



Møteinnkalling
Eldrerådet

Møtested: Fredrikstad rådhus, Nygaardsgt. 16, møterom Gutzeit, 4. etg.
Tidspunkt: 06.10.2026 kl. 10:00

Eventuelle forfall meldes snarest til Marit Hexeberg, telefon 913 014 30,
e-post: mahe@fredrikstad.kommune.no
Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

Dersom du ønsker å få vurdert din habilitet, send nødvendig informasjon til leder Per Edvardsen e-post: per-edva@online.no, med kopi til møtesekretær; mahe@fredrikstad.kommune.no

Fredrikstad 29.9.2026

Per Edvardsen
leder

Saksliste

Saksnr.	Innhold	SIDE
OS 24/26	Orientering/informasjon fra leder, medlemmer og administrasjonen	
OS 25/26	Muntlig orientering: status fra Seniorombudet ved Barbro Wærnes (kl. 10:15 - 10:30)	
OS 26/26	Muntlig orientering; Forslag til ny samfunnsplan ved samfunnsplanlegger Hege Marie Edvardsen (10:30 - 11:00)	
OS 27/26	Muntlig orientering/visning av nettsiden SenioriFredrikstad ved kommunikasjonsrådgiver Nina Bjerke (kl. 11:00 - 11:15)	
OS 28/26	Status for Storbykonferansen 26. og 27. mai 2027 i Fredrikstad. Arrangør Eldrerådet	
PS 18/26	Referatsaker	
RS 6/26	Til kommunens eldreråd – trygghetsalarm og egenbetaling	4
RS 7/26	Fra Helse- og omsorgsdepartementet: Fra i dag 28.09.2026 kan du søke tilskudd for aldersvennlig oppgradering av egen bolig - regjeringen.no	7
PS 19/26	Kommuneplanens samfunnsdel 2026 - 2038	10
PS 20/26	Høring - Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst	124
PS 21/26	2. tertialrapport 2026 for Fredrikstad kommune (saken ettersendes)	

OS 24/26 Orientering/informasjon fra leder, medlemmer og administrasjonen
OS 25/26 Muntlig orientering: status fra Seniorombudet ved Barbro Wærnes (kl. 10:15 - 10:30)
OS 26/26 Muntlig orientering; Forslag til ny samfunnsplan ved samfunnsplanlegger Hege Marie Edvardsen (10:30 - 11:00)
OS 27/26 Muntlig orientering/visning av nettsiden SenioriFredrikstad ved kommunikasjonsrådgiver Nina Bjerke (kl. 11:00 - 11:15)
OS 28/26 Status for Storbykonferansen 26. og 27. mai 2027 i Fredrikstad. Arrangør Eldrerådet
PS 18/26 Referatsaker

Fra: trygghetsalarm[trygghetsalarm@pensjonistforbundet.no]
Sendt: 10.09.2026 09:28:01
Til: Agnes Gelting[agnes.gelting@pensjonistforbundet.no]
Tittel: Til kommunens eldreråd – trygghetsalarm og egenbetaling

Hei,

Vedlagt følger et brev fra Pensjonistforbundet om kommunens praksis for tildeling av og egenbetaling for trygghetsalarm.

Vi ber kommuneadministrasjonen om å videresende brevet til kommunens eldreråd.

Det er ikke nødvendig å sende mottaksbekreftelse.

Vennlig hilsen

Agnes Gelting

Politisk rådgiver | Pensjonistforbundet
+47 48260883





Til eldrerådet

10.09.26

Oppfordring til eldrerådet om å følge opp kommunens praksis for trygghetsalarm

Det er den siste tiden avdekket betydelige forskjeller i kommunenes praksis for egenbetaling for trygghetsalarm. Medieoppslag og enkeltsaker har vist at flere kommuner krever betaling fra alle som mottar trygghetsalarm, uten at det nødvendigvis er foretatt en konkret vurdering av hvilket behov alarmen skal dekke.

Kommunene må ha hjemmel i lov eller forskrift for å kreve egenandel for helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2. Trygghetsalarm og annen velferdsteknologi skal være gratis når tiltaket erstatter tjenester som det ikke kan kreves egenandel for. Dette gjelder blant annet helsetjenester i hjemmet, avlastning, nødvendig tilsyn og trygghet samt hjelp til personlig stell og egenomsorg. Det avgjørende er hvilket behov trygghetsalarmen skal dekke for den enkelte. Kommunen må derfor foreta en konkret og individuell vurdering. Det er ikke tilstrekkelig å kategorisere trygghetsalarm som et generelt servicetilbud og kreve betaling fra alle mottakere.

Tidligere i sommer sendte Statsforvalteren i [Møre og Romsdal](#) ut et brev til samtlige kommuner i fylket der regelverket for egenbetaling for trygghetsalarmer ble presisert. I etterkant har flere kommuner, blant andre Molde, Hustadvika og Kristiansund, stanset faktureringen og opplyst at regelverket ikke hadde vært tolket eller praktisert riktig. Volda har varslet en gjennomgang av tidligere vedtak om egenbetaling.

Også Statsforvalteren i [Rogaland](#) har veiledet kommunene om regelverket, først i 2021 og på nytt i 2025. Statsforvalteren i [Agder](#) publiserte en tilsvarende presisering i 2025, etter at Pasient- og brukerombudet hadde oppfordret kommunene til å gjennomgå praksisen.

Bergen kommune meldte til en bruker at trygghetsalarmer tildeles som en kommunal ytelse og ikke som en helse- og omsorgstjenester. At alle som søker trygghetsalarm og får dette innvilget, må betale en egenandel. Dette begrunnes med å hindre forskjellsbehandling. Slik vi leser den tilbakemeldingen gjøres det ikke en individuell vurdering av tildelingen og kan da ses på som et brudd på regelverket.

Sakene viser at kommunal praksis kan være basert på en uriktig eller mangelfull forståelse av regelverket. Pensjonistforbundet har derfor bedt statsforvalterne føre tilsyn med kommunenes praksis for tildeling og egenbetaling, følge opp eventuelle lovbrudd og veilede kommunene om regelverket. Vi har også bedt statsforvalterne om å oppfordre kommuner med feil praksis til å gjennomgå tidligere vedtak og tilbakebetale egenandeler som er krevd inn uten hjemmel.



Dette ber vi eldrerådet om

Pensjonistforbundet mener det er viktig at denne saken løftes lokalt. Kommunenes praksis kan variere, og eldrerådene kan bidra til å få fram hvordan regelverket praktiseres i egen kommune. Vi oppfordrer derfor eldrerådet til å sette kommunens praksis for tildeling av og egenbetaling for trygghetsalarm på dagsorden.

Som del av arbeidet kan eldrerådet be kommunen redegjøre for:

- hvordan søknader om trygghetsalarm vurderes
- om det foretas en konkret og individuell vurdering av hvilket behov alarmen skal dekke
- i hvilke tilfeller kommunen krever egenbetaling, og i hvilke tilfeller trygghetsalarm gis uten egenandel
- om kommunen har gjennomgått sin praksis i lys av regelverket, og om det er behov for å gjennomgå tidligere vedtak
- om det fremgår riktig informasjon på kommunens hjemmeside og dialog med innbyggerne knyttet til trygghetsalarmer

Formålet er å bidra til at kommunens praksis er i tråd med regelverket, og at innbyggere ikke betaler for trygghetsalarm i tilfeller der det ikke er adgang til å kreve egenandel.

Dette er først og fremst en oppfordring til lokal oppfølging. Eldrerådet trenger derfor ikke rapportere tilbake til Pensjonistforbundet.

For mer informasjon, ta kontakt med politisk rådgiver i Pensjonistforbundet, Agnes Gelting på agnes.gelting@pensjonistforbundet.no.

Vennlig hilsen

Pensjonistforbundet

Erna Ansnes
forbundsleder

Merete J. Orholm
leder fag og politikk



Fra i dag kan du søke tilskudd for aldersvennlig oppgradering av egen bolig

Nyhet | Dato: 21.09.2026 | [Helse- og omsorgsdepartementet](#)

(<http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>), [Kommunal- og distriktsdepartementet](#)

(<http://www.regjeringen.no/no/dep/kdd/id504/>)

Fra og med mandag 21. september kan privatpersoner søke om penger til å gjøre egen bolig mer aldersvennlig. Målet er at flere skal få muligheten til å bo trygt hjemme lenger.

– [Trygghet for helse](#) (<http://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/noverande/regjeringens-plan-for-norge/trygghet-for-helse/id3142831/>) handler om at flere skal kunne leve godt i eget hjem og være sjef i eget liv. Fellesskapet stiller opp med støtte, slik at flere eldre får muligheten til å oppgradere egen bolig, og folk kan nå få inntil 75 000 kroner i tilskudd for å tilpasse boligen sin, sier helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre.

Tilskuddet er en helt ny satsning og inngår i regjeringens Eldreløfte. Det er satt av 89 millioner kroner til ordningen i 2026, og søknadsportalen åpner mandag 21. september.

– Dette er bra for den enkelte, som kan få en tryggere og enklere hverdag hjemme. Eldre vet som oftest selv best hva som er de mest effektive oppgraderingene av sin egen bolig, men tilskuddet kan for eksempel brukes til å bygge om på badet, lage trinnfri inngang til boligen og andre oppgraderinger som gjør boligen tryggere, sier Vestre.

Tilskuddsordningen bidrar også til å øke andelen aldersvennlige boliger på markedet.

– Regjeringen vil at flere skal ha en bolig som passer deres livssituasjon. Derfor har vi satt oss et mål om å sette i gang bygging av 130 000 nye boliger innen 2030. Det skal også bli lettere å bli boende hjemme lenger når man blir eldre. Husbanken er viktig i dette arbeidet og skal bidra til at flere kan bo godt gjennom hele livet, sier kommunal- og distriktsminister Bjørnar Skjæran.

Tilskuddet er rettet mot søkere som er 62 år og over. Søknader vil bli prioritert etter søkers inntekt inntil årets tilskuddsramme er disponert. Det er Husbanken som forvalter ordningen.

Frist for å søke på ordningen i 2026 er 30. oktober.

➤ **Nytt tilskudd til aldersvennlig oppgradering av bolig (husbanken.no)**

(<https://husbanken.no/person/tilskudd-til-oppgradering-av-bolig/>)

TEMA

Boligpolitikk

Kommunale helse- og omsorgstjenester

RELATERT

➤ **Trygghet for helse** (<http://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/noverande/regjeringens-plan-for-norge/trygghet-for-helse/id3142831/>)

➤ **Nytt tilskudd til aldersvennlig oppgradering av egen bolig (husbanken.no)**
(<https://husbanken.no/person/tilskudd-til-oppgradering-av-bolig/>)

HAR HATT HØRING

> **Høring - tilskudd til aldersvennlig oppgradering av egen bolig**

(<http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-tilskudd-til-aldersvennlig-oppgradering-av-egen-bolig/id3167038/>)



Regjeringen.no

Ansvarlig for Helse- og omsorgsdepartementets sider:

Ansvarlig redaktør: Susanne Moen Stephansen

Nettredaktør: Daniel Drageset

Telefon: 22 24 90 90

E-post: postmottak@hod.dep.no

Personvernerklæring for HOD

Organisasjonsnummer: 983887406



Saksnr.: 2025/19854
Dokumentnr.: 42
Løpenr.: 293583/2026
Klassering: L12

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Fredrikstad ungdomsråd	05.10.2026	20/26
Råd for personer med funksjonsnedsettelse	06.10.2026	20/26
Eldrerådet	06.10.2026	19/26
Helseutvalget	07.10.2026	29/26
Samfunnsutvalget	07.10.2026	31/26
Teknisk utvalg	07.10.2026	31/26
Oppvekstutvalget	07.10.2026	23/26
Planutvalget	08.10.2026	
Formannskapet	15.10.2026	
Bystyret	22.10.2026	

Kommuneplanens samfunnsdel 2026 - 2038

Kommunedirektørens innstilling

Kommunedirektøren anbefaler formannskapet å gi følgende innstilling til bystyret:

1. Forslag til kommuneplanens samfunnsdel 2026–2038 legges ut til offentlig ettersyn og sendes ut på høring med en frist på 6 uker.

Sammendrag

Råd og utvalg *uttaler* seg i saken.

Kommuneplanens samfunnsdel er Fredrikstads overordnede plan for samfunnsutviklingen fram mot 2038. Planforslaget beskriver de viktigste utfordringene Fredrikstadsamfunnet står overfor, og hvilke mål det skal arbeides mot de neste tolv årene.

Ny kommuneplan for perioden 2026–2038 vil erstatte gjeldende den gjeldende kommuneplanens samfunnsdel (2018–2030).

Forslaget bygger på vedtatt planprogram, kommunens kunnskapsgrunnlag og medvirkning fra innbyggere, organisasjoner, næringsliv og offentlige aktører. Planarbeidet har identifisert sentrale samfunnsflokke knyttet til blant annet befolkningsutvikling, arbeidskraft, utenforskap, økonomisk bærekraft, klima og arealbruk. På bakgrunn av disse er det formulert nye mål for ønsket samfunnsutvikling. Arealstrategien viser hvordan overordnet arealbruk kan bidra til å nå målene.

Planforslaget løfter fram samfunnssikkerhet og beredskap i tillegg til regionalt samarbeid som gjennomgående temaer. Samtidig legger planen vekt på at flere av utfordringene fordrer langsiktig samarbeid og felles innsats. Dette gjenspeiles i forslaget til ny visjon: «Sammen løfter vi Fredrikstad».

Kommuneplanens samfunnsdel med arealstrategi skal være retningsgivende for kommunens planlegging, prioriteringer og utvikling fram mot 2038.

Kommunedirektøren vurderer at planforslaget gir en tydelig retning for ønsket samfunnsutvikling og et godt grunnlag for langsiktige prioriteringer og samarbeid for å kunne nå felles mål innenfor sosialt, økonomisk og miljømessig bærekraftige rammer.

Vedlegg

- 1 Forslag til kommuneplanens samfunnsdel 2026 -2038 med arealstrategi
- 2 Samlede innspill til ny samfunnsdel
- 3 Kunnskapsgrunnlag
- 4 Planprogram for kommuneplanens samfunnsdel 2026-2038

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Kommuneplanens samfunnsdel 2018–2030

Saksopplysninger

Råd og utvalg uttaler seg i saken.

Planstrategien, vedtatt i juni 2024 (PS125/24), slo fast at kommuneplanens samfunnsdel med arealstrategi skal rulleres i perioden. Planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel 2026–2038 ble vedtatt av bystyret i desember 2025 (PS222/25).

Medvirkning

Det er gjennomført medvirkning gjennom alle kommunens råd og utvalg, nettside og QR-koder, aktiviteter «der folk er», åpent møte og åpent digitalt møte, samt fysisk postkasse.

Kommuneplanens samfunnsdel

Kommuneplanens samfunnsdel er den overordnede planen for all planlegging i Fredrikstad kommune. Samfunnsplanen med arealstrategi er ikke juridisk bindende, men legger føringer for alle andre planer i kommunen. Den skal vise ønsket retning for samfunnsutviklingen, og sette langsiktige utviklingsmål for Fredrikstadsamfunnet. Kommuneplanen har en tidshorisont på minimum 12 år. Ny kommuneplan for perioden 2026-2038 vil erstatte den gjeldende kommuneplanens samfunnsdel (2018–2030).

Evalueringen av gjeldende kommuneplan for 2018 – 2030 viste behov for å oppdatere utfordringsbildet og etablere en mer strukturert og etterprøvbart målstruktur som lettere kan integreres i kommunens styringssystem.

Kommuneplanens samfunnsdel setter mål for Fredrikstadsamfunnet fram mot 2038. Planen følges opp gjennom kommunens plan- og styringssystem. Kommunens fireårige økonomiplan, med årlig budsjett, er definert som kommuneplanens handlingsdel. Handlingsdelen viser prioriteringene på kort sikt.

Planforslaget er utarbeidet med utgangspunkt i vedtatt planprogram, kommunens kunnskapsgrunnlag og innspill fra innbyggere og samfunnsaktører.

Arbeidet er kunnskapsbasert. Utgangspunktet er kommunens største utfordringer, som er samlet i samfunnsflokke. På bakgrunn av samfunnsflokene er det formulert mål for ønsket samfunnsutvikling fram mot 2038.

Planforslaget bygger videre på de etablerte innsatsområdene «Å leve», «Å skape» og «Å møte fremtiden». Disse er koblet til de overordnede bærekraftsområdene.

Visjonen som foreslås i planforslaget er «Sammen løfter vi Fredrikstad til et bedre sted å leve, å skape og å møte fremtiden»

Tabellen under viser sammenhengen mellom innsatsområder og målene i planen.

Innsatsområde	Mål
Sosial Bærekraft: Å leve	Barna først
	Fredrikstad prioriterer barn og unges oppvekstvilkår. Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn. Alle barn skal ha like muligheter til deltakelse, utvikling og mestring, uavhengig av funksjonsevne. Flere barn og unge vokser opp med trygge rammer og opplever mestring, tilhørighet og god livskvalitet – uavhengig av sosial bakgrunn. Barn og unge med sammensatte og omfattende behov får tidlig, koordinert og helhetlig oppfølging. Forskjeller i oppvekstvilkår er redusert. Flere gjennomfører utdanning, bor trygt og deltar i fritids- og kulturaktiviteter. Færre barn vokser opp i vedvarende lavinntekt eller utenforskap.
	Helsefremmende og inkluderende samfunn
	Innbyggerne har gode forutsetninger for å mestre hverdagen og tar ansvar for egen helse og livskvalitet gjennom hele livsløpet. Flere deltar i samfunnet gjennom arbeid og utdanning, kultur- og fritidsliv, og færre står varig utenfor. Sosiale forskjeller i helse, livskvalitet og deltakelse reduseres, og universell utforming sikrer like muligheter uavhengig av økonomi, bakgrunn eller funksjonsevne.

Innsatsområde	Mål
Økonomisk Bærekraft: Å skape	Høy sysselsetting og varig tilknytning til arbeidslivet
	Fredrikstad har høy sysselsetting og flere deltar i arbeid gjennom hele yrkeslivet. Arbeidslivet er inkluderende, og flere går fra utenforskap til arbeid, utdanning eller arbeidsrettet aktivitet.
	Omstillingsdyktig næringsliv og økt verdiskaping
	Fredrikstad legger til rette for et konkurransedyktig, innovativt og omstillingsdyktig næringsliv som skaper verdier, arbeidsplasser og bidrar til lavutslippssamfunnet. Kommunen og regionen er attraktive for etablering, investeringer og kompetanse
	Bærekraftig kommuneøkonomi
	Fredrikstad har en bærekraftig kommuneøkonomi som gir handlingsrom for gode og forsvarlige tjenester, nødvendige investeringer og langsiktige og ansvarlige prioriteringer. Gjennom felles innsats mellom kommune, innbyggere, næringsliv og frivillighet møter Fredrikstadsamfunnet demografiske endringer, press på tjenester og behovet for forebygging og omstilling. Innbyggerne bruker i større grad egne ressurser og tar ansvar for eget liv. Frivilligheten og lokalsamfunnene spiller en viktig rolle ved å skape fellesskap og støtte.

Innsatsområde	Mål
---------------	-----

Miljømessig Bærekraft: A møte fremtiden	Redusere globale klimaendringer
	Bruken av fossil energi er kraftig redusert gjennom utslippsfri og effektiv energibruk, økt lokal energiproduksjon, styrket energiinfrastruktur og arealplanlegging. Fredrikstad bidrar til målet om netto null-utslipp. Klimagassutslippene reduseres betydelig, samtidig som resterende utslipp kompenseres gjennom karbonfangst og –lagring, både ved industrielle løsninger og gjennom opptak i natur. Sirkulære og ressursbesparende løsninger bidrar til omstilling til lavutslippssamfunnet.
	Bevare og styrke naturmangfold og jordvern
	Viktige naturtyper og leveområder bevares, og sammenhengende naturområder opprettholdes. Svekkede naturverdier restaureres. Fredrikstad sikrer og bevarer dyrket og dyrkbar mark.

Arealstrategien

Arealstrategien beskriver hvordan kommuneplanens arealdel skal bidra til å ivareta samfunnssikkerhet og beredskap, samt å nå de syv hovedmålene i samfunnsdelen. Arealstrategien peker ut hensyn og prinsipper som skal legges til grunn i videre planlegging, og gir retning for framtidig arbeid med kommuneplanens arealdel.

Oppfølging av arealstrategien skal skje på alle plannivåer, det vil si i kommuneplanens arealdel, områdereguleringer og detaljreguleringer.

Samfunnssikkerhet og beredskap

Arealutviklingen skal bidra til et trygt samfunn gjennom bevisst arealbruk, klimatilpasning og sikring av kritisk infrastruktur. Dette ivaretas ved å styre utbygging bort fra risikoutsatte områder og innarbeide oppdatert kunnskap om naturfare og klimaendringer. Planlegging av arealbruk og kritisk infrastruktur gjøres i samarbeid med nabokommuner og regionale myndigheter.

Barna først

Barn og unges oppvekstvilkår skal prioriteres i arealplanleggingen. Dette ivaretas ved å legge til rette for barn og unges medvirkning i planprosesser. Videre må arealer til barnehager, skoler, leke- og aktivitetsområder, samt trygge og sammenhengende forbindelser i nærmiljøet sikres

Helsefremmende og inkluderende samfunn

Arealutviklingen skal fremme helse, inkludering og deltakelse gjennom gode bomiljøer, møteplasser og tilgang til tjenester og natur. Dette ivaretas ved å legge til rette for et variert boligtilbud, aktive transportformer, grønne områder og universelt utformede møteplasser.

Høy sysselsetting og varig tilknytning til arbeidslivet

Fredrikstad skal ha tilstrekkelige og attraktive arealer for næringsutvikling og arbeidsplasser. Dette ivaretas ved å sikre og videreutvikle næringsarealer og lokalisere virksomheter etter ABC-prinsippet.

Omstillingsdyktig næringsliv og økt verdiskaping

Fredrikstad skal legge til rette for et konkurransedyktig og bærekraftig næringsliv som bidrar til verdiskaping og klimaomstilling. Dette ivaretas ved å legge til rette for sirkulære løsninger og samordne areal- og næringsutvikling regionalt.

Bærekraftig kommuneøkonomi

Arealutviklingen skal bidra til attraktivitet, effektiv ressursbruk og en bærekraftig kommunal økonomi. Dette ivaretas gjennom fortetting med kvalitet og transformasjon i prioriterte områder og effektiv utnyttelse av infrastruktur.

Redusere globale klimaendringer

Klima- og energihensyn skal være premissgivende for arealutviklingen. Dette ivaretas gjennom arealbruk som reduserer transportbehov, legger til rette for fornybar energi og fremmer sirkulære og klimavennlige løsninger.

Bevare og styrke naturmangfold og jordvern

Naturmangfold, økosystemer og jordressurser skal ligge til grunn for arealutviklingen. Dette ivaretas ved å unngå nedbygging av verdifulle natur- og landbruksområder og sikre sammenhengende grønne og blå strukturer.

Strategisk illustrasjonskart

Illustrasjonskartet viser eksisterende og framtidige næringsarealer. Videre viser det byområdet og et nytt bestemmelsesområde på Sellebakk. Kartet viser også markaområdene og arealer med inngrepsfri natur.

Relevante bestemmelser

Plan- og bygningsloven § 1 – 1

Plan- og bygningsloven § 11 – 14.

Konsekvenser for sosial bærekraft

Samfunnsplanen skal bidra til å styrke Fredrikstadsamfunnets sosiale bærekraft, fram mot 2038. Sosial bærekraft kobles til planens innsatsområde «Å leve».

Konsekvenser for økonomisk bærekraft

a) Økonomiske konsekvenser – drifts- og investeringsbudsjett

Målene i samfunnsdelen skal være førende for all annen planlegging i kommunen, og være førende gjennom styringssystemet.

b) Samfunnsmessige konsekvenser

Samfunnsplanen skal bidra til en mer bærekraftig kommuneøkonomi og økonomisk bærekraft for hele Fredrikstadsamfunnet.

Økonomisk bærekraft kobles til planens innsatsområde «Å skape».

Konsekvenser for miljømessig bærekraft

Samfunnsplanen skal styrke den miljømessige bærekraften i Fredrikstad. Det kobles til innsatsområdet: «Å møte framtiden».

Ansattes medbestemmelse

Planforslaget er utarbeidet av kommuneplangruppen, med representanter for alle kommuneområder.

Vurdert for uttalelser i rådene

Kommuneplanens samfunnsdel angår alle, og skal gjennom samtlige råd og utvalg på vei til bystyret.

Vurdering

Forslag til ny kommuneplan setter nye mål for Fredrikstadsamfunnet. Målene er godt forankret i kunnskap og svarer på de samfunnsflokene planarbeidet har avdekket. Forslaget til arealstrategi viser hvordan arealbruk skal bidra til å nå målene.

Samfunnsflokene er sammensatte utfordringer som må møtes fra flere sider, samtidig og over tid. Planforslaget beskriver de viktigste utfordringene Fredrikstadsamfunnet står overfor fram mot 2038. Utfordringene kan ikke løses av kommunen alene, men krever innsats og samarbeid mellom innbyggere, frivillighet, næringsliv og offentlige aktører, både innenfor og utenfor kommunegrensene.

På denne bakgrunn har planforslaget også to gjennomgående temaer: samfunnssikkerhet og beredskap samt regionalt samarbeid. Dette er perspektiver som berører alle innsatsområdene i planen og som vil være viktige for samfunnsutviklingen i årene framover.

Det er videre utarbeidet forslag til nye mål innenfor innsatsområdene «Å leve», «Å skape» og «Å møte framtiden» i Fredrikstad. Innsatsområdene er direkte koblet til de overordnede bærekraftsområdene,

Målene henger godt sammen med den foreslåtte visjonen: *«Sammen løfter vi Fredrikstad til et bedre sted å leve, å skape og å møte framtiden.»* Visjonen understreker at utviklingen av Fredrikstadsamfunnet er et felles ansvar, og at flere av målene forutsetter bidrag fra mange aktører og virkemidler som ligger utenfor kommunens direkte kontroll.

Arealstrategien er knyttet direkte opp mot hovedmålene i samfunnsdelen og understøtter disse på en god måte.

Sellebakk foreslås som nytt bestemmelsesområde. På østsiden av Glomma planlegges det samlet sett for 3 – 4000 boenheter. Sellebakk har et godt kollektivtilbud og en sentral plassering på østsiden. Det bør derfor legges til rette for en utvikling av Sellebakk som setter stedet i stand til å betjene et økende antall innbyggere i nærområdet.

Kommunedirektøren vurderer at planforslaget beskriver de viktigste samfunnsflokene Fredrikstad står overfor, og at de foreslåtte målene gir en tydelig retning for utviklingen av Fredrikstadsamfunnet fram mot 2038. Planen gir et godt grunnlag for langsiktige prioriteringer og for et bredt samarbeid om å møte utfordringene innenfor bærekraftige rammer.

Alternative løsninger

Planen legges ikke ut til offentlig ettersyn og sendes heller ikke ut på høring.

Konklusjon

Kommunedirektøren anbefaler at forslag til kommuneplanens samfunnsdel 2026–2038 legges ut til offentlig ettersyn og sendes på ut høring med en frist på 6 uker.

Forslag til
**Kommuneplanens
samfunnsdel** 2026–2038



Innhold

Sammen løfter vi Fredrikstad

Slik leser du planen

Noen fakta om Fredrikstad

Innspill til planarbeidet

Samfunnsflokke i Fredrikstad

Bærekraftig utvikling

Samfunnsikkerhet og beredskap

Regionalt samarbeid

Å leve i Fredrikstad

Å skape i Fredrikstad

Å møte framtiden i Fredrikstad

Kommuneplanens rolle i plansystemet

Arealstrategi

Samfunnssikkerhet og beredskap

Barna først

Helsefremmende og inkluderende samfunn

Høy sysselsetting og varig tilknytning til arbeidslivet

Omstillingsdyktig næringsliv og økt verdiskaping

Bærekraftig kommuneøkonomi

Redusere globale klimaendringer

Bevare og styrke naturmangfold og jordvern

Illustrasjon av eksisterende og framtidige næringsarealer

Ordliste





Sammen løfter vi Fredrikstad

Kommuneplanens samfunnsdel er hele Fredrikstadsamfunnets plan for utviklingen fram mot 2038. Her setter vi langsiktige mål for hvordan vi ønsker at Fredrikstad skal utvikle seg. Det handler om hvordan det er å leve her, hvordan vi skaper verdier og muligheter, og hvordan vi sammen møter framtiden.

Målene må vi bygge videre på alt det gode vi har i dag. Fredrikstad har mange kvaliteter: Vi har «nærhet til alt»: Til skjærgård og marka, unike naturkvaliteter, elva og Glommastien, Gamlebyen og flere store nye utviklingsområder. Vi har et variert næringsliv, en sentral beliggenhet og er tett knyttet til utviklingen i Nedre Glomma og Østfold.

Kultur- og organisasjonslivet står sterkt i Fredrikstad, og vi har mange gode boområder, både i bysentrum og i lokalsamfunnene.

Samtidig står Fredrikstad overfor viktige valg om hvordan vi skal utvikle kommunen i årene framover. Fredrikstad har lange tradisjoner for å arbeide med bærekraft, og det er også rammen for samfunnsplanen. Vi må utvikle samfunnet slik at vi ivaretar både mennesker, miljø og økonomi – og finner gode løsninger der disse hensynene møtes.

Det blir flere eldre, samtidig som antall barn og unge holder seg relativt stabilt. Forskjellene mellom folk øker, og flere barn, unge og voksne opplever å stå utenfor fellesskapet. Klima- og naturutfordringene krever nye løsninger, og behovet for kompetanse, omstilling og inkludering i arbeids- og samfunnslivet er stort.

Dette er komplekse og sammensatte utfordringer som ikke kan løses av kommunen alene. De krever samarbeid mellom innbyggere, frivillighet, næringsliv og offentlige aktører – og på tvers av fagområder og kommunegrenser. Skal vi lykkes, må vi løfte i fellesskap.

Sammen løfter vi Fredrikstad ved å støtte hver innbygger i å ta ansvar for eget liv, egenmestring og utvikling. Vi løfter også Fredrikstad ved å være det gode laget rundt barn og unge i oppveksten. Sammen skal vi gi barn og unge ferdigheter og kompetanse slik at de gjennomfører videregående skole og får gode forutsetninger for å lykkes i voksenlivet. Gjennom samarbeid og innovasjon skal vi utvikle helsetjenester som møter framtidens behov.

Samfunnsplanen peker ut retningen for utviklingen av Fredrikstad, og legger rammene for de valgene vi som samfunn tar videre: Kommune, sivilsamfunn, næringsliv og organisasjoner. Derfor har vi også mål som ikke kommunen alene har virkemidler for å nå.

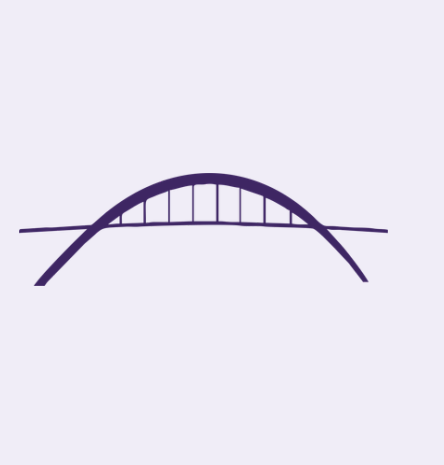
Det er dette vi mener når vi sier:

Sammen løfter vi Fredrikstad.



Foto: Fredrikstad kommune





Slik leser du planen

Om planen

Kommuneplanen består av en samfunnsdel og en arealdel. Dette er samfunnsdelen.

Kommuneplanens samfunnsdel er Fredrikstads overordnede plan for samfunnsutviklingen fram mot 2038. Planen beskriver utfordringene Fredrikstadsamfunnet står overfor og målene for den ønskede utviklingen de neste tolv årene.

Planen er ikke juridisk bindende, men skal gi retning for kommunens planlegging og prioriteringer. Den skal også være et felles grunnlag for samarbeid mellom kommunen, innbyggere, næringsliv, frivillighet og andre samfunnsaktører.

Slik er planen bygget opp

Planen er utarbeidet med utgangspunkt i vedtatt planprogram, kommunens kunnskapsgrunnlag og innspill fra innbyggere og samfunnsaktører. Innledningen beskriver planens utgangspunkt og hva vi legger i visjonen «Sammen løfter vi Fredrikstad».

Deretter presenteres fakta om Fredrikstad i dag og innspillene som har kommet fra innbyggere, organisasjoner og andre samfunnsaktører. På bakgrunn av dette beskrives de viktigste samfunnsflokene i Fredrikstad.

Samfunnsflokene viser utfordringer og dilemmaer som henger sammen og påvirker hverandre. De skal bidra til en felles forståelse av hva Fredrikstadsamfunnet må håndtere framover, men inneholder ikke egne mål eller løsninger.

Videre beskriver planen hva bærekraftig utvikling betyr i Fredrikstad. Deretter følger målene for ønsket samfunnsutvikling fram mot 2038, fordelt på innsatsområdene Å leve, Å skape og Å møte framtiden. Samfunnssikkerhet og beredskap og regionalt samarbeid er to gjennomgående hensyn som skal legges til grunn i arbeidet med å nå målene.

Kapitlet Fra retning til valg beskriver hvordan samfunnsdelen skal brukes som grunnlag for videre planlegging, prioriteringer og styring. Til slutt følger arealstrategien.

Om arealstrategien

Arealstrategien viser hvordan arealbruk kan bidra til å nå målene i kommuneplanens samfunnsdel.

Arealstrategien er kommunens overordnede strategi for arealutvikling. Den peker ut hensyn og prinsipper som skal legges til grunn i videre planlegging, og gir retning for framtidig arbeid med kommuneplanens arealdel.

I motsetning til kommuneplanens arealdel er ikke arealstrategien juridisk bindende, men skal bidra til at mål og arealutvikling trekker i samme retning.





Noen fakta om Fredrikstad

86243 innbyggere i 2026, og nær 94 000 forventes i 2038.

Barn og unge i 2038 forventes å være omtrent som i dag samlet sett, mens antallet innbyggere 65 år og eldre øker med om lag 5 700 personer.

137 nasjonaliteter er representert i Fredrikstad, og ca 23 prosent av innbyggerne har innvandrerbakgrunn .

26 prosent har grunnskole som høyeste fullførte utdanning, mens 33 prosent har minst fire års høyere utdanning .

96 prosent trives i Fredrikstad.

Det er store forskjeller mellom områder, blant annet når det gjelder utdanningsnivå, sysselsetting og inntekt.

En sykepleier har råd til å kjøpe 39 prosent av boligene

Fredrikstad er universitets- og høyskoleby, med campus for Høgskolen i Østfold.

61,3 prosent av arbeidsstyrken er sysselsatt. Fredrikstad har 34 268 arbeidsplasser og over 10 000 pendler inn til Fredrikstad, mens over 16 000 pendler ut.

Fredrikstad har et variert næringsliv med mange arbeidsplasser innen industri, handel, bygg og anlegg, besøksnæringer og forretningstjenester.

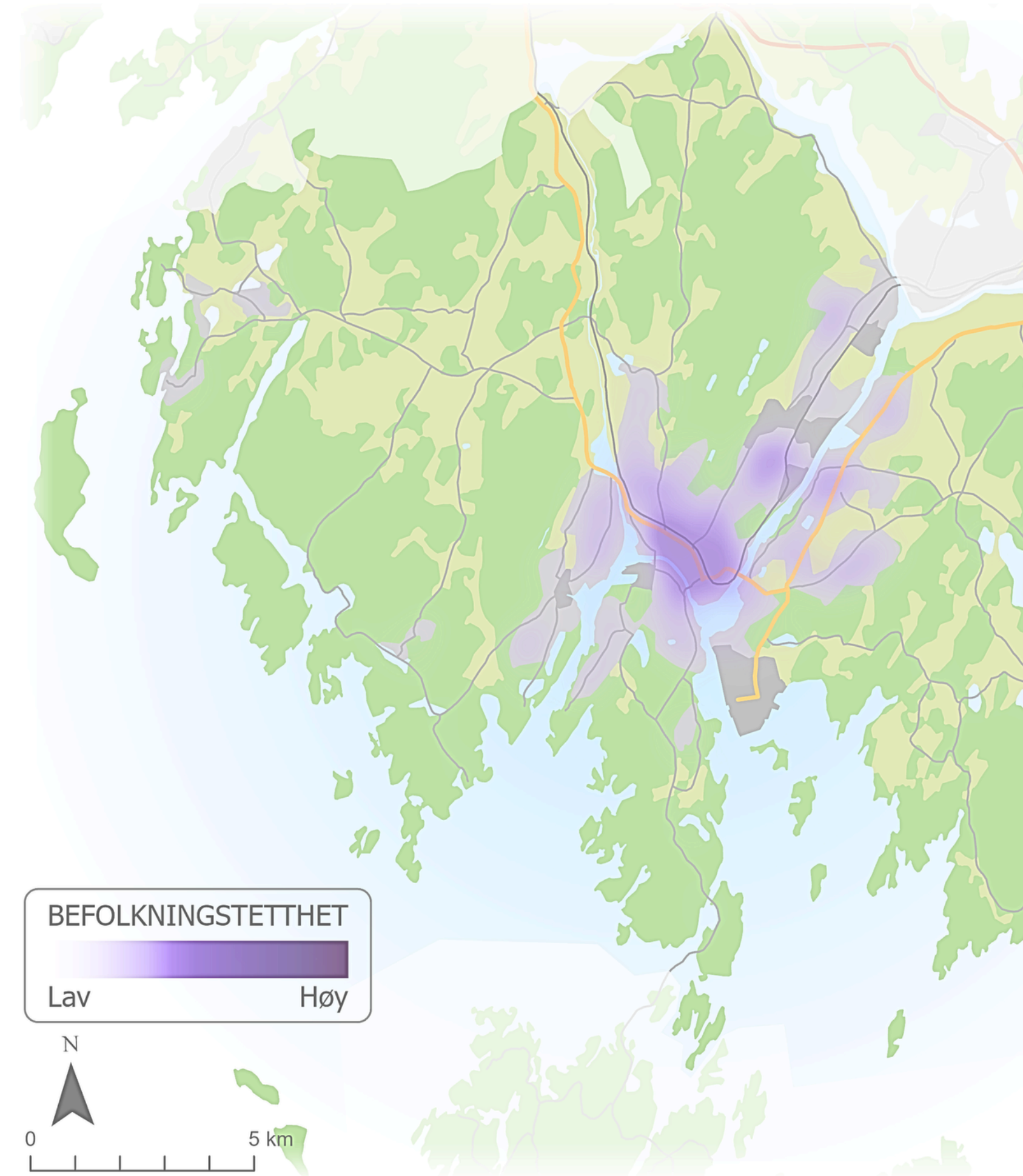
Øra-området er et nasjonalt tyngdepunkt for sirkulær økonomi og gjenvinning.

Fredrikstad har betydelige naturverdier knyttet til Oslofjorden, Glomma, skogområder, våtmarker, kulturlandskap og bynære naturområder.

58 prosent av innbyggerne har tilgang til rekreasjonsarealer innenfor 200 meter fra bolig, og det er stort nettverk av kyststi og turveier.

Byfergene er gratis og frakter om lag 1,5 millioner passasjerer årlig.

Fredrikstad og Sarpsborg er Norges sjette største sammenhengende byområde. Byvekstavtale og Bypakke Nedre Glomma skal gjøre det enklere å komme seg fram, med særlig vekt på gange, sykling og kollektivtransport.





Innspill til planarbeidet

Fredrikstad er en by med mange kvaliteter som innbyggerne verdsetter høyt, og som gir et godt grunnlag for videre utvikling.

Gjennom arbeidet med samfunnsdelen har kommunen fått inn rundt 85 innspill fra innbyggere, organisasjoner og andre aktører. Innspillene gir et tydelig bilde av hva folk opplever som styrker ved Fredrikstad i dag – og hva de ønsker å ta vare på.

Mange trekker fram fellesskapet som noe av det viktigste. Fredrikstad beskrives som en by med «joviale og trivelige folk», «en avslappet stemning» og «et nært og uformelt fellesskap». Flere peker på at det er en by der det er lett å bli kjent og lett å engasjere seg, og at det finnes ildsjeler og små miljøer som skaper aktivitet fordi noen bryr seg.

Frivilligheten løftes fram som en bærebjelke i lokalsamfunnet. Det pekes på nær hundre idrettslag, speider, korps og foreninger og et stort engasjement som gir gode arenaer for barn, unge og voksne. For mange er dette avgjørende for deltakelse, tilhørighet og livskvalitet.

Byens fysiske kvaliteter går igjen i innspillene. Elva trekkes fram som noe som binder byen sammen, og Gamlebyen, bysentrum og områdene langs elva beskrives som viktige identitetsbærere. Flere peker på at Fredrikstad har korte avstander, er en hyggelig by å være i, og at nærheten til sjø, skog og natur gir gode muligheter for rekreasjon og opplevelser i hverdagen.



Foto: Trine Sirnes





Innspill til planarbeidet

Ungdom trekker blant annet fram viktigheten av gode møteplasser, som for eksempel St.Croix-huset. De ønsker seg flere steder der de kan møtes, være sammen og skape noe. De beskriver hvor viktig det er å ha arenaer der de ikke bare deltar, men kan bidra og bli hørt.

Innspillene viser også en stolthet over byens potensial. Mange peker på at Fredrikstad har alle forutsetninger for fortsatt å være en attraktiv by å bo i, med sin beliggenhet, nærhet til natur og gode nærmiljøer som sterke fortrinn.

Samtidig er det et tydelig budskap: Dette er kvaliteter som må tas vare på. Fellesskapene, engasjementet og det som gjør byen levende, oppleves som verdifulle – og som noe det er viktig å bygge videre på.

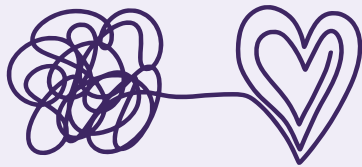
Innspillene peker også på bekymringer og behov for endring. Mange er opptatt av økende forskjeller, utenforskap og press på tjenester. Andre løfter fram behovet for flere arbeidsplasser, bedre tilrettelegging for unge og sterkere satsing på klima og miljø. Flere peker også på at det kan være krevende å finne gode løsninger når utfordringene går på tvers av fagområder og kommunegrenser.

Kunnskapsgrunnlaget bekrefter dette bildet. Utfordringene er sammensatte, og det som skjer på ett område får konsekvenser på flere andre. Det er disse sammenhengene som danner bakteppet for samfunnsflokene i Fredrikstad.



Foto: Trine Sirnes





Samfunnsfloker i Fredrikstad

Flere utfordringer preger utviklingen i Fredrikstad - utfordringer som ikke kan løses med ett tiltak alene, eller innenfor ett fagområde, fordi årsakene og virkningene er sammensatte. Dette omtaler vi som samfunnsfloker. De henger tett sammen og påvirker hverandre. Når forhold på ett område endrer seg, får det ofte konsekvenser på flere andre.

Det er særlig fire slike områder som er viktige for utviklingen i Fredrikstad framover. Hvordan vi håndterer dem, vil ha stor betydning for hvordan Fredrikstad utvikler seg i årene framover.

Økende utenforskap og forskjeller som forsterker hverandre

Fredrikstad har store folkehelse- og levekårsutfordringer. Forskjeller i levekår, helse, utdanning og deltakelse oppstår ikke hver for seg. De påvirker og forsterker hverandre gjennom livsløpet og kan gå i arv mellom generasjoner. Dette gjør utenforskap til en av de mest sammensatte og krevende samfunnsutfordringene i Fredrikstad.

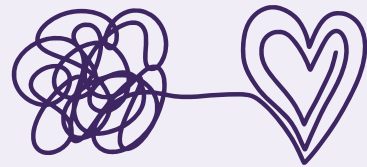
Flere barn vokser opp i familier med vedvarende lav inntekt. Skadelig bruk og avhengighet av rusmidler, særlig alkohol, er et betydelig folkehelseproblem. Psykiske helseutfordringer og rusrelaterte problemer blant unge øker, og behovet for helsetjenester knyttet til psykisk helse og rus blant unge har økt de siste årene.

Mange voksne står over tid utenfor arbeid og utdanning, og for enkelte grupper er risikoen for utenforskap særlig høy. Flere barn og unge har sammensatte utfordringer og behov for omfattende og langvarige tjenester.

Utfordringen ligger i hvordan disse forholdene påvirker hverandre. Lavekår påvirker helse, helse påvirker muligheten til å gjennomføre utdanning, delta i arbeidslivet og etablere seg i en trygg bolig. Manglende deltakelse kan igjen forsterke økonomiske og sosiale forskjeller og øke risikoen for varig utenforskap.

Mange av utfordringene oppstår tidlig i livet og kan få konsekvenser gjennom hele livsløpet. Forebygging og tidlig innsats er nødvendig, men resultatene kommer gjerne først på lengre sikt. Når utfordringer ikke forebygges eller fanges opp tidlig, kan det føre til større behov for helse-, omsorgs- og velferdstjenester senere i livet. Dette utfordrer både den enkelte og samfunnets evne til å sikre tilstrekkelig arbeidskraft, sosial bærekraft og gode velferdstjenester i framtiden.





Samfunnsfloker i Fredrikstad

Flere eldre, økende behov – og sterkere konkurranse om arbeidskraft

Eldre er en sammensatt gruppe, med ulike ressurser, behov og muligheter til å delta og bidra i samfunnet. Samtidig vil andelen eldre i befolkningen øke betydelig i årene framover, mens veksten i den yrkesaktive delen av befolkningen er lavere.

Dette fører til en dobbel utfordring: Behovet for tjenester øker, samtidig som tilgangen på arbeidskraft og ressurser blir mer presset.

I praksis betyr dette økt konkurranse om arbeidskraft, både i kommunen og i samfunnet ellers. Samtidig vil etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øke.

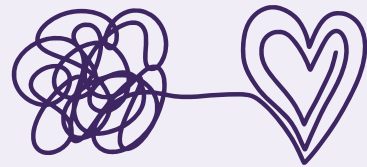
For Fredrikstad forsterkes dette av levekårsutfordringene. Når en del av befolkningen står utenfor arbeid, påvirker det både rekruttering til arbeidslivet og behov for andre, sosiale tjenester. Det vil bli krevende å opprettholde både kapasitet og kvalitet over tid.

Framtidens velferdssamfunn må være bærekraftig. Mange eldre vil i årene framover leve lange, aktive liv og ha ressurser til å mestre hverdagen og delta i samfunnet. Samtidig utfordrer den demografiske utviklingen forventningene til kommunens rolle.

Etter hvert som behovet for tjenester øker og konkurransen om arbeidskraft tilspisser seg, blir innbyggernes egne ressurser, nettverk og mestringsevne stadig viktigere. Et bærekraftig velferdssamfunn forutsetter at innbyggerne, så langt de har mulighet, tar ansvar for eget liv og helse. Det krever endringer i forventningene til kommunens rolle fra å være den som løser oppgaver, til å være en støttespiller som mobiliserer innbyggernes egne ressurser, nettverk og mestringsevne.



Foto: Fredrikstad kommune



Samfunnsfloker i Fredrikstad

Ønske om vekst – og hensynet til klima og natur

Fredrikstad skal utvikle seg videre, med flere innbyggere og flere arbeidsplasser. Samtidig skal kommunen bidra til å redusere klimagassutslipp og ta vare på natur og miljø.

Dette skaper dilemma. Arealene skal gi plass til boliger, næring og infrastruktur – samtidig som natur, jordbruksarealer og miljøverdier skal ivaretas.

Valg av arealbruk, transportløsninger og utbyggingsmønster har stor betydning for både klimautslipp, naturmangfold og hvordan det er å leve i kommunen.

Utfordringen ligger i at hensynene ofte trekker i ulike retninger. Valg som gir utvikling ett sted, kan gi økte utslipp eller tap av natur et annet. Samtidig er beslutningene langsiktige og vanskelig å endre i etterkant.

.



Foto: Walter Schöffthaler

Når ansvar er delt – og utfordringene henger sammen

Mange av utfordringene Fredrikstad står i går på tvers av fagområder, sektorer og kommunegrenser.

På flere områder er ansvar og virkemidler fordelt mellom ulike aktører og forvaltningsnivåer. Dette gjelder blant annet innen arbeidsliv og næringsutvikling, transport og infrastruktur, klima og arealbruk, folkehelse og beredskap.

Når utfordringer henger sammen på tvers av områder, samtidig som ansvaret er delt, blir det mer krevende å finne løsninger som virker godt samlet. Tiltak på ett område kan få konsekvenser på andre områder, og det kan være vanskelig å skape en felles retning og prioritering.

Utfordringen handler derfor ikke bare om hva som skal gjøres, men om hvordan innsatsen samordnes. Evnen til å samarbeide og se helhet blir avgjørende for å få til gode løsninger.

Å se sammenhengene

Økende utenforskap forsterker presset på tjenester og påvirker tilgangen på arbeidskraft. Demografiske endringer forsterker behovet for prioriteringer. Arealvalg påvirker miljø, klima, helse og næringsutvikling. Hvordan vi samordner innsatsen, påvirker hva vi faktisk får til.





Bærekraftig utvikling

Bærekraftig utvikling betyr å skape et godt samfunn i dag, uten å svekke livsgrunnlaget for dem som kommer etter oss. Det handler om å bruke ressursene klokt, ta vare på naturen og sørge for at alle kan ha trygge og gode liv.

Kommuneplanens innsatsområder bygger på de tre dimensjonene av bærekraft og viser hva bærekraft betyr i Fredrikstad.



Å leve

Sosial bærekraft handler om innbyggernes mulighet til å leve gode liv, oppleve tilhørighet og delta i samfunnet.

Å skape

Økonomisk bærekraft handler både om hvordan hele Fredrikstadsamfunnet skaper verdier og arbeidsplasser som gir grunnlag for velferd og utvikling over tid, og om en bærekraftig kommuneøkonomi.

Å møte framtiden

Miljømessig bærekraft handler om å møte menneskenes behov uten å forringe naturgrunnlaget eller klimaet som framtidige generasjoner er avhengige av.





Samfunnsikkerhet og beredskap

Samfunnssikkerhet og beredskap er ett av to gjennomgående hensyn som skal legges til grunn i arbeidet med å nå målene i denne planen.

Fredrikstadsamfunnet står overfor et mer sammensatt og uforutsigbart risiko- og sårbarhetsbilde. Klimaendringer og naturhendelser, en mer uforutsigbar sikkerhetspolitisk situasjon, digitale trusler og økende avhengighet mellom samfunnets funksjoner kan få store konsekvenser lokalt. Hendelser som oppstår utenfor kommunegrensen, kan raskt påvirke innbyggernes trygghet, kommunens tjenester, kritisk infrastruktur og næringslivets rammevilkår.

Klimaendringene er en viktig del av dette risikobildet. Mer ekstremvær og økt fare for flom, overvann, skred og erosjon kan ramme boliger, transportårer, vann- og avløpssystemer og andre samfunnsfunksjoner. Sårbarhet i energiforsyning, svikt i andre forsyninger, digitale angrep, sabotasje og andre alvorlige hendelser kan forsterke hverandre. Forebygging av klimaendringer, klimatilpasning og beredskap må derfor ses i sammenheng. Fredrikstad skal være best mulig forberedt på å forebygge, håndtere og lære av kriser og uønskede hendelser.

Kommunen har en viktig rolle i å forebygge og håndtere kriser, opprettholde nødvendige tjenester og samordne samfunnssikkerhetsarbeidet lokalt. Et mer sammensatt risikobilde og økt avhengighet mellom samfunnets funksjoner gjør denne rollen viktigere enn tidligere.

Kommunen skal bidra til økt kunnskap om egenberedskap og legge til rette for samarbeid, øvelser og samvirke mellom aktørene som har ansvar når kriser oppstår.

Trygge lokalsamfunn der mennesker kjenner hverandre, deltar i fellesskapet og har tillit til hverandre, står ofte sterkere når alvorlige hendelser rammer. Egenberedskap, samhold og tillit er viktige beredskapsressurser.

Utfordringene stopper ikke ved kommunegrensen. Naturhendelser, forsyningssvikt, digitale angrep og bortfall av kritisk infrastruktur kan ramme flere kommuner samtidig. Fredrikstad skal derfor samarbeide med nabokommuner, fylkeskommunen, Statsforvalteren, statlige myndigheter, næringsliv og frivillighet om forebygging, beredskap og håndtering av felles utfordringer.





Regionalt samarbeid

Felles utfordringer krever felles løsninger. Regionalt samarbeid er derfor det andre gjennomgående hensynet i denne planen.

Fredrikstad er del av et regionalt bo- og arbeidsmarked. Hva som skjer i én kommune påvirker ofte innbyggere, næringsliv, transport, tjenester og samfunnssikkerhet i flere kommuner. Mange av framtidens utfordringer og muligheter kan derfor ikke håndteres av Fredrikstad alene.

Fredrikstad skal bidra til en helhetlig utvikling av regionen gjennom samarbeid om samfunnssikkerhet og beredskap, klima og miljø, arealbruk, transport, næringsutvikling, kompetanse og folkehelse. Interkommunale løsninger skal brukes når oppgaver kan løses bedre sammen enn hver for seg. Samarbeidet skal bidra til bedre ressursutnyttelse, sterkere fagmiljøer og tjenester av høy kvalitet.

Et tett samarbeid med nabokommuner, fylkeskommunen, næringsliv og utdanningsinstitusjoner er viktig for å utvikle framtidens arbeidsplasser, sikre tilgang på kompetanse og styrke verdiskapingen i regionen.

Arealbruk og transport må ses i sammenheng. Fredrikstad skal bidra til regional samordning av arealbruk og transportsystemer som styrker byene og lokalsamfunnene, reduserer transportbehovet og ivaretar klima, natur og samfunnssikkerhet.

Bypakkesamarbeidet bidrar til å utvikle et transportsystem som gjør det enklere å reise miljøvennlig, styrker framkommeligheten og knytter bo- og arbeidsmarkedet i regionen tettere sammen.





Å leve i Fredrikstad

Sosial bærekraft





Å leve i Fredrikstad

Barna først

Fredrikstad prioriterer barn og unges oppvekstvilkår. Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn.

Alle barn skal ha like muligheter til deltakelse, utvikling og mestring, uavhengig av funksjonsevne.

Flere barn og unge vokser opp med trygge rammer og opplever mestring, tilhørighet og god livskvalitet – uavhengig av sosial bakgrunn. Barn og unge med sammensatte og omfattende behov for tidlig, koordinert og helhetlig oppfølging.

Forskjeller i oppvekstvilkår er redusert. Flere gjennomfører utdanning, bor trygt og deltar i fritids- og kulturaktiviteter. Færre barn vokser opp i vedvarende lavinntekt eller utenforskap.

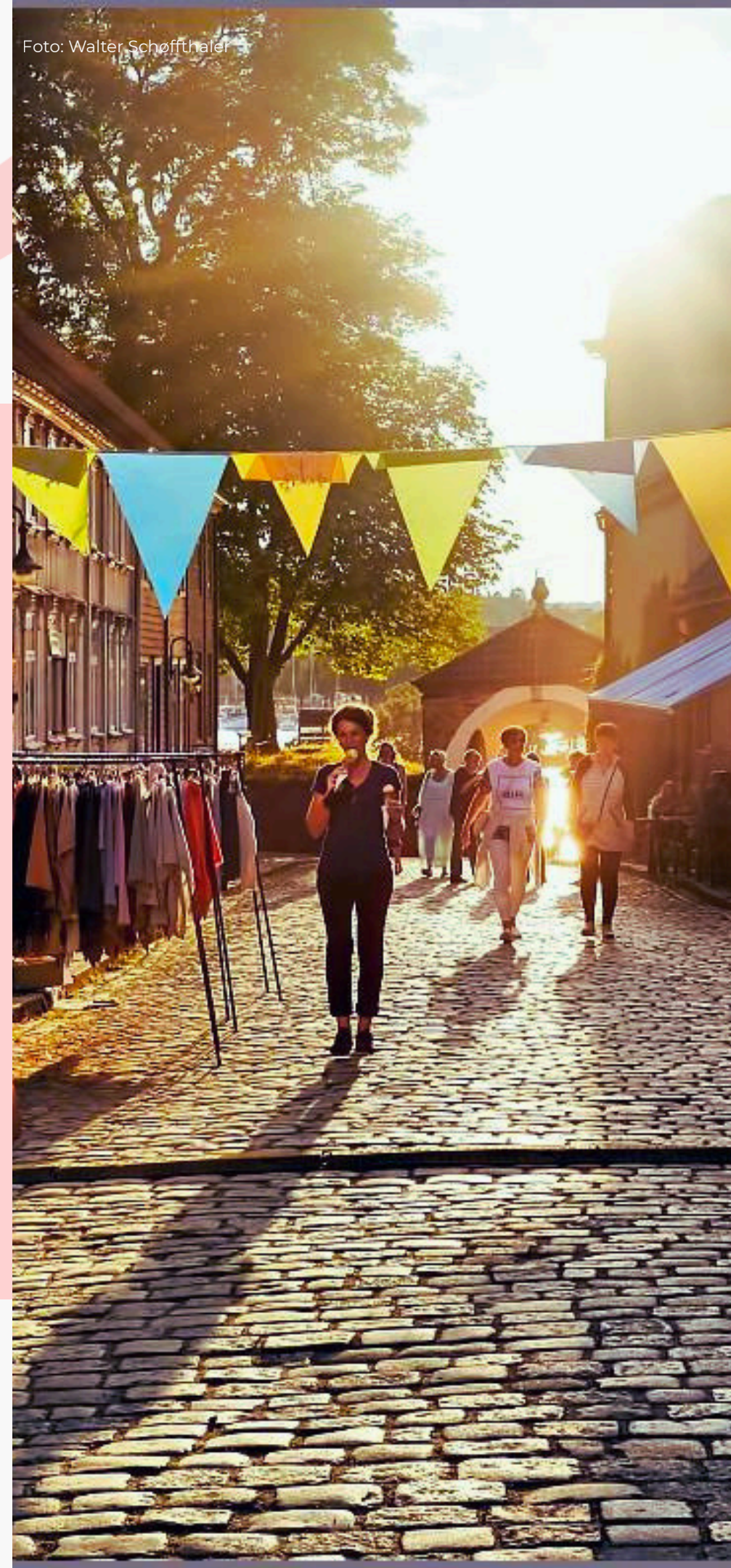
Helsefremmende samfunn og inkluderende samfunn

Innbyggerne har gode forutsetninger for å mestre hverdagen og tar ansvar for egen helse og livskvalitet gjennom hele livsløpet.

Flere deltar i samfunnet gjennom arbeid og utdanning, kultur- og fritidsliv, og færre står varig utenfor.

Sosiale forskjeller i helse, livskvalitet og deltakelse reduseres, og universell utforming sikrer like muligheter uavhengig av økonomi, bakgrunn eller funksjonsevne.

Foto: Walter Schöffthaler





Å skape i Fredrikstad

Økonomisk bærekraft





Å skape i Fredrikstad

Høy sysselsetting og varig tilknytning til arbeidslivet

Fredrikstad har høy sysselsetting og flere deltar i arbeid gjennom hele yrkeslivet.

Arbeidslivet er inkluderende, og flere går fra utenforskap til arbeid, utdanning eller arbeidsrettet aktivitet.

Omstillingsdyktig næringsliv og økt verdiskaping

Fredrikstad legger til rette for et konkurransedyktig, innovativt og omstillingsdyktig næringsliv som skaper verdier, arbeidsplasser og bidrar til lavutslippssamfunnet. Kommunen og regionen er attraktive for etablering, investeringer og kompetanse.

Bærekraftig kommuneøkonomi

Fredrikstad har en bærekraftig kommuneøkonomi som gir handlingsrom for gode og forsvarlige tjenester, nødvendige investeringer og langsiktige og ansvarlige prioriteringer.

Gjennom felles innsats mellom kommune, innbyggere, næringsliv og frivillighet møter Fredrikstadsamfunnet demografiske endringer, press på tjenester og behovet for forebygging og omstilling. Innbyggerne bruker i større grad egne ressurser og tar ansvar for eget liv. Frivilligheten og lokalsamfunnene spiller en viktig rolle ved å skape fellesskap og støtte.

Foto: BEWI / Impulse Media





Å møte framtiden i Fredrikstad

Miljømessig bærekraft





Å møte framtiden i Fredrikstad

Redusere globale klimaendringer

Bruken av fossil energi er kraftig redusert gjennom utslippsfri og effektiv energibruk, økt lokal energiproduksjon, styrket energiinfrastruktur og arealplanlegging.

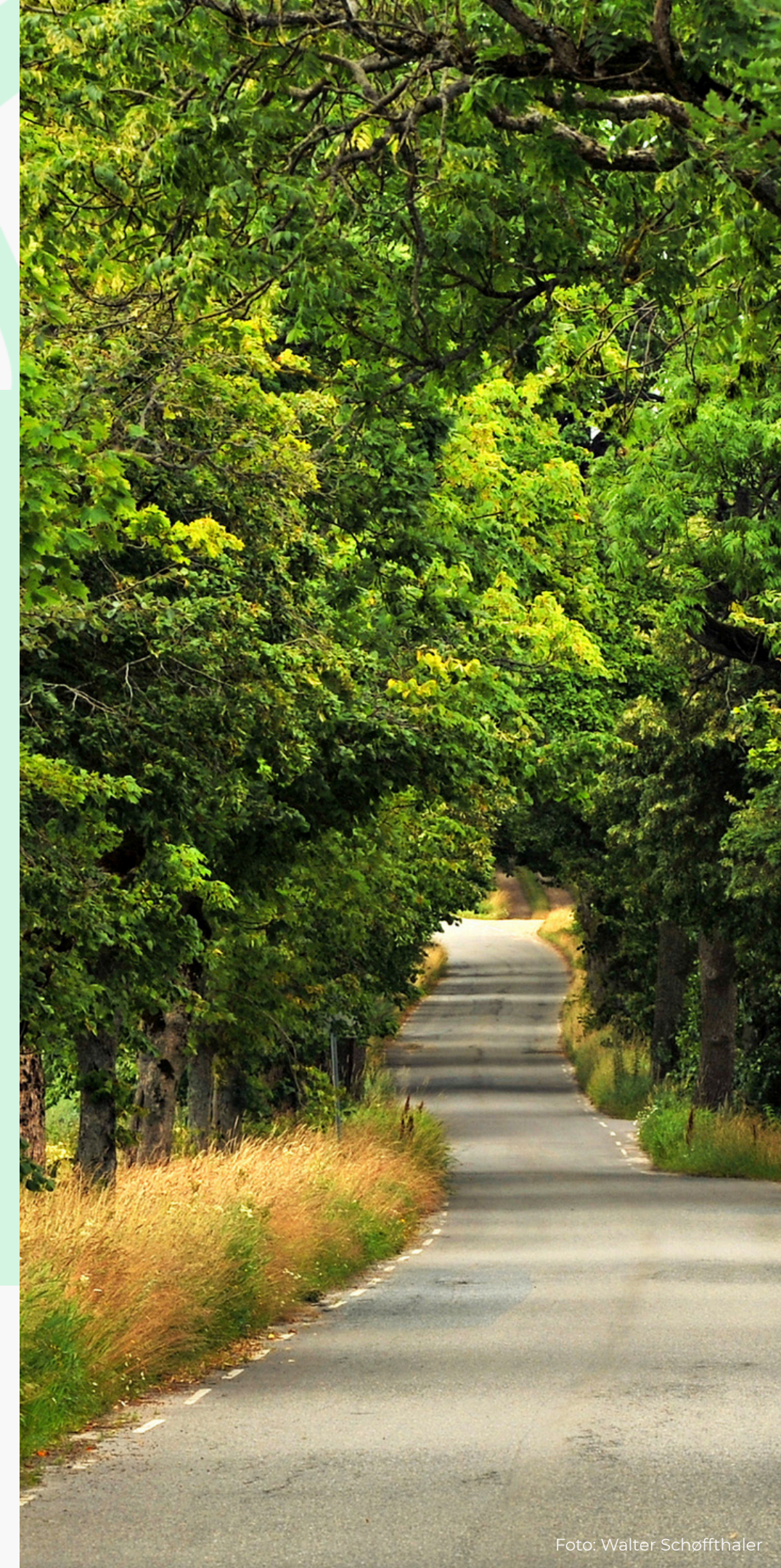
Fredrikstad bidrar til målet om netto null-utslipp. Klimagassutslippene reduseres betydelig, samtidig som resterende utslipp kompenseres gjennom karbonfangst og -lagring, både ved industrielle løsninger og gjennom opptak i natur.

Sirkulære og ressursbesparende løsninger bidrar til omstilling til lavutslippssamfunnet.

Bevare og styrke naturmangfold og jordvern

Viktige naturtyper og leveområder bevares, og sammenhengende naturområder opprettholdes. Svekkede naturverdier restaureres.

Fredrikstad sikrer og bevarer dyrket og dyrkbar mark.





Kommuneplanens rolle i plansystemet

Samfunnsdelen viser hvilken retning vi ønsker at Fredrikstad skal utvikle seg i fram mot 2038. Den er kommunens overordnede plan for samfunnsutviklingen og legger føringer for kommunens videre planlegging.

Målene i samfunnsdelen følges opp gjennom kommunedelplaner, temaplaner, tjenester og kommunens øvrige plan- og styringssystem.

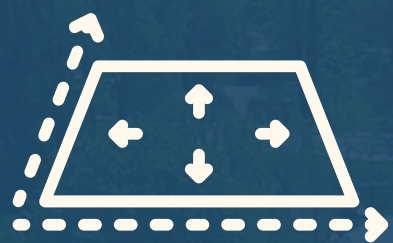
Prioriteringene gjøres i de årlige handlings- og økonomiplanene. Det er her retningen blir til konkrete valg – hva vi bruker penger på, hva vi velger å satse på, og hva vi må prioritere ned. Det er disse valgene, år for år, som samlet avgjør den langsiktige utviklingen.

Men kommunen kan ikke nå målene alene. Utviklingen av Fredrikstad skjer i samspill mellom innbyggere, frivillighet, næringsliv og offentlige aktører, lokalt, regionalt og nasjonalt. Hvordan vi lykkes, avhenger av at flere løfter sammen. Samfunnsdelen er derfor også et felles grunnlag for samarbeid og innsats i hele Fredrikstadsamfunnet.

Fra retning til valg

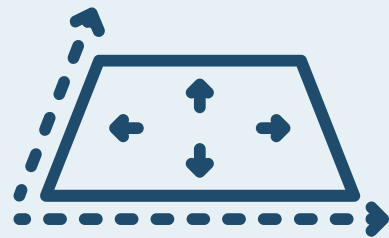
- **Hva er utfordringene og hvilke planer trenger vi?**
Planstrategi
- **Hvilken utvikling ønsker vi?**
Kommuneplanens samfunnsdel
- **Hvordan skal målene følges opp?**
Kommunedelplaner og temaplaner
- **Hva prioriterer vi de neste fire årene?**
Handlings- og økonomiplan
- **Hvordan gjennomfører vi?**
Kommunens tjenester og virksomheter
- **Hva oppnådde vi siste år?**
Kommunens årsrapport





Arealstrategi





Arealstrategien

Arealstrategien viser hvordan arealbruk kan bidra til å nå målene i kommuneplanens samfunnsdel.

Arealstrategien er kommunens overordnede strategi for arealutvikling. Den peker ut hensyn og prinsipper som skal legges til grunn i videre planlegging, og gir retning for framtidig arbeid med kommuneplanens arealdel.

I motsetning til kommuneplanens arealdel er ikke arealstrategien juridisk bindende, men den skal bidra til at mål og arealutvikling trekker i samme retning.

Den angir retning for utvikling av boliger, næringsområder og infrastruktur, og for hvordan vi legger til rette for gode, inkluderende lokalsamfunn og effektive transportløsninger. Samtidig skal den bidra til å balansere behovet for utvikling med hensynet til natur og miljø.

Areal er en begrenset ressurs. Hvordan vi disponerer arealene, har derfor stor betydning for utviklingen i kommunen over tid. Hvilke områder som bevares, påvirker naturverdier og livskvalitet for innbyggerne, samt muligheter for næringsutvikling. Gjennom arealstrategien kobles målene i samfunnsdelen til overordnet arealbruk. Den tydeliggjør hvordan arealdisponering skal bidra til å nå samfunnsmålene, og gjør arealvalg til en sentral del av oppfølgingen av planen.

Kommunens handlingsrom påvirkes samtidig av nasjonale og regionale føringer, som statlige planretningslinjer, regionale planer og avtaler som berører areal og transport. Arealstrategien må derfor forholde seg til disse rammene, samtidig som den tydeliggjør kommunens egne prioriteringer.

Valg av arealbruk har langsiktige konsekvenser og er ofte krevende å endre i ettertid. Derfor er arealstrategien et viktig verktøy for å følge opp samfunnsdelen i praksis, og for å styre utviklingen av Fredrikstad over tid.

Plan- og bygningsloven

§ 1-1. Lovens formål

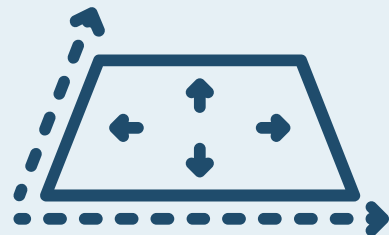
Loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner.

Planlegging etter loven skal bidra til å samordne statlige, regionale og kommunale oppgaver og gi grunnlag for vedtak om bruk og vern av ressurser.

Byggesaksbehandling etter loven skal sikre at tiltak blir i samsvar med lov, forskrift og planvedtak. Det enkelte tiltak skal utføres forsvarlig. Planlegging og vedtak skal sikre åpenhet, forutsigbarhet og medvirkning for alle berørte interesser og myndigheter. Det skal legges vekt på langsiktige løsninger, og konsekvenser for miljø og samfunn skal beskrives.

Prinsippet om universell utforming skal ivaretas i planleggingen og kravene til det enkelte byggetiltak. Det samme gjelder hensynet til barn og unges oppvekstvilkår og estetisk utforming av omgivelsene. For boliger skal prinsippet om universell utforming ivaretas gjennom krav til tilgjengelighet





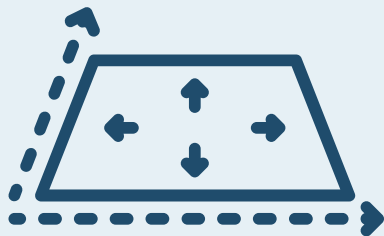
Samfunnssikkerhet og beredskap

Fredrikstadsamfunnet står overfor et mer sammensatt og uforutsigbart risiko- og sårbarhetsbilde. Klimaendringer og naturhendelser, en mer uforutsigbar sikkerhetspolitisk situasjon, digitale trusler og økende avhengighet mellom samfunnets funksjoner kan få store konsekvenser lokalt.

Derfor skal vi:

- ▶ Legge oppdatert kunnskap om naturfare og klimaendringer til grunn for all arealplanlegging.
- ▶ Prioritere fortetting og transformasjon i områder med lav risiko og god infrastruktur.
- ▶ Planlegge bebyggelse og infrastruktur slik at de tåler framtidige klimaendringer.
- ▶ Sikre arealer og hensynssoner rundt viktige infrastrukturanlegg som vannforsyning, avløp, energiforsyning, transport og elektronisk kommunikasjon.
- ▶ Planlegge arealbruk og kritisk infrastruktur i samarbeid med nabokommuner og regionale myndigheter.





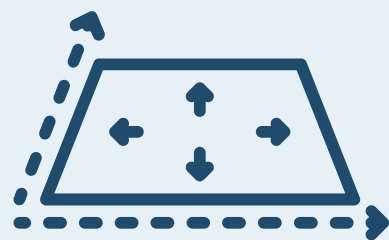
Barna først

Barn og unges oppvekstvilkår prioriteres i arealplanleggingen. Vi må sikre tilgjengelig areal til lovpålagte oppgaver som barnehage, skole og annen sosial infrastruktur. Alle skal ha tilgang til kultur, idrett, fritidsaktiviteter og møteplasser i nærmiljøet.

Derfor skal vi:

- ▶ Sikre tilgang til leke-, aktivitets- og naturområder.
- ▶ Sikre tilstrekkelig areal til barnehage, skole og annen sosial infrastruktur.
- ▶ Unngå netto tap av arealer for barn og unges lek, opphold og aktivitet.
- ▶ Sikre at barn og unge medvirker systematisk og tidlig i planprosesser.
- ▶ Prioritere barn og unges hverdagsmobilitet gjennom trygge og sammenhengende forbindelser i nærmiljøet.





Helsefremmende og inkluderende samfunn

Det legges til rette for trygge og varierte møteplasser, byrom og kulturarenaer som fremmer sosial inkludering, fysisk aktivitet og fellesskap på tvers av alder, bakgrunn og funksjonsevne. Arealutviklingen skal også til rette for god tilgang til utdanning, tjenester og arbeidsplasser.

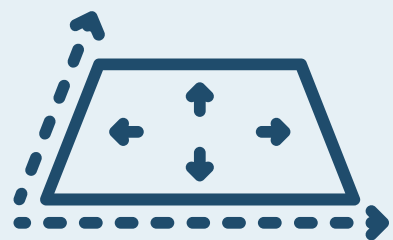
Derfor skal vi:

- ▶ Gi alle mulighet til å medvirke systematisk og tidlig i planprosesser.
- ▶ Legge til rette for gange, sykling og kollektivtransport.
- ▶ Legge til rette for mangfoldige og inkluderende bomiljøer med en variert boligsammensetning.
- ▶ Bruke vårt handlingsrom for etablering av boliger til prioriterte målgrupper, herunder vanskeligstilte på boligmarkedet, ungdom, eldre og personer med behov for tilrettelagte boliger.
- ▶ Sikre at alle har god tilgang til et grønt- eller nærturområde.
- ▶ Sikre og styrke tilgang til kyst-, skog- og naturområder for alle gjennom god forvaltning av natur og friluftsverdier.
- ▶ Sikre at alle har tilgang til stille områder.



Å leve i Fredrikstad





Høy sysselsetting og varig tilknytning til arbeidslivet

Det finnes tilstrekkelig med arealer for både kunnskapsbaserte næringer, industri, og grønn teknologi.

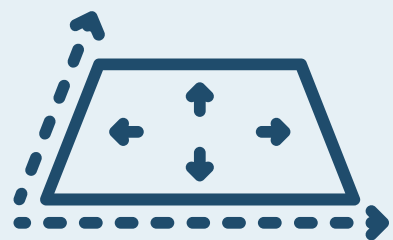
Derfor skal vi:

- ▶ Sikre oppdatert og kjent kunnskap om tilgjengelige næringsarealer.
- ▶ Optimalisere utnyttelsen av eksisterende og nye næringsarealer.
- ▶ Sikre uregulerte næringsområder gjennom regulering.
- ▶ Lokalisere rett virksomhet på rett plass (ABC-prinsippet) for å redusere transportbehov og sikre god tilgjengelighet til arbeidsplasser.



Å skape i Fredrikstad





Omstillingsdyktig næringsliv og økt verdiskaping

Fredrikstad skal legge til rette for et konkurransedyktig næringsliv som skaper arbeidsplasser, verdiskaping og bidrar til klimaomstilling. Arealutviklingen skal understøtte bærekraftig ressursbruk, sirkulære verdikjeder og framtidens næringsliv.

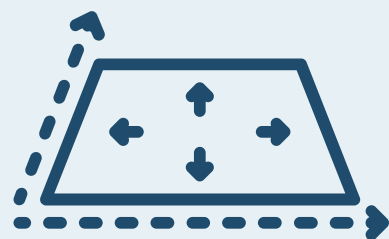
Derfor skal vi:

- ▶ Prioritere arealer som legger til rette for framtidsrettet næringsutvikling og økt verdiskaping.
- ▶ Legge til rette for sirkulære verdikjeder, industriell symbiose og effektiv ressursutnyttelse.
- ▶ Løse regionale areal- og næringsbehov skal på tvers av kommunegrensene.



Å skape i Fredrikstad





Bærekraftig kommuneøkonomi

Et levende og attraktivt byområde med et variert boligtilbud stimulerer til nyetableringer, økt verdiskaping, skatteinntekter og flere arbeidsplasser.

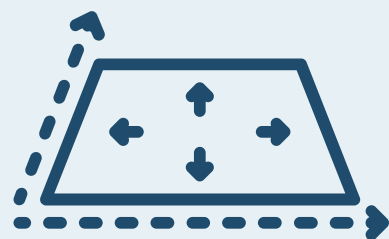
Derfor skal vi:

- ▶ Ivareta og løfte fram det som særpreger Fredrikstad; landskapet, elva og kulturmiljøene i byutviklingen. Et rikt kulturliv skal brukes som ressurser for identitet, tilhørighet og attraktiv stedsutvikling.
- ▶ Ivareta befolkningens trivsel og helse i en mer konsentrert bystruktur gjennom kvalitetskrav til arkitektur og utforming av nærmiljøet.
- ▶ Opprettholde mål om fordeling av boligbyggingen med 60 prosent i byområdet, 30 prosent i tettstedet og 10 prosent i lokalsentrene.
- ▶ Sikre effektiv utnyttelse av teknisk infrastruktur gjennom redusert arealbruk per innbygger.
- ▶ Sikre at barnehager, skoler og annen sosial infrastruktur tilpasses kommunens demografi.



Å skape i Fredrikstad





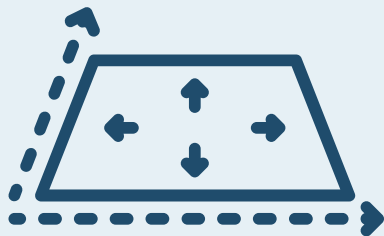
Redusere globale klimaendringer

For å bidra til klimaomstillingen, legges klima- og energiløsninger til grunn i arealplanleggingen.

Derfor skal vi:

- ▶ Legge til rette for arealbruk som bidrar til at flere går, sykler og bruker kollektivtransport.
- ▶ Legge til rette for energiinfrastruktur, utnyttelse av overskuddsenergi, økt lokal energiproduksjon og energilagring.
- ▶ Legge klimagassvurderinger og -beregninger til grunn i arealplanleggingen.
- ▶ Legge til rette for sirkulære løsninger gjennom for eksempel gjenbruk av bygg og materialer og sirkulær massehåndtering.
- ▶ Prioritere løsninger som gir lave utslipp i bygge- og anleggsfasen.





Bevare og styrke naturmangfold og jordvern

Naturmangfold og økosystemtjenester skal ligge til grunn for arealutviklingen.

Derfor skal vi:

- ▶ Bevare og styrke sammenhengende naturområder.
- ▶ Sikre myr og andre viktige karbonlagre mot nedbygging.
- ▶ Forvalte kystsonen og marine naturverdier slik at økologiske funksjoner opprettholdes og styrkes.
- ▶ Sikre naturverdier med et oppdatert plangrunnlag.
- ▶ Sikre dyrket og dyrkbar mark i Fredrikstad mot omdisponering. Unntak kan vurderes for teknisk infrastruktur av stor samfunnsmessig nytte.



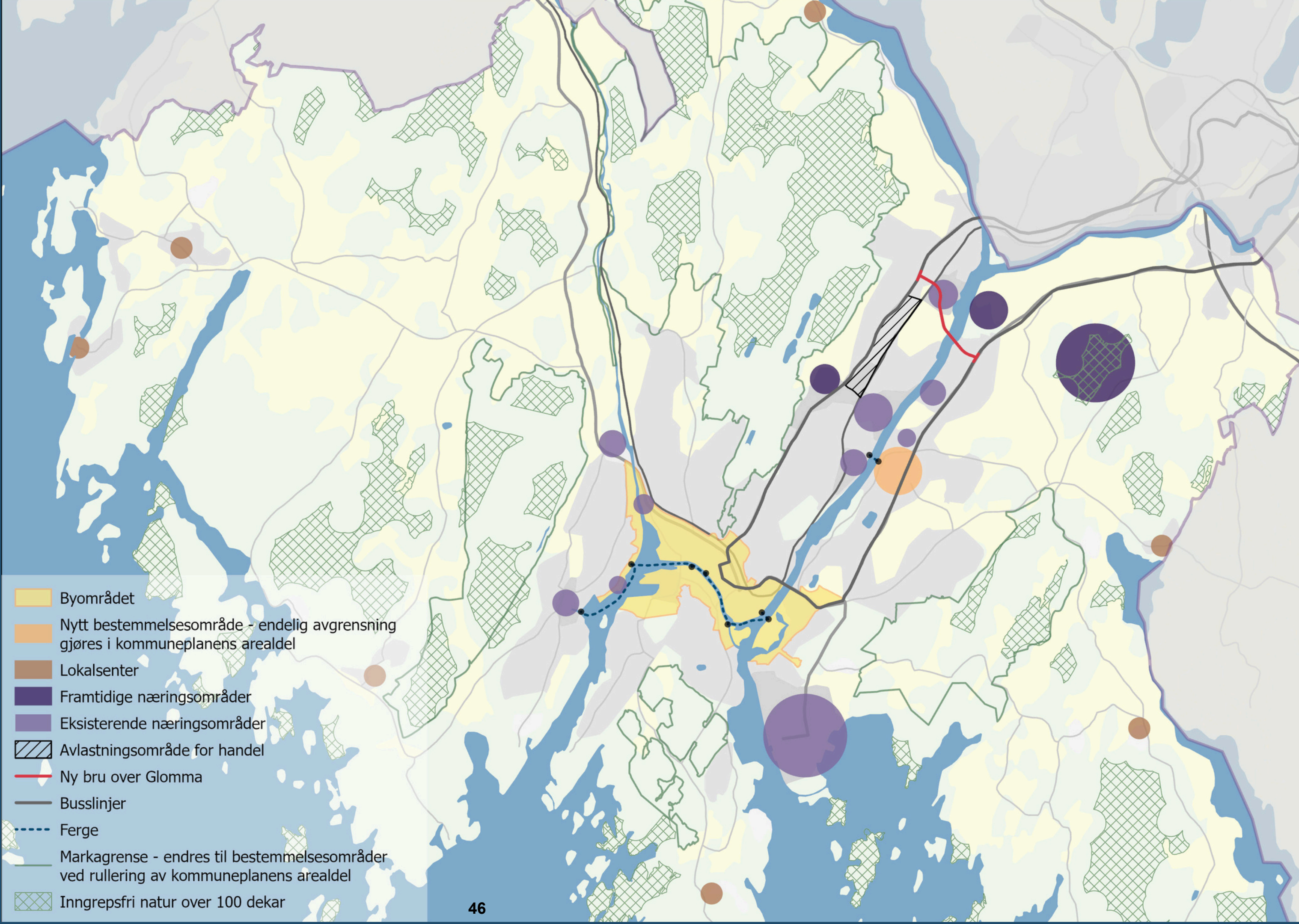
Å møte framtiden i Fredrikstad



Illustrasjonskartet viser eksisterende og framtidige næringsarealer. Fergerutene i Fredrikstad og bussrutene med høyest frekvens langs Glomma er lagt inn. Kartet viser også byområdet, lokalsentra og forslag til nytt bestemmelsesområde på Sellebakk.

Videre viser kartet markaområdene og arealer med inngrepsfri natur.

Kartet er ikke juridisk bindende.





Ordliste

- **ABC-prinsippet:** Et prinsipp for å plassere virksomheter der de passer best ut fra hvor mange som arbeider eller besøker stedet, behovet for transport og mulighetene for å gå, sykle eller reise kollektivt.
- **Arealdel:** Den juridisk bindende delen av kommuneplanen. Den bestemmer hva ulike områder kan brukes til, for eksempel boliger, næring, veier, landbruk eller natur.
- **Arealstrategi:** En arealstrategi er et styringsverktøy som viser hvordan kommunen ønsker å bruke sine arealer for å nå mål i samfunnsdelen.
- **Bypakke:** Et samarbeid om finansiering og gjennomføring av tiltak for veier, kollektivtransport, sykling og gange i et byområde.
- **Byvekstavtale:** En avtale mellom staten, fylkeskommunen og kommunene om arealbruk og transport. Målet er blant annet at flere skal gå, sykle og reise kollektivt.
- **Bærekraft:** Bærekraft handler om å dekke dagens behov uten å ødelegge fremtidige generasjoners mulighet til å dekke sine.. Det er en helhetlig tilnærming som omfatter miljømessige, økonomiske og sosiale aspekter.
- **Egenberedskap:** Det innbyggerne selv gjør for å kunne klare seg i en periode dersom for eksempel strøm, vann, kommunikasjon eller andre viktige tjenester blir borte.
- **Folkehelse:** Befolkningens helse og hvordan den fordeler seg i befolkningen.
- **Fortetting:** Å bygge flere boliger eller arbeidsplasser i områder som allerede er utbygd, i stedet for å ta i bruk nye områder.
- **Handlingsdel:** Kommuneplanens skal ha en handlingsdel som sier hvordan planen skal følges opp. Handlingsdelen gir grunnlag for kommunens prioritering av ressurser, planleggings- og samarbeidsoppgaver. For Fredrikstad kommune er dette budsjett- og økonomiplan, hvor tiltak og ressurser prioriteres for de påfølgende fire årene.
- **Hensynssone:** Et område på et plankart der det må tas særlige hensyn, for eksempel på grunn av flomfare, naturverdier, kulturminner eller viktig infrastruktur.
- **Hverdagsmobilitet:** Hvordan mennesker kommer seg til og fra skole, arbeid, fritidsaktiviteter og andre daglige gjøremål.





Ordliste

- **Industriell symbiose:** Samarbeid der avfall, materialer eller overskuddsenergi fra én virksomhet brukes som ressurs av en annen.
- **Karbonfangst:** Å fange karbondioksid før det slippes ut i atmosfæren, og lagre det på en sikker måte.
- **Klimagassutslipp:** Utslipp til luft av klimagasser, det vil si gasser som påvirker atmosfærens evne til å holde på varmen (drivhuseffekten) og dermed klodens klima. Eksempler på slike gasser er karbondioksid (CO₂), metan (CH₄) og lystgass (N₂O).
- **Klimatilpasning:** Tilpasse samfunn, infrastruktur og natur til de endringene i klima som allerede skjer eller forventes å komme. Det betyr å redusere sårbarhet og øke motstandsdyktighet mot konsekvenser av klimaendringer.
- **Kommuneplan:** Kommuneplanen er kommunens overordnede plan for samfunnsutvikling og arealbruk. Etter plan- og bygningsloven skal alle kommuner ha en samlet kommuneplan som består av en samfunnsdel og en arealdel. Planen skal gi langsiktige mål og strategier for utviklingen av kommunen og legge føringer for hvordan arealene skal brukes.
- **Kommunedelplan:** En plan for et bestemt tema eller geografisk område. Kommunedelplaner følger opp kommuneplanen og utarbeides etter bestemmelsene i plan- og bygningsloven.
- **Kritisk infrastruktur:** Anlegg og systemer som samfunnet er avhengig av, for eksempel strøm, vann, avløp, veier, transport og elektronisk kommunikasjon.
- **Lavutslippssamfunnet:** Et samfunn hvor klimagassutslippene er redusert for å motvirke skadelige virkninger av global oppvarming. I lavutslippssamfunnet er klimagassutslippene redusert med 90-95 prosent i forhold til 1990-nivå gjennom omstilling av energi, transport, næringsliv og forbruk.
- **Medvirkning:** Innbyggeres, organisasjoners og andre aktørers mulighet til å påvirke planer og beslutninger.
- **Naturmangfold:** Variasjon av alt liv i naturen, inkludert mangfoldet av arter, genetisk variasjon innen arter og ulike naturtyper og økosystemer. Naturmangfoldet er grunnlaget for velfungerende økosystemer og de tjenestene naturen gir oss, som rent vann, pollinering og klimaregulering.
- **Netto null-utslipp:** At utslipp av klimagasser reduseres så mye som mulig, og at resterende utslipp balanseres gjennom tiltak som fanger eller binder en tilsvarende mengde klimagasser.





Ordliste

- **Omdisponering:** Å bestemme at et område skal brukes til noe annet enn tidligere, for eksempel å bruke jordbruksareal til boliger, veier eller næring.
- **Plangrunnlag:** Kart, kunnskap, regler og tidligere planer som brukes som grunnlag for kommunens planlegging.
- **Planprogram:** Beskriver rammer for arbeidet med en ny plan. Det er et krav i henhold til plan- og bygningsloven § 4-1 når det skal utarbeides planer med vesentlige virkninger for miljø og samfunn. Det er en "plan for planen", som sikrer en strukturert og transparent planprosess.
- **Planstrategi:** Et lovpålagt dokument som alle kommuner (og fylkeskommuner) i Norge skal utarbeide minst én gang i hver valgperiode, i henhold til plan- og bygningsloven. Den skal vedtas senest ett år etter hvert kommunevalg. Planstrategien skal gjøre rede for kommunens planbehov for den kommende politiske perioden, basert på utfordringene kommunen står overfor. Planstrategien skal ta stilling til om kommuneplanen (hele eller deler) skal rulleres.
- **Rulling:** Oppdatere eller revidere en plan eller strategi i forhold til endrede forhold eller ny kunnskap. Det innebærer å se over eksisterende planer og gjøre justeringer, innenfor overordnede rammer.
- **Samfunnsdel:** Den delen av kommuneplanen som beskriver kommunens langsiktige utfordringer, mål og ønskede utvikling.
- **Samfunnsflope:** En sammensatt samfunnsutfordring med flere årsaker, som berører mange områder og ikke kan løses med ett enkelt tiltak eller av én aktør alene.
- **Samvirke:** At flere aktører samarbeider og koordinerer innsatsen sin, særlig ved kriser og alvorlige hendelser.
- **Sirkulære verdikjeder:** Måter å produsere og bruke varer på der materialer repareres, brukes på nytt eller gjenvinnes, slik at minst mulig går til spille.
- **Sirkulær økonomi:** Et virkemiddel for å nå klima-, miljø- og naturmål og samtidig bidra til økt verdiskaping og konkurranseevne. Sirkulære aktiviteter skal bidra til effektiv og bærekraftig utnyttelse av naturressurser og produkter, i et giftfritt kretsløp, der minst mulig ressurser går tapt.
- **Sosial infrastruktur:** Bygninger, steder og tjenester som innbyggerne trenger i hverdagen, for eksempel barnehager, skoler, helsetjenester og møteplasser.





Ordliste

- **Sosial ulikhet i helse:** Med sosial ulikhet i helse menes det at ulikhet i faktorer som utdanning, yrke og inntekt, gir systematiske forskjeller i helse, levekår, levevaner og forventet levealder. Sosial ulikhet i helse handler ikke bare om forskjellen mellom de som har det best og de som har det dårligst, men kan beskrives som en “gradient” påvirket av blant annet utdanningslengde og inntektsnivå.
- **Strategi:** En strategi beskriver veien til målet – hvilke veivalg eller endringer må prioriteres for å nå målet.
- **Stille områder:** Allment tilgjengelige uteoppholdsarealer med gode støyforhold. Arealer av en viss størrelse som etter sin funksjon er egnet for hvile, rekreasjon, lek og aktiviteter for ulike aldersgrupper. Et stille uteoppholdsareal har støynivå som ikke overskrider fastsatte grenseverdier.
- **Universell utforming:** Utforming av omgivelser, produkter og tjenester slik at de kan brukes av flest mulig uten behov for særskilt tilpasning.
- **Temaplan:** En plan for et bestemt tema eller fagområde. Temaplaner følger opp kommuneplanen, men utarbeides ikke etter bestemmelsene i plan- og bygningsloven.
- **Totalforsvaret:** Samarbeidet mellom sivile myndigheter, kommuner, næringsliv, frivillige og Forsvaret for å forebygge og håndtere alvorlige kriser og krig.
- **Transformasjon:** Å endre bruken av et allerede utbygd område, for eksempel å gjøre et tidligere industriområde om til boliger, arbeidsplasser eller møteplasser.
- **Utenforskap:** Manglende deltakelse og tilhørighet i samfunnsliv, utdanning, arbeid eller fellesskap.
- **Økosystemtjenester:** De goder og tjenester naturen gir mennesker, som mat, ren luft og vann, karbonlagring, flomdemping, pollinering og naturopplevelser.



Id	Hva er det beste med Fredrikstad – for deg?	Hva er viktigst for deg når vi utvikler framtidens Fredrikstad?	Hva burde være annerledes i Fredrikstad om 10–12 år?	Hva håper du vi har fått til i Fredrikstad om 10–12 år?	Hva skal til for at alle skal trives i Fredrikstad?	Hva trenger Fredrikstad for at folk skal føle seg trygge i framtida?
1	Fritidstilbudet og mulighetene	Sikkerhet, bærekraft og muligheter for barn og unge	Kommunens økonomiske situasjon	Arena Fredrikstad, på riktig vis	At vi fortsetter å utvikle og å støtte fritidstilbudene og aktivitetene	Et politi som forebygger og er tilstede i byen.
2						
3	Korte avstander, sykle, marka, elva, kysten	Å plalegge for neste generasjoner	Flere parker og færre biler.	Ikke ny togforbindelse til Oslo	At det er idrett og fritidsaktiviteter for alle	Bedre bomberom
4	Renslighet og trygghet	Samfunnet	Budsjett prioriteringer og sette folket først. Billig bolig	Ja håper det	Det er fin by med fine folk	Sikre sentrum og forebygge kriminalitet
5	Jeg liker Fredrikstad, liker kjøpsenter	At barna mine får jobber, trives på skolen, fotball, svømme	Litt mer venner og familie som flytter til Fredrikstad Jeg finne ikke jobb			Ike mer politi
6	Fint å gå tur i byen langs vannet, parkene	Utseende, miljø, parker, leke mulighet for barn	Mindre gjenger som går rundt, mer leke tilbud for barn	Mer leke muligheter for barn.	Bra tur områder, vedlikehold i sentrum	Mindre rus, mer vakter som er mer synlig
7	Parkene, naturområdene, promenaden langs elva, dammene	At det føles mer som en storby, at det er attraktivt å bo her og at folk skal flytte hit. Å få vekk stygge/falleferdig bygg	Pene bygg, restaurering. Mindre tomme tomter	At det føles mer som en storby. At området trosvikstranda/Evjekaia blir fiksa litt opp i		Mindre rus
8	Byens beliggenhet.	En bærekraftig kommune til nytte for innbyggerne.	En sunn og bærekraftig kommuneøkonomi.	At alle lovpålagte tjenester blir levert på en god og bærekraftig måte.	Sunn kommuneøkonomi og lav kriminalitet.	Lav kriminalitet, sunn kommuneøkonomi og kontroll på innvandring.
9	Allsidig kultur og restaurant liv, men heller penger inn mot helse og omsorg enn kultur.	Få all med, at ikke noen skal falle utenfor av barn og unge = idrett, leksehjelp for de som trenger det, gratis sfo for de med lavinntekt og kanskje lenger enn fjerde klasse	Ikke fler innvandrere hit,	Bedre integrerings kvalitet, lære norsk får seg jobb	Alle må rydde i økonomien sin, bruke St.croix huset flere møteplasser med trygge norske voksne som integrerer alle som faller utenfor ikke bare utlendinger	Politi i gatene

10	Alt brygga mennesket fotballen marka , glommastien utbedringa er meget bra, lys, stolpejakta,	Gratisparkering i byen, Kortids og for alle hele tiden	Bygge Torvbyen for å styrke sentrum		Beholde brygge promenaden og kultur og restauranter, beholde FFK i Tippeligaen	Politi i gatene ikke sitte i jilen
11	Fin by,rent og pent,trygt,koslige folk,fine tilbud	At det fortsatt er Trygt ,fine tilbud,ikke så dyrt,rent ,at setrum ikke bare blir kjøpesenter men beholder de lokale butikkene	Mere gratis tilbud,utviklig i sentrum ikke bare kjøpesenter, at man kan bevare feks cafer osv	Beholde sentrums butikker,kafeer, trygghet	Trygghet,trivsel ,bevare sentrum som et samlingsted for kaffer , slik det er nå Kansje mere tilbud for ungdom ,fotball,spill konkurranser få ungdommen på bedre veier, et samlingsted med folk som er utdannet, så ungdom slipper å gå på kjøpesentre å henge	Mere synlig politi, vektere synligere,
12	Ferge	Å holde soner til barn og eldre		Mindre høy bygg, bedre transport	Holde public transport	Foreldrene tar mer ansvar om ungdom
13	Bryggeoromenaden, gratis ferge	Unngå høyhusbebyggrlse, oasse på å beholde grøntarealer og småhusbebyggelse	Bedre økonpmi	Høyere andel av befolkningen i jobb	Trygt samfunn med liten kriminalitet, der folk stoler på hverandre	Sørge for at ungdom ikke faller utenfor og begynner med kriminalitet og vold. Bedre integrering av innvandrere.
14	Byferga. Gamlebyen. Ffk. Folka.	En by for folk. En grønnere by. Ikke biler.	En grønnere by.	En grønnere by.	Involvering. Arenaer for å møtes.	
15	Vannkanten, promenaden	Bedre samferdsel	Mindre bil i sentrum	Mindre bil i sentrum, bedre kollektivtilbud	Dårlig spørsmål, ikke alle kan trives	Sterke næringsliv
16	Beliggenheten mellom Oslo og Sverige ved elva Onsøy og Hvaler, og det er gamlebyen	Ta vare på sentrum og at vi er mange eldre som vil gjerne leve godt.	Satse på sentrum og mer gode krakker med ryggstøtte og langs elva	Sentrum må leve, værste ødelegger	Helt topp her også bli eldre,	Jeg føler meg trygg, men har vært syk så helsevesenet er supert og er glad i trygghetsalarmen den får meg til å føle meg trygg. Og hjemmehjelp. Hjelp der de bor.

17	Brygga, sentrum og Fredrikstadmarka. Nærhet til alt!	Bevare gågata og sentrum.	Riksvei 109, feil at det ikke blir 4 felt! Flere tar nok buss, men slettes ikke alle! Utjevning av sosiale forskjeller i levekårssoner.	Arena Fredrikstad, ny videregående skole og godt tilrettelagt tilbud for de eldre. En «grønn», fin by for mennesker i alle aldre hvor det er lett å leve godt!	Alle innbyggere må bidra litt selv! Fredrikstad folk er «joviale» og det skal vi fortsette med. Alle bør selv ønske å bli integrert i byen og bli en del av fellesskapet.	Gi informasjon om byutviklingen. Bruk penger riktig på barn, unge og aldrende personer. Synlig politi i sentrum. Tilrettelegging for alle aldersgrupper skaper trygghet.
18	Gamlebyen	Att ikke gågata dør ut	Vet ikke	Vet ikke	God by miljø	Tryggere i byen
19	Bussmuligheter. Byfølelse, men ikke alt for stort heller.	Mer byfølelse. Ting som skjer for unge i sentrum. At cafeer og spisesteder i sentrum holdes oppe!	Mer leiligheter i sentrum, at spisesteder lever. Mer storbyfølelse.	Trygt bysentrum	Åpent sosialt miljø. Tiltak for det.	Kontroll på sentrum
20	Folka. Nærheten til sjøen. Fint vær.	At vi tar vare på de unge og gir de en god start. Bevare møteplasser.	Færre biler. Flere folk i sentrum. Fortetting. Mindre uteforskrap.	Flere fritidsklubber. Flere møteplasser. Kommunale bygg som bibliotek er åpen på søndager. Flere som koordinerer tiltak for inkludering og frivillighet	Da må folk ha et sted å møtes. Det må bli lettere å få samlet interessgrupper. Vi må ta i bruke teknologi.	Flere som arbeider forebyggende. Flere møteplasser som er gratis.
21	Treffe kjente, i trygge omgivelser.	Legge til rette med samlingspunkt	Bofellesskap for eldre.	Gondoler mellom Fredrikstad og Sarpsborg, tilnærmer som i Romania ved Svartehavet, eventuelt hurtigbåt på elva	Gode boforhold, bynært.	Trygg økonomi og ikke for mange arbeidsløse grupper i byen.
22	Det er byen min, her er jeg født og blir til jeg forlater denne verden	At byen blir en trygg by å bo i for alle	Håper at sentrum har kommet tilbake til byen, med andre ord ikke et «sentrum» på Kråkerøy	At fortetting av byens sentrum har stoppet	At alle blir tatt godt vare på	At kommunen klarer å dekke befolkningens behov
23	Nærhet til sjølivet.	Gode tjenester til innbyggerne. For egen del er gode oppvekstvilkår viktig.	Bedre tjenester til de eldre og flere nærmiljøarenaer for barn og unge.	Tydeligere prioritering på barn og unge, som kommer alle innbyggere til gode.	En kommune som prioriterer universelle tjenester og ansatte i «første-linje».	Mer politinærvær og flere i første-linje.
24	Grønt arealer og elv	At sentrum blir ivaretatt	Legge tilrette for sykler, og samtidig lett fremkommelig for biler også.		Integrering og samhold	Slå hardt ned på kriminelle, og sørge for at alle følger norske lover

25	At byen er stor nok til at det er et godt utvalg av butikker, spisesteder og kulturtilbud, men samtidig liten nok til at det er korte avstander og rolige boligstrøk.	Fokus på barn og unge; kvalitet på skoler og barnehager	Bedre kollektivtilbud	Enda bedre tilbud i sentrum med kafeer, restauranter og kulturtilbud.	Få ned arbeidsledigheten	
26	Menneskene og nærheten til sjøen	Menneskene i sentrum: Fokus på barnehager, skoler, idrettsanlegg, eldreomsorg	Skoler med bedre økonomi	Skoler med bedre økonomi	Gode aktivitetstilbud - særlig idrettsanlegg med tilstrekkelig kapasitet	Politikere som er mindre opptatt av fillesaker og symbolpolitikk, og mer opptatt av at Fredrikstad ikke skal bli en glemt avkrok i Østfold
27	Gratis ferge, liten bykjerne, god beliggenhet i forhold til både sjø og skog,	Flerbruk av arenaer, ungdomsrettet utvikling, beholde historie, bruke gammelt enn å bygge nytt, gi midler til arenaer for ungdom og kultur.	Sentral Høgskole i bykjernen (f.eks torvbykvartalet), beholde grøntområder, nybygg burde ha flerbruks potensiale, samlet bykjerne med sentrum og Kråkerøy	Videreutviklet Værste og Jotne området, sentral Høgskole i bykjernen, satsing på møteplasser for unge,	Grøntområder, en felles bykjerne med sentrum og Kråkerøy, god kollektivtransport,	Utbedring av bomberom/tilfluktsrom, god kollektivtransport, drikkevann og strøm
28	Hyggelige mennesker, fin sommer, bra turmuligheter	Tatt min alder (82) i betraktning, god eldreomsorg. Gode skoler for de kommende generasjoner	Flere grønne lunger i sentrum	Mere småhusbebyggelse	Alle kan ikke trives, men det er viktig å føle at vi blir hørt og blir tatt vare på av de som styrer kommunen.	Ikke flytt politistasjonen ut av sentrum. Intensiver arbeidet mot rus og kriminalitet. Støtt frivillige organisasjoner.
29	Byen og skjærgården	Skoler, gjør grunnskolen til Fredrikstad sitt fortrinn! Da kommer tilflytting og attraktiviteten.	Bedre skoler.	Norges beste grunnskoler		
30	Sommerby, elva, nærhet til Hvaler, FFK, Gamlebyen, stolt historie	Nærings- og boattraktivitet. Infrastruktur	Bedre infrastruktur. Sikre næringslivet mht etablering og rammevilkår	Det samme som i punkt 3	Samlende politikk og retning. Lite ledighet og nye arbeidsplasser	Forutsigbarhet mht til økonomi og arbeidsliv

31	Närheten till allt, natur, högskola, Oslo & Sverige	Tror att ett samarbeite med högskolan för att få ökt studentlivet. Samtidigt är det väl också inne nu med "bostads attraktivitet"	Det är jag inte nog insatt i för att kunna ge ett bra svar. Men tror att vägar samt gång och cykelvägar runt om staden hade behövt ett rejält lyft	Allt ovanstående	Omöjligt att svara på.	Den globala otryggheten är väl ganska hög generellt. Så det första jag tänkte var beredskap, men tror också på en satsning till pre/on boarding-processer till högskola/näringsliv.
32	Koselig by med utnyttelse av elva, supert med gratis byferger, og korte avstander for ferdsel til fots	Implementere bærekraftige og nytenkende løsninger som er Sirkulærhovedstaden Fredrikstad verdig	Noen flere grønne arealer i sentrum hadde vært fint	Implementert bærekraftige og nytenkende løsninger, og hadde vært kult om Fredrikstad ble en by å se til for fremtidens grønnere byer	Jobbe for å redusere forskjeller, da det forekommer en del «fattigdom» (for norsk skala i hvert fall i Fredrikstad leste jeg om en liten tid tilbake	Mindre dop og rus for enkelte, da det virker å være litt av det i Fredrikstad også. Mye snusing og røyking her også for så vidt, som antageligvis ikke gjør så mange utrygge, men kunne gjerne sett en nedgang på slikt synes jeg. Men folk velger jo det selv (selv om pris og avgifter kan påvirke), og kort vei til Sverige spiller kanskje også en rolle..
33	Elva og elvepromenaden, Gamlebyen, utbyggingen av Værsteområdet, alle restaurantene, Isegran, kort vei til sjøen og marka.	At det blir holdt av plass til grøntområder, krakker, spesialbutikker, litt trimapparater med trær/busker rundt så det blir triveligere å trene enn et åpent område som på Dampskipsbrygga.	At Trosvikstranda/Holmenområdet er ferdig utbygd.	At Trosvikstranda/Holmenområdet er ferdig utbygd.	At vi får mer grøntområder og sitteplasser som gjør det koselig å ferdes i byen.	Flere hjertestartere med bedre skilting om hvor de er , mer sikring av kaikantene, mer synlig vakthold/politi pga mye narko-omsetning med påfølgende kriminalitet.
34	Sommerby, ferga til Gamlebyen, for meg - god kollektivtransport	Skoler, gode barneskoler og ungdomsskoler. Nytt og moderne bibliotek	Skolene i dag forfaller. Håper det satses mer der.	Nytt bibliotek (man ser både i Oslo og Sarpsborg at biblioteket brukes aktivt av ungdom, barn og voksne)	God aldersblanding. Beholde mye av den gamle bebyggelsen. Fredrikstad vil miste attraksjonen som turistby hvis byen består av mest ny bebyggelse	Gode skoler og barnehager. At eldre tas hånd om. Ønsker flere omsorgsboliger

35	Nærhet til marka Busstilbudet på 109	Prioritere oppvekst og utdanning Eldreomsorg Prioritering av grønne transportmidler (gange, sykkel og buss) Gjøre sentrum mer tilgjengelig med grønne transportmidler	Mindre bilbassert Flere barnehageplasser Bedre skoler og utdanning Mer verdig eldreomsorg	Lavere arbeidsledighet og høyere utdanningsnivå Under 50% bil i transportmiddelfordeling Bedre tilrettelagt for gang, sykkel og buss	Ingen må føle seg utenfor og alle må få lov til å delta i samfunnet Økt kunnskap	Fokus på Universell utforming Kriseberedskap
36	Elva, nærhet til Hvaler	Bred tilgang på jobbmuligheter. Alle bør kunne finne arbeid i fredrikstad. Forutsigbarhet og tilrettelegging for bedrifter er et must.	Oppgraderte skoler på alle trinn. Veisituasjonen må opp fra knestående. Broer osv.	Vei på europeisk og forutsigbart nivå. Skoler og generell utbygging må fokusere på tilflytting av annet enn pensjonister i dyre leiligheter.	Trygghet fra gjenger og kriminalitet. Forutsigbarhet og tilrettelegging for familier. Tilgang på jobb og fritidsaktiviteter for alle.	Opprydding blant kriminelle. Altfor lite ressurser tilgjengelig når narkotika og kriminalitet ikke etterforskes. Læreren må være sjefen i klasserommet.
37	Mangfold av folk og tilbud, f.eks. bra bibliotek. Kino, kulturskolen, Gamle byen, restauranter	Miljø, arbeidsplasser, at Fredrikstad beholder et unikt uttrykk	Å få Glomma og Vesterelva ren igjen. Gerne enda bedre tilrettelegging for sykkel/offentlig transport	At elvene og dermed Oslo fjorden/Skagerrak har blitt så rene at man faktisk har lyst å bade der. Bra liv under vann! At Fredrikstad tiltrekker seg flere gründere og at folk som bor her trives godt.	Respekt for hverandre - Gode møteplasser hvor man ikke må konsumere/betale for adgang. Et variert tilbud som kan treffe på tvers av inntektsgrenser og miljøer	Gode (sykkel-)veier, fokus på bra skolemiljø og rask tverrfaglig innsats for barn som er i fare med å falle utenfor
38	Sommer og aktiviteter langs brygga, og i byen for øvrig.	Gode bomiljø og bomiljø. Ivareta eksisterende bomiljøer og byggestil. Ikke mere av uheldig utforming av boliger, som bryter med nabolaget - f.eks 'kassene' på gamle stadion, som ikke står i stil med bebyggelsen for øvrig. Utforming må sikres når Trosvik stranda skal utbygges, ivareta profil mot elva.	Bedre sikring og skilling mellom biltrafikk og gående/syklende. Godt tilrettelagte møteplasser, der Stortorvet har gode muligheter mens Nygårdsplassen er eksempel på møteplass som ikke fungerer.	Gode bomiljø også for barnefamilier, ikke bare for pensjonister.	Gode bomiljø. Aktiviteter for barn og unge. Tilrettelegging for barnefamilier.	Godt skille mellom biler og andre trafikanter. God synlighet, og god belysning på kvelds- og nattetider.

39		Flere parker, flere og tryggere sykkelstier, bedre friidretsanlegg, flere og større naturområder, sterkere naturvern, og en god kommuneøkonomi.	Kommune økonomien bør bli bedre, bedre skoler	Bedre kommuneøkonomi, skoler som fungerer for alle, flere paker, gode sykkelstier	Bedre skoler, flere jobber.	Mindre fattigdom, flere naturområder
40		Gode sykkel- og gangveier i sentrum og utover. Fine parkområder med mulighet for å sitte ned og lekeplasser for barn.	Bedre og tryggere sykkelveier både i sentrum og ut i boligområder. Gågate med liv!		Trygge og gode barnehager, skoler, nok arbeidsplasser og en by for alle. Åpne plasser for lek og rekreasjon.	

Id	Frivillig å svare: skriv inn navn eller organisasjon du representerer	Hva er viktigst for deg når vi planlegger framtid as Fredrikstad?		Hva gjør Fredrikstad til et godt sted å leve i dag – og hva bør være annerledes i 2040 for å gjøre det enda bedre?	Hvilke utfordringer og hensyn må vi klare å håndtere samtidig fram mot 2040 for at Fredrikstad skal utvikle seg på en god måte?	Hva trenger Fredrikstad for at folk skal føle seg trygge i 2040?
1	Bordvert: Vegard	At vi inkluderer det gudommelige aspektet i folks bevissthet. Som han er generell oversikt over hva som er riktig og galt. Da vil vi få det beste grunnlaget for å ta de riktige beslutningene. Det demokratiske aspektet. Planlegger for en trygg alderdom - så man kan bo trygt hjemme. Det er få arbeidsplasser. Vi må tiltrekke oss flere og vi blir stadig eldre. Hvordan skal vi handtere så mange eldre som skal bevege seg i sentrum. Vi hører om nedbygging av aldershjem og skoler pga av økonomi. Handlingsregelen på 3% kan økes til 4%. 4% handlingsregel er riktigere. Staten skylder alle kommunen disse pengene som er holdt tilbake. Disse pengene kunne hindret mange nedleggelse r. Den ene prosent er en mulighet for kommunene.		Det som er bra er mangfoldet. Det moderne og det gamle. Værste og Gamlebyen. En fantastisk kyst. Det er veldig mange som pendler i dag. Det bør være en lettere forbindelse mellom politikken og bedrifter. En annen avgiftspolitik k for bedriftseiere og innovatører. Færre avgifter. Mer samhandling mellom kommune og frivillighet. Mer regional samhandling. Det bør være mer penger til frivilligheten. Mer samarbeide med frivilligheten. Vi må få til flere ting sammen. Frivillige organisasjon er må samarbeide mer og vi må legge til rette for dette. Flere arenaer for å møtes. Vi må utnytte de frivillige ressursene bedre.	Vi blir dobbelt så mange over 80. Vi må ha flere generasjonsmøter. Vi må utløse det potensialet som eldre/pensjonister representere som ressurser i samfunnet. Vi må integrere de åndelige aspektet for å balansere og løse utfordringer mennesker har i seg selv. Enkle forløsningsmetoder kan hjelpe folk i stor grad. Om man kan få inn det ånedelige aspektet i tidlig aldre. Det kan løse konflikter. Personer som har opplevd kamphandlinger i tidligere liv får utløp for dette livet. Forløsningsarbeid og enkle forløsningsmetoder vil kunne hjelpe på dette. Tanketerapi, rosen terapi og soneterapi. Vi må se på fysiologisk og biologisk alder. Kollektiv bevissthet påvirker hvordan man lever sitt liv. Fokuser mer på positiv fysiologisk alder.	Gode generasjonsmøter. Vi må forene ulike aldersgrupper. Samle på tvers av generasjoner.
2	Bordvert: Pernille	Folkevalgte har alltid rett Arbeidsplasser tilrettelegge for, verdiskapning, næringslivet, utvide næringsarealer, sirkulære, hele spekteret, lokke de tilbake, legge til rette for både nyskapende grundere, Barnefamilier, spredt boligbygging, som folk har råd til, praktiske, hus og hage med skolekapasitet og skolestruktur og barnehage. godt omdømme, om at det er bra å bo, tiltrekke barnefamilier. Unge fertile kvinner, stabil befolkning, studenter har lite sosialt nettverk som de har vanskelig å treffe andre. Møtetilbud for studentene, men hvordan de kan bli mer attraktive. satse på integrering og forebygge ungdomskriminalitet - mangfoldige bomiljøer,		Allsidigheten er bra, vi savner ingenting. Føler oss trygge men det er episoder, Stor nok til å være by men liten nok til å være hyggelig. Alternative mestringsarenaer: som e-sport f.eks. Komme seg inn boligmarkedet med nybygg. legge til rette for både nyskapende grundere,	Mer næringsarealer opp mot grønne verdier Integrering - de som allerede er her først og så eventuelt åpne for å ta i mor fler Eldre bølgen - de kan bo sammen i motsetning til mangfoldige bomiljøer fordi det er mer effektivt for å motta helsehjelp.	Samhold i lokalsamfunnet. Mer synlig politi, forutsigbarhet for tjenestyttingen, god eldreomsorg, hverdags trygghet, lokalsamfunnet ditt, Mer fellesområder inne og ute, mangfoldige bygg og leiligheter, for de som bor der. naboskap. Samfunnsberedskap: tilfluktsrommene, ikke skremselspropaganda men likevel viktig. Næringspolitikken, beskytte arbeidsplassen.
3	Bordvert: Marianne	Fellesskap og mange ulike arenaer for fellesskap.		Fremtidspositivisme. Nærsynthet trygge nærmiljøer. Generasjoner møtes. Tiltak i nærmiljøene! Den gode byen. Det gode arbeidslivet. Løkka. Plassene	Økonomisk og miljømessig bærekraft. Sosial boligpolitikk. variasjon i boligtilbudet. Deleøkonomi. Eksempel Trondheim åpne opp for kreative løsninger. Økende ungdomskriminalitet, OG samtidig sikre at ungdom ikke flytter ut av kommunene. Unge voksne. Utfordringer må hansk es med! Kollektivtilbud.	Økonomisk forutsigbarhet - framtidsrettet. stabilitet. Tilhørighet, gode arbeidsplasser. Det sosiale limet rom for alle. Utenforskap mangfold og inkludering. Langsiktighet, modige politikere. Tilhørighet politikere, administrasjon og næringsliv i fellesskap. Ikke kjerne kraft.
4	Bordvert: Anna	ta være på grønt areal og marka; skape miljø med mindre forurensing; skape helhetlig bybilde: sentrum og Storbyen og sykehus er tomt, Væreste full i gang; ikke bygge i våtområdet; bolig til eldre som de har råd til og sentralt til forskjellige service, slik at de kan slippe å kjøre bil og tilrettelagt til transport muligheter; dobbelt spor til Oslo; økonomisk tilgjengelige bolig; sørge for at utenforskap blir mindre; en by som dekker hverdagslig behov til alle type folk, en jobb å jobbe med og en bolig å bo i; en by som attraktiv til både unge og eldre; bysentrum som fungerer til alle aldersgruppe; servicetilbudet er viktig slik at innbyggere handler her i byen og ikke i Svergie.		Godt nå: marka, elva, gamlebyen, gratis ferge, flotte badeplasser; mye godt grep for å skape godt byliv; Litteraturhuset, elvepromenaden; I 2040: Enda mer bilfritt, mer liv i gatene i sentrum i hverdagene, ikke bare helgene; mer kontinentalt/europeisk tilbud, uformelle steder; bedre kollektivt transport; liv helt fra Gamlebyen, Cicignon fram til Værste; godt tilrettelagt på gjestebåtplasser og egen båtplasser og generelt godt båt liv er veldig viktig; bedre tømme stasjon til båter	eldrebølge; skape godt tilbud til eldre samtidig passe godt på ressursene; flere prosjekter som Mama Cicignon der alle aldersgruppe kan bo sammen; flere turister i Fredrikstad i hele året, ikke bare sommeren; byggekostnader er en utfordring; pris på råvæ rer; utbygging og naturhensyn problematik; folk har mindre råd å eie eiendom, det må håndteres; bygges billigere	håndtere kriminalitetforebygging; det blir flere gammel så trenger vi flere omsorgsbygg, god kontroll på folk som jobber i helseomsorg så de som tar være på eldre er pålitelige; kommunen må være godt egnet for å levere alle service som det skulle og kan ha god kontroll; stop alle krigen; digital kompetanse bygges opp, digital utenforskap håndteres;
5	Bordvert: Guro	Først: Hvilket F ønsker vi? Hvem skal bo her? Ønsker vi "Florida"? Yngre? Flytte tilbake. Bedre grunnskoler enn Oslo, bredde i fritidsaktiviteter for alle aldre (konkurrerer med Drammen, Lillestrøm, Ski). Poenget med det å samles. Må være sikker på at jeg møter noen jeg har noe til felles med. Tilrettelagt i storbyen, hva er samlingspunktene i Fredrikstad? Kan være så mye. Scene, kunsthåndverk. Barneteater: Vi er gode i dag - finnes stort potensiale i inkludering. Sport er mer tilgjengelig. Rom og steder der man kan samles. Ikke bare shopping. Grønt og hyggelig. Lokalsamfunnene og nærmiljøene rundt skolene. Møtested lokalt. Sentrum trekker for mye - eks Trara som er for nære byen (bortsett fra idretten på skolen). Initiativ for at skolen kan åpnes. Ikke låste dør er. Bygge for framtiden. Fortauene brede nok og rommene store nok. ikke bygge for nå. Eks dimensjonere skolene og offentlige rom. (Skjønner at det også er kost-nytte-nå. Men kan bli dyrt etterpå).		Bra i dag: Tilgjengelig. Lett å komme steder. Butikker er spredt. Arbeidsplassene er spredt over flere steder i byen. Effektiv - vet hvor alt er - enten gangavstand eller kjøre-avstand. (Men vi er ikke sikre på hvordan det er for de som bor lenger unna sentrum). Det er veldig fint her. Bybildet er blitt veldig fint, sammenliknet med før. 20-25 år siden. Gjør mye for opplevelsen. Innflytter - velkomment - eksemplifisert med danse miljøet. Føltes verdsatt. Enda bedre: Må få bukt med ungdomskriminaliteten. Fanges opp tidlig. Bedre på integrering, føle at man er en del av noe. Alle må bli verdsatt for det de er. Rettferdig behandling - ikke det samme som at alle blir likt behandles. Ikke en løsning for alle. Deltakelsen her i dag et bilde. Økende forskjeller generelt er ille. (trenger ikke fler idioter i eliten) Skoletilbud går feil vei. Legger ned skoler. Det blir flere private skoler. (VGS) Litt overgang /overlapp til neste spørsmål.	Økt demokratisk deltakelse. Engasjement, heie fram flere ulike stemmer. Dra fram suksesshistorer og folk fra ulike deler av samfunnet som har lykkes. Håndtere forskjeller og sørge for inkludering. Værste blir "hvit getto" Samarbeid med kommunene rundt. Ikke bare Fredrikstad. Bussforbindelser til flere deler av Fredrikstad, utkanten. Skal vi få flere til ikke å bruke bil må kollektiv bli bedre. Skal man klare seg uten bil generelt, ikke minst eldre. Tidligere hadde vi minibusser som gikk og supplerte de største bussene. (eks Bjørndalen- Kråkerøy. Tok opp folk der de sto.) Mindre størrelser på bussen. Delingsøkonomi - ting flere har behov for. Mer tilrettelagt for deling. Alle har en av hvert. Vet ikke helt hvordan. Ala Skattkammeret. Mer av den type løsninger. Samle innovasjonen i samfunnet. De innovative folka. Vi trenger å utvikle nye løsninger på de mange problemene. Annerledes problemer. Mer kulturnær ing i 2040 (Grønn næring den også - lite utslipp! :-)) De store fasene i livet blir verdsatt av kommunen /det offentlige. Eks "fødselspakke" i Finland.	Mer synlig politi i gatene + nærhet til sentrum. Feil retning at politiet flytter vekk. / er flyttet til Grålum. Nærhet til det vi trenger. // Tilfluktsrom med dekning til alle. Som kan brukes til annet. Flerbruk. Se til Finland. // Kultur er også beredskap // (Tror ikke Nato-nær vær nødvendigvis er bra på Borg havn og Rygge mtp å være terrormål.
6	Digitalt møte, anonymt innpsill	Oppvekst og helse. Det trengs mere penger inn i helse og oppvekst . Forebygge for at ungdom som faller ut . Og flere stillinger i skole og helse skaper mer arbeidsplasser i Fredrikstad kommune		Godt sted og være så er det sjøen	Utsatte leveområder Og skolene for og få alle igjennom til utdanning og trivsel	Miljøene

7	Innspill fra Digital folkemøte 15.04.26 - referert Vegard Anda	Det helt overordnet er at det må være plass for alle i byen. Det må være en by for alle. Både gjennom byutvikling og sentrumsområder. Det begynner å bli tett i sentrum og det er dyrt. Det må være boliger for alle. Innbyggerne må kunne være med å påvirke så det blir flere bydelshus eller samfunnshus. Politikerne snakker mye om frivillighet og man må skille mellom de frivillige de ideell sektor. Man man få til flere større samarbeid med frivillighet og ideell sektor. Det er overganger som kan utnyttes bedre. Flere kan samarbeide og man bør ikke tilby mye av de samme tilbudene. Vi trenger mere samskaping for mindre utenforskap og mindre fattigdom. Yngre trenger tid og trygghet for alle. En by med rom for alle. De som er 55+ med innvandrerbakgrunn er glemt. Mange har begrenset språk og begrenset med ressurser til å komme seg til og fra møtesteder. Mange har landsbruksbakgrunn og kunne bidratt eller deltatt i et prosjekt som kunne vært igangsatt for denne gruppen. Det mangler tiltak og mange trenger samvær. Mange blir fort hjelpetrengende. De trenger å komme seg i aktivitet. De kunne trengt en jordlapp og et tiltak for å komme i aktivitet. Det viktigste kommunen må være opptatt av er barn og oppvekst. Straks de begynner på ungdomsskolen så blir det grupperinger og ofte blir det norsk eller innvandrergrupperinger. Det er flere områder med levekårsutfordringer og mange fra disse områdene trenger å oppleve det andre barn og ungdom opplever. Man trenger tiltak for å skaffe jobb til de gruppene som sliter med språk og arbeid. Veldig mange trenger veiledning for hvordan de kan leve bedre. Det finnes midler i veiledningstjenester. Vi trenger et system som kan tilby de som trenger det mer. De barna som har utfordringer, spesielt i ungdomsskolen, trenger mere oppfølging der hvor foreldrene har svakt språk. Ungdom kan ikke være tolker i samtaler som handler om seg selv. Vi trenger flere arbeidsplasser og integreringa må skje på arbeidsplassen. Folk må lære seg "kodene" som skjer ved en arbeidsplass. Mange organisasjoner driver med forskjellige ting og man har forskjellige rammer. Men vi må samarbeide sammen for å lykkes med integreringen. Det er vanskelig å fylle kravene til stillinger og vi har ingen plass for de. Vi trenger flere plasser for arbeidstrening. Vi trenger et bedre system for integrering i samarbeid med NAV og kommune. Inkludering og arbeidsplasser. Vi trenger samskappingsarenaer. Kunne vi få med i teksten til samfunnsplan at vi gjør noe innovative grep som vil interessere næringslivet. Mange har arbeidsevne og delvis kompetanse, men mange mangler språk. Det er ikke kompatibelt. Sosial bærekraft blir viktigere og viktigere. Flere må komme i aktivitet for skape trygghet	Det er mye fint med Fredrikstad. Skal vi gjøre det bedre i framtiden så må vi se på menneskene i denne byen og de må kartlegges hver for seg. Det er store forskjeller. Vi må kartlegge ulike grupperinger bedre. Vi må inkludere alle for unngå parrallellsamfunn. Vi må se på alternative boligmodeller. Prisene er høye. De som trenger en bedre bolig har ikke råd til dette. Ungdommer må justeres for å treffe framtidas krav. Vi må ha tiltak og gjøre noe grep for å motvirke arven til mange av de som har foreldre som ikke er aktive i dag. Vi har ikke koblet foreldrene til samfunnet og de bidrar ikke. Barna deres vil arve disse holdningene. Boliger er attraktive for eldre som vil flytte fra Oslo. Vi må øke attraktiviteten for de som kan bosette seg som er yngre i arbeidsfør alder. Fredrikstad har veldig mye - vi har skog og sjø. Byen er sentral mot Flyplass og ungdom. Det er skoleplasser og barnehageplasser til alle. Det er veier tilrettelagt for friluftaktiviteter. Vi ligger veldig fint til geografisk. Det er vakre omgivelser som må ivaretas. Det er blitt en elveby. Den har tatt vare på gamle arealer som Gamlebyen og Isegran. Kort vei til sentrale strøk. Det har vært veldig homogent, men små forskjeller. Det veldig mange sier når de kommer til Fredrikstad er at det jovialt og at det ikke er så stor forskjell på hvermandsen og direktøren. Det er en avslappet stemning. Det er et godt kjennetegn. Vi er litt "nedpå". Vi har mange kommunale bygg som står tomme. Nydelig bygg. Hva om kommunen gjør om disse byggene til boliger for vanskeligstilte. Det er noen sykehjem som f.eks kan bygges om til spesialboliger. Fram mot 2040 trenger vi gode tiltak/boligprosjekter som kan testes gjennom kommunen.	Utfordringen ligger i å omsette gode tanker til handling. Vi må sette samarbeid med gode aktører i system. Vi må få flere til å bli engasjer i samfunnet. Søke mer statlige midler. Samarbeide med med næringslivet. Vi trenger å kunne varsle innbyggerne på nye måter, som f.eks gjennom SMS.	Vi må klare å bygge ned forskjeller, istedet for at de skal bli økte forskjeller.
8	Digitalt møte, innspill fra Yngve Nygaard Leder Seniornett Fredrikstad	Et aldersvennlig, raus og inkluderende bysamfunn i kontinuerlig utvikling. En by hvor man både evner å skape nye urbane kunnskapsbaserte arbeidsplasser og nye attraktive boliger samtidig som man tar vare på de beste fortidsminnene gjennom Værste, Gamlebyen, Bastionfestningen og Isegran mm.	Mangfoldet av aktiviteter, kulturtilbud og naturopplevelser (elva, marka og skjærgården). Videre en kontinuerlig byutvikling og modernisering, men hvor man også evner å tar vare på plankebyens historie. Det som kan bli bedre er et modernisert kollektivknutepunkt, oppgradering og modernisering av biblioteket og en revitalisering av gågata for å skape mer liv og aktivitet i sentrum.	Skal vi løse demografifloka og realisere «bo TRYGT hjemme» reformen må vi få til systematisk samhandling og samskaping mellom kommuner og organisert frivillighet. Innen 2040 blir vi dobbelt så mange over 80 år, og ressursmangel gjør at politikere og andre skyver stadig flere oppgaver over på frivilligheten og pårørende. Da må forholdene legges tilrette gjennom bedre koordinering, samhandling og basisfinansiering. Samtidig må det tas i bruk gode verktøy for oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene (type Nyby), som kan knytte sammen behov med ledige ressurser. I hver vår isolerte silo får vi ikke til så mye, men ved systematisk samhandling og samskaping kan vi løfte Fredrikstad og få til veldig mye på en effektiv og bærekraftig måte 	Sammen iverksette «bo trygt hjemme» tiltak for alle med behov for det, etablere trygge nærområder og sosial møteplasser samt ha nok politi og vektere i gatene for å bekjempe organisert kriminalitet.

Id	Råd/utvalg	Hva er det beste med Fredrikstad?	Hvor vil vi være om 10-12 år?• Folkehelse, sosial ulikhet og utenforskap• Demografi• Økonomi• Klima og miljø• Areal og mobilitet• Regionalt samarbeid• Samfunnssikker
1	Planutvalget	Allsidigheten! En liten nok kommune til å være hyggelig, men stor nok til å være en kommune Ad bruken av bilder i presentasjonen - setter fredrikstad på kartet slik vi ønsker å fremstå. Det er dette vi ønsker å bygge videre på. Småhus idyllen, ikke de firkantede blokkene. Folka er det beste med Fredrikstad. En helt annen relasjonell væremåte her enn andre steder! Lett å komme i kontakt	-Bedre overordnet byplanlegging som hensyntar innbyggerne, istedet for sak-til sak -Gode uteplasser i sentrum og bydelssentra der man kan være og gjøre ting uten å bruke penger -Forpliktende langsiktige planer som går over mer enn 4 år/valgperiode -Vern av bynær natur og etablering av ny grønnstruktur i nye områder. -Vern av eldre verneverdig arkitektur og bymiljøer -Et godt utbygget og pålitelig kollektivtilbud
2	RFF	Natur og bykvaliteter: Kombinasjonen av flott natur og en ikke for tettbygd by. Frivilligheten: Sterk og omfattende frivillighet i Fredrikstad. Frivilligheten burde løftes mer frem, fordi den både skaper tilhørighet og motvirker utenforskap.	Medvirkning og rettigheter: Reell medvirkning for personer med nedsatt funksjonsevne må være på plass. Det skal bli selvsagt at mennesker får medvirke i avgjørelser som har stor betydning i eget liv. Dette gjelder også innvandrere, elever og arbeidstakere.CRPD må ligge til grunn for planlegging: Ny samfunnsplan for Fredrikstad bør tydelig forholde seg til CRPD. Arbeid og utenforskap: Flere funksjonshemmede må inn i arbeid. Det må synliggjøres at arbeid motvirker utenforskap, og er helsebringende og positivt på mange måter. Tidlig innsats er veldig viktig. Bruk av barnepsykologer og oppfølging og avlastning må inn i planen. Universell utforming Universell utforming må være grunnleggende og systematisk, i all planlegging - ikke «ekstraavgifter» i etterkant. Det er bra for alle! Integrering og økonomi Økonomi må ses som en del av samfunnsdeltakelsen. Styrking av økonomi hos utsatte grupper er viktig for integrering. Fra ord til handling Planen må settes ut i praksis. Forebygging av utenforskap • Planen må beskrive hvordan man systematisk kan “redde” folk fra utenforskapet. • Det handler ikke nødvendigvis om store kostnader. • Førsteprioritet: tiltak som kan «redde noen» – det har stor verdi både for samfunnet og for den enkelte. Frivilligheten som mål og metode Frivillighet er både et nåværende fortrinn og et framtidsmål: • Frivilligheten er avgjørende for å: - o motvirke utenforskap - o bidra til inkludering og tilhørighet - o støtte mennesker som sliter

3	Helseutvalget	•Økologisk godt sted å være, det er fint her med fine hus •Vi er uformelle og "nedpå" - fellesskap •Beliggenhet, skogen og kysten. Vi har bra butikker og det vi trenger. Kulturlivet •Beliggenhet, elva •Spenstig ny visjon •Folka - det andre har vi fått. Folka er vi og utvikler. Når vi er på vårt beste er vi gode! •Et godt sted å bo- ikke for stort, oversiktlig, og mulighet til å bruke byen, marka og kysten innen kort tid. Det må vi bruke for å promotere oss utad. Turistdestinasjon for friluftsliv. Tidligere vår og lengre grønt. •Flere små drivverdige byenheter - en rekke sentra med 100 meters byer med korte ansvar. Disse må vi tilrettelegge for. Mange differensierte små sentra som fungerer byutviklingsenheter. •Ligger nært Sverige •Det har bodd folk her i flere tusen år, vi trives. •Folkesjela - de som flytter hit vitner om å bli godt tatt imot, møtt med vennlighet. •Mangfoldet av muligheter - vi kan gjøre alt innenfor egen by. Alt fra ide til produksjon. Vi må fortsette å legge opp til industri/arbeidsplasser som gjør at produksjon også skjer her - i Fredrikstad.	Folkehelse, sosial ulikhet og utenforskap o Områdeløft i levekårsutsatte områder o Bekymring for sosial ulikhet. Vi har segregert oss - det må vi finne veien ut av. Dette må være politisk prioritet nummer 1. Sosial ulikhet må vi jobbe med. En ting er å mangle penger, men det å stå utenfor arbeid er også sosialt ekskluderende. Kommunen må legge til rett for flere private arbeidsplasser. Kan gå på bekostning av andre mål (for eksempel klima? Jfr viken park) o Vi er enda bedre på å utnytte kunnskapen vi har til å gjøre gode valg, og samarbeide på tvers av politiske grenser. Vi kan bli bedre på å framsnakke hverandre. Bruke tall og data vi har, for å sette inn tiltakene der det trengs. Vi må få mer selvtillit. Vi må snakke oss opp og være stolt av oss. Vi har alle oppskrifter ofre å lykkes, og stå sammen om dette. Demografi o Er vi rigget for så mange innbyggere i 2038? Vi må bygge helsetilbudene parallelt og ha tiltaksplaner for eldre og uføre Økonomi o Bruka elva som ressurs Klima og miljø o Fortsatt ha flotte og dyrkbare hager. Vi kan bli «Den økologiske byen» i Norge – deleøkonomi. o Forurensning og avløp - vi har en død Oslofjord, og Glomma har med seg mye som krever at vi må være sammen om å rense fjorden. Bra at vi bygger renseanlegg på Øra som tar ut nitrogen. Areal og mobilitet o Redd for boligutbyggingen med disse kassene. Og: Ikke fortette mer, det går ut over hus med store tomter og store hager. Vi (politikere) må være tydeligere på hva vi mener og høre på innspill som kommer, vi må ha attraktive boliger for alle aldersgrupper. o Utnytte elva enda mer som transportåre o Hvem skal vi tiltrekke oss som tilflyttere? o La bydelene/bysentre/lokalsamfunnene bestå og utvikle seg. Vi er ikke ferdig med småkommunene. Videreutvikle småsentrene. Gir god tilhørighet, dyrke stedenes egen karakter og dyrke forskjellen/identiteten. Vi må få Fritidsturisme - det er så mye fint man kan gjøre her, og mye bra natur. Det må vi utnytte til en opplevelsesbasert turisme. SÅ må vi jobbe mer med 100-meters byene; det må bli tettere og kortere vei til alt i lokalsamfunnene/tettstedene. - bli mindre bilbasert. Vi må bli enda bedre på å utnytte kunnskap, slik at vi kan ta gode valg. Vi må samarbeide om gode politiske løsninger framover. Regionalt samarbeid o Tenke større regionalt og samarbeid med Sarpsborg Samfunnssikkerhet og beredskap o Trenger økt beredskap på sykehjem, omsorgsboliger og oppgradere tilfluktsrom. Utarbeidede og ajourføre evakueringsplaner o Strategi for lokal matberedskap o Vi må bygge opp mennesker. Det er vanskelig å vite hva vi skal forberede oss på. Vi må være mer fantasifulle om hva som kan være farer.
4	Ungdomsrådet	Mangfoldet; kulturer og mennesker Tilbudet for unge, kultur: Det er mye å finne på miljøet Korte avstander St.Croixhuset Fredrikstad har en fin størrelse og gode fritidstilbud for unge Alt er nært, trenger ikke dra langt, Størrelsen på byen: Ikke for stor og ikke for liten Fine områder i og rundt byen; brygga, Glomma Brygga om sommeren. Kysten. Slevik og Hankø Idyll-festivalen	Folkehelse, sosial ulikhet og utenforskap: Økt innenforskap, mindre sosial ulikhet. Fredrikstad kommune ser verdien i demokratiske og forebyggende arenaer for unge, der de kan senke skuldrene og sosialisere på tvers av ulikheter. Tiltak mot utenforskap og for god folkehelse som fungerer, og kan hjelpe alle som trenger det. Vi må inkludere flere – få ned utenforskap, se menneskene som en ressurs. Få flere unge i jobb. De mange unge uten jobb må rekrutteres Bli en attraktiv by å bo i, med gode skoler, gode tjenester og gode jobber. Forfallet i sentrum må bort – så vi kan være stolte over byen vår, og å vise den fram. Økonomi: Økt innenforskap, og flere i jobb. Alle som kan, skal ha en jobb å gå til. Bedre kommuneøkonomi, og lønnsomme økonomiske prioriteringer. Ansvarlig bruk av hver krone, for eksempel med skolestruktur. Konkurransedyktige offentlige tjenester. Et sterkt næringsliv som gir mange jobber. Få inn skatteinntekter. Klima og miljø: Vi skal ha flotte grøntarealer, med et stort biologisk mangfold Regionalt samarbeid: Enda tettere samarbeid med nabokommuner om store kommunale tjenester, samarbeide med andre kommuner. Samfunnssikkerhet og beredskap: Samfunnssikkerhet og beredskap må få mer fokus. Vi må få digital suverenitet og økt teknologisk beredskap. Vi må jobbe på tvers – se bredden. Gjøre det trygt å vandre i byen, skape et inkluderende sentrum
5	Teknisk utvalg	Folka elva sommeren beliggenhet gratis ferge Fergene Veumbekken Bryggepromenaden korte avstander kompakt kommune nærhet til Sverige Gamlebyen mange badeplasser Glommastien Dammene og marka Fine turområder Store rekreasjonsmuligheter Fredrikstadmarka Klimaet Korte avstander til ting vi trenger; skole, butikker, nærmiljø.	Bedre kollektivtransport i hele kommunen! Knytte sammen periferien med buss Alle skal ha like muligheter, uansett funksjonsnedsettelse eller hvor man bor Mindre ulikheter innad i kommunen i 2038: Vi klarer å gjøre noe med utenforskap, flere i arbeid, flere fritidsklubber - også i periferien. Attraktivt næringsliv mer fokus på frivillighet Styrke lokalsamfunnene i nærmiljøene - de gjør en veldig god jobb. Tettere samarbeid med omkringliggende kommuner, kanskje sammenslåing Mindre barnefattigdom Bedre på beredskap, at kommunikasjonen kommer bedre ut og bevisstheten er høyere enn i dag. Flere alternative bofellesskap - blandet for eldre, folk med funksjonsnedsettelse og vanlige folk. Flere barn! Mer fokus på heldøgns omsorgsplasser (slik som i Moss) - isteden for sykehjemsplasser. Folk må få velge selv hvor de vil bo. Mer satsing på kultur

6	Samfunnsutvalget	Hele pakken: Brygga, og vannet som går ut i den flotte skjærgården Flott by og utvikling, natur og matjord Glomma Marka Nærhet til alt man trenger	Vi må ihvertfall være der sammen, for å få samfunnet til å henge i hop. Det ser alle - På tvers av politiske skillelinjer. Ordet "Sammen" er alltid fint (viser til visjonen). Kommunens lovmessige ansvar for tjenester fordrer at vi har det store blikket. Vi har barn som lever i fattigdom i Fredrikstad. Det er noe av det viktigste vi må jobbe med. Det er grunnleggende feil at barn vokser opp i fattigdom i rike Norge. Om ti år: Antallet barn i fattige familier er betydelig lavere enn i dag. Alt annet bidrar til dette målet: arbeidsplasser og arealutvikling, og økonomi. "der barn og unge lykkes". Barna er til syvende og sist viktigst. I 2038: Kommunen og næringslivet sitter sammen og takker hverandre for at vi har klart å sysselsette alle som har vært ledige lenge, og alle flyktninger som bor her. Så må vi få slutt på barnefattigdommen. Det må vi løse! Kommunen driver best og billigst mulig de tjenestene den skal levere (og konsentrerer seg om det), og bidrar til økonomisk bærekraft.
7	Oppvekstutvalget	Menneskene - vi skaper Fredrikstad! Folka FFK og Stjernen Elva - livsnerven i Fredrikstad Nærheten til havet - geografien Gamlebyen Allsidigheten Stort utviklingspotensiale av byen og kommunen: Ingen har så store arealer så tett på sentrum som Fredrikstad! Ingen har en havn som Øra. Den er unik, Stor nok som kommune og samtidig er byen liten nok til å være koselig Det er så mange muligheter i Fredrikstad. Nærhet til alle offentlige tilbud Unike områder tett på byen feks Værste og havn som gir store muligheter. Kort vei til alt, byen rommer alt, utviklingsmulighetene.	Demokratisk grunnbjelke er viktig i fremtiden: Det bygger fellesskap og samhold - og dette er svært viktig også med tanke på samfunnssikkerhet og beredskap. Knapphet på areal og utnyttelsen av det samme. Vi har et stort ansvar for å overlevere verden til neste generasjon. Samfunnssikkerhet og beredskap – ikke bare det forsvarsmessige og det militære. Det viktigste er den demokratiske grunnberedskapen hos alle. Jo flere som lever i utenforskap, jo mindre demokratisk styrke har vi for de store spørsmålene og de store prøvelsene som kan komme for oss som samfunn. Vi må ha evne til å styrke ytringsfrihet, demokrati og fellesskapet. Dette er mye viktigere enn vi tenker på. Det er ikke tanks som skal redde oss, men oss! Verdien i at vi kjenner hverandre, har et samhold og et samfunn som fungerer – da må vi ha folk med, og ikke i utenforskap. DEMOS Fredrikstad er viktig – vi må fortsette å bygge de demokratiske musklene. Valgfag i skolene – dette er kjempebra, Viktig med demokratiske muskler bygges i skolen Vi må hjelpe de barna som faller utenfor – vi har det bare så bra som barna våre har det! Havn blir bare viktigere framover. Her er det fantastiske muligheter.
8	Eldrerådet	Mangfoldet, nærhet til alt, lokalsamfunnene, kort vei fra den ene kanten av kommunen til den andre, kort vei til kontinentet. Kort vei til alt: Kysten, turområder, øyene. Gamlebyen. Bryggepromenaden. Fredrikstad har - over årene – snudd «bakgaten»; nå er elva en ressurs! Vi er «den lille verdensbyen»; «lille Venezia» Glommastien Folk som vil skape arbeidsplasser Boliger for de over 65 år. Det er relativt lave boligpriser på eneboliger, for småbarnsfamilier	Trygt å ferdes i byen, og boliger til alle. Mer aldersvennlig by, og blandede bo-områder – ikke «eldregettoer». Bedre kommunikasjon på tvers av generasjonene! «Boliggjøring» i eldreomsorgen. Universell utforming av veier og gater Trygt å ferdes i byen, boliger til alle. Samfunnssikkerhet og beredskap er styrket, også ved at vi har sterkere lokalsamfunn. Det er viktig at vi styrker kontakten mellom folk, de uformelle nettverkene og møteplassene. Samfunnssikkerhet handler mye om at vi kjenner hverandre og tar vare på hverandre. Da er møteplassene i hverdagen svært viktige. De formelle og uformelle ; lag og foreninger, kirker osv. Vi trenger en større lojalitet i samfunnet - mindre egoisme og i større grad fellesskapstankegang. Vi trenger å skape en større lojalitet mellom mennesker; mot byen og hverandre – det vil gi økt bærekraft. Vi må skape noe for de unge så de også er lojale mot byen; Støtter hverandre, respekterer hverandre. Demokratiet må styrkes. Vi må bli bedre på inkludering, og på å la folk få bruke sine ressurser. Byen må bli lettere tilgjengelig, for alle. Både byen og boliger! Lokalsamfunnene må styrkes. vi trenger utbygging flere steder enn bare sentrum Vi må minske utenforskap, la folk få jobbe med de ressursene de har. Styrke integrering. Flere arbeidsplasser Ny bro over Glomma, som er riktig dimensjonert Bedre infrastruktur Er vi rigget for å ta imot flyktninger fra krig? Er vi rigget for eldrebølgen?



Fredrikstad 25.03.2026

Innspill til ny samfunnsplan – kunsten og kulturens plass i den overordnede samfunnsutviklingen.

Dansekunst i Østfold- regionalt kompetansesenter for dans ønsker å gi sine innspill til arbeidet med ny samfunnsplan, med særlig vekt på kunsten og kulturens rolle.

Den nye samfunnsplanen skal være overordnet og ikke inneholde detaljerte strategier. Samtidig er det avgjørende at den tydelig fastsetter ambisjonsnivå og retning for viktige samfunnsområder. I denne sammenhengen vil vi understreke betydningen av at kunst- og kulturfeltet gis en tydelig og sentral plass, minst på nivå med forrige plan.

Den nye kulturloven stiller skjerpede krav til kommunal planlegging på kulturfeltet. Loven tydeliggjør at kommuner skal ha oversikt over status og utviklingsbehov, og fastsette overordnede mål for kunst- og kultursektoren i sitt planverk. Dette innebærer en integrert visjon og gode planer for kunsten og kulturen rammevilkår, som en essensiell del av den langsiktige og bærekraftige samfunnsutviklingen.

Kulturloven understreker det offentliges ansvar for å fremme et åpent og opplyst ordskifte, samt sikre bred tilgang til kunst- og kulturopplevelser. Derfor bør prinsippet om amlengdes avstand og ambisjonen om at alle skal kunne delta i kulturlivet og oppleve et mangfold av uttrykk, forankres tydelig i samfunnsplanens målstruktur. Slik sikrer vi en samfunnsutvikling som ikke bare er tuftet på økonomiske og materielle hensyn, men også på ytringsfrihet, deltakelse og kulturell mangfold.

I lys av de foreslåtte hovedtemaene i planarbeidet vil vi særlig peke på at kulturfeltet har en viktig rolle innenfor flere av disse:

Folkelshelse, sosial ulikhet og utenforskap:

Kunst- og kulturlivet spiller en viktig rolle i utviklingen av et inkluderende og bærekraftig samfunn. Deltakelse i kulturaktiviteter kan styrke både tilhørighet, mestring og livskvalitet, og er et betydningsfullt virkemiddel i arbeidet med å motvirke sosial ulikhet og utenforskap.

Demografi:

Samtidig er et aktivt og relevant kulturliv avgjørende for å gjøre kommunen attraktiv – både for dem som allerede bor her og for dem vi ønsker å tiltrekke oss. Et mangfoldig kulturtilbud bidrar til at mennesker i ulike livsfaser finner sin plass og ønsker å bli værende.

Økonomi og verdiskaping/Ljma og miljø:

Kunst og kultur er også en drivkraft for verdiskaping. Kreative næringer vokser, skaper arbeidsplasser og tilfører lokalsamfunnet både innovasjon og nye perspektiver. På samme tid kan kulturfeltet bidra til det grønne skiftet, blant annet gjennom gjenbruk, deling av ressurser og transformasjon av eksisterende bygg – men også ved å påvirke holdninger og skape engasjement gjennom kunstneriske uttrykk.

Arealbruk og mobilitet:

I utviklingen av byer og steder spiller kultur en sentral rolle. Kulturarenaer, møteplasser og kulturmiljøer er med på å skape liv, identitet og tilhørighet, og bidrar til levende og attraktive omgivelser.

Regionalt samarbeid:

Videre gir samarbeid på tvers av kommunegrensene, blant annet gjennom regionale planer i Østfold, gode muligheter for å styrke kulturens rolle og utvikle et mer helhetlig og robust tilbud til innbyggerne.

Samlet sett er det derfor viktig at samfunnsplanen anerkjenner både bredden i behovene og de store mulighetene som ligger i kunst- og kulturlivet.

Dansekunst i Østfold | Tlf. 90858801 | post@dansiostfold.no | www.dansiostfold.no | Org.nr: 998924723

Det er samtidig viktig at samfunnsplanen anerkjenner bredden og variasjonen i kunst og kulturlivet. Kulturinstitusjoner spiller videre en sentral rolle som bærebjelker i infrastrukturen, med kompetanse, produksjon og formidling av høy kvalitet. Parallelt er det frie kunst- og kulturfeltet avgjørende for utvikling, nyskaping og mangfold.

For å sikre et levende og dynamisk kulturliv er det derfor viktig at kommunen legger til rette for begge disse delene av feltet. Dette innebærer blant annet å opprettholde og videreutvikle forutsigbare rammer for kulturinstitusjoner, samtidig som det sikres gode og tilgjengelige og tilstrekkelige søknadsbaserte finansieringsordninger for det frie feltet og den enkelte kunstner og hans ofte sammensatte kunstneriske virksomhet.

Videre vil vi understreke betydningen av sterke kompetansemiljøer og kompetansesentre i kommunen. Slike miljøer bidrar som gode møteplasser, faglige knutepunkt for utveksling og utvikling, nettverksbygging og profesjonalisering av ulike deler av kunst- og kulturfeltet. De fungerer også som bindeledd mellom det frie feltet, institusjoner og offentlig sektor. De utvikler og sikrer kvalitet i samhandling og samarbeid og på sikt blir de forutsigbare og bærekraftige strukturer.

Forrige samfunnsplan var tydelig og ambisios på kunsten og kulturens vegne, og dette har vært en styrke for kommunens utvikling og attraktivitet. Det er viktig at denne ambisjonen videreføres i ny plan.

Avslutningsvis vil vi være tydelige på at kulturens rolle må forankres i samfunnsplanens overordnede mål. Uten en slik forankring risikerer man at kultur nedprioriteres i videre planarbeid. Med en tydelig plass i målstrukturen forpliktes kommunen til å følge opp med konkrete prioriteringer, tiltak og ressursbruk i kommunedelerplaner og temaplaner.

Med vennlig hilsen

Katja Høysa og **Kristine Karåla Øren**
daglig leder styreleder

Dansekunst i Østfold

Dansekunst i Østfold | Tlf. 90858801 | post@dansiostfold.no | www.dansiostfold.no | Org.nr: 998924723

Innspill fra NFU Nedre Glomma til ny samfunnsplan for Fredrikstad 2026–2038

Til: Fredrikstad kommune ved Hege Marie Edvardsen.

Fra: NFU Nedre Glomma

Innspill til ny samfunnsplan for Fredrikstad 2026–2038

NFU Nedre Glomma ønsker å gi innspill til arbeidet med ny samfunnsplan. Vårt hovedbudskap er at kommunen må sikre at mennesker med utviklingshemming /funksjonshemming får likeverdige muligheter til å leve, delta og bidra i Fredrikstadsamfunnet. Dette er en av de mest grunnleggende samfunnsutfordringene kommunen står overfor. Grunnleggende fordi menneskesynet som fordrer dette, også er grunnlaget for et inkluderende og mangfoldig samfunn på andre områder.

1. CRPD må være et grunnlag for samfunnsplanen

FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) må ligge til grunn for samfunnsplanen. CRPD er ikke et sektorregelverk, men et samfunnsrettet menneskerettslig rammeverk som forplikter kommunen til å sikre likeverd, deltakelse og ikke-diskriminering på alle samfunnsområder. CRPD ble inkorporert i menneskerettsloven 1.januar 2026. CRPD slår fast at mennesker med funksjonsnedsettelse skal kunne delta i samfunnet på lik linje med andre, ha reell valgfrihet i hvor og hvordan de bor, ha tilgang til utdanning, arbeid, kultur, fritid og politiske prosesser, og motta tjenester som fremmer selvbestemmelse og inkludering.

Samfunnsplanen er kommunens øverste styringsdokument og skal sette retning for alle andre planer. Derfor må CRPD være et grunnleggende premiss i planens mål, strategier og prioriteringer. Uten dette risikerer kommunen å videreføre strukturer som skaper utenforskap og ulikhet. Med CRPD som grunnlag kan Fredrikstad utvikle en samfunnsplan som bygger på menneskerettigheter, sosial bærekraft og likeverdige muligheter for alle innbyggere. [Veiledning til FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne \(CRPD\)](#) | [Bufdir](#)

2. Utenforskap blant mennesker med utviklingshemming/funksjonshemming må inn som en sentral samfunnsutfordring

Mennesker med utviklingshemming er blant gruppene i Norge med **aller høyest risiko for utenforskap**. Dette gjelder innen:

utdanning og læring

arbeid og aktivitet

bolig og nærmiljø

helse og levekår

sosial deltakelse og fritid

politisk og demokratisk deltakelse

Dette er ikke sektorproblemer – det er **samfunnsproblemer**. Derfor må utenforskap for personer med utviklingshemming inn som et **eget tema i samfunnsplanens utfordringsbilde**.

I møte med framtidens utfordringer er mennesker med utviklingshemming/funksjonshemming en stor ressurs, det er mange hender og hoder som idag står utenfor arbeidslivet og samfunnsdeltakelsen.

3. Behov for et særskilt faktagrunnlag om utviklingshemmedes/ funksjonshemmedes levekår og deltakelse

Kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for samfunnsplanen (oppdatert 15. mars 2026) er omfattende og grundig på mange områder, men det mangler helt sentral kunnskap om **utviklingshemmedes/funksjonshemmedes levekår, deltakelse og framtidige behov**.

Dokumentet beskriver utviklingstrekk innen demografi, sosial ulikhet, helse, frivillighet, kultur, økonomi, boligmarked, klima og infrastruktur. Men **ingen steder omtales utviklingshemmede/funksjonshemmede som gruppe**, til tross for at de har en av de høyeste risikoene for utenforskap i Fredrikstad.

Dette innebærer at kommunen i dag **ikke har oversikt over**:

hvor mange personer med utviklingshemming/funksjonshemming som bor i Fredrikstad

hvor mange som trenger bolig nå

hvor mange som vil trenge bolig de neste 10–20 årene

hvor mange som står uten arbeid eller aktivitet

deltakelse i kultur, idrett og frivillighet

helseutfordringer og tilgang til tjenester

sosial deltakelse og risiko for isolasjon

hvordan levekår og deltakelse varierer mellom bydeler

For å sikre at samfunnsplanen blir treffsikker og inkluderende, må kommunen utvikle et **særskilt faktagrunnlag** som omfatter:

leveskår og livskvalitet

boligbehov og framtidige prognoser

arbeid, aktivitet og sysselsetting

helse og tjenestebehov

sosial deltakelse og risiko for utenforskap

tilgjengelighet og universell utforming

overganger mellom oppvekst, voksenliv og alderdom

Et slikt kunnskapsgrunnlag er nødvendig for å kunne identifisere utfordringer, sette mål og utvikle tiltak som faktisk treffer en av kommunens mest sårbare grupper.

4. Arealstrategien må sikre valgfrihet og inkludering

Arealstrategien er en integrert del av samfunnsplanen. Den må sikre at mennesker med utviklingshemming/funksjonshemming:

kan bo i **selvvalgt bolig**, ikke kun i store samlokaliserte enheter

har tilgang til inkluderende nærmiljøer

har kort vei til tjenester, aktivitet og sosial deltakelse

ikke skyves ut av sentrale områder på grunn av arealpress

Arealpolitikk er avgjørende for å motvirke utenforskap.

5. Samfunnsplanen må ha mål og indikatorer som gjelder alle – også utviklingshemmede/funksjonshemmede

Vi foreslår at samfunnsplanen inkluderer mål og indikatorer for:

deltakelse i arbeid og aktivitet

sosial deltakelse og inkludering

tilgang til universelt utformede tjenester og møteplasser

valgfrihet i bolig

opplevd livskvalitet og tilhørighet

indikatorer for utenforskap og sosial isolasjon

Dette gjør at utviklingshemmede/funksjonshemmede ikke blir usynlige i styringssystemet.

6. Et inkluderende Fredrikstad er et bedre Fredrikstad

Samfunnsplanen skal peke ut retning for hele kommunen. Da må den også sikre at **alle** innbyggere – også de som ofte faller utenfor – får mulighet til å delta, bidra og leve gode liv.

Å redusere utenforskap blant mennesker med utviklingshemming er en investering i:

sosial bærekraft

folkehelse

demokrati

tillit

felleskap

Dette bør være en tydelig del av samfunnsplanens visjon og målstruktur.

NFU Nedre Glomma ønsker å bidra konstruktivt i arbeidet med samfunnsplanen. Vi jobber for å medvirke aktivt i prosessen videre, tusen takk for viktige innspill til aktuelle tidsperioder for dette. Vi stiller gjerne opp i dialogmøter, medvirkningsprosesser og videre arbeid.

mvh

Karianne Hjørnevik Nes



Kunnskapsgrunnlag for planlegging i Fredrikstad

13.september 2026



Innhold

Innledning.....	2
Sammendrag	2
1 Befolkningsutviklingen 2025	3
1.1 Befolkningssammensetningen	3
1.2 Fruktbarhet.....	3
1.3 Flytting	4
1.4 Innvandrere i Fredrikstad: 137 ulike nasjonaliteter	4
1.5 Forventet befolkningsutvikling	6
2 Bærekraft i Fredrikstadsamfunnet	7
2.1 Sosial bærekraft.....	7
2.1.1: Sosial ulikhet og folkehelse	7
2.1.2: Kultur, idrett og frivillighet.....	10
2.2 Økonomisk bærekraft.....	12
2.2.1 Næringsutvikling og verdiskaping.....	12
2.2.2 Utenforskap	14
2.2.3 Kommuneorganisasjonens bærekraft.....	15
2.2.4 Teknisk infrastruktur og kommunalteknikk	16
2.3 Miljømessig bærekraft.....	17
2.3.1 Klima	17
2.3.2 Energi	19
2.3.3 Sirkulær økonomi.....	20
2.3.4 Areal	21
2.3.5 Støy og luftkvalitet	23
2.3.6 Natur	24
Vedlegg 1: Befolkningsprognose	26
Vedlegg 2: Helseteknologi.....	30

Innledning

Kunnskapsgrunnlaget gir et faktabasert bilde av Fredrikstadsamfunnet, som grunnlag for planlegging, vurderinger og prioriteringer.

Det gir en oversikt over befolkningen og sentrale utviklingstrekk innenfor de tre overordnede bærekraftsområdene:

- Sosial bærekraft
- Økonomisk bærekraft
- Miljømessig bærekraft

Kunnskapsgrunnlaget er dynamisk og oppdateres regelmessig med ny statistikk, forskning og lokale data. Det viser rammene kommunen planlegger innenfor.

Sammendrag

Kunnskapsgrunnlaget viser et samfunn i vekst, men også utviklingstrekk som utfordrer den sosiale, økonomiske og miljømessige bærekraften.

- Fredrikstad hadde 86 243 innbyggere ved inngangen til 2026. Veksten var den svakeste siden 2005. Fredrikstad har færre unge voksne enn landet, og 22,7 prosent av innbyggerne har innvandrerbakgrunn.
- Framskrivningene viser fortsatt vekst, men i lavere takt, til 93 735 innbyggere ved utgangen av 2038. Det blir særlig flere eldre, noe som øker behovet for helse- og omsorgstjenester. Samtidig forventes en vekst i antall barn i barnehagealder.
- Fredrikstad har store og vedvarende forskjeller i levekår. Andelen barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt er høy, mens gjennomføringen i videregående opplæring har økt og ligger samlet over landsgjennomsnittet.
- Den økonomiske bærekraften utfordres av lav sysselsetting, omfattende og langvarig utenforskap, lav skatteinngang og økende utgiftsbehov. I 2025 var sysselsettingsandelen 61,9 prosent, mot 68,2 prosent nasjonalt.
- Flere eldre, mangel på helsepersonell, flere barn med omfattende og sammensatte behov og begrenset økonomisk handlingsrom utfordrer kommunens tjenester og kapasitet.
- Klimagassutslippene er redusert med 22,6 prosent siden 2016, men den årlige reduksjonstakten må tredobles for å nå klimamålet for 2030. Begrenset tilgang på grønn energi og kapasitet i strømmettet er barrierer for klimaomstilling og næringsutvikling.
- Øra industriområde er et nasjonalt viktig knutepunkt for sirkulær ressursutnyttelse.
- Arealutviklingen omfatter mål for transport og boligbygging og hensyn til jordvern og natur. Oslofjorden er i alvorlig miljøtilstand, og flere naturtyper og arter er utsatt.

1 Befolkningsutviklingen 2025

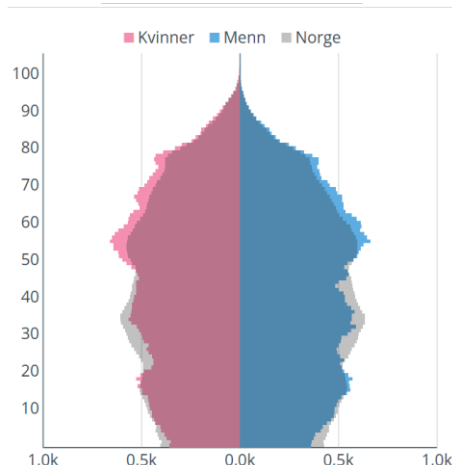
Den 1. januar 2026 hadde Fredrikstad 86 243 innbyggere. Det var 381 flere enn året før og den svakeste befolkningsveksten siden 2005. Befolkningsveksten i 2025 skyldtes netto tilflytting på 461 personer. I alt ble det født 717 barn. Samtidig døde det 86 flere personer enn det ble født. Samlet ga dette en vekst på 381 innbyggere.

Ved utgangen av andre kvartal 2026 hadde Fredrikstad 86 459 innbyggere. I første halvår flyttet 1 800 personer til kommunen, mens 1 617 flyttet ut. Nettoflyttingen var dermed 183 personer. I samme periode ble det født 391 barn, og fødselsoverskuddet var 33 personer.

1.1 Befolkningssammensetningen

Befolkningspyramiden viser aldersfordelingen, for en gitt tidsperiode. Her ser vi gjennomsnittet for perioden 2024–2026.

Figur 1: Antall innbyggere etter kjønn og alder i Fredrikstad (2024-2026). Skyggen viser hvordan fordelingen på kjønn og alder er i Norge. Kilde: Telemarksforskning.



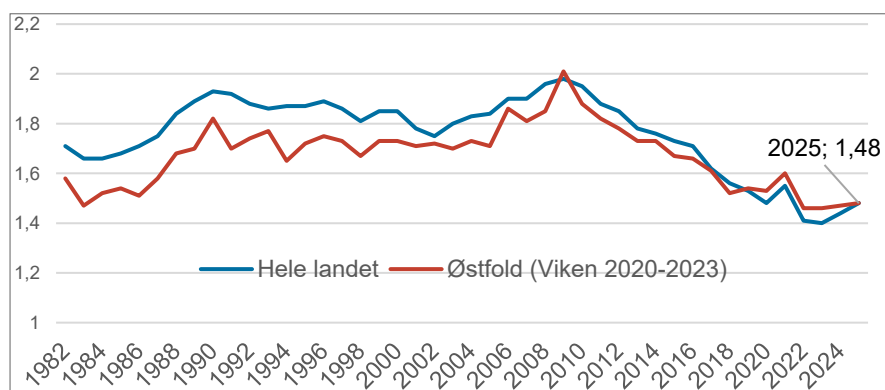
Fredrikstad har en høyere andel eldre, og en lavere andel unge voksne enn landet forøvrig.

Befolkningens sammensetning får betydning for antall fødte i kommunen. Færre kvinner i fruktbar alder er med på å trekke fødselstallene ned.

1.2 Fruktbarhet

SSB måler samlet fruktbarhet (SFT) som gjennomsnittet av antall barn hver kvinne får, i alderen 15–45 år.

Figur 2: Utviklingen i samlet fruktbarhet fra 1982 til 2025, for Østfold (Viken fra 2020) og for landet. Kilde: SSB.



I 2023 var det samlede fruktbarhetstallet det laveste som noen gang er målt i Norge: 1,40 barn per kvinne. I 2025 var fruktbarhetstallet 1,48 både i Østfold og i landet som helhet.

Gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende har økt over mange år, men var uendret på 30,4 år i 2024 og 2025. Fruktbarhetstallet påvirkes også av når kvinner får barn. Dersom flere velger å få barn senere i livet, kan det samlede antallet barn per kvinne bli høyere enn det de årlige tallene viser.

Statistikk for hele den fruktbare perioden viser også en nedgang over tid. Kvinner født i 1979 fikk i gjennomsnitt 1,9 barn. For kvinner født før 1970 var tallet over 2 barn per kvinne.

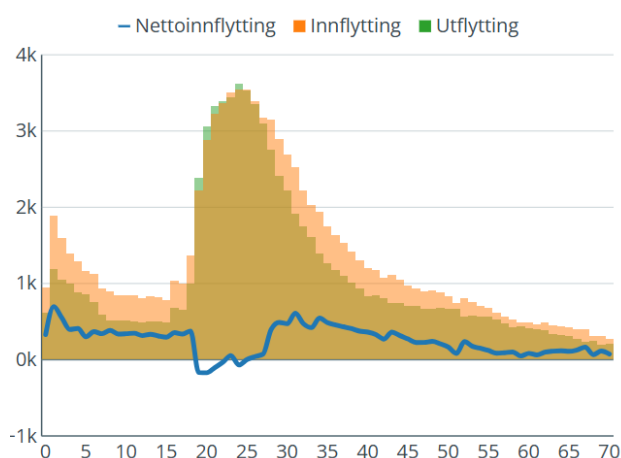
1.3 Flytting

Befolkningsveksten i Fredrikstad er drevet av tilflytting, både fra utlandet og fra andre kommuner. De største flyttebevegelsene til og fra Fredrikstad er mellom Fredrikstad og Sarpsborg, fulgt av flyttinger til og fra Oslo, Halden og Moss.

I 2025 flyttet 4 250 personer til Fredrikstad, mens 3 789 flyttet ut. Nettoflyttingen var dermed 461 personer.

Innvandringen fra Ukraina bidro til høyere befolkningsvekst i 2022 og 2023. I 2025 sank antallet ukrainere i Fredrikstad med 88 personer. Fredrikstad har bosatt færre ukrainere enn landet sett i forhold til folketallet.

Figur 3: Inn- og utflytting og nettoflytting etter alder til Fredrikstad i perioden 2000-2025. Antall personer. Kilde: Telemarksforskning.



De fleste som flytter til eller fra Fredrikstad er mellom 20 og 30 år. Ser vi bare på flytting mellom norske kommuner, taper Fredrikstad innbyggere i alderen 20–25 år, men har netto tilflytting i de øvrige aldersgruppene.

Nettoinnvandringen har bidratt til en yngre befolkningssammensetning, fordi de fleste som innvandrer er barn eller unge voksne.

Fredrikstad har også netto tilflytting av eldre (60+). Etter toppårene 2020 og 2021 gikk nettoflyttingen i denne aldersgruppen ned, men økte igjen i 2025 til 113 personer. Det kan tyde på en ny vekst i tilflyttingen blant eldre.

1.4 Innvandrere i Fredrikstad: 137 ulike nasjonaliteter

Ved inngangen til 2026 hadde 19 598 personer i Fredrikstad innvandrerbakgrunn¹. Det tilsvarer 22,7 prosent av befolkningen, mot 21,8 prosent på landsbasis.

Veksten i denne gruppen sto for 88,5 prosent av befolkningsveksten i kommunen i 2025.

¹ Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre

Figur 4: Befolkningsutviklingen 2015-2026, Fredrikstad. Innvandrerbefolkningen og norskfødte med innvandrerforeldre, og befolkningen for øvrig. Kilde: SSB.

Fredrikstad har en høyere andel innbyggere med bakgrunn fra land i Asia, Afrika, Sør-Amerika og Europa utenfor EU/EFTA enn landet som helhet. Denne gruppen utgjør 16,5 prosent av befolkningen i Fredrikstad, mot 13,7 prosent på landsbasis.

I 2025 var det registrert innbyggere med bakgrunn fra 137 ulike nasjoner i Fredrikstad. Tabellen under viser de 20 største gruppene.

Tabell 1: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Fredrikstad. De 20 største nasjonalitetene. Kilde: SSB.

Irak	2 450
Somalia	1 820
Syria	1 699
Polen	1 618
Kosovo	919
Sverige	799
Bosnia-Hercegovina	679
Iran	648
Afghanistan	573
Ukraina	544
Litauen	468
Eritrea	442
Russland	343
Thailand	339
Tyskland	326
Serbia	299
Filippinene	292
Danmark	279
Pakistan	201
Vietnam	198

Den største innvandrerguppen i Fredrikstad har bakgrunn fra Irak (2 450 personer). Deretter følger Somalia (1 820), Syria (1 699) og Polen (1 618).

Det er også en betydelig gruppe med bakgrunn fra våre nordiske naboland. Til sammen 1 356 personer har bakgrunn fra Sverige, Danmark, Finland og Island.

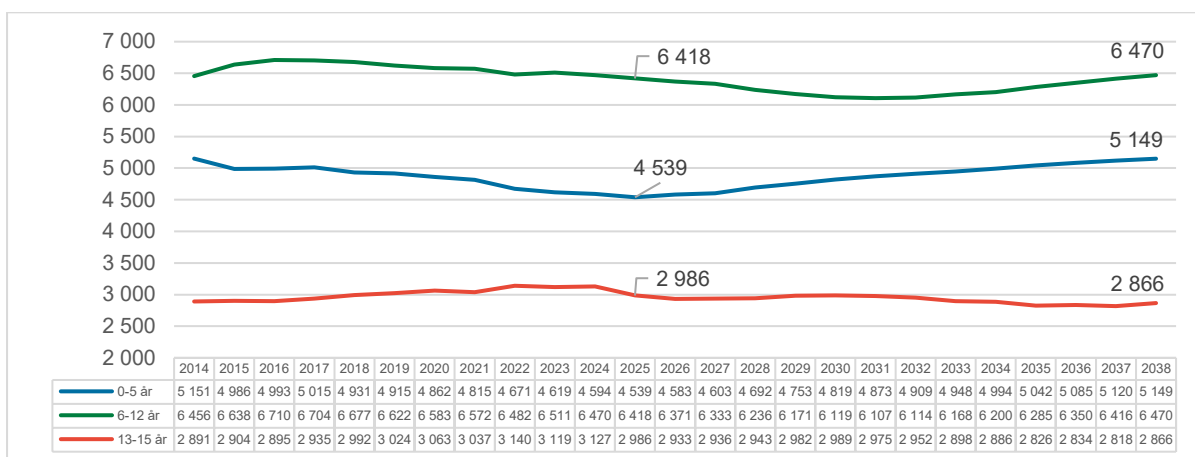
1.5 Forventet befolkningsutvikling

Befolkningsframskrivingene viser at folketallet i Fredrikstad vil fortsette å øke i årene framover, men med lavere veksttakt enn tidligere. Antallet innbyggere over 65 år øker betydelig, samtidig som det blir flere barn i barnehagealder. Ved utgangen av 2038 er folketallet framskrevet til 93 735 innbyggere.

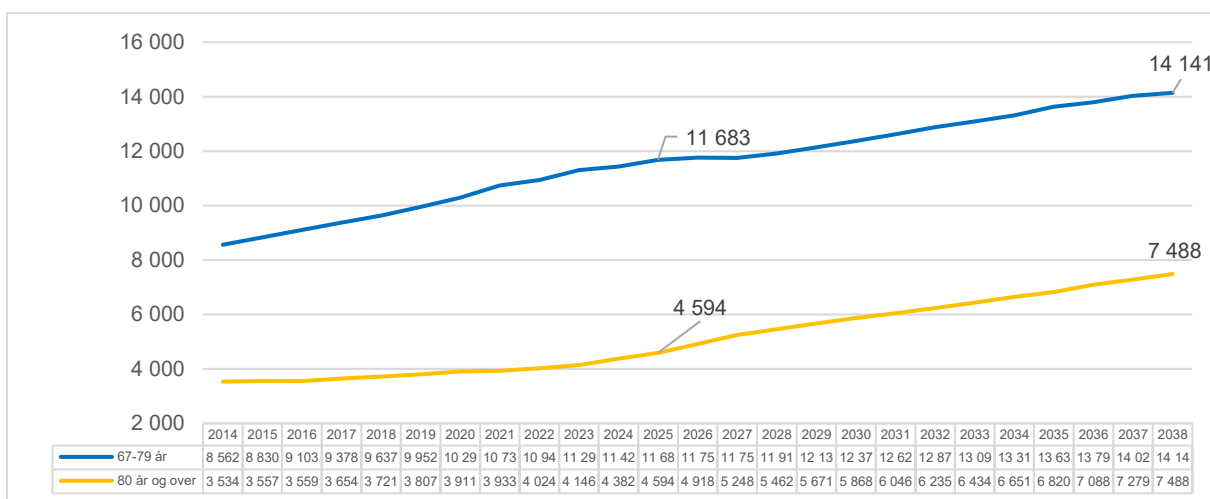
Utviklingen vil påvirke kommunens behov for tjenester innen helse og omsorg, barnehage og oppvekst.

Befolkningsframskrivninger er usikre. Utviklingen vil blant annet avhenge av flytting, innvandring, fødselstall og levealder. Flere detaljer og nærmere omtale av forutsetningene finnes i vedlegg.

Figur 5: Antall barn og unge i Fredrikstad 2014–2038, statistikk og prognose. Alle tall er per 31.12. Kilde: KOMPAS/SSB.



Figur 6: Antall personer 67 år og over i Fredrikstad 2014-2038, statistikk og prognose. Alle tall er per 31.12. Kilde: KOMPAS/SSB.



2 Bærekraft i Fredrikstadsamfunnet

I dette kapitlet presenteres status på de tre overordnede bærekraftsområdene sosial, økonomisk og miljømessig bærekraft (inkludert klima).

2.1 Sosial bærekraft

Sosial bærekraft handler om befolkningens helse og levekår. Dette kapitlet omtaler folkehelse, sosial ulikhet, forebygging og helsetjenester, i tillegg til betydningen av kultur, idrett og frivillighet.

2.1.1: Sosial ulikhet og folkehelse

Folkehelse og sosial ulikhet er sentrale temaer innen sosial bærekraft. Sosial ulikhet i helse er et overordnet perspektiv i alt kommunen gjør, både i planlegging, drift og gjennom særskilte tiltak.

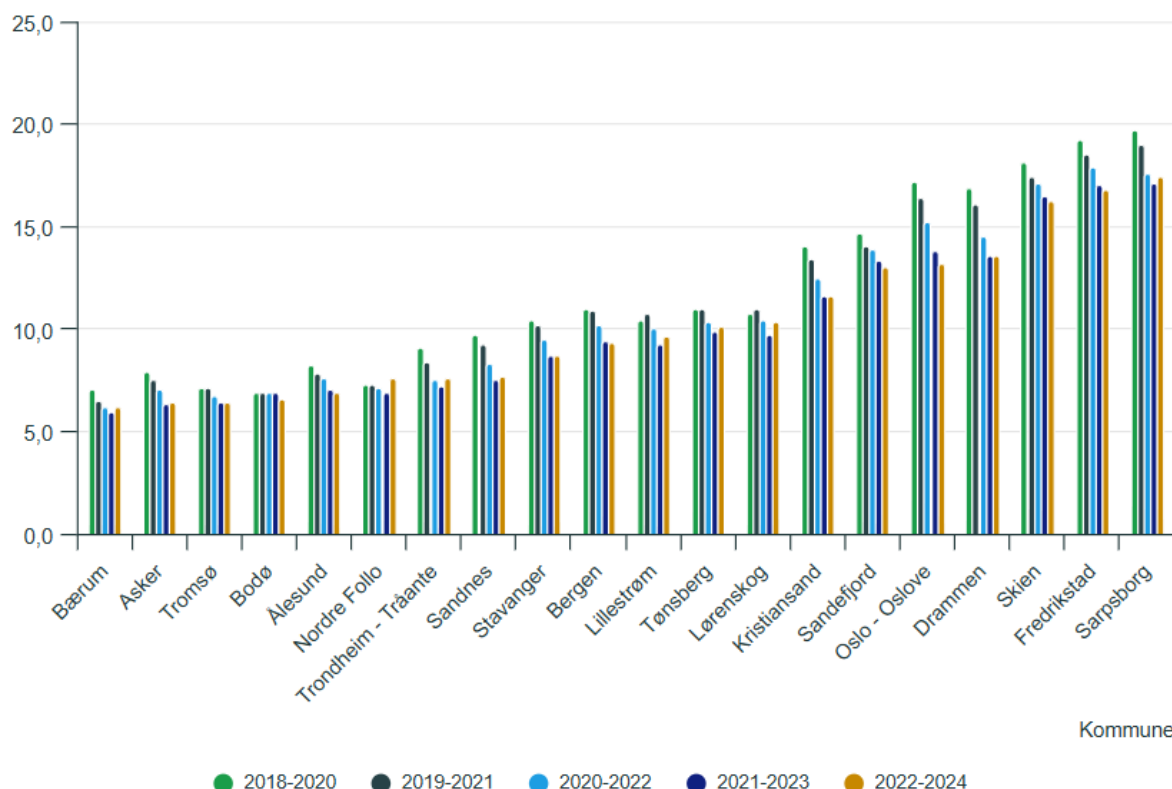
Kommunens levekårskartlegging fra 2024 (med tallgrunnlag fra 2022) viser fortsatt store utfordringer knyttet til sosial bærekraft i Fredrikstad. Inntektsforskjellene har aldri vært større. Det samme gjelder forskjellene i andelen innbyggere med høyere utdanning. Andelen barn som lever i lavinntektshusholdninger har gått ned både for kommunen samlet og i de fleste områdene. Likevel er det fortsatt syv områder i Fredrikstad der mer enn 30 prosent av barna lever i lavinntektshusholdninger.

Andelen barn som lever i husholdninger med vedvarende lav inntekt har gått ned både i Fredrikstad og på landsbasis. Unntaket er 2025, da andelen økte nasjonalt. Dette henger sammen med at mange ukrainske flyktninger da hadde bodd i landet i mer enn tre år.

Nedgangen de siste årene henger blant annet sammen med økt barnetrygd og endringer i beregningsgrunnlaget for økonomisk sosialhjelp. Endringene har ført til at flere familier mottar sosialhjelp, noe som midlertidig løfter enkelte familier over lavinntektsgrensen.

Til tross for en nedgang fra 17 til 16,8 prosent i perioden 2022–2024, er andelen barn som lever i husholdninger med vedvarende lav inntekt fortsatt høy. Til sammenligning var andelen 10,2 prosent på landsbasis.

Figur 7: Barn under 18 år med vedvarende lav husholdningsinntekt (EU60), utvalgte kommuner¹, 2018–2020 til 2022–2024. Prosent. Kilde: SSB.



¹ De 20 største kommunene ut fra antall barn i populasjonen 2022-2024

En annen viktig indikator for sosial bærekraft er andelen som fullfører videregående opplæring. Gjennomføringsgraden har økt i Fredrikstad de siste årene. Ved siste måling fullførte 83 prosent med studie- eller yrkeskompetanse innen fem eller seks år, mot 85 prosent året før. Tilsvarende andel for hele landet var 82 prosent.

Gjennomføringsgraden er også høyere enn landsgjennomsnittet blant innvandrere. Ved siste måling fullførte 69 prosent i Fredrikstad, mot 65 prosent på landsbasis. Ser vi på gjennomsnittet for perioden 2022–2024, fullførte 74 prosent av innvandrerne i Fredrikstad videregående opplæring, mot 66 prosent på landsbasis.

Også blant norskfødte med innvandrerforeldre er gjennomføringsgraden høyere enn i landet som helhet. I perioden 2022–2024 fullførte 88 prosent i Fredrikstad, mot 82 prosent nasjonalt.

Gjennomføringsgraden varierer med foreldrenes utdanningsnivå. Det er flest som fullfører når foreldrene har høyere utdanning. I perioden 2022–2024 var andelen 90 prosent både i Fredrikstad og på landsbasis.

Blant ungdom med foreldre som har grunnskole som høyeste fullførte utdanning, er gjennomføringsgraden høyere i Fredrikstad enn i landet som helhet. Fredrikstad lå under landsgjennomsnittet fram til 2017, men har ligget over siden 2018. I perioden 2022–2024 fullførte 67 prosent i Fredrikstad, mot 63 prosent nasjonalt.

Dette er særlig viktig for Fredrikstad, fordi en større andel av befolkningen har grunnskole som høyeste fullførte utdanning enn i landet som helhet. Andelen er 26,8 prosent i Fredrikstad, mot 23,1 prosent nasjonalt.

Folkehelseundersøkelsen i Østfold

Folkehelseundersøkelsen i Østfold fra 2025 utfyller bildet fra levekårskartleggingen og folkehelseoversikten. Nesten 96 prosent av deltakerne i Fredrikstad svarte at de trives i stor eller noen grad i nærmiljøet sitt. Nærmere 90 prosent oppga god tilgang til natur og grøntarealer, og 80 prosent var fornøyd med kulturtilbudet. Samtidig svarte nærmere 30 prosent at det var forholdsvis eller svært vanskelig å få pengene til å strekke til i det daglige, mot 21 prosent i 2021. Videre oppga 18 prosent psykiske plager, en økning på 3,7 prosentpoeng siden 2021. De yngste aldersgruppene skiller seg negativt ut når det gjelder psykisk helse, ensomhet og tilfredshet med livet, mens framtidstro viser et motsatt mønster.

Folkehelseoversikten viser også at innbyggerne i Fredrikstad kommune i stor grad er fornøyd med lokalmiljøene sine, og opplever god tilgang til blant annet idrettstilbud, kulturtilbud og natur- og friluftsområder. Dette er positive forhold som gir et godt grunnlag for videre utvikling.

Undersøkelsen hadde en svarprosent på 37,3 prosent i Fredrikstad. Personer med høyere utdanning er overrepresentert blant deltakerne, mens personer med grunnskoleutdanning, personer utenfor arbeidslivet, leietakere og personer med innvandrerbakgrunn er underrepresentert. Resultatene må derfor tolkes med dette forbeholdet.

Levekårskartleggingen og folkehelseoversikten utfyller hverandre. Sammen gir de et helhetsbilde av kommunen og viser at sosial ulikhet i helse, levekårsutfordringer og opphopning av dette i noen områder, er blant kommunens største samfunnsutfordringer.

Oppsummert kan det trekkes fram at:

- Det er store forskjeller i levekår innad i kommunen. Forskjellene er relativt stabile over tid.
- Svært høy andel barn i lavinntektshusholdninger.
- Høy andel uføre.
- Økt gjennomføring i videregående opplæring, men store forskjeller mellom grupper.
- Innbyggerne er i stor grad fornøyd med lokalmiljøet sitt.
- Ungdomsskoleelever opplever utfordringer med mistrivsel og vansker med å passe inn.
- Det er en høyere forekomst enn landsgjennomsnitt og fylkesgjennomsnitt av en rekke sykdommer som kan relateres til livsstil og helserelatert atferd.

Den samlede utviklingen peker mot utfordringer knyttet til både sosial og økonomisk bærekraft i Fredrikstad. Lavekår og folkehelse påvirkes av forhold som utvikles over lang tid, og som berører flere sektorer og samfunnsområder. Utviklingen formes i et samspill mellom offentlige tjenester, frivillighet, næringsliv og lokalsamfunn.

Befolkningsutvikling og helse- og omsorgstjenester

Fredrikstad står, i likhet med de fleste av landets kommuner, overfor en utvikling med flere eldre innbyggere og økende behov for helse- og omsorgstjenester. Samtidig vil utviklingen i demens og mangel på helsepersonell påvirke kapasitet og oppgavefordeling i tjenestene.

Kommunens inntektsutvikling og framtidige tjenestebehov kan gi økt press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Aktuelle nasjonale kunnskapsgrunnlag og føringer

Flere nasjonale planer, meldinger og utredninger peker på de samme utfordringene som Fredrikstad står overfor. Dette gjelder blant annet flere eldre, økende behov for helse- og omsorgstjenester, mangel på helsepersonell, behov for prioriteringer i tjenestene og betydningen av forebygging. Perspektivmeldingen, Nasjonal helse- og samhandlingsplan

2024–2027, Helsepersonellplan 2040 og flere offentlige utredninger peker på at utviklingen vil utfordre både kommuneøkonomien og tilgangen på arbeidskraft i årene framover².

Forebygging blant eldre

Forebygging blant eldre handler om livskvalitet, helse og gode leveår. Forebygging blant eldre reduserer ikke nødvendigvis presset på helse- og omsorgstjenestene, særlig ikke i kommunene. Formålet er først og fremst å bidra til flere gode leveår.

Kommunens ressurser og muligheter til å arbeide med brede helsefremmende og forebyggende tiltak kan ha betydning for innbyggernes helse og for framtidige behov for helse- og omsorgstjenester.

Fastleger

De fleste fastleger har kommunale oppgaver som helsestasjonslege, skolelege eller tilsynslege på sykehjem. Kommunens fastleger treffer innbyggerne fra vugge til grav og samhandler med hele kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Fastlegen er navet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De fleste som kommer til fastlegen, blir behandlet hos fastlegen.

Fredrikstad hadde i 2024 flest fastlegekonsultasjoner blant ASSS-kommunene, med 771 konsultasjoner per 1 000 innbyggere. Gjennomsnittet for ASSS-kommunene var 746, mens laveste registrerte nivå var 714. Indikatoren sier noe om bruken av fastlegetjenesten og kan ses i sammenheng med både helsetilstand, tilgjengelighet til tjenesten og belastning på primærhelsetjenesten. Alle innbyggere i Fredrikstad hadde fastlege i 2025.

2.1.2. Kultur, idrett og frivillighet

Kultur, idrett og frivillighet gir muligheter for deltakelse, fellesskap og aktivitet. De bidrar til livskvalitet, tilhørighet og mestring i hverdagen. Fredrikstad har betydelige levekårsutfordringer og store forskjeller mellom områder. Samtidig rapporterer innbyggerne høy tilfredshet med lokalmiljøet og god tilgang til kultur-, idretts- og friluftstilbud.

Kultur

Kulturlivet bidrar til fellesskap, identitet og læring, og gir møteplasser som senker terskelen for deltakelse. Kulturtilbud kan bidra til sosial inkludering ved å være tilgjengelige for mange og uavhengige av kommersielle interesser.

² Ny nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester ble lansert av Helsedirektoratet i 2025. Det er vedtatt at de skal legges til grunn som overordnede kriterier for prioritering i Fredrikstad kommunes helse- og omsorgstjenester.

Relevante nasjonale kunnskapsgrunnlag og føringer omfatter blant annet:

- [Perspektivmeldingen 2024 – Regjeringen.no](#)
- [Demensplan 2025 – Et mer demensvennlig samfunn](#)
- [NOU 2025: 8 Folkehelse – verdier, kunnskap og prioritering](#)
- [NOU 2023:4 Tid for handling](#)
- [Meldt. St. 9 Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024- 2027](#)
- [NOU 2026:6 Den nye velferdskommunen, 28. mai 2026](#)
- [Meld. St. 11 Helsepersonellplan 2040](#)
- [NOU 2026: 10 Fellesskolen – Bærebjelken i framtidens samfunn](#)

Det er viktig å følge med på hvem som bruker kulturtilbudene, og om det er systematiske forskjeller mellom grupper eller områder. Slike forskjeller kan blant annet være knyttet til inntekt, utdanning eller hvor folk bor.

Den nye kulturloven tydeliggjør kommunenes ansvar for å ha oversikt over status og utviklingsbehov på kulturfeltet som grunnlag for planlegging³. Kultur skal inngå tydelig i kommunale planer, og mål og strategier skal bygge på tilgjengelig kunnskap.

Kultur har betydning for flere sider av bærekraftig utvikling. Deltakelse i kulturaktiviteter henger sammen med helse, læring og livskvalitet, særlig for barn, unge og eldre. Kultur bidrar også til møteplasser, frivillig engasjement og lokal sysselsetting. Kulturarenaer som bibliotek og kulturhus inngår i arbeidet med klima, byutvikling og demokratisk deltagelse.

Kulturskolen er en viktig inngang til kunst og kultur for barn og unge. Deltakelsen sier noe om tilgjengelighet, sosial utjevning og muligheten til å oppleve læring, mestring og tilhørighet. Deltakelsen er vanligvis lavere blant barn og unge fra familier med lavere inntekt og utdanning.

Idrett og fysisk aktivitet

Idrett og fysisk aktivitet har betydning for helse, trivsel og sosial deltagelse. Fredrikstad har høyere forekomst enn landsgjennomsnittet av flere livsstilsrelaterte helseutfordringer. Fysisk aktivitet kan bidra til mestring, tilhørighet og gode nærmiljø. Det er derfor viktig å følge utviklingen i aktivitetsnivået over tid og se om det er forskjeller mellom grupper eller områder.

Tilgang til anlegg, nærmiljøarenaer og organiserte tilbud for barn og unge kan påvirke både aktivitetsnivå og sosial deltagelse.

Fredrikstad kommune gjennomførte en omfattende kartlegging av fysisk aktivitet i 2022. Undersøkelsen viser at kommunen har et aktivt idrettsliv, men ønsker å få «flere mennesker, mer aktive, enda oftere» i tråd med nasjonale anbefalinger. Rapporten viser at mange innbyggere er fysisk aktive, men at aktivitetsnivået varierer betydelig mellom aldersgrupper, utdanningsnivå og geografiske områder.

Frivillighet

Frivilligheten er en viktig ressurs i lokalsamfunnsutviklingen og bidrar til aktivitet, støtte og engasjement i mange deler av befolkningen. Frivillige organisasjoner, lag og foreninger skaper møteplasser og bidrar til å mobilisere lokale ressurser. Rekruttering, kapasitet og geografiske forskjeller i deltagelse er forhold som kan påvirke frivillighetens bærekraft over tid.

Tilgangen på data er begrenset, men enkelte indikatorer kan gi informasjon om utviklingstrekk, deltagelse og geografiske variasjoner.

Fredrikstad vedtok en frivillighetsstrategi i 2024. Den viser blant annet at frivilligheten er bred, men ulikt fordelt mellom områder og felt. Frivillighetsstrategien løfter fram behov for bedre kartlegging og samhandling mellom kommunen og frivilligheten.

Nasjonalt utførte nordmenn frivillig arbeid tilsvarende nær 200 milliarder kroner i 2022–2023, og kunst, kultur og idrett er blant områdene med størst frivillig innsats.

Frivilligheten er en viktig ressurs, men er også sårbar for utfordringer knyttet til rekruttering og kapasitet. En stabil eller økende frivillig innsats i Fredrikstad vil styrke lokalsamfunn,

³ Det finnes foreløpig ikke standardisert veiledningsmaterieell for kommunene

møteplasser og inkluderingsarbeid. En nedgang, eller store geografiske forskjeller, kan indikere økt sårbarhet og behov for målrettet støtte.

2.2 Økonomisk bærekraft

Fredrikstad har svært høy andel barn i lavinntekt og vedvarende lavinntekt, og store geografiske forskjeller i levekår. Tilknytning til arbeidslivet er viktig for både kommunens økonomiske og sosiale bærekraft. Høy sysselsetting bidrar til mindre økonomiske forskjeller, høyere skatteinntekter til kommunen og bedre folkehelse.

Veksten i antall sysselsatte har over tid vært svakere enn befolkningsveksten, noe som utfordrer bærekraften på lengre sikt.

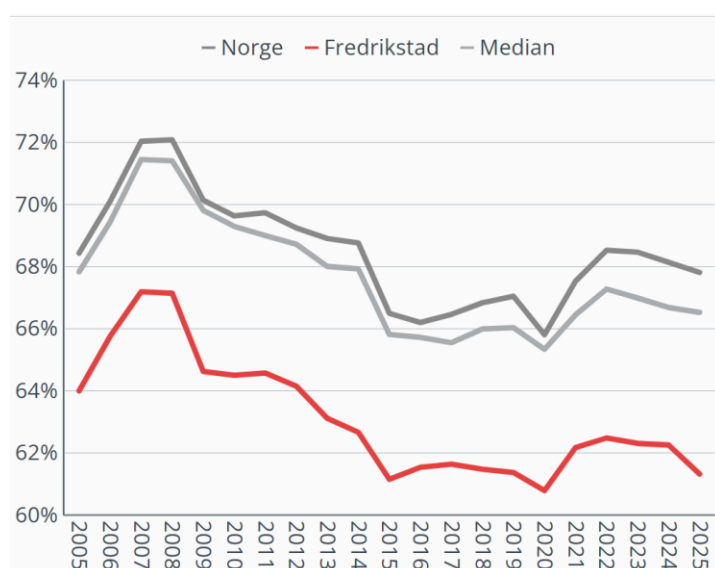
2.2.1 Næringsutvikling og verdiskaping

Økonomisk bærekraft handler ikke bare om sysselsetting og kommuneøkonomi, men også om samfunnets evne til å skape verdier, arbeidsplasser og inntekter over tid. Næringslivets verdiskaping danner grunnlaget for lønninger, investeringer, skatteinntekter og finansiering av velferdstjenester.

Arbeidsmarkedet i Fredrikstad går utover kommunegrensene, slik det er for mange kommuner. Sysselsatte etter bosted er derfor en viktig indikator for Fredrikstadsamfunnet. Den viser hvor mange av Fredrikstads innbyggere i yrkesaktiv alder (15-74 år) som er sysselsatt – uavhengig av hvor arbeidsplassen ligger.

Fredrikstad har hatt lavere sysselsettingsandel enn landsgjennomsnittet i alle år siden 2004, og avstanden til landsgjennomsnittet har økt. Ved utgangen av 2025 var sysselsettingsandelen 61,9 prosent i Fredrikstad, mot 68,2 prosent i landet. Sysselsettingsandelen i Fredrikstad er lavere enn landsgjennomsnittet også når det korrigeres for alders- og kjønns sammensetningen.

Figur 8: Prosentvis andel sysselsatte i befolkningen mellom 15 og 74 år i Fredrikstad og Norge, og medianverdien for kommunene. Kilde: Telemarksforskning, regional analyse.



Arbeidsledigheten i Fredrikstad har vært relativt stabil gjennom 2026. Ifølge NAV var 3,1 prosent av arbeidsstyrken registrert som helt ledige i juli 2026, tilsvarende 1 294 personer.

Fredrikstad er en del av et regionalt arbeidsmarked. Andelen sysselsatte bosatt i Fredrikstad som pendler ut av kommunen, økte fra 25 prosent i 2000 til 41 prosent i 2025. I 2025 var det 5 740 flere som pendlet ut fra Fredrikstad enn inn. Utviklingen viser at arbeidsmarkedet i Fredrikstad er blitt stadig mer integrert med arbeidsmarkedet utenfor kommunen. Sarpsborg er den klart viktigste kommunen for pendling både til og fra Fredrikstad. Det var også betydelig utpendling til Oslo og Moss.

Regional analyse viser en positiv sammenheng mellom arbeidsplassvekst og flytting. Sammenhengen er tydeligere når utviklingen vurderes over lengre perioder og på regionnivå enn når enkeltkommuner og enkeltår vurderes. Arbeidsplassutviklingen både i egen kommune og i kommuner det pendles til, har derfor betydning for flyttingen til Fredrikstad.

Tilgangen på arbeidskraft vil påvirkes av den demografiske utviklingen. Fredrikstad har flere sysselsatte bosatt i kommunen enn arbeidsplasser lokalisert i kommunen.

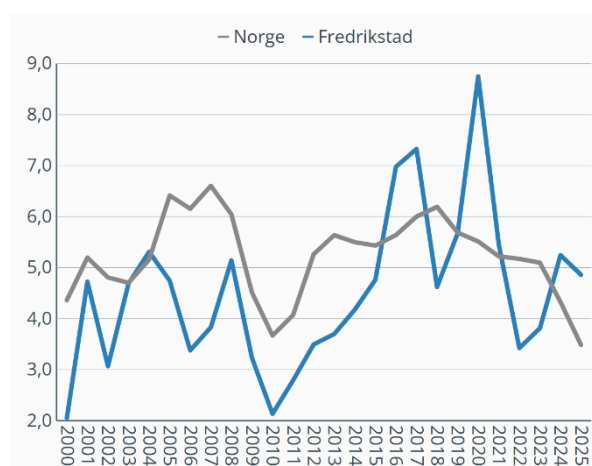
Tilgang på arbeidskraft og kompetanse blir stadig viktigere for næringslivets utvikling. Samtidig som andelen eldre øker, øker behovet for kompetanse innen blant annet helse, teknologi, grønn omstilling og kunnskapsintensive tjenester. Evnen til å tiltrekke, utvikle og beholde arbeidskraft vil ha stor betydning for framtidig verdiskaping og sysselsetting.

Boligmarkedet

Bolig er en grunnleggende forutsetning for helse, trygghet og deltakelse, og er derfor tett knyttet til sosial bærekraft og levekårsutvikling. "Bolig og arbeid" er ett av innsatsområdene i kommunedelplanen for folkehelse og levekår.

Boligbygging, befolkningsvekst og bostedsattraktivitet henger sammen, men årsaksforholdene er ikke entydige. Et attraktivt sted kan tiltrekke seg innbyggere og skape grunnlag for boligbygging. Samtidig kan tilgang på boliger bidra til at flere kan flytte til kommunen. Regional analyse viser at det er en tydelig statistisk sammenheng mellom boligbygging og bostedsattraktivitet, særlig i pressområder med forventet befolkningsvekst.

Figur 9: Antall fullførte boliger per 1 000 innbyggere i Fredrikstad og Norge. Kilde: Telemarksforskning.



Fredrikstad har hatt lavere boligbyggingstakt enn landsgjennomsnittet i de fleste årene etter 2000. De siste årene har utviklingen vært sterkere.

I 2025 ble det ferdigstilt 417 boliger i Fredrikstad, tilsvarende 4,9 boliger per 1000 innbyggere. Det var høyere enn landsgjennomsnittet på 3,5 boliger per 1000 innbyggere. Fredrikstad har hatt høyere boligbyggingstakt enn landet i årene 2016, 2017, 2024 og 2025.

Boligbyggingen har de siste årene bidratt positivt til kommunens bostedsattraktivitet, ifølge Telemarksforskning.

Boligprisene i Fredrikstad ligger over landsgjennomsnittet. Målt som gjennomsnittlig kvadratmeterpris for eneboliger økte prisnivået relativt til landet fram til 2022. Da var boligprisene i Fredrikstad 112 prosent av landsgjennomsnittet. Etter dette har de relative

boligprisene falt noe. I 2025 var boligprisene i Fredrikstad 107 prosent av landsgjennomsnittet.

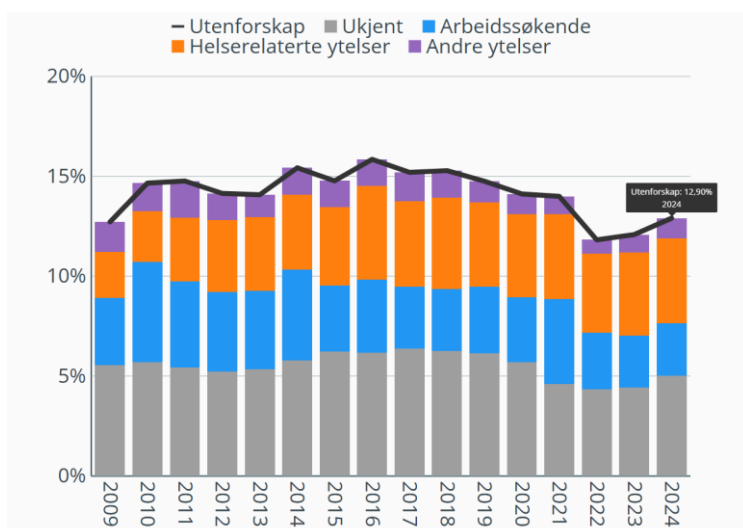
Sykepleierindeksen viser hvor stor andel av de omsatte boligene en enslig sykepleier kan kjøpe. I Fredrikstad var andelen 39 prosent i 2025, ifølge Eiendom Norge. Tilgjengeligheten i boligmarkedet har betydning for kommunens og næringslivets mulighet til å tiltrekke og beholde arbeidskraft.

Sammen med utviklingen i sysselsetting, arbeidsplasser og befolkning gir boligbyggingen, boligprisene og tilgjengeligheten i boligmarkedet et viktig bilde av de langsiktige rammebetingelsene for økonomisk bærekraft i Fredrikstad.

2.2.2 Utenforskap

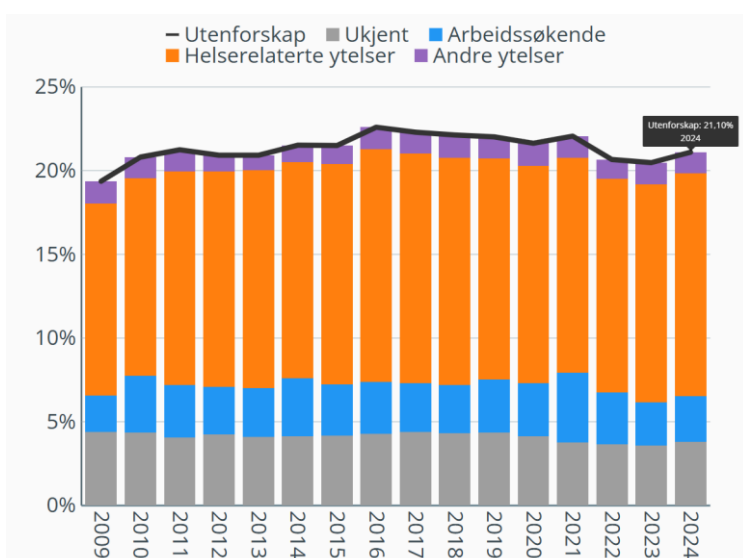
I 2024 stod nær 1 800 unge i alderen 15 – 29 år utenfor arbeid og ordinær utdanning i Fredrikstad. Dette tilsvarer 12,9 prosent av aldersgruppen. Andelen gikk ned fra midten av 2010-tallet, men har økt noe igjen de siste årene.

Figur 10: Personer i ulike underkategorier av utenforskap i Fredrikstad, 15-29 år. Kilde: Telemarksforskning.



Selv om utenforskapet er høyere i de eldre aldersgruppene, omfatter det nær 1 800 unge voksne i Fredrikstad.

Figur 11: Personer i ulike underkategorier av utenforskap i Fredrikstad, 15-66 år. Kilde: Telemarksforskning.



I aldersgruppen 15 – 66 år omfattet utenforskapet 11 691 personer i 2024, tilsvarende 21,1 prosent av befolkningen.

Andelen er høyere enn landsgjennomsnittet i alle aldersgrupper.

To av tre personer i utenforskap hadde vært utenfor arbeid og utdanning i minst to år, noe som viser at en stor del av utenforskapet er langvarig.

2.2.3 Kommuneorganisasjonens bærekraft

Fredrikstad kommune har langt lavere skatteinngang og bruttoinntekt per innbygger enn landet. Nivået har vært stabilt de senere årene. Kommunen kompenseres delvis gjennom inntektssystemet, men overføringene tar ikke i tilstrekkelig grad hensyn til kommunens utfordringer, særlig innen levekår. Kommuneøkonomien har vært under sterkt press, og en rekke innsparingstiltak er satt i verk.

Utfordringer med budsjettstyring og redusert økonomisk handlingsrom forsterkes av økende sosiale forskjeller.

Press på oppveksttjenestene

Oppveksttjenestene er under stort press. Høye levekårsutfordringer, flere barn med omfattende og sammensatte behov og store variasjoner i behovet for tilrettelegging skaper et vedvarende press på mange av tjenestene.

Barnevernsreformen, stortingsmeldingen *Tro på framtida – uansett bakgrunn* og nasjonale krav til tidlig innsats, forebygging, internkontroll og tverrfaglig samarbeid stiller tydelige forventninger til kommunene. Dette viser behovet for en robust kommuneorganisasjon, med sterke grunnleggende tjenester og samarbeid på tvers av fagområder og sektorer.

Utgiftene til helsetjenester vokser

KS' demografimodell, basert på beregninger fra Teknisk beregningsutvalg (TBU), viser at Fredrikstad vil få en betydelig økning i utgiftsbehovet innen pleie og omsorg og kommunehelse i årene 2026–2029.

Veksten drives særlig av en aldrende befolkning, endrede forventninger til tjenestene og mer komplekse pasient- og brukerforløp på tvers av fagområder og forvaltningsnivåer.

Beregningene viser en årlig økning i utgiftsbehovet til pleie og omsorg på mellom 62 og 79 millioner kroner⁴. For kommunehelse øker utgiftsbehovet med 5–6 millioner kroner per år.

Ansatte i helse- og omsorgstjenester, oppgavedeling og kompetanse

Helsepersonellkommisjonen og Perspektivmeldingen viser til et stramt arbeidsmarked framover. Nasjonalt anslås det at helse- og omsorgssektoren vil trenge over 180 000 flere ansatte innen 2060. Helsepersonellet er helse- og omsorgstjenestens ryggrad.

Bedre oppgavedeling kan bidra til at fagfolk brukes mer effektivt, styrke det tverrfaglige samarbeidet og gi mer robuste fagmiljøer. WHO definerer oppgavedeling som en «rasjonell omfordeling av oppgaver blant helsepersonell», med mål om bedre dekning og bedre bruk av tilgjengelige ressurser. Dette krever at kommunen har oversikt over tjenestebehovene og hvilken kompetanse og bemanning som trengs i dag og i framtiden.

Helseteknologi

Helseteknologi omfatter velferdsteknologi og e-helse. Begrepet dekker teknologiske metoder, materialer og utstyr som brukes i planlegging, organisering, gjennomføring, dokumentasjon, evaluering, ledelse og videreutvikling av kunnskapsbasert helsehjelp. Helsehjelp omfatter også tiltak rettet mot befolkningen, annen forebygging og egenomsorg.

⁴ Kilde: TBU. Pleie- og omsorg. Utgiftsbehovet øker med:

- ca. 62 mill. kr i 2026
- ca. 75 mill. kr i 2027
- ca. 79 mill. kr i 2028
- ca. 65 mill. kr i 2029

Helseteknologi er et viktig satsingsområde for å løse kommunens oppgaver på en mindre ressurskrevende måte. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 legger vekt på kommunenes ansvar for digitalisering av helse- og velferdstjenestene.

Bystyret vedtok 14. juni 2024 Strategi for helseteknologi. Digitalt førstevalg⁵.

Helseteknologi gir kommunen muligheter til å omstille tjenestene. Samtidig viser undersøkelser at innføring av helse- og velferdsteknologi ikke nødvendigvis gir innsparinger i driften. Det er derfor viktig å følge med på om teknologien faktisk gir økt trygghet, kvalitet og mestring for innbyggerne.

Kommunens løsninger omfatter trygghetsalarm og lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte og digitalt tilsyn. Se vedlegg 2 for flere detaljer.

2.2.4 Teknisk infrastruktur og kommunalteknikk

Kommunens tekniske infrastruktur – bygg, vei- og mobilitetssystem, vann- og avløpsnett samt nærmiljøanlegg – utgjør en vesentlig del av kommunens økonomiske grunnlag.

Investeringer, vedlikehold og drift påvirker tjenestekvalitet, samfunnssikkerhet og økonomisk risiko over tid. Tilstanden på infrastrukturen gir et bilde av kommunens evne til å forvalte verdier langsiktig og kostnadseffektivt.

Kommunale bygg

God tilstand i skoler, barnehager, helsebygg og andre formålsbygg er avgjørende for sikker drift og stabile tjenesteleveranser.

Nasjonale kartlegginger viser et betydelig vedlikeholdsetterslep i norske kommuner, og samme utvikling er relevant for Fredrikstad. En landsdekkende kartlegging fra 2025 viser at om lag 35 % av kommunale bygg i Norge er vurdert som utilfredsstillende eller i dårlig tilstand. Dette illustrerer omfanget av utfordringsbildet også lokalt.

Vei, mobilitet og transportinfrastruktur

Kommunen drifter et omfattende veinett og infrastruktur for myke trafikanter. I 2026 omfatter dette omtrent 460 km kommunal kjørevei og rundt 115 km gang- og sykkelveier.

De siste årene er det gjennomført tiltak som har styrket tilgjengelighet og sikkerhet for gående og syklende, men deler av veinettet har fortsatt behov for fornyelse og forbedret drenering for å tåle økende nedbørsmengder.

Vannforsyning og avløp

Drikkevannskvaliteten i Fredrikstad tilfredsstiller kravene i drikkevannsforskriften i normal drift. Økt forekomst av kraftig nedbør gir imidlertid større belastning på overvanns- og avløpssystemene.

Hovedplan vann og avløp 2023–2043 prioriterer fornyelse av ledningsnett, reduksjon av lekkasjer og klimatilpasningstiltak for å ivareta driftssikkerhet og miljøhensyn.

Nærmiljøanlegg og rekreasjon

Parker, turstier, lekeplasser og aktivitetsområder er en del av kommunens infrastruktur og bidrar til både folkehelse og attraktive lokalsamfunn.

⁵ Strategien har tre mål:

1. Helse- og velferdsteknologi gir bedre kvalitet i tjenestene.
2. Helse- og velferdsteknologi bidrar til livsmestring og forebygging, slik at framtidige tjenestebehov utsettes.
3. Helse- og velferdsteknologi sikrer effektiv drift og bedre bruk av ressurser.

Tilgjengelighet varierer mellom områder, og enkelte levekårssoner har lavere tilgang til rekreasjonsarealer enn andre. Kommunedelplan for folkehelse og levekår (2023–2030) legger vekt på å styrke slike nærmiljøkvaliteter.

2.3 Miljømessig bærekraft

Miljømessig bærekraft omhandler både klimautfordringene og utfordringene knyttet til miljø, som areal, jord- og skogbruk og biologisk mangfold.

2.3.1 Klima

I kommunedelplan for klima 2019-2030 er det vedtatt ambisiøse mål som skal bidra til at vi globalt holder oss innenfor 1,5°C-målet:

- Innen 2030 skal klimagassutslippene være redusert med minst 60 prosent, sammenliknet med 2016.
- Fredrikstad skal bidra til at Østfoldregionen oppnår netto null klimagassutslipp innen 2050 ved både kraftig å redusere utslippene og øke CO₂-opptakene i Fredrikstad.
- Fredrikstad skal bidra til å oppnå det globale lavutslippssamfunnet innen 2050.

Utslippene innenfor Fredrikstad kommunes grenser var beregnet til 256 000 tonn CO₂e i 2024. Utslippene har gått ned med 22,6 prosent siden 2016. Dette tilsvarer 75 000 tonn CO₂e. I perioden er utslippene redusert i alle sektorer unntatt i sjøfart. Utslippskutt i denne sektoren er avhengig av rammevilkår utenfor kommunens handlingsrom.

Den største reduksjonen i perioden fra 2016 finner vi innen veitrafikk. Her har utslippene gått ned med 33 prosent, eller 34 000 tonn CO₂e, i perioden 2016–2024. Utslippene fra personbiler er redusert med 45 prosent. For varebiler og tunge kjøretøy er reduksjonen henholdsvis 11 og 7 prosent. Reduksjonene innen veitrafikk står for halvparten av den samlede utslippsreduksjonen i perioden.

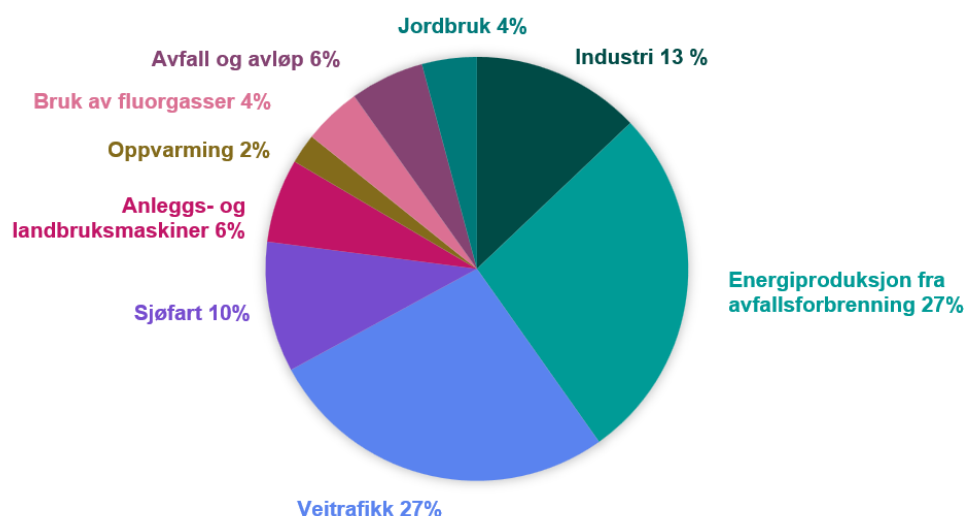
Utslippene fra industri har blitt redusert med 31 prosent i perioden 2016–2024⁶. Forbrenning av avfall står for 27 prosent av utslippene i Fredrikstad. Energien som gjenvinnes fra avfallsforbrenningen på Øra, brukes i industrien og til fjernvarme⁷. Så lenge noe avfall må sluttbehandles ved forbrenning, er dette en god løsning på Øra på grunn av den høye energiutnyttelsen. Karbonfangst er det eneste alternativet for å redusere utslippene betydelig.

Figuren under viser de ulike sektorenes andel av utslippene i 2024.

⁶ Utslippsreduksjonen skyldes primært elektrifisering hos gipsprodusenten Gyproc.

⁷ Ca. 70 prosent av energien som gjenvinnes fra avfallsforbrenning på Øra benyttes i industrien i form av høyverdig damp, og ca. 30 prosent til fjernvarme i form av varmtvann til oppvarming av bygg. Kombinasjonen gir energibehov hele døgnet og året og fører dermed til en svært god utnyttelse av energi fra avfallsforbrenningen, i motsetning til de fleste andre anlegg i Norge

Figur 12: Samlede klimagassutslipp i 2024, fordelt på sektorer.



Kilde: Miljødirektoratet (2026), bearbejdet av Fredrikstad kommune.

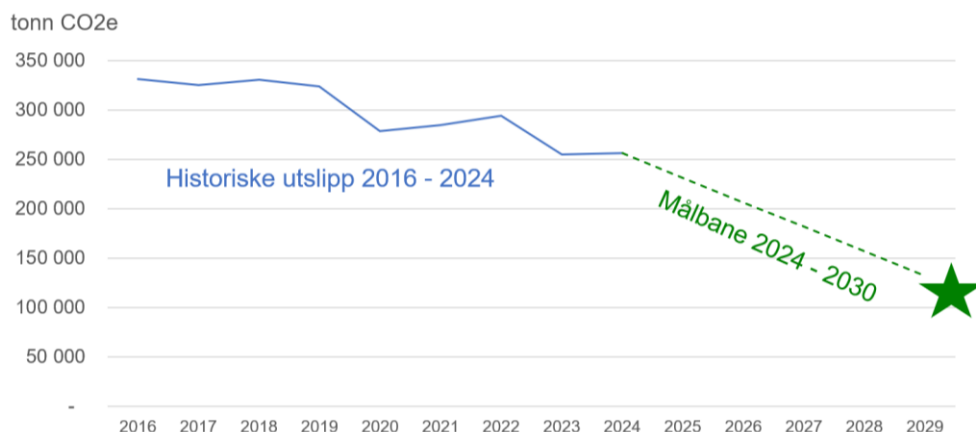
I perioden 2025-2030 må utslippene reduseres med ytterligere omtrent 124 000 tonn CO₂e for å nå klimamålet i 2030.

Dette innebærer en nødvendig gjennomsnittlig årlig takt i kuttene på 25 000 tonn CO₂e. Taktene i utslippskuttene må dermed tredobles i forhold til gjennomsnittlig årlig reduksjonstakt i perioden 2016-2024.

To barrierer mot større og raskere utslippsreduksjoner er at industribedriftene ikke har tilgang til tilstrekkelige mengder grønn energi, og at det er begrensninger i strømmettet. Karbonfangst og -lagring ved avfallsforbrenningsanleggene vil være Fredrikstads største enkelttiltak for å kutte direkte klimagassutslipp. Det jobbes for å realisere tiltaket, men mangelfulle støtteordninger og utfordringer i avfallsmarkedet gjør det vanskelig å gjennomføre før 2030. Utfordringene i avfallsmarkedet truer også anleggenes lønnsomhet i 2026.

Disse forholdene forsinker klimaomstillingen. Tidsvinduet for å nå Fredrikstads klimamål for 2030 er i ferd med å lukkes. Figuren under illustrerer historiske utslipp fra referanseåret og kuttbanen for å kunne nå klimamålet for 2030.

Figur 13: Utvikling i samlede klimagassutslipp i Fredrikstad.



Kilde: Miljødirektoratet (2026), bearbejdet av Fredrikstad kommune.

Kraftfulle klimatiltak vil kreve beslutninger og investeringer fra private aktører og vedtak eller virkemidler på nasjonalt nivå.

Kommunen har ulike roller og virkemidler som kan bidra til å redusere klimagassutslippene. Dette omfatter blant annet differensierte bompenger, parkeringspolitikk og andre insentiver for nullutslippskjøretøy, tilrettelegging for mer effektiv logistikk, klimakrav i anskaffelser, påvirkning overfor nasjonale myndigheter og stortingsrepresentanter, samarbeid med regionale aktører og nettselskaper, samt dialog med industrivirksomhetene.

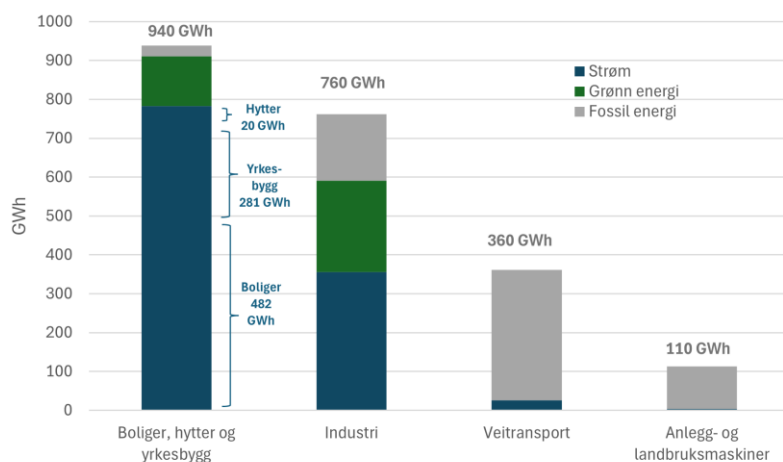
Tilgang på grønn energi og lokal energiproduksjon framheves som viktige forutsetninger for å kunne gjennomføre klimatiltak i industrien. Kommunen kan bidra gjennom tilrettelegging for nødvendig energinfrastruktur og lokal energiproduksjon.

2.3.2 Energi

Fredrikstad har i dag et totalt energiforbruk på om lag 2 200 GWh. Det er boliger, yrkesbygg og hytter som har det største forbruket med ca. 940 GWh. Denne kategorien inkluderer også våningshus i jordbruket.

Industrien har et forbruk på ca. 760 GWh, mens energiforbruket til veitransport og anleggs- og landbruksmaskiner utgjør henholdsvis ca. 360 og ca. 110 GWh.

Figur 14: Energiforbruk fordelt på sektorer og energityper i 2022. Kilde: Energiutredningen for søndre Østfold.



Det produseres ca. 350 GWh energi, i form av strøm, damp og varmtvann⁸. Det er altså et stort gap mellom energiforbruk og -produksjon i dagens Fredrikstad.

Gapet mellom forbruk og produksjon gjelder i enda større grad om man avgrenser til strøm. I den kaldeste perioden er gapet aller størst. For Nedre Glomma samlet er det elektriske maksimale effektbehovet mer enn åtte ganger så stort som vinterproduksjonen i Sarpsborgs elvekraftverk.

Intensjonen med en slik sammenstilling er ikke å peke på at det bør være balanse mellom forbruk og produksjon av energi på kommunenivå. På grunn av geografisk beliggenhet og naturgitte forhold, er Fredrikstad avhengig av å få overført energi fra andre områder.

⁸ Produksjonen av biodiesel hos Adesso Bioproducts AS er holdt utenom beregningen

Manglende tilgang på fornybar eller annen grønn energi er en betydelig trussel mot næringsutvikling, bevaring og etablering av nye arbeidsplasser i Fredrikstad.

Samtidig representerer manglende tilgang på fornybar eller annen grønn energi den største barrieren mot klimaomstillingen og mulighetene for å nå våre ambisiøse lokale, regionale og nasjonale klimamål. Det er store mengder fossil energi som må erstattes av grønn energi dersom vi skal nå klimamålene.

Når gapet mellom energiforbruk og -produksjon skal reduseres, kan dette delvis gjøres gjennom energi- og effekteffektivisering, ta uutnyttede energiresurser i bruk, samt produsere ny fornybar energi på allerede bebygde arealer. Men for å få tilgang på tilstrekkelige mengder energi, må det også produseres ny fornybar energi på andre typer arealer. Slik produksjon vil kunne komme i konflikt med andre samfunnshensyn. Å ikke produsere mer strøm i Fredrikstad innebærer i praksis at det må gjøres arealinngrep til kraftproduksjon andre steder.

Energi fra avfallsforbrenning

Energi fra to avfallsforbrenningsanlegg står for den største delen av energiproduksjonen som brukes lokalt.

Kapasiteten er planlagt prioritert til vekst i fjernvarme til husholdninger og tjenesteytende næringer, noe som vil redusere industriens tilgang på damp fra avfallsforbrenning.

Sammen med varslet forbud mot fossil energi til dampproduksjon øker dette industriens behov for strøm eller annen grønn energi.

Det finnes også overskuddsenergi kunne utnyttes bedre i fjernvarmesystemet, men flere barrierer gjør dette krevende i praksis

2.3.3 Sirkulær økonomi

Det finnes ikke én entydig definisjon på sirkulær økonomi. I handlingsplanen for sirkulær økonomi beskriver staten begrepet slik: «*Sirkulære aktiviteter skal bidra til effektiv og bærekraftig utnyttelse av naturressurser og produkter, i et giftfritt kretsløp, der minst mulig ressurser går tapt.*»

Sirkulær økonomi er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å nå klima-, miljø- og naturmål. Samtidig kan den bidra til økt verdiskaping og konkurranseevne over tid.

Sirkulær økonomi er en sentral forutsetning for Fredrikstads klimamål om at vi skal bidra til å oppnå det globale lavutslippssamfunnet.

Verdens naturressurser er under økt press. Derfor må ressursene brukes mer effektivt, slik at behovet for å ta ut nye ressurser reduseres. Sirkulær økonomi bidrar til dette gjennom blant annet lengre levetid for produkter, økt materialgjenvinning, mindre sløsing og redusert behov for uttak av nye ikke-fornybare ressurser. Dette kan igjen redusere klima- og miljøfotavtrykket.

Øra industriområde er et nasjonalt viktig knutepunkt for sirkulær ressursutnyttelse. Her brukes reststrømmer fra én virksomhet som råvarer eller innsatsfaktorer i en annen. Dette har gitt grunnlag for flere etablerte industrielle symbioser. Utviklingen er støttet av fagmiljøer som NORSUS, NCCE og Høgskolen i Østfold, som har bidratt med analyser, metodikk og dokumentasjon.

En undersøkelse fra NORSUS⁹ viser at det i 2021 ble tatt imot og håndtert om lag 520 000 tonn avfall på Øra. Hoveddelen, om lag 390 000 tonn, ble sendt videre som resirkulert materiale til virksomheter utenfor området. Øra mottok avfall tilsvarende om lag 50 prosent av de nasjonale avfallsressursene innen glass, metall, kasserte kjøretøy og batterier. Dette viser at Øra har en viktig rolle i håndteringen av avfallsressurser i Norge.

⁹ Norsk institutt for bærekraftsforskning

Det skjer også en betydelig intern utveksling av avfallsressurser på Øra¹⁰.

Også utenfor Øra tar virksomheter i Fredrikstad i bruk ombruk, reparasjon, deling og andre sirkulære forretningsmodeller. Utviklingen går i retning av økt materialgjenvinning, større bruk av sekundære råvarer og mer effektiv utnyttelse av eksisterende ressurser. Dette inngår i et regionalt innovasjonsmiljø med kompetanse og erfaring innen sirkulære prosesser.

Kommunen er en del av dette gjennom rollene som planlegger, innkjøper og samfunnsutvikler. Rollene påvirker hvordan arealer forvaltes, hvilke varer og tjenester som anskaffes og hvordan samhandlingen med næringslivet skjer.

Kommunen har også en sentral rolle i å legge til rette for at innbyggernes avfall kan forberedes til ombruk eller materialgjenvinnes. Fredrikstad kommune skal bidra til å nå egne, nasjonale og europeiske mål. EUs mål omfatter alt husholdningsavfall og husholdningslignende næringsavfall.

Ambisjonene er at 60 prosent forberedes til ombruk eller materialgjenvinnes innen 2030. Innen 2035 er målet 65 prosent.

For enkelte materialfraksjoner er mottak og sortering pålagt kommunen gjennom forskrift. De overordnede målene omfatter i tillegg grovavfall, som møbler, sportsutstyr og husholdningsartikler. Her er det et betydelig potensial for ombruk.

2.3.4 Areal

Høsten 2024 inngikk Fredrikstad kommune sammen med Sarpsborg kommune og Østfold fylkeskommune en tiårig byvekstavtale med staten. Avtalens overordnede mål er nullvekstmålet for personbiltrafikken, og hovedindikatoren for dette er byindeksen.

Byindeksen for Nedre Glomma består av 29 registreringspunkter langs fylkes- og riksveier, og det er kjøretøy kortere enn 5,6 m som inngår i tallgrunnlaget.

Med inngåelsen av byvekstavtalen er 2023 nytt referanseår for nullvekstmålet. Byindeksen skal måles som et «tre års glidende gjennomsnitt» mot referanseåret. Inntil dette er mulig i 2028, må den tilgjengelige perioden måles opp mot referanseåret. Byindeksen viser en nedgang på 0,1 prosent i trafikkmengde fra 2023 til 2025 i Nedre Glomma.

Fergetilbudet, som bidrar til at flere reiser kollektivt, bidrar også til å redusere klimagassutslippene fra transport. Antall reisende med fergene var i 2025 nesten 1,5 millioner.

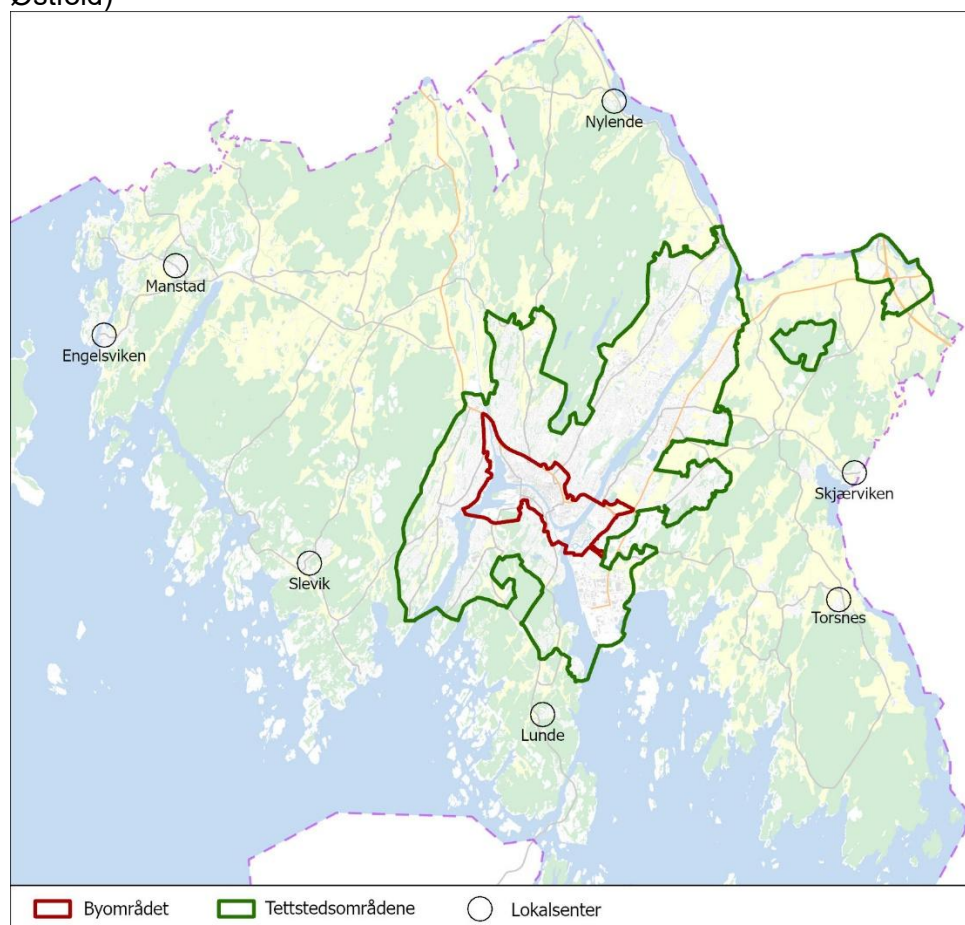
Boligbygging

For å redusere det framtidige behovet for transport, og oppnå målet om nullvekst i persontransporten, er det gjennom arealplanen vedtatt en målsetting om at 60 prosent av årlig boligbygging skal skje i byområdet, 30 prosent i tettstedet og 10 prosent i lokalsentrene.

Det kan være store variasjoner mellom enkeltår. For å se utviklingstrenden bedre, bruker vi et treårs glidende gjennomsnitt. For 2023-2025 var andelen boligbygging i byområdet 31,8 prosent, mens andelen boligbygging i tettstedet og lokalsentrene var på henholdsvis 61,4 og 6,8 prosent.

¹⁰ I 2021 var den største ressursstrømmen ca. 24 000 tonn jernsulfat fra Kronos til Kemira. Gyproc mottok samme år ca. 14 000 tonn resirkulert råvare fra Gipsgjenvinning på Øra.

Kartet under viser byområdet, tettstedet og lokalsenter (gitt i gjeldende fylkesplan for Østfold)



Gjennomgangen av kommunens planer for boligbygging viser (per juni 2025) et potensial for en ny-boligproduksjon på 5 886 enheter i perioden, og 6 845 enheter etter planperioden. Av de nær 5 900 enhetene i perioden er 3 586 ferdig regulert. Og av de som antas å komme etter planperioden (dvs. etter 2037) er det 3 265 enheter som er ferdig regulert.

Potensialet for boligbygging i Fredrikstad er høyt, og høyere i planperioden enn behovet som framskrevet befolkningsvekst for 2025-2037 tilsier.

Boligbygggeprognosen viser hvilke muligheter som finnes for nybygging av boliger, og hvor de ligger. Som nevnt over får det betydning for hvor i kommunen befolkningsveksten antas å komme.

Selv om de fleste boligene som inngår i boligbygggeprognosen er leiligheter, vil eneboliger fortsatt utgjøre den største andelen av boligmassen i Fredrikstad, også dersom de planlagte boligene blir bygget.

Tabell 2: Boligtyper i dag og i boligbyggeprognosen. Kilde: KOMPAS.

Boligtyper per 31.12 2025 (statistikk) og 2038 (framskrevet). Kilde: KOMPAS	2025		2038	
Frittliggende enebolig eller våningshus	19 078	47 %	19 032	43 %
Hus i kjede, rekke-/terasse-hus, vertikaldelt tomannsbolig	5 231	13 %	5 747	13 %
Horisontaldelt tomannsbolig eller annet boligbygg med mindre enn 3 etasjer	6 912	17 %	7 670	17 %
Blokk, leiegård e.l.	7 082	18 %	10 327	23 %
Forretningsgård, bygg for felleleshusholdning e.l.	1 947	5 %	1 922	4 %
Total boligmengde	40 250	100 %	44 697	100 %

Boligbyggeprognosen viser hvilke muligheter som finnes for nybygging av boliger, og hvor de ligger. Den har betydning for befolkningsprognosen fordi den påvirker hvor i kommunen framtidig befolkningsvekst antas å komme.

Landbruk

Stortinget vedtok i 2023 at den årlige nasjonale omdisponeringen av dyrka mark ikke skal overstige 2 000 dekar. Målet skal nås gradvis innen 2030.

Klimaet, jordsmonnet og topografien i Fredrikstad gir gode forutsetninger for landbruksdrift. Jordbruksproduksjonen i kommunen har betydning både regionalt og nasjonalt, og er viktig for framtidig matproduksjon.

I norsk sammenheng har Fredrikstad gode klimatiske vilkår og lang vekstsesong. Kommunen har i overkant av 67 000 dekar dyrka mark, tilsvarende om lag 23 prosent av kommunens totale areal. Nær 90 prosent av arealet brukes til korndyrking, mye av dette til matkorn. Som tommelfingerregel kan man regne 1 000 brød per dekar kornareal per år. I tillegg produseres kjøtt, kylling, melk, egg og noe grønnsaker.

Hvert år omdisponeres fulldyrka jord til formål som på kort og mellomlang sikt har høyere økonomisk avkastning enn matproduksjon. Dette omfatter blant annet infrastruktur, bolig, industri og annen næring, ridebaner og parkeringsplasser.

Fulldyrka jord, og særlig jord som er egnet til korn- og grønnsaksproduksjon, er en begrenset og ikke-fornybar ressurs. På nasjonalt nivå utgjør dyrka mark om lag 3 prosent av landarealet, og bare rundt 1 prosent er egnet til produksjon av matkorn.

Regjeringen og Stortinget har vedtatt flere nasjonale jordvernsstrategier og har som mål å redusere nedbyggingen av dyrka mark. Samtidig gjør økt geopolitisk uro, sårbare forsyningskjeder og klimarelaterte endringer den globale matproduksjonen og verdensmarkedet for mat mindre forutsigbart.

Matproduksjonen og matjorda i Fredrikstad er en del av den nasjonale beredskapen og matsikkerheten, samtidig som den er grunnlag for lokal matproduksjon.

Det var en klar økning i avgangen av dyrka og dyrkbar mark i 2024, fra 52 dekar i 2023 til 218,5 dekar i 2024. Avgangen i 2024 var i hovedsak knyttet til reguleringsplanene for Viken Park og Gretnes Sundløkka. I 2025 var det registrert 2 dekar i avgang av dyrka og dyrkbar mark¹¹.

2.3.5 Støy og luftkvalitet

Både støy og luftforurensning er miljøfaktorer som kan påvirke folks helse. I 2025 bodde nesten hver 4. innbygger (23,4 prosent) i støyutsatt område.

¹¹ KOSTRA viser 117 dekar for 2024. Tallet er for lavt fordi ikke all avgang av dyrka og dyrkbar mark ble rapportert inn. Det korrigerte tallet er 218,5 dekar. For 2025 viser KOSTRA 2 dekar, fordelt på 1 dekar dyrka jord og 1 dekar dyrkbar jord.

Ved planlegging av nye boliger er det krav om at det ikke skal bygges i områder sterkt påvirket av støy.

Deler av kommunen er også påvirket av luftforurensning, og deler av Fredrikstad sentrum ligger i rød sone i luftsonekartet.

Vedfyring og veitrafikk er, ifølge Miljødirektoratet, de største lokale kildene til luftforurensning i Fredrikstad. Kommunen overvåker luftkvaliteten gjennom to målestasjoner. I perioder med høy luftforurensning fra veitrafikk iverksetter veieierne tiltak for å redusere utslippene.

Kommunen samarbeider med de ansvarlige aktørene for å sikre at luftkvaliteten holder seg innenfor de helsebaserte grenseverdiene i forurensningsforskriften.

2.3.6 Natur

Kystsonen fra svenskegrensen og rundt Oslofjorden har særpregede geologiske og klimatiske forhold som gir grunnlag for et rikt og unikt biologisk mangfold.

Kystsonen i Fredrikstad har mange naturtyper som vurderes som truet, og flere arter som kun finnes i dette området står på rødlista. Det gjør kommunen viktig for bevaring av naturverdier i regionen.

Naturmangfold og sårbarhet

Fredrikstad har et variert naturmangfold med våtmarker, skog-, kyst- og jordbruksområder. Mange truede naturtyper og rødlistede arter finnes særlig langs kystsonen. Den store variasjonen i geologi og naturtyper gjør området viktig for økologiske funksjoner både lokalt og regionalt.

Kommunen har registrert over 580 naturtypelokaliteter av høy verdi og flere utvalgte naturtyper, som slåttemark, kystlynghei og hule eiker. Det er registrert rundt 400 rødlistede arter og to prioriterte arter: eremitt og dvergålegras. I tillegg finnes 34 verneområder, og randsoner rundt disse krever særlig hensyn i arealplanleggingen.

Kystsonen og Oslofjorden

Oslofjorden er i en alvorlig miljøtilstand, preget av tap av arter og økologiske funksjoner. For Fredrikstad innebærer dette nedgang i viktige naturtyper og arter som torsk, stortare og ålegras. Tilstanden påvirker naturmangfold, friluftsliv og økologiske prosesser.

Kommunens lange kystlinje og store skjærgård omfatter leveområder for en rekke marine arter. Ålegrasenger, tareskog og bløtbunnsområder er særlig sårbare for fysiske inngrep og økende miljøbelastning, og må forvaltes etter nasjonale og lokale føringer.

Vann, vassdrag og påvirkninger

Urban avrenning bidrar til forurensning i bekker, elver og Glomma, som transporterer næringsstoffer og miljøgifter videre ut i Oslofjorden.

Overvann kan blant annet inneholde veistøv, kloakkoverløp, mikroplast fra kunstgressbaner, forsøpling og landbruksavrenning. Vannforekomstene skal oppnå god økologisk tilstand gjennom reduksjon av utslipp og forbedrede overvannsløsninger.

Vannkvaliteten på kommunens badeplasser overvåkes jevnlig gjennom sommersesongen.

Våtmarker og myrer

Våtmarkene i Fredrikstad er særlig utsatt for nedbygging og hydrologiske inngrep. Av 78 myrer er kun 6 intakte, 5 delvis redusert og resten forsvunnet.

Våtmarker lagrer karbon, demper flom og har høy betydning for vannrensing og biologisk mangfold. Restaurering av myr og våtmark – som gjenfukting og stenging av grøfter – kan bidra til å gjenopprette økologiske funksjoner og styrke artsmangfoldet.

Vedlegg 1: Befolkningsprognose

Fredrikstad kommune utarbeider årlig egne befolkningsprognoser i KOMPAS¹². Siste versjon er fra 1. august 2026, med 2026 som startår og 2025 som siste statistikkår.

Forutsetninger i årets befolkningsprognose:

- Fredrikstad har mange muligheter for nye boliger, og flere områder i kommunen står overfor generasjonsskifter.
- SSB forventer fortsatt sentralisering, og at flyttestrømmen til sentrale byer fortsetter.
- Oslos boligmarked gir press på kommunene omkring.
- Fredrikstad vokser i all hovedsak som følge av tilflytting.
- Fruktbarheten har økt noe det siste året, og det forventes en moderat økning i fruktbarhet over perioden 2026-2038 (SSB).
- Innvandringen til Norge har avtatt i det siste, og det forventes lavere innvandring i tiden som kommer (SSB).
- Telemarksforsknings scenarier basert på kommunens attraktivitet tilsier fortsatt vekst, dersom kommunens attraktivitet fortsetter slik den har vært de siste 10 år.

Mange nye boenheter er klare for bygging

Fredrikstad går regelmessig gjennom alle planlagte og kjente muligheter for ny boligbygging for den neste 12-års planperioden. Resultatet av gjennomgangen; boligbyggeprognosen, inngår som en viktig premiss i befolkningsprognosen. Boligbyggeprognosen har betydning for hvor veksten kommer, innad i kommunen.

Generasjonsskifter

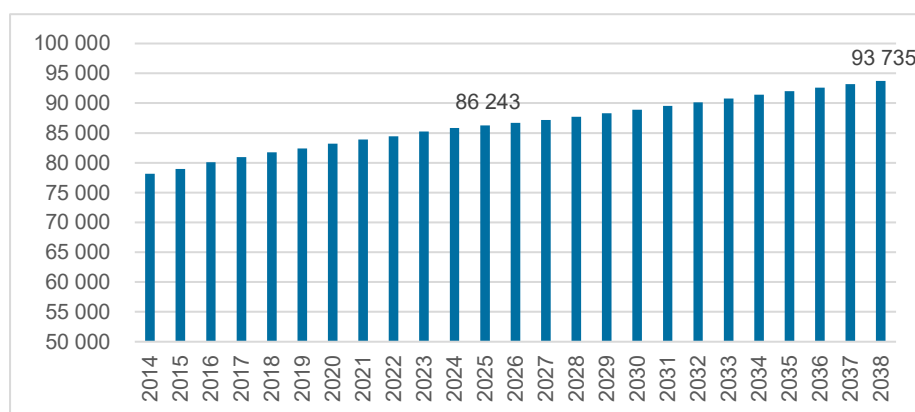
Ut fra befolkningens alderssammensetning og sammensetningen av boliger peker følgende områder seg ut for generasjonsskifter: Slevik, Torsnes, Lunde og Nylende.

Forventet utvikling

Prognosen for 2026-2038 gir en befolkningsvekst fram til 2038 på i alt 8,7 prosent, i snitt 0,6 prosent per år. Dette ligger noe over SSBs hovedalternativ (MMMM), som har en vekst på 0,5 prosent for samme periode.

Nettoflyttingen til Fredrikstad har gått ned de siste årene, og det samme har fruktbarheten. Dette er det tatt hensyn til i den nye prognosen.

Figur V1.1: Antall innbyggere i Fredrikstad 2014–2038, statistikk og prognose. Tall per 31.12. Kilde: KOMPAS/SSB.



Ved utgangen av 2038 forventes det å være 93 735 innbyggere i Fredrikstad, om lag 7 500 flere enn ved utgangen av 2025.

¹² KOMPAS står for Kommunenes plan- og styringssystem, som brukes av de største kommunene i Norge.

Utviklingen for de yngste aldersgruppene

Usikkerheten er størst for de yngste aldersgruppene, og langt mer usikker enn utviklingen for de eldste, fordi:

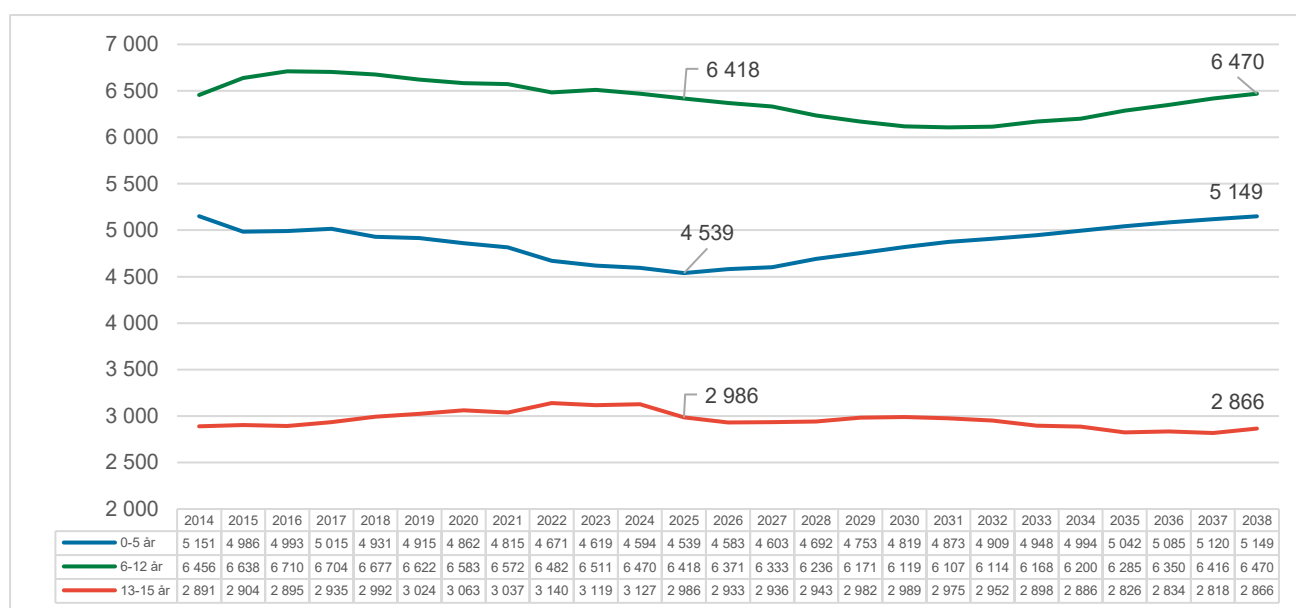
1. Flere barn og unge flytter, og flyttebevegelsene er usikre. Det kan også komme endringer i sekundærflyktningers muligheter for å flytte på seg. Prognosen tar ikke hensyn til det. Dersom det blir restriksjoner vil det påvirke tilflyttingen til Fredrikstad, og dermed også befolkningsutviklingen for barn og unge.
2. Utviklingen forutsetter at økningen i samlet fruktbarhet¹³ fortsetter, fra 1,46 i 2026 til 1,59 barn per kvinne mot slutten av perioden. Endringer i fruktbarhet får svært stor betydning for antall barn og unge.

For den yngste aldersgruppen (0-5 år) forventes det en økning på like over 600 barn fram mot utgangen av 2038.

Det er ventet en liten nedgang for aldersgruppen 6-12 år fram til 2032, før det igjen blir en økning utover i perioden.

For aldersgruppen 13-15 år ventes det en liten nedgang i inneværende år, før antallet stiger fram ut 2030. For hele perioden ventes det å kunne bli 120 færre unge i denne aldersgruppen.

Figur V1.2: Antall barn og unge i Fredrikstad 2014–2038, statistikk og prognose. Alle tall er per 31.12.
Kilde: KOMPAS/SSB.



Utviklingen for de eldste aldersgruppene

For de eldste aldersgruppene er det langt mindre usikkerhet enn for de yngste. Den største usikkerheten kan ligge i om flyttemønsteret vil endres, slik at flere eldre flytter på seg enn før. Prognosen tar ikke hensyn til eventuelle slike endringer.

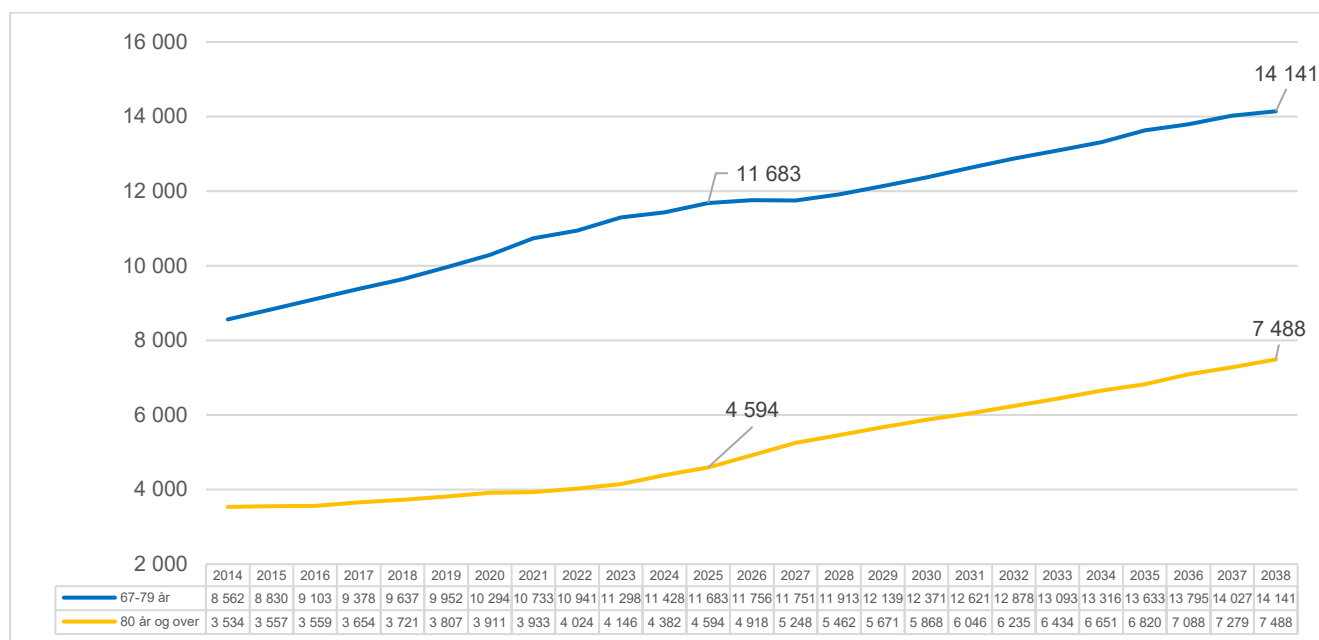
Synkende fruktbarhet, kombinert med høyere levealder og store barnekull som nå blir gamle gjør at befolkningen i Norge eldes. Dette ser vi også i Fredrikstad.

¹³ Samlet fruktbarhet, SFT, måler antall barn en kvinne får i gjennomsnitt, i løpet av sin fruktbare alder. Tallet er følsomt for når kvinnene velger å få barn, og vil synke i perioder med stigende alder på førstegangs fødende.

Det var forventet at antallet eldre (65 år og eldre) skulle bli høyere enn antallet yngre (0–19 år) i løpet av 2026. Men med den svake befolkningsveksten i 2025 passerte Fredrikstad krysningspunktet i 2025. Dette var litt tidligere enn SSB forventer for landet, men senere enn for andre, mindre sentrale kommuner – for flere av disse var dette historiske skiftet for lengst passert.

Ved inngangen til 2026 var det 11 683 personer mellom 67-79 år i Fredrikstad, og 4 594 personer som er 80 år og over. Det vil bli en sterk vekst i begge disse aldersgruppene, og det vil bli om lag 5 350 flere eldre som er 67 år og over, fram mot utgangen av 2038. Den største veksten kommer for gruppen som er 80 år og over.

Figur V1.3: Antall personer 67 år og over i Fredrikstad 2014–2038, statistikk og prognose. Alle tall er per 31.12. Kilde: KOMPAS/SSB.



Samlet tabell for aldersgruppene på neste side.

Tabell V1.1: Folkemengde 2014–2025 og befolkningsprognose for Fredrikstad 2026–2038. Tall per 31.12. Kilde: KOMPAS/SSB.

Statistikk 2014 til og med 2025 (ved utgangen av året)

Alder	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0	771	746	798	772	763	735	710	748	670	713	715	729
1-2	1 646	1 622	1 601	1 655	1 634	1 610	1 572	1 516	1 514	1 474	1 442	1 472
3-5	2 734	2 618	2 594	2 588	2 534	2 570	2 580	2 551	2 487	2 432	2 437	2 338
6-12	6 456	6 638	6 710	6 704	6 677	6 622	6 583	6 572	6 482	6 511	6 470	6 418
13-15	2 891	2 904	2 895	2 935	2 992	3 024	3 063	3 037	3 140	3 119	3 127	2 986
16-18	3 095	3 039	3 082	3 033	3 078	3 027	3 078	3 116	3 174	3 255	3 197	3 247
19-44	25 448	25 599	25 938	26 011	26 045	26 111	26 223	26 486	26 632	26 804	27 087	27 222
45-66	23 022	23 414	23 841	24 247	24 691	24 927	25 179	25 200	25 380	25 478	25 577	25 554
67-79	8 562	8 830	9 103	9 378	9 637	9 952	10 294	10 733	10 941	11 298	11 428	11 683
80-89	2 902	2 932	2 940	3 045	3 111	3 147	3 247	3 259	3 366	3 477	3 712	3 906
90+	632	625	619	609	610	660	664	674	658	669	670	688
SUM	78 159	78 967	80 121	80 977	81 772	82 385	83 193	83 892	84 444	85 230	85 862	86 243

Prognose for 2026 til og med 2038 (ved utgangen av året)

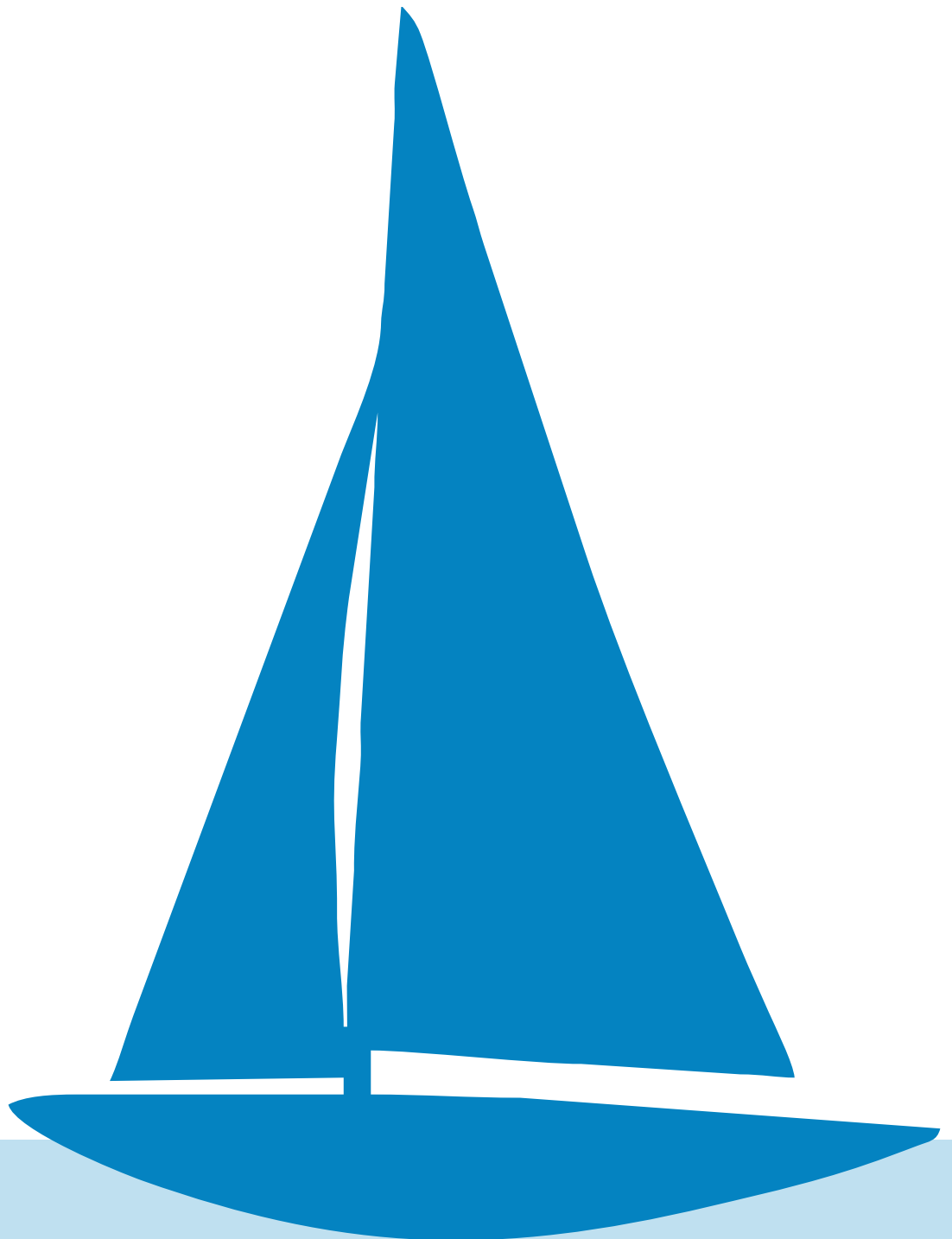
Alder	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038
0	753	758	763	768	775	782	790	798	808	817	820	822	823
1-2	1 491	1 536	1 564	1 576	1 586	1 599	1 612	1 626	1 643	1 660	1 678	1 688	1 693
3-5	2 339	2 309	2 365	2 409	2 458	2 492	2 507	2 524	2 543	2 565	2 587	2 610	2 633
6-12	6 371	6 333	6 236	6 171	6 119	6 107	6 114	6 168	6 200	6 285	6 350	6 416	6 470
13-15	2 933	2 936	2 943	2 982	2 989	2 975	2 952	2 898	2 886	2 826	2 834	2 818	2 866
16-18	3 225	3 215	3 107	3 063	3 072	3 082	3 120	3 128	3 118	3 099	3 050	3 040	2 986
19-44	27 314	27 433	27 598	27 707	27 808	27 875	27 920	27 975	28 015	28 058	28 096	28 119	28 128
45-66	25 571	25 656	25 772	25 828	25 870	25 953	26 027	26 138	26 222	26 252	26 317	26 363	26 503
67-79	11 756	11 751	11 913	12 139	12 371	12 621	12 878	13 093	13 316	13 633	13 795	14 027	14 141
80-89	4 226	4 538	4 733	4 921	5 082	5 249	5 391	5 540	5 668	5 754	5 898	5 974	6 130
90+	692	710	729	750	786	797	844	894	983	1 066	1 190	1 305	1 358
SUM	86 673	87 178	87 727	88 310	88 917	89 532	90 152	90 780	91 402	92 018	92 612	93 185	93 735

Vedlegg 2: Helseteknologi

Helseteknologi utgjør en avgjørende mulighet for å omstille kommunens tjenester til morgendagens utfordringer. Samtidig viser undersøkelser at innføring av helse- og velferdsteknologi ikke nødvendigvis gir innsparinger i driften.

Det er viktig å følge med på hvordan teknologien virker, og om den faktisk gir økt trygghet, kvalitet og mestring for innbyggerne. Dette kan vi måle ved å følge veksten i antall:

- Tjeneste Trygghetsalarm og Lokaliseringsteknologi
 - Fredrikstad etablerte våren 2021 en teknisk løsning for mobil trygghetsalarm med GPS på den velferdsteknologiske plattformen, som nå inngår i kommunens tjenester. Denne teknologien kan bidra til å øke tryggheten til personer som bor hjemme, og da særlig personer med demens.
 - Helsevakten er respons-senter-tjenesten for mottak og respons på hendelser utløst av helseteknologien. Senteret gjør en faglig vurdering av hendelsen, og operatørene iverksetter tiltak og dokumenterer.
- Elektronisk medisineringsstøtte
 - Elektroniske medisindispensere varsler når medisin skal tas og gjør den riktige dosen tilgjengelig for brukeren. Dersom medisinen ikke blir tatt innen et gitt tidsrom, blir pårørende eller hjemmetjenesten varslet. Dermed kan en slik legemiddelhåndtering bidra til at enda flere kan bli boende hjemme lenger og være selvhjulpne. Fredrikstad kommune startet innføringen av medisindispensere høsten 2020, og fortsetter utrulling.
- Digitalt tilsyn.
 - Digitale tilsyn er teknologibasert tilsyn ved bruk av sensorikk eller kamerateknologi. Disse løsningene kan gi oppfølgende personell et varsel dersom det oppstår situasjoner som krever oppfølging, og kan i mange tilfeller erstatte kontinuerlig eller periodisk manuelt tilsyn. Digitale tilsyn kan gi brukere større grad av trygghet, egenmestring og privatliv, samtidig som det kan gi økt utnyttelse av kommunens helsefaglige personell.





Planprogram – Kommuneplanens samfunnsdel 2026-2038



Innhold

Premisser for planarbeidet.....	2
Formål med planarbeidet	3
Nasjonale føringer	3
Regionale føringer	8
Lokale føringer	9
Sentrale problemstillinger i planarbeidet.....	11
Temaer til drøfting	14
 Planprosess	 19
Organisering	19
Framdrift	19
 Medvirkning.....	 20
 Utredningsbehov i planprosessen.....	 21
Kunnskapsgrunnlag for utarbeidelse av planen	21
 Ordliste	 22

Premisser for planarbeidet

Fredrikstad bystyre vedtok den 14. juni 2024, i planstrategi for Fredrikstad kommune for 2024-2027, at kommuneplanens samfunnsdel med arealstrategi skal rulleres i perioden.

Arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel er hjemlet i plan- og bygningsloven:

«§ 11-2. Kommuneplanens samfunnsdel

Kommuneplanens samfunnsdel skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon. Den bør inneholde en beskrivelse og vurdering av alternative strategier for utviklingen i kommunen.

Kommuneplanens samfunnsdel skal være grunnlag for sektorenes planer og virksomhet i kommunen. Den skal gi retningslinjer for hvordan kommunens egne mål og strategier skal gjennomføres i kommunal virksomhet og ved medvirkning fra andre offentlige organer og private.»

Kommuneplanens samfunnsdel er den overordnede planen for all planlegging i Fredrikstad kommune. Den skal peke ut en ønsket retning for samfunnsutviklingen, og sette langsiktige utviklingsmål for Fredrikstadsamfunnet. Kommuneplanen har en tidshorisont på minimum 12 år.

Kommunens fireårige handlingsprogram med årlige budsjetter er definert som kommuneplanens handlingsdel. Handlingsdelen viser prioriteringene på kort sikt.

Gjeldende kommuneplan, samfunnsdelen, ble vedtatt av bystyret i mai 2018, for perioden 2018–2032.

Arealstrategien er kommunens overordnede prinsipper for framtidig arealutvikling. Den skal vise koblingen mellom de overordnede samfunnsmålene og kommuneplanens arealdel. Oppfølging av arealstrategien skal skje på alle plannivåer, det vil si i kommuneplanens arealdel, områdereguleringer og detaljreguleringer. Den skal også følges opp i dispensasjons- og byggesaksbehandlingen. Med arealstrategien i samfunnsplanen fra 2018 fikk kommunen sin første arealstrategi.

Vedtatt planstrategi legger rammer for rulleringen slik (side 16):

«Foreslått rullering tar utgangspunkt i forenklet rullering av dagens plan, samt tilpasning av arealstrategien for å sikre en bærekraftig arealpolitikk i kommunen. Arealstrategien er bindeleddet mellom kommuneplanens samfunnsdel og arealdel. Samfunnsplanen med arealstrategi legger føringer for en framtidig rullering av kommuneplanens arealdel.»

Og videre (side 5):

«Ved rullering av kommuneplanens samfunnsdel bør planens mål og strategier få en klarere retning, og en bedre målstruktur som lettere kan følges opp i kommunens øvrige plansystem.

En bedre målstruktur vil også kunne gjøre det enklere å synliggjøre hvordan kommunens prioriteringer i handlingsprogram og budsjett henger sammen med overordnede mål og ønsket retning for samfunnsutviklingen. Kommunen er i ferd med å innføre et nytt styringssystem, Framsikt, og med det en helhetlig gjennomgang av kommunens plansystem. Dette vil sees i sammenheng med rullering av samfunnsdelens mål og strategier.

En rullering med tilpasning av arealstrategien i gjeldende samfunnsdel, kan bidra til å sikre en bærekraftig arealpolitikk i kommunen, og en bedre sammenheng med kommuneplanens arealdel, og framtidige rulleringer av denne.»

Fredrikstad kommune - Planstrategi for Fredrikstad kommune 2024-2027

Formål med planarbeidet

Hensikten med å revidere samfunnsdelen av kommuneplanen er å sikre at dokumentet forblir oppdatert, relevant og godt egnet som et strategisk styringsverktøy – både administrativt og politisk – for å lede kommunen i ønsket retning.

Planen skal bygge på kommuneplanens samfunnsdel 2018-2030. Evaluering av gjeldende kommuneplan (2018–2030) viser at planens struktur, særlig koblingen til overordnede bærekraftselementer, i stor grad har fungert etter hensikten. Samtidig avdekkes det et behov for å oppdatere utfordringsbildet, slik at det bedre reflekterer dagens situasjon.

Videre viser evalueringen at målformuleringene i den nåværende planen ikke er tilstrekkelig konsistente eller presise. De er i liten grad tilpasset dagens kontekst og gir ikke tydelige styringssignaler. Planen mangler også klare prioriteringer, noe som gjør det vanskelig å identifisere hvilke utfordringer som er mest presserende, og hva som bør løses først. I tillegg har det vært utfordringer med å koble planen til kommunens øvrige planverk og styringssystemer.

På bakgrunn av dette er det et mål at en revidert samfunnsdel skal:

- Gi en tydeligere retning for ønsket samfunnsutvikling
- Etablere en mer strukturert og etterprøvbart målstruktur som lettere kan integreres i kommunens plansystem
- Bidra til en bærekraftig arealpolitikk og styrke sammenhengen med kommuneplanens arealdel og fremtidige rulleringer av denne

Kommuneplanens samfunnsdel skal sette tydelige mål for Fredrikstadsamfunnet. Den skal ikke romme strategier. Strategier (veien til målet) kommer i oppfølgende planer, som kommunedelplaner og temaplaner.

Nasjonale føringer

I tillegg til bestemmelsen i Plan- og bygningsloven §11 gjelder:

1. [Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2023–2027 - regjeringen.no.](#)
2. [Forventningsbrev til kommunene 2025 | Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus](#)

Begge er nærmere omtalt i vedtatt planstrategi.

Nasjonale forventninger til kommunal planlegging legger i stor grad vekt på FNs bærekraftsmål og de nasjonale klima- og miljømålene. Samfunnssikkerhet og beredskap har også kommet inn som viktige tema.

Perspektivmeldingen ([Meld. St. 31 \(2023–2024\) - regjeringen.no](#)) viser en framtidig mangel på arbeidskraft, spesielt innen helse og omsorg. [NOU 2023: 4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste](#) viser at personalressurser i helsetjenestene er - og i økende grad vil være - en betydelig utfordring i tiden framover. Utredningen er et viktig kunnskapsgrunnlag for planlegging av personalressurser i årene framover.

Kommisjonen la frem tiltak på 6 ulike områder; mer effektiv organisering og samhandling, bedre bruk av tilgjengelig kompetanse gjennom god oppgavedeling, bedre arbeidstidsordninger, utdanning og kompetanseutvikling, prioriteringer og reduksjon av mindre viktige og til dels økende tjenester, og digitalisering og teknologisk utvikling

Ny nasjonal veileder ble lansert av Helsedirektoratet den 10.4.2025. Det er en prosessveileder som anbefaler bruk av prioriteringskriteriene: nytte, ressurs og alvorlighet, bruk av styringsinformasjon og tilrettelegging for god prioriteringspraksis på politisk, administrativt og klinisk nivå. Veilederen har til hensikt å bidra til mer systematisk og kunnskapsbasert prioriteringsarbeid.

[Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester - Helsedirektoratet](#)

Lov om Folkehelsearbeid

§ 1. Formål

Formålet med denne loven er å bidra til en bærekraftig samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder livskvalitet og gode sosiale og miljømessige forhold, og som utjevner sosiale helseforskjeller.

Loven skal bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen, og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

§ 4. Kommunens ansvar

Kommunen skal

- a. fremme befolkningens helse og livskvalitet
- b. fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- c. bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse
- d. bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller
- e. bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen.

Ansvar etter første ledd skal ivaretas innenfor de oppgavene og med de virkemidlene kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. I forbindelse med handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn [...].

§ 6. Mål og planlegging

Oversikten etter § 5 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer og hvordan kommunen kan møte disse, bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette mål, strategier, handlinger og prioriteringer for å møte kommunens folkehelseutfordringer.

[Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\) - Kapittel 2 Kommunens ansvar - Lovdata](#)

Lov om vassdrag og grunnvann (Vannressursloven)

Vannressursloven har som formål å sikre en samfunnsmessig forsvarlig og bærekraftig bruk og forvaltning av Norges vannressurser, både overflatevann (vassdrag) og grunnvann.

Formål: Å beskytte vannressurser mot skade og sikre god forvaltning til beste for miljø, samfunn og fremtidige generasjoner.

Virkeområde: Gjelder alle vassdrag og grunnvann, inkludert kunstige vannløp og magasiner som står i forbindelse med naturlige vannsystemer.

Konsesjonsplikt: Tiltak som kan påvirke vannføring, vannstand eller vannkvalitet krever tillatelse fra myndighetene (f.eks. NVE).

Aktsomhetsplikt: Alle har ansvar for å unngå skade på vannressurser, både ved planlegging og gjennomføring av tiltak.

Vern: Loven inneholder bestemmelser om vernede vassdrag og nasjonale laksevassdrag.

Grunnvann: Regulerer også uttak og bruk av grunnvann, med krav om konsesjon ved større inngrep

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-11-24-82>

Naturavtalen

Det globale Kunming-Montreal-rammeverket for naturmangfold ble vedtatt 19. desember 2022 under FNs konvensjon om biologisk mangfold. Naturavtalen har som mål å stoppe og reversere tapet av natur og økosystemer. Avtalen setter globale mål for å bevare naturen, oppnå bærekraftig forvaltning og bruk og bekjempe årsakene til nedbygging og forringelse av økosystemer. En nasjonal handlingsplan for natur er utarbeidet.

Meld. St. 35 (2023–2024) - regjeringen.no

30-prosentsmålet: Verne 30 prosent av all natur på land innen 2030. Vi skal også verne eller bevare 30 prosent av verdens hav, innsjøer og elver. Den forrige globale naturavtalen, vedtatt i 2010, hadde vern på 17 prosent som mål. Dette målet ble aldri oppfylt.

Restaurering: 30 prosent av all natur som er delvis ødelagt skal være restaurert innen 2030.

Parisavtalen og Klimaloven

For å redusere de negative effektene av klimaendringene, ble verdenssamfunnet gjennom Parisavtalen fra 2015 enige om å begrense den globale oppvarmingen til godt under 2 grader, og helst under 1,5 grader, i forhold til førindustriell tid. Avtalen forplikter landene til å sette seg stadig mer ambisiøse mål for utslippskutt og rapportere om fremgangen.

Klimaloven er en norsk lov som slår fast Norges internasjonale forpliktelser i tråd med Parisavtalen. Gjennom klimaloven er det fastsatt et mål om å kutte klimagassutslipp med minst 55 prosent innen 2030 sammenlignet med 1990-nivået, samt å bli et lavutslippssamfunn innen 2050. Lavutslippssamfunnet innebærer at klimagassutslippene i 2050 reduseres i størrelsesorden 90 til 95 prosent fra utslippsnivået i referanseåret 1990.

Stortinget har nylig (juni 2025) vedtatt endringer i klimaloven om klimamål for 2035. Målet er at klimagassutslippene i 2035 reduseres med minst 70-75 prosent fra utslippsnivået i referanseåret 1990.

[Lov om klimamål \(klimaloven\) - Lovdata](#)

Kulturlova

Ny kulturlov ble vedtatt 1. juli 2025. Kulturlovens nye bestemmelser legger vekt på krav til kommunal planlegging for feltet. Kommuner og fylkeskommuner må nå utarbeide en skriftlig oversikt over status og utviklingsbehov for kulturfeltet. De skal fastsette overordnede mål og strategier for kultursektoren i arbeidet med planer, etter plan- og bygningslova kapittel 8 og 11. Dette innebærer at kulturfeltet får en tydeligere plass i kommunal planlegging og må integreres i langsiktige strategier.

Loven skal legge til rette for et åpent og opplyst offentlig ordskifte gjennom å fastlegge offentlige styresmakters ansvar for å fremme og legge til rette for et bredt spekter av kulturaktiviteter i tråd med prinsippet om armlengdes avstand, slik at alle kan få tilgang til å delta i kulturaktiviteter og oppleve et mangfold av kulturuttrykk.

[Lov om offentlige styresmakters ansvar for kulturverksemd \(kulturlova\) - - Lovdata](#)

Statlige planretningslinjer for arealbruk og mobilitet

Statlige planretningslinjer for arealbruk og mobilitet ble fastsatt 24.01.2025. Retningslinjene erstatter *Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging*. De nye planretningslinjene vektlegger ulike natur- og kulturverdier i betydelig større grad enn tilfellet er i tidligere planretningslinjer.

[Statlige planretningslinjer for arealbruk og mobilitet - Lovdata](#)

«Formålet med retningslinjene er å sikre en samordnet og bærekraftig bolig-, areal- og transportplanlegging og bidra til mer effektive planprosesser. Regional og kommunal planlegging er viktige virkemidler for å følge opp bærekraftsmålene og Norges nasjonale og internasjonale forpliktelser på natur-, klima- og miljøområdet. Planleggingen skal bidra til å utvikle bærekraftige byer og lokalsamfunn, legge til rette for verdiskaping og næringsutvikling, og fremme helse, miljø og livskvalitet. Planleggingen skal samtidig bidra til reduserte klimagassutslipp, et klimatilpasset samfunn og ivaretagelse av kulturmiljø og naturmangfold, samt redusere tapet av dyrket mark, natur-, villrein- og friluftsområder og karbonrike arealer. Planleggingen skal også sikre at det innenfor det samiske reinbeiteområdet tas hensyn til reindriftens bruk av arealene.»

Statlige planretningslinjer for klima og energi

Statlige planretningslinjer for klima og energi har som formål å sikre at klima og energi vektlegges i planleggingen etter plan og bygningsloven og øvrig myndighetsutøvelse og virksomhet i staten, kommunene og fylkeskommunene. Hensynet til klima, natur og energi skal ha høy prioritet i sektorenes arbeid, og sees i sammenheng.

Statlige, regionale og kommunale organer skal i sin planlegging og enkeltvedtak legge til rette for:

- a) arealbruk og løsninger som reduserer klimagassutslippene, opprettholder arealenes evne til karbonopptak- og lagring og støtter omstilling til et lavutslippssamfunn

- b) effektiv og fleksibel energibruk
- c) utbygging av fornybar energi
- d) en sirkulær økonomi
- e) at samfunnet og økosystemene forberedes på og tilpasses et klima i endring

[Statlige planretningslinjer for klima og energi - Lovdata](#)

Statlige føringer samfunnssikkerhet og beredskap

[Meld. St. 9 \(2024-2025\) Totalberedskapsmeldingen. Forberedt på kriser og krig.](#)

Meldingen følger opp Totalberedskapskommisjonen sine hovedanbefalinger og inneholder over 100 ulike tiltak.

I Totalberedskapsmeldingen setter regjeringen retningen for en omlegging av den sivile delen av totalforsvaret og for den sivile motstandskraften. Regjeringen skal sørge for at det sivile samfunnet er forberedt på krise og krig, og utvikle et samfunn som understøtter militær innsats og som motstår sammensatte trusler.

Totalberedskapsmeldingen identifiseres tre hovedmål som ligger til grunn

- Et sivilt samfunn som er forberedt på krise og krig
- Et sivilt samfunn som motstår sammensatte trusler
- Et sivilt samfunn som understøtter militær innsats

Norges første nasjonale sikkerhetsstrategi ble lansert 8.5.2025. Strategien danner grunnlaget for hvilke politiske valg og prioriteringer Norge skal gjøre fremover. Hele samfunnet må bidra for å beskytte våre grunnleggende sikkerhetsinteresser: Offentlige myndigheter, næringslivet, fagbevegelsen, frivilligheten og hver enkelt av oss.

Den danner grunnlaget for hvilke politiske valg og prioriteringer Norge skal gjøre fremover og definerer hvilke nasjonale sikkerhetsinteresser vi skal fremme og forsvare.

[Nasjonal sikkerhetsstrategi - regjeringen.no](#)

Nasjonal helseberedskapsplan er oppdatert mai 2025 og erstatter den forrige utgaven av 2018. Den reviderte planen tar opp i seg erfaringene fra håndteringen av både pandemi og krig i Europa. Planen er det overordnede rammeverket for helse- og omsorgssektorens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap.

Målsettingen for helseberedskap er å verne liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og omsorgstjenester i krise og krig. Helseberedskapsplanen skal legge til rette for at helse- og omsorgssektoren kan nå denne målsettingen gjennom å forebygge og håndtere alle aspekter ved en krise og så raskt som mulig gjenopprette normalsituasjonen i etterkant. Helseberedskapen er en del av totalforsvaret i Norge.

[Å verne om liv og helse - Nasjonal Helseberedskapsplan](#)

Byvekstavgift

Byvekstavgiften for Nedre Glomma ble signert oktober 2024. Avtalen er tiårig (2024–2033) og legger grunnlaget for et forpliktende samarbeid mellom staten, Østfold fylkeskommune og Fredrikstad og Sarpsborg kommuner, der alle partene skal bidra innenfor sine ansvarsområder for å nå nullvekstmålet for personbiltrafikken. Avtalen sikrer Nedre Glomma 173,8 mill. 2024-kroner i statlige midler i året til tiltak som skal bidra til nullvekstmålet. De

konkrete prosjektene og tiltakene, som kan være innenfor både samferdsel/mobilitet, areal og parkering, fastsettes gjennom fireårige handlingsprogram som rulleres årlig.

Innenfor arealplanlegging stiller byvekstavtalen blant annet krav om:

- Nullvekstmålet skal forankres i kommunenes planverk, som i arealstrategi og kommuneplanens arealdel, og legges til grunn som en sentral føring i all arealplanlegging. Dette innebærer også en vurdering av tidligere avsatte utbyggingsområder ved rulling av kommuneplanens arealdel.
- I særlig attraktive utbyggingsområder som kan konkurrere med sentrumsutviklingen skal det utarbeides helhetlige planer som setter klare rammer for utbyggingsomfanget. Det skal sikres at den helhetlige planen bidrar til nullvekstmålet og at utviklingen av området prioriterer gange, sykkel og kollektivtrafikk.

[Her er byvekstavtalen - Bypakke Nedre Glomma](#)

Regionale føringer

Østfold fylkeskommune har utarbeidet forslag til nye regionale planer for Østfold. Planforalgene har vært på høring. Nye fylkesplaner skal være klare i juni 2026. Når de er vedtatt vil de erstatte fylkesplanen «Østfold mot 2050» ([Fylkesplan - Østfold mot 2050](#)).

De nye regionale planene som foreslås for Østfold er:

- Økt livskvalitet, deltagelse og likeverd
- Kompetanse og verdiskaping
- Areal og mobilitet

Regional vannforvaltningsplan

Dette er en plan som utarbeides for hver vannregion i Norge, og har som mål å:

- Sikre god miljøtilstand i elver, innsjøer, grunnvann og kystvann.
- Samordne innsats på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.
- Oppfylle kravene i vannforskriften, som bygger på EUs vanndirektiv.
- Identifisere påvirkninger på vannmiljøet og foreslå tiltak for å forbedre tilstanden.

Planene gjelder for 6-årsperioder, og oppdateres jevnlig – neste planperiode er 2028–2033.

[Regionale vannforvaltningsplaner 2022 - 2027 med tilhørende dokumenter: - Vannportalen](#)

Helhetlig tiltaksplan for en ren og rik Oslofjord med et aktivt friluftsliv

Dette er regjeringens strategi for å redde og forbedre miljøtilstanden i Oslofjorden, og inkluderer:

63 konkrete tiltak fordelt på 7 innsatsområder, bl.a.:

- Redusere utslipp fra avløp og jordbruk
- Bekjempe marin forsøpling og miljøgifter
- Restaurere naturverdier og sikre biologisk mangfold
- Bedre tilgang til strandsonen for friluftsliv

Planen gjelder frem til 2026, og er et svar på stortingsvedtak fra 2018.

Den krever bred innsats fra stat, kommuner, fylker og frivillige organisasjoner.

[Helhetlig tiltaksplan for en ren og rik Oslofjord med et aktivt friluftsliv](#)

Lokale føringer

Fredrikstad kommune utarbeider og oppdaterer kunnskapsgrunnlaget for kommunens planlegging. Oppdatert kunnskapsgrunnlag ligger her:

- [Fredrikstad kommune - Kunnskapsgrunnlag for planlegging i Fredrikstad](#)

I tillegg til kunnskapsgrunnlaget vises det også til kommunens folkehelseoversikt og levekårskartlegginger, samt kommunens egen oversikt over boliger.

- [Folkehelseoversikten 2022](#)
- [Levekårskartlegging - Fredrikstad kommune](#)

Kommunedelplan for folkehelse og levekår

Folkehelsearbeidet i Fredrikstad er et overordnet og felles ansvar. Vi skal påvirke folkehelse og levekår i tråd med vedtatte planer, gjennom tjenester, tiltak og langsiktig samfunnsplanlegging. Dette speiles i planen gjennom fire innsatsområder, som forplikter på tvers av kommuneområdene. De fire innsatsområdene er:

- oppvekst – de ti første årene
- bolig og arbeid
- nærmiljø
- likeverdig tilgang til tjenester, helsefremming og forebygging

Målet for kommunens folkehelsearbeid er å redusere sosial ulikhet i helse, og øke livskvaliteten til alle innbyggere. Fredrikstad skal være et helsefremmende samfunn, der folk og lokalsamfunn i større grad kan påvirke egen helse og levekår, og skape rammene for et godt liv. Vi skal styrke positive ressurser for folks helse, og redusere hindringer og negative forhold.

[kommunedelplan-for-folkehelse-og-levekar-20232030.pdf](#)

Kommunedelplan bolig / boligpolitisk plan

Boligpolitikken er i sentrum av velferdsutviklingen og er et av de viktigste virkemidlene for å minske de sosiale skillelinjene i samfunnet. Boligpolitikken er en integrert del av arbeidet mot fattigdom, og det å bo trygt og godt øker innbyggernes velferd og mulighet til å mestre egne liv. Planen skal:

- Sikre en boligutvikling som bidrar til sosial, økonomisk og miljømessig bærekraft
- Sikre en boligutvikling som bidrar til at Fredrikstad blir et attraktivt sted å bo
- Bidra til at alle skal bo trygt og godt
- Flere skal eie egen bolig
- Færre skal være bostedsløse
- Bidra til vesentlig bedre dekning av studentboliger i byen
- Bidra til en enklere vei inn i boligmarkedet
- Bidra til at eldre kan bli boende lenger i egen, egnet bolig
- Bidra til at kommunen er en mer attraktiv og profesjonell samarbeidspartner

Boligplan for Fredrikstad kommune

Arbeidet med boligplanen forventes å komme til politisk behandling våren 2026. Planen skal erstatte tidligere Boligsosial handlingsplan 2014-2017 og Kommunedelplan for bolig / boligpolitisk plan. Fram til vedtak av ny plan, er det vedtatte planer som gjelder. Temaplan for bolig har et utfyllende kunnskapsgrunnlag bestående av rammebetingelser og

utfordringsbilde samt en mer inngående beskrivelse av det boligsosiale arbeidet i Fredrikstad. Til sist kommer en handlingsdel, som beskriver innsatsområder, strategier og oppdrag. Prioriteringene i boligplanen bygger for øvrig på føringene fra kommuneplanen og de ulike vedtatte kommunedelplanene og temaplanene.

Kommunedelplan for naturmangfold i Fredrikstad kommune

Kommunedelplanen er en strategisk plan som legger føringer for hvordan naturverdiene i Fredrikstad skal forvaltes og utvikles. Kommunen står overfor betydelige utfordringer og har et stort ansvar for å ta vare på det omkringliggende naturmiljøet. For å sikre en bærekraftig forvaltning over tid, er det avgjørende at både myndigheter og brukere har god kjennskap til hvilke naturressurser som finnes, og hvordan disse best kan ivaretas.

Planen fastsetter følgende overordnede mål:

- Styrke kunnskapen om og hensynet til naturmangfoldet i kommunen.
- Gjennomføre en arealplanlegging og en arealbruk som ivaretar naturområder og sammenhengen mellom dem.
- Sikre viltets mangfold og minimalisere konflikt mellom vilt og samfunn.
- Bekjempe og hindre spredning av uønskede fremmede arter.
- Ivareta livskraftige bestander av alle naturlig forekommende arter i Fredrikstad.

Kommunedelplan for klima – 2019-2030

Gjennom kommunedelplanen er følgende målsettinger vedtatt for Fredrikstadsamfunnet:

- Innen 2030 skal klimagassutslippene være redusert med minst 60 prosent, sammenliknet med 2016.
- Fredrikstad skal bidra til at Østfold-regionen oppnår netto null klimagassutslipp innen 2050 ved både kraftig å redusere utslippene og øke CO₂-opptakene i Fredrikstad.
- Fredrikstad skal bidra til å oppnå det globale lavutslippssamfunnet innen 2050.

Klimaplanen inneholder egne delmål og strategier innen mobilitet, bygg og ressursbruk.

Gjennom klimaplanen inviteres alle innbyggere og samfunnsaktører med i arbeidet vi sammen må gjøre for å lykkes i å begrense omfanget av klimaendringene - og skape et samfunn med minimale utslipp av klimagasser.

[Fredrikstad kommune - Kommunedelplan for klima 2019–2030](#)

Politiske føringer

Fra saksframlegget til sluttbehandling av kommuneplanens arealdel 2023-2035:

«Det er presisert i de foreslåtte bestemmelsene at handel utenfor byområdet skal dekke et lokalt behov, og at dagligvareforretninger skal være sentralt plassert i det enkelte lokalmiljø. Framtidige handelsetableringer bør bygge opp under ønsket utvikling av senterstruktur. Dette er særlig utfordrende i områder utenfor det definerte byområdet.

Kommunens senterstruktur er i dagens arealstrategi, og oppfølging av fylkesplan for Østfold, definert med et byområde, tettsted, og lokalsenter utenfor tettstedet. Det er behov for å se på en mer finmasket senterstruktur i tettstedet, for å sikre at framtidige etableringer bidrar til å trekke de ulike «bydelssentrene» i samme retning. Et slikt arbeid krever et godt kunnskapsgrunnlag og bred medvirkning. Kommunedirektøren

anbefaler at dette arbeidet startes opp som del av arbeid med ny arealstrategi, ved neste rullering av kommuneplanens samfunnsdel (...)»

Sentrale problemstillinger i planarbeidet

Oppdatert kunnskapsgrunnlag viser store utfordringer for Fredrikstadsamfunnet på alle bærekraftsområdene: Sosial, økonomisk og miljømessig bærekraft.

Sosial bærekraft

Folkehelseutfordringene er preget av store forskjeller i helse og livskvalitet. I Norge taper vi 170 000 leveår hvert år, på grunn av sosial ulikhet i helse. De vanligste sykdommene, som blant annet kreft og lunge-, hjerte- og karsykdommer, rammer i større grad innbyggere med lavere utdanning og inntekt.

Unge som har foreldre med lavere utdanning og inntekt, har statistisk sett større sannsynlighet for å ta mindre utdanning og få lavere inntekt. Forskjellene viser seg også i helseatferd, hvor de som har lang utdanning og god økonomi, lever lenger og har færre helseutfordringer.

Fredrikstad har nesten 25 prosent av personer i alderen 30–39 år grunnskole som høyeste fullførte utdanning, og forskjellen mellom levekårssonene er stor, varierende fra 12 til over 40 prosent med lav utdanning. I Norge handler fattigdom eller lavinntekt i stor grad om manglende muligheter til å delta i samfunnet på lik linje med andre. Det å ha en inntekt og levestandard som ligger betydelig lavere enn den generelle levestandarden i samfunnet, reduserer mulighetene for sosial deltakelse og et fullverdig liv.

Nasjonale tall viser at det de siste årene har vært en økning i selvrapporterte psykiske lidelser og at psykiske lidelser er tre-fire ganger mer utbredt blant barn av foreldre med lav inntekt. Disse forskjellene finner vi igjen når barna blir voksne.

Levekårskartleggingen viser at det er en geografisk opphopning av ressurser, belastninger og store levekårsforskjeller i Fredrikstad. I Fredrikstad kommune er det ikke et øst/vest-skille mellom bydeler, og bildet kan mer beskrives som en mosaikk. Det vil si at levekårssoner som ligger tett inntil hverandre, kan være svært ulike med tanke på utdanningsnivå, sysselsettingsgrad, barnefattigdom og boforhold

Å prioritere tidlige leveår er avgjørende for å påvirke folkehelse, levekår og økonomisk bærekraft i Fredrikstad.

Økonomisk bærekraft

Økonomiske utfordringer knyttet til budsjettstyring og redusert handlingsrom forsterkes av økende sosiale forskjeller, barnefattigdom og utenforskap – spesielt blant unge med funksjonsnedsettelse og lav utdanning. Disse forholdene påvirker folkehelsen negativt og bidrar til økt polarisering i samfunnet.

Overføringene som kommunen mottar gjennom inntektssystemet, tar ikke i tilstrekkelig grad hensyn til kommunens utfordringer, særlig innen levekår. Det gir kommunen utfordringer med å prioritere tidlig innsats, forebyggende arbeid, kultur, idrett og fritidsaktiviteter.

Det er også en utfordring at andelen av Fredrikstads befolkning som er sysselsatt ikke øker i takt med befolkningsveksten. Dette rammer både økonomisk og sosial bærekraft i kommunen.

Den demografiske utviklingen, med en økende andel eldre innbyggere, vil legge press på velferdstjenester og økonomisk bærekraft. Det vil trolig bli et større press på kommunale tjenester, og større behov for forventningsavklaringer.

Samtidig er flere områder i kommunen under utvikling, noe som på sikt også vil kunne endre behovene for ulike tjenestebygg. Ny samfunnsdel med arealstrategi vil søke å møte disse utfordringene. Avveininger mellom ulike behov bør synliggjøres, for eksempel evt. behov for større skoler, versus behov for videreutvikling av lokalmiljø og strukturer for mye trafikanter.

Miljømessig bærekraft

Kommunen skal ivareta klima- og naturhensyn i en krevende global kontekst.

Klimagassutslippene som oppstår innenfor Fredrikstads geografiske grenser er redusert med 22,5 prosent fra 2016 til 2023. Det er fortsatt langt igjen fram mot målet om å redusere utslippene med 60 prosent innen 2030.

I tråd med FN klimapanelers spesialrapport om 1,5 graders globale oppvarming, skal Fredrikstad bidra til at Østfoldregionen oppnår netto null klimagassutslipp innen 2050. For å få dette til, må vi både redusere utslippene betydelig og øke CO₂-opptaket. En stor del av dette handler om å fase ut fossil energi som må erstattes med grønne løsninger. Dessuten må naturens karbonlager ivaretas, og karbon må fanges fra industrianlegg, avfallsavbrenning, eller fra luften.

Økt press på arealer gir utfordringer med tanke på jordvern, naturmangfold og karbonbinding. Når naturområder bygges ned eller forringes, mister arter sine leveområder. Hele 9 av 10 truede arter på rødlista er rammet av slike inngrep. Det blir stadig viktigere at kommunen tar en aktiv og tydelig rolle på dette området, og klarer å mobilisere våre partnere i samfunnet til felles innsats.

Fredrikstad har et særlig ansvar for å ta vare på naturtyper i kystsonen. Antall truede arter påvirkes negativt av ulike faktorer. Arealbruksendringer er den klart viktigste påvirkningsfaktoren. I vår region gjelder dette særlig våtområder. Av totalt 78 myrer er det kun 6 som er intakte, 5 har redusert areal og resten er helt borte.

Intakte økosystemer er avgjørende for livsviktige tjenester som karbonlagring i myr, pollinering fra bier og luftfiltrering fra skog.

Temaer til drøfting

Ny samfunnsdel med arealstrategi skal møte de omtalte utfordringene.

Det vil kunne være målkonflikter mellom de ulike bærekraftselementene. Disse må drøftes i planarbeidet

Følgende hovedtemaer vil drøftes i arbeidet med ny plan:

- **Folkehelse, sosial ulikhet og utenforskap**
- **Demografi**
- **Økonomi**
- **Klima og miljø**
- **Arealbruk og mobilitet**
- **Regionalt samarbeid**
- **Samfunnssikkerhet og beredskap**

I løpet av planprosessen vil arbeidet med kunnskapsgrunnlag og medvirkning trolig gi nye aktuelle tema til endelig plan. Det er derfor rom for justeringer underveis i planarbeidet.

Under hvert hovedtema vil flere momenter drøftes, basert på de underliggende årsakene. Eksemplene er ment som illustrasjoner for temadiskusjoner som vil komme i planarbeidet. De er ikke uttømmende.

Folkehelse, sosial ulikhet og utenforskap	
<i>Underliggende årsaker</i>	<i>Eksempler til drøfting</i>
Samfunnsstrukturer, lavt utdanningsnivå i befolkningen, økende sosial ulikhet, mm	Tidlig innsats, de ti første leveårene er viktig for å sikre gjennomføring av VGO og komme i arbeid. = hovedmål for sosial bærekraft Inkludering Ung utenforskap Skoleløpet: Hvordan kan flere gjennomføre skolegang, til og med videregående nivå? Arbeid og restarbeidsevne Barnefattigdom Geografiske levekårsforskjeller
Demografi	
<i>Underliggende årsaker</i>	<i>Eksempler til drøfting</i>
Befolkningens sammensetning og samfunnsutviklingen (med høyere levealder, store generasjoner som nå blir eldre og lav fruktbarhet) Verdenssituasjonen, med krig Samfunnets økte sårbarhet for ulike former for angrep og sabotasje	Hvordan kan kommunen bli mer attraktiv for tilflytting av barnefamilier Hvordan styrke den eldre befolkningens evne til å klare seg selv lengre Samfunnsberedskap og forsyning i en urolig, og mer sårbar verden

Økonomi	
<i>Underliggende årsaker</i>	<i>Eksempler til drøfting</i>
Samfunnsstrukturer, lavt utdanningsnivå i befolkningen, m.m Kommunens økonomi og "pukkelkostnader": Kostnaden av å prioritere forebygging vil lønne på lang sikt, men gi en merkostnad ("pukkelkostnad") på kort sikt. Kommunens inntekter er ikke tilstrekkelige for de økte behovene. Kommunen kompenseres ikke godt nok for dette i inntektssystemet for kommuner. Befolkningens sysselsettingsandel er lav – i forhold til resten av landet. Dette gjelder særlig for utsatte grupper. Det er observert en økning av alvorlige diagnoser, spesielt i skolealder, som utfordrer kommunens tjenester	Bærekraft: Økende behov for tjenester kombinert med svak kommuneøkonomi Økt press på kommunale tjenester, både som følge av demografiske endringer, og endringer som følge av flere med rettighetsbaserte krav. Behov for tjenestebygg i utviklingsområder, og ellers Hvordan kan vi best jobbe for å bevare og øke sysselsetting og arbeidsplasser i Fredrikstad? Hvordan videreutvikle framtidens arbeidsplasser og utdanne innbyggerne for dem?

Klima og miljø	
<i>Underliggende årsaker</i>	<i>Eksempler til drøfting</i>
Menneskeskapte klimaendringer Naturmangfoldet er under sterkt press. Den største trusselen er endringer i arealbruk. Intakte økosystemer er avgjørende for livsviktige tjenester som karbonlagring i myr, pollinering fra bier og luftfiltrering fra skog. Når naturen svekkes, svekkes også disse økosystemenes funksjoner. Fragmentert ansvar for felles naturverdier («Allmenningens tragedie»).	Hvordan kan vi best bevare og legge til rette for økt biologisk mangfold for å ivareta økosystemtjenester? Hvordan kan vi få tilstrekkelig tilgang på grønn energi til klimaomstillingen? Press på naturverdier: Hva betyr det i Fredrikstad, og hvilke dilemmaer står vi overfor? Hvordan sikre en helhetlig, bærekraftig forvaltning av naturverdiene i hele kommunen?

Arealbruk og mobilitet	
<i>Underliggende årsaker</i>	<i>Eksempler til drøfting</i>
Velstandsvekst med bilbasert arealplanlegging, byspredning og høy andel eneboliger. Lav bevissthet knyttet til arealressurser som knapphetsgode.	Boligbygging: Fortetting med kvalitet og framtidig behov for nye arealer til bolig. Næringsutvikling: Rett virksomhet på rett sted (ABC-prinsippet). Behov for nye

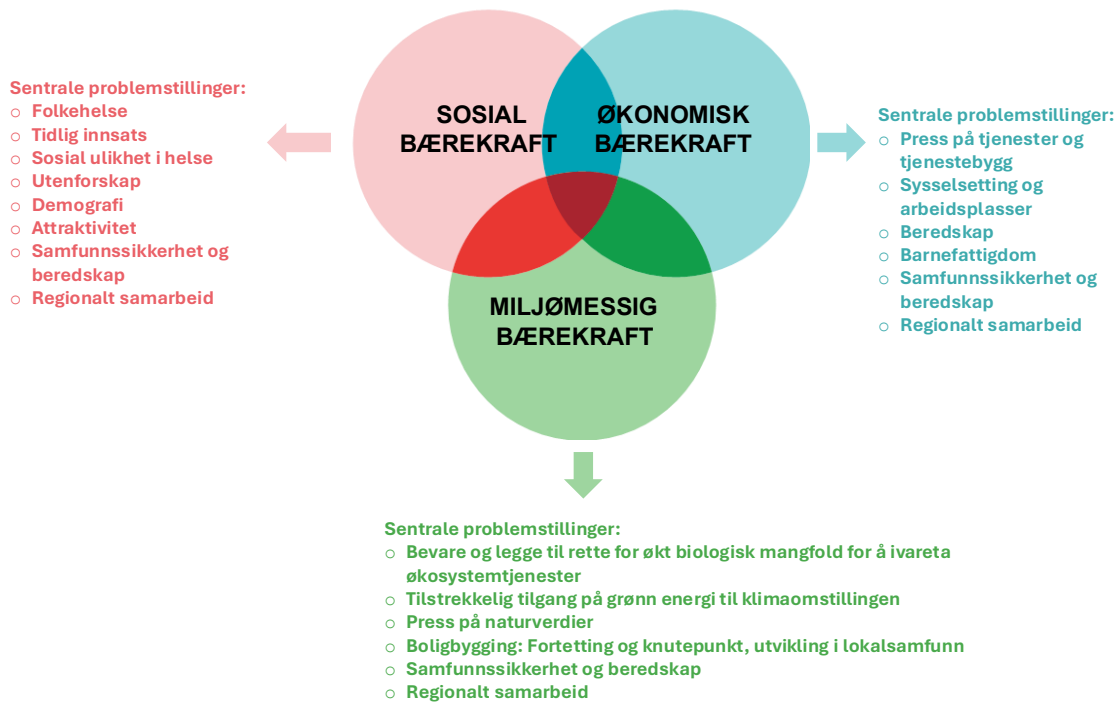
Utbygging som krever arealbruk og mer energi Viktige endringer i overordnede føringer siden vedtak av kommuneplanens samfunnsdel i 2018	næringsarealer og/eller en mer effektiv utnyttelse av eksisterende næringsarealer? Kommunens senterstruktur og levende i lokalsamfunn. Kan en endret senterstruktur bidra til styrket sosial bærekraft, mer effektiv arealbruk og å bygge opp under 0-vekst målet? Utbygging, transformasjon, vern og arealkonflikter. Gjennomgang av eksisterende planer. Utrede temaet arealnøytralitet.
---	--

Regionalt samarbeid	
<i>Underliggende årsaker</i>	<i>Eksempler til drøfting</i>
Fredrikstad kommune er del av et større bo- og arbeidsmarkedsområde, del av Søndre Østfold, og samarbeider regionalt i flere fora – både i fylket og på tvers av fylker. Flere kommuner i Østfold og langs Oslofjorden har lignende utfordringer innen næringsutvikling, arealbruk, klima og folkehelse. Byvekstavtalen og nullvekstmålet krever regional forankring.	Hvordan kan vi styrke samarbeidet mellom kommunene for å nå felles mål? Regionalt samarbeid er viktig for alle de tre bærekraftsdimensjonene; miljø og klima, økonomi, og sosial bærekraft. Hvordan kan vi utvikle felles strategier og prosjekter som gjør regionen mer attraktiv for investeringer og arbeidsplasser? Hva skal til for at regionen lykkes med grønn omstilling og sirkulær økonomi gjennom felles initiativer? Hvordan kan vi etablere regionale partnerskap for kompetanseutvikling og utdanningstilbud som møter fremtidens behov? Hvordan kan vi samarbeide i arbeidet med arealstrategi?

Samfunnssikkerhet og beredskap	
<i>Underliggende årsaker</i>	<i>Eksempler til drøfting</i>
Vi har et urolig verdensbilde. Det er økende klimarisiko og sårbar infrastruktur (flom, ras, sabotasje mm). Kommunens evne til å forebygge og håndtere kriser blir stadig viktigere.	Hvordan kan vi støtte opp om samhold i samfunnet, som en beredskapsressurs? Ivaretagelse og sikring av kritisk infrastruktur, som drikkevann og transportårer, i samarbeid med relevante beredskapsaktører Matsikkerhet

	Samvirke og samarbeid med andre beredskapsaktører, både frivillige og statlige myndigheter - "totalforsvaret", der alle har en rolle for å bidra til et tryggere og mer robust samfunn. Ivareta samfunnssikkerhet og beredskap i arealstrategien, med blant annet oppdatert kunnskap om naturfarer (som skred, flom, erosjon og overvann) og kritisk infrastruktur. Radikalisering og ekstremisme. Hvordan bidra til bedre egenberedskap hos befolkningen? Hvordan jobbe for bedre kontinuitetsplaner og flere beredskapsøvelser, i samarbeid med lokale og regionale beredskapsaktører?
--	--

Figuren illustrerer koblinger mellom temaene og de tre bærekraftselementene:



Ny visjon

Kommunens visjon viser hvor vi ønsker å være, når målene er nådd. Visjonen skal gi retning, noe å strekke oss etter, og inspirasjon til å jobbe for de langsiktige målene. Arbeidet med ny kommuneplan skal komme fram til en ny visjon fram mot 2038.

Fredrikstad kommunes visjon er i dag «Den lille verdensbyen». Den er koblet til bærekraftselementene på et overordnet nivå– illustrert slik:

Sosial bærekraft: Å leve i Fredrikstad

Økonomisk bærekraft: Å skape i Fredrikstad

Miljømessig bærekraft: Å møte framtiden i Fredrikstad

Planprosess

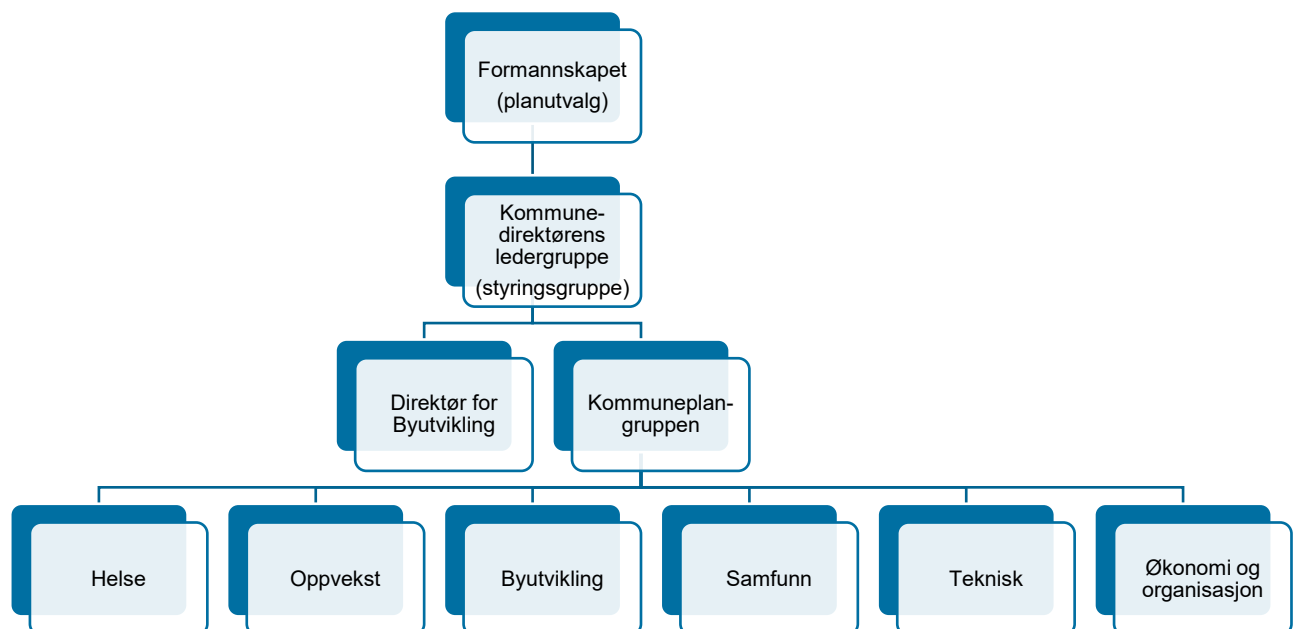
Organisering

Her beskrives arbeidet innad i kommunen. Involvering og medvirkning i planarbeidet kommer i kap.4.

Arbeidet med rullering av kommuneplanens samfunnsdel og arealstrategi organiseres som et tverrfaglig samarbeid, i linjeorganisasjonen.

Formannskapet er planutvalg for kommuneplanen. Kommunedirektørens ledergruppe er styringsgruppe.

Kommuneplangruppen er en administrativ arbeidsgruppe der alle kommuneområder deltar. Gruppen ledes fra Virksomhet kommuneplanlegging. Arbeidsgruppen rapporterer til direktør for Byutvikling, og til styringsgruppen.



Framdrift

Planarbeidet vil starte med at kommunedirektørens forslag til planprogram legges ut på offentlig høring. Med dette varsles det planoppstart.

Planarbeidet har følgende faser:

1. **Planprogram og kunnskapsgrunnlag:** Oppstart og arbeid med planprogram. Bystyret legger forslag til planprogram ut på offentlig høring/ettersyn. Administrasjonen innarbeider innspill, og kommunedirektør fremmer nytt forslag for Bystyret. Vedtatt planprogram legges til grunn for planarbeidet.

Det administrative arbeidet med kunnskapsgrunnlaget for selve planarbeidet fortsetter. Herunder også kunnskapsgrunnlag for ny arealstrategi.

2. **Medvirkningsprosesser:** Kommunen får innspill til ny samfunnsplan og arealstrategi. Innspill drøftes med styringsgruppe og kommuneplanutvalg (kommunedirektørens ledergruppe og Formannskapet).
3. **Utarbeidelse av ny kommuneplan:** Vedtatt planprogram legges til grunn for planarbeidet. Kunnskapsgrunnlaget og innspill fra medvirkningsprosesser tas inn. I planforslaget. Bystyret legger forslag til ny kommuneplan, samfunnsdelen med arealstrategi, ut på offentlig høring/ettersyn. Administrasjonen innarbeider innspill, og kommunedirektør fremmer nytt forslag for Bystyret.

	Pro-sess	Med-virkning	Politisk behand-ling	Kvartal / år
Utarbeidelse av forslag til planprogram	X	X		2-3/25
Varsel om planoppstart: Planprogram legges ut på høring		X	X	3/25
Høring og offentlig ettersyn av planprogram		X	X	3-4/25
Regionalt samråd		X	X	3-4/25
Medvirkning i arbeid med planprogram		X		2-3/25
Vurdere innspill og bearbeide planprogram	X		X	4/25
Politisk fastsetting av planprogram			X	4/25
Utarbeidelse av planforslag	X	X		1-4/26
Medvirkning i planarbeidet	X	X		1-2/26
Regionalt samråd	X	X		1/26-4/26
Politisk vedtak om høring og offentlig ettersyn av forslag til ny plan			X	3/26
Høring og offentlig ettersyn av planforslaget		X		3-4/26
Vurdere innspill og bearbeide planforslag	X			3-4/26
Planen vedtas av bystyret			X	4/26

Medvirkning

Samfunnsplanen er Fredrikstadsamfunnets viktigste plan. Medvirkning sikrer eierskap til planen, og en bedre plan for alle.

Det må være en balanse mellom en god medvirkning og kommunens ressurser til rådighet. Vi må finne riktig ambisjonsnivå. Fredrikstad kommune skal ha for medvirkning i kommuneplanprosessen.

Metode:

Medvirkningen bør være kunnskapsbasert i størst mulig grad. Vi skal være tydelige på forhånd om hva vi inviterer til medvirkning på, og på hva deltakerne kan forvente.

Vi vil spisse medvirkning mot ulike fokusgrupper for medvirkning for forskjellige temaer, og i størst mulig grad bruke - og eventuelt videreutvikle - eksisterende kanaler.

Vi vil samarbeide på tvers og med frivilligheten. Ungdom, samt grupper som står utenfor samfunnet og opplever utenforskap, er særlig viktige grupper i medvirkningen

Oppsummert vil vi bruke følgende kanaler for medvirkning:

- Kommunens egne plattformer/kanaler (videreutvikling, og strategisk bruk)
 - Digitale plattformer
 - Servicetorget
 - Samarbeidsplattformer med næringslivet
 - Samarbeidsplattformer med høyskolen i Østfold
 - Opprette en postkasse (fysisk og digital) for innspill
- Eksisterende råd og utvalg:
 - Politiske utvalg
 - Råd for mangfold og inkludering
 - Eldrerådet
 - Ungdomsrådet
 - Råd for personer med nedsatt funksjonsevne
- Lokalsamfunnsutvalgene
- Frivilligsentralene
- Ideelle organisasjoner som kan representere de som er i utenforskap.
- Fokusgrupper for spissede problemstillinger
 - Vi vil rette konkrete, spissede spørsmål til utvalgte fokusgrupper (for eksempel 10. klassetrinn)
- Regionalt planforum
 - Østfold fylkeskommune arrangerer regionalt planforum hver annen uke. Vi vil be om at relevante aktører og nabokommuner inviteres inn til drøftinger.

Vi vil bruke allerede eksisterende arenaer for medvirkning (for eksempel tilknytning til aktiviteter innen områderettet arbeid, kultur og idrett). Det er også ønskelig å teste ut flere metoder for medvirkning, dersom det kan avsettes ressurser. Eksempler:

- Bruke spillteknologi
- Spørreundersøkelse
- Tilstedeværelse gjennom for eksempel «pop-up»-kontor, i gågata eller der folk samles.

Utredningsbehov i planprosessen

Fredrikstad kommune har mye god kompetanse å spille på i planarbeidet. I størst mulig grad benyttes eksisterende kunnskap og utredninger.

Behov for midler til konsulentttjenester for utredning av kommunens senterstruktur. Dette vil kreve ressurser i budsjettet for 2026

Kunnskapsgrunnlag for utarbeidelse av planen

Fredrikstad kommunes kunnskapsgrunnlag for planlegging vil oppdateres høsten 25, og våren 26, med ny statistikk og kunnskap som er viktig for planarbeidet.

Ny Folkehelseoversikt utarbeides i løpet av 2026.

Ordliste

Arealstrategi: En arealstrategi er et styringsverktøy som viser hvordan kommunen ønsker å bruke sine arealer for å nå mål i samfunnsdelen.

Bærekraft: Bærekraft handler om å dekke dagens behov uten å ødelegge for fremtidige generasjoner, slik at de også kan dekke sine behov. Det er en helhetlig tilnærming som omfatter miljømessige, økonomiske og sosiale aspekter.

- **Miljømessig bærekraft**

Å beskytte og bevare naturressurser, redusere forurensning, bevare biologisk mangfold og forvalte naturressurser på en ansvarlig måte.

Miljømessig bærekraft handler om å ivareta naturen og jordas økosystemer for å sikre at nåværende og fremtidige generasjoner kan dekke sine behov. Dette innebærer å redusere utslipp, bevare biologisk mangfold, og bruke naturressurser på en ansvarlig måte.

- **Økonomisk bærekraft**

Å skape verdier og økonomisk vekst på en måte som er bærekraftig på lang sikt, uten å skade miljøet eller samfunnet/sosiale forhold.

- **Sosial bærekraft**

Handler om å sikre at alle mennesker får et godt og likeverdig grunnlag for et anstendig liv. Det innebærer sosial rettferdighet i tilgangen til viktige lokale fasiliteter, som blant annet butikker, friluftsområder, helsesentre og skoler. Det handler om tilgjengelighet og mulighet til arbeid, og det handler om å være del av et levende nærmiljø og det å ha en trygg boligsituasjon. Dette innbefatter de fysiske rammene, som vedlikehold og kvalitet, og også det sosiale, som opplevelsen av tilhørighet, trygghet og sosial deltakelse.

Kommuneplan: Kommuneplanen er en langtidsplan og et handlingsprogram for kommunens arealer og utviklingen i kommunen. I henhold til [plan- og bygningsloven](#) skal alle kommuner drive en løpende kommuneplanlegging med sikte på å samordne den fysiske, økonomiske, sosiale og kulturelle utviklingen i kommunen.

Kommuneplanen består av en samfunnsdel og en arealdel:

- Kommuneplanens samfunnsdel skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon. Den bør inneholde en beskrivelse og vurdering av alternative strategier for utviklingen i kommunen.
- Kommuneplanens arealdel skal angi hovedtrekkene i arealdisponeringen og rammer og betingelser for hvilke nye tiltak og ny arealbruk som kan settes i verk, samt hvilke viktige hensyn som må ivaretas ved disponeringen av arealene.

Økonomiplan (også kalt handlingsplan og budsjett) er kommuneplanens handlingsdel.

Mål: Et mål er en beskrivelse av en ønsket framtidig tilstand. Målet formuleres i presens (nåtid).

Planprogram: Beskriver rammer for arbeidet med en ny plan. Det er et krav i henhold til plan- og bygningsloven § 4-1 når det skal utarbeides planer med vesentlige virkninger for miljø og samfunn. I henhold til loven skal et planprogram vise

- Formål med planarbeidet
- Planens avgrensning og hovedtemaer
- Utredningsbehov

- Opplegg for medvirkning
- Framdriftsplan

Det er en "plan for planen", som sikrer en strukturert og transparent planprosess.

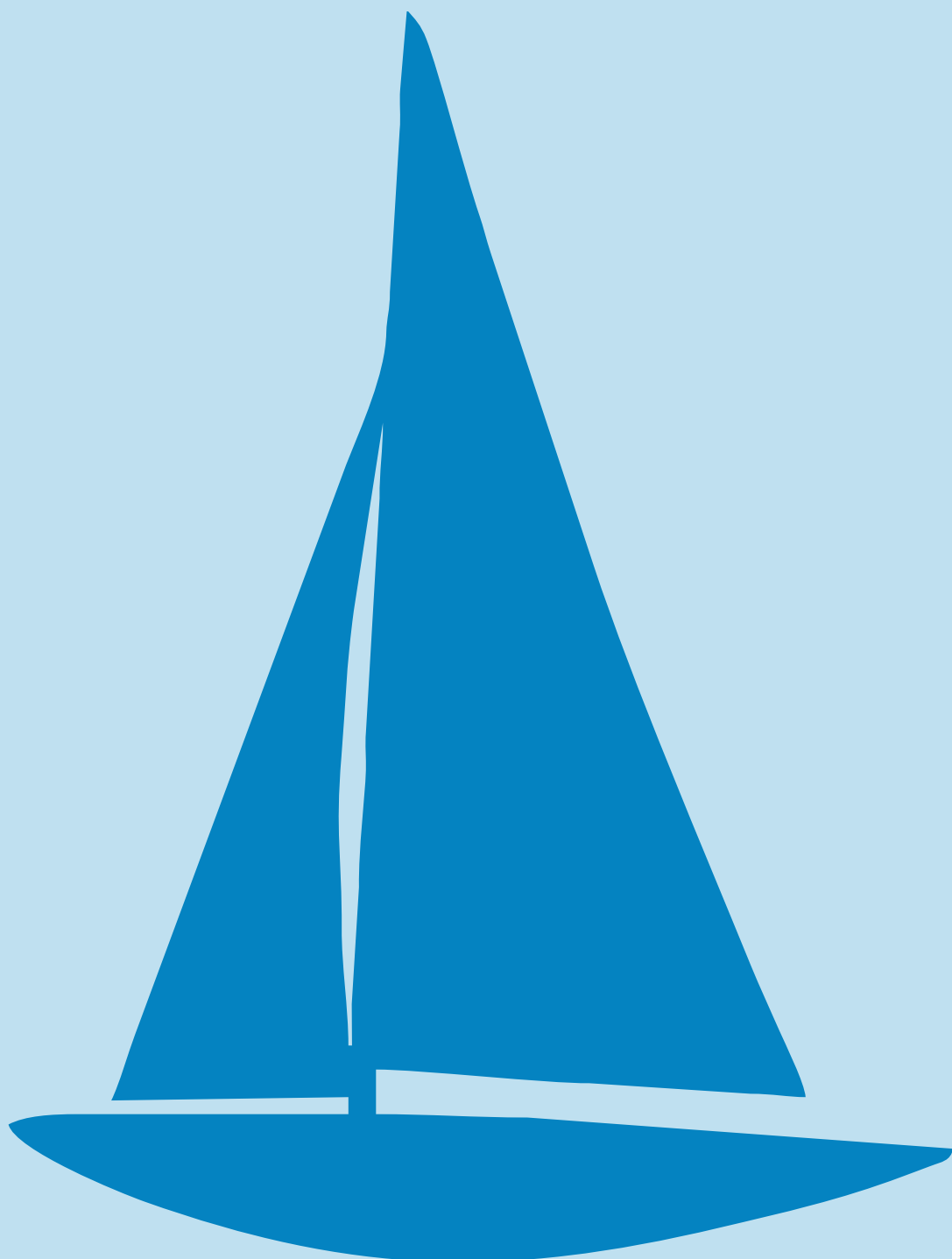
Planstrategi: Et lovpålagt dokument som alle kommuner (og fylkeskommuner) i Norge skal utarbeide minst én gang i hver valgperiode, i henhold til plan- og bygningsloven § 10-1. Den skal vedtas senest ett år etter hvert kommunevalg. Planstrategien skal gjøre rede for kommunens planbehov for den kommende politiske perioden, basert på utfordringene kommunen står overfor. Planstrategien skal ta stilling til om kommuneplanen (hele eller deler) skal rulleres.

Rullering: Oppdatere eller revidere en plan eller strategi i forhold til endrede forhold eller ny kunnskap. Det innebærer å se over eksisterende planer og gjøre justeringer, innenfor overordnede rammer

Sosial ulikhet i helse: Med sosial ulikhet i helse menes det at ulikhet i faktorer som utdanning, yrke og inntekt, gir systematiske forskjeller i helse, levekår, levevaner og forventet levealder. Sosial ulikhet i helse handler ikke bare om forskjellen mellom de som har det best og de som har det dårligst, men kan beskrives som en "gradient" påvirket av blant annet utdanningslengde og inntektsnivå.

Strategi: En strategi beskriver veien til målet – hvilke veivalg eller endringer må prioriteres for å nå målet.

Utenforskap: Utenforskap er et uttrykk som i dagligtale brukes om manglende sosial tilknytning til samfunnet rundt. Uttrykket beskriver en situasjon der enkeltmennesker eller grupper av mennesker står utenfor samfunnet, for eksempel at de ikke deltar i arbeidsliv eller tar utdanning, eller at de mangler språklig eller kulturell tilknytning til samfunnet ellers.





Saksnr.: 2026/18420
Dokumentnr.: 3
Løpenr.: 244652/2026
Klassering: H00

Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Fredrikstad ungdomsråd		
Råd for personer med funksjonsnedsettelse	06.10.2026	21/26
Eldrerådet	06.10.2026	20/26
Helseutvalget	07.10.2026	30/26

Høring - Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst

Kommunedirektørens innstilling

Kommunedirektøren anbefaler Helseutvalget å fatte følgende vedtak:

1. Vedlagte forslag til høringsuttalelse til Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst sendes til Helse Sør-Øst RHF.

Sammendrag

Helse Sør-Øst RHF har sendt revidert Regional utviklingsplan 2040 på høring. Planen er en overordnet strategi for spesialisthelsetjenesten i regionen fram mot 2040. Den beskriver mål, prioriteringer og viktige utviklingstrekk for helseforetakene.

Fredrikstad kommune støtter hovedretningen i planen. Dette gjelder blant annet målene om bedre samhandling med kommunene, mer utadvendte og ambulante tjenester, styrket helsekompetanse, mindre uønsket variasjon og bedre beredskap.

Kommunedirektøren anbefaler at forslaget til høringsuttalelse sendes til Helse Sør-Øst RHF.

Vedlegg

- 1 Høringsbrev - Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst.pdf, datert 19.6.2026
- 2 Regional utviklingsplan 2040 Del1.pdf
- 3 Regional utviklingsplan 2040 Del2.pdf
- 4 Forslag til høringsuttalelse: Høring - Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Gjeldende regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst RHF: <https://www.helse-sorost.no/regional-utviklingsplan-2040/>

Saksopplysninger

Helse Sør-Øst RHF har sendt revidert Regional utviklingsplan 2040 på høring med høringsfrist 15. oktober 2026. Ordfører har besluttet at Fredrikstad kommune skal høres, og at saken sluttbehandles i Helseutvalget.

Høringsdokumentene ligger ved saken. De kan også leses på Helse Sør-Østs nettsider: <https://www.helse-sorost.no/om-oss/horinger/>.

Regional utviklingsplan er Helse Sør-Østs overordnede strategi fram mot 2040.

Høringsutkastet viderefører de fire tidligere hovedmålene

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester

- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Og legger til et nytt femte hovedmål:

- Styrket helseberedskap for krise og krig

Kapittelet om trender og utviklingstrekk viser til at antallet eldre innbyggere vil øke fram mot 2040. For Sykehuset Østfolds opptaksområde forventes både befolkningsvekst og en høyere andel eldre innbyggere. Videre beskrives utfordringer i regionen knyttet mangel på helsepersonell, digitalisering, kunstig intelligens, helseberedskap og behovet for bedre samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. I sum gir dette økt behov for helse- og omsorgstjenester, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Planen har satsingsområder innen helsekompetanse og involvering, samarbeid om personer med store og sammensatte behov, bedre bruk av tid, kunstig intelligens, mindre uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester, forskning og innovasjon og beredskap. Disse satsningsområder går på tvers av pasientgrupper, fagområder og delstrategier.

Flere av planens satsingsområder berører kommunens lovpålagte oppgaver innen helse- og omsorgstjenester, folkehelse, forebygging, psykisk helse og beredskap. Samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er et gjennomgående tema i planen.

Målene i planen samsvarer godt med Fredrikstad kommunes vedtatte planer og strategier, blant annet kommunedelplanene for folkehelse og levekår og helse og velferd, temaplanen Leve mitt liv og strategien Leve hele livet. Helseforetaket og kommunen har felles utfordringer knyttet til sosial ulikhet i helse, forebygging, bærekraftige helse- og omsorgstjenester og den demografiske utviklingen.

Planen kan få betydning for kommunale helsetjenester, blant annet:

- Overføring og oppgavedeling mellom nivåene i helsetjenesten
- Pasientforløp for eldre og personer med sammensatte behov
- Psykisk helsevern og rusbehandling
- Digitale helse- og velferdstjenester
- Samfunnssikkerhet og beredskap
- Rekruttering og tilgang på helsepersonell.
- Digitalisering og kunstig intelligens
- Helseberedskap og totalforsvar

Relevante bestemmelser

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)

m.fl.

Konsekvenser for sosial bærekraft

Den regionale utviklingsplanen vurderes å ha positive konsekvenser for sosial bærekraft. Planen legger vekt på helsekompetanse, samhandling, psykisk helse, rus, likeverdige tjenester og bedre oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Dette støtter Fredrikstad kommunes mål om å redusere sosial ulikhet i helse og styrke innbyggernes mulighet til mestring og deltakelse.

Det er risiko for at økt digitalisering og eventuell overføring av oppgaver til kommunene kan forsterke ulikhet. Risikoen øker dersom sårbare grupper ikke får god tilgang til tjenester, eller dersom kommunene ikke har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Dette omtales i høringssvaret.

Konsekvenser for økonomisk bærekraft

Planen beskriver ikke konkrete økonomiske konsekvenser for kommunene. Erfaring viser at økt samhandling, nye arbeidsformer og eventuell overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene kan gi økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser for kommunen.

Konsekvenser for miljømessig bærekraft

Planen har et eget kapittel om miljø og bærekraft. Den beskriver tiltak som digitale konsultasjoner, redusert forbruk, ombruk, materialgjenvinning, sirkulære løsninger og mer klimavennlig bygningsdrift. Planen legger også vekt på energieffektivisering, bærekraftige anskaffelser, transportløsninger og reduserte klimagassutslipp.

Ansattes medbestemmelse

Kommuneoverlegen og kommunale helsetjenester er invitert til å gi innspill i saksbehandlingen av forslag til høringsuttalelse.

Vurdert for uttalelser i rådene

Saken legges frem til uttalelse fra Fredrikstad ungdomsråd, rådet for personer med funksjonsnedsettelse og elderrådet.

Vurdering

Regional utviklingsplan 2040 vurderes som et relevant grunnlag for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten i regionen. Fredrikstad kommune støtter hovedmålene og den overordnede retningen i planen. Samtidig bør planen bli tydeligere på hvordan samhandlingen med kommunene skal følges opp i praksis. Dette gjelder særlig oppgavedeling, ansvarsavklaring og økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser for kommunene. Kommunedirektøren mener også at planen bør tydeliggjøre spesialisthelsetjenestens ansvar og kapasitet overfor personer med store og sammensatte behov, grenseflatene innen habilitering og arbeidet med forventningsavklaring og Kloke valg.

Kommunedirektørens vurderinger fremgår i sin helhet av forslaget til høringsuttalelse (vedlegg 4).

Alternative løsninger

Fredrikstad kommune kan velge å ikke sende eget høringssvar.

Helseutvalget kan vedta endringer i vedlagte høringssvar før det sendes inn.

Konklusjon

Kommunedirektøren anbefaler at forslaget til høringsuttalelse til Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst sendes til Helse Sør-Øst RHF.

Høringsinstanser iht. liste

Vår referanse:
26/00674-1

Deres referanse:

Dato:
19.06.2026Saksbehandler:
Ida-Anette Kalrud**Høringsutkast - Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst**

Vedlagt er høringsutkast til ny regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst, med frist for høringsinnspill 15. oktober 2026.

Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst er en oppdatering av den eksisterende regionale utviklingsplanen. Læringspunkter fra arbeidet med tidligere planer og erfaringer med gjennomføringen er innarbeidet. Planen samler overordnede føringer og innspill fra myndigheter, helseforetak og samarbeidspartnere.

Regional utviklingsplan har beholdt sin innretning. Samtidig har læring fra pandemien, et skjerpet trussel- og sikkerhetsbilde og behovet for styrket beredskap gjort det nødvendig å tydeliggjøre enkelte temaer. De fire tidligere hovedmålene er videreført, og styrket beredskap er lagt til som et femte hovedmål:

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet
- Styrket helseberedskap for krise og krig

Planen løfter fram satsingsområder som går på tvers av pasientgrupper, fagområder og delstrategier. De tidligere satsingsområdene videreføres, og beredskap og praktisk bruk av kunstig intelligens er lagt til som egne satsingsområder. Felles for dem alle er at de gjelder på tvers av hele vår virksomhet:

- Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
- Samarbeide om de som trenger det mest
- Ta tiden tilbake -bedre bruk av tid for ansatte og pasienter
- Ta kunstig intelligens i praktisk bruk
- Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

- Inkludere beredskapstenkning i alle fagområder

Høringsperioden skal brukes til fortsatt dialog og til videre utvikling av endelig plan som skal styrebehandles i Helse Sør-Øst RHF i desember 2026.

Regional utviklingsplan 2040 og mer informasjon om høringen ligger på vår nettside:
[Høring - regional utviklingsplan 2040 - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](https://helse-sorost.no)

Høringsinnspill sendes til postmottak@helse-sorost.no og merkes «Høringsinnspill Regional utviklingsplan 2040». Høringsinnspillene vil bli publisert på våre nettsider.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Terje Rootwelt
administrerende direktør

Ulrich Spreng
direktør medisin og helsefag

Vedlegg:

Høringsinstanser Regional utviklingsplan 2040 distribusjonsliste_NY
Regional_utviklingsplan_2040_Del1
Regional_utviklingsplan_2040_Del2

DEL 1

REGIONAL UTVIKLINGSPLAN

2027 - 2040

*Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det,
når de trenger det*

Mål og satsingsområder

Innhold

1	Bakgrunn	6
2	Trender og utviklingstrekk	7
2.1	Befolkningen og samfunnet	8
2.2	Pasienter og pårørende	11
2.3	Helsetjenesten	11
2.4	Framskrivninger	18
3	Mål og satsingsområder	18
3.1	Helsekompetanse, pasientinvolvering og likeverd	20
3.1.1	Helsekompetanse	20
3.1.2	Pasient- og pårørendeinvolvering	22
3.1.3	Likeverdige helsetjenester	23
3.2	Samarbeid om de som trenger det mest	24
3.2.1	Videreutvikling av helsefellesskapene	25
3.2.2	Svangerskap, fødsel og barselsomsorg	26
3.2.3	Helsetjenester til barn og unge	26
3.2.4	Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer	27
3.2.5	Skrøpelige eldre	30
3.2.6	Pasienter med flere kroniske lidelser	33
3.2.7	Spesialiserte rehabiliterings- og habiliteringstjenester	33
3.2.8	Helse og arbeid	33
3.3	Ta tiden tilbake – bedre bruk av tid for ansatte og pasienter	34
3.3.1	Nye arbeidsformer	34
3.3.2	Rett kompetanse og organisering	36
3.3.3	Teknologi og data i pasientforløp	39
3.4	Ta kunstig intelligens i praktisk bruk	42
3.5	Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester	46
3.6	Forskning og innovasjon – ny kunnskap og bedre helsetjenester	48
3.6.1	Forskning	48
3.6.2	Bedre på jobb – ny metode for tjenesteinnovasjon	49
3.6.3	Veien videre for forskning og innovasjon	52
3.7	Beredskap	53
4	Fra plan til gjennomføring	55

Innledning

Regional utviklingsplan er Helse Sør-Øst overordnede strategi. Den setter retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i regionen på kort sikt og fram mot 2040. Planen gir føringer for regionale delstrategier og fagplaner som konkretiserer mål og milepæler.

Forrige versjon av Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i november 2022. I revisjonen er det langsiktige perspektivet mot 2040 beholdt. Ambisjonen har vært å videreføre kvalitetene i den forrige planen, samtidig som innholdet er oppdatert i lys av nye erfaringer og endrede rammevilkår.

Regional utviklingsplan har beholdt sin innretning. Samtidig har læring fra pandemien, et skjerpet trussel- og sikkerhetsbilde og behovet for styrket beredskap gjort det nødvendig å tydeliggjøre enkelte temaer. De fire tidligere hovedmålene er videreført, og styrket beredskap er lagt til som et femte mål.

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet
- Styrket helseberedskap for krise og krig

Planen løfter fram satsingsområder som går på tvers av pasientgrupper, fagområder og delstrategier. De tidligere satsingsområdene videreføres, og beredskap og praktisk bruk av kunstig intelligens er lagt til som egne satsingsområder. Felles for dem alle er at de gjelder på tvers av hele vår virksomhet.

Satsingsområdene som skal bidra til at vi når målene, er:

- Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
- Samarbeide om de som trenger det mest
- Ta tiden tilbake -bedre bruk av tid for ansatte og pasienter
- Ta kunstig intelligens i praktisk bruk
- Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste
- Inkludere beredskapstenkning i alle fagområder

Planen bygger på overordnede nasjonale og regionale føringer, samt helseforetakenes utviklingsplaner. Planarbeidet har involvert mange ansatte i Helse Sør-Øst RHF og er utviklet i dialog med brukere og aktører rundt oss. Dette er en høringsversjon. Den vil bli oppdatert basert på innspill fra høringen.

Terje Rootwelt
Administrerende direktør

Trygg og god spesialisthelsetjeneste til alle

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF jobber for at alle pasienter i regionen skal få rett hjelp, til rett tid, tilpasset sine behov.

En av forutsetningene er at helsetjenestene utvikles med pasienterfaringer som utgangspunkt, og at pasienter og pårørende involveres både i egen behandling og i utviklingen av tjenestene. Brukermedvirkning er en lovpålagt oppgave i helsetjenesten og samtidig et av de mest effektive virkemidlene for utvikling av treffsikre behandlinger og bedre tjenester.

Regional utviklingsplan skal bidra til mindre uønsket variasjon, tydeligere prioriteringer og en helsetjeneste som utvikler seg i én retning. Samtidig er det viktig å understreke at en plan alene ikke er nok. Brukerutvalget vil derfor bidra aktivt i oppfølgingen av regional utviklingsplan for at ambisjonene blir til reell endring.



En av de viktigste satsingene i planen er å styrke helsekompetanse. Høy helsekompetanse trengs for å navigere helsetjenestene og for at pasienter som forstår egen situasjon, kan medvirke aktivt blant annet i samvalg. Medvirkning er en forutsetning for trygge, forutsigbare og sammenhengende pasientforløp. Det er særlig viktig i utviklingen av nye løsninger i helsetjenesten, både gjennom tilpasset informasjon til brukerne og systemer som legger til rette for reell medvirkning i praksis.

Det må tas hensyn til FN-konvensjon CRPD (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) innlemmelse i menneskerettighetsloven i utøvelse av helsehjelp. Menneskerettighetsloven har forrang foran andre lover i helsetjenesten, og det vil framover bli viktig å blant annet gi økt tilgang for ledsagere og sørge for medvirkning relatert til tvangsbruk.

Brukerutvalget støtter sterkt at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

løftes frem som områder med behov for betydelige og varige forbedringer, og forventer at det følges opp med ressurser, konkrete tiltak og reelle resultater. Det samme gjelder nye ansvarsområder som skal dekke helsebehov i barnevern og fengsler.

Brukerutvalget er også positive til det regionale fokuset på likeverd og mangfold. En helsetjeneste som ikke er tilgjengelig for alle, oppfyller ikke sørge-for-ansvaret. Språk, kulturforståelse og tilrettelagt kommunikasjon er ikke tilleggstjenester, men en del av forsvarlig pasientbehandling. Brukerutvalget forventer at handlingsplan for mangfold, likeverdige helsetjenester og migrasjonshelse fører til en mer inkluderende spesialisthelsetjeneste.

Avslutningsvis er brukerutvalget klar over at helsetjenesten opplever økte effektiviseringskrav. Brukermedvirkning gir innsikt som gjør behandlingen mer treffsikker og bidrar til riktigere ressursbruk. Systematisk medvirkning kan frigjøre tid for helsepersonell, styrke kvaliteten og bidra til mer bærekraftige løsninger over tid.

Regionalt brukerutvalg vil være en aktiv samarbeidspartner i realiseringen av regional utviklingsplan gjennom reell brukermedvirkning. Vår ambisjon er klar: En helsetjeneste som er trygg, tilgjengelig, helhetlig og likeverdig, for alle som trenger den, når de trenger den.

Regionalt brukerutvalg

1 Bakgrunn

Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2027- 2040 beskriver utviklingsretningen for spesialisthelsetjenesten i regionen. Planen er revidert fra 2022, men tidshorisonten og det overordnede grepet er beholdt.

Regional utviklingsplan er delt i to deler. Del 1 beskriver noen av de viktigste utviklingstrendene vi står overfor, og hvordan vi skal møte dem. Den forteller hvor vi mener vi skal.

Del 2 beskriver viktige rammer og forutsetninger for at det vil være mulig.

Om Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst sin visjon er:

«Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det».

Virksomheten bygger på de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt.

Helse Sør-Øst RHF har to lovpålagte oppgaver:

- Eier av helseforetakene i helseregionen (eieransvaret)
- Sørge for at befolkningen i regionen tilbys spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvaret)

I tillegg har Helse Sør-Øst oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Samlet har foretaksgruppen, helseforetakene og private leverandører et betydelig samfunnsansvar.

Helse Sør-Øst RHF har et sørge-for-ansvar for spesialisthelsetjenester til mer enn halvparten av Norges befolkning fordelt på åtte fylker: Agder, Akershus, Buskerud, Innlandet, Oslo, Telemark, Vestfold og Østfold. Per mars 2026 omfatter dette 146 kommuner. Endringer i fylkes- og kommunestruktur endrer ikke automatisk organiseringen av sykehus og opptaksområder, men kan kreve nye avklaringer, blant annet for prehospitale tjenester.

Helse Sør-Øst RHF eier elleve helseforetak:

- Akershus universitetssykehus HF
- Oslo universitetssykehus HF
- Sunnaas sykehus HF
- Sykehusapotekene HF
- Sykehuset i Vestfold HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sykehuset Telemark HF
- Sykehuset Østfold HF
- Sykehuspartner HF
- Sørlandet sykehus HF
- Vestre Viken HF

Helseforetakene driver virksomhet mange steder i regionen, inkludert somatiske og psykiatriske sykehus, distriktpsykiatriske sentre, poliklinikker og desentraliserte tilbud i tett samarbeid med kommunene. Helseforetakene er nærmere beskrevet her: [Våre helseforetak](#)

Sammen forvalter foretaksgruppen en av landets største eiendomsporteføljer, med om lag 2,9 millioner kvadratmeter bruttoareal.



Oslo universitetssykehus HF ivaretar flere nasjonale, flerregionale og regionale oppgaver. Sunnaas sykehus HF er eget helseforetak for spesialisert rehabilitering. Rehabilitering og habilitering tilbys også i øvrige helseforetak, ved private ideelle sykehus og gjennom avtaler med private institusjoner.

Nøkkeltall om Helse Sør-Øst 2025

Norges største arbeidsplass	87 000 medarbeidere, 69 000 årsverk
Kjøp av helsetjenester fra private leverandører av helsetjenester	5 400 millioner kroner
Ressursbruk til forskning og innovasjon	4 500 millioner kroner, og mer enn 2 700 årsverk
Innleggelser	520 000
Polikliniske konsultasjoner	5,5 millioner
Telefon og videokonsultasjoner	722 000
Konsultasjoner hos avtalespesialist	2,3 millioner
Driftsinntekter	129 milliarder kroner

Private aktører er et viktig supplement til helseforetakenes tilbud og bidrar til å oppfylle Helse Sør-Øst RHF's sørge-for-ansvar.

Helse Sør-Øst RHF har et tett og forpliktende samarbeid med fire private ideelle sykehus:

- Betanien Hospital
- Diakonhjemmet sykehus
- Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Revmatismesykehuset

I tillegg kommer avtaler med andre private ideelle og kommersielle aktører, særlig innen rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helse Sør-Øst RHF har også driftsavtaler med avtalespesialister innen flere fagområder, som står for nesten 30 prosent av regionens samlede polikliniske aktivitet. Avtalespesialister er selvstendig næringsdrivende lege- og psykologspesialister som arbeider innenfor offentlig finansiering.

2 Trender og utviklingstrekk

[*Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*](#) og helseforetakenes utviklingsplaner peker på flere utviklingstrekk som vil påvirke helsetjenesten i årene framover. Noen trender er langsiktige og relativt stabile. Andre er mer usikre. Samlet gir de et bilde av hvilke utfordringer og muligheter spesialisthelsetjenesten må møte.

Trendene er for det meste de samme som i tidligere utviklingsplaner. De fordeler seg innenfor tre områder: befolkning og samfunn, pasienter og pårørende og helsetjenesten. Samtidig er enkelte forhold blitt mer fremtredende:

- Behovet for økt beredskap, geopolitisk usikkerhet og risiko for krig på norsk jord.
- Forsterket behov for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Behovet for bedre sammenheng mellom arbeidsmiljø, kompetanseutvikling og evnen til å beholde og rekruttere fagfolk.
- Fremveksten av en mer kommersiell og teknologidrevet helsetjeneste.
- Økt praktisk bruk av kunstig intelligens.

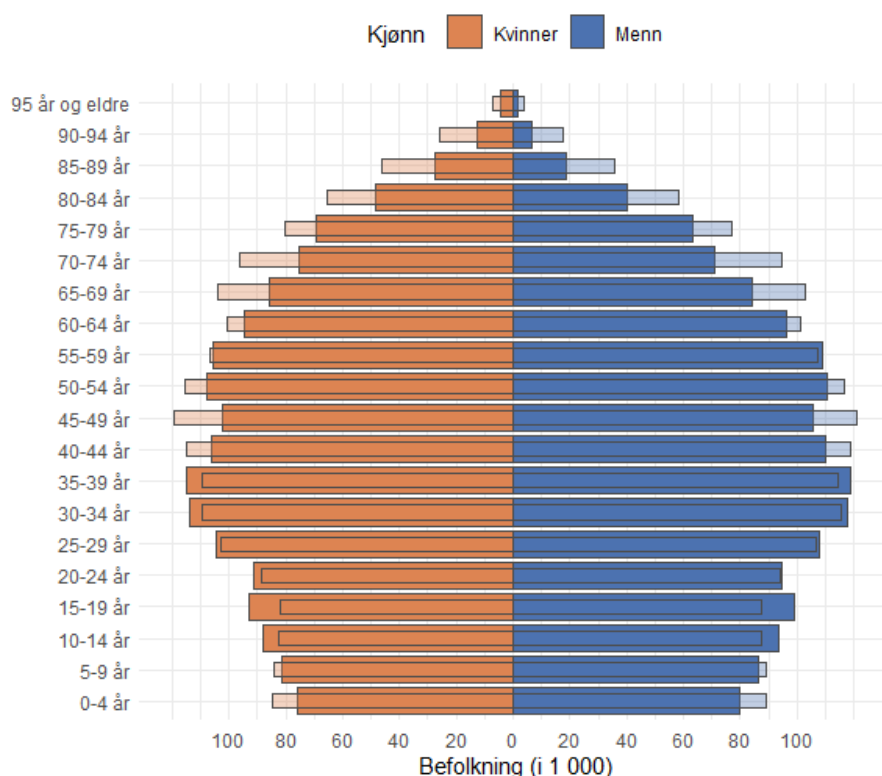
Planlegging av framtidige helsetjenester bygger på analyse av trender og på framskrivinger av befolkningens behov.

2.1 Befolkningen og samfunnet

Vi blir flere eldre og færre yngre

Balansen i befolkningen er i endring. Vi blir flere eldre og færre ungdom og unge voksne. Det betyr flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder og økt behov for helse- og omsorgstjenester over tid. Samtidig kan medisinske framskritt og bedre folkehelse gjøre det lettere å leve med sykdom.

Framskrevet befolkning for Helse Sør-Øst, 2026 (solid), 2040 (gjennomsiktig farge)



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Denne utviklingen er også viktig for demens. Dersom aldersspesifikk forekomst holder seg stabil, vil økt levealder kunne bidra til at antall personer med demens mer enn doubles fra 2020 til 2050.

Samtidig blir det færre yngre i befolkningen. For å holde folketallet stabilt må det fødes 2,1 barn per kvinne. I 2024 var tallet 1,44 mens det i 2025 var steget til 1,48. Det betyr at det fødes litt flere barn, men betyr fortsatt færre yrkesaktive per trygdemottaker og en mindre rekrutteringsbase for helsetjenesten.

De unge flytter mot sentrum, og de eldre blir

Flyttemønsteret i Norge er sentraliserende. Selv om Statistisk sentralbyrå anslår en generell befolkningsvekst for landet som helhet, er veksten utenfor de aller største byene lavere enn gjennomsnittet, og folketallet vil synke i de fleste av landets 356 kommuner. Oslo fortsetter å vokse, mens veksten er enda større i nærområdene rundt.

Opptaksområde	2026	Befolkning 2040	Endring i %	Andel 80 år og eldre	
				2026	2040
Akershus universitetssykehus	584 823	583 204	-0,3 %	4,5 %	6,6 %
Diakonhjemmet sykehus	149 314	161 567	8,2 %	5,4 %	8,1 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	173 681	228 670	31,7 %	1,7 %	3,5 %
Oslo universitetssykehus	343 439	403 987	17,6 %	3,6 %	5,7 %
Sykehuset i Vestfold	260 197	277 898	6,8 %	5,6 %	8,8 %
Sykehuset Innlandet	347 971	358 860	3,1 %	6,4 %	9,5 %
Sykehuset Telemark	179 228	184 198	2,8 %	6,0 %	9,4 %
Sykehuset Østfold	337 337	365 490	8,3 %	5,4 %	8,2 %
Sørlandet sykehus	325 634	348 138	6,9 %	5,0 %	7,8 %
Vestre Viken	514 050	552 935	7,6 %	5,3 %	7,9 %
Helse Sør-Øst	3 215 674	3 464 947	7,8 %	5,0 %	7,5 %

Til figur: Endringene påvirkes av at Akershus universitetssykehus HF overfører bydelene tilbake til Oslo universitetssykehus HF og at Lovisenberg Diakonale Sykehus overtar Sagene bydel.

Unge mennesker bidrar til en sentralisering, ikke bare til de store byene, men også sentralisering rundt tettstedene i distriktene. Fram til 2040 vil antallet personer over 80 år i distriktene nesten doble seg. De unge flytter mer enn de eldre, og kvinner flytter mer enn menn. Dette skaper et «forsørgergap» i distriktene.

Forventningene til helsetjenesten vil fortsette å stige

Ny diagnostikk, nye og ofte kostbare behandlingsformer og et mer globalt helsemarked vil bidra til økte forventninger i befolkningen. Et tilgjengelig og brukervennlig helsetilbud er viktig for å opprettholde tilliten til en offentlig finansiert helsetjeneste. God kontroll på ventetider vil derfor fortsatt være avgjørende for tilliten til helsetjenesten.

Samfunnet har færre arbeidsplasser for folk uten høyere utdanning

Det blir færre arbeidsplasser som ikke krever høyere utdanning. Det er tenkelig at denne utviklingen kan snu eller dempes ettersom kunstig intelligens tar bort analytiske og administrative oppgaver i motsetning til praktiske og manuelle gjøremål. Ny oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten åpner for flere lærlinger og fagarbeidere. Nye utdanningsløp rettet mot sykehusarbeid kan utvikles i samarbeid med kommuner og fylker.

Helse- og omsorgstjenesten har stort potensial for å gi arbeid til de som står utenfor arbeidslivet

Om lag 700 000 mennesker står nå utenfor arbeidslivet. Mange av dem kan bidra i oppgaver som ikke krever lang helsefaglig utdanning, for eksempel som pleieassistent, servicemedarbeider eller innen logistikk. Det kan avlaste helsepersonell og gi mer tid til oppgaver som krever spesialisert kompetanse. Samtidig kan det øke rekrutteringen videre til for eksempel helsefagutdanningen. Potensialet og nytten er stor både for individ, samfunn og helsetjenesten.

Framtidens arbeidstakere er digitale innfødte

Arbeidslivet er i endring. Helsetjenesten møter en ny generasjon arbeidstakere som er vokst opp i et digitalt, brukertilpasset og raskt informasjonssamfunn. Dette påvirker forventninger til teknologi, læring, ledelse og arbeidsformer. Offentlig helsetjeneste har litt å ta igjen på dette området.

Klimaendringer har betydning også for helse

Norges befolkning har generelt god helse, men klimaendringer vil over tid påvirke både folkehelsen og kapasiteten i helsetjenestene. Mer nedbør, hyppigere ekstremvær, hetebølger og tørke vil få betydning for beredskap, sykdomsbyrde og arbeidsbelastning.

Klimaendringer påvirker både fysisk og psykisk helse, og kan bidra til økt forekomst av kroniske og smittsomme sykdommer, allergier og skader. Det stiller krav til overvåkning, forebygging og tilpasning. Spesialisthelsetjenesten må derfor arbeide målrettet for å nå klima- og bærekraftsmål. Det betyr å legge til rette for en langsiktig omstilling til lavutslippssykehus. Samtidig må vi tilpasse eksisterende bygg og infrastruktur til de klimaendringene vi allerede ser.

Tillit er viktig for et velfungerende samfunn

Norge er et samfunn med høy tillit, både mellom mennesker og mellom innbyggere og myndigheter. Tillit gjør endringer mer gjennomførbare og var avgjørende også under pandemien. Samtidig utfordres tilliten av økt polarisering, sosiale medier og feilinformasjon.

Fallende vaksinasjonsgrad som følge av vaksineskepsis øker risikoen for sykdom, både for den enkelte og for samfunnet. Sykdommer som har vært utryddet, begynner å komme tilbake. Vaksineskepsis har effekt for individet, men også på samfunnsnivå.

Sosiale medier tilbyr en overflod av ikke-kvalitetssikret helseinformasjon og villet eller ikke-villet desinformasjon. Kunstig intelligens bidrar til spredning og forsterking av ikke-dokumenterbar viten om helse, og dette er en økende utfordring også for de akademiske miljøene. Det har blitt langt vanskeligere å skille pålitelig helseinformasjon fra desinformasjon.

Det digitale trusselbildet er skjerpet

Økende geopolitisk uro øker faren for hybrid krigføring og cyberangrep. Digitale angrep mot helsetjenesten pågår kontinuerlig og et vellykket angrep kan potensielt gi store konsekvenser som bortfall av digitale løsninger og at helseopplysninger kommer på avveie. Det skjerpede digitale trusselbildet gjør cybersikkerhet til en grunnleggende forutsetning for helsetjenesten.

Verden endrer seg fort

Produksjon av varer og tjenester er blitt mer spesialisert og globalt fordelt. Det gjør forsyningskjedene mer sårbare. Pandemien viste hvor store konsekvenser bortfall av arbeidskraft, produkter og legemidler kan få. Koronakommisjonen viste også behovet for bedre krisehåndtering i et mangfoldig samfunn. Beredskapsplanverket må derfor i større grad omfatte minoritetsspråklige og andre sårbare grupper.

Krig er ikke lenger noe som bare foregår andre steder, og spillereglene endres

Russlands angrep på Ukraina har pågått siden 2022. Tapene og lidelsene i Ukraina er enorme. Over 100 000 ukrainere er bosatt i Norge. Denne konflikten og USAs endrede rolle gjør at vi må tenke annerledes rundt geopolitisk sikkerhet og samarbeid. Styrking av forsvaret betyr færre midler til andre formål.

Situasjonen i Midtøsten har siden oktober 2023 vært preget av brutal og vedvarende krigføring. Felles for de to konfliktene er at sykehus, helsepersonell og sivilbefolkning har blitt behandlet som militære mål i strid med folkeretten. Det betyr at vi må tenke beredskap annerledes og planlegge annerledes. Beredskap må styrkes innad i hele helsetjenesten, men også som en del av samfunnets totalforsvar.

Krig er det mest ekstreme scenariet. Kriser og konflikter kan også ha stor innvirkning på helsetjenesten, for eksempel ved bortfall av strøm, vann, elektronisk kommunikasjon og sammensatte hendelser. Derfor er beredskap nytt satsingsområde.

2.2 Pasienter og pårørende

Pasientene ønsker og vil få mulighet til å medvirke mer

Kombinasjonen av pasienters ønske om å delta aktivt i egen behandling og nye teknologiske muligheter gir stort potensial for nye løsninger. Noen oppgaver kan flyttes nærmere pasienten, mens andre kan løses bedre og mer effektivt i helsetjenesten. Dette forutsetter tilstrekkelig helsekompetanse hos både pasienter og pårørende. Dette er nærmere omtalt i kapittel tre.

Utviklingen innen sensorteknologi, stordata og oppkoblet teknologi gjør det mulig for pasienter å følge egen helse tettere og hente støtte fra flere typer helsetjenester og kunnskapsmiljøer.

Pårørende og frivillige yter allerede en viktig innsats. Mange pasientorganisasjoner bidrar med likepersonarbeid, mentorordninger og ledsagertjenester. Denne innsatsen er avgjørende for kapasiteten i helsetjenesten.

Det er behov for bedre koordinering og tilrettelegging, for eksempel gjennom økt bruk av frivillighetskoordinatorer og tydeligere samarbeid mellom tjenestene og frivillig sektor.

2.3 Helsetjenesten

Norge har svært gode helsetjenester

Norsk spesialist- og primærhelsetjeneste er alltid blant de beste i internasjonale sammenligninger. Samtidig har vi forbedringsområder, særlig knyttet til pasientforløp for personer med kroniske lidelser, forebygging, pasientmedvirkning og likeverdig tilgang til tjenester.

Utviklingen innen diagnostikk og behandling går raskt. Derfor må vi planlegge sykehus og tjenester med fleksibilitet for endringer vi ennå ikke kjenner fullt ut.

Likeverdige helsetjenester er en utfordring

Geografi og bosetningsmønster gjør det krevende å gi likeverdige tjenester i hele landet, men også alder, sosial bakgrunn, språk og helsekompetanse påvirker om mennesker får et tilbud med like god kvalitet og effekt. Likeverdige tjenester krever løsninger som er tilpasset ulike behov. Det innebærer å fjerne barrierer og unngå at tjenestene forutsetter én bestemt måte å forstå, kommunisere eller mestre helse på. Utviklingen i befolkningens sammensetning påvirker også mulighetene for oppgavedeling, rekruttering og bærekraft. I distriktene blir utfordringen særlig tydelig. Høyere andel eldre, lavere andel yrkesaktive og store avstander stiller krav til regionalt samarbeid, gjensidig veiledning og aktiv bruk av helsefelleskapene.

Sosial ulikhet i helse

Norge er et av de landene i verden hvor det er minst forskjell på fattig og rik, men forskjellene har økt de siste ti årene, også når det gjelder helse. Andelen som oppgir god helse, øker med utdanning og inntektsnivå. Ulikheten kommer blant annet til uttrykk i forventet levealder.

Sosiale ulikheter i helse er en etisk, velferdsmessig og økonomisk utfordring. Helsetjenesten kan bidra ved å styrke helsekompetansen, samarbeide bedre om dem som trenger det mest og redusere uønsket variasjon i kvalitet og tilgang. Likeverdighet handler ikke bare om tilgang, men også om likeverdig mulighet til å ta i bruk helsetjenester.

Verdens helseorganisasjon anerkjenner helsekompetanse som en kritisk faktor for helse og har det som en av tre hovedinnsatser frem til 2030.

Vi må samtidig sikre at ny teknologi og nye arbeidsformer ikke forsterker sosial ulikhet eller digitalt utenforskap.

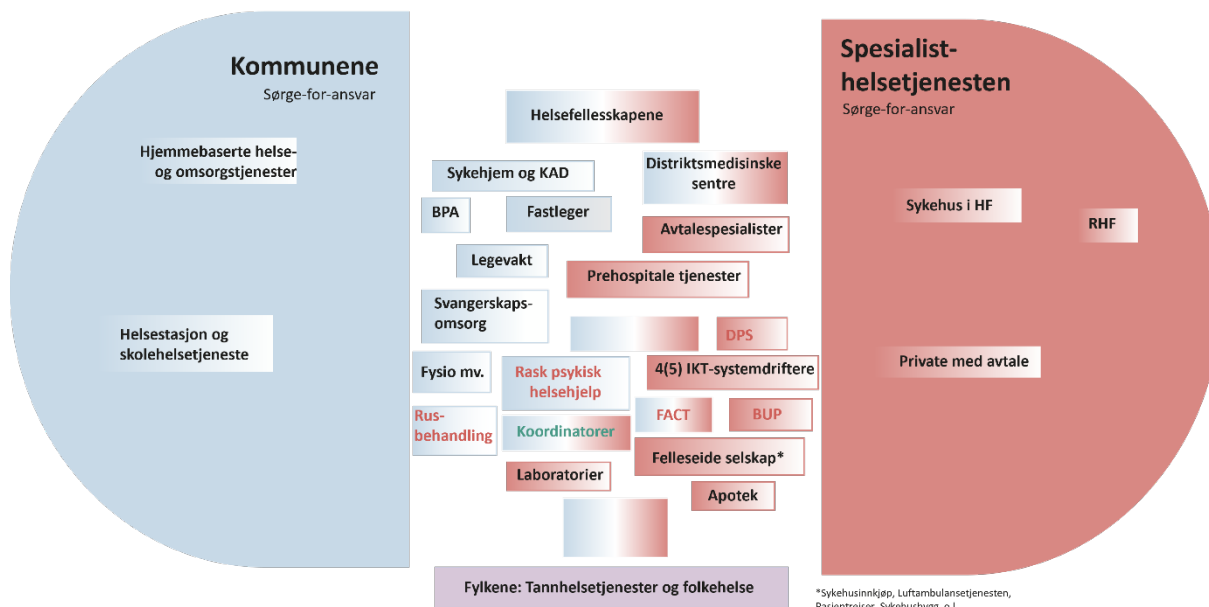
Forventet levealder for 65-åringer i perioden 2018-2024 over fylker og bydeler i Helse Sør-Øst

Fylke/bydel	Kvinner	Menn
Norge	86,8	84,7
Agder	86,7	84,6
Akershus	87,1	85,0
Buskerud	86,8	84,6
Innlandet	86,3	84,3
Telemark	86,6	84,3
Vestfold	86,9	84,8
Østfold	86,3	84,2
Oslo (fylke)	86,9	84,6
Alna	86,4	83,7
Bjerke	87,1	83,8
Frogner	87,8	84,9
Gamle Oslo	85,6	83,1
Grorud	84,6	81,9
Grünerløkka	85,2	82,8
Nordre Aker	88,6	85,7
Nordstrand	88,3	85,7
Sagene	84,6	82,0
St. Hanshaugen	86,1	84,2
Stovner	86,0	83,3
Søndre Nordstrand	87,0	83,8
Ullern	87,7	86,0
Vestre Aker	89,4	86,6
Østensjø	87,4	84,7

Kilde: Folkehelseinstituttet for fylker. Oslo kommune for bydeler (Oslo kommune estimerer forventet levealder basert på 2018-2022)

Vår felles helsetjeneste utvikler seg mot en sammenhengende integrert helsetjeneste

Samhandlingen mellom de ulike aktørene og nivåene i helsetjenesten er en velkjent utfordring. Samhandlingsreformen av 2012 hjalp noe, men mange av problemene er der fortsatt. En ny reform er på vei ([jf. mandat for Helsereformutvalget](#)). Den vil beskrive ulike modeller for tettere integrering – enten strukturelt, organisatorisk eller kanskje som en felles digital overbygging kombinert med tiltak for bedre samarbeid. Oppfølgingen av regional utviklingsplan vil legge de endringer som måtte komme til grunn. Endring vil ta tid, og satsingsområdene og tiltakene i denne planen vil være relevante uansett organisering.



Helsereformutvalgets beskrivelse av dagens organisering

Mange andre samfunnsområder har utviklet seg ved å lage en digital førstelinje samtidig som man har brukt data til å skreddersy tilbudet. Bank, forsikring, Skatteetaten, NAV – alle møter deg med en digital inngang og spørsmålet «Hva kan vi hjelpe deg med?». Skattemeldingen er et godt eksempel der en virksomhet bruker alle tilgjengelige data for å tilrettelegge for brukeren. Innbyggerne vi i stigende grad forvente en lignende utvikling innen helse.

Samtidig er det en vesentlig forskjell mellom helsetjenesten og bransjene som nevnes ovenfor. I helse behandler vi fysiske pasienter, mens i de øvrige bransjene er en større del av kjernetjenesten digital. Det gjør det vanskeligere for helse, men ikke umulig.

Ny teknologi åpner for nye arbeidsmåter og utvikling av tjenester og produkter

Digitalisering er en av de sterkeste driverne for utvikling i samfunn og næringsliv, og vil også endre helsetjenesten. Rimelig forbrukerteknologi gir allerede enkel tilgang til private helsetjenester. Kunstig intelligens kan bidra til beslutningsstøtte, automatisering av oppgaver og mer effektive arbeidsprosesser.

Ny teknologi vil påvirke både organisering, drift og rollefordeling mellom medarbeidere og ledere. Det vil også gi nye muligheter når det gjelder samarbeid og fordeling av oppgaver mellom de ulike aktørene helsetjenesten slik at pasientenes opplevelse blir én felles integrert helsetjeneste. Et annet utviklingstrekk er rask utvikling av de prehospitale tjenestene. Flere oppgaver som tidligere ble løst i sykehus, håndteres nå i ambulansetjenesten, understøttet av bedre tilgang til data, nye diagnostiske hjelpemidler og mobile løsninger.

Teknologigigantene vil skape et internasjonalt og kanskje nasjonalt helsetilbud

Store teknologiselskaper kan på sikt påvirke helsetjenesten også i Norden. I USA kombinerer Amazon logistikk, skytjenester, kunstig intelligens og helsetjenester og kan dermed tilby innbyggerne rask og enkel tilgang til lege, forebygging og digital oppfølging.

Eksempelet viser hvordan teknologi, brukeropplevelse og tilgang til data kan bli et konkurransefortrinn også i helse. Det offentlige helsevesenet må bruke sitt handlingsrom godt dersom vi skal møte denne utviklingen og samtidig ivareta fellesskapets interesser.

Utviklingen ligner endringene vi har sett i andre sektorer. Banktjenester gikk fra fysisk oppmøte og manuelle prosesser til digitale, raske og selvbetjente løsninger. Befolkningen vil over tid forvente en tilsvarende forenkling også i helsetjenesten.

Husker du at en bank var en bygning?

Og hvordan vi betalte regninger? Den kom hjem i posten. Så tok du den med deg og reiste til banken. Den som satt bak skranken la inn tallene i datamaskinen og stemplet den. Du fikk kvitteringen tilbake og kunne reise hjem. Slik var det frem til 1991.

Har du prøvd å forklare barna dine hvorfor det var en god løsning?

Dette sier administrerende direktør Andy Jassy i Amazon om fremtidens helsetjeneste:

«Hvis du spoler 10 år frem vil ingen tro hvordan (primær)helsetjenesten var organisert. I mange tiår var det slik at du ringte legen din og gjorde en avtale, ofte med 3-4 ukers ventetid, så kjørte du til legen, parkerte bilen, skrev deg inn og ventet i resepsjonen, før du ventet enda lengere på venteværelset, deretter var du hos legen 5-10 minutter, som ga deg en resept som du så kjørte til apoteket for å hente. Om du da ikke måtte til en spesialist først. Da ble hele prosessen gjentatt og tok vanligvis enda lengre tid.

Vi mener vi kan gjøre helsetjenesteopplevelsen lettere, raskere og mer praktisk for alle».

[Amazon's Healthcare Revolution: Transforming Patient Care | Medwave](#)

Sentralisere, desentralisere eller pasientsentrere

Organiseringen av helsetjenester har lenge vært preget av sentralisering, begrunnet med kvalitet. Den utviklingen vil forsterkes ettersom befolkningsgrunnlaget rundt små sykehus reduseres. Samtidig åpner ny teknologi for å tenke mer pasientsentrert og desentralisert.

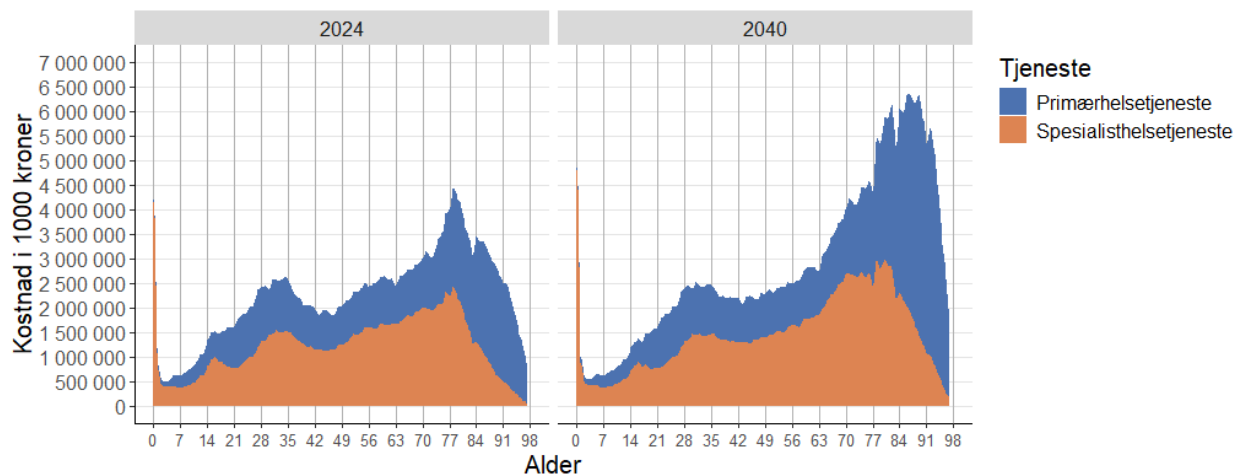
Bedre kommunikasjonsteknologi gjør det enklere å samle kompetanse rundt pasienten i stedet for å flytte pasienten mellom tjenester. Ambulerende team og hjemmebasert oppfølging gir også nye muligheter.

Målet må være å flytte behandling og oppfølging så nær pasienten som mulig, uten å svekke kvaliteten. Det må også kontinuerlig vurderes hvilke oppgaver som kan desentraliseres fra regionsykehus til andre helseforetak i regionen.

Helsetjenesten i kommunene er under økende press

Figuren under viser med all tydelighet at utfordringene knyttet til en aldrende befolkning vil treffe kommunehelsetjenesten i størst grad. Spesialisthelsetjenesten må derfor i mindre grad planlegge for hvordan de skal overføre oppgaver til primærhelsetjenesten, og i større grad spørre hvordan sykehusene kan understøtte og avlaste helsetjenesten i kommunene.

Fordeling av kostnader relatert til aktivitet over alder i spesialist- og primærhelsetjeneste i Helse Sør-Øst 2024 og framskrevet til 2040 i 2024-kroner basert på befolkningsutvikling.



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

En stabil fastlegeordning er avgjørende også for spesialisthelsetjenesten – det går riktig vei

Fastlegeordningen er en viktig del av grunnmuren i norsk helsetjeneste. Selv om det fortsatt er utfordringer, har mye endret seg de siste årene. Antall personer som ikke har fastlege, er redusert fra 230 000 til 136 000 de tre siste årene. Stadig flere fastleger velger kommunal ansettelse i stedet for å være selvstendig næringsdrivende. Antallet pasienter som den enkelte fastlege har ansvaret for, er på vei ned og er i gjennomsnitt under 1 000 i 2024. Det betyr lavere arbeidsbelastning og er trolig med på å gjøre yrket mer attraktivt.

Det er uklart i hvilken grad dette påvirker turnover på sykehus. Foreløpig viser ikke tallene noen økning, men utviklingen vil følges nøye.

Vi må forstå kostnadene bedre når noen slutter og skal erstattes

Turnover har både økonomiske og ikke økonomiske konsekvenser. Oslo Economics har beregnet gjennomsnittlig turnoverkostnad for en sykepleier i kommunen til om lag 120 000 kroner. Det er liten grunn til å tro at kostnaden er lavere på sykehus.

I tillegg kommer virkninger på arbeidsmiljø, kvalitet og drift. Kostnadene ved turnover må derfor inngå tydeligere i vurderingen av tiltak for å utvikle og beholde medarbeidere. Det bør øke vår vilje til å investere i våre medarbeidere.

Figur 3: Turnoverforløp – fra oppsigelse til fullverdig erstatning



Kilde: Oslo Economics, basert på informasjon fra intervjuer med representanter fra fire kommuner.

Sykehuset som arbeidsplass må ha tid og rom for menneskene

Vi rekrutterer fortsatt godt til helse- og omsorgstjenesten. Mange ønsker seg et yrkesliv hvor de kan yte omsorg. Det betyr å bruke seg selv og den man er i jobben. En forutsetning for det siste er tid til å yte omsorg. Ikke bare for pasienter, men også for kollegaer.

Gjennom mange år har vi effektivisert og rasjonalisert både fysiske rom og bruk av tid. Det etterlater av og til for lite av begge til å drive omsorg.

I forrige utviklingsplan skrev vi at vi må gå fra arealeffektive til personaleffektive sykehus. Vi må følge den veien videre til at det også blir mer tid og rom for omsorg.

Helsetjenesten har lang erfaring med å registrere feil og rapportere avvik. Det gir grunnlag for læring, men det kan være like mye å lære av hva som går godt.



#Råbra – et enkelt system for å få tak i den gode jobben

I #Råbra melder vi positive "avvik". Vi melder inn det som går bra – og hendelsene dokumenteres, analyseres og systematiseres for læring og kvalitetsforbedring.

Det er et supplement til det tradisjonelle avvikssystemet: Der lærer vi av feil, her lærer vi av det som lykkes.

Hva vi har oppnådd

- Etablert nettside med ressursmateriell
- Utviklet digitalt opplæringsmateriell og refleksjonskort
- Etablert forskningssamarbeid
- Utarbeidet kriterier for #Råbrasykehus etter modell av Kloke valg sykehus

Alle må tenke forebygging

Morgendagens kapasitetsutfordringer kan ikke løses innenfor sykehusenes vegger alene. Spesialisthelsetjenesten må ta en mer aktiv rolle i forebygging, både der sykdom allerede har oppstått, og ved å bruke kunnskap og kompetanse i det primærforebyggende arbeidet.

Kapasitets- og bemanningsutfordringene må møtes sammen og ikke hver for seg

Med uendrede arbeidsformer vil bemanningsbehovet fortsette å øke betydelig både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgssektor. En slik bemanningsvekst er hverken realistisk eller bærekraftig. Dersom vi ikke samarbeider, vil vi i økende grad konkurrere om de samme ressursene. Vi bør finne løsninger som både kan virke på tvers av nivåene, og som er attraktive for medarbeidere både i kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Stor andel av akuttinnleggelser går direkte til sykehusene

I kirurgiske avdelinger er en betydelig andel innleggelser planlagte. Nesten alle innleggelser i medisinske avdelinger skjer som øyeblikkelig hjelp. Samtidig avklares mange akutte henvisninger i akuttmottak uten behov for videre sykehusinnleggelse.

På landsbasis skjer om lag 25 prosent av akuttinnleggelserne via fastlege, 31 prosent via legevakt og 43 prosent direkte via ambulansetjenesten. Ved sykehus i de mest sentrale områdene

kommer opptil 61 prosent av de akutte innleggelsene direkte fra ambulanse. Dette må vi forstå bedre.

Tilstrekkelig antall ansatte med riktig kompetanse er den største utfordringen framover

Pandemien synliggjorde sårbarheten i spesialiserte fagmiljøer. Samtidig viste den potensialet for raskere oppgavedeling og mer bruk av teknologi. Det er fortsatt et stort potensial for å avlaste kritisk kompetanse ved økt bruk av støttepersonell og smartere organisering.

Framtidens utfordring handler derfor ikke bare om antall ansatte, men om å bruke kompetansen bedre og organisere arbeidet mer hensiktsmessig.

Kan det hende at vi har nok leger og sykepleiere, men bare bruker tiden deres dårlig?

I OECD landene er det i gjennomsnitt 3.9 leger per 1000 innbyggere. I Norge er tallet 5.0 leger per 1000 innbyggere. For sykepleiere er det i OECD-landene 9 sykepleiere per 1000 innbyggere, mens det i Norge er 16 sykepleiere per 1000 innbyggere.

Vi vet ikke med sikkerhet hvorfor. Det kan være ulike måter å måle, men mest sannsynlig er forskjell i bruk av hjelpepersonell. Vi vet også at norsk helsepersonell både opplever systemene, rapporteringen og samarbeid som tungvinte.

Riksrevisjonens tall viser at fra 2015 til 2024 ble det 29 prosent flere leger på sykehus og 33 prosent flere i kommunene. For sykepleiere er tallene henholdsvis 15 prosent og 24 prosent. Det kan også tyde på at det er et større problem hvordan vi ber dem bruke tiden sin enn det absolutte antallet.

Tid til ledelse og plass for tjenesteutvikling

De som arbeider med omlegging av arbeidsformer og ibruktagelse av ny teknologi i sykehus, er enige om hva som er den største utfordringen i deres arbeid: tid hos mellomledere og klinikere. Utvikling av helsetjenesten er ikke en lovpålagt oppgave. Og trenger kanskje ikke være det, men vi trenger å øke interesse, etterspørsel og mulighet.

Potensialet for å utvikle og forenkle tjenesten vår er svært stort. Det krever at vi sørger for at helsepersonell har rom i sin hverdag til å finne nye løsninger.

Har spesialiseringen gått for langt – hvor blir det av generalistene?

Medisinsk utvikling er tett koblet til spesialisering. I dag er det 46 medisinske spesialiteter. Ny utdanningsordning fra 2017 bidrar til mer spesialisering. En bivirkning av dette er at det kreves flere ulike spesialister for å ivareta en pasient med flere lidelser.

Samtidig får vi flere eldre med sammensatte lidelser. Det fører til økende og ikke avtagende behov for både leger og sykepleiere med generell kompetanse. Det gjelder for de store sykehusene som har stor grad av subspesialisering. Det er enda tydeligere i de små sykehusene der mindre befolkningsgrunnlag gjør det faglig vanskelig å opprettholde mange spesialiteter. Det fører jevnlig til diskusjoner om sentralisering av behandlingstilbud.

Samtidig er det oftest slik at både befolkningen og politikerne ønsker at lokalt tilbud opprettholdes. Det krever at vi styrker utdanning som gir generalistkompetanse, men også at vi verdsetter den.

Ny teknologi og nye arbeidsformer krever ny kompetanse og tilpasningsdyktige utdanninger

Teknologisk utvikling og nye arbeidsformer vil påvirke behovet for kompetanse i hele helsetjenesten. I tillegg til teknologisk forståelse blir helsekompetanse, samvalg, samhandling, koordinering, logistikk, endringsledelse og organisering viktigere.

Tverrfaglige team på tvers av nivåer vil bli mer nødvendige. Det stiller krav til utdanningene, til tverrprofesjonell læring og til kontinuerlig kompetanseutvikling i tjenesten.

Økonomiske rammer stiller større krav til nytenking

De økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten er en sentral premiss for tjenesteutvikling. [Perspektivmeldingen 2024](#) viser at endringer i befolkningens sammensetning vil gi svakere vekst i skatteinntektene samtidig som utgiftene øker.

Det gjør det mer krevende å finansiere spesialisthelsetjenesten utover det demografiske behovet. Utfordringen må møtes med mer effektive behandlingsformer, nye arbeidsmåter og større evne til omstilling.

Privat og forsikringsbasert helsetjeneste vokser sterkt

Behandlingsforsikring skal sikre raskere utredning og behandling. Ved utgangen av 2024 hadde 840 000 nordmenn slik forsikring. Ni av ti er tegnet av arbeidsgiver. Forsikringen gir raskere tilgang til fysioterapi, psykolog, digital lege med mere. Alvorlig sykdom utredes i all hovedsak av offentlig helsetjeneste. Forventning om hurtig tilgang vil gjøre arbeidet med å redusere ventetider i det offentlige enda viktigere.

På sikt utfordrer dette prinsippet om en felles og solidarisk finansiert helsetjeneste.

2.4 Framskrivinger

Framskrivning av aktivitet er en grunnleggende forutsetning for planarbeidet. Framskrivingsmodellen baserer seg på befolkningsdata fra Statistisk sentralbyrå og aktivitetsdata fra Norsk pasientregister. Dette tas inn i en faglig prosess der regionens fagfolk gjør en vurdering av forventet medisinsk utvikling. Denne legges til grunn for justering av de rene befolknings- og aktivitetsdata.

Det er den demografiske utviklingen som har størst innvirkning på fremtidig kapasitetsbehov. Den sier som kjent at vi blir flere eldre og færre yngre. Innenfor somatiske fag er det den eldre pasienten som dominerer. Når vi ser frem mot 2040, avtar økningen i antall eldre mot slutten av perioden. Forbruket av helsetjenester innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyest før 30 års alder. Færre unge demper dermed dette behovet i noen grad.

Det betyr at i denne oppdateringen forentes noe lavere vekst enn i tidligere. Dette er beskrevet i detalj i del 2 av utviklingsplanen.

3 Mål og satsingsområder

Regional utviklingsplan 2027-2040 setter fem hovedmål for utviklingen av spesialisthelsetjenesten:

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet
- Styrket helseberedskap for krise og krig

Når vi ser trender og utviklingstrekk i sammenheng, blir flere forhold tydelige. Helsetjenesten står overfor en utfordring med å sørge for riktig og tilstrekkelig kompetanse. Samtidig har vi ennå ikke fått til en god nok arbeidsdeling mellom nivåer og fagområder. Teknologi og økt bruk

av helsedata gir muligheter for mer effektiv sykehusdrift, bedre brukeropplevelser og høyere kvalitet i pasientbehandlingen, og den teknologiske utviklingen gjør det mulig å flytte mer behandling ut av sykehusene. Mange pasienter ønsker mer innsyn og medvirkning i egen behandling. Parallelt må vi ivareta beredskap og sikkerhet i alt vi gjør.

Vi har samlet fellestrekkene i seks satsingsområder. Satsingsområdene skal peke framover og beskrive hva som bør ligge til grunn for samlet utvikling av helsetjenesten. De skal kunne brukes på tvers av fagfelt.

Satsingsområdene er:

- Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
- Samarbeid om de som trenger det mest
- Ta tiden tilbake - bedre bruk av tid for ansatte og pasienter
- Ta kunstig intelligens i praktisk bruk
- Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste
- Inkludere beredskapstenkning i alle fagområder

Planen gir kort status for hvert av satsingsområde, hva som er nytt siden forrige revisjon, hva vi vil gjøre og hvilke effekter vi forventer for pasienter, ansatte og helsetjenesten. De konkrete målene og aktivitetene for årene framover fastsettes gjennom regionale delstrategier og fagplaner.

Ledelse som forutsetning

Utviklingen av framtidens helsetjeneste vil kreve betydelig omstillingsevne og gjennomføringskraft i hele foretaksgruppen. Økt kompleksitet, nye arbeidsformer, teknologisk utvikling og skjerpede beredskapskrav stiller større krav til hvordan ledergrupper prioriterer og følger opp. Det samme gjelder for økte krav til samarbeid og samhandling.

Evnen til å lede endring og mobilisere organisasjonen vil være en avgjørende forutsetning for å lykkes. Det forutsetter tydelig og samordnet ledelse i hele foretaksgruppen. Ledere må ha tid til å både lede og utvikle tjenestene. Da må nødvendig tid frigjøres ved å redusere administrasjon og rapportering.

Helse Sør-Øst RHF har igangsatt en regional satsing på utvikling av ledergruppene i helseforetakene. Satsingen skal bidra til felles forståelse, bedre samhandling og økt gjennomførings- og utviklingsevne.

Fremtidens ledere må klare å bygge tillit, håndtere ulike forventninger og lede gjennom dialog, samtidig som de er tydelige på ansvar og retning.

Ledere må også kunne gjøre mål om til konkret handling, prioritere over tid og sørge for sammenheng mellom det som besluttes, hvordan organisasjonen er bygget opp og hvordan vi jobber i praksis.

Ledere må forstå teknologi og kunstig intelligens godt nok til å ta gode valg. De må kunne lede endring drevet av teknologi og sikre at teknologi og data brukes på en trygg og ansvarlig måte.

Uten god ledelse vil det rett og slett ikke være mulig å nå målene i utviklingsplanen.



Foto: Sunnaas sykehus HF

«Helse er å ha overskudd til hverdagens krav».

Peter Hjort

3.1 Helsekompetanse, pasientinvolvering og likeverd

Pasienten og pårørende skal delta aktivt i egen behandling og utformingen av helsetjenesten

En betydelig del av befolkningen har utfordringer med å forstå og bruke helseinformasjon. Dette kan føre til svakere etterlevelse av behandling, økt bruk av helsetjenester og redusert mestring. Eldre og personer med sammensatte helseutfordringer er særlig utsatt, og det er derfor viktig å styrke helsekompetansen i disse gruppene.

Helsekompetanse, pasient- og pårørendeinvolvering og likeverdig helsetjeneste utgjør tre gjensidig avhengige forutsetninger for en bærekraftig og pasientsentrert helsetjeneste. God helsekompetanse legger grunnlaget for at pasienter og pårørende kan delta aktivt i beslutninger om egen helse.

Involvering styrker kvalitet, pasientsikkerhet og mestring. Likeverdige helsetjenester sikrer at alle pasienter får tilgang til tjenester de kan forstå og få reel nytte av.

Sammen skal helsekompetanse, pasient- og pårørendeinvolvering og likeverdig helsetjeneste gjøre spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst forståelig, mer inkluderende og bedre tilpasset morgendagens behov.

3.1.1 Helsekompetanse

Helsekompetanse handler om pasienters og pårørendes evne til å finne, forstå og bruke helseinformasjon for å ta informerte valg om egen helse. Den avhenger både av den enkeltes forutsetninger og av hvordan helsetjenestene utformes og kommuniserer.

I spesialisthelsetjenesten betyr dette at pasienter og pårørende skal kunne orientere seg i tjenestene og delta i beslutninger. Det kan være om screening, utredning, behandling og oppfølging gjennom samvalg, hvordan kommunisere med helsepersonell samt å forstå og håndtere egen helse og bruke digitale verktøy. Tjenestene må derfor være forståelige, tilgjengelige og brukervennlige for personer med ulike nivåer av helsekompetanse, språk og

bakgrunn. Økt ansvar for egen behandling forutsetter tydelig informasjon, opplæring, gode løsninger og ansatte med kompetanse til å støtte pasienter og pårørende. Dette er et lederansvar.

En regional [ressursside](#) støtter helseforetakene i arbeidet med tilpasset helsekommunikasjon, med eksempler fra praksis og forskning.

Utfordringer i spesialisthelsetjenesten

Tiltak for å styrke helsekompetanse finnes i alle helseforetak, men er ofte prosjektbaserte og lite integrert i daglig klinisk arbeid. Manglende standardisering, ujevn kvalitet og svak ledelsesforankring reduserer effekten. Det er behov for bedre kunnskap om nytte, tydeligere lederansvar, videreutvikling av finansieringsordninger og bedre samhandling mellom tjenestenivåene. Økt forskning, innovasjon og systematisk bruk av eksisterende verktøy kan bidra til mer helsekompetansevennlige tjenester.

Digitalisering og risiko for forsterket ulikhet i helse.

Manglende digitale ferdigheter, språkkompetanse eller trygghet vil forsterke ulikhet. Pasienter og pårørende må kunne bruke løsninger som Helsenorger, digital dialog og hjemmeoppfølging. Helsetjenesten må derfor aktivt støtte utvikling av digital helsekompetanse og forebygge digitalt utenforskap.

Digitaliseringen stiller økte krav til kritisk vurdering av informasjon. Helsepersonell må veilede, sikre universell utforming og vurdere digital sårbarhet ved nye tjenester. Pasient- og brukerorganisasjoner er viktige i dette arbeidet. Felles regionale og nasjonale løsninger for digitale læringselementer skal styrke kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdighet.

Det er behov for lett tilgjengelig, kvalitetssikret informasjon og opplæring. Helse Sør-Øst RHF vil bidra til utvikling og bruk av KI i pasient- og pårørendeopplæring. Eksempler er nasjonale KI-tjenester og KI-strategi for læringsstøtte ved Oslo universitetssykehus HF.

De fire helseregionene har etablert Nasjonalt senter for helsekompetanse og mestring ved Oslo universitetssykehus HF og et interregionalt nettverk ved Sørlandet sykehus HF. Senteret skal sammenstille og formidle kunnskap, mens nettverket bidrar til likeverdige tilbud, utvikling av digitale kurs og deling av metoder. Begge kan være ressurser for spesialist- og kommunehelsetjenesten og gir en samlet faglig infrastruktur for videre utvikling.

Tilpasset informasjon og opplæring til pasienter og pårørende

Pasient- og pårørendeopplæring er en hovedoppgave i spesialisthelsetjenesten. Opplæringen skal være kunnskapsbasert, tilpasset den enkelte og kan gis individuelt eller i gruppe. God opplæring styrker mestring, deltakelse i behandling og samvalg. Målet er at pasienter får den kompetansen de trenger for å fremme helse og livskvalitet og forebygge sykdom og funksjonsnedsettelse. Samhandling med kommuner og brukerorganisasjoner er nødvendig for helhetlige forløp.

Det er stor variasjon i tilbud og kvalitet. Informasjon og opplæring må derfor forankres tydeligere i strategisk arbeid og ledelse. Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring bidrar til felles utvikling, blant annet gjennom felles retningslinjer.

Barn som pårørende skal få tilpasset informasjon og opplæring. Foretaks koordinatore og barneansvarlig personell er sentrale støttespillere i dette arbeidet.

Økt helsekompetanse er også en del av samfunnsberedskapen. Pasienter og pårørende trenger kunnskap som gjør dem i stand til å ivareta egen helse ved akutte hendelser. Erfaringer fra pandemien viser behov for målrettet og mangfoldstilpasset kommunikasjon.

[Regional delstrategi for styrket helsekompetanse i Helse Sør-Øst](#) beskriver prioriterte mål og tiltak innen helsekompetanse i perioden.

3.1.2 Pasient- og pårørendeinvolvering

Å involvere pasienter og pårørende kan skje på individ-, tjeneste- og systemnivå, og gjelder både utvikling, evaluering og beslutninger.

Brukermedvirkning på system- og tjenestenivå

Brukere deltar blant annet gjennom brukerutvalg og brukerråd. Vi bruker pasienterfaringer systematisk i kvalitetsforbedring, blant annet gjennom digitale løsninger for tilbakemeldinger.



Hvordan opplever pasientene helsetjenesten?

Pasienterfaringsundersøkelser (PREM - Patient Reported Experience Measures) er målinger av pasientenes erfaringer med helsetjenesten. Målingene kan handle om hvordan pasientene blir møtt av personalet, informasjonen de har fått, muligheter for involvering og opplevelsen av trygghet.

Vi vil bruke pasientenes erfaringer til å forbedre helsetjenesten. Dette skal vi gjøre gjennom en ny felles pasienterfaringsundersøkelse for hele regionen [regionalt verktøy for pasienterfaringsundersøkelser \(PREM\)](#)

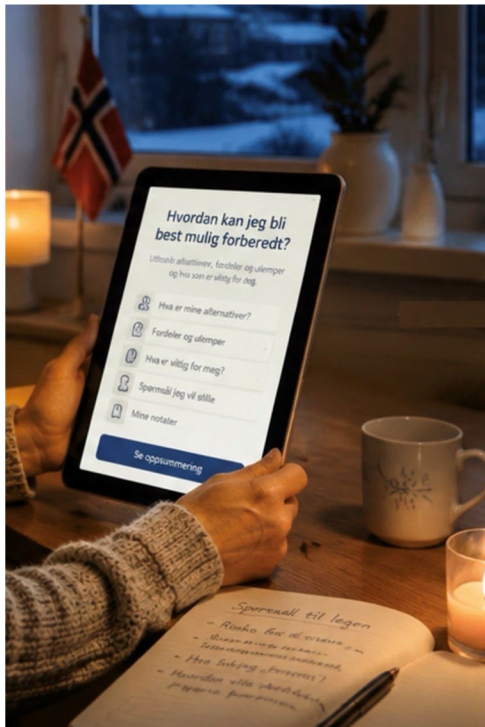
Samvalg er brukermedvirkning på individnivå

Samvalg er en prosess der pasienten og helsepersonellet jobber sammen for å ta beslutninger om behandlingen og oppfølging. [Regional delstrategi for innføring av samvalg i Helse Sør-Øst](#) beskriver prioriterte mål og tiltak for samvalg i perioden. Mer informasjon finner du også på [Samvalg](#).

Dette er viktig når vi innfører samvalg:

- god lederforankring og tydelig organisering gjennom handlingsplaner i foretakene og et nettverk av samvalgscoordinatorer.
- nødvendig kompetanse hos helsepersonell gjennom systematisk opplæring, blant annet via «Klar for samvalg».
- å mobilisere pasienter gjennom målrettede tiltak, som informasjon om samvalg på venterommene.

- å utvikle samvalgsverktøy og forbedre pasientinformasjon, og måle effekten gjennom indikatorer. Inkludert resultater fra den regionale pasienterfaringsundersøkelsen.



Samvalgsapp

Appen er beregnet til bruk før konsultasjoner, slik at pasienter stiller godt forberedt til viktige samtaler om helsevalg. Slik kan en komme raskt til poenget og kan treffe beslutninger som samsvarer med hva som er viktig for pasienten.

Appen skal gi pasienten forståelse av hva samvalg er, hvorfor det er viktig, og motivasjon til å delta. I appen presenteres beslutningen som skal tas, tilgjengelige og forsvarlige alternativer, og fordeler og ulemper ved alternativene. Pasienten får også støtte til å tenke gjennom hva som er viktig for hen.

3.1.3 Likeverdige helsetjenester

Likeverdige helsetjenester betyr at tjenestene tilpasses slik at alle pasienter får reell tilgang til helsehjelp av like høy kvalitet. Tiltak må ta hensyn til sammensatte behov knyttet til blant annet språk, kultur, funksjonsnivå og alder. Innsats rettet mot enkelte grupper gir ofte bred gevinst.

Helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse

Helse Sør-Øst RHF skal styrke kompetansen om samisk språk, kultur og rettigheter i tråd med nasjonale føringer. Felles interregionale tiltak, blant annet e-læringskurs, er etablert.

Tolketjenester for samiske språk utvides, og SANKS (Samisk nasjonal kompetansetjeneste) gir et desentralisert behandlingstilbud.



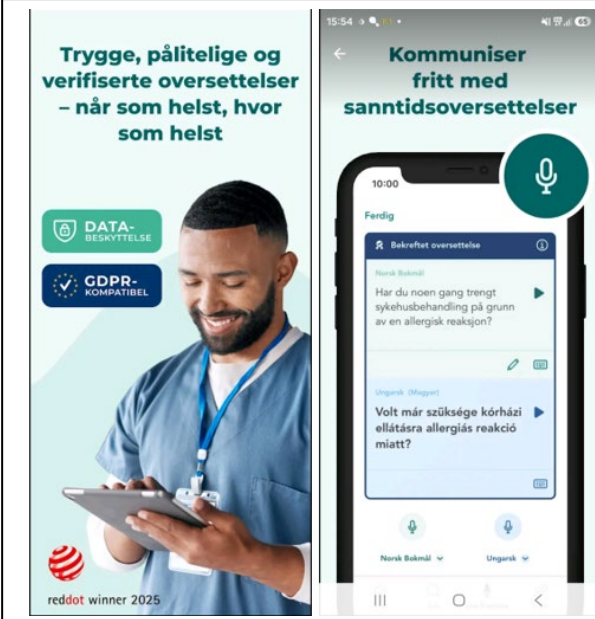
e-læringskurs om samiske pasienter ble etablert i 2025.

Kurset finner du her: [Samiske pasienter - Helse Sør-Øst RHF](#)

Likeverdige helsetjenester til personer med innvandrerbakgrunn

Befolkningen kjennetegnes av stort mangfold. Migrasjon påvirker helse sammen med levekår, erfaringer og botid i Norge. Økt kompetanse i kultursensitivitet og migrasjonshelse bidrar til tryggere pasientmøter, riktig diagnostikk og god oppfølging.

Informasjon, kommunikasjon og tjenestetilbud, også digitale og hjemmebaserte, skal tilpasses pasientgruppens mangfold. Når språkbarrierer kan hindre forsvarlig helsehjelp, skal kvalifisert tolk brukes.



Care to Translate er en app som støtter trygg, enkel kommunikasjon som supplement til kvalifisert tolk. Denne appen er tilgjengelig for alle.

Fra 2026 får alle ansatte i Helse Sør-Øst tilgang til tale-til-tale-oversettelse i sanntid på over 130 språk.

Regional handlingsplan for mangfold, likeverdige helsetjenester og migrasjonshelse beskriver prioriterte mål og tiltak innen området i perioden.

De neste fire årene vil vi:	Hvordan vet vi om vi er på riktig vei?
• Utvikle mer helsekompetansevennlige tjenester • Ta i bruk teknologi som fremmer helsekompetanse, mestring og samvalg • Tilby likeverdige, tilgjengelige og forståelige helsetjenester.	• Helseforetakene følger opp gjeldende regionale planer for økt helsekompetanse, involvering og likeverd • Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser brukes systematisk i forbedringsarbeid • Helsekompetanse, involvering og likeverd er forankret i strategier og praksis.

3.2 Samarbeid om de som trenger det mest

Bedre koordinerte tjenester gir bedre kvalitet og opplevelse for pasienter, pårørende og ansatte

Vår felles helsetjeneste

Siden forrige revidering av regional utviklingsplan har det blitt innført øremerkede rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Det er startet nasjonale pilotprosjekter (prosjekt X) for å prøve ut nye arbeidsformer på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Samhandling med kommunene skal skje gjennom helsefellesskapene. Helsefellesskapene skal prioritere tjenester til barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, personer med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre. Nasjonal helse- og samhandlingsplan løfter i tillegg kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid som et område for særlig oppmerksomhet.

Mye av utviklingsarbeidet mellom sykehus og kommuner handler nettopp om integrerte helsetjenester.

3.2.1 Videreutvikling av helsefellesskapene

Helsefellesskapene er partnerskap som utvikles etter lokale behov og ønsker

Helsefellesskapene er samarbeid mellom kommuner og helseforetak. I Helse Sør-Øst er det etablert åtte helsefellesskap: Agder, Telemark, Vestfold, Vestre Viken, Oslo, Østfold, Innlandet og Akershus med kommuner. Helsefellesskapene varierer i størrelse og trenger ulike tilpasninger i samarbeidsstrukturen. Helsefellesskapet i Oslo omfatter også ideelle aktører (Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus), i tillegg til Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF (tre bydelers).

Videreutvikling av helsefellesskapene er viktig for å styrke felles planlegging, bedre pasientforløp og mer bærekraftig bruk av personell og ressurser på tvers av tjenestenivåene.

Bedre tilgang til data åpner for bedre samordning og mer sammenhengende pasientforløp

Helsefellesskapene trenger data for å planlegge og forbedre tilbudet til de prioriterte pasientgruppene. Helsedirektoratet leverer styringsinformasjon, supplert med lokale analyser og regional styringsinformasjon.

Det pågår regionalt og nasjonalt arbeid for å koble datakilder slik at de kan brukes strategisk, taktisk og operativt. Behovet er synliggjort gjennom arbeidet med barrierer i Prosjekt X. Regjeringens arbeid med digital samhandling er beskrevet her: [Digital samhandling og nasjonale e-helseløysingar - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/e-helseloesingar-regjeringen.no).

Bedre datagrunnlag gjør det mulig å målrette tilbud, velge mer skreddersydd behandling og følge effekt på tvers av tjenestenivå.

En slik samordning av data åpner for at helsefellesskapene kan vurdere hvilke tilbud som bør styrkes for akkurat deres befolkning, at man kan velge behandling som er skreddersydd til dette, og at vi kan vurdere effekten på de ulike tjenestenivåene. Vi vil legge til rette for at disse data blir tilgjengelige for helsefellesskapene i et praktisk format. Vi vil også fortsette å bistå Helsedirektoratet med å utvikle kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon som skal understøtte arbeidet i helsefellesskapene.

Videreutvikle samhandlingslegeordningen

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har samhandlingslegeordning. Ordningen bidrar til å løse konkrete samhandlingsutfordringer og kan støtte helsefellesskapene sammen med fastleger som deltar i samarbeidsutvalg.

En nasjonal evaluering i 2020–2021 viste at helseforetakene i regionen ønsker å videreføre og styrke ordningen. Rammeavtalen mellom de fire regionale helseforetakene og Den norske

legeforening ble revidert i 2023 og tydeliggjør rollen til samhandlingslegene og deres ledere i samhandlingen.

3.2.2 Svangerskap, fødsel og barselsomsorg

Kvinner skal oppleve et sammenhengende og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Helse Sør-Øst RHF vil videreutvikle tilbudet gjennom mer sammenhengende og likeverdige pasientforløp i tett samarbeid med helseforetakene.

Erfaringer fra blant annet «Min Jordmor» i Drammen og prosjekt X i Oslo i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF skal brukes for å styrke kontinuitet, kvalitet, kompetanseutnyttelse og hensiktsmessig oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet gjennomførte i 2025 en [nasjonal brukererfaringsundersøkelse for kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid](#). Resultatene blir et viktig kunnskapsgrunnlag for videre kvalitetsforbedring.

I 2024 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomgå [følgetjenesten for gravide med lang reisevei til fødested](#), inkludert kvalitet, nytteeffekt og organisering. Rapporten ble ferdigstilt i november 2025, og Helse Sør-Øst RHF vil følge opp anbefalingene.

3.2.3 Helsetjenester til barn og unge

Behandling av barn og unge berører hele familien. Målet er at barn og unge med langvarige behov for helsehjelp skal kunne leve så normale liv som mulig. Tidlig avklaring av hjelpebehov og ansvar er viktig for å forebygge helsetap og bedre livskvalitet. Dette krever samhandling i og mellom helse- og omsorgstjenestene og med barnehage, skole, NAV og andre offentlige tjenester.

Sykdom gir ofte fravær fra skole og hverdagsliv. Digitale løsninger kan gi bedre mestring og mer kontroll. Barn og unge skal tilbys egnede løsninger, som app-basert dialog med behandler, selvrapportering og videokonsultasjoner, for å redusere reise, fravær og belastning.

Oppmerksomheten om psykiske plager blant barn og unge har økt. Bruk av psykiske helsetjenester varierer mellom regioner og sykehusområder.

Barn og unge skal oppleve at hjelpen er tilgjengelig, av god kvalitet og bidrar til bedre helse. [Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse](#) ligger til grunn for økt innsats.

Det er igangsatt regionale og lokale aktiviteter på disse områdene, og helseforetakene utvikler blant annet ambulante og arenafleksible tjenester. Vi vil spre dokumenterte gode løsninger.

Barn og unge med langvarig somatisk sykdom har økt risiko for psykiske problemer. Belastende utredning og behandling kan også gi psykiske plager, inkludert posttraumatiske symptomer på stress.

Antall barn og unge med sammensatte symptomer uten klar medisinsk forklaring (sammensatte symptomlidelser) er økende, blant annet ved kronisk utmattelsessyndrom/ME, fibromyalgi/kroniske smertetilstander og irritabel tarmsyndrom. Dette krever tverrfaglig oppfølging som inkluderer både biologiske og psykososiale faktorer.

Utviklingen forsterker behovet for helhetlig og tverrfaglig tilnærming på tvers av tjenestenivå. Helse Sør-Øst RHF vil arbeide for bedre integrering av psykisk helse i somatiske tjenester for barn og unge og tilsvarende integrere somatisk kompetanse i psykisk helsevern der det er relevant.

Overgang barn- voksenavdeling

Ungdom med langvarig sykdom kan ha behov for oppfølging i mange år, noen livet ut. Overgangen fra barne- og ungdomstjenester til voksenavdelinger oppleves ofte vanskelig og kan gi negative helsemessige konsekvenser.

Voksenavdelinger må ta hensyn til at pasienten ofte fortsatt er i en sårbar livsfase. Den norske barnelegeforeningen har laget veileder for overgangen til voksenavdeling [Veileder overganger-ungdom](#). Sykehuset Telemark HF og Akershus universitetssykehus HF har i samarbeid med ungdomsråd utarbeidet etablert bedre overganger.



Eget overgangsforløp ved Barne- og ungdomspoliklinikken, Akershus universitetssykehus HF

Poliklinikken har utviklet et overgangsforløp med gradvis ansvarliggjøring og planlagt overføring. Forløpet har tre faser: 12–16 år (forberedelse), 17 år (overføring) og mottak/oppfølging i voksenavdeling fra 18 år.

[Overgang til voksenavdeling - Akershus universitetssykehus HF](#)

Helse Sør-Øst RHF vil i planperioden prioritere:

- samhandling med kommunale tjenester (primært gjennom helsefellesskapene)
- bedre bruk av teknologi
- utvikling av spesialisert rusbehandling til barn og unge
- samarbeidsmodeller som sikrer relevant kompetanse inn mot barnevernsinstitusjoner

3.2.4 Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

Personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse lever i gjennomsnitt minst 15 år kortere enn den øvrige befolkningen. Denne overdødeligheten skyldes ofte somatiske sykdommer som det er mulig å forebygge og behandle. Mange pasienter i denne målgruppen har behov for døgntilrettelagt behandling, og innsatsen skal styrkes, både når pasienten bor hjemme, i institusjon eller i fengsel.

Personer med sammensatte rus- og psykiske lidelser utgjør en spesielt sårbar gruppe. [Riksrevisjonens rapport fra 2025](#) dokumenterte vedvarende svikt overfor denne pasientgruppen og poengter behovet for å innføre mer effektive og koordinerte tiltak som ivaretar både utbygging av kapasitet, styrket kompetanse og samordnet innsats. Flere helseforetak har satt i gang vellykkede prosjekter for å bedre oppfølgingen av somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer.



Somatisk helse i farta

DPS Groruddalen har flyttet utredning og kartlegging av somatiske sykdommer hjem til pasientene som følges i psykiatrien.

Andel pasienter som har fått kartlagt sin somatiske helsetilstand er pr. våren 2026 på 71%.

«Vi har blitt bedre til å fange opp kroppslige symptomer som i verste fall kunne blitt ignorert fordi vi hadde psykiatribrillene på».

Kari Eng, Prosjektleder FACT
Groruddalen

[Et nytt grep for bedre helse | KORUS](#)

Redusere bruk av tvang

I Helse Sør-Øst er det i flere år arbeidet for å redusere bruk av tvang innen psykisk helsevern. Et overordnet mål er å bidra til minst mulig inngripende tvang i klinisk praksis, ivareta pasienters rettssikkerhet og samtidig ivareta samfunnets ansvar for aktuell pasientgruppe. Pasienters rett til autonomi og medbestemmelse må legges til grunn, sammen med helsepersonellens rett til å ha en trygg arbeidssituasjon. Registrering av tvangsmiddelvedtak omfatter mange områder, og per 1. juni 2026 rapporteres alle vedtak om tvang i psykisk helsevern etter ny mal til NPR, slik at tvangsbruk kan publiseres som nasjonal kvalitetsindikator.

Helsetjeneste til kvinner i fengsel

Kvinner i fengsel med særskilte psykiske helseutfordringer skal få tilstrekkelig oppfølging via forsterkede ressursteam. En nasjonal forsterket fellesskapsavdeling (NFFA) ved Skien fengsel åpnet, og Oslo universitetssykehus HF er gitt i oppdrag å styrke behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten til voldsutsatte kvinner med ruslidelse.

Forebygge selvmord

Selvmondsratene blant pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er sterkt forhøyet sammenlignet med den generelle befolkningen. Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord skal bidra til bedre forebygging og mer systematikk i arbeidet med selvmord. Helseforetak og sykehus skal ha rutiner for selvmordsforebygging på sykehusnivå, på tvers av fagområder.

Alle behandlingssteder bør bruke den digitale treningsplattformen for selvmordsforebygging ([Simple](#)) for oppdatert og systematisk opplæring i selvmordsforebygging i psykisk helsevern. Etterlatte skal følges opp helhetlig med blant annet oppfølgingssamtale og med særlig fokus på barn/unge som etterlatt.

Ettervern og koordinerte tjenester

[Rapport fra nasjonal arbeidsgruppe om integrert ettervern](#) for pasienter i rusbehandling skal følges opp i videre tjenesteutvikling som inkluderer brukerstyrte plasser, i samarbeid med kommunene.

Pasienter med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (ROP) utgjør om lag 4 200 personer og i overkant av 15 prosent av populasjonen med alvorlig psykisk lidelse i Norge. Det er sannsynligvis underdiagnostikk av både ruslidelser og psykiske lidelser.

Mange i målgruppen har også somatiske sykdommer og trenger koordinerte tilbud. Pasientforløpene er ofte fragmenterte og med lav kontinuitet. [Opptrappingsplan for psykisk helse \(2023–2033\)](#) har økt levealder for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer som et sentralt resultatmål. Dette er fulgt opp med [handlingsplan for økt levealder i 2025](#).

Målet er mer samordnede tjenester i spesialisthelsetjenesten og på tvers av nivåer, og at mest mulig av tilbudet gis der pasienten bor. Helsefellesskapene er derfor sentrale arenaer for planlegging og utvikling av tjenester for denne gruppen. Samtidig må spesialisthelsetjenesten ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, inkludert døgntilbud når det er nødvendig.

Helsefellesskapene skal spesielt vektlegge behandlingsforløp for pasienter med ROP-lidelser som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Helseforetakene peker blant annet på digitale verktøy, arenafleksible tilbud, ambulante tjenester og dagtilbud som viktige tiltak. De fleste har etablert FACT-team som sentralt tilbud for fleksibel og langvarig oppfølging. Erfaringer fra ACT- og FACT-team kan også være relevante i somatikken der det er behov for tett tverrfaglig samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for pasienter med omfattende behov.

Nye arbeidsformer i psykisk helsevern

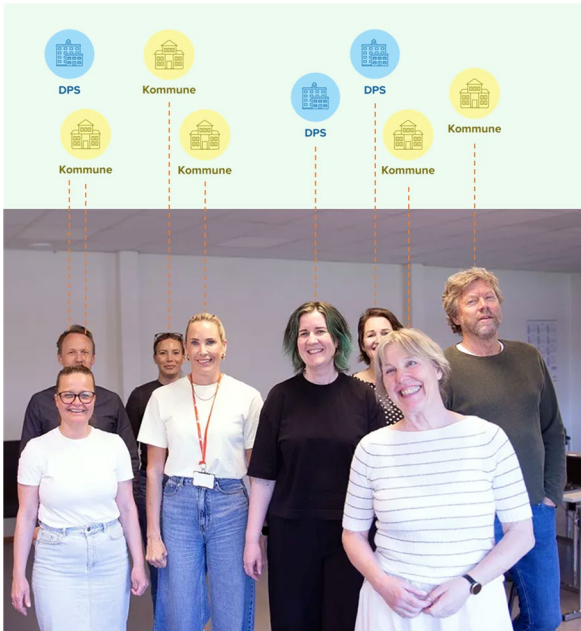
Det pågår mange initiativer for å fornye arbeidsformen i psykisk helsevern. Det finnes mange tilgjengelige digitale tilbud og hjelpemidler, men disse er ikke bundet sammen til et helhetlig tilbud. Et nettverk for digital psykisk helse er etablert i Helse Sør-Øst og arbeider med forbedret pasientbehandling og et mer sømløst tilbud. Vi arbeider for å øke andelen digitale intervensjoner og heldigitale behandlingsforløp. En av forklaringene til at vi ikke har lyktes er at digital oppfølging har blitt lagt til ved siden av og ikke integrert i den eksisterende organiseringen.



Målet er å bygge et økosystem rundt pasientrapporterte data og slik styre flere pasienter direkte til eBehandling, og at digitale intervensjoner blir en naturlig del av behandlingstilbudet i poliklinikk.

[DelMedMeg](#)

Ansvar for psykiske helsetjenester er delt mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, noe som kan føre til at brukere blir «kasteballer» mellom tjenestene. Veien til helsehjelp kan bli lang med flere henvisninger, avslag og «strafferunder». «En vei inn» representerer ny og lovende samarbeidsform med kommunene.



En vei inn

For å gi en enklere og mer helhetlig inngang har Sandefjord kommune og DPS Vestfold utviklet en ny tjenestemodell med et *felles* psykisk helsemottak. Her blir ditt videre behandlingstilbud avklart i møte med enten kommune eller DPS.

Målet er rask avklaring, kortere ventetid og mindre runddans i systemet.

Det store målet er nasjonal innføring innen 2029

[Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#) beskriver prioriterte mål og tiltak innen området i perioden.

3.2.5 *Skrøpelige eldre*

Skrøpeligheit beskriver redusert motstandskraft ved sykdom og belastninger og brukes ofte som uttrykk for biologisk alder. Tilstanden utvikles over tid gjennom samspill mellom aldring, sykdom, skader og livsstil. Forekomsten øker med alder og er om lag 10 prosent blant personer over 70 år. Koordinert innsats for skjøpelige eldre kan bidra til å opprettholde funksjon og forebygge innleggelser.

Skrøpelige eldre har økt risiko for bivirkninger og komplikasjoner ved behandling. Tidlig identifisering er derfor nødvendig for å tilpasse behandling individuelt.

Helsedirektoratet fullfører våren 2026 et oppdrag om bruk av klinisk skjøpeligheitsskala (Clinical Frailty Scale) som kartleggingsverktøy. Anbefalinger ventes i første halvår 2026. Flere av helseforetakene er i ferd med å innføre verktøyet. Det innebærer også en styrket mulighet for samhandling med kommunene der pasientens funksjon blir viktigere enn diagnosen.

Målet er at skjøpelige eldre i størst mulig grad får hjelp og behandling hjemme. Ved innleggelse skal pasientene møtes med ordninger som tar hensyn til sårbarhet, og tiltakene gjenspeiles i helseforetakenes utviklingsplaner. Det er et mål at fagfolk undersøker og behandler skjøpelige eldre i avdelingen der de er innlagt, slik at pasienten unngår unødige forflytninger og skjermes for støy og uro.

Fra 2015 har det blitt flere eldre, men færre som får helsetjenester hjemme eller i sykehjem. [Riksrevisjonen la i mai 2026 fra en rapport](#) som viste at det har blitt 16 prosent flere eldre over 80 år fra 2015 til 2024. Det har i samme periode vært en større vekst i årsverk i kommunehelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Til tross for det, var det likevel færre eldre over 80 år som fikk helsetjenester hjemme eller var brukere av sykehjem i kommunene (både i absolutte tall og per 1000 innbygger). Samtidig vokste forbruket til denne pasientgruppen med 36% for polikliniske konsultasjoner og 11% på akutte korttids liggedøgn på sykehus.

Rapporten viser også store forskjeller mellom kommunene når det gjelder mottak av ferdigbehandlede pasienter. Det dominerende antallet kommer fra de kommunene som har et sykehus i egen kommune.

Dette er forhold som vi må ta med videre i utviklingen av et helhetlig tilbud med omsorg på riktig nivå.



[Samhandlingsarena Kongsberg](#)

Samhandlingsarena Kongsberg skal gi et helhetlig tilbud til pasientgruppen «eldre med skrøpeligheit». Målet med prosjektet er å utvikle og implementere en ny samhandlingsmodell med nasjonal overføringsverdi.



[Eldre i Agder \(EAX\)](#)

EAX øker befolkningens motstandsdyktighet mot skrøpeligheit gjennom tre aktiviteter:

- Etablere felles datasjø mellom sykehus og kommuner.
- Teste WHO rammeverk for integrerte helsetjenester
- Gjennomføre intervensjon på kommende storforbrukere av kommune- og spesialisthelsetjeneste 4 år før de blir storforbrukere.

[Integrerte helsetjenester til sårbare pasienter \(IHT\)](#)

Personer med flere kroniske lidelser er en stor og sammensatt gruppe med ulike behov for tjenester og koordinering. Helsedirektoratet definerer gruppen som personer med kompleks multimorbiditet, det vil si tre eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystem.

Mange kan følges opp i kommunen. Andre har store og sammensatte behov og er i liten grad i stand til å koordinere egen oppfølging. Mellom disse ytterpunktene er det mange som trenger oppfølging fra både kommune og spesialisthelsetjeneste. Samarbeidet overlapper ofte med arbeidet med integrerte helsetjenester i helsefellesskapene.

Integrerte helsetjenester (IHT) er en personsentrert modell der aktører på tvers av nivåer og sektorer samarbeider for å møte pasientens behov. Modellen skal gi bedre koordinering og tverrfaglig samarbeid innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging.

Flere helsefellesskap i Helse Sør-Øst prøver ut IHT for eldre med skrøpeligheit. Helse Sør-Øst RHF ga i oktober 2024 Akershus universitetssykehus HF i oppdrag å etablere et læringsnettverk for helseforetak som arbeider med integrerte helsetjenester.

Skrøpelige eldre er et av satsingsområdene. Nettverket pågår i perioden 2025–2027, og team fra alle helsefelleskap deltar. Arbeidet og dialogen er koordinert med Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet gjennom Prosjekt X.



Integrerte helsetjenester (IHT eldre) er et tverrfaglig samarbeid mellom AHUS, kommuner og fastleger. Prosjektet etablerer et oppfølgingsteam på tvers av fag og tjenestenivå, kartlegger pasientens behov, mål og risikoområder og oppretter individuell behandlingsplan. Prosjektet har også utviklet og tatt i bruk digitale verktøy som støtter det tverrfaglige teamet.

Breddes nå til alle kommuner i AHUS sitt område

[Integrerte helsetjenester - Akershus universitetssykehus HF](#)



[Læringsnettverk om integrerte helsetjenester til eldre med skjøpeligheit](#)

Læringsnettverket er en felles møteplass for erfaringsdeling, inspirasjon, samarbeid og felles tjenesteutvikling. Alle de åtte helsefelleskapene i regionen deltar i nettverket med til sammen 13 team/prosjekter.

Helse Sør-Øst RHF ga i oktober 2024 Akershus universitetssykehus HF i oppdrag å etablere et læringsnettverk for helseforetak som arbeider med integrerte helsetjenester. Skjøpelige eldre er et av satsingsområdene. Nettverket pågår i perioden 2025–2027, og team fra alle helsefelleskap deltar.

[Demens og kognitive utfordringer](#)

Forekomst av kognitiv svikt og demens vil øke betydelig som følge av flere eldre. Det vil kreve bedre organisering av utredning og økt samarbeid mellom fastleger, andre deler av kommunehelsetjenesten og sykehusene.

[Regional handlingsplan for ivaretagelse av personer med kognitiv svikt og demens](#) beskriver prioriterte mål og tiltak innen området i perioden.

3.2.6 Pasienter med flere kroniske lidelser

Dette er en stor pasientgruppe der behovet for sammenhengende tjeneste på tvers av nivåene er spesielt stort. Generell kompetanse fra flere fagområder er viktig, og dette utfordres av den medisinske spesialiseringen. Tiltakene for denne gruppen er dels fagspesifikke men fanges også opp i satsingen på integrerte helsetjenester, samarbeid om de som trenger det mest og nye arbeidsformer. Det betyr behov for koordinering mellom ulike fag og bruk av individuelle behandlingsplaner

3.2.7 Spesialiserte rehabiliterings- og habiliteringstjenester

Rehabilitering er å gjenvinne eller trene opp ferdigheter som har gått tapt etter skade eller sykdom. Habilitering er å utvikle ferdigheter man ikke har hatt tidligere.

Innen de fire gruppene som skal prioriteres i arbeidet med helsefellesskap finnes mange som trenger ulike former for rehabilitering og habilitering. Det er blant annet stadig flere med rehabiliterings- og habiliteringsbehov som har tilleggsproblematikk innen rus/psykiatri. Tilbakemelding fra brukerne er at disse tjenestene er fragmenterte og dårlig koordinert - særlig i overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Habilitering har over tid hatt sterk økning i henvisninger, særlig for barn med autisme, uten tilsvarende ressursvekst.

Viktige tiltak for planperioden vil være:

- Etablere regionalt nettverk med fagmiljøer (fysikalsk medisin og rehabilitering, psykisk helsevern), NAV og kommune (fastlege/samhandlingslege).
- Understøtte faglig utvikling for mer likeverdige tilbud, mindre uønsket variasjon og bedre ressursutnyttelse.

Både habilitering og rehabilitering har store samarbeidsflater med kommunene. [Regional fagplan for habilitering](#) og [regional fagplan for rehabilitering](#) beskriver prioriterte mål og tiltak innen områdene i perioden.

3.2.8 Helse og arbeid

Arbeidsrettede behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten skal forebygge funksjonsfall og bidra til at pasienter kommer tilbake til, eller kan stå i, arbeid eller utdanning.

Tilbud innen Helse og arbeid retter seg for det meste mot personer med angst og depresjon og muskel- og skjelettlidelser. Behandlingen gis i sykehus og hos private leverandører innen psykisk helsevern og fysikalsk medisin og rehabilitering.

Norsk forskning viser at pasienter med angst og depresjon kommer om lag dobbelt så raskt tilbake i jobb med kort, jobbfokusert behandling sammenliknet med dem som måtte vente på samme behandling.

Individuell jobb støtte (IPS) er et tilbud til personer med moderate til alvorlige psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer som ønsker hjelp til å komme i eller bli i ordinært, lønnet arbeid. Metodikken bygger på forpliktende samarbeid mellom helsetjenestene og NAV. Arbeid og utdanning integreres som del av behandlingen. [Individuell jobbstøtte \(IPS\) - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet vedtok i 2021 [Strategi for fagfeltet arbeid og helse](#). Den gir føringer for videre arbeid i planperioden. Helse Sør-Øst RHF og NAV har også

en samarbeidsavtale som skal styrke koordinering og samtidige tjenester og legge til rette for deltakelse i utdanning og arbeidsliv uavhengig av funksjonsevne.

Viktige tiltak for planperioden vil være:

- Utvikle kvalitetsindikator for andel som returnerer til arbeid i samarbeid med brukerutvalg i Helse Sør-Øst RHF.
- Øke bruk av digital behandling (eBehandling) for arbeid og helse.
- Implementere behandlingsmodeller som kombinerer terapi med tydelig jobbfokus.

3.3 Ta tiden tilbake – bedre bruk av tid for ansatte og pasienter

Mer tid til pasientrettet arbeid: nye arbeidsformer og teknologi krever endret kompetanse og organisering

I forrige utgave av utviklingsplanen var «Ta tiden tilbake» og «Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi» to separate satsingsområder. Gjennom de siste fire årene har dette skillet visket seg ut. Teknologiske løsninger, organisering, oppgavedeling og utvikling av kompetanse griper i så stor grad inn i hverandre at vi omtaler dem sammen.

Klinisk personale ønsker å bruke mer tid til klinisk arbeid, samtidig som vi mangler fagfolk. Det betyr at vi må organisere oss bedre. Vi må dele oppgaver bedre, og vi må forenkle rapportering og administrative oppgaver. Når vi innfører nye rutiner og systemer, må vi spørre «blir dette bedre for de ansatte?». Nye løsninger har fram til nå ofte medført at klinisk personale opplever arbeidet som tyngre mens gevinstene kanskje hentes ut andre steder.

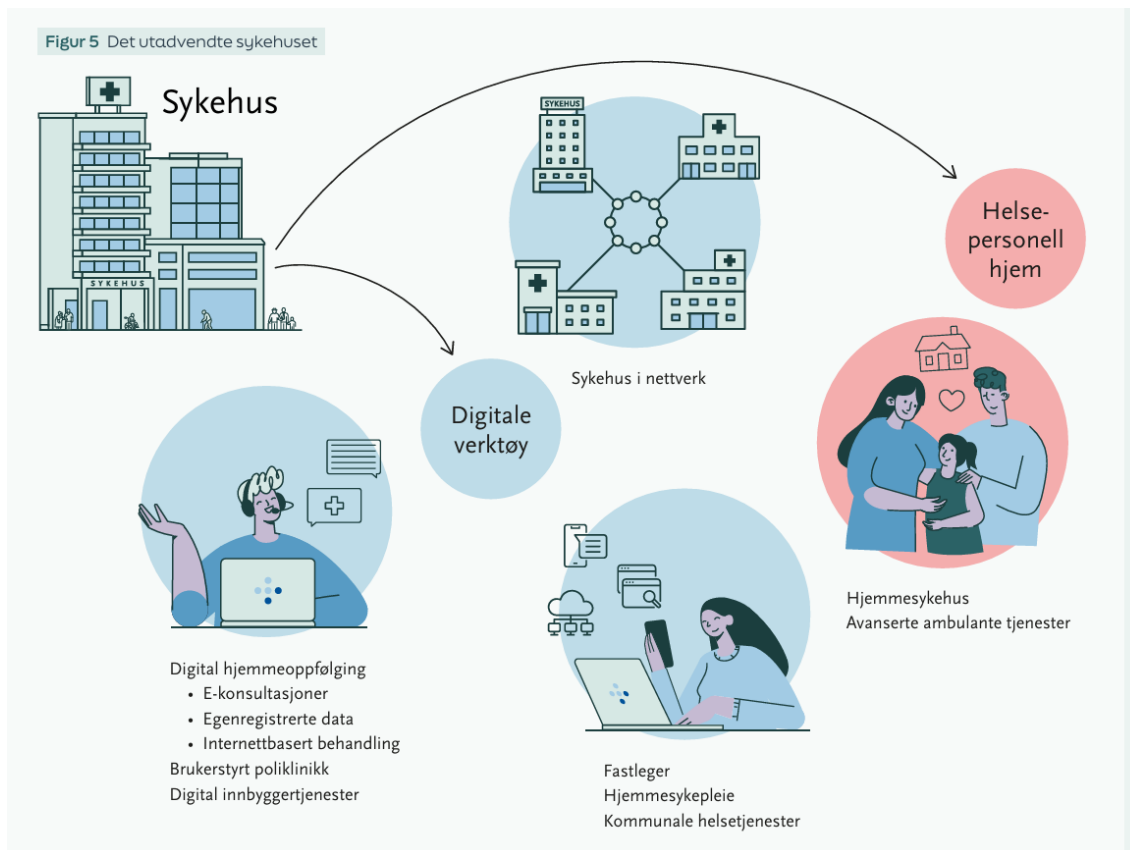
En hypotese er at vi undervurderer *hvor* tungvinte endringene kan være. Helsepersonell er eksperter i å finne omveier som skjuler hvor tunge systemene egentlig er. Det pågår flere initiativer for å redusere plunder og heft, blant andre «[Sykehuspartner på hjul](#)». I kommende periode vil vi øke vår innsats for å gjøre arbeidsdagen lettere og systemene enklere. Målet vårt må være at nye systemer eller oppdateringer oppleves som forbedring av de som faktisk bruker dem.

3.3.1 Nye arbeidsformer

Utadvendt sykehus

Mye helsehjelp kan gis hjemme eller nær der folk bor. Sykehusene må derfor i større grad støtte kommunene med kompetanse, veiledning, digitale løsninger og ambulante team. Et mer utadvendt sykehus betyr at vi bygger tjenester rundt pasientens behov, ikke rundt bygget. Det kan gi færre unødige oppmøter på sykehusene, bedre overganger og mer forutsigbar oppfølging for pasienter og pårørende.

Figur 5 Det utadvendte sykehuset



For ansatte innebærer dette nye arbeidsformer og tydeligere samhandling på tvers av nivåer. Det krever klare avtaler om ansvar, felles kompetanse og gode arbeidsverktøy som gjør det enkelt å dele plan, informasjon og oppgaver med kommunene.

Utdavendt sykehus favner både ivaretagelse av pasienten hjemme og støtte til helsetjenesten utenfor sykehus. Digital teknologi legger til rette for hjemmeoppfølging, beslutningsstøtte, samkonsultasjoner med annet helsepersonell og bedre samarbeid mellom sykehus. Hjemmesykehus betyr at spesialisthelsetjenesten beholder ansvaret for pasienten og behandling, og at det er vårt personale som i utgangspunktet reiser ut hvis dette er nødvendig. Hjemmesykehus kommer også til å utvikle seg til en praktisk samarbeidsarena mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

I Danmark er pasienten "innlagt" i sykehus også de to første døgnene etter utskrivelse. Vestre Viken HF piloterer nå en lignende ordning. En slik fleksible utskriving vil både kunne åpne enda en samhandlingsarena og bedre kvaliteten i oppfølgingen av pasienter med sammensatte behov.

[Helse Sør-Øst Hjemme](#)

Gjennom satsingene på nettverket HSØ Hjemme, tjenesteutviklingsprosjektene [Ahus Hjemme](#) og [OUS Hjemme](#) utvikler sykehusene nye modeller for at flere pasienter skal få spesialisthelsetjenester hjemme. Målet er å realisere «hjemme når du kan, på sykehuset når du må» gjennom digitale løsninger, hjemmebehandling og styrket samhandling. OUS og AHUS leder etablering av nettverk i regionen for hjemmesykehus.

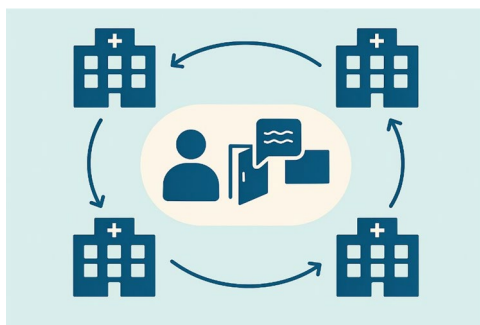
Arbeidet skal bidra til å flytte kompetanse ut til pasienten, sikre like god kvalitet og pasientsikkerhet, og utvikle sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner. Dette er en sentral del av utviklingen av det utadvendte sykehuset i Helse Sør-Øst.

Fra kalenderstyring til behovsstyring

I en behovsstyrt poliklinikk får pasienter som lever med kroniske eller svingende plager, rask tilgang til vurdering når behovet oppstår, uten ny henvisning hver gang. Pasienten får en avtalt plan for når og hvordan det er riktig å ta kontakt.

Målet er færre unødige kontroller og mer tid til dem som trenger oppfølging akkurat nå. For pasienter og pårørende kan dette gi mer trygghet og bedre mestring. For ansatte kan det redusere tid brukt på administrasjon, men det krever tydelige kriterier for hvem ordningen passer for, og gode rutiner for prioritering.

Behovsstyrt poliklinikk må henge sammen med fastlege og kommunale tjenester. Når vi deler plan, mål og ansvar tydelig, blir oppfølgingen mer sammenhengende og risikoen for at pasienter faller mellom nivåene mindre.



Nettverk for behovsstyrt poliklinikk

Nettverket har representanter fra alle helseforetak og jobber sammen for å øke bruken av behovsstyrt poliklinikk. Nettverket skal løse utfordringer og felles problemstillinger som gevinstrealisering manuelle rutiner og «endringsmotstand».

Noen eksempler er:

- Alle sykehus har anskaffet digitale verktøy
- Alle sykehus har innført behovsstyrt poliklinikk for flere forløp
- Erfaringsutveksling, tett samarbeid og gjenbruk på tvers av sykehus
- Bedre kodepraksis / utarbeidelse av koderobot
- Felles dashboard for aktiviteter
- Økning av antall pasienter i behovsstyrt poliklinikk og DHO

3.3.2 Rett kompetanse og organisering

Rett kompetanse og organisering betyr at vi bruker mest mulig av faglig kompetanse og ressurser på pasientene. Det krever at oppgaver som kan frigjøre tid for leger og sykepleiere, løses av andre yrkesgrupper, bedre arbeidsprosesser og teknologiske løsninger.

Leger og sykepleiere bruker om lag halvparten av arbeidstiden på oppgaver som ikke er knyttet til pasientbehandling. Det betyr at det er stort potensial for å frigjøre tid til klinisk arbeid. Uavhengig av hvor mange vi utdanner, bør vi starte med hvordan kompetansen brukes i arbeidshverdagen.

Fagarbeidere og støttepersonell er en viktig del av framtidens bemanningssammensetning. Helsefagarbeidere, portører, logistikere, teknikere og helsesekretærer kan avlaste og frigjøre tid til pasientbehandling. For svake støttefunksjoner gir mindre tid til pasientrettet arbeid og kan påvirke pasientsikkerhet og kvalitet. Vi trenger bedre administrativ støtte til klinikere og førstelinjeledere og flere praksis- og lærlingeplasser og at det finnes stillinger til nyutdannede fagarbeidere.

Sengepostene er avgjørende for kvalitet, kapasitet og rekruttering i spesialisthelsetjenesten, men er samtidig særlig utsatt for høy turnover og bemanningsutfordringer. En bærekraftig utvikling forutsetter at arbeidshverdagen organiseres slik at sykepleiere opplever faglig utvikling, mestring og tilstrekkelig tid til pasientrettet arbeid.



Kompetanseutviklingsmodell for sykepleiere på sengepost

Vi har utviklet en modell for kompetanseutvikling for sykepleiere på sengeposter over tre trinn.

Hensikten er å strukturere kompetanseutviklingen for å skape tydelig muligheter for sykepleiere - for å rekruttere, utvikle og beholde sykepleiere på sengeposter.

Vi har delt modellen både internt i OUS og flere andre helseforetak.

- Vi har møtt fagdirektører, sykepleierledere og fagsykepleiere.
- Vi har bidratt med veiledning, praktisk hjelp og tilpasning.
- Sammen med HSØ arrangerte vi samling for 250 påmeldte der modellen og utviklingsarbeidet ble presentert.
- Nå etablerer vi nettverk for alle som arbeider med de samme i helseforetakene.

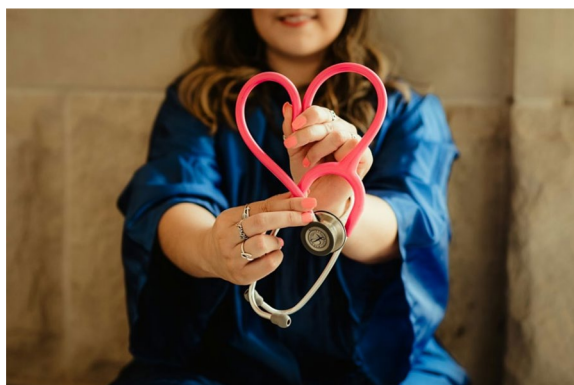
Tverrfaglige team skal bidra til kontinuitet, kvalitet og helhetlig arbeidsflyt. TØRN-programmet skal videreføres og bidra til bedre bruk av personellressursene gjennom bruk av nye arbeids- og organisasjonsmodeller. Regionale læringsnettverk skal støtte enheter i forbedring av arbeidsprosesser og omfordeling av oppgaver.

Endringer i roller, ansvar og oppgaver kan møte motstand. Vi må bygge kunnskapsgrunnlag som viser behov og gevinster, og støtte helseforetakene i arbeidet med nye organisasjonsformer.

Breddekompetanse, spesialistutdanning og kompetansestyring

Helseforetakene er utdanningsvirksomhet for leger i spesialisering. For sykepleiere tilbys spesial- og spesialistutdanning i samarbeid med universitets- og høyskolesektoren. Ledere må kjenne sitt ansvar og sin rolle i spesial- og spesialistutdanning. Kandidater skal få nødvendig supervisjon og veiledning, og virksomheten skal vurdere om kompetansekravene eller læringsutbyttene er oppnådd.

Helse Sør-Øst vil støtte med nettressurser, e-læring og kurs for ledere, samt opplæring i supervisjon og veiledning. Det er utarbeidet regional anbefaling for vurderingskollegium. Spesialistutdanningene skal understøttes av digitale verktøy som gir oversikt over kvalitet og progresjon og bidrar til riktig dimensjonering av utdanningskapasitet.



Bedre utdanning og bedre på jobb

Vi lager et gjennomarbeidet kursopplegg for utdanning i supervisjon, veiledning og kompetansevurdering av og for leger i spesialisering.

Kursopplegget inneholder undervisningsmaterieell for både kursholdere og kursdeltakere, ferdige presentasjonspakker og en fylldig kursmanual for gjennomføring av kurset.

Bedre kommunikasjon, tydelige forventninger og samarbeid om å utdanne de beste fagfolka gjør det bedre for alle leger å være på jobb.

Kompetanseutvikling, -ledelse og -styring skal være helhetlig og systematisk. Vi må ha oversikt over oppgaver, kompetanse og kompetansebehov. Regionale og lokale kompetanseplaner skal brukes mer standardisert, og systemer for planlegging, oppfølging og effektiv bruk av kompetanse skal videreutvikles.

Ressurs- og arbeidstidsplanlegging

Forutsigbare og fleksible arbeidstidsordninger er avgjørende for kvalitet, rekruttering og nærvær. Arbeidstidsplanlegging skal støtte heltidskultur, redusere uønsket deltid og bidra til balanse mellom belastning og restitusjon. Teknologi skal tas i bruk der det gir bedre planlegging. Foretakene skal teste nye ordninger og dele erfaringer på tvers av regionen.

Samarbeid mellom helseforetak og kommuner om bestemte yrkesgrupper og oppgaver, særlig innen svangerskapsomsorg og psykisk helsevern, kan gi bedre kompetanseflyt, økt kapasitet og mer likeverdige tilbud.

Arbeidsmiljø, nærvær og ledelse

Et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for å beholde og rekruttere kompetente medarbeidere. Arbeidsmiljø omfatter fysiske forhold, organisering og psykososiale forhold.

Systematisk HMS-arbeid skal avdekke og håndtere risiko tidlig. God ivaretagelse av nyansatte og tett oppfølging av erfarne medarbeidere, fleksibilitet gjennom livsfaser og målrettet nærværarbeid er viktige forutsetninger.



Fadderordning for LIS

Den første tiden som lege oppleves ofte som både krevende og overveldende.

Fadderordning for LIS sørger for kollegial støtte og at ditt første møte med en ny arbeidsplass er formet etter LIS-legenenes ønske og behov.

Bærebjelken er at ordningen er **«av LIS, for LIS og med LIS»**, og at de har en leder som legger til rette for dette.

Vi har arbeidet i en nettverksmodell med liten grad av detaljstyring. Målet var å innføre ordningen på de medisinske avdelingene i vår region. Den har spredd seg nærmest ukontrollert i hele landet.

Som del av IA-avtalen er det etablert bransjeprogram for sykehus med innsatsområdene «Der skoen trykker», «Tidlig og tett på» og «Sammen om forbedring», med vekt på partssamarbeid og medarbeiderinvolvering.

Tillitsbasert ledelse og styring skal redusere unødvendig byråkrati, detaljstyring og tidstyver. Forenklinger krever støtte i hele styringslinjen. Førstelinjelidere må ha rammer som gir tid til oppfølging av medarbeidere, fagutvikling, forbedring og endring.

Sosial bærekraft innebærer et arbeidsmiljø preget av likestilling, mangfold og inkludering og forebygging av diskriminering og trakassering. Ansattes tilleggskompetanse, som språkferdigheter og kulturforståelse, skal brukes mer systematisk der det styrker pasientsikkerhet, tillit og kvalitet.

Personaleffektive arealer og helselogistikk

Planlegging av nye sykehus har vektlagt arealeffektivitet. Fremover må vi legge enda større vekt på personaleffektive arealer og helselogistikk. Vi må planlegge nye og bruke eksisterende sykehus bedre for å gi ansatte rom for pauser og hvile ved lange vakter.

Både fagfolk og pasienter bruker mye tid på å vente, lete og gjøre om igjen. [Riksrevisjonen viste allerede i 2018 at legene bruker mye tid på venting, blant annet på ledig rom og medisinsk-teknisk utstyr](#). Bedre logistikk og tydeligere flyt kan frigjøre tid, men krever at vi finner bedre måter organisere oss på.

Tid til utdanning

Helseforetakene er store utdanningsvirksomheter og bruker mye tid på veiledning av studenter og lærlinger. Gode praksisplasser med godt læringsutbytte bidrar til rekruttering. Praksisstudier må moderniseres i tråd med nye pasientforløp og mer digital læring. Praksisperioder skal sikre at studentene når læringsmålene. Når de rekrutteres til stillinger, må dette følges opp med gode og individuelle kompetanseplaner.

Felles utvikling av prehospitale tjenester

Prehospitale tjenester har stort potensial som samhandlingsflate med kommunene. Det gjelder ikke bare en sammenhengende akuttkjede, men også nye muligheter for å utnytte prehospital kompetanse og kapasitet.

Det er om lag 300 ambulansestasjoner i Norge. Det er nødvendig for å opprettholde akuttberedskap. Utenfor byene medfører færre oppdrag per stasjon at mye av tiden ikke brukes aktivt. Her må vi planlegge sammen med kommunene om bedre integrering. Bruk av teknologi kan åpne nye behandlingsmuligheter uten at pasientene må forflyttes, og da er det behov for tettere samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Hvilken rolle prehospital tjeneste skal ha i utviklingen av hjemmesykehus må også avklares.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en prehospital fellestjeneste i regionen for perioden 2025-2027, med mål om å få en mer felles utvikling av disse tjenestene. Arbeidet med organiseringen av prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst ble styrebehandlet i desember 2025 og legger føringer for videre arbeid på dette fagområdet. Det arbeides med en fagplan for de prehospitale tjenestene, som vil beskrive innsatsområdet for de kommende årene. Sentrale områder her vil blant annet være kapasitet i tjenestene og utviklingen av AMK.

3.3.3 Teknologi og data i pasientforløp

Økt verdiskaping gjennom digitalisering er en sentral forutsetning for bærekraftige helsetjenester frem mot 2040. Teknologi skal støtte pasientsikkerhet, kvalitet, ressursutnyttelse og arbeidsmiljø og må ses i sammenheng med organisasjon, kompetanse og arbeidsprosesser.

Bruk av helsedata

Helsedata er en grunnleggende forutsetning for utvikling av sammenhengende pasientforløp, bedre ressursutnyttelse og en mer kunnskapsbasert helsetjeneste. I dag samles det store mengder data gjennom klinisk arbeid, pasientrapporterte opplysninger, medisinsk-teknisk utstyr og administrative systemer. Fram mot 2040 skal sykehusene i større grad automatisk hente, gjenbruke og dele helsedata til både pasientbehandling, styring, kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon.

Helsedata finnes i både de ulike fagsystemene i sykehusene, i Helse Sør-Østs regionale data- og analyseplattform (RDAP) og i de mange nasjonale kvalitetsregistrene. Begrepet «helsedata» er et vidt begrep og inkluderer både direkte pasientsensitive data og styringsdata/metadata. Like viktig som mer aktiv bruk av og tilgang til relevante pasientrelaterte data i hele helsetjenesten, er mer aktiv bruk av og tilgang til styringsdata/metadata. Slike styringsdata/metadata er sentralt for å få økt innsikt i

arbeidsprosessene i sykehusene, men ikke minst vil det være en forutsetning for å lykkes med å styre og realisere mer sammenhengende helsetjenester på tvers av omsorgsnivåene.

Vi skal gå fra mange enkeltstående løsninger til helhetlig tjenesteutvikling der teknologi understøtter pasientforløp, arbeidsprosesser og samhandling på tvers av nivåer og aktører. Videreutvikling av IKT-tjenestene og mer produktorientert arbeid skal bidra til tydeligere ansvar, bedre prioritering og bedre gevinstrealisering.

Pasienter og pårørende skal oppleve helsetjenesten som sammenhengende. Det er trolig lettere å skape et sammenhengende pasientforløp digitalt enn ved å slå sammen fysiske enheter. Digitale pasientforløp skal støtte samhandling mellom sykehus, kommunale tjenester, fastleger, pasienter og pårørende og gi mer forutsigbar oppfølging og bedre ressursutnyttelse.

Digitale løsninger skal gjøre det mulig å følge opp flere pasienter der de er, når det er faglig forsvarlig, og i større grad basert på behov enn på faste kontrollrutiner. Dette kan gi økt egenmestring og redusere reisebelastning. Datadrevet pasientforløp, ved bruk av eksempelvis pasientrapporterte data, målinger og data fra medisinsk utstyr og sanntidsinformasjon fra fagsystemene, gjør pasientforløpene behovsdrivet og gir bedre beslutningsstøtte, mer treffsikker oppfølging og redusert antall unødvendige kontroller.

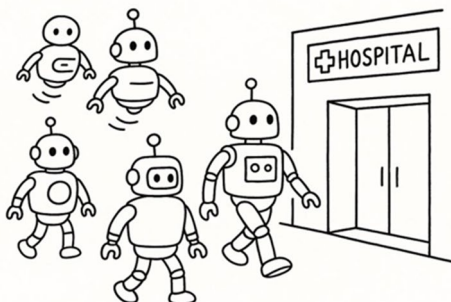
Administrative og støttende prosesser skal forenkles og automatiseres der det er mulig. Automatisering kan gi mer effektive arbeidsflyter innen registrering, rapportering, logistikk og støttefunksjoner. Her er det stort potensiale allerede med eksisterende løsninger som bare er i begrenset bruk. I tillegg vil løsninger basert på kunstig intelligens bli sentralt for å løse komplekse planlegging og operativt arbeid som innebærer både personell, lokaler/arealer og utstyr.



Regionalt nettverk automatisering

Automatisering av manuelle arbeidsprosesser skal bidra til en enklere hverdag for de ansatte, mer effektiv arbeidsflyt og bedre pasientsikkerhet og kvalitet på helsetjenesten. Vi ansetter roboter (bokstavelig talt) som løser rutinepregede oppgaver.

Det regionale nettverket gir kompetansedeling, koordinering av tiltak og styrket samarbeid.



Vi ruster oss for å ta i bruk teknologi som gir nytte og sparer tid. Vi har startet med innføringen av [Robot Henriksen](#) som rydder ventelister.

Vi skal skalere vellykkede tiltak på tvers av regionen og integrere automatisering som en del av ordinær drift.

Automatisk høsting av data fra journalsystemer og medisinsk utstyr skal redusere manuell rapportering og gi støtte til datadrevet digitale pasientforløp der det er mulig. En mer systematisk og standardisert bruk av data gir bedre grunnlag for prioritering, ressursstyring og kunnskapsutvikling i hele helsetjenesten.

Personvern, tillit og digital beredskap

Økt digitalisering og bruk av helsedata forutsetter høy datakvalitet, tydelig ansvar for databruk og robuste løsninger som ivaretar personvern, informasjonssikkerhet og beredskap. Tillit er en forutsetning for at pasienter, pårørende og ansatte tar i bruk nye løsninger. Innebygd personvern og sikkerhet må derfor ligge til grunn for utvikling av nye tjenester.

Digital beredskap og sikkerhet skal være integrert i planlegging, utvikling og drift. Bortfall eller kompromittering av digitale tjenester kan få direkte konsekvenser for så vel pasientsikkerhet, driften av sykehusene og tilliten til helsetjenesten.

Endringsledelse og digital kompetanse

Digitalisering er en lederoppgave. Tiltak må ses i sammenheng med organisasjon, arbeidsprosesser og kultur. Gevinster realiseres først når løsningene tas i bruk som en integrert del av klinisk og administrativ praksis. Dette fordrer ofte at eksisterende praksis og arbeidsprosesser må endres og blir dermed en forutsetning for at konkrete gevinster kan realiseres basert på digitaliseringens muligheter.

Digital kompetanse skal være en grunnleggende del av fagutøvelsen. Den omfatter praktisk bruk av verktøy og mer avansert forståelse av arbeidsflyt, data, analyse, kunstig intelligens og informasjonssikkerhet. [Regionalt senter for digital læring og kompetanseutvikling på Akershus universitetssykehus](#) skal bidra til mer samhandling og mindre dublering.

Brukerdrevet utvikling skal gi raskere endringer og bedre brukeropplevelser. Helse Sør-Øst RHF skal løfte fram lokale initiativ og etablere rammer som sørger for at gode ideer tas i bruk på tvers av foretaksgruppen.

[Regional delstrategi for teknologiområdet](#) beskriver prioriterte satsingsområder, mål og tiltak innen området i perioden.



Mobile medarbeider – med Arena mobil som første prosjekt

Sykehuset Østfold HF leder det regionale programmet «Den mobile medarbeider», en klinikkstyrt modell for digital utvikling der faget sitter i førersetet og teknologien følger etter.

Første prosjekt er mobil tilgang til DIPS Arena (EPJ) for leger og sykepleiere: journal i lomma, dokumentasjon i sanntid, sikker pasientliste og prøvesvar/-bestilling der du er.

Modellen bygger på frikjøp av klinikere som digitaliseringsledere (50 %) samt ulike nettverk i avdelingene. Målet er en varig struktur for å redusere teknologisk plunder og heft.

De neste fire årene vil vi:	Hvordan vet vi om vi er på riktig vei?
• Videreutvikle styrings- og samarbeidsmodeller som gjør teknologi til en integrert del av tjenesteutviklingen. • Videreutvikle og ta i bruk digitale pasientforløp, digital hjemmeoppfølging, kunstig intelligens og automatisering der dette gir dokumentert nytte. • Bruke data bedre til forbedringsarbeid, styring, forskning og innovasjon. • Videreføre regional satsing på helselogistikk og personaleffektive løsninger. • Øke bruken av fagarbeidere, breddekompetanse og oppgavedeling for å frigjøre tid til pasientrettet arbeid. • Bidra til at utdanningene vekter bredde- og generellkompetanse innen alle fagfelt • Videreutvikle heltidskultur, helsefremmende arbeidstidsordninger og bedre bemanningsplanlegging. • Modernisere praksisstudier og kompetanseutvikling i tråd med nye arbeidsformer og ny teknologi. • Etablere fast regional topplederarena. • Styrke digital kompetanse og endringskompetanse hos ledere og medarbeidere.	• Digitale løsninger gir støtte til flere sammenhengende pasientforløp, og flere pasienter følges opp digitalt når det er faglig forsvarlig. • Kunstig intelligens og automatisering brukes i kliniske og administrative arbeidsprosesser med dokumentert nytte og forsvarlig styring. • Helsepersonellet er fornøyd med de digitale tjenestene de benytter og opplever at disse frigjør tid til mer pasientrettet arbeid. • Antallet lærlinger og fagarbeidere øker, og flere helseforetak bruker regionale og lokale kompetanseplaner mer systematisk. • Arbeidsmiljø og nærvær utvikler seg positivt, bemanningen blir mer stabil og bruken av innleie går ned. • Bemanningsplanlegging og ressursstyring fungerer bedre, med tydeligere sammenheng mellom behov, kompetanse og drift.

3.4 Ta kunstig intelligens i praktisk bruk

Vi må bruke tid på det som er viktig

Kunstig intelligens (KI) vil være et sentralt virkemiddel for å forbedre helsetjenesten den kommende perioden.

Kunstig intelligens er ikke fullstendig nytt og har vært prøvd ut i mindre skala innen helse i flere år. Det nye den kommende perioden er omfanget og skaleringen av KI-baserte løsninger både til administrative og kliniske formål med dokumenterte gevinster for både pasientbehandlingen og effektiviteten i driften av sykehusene.

For Helse Sør-Øst handler KI-satsingen først og fremst om å få mer tid til pasientene, bedre arbeidshverdag for ansatte og en helsetjeneste som kan møte morgendagens kapasitetsutfordringer.

Hva KI faktisk kan gjøre – og hva det ikke kan

Kunstig intelligens er ikke én teknologi, men en familie av verktøy med det til felles at de er trent på store datamengder og kan støtte beslutningstaking og/eller utføre avgrensede oppgaver. Innen administrative oppgaver kan KI-løsninger lære kontinuerlig, mens KI-løsninger til bruk i klinisk praksis i større grad krever CE-merking basert på MDR-direktivet og dermed blir mer statiske.

I Innen radiologi kan KI-løsninger både hjelpe radiologen med å forenkle og forbedre tolkning av bilder, men også gjøre en første-vurdering av bildene. Dette legger til rette for bedre bruk av ressursene til de pasientene som trenger det mest. De mest avanserte KI-løsningene innen radiologi er regulert for en viss grad av autonomi og kan avlaste helsetjenesten ved å gjøre selvstendige vurderinger innen et avgrenset område (f.eks. øyebunns-bilder innen diabetisk retinopati og røntgen thorax).

KI kommer med et stort gevinstpotensial, men også med risiko og viktige spørsmål som må besvares. KI kan gjøre feil, forsterke skjevheter som finnes i datagrunnlaget og gi falsk trygghet. Det reiser dessuten spørsmål om personvern og informasjonssikkerhet som må tas på alvor. Dette krever en risikobasert tilnærming, tydelig ansvar for kvalitet og risiko, åpenhet om begrensninger og løpende oppfølging av hva løsningene faktisk gjør i praksis. KI-forordningen vil stå sentralt i dette arbeidet.

I motsetningen til mange helsesystemer internasjonalt, har Helse Sør-Øst kommet forbi piloteringsfasen av KI-baserte verktøy og er allerede godt i gang på flere områder.

KI innen radiologi – Vestre Viken HF

Bildedagnostikk er et av de fagområdene der KI har kommet lengst. Vestre Viken HF startet med KI innen radiologi, og gjennom regionale innovasjonsmidler og faglig nettverk brer dette seg til alle sykehusene i regionen og til resten av landet. Resultater så langt viser at KI bidrar til et betydelig antall sparte timer ved å fjerne overflødige legekonsultasjoner og en vesentlig reduksjon i ventetid for pasienter. Radiologene kan bruke tiden på pasienter som trenger det mest.



Kunstig intelligens radiologi

Vestre Viken var først ut med å ta i bruk KI i bildediagnostikk, og de gode erfaringene herfra har ført til at applikasjonen fraktur- og skjelettskader nå er en nasjonal løsning.

Målet med KI-satsningen er å frigjøre tid som kan brukes der behovet er størst, få ned ventetidene, og å gi våre ansatte en bedre arbeidshverdag. Vi vil bidra til å forme fremtidens helsetjeneste - ikke bare vente på den.

Tale til sammendrag – på vei inn i alle sykehusene

Tiden til vårt helsepersonell er den knappeste ressursen vi har. Mye av tiden brukes på dokumentasjon - på å skrive ned det som er sagt, vurdert og besluttet i møtet med pasienten. Det er nødvendig arbeid, men det tar tid og trekker oppmerksomheten bort fra pasienten i rommet.

Flere helseforetak i Helse Sør-Øst og nasjonalt har testet løsninger der tale fra kliniske samtaler automatisk transkriberes og struktureres til et journalnotatutkast med generativ KI. Klinikeren gjennomgår, justerer og godkjenner det endelige journalnotatet. Dokumentasjonsarbeidet blir med denne type KI-verktøy vesentlig forenklet og krever markant mindre tid.

Helse Sør-Øst har inngått rammeavtale med fire leverandører som muliggjør rask innføring i foretaksgruppen. Fra sommeren 2026 er det startet en kontrollert og systematisk bredding av disse løsningene i sykehusene i Helse Sør-Øst, noe som repliseres i de øvrige regionene som også er omfattet av rammeavtalen.

Tidlige tilbakemeldinger fra de som har testet løsningene er positive: mer tid i samtalen med pasienten og mindre tid foran skjermen etterpå. Tilbakemeldingene viser samtidig at det er store variasjoner i

hvor store gevinstene er for de ulike brukergruppene ved sykehusene. Målet er at løsningen tas i bruk av alle klinikere som ønsker det og får gevinster av det i planperioden.

En forventet videreutvikling og bruk av denne type KI-løsninger er at de også vil kunne foreslå medisinsk koding og diagnostisering. En risikobasert tilnærming vil være sentralt for å lykkes med dette neste steget og MDR-direktivet vil være til stor hjelp i dette arbeidet.

KI som assistent – fra rekruttering til hele den administrative hverdagen

«Agentisk KI» kan forstås som neste steg etter generativ KI. Der generativ KI stort sett produserer nytt innhold (f.eks. et journalutkast), bruker agentisk KI generativ KI som metode for å utføre målrettede oppgaver. Det er KI-systemer som ikke bare svarer på spørsmål, men som innenfor definerte rammer selv tar initiativ, koordinerer mellom systemer og gjennomfører sammensatte oppgaver, uten at en person trenger å styre hvert enkelt steg. Dette representerer et kvalitativt skifte fra det vi har sett til nå.

Potensialet er størst der hverdagen er full av komplekse, regelstyrte prosesser som krever mange systemer og mye koordinering, men der selve fagvurderingen er mindre kritisk enn i klinisk praksis.

Det beskriver store deler av administrativt og HR-relatert arbeid i sykehus: Rekruttering, ressursplanlegging, innkjøp, logistikk, avvikshåndtering, kontraktsoppfølging med mer. Disse prosessene er i dag tidkrevende og sårbare for feil og agentisk KI kan dermed tilføre stor verdi både mht. spart tid og kvalitet i prosessene.

Helse Sør-Øst RHF har startet et samarbeidsprosjekt med Oslo universitetssykehus HF, Sykehuspartner HF og leverandører for å gi administrativ støtte gjennom hele rekrutterings- og ansettelsesprosessen.

Agentisk KI i praksis – rekruttering

Utprøvingen tester hva agentisk KI kan gjøre i en sykehuskontekst og legger grunnlaget for bruk på tvers av administrative og HR-relaterte prosesser.

Rekrutteringsagenten følger lederen steg for steg gjennom hele prosessen, fra å vurdere behovet og skrive stillingsannonse, via forhåndsvurdering og intervju, til ansettelse og oppfølging. Den har tilgang til regelverk, retningslinjer og veiledere, koordinerer mellom systemer og sørger for at ingenting glemmes. Den vil imidlertid *ikke* bli brukt til å rangere eller sortere søkere.

Neste steg etter rekruttering kan være on-boarding, HR-prosesser, ressursplanlegging eller avvikshåndtering. Alle er aktuelle kandidater for agentisk KI.

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom teknologileverandør, Sykehuspartner, Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF. Erfaringene fra utprøvingen vil være grunnlag for å avgjøre hvor agentisk KI gir størst nytte i regionen fremover.

Rekruttering i 2025



Men rekrutteringsagenten er bare starten. Erfaringene fra denne utprøvingen skal brukes til å forstå hvordan agentisk KI kan forenkle administrative prosesser i sykehus, og til å identifisere de neste områdene der det gir størst nytte. HR-prosesser, administrativ koordinering og støtte til mellomledere i komplekse beslutningsprosesser er alle aktuelle neste steg, og listen vil vokse etter hvert som erfaringene bygger seg opp.

Tre perspektiver for bruk av KI i sykehus – for pasienter, ansatte og samhandling

KI skal bidra til bedre og raskere diagnostikk, mer treffsikker behandling og kortere ventetid. Det skal gi pasienter mer tid med helsepersonellet og gjøre tjenestene mer tilgjengelige. Pasienter og pårørende skal vite at det er kvalifisert helsepersonell som har ansvaret for dem, uavhengig av hvilke verktøy som brukes.

KI skal avlaste medarbeiderne for tidkrevende oppgaver som dokumentasjon, rapportering og koordinering, slik at den frigjorte tiden kan brukes på pasienter og kolleger. Ansatte skal involveres i utvikling og innføring av KI-løsninger, for det er de som best vet hva som fungerer, og hva som skaper nye problemer. KI skal ikke være noe som skjer med ansatte, men noe de er med på å forme.

Samarbeidet mellom sykehus og kommuner er fortsatt en av de største organisatoriske utfordringene i norsk helsetjeneste. KI er foreløpig ikke tatt i bruk her, men også her vil KI kunne brukes til å lette det administrative arbeidet i helsefelleskapene, bidra til bedre struktur og samarbeid i sammensatte pasientforløp.

Ansvarlig bruk og systematisk innføring

Kunstig intelligens er hverken helt nøytral eller objektiv. Løsningene speiler de dataene de er trent på, og dataene er ikke alltid representative for alle pasientgrupper. KI-systemer som er trent primært på data fra én etnisk gruppe kan potensielt gi dårligere resultater for andre etniske grupper.

KI-systemer som er trent på historiske ansettelsesdata, kan reprodusere historiske skjevheter. Dette er ikke bare teoretiske problemer, men dokumenterte utfordringer i helsetjenester verden over. Validering av nye løsninger er derfor en forutsetning før disse tas i bruk, spesielt i klinisk praksis.

I planperioden skal vi bredde KI-løsninger som virker. Helse Sør-Øst skal stille krav til transparens, etterprøvnbarhet og jevnlig evaluering av alle KI-løsninger som tas i bruk. Det skal være tydelig hvem som har faglig ansvar for beslutninger der KI inngår, og vi skal gjenbruke valideringsresultater på tvers av helseforetak for å sikre at gode løsninger spres raskere og feil ikke gjentas.

Sammenheng med øvrige satsingsområder

KI er ikke et isolert satsingsområde, men et virkemiddel som binder de øvrige satsingsområdene tettere sammen. Det støtter helsekompetanse ved å gi pasienter bedre informasjon, muliggjør det utadvendte sykehuset og behovsstyrt poliklinikk, og bidrar til å redusere uønsket variasjon ved å gjøre praksis mer konsistent. KI frigjør dessuten tid for ansatte, noe som er en forutsetning for å lykkes med rett kompetanse og organisering, og det understøtter forskning og innovasjon ved å gjøre helsedata mer tilgjengelige og analyserbare.

De neste fire årene vil vi:	Hvordan vet vi om vi er på riktig vei?
• Innføre KI-støttet bildediagnostikk i alle helseforetak i regionen. • Gjøre tale-til-sammendrag tilgjengelig for klinisk personell som har nytte av det.	• Dokumentert tidsbesparelse for klinisk personell som bruker KI-verktøy. • Kvalitetsindikatorer for KI-støttet diagnostikk viser stabilt høyt nivå. • Ansatte opplever KI som et nyttig verktøy, ikke en byrde eller trussel.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ta i bruk agentisk KI på administrative og koordinerende oppgaver i hele regionen, ikke bare rekruttering. • Etablere tydelige rammer og ansvar for KI-bruk i klinisk og administrativ praksis. | <ul style="list-style-type: none"> • Alle innførte KI-løsninger har tydelig ansvar, evalueringsplan og sporbar effekt. |
|--|---|

3.5 Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester

Vi vil gjøre de riktige tingene med best mulig kvalitet

Søkelys på uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester er relativt nytt. Utfordringen er både underforbruk av nødvendige tjenester og overforbruk av tjenester med lav verdi, ofte preferanse- og tilbudsstyrt.

Legeforeningen beskrev i 2016 overdiagnostikk, overutredning og overbehandling som et reelt problem i norsk helsetjeneste. I 2018 startet foreningen kampanjen «Gjør kloke valg», en norsk versjon av «Choosing Wisely», for å redusere overbehandling og overdiagnostikk.



Kloke valg sykehus og legekontor

Kloke valg er etablert på alle sykehus i Helse Sør-Øst og flere legekontorer. I tillegg spredd seg til alle landets helseregioner.

Formålet er å redusere utredning og behandling som ikke gir helsegevinst for pasientene og som i verste fall kan skade.

Målsettingen er økt kvalitet på helsetjenestene, og det er utarbeidet kriterier som må oppfylles dersom sykehus skal kunne kalle seg et "Kloke valg-sykehus".

Arbeid med uønsket variasjon i Helse Sør-Øst RHF

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst gjennomførte i 2018 en revisjon ved Sykehuset Østfold HF og anbefalte bedre systemer for å redusere uønsket variasjon i regionens helseforetak. I 2021 ble uønsket variasjon løftet som et sentralt kunnskaps- og utfordringsområde i delstrategien for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

I 2023 behandlet styret første dedikerte styresak om uønsket variasjon og vedtok tre innsatsområder: (1) enkelte typer artroskopiske skulderinngrep (2) rutine gastrokopier av pasienter < 55 år og (3) invasiv utredning av pasienter med stabil angina pectoris.

Norsk operativ gruppe for revurdering (NOR)

I 2024 vedtok de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene å etablere Norsk operativ gruppe for revurdering (NOR), et interregionalt initiativ ledet av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord. NOR skal identifisere, vurdere og

redusere bruk av helsetjenester med lav verdi og bidra til at klinisk praksis følger beste praksis gjennom systematisk revurdering, faglige anbefalinger og nasjonal koordinering.

NOR baserte oppstarten på de tre innsatsområdene som Helse Sør-Øst RHF styret vedtok i 2023. Ekspertgrupper for hvert område har gitt anbefalinger om tiltak for å redusere forbruket. NOR har også vedtatt to nye innsatsområder: bruk av arbeids-EKG ved utredning av mistanke om koronarsykdom og utredning og behandling av pasienter med mistanke om ADHD.

Klinisk dashboard

En utfordring har vært begrenset tilgang til aktivitetsdata for å følge opp uønsket variasjon i kvalitet og forbruk, særlig i et format egnet for styre og foretaksledelse på regionalt og helseforetaksnivå. Helse Sør-Øst RHF har derfor utviklet et klinisk dashboard som i 2025 ble overført til SKDE. De publiserer en nasjonal utgave av dashboardet som oppdateres hvert tertial.

Dashbordet er supplert med data om regionale forskjeller i tapte leveår for pasienter med schizofreni og forbruksrater for klinisk kjemi og billediagnostikk. En modul for overvåkning av forbruk av dyre legemidler er under utvikling.

Helse Sør-Øst RHF bruker i tillegg egne data for 30-dagers dødelighet, der det er innhentet tillatelse til å koble data fra Norsk pasientregister med data fra de nasjonale kvalitetsregistrene for hjerneslag og hjerteinfarkt.

Dashborddata gjennomgås regelmessig i faste oppfølgingsmøter mellom helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF, og utvalgte data presenteres halvårlig for styret i Helse Sør-Øst RHF.

Internasjonalt samarbeid

Helse Sør-Øst RHF har inngått samarbeid med helsemyndigheter i Danmark, Sverige og Finland om et felles nordisk dashboard for sammenligninger på tvers av landegrenser. Dette kan gi mer kunnskap om effekter av organisering og bidra til normerende forbruksrater.

Det er også etablert samarbeid mellom hovedstatssykehusene i Norden (NUHA-samarbeidet) for å utvikle et dashboard tilpasset høyspesialiserte aktiviteter.

Det finnes lite kunnskap om effekten av ulike virkemidler for å redusere overforbruk av utredning og behandling med lav kost-nytte. Evalueringer av nasjonale kampanjer som Choosing Wisely og EBI UK (Evidence Based Intervention Programme) har dessverre til nå vist kun marginale effekter på forbruksrater. Tett oppfølging i lokal lederlinje og lett tilgjengelige oppdaterte forbruksdata ned på lokalt nivå er trolig avgjørende.

Helse Sør-Øst RHF har derfor vektlagt å publisere erfaringer fra NOR-arbeidet i internasjonale tidsskrift og å samarbeide tett med utenlandske miljøer for erfaringsutveksling.

De neste fire årene vil vi:	Hvordan vet vi om vi er på riktig vei?
• Gjøre styrer og foretaksledelse i helseforetakene ansvarlige for å redusere uønsket variasjon i kvalitet, pasientsikkerhet og forbruksrater. • Følge effekten av og når nødvendig justere NOR-tiltaksplaner for å redusere overforbruk • Gjennom NOR utarbeide implementeringsplaner for å redusere bruk av arbeids-EKG ved mistanke om	• Følge opp uønsket variasjon i kvalitet, pasientsikkerhet og forbruksrater i oppfølgingsmøter med helseforetakene. • Følge data i klinisk dashboard for å sikre at forbruksratene for tjenester med lav kost-nytte for våre helseforetak er blant de laveste i landet. • Justere tiltak i vedtatte NOR-implementeringsplaner ved manglende effekt, blant annet gjennom

koronarsykdom og gjennomgå praksis for utredning og behandling ved mistanke om ADHD.

erfaringsutveksling med de andre nordiske landene.

3.6 Forskning og innovasjon – ny kunnskap og bedre helsetjenester

Vi skal bruke det vi kan om forskning og innovasjon til å gjøre helsetjenesten bedre

Forskning er en av spesialisthelsetjenestens kjerneoppgaver og skal bidra til å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og bærekraft i helsetjenestene i Helse Sør-Øst. Forskning skal være tett integrert med klinisk virksomhet, utdanning og innovasjon og er en forutsetning for måloppnåelse for sentrale styringsdokumenter som [Nasjonal strategi for persontilpasset medisin \(2023-2030\)](#) og [Nasjonal handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning \(2026-2036\)](#).

Forskning og innovasjon skal benyttes for å gjøre helsetjenesten bedre. I tillegg til tjenesteinnovasjon innbefatter det forskningsmidler dedikert til helsetjenesteforskning og midler til kommersialiserbar innovasjon.

Å gjøre helsetjenesten bedre betyr også å utvikle sykehusene som gode arbeidsplasser som rekrutterer og beholder ansatte, samtidig som vi kan følge opp og behandle flere pasienter uten at kvaliteten svekkes og uten å bruke mer personalressurser enn vi har tilgjengelig.

3.6.1 Forskning

Helse Sør-Øst forvalter årlig betydelige regionale forskningsmidler som lyses ut i åpne og konkurransebaserte prosesser. Utlysningene skal også understøtte regionale målrettinger og legge til rette for samarbeid på tvers av fagmiljøer og institusjoner i regionen. Det legges vekt på prosjekter som kan dokumentere relevans for klinisk praksis, pasientnytte og utvikling av helsetjenestene.

Helse Sør-Øst har også forskningsgrupper som driver banebrytende forskning internasjonalt, blant annet innen kreft, immunologi, hjerte, hjerne og psykisk helse. Disse utvider vårt kunnskapsgrunnlag, og bidrar til at norske pasienter får tidlig tilgang til ny behandling.

Prioriterte områder for forskning reflekterer både samfunnets behov og regionens strategiske satsinger. Dette inkluderer blant annet forskning på samhandling og tjenesteutvikling, digitale helsetjenester og bruk av helsedata, samt forskning på helhetlige pasientforløp og helsepersonellbesparende tiltak. Forskningen skal også bidra til kunnskap som støtter utviklingen av tjenester nærmere der pasienten bor og på pasientens premisser.

Ikke-universitetssykehusene har en viktig og tydelig rolle i forskningen i regionen. De skal bidra til å styrke bredden og relevansen i forskningsaktiviteten, særlig knyttet til klinisk praksis, pasientnære problemstillinger og samhandlingen med kommunehelsetjenesten. For å lykkes med dette er det behov for å videreutvikle forskningskompetanse, etablere gode samarbeidsstrukturer med universitetssykehusene og sikre tilgang til nødvendige støttefunksjoner og infrastruktur. Helse Sør-Øst RHF har videreført en særskilt avsetning til denne forskningen siden 2016.

Strategiske støttefunksjoner er avgjørende for å styrke kvalitet, gjennomføringsevne og internasjonal konkurransekraft i forskningen. Regional forskningsstøtte i Helse Sør-Øst skal bidra med rådgivning og tjenester gjennom hele forskningsløpet, inkludert prosjektutvikling, søknadsstøtte, studiedesign, statistikk, juridiske vurderinger og håndtering av helsedata. NorCRIN (Norwegian Clinical Research Infrastructure Network) er en sentral del av slik støtte og bidrar til at gjennomføring av kliniske studier skjer med høy kvalitet i tråd med nasjonale og internasjonale standarder.

Regionale kjernefasiliteter utgjør en annen viktig del av forskningsinfrastrukturen. Disse fasilitetene gir forskere i Helse Sør-Øst tilgang til avansert utstyr, metoder og spesialisert kompetanse som det ikke er hensiktsmessig å bygge opp ved hver enkelt institusjon. Kjernefasilitetene bidrar til effektiv ressursutnyttelse, høy kvalitet og standardisering, og styrker grunnlaget for samarbeid både nasjonalt og internasjonalt.

3.6.2 Bedre på jobb – ny metode for tjenesteinnovasjon

Helse Sør-Øst RHF satte i 2026 av 35 millioner kroner til tjenesteinnovasjon. Vi har snudd en betydelig del av innsatsen fra frie utlysninger til lokale prosjekter til mer målrettede utlysninger knyttet til satsingsområdene i utviklingsplanen, og videre til å prioritere initiativer som er strategisk viktige og gjennomførbare. Dette er arbeidsmåter som skal innføres og tas i bred bruk og ikke avgrensede pilotprosjekter.

Helse Sør-Øst RHF har et innovasjonsteam med representanter fra kompetanse og utdanning, teknologi og digitalisering og medisin og helsefag. I 2025 besøkte teamet alle helseforetakene med spørsmålet: «Hva gjør dere som er så bra at andre burde gjort det samme?» Slik ble ideer samlet, og ildsjelene bak ble identifisert.

Initiativene ble vurdert ut fra:

- Er de viktige og relevante utover eget foretak?
- Kan de vise til resultater?
- Har de plan for spredning?
- Har teamet og prosjektleder gjennomføringsevne?
- Hvem kan kobles på av andre som gjør noe lignende?
- Ville vi investert om dette var en «oppstartsbedrift»?

Prosessen ga 11 initiativer som er løftet videre som strategiske satsinger. De ansvarlige får stor handlingsfrihet, men med støtte fra innovasjonsteamet.

Arbeidet følger fire trinn der det siste er under utvikling:

1. *Identifisere initiativer med resultater og nytte for flere foretak*, og med mulighet for å engasjere andre.
2. *Gi tid*: midler brukes primært til frikjøp, slik at ansatte har realistisk mulighet til å utvikle prosjektet.
3. *Bygge nettverk* på tvers av sykehus og sikre spredning.
4. Når tiltak virker flere steder, må vi ta steget videre til *standardisering*. Det vil innebære enkel effektvurdering, forankring i fagmiljø, standardisering der det er mulig via fagdirektørene, og beslutning om endring hos sykehusdirektørene.

Bedre på jobb - strategiske tjenesteinnovasjonssatsinger

Initiativene under følger metodikken. Nærmere omtale av alle finnes som eksempler i utviklingsplanen. De kan grovt deles i tiltak som påvirker arbeidsmiljø og ansatte, og tiltak som

representerer nye arbeidsmåter eller helsetjenester. Deltakelsen endrer seg raskt (status mars 2026).

Navn	Beskrivelse	Deltagere	Status
Kloke valg	Gjøre mer av det vi vet virker – i sykehus og sammen med fastleger	Sykehuset i Vestfold (SiV), Sykehuset Innlandet HF (SI), Akershus universitetssykehus HF (Ahus), Vestre Viken HF (VV)	Startet ved SiV. Trinn 3.
Fadderordning for LIS-leger	God mottakelse av nye kollegaer. trygghet og arbeidsmiljø	Medisinske avdelinger i alle HF og private ideelle sykehus, psykisk helse/rus, flere andre avdelinger. Stor spredning også nasjonalt. Starter også for LIS1	Startet ved SiV. Klare for trinn 4.
Råbra	Fra ensidig avviksfokus til også å anerkjenne det som går bra	Sykehuset Telemark HF (ST), Ahus, Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS), Frambu, Helse Sør-Øst RHF (HSØ)	Startet på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og i ST. Trinn 3.
Utvikle og beholde sykepleiere på sengepost	Karrierevei og rom for faglig utvikling på sengepost	Alle helseforetak og private ideelle sykehus	Startet på OUS. Trinn 3.
Veiledning og vurdering av leger i utdanning	Kurs som gjør leger i stand til å utdanne egne kolleger	Samarbeid mellom Ahus, Sykehuset Østfold HF (SØ) og SiV	Startet på Ahus. Bruker eksisterende utdanningsnettverk. Klare for trinn 4.
Digital psykisk helse	Knytte digitale tjenester til en sammenhengende digital tjeneste	SI, SiV, LDS	Etablert nettverk. Trinn 3.
KI i praktisk bruk	Bruke eksisterende løsninger til å forenkle arbeidsprosesser	Oslo universitetssykehus HF (OUS) og HSØ (prosess for ansettelser)	Startet på OUS. Trinn 2.
Automatisering Bruk av RPA/robot	Ta i bruk eksisterende muligheter for automatisering	Alle helseforetakene og Diakonhjemmet sykehuset (DS)	Startet i ST (ventelisterydding). Trinn 3.
Mobil medarbeider og digital utvikling	Fra PC til mobil i klinikken og bedre rammer for digital utvikling	SØ	Startet i SØ. Trin 2-3.
Kunstig intelligens radiologi	Startet som «KI brudd», utvidet til flere områder	Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst	Startet i VV. Nettverk etablert. flere elementer klare for «tatt i bruk». Klar for trinn 4.
Behovsstyrt poliklinikk	Fra kalenderstyring til behovsstyring	Alle helseforetakene	Startet i VV. Nettverk godt etablert. Klar for trinn 4.

Navn	Beskrivelse	Deltagere	Status
Hjemmesykehus	Mer spesialisthelsetjeneste utenfor sykehus	Ahus, OUS og VV	Startet på Ahus og OUS. Trinn 3.
Integrerte helsetjenester for skrøpelige eldre	Bedre samarbeid om en gruppe i sterk vekst	Alle helseforetak og private ideelle sykehus	Startet på Ahus. Trinn 3.

I tillegg lyser Helse Sør-Øst RHF ut midler til mindre prosjekter og overføring av gode ideer mellom sykehus. Også disse rettes inn mot «Bedre på jobb».

Innovasjon for næringsutvikling

Helse Sør-Øst RHF samarbeider med Inven2 (www.inven2.com). Inven2 skal på vegne av helseforetakene i Helse Sør-Øst og Universitetet i Oslo omgjøre forskning til samfunnsnyttige produkter, tjenester og oppstartselskaper. Om lag 150 ideer meldes inn årlig. Arbeidet gir resultater både i form av produkter i markedet og selskaper i vekst. Flere av Norges mest verdifulle biotekselskaper er etablert med utgangspunkt i prosjekter fra Inven2, og dette bidrar til å bygge helsenæringen.

To tredjedeler av Inven2s bedrifter og lisenser er innen livsvitenskap.



Innovasjons som blir til næring

EpiGuard AS (Oslo universitetssykehus HF): Utvikler transportisolator for sikker transport av smittsomme pasienter.

Holocare AS (teknologi fra Oslo universitetssykehus HF): Utvikler holografiske løsninger i forkant av kompliserte operasjoner.

Foto: EpiGuard og Holocare

Samarbeid med andre aktører

For å lykkes med mål og satsingsområder i Regional utviklingsplan 2040 er spesialisthelsetjenesten avhengig av tett, forpliktende og systematisk samarbeid med eksterne aktører. Dette gjelder også for samarbeidet om forskning og innovasjon, med kommunene, akademi og helsenæringen. Det er behov for tydelige prinsipper, strukturer og rutiner som styrker dialog, samhandling og felles prioriteringer på tvers av nivåer og sektorer. Helsefellesskapene er en sentral arena for å utvikle og forankre også denne samhandlingen.

Utviklingsplanen legger til rette for etablering av tjenester nærmere der pasienten bor og i større grad tilpasset pasientens behov og livssituasjon. Dette forutsetter ny kunnskap om samarbeid med kommunehelsetjenesten, styrket kompetanse i helhetlige pasientforløp og bedre utnyttelse av digitale og teknologiske løsninger. Samtidig krever det en mer integrert forståelse av pasientens samlede behov på tvers av tjenestenivåer. Kunnskapsgrunnlaget må legges i fellesskap med bred innsats fra både forskningsmiljø og innovasjonsteam.

Næringslivet er en viktig samarbeidspartner i utviklingen av fremtidens helsetjenester, og kan bidra med innovasjonskraft, nye arbeidsformer og økt gjennomføringsevne. Helse- og omsorgssektoren skal være en tydelig, kompetent og krevende utviklingspartner og kunde. Sammen med kommunene har spesialisthelsetjenesten et ansvar for å utnytte potensialet i samarbeid med helsenæringen til beste for pasienter og samfunn. Det må legges bedre til rette for at næringslivet kan bidra som en aktiv partner i forsknings- og innovasjonsaktiviteter.

I Oslo-regionen ligger forholdene særlig godt til rette for videre utvikling av samarbeid innen livsvitenskap, blant annet gjennom initiativet Oslo Science City i samarbeid med Universitetet i Oslo. Slike satsinger understøtter målsettingene i utviklingsplanen og bidrar til å koble forskning, innovasjon, utdanning og næringsutvikling tettere sammen til beste for pasientbehandlingen og samfunnets behov.

3.6.3 Veien videre for forskning og innovasjon

Vi vil styrke helhetlig og tverrfaglig forskning og innovasjon i regionen, og knytte bruk av forsknings- og innovasjonsmidler tettere til strategiske satsingsområder

Forskning og kommersialiserbar innovasjon har etablerte systemer og rutiner. Dette gir et godt grunnlag for videre utvikling av arbeidsform, metodikk og planer.

Tjenesteinnovasjon er i rask utvikling. Målretting av utlysninger mot satsingsområdene i regional utviklingsplan har gitt mer erfaring og læring som vi skal bygge videre på.

Å investere i tjenesteinnovasjon er som å investere i en oppstartsbedrift

Ved investering i oppstartsbedrifter forventer man ofte at kun én av ti lykkes. Slik er det ofte også i tjenesteinnovasjon: mange tiltak gir lokal nytte, men få blir så vellykkede at de bør innføres regionalt og nasjonalt. Vi mangler i dag tilstrekkelig systematikk for å identifisere og spre initiativer som bør skaleres.

I oppstartsverdenen omtales fasen fra dokumentert idé til finansiert spredning som «dødens dal». Tilsvarende utfordring finnes i tjenesteinnovasjon. Det er behov for en mekanisme som sørger for at gode løsninger sprer seg og tas i bruk. Helse Sør-Øst RHF vil lage en modell for dette som del av oppfølgingen av regional utviklingsplan.

De neste fire årene vil vi:	Hvordan vet vi om vi er på riktig vei?
• Videreutvikle forskning og innovasjon med vekt på nytteverdi og brukerperspektiv • Målrette forskningsinnsats innen psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og andre områder der behovet er stort • Øke deltakelse og forskningsaktivitet ved ikke-universitetssykehus • Fortsette tjenesteinnovasjonsatsingen Bedre på jobb • Flytte prosjektene fra samarbeid i nettverk til tatt i bruk i regionen	• Måle ressursinnsatsen innen forskning med 2015 som utgangspunkt • Antall og andel forskningsprosjekter ledet av ikke-universitetssykehus øker • Antall inkluderende pasienter i kliniske studier per år og andel studier øker gjennomført iht. plan • Vi har etablert et system for å ta innovasjoner med dokumentert effekt i bredere bruk • Antall innovasjonstiltak som går fra pilot til regional implementering

3.7 Beredskap

Alle må tenke beredskap

Et mer krevende trusselbilde

Norge står i dag overfor et sikkerhetspolitisk landskap som er mer uforutsigbart og krevende enn på flere tiår. Trusselbildet er preget av raskere endringer, økt usikkerhet og et internasjonalt system under betydelig press. Dette påvirker allianser og forpliktende internasjonalt samarbeid, og innebærer at Europa må ta et større ansvar for egen sikkerhet. Norge må på sin side bidra gjennom et sterkere forsvar og en mer robust totalberedskap.

Den sikkerhetspolitiske situasjonen gir flere og mer komplekse beredskapsoppgaver. Sammensatte hendelser, sårbar forsyning og økt risiko for bortfall av kritisk infrastruktur – som strøm, vann, digital kommunikasjon og medisinske leveranser – er blitt mer reell. Innsiderisiko, avhengighet av utenlandske teknologitjenester og sårbar digital og fysisk infrastruktur er også sentrale risikoområder. Dette stiller nye krav til robusthet, reserveløsninger og evne til å opprettholde kritiske funksjoner over tid.

Etterretningstjenestene (EOS) peker i [trusselvurderingene for 2026](#) på økt aktivitet fra statlige aktører. Særlig, cyberangrep, desinformasjon, økonomisk press og påvirkningsoperasjoner løftes fram som virkemidler for å destabilisere og undergrave tillit. Teknologisk utvikling og global økonomisk integrasjon har samtidig gjort kritisk infrastruktur, digitale systemer og forsyningskjeder mer sårbare. Spesialisthelsetjenestens egen trusselvurdering trekker frem at organisert cyberkriminalitet utgjør den mest alvorlige trusselen.

I dette landskapet utfordres skillet mellom fred og konflikt. Norske fagmiljøer peker på at helsepersonell i økende grad blir mål i krig, og at dette truer fundamentet for helsetjenesten. Krig vil sette spesialisthelsetjenesten under sterkt press og krever tydelige prioriteringer av personell, utstyr og andre innsatsfaktorer. Styrket forsvarsevne og samfunnets motstandsdyktighet er områder som må prioriteres.

Samlet vil dette kreve tettere samvirke mellom spesialisthelsetjenesten, Forsvaret og øvrige totalforsvarsaktører.

Helse Sør-Øst skal styrke sin rolle i regional og nasjonal beredskap

Helse Sør-Øst skal styrke sin rolle i regional og nasjonal beredskap i samarbeid med kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere, Forsvaret, øvrige regionale helseforetak og myndigheter.

[Totalberedskapsmeldingen](#) og [Helseberedskapsmeldingen](#), ligger til grunn. [Nasjonal helseberedskapsplan](#) er overordnet rammeverk for helse- og omsorgssektorens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap, inkludert ny helseberedskapsmodell.

Nasjonal helseberedskapsplan peker på seks prioriterte risiko- og sårbarhetsområder:

- Sammensatte trusler og krig
- Digital sikkerhet
- Forsyningssikkerhet
- Pandemi og smittsomme sykdommer
- Trygg vannforsyning

- Atomhendelser som truer liv og helse

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en ROS-analyse som dekker disse områdene.

Beredskap forutsetter tilstrekkelig personell med riktig kompetanse og evne til rask mobilisering og omdisponering.

Langvarige, tverrsektorielle hendelser krever omstilling, fleksibilitet og kapasitet. Det skal foreligge planer for omstilling av kapasitet, inkludert omdisponering, opplæring og koordinering av personell på tvers av helseforetak og helseregioner.

Endringer i trusselbildet gjør beredskap til et høyt prioritert område. Helse Sør-Øst skal styrke evnen til å håndtere hele krisespekteret fra fred til krig. Med utgangspunkt i planverk og ROS-analyser er de viktigste utviklingsområdene pandemi, bortfall av kritisk infrastruktur, forsyningssvikt, digital sikkerhet og krig.

Pandemi

Epidemier og pandemier kan gi langvarig kapasitetsbelastning og kreve særskilt kompetanse og beredskap. Erfaringene fra covid-19 viser store samfunnskonsekvenser og behov for rask omdisponering, prioritering og målrettede smitteverntiltak. Behovet for behandlingsskapasitet vil kunne øke, med lokale og regionale forskjeller i smittetrykk.

Foretaksmøtet 16. januar 2024 ga de regionale helseforetakene ved Helse Sør-Øst RHF, ansvar for et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr, basert på lageret etablert under covid-19. Ansvaret omfatter varebeholdning, innkjøp, rullering, organisering, drift og forvaltning. Lageret skal for det meste tilsvare om lag seks måneders pandemiforbruk. Ved ny pandemi eller krise som krever uttak til den offentlige helsetjenesten, overtar staten ved Direktoratet for medisinske produkter (DMP) styring av lageret og prioriterer fordeling mellom statlig, kommunal, militær og privat virksomhet i helse- og omsorgssektoren.

Bortfall av kritisk infrastruktur og kritiske innsatsfaktorer

Strøm, vann, tilgang til informasjon og elektronisk kommunikasjon er kritisk for sykehusdrift. Redundansen varierer i regionen, og variasjonen må reduseres slik at sykehusene er bedre rustet ved bortfall.

Økt bruk av digitale løsninger gir nye sårbarheter. Sykehusene må kunne håndtere hendelser som medfører langvarig bortfall av kritisk infrastruktur (minimum syv dager), med planer for redusert tjenestetilbud, manuelle løsninger og omdisponering av personell.

Forsyningssvikt

Forsyningssvikt kan følge av hendelser også utenfor Norge. Geopolitisk uro kan gi transporthindringer, handelsbarrierer og restriksjoner. Pandemi kan redusere tilgang på utstyr gjennom stengte grenser, råvaremangel, høy etterspørsel og stans i produksjon. Cyberangrep kan ramme innkjøps- og logistikksystemer.

Sykehusene er avhengige av leverandøravtaler lokalt, regionalt og nasjonalt. Stabil tilgang på varer og tjenester er avgjørende for drift. Covid-19, krigene i Ukraina og Midtøsten og klimaendringer har synliggjort sårbarhet i globale forsyningslinjer.

Det regionale forsyningscenteret (HSØ FS) skal sikre tilgang på kritiske medisinske forbruksvarer. Målinger over flere år viser varierende leverandørpresisjon. Lagerbeholdningen er derfor styrket, og HSØ FS kan ved svikt bidra med rasjonering og omfordeling.

Digital sikkerhet

Informasjonssystemene er avhengige av blant annet strøm, vann (til kjøling), personell, leverandører, programvareoppdateringer og nettverk. Sårbarheter i disse kan utnyttes av trusselaktører.

Trusselvurderingen for digital sikkerhet i spesialisthelsetjenesten omfatter tilsiktede hendelser og oppdateres årlig. Organiserte kriminelle og enkelte statlige aktører utgjøre den største trusselen. Eksempler på metoder er:

- Sårbarhet i leverandørkjedene: Svakheter i produkter og tjenester i tredjepartsløsninger utnyttes til driftsforstyrrelser eller sikkerhetsbrudd.
- Bruk av kunstig intelligens i angrep: Kunstig intelligens kan finne sårbarheter og øke tempo og treffsikkerhet i angrep.

Vi må kunne utnytte kunstig intelligens i sikkerhetsarbeidet for å motstå avanserte angripere.

Økt digital endringsevne prioriteres i planperioden for å møte stormaktsrivalisering og global usikkerhet.

Krig

Helsetjenesten er en sentral totalforsvarsaktør. Totalforsvaret bygger på gjensidig støtte og samarbeid mellom forsvarssektoren og det sivile samfunnet i hele krisespekteret. Ved krig må spesialisthelsetjenesten kunne levere tjenester til sivilbefolkningen og militære styrker gjennom godt samvirke. Norge er, gjennom NATO, forpliktet til å ha evne til å håndtere masseskade, noe som innebærer at spesialisthelsetjenesten må kunne samarbeide tett med Forsvaret og andre sivile aktører for å sikre en helhetlig behandlings- og evakueringskjede.

Behandlings- og transportkapasitet vil bli presset, med stor tilstrømming av skadde. Tilgang på personell, forbruksvarer, medisinsk-teknisk utstyr, legemidler og blod vil bli utfordret. Det vil være behov for å styrke egen robusthet og evne til å levere helsetjenester, både uten tilgang på all nødvendig infrastruktur og utstyr, men også fra tilflukts-/dekningsrom og fra alternative lokasjoner utenfor det ordinære sykehusområdet.

De neste fire årene vil vi:	Hvordan vet vi om vi er på riktig vei?
• Styrke evnen til å håndtere langvarig bortfall av kritisk infrastruktur • Forsterke forsyningsberedskap for forbruksvarer, legemiddel og utstyr • Arbeide systematisk for å forebygge risiko for- og håndteringen av digitale angrep • Opprettholde smittevernberedskap med utgangspunkt i erfaringene fra pandemien • Styrke spesialisthelsetjenestens rolle i totalforsvaret	• Gjennom analyser kartlegge avhengigheter og identifisere tiltak • Overvåke forsyningssituasjonen gjennom samarbeid med Sykehusinnkjøp HF og opprettholde system for forebyggende tiltak • Følge opp revisjon av ROS-analyser innen IKT-området • Avstemme regionalt planverk med Nasjonal pandemiplan • Harmonisere planverk med nasjonale konsepter/planer, samt samordne beredskapsplaner med relevante aktører

4 Fra plan til gjennomføring

Det må bli kortere vei fra gode ideer til nye måter å løse oppgaver på

Regional utviklingsplan har et langt og et kort perspektiv. 2040-perspektivet skal gi retning for valgene vi gjør nå, selv om framtiden er usikker.

Det korte perspektivet beskriver hva som må gjøres de neste årene: Hvordan tiltak skal gjennomføres, hvilke mål som settes, hvordan effekt skal måles, og hvem som må bidra. Føringer og premisser i planen konkretiseres i delstrategier og fagplaner og tas inn i oppdrag og bestillinger til helseforetakene og i rullering av økonomisk langtidsplan.

Planens satsingsområder skal gi bedre tjenester og mer bærekraftig drift. Vi skal styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse, slik at de kan medvirke og vi kan utvikle helsetjenesten sammen.

Økt brukerstyring og digital hjemmeoppfølging skal gi pasientene mer fleksibel oppfølging. Det kan samtidig redusere behovet for bemanning og areal i sykehusene.

Bedre samarbeid om pasienter med størst behov skal redusere liggedøgn. Det handler ikke om å skyve oppgaver til kommunene, men om nye måter å følge opp pasientene på. Helsefellesskap og felles datagrunnlag gir nye muligheter.

Vi skal redusere uønsket variasjon og bruke tiden bedre for å styrke kvalitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Målet er å bruke ressursene riktig. Forskning og innovasjon skal understøttes som drivere for videre utvikling.

Endringer lykkes bare gjennom medbestemmelse og samarbeid. Medvirkning trengs på alle nivåer, og pasienter og ansatte er alltid sentrale. Ledere i sykehus og helseforetak skal lede gjennomføringen. Det krever kunnskap og tid til å lede og ikke bare administrere.

Det finnes mange gode ideer, men for få blir gjennomført og skalert. Vi skal etablere en mer systematisk tilnærming som gjør at godt dokumenterte løsninger tas i bruk i hele regionen.

Helse Sør-Øst skal bidra til å fjerne hindringer og flaskehalser som stopper lokal utvikling. En del kan vi håndtere selv, mens noen tiltak må løses med hjelp av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Helseforetak, sykehus og kommuner må samarbeide om fleksible oppfølgingsmodeller for våre felles pasienter.

Utfordringene er mange – men ingen utfordring uten mulighet. Utgangspunktet vårt er en av verdens beste helsetjenester, og det er vårt ansvar å forvalte og utvikle den videre.

Del 2

REGIONAL UTVIKLINGSPLAN 2040

*Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det,
når de trenger det.*

Rammer og forutsetninger

Innhold

1	Overordnede føringer for regional utviklingsplan.....	3
2	Framskrivinger	4
3	Rekruttering, bemanning og utdanning	11
4	Persontilpasset medisin.....	13
5	Bilddiagnostikk og laboratorieundersøkelser.....	14
6	Legemiddelhåndtering	14
7	Teknologi og digitalisering	16
8	Personvern	17
9	Informasjonssikkerhet	18
10	Miljø og bærekraft.....	18
11	Eiendom.....	19
12	Økonomi	20
13	Felleseide selskaper.....	23

1 Overordnede føringer for regional utviklingsplan

Regional utviklingsplan er Helse Sør-Østs overordnede strategi. Den setter retningen for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i vår region og peker på ønsket utvikling på kort sikt og fram mot 2040.

Kapitlet beskriver de viktigste rammene for arbeidet med den regionale utviklingsplanen.

Nasjonale føringer

Alle regionale helseforetak og helseforetak med pasientbehandling skal ha utviklingsplaner. Planene skal vise hvordan virksomheten bør utvikles for å møte fremtidige behov og sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester i helseregionene og helseforetakenes opptaksområder. De regionale helseforetakene og helseforetakene skal samarbeide med kommuner og andre aktører, og involvere dem i planarbeidet. Helsefellesskapene skal bidra til at helseforetak og kommuner planlegger og utvikler sammenhengende, helhetlige og bærekraftige tjenester.

Utviklingsplanene rulleres hvert fjerde år. De regionale helseforetakene har en felles veileder for arbeidet med utviklingsplaner som gir rammene for helseregionenes arbeid (jf. Helse Sør-Øst RHF styresak 147-2025). Veilederen legger opp til:

- åpenhet, involvering og forankring
- fleksibilitet i tilnærming mellom regionene
- styrket samarbeid i regionen, der helseforetak og regionalt helseforetak utvikler planene parallelt og i tett samarbeid

Regional utviklingsplan utledes fra nasjonal helsepolitikk, slik den kommer til uttrykk i overordnede planer og stortingsmeldinger. Helseforetakenes utviklingsplaner bygger på nasjonale føringer, regional utviklingsplan og nasjonale framskrivninger.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027) peker ut hvordan kommune- og spesialisthelsetjenesten sammen skal gi en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste.

Regjeringen har fem overordnede mål for «vår felles helsetjeneste»:

- god helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn
- gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet
- en helse- og omsorgstjeneste som er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp
- bærekraftig og rettferdig ressursbruk
- beredskap i møte med kriser og katastrofer

«Vår helse 2030» – Regjeringens ambisjoner for en helse- og omsorgstjeneste i verdensklasse

Regjeringen beskriver tre ambisjoner for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene fram mot 2030:

- en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste tilpasset folks hverdag, med korte ventetider, digitale løsninger og mer valgfrihet
- en bærekraftig tjeneste der helsepersonell bruker mer tid på pasienter og eldre, og der fagfolk opplever tillit, mestring og eierskap
- en friskere befolkning og bedre beredskap – i Norge og i verden

Regionale føringer

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok [plan for revisjon av Regional utviklingsplan i styremøtet 18. desember 2025 \(styresak 147-2025\)](#). Følgende føringer ble lagt til grunn for revisjonen:

- overordnede mål og satsingsområder i gjeldende plan står seg fortsatt godt
- oppdatering av regional og lokale utviklingsplaner gjennomføres parallelt
- Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for koordinering og samordning mellom regionalt helseforetak og helseforetak
- planen suppleres med oppdaterte framskrivninger, nye føringer, trender og drivere som påvirker utviklingen i planperioden
- læringspunkter fra pandemien vurderes og innarbeides
- spesialisthelsetjenestens rolle i beredskap og sikkerhet tydeliggjøres
- krav til bærekraft og tilgang på helsepersonell tydeliggjøres
- felleseide helseforetaks rolle oppdateres i samarbeid med de andre helseregionene

I det videre beskriver vi hva de oppdaterte framskrivingene sier om det kommende aktivitetsbehovet, og vi beskriver noen av de sentrale forutsetningene som må være på plass for å gjennomføre Regional utviklingsplan.

Vi må rekruttere og beholde medarbeidere og sørge for at utdanning og kompetanseutvikling møter dagens og framtidens behov. Akuttkjeden og medisinske servicefunksjoner, som bildediagnostikk og laboratorietjenester, må fungere godt og videreutvikles. Kvalitet og pasientsikkerhet krever blant annet trygg legemiddelhåndtering.

Virksomhetene må ha trygge teknologiske løsninger som støtter faglig arbeid og daglig drift, og bygg som er tilpasset moderne og bærekraftig sykehusdrift.

2 Framskrivninger

Spesialisthelsetjenesten bruker felles framskrivingsmodeller. Et nasjonalt fagnettverk, ledet av Helse Sør-Øst RHF, utvikler og forvalter modellene med deltakere fra de regionale helseforetakene, helseforetakene, tillitsvalgte, brukerrepresentanter, Sykehusbygg HF, Helsedirektoratet og KS. Framskrivningene brukes blant annet i planlegging av personell og utdanning, bygg, kjøp av tjenester, teknologisk infrastruktur og organisering av helsetjenesten.

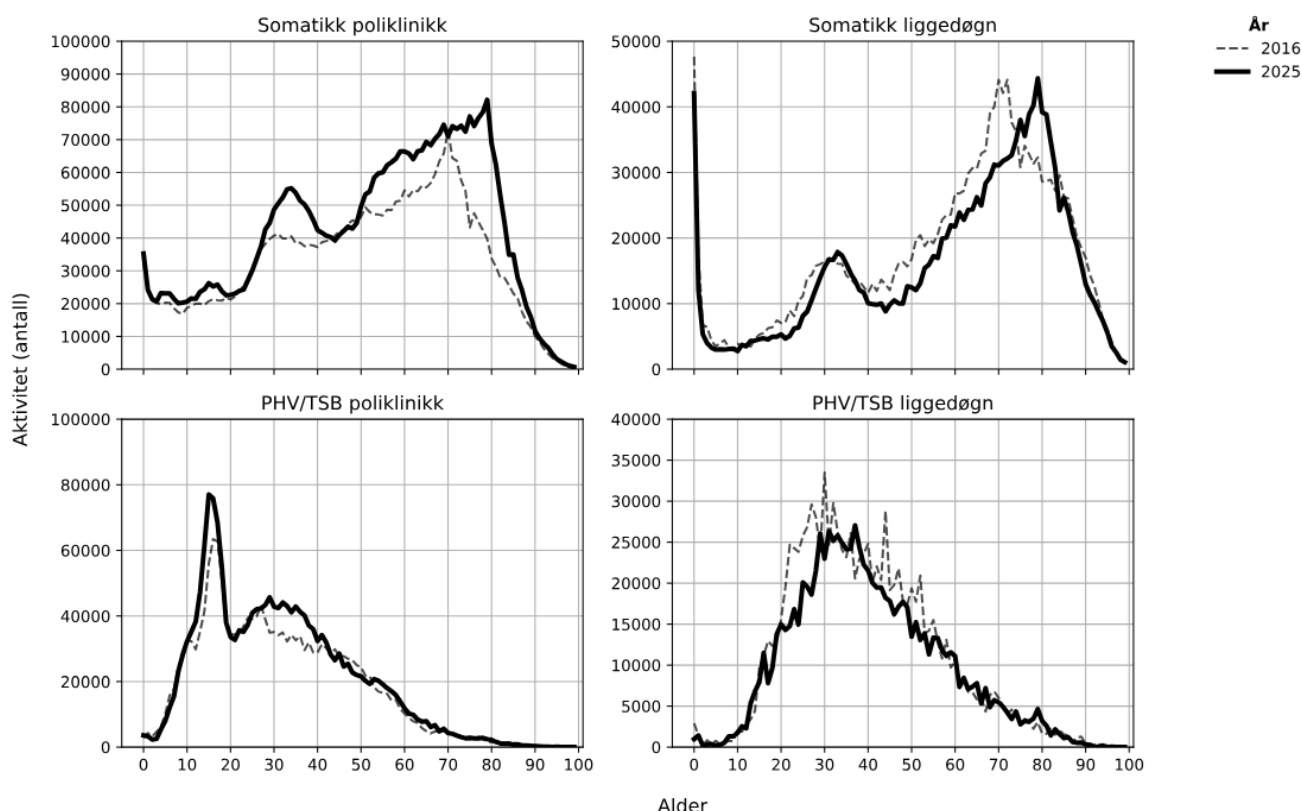
Modellene styrebehandles og oppdateres jevnlig. Resultatene i denne planen bygger på aktivitet i 2025. Modellene revideres våren 2026 blant annet med oppdaterte befolkningsframskrivninger fra SSB og framskriving til 2045. Resultatene vil foreligge høsten 2026 og inkluderes i endelig versjon av utviklingsplanen.

Framskrevet aktivitetsbehov tar utgangspunkt i et basisår. Aktiviteten framskrives så med SSBs demografi- og befolkningsframskrivninger, samt kvalitative vurderinger av forventet framtidig sykdomsutvikling og andre endringsfaktorer.

Oppdaterte framskrivninger 2025-2040

Befolkningsutviklingen er en sentral del av framskrivningene ettersom behov for spesialisthelsetjenester har en sterk sammenheng med både antall innbyggere og alderssammensetning. Figuren nedenfor viser fordeling av aktivitet (antall liggedøgn og poliklinikk) i somatikk og psykisk helsevern/TSB etter alder i 2016 og 2025. For somatikken illustreres en tydelig forskyvning av aktivitet mot høyere aldersgrupper. Dette er dels relatert endringer i befolknings sammensetning og dels relatert til bedre helse hos eldre.

Aktivitet (antall) fordelt på tjeneste, alder og type



Befolkningsframskrivingene fra Statistisk sentralbyrå (SSB) utgjør grunnstrukturen i modellene. For somatiske spesialisthelsetjenester er det særlig avgjørende hvordan den eldre delen av befolkningen utvikler seg, mens det for psykisk helsevern/TSB er befolkningen i alderen 14-39 år som har et størst forbruk og behov for helsehjelp. Fra 2025 og frem mot 2040 forventes det at antall innbyggere 65 år og eldre vil øke fra 605 000 til 831 000 individer (37%) i Helse Sør-Øst.

Tabellen under viser utviklingen 2025–2040 i helseforetakenes opptaksområder i Helse Sør-Øst.

Innbyggere i Helse Sør-Øst 2025 og 2040 og andel 65 år og eldre

	Befolkning			Andel over 65 år	
	2025	2040	Endring i %	2025	2040
Akershus universitetssykehus*	626 825	583 204	-7 %	17 %	23 %
Oslo SO	610 814	794 224	30 %	13 %	17 %
Sykehuset i Vestfold	258 071	277 898	8 %	22 %	27 %
Sykehuset Innlandet	345 139	358 860	4 %	24 %	28 %
Sykehuset Telemark	177 863	184 198	4 %	23 %	28 %
Sykehuset Østfold	334 262	365 490	9 %	21 %	26 %
Sørlandet sykehus	322 188	348 138	8 %	19 %	24 %
Vestre Viken	511 141	552 935	8 %	19 %	25 %
Helse Sør-Øst	3 186 303	3 464 947	9 %	19 %	24 %

*Grorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Kilde: SSB

Somatikk

Utover endringer i befolkningssammensetning forventes det at behovet for spesialisthelsetjenester og kapasitet vil påvirkes av flere ulike forhold. Dette henger sammen med den generelle folkehelsen, utvikling i diagnostikk og behandling, samarbeidsstrukturer og andre driftsformer. I framskrivningsmodellene omtales dette ofte som modifierende faktorer.

De modifierende faktorene som påvirker framskrivningen for somatiske spesialisthelsetjenester utover demografi er:

- bedre helse i den eldre befolkningen (friskere aldring)
- utvikling i kreftbehandling
- liggedøgn for utskrivningsklare pasienter
- reduksjon i oppholdstider
- overgang fra døgn til dag- og poliklinisk behandling
- reduksjon av behov for innleggelser ved bedre samhandling

For poliklinikk/dagbehandling forventes det en fortsatt økning utover det som befolkningsutviklingen tilsier, men noe svakere enn hva utviklingen har vært i perioden 2016 til 2025. Forventningen om en noe svakere vekst i poliklinikk er særlig begrunnet med redusert overgang fra døgn til dag/poliklinikk, reduksjon i antall kontroller, bedret samhandling og digital oppfølging med brukerstyring.

Gitt at befolkningen bruker spesialisthelsetjenesten på lik måte som i 2025, ville endringen i befolkningssammensetningen medført en samlet vekst i liggedøgn på 27 prosent i Helse Sør-Øst frem mot 2040. Men med de modifierende faktorene som legges til grunn, forventes veksten i gjeldende modell å være nærmere 18 prosent. Dette innebærer derfor at framskrivningen ikke vil avstedkomme en like stor økning i døgnkapasitet som en ren demografisk framskrivning av forbruket i 2025 ville gitt.

Tabellene nedenfor viser framskrevet utvikling i liggedøgn og polikliniske kontakter per sykehusområde i Helse Sør-Øst. Aktiviteten følger pasienten uavhengig av behandlingssted. Dette innebærer at aktivitet utført for innbyggere i opptaksområdet til Akershus universitetssykehus som er utført ved regional funksjon ved Oslo universitetssykehus HF – vises ved opptaksområde Akershus universitetssykehus. Opptaksområdene i Oslo er gruppert til Oslo sykehusområde (Oslo SO).

Somatikk

Liggedøgn somatikk 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

Opptaksområde	Aktivitet			Endring	
	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifierende faktorer	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
Akershus universitetssykehus*	324 393	352 465	327 590	9 %	1 %
Oslo SO	265 253	425 384	399 180	60 %	50 %
Sykehuset i Vestfold	125 332	155 257	143 844	24 %	15 %
Sykehuset Innlandet	193 107	227 015	210 342	18 %	9 %
Sykehuset Telemark	106 033	126 801	117 050	20 %	10 %
Sykehuset Østfold	177 936	224 928	209 638	26 %	18 %
Sørlandet sykehus	147 843	182 596	172 017	24 %	16 %
Vestre Viken	230 087	292 425	273 478	27 %	19 %

Helse Sør-Øst	1 569 984	1 986 871	1 853 139	27 %	18 %
---------------	-----------	-----------	-----------	------	------

*Alna er overført Oslo SO fra 2026; Grorud, Stovner fra 2032

Polikliniske kontakter somatikk 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

Opptaksområde	Aktivitet			Endring	
	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifierende faktorer	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
Akershus universitetssykehus*	677 709	657 939	687 312	-3 %	1 %
Oslo SO	720 205	1 005 163	1 047 251	40 %	45 %
Sykehuset i Vestfold	347 461	401 823	420 319	16 %	21 %
Sykehuset Innlandet	410 406	446 132	466 448	9 %	14 %
Sykehuset Telemark	229 542	249 659	260 112	9 %	13 %
Sykehuset Østfold	414 908	481 412	502 734	16 %	21 %
Sørlandet sykehus	405 402	467 010	487 135	15 %	20 %
Vestre Viken	597 380	694 712	726 027	16 %	22 %
Helse Sør-Øst	3 803 013	4 403 851	4 597 338	16 %	21 %

*Alna er overført Oslo SO fra 2026; Grorud, Stovner fra 2032

Avtalespesialister er en viktig del av det polikliniske tilbudet. Aktivitet hos avtalespesialister inngår ikke i helseforetakenes framskrivningsmodeller, og framskrives her med befolkningsutviklingen for å synliggjøre volum.

Polikliniske kontakter hos avtalespesialister somatikk framskrevet til 2040

Opptaksområde	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Endring etter demografi
Akershus universitetssykehus*	385 254	398 939	4 %
Oslo SO	353 266	501 027	42 %
Sykehuset i Vestfold	137 896	162 451	18 %
Sykehuset Innlandet	165 823	185 695	12 %
Sykehuset Telemark	110 112	121 568	10 %
Sykehuset Østfold	224 440	265 682	18 %
Sørlandet sykehus	187 184	218 531	17 %
Vestre Viken	293 116	349 774	19 %
Helse Sør-Øst	1 857 091	2 203 668	19 %

*Alna er overført Oslo SO fra 2026; Grorud, Stovner fra 2032

Psykisk helsevern

Det er behov for økt døgnkapasitet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse i psykisk helsevern for voksne. Mer oppsøkende og tett poliklinisk oppfølging forventes å redusere behovet for døgnbehandling.

Demografi gir en forventet økning i liggedøgn på 7 prosent fram mot 2040 i psykisk helsevern for voksne, mens samlet behov vurderes til 13 prosent. I poliklinikk ventes veksten å være sterkere enn demografi (14 vs. 4 prosent), drevet av flere henvisninger og overgang fra døgn til poliklinikk.

For barn og unge ventes en svak reduksjon i behovet som følge av færre innbyggere i aktuell aldersgruppe. Det forventes endringer i behandlingsansvaret til spesialisthelsetjenesten for barn- og unge. Dette gjelder barn- og unge med rusrelatert lidelser, samt tverrfaglig helsekartlegging. Disse endringene medfører at det tilkommer aktivitet, som samlet gir en svak økning frem mot 2040. For TSB vil blant annet innføring av integrert ettervern øke behovet for poliklinisk aktivitet, samtidig som sterkere satsning på intensiv ambulant behandling vil redusere døgnbehov noe og øke behovet i poliklinikk.

Tabellene nedenfor viser framskrevet liggedøgn og polikliniske kontakter for PHV VOP, PHV BUP og TSB. På lik måte som for somatikk følger aktiviteten her pasientens bosted (opptaksområde). Områdene i Oslo er gruppert til Oslo sykehusområde (Oslo SO).

Psykiske helsevern

Liggedøgn voksne 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

Opptaksområde	Aktivitet			Endring	
	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifierende faktorer	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
Akershus universitetssykehus*	80 772	70 583	72 291	-13 %	-10 %
Oslo SO	95 169	123 298	130 882	30 %	38 %
Sykehuset i Vestfold	36 586	38 457	40 911	5 %	12 %
Sykehuset Innlandet	52 602	54 694	56 749	4 %	8 %
Sykehuset Telemark	34 878	35 098	36 528	1 %	5 %
Sykehuset Østfold	52 597	56 545	58 122	8 %	11 %
Sørlandet sykehus	57 056	60 938	64 188	7 %	12 %
Vestre Viken	61 983	67 357	71 732	9 %	16 %
Helse Sør-Øst	471 643	506 968	531 403	7 %	13 %

*Gorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Polikliniske kontakter voksne 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

Opptaksområde	Aktivitet			Endring	
	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifierende faktorer	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
Akershus universitetssykehus*	199 011	165 338	177 108	-17 %	-11 %
Oslo SO	269 078	336 898	362 410	25 %	35 %
Sykehuset i Vestfold	88 782	92 114	98 592	4 %	11 %
Sykehuset Innlandet	111 140	112 324	120 423	1 %	8 %
Sykehuset Telemark	52 503	52 400	56 147	0 %	7 %
Sykehuset Østfold	82 281	85 525	91 105	4 %	11 %
Sørlandet sykehus	129 789	136 024	145 883	5 %	12 %
Vestre Viken	156 479	163 927	175 966	5 %	12 %
Helse Sør-Øst	1 089 063	1 144 549	1 227 633	5 %	13 %

*Gorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Liggedøgn barn og unge 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

Aktivitet			Endring	
-----------	--	--	---------	--

	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifiserende faktorer	Etter demografi	Etter modifiserende faktorer
Opptaksområde					
Akershus					
universitetssykehus*	7 604	7 617	7 617	0 %	0 %
Oslo SO	8 276	9 326	9 326	13 %	13 %
Sykehuset i Vestfold	1 680	1 668	1 668	-1 %	-1 %
Sykehuset Innlandet	5 416	5 263	5 263	-3 %	-3 %
Sykehuset Telemark	1 847	1 809	1 809	-2 %	-2 %
Sykehuset Østfold	3 474	3 251	3 251	-6 %	-6 %
Sørlandet sykehus	2 248	2 221	2 221	-1 %	-1 %
Vestre Viken	4 267	4 228	4 228	-1 %	-1 %
Helse Sør-Øst	34 812	35 383	35 383	2 %	2 %

*Gorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Polikliniske kontakter barn og unge 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

	Aktivitet 2025	Aktivitet Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifiserende faktorer	Endring Etter demografi	Endring Etter modifiserende faktorer
Opptaksområde					
Akershus					
universitetssykehus*	101 532	87 018	92 446	-14 %	-9 %
Oslo SO	108 974	128 587	136 496	18 %	25 %
Sykehuset i Vestfold	58 372	54 398	57 739	-7 %	-1 %
Sykehuset Innlandet	58 716	56 535	59 987	-4 %	2 %
Sykehuset Telemark	39 201	36 915	39 159	-6 %	0 %
Sykehuset Østfold	50 514	48 711	51 743	-4 %	2 %
Sørlandet sykehus	50 633	47 726	50 675	-6 %	0 %
Vestre Viken	130 122	121 541	129 037	-7 %	-1 %
Helse Sør-Øst	598 064	581 431	617 282	-3 %	3 %

*Gorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Liggedøgn TSB 2025 – framskrevet til 2040 (sykehusområder)

	Aktivitet 2025	Aktivitet Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifiserende faktorer	Endring Etter demografi	Endring Etter modifiserende faktorer
Opptaksområde					
Akershus					
universitetssykehus*	18 591	16 130	15 840	-13 %	-15 %
Oslo SO	22 109	27 386	26 892	24 %	22 %
Sykehuset i Vestfold	11 054	11 321	11 130	2 %	1 %
Sykehuset Innlandet	9 431	9 502	9 333	1 %	-1 %
Sykehuset Telemark	2 699	2 625	2 579	-3 %	-4 %
Sykehuset Østfold	9 404	9 776	9 594	4 %	2 %
Sørlandet sykehus	18 312	19 195	18 881	5 %	3 %
Vestre Viken	11 182	11 607	11 415	4 %	2 %

Helse Sør-Øst	102 782	107 541	105 665	5 %	3 %
---------------	---------	---------	---------	-----	-----

*Grorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Polikliniske kontakter TSB 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

Opptaksområde	Aktivitet			Endring	
	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifierende faktorer	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
Akershus universitetssykehus*	37 874	32 377	34 376	-15 %	-9 %
Oslo SO	52 146	64 730	68 679	24 %	32 %
Sykehuset i Vestfold	42 770	44 600	47 583	4 %	11 %
Sykehuset Innlandet	17 912	18 482	19 643	3 %	10 %
Sykehuset Telemark	13 684	13 707	14 634	0 %	7 %
Sykehuset Østfold	31 310	32 900	35 024	5 %	12 %
Sørlandet sykehus	33 134	34 686	36 859	5 %	11 %
Vestre Viken	35 461	37 027	39 292	4 %	11 %
Helse Sør-Øst	264 291	278 509	296 090	5 %	12 %

*Grorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister (psykisk helsevern), framskrevet til 2040

Opptaksområde	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Endring etter demografi
Akershus universitetssykehus*	82 220	62 751	-24 %
Oslo SO	143 709	175 440	22 %
Sykehuset i Vestfold	31 526	32 199	2 %
Sykehuset Innlandet	30 492	30 787	1 %
Sykehuset Telemark	22 795	22 515	-1 %
Sykehuset Østfold	30 131	31 497	5 %
Sørlandet sykehus	24 938	26 063	5 %
Vestre Viken	55 275	57 693	4 %
Helse Sør-Øst	421 086	438 944	4 %

*Grorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Utnyttelsesgrader

Modellene estimerer aktivitet (f.eks. liggedøgn, kirurgiske opphold og polikliniske konsultasjoner). Ved planlegging av bygg må dette omregnes til behov for senger og rom.

For dimensjonering av sengekapasitet gjelder følgende forutsetninger:

Utnyttelsesgrader for sengebelegg	
Somatikk voksne	85 %
Somatikk for barn og unge	75 %
Psykisk helsevern for voksne	85 %

Psykisk helsevern for barn og unge	75 %
TSB	85 %

For dimensjonering av polikliniske rom gjelder følgende forutsetninger:

Somatikk

- 45 minutter konsultasjonstid
- Åpningstid: 230 dager og 8 timer åpningstid

Psykisk helsevern og TSB

- 75 minutter konsultasjonstid
- Åpningstid: 230 dager og 8 timer åpningstid

Den polikliniske aktiviteten utføres på ulike måter; digitalt, på telefon, i grupper, fysiske konsultasjoner eller skjemabasert. Helse Sør-Øst RHF vil derfor gjennomgå de dimensjonerende faktorene for poliklinikk.

Framskrivning av bemanning

Personell er avgjørende for å kunne gi gode tjenester. Befolkningsutviklingen innebærer færre helsepersonell per pasient. Vi må derfor bruke ressursene bedre. Det påvirker planlegging av bygg, digital infrastruktur og utdanning. Rekrutteringsutfordringer i enkelte grupper og områder krever en langsiktig strategi for likeverdige tjenester. Felles modeller på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste er nødvendige for å se utdannings- og kompetansebehov i sammenheng.

Det er behov for å sammenstille personellbehov, utdanningskapasitet og forventet sykdoms- og behandlingsutvikling. Særlig innen fødsel, psykisk helsevern, rus og enkelte medisinske fag må ressursene utnyttes bedre på tvers av nivåer. Arbeidet følger opp oppdraget om analyser for fremtidig behov for spesialsykepleiere på kort, mellomlang og lang sikt. Helse Sør-Øst vil ta i bruk nye framskrivingsmodeller for å styrke kunnskapen om fremtidig personellbehov.

3 Rekruttering, bemanning og utdanning

Kjernen i vår virksomhet er kompetansen til medarbeidere og ledere. Beholde og utvikle personell er hovedstrategien.

Helse Sør-Øst har om lag 87 000 medarbeidere og er landets største arbeidsplass. Vi har likevel rekrutteringsutfordringer innen visse områder og tilgangen på arbeidskraft varierer mellom helseforetakene. Hovedstadsområdet har generelt bedre tilgang på nyutdannede, selv om enkelte høgskoleutdannede grupper rekrutteres bedre i distriktene. Bærekraft kan ikke baseres på økt tilgang alene. Hovedinnsatsen må rettes mot å beholde, utvikle og mobilisere eksisterende kompetanse, samt styrke oppgavedeling, organisering og arbeidsformer som øker kapasitetsutnyttelsen.

Spesialisthelsetjenesten har et særskilt ansvar for å utdanne helsepersonell for hele helsetjenesten. Framtidens rekrutteringsutfordringer løses ikke først og fremst ved å utdanne flere. Vi må bruke

kompetansen bedre, sette sammen team med flere ulike yrkesgrupper og styrke arbeidet med oppgavedeling.

Beholde og utvikle personell

Økt andel heltidsstillinger gir bedre rekruttering, kontinuitet og kvalitet. Reduksjon av uønsket deltid, helhetlig arbeidstidsplanlegging og tydelig oppgavedeling gir bedre bruk av tid og kompetanse. Vi skal dreie fra hovedvekt på ekstern rekruttering til sterkere satsing på medarbeiderskap, kompetanseutvikling, heltidskultur og bærekraftig organisering av arbeid. Dette forutsetter systematisk samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte og medarbeidere, samt en organisering av arbeidet som gjør det mulig å stå i hele stillinger over tid.

God bemanningsplanlegging og ressursstyring gjør at kompetansen brukes bedre. Det er et viktig virkemiddel for å rekruttere, utvikle og beholde helsepersonell. Alle helseforetak har etablert bemanningsenheter. Enhetene avlaster klinikken ved å skaffe ekstravakter, håndtere vikarbruk og dekke sykefravær.

Sykehusene bør i større grad samarbeide og utvikle kompetanse på tvers av helseforetak. På noen områder må samarbeidet skje sammen med kommunene, for eksempel innen svangerskapsomsorg og psykisk helsevern. Dette kan gi bedre samlet kompetanseforvaltning, likere pasientbehandling på tvers av nivåer og bidra til at flere kan arbeide heltid.

Helsefremmende arbeidstidsordninger er viktige for trivsel og motivasjon. Arbeidet må organiseres slik at ansatte kan stå i jobb til pensjon, at belastningen er håndterbar og at yrkesskader forebygges. Helseforetakene prøver ut nye ordninger og deler erfaringer på tvers. Bransjeprogrammet IA i sykehus gir kunnskapsbaserte og målrettede verktøy for et helsefremmende arbeidsliv. Vi bør også bidra til at pensjonert helsepersonell kan fortsette å være en ressurs for helseforetakene.

Utdanning og kompetanse – livslang læring

Livslang læring er styrket gjennom felles digitale løsninger og strukturer som gir bedre oversikt over kompetanse, tydeligere krav og mer målrettede læringsløp. Kompetansedata skal brukes som beslutningsstøtte i planlegging og prioritering, ikke bare til registrering.

Antall sykepleiere med spesialutdanning økte fra 10 700 i 2021 til 11 400 i 2025, særlig innen barne-, intensiv- og kreftsykepleie. Foretakene har om lag 550 utdanningsstillinger årlig. Dagens utdanningskapasitet vurderes å dekke behovet. Videre innsats rettes mot kompetansesammensetning, rekruttering av andre yrkesgrupper, redusert turnover, fagutvikling og større påvirkning på egen arbeidshverdag.

Helseforetakene har ansvar for gjennomføring og kvalitet i utdanningsløpet for leger i spesialisering. De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for spesialister dekkes, og at det legges til rette for helhetlige utdanningsløp på tvers av foretak og andre aktører. Analyser av utviklingen i antall legestillinger tilsier behov for en større gjennomgang av organisering og gjennomføring av spesialistutdanningen. Regionens handlingsplan for LIS-utdanningen i Helse Sør-Øst støtter opp under dette arbeidet. Områder i planen er blant annet; dimensjonering, gode utdanningsforløp, kvalitet i utdanningen, økt kompetanse innenfor veiledning og supervisjon, samt bruken av vurderingskollegium.

Samarbeid på tvers av yrkesgrupper

God pasientbehandling forutsetter samarbeid mellom yrkesgrupper og best mulig bruk av samlet kompetanse. Bevisst oppgavedeling innebærer at oppgaver prioriteres til fagpersonell der

kompetansen er nødvendig, mens andre oppgaver kan løses av annet personell, nye metoder, teknologi eller i samarbeid med pasienter og pårørende. Det gir bedre ressursbruk, arbeidsflyt og kvalitet.

Helseforetakene har innført logistikkroller som frigjør tid til pasientrettet arbeid. Rollen bestiller og fyller på varer og tøy, leverer mat, håndterer avvik og retur/avfall. Dette har gitt bedre oversikt, mindre svinn og færre haste- og feilbestillinger.

Praksis og lærlingeordning

Spesialisthelsetjenesten skal tilby studenter praksis gjennom studieforløpet. Praksis skal være kunnskapsbasert, godt organisert og gi planlagt læringsutbytte. Veilederkompetanse, tid til veiledning og tydelige roller er sentralt. Forutsigbar organisering av utdanningsoppgavene kan gjøre veilederrollen til en attraktiv karrierevei og bidra til å beholde kompetanse.

Studenter og lærlinger er potensielle nye medarbeidere. Flere helseforetak har etablert lærlingekontor og standardiserte lærlingeløp fram til fag- eller svenneprøve. Læretiden er tidsbegrenset og er både et utdanningsløp og ansettelse, med krav til opplæring og forventninger til verdiskaping.

Tiltak for rekruttering, bemanning og utdanning konkretiseres ytterligere i [delstrategi for utdanning og kompetanse](#) (denne revideres i 2026).

4 Persontilpasset medisin

Den faglige utviklingen åpner for mer målrettet diagnostikk og behandling, som ofte betegnes som persontilpasset medisin eller presisjonsmedisin.

Utviklingen innen molekylærbiologi, genomikk og analyse av andre storskala helsedata gir mulighet for mer presis diagnostikk og målrettet behandling. Behandling kan tilpasses undergrupper eller enkeltindivider, med bedre effekt og færre bivirkninger.

Norge har fulgt opp [Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023–2030](#) gjennom målrettede investeringer i kunnskap, infrastruktur og koordinering. Det er blant annet etablert et nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin (NorPreM) med regionale fagråd og en nasjonal infrastruktur for presisjonsdiagnostikk på kreftområdet (InPreD). InPreD arbeider nå for en betydelig kapasitetsutvidelse slik at presisjonsdiagnostikk med store genpaneler blir tilgjengelig for flere pasienter og tidligere i forløpet. Studien IMPRESS-Norway er et nasjonalt flaggskip for persontilpasset kreftbehandling, med mer enn 4000 inkluderte pasienter, og har oppnådd betydelig internasjonal anerkjennelse. Samlet bidrar disse tiltakene til likeverdig tilgang til avansert diagnostikk og kliniske studier i hele landet.

Videre utvikling fram mot 2040 vil understøttes av etablering av et nasjonalt genomsenter, en avansert analyseplattform som skal styrke datadeling, analysekapasitet og implementering i klinikk på tvers av helseregionene. I tråd med den nasjonale strategien skal persontilpasset medisin integreres i forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging. Dette forutsetter økt evne til å

analysere og fortolke store og komplekse datamengder, samt videre utvikling av tverrfaglig samarbeid, kompetanse, teknologi og forskning.

5 Bildediagnostikk og laboratorieundersøkelser

Bildediagnostikk og laboratorieundersøkelser er blitt stadig viktigere i diagnostikk og oppfølging av pasientene i og utenfor sykehus. Økende bruk kan bli en flaskehals for sykehusenes kliniske drift.

Bildediagnostikk og laboratorieundersøkelser er stadig viktigere for diagnostikk og oppfølging i og utenfor sykehus. Etterspørselen har økt over tid og forventes å fortsette å stige. Dette kan bli en flaskehals for klinisk drift dersom utviklingen ikke håndteres med tydelig prioritering og bærekraftig ressursbruk.

Uønsket variasjon og bruk av lavverdiundersøkelser viser behov for bedre henvisningskvalitet, tydeligere prioritering og styrket samhandling med henvisere. Felles regionale kriterier, standarder og henvisningsstøtte skal bidra til mer ensartet praksis og bedre kapasitetsutnyttelse.

Digitalisering og avansert informasjonsstøtte, inkludert kunstig intelligens, vil få økende betydning fram mot 2040. Innføring skal være forsvarlig og basert på kvalitet, etikk, pasientsikkerhet og validerte metoder. Felles og standardiserte regionale teknologiske løsninger er en forutsetning for samhandling, effektiv drift og god datakvalitet, også på tvers av offentlige og private leverandører.

Digital patologi

Digital patologi støttes av ny programvare og teknologi for bildebehandling av vevssnitt. Dette muliggjør bruk av kunstig intelligens i diagnostikk og mer samarbeid om utredning og oppfølging på tvers av helseforetak, inklusive ved avanserte og sjeldne tilstander. DoMore! er et eksempel på teknologi som kommersialiserer bedre diagnostikk ved kolorektal kreft.

Redusere uønsket variasjon - unngå unødige undersøkelser og analyser

Riksrevisjonen rapporterte i 2016 at om lag 25–30 prosent av bildediagnostiske undersøkelser ikke har betydning for videre diagnostikk eller behandling. Tilsvarende gjelder en andel laboratorieanalyser.

Drivere for forbruk er blant annet ny teknologi, nye metoder og indikasjoner, kommersielle interesser, demografiske endringer og økt fokus på pasientautonomi. Det er et mål å unngå dobbeltundersøkelser og dobbelgranskning uten medisinsk indikasjon og å standardisere protokoller og metodebøker. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å informere øvrige deler av helsetjenesten om beste praksis og bidra til mer ensartet utredning og henvisning.

6 Legemiddelhåndtering

Vi arbeider med å gjøre legemiddelhåndteringen tryggere og bedre, men mye kan fortsatt bli bedre.

Legemiddelkostnader utgjør en betydelig andel av helseforetakenes kostnader og har vært stabilt på rundt seks prosent de senere årene). I Helse Sør-Øst administreres årlig om lag 40 millioner tabletter og kapsler til innlagte pasienter.

Legemiddelrelatert skade er den hyppigst rapporterte skadetyper i spesialisthelsetjenesten. Andelen sykehusopphold med legemiddelrelaterte skader var tre prosent i 2024, den høyeste forekomsten siden 2012. Skadene kan gi alvorlig pasientskade og dødsfall, og gir også store samfunnskostnader.

[WHO kampanjen Medication without harm](#) peker på at nesten halvparten av forebyggbar skade i helsetjenesten skyldes legemidler og terapeutiske tiltak. Et gjennomgående problem er mangelfull oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk. I Norge adresseres dette blant annet gjennom Helsedirektoratets Nasjonal plan for riktig legemiddelbruk.

Riktig legemiddelbruk er et prioritert innsatsområde i [nasjonalt rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet 2024–2027](#) og er sentralt i [regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#). [Veileder om legemiddelhåndtering](#) (Sykehusapotekene HF) beskriver satsingsområder og tiltak. Flere forbedringstiltak kan løses i regionen, mens andre krever samarbeid på kommunalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Riktig, samordnet og oppdatert legemiddelforordning

Legemiddelforordninger skal være riktige, samordnet og løpende oppdatert gjennom hele pasientforløpet. Alle sykehus i regionen har samme hovedjournalssystem, samme elektroniske kurve- og medikasjonsløsning og samme IKT-løsning for medikamentell kreftbehandling. E-resept ble innført i hovedjournalssystemet i 2013.

I 2026 deltar regionen i nasjonal samhandling om pasientens legemiddelliste med integrasjoner mot journalssystem og kurve- og medikasjonsløsning (Klinisk legemiddelsamhandling, fase 4). Dette reduserer risiko i ansvarsoverganger og gjør verktøyene mer effektive i klinisk hverdag.

Sykehusapotekene HF oppgraderte i 2025 produksjonsanlegg for endoser og fikk samme år ansvar for regionens legemiddeldata. Felles legemiddeldata på tvers av journal- og logistikk-løsninger vil understøtte tryggere og mer effektiv samhandling. Nye konsepter prøves ut, blant annet farmasitun ved Oslo universitetssykehus i 2026, der apotekmedarbeidere klargjør legemidler med legemiddelroboter i dedikerte lokaler.

Sykehuspartner HF utvikler sammen med sykehusene et mobilt konsept for legemiddeladministrering basert på skanning av endoser og pasientarmbånd, med samtidig oppdatering av medikasjonsløsning og lager. Datadeling og automatisert logistikk planlegges også for å støtte innflytting i Nye Aker og Nye Rikshospitalet med mer effektiv og trygg legemiddelpraksis.

Tiltakene skal gi bedre kliniske verktøy, forenkle arbeidsprosesser og ta i bruk robotisering og automatisering for å redusere legemiddelfeil og kassasjon, og dermed også kostnader og miljøbelastning.

Kontroll av behandlingseffekt

Regional data- og analyseplattform (RDAP) skal gi bedre innsikt i egen praksis, støtte faglig utvikling og legge til rette for reduksjon av uønsket variasjon og bedre pasient- og brukersikkerhet, også på legemiddelområdet.

Medikamentforordning og -håndtering og behandlingseffekt skal kunne analyseres og kontrolleres mot felles retningslinjer ved hjelp av IKT-løsninger. Felles elektronisk kurve- og medikasjonsløsning og løsning for medikamentell kreftbehandling gjør analyser mulig på en måte som tidligere var mer ressurskrevende.

7 Teknologi og digitalisering

Vi vil bruke mulighetene teknologi og digitale løsninger gir for bedre helsehjelp.

Norge som samfunn ligger langt framme når det gjelder digitalisering. Innen helsesektoren er det fortsatt et stort urealisert potensial knyttet til de mulighetene digitalisering kan gi. En årsak til dette er det store antallet unike IKT-løsninger som finnes i helsesektoren, ofte med mangelfulle integrasjoner.

I Helse Sør-Øst er det per mai 2026 over 1150 unike digitale løsninger og om lag 170 000 medisinsk-tekniske enheter i bruk ved sykehusene. Fokus på bedre integrerte løsninger med gode og effektive brukergrensesnitt og mer sammenhengende arbeidsprosesser skal skape mer tid til pasientene og en bedre arbeidshverdag for de ansatte.

Digitalisering

Helse Sør-Øst RHF investerer mer enn 2 milliarder kroner årlig i digitalisering. [Regional delstrategi for teknologiområdet](#) peker ut syv innsatsområder som skal styre arbeidet i planperioden.

De fire innsatsområdene sentralt i figuren under berører kjernevirksomheten direkte. I tillegg er to innsatsområder knyttet til *hvordan* kjernevirksomheten skal videreutvikles (*datadrevet utvikling av helsetjenesten* og *brukernær utvikling av teknologi*), og ett område er en forutsetning for at alt annet skal lykkes (*effektive felles IKT-tjenester*).



De strategiske målene for de syv innsatsområdene er:

- Pasienter behandles og følges opp hjemme når det gir effektiv ressursbruk, god kvalitet og økt egenmestring.
- Kunstig intelligens, beslutningsstøtte og persontilpasset medisin gir arbeidsbesparende effekter og mer presise og likeverdige tjenester.

- Nødvendig og relevant pasientinformasjon er tilgjengelig for pasienter og helsepersonell på tvers av helsetjenesten.
- Brukervennlig teknologi gir effektive arbeidsprosesser og forenkler hverdagen for helsepersonell.
- Økt datafangst og bruk av informasjon forbedrer pasientbehandling, sykehusdrift og grunnlag for forskning.
- Brukerdrevne utviklingsmetoder gir raskere endringer og gode brukeropplevelser.
- Moderne og kostnadseffektive felles IKT-tjenester gir økt endringsevne.

Delstrategien skal brukes som verktøy for strategisk porteføljestyring og aktivt i prioritering, planlegging og budsjettering.

Datadrevet utvikling og bruk av kunstig intelligens

Bruk av helsedata er en grunnleggende forutsetning for utvikling av sammenhengende pasientforløp, bedre ressursutnyttelse og en mer kunnskapsbasert helsetjeneste. Helsedata finnes i både de ulike fagsystemene i sykehusene, i Helse Sør-Østs regionale data- og analyseplattform (RDAP) og i de mange nasjonale kvalitetsregistrene. Begrepet «helsedata» er et vidt begrep og inkluderer både direkte pasientsensitive data og styringsdata/metaddata. Like viktig som mer aktiv bruk av og tilgang til relevante pasientrelaterte data i hele helsetjenesten, er mer aktiv bruk av og tilgang til styringsdata/metaddata. Slike styringsdata/metaddata er sentralt for å få økt innsikt i arbeidsprosessene i sykehusene, men ikke minst vil det være en forutsetning for å lykkes med å styre og realisere mer sammenhengende helsetjenester på tvers av omsorgsnivåene. Videreutvikling av RDAP er derfor en forutsetning for å lykkes med innsatsområdet *Datadrevet utvikling av helsetjenesten*.

Kunstig intelligens (KI) vil være et sentralt virkemiddel for å forbedre helsetjenesten den kommende perioden. Data er «råstoffet» for KI og god tilgang til data er derfor en forutsetning for evnen til å kunne høste gevinster fra KI. Bruken av KI vil gradvis øke, strukturert og risikobasert for store deler av helsetjenesten. I perioden mot 2040 vil det sannsynligvis oppstå mange spørsmål og vurderinger knyttet til personvern, MDR-direktivet og klassifisering av KI-baserte løsninger. Juridisk kompetanse knyttet til dette vil derfor være en viktig kompetanse for at Helse Sør-Øst skal evne å gradvis ta i bruk flere og mer avanserte KI-baserte løsninger den kommende perioden.

8 Personvern

Vi kan ikke gi god helsehjelp uten at riktige helseopplysninger er knyttet til riktig person. Effektiv digitalisering krever at vi innhenter, bruker og sammenstiller store mengder helsedata og personopplysninger om pasienter, pårørende, ansatte og andre.

Personvern er en menneskerett og er nedfelt i Grunnloven. Personvernarbeidet handler om å bruke nødvendige opplysninger til pasientbehandling, drift og forskning, samtidig som retten til privatliv ivaretas. Ansvaret ligger i lederlinjen og omfatter både tekniske og organisatoriske tiltak, som IT-sikkerhet, tilgangsstyring, avviksrapportering, opplæring og samhandling.

Personvern vurderinger må gjøres tidlig i utviklingsprosesser slik at risikoreduserende tiltak kommer inn fra start. Det er også viktig med felles regional forståelse av regelverket for å unngå forskjellsbehandling og å fjerne unødvendige hindringer for samarbeid og sikker informasjonsutveksling. Økt bevissthet i foretaksgruppen om personvern, og de muligheter som ligger i godt personvern, er en prioritert oppgave framover. Dette omfatter opplæring tilpasset ulike roller, videreutvikling av digitale administrative støttesystemer på personvernområdet (eks. regional behandlingsprotokoll, digitale innsynsløsninger og maler for personvernkonsekvensvurderinger) og systematisk kartlegging av personverntilstanden i regionen.

I 2025 ble det etablert en felles uavhengig personvernombudsfunksjon for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst. Helseforetakene har egne personvernledere, og disse møtes jevnlig i regionalt personvernråd.

9 Informasjonssikkerhet

Sikker behandling av informasjon inngår i alle systemer og alle ansattes arbeid.

Informasjonssikkerhet skal gjøre at helsetjenester kan leveres også når flom, brann eller cyberangrep rammer virksomhetskritiske systemer. Det handler om å kunne forebygge og håndtere innbrudd, behandle opplysninger fortrolig (konfidensialitet), hindre uautoriserte endringer (integritet) og sikre at nødvendige opplysninger er tilgjengelige når helsepersonell trenger dem (tilgjengelighet).

Informasjonssikkerhet skal være en del av virksomhetsstyringen og inngå i helhetlige beslutninger. Arbeidet skal gjøres i tråd med overordnet [mål og strategi for informasjonssikkerhet](#).

Roller og ansvar for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst er oppdatert og tydeliggjort i [Ledelsessystem for informasjonssikkerhet - Helse Sør-Øst RHF](#). I planperioden skal det arbeides for bedre samsvar mellom ansvar for måloppnåelse, herunder pasientsikkerhet, og ansvar for informasjonssikkerhet. På tvers av virksomheter skal det som hovedregel være samsvar mellom ansvar for pasientbehandlingen og ansvar for bruk av pasientopplysninger, med tilhørende informasjonssikkerhet.

Arbeidet med informasjonssikkerhet skal være risikobasert, og helseforetakene skal ha kontroll med risiko. Oppdatert trusselbilde og gode holdninger til digital sikkerhet er sentrale forutsetninger.

Sårbarheter oppdages jevnlig i programvare og infrastruktur. Sikkerhetssenteret i Sykehuspartner HF har god evne til å avdekke og håndtere hendelser og arbeider tett med HelseCERT. Angrep skjer kontinuerlig, og noen vil lykkes. Evnen til å oppdage, begrense og håndtere hendelser skal derfor videreutvikles i takt med trusselbildet.

Digitalsikkerhetsloven og -forskriften trådte i kraft 1. oktober 2025. Regelverket stiller krav til tilbydere av samfunnsviktige tjenester. For Helse Sør-Øst betyr det blant annet krav om risikobaserte sikkerhetstiltak og at ledelsen skal sikre et forsvarlig sikkerhetsnivå. Det innføres også varslingsplikt for hendelser som i betydelig grad påvirker leveransen av tjenestene.

10 Miljø og bærekraft

Vi skal ta vare på mennesker, miljø og ressurser – samtidig.

En bærekraftig helsetjeneste er sosialt ansvarlig, miljø- og klimamessig bærekraftig og godt styrt, og bidrar til bedre pasientopplevelser (<https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>).

I Helse Sør-Øst arbeides det for å redusere miljøbelastningen og ivareta kvalitet gjennom blant annet digitale konsultasjoner, mindre unødvendig forbruk, mer sirkulære løsninger og klimavennlig bygningsdrift. Pasientperspektivet skal integreres i bærekraftsarbeidet for å sikre likeverdige, tilgjengelige og framtidsrettede tjenester.

Sosial bærekraft innebærer anstendige og trygge arbeidsforhold for egne medarbeidere og for arbeidstakere i leverandørkjeden. Gjennom systematiske aktsomhetsvurderinger, krav i anskaffelser og oppfølging av leverandører skal foretaksgruppen forebygge brudd på menneskerettigheter, arbeidslivskriminalitet og sosial dumping. Arbeidet med mangfold, inkludering og likestilling skal bidra til gode arbeidsmiljøer og bedre pasientforløp.

Sykehusdrift er ressurs- og materialintensiv, med utslipp knyttet til bygg, energi, transport, legemidler, medisinsk utstyr og forbruksvarer. Helse Sør-Øst RHF deltar i nasjonalt samarbeidsutvalg for miljø og bærekraft og arbeider for å redusere klimagassutslipp, energieffektivisere bygningsmassen og fremme mer bærekraftige innkjøp og transportløsninger.

Sirkulære løsninger i sykehusdrift prioriteres framover. Mindre unødvendig forbruk, mer ombruk og materialgjenvinning, samt overgang fra engangs- til flergangsprodukter der det er faglig og smittevernmessig forsvarlig, skal gi lavere belastning på klima og miljø og bedre ressursutnyttelse. Tiltakene styrker også forsyningssikkerheten ved å redusere avhengighet av globale leverandørkjeder.

Klimaendringer og mer ekstremvær krever klimatilpasning og robuste tjenester. Helse Sør-Øst skal identifisere og håndtere natur- og klimarisiko gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser, styrket beredskapsplanlegging og klimatilpasset bygg- og eiendomsforvaltning, for å sikre kontinuitet i kritiske helsetjenester og god pasientsikkerhet.

Frem mot 2040 skal bærekraft være integrert i styring, planlegging og utvikling i Helse Sør-Øst, med felles mål, systematisk rapportering og kontinuerlig forbedring.

11 Eiendom

Vi skal utvikle og ta vare på byggene

Foretaksgruppen forvalter om lag 2,9 millioner kvadratmeter bruttoareal. Eiendomsporteføljen representerer store verdier og langsiktige bindinger. Hvordan porteføljen forvaltes og utvikles har direkte betydning for kvalitet i pasientbehandlingen, arbeidsforhold for ansatte, ressursbruk og driftssikkerhet.

Helse Sør-Øst RHF har i perioden arbeidet med styrket eierstyring, standardisering og helhetlig porteføljestyling. God bærekraft forutsetter at vi tar vare på byggene. Vi prioriterer derfor verdibevarende vedlikehold.

Utviklingen av eiendomsområdet tar utgangspunkt i tre overordnede strategiske grep.

Ta vare på og videreutvikle eksisterende bygningsmasse

Eksisterende bygningsmasse er hovedgrunnlaget for sykehusdriften i Helse Sør-Øst. Den vil også framover være bærebjelken i eiendomsporteføljen. En viktig strategisk prioritering er derfor å ta vare på og videreutvikle denne bygningsmassen.

Forvaltningen skal sikre forsvarlig teknisk tilstand og langsiktig verdibevaring. Videreutvikling av eksisterende bygg skal støtte endrede behov for aktivitet, organisering og behandlingsformer over tid.

Investeringer i vedlikehold, rehabilitering, utvikling og eventuell avhending skal vurderes samlet gjennom helhetlig porteføljestyling. Prioriteringer skal bygge på kunnskap om teknisk tilstand, risiko og byggenes betydning for virksomheten.

Systematisk og verdibevarende vedlikehold er avgjørende. Målet om arealvektet tilstandsgrad 1,2 eller bedre innen 2035 og eliminering av tilstandsgrad 3 innen 2030 ligger fast for bygg som inngår i den langsiktige porteføljen for pasientbehandling.

En livsløpsorientert tilnærming skal sikre bedre sammenheng mellom investeringer, drift og vedlikehold, redusere vedlikeholdsetterslep og bidra til bærekraftig ressursbruk.

Utvikle nye sykehusbygg som støtter pasientbehandling og gode arbeidsforhold

Sykehusbygg er en integrert del av pasientforløpene og arbeidshverdagen til ansatte. Utvikling av bygg og eiendom skal derfor ta utgangspunkt i virksomhetens behov.

Eiendomsutviklingen skal legge til rette for effektive pasientforløp og nye behandlingsformer. Byggene skal støtte endrede driftsmodeller og god samhandling internt og på tvers av virksomheten.

Arealer og funksjonsløsninger skal bidra til personaleffektiv drift og god logistikk. Målet er bedre flyt, mindre unødig kompleksitet og mer tid til pasientrettet arbeid.

Nye og eksisterende bygg skal planlegges for fleksibilitet og tilpasningsevne. Løsningene skal kunne brukes og videreutvikles gjennom byggenes levetid. Store byggeprosjekter skal ses i sammenheng med den samlede eiendomsporteføljen og inngå i langsiktig porteføljestyling.

Beredskap

Eiendomsområdet er sentralt for virksomhetens beredskap. Bygg og infrastruktur skal sikre kontinuitet i pasientbehandlingen også under vesentlig endrede rammevilkår. Eiendomsporteføljen må være robust, driftssikker og tilpasningsdyktig, med evne til å håndtere økt belastning og nye krav. Beredskap er et grunnleggende premiss i planlegging og utvikling av eiendomsområdet.

12 Økonomi

God økonomistyring er en forutsetning for å kunne tilby gode og likeverdige spesialisthelsetjenester

Helse Sør-Øst skal innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav i statsbudsjett, foretaksmøter og oppdragsdokument, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og det legges til rette for bærekraftig utvikling over tid.

Helse Sør-Øst hadde i 2025 en omsetning på 129 milliarder kroner og et årsresultat på 3 144 millioner kroner. Positive resultater gir handlingsrom for investeringer, men økte kapitalkostnader fra pågående og planlagte investeringer forutsetter fortsatt omstilling og effektiv ressursbruk. Kvalitet i pasientbehandling og effektiv pasientflyt er viktige bidrag til god økonomi.

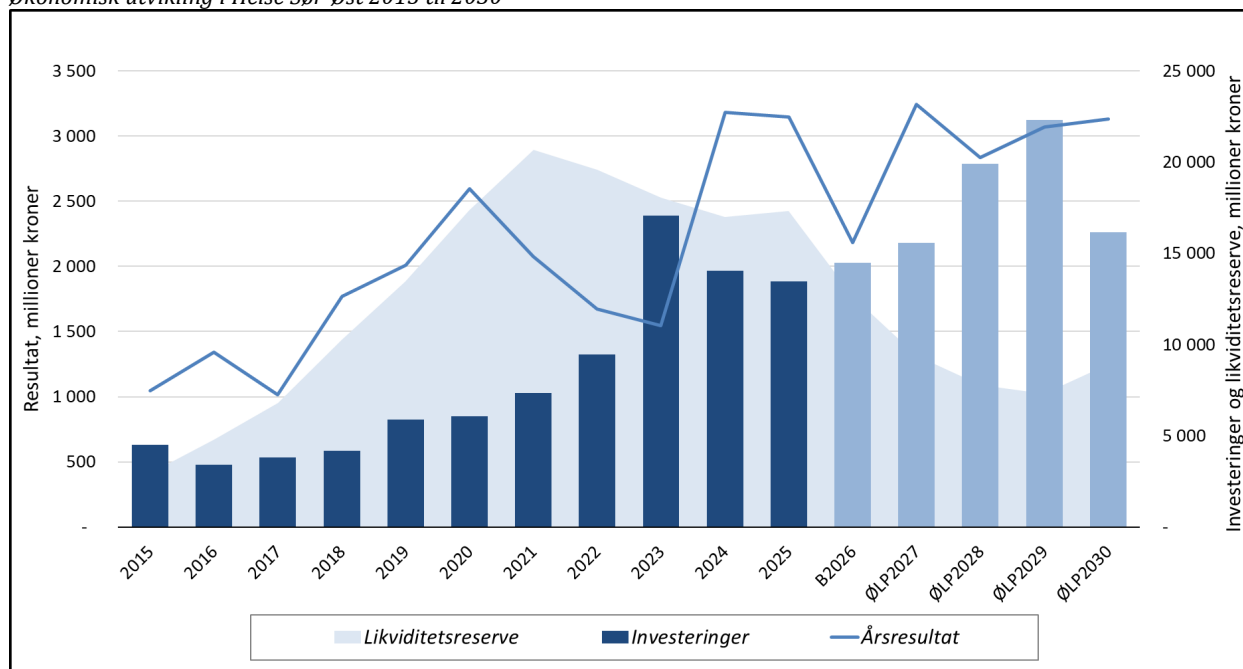
Økonomisk bærekraft

Bærekraftig utvikling over tid forutsetter god ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god økonomisk styring og effektive arbeidsprosesser.

Helse Sør-Øst bruker økonomisk langtidsplan som konsekvensvurdering av vedtatte strategier og samlet framstilling av planlagt utvikling i sentrale innsatsfaktorer. Første året er grunnlag for budsjett og rapportering. Den samlede økonomiske utviklingen i Helse Sør-Øst er under kontroll, men enkelte helseforetak når fortsatt ikke fastsatte økonomiske mål.

Foretaksgruppen har akkumulert likviditet gjennom positive resultater. Samtidig videreføres et høyt investeringsnivå i bygg, utstyr og teknologi, med planlagt gevinstrealisering, inkludert bedre bruk av helsepersonell. For å realisere gevinstene må organisasjoner og driftsmodeller tilpasses. Investeringer skal følges opp med god økonomisk styring slik at prosjekter gjennomføres innen vedtatte styringsrammer.

Økonomisk utvikling i Helse Sør-Øst 2015 til 2030



Kilde: Årsregnskaper, budsjett 2026 og økonomisk langtidsplan 2027-2030 Helse Sør-Øst. Med likviditetsreserve menes innestående i bank med tillegg av ledig driftskredittramme i statskassen. Konsekvensene av revidert nasjonalbudsjett 2026 er ikke innarbeidet i figuren.

Risiko for kostnadsvekst i en periode med høyt investeringsnivå

Helseforetakene har ulike forutsetninger, med både nye og eldre sykehusbygg og betydelige investeringsbehov i medisinsk-teknisk utstyr og teknologi. Flere har begrenset finansielt handlingsrom, og videre produktivitetsutvikling er avgjørende for å opprettholde en bærekraftig økonomi. Oppspart likviditet er planlagt brukt til investeringer blant annet i nye sykehusbygg i kommende periode.

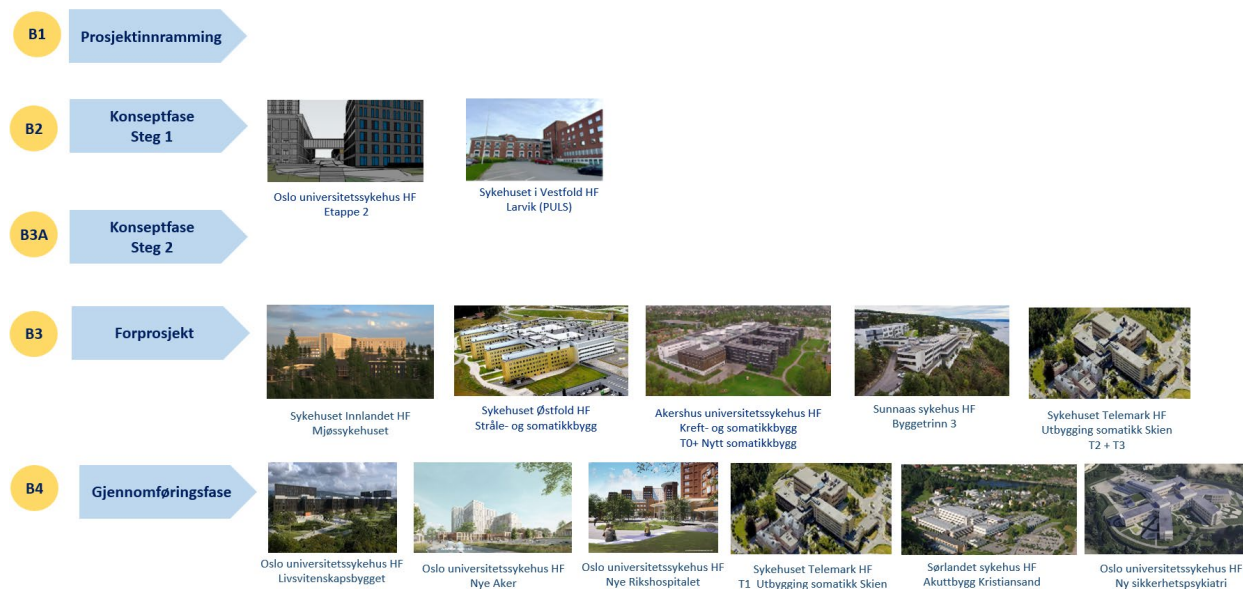
Markedsuro, krig, geopolitisk usikkerhet og energikrise kan øke anskaffelseskostnader og gi generell prisvekst. I en periode med høyt investeringsnivå øker behovet for stram prioritering, effektiv ressursutnyttelse og løpende oppfølging av kostnadsutviklingen.

Helse Sør-Øst RHF fordeler inntekter til sykehusområdene etter en inntektsmodell som skal legges til rette for likeverdige tjenester. Modellen ble sist revidert i 2023 og brukes fra budsjettåret 2025. Det kan ikke legges til grunn inntektsvekst utover inflasjon og demografidrevne behov. Samtidig øker forventninger og kostnader, blant annet som følge av nye og mer avanserte behandlingsformer.

Behov for effektivisering og omstilling

Ny teknologi gir store muligheter, samtidig som det er et betydelig etterslep på vedlikehold og oppgradering av bygg og medisinsk-teknisk utstyr. I 2025 ble nytt sykehus i Drammen (Vestre Viken HF) tatt i bruk. Det pågår og planlegges flere store byggeprosjekter, blant annet Nye Aker og Nye Rikshospitalet (Oslo universitetssykehus HF) og videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF med nytt Mjøssykehus i Moelv, i tillegg til øvrige investeringer i regionen.

Regionale byggeprosjekter 2026



Figur 1: regionale byggeprosjekter per første tertial 2026

Investeringene gir økte kapitalkostnader og forutsetter videre effektivisering og omstilling. Når nye sykehusbygg og regionale digitale løsninger tas i bruk, må helseforetakene realisere gevinstene som lå til grunn for investeringsbeslutningene, inkludert økonomiske gevinster, bedre kapasitetsutnyttelse, enklere arbeidsprosesser og bedre kvalitet. Manglende gevinstrealisering svekker det økonomiske handlingsrommet og øker risikoen. Det regionale helseforetaket følger dette arbeidet opp systematisk.

De neste sju årene er flere av de store byggeprosjektene planlagt ferdigstilt. Utover 2030-tallet vil investeringene i større grad dreies mot systematisk vedlikehold, teknisk oppgradering og utvikling av eksisterende bygningsmasse. Dette er nødvendig for funksjonelle og trygge bygg, redusert risiko for driftsavbrudd og svikt i kritisk infrastruktur, og for å begrense kostnader ved utsatt vedlikehold. Vedlikeholdsprosjekter gir stor nytte gjennom bedre pasientsikkerhet, arbeidsmiljø, stabil drift og bedre ressursutnyttelse.

13 Felleseide selskaper

De felleseide foretakene skal bidra til å styrke og forbedre tilbudet til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet, samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse.

Helse Sør-Øst RHF eier, sammen med de andre regionale helseforetakene, fem helseforetak:

- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO)
- Luftambulansetjenesten HF (LAT)
- Pasientreiser HF
- Sykehusbygg HF
- Sykehusinnkjøp HF

De felleseide foretakene styres gjennom årlige oppdragsdokumenter som angir særskilte krav og oppgaver, fastsetter aktivitetskrav og eiernes finansiering. Det pågår en prosess for å oppdatere målbildene.



Vedlegg til saksnr. 2026/18420–3

Dato 31.08.2026

Forslag til høringsuttalelse: Høring - Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst

Fredrikstad kommune viser til høringsbrevet fra Helse Sør-Øst datert 19.6.2026 om Regional utviklingsplan 2040.

Oppsummering

Fredrikstad kommune støtter hovedretningen i Regional utviklingsplan 2040. Kommunen ønsker et tett samarbeid med klare forpliktelser med Helse Sør-Øst og Sykehuset Østfold. Kommunen slutter seg særlig til målet om at spesialisthelsetjenesten skal støtte og avlaste kommunale helsetjenester. For at helsetjenestene skal være bærekraftige, må spesialisthelsetjenesten både styrke egen kapasitet på kritiske områder og bidra ute i kommunene med behandling, kompetanse og støtte.

Den endelige planen bør gjøre det tydelig hvordan oppgaver skal fordeles mellom sykehus og kommune. Oppgaver må planlegges sammen, være trygge for pasientene og ikke føre til at ansvar, risiko eller kostnader flyttes uten at dette er planlagt og avklart. Kommunen ber særlig om tydeligere omtale av psykisk helse og rus, ROP (samtidig rusproblem og psykisk lidelse), habilitering, ambulante tjenester, forventningsavklaring og kloke valg.

Kommunen støtter særlig at planen legger vekt på:

- *Sykehusene må støtte og avlaste kommunene.* Sykehusene må i større grad bidra med kompetanse, veiledning, felles konsultasjoner, ambulante tjenester, digitale løsninger og rask tilgang til vurderinger fra spesialister. Dette kan styrke kvaliteten nær pasienten og hindre innleggelser som kan unngås.
- *Helsefellesskapene og felles planlegging.* Helsefellesskapene bør være den viktigste arenaen for å vurdere behov, prioritere, utvikle og evaluere tiltak sammen. Kommunene må involveres tidlig.
- *Hjelp til personer som trenger mange tjenester samtidig.* Kommunen støtter prioriteringen av barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, personer med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre. Disse gruppene trenger tjenester som henger sammen, og tydelig informasjon om hvem som har ansvar.
- *Helsekompetanse, samvalg og likeverd.* Pasienter og pårørende må få god informasjon og reell mulighet til å delta i valg om behandling. Tiltak må utformes slik at de ikke fører til sosial ulikhet eller at noen faller utenfor fordi de ikke kan bruke digitale løsninger.

- *Redusert uønsket variasjon og Kloke valg.* Kommunen støtter arbeidet med å sikre at alle får nødvendig hjelp, og at utredning og behandling som gir liten nytte, blir redusert. Klokke valg handler om å unngå undersøkelser og behandling som ikke hjelper pasienten. Fagfolk bør gi samme råd og informasjon på tvers av sykehus, fastleger og kommunale tjenester.
- *Beredskap og evne til å tåle kriser.* Kommunen støtter at beredskap er et eget hovedmål, og at beredskap skal være en del av alle fagområder. Planen bør forklare tydeligere hvordan sykehus, kommuner og andre beredskapsaktører skal samarbeide i oppfølgingen.

Dette bør bli tydeligere eller endres i planen:

- *Sykehus og kommuner må planlegge nye oppgaver sammen.* Flere eldre, mangel på personell, ny teknologi og nye behandlingsformer vil endre hvem som gjør hvilke oppgaver. Kommunen er enig i at kommunale helsetjenester er under økende press. Likevel samsvarer ikke formuleringen om at spesialisthelsetjenesten i mindre grad skal planlegge for oppgaveoverføring til primærhelsetjenesten med de demografiske endringene som beskrives i planen.

Kommunen anbefaler at planen beskriver prinsipper for felles planlegging, tydelig ansvar og avklart finansiering. Endringer må være trygge for pasientene og bygge på dokumentert nytte og samlet ressursbruk i hele helsetjenesten.

Når behandling gis hjemme eller nær pasienten, må det være tydelig hvem som har behandlingsansvaret. Det må også være klare avtaler om observasjon, responstid, utstyr, legemidler, deling av informasjon og rask hjelp hvis pasientens tilstand blir verre.

- *Følgene av nye modeller må vurderes før de tas i bruk.* Tjenester som gis hjemme, digitalt eller andre steder enn på sykehuset, kan være positive. Samtidig må de ikke føre til at behandlingsansvar, oppgaver, risiko eller kostnader flyttes til kommunen uten at dette er avklart. Planen bør derfor understreke at personell, kompetanse, økonomi, beredskap og konsekvenser for andre kommunale tjenester vurderes før nye modeller tas i bruk.
- *Konkurranse om helsepersonell må ikke gjøre det vanskeligere å gi gode tjenester samlet sett.* Rekrutteringstiltak kan føre til mer konkurranse om helsepersonell mellom kommuner, sykehus og andre arbeidsgivere i området. Kommunene har allerede knapphet på kvalifisert arbeidskraft.

Planen bør forklare hvordan aktørene sammen skal øke tilgangen på helsepersonell totalt. Kommunen anbefaler regionalt samarbeid om felles rekrutterings- og kompetansetiltak, i stedet for tiltak som gjør at aktørene konkurrerer mer om de samme ansatte.

- *Psykisk helse, rus og ROP krever nok kapasitet i spesialisthelsetjenesten.* Personer med alvorlige psykiske lidelser, samtidig rusproblem og psykisk lidelse og andre store og sammensatte behov må få tilstrekkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det gjelder hjelp hjemme, behandling uten innleggelse og døgnbehandling når det trengs. Det må være mulig å øke eller redusere hjelpen raskt når pasientens tilstand og behov endrer seg. Kommunal oppfølging kan ikke erstatte nødvendig spesialisert behandling.

- *Habilitering må ses tydelig sammen med psykisk helse og rus.* Personer med utviklingshemming og samtidig psykisk lidelse eller rusproblem har ofte flere behov samtidig. Da kan det bli uklart hvem som har ansvar.

Psykisk helsevern, habiliteringstjenesten, øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester må ha et tydelig og forpliktende samarbeid om utredning og behandling. Spesialisthelsetjenesten må bidra aktivt med behandling, kompetanse, veiledning og bistand. Det bør beskrives tydeligere hvem som har ansvar for hva i den endelige planen, eventuelt i en revidert [Regional fagplan habilitering - Helse Sør-Øst RHF](#).

- *Planen bør forklare bedre hva innbyggerne kan forvente av helsetjenesten.* Planen peker på økende forventninger og behovet for helsekompetanse. Den omtaler i mindre grad hvordan spesialisthelsetjenesten skal bidra til å redusere forskjellen mellom det folk forventer, og det helsetjenesten faktisk kan og bør gi. Kommunen anbefaler at helsekompetanse kobles tydeligere til prioritering, samvalg og forventningsavklaring.

Arbeidet med Klope valg som beskrives i planen, bør brukes mer aktivt i helsekommunikasjon, samvalg og forventningsavklaring. Spesialisthelsetjenesten bør forklare tydelig hvorfor noen undersøkelser og behandlinger ikke hjelper. Det bør også utvikles felles kommunikasjon og faglig støtte til fastleger og kommunale tjenester.

- *Digitale løsninger må gjøre tjenestene enklere, ikke skape nye forskjeller.* Digitale løsninger og kunstig intelligens må utvikles på tvers av tjenestenivåene og ut fra hele pasientforløpet. Løsningene må ikke øke risikoen for sosial ulikhet eller gjøre at noen faller utenfor fordi de ikke kan bruke digitale tjenester. De må ha dokumentert nytte, tydelig ansvar, god informasjonssikkerhet og gode alternativer for personer som ikke kan bruke digitale tjenester. Sykehusene må ikke spare tid eller penger på en måte som gir mer arbeid eller større kostnader for kommunene.

PS 21/26 2. tertialrapport 2026 for Fredrikstad kommune (saken ettersendes)