



Høringsuttalelse

til Sørlandet sykehus HF Utviklingsplan 2035

fra
Østre Agder
interkommunale samarbeid

Februar 2018

Innhold

Sammendrag	s.2
1. Innledning og bakgrunn	s.3
2. Planprosess og plandokumentet	s.4
3. Behovsvurderinger, analysegrunnlag og framskrivning	s.4
4. Utvalgte fag – og tjenesteområder	s.4
4.1 Helsefremmende og forebyggende arbeid	
4.2 Psykisk helsevern og rusbehandling	
4.3 Eldre og pasienter med sammensatte lidelser	
5. Samhandling med kommunene	s.7
6. Sykehusstruktur på Sørlandet - to store akuttpsykehus og et akuttpsykehus	s.8
7. Forskning og innovasjon	s.8
8. Universitetssykehus	s.9
9. Akuttmedisinske kjede	s.9
9.1 Kapasitet på akutt- og intensivtilbudet ved sykehuset i Kristiansand	
9.2 Samhandling i den akuttmedisinske kjede	

Sammendrag

En utviklingsplan er en samlet plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for helsetjenester i regionen. Rammene for planarbeidet bygger på føringer gitt av det regionale helseforetaket (Helse Sør-Øst). Arbeidet med Utviklingsplan 2035 (U 2035) har i Sørlandet sykehus HF (SSHF) pågått i to faser fra høsten 2012 til feb. 2015 og fra høsten 2016 til 2018. Plandokumentet er omfattende, og det er krevende å få oversikt over hovedstrategier og ønsket utviklingsretning innenfor de ulike områdene.

En vesentlig mangel er fraværet av analyse av nåsituasjonen som bakgrunn for retningsvalg i framskrivning. Dokumentet har ikke i tilstrekkelig grad synliggjort hvordan en har tatt hensyn til demografisk utvikling, og de særskilte behov knyttet til den voksende eldrebefolkningen. Beregningene som legges til grunn for utvikling av tjenestene på rus- og psykisk helsefeltet fremstår generelt som lite begrunnet og faglig vurdert. Østre Agder ser med bekymring rundt tilbudet til de alvorligst psykisk syke barn og unge, herunder de med alvorlig psykisk sykdom og/eller betydelig rusmisbruk eller sosial dysfunksjon. Planlegging og kapasitetsutvikling på dette feltet vil kreve nøye overvåkning og kontinuerlig samhandling med kommunene.

Østre Agder har framhevet helsefremming og forebygging, psykisk helsevern og rusbehandling samt eldre og pasienter med sammensatte lidelser som sentrale samhandlingsområder.

Nasjonal helse – og sykehusplan (2016 – 2019) - meld. St. 11 (2015–2016) beskriver følgende utviklingstrekk for eldre og pasienter med sammensatte lidelser:

«Det grunn til å tro at eldre også framover vil ha et større behov for døgnbehandling. For gruppen over 65 år vil behovet for døgn- og dagbehandling vil øke med cirka 60 prosent fram mot 2030. Dette betyr økt behov for sengekapasitet.»

Det foreslås å iverksette felles prosjekt mellom sykehus og kommuner for å utprøve og utvikle modeller for samordnede tjenestetilbud.

Presset på spesialisthelsetjenesten er avhengig av tilbudet i kommunehelsetjenesten, mens presset på kommunehelsetjenesten er avhengig av tilbudet sykehuset gir. Samarbeid, samordning og tilpassede finansieringsordninger er derfor en forutsetning for å kunne gi et godt helsetilbud til pasientene.

Kommunene i Østre Agder savner i Utviklingsplan 2035 en sterkere ambisjon fra SSHFs side om at kommunene og helseforetaket i fellesskap planlegger og dimensjonerer «Pasientens helsetjeneste» fram mot 2035. En revitalisering av OSS og andre samhandlingsorgan og det lovpålagte avtaleverket er derfor nødvendige tiltak for styrke det strategiske utviklingsarbeidet. Forbedringstiltak knyttet til samhandling om utskrivningsklare pasienter er i for liten grad omtalt i planen. Det vises til dokumentets referanse 7, s.7 «Tryggere utskriving».

Kommunene i Østre Agder støtter plandokumentets valgte løsning for sykehusstruktur på Sørlandet i planperioden med 3 somatiske sykehus i helseforetaket; store akuttisykehus i Arendal og Kristiansand og akuttisykehus i Flekkefjord og delregionale senterfunksjoner med bl.a. PCI – senter og robotassistert kirurgi ved prostatakreft i Arendal. Denne løsningen bidrar til et trygt akutttilbud for innbyggerne i Østre Agder.

For å fremme at Agder skal være en forsknings – og kunnskapsintensiv region støtter kommunene opp om planens målsetting om at SSHF fortsatt skal være det mest forskningsaktive sykehuset utenfor universitetsmiljøene i Norge.

Kommunen på Agder støtter opp om påbegynt utredningsarbeid om å bli universitetssykehus. Kommunene har merket seg at status som Universitetssykehus kan ha betydning for rekruttering av fagpersoner. Utredningsarbeidet må belyse hvorvidt og evt hvordan målet om å bli universitetssykehus vil påvirke sykehusstruktur og samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Kommunene har med bekymring merket seg at kapasiteten ved akutt – og intensivavdelingen ved sykehuset i Kristiansand, og arbeidet med å få investeringsmidler til nytt akuttbygg må gis høy prioritet.

Samhandling mellom partene for å sikre en helhetlig akuttmedisinsk kjede er sentralt for å gi rask tilgang på helsetjenester til befolkningen når det er nødvendig. I den forbindelse viser Østre Agder til pågående planlegging av ny legevakt og KØH - enhet lokalisert sykehusnært som har god framdrift.

1. Innledning og bakgrunn

Utviklingsplan 2035 for Sørlandet sykehus HF (heretter U2035) legger til grunn «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» som er utarbeidet av Helse Sør –Øst RHF.

En utviklingsplan er en samlet plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for helsetjenester i regionen. Formålet er å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr.

Arbeidet med utviklingsplanene i helseforetakene tar utgangspunkt i de regionale helseforetakenes lovpålagte ansvar, nasjonale og regionale føringer og understøtte en tjenesteutvikling i regionene i tråd med framtidig behov for helsetjenester, god kvalitet og effektiv utnyttelse av samlede ressurser.

Arbeidet med U2035 har i Sørlandet sykehus HF (SSHf) pågått i to faser fra høsten 2012. I første fase pågikk et planarbeid med Utviklingsplan 2030 som ble behandlet i styret i SSHf i februar 2015. Østre Agder gav høringsinnspill til denne planen i oktober 2014 sammen med øvrige kommuneregioner på Agder. Regjeringen Solberg bebudet tidlig at de ville igangsette et arbeid med å utarbeide en nasjonal helse – og sykehusplan (NHSP). Arbeidet med NHSP startet i 2015, og planen ble vedtatt av Stortinget våren 2016.

Fase 2 i arbeidet med utviklingsplan i SSHf startet våren 2016. SSHf har invitert kommunene på Agder, brukerorganisasjoner og en rekke andre instanser til å avgjøre høringsinnspill til den endelige planen U2035. Herved følger høringsinnspill fra Østre Agder.

2. Planprosess og plandokumentet

I tråd med «Utviklingsplaner for helseforetakene, strategier, planer og regionale føringer» (referanse nr. 7 i vedlegg Utviklingsplan 2035) fra Helse Sør – Øst, Regionalt helseforetak, har SSHF i hele planprosessen, herunder workshops, lagt til rette for medvirkning og åpenhet for innspill. Dette er positivt med hensyn til felles forståelse og videre samhandling.

Plandokumentet er omfattende, og det er krevende å få oversikt over hovedstrategier og ønsket utviklingsretning innenfor de ulike områdene. Dette kan løses ved å vurdere lay-outmessige grep og reduksjon av tekstmengde. En kortfattet leseveiledning om planens oppbygging, struktur og sammenheng anbefales.

Dokumentets referanse 6 og 7 legger føringer på oppbygging og innhold i dokumentet. Føringene er bare delvis fulgt. Dokumentasjonen av aktivitets- og kapasitetsframskrivning fra Sykehusbygg er bare i liten grad integrert i dokumentet. Mer bruk av tabeller vil være positivt.

3. Behovsvurderinger, analysegrunnlag og framskrivning

En vesentlig mangel er fraværet av analyse av nåsituasjonen som bakgrunn for retningsvalg i framskrivning. Dette gjør at dagens praksis framskrives, selv om uønsket variasjon mellom kommuner og helseforetak i landet er grundig dokumentert.

Dokumentet har ikke i tilstrekkelig grad synliggjort hvordan en har tatt hensyn til demografisk utvikling og de særskilte behov knyttet til den voksende eldrebefolkningen. Ny teknologi og nye måter å levere tjenester på kan få konsekvenser for gyldigheten av de påvirkningsfaktorene som legges til grunn i referanse 57. Et eksempel på dette er dreiningen fra døgnbasert behandling til dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Dette gir en risiko for et under- og feildimensjonert tilbud av døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten. Utviklingsplanen bør ta høyde for usikkerhet knyttet til hvordan sykdom i eldrebefolkningen vil påvirke behovet for helsetjenester. Pasienter som har flere sykdommer samtidig (komorbiditet) vil være en av de store utfordringene når andelen eldre i befolkningen øker. Økt grad av spesialisering gir ikke nødvendigvis et optimalt spesialisthelsetjenestetilbud til disse pasientene. Det kan tvert imot bidra til forsterkning av uønsket «siloorganisering» innenfor helsetjenestene.

Høy egendekningsgraden ved sykehuset bør ikke være et mål i seg selv, men det er viktig for befolkningen i Agder at en har et godt helsetilbud til høyvolumgruppene ved SSHF.

4. Utvalgte fag – og tjenesteområder

4.1 Helsefremming og forebyggende arbeid

Helseforetakene oppgave knyttet til helsefremming og forebygging er beskrevet i spesialisthelsetjenestelovens § 2.1 a hvor det står:

«Det regionale helseforetaket skal sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade»

I plandokumentet 2.3.2 viser SSHF til at samhandlingen er et verktøy for å dempe veksten i behovet for helsetjenester, og at folkehelsearbeidet skal understøttes.

Kommunene i Østre Agder anser dette som et felles ansvar for kommuner og helseforetak. Vi vi peke på følgende punkter:

- Samarbeidet på fagnivå mellom kommuner (f.eks helsestasjoner) og helseforetaket krever forsterket samhandling og en tydeligere rolleavklaring og oppgavefordeling på det forebyggende feltet
- En effektiv forebygging av reinnleggelsler på sykehus krever tett samarbeid mellom kommunen og helseforetaket

- I det sekundærforebyggende arbeidet vil kommunene understreke betydningen av brukermedvirkning og medbestemmelse («Hva er viktig for deg?») for å sikre pasientens eierskap til valg av behandlingsplan.

4.2 Psykisk helsevern og rusbehandling

I høringsutkastet poengterer SSHF at tidligere radikale forslag om kursendring og reduksjon av sengeplasser innen psykisk helsevern og TSB er kraftig moderert. I drøftingene av tallgrunnlag, som synes mangelfulle, fremkommer dette imidlertid ikke tydelig. Det legges til grunn premisser for strategier med hensyn til reduksjon i sengetilbudet og aktivitetsvekst innenfor polikliniske tjenester. SSHF uttrykker selv stor usikkerhet rundt dette. Dersom disse strategiene ikke lykkes vil det være et økt behov for 50 sengeplasser frem mot 2035. Dette er en betydelig økning, og vil utgjøre en stor risiko for det døgnbaserte spesialisthelsetilbudet til befolkningen i regionen. Når det gjelder framskrivning av polikliniske behov er analysene enda mer usikre. Beregningene som legges til grunn for utvikling av tjenestene på rus- og psykisk helsefeltet fremstår som lite begrunnet og faglig vurdert og vil derfor kreve nøye overvåkning og kontinuerlig samhandling med kommunene. Ansvars- og oppgavefordeling vedrørende polikliniske oppgaver og ambulante tilbud må inngå i dette og en må vurdere konsekvenser av endringen fra døgn til dag/poliklinikk, blant annet for kommunene, brukere og pårørende.

Døgntilbudet for voksne må ha kapasitet for å sikre at barn som pårørende periodevis skjermes ved at alvorlig syke voksne som bor hjemme med barna, kan få opphold i spesialisthelsetjenesten.

Funn og analyser fra «Samhandlingsmeldingen for rus- og psykisk helsefeltet i Agder» må innarbeides i U2035.

Psykisk helsevern for barn og unge er i hovedsak et poliklinisk tilbud ved Sørlandet sykehus HF. Aust- og Vest-Agder lå betydelig under landsgjennomsnittet for døgnbehandling i BUP i perioden 2014-2016. Når det gjelder døgntilbudet til barn og unge fremstår beregningene for hvordan man er kommet frem til sengebehov i 2035 uklart. Framskrivning og faglige vurderinger i tilknytning til både døgn- og poliklinisk tilbud savnes i dokumentet. Bruken av senger i voksenpsykiatrien for barn og unge er heller ikke problematisert og belyst i denne sammenheng. Det henvises til beskrivelser av dette i «Samhandlingsmeldingen for rus- og psykisk helsefeltet i Agder». Det har i forbindelse med dette arbeidet fremkommet betydelig bekymring rundt tilbudet til de alvorligst psykisk syke barn og unge, herunder de med alvorlig psykisk sykdom og/eller betydelig rusmisbruk eller sosial dysfunksjon. Det er pekt på at samhandlingen mellom kommunenes helsetjeneste, barnevernet, politiet og spesialisthelsetjenesten må forsterkes og gjennomgås på nytt. Det er også fremkommet at noen kommuner anser tilbudet ved Sørlandet sykehus HF, Avdeling for barn og unges psykiske helse som mangefult på kveld/natt og i helger.

Når det gjelder ansvar- og oppgavefordeling knyttet til primær- og sekundærforebyggende innsats på barn- og ungefeltet er også dette en del av avklaringsbehovet knyttet til behovsvurdering og tjenesteutvikling. «Samhandlingsmeldingen for rus- og psykisk helsefeltet i Agder» peker på dette, også i tilknytning til prioriteringsutfordringer fremover. Se også dokumentets referanse nr 7, side 16, vedrørende samarbeidsavtaler, retningslinjer og samarbeidsforum omhandlende barn og unge.

4.3 Eldre og pasienter med sammensatte lidelser

Plandokumentet påpeker at forekomsten av pasienter med sammensatte lidelser og medikamentbruk stiger ved økende alder. Disse pasientene som legges inn på sykehus har høy risiko for reinnleggelser og uhensiktsmessige forløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Den diagnosesentrerte helsetjenesten som tradisjonelt er tilpasset

behandlingsforløp for akutte sykdommer er ikke tilpasset fremtidens store utfordring med hensyn til økt antall eldre som har flere sykdommer samtidig.

Allerede i dag er SSHF det helseforetaket som har lavest forbruk av døgnopphold i den eldre befolkningen over 80 år, med gjennomsnittlig nesten to døgn mindre liggetid.¹ Ytterligere effektivitetsoppgjør knyttet til behandlingstid innenfor døgnbehandling for denne pasientgruppen kan det derfor ikke planlegges for på kort eller lang sikt.

Økt kompleksitet vil også utfordre eksisterende faglige tilnærminger på mange områder, samt øke behovet for mestringsfokuserede tilnærminger. Dette er en faglig og etisk utfordring som må vies oppmerksomhet i den videre samhandlingen mellom sykehuset og kommunene.

Utviklingstrekk beskrevet i Nasjonal helse – og sykehusplan (2016 – 2019) - Meld. St. 11 (2015–2016)

- Sykdomsbildet vil i første rekke bli preget av aldersutviklingen.
- Forbruket av helsetjenester blant 70-åringene er omtrent dobbelt så høyt som blant 40-åringene. Deretter øker behovet og forbruket av tjenester med stigende alder. Når gjennomsnittlig levealder stadig øker, vil det også bli flere eldre, og flere av de eldste vil ha stort behov for tjenester.
- Veksten fram mot 2030 vil i første rekke komme for somatiske tjenester på grunn av økningen i store sykdomsgrupper som rammer de eldre.
- Selv om trenden med overgang til mindre belastende behandlingsformer fortsetter, er det grunn til å tro at eldre også framover vil ha et større behov for døgnbehandling
- For gruppen over 65 år er det beregnet at behovet for døgn- og dagbehandling vil øke med cirka 60 prosent fram mot 2030. Dette betyr økt behov for sengekapasitet.
- Det er spesielt tilbudet til pasientene i de største sykdomsgruppene som vil være under press. Sykdom øker med alder, og disse sykdomsgruppene omfatter i stor grad eldre pasienter som oftest også har flere diagnoser.

Samarbeid om utvikling av helhetlige pasientforløp for pasienter med sammensatte lidelser

En hovedutfordring for helseforetaket er å møte behovene for spesialisthelsetjenester til en aldrende befolkning med sammensatte lidelser. Dette vil kreve samordning av tjenester i tverrfaglige team på tvers av medisinske spesialiteter, sykehusavdelinger og –enheter og forvaltningsnivå.

I en framtidig spesialisthelsetjeneste bør det være et mål at tjenestene oppsøker pasienten framfor at pasienten legges inn på sykehus. Dette gjelder særlig flytting av eldre skrøpelige pasienter.²

SSHF og kommunene bør i sterkere grad allerede ved innleggelse i sykehus starte planlegging av behandling og omsorg etter utskrivning til kommunene for pasienter med behov for kommunale tjenester med sikte på å:

- sikre effektiv helhet i pasientforløp og trygge overganger mellom tjenester,

¹ Høringsuttalelse Kristiansand kommune

² Future Hospital Commission, Royal College of Physicians, UK, 2013

- oppnå best mulig behandlingsresultat,
- fremme rask gjenvinning av tidligere funksjonsnivå og
- forebygge tilbakefall og reinnleggelse i sykehus.

Ambulante spesialisthelsetjenester bør vurderes å inngå i behandlingsplanen etter behov.³

Det foreslås å iverksette et eller flere prosjekt, forankret i sykehus og nærliggende kommuneregion, for å utprøve og utvikle modeller for samordnede tjenestetilbud som sikrer effektivitet i forløpet til pasienter med sammensatte lidelser som trenger spesialisthelsetjenester.

Slike prosjekt vil kunne omfatte utvikling av tjenestetilbud, herunder arenafleksible og ambulante spesialisthelsetjenester⁴. Prosjektene vil også kunne belyse behov og muligheter for økonomiske incentivordninger, som understøtter effektivt helhetlige og samordnede pasientforløp for pasienter med sammensatte lidelser.⁵

5.Samhandling med kommunene

I plandokumentet (pkt. 2.3.2) beskriver SSHF at måloppnåelsen med OSS – arbeidet⁶ og avtaleverket er mangelfullt og svakt.

Presset på spesialisthelsetjenesten er avhengig av tilbudet i kommunehelsetjenesten, mens presset på kommunehelsetjenesten er avhengig av tilbudet sykehuset gir. Samarbeid, samordning og tilpassede finansieringsordninger er derfor en forutsetning for å kunne gi et godt helsetilbud til pasientene.

For å møte de utfordringene som er beskrevet i stortingsmelding om samhandlingsformen, lovproposisjoner og Nasjonal helse – og sykehusplan må kommunene og helseforetaket planlegge og samhandle med lang tidshorisont.

Kommunene i Østre Agder savner i Utviklingsplan 2035 en sterkere ambisjon fra SSHFs side om at kommunene og helseforetaket i fellesskap planlegger og dimensjonerer «Pasientens helsetjeneste» fram mot 2035.

En revitalisering av OSS og andre samhandlingsorgan og det lovpålagte avtaleverket er derfor nødvendige tiltak for styrke det strategiske utviklingsarbeidet. Påbegynt felles Lederutviklingsprogram mellom kommunene på Agder og SSHF er et godt eksempel på tiltak som kan styrke slikt samarbeid.

Når det gjelder den strategiske retningsendring i spesialisthelsetjenestetilbudet med overgang fra døgn- til dagbehandling og poliklinikk, fremkommer det ikke av analyser hvordan man ser dette i sammenheng med veksten i eldrebefolkning og kommunenes samlede helse – og omsorgstjenester (nye former og modeller for tjenesteyting. Dette bør synliggjøres.)

I dokumentets referanse nr. 7 side 7 fremgår det: « ...De lovpålagte samarbeidsavtalene og etablerte samarbeidsorganene mellom sykehus og kommunene må brukes i alt utviklings-/endringsarbeid som har betydning for andre parters tilbud og tjenester». Kommunene er opptatt av at SSHF i forbindelse med planarbeidet fram mot 2035 tydeligere får frem utviklingsarbeidet SSHF og kommunene på Agder har om samarbeidsstrukturer.

³ Pasientsentrert helsetjenesteteteam Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i samarbeid med Tromsø og Harstad kommune

⁴ Nasjonal helse- og sykehusplan, sidene 73 og 74

⁵ Nasjonal helse- og sykehusplan, sidene 50 og 51

⁶ OSS er det partssammensatte overordnede strategiske samarbeidsutvalg mellom SSHF og kommunene på Agder

Vi støtter beskrivelsen i kap. 4.3.2 av de punktene som er identifisert som hemmende for samhandling. Når det gjelder forbedringsområder kunne dokumentet med fordel vært tydeligere.

God kvalitet på henvisninger fra fastleger, legevaktsleger og evn andre med henvisningsrett til helseforetaket er viktig, for å sikre riktig ressursbruk av helsetjenester. Kommunene ønsker tett samarbeid med SSHF for å sikre kvaliteten på henvisninger.

Utskrivningsklare pasienter

Forbedringstiltak knyttet til samhandling om utskrivningsklare pasienter er i for liten grad omtalt i planen. *Utviklingsplanen skal beskrive forbedringstiltak knyttet til utskrivning fra sykehus for å sikre overgangen mellom tjenestenivåene.* Det vises til dokumentets referanse 7, s.7 «Tryggere utskrivning» som bl.a. peker på følgende eksempler på forbedringstiltak:

- *Utskrivningsplan – planlegging av utreise starter ved innkomst på sykehuset. Medikamentgjennomgang og legemiddelsamstemming*
- *Utreisedokumenter*
- *Utskrivningssamtale - alle pasienter skal ha en planlagt og systematisk utskrivningssamtale før utreise og avtales på forhånd slik at pasient og pårørende gis anledning til å forberede spørsmål og pårørende gis mulighet til å delta*
- *Sjekkliste for utreise - sjekklisten skal inneholde alle viktige områder ved utskrivning, og sikre overgangen mellom tjenestenivåene.*

Ved behandling og omsorg av pasienter ved livets slutt er det viktig at pasient og pårørende blir involvert tidlig slik at samspillet mellom leger og pårørende gir grunnlag for samvalg. Samvalg er ikke mindre viktig ved vurderinger om forflytning av pasienten mellom sykehusavdelinger eller mellom nivåene.

6.Sykehusstruktur på Sørlandet - to store akuttisykehus og et akuttisykehus

Kommunene i Østre Agder støtter plandokumentets valgte løsning for sykehusstruktur på Sørlandet i planperioden:

- 3 somatiske sykehus i helseforetaket; store akuttisykehus i Arendal og Kristiansand og akuttisykehus i Flekkefjord, i henhold til definisjoner i NHSP
- Delregionale senterfunksjoner med bl.a. PCI – senter, robotassistert kirurgi ved prostatakreft i Arendal samt føde – og barneavdeling i Arendal (sengepost og poliklinikk).

En forutsetning for at valgt struktur gir et trygt akutttilbud for innbyggerne i Østre Agder er at SSHF videreutvikler sykehuset i Arendal som et stort akuttisykehus med et bredt spekter av spesialisthelsetjenester innen diagnostikk og behandling. Spesielt må tilbudet innenfor intensiv behandling og overvåking videreutvikles på alle fagområder, for å sikre at det høyspesialiserte tilbudet ved PCI – senteret ved sykehuset i Arendal opprettholdes som et regionalt behandlingstilbud.

Sykehuset i Arendal er også viktig som kompetansearbeidsplass og samfunnsinstitusjon. Arbeidsplassene gir ringvirkninger for næringslivet. Helsepersonellet ved sykehuset styrker det helsefaglige kompetansemiljøet, som igjen kan gi synergier med UiA og andre akademiske fagmiljøer.

7.Forskning og innovasjon

For å fremme at Agder skal være en forsknings – og kunnskapsintensiv region støtter kommunene opp om planens målsetting om at SSHF fortsatt skal være det mest forskningsaktive sykehuset utenfor universitetsmiljøene i Norge.

Kommunene understøtter også planens ambisjon om økt forskningsinnsats på geriatri, innvandring/migrasjonshelse og e-helse. Kommunene viser også planens utdyping av behov for inngående samarbeid innen innovasjon, kvalitetssikring og forskning mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Et viktig tiltak i samarbeidet på dette feltet er å utvikle gode digitaliserte systemer for data som kan inngå i kvalitetsregistre, og som kan bidra til klinisk beslutningsstøtte.

Sykehuset oppfordres til å beskrive egen forskningsaktivitet i en større bredde. Forskningsaktiviteten i klinikk for psykisk helse er svært lite omtalt. Særlig ABUP har omfattende forskningsaktivitet, men oppleves ikke integrert i SSHFs sentrale forskningsenhet.

I punkt 6.6 fremgår det som et strategisk mål at en ønsker å øke samhandlingsforskning⁷ i et mellom UiA, SSHF og kommunene. Dette støttes.

8. Universitetssykehus

Kommunen på Agder støtter opp om påbegynt utredningsarbeid om å bli universitetssykehus. Kommunene har merket seg at status som Universitetssykehus kan ha betydning for rekruttering av fagpersoner, herunder også allmennleger, og opprettholdelse samt etablering av kliniske oppgaver ved SSHF. Allerede i dag er det rekrutteringsutfordringer, og 46 % av alle leger som i dag ansettes i helseforetaket har tatt den medisinske utdanningen i utlandet.

Et av planens strategiske mål for 2018 – 2020 er økt satsing på samhandlingsforskning mellom UiA, SSHF og kommunene.

Utredningsarbeidet må belyse hvorvidt og evt hvordan målet om å bli universitetssykehus vil påvirke sykehusstruktur og samarbeid med kommunehelsetjenesten.

9. Akuttmedisinske kjede

9.1 Kapasitet på akutt- og intensivtilbudet ved sykehuset i Kristiansand

Kommunene har med bekymring merket seg at kapasiteten ved akutt – og intensivavdelingen ved sykehuset i Kristiansand (SSK) er presset, og at uhensiktsmessige arbeidsforhold innebærer en betydelig økt pasientrisiko. Arbeidet med å få investeringsmidler til nytt akutt- og intensivbygg ved sykehuset i Kristiansand må gis høy prioritet, da det potensielt kan være avgjørende for pasientsikkerheten for alle innbyggere på Sørlandet. Oppgradering av nåværende lokaliteter for akutt – og intensivavdelingen ved sykehuset i Arendal må også inngå investeringsplanene til SSHF. Kapasitetsproblemer i akutt – og intensivtilbudet ved sykehuset i Kristiansand vil kunne føre til uforsvarlig press på akutt – og intensivtilbudet ved sykehuset i Arendal.

9.2 Samhandling i den akuttmedisinske kjede

I U235 kap. 2.2.4 «Prehospitale tjenester» vises det til egen rapport for «Akuttmedisinske kjede på Agder» i forbindelse med forrige strategiplanperiode 2015 – 2017. I rapporten pekes det på bl.a utfordringer knyttet til ledelse og strategi.

I NOU 2015: 17 «Først og fremst - Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus», fremhever Akuttutvalget betydningen av samhandlingsavtalene som verktøy for styrket samhandling.

⁷ " Samhandlingsforskning er forskning der en i et pasientforløpsperspektiv skal etablere ny kunnskap om hvordan organisatoriske, kulturelle, økonomiske, teknologiske og kompetansemessige suksesskriterier og barrierer i tjenesten(e) virker for å understøtte samhandlingsreformens målsettinger".

I denne forbindelse viser Østre Agder til pågående planlegging av ny legevakt og KØH - enhet lokalisert sykehusnært.

Både samhandlingsavtalene og pågående planarbeid med ny legevakt/KØH – enhet er godt forankret på ledernivå hos begge parter, og er viktig for å styrke det videre samarbeid om den akuttmedisinske kjede.