

Innspill til Helsereformutvalget fra Samarbeidsrådet for Nedre Romerike IPR (SNR)

Innledning og overordnede innspill

Takk for muligheten til å gi innspill til Helsereformutvalgets arbeid. Samarbeidsrådet for Nedre Romerike IPR (SNR) er det interkommunale politiske samarbeidet for de fem kommunene på Nedre Romerike – Aurskog-Høland, Lillestrøm, Lørenskog, Nittedal og Rælingen. Innspillet er strukturert med noen innledende innspill/betraktninger, og en avsluttende oppsummering med vurdering av mulige fremtidige modeller for helhetlige og integrerte helse- og omsorgstjenester

Innledningsvis vil vi understreke at:

- Kommunene på Nedre Romerike er **klare for mer ansvar** – men ikke mer risiko alene.
- Reformen bør avgrenses til å **tette hullene** i grensesnittene mellom kommune og spesialisthelsetjenester, internt i kommunene og mellom kommunene, eksempelvis utskrivningsprosesser, informasjonsflyt og ansvars plassering for pasienter med sammensatte behov.
- Kommunene vil være **reelle medspillere** i utforming av retning, prioriteringer og virkemidler.

1. Nedre Romerike er en sterk vekstregion – og vi håndterer veksten godt!

SNR representerer fem store og mellomstore kommuner med en total befolkning på drøyt 212 000, med en variasjon fra Aurskog-Høland med 18 370 innbyggere til Lillestrøm med 96 272 (tall fra SSB for 3. kvartal 2025). Dette er samtidig en av regionene i Norge som har hatt sterkest befolkningsvekst de siste 25 årene, jf. tabellen nedenfor (tall fra SSB):

	2000	2025	Økning i tall	Økning i prosent
Lillestrøm	60476	96272	35796	59 %
Lørenskog	29727	50817	21090	71 %
Rælingen	14541	20794	6253	43 %
Aurskog-Høland	13328	18370	5042	38 %
Nittedal	18798	26050	7252	39 %
Nedre Romerike	136870	212303	75433	55 %
Hele landet	4492974	5606944	1113970	25 %

Kommunene på Nedre Romerike er sterke og har vist at vi håndterer veksten godt. Vi har drevet samfunnsutvikling for egen befolkning samtidig som vi har håndtert en befolkningsvekst som ligger langt over landssnittet. Vi har gode forutsetninger for å levere helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i dag og i fremtiden.

2. Helsefellesskapet Ahus – kommunene fungerer og er en modell å bygge videre på

De fem SNR-kommunene er del av Helsefellesskapet med Ahus sammen med 16 andre kommuner på det sentrale Østlandet. Samarbeidet kjennetegnes av tydelig flernivåstyring, med partnerskapsmøtet øverst, dernest strategisk samarbeidsutvalg og fagutvalg. Videre kjennetegnes det av kontinuerlig samhandling mellom ledelse og fagmiljø. Samlet bidrar dette til bedre overgang mellom nivåene, raskere problemløsning og høyere kvalitet i pasientforløp. Det er helt sentralt at kommunene og sykehuset er reelle og likeverdige partnere i fellesskapet. Dette er et viktig samarbeid som må videreutvikles, ikke svekkes.

Helsefellesskapsmodellen må videreutvikles slik at kommunene i praksis er reelle og likeverdige partnere også i utviklings- og innovasjonsarbeidet. Det innebærer også behov for flere piloter og systematisk følgeforskning, slik at vi får kunnskap om hvilke tiltak som faktisk gir effekt, er økonomisk bærekraftige og lar seg skalere til alle kommuner.

Erfaringene så langt viser at spesialisthelsetjenesten ofte har en drivende rolle i prosjektutvikling og implementering. Det gir kraft og fremdrift, men kan også medføre risiko for at løsninger utvikles og breddes uten at gevinstene og forutsetningene i kommunene er tilstrekkelig vurdert.

3. Kommunene tar ansvar og kan dokumentere med konkrete innovasjoner

Kommunene på Nedre Romerike jobber kontinuerlig med innovasjon og utvikling i helse- og omsorgssektoren. Dette gjør vi både alene og i samarbeid med andre, ofte med utgangspunkt i Helsefellesskapet.

Her er noen av eksemplene:

a. MILA – «Mitt liv, mitt ansvar»

- Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke
- Felles tjeneste mellom Ahus og kommunene
- Vant Digitaliseringsprisen 2025

MILA er et samarbeid med Norsk helsenett og leverandører om utvikling av tekniske løsninger for deling av pasientens egenbehandlingsplan på tvers av tjenestenivåer. Det skal bidra til at tjenestemottakerne skal oppleve økt mestring, trygghet og i større grad være i stand til å ta ansvar for egen helse, og det planlegges nå utvidet med flere pasientgrupper /kronikergrupper.

b. Pasientforløp forsterket hjemreise

- Sykepleier i 100 % stilling som følger pasienter etter utskrivning
- Reduserer reinnleggelser og uavklarte overganger

Dette er ett av til sammen 11 samarbeidsprosjekter mellom AHUS og kommunene som er innvilget støtte fra rekrutterings- og samhandlingstilskuddet.

c. Prosjekt X – integrerte helsetjenester

- Tverrfaglige team på tvers av kommuner og sykehus
- Tjenestemodell rettet mot eldre med sammensatte behov

Dette er én av pilotene i Prosjekt X, satsingen i form av et omfattende samarbeide mellom regjeringen og KS om utprøving av nye måter å samarbeide på mellom kommuner og sykehus. Det har gitt bedre koordinerte tjenester og bedre ressursbruk i tjenestene. I dette prosjektet vil sykehuset og kommunene prøve ut å etablere tjenesteforløp basert på samme modell til pasienter med sammensatte behov og høyt forbruk av tjenester innen somatikk og innen psykisk helsevern og rus.

d. Teknologiløftet i Lillestrøm

- Systematisk og innovativ bruk av teknologi for å møte eldrebølge og personellmangel
- Samarbeid på tvers av tjenesteområder

Dette er et omfattende tverrsektorielt program som kobler sammen innovasjon, investeringer i digital infrastruktur, samarbeid på tvers av tjenesteområder og arbeidsdeling for bedre utnyttelse av kommunens ressurser. Det inkluderer skreddersøm, samarbeid med pårørende og målrettet bruk av teknologi både i private hjem og i institusjoner. Teknologiløftet samarbeider og med flere kommuner i regionen om konkrete utviklingsprosjekter.

e. Felles anskaffelse av Elektronisk pasientjournalssystem (EPJ)

Kommunene på Romerike, Hadeland og Follo – til sammen 19 kommuner – har gått sammen om felles anskaffelse av EPJ. Målet er å få på plass én EPJ-løsning som alle kommuner i samarbeidet deler, og som forvaltes av én kommune (Lillestrøm) på vegne av alle. Konseptet vil skape økonomiske og kvalitative gevinster på kommunalt og regionalt nivå og gi ny innsikt om hvordan kommuner samordner seg, styrker gjennomføringskraft og skaper en enklere hverdag for helsepersonell.

f. Mulig regionalt samarbeid på helseområdet

- Utredning ved bruk av interne ressurser
- Tre prioriterte områder for videre utredning

SNR har gjennomført et eget utredningsarbeid på tvers av de fem kommunene for å finne mulige områder for regionalt samarbeid. Utredningsarbeidet identifiserte tre områder som det jobbes videre med etter en prioritert rekkefølge: 1) Område avlastning for barn og unge med behov og atferdsutfordringer, 2) område omfattende tjenester innen psykisk helse og avhengighet, og 3) område bo- og miljøtjenester til voksne med komplekse behov og alvorlig atferdsutfordringer.

4. Det er behov for mer kommunal tyngde i det nasjonale reformarbeidet

Vi mener, i likhet med både KS og andre representanter fra kommunene, at kommunene burde vært bedre representert i Helsereformutvalget. Det er ikke minst viktig for å sikre et mest mulig dekkende bilde av utfordringene og mulighetene i kommunene. Vi støtter derfor fullt ut budskapet til helselederne ([Kronikk](#) i Kommunal Rapport 13.01.26) når de understreker at: «Skal vi lykkes med å utvikle en helhetlig helsetjeneste for framtiden, må kommunene slippes inn på styringsrommet. Ikke som høringsinstans på slutten, men som reelle medspillere i utforming av retning, prioriteringer og virkemidler. Reformarbeidet vil ikke få nødvendig kraft, kvalitet eller legitimitet uten tydelig kommunal involvering tidlig i prosessen.» Kommunene er kun representert ved én ordfører i utvalget, mens spesialisthelsetjenesten er representert ved både en administrerende direktør og en klinikkssjef.

Oppsummering

Etter det innledende arbeidet (høsten 2025) har Helsereformutvalget foreløpig konkludert med at helse- og omsorgstjenestene ikke er organisert godt nok for

fremtidens behov. De mener at behovet øker raskere enn tilgangen på kvalifisert personell, særlig innen de nære helse- og omsorgstjenestene. Usammenhengende system gjør mange pasienter til kasterboller og gir ikke hensiktsmessig bruk av ressurser. Demokratiske påvirkningsmuligheter og åpenhet er ulike for ulike deler av tjenesten. Det er geografisk og sosioøkonomisk ulikhet i tilgang. Og digitaliseringsprosessen er komplisert og går langsomt.

I forlengelsen av dette har utvalget delt noen alternative skisser for fremtidige modeller i henholdsvis et [seminar i Bodø 3. februar 2026](#) og på [KS Strategikonferanse i Oslo 12. februar 2026](#): Dagens ordning (med noen varianter), en folkevalgt-modell basert enten på kommunene og fylkeskommunene eller nye regioner, en modell basert på at staten har det meste av ansvaret, en basert på ulike forsikringsbaserte ordninger og en modell med ulike ordninger etter geografi og fag. Utvalget ønsker tilbakemelding på om det er andre modellvarianter de bør ser på og fordeler og ulemper ved modellene de har presentert.

SNR vil understreke at reformen må styrke – ikke omgå – eksisterende og velfungerende strukturer. Vi mener at derfor det ikke er klokt å reformere gjennom å:

- flytte beslutninger bort fra lokale og regionale samarbeidsarenaer
- undergrave helsefellesskapenes rolle
- gi kommunene ansvar uten tilsvarende styring eller ressurser
- løse utfordringer for de få på bekostning av det som fungerer godt for de mange

Det er svært stort strekk i laget blant norske kommuner. De 100 største kommunene representerer 81 prosent av Norges befolkning, mens de 100 minste kommunene har 3 prosent.

Mandatet til helsereformutvalget legger til grunn at «... kommunene skal ha ansvar for omsorgstjenester og at staten skal ha ansvar for sykehus og spesialisthelsetjenester, der egne rettssubjekter innehar sørge-for-ansvar, faglig autonomi og selvstendig budsjett- og resultatansvar.»

Men - hvilke kommuner tar mandatet utgangspunkt i – de største eller de minste?

SNR-kommunene er store og mellomstore kommuner, med gode muligheter og potensial for å ta selvstendig ansvar i utviklingen av helse- og omsorgstjenester for innbyggerne våre. Helseledernes debattinnlegg understreket blant annet at: «Over halvparten av befolkningen bor i de 25 største kommunene, som også er godt rigget for digitalisering, innovasjon, forskning og utvikling.» Dette er et perspektiv som i alt for liten grad er synlig i helsereformutvalgets forståelse av mandatet og det de skal utrede.

Vi er derfor enig med KS når de understreker at utvalget bør se på virkemidler som påvirker og utvikler grensesnittene mellom kommune og spesialisthelsetjenester og internt i kommunene og mellom kommunene. «Det er viktigere å tette hullene enn en stor og omfattende omorganiseringsreform!» (KS på KS Strategikonferanse 12. februar 2026). Et av flere viktig grep som kan sørge for å tette hullene er å satse på bedre dataflyt og felles styring og utvikling av digitale løsninger som forenkler og forbedrer både for innbyggerne og ansatte i alle tjenesteforløp.

Med det som utgangspunkt kan ikke SNR støtte de mer radikale modellene som er skissert fra utvalget. Vi tror heller ikke at det er behov for å utrede flere/alternative modeller enn de som er skissert så langt. Løsningen ligger etter vårt syn i å forbedre og videreutvikle dagens ordning, den modellen utvalget kaller «OA Varianter av dagens ordning». Vår erfaring er at Helsefellesskapet er en god plattform for å sikre sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Samarbeidet gjennom Helsefellesskapet bør derfor være grunnplanken i den fremtidige organiseringen av helse- og omsorgstjenestene i Norge.

Kommunekommisjonen og Helsereformutvalget jobber parallelt og vil bli sentrale i utformingen av den fremtidige norske velferdsstaten. Tre sentrale utfordringer må drøftes og håndteres av begge disse, og løsningene må i stor grad finnes i kommunene:

Mangelen på personell – vi kan ikke utdanne oss ut av utfordringene i helse- og omsorgssektoren. Det må i stedet jobbes mer effektivt og kanskje annerledes enn i dag.

Skille i helsetjenester – helsereformen må ikke svekke det nære helsetilbudet med et kunstig skille mellom omsorg- og helsetjenester mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Digitalisering – mange kommuner er kommet langt i å ta i bruk innovative og fremtidsorienterte digitale løsninger og velferdsteknologi som et nødvendig supplement for å sikre god kvalitet på helse- og omsorgstjenestene.

Oppsummert – SNR-kommunene er klare for å bidra i utformingen av nye modeller og i gjennomføringen. Vi har både kapasitet og ambisjoner på vegne av våre kommuner, og forventer å bli tett involvert i utviklingen av nye løsninger for våre innbyggere.

For Samarbeidsrådet for Nedre Romerike IPR (SNR)



Rune Winum, leder i SNR og ordfører i Nittedal