



Oslo

Delrapport 6

Sektorgjennomgang
Sektor for helse

Effektiviseringsprogrammet
Desember 2025

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Sammendrag.....	3
1 Om Effektiviseringsprogrammet og sektorgjennomganger	6
1.1 Bakgrunn for Effektiviseringsprogrammet.....	6
1.2 Samfunnsflokke og kommunemål	9
1.3 Effektiviseringsprogrammets mandat.....	12
1.4 Arbeidsform i sektorgjennomgangene	12
1.5 Praktisk gjennomføring	13
1.6 Innholdet i tiltaksbeskrivelsene	15
2 Om sektor for helse	18
2.1 Om sektoren	18
2.2 Sektormål	20
2.3 Nøkkeltall for støttetjenester, arealbruk mm	21
2.4 Virksomhetene i sektoren	21
2.5 Utvikling i virksomhetene i sektoren	23
2.6 Vedtatte kutt i økonomiplanen.....	25
3 Mulige effektiviseringstiltak og tilhørende virkninger.....	26
3.1 Pågående prosesser i sektoren.....	26
3.2 Potensial for effektivisering i sektoren	27
3.3 Helseetaten.....	39
3.4 Sykehjemsetaten	46
3.5 Tiltak på tvers av sektor for helse	63
4 Oppsummering.....	65
4.1 Oppsummering tiltak	65
4.2 Oversikt over vurdering tiltak	66
4.3 Videre arbeid med effektivisering.....	66

Sammendrag

Om Effektiviseringsprogrammet og sektorgjennomganger

Oslo kommune har siden 2021 hatt økonomiske resultater som er svakere enn det som gir en robust økonomi over tid. I årene 2023 og 2024 har Oslo kommune til og med hatt et negativt driftsresultat/negativ resultatgrad. Prognosene viser at uten betydelig omstilling og effektivisering vil dette fortsette i årene fremover. Det er derfor et tydelig behov for å få ned aktivitetsnivået i kommunen og effektivisere kommunens virksomhet.

Effektiviseringsprogrammet er forankret i byrådet, og har følgende mandat:

«Å utrede mulige grep for å drifte kommunen mer effektivt (med mindre ressursbruk) og få mer ut av kommunale midler. Herunder om virksomheter kan slås sammen, reduseres eller legges ned, og om det er oppgaver kommunen bør slutte med, nedskalere eller løse på en annen måte.»

Programmet påbegynte sitt arbeid primo 2025. Metodikken i Effektiviseringsprogrammet har vært sektorgjennomganger. Alle byrådsavdelinger med underliggende virksomheter er gjennomgått med sikte på å identifisere unødvendig dobbeltarbeid, finne potensial for effektivisering og anbefale tiltak som frigjør ressurser til bedre tjenester. Det er utarbeidet tiltaksbeskrivelser (tiltakskort) for konkretiserte tiltak for effektivisering, mens andre effektiviseringsmuligheter er mer overordnet beskrevet.

I løpet av våren 2025 er det gjort sektorgjennomganger av sektorene Kultur og næring (KON), Miljø og samferdsel (MOS), Utdanning (UTD) og Byutvikling (BYU). Sektorene Byrådslederens kontor (BLK), Finans (FIN), Sosiale tjenester (SET), Helse (HLS) og barnehagedelen av utdanningssektoren (UTD), ble gjennomgått høsten 2025. Det har løpende blitt fanget opp og jobbet med problemstillinger som går på tvers av sektorer. Effektiviseringsprogrammets funn og anbefalinger presenteres i ni rapporter, én for hver av de åtte sektorene, og én for tverrgående problemstillinger. Det presiseres at Effektiviseringsprogrammets arbeid og anbefalinger står for programmets egen regning.

Om sektoren - helse

Helsesektoren består av byrådsavdeling for helse (HLS) og to underliggende virksomheter, Helseetaten (HEL) og Sykehjemsetaten (SYE). Byrådsavdelingen har det overordnede ansvaret for kommunens helse- og omsorgstjenester, akutte helsetjenester, folkehelse, Aldersvennlig Oslo, tilpassede boliger til innbyggere med hjelpebehov, velferdsteknologi og e-helse. I tillegg har byrådsavdelingen det helhetlige ansvaret for oppfølging av bydelene. Bydelene har ansvaret for førstelinjetjenester til innbyggere innen helse- og sosiale tjenester, barnevern og barnehager. Effektiviseringsprogrammet har ikke gjennomgått tjenestene i bydelene siden det parallelt har pågått et utredningsarbeid knyttet til en mulig bydelsreform.

HEL har ansvar for å tilby innbyggerne kommunale helsetjenester som allmennlegevakt, overgrepsmottak, akutt psykososial oppfølging, akutt døgntilbud, forsterket rehabilitering og tannhelsetjenester.

SYE har ansvar for å sikre at eldrebefolkningen i Oslo kan få tilbud om opphold i helsehus eller plass i langtids hjem, når bydelen fatter vedtak om dette. Etaten er landets største drifter av heldøgns pleie- og omsorgstjenester.

Oslo inngår i samarbeid med de andre større kommunene i ASSS (Aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner)¹. KOSTRA²-tallene for 2024 viser at Oslo kommune samlet sett bruker noe mer enn de andre ASSS-kommunene til pleie og omsorg og til kommunehelse. Ressursindikatoren³ for ASSS viser at kommunen ligger noe under gjennomsnittet i ASSS og at utviklingen de siste tre årene har vist en fallende indikator. Der kommunen ligger lavest i forhold til sammenligningskommunene er andel brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov og antall legetimer per uke per beboer på sykehjem. De beregnede kostnadene per plass i institusjon ligger noe over snittet, men har hatt en relativ flat utvikling fra 2022 til 2024.

Innenfor KOSTRA-området kommunehelse har kommunen en noe høyere ressursbruksindikator enn gjennomsnittet for ASSS-kommunene. Oslo har relativt lave kostnader når vi korrigerer for utgiftsbehov⁴, og av kommunene som bruker lavest andel til kommunehelsetjenesten. Oslo kommune har også ansvar for tannhelsetjenesten, i og med at kommunen også har ansvar for alle fylkeskommunale oppgaver. Her ligger tannhelsetjenesten rundt gjennomsnittet knyttet til netto driftsutgifter til tannhelsetjenesten (f665) og pasientbehandling per innbygger.

For SYE og institusjonstjenestene er det et betydelig grensesnitt opp mot hjemmetjenestene og den enkelte bydel. Effektiviseringsprogrammet har ikke gjennomgått hjemmetjenesten, men Oslo som kommune ligger ikke høyere enn snittet på andel brukere med omfattende bistandsbehov innenfor hjemmetjenester.

Effektiviseringsprogrammet har også sett på potensial for effektivisering knyttet til sektorens finansieringsmodeller, beregning og kontroll av egenbetaling for langtidsplasser, kommunens tariffavtaler, samt byrådsavdelingens administrative organisering innen helse- og velferdsområdet. Dette omtales under potensial for effektivisering, men det er ikke utarbeidet konkrete tiltakskort for disse temaene i denne omgang.

Identifiserte effektiviseringstiltak

Gjennomgangen av HLS-sektor har identifisert åtte effektiviseringstiltak, med en samlet økonomisk effekt f.o.m. 2030 på ~ 72 mill. kroner. De enkelte tiltakenes økonomiske effekt varierer fra 0 til 24 mill. kroner. Tiltakene som har størst økonomisk virkning knytter seg til SYE, samt tiltak som går på tvers av HLS-sektor. Det vurderes at relativt få av tiltakene vil gi en økonomisk effekt allerede i 2026, da de fleste har en rekke forutsetninger og dermed en viss gjennomføringsusikkerhet. Flere av tiltakene krever også politiske vedtak for å kunne gjennomføres. Samlet verdi øker utover mot 2030.

¹ Grunnleggende om ASSS-samarbeidet

² Kommune-Stat-Rapportering KOSTRA - regjeringen.no

³ ASSS sin ressursindikator er et standardisert mål på kommunens ressursbruk i et tjenesteområde, justert så langt mulig for relevante behovs- og strukturforhold for å gjøre sammenligninger mellom kommuner. Den måler ressursinnsats ikke kvalitet eller resultater. Beregnes på grunnlag av KOSTRA/ASSS-data.

⁴ Korrigeret for utgiftsbehov betyr at KOSTRA-tall er justert for objektive forskjeller i kommunes forventede behov. Dette knytter seg til alderssammensetning, geografi og sosiale forhold. Justeringen bygger på nasjonale kostnadsnøkler slik at ressursbruk kan sammenlignes mer rettferdig mellom kommuner.

Tiltakene berører i særlig grad kommunemål 1, 3 og 5; *Oslo gir alle like muligheter til å lære, utvikle seg og leve gode liv og Oslo er veldrevet, Oslo er nyskapende og attraktiv, samt Oslo leverer innbyggerorienterte og sammenhengende tjenester*. Tiltakene vil understøtte kommunemål 5 ved at de bidrar til å gjøre Oslo til en mer veldrevet by, og enkelte tiltak understøtter kommunemål 3 ved at de bidrar til at Oslo er nyskapende. Noen tiltak kan imidlertid svekke oppnåelsen av kommunemål 1 dersom disse medfører en opplevelse av et svekket tjenestetilbud hos innbyggerne. Samfunnsflokken *Den demografiske utviklingen* vil påvirkes positivt av flere av disse tiltakene, ettersom midler kan frigjøres til å utvikle en mer effektiv helse- og omsorgstjeneste. For de fleste tiltak vurderer vi at svekkelsene opp mot samfunnsflokker og kommunemål er små for det enkelte tiltak, da tiltakene berører en begrenset del av kommunens samlede virkemidler for å oppfylle målene.

Tabell 1: Tiltakenes økonomiske effekt fordelt etter samlet vurdering av tiltaket, per år, mill. kroner

	2026	2027	2028	2029	2030 →
Beste forhold mellom økonomisk effekt og konsekvens	0	6	14	14	14
Nest beste forhold mellom økonomisk effekt og konsekvens	2	21	30	46	56
Middels forhold mellom økonomisk effekt og konsekvens	0	0	0	2	2
Nest dårligste forhold mellom økonomisk effekt og konsekvens	0	0	0	0	0
Dårligste forhold mellom økonomisk effekt og konsekvens	0	0	0	0	0
Total	2	27	44	62	72

Videre arbeid med effektivisering

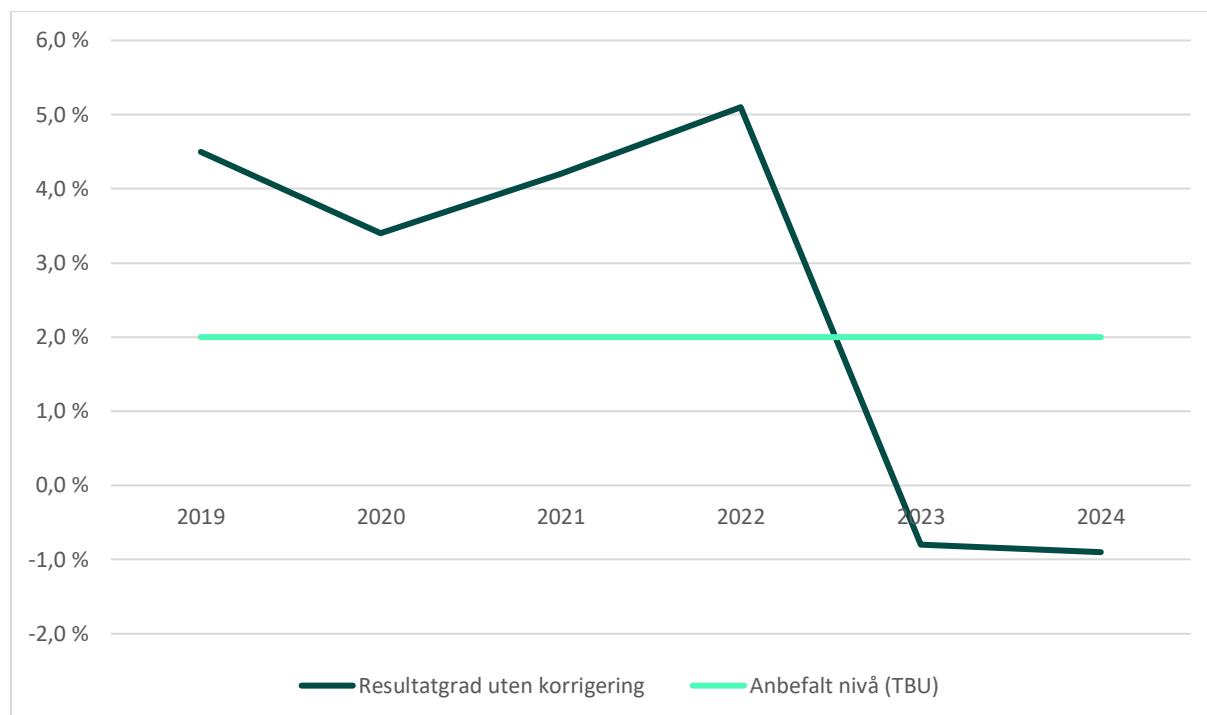
Effektiviseringsprogrammet anbefaler at arbeid med effektivisering i større grad enn i dag inntas som en del av den løpende driften og styringen av kommunen. Dette betyr at det bør legges større vekt på effektivitet og effektiviseringstiltak i måling, rapportering og oppfølging av virksomhetene, og at kostnadskonsekvenser ved alle nye tiltak må presenteres på en komplett og gjennomiktig måte. For å sikre produktivitetsvekst i virksomhetene bør et uspesifisert rammekutt videreføres, for eksempel i størrelsesorden 1-1,5 %. Dette bør kombineres med målrettede kutt basert på vurdering av kost/nytte, slik at sunn økonomistyring kan forenes med fortsatt høy oppnåelse av kommunens mål. Også i gode økonomiske tider bør det holdes igjen på pengebruken, både fordi en mest mulig jevn tjenesteproduksjon er kostnadseffektivt, og fordi det vil gi økt robusthet for økonomiske utfordringer i fremtiden.

1 Om Effektiviseringsprogrammet og sektorgjennomganger

1.1 Bakgrunn for Effektiviseringsprogrammet

De økonomiske rammebetingelsene for Oslo kommune er under endring. Dette skyldes dels endringen i inntektssystemet for kommunene som innebærer at Oslo kommune får betydelige reduserte inntekter i årene fremover. Videre har Oslo kommunes resultatgrad vært negativ etter 2022. Resultatgrad er kommunens driftsresultat i prosent av kommunens totale driftsinntekter.

Figur 1. Utvikling resultatgrad Oslo kommune, fra 2019 til 2024

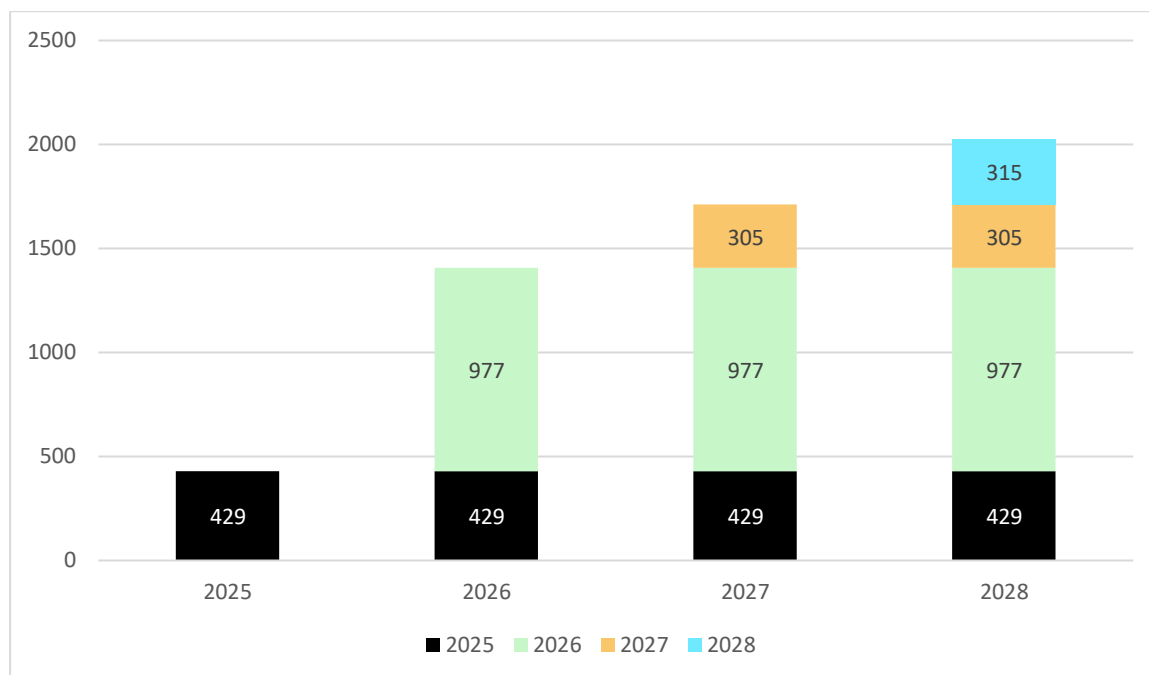


Kilde: Oslo kommune

Figur 1 viser resultatgraden for perioden 2019 til 2024. Denne har historisk ligget godt over anbefalt nivå (2 %), men har de to siste årene vært negativ. En resultatgrad på rundt 2 % utgjør for Oslo kommune et gjennomsnittlig positivt resultat på rundt 1,7 mrd. kroner. Med en negativ resultatgrad på 1 % er man tilnærmet 3 prosentpoeng lavere enn hva Teknisk beregningsutvalg (TBU) har som anbefalt nivå for kommunesektoren (2 %). Dette utgjør mellom 2,4 og 2,6 mrd. kroner.

Figur 2 viser at det i perioden 2025 – 2028 er vedtatt uspesifiserte rammekutt på 2 mrd. kroner. Dersom rammekuttene innfris, vil det bedre kommunens resultatgrad, men dette er ikke tilstrekkelig for å komme opp på Teknisk beregningsutvalgs anbefalte nivå. Uten rammekuttet vil kommunen mest sannsynlig få negative driftsresultater i hele økonomiplanperioden.

Figur 2. Uspesifiserte rammekutt i økonomiplanperioden, i mill. kroner

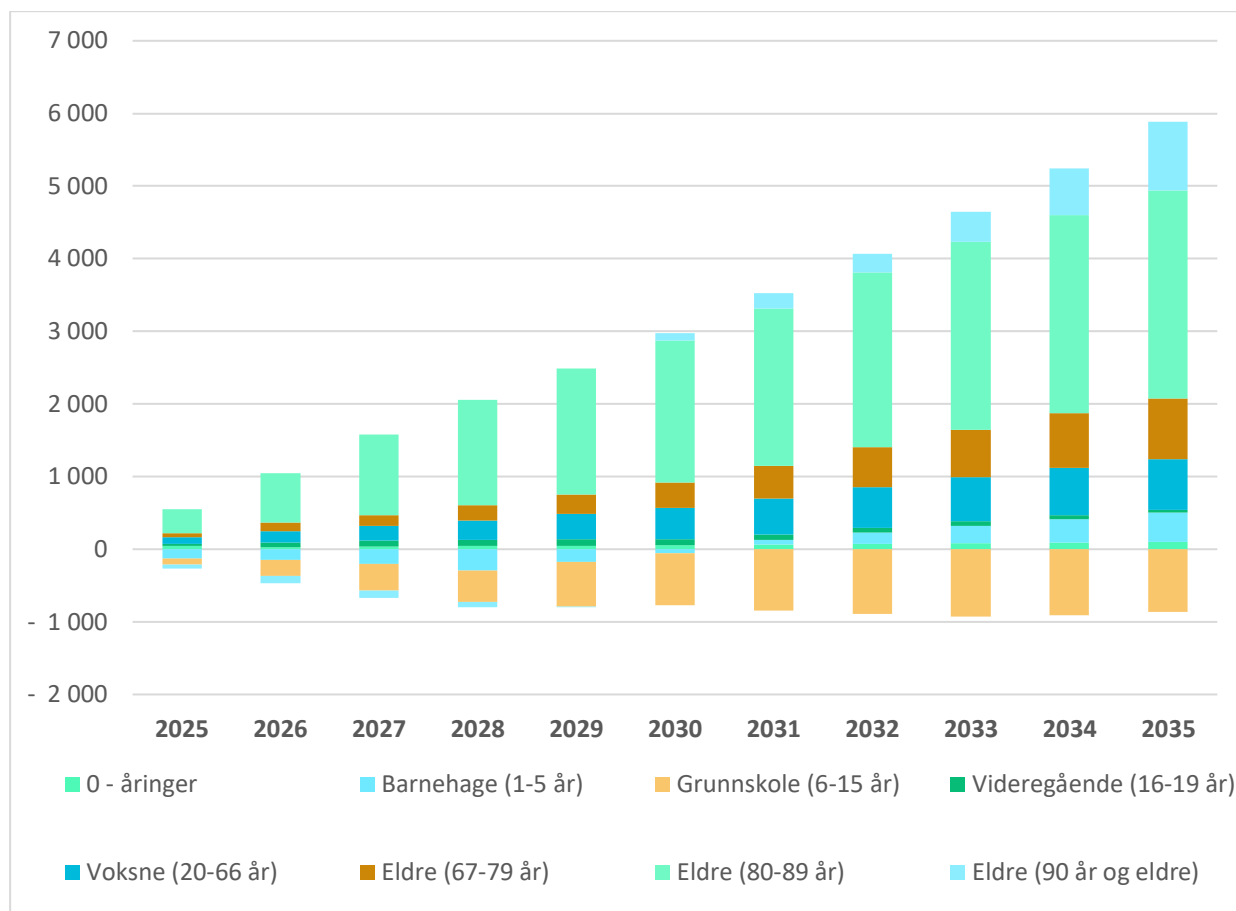


Kilde: Oslo kommune vedtatt økonomiplan

Det forventes fortsatt befolkningsvekst i Oslo de neste 25 årene, om enn en noe mer dempet vekst enn de siste 20 årene. Årsaken til dette er at både fruktbarheten og nettinnflyttingen til Oslo forventes å ligge forholdsvis lavt fram mot 2050. Det forventes vekst i de aller fleste aldersgrupper fram til 2050. Prosentvis vil veksten være størst blant de eldste, med mer enn en dobling av antall personer i 80-årene, og en nær tredobling av personer 90 år og eldre. Lave fødselstall forventes å gi en nedgang i antall barneskolebarn i starten av perioden, og senere også ungdommer, før antall barn og unge forventes å øke igjen utover i perioden. Endringene i befolkningssammensetning vil stille endrede krav til kommunens tjenesteproduksjon. Med en større andel eldre, vil behovet for tjenester tilpasset denne gruppen øke. Tilsvarende vil en redusert andel barn og unge endre behovet for tjenester for disse.

Samlet innebærer dette økte utgifter til helse- og omsorgstjenester og pensjoner samtidig som det isolert gir lavere sysselsetting og dermed svekket skattegrunnlag. Veksten i pensjonsutgifter har allerede skutt fart, mens veksten i utgiftene til helse- og omsorgstjenester til de eldre aldergruppene først ventes å tilta etter 2030, når andelen av befolkningen over 80 år tar seg opp. Samtidig vil antall barn i grunnskolen reduseres de neste årene. En annen utfordring er at det framover vil være færre i arbeidsfør alder bak hver pensjonist. Oslo kommune må dermed være i stand til å yte tjenester og løse store samfunnsutfordringer med strammere budsjetter i årene som kommer.

Figur 3. Forventet utvikling i utgiftsbehov for Oslo kommune, i mill. kroner



Kilde: SSB/Framsikt

Figur 3 viser utviklingen de neste 10 årene, gitt demografisk utvikling. Her ligger middels nasjonal vekst (MMMM) fra SSB til grunn.

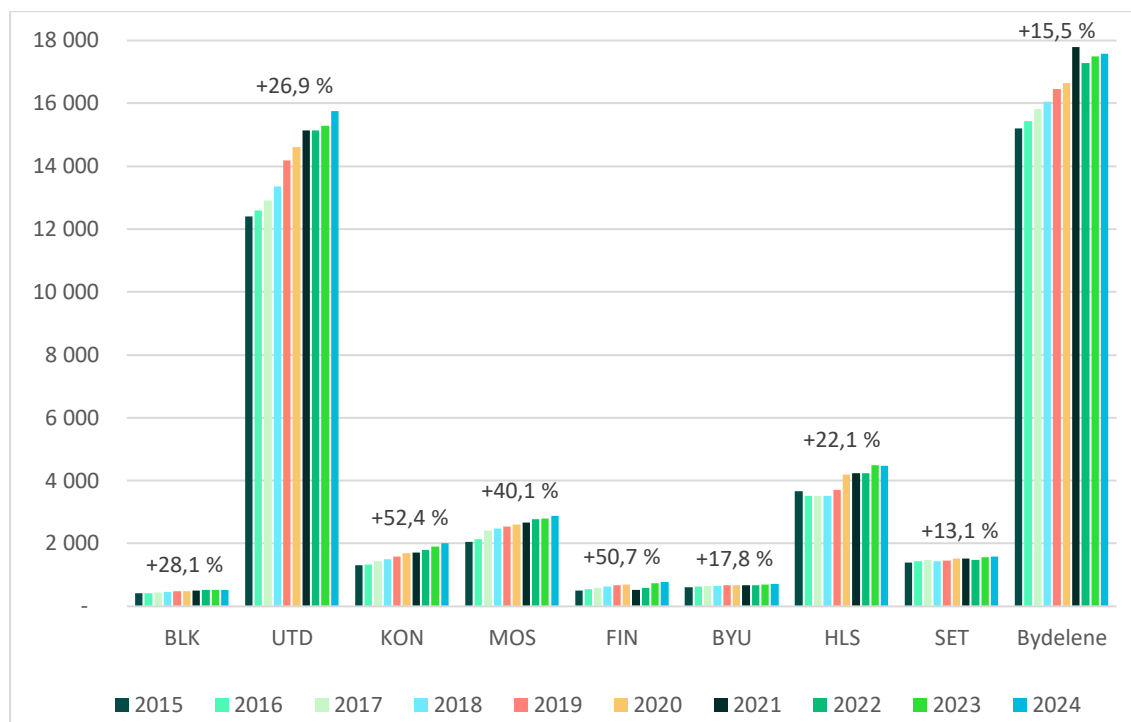
Basisåret er 2024-nivået og søylene i figuren viser beregnet økonomisk endring som følge av befolkningsutviklingen basert på TBU (Teknisk beregningsutvalg) sin beregningsmetode.

Det er særlig utgiftsbehovet til de eldste aldersgruppene som vokser i perioden, mens utgiftsbehovet til yngre (grunnskole) faller. Mens økningen i behovet ligger på ca. seks mrd. kroner i perioden, faller behovet innenfor enkelte tjenesteområdet med ca. én mrd. kroner. Grunnskolen utgjør den største andelen blant tjenesteområder med redusert behov.

Ser vi på utviklingen i antall årsverk fordelt per sektor viser figur 4 at KON-sektor har størst vekst med noe over 50 % siden 2015⁵. Minst vekst er SET-sektor med en økning i antall årsverk med rundt 13 %. Figuren viser at det er UTD-sektor og bydelene som har flest årsverk. Til sammen utgjør UTD-sektor og bydelene over halvparten av antall årsverk i hele Oslo.

⁵ KON er et resultat av sammenslåingen av to tidligere byrådsavdelinger (KIF og NOE) i 2023, og dette har bidratt til veksten

Figur 4. Utvikling årsverk per sektor – prosentvis endring 2015-2024



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank - per februar

Siden 2015 har antall årsverk i Oslo kommune vært høyere enn befolkningsveksten. Antall årsverk har økt med om lag 23 %, mens befolkningsveksten har vært om lag 11%. Siden 2015 har antall årsverk økt med om lag 8600. Dersom veksten i antall årsverk skulle følge befolkningsveksten skulle det være rundt 4500 færre årsverk enn i dag. Dette tilsvarer en kostnad på om lag 4,5 mrd. kroner. Veksten i antall årsverk har flere årsaker. Siden 2015 har kommunen helt bevisst gjennomført flere politiske tiltak som bidrar til å øke antall årsverk i kommunen. Eksempel på dette er rekommunalisering innen pleie- og omsorgstjenester og redusert bruk av innleide konsulenter. Endringene i årsverk i den enkelte sektor kan også skyldes at tjenesteområder har blitt flyttet mellom sektorer.

1.2 Samfunnsflokke og kommunemål

1.2.1 Samfunnsflokke

Oslo kommune må være i stand til å løse store samfunnsflokke med strammere budsjetter i årene som kommer. Bystyret vedtok 19. juni 2024 Planstrategi for Oslo kommune (lenke). Her tegnes det opp et utfordringsbilde for kommunen, gjennom seks samfunnsflokke. Dette er de viktigste utfordringene Oslo står overfor i tiden fremover. En samfunnsfloke er en utfordring i samfunnet som kjennetegnes av at verken problemet eller løsningen er tydelig definert, og at forståelsen av problemet kan endre seg over tid. Det finnes flere flokke som enten henger sammen eller påvirker hverandre samtidig, og de har ikke nødvendigvis en endelig slutttilstand. Én mulig løsning på ett problem kan skape målkonflikter og nye problemer på andre områder.

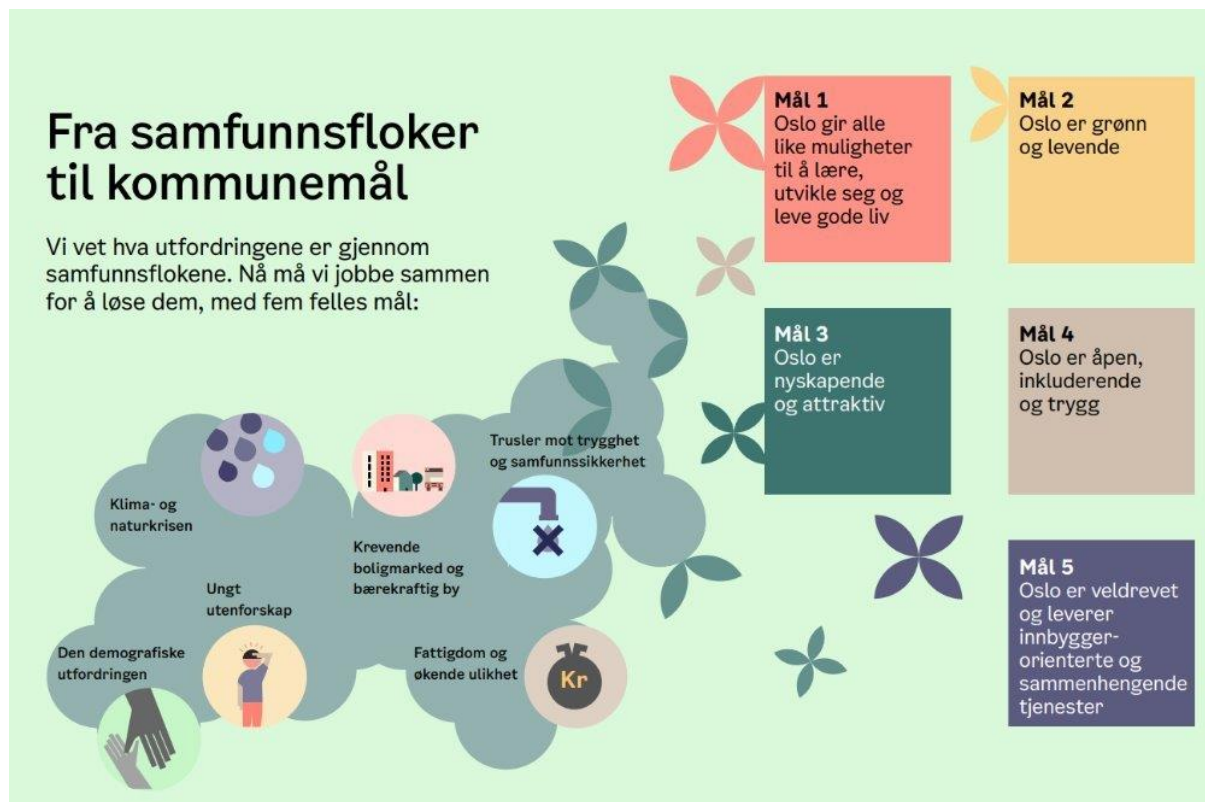
De seks samfunnsflokene som er identifisert i planstrategien er de viktigste utfordringene Oslo kommune står overfor:

- **Klima- og naturkrisen**
Klimaendringene vil føre til flere og mer alvorlige naturhendelser. Dette krever tiltak for å redusere utslipp og å klimatilpasse kommunen, samtidig som vi må bevare og etablere mer natur.
- **Den demografiske utfordringen**
En kraftig økning i andelen eldre gjør at kommunen vil få flere som har behov for tjenester, og færre som kan yte og finansiere tjenestene. Deler av befolkningen står utenfor arbeidslivet, og en utfordring er å få alle som kan jobbe, i arbeid.
- **Fattigdom og økende ulikhet**
I Oslo er det store ulikheter og tydelige sosiale og økonomiske forskjeller mellom innbyggere i ulike bydeler, og innad i bydeler. Forskjellene i samfunnet blir større og gir utslag iblant annet livskvalitet, helse, utdanning, deltakelse i arbeid, idrett, kultur og frivillighet.
- **Ungt utenforskap**
Mange unge i Oslo står utenfor utdanning og jobb. Dette fører til store kostnader for den enkelte og samfunnet. Årsakene til utenforskap er ofte sammensatte og krever samarbeid mellom ulike sektorer og tidlig forebygging.
- **Krevende boligmarked og bærekraftig by**
Oslo vil trolig få flere innbyggere, noe som legger press på kommunens boligmarked, infrastruktur, areal og investeringsbehov. Høye bolig- og leiepriser presser mange ut av byen eller inn i vanskelige boforhold, med en opphoping av levekårsutfordringer i enkelte områder av byen. Arealpress gir også utfordringer når vi skal skape en klimatilpasset naturvennlig og utslippsfri by.
- **Trusler mot trygghet og samfunnssikkerhet**
Kommunen står overfor mange ulike utfordringer, som økende polarisering, terror, klimaendringer, digitale trusler og globale kriser. Dette krever tilsvarende variasjon av tiltak som forebygger og reduserer skade.

1.2.2 Felles, tverrgående mål

Kommuneplanens samfunnsdel (KPS) er kommunens overordnede styringsverktøy, og setter mål for å møte utfordringene. «Sammen skaper vi verdens beste by. Kommuneplanens samfunnsdel med byutviklingsstrategi 2025» ([lenke](#)) ble vedtatt av bystyret 30. april 2025. I kommuneplanens samfunnsdel presenteres fem felles, tverrgående kommunemål som skal bidra til å løse samfunnsflokene og gi retning for kommunens arbeid:

- Mål 1: Oslo gir alle like muligheter til å lære, utvikle seg og leve gode liv
- Mål 2: Oslo er grønn og levende
- Mål 3: Oslo er nyskapende og attraktiv
- Mål 4: Oslo er åpen, inkluderende og trygg
- Mål 5: Oslo er veldrevet og leverer innbyggerorienterte og sammenhengende tjenester



Både samfunnsflokene og kommunemålene er sektorovergripende. Det er seks samfunnsflokke og fem kommunemål, ettersom det ikke er et en-til-en-forhold mellom disse. Samfunnsflokene er sammenvevde, og det samme vil løsninger også være. Det kan også være slik at en løsning på ett problem kan skape utfordringer på andre områder.

1.2.3 Prioritering av ressurser

Årsbudsjett og økonomiplan er i Oslo kommune handlingsdelen til kommuneplanen. Handlingsdelen skal gi grunnlag for kommunens prioritering av ressurser, planleggings- og samarbeidsoppgaver og konkretisere tiltakene innenfor kommunens økonomiske rammer. De fem kommunemålene skal være retningsgivende for årsbudsjett og økonomiplan, tildelingsbrev, virksomhetsstyring og rapportering. En god kobling mellom kommuneplanen og økonomiplanen skal bidra til mer effektiv ressursbruk for å oppnå kommunens mål på tvers av kommunen.

Kommunemålene skal bidra til bedre koordinering og mer samarbeid på tvers, og rette ressursene mot prioriterte områder. Utfordringene kommunen står overfor gjelder hele kommunen og ingen enkeltsektor kan løse de alene. Nettopp derfor er målene felles for hele kommunen og går på tvers av sektor og organisering. Fem felles, tverrgående mål skal gjøre kommunen bedre i stand til å prioritere, samt bidra til en bedre sammenheng i styringen. Kommunens krevende økonomiske situasjon nødvendiggjør større grad av prioritering med hensyn til hva kommunen skal drive med. Et bevisst forhold til hva som er kommunes kjerneoppgaver synes avgjørende. Effektiviseringsprogrammet har dette med som et viktig perspektiv og dette vurderes konkret i sektorgjennomgangene. Alle konkretiserte tiltak vurderes opp mot effekten på samfunnsflokke og kommunemål.

1.3 Effektiviseringsprogrammets mandat

Effektiviseringsprogrammet er forankret i byrådets politiske fundament, Hammersborgerklæringen, hvor det står at byrådet skal:

«Gjennomføre et effektiviseringsprogram for hele kommunen som skal gå gjennom de ulike sektorene, identifisere unødvendig dobbeltarbeid og anbefale tiltak som frigjør ressurser til bedre tjenester.»

I august 2024 sluttet byrådet seg til følgende mandat for programmet:

«Å utrede mulige grep for å drifte kommunen mer effektivt (med mindre ressursbruk) og få mer ut av kommunale midler. Herunder om virksomheter kan slås sammen, reduseres eller legges ned, og om det er oppgaver kommunen bør slutte med, nedskalere eller løse på en annen måte.»

Effektiviseringsprogrammet skal sees i lys av den krevende økonomiske situasjonen kommunen står i, og de samfunnsflokene kommunen har identifisert i planstrategien som de største utfordringene.

Effektiviseringsprogrammet skal bidra til å skape økt økonomisk handlingsrom for gjennomføring av byrådets politiske prioriteringer, og ruste kommunen til å møte de store samfunnsflokene på en god måte. Dette er gjort ved å finne potensial for å forbedre effektiviteten i kommunen gjennom et tydeligere fokus på kjerneoppgavene. Effektiviseringsprogrammet har lett etter muligheter for å øke inntektene, kutte kostnader og redusere kommunens aktivitetsnivå, samt satt søkelyset på om det er oppgaver kommunen bør slutte med, nedskalere eller løse på en annen måte

Fornebubanen, prosjekt Ny vannforsyning Oslo og Filipstad Infrastruktur er ikke omfattet av programmet. Det samme gjelder kommunens aksjeselskaper.

1.4 Arbeidsform i sektorgjennomgangene

Metodikken i Effektiviseringsprogrammet har vært sektorgjennomganger. Alle byrådsavdelinger med underliggende virksomheter er gjennomgått med sikte på å identifisere unødvendig dobbeltarbeid, finne potensial for effektivisering og anbefale tiltak som frigjør ressurser til bedre tjenester.

I løpet av 2025 er det gjennomført en systematisk gjennomgang av alle sektorene, samtidig som det er arbeidet med problemstillinger som går på tvers av sektorene. Gjennomgangen av Byrådslederens kontor (BLK), Helse (HLS) og av Finans (FIN) avviker noe fra de øvrige sektorgjennomgangene:

- BLK: Byrådslederens kontor har en todelt rolle og sektorgjennomgangen har derfor vært delt i to. Den ene delen er en ordinær gjennomgang som dekker rollen som byrådsavdeling, med tradisjonell virksomhetsstyring av underliggende etater (Beredskapsetaten (BER), Kommuneadvokaten (KAO) og Rådhusets forvaltningstjeneste (RFT)). Den andre delen av gjennomgangen undersøker viktige prosesser i byrådsavdelingene, som en følge av at Byrådslederens kontor er ansvarlig for budsjettkapittel 120 og for administrative fellesfunksjoner for byrådsavdelingene.

- **FIN:** FIN-sektor gjennomgås med spesiell vekt på fellestjenester. Etatene i FIN-sektor omorganiseres i løpet av 2025 ved at tre etater blir til to, og enkeltvis gjennomgang av dagens etater vil derfor ha begrenset fremtidig verdi.
- **HLS:** Bydelene, som er organisert under Helse (HLS), er ikke gjennomgått som en del av sektorgjennomgangen. Dette er i første rekke begrunnet i at den pågående bydelsreformen peker i retning av at både antall bydeler og bydelenes oppgaver endres, og at en enkeltvis gjennomgang av dagens bydeler ville ha liten fremtidig verdi. Effektiviseringsprogrammet har istedenfor sett på muligheten for å få frem bedre styringsdata knyttet til bydelenes tjenester. Det har blant annet blitt sett på mulighetene for å bruke KOSTRA bedre for å sammenligne bydelenes tjenesteproduksjon. Sentrale spørsmål i arbeidet har vært hvordan styringsdata defineres og hva det omfatter, hvilke forbedringsbehov som finnes og hva bydelene selv har behov for. Redegjørelsen av dette arbeidet er nærmere omtalt i delrapport 9 om tverrgående problemstillinger.

Effektiviseringsprogrammets funn og anbefalinger presenteres i ni delrapporter, én for hver av de åtte sektorene, og én for tverrgående problemstillinger.

1.5 Praktisk gjennomføring

Effektiviseringsprogrammet har blitt gjennomført av en prosjektgruppe bestående av ressurser fra Oslo kommunes byrådsavdeling for finans (FIN) og Byrådsleders kontor (BLK) og konsulenter fra PwC og Oslo Economics. Prosjektgruppen har arbeidet sammen som et integrert team.

Arbeidet har bestått av to faser; en kartleggingsfase og en tiltaksfase.

Kartleggingsfasen er gjennomført i flere steg:

1. **Innledende kartleggingsfase**
I denne fasen ble det gjennomført en innledende kartlegging av hver sektor. Hensikten med denne kartleggingen var å få etablert et grunnlag for oppstartsmøte med byrådsavdelingene og deres underliggende virksomheter. Grunnlaget har bestått av en kvantitativ gjennomgang basert på regnskapsdata og budsjettet for 2025, oversikt over rammekutt, KOSTRA-data, utvikling i årsverk, turnover og sykefravær. I tillegg ble det benyttet kvalitative data basert på gjennomgang av styrende dokumenter, oversikt over kutt og effektiviseringstiltak som allerede var satt i gang, samt beskrivelser av sektormål og organisering av virksomhetene.
2. **Dialog med byrådsavdelingene**
Det er gjennomført møter med byrådsavdelingene i to omganger. I første møte var målet å etablere felles datagrunnlag på sektornivå med overordnede hypoteser om effektiviseringsmuligheter, samt overordnet diskusjon om arbeidsform. Møtet tok også for seg en gjennomgang av sektoren, herunder struktur, føringer, pågående initiativ, samt diskusjon om mulig effektiviseringspotensial og effektiviseringsområder i virksomheter og på tvers av sektor/kommune.

I det andre møte med byrådsavdelingene ble resultatene fra gjennomgangen av virksomhetene presentert, sammen med en presentasjon av potensielle effektiviseringsmuligheter. I tillegg ble plan for videre arbeid med tiltaksutvikling presentert.

3. Dialog med virksomhetene

Det ble gjennomført innledende møter med virksomhetene innenfor hver av sektorene hvor hensikten var å starte en dialog om mulig effektiviseringspotensial og effektiviseringsområder i virksomheten og på tvers av sektor/kommune. I forkant av møtet ble det sendt ut et datagrunnlag om virksomhetene. Etter innledende møte ble det gjennomført flere oppfølgende møter med ulike fagpersoner i virksomhetene. Hensikten med disse møtene var å gå dypere ned i problemstillinger som ble identifisert i det innledende møtet med virksomhetene.

I det andre møtet med virksomhetene ble resultatene fra gjennomgangen av virksomhetene presentert, sammen med en presentasjon av potensielle effektiviseringsmuligheter. I tillegg ble plan for videre arbeid med tiltaksutvikling presentert.

I kartleggingsfasen har følgende temaer vært gjenstand for innhenting av data og dialog med virksomhetene:

- På overordnet nivå: Organisering, struktur, strategi og måloppnåelse
- På detaljert nivå: Tjenesteproduksjonen og støttefunksjoner ble gjennomgått med søkelys på blant annet omfang, effektivitet og kvalitet. I tillegg ble investeringer, inntekter og tilskudd gjennomgått

Tiltaksfasen er gjennomført i ett steg:

1. Dialog med hhv. byrådsavdelingene og virksomhetene

I tredje møte med hver av byrådsavdelingene og alle virksomhetene var hensikten at det kunne gis kommentarer og innspill til effektiviseringstiltak. I forkant av disse møtene ble det sendt ut tiltakskort med beskrivelse og vurderinger av de identifiserte tiltakene, samt et skjema for tilbakemelding slik at byrådsavdelingene og virksomhetene kunne melde tilbake eventuelle faktafeil, behov for justeringer, samt avdekke forhold som var uklare.

Det er viktig å påpeke at selv om byrådsavdelingene og virksomhetene har gitt sine tilbakemeldinger betyr ikke det nødvendigvis at de har vært enige i tiltakenes innretning og/eller Effektiviseringsprogrammets vurdering av usikkerhet og konsekvenser som måtte følge av dem.

Sektorgjennomgangene i Effektiviseringsprogrammet er gjennomført innenfor en begrenset tidsperiode og med begrensede ressurser. Tiltakene som presenteres i kapittel 3 er derfor i varierende grad gjennomarbeidet. Noen av tiltakene må utredes nærmere, mens andre tiltak kan anses å være mer modne for gjennomføring og det angis et potensiale for kutt.

1.6 Innholdet i tiltaksbeskrivelsene

Hvert tiltak har fått et navn og et nummer og er presentert i et tiltakskort som inneholder følgende:

- Beskrivelse av dagens situasjon (nåsituasjonen)
- Beskrivelse av den foreslåtte endringen inkludert beskrivelse av estimatene som legges til grunn for kostnadsreduksjoner og inntekter
- Vurdering av økonomisk effekt
- Vurdering av estimatusikkerhet
- Vurdering av gjennomføringsusikkerhet
- Vurdering av ikke-økonomiske konsekvenser
 - Konsekvenser for samfunnsfloker, kommunemål og innbyggere
 - Konsekvenser for organisasjonen/ansatte
- Samlet vurdering av tiltaket

Tabell 2: Eksempel på tiltakskort som beskriver tiltaket

Tiltak	[Navn på tiltak]				
Beskrivelse av tiltaket – hva er endringen fra nåsituasjonen					
Økonomisk effekt (driftsvirkning i hele kroner, positive tall beskriver redusert nettokostnad)	2026	2027	2028	2029	2030 →
	-10 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
	Kort beskrivelse av forutsetninger for beregninger				
Estimatusikkerhet	Vurdering av usikkerheter knyttet til estimat av økonomisk effekt, basert på vurdering av forutsetningene som legges til grunn for estimatet.				
Lav usikkerhet					
Gjennomføringsusikkerhet	Vurdering av gjennomføringsusikkerhet til tiltaket. (Vurder om det vil være krevende (kostbart, risikofyllt, tidkrevende) å innføre tiltaket). Avhengigheter/forutsetninger for at tiltaket skal kunne gjennomføres.				
Middels usikkerhet					
Konsekvenser for samfunnsfloker, kommunemål og innbyggere	Kort beskrivelse av hvilke mål og floker som påvirkes, og i hvilken retning, og hvorfor				
Middels negativ konsekvens					
Konsekvenser for org./ansatte	Vurdering av konsekvenser for de ansatte i kommunen dersom tiltaket gjennomføres.				
Nøytral	Overtallighet, endringer av ansvar/oppgaver/arbeidsgiver				
Samlet vurdering	Tiltaket har en samlet økonomisk effekt og konsekvenser som verken skiller seg ut særlig negativt eller positivt				

I vurderingen av økonomiske effekter ser vi på *driftsvirkninger* for kommunen som følge av tiltaket. Dette betyr hvor mye driftsmidler kommunen frigjør eller besparer ved tiltaket. Driftsvirkninger kan komme av tiltak som har en ren driftseffekt (reduerte driftsutgifter eller økte driftsinntekter), eller som følge av reduserte investeringer. For å beregne driftsfølgevirkninger som følge av reduserte investeringer antar vi at det er lånte midler som finansierer investeringen og at låneopptaket har en driftsfølgevirkning på 10 % av investeringsbeløpet i året frem til det er tilbakebetalt. 10 % av låneopptaket tilsvarer et anslag for renter og avdrag på lånet. Denne effekten vil akkumuleres over tid hvis det er planlagt nye årlige investeringer, og tiltaket innebærer permanent reduserte investeringer.⁶

De økonomiske effektene vurderes i forhold til dagens situasjon og den forventede utviklingen fremover (nullalternativet). Dette behandles i analysene som budsjett- og økonomiplan for 2025-2028, med forlenging til årene 2029 og 2030 basert på utviklingen i økonomiplanperioden.

Noen tiltak berører selvkostområder; som følge av selvkostprinsippet resulterer ikke besparelser på disse områdene direkte i frigjorte eller besparte driftsmidler for kommunen. Økonomiske effekter på disse områdene bidrar alt annet likt til reduserte gebyrer for kommunens innbyggere, i tillegg til en indirekte økonomisk effekt for kommunen gjennom reduserte kostnader for kommunens virksomheter som benytter seg av selvkostprodukter som innsatsfaktorer i sin tjenesteproduksjon.

I vurderingen av ikke-økonomiske konsekvenser har vi inntatt et overordnet kommuneperspektiv. I en stor kommune som Oslo, med mer enn 700 000 innbyggere, og med et kommunebudsjett på mer enn 65 mrd. kroner (netto driftsutgifter), skal det mye til for at et relativt lite effektiviseringstiltak skal medføre dramatiske konsekvenser for innbyggere og næringsliv totalt sett. De fleste tiltak vil ha begrenset påvirkning på den jevne innbyggers opplevelse av Oslo kommunes tjenestetilbud, og kommunen vil i de fleste tilfeller fortsatt levere andre tjenester som understøtter de aktuelle kommunemålene som blir berørt. I tillegg er det mange andre forhold enn kommunens tjenesteproduksjon som påvirker livskvalitet for innbyggerne i Oslo kommune.

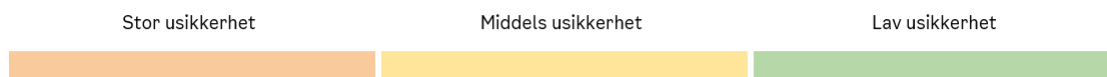
Med en tredelt skala (noe, middels og svært positiv/negativ virkning) skal det derfor mye til for at vurderingen av konsekvenser ender med mer enn *noe* positiv/negativ virkning. Det kan likevel være slik at tiltaket oppleves som svært negativt for enkelte grupper som rammes direkte. Det er bare dersom denne gruppen er svært stor, og bare dersom det ikke også finnes andre forhold som påvirker de relevante kommunemål og samfunnsflokke, at vi vil vurdere virkningen som svært negativ for kommunen samlet sett.

For hver vurdering er det gitt en fargekode, etter en felles metode for arbeidet. Kodene er illustrert nedenfor.

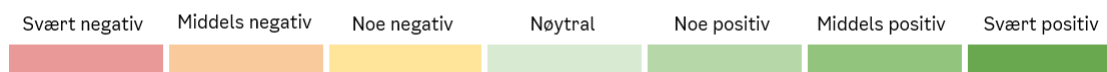
⁶ Rent teknisk vil driftsvirkningen stabilisere seg på et nivå når det første opptatte lånebeløpet er nedbetalt. Dette er ikke relevant for analysene da det kommer etter 2030.

Figur 5. Skala for vurdering av virkninger

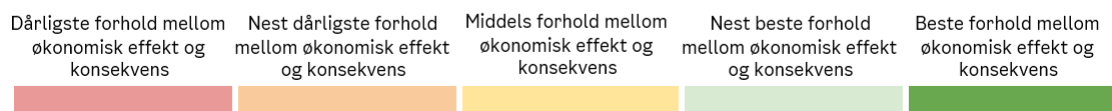
Vurdering av estimat- og gjennomføringsusikkerhet



Vurdering av ikke-økonomiske konsekvenser



Samlet vurdering av tiltaket



2 Om sektor for helse

2.1 Om sektoren

Byrådsavdeling for helse (HLS) har det overordnede ansvaret for kommunens helse- og omsorgstjenester, akutte helsetjenester, folkehelse, Aldersvennlig Oslo, tilpassede boliger til innbyggere med hjelpebehov, velferdsteknologi og e-helse. Byrådsavdelingen har også det helhetlige ansvaret for oppfølging av bydelene. Byrådsavdelingen ledes politisk av Byråd for helse, og administrativt av kommunaldirektør. Fordi avdelingen er administrativt underlagt Byrådslederens kontor (BLK), vil avdelingen inngå i gjennomgangen av BLK-sektor.

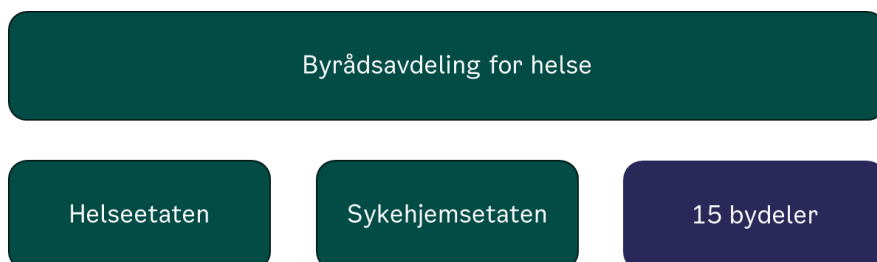
Sektoransvarsområdet omfatter sykehjem (langtidshjem, helsehus og avlastningsplasser), helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, omsorgsboliger, helsefremmende og forebyggende tjenester til barn og voksne, akuttmedisinsk beredskap/legevakt, offentlig tannhelsetjeneste og arbeid knyttet til folkehelse og smittevern. Sektoren har ansvar for støtte- og rådgivingsfunksjoner innen helse- og omsorgsområdet.

HLS er etatsstyrer for to underliggende virksomheter, **Helsetaten** (HEL) og **Sykehjemetaten** (SYE). I tillegg har HLS hovedansvar for oppfølging av de 15 bydelene. Hver bydel har et **bydelsutvalg** med folkevalgte representanter. Disse velges hvert fjerde år, samtidig med kommunevalget. Bydelsadministrasjonen ledes av en **bydelsdirektør**, som er underlagt både byrådet og bydelsutvalget. Direktøren har ansvar for den daglige driften og gjennomføring av vedtak. Bydelene styres etter et rammestyringssystem hvor de tildeles en pott penger som de selv forvalter i tråd med lokale behov og vurderinger.

Bydelene har ansvaret for førstelinjetjenester til innbyggere innen helse- og sosiale tjenester, barnevern og barnehager. Grovt sett er bydelene ansvarlige for ca. 40 % av kommunens budsjett og en tilsvarende andel av antall ansatte. Byrådet og bydelsutvalgene er sidestilte folkevalgte organer underlagt bystyret. Kun byrådet kan innstille ovenfor bystyret. Byrådet kan ikke instruere bydelsutvalget, men følger noen styringsmekanismer for å kunne ivareta et parlamentarisk ansvar for hele kommunens virksomhet, inkludert bydelene. Byrådet har bla. tilsynsansvar overfor bydelene, som primært foregår gjennom bydelenes årsbudsjett, årsrapporter og øvrige rapporter som bystyret fastsetter. Byrådets arbeidsgiveransvar for bydelsdirektøren ivaretas av kommunaldirektør for helse. Tilsynsansvar på økonomiområdet ivaretas av HLS.

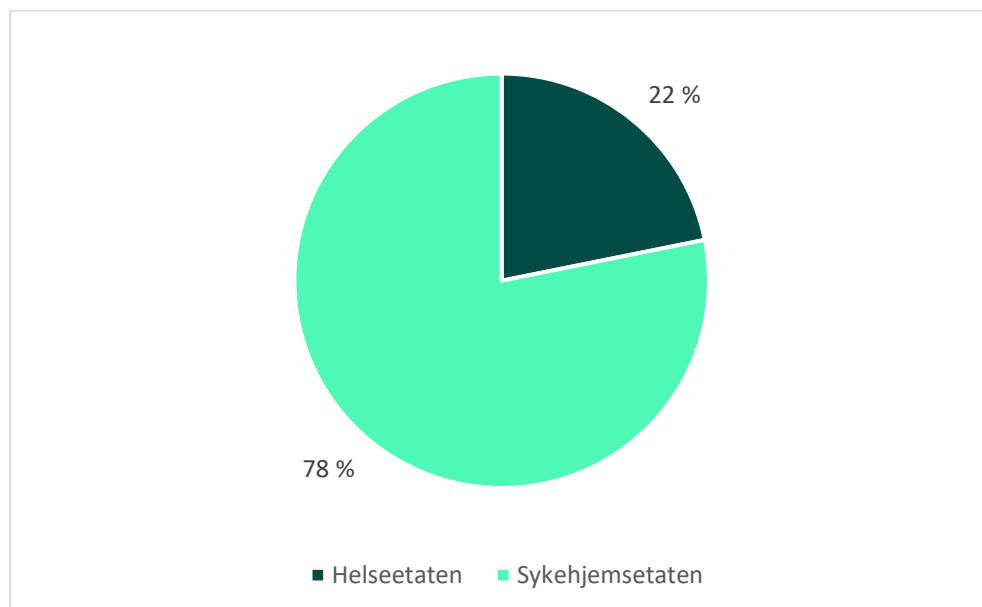
Figuren nedenfor gir en samlet oversikt over organiseringen av sektoren.

Figur 6. Organisering av HLS-sektor



Figuren nedenfor viser at SYE er den største etaten i sektoren, målt i antall årsverk. Samlet antall årsverk i HLS-sektor utenom bydelene, er 4 385 per februar 2025.

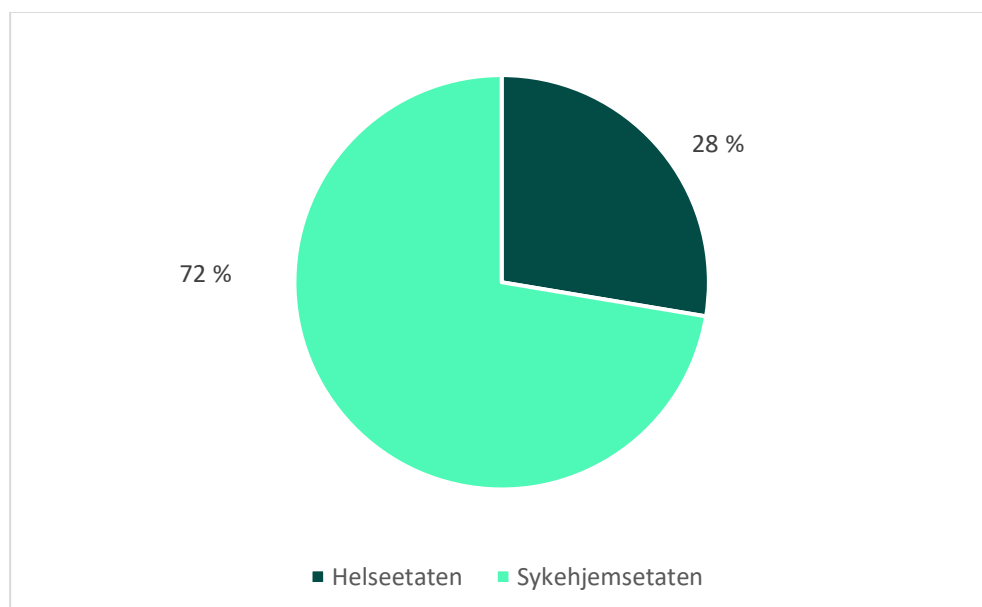
Figur 7. Fordeling av årsverk mellom virksomhetene i HLS-sektor 2025



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank, februar 2025

Figur nedenfor viser fordelingen av sektorens brutto driftskostnader mellom virksomhetene. SYE hadde i 2024 en andel på 72 %, mens HEL hadde 28 % av brutto driftskostnader i sektoren.

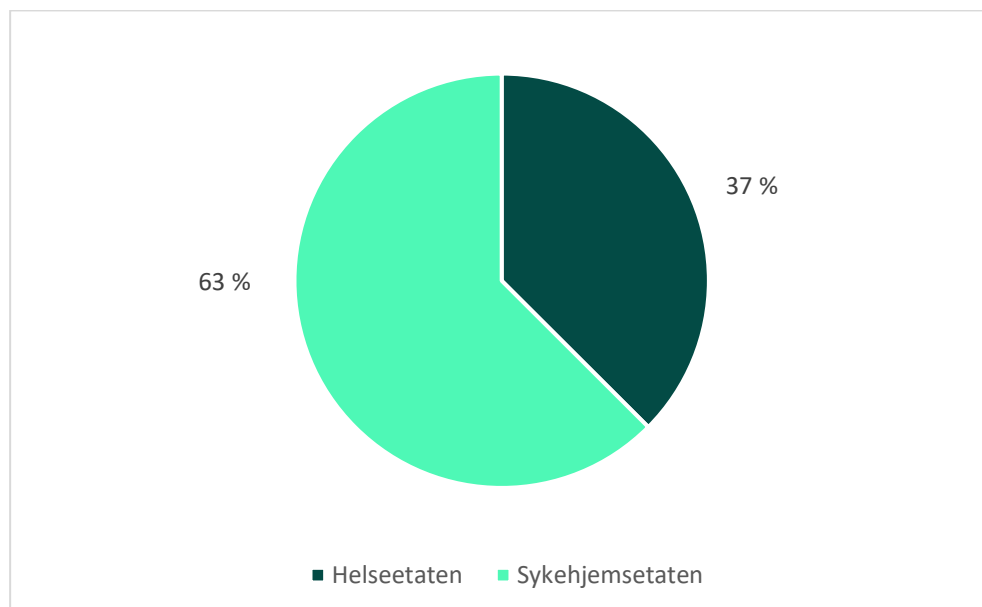
Figur 8. Fordeling av brutto driftskostnader mellom virksomhetene HLS-sektor 2024



Kilde: Avlagt regnskap Oslo kommune 2024

Figuren nedenfor viser andel investeringskostnader mellom virksomhetene, hvor SYE hadde 63 % av investeringskostnadene i sektoren i 2024 og HEL 37 %.

Figur 9. Fordeling av investeringskostnader mellom virksomhetene HLS-sektor 2024



Kilde: Avlagt regnskap Oslo kommune 2024

2.2 Sektormål

Oslo kommune har fem felles overordnende mål for kommunen. For å nå disse målene har sektorene utarbeidet egne mål under hvert av kommunemålene. Sektormålene viser byrådets ambisjoner for sektoren og sektorens bidrag til å nå de fem felles kommunemålene. Figuren under viser de overordnede kommunemålene og sektormålene for HLS-sektor i budsjett 2025 og økonomiplan 2025-2028.

Figur 10. Kommunemålene og sektormål for HLS-sektor



2.3 Nøkkeltall for støttetjenester, arealbruk mm

Effektiviseringsprogrammet har innhentet data på ressursbruk til støttetjenester, arealbruk, antall ledere m.m. fra virksomhetene. Utvalgte data for virksomhetene HLS vises i tabellen nedenfor. Dataene gir grunnlag for å identifisere arbeidsoppgaver som krever betydelig ressursbruk på tvers av kommunens virksomheter. I noen grad kan også dataene brukes til sammenligning mellom virksomheter, men da skal man være varsom fordi det er krevende å definere de ulike oppgavene presist. Mest egnet for sammenligning er antagelig kontorareal og leiekostnad.

Som vist i tabellen nedenfor, er virksomhetene i HLS-sektor ulike i størrelse målt etter antall årsverk, selv om begge virksomhetene er store i kommunal sammenheng. Begge virksomhetene har en lav andel årsverk til støttetjenester og kommunikasjon. Ledertettheten er svært lav i SYE sammenlignet med resten av kommunen, med 47 ansatte per leder. Tall for dette er ikke oppgitt av HEL. SYE har et nokså høyt antall kvadratmeter bruksareal per ansatt sammenlignet med HEL. Samtidig har SYE 100 % dekningsgrad for ansatte med behov for kontorplass, mens HEL kun har 61 %. Virksomhetene har en ganske lik leiekostnad per kvadratmeter.

Tabell 3. Nøkkeltall for sektoren

	HEL	SYE
Antall årsverk	958	3565
Andel årsverk intern og ekstern kommunikasjon	0,2 %	0,1 %
Andel årsverk sum støttetjenester	2 %	2 %
Antall ansatte per leder	Ikke oppgitt	47
Antall kvadratmeter bruksareal (per ansatt)	13	33
Dekningsgrad arbeidsplasser/ansatte med behov for kontorplass	61 %	100 %
Leiekostnad per kvadratmeter	2 745	3 112

Kilde: Effektiviseringsprogrammets egen kartlegging

2.4 Virksomhetene i sektoren

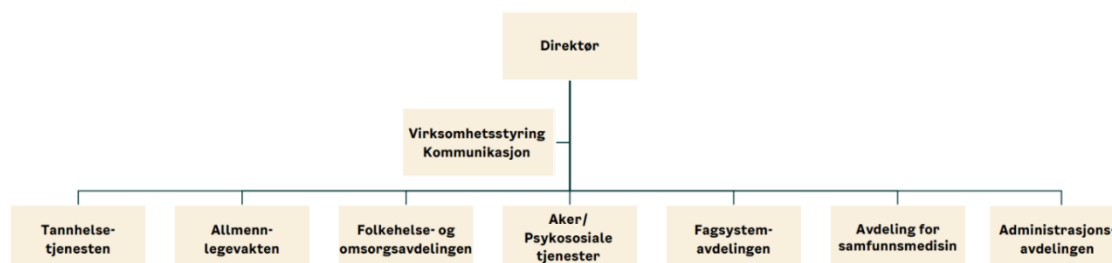
2.4.1 Helseetaten (HEL)

HEL har ansvar for å tilby innbyggerne kommunale helsetjenester som allmennlegevakt, overgrepsmottak, akutt psykososial oppfølging, akutt døgntilbud, forsterket rehabilitering og tannhelsetjenester. Etaten har ansvar for det helhetlige folkehelsearbeidet, ivaretar lovpålagte oppgaver i smittevernloven og er delegert myndighet om miljørettet helsevern i saker som gjelder flere bydeler. HEL har en sentral rolle i kommunens smittevern- og beredskapsarbeid. Etaten har en rådgivende og koordinerende funksjon inn mot bydelenes helse og omsorgstjenester og skal bidra med kompetanseheving, analyse, fag-, forsknings- og kvalitetsutvikling.

HEL ivaretar det operative ansvaret for anskaffelse, videreutvikling og forvaltning av kommunens fagsystemer på helse-, omsorgs- og velferdsområdet. Dette innebærer ansvar for fagsystemer innen barnevern, sosiale tjenester, helse- og omsorg, barnehage, helsestasjon og bolig. Fagsystemene eies imidlertid av alle de tre sektorene helse, utdanning og sosiale tjenester. Etaten har i tillegg ansvar for kommunens arbeid med velferdsteknologi, og skal koordinere og

støtte bydelenes satsninger på området. HEL er, sammen med Utviklings- og kompetanseetaten (UKE) og Origo, en viktig aktør ved utvikling og bruk av digital teknologi i tjenesteutviklingen. Etaten har 958 årsverk i 2025. Brutto driftsutgifter er 2 274,4 mill. kroner i 2025.

Figur 11. Organisasjonskart HEL



Kilde: Årsberetning HEL, 2024

2.4.2 Sykehjemsetaten (SYE)

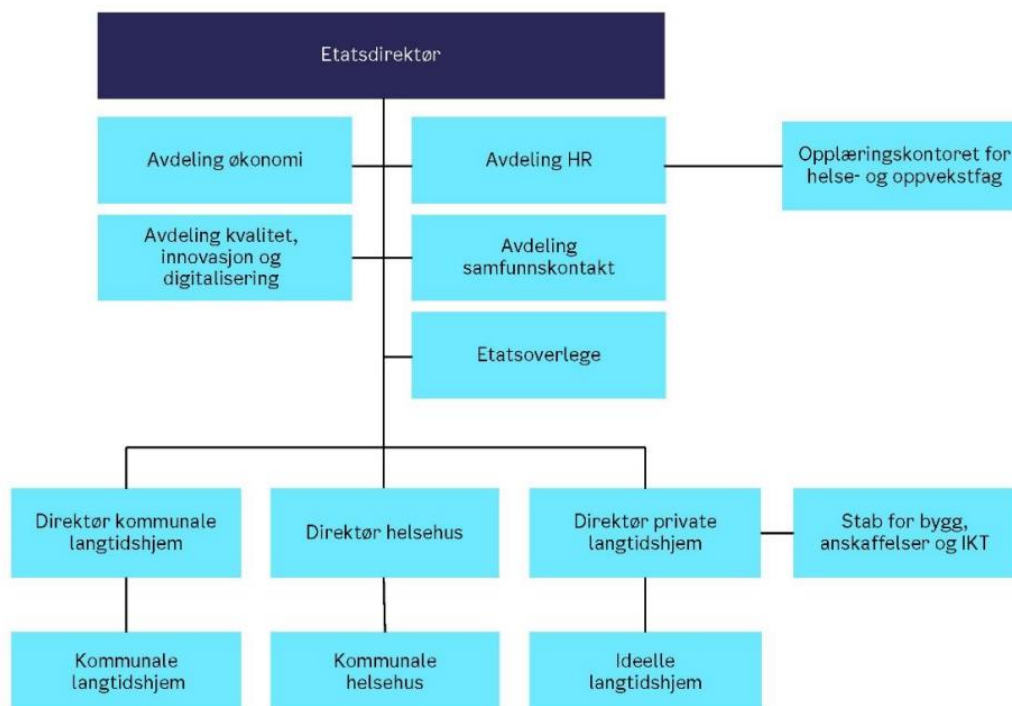
SYE er landets største drifter av heldøgns pleie- og omsorgstjenester, og Oslo kommunes nest største etat med 6 897 ansatte og 3 565 årsverk. SYE ble opprettet i 2007, og overtok da bydelenes ansvar for å drive kommunale sykehjem og følge opp kommunens avtaler med private sykehjem. I dag har etaten ansvar for til enhver tid å sikre at eldrebefolkningen i Oslo kan få tilbud om opphold i helsehus eller plass i langtidshjem når de har fått vedtak om dette av bydelen. Etaten drifter fire helsehus og 35 langtidshjem. 16 driftes av kommunen, og 19 driftes av private (15 ideelle og 4 kommersielle virksomheter). I tillegg har etaten ansvar for «Inn på tunet» - et dagtilbud for yngre personer med demens.

Etaten har et fortløpende ansvar for å tilpasse totalvolumet av dagsenterplasser, plasser i helsehus og langtidshjem til bydelenes behov, sikre valgfrihet knyttet til langtidshjem og likeverdig helsetjenester, samt utvikle differensierte tilbud i tråd med bystyrets vedtak og bydelenes bestillinger. Bydelene har fortsatt det økonomiske ansvaret for tilbudet de gir til egen befolkning. Det er etatens ansvar at tilbud i helsehus og langtidshjem tilfredsstiller de til enhver tid gjeldende krav til kvalitet, som følger av lov, forskrift og bystyrevervedtak.

Langtidssykehjemmene er pasientenes hjem resten av livet, mens helsehusene er et korttidstilbud hvor pasientene rehabiliteres til å mestre hverdagen i eget hjem. Det er cirka 3 900 heldøgns plasser og 380 dagplasser i Oslo. Årlig behandles om lag 8 000 pasienter og langtidsbeboere på langtidssykehjem og helsehus i Oslo kommune. Det jobber rundt 10 000 medarbeidere på Oslos langtidshjem og helsehus (inkludert private driftere), og rundt 100 i etatens administrasjon. SYE gir årlig helsetjenester til Oslos innbyggere for fem milliarder kroner.

Brutto driftsutgifter for etaten er 6 570,9 mill. kroner i 2025.

Figur 12. Organisasjonskart SYE

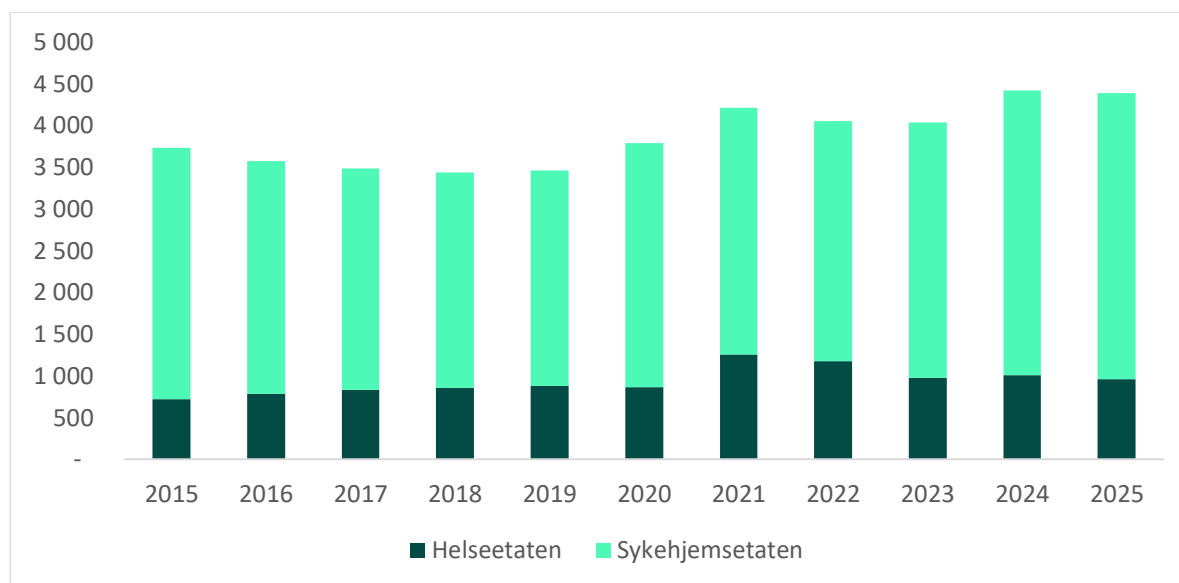


Kilde: Årsberetning SYE, 2024

2.5 Utvikling i virksomhetene i sektoren

Figuren nedenfor viser at utviklingen i virksomhetene i sektoren har vokst med 17,5 % siden 2015. Veksten må blant annet sees i sammenheng med pandemien og at kommunen i denne perioden tilbakeførte driften av sykehjem til kommunal regi.

Figur 13. Utvikling i årsverk per virksomhet i HLS-sektor 2015 – 2025

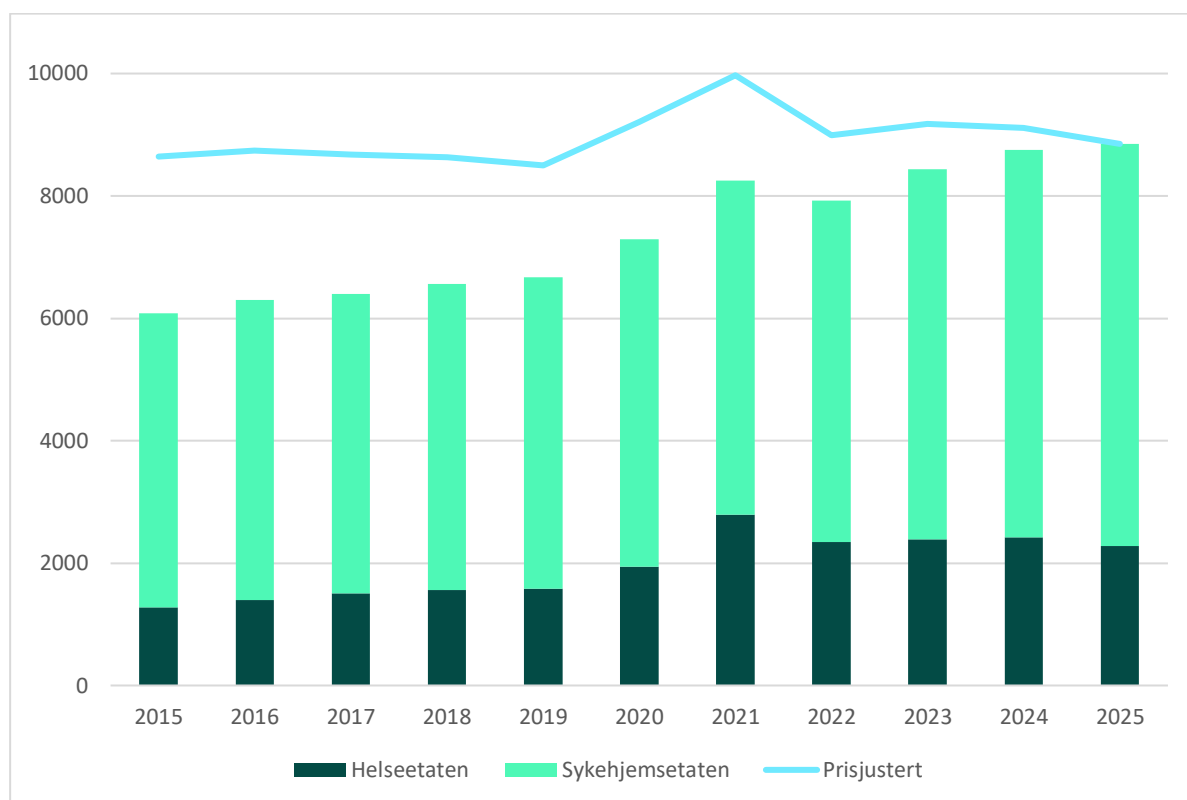


Kilde: Oslo kommunes statistikkbank

Figuren nedenfor viser regnskapsførte brutto driftsutgifter for virksomhetene i HLS-sektor for årene 2015-2024, og budsjetterte utgifter for 2025 fra vedtatt budsjett (Dok 3). Tallene for 2025 inkluderer ikke eventuelle øremerkede tilskudd. De inkluderer heller ikke mer- eller mindreforbruk fra 2024 som etter kommunens 4 %-regel⁷ blir tilbakeført til etaten. Den grønne linjen viser brutto driftsutgifter korrigert for utviklingen i lønns- og prisvekst i perioden målt ved kommunal deflator.

Figuren viser at brutto driftsutgifter ikke er endret vesentlig i perioden 2015-2025, målt i 2025-kroner. Videre viser figuren at veksten i brutto driftsutgifter er størst for HEL, med en økning på om lag 25 %. Justert for prisveksten har SYE hatt en nedgang i brutto driftsutgifter.

Figur 14. Brutto driftsutgifter per virksomhet i HLS-sektor (i mill. kr.)



Kilde: Avlagt regnskap og vedtatt budsjett

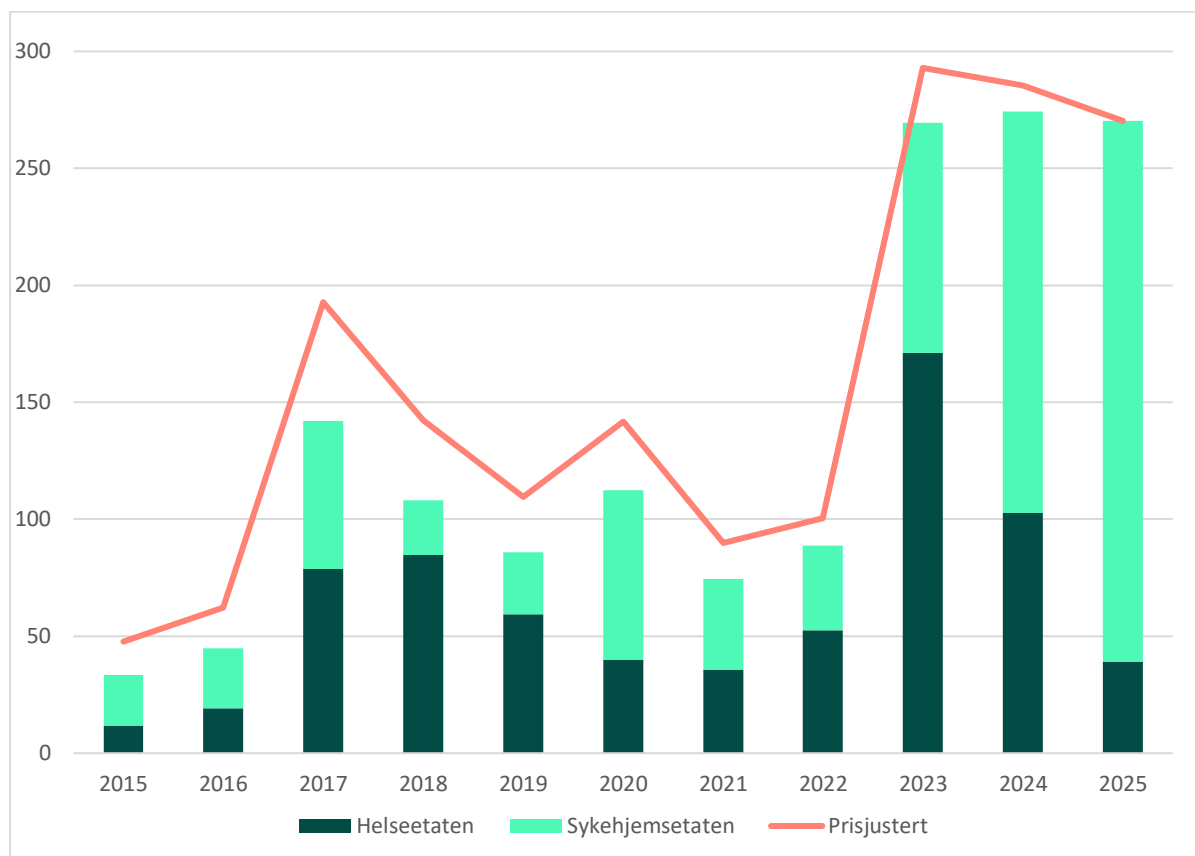
Utviklingen i investeringer

Figuren under viser regnskapsførte investeringsutgifter (inkl. moms) for virksomhetene i HLS-sektor i perioden 2015-2024 og budsjetterte investeringsutgifter for 2025. Den grønne linjen viser brutto investeringsutgifter korrigert for utviklingen i lønns- og prisvekst i perioden målt ved kommunal deflator. Figuren viser at investeringskostnadene har variert mye i perioden 2015-2025. Økningen de siste årene har sammenheng med økt bruk av velferdsteknologi, som gir besparelser i drift, og ny legevakt. Det er viktig å bemerke at figuren kun viser etatenes

⁷ Under gitte forutsetninger er det adgang til å styrke neste års budsjett med besparelser i driftsbudsjettet begrenset til 4 % av budsjetterte utgifter. Merforbruk i driftsbudsjettet, begrenset til 4 % av budsjetterte brutto driftsutgifter, skal dekkes inn på neste års budsjett. Bestemmelsene er gitt i Økonomireglementets instruks for økonomiforvaltningen, som er del av Dok. 3.

investeringskostnader. Den reflekterer derfor ikke investeringsnivået i sektoren totalt sett da investeringer iblant annet omsorgsboliger, sykehjem og annen bygningsmasse sektoren har behov for er regnskapsført på Oslobygg. Investeringer i etatene er hovedsakelig knyttet til inventar og utstyr i helse- og omsorgsinstitusjoner, ny storbylegevakt, velferdsteknologi, samt IKT-utstyr.

Figur 15. Utviklingen i investeringer per virksomhet i HLS-sektor (i mill. kr.)



Kilde: Avlagt regnskap og vedtatt budsjett

2.6 Vedtatte kutt i økonomiplanen

I vedtatt økonomiplan for perioden 2025-2028 er det besluttet følgende rammekutt:

Tabell 44. Vedtatte rammekutt per virksomhet i HLS i økonomiplanperioden 2025-2028 (mill. kroner)

Virksomhet	2025	2026	2027	2028
Helseetaten	-14 093	-14 551	-15 181	-25 383
Sykehjemsetaten	-11 513	-11 513	-11 513	-11 513
Totalt for virksomhetene	-25 606	-26 064	-26 694	-36 896

Kilde: Økonomiplan 2025-2028

I tillegg til rammekutt er det også vedtatt spesifiserte kutt i økonomiplanperioden.

Etatene i HLS-sektor selger tjenester til bydelene, og vil derfor også påvirkes av bydelenes rammekutt dersom disse kuttene fører til redusert etterspørsel etter tjenestene.

3 Mulige effektiviseringstiltak og tilhørende virkninger

I dette kapittelet gis det først en beskrivelse av pågående prosesser og Effektiviseringsprogrammets observasjoner om de overordnede effektiviseringsmulighetene i sektoren. Deretter gis en beskrivelse av pågående effektiviseringsprosesser og programmets vurderinger av effektiviseringsmuligheter for den SYE og HEL.

3.1 Pågående prosesser i sektoren

3.1.1 Bydelsreform

Byrådet har igangsatt et arbeid for å se på oppgavefordelingen mellom kommunen sentralt og bydelene, samt inndelingen av bydelene. Målet med arbeidet er å sikre sterkere og større bydeler, mer lokaldemokrati og mer likeverdige tjenester på tvers av bydelene.

Bystyret vedtok våren 2025 tre mål for kommunens fremtidige organisering:

- Mer helhetlig, likeverdig og tilgjengelig tjenestetilbud.
- Gode og mer effektive tjenester.
- Styrket lokaldemokrati og økt mulighet for samfunnsutvikling i bydelene.

Et viktig mål med en eventuell bydelsreform er å styrke lokaldemokratiet i Oslo, og gjøre ansvaret og rollene tydeligere mellom bydelene og kommunen sentralt.

For å nå målene over, mener byrådet at det er behov for å redusere antall bydeler og at ansvaret for enkelte oppgaver flyttes. Byrådets forslag til reform er på ekstern høring høsten 2025. Her foreslår byrådet tre alternative inndelinger av byen og at flere oppgaver flyttes ut til bydelene. Eksempler på oppgaver byrådet foreslår å flytte fra kommunen sentralt til bydelene, er helsehusene, tannhelsetjenesten og forvaltning, drift, vedlikehold og oppgradering av flere parker, plasser og grøntområder. Byrådet foreslår også å sentralisere noen få oppgaver som krever spesialisert kompetanse eller felles rutiner for hele kommunen.

Etter høringen vil det utarbeides en byrådssak som fremmes for bystyret med sikte på at de nye bydelene vil være operative fra 2028.

Nærmere om Bydelsreformen og kobling til Effektiviseringsprogrammet

Mange av tjenestene i sektorene utdanning, sosiale tjenester og helse som Effektiviseringsprogrammet har gjennomgått, har store grenseflater mot bydelene. De tre sektorene har også fagansvar for tjenester i bydelene. Arbeidet med bydelsreform og Effektiviseringsprogrammet har i stor grad pågått parallelt og det har vært løpende kontakt og dialog mellom arbeidsgruppene for å sikre sammenheng, at det ikke gjøres dobbeltarbeid og at det hentes ut synergier av begge prosessene. I visse tilfeller vil det likevel være slik at forslag fra Effektiviseringsprogrammet og forslag i bydelsreformen kan avvike noe, og også være til dels motstridende. Dette skyldes at de to prosessene har hatt noe ulike målsetninger og noe ulikt fokus. Effektiviseringsprogrammet har hatt et tydelig fokus på å foreslå effektiviseringstiltak og kutt i kommunen for å øke handlingsrommet. Bydelsreformen har også et mål om gode og mer effektive tjenester, men har i tillegg målsetninger som ikke er av ren økonomisk effektiviserende

karakter. Effektiviseringsprogrammet har dessuten tatt utgangspunkt i nåsituasjonen i kommunen i de foreslåtte tiltakene. Hvilke endringer som eventuelt vil komme i forbindelse med bydelsreformen har dermed ikke vært tema i utarbeidelsen av tiltak. Alle etater som jobber mot bydeler vil på en eller annen måte påvirkes av en eventuell bydelsreform i form av endret grensesnitt med færre bydeler. I en implementeringsfase vil det være særlig behov for å ha god oversikt over tiltak som er besluttet iverksatt, de økonomiske konsekvensene av disse og ikke minst hvordan den økonomiske gevinsten av tiltakene skal hentes ut.

3.1.2 Teknologi og digitalisering

Helse- og omsorgstjenestene står overfor en stor omstilling i årene som kommer. Vi blir stadig flere eldre, samtidig som vi får økende utfordringer med tilgang på kvalifisert personell. Vi vet at dagens tjenesteorganisering ikke er bærekraftig i et lengre perspektiv.

Digitalisering og teknologi blir ofte pekt på som en viktig endringskapasitet som må utnyttes bedre. Journalsystemene er det viktigste verktøyet i systemstøtten til kommunens helsepersonell i deres arbeid med å gi helsehjelp til innbyggere. GERICA er det største journalsystemet, og berører opp mot 30 000 ansatte og 60 000 brukere. Eldre og utdaterte journalsystemer er en stor utfordring ikke bare for helsetjenestene i kommunen, men også for omstillingsevnen og langsiktig bærekraft for kommunen totalt sett. Nåsituasjonen for flere av journalsystemene er at de har lav brukervennlighet og endringstakt som igjen gir liten grad av tilrettelegging for omstillingen vi må gjennom. En liten effektivisering per ansatt vil med andre ord medføre betydelige gevinster for kommunen samlet.

Leverandørene av løsninger for Elektronisk pasientjournal (EPJ) jobber nå med å fornye sine løsninger og fase ut de gamle løsningene kommunene benytter i dag. Mange kommuner er i prosess med å anskaffe de nye løsningene som allerede finnes i markedet.

I Oslo kommune jobbes det med å planlegge og anskaffe flere nye digitale løsninger i Helse- og omsorgstjenesten. Legevakten og Kommunal akutt døgnenhet (KAD) er i prosess med å anskaffe ny EPJ for legevakt og KAD. Det pågår også et arbeid med å utarbeide et revidert satsningsforslag, kvalitetssikre gevinstberegninger og kostnader knyttet til ny EPJ for pleie- og omsorgstjenestene (PLO) til erstatning for dagens GERICA. Dette arbeidet vil inngå som grunnlag for satsningsforslag i budsjettprosessen for 2027.

I tillegg til dette pågår et utredningsarbeid for å se på muligheter for å anskaffe ny felles journalløsning for tannhelse på tvers av alle fylkeskommunene som også inkluderer Oslo kommune.

3.2 Potensial for effektivisering i sektoren

KOSTRA-tallene for 2024 viser at Oslo kommune samlet sett bruker noe mer enn de andre ASSS-kommunene til pleie og omsorg og til kommunehelse. Ressursindikatoren for ASSS viser at kommunen ligger noe under gjennomsnittet i ASSS-snittet og at utviklingen de siste tre årene har vært negativ. I 2022 var kommunen hadde Oslo en noe bedre ressursutnyttelse enn gjennomsnittet (0,3 %), men i 2024 lå kommunen rundt 5,5 % lavere enn gjennomsnittet. Der kommunen ligger lavest i forhold til sammenligningskommunene er andel brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov og antall legetimer per uke per beboer på sykehjem. De

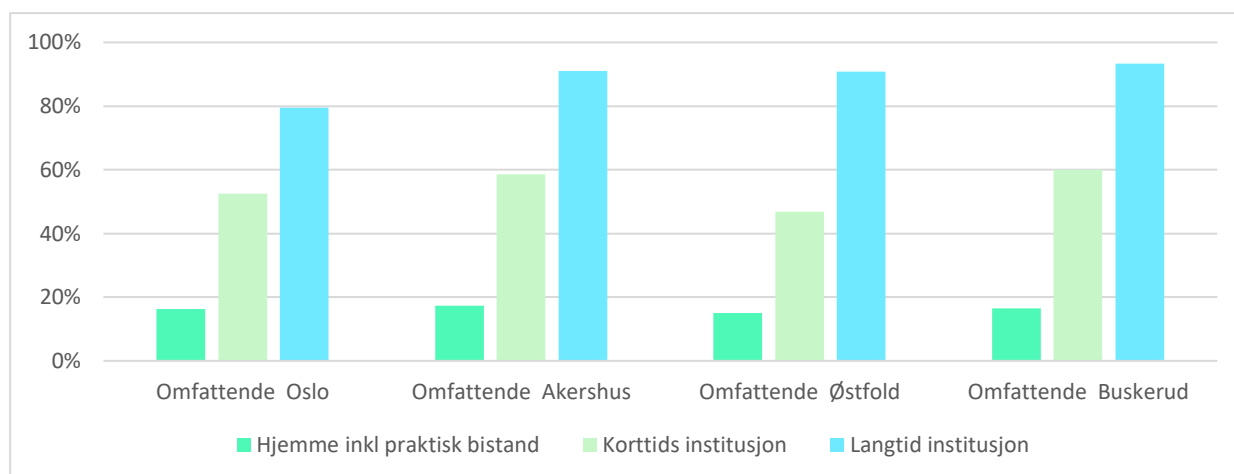
beregnete kostnadene per plass i institusjon ligger noe over snittet, men har hatt en relativ flat utvikling fra 2022 til 2024. Oslo kommune har relativt høye kostnader til institusjonslokaler, sammenlignet med de andre ASSS-kommunene.

Innenfor KOSTRA-området kommunehelse har kommunen en høyere ressursbruksindikator⁸ enn gjennomsnittet for ASSS-kommunene. Kommunen har relativt lave kostnader korrigert for utgiftsbehov⁹, og av kommunene den som brukes lavest andel til kommunehelsetjenesten. Det kan se ut til at kommunen har tatt ut stordriftsfordeler med å ha effektiv bruk av ergoterapeuter, fysioterapeuter og leger.

Oslo kommune har også ansvar for tannhelsetjenesten, i og med at kommunen også har ansvar for alle fylkeskommunale oppgaver. Med unntak av en sammenligning med Østfold fylkeskommune, ligger tannhelsetjenesten rundt gjennomsnittet knyttet til netto driftsutgifter til tannhelsetjenesten (f665) og pasientbehandling per innbygger.

For SYE og institusjonstjenestene er det et betydelig grensesnitt opp mot hjemmetjenestene og den enkelte bydel. En hypotesene fra SYE har vært at bydelene bruker mye ressurser til de sykeste innenfor hjemmetjenesten. Samtidig viser KOSTRA-tallene for 2024 at Oslo kommune er en av de kommunene med lavest andel brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov.

Tabell 5. Omfattende bistandsbehov for henholdsvis hjemmetjenester, korttidsopphold og langtidsopphold institusjon - fylkene Oslo, Akershus, Østfold og Buskerud



Kilde: SSB og IPLOS – tall fra 2024

En sammenligning viser at Oslo kommune altså ligger noe lavere på andel brukere med omfattende bistandsbehov i langtidsinstitusjon og delvis også for korttidsinstitusjoner.

⁸ ASSS sin ressursindikator er et standardisert mål på kommunens ressursbruk i et tjenesteområde, justert så langt mulig for relevante behovs- og strukturforhold for å gjøre sammenligninger mellom kommuner. Den måler ressursinnsats ikke kvalitet eller resultater. Beregnes på grunnlag av KOSTRA/ASSS-data.

⁹ Korrigert for utgiftsbehov betyr at KOSTRA-tall er justert for objektive forskjeller i kommunes forventede behov. Dette knytter seg til alderssammensetning, geografi og sosiale forhold. Justeringen bygger på nasjonale kostnadsnøkler slik at ressursbruk kan sammenlignes mer rettferdig mellom kommuner.

Kommunen ligger derimot ikke høyere på andel brukere med omfattende bistandsbehov innenfor hjemmetjenester inkludert de som mottar praktisk bistand.

3.2.1 Finansieringsmodeller

Virksomhetene i Oslo kommune produserer en rekke ulike tjenester som andre deler av kommunen betaler for. Dette er en form for bestiller-utfører modell som har utviklet seg i ulike retninger for ulike tjenester i Oslo. Det er spesielt stor grad av tjenestekjøp mellom bydelene og etatene under HLS hvor bydelene har det helhetlige ansvaret for tjenestetilbudet til innbyggerne mens etatene opererer som en tjenestetilbyder. For enkelte tjenester har også etatene en rolle i kjøp av private tjenester på samme tjenestene som de også selv drifter.

Det er stor variasjon mellom de ulike tjenestene når det gjelder grad av rammefinansiering, kapasitetsutnyttelse i tjenesten, samt i hvilken grad bydelene velger kommunalt eller privat tilbud. Det er også forskjell i hvilken grad etatene selv kan tilpasse og dimensjonere tilbudet i henhold til etterspørselen fra bydelene, og hvorvidt prisingen av tjenesten bestemmes av bystyret, byrådet, byråden eller etaten selv. Effektiviseringsprogrammet har ikke lyktes i å finne noen samlet prisliste for tjenestekjøp.

Den grunnleggende tankegangen som ligger til grunn for internprisingen i kommunen er at den som tildeler tjenesten også skal ha finansieringsansvaret for tjenesten. På denne måten har bydelene insentiver til å sette inn tiltak som inngår i bydelens egne tjenestetilbud før man tyr til mer spesialiserte tjenester som tilbys av etatene.

Under beskrives modeller for sentrale tjenester i HLS sektor, men dette er ikke noen uttømmende oversikt.

Målet i finansierings- og prisingsmodellene bør være å få en rimelig fordeling av økonomisk risiko mellom bestiller og utfører slik at man ikke har mekanismer som hindrer effektiv kapasitetsutnyttelse og rask tilpasning av tjenestene til det faktiske behovet. Samtidig bør man etterstrebe å ha et system som gir god styringsinformasjon og planleggingsramme, hindrer suboptimale tilpasninger og unødvendig byråkrati.

Langtidsplass sykehjem

Langtidshjem på sykehjem er for de aller fleste et varig botilbud for de eldste og mest pleietrengende. Bydelene betaler en fast pris per oppholdsdøgn til SYE uavhengig av hvilken type sykehjemsplass beboeren trenger. Prisen er omtalt i byrådets budsjettforslag. Prisen er i 2025 1 139 200 kroner per år og prisen bydelene betaler utgjør en stor del av kostnaden for en sykehjemsplass. Det er SYE som er kontraktspart i forhold til kommunens private sykehjem. I de tilfellene der bydelen kjøper sykehjemsplasser som ikke går via SYE betaler bydelen for hele plassen, men dette skjer kun i et mindre omfang. SYE har 35 langtidshjem hvorav 58 % er i kommunal drift og 42 % i ideell og kommersiell drift.

Det er bydelene som fatter vedtak om sykehjemsplass, men det er dialog med SYE om hvilken type plass beboeren har behov for. Hvis omsorgsbehovet endrer seg over tid, har SYE anledning til å flytte beboeren. Det er fritt sykehjemvalg i Oslo, så en beboer kan velge om hen tar tilbudt plass eller venter på plass i et mer ønsket sykehjem. Belegget på kommunens langtidshjem var i 2024 97,7 %, inklusive de private driftede langtidshjemmene.

Prisen for en sykehjemsplass er fast, uavhengig av beboernes omsorgsbehov. Bydelen har betalingsansvar for beboeren. Det er dermed SYE som tar den økonomiske risikoen ved ekstra ressurskrevende beboere. Bydelen betaler en flat pris kunne man tenkt seg at de etterspurte for "dyre" plasser. Ettersom det ikke er bydelen alene som bestemmer hvilken type plass det er behov for ser ikke dette ut til å være et reelt problem. Da bydelene betaler en relativt stor andel av kostnadene ved en sykehjemsplass, vil det for bydelene være lønnsomt å sette inn relativt ressurskrevende tiltak i hjemmebaserte tjenester før en innbygger får en sykehjemsplass. ASSS-statistikk viser imidlertid at Oslo har en relativt lav andel beboere med stort bistandsbehov på langtidshjemmene sammenlignet med andre ASSS-kommuner. Dette kan ha flere årsaker.

Da kjøp av plasser fra private sykehjem i hovedsak går via SYE kan SYE fylle opp plasser slik at kapasiteten benyttes best mulig. Fritt sykehjemsvalg gir en viss begrensning på utnyttelse, men etaten har relativt høyt belegg på 97,7 % i 2024. I den forstand fungerer finansieringsmodellen i dag på en god og hensiktsmessig måte.

Helsehus

Oslo kommune har i dag fire kommunale helsehus med totalt 500 plasser. Det er SYE som drifter alle kommunens helsehus. Bydelene kjøper plasser fra SYE i det helsehuset bydelen tilhører. SYE har ingen avtaler med private helsehus og Effektiviseringsprogrammet er ikke kjent med at bydelene kjøper helsehusplasser direkte av private aktører.

Helsehusenes primære oppgave er å bidra til at pasienter skal kunne bo lengst mulig i egne hjem. Det er bydelen der pasienten bor som fatter vedtak om opphold og varigheten av oppholdet.

Betalingsmodellen til bydelene har flere elementer. Det er i dag slik at størstedelen av plassene kjøpes opp av bydelene på forhånd og at bydelene må betale for disse plassene uavhengig av om de faktisk blir benyttet. Prisen per plass for bydelenes forhåndskjøp er i 2025 1 059 000 kroner. Hvis en beboer oppholder seg mer enn 40 dager på helsehus øker prisen på en forhåndskjøpt plass med 10 % for bydelen. Dersom bydelen har behov for plasser ut over forhåndskjøpet betaler bydelene 10 % mer per plass. Betalingen fra bydelene utgjør om lag 61 % av de totale kostnadene til helsehusene, og helsehusene hadde en beleggsprosent på 86,8 % i 2024.

Fordelen med denne modellen er at både SYE og bydelene har en grad av forutsigbarhet. SYE har en garantert inntekt fra bydelene på et gitt antall plasser og bydelene har en viss grad av forutsigbarhet i at det finnes en ledig plass når de trenger den. Utfordringen ved modellen er at kapasitetsplanleggingen kan bli krevende når forhåndsmeldt etterspørsel og faktisk bruk fra bydelene avviker mye. Det kan gjøre det krevende å tilpasse driften i helsehusene til planlagt og reell etterspørsel fra bydelene. Med et påslag på kun 10 % ut over en forhåndskjøpt plass kan bydelene av taktiske grunner kjøpe færre plasser på forhånd enn det de reelt tror de trenger. Dette reduserer bydelenes risiko for økonomisk tap dersom det viser seg at det ikke er behov for plassene. På den andre siden kan en bydel som har overvurdert behovet for forhåndskjøp ønske å «få valuta for pengene» og legge inn pasienter på helsehus som egentlig kunne hatt nytte av et annet tilbud, da plassen allerede er betalt for. Dette kan være økonomisk rasjonelt for bydelen, men kan i enkelte tilfeller forsinke varig plassering i langtidshjem.

Bedre planlegging kan gi bedre kapasitetsutnyttelse. I 2024 var i snitt 13,2 % av helsehusplassene ledige til enhver tid. Det betyr at 66 plasser står ledige i snitt. Tall for januar-oktober i 2025 viser at bydelene i snitt etterspør 9 % flere liggedøgn enn de har forhåndsbestilt

og at variasjonen mellom bydelene i avvik mellom bestilte liggedøgn og benyttede liggedøgn varierer fra -14 % til +78% mellom bydelene og mellom 1 og 19 % mellom de fire helsehusene.

I helsehussaken som bystyret vedtok i 2023, var det følgende et premiss for at fortsatt forhåndskjøp skulle kunne fungere bedre: *«En risiko ved spesialisering er at et enkelt helsehus tidvis kan ha for få av én type spesialisert plass og for mange av en annen. Ved for få plasser må dette løses ved at mottaksenheten, som vil ha oversikt over ledig kapasitet på alle fire helsehusene, ber om plass på et helsehus med ledig (type) plass. Tilsvarende vil ledige plasser i et helsehus kunne bli belagt av pasienter fra en annen bydelssektor.»*

Det er noe uklart for Effektiviseringsprogrammet om dette har fungert etter hensikten.

Kommunalakutt døgnenhet

Kommunalakutt døgnenhet (KAD) er et tilbud for pasienter som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie, og som kan behandles av allmennleger og sykepleiere i primærhelsetjenesten. Tilbudet erstatter sykehusinnleggelse for pasienter som kan få et like godt tilbud på KAD som på sykehusene. KAD har leger og sykepleiere på vakt hele døgnet. KAD samarbeider tett med bydelene, fastlegene og sykehusene for å gi Oslos befolkning et effektivt akutt allmennhelsetjenestetilbud.

Fastlege og allmennlege, legevaktslege, samt lege i akuttmottak, obspost og poliklinikker på sykehus kan legge pasienter direkte inn på KAD etter å ha konferert med vakthavende KAD-lege.

Tilbudet er gratis for bydelene, men har likevel i perioder hatt lavt belegg. Antallet KAD plasser i kommunen ble i 2025 redusert fra 72 til 48 plasser.

Forsterket rehabilitering

Forsterket rehabilitering avdeling Aker (FRA) er lokalisert på Aker sykehus og ligger under HEL. Kommunen har 25 plasser. FRA jobber tverrfaglig med sykepleie, fysioterapi og ergoterapi. Ved å intensivere treningen er målet å få raskere og bedre resultater. Tilbudet i FRA er mer spesialisert enn den rehabiliteringen som gis i helsehusene og ligger i grenseflaten mot spesialisthelsetjenesten. FRA samarbeider med OsloMet – Storbyuniversitetet, Sunnaas sykehus, Sophies Minde og Oslo universitetssykehus.

Bydelen søker om plass i FRA til pasienter de ønsker at skal få plass, og FRA vurderer hvem som best oppfyller kriteriene for å få tjenester fra FRA samtidig som de prøver å løpende fordele tildelte plasser på en rimelig måte mellom bydelene. Tilbudet er gratis for bydelene å benytte, og FRA opplever en betydelig oversøkning hvor de får mange flere søknader enn tilgjengelige plasser.

3.2.2 Fragmentert organisering i helse- og velferdssektoren

I dag har de to byrådsavdelingene HLS og byrådsavdeling for sosiale tjenester (SET) det overordnede ansvaret for helse- og velferdstjenestene i kommunen. Bydelene har det helhetlige

ansvaret for tjenester til innbyggere innen helse- og velferdsområdet. De fire etatene HEL¹⁰, SYE, Velferdsetaten (VEL) og Barne- og familieetaten (BFE) leverer tjenester til bydelene i tillegg til å ha ansvar som fagetater. VEL og BFE ligger under SETs ansvarsområde. HLS har hovedansvar for oppfølging av de 15 bydelene, mens SET har ansvar for oppfølging på sitt fagområde. Dagens organisering medfører til dels overlappende ansvarsområder og mange grenseflater, både mellom byrådsavdelingene, etatene og mellom etat og bydel.

Et eksempel på utfordringen med fragmentert organisering er rusomsorgen. Dette er regnet som en helsetjeneste og reguleres av helselovgivningen. I Oslo er imidlertid ikke rusomsorgen organisert sammen med de øvrige helsetjenestene. Ansvar for rusomsorgen er plassert i en etat som ikke ligger under byråd for helse, men under byråd for sosiale tjenester. Tjenesten fremstår slik den er organisert i dag som fragmentert for bydelene og brukerne, for eksempel for eldre rusmisbrukere som trenger sykehjem.

Heldøgns tjenester tilbys i dag av tre etater; SYE drifter sykehjem og korttidsplasser, VEL har ansvar for rusinstitusjoner og akutte botilbud, mens BFE drifter barnevernsinstitusjoner. Selv om målgruppene er ulike, har institusjonene mange likhetstrekk i hvordan de drives og bemannes. For eksempel er bemanningsplanlegging og velferdsteknologi like relevant i alle etatene.

Effektiviseringsprogrammet mener det er hensiktsmessig å utforske hvordan Oslo kommune kan forenkle og tydeliggjøre organiseringen av helse- og velferdssektoren.

Effektiviseringsprogrammet mener dagens organisering øker faren for ineffektiv ressursbruk, uklar og fragmentert oppgave- og ansvarsfordeling og uklare styringslinjer. Dette kan resultere i manglende helhetlige brukerreiser og mindre robuste fagmiljøer.

Effektiviseringsprogrammet mener en alternativ struktur/organisering bør vurderes. For eksempel kan det utredes om det ville vært mer hensiktsmessig å samle dagens fire etater i to nye, som har ansvar for henholdsvis institusjonsdrift og bydelsstøtte/fagoppfølging.

- En **etat for institusjonsdrift**, med ansvar for kommunens døgnbaserte tjenester
- En **etat for bydelsstøtte og fagutvikling**, som samler sektorens kunnskaps-, utviklings- og støttefunksjoner

Fordelen med en slik omorganisering kunne være å skape en tydeligere arbeidsdeling mellom drift av tjenester og faglig støtte, samtidig som kvalitet, effektivitet og styringskraft ivaretas.

Institusjonsdrift

Ved å samle institusjonstjenestene kan kommunen bygge større og mer robuste fagmiljøer hvor rollen som institusjonsdriver rendyrkes. Kunnskap og erfaring fra eldreomsorg, rusbehandling og barnevern kan utfylle hverandre. Dette vil gi et bedre grunnlag for læring på tvers, mer systematisk kompetanseutvikling og enhetlige kvalitetsstandarder.

Anskaffelser knyttet til institusjonsdrift og andre byomfattende helse- og velferdstjenester kan også samles i en eventuell driftsetat. Et større anskaffelsesmiljø kan sikre mer koordinerte og ressurseffektive anskaffelser, bedre etterlevelse av regelverket og styrket kvalitet. Et større faglig fellesskap gir også bedre muligheter for spesialisering, karriereutvikling og

¹⁰ En omorganisering i 2012 førte til at Helse- og velferdsetaten ble delt i Helsetaten og Velferdsetaten. Velferdsetaten består også av den tidligere Rusmideletaten.

kompetanseheving. Dette kan gjøre kommunen mer attraktiv som arbeidsgiver og felles ledelses- og opplæringsprogrammer kan styrke kultur og samarbeid.

En samlet driftsetat kan se kommunens portefølje for institusjonsbygg mer i sammenheng. Institusjonenes ulike faglighet og spesialisering må selvsagt ivaretas, men en fleksibilitet og smidighet kan bidra til å redusere over- eller underkapasitet og gi bedre beredskap ved akutte behov.

Samling av institusjonsdriften kan gi stordriftsfordeler og gevinster gjennom felles støttefunksjoner som vaktordninger, teknisk vedlikehold og økonomistyring. Felles digitale verktøy og rapporteringsløsninger kan gi bedre styringsdata og gjøre det enklere å følge utviklingen i behov og kostnader.

Bydelstøtte og fagutvikling

Bydelene har det overordnede ansvaret for helse- og velferdstjenester til innbyggerne i sin bydel og har behov for forutsigbar faglig, juridisk og digital støtte. I dag finnes slike funksjoner i flere etater. En ny etat for bydelstøtte og fagutvikling kunne samlet helse- og velferdssektorens kunnskaps- analyse- og støttefunksjoner i ett miljø som ville bidratt til kvalitetsutvikling, innovasjon og mer effektiv ressursbruk innenfor sektorenes ansvarsområde.

Bydelene får i dagens organisering faglig støtte fra flere etater. Én etat gir også faglig støtte på flere områder, og det kan være ulik praksis og ulike arenaer dette foregår på. Effektiviseringsprogrammet vurderer at den faglige støtten overfor bydelene kan profesjonaliseres og styrkes hvis dette samles i én etat. De ulike fagmiljøene kan lære av hverandre, og etaten kan være en stemme overfor bydelene når det gjelder utredning, analyse og strategiske problemstillinger som bør løftes til politisk nivå.

Etaten kan ellers ha ansvar for faglig støtte, analyse, tjenesteutvikling og forvaltning av felles digitale løsninger som understøtter tjenestene, og bidra til raskere gevinstrealisering gjennom felles systemforvaltning som f.eks. inkludere FASIT, KOBO, Gerica, EPJ, startlån, bostøtte og TT-transport.

En samlet etat for faglig støtte til bydelene kan også bidra til mer enhetlig faglig praksis og kvalitet i bydelene. Etaten kan koordinere faglige nettverk og læringsarenaer og bidra med rådgivning til byrådsavdelingen. Etter det effektiviseringsprogrammet erfarer er det i dag ikke noen enhetlig praksis for fagnettverk og analysekapasitet på tvers av fagområdene. For noen fagområder tar etatene en koordinerende rolle, mens det for andre områder synes å være mer ad hoc-preget og basert på ildsjeler i bydelene.

Etatene har i dag ikke myndighet til å pålegge bydelene å delta i erfaringsdeling og læring eller til å fastsette hva som er «beste praksis» på området. Effektiviseringsprogrammets vurdering at det er mye å hente i gode læringsnettverk og mener dette bør få en større plass i oppfølgingen av bydelene. En etat med mandat til å utøve denne rollen vil kunne dekke et behov for bedre styring av læring og faglig utvikling i bydelene.

Byrådsavdelingene

En utredning av ny organisering av helse- og velferdssektoren vil måtte se på hvilken avdeling etatene skal rapportere til, og om en eventuell ny organisering nødvendiggjør endringer i avdelingsstrukturen på rådhuset. Effektiviseringsprogrammet vurderer at det bør utredes om SET og HLS bør slås sammen til én byrådsavdeling, slik det har vært tidligere¹¹. Det ville forenklet styringskompleksiteten for bydelene og etatene, som i dag mottar flere og til dels ukoordinerte styringssignaler fra Rådhuset. Det er også grunn til å tro at arbeidet med bydelsøkonomien og budsjettprosessen ville blitt smidigere dersom helse- og velferdssektoren ble behandlet mer samlet.

3.2.3 Sentralisering av beregning og kontroll av egenbetaling for langtidssykehjem

Oslo kommune krever egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester; korttidsopphold, langtidsopphold samt praktisk bistand og opplæring. Egenandelen ved langtidsopphold på sykehjem avhenger av pasientens økonomi og familiesituasjon, og beregning av egenandelen er regulert både i en statlig forskrift og i en lokal forskrift for Oslo kommune¹². Det er bydelen som beregner egenbetalingen og det skjer blant annet ut fra inntektsopplysningene fra forrige skatteoppgjør. Siden vederlagsberegning gjøres på bakgrunn av sist kjent likning, dvs. foregående år, foretar bydelen en etterberegning (kontrollberegning) på det reelle grunnlaget.

Dagens organisering innebærer at oppgavene er fordelt på 1-2 personer i hver bydel. Dette er sårbart og gjør at fagmiljøet i hver bydel blir lite. Med små fagmiljøer i hver bydel kan det være krevende å ha nok kapasitet til kontinuerlig forbedringsarbeid, blant annet digitalisering og standardisering av arbeidsoppgaver. Da det også er rom for skjønn i fastsettelsen av egenbetalingen er det en betydelig fare for at dette skjønnnet blir utøvd ulikt mellom bydelene. Da kontrollberegningen for alle beboere skal foretas når skatteoppgjøret er klart, betyr det at mange saker kommer for kontrollberegning samtidig. Dette er også krevende for bydelene.

Vederlagsberegning utføres i egen modul i fagsystemet Geric. Beregningen utføres ved hjelp av en RPA¹³ utviklet av KS for å kunne innhente inntektsopplysningene fra Skatteetaten. Det er ingen modul for kontrollberegning i Geric, og den utføres derfor på utsiden av systemet.

Effektiviseringsprogrammet mener det er gode grunner for å sentralisere vederlagsberegningen slik at beregning av vederlag, fakturering, kontrollberegning, ev. tilbakebetaling og innkreving gjøres samlet for alle bydelene i den nye Økonomi- og forvaltningsetaten. På denne måten kan bydelene konsentrere seg om kjerneoppgaven, som er å tilby og tildele helse- og omsorgstjenester. En sentralisering vil legge til rette for større grad av likebehandling, et større og mer profesjonalisert fagmiljø og større kraft i utviklingsarbeidet.

3.2.4 Endringer i kommunens tariffavtaler

Det er fremkommet forslag om tiltak i Effektiviseringsprogrammet som krever endringer i kommunens tariffavtaler. Slike endringer er gjenstand for forhandlinger som ledes av Byrådsavdeling for finans (FIN) ved Seksjon for personalledelse (PER). Forhandlingsledelsen har direkte kontakt med virksomhetene om behov for avklaringer, veiledning og justeringer i

¹¹ Senest i perioden 2011-2019

¹² Pris for sykehjemsplass - Sykehjem - Oslo kommune

¹³ Robotic Process Automation, ofte kalt prosessautomatisering eller prosessrobotikk på norsk

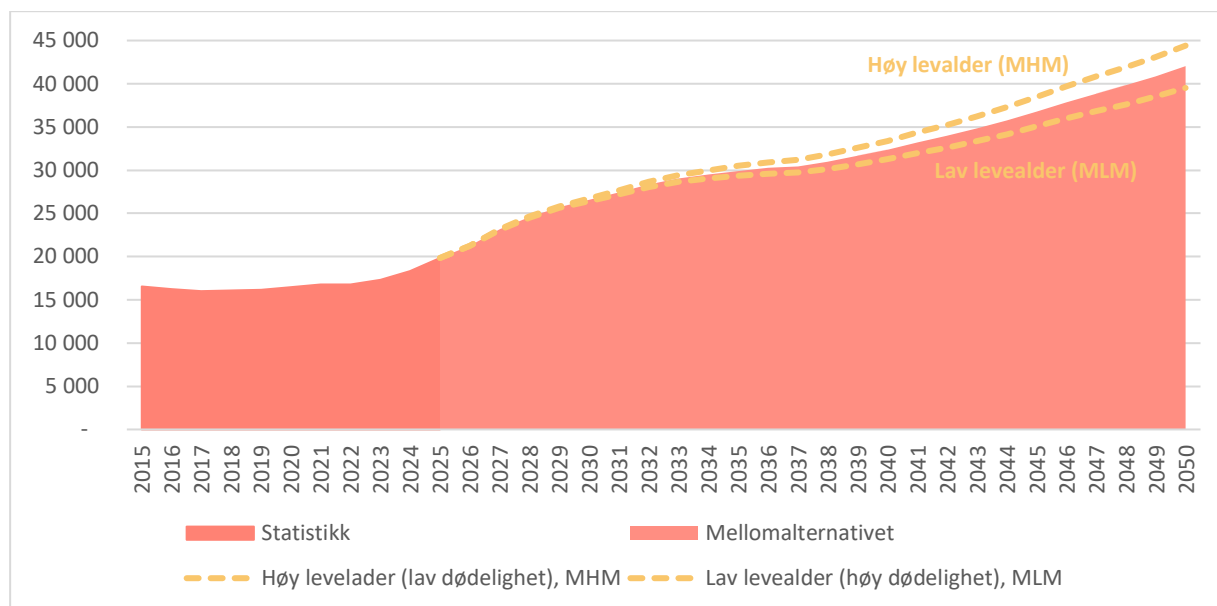
avtaleverket. Blant annet inviteres virksomhetene alltid til å komme med innspill i god tid før hovedtariffoppgjørene (annethvert år). Forslagene som er fremmet for Effektiviseringsprogrammet er til dels også fremmet for forhandlingsledelsen. Forslagene er i sin helhet oversendt forhandlingsledelsen for vurdering i kommende forhandlinger. Det pågår ellers et samarbeid mellom forhandlingsledelsen og arbeidstakerorganisasjonene om en felles veileder om arbeidstid, som blant annet har som siktemål å bidra til enklere og mindre ressurskrevende prosesser med å lage arbeidstidsordninger i virksomhetene.

3.2.5 Se kommunens omsorgstjenester i større sammenheng – mer samlokalisering

Befolkningssammensetningen endrer seg med en økende andel eldre og færre fødte barn. De demografiske endringene vil legge et stort press på kommunens tjenester framover. I Oslo vil den økende andelen eldre og merkes ordentlig fra 2040. Kommunen er nødt til å planlegge for de demografiske endringene og tenke alternativt rundt organisering og tjenester til eldrebefolkningen. Dersom kommunen fortsetter å drifte som i dag er det behov for å bygge 19 nye sykehjem fram mot 2040, noe kommunen verken har helsepersonell eller investeringsmidler til. Det vil både være mangel på arbeidskraft og institusjonsplasser, i tillegg til en mer krevende økonomisk situasjon i kommunen.

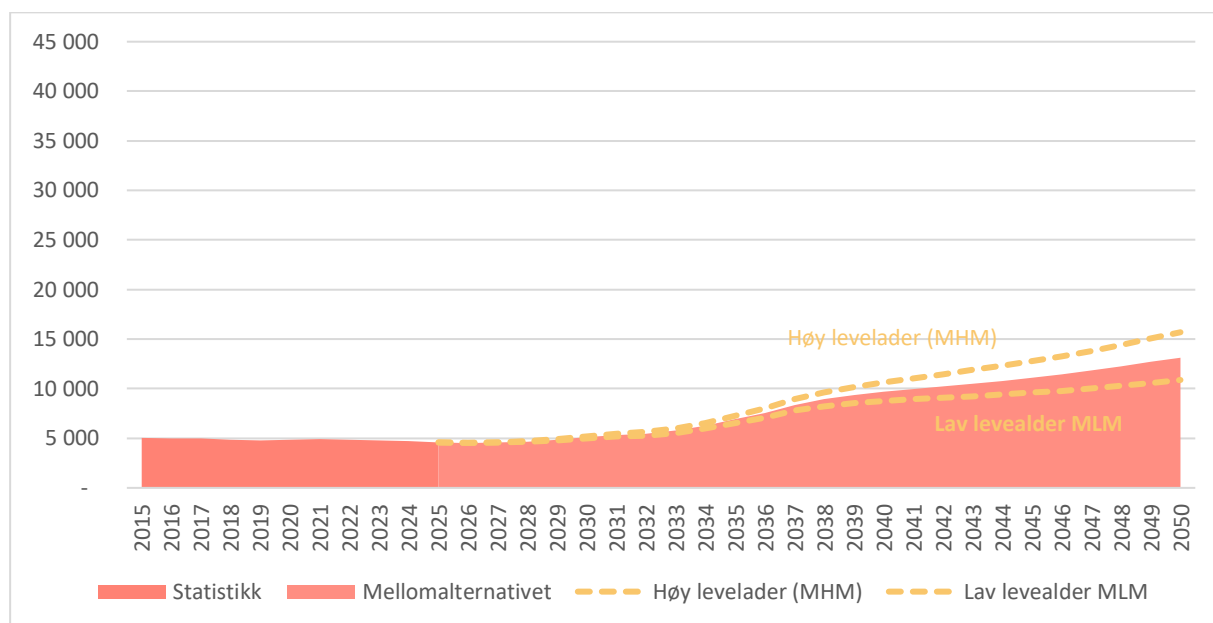
Figurene under viser forventet utvikling i eldrebefolkningen fram mot 2050. Selv om Oslo generelt sett har en ung aldersprofil på grunn av stadig påfyll av unge voksne i Oslo, er det i den eldre delen av befolkningen at det er forventet sterkest vekst. De store etterkrigskullene blir 80 år fra og med 2026, noe som vil gi en markant vekst i de eldste aldersgruppene de neste årene. Det er imidlertid fortsatt noen år før antall personer over 90 år forventes å øke markant. Figur 16 viser at aldersgruppen 80-89 år forventes å øke fra litt under 20 000 i 2025, til 42 000 i 2050 (mellomalternativet). Figur 17 viser at antallet personer over 90 år forventes å øke fra dagens nivå på 4 500 til over 13 000 i 2050 (mellomalternativet i Oslos befolkningsfremskrivninger). I perioden mellom 2040 og 2050 forventes det mer enn en dobling av eldre innbyggere, både i aldersgruppen 80-89 år og i aldersgruppen 90 år og eldre.

Figur 16. Framskrevet antall personer 80-89-år i tre ulike alternativer (høy, mellom og lav).



Kilde: Byrådsavdeling for finans, Oslo kommune

Figur 17. Framskrevet antall personer 90 år+ i tre ulike alternativer (høy, mellom og lav).



Kilde: Byrådsavdeling for finans, Oslo kommune

Kommunen må justere tjenestetilbudet i tråd med den demografiske utviklingen. Selv om kommunen kompenseres for økningen i eldrebefolkningen gjennom demografiskompensasjon fra staten, får kommunen reduserte overføringer til befolkningsgrupper som har en nedgang. Dette innebærer at kommunen er nødt til å redusere utgiftene til barnebefolkningen, særlig skolesektoren, for å innfri økte behov i eldrebefolkningen. En faktor som legger ytterligere press på situasjonen er den økende andelen barn og unge med autismediagnoser, noe som medfører større omsorgsbehov hos barna og utløser flere rettigheter, blant annet til tilrettelagt

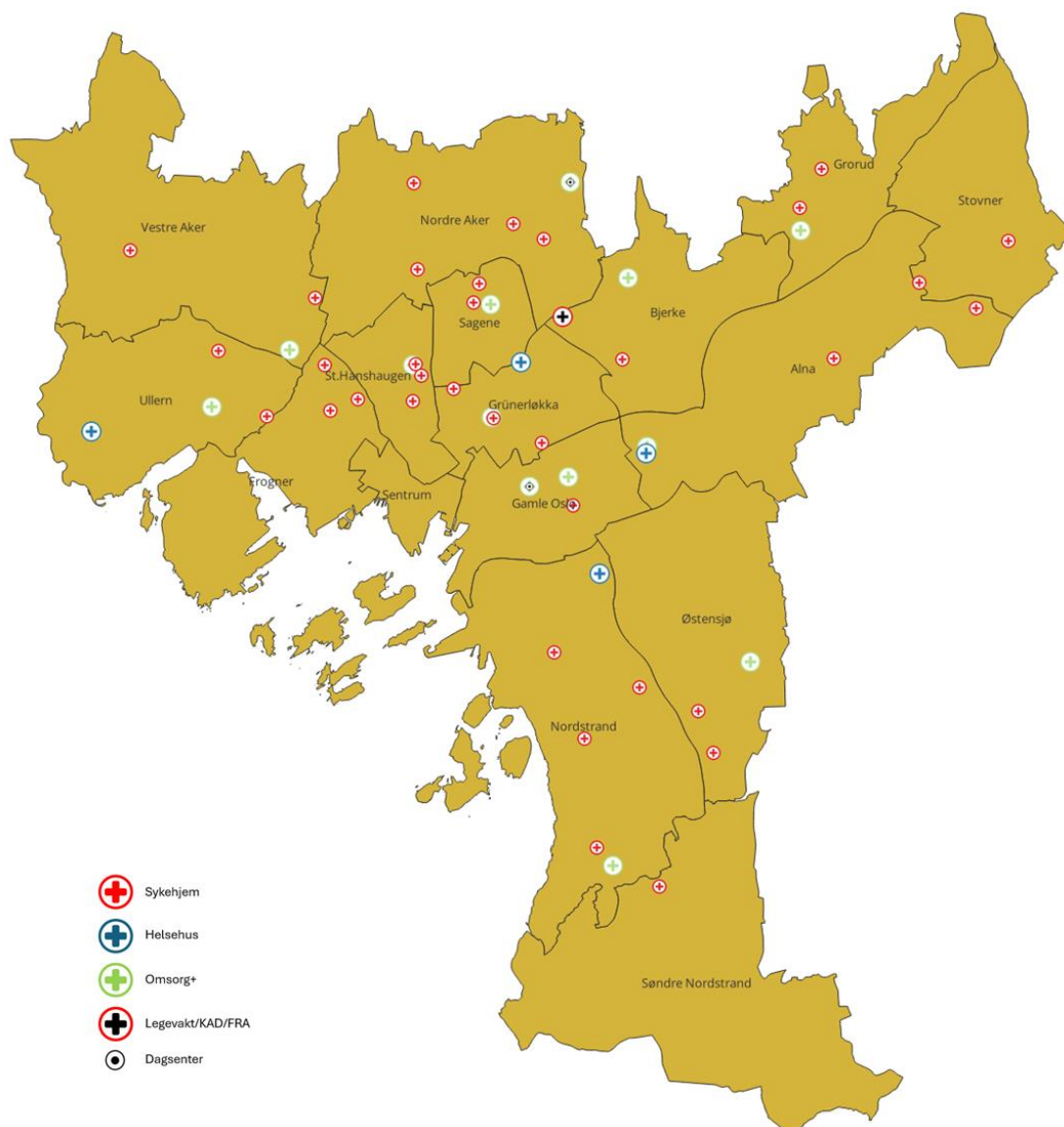
undervisning. Å ta ned kostnadene til barn og unge vil være svært krevende for kommunen, men også nødvendig for å kunne yte tjenester til eldrebefolkningen framover. Samtidig er kommunen nødt til å tenke alternativt rundt tjenesteytingen og ressursutnyttelse innen eldreomsorgen.

Ett mulig tiltak for mer effektiv ressursutnyttelse er større grad av samlokalisering av tjenester til eldre. Se kart nedenfor som viser plassering av sykehjem, helsehus, omsorg+, legevakt/kommunal akutt døgnenhet (KAD)/forsterket rehabilitering (FRA) og dagsenter. Sammenlignet med flere andre norske kommuner og europeiske byer har Oslo i mindre grad prioritert dette. En viktig årsak til kan være knapphet på arealer i kommunen. Videre etablering av omsorg+ bør fortrinnsvis, og dersom mulig, plasseres i nærheten av helse- og omsorgsinstitusjoner slik at tilbud og tjenester kan utnyttes best mulig. Med samlokalisering av omsorg+ og sykehjem er det mulig å se på stordriftsfordeler rundt krav til fellesareal, kafé, fotpleie etc. Med digitale tilsyn kan det også være muligheter for å ivareta behov for tilsyn på natt i omsorgsboliger, dersom boligene er samlokalisert med sykehjem. Trolig er det altså mulig å hente ut gevinster ved samlokalisering både på drift og investering.

I tilknytning til dette ligger det også et potensiale i å tenke nytt og mer finmasket rundt det totale tjenestetilbudet som etableres for eldre. SYE har startet et arbeid for å undersøke om porteføljen av tjenester og tilbud er riktig dimensjonert i forhold til fremtidens behov. En mulighet kan være at kommunen bygger flere boliger for eldre, heller enn sykehjem, og samlokaliserer boligene med institusjoner. I hjemmetjenesten kan så mye som 30 prosent av tiden til å forflytte seg mellom brukere reduseres.

Oslo har mange aleneboende eldre som har større behov for bistand enn de som deler husholdning. I tillegg har kommunen en høy andel eldre med annen bakgrunn enn norsk. Disse kan ha andre tradisjoner for bruk av sykehjem og andre behov, forventinger og utfordringer enn majoritetsbefolkningen. En langsiktig og strategisk planlegging av eldreomsorgen framover er derfor helt avgjørende for kommunen.

Figur 18. Kart med oversikt over ulike kommunale helsetilbud og Omsorg+



Kilde: Oslo kommune. Kart utarbeidet av byrådsavdeling for finans.

Merk at markeringen av Helsehus i bydel Ullern inkluderer sykehjem og dagsenter. Siden alle tre tilbud er lokalisert på samme adresse viser ikke kartet alle ikonene.

3.3 Helseetaten

3.3.1 Pågående prosesser

HEL står i en krevende økonomisk situasjon med et prognostisert merforbruk på 37 mill. kroner i 2025. Etaten er i en omstillingsfase og har allerede gjennomført mange tiltak med hensikt å effektivisere tjenestene. Etaten har et bredt tjenestespekter, og arbeidet med effektivisering berører både akuttmedisinske tjenester, døgntilbud, digitalisering og organisering.

I november 2023 ble legevaktene i Storgata og Aker slått sammen. Sammenslåingen har medført betydelige endringer i pasientpopulasjonen, med færre enkle pasienter og flere komplekse tilfeller. Dette har påvirket inntektene fra HELFO-refusjoner¹⁴ fra staten, og etaten ligger per oktober 2025 8 mill. kroner under et allerede konservativt inntektsanslag. Etaten er i gang med et arbeid for å forbedre takseringspraksis for registrering av tjenester slik at kommunen får korrekt refusjon i forhold til de tjenestene som er produsert på vegne av spesialisthelsetjenesten. Etaten har også mottatt tilsynsrapport fra Statsforvalteren som avdekker lovbrudd og kvalitetsutfordringer ved legevakten. HEL jobber med tiltak for å forbedre pasientflyt og bemanning.

KAD (kommunal akutt døgnenhet) er en tjeneste kommunen er pålagt å ha, men det er ingen krav til dimensjoneringen av tilbudet. Beleggsprosenten på KAD har over tid vært lav på mellom 65 og 80 %. KAD-tilbudet er derfor under nedskalering, og antallet sengeplasser er redusert fra 72 til 48 i 2025. Med 48 plasser har KAD nå 90 % belegg. KAD spiller en viktig rolle i å avlaste sykehus og hjemmetjenester, og det er usikkerhet knyttet til hvordan bydelene skal håndtere økt ansvar for heldøgntjenester ved nedtak i sentralt tilbud.

Tannhelse er et tjenesteområde som er inne i en omfattende omstillingsfase, med store endringer i tjenestetilbud og klinikkstruktur. Lovendringer i 2020 og 2024 har gitt tjenesten ansvar for en vesentlig større befolkningsgruppe – nå om lag 200 000 innbyggere, inkludert 40 000 nye 19- og 20-åringer. Dette har kommunen og tjenesten blitt kompensert for.

Tannklinikkplanen 2022–2030 legger opp til etablering av 10 nye klinikker, med investeringer på 260 millioner kroner. Det er forventet et mindreforbruk for tannhelsetjenesten i 2025, men som følge av demografisk utvikling og ansvar for tannhelsetjenester til nye grupper står tjenesten i årene framover foran en betydelig kapasitetsutvidelse, drevet av demografisk vekst, særlig blant eldre.

Etaten er i gang med anskaffelse av et nytt elektronisk pasientjournalsystem (EPJ) for legevakten og KAD, med planlagt innføring i 2026. Prosjektet er et viktig tiltak i etatens digitaliserings- og effektiviseringsarbeid, og det forventes å gi betydelige gevinster for kommunen.

HEL har også ansvar for en rekke fagsystemer og digitale løsninger som brukes av andre etater og bydeler. Det jobbes systematisk med å forbedre styringsdata, og koble produksjonsdata og økonomidata for å få bedre innsikt i tjenestekostnader knyttet til sektorens ansvarsområder.

¹⁴ Helfo er Helsedirektoratets ytre etat og forvalter oppgjør til helseaktører.

3.3.2 Potensial for effektivisering og identifiserte effektiviseringstiltak

HEL har budsjetterte netto driftsutgifter på 1 207 mill. kroner i 2025, og står for 1,8 % av kommunens samlede netto driftsutgifter. Ettersom HEL allerede står i en krevende økonomisk situasjon, har det blitt identifisert relativt få nye tiltak i sektorgjennomgangen. Det forventes imidlertid at etatens mange pågående prosesser vil bidra til mer effektive tjenester og økt økonomisk handlingsrom i økonomiplanperioden.

Etaten har vurdert ulike driftsmodeller for ikke-medisinske fellestjenester, slik som sikkerhet, renhold og drift, med konkurranseutsetting eller samarbeid med større aktører som mulig effektiviseringstiltak. Det vurderes også et mulig effektiviseringspotensial knyttet til eiendomsforvaltning, hvor etaten har ansvar for rundt 40 eiendommer. Dette er et større tema i kommunen som omtales i egen rapport om tverrgående problemstillinger (delrapport 9), hvor det bør vurderes om en mer sentralisert modell kan gi bedre ressursutnyttelse og beslutningsgrunnlag.

Basert på sektorgjennomgangen av HEL har vi identifisert følgende effektiviseringstiltak:

- HEL1 – Konkurranseutsetting av ikke-medisinske tjenester på legevakt
- HEL2 – Ikke-lovpålagte funksjoner: Omorganisere forsterket rehabilitering

Tiltak HEL1 – Konkurransetsetting/virksomhetsoverdragelse av ikke-medisinske tjenester på legevakt

Beskrivelse av dagens situasjon

Legevakten deler bygg med Oslo universitetssykehus (OUS), som allerede har etablerte og skalerte tjenester innen renhold og eiendomsdrift. Ikke-medisinske tjenester på legevakt består av to seksjoner: Renhold, service og drift (RSD) og Sikkerhet. Det er totalt 43,98 budsjetterte årsverk for disse to seksjonene i 2025.

Renhold, service og drift har ulike oppgaver. Samlet har RDS 25,2 årsverk. Av disse er det 17,2 årsverk til renhold, 3,3 årsverk til service og 3,7 årsverk til driftsteknikk og vaktmester. I tillegg er det ett årsverk til anskaffelse og administrasjon.

Renholderne har ansvar for renholdet på allmennlegevakten for både egne og fellesarealer. Renholdet for fellesarealer selges som en tjeneste til Oslobygg, samt til flere tannklinikker og HELs kontorer i Storgata 51. Ca. 14 av de litt over 17 årsverkene tilknyttet renhold renholder selve legevakten.

For sikkerhet er det budsjetterte antallet årsverk rundt 19. Dette er legevaktens vekttertjeneste. HEL leverer denne tjenesten til Allmennlegevakten, Skadelegevakten og Seksjon psykososiale tjenester (PSA). Av dette utgjør ca 58 % Skadelegevakten som tilhører OUS. Dvs at for sikkerhet er det rundt 8 årsverk som er knyttet til det resterende. I 2024 fikk sikkerhetsseksjonen tilført økt budsjetttramme for å kunne øke bemanningen på kveld og natt i helgene. Denne kostnadsveksten og endringen har OUS motsatt seg å dekke, selv om de har fått en utvidet og styrket tjeneste.

Av de samlet litt under 44 årsverkene i dagens seksjoner for ikke-medisinske tjenester, er det rundt 30 årsverk som er direkte knyttet til HELs virksomheter eller avdelinger ved Aker.

Beskrivelse av tiltak

Det foreslås å utrede muligheten for å kjøpe ikke-medisinske støttetjenester (renhold, eiendomsdrift) på legevakten fra OUS eller fra eksterne.

For **Renhold, service og drift** (RSD) vil det være formålstjenlig å skille ut renhold før en eventuell konkurranseutsetting. For renhold vurderer HEL selv to ulike muligheter:

- At alt renhold utføres av Oslobygg som eier bygget. HEL kjøper da inn renholdet på egne arealer fra Oslobygg. For tannklinikkene og for Storgata 51 kan renholdet overtas av en tredjepart gjennom kommunens samkjøpsavtaler eller huseier.
- At HEL kjøper alt renholdsarbeid fra en tredjepart for alle adresser. Også her vil man være forpliktet til å benytte kommunens samkjøpsavtaler for renholdsavtaler. Gjennomføringsmessig utføres dette da som en mini-konkurranse.

De resterende årsverkene innenfor RSD, ca. 8 årsverk antar vi ev. kan overtas av Oslobygg som eier av byggene. Vi har ikke vurdert endringer i volum på disse tjenestene.

For **sikkerhetsseksjonen** er det også to ulike alternativer:

- At OUS overtar ansvaret for tjenesten i sin helhet. Det er i størst grad her man har mulighet til å oppnå skalafordeler. Det er da naturlig at HEL forplikter seg til å kjøpe denne tjenesten fra OUS. Det er noe usikkert i hvilken grad dette kan gi økonomiske

gevinster på kort sikt, men det vil da bli et driftsmessig større miljø og man kan forhåpentligvis redusere den administrative delen av tjenesten. De ansatte i tjenesten til etaten i dag har en høy gjennomsnittsalder og det er behov for å tilrettelegge tjenesteutførelsen tilpasset eldre arbeidstakere. Dette er langt lettere i et større driftsmiljø uten at tjenesten blir for skadelidende. I tillegg har tjenesten hatt et høyt kort- og langtidsfravær. Denne løsningen vil da kunne gjennomføres ved en virksomhetsoverdragelse til ny arbeidsgiver. Universitetssykehuset har allerede stordriftsfordeler, og legevakten som er tilknyttet er et lite bygg i den sammenheng. Ettersom at HEL har 40 ansatte til disse tjenestene i dag, kan tiltaket eksempelvis medføre en virksomhetsoverdragelse til OUS. Alternativt vil disse ansatte bli overtallige ved en eventuell konkurranseutsetting.

- Alternativet er at også denne tjenesten konkurranseutsettes. For sikkerhetstjenester har Oslo kommune en innkjøpsordning der en rekke private aktører er kvalifisert. Det er derfor både innkjøpskompetanse og aktører klare til å overta tjenesten for HEL.

Det er krevende å fastsette et eksakt innsparingspotensial ved konkurranseutsetting. Institutt for samfunnsforskning (ISF) har i et forskningsarbeid om effektivitet i kommunale tjenester, beregnet et effektiviseringspotensial (hvor mye kostnadene kan reduseres med uten å redusere nivået på tjenesteproduksjon) med om lag 20 %¹⁵. Analysene er gjort på områdene barnehage, grunnskole og pleie og omsorg. HEL bruker 30 av de 44 årsverkene selv. For renhold, og for så vidt også de andre drifts- og servicetjenestene antar vi at det er enklest å la Oslobygg overta ansvaret (alternativ 1). For sikkerhet er det grunn til å forvente en større besparelse ved å dra nytte av skalafordelene ved at OUS overtar tjenestene i sin helhet. Utfordringen med dette alternativet er HELs og kommunens forpliktelse til OUS og at man i liten grad har et prispressmiddel overfor leverandør. I utgangspunktet vil man da kunne vurdere et avrop på en minikonkurranse som et alternativ for prising av tjenesten.

Felles for begge løsningene er at man har et apparat og tjenester internt for å gjennomføre anskaffelser eller gjennomføring av konkurranser. I tillegg vil en overdragelse av renhold til Oslobygg også kunne gjennomføres raskt og til forutsigbar kostnad.

Den endelige besparelsen knyttet til tiltaket må bekreftes i det videre utredningsarbeidet, men vi har antatt at kostnadene knyttet til de rundt 30 årsverkene er rundt 30 mill. kroner inkludert sosiale kostnader og driftskostnader for øvrig. Vi anslår rundt 10 % som en moderat forventning til økonomisk gevinst av endringene. I tillegg kommer redusert administrasjon for HEL uten at denne effekten er tatt inn som en økonomisk besparelse her. Hvis man anslår en besparelse på 10 % av dagens kostnader til tjenesten, kan man anta en besparelse på mellom 3 mill. kroner når tiltaket er gjennomført. Hvis man bestemmer seg for henholdsvis overdragelse av RDS til Oslobygg og sikkerhet til OUS til fordelaktig kostnadsutvikling, vil endringen kunne gjennomføres i løpet av 2026.

¹⁵ NTNU Samforsk | Nr. 4/25: Effektivitet i kommunale tjenester: Analyser for 2022-2023

Tiltak HEL1		Konkurransetsetting av ikke-medisinske tjenester på legevakt				
Det foreslås å utrede muligheten for å kjøpe ikke-medisinske støttetjenester (renhold, eiendomsdrift) på legevakten fra OUS. Universitetssykehuset har allerede stordriftsfordeler, og legevakten som er tilknyttet er et lite bygg i den sammenheng. HEL har omtrent 30 årsverk direkte knyttet til egne tjenester fra disse seksjonene. Hvis man anslår at en besparelse på 10 % av dagens kostnader til tjenesten, kan man anta en besparelse på mellom 3 mill. kroner (forutsatt at ett årsverk koster 1 mill. kroner).						
Økonomisk effekt (driftsvirkning i hele kroner, positive tall beskriver redusert kostnad)	2026	2027	2028	2029	2030 →	
	0	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	
	Økonomisk effekt er basert på en reduksjon av kostnader anslagsvis 10 %. Dette tilsvarer 3 mill. kroner. Hvis en overdragelse av sikkerhet til OUS ikke gir ønsket besparelse, vil man ha et godt alternativ i å konkurransetsette denne tjenesten. Dette gjelder også hvis Oslobygg ikke kan tilby konkurransedyktige priser for renhold, drift og service.					
Estimatusikkerhet Middels usikkerhet	Estimatet er forbundet med middels usikkerhet og må sjekkes ut. Renhold og sikkerhet er områder kommunen har avtaler med private på. Det er derfor relativt enkelt å sjekke ut hvilke priser man kan oppnå, selv om man velger kjøper fra Oslobygg eller fra OUS. Vi har ikke vurdert dagens tjenester med tanke på effektivitet, men det er grunn til å anta at man kan spare minst 10 % ved å gjennomføre disse endringene, blant annet grunnet skalafordeler, redusert sårbarhet knyttet til sykefravær og alderssammensetningen blant det ansatte.					
Gjennomførings-usikkerhet Lav usikkerhet	Ved overdragelse til henholdsvis Oslobygg og OUS må prosessene knyttet til ev. virksomhetsoverdragelse og kontrakt gjennomgås. Hvis man blir usikker på pris bør det vurderes om man skal gjennomføre en konkurranse for å sikre rett nivå. Kommunen har kompetanse, kapasitet og rutiner for gjennomføring av slike konkurranse, så det er lav risiko knyttet til gjennomføring og oppfølging av kontrakt.					
Konsekvenser for samfunnsflokke, kommunemål og innbyggere Noe positiv	Tiltaket kan bidra til kommunemål 4 om at Oslo er veldrevet og leverer innbyggerorienterte og sammenhengende tjenester.					
Konsekvenser for ansatte/ organisasjonen Noe negativ	Tiltaket vil ha direkte innvirkning på de ansatte som jobber i tjenestene som berøres. Det er en risiko for at de ansatte blir overtallige, eventuelt overdras til OUS. Hvis renhold overtas av Oslobygg bør de ansatte kunne overdras/flyttes til dette foretaket					
Samlet vurdering	Tiltaket gir en moderat økonomisk effekt, men har relativ lav usikkerhet knyttet til estimat og gjennomføring.					

Tiltak HEL2 – Ikke-lovpålagte funksjoner: Omorganisere forsterket rehabilitering**Beskrivelse av dagens situasjon**

Forsterket rehabilitering (FRA) er et spesialisert tilbud i Oslo kommune som retter seg mot personer med omfattende rehabiliteringsbehov, ofte etter sykehusopphold. Tilbudet fungerer som en spesialistenhet med kompetansemiljø innen rehabilitering. Tilbudet til FRA har en annen målgruppe enn helsehusene, hvor målgruppen er pasienter med rehabiliteringsbehov som kan nyttiggjøre seg høyintensiv trening. FRA har tidligere vært en egen avdeling i SYE med subsidiert pris, men ble senere omorganisert til en egen enhet. Samlet er det rundt 43 årsverk tilknyttet tjenesten i 2025. Avdelingen har 25 korttidsplasser (rehabilitering). Dette er fordelt på 10 dobbeltrom og 5 enkeltrom.

Siden 2017 har tilbudet vært finansiert ved at det er fratrasket rammene til bydelene og ikke koblet mot virkelig forbruk av plasser. Dette kan ha bidratt til høy etterspørsel og kø for å få plass. Selv om rehabilitering er en lovpålagt tjeneste, er ikke FRA som enhet lovpålagt. Det er et særskilt tilbud i Oslo kommune som ikke finnes i andre kommuner.

Finansieringsmodellen, der dette er «gratis» for bydelene, kan bidra til at FRA fremstår som et mer attraktivt alternativ sammenlignet med for eksempel helsehusene. For opphold på helsehusene betaler bydelene en fast pris. Dette kan føre til uheldige virkninger for utnyttelse av kapasitet og at man får en skjev og uheldig ressursutnyttelse for kommunen samlet. Det blir for tilfeldig hvem (hvilken bydel og hvilken innbygger) som nyter godt av tilbudet. Det mottas tre ganger så mange søknader som det finnes plasser, og saksbehandling knyttet til denne tjenesten er dermed også ressurskrevende i seg selv.

Beskrivelse av tiltaket

Tiltaket innebærer en vurdering av hvordan FRA-tilbudet kan omorganiseres eller integreres i eksisterende helsetjenester, som helsehusene. Målet er å sikre et fortsatt godt rehabiliteringstilbud, samtidig som ressursbruken optimaliseres og finansieringsmodellen harmoniseres med øvrige tjenester, da spesielt inn mot helsehusene og sykehustjenestene. Pasientene ved dagens FRA krever intensivt trening, men ikke alle pasientene nødvendigvis er eldre med skrøplighet. Dette forholdet må ivaretas med en omorganisering av tilbudet.

Samspeillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen fungerer i hovedsak godt, men det kan også oppstå uklarheter i grenseflatene mellom tjenestenivåene. FRA-tilbudet er et typisk grenseflateområde, og det er usikkert om sykehusene har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta pasientgruppen dersom det kommunale tilbudet skulle endres. En eventuell reduksjon i tilbudet kan skape både uheldige konsekvenser for brukerne, men også for bydelene som må ivareta disse pasientene på annet vis. Det er heller ikke gitt at spesialisthelsetjenesten vil etablere tilsvarende tilbud hvis kommunens FRA-tilbud bortfaller eller reduseres, selv om spesialisthelsetjenesten i andre deler av landet kan ha et tilsvarende tilbud innenfor sine tjenester.

Det kan være aktuelt å vurdere om FRA kan inngå som en spesialisert enhet under helsehusparaplyen, men med en finansieringsmodell som er mer lik en sykehjemsplass. Intensjonen må være at dette kan bidra til mer likebehandling mellom tjenester og gi bydelene et tydeligere finansieringsansvar også for disse tjenestene. Dersom dette medfører at pasienter rutes til riktig tjeneste først, kan dette også gi effektiviseringsgevinster knyttet til saksbehandling av søknader. Dersom FRA-plassene mottar tre ganger så mange søknader som antall plasser, antas det at flere av disse kunne fått annet helsetilbud.

Samlet kostnad til FRA-tilbudet er estimert til rundt 55 mill. kroner hvert år. En omorganisering og integrering bør ha en effekt på mellom 10-20 prosent uten at dette reduserer tilbudsvolumet eller kvalitet utført på helsehusene. Et tilleggsargument er at man da også fjerner dette som et «gratis-tilbud» og at det også vil kunne få effekter for bruk og etterspørsel.

Tiltak HEL2		Ikke-lovpålagte funksjoner: Omorganisere forsterket rehabilitering				
Tiltaket forslår å flytte tjenestene ut til helsehusene og gjøre tjenesten tettere integrert i denne tjenesten. Tiltaket innebærer at finansieringsmodellen for denne tjenesten må ligne mer på den som gjelder for en plass ved et langtidshjem. Flyttingen bør utredes før den iverksettes, men bør ha en ambisjon om å redusere kostnadsnivået kommunen har for tilbudet i dag med mellom 10-20 prosent.						
Økonomisk effekt (driftsvirkning i hele kroner, positive tall beskriver redusert kostnad)	2026	2027	2028	2029	2030 →	
	2 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000
Samlet budsjett er rundt 55 mill. kroner i året. En reduksjon på rundt 10-20 prosent vil bety mellom 5,5 til 11 mill. kroner hvert år. Grunnet usikkerhet til effekt og etterspørsel er samlet innsparingseffekt justert noe ned i oversikten her.						
Estimatusikkerhet	Det kan være forhold knyttet til etterspørsel og behov som endres når tjenesten ikke lenger er «gratis» for bydelene og etterspørere. Samtidig dekker FRA i dag et behov som fortsatt vil være der. I tillegg er dette et tilbud som er unikt i kommunal sammenheng, hvor tjenester til denne brukergruppen dekkes på en annen måte i øvrige deler av landet. Det er også antatt at deler av dette behovet løses av spesialisthelsetjenesten og ikke av kommunene direkte.					
Middels usikkerhet						
Gjennomføringsusikkerhet	Dagens spesialiserte tjeneste blir fragmentert og fordelt på helsehusene. Det vil være behov for avklaring av tjenesteinnhold og nivå på tvers av helsehusene. Dette kan gi implikasjoner på hva som vil være den samlede gevinsten. En tett integrering der man tilpasser tjenesten kan, ved bevisst oppmerksomhet på gevinstrealisering, gi større ressursmessige effekter enn skissert her.					
Stor usikkerhet						
I tillegg er dette en tjeneste som berøres av bydelsreformen, og utredningen tilknyttet dette kan påvirke gjennomføringsusikkerheten til tiltaket.						
Konsekvenser for samfunnsfloker, kommunemål og innbyggere	Kan medføre at flere pasienter blir sendt til vanlig helsehusplass og får et noe redusert tilbud. Samtidig kan det være at fjerning av gratisprinsippet medfører at det er de pasientene med størst behov som får tjenesten. En annen effekt kan være at når dette legges til helsehusene, blir pasienten fordelt riktig tidligere, siden tilbudet er tett på helsehusenes daglige drift.					
Nøytral						
Konsekvenser for ansatte/organisasjonen	De ansatte ved dagens enhet må endre arbeidssted. Foreslår at tiltaket utredes der man sikrer tilstrekkelig involvering og medvirkning.					
Noe negativ						
Samlet vurdering	Tiltaket har en økonomisk effekt, men en rekke forutsetninger som påvirker estimatusikkerhet og gjennomføringsusikkerhet. Dette tiltaket berører også problemstillinger som omtales i bydelsreformen, og tiltaket bør dermed sees i sammenheng med disse i en eventuell utredning					

3.4 Sykehjemsetaten

3.4.1 Pågående prosesser

SYE har igangsatt flere tiltak og prosesser med mål om å effektivisere drift og ressursbruk. Et sentralt grep er innføringen av pasientvarslingssystem med digitalt tilsyn i 12 kommunale og kommersielt driftede langtidshjem, som har gitt en reduksjon i nattbemanning og bedre oversikt over responstid. Dette er en del av et større teknologisk løft, hvor etaten har tatt en ledende rolle i bruk av 5G og digital infrastruktur i samarbeid med Oslobygg og NetNordic.

Etaten jobber også med oppgavedeling og har startet et forsøk med nye bemanningsordninger for drift av langtidshjem som inkluderer eiendomsdrifts tjenester. Hensikten er bedre koordinering av arbeidsoppgaver slik at tilgjengelig arbeidskraft utnyttes mer effektivt. Dette innebærer at flere funksjoner og tjenester, som vedlikehold, rengjøring og matservering, kan håndteres mer fleksibelt, samtidig som det frigjør tid for helsepersonell til å fokusere på pasientomsorg. Undersøkelser viser at opptil 30 % av oppgavene rundt beboeren på langtidshjem kan utføres av andre enn helsepersonell. Målet med forsøket er å sette kommunen bedre i stand til å møte utfordringene den økende etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester medfører, og samtidig unngå for stor belastning på medarbeiderne.

I forlengelse av behov for nytenkning med tanke på framtiden og de demografiske endringene, har SYE startet opp et arbeid hvor de ser på om porteføljen er riktig. Et sentralt tema er det store gapet mellom fremtidig behov og tilgjengelig kapasitet, og hvordan etaten kan organisere seg best mulig for dette. Hvis kommunen fortsetter å drifte som i dag, vil det være behov for å bygge 19 nye sykehjem fram mot 2040, noe kommunen verken har helsepersonell, eller investeringsmidler til. Kommunen må trolig prioritere å bygge andre oppholdstilbud enn sykehjem for å møte økningen i eldrebefolkningen framover.

Det ligger også muligheter i å se tjenester mer på tvers av kommunen, for eksempel potensiale for ambulering. Etaten er i prosess for å søke om midler til legevaktilbud på sine institusjonstilbud, for å redusere belastningen på legevakten.

I forbindelse med bygging av et nytt konsept på Oppsal, har SYE et samarbeid med bydelen hvor etaten skal tilby alt innenfor helse, mens bydelen tilbyr resten.

Etaten har også gjennomført et GAT¹⁶-prosjekt for standardisering av turnus og bemanning, med mål om å redusere lønnskostnader, som utgjør 92 % av driftsutgiftene.

3.4.2 Potensial for effektivisering og identifiserte effektiviseringstiltak

SYE har budsjetterte netto driftsutgifter på 1 738 mill. kroner i 2025, og står for 2,6 % av kommunens samlede netto driftsutgifter.

For SYEs tjenester er det potensiale for effektivisering i grensesnittet mellom bydel og etat. Dagens modell med 15 bydeler som estimerer behov og gjør vedtak kan medføre en uforutsigbarhet og asymmetrisk risiko for SYE, som må opprettholde kapasitet uavhengig av faktisk bruk. Dette gjelder særlig på langtidshjem, hvor det er gap mellom estimert og faktisk bruk av plasser. Fritt sykehjemvalg og vedtak om plass innen 14 dager bidrar til overkapasitet

¹⁶ System for bemanningsplanlegging og personalstyring

og begrenser SYEs mulighet til å tilpasse drift. Ved helsehus kan modellen med forhåndsbetalte plasser føre til at økonomiske insentiver overstyrer pasientbehov.

Det ligger et stort effektiviseringspotensial knyttet til økt utnyttelse av velferdsteknologi i sektoren. Etaten har imidlertid mange gamle bygg, som per i dag ikke har den nødvendige infrastrukturen for å ta teknologien i bruk. Det vil derfor kreve oppgradering av byggenes tekniske infrastruktur for å kunne implementere ny teknologi. Sykehjemmene har allerede en del teknisk gjeld, noe som innebærer at det uansett vil påløpe betydelige kostnader for å redusere dette etterslepet. Investeringer i grunnleggende infrastruktur vil derfor være nødvendig uavhengig av ambisjonsnivået for innføring av velferdsteknologi.

Sykefravær

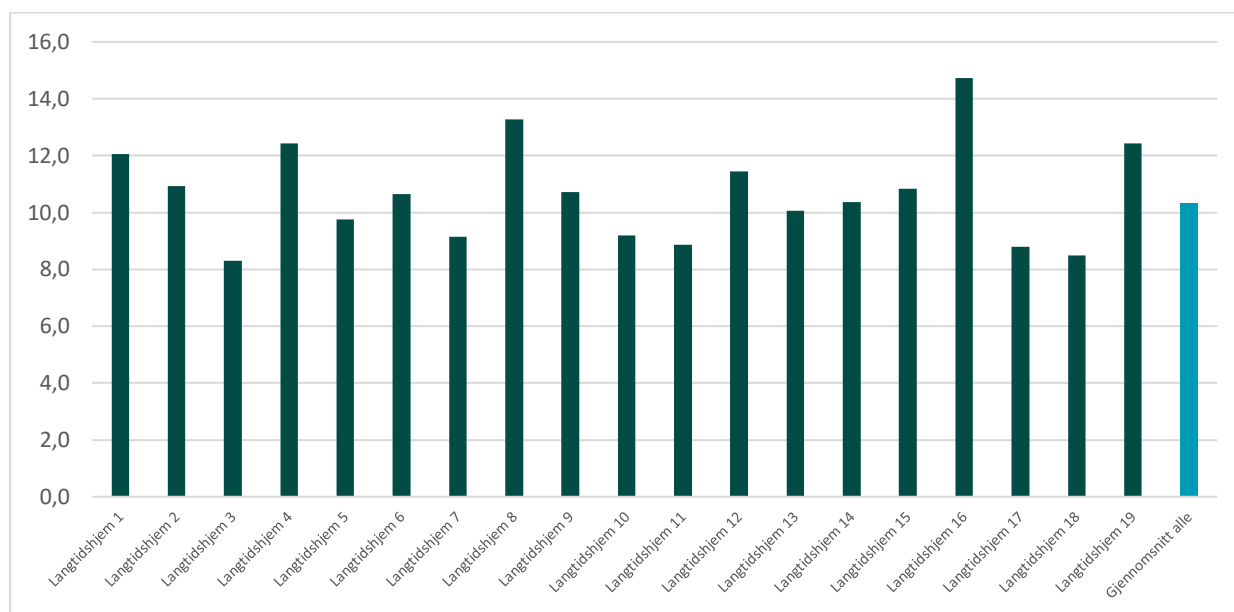
Sykefraværet i kommunens langtidshjem har 1. halvår 2025 ligget på rundt 9,4 prosent. I 2024 var samlet sykefravær for kommunen noe høyere, rundt 9,5 prosent. Av dette var rundt 3,4 prosent korttidsfravær (mindre enn 16 dager) og rundt 6,1 prosent langtidsfravær.

Sykefraværet varierer betydelig internt i Oslo kommune. Sykefraværet for bydelene ligger i snitt, noe høyere, enn for kommunen samlet. I 2024 var gjennomsnittet rundt 11,5 prosent. I første halvår rundt 11,4 prosent.

For de kommunale langtidshjemmene er det også en del variasjoner i sykefraværstallene. For å ikke vektlegge enkeltår for mye viser vi her gjennomsnittet for årene 2022 til 2024 på et utvalg av de kommunale langtidshjemmene.

Tallene i grafen under er fra perioden 2022 til 2024, som er før kommunen konkurranseutsatte driften ved fire kommunale langtidshjem.

Figur 19: Gjennomsnittlig sykefravær for kommunens langtidshjem 2022-2024, i prosent



Kilde: SYE

KS har, på vegne av kommunene, utviklet et eget verktøy for beregning av kostnader ved sykefravær. Refusjonsreglene og avtalen mellom NAV og kommunene innebærer blant annet at

kommunen normalt må dekke korttidsfraværet selv, mens langtidsfraværet kan kommunene søke refusjon for.

Ved å gjennomgå fordelingen av antall årsverk, sykefraværsprosenten inkludert en fordeling av korttidsfraværet og langtidsfraværet vil et grovt estimat på samlede sykefraværskostnader være rundt 500 MNOK¹⁷ for 2024. Dette kan avvike fra kommunes regnskapsførte kostnader til vikarer og overtid, men indikerer mer et anslag på hva sykefraværet koster kommunen isolert sett. Sammensetningen av fraværet og splittingen mellom hva som dekkes av NAV og hva som dekkes av kommunen viser at kommunen selv må dekke rundt 240 MNOK av disse kostnadene. Dette betinger at kommunen klarer å få refundert alt kommunen har krav på. I praksis vil dette si at for hver prosent kommunen klarer å redusere det samlede sykefraværet ved langtidshjemmene vil man redusere kommunens kostnader med minst 24 MNOK. I betraktningen her har man ikke tatt inn spesielle forhold eller avvikende rutiner for hva kommunen gir av tillegg til sykemeldte som ikke faktisk utfører ekstravakter.

KS publiserer årlig statistikk som viser kommunens legemeldte sykefraværsgangsverk. Denne inkluderer ikke Oslo men gir god innsikt i nivået til øvrige kommuner, da på det som er det legemeldte fraværet.

Kommunens kostnader ved sykefravær er betydelige, og kommunen får bare i begrenset grad kostnadene refundert via sykelønnsrefusjon fra NAV.

Statistikk fra KS viser at det gjennomsnittlige legemeldte sykefraværet ved langtidshjemmene i Oslo ikke ligger spesielt høyt sammenlignet med andre større kommuner. Likevel vil det være betydelige kostnader å spare ved redusert sykefraværet ved langtidshjemmene.

Basert på sektorgjennomgangen av SYE har vi identifisert følgende effektiviseringstiltak:

- SYE1 - Justering av fritt sykehjemvalg for styrket kapasitetsstyring
- SYE2 - Tilpasning fra heltidssykehjem til ordinær drift
- SYE3 - Utvide pasientvarslingssystem med digitalt tilsyn
- SYE4 - Vurdere andre finansieringsmodeller i helsehus
- SYE5 - Justere kommunens betingelser ved konkurranseutsetting av langtidshjem

¹⁷ Forutsetter rundt 5 000 ansatte ved kommunens langtidshjem.

Tiltak SYE1 - Justering av fritt sykehjemvalg for styrket kapasitetsstyring

Beskrivelse av dagens situasjon

Det har tidligere vært innenfor SYE sitt mandat at de kan behovsstyre antall langtidsplasser¹⁸. Dette innebar at etaten kunne legge opp og ned plasser i takt med etterspørsel, og dermed effektivt tilpasse driften etter behov. Fleksibiliteten gjorde det mulig å stenge avdelinger midlertidig ved lavt belegg, og slik redusere unødvendige kostnader.

I dag er dette handlingsrommet i stor grad fjernet. Fritt sykehjemvalg begrenser i praksis SYE mulighet til å tilpasse driften løpende. Dette har ført til en situasjon der SYE må opprettholde full drift og bemanning, selv når det er ledige plasser, og står uten mulighet til midlertidig nedstenging eller til å omdisponere kapasitet på en fleksibel måte.

Beleggsprosenten på langtids hjem har variert mellom 96,0-98,8 % fra 2022-2025.

Budsjettrammen til SYE legger til grunn en beleggsprosent på 98 %, blant annet for å ta høyde for at det avsettes tre dager til pårørendes rydding og klargjøring av rommet før det kan tas i bruk av en ny beboer. Det betyr at plassen blir meldt som ledig etter disse tre dagene, og først da kommer inn i statistikken over ledige plasser. Alt under 98 % blir dermed et «inntektstap» som de i utgangspunktet ikke er finansiert for å håndtere. Når etatens adgang til å tilpasse driften til behovet er begrenset gir dette et effektivitetstap for kommunen. Med dagens belegg på 96,3 % innebærer dette i praksis at det til enhver tid kan stå om lag 75 ledige langtidsplasser.

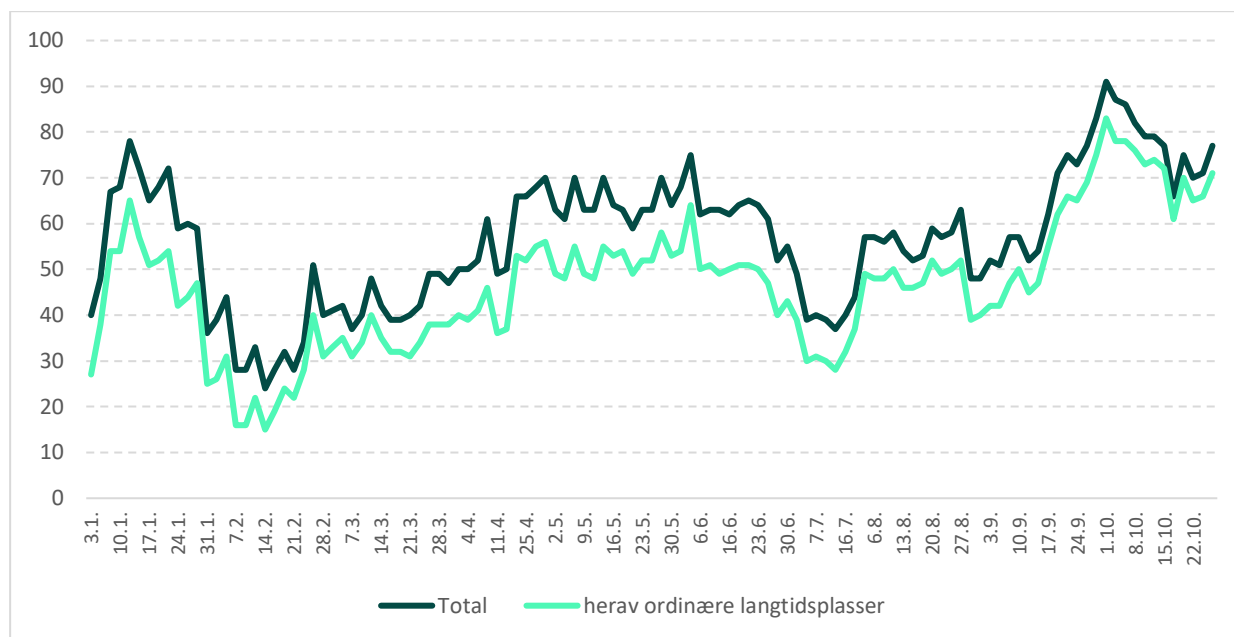
Antall ledige plasser varierer gjennom året, og figuren under viser antall ledige langtidsplasser så langt i 2025. Disse telles kun når rommet er klart til innflytting for ny beboer. Rom som eksempelvis er tilbudt til en beboer, og avventer bekreftelse fra beboeren, medregnes ikke i denne statistikken.

En tom plass gir SYE et inntektstap på 1 180 780 kr i året. Denne inntekten skal da hovedsakelig dekke selve driftskostnaden av langtids hjemmet (lønn + driftskostnader). I tillegg skal den dekke felleskostnader, slik som forvaltning drift og vedlikehold (FDV) på byggene og administrasjon sentralt. Kommunens samlede kostnader ved en institusjonsplass er noe høyere enn dette inntektstapet. Beregninger blant annet i ASSS viser samlede brutto driftskostnader på nesten 1,8 mill. kroner. Hvis vi korrigerer disse tallene for kostnader ved selve lokalene (renhold, strøm, vedlikehold) er kommunens samlede institusjonskostnader rundt 1,5 til 1,6 mill. kroner per plass per år.

I 2025 ble bydelenes rammer styrket med 85 mill. kroner. Formålet med styrkingen var å legge til rette for økt kjøp av sykehjemsplasser. På tross av dette melder etaten at bydelenes samlede kjøp for 2025 har vært lavere enn forutsatt gjennom året.

¹⁸ | Oslo er langtidsplasser tilsvarende det som ofte omtales som sykehjemsplasser.

Figur 20: Antall ledige langtidsplasser i 2025



Kilde: SYE

I dag anslår bydelene sitt behov for langtidsplasser for 6 måneder av gangen. Det vil si at i juni definerer bydelene sitt behov for perioden januar-juni neste år. Dette er ikke bindende for bydel, kun et anslag. En utfordring med denne ordningen er at SYE sitter med hele den økonomiske risikoen for om anslagene fra bydelene avviker fra faktisk etterspørsel. SYE må ha tilgjengelig kapasitet ut fra det estimerte behovet. En modell hvor man i større grad forplikter bydelene til å fremskrive og oppdatere behov løpende kan bidra til bedre forutsigbarhet for SYEs kapasitetsstyring. Dette må til selv om SYE i utgangspunktet kan be bydelene om oppdaterte prognoser på behov hyppigere enn to ganger i året.

Beskrivelse av tiltak/endring

Tiltaket innebærer at politisk vedtak om fritt sykehjemvalg revurderes, eller nyanseres, slik at det ikke står i veien for effektiv kapasitetsstyring. Dette kan bidra til at SYE i større grad kan behovsstyre kapasiteten i tråd med etterspørsel, samle ledigheten ett sted og midlertidig stenge avdelinger ved lavt belegg. Dette vil gi etaten nødvendig fleksibilitet til å tilpasse driften og redusere unødvendige kostnader.

Videre bør treffsikkerheten i fremskrevet behov for sykehjemsplasser i bydelene økes, og det bør eventuelt etableres tydeligere forpliktelser for bydelene når faktisk behov og fremskrevet behov avviker, slik at SYE kan planlegge og dimensjonere kapasiteten mer presist. Tiltaket vil kunne gi betydelige økonomiske gevinster, ved å redusere overbemanning og unødvendig drift av tomme plasser. Hvis dagens (per desember 2025) nivå av ledige plasser fortsetter er det viktig at etaten tilpasser kapasiteten til reelt forbruk og faktisk behov. Dette tiltaket skal være med å bidra til dette.

Vi har laget et regneeksempel ved at SYE kan effektivisere kapasitetsstyringen og samle ledigheten i én avdeling (med 20 plasser). Det viser at man kunne tatt ned bemanningsbehov midlertidig med 23,6 mill. kroner uten at kapasiteten berøres. Dette forutsetter at en ledig plass gir et inntektsstap på 1 180 780 kr.

Tiltak SYE1 Justering av fritt sykehjemvalg for styrket kapasitetsstyring					
Tiltaket innebærer at SYE får tilbake mandat om å behovsstyre antall langtidsplasser. Dette innebærer at etaten gis myndighet til å legge opp og ned plasser i tråd med faktisk etterspørsel, inkludert mulighet til å midlertidig stenge avdelinger ved lavt belegg. Tiltaket forutsetter at politisk vedtak om fritt sykehjemvalg revurderes, eller nyanseres, slik at det ikke står i veien for effektiv kapasitetsstyring. Videre bør det etableres tydeligere forpliktelser fra bydelene når det gjelder framskriving av behov, slik at SYE kan planlegge og dimensjonere kapasiteten mer presist.					
Økonomisk effekt (driftsvirkning i hele kroner, positive tall beskriver redusert kostnad)	2026	2027	2028	2029	2030 →
	0	5 000 000	10 000 000	24 000 000	24 000 000
	Økonomisk effekt er basert på kostnaden ved å drive tomme plasser i dag, som potensielt kunne vært redusert ved at SYE kan behovsstyre kapasitet ut fra etterspørsel. Et regneeksempel ved at SYE kan samle ledigheten i én avdeling (med 20 plasser), kunne man tatt ned bemanningsbehov med 23,6 mill. kroner uten at kapasiteten berøres. Forutsetter at kostnad per plass er 1 180 780 kr. Tiltaket tar tid å innføre og det er også hensyntatt i beregningen her.				
Estimatusikkerhet Middels usikkerhet	Estimatusikkerhet vurderes til middels, ettersom økonomisk effekt vil påvirkes av etterspørsel og hvorvidt SYE klarer å behovsjustere kapasiteten effektivt.				
Gjennomføringsusikkerhet Middels usikkerhet	Gjennomføringsusikkerhet vurderes til middels. Tiltaket krever vedtak i bystyret dersom fritt sykehjemvalg skal revurderes eller nyanseres, og det vil dermed ta tid før tiltaket får full effekt. Gjennomføring vil også påvirkes av etterspørsel og hvorvidt SYE klarer å midlertidig stenge avdelinger etter behov.				
Konsekvenser for samfunnsfloker, kommunemål og innbyggere Noe positiv	Tiltaket har positive konsekvenser for kommunemål 5, da tiltaket gir bedre ressursutnyttelse og mer effektiv bruk av langtidsplasser. En eventuell fjerning av fritt sykehjemvalg kan oppleves negativt for brukeren, Selv om erfaringer tilsier at brukere ofte ikke ønsker å bytte plass når de først har blitt plassert på et midlertidig langtidshjem (som ikke var på førsteplass på ønskelisten). Siden kapasiteten ikke reduseres, vil dette tiltaket ikke medføre lengre ventelister.				
Konsekvenser for ansatte/organisasjonen Nøytral	Dersom tiltaket gjennomføres og SYE får mandat til å midlertidig avvikle institusjoner som ikke fylles opp, kan tiltaket medføre at ansatte blir omdisponert til annet langtidshjem/tjeneste. Det er lite sannsynlig at de ansatte vil påvirkes i form av overtallighet, da det er stor etterspørsel etter helsepersonell.				
Samlet vurdering	Tiltaket har stor økonomiske effekt. Tiltaket har få negative konsekvenser samfunnsfloker, kommunemål og ansatte.				

Tiltak SYE2 – Tilpasning fra heltidssykehjem til ordinær drift

Beskrivelse av dagens situasjon

Under forrige bystyreperiode ble det bevilget 14 mill. kroner til drift av Lambertseterhjemmet som et heltidssykehjem, en modell hvor alle ansatte har 100 % stillinger. En slik modell er uvanlig i norsk sammenheng, da standard turnusstillinger i helse- og omsorgssektoren normalt tilsvarer 80 % stilling (30 timer per uke) i henhold til Helsedirektoratets anbefalinger.

Effektiviseringsprogrammet er heller ikke kjent med at noen andre kommuner i Norge har en slik ordning. Et krav om 100 % stilling til alle ansatte ved et sykehjem skaper utfordringer for en turnusbemannet drift, da man i praksis får for mange ansatte på dagtid for å ha nok ansatte til å dekke opp i helgene.

For å imøtekomme kravet om heltid, har Lambertseterhjemmet derfor organisert driften med langvakter i helgene og opprettet en egen ressurspool for å holde arbeidsbelastningen jevn og kostnadene så lave som mulig. Likevel medfører modellen betydelige merkostnader. Driften av en slik modell koster om lag 14 mill. kroner mer i året enn standard drift på andre sykehjem.

Kravet om heltidsstillinger gjør det utfordrende å få turnusen til å gå opp, og bidrar samtidig til økte kostnader knyttet til vikarbruk. Dersom ansatte tar ekstravakter, utløses det automatisk 100 % overtid, noe som gjør bemanningen kostbar. Det er heller ikke dokumentert tidligere at denne modellen gir bedre kvalitet i tjenestene enn ordinær driftsmodell.

I 2023 ble det vedtatt av byrådet at det skal gjennomføres en følgeforskning over to år for å dokumentere erfaringer med heltidssykehjemmet, da dette er det eneste av sitt slag i Norge. Følgeforskningen skal kunne dokumentere gevinster, besparelser og andre forhold knyttet til at det bare er hele stillinger. Endelig sluttrapport for følgeforskningen er ikke ferdig før 1. kvartal 2026, men foreløpige funn fra midtveisrapporten viser at Lambertseterhjemmet har betydelig høyere vikarkostnader, samtidig som de også har høyere antall timebruk på de ansatte. Til tross for dette er det lite som tyder på at Lambertseterhjemmet verken har høyere kvalitet i tjenesten, eller høyere tilfredshet blant ansatte totalt sett.

Beskrivelse av tiltaket

Tiltaket innebærer en gradvis tilpasning fra heltidssykehjem til ordinær driftsmodell ved Lambertseterhjemmet. Dette må imidlertid gjøres over tid, ettersom de ansatte må beholde sine etablerte stillinger. Tilpasningen til ordinær drift vil dermed foregå gjennom naturlig avgang, eller eventuell flytting til andre sykehjem. Tiltaket vil gradvis redusere kostnaden til drift av sykehjemmet med om lag 14 mill. kroner i året.

Byrådet har imidlertid som mål å innføre ordning med langvakter på permanent basis i langtidshjemmene. Dersom dette besluttes vil det ikke være mulig å spare 14 mill. kroner ved å gjøre om på heltidsmodellen for Lambertseterhjemmet, ettersom ordning med langvakter har en høyere kostnad enn dagens modell.

Tiltak SYE2		Tilpasning fra heltidssykehjem til ordinær drift				
Tiltaket innebærer en gradvis tilpasning fra heltidssykehjem til ordinær driftsmodell ved Lambertseterhjemmet. Dette må imidlertid gjøres over tid, ettersom de ansatte må beholde sine etablerte stillinger. Tilpasningen til ordinær drift vil dermed foregå gjennom naturlig avgang, eller eventuell flytting til andre sykehjemhjem.						
Økonomisk effekt (driftsvirkning i hele kroner, positive tall beskriver redusert kostnad)	2026	2027	2028	2029	2030 →	
	0	3 000 000	7 000 000	14 000 000	14 000 000	
	Økonomisk effekt tar utgangspunkt i omtrentlig merforbruk sykehjemmet har som følge av høyere stillinger, vikarforbruk og ekstra tillegg.					
Estimatusikkerhet Middels usikkerhet	Estimatusikkerhet vurderes til middels, da estimatet er omtrentlig. Vikarforbruk og tillegg vil også variere i andre former for driftsmodeller. Byrådet har imidlertid som mål å innføre ordning med langvakter på permanent basis i langtidshjemmene. Dersom dette besluttet vil det ikke være mulig å spare 14 mill. kroner ved å gjøre om på heltidsmodellen for Lambertseterhjemmet, ettersom ordning med langvakter har en høyere kostnad enn dagens modell. I den grad den blir justert, vil det bli innført en ordning med langvakter slik nåværende byråd gradvis vil innføre.					
Gjennomføringsusikkerhet Middels usikkerhet	Gjennomføringsusikkerhet vurderes til middels, da det vil ta noe tid før man kan ta ut full økonomisk gevinst av tiltaket. Tiltaket er også avhengig av oppheving av politisk vedtak for gjennomføring.					
Konsekvenser for samfunnsflokke, kommunemål og innbyggere Nøytral	Vi har ikke identifisert noen virkninger på samfunnsflokke eller kommunemål av som følge av tiltaket. Det er ikke dokumentert at modellen gir bedre kvalitet i tjenestene enn ordinær driftsmodell, og det antas derfor at tiltaket ikke vil ha negative konsekvenser for brukerne.					
Konsekvenser for ansatte/ organisasjonen Nøytral	Eksisterende ansatte vil beholde sine stillingsprosenter, men tiltaket vil påvirke arbeidstidsordninger og stillingsstørrelser for nyansatte. Overgangen vil skje gradvis gjennom naturlig avgang og eventuell omplassering. Tiltaket kan derfor føre til endringer i arbeidssted over tid. Det vil også kunne redusere behovet for egen ressurspool og bidra til mer effektiv bemanningsplanlegging.					
Samlet vurdering	Tiltaket er forventet å gi økonomiske besparelser og ingen betydelige konsekvenser for samfunnsflokke og kommunemål.					

Tiltak SYE3 – Utvide pasientvarslingsystem med digitalt tilsyn**Beskrivelse av dagens situasjon**

Byrådet har satt av til sammen 237,3 mill. i 2025 og 2026 for nye pasientvarslingsystem med digitalt tilsyn på 12 langtidshjem med totalt 1214 langtidsplasser. Av disse er Abildsø, Bjølsenhjemmet, Kantarellen og Uranienborghjemmet kommersielt driftet. De resterende 832 plasser er kommunalt driftede langtidshjem. I tabellen til høyre fremgår det hvilke langtidshjem og antall plasser det gjelder.

Med det nye systemet får de ansatte raskere tilgang og bedre oversikt over varsler og hendelser. Den nye teknologien er forventet å gi færre pasientskader, økt trygghet og trivsel hos pasienter, beboere og ansatte, øke kvaliteten på pasientbehandlingen og redusere behov for ekstra personell, samt frigjøre mer tid. Investering i pasientvarslingsystem med digitalt tilsyn vil kunne frigjøre tid for ansatte og medføre behov for færre nattevakter. SYEs ramme er derfor tilsvarende redusert med 20 mill. i 2026, 25 mill. i 2027 og 30 mill. i 2028.

Det er de kommersielt drevne langtidshjemmene som gjenstår for utrulling av system og digitalt tilsyn.

Langtidshjem	Plasser
Abildsøhjemmet	60
Bjølsenhjemmet	128
Ellingsrudhjemmet	146
Kantarellenhjemmet	96
Langerudhjemmet	161
Lillohjemmet	72
Madserudhjemmet	81
Midtåsenhjemmet	93
Stovnerskoghjemmet	148
Ullernhjemmet	48
Uranienborghjemmet	98
Vinderenhjemmet	83
Sum	1214

Beskrivelse av tiltaket/endringen

Tiltaket innebærer at implementering av pasientvarslingsystem med digitalt tilsyn kan videreføres til ytterligere 1 000 plasser i kommunens langtidshjem. Det er estimert at investeringsbehovet for 1 000 heldøgns plasser tilsvarer omtrent 200 mill. kroner. En sentral utfordring for de resterende langtidshjemmene er at de har mye «teknisk gjeld» (det akkumulerte etterslepet i IKT- og medisinteknisk infrastruktur, programvare og integrasjoner). Dette etterslepet kommer som følge av tidligere prioriteringer, utsatt vedlikehold og fragmenterte løsninger. En slik «gjeld» reduserer mulighetene for å etablere ønsket funksjonalitet, sikkerhet og behov for endringer. En betydelig del av disse kostnadene, estimert til rundt 60 %, antas å dekke behov for oppgradering av relativ ordinær teknisk infrastruktur. Disse byggene er ikke tilrettelagt for bruk av den type teknologi i dag. I dette tiltaket har vi inkludert disse kostnadene til investering, men i realiteten er dette kostnader som ikke kommunen kommer unna uansett. Siden investeringskostnadene ikke belastes direkte i driften, har vi beregnet forventede driftskostnader som konsekvens av investeringen. Hvis man tar utgangspunkt i samlet investering på 200 mill. kroner og at tjenesten leveres som sky-tjeneste og omfatter rundt 1000 plasser, vil et realistisk anslag ligge på rundt 25 mill. kroner i årlige driftskostnader (avdrag, renter og lisens). Hvis man for eksempel forutsetter at 60 % av dette er infrastruktur man uansett må oppgradere, er restbeløpet knyttet til varslingsystemet rundt 10 mill. kroner årlig. Vi har likevel valgt å ta med hele den driftsmessige effekten i tiltakskortet nedenfor.

Tiltaket vil kunne få betydelig effekt på driftssiden knyttet til den ordinære driften. Dette har man allerede erfart for de langtidshjemmene som har innført systemet.

Det forutsettes at nåværende prosjekt ifm. utrulling av pasientvarslingssystem med digitalt tilsyn i de første åtte langtidshjemmene i 2026-2028 anses som vellykket før man går i gang med å gjennomføre tiltaket. Gjennomføringstidspunkt vurderes dermed til perioden 2028-2031. Siden dette gjelder ideelt drevne sykehjem vil det måtte tas hensyn til at de første avtalene utløper i 2027, med påfølgende utløp frem mot 2030. Økonomisk effekt av tiltaket på selve kjerneproduksjonen antas å være tilsvarende som nåværende prosjekt. Dette betyr en driftseffekt på 20 mill. kroner i 2029, 30 mill. kroner i 2030 og videre. Korrigerer vi dette for driftseffekter av investeringen, vil man først i 2030 ha en positiv økonomisk effekt i netto kostnader.

En investering på 200 mill. kroner vil, som nevnt, påføre kommunen driftsmessige kostnader gjennom rente og avdrag, samt lisenskostnader på rundt 25 mill. kroner. I tallene i tiltakskortet er dette korrigert for samlet beløp. Tabellen nedenfor viser driftsmessige effekter av lån, lisens og besparelse:

Tabell 6 - Grunnlag for samlet driftsmessig effekt av tiltaket

Kostnad (estimerer)	2026	2027	2028	2029	2030 -
Avdrag på investering				- 15 000 000	- 15 000 000
Renter				- 7 000 000	- 7 000 000
Lisenskostnader (estimat)				- 3 000 000	- 3 000 000
Besparelse				20 000 000	30 000 000
Samlet				- 5 000 000	5 000 000

Vi har her brukt en estimert avdragstid som må vurderes når innholdet i investeringen er avklart. Vi har lagt til grunn en rentesats på 3,5 % og et estimat for lisenskostnader som må utredes og estimeres før igangsetting. Rentekostnaden vil synke utover i perioden, allerede fra 2030, men vi har for illustrasjon ikke gjort justeringer på dette i denne tidligberegningen.

Oppgraderingen av den tekniske infrastrukturen gjelder i størst grad de kommersielt drevne langtidshjemmene. Dette betyr at kommunen må gå inn i dialog og forhandling med disse aktørene med tanke på å få hentet ut mulige økonomiske og driftsmessige konsekvenser. Dette er med på å drive opp både estimatusikkerheten og gjennomføringsusikkerhetene noe. Samtidig blir det da viktig å se på hvilke driftsmessige fordeler man har klart å oppnå i de langtidshjemmene man allerede har innført digitalt tilsyn. Dette blir viktige forhold å ta med inn i forhandlingene med disse aktørene.

Tiltak SYE3		Utvide pasientvarslingsystem med digitalt tilsyn				
Tiltaket innebærer at implementering av pasientvarslingsystem med digitalt tilsyn kan videreføres til ytterligere 1000 plasser i langtidshjem. Estimert investeringsbehov for 1000 heldøgns plasser er omtrent 200 mill. kroner. Omtrent 60 % av disse kostnadene dekker behov for oppgradering av infrastruktur, da disse byggene ikke er tilrettelagt for bruk av den type teknologi i dag.						
Økonomisk effekt (driftsvirkning i hele kroner, positive tall beskriver redusert kostnad)	2026	2027	2028	2029	2030 →	
	-	-	-	- 5 000 000	5 000 000	
	Økonomisk effekt av tiltaket antas å være tilsvarende som nåværende prosjekt, med driftseffekt på 20 mill. kroner i 2029, fulleffekt på 30 mill. kroner i 2030 og videre. Tallene i oppstillingen her er justert for driftsmessig effekt av en investering i teknisk infrastruktur på 200 mill. kroner. Det er forventet at de årlige driftskostnadene knyttet til teknisk løsning blir rundt 25 mill. kroner hvert år (i 10 år).					
Estimatusikkerhet	Estimatusikkerhet vurderes til stor. Det er de kommersielt drevne sykehjem oppgraderingen gjelder. Man må derfor gjennom reforhandlinger med disse for å sikre at man får tatt ut effekten av investeringen. Erfaringene kommunen har på egne sykehjem blir derfor svært viktig i forbindelse med disse forhandlingene. Det er en relativt stor investering sett opp mot hvilke økonomiske gevinster man har estimert ved digitalt tilsyn					
Stor usikkerhet						
Gjennomførings-usikkerhet	Det forutsettes at nåværende prosjekt ifm. utrulling av pasientvarslingsystem med digitalt tilsyn i de første åtte langtidshjemmene i 2026-2028 anses som vellykket før man går i gang med å gjennomføre tiltaket. Gjennomføring vurderes dermed til perioden 2028-2031.					
Middels usikkerhet						
Konsekvenser for samfunnsfloker, kommunemål og innbyggere	Tiltaket har positive konsekvenser for samfunnsfloker og kommunemål i den grad den nye teknologien vil gi færre pasientskader, økt trygghet og trivsel hos pasienter, beboere og ansatte, samt øke kvaliteten på pasientbehandlingen. Tiltaket understøtter særlig kommunemål 1, 3 og 5.					
Svært positiv						
Konsekvenser for ansatte/ organisasjonen	I tillegg til at tiltaket bidrar til økt kvalitet i pasientbehandling, bidrar det også til å frigjøre tid for ansatte og medfører behov for færre nattevakter. Sparte driftskostnader vil kunne gi både redusert driftsbudsjett, samt økt insitament for etaten å finne mindre kostnadskrevende løsninger for fremtiden.					
Svært positiv						
Samlet vurdering	Tiltaket har økonomisk effekt på lang sikt, men vil ta tid å hente igjen driftseffekten av investeringene. Positive konsekvenser for kommunemål og samfunnsfloker. Dette tiltaket berører en tjeneste som påvirkes av bydelsreformen, og tiltaket bør dermed sees i sammenheng med hva som bestemmes for tjenesten i bydelsreformen.					

Tiltak SYE4 – Vurdere andre finansieringsmodeller for helsehus

Beskrivelse av dagens situasjon

Oslo kommune har i dag 4 helsehus med totalt 500 plasser. Det er SYE som drifter alle kommunens helsehus og bydelene kjøper plasser fra SYE.

Helsehusenes primære oppgave er å bidra til at pasienter skal kunne bo lengst mulig i egne hjem. Målet med et korttidsopphold på helsehus er å kartlegge pasientens helsetilstand, samt behov for hjelp og opptrening, slik at pasienten kan komme tilbake til eget hjem. Oppholdet planlegges med utgangspunkt i pasientens ressurser og behov.

Det er bydelen der pasienten bor som fatter vedtak om opphold og varigheten av oppholdet. Målet for oppholdet avklares i samarbeid mellom bydel, helsehus og pasienten.

Betalingsmodellen til bydelene har flere elementer. Størstedelen av plassene kjøpes fra bydelene «en bloc». Det betyr at bydelene betaler for en viss andel plasser på forhånd og må betale for denne plassen uavhengig av hvorvidt plassene blir brukt. Prisen per plass for bydelenes en bloc kjøp er i 2025 1 059 000 kroner. Dersom bydelen har behov for plasser ut over en bloc kjøpet betaler bydelene 10% mer. Etter 40 dager øker prisen på en bloc-plassene med 10 % for bydelene. Betalingen fra bydelene utgjør om lag 61 % av de totale kostnadene til helsehusene, og helsehusene hadde en beleggsprosent på 86,80 % i 2024.

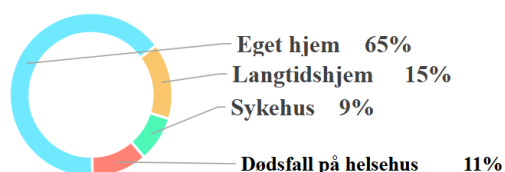
Brukerbetalingen for korttidsopphold er statlig regulert til 200 kroner per døgn eller 115 kroner per dag/natt de første 60 dager (Oslo ligger på de statlige satsene). Etter 60 dager kan kommunen kreve brukerbetaling (vederlag) som ved langtidsplass, men det er uklart hvorvidt dette praktiseres i Oslos bydeler.

Det sentrale for å oppnå effektiv drift i helsehusene er at tjenesten organiseres og gjennomføres på en måte som gir høy produktivitet og lavest mulig enhetskostnader. For å sikre en effektiv og forsvarlig drift er det nødvendig både å ivareta kvaliteten i tjenesten og å sikre at riktig pasientgruppe benytter tilbudet.

Helsehuspasientene kommer fra



Helsehuspasientene drar til



Fordeler og ulemper ved dagens modell

Fordelen med en bloc modellen er at både SYE og bydelene har en grad av forutsigbarhet. SYE har en garantert inntekt fra bydelene på et gitt antall plasser og bydelene har en viss grad av forutsigbarhet i at det finnes en ledig plass når de trenger den. Utfordringen ved modellen er at kapasitetsplanleggingen i stor grad er avhengig av prognoser på forbruk fra bydelene som i varierende grad stemmer overens med faktisk kjøp av plasser. Med et påslag på kun 10 % ut over en bloc kjøp kan bydelene av taktiske grunner kjøpe færre plasser enn det de reelt tror de trenger. På den andre side kan en bydel som har overvurdert behovet i en bloc kjøpet ønske å «få valuta for pengene» og legge inn pasienter på helsehus som egentlig kunne hatt nytte av et annet tilbud da plassen allerede er betalt. Dette er økonomisk rasjonelt for bydelen. Dette kan i enkelte

tilfeller forsinke varig plassering i langtidshjem. Prisen for helsehus er noe lavere enn prisen for langtidshjem, men bydelene har i mindre grad anledning til å ta brukerbetalt.

Så langt i 2025 (jan.-okt.) er antallet liggedøgn på Helsehus samlet om lag 9 % høyere enn antall plasser som er bestilt en bloc. Avviket mellom bestilte og benyttede plasser varierer betydelig mellom bydelene. En bydel har brukt hele 78% flere liggedøgn i Helsehus enn de hadde bestilt en bloc mens en annen bydel i andre en del av avviksskalaen har kjøpt 14% flere liggedøgn en bloc enn det de har benyttet. Effektiviseringsprogrammet mener det er grunn til å se nærmere på hva disse avvikene skyldes og om de vedvarer over tid eller er tilfeldig variasjon i behov som bydelene ikke kunne forutsett. Når etterspørselen over tid er høyere enn hva bydelene planlegger for og betaler for må Helsehusene ha en høyere kapasitet enn det bestilt etterspørsel tilsier. Det er også stor variasjon mellom de fire helsehusene på hvor godt bydelenes en bloc kjøp stemmer med faktisk behov. Bedre planlegging og mer treffsikre prognoser kan gi bedre kapasitetsutnyttelse. Hvis bestilt kapasitet og benyttet kapasitet stemte bedre overens ville Helsehusene i større grad kunne tilpasset driften til bestilt kapasitet. I 2024 var i snitt 13,2 % av helsehusplassene ledige til enhver tid. Det betyr at 66 plasser står ledige i snitt. Dersom kommunen hadde lyktes i å redusere ledigheten med 1 prosentpoeng til 12,2 % ville det gitt en nedgang i 5 ubrukte plasser. Reduksjonen kan oppnås enten ved en reduksjon i antall plasser i drift eller ved økt etterspørsel fra bydelene.

Et annet forhold som er viktig for effektiv drift er at riktig pasientgruppe får tilbudet, dette er ikke nærmere undersøkt av Effektiviseringsprogrammet, men i en videre kan det vurderes om helsehusene i større grad bør tilnærme seg spesialisthelsetjenestens praksis når det gjelder henvisnings- og utskrivningsprosedyrer for å bidra til bedre styring av pasientflyt og dermed understøtte en kostnadseffektiv drift.

Beskrivelse av tiltak

Tiltaket innebærer å gjennomføre en analyse hvordan dagsens finansieringsmodell for helsehus fungerer både når det gjelder planlegging, kapasitetsutnyttelse, tilgjengelighet når bydelene har behov mm. Det bør også undersøkes om mottaksenheten har tilstrekkelig oversikt og kapasitet til å fordele pasienter mellom helsehusene.

Utredningen bør se på styrker og svakheter ved dagens ordning fra både Bydelenes, etaten og kommunen i stort med sikte på effektiv ressursutnyttelse og høyere belegg.

Tiltak SYE4		Vurdere andre finansieringsmodeller for helsehus				
Tiltaket innebærer å gjennomføre en grundig analyse hvordan dagsens finansieringsmodell for helsehus fungerer både når det gjelder planlegging, kapasitetsutnyttelse, tilgjengelighet når bydelene har behov mm. Utredningen bør se på styrker og svakheter ved dagsens ordning fra både bydelenes, etaten og kommunen i stort med sikte på effektiv ressursutnyttelse og høyere belegg.						
Økonomisk effekt (driftsvirkning i hele kroner, positive tall beskriver redusert kostnad)	2026	2027	2028	2029	2030 →	
	0	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	
	Bedre planlegging kan gi bedre kapasitetsutnyttelse. I 2024 var i snitt 13,2 % av helsehusplassene ledige til enhver tid. Det betyr at 66 plasser står ledige i snitt. Dersom kommunen hadde lyktes i å redusere ledigheten med 1 prosentpoeng til 12,2 % ville det gitt en nedgang i 5 ubrukte plasser. Reduksjonen kan oppnås enten ved en reduksjon i antall plasser i drift eller ved økt etterspørsel fra bydelene.					
Estimatusikkerhet	Estimatusikkerheten er på det nåværende tidspunkt stor da det ikke er gjennomført noen helhetlig utredning på det nåværende tidspunkt. Sammenligning med andre kommuner vil kunne gi et svar på hva som er realistisk utnyttelse av kapasiteten.					
Stor usikkerhet						
Gjennomførings-usikkerhet	Da ansvaret for helsehus er en av områdene som vurderes flyttet i forbindelse med bydelsreformen er det stor usikkerhet i framtidens organisering og finansiering av helsehus.					
Stor usikkerhet						
Konsekvenser for samfunnsflokke, kommunemål og innbyggere	En bedre utnyttelse av kommunens helsehuskapasitet vil spille positivt inn på flere av kommunemålene.					
Noe positiv						
Konsekvenser for ansatte/ organisasjonen	Det er ingen grunn til å tro at de ansatte i bydel og på helsehusene skal få sin arbeidshverdag vesentlig påvirket hvis finansieringsmodellen for helsehus endres.					
Nøytral						
Samlet vurdering	Tiltaket er forventet å gi økonomiske besparelser og ingen betydelige konsekvenser for samfunnsflokke og kommunemål. Dette tiltaket berører også problemstillinger som omtales i bydelsreformen, og tiltaket bør dermed sees i sammenheng med disse i en eventuell utredning.					

SYE5 – Justere kommunens betingelser ved konkurranseutsetting av langtidshjem

Beskrivelse av dagens situasjon

Oslo kommune har, som en av få kommuner, betydelig erfaring og kompetanse i å konkurranseutsette driften av et kommunalt eid langtidshjem. Våren 2025 ble fire kommunalt drevne sykehjem konkurranseutsatt. Kantarellenhjemmet og Uranienborghjemmet ble overtatt av Smartlegen AS og Abildsøhjemmet og Bjølsenhjemmet av Norlandia Health and Care AS.

Denne konkurranseutsettingen er den første som kommunen gjør siden 2015. En rekke markedsmessige forhold var ikke kjent i forkant, men er bedre opplyst og kjent for kommunen nå. HLS har evaluert prosessen med tanke på justeringer i konkurransegrunnlaget. EFP har gjennomgått gjeldende kontrakter, men har ikke blitt forelagt evalueringsresultatet fra HLS.

I forbindelse med gjennomgang av dokumentene i forbindelse med konkurranseutsettingen er det fire elementer som EFP mener kan ha bidratt til økte kostnader:

- Det er forutsatt en lønnsgaranti der det er stilt krav om at ansatte ikke skal gå ned i lønn ved en virksomhetsoverdragelse og at dette gjelder for hele kontraktperioden (opptil 10 år).
- Kravet om kompetanseplaner der leverandørene må utarbeide individuelle kompetanseplaner for alle ansatte. Selv om dette selvsagt er positivt for faglig utvikling innebærer dette administrative og økonomiske kostnader. I tillegg er det lagt inn krav om at leverandørene må gjennomføre omfattende kartlegginger av pensjonsforhold og alderssammensetning.
- Selve kontraktperioden er lang – 8 til 10 år. Dette gir stabilitet og forutsigbarhet, men også en redusert fleksibilitet på kommunens hånd. På den andre side vil dette kunne gjøre kontraktene mer attraktive og dermed bedre priset.
- Konkurransegrunnlaget ble lagt ut på høring før utlysning slik at det var mulig for tilbyder å gi innspill i forkant. Dette kan bedre grunnlaget, men er også en mulighet for tilbydere å tilpasse grunnlaget i en mer økonomisk gunstig retning for tilbyder.

I tillegg til de forholdene som er presisert ovenfor og som gjelder disse kontraktene spesielt, vil de mer «normale» faktorene som vekting av pris og kvalitet påvirke prisnivået. Erfaring etaten selv har er at en høy vekting av kvalitet vil kunne medføre høyere kontraktspriser enn kostnadsnivået på kommunalt drevne plassene. I tillegg har alle utlysningene hatt som minimumskrav at kvaliteten i tjenesten skal minst tilsvare det kommunale nivået.

Beskrivelse av tiltaket

Kontraktene som er inngått har lang varighet og fleksibiliteten til kommunen synes derfor å være begrenset. De første kontraktene kan reforhandles i 2027, forutsatt at de ikke prolongeres. Likevel vil det være mulig å reforhandle enkelte av disse forholdene hvis man ønsker å redusere kommunens kostnader og endre leverandørens forpliktelser. Blant annet kan dette være at man setter minstelønnsgaranti i istedenfor en full lønnsgaranti, tillate leverandører alternative goder for å oppfordre til god kostnadskontroll og innovasjon. I tillegg kan man standardisere opplæringsprogrammer og en mer forenklet pensjonskartlegging.

De økonomiske effektene av en reforhandling avhenger i hvilken grad man ønsker å gjøre justeringer i de forholdene som er gjengitt ovenfor og hvilke krav og vektinger kommunen legger

seg på. Kontraktene som inngås er av et betydelig omfang slik at det er grunn til å forvente en prisreduksjon på minimum det som er anslått som effekt her.

Tiltak SYE5		Justere kommunens betingelser ved konkurranseutsetting av langtidshjem				
Kommunen har valgt å legge inn en rekketydelige betingelser i forbindelse med konkurranseutsettingen av sykehjem. Dette har mange positive hensikter, men i et økonomisk perspektiv vil flere av disse påvirke hvilken pris og kostnad kontrakten vil ha for kommunen. Det påvirker leverandørens handlefrihet og deres kostnadsbase.						
Økonomisk effekt (driftsvirkning i hele kroner, positive tall beskriver redusert kostnad)	2026	2027	2028	2029	2030 →	
	0	0	0	2 000 000	2 000 000	
Vi har ikke hatt tilgang til kontraktsverdiene for de inngåtte kontraktene. En justering av kontraktene bør ha som formål å redusere kommunens kostnader. Med et estimat på rundt 400 plasser til en verdi av nettokostnad på minst 1 MNOK er det betydelige kontraktssummer. En reduksjon på mellom 3-5 % vil derfor gi betydelige besparelser.						
Estimatusikkerhet	Betydelig usikkerhet da grunnlaget for vurdering av kontraktsum ikke er tilgjengelig. Omfanget av kontraktene er store, slik at en justering av vilkår og krav vil kunne få en betydelig effekt, også høyere enn det som er grovestimert her.					
Gjennomførings-usikkerhet	Avhengig av kontraktsvilkår og samarbeid med eksterne leverandører. Det bør være en tydelig kommunikasjon med leverandør hva som eventuelt påvirker prisen og kvalitet mest når det gjelder krav og betingelser.					
Konsekvenser for samfunnsflokere, kommunemål og innbyggere	Tiltaket styrker kommunen som veldrevet (kommunemål 5).					
Konsekvenser for ansatte/ organisasjonen	Enkelte av forholdene omtalt her vil kunne berører de ansatte i de virksomhetene som har overtatt den kommunale driften.					
Samlet vurdering	Tiltaket har en økonomisk effekt med betydelig usikkerhet knyttet til estimat og noe usikkerhet knyttet til gjennomføring. Ingen negative konsekvenser for samfunnsflokere og kommunemål.					

3.5 Tiltak på tvers av sektor for helse

I tillegg til å identifisere effektiviseringspotensial i hver av HLS-virksomhetene, har vi også identifisert potensial på tvers av sektoren. Ett av tiltakene som har utpekt seg er at kommunen ikke tar vederlag ved korttidsopphold som overstiger 60 dager i institusjon i et kalenderår, selv om forskriften åpner opp for det. Tiltaket beskrives nærmere i detalj nedenfor.

HLS1 – Egenbetaling for pasienter ved korttidsopphold over 60 dager i institusjon

Beskrivelse av dagens situasjon

Oslo kommune tar ikke vederlag for innbyggere som er over 60 dager (per kalenderår) på korttidsinstitusjon. Dette selv om statens forskrift for egenbetaling i kommunale helse- og omsorgstjenester¹⁹ og kommunens egen *Forskrift om vederlag for opphold i institusjon* åpner for det²⁰. Brukerbetalingen for korttidsopphold er statlig regulert til 200 kroner per døgn eller 115 kroner per dag/natt de første 60 dagene (Oslo ligger på de statlige satsene). Etter 60 dager kan kommunen ta vederlag som en langtidsplass, uavhengig av om brukeren er der for å vente på en langtidsplass, eller på midlertidig opphold for rehabilitering. Egenbetalingen for en pasient ved en langtidsplass er betydelig høyere enn brukerbetalingen ved en korttidsplass. En pasient med rundt 300 000 i årlige trygdinntekter vil betale rundt 21 000 per måned. Dette utgjør rundt 700 kroner per døgn, eller rundt 500 kroner mer per døgn enn for korttidsopphold. For 60 døgn, gitt at man også unngår frimånedene ved overgang til langtidshjem, blir det rundt 30 000 kroner ekstra i egenbetaling per pasient.

Asker kommune innførte ordningen²¹ i 2022 og merket stor økonomisk gevinst. Fra 2025 medregnes også døgnopphold på KAD, avlastning og rehabilitering i Asker. Innføringen i Asker innebar også at de fjernet gratis frimåned dersom brukeren gikk direkte fra et korttidsopphold over 60 dager til en plass på langtidshjem.

Beskrivelse av tiltak

Tiltaket innebærer at Oslo kommune tar vederlag for korttidsopphold som overstiger 60 dager per kalenderår, slik forskriften åpner for. Dersom tiltaket skal innføres i kommunen må det gjelde i samtlige bydeler. I tillegg må man sikre at man unngår frimånedene ved overgang til langtidssykehjem etter disse 60 dagene i korttidsopphold. Dette betyr at dagens kommunale forskrift²² håndtering av friperiode må endres for pasienter som har hatt korttidsopphold på over 60 dager pr kalenderår.

Tiltaket vil medføre noe merarbeid for saksbehandler i bydelene som beregner egenandel, men inntekspotensialet antas være langt større enn de administrative kostnadene. Før saksbehandler innvilger et opphold for en bruker, må antall dager i tidligere opphold i innværende kalenderår telles. Når antall dager overstiger 60 skal brukeren få et eget

¹⁹ Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester - Lovdata

²⁰ Forskrift om vederlag for opphold i institusjon, Oslo kommune - Lovdata

²¹ I Asker kalles ordningen «Tidsbegrenset opphold over 60 døgn»

²² Kommunens § 5. tidsrom for betaling av vederlag – friperiode – flere korttidsopphold.

betalingsvedtak. Det forutsettes at man kan bruke skjønn, der brukeren ikke går over til et langtidshjem i forlengelsen av korttidsoppholdene.

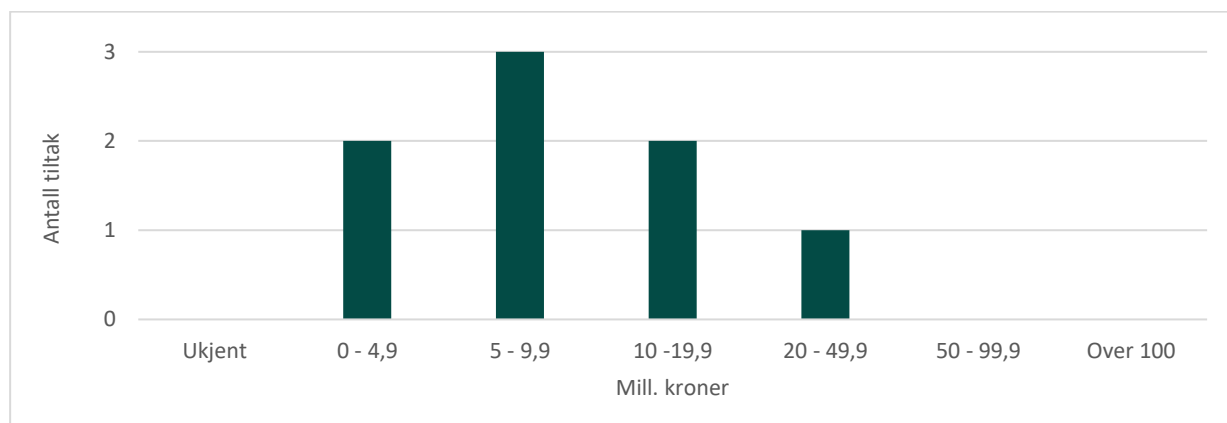
Tiltak HLS1		Egenbetaling for pasienter ved korttidsopphold over 60 dager i institusjon				
Tiltaket innebærer at Oslo kommune tar vederlag for korttidsopphold som overstiger 60 dager per kalenderår, slik forskriften åpner for. Dersom tiltaket skal innføres i kommunen må det gjelde i samtlige bydeler. Tiltaket vil medføre noe mer arbeid for saksbehandler i bydelene og de som beregner egenandel, men inntekspotensialet vil være langt større enn de administrative kostnadene.						
Økonomisk effekt (driftsvirkning i hele kroner, positive tall beskriver redusert kostnad)	2026		2027	2028	2029	2030 →
	0		6 000 000	14 000 000	14 000 000	14 000 000
		Resultater fra innføring i Asker kommune viser at det er betydelig inntekspotensial knyttet til å ta berettiget vederlag for korttidsopphold som overstiger 60 dager i løpet av et kalenderår. Anslaget her er foreløpig og basert på de erfaringene man så ved omlegging i Asker kommune. Det vil kreve en endret administrativ rutine og noe merarbeid for vederlagsberegninger. Vi har derfor justert ned anslaget med rundt 1 mill. kroner for slike kostnader.				
Estimatusikkerhet Stor usikkerhet		Estimatusikkerhet vurderes som høy, da størrelsen på beløpet foreløpig er uklart. Det er imidlertid sikkert at innsparingspotensialet kan være vesentlig.				
Gjennomføringsusikkerhet Middels usikkerhet		Gjennomføringsusikkerhet vurderes til middels, da det vil kreve endringer i rutiner og saksbehandling, samt at det kan være noe krevende i starten å innføre ny praksis for beregning av egenandel. Kommunen bør også, for å sikre likebehandling, at den kommunale forskriften knyttet til friperiode justeres. Gjelder hovedsakelig forskriftens § 5.				
Konsekvenser for samfunnsfloker, kommunemål og innbyggere Nøytral		Økte utgifter for innbyggere som er på korttidsinstitusjon mer enn 60 dager kan oppleves negativt. Samtidig er det positivt for samfunnsfloker og kommunemål at kommunen får økt egenbetaling som videre kan benyttes for å øke kvaliteten på tjenestene.				
Konsekvenser for ansatte/organisasjonen Middels positiv		Mer saksbehandling, men økte inntekter for kommunen gir i sum en middels positiv konsekvens.				
Samlet vurdering		Tiltaket har en samlet økonomisk effekt og konsekvenser som verken skiller seg ut særlig negativt eller positivt				

4 Oppsummering

4.1 Oppsummering tiltak

Gjennomgangen av sektor for helse har identifisert åtte tiltak, med en samlet økonomisk effekt f.o.m. 2030 på ~ 72 mill. kroner. De enkelte tiltakenes økonomiske effekt varierer fra 0 til 24 mill. kroner.

Figur 21: Økonomisk effekt (besparelse, driftsvirkning i 2030) for tiltakene



Tiltakene som har størst økonomisk effekt knytter seg til SYE, samt tiltaket som går på tvers av HLS-sektor. Det vurderes at relativt få av disse tiltakene vil gi en økonomisk effekt allerede i 2026, da de fleste har mange forutsetninger og dermed en viss gjennomførings- usikkerhet. Flere av tiltakene krever også politiske vedtak for å kunne gjennomføres. Samlet verdi av tiltakene øker utover i perioden mot 2030.

Tabell 7: Årlig økonomisk effekt per virksomhet

	2026	2027	2028	2029	2030 →
HEL	2	8	8	8	8
SYE	0	13	22	40	50
HLS	0	6	14	14	14
Total	2	27	44	62	72
Rammekutt	26	27	37	N/A	N/A

Tiltakene berører i særlig grad kommunemål 1, 3 og 5; *Oslo gir alle like muligheter til å lære, utvikle seg og leve gode liv* og *Oslo er veldrevet, Oslo er nyskapende og attraktiv, samt Oslo leverer innbyggerorienterte og sammenhengende tjenester*. Tiltakene vil understøtte kommunemål 5 ved at de bidrar til å gjøre Oslo til en mer veldrevet by, og enkelte tiltak understøtter kommunemål 3 ved at de bidrar til at Oslo er nyskapende. Noen tiltak kan imidlertid

svekke oppnåelsen av kommunemål 1 dersom disse medfører en opplevelse av et svekket tjenestetilbud hos innbyggerne. Samfunnsfloken Den demografiske utviklingen vil påvirkes positivt av flere av disse tiltakene, ettersom midler kan frigjøres til å utvikle en mer effektiv helse- og omsorgstjeneste. For de fleste tiltak vurderer vi at svekkelsene opp mot samfunnsfloker og kommunemål er små for det enkelte tiltak, da tiltakene berører en begrenset del av kommunens samlede virkemidler for å oppfylle målene.

4.2 Oversikt over vurdering tiltak

Den samlede vurderingen av tiltakene, når vi vurderer effektiviseringspotensialet sammen med konsekvenser for kommunemål og samfunnsfloker, er at det store flertallet av tiltakene har betydelig økonomisk effekt, og med begrenset negativ konsekvens.

Tabell 8: Tiltakenes økonomiske effekt fordelt etter samlet vurdering av tiltaket, per år, mill. kroner

	2026	2027	2028	2029	2030 →
Beste forhold mellom økonomisk effekt og konsekvens	0	6	14	14	14
Nest beste forhold mellom økonomisk effekt og konsekvens	2	21	30	46	56
Middels forhold mellom økonomisk effekt og konsekvens	0	0	0	2	2
Nest dårligste forhold mellom økonomisk effekt og konsekvens	0	0	0	0	0
Dårligste forhold mellom økonomisk effekt og konsekvens	0	0	0	0	0
Total	2	27	44	62	72

4.3 Videre arbeid med effektivisering

Effektiviseringsprogrammet anbefaler at arbeid med effektivisering i større grad enn i dag inntas som en del av den løpende driften og styringen av kommunen. Dette betyr at det bør legges større vekt på effektivitet og effektiviseringstiltak i måling, rapportering og oppfølging av virksomhetene, og at kostnadskonsekvenser ved alle nye tiltak må presenteres på en komplett og gjennomiktig måte. For å sikre produktivitetsvekst i virksomhetene bør det vurderes å videreføre et uspesifisert rammekutt, eksempelvis i størrelsesorden 1-1,5 %. Dette bør kombineres med målrettede kutt basert på vurdering av kost/nytte, slik at sunn økonomistyring kan forenes med fortsatt høy oppnåelse av kommunens mål. I gode økonomiske tider bør det også holdes igjen på pengebruken, både fordi en mest mulig jevn tjenesteproduksjon er kostnadseffektivt, og fordi det vil gi økt robusthet for økonomiske utfordringer i fremtiden.