



Dato 25. september 2024
Saksnr.: 2024020602-1
Saksbehandler Ellen Kristin Torgersen
Godkjent av Camilla Bruno Dunsæd

Saksgang

Bystyret
Formannskapet
Helseutvalget
Kommunalutvalget
Eldrerådet
Råd for personer med funksjonsnedsettelse

Møtedato

30.10.2024
23.10.2024
15.10.2024
08.10.2024
10.10.2024
07.10.2024

Fritt brukervalg i hjemmesykepleien

Forslag til vedtak

1. Bystyret vedtar ikke å innføre fritt brukervalg i tjenesten hjemmesykepleie på nåværende tidspunkt.
2. Bystyret ber om å få fremlagt en ny vurdering om innføring av fritt brukervalg i 2026.

Sammendrag

I vedtatt økonomiplan 2023-2026 ble følgende verbalvedtak fattet:

Bystyret ber om en sak hvor det legges til rette for økt valgfrihet innenfor helse og mestrings tjenester. Spesielt bes det om en vurdering av hvordan man kan legge til rette for å videreutvikle og forbedre fritt brukervalg innenfor BPA og praktisk bistand i hjemmet. Men det skal også vurderes å åpne opp for fritt brukervalg innenfor hjemmesykepleien og omsorgssentrene. Saken bør ta utgangspunkt i hvordan få mer valgfrihet i tjenestene for brukerne, men også sees i sammenheng med muligheter for mer effektiv kommunal drift, ved at noen av dagens tjenester innenfor helse og mestring tas over av andre aktører.

Følgende vedtak ble fattet i Helseutvalgets møte 14. Mai 2024

Helseutvalget ber om at det snarlig legges frem en sak vedrørende fritt brukervalg i hjemmesykepleien

I saken belyses ordningen fritt brukervalg, tjenesten hjemmesykepleie og det gjøres rede for erfaringer fra andre kommuner. Saken belyser også premissene som veilederen «*Brukervalg i kommunal tjenesteyting*» (utgitt av KMD) legger til grunn for beslutning om innføring av fritt brukervalg. Det er også foretatt litteratursøk for å gi et kunnskapsgrunnlag i vurdering av ulike momenter ved innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien. Dette som et grunnlag for politisk behandling av om Kristiansand kommune skal innføre fritt brukervalg i hjemmesykepleien.

Fritt brukervalg

Innføring av fritt brukervalg i en tjeneste vil gi brukeren større valgfrihet i form av å velge den leverandøren de mener gir best kvalitet på tjenestene. En gjennomgang KS utførte i 2013 ([Friere brukervalg i hjemmetjenesten](#)) viste at brukerne er opptatt av kontinuitet, forutsigbarhet og fleksibilitet i tjenesten, med få hjelpere. Friere leverandørvalg gir brukeren mulighet til å bytte leverandør dersom de er misfornøyd.

Innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien består i valgfrihet knyttet til hvilken leverandør brukerne ønsker skal levere tjenesten. Det betyr at alle leverandører av tjenesten tilbys lik timepris, uavhengig av fortjenestemargin og kostnadsnivå hos den enkelte leverandør.

En forutsetning for å innføre fritt brukervalg i tjenestene i en kommune er at kommunen har en godt utviklet bestiller-utfører modell. Det har Kristiansand kommune. I tidligere evalueringer gjennomført i regi av [KS storbynettverk](#) kom Kristiansand kommune godt ut med hensyn til ressursbruk hvor god tillit og forståelse av nivå på tjenestene mellom Forvaltning og utførertjenestene ble påpekt som spesielt viktig for effektiv ressursbruk.

En storbyforskningsrapport fra 2017 fremholder sentrale suksessfaktorer for måloppnåelse hvor ett av disse er at kommunen har klare og objektive kriterier for å åpne et tjenestoområde for konkurranse. De viktigste kriteriene er volum, indikasjoner på at kommunen selv ikke driver tjenesten godt nok, og at det finnes et marked av tilbydere.

Kristiansand kommune har i dag fritt brukervalg i tjenestene praktisk bistand og brukerstyrt personlig assistent (BPA).

Grunnleggende premisser til vurdering ved innføring av fritt brukervalg

Kommunal og moderniseringsdepartementet har utgitt veilederen «*Brukervalg i kommunal tjenesteyting*» ([brukervalg-regjeringen.no](#)). Der vises det til premisser som må ligge til grunn for beslutning om innføring av fritt brukervalg. Premissene er gjengitt i saksutredningen. Denne saken belyser og vurderer de elementer som veilederen legger til grunn. I tillegg oppgir veilederen forhold som må analyseres og utredes nærmere og tas stilling til etter at et eventuelt vedtak om innføring av fritt brukervalg er fattet.

Kommunen kan ikke konkurranseutsette sitt «sørge-for»-ansvar knyttet til helse og omsorgslovgivningen. Det betyr at kommunen selv er ansvarlig for tildeling av tjenester. Kommunen kan konkurranseutsette utførelsen av en tjeneste. Likebehandlingsprinsippet er et grunnleggende prinsipp.

Beskrivelse av tjenesten hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie består av nødvendig helsehjelp i hjemmet og personlig assistanse til hjemmeboende personer som ikke selv kan oppsøke denne bistanden. Tjenesten ytes som punktbesøk og kan gis ved flere besøk per dag ut fra hva den enkelte har behov for.

Tjenesten består hovedsakelig av:

- Bistand til å ivareta grunnleggende egenomsorg med hensyn til mat, ernæring, toalettbesøk og personlig hygiene
- Rehabilitering og habilitering
- Hjelp til medisinerings, sårbehandling el. annen behandling i samarbeid med lege
- Psykiatrisk oppfølging, eventuelt i samarbeid med psykisk helsearbeider.
- Administrative oppgaver som dialog med lege, sykehus, pårørende og evt andre.
- Bestilling/henting av medisiner
- Bestilling av hjelpemidler

Journalføring er en svært viktig administrativ oppgave for helsepersonell og er helt avgjørende for å sikre kontinuitet, kvalitet og sikkerhet i tjenestene. Helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om pasientjournal pålegger dokumentasjon

av gitt helsehjelp og, stiller sammen med politiske føringer og faglige standarder, krav til kvaliteten på dokumentasjonen.

Helsepersonellet i hjemmesykepleien har daglig samarbeid med andre øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester som legevakt, Kjøkkenservice, rehabiliteringsteam og andre. Av eksterne er de mest sentrale samarbeidsparter apotek, spesialisthelsetjenesten, fastleger, NAV, frivillige og ideelle aktører i tillegg til bruker og pårørende.

Kunnskapsgrunnlag

Det er i samarbeid med universitetsbiblioteket ved UiA gjennomgått tilgjengelig litteratur som kan belyse virkningen av fritt brukervalg i hjemmesykepleien.

Litteraturgjennomgangen er avgrenset til de nordiske landene som har et helse- og velferdssystem som kan sammenliknes med Norge

De undersøkelsene som omtaler virkning av fritt brukervalg for hjemmesykepleie, viser at fritt brukervalg egner seg best i urbane områder der de er korte reiseavstander for de ulike tjenesteleverandørene. Det er trolig de mest velfungerende tjenestemottakerne som opplever mest nytte av fritt brukervalg, mens brukere med sammensatte hjelpebehov og nedsatt funksjon har mindre mulighet til å opptre som rasjonelle konsumenter. For disse vektlegges tilstrekkelig tid og stabilitet i tjenesten i form av et begrenset antall helsepersonell som yter tjenester som viktigst.

Erfaring fra de kommunene som har innført fritt brukevalg er at private utførere i større grad enn kommunal utfører sender færre hjelpere eller samme hjelper til bruker, samt oftere kommer til avtalt tid. Evaluering viser til at innføring av fritt brukervalg kan bidra til bedre kvalitet og service i hjemmetjenesten.

Det er ikke funnet studier som dokumenterer forskjeller i kvalitet på tjenestene mellom offentlig og privat hjemmesykepleie.

Erfaring fra andre kommuner

Det er få norske kommuner som har fritt brukervalg på tjenesten hjemmesykepleie. Det er i forbindelse med saken innhentet erfaring med ordningen fra Oslo og Bærum kommune som har hatt denne ordningen over tid. I disse to kommunene har andel brukere som velger private leverandører vært stabilt over tid og ligger på mellom 7-11%.

Det er prosent av volum på vedtakstimer fra Bærum kommune som er lagt til grunn for estimerte kostnader ved evt. innføring av ordningen i Kristiansand kommune

Behov for informasjonsdeling, teknologisk og digital utvikling

Ved innføring av fritt brukervalg blir ansvaret for pasienten delt mellom kommunen og en eller flere private tilbydere. Dette innebærer behov for tilgang til oppdatert informasjon og utveksling av data om pasienten mellom partene. Nye IT- systemer bygget på moderne arkitektur støtter denne type informasjonsutveksling på tvers av organisasjoner og plattformer.

I referanseinnhenting fra Bærum og Oslo pekes det på at ansatte fra de private tilbyderne blir opprettet som IT-brukere i kommunen, slik at de kan få tilgang til kommunens pasientjournalssystem for oppdatering av pasientinformasjon. Dette er også praksis i Kristiansand kommune for tjenestene praktisk bistand og BPA. Leverandørene er gitt begrenset tilgang til kommunens pasientjournalssystem. Denne praksisen bryter med prinsipper for informasjonssikkerhet og personvern, men har vært den eneste mulige måten å sikre oppdatert informasjon om pasienten på. Det som har bidratt til å redusere risikoen er at det har vært et beskjedent omfang, da disse to tjenestene har relativt få brukere. Hjemmesykepleie har et langt større omfang, med et større antall pasienter. For å ivareta informasjonssikkerheten vil det kreve økte ressurser til å administrere tilgangsstyring for ansatte hos private leverandører på en tilfredsstillende måte inntil nye digitale samhandlingsløsninger er på plass.

Kristiansand kommune implementerer i disse dager en plattform som legger til rette for informasjonsutveksling mellom kommune, sykehus, fastleger, pasienter, pårørende og andre aktuelle parter. Helse og mestring skal anskaffe en ny elektronisk pasientjournal (EPJ) hvor det vil stilles krav til informasjonsdeling via denne plattformen. Når dette er på plass vil det legge til rette for sikker digital samhandling mellom kommunen og eksterne leverandører.

Økonomiske konsekvenser

I beregningen av timepris til private leverandører vil grunnlaget omfatte kommunens interne lønnskostnader knyttet til den direkte driften av tjenesten hjemmesykepleie, overheadkostnader og kommunens volum på vedtakstimer. Overheadkostnader inkluderer bygg, ledelse, IT, HR og øvrige driftskostnader.

I 2022 ble det innført fritt brukervalg for BPA-tjenesten i Kristiansand kommune. Det ble da beregnet en overheadkostnad som utgjorde 12 % av samlet beregnet timepris til de private leverandørene. I 2024 er samlet vedtaksvolum for hjemmesykepleie i Kristiansand estimert til 443 769 vedtakstimer. Antall brukere som mottar hjemmesykepleie utgjør om lag 2 153 brukere.

En kostnadsberegning som legger til grunn samme overheadkostnad ved innføring av fritt brukervalg for hjemmesykepleie som ved BPA- tjenesten, kommunens timepris på hjemmesykepleie og volumtall fra Bærum kommune på 25 % av vedtakstimer viser at innføring av fritt brukervalg kan bety en estimert økt kostnad på 10,9 mill. kr. årlig etter at ordningen er innført. Det er krevende å redusere kommunal tjeneste tilsvarende den andelen de eksterne tjenestetilbyderne får i oppdrag, da oppdragsmengden kan variere i løpet av korte perioder og vil variere i de ulike sonene. Overheadkostnadene er også ganske stabile. I et evt. innføringsprosjekt må det gjøres grundigere vurderinger for å estimere hvor mye kommunen kan redusere den kommunale tjenesten. Det vil være noe å hente, men antagelig et stykke unna 10,9 mill. Det må påregnes økte kostnader for kommunen ved innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien.

Ved innføring av fritt brukervalg må kommunen ha system og ressurser for proaktiv og regelmessig oppfølging av leverandørene og avtalene. Kommunen må ha også ha system og ressurser for faglig tilsyn og kontroll med at brukerne får de tjenester de har rett på. Det må også sikres koordinering av tjenester til brukere som mottar tjeneste både fra kommunen og privat leverandør. Ved innføring av fritt brukervalg i praktisk bistand og BPA-tjenesten ble forvaltning og koordinering tilført 1,5 årsverk, som i dag håndterer dialog rundt enkeltbrukere med leverandørene, kontroll knyttet til tjenestene og avtaleoppfølging. Det er estimert at det vil være behov for å øke med 1 årsverk i Forvaltning og koordinering for å ivareta disse oppgavene i forbindelse med fritt brukervalg i hjemmesykepleien. I tillegg vil det være behov for ressurser til tilgangsstyring av leverandørenes ansatte i kommunens elektroniske pasientjournal. Det innebærer en årlig kostnad på 1,35 mill.kr årlig etter at ordningen er innført.

Samlet sett vil estimert årlig kostnad være opp mot kr 12,2 mill. etter at ordningen er innført.

Innføring av fritt brukervalg ansees å være et omfattende arbeid (se vedlegg: forslag til fremdriftsplan ved innføring av fritt brukervalg). Kommunedirektøren har nedsatt en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Hjemmetjenester og rehabilitering, Forvaltning og koordinering, innkjøpstjenesten, digitalisering, økonomi, HR, kommunikasjon og fagstab i helse og mestring som har bidratt til saken og har fått i oppdrag å skissere en overordnet plan for innføring av fritt brukervalg. Dette er en gruppe som eventuelt vil få nye mandat, dersom det blir vedtatt å innføre fritt brukervalg i hjemmesykepleien. Det vil også kreve involvering av tillitsvalgte og vernesiden i hele prosessen. Med bakgrunn i dette anbefaler kommunedirektøren at arbeidet organiseres

som et prosjekt og at det oppnevnes en prosjektleder som frikjøpes til prosjektet. Dette vil innebære kostnader tilsvarende et årsverk (0,9 mill.kr) i prosjektperioden i 2025.

Nødvendig budsjett ved et evt. vedtak om innføring av fritt brukervalg vil måtte håndteres i forbindelse med rullering av økonomiplan for periodene 2025-2027 og 2026-2028.

Vurdering av effekter ved innføring av fritt brukervalg.

Den mest fremtredende effekten ved å innføre fritt brukervalgordningen er valgfrihet for brukere til å velge den leverandøren de mener gir best kvalitet på tjenesten. Dette handler i første rekke om å velge det som bruker mener bidrar til best kvalitet i form av kontinuitet og forutsigbarhet i tjenesten. Litteraturgjennomgangen viser at det er de mest ressurssterke brukerne som velger privat leverandør, og at erfaring fra Bærum er at for mange leverandører å velge mellom vanskeliggjør valget for brukerne.

De politiske føringene er å vurdere økt valgfrihet i tjenestene samtidig som dette sees i sammenheng med muligheter for en mer effektiv kommunal drift av dagens tjenester innenfor helse og mestring. Evalueringsrapporter («Gevinst ved kjøp av omsorg» og «Friere brukervalg i hjemmetjenesten») viser at innføring av fritt brukervalg ikke gir tilsvarende økonomiske effekter som kan oppnås ved annen form for konkurranseutsetting. Det skyldes at pris er fastsatt ut fra kommunens egen kostnad ved tjenesten. Innføring av fritt brukervalg vil innebære en høyere kostnad totalt sett fordi kommunen får ekstra kostnader med ordningen, bl.a. kostnader for å ivareta kommunens plikt til kontroll av tjenestene som ytes. Kommunen vil ikke kunne redusere nok på driftskostnader til egne tjenester ettersom det antagelig vil være et for lite volum av total andel brukere av tjenesten hjemmesykepleie som velger privat leverandører. Dette viser erfaringer fra Oslo og Bærum, som er kommunene i Norge som har lengst erfaring med fritt brukervalg i denne tjenesten. Innføring av fritt brukervalg vil ikke oppfylle et mål om totalt sett mer effektiv drift av tjenesten hjemmesykepleie.

Innføring av fritt brukervalg vil i størst grad påvirke samarbeidsparter til hjemmesykepleien da de vil få flere samarbeidsparter å forholde seg til. Sykehuset har uttalt at de mener at god kjennskap til hverandres virksomhet og mulighet til å finne gode løsninger for pasientene er viktig for et godt samarbeid. De er spent på hvordan dette vil bli med private leverandører. Fastlegene og legevakt er også sentrale samarbeidsparter som mener at de vil få merarbeid ved innføring av fritt brukervalg og at det kan være en økt risiko for at det oppstår feil når det er flere aktører de skal dele informasjon med og samhandle med.

Helse- og omsorgstjenestene må omstille seg for å imøtekomme demografi- og arbeidskraftutfordringene. Det forutsetter at en lykkes med en kraftig dreining av tjenestene. Ansatte står i dag i omstillingsprosesser knyttet til ny ansvars- og oppgavedeling, nye arbeidstidsordninger og ny organisering i tråd med anbefalingene i Helsepersonellkommisjonens rapport «Tid for handling». Helse og mestring har de siste årene hatt driftsutfordringer knyttet til flere tjenesteområder og det er jobbes aktivt med å tilpasse tjenestene til vedtatt budsjett. Samtidig pågår det et viktig utviklingsarbeid i hjemmetjenestene som vil kunne endre samhandling mellom bestiller og utfører og drivere i finansieringsmodellene.

Kommunedirektøren har også initiert et organisasjonsutviklingsprosjekt med bakgrunn i krav om innsparing. I dette ligger det krav om å redusere administrative stillinger, som vil føre til mindre kapasitet til støtte og implementering fra sentrale stabsområder. Innføring av fritt brukervalg vil kreve bidrag fra tverrfaglig kompetanse fra alle stabsområder, som også er sentrale ressurser for å lykkes med pågående omstillinger og kommende store anskaffelser av digitale løsninger.

Mulighet for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern for å sikre en god informasjonsflyt og effektiv samhandling, ivaretas ikke tilstrekkelig med dagens løsninger. Den digitale utviklingen og anskaffelse av nytt elektronisk pasientjournal (EPJ) system vil bidra til bedre digitale løsninger for samhandling, som ivaretar

pasientsikkerhet, informasjonssikkerhet og personvern i større grad uten at det krever mye administrative ressurser.

Konklusjon

Den mest fremtredende effekten ved å innføre fritt brukervalgordningen er valgfrihet for brukere til å velge den leverandøren de mener gir best kvalitet på tjenesten. Mange brukerne vil sette pris på muligheten til å kunne velge, da dette kan gi brukerne mer innflytelse. Erfaring fra de kommunene som har innført fritt brukevalg er at private utførere i større grad enn kommunal utfører sender færre hjelpere eller samme hjelpere til bruker, samt oftere kommer til avtalt tid. Evaluering viser til at innføring av fritt brukervalg kan bidra til bedre kvalitet og service i hjemmetjenesten.

Det er ikke funnet studier som dokumenterer forskjeller i kvalitet på tjenestene mellom offentlig og privat hjemmesykepleie.

Det som taler imot innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien er:

- Økte kostnader for kommunen
- Økt kompleksitet for samarbeidsparter for hjemmesykepleien
- Digitale løsninger er pr nå ikke gode nok til å ivareta personvernregelverket
- Det er en stor jobb å innføre fritt brukervalg som vil komme på toppen av alt omstillingsarbeidet som allerede foregår i helse og mestring for å tilpasse driften til rammene.
- Innføring av fritt brukervalg vil føre til mer bilkjøring med de ulempene det medfører.
- Kommunen driver tjenesten hjemmesykepleie med god ressursutnyttelse

På bakgrunn av en kost-nytte-vurdering basert på redegjørelsen i denne saken anbefaler kommunedirektøren at det ikke innføres fritt brukervalg på nåværende tidspunkt. Kommunedirektøren vurderer per nå at nytten av å innføre fritt brukervalg ikke oppveier ulempene ved det.

Pågående arbeid med plan for helse og omsorgstjenester, som har et 2050-perspektiv, vil peke på hvilken retning tjenesteutviklingen må ta for at kommunen skal kunne levere bærekraftige tjenester for fremtiden. Der vil også samhandling, ansvar og oppgavedeling med private leverandører bli omtalt. Kommunen vil våren 2026 måtte gjennomføre ny anbudskonkurranse knyttet til fritt brukervalg på praktisk bistand, da avtalene utløper. Kommunedirektøren anbefaler at det i den forbindelse foretas ny vurdering knyttet til innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien.

Dersom bystyret nå vil gå videre med innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien må det legges inn 0,9 mill til en prosjektlederstilling i 2025, og det må påregnes økte driftsutgifter i størrelsesorden på opptil 12 mill for tjenesten hjemmesykepleie i årene etter innføring, dvs fra 2026, som bør tas høyde for i økonomiplanen for 2025 – 2028.

Vedlegg:

Tentativ plan for innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien

Referat drøftingsmøte fritt brukervalg Helse og mestring 26.09.24

Saksutredning

Bakgrunn for saken

I vedtatt økonomiplan 2023-2026 ble følgende verbalvedtak fattet:

Bystyret ber om en sak hvor det legges til rette for økt valgfrihet innenfor helse og mestrings tjenester. Spesielt bes det om en vurdering av hvordan man kan legge til rette for å videreutvikle og forbedre fritt brukervalg innenfor BPA og praktisk bistand i hjemmet. Men det skal også vurderes å åpne opp for fritt brukervalg innenfor hjemmesykepleien og omsorgssentrene. Saken bør ta utgangspunkt i hvordan få mer valgfrihet i tjenestene for brukerne, men også sees i sammenheng med muligheter for mer effektiv kommunal drift, ved at noen av dagens tjenester innenfor helse og mestring tas over av andre aktører.

Følgende vedtak ble fattet i Helseutvalgets møte 14. Mai 2024

Helseutvalget ber om at det snarlig legges frem en sak vedrørende fritt brukervalg i hjemmesykepleien

I saken belyses ordningen fritt brukervalg, tjenesten hjemmesykepleie og det gjøres rede for erfaringer fra andre kommuner. Saken belyser også premissene som veilederen «*Brukervalg i kommunal tjenesteyting*» (utgitt av KMD) legger til grunn for beslutning om innføring av fritt brukervalg. Det er også foretatt litteratursøk for å gi et kunnskapsgrunnlag i vurdering av ulike momenter ved innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien. Dette som et grunnlag for politisk behandling av om Kristiansand kommune skal innføre fritt brukervalg i hjemmesykepleien

Innføring av fritt brukervalg

Det har vært gjennomført flere utredninger/evalueringer av ulike former for konkurranseutsetting i kommunale helse og omsorgstjenestene med søkelys på mål og måloppnåelse. På oppdrag fra Program for storbyrettet forskning – KS ble det i 2017 publisert en evalueringsrapport «[Gevinster ved kjøp av omsorg? - en utredning om storbyenes kjøp av tjenester på levekårsområdet](#)». Rapporten viser til at de store linjene i byenes innkjøpspolitikk er politisk styrt med ulike mål om hvorfor tjenestene utsettes for konkurranse:

1. Kvalitet og læring
2. Gi brukere større valgfrihet
3. Større fleksibilitet for kommunene til å tilpasse tjenesteproduksjonen til oppståtte behov
4. Indirekte middel til å styrke det frivillige organisasjonslivet

Av de fem storbyene som inngikk i utredningen (Oslo, Bergen, Stavanger, Trondheim og Kristiansand) var det kun Oslo kommune som mente at kjøp av tjenester fra eksterne aktører hadde gitt økonomiske resultater i form av innsparing og det var relatert til konkurranseutsetting av sykehjem.

Rapporten fremholder sentrale suksessfaktorer for måloppnåelse hvor ett av disse er at kommunen har klare og objektive kriterier for å åpne et tjenesteområde for konkurranse. De viktigste kriteriene er volum, indikasjoner på at kommunen selv ikke driver tjenesten godt nok, og at det finnes et marked av tilbydere.

Innføring av fritt brukervalg i en tjeneste vil gi brukeren større valgfrihet i form av å velge den leverandøren de mener gir best kvalitet på tjenestene. Det brukeren er opptatt av er kontinuitet, forutsigbarhet og fleksibilitet i tjenesten, med få hjelpere. ([Friere](#)

[brukervalg i hjemmetjenesten](#)). Evalueringen viser til at innføring av fritt brukervalg kan bidra til bedre kvalitet og service i hjemmetjenesten.

Ulike former for kjøp av kommunale helse og omsorgstjenester

[Veileder for innføring av brukervalg i kommunal tjenesteyting](#) (utgitt av Kommunal og moderniseringsdepartementet) vektlegger at det er viktig å være oppmerksom på skillet mellom brukervalg, konkurranseutsetting og privatisering.

Privatisering: betyr at kommunen overlater ansvaret til private, slik at kommunen ikke har ansvaret for tjenesten. Dette er ikke aktuelt for lovregulerte kommunale helse- og omsorgstjenester, da kommunens «sørge- for» ansvaret i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 3 er et juridisk hinder mot privatisering.

Konkurranseutsetting: innebærer at driften/utførelsen av en kommunal tjeneste utsettes for konkurranse gjennom anbudsprosesser. Kommunen åpner for at eksterne aktører konkurrerer med kommunens egne virksomheter om å drive tjenesten gjennom anbudsprosesser. Kommunen har som nevnt ovenfor ansvaret for tjenesten.

Konkurranseutsetting kan foregå ved at deler av en tjeneste legges ut på anbud hvor en leverandør vinner et anbud. Flere aktører konkurreres på pris og kvalitet hvor det er en tilbyder som vinner anbudet. En annen form for konkurranseutsetting er at det inngås likelydende avtaler med flere leverandører, hvor det ved utlysning er fastsatt pris slik at det konkurreres på kvalitet.

Brukervalg: betyr at det er brukeren selv som velger tjenesteyter blant de aktørene som kommunen har godkjent eller har inngått avtale med. Kommunen har fortsatt ansvar for tjenesten. Kommunen kan selv være en tjenesteyter som brukerne kan velge. Brukervalg innebærer konkurranse mellom aktørene hvor det er den enkelte bruker som velger leverandør, og ikke kommunen som ved annen form for konkurranseutsetting.

Kommunen har det overordnede ansvaret for tjenestene uavhengig av hvem som utfører tjenestene på vegne av kommunen. *Det innebærer blant annet at kommunen har ansvar for kvaliteten i tjenesten og den for utmålingen av hvor mye tjenester som skal bli ytes. Kommunen må derfor kunne ta over driften av tjenesten dersom andre aktører av ulike grunner ikke kan tilby tjenesten lenger.* Dette ansvaret er forankret både i kommuneloven og i helse- og omsorgstjenesteloven. De folkevalgte i kommunene står også til ansvar overfor innbyggerne gjennom valg.

Grunnleggende premisser til vurdering ved innføring av fritt brukervalg

I veilederen utgitt av Kommunal og moderniseringsdepartementet (link over) vises det til ulike premisser som må ligge til grunn for innføring av fritt brukervalg. Disse består av forhold som er viktig å belyse i beslutningsprosessen om å innføre fritt brukervalg. Det er elementer som er belyst og vurdert i denne saken. I tillegg oppgir den forhold som må analyseres og utredes nærmere og tas stilling til etter at vedtak om innføring av fritt brukervalg er fattet. Dette vil i så fall fremlegges som egen politisk sak i forbindelse med oppfølging av vedtaket.

Premissene som oppgis er oppsummert under:

- Kommunen bør være tydelig på hvorfor man ønsker et brukervalg, med føringer for hva som skal oppnås med ordningen.
- Kommunen må ta stilling til hvilke tjenester som skal ligge til ordningen med fritt brukervalg, og om private tilbydere skal kunne tilby tilleggstjenester som ikke ytes av kommunal tjenesteyter.
- Det må være et klart skille mellom kommunens myndighetsoppgaver og kommunens tjenesteutøvelse. Det må være en egen tildelingsfunksjon som ivaretar kommunens forvaltningsansvar og myndighetsutøvelse i enkeltsaker.

- Inngåelse av avtaler med leverandører er kjøp som reguleres av lov om offentlige anskaffelser. Prosessene må oppfylle formelle krav i lovverket.
- Innføring av fritt brukervalg krever god og nøye planlegging. Det er behov for et grundig forarbeid, med ulike typer utredninger og analyser på følgende områder:
 - Lovkrav
 - Roller og oppgaver
 - Kvalitets- kompetanse og kostnadsnivå i tjenesten
 - Kunnskap om markedet
 - Økonomiske konsekvenser
 - Konsekvenser for medarbeidere
- Kommunen bør legge til rette for og stimulere til at flere tjenesteytere med ulik profil ønsker å tilby tjenester i kommunen. For at det skal innebære et reelt brukervalg bør det være et tilstrekkelig antall tilbydere å velge mellom, som kan tilby tjenester over tid. Kommunen kan velge å begrense antall tilbydere dersom det er mange leverandører.
- Det må utredes hvordan digital samhandling kan foregå for å sikre at leverandør har tilgang til opplysninger for kunne gi nødvendig helsehjelp og ivareta pasientsikkerheten.
- Mange brukere vil ha tjeneste både fra privat tilbyder og fra kommunens helsetjeneste. Veilederen viser til at flere kommuner har valgt å ta hele det økonomiske ansvaret for at de private tjenesteleverandørene skal få tilgang til det samme fagsystemet som kommunen. Dette er basert på informasjonssikkerhets-, avtale- og personvernrelaterte spørsmål som krever utredning. Dette punktet vil det bli gjort nærmere rede for i et senere avsnitt.
- Kommunen må etablere et godt system og ha ressurser for faglig tilsyn og kontroll med at brukerne får de tjenestene de har rett på og i dette ivareta kommunens "sørge- for ansvar". Det må også etableres et system for å håndtere evt. klager på tjenesteutøvelsen. Det må også sikres at tjenestene til brukere koordineres når de mottar tjenester fra både privat leverandør, andre kommunale helse og omsorgstjenester og andre velferdstjenester.
- Tilpasset og nødvendig kommunikasjon og informasjon til alle interessenter underveis i innføringsprosessen er sentralt for å sikre innføring som ivaretar pasientsikkerhet til brukere av tjenesten.
- Dette er analyser, utredninger og systemer som må gjøres før konkurranse kan gjennomføres og brukervalg innføres i en tjeneste. Videre i denne saken vil det bli gjort nærmere rede for elementene som er viktig å ta hensyn til ved en beslutning om innføring av fritt brukervalg.

Beskrivelse av tjenesten hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie består av nødvendig helsehjelp i hjemmet og personlig assistanse til hjemmeboende personer som ikke selv kan oppsøke denne bistanden. Tjenesten ytes som punktbesøk og kan gis ved flere besøk per dag ut fra hva den enkelte har behov for av tjeneste.

Tjenesten består av:

- Bistand til å ivareta grunnleggende egenomsorg med hensyn til mat, ernæring, toalettbesøk og personlig hygiene
- Rehabilitering og habilitering
- Hjelp til medisiner, sårbehandling el. annen behandling i samarbeid med lege
- Psykiatrisk oppfølging, eventuelt i samarbeid med psykisk helsearbeider.
- Administrative oppgaver som dialog med lege, sykehus, pårørende og evt andre.

- Bestilling/henting av medisiner
- Bestilling av hjelpemidler ved behov

Journalføring er også en svært viktig administrativ oppgave for helsepersonel, og er helt avgjørende for å sikre kontinuitet, kvalitet og sikkerhet i tjenestene. Helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om pasientjournal pålegger dokumentasjon av gitt helsehjelp og stiller, sammen med politiske føringer og faglige standarder, krav til kvaliteten på dokumentasjonen.

Tjenesten er vedtaksbasert hvor det kommer frem av enkeltvedtaket *hvilken hjelp den enkelte vil motta daglig, men det fremgår også* av vedtaket at tjenesten tilpasses fortløpende i forhold til den enkelte brukers behov. Dette kan være daglige justeringer i tråd med endringer i funksjonsnivå eller helsetilstand hos den enkelte. Dette gjelder spesielt for hjemmeboende skrupelig eldre med en ustabil helsetilstand eller pasienter som nylig er utskrevet fra sykehus. Hjelpet behovet den enkelte har kan variere i stor grad, f.eks. med utlevering av medisindosett en gang i uka, til mer omfattende hjelpebehov store deler av døgnet hvor det er behov for flere ansatte samtidig for å yte tjenesten.

I tillegg til oppdrag på vedtak yter hjemmesykepleien også nødvendig helsehjelp når det er *nødvendig* og som ikke kan planlegges, for eksempel utrykning ved utløste trygghetsalarmer, døralarmer og kameratilsyn. Hjemmesykepleien henter medisiner på apotek og hjelpemidler når det oppstår akutt behov for dette. I tillegg hender det at hjemmesykepleien må bistå ambulansetjeneste, legevakt dersom bruker ikke selv kan f.eks. slippe inn helsepersonell fra disse tjenestene.

Helsepersonellet i hjemmesykepleien har daglig samarbeid med andre øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester som legevakt, Kjøkkenservice, rehabiliteringsteam og andre, apotek, spesialisthelsetjenesten, fastleger, NAV, frivillige og ideelle aktører i tillegg til bruker og pårørende.

Innspill fra de mest sentrale samarbeidspartnere til hjemmesykepleien

Innføring av fritt brukervalg vil i *størst grad* påvirke *samarbeidsparter til de kommunale helse og omsorgstjenestene* da de vil få flere samarbeidsparter å forholde seg til.

Fastlegene har en sentral medisinsk faglig koordinerende rolle for innbyggerne og har som kjent fått flere og mer sammensatte arbeidsoppgaver som har stadig ført til et større arbeidspress for den enkelte fastlege. ([sak 18/22](#)) Praksiskoordinator for fastlegene uttaler: «*Vil sannsynligvis medføre merarbeid og gi større muligheter for feil i kommunikasjonen mellom partene, noe som tross alt fungerer bra nå. Dette vil i siste ende potensielt ramme pasientene da en trygg, korrekt og enkel kommunikasjon mellom partene er viktig og avgjørende for at omsorgen skal bli best mulig. Fastlegene har i forveien et meget stort antall samarbeidspartnere å forholde oss til. Å øke dette antallet ytterligere er å fraråde.*» Dette støttes av leder for allmennlegeutvalget og tillitsvalgt for legene. De er i tillegg bekymret for medisin håndtering og risiko for feil med så mange aktører som skal ha informasjonen. Det vil være vanskelig for fastlegene å holde oversikt over hvem som skal informasjonen, og det er ikke alltid pasienten selv kan informere om dette.

Legevakten har også en sentral rolle i akutte situasjoner for pasientene, hvor tilgang til nødvendig helseinformasjon er viktig og samhandlingen med andre aktører er sentral for å sikre pasientens videre oppfølging og behandling. Flere aktører vil påvirke legevaktslegene som må forholde seg til flere aktører. Tilsvarende er det for kommunalt ansatte leger ved kommunens korttidsplasser.

Spesialisthelsetjenesten ved samhandlingskoordinator har i forbindelse med saksutredningen uttalt at «*Samhandling handler ofte kjennskap til hverandres virksomhet. Via gode samhandlingsmøter opplever jeg at vi har hjulpet hverandre med å lage gode rutiner så kommunikasjonen går så ukomplisert som mulig. Vi har erfart at de*

periodene det er hektisk og særløsninger blir aktuelt for at drift skal gi best mulig pasientbehandling har det vært avgjørende å kunne samhandle på individnivå med nøkkelpersoner. Er spent på om det er mulig å ivareta med enda flere aktører. Vil gi tilbakemelding på at samhandling mot Kristiansand kommune er svært god og at vi håper det kan fortsette fremover.»

Det er tett samhandling mellom Forvaltning og koordinering og hjemmetjenestene når behovene til bruker endrer seg. Helse og mestring har en bestiller og utførermodell hvor det er innført innsatsstyrt finansiering av tjenestene. Forvaltning og koordinering fatter vedtak og finansierer tjenestene i tråd med omfang størrelse på vedtak. Helsepersonellet i hjemmetjenesten observerer og justerer tjenestene i tråd med brukers behov. Behovene kan variere fra dag til dag, men ved varige endringer sender helsepersonell sine kartlegginger og vurderinger tilbake til Forvaltning og koordinering som justerer vedtak og omfang av tjenester og finansiering (innsatsstyrt finansiering - ISF) i tråd med behov. Samhandlingen mellom Forvaltning og koordinering og hjemmesykepleien er basert på stor grad av tillit. Elementer i forvaltningsmodellen vil kunne bli endret i tråd med behov for omstilling i tjenestene med hensyn til organisering av kompetanse og nye arbeidsprosesser.

Kristiansand kommune har en godt utviklet bestiller utfører modell, som er en forutsetning for å innføre fritt brukervalg i tjenestene. I tidligere evalueringer gjennomført i regi av [KS storbynettverk](#) kom Kristiansand kommune godt ut med hensyn til ressursbruk hvor god tillit og forståelse av nivå på tjenestene mellom Forvaltning og utførertjenestene ble spesielt påpekt som viktig for effektiv ressursbruk.

Pågående utviklingsarbeid som foregår i hjemmetjenesten

Kommunens hjemmetjenester har etablert et utviklingsprosjekt «fremtidsrettede hjemmetjenester» i forbindelse med TØRN arbeidet i kommunen, hvor de planlegger og videreutvikler tjenestene for å sikre bærekraft for fremtiden. I dette inngår arbeid med å organisere ulik kompetanse på en nye måter, som er fleksible og kan håndtere økende rekrutteringsutfordringer. Dette innebærer at samhandlingen mellom Forvaltning og koordinering og ulike drivere i finansieringsmodellen kan bli påvirket.

Kristiansand kommunes Handlingsplan for e-Helse 2022-2025 belyser utfordringsbildet og skisserer planer for innføring av teknologi i tjenestene.

Planen peker spesielt på fire satsningsområder:

1. Styring og koordinering
2. Kapasitet og kompetanse
3. Sammenhengende tjenester og helhetlige arbeidsprosesser
4. Innovativ tjenesteutvikling med utgangspunkt i innbyggernes ressurser

Viktigheten av å sikre bedre sammenheng i pasientforløpet, digitalisering av arbeidsprosesser, og bedre sammenheng mellom systemer og journaler, både internt og med andre aktører (sykehus, fastleger og innbyggerne) prioriteres høyt i planen og trekkes fram som spesielt viktig.

Innføring av teknologi som kameratilsyn, sensorer på dører eller seng, elektroniske medisindispensere og digital hjemmeoppfølging medfører endringsprosesser i de berørte tjenestene.

Konkurransenutsetting av helse og omsorgstjenester i Kristiansand

Kristiansand kommune har avtaler med kommersielle og ideelle leverandører på kjøp av ulike tjenester til ulike målgrupper, som:

- avlastningstjenester til barn og unge
- rusomsorgsplasser
- bo- og tjenestetilbud til personer med rusmiddelavhengighet

- nødovernatting for kvinner
 - institusjons-, bo- og tjenestetilbud til enkeltpersoner med spesielle behov.
 - praktisk bistand – hvor 17,4 % av brukerne har valgt privat leverandør
 - BPA –tjenesten – hvor 40% av brukerne har valgt privat leverandør.
- Det har vært en vekst i antall brukere og antall timer etter at fritt brukervalg ble innført i denne tjenesten. Det er 40% som har valgt private leverandører

Det er ulike begrunnelser for hvorfor det er inngått avtaler om kjøp av helse og omsorgstjenester. Kjøp av tjenester til enkeltpersoner er begrunnet ut fra behovet for særskilt spesialkompetanse som det er lite hensiktsmessig at kommunen selv opparbeider seg, på grunn av et lavt antall brukere med samme behov.

Kjøp av avlastningstjenester til barn og unge, rusomsorgsplasser og bo- og tjenestetilbud til personer med rusmiddelavhengighet er kjøp fra ideelle aktører som er videreført ved innføring av lov om offentlige anskaffelser.

Det er også innført fritt brukervalg innen tjenestene praktisk bistand fra 2010 og BPA-tjeneste fra april 2022, hvor innføring av fritt brukervalg har vært begrunnet i mål om å gi brukere større valgfrihet. Det har vært en vekst i antall brukere og antall timer etter at fritt brukervalg ble innført i BPA-tjenesten.

Det er i tillegg vedtatt i bystyresak 12/23 at driften av nytt omsorgssenter 2030 skal lyses ut på anbud.

Kunnskapsgrunnlag og erfaringer fra andre kommuner

I forbindelse med utredning av denne saken er det gjennomført litteratursøk og innhentet informasjon fra Oslo kommune og Bærum kommune som har lengst erfaring med fritt brukervalg på tjenesten hjemmesykepleie.

Litteraturgjennomgang

Det er i samarbeid med universitetsbiblioteket ved UiA gjennomgått tilgjengelig litteratur som kan belyse virkningen av fritt brukervalg i hjemmesykepleien.

Litteraturgjennomgangen er avgrenset til de nordiske landene som har et helse- og velferdssystem som kan sammenliknes med Norge. Det er funnet få relevante publikasjoner. De fleste er intervjuundersøkelser med tjenestemottakere, helsepersonell og/eller instansen som tildeler tjenester, og det skilles ikke alltid tydelig mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

De undersøkelsene som omtaler virkning av fritt brukervalg for hjemmesykepleie, viser at fritt brukervalg egner seg best i urbane områder slik at det er korte reiseavstander for de ulike tjenesteleverandørene. Det er trolig de mest velfungerende tjenestemottakerne som opplever mest nytte av fritt brukervalg, mens brukere med sammensatte hjelpebehov og nedsatt funksjon har mindre mulighet til å opptre som rasjonelle konsumenter. For disse vektlegges tilstrekkelig tid og stabilitet i tjenesten i form av et begrenset antall helsepersonell som yter tjenester som viktigst. Det er ikke funnet studier som dokumenterer forskjeller i kvalitet på tjenestene mellom offentlig og privat hjemmesykepleie.

Oslo kommune:

Oslo kommune har hatt ordningen med fritt brukervalg for hjemmesykepleie fra 2009. De har tidligere hatt avtale med opptil 10-12 private leverandører, men fra 2023 har de inngått rammeavtale med 3 leverandører for hele Oslo kommune.

De private leverandørene skal tilby tjenester til alle brukere i hele Oslo kommune. Det er et eget privat firma som håndterer alle uttrykninger på trygghetsalarmer, så disse oppdragene omfattes ikke i ordningen.

Erfaringer fra Oslo kommune viser at det må være et visst volum/ kundegrunnlag for at de private leverandørene skal kunne levere tjenester. Derfor har det vært en forutsetning for de private leverandørene at ordningen skal omfatte hele Oslo kommune og ikke kun bydeler.

Tjenestekontoret i de ulike bydelene fatter vedtak og sender bestilling til den leverandøren søker velger. Hvis søker ikke gjør et aktivt valg leverer kommunen tjenesten. Private leverandører får tilgang til relevant informasjon for tildelt oppdrag gjennom kommunens elektroniske pasientjournalssystem (EPJ). De private leverandørene dokumenterer og samhandler med samarbeidspartnere som fastleger og sykehus i fagsystemet på lik linje som de kommunale utførerne.

Kommunens elektroniske pasientjournalssystem EPJ er ikke koplet til fakturering så det innebærer flere manuelle rutiner for å kontrollere utført tid opp mot tildelt tid hver måned. Dette krever ekstra ressurser på tildelingskontorene. Det ligger en tillitsmodell i bunn, men en erfarte tidligere at de private leverandørene utfordret på tjenestenivået og innholdet i tjenesten, og det gikk mye tid til samhandling mellom tildelingskontor og de ulike private leverandørene. Det oppleves at dette har gått seg til og at det i større grad er lojalitet til det kommunale tjenestenivået.

De private har til nå ikke hatt tilgang til digitale tjenester, men skal fra høsten 2024 innføre elektroniske medisindispensere.

Ifølge Oslo kommune har tilbakemeldinger fra de private leverandørene vært at de opplever kontrollrutiner for fakturering som tidkrevende og tungvint og at prisgrunnlaget ikke tar høyde for dette. Antall brukere som velger privat leverandør har vært stabilt på 7-11 % av antall timer, og brukere oppgir fast person som den vanligste årsaken til å velge private leverandører.

Bærum kommune:

Bærum kommune innførte fritt brukervalg for tjenesten hjemmesykepleie i 2015 og er i gang med ny anskaffelse siden kontraktene med dagens leverandører går ut mars 2024. Kommunen inngikk kontrakter med 4 leverandører i 2015. De leverer tjenester over hele kommunen.

Målet med innføring av brukervalget har vært å gi brukerne frihet til å velge leverandører ut fra hva brukeren mener kan gi den beste tjeneste. Bærum kommune leverer tjenester på hjemmesykepleie og praktisk bistand i egen regi i tillegg til private leverandører.

I tillegg har Bærum kommune en separat privat leverandør som foretar utrykning på trygghetsalarmer i tillegg til fritt brukervalg. Dette er ikke en tjeneste med fritt brukervalg.

Evaluerings- og endringer som er foretatt underveis er at antall leverandører er redusert fra 4 til 3. Dette med bakgrunn i å øke volum hos leverandørene. Kommunen mener at et lite volum kan påvirke mulighetene leverandørene har til å satse på kvalitet- og kompetanseheving, samt økt risiko for konkurs. Det er også behov for å redusere administrativ ressursbruk i oppfølging av leverandørene.

Det er heller ikke alle brukere som forstår brukervalgmodellen og skjønner ikke hvorfor de skal velge en leverandør. De vil gjerne ha «den beste» leverandøren. Administrasjonens erfaringer er at for mange leverandører å velge mellom kan vanskeliggjøre valget for brukerne, til tross for skriftlig materiale fra leverandører og muntlig informasjon fra saksbehandler. Kommunens erfaring er at 3-4 leverandører, i tillegg til kommunal tjeneste, sikrer et tilstrekkelig antall leverandører for at brukerens valgfrihet blir reell.

Kommunen opplever ikke å ha nødvendige verktøy/systemer for å kunne følge opp leverandørene fullt ut med tanke på tidsbruk og fakturering. Det blir i stor grad

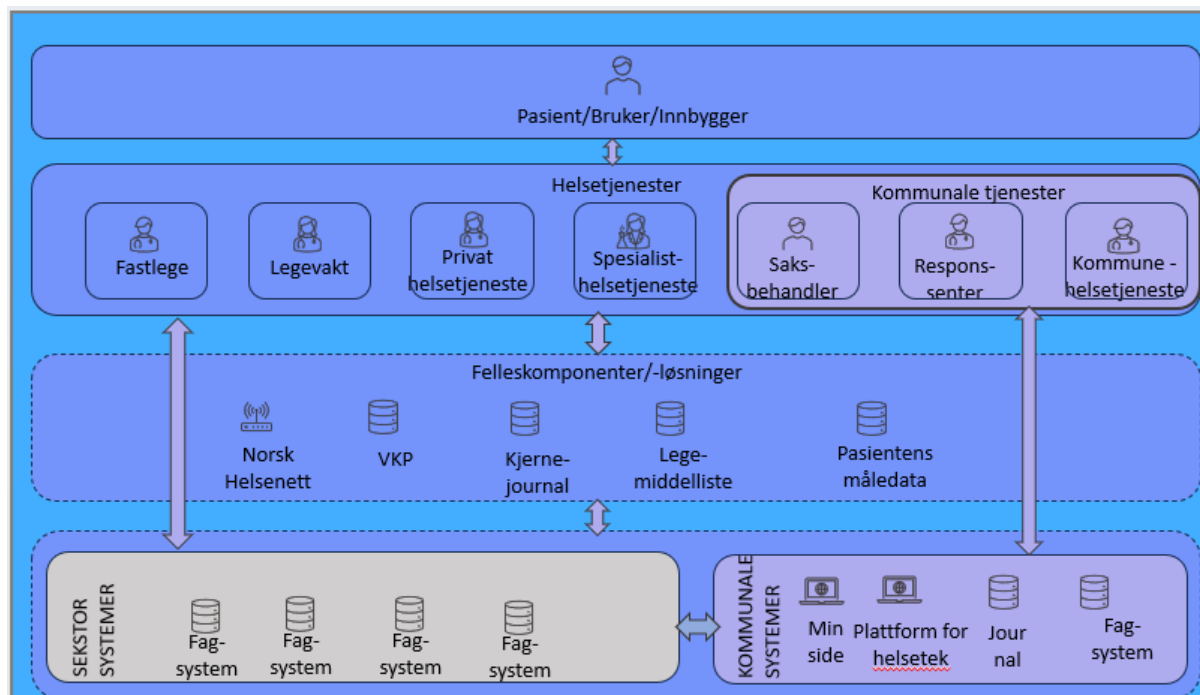
tillitsbasert. Leverandørene mener at dagens timespriser ikke er bærekraftige med tanke på endringer/prisutvikling i samfunnet (dyrtid). Krever mye oppfølging og håndtering fra kommunens side vedr ekstra krav om diverse utgiftsdekning, økt prisregulering osv.

Bærum kommune opplever at leverandørene stort sett er lojale til vedtak, men ser samtidig at de har større volum/omfang på vedtak enn brukere i kommunal tjeneste. Ifølge Bærum kommune har leverandørmarkedet endret seg hvor det tidligere var inntil 15-20 tilbud, hvor det i dag ligger på mellom 4-7 tilbud ved utlysninger. Pr 2024 har 9 % av brukerne valgt private leverandører. Ifølge Bærum kommune har antall brukere som har valgt privat leverandør vært relativt stabilt i senere år.

I forbindelse med ny utlysning har Bærum kommune valgt å ikke tilby tjenesten praktisk bistand, hvor det kun vil være private leverandører som brukerne kan velge mellom. Argumentene som ligger til grunn for beslutningen er at tydelig ansvar- og oppgavedeling også ovenfor private aktører skal bidra til å sikre en mer bærekraftig utvikling i tråd med helsepersonellkommisjonens anbefalinger i «Tid for handling». Dette mener de vil frigjøre ressurser hos kommunalt ansatte til andre helse- og omsorgsoppgaver, da rengjøringsoppgaver kan ivaretas av andre enn helsepersonell. Det legges inn som krav til leverandørene at de skal benytte digitale e- helseløsninger som kommunen har innført og planlegger å innføre i perioden.

Behov for informasjonsdeling, teknologisk og digital utvikling

Ved innføring av fritt brukervalg blir ansvaret for pasienten delt mellom kommunen og en eller flere private tilbydere, dette innebærer behov for tilgang til oppdatert informasjon og utveksling av data om pasienten mellom partene. Nye IT-systemer bygget på moderne arkitektur støtter denne type informasjonsutveksling på tvers av organisasjoner og plattformer. Kristiansand kommune implementerer i disse dager en slik plattform for teknologi og systemer innen helseområdet – se illustrasjon under. Dette er en plattform som har kobling mot Velferdsteknologisk Knutepunkt, som støtter informasjonsflyt mellom teknologi hos pasienten og elektronisk pasientjournal (EPJ), og legger til rette for informasjonsutveksling mellom kommune, sykehus, fastleger, pasienter, pårørende og andre aktuelle parter i dette økosystemet.



Figur 1 Viser hvordan data kan flyte mellom de ulike aktørenes fagsystemer, med kobling til ulike plattformer og fellesløsninger

Det er vedtatt at kommunen skal anskaffe nytt elektroniske pasientjournalssystem (EPJ) innen 2026, og det vil i forbindelse med anskaffelsen bli stilt klare krav og forventninger om at nytt system skal kunne dele informasjon med andre systemer via denne plattformen. Ingen av dagens leverandører av elektroniske pasientjournaler har systemer som støtter plattformer, men slik støtte er under utvikling hos de store leverandørene av slike systemer.

I referanseinnhenting fra Bærum og Oslo pekes det på at ansatte fra de private tilbyderne blir opprettet som IT-brukere i kommunen, slik at de kan få intern tilgang til kommunens elektroniske pasientjournaler for oppdatering av pasientinformasjon. Dette er også i noen grad praksis i Kristiansand kommune for tjenestene Praktisk bistand og BPA. Leverandørene er gitt begrenset tilgang til kommunens pasientjournalssystem.

For å sikre god informasjonssikkerhet og personvern kreves det at det er kontroll på tilgangsstyring og bruk av it-systemer. Denne praksisen bryter med prinsipper for informasjonssikkerhet og personvern, men har vært den eneste mulige måten å sikre oppdatert informasjon om pasienten på inntil nå. Det som har bidratt til å redusere risikoen, er at det har vært et beskjedent omfang, da disse to tjenestene har relativt få brukere. Hjemmesykepleie har et langt større omfang, med et stort antall pasienter. Innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien vil dermed kunne medføre en betydelig økt risiko for personvernet, og vil kreve tiltak for å redusere risiko. For å ivareta informasjonssikkerheten vil det kreve økte ressurser til å administrere tilgangsstyring for ansatte hos private leverandører på en tilfredsstillende måte.

En fullstendig ROS-analyse vil belyse trusler og sårbarheter, og også foreslå tiltak for hvordan fritt brukervalg kan innføres med lavest mulig risiko. I en slik analyse kan man også få et bilde av de økonomiske konsekvensene av å tilby kommunale systemer og lisenser til private aktører utenfor organisasjonen. Det er imidlertid ikke hensiktsmessig bruk av tid eller ressurser til å utføre en slik ROS-analyse som del av denne utredningen.

Fremtiden elektroniske pasientjournaler (EPJ) løsninger, som er utviklet for samhandling og på moderne arkitektur, vil kunne tilby nye måter å samhandle om pasienter på. Private helseaktører vil kunne anskaffe sine egne it-systemer som kan utveksle informasjon gjennom de nasjonale samhandlingsplattformene, og sikre at pasientdata er oppdatert i tillegg til at informasjonssikkerhet og personvern er godt ivarettatt. For de ulike tilbydere av private helsetjenester, vil en slik løsning være enklere å administrere, da de ansatte kan forholde seg til ett system for alle sine pasienter. Ikke som i dag, da de må lære seg system for elektronisk pasientjournal til de ulike kommunene de leverer tjeneste til.

Juridisk grunnlag

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) fastsetter kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det er særlig lovens kapittel 3, og dens hovedbestemmelse i §3-1 som stadfester denne ansvarsplasseringen. Tjenestene dekker hele livsløpet og har brukere og pasienter i alle aldersgrupper, med svært ulike behov og utfordringer.

Utøvelse av myndighetsoppgaver er et kommunalt ansvar, mens selve tjenesteytingen kan overlates til andre. Det er to grunner til at det er nødvendig å skille myndighetsoppgaver og tjenesteyting.

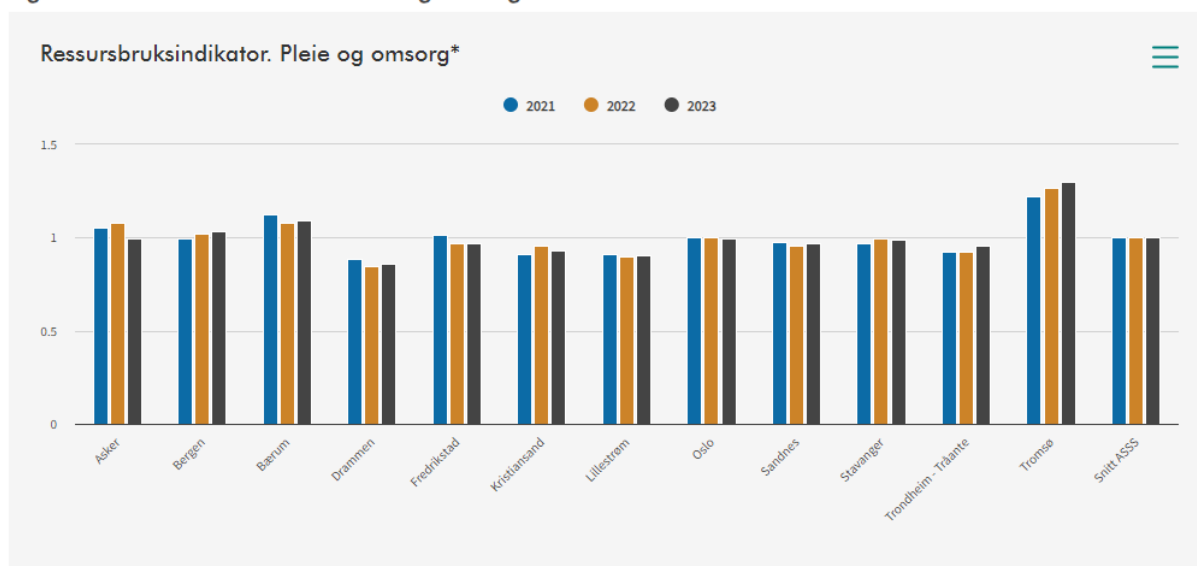
1. Bevare kommunens uavhengighet i anskaffelsen, kontroll og oppfølging av tjenestene som utføres.
2. Sikre nøytralitet i kartlegging og vurdering av brukernes behov, og at utmåling av vedtaket skjer uavhengig av ressursituasjonen i utførertjenesten.
3. Sikrer at kommunale og private tjenesteutøvere kan operere under samme rammebetingelser.

Et sentralt prinsipp som legges til grunn for kommunenes forvaltning av individuelle helse- og omsorgstjenester er likebehandlingsprinsippet. Likebehandlingsprinsippet innebærer at kartlagte individuelle behov som er like skal imøtekommes av likeverdige tjenester med hensyn til utmåling av omfang og kvalitet på tjenesten. For å fravike likebehandlingsprinsippet må det foreligge lovregulering som tilsier forskjeller eller andre saklige begrunnelser

Kostnadseffektivitet i Kristiansand kommune

Kristiansand kommune har en tjenesteprofil på helse og omsorgstjenestene, som samlet sett gir en effektiv drift av pleie og omsorgstjenestene sammenlignet med øvrige ASSS kommuner jfr. [ASSS analyse og statistikk](#). Det vil være sentralt for kommunen å videreutvikle tjenesteprofilen slik kostnadseffektiviteten opprettholdes samtidig som innbyggere sikres nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kristiansand kommune driver effektivt med god ressursutnyttelse.

Figur 3. Ressursbruksindikator. Pleie og omsorg*



Kostnadsestimat for Kristiansand kommune

Overheadkostnader ved innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien

For å estimere kostnader i Kristiansand er det innhentet tall fra Oslo og Bærum. I Oslo er det i snitt 7,2% av brukerne i de 15 bydelene som har valgt privat leverandør av hjemmesykepleie. Prosentandelen har ligget omtrent på dette nivået siden oppstart av fritt brukervalg på hjemmesykepleie i 2008. I Bærum kommune er det 9% av brukerne innenfor hjemmesykepleie som har valgt privat tjenesteleverandør i 2024. Til disse brukerne utgjør det totale antall vedtakstimer innenfor hjemmesykepleie 25 % av volumet som leveres av private leverandører. Ifølge Bærum kommune har antall brukere som har valgt privat leverandør vært relativt stabilt de senere år.

I beregningen av timepris til private leverandører vil grunnlaget omfatte kommunens interne lønnskostnader knyttet til den direkte driften av hjemmesykepleie tjenesten, overheadkostnader og kommunens volum på vedtakstimer.

Beregning av gjennomsnittlig årslønn er basert på grunnlønn inkludert turnustillegg for ansatte i aktuell tjeneste. Gjennomsnittet vil være basert på en vektet sammensetning av kompetanse og ansiennitet, og vil være likt kommunens budsjettvilkår for tjenesten hjemmesykepleie. Særsilt kompetanse som ikke kreves av private leverandører vil bli holdt utenfor. Overheadkostnader inkluderer administrasjon av kommunens sentrale

funksjoner, IT-systemer, overordnet ledelse, enhetsledelse og støttefunksjoner i hjemmebaserte tjenester, byggkostnader og relevante driftsutgifter

I 2022 ble det innført fritt brukervalg for BPA-tjeneste i Kristiansand kommune. Det ble da beregnet et administrasjonstillegg som utgjorde 12 % av samlet beregnet timepris til de private leverandørene. Dersom vi forutsetter samme overheadkostnad ved innføring av fritt brukervalg for hjemmesykepleie, vil en kunne ta utgangspunkt i følgende kostnadsestimat:

Den interne kalkulerte ISF (innsatsstyrt) finansieringen av lønnskostnadene til hjemmesykepleietjenesten utgjør i 2024 kr. 716,- pr. levert vedtakstime. Timeprisen pr. vedtakstime er beregnet for turnusarbeid på dag/kveld inkl. alle tillegg og er basert på en vektet kompetansesammensetning mellom høyskole, fagarbeider og assistenter.

Med et påslag på 12% for overheadkostnader vil administrasjonstillegget til privat leverandør med disse forutsetningene utgjøre 98.- kr. pr. vedtakstime. Timeprisen til private utførere vil da utgjøre kr. 814,-.

I Bærum utgjør timeprisen til private utførere om lag kr. 849,- (inkl. tillegg). I Oslo er timeprisen betydelig høyere med egne timepriser for dagtid, kveldstid, helg og helligdager og som varierer fra kr. 950,- på dagtid til kr. 1 935,- på helligdager. Kristiansand kommune driver tjenesten effektivt i dag som gjenspeiles i den lavere timeprisen enn f.eks Bærum og Oslo.

For 2024 er samlet vedtaksvolum for hjemmesykepleie i Kristiansand estimert til 443 769 vedtakstimer. Antall brukere som mottar hjemmesykepleie utgjør om lag 2 153 brukere.

Dersom man legger volum fra Bærum til grunn ved 25 % av vedtakstimene innenfor hjemmesykepleien i Kristiansand vil bli levert av privat leverandør, vil det utgjøre en estimert overheadkostnad på 10,9 mill. Legges det til grunn samme timepris som i Bærum (kr. 849,-), vil det bety en estimert merkostnad på 14,8 mill.

Det er viktig å understreke at disse beregningene er estimater og ikke er grundige kalkulasjoner som det vil være behov for å gjøre ved evt. innføring av brukervalg. Dette er eksempler som kun illustrerer mulige økonomiske konsekvensene for tjenesten hjemmesykepleie ved innføring av fritt brukervalg.

En ordning med fritt brukervalg for hjemmesykepleie vil påføre kommunen merkostnader. Dette henger sammen med at kommunens faste overheadkostnader er kostnader kommunen i stor grad vil ha også etter innføring av fritt brukervalg. Basert på erfaringer fra Bærum og Oslo vil det være svært vanskelig å nedskalere de faste administrative og driftsrelaterte kostnader til tjenestene i takt med volumøkning hos de private leverandørene. Dette må det gjøres grundigere vurderinger av i et evt. innføringsprosjekt.

Administrative kostnader ved innføring av fritt brukervalg

Evalueringsrapporter og tidligere erfaring med innføring av fritt brukervalg viser at det påløper ressursbehov til administrative oppgaver som krav til oppfølging av avtaler, dialog med leverandørene og administrering av tilganger til IT systemer blant annet.

Ved innføring av fritt brukervalg i praktisk bistand og BPA-tjenesten ble forvaltning og koordinering tilført 1,5 årsverk. Disse benyttes i dag til å håndtere dialog med leverandørene rundt enkeltbrukere, kontroll av tjenesteleveranser og fakturering og avtaleoppfølging. Det er estimert at det vil være behov for å øke med 1 årsverk for å sikre disse oppgavene knyttet til hjemmesykepleien.

I tillegg vil det være behov for å øke ressursene til tilgangsstyring av leverandørenes ansatte i kommunens elektroniske pasientjournal. Samlet vil dette utgjøre en økt kostnad årlig med 1,35 mill.kr etter at innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien.

Kommunen er i en prosess med Microsoft om lisenser, utfallet er ikke klart. Innføring av fritt brukervalg etter samme mal som Oslo og Bærum, kan imidlertid påvirke kommunens lisensavtale dersom man må ta høyde for brukere utenfor egen organisasjon. Dette må belyses nærmere i en ROS-analyse på et senere tidspunkt. Dette er kostnader som vil bli gjort nærmere rede for ved et eventuelt vedtak om å innføre fritt brukervalg

Administrative kostnader knyttet til anskaffelses- og innføringsprosess

Veilederen fra departementet viser at det er nødvendig med utredningsarbeid også etter att vedtak om innføring av fritt brukervalg er fattet, som krever både tid og ressurser. Arbeidet krever kompetanse og innsats fra flere avdelinger, som vil foregå parallelt med flere andre utrednings- og driftsoppgaver i de ulike direktørområdene i kommunen. Aktivitetene i en innføringsprosess vil være både internt og eksternt rettet. Det vil være behov for å utarbeide en kommunikasjonsstrategi som sikrer en jevnlig informasjon til medarbeiderne i tjenestene, og tett samhandling med tillitsvalgte og vernetjenesten.

Kommunedirektøren har allerede nedsatt en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Hjemmetjenester og rehabilitering, Forvaltning og koordinering, innkjøpstjenesten, digitalisering, økonomi, HR, kommunikasjon og fagstab i helse og mestring som har bidratt til saken og har fått i oppdrag å skissere en overordnet plan for innføring av fritt brukervalg. Dette er en gruppe som eventuelt vil få nye mandat, dersom det blir vedtatt å innføre fritt brukervalg i hjemmesykepleien.

Innføring av fritt brukervalg anses å være et omfattende arbeid (se vedlegg: forslag til fremdriftsplan ved innføring av fritt brukervalg) og med bakgrunn i dette anbefaler Kommunedirektøren at arbeidet organiseres som et prosjekt og at det oppnevnes en prosjektleder som frikjøpes til prosjektet. Dette vil innebære økte kostnader tilsvarende et årsverk (0,9 mill.kr) i 2025.

Nødvendig budsjett må bli håndtert i forbindelse med rullering av økonomiplan for periodene 2025-2027 og 2026-2028.

Klima- og miljøkonsekvenser

Innføring av fritt brukervalg i hjemmetjenesten vil medføre et annet kjøremønster og et større volum på kjøringen siden private leverandører vil kunne ha pasienter/ brukere fordelt over hele Kristiansand kommune. Kommunale tjenester er inndelt i avdelinger som er geografisk inndelt for å redusere tidsbruk på reise og samtidig redusere bilbruk, men med innføring av fritt brukervalg vil det innebære flere som kjører til samme distrikt. Det benyttes også i økende grad sykkel i den kommunale tjenesten der dette er mulig og hensiktsmessig.

Ansattes perspektiv

Evalueringer av konkurranseutsetting har vist til at konkurranseutsetting påvirker ansattes tillit til arbeidsgiver og kan skape en bekymring rund jobbsikkerhet, spesielt hvis det er en økning i bruk av private tilbydere. Det kan også gi mulige endringer i arbeidsmiljøet, både positive og negative, avhengig av hvordan samarbeidet med private aktører fungerer. [Evalueringsrapporten](#) understreker viktigheten av å støtte de ansatte gjennom disse endringene. En kan risikere at ansatte velger å slutte som følge av store omstillingsprosesser hvor innføring av fritt brukervalg vil være en prosess som kan påvirke dette. Dette er forhold som det må gjennomføres risikoanalyser i forhold til ved evt. innføring av fritt brukervalg.

Tjenesteområdene i helse og mestring står ovenfor behov for store omstillinger knyttet til ny ansvars- og oppgavedeling, nye arbeidstidsordninger, organisering og digitalisering av arbeidsprosesser og tjenester. Dette for å sikre bærekraftige tjenester i lys av utfordringer knyttet til rekruttering av kompetanse, og da spesielt enkelte grupper som leger, sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere. KS TØRN-prosjektet understreker viktigheten av involvering av ansatte for å lykkes med omstilling i helse- og omsorgstjenestene. Her er noen nøkkelpunkter:

1. Tidlig involvering: Tidlig involvering av tillitsvalgte og ansatte er avgjørende for å skape tillit og samarbeid¹.
2. God kommunikasjon: Åpen og kontinuerlig kommunikasjon mellom ledelse og ansatte bidrar til å redusere motstand mot endringer
3. Støtte og opplæring: Ansatte får nødvendig støtte og opplæring for å tilpasse seg nye arbeidsformer og organisasjonsmodeller.
4. Erfaringsdeling: Deling av erfaringer og beste praksis mellom kommuner og ansatte fremmer en felles forståelse og bedre løsninger.

Pågående omstillingsarbeid i kommunens helse- og omsorgstjenester er allerede satt under press med hensyn til å sikre god involvering og medvirkning av ansatte som følge av at tjenestene er i en krevende økonomisk situasjon. Kommunedirektøren har også initiert et organisasjonsutviklingsprosjekt med bakgrunn i krav om innsparing. I dette ligger det krav om å redusere administrative stillinger, som igjen vil påvirke overordnet stabsområder. Innføring av fritt brukervalg vil kreve bidrag fra tverrfaglig kompetanse fra alle overordnede stabsområder, som også er sentrale for å lykkes med nødvendige omstillingsprosesser, driftstilpasninger og kommende anskaffelser av digitale løsninger.

Ifølge helsepersonellkommisjonens rapport er det for enkelte personellgrupper en høy andel sysselsatte over 55 år og som vil nå pensjonsalder i løpet av noen år. For Hjemmetjenester og rehabilitering utgjør denne gruppen 19,6% hvor det å beholde ansatte lengst mulig i tjenestene vil være et viktig innsatsområde fremover. Jobbsikkerhet hos ansatte vil i et slikt perspektiv være viktig.

Et perspektiv kan være at konkurranseutsetting vil kunne bidra til å løse arbeidskraftsutfordringer ved at private leverandører kan bidra ved økning i kapasitet i tjenestene i tråd med økte behov i befolkningen. Det som kan være et motargument er at konkurranseutsetting uansett form vil ikke påvirke tilgangen til helsepersonell. Konkurranseutsetting vil kunne forsterke konkurranse om kompetansen mellom ulike leverandørene av helse og omsorgstjenester. Kommunale helse og omsorgstjenester er allerede i konkurranse med spesialisthelsetjenesten og andre kommuner i regionen.

Helsepersonellkommisjonens rapport har omtalt dette og mener at kommunale tjenester bør jobbe for en hensiktsmessig ansvar- og oppgavedeling også mellom private helseaktører og kommunale helse og omsorgstjenester. Kommunen vil uansett ha sørge- for ansvaret for disse tjenestene og derav ansvar for å sikre en bærekraftig utvikling av disse tjenestene helse og omsorgstjenester fremover.

Det kan også være positive elementer for ansatte at det oppstår større konkurranse i markedet og etterspørsel etter arbeidskraft og kompetanse. Det kan gi seg uttelling i lønn og andre goder for den enkelte. Det som er den største forskjellen mellom private og offentlig tjenesteleverandører er forsikringsordninger og pensjonsordninger hvor de private ikke har tilsvarende ordninger som offentlige ansatte har.

Innspill fra Hovedtillitsvalgte og verneombud

I forbindelse med saken har det vært avholdt informasjons- og innspillmøte den 19.09.2024 og drøftingsmøte den 26.09.2024 med hovedtillitsvalgte og hovedverneombud. Innspill til saken er innarbeidet i saksgrunnlaget der dette har vært vurdert hensiktsmessig. Referat fra drøftingsmøtet følger saken.

Uttalelsene fra rådene:

Eldrerådet er i møtet 17.09 informert om innhold og innretning i saken. Eldrerådet tok saken til orientering og gav sin støtte til hvordan administrasjonen la frem saken med hensyn til innhold i saken og elementer til vurdering i saken for å sikre et godt beslutningsgrunnlag for videre politisk behandling. Eldrerådet vil behandle saken når den blir fremlagt i sin helhet.

Saksbehandler henvendte seg også rådet for personer med funksjonsnedsettelse den 04.09 for å gi mulighet til å orientere om saken og for innspill til selve saken i deres møte 09.09. Dette ble trolig for kort frist. Saken behandles i deres møte 07.10.24

Vurdering av effekter ved innføring av fritt brukervalg.

Den mest fremtredende effekten ved å innføre ordningen er valgfrihet for brukere til å velge den leverandøren de mener gir best kvalitet på tjenesten. Dette handler i første rekke om å velge det som bruker mener bidrar til best kvalitet i form av kontinuitet og forutsigbarhet i tjenesten, det vil ofte si få ansatte å forholde seg til. Det er imidlertid et tankekors at det er de mest ressurssterke brukerne som velger privat leverandør og at erfaring fra Bærum er at for mange leverandører å velge mellom vanskeliggjør valget for brukerne. Fra et brukerperspektiv vil det for enkelte være vanskelig å vurdere private leverandører opp mot den kommunale tjenesten. Det er ikke noe som tilsier at den kommunale tjenesten har en dårligere kvalitet enn hva private leverandører leverer.

De politiske føringene er å vurdere økt valgfrihet i tjenestene samtidig, som dette sees i sammenheng med muligheter for en mer effektiv kommunal drift ved dagens tjenester innenfor helse og mestring. Evalueringsrapporter viser at innføring av fritt brukervalg ikke gir tilsvarende økonomiske effekter som kan oppnås ved annen form for konkurranseutsetting. Dette med bakgrunn i at pris er fastsatt ut fra kommunens egen kostnader ved tjenesten. Innføring av fritt brukervalg vil innebære en høyere kostnad. Kommunen vil ikke kunne redusere på driftskostnader til egne tjenester ettersom det er et lite volum og andel brukere av alle som mottar hjemmesykepleie som velger privat leverandører. Dette viser erfaringer fra Oslo og Bærum som er de kommunene som har lengst erfaring med fritt brukervalg i hjemmesykepleien. I tillegg vil innføring av brukervalg gi økte administrative kostnader for å ivareta kommunens plikt til kontroll av tjenestene som ytes. Innføring av fritt brukervalg vil ikke oppfylle et mål om mer effektiv drift av den kommunale tjenesten

Erfaring fra Bærum kommune viser at omfang av vedtak er større for brukere som har valgt private leverandører. Det er ikke kjent hva som er årsaken til at volumet er større for brukere som får tjenesten levert av private leverandørene. Om det skyldes at brukersammensetningen av de som velger privat har et større bistandsbehov sammenlignet med de som velger kommunen som leverandør, eller det skyldes forhold ved leverandørene. Dersom det er det siste vil det bety en glidning på tjenestenivå som utfordrer likebehandlingsprinsippet som et grunnleggende for kommunal forvaltning av helse og omsorgstjenester.

Kristiansand kommune har en velfungerende forvaltningsmodell som ligger godt til rette for å innføre fritt brukervalg i tråd med anbefalingene i den nasjonale veilederen. Evalueringsrapporten «Gevinst ved kjøp av omsorg» bekrefter dette, den viser til at Kristiansand kommune har gode registreringsrutiner for kostnader på individnivå.

Kommunen er til enhver tid pliktig å "sørge- for ansvar" nødvendige helsetjenester til kommunens innbyggere og må foreta nødvendige sårbarhet- og risikoanalyser for å sikre dette ansvaret. For å sikre beredskap i tilfelle det er private leverandører som faller fra, må kommunen sikre at det finnes utførerkompetanse i egen virksomhet.

Hjemmetjenestene står i et viktig utviklingsarbeid «fremtidsrettede hjemmetjenester» hvor de planlegger og videreutvikler tjenestene for å sikre bærekraft for fremtiden. I dette inngår arbeid med å organisere ulike kompetanse på en ny måte som er fleksible og kan håndtere økende rekrutteringsutfordringer. Innføring av fritt brukervalg vil ikke innebære større tilgang til helsekompetanse og ved å innføre fritt brukervalg vil det bli flere aktører som vil trekke til seg arbeidskraft, noe som kan forverre rekrutteringsutfordringene.

Helse- og omsorgstjenestene står overfor en transformasjon med tanke på å omstille seg for å imøtekomme demografi- og arbeidskraftutfordringene. Dette forutsetter at en lykkes med en kraftig dreining av tjenestene som forsterker strategiene. Samtidig står

ansatte i store omstillingsprosesser knyttet til ny ansvars- og oppgavedeling, nye arbeidstidsordninger og ny organisering. Helsepersonellkommisjonens rapport «Tid for handling» viser til at ansvar og oppgavedeling vil være sentralt ikke bare innenfor kommunens egne tjenester, men også ovenfor andre samfunnsaktører. Bærum har valgt å legge praktisk bistand ut til private leverandører med hensyn til akkurat dette.

Helse og mestring har de siste årene hatt driftsutfordringer knyttet til flere tjenesteområder og det er jobbet aktivt med å tilpasse tjenestene til vedtatt budsjett. I den forbindelse er det lagt frem ulike tiltak som berører tjenestene på ulike måter. Innføring av fritt brukervalg vil innebære en økning av kostnader til denne tjenesten.

Konklusjon (jf. forslag til vedtak)

Den mest fremtredende effekten ved å innføre fritt brukervalgordningen er valgfrihet for brukere til å velge den leverandøren de mener gir best kvalitet på tjenesten. Mange brukerne vil sette pris på muligheten til å kunne velge, da dette kan gi brukerne mer innflytelse.

Det som taler imot innføring av fritt brukervalg er:

- Økte kostnader for kommunen
- Økt kompleksitet for samarbeidsparter for hjemmesykepleien
- Digitale løsninger er ikke gode nok til å ivareta personvernregelverket
- Det er en stor jobb å innføre fritt brukervalg som vil komme på toppen av alt omstillingsarbeidet som allerede foregår i helse og mestring for å tilpasse driften til rammene.
- Innføring av fritt brukervalg vil føre til mer bilkjøring med de ulempene det medfører.
- Kommunen driver tjenesten hjemmesykepleie effektivt med god ressursutnyttelse

På bakgrunn av en kost-nytte-vurdering basert på redegjørelsen i denne saken anbefaler kommunedirektøren at det ikke innføres fritt brukervalg på nåværende tidspunkt. Kommunedirektøren vurderer per nå at nytten av å innføre fritt brukervalg ikke oppveier kostnadene ved det..

Pågående arbeid med plan for helse og omsorgstjenester, som har et 2050-perspektiv, vil peke på hvilken retning tjenesteutviklingen må ta for at kommunen skal kunne levere bærekraftige tjenester for fremtiden. Der vil også samhandling, ansvar og oppgavedeling med private leverandører bli omtalt. Kommunen vil våren 2026 måtte gjennomføre ny anbudskonkurranse knyttet til fritt brukervalg på praktisk bistand, da avtalene utløper. Kommunedirektøren anbefaler at det i den forbindelse foretas ny vurdering knyttet til innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien.

Dersom bystyret nå vil gå videre med innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien må det legges inn 0,9 mill til en prosjektlederstilling i 2025 tilsvarende, og det må påregnes økte driftsutgifter på maks 12,2 mill for tjenesten hjemmesykepleie i årene etter innføring, dvs fra 2026, som må innarbeides i økonomiplanen for 2025 – 2026.