

Revidert Utviklingsplan 2040

Høringsutkast behandlet av styret i SSHF 11. juni 2026

Utkast til Høringsuttalelse fra Østre Agder

Møte i Helse - og omsotgsutvalgert i Arendal kommune
10.09.2026

Harry Svendsen
samhandlingskoordinator



Østre Agder-
samarbeidet
Interkommunalt Politisk Råd



Overordnet

- Revidert Utviklingsplan beskriver et utfordringsbilde som i stor grad **samsvarer** med det kommunene tidligere har påpekt med **økende etterspørsel** etter både kommunale helse - og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.
- **Øke kapasiteten** både i sykehus og kommuner – **felles behovsplanlegging** for en aldrende befolkning
- Planen **belyser en ny sikkerhetspolitiske situasjon** med et sammensatt trusselbilde - beredskap og samfunnssikkerhet må prioriteres opp – tettere samarbeid og mer felles øvelser
- **Tre somatiske sykehus i Agder** må videreutvikles – Arendal som «stort akuttsykehus»
- Fremtidens helsetjeneste **krever sterkere integrasjon** mellom kommunene og SSHF

Planen forslag til sykehusstruktur på Agder til 2040: Støtte til dagens sykehusmodell

Tre somatiske hovedlokasjoner må ligge fast

- Arendal og Kristiansand må utvikles som store akutt sykehus
- Sykehuset i Arendal må videreutvikles med nødvendige funksjoner og støttekapasitet
- PCI-tilbud, helikopterbase og traumefunksjoner må opprettholdes og videreutvikles

Utfordring til SSHF

Kommunene ber SSHF konkretisere hvilke funksjoner og behandlingstilbud som må samles i Arendal for å realisere ambisjonen om et stort akutt sykehus

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.

Ett – nytt – sykehus på Agder inngår ikke i disse planene.

Det skal investeres 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.*»

Det kommer frem i samme kronikk at sykehuset i Arendal står for over 1/3 av totale antall sykehusopphold på hele Agder – 80 % er akutte oppdrag.

Utfordring til SSHF

– tydeliggjøring av funksjoner og behandlingstilbud for å utvikle «stort akuttsykehus» i Arendal.

Hvilke funksjoner og behandlingstilbud må være samlet i Arendal for å realisere ambisjonen om et stort akuttsykehus:

- 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?

Demografi og kapasitet

Vekst de eldste aldersgruppene vil føre til 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 og at det ikke **planlegges tilstrekkelig** for et økende behov for mer sengekapasitet.

SSB:

Fra 2015 til 2025: Antall **sykehussenger** er redusert fra 20.600 til 18.400 – **2.200 senger** (SSH:110).

Kommunene: «På stedet hvil».

Basert på framskrivninger må kommunene i Norge øke med 20 500 heldøgns omsorgsplasser
Kapasitet i kommunene i dag: 40.000



Østre Agder-
samarbeidet
Interkommunalt Politisk Råd



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. Det er kun en justering tilbake til 2015 – nivå

Oppsummert:

Kommunene anbefaler at Helsefelleskapet på Agder **utarbeider et felles kunnskapsgrunnlag** som kan danne grunnlaget for omforent forståelse av utfordringsbildet og for felles dimensjonering og kapasitet av det framtidige tjenestetilbudet mot 2040.

Beredskap og samfunnssikkerhet

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.

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 2022 er følgende gjennomført i Helsefellesskapet på Agder»:

- Delavtale 11 om beredskap og akuttmedisinske kjeden er revidert og forbedret
- Utarbeidet et felles "brodokument" som beskriver prinsipper og rammer for samarbeid innen beredskapsområdet
- I regi av Helsefellesskapet på Agder etablert et eget fagutvalg for beredskap



- God beredskap utvikles ikke gjennom godt planverk - alene.
Kommunene vil særlig framheve betydningen av felles trening og øvelser.
General og president USA, Dwight Eisenhower: «Plans are worthless, but planning is everything».
- Utsagnet minner oss om at forsterket beredskap sikres primært ved trening og øvelser på tvers av nivåene.

Kommunene anbefaler derfor at det planlegges og gjennomføres flere felles øvelser, herunder scenario- og «table top»-øvelser, samvirkeøvelser og andre relevante beredskapsøvelser.

Kommunene bør få en tydelig plass i Statsforvalterens «storskala» - øvelser».

Hele den samlede helseberedskapen i Agder må testes, evalueres og videreutvikles i fellesskap.

Eldre og multisyke

- SSHF trenger å videreutvikle det geriatriiske 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.
- Eldre skrøpelige pasienter kan i betydelige mindre grad enn øvrig befolkning nyttiggjøre seg polikliniske utrednings – og behandlingstilbud. 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.

Psykisk helse og rus

Kommunene i Østre Agder er bekymret for at døgnkapasiteten er 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.
- SSHF er et av tre helseforetak i Helse Sør-Øst området hvor flest pasienter er dømt til tvungent psykisk helsevern med et nåværende antall av 42 personer. Mens SSHF befolkningsmessig utgjør 10 % av Helse Sør -Øst`s 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. 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 - svekker kvaliteten og kontinuiteten i tilbudet til en særlig sårbar pasientgruppe som i noen tilfeller også kan være en fare for samfunnsvernet.

Barn og Unge

- Støtter planens intensjon om at det utvikles mer helhetlige pasientforløp for barn og unge.
- Noe avtagende etterspørsel - men Folkehelseinstituttet peker på 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 som viser at barn, unge, foreldre og fagpersoner opplever tjenestesystemet som fragmentert og vanskelig å orientere seg i.

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.

«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 med 7 ulike pasientforløp inngå som en del av satsingen i Helsefellesskapet på Agder.

Personell, rekruttering og utdanning

Planen åpner for samarbeide om rekrutteringstiltak mellom spesialist – og kommune-helsetjenesten for å unngå en uheldig konkurransesituasjon om kompetent arbeidskraft. Forslaget om å synligghøre hele Agder som en attraktiv region - arbeidsgiverprofilering støttes.

Regjeringen la tidligere i år fram **Helsepersonellplanen 2040 med 100 tiltak.**

Øke tilgangen på arbeidskraft og redusere behovet for arbeidskraft

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

Forskning

- Forsterke samarbeidet om forskning på helsetjenestene på Agder.
- 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.
- **Samhandlingsforskning er et eksempel på et forskningssvakt område** – mer sentral del av helseforetakenes forskningsstrategi med spesiell fokus på geriatri, innvandring/migrasjonshelse, digitalisering/helseteknologi og pasientforløp.
- SSHF må delta i den nyetablerte interkommunale **KSF Sør – strukturen.**
(Kommunenes samarbeidsarena for forskning)
- Etablering av **prosjektet «Universitetsykehjem»** en satsing som kan utvikles til å bli en arena for forskning, innovasjon, kompetanseutvikling innenfor rammen av KSF-samarbeidet.

Integrerte helsetjenester - fra ambisjon til praksis

- **Integrerte helsetjenester** betyr at sykehus, fastleger og kommunale helse- og omsorgstjenester samarbeider om å behandle pasienten i eget hjem.
- Målet er at pasienten får riktig hjelp til riktig tid, uten unødvendige overganger, dobbeltarbeid – samtidig som det gir økt kapasitet i den samlede helsetjenester og redusere presset på innleggelser i døgninstitusjoner på kommunenivå og sykehus.
- Helse Sør-Øst beskriver i Regional Utviklingsplan 2027 – 2040 et høyt ambisjonsnivå hvor de definerer å gå fra tre til fire behandlingsarenaer, der **hjemmesykehus** skal supplere **døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling.**

Integrerte helsetjenester

- Kommunene støtter målsettingen om at flere tjenester skal leveres nærmere pasientenes hjem gjennom digitale løsninger, ambulante tjenester og bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten hvor kommune-helsetjenesten og fastlegene inngår.
- Utviklingen av hjemmesykehus og integrerte helsetjenester må ikke føre til **utilsiktet oppgaveglidning** - og forutsetter derfor at:
 - *spesialisthelsetjenester utføres av ansatte i sykehuset (sykehusets faglige ansvar)*
 - *oppgave- og ansvarsfordeling avklares tydelig før nye modeller implementeres*
 - *kommunenes medvirkning baseres på avtalte samarbeidsmodeller*
 - *nye oppgaver forutsetter at opplæring og finansiering av bemanning*

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 nivåene. Denne planen omtaler ikke denne satsingen.

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.

«Pasientenes journaldokumenter» relevante legeopplysninger kan på tvers av ulike organisatoriske grenser.

«Pasientens kritiske informasjon» kritisk informasjon i akutte situasjoner uavhengig av hvor pasienten er

«Pasientens måledata» i pasientens hjem-informasjonsdeling mellom de kommune, fastleger og sykehus

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 – 2024 for Helse Sør-Øst.

Denne konkrete satsingen som er beskrevet ovenfor burde vært fremhevet 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.



Østre Agder-
samarbeidet
Interkommunalt Politisk Råd



Oppsummering og forventninger til SSHF

Østre Agder ber SSHF særlig om å:

1. Videreutvikle Arendal og Kristiansand som store akuttstuskehus
2. Planlegge for økt sengekapasitet
3. Styrke beredskap og helseberedskap gjennom mere samvirkeøvelser
4. Prioritere eldre skrøpelige pasienter – kapasitetsutbygging og alderspsykiatrisk fagmiljø
5. Styrke psykisk helsevern og rusbehandling – fler døgnplasser og overgangsboliger
6. Barn og unge: Implementere Agdermodellen og pilotere «En vei inn» – ett –nivå - modell
7. Satse på innføring av utviklet digitale piloter – Pasientens legemiddelliste m.m
8. Konkretisere integrerte helsetjenester og hjemmesykehus -pilotprosjekter

Hovedbudskap: Ambisjonene i planen støttes, men må følges opp med tydeligere tiltak, kapasitetsbygging og forpliktende samarbeid med kommunene

Utdanning av leger – rekrutteringsutfordringer

- Norge ligger høyt når det gjelder antall leger per innbygger sammenlignet med mange andre land.
- Samtidig har Norge i mange år vært avhengig av at en stor andel leger er utdannet i utlandet.
- Nær halvparten av yrkesaktive leger har utenlandsk utdanning, og har historisk utdannet en relativt lav andel av sitt eget legebehov

Grimstad – utvalget

Hovedanbefalingen var at **80 prosent av norske leger skulle utdannes i Norge**

Økt kapasitet kan ikke løses ved universitetssykehusene alene og foreslår:

- Andre sykehus, distriktsmedisinske sentre, fastlegekontor, kommunale helse- og omsorgstjenester som læringsarenaer

Derfor oppstod «Campus Sør» – desentraliserte medisiner utdanning på Sørlandet i samarbeid med Oslo Universitetssykehus

Campus Sør - modellen bidrar til:

- at store akuttssykehus og lokalsykehus er utdanningsarenaer
- kommunene bidrar med egen modul i utdanningsløpet

Framover må vi forsterke:

Regionalt utdanningsløp der medisinstudenter og LIS-leger roterer mellom Sørlandet sykehus HF, fastlegekontorer, legevakt, helsehus og sykehjem.

Dette styrker utdanningskapasiteten og styrke rekrutteringen til landsdelen.

Ett sykehus løses i liten grad rekrutteringsutfordringene. Studentene får sin «spisse» sykehusutdanning på OuS

Utdanning av leger – rekrutteringsutfordringer

- **Tre sykehus kan gi større samlet utdanningskapasitet**
- **Utdanning skjer der pasientene er**
- **Rekruttering følger utdanning**
- **Fremtidens helsevesen trenger breddekompetanse**
- **Den mest avanserte opplæringen kan sentraliseres uten å sentralisere alt - OuS**
- **Flere sykehus gir mer robuste utdanningsnettverk**

Oppsummert:

- Det er ikke dokumentert at færre sykehus automatisk gir bedre legeutdanning.
- Tvert imot bygger moderne medisinsk utdanning i økende grad på nettverk mellom universitetssykehus, lokalsykehus og kommunale tjenester.
- Flere sykehus kan gi større samlet utdanningskapasitet, bredere klinisk erfaring og bedre regional rekruttering, samtidig som den mest høyspesialiserte opplæringen fortsatt kan foregå ved universitetssykehusene.
- For sykehuset i Arendal kan man derfor argumentere for at sykehuset ikke bare er viktig for behandling, men også som en strategisk utdannings- og rekrutteringsarena for hele Agder.