



Arkivsaknr: 2024/6984-1
Sakshandsamar: Helge Kvam
Avdeling: Stab - Helse og omsorg

SAKSFRAMLEGG

Alver i endring og omstilling 2026 - innsparingstiltak i sektor helse og omsorg

Utvalssak **Utval** **Møtedato**

Kommunestyret

Kommunedirektøren sitt framlegg til vedtak:

Kommunestyret vedtek «Alver i omstilling og endring 2026 – innsparingstiltak i sektor helse og omsorg» med samla innsparing på kr. 120 207 000,- fordelt per år lik tabell under:

Tema	2024	2025	2026	2027	Merknad
Redusert årsverk	2,4	76	99,3	106,8	Kumulativ effekt
Redusert kostnad	4 576 000	80 551 000	113 217 000	120 207 000	Kumulativ effekt

Innsparing per tenesteområde jamfør tabellar vist i saksframlegget.

Politisk handsaming

Saka vert oversendt til uttale i Ungdomsråd, Eldreråd og Råd for menneske med nedsett funksjonsevne 02.09, innstilling i Utval for levekår 03.09 og Formannskap 05.09, og deretter fremja for endeleg vedtak i Kommunestyret 19.09.

Saka gjeld

Kommunestyret i Alver vedtok i samband med budsjetthandsaming for 2024 følgande:

“Kommunestyret ber om at kommunedirektøren kjem tilbake med forslag til kutt i utgifter på minst 150 millionar, og ber om at dette vert levert seinast innan juni 2024.

Kommunestyret viser til evaluering av organisasjonsprosjektet, med leveranse februar 2024, og vil arbeide vidare med økonomiplan 2025-2028 og konkrete forslag til tiltak etter levering av dette prosjektet. Kommunestyret ber om at det vert bestilt ein rapport frå PwC med konkrete forslag til tiltak som samsvarar med utfordringsbilete på tenestenivå, og at denne vert bestilt som ei oppfølging av evaluering av organisasjonen”.

Oppdrag vart gjeve til PwC i januar 2024 med omsyn til at det skulle gjennomførast ei vurdering av Alver kommunes overordna organisering, og vurdering av tiltak for å sikre ein berekraftig økonomi og drift av kommunen.

Følgande rapportar ligg som grunnlag for saka:

- PwC rapport 08.02.24: «Organisasjonsgjennomgang Alver kommune» ligg som vedlegg nr. 1
- PwC juni 2024: «Analyse av økonomisk driftsnivå i Alver kommune Delrapport Helse og omsorg» ligg som vedlegg nr. 2
- Alver kommune juni 2024: «Forenkla konsekvensanalyse for tiltak i Helse og omsorg i Alver kommune» ligg som vedlegg nr. 3

Kommunedirektøren legg her fram si innstilling for Alver i omstilling og endring 2026 – innsparingstiltak i sektor helse og omsorg.

Saksopplysningar

Kunnskapsgrunnlag

PwC rapport 2021

PwC leverte rapport den 11.01.2021 – Kartlegging av Helse og omsorg i Alver kommune. Rapport og etablering av Prosjekt leiing, kvalitetsforbedring og ressurseffektiv drift vart handsama i Alver kommunestyre sak 054/21 møte 06.05.21 [Tiltak for meir kostnadseffektiv drift i helse og omsorg - oppfølging av PwC rapport](#)

Kommunedelplan helse sosial og omsorg

Alver kommunestyre sak 011/23 møte 23.03.23 vedtok [Kommunedelplan helse, sosial og omsorg 2023-2034](#) Her kan ein m.a. vise til punkt 6.1 Ny kommunerolle og ressurseffektiv drift. Her står det mellom anna:

«Økonomiske, driftsmessige og organisatoriske tilhøve – vi må saman innrette oss for ein berekraftig kommuneøkonomi. Utan endringar og nye tiltak i komande år vil behov for tenester innan helse, sosial og omsorg auke i betydeleg grad. Vi må arbeide for prioriteringar som legg til rette for å redusere auka ressursbehov samt ha ressurseffektiv drift både i høve økonomi, arbeidskraft og tenesteutøving.»

I kommunedelplanen helse, sosial og omsorg er kombinasjon av aktivitets- og meistringstrappa samt bustadtrappa sentrale i arbeidet med å dimensjonere innsats og tenester i dag og i framtida. Modellane er og eit verktøy for å synleggjere kombinasjonar av meistrings- og tenestenivå i innbyggjarane sine liv. I kommunedelplanen står det mellom anna:

«Vi ønskjer at aktivitets- og meistringstrappa vert eit arbeidsverktøy som mellom anna kan bidra til:

- å vise dei ulike nivåa i tenesteytinga, tilhøve mellom dei ulike nivåa og heilskapen. Vi har trinn som er godt utvikla og mindre utvikla i Alver.
- debatt og prioriteringsval for ønska utvikling og dimensjonering av tenester og tilbod med mål om å kunne gi rett teneste på rett nivå.
- forventningsavklaring til kommunen vår som forvaltar og tenesteytar - for innbyggjarar, politikarar, tilsette og samarbeidspartar
- arbeid med ressursinnsats samt å etablere tenlege måleindikatorar for om vi lukkast med mål og vegval for samfunnsutviklinga i kommunen vår.
- å sikre medverknad frå brukarar og pårørande på alle trinn i trappa.
- å legge til rette for medverknad og samhandling med frivillig sektor og andre aktørar.»

Prosjekt Leiing, kvalitetsforbetring og ressurseffektiv drift

Prosjekt leiing, kvalitetsforbetring og ressurseffektiv drift har over tid arbeida med ulike forbetringsområde som vert eit viktig grunnlag for komande omstillingsarbeid:

- Det har vore etablert arbeidsgruppe med mål om å forbetre kvalitet på styringsdata med omsyn til mest mogleg korrekt datagrunnlag for avgjerdsstøtte. Arbeidet har primært vore retta mot Habiliteringstenesta, Psykisk helse og rus samt Forvaltningskontor
- Brukarundersøking om opplevd tenestetilbod og aktuelle forbetringsområde. Det vart i 2021 og 2023 gjennomført brukarundersøkingar med måleverktøy via [bedrekommune](#) for nasjonal samanlikning av resultat
- Bemanningsdata – forbetre bruk av verktøy (Visma Enterprise Ressursstyring og Framsikt) for å måle ressursbruk, samt endring i ressursbruk i tenestekområda. Målsetjing om å ha mest mogleg korrekt datagrunnlag for ressursbruk i dei ulike avdelingane til ei kvar tid, samt sikre rett bruk og fordeling av tilgjengelege ressursar
- Brukardata frå Profil (elektronisk pasientjournal) - forbetre bruk av verktøy for å måle endringar i tenestetildeling (vedtak), samt sikre rett registrering av tid- og ressursbruk i Profil. Mest mogleg korrekt avgjerdsstøtte omhandlar her både vedtakstid og faktiske brukte ressursar som dei ulike tenestene nyttar på å utføre vedtaka
- Det er utarbeidd bemanningsplanar som skildrar behov for bemanning til ulike tider på døgnet. Desse har danna grunnlag for turnusane, og har bidratt til å sikre rett bemanning og kompetanse til rett tid, ut frå dei individuelle vedtaka til den einskilde brukar
- Forvaltningskontoret har delteke i benchmarking av forvaltning og tildelingspraksis

- Organisasjonsjustering Psykisk helse og rus, kor avdelinga som ikkje arbeider med heildøgns tenestetilbod vart delt inn i 3 team Dette for å sikre at innbyggjarane skal få dei tenestene dei har krav på uavhengig av kor dei bur
- Beskriving av aktivitets- og meistringstrappa for tenesteområda Psykisk helse og rus samt Habiliteringstenesta
- [Tenesteanalyse for personar med psykisk utviklingshemming](#) som skildrar og analyserer ressursbruk, dekningsgrader, einingskostnader og kvalitet og kor Alver vert samanlikna med 7 andre kommunar
- Gjennomgang av ambulerande tenester og avlastningsavdelinga i Habiliteringstenesta, for å tydeleggjere målgruppa for og innhaldet i tilboda
- Justering av Fritidskontakttilbodet i tråd med Helsedirektoratet si anbefaling
- Etablering av eige vurderingsteam for tildeling av bustadar på tvers av tenester og sektorar
- Kommunal retningslinje for velferdstiltak og arbeidsrelaterte oppgåver hjå vekstbedriftene
- I regi av Kunnskapskommunen, vart det i samarbeid med Høgskulen på Vestlandet (HVL) og Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomført Kunnskapsoppsummering og [Mini metodevurdering av Housing First](#) som modell for varig busetjing av huslause med rusmiddelavhengnad og/ eller psykiske helseproblem

Medverknad er ivaretatt ved kontinuerleg orientering om framdrift og ulike arbeidsområde i råd, utval og formannskap, referansegruppe, brukarundersøkingar og arbeidsgrupper samansett av tilsette frå tenestene samt tilsette sine organisasjonar og vernetenestene.

Informasjon om prosjektet finn ein:

- Alver kommune – Statusrapport 2021 jamfør vedlegg nr. 4
- Alver kommune – Statusrapport 2022 jamfør vedlegg nr. 5
- Alver kommune – Statusrapport 2023 jamfør vedlegg nr. 6

Om behovet for endring

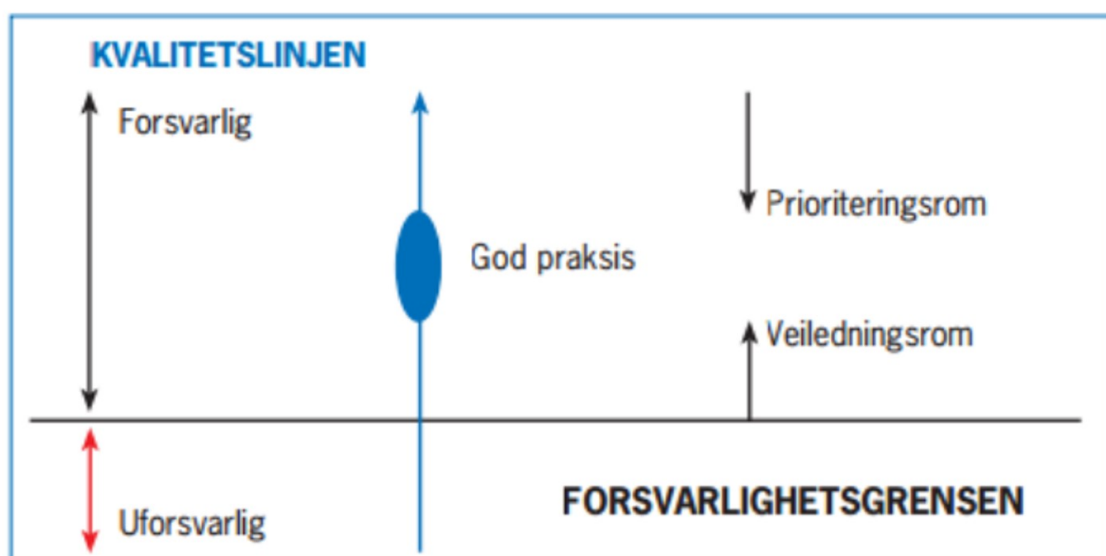
Kommunedirektøren vurderer at PwC sin rapport «Analyse av økonomisk driftsnivå i Alver kommune Delrapport Helse og omsorg» jamfør vedlegg nr. 2 gjev eit tenleg kunnskapsgrunnlag for den økonomiske situasjonen i Alver kommune og trong for å gjere betydelege tiltak både på kort og lengre sikt.

Statsforvaltaren har i samband med kontroll av budsjett og økonomiplan 2024-2027 understreka Alver kommune sitt behov for endring og omstilling. Her seier Statsforvaltaren

at kommunen må gjere tiltak som gir tilstrekkeleg positiv verknad på det økonomiske resultatet i år og i dei komande åra. Om ikkje kommunen gjennomfører tiltak med tilstrekkeleg effekt, vurderer Statsforvaltaren det som sannsynleg at kommunen blir innmeldt i [Register om betinget godkjenning og kontroll \(ROBEK\)](#) innan nokre få år.

Korleis forstå kravet til forsvarlege tenester i ein innsparingsprosess?

I prosjekt leiing, kvalitetsforbetring og ressurseffektiv drift har ein nytta Helsetilsynet sin illustrasjon av krav til forsvarlege tenester, sjå figur under. Dette for å illustrera utfordringsbiletet, slik det og vert presentert i rapporten frå PwC, kva som vert utfordra og korleis forstå kravet om forsvarlege tenester og når ein er i innsparingsprosess:



Figur 1. Kvalitetslinjen (Helsetilsynet)

Det vert ofte snakka om betydninga av å gje forsvarlege tenester. Som illustrasjonen over syner, er det ei nedre grense for korleis yte tenester og drive praksis, og grensa ligg rett på kva som vil vere avvik og lovbrøt. Helsetilsynet viser til at det bør vere eit rettleiingsrom frå denne nedre grensa, til det ein definerer som god praksis. Det kan til dømes samanliknast med å fly ein drake: Me kan seia at draken flyg i den augneblinken det er luft mellom draken og bakken. Men er den 2 cm over bakken, vil det vera små endringar som skal til før han havarerer.

På same måte må god praksis liggja eit godt stykke over nedre grense, for å ha eit handlingsrom som tek høgde for, evner å møte og handtera hendingar og situasjonar som vi veit kan oppstå undervegs. For så å rettleia og jobba seg gjennom dei hendingane ein står i, slik at ein på nytt løftar seg inn i sona for god praksis. Det kan t.d. vere sesonginfluensa med auka sjukefråvær, fleire brukarar med auka behov i same teneste, auka tal brukarar som skal ha tenester, endra behov for kompetanse med meir. Dette skal ein organisasjon vere rigga for å handtere og justere seg etter, utan at ein kjem under grensa for avvik og lovbrøt.

Samstundes finnest det ikkje ei øvre grense for kva som er forsvarleg, ein maksimumsstandard. Så lenge ein er innanfor lovkrava om at tenestetilbodet skal vera likeverdig og ressursane skal utnyttast best mogleg, vil til dømes kommuneøkonomi, tilgang på personell, infrastruktur og prioriteringar ha betydning for kor ein kan definere kva som skal vere god praksis i ein kommune. Noko som gjer at variasjonane mellom kommunar kan vere store.

Kva som er sona for god praksis i Alver kommune, og kor høgt oppe i kvalitetslinja ho ligg, vil mellom anna handla om korleis me organiserer oss, profesjonsutøving, individuelt ansvar, rolleforståing og rammevilkår rundt oss.

[Helsedirektoratet](#) peiker på dette i sine kommentarar til begrepet forsvarleg:

- Begrepet er ein rettsleg standard
- Det er meint å variere, endre innhald og utvikle seg over tid i trå med fagleg utvikling, anbefalt praksis, endra verdioppfatningar og liknande.
- Det er ikkje knytt til bestemte og eintydige kriteria eller innhald, men gir anvising på ein bestemt målestokk til bruk ved bedømming
- Det er ikkje eit absolutt krav om at ein skal gjere alt som er mogleg å gjere for den enkelte pasient, til dømes ved å ta alle tilgjengelege ressursar i bruk

At du har rett til nødvendige, forsvarlege helse- og omsorgstenester betyr likevel ikkje at du sjølv kan velge kva slags teneste eller hjelp du skal få, eller i kva omfang. Det er ei fagleg vurdering av behovet ditt som avgjer kva teneste du får.

Som kommune har me ikkje høve til å driva med usakleg forskjellsbehandling. Forbodet mot usakleg forskjellsbehandling inneber at like saker skal behandlast likt, slik at det i størst mogleg grad er føreseieleg for pasientar, brukarar og saksbehandlarar kva tenester eit behov vil utløysa. Det vil seie at om det ikkje er sakleg grunn for at to innbyggjarar med same behov skal givast ulikt tilbod, har me ikkje høve til å gi den eine eit tilbod og den andre ikkje. Eller me har ikkje høve til å gi den eine meir av ein tenestene, enn den andre.

Det er behov for å rydde opp i praksis og harmonisere innhald i tenestene etter samanslåinga av de tre tidlegare kommunane. Ei slik harmonisering vil påverke kriteria for-, innhaldet i- og omfanget av kommunale helse- og omsorgstenester. Det betyr at nokon vil oppleve å få mindre omfang, eller bortfall, av tenester dei har hatt til no. For andre betyr det at dei vil få innvilga tenester dei har rett på, og har venta på at det skal bli ledig kapasitet.

På andre område vil det bety at ein må nytte betalingstenester, få bistand frå familie og nettverk eller nytte sosiale entreprenørar som tilbyr bistand der kommunen ikkje skal ha eit tilbod. For enkelte brukarar vil tiltaket kunne bety at dei får færre timar heimebaserte tenester enn tidlegare. Dette skal ikkje føre til at dei ikkje får nødvendig helsehjelp, og ein positiv konsekvens kan vere eit større fokus på å legge til rette for at den enkelte skal setjast i stand til å nytte sine eigne ressursar og oppleve meistring

Grepa er nødvendig både av omsyn til økonomisk berekraft, men også for å handtere framtidig rekrutteringsbehov og endra demografisk samansetning i kommunen.

Eigne ressursar først

Å bidra til løysingar som legg til rette for at flest mogleg skal oppleve meistring og kunne leve gode, sjølvstendige liv, samtidig som ein tenker nytt om korleis ein møter den demografiske utviklinga på tvers av sektorar, vil vere heilt sentralt for å sikre berekrafta til velferdssamfunnet.

Vi må tenke nytt, og vi må tenke saman – som å sjå samanhengen mellom eit godt og helsefremmande lokalsamfunn, samarbeid med sivilsamfunnet, ein tilpassa bustad og behovet for helse- og omsorgstenester.

Namnet [Fellesskap og meistring - Bu trygt heime](#) knytter seg til at dei aller fleste eldre i dag og i framtida kjem til å bu heime. Målet til regjeringa er at den enkelte og deira pårørande skal oppleve dette som eit trygt og godt val. Samtidig er det slik at det å bu heime ikkje nødvendigvis er ei løysing for alle, og det vil framleis vere eit stort og aukande behov for sjukeheimsplassar for eldre i den siste livsfasen. Arbeidet omfattar derfor alle buformer, frå den opphavlege bustaden til den enkelte via ulike nye og sosiale buformer til heildøgns omsorgsplassar. Vi må ha ulike butilbod tilpassa bistands- og hjelpebehovet til den enkelte, noko som ofte er omtalt som bustad- og tenestetrappa, men ein må i større grad sjå på moglegheiter for å utvide dei nedste stega i trappa med eigna bustader og tilrettelagde buformer, og redusere delen som bur i ein ueigna bustad. Vidare vil samlokalisering og stadutvikling gjere det lettare for eldre å komme seg til aktivitets- og servicetilbod på eiga hand, samtidig som det kan bidra til meir effektiv utnytting av personellressursar.

Det er ei målsetjing at folk skal leva gode og sjølvstendige liv lengst mogleg. Helsepersonellkommisjonen meiner at det er eit stort potensial i å satsa på helseframande tiltak og førebygging. Slik satsing kan bidra til å utsetja innbyggjarars behov for tenester frå helse- og omsorgstenestene, og til å avgrensa behov for innsats frå personell med helsekompetanse for varetaking av individuelle helse- og omsorgsbehov. Førebyggingstiltak og tidleg innsats må formast ut slik at pasientar og brukarar blir gjorde i stand til å ta vare på eiga helse og delta i eiga behandling. Ved behov kan venner, pårørande, frivillige eller andre i samfunnet hjelpa, ofte med tilrettelegging frå offentlege ordningar

Meistring er ein sentral føresetnad for å kunna leva med ein tilstand, og vil ha mykje å seia for livskvaliteten til kvar enkelt. For mange av tiltaka i den kommunale helse- og omsorgstenesta vil derfor det sentrale målet vera at pasienten/brukaren skal kunna meistra kvardagen sin trass i sjukdom, smertar og/eller fysiske, psykiske og/ eller sosiale funksjonsnedsettingar ([Meld. St. 38 \(2020–2021\) - regjeringen.no](#))

Bemanning og kompetanse

Bemanning er kommunens knappaste ressurs og største kostnad - tenesta må organiserast på ein måte som legg til rette for optimal effekt av den kompetansen og kapasiteten kvart årsverk har.

Nye arbeidsformer og betre oppgåvedeling i tenestene er nødvendig for å sikre berekraftig bruk av helse- og omsorgspersonell. Betre oppgåvedeling blir ofte peikt på som ein avgjerande faktor for både god samhandling og ei berekraftig utvikling. Utgangspunktet for betre oppgåvedeling er å arbeide systematisk med det, slik at forståinga av korleis oppgåvene kan bli løyst best mogleg med rett kompetanse vert etablert. Betre oppgåvedeling inneber også at ein trekker inn annan kompetanse og andre sektorar, og at ein aukar helsekompetansen i befolkninga.

Betre kompetanseplanlegging og eit systematisk arbeid for betre oppgåvedeling kan føre til at det blir etablert nye karrieremoglegheiter og dermed bidra til auka rekruttering og til at fleire blir i tenesta.

I dag er det til dømes ofte slik at ulike personell grupper har overlappande oppgåver og bruker mykje tid på oppgåver som ikkje krev spisskompetansane deira. [Helsepersonellkommisjonen](#) har vist til at knappleik på helsepersonell gjer at ein må arbeide systematisk for å lykkast med betre oppgåvedeling mellom personell.

Helsepersonellkommisjonen meiner at ei systematisk tilnærming minimum må omfatte:

- kartlegging av omfanget og typen oppgåver
- kartlegging av ansvarsforhold
- vurdering av om formell helsekompetanse er nødvendig for å utføre oppgåvene, eller om dei kan bli gjort av personell utan slik kompetanse
- kartlegging av nødvendig helsefagleg kompetansebehov for å utføre oppgåvene
- oppretting og vedlikehald av dokumentasjonssystem for den formelle og reelle kompetansen til tilsette
- bemanning i samsvar med kompetansebehova for oppgåveutføringa og den formelle og reelle kompetansen til dei tilsette

Betre oppgåvedeling vil bidra til å auke fleksibiliteten og kvaliteten i tenestene, samtidig som det bidrar til meir effektiv ressursbruk ([Fellesskap og meistring - Bu trygt heime](#)).

Bruk av kombinerte stillingar kan bidra til å auka fleksibiliteten og kvaliteten i tenestene. Dette omtales av Helsepersonellkommisjonen som «hus-og-hytte»-stillingar der den tilsette jobbar i fleire fagmiljø, internt i eller mellom teneste- og forvaltningsnivå, men og mellom helse- og omsorgstenestene. Slike stillingar kan bidra til at spesialkompetanse kan komme til nytte i fleire verksemdar, til betre fordeling av vakter og større grad av heiltid. Viktig er og at slike stillingar kan auka beredskapen ved at fleire personar, kanskje frå fleire yrkesgrupper, bytter på å jobba med spesielle oppgåver som det er mindre personellbehov for under normale omstende. Viss behovet for oppskaleringsskulle melda seg, er moglegheitene der for å bemanne opp tenestene på kort varsel. Hus- og hytte er ein kanal for flyt av «taus kunnskap», og vil dermed både bidra til å senka kulturelle barrierar og auka kompetanseflyten mellom tenestestader.

Prioritering i kommunal helse- og omsorgsteneste

Kvar dag blir det teke prioriteringsavgjerder i helse- og omsorgstenesta. Helsepersonell, leiarar og politikarar må på ulike nivå ta avgjerder om kven som skal få og kven som må venta, kva tenester som skal prioriterast, kva som skal prioriterast ned eller tiltak som kanskje ikkje skal prioriterast i det heile.

Å prioritera betyr å setja noko framfor noko anna. I helse- og omsorgstenesta kan ein skilja mellom to typar situasjonar der det blir prioritert:

- Den første dreier seg om å ordna køen; alle får, men nokon må venta.
- Den andre situasjonen handlar om at nokon får, medan andre ikkje får.

Dette kan både handla om avgrensingar i kapasitet i tenestene eller at nytta av tiltaket ikkje står i forhold til kostnaden.

Ei grunnleggjande utfordring i helse- og omsorgstenesta er at moglegheitene og ønska overstig ressursane. Me kan derfor ikkje velja om det skal prioriterast, prioriteringane skjer uansett kva intensjonar me har. Men me kan velja kva verdigrunnlag og kva prinsipp som skal leggjast til grunn når me tek desse avgjerdene.

Utan tydelege prinsipp for prioritering, vil fordelinga av helse- og omsorgstenestene bli meir tilfeldig, og målet om likeverdig tilgang vil vera vanskelegare å oppnå. Prinsipp for prioritering skal bidra til at ressursane blir brukte der dei gir størst nytte og på dei som treng det mest. Målet er opne og etterprøvbare prosessar.

Beskrivingane over er henta frå [Meld. St. 38 \(2020–2021\) Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse og omsorgstjenestene](#). Utvalet konkluderer med at behovet for systematisk tenking rundt prioritering er like stort for den kommunale helse- og omsorgstenesta og offentleg finansierte tannhelsetenester, som for spesialisthelsetenesta.

Helsedirektoratet har på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidd [utkast til nasjonal rettleiar for prioritering i kommunale helse og omsorgstenester](#). Denne vert sendt ut på høyring på høyring 15. august 2024. Utkastet beskriv korleis prinsippa for prioriteringar kan operasjonaliserast og nyttast i kommunale helse- og omsorgstenester, på ulike nivå og i ulike avgjerdssituasjonar.

Regjeringa legg i meldinga 3 kriteria til grunn for prioritering i helse- og omsorgstenestene, både kommunalt, offentleg finansierte tannhelsetenester og spesialisthelsetenesta:

Nyttekriteriet:

Eit tiltaks prioritet aukar i tråd med den forventta nytta av tiltaket. Den forventta nytta av eit tiltak blir vurdert ut frå om kunnskapsbasert praksis tilseier at tiltaket kan auka livslengda til pasienten og/eller livskvalitet gjennom å gi auka sannsyn for:

- Overleving
- forbetring eller redusert tap av meistring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- reduksjon av smertar, fysisk eller psykisk ubehag

Ressurskriteriet:

Eit tiltaks prioritet aukar desto mindre ressursar det legg beslag på.

Alvorskriteriet:

Eit tiltaks prioritet aukar i tråd med alvoret av tilstanden. Ein tilstands alvor blir vurdert ut frå:

- risiko for død eller tap av meistring og/eller funksjon
- grada av tap av meistring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Både no-situasjonen, varigheit og tap av framtidige leveår har noko å seia for grada av alvor. Grada av alvor aukar jo meir det hastar å komma i gang med tiltaket.

Kvar går grensa for kor mykje me er villige til å betala for eit tiltak i helse- og omsorgstenesta? Det er eit av dei mest krevjande spørsmåla for helsepolitikarar å svara på, og av dei mest krevjande avgjerdene leiarar i helse- og omsorgstenesta tek.

I Meld. St. 38 er departementet sitt syn at dei prinsipielle vurderingane knytt til verdigrunnlaget og kostnadsgrenser i spesialisthelsetenesta, som vart oppført i [Meld. St. 34 \(2015–2016\) Verdier i helesetenesta til pasienten. Melding om prioritering.](#), også gjeld for den kommunale helse- og omsorgstenesta. Dei viser til at når nye tiltak blir innførte i helse- og omsorgstenesta, innanfor ei fastsett ressursramme, vil andre tiltak måtte vika. Det talet på gode leveår, som gjennomsnittleg blir tapte andre stader i tenesta når ressursar blir flytta til dei nye tiltaka, representerer alternativkostnaden av tiltaka. Denne alternativkostnaden er det nye tiltak må vurderast opp mot. Departementet meiner vidare at det for den kommunale helse- og omsorgstenesta bør leggjast den same alternativkostnaden, og dei same prinsippa for samanveging av prinsippa for prioritering på gruppenivå, som ligg til grunn i spesialisthelsetenesta.

Samtidig visar dei til at metodevurderingar i lita grad blir brukt i kommunal helse- og omsorgsteneste i dag. Noko som gjer at den praktiske konsekvensen på kort sikt av å leggja til grunn ei implisitt grense, vil vera avgrensa. Departementet meiner likevel det er eit mål at det på sikt blir eit meir heilskapleg kunnskapssystem utvikla for den kommunale helse- og omsorgstenesta, der bruk av metodevurderingar blir meir utbreidd. Noko som vil leggja til rette for at kommunane over tid kan treffa avgjerder på gruppenivå basert på slike metodevurderingar. I tillegg inneber etableringa av helsefellesskapane at kommunar og helseføretak i større grad enn før, saman må utvikla og planleggja tenester for pasientar med behov for hjelp frå begge nivå. Etter vurderinga til departementet vil det etter kvart vera naturleg å utarbeida metodevurderingar av tenester og behandlingsmetodar som går på tvers av nivåa.

Tenestekatalog

Som kommune skal vi vere opne og ha tilgjengeleg oversikt over, og beskrivingar av, helse- og omsorgstenestene, nødvendig informasjon om tenestene, kva tilbod dei har, kva som vert lagt til grunn ved tildeling av ei teneste og dessutan kva dei kan forventast av kommunen, og kva kommunen forventar av tenestemottakarane.

Utarbeiding av Tenestekatalog for Helse og omsorg i Alver har vore eit av tiltaka for å møte dei utfordringane og krava som til no er beskrivne. Den tek utgangspunkt i eigne ressursar først. Det vil seie at vi alltid vil vere oppteken av å kartlegge kva meistarar du i kvardagen din no, kva kan vi prøve ut av hjelpemiddel og tiltak for å sjå om det gir auka meistring, kva har du av ressursar i familie, nettverk og nærmiljø rundt deg og kva treng du av supplerande hjelp frå helse- og omsorgstenestene, eventuelt frå andre.

Tenestekatalogen har og beskrivingar for minstestandardar for nokre av tenestene. Ein minstestandard er kva du som utgangspunkt kan forvente å få i omfang av teneste, om søknaden vert innvilga. I tillegg er det krav til at alle søknadar skal vurderast individuelt, kor behovet kan vurderast til eit anna omfang enn den minstestandarden som er beskriven for tenesta.

Prosess kring utarbeiding av tenestekatalog har vore orientert i råda samt Utval for levekår.

Prioriteringsretteleiar og -nøklar

Som arbeidet med [utkast til nasjonal rettleiar for prioritering i kommunale helse og omsorgstenester](#) viser, manglar dette for dei kommunale helse- og omsorgstenestene. I Alver har ergo- og fysioterapitenestene utarbeidd dette, mens det er behov for å sjå på tilsvarende i dei andre tenestene. Vi vil sjå til, og nytte, utkastet for nasjonal rettleiar som kjem på høyring i august, og omsette og tilpasse dei tre kriteria i vårt arbeid; nytte-, ressurs- og alvorskriteria.

Det vil og bli laga plan for mellom anna dette arbeidet framover:

- Ferdigstille og publisere innhaldet i Tenestekatalogen
- Etablere nye ordningar, system og rutinar for å legge bemanningsplanar på tvers av avdelingar og tenester
- Godt dokumenterte rutinar og prosedyrebeskrivingar
- Evaluere rettleiande tider for utføring av tenester
- Etablere nye rutinar og retningslinjer for nye vedtak
- Etablere rutinar for vurdering, prioritering og bortfall av oppgåver
- Etablere klare retningslinjer for ulike kategoriar av driftsnivå og tiltak ein skal iverksette på kvart nivå
- Innføra rutinar, retningslinjer og prosedyrar ved fråvær av bemanning
- Innføra rutinar, retningslinjer og prosedyrar for samarbeide på tvers av avdelingar og lokasjonar ved fråvær
- Plan for fordeling av kritisk kompetanse

- Innføra rutinar for korleis fråvær blant tilsette skal handterast på tvers av soner og avdelingar
- Legge nye turnusar og arbeidsplanar
- Plan for korleis oppgåver fordelast blant andre ressursar i tenestene og sektoren

Evaluering og justering av Forvaltningsmodellen

Grunnlagsdokumentet «Forvaltningsmodell i Alver, Helse og omsorg», 2019, beskriv bakgrunn for etablering av Forvaltningsmodell i Alver frå 2020. Evaluering av Forvaltningsmodellen skulle etter planen vore gjennomført halvårleg i 2020, deretter årleg så lenge det var behov for dette.

I bestillar-utførar modellen er det tre grunnleggande prinsipp:

1. Innføring av eit klart og tydeleg skilje mellom forvaltning og utøving av mynde på den eine sida, og tenesteyting på den andre sida.
2. Formalisering av forholdet mellom forvaltning/utøving av mynde og tenesteproduksjon.
3. Etablering av system for prissetting av tenestene med tilpassa regnskapssystem, kor pengane følgjer brukaren.

På bestilling frå KS gjennomførte Deloitte i 2012 ei [utgreiing](#) om kostnader og gevinstar ved bestillar-utførar modellen innafor helse- og omsorgstenestene. I evalueringa fann dei ingen klare samanhengar mellom type bestillar-utførar-modell og utvikling i utgiftsnivå. Dei såg heller ingen klare samanhengar mellom type bestillar-utførar-modell og utvikling i kostnad pr. tenestemottakar/kostnad pr. plass. Dei gjorde heller ikkje funn som tyder på at ein type modell er meir effektivitetsframande enn ein annan. Samtidig peikar dei på at det ikkje betyr at det er uvesentleg kva bestiller-utførar- modell ein vel, men at måten modellen blir praktisert på og etterlevinga av prinsippa i modellen har meir å bety for om modellen fremmer effektivitet, enn modellen i seg sjølv.

Alver kommune valde i 2020 å ikkje innføre ein rein bestillar- utførar modell, og valde bort prinsipp 3, det vil sei at pengane, slik praksis er i dag, ikkje følgjer brukaren.

Vidare peikar evalueringa på at konsistensen i bestiller-utførar- modellen som er innført synest å ha sjølvstendig påverking på om dei effektivitetsfremmande elementa i modellen får effekt eller ikkje. Med konsistensen i modellen meiner ein samsvar mellom formell organisatorisk struktur, finansieringsmodell og ansvarsdelinga mellom bestillar og utførar i den daglege verksemda.

Det vart hausten 2023 starta opp eit arbeid med evaluering av forvaltningsmodellen, kor manglande etterleving av prinsippa for modellen og konsistensen i modellen har gitt mellom anna desse konsekvensane:

- Manglande harmonisering av tenestetilbod, kapasitet og nivå etter kommunesamanslåinga
- Vanskeleg for både innbyggjarar og tilsette å få oversikt over kva som finnest av tilbod, kva som er kriteria for å få tenestene, kva som vert forventa og kva ein kan forvente
- Ulik forståing av roller og ansvar mellom forvaltningskonto og tenestene for m.a. områda evaluering og endring av tenester, kapasitet i tenestene, bemanning og behov for kompetanse
- Vanskeleg å få til kompetansedeling på tvers av tenesteområda kring same brukar
- Vanskeleg å planlegge korleis styre og nytte budsjetttramma i ei teneste/ avdeling ut frå vedtak og timar ei teneste vil få ansvar for gjennom eit år
- Fokus på kva rett søkjarar har til nødvendige tenester, mindre fokus på å legge til rette for at den enkelte skal setjast i stand til å nytte sine egne ressursar og oppleve meistring

I evalueringa er det sett på noverande praksis for mottak og inntak, kartlegging og tildeling samt overgang til, og samarbeid med, utøvande teneste. Det vil frå hausten 2024 bli gjort justeringar og endringar i struktur og innhald ut frå dei forbettringsområda som er avdekt i dette arbeidet.

Parallelt med å justere og endre til ny og betre praksis, vil det og måtte gjennomførast eit betydelege arbeid relatert til Alver i endring og omstilling 2026. Der det er foreslått å endre og gå ned på omfang av vedtak, må sakshandsamarane gå gjennom alle vedtaka og gjere individuelle vurderingar. Som døme utgjer det for ordinær heimetenester om lag 1000 vedtak. Dette arbeidet vil vere ein viktig føresetnad for å få til dei nødvendige tiltaka som er foreslått, og oppnå den estimerte effekten.

Samarbeid kommune og frivillig sektor

Frivillig sektor er ei samfunnsbyggjande kraft som gir verdi både for dei som mottar frivillige tenester og dei som bidrar med ressursar for andre. I fleire overordna strategiar vert det understreka kor viktig samskapinga med frivilligheita på tvers av sektorar er for å løysa helserelaterte oppgåver i samfunnet. Dette kjem til dømes fram i folkehelselova §4, NOU 2023:4 Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, og Meld. St 24 (2022-2023) Fellesskap og meistring - Bu trygt heime.

I kommunedelplanen for helse, sosial og omsorg i Alver kommune er det forankra at samspelet med frivilligheita er viktig i arbeidet med å mellom anna etablera, ivareta og vidareutvikle tilbod som fremjar sosiale møteplassar og folkehelse. Det skal og etablerast system og samarbeidsstrukturar for å koordinere frivillig innsats innan helse og omsorg. Førebygging og tidleg innsats gjennom tverrfagleg samarbeid skal prioriterast, og det skal vera frivillig innsats i alle delar av aktivitets- og meistringstrappa.

For å svare ut overordna strategiar er det i 2024 gjennomført ei kartlegging av frivillig innsats inn mot helse- og omsorgssektoren. Gjennom dette arbeidet har ein fått oversikt over korleis det vert samarbeidd med frivillige i dag, og kva arbeidsoppgåver det kan vera

aktuelt å samarbeida meir om. Dette gjeld oppgåver som ikkje er lovpålagte, men som vil vera eit viktig supplement i arbeidet med førebygging og tidleg innsats.

Kartlegginga viser at det er fleire eksemplar på samarbeid med frivilligheit (hovudsakleg i sjukeheimtenesta, heimetenesta og NAV), men og at det er behov for meir samarbeid med frivilligheit i heile sektoren. Frivillig innsats i sektoren i dag har gjerne starta opp ved at lag og organisasjonar ynskjer å bidra med aktivitet. Slike initiativ er positive og verdfulle bidrag, men det kjem og fram at det tidlegare ikkje har vore jobba systematisk med å etablera kontakt med frivilligheita ut frå strategi, plan og behov i sektoren. Framover vil det vera fokus på å etablera system og varige strukturar for samarbeid med frivilligheita ut frå behov, og det vil bli vurdert å setja ut oppdrag til frivillige aktørar i større grad enn i dag.

Det er vidare gjort ei kartlegging av dei fleste helserelaterte laga og organisasjonane. Dei er gode på å laga møteplassar og gjennomføra aktivitetar og arrangement, og bidrar med kompetanse innan sitt fagområde ut frå sine føresetnader. Dei fleste laga ynskjer tettare kontakt med kommunen, og vil gjerne ta på seg oppdrag. Vidare skal det kartleggjast korleis kultur- og idrettsorganisasjonar samarbeider med helse- og omsorgssektoren, og om det er mogleg å utvida samarbeidet.

Det er vurdert å starta opp eit pilotprosjekt med arbeidstittelen «Alvermodellen». Dette prosjektet finn forankring i overordna planar og strategiar, PwC-rapport i 2021 og 2024, kartleggingsarbeidet våren 2024, folkehelsemeldinga, og demografiutvikling med ein aldrende folkesetnad og auka grad av einsemd. Pilotprosjektet vil vera ei heilskapleg satsing på førebygging, tidleg innsats og samarbeid med innbyggjarar, pårørande, frivilligheit og næringsliv. I modellen vert det særleg lagt vekt på å testa ut tiltaka Aksjonssenter, Aktivitetsbase og Frisklivssentral.

- Aksjonssenteret er tenkt å vera éi dør inn til helse- og omsorgssektoren for alle som er heimebuande. Målet er at innbyggjarane skal få nødvendig råd og rettleiing slik at dei skal kunne bu heime lengst mogleg. Aksjonssenteret vil byggja på erfaringar frå Øygarden kommune med lokale tilpassingar til Alver kommune. Oppgåver knytt til aksjonssenteret kan vera informasjon om tilbod (kultur, helse, trening), vurdering og kartlegging av behov for helsehjelp og kontakt med forvaltningskonter ved behov, informasjon om helsetenester og førebyggjande heimebesøk. Det vil også kunne bli inngått samarbeidsavtalar med næringsliv/sosiale entreprenørar som innbyggjarar kan kontakta for å få utført ulike oppgåver/arbeid. Dette kan til dømes vera hjelp til små og store praktiske oppgåver, catering, følgjeteneste og transport.
- Det er planlagt å testa ut etablering av aktivitetsbase i Knarvik, etter modell frå frivilligarbeidet på Haraldsplass diakonale sykehus. Aktivitetsbasen skal vera lokalisert ved Knarvik sjukeheim, og her vil ein samarbeida både med enkeltfrivillige og lag og organisasjonar. I første omgang skal aktivitetsbasen ha oppgåver relatert til

sjukeheimtenesta og heimetenesta. Dette kan vera besøksteneste, tilrettelegging av måltid, turgrupper og sosiale og kulturelle aktivitetar. Dersom aktivitetsbasen vert ein suksess, er planen å etablera liknande aktivitetsbasar i alle lokalsentra (Manger, Frekhaug, Lindås og Ostereidet).

- I Kommunedelplan helse, sosial og omsorg er det eit mål å vidareutvikla og auka kapasiteten innan frisklivs-, lærings- og meistringstilbod til innbyggjarane i kommunen. I dag vert det gitt tilbod om ulike frisklivskurs både vår og haust innan tema som kosthald, trening, ernæring, røykeslutt og psykisk helse. Kommunen har også starta opp prosjektet «Sterk og stødig» som er eit fallførebyggjande tiltak, og vert gjennomført i samarbeid med frivillige lag og organisasjonar. Sjølv om Alver har ei rekkje tilbod innan friskliv og meistring, er ikkje tilbodet formalisert som ein Frisklivssentral. I pilotprosjektet er det planlagt å gjera ei utgreiing for å sjå kva som må til for å få etablert Frisklivssentral, samt å sjå om det er mogleg å samla alle helsefremjande tiltak og kurs i kommunen under same paraply.

Arbeid med å pilotere ein «Alvermodell» for samhandling kommune og frivillig sektor vil vere eit viktig kompenserande tiltak med omsyn til Alver i omstilling og endring 2026. Arbeidet vil og forankrast i komande arbeid med «Strategi for samhandling frivillige lag- og organisasjonar og kommune» som ligg i framlegg til ny Planstrategi for Alver kommune 2024-2027.

PwC rapport og medverknad

PwC er ansvarleg for innhald og framlegg til tiltak i delrapporten. Samstundes er arbeid med datagrunnlag og diskusjonar kring aktuelle tiltak utført i tett samarbeid med administrasjon, tenesteyr, tillitsvalde og verneombod.

Viser her til oversyn tidslinje samhandling mellom PwC og administrasjon/tenesteyr i delrapport Helse og omsorg vedlegg nr. 2 s. 14.

Vurdering konsekvens og kompenserande tiltak

Kommunedirektøren viser her til rapport Alver kommune juni 2024: «Forenkla konsekvensanalyse for tiltak i Helse og omsorg i Alver kommune» ligg som vedlegg nr. 3.

Den forenkla konsekvensanalysen synleggjer moglege konsekvensar og nokre kompenserande tiltak som kan iverksettast for å avdempe moglege verknader i omstillingsarbeidet. Dette er imidlertid ikkje ein heilskapleg gjennomgang og speglar ikkje alle sider ved dei ulike tiltaka.

Kommunedirektøren har i innstillinga under lagt inn merknader som bygger på vurderingar i den forenkla konsekvensanalysen.

Kommunedirektøren si innstilling til innsparingstiltak i sektor helse og omsorg

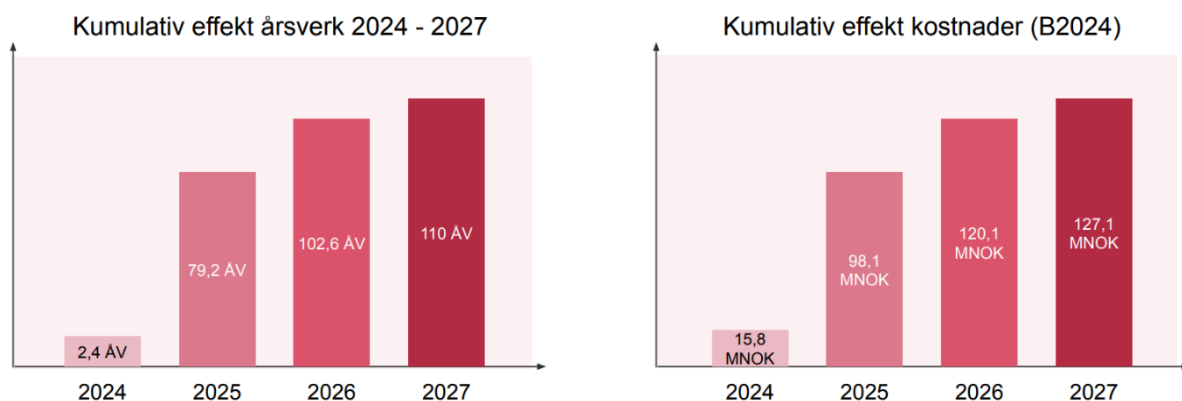
Kommunedirektøren har tatt utgangspunkt i vurderingane, forslaga og grunngjevinga i PwC rapporten for helse og omsorg. Kombinert med dette har kommunedirektøren vurdert den forenkla konsekvensanalysen samt dei ulike tema/prosessane som er omtalt i saksframlegg.

Under følgjer oppstilling av alle tiltaka med effekt for gjennomført innsparing på kort sikt i perioden 2024-2027. Kommunedirektøren har i framstillinga nytta oppsett frå PwC rapport for å synleggjere likskap og ulikskap mellom forslag i PwC rapport og innstilling til kommunestyret.

Først kjem samla oversyn innsparingstiltak, og deretter tiltaka per tenesteområde.

Samla oversyn kumulativ effekt av tiltaka

PwC forslag:



Kommunedirektøren innstiller:

Tema	2024	2025	2026	2027	Merknad
Redusert årsverk	2,4	76	99,3	106,8	Kumulativ effekt
Redusert kostnad	4 576 000	80 551 000	113 217 000	120 207 000	Kumulativ effekt

1. Innsparing på tvers av tenesteområda

PwC forslag:

Tiltak	Årsverk		Budsjett 2024	Rekneskap 2023
Samkjøre bruk av ressurser i einetiltak på Manger på tvers av Habilitering og PHR	5	→	1 000 000	1 000 000
Avslutte matombringning	3,5	→	1 799 000	1 843 000
Overføre bemanning av Seniorsenteret til frivilligheita	0,8	→	749 000	690 000
Redusere fritidskontakt til dei som bur i heildøgnsbustad			1 311 000	-
Avvikle kommunal finansiering av transport til varig tilrettelagt arbeid			500 000	-
Totalt estimert innsparing	9,3		Kr. 5 359 000	Kr. 3 533 000

Kommunedirektøren innstillier:

Tiltak	Årsverk	Effekt 2024	Effekt 2025	Effekt 2026	Effekt 2027
1.1 Samkjøre bruk av ressurser i einetiltak på Manger på tvers av Habilitering og PHR	5		1 000 000		
1.2 Avslutte matombringning	3,5		1 799 000		
1.3 Overføre bemanning av Seniorsenteret til frivilligheita	0,8		749 000		
1.4 Redusere fritidskontakt til dei som bur i heildøgnsbustad			1 311 000		
1.5 Avvikle kommunal finansiering av transport til varig tilrettelagt arbeid			300 000	200 000	
Totalt estimert innsparing kr. 5 359 000	9,3		5 159 000	200 000	

Merknad 1.1:

Føresetnad – same vurdering som PwC delrapport helse og omsorg s. 46 -47. Grunna teieplikt for einskildbrukarar er ikkje dette tema med i den forenkla konsekvensanalysen. Det er likevel utforma konsekvensvurderingar som ligg til grunn for kommunedirektøren si innstilling.

Kommunedirektøren legg til grunn effekt reduksjon 2,5 årsverk habilitering og 2,5 årsverk psykisk helse og rus. Sum innsparing er relatert til at ein vesentleg del av lønnskostnad i dag vert dekt av refusjon frå staten.

Merknad 1.2

Føresetnad – same vurdering som PwC delrapport helse og omsorg s. 48, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Om ein ikkje gjennomfører tiltaket og held fram med matombringning som i dag vil dette kunne krevje auka personellressurs grunna demografiendring.

Kommunedirektøren legg til grunn effekt reduksjon 2,5 årsverk sjukeheim og 1 årsverk heimeteneste. I tillegg vil avslutting av matombringning ha betydning for frigjering av kapasitet sakshandsaming hjå forvaltningskontor.

Merknad 1.3

Føresetnad – same vurdering som PwC delrapport helse og omsorg s. 51, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektøren legg til grunn effekt reduksjon med 0,6 årsverk sjukeheim og 0,2 årsverk heimetenesta.

Vurdere samarbeid/oppdrag frivillig sektor.

Merknad 1.4

Føresetnad – same vurdering som PwC delrapport helse og omsorg s. 52, samt vurderinga jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Merknad 1.5

Føresetnad – same vurdering som PwC delrapport helse og omsorg s. 54, samt jamfør vurderingar forenkla konsekvensanalyse. Her er det eit skille mellom dei som har transportordning jamfør statleg VTA ordning og dei som har transport jamfør kommunale tiltak. Innsparinga her er relatert til dei på statleg VTA ordning.

Innsparingstiltaket krev alternativ transportløyising for dei det gjeld. Kommunen bør ivareta brukarane med alternativ tilrettelegging/opplæring for å nytte anna transportløyising. Difor er reduksjon satt over 2 år.

2. Innsparing tiltak Heimetenesta

PwC forslag:

Tiltak	Årsverk		Budsjett 2024	Rekneskap 2023
Steg 1: Redusere gjennomsnittleg vedtakstid til 3,5 timar og auke ATA-tid til minst 50%	31,9	→	29 995 000	31 357 000
Steg 2: Redusere gjennomsnittleg vedtakstid til 3 timar og auke ATA-tid til minst 55%	14,9	→	13 980 000	14 614 000
Avvikle Skrenten som Omsorgsbustad pluss	7,6	→	7 179 000	7 505 000
Harmonisere pleiefaktor i Omsorgsbustad pluss på tvers av lokasjonar	5,4	→	5 045 000	5 274 000
Redusere omfang praktisk bistand	2,6	→	2 467 000	2 579 000
Overføre bemanning av dagsentertilbod for eldre utan demens til frivilligheita	2	→	1 533 000	1 500 000
Stenge dagsenter for demens i juli	1	→	743 000	727 000
Avslutte praktisk bistand hos eldre i juli og raude dagar	0,7	→	610 000	638 000
Avslutte avlasting i heimen	0,4	→	336 000	351 000
Redusere bruk av variabel lønn med 20%			5 436 000	6 166 000
Avslutte innleie av vikar frå byrå			5 325 000	25 560 000
Totalt estimert innsparing	66,4		Kr. 72 648 000	Kr. 96 269 000

Kommunedirektøren innstiller:

Tiltak	Årsverk	Effekt 2024	Effekt 2025	Effekt 2026	Effekt 2027
2.1 Steg 1: Redusere gjennomsnittleg vedtakstid til 3,5 timar og auke ATA-tid til minst 50%	31.9		14 998 000	14 997 000	
2.2. Steg 2: Redusere gjennomsnittleg vedtakstid til 3 timar og auke ATA-tid til minst 55%	14.9			6 990 000	6 990 000
2.3 Avvikle Skrenten som Omsorgsbustad pluss	7.6		7 179 000		
2.4 Harmonisere pleiefaktor i Omsorgsbustad pluss på tvers av lokasjonar	5.4		5 045 000		
2.5 Redusere omfang praktisk bistand	2.6		2 467 000		
2.6 Overføre bemanning av dagsentertilbod for eldre utan demens til frivilligheita	1,4		1 073 000		
2.7 Stenge dagsenter for demens i juli	0,7		530 000		
2.8 Avslutte praktisk bistand hos eldre i juli og raude dagar	0,7		610 000		
2.9 Avslutte avlasting i heimen	0,4	336 000			
2.10 Redusere bruk av variabel lønn med 20%		1 359 000	2 039 000	2 039 000	
2.11 Avslutte innleie av vikar frå byrå			1 663 000	1 663 000	
Totalt estimert innsparing kr. 69 978 000	65,6	1 695 000	35 604 000	25 689 000	6 990 000

Merknad 2.1

Føresetnad – viser til vurdering PwC rapport s. 59, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektøren legg til grunn effekt reduksjon 16 årsverk i 2025 og 15,9 årsverk i 2026.

Det er mellom anna føresetnad om å samlokalisere basane på Frekhaug og Vikebø. Gjennomgå og evaluere rettleiande tid for helsetenester i heimen, opplæring og bistand samt praktisk bistand. Vidare må ein vidareføre arbeid med felles praksis for Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS registrering), endringsmeldingar og evaluering av vedtak.

Merknad 2.2

Føresetnad – viser til vurdering PwC rapport s. 61, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Reduksjon omfatter 7,4 årsverk i 2026 og 7,5 årsverk i 2027.

Merknad 2.3

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 63, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Iverksette tiltak flytte brukarane til Manger eller Ostereidet.

Merknad 2.4

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 65, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektøren viser til føresetnad om kapasitet med omsyn til forvaltning/ending vedtak der vedtakstimer er grunnlag for bemanningsbehov til ei kvar tid. Reduksjon årsverk er i all hovudsak relatert til Ostereidet.

Merknad 2.5

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 67, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Oppdrag frivillige – anbefaling oppgåver via sosialt entreprenørskap med avtale (døme aksjonssenter)

Merknad 2.6

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 69, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektør vurderer at det er behov for å ha tilgjengeleg helsepersonell i kombinasjon med frivillig innsats. Dette gjeld brukarar med til dels omfattande hjelpebehov. Effekt reduserer årsverk med 1,4 og beheld 0,6 åv.

2 av 5 dagsenter har dagsentertilbod til personar utan demenssjukdom

Vurdere samhandling/oppdrag frivillige.

Merknad 2.7

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 71, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektøren vurderer at det er for inngripande å følgje PwC sitt forslag om å stenge i 5 veker i juli. Kommunedirektøren innstiller på å stenge dagtilbod for personar med demenssjukdom med 3 veker i juli gjeldande frå 2025. Samla effekt vert difor her reduksjon årsverk med 0,7 tilsvarande kr. 530 720.

Merknad 2.8

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 73, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektøren innstiller på at ein ikkje yt tenesta 5 veker i juli + 12 heilagdagar (raude) der 10 av desse er på vekedagar gjeldande frå 2025.

Kommunedirektøren vil vurdere fordelar og ulemper med alternativ organisering av praktisk bistand. Døme her kan vere å utgreie om ein kan organisere praktisk bistand i eiga avdeling.

Vurdere samhandling/oppdrag frivillig sektor.

Merknad 2.9

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 75, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Merknad 2.10

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 77, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Føresetnad frå PwC som vurderer at kommunen kan få 6 mnd effekt i 2024 med kr. 2.718.000. Kommunedirektøren vurderer at ein treng noko meir tid til å få effekt av tiltaket. Viser til at det må etablerast retningslinjer og nye samarbeidsrutiner kombinert med komande ferieavvikling samt at kommunestyret får sak til handsaming 19.09. Kommunedirektør legg med dette til grunn innsparing med 3 mnd effekt i 2024 og deretter vert restbeløp fordelt på 2025 og 2026.

Merknad 2.11

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 79, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektøren vurderer at dei ulike tema i føresetnader og konsekvens gjer at ein må ta reduksjon i ulike faser, primært i 2025 og 2026. Dette gjeld til dømes å etablere rutiner og prosedyrer ved fråvær, korleis kompensere av arbeidsoppgåver eller ikkje på tvers av soner og avdelingar, effekt av reduksjon vedtak og auka ATA tid.

3. Innsparing tiltak Sjukeheimstenesta

PwC forslag:

Tiltak	Årsverk	Budsjett 2024	Rekneskap 2023
Omstille til snitt pleiefaktor 1,0 på korttidsplass og 0,9 på langtidsplass	23,1	22 929 000	20 780 000
Avslutte innleie av vikar frå byrå		6 953 000	32 667 000
Redusere bruk av variabel lønn med 15%		4 094 000	4 748 000
Totalt estimert innsparing	23,1	Kr. 33 975 000	Kr. 58 195 000

Kommunedirektøren innstiller:

Tiltak	Årsverk	Effekt 2024	Effekt 2025	Effekt 2026	Effekt 2027
3.1 Omstille til snitt pleiefaktor 1,0 på korttidsplass og 0,9 på langtidsplass	22,1		21 936 000		
3.2 Avslutte innleie av vikar frå byrå			2 477 000	2 477 000	
3.3 Redusere bruk av variabel lønn med 15%		1 024 000	1 535 000	1 535 000	
Totalt estimert innsparing kr. 30 984 000	22,1	1 024 000	25 948 000	4 012 000	

Merknad 3.1

Føresetnad – viser til vurdering som PwC rapport s.83, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektør vurderer at det er naudsynt å ha noko høgare pleiefaktor for langtidsplass demens forsterka skjerma enn det PwC foreslår. Effekt er å behalde 1 årsverk til målgruppa, og reduksjon vert difor 22.1 ikkje 23.1.

Merknad 3.2

Føresetnad – viser til vurdering som PwC rapport s.85, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektør vurderer at forslag frå PwC er for omfattande. Innleige vikarbyrå er mellom annan relatert til trong for strukturendring grunna rekrutteringsutfordringa (lokalisering) innan sjukeheimstenesta. Difor vil kommunedirektøren redusere innsparingstiltak med 2 million samt fordele effekt i tid over 2 år.

Her vil det og vere aktuelt å vurdere samhandling frivillig sektor/vekstbedrifter for aktuelle oppgåver/oppdrag.

Merknad 3.3

Føresetnad – viser til vurdering som PwC rapport s.87, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektøren viser til merknad punkt 2.10. Kommunedirektør legg med dette til grunn innsparing med 3 mnd effekt i 2024 og deretter vert restbeløp fordelt på 2025 og 2026.

Her vil det og vere aktuelt å vurdere samhandling frivillig sektor/vekstbedrifter for aktuelle oppgåver/oppdrag.

4. Innsparing tiltak Habiliteringstenesta

PwC forslag:

Tiltak	Årsverk	Budsjett 2024	Rekneskap 2023
Omorganisere administrative ressursar og nytte bemanning på tvers	5	4 418 000	4 679 000
Stenge avlastingstilbod i juli	3,6	2 540 000	2 408 000
Redusere bruk av variabel lønn med 20%		4 154 000	7 414 000
Totalt estimert innsparing	8,59	Kr. 11 113 000	Kr. 14 501 000

Kommunedirektøren innstiller:

Tiltak	Årsverk	Effekt 2024	Effekt 2025	Effekt 2026	Effekt 2026
4.1 Omorganisere administrative ressursar og nytte bemanning på tvers	5		4 418 000		
4.2 Stenge avlastingstilbod i juli	2,2		1 524 000		
4.3 Redusere bruk av variabel lønn med 20%			2 077 000	2 077 000	
Totalt estimert innsparing kr. 10 096 000	7,2		8 019 000	2 077 000	

Merknad 4.1

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 91, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektøren støtter vurdert føresetnad og konsekvens frå PwC . Vi må sikre kapasitet for opplæring relatert til vedtak makt/tvang når bemanning skal ha mobilitet mellom avdelingar.

Merknad 4.2

Føresetnad – viser til vurdering som PwC rapport s. 93, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektøren vurderer at PwC sitt forslag er for omfattande. Dette gjeld mellom annan moglege konsekvensar for pårørande samt eventuelle søsken. Kommunedirektøren reduserer innsparing frå 3,6 til 2,2 årsverk. Dette gjer at det vert innstilling på å stenge avlastningstilbod i juli med 3 veker, og ikkje 5 veker.

Merknad 4.3

Føresetnad – viser til vurdering som PwC rapport s. 95, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektøren viser til merknad punkt 2.10. Kommunedirektør legg med dette til grunn innsparing med effekt fordelt på 2025 og 2026.

Her vil det og vere aktuelt å vurdere samhandling frivillig sektor for aktuelle oppgåver/oppdrag.

5. Innsparing tiltak Psykisk helse og rus

PwC forslag:

Tiltak	Årsverk	Budsjett 2024	Rekneskap 2023
Redusere merkantil stilling ved Psykisk helse og rus administrasjon	1	919 000	895 000
Omstille Arbeids- og aktivitetssenter på Lindås til lavterskel aktivitetshus	0,6	551 000	537 000
Redusere bruk av variabel lønn med 20%		1 156 000	1 704 000
Totalt estimert innsparing	1,6	Kr. 2 626 000	Kr. 3 136 000

Kommunedirektøren innstiller:

Tiltak	Årsverk	Effekt 2024	Effekt 2025	Effekt 2026	Effekt 2026
5.1 Redusere merkantil stilling ved Psykisk helse og rus administrasjon	1	760 000			
5.2 Omstille Arbeids- og aktivitetssenter på Lindås til lavterskel aktivitetshus	0,6		551 000		
5.3 Redusere bruk av variabel lønn med 20%		289 000	433 000	433 000	
Totalt estimert innsparing kr. 2 466 000	1,6	1 049 000	984 000	433 000	

Merknad 5.1

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 99, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Merknad 5.2

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 101, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Her vil det og vere aktuelt å vurdere samhandling frivillig sektor for aktuelle oppgåver/oppdrag.

Merknad 5.3

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 103, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektør viser til merknad punkt 2.10, og legg med dette til grunn innsparing med 3 mnd effekt i 2024 og deretter vert restbeløp fordelt på 2025 og 2026.

6. Innsparing tiltak Lege- og rehabiliteringstenesta

PwC forslag:

Tiltak	Årsverk	Budsjett 2024	Rekneskap 2023
Ikkje tilsette i ledig/ny ergoterapeutstilling	1	634 000	-
Redusere variabel lønn med 15%		695 000	484 000
Totalt estimert innsparing	1	Kr. 1 329 000	Kr. 484 000

Kommunedirektøren innstiller:

Tiltak	Årsverk	Effekt 2024	Effekt 2025	Effekt 2026	Effekt 2026
6.1 Ikkje tilsette i ledig/ny ergoterapeutstilling	1	634 000			
6.2 Redusere variabel lønn med 15%		174 000	261 000	260 000	
Totalt estimert innsparing kr. 1 329 000	1	808 000	261 000	260 000	

Merknad 6.1

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 107, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektøren følgjer forslag frå PwC, men vil samstundes arbeide med korleis sikre behov for denne kompetansen i kartleggings- og tildelingsteam.

Merknad 6.2

Føresetnad – same vurdering som PwC rapport s. 109, samt vurderingar jamfør forenkla konsekvensanalyse.

Kommunedirektør viser til merknad punkt 2.10, og legg med dette til grunn innsparing med 3 mnd effekt i 2024 og deretter vert restbeløp fordelt på 2025 og 2026.

Arbeid med tiltak på lengre sikt

Kommunedirektøren vurderer at innsparingstiltak i tabellane over er tiltak som kan gjennomførast på kort sikt i perioden 2024-2027 utan større strukturelle endringar. Det er heilt naudsynt å parallelt arbeide vidare med strukturelle og organisatoriske grep med omsyn til korleis lokalisere, dimensjonere og innrette tenestene for å oppretthalde ei berekraftig drift på lengre sikt. Dette er særskilt relatert til redusert tilgang personell frametter.

Kommunedirektøren vurderer at auka grad av samlokalisering og etablering av større einingar vil vere naudsynt av omsyn til best mogleg nytte av tilgjengeleg bemanning og kompetanse frametter.

Her vert mellom anna arbeid med Arealplan og Bustadplan sentrale strategiske styringsverktøy. Strukturgrep handlar mellom anna om å ha tilstrekkeleg kapasitet på ulike buformer i bustadtrappa, kva tenester som vil tene på å samlokalisere, kva tenester som av bemanningsbehov bør sentraliserast, og kva tenester som bør halde fram med ha geografisk spreiding.

Trong for strukturelle endringar på ulike trinn i aktivitets- og meistringstrappa samt bustadtrappa er omtalt i Kommunedelplan helse, sosial og omsorg 2023-2034.

Risiko

Viser til risiko- og konsekvensvurderingar frå PwC delrapport helse og omsorg, samt rapport Alver kommune juni 2024: «Forenkla konsekvensanalyse for tiltak i Helse og omsorg i Alver kommune»

Kommunedirektøren si tilråding

Kommunedirektøren tilrår at kommunestyret vedtek «Alver i omstilling og endring 2026 – innsparingstiltak i sektor helse og omsorg» med samla innsparing på kr. 120 207 000,- fordelt per år lik tabell under:

Tema	2024	2025	2026	2027	Merknad
Redusert årsverk	2,4	76	99,3	106,8	Kumulativ effekt
Redusert kostnad	4 576 000	80 551 000	113 217 000	120 207 000	Kumulativ effekt

Innsparing per tenesteområde jamfør tabellar vist i saksframlegget.