøre.

Til Styret i Helse Møre og Romsdal

Frå Ulstein ambulansestasjon

Dato 23.05.26

Reaksjon på rapport om endringar i ambulanseressursar på ytre sunnmøre.

Tverrfaglig arbeidsgruppe for båt- og bilambulanse, heretter “arbeidsgruppa”, har utarbeida ein rapport. Dei meiner å kunne spare 1 million kroner ved å redusere kveld og nattberedskapen ved Ulstein ambulansestasjon.

Talmaterialet i rapporten viser at Ulstein ambulansestasjon er den av alle stasjonane på Ytre Sunnmøre med høgast oppdragsbelastning, dag og natt. Beskjeden om nedbemanning blei mottatt med overrasking og skepsis. Ulstein ambulansestasjon dekker også Hareid kommune, slik Volda ambulansestasjon dekker Ørsta.

Ytre Sunnmøre er eit distrikt ein kan sjå føre seg som ei stjerne. Der hovuddelen av befolkninga bur ute i kvar arm/spiss av stjerna. Dette gjer det meir utfordrande for samhandling, spesielt på natt, då kvar ambulanseressurs kviler på eigen stasjon. Ulstein brukar ca.25-30 minutt vanlig køyring til Ørsta/Volda.

Frå Larsnes eller Fosnavåg, tek det ca.40 min. til Ørsta/Volda.

Frå Larsnes og Fosnavåg tek det rett i overkant av 35 min. til Hareid, om lag det same brukar ein frå ambulansestasjonen i Ørsta/Volda til Hareid. Altså har alle armane (tettstadane) av stjerna relativ lik avstand i forhold til kvarandre.

Ulstein/Hareid har felles legevaktstjeneste etter kl.22. Søre-Sunnmøre Legevakt er samlokalisert med Volda ambulansestasjon i Hovdebygda. Erfaringsbasert er Hareid/Ulstein for langt unna til at legebilen kan rykke ut og vere vekke frå legevakta, den tida eit oppdrag i dei yste delane av legevaktsdistriktet tek.

Arbeidsgruppa meiner nedlegging av døgnberedskap for ein av ressursane i Ulstein er forsvarlig. Dei konkluderar ut frå tal og statestikkar i rapporten, at det er ein restrisiko på ytre sunnmøre som er akseptabel gitt **“tre tilgjengelege nattressursar og kompenserande tiltak”**.

Vi oppfattar at det ikkje er akseptabel restrisiko. Vi ser heller ikkje at dei kompenserande tiltaka arbeidsgruppa legg til grunn vil avhjelpe oppdrag i Ulstein/Hareid nattetid.

Vi vil her kome med tilbakemeldingar på dei kompensierende tiltaka til arbeidsgruppa:

FR/akutthjelp/privillige i Ulstein/Herøy: Vi er ikkje kjende med at frivillige ressursar tek ambulanseoppdrag der ambulansepersonell ikkje er til stades. Responstid til akutthjelp (deltid brannkorps med enkelt førstehjelpskurs) vil ha betydeleg lenger responstid enn ein ambulanseressurs, kompetanse og erfaring er minimal.

Videre styrking av lokal førsteinnsats i Ulstein/Herøy: Vidare styrking forutset at innsatsen alt er på plass. Det er for oss ukjent at ein har ein slik lokal innsats i Ulstein/Herøy.

Forpliktende nattlig samdrift med Larsnes, Herøy og Volda: På kveld og natt blir ikkje ambulansar flytta rundt i distriktet for å halde beredskapen for områder med lite dekning eller stor aktivitet, det er krav om kviletid for døgnvakt. AMK driv allereie med flåtestyring og utnyttar ressursane etter beste evne. AMK må bruke den næraste ressurs på haste og akutte oppdrag. Dei kan ikkje bruke ein ressurs som er omlag 30 minutt lenger unna, sjølv om denne ressursen har kapasitet. I praksis vil altså den eine ressursen i Ulstein, som nå blir åleine igjen på kveld og natt, køyre dei aller fleste oppdraga frå eige område, så lenge den er ledig. Dette blir betydeleg fleire oppdrag i passiv tid (kviletid).

Vær og kysttilpassede beredskapstiltak for nattdrift: Vi er usikre på kva som spesifikt er meint med slike tiltak, men vi er godt kjende med at det kostar mykje å rekvirere ekstra ferje frå/til øyane her.

Etablering av syketransport (hvit bil): Dette er ein rein transportressurs for pasientar som berre treng bære, utan annan behandling. Syketransport går av vakt på dag/ettermiddag. Korleis skal denne då, slik arbeidsgruppa skriv i si samla vurdering, *“ha betydelig effekt ved å redusere binding av akuttambulanse”*? Etablering av syketransport er eit direkte kompensierende tiltak for Ytre Sunnmøre, denne vil ta vekk noko av dei reine pasienttransportane på dagtid, men kan ikkje setjast som kompensierende tiltak for fjerning av ein ambulanseressurs i Ulstein på natt.

Klare kriterier for bruk av ambulansebåt nattestid: Dette vil ikkje kome Ulstein/Hareid til nytte, då avstanden frå Larsnes, der båten ligg, er for lang. Ambulansebåt er ei misvisande nemning for båten, då det ikkje er ambulansepersonell ombord. Arbeidsgruppa skriv i si samla vurdering at målretta bruk av ambulansebåten vil *“frigjere kapasitet i nattperioden”*. Korleis kan ein frigi kapasitet når personellet flyttar seg frå bilambulanse ombord i ambulansebåten? Når båten er ute på ambulanseoppdrag er den oppbemanna med ambulansepersonell frå ein av bilambulansane i området, ergo like lite frigitt kapasitet.

Vi meiner at dei tiltaka arbeidsgruppa har kome opp med for å redusere restrisikoen for Ulstein/Hareid, ikkje er truverdige. Vi ser ikkje eit einaste tiltak som vil kompensere for den ressursen dei vil fjerne på kveld og natt. Det vil bli ei betydeleg auke i oppdrag på kveld/natt på døgnbilen i Ulstein.

Vi stiller spørsmål ved vurderinga arbeidsgruppa har gjort. Sjå til dømes på arbeidsgruppa si samla vurdering av reduksjon av kveld/nattbereskap i Volda/Ørsta. Volda ambulansestasjon kan best samanliknast med Ulstein. Begge har to ambulanseressursar med nesten like høg køyrebelastning, prognoser for Volda/Ørsta samla i åra som kjem, er omtrent lik som for Ulstein/Hareid. Volda/Ørsta har like mange ambulanseressursar rundt seg med omtrent lik avstand som Ulstein/Hareid. Arbeidsgruppa har lagt til grunn at “Ørsta er fullstendig avhengig av Volda”, vi påpeikar her at Hareid er like fullstendig avhengig av Ulstein. Arbeidsgruppa konkluderar med at dagens beredskap bør vidareførast i Volda, for Ulstein konkluderar dei at nattberedskapen kan reduserast.

Ulstein/Hareid har ikkje lokal legevakt på natt, den felles legevakta er samlokalisert med Volda ambulansestasjon, som dermed har kort veg til pasientar i Ørsta/Volda. Legevaktsbilen er bemanna med legevaktslege og ambulanspersonell. Volda sjukehus er for ein stor del av Volda si befolkning 5-10 min. unna i bil. Alle ambulansane frå Ytre Sunnmøre køyrer gjennom Volda kommune på veg til og frå Volda sjukehus, ein får derfor mange minutt med auka beredskap i området, noko ein heller ikkje har i dei yste delane av Sunnmøre, som Ulstein/Hareid.

Ingen av desse punkta, som etter vår meining styrkar beredskapen i Volda/Ørsta, er peika på i ei samla vurdering av nattberedskapen i Volda/Ørsta. Vi meiner at det stikk i strid med arbeidsgruppa, verkar lite reflektert å bevare ein ambulanseressurs tett på sjukehuset, for å halde beredskap for sjukehuset, når konsekvensen er å fjerne ein tilsvarende ambulanseressurs med lang veg til sjukehus. Pasienten på sjukehuset får i alle fall helsehjelp, til samanlikning med ein pasient som ligg alvorleg sjuk i si eiga stove og ventar.

Med dette meiner vi ikkje at det skal takast vekk ein nattressurs i Volda i staden for Ulstein. Vi meiner det ikkje er forsvarleg å redusere nokon av desse ambulanseressursane. Om ein fjernar ein av ressursane i Volda eller Ulstein vil ringverknadane bli store for heile distriktet. Vi brukar Volda for å vise manglande refleksjonar kring beredskap i Volda/Ørsta og samanlikne med manglande kompensasjon for ein redusert beredskap i Ulstein/Hareid på kveld og natt.

Samla sett kan vi ikkje forstå grunngjevinga og forsvarlegheita i å fjerne ein ressurs der det er høgast oppdragsbelastning på Ytre Sunnmøre pr.2025. Rapporten til arbeidsgruppa klargjer ikkje denne vurderinga i betydeleg grad. Vi endar som beskrive i tilbakemeldinga med å ikkje finne at arbeidsgruppa har lagt fram kompenserande tiltak

for reduksjon i kveld og nattberedskap for Ulstein/Hareid. Fryktar med dette for den akuttmedisinske forsvarlegheita til heile Ytre Sunnmøre med potensielt fatale følger. Ein legg opp til rovdrift på ambulanspersonell for liten og usikker økonomisk gevinst og uten ei grundig utgreiing av dei følger som kjem av dette.

Med helsing

Ansatte ved Ulstein ambulansstasjon

Når livet står på spill: Geiranger kan ikke redusere til ene-redde-ambulanse

Geiranger er ikke bare et postkort motiv. Det er et levende lokal samfunn bestående av 3 bygder (Geiranger, Eidsdal og Norddal), et internasjonalt turistmål og et område med krevende geografi, lange avstander og betydelig risikoeksponering.

Derfor vekker det stor bekymring at ledelsen vurderer å redusere ambulansetjenesten i Geiranger til en såkalt ene-redde-ressurs 9 måneder av året. En slik løsning vil ikke være forsvarlig verken faglig, juridisk eller beredskapsmessig.

Ambulansetjenesten er en del av spesialisthelsetjenesten og omfattes av krav til forsvarlighet etter helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Forsvarlighetskravet er ikke en teoretisk standard; det handler om at tjenesten skal være i stand til å gi nødvendig og trygg helsehjelp når mennesker trenger det som mest. I praksis betyr dette at bemanning, kompetanse og responsevne må stå i forhold til risikoen i området tjenesten dekker.

I Geiranger er risikoen betydelig. Området har krevende fjelloverganger, rasutsatte veier, tunneler, sjøtrafikk og et høyt antall turister mye av året. De siste årene har denne sesongen blitt betraktelig forlenget over hele året og ikke bare 3 måneder om sommeren. De første cruiseskipene kommer allerede i April og de siste helt til November.

Ikke er det bare fastboende som holder liv i disse bygdene på lavsesong. Et høyt antall gjestearbeidere bor her mere enn 3 måneder av året for å drive hoteller, butikker og spisesteder. Det er også mange mennesker som jobber i her om vinteren for å vedlikeholde veinett, strømmnett, infrastruktur og rehabilitering av hoteller og gjestehus. Om sommeren kan flere tusen mennesker oppholde seg i Geiranger samtidig. Når cruiseskip legger til kai 8 måneder av året øker både sannsynligheten for akutte hendelser og behovet for samtidighets beredskap. I tillegg kommer trafikkulykker, fallulykker i fjellet, hjertestans, drukning og andre tidskrisiske hendelser hvor rask og kvalifisert innsats av er avgjørende.

Noen eksempler på dette fra vinter/vår 2025 Og 2026 (siste året) og utenom sesong/sommer. (og det er enda flere hendelser både inneværende år og de siste årene).

- Påsken 2025: Paraglidersulykke med kritiske skader. 2 Ambulansearbeidere/Paramedisiner jobbet på spreng med livreddende behandling i påvente av ett helikopter som kom etter 40 minutter.
- Vinteren 2026: STEMI i Geiranger med alvorlig syk pasient - utfordringer med vær - lang tid før SAR Queen kom til Geiranger.
- Vinteren 2026: falltraume fra 2 etasjer med alvorlige skader i hode, nakke og rygg. Måtte vente på helikopter i 35 minutter. Livreddende innsats og behandling ble gitt.
- Vinteren 2026: Flere episoder med samtidighets konflikter hvor behov for flere bære-biler samtidig i samme område.

Dette er bare noen få utvalgte hendelser av alvorlige karakter som også skjer utenom 3 måneder om sommeren.

Å sende Ambulansearbeider/Paramedisiner alene inn i slike situasjoner er ikke forsvarlig spesielt når nærmeste ambulanse ressurs er 40-45 minutter unna under forutsetning at den er på stasjonen og fergen ligger Linge siden av fjorden når alarmen går. Mange oppdrag krever to personer både av hensyn til pasientbehandling, løfte/bære oppdrag, medisinsk vurdering og dobbeltkontroll av medikamenter, og ikke minst sikkerheten til innsatspersonell.

Å belage seg på hjelp fra brannvesen ved kritiske medisinske tilstander er uheldig både for de og helsepersonellet.

Ledelsen ved sykehuset kan argumentere med at andre ressurser kan bistå ved behov. Problemet er at i Geiranger og til en viss grad i Eidsdal/Norddal finnes det ikke alltid tilgjengelige støtte ressurser innen rimelighetens tid. Det nevnes ambulansen i Valldal og helikopter. Her kan det nevnes flere faktorer som medfører stor risiko ved akutte hendelser og spesielt om vinteren:

- Lange avstander hvor Valldal er 40-45 minutter unna under forutsetning at ferge ligger på riktig side
- Hvis Valldal er opptatt vil neste ambulanse være på Ørskog eller nå foreslått Stette. Dette er stasjon som har stor oppdragsmengde og ofte er opptatt og derfor ikke mulig å bruke til beredskaps forflytning.
- Rasfare. Grandefonna i Geiranger er ofte utsatt for ras og rasfare. Det er nylig etablert nye bomber og varslingsystemer for denne strekning som kan medføre at Geiranger blir isolert. Ene redder kan ikke transportere pasient til helikopter hvis pasienten har behov for bære og Ambulanse Valldal kan ikke kjøre til Geiranger grunnet stengt vei.
- Ambulanshelikopter har kun 2 landingsplasser i Geiranger grunnet topografi: Homlungstranda og Vinje gård. Hvem skal frakte pasienten på bære til helikopter? Det er sagt fra ledelsen at helikopter kommer raskt til Geiranger når det er behov men erfaringen tilsier noe helt annet, og hva hjelper det nå pasienten uansett i beste fall må vente 40-45 minutter for å bli transport til helikopter fordi ambulansen må komme fra Valldal, Stranda eller Ørskog/Stette.
- Værforholdene spesielt om vinteren gjør at det ikke er flyvær til Geiranger. Ved tidskritiske hendelser hvor rask transport til sykehus vil få konsekvenser for pasienten grunnet lange avstander og dårlig veinett. Samt at noen ganger kan været være en faktor som gjør at ferge ikke kan gå mellom Eidsdal-Linge
- Det blir ofte sagt av helikopterlege at vi må starte transport i retning Ålesund grunnet tidsbesparelse og i tilfelle de må prioritere andre oppdrag ved samtidighet.
- Samtidighet på luftambulanse hvor det til stadig er vanskelig å få tak i helikopter da de er opptatt i andre oppdrag eller er ute av drift på grunn av for mye duty tid.
- Tekniske problemer bemannings utfordringer på ferge Linge-Eidsdal som forekommer og gjør at ferge ikke kan gå som planlagt. Da kommer ikke Valldal seg til Geiranger.
- Befolkning med høy alder og sammensatte sykdommer/morbiditet
- Helse og omsorgssenter med ufaglært personell
- Ikke tilgang på lege lokalt - Valldal har lege hver dag mandag til Fredag og kortere vei til legvakt på natt og helg.

Beredskap handler nettopp om å ha kapasitet tilgjengelig før krisen oppstår - ikke å håpe at noen andre kan komme senere.

En reduksjon til ene-redder beredskap utfordrer også prinsippet om likeverdige helsetjenester. Innbyggerne i distriktene har samme rett til forsvarlig akuttmedisinsk hjelp som folk i byene. Å fjerne en bæreambulanse/reducere bemanning store deler av året vil være det komplette galskap for dette området. Det kan ikke være slik at geografi eller økonomi alene skal avgjøre hvor stor risiko man må akseptere dersom man blir alvorlig skadet eller syk.

Det er også grunn til å stille spørsmål ved arbeidsmiljø og rekruttering. Å arbeide alene i akuttmedisinske situasjoner over tid vil gi økt belastning, større utrygghet og høyere risiko for feilvurderinger. Signalene fra de ansatte er at de ikke ønsker å fortsette ved stasjonen om dette blir realiteten. Det blir vanskeligere å beholde ansatte over lengre tid for stabilitet og ikke minst rekruttere kvalifisert personell til området som vil svekke beredskapen ytterligere. Å jobbe i dette området krever også mye lokalkunnskap da ikke hele veinettet har navn eller husnummer, samt at mange oppdrag foregår ute i terrenget.

Å opparbeide skal lokalkunnskap er ikke gjort over natta.

Forsvarlighetskravet innebærer at ledelsen må gjøre reelle risiko og sårbarhetsanalyser før en slik endring gjennomføres.

Disse analysene må ta utgangspunkt i faktiske aktivitet, sesongvariasjoner, responstider, geografi og sannsynlighet for samtidige hendelser. Dersom konsekvensene av redusert bemanning er at pasienten ikke får nødvendig helsehjelp i tide, eller at ansatte settes i uforsvarlige situasjoner, vil tiltaket kunne være i strid med lovverket.

Beredskap kan ikke måles utelukkende i regneark og budsjetter eller statistikk for den saks skyld. Den må vurderes ut fra hva som skjer den dagen ulykken eller akutte sykdom rammer. Spørsmålet er enkelt: ville vi akseptert at være egne nærmeste møte en alene-redder i en kritisk situasjon i Geiranger? En ressurs som ikke kan starte transport mot sykehus umiddelbart hvis tidskritiske og helikopter ikke er tilgjengelig av ulike årsaker. Hvis svaret er nei, bør heller ikke løsningen innføres.

Geiranger, Eidsdal og Norddal trenger en robust ambulansetjeneste med tilstrekkelig og stabil bemanning, ikke en svekket beredskap som flytter risikoen over på pasienter og ansatte. Når minutter kan avgjøre liv eller død, må forsvarlighet veie tyngre enn kortsiktige innsparinger.

Arbeidsmiljø ved stasjonen; Siden 2019 har dette spørsmålet og reduksjon av ambulansetjenesten ofte vært diskutert i ledelsen for å spare penger. Ambulansestasjonen i Geiranger er hele tiden utsatt grunnet innsparinger.

Siste runde for 2 år siden ble det konkludert med at det ikke var mye spare ved å ha ene-redder de månedene som var foreslått. I tillegg var risikoen for stor. Hva har endret seg siden? Da Stranda Kommune og Sykehuset signerte avtale om ny stasjon i Geiranger ble denne kampen om å beholde ambulansen lagt død - trodde vi. Det ble sagt fra seksjonsleder ved inngåelse av ny stasjonen at nå skulle det ikke bli flere runder - men den gang ei. Denne til stadige kampen vi ansatte og befolkningen må ta år etter år skaper så mye usikkerhet, frustrasjon og gir ikke akkurat så mye motivasjon.

Vi har også siste året hatt andre endringer på stasjonen som også går utover det psykososiale arbeidsmiljøet. I alle år har vi hatt et fantastisk samarbeid og kollegialt miljø sammen med stasjonen i Valldal ved å ha ha vaktbytte der hver Mandag. Det har vært høydepunktet for de aller fleste hvor vi kan møtes i fellesskap og snakke det aller meste men ikke minst trene sammen ut i fra det faglige perspektiv. Her kan feks HLR og Lucas Kompresjonsmaskin nevnes. Det har også gjort det lettere å pendle noe de aller fleste ved stasjonen gjør. Men dette ble tatt bort fra oss over natten fra ledelsen. Men en begrunnelse : Beredskap. I den nye foreslåtte modellen er det foreslått vaktbytte i Valldal noe som selvfølgelig taes godt i mot fra oss ansatte. Men da faller det på sin egen urimelighet at det ordningen ble fjernet i fjor nettopp på grunn av beredskapen. Dette blir noe selvmotsigende og igjen kan vi stille spørsmål ved denne begrunnelsen? Vi ansatte føler oss generelt lite inkludert i avgjørelser, dårlig informasjonsflyt mellom ledelse/ansatte og en seksjonsleder som er svært mye borte/fraværende som medfører blant annet at vi må hjelpe til med å skaffe vikarer ved sykefravær/ferieavvikling, logistikk generelt ved stasjonen og bil samt bestille diverse varer av det som trengs til stasjonen til tross for at vi gjentatte ganger har blitt fortalt at dette skal gjøres av leder.

Vi tror og håper at ambulansen i Geiranger vil bestå året rundt som den er i dag. Det fortjener vi ansatte men ikke minst også lokalbefolkningen. Noe annet vil bære uforsvarlig og endringene vil rasere dagens tilbud og stabilitet. Hvorfor den nedsatte arbeidsgruppen har foreslått akkurat denne endringen for Geiranger handler for oss om uvitenhet.

Selvom det ikke burde reduseres hverken i Valldal eller Geiranger vil det etter vårt syn vært mere forsvarlig med reduksjon i Valldal hvis det skal velges mellom 2 onder.

- Mindre behov for akutt bruk av ferge Linge-Eidsdal
- Lettere og raskere å få bistand fra Ørskog/Stette/Stranda/Ålesund til Valldal
- Bedre og stabil helårsvei Sjøholt-Valldal (30 minutter)
- Geiranger kan sendes på oppdrag mot Valldal om andre stasjoner ikke er tilgjengelig
- Mer stabilt vær på den siden av fjellet
- Bedre og flere muligheter å lande for helikopter grunnet annen topografi
- Mindre behov for bruk av beredskaps ferge på natt og ved akutt behov i Geiranger/Eidsdal/Norddal døgnet rundt noe som også gir økonomiske gevinster
- Geiranger dekker også Strynefjell / RV 15 mer enn 3 måneder av året som er en veldig trafikkert og ulykkesbelastet strekning samt mange hytter og fjell med høy aktivitet.
- Legevakt tilgjengelig i Valldal Mandag-Fredag og kortere vei til legevakt/sykehus for øvrig.

Håper Dere kan ta dette til etterretning i disse trange økonomiske tider.

Det registreres også at det er noen ledige stillinger i tjenesten i disse dager blant annet i Ålesund og Surnadal. Kanskje det kunne vært lurt å forbeholde disse stillingene hvis disse foreslåtte tiltakene blir innført slik at de ansatte som blir berørt kan flyttes til andre seksjoner med fortrinn. Dette er vel et krav i slike prosesser?

På vegne av ansatte

Thomas Lundlie
Paramedisiner/Innsatsleder
Geiranger Ambulansstasjon

PROTOKOLL

År 2026, den 11. juni, ble det avholdt drøftingsmøte mellom Helse Møre og Romsdal og foretakstillitsvalgte fra organisasjonene. Møtet ble gjennomført med hjemmel i Arbeidsmiljølovens § 8-2 og Hovedavtalenes §§ 30 og 31.

Sak til drøfting er:

Styresak saksnummer: 74/26 Ambulansestructur 2026-2027. Forslag til omstillingstiltak

For Helse Møre og Romsdal HF:

Adm.dir	Olav Lødemel
HR-direktør	Kjetil Lundberg
HR-rådgiver	Tor Rune Aarø

Fra Organisasjonene:

Norsk Sykepleierforbund	Foretakstillitsvalgt	Anette Lekve
Fagforbundet	Kst. FTV	Elisabeth Kirkholm
Den norske Legeforening, overlegeforeningen	Vara FTV	Even Bakøy
Den norske Legeforening, Yngre legers forening	Foretakstillitsvalgt	Hilde Østnor
Norsk Psykologforening	Foretakstillitsvalgt	Siri Næs
Delta	Foretakstillitsvalgt	Evy Størvik
Den norske Jordmorforening	Foretakstillitsvalgt	Bodil Ljones
NITO	Foretakstillitsvalgt	Evy K.L. Skjong
Norsk Ergoterapeutforbund	Foretakstillitsvalgt	Helene Botterli

Også tilstede:

Fra vernetjenesten	Foretaksverneombud	Inger Ann S. Kjerstad
--------------------	--------------------	-----------------------

Bakgrunn:

Administrerende direktør presenterte saken

Organisasjonenes syn, med tilslutning fra vernetjenesten:

I saken legges det fram forslag til innsparringstiltak i ambulansetjenesten. Tillitsvalgte og vernetjenesten anerkjenner at det er gjort et grundig arbeid med det faglige beslutningsgrunnlaget i denne saken. Arbeidsgruppen har vært bredt sammensatt og medvirkning synes godt ivaretatt. Tiltak som foreslås fremstår grundig vurdert opp mot faglig forsvarlighet, og det er konsensus i arbeidsgruppen om forslagene som legges fram.

Beslutningsgrunnlaget for innsparingstiltak har vært ute på høring og skapt stort engasjement og ikke minst uro i befolkningen. Det forutsettes i forslag til vedtak at kompenserende tiltak må være etablert før omstillingstiltak blir satt i gang. Det er svært viktig at dette følges opp på en god måte både internt og eksternt. Vi forutsetter at omstillingsavtalen blir fulgt og det gjennomføres risikovurdering og drøfting lokalt før tiltak iverksettes. █

Organisasjonene og vernetjenesten vil også understreke at disse omstillingstiltak er basert på dagens struktur på tjenestetilbud. Når det samtidig foreslås utredning av strukturelle endringer i vil det igjen kunne påvirke hvordan ambulansetjenesten bør organiseres.

For Helse Møre og Romsdal HF:

Olav Lødemel (sign.)

Kjetil Lundberg (sign.)

Tor Rune Aarø (sign.)

For organisasjonene:

Anette Lekve (sign.)

Elisabeth Kirkholm (sign.)

Even Bakøy (sign.)

Hilde Østnor (Sign)

Siri Næs (sign.)

Evy Storvik (sign.)

Bodil Ljones (sign.)

Evy K.L. Skjong (sign.)

Helene Botterli (sign.)

Arkivreferanse: 2026/4889
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Olav Lødemel

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
75/26	17.06.2026	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Overordna omstilling – Helse Møre og Romsdal

Vedlegg

- 1 Sak 75-26 - vedlegg 1 - Saksframlegg Overordna omstilling - Helse Møre og Romsdal
- 2 Sak 75-26 - vedlegg 2 - Drøftingsprotokoll Overordna omstilling- Helse Møre og Romsdal HF
- 3 Sak 75-26 - vedlegg 3 - Uttalelse fra tillitsvalgte i psykiatri 17.06.2026
- 4 Sak 75-26 - vedlegg 4 - Uttale fra barneavd. ang. vaktreduksjon ved Ålesund sjukehus
- 5 Sak 75-26 - vedlegg 5 - Uttalelse til HMR nyrevakt
- 6 Sak 75-26 - vedlegg 6 - Uttalelser urologisk vakt
- 7 Sak 75-26 - vedlegg 7 - Uttale - Omstillingsprosess Helse Møre og Romsdal fra Volda kommune 09.06.2026
- 8 Sak 75-26 - vedlegg 8 - Samla uttale frå Arbeiderparti på Nordmøre 07.06.2026
- 9 Sak 75-26 - vedlegg 9 - Rapport prosjekt bærekraftige vaktordninger

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Møre og Romsdal tar saken om overordnet omstilling i Helse Møre og Romsdal til orientering, og slutter seg til det beskrevne utfordringsbildet og behovet for ytterligere omstilling.
2. Styret for Helse Møre og Romsdal tar status for gjennomføring av tiltak i 2026 til orientering, og legger til grunn at arbeidet med å realisere planlagte tiltak videreføres med høy prioritet.
3. Styret for Helse Møre og Romsdal legger til grunn at generelle effektiviseringstiltak alene ikke vil være tilstrekkelige, og at det er nødvendig å arbeide videre med tverrgående og strukturelle tiltak for å oppnå økonomisk bærekraft.
4. Styret for Helse Møre og Romsdal ber administrerende direktør videreføre utredning og konkretisering av tiltak innenfor:
 - a. tiltak på tvers av klinikker
 - b. optimalisering av drift og kapasitet
 - c. strukturelle endringer i tjenestetilbudet med unntak av fødetilbudet i Volda

5. Styret for Helse Møre og Romsdal legger til grunn at forslag til større tiltak med konsekvenser for tjenestetilbud, lokalisering eller struktur skal fremmes som egne saker for styret, med tilhørende risikovurderinger og vurdering av konsekvenser for pasientsikkerhet, kvalitet, arbeidsmiljø og tilgjengelighet.
6. Styret forutsetter at omstillingsarbeidet gjennomføres i tråd med gjeldende lovkrav og rammer, og med god involvering av ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og relevante samarbeidspartnere.

Ålesund, 12.06.2026

Olav Lødemel
adm. direktør

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.

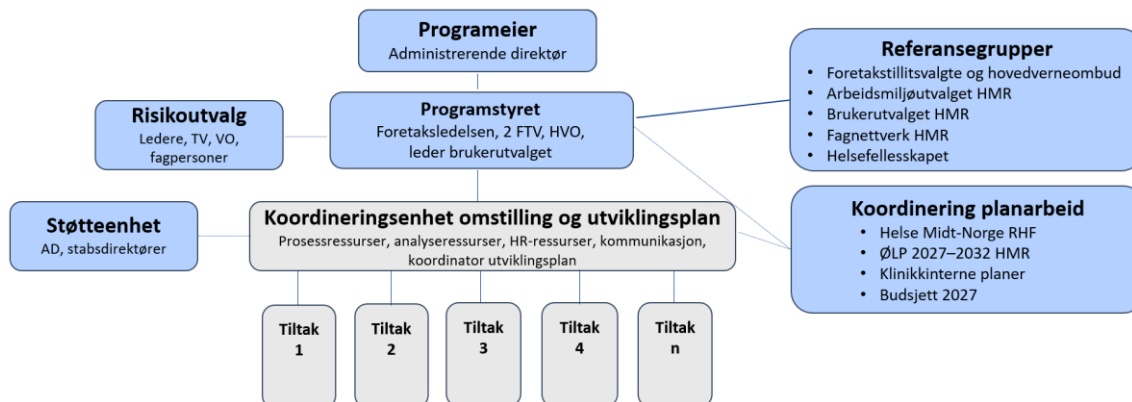
Tiltak pr klinikk pr. mai 2026

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 programeier 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:

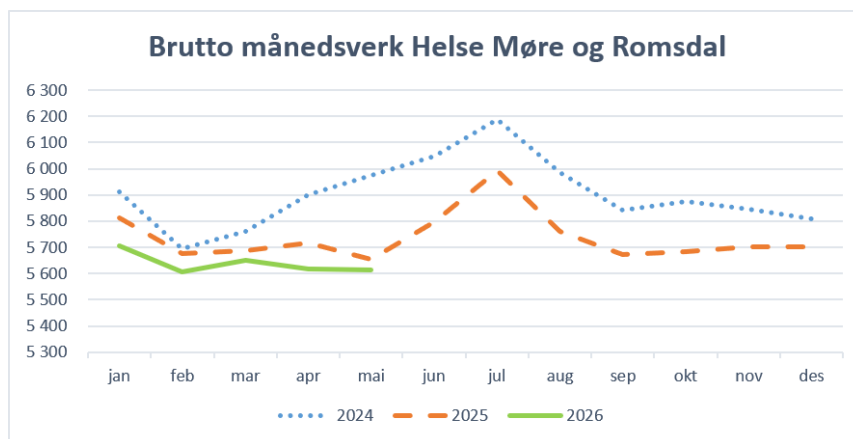
1. **Driftstiltak** – tiltak som gjennomføres innenfor ordinær linjedrift og eksisterende fullmakter. Dette er hovedsakelig tiltak beskrevet for 2026.
2. **Større klinikkvise tiltak** – tiltak på klinikknivå som krever særskilt involvering av berørte interessenter før beslutning og gjennomføring. Tiltak 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. Lederlinjen 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 kompenserende 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

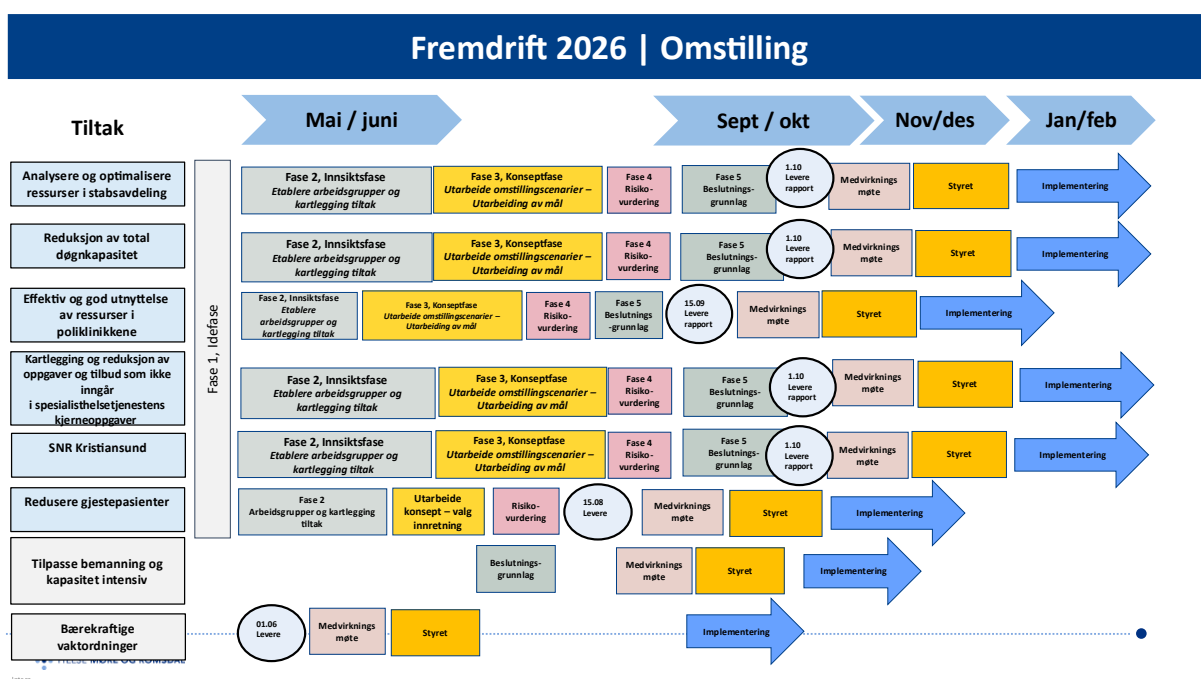
Oppdraget innebærer en kartlegging på tvers av både kliniske og administrative områder i Helse Møre og Romsdal. Målet er å identifisere oppgaver, tjenester, aktiviteter og tilbud som helt eller delvis faller utenfor det som anses som spesialisthelsetjenestens kjerneansvar.

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 operasjonsstuen, 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 utvikle 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.

PROTOKOLL

År 2026, den 11. juni, ble det avholdt drøftingsmøte mellom Helse Møre og Romsdal og foretakstillitsvalgte fra organisasjonene. Møtet ble gjennomført med hjemmel i Arbeidsmiljølovens § 8-2 og Hovedavtalenes §§ 30 og 31.

Sak til drøfting er:

Styresak saksnummer: 75/26. Overordna omstilling – Helse Møre og Romsdal HF

For Helse Møre og Romsdal HF:

Adm.dir	Olav Lødemel
HR-direktør	Kjetil Lundberg
HR-rådgiver	Tor Rune Aarø

Fra Organisasjonene:

Norsk Sykepleierforbund	Foretakstillitsvalgt	Anette Lekve
Fagforbundet	Kst. FTV	Elisabeth Kirkholm
Den norske Legeforening, overlegeforeningen	Vara FTV	Even Bakøy
Den norske Legeforening, Yngre legers forening	Foretakstillitsvalgt	Hilde Østnor
Norsk Psykologforening	Foretakstillitsvalgt	Siri Næs
Delta	Foretakstillitsvalgt	Evy Størvik
Den norske Jordmorforening	Foretakstillitsvalgt	Bodil Ljones
NITO	Foretakstillitsvalgt	Evy K.L. Skjong
Norsk Ergoterapeutforbund	Foretakstillitsvalgt	Helene Botterli

Også tilstede:

Fra vernetjenesten	Foretaksverneombud	Inger Ann S. Kjerstad
--------------------	--------------------	-----------------------

Bakgrunn:

Administrerende direktør presenterte saken

Organisasjonenes syn, med tilslutning fra vernetjenesten:

Styresaken gir en samlet beskrivelse av helseforetakets omstillingsbehov, status i pågående arbeid og ytterligere tiltak som vurderes for å redusere kostnadsnivået i perioden 2027 til 2032.

Saken beskriver godt den økonomiske utfordringen helseforetaket står i, og det omfattende effektiviserings- og omstillingsarbeidet som er foretatt så langt.

Det grunnleggende problemet, er at de økonomiske rammene ikke står i stil med kraftig økte utgifter knyttet til nytt sykehus, helseplattformen og IKT. Vi har likevel klart å omstille drift tilbake til netto årsverk tilsvarende 2019 nivå og samtidig økt aktivitet.

Til tross for betydelig effektivisering og omstilling i drift og pasienttilbud, er omstillingskravet fortsatt enorm. I saken fremgår det at vi må redusere ytterligere 300 årsverk for å møte innsparingskravet. En slik ytterligere nedbemanning vil presse foretaket ned til nivået vi lå rundt 2015, samtidig som dagens aktivitetsnivå skal opprettholdes. Det er ikke realistisk å forvente at ansatte og arbeidsmiljø kan tåle en slik belastning.

I saken gjøres det rede for et stort omfang av driftstiltak, større klinikkvise tiltak, felles tiltak på tvers av klinikker og strukturelle endringer. Flere av tiltakene og utredningsforslagene som nå løftes fram oppfatter vi som svært krevende og i konflikt med sentrale politiske styringssignaler, tidligere styrevedtak i HMR, føringer i Oppdragsdokumentet, spesielt innen psykisk helsevern og rus og sågar Nasjonal Helse og Sykehusplan. Det trekkes særlig fram at de foreslåtte endringene i DPS-struktur kommer samtidig med at det foregår et nasjonalt arbeid som omhandler DPS-struktur og mål om å stanse nedbygging av døgnplasser i DPS. Det er en stor bekymring at dette vil være tiltak som ikke kan gjøres om, og som vil gjøre de kapasitetsmessige utfordringene ved de andre tilbudene i psykisk helsevern og TSB mer utfordret, særlig for akutt psykisk syke.

De strukturelle tiltakene kommer som en konsekvens av en ekstremt presset økonomisk situasjon. Slike prosesser skaper betydelig uro og usikkerhet blant ansatte og i befolkningen og vi er i tvil om samfunnsoppdraget for likeverdige helsetjenester blir løst. Vi stiller også spørsmål ved om det er riktig ressursbruk å utrede tiltak det ikke er politisk handlingsrom for å gjennomføre. Her utfordres krav om likeverdige helsetjenester, pasientsikkerhet, beredskap og arbeidsmiljø.

For Helse Møre og Romsdal HF:

Olav Lødemel (sign.)

Kjetil Lundberg (sign.)

Tor Rune Aarø (sign.)

For organisasjonene:

Anette Lekve (sign.)

Elisabeth Kirkholm (sign.)

Even Bakøy (sign.)

Hilde Østnor (Sign)

Siri Næs (sign.)

Evy Storvik (sign.)

Bodil Ljones (sign.)

Evy K.L. Skjong (sign.)

Helene Botterli (sign.)

Uttalelse til styremøtet i Helse Møre og Romsdal 17.6.26 fra tillitsvalgte for leger i Klinikk for psykisk helse og rus

Det er snakk om betydelige kutt i psykiatrien som går mot alle føringer fra øverste politiske hold nasjonalt, og vi ønsker som tillitsvalgte å formidle alvorlighetsgraden av dette. Den aktuelle driften av psykisk helsevern i Møre og Romsdal, og hvordan den er sammenlignet med landet for øvrig, er også et viktig perspektiv i denne saken.

Bakgrunn: Oppdragsdokumentet fra HMN til HMR (13.02.26) er svært tydelige når det gjelder psykiatrien:

- Det er et hovedmål å styrke psykisk helsevern og TSB (dvs rusbehandling) ihht Opptrappingsplan for psykisk helse 2023-2033.
- Antall døgnplasser innen psykisk helsevern skal økes i tråd med planene.
- Helseforetaket skal sikre en årlig økning i døgnkapasitet i psykisk helsevern for voksne.
- De regionale helseforetakene skal hindre nedbygging av DPS.

Per i dag er det to etablerte sengeposter utenfor sykehuspsykiatrien i Nordmøre og Romsdal: Døgnposten ved Molde DPS (Knausen) og døgnposten ved Kristiansund DPS (Nordlandet). **Det aktuelle som nå skal vurderes** er hvorvidt man kan imøtekomme sparekravet på 20 millioner ved å legge ned en av disse døgnpostene, og styrke den andre for å kompensere. Fra det vi har hørt skisseres det at dette vil medføre **et tap av rundt 10 sengeplasser** i psykiatrien i Nordmøre og Romsdal alene. Dette i seg selv er åpenbart i strid med oppdragsdokumentet fra HMN, og med Opptrappingsplan for psykisk helse som er etablert fra øverste politiske hold.

Status for psykisk helsevern i Møre og Romsdal:

1. Tallene for Møre og Romsdal viser at vi har et sammenlignbart behov for psykiatrisk behandling som landet for øvrig, da andelen pasienter som blir tatt inn og vurdert med rett til helsehjelp ligger på linje med resten av landet. Samtidig ser vi at pasientene i vårt fylke får mindre av både antall behandlingstimer i poliklinikken og av varighet på innleggelsene (kortere liggetid) enn landet for øvrig. **Det vil si at det tilbys mindre behandling for psykiatriske lidelser i Møre og Romsdal enn de fleste andre steder i landet.**
2. Videre er det snakket om at kutt i sengeplasser potensielt kan kompenseres med økt ambulatorisk virksomhet/at forsterket ambulant poliklinisk oppfølging kan medføre redusert behov for døgnplasser. Da er det relevant å vite at **Møre og Romsdal allerede har et godt utbygd ambulant tilbud** innenfor psykisk helsevern (ligger på 2. plass på landsbasis etter Sørlandet sykehus når man se

på antall individer pr 100 000 med FACT og ambulant aktivitet i VOP 2025). Ambulante tjenester i Møre og Romsdal er stadig under utvikling, men en tenker at mye av potensialet som ligger i reduksjon av sengetall allerede er utnyttet.

3. Til slutt vil vi påpeke at **sikkerhetspsykiatrien** (dvs omsorgen for pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern) i Møre og Romsdal skiller seg fra det nasjonale nivået, noe som også har en betydning for den samlede belastningen av psykiatrien i fylket. **Møre og Romsdal er et fylke med svært høy forekomst av dommer til TPH sammenlignet med befolkningsgrunnlaget** (fører opp tall under). Dette dreier seg om dom til tvungen behandling, og pasientene opptar klinikkens kapasitet, både i form av døgntilbud/sengeplasser og spesialistkapasitet. Hvor mange som blir dømt og hvor mange som er pålagt døgntilbud (dvs må være innlagt på sengepost) er det domstolene (og ikke psykiaterne) som har den avgjørende myndighet over, og dette er i all hovedsak svært langvarige og ressurskrevende forløp, ofte med innleggelser av flere års varighet.

Tall for sikkerhetspsykiatri:

Helse Midt-Norge per 31.12.25:

Regionen har ca 14% av befolkningen, men 10% av de domfelte nasjonalt. Dette vil si at HMN ligger noe under landsgjennomsnittet, men ikke markant lavt - og på nivå med Helse Vest. 30 av 53 dommer (57%) er dog knyttet til HMR som ansvarlig helseforetak. Til sammenligning har StOH 16 dommer (30%) og Helse Nord-Trøndelag 7 dommer (13%).

Rate (domfelte/100 000 innbyggere):

- Landsgjennomsnittet: 7,53
- Helse Midt-Norge: 6,95
- Helse Møre og Romsdal: ca 11,0

HMR har over halvparten av alle dommer i HMN, til tross for at foretaket har betydelig lavere andel av regionens befolkning enn dette. **Antall dommer om tvungent psykisk helsevern er derfor en særskilt utfordring for HMR sammenlignet med resten av regionen.**

Samlet sett vil vi konkludere med dette:

Helse Møre og Romsdal behandler et forventet antall pasienter innen psykisk helsevern. Pga økning i antall pasienter på dom, medfører utviklingen at "vanlige" pasienter får stadig mindre behandling, bl.a. i form av kortere liggetid, noe som også vises igjen i antall reinnleggelser. Ambulante tjenester er allerede godt utviklet. En nedleggelse av en døgntilbud i regionen anses derfor som svært uheldig fra vårt perspektiv.

Vennlig hilsen

Gunhild Husby, tillitsvalgt for overleger i Klinikk for psykisk helse og rus, HMR

Dina Vengen, tillitsvalgt for YLF / LIS i Klinikk for psykisk helse og rus, HMR

Det er foreslått endringer i vaktordninger for følgende spesialiteter, i opplysninger fra siste klinikkråd i april; ØNH, Øye, Urologi, Nyremedisinsk vakt.

Ålesund sykehus skal være det mest differensierte sykehuset i Møre og Romsdal. Barne og ungdomsavdelinga i Ålesund skal tilby den mest avanserte utredning og behandling av nyfødte, barn og ungdom i Helse Møre og Romsdal. Fødselstall i Møre og Romsdal er større enn Finnmark og Troms tilsammen. Aktuelle tiltak vil ha konsekvenser for sykehuset med svekket beredskap, og for vår avdeling vil det bety et svekket tilbud til pasientene. Dette vil ha stor betydning og svekke beredskapen ved Barne og Ungdomsavdelinga i Ålesund og ved Nyfødt Intensiv.

Nyfødt intensiv

ØNH

- Mulighet for direkte laryngoskopi hos våkent/selvpustende barn f. eks. ved alvorlig stridor, mistanke om misdannelser i larynks, hemangiom eller tumor som truer luftveier.
- Hjelp til intubasjon ved vanskelig luftvei
- Nødtrakeotomi
- ØNH deltakelse i akutt barneteam som en opsjon ved forventet vanskelig luftvei før eller ved innkomst

ØYE

- ROP vurdering må kunne tilbys hver uke. Noen risikobarn har behov for undersøkelse mer enn én gang pr uke for å avdekke behov for nødvendig behandling
- Intravitreal behandling av ROP
- Misdannelser og sykdommer i øyet
- Alvorlige øyeinfeksjoner
- Perinatal øye/netthinnepåvirkning pga. medfødt eller ervervet infeksjonssykdom hos mor (f. eks. TORCH infeksjoner)
- Syndromutredning
- Uklarhet mht. vurdering av rød refleks

Barnemedisinsk sengepost og kirurgisk intensiv

ØNH

- ØNH deltakelse i akutt barneteam som en opsjon ved forventet vanskelig luftvei før eller ved innkomst
- Tilsyn av barn med alvorlige infeksjoner i øvre luftveier
- Behov for kirurgi inkludert drenasje av abscesser
- Mulighet for nødprosedyrer som nødtrakeotomi ved truet luftvei
- Utredning av pasienter som er innlagt med komplekse problemstillinger som følges ved Habiliteringen, blant annet grunnet syndromer.
- Det er utført egen ROS analyse ved ØNH der overlege Anders Moen har deltatt, til orientering.

ØYE

- Alvorlige øyeinfeksjoner

- Akutt synstap, som ved opticusnevritt av forskjellige årsaker
- Pasienter med mistanke om forhøyet ICP for å avklare evt tegn til papillødem før spinalpunksjon
- Hypertensjon
- Alvorlig hodepine og migrene med dobbeltsyn etc
- Revmatiske tilstander / autoimmune sykdommer
- Syndromutredning og oppfølging av pasienter som følges ved Barnehabiliteringa i Ålesund
- Moderne kreftbehandling hos barn og ungdom stiller større krav til monitorering av bivirkninger, inkludert behov for øyetilsyn

UROLOGI

- Akutte problemstillinger som testikkeltorsjon, torkvert appendix testis
- Urinretensjon
- Alvorlig fimose
- Akutte urologiske problemstillinger som nefrostomier etc skjer ofte i samarbeid med intervensjonsradiolog

NYREMEDISIN

- Pasienter med CKD grad 4-5 og pasienter i dialyse ved Barne og Ungdomsavdelinga vil ha svekket beredskap ved interkurrent sykdom
 - Pasienter med akutt nyresvikt, diskusjon med voksennefrolog er en del av beredskapen, spesielt hos ungdommer fra 14-18 år
- Urologisk vakt; forslag om å legge ned vaktfunksjon. Dette vil ha negative konsekvenser også for Barne og Ungdomsavdelinga.
 - Nyremedisinsk vakt; detaljer foreligger ikke, forslag om å redusere vaktordning og avslutte vakt på kveldstid kl 20.

Alle nevnte tiltak om reduksjon av vaktfunksjon vil ha konsekvenser for sykehuset med svekket beredskap, og for vår avdeling vil det bety et svekket tilbud til pasientene. Dette kan ikke godtas. Ålesund sykehus er også et traumesykehus, og man vet at akutte situasjoner oppstår, og at disse vaktfunksjonene ikke kan tas over av andre spesialiteter. Barne og Ungdomsavdelinga i Ålesund er en intensiv avdeling for hele fylket hele året gjennom, tilstedeværelse av nødvendige spesialiteter er sentralt for beredskapen. Punkt over er diskutert med overlege Beate Eriksen og overlege Anders Moen.

Det henvises til ROS analyse som kommer ut med flere felt i oransje, ROS analyse er ikke ferdig behandlet.

Med vennleg helsing

Jørgen Åkre

overlege pediatri, barne og ungdomsavdelinga, ålesund

Klinikk for barn og unge

Helse Møre og Romsdal HF

Fra



NYRESYKEPLEIERE
NSF

Oslo/Levanger 8. juni 2026

Til

Øyvind Nytun - Klinikkssjef ved Klinikk Ålesund

Olav Lødemel - Administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal

Nyresykepleiere NSF er svært bekymret for tjenestetilbudet til nyresyke i Helse Møre og Romsdal, dersom forslagene om å avvikle eller redusere nyremedisinsk vaktordning og å legge ned dialysesatellitten ved Volda Sjukehus skulle bli vedtatt.

På vegne av alle berørte sykepleiere i nyreomsorgen i Helse Møre og Romsdal (HMR), ønsker vi i den sentrale faggruppen Nyresykepleiere NSF (NNSF) med dette å uttrykke vår sterke bekymring til forslagene knyttet til plan om sparetiltak i HMR.

Vi representerer over 500 medlemmer i faggruppen Nyresykepleiere i Norsk Sykepleierforbund. Vi stiller oss helhjertet bak uttalelsene om de samme forslagene fra hhv våre sykepleierkolleger ved Dialyseavdelingene i HMR (se vedlegg), våre nyrelegekolleger i Norsk Nyremedisinsk Forening (NNF) og pasienter og pårørende i Landsforeningen for Nyresyke og Transplanterte (LNT).

Som nyresykepleiere med erfaring fra behandling og oppfølging av pasienter med nyresykdom i lange sykdomsforløp ser vi betydelige faglige, pasientsikkerhetsmessige og samfunnsøkonomiske utfordringer ved en slik omorganisering.

Pasientsikkerhet og kvalitet i behandlingen

Pasienter med nyresykdom er blant de mest medisinsk komplekse pasientgruppene i spesialisthelsetjenesten. De har ofte sammensatte sykdomsbilder og høy risiko for akutte komplikasjoner.

Tilgjengelig nefrologisk kompetanse er viktig både for dialysepasienter, nyretransplanterte og for inneliggende pasienter ved andre avdelinger som blant annet utvikler akutt nyresvikt, alvorlige elektrolyttforstyrrelser eller andre nyremedisinske problemstillinger. Uten nyremedisinsk vaktordning i HMR finnes det ingen akutt nyremedisinsk beredskap langs kysten mellom Bergen og Trondheim.

Å avvikle eller redusere nyremedisinsk vaktordning kan medføre:

- Forsinket diagnostikk og behandling.
- Økt behov for å overflytte pasienter mellom sykehus.
- Mer belastning på øvrige vaktssystemer som primærvakt og dialysesykepleiere.
- Unødvendig bruk av intensivkapasitet.
- Økt risiko for uønskede hendelser.
- Svekket medisinsk beredskap i regionen.

Møre og Romsdal er et fylke med fjorder, fjell og hardt vinterføre hvor værforhold ofte hindrer transport med bil, båt, helikopter og fly. Å svekke akutt nyremedisinsk beredskap kan derfor gi særlig uheldige konsekvenser i denne regionen, og det i en tid der helseberedskap skal være i fokus.



NYRESYKEPLEIERE
NSF

Tollbugata 22, 0152 OSLO
Postboks 456 Sentrum, 0104 OSLO

Telefon: 994 02 409
E-post: post@nsf.no

www.nsf.no/fg/nyresykepleiere-nsf
Org. nr.: NO 986 976 086 MVA

Rekruttering og bevaring av fagkompetanse

Et sterkt fagmiljø er avgjørende for å rekruttere og beholde kvalifiserte sykepleiere og leger. Reduksjon av spesialiserte tjenester kan føre til at fagmiljøet svekkes over tid. Dette kan gjøre det vanskeligere å rekruttere nye medarbeidere, samtidig som eksisterende ansatte søker seg til større eller mer robuste fagmiljøer.

En forsvarlig nyremedisinsk vaktordning er viktig for at sykepleierne skal føle seg trygge og ivareta under akutte situasjoner, og at de ikke bli påført et større ansvar enn kompetanse dekker. Det er viktig at ansvarsforholdene mellom lege og sykepleiere opprettholdes, og at sykepleierne ikke bli stående alene med medisinske vurderinger og beslutninger som ligger utenfor deres ansvarsområder. Tilstedeværelsen av en nefrolog til enhver tid gir trygghet for både pasienter og sykepleiere. Dette er en viktig forutsetning for forsvarlig drift, høy kvalitet på behandlingene og god pasientsikkerhet.

Oppbygging av spesialisert kompetanse innen nefrologi krever mange års utdanning, opplæring og erfaring. Dersom kompetansemiljøet først bygges ned, kan det være krevende og kostbart å gjenoppbygge.

Likeverdig tilgang til helsetjenester

Norsk helsetjeneste bygger på prinsippet om likeverdige tjenester uavhengig av bosted. Pasienter med kronisk nyresykdom har behov for regelmessig og livsnødvendig behandling, ofte flere ganger ukentlig gjennom mange år, samt behov for tilgang til akutt hjelp av helsepersonell med spesialkompetanse.

Nedleggelse av dialysesatellitten ved Volda Sjukehus vil kunne føre til økte geografiske forskjeller i helsetjenesten. Pasienter og pårørende vil få større reisebelastning, mer tidsbruk og økte praktiske utfordringer knyttet til behandling. Dette rammer særlig eldre, skrøpelige og multisyke pasienter.

Samfunnsøkonomiske konsekvenser

Vi stiller spørsmål ved om de foreslåtte tiltakene vil gi reelle økonomiske gevinster når alle konsekvenser tas med i beregningen. Mulige økte kostnader inkluderer:

- Økt pasienttransport.
- Flere overflyttinger mellom sykehus.
- Økt bruk av ambulansetjenester.
- Lengre sykehusopphold som følge av forsinkede vurderinger eller behandling.
- Rekrutteringsutfordringer og tap av spesialisert kompetanse.
- Økt belastning på andre deler av helsetjenesten.
- Mindre hjemmedialyse og flere behandlinger på sykehus.

Kortsiktige innsparinger vil dermed føre til langt høyere kostnader på lengre sikt.

Oppsummering

Vi mener at å avvikle eller å redusere nyremedisinsk vakt og å legge ned dialysesatellitten i Volda vil kunne få alvorlige konsekvenser for pasientbehandling, pasientsikkerhet, fagmiljø og framtidig rekruttering i HMR. Det vil verken være bærekraftig eller godt nok! Vi må ha rett kompetanse, på rett sted og til rett tid.

Vi ber derfor beslutningstakere om å snu i tide og skrinlegge disse planene. Det vil bidra til å oppfylle visjonen deres; **“på lag med deg for helsen din”**, samt ivareta verdiene deres **trygghet, respekt og kvalitet**, både for pasienter, pårørende og ansatte. Det lønner seg å investere i et sterkt nyremedisinsk team rundt pasienter med nyresykdom og deres pårørende.

Med vennlig hilsen

Tina Dubourcq Frøystad
Leder i faggruppen for Nyresykepleiere NSF

Maren Sandnes Røste
Nestleder i faggruppen for Nyresykepleiere NSF



NYRESYKEPLEIERE
NSF

Tollbugata 22, 0152 OSLO
Postboks 456 Sentrum, 0104 OSLO

Telefon: 994 02 409
E-post: post@nsf.no

www.nsf.no/fg/nyresykepleiere-nsf
Org. nr.: NO 986 976 086 MVA

Vedlegg 1:

Uttalelse fra sykepleiere ved Dialyseavdelingene i Helse Møre og Romsdal, 6. juni 2025

Vi viser til melding fra styret i Nyresykepleiere NSF angående forslag om kutt i nefrologisk fagfelt i Helse Møre og Romsdal, og ønsker med dette å komme med en liten uttalelse fra sykepleieperspektivet. Vi vil først understreke at vi sykepleiere er svært bekymret for forslaget om nedleggelse av dialysen i Volda. Vi ser på dette som helt reelt, og frykter det verste for pasientene våre. Vi har prøvd å uttrykke vår bekymring ved å skrive et leserinnlegg i Sunnmørsposten. Legger ved link til dette, som vi håper dere vil lese:

<http://www.smp.no/meninger/leserinnlegg/n/GxrolQ/skal-vi-virkelig-sende-de-sykeste-ut-paa-denne-reisen>

Angående nefrologisk nyrevakt er det viktig for oss sykepleiere å føle oss trygge og ivaretatte under en akutt utrykning, og ikke bli påført et større ansvar enn vår kompetanse dekker. Det er viktig at ansvarsforholdene mellom lege og sykepleiere opprettholdes, og at vi ikke bli stående alene med medisinske vurderinger og beslutninger som ligger utenfor vårt ansvarsområde. Tilstedeværelsen av en nefrolog til enhver tid gir trygghet for både pasienter og sykepleiere. Dette er en viktig forutsetning for forsvarlig drift, høy kvalitet på behandlingene og god pasientsikkerhet.

Vi synes det er svært uheldig at pasienter som er nødt til å få en nefrologisk vurdering eventuelt må overflyttes til St.Olavs. Dette medfører økt belastning for både pasienten, og deres pårørende. I tillegg vil det gi økte transport kostnader.

Det er kritikkverdig dersom behandlingstilbudet i fylket vårt blir nedskalert, og ikke kan måle seg med behandlingstilbud i andre fylker. Et likeverdig behandlingstilbud er avgjørende for pasientsikkerhet, pasientenes belastning, og faglig kvalitet.

Vi oppfordrer derfor til at konsekvensene for pasientsikkerhet, fagmiljø og behandlingstilbud vurderes grundig før det fattes beslutninger om endringer i nyretilbudet.

Med vennlig hilsen

Sykepleiere på dialyseavdelingene ved Ålesund Sjukehus, Volda Sjukehus og Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) i Kristiansund og på Hjelset.



Vedlegg nr 2

Innspill fra sykepleier ved Dialysen i Ålesund:

Vi sykepleiere er særlig bekymret for en eventuell nedleggelse av satellittdialysen i Volda. Dette skulle innebære at hemodialysepasientene må reise til Ålesund for å få behandling. Dette medfører en lengre reisevei for pasientene - en av de eldre pasientene får da neste 2 timers reisevei en vei, i stedet for en halv time nå. I tillegg blir det en stor omstilling for dialysesykepleierne som jobber der, og en nedgang i kompetanse på Volda sykehus.

Det er kjempet lenge fra pasientene sine sider for å få en dialysestasjon på Volda sykehus, og det har vært på plass i flere år nå. De har vært truet med nedlegging tidligere, men da viste en ROS analyse noen røde flagg (høyere mortalitet ved lenger reisevei for HD pasienter). Det er foretatt en ROS analyse nå også, men jeg vet ikke når den endelige avgjørelsen blir tatt.

Vi har egentlig ikke tro på at det blir spart så mye penger med å legge det ned, heller. Reisekostnadene blir betydelige. Og satellitten har akkurat fått et nytt vannrenseanlegg; en investering som muligens blir verdiløs.

Med vennlig hilsen,

sykepleier ved Dialysen i Ålesund



Oslo, 5. juni 2026

Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte (LNT) støtter fullt ut bekymringen som er reist av vårt fylkeslag i Møre og Romsdal om forslagene til å redusere eller avvikle dagens nyrevaktordning ved Ålesund sjukehus og legge ned dialysesatellitter. Tilgang til nefrologisk kompetanse er en grunnleggende forutsetning for forsvarlig behandling av pasienter med akutt og kronisk nyresykdom. For vår pasientgruppe kan rask tilgang til spesialistvurdering være avgjørende for å forebygge alvorlige komplikasjoner, redusere behovet for sykehusinnleggelser og i enkelte tilfeller redde liv.

LNT er samtidig bekymret for at slike forslag kommer på et tidspunkt hvor behovet for nyremedisinske tjenester forventes å øke betydelig. Kronisk nyresykdom er en av de store, men ofte undererkjente, folkehelseutfordringene i vår tid. Om lag én av ti voksne har kronisk nyresykdom, og forekomsten øker som følge av blant annet en aldrende befolkning, økende forekomst av diabetes og høyt blodtrykk. Internasjonale analyser peker på at kronisk nyresykdom vil være blant de ledende årsakene til sykdombyrde og tapte leveår i årene som kommer. I denne situasjonen fremstår det som lite framtidsrettet å svekke tilgang til nefrologisk kompetanse og beredskap.

LNT mener derfor at helseforetakene må møte den forventede veksten i nyresykdom med styrking av fagmiljøer, ikke nedbygging. Forslag om å avvikle nyrevaktordningen og nedlegging av dialysesatellitter vil svekke både tilgjengeligheten til spesialistkompetanse og pasientsikkerheten for vår pasientgruppe som er avhengige av rask vurdering og trygg behandling, uavhengig av hvor i landet man bor. Vi oppfordrer derfor Helse Møre og Romsdal til å opprettholde dagens nyrevaktordning ved Ålesund sjukehus og sikre videre drift av dialysesatellittene. For et Fremtidsrettet, faglig forsvarlig og likeverdig tilbud til nyrepasientene i regionen.

Beste hilsen

Landsstyret i LNT v/

Styreleder
Nikolai Raabye Haugen

Daglig leder
Marit Lundberg

Vedlegg: Brev fra LNT Møre og Romsdal Fylkeslag

NEI TIL SVEKKING AV NYREVKTORDNINGA VED ÅLESUND SJUKEHUS

Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte (LNT), både lokalt og sentralt, uttrykkjer sterk uro over forslaga om å redusere eller fjerne dagens nyrevaktordning ved Ålesund sjukehus.

Vi har forståing for at Helse Møre og Romsdal står i ein krevjande økonomisk situasjon. Samstundes må økonomiske innsparingar ikkje gå på kostnad av pasienttryggleik, kvalitet i behandlingstilbodet eller beredskap for alvorleg sjuke pasientar. For nyrepasientar kan rask tilgang til spesialisert nefrologisk kompetanse vere avgjerande for liv og helse.

Dagens nyrevaktordning ved Ålesund sjukehus sikrar eit fagleg forsvarleg tilbod til eit stort geografisk område. Vakta dekkjer ikkje berre pasientar i Ålesund, men også Volda og store delar av fylket. Nyresjuke pasientar er ofte alvorleg sjuke, har samansette medisinske problemstillingar og kan få akutte komplikasjonar som krev rask vurdering og behandling. Ei svekking av nyrevakta vil kunne føre til forseinka behandling, auka risiko for pasientane og større belastning på andre delar av helsetenesta.

Vi merkar oss at det ikkje er peika på medisinsk-faglege grunnar for å endre ordninga. Forslaget er utelukkande økonomisk motivert. Når andre sjukehus på tilsvarende storleik opprettheld eigne nyrevaktordningar, er det vanskeleg å sjå kvifor innbyggjarane i Møre og Romsdal skal få eit dårlegare tilbod.

Frå pasientsida er vi særleg bekymra for dei langsiktige konsekvensane. Tal frå både norske og internasjonale fagmiljø viser at kronisk nyresjukdom er ei aukande folkehelseutfordring. Om lag éin av ti vaksne har kronisk nyresjukdom, og mange er ikkje eingong klar over at dei er ramma. Samtidig aukar førekomen av diabetes, høgt blodtrykk og høgare alder i befolkninga – alle viktige risikofaktorar for nyresvikt. Det er derfor grunn til å tru at talet på nyrepasientar vil auke i åra som kjem, ikkje minke.

Når behovet for nefrologiske tenester er venta å vekse, framstår det som lite framtidsretta å byggje ned eit allereie sårbart fagmiljø. Ei svekking av nyrevakta kan også gjere det vanskelegare å rekruttere og halde på spesialistar innan nefrologi, noko som igjen vil kunne svekkje behandlingstilbodet ytterlegare.

For pasientane handlar dette ikkje berre om organisering av vakter. Det handlar om tryggleik. Det handlar om å vite at nødvendig spesialistkompetanse er tilgjengeleg når akutte situasjonar oppstår. Det handlar om å kunne bu i Møre og Romsdal og vere trygg på at ein får eit forsvarleg behandlingstilbod også ved alvorleg nyresjukdom.

LNT oppmodar derfor styret og leiinga i Helse Møre og Romsdal om å avvise alle forslag som inneber reduksjon eller fjerning av dagens nyrevaktordning ved Ålesund sjukehus. Innsparingar må ikkje gjennomførast på ein måte som svekkjer pasienttryggleiken eller reduserer kvaliteten på helsetenestene for ei pasientgruppe som allereie lever med alvorleg og livslang sjukdom.

LNT står altså samla bak kravet om å oppretthalde dagens nyrevaktordning ved Ålesund sjukehus. Pasientane i Møre og Romsdal fortener eit trygt, framtidsretta og fagleg forsvarleg nyremedisinsk tilbod – også i åra som kjem.

Med helsing

Styret i LNT Møre og Romsdal Fylkeslag

Elena Wisth, leiar

Leif Remmen, nestleiar

Gunn Sætrevik, sekretær

Øyvind Sandvik, kasserar

Kjellaug Therese Valdal, likepersonsleiar

Martin Nedregotten, styremedlem nyre

Reidun Høydal, styremedlem lever

Knut Harald Hagen, varamedlem

Karsten Jan Vingen, varamedlem

Klinikkssjef ved Klinikk Ålesund, Øyvind Nytun
Administrerende Direktør i Helse Møre og Romsdal, Olav Lødemel

1. juni 2026

Norsk Nyremedisinsk Forening (NNF) ved leder Ivar Anders Eide

Norsk Nyremedisinsk Forening er svært bekymret for tjenestetilbudet i Helse Møre og Romsdal hvis forslaget om å avvikle eller redusere nyremedisinsk vaktordning vedtas

NNF er den fagmedisinske foreningen for nyremedisin under Den norske legeforening. Vi mener forslaget om å avvikle eller redusere nyremedisinsk vakt i Helse Møre og Romsdal (HMR) bryter pasient- og brukerrettighetslovens § 2-2 om spesialisthelsetjenestens plikt til å yte nødvendig helsehjelp, når det er forventet nytte av helsehjelpen, og ressursbruken står i rimelig forhold til nytte. Det er den etter vår mening her. Den foreslåtte endringen vil etter vår vurdering gi en rekke negative konsekvenser på kort og lang sikt:

- i) Umiddelbare negative konsekvenser for tjenestetilbudet til befolkningen i fylket.
- ii) Negative konsekvenser for faglig kvalitet, beredskap og rekruttering på sikt, som kommer på toppen av svak rekruttering til nyremedisin i fylket over flere år. I en tid der forekomst av kronisk nyresykdom og behov for nyreerstattende behandling er økende, bør nyremedisinsk kompetanse i HMR styrkes, ikke svekkes.
- iii) Økt bruk av kontinuerlig hemodialyse (HD) på intensivavdelinger hos pasienter der intermitterende HD ville vært tilstrekkelig. Dette vil medføre økt belastning for pasient og helsepersonell og økte utgifter for intensivavdeling. Intermitterende HD skal også velges foran kontinuerlig HD ved grav acidose eller ved forgiftninger.
- iv) Omdirigering av ustabile pasienter til andre sykehus, når livreddende behandling, herunder HD, må gis uten forsinkelse. Dette vil medføre logistiske utfordringer og økte utgifter til pasienttransport.

Uten nyremedisinsk vaktordning i HMR finnes ingen akutt nyremedisinsk beredskap fra Trondheim og nedover langs kysten til Bergen. Sammenlignbare sykehus med hensyn på befolkningsgrunnlag og reiseveg til sykehus, som Bodø og Lillehammer, har nyremedisinsk vaktordning. Lovisenberg sykehus i Oslo, med flere nærliggende universitetssykehus og et befolkningsgrunnlag på kun 210 000 innbyggere, har likevel valgt å opprette en egen nyremedisinsk vaktordning. Det forteller mye om behovet for denne tjenesten.

Fra et beredskapsperspektiv er det uheldig å planlegge for lange reiseavstander til livreddende akutt nyremedisinsk behandling. Møre og Romsdal er et fylke hvor værforhold ofte hindrer transport med helikopter og fly. En svekkelse av akutt nyremedisinsk beredskap kan derfor gi særlig uheldige konsekvenser i denne regionen, og det i en tid der helseberedskap er i fokus. Den framlagte planen innebærer også nedleggelse av dialysetilbudet i Volda, som ytterligere forsterker de negative konsekvensene for det nyremedisinske tjenestetilbudet i regionen. Prinsippet om likeverdig og forsvarlig helsehjelp i norsk helsevesen står fast. NNF ber derfor om at planen om å avvikle eller redusere nyremedisinsk vaktordning i HMR skrinlegges.

Med hilsen,



Ivar Anders Eide, på vegne av styret i Norsk Nyremedisinsk Forening

Fra: Aksnessæther, Bjørg Yksnøy[Bjorg.Y.Aksnessether@helse-mr.no]

Sendt: 11.06.2026 12:42:23

Til: Postmottak HMR[Postmottak_MR@helse-mr.no]

Kopi: Lødemel, Olav Terje[olav.terje.lodemel@helse-mr.no]; Søgaard, Erik Ganesh Iyer[erik.ganesh.iyer.soegaard@helse-mr.no]; Nytun, Øyvind Eiksund[Oyvind.Nytun@helse-mr.no]; Jokic, Igor[Igor.Jokic@helse-mr.no]

Emne: Viktig informasjon ang. urologisk vakt

Viser til epost under. Det mangla fleire vedlegg, beklager dette. Sender derfor på nytt med alle vedlegg.

Tillater meg også å minne om følgende uttalelse fra styret til

Sunnmørsposten datert 28.5.26([– Vil bli vesentlig støy og vesentlig](#)

[oppmerksomhet - smp.no](#)) «I en kommentar uttaler styret at

omstillingsvedtak ikke bør gjennomføres hvis resultatet er et varig svekka helsetilbud, irreversibelt tap av nøkkelkompetanse eller uakseptabelt arbeidsmiljø.»

I tillegg har overlege Dahle, kir avd. i Volda sendt følgende epost ang saka:

Åpen

From: Dahle, Stian Bjørkedal <Stian.Bjorkedal.Dahle@helse-mr.no>

Sent: Tuesday, June 2, 2026 2:53 PM

To: Bakke, Valborg Anita <Valborg.Anita.Bakke@helse-mr.no>

Subject: Urologivakt Ålesund

Det har blitt kjent for oss at det er diskutert å avvikle/reducere urologisk vakt ved Ålesund sjukehus. Volda sjukehus ved avdelingsoverleger Saunes (kir.), Dagslott (ort.) og Wiksnes (med.) samt u.t. er i mot avvikling so vel som reduksjon av urologivakta ved Ålesund sjukehus. Ein reduksjon eller avvikling vil gå ut over pasienttryggleik og pasientforløp. Vårt standpunkt er heilt i tråd med anbefaling frå urologisk fagnettverk i Helse Midt-Norge.

På vegne av dei ovannevnte,

Stian B. Dahle

Til styret i Helse Møre og Romsdal

Ber om at vedleggene legges fram for styret i Helse Møre og Romsdal.

Dette er viktige innspill ang. behovet for døgnbemannet urologivakt i Helse Møre og Romsdal.

Vedlegg:

Uttalelse fra NUF. Norsk urologisk forening

Uttalelse fra Fagnettverket for Urologi i Helse Midt

Uttalelse fra Urologisk seksjon St Olav

Uttalelse fra barneavd. Ålesund sjukehus

Uttalelse fra Kreftavd. i HMR

Uttalelse fra gastrokirurger HMR

Uttalelse fra karkirurger Ålesund sjukehus

Uttalelse fra kirurgiske LIS Ålesund sjukehus
Uttalelse fra verneombud
Uttalelse fra kirurgisk sengepost

Med vennleg helsing
Björg Y. Aksnessæther
Overlege, PhD
Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering
Ålesund sjukehus
Helse Møre og Romsdal HF

Fra: Aksnessæther, Björg Yksnøy
Sendt: torsdag 11. juni 2026 08:44
Til: Postmottak HMR <Postmottak_MR@helse-mr.no>
Kopi: Lødemel, Olav Terje <olav.terje.lodemel@helse-mr.no>; Sjøgaard, Erik Ganesh Iyer <erik.ganesh.iyer.soegaard@helse-mr.no>; Nytun, Øyvind Eiksund <Oyvind.Nytun@helse-mr.no>; Jokic, Igor <Igor.Jokic@helse-mr.no>
Emne: Viktig informasjon ang. urologisk vakt

Til styret i Helse Møre og Romsdal
Ber om at vedleggene legges fram for styret i Helse Møre og Romsdal.
Dette er viktige innspill ang. behovet for døgnbemannet urologivakt i Helse Møre og Romsdal.
Vedlegg: Uttalelse fra NUF. Norsk urologisk forening
Uttalelse fra Fagnettverket for Urologi i Helse Midt
Uttalelse fra Urologisk seksjon St Olav
Uttalelse fra barneavd. Ålesund sjukehus
Uttalelse fra Kreftavd. i HMR

Med vennleg helsing
Björg Y. Aksnessæther Hovedtillitsvalgt for overleger DNLF Ålesund sjukehus
Overlege, PhD
Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering
Ålesund sjukehus
Helse Møre og Romsdal HF

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF - EIGARFORHOLD/TEIEPLIKT:

All informasjon i denne e-posten og eventuelle vedlegg er informasjon som kan ha eigarforhold, konfidensielt innhald eller vere underlagt norsk lov om teieplikt, og er berre meint for den eller dei tiltenkte mottakarane. Ei kvar avsløring, kopiering, distribusjon eller bruk av denne informasjonen skal ikkje skje, med mindre og i den grad slik avsløring, kopiering, distribusjon eller bruk er uttrykkeleg avtalt på førehand med Helse Møre og Romsdal HF. Dersom denne e-posten blir mottatt på grunn av feilsending, skal e-posten med eventuelle vedlegg og nedlasta vedlegg slettast frå systemet og avsendaren varslast med ein gong.

Gastrokirurgenes synspunkt på sykehusledelsens forslag om å vurdere avvikling av seksjonert vakt for urologi ved Ålesund sykehus.

Ålesund sjukehus var fram til helseforetaksmodellen ble innført i 2002 sentralsykehus for Møre og Romsdal og hadde allerede den tid seksjonert struktur med gastrokirurgi med bryst-endokrinkirurgi, urologi, karkirurgi og ortopedi. Ettersom hver spesialitet kun hadde 1-2 spesialister ble bakvaktfunksjonen delt mellom alle kirurger og ortopeder. Ortopeder opererte tarmslyng og appendicitter, urologer, gastrokirurger og karkirurger opererte både lårhalsbrudd og ankelbrudd på vakt. Ut fra den tids forventninger var dette akseptabelt både for pasienter, sykehusledelse og legekollegiet, men det er en modell som ikke vurderes som faglig forsvarlig i dag. Ortopedene og «bløtdels»-kirurgene avsluttet felles bakvaksordning i 2000. Etter dette delte gastrokirurger, urologer og karkirurger en 6-8-delt bakvaksordning i kirurgi.

Utviklingen innen de kirurgiske fagene har medført mer avansert behandlingsmetoder, mer kompliserte pasienter og høyt arbeidspress innen hvert fagområde. Muligheten for å holde seg oppdatert innen andre fagområder enn egen subspesialitet gjorde at både bryst-endokrinkirurger og urologer etter hver trakk seg ut av den felles kirurgiske vaktordningen. Seksjonerte bakvaksordninger for urologi, karkirurgi og gastrokirurgi ble vanlig ellers i landet ved sykehus av samme størrelse som Ålesund sykehus fra 2000, på universitetssykehusene var dette etablert på 1980-tallet. På grunn av nasjonal mangel på spesialister innenfor alle fagområdene var det over lang tid ikke mulig å innføre seksjonerte bakvaksordninger ved Ålesund sykehus før i 2020. Fram til seksjonerte vakter var organisert var det en utstrakt kollegial beredskap mellom overlegene i vakt, med både telefonkonferanse og fysisk oppmøte for hjelp, og kirurgene var i stor grad tilgjengelig for å følge opp egne opererte pasienter utenom vakt hvis nødvendig. Dette er ikke lenger aktuelt.

I oktober 2020 ble generell kirurgisk bakvakt erstattet av seksjonerte bakvakter i gastrokirurgi (6-delt), karkirurgi (3-4-delt) og urologi (3-4-delt). Dette har sikret at det har vært tilgjengelige spesialister i alle fagområder til alle døgnets tider. Dette er avgjørende for rett vurdering og behandling av akutt henviste pasienter, inneliggende pasienter ved egen avdeling og andre avdelinger på sykehuset og ved traumemottak. Ikke minst er dette viktig for å avklare pasienter i akuttmottak for å unngå innleggelse.

Mye av det som skjer for lege i bakvakt i form av telefonhenvendelser, vurderinger, tilsyn og råd kommer ikke fram i aktivitetstallene som er brukt som utgangspunkt for å vurdere aktiviteten innenfor de enkelte fagområdene i begrunnelsen for å vurdere å avslutte urologisk bakvaksordning ved Ålesund sykehus.

Det er foreslått at det skal være en generell kirurgisk vakt som har hånd om akutte urologiske problemstillinger som ved SNR. Generell kirurgisk vaktordningen var avviklet ved Ålesund sykehus i 2020. Fra 2017 er ble generell kirurgi en egen spesialitet og ikke lenger en grunnutdanning alle kirurger måtte ha for å bli grenspesialist. Avdelingens overleger som var godkjente spesialister før den gjeldende ordningen trådte i kraft er spesialister i generell kirurgi, men har ikke hatt mulighet for å vedlikeholde og oppdatere sin kunnskap i andre fagfelt enn sitt eget. Spesialister som er godkjent etter 2017-ordningen er ikke generelle kirurger og har dermed ikke formell kompetanse til å være bakvakt i urologi. I den nye ordningen er det kun krav om at gastrokirurger skal ha kunnskap om noen få akutt urologiske vurderinger/prosedyrer ved mindre sykehus som er langt fra det som er behovet for urologisk vaktkompetanse ved Ålesund sykehus.

Slik vi ser det er det ikke forsvarlig å ha ansvar for urologiske pasienter uten både formell og reell kompetanse i faget. De karkirurgene og gastrokirurgene som har formell generell kirurgisk kompetanse har i praksis ikke reell kompetanse i å ha ansvar for urologiske problemstillinger på vakt, da de ikke er oppdatert teoretisk og praktisk i faget. Selv om flere av disse hadde ansvar for urologi i vaksammenheng før seksjonering av vakter i 2020, ble de fleste akutte urologiske prosedyrer også den gang utført av urologer utenom vakt eller behandling ble utsatt til urolog var til stede på dagtid.

Urologiske pasienter er blitt eldre og mer kompliserte på grunn av andre medisinske tilstander enn de var for 10-15 år siden, og har krav på forsvarlig behandling. Dersom de som er godkjent som generelle kirurger skal ta ansvar for pasientgruppen vil det kreve omfattende oppdatering av teoretisk og praktisk kunnskap i urologi som vil gå ut over arbeid i egen spesialitet, i form av reduksjon av poliklinikk, dagkirurgi eller operasjoner. Hvis spesialister i gastrokirurgi eller karkirurgi godkjent etter 2017-ordningen skal ha formell kompetanse for å ha ansvar for urologi i vaksammenheng må de ta den nye generell kirurgiske spesialiteten i tillegg til sin hovedspesialitet. Dette vil medføre at de må ut av sine oppgaver som spesialist for å utføre læringsaktiviteter, kurskrav og oppfylle læringsmål i generell kirurgi. Dette vil for hver av dem ta flere år, og det er tvilsomt om de kan pålegges av arbeidsgiver å gjennomføre en slik dobbelspesialisering.

Det har i flere saker de siste årene, blant annet fra Sørlandet sykehus, vært søkelys på at kirurger som går i vakt i tillegg til reell kompetanse skal ha formell godkjenning i det fagområdet vakten dekker. Dette har juridiske implikasjonene både for arbeidsgiver/sykehuseier og den enkelte lege. Selv om arbeidsgiver/sykehuslege avviker fra kravene til formell kompetanse vil den enkelte lege være selvstendig ansvarlig for det arbeid og de vurderinger som gjøres i vaksammenheng, og det er den enkelte lege som må ta konsekvensene (i verste fall tap av autorisasjon) hvis oppgaver er utført uten formell og reell fagkunnskap får uheldig utfall.

Som tidligere sentralsykehus for Møre og Romsdal er Ålesund sykehus et mellomstort sykehus i norsk sammenheng med kompetanse og behandlingstilbud på faglig høyt nivå i de fleste medisinske spesialiteter. Formelt samarbeid i multidisiplinære møter og uformelt faglig samarbeid er en forutsetning for at pasientene skal få god behandling i samarbeid mellom spesialister i forskjellige fag, hvis et fagmiljø svekkes vil det ha konsekvenser for andre fagfelt.

Ålesund sykehus er en utdanningsinstitusjon for LIS-leger som spesialiserer seg i urologi og andre kirurgiske fag. Sykehuset har også tatt på seg ansvaret for utdanning av medisinstudenter hvor klinisk tjeneste sammen med spesialister er sentralt i utdanningen. Vi frykter at avvikling av urologisk vakt vil forverre bemanningssituasjonen for urologi som setter både LIS-utdanningen og medisikutdanningen i fare.

Slik vi vurderer det er den urologiske aktiviteten ved Ålesund sykehus så stor og avansert at å ha bakvakt for denne pasientgruppen krever at den som har vakt er spesialitet i urologi. Gastrokirurgiske spesialister godkjent etter 2017-ordningen er ikke formelt kompetente til å ha urologisk bakvakt. Gastrokirurgene som er spesialister i generell kirurgi har formell kompetanse, men har ikke reell kompetanse.

Det vil være et stort tilbakeskritt for kirurgisk avdeling og Ålesund sykehus om urologisk bakvaksordning blir avviklet, det er ingen vaktlag som er klar for å overta denne oppgaven og vi vil på det sterkeste anbefale at forslaget om å utrede avviklingen av urologisk bakvakt blir lagt bort.

Ålesund 21.5.2026

Floro Arnone, seksjonsoverlege gastrokirurgi

Hege Carlsen, overlege gastrokirurgi

Michel Gulati, overlege gastrokirurgi

Anders Loe, overlege gastrokirurgi

Thomas Nygaard, overlege gastrokirurgi

Jorunn Sandvik, overlege gastrokirurgi

Karkirurgenes synspunkt på forslaget om å avvikle urologisk vakt ved Ålesund sjukehus

Karkirurgene ved Ålesund sjukehus mener det ikke er forsvarlig å overføre ansvar for akutte urologiske problemstillinger til verken vakthavende gastrokirurg (se eget brev) eller karkirurg dersom urologisk vakt reduseres eller avvikles.

Halvparten av legene i det karkirurgiske bakvaktsjiktet er spesialister utdannet etter ny spesialistordning og er ikke spesialister i generell kirurgi i tillegg til sin karkirurgiske spesialitet. De har derfor ikke formell kompetanse til å ha ansvar for urologiske pasienter i vaktsammenheng.

Den andre halvparten har generell kirurgi som grunnspecialitet, men har gjennom flere år arbeidet utelukkende innen egen subspecialitet. De har verken vedlikeholdt praktisk eller teoretisk kompetanse innen akutt urologi, og har derfor etter vår vurdering ikke nødvendig realkompetanse til å ivareta en urologisk vaktfunksjon på en forsvarlig måte.

Dagens seksjonerte vaktordninger ble etablert nettopp fordi utviklingen innen kirurgiske fag har gjort det stadig vanskeligere å opprettholde kompetanse på tvers av spesialiteter. Urologiske pasienter har krav på vurdering og behandling av leger med både formell og reell kompetanse i faget.

Karkirurgene mener derfor at ingen i det karkirurgiske vaktsjiktet er i stand til å overta ansvaret for akutte urologiske problemstillinger uten omfattende kompetanseoppbygging over lang tid. På denne bakgrunn fraråder vi at urologisk vakt ved Ålesund sjukehus avvikles, enten helt eller i helger.

10.06.26

Arthur Golebiowski på vegne av karkirurgene ved Ålesund sjukehus

Til klinikkledelsen ved Ålesund sjukehus

Ang. endring av urologisk vakt

Vi som drifter og arbeider ved Kirurgisk sengepost B, som har urologi som et av våre fagområder, ser på endring av dagens velfungerende urologiske vaktordning, både som bekymringsfullt og problematisk.

Per i dag får de urologiske pasientene kyndig og rask hjelp når de trenger det. Av de urologiske pasientene som er innlagt hos oss, kommer 37,9 % som ø-hjelp (tall fra 2025). Hovedtyngden av disse pasientene kommer på kveldstid, natt og i helger/helligdager.

Endring av vaktordningen vil først og fremst gå ut over pasientbehandlingen. Flertallet av de urologiske pasientene som legges inn som ø-hjelp har behov for rask avklaring og kyndig hjelp av urolog. Om pasientene ikke blir tilstrekkelig vurdert og behandlet, er vi redd for at mange vil få forverring av sin sykdomstilstand, noe som vil øke både kompleksitet og liggetid. Økt liggetid vil også gi unødvendige ekstrabelastninger for pasient og pårørende.

Om man aktivt går inn for forsinket pasientbehandling, med det resultat at liggedøgn økes, opplever en at man krysser grensen for hva som er forsvarlig pasientbehandling. Ineffektiv pasientbehandling går også imot fremtidens krav om at "pasienter som ikke *må* være på sykehus, *ikke skal* være på sykehus".

En annen bekymring vi har, er at endring av dagens vaktordning vil gi konsekvenser for elektiv kirurgi. Når urologiske ø-hjelpspasienter i stor grad må vente til påfølgende virkedag før de får tilstrekkelig vurdering og behandling, vil dette gå ut over kapasiteten som i dag brukes til elektive inngrep. Vi frykter større grad av strykninger i det elektive programmet, fristbrudd, samt økte utgifter dersom vi må sende de elektive pasientene fra oss. Dette strider dessuten med et annet sparetiltak; redusere bruk av gjestepasienter.

Økt ø-hjelpskirurgi av urologiske pasienter på dagtid vil potensielt også gå ut over både elektiv og ø-hjelpskirurgi innenfor andre fagområder.

En tredje bekymring er belegget ved sengeposten og økt belastning på de ansatte. For å sikre god flyt ved sengeposten er vi avhengig av at pasienter får behandling når de skal, og at de blir skrevet ut når behandlingen er gjennomført. Om pasienter blir liggende over flere dager og vente på behandling, vil dette skape propp i flyten ved sengeposten. Vi frykter at vi vil ende opp med økt antall komplekse urologiske pasienter, at antall liggedøgn vil øke og at vi ikke vil klare å ta hånd om alle innlagte pasienter ved sengeposten. Vi ser for oss hyppigere overbelegg, økt behov for utlokalisering av pasienter, samt økt bruk av overtid og innleie av ekstra personell grunnet stor arbeidsmengde ved sengeposten. En ond sirkel som er belastende for de ansatte, og som kan resultere i økt sykefravær, negativt arbeidsmiljø og personalflykt.

Den økte belastningen vil trolig ikke bare ramme Kirurgisk sengepost B. Erfaringsmessig kan forverring av urologiske problemstillinger komme svært raskt, og kreve økt behov for oppfølging og overvåking. I noen tilfeller blir det også behov for overflytting til høyere omsorgsnivå. Vi er derfor bekymret for at forsinket behandling av urologiske pasienter også vil belaste andre seksjoner i større grad, bl.a. laboratoriet, anestesi og intensiv.

En siste bekymring vi har er de økonomiske konsekvensene. Om det elektive programmet rammes og flere pasienter må være gjestepasienter ved andre sykehus, vet vi at dette koster. Disse pasientene skal også transporteres, enten med ambulanse, ambulansefly, eller via pasientreiser. Vi stiller spørsmål ved om det er gjort noen utregning på hva dette potensielt vil koste helseforetaket, og om dette er tatt med i beregningen på innsparing av endring ved urologisk vaktordning.

Mvh samarbeidsråd ved Kirurgisk sengepost B

Margrete Rypdal, seksjonsleder

Oda Melgaard Tårn, ass.seksjonsleder

Jannicke Nygård, tillitsvalgt NSF

Rosmari Heggen, verneombud

Urologivakt- viktig også for kreftavdelinga.

Avklaring av akutte urologiske tilstandar hos kreftpasientar:

Urologivakta er ein heilt sentral funksjon, ikkje berre for kirurgisk verksemd, men òg for kreftavdelinga. Ein stor del av pasientane som kjem til sjukehuset med akutte urologiske problem, har kjent kreftsjukdom i urologiske organ som prostata, blære, nyre, penis eller testikkel. Dette er ofte pasientar med komplekse og samansette problemstillingar der rask og spesialisert vurdering er avgjerande. Mange av desse pasientane blir lagde inn ved kreftavdelinga, men det er jamleg behov for urologisk tilsyn også i vakttid. Dette kan til dømes gjelde blødingar i urinvegane eller utfordringar knytt til ulike typar kateter. I slike situasjonar strekk ikkje ein generell kirurgisk vakt til, då pasientane ofte krev særskild urologisk kompetanse. Manglande tilgang til urologisk vaktkompetanse vil difor auke risikoen for feilvurderingar og forseinke oppstart av nødvendig behandling.

Tilgang til urolog gjer det mogleg å triagere pasientane korrekt og sikre at dei raskt kjem inn i rett behandlingsforløp, enten det er ved kreftavdelinga eller ved kirurgisk avdeling. Av omsyn både til pasienten og til effektiv drift, er det avgjerande at slike vurderingar og drøftingar kan gjerast fortløpande og ikkje må vente til neste dag eller over helg. Urologivakta er difor ein nøkkelfunksjon for å sikre rask og korrekt pasientflyt.

Urologivakta har òg betydning for pasientforløpa etter kreftoperasjon ved St. Olavs hospital, ved at pasientar kan flyttast raskare tilbake til lokalsjukehuset når det finst nødvendig urologisk kompetanse lokalt.

Nyrekreftkirurgi.

Urologar ved Ålesund sjukehus er dei einaste i HMR som opererer nyrekreft, og dei har over lang tid opparbeidd høg kompetanse på området. Bortfall av urologivakt vil i praksis medføre at desse pasientane ikkje lenger kan opererast i Ålesund. Dette vil føre til betydelege meirkostnader for helseføretaket, då pasientane må sendast som gjestepasientar til andre sjukehus. Samstundes har St. Olavs hospital allereie signalisert at dei ikkje har kapasitet til å ta imot desse pasientane. Eit bortfall av nyrekreftkirurgien vil også svekke det faglege miljøet, ikkje minst for kreftavdelinga, som i dag har eit tett og velfungerande samarbeid med urologane om desse pasientane. Dersom nyrekirurgien forsvinn frå HMR, vil også kompetansen knytt til utgreiing og oppfølging forvitte, og kreftavdelinga vil miste ein lokal samarbeidspartnar som fungerer svært godt i dag. For uro-onkologane ved Ålesund sjukehus vil det medføre stor ulempe at vi ikkje lenger vil ha kompetanse på kirurgisk nyrekreftbehandling i Ålesund.

Nyrekirurgi er dessutan ein viktig del av LIS-utdanninga i urologi. At ein tilbyr slik kirurgi i Ålesund gjer utdanningsløpet meir attraktivt. I lys av venta auke i førekomsten av kreftsjukdom i åra framover, vil behovet for urologar auke betydeleg. Det er difor svært uheldig å gjennomføre endringar som gjer Ålesund sjukehus mindre attraktivt både som utdanningsinstitusjon og som framtidig arbeidsplass. Manglande urologivakt vil bidra til dette og kan få langsiktige negative konsekvensar for rekruttering og fagmiljø.

Risiko for tap av nøkkelpersonell.

Bortfall av urologivakt vil medfører ein betydeleg risiko for tap av nøkkelpersonell. Urologane ved Ålesund sjukehus har fem pakkeforløp for urologisk kreft: prostata-, blære-, nyre-, penis- og testikkelkreft. Trass i få urologar har seksjonen klart å halde fristane i pakkeforløpa med svært få brot, noko som er sær imponerande. Ein stor del av desse pasientane går vidare til behandling ved kreftavdelinga, og det er avgjerande at utgreiinga blir gjennomført innan fastsette fristar.

Tap av nøkkelpersonell ved urologisk seksjon i Ålesund vil vere katastrofalt for kreftavdelinga. Kreftutgreiing er komplisert og stiller krav til effektiv drift og opparbeidd erfaring over tid. Dette er ein kompetanse som ikkje kan byggjast opp raskt på nytt, og som ikkje må setjast i spel gjennom avvikling av urologivakta.

Trondheim 02.06.2026

Angående nedlegging av urologisk vakt i Møre og Romsdal

Vi på St.Olavs hospital urologisk avdeling har ikke kapasitet eller muligheter og ta imot henvendelser/ overflytting på/ av urologiske pasienter som ikke vært vurdert av urolog på hjemsykehus i Møre og Romsdal.

Med vennlig hilsen

Liselotte Rian

Seksjonsoverlege urologen St.Olavs hospital

UTTALELSE FRA VERNEOMBUD

Vedrørende forslag om avvikling av urologisk vaktordning ved Ålesund sjukehus og overføring av ansvaret for akutte urologiske pasienter til gastrokirurgisk vakttjeneste

I min rolle som verneombud ønsker jeg å uttrykke alvorlig bekymring knyttet til det planlagte bortfallet av urologisk vaktordning ved Ålesund sjukehus. Etter en vurdering av de mulige konsekvensene mener jeg at denne endringen innebærer betydelige risikoer både for pasientsikkerheten, arbeidsmiljøet, kvaliteten på helsetjenestene og sykehusets langsiktige evne til å møte befolkningens behov.

1. Økt belastning på vakthavende gastrokirurg

Overføring av ansvaret for urologiske pasienter til gastrokirurgisk vakttjeneste vil medføre en betydelig økning i arbeidsbelastningen for vakthavende gastrokirurger. I tillegg til å håndtere egne akutte pasienter vil de bli pålagt å vurdere og behandle pasienter med sykdommer utenfor sitt primære fagområde.

Dette vil kunne føre til:

- flere konsultasjoner og inngrep i vaktperioden;
- hyppigere avbrytelser i pågående arbeid;
- lengre responstid ved akutte situasjoner;
- økt risiko for utmattelse og utbrenthet;
- høyere sannsynlighet for feil som følge av overbelastning.

2. Utilstrekkelig kompetanse til behandling av urologiske sykdommer

Urologi er en selvstendig og høyt spesialisert kirurgisk disiplin. Gastrokirurger har ikke nødvendigvis samme nivå av opplæring og erfaring når det gjelder diagnostikk og behandling av en rekke akutte urologiske tilstander.

Dette øker risikoen for:

- forsinket korrekt diagnose;
- feil klinisk vurdering;
- forsinkelse av nødvendige prosedyrer og operasjoner;
- flere komplikasjoner;
- behov for ytterligere konsultasjoner og overføringer til andre sykehus.

Å plassere leger i situasjoner hvor de må ta ansvar utenfor sitt spesialiserte kompetanseområde innebærer en betydelig risiko både for pasientene og for legene selv.

3. Økt risiko for pasientsikkerheten

Manglende urologisk kompetanse tilgjengelig lokalt vil kunne føre til forsinkelser i diagnostikk og behandling av pasienter med:

- obstruksjon i urinveiene;

- urosepsis;
- alvorlige infeksjoner;
- blødninger;
- urologiske traumer;
- postoperative komplikasjoner.

For mange av disse tilstandene er tiden frem til adekvat behandling avgjørende for utfallet. Forsinkelser kan føre til mer alvorlig sykdomsforløp, lengre sykehusopphold og økt risiko for varige skader.

4. Økning i transporter og kostnader

Ved bortfall av urologisk vakt vil flere pasienter måtte transporteres til andre sykehus.

Dette vil medføre:

- økte kostnader til ambulanse- og pasienttransport;
- behov for ekstra personellressurser;
- lengre tid frem til endelig behandling;
- økt belastning på andre sykehus i regionen;
- høyere samlede kostnader for helsetjenesten.

Det foreligger en reell risiko for at de forventede besparelsene ved å avvikle den urologiske vaktordningen vil bli utlignet eller overstige av økte transport- og organisasjonskostnader.

5. Forverring av arbeidsmiljøet

Den foreslåtte endringen vil kunne skape betydelige utfordringer i samarbeidet mellom kolleger og ulike faggrupper ved sykehuset.

Når én spesialitet pålegges ansvar utenfor sitt kompetanseområde og uten nødvendige ressurser, oppstår ofte:

- konflikter om arbeidsfordeling;
- opplevelse av urettferdighet;
- redusert motivasjon;
- svekket tillit til organisatoriske beslutninger;
- økt psykososial belastning.

En slik utvikling kan føre til varig svekkelse av samarbeidet mellom avdelingene og påvirke kvaliteten på tjenestene negativt.

6. Økning i sykefravær

Høyere arbeidsbelastning, stress og usikkerhet er velkjente risikofaktorer for økt sykefravær.

Det kan forventes:

- økning i korttidsfravær;
- flere tilfeller av utbrenthet;
- økning i langtidsfravær;
- utfordringer med å bemanne vakter;
- ytterligere belastning på gjenværende ansatte.

Dette kan skape en negativ spiral der mangel på personell fører til enda større belastning på de ansatte som er igjen.

7. Problemer med rekruttering og å beholde personell

I en situasjon med økende mangel på medisinske spesialister er arbeidsmiljøet en av de viktigste faktorene for å tiltrekke og beholde kvalifisert personell.

Avvikling av den urologiske vaktordningen kan føre til:

- utfordringer med å rekruttere nye urologer;
- risiko for at eksisterende spesialister slutter;
- redusert interesse for å arbeide ved sykehuset;
- vanskeligheter med å rekruttere gastrokirurger som må påta seg ekstra ansvar;
- redusert attraktivitet som utdannings- og arbeidsplass.

8. Redusert offentlig tillit og pasientlekkasje

Når pasienter og fastleger oppfatter at et sykehus ikke lenger tilbyr nødvendig spesialisert kompetanse, vil tilliten til tjenestene gradvis kunne svekkes.

Dette kan føre til:

- hyppigere henvisning av pasienter til andre sykehus;
- færre pasienter som velger Ålesund sjukehus;
- svekket rolle som regionalt behandlingssenter;
- gradvis reduksjon av urologisk kompetanse over tid.

Når offentlig tillit først er tapt, er den vanskelig å gjenopprette og krever ofte mange års målrettet innsats.

9. Demografisk utvikling viser økende behov for urologiske tjenester

Særlig bekymringsfullt er det at forslaget vurderes i en periode preget av både befolkningsvekst og en stadig eldre befolkning.

I løpet av de siste seks årene har befolkningen i fylket økt fra om lag 265 200 innbyggere i 2019 til rundt 272 400 innbyggere per januar 2025, en økning på omtrent 7 000 personer.

Enda viktigere er veksten i aldersgruppen over 67 år. I samme periode har antallet personer over 67 år økt med omtrent 6 500 personer, tilsvarende rundt 14 prosent på seks år. Denne gruppen utgjør i dag omkring 19 prosent av fylkets befolkning.

Denne demografiske utviklingen er direkte knyttet til økt forekomst av urologiske sykdommer, inkludert:

- benign prostatahyperplasi;
- prostatakreft;
- blærekreft;
- urinretensjon;
- urinveisinfeksjoner;
- steinsykdom i urinveiene;
- komplikasjoner relatert til alder og kroniske sykdommer.

Behovet for urologiske tjenester i regionen er derfor økende, ikke avtagende. Avvikling av urologisk vaktordning står i motsetning til den forventede utviklingen i befolkningens helsebehov.

Konklusjon

Ut fra et arbeidsmiljø-, HMS- og pasientsikkerhetsperspektiv vurderer jeg forslaget om å avvikle den urologiske vaktordningen som forbundet med betydelig risiko.

Endringen vil kunne føre til økt belastning på gastrokirurgene, behandling utenfor spesialisert kompetanse, økt risiko for pasientene, høyere transportkostnader, forverret arbeidsmiljø, økt spenning mellom kolleger og faggrupper, mer sykefravær, utfordringer med rekruttering og å beholde personell, redusert offentlig tillit og økt pasientoverføring til andre sykehus.

På bakgrunn av den voksende og aldrende befolkningen i regionen mener jeg at en slik endring er i strid med fremtidige behov i befolkningen og må ikke iverksettes.

Uttalelse fra Norsk Urologisk forening (NUF) ang. behov for døgnskategorisk urologivakt i Helse Møre og Romsdal

Norsk Urologisk Forening ønsker med dette å uttrykke sin bekymring knyttet til planene om å utvikle døgnskategorisk urologisk vaktberedskap i Ålesund.

NUF stiller seg meget kritisk til et slikt tiltak, og mener det vil innebære en betydelig svekkelse av det urologiske tilbudet til befolkningen i Helse Møre og Romsdal, samt ha negative konsekvenser for hele Helse Midt-Norge.

Urologisk akuttberedskap er avgjørende for forsvarlig håndtering av en pasientgruppe som i stor grad består av eldre pasienter med sammensatte og komplekse tilstander.

I tillegg omfatter urologifaget håndtering av seks kreftsykdommer med tilhørende pakkeforløp, hvor akutte komplikasjoner og behandlingsrelaterte utfordringer kan oppstå. Disse må erkjennes og må håndteres uten forsinkelse. Urologisk bakvakt har en viktig funksjon i å støtte kreftavd.

Norsk Urologisk Forening vil fremheve at det ved sykehuset i Ålesund gjennomføres avansert kirurgi, herunder nyrekirurgi og rektumkirurgi, som forutsetter tilgang til kompetent urologisk vaktberedskap. Postoperative komplikasjoner, både innen urologi, gynekologi og gastrokirurgi, krever ofte vurdering og samarbeid med urolog.

Urologisk bakvakt gir støtte til legevakt og primærhelsetjeneste. Legevaktsleger må kunne rådføre seg med spesialist i urologi i akutte situasjoner for å sikre forsvarlig pasientbehandling. Dette kan ikke sikres kun fra bakvakt urologi ved St Olavs Hospital for hele Midt-Norge.

Det bemerkes at urologisk vakt allerede er utviklet ved Sykehuset Nordmøre og Romsdal som følge av spesialistmangel, og at tilsvarende ordning heller ikke eksisterer i Helse Nord-Trøndelag. Norsk Urologisk Forening vil understreke at dette ikke kan benyttes som argument for ytterligere svekkelse av beredskapen i regionen. Tvert imot tilsier dagens situasjon et behov for å styrke, ikke redusere, den samlede urologiske beredskapen i Helse Midt-Norge.

I Helse Nord-Trøndelag opprettholdes per i dag en generell kirurgisk vaktordning hvor kirurger med urologisk kompetanse bidrar. Denne ordningen fungerer i kraft av tilstrekkelig tilgang på generelle kirurger og et velfungerende kollegialt samarbeid. Norsk Urologisk Forening vil påpeke at dette er en sårbar løsning som ikke kan danne grunnlag for organiseringen av fremtidige tjenester i større sykehus. Videre er utdanning og rekruttering av både urologer og generelle kirurger avhengig av at det finnes et aktivt urologisk fagmiljø, inkludert deltagelse i vaktordning.

St. Olavs hospital er i dag avhengig av at det opprettholdes velfungerende urologiske vaktordninger i både Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag. Kapasiteten ved St. Olavs hospital er ikke tilstrekkelig til å overta pasientvolumet fra disse områdene dersom lokale vaktordninger avvikles. En ytterligere sentralisering av akutfunksjoner vil kunne føre til økt belastning, lengre transportavstander og potensielt forsinket behandling for pasientene.

Norsk Urologisk Forening vil også fremheve at fremtidig rekruttering og utdanning av spesialister er tett knyttet til tilstedeværelsen av et faglig robust miljø. Dersom urologisk vaktberedskap fjernes i Ålesund, vil det svekke muligheten for å rekruttere, utdanne og beholde både urologer og generelle kirurger, og dermed ytterligere forverre situasjonen på sikt.

På bakgrunn av ovennevnte forhold anbefaler Norsk Urologisk Forening på det sterkeste at døgnkontinuerlig urologisk vaktberedskap i Ålesund opprettholdes. En robust og tilgjengelig spesialistberedskap er en forutsetning for å sikre befolkningen et forsvarlig, likeverdig og fremtidsrettet helsetilbud i Helse Midt-Norge.

Med vennlig hilsen

Harriet Birke

Leder i Norsk Urologisk Forening

Trondheim, 10.06.26



Helse Møre Og Romsdal Hf
v/adm dir Olav Lødemel
Postboks 1600
6026 Ålesund

Vår referanse
26/1865 26/9803

Din referanse

Sakshandsamar
Sonja Håvik

Dato
09.06.2026

Uttale - Omstillingsprosess Helse Møre og Romsdal HF

Formannskapet hadde i møte 9. juni 2026, sak PS 115/26 Uttale – Omstilling Helse Møre og Romsdal HF, til handsaming og gjorde slikt vedtak:

Volda kommune reagerer sterkt på framlegget om å vurdere akutt- og fødetilbodet ved Volda sjukehus. Vi forstår at helseføretaket står i ein alvorleg økonomisk situasjon, men løysinga er ikkje å legge ned velfungerande tenester ved lokalsjukehuset. Dei 500 fødande forsvinn ikkje, og 50 000 innbyggjarar i vår region er heilt avhengige av trygg og god beredskap. I ein akutt situasjon er avstanden til andre sjukehus alt for stor.

Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråd Jan Christian Vestre, har fleire gonger slått fast at Møre og Romsdal skal ha tre akuttsjukehus, dette må helseføretaket forhalde seg til. Helse- og omsorgsministeren, har seinast i dag 9.juni uttalt at akutt- og fødetilbodet i Volda skal oppretthaldast.

Volda sjukehus er eit veldrive sjukehus, å flytte pasientstraumen til andre sjukehus vil ikkje gje innsparing, men truleg krevje investeringar og auka drift ved desse.

Sjukehuset i Volda driv særst effektivt, har allereie gjennomført omfattande omstilling, stått i ei krevjande innføring av Helseplattformen og samstundes rekruttert godt. Å skape uvisse for framtida vil kunne føre til rekrutteringsutfordringar for eit sjukehus som i dag god kompetanse og fungerer særst godt.

Volda kommune har tidlegare peikt på det negative ved reduksjon i ambulansetenestene og vi stiller oss særst kritisk til at det vert vurdert å kutte i pasienttilbod som td dialyse. Når det no på toppen av dette, kjem framlegg om å greie ut mogleg reduksjon i akutt- og fødetilbod, vert vi sterkt uroa. Framlegget er svært dramatisk og vil få store konsekvensar for innbyggjarane, men også for kommunane som må pårekne vesentleg meirbelastning dersom helseføretaket reduserer så drastisk sitt tilbod. Framlegget vil skape svært stor uro for innbyggjarane og alle som driv dagleg verdiskaping og skal satse på ei framtid i regionen vår.

Volda kommune ber om at dette framlegget vert lagt i skuffen i god tid før styremøtet den 17.juni.

Med helsing

Sonja Håvik
rådgjevar

Dokumenter er elektronisk godkjent og har derfor ikkje signatur.

Kopi til			
Hareid Kommune	Rådhusplassen 5	6060	Hareid
Herøy Kommune	Postboks 274	6099	Fosnavåg
Sande Kommune	Rønnebergplassen 17	6084	Larsnes
Stad Kommune	Rådhusvegen 11	6770	Nordfjordeid
Stranda Kommune	Øyna 13	6200	Stranda
Stryn Kommune	Tonningsgata 4	6783	Stryn
Sunnmøre Regionråd lks	Postboks 1521	6025	Ålesund
Ulstein Kommune	Postboks 143	6067	Ulsteinvik
Vanylven Kommune	Rådhusvegen 3	6143	Fiskå
Ørsta Kommune	Dalevegen 6	6153	Ørsta

PRESSEMELDING:

SAMLET UTTALE FRA ARBEIDERPARTIENE I AVERØY, SMØLA, GJEMNES, TINGVOLL, SUNNDAL, SURNADAL OG AURE

Et samla vedtak i årsmøtet i Møre og Romsdal Arbeiderparti slo fast at vi skal ha en sterk og offentlig helsetjeneste i HELE fylket.

Kutta som foreslås nå vil få store konsekvenser for pasientene; ikke bare for de som benytter DPS, men også for pasienttilbudet og beredskapen i hele fylket. Ansatte blir usikre på veien videre.

De siste par år har beredskap blitt høyst aktualisert; særlig med krigen i Ukraina som bakteppe. Det kommuniseres at det må bo folk i HELE landet; og kysten er et særs viktig område å beskytte.

Derfor MÅ vi ha tilgjengelige og likeverdige helsetjenester; som ambulanse, DPS, barneavdeling og akutt-tjenester.

Det samlede helsetilbudet på Nordmøre og ellers i fylket står på spill. Med de rammene som HMR har, vil tilbudet raseres i hele fylket. Ventelistene skal ned; og foretas foreslåtte kutt i psykiatrien vil man sannsynligvis fått heller økte ventelister.

Det samla innsparingskravet er for stort til at HMR kan håndtere dette på egen kjø. Vi må få stille spørsmål om finansieringsmodellen er rettferdig, og helseministeren må på banen.

Arbeiderpartia i Averøy, Smøla, Gjemnes, Tingvoll, Surnadal, Sunndal og Aure krever derfor at Helseministeren griper inn og ber HMR om å stanse kutt til disse svært sårbare gruppene. Kutt i DPS vil være stikk i strid med føringer om å utvikle distriktpsikiatriske tilbud, og man vil samtidig velte en uforholdsmessig stor kostnad og belastning på allerede pressa kommuner.

Prosjekt Bærekraftige vaktordninger for leger i Helse Møre og Romsdal Våren 2026

Innhold

Sammendrag og anbefaling	3
Mandat, mål og avgrensning	4
Prosess og arbeidsform	5
Datagrunnlag og metode	7
Kostnadsdata	7
Tjenesteplaner og vaktplaner	7
Aktivitetstall	8
Faglige innspill og klinikkvurderinger	8
Metodisk tilnærming	8
Begrensninger i datagrunnlaget	8
Overordnede funn	9
Kategorisering av tiltak	10
Prosjektgruppens vurdering og særskilte forbehold	17
Økonomisk potensial	17
Vedtak i programstyret 09.06.26 sak 20/26	18



Sammendrag og anbefaling

Prosjektet «Bærekraftige vaktordninger» er gjennomført som del av omstillingsplanen i Helse Møre og Romsdal. Kartleggingen omfatter 68 vaktsjikt fordelt på 16 fagområder ved de tre somatiske akuttpsykiatriske avdelingene, to voksenpsykiatriske akuttmodtag, BUP og TSB. Formålet har vært å identifisere tiltak som kan gi mer økonomisk bærekraftig bruk av legeressursene, samtidig som pasientsikkerhet, faglig kvalitet, utdanning og rekruttering ivaretas.

I 2025 var de samlede kostnadene knyttet til vaktordninger for leger om lag 400 mill. kroner, halvparten knyttet til UTA. Gjennomgangen viser betydelig variasjon mellom fagområder og lokalisasjoner i bruk av UTA, aktiv og passiv vakt, grenvakter og bemanning. Noe av variasjonen er faglig eller beredskapsmessig begrunnet, mens andre forskjeller bør vurderes nærmere.

Planlagte og pågående tiltak anslås å kunne gi en årlig helårseffekt på mellom 3 og 5 mill. kroner. Dersom også moderate tiltak som krever videre vurdering realiseres, øker det samlede potensialet til mellom 13 og 22 mill. kroner. Et høyere suksessivt alternativ, med flere strukturelle endringer som må risikovurderes og drøftes med tillitsvalgte før eventuell gjennomføring, anslås til mellom 25 og 35 mill. kroner. Det høyeste teoretiske potensialet er beregnet til mellom 35 og 48 mill. kroner, men forutsetter flere høyrisikoalternativer som avhenger av andre strukturelle tiltak og kan medføre sekundærkostnader og anbefales ikke. Estimaten er grove anslag og inkluderer sosiale kostnader.

Det var i hovedsak tilslutning i prosjektgruppen til tiltakene som anbefales fulgt opp. Det var dissens om forslaget om passiv bakvakt deler av døgnet for anestesi ved SNR. Klinikk SNR vurderte risikoen som for høy og anbefalte at døgntilslutning tilstedevakt videreføres. Prosjektleder anbefaler likevel nærmere ROS-analyse av forslaget i anestesi.

Den økonomiske situasjonen innebærer at det ikke er tilstrekkelig å bare gjennomføre tiltak med lav risiko og begrenset effekt. Prosjektgruppen anbefaler derfor at programstyret:

1. Slutter seg til at planlagte og pågående tiltak følges opp i ordinær linje.
2. Slutter seg til at tiltak med moderat potensial konsekvensvurderes før gjennomføring.
3. Slutter seg til at anbefalte større strukturelle vaktendringer tas videre til ROS-analyse og drøfting. Programstyret merker seg dissensen om anestesibakvakt ved SNR.
4. Legger til grunn at tiltak som er vurdert, men ikke prioritert nå, kan tas opp igjen ved en senere gjennomgang.



Mandat, mål og avgrensning

Prosjektet «Bærekraftige vaktordninger» er etablert som del av den overordnede omstillingsplanen i Helse Møre og Romsdal HF. Bakgrunnen er behovet for å sikre økonomisk bærekraft, samtidig som foretaket skal opprettholde forsvarlige akuttfunksjoner, styrke kapasiteten i elektiv virksomhet og redusere ventetidene. Vaktordninger for leger utgjør en sentral del av foretakets beredskap, men binder også betydelige legeressurser til kveld, natt, helg og helligdag; bort fra tid til elektiv virksomhet. Riktig dimensjonering av vaktordningene er derfor viktig både for pasientsikkerhet, faglig kvalitet, utdanning, rekruttering og ressursutnyttelse.

Helse Møre og Romsdal har over tid hatt vekst i kostnader knyttet til vaktordninger for leger, særlig for overlegene og særlig i klinikk Ålesund og Volda sjukehus. I 2025 var de samlede kostnadene om lag 400 mill. kroner. Av dette utgjør kostnader til UTA-timer ca. 200 millioner (50%), vakt-timer 93 millioner (23%), vakansvakter 70 millioner (18%) og resten er knyttet til utrykning og sommeravtale. Hvis man korrigerer for økning i grunnlønn eller prisvekst har kostnaden til vakt økt med 8% fra 2019 til 2025. Dette inkluderer UTA knyttet til andre funksjoner enn vakt.

Interne analyser og gjennomgang gjennomført i samarbeid med Deloitte har vist stor variasjon i organisering av vakt og beredskap mellom fagområder og lokalisasjoner. Dette gjelder blant annet dublerede vaktfunksjoner i lavvolumfag, ulik bruk av grenvakter, varierende grad av aktiv og passiv vakt og enkelte vaktordninger med lav robusthet og utstrakt bruk av vikarer og vakans.

Det overordnede målet med prosjektet er å bidra til mer hensiktsmessig bruk av legeressursene innenfor foretakets økonomiske rammer. Prosjektet skal bidra til bærekraftige vaktordninger som gir et tilstrekkelig og likeverdig nivå av beredskap i hele foretaket. Tiltakene skal samtidig understøtte målet om å redusere arbeid på kveld og helg og redusere brudd på arbeidstidsbestemmelsene for leger, samtidig som pasientsikkerhet, faglig kvalitet, rekruttering og utdanningsforpliktelser opprettholdes.

Prosjektet omfatter alle vaktordninger for leger i Helse Møre og Romsdal, med unntak av LIS1-ordningene. Kartleggingen omfatter 68 vaktsjikt fordelt på 16 fagområder, ved de tre somatiske akuttsykehusene, to voksenpsykiatriske akuttmottak, ett akuttmottak i BUP og ett i TSB. Kartleggingen omfatter både LIS 2/3 og overleger, og dekker vaktarbeid på kveld, natt, helg og helligdag. Kostnadsberegningene tar utgangspunkt i direkte vaktkostnader knyttet til UTA, vakttimer, utrykninger ved passiv vakt, vakansvakter og kostnader knyttet til sommeravtaler. UTA som er knyttet til andre funksjoner enn vakt er inkludert i summen over og omtales der dette har betydning for vurderingen, men bruk utenfor vakt er ikke fullstendig kartlagt i dette prosjektet.



Prosjektet skal kartlegge og systematisere dagens vaktordninger, identifisere ordninger med potensial for bedre samordning, standardisering eller forenkling, og foreslå konkrete og gjennomførbare tiltak.

Flere av tiltakene i rapporten innebærer større endringer i akutttilbudet og krever derfor nærmere utredning, ny eller oppdatert ROS-analyse, vurdering av tjenesteplaner og ny dialog med tillitsvalgte før endelig beslutning. Rapporten er derfor ment som et samlet beslutningsgrunnlag for programstyret, med anbefalinger om hvilke tiltak som bør gjennomføres, utredes videre eller foreløpig ikke følges opp.

Prosjektets leveranse er en samlet oversikt over eksisterende vaktordninger per fagområde og lokalisasjon, identifikasjon av vaktordninger med effektiviseringspotensial og forslag til alternative eller justerte vaktmodeller. Målet er å legge et faglig grunnlag for videre beslutninger om utvikling av legevaktordningene i Helse Møre og Romsdal.

Prosess og arbeidsform

Prosjektgruppen har vært ledet av fagdirektør og har hatt deltakelse fra kliniksjefer, avdelingssjefer, faglige ledere, foretakstillitsvalgte fra Overlegeforeningen og Yngre legers forening, brukerrepresentant, HR/økonomi og Deloitte. I de større klinikkene har det vært lagt vekt på at fagpersoner med direkte kjennskap til ordningene deltar i de møtene der aktuelle vaktordninger gjennomgås.

Prosjektet er gjennomført som en kombinasjon av sentral kartlegging, fagvise prosjektmøter og oppfølgende dialog med klinikker og seksjoner mellom møtene. Arbeidet har tatt utgangspunkt i kostnadsdata, tjeneste- og vaktplaner, aktivitetstall og faglige innspill fra klinikkene. Formålet har vært å beskrive dagens vaktordninger, synliggjøre variasjon mellom fagområder og lokalisasjoner, og identifisere mulige tiltak for mer bærekraftige ordninger. I og etter møtene fikk klinikklederne ansvar for å utrede aktuelle tiltak i egen klinikk. For ØNH og øye ble oppfølgingen lagt til fagdirektør, siden forslagene berører flere klinikker og vurderes samlet på tvers av Ålesund og SNR.

Det er gjennomført et oppstartsmøte, fem ordinære fagspesifikke prosjektmøter, i tillegg til et syvende møte for å gjennomgå, sortere og prioritere tiltakene før samlet rapportering til programstyret.



Møte	Dato	Hovedtema	Hovedinnhold
1	09.04.26	Oppstart, mandat og overordnet kostnadsutvikling	Prosjektet ble innlemmet i overordnet omstillingsprogram. Mandat, kostnadsutvikling og behov for kartlegging ble gjennomgått. Det ble vist til økning i vaktkostnader, stor variasjon mellom ordninger og behov for å balansere økonomi, beredskap og faglig forsvarlighet.
2	16.04.26	Diagnostikk, psykisk helse/rus, kreft/rehab	Gjennomgang av medisinsk mikrobiologi, radiologi, voksenpsykiatri, BUP/TSB, fysmed og onkologi/palliasjon.
3	27.04.26	Ortopedi	Gjennomgang av ortopediske vaktordninger ved Ålesund, SNR og Volda. Det ble pekt på høyere UTA/aktiv tid i Ålesund enn ved SNR ved relativt sammenlignbar aktivitet.
4	28.04.26	Medisin og nevrologi	Gjennomgang av indremedisinske vaktordninger i Ålesund, SNR og Volda samt nevrologi SNR. Det ble lagt vekt på grenvakter, UTA, aktivitet utenom kjernetid og særskilt vurdering av nyrevakt i Ålesund.
5	04.05.26	Kirurgi, urologi, karkirurgi, ØNH, øye og anestesi	Gjennomgang av kirurgiske vaktordninger ved Ålesund, SNR og Volda, inkludert seksjonerte grenvakter. Det ble også gjennomgått ØNH, øye og anestesi, med særlig vekt på små og sårbare vaktlag, lavvolumaktivitet og mulig samordning.
6	12.05.26	Gyn/føde, barn og anestesi Volda	Gjennomgang av fødselstall, gyn/føde ved Ålesund, SNR og Volda, samt barneavdelingene. Anestesi Volda ble ikke gjennomgått i møtet og skulle avklares skriftlig.
7	28.05.26	Sortering og prioritering	Møte for å gjennomgå, sortere og prioritere tiltakene før samlet rapportering til programstyret.



Arbeidet har vist at det er stor variasjon i hvordan vaktordningene er organisert, og at rene aktivitetstall ikke alltid fanger opp hele vaktbelastningen. Flere ordninger har betydelig innslag av telefonrådgivning, støtte til andre fag, tilsyn, supervisjon, beredskap for tidskritiske hendelser eller forutsetninger for å opprettholde elektiv aktivitet.

Rapporten skiller derfor mellom tiltak som kan tas videre som konkrete gjennomføringstiltak, tiltak som krever videre utredning og ROS-analyse, og tiltak som er vurdert, men foreløpig ikke anbefales. Dersom det besluttes større strukturelle endringer i vaktordningene følges det opp med lokal risikovurdering og drøfting med tillitsvalgte før eventuell gjennomføring.

Datagrunnlag og metode

Arbeidet bygger på en samlet gjennomgang av kostnadsdata fra HR/økonomi, tjeneste- og vaktplaner, aktivitetstall og faglige innspill fra klinikkene. Datagrunnlaget er brukt til å beskrive dagens vaktordninger, sammenligne ordninger mellom fagområder og lokalisasjoner, og identifisere mulige tiltak for bedre bærekraft.

Kostnadsdata

Kostnadsanalysene tar utgangspunkt i direkte vaktkostnader for leger: UTA, vakttimer, utrykninger ved passiv vakt, vakansvakter og kostnader knyttet til sommeravtaler. Kostnadsdata er brukt som hovedinngang fordi økonomisk bærekraft er sentralt i prosjektet, og fordi lønns- og kostnadsdata er mer sammenlignbare enn mange aktivitets- og timetall.

Tallene bør likevel tolkes med varsomhet. Enkelte kostnader påvirkes av vakanser, langtidssykefravær, personlige avtaler, totallønnsavtaler, vikarbruk eller midlertidige ordninger. UTA kan også være knyttet til andre funksjoner enn vakt. Slike forhold er omtalt der de har betydning for vurderingen, men er ikke fullstendig kartlagt. Andre lønnselementer som beredskapstillegg og personlige tillegg er ikke inkludert i beregningene eller systematisk gjennomgått.

Tjenesteplaner og vaktplaner

Tjeneste- og vaktplaner er gjennomgått for å beskrive antall leger i vakt, aktiv og passiv tid, utrykningstid, helge- og helligdagsbelastning, bruk av fridager i tjenesteplan og om ordningen er organisert som generell vakt, grenvakt eller fylkesdekkende funksjon.

Gjennomgangen viser betydelig variasjon, også mellom fagområder og lokalisasjoner som i utgangspunktet kan sammenlignes. Noe skyldes ulik funksjonsfordeling, pasientgrunnlag, utdanningsansvar eller beredskapsbehov, mens andre forskjeller fremstår mer historisk betinget.



Aktivitetstall

Aktivitetstall er brukt for å vurdere forholdet mellom vaktkostnad, beredskap og faktisk aktivitet utenom ordinær arbeidstid. For flere fagområder er det sett på kontakter utenom kjernetid, innleggelser, andel innlagte, nattaktivitet og utrykninger.

Aktivitetstall alene gir ikke et fullstendig bilde av vaktbelastningen. Telefonrådgivning, henvisningsvurdering, tilsyn, supervisjon av LIS, støtte til andre avdelinger, beredskap for tidskritiske hendelser, akutte komplikasjoner hos inneliggende pasienter og forutsetninger for elektiv drift fanges ofte mangelfullt.

Faglige innspill og klinikkvurderinger

Klinikkene og fagmiljøene har supplert tallgrunnlaget gjennom møtene og i skriftlige innspill i etterkant. Dette har vært nødvendig for å forstå faktisk innhold i vaktordningene, belastning, sårbarhet og mulige konsekvenser av endring.

Skriftlige innspill er blant annet mottatt om nyrevakt, anestesivakt SNR, radiologi, onkologi/palliasjon, gynekologi SNR, medisin SNR, medisinsk mikrobiologi, urologivakt og mulig utvidelse av forvaksordning til TSB. Innspillene er brukt til å skille mellom tiltak som kan tas videre, tiltak som krever ytterligere ROS-analyse og tiltak som foreløpig ikke anbefales. Noen fagområder ba om utsatt frist for å få fullstendig kartlagt konsekvensen av forslagene.

Metodisk tilnærming

Vurderingene er gjort i flere trinn:

1. Dagens ordning er beskrevet per fagområde og lokalisasjon
2. Kostnader, UTA, aktiv/passiv tid, utrykninger og aktivitet er sammenlignet
3. Fagmiljøene/ledere har supplert med opplysninger om tjenesteplan, innhold, belastning og sårbarhet
4. Mulige tiltak er identifisert og sortert
5. Klinikksjefene fikk oppdrag om å vurdere forslagene innen en tidsfrist på 1–2 uker (Fagdirektør for ØNH/øye).

Tiltakene er deretter gruppert i fem kategorier: planlagte eller pågående tiltak, tiltak til videre vurdering, større strukturelle tiltak som krever ROS-analyse, og tiltak som er vurdert, men ikke anbefales prioritert nå.

Begrensninger i datagrunnlaget

Datagrunnlaget har flere begrensninger. Prosjektet har hatt kort tidsfrist, og det har ikke vært mulig å kvalitetssikre alle tall på samme detaljnivå. I tillegg er 2025



et krevende år for enkelte områder, særlig ved SNR, på grunn av innflytting i nytt sykehus, endrede tjenesteplaner og midlertidige bemanningsløsninger.

Registreringspraksis varierer også mellom fagområder. Telefonhenvendelser, konferering, tilsyn, støtte til andre fag og supervisjon registreres ikke nødvendigvis likt. Aktivitetstall kan derfor undervurdere belastning og beredskapsbehov, særlig i fag med lavfrekvente, men alvorlige hendelser.

Overordnede funn

Gjennomgangen viser betydelig variasjon mellom vaktordningene i foretaket, blant annet i bruk av UTA, aktiv og passiv tid, grenvakter og antall leger i hvert vaktsjikt. Noe av variasjonen er faglig begrunnet, men det er også identifisert forskjeller som bør vurderes nærmere. Små vaktsjikt og seksjonerte grenvakter gir ofte høy kostnad og sårbarhet ved fravær, permisjoner og rekrutteringsutfordringer. Samtidig viser gjennomgangen at lavt registrert volum ikke alltid betyr lavt beredskapsbehov, fordi flere ordninger også ivaretar telefonrådgivning, tilsyn, støtte til andre fag, supervisjon av LIS og beredskap for sjeldne, men alvorlige hendelser.

Rekruttering og bemanning er et gjennomgående hensyn. Små fagmiljøer kan være sårbare for endringer, men høy vaktbelastning og lite robuste ordninger kan også svekke rekruttering og stabilitet over tid. Tiltakene må derfor vurderes samlet opp mot økonomisk effekt, pasientsikkerhet, faglig forsvarlighet, utdanning, rekruttering og gjennomførbarhet.

Tiltakene er sortert i fem kategorier. Den første omfatter vaktsjikt der det ikke er funnet aktuelle eller mulige tiltak (blågrå). Det neste er konkrete eller allerede pågående tiltak som kan følges opp i ordinær linje, for eksempel gjennom justerte tjenesteplaner, redusert UTA, mindre vakans og mer fri i plan (grønn). Det tredje omfatter tiltak der det er identifisert et mulig handlingsrom men hvor konsekvenser bør utredes nærmere før beslutning (gul). Den fjerde omfatter større strukturelle tiltak som kan påvirke beredskapsnivå, pasientflyt og/eller ansvar mellom fag og lokalisasjoner (oransje). Disse krever ROS-analyse og drøfting med tillitsvalgte. Den femte kategorien eller tiltak som er vurdert, men ikke anbefales prioritert nå fordi forventet nettoeffekt er begrenset eller fordi risikoen vurderes som for høy i forhold til mulig gevinst (rød).

Den økonomiske situasjonen innebærer at det ikke er tilstrekkelig å gjennomføre bare tiltak med lav risiko og begrenset effekt. For å oppnå nødvendig økonomisk gevinst må foretaket også iverksette tiltak med moderat til høy risiko. Målet er ikke å eliminere all risiko, men å sikre at risikoen er kjent, vurdert og håndtert innenfor rammen av faglig forsvarlighet før eventuell gjennomføring.





Kategorisering av tiltak

Tiltakene er sortert etter modenhet, risiko og behov for videre utredning. Fargekodene brukes for å gjøre tiltaksmatrisen mer oversiktlig. Farge alene skal ikke være styrende; kategori og videre oppfølging fremgår også skriftlig i tabellen.

Fargekode	Kategori	Beskrivelse	Videre håndtering
Blågrå	Tiltak ikke identifisert	Det er ikke identifisert konkrete tiltak med realistisk innsparepotensial innenfor dagens organisering.	Ingen særskilt oppfølging.
Grønn	Planlagt eller pågående tiltak	Tiltaket er allerede gjennomført, planlagt eller vurderes som relativt modent. Endringen innebærer begrenset risiko og kan tas videre i ordinær linjeoppfølging.	Klinikken ferdigstiller tjenesteplan og følger opp gjennomføring.
Gul	Videre vurdering	Det er identifisert et mulig handlingsrom, men tiltaket må konkretiseres og konsekvensvurderes før beslutning.	Kan være behov for risikoreduserende tiltak før iverksetting.
Oransje	Større strukturelt tiltak – krever ROS	Tiltaket kan påvirke beredskapsnivå, pasientflyt, responstid, ansvar mellom fag eller lokalisasjoner, utdanning eller rekruttering.	Krever nærmere utredning med ROS-analyse og drøfting med tillitsvalgte før beslutning.
Rød	Vurdert, men ikke prioritert nå	Tiltaket er vurdert, men anbefales ikke på grunn av begrenset økonomisk effekt, usikker nettoeffekt og/eller for høy risiko sett opp mot mulig gevinst.	Er vurdert. Kan tas opp igjen dersom forutsetningene endres eller i en senere, bredere gjennomgang.

Område / vaktordning	Sjikt	Identifisert tiltak / vurdering	Estimert årlig effekt	Kategori	Videre oppfølging
Anestesi Ålesund – sykehusvakt	Overlege / LIS	Pågående økning til 8–delt sykehusbakkvakt følges opp.	Mulig negativ	Ikke tiltak nå	Klinikken beskriver effekt av planlagt endring.
Anestesi Ålesund – fly/heli	Overlege	Ikke vurdert som ordinær sykehusvakt i prosjektet.	Ikke relevant	Ikke tiltak nå	Holdes utenfor ordinær nedtaksvurdering.
Anestesi SNR – alt 1	Overlege / LIS	Videre nedjustering UTA, økt fritid og plan for reduksjon av antall i vakt ved naturlig avgang.	1–2 MNOK	Videre vurdering	Klinikken beskriver effekt av planlagt endring.
Anestesi SNR – alt 2	Overlege / LIS	Vurdering av overgang til passiv tid deler av døgnet. Klinikken mener tiltaket har høy risiko for faglig uforsvarlighet.	2–4 MNOK	Større strukturelt tiltak	Dissens i gruppa. Prosjektleder anbefaler å gå videre med ROS
Anestesi Volda	Overlege / LIS	Lav samlet kostnad, men høy utrykningsandel. Vurdere justering av aktiv/passiv tid og fri i plan.	0,3–0,8 MNOK	Videre vurdering	Klinikken vurderer tjenesteplan.
Barn Ålesund – generell bakvakt	Overlege / LIS	Høyt UTA-nivå hos enkelte overleger er knyttet til særskilt elektiv aktivitet, men bør gjennomgås.	0,3–0,5 MNOK	Videre vurdering	Klinikken vurderer tjenesteplan opp mot elektiv aktivitet

Barn Ålesund – nyfødt/neonatologi	Overlege	Ikke identifisert konkret nedtakstiltak. Sårbar, liten vaktordning.	0	Ikke tiltak nå	Nødvendig beredskap.
Barn SNR	Overlege / LIS	Samordning med vakt i Ålesund hele eller deler av året. Gjennomgås i forbindelse med evalueringen av barnetilbud SNR.	2,3–5,4 MNOK	Vurdert men ikke prioritert i dette prosjektet	Ses sammen med evaluering av barnetilbudet.
BUP Ålesund/UPS	Overlege	Ikke identifisert konkret tiltak.	0	Ikke tiltak nå	Ingen særskilt oppfølging.
Fys.med. Ålesund	Overlege / LIS	Avvikling eller overføring til medisinsk avdeling er vurdert, men klinikken anbefaler videreføring. Dagens ordning er kun passiv, tidsavgrenset.	1,2 MNOK	Større strukturelt tiltak	ROS–vurderes og ses opp mot konsekvenser for medisin m.m.
Gyn/føde Ålesund	Overlege / LIS	Ikke anbefalt nedtak nå. Høy aktivitet og kvinneklinikkfunksjon.	0	Ikke tiltak nå	Ingen ny oppfølging utover ordinær drift.
Gyn/føde SNR – alt 1	Overlege / LIS	Justere tjenesteplan fra høsten 2026 for å redusere UTA og vikarbruk.	0,5–0,8 MNOK	Videre vurdering	Klinikken lager plan og beregner effekt.
Gyn/føde SNR – alt 2	Overlege	Forslag om passiv bakvakt deler av året deler av døgnet. Tiltaket har risiko for faglig uforsvarlighet og kan skape utrygghet i befolkningen.	1,5–2,0 MNOK	Vurdert men ikke prioritert	Anbefales ikke nå.

Gyn/føde Volda	Overlege / LIS	Endret ordning allerede gjennomført. Effekt på UTA, vikarbruk og kostnad følges opp.	0,3–0,8 MNOK	Pågående tiltak	Klinikken dokumenterer effekt.
Kirurgi Ålesund – LIS	LIS	Allerede planlagt/gjennomført reduksjon i LIS-linje.	1 MNOK	Planlagt tiltak	Effekt følges i regnskap.
Kirurgi Ålesund – overleger	Overlege	Planlagt reduksjon i UTA uten endret vakttid.	1 MNOK	Planlagt tiltak	Effekt følges i tjenesteplan/regnskap.
Kirurgi Ålesund – gastrovakt	Overlege	Ingen selvstendig endring foreslått, høyt volum.	0	Ikke tiltak nå	Vurderes sammen med øvrige kir. grenvakter.
Kirurgi Ålesund – karkirurgivakt	Overlege	Ikke anbefalt avviklet nå pga. fylkesdekkende funksjon, kreft-/kar-/intervensjonsberedskap.	2,0–4,0 MNOK	Vurdert men ikke prioritert	Vurdert, men ikke anbefalt.
Kirurgi Ålesund – urologivakt alt 1	Overlege	Vurdere reduksjon av urologisk grenvakt på helg og/eller natt.	1,0–2,0 MNOK	Videre utredning	Klinikken vurderer konsekvenser.
Kirurgi Ålesund – urologivakt alt 2	Overlege	Vurdere avvikling av urologisk grenvakt, eventuelt modell mer lik SNR.	2,0–4,0 MNOK	Større strukturelt tiltak	Krever ROS, vurdering av kreftkirurgi, LIS og St. Olavs.
Kirurgi SNR	Overlege / LIS	Ingen konkret nedtakstiltak identifisert.	0	Ikke tiltak nå	Ingen særskilt oppfølging.

Kirurgi Volda	Overlege / LIS	Ny aktivitetsstyrt plan og overgang til mer robust overlegevakt.	0,3–0,8 MNOK	Planlagt tiltak	Klinikken beregner effekt.
Medisinsk mikrobiologi	Overlege / LIS	Redusere aktiv tid/passiv vakt eller avvikle vakta. Reforhandle totallønnsavtaler	0,4–1,0 MNOK	Videre utredning	HR/forhandling og klinikk vurderer muligheter
Medisin Ålesund – generell vakt	Overlege / LIS	Ikke identifisert selvstendig tiltak.	0	Ikke tiltak nå	Ingen særskilt oppfølging.
Medisin Ålesund – hjertevakt	Overlege	Ikke identifisert konkret tiltak nå. Høyt volum og kritisk pasientgruppe	Ikke beregnet	Ikke tiltak nå	Ingen særskilt oppfølging.
Medisin Ålesund – nyrevakt alt. 1	Overlege	Redusere UTA innen dagens ordning.	0,3–0,8 MNOK	Videre tiltak	Klinikken utreder.
Medisin Ålesund – nyrevakt alt. 2	Overlege	Avvikle nattdel kl. 22–08. Eksisterende ROS foreligger.	1,0–2,0 MNOK	Implementering	Klinikken gjennomfører.
Medisin Ålesund – nyrevakt alt. 3	Overlege	Vurdere avvikling av hele nyrevakten.	2,0–4,0 MNOK	Større strukturelt tiltak	Krever ny ROS
Medisin SNR – overlege/seniorvakt	LIS/ Overlege	Vurdere om overlege–/seniorvakt kan reduseres eller justeres.	0,5–1,5 MNOK	Videre vurdering	Klinikken vurderer tjenesteplan.
Medisin SNR – LIS junior	LIS	Vurdere om planlagt reduksjon fra 15–delt til 13–delt kan gå ytterligere ned.	0,5–1,5 MNOK	Videre vurdering	Klinikken vurderer konsekvens.

Medisin SNR	Overlege / LIS	Sammenslåing av junior og senior LIS sjikt	3,5–5,0 MNOK	Større strukturelt tiltak	Krever egen ROS
Medisin Volda	Overlege / LIS	Har nylig justert plan og innført mer fritid		Ikke tiltak nå	Ingen særskilt oppfølging.
Nevrologi SNR	Overlege / LIS	Fylkesdekkende vaktordning. Planlagt reduksjon i UTA fra september 2026 konkretiseres.	0,3–0,8 MNOK	Planlagt tiltak	Klinikken beskriver effekt.
Onkologi/palliasjon Ålesund	Overlege / LIS	Gjennomgang av tjenesteplan med tanke på reduksjon av UTA og økt fri	0,2–0,4 MNOK	Videre vurdering	Klinikken vurderer tjenesteplan.
Onkologi/palliasjon Ålesund	Overlege / LIS	Fylkesdekkende vakt. Reduksjon av aktiv tid LIS utfordrende da utrykning allerede er 19%.	0,4–0,6 MNOK	Vurdert men ikke prioritert	Tiltaket anbefales ikke
Ortopedi Ålesund	Overlege / LIS	Ny arbeidsplan med redusert UTA/aktiv tid nærmere SNR-nivå.	1,5–2,0 MNOK	Videre vurdering	Klinikken ferdigstiller ny plan og beregner effekt.
Ortopedi SNR	Overlege / LIS	Allerede gjennomført reduksjoner. Brukes som referanse mot Ålesund.	Allerede innarbeidet / ikke beregnet	Pågående/utført	Effekt følges opp.
Ortopedi Volda	Overlege / LIS	Videre justering av vaktplan etter tidligere reduksjon.	0,3–0,6 MNOK	Planlagt tiltak	Klinikken vurderer ytterligere effekt.

Radiologi Sunnmøre/SNR alt 1	Overlege / LIS	Vurdere nedjustering av UTA. Kan få konsekvens for totalkapasitet og øke utgifter til kjøp hos privat/stykkpris	0,3–0,5 MNOK	Videre vurdering	Klinikken vurderer konsekvenser.
-Radiologi Sunnmøre/SNR alt 2	Overlege / LIS	Sammenslåing bakvakt anbefales ikke. I 2025 var det 57 fysiske utrykninger på natt, øker ved reduksjon av urologivakt.	0,7–1,1 MNOK	Vurdert men ikke prioritert	Tiltaket anbefales ikke
Rus Ålesund / TSB	Overlege / LIS	Utrede modell der VOP-forvakt får ansvar for initial vurdering av TSB-pasienter utenom ordinær arbeidstid.	1,0–1,5	Større strukturelt tiltak	Krever grundig ROS
VOP Sunnmøre	Overlege	Gjennomgang av UTA, øke fritid	0,5–1,0	Videre vurdering	Klinikken vurderer konsekvenser.
VOP Sunnmøre og SNR	Overlege	Samordning av bakvakssjikt nattestid anbefales ikke på grunn av høy utrykningsfrekvens (>20%)	1,5–2,5 MNOK	Vurdert men ikke prioritert	Tiltaket anbefales ikke
ØNH Ålesund/SNR – alt. 1	Overlege / LIS	Redusere UTA/kostnader innen dagens modell, særlig på SNR	0,5–1,0 MNOK	Videre vurdering	Klinikken gjennomfører.
ØNH Ålesund/SNR – alt. 2	Overlege / LIS	Strukturell samordning/deling av vakt mellom lokalisasjoner.	1,0–2,0 MNOK	Større strukturelt tiltak	Krever ROS
Øye Ålesund/SNR – alt. 1	Overlege / LIS	Vurdere samordning i helg, ferie eller høytid etter prinsipp fra ØNH.	0,5–1,0 MNOK	Videre utredning	Fagavdelinga organiserer

Øye Ålesund/SNR – alt. 2	Overlege / LIS	Strukturell samordning/deling av vakt mellom lokalisasjoner.	1,0–2,0 MNOK	Større strukturelt tiltak	Krever ROS
--------------------------	----------------	--	--------------	---------------------------	------------

Estimert årlig effekt er grove anslag for mulig helårseffekt inkludert sosiale kostnader. Alternative tiltak innen samme fagområde kan ikke summeres, da de representerer ulike grader av endring. Nettoeffekten kan bli lavere som følge av økt utrykning, vikarbruk, pasienttransport, behov for kompenserende tiltak eller negative konsekvenser for elektiv aktivitet.

Prosjektgruppens vurdering og særskilte forbehold

For tiltakene i grønn, gul og oransje kategori var det i all hovedsak tilslutning i prosjektgruppen til at de kan tas videre innenfor rammen av faglig forsvarlighet. Grønne tiltak kan følges opp i ordinær linje, mens gule tiltak bør konsekvensvurderes før innføring. Oransje tiltak som innebærer større strukturelle endringer bør ikke innføres før ROS-analyse og drøfting med tillitsvalgte er gjennomført.

I prioriteringsmøtet 28.05.2026 var det en diskusjon som endte i en dissens. Det var overgang til passiv bakvakt deler av døgnet for overlege i anestesi på SNR. Klinikk SNR vurderte risikoen som for høy med hensyn til faglig forsvarlighet og rekruttering og anbefalte at døgnskcontinuerlig tilstedevakt videreføres. Prosjektleder vurderte at alternativet med passiv vakt deler av døgnet, slik som i Klinikk Ålesund og Volda, fortsatt bør synliggjøres og vurderes som mulige tiltak.

Økonomisk potensial

Estimatene bygger i hovedsak på mulig reduksjon i direkte vaktkostnader som UTA, vakttimer, utrykninger ved passiv vakt, vakansvakter og sommeravtaler. Alle følgekostnader og gevinster er ikke fullt beregnet. Endringer i vaktordningene kan gi økte kostnader til pasienttransport, overflyttinger, kompenserende bemanning, vikarbruk og konsekvenser for elektiv aktivitet. Estimatene er derfor foreløpige bruttoanslag som må kvalitetssikres før endelig beslutning. Estimatene angir mulig årlig helårseffekt inkludert sosiale kostnader. Nettoeffekten avhenger av tjenesteplan, bemanning, vikarbruk og behov for kompenserende tiltak. Redusert vaktarbeid kan frigjøre kapasitet til planlagt aktivitet, men også øke transportkostnader, overflyttinger og belastningen på andre fagområder.

Økende risiko- og omstillingsnivåer inkluderer estimatet fra alternativet over. Nivåene i tabellen nedenfor er suksessive og kan ikke summeres. For samme vaktordning erstatter et mer inngripende alternativ det mindre inngripende tiltaket

Nivå	Lav estimat	Høyt Estimat	Kommentar
Konkrete/pågående tiltak	3 MNOK	5 MNOK	Tiltak som er planlagte, modne eller allerede igangsatt
Moderat alternativ etter videre vurdering	13 MNOK	22 MNOK	Mindre og moderate tiltak uten de mest risikofylte alternativene
Høyt alternativ etter risikovurdering	25 MNOK	35 MNOK	Forutsetter flere strukturelle tiltak og ROS
Teoretisk potensial	35 MNOK	48 MNOK	Forutsetter flere høyrisikoalternativer, avhengig av andre strukturelle tiltak og/eller kan gi høye sekundærkostnader. Anbefales ikke

Vedtak i programstyret 09.06.26 sak 20/26

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.

Arkivreferanse: 2026/4889
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Viseadministrerande
direktør Heidi Nilsen, Prosjektsjef
utviklingsorganisasjonen Ketil Gaupset

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
76/26	17.06.2026	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Høringsutkast Utviklingsplan HMR, 2027-2030

Vedlegg

- 1 Sak 76-26 - vedlegg 1 - Høringsutkast Utviklingsplan HMR, 2027-2030
- 2 Sak 76-26 - vedlegg 2 - Drøftingsprotokoll Høringsutkast Utviklingsplan HMR 2027-2030

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Møre og Romsdal vedtar at utkast til Utviklingsplan HMR, 2027-2030, sendest ut på høring internt i HMR, til brukerutvalget, til kommuner i opptaksområdet og andre eksterne samarbeidspartnere.

Ålesund, 10.06.2026

Olav Lødemel
adm. direktør

Saksfremlegg

HMR har i foretaksmøtet fått oppdrag fra HMN å revidere gjeldende utviklingsplan for HMR.

Det er utarbeidet et høringsutkast til utviklingsplan 2027-2030 for HMR. Utviklingsplanen er det øverste strategiske dokumentet i HMR, og planen skal beskrive hvordan Helse Møre og Romsdal skal utvikles for å møte befolkningens fremtidige behov for spesialisthelsetjenester.

Høringsutkastet er utarbeidet basert på nasjonale- og regionale føringer, framskrivinger, innkomne innspill til arbeidet og felles metodikk for utarbeidelse av utviklingsplaner.

HMR jobber parallellt med utviklingsplanen med overordnet plan for omstilling. Vedtak knyttet til overordnet plan for omstilling vil kunne bli innarbeidet før endelig behandling av utviklingsplan.

For å sikre en enda bredere involvering med innspill og forankring, sendest utkast til utviklingsplan ut på høring, både internt og eksternt til kommuner og andre samarbeidspartnere. Endeleg forslag til Utviklingsplan 2027-2030 vil bli lagt fram for styret i HMR 18. november 2026.

Høringsutkast

Utviklingsplan HMR

2027-2030

Strategisk plan for utvikling av
spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal

Innhald

1. Innleiing	3
1.1 Om føretaket	3
1.2 Formål og rullering av utviklingsplanen	3
1.3 Rammer og føringar	4
1.4 Kvar står vi?	4
2. Utfordringsbilete	5
2.1 Demografi og pasientbehov	5
2.2 Økonomisk berekraft	6
2.3 Personell, kompetanse og leiing	7
2.4 Omstilling og konsekvensar for pasienttilbodet	7
2.5 Teknologi og digitalisering	8
2.6 Samhandling med kommunane	8
2.7 Framskrivingar 2024-2040	9
3. Føresetnader for berekraftig utvikling	12
3.1 Økonomisk berekraft	12
3.2 Personellmessig berekraft	12
3.3 Bygg, teknologi og digital infrastruktur	13
4. Strategisk retning og prioriterte utviklingsområde	14
4.1 Likeverdige og samanhengande helsetenester	14
4.2 Personell, kompetanse og leiing	15
4.3 Pasient- og brukarinvolvering	17
4.4 Kunnskap, forskning og innovasjon	18
4.5 Beredskap	19
4.6 Berekraftig ressursbruk	20
4.7 Vegval og prioriteringar	21
5. Oppfølging av planen	23
5.1 Risiko og gjennomføringsevne	23
5.2 Oppfølging av utviklingsplanen	23



1. Innleiing

1.1 Om føretaket

Helse Møre og Romsdal har om lag 6 000 tilsette (mai 2026) og leverer spesialisthelsetenester til rundt 270 000 innbyggjarar i Møre og Romsdal. Verksemda er fordelt mellom Ålesund sjukehus, Sjukehuset Nordmøre og Romsdal, Volda sjukehus og fleire mindre institusjonar. Budsjettet for 2026 er omlag 10 milliardar kroner. Vår visjon er å vere på lag med deg for helsa di. Kjerneverdiane våre er tryggleik, respekt og kvalitet.

Helse Møre og Romsdal sitt samfunnsoppdrag er å sørge for at folk får tilgang til trygge, framtidsretta og tilgjengelege spesialisthelsetenester, tilpassa tilgjengelege ressursar og den aukande etterspurnaden i regionen. Oppdraget er å møte behova i befolkninga gjennom forsvarlege prioriteringar, utvikling av tenestene og god bruk av kompetanse, teknologi og samarbeid.

1.2 Formål og rullering av utviklingsplanen

Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal (HMR) er det overordna strategiske dokumentet for korleis føretaket skal utvikle drift, investeringar, kompetanse, teknologi og samhandling i åra framover. Planen skal bidra til at HMR kan levere trygge, framtidsretta og tilgjengelege spesialisthelsetenester innanfor ramma av avgrensa ressursar og aukande etterspurnad.

Planen skildrar den strategiske retninga for HMR i perioden 2027–2030, med eit perspektiv mot 2040. Han byggjer på Nasjonal helse- og samordningsplan, oppdragsdokumentet frå Helse Midt-Norge RHF, regionale føringar for revisjon av utviklingsplanar, gjeldande utviklingsplan 2023–2026 og økonomisk langtidsplan.

Formålet med planen er å:

- setje strategisk retning for utviklinga av spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal
- synleggjere framtidige behov og peike ut korleis HMR skal tilpasse kapasitet, kompetanse, teknologi og arbeidsformer
- gi eit samla styringsgrunnlag for fagleg utvikling, økonomisk berekraft og organisasjonsutvikling
- leggje til rette for heilskapleg planlegging på tvers av klinikkar, kommunar og andre samarbeidspartnarar

Rulleringa av utviklingsplanen 2023–2026 skal oppdatere dei strategiske prioriteringane i lys av endra behov i befolkninga, nasjonale og regionale føringar



og erfaringar frå førre planperiode. Ho skal styrkje grunnlaget for vidare planlegging og leggje til rette for berekraftige prioriteringar, samarbeid og kvalitet i spesialisthelsetenestene fram mot 2030, utan å hindre naudsynt og løypande omstilling i verksemda.

1.3 Rammer og føringar

Helse Møre og Romsdal opererer innanfor nasjonale og regionale rammer som legg grunnlaget for utviklinga av spesialisthelsetenestene i regionen. Dei nasjonale føringane kjem særleg frå Nasjonal helse- og samordningsplan, som set overordna mål for kvalitet, pasienttryggleik, likeverd og berekraft. Regionale styringsdokument frå Helse Midt-Noreg konkretiserer korleis måla skal følgjast opp i vår region, mellom anna gjennom strategiar for samhandling, digitalisering og kompetanseutvikling.

Som regional føring for arbeidet med utviklingsplanen legg Helse Midt-Noreg til grunn seks strategiske hovudmål:

- Skape likeverdige, tilgjengelege og samanhengande helsetenester med høg kvalitet
- Utdanne, rekruttere, utvikle og halde på personell med rett kompetanse
- Leggje til rette for pasient- og brukarinvolvering i tenestene
- Utvikle kunnskap for betre helseteneste og god pasientbehandling
- Styrkje beredskap og evna til å handtere kriser
- Bruke dei samla ressursane på ein effektiv og berekraftig måte

HMR må tilpasse verksemda til endringar i lovverk, økonomiske rammer og nasjonale satsingsområde, mellom anna innan psykisk helsevern og samarbeid med kommunale helse- og omsorgstenester. Strategiske val og prioriteringar må vere forankra i dei nasjonale og regionale føringane, slik at føretaket oppfyller krav til kvalitet og pasienttryggleik og kan møte framtidige behov på ein berekraftig måte.

1.4 Kvar står vi?

Helse Møre og Romsdal skal levere trygge, tilgjengelege og kunnskapsbaserte spesialisthelsetenester av god kvalitet. Dei siste åra har føretaket gjort store investeringar i bygg, medisinteknisk utstyr og IKT-løysingar, mellom anna gjennom realiseringa av Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) på Hjelset, utbygging av infrastruktur og nytt akuttbygg i Ålesund, og innføring av Helseplattformen. Investeringane legg eit viktig fundament for moderne og samanhengande pasientforløp. Føretaket har frå 2024 til 2025 gjennomført omstillingstiltak i



klinikkane tilsvarande om lag 260 mnok, og har plan for vidare omstilling for å tilpasse verksemda til lågare kostnadsnivå og avgrensa økonomisk handlingsrom.

Investeringar har medført varige kapitalkostnader og høgare driftskostnader. Nåsituasjonen og prioriteringane i utviklingsplanen må difor sjåast i nær samanheng med økonomisk langtidsplan (ØLP) og omstillingsplanen. Det økonomiske handlingsrommet i planperioden er avgrensa, og det vil vere lite rom for vidare utvikling av bygg, digital infrastruktur og medisinteknisk utstyr utover krav knytte til lovverk, pasienttryggleik, beredskap og kritisk drift.

Helse Møre og Romsdal må gjennomføre nødvendig omstilling for å sikre økonomisk berekraft og handlingsrom for framtidige investeringar og prioriteringar. Føretaket står overfor auka kostnader til mellom anna IKT, investeringar og renter, samstundes som den økonomiske veksten er avgrensa. Omstillinga skal bidra til å tilpasse tenestetilbodet til tilgjengelege ressursar, utan at det går ut over ventetider, kvalitet og pasienttryggleik.

2. Utfordringsbilete

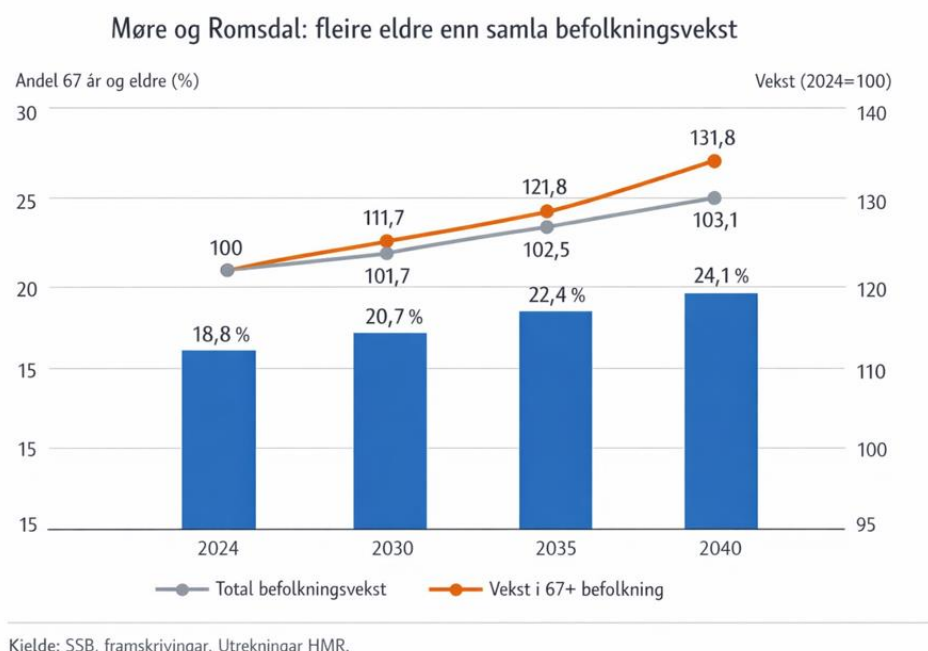
2.1 Demografi og pasientbehov

Innbyggjarane i Møre og Romsdal blir eldre, og delen av befolkninga over 67 år vil auke betydeleg fram mot 2040, medan delen i yrkesaktiv alder blir mindre. Dette endrar grunnlaget for både etterspurnad etter helsetenester og tilgangen på arbeidskraft.

Demografiske endringar vil føre til større og meir samansette behov for helse- og omsorgstenester. Fleire vil leve lenger med kroniske sjukdommar og samansette helseutfordringar, noko som stiller høgare krav til kapasitet, kompetanse og samanheng i pasientforløpa.

For Helse Møre og Romsdal inneber dette auka press på ressursar, organisering og fagleg utvikling. Samstundes gir digitalisering og Helseplattformen moglegheit for meir standardisering, betre samhandling og utvikling av tenester som i større grad kan givast nær pasienten eller i heimen. Sjølv om behovet for helsetenester aukar, er det venta at veksten i Helse Møre og Romsdal blir lågare enn gjennomsnittet i helseregionen. Dette gjer at HMR sin del av dei økonomiske rammene vil gå ned, noko som skjerpar krava til prioritering og berekraft.





2.2 Økonomisk berekraft

Store investeringar i nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal og nytt akutt-, operasjons- og intensivbygg i Ålesund har gitt Helse Møre og Romsdal eit varig høgt kostnadsnivå i planperioden, særleg knytt til kapitalkostnader. Innføringa av Helseplattformen har i tillegg auka IKT-kostnadene. Desse prioriteringane skal sikre moderne helsetenester, men inneber samstundes at ein større del av inntektene må gå til å dekkje desse kostnadene. Framskrivingar viser endringar i demografien som fører til auka etterspurnad etter helsetenester og større press på både budsjett og tilgang på helsepersonell. Den økonomiske situasjonen i Helse Møre og Romsdal er difor svært utfordrande i planperioden.

Det er usikkerheit knytt til framtidig finansiering og endringar i statlege rammer, noko som kan påverke føretaket si evne til å levere stabile tenester. Den geopolitiske situasjonen vil òg bidra til eit meir krevjande og varig høgare kostnadsnivå i åra som kjem. Auka internasjonal uro kan påverke samarbeid og prisar på energi, legemiddel og medisinteknisk utstyr, og skjerpa beredskapskrav vil forsterke det strukturelle kostnadspresset.

Dette gjer at Helse Møre og Romsdal har avgrensa rom for organisk vekst og vil stå framfor eit betydeleg og langsiktig omstillingsbehov for å sikre økonomisk berekraft. Auka etterspurnad, endra demografi og strammare økonomiske rammer krev ei målretta dreining av verksemda og utvikling av berekraftige driftsmodellar. Omstillinga må kjenneteiknast av tydeleg leiing, systematisk gevinstrealisering og evne til endring, samtidig som kvalitet, pasienttryggleik og likeverdig tilgang til tenester blir ivareteke.



2.3 Personell, kompetanse og leiging

Helse Møre og Romsdal står overfor store og samansette utfordringar knytte til tilgang på personell, kompetanse og leiging i åra framover. Demografiske endringar, meir komplekse pasientforløp, aukande forventningar til kvalitet og strammare økonomiske rammer gjer det naudsynt å nytte personellressursane meir målretta og utvikle nye arbeidsformer. Samstundes aukar konkurransen om kvalifisert arbeidskraft, og tilgangen på kritisk kompetanse er avgrensa i fleire fagmiljø. Dette gjeld særleg i små og sårbare miljø, der rekruttering, stabil bemanning og berekraftig vaktbelastning kan vere krevjande.

Utfordringane handlar ikkje berre om talet på tilsette, men òg om å ha rett kompetanse på rett stad til rett tid. Auka grad av spesialisering, teknologisk utvikling og behov for meir tverrfagleg samhandling stiller høgare krav til systematisk kompetanseplanlegging, oppgåvedeling og utvikling av robuste fagmiljø.

Leiging er ein sentral føresetnad for å møte desse utfordringane. Omstilling, endringsarbeid og gevinstrealisering vil prege store delar av organisasjonen, og dette stiller høge krav til leiarar på alle nivå. Leiarane må kunne kombinere økonomiforståing og ressursstyring med involvering av medarbeidarar, HMS-arbeid og handtering av endringsbelastning. Mangelfull leiarkapasitet eller utilstrekkeleg støtte kan auke risikoen for turnover, sjukefråvær og redusert kvalitet i tenestene.

2.4 Omstilling og konsekvensar for pasienttilbodet

Kjerneverdiane til HMR er tryggleik, respekt og kvalitet, også i omstilling. Tryggleik inneber at risiko for pasientar, medarbeidarar og drift blir vurdert og handtert før større endringar. Respekt krev open kommunikasjon, medverknad og forståing for at omstilling kan skape uro. Kvalitet betyr at prioriteringar byggjer på faglege vurderingar, kunnskapsbasert praksis, nasjonale krav og størst mogleg pasientnytte innanfor tilgjengelege ressursar.

Omstillinga i Helse Møre og Romsdal er nødvendig for å sikre økonomisk berekraft, møte nasjonale krav og sikre handlingsrom i planperioden. Utviklingsplanen prioriterer tiltak som reduserer uønskt variasjon, styrkjer ressursutnyttinga og etablerer meir berekraftige arbeidsformer, innanfor rammer der pasienttryggleik, kvalitet og likeverdige tenester ligg fast.

Omstilling vil påverke pasientar, tilsette og samarbeidspartnarar. Endringar i kapasitet, funksjonsfordeling, arbeidsprosessar og tenestetilbod kan påverke



ventetid, tilgjenge, kontinuitet og opplevd nærleik til tenestene, og i overgangsfasar òg den daglege drifta. Risiko må identifiserast tidleg og handterast systematisk. HMR skal sikre forsvarleg drift, pasienttryggleik og eit trygt arbeidsmiljø gjennom heile omstillinga.

2.5 Teknologi og digitalisering

Den teknologiske og digitale utviklinga i spesialisthelsetenesta skjer raskt og stiller Helse Møre og Romsdal overfor omfattande omstillingar dei komande åra. Innføring og vidareutvikling av digitale løysingar, mellom anna Helseplattformen, endrar arbeidsprosessar, samhandling og krav til dokumentasjon, og føreset målretta innsats innan kompetansebygging, endringsleiing og gevinstrealisering. Samstundes aukar avhengnaden av IKT-system i kjerneverksemda, noko som skjerpar krava til stabil drift, informasjonstryggleik og handtering av personvern. Ibruktaking av ny teknologi i samband med innflytting i Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) på Hjelset og planlegging av nytt AIO-bygg i Ålesund gir både moglegheiter og risiko. Det krev tett samanheng mellom bygg, teknologi og klinisk drift, og god koordinering for å sikre at investeringar i medisinteknisk utstyr og digitale løysingar faktisk støttar effektive pasientforløp og berekraftig drift.

Ei utfordrande økonomisk ramme avgrensar handlingsrommet for investeringar i teknologi og medisinteknisk utstyr. Dette gjer prioriteringar, langsiktig planlegging og heilskapleg styring avgjerande for å sikre at digitale satsingar gir nytteverdi, understøttar pasientbehov og bidreg til effektiv ressursbruk i heile føretaket.

2.6 Samhandling med kommunane

Samhandling mellom Helse Møre og Romsdal og kommunane er avgjerande for å utvikle berekraftige og samanhengande tenester i åra som kjem. Fleire eldre og meir samansette pasientbehov gjer at sjukehus og kommunar må samarbeide tettare om pasientforløp, oppgåvedeling og ressursbruk.

Dei viktigaste utfordringane er god informasjonsflyt, tydelege overgangar og tidleg involvering mellom tenestenivåa. Dette er særleg viktig for pasientar med samansette og langvarige behov, mellom anna skrøpelege eldre, pasientar med kroniske sjukdommar, pasientar innan psykisk helsevern og rus, og barn og unge med behov for samordna tenester.

Helseplattformen, digital heimeoppfølging, fjernkonsultasjonar og standardiserte arbeidsprosessar kan støtte betre samhandling og meir fleksibel oppfølging, men krev tilstrekkeleg kapasitet, kompetanse og leiingsmessig oppfølging. For



prioriterte pasientgrupper må HMR og kommunane utvikle meir føreseielege pasientforløp, tydelegare oppgåvedeling og betre overgangar mellom nivåa.

Nøkkelen for å lykkast må bygge på felles verklegheitsforståing i Helsefellesskapet med felles mål og strategi for samarbeidet. Helsenivåa er gjensidig avhengig av kvarandre. Med eit slikt utgangspunkt vil partnerane saman med brukarane finne gode løysingar gjennom arbeid mot dei fire prioriterte måla om sterkare samhandling – felles kultur, prioritere gjennom kloke val, digitalisering og bruk av ny teknologi og kompetanse og rekruttering. Økonomisk gevinst vert ein konsekvens av å lykkast med hovudmåla, som ein integrert del av strategien.

2.7 Framskrivingar 2024-2040

Framskriving 2024-2040 somatikk

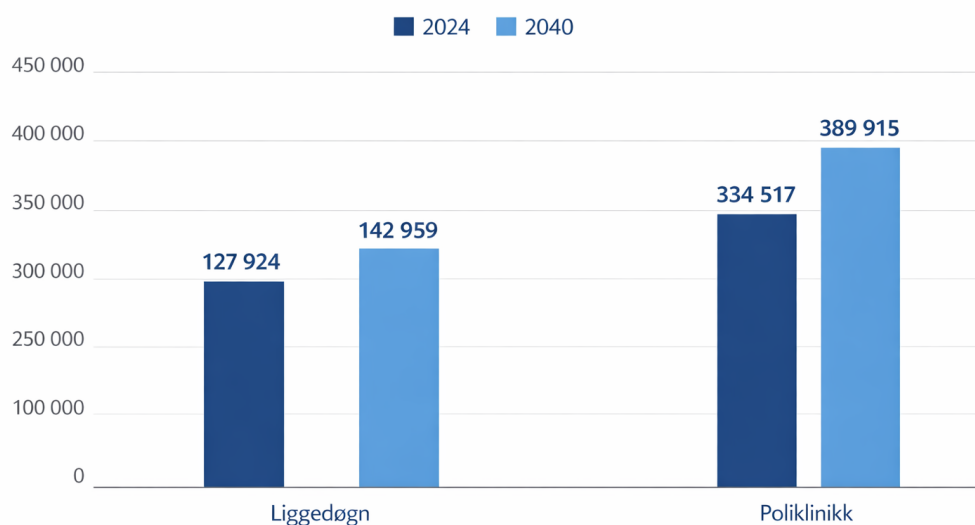
Framskrivingane for Helse Møre og Romsdal (HMR) innan somatikk viser ein tydeleg vekst både i talet på liggedøgn og polikliniske kontaktar fram mot 2040. Tala i framskrivinga er samanlikna mellom 2024 og 2040. Helseplattformen blei innført i HMR i 2024 og påverka aktiviteten dette året. Talet på somatiske liggedøgn er venta å auke med 12 %. Denne utviklinga er påverka av demografiske endringar, friskare aldring, faglege forhold, status for utskrivingsklare pasientar og samla effekt av ulike forbetringsfaktorar. Samstundes er det venta ein markant vekst i somatiske polikliniske kontaktar, med ein auke på 17 %. Her er faktorar som demografi, digital heimeoppfølging og brukarstyrt poliklinikk sentrale drivarar.

Utfordringsbilete knytt til desse framskrivingane er samansett. Framskrivingar viser ei tydeleg forskyving i behovsbiletet for Helse Møre og Romsdal, der etterspurnaden etter tenester til barn og unge er venta å minke, medan behovet for helsetenester til eldre vil auke. Dette vil krevje ei gradvis omstilling av kapasitet, kompetanse og tenestetilbod, med sterkare vekt på kronisk sjukdom, samansette behov og aldersrelaterte tilstandar.



HMR somatikk – 2024 vs 2040

Liggedøgn og polikliniske kontaktar

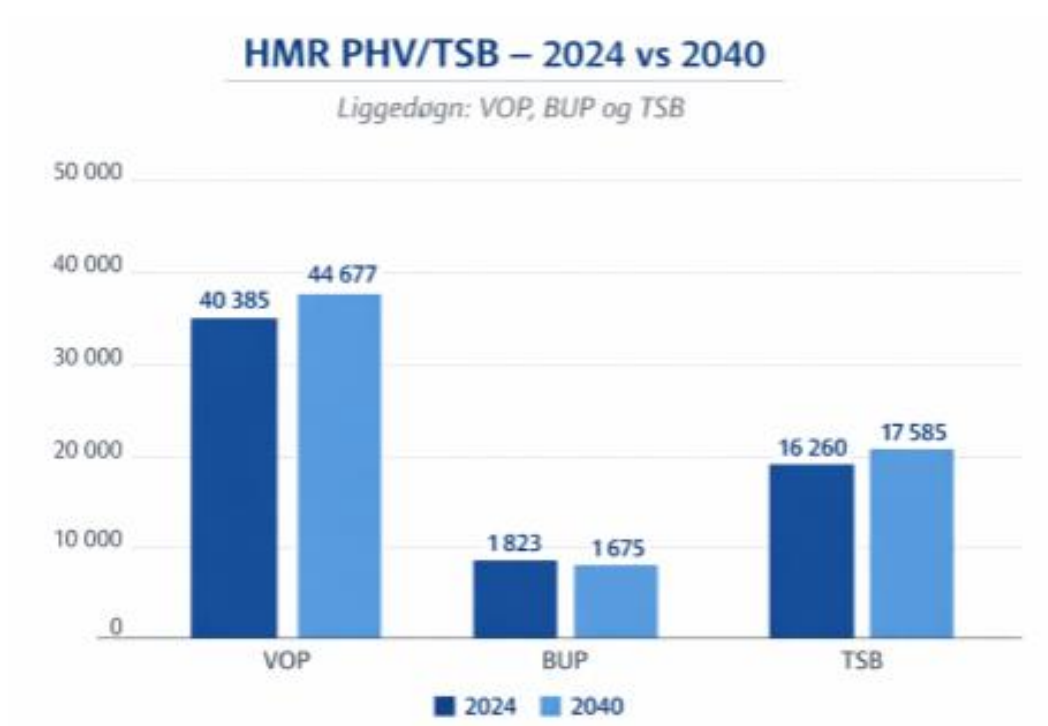


Kjelde: HMN framskrivingsmodellar 2026.

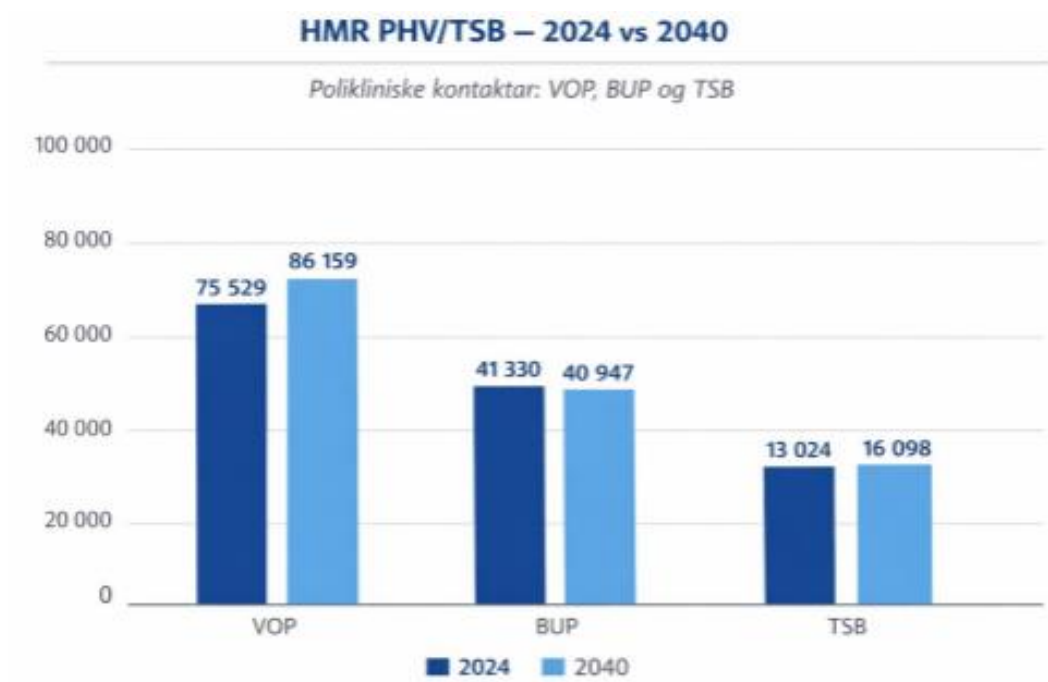
Framskrivingar 2024-2040 PHV/TSB

Framskrivingane for psykisk helsevern (PHV) og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Møre og Romsdal mot 2040 viser eit samansett bilete. For vaksne i psykisk helsevern (VOP) er det venta ein auke i tal liggedøgn på 11 % med dagens organisering av tenestene, medan barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) har ein nedgang på 8 %. TSB har ein vekst på 8 % i liggedøgn. Når det gjeld polikliniske kontaktar, vil VOP ha ein vekst på 14 %, TSB på heile 24 %, medan BUP får ein liten nedgang på 1 %. Desse utviklingane speglar endringar i befolkningsstruktur, pasientbehov og tenestetilbod, og understrekar behovet for fleksible og tilpassa løysingar framover.





Kjelde: HMN framskrivingsmodellar 2026.



Kjelde: HMN framskrivingsmodellar 2026.



3. Føresetnader for berekraftig utvikling

3.1 Økonomisk berekraft

Økonomisk berekraft i HMR krev god økonomistyring og målretta investeringar. Dette føreset effektiv drift av tenesteområda, rett oppgåvefordeling, betre pasientflyt, auka digitalisering og høg produktivitet. Gevinstane frå nye bygg, infrastruktur og Helseplattformen må realiserast, slik at dei bidreg til betre kapasitetsutnytting og frigjer personellressursar i organisasjonen.

For å lukkast må HMR styrkje økonomiforståinga i organisasjonen og bruke styringsverktøy aktivt. Benchmarking mot samanliknbare føretak og planmessig fornying av teknologi og bygningsmasse er viktige føresetnader. HMR må arbeide for årlege overskot som gjer det mogleg å fornye bygg, medisinteknisk utstyr og teknologi, samstundes som økonomisk styring blir balansert mot krav til kvalitet i tenestene. Optimalisering av drifta, grønne tiltak og samarbeid med eksterne aktørar er òg viktige verkemiddel.

Investeringane i ny bygningsmasse, MTU og digitale løysingar har både direkte og indirekte økonomiske konsekvensar som må handterast i planperioden. I tillegg til kapitalkostnader kjem auka utgifter til drift, vedlikehald, IKT-lisensar og tenester, samt behov for kompetanseheving og endringsstøtte. Dette krev systematisk gevinstrealisering gjennom meir effektive pasientforløp, betre kapasitetsutnytting og standardiserte arbeidsprosessar. Nye investeringar må vurderast ut frå samla økonomisk risiko og effekt på drift, HMS og pasienttryggleik.

Økonomisk berekraft føreset òg tydelege prioriteringar mellom tiltak, fagområde og investeringsbehov. HMR må leggje til grunn at alle utviklingsbehov ikkje kan møtast gjennom vekst i ressursar. I planperioden må føretaket i større grad prioritere tiltak med dokumentert effekt på pasientbehandling, pasienttryggleik, kvalitet og ressursbruk.

3.2 Personellmessig berekraft

Helse Møre og Romsdal står overfor store utfordringar knytt til tilgang på personell og rett kompetanse som følgje av mangel på kvalifisert arbeidskraft, aukande spesialisering og meir komplekse pasientbehov. For å sikre berekraftige og framtidsretta helsetenester må føretaket arbeide systematisk med strategisk bemanningsplanlegging, rekruttering og kompetanseutvikling. Dette krev



langsiktig planlegging, kontinuerleg læring, tverrfagleg samarbeid, oppgåvedeling og god bruk av teknologi og bygningsmessige fasilitetar. Målet er robuste og fleksible personell- og kompetanseløysingar som gjer føretaket i stand til å handtere omstillingar og levere helsetenester av høg kvalitet over tid.

Fleksible arbeidstidsordningar, tiltak for å redusere sjukefråvær og satsing på leiarutvikling er viktige for å halde på og vidareutvikle kompetansen i organisasjonen. HMR må òg tilpasse seg endringar i arbeidsmarknaden og vere førebudd på behovet for nye fagområde og roller. Samarbeid med utdanningsinstitusjonar og eksterne aktørar vil styrkje personellgrunnlaget for framtida.

Personellmessig berekraft i HMR føreset ei langsiktig satsing på rekruttering, utvikling og ivaretaking av medarbeidarane. Det er avgjerande å sikre tilgang på kompetent personell, gode ordningar for vidareutdanning og kompetanseheving, og eit inkluderande og trygt arbeidsmiljø som fremjar meistring og trivsel. For å lukkast må HMR sjå leiging, personell- og kompetansearbeid i samanheng, og styrkje leiarutvikling, kompetansebygging, samhandling og berekraftig organisering av arbeidet.

3.3 Bygg, teknologi og digital infrastruktur

I planperioden må HMR leggje til grunn at investeringsrommet for bygg, medisinteknisk utstyr og digital infrastruktur er avgrensa. Prioriteringar må difor ta utgangspunkt i lov- og forskriftskrav, pasienttryggleik, beredskap, HMS og kritisk drift. Dette inneber at enkelte oppgraderingar og utviklingsprosjekt må utsetjast, og at føretaket i større grad må standardisere løysingar, forlenge levetid der det er forsvarleg og styrkje livsløpsstyringa av utstyr og bygningsmasse.

Tilstandsvurderingar viser at delar av bygningsmassen har høg alder, redusert funksjonalitet og aukande vedlikehaldsetterslep. Dette aukar risikoen for driftsavbrot, høgare livsløpskostnader og manglande støtte til moderne pasientforløp og nye arbeidsformer. Planlagt vedlikehald, målretta oppgradering og strategiske investeringar må sjåast i samanheng for å redusere risiko, forlenge levetid og sikre effektiv ressursbruk. Der vidare drift ikkje er berekraftig, må HMR prioritere nybygg eller større ombyggingar.

Større investeringsprosjekt som Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) og AIO-prosjektet i Ålesund gir høve til å utvikle meir framtidsretta bygg, betre driftskonsept og sterkare samanheng mellom areal, teknologi og arbeidsformer. Samstundes må HMR arbeide systematisk med optimal bruk av eksisterande bygningsmasse, målretta vedlikehald og energieffektivisering for å redusere miljøavtrykk og styrkje langsiktig ressursutnytting.



Teknologi og digitalisering skal nyttast målretta for å støtte gode pasientforløp, effektiv klinisk drift og høg kvalitet i tenestene. HMR skal prioritere løysingar som gir dokumentert nytteverdi, styrkjer pasienttryggleiken og legg til rette for betre samhandling internt og med kommunane. Fornying av medisinteknisk utstyr og vidareutvikling av digital infrastruktur er ein føresetnad for stabil drift, digital samhandling og berekraftig utvikling.

4. Strategisk retning og prioriterte utviklingsområde

4.1 Likeverdige og samanhengande helsetenester

HMR sin strategiske retning dei neste åra er å sikre likeverdige og samanhengande tenester for alle pasientar, uavhengig av bakgrunn, bustad eller livssituasjon. Utviklinga av tenestene skal ta utgangspunkt i pasientane sine behov og leggje til rette for rett behandling til rett tid og på rett nivå. Dette inneber ei satsing på differensierte og fleksible tilbod, med auka bruk av behovsstyrte tenester og digitale løysingar for å gjere helsehjelpa meir tilgjengeleg og relevant.

Samhandling på tvers av fagmiljø og nivå er heilt sentralt for å skape gode og samanhengande pasientforløp. HMR vil styrkje arbeidet med samval og brukarmedverknad, slik at pasientar får større moglegheit til å påverke eiga behandling og oppfølging.

Særleg blir det lagt vekt på å utvikle tilbodet innan psykisk helse og rus på ein måte som sikrar heilskaplege pasientforløp, tilstrekkeleg kapasitet, rett kompetanse og god samhandling. Dette inneber å vidareutvikle tenester som er betre tilpassa pasientar med samansette og langvarige behov, styrkje samanhengen mellom døgnbehandling, poliklinikk, ambulante tenester og kommunale tilbod, og sikre at endringar i struktur og arbeidsmåtar skjer innanfor gjeldande rammer. Utviklinga må òg ta høgde for behov knytte til tvang, dom til behandling og samarbeid med andre delar av helsetenesta og justissektoren.

HMR skal i planperioden prioritere utvikling av pasientforløp der gevinsten for pasient, kvalitet og ressursbruk er stor. Dette gjeld mellom anna forløp for skrøpelege eldre, pasientar med kroniske og samansette behov, kreftpasientar, pasientar med hjerneslag og pasientar innan psykisk helsevern og rus. For desse forløpa skal HMR arbeide systematisk med standardisering, betre oppfølging på rett nivå og tydelegare ansvarsdeling mellom aktørane. Målet er at fleire pasientar



skal få behandling og oppfølging gjennom poliklinikk, dagbehandling, digitale løysingar eller heimebaserte tenester, samstundes som kvalitet, pasienttryggleik og likeverdig tilgang til nødvendige spesialisthelsetenester blir ivaretekne.

HMR skal i planperioden vurdere utvikling av utvalde behandlingstilbod der fagleg kvalitet, pasientnytte og berekraft tilseier det. Dette gjeld mellom anna robotassistert kirurgi, som må vurderast ut frå fagleg dokumentasjon, pasientvolum, rekruttering, kompetansebygging, investeringsbehov og samla prioriteringar i føretaket. Ei slik satsing skal støtte opp under regionale funksjonar, robuste fagmiljø og likeverdige tenester i heile føretaket. Vurderinga må òg sjåast i samanheng med korleis ny teknologi kan gi betre behandlingskvalitet, meir standardiserte pasientforløp og effektiv bruk av ressursar over tid.

Vidare utvikling av PCI-tilbodet må vurderast i lys av den regionale utgreiinga om framtidig organisering i Midt-Noreg. Resultatet av denne utgreiinga vil vere avgjerande for om, og eventuelt når, PCI kan etablerast i Helse Møre og Romsdal.

Likeverdige og samanhengande tenester krev at ressursbruken blir optimalisert. HMR vil arbeide systematisk med Kloke val for å redusere unødig variasjon, styrkje kvaliteten og sikre berekraftig ressursbruk.

Helse Møre og Romsdal HF Mål (2027-2030)

- Optimalisere pasientforløp på tvers av forvaltningsnivå
- Innfri nasjonale mål for ventetider og fristbrot
- Standardisere fleire pasientforløp
- Digital konsultasjon og oppfølging som førsteval
- Redusere tenester og tilbod med låg pasientverdi
- Etablere robotkirurgi ved Ålesund sjukehus og SNR
- Avklare og beslutte om PCI skal etablerast ved Ålesund sjukehus

Helse Møre og Romsdal HF Ambisjon (15-års perspektiv)

Helse Møre og Romsdal skal levere likeverdige, trygge og berekraftige spesialisthelsetenester i heile fylket – gjennom samanhengande pasientforløp og meir tenester nær pasienten med målretta bruk av teknologi og kompetanse.

4.2 Personell, kompetanse og leiing

Personell, kompetanse og leiing er eit strategisk satsingsområde for Helse Møre og Romsdal i planperioden. Utviklinga i helsetenesta og aukande konkurranse om kvalifisert helsepersonell krev målretta og langsiktig arbeid for å sikre tilstrekkeleg



bemanning og rett kompetanse. Med avgrensa tilgang på personell og aukande oppgåver må utvikling i hovudsak skje gjennom betre organisering, endra arbeidsformer og god bruk av samla kompetanse.

HMR skal styrkje rekruttering, utdanning og kontinuerleg kompetanseutvikling, og leggje til rette for tydelege karriereveggar, heiltidskultur og eit trygt, utviklande arbeidsmiljø. Målet er å vere ein attraktiv arbeidsgivar som rekrutterer, utviklar og held på personell med rett kompetanse, og reduserer turnover og sjukefråvær gjennom stabile arbeidsforhold.

Effektiv oppgåvedeling, tverrfagleg samarbeid og robuste fagmiljø er sentrale for å møte dagens og framtidige pasientbehov. HMR må balansere behovet for høgspesialisert kompetanse med behovet for generalistkompetanse, og utvikle berekraftige løysingar i små og sårbare fagmiljø. I fleire fagområde kan det vere nødvendig å vurdere organisering av fagmiljø, vakter og funksjonar for å sikre forsvarleg drift. På område med låg bemanning, lågt pasientvolum eller krevjande rekruttering må HMR vurdere tiltak som styrkjer robustheit, kvalitet og berekraft, også når dette inneber å samle vakter eller funksjonar. Vurderingane må byggje på faglege kriterium, pasienttryggleik, rekrutteringssituasjon, vaktbelastning og samla ressursbruk, og sjåast i samanheng med målet om likeverdige tenester i heile fylket.

HMR skal satse målretta på kompetanseheving for å møte endringar i teknologi, arbeidsformer og krav til helsetenestene. Ein kultur for læring, utvikling og innovasjon er avgjerande for å byggje og halde på kompetanse over tid. Dette krev at personell- og kompetansearbeidet blir sett i samanheng med leing, organisering og utvikling av tenestene.

Leing er avgjerande for å lykkast med omstilling, gevinstrealisering og gjennomføring av strategiske prioriteringar. I tråd med regional leiarutvikling skal HMR, saman med dei andre føretaka, vidareutvikle eit heilskapleg system for leiaropplæring, leiarutvikling og leiarstøtte. Dette omfattar mottak og oppfølging av nye leiarar, utvikling av leiarrolla, styrking av leiargrupper og tilgang til relevante verktøy i kvardagen.

Leiarskap i HMR skal leggje til rette for involvering, medverknad og partssamarbeid, og bidra til trygge prosessar ved endring. Det er leiinga som har ansvar for HMS-arbeid, redusere sjukefråvær og uønskt turnover, og sikre at medarbeidarar opplever meining, meistring og tydelege forventningar i arbeidskvardagen. Vidare satsing på leing skal styrkje gjennomføringsevna i organisasjonen og bidra til at HMR når måla sine innan kvalitet, pasienttryggleik og berekraftig ressursbruk.



Helse Møre og Romsdal HF Mål (2027-2030)

- Tilstrekkeleg bemanning med riktig kompetanse
- Sikre sterke og tverrfaglege fagmiljø
- Skape eit trygt og inkluderande arbeidsmiljø
- Bruke fleksible arbeidsmodellar og dele oppgåver for betre ressursbruk
- Sikre overkommeleg vaktbelastning
- Sjukefråvær under 7 %
- Sikre tydeleg og kompetent leiing som understøttar kvalitet, omstilling og berekraftig ressursbruk

Helse Møre og Romsdal HF Ambisjon (15-års perspektiv)

HMR skal vere ein attraktiv arbeidsgivar som rekrutterer, utviklar og held på personell med rett kompetanse – gjennom sterke fagmiljø, heiltidskultur, tydeleg leiing og berekraftig arbeidsbelastning.

4.3 Pasient- og brukarinvolvering

Pasient- og brukarinvolvering står sentralt i den strategiske utviklinga til Helse Møre og Romsdal, og er avgjerande for å sikre at tenestene blir opplevde som relevante og tilpassa den einskilde sitt behov. HMR arbeider målretta for å styrkje brukarmedverknaden, mellom anna gjennom utvikling av digitale løysingar, meir tilpassa tenester og systematisk innhenting av pasienterfaringar. Brukarrepresentantar blir involverte tidleg i planlegging og evaluering av tenester, og medverknad skal vere ein integrert del av pasientforløpa.

Pasient- og brukarinvolvering stiller krav til både system og kultur i organisasjonen, der helsepersonell må ha kompetanse og verktøy for å leggje til rette for dialog, samval og tilpassa informasjon. For å lukkast med pasient- og brukarinvolvering, må HMR kontinuerleg utvikle ressursane, kompetansen og strukturen slik at pasientar og brukarar får ei reell stemme i helsetenestene. Utfordringsbiletet består difor av behovet for å byggje ein kultur der involvering er naturleg, og der både tilsette og brukarar har gode rammer for samarbeid og påverknad.



Helse Møre og Romsdal HF Mål (2027-2030)

- Sikre reell involvering av pasientar og brukarar i behandling og oppfølging
- Systematisk innhenting og bruk av pasient- og brukarerfaringar
- Integrere digitale løysningar og tilpassa informasjon i dialogen
- Auke kompetansen hos helsepersonell på samval og medverking
- Aktiv og tidleg involvering av brukarrepresentantar i tenesteutvikling
- Brukarmedverking som fast del av strategiske prosesser i HMR

Helse Møre og Romsdal HF Ambisjon (15-års perspektiv)

HMR skal sikre reell pasient- og brukarmedverknad som standard, der samval og tilpassa informasjon gir pasientar større innverknad på eiga behandling. Pasient- og brukarerfaringar skal systematisk brukast til å forbetre kvalitet og utvikle tenestene.

4.4 Kunnskap, forskning og innovasjon

Utviklinga av moderne spesialisthelsetenester krev målretta og systematisk bruk av kunnskap, forskning, innovasjon og teknologi. Helse Møre og Romsdal skal styrkje forskning og innovasjon som integrerte delar av klinisk verksemd, og sikre at ny kunnskap blir teken i bruk for å betre kvalitet, pasienttryggleik og ressursutnytting.

Føretaket skal vidareutvikle forskingskulturen gjennom tydeleg leiingsforankring, klare mål og integrering av klinisk forskning i ordinær drift og strategiske planar. Det skal leggjast til rette for ein kultur der forbetring, innovasjon og forskning er ein naturleg del av den kliniske kvardagen.

HMR skal vidareutvikle støttefunksjonar for forskning og innovasjon, styrkje robuste fagmiljø og sikre god datakvalitet som grunnlag for klinisk praksis, kvalitetsforbetring og forskning. Systematisk bruk av data og digitale løysingar, mellom anna Helseplattformen, skal understøtte kunnskapsbasert praksis og forskingsaktivitet, samstundes som informasjonstryggleik og personvern blir ivaretekne.

Utdanning, kompetanseutvikling og rekruttering er avgjerande for å lukkast. HMR skal leggje til rette for kompetansebygging, kunnskapsdeling og fagleg utvikling, og sikre tilstrekkeleg tid og kapasitet til forskings- og innovasjonsarbeid i klinisk kvardag. Dette omfattar også målretta rekruttering innan strategisk viktige fagområde.

Satsinga på innovasjon, mellom anna innan sensorteknologi, telemonitorering og kunstig intelligens, skal omsetjast til handling gjennom tydelege prioriteringar, ansvar og oppfølging. Nye teknologiske løysingar og digitale pasientforløp skal



integrerast i tenestene for å støtte høgare kvalitet, meir standardiserte forløp og betre ressursbruk.

Samla skal dette bidra til at Helse Møre og Romsdal tilbyr framtidsretta og berekraftige helsetenester av høg kvalitet, der ny kunnskap og teknologi blir nytta til beste for pasientar, tilsette og helsetenesta.

Helse Møre og Romsdal HF Mål (2027-2030)

- Styrke forskingskultur og infrastruktur for kliniske studie
- Auke innovasjonstakt med brukarinvolvering; prioritere innovasjonar som flytter tenester nær pasienten
- Digital først: realisere gevinstar i Helseplattformen; standardisere arbeidsprosessar
- Investere i moderne MTU og prøve ut KI-støtte der det gir klinisk verdi

Helse Møre og Romsdal HF Ambisjon (15-års perspektiv)

HMR skal byggje ei sterk kunnskaps- og innovasjonskultur der forskning og forbetring er ein naturleg del av klinisk drift. Ny kunnskap og teknologi skal takast i bruk trygt og raskt når det gir betre pasientbehandling og meir berekraftig ressursbruk.

4.5 Beredskap

Beredskap er eit sentralt utviklingsområde for HMR. Føretaket må handtere eit stadig meir komplekst risikobilete, frå pandemiar og naturkatastrofar til teknologiske truslar og endringar i samfunnsstrukturen. Den geopolitiske utviklinga stiller strengare krav til beredskap og motstandskraft. For Helse Møre og Romsdal inneber dette særleg behov for å styrkje forsyningstryggleik, digital tryggleik og evna til å handtere samansette hendingar som kan påverke drift og pasientbehandling. Dette krev robuste system for krisehandtering, god ressursstyring og kontinuerleg opplæring av personell.

HMR må sikre at beredskapsplanar er oppdaterte, godt forankra i organisasjonen og fleksible nok til å møte nye utfordringar. Tverrfagleg samarbeid, styrking av digital infrastruktur og investering i kompetanse er prioriterte område. Erfaringar frå tidlegare hendingar skal nyttast systematisk for å styrkje beredskapen vidare.

HMR skal vidareutvikle beredskapen slik at intensivkapasiteten handterer naturlege variasjonar i pasienttilstrøyming og raskt kan skalerast opp ved større kriser og langvarige hendingar. Dette krev fleksibilitet i drift og bemanning, tydelege planar for omdisponering av personell, systematisk øving og vedlikehald



av kompetanse. For eit fylke med store avstandar og varierende geografi må dei akuttmedisinske tenestene sikrast gjennom samhandling, planlegging og bruk av teknologi, slik at den samla akuttberedskapen er forsvarleg i heile regionen.

Helse Møre og Romsdal HF Mål (2027-2030)

- Oppdatere og forankre beredskapsplanar i organisasjonen, og sikre kontinuerleg opplæring og øving for å møte ulike krisesituasjonar
- Styrkje tverrfagleg samarbeid og digital infrastruktur for effektiv handtering av både kjente og nye utfordringar
- Legge til rette for systematisk læring frå tidlegare hendingar for å forbetre beredskapen fortløpande

Helse Møre og Romsdal HF Ambisjon (15-års perspektiv)

HMR skal ha ein robust og integrert beredskap som sikrar kontinuitet i pasientbehandling ved kriser og uønskte hendingar – med tilstrekkeleg forsyningstryggleik, høg digital tryggleik og systematisk øving og læring i heile organisasjonen.

4.6 Berekraftig ressursbruk

Utfordringsbiletet for berekraftig ressursbruk i Helse Møre og Romsdal dei komande åra er prega av aukande krav til effektiv drift, høg kvalitet i tenestene og redusert klimaavtrykk. Føretaket må sikre betre økonomisk styring og meir målretta bruk av ressursar, samstundes som pasientane får trygge og tilgjengelege tenester. Dette krev tydeleg prioritering, standardiserte arbeidsprosessar og betre utnytting av kompetanse, teknologi og infrastruktur.

For å oppnå dette må HMR vidareutvikle felles forståing for økonomi og ressursbruk i organisasjonen, og sikre at leiarar og medarbeidarar har gode verktøy og relevant støtte for å ta informerte og berekraftige val. Det må også vere mogleg å ta i bruk systematisk benchmarking og nytte datadrevne styringsverktøy som gir leiarar og medarbeidarar løpande innsikt i aktivitet, kvalitet og ressursbruk. Føretaket må òg arbeide målretta med modernisering av teknologi, digitalisering av arbeidsprosessar og fornying av bygningsmassen for å sikre meir effektiv drift og betre pasientforløp.

Berekraftig ressursbruk inneber òg at HMR må redusere klima- og miljøbelastninga frå bygg, energi, transport, innkjøp, avfall og medisinsk utstyr. Dette krev satsing på energieffektive løysingar, grøn transport, miljøkrav i innkjøp og tiltak for



sirkulær økonomi, inkludert betre gjenbruk og redusert forbruk av eingongsartiklar. Klima- og miljøomsyn skal integrerast i planlegging, investeringar og dagleg drift, slik at grøn omstilling blir ein naturleg del av utviklinga av føretaket.

For å lukkast må HMR vidareutvikle ein kultur for innovasjon, forbetring og tverrfagleg samarbeid, og styrkje partnerskap med kommunar, utdannings- og forskingsmiljø og næringsliv. God ressursbruk handlar ikkje berre om økonomi, men om å sikre at kompetanse, teknologi og kapasitet blir brukt der dei gir størst verdi for pasientar, medarbeidarar og samfunn.

Helse Møre og Romsdal HF Mål (2027-2030)

- Meir standardisering og effektiv drift, slik at ressursar blir nytta likt og målretta på tvers av einingar
- Grøn omstilling, med systematisk reduksjon av klimaavtrykk gjennom energieffektive bygg, berekraftige innkjøp og meir digitale løysingar
- Styrka økonomiforståing og betre bruk av styringsverktøy for prioritering og oppfølging
- Målretta investeringar i teknologi og bygningsmasse som støttar framtidige pasientforløp og effektiv drift

Helse Møre og Romsdal HF Ambisjon (15-års perspektiv)

Helse Møre og Romsdal skal levere trygge og likeverdige helsetenester innanfor økonomiske rammer, med lågast mogleg klima- og miljøavtrykk, gjennom smartere prioriteringar, meir standardiserte pasientforløp, grad av digitalisering og optimalisert bruk av areal, teknologi og kompetanse.

4.7 Vegval og prioriteringar

Utviklingsplanen for HMR 2027–2030 byggjer på at føretaket må gjere tydelege vegval for å sikre berekraftig drift og handlingsrom for framtidige investeringar og prioriteringar. Auka behov i befolkninga, knapp tilgang på personell, høgt kostnadsnivå og avgrensa økonomisk vekst gjer at det ikkje er realistisk å møte utviklinga gjennom generell vekst i aktivitet og bemanning. HMR må difor prioritere strengare, omstille raskare og ta ut større gevinstar av investeringar som allereie er gjennomførte.

HMR skal prioritere tiltak som styrkjer pasienttryggleik, kvalitet, berekraftig ressursbruk og oppnåing av nasjonale krav. Dette omfattar særleg standardisering



av pasientforløp og arbeidsprosessar, målretta gevinstrealisering frå SNR, AIO og Helseplattformen, digitalt førsteval der dette er fagleg forsvarleg, og tiltak som styrkjer kritisk kompetanse, leiing og robuste fagmiljø.

For å sikre berekraftige tenester over tid må HMR òg prioritere oppgåvedeling, redusere uønskt variasjon og utvikle tenester som i større grad kan givast nær pasienten eller i samhandling med kommunane. Der berekrafta er låg, kan det vere nødvendig å vurdere funksjonsfordeling, organisering og struktur ut frå fagleg kvalitet, pasienttryggleik, rekruttering, beredskap, vaktbelastning, pasientvolum og samla ressursbruk. Målet er å sikre robuste fagmiljø og likeverdige tenester innanfor realistiske rammer.

Samstundes må HMR nedprioritere tiltak og investeringar utan tydeleg gevinst for pasientbehandling, kvalitet eller drift. Føretaket skal redusere bruk av parallelle system, lokale særordningar, manuelle dobbeltprosessar og aktivitet utan tilstrekkeleg kapasitets- eller finansieringsgrunnlag. Innleige og overtid skal ikkje vere ei varig løysing der meir berekraftige alternativ kan etablerast.

Gjennomføringa krev tydeleg leiing, prioritering mellom initiativ, god involvering av medarbeidarar og systematisk arbeid med gevinstrealisering. Oppfølginga må skje i tett samheng med økonomisk langtidsplan, slik at ressursbehov og budsjett vert justerte årleg.

HMR skal gjere meir av	HMR skal gjere mindre av
• styrkje pasienttryggleik, kvalitet og samhengande pasientforløp • prioritere, standardisere og redusere uønskt variasjon i tenestene • ta i bruk digitale løysingar og teknologi som frigjer tid og styrkjer kvaliteten • realisere gevinstar og organisere drift slik at kapasitet og kompetanse blir brukt betre • styrkje samhandling, leiing og kompetanse for å sikre berekraft og gjennomføringsevne	• aktivitet og praksis utan dokumentert medisinsk meirverdi • ubegrunna variasjon i pasientbehandling, ressursbruk og organisering • manuelle dobbeltprosessar, tungvinte rutinar og administrativt meirarbeid • småskalaløysingar og fragmenterte tilbod som bind opp kapasitet og svekkjer robustheit • tiltak og drift som ikkje er berekraftige innan økonomi, personell og kapasitet



5. Oppfølging av planen

5.1 Risiko og gjennomføringsevne

Gjennomføringa av utviklingsplanen føreset at Helse Møre og Romsdal arbeider systematisk med risikostyring i tråd med regionalt rammeverk i Helse Midt-Noreg. Risikostyring er ein integrert del av verksemdsstyringa og skal understøtte prioriteringar, avgjerder og oppfølging i heile føretaket.

HMR legg til grunn ein strukturert og kontinuerleg prosess for å identifisere, vurdere, handtere og følge opp risiko. Risikovurderingar skal inngå i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak, og bidra til realistisk framdrift og målretta prioriteringar.

Risiko blir vurdert på strategisk, operativt og økonomisk nivå, med særleg vekt på forhold som kan påvirke kvalitet, pasienttryggleik, økonomisk berekraft, HMS, arbeidsmiljø og gjennomføringsevne. Tiltak blir prioriterte der risikoen er størst, og følgjast opp som del av ordinær styring og rapportering.

Gjennomføringsevna i HMR vil vere påverka av økonomisk handlingsrom, samhandling med kommunane, stabil digital infrastruktur og evna til å møte skjerpa krav til beredskap og tryggleik. Systematisk risikostyring er difor avgjerande for å sikre framdrift, prioritere riktige tiltak og justere kursen ved endra føresetnader.

5.2 Oppfølging av utviklingsplanen

Oppfølginga av utviklingsplanen skal sikre at strategiske prioriteringar blir omsette til tiltak og resultat i planperioden. Planen skal vere ein integrert del av styringa i HMR og leggje føringar for verksemdsplanar, budsjett, omstilling og prioritering av tiltak og investeringar. HMR må følge opp måloppnåing, gevinstrealisering, risiko og framdrift systematisk, og justere kursen ved behov. Leiinga på alle nivå har ansvar for oppfølging og prioritering innanfor eigne område. Planen skal vurderast årleg i samanheng med verksemdsplanar, budsjett og økonomisk langtidsplan, og justerast ved vesentlege endringar i føresetnadene.



PROTOKOLL

År 2026, den 11. juni, ble det avholdt drøftingsmøte mellom Helse Møre og Romsdal og foretakstillitsvalgte fra organisasjonene. Møtet ble gjennomført med hjemmel i Arbeidsmiljølovens § 8-2 og Hovedavtalenes §§ 30 og 31.
Sak til drøfting er:
Styresak: 76/26. Høringsutkast Utviklingsplan HMR 2027-2030

For Helse Møre og Romsdal HF:

Adm.dir	Olav Lødemel
HR-direktør	Kjetil Lundberg
HR-rådgiver	Tor Rune Aarø

Fra Organisasjonene:

Norsk Sykepleierforbund	Foretakstillitsvalgt	Anette Lekve
Fagforbundet	Kst. FTV	Elisabeth Kirkholm
Den norske Legeforening, overlegeforeningen	Vara FTV	Even Bakøy
Den norske Legeforening, Yngre legers forening	Foretakstillitsvalgt	Hilde Østnor
Norsk Psykologforening	Foretakstillitsvalgt	Siri Næs
Delta	Foretakstillitsvalgt	Evy Størvik
Den norske Jordmorforening	Foretakstillitsvalgt	Bodil Ljones
NITO	Foretakstillitsvalgt	Evy K.L. Skjong
Norsk Ergoterapeutforbund	Foretakstillitsvalgt	Helene Botterli

Også tilstede:

Fra vernetjenesten	Foretaksverneombud	Inger Ann S. Kjerstad
--------------------	--------------------	-----------------------

Bakgrunn:

Administrerende direktør presenterte saken.

Organisasjonenes syn, med tilslutning fra vernetjenesten:

Organisasjonene og vernetjenesten er gitt mulighet til å komme med innspill til planutkastet både fortløpende og i interne innspillsrunder gjennom våren. Utviklingsplan har også vært tema i klinikkvise møter mellom Administrerende direktør, tillitsvalgte og vernetjenesten. Vi ser frem til gode innspill gjennom ekstern høring og en fortsatt god prosess fram til endelig Utviklingsplan vedtas.

For Helse Møre og Romsdal HF:

Olav Lødemel (sign.)

Kjetil Lundberg (sign.)

Tor Rune Aarø (sign.)

For organisasjonene:

Anette Lekve (sign.)

Elisabeth Kirkholm (sign.)

Even Bakøy (sign.)

Hilde Østnor (Sign)

Siri Næs (sign.)

Evy Storvik (sign.)

Bodil Ljones (sign.)

Evy K.L. Skjong (sign.)

Helene Botterli (sign.)

Arkivreferanse: 2026/4889
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Jim Leander Hansen

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
77/26	17.06.2026	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Referatsaker

Vedlegg

- 1 Sak 77-26 - vedlegg 1 - Protokoll styremøte Helse Midt-Norge RHF 20.05.2026
- 2 Sak 77-26 - vedlegg 2 - Protokoll styremøte Helseplattformen 20.05.2026
- 3 Sak 77-26 - vedlegg 3 - Protokoll Arbeidsmiljøutvalet HMR 27.05.2026
- 4 Sak 77-26 - vedlegg 4 - Protokoll Ekstraordinært møte Arbeidsmiljøutvalet HMR 11.06.2026
- 5 Sak 77-26 - vedlegg 5 - Ordføraropprop Møre og Romsdal - No må Helse Midt-Norge ta ansvar 11.06.2026
- 6 Sak 77-26 - vedlegg 6 - Responstid ambulanser LHL MogR 15.06.2026
- 7 Sak 77-26 - vedlegg 7 - Protokoll Brukerutvalsmøte 15.06.2026

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Møre og Romsdal tek dei framlagte referata til vitende.

Ålesund, 10.06.2026

Olav Lødemel
adm. direktør

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 20. mai 2026 kl. 10.00-14.30
Møtested: Quality Airport hotel Værnes
Saksnr.: 066-2026- 079-2026
Arkivsaksnr.: 26/62

Møtende medlemmer:

Per Axel Koch
Bjørn Haugstad
Steinar Westlie Kristoffersen
Bente Glomset Vikhagen (på Teams)
Ragnhild Holmberg Aunsmo
Hege Ingebrigtsen (på Teams til klokken 10.30)
Lindy Jarosch-von Schweder
Anita Solberg
Frank Grydeland

Frafall:

Børge Sigernes-Sørli
Hege Ingebrigtsen fra klokken 10.30

Regionalt brukerutvalg:

Svein-Rune Johannessen (leder)
Arild Pedersen

Fra administrasjonen deltok:

Adm. dir. Jan Frich
Rådgiver Ingeborg Halle (referent)
Direktør for eierstyring og beredskap Ole Magnus Nyheim
Direktør for medisin og helsefag Trude Basso
Organisasjonsdirektør Ingerid Gunnerød
Kommunikasjonsdirektør Eiliv Flakne
Økonomidirektør Ingrid S. Volden
Direktør for teknologi og digitalisering Bjørn Villa
Internrevisjonssjef Jørgen Midtlyng

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 13. mai 2026. Samme dag ble saksdokumentene publisert. Fredag 15. mai ble sak 079-2026 Status anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester lagt ut. Samme dag ble det lagt ut en ny versjon av sak 066-2026. Mandag 18. mai ble sak 073-2026 Virksomhetsrapport Helse Midt-Norge per april 2026 lagt ut. Tirsdag 19. mai ble drøftingsprotokoll til sak 076-2026 lagt ut. Det samme ble protokoll fra møtet i Regionalt brukerutvalg 19. mai 2026.

I forkant av styremøtet hadde styret styreseminar med tema beredskap.

Styrets leder Per Axel Koch ønsket velkommen til styremøtet.

Sak 066-2026 Godkjenning av møteinnkalling og saksliste

Styret godkjente innkalling og saksliste til styremøtet 20. mai 2026.

Sak 067-2026 Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 30. april 2026

Signert protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 30. april 2026 ble lagt fram i møtet.

Sak 068-2026 Vurdering av styremedlemmers habilitet

Det var ingen styremedlemmer som vurderte seg inhabile til behandling av saker i møtet.

Sak 069-2026 Referatsaker

- Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 19. mai 2026

Kommentarer i møtet

Leder i regionalt brukerutvalg, Svein-Rune Johannessen, orienterte fra møte i regionalt brukerutvalg 19.05.2026. Det er et ønske fra RBU om å spisse retningslinjer for søknad om tilskudd til brukerorganisasjoner i neste runde slik at de treffer organisasjoner som bidrar til å bedre helsetjenestene i Midt-Norge i større grad. RBU er opptatt av variasjoner mellom helseregionene, for eksempel når det gjelder andel avvisninger og reinnleggelser, og ønsker økt fokus på dette.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar framlagt referatsak til orientering.

Sak 070-2026 Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Oppsummering

I driftsorientering fra administrerende direktør ble følgende saker omtalt:

1. Mediebildet
2. Ventetidsløftet i Helse Midt-Norge
3. Videreføring av utdanning innen ultralyd for jordmødre
4. Ledelsesutvikling i Helse Midt-Norge
5. Hovedfunn og anbefalte tiltak fra pasient- og brukerombudene i Midt-Norge
6. Riksrevisjonens rapport om helsetjenestenes samhandling om eldre
7. Status i arbeidet med høringsutkast til regional utviklingsplan og sykehusforetakenes utviklingsplaner
8. Avtaler Helseplattformen
9. Kort sammendrag av høringsinnspill til forslag ny psykisk helsevernforskrift

Det ble gitt en orientering om innholdet i helse- og omsorgskomiteens innstilling etter behandlingen av representantforslaget om Helseplattformen. I tillegg ble det gitt en oversikt over skriftlige spørsmål til Stortinget som omtaler Helse Midt-Norge RHF og/eller underliggende foretak og er besvart av helseministeren, samt en oversikt over status på tidligere bestillinger fra styret.

Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag til vedtak.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Sak 071-2026 (Sak 062-2026 utsatt fra forrige møte) Status i arbeidet med tiltak etter internrevisjonens undersøkelse av informasjonssikkerhet og personvern

Oppsummering

Hensikten med saken er å orientere styret om status i arbeidet med å lukke avvik etter internrevisjonens undersøkelse av informasjonssikkerhet og personvern i 2024-2024.

Internrevisjonens undersøkelser av informasjonssikkerhet og personvern ble gjennomført i alle regionens helseforetak i perioden 2023-2024. Funn og anbefalinger fra undersøkelsen ble første gang lagt frem for styret 20. juni 2024 (styresak 070-2024). Det ble i dette styremøtet bedt om at administrerende direktør i samarbeid med internrevisjonen skulle følge opp helseforetakene på anbefalinger gitt helseforetakene i revisjonsrapportene.

I tillegg til anbefalingene gitt i rapportene ble også lukking av avvikene som er beskrevet gitt som følgende oppdrag til helseforetakene i 2025:

‘Helseforetaket skal følge opp og lukke avvik fra internrevisjonens undersøkelse av informasjonssikkerhet (gap-analyse mot NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet) og skal innen 31. mai 2025 rapportere status på arbeidet med å lukke avvik fra GAP-analysen, samt lage en plan for gjenstående arbeid.’

Den 4. september 2025 (styresak 117-2025) ble styret orientert om status i gjennomføringen av internrevisjonens anbefalinger, og administrerende direktør ble bedt om å komme tilbake til styret med en oppdatert status på arbeidet våren 2026.

Kommentarer i møtet

Styret understreket viktigheten av at tiltakene fra internrevisjonens rapport blir lukket så snart som mulig.

Forslag til vedtak

1. Styret tar status i arbeidet etter internrevisjonens undersøkelse av informasjonssikkerhet og personvern til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør følge opp at helseforetakene gjennomfører utestående anbefalte tiltak.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag til vedtak.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar status i arbeidet etter internrevisjonens undersøkelse av informasjonssikkerhet og personvern til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør følge opp at helseforetakene gjennomfører utestående anbefalte tiltak.

Sak 072-2026 (Sak 063-2026 utsatt fra forrige møte) Revidert regional helseberedskapsplan

Oppsummering

I denne saken presenteres revidert regional helseberedskapsplan for Helse Midt-Norge, der styret inviteres til å vedta planens policy- og rammeverksdel (del 1 og 2).

Forslag til vedtak:

Styret vedtar regional helseberedskapsplan for Helse-Midt Norge.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag til vedtak.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret vedtar regional helseberedskapsplan for Helse-Midt Norge.

Sak 073-2026 Virksomhetsrapport Helse Midt-Norge per april 2026

Oppsummering

Virksomhetsrapport for april 2026 omhandler økonomi, kvalitet, aktivitet og bemanning. Vedlagt styresaken er det et vedlegg med tabeller og grafer for april 2026.

Forslag til vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport for april 2026 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag til vedtak.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar virksomhetsrapport for april 2026 til etterretning.

Sak 074-2026 Orientering om arbeidet med økonomisk langtidsplan 2027-2032

Oppsummering

Styret blir i denne saken orientert om det pågående arbeidet med økonomisk langtidsplan 2027-2032. Økonomisk langtidsplan for Helse Midt-Norge omfatter alle helseforetak i regionen samt Helseplattformen AS og Trøndelag ortopediske verksted AS, og skal legges til grunn for neste års budsjett. Saken gjør rede for samlet økonomisk langtidsplan for regionen. Omtale av de enkelte foretak avgrenses til sykehusforetakene og eventuelle foretak med utfordrende likviditetssituasjon eller annen problematikk som er relevant å løfte frem. Sak om økonomisk langtidsplan 2027-2032 behandles som egen styresak i styremøte 18. juni 2026.

Kommentarer i møtet

Styret påpekte at omstillingskrav i 2026 og 2027, særlig i Helse Møre og Romsdal, er høye med tanke på måloppnåelse så langt. Styret pekte også på at det er viktig å begrunne behovet for omstillinger og være tydelig i kommunikasjonen om dette.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering og ber om at innspill innarbeides i ny styresak om økonomisk langtidsplan 2027-2032.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar saken til orientering og ber om at innspill innarbeides i ny styresak om økonomisk langtidsplan 2027-2032.

Sak 075-2026 Helse Møre og Romsdal HF – planmessig inntektsstøtte

Oppsummering

Helse Møre og Romsdal HF er i en krevende økonomisk situasjon. I sak 051-2026, behandlet av styret 30. april, sak om sluttrapport Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) hvor foretakets krevende økonomiske situasjon i etterkant av SNR-prosjektet ble omtalt. I denne saken legger administrerende direktør frem forslag til tiltak som kompenserer for økte

byggelånsrenter og merkostnader som følge av forsinkelsen i SNR-prosjektet, og som vil bidra til at helseforetaket får mer tid til å gjennomføre nødvendig omstilling av driften for å komme i en resultat- og likviditetsmessig balanse.

Kommentarer i møtet

Styret stilte spørsmål ved om det er tilstrekkelig at styret legger til grunn at nødvendig omstilling gjennomføres med planlagt effekt, og ber administrerende direktør følge opp dette tett. Det kom forslag til justering av vedtakspunkt 3.

Forslag til vedtak:

1. Styret godkjenner en planmessig inntektsstøtte til Helse Møre og Romsdal HF på 275 millioner kroner fordelt over 5 år fra 2026.
2. Styret vedtar at inntektsstøtten for 2026 er 75 millioner kroner.
3. Styret legger til grunn at nødvendig omstilling gjennomføres med planlagt effekt slik at inntektsstøtten får effekt som forutsatt.
4. Styret viser til Helse Møre og Romsdal HF sin reviderte økonomiske langtidsplan fra oktober 2025 og legger til grunn at helseforetaket har et investeringsnivå i samsvar med denne.

Protokoll

Det ble fremmet følgende forslag til endring av vedtakspunkt 3:

3. Styret legger til grunn at nødvendig omstilling gjennomføres med planlagt effekt slik at inntektsstøtten får effekt som forutsatt, *og ber administrerende direktør følge opp dette tett.*

Dette ble enstemmig vedtatt sammen med øvrige punkter.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret godkjenner en planmessig inntektsstøtte til Helse Møre og Romsdal HF på 275 millioner kroner fordelt over 5 år fra 2026.
2. Styret vedtar at inntektsstøtten for 2026 er 75 millioner kroner.
3. Styret legger til grunn at nødvendig omstilling gjennomføres med planlagt effekt slik at inntektsstøtten får effekt som forutsatt, og ber administrerende direktør følge opp dette tett.
4. Styret viser til Helse Møre og Romsdal HF sin reviderte økonomiske langtidsplan fra oktober 2025 og legger til grunn at helseforetaket har et investeringsnivå i samsvar med denne.

Sak 076-2026 Sykefravær i Helse Midt-Norge

Oppsummering

Styret har etterspurt en orientering om utviklingen i sykefravær og hvordan helseforetakene arbeider med å redusere sykefraværet. I forbindelse med utarbeidelsen av styresaken er det innhentet tall som utdyper sammensetningen av sykefraværet samt beskrivelse av ulike tiltak som er igangsatt. Dette ligger som et vedlegg til saken.

Kommentarer i møtet

Styret uttrykte bekymring for det økende sykefraværet i gruppen kvinner 30-39 år, og også 20-29 år.

Styret ga uttrykk for at saken viser at det arbeides godt med oppfølging av sykefravær i Helse Midt-Norge. Ledelse og deres rammebetingelser for å lede blir trukket fram som en nøkkelfaktor i forebygging av sykefravær.

Styret påpekte at det er nødvendig å kartlegge risikofaktorer i arbeidsmiljøet, og iverksette helsefremmende tiltak og undersøke om det er forhold ved arbeidsplassen som gjør at ansatte blir sykemeldte.

Det ble pekt på at arbeid med å få ned sykefravær er en langsiktig prosess, og det tar tid før tiltak gir effekt. Samtidig vil selv en mindre reduksjon i sykefravær ha positive økonomiske effekter.

Styret ber administrasjonen vurdere å ta initiativ til forskning om årsaker til sykefravær og effekter av tiltak.

Styret ønsker å holdes jevnlig orientert om status for arbeidet med sykefravær.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar saken til orientering og ber helseforetakene sikre at de har identifisert tiltak som kan bidra til å redusere sykefraværet
2. Styret ber helseforetakene sørge for at ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste på alle nivå er kjent med de verktøyene som utvikles for å redusere sykefraværet

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar saken til orientering og ber helseforetakene sikre at de har identifisert tiltak som kan bidra til å redusere sykefraværet
2. Styret ber helseforetakene sørge for at ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste på alle nivå er kjent med de verktøyene som utvikles for å redusere sykefraværet

Sak 077-2026 Status for utvalgte kvalitetsindikatorer og arbeidet med uønsket variasjon i helsetjenester

Oppsummering

Saken gir en orientering om status for indikatorer for kvalitet og pasientsikkerhet i Helse Midt-Norge, med vekt på uønsket variasjon i helsetjenester. Vedlagt saken er regionale statusoppdateringer om måloppnåelse på utvalgte kvalitetsindikatorer fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre og eksempler på observert variasjon i helsetjenester hentet fra et nyutviklet klinisk dashboard for Helse Midt-Norge.

Kommentarer i møtet

Styret påpekte viktigheten av samhandling med kommunehelsetjenesten også her. Styret ønsker å holdes jevnlig orientert om status for arbeidet med uønsket variasjon.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar status for utvalgte kvalitetsindikatorer til orientering.
2. Styret ber om at det faglige arbeidet med å definere beste praksis og med å fase ut helsetjenester med liten eller ingen nytteverdi intensiveres.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar status for utvalgte kvalitetsindikatorer til orientering.
2. Styret ber om at det faglige arbeidet med å definere beste praksis og med å fase ut helsetjenester med liten eller ingen nytteverdi intensiveres.

Sak 079-2026 Status anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester

Sak 079-2026 ble behandlet før sak 078-2026 i styremøtet.

Oppsummering

Administrerende direktør ber i denne saken om tilslutning i styret om å avvente signering av avtaler om spesialiserte rehabiliteringstjenester i påvente av behandlingen av revidert nasjonalbudsjett 2026.

Forslag til vedtak:

Styret ber administrerende direktør om å avvente signering av avtaler om spesialiserte rehabiliteringstjenester i påvente av behandlingen av revidert nasjonalbudsjett 2026.

Protokoll

Det ble fremmet følgende forslag til endring av vedtakspunkt:

Styret ber administrerende direktør om å avvente signering av avtaler om spesialiserte rehabiliteringstjenester i påvente av behandlingen av revidert nasjonalbudsjett *i juni* 2026.

Dette ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret ber administrerende direktør om å avvente signering av avtaler om spesialiserte rehabiliteringstjenester i påvente av behandlingen av revidert nasjonalbudsjett i juni 2026.

Sak 078-2026 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt.

20. mai 2026

Per Axel Koch

Bente Glomset Vikhagen

Bjørn Haugstad

Steinar Kristoffersen

*Roy Børge Sigernes-Sørli
(sett)*

Frank Grydeland

Lindy Jarosch-von Schweder

*Hege Leirfall Ingebrigtsen
(sett)*

Anita Solberg

Ragnhild Holmberg Aunsmo



Dato	20.05.2026
Møtetid	09:00 - 10:00
Sted	Havnegata 9, Inngang 4., 7010 Trondheim - møterom VALHALL og på Teams
Følgende møtte:	
Fra styret	Gunnar Bovim, leder Per Sverre Ersvik, nestleder (<i>deltok på Teams</i>) Anne Grete Rolien Valbekmo, medlem Terje Gårdsmoen, medlem Tom Christian Martinsen, medlem Anne Kathrine Slungård, medlem Rune Hollås, medlem (valgt av ansatte) Monica Devold, medlem (valgt av ansatte) Merete Skjelvik, medlem (valgt av ansatte)
Fra administrasjonen	Siri Beate Berg, adm. direktør Per Magne Reitbakken, avd. dir. Økonomi og virksomhetsstyring Rune Sivertsen, avd.dir. Produkt Ulf Dahl Ryen, avd.dir. Tjenesteforvaltning Astrid Bjørgum, avd.dir. Utvikling og portefølje Nina Kongshaug, avd.dir. Strategi og kundedialog Vivian Sekkenes, seksjonsleder HR Nina Kotte, kommunikasjonssjef Line Valsjø, koordinator for adm.dir., styresekretær
Andre:	Julia Németh, seniorrådgiver (på sak 27/26)
Forfall	Marit Hermansen, styremedlem Svein-Rune Johannessen, leder Helseplattformens brukerutvalg
Referent	Valsjø, Line

Protokoll

25 / 2026 - Godkjenning av innkalling og agenda

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling, saksgrunnlag og agenda slik de foreligger.

26 / 2026 - Vurdering av styremedlemmers habilitet

Vedtak:

Ingen ble meldt som inhabile i møtet.

27 / 2026 - Strategi for nye kunder

Unntatt offentlighet, jf. Offl. §23

28 / 2026 - Eventuelt

Siri Berg orienterte styret om innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om "Representantforslag om å avvikle Helseplattformen og sørge for brukervennlige journalsystemer". Innstillingen ble publisert 19.05.2026: [Innst. 328 S \(2025-2026\) - stortinget.no](#)

29 / 2026 - Godkjenning av protokoll

Vedtak:

Protokollen sendes ut til alle møtende styremedlemmer for godkjenning og digital signering.

Arbeidsmiljøutvalet i Helse Møre og Romsdal HF

Dato: 27.05.2026 11:00
Sted: Storhornet
Deltakere: Heggem, Kjetil Teodor; Jokic, Igor; Kjerstad, Inger Ann Synnes; Landre, Magny; Lekve, Anette; Lødemel, Olav Terje; Nygaard, Tor; Slettestøl, Tina; Svendsen, Mariann Gussiås
Referent: Heggem, Kjetil Teodor
Fraværende: Lundberg, Kjetil; Mongstad, Audny; Otterlei, Bjørn; Østnor, Hilde; Aagaard-Nilsen, Mona Elisabeth
Kommentar: Igor Jokic stiller som personlig vara for Hilde Østnor.
Tina Slettestøl stiller som personlig vara for Kjetil Lundberg.
Robert Reed stiller for Mona Aagaard-Nilsen.
Lederskifte i AMU, arbeidsgiversida leder AMU fram til mai 2027.

1. Godkjenning av innkalling og saksliste

Ansvarlig: Lødemel, Olav Terje

2. Orientering fra Administrerende direktør

Ansvarlig: Lødemel, Olav Terje

Beskrivelse

Det vil bli gitt ein muntleg orientering i møtet om fylgjande saker:

- Status ventetider og styringsmål 2026
- Status økonomi
- Status årsverksforbruket i HMR - brutto, netto og fårversårsverk.
- Plan for omstilling og Utviklingsplan
- Innteksstøtte til HMR på 275 mnok beslutta i HMN
- Sak til styremøte i HMR 17.6 - Tiltak i Plan for omstilling
- Diverse

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget tek orienteringa til vitande, og oppfordrer til å kommunisere budskapet godt ut i organisasjonen.

3. Orientering fra Hovedverneombud - verneombudsundersøkelsen 2026

Ansvarlig: Kjerstad, Inger Ann Synnes

Beskrivelse

Verneombudsundersøkelsen ble gjennomført i mars/april i alle HF i HMN. Dette er en spørreundersøkelse som er utarbeidet av konsernverneombudene i helseregionene, sammen med hovedverneombudene i helseforetakene. Den er tatt i bruk i ulik grad. I HMN ble den sist gjennomført i 2012. Det er enighet blant hovedverneombudene i HMN, at undersøkelsen bør kjøres hvert 2. eller 3. år, og at den bør legges til høsten for å unngå å komme for tett på ForBedringsundersøkelsen. Spørsmål og svaralternativ er felles for alle regioner.

Formålet med verneombudsundersøkelsen er å kartlegge hva verneombudene mener fungerer bra, og hvilke områder vi må arbeide med å utvikle og styrke. Resultatet ble presentert for verneombudene i Kristiansund, Ålesund, Volda og Hjelset i møter i uke 17, og legges også fram til orientering i arbeidsmiljøutvalget.

HMR utgjør 37% av det totale antall respondenter i regionen, 78 av totalt 211 respondenter er fra HMR. Dette betyr at omkring halvparten av verneombudene våre har deltatt.

HMR scorer i gjennomsnitt 4,3 mot toppscore 5, dette samsvarer med gjennomsnittet i regionen. Det er liten variasjon etter erfaring som verneombud, men score stiger med erfaring. Det scores høyest på trygghet, det scores lavest på skriftlig samarbeids- og tilretteleggings avtale med leder, og nest lavest på tilstrekkelig tid til å ivareta vervet.

Oppsummering

I HMR er det ikke en etablert praksis med skriftlig samarbeidsavtale. Dette har vært praktisert ved St. Olavs og i HNT, men de scorer også lavt på dette spørsmålet. Ved presentasjon av undersøkelsen er det ulike oppfatninger mellom verneombudene om det er behov for en slik avtale i HMR. For noen fungerer dialogen med leder fint, mens for andre er det mer utfordrende å få til dette på en god måte.

Utfordringer: tilstrekkelig avsatt tid framstår som hovedutfordringen. Rollen kan oppleves uklar og vanskelig å balansere mellom kollegaer og ledelse, og motivasjon svekkes av lite gjennomslag.

Givende: rollen oppleves som meningsfull og viktig, gir verdi gjennom medvirkning og økt innsikt. Fellesskap og samarbeid styrker rollen.

HVO vil fortsette praksis med å planlegge verneombudsmøter hvert kvartal i en plan for året som sendes ut til verneombud og seksjonsledere så tidlig som mulig. Dette som et bidrag for å avhjelpe planlegging av avsatt tid. Verneombudsmøter og årlig verneombudssamling vil bidra til dialog om aktuelle saker, støtte verneombudenes rolleforståelse, heve og oppdatere kompetanse. Dette kan igjen medvirke til økt motivasjon for å stå i vervet over tid og dermed sikre kontinuitet. HVO vil fortsette å oppfordre verneombud til å etterspørre regelmessig samarbeidsråd i egen seksjon, og bruke samarbeidsrådet for å ta opp aktuelle saker.

I henhold til arbeidsmiljøloven § 6-5 skal arbeidsgiver blant annet sørge for at verneombud får den opplæring som er nødvendig, og tid til å utføre vernearbeidet på forsvarlig måte. I alminnelighet skal oppgavene utføres innenfor vanlig arbeidstid.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget tar saken til orientering.

Saksdokumenter

- [Verneombudsundersøkelsen 2026](#)

4. PAUSE

5. Orientering fra Bedriftshelsetjenesten

Ansvarlig: Landre, Magny

Beskrivelse

Bedriftshelsetjenesten har siden forrige møte arbeidet i henhold til samarbeidsplaner, kursplaner og avtaler. Arbeidsoppgavene er fordelt på hele vår portefølje.

Det har vært arbeidet med oppgradering av BHT's journalsystem Extensor siden 2023. Dette er en oppgradering som skjer i samhandling med Hemit og bedriftshelsetjenesten ved St.Olav. Oppgraderingen er planlagt i juni 2026, og vil rette opp i en del utfordringer som vi har hatt de siste årene ifht effektiv bruk av systemet.

Beslutning

Orienteringen tas til vitande.

6. Status etter tilsyn fra Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, og Arbeidstilsynet

Ansvarlig: Heggem, Kjetil Teodor

Beskrivelse

Det har ikke kommet svar fra de to tilsynsmyndighetene, så derfor har vi ingen status å gi til AMU i dette møtet.

Beslutning

AMU tar orienteringen til vitande.

7. Bygningsmessige investeringer 1. tertial

Ansvarlig: Reed, Robert

Beskrivelse

Vedlagt følger en oversikt og status for prioriterte investeringsprosjekt i 2026 inkl. overheng frå 2025.

Helse Møre og Romsdal sin økonomiske situasjon er som kjend framleis svært krevjande.

Samla ramme for bygningsmessige investeringar er 70 MNOK i 2026. Av denne ramma er 48 MNOK øymerka tiltak ved medisinsk biokjemi og blodbank i Volda.

Prosjekt med kostnadar frå 1,0 MNOK og oppover blir følgd opp av Styringsgruppa for byggeprosjekt med tanke på framdrift, kvalitet, risiko og økonomi.

Vidare blir det etablert egne styringsgrupper for investeringsprosjekt med kostnadsramme større enn 100 MNOK.

Helseføretaket har for tida ingen prosjekt med kostnadsramme som nemnd. Byggeprosjekt med kostnadsramme større enn 500 MNOK blir følgd opp av egne prosjektstyre, t.d. AIO-prosjektet i Ålesund. Prosjektporteføljen er godt styrt og det er teke omsyn til helseføretaket sin samla økonomiske situasjon.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalet i Helse Møre og Romsdal tek status for bygningsmessige investeringar for 1. tertial 2026 til vitande.

Saksdokumenter

- [Vedlegg - status investeringar T1-26.pdf](#)

8. Sjukefravær 1. tertial

Ansvarlig: Heggem, Kjetil Teodor

Beskrivelse

Orientering om sykefraværet i Helse Møre og Romsdal for 1. tertial 2026, tall fra samme tertial 2025 til sammenligning.

Oversikt vedlagt.

Sykefravær i Helse Møre og Romsdal 1. tertial 2026 var 9,5% (9,1 % i 1. tertial i 2025).

Fordeling type:

Sykmelding: 7,9% (7,4% i 1T 2025)

Egenmelding: 1,6% (1,7% i 1T 2025)

Fordeling varighet:

Korttid: 2,9% (3,0% i 1T 2025)

Langtid: 6,7% (6,1% i 1T 2025)

Ser vi på langtidsfraværet klinikkvis for 1. tertial 2026 ser vi en nedgang ved Klinikk Ålesund sjukehus, Klinikk Volda sjukehus, Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering, Klinikk for diagnostikk. For øvrige klinikker ser vi en økning, og en markant økning ved Klinikk sjukehuset i Nordmøre og Romsdal.

Når vi ser på korttidsfraværet per klinikk for 1. tertial 2026 er der en nedgang ved Klinikk Ålesund, Klinikk for psykisk helse og rus, Klinikk for prehospitale tjenester, og Klinikk for diagnostikk. De øvrige klinikkene har en økning i korttidsfraværet i 1. tertial.

Iverksatte overordnede tiltak

HR, BHT, foretaksverneombud og foretakstillitsvalgte i Helse Møre og Romsdal har sammen med NAV Arbeidslivssenter utviklet et e-læringskurs og tre opplæringsmoduler for ledere, verneombud og tillitsvalgte.

LOKALT PARTSSAMARBEID

Hovedarenaen for lokalt partssamarbeid hos oss er samarbeidsråd i den enkelte seksjon. Dette er den jevnligste møtearenaen mellom leder, verneombud og tillitsvalgte som til sammen kjenner den daglige driften best.

E-læringskurs for å hjelpe samarbeidsrådene i gang. Kurset tar kort for seg hvorfor denne arenaen er viktig, rollene til medlemmene og hvordan arenaen kan brukes.

Målgruppe: Samarbeidsråd i HMR

Varighet: 30 – 60 minutter

OPPLÆRING I FOREBYGGING OG HÅNDTERING AV SYKEFRAVÆR

Modul 1 - forebygging av sykefravær

I dette kurset formidler Bedriftshelsetjenesten i HMR forskningsbasert kunnskap, om risikofaktorer og helsefremmende faktorer i sykehusbransjen. Videre vil det bli presentert hvordan leder, tillitsvalgt og

verneombud sammen kan jobbe langsiktig og systematisk, for å forebygge sykefravær. Deltakerne vil bli inndelt i grupper for å drøfte aktuelle temaene, så sørg for å sitte i et rom der det er mulig

å snakke uforstyrret. Kurset foregår på Teams til angitte tider, og innkalling med Teams-lenke sendes ut i forkant av hvert enkelt kurs.

Målgruppe: Ledere, verneombud, tillitsvalgte og kvalitetsrådgivere i HMR.

Varighet: 2 timer

Arrangeres fysisk av NAV Arbeidslivssenter.

Tidligere arrangert på Teams. Endringen til fysiske kurs oppleves positiv, både av arrangør og deltakere. Blant annet er dialogen og diskusjonene viktige å legge til rette for, og dette er langt enklere å lykkes med ved fysiske kurs.

To kurs hver vår og høst.

Modul 2 - oppfølging av sykefravær

Grunnleggende opplæring i oppfølging av sykemeldte. Kurset foregår på Teams til angitte tider. Innkalling og Teams-lenke sendes ut til alle påmeldte før hvert

enkelt kurs. Kurset arrangeres av NAV Arbeidslivssenter Møre og Romsdal

Målgruppe: Ledere, verneombud og tillitsvalgte i HMR.

Varighet: 2 timer

Arrangeres fysisk av BHT HMR.

Tidligere arrangert på Teams. Endringen til fysiske kurs oppleves positiv, både av arrangør og deltakere. Blant annet er dialogen og diskusjonene viktige å legge til rette for, og dette er langt enklere å lykkes med ved fysiske kurs.

To kurs hver vår og høst.

Tidlig og tett på

6-8 seksjoner tester ut.

Hatt opplæring, gjennomført partsduk, samarbeidsråd er informert samt ansatte på personalgruppe.

Har tatt tid å få på plass, men flere seksjoner tester dette nå ut.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget tar orienteringa til vitande, og vil følge den positive utviklinga vidare.

Saksdokumenter

- [Sjukefråver 1T 2026.pdf](#)

9. Uønska hendelser 1. tertial

Ansvarlig: Heggem, Kjetil Teodor

Beskrivelse

Orientering om uønskede hendelser i Helse Møre og Romsdal for 1. tertial 2026.
Tall fra 2025 til sammenligning.

Med uønskede hendelser menes meldinger i EQS under hendelsestype arbeidsmiljø og registrerte arbeidsrelaterte skader i Min Arbeidsplan.

Vedlagt statistikk viser en sammenligning av antall registrerte yrkesrelaterte skader i 1. tertial 2026 sammenlignet med 1. tertial i 2025.

Oversikten viser antall registrerte skader, type registrerte skader fordelt på klinikk, samt type og antall skader som har fått fravær som følge.

1. tertial 2026 viser 218 hendelser, økt fra 197 i samme tertial 2025.

Av type skader er trusler om vold og påført voldsskader fortsatt de som blir meldt mest av.

I 1. tertial 2026 viste registreringen en økning av både påførte voldsskader og trusler om vold, sammenlignet med i fjor.

Annet-kategoriene kommer i denne tertialen opp som den tredje mest registrerte hendelsen, etter registrerte stikk/kutt-skader.

Flest yrkesrelaterte skader (alle kategorier) oppstår i Klinikk for psykisk helse og rus, med 125 registrerte hendelser i 1. tertial 2025, en økning med 20 hendelser sammenlignet med samme tertial i fjor. Samtidig skal

Arbeidsmiljøutvalget skal merke seg økningen i somatiske seksjoner når det gjelder trusler om vold og påførte voldsskader ****

Vedlagt statistikk viser også en sammenligning av antall registrerte meldinger i EQS under hendelsestype arbeidsmiljø for 1. tertial 2026 sammenlignet med 1. tertial i 2025.

HMS-meldingene i EQS er med på å gi svært viktig informasjon om uønskede forhold, avvik, nesten uhell og faktiske hendelser beskrevet med våre ansattes egne ord.

Meldingene gir også ofte opplysninger om konsekvenser og mulige tiltak for å forbedre forholdene eller unngå gjentakelse. Dette er svært viktig og relevant data for å kunne gjøre risikovurdering av arbeidsmiljø.

I 1. tertial 2026 ser vi en liten økning i antall hendelser totalt, sammenlignet med 1. tertial de to foregående år.

Det er de tre kategoriene psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø, Nestenuhell/farlige forhold og annet som har mest registrerte hendelser.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget for Helse Møre og Romsdal tek saka til vitande. AMU oppfordrer samtidig ansatte og ledere å benytte meldesystemet for avvik i MAP og EQS, for at seksjonene skal kunne arbeide systematisk med arbeidsmiljøet, læring og forbedring. Arbeidsmiljøutvalget minner om at risikovurdering av alle arbeidsmiljøforhold i det enkelte arbeidsmiljø er et lovpålagt krav i arbeidsmiljølov med tilhørende forskrifter.

Saksdokumenter

- [HMS-avvik EQS 1T 2026.pdf](#)

10. Arbeidstidsavvik 1. tertial

Ansvarlig: Heggem, Kjetil Teodor

Beskrivelse

Vedlagt er status for arbeidstidsavvik per 1. tertial 2026, med sammenlikning med tala for 1. tertial 2025.

Samla sett ser vi ein framleis og gledeleg nedgang i talet på arbeidstidsavvik i Helse Møre og Romsdal for 1. tertial 2026, samanlikna med same tertial dei to føregåande åra.

Ser vi på dei ulike kategoriane, er det nedgang i talet på arbeidstidsavvik i alle kategoriar for 1. tertial 2026, med unntak av ein liten auke i overtid per år i tråd med arbeidsmiljølova og i vekentleg arbeidstid. Nedgangen er størst for overtid per år og ukentleg fritid.

I den klinikkvise framstillinga av arbeidstidsavviket «overtid 4 veker», ser vi ein tydeleg reduksjon i Klinikk SNR.

Føretaket har høg merksemd på problemstillinga knytt til avvik. Det er sett i gang eit systematisk arbeid med kartlegging, handling og tiltak for å redusere arbeidstidsavvika.

Det igangsette omstillingsarbeidet skal òg gi effekt på arbeidstidsavvika.

Det er oppretta eigne HR-team til støtte for klinikkane, der arbeidstidsavvik er eit kontinuerleg tema.

HR har som før vakttelefon bemanna av PRS-rådgivarar på dagtid. Leiarar får då høve til å få raske svar på utfordringar knytt til utarbeiding av arbeidsplanar.

Vi arrangerer turnuskurs for leiarar, tillitsvalde og verneombod.

Avvik på kviletid er framleis høgt. Slike avvik skal ikkje planleggjast; brot oppstår i ad hoc-situasjonar (sjukefråvær, kompetansemangel eller mangel på personell).

Dette får stor merksemd i opplæringa.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget ser positivt på denne utviklinga. Arbeidsmiljøutvalet tek saka til vitande.

Saksdokumenter

- [Arbeidstidsavvik 1T 2026.pdf](#)

11. Yrkesrelatert skade/sjukdom

Ansvarlig: Heggem, Kjetil Teodor

Beskrivelse

Beskrivelse

Orientering om yrkesrelaterte skader/sjukdom som er meldt så langt i 2026.

Jamfør EQS-id 63 Personalskade/yrkesrelatert skade skal leder videresende alvorlige hendelser til HMS-rådgiver som orienterer Arbeidsmiljøutvalget.

Dette for at Arbeidsmiljøutvalget skal være orientert om omfanget i foretaket, samt hvordan seksjonene behandler skadene og ivaretar den enkelte arbeidstaker.

Oppsummering

Oppsummering

Det var tre meldte alvorlige hendelser etter forrige møte i AMU.

- 1x påført voldsskade
- 2x fall med bruddskade

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget tar saken til orientering. Samtidig bekymrer utvalget seg for et relativt lavt antall meldte alvorlige hendelser, på generelt og historisk grunnlag.

Det er viktig at både ansatte er kjent med melderutinene, og at lederne er kjent med at slike skader/hendelser skal videresendes til AMU. Dette gjøres ved å hake av i behandlingsdelen til leder i ressursstyringssystemet RS.

Saksdokumenter

- [Yrkesrelatert skade sykdom 20260527104420.pdf](#)
- [Yrkesrelatert skade sykdom 20260527103911.pdf](#)
- [Yrkesrelatert skade sykdom 20260527104150.pdf](#)

12. Møteplan 2027

Ansvarlig: Heggem, Kjetil Teodor

Beskrivelse

Planen er å legge opp til fem ordinære møter i AMU for 2027.
Preliminært i januar, mars/april, juni, september og desember.

Møteplanen for Helse Midt er ikke klar på nåværende tidspunkt, så derfor må vi ta igjen denne saken i septembermøtet.

Beslutning

AMU tar orienteringen til vitande.

13. Utfasing av prosedyrer

Ansvarlig: Reed, Robert

Beskrivelse

I forbindelse med revisjon av prosedyreverket i Klinik for drift og eiendom, er det gjort særlig vurdering av behovet for og hensikten med prosedyrene knyttet til registrering av fuktskader i foretakets bygningsmasse.

Klinikken opplever at prosedyrene ikke er kjent blant ansatte generelt og at rapporteringen som skal skje på INNSIDA, i svært liten grad blir benyttet. I tillegg innføres nå et nytt FDVUR-system, Omega365, i hele foretaket der alle ansatte skal melde inn mangler, skader, behov mv. FDVUR = Forvaltning, Drift, Vedlikehold, Utvikling og Renhold. Dette er et regionalt prosjekt. I det nye systemet skal lokale seksjoner for eigedomsdrift ta ut "arbeidsordre", samt dokumentere hva som gjøres og når.

Med dette som bakteppe, er prosedyrene ID6282 og ID34982 (prosess) knyttet til registrering og håndtering av fuktskader, faset ut. Som følge av denne utfasingen, må også tertialrapporteringen til AMU hva gjelder fuktskader, revideres.

Også prosedyren om inneklime i HMR, ID29950, er vurdert nærmere og faset ut. Denne prosedyren omhandlet i hovedsak hvordan melde utfordringer knyttet til inneklime som for øvrig også skal fanges opp og dokumenteres i årlige vernerunder.

Klinik for drift og eiendom skal fortsatt ha tett dialog med BHT rundt eventuelle inneklime-utfordringer gjennom målinger, anbefalinger mv. og ved byggeprosjekter (nybygg, ombygging og større vedlikeholdsprosjekter).

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget tar saken til orientering.

Ekstraordinært møte i Arbeidsmiljøutvalet i Helse Møre og Romsdal HF

Dato: 11.06.2026 10:00
Sted: teams
Deltakere: Heggem, Kjetil Teodor; Kjerstad, Inger Ann Synnes; Landre, Magny; Lekve, Anette; Lundberg, Kjetil; Lødemel, Olav Terje; Reed, Robert; Svendsen, Mariann Gussiås; Østnor, Hilde
Referent: Heggem, Kjetil Teodor
Fraværende: Mongstad, Audny; Nygaard, Tor; Otterlei, Bjørn; Slettestøl, Tina; Aagaard-Nilsen, Mona Elisabeth
Kommentar: Tor Nygaard har meldt forfall, ingen vara.
Mona Aagaard-Nilsen har meldt forfall, personlig vara stiller.

1. Godkjenning av innkalling og saksliste

Ansvarlig: Lundberg, Kjetil

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalet godkjenner innkalling og saksliste.

2. Samordna plan - AIO

Ansvarlig: Gaupset, Ketil Landevåg

Beskrivelse

For å sikre en trygg og god ibruktakelse av AIO er det utarbeidet et planverk – samordna plan - som beskriver de viktigste aktivitetene før, under og rett etter ibruktakelse av AIO (vedlegg 1).

Samordna plan beskriver de ulike aktørene sine roller og ansvar i fasen før, under og rett etter ibruktakelse av AIO. Hensikten med planverket er todelt. Det viktigste er å sørge for en trygg og sikker ibruktakelse for pasienter og ansatte der ansatte i HMR har nødvendig kompetanse og innsikt for å løse oppgavene i nye areal. I tillegg er det et mål at perioden med redusert aktivitet før, under og etter innflytting i nye areal blir så kort som mulig.

For å redusere kompleksiteten ved innflytting i nye areal er det behov for detaljerte planer som beskriver de ulike aktørenes sitt ansvar og oppgaver. Helse Møre og Romsdal er hovedaktøren i arbeidet med samordna plan. Alle ansatte som skal jobbe i nye areal ved Ålesund sjukehus vil bli berørt av arbeidet med samordna plan, både i forbindelse med opplæring og selve flytteprosessen.

Medvirkning

Arbeidet med samordna plan AIO startet medio 2025. I januar 2026 ble det arrangert en større kick-off ved Ålesund sjukehus for relevante ledere, tillitsvalgte, vernetjeneste, BHT og aktuelle fagpersoner. Våren 2026 har det vært gjennomført flere workshops og møter med de som blir direkte involvert i flytteprosessen. Samordna plan har vært tema i utvidet gruppelederforum der både ledere, tillitsvalgte, vernetjeneste, BHT og brukerrepresentanter er deltakere.

Samordna plan for AIO er delt inn i 6 flytteområder. Hvert område har fått utarbeidet en egen plan for alle aktiviteter som skal gjennomføres fra ca 1 år før innflytting til perioden rett etter innflytting. Det er gjennomført egne møter med ledere og ansatte i HMR for alle de respektive områdene.

Det er etablert en opplærings- og flyttegruppe av ansatte i HMR for hvert av områdene. Hver gruppe består av ansatte som sammen med prosjektet vil følge opp aktivitetene i samordna plan. Seksjonsleder og lokalt verneombud for alle områdene deltar i gruppene.

Opplæring

Hensikten med opplæring er å sikre at ansatte har nødvendig kompetanse relatert til nytt bygg ved innflytting. Personell fra Klinikk for drift og eigedom som skal drifte bygningsmassen og ansatte relatert til kliniske arbeid må gjennomføre en strukturert opplæring før nye areal tas i bruk.

Det utarbeides en overordnet opplæringsplan som beskriver hvordan opplæringen skal organiseres og gjennomføres for ansatte. Opplæringsplaner utarbeides som kompetanseplaner i kompetanseportalen i HMR og skal dokumenteres.

Trinnvis klinisk drift

Trinnvis innflytting vil redusere kompleksiteten i flytteprosessen ved at funksjoner flytter inn i nye areal på ulike tidspunkt.

I arbeidet med planen for trinnvis innflytting har det vært gjennomført prosesser med lederlinjen i HMR for å diskutere muligheter og utfordringer med rekkefølgen. Kliniske avhengigheter mellom fagområdene og konsekvenser for driften har vært førende for når de ulike funksjonene kan flytte inn (se vedlagt bilde "Overordnet plan for trinnvis innflytting høst 2027").

Risikostyring

Det gjennomføres en overordnet ROS-analyse for prosessen med utarbeidelse, implementering og gjennomføring av Samordna plan. I gjennomføringsfasen for Samordna plan gjennomføres det ROS analyser for å kartlegge risiko i forbindelse med flytteprosess og drift av AIO.

De definerte flytteområdene i AIO-prosjektet har egne sjekklister i sitt planverk for om de er «klar for flytting». Sjekklister skal brukes aktivt i månedene før flytting for å sikre at nødvendige aktiviteter blir gjennomført til rett tidspunkt.

Styret for HMR skal i sitt møte 17.06.26 behandle samordna plan.

Beslutning

AMU tar arbeidet med Samordna plan AIO til orientering.

Saksdokumenter

- [Overordnet plan for trinnvis innflytting AIO høst 2027.pdf](#)
- [Utkast Samordna plan AIO.pdf](#)
- [Samordna plan AIO, AMU 11.06.26.pptx](#)

3. Plan for omstilling - tiltakspakken

Ansvarlig: Lødemel, Olav Terje

Beskrivelse

Administrerende direktør orienterer om status og retning i arbeidet med utviklingsplan 2027–2030 og plan for omstilling i HMR, inkludert prosess, medverknad og premisser for videre arbeid.

Saka omfattar også det økonomiske omstillingsbehovet, status på gjennomførte og pågående tiltak, samt behov for prioritering av fellestiltak og forslag til styret om videre utgreiing av strukturelle grep.

Orientering om høringsrunde om utviklingsplan 2027-2032.

Beslutning

AMU tar orienteringen til orientering

Saksdokumenter

- [2026-06-11 Presentasjon AMU, omstilling - høringsutkast.pptx](#)

4. Orientering om rapport etter samordnet tilsyn fra AT/DSA

Ansvarlig: Heggem, Kjetil Teodor

Beskrivelse

Oppfølging etter samordnet tilsyn fra Arbeidstilsynet (AT) og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA). Tilsynene omfatter forhold knyttet til systematisk HMS-arbeid, strålevern, risikovurdering, opplæring, medvirkning og internkontroll. Endelige rapporter ventes i løpet av sommeren.

Tilsynsmyndighetene peker på flere forhold som må forbedres, herunder:

- manglende systematiske risikovurderinger
- mangelfull internkontroll på strålevernområdet
- uklare roller og ansvar
- manglende dokumentasjon og systematikk for opplæring
- utilstrekkelig involvering av bedriftshelsetjeneste og vernetjeneste

Frist for kommentarer til utkast til rapport er 23.06.2026, mens frist for å dokumentere lukkede avvik og oppfylte pålegg er 06.01.2027

Oppsummering

Arbeidsmiljøutvalget orienteres med dette om:

- hovedfunn fra tilsynene
- foreslått organisering av oppfølgingsarbeidet
- prioriterte innsatsområder
- overordnet fremdriftsplan

Det må etableres en overordnet plan for oppfølgingsarbeidet for å sikre koordinert håndtering av pålegg og avvik. Arbeidet bør koordineres og organiseres med en tydelig ansvarsfordeling, fremdriftsplan og regelmessige rapportering til ledelse og AMU.

Beslutning

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) tar orienteringen om tilsyn fra Arbeidstilsynet og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) til vitende.

AMU understreker viktigheten av at oppfølgingen av pålegg og avvik prioriteres og gjennomføres som et samlet, systematisk og ledelsesforankret forbedringsarbeid i foretaket.

AMU støtter foreslått organisering av oppfølgingsarbeidet med etablering av overordnet styring, en tydelig ansvarsfordeling og regelmessig rapportering til AMU.

AMU ber om å bli holdt orientert om fremdrift, status for tiltak og eventuelle risikoforhold gjennom faste statusoppdateringer i utvalget frem til tilsynssaken er avsluttet.

Til:

Styret i Helse Midt-Norge

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge

Helse- og omsorgsministeren

Kopi til:

Mørebenken

Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget

Styret i Helse Møre og Romsdal

Administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal

Møre og Romsdal, 11. juni 2026

No må Helse Midt-Norge ta ansvar for heile regionen

Situasjonen i Helse Møre og Romsdal er så alvorleg at vi ikkje lenger kan omtale dette som ordinær omstilling. Det som no blir vurdert er ei økonomisk styrt nedbygging av helsetilbodet i fylket.

Ordførarane og fylkesordføraren i Møre og Romsdal ber Helse Midt-Norge (HMN) og helseministeren om å ta reelt ansvar for den økonomiske situasjonen i Helse Møre og Romsdal (HMR) og dei følgjene den har for spesialisthelsetilbodet i fylket.

Ein står no ved eit vegskilje for eit heilt fylke sin rett til trygge, forsvarlege og likeverdige spesialisthelsetenester.

Viss HMN og helseministeren framleis meiner at dette kan handterast innanfor dagens rammer, må dei òg svare på kva ord som forsvarlegheit og likeverd betyr i praksis. For oss som bur i fylket betyr dette heilt konkrete ting: Kor langt er det til hjelp når det hastar? Finst fagmiljøa der når du treng dei? Har sjukehusa kapasitet til å ta imot deg? Blir oppgåvene flytta til kommunane utan at kommunane har ressursar til å bere dei?

Dette er ikkje abstrakte taløvingar eller strukturspørsmål. Konkrete kutt har konkrete konsekvensar.

Den førebelse hjelpa frå Helse Midt-Norge er ikkje ei løysing

HMN har vedteke å gi HMR 275 millionar kroner over fem år. Det er positivt at HMN erkjenner at føretaket treng særskilt støtte.

Men dette er nettopp det, ei erkjenning - ikkje ei reell løysing.

Støtta endrar ikkje dei grunnleggjande økonomiske rammevilkåra. Ho fjernar ikkje kravet om umiddelbare og irreversible grep. Vi meiner difor at HMN må kome tilbake med ei vesentleg sterkare støtte før irreversible kutt blir sette i verk.

Dette er ikkje ei sjølvforskyldt lokal krise

HMR har ikkje hamna i denne situasjonen fordi sjukehusa i fylket driv uforsvarleg eller ineffektivt. Tvert imot er det peika på at sjukehusa i fylket allereie driv effektivt.

Problemet er at føretaket over tid har fått ei økonomisk belastning det ikkje har hatt rammer til å bere. Store investeringar, auka lånekostnader, avskrivningar, IKT-kostnader og regionale fordelingsmekanismar har samla sett pressa HMR i ein økonomisk situasjon der kutt i pasienttilbodet no blir framstilt som einaste realistiske vegen.

Eit konkret døme på påtvungne tiltak er innparingsforslaga i dei prehospitale tenestene. Dei tre regionråda i fylket har nyleg peika på at HMR ikkje har tilstrekkeleg grunnlag for å gjennomføre fleire av dei føreslåtte tiltaka. Vi har åtvara mot at redusert kapasitet kan svekkje den samla akuttmedisinske beredskapen i eit fylke prega av lange avstandar, øysamfunn, fjordkryssingar og krevjande vêrforhold.

Når ein ser på dei samla potensielle konsekvensane av dei omfattande kutta som no blir vurderte i andre delar av spesialisthelsetenesta, aukar risikoen ytterlegare.

Dersom HMN meiner at HMR skal gjennomføre irreversible kutt i fagmiljø, kapasitet og beredskap, samstundes som fordelingsmodellen og rammevilkåra blir utfordra frå stadig fleire hald, bør det først dokumenterast at problemet faktisk ligg i HMR si drift – og ikkje i rammene føretaket er gitt.

Når økonomiske rammer over tid fører til svekka fagmiljø, dårlegare rekruttering, større pasientstraumar ut av fylket og meir sentralisering, er ikkje dette berre eit lokalt driftsproblem. Då er det eit regionalt og nasjonalt styringsproblem.

HMR treng tid, handlingsrom og sterkare økonomisk støtte for å gjennomføre nødvendige endringar på ein fagleg forsvarleg måte. Å byggje opp rett kompetanse, rekruttere til kritiske fagområde og tilpasse tenestetilbodet tek tid. Dagens økonomiske rammer gir ikkje rom for dette.

Kommunane kan ikkje bere konsekvensane åleine

Kommunane i fylket har over fleire år sett konsekvensane av presset i spesialisthelsetenesta.

Dette skjer oftast utan kommunal involvering og utan politisk avklaring, økonomisk kompensasjon eller tilstrekkelege faglege ressursar til å ta over desse oppgåvene.

Dersom HMR blir pressa til å byggje ned kapasitet og fagmiljø, vil det svekke heile den samla helsetenesta i fylket.

Det som blir spart i spesialisthelsetenesta, er ikkje behov som forsvinn. Rekninga hamner i staden hos kommunane, fastlegane, familiane og pasientane.

Dette handlar om overordna ansvar, ikkje detaljstyring

Vi ber ikkje HMN eller helseministeren om å detaljstyre føretaket.

Men det er ikkje detaljstyring å sikre at føretaket har rammar som sikrar innbyggjarane i Møre og Romsdal eit likeverdig spesialisthelsetenestetilbod. Det er ikkje detaljstyring å stille krav om at økonomiske omstillingar ikkje skal føre til uforsvarleg svekking av beredskap, pasienttryggleik og nødvendige sjukehusfunksjonar. Det er ikkje detaljstyring å krevje at HMN tek ansvar når det blir reist alvorlege spørsmål om dagens finansieringsmekanismer og om fordelingsmodellen gir HMR tilstrekkelege rammer til å løyse oppdraget sitt.

Dette er eigarstyring og det er eit ansvar som ligg til dei som er gitt tilliten.

Vi forventar at styremøtet i Ålesund 18. juni ikkje blir eit møte der HMN berre forklarar kvifor situasjonen er vanskeleg, men eit møte der HMN viser at det regionale helseføretaket faktisk tek ansvar for *heile* regionen.

Det må innebære:

1. Ei vesentleg sterkare økonomisk støtte til HMR enn det som ligg i dagens plan.
2. At ein større del av støtta kjem så tidleg som mogleg i 2026, slik at ein kan hindre irreversible kutt i pasienttilbod, beredskap og fagmiljø.
3. At krav til omstilling blir sett på på nytt, slik at dei står i forhold til befolkningsgrunnlag, geografi, beredskap, aktivitet og reell gjennomføringsevne.
4. At nødvendige funksjonar ikkje blir bygde ned før konsekvensane for pasienttilbod, kommunar, rekruttering og beredskap er fullt utgreidd.
5. At Helseplattformen, IKT-kostnader, renter, avskrivningar og investeringsbelastning blir handterte på ein måte som ikkje pressar fram kutt i pasienttilbodet.
6. At den varsla revisjonen av inntektsfordelingsmodellen og dei økonomiske mekanismene i HMN legg særleg vekt på om modellen sikrar likeverdige helsetenester i heile regionen.

Vi ber helseministeren om å ta eit direkte ansvar for å følgje opp at dette skjer.

No må nokon ta ansvar før skaden blir varig

Når fagmiljø først blir bygde ned, er dei vanskelege å byggje opp att. Når rekrutteringa først sviktar, tek det år å reparere. Når pasientstraumar først blir flytta ut av fylket, blir økonomien og fagmiljøa endå meir svekte. Ingenting av dette kan reparerast med eit nytt styrevedtak året etter.

Det er dette vi meiner når vi åtvarar mot irreversible kutt.

Innbyggjarane i Møre og Romsdal har krav på eit sjukehusstilbod som er trygt, forsvarleg og likeverdig med resten av landet. Dersom HMN meiner dette vil vere tilfelle gjennom dei kutta som no ligg på bordet, må det regionale helseføretaket dokumentere dette.

Dersom ikkje, må styret i HMN handle før skadane blir irreversible.

På vegner av innbyggjarane i Møre og Romsdal krev vi løysingar som sikrar likeverdige helsetenester i praksis – ikkje berre formuleringar om likeverd.

Signert av ordførarane og fylkesordføraren i Møre og Romsdal:

Anders Riise, fylkesordførar

Ingrid Ovidie Rangønes, ordførar i Averøy

Helge Kjøll jr., ordførar i Aukra

Hanne-Berit Brekken, ordførar i Aure

Terese Jemtegård Moen, ordførar i Fjord

Kenneth Langvatn, ordførar i Giske

Knut Sjømæling, ordførar i Gjemnes

Vebjørn Krogsæter, ordførar i Haram

Bernt Brandal, ordførar i Hareid

Ann-Kathrin Storøy, ordførar i Herøy

Nils Christian Harnes, ordførar i Hustadvika

Kjell Neergaard, ordførar i Kristiansund

Trygve Grydeland, ordførar i Molde

Yvonne Wold, ordførar i Rauma

Dag Vaagen, ordførar i Sande

Svein Roksvåg, ordførar i Smøla

Einar Arve Nordang, ordførar i Stranda

Turid Humlen, ordførar i Sula

Ståle Refstie, ordførar i Sunndal

Hugo Pedersen, ordførar i Surnadal

Olav Harald Ulstein, ordførar i Sykkylven

Ingrid Waagen Rimstad, ordførar i Tingvoll

Stian Skorgen Scheide, ordførar i Ulstein

Paul Sindre Vedeld, ordførar i Vanylven

Randi Bergundhaugen, ordførar i Vestnes

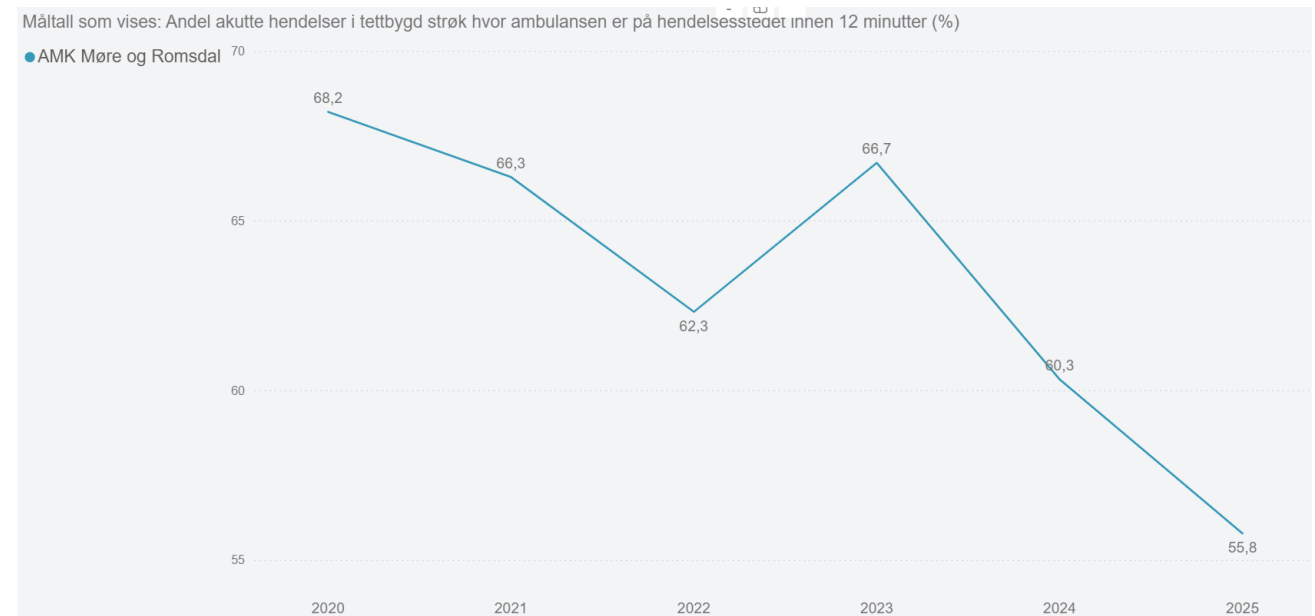
Sølvi Dimmen, ordførar i Volda

Per Are Sørheim, ordførar i Ørsta

Håkon Lykkebø Strand, ordførar i Ålesund

Til styret i Helse Møre og Romsdal HF

De nye responstidstallene for ambulansen, som ble offentliggjort i forrige uke, viser en klar negativ utvikling i Møre og Romsdal.



I 2025 ble bare **55,8 prosent** nådd innen responstidsmålet på 12 minutter i tettbygde strøk i AMK Møre og Romsdal. Det er en nedgang fra **60,3 prosent i 2024**. I 2020 ble **68,2 prosent** av pasientene nådd innen målet. Utviklingen er klart negativ over de siste 5 årene. Det åpenbare svaret på dette må være en plan for forbedring av ambulansetjenesten. Helseforetaksledelsens svar er derimot en plan om å redusere ambulansetjenesten.

Som fylkesleder i LHL (Landsforeningen for hjerte, lunge og hjerneslag) Møre og Romsdal mener jeg tallene gir grunnlag for en alvorlig bekymring.

– Når færre enn seks av ti nås innen responstidsmålet i tettbygde strøk, er det ikke godt nok. Da er det svært alvorlig at det samtidig diskuteres kutt i ambulansetilbudet. Folk i Møre og Romsdal skal kunne stole på at hjelpen kommer raskt nok når det haster.

Vi har responstidsmål av en grunn. Når tallene går feil vei, må det føre til planlegging av bedre kapasitet og beredskap, ikke forslag som kan gjøre det vanskeligere å nå fram i tide. Dette handler om liv, helse og trygghet.

For LHL's pasientgrupper er dette særlig viktig. Mange lever med hjerte- og lungesykdom, der rask hjelp kan være avgjørende ved hjertestans, hjerteinfarkt, hjerneslag eller alvorlig pustebesvær.

I helseforetaksledelsens saksframlegg for styret er responstidstallene ikke gjengitt, ei heller er den negative utviklingen problematisert.

– Nå må **helseforetaksstyret** trække på bremsen. Det kan ikke fortsette slik i Møre og Romsdal at det skal være 50 prosent sjanse for at ambulansen rekker fram i tide eller ikke. Lykke til med behandlingen i styremøtet 17. juni.

Beste hilsen

Rolf K. Sæther

Fylkesleder

LHL, Landsforeningen for hjerte, lunge og hjerneslag

Brukerutvalgsmøte

Tid/Sted:	mandag 15. juni 2026 10:00 - 14:00 HMR.HJ.Rom.S.H3-M01.Vengetind.M
Deltakere	anita.vingen@r-b.no, Aske, Bjørn Johan, Borhaug, Sandra Vanessa Zuñiga, Eliassen, Nina Kristine Røe, Gaupset, Ketil Landevåg, Jacobsen, Solveig, Johansen, Heidi Anita, Myhre, Randi, Myrvåg, Espen, Nina Kristine Røe Eliassen, Pia Johansen, Salen, Kjell Ove, Spjelkavik, Randi, Voksø, Tore, Lundberg, Kjetil, Søegaard, Erik G I

1. 55/26 Godkjenning av innkalling, saksliste og protokoll

Beskrivelse

Brukarutvalet for Helse Møre og Romsdal HF godkjenner innkalling og saksliste til dagens møte i Brukarutvalet, samt protokoll fra Brukarutvalsmøte 18.05.26.

Vedtak

Brukarutvalet for Helse Møre og Romsdal HF godkjenner innkalling og saksliste til dagens møte i Brukarutvalet, samt protokoll fra Brukarutvalsmøte 18.05.26.

Vedlegg

- [2026-05-18 - Protokoll Brukerutvalgsmøte.pdf](#)

2. 56/26 Orientering frå HR direktør

Beskrivelse

Orientering frå HR direktør Kjetil Lundberg

HR direktør Kjetil Lundberg stilte på vegne av adm.direktør.

Samandrag

Presentasjon status plan for omstilling og vidare arbeid med plan for omstilling og bemanningsutvikling

Helse Møre og Romsdal (HMR) har eit stort omstillingsbehov på ca. kr 600 mill.

Omstillinga skal sikre:

1. Likeverdige tenester
2. Pasientsikkerheit og kvalitet
3. Forsvarleg arbeidsmiljø

Omstilling har pågått i fleire år med kutt og reorganisering (bl.a. rehabilitering, psykisk helsevern, ambulansetenester). Bemanning er redusert noko, men sjukefråvær og fråvær totalt har auka. Bruk av variabel bemanning (overtid/innleie) er redusert.

Vidare arbeid

Tiltak skjer på fleire nivå: Drift, klinikkvise tiltak, fellestiltak og strukturelle endringar.

Konklusjon / vegen vidare

HMR må vurdere større strukturelle endringar, som organisering av tilbod, kapasitet og lokalisering (bl.a. ambulanseteneste, DPS, sjukehusstilbod).

Vedtak

Melding til styret HMR frå brukarutvalet:

Innbyggjarane er uroa for om pasientsikkerheita blir godt nok ivareteken i prosessen med innsparing, kutt og omstilling. Dette inntrykket er forsterka gjennom medieomtale av saka.

Det er ei aukande bekymring for om pasientar får nødvendig og forsvarleg helsehjelp, og om kvaliteten på tenestene blir oppretthalde.

Brukarutvalet for Helse Møre og Romsdal HF tek orienteringa til etterretning

Vedlegg

- [Sak 56-26 - Presentasjon status HMR.pdf](#)

3. 58/26 Status fristbrudd, ventetider og avvik

Beskrivelse

Fagdirektør Erik G I Sægaard orienterte om status ventetider, fristbrudd og avvik

Samandrag

Presentasjon status Ventetider og fristbrudd.

Det vart gjennomgått fokus på utvikling, årsaker og tiltak for å redusere ventetid og korleis ein skal sikre at pasienter får behandling innan frist

Vedtak

Brukarutvalet for Helse Møre og Romsdal HF tek saka til etterretning

Vedlegg

- [Sak 58-26 - Presentasjon Ventetider og fristbrudd.pdf](#)

4. 59/26 Utviklingsplan og plan for omstilling HMR

Beskrivelse

Spesialrådgiver Ketil L Gaupset orienterte om status utviklingsplan og plan for omstilling HMR.

Samandrag

Presentasjon Høringsutkast Utviklingsplan 2027-2030

HMR skal revidere utviklingsplanen innan oktober 2026, basert på nasjonale og regionale føringar. Planen skal sikre gode, likeverdige og berekraftige helsetenester, med fokus på kvalitet, kompetanse, pasientinvolvering og beredskap.

Arbeidet er breitt forankra med leiing, tilsette, brukarutval og fagmiljø. Høringsutkastet er utarbeidd gjennom innspel og skal på høring sommaren–hausten 2026 før endeleg vedtak. Omstilling og konsekvensar for pasienttilbodet er lagt inn som eige tema i planen.

Vedtak

Brukarutvalet for Helse Møre og Romsdal HF tek saka til etterretning.

Vedlegg

- [Sak 59-26 - Presentasjon Høringsutkast Utviklingsplan HMR.pdf](#)

5. 57/26 Status økonomi

Beskrivelse

Økonomidirektør Randi Myhre orienterte om økonomisk status per mai 2026

Samandrag

Presentasjon status og økonomisk bærekraft pr mai 2026 og inntektsstøtte til HMR

Inntektsstøtte frå HMN mogleggjer ein jamnare profil for omstilling i ØLP (økonomisk langtidsplan) 2027–2032.

HMR har eit negativt resultat hittil i 2026 på om lag kr –238 mill., som er dårlegare enn budsjett, hovudsakleg på grunn av høgare lønskostnader.

Tiltak for innsparing er sette i verk, men realisert effekt er så langt lågare enn planlagt i fleire delar av verksemda.

HMR får inntektsstøtte (kr 275 mill.), som gir meir tid til omstilling, men dette endrar ikkje det samla omstillingskravet.

Totalt må HMR framleis gjennomføre omstillingar på om lag kr 600 mill. for å oppnå økonomisk balanse.

Vedtak

Brukarutvalet for Helse Møre og Romsdal HF tek saka til etterretning

Vedlegg

- [Sak 57-26 - Presentasjon status økonomi.pdf](#)

6. Lunsj

7. 60/26 Orienteringssaker

Beskrivelse

- Protokoll brukerutvalget Sykehusapotekene 12.05.26.
- Protokoll brukerutvalget Sykehusapotekene 24.03.26.
- Protokoll brukerutvalget Sykehusapotekene 24.02.26.
- Protokoll Regionalt brukerutvalg HMN 29.04.26
- Protokoll brukerutvalget HNT 11.06.26.
- Protokoll brukerutvalget St. Olavs hospital 27.05.26.
- Protokoll Styremøte HMR 22.05.26.
- Protokoll Styremøte HMR 28.05.26.
- Årshjul 2026

Samandrag

Nestleiar orienterte om protokollar som var sende ut i forkant av møtet.

Vedtak

Brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal HF tek saka til etterretning.

Vedlegg

- [Protokoll brukerutvalget Sykehusapotekene 120526.pdf](#)
- [Protokoll brukerutvalget Sykehusapotekene 240226.pdf](#)
- [Protokoll brukerutvalget Sykehusapotekene 240326.pdf](#)
- [Protokoll RBU 29.04.26.pdf](#)
- [Årshjul HMR 2026.pdf](#)
- [Protokoll brukerutvalget St Olavs hospital 270526.pdf](#)
- [Protokoll styremøte 22.04.26..pdf](#)
- [Protokoll styremøte HMR 28.05.2026.pdf](#)

8. 61/26 Innspill og erfaringsdeling fra brukerrepresentanter

Beskrivelse

Sakar innmeldt til møtet:

- Henvendelse fra hørselsforbundet Molde - Behov for hørselsopplæring Helse Møre og Romsdal HF
- Svangerskap/fødsel/barsel konferanse - Sandra deler mål rundt konferansen

Samandrag

Det vart gjennomført ei runde rundt bordet der kvar brukarrepresentant orienterte om deltaking i ulike møte sidan førre møte i brukarutvalet.

Det vart gjennomgått ei førespurnad frå Hørselshemmedes Landsforbund om behovet for hørselsopplæring i Helse Møre og Romsdal.

Nestleiararen orienterte vidare om konferanse knytt til svangerskap, fødsel og barsel.

Vedtak

Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal HF tek saka til etterretning

Vedlegg

- [Henvendelse fra Hørselsforbundet Molde.pdf](#)

9. 62/26 Eventuelt

Beskrivelse

Styremøte 17.06.26., møter Leiar Ottar Jan Løvoll og Evy Svanemslis

Vedtak

Brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal HF tek saka til etterretning.

10. 63/26 Synfaring Vardesenteret

Arkivreferanse: 2026/4889
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Jim Leander Hansen

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
78/26	17.06.2026	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Møteplan styremøter HMR 2027

Saka gjeld ei revidering av sak 60/26, *Møteplan for styremøte i HMR 2027*, som vart lagd fram i styremøtet 20.05.2026, men vart utsett på grunn av endringar i datoane.

Saka vert no lagd fram på nytt med oppdaterte datoar i vedlagde saksframlegg.

STYRET FOR HELSE MØRE OG ROMSDAL

DAG	DATO	
Torsdag	18. februar	STYREMØTE
Torsdag	18. mars	STYREMØTE
Torsdag	15. april	STYREMØTE
Onsdag	12. mai	STYREMØTE
Onsdag	16. juni	STYREMØTE
Tirsdag	14. september	STYREMØTE
Torsdag	14. oktober	STYREMØTE
Onsdag	17. november	STYREMØTE
Onsdag	15. desember	STYREMØTE

Administrasjonen får fullmakt til å bestemme møtestad ut frå anna planlagt aktivitet for foretaksleiinga og/eller styret.

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Møre og Romsdal tek Møteplan 2027 for Styret i Helse Møre og Romsdal til vitende.

Ålesund, 10.06.2026

Olav Lødemel
adm. direktør