Utviklingsplan 2040 (ver. 2022) **og Revidert Utviklingsplan 2040** (ver. 2026)

Høringsinnspill fra Arendal kommune

1. **Sykehusstruktur, demografi og beredskap**
   1.1 Sykehusstruktur på Agder
   1.2 Demografi og kapasitetsutfordringer
   1.3 Beredskap og samfunnssikkerhet
2. **Pasientforløp og prioriterte pasientgrupper**
   2.1 Eldre skrøpelige, multisyke og habilitering
   2.2 Psykisk helsevern og rusbehandling
   2.3 Samarbeid om barn og unge som mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåer
3. **Personell, rekruttering og utdanning**
   3.1 Tilgang på arbeidskraft- rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft
   3.2 Desentralisert medisinerutdanning – Campus Sør
4. **Innovasjon og forskning**
   4.1 Digitalisering og helseteknologi
   4.2 Sammen om forskning
   4.3 Integrerte helsetjenester - ambulante og desentraliserte spesialisthelsetjenester

---

1.0 Generell innledning

Kommunene i Østre Agder – samarbeidet ønsker med dette å gi høringsinnspill til **Revidert Utviklingsplan 2040 for Sørlandet sykehus HF**.
Kommunene i Østre Agder viser til tidligere høringsinnspill i 2022 gitt til **Utviklingsplan 2040** og **Strategiplan 2025-2028**.
Herværende høringsinnspill bygger på de tidligere høringsinnspillene.

Revidert Utviklingsplan beskriver et utfordringsbilde som i stor grad samsvarer med de utfordringer kommunene tidligere har påpekt, særlig knyttet til demografisk utvikling, økende etterspørsel etter både kommunale helse - og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, redusert tilgang på helsepersonell og behovet for tettere samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Kommunene i Østre Agder støtter planens understrekning (pkt. 2.4) om at en bærekraftig helsetjeneste forutsetter tettere samarbeid mellom sykehus og kommuner både når det gjelder forebygging, tidlig innsats og en mer samordnet og integrert oppfølging av prioriterte pasientgrupper.

Revidert Utviklingsplanen belyser at den sikkerhetspolitiske situasjonen og et mer sammensatt trusselbilde har skapt nye utfordringer som også utfordrer de samlede helsetjenester på Agder.
Dette gjelder både med hensyn til tettere samarbeid for å utvikle mer robuste helsetjenester og for å oppnå økt kapasitetsbygging og etablere et mer integrert beredskapssamarbeid.

Kommunene mener derfor at beredskap og samfunnssikkerhet må gis større oppmerksomhet i den videre utviklingen av helsetjenestene i Agder. Dette forutsetter et tettere og mer forpliktende samarbeid mellom SSHF, kommunene, Statsforvalteren og andre instanser innen sivil og medisinsk beredskap for å bl.a styrke krisehåndtering, forsyningssikkerhet og økt ambisjonsnivået om mer felles øvelser.
Dette vil bidra til at den samlede helseberedskapen i regionen styrkes.

2.0 Sykehusstruktur, demografi og kapasitetsutfordringer

2.1 Sykehusstruktur på Agder
Utviklingsplan 2040 (versjon 2022) tydeliggjør at foretakets tre hovedlokalisasjoner ligger fast, og at de tre somatiske sykehusene skal videreutvikles hver for seg og samlet. Dette stadfestes i den Reviderte Utviklingsplanen 2040.

I Regional Utviklingsplan 2027 – 2040 for Helse Sør Øst (del 2 pkt.12 om økonomi) omtales de store planlagte byggeprosjektene i Helse Sør – Øst som ventes ferdigstilt de neste 7 år.
I planen står det bl.a at utover 2030-tallet vil investeringene i større grad dreies mot systematisk vedlikehold, teknisk oppgradering og utvikling av eksisterende bygningsmasse.

I Revidert Utviklingsplan 2040 for SSHF omtales ingen planer om nybygg, men at bygg og infrastruktur skal utvikles slik at de støtter fremtidens pasientbehandling med større vekt på fleksibilitet, areal- og flyteffektivitet og bærekraft. I den Reviderte Utviklingsplanen fremgår det at SSHF må investere omkring 10 milliarder kroner de neste 15-20 årene for å vedlikeholde, oppgradere, utvikle og tilpasse bygningsmassen til fremtidens behov.

Fungerende adm. dir for SSHF fremhever i en kronikk i Agderposten 09.07.2026 at Sørlandet sykehus HF trenger alle tre lokasjoner innenfor somatikk. Fung. direktør skriver: «*Tre sykehus vil være vår realitet i overskuelig fremtid parallelt med at pasientstrømmer vil øke som følge av flere eldre.*
Samarbeidet på tvers må styrkes».
Det kommer frem i samme kronikk at sykehuset i Arendal står for over 1/3 av totale antall sykehusopphold på hele Agder.

Kommunesamarbeidet i Østre Agder støtter opp om premisset i Utviklingsplanen om at de tre hovedlokalisasjoner ligger fast, og at de tre somatiske sykehusene skal videreutvikles hver for seg og samlet.
Den bestående sykehusstrukturen sikrer nærhet til og samhandling med kommunal tjenester der folk bor, bygger på at helseforetakets identitet er knyttet til de tre hovedlokalisasjoner på somatikk og samsvarer med sykehusstrukturen i «Nasjonal helse - og sykehusplan 2016 – 2019» som er vedtatt av Stortinget.
Den nasjonale helse – og sykehusplanen definerer type «stort akuttsykehus» som:
«*Et sykehus med opptaksområde på mer enn 60.000–80 000 innbyggere og som har et bredt akuttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter*».
Nasjonal helse – og sykehusplan 2016 – 2019 tydeliggjør med at både sykehuset i Arendal og i Kristiansand skal være defineres som «stort akuttsykehus». Dette er i tråd med behovet for robuste fagmiljøer, bedre rekruttering, god beredskap og likeverdige tjenester for befolkningen i hele Agder.

Kommunene i Østre Agder mener derfor det er avgjørende at begge sykehusene i Arendal og Kristiansand utvikles som store akuttsykehus med nødvendige støttefunksjoner.
Et akuttmedisinsk beredskapssykehus i Arendal, herunder opprettholdelse av den regionale helikopterbasen og det regionale PCI - behandlingstilbudet (utblokking av hjertets blodårer), vil være avgjørende for å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og styrket helseberedskap i krise og krig for befolkningen i Østre Agder – regionen og Agder som helhet.

Utfordring til SSHF – tydeliggjøring av funksjoner og behandlingstilbud for å utvikle «stort akuttsykehus» i Arendal.
Kommunene i Østre Agder støtter SSHF`s planer om å sikre at sykehuset i Arendal i likhet med sykehuset i Kristiansand utvikles som et stort akuttsykehus både når det gjelder kapasitet, funksjoner og bygningsmessig standard.

Kommunesamarbeidet i Østre Agder vil utfordre SSHF på å konkretisere hvilke funksjoner og behandlingstilbud som må være samlet i Arendal for å realisere ambisjonen om et stort akuttsykehus med traumefunksjon, og ber om at følgende vurderes og tydeliggjøres i det videre arbeidet:

- Hvilke akuttmedisinske, kirurgiske og indremedisinske funksjoner må være fysisk samlet for å sikre et robust «stort akuttsykehus» i Arendal?
- Hvilke støttefunksjoner (som eksempelvis bildediagnostikk, laboratorietjenester, intensivkapasitet og operasjonskapasitet) er nødvendige for å oppfylle kravene til traumebehandling?
- Hvilke spesialiserte behandlingstilbud bør prioriteres samlet i Arendal for å bygge sterke fagmiljøer og sikre tilstrekkelig pasientgrunnlag?
- Kommunene i Østre Agder ønsker en konkretisering av hvilke planer SSHF har for å sikre at sykehuset i Arendal får en forholdsmessig andel av de planlagte 10 milliarder til vedlikehold, oppgradering, utvikling og tilpasning av bygningsmassen til fremtidens behov.

2.2. Demografiendringer og kapasitetsutfordringer

Oppdaterte framskrivninger om aldersutviklingen i befolkningen forsterker et allerede kjent utfordringsbilde som ble omtalt fra kommunene i forrige høringsinnspill til Utviklingsplan 2040 (versjon 2022).
En slik vekst i de tre eldste aldersgruppene vil føre til betydelig økt etterspørsel etter kommunale helse – og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.
Dette vil kreve oppbygging av en mer robust og sammenhengende helsetjeneste med behov for utbygging av både døgntilbudet, poliklinisk behandling og utvikling av nye ambulante og desentraliserte spesialisthelsetjenester.

Den samlede sengekapasiteten på Agder fram mot 2040
Utviklingsplanens (versjon 2022) formulering om en *«vedvarende dreining fra døgn til dagtilbud og polikliniske tilbud»* bekymrer kommunene. Kommunene og sykehuset må sammen kvalitetsikre at en i den langsiktige planleggingen ikke risikerer å videreføre en underkapasitet og dermed ikke være dimensjonert for den demografiske utviklingen.
Kommunene mener at Revidert Utviklingsplan 2040 heller ikke planlegger tilstrekkelig for et økende behov for mer sengekapasitet. Planen omtaler flere steder behovet for omstilling i spesialisthelsetjenesten og utvikle nye behandlingsformer som fordrer ny organisering. Planen sier videre at *"en større del av pasient-behandlingen vil skje i hjemmet eller gjennom digitale løsninger, og unødvendige innleggelser og kontakter vil være redusert"* (kapittel 3, Målbildet for 2040). Videre framheves at *"bruken av digital hjemmeoppfølging, ambulante tjenester og behovsstyrt poliklinikk skal videreutvikles»* (kapittel 5, Strategiske veivalg).

Planen eksemplifiserer dette ytterligere ved å peke på:
- økt bruk av dagkirurgi og polikliniske tjenester fremfor innleggelse.
- utvikling av digitale løsninger for hjemmeoppfølging og monitorering, slik at pasienter kan følges opp uten å være innlagt.
- samarbeid med kommunene for å sikre at pasienter kan få nødvendig behandling og oppfølging nærmere hjemmet.

Kommunene støtter dette strategiske retningsvalget, men det forutsetter at basistjenester som tilstrekkelig sengekapasitet for å tilby et økende behov for døgnbehandling bygges videre ut.

I vedlegget om framskrivning av aktivitet står det at for somatikk forventes en økning i antall polikliniske konsultasjoner og ikke-kirurgisk dagbehandling på 21 % frem mot 2040, mens økningen i antall liggedøgn er forventet å være 18 %. Dette indikerer en større vekst i dagbehandling enn i døgnbehandling. Planen konkretiserer under pkt 4.5 i en egen faktaboks basert på framskrivninger vil bli behov for om lag 100 flere senger i somatikken samt 60 nye rom for poliklinikk og dagbehandling.

Til tross for at håndteringen av og samarbeid om Covid – 19- pandemien var meget god, viser erfaringene at den samlede kapasiteten i helsetjenesten ikke er tilstrekkelig utbygd. Kun en marginal økning av sykehus-innleggelser både i Agder og nasjonalt har synliggjort utilstrekkelig beredskapskapasitet i sengevolum både ved SSHF og i kommunene. Til tross for at liggetid på sykehus på Agder er blant de laveste i landet og mottakskapasiteten i kommunene er meget god, er SSHF et av helseforetakene som har færrest «overliggere» av utskrivningsklare pasienter.
Etter mange år med nedbygging av sengekapasitet ved sykehusene i Norge må retningen snus.

I oppfølgingen av Revidert Utviklingsplanen mener derfor kommunene at det må utarbeides en konkret plan for opptrapping av et tilstrekkelig sengetilbud i SSHF.
Kommunene finner det tvilsomt at en gradvis utbygging av 100 senger helt fram mot 2040 innenfor somatikk på hele Agder fordelt på tre lokasjoner vil være tilstrekkelig.

Kommunene understreket i forrige høringsinnspill til Utviklingsplan 2040 (versjon 2022) behovet for samordnet planlegging av samlet sengekapasitet for helsetjenesten på begge nivå.
Særlig er sengekapasitet knyttet til eldre skrøpelige pasienter et spesielt risikoområde som bør være gjenstand for felles utredningsarbeid.

Oppsummert:
Kommunene anbefaler at Helsefelleskapet utarbeider et felles kunnskapsgrunnlag som kan danne grunnlaget for omforent forståelse av utfordringsbildet og for felles dimensjonering og kapasitet av tjenestetilbudet.

2.3 Beredskap og samfunnssikkerhet

Kommunene deler SSHFs beskrivelse av utfordringsbildet som helsetjenestene står overfor fram mot 2040 som følge av en rekke nye risikofaktorer med et endret sikkerhetspolitisk landskap og et mer sammensatt trusselbilde i Europa. Det nye trusselbildet kommer samtidig med en økende etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester som følge av den demografiske utviklingen, og med den følger knapphet på kvalifisert personell. Dette tilsammen vil legge et betydelig press på både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten fram mot 2040.
Kommunene slutter seg til planens beskrivelse om at helsetjenestene på Agder må være forberedt på økt digital sårbarhet, svikt i kritisk infrastruktur, mer ekstremvær og naturhendelser, fare for omfattende smitteutbrudd og cyberangrep rettet mot samfunnskritiske funksjoner.
Basert på erfaringer fra pandemien i 2020 vil vi legge til betydningen av å sikre tilstrekkelig oppdatert smittevernutstyr, legemiddelberedskap og ikke minst i felleskap utvikle operative planer for mottak og behandling av et større antall pasienter ved ekstraordinære hendelser.
I dette bildet vil samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden være særlig viktig. Kommunene mener det er avgjørende at den samlede akuttmedisinske beredskapen har tilstrekkelig kapasitet til å håndtere både daglige utfordringer og ekstraordinære hendelser.

Det er derfor nødvendig at kommunene på Agder og SSHF i fellesskap må planlegge for økt robusthet for å tåle høyere belastning, raskere omstillinger og sikre økt utholdenhet i samfunnskritiske situasjoner.

Siden den opprinnelige Utviklingsplan 2040 ble lagt fram i 2022 er det gjennom «Helsefellesskapet på Agder» gjennomført et solid planarbeid for å styrke samarbeidet mellom nivåene:

- Delavtale 11 om beredskap og samhandling i den akuttmedisinske kjeden er revidert og forbedret
- Det er utarbeidet og forankret et felles "brodokument" som beskriver prinsipper og rammer for samarbeid innen beredskapsområdet som er godt forankret i Helsefellesskapets organer.
- Det er i regi av Helsefelleskapet på Agder etablert et eget fagutvalg for beredskap med representasjon fra både kommunene og SSHF.

Kommunene vurderer dette som en solid plattform for å utvikle felles satsinger (prioriteringer og tiltak) innen samfunnssikkerhet og beredskap, men god beredskap skapes ikke kun gjennom godt planverk.
For å videreutvikle dette samarbeidet vil kommunene særlig framheve betydningen av felles trening og øvelser.
General og president USA, Dwight Eisenhower har sagt: «*Plans are worthless, but planning is everything*».
God beredskap bygges gjennom øving, ikke bare gjennom planverk, og utsagnet minner oss om at forsterket beredskap sikres primært ved trening og øvelser på tvers av nivåene.
Evnen til å håndtere kriser og ekstraordinære hendelser utvikles gjennom praktisk samhandling og regelmessig øving på tvers av forvaltningsnivåene.
Kommunene anbefaler derfor at det planlegges og gjennomføres flere felles øvelser, herunder scenario- og «table top»-øvelser, samvirkeøvelser og andre relevante beredskapsøvelser. Videre bør kommunene i større

grad inkluderes i Statsforvalterens «storskala» - øvelser», slik at hele den samlede helseberedskapen i Agder kan utprøves, testes, evalueres og videreutvikles i fellesskap.
Gjennom felles planlegging, felles kompetanseutvikling og felles øving kan vi styrke regionens evne til å forebygge, håndtere og gjenopprette funksjoner ved både kjente og nye hendelser som kan påvirke befolkningens liv og helse.

3.0 Pasientforløp og prioriterte pasientgrupper

3.1 Eldre skrøpelige, multisyke og habilitering

Helhetlige og koordinerte tjenester for eldrebefolkningen er en felles utfordring for partene jfr. pkt 2.2 ovenfor.
Kommunene har erfart at det geriatriske tilbudet i SSHF ikke er tilstrekkelig i forhold til behovene til pasientgruppen «eldre skrøpelige».
SSHF trenger å videreutvikle det geriatriske tilbudet i foretaket både faglig og kapasitetsmessig ved at det er egne sengeposter på alle tre lokasjoner.
Antall eldre med demens medfører økte utfordringer i kommunehelsetjenesten mht atferdsforstyrrelser.
Kommunene trenger et sterkt alderspsykiatrisk fagmiljø i spesialisthelsetjenesten som kan bistå med råd og veiledning i kritiske situasjoner. Dette styrker både den faglige og kapasitetsmessige arbeidet i kommunene og forebygger innleggelser på sykehus.

Eldre skrøpelige pasienter kan i betydelige mindre grad enn øvrig befolkning nyttiggjøre seg polikliniske utrednings – og behandlingstilbud. Både helsemessige forhold rundt pasienten og reiseavstander påvirker dette. Dette gjelder særlig hensynet til den økende andelen pasienter med kognitiv svikt.

Kommunene ønsker derfor at SSHF er enda tydeligere og mer konkret når det gjelder økt satsing på geriatri og alderspsykiatri.

Den forventede veksten i gruppen yngre eldre («yngrebølgen») må inngå i en samlet plan som skal analysere og sikre framtidig samlet kapasitet i både sykehus og kommuner.
Dette vil utfordre både behovet for økt personell, behandlingskapasitet, rehabilitering og sikre sammenhengende pasientforløp. Veksten innenfor aldersgruppen under 67 år har de siste årene i kommunene vært større en etterspørsel etter tjenester for de over 80 år.

Habilitering
Habiliteringsfeltet er ikke spesifikt omtalt i den reviderte planen i særlig grad.
Feltet er delt mellom kommunene og helseforetakene og dagens organisering fører for ofte til fragmentering, uklare ansvarsforhold og manglende felles styring. Ansvarsgrensene er uklare, og pasientforløpene blir ofte uoversiktlige med den konsekvens at brukere og pårørende må ofte selv koordinere mellom nivåene.
Kommunene ber SSHF i sitt videre konkretisering og oppfølging av arbeidet med Utviklingsplanene fokusere på tiltak som sikrer mer sammenhengende og integrerte tjenester med helhetlig organisering, styring og finansiering.

3.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Kommunene i Østre Agder er bekymret for utviklingen innen psykisk helsevern og rusbehandling der døgnkapasiteten over tid er blitt betydelig redusert nasjonalt og i SSHF`s opptaksområde.
På landsbasis er antall døgnplasser innen psykisk helsevern og rusbehandling redusert fra 5 439 plasser i 2002 til 3 275 plasser i 2024. Sørlandet sykehus HF (SSHF) har fulgt den samme utviklingen med en reduksjon fra 263 døgnplasser til 247 døgnplasser i 2024.
Samtidig har SSHF økt kapasiteten for personer som gjennom domstolsvedtak dømmes til tvungent psykisk helsevern.
I årsrapport fra *«Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern»*, publisert mars 2026, er antall personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern økt med 150 % siden 2016.
Selv om det ikke foreligger nasjonale prognoser fram mot 2040, viser utviklingen de siste ti årene en sterk og vedvarende vekst i antall personer dømt til tvungent psykisk helsevern. Dersom denne utviklingen fortsetter må både SSHF og kommunene på Agder forvente økt behov for sikkerhetspsykiatriske plasser, døgnbehandling og spesialiserte botiltak som f.eks overgangsboliger som nå skal prøves ut i regi av Helsefelleskapet på Agder.
Kommunene ber om at det på nasjonalt og regionalt nivå utarbeides kapasitetsanalyser som viser forventet behov fram mot 2040. Kommunene er bekymret for at økt behov for døgnplasser til domfelte pasienter kan

føre til et utilstrekkelig behandlingstilbud til øvrige pasientgrupper innen psykisk helsevern og rusbehandling. SSHF er et av tre helseforetak i Helse Sør-Øst området hvor flest pasienter er dømt til tvungent psykisk helsevern med nåværende antall av 42 personer. Mens SSHF befolkningsmessig utgjør 10 % av Helse Sør - Øst ` samlede befolkningsgrunnlag utgjør antallet personer som soner under tvungent psykisk helsevern på Agder hele 17 % av den totale andelen i Helse Sør -Øst.

Reduksjonen i døgnkapasiteten innen psykisk helsevern og rusbehandling har betydelige konsekvenser for kommunene. Kommunale tjenester får et økende ansvar for oppfølging av personer med alvorlige og sammensatte psykiske helse- og rusutfordringer og uten myndighet i forhold til tvangslovgivningen.
Dette medfører behov for økte ressurser, høyere kompetanse og flere tilrettelagte bolig- og oppfølgingstilbud. Kommunen opplever at den reduserte kapasiteten i SSHF bidrar til en reell og utilsiktet oppgaveoverføring. Dette kan svekke kvaliteten og kontinuiteten i tilbudet til en særlig sårbar pasientgruppe som i noen tilfeller også kan være en fare for samfunnsvernet.

Med dette faktagrunnlaget og beskrevet utvikling er det grunn til å stille spørsmål ved om hvorvidt kapasiteten innenfor psykiske helsevern og rusbehandlingen på Agder er tilstrekkelig til å møte det nåværende og framtidige behov. Selv om utviklingen innen behandling og oppfølging i større grad skjer poliklinisk og ambulant enn tidligere, er det et økende antall pasienter som har behov for døgnbehandling i akutte faser, langvarige opphold som følge av alvorlige og sammensatte lidelser og pasienter som dømmes til tvungent psykisk helsevern.

<u>Botilbud til pasienter innen psykisk helsevern</u>
«Overgangsboliger» og «sikkerhetsboliger» er under planlegging og snarlig utprøving.
Basert på ovennevnte faktagrunnlag ber kommunene om at SSHF planlegger flere strategiske grep på feltet og utarbeider en mer grunngitt behovsanalyse enn det som kommer frem under punkt 4.5 på s.24 hvor det kun står: «det vil være behov for økt kapasitet innenfor psykiatrien».

«Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri 2023» utarbeidet av de fire regionale helseforetakene foreslår å etablere overgangsboliger og sikkerhetsboliger i regi av spesialisthelsetjenesten.

Kommunene i Agder har gjennom drøftinger i «Helsefellesskapet på Agder» pekt på behovet for å tydeliggjøre at pasienter i overgangsbolig skal være underlagt det lovverket som spesialisthelsetjenesten forvalter for å sikre at «Overgangsboliger» er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.
Etablering av denne type boliger kan bidra til mer hensiktsmessige behandlingsforløp.
Pasienten får mere tid til å tilpasse seg en hverdag utenfor institusjon.
Kommunene kan sammen med spesialisthelsetjenesten få kartlagt pasientens videre behov for bolig/oppfølging i bolig - og boevne - med sikte på å vurdere utskrivning til kommunehelsetjenesten.

Forslaget i «Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri 2023» om et behov for 5 – 15 plasser i «sikkerhetsboliger» på landsbasis antas fra kommunenes side å være utilstrekkelig. Det vil bety i underkant av 1 – en plass på hele Agder. I voldsrisikovurderinger knyttet til denne pasientgruppen har Agder alene flere personer med stor voldsrisikofare som ikke responderer på spesialisert behandling over tid. Disse pasientene skal ikke tilbakeføres til kommunene og det er derved nødvendig med livslang behandling i sikkerhetsbolig.

3.3 Samarbeid om barn og unge som mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåer

Kommunene i Østre Agder støtter planens intensjon om at det utvikles helhetlige pasientforløp på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste for barn og unge.
Samtidig mener vi planens strategiske ambisjoner bør konkretiseres ytterligere innen barn og unges psykiske helse, et område hvor både nasjonale rapporter og regionale erfaringer viser et betydelig forbedringsbehov.
Det bør komme frem at økt etterspørsel etter tjenester ikke kan møtes gjennom kapasitetsøkning i spesialisthelsetjenesten alene, men forutsetter en målrettet satsing på tidlig innsats, helhetlige pasientforløp og bedre utnyttelse av samlet kompetanse på tvers av forvaltningsnivåene.
Dette er i tråd med både nasjonale anbefalinger og målsettingene i Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst om mer sammenhengende tjenester, styrket samhandling og behandling nærmere der folk bor.

De siste års kunnskapsgrunnlag fra Folkehelseinstituttet (FHI), SINTEF, Helsetilsynet og Riksrevisjonen viser et tydelig bilde: Psykiske helseutfordringer blant barn og unge representerer betydelige utfordringer for helseforetakene og kommunene frem mot 2040.

Til tross for en noe avtagende etterspørsel de siste årene beskriver FHI fortsatt et stort behov for behandling av psykiske plager med bl.a økende forekomst av ADHD- og autismediagnoser og store sosiale ulikheter i psykisk helse hos barn og unge.

Riksrevisjonens undersøkelse fra 2026 konkluderer med at det fortsatt er store geografiske forskjeller i tilbudet til barn og unge, med behov for mer interkommunalt samarbeid og tettere samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Agdermodellen bør løftes frem som strategisk satsing
Kommunene i Østre Agder savner en omtale av og henvisning til funn fra samhandlingsprosjektet «Agdermodellen for barn og unge» som har pågått i over tre år.

Ambisjonene i dette planarbeidet er store for å sikre helhetlige forløp for 7 områder:
«Bekymret for barn 0-3 år», «Angst og bekymring hos barn og unge», «Nevroutviklingsforstyrrelser», «Spisevansker og spiseforstyrrelser hos barn og ungdom», «Triste følelser og depresjonsplager hos barn og ungdom vold», «Overgrep, omsorgssvikt og traumer hos barn og ungdom» og «Psykisk helse og skadelig rusbruk.

Kartlegging utført foreløpig i nevnte prosjekt viser at barn, unge, foreldre og fagpersoner opplever tjenestesystemet som fragmentert og vanskelig å orientere seg i. Kommuner og spesialisthelsetjenesten kjenner ikke godt nok til hverandres tilbud, og samhandlingen rundt barn og unge er i for stor grad personavhengig.

Kommunene anbefaler at Revidert utviklingsplan innarbeider kartlegging og forslag til tiltak i den videre oppfølgingen av utviklingsplanen for å realisere målsettingene om helhetlige pasientforløp.
Det bør videre beskrives hvordan modellens samhandlingsforløp skal implementeres, evalueres og integreres i ordinær drift både i kommunene og i SSHF.

I arbeidet med å styrke samhandling i grenseflaten mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste vil kommunene i Østre Agder peke på behov for:

- felles konsultasjons- og drøftingsarenaer mellom kommunene og ABUP
- ambulante og utadrettede tjenester
- kompetansedeling og felles opplæring
- samhandling rundt ADHD, autisme og sammensatte utviklingsforstyrrelser
- styrket innsats ved skolefravær, vold, omsorgssvikt og psykiske helseplager hos små barn

Disse områdene er både prioritert i Agdermodellen og i tråd med utfordringsbildet som beskrives i de nasjonale rapportene.

Etablere helhetlige forløp basert på piloten «En vei inn»:
For å igangsette en konkretisering av ovennevnte innspill mener kommunene i Østre Agder det er behov for å utvikle ett felles organisatorisk behandlingssystem og tilbud til barn og unge som har behov for tjenester fra begge forvaltningsnivåer.
Dette er i tråd med intensjonene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan og bør legges til grunn for den videre utviklingen av samhandlingen mellom SSHF og kommunene i Agder. Det anbefales derfor at SSHF, sammen med kommunene, utreder etablering av en regional «En vei inn»-modell for barn, unge og familier.
«En vei inn»- prosjektet er et samarbeid mellom Sykehuset i Vestfold og Sandefjord kommune og er et av 10 nasjonale pilot X – satsinger. Erfaringene hittil fra prosjektet viser potensial for; enklere tilgang til hjelp, færre feilhenvisninger, raskere avklaring av ansvar, bedre veiledning til familier og fagpersoner og mer effektiv bruk av både kommunenes og spesialisthelsetjenestens kapasitet.

For Agder kan en slik modell utvikles som en naturlig videreføring og operasjonalisering av prosjektet Agdermodellen som inngår som en del av satsingen i Helsefellesskapet på Agder.

4.0 Personell, rekruttering og utdanning

4.1 Tilgang på arbeidskraft- rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft
Den samlede helse – og omsorgstjenesten vil ha betydelige rekrutteringsutfordringer fremover.
Kommunene og SSHF må samarbeide om rekrutteringstiltak mellom spesialist – og kommunehelsetjenesten for å unngå en uheldig konkurransesituasjon om kompetent arbeidskraft.
Partene bør i fellesskap utvikle tiltak med mål om å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere, og som planen beskriver skjer rekruttering i et felles regionalt arbeidsmarked i Agder hvor spesialisthelsetjenesten og kommunene etterspør samme kompetanse.
Kommunene støtter derfor planens vurdering om at stabil tilgang på nødvendig kompetanse forutsetter et regionalt perspektiv på rekruttering og koordinering/samordning som motvirker uønsket konkurranse om arbeidskraft.
Kommunene i Østre Agder ønsker derfor tett samarbeid om å operasjonalisere strategien om at Sørlandet sykehus skal jobbe målrettet med arbeidsgiverprofilering og synliggjøre faglig kvalitet, utviklingsmuligheter og karriereveier.

Det vil også være viktig å sammen se på framtidens oppgavefordeling mellom profesjoner og faggrupper slik det kommer frem i 2022 – versjonen av Utviklingsplan 2040 (kap 2.4).

Regjeringen la tidligere i år fram *Helsepersonellplanen 2040*.
Tiltakslisten i planen er omfattende og derfor nevnes kun de viktigste forslagene.
Tiltakene er samlet i to hovedstrategier 1) øke tilgangen på arbeidskraft og 2) redusere behovet for arbeidskraft.
Øke tilgangen på arbeidskraft
For å rekruttere, utdanne og beholde flere ansatte nevnes følgende hovedgrep:

- økt utdanningskapasitet i helseutdanningene
- tiltak for å beholde ansatte lenger i arbeid og øke andelen heltidsstillinger
- redusere sykefravær gjennom bedre arbeidsmiljø og medarbeiderinvolvering
- flere ansatte som står lenger i jobb etter fylte 62 år

Redusere behovet for arbeidskraft
Planen beskriver følgende hovedgrep for å dempe etterspørselen etter arbeidskraft:

- mer bruk av teknologi og digitalisering herunder økt bruk av kunstig intelligens
- bedre oppgavedeling mellom yrkesgrupper
- smartere organisering av bygg og arbeidsprosesser.

Kommunene i Østre Agder mener *hovedgrep og foreslåtte tiltak i «Helsepersonellplanen 2040»* er en god plattform for å konkretisere felles satsinger mellom SSHF og kommunene i regi av Helsefelleskapet.

4.2 Desentralisert medisinerutdanning
Visjonen om det «Grensesprengende samarbeidet mellom sykehuset og kommunene» gir forventninger til at dette gjenspeiles særskilt på dette området. Dette prosjektet er en innovasjon som er grensesprengende og hittil svært vellykket, og pågående samarbeid om innholdet i utdanningen, tilrettelegging av infrastruktur og andre vesentlige behov må videreutvikles. Kommunene har forventninger om at SSHF`s ambisjon om videreutvikling av samarbeidet med UiO også vil bidra til økt rekruttering av utdannende leger inn til kommunehelsetjenesten.

Etableringen av psykologiutdanningen ved UIA et tilsvarende bidrag til rekruttering av nøkkelkompetanse til kommunene på Agder.

5.0 Innovasjon og forskning

5.1 Digitalisering og helseteknologi

I de regionale helseforetakenes «Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering» beskrives pågående innovasjoner i arbeidet med datadeling og standardisering slik at informasjon kan flyte sømløst mellom kommunale journalsystemer og sykehusenes systemer. Det er planlagt flere konkrete innføringsløp som skal styrke den digitale samhandlingen mellom kommunene, fastlegene og sykehusene.
Felles for disse er at de skal gjøre helseopplysninger tilgjengelige på tvers av nivåene i helsetjenesten, bidra til mer sammenhengende pasientforløp og at helsepersonell får mer tid til pasientrettet arbeid.
Planen er i ferd med å bli operasjonalisert på Agder gjennom et «samhandlingsprosjektt».
Innføring av *«Pasientens legemiddelliste»* som sikrer en oppdatert legemiddelliste er det første tiltaket som skal innføres.

Fortløpende de nærmeste årene følger en løsning på *«Pasientens prøvesvar»* som sikrer tilgjengelige prøveresultater på tvers og mellom nivåene. Deretter følger *«Pasientenes journaldokumenter»* som sikrer tilgang på relevante legeopplysninger som kan leses på tvers av ulike organisatoriske grenser.
Videre vil» Pasientens *kritiske informasjon» som* gjør kritisk informasjon tilgjengelig i akutte situasjoner uavhengig av hvor pasienten mottar helsehjelp bli innført. Tilslutt innføres *«Pasientens måledata»* som utføres i pasientens hjem og som kan deles mellom de kommunale helsetjenestene, fastleger og spesialisthelsetjenesten.
Disse fem satsingene som skal iverksettes gjennom felles innføringsløp mellom kommunene og helseforetakene vil bidra til at vi utvikler en *helhetlig digital samhandlingsplattform*.
Dette blir viktige grep for å innarbeide ambisjonene om etablering av «Integrerte helsetjenester» som «hjemmesykehus», «digital hjemmeoppfølging» og andre desentraliserte og ambulante behandlingsformer.
Dette er omtalt både i SSHF`s Utviklingsplan 2040 (versjon 2022), Revidert Utviklingsplan 2040 og Regional Utviklingsplan 2027 – 2040 for Helse Sør-Øst.

Denne konkrete satsingen som er beskrevet ovenfor burde vært fremhevet tydeligere i Revidert Utviklingsplan 2040. Kommunene anmoder om at SSHF internt i egen organisasjon tilrettelegger for at dette arbeidet prioriteres og at kommunene trekkes inn så tidlig som mulig for planlegging og realistisk gjennomføring.
Pågående arbeid i kommunene på Agder med utvikling av ny løsning for elektronisk pasientjournalsystem (EPJ) kan i en overgangsfase hemme ønskelig framdrift i arbeidet med å implementere satsingen, samtidig som nytt EPJ – system på noe sikt vil inneha økt kapasitet og kvalitet for å utvikle framtidsrettede integrerte digitale samhandlingsløsninger.
Kommunene på Agder vil understreke behovet for at dette arbeidet intensiveres og at Helsefelleskapet sikrer at det gis tilstrekkelige ressurser til implementering, kompetanseutvikling og utbredelse.

5.2 Sammen om forskning

Kommunene i Østre Agder vil understreke betydningen av et forsterket samarbeid om forskning på helsetjenestene på Agder.

I Revidert Utviklingsplan 2040 inviterer SSHF til samarbeid med kommunene, akademia og næringsliv om helsetjenesteforskning hvor forskningsprosjekter skal inkludere både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Helsefellesskapet Agder skal være en sentral arena for samarbeid, kunnskapsdeling og innovativ tjenesteutvikling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.
Planens omtale av forskningssamarbeid med kommunene sammenfaller godt med hva Helse Sør Øst Regional utviklingsplan 2040 om samarbeid mellom helseforetakene og kommunene om forskning.
I den regionale planen fremheves at ikke-universitetssykehusene har en viktig rolle i forskningen i regionen, spesielt knyttet til klinisk praksis, pasientnære problemstillinger og å øke samhandlingen på disse områdene med kommunehelsetjenesten, og hvor Helsefellesskapene løftes frem som en sentral arena.

Kommunene i Østre Agder vil framheve at det i Utviklingsplan 2040 (ver. 2022) og i Revidert utviklingsplan 2040 (ver. 2026) står at SSHF vil styrke helsetjenesteforskning og pasientnær forskning.
Kommunene vil fremheve planenes fokus på å sikre økt kunnskap knyttet til etablering av nye behandlingsmåter, samhandlingsstrukturer og bruk av ny teknologi.

Samhandlingsforskning er et eksempel på et forskningssvakt område.
Økt satsing på samhandlingsforskning må derfor bli en mer sentral del av helseforetakenes forskningsstrategi med spesiell fokus på geriatri, innvandring/migrasjonshelse, digitalisering/helseteknologi og pasientforløp.

Kommunene har etablert både en nasjonal og regional struktur for å styrke kommunenes rolle i forskningsarbeidet gjennom etablering av «Kommunenes samarbeidsarena for forskning» (KSF).
Alle 25 kommunene på Agder utgjør «KSF Sør» som er en av syv KSF – regioner på landsbasis.
KSF gir nye muligheter for å utvikle kunnskap om kommunale helse- og omsorgstjenester.

For kommunene på Agder er det viktig at både Sørlandet sykehus HF (SSHF) og UiA, som regionens to sterkeste forskningsfaglige miljøer innen helsefeltet, aktivt understøtter kommunenes ambisjoner om å igangsette flere satsningen innenfor helsetjenesteforskning. Dette innebærer blant annet å bidra med forskningskompetanse, veiledning og metodisk støtte, samt å legge til rette for at kommunene blir integrerte og likeverdige partnere i relevante forskningsprosjekter.

Kommunene vil framheve initiativ fra SSHF om utvikling av «Eldre Agder» - samarbeidet hvor det er i igangsatt et pilotprosjekt innenfor det nasjonale pilot X – programmet til Helse - og omsorgsdepartementet.
Videre er Grimstad kommunes initiativ til etablering av prosjektet «Universitetsykehjem» en satsing som kan utvikles til å bli en arena for forskning, innovasjon, kompetanseutvikling innenfor rammen av KSF-samarbeidet.
Samarbeidene representerer et banebrytende eksempel på hvordan forskning, tjenesteutvikling og samhandling kan kobles tettere sammen.

I et fremtidig trepartssamarbeid mellom kommunene, SSHF og UiA er det viktig at de ulike strukturene og initiativene bygger opp om og forsterker hverandre. Gjennom tett dialog, koordinering og felles strategiske prioriteringer kan Agder utvikle en samlet forsknings- og innovasjonskraft som gir betydelig merverdi for regionen.

5.3 Integrerte helsetjenester - ambulante og desentraliserte spesialisthelsetjenester
Kommunene i Østre Agder støtter SSHF`s satsing på innovasjonsarbeid og ambisjon om å utvikle det «Utadvendte sykehuset» hvor etablering av integrerte helsetjenester inngår.
Det «Utadvendte sykehus» kan bli en sentral del av et felles innovasjonsarbeid mellom kommuner og sykehus.

Kommunene viser i denne sammenheng til Regional Utviklingsplan 2027 – 2040 for Helse Sør Øst.
Dette satsingsområdet må sees i sammenheng med ny nasjonal helsereform som fremlegges av «Helsereformutvalget» i november 2026.

Helse Sør-Øst beskriver i Regional Utviklingsplan 2027 – 2040 et høyt ambisjonsnivå på dette feltet hvor de definerer å gå fra tre til fire behandlingsarenaer, der hjemmesykehus skal supplere døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling. Dette representerer et viktig strategisk veivalg som trenger forsterket konkretisering i Revidert Utviklingsplan 2040 for SSHF.

Kommunene støtter målsettingen om at flere tjenester skal leveres nærmere pasientenes hjem gjennom digitale løsninger, ambulante tjenester og bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten hvor kommunehelsetjenesten og fastlegene inngår.
Dette kan bidra til mer helhetlige, effektive og pasientnære tjenester.

Kommunene deler vurderingen i nevnte planer om at fremtidens helsetjenester må organiseres på nye måter for å møte utfordringene knyttet til en aldrende befolkning, økende forekomst av kroniske og sammensatte sykdommer samt behovet for bærekraft og effektiv ressursutnyttelse.
Kommunene vil understreke at utviklingen av hjemmesykehus og integrerte helsetjenester ikke må føre til utilsiktet oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Når spesialisthelsetjenester flyttes ut

av sykehusets fysiske lokasjoner og inn i pasientens hjem må ansvaret for spesialisthelsetjenesten fortsatt tilligger sykehuset. Dette innebærer at:

- spesialisthelsetjenester i hjemmet utføres av ansatte i sykehuset eller under sykehusets faglige ansvar
- oppgave- og ansvarsfordeling avklares tydelig før nye modeller implementeres
- kommunenes medvirkning baseres på avtalte samarbeidsmodeller og ikke overføring av nye oppgaver uten tilhørende kompetanse, bemanning og finansiering

Samtidig opplever kommunene at den operative satsingen på å initiere pilotprosjekter og sikre nødvendige ressurser til å realisere disse ambisjonene ikke står i forhold til det uttalte mål i Regional Utviklingsplan for Helse Sør – Øst 2027 – 2040 og Revidert Utviklingsplan 2040.
Utover initiativ fra Farsund kommune/ Listerregionen som er iverksatt om digitale tjenester på dette feltet og et initiativ fra Østre Agder som foreløpig er avgrenset til et forprosjekt, er det få konkrete tiltak.
Nevnte prosjekter har imidlertid medført at SSHF og deltakerkommunene er invitert til deltakelse i Helse Sør-Østs læringsnettverk for integrerte helsetjenester ledet av Akershus universitetssykehus (Ahus).
Dette er en lovende begynnelse. Kommunene i Østre Agder savner likevel en tydeliggjøring av hvordan SSHF vil utvikle integrerte tjenestemodeller som skal prøves ut, evalueres og implementeres og ber SSHF konkretisere;

- Hvilke pilotprosjekter og tiltak med integrerte helsetjenester ønsker SSHF å utvikle i samarbeid med kommunene?
- Hvordan vil SSHF sikre tilstrekkelige ressurser – både økonomisk og personellmessig – til å realisere disse prosjektene i praksis.
- Hvordan skal kommunene bli involvert i utforming, gjennomføring og evaluering av slike prosjekter

I dette arbeidet ber kommunene om å bli involvert tidligst mulig i planleggingsfasen.