Gjennomgang av Helse og omsorg i Gulen kommune

Oktober 2025

Ansvar

Denne rapporten er utarbeidet for internt bruk i Gulen kommune i samsvar med mandat og avklaringer underveis i arbeidet.

Våre vurderinger bygger på informasjon som har fremkommet i dialog og arbeidsverksteder med Gulen kommune sine ansatte og i dokumentasjon som Gulen kommune har gjort tilgjengelig for PwC, samt informasjon fra offentlige oversikter. PwC har ikke gjennomført en selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og står ikke inne for at den er fullstendig, korrekt og presis. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller kontrollhandlinger av Gulen kommune sin virksomhet.

Gulen kommune har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med avtalen mellom Gulen kommune og PwC. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av Gulen kommune eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller avtalen. Ved deling av hele eller deler av rapporten skal Gulen kommune sikre at enhver ansvarsfraskrivelse PwC har inkludert eller senere ønsker å inkludere i rapporten, blir gjengitt i sin helhet i alle eksemplarer som deles.

Gulen kommune får rettighetene til resultatet av oppdraget når betaling har skjedd, mens PwC beholder opphavsrett og andre immeterielle rettigheter til alt bakgrunnsmateriale, herunder, men ikke begrenset til, ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid. Gulen kommune kan ikke videreutvikle resultatet under PwC logo.

Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.



Forord

Gulen kommune har røtter som en selvstendig kommune helt tilbake til innføringen av formannskapslovene i 1837. Kommunen har en lang og stolt historie, blant annet som hjemsted for Gulatinget, et av Norges eldste og viktigste tingsteder. Gjennom tidene har Gulen opplevd endringer i grenser og struktur, men har alltid bevart sin sterke lokale identitet og tilknytning til bygdene.

Som mange andre norske kommuner står Gulen overfor store utfordringer, blant annet knyttet til demografiske endringer og økte krav til innhold og omfang i tjenestene. Kommunestyret i Gulen besluttet i 2024 at det skulle gjennomføres en helhetlig vurdering av kommunens organisering. PwC har bistått Gulen kommune i dette arbeidet, som har vært delt inn i flere faser. Fase 1 bestod av en overordnet gjennomgang av kommunen, og rapporten i denne fasen ble levert i desember 2024. Fase 2 startet i mars 2025 og analyserer dagens organisering, bemanning og tjenester, og gir forslag til konkrete tiltak for å sikre en bærekraftig drift. Denne rapporten beskriver observasjoner, vurderinger og anbefalinger knyttet til arbeid gjort i fase 2 for tjenester organisert under Helse og omsorg.

Ansvarlig partner for PwC sitt arbeid er Frode Myrdal, med Peder Heggdal som prosjektleder og Erika Samset som prosjektressurs.

Gjennom fase 2 har den gode dialogen mellom PwC, kommunalsjefene, ledere og tillitsvalgte i Gulen kommune blitt videreført. Det har vært mye kontakt og samarbeid gjennom møter, prosjektgrupper, arbeidsverksteder og samtaler med både enkeltpersoner og ulike grupper. PwC ønsker å berømme lederne i Gulen kommune for deres konstruktive og fremtidsrettede tilnærming i de krevende prosessene dette arbeidet innebærer. Vi vil også takke de ansatte i Gulen kommune for den tilliten og åpenheten de har vist, gjennom samarbeid med tillitsvalgte, postkasse for innspilll og samtaler med enkeltpersoner vi har møtt ved besøk i kommunen, som har gjort det mulig for PwC å gjennomføre grundige vurderinger basert på en åpen og ærlig dialog.

Vurderinger og anbefalinger som fremmes i denne rapporten er utelukkende PwC sine. De som har deltatt i prosessene har ikke ansvar for innholdet i rapporten eller de anbefalinger som legges frem.



Frode Myrdal, partner



Peder Heggdal, direktør

Innholdsfortegnelse

01 Bakgrunn, metode, sammendrag og anbefalte tiltak

02 Beskrivelse av Helse og omsorg i Gulen kommune

03 Økonomiske nøkkeltall

04 Analyse av Helse og omsorg

Vedlegg: Oppsummering av heldagssamling – Helse og omsorg



01

Bakgrunn, metode, sammendrag og anbefalte tiltak

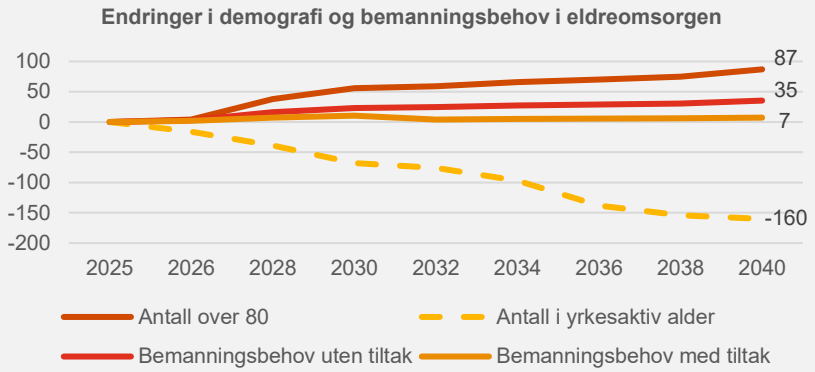
Bakgrunn

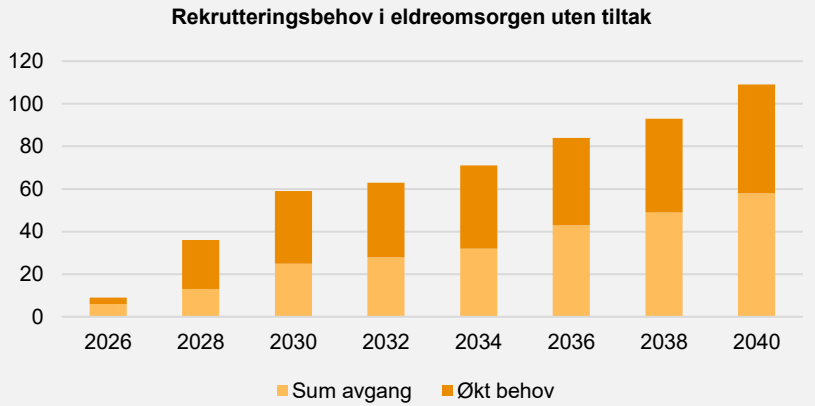
Gulen kommune står som andre norske kommuner overfor betydelige utfordringer knyttet til helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer. Hovedutfordringen vil fortsette å være tilgangen til bemanning. Grafen nede til høyre viser rekrutteringsbehovet gitt at kommunen skal dimensjonere eldreomsorgen i takt med økningen i antall eldre uten å gjøre grep knyttet til innretting og dimensjonering av tjenestene. Grafen inkluderer økt bemanningsbehov og erstatting av dagens ansatte som når pensjonsalder (65 år) frem mot 2040. Grafen inkluderer ikke turnover. Det er den kumulative effekten som vises og innen 2040 må kommunen ha **rekruttert og beholdt** minst 110 nye årsverk.

Tjenestene opplever allerede i dag utfordringer knyttet til å rekruttere, beholde og videreutvikle bemanning. Tjenesten beskriver vakante stillinger og mangel på kompetanse som gjør at de ikke alltid klarer å levere de tjenestene brukerne har vedtak på. Ledere og ansatte bruker mye tid på å i så stor grad som mulig sikre at den enkelte lokasjon til enhver tid er bemannet med den nødvendige kapasitet og kompetanse. Det må forventes at disse utfordringene vil bli større innen kort tid og at situasjonen vil vedvare.

En bærekraftig og forsvarlig drift av kommunens helse og omsorgstjenester vil avhenge av summen av tiltak på tvers av organisering, struktur og styring. Parallelt med at kommunen omstiller sin organisering, struktur og tjenesteyting må det arbeides aktivt med kommunikasjon mellom administrasjon, fag, politisk nivå og innbyggere. Det blir avgjørende å sikre en felles forståelse for endringsbehovet på tvers av kommunens interessenter og aktører. I form av å være en kommune med relativt liten befolkning med stor geografisk utstrekning har Gulen kommune noen utfordringer utover det mer sentrale og folkerike kommuner har. Men – Gulen kommune har også fordeler de ikke deler med andre. Det sterke engasjementet for kommunen og bygdene, evnen og viljen til å hjelpe hverandre med de ressursene man har og en høy grad av tilpasningsdyktighet er egenskaper som må bevares også i fremtiden.

Det er kombinasjonen av en videreføring og dyrking av disse særegne trekkene ved Gulen kommune og de helt nødvendige omstillingsgrep som vil sikre at Gulen også i fremtiden er et godt sted å bo og motta tjenester og en attraktiv arbeidsgiver.





Arbeidet er gjennomført i tett samarbeid med kommunen og PwC

Kommunalsjef for Helse og omsorg, Mona Molland, har vært prosjekteier for kommunen og hatt ansvar for å koordinere prosjektets kommunikasjon med nøkkelpersoner i kommunen og innhenting av data og informasjon.

PwC sitt team har bestått av

- Peder Heggdal – Prosjektleder
- Erika Samset – Rådgiver
- Frode Myrdal – Ansvarlig partner



I løpet av prosjektperioden har det blitt gjennomført statusmøter med prosjekteier. Disse møtene har vært brukt til å diskutere fremdrift, gjennomgå status og dele foreløpige analyser og vurderinger fra PwC. Møtene har blitt brukt til løpende vurderinger knyttet til hvilke områder og tema som skulle prioriteres i prosjektarbeidet.

Den 7. mai ble det gjennomført befaring ved fem lokasjoner: Byrknes bu- og omsorgssenter, Dalsøyra bu- og omsorgssenter, Eivindvik bu- og omsorgssenter, Brekke bu- og omsorgssenter og Gulen sykehjem.

8. Mai ble det arrangert en heldagssamling hvor tillitsvalgte, kommunalsjef, enhetsledere, avdelingsledere og nestledere deltok. I tillegg har det blitt iløpet av prosjektet blitt gjennomført intervjuer med enhetsledere, avdelingsledere og tillitsvalgte for å få en dypere innsikt i sektoren og dens utfordringer.

Gjennom prosessen har samarbeidet med kommunens ansatte vært svært godt. Til tross for en hektisk arbeidshverdag har ledere og ansatte bidratt konstruktivt og engasjert i alle deler av arbeidet.

Anbefalte tiltak

Denne rapporten beskriver en rekke tiltak innenfor flere kategorier. Felles for alle tiltakene er at de har som hensikt å bedre kommunens forutsetninger for å kunne yte forsvarlige og nødvendige tjenester til de som oppholder seg kommunen i årene frem mot 2040. De anbefalte tiltakene vil i ulik grad oppleves som inngripende. Nedenfor er de mest sentrale anbefalingene knyttet til organisatorisk og geografisk struktur listet opp. Ytterligere beskrivelse av disse enkelttiltakene og sammenhenger og avhengigheter mot andre tiltak kan leses i senere deler av denne rapporten. Vurderinger og anbefainger har ulikt detaljnivå på tvers av rapporten. Flere av tiltakene vil kreve betydelige separate prosesser for å sikre tilstrekkelig beslutningsgrunnlag og de helt nødvendige prosesser både faglig, administrativt, politisk og opp mot kommunens innbyggere og brukere av tjenestene.

Mest sentrale tiltak anbefalt gjennomført frem mot 2040

Geografisk struktur	Organisatorisk struktur
Etablering av nytt Helsehus i Eivindvik	Etablering av ny enhet for Forvaltning, ressursstyring og støttetjenester
Etablering av heldøgnsbemannet bofellesskap i Helsehuset i Eivindvik	
Etablering av nye Helsetun i Byrknes og Brekke	Etablering av ny enhet for sykehjem og heldøgnstilbud for eldre
Avvikling av Bo- og omsorgssenter i Eivindvik og Dalsøyra	Etablering av ny enhet for hjemmebaserte tjenester for eldre
Videreutvikling av Miljøtjenesten i Dalsøyra	

Anbefalte tiltak innen kompetanse og rekruttering

Oppsummering

Observasjoner: Kommunen har vedvarende utfordringer med å rekruttere og beholde nøkkelkompetanse. Fravær, permisjoner og vakante stillinger gjør dag-til-dag bemanningsdekning tidkrevende for ledere. Geografi med store avstander begrenser bruk av personell på tvers. Flere enheter har tatt i bruk insentiver (bonus, helgetillegg) og turnusgrep (som langvakter o.l.), med delvis effekt. Samtidig bindes høyskoleutdannet personell opp i oppgaver andre kan utføre. Mange etterlyser mer robuste fagmiljø og tydeligere oppgavedeling.

Vurderinger: Det må planlegges for vedvarende knapphet på helsepersonell. Uten justeringer vil sårbar drift, høyt overtids-/vikarforbruk, ujevn kvalitet og belastning på ledere og ansatte vedvare. Kommunen bør rendyrke oppgaver for høyskoleutdannede, styrke helsefagarbeiderrollen og avlaste med servicefunksjoner for å frigjøre pleietid. Rekruttering og beholding av bemanning må kombineres med pendlervennlige arbeidstidsordninger og botilbud, forutsigbar turnus og tydelige kompetanse- og karriereløp. Risikoen uten tiltak er økt sårbarhet ved fravær og behovstopper, lavere attraktivitet som arbeidsgiver og dårligere forutsetninger for å møte økende press på tjenestene i en situasjon med ytterligere begrenset tilgang på bemanning.

Anbefalinger: Anbefalingene har fokus på å bedre forutsetningene for økt kapasitet og stabilitet i møte med ytterligere redusert tilgang til kvalifisert personell i kombinasjon med økning i antall brukere. Tiltakene kombinerer systematisk oppgavedeling og tydelige roller med målrettet kompetanseutvikling, strukturerte rekrutterings- og onboardingløp og pendlervennlige arbeidstids- og boligordninger. Slik frigjøres pleietid og ujevn praksis reduseres, samtidig som kommunen styrker attraktiviteten som arbeidsgiver og begrenser dag til dag brannslukking i bemanningskabalen.

Anbefalte tiltak

R1	Gjennomfør oppgavekartlegging og implementer oppgavedeling systematisk og gjennomgående
R2	Etabler trainee- og ressursstillinger som bygger kompetanse
R3	Innfør og gjennomfør systematisk kompetansekartlegging
R4	Utarbeid og gjennomfør en plan for strategisk medarbeiderutvikling
R5	Tilrettelegg for ikke-fastboende ansatte med tilpassede arbeidstids- og turnusordninger og boliger
R6	Sats på studenter og lærlinger
R7	Etabler og innfør et tydelig og strategisk onboardingsprogram for nyansatte

Anbefalte tiltak innen ledelse, roller og kultur

Oppsummering

Observasjoner: Det er uklarhet i rolle- og myndighetsfordeling nedover i linjen, og formelle rolle-/stillingsbeskrivelser er ikke godt nok kjent eller brukt. Ledere bruker mye tid på operativ bemanning og manuelt turnusarbeid, og grensesnitt mot støttetjenester er utydelig, slik at helsepersonell løser oppgaver som burde ligge andre steder. Samhandling og informasjonsflyt varierer mellom enheter, og prosedyrer brukes ujevnt.

Vurderinger: Tydelige delegasjoner, beslutningslinjer og rollebeskrivelser er nødvendig for å redusere personavhengighet og sikre lik praksis. Lederrollen må avlastes og profesjonaliseres slik at mer tid går til utvikling, standardisering og oppfølging. Klare grensesnitt mot støttetjenester og en mer enhetlig praksis for samhandling og informasjonsdeling vil styrke kvalitet og effektivitet. Uten tiltak vil ad-hoc avklaringer, variasjon i kvalitet og belastning på ledere og ansatte vedvare, med risiko for lavere gjennomføringsevne og trivsel.

Anbefalinger: Prioriter å tydeliggjør ledelse og roller (delegasjon, beslutningslinjer, formelle rollebeskrivelser), avlast og profesjonalisér lederhverdagen (standardisert bemannings-/turnusarbeid, riktig plassering av støtteoppgaver), og styrke kultur og samhandling (enkle og kjente informasjonsrutiner, felles tjenestekatalog og tydelige forventninger til samarbeid på tvers). Dette reduserer variasjon, øker forutsigbarhet og frigjør kapasitet til kjerneoppgaver.

Anbefalte tiltak

L1	Utarbeid og gjør kjent formelle rolle- og ansvarsbeskrivelser for alle stillinger
L2	Fastsett tydelige retningslinjer for lederes ansvar og myndighet (delegasjon og beslutningsmatrise)
L3	Gjennomgå roller og ansvar for drift, renhold, vedlikehold og bilforvaltning på tvers av enheter og lokasjoner
L4	Etabler standard for samhandling på tvers av enheter og lokasjoner
L5	Tilpass kontrollspenn i tråd med eventuelle endringer i struktur og organisering

Anbefalte tiltak innen arbeidsprosesser

Oppsummering

Observasjoner: Arbeidsprosesser og dokumentasjon varierer mellom enheter, og prosedyrer/kvalitetssystem brukes ujevnt. Det forekommer dobbeltføring og mye manuell håndtering (bl.a. turnus og dag-til-dag koordinering). Informasjonsflyt er ikke standardisert, og det mangler en samlet tjenestekatalog som avklarer tilbud, tildelingskriterier og innhold for ansatte, brukere og pårørende. Vedtaksflyten er ressurskrevende, med lang behandlingstid og saksbehandling tett knyttet til enhetslederroller. Tilbakemeldinger viser et klart behov for mer standardiserte prosesser, bedre styringsdata og tydeligere bestiller/utfører-roller, samt en samlet funksjon som kan støtte forvaltning, ressursstyring og bemanningsplanlegging.

Vurderinger:For å redusere personavhengighet og ad-hoc arbeid trenger kommunen enhetlige, tilgjengelige prosesser for dokumentasjon, informasjonsdeling, vedtaksbehandling og bemanning. En ny, tverrgående enhet for forvaltning, ressursstyring og støttetjenester vil gi tydelig ansvar, lik praksis og bedre datafangst på tvers, og samtidig avlaste ledere i operativ koordinering. Uten tiltak vil variasjon i praksis og tidsbruk vedvare, med risiko for lengre ledetider, svakere forutsigbarhet i tjenesteleveransen og mindre effektiv bruk av samlet kapasitet.

Anbefalinger: Prioriter å etablere en felles tjenestekatalog og prosedyreverk, standardisere dokumentasjonspraksis og innføre årshjul med aktiv oppfølging av fag, opplæring og internkontroll. Samle saksbehandling, ressursstyring og bemanningsstøtte i en ny enhet som jobber på tvers av tjenestene, og understøtt dette med enkel teknologistøtte og løpende styringsdata (bl.a. vedtakstider og planlagt vs. faktisk ressursbruk. Slik styrkes lik praksis, forutsigbarhet og effektiv ressursutnyttelse i hele tjenesten.

Anbefalte tiltak

A1	Utarbeid og innfør rutiner for ulike driftsnivå med beskrivelse av oppgaver for hver av nivåene
A2	Gjennomgå, revidere og systematisere prosedyre- og rutinebeskrivelser
A3	Ivareta saksbehandling og tildeling av tjenester i ny enhet for Forvaltning, ressursstyring og støttetjenester
A4	Utarbeid en tjenestekatalog for tjenester innen helse og omsorg
A5	Videreutvikle kommunens rutiner og praksis for saksbehandling og tildeling, herunder potensial for økt automatisering og digitalisering
A6	Utred muligheten for et interkommunalt samarbeid om saksbehandling og tildeling av tjenester
A7	Utred potensialet for å sentralisere arbeid med bemanningsplanlegging- og oppfølging i enhet for Forvaltning, ressursstyring og støttetjenester. Herunder innføring av teknologistøtte

Anbefalte tiltak innen måling av resultater

Oppsummering

Observasjoner: Praksis for bruk av styringsdata er fragmentert og varierer mellom enheter. Det brukes enkelte indikatorer men definisjoner, rapporteringsfrekvens og oppfølging er ikke standardisert. Data hentes fra flere systemer og mye manuelt arbeid gir dobbeltføring og varierende datakvalitet. Ledere etterlyser løpende oversikter på for eksempel vedtakstider og planlagt kontra faktisk ressursbruk som kan brukes i styringen.

Vurderinger: Kommunen trenger et enhetlig rammeverk for måling og virksomhetsstyring, med få, tydelige indikatorer som følges jevnlig og kobles til beslutninger. Standardiserte definisjoner, faste datakilder og enkel visualisering gjør det mulig å styre kapasitet, kvalitet og økonomi mer presist. Uten tiltak vil måling forbli varierende, planlegging mindre treffsikker og tid gå til ad-hoc justeringer fremfor kontinuerlig forbedring.

Anbefalinger: Etabler et felles målesett og rutiner for løpende rapportering (blant annet vedtakstider, planlagt vs. faktisk ressursbruk, pleiefaktor/ansikt-til-ansikt, overtid/vikar og kvalitet/avvik), med tydelig eierskap og bruk i ledermøter. Samle og automatiser datafangst fra kjernesystemer i enkle dashbord, innfør minimumskrav til registrering og datakvalitet, og plasser ansvar for publisering og oppfølging i enheten for forvaltning, ressursstyring og støttetjenester. Start med pilot og skalér når indikatorer og arbeidsformer sitter, slik at styringsgrunnlaget blir presist og prioriteringer kan justeres raskt i takt med behov.

Anbefalte tiltak

M1	M1: Etabler systemer og rutiner for løpende rapportering av vedtakstider, planlagt ressursbruk og faktisk brukte ressurser

Anbefalte tiltak innen kommunikasjon, koordinering og verktøy

Oppsummering

Observasjoner: Informasjonsflyt og koordinering varierer mellom enheter. Det brukes flere kanaler (e-post, Teams, muntlig/vaktmøter), men uten tydelig struktur for hva som deles hvor, av hvem og til hvem. Ansatte i turnus får ikke alltid med seg viktig informasjon, kontaktpunkter er uklare, og verktøyene oppleves lite tilpasset en travel, pasientnær arbeidshverdag. Samtidig håndteres mye koordinering og planlegging manuelt, med ujevn bruk av kvalitetssystem og få enkle oversikter som samler driftskritisk informasjon.

Vurderinger: Kommunen trenger en standard for kanaler, kontaktlinjer og verktøy som er tilpasset vaktarbeid, med kort og tydelig kommunikasjon der arbeidet skjer. Når informasjonsdeling, oppgavelister og koordinering samles i få, felles løsninger og kontaktpunkter er kjent, reduseres tid brukt på avklaringer og risiko for glipp. Uten tiltak vil informasjonsstøy, manuelle ad-hoc løsninger og ulik praksis vedvare, med svekket gjennomføringsevne og effektivitet.

Anbefalinger: Etabler klare rutiner for informasjonsdeling og kanalbruk, med en enkel "hvem-kontakter-hvem" og faste oppdateringspunkter på vakt. Tilpass verktøy til hverdagen (tavle/sjekklister for driftkritisk info, ukentlig oppsummering digitalt), og utpek superbrukere som støtter innføring og bruk. Samle koordinering og publisering av oversikter i en funksjon som kan støtte på tvers, og koble verktøyene til kvalitetssystem og styringsdata. Slik får ansatte rask tilgang til relevant informasjon, ledere får bedre oversikt, og koordinering blir mer forutsigbar og effektiv.

Anbefalte tiltak

K1	Etabler og gjør kjent rutiner for informasjonsdeling og hvilke kanaler som skal benyttes til ulike typer kommunikasjon

Anbefalte tiltak innen struktur og kapasitet

Oppsummering

Observasjoner: Strukturen preges av flere små og spredte lokasjoner, som gir høyt grunnbemanningsbehov og ujevn kapasitet på tvers. Fagmiljø og bemanningsnivå varierer, bygg og utforming er ikke alltid hensiktsmessige, og det er tegn til nivåutfordringer (brukere på feil omsorgsnivå). Dag-/aktivitetstilbud er ikke fullt ut integrert, og mye planlegging og koordinering skjer lokalt, med ulik praksis og begrenset oversikt over samlet kapasitet.

Vurderinger: Struktur er det viktigste virkemidlet for å styrke kapasitet. Organisering etter tjeneste fremfor geografi gir tydelig ansvar og bedre samordning av ressurser. Samlokalisering av heldøgnstilbud i et helsehus styrker fagmiljø og reduserer sårbarhet, mens en samlet enhet for hjemmebaserte tjenester gir oversikt og fleksibilitet på tvers av private hjem og samlokaliserte boliger, inkludert dag-/aktivitetstilbud. En tverrgående enhet for forvaltning, ressursstyring og støttetjenester standardiserer vedtak, bemanning og rapportering, og gir løpende styringsdata som kan brukes aktivt. Uten slike grep vil sårbarhet og ujevn kvalitet vedvare, og evnen til å møte økt etterspørsel med begrenset tilgang til bemanning svekkes.

Anbefalinger: Organiser eldreomsorgen i to tjenestebaserte enheter (heldøgn og hjemmebasert), og etabler en enhet for forvaltning, ressursstyring og støttetjenester som samler vedtak, bemanning og styringsdata. Gjennomfør lokasjons- og bygningsgjennomgang med sikte på samlokalisering der det gir faglige og kapasitetsmessige gevinster, integrer dag-/aktivitetstilbud på tvers, og definer tydelige kriterier for nivåvalg med rask vedtaksrevisjon. Standardiser samhandling og mobil bruk av personell, sett og følg opp kapasitetsmål (for eksempel pleiefaktor og dekningsgrad), og innfør enkel, løpende rapportering. Trinnvis innføring med piloter og justeringer sikrer forutsigbar overgang og gevinstrealisering.

Anbefalte tiltak

S1	Etabler et Helsehus som samlokaliserer større deler av kommunens tjenestetilbud
S2	Etabler kapasitet for heldøgnsbemannede bofellesskap for eldre i Helsehuset
S3	Etabler helsetun i Brekke og Byrknes ved å enten gjenbruke eksisterende bygg for bo- og omsorgssentrene eller i nybygg
S4	Overfør Dalsøyra Bo- og omsorgssenter til Miljøtjenesten
S5	Avvikle Eivindvik Bo- og omsorgssenter og ta bygget i bruk som tilrettelagte boliger, allminnelige utleieboliger og boliger for ansatte / pendlere
S6	Etabler en enhet for Forvaltning, ressursstyring og støttetjenester
S7	Organiser pleie- og omsorgstjenester for eldre i to enheter: (1) Heldøgn eldre, (2) Hjemmebaserte tjenester
S8	Organiser Hukommelsesteamet under enhet for Hjemmebaserte tjenester
S9	Videreføre kjøkken og vaskeri i egen regi ved Helsehuset i Eivindvik
S10	Avslutt matombringing i kommunal regi, foruten for personer med vedtak på spesialkost. Fasiliter tilgang til eksterne tilbud for hjemmeboende

02

Beskrivelse av Helse og omsorg i Gulen kommune

Dagens situasjon

Helse og omsorg er organisert delvis etter tjeneste og fag og delvis etter geografi

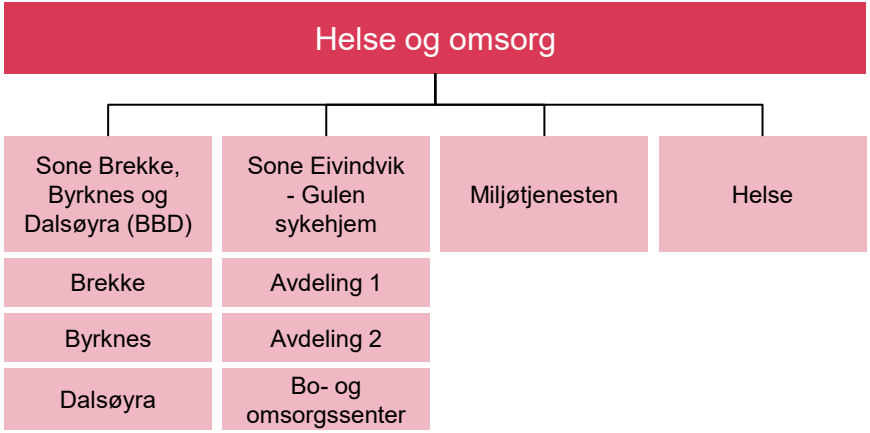
Helse og omsorg i Gulen kommune er ledet av kommunalsjef. Området har fire enheter og flere avdelinger tilknyttet hver enhet. Enhetene sone Brekke, Byrknes og Dalsøyra (BBD) og sone Eivindvik er organisert etter geografi, mens enhet Miljøtjenesten og enhet Helse er organisert etter tjeneste og fag.

Sone Brekke, Byrknes og Dalsøyra (BBD) er ansvarlig for pleie og omsorgstjenester til hjemmeboende i de geografiske områdene Brekke, Byrknes og Dalsøyra. Enheten har tre omsorgssentre med hjemmetjenestebaser og boenheter til utleie for de som har behov for tilrettelagte boliger. Beboerne på omsorgssentrene er i utgangspunktet å regne som hjemmeboende på lik linje med de som bor i private boliger, og kan på lik linje med disse søke om kommunale pleie- og omsorgstjenester. På Brekke er det i dag 2 hybler, 4 rom m/bad og 1 avlastingsrom i ett bygg og 6 leiligheter i separate bygg i nærheten. Byrknes har 12 leiligheter og 1 avlastingsrom og Dalsøyra har 8 leiligheter og 1 avlastingsrom. Hjemmetjenesten har base på hver av de ulike omsorgssentrene og yter tjenester til kommunens innbyggere som har behov for praktisk bistand og pleie og omsorg i hjemmet. Det er også bemanning på natt i sone BBD, som kan yte tilsyn/tjenester etter vedtak.

Sone Eivindvik – Gulen sykehjem er ansvarlig for pleie og omsorgstjenester til hjemmeboende i Eivindvik, i tillegg til å tilby sykehjemsplasser for hele kommunen. Ressurssykepleier for kreft og lindring er også tilknyttet enheten, og tilbyr tjenester i hele kommunen. Sonen inneholder et sykehjem, et omsorgssenter og hjemmetjeneste. Sykehjemmet har totalt 24 plasser. I tillegg har sykehjemmet eget kjøkken og vaskeri. Omsorgssenteret i Eivindvik inneholder 14 leiligheter og base for hjemmetjenesten.

Miljøtjenesten gir tjenester til innbyggere med nedsatt funksjonsevne og psykisk utviklingshemming. Miljøtjenesten har et bo- og aktivitetstilbud lokalisert på Dalsøyra. Her er det 7 leiligheter og et aktivitetssenter. Noen brukere får sine tjenester med utgangspunkt i egen bolig ved andre lokasjoner.

Helse er en enhet som er ansvarlig for legetjenesten, fysioterapitjenester, ergoterapitjenester, helsestasjon, helsesykepleier og jordmor (kjøpes fra Masfjorden), psykisk helse og rus, hukommelsesteam, dagsenter, skolehelsetjenesten, leder for tiltaksnemnden, psykososialt kriseteam og saksbehandling for helse og omsorgstjenester. Enheten yter tjenester ved lokasjoner på tvers av kommunens geografi.



Helse og omsorg har sine baser lokalisert i fire bygder i kommunen

1 **Byrknes**
- Bo- og omsorgssenter
- Hjemmetjeneste
- Utekontor for lege (1 dag i uken)

2 **Dalsøyra**
- Bo- og omsorgssenter
- Hjemmetjeneste
- Miljøtjenesten sine boliger
- Aktivitetssenter

3 **Eivindvik**
- Bo- og omsorgssenter
- Hjemmetjeneste
- Sykehjem
- Dagsenter for hjemmeboende med kognitiv svikt
- Helsetjenester inkludert legekontor

4 **Brekke**
- Bo- og omsorgssenter
- Hjemmetjeneste
- Utekontor for lege (1 dag i uken)



Oversikt over kapasitet og dimensjonering av dagens enheter i helse og omsorg - side 1/2

Sone Eivindvik - Gulen sykehjem

37,6 mNOK*

39,73 årsverk***

Gulen sykehjem
- 16 langtid og kortidsplasser
- 8 demens, avlastings- og korttidsplasser
- 29 årsverk

Eivindvik
- Bo- og omsorgssenter med 14 boliger
- 12 brukere av hjemmetjenesten**
- 10,73 årsverk

Sone Brekke, Byrknes, Dalsøyra (BBD)

32,9 mNOK*

29,22 årsverk***

Brekke
- Bo- og omsorgssenter med 12 boliger
- 12 brukere av hjemmetjenesten**
- 9,86 årsverk

Byrknes
- Bo- og omsorgssenter med 12 boliger
- 16 brukere av hjemmetjenesten**
- 11,35 årsverk

Dalsøyra
- Bo- og omsorgssenter med 8 boliger
- 11 brukere av hjemmetjenesten**
- 8,01 årsverk

*Budsjetterte driftsmidler 2025. Rundet av til nærmeste 100 000
**Tallet er et snitt av antall brukere to tilfeldige måneder i 2024 og inkluderer ikke beboere i omsorgssenter
*** Per mars 2025

Oversikt over kapasitet og dimensjonering av dagens virksomheter i helse og omsorg – side 2/2

Miljøtjenesten



25,8 mNOK*



23,13 årsverk***

- 6 boliger med fast bemanning
- 1 avlastingsbolig
- BPA
- Noen brukere som følges opp helt eller delvis i andre kommunale og / eller private boliger med og uten fast bemanning
- Aktivitetssenter

Helse



21,5 mNOK*



19,12 årsverk***

- Ergoterapi
- Fysioterapi
- Legetjenester
- Helsestasjon/skolehelsetjeneste
- Psykisk helse og rus
- Hukommelsesteam
- Dagsenter for personer med demens
- Leder for tiltaksnemda/saksbehandling for helse- og omsorgstjenester
- Psykososialt kriseteam

*Budsjetterte driftsmidler 2025. Rundet av til nærmeste 100 000
*** Per mars 2025

03

Økonomiske nøkkeltall

Observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Kommunaløkonomisk bærekraft og sammenligning mellom kommuner

Kommunaløkonomisk bærekraft
Kommunaløkonomisk bærekraft innebærer at kommunene gjennom langsiktig planlegging og styring sikrer økonomisk handlingsrom for å møte både dagens og fremtidige generasjoner sine behov for tjenester. Kommuneloven stiller krav til økonomistyringen i kommuner og fylkeskommuner, som reflekteres i følgende eksempler:

- Kommuner og fylkeskommuner må forvalte økonomien på en måte som sikrer at den økonomiske handleevnen opprettholdes over tid
- Kommunestyret har ansvar for å fastsette finansielle måltall som styrer utviklingen av kommunens økonomi
- Økonomiplanen skal tydeliggjøre hvordan langsiktige utfordringer, mål og strategier fra kommunale og regionale planer skal følges opp
- Økonomiplanen og årsbudsjettet må være balanserte, realistiske, fullstendige og oversiktlige
- Årsbudsjettet skal inkludere nødvendige avsetninger for å sikre en sunn økonomiforvaltning
- Investeringer må over tid ha en egenfinansieringsgrad som opprettholder kommunens økonomiske handleevne



Grunnlag for observasjoner, analyser og vurderinger
Dette kapittelet baserer seg på offentlig tilgjengelig data og informasjon for å analysere og vurdere den økonomiske situasjonen i helse og omsorg. Det er viktig å bemerke at kostnadsinformasjonen knyttet til ulike gupperinger i sektoren ikke nødvendigvis er fordelt på samme måte som kommunen har organisert helse og omsorg. Analysene og informasjonen er strukturert etter tilsvarende inndeling som i KOSTRA.

I de kommende analysene sammenlignes blant annet ressursbruken i Gulen kommune med sammenligningskommuner for ulike deler av helse og omsorg. Forskjeller i ressursbruk er beregnet basert på netto driftsutgifter per innbygger per KOSTRA funksjon, justert for variasjoner i utgiftsbehov. Det kan forekomme enkelte avvik i rapporteringen av KOSTRA-tall, noe som kan påvirke sammenligningen av spesifikke funksjoner. Disse avvikene vil imidlertid ikke påvirke det overordnede bildet, ettersom avvik i rapporteringen på en funksjon innebærer tilsvarende justeringer på andre funksjoner. Likevel kan det ha betydning for ulikheter på enkeltfunksjoner.

Gulen sammenlignes med gjennomsnitt for KOSTRA gruppe 5 og 6, gjennomsnittet for landets kommuner uten Oslo, samt kommunene Vik, Høyanger, Austrheim og Masfjorden. Gulen kommune befinner seg i KOSTRA gruppe 6. Både KOSTRA gruppe 5 og 6 er kommuner med 2000-9999 innbyggere og kommuner med middels bundne kostnader. Forskjellen mellom de to gruppene er at gruppe 5 har middels frie disponible inntekter per innbygger, mens gruppe 6 har høye frie disponible inntekter per innbygger. Alle sammenligningskommuner befinner seg i Vestland fylke. Høyanger og Vik er også i KOSTRA gruppe 6. Alle sammenligningskommuner har sentralitetsindeks 6. Indeksen er inndelt i 6 nivåer hvor 6 er minst sentral og 1 er mest sentral.

Kommuneloven setter føringer for hvordan kommunene skal forvalte økonomi for å sikre langsiktig økonomisk handleevne

Kommuneloven og andre viktige rammebetingelser
I henhold til kommunelovens § 14-1 skal kommunene forvalte sin økonomi på en måte som sikrer langsiktig økonomisk handleevne. Dette innebærer at økonomien skal være bærekraftig over tid. Loven fremhever betydningen av god og langsiktig økonomistyring, samtidig som den gir rom for politisk skjønn og ansvarlig prioritering.

Kommunelovens § 14-2 pålegger kommunestyret å fastsette finansielle måltall for utviklingen av kommunens økonomi. Selv om det er opp til kommunene å bruke skjønn, stilles det krav om at måltallene skal være realistiske, langsiktige og oppnåelige. Disse måltallene fungerer som handlingsregler, men de er ikke juridisk bindende for kommunens budsjettrammer.

Indikatorer for kommunaløkonomisk bærekraft og finansielle måltall baseres ofte på tre sentrale nøkkelindikatorer; resultatgrad, fondsgrad og gjeldsgrad. Kommunenes inntekter kommer fra flere kilder, inkludert skatteinntekter, statlige overføringer (tilskudd) og brukerbetalinger eller gebyrer fra innbyggerne. De såkalte frie inntektene, som kommunene kan disponere uten bindinger, består hovedsakelig av rammetilskudd og skatteinntekter. På nasjonalt nivå utgjør disse omtrent 70% av kommunens totale inntekter.

Fordelingen av frie inntekter skjer gjennom inntektssystemet, som inkluderer mekanismer for utjevning. Disse mekanismene har som mål å kompensere for forskjeller i kommunenes økonomiske forutsetninger som de selv ikke kan påvirke, for eksempel geografiske og demografiske forhold. Til tross for dette er det fortsatt betydelige variasjoner i kommunenes disponible frie inntekter. Dette fører til ulikt handlingsrom mellom kommunene når det gjelder å prioritere oppgaver og ansvar som er pålagt dem.

Indikatorer for kommunaløkonomisk bærekraft

Resultatgrad
Resultatgrad er netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter. Det er et mål på hvor effektivt kommunen bruker sine inntekter og hvor mye som er tilgjengelig for å styrke økonomien, investere i fremtidige prosjekter og bygge opp reserver. Høyere resultatgrad kan bety at kommunen har større handlingsrom for å håndtere uventede hendelser, uten å måtte redusere driften.

Fondsgrad
Fondsgrad er disposisjonsfond i prosent av brutto driftsinntekter. Det er et mål på hvor mye økonomiske reserver kommunen har opparbeidet seg i forhold til sine totale inntekter. Midlene kan brukes til å håndtere uforutsette utgifter, finansiere investeringer eller styrke kommunens økonomiske handleevne. Høy fondsgrad indikerer god økonomisk styring og tilstrekkelige reserver. Dette gir fleksibilitet og økonomisk trygghet.

Gjeldsgrad
Gjeldsgrad er langsiktig gjeld i prosent av brutto driftsinntekter. Det er et mål på kommunens gjeldsnivå i forhold til inntektene og gir en indikasjon på hvor avhengig kommunen er av lånefinansiering for å dekke sine investeringer og driftsbehov. Høy gjeldsgrad medfører høye driftsutgifter til renter og avdrag, noe som reduserer handlingsrommet og evnen til å håndtere omstillinger.

Gulen kommune har en høy resultatgrad og fondsgrad, samt en lav gjeldsgrad sammenlignet med andre

Gulen kommune har i 2024 rapportert en resultatgrad som er omtrent lik som gjennomsnittet for KOSTRA gruppe 6 og bedre enn resultatgraden til de fleste sammenligningskommuner. I tillegg har Gulen høyere fondsmindler, samt en lavere gjeldsgrad enn de fleste sammenligningskommuner og snittet for KOSTRA-gruppe 5 og 6.

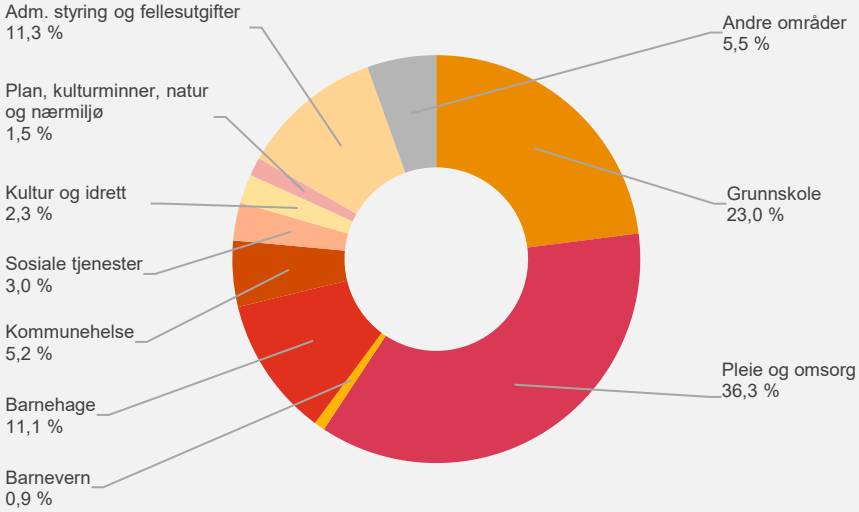
	Resultatgrad			Fondsgrad			Gjeldsgrad		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Gulen sine finansielle måltall (snitt perioden 2025-2028)			*1%*			*20%*			*90%*
Gulen	**9,4 %**	**0,4 %**	**5,2 %**	**35,1 %**	**35,7 %**	**35,6 %**	**53,4 %**	**58,1 %**	**45,2 %**
KOSTRA-gruppe 5	4,1 %	3,6 %	-0,7 %	16,1 %	16,3 %	14,5 %	77,4 %	72,6 %	76,1 %
KOSTRA-gruppe 6	3,0 %	2,6 %	2,4 %	14,9 %	14,8 %	15,8 %	89,9 %	87,3 %	83 %
Landet uten Oslo	2,6 %	1,0 %	-0,3 %	14,6 %	13,5 %	11,6 %	92,9 %	92,6 %	91,9 %
Vik	14,7%	9,7%	0,2%	27,3%	28,3%	27,9%	97,2%	103%	131,9%
Høyanger	-14,3%	10,8%	2,9%	0,1%	5,5%	7,8%	120,8%	84,8%	90,3%
Austrheim	1%	-0,3%	-2,6%	6,1%	6,3%	3,9%	84,9%	86,5%	76,3%
Masfjorden	5%	7,7%	6,1%	37,1%	40,6%	33,1%	44,4%	39,5%	27,9%

Før utgiftskorrigering brukes i overkant av 36% av kommunens netto driftsutgifter på pleie og omsorg

Tabellen nedenfor viser Gulen kommune sine netto driftsutgifter per innbygger før utgiftskorrigering, samt hvordan utgiftene fordeler seg mellom tjenesteområdene (tjenesteområdene er inndelt etter Framsikt sin standard for inndeling av tjenesteområder). Fordelingen av utgiftene illustrerer hvordan kommunen prioriterer sine ressurser, men det er ikke sammenlignbart med andre kommuner før tallene er korrigert for ulikt utgiftsbehov i kommunene. I 2024 var Gulen sine totale netto driftsutgifter per innbygger på 129 971kr*.

	Netto driftsutgifter før utgiftskorrigering	Andel
Totalt	129 971	
Grunnskole	29 877	23,0 %
Pleie og omsorg	47 175	36,3 %
Barnevern	1 118	0,9 %
Barnehage	14 403	11,1 %
Kommunehelse	6 806	5,2 %
Sosiale tjenester	3 913	3,0 %
Kultur og idrett	2 982	2,3 %
Plan, kulturminner, natur og nærmiljø	1 892	1,5 %
Adm. styring og fellesutgifter	14 686	11,3 %
Andre områder	7 119	5,5 %
Brann og ulykkesvern	*3 235*	*2,5 %*
Kommunale boliger	*1 452*	*1,1 %*
Samferdsel	*4 782*	*3,7 %*
Næringsforv. og konsesjonskraft	*-4 719*	*-3,6 %*
Landbruk	*761*	*0,6 %*
Kirke	*1 608*	*1,2 %*

Andel netto driftsutgifter til ulike tjenester i Gulen kommune før utgiftskorrigering



*Kilde: Framsikt analyse, oktober 2025. Beregnet basert på KOSTRA-tall hentet fra SSB. *Tall kan avvike noe fra det som er tilgjengelig i SSB ettersom det gjøres noen korreksjoner for å gjøre tallene sammenlignbare mellom kommuner.*

Gulen er dyrere å drifte enn de fleste sammenlignbare kommuner

Tabellen viser netto driftsutgifter per innbygger før utgiftsutjevning i Gulen, Vik, Høyanger, Austrheim og Masfjorden, samt KOSTRA-gruppe 5 og 6 og landet uten Oslo. I tillegg viser tabellen utgiftsutjevningen til Gulen og sammenligningskommunene. Videre i dette kapittelet vil det kun bli benyttet tall som er korrigert for utgifter basert på utgiftsutjevningen.



	Netto driftsutgifter per innbygger	Utgiftsutjevning
Gulen	**129 971**	**1,263**
Vik	111 737	1,2087
Høyanger	100 482	1,1676
Austrheim	101 209	1,112
Masfjorden	130 205	1,3504
KOSTRA-gruppe 5	102 798	-
KOSTRA-gruppe 6	105 838	-
Landet uten Oslo	82 726	-

*Kilde: Framsikt analyse, oktober 2025. Beregnet basert på KOSTRA-tall hentet fra SSB. *Tall kan avvike noe fra det som er tilgjengelig i SSB ettersom det gjøres noen korreksjoner for å gjøre tallene sammenlignbare mellom kommuner.*

Gulen kommune er 26,3% dyrere å drifte enn gjennomsnittskommunen

Tabellen til høyre viser den beregnede utgiftsutjevningen til Gulen kommune basert på 2025-tall.

Kommunene kan ha betydelige forskjeller i kostnadsstruktur, demografi og geografisk størrelse og form. Disse faktorene vil påvirke både etterspørselen etter kommunale tjenester, samt kostnadene ved å tilby dem. Dette er kjent som kommunens utgiftsbehov. For å sammenligne kostnadsnivå og effektivitet i kommuner må dette ihensyntas og korrigeres for.

Hvert år beregner staten hvor mye hver enkelt kommune skal få i frie inntekter. Rammetilskkuddet bestemmes av kriteriene og vekten i tabellen til høyre.

Dette statlige finansieringssystemet for kommunene har som hensikt å utjevne forskjeller mellom kommunene, som kommunene selv i liten grad kan påvirke. Finansieringsordningen skal sikre et likeverdig tjenestetilbud.

For Gulen kommune er behovsindeksen på 1,263. Dette betyr at Gulen har et utgiftsbehov basert på demografi og geografi som er 26,3% over landsgjennomsnittet. Dermed får kommunen et tilskudd på 42 793 673kr.

Utgiftsutjevning			42 793 673
Behovsindeks			1,263
Kriterium	**Vekt**	**Kriterieindeks**	
Innbyggere 0 år	0,0024	0,9163	
Innbyggere 1-5 år	0,1445	0,8949	
Innbyggere 6-12 år	0,1654	0,9022	
Innbyggere 13-15 år	0,0741	0,8063	
Innbyggere 16-22 år	0,0227		1,0333
Innbyggere 23-24 år	0,006	0,6923	
Innbyggere 25-66 år	0,1266	0,9603	
Innbyggere 67-79 år	0,0659		1,2358
Innbyggere 80-89 år	0,0633		1,3257
Innbyggere 90 år og over	0,0395		1,8208
Landbrukskriterium	0,0019		6,0139
Sonekriteriet	0,0103		7,7884
Nabokriteriet	0,0103		5,1945
Basiskriterium	0,0217		6,8754
Innvandrerbarn	0,0081		1,0493
Døde	0,0442	0,9871	
Lavinntektskriteriet	0,0151	0,6946	
Uføre	0,0089	0,5835	
Flyktninger uten integreringstilskudd	0,0148	0,1617	
Opphopning	0,0061	0,2029	
PU	0,0212		1,4148
Aleneboende 30-66 år	0,0204	0,9109	
Aleneboende 67 år og over	0,522		1,3985
Lav utdanning	0,0141		1,0358

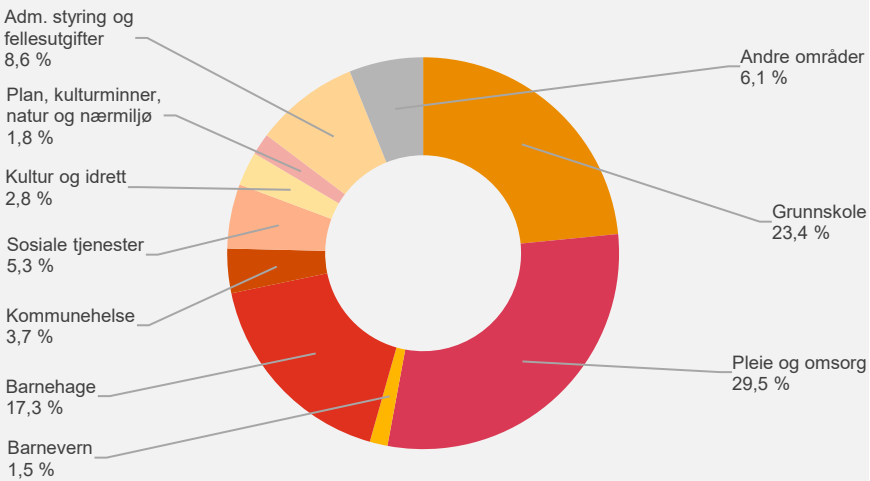
Kilde: Regjeringen.no, Frie inntekter 2025.

Etter utgiftskorrigering brukes 29,5% av kommunens netto driftsutgifter på pleie og omsorg

Tabellen nedenfor viser Gulen kommune sine netto driftsutgifter per innbygger etter utgiftskorrigering, samt hvordan utgiftene fordeler seg mellom tjenesteområdene (tjenesteområdene er inndelt etter Framsikt sin standard for inndeling av tjenesteområder). Korrigeringen fører til noen endringer i fordelingen av utgifter. Utgiftsutjevningen presentert på forrige side baserer seg på regjeringen sine beregninger for 2025, mens tallene i denne analysen er regnskapstall for 2024. Derfor er det benyttet utgiftsbehov for 2024 for å korrigere disse tallene. Dette vil i liten grad avvike fra tallene presentert på de forrige sidene.

	Netto driftsutgifter før utgiftskorrigering	Andel
Totalt	106 224	
Grunnskole	24 895	23,4 %
Pleie og omsorg	31 318	29,5 %
Barnevern	1 563	1,5 %
Barnehage	18 404	17,3 %
Kommunehelse	3 894	3,7 %
Sosiale tjenester	5 648	5,3 %
Kultur og idrett	2 982	2,8 %
Plan, kulturminner, natur og nærmiljø	1 892	1,8 %
Adm. styring og fellesutgifter	9 143	8,6 %
Andre områder	6 485	6,1 %
Brann og ulykkesvern	*3 235*	*3,0 %*
Kommunale boliger	*1 452*	*1,4 %*
Samferdsel	*4 782*	*4,5 %*
Næringsforv. og konsesjonskraft	*-4 719*	*-4,4 %*
Landbruk	*127*	*0,1 %*
Kirke	*1 608*	*1,5 %*

Andel netto driftsutgifter til ulike tjenester i Gulen kommune etter utgiftskorrigering



*Kilde: Framsikt analyse, oktober 2025. Beregnet basert på KOSTRA-tall hentet fra SSB. *Tall kan avvike noe fra det som er tilgjengelig i SSB ettersom det gjøres noen korreksjoner for å gjøre tallene sammenlignbare mellom kommuner.*

Gulen har høyere netto driftsutgifter totalt etter utgiftskorrigering enn de andre sammenligningskommunene

Tabellen viser en sammenligning av netto driftsutgifter per innbygger etter utgiftsutjevning i Gulen, Vik, Høyanger, Austrheim og Masfjorden, samt KOSTRA-gruppe 5 og 6 og landet uten Oslo. I tabellen ser vi ulikheter mellom kommunene fordelt på de ulike tjenesteområdene. Gulen sine totale utgifter etter utgiftskorrigering er høyere enn hos de andre kommunene. For tjenesteområdet pleie og omsorg har også Gulen et høyere utgiftsnivå enn de fleste andre av sammenligningskommunene.

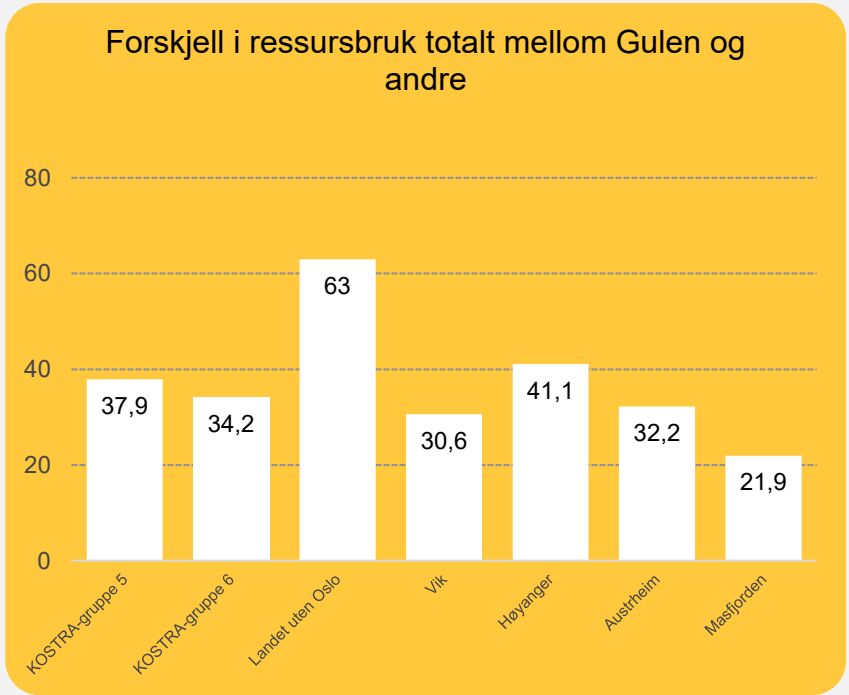
	Gulen	KOSTRA-gruppe 5	KOSTRA-gruppe 6	Landet uten Oslo	Vik	Høyanger	Austrheim	Masfjorden
Totalt	106 224	90 754	91 064	81 765	90 870	86 016	94 885	95 764
Grunnskole	24 895	21 088	20 985	18 563	21 176	21 175	20 794	24 957
Pleie og omsorg	31 318	26 749	27 962	26 208	28 753	31 879	24 207	28 743
Barnevern	1 563	3 170	3 782	2 817	3 742	3 178	3 796	3 068
Barnehage	18 404	12 430	13 134	11 128	12 964	13 847	12 867	13 429
Kommunehelse	3 894	5 621	6 062	4 770	6 516	6 831	6 087	5 730
Sosiale tjenester	5 648	4 967	5 272	4 524	4 350	4 730	6 276	3 629
Kultur og idrett	2 982	3 886	4 243	3 137	3 335	6 721	4 236	5 532
Plan, kulturminner, natur og nærmiljø	1 892	1 503	1 698	1 185	3 244	1 609	1 484	1 561
Adm. Styring og fellesutg.	9 143	8 083	9 188	6 051	10 000	7 753	8 536	8 351
Andre områder	6 485	3 260	-1 261	3 382	-3 210	-11 707	6 602	762
Brann og ulykkesvern	*3 235*	1 769	2 069	1 163	2 107	2 012	1 596	3 204
Kommunale boliger	*1 452*	387	389	391	2 082	157	1 290	1 645
Samferdsel	*4 782*	2 822	3 655	1 472	4 625	3 177	2 056	3 283
Næringsforv. Og konsesjonskraft	*-4 719*	-3 116	-8 845	-529	-13 455	-18 648	202	-9 813
Landbruk	*127*	145	172	146	214	188	100	110
Kirke	*1 608*	1 253	1 299	739	1 217	1 407	1 358	2 333

*Kilde: Framsikt analyse, oktober 2025. Beregnet basert på KOSTRA-tall hentet fra SSB. *Tall kan avvike noe fra det som er tilgjengelig i SSB ettersom det gjøres noen korreksjoner for å gjøre tallene sammenlignbare mellom kommuner.*

Gulen kommune har et teoretisk innsparingspotensiale

Grafen til høyre viser det totale teoretiske innsparingspotensialet til Gulen kommune gitt at Gulen hadde driftet på et nivå tilsvarende KOSTRA-gruppe 5, KOSTRA-gruppe 6, landet uten Oslo, Vik, Høyanger, Austrheim og Masfjorden. Alle sammenligningsgrupper og kommuner drifter med et lavere utgiftsnivå per innbygger. Fra grafen ser vi at Gulen kommune kunne spart mellom 21,9 og 41,1 millioner kroner i året dersom de hadde driftet på nivå med de utvalgte kommunene og snittet for KOSTRA-gruppene. Av de utvalgte kommunene er det Høyanger som er den mest kostnadseffektive, og Gulen har et teoretisk innsparingspotensiale på 40,7 millioner kroner i året sett opp mot Høyanger.

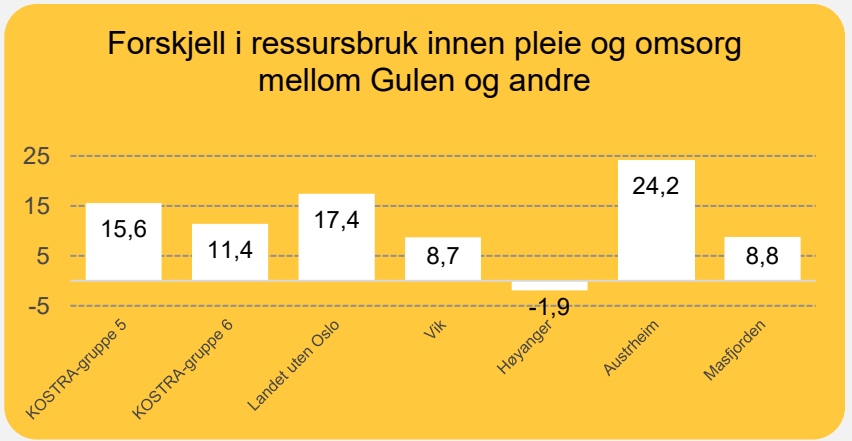
Resten av kapittelet vil se nærmere på tjenesteområdene, og hvordan det teoretiske innsparingspotensialet fordeler seg på de ulike tjenesteområdene (etter Framsikt sin inndeling). For hvert tjenesteområdet vil det teoretiske innsparingspotensialet til Gulen dersom de hadde etablert et kostnadsnivå per innbygger tilsvarende KOSTRA-gruppe 6 bli vist. Her vil det fremkomme både netto innsparingspotensiale og differansen i prosent. Det er viktig å bemerke seg at det er en viss usikkerhet i hvordan kommunene rapporterer, og dess dypere man går i hver funksjon, jo mer usikkerhet vil det være i tallene.

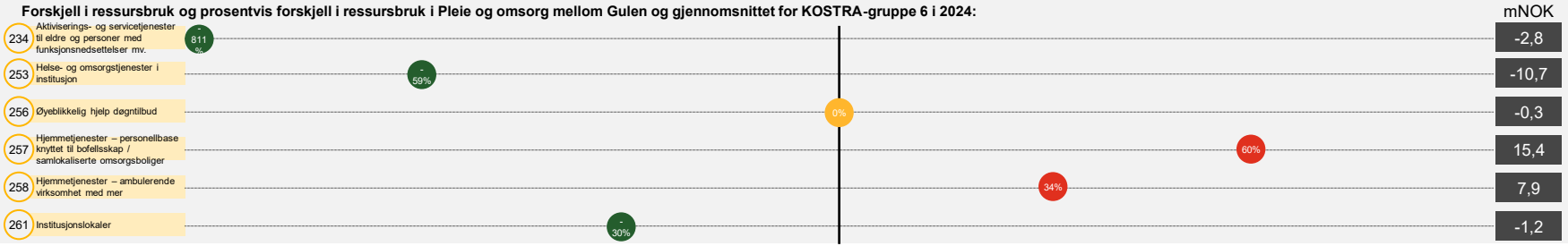


*Kilde: Framsikt analyse, oktober 2025. Beregnet basert på KOSTRA-tall hentet fra SSB. *Tall kan avvike noe fra det som er tilgjengelig i SSB ettersom det gjøres noen korreksjoner for å gjøre tallene sammenlignbare mellom kommuner.*

Gulen kommune bruker mer på Pleie og omsorg enn de fleste andre sammenligningskommuner og -grupper

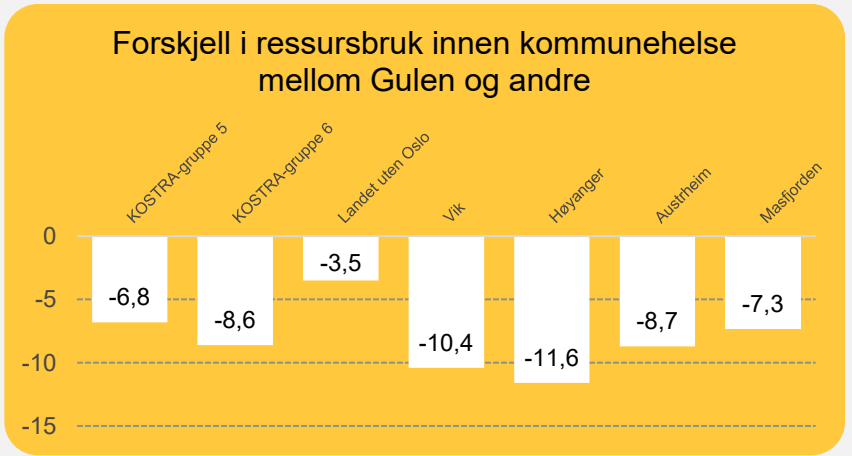
Grafen til høyre viser det teoretiske innsparingspotensialet for Gulen kommune innen pleie og omsorg gitt at kommunen hadde driftet med et tilsvarende utgiftsnivå per innbygger som sammenligningskommunene og gruppene. Fra grafen ser vi at det kun er Høyanger som drifter med et høyere utgiftsnivå per innbygger enn Gulen. Resterende kommuner og grupper drifter med et lavere utgiftsnivå. Hadde Gulen driftet pleie og omsorg som gjennomsnittet av KOSTRA-gruppe 6, kunne Gulen spart 11,4 millioner kroner i året. Det er særlig KOSTRA-funksjon 257 (Hjemmetjenester – personellbase knyttet til bofellesskap / samlokaliserte omsorgsboliger) og 258 (Hjemmetjenester – ambulerende virksomhet med mer) hvor det ligger innsparingspotensiale. Beløpet på de to funksjonene er på henholdsvis 15,4 mNOK og 7,9 mNOK i året.



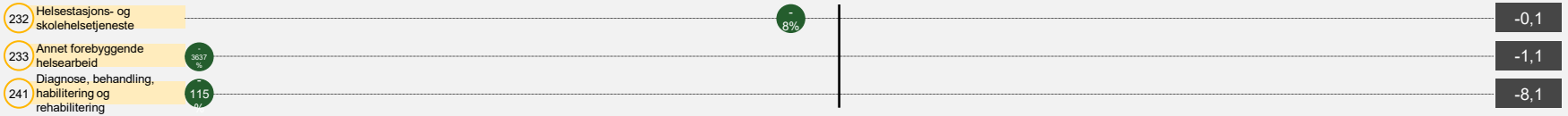


Gulen bruker mindre på Kommunehelse enn alle de andre sammenligningskommunene

Gulen bruker mindre penger på kommunehelse enn sammenligningskommunene.



Forskjell i ressursbruk og prosentvis forskjell i ressursbruk i Pleie og omsorg mellom Gulen og gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 6 i 2024:



04

Analyse av helse og omsorg

Observasjoner, vurderinger og anbefalinger

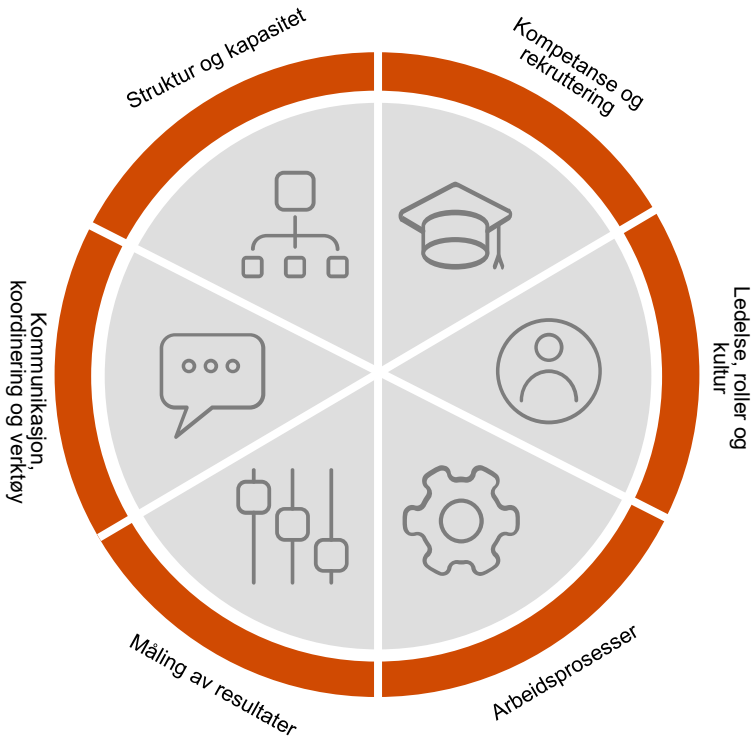
Analysen er basert på PwC sitt rammeverk for evaluering

Analysen av helse og omsorg er strukturert etter en tilpasset versjon av PwC sitt rammeverk for evaluering, som gir en helhetlig tilnærming til vurdering av kommunalsjefområdet. Denne tilnærmingen gjør det mulig å analysere helse og omsorg med et bredere perspektiv enn kun den formelle organisasjonsstrukturen. Dette bidrar til å identifisere tiltak som er både relevante og målrettede. For eksempel vil strukturelle endringer i organisasjonskartet være mindre hensiktsmessige dersom utfordringene i et område egentlig skyldes uklare roller og ansvar.

Rammeverket består av seks dimensjoner som alle er viktige for en velfungerende organisasjon. Vår erfaring tilsier at dette rammeverket er godt egnet til å gi en helhetlig oversikt over styrker og svakheter i en organisasjon, og til å identifisere behov for endringer.

Datainnhenting, analyser og forslag til tiltak er strukturert etter dimensjonene i modellen. I kartleggingen av helse og omsorg i Gulen kommune har vi benyttet en kombinasjon av metoder, blant annet basert på

- Intervjuer med nøkkelpersoner
- Befaringer
- Heldagssamling
- Dokumentanalyser



Kompetanse og rekruttering

R1	Gjennomfør oppgavekartlegging og implementer oppgavedeling systematisk og gjennomgående
R2	Etabler trainee- og ressursstillinger som bygger kompetanse
R3	Innfør og gjennomfør systematisk kompetansekartlegging
R4	Utarbeid og gjennomfør en plan for strategisk medarbeiderutvikling
R5	Tilrettelegg for ikke-fastboende ansatte med tilpassede arbeidstidsordninger, turnusordninger og boliger
R6	Sats på studenter og lærlinger
R7	Etabler og innfør et tydelig og strategisk onboardingsprogram for nyansatte



Kompetanse og rekruttering

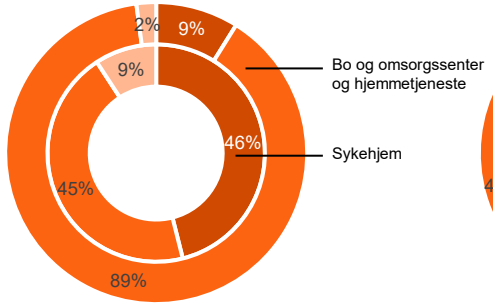
I mindre kommuner er det særlig krevende, og kritisk viktig, å rekruttere, beholde og utvikle riktig kompetanse til helse- og omsorgstjenestene. Dette er avgjørende for å sikre god kvalitet, trygghet og effektivitet i tjenestetilbudet. Riktig kompetanse på riktig sted til riktig tid gjør det mulig å møte et økende antall brukere med mer komplekse behov. Det vil ikke være mulig å møte økningen i antall brukere med tilsvarende økning i antall ansatte. All omstilling i helse og omsorg, organisatorisk såvel som strukturelt, må derfor ha som utgangspunkt og mål å bygge opp under at Gulen kommune skal klare å yte forsvarlige tjenester innenfor de faktiske rammene kommunen har å forholde seg til både når det gjelder økonomi men særlig når det gjelder tilgjengelig bemanning.

Observasjoner kompetanse

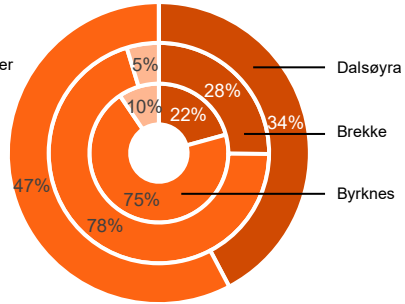
Tjenestene beskriver et vedvarende og bredt rekrutterings- og kompetanseproblem i helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Utfordringene beskrives å gjelde alle deler av virksomheten: pleie- og omsorg (sykehjem og bo- og omsorgssentre / hjemmetjenesten), miljøtjenesten og de kommunale helsetjenestene. Behovet er størst for sykepleiere og helsefagarbeidere i pleie og omsorg, men det er også betydelige vansker med å rekruttere vernepleiere, fastleger, fysioterapeuter, helsesykepleiere og psykologer. Utfordringene forsterkes av sykefravær og permisjoner, som igjen gir bruk av overtid, vikarbruk, ustabil drift og press på gjenværende personell.

I pleie- og omsorgstjenestene beskrives rekruttering av sykepleiere som særlig krevende. Det er rekruttert kompetanse fra utlandet, og pensjonerte sykepleiere har i perioder blitt brukt for å dekke behovet. Til tross for slike grep oppleves det fortsatt som vanskelig å få tak i nok sykepleiere. Det er også utfordrende å rekruttere helsefagarbeidere. *Forts. neste side.*

Sone Eivindvik



Sone BBD



▪ Sykepleier andel ▪ Helsefagarbeider andel ▪ Assistent andel ▪ Sykepleier andel ▪ Helsefagarbeider andel ▪ Assistent andel

Kompetanse og rekruttering

Observasjoner kompetanse og rekruttering

Flere peker på at man i enkelte tilfeller må bemanne sykepleier- og helsefagarbeidervakter med assistenter – med risiko for kompetansetap over tid. Arbeidsoppgaver som ikke er kjerneoppgaver for helsepersonell – som renhold av fellesarealer, praktisk bistand i hjem og vask av arbeidstøy – tar av helsefaglig tid og trekkes frem som forhold som både potensielt svekker tjenestekvalitet og gjør stillingene mindre attraktive for kvalifisert personell.

Hjemmetjenesten beskrives som utfordrende å drifte. Det er mange tjenestemottakere med store og komplekse behov, herunder flere sengeliggende og enkelte brukere med svært mange besøk hver dag, særlig i bo- og omsorgssentrene. Dette stiller høye krav til kompetanse og robust bemanning. Samtidig er det vanskelig å rekruttere til vikariater og midlertidige stillinger. Når stillinger lyses ut med ulike insentivordninger, øker antall søkere, men mange har ingen lokal tilknytning og beskrives å ha primært «ytre motivasjon» knyttet til insentivene. Det beskrives også som utfordrende for tjenestene å få kontakt med lege for sparring og dialog ved behov, noe som kan bidra til mye venting på nødvendige avklaringer og en opplevelse av mindre medisinskfaglig støtte i hverdagen. Dette oppleves som særlig krevende på kveld, natt og helg. Denne utfordringen beskrives utelukkende å gjelde legenes tilgjengelighet og kapasitet og ikke deres evne eller vilje til å samarbeide med andre deler av tjenesten.

I sykehjemmet beskrives tilgangen til bemanning som en flaskehals med tanke på eventuelt økt kapasitet. Sykefravær, permisjoner og turnover gjør at ledere bruker mye tid til å sikre tilstrekkelig bemanning på hver vakt. Det er vanskelig å rekruttere både sykepleiere og helsefagarbeidere, og enkelte oppgaver må løses med personell som ikke har ideell kompetanse. Utydelige rolle- og ansvarsbeskrivelser oppover og nedover i organisasjonen trekkes frem som en ekstra belastning i en allerede presset hverdag, og som forhold som kan svekke både rekruttering og trivsel.

Miljøtjenesten beskriver situasjonen som svært krevende når det gjelder å få tak i kvalifisert bemanning. For å gjøre stillingene mer attraktive og for å tiltrekke høyskoleutdannede pendlere fra byområderer er det utviklet intensivturnus. Slike ordninger forutsetter at kommunen kan tilby bolig/overnattingsmuligheter (for eksempel minihus eller hybelrom). Mange søkere som melder seg, er ikke lokale og etterspør langvakter, døgnvakter eller intensive turnuser, men dette er krevende å realisere i alle lokasjoner på grunn av arbeidsbelastning og driftshensyn. Enheten beskriver det generelt som svært vanskelig å få nye ansatte inn i tjenesten, samtidig som ledere bruker mye av sin tid på å dekke akutte bemanningsbehov dag-til-dag. Flere peker også på at en betydelig andel ansatte vil gå av med pensjon de neste ti årene, noe som forsterker rekrutteringsbehovet fremover ytterligere.

Kompetanse og rekruttering

Observasjoner kompetanse og rekruttering

Kommunens geografi beskrives som en ytterligere kompliserende faktor i arbeidet med å rekruttere og stabilisere bemanning. Lange avstander, spredte lokasjoner og begrenset kollektivtilbud gjør det vanskelig å bruke personell fleksibelt på tvers, og ansatte ønsker i stor grad å jobbe i nærheten av der de bor. Erfaringer tilsier at endringer i arbeidssted medfører usikkerhet hos ansatte og risiko for at enkelte vil si opp sine stillinger. Dette reduserer muligheten til å «lime» organisasjonen sammen ved behov, gir små og sårbare fag- og kompetansemiljøer, og bidrar til at kommunen fremstår mindre attraktiv for nyutdannede og tilflyttere som ofte søker større og mer robuste fagmiljøer. For å bøte på rekrutteringsutfordringene er det prøvd flere virkemidler. Bindingsbonus har vært brukt, og det rapporteres om effekt for sykepleiergruppen. I tillegg er det innført andre lønnstillegg og andre insentiver i turnus: sykepleiere i turnus får et tillegg over tariff, helsefagarbeidere i turnus har et tilsvarende ordning, alle som jobber helg får ekstra helgetillegg, og ekstra helg om sommeren honoreres. Langvakter er tatt i bruk både i helg og ukedager flere steder og får gode tilbakemeldinger, blant annet fordi de gir lengre friperioder og gjør stillinger mer attraktive for pendlere. Samtidig løftes rettferdighetsdimensjonen: når nye rekrutteres med goder og bonusordninger, må eksisterende ansatte også oppleve å bli verdsatt, ellers kan tiltakene slå negativt ut på trivsel og stabilitet.

Bemanningsmangelen fører i perioder til større bruk av yngre arbeidstakere og pensjonister enn opprinnelig planlagt for å få vaktplanen til å gå opp, samt oppdeling av enkeltvakter for å dekke drift. Slike grep illustrerer sårbarheten i bemanningen. Videre beskrives tilfeller av språkutfordringer og varierende faktisk kompetanse blant dem som rekrutteres inn, noe som gir risiko for avvik, feilvurderinger og merbelastning på erfarne medarbeidere. Manglende tid og kapasitet til opplæring og veiledning kan bidra til å forsterke dette. Flere peker på at innføring av, og opplæring i, velferdsteknologi samt implementering av nye arbeidsformer i noen tilfeller stopper opp fordi ingen har tid til å drive prosessene. Samtidig rapporteres det om at studenter i praksis ikke alltid opplever innholdet som relevant og lærerikt nok, og at kommunen i mindre grad enn ønsket klarer å konvertere studenttilknytning til varig rekruttering.

Oppsummert tegner gjennomgangen et bilde av en rekrutterings- og kompetansesituasjon preget av: hard konkurranse om nøkkelkompetanse; små og spredte fagmiljøer; høy arbeidsbelastning og mange ikke-faglige oppgaver; begrenset fleksibilitet på tvers av lokasjoner; og perioder med lavere kompetansenivå ved enkeltlokasjoner enn planlagt. Tiltak som bonuser, binding og alternative arbeidstidsordninger har bidratt noe, men utfordringene oppleves fortsatt som store, spesielt innen sykepleie, helsefagarbeid og i flere av de kommunale helsetjenestene. I tillegg peker flere på at en betydelig andel ansatte nærmer seg pensjonsalder, noe som kan forsterke mangelen på kompetanse i årene fremover dersom ikke tilgangen til nye medarbeidere styrkes og eksisterende kompetanse beholdes.

Kompetanse og rekruttering

Vurdering kompetanse og rekruttering

PwC vurderer at rekrutteringsutfordringene i helse- og omsorgstjenestene er strukturelle og vedvarende, ikke midlertidige. Observasjoner viser samtidig en tjenesteprofil med tunge og komplekse brukere, små og spredte fagmiljøer, lange avstander og begrenset fleksibilitet mellom lokasjoner. Kombinasjonen av høy pleietyngde i hjemmebaserte tjenester, ustabil bemanning, og sårbar tilgang på nøkkelkompetanse (særlig sykepleiere) skaper et vedvarende press som dagens insentiver og ad hoc-grep bare delvis kompenserer for. Uten målrettede tiltak som endrer strukturelle rammebetingelser, vil dette over tid gi økt risiko for avvik, svakere pasientsikkerhet, høyere kostnader (overtid, vikarbyrå og kompensasjoner), forverret arbeidsmiljø og redusert arbeidsgiverattraktivitet.

PwC vurderer at kommunen sammenlignet med andre kommuner har en relativt høy andel helsefagarbeidere, mens andelen sykepleiere og assistenter/ufaglærte er mindre. Selv om andelen helsefagarbeidere er relativt høy, innebærer dette ikke nødvendigvis at kompetansen utnyttes optimalt. Uten tydelig oppgavedeling kan det oppstå overlapp eller feilprioritering av arbeidsoppgaver, hvor fagpersonell utfører oppgaver som kunne vært ivaretatt av assistenter eller pårørende. Dette kan føre til ineffektiv ressursbruk og økt belastning på høyt utdannet personell. En godt gjennomtenkt oppgavedeling sikrer at den tilgjengelige kompetansen benyttes smartere ved at man jobber på toppen av sin egen kompetanse. Dette innebærer at arbeidstakere hovedsaklig utfører oppgaver som krever deres spesifikke kompetanse, og at man skyver arbeidsoppgaver andre kan utføre nedover på kompetansestigen. Det vil være særlig nødvendig for yrkesgrupper det er mangel på at man har en slik strategisk tilnærming til oppgavedeling. Dette kan bidra til å opprettholde kvalitet i tjenesten selv om man har lav andel av enkelte yrkesgrupper. For kommunen vil dette særlig være relevant for sykepleierne. Dersom oppgavedeling ikke profesjonaliseres og innarbeides, vil man forsterke dagens press, få mer uønsket kompetanseglidning, og svekke både forsvarlighet og rekrutteringskraft for nøkkelgruppene.

Kompetanse og rekruttering

Vurdering kompetanse og rekruttering

PwC vurderer at kommunen bør planlegge mer systematisk for hvilken kompetanse den trenger fremover, og at dagens kompetanseutvikling fremstår fragmentert og i for liten grad styrt av et helhetlig mål- og behovsbilde. Uten en tydelig oversikt over hvilken kompetanse som kreves for å ivareta dagens og morgendagens behov, risikerer kommunen å ikke ha riktig personell med riktig kompetanse på rett sted til rett tid. Kompetanseutvikling som styres tilfeldig kan føre til at ressursene ikke målrettes mot strategiske prioriteringer og reelle behov. En systematisk og målrettet kompetanseplanlegging vil sikre at satsinger på opplæring og utvikling styrker tjenestetilbudet, øker arbeidseffektiviteten og ivaretar brukernes behov bedre, samtidig som det gir større forutsigbarhet for ansatte og ledere og bygger en mer robust organisasjon. Uten slik planlegging vil misforholdet mellom oppgaver og kompetanse øke i takt med flere eldre, flere yngre brukere med sammensatte behov og en betydelig andel ansatte som går av med pensjon i løpet av de neste ti årene.

PwC vurderer at ordinære ansettelsesvilkår alene ikke er tilstrekkelig for å tiltrekke og beholde riktig kompetanse i dagens marked. Kommunen har innført bonusordninger med bindingstid, langvakter på helg og lønn over tariff, og disse virkemidlene har gitt noen positive effekter, blant annet flere søkere og bedre helgedekning. Samtidig ser vi at insentiver kan tiltrekke søkere med primært ytre motivasjon og variabel egnethet, og at det oppstår rettferdighetsutfordringer når nye får goder som eksisterende ansatte ikke opplever å bli kompensert for. Det vil trolig være nødvendig å videreføre og videreutvikle alternative arbeidstidsordninger, spesielt langvakter og årsturnus, og akseptere at en økende andel av arbeidsstokken vil være pendlere som ikke er bosatt i kommunen. Dermed blir tilrettelegging for pendlere viktig, inkludert ordninger for kortvarig botilbud ved intensive arbeidsperioder, noe som også henger sammen med anbefaling om å tilrettelegge for slike boligtilbud. Uten en helhetlig pakke av arbeidstidsordninger, boligtilrettelegging og rettferdig utformede insentiver, vil kommunen slite med å tiltrekke og stabilisere nøkkelkompetanse og fortsette å være sårbar for sykefravær, permisjoner og turnover.

PwC vurderer at den medisinskfaglige støtten er sårbar. Det er krevende å få tak i leger, legetjenesten er presset, og tilgjengelighet utenom dagtid er begrenset. Dette kan potensielt legge større ansvar på sykepleiere og helsefagarbeidere. Manglende og/eller utydelige rutiner for håndtering når lege ikke er tilgjengelig øker risikoen for krevende situasjoner.

Kompetanse og rekruttering

Vurdering kompetanse og rekruttering

PwC vurderer at helsepersonell i betydelig grad utfører oppgaver som ikke er kjerneoppgaver, som renhold og vedlikehold, praktisk bistand i hjem og vask av arbeidstøy. Dette binder helsefaglig tid, svekker tjenestekvalitet og gjør stillingene mindre attraktive, særlig i en kontekst der man konkurrerer om knapp kompetanse. Uten en tydelig avløsning av slike oppgaver vil kommunen bruke dyre og knappe fagressurser suboptimalt, øke risiko for overbelastning og videre redusere attraktiviteten for sykepleiere og helsefagarbeidere.

PwC vurderer at geografi, spredte lokasjoner og bygningsmessige utfordringer reduserer fleksibiliteten og vanskeliggjør bygging av større, robuste fagmiljøer. Lange avstander og kultur og behov for å jobbe i egen bygd begrenser mobiliteten på tvers, mens bygg som ikke er tilpasset dagens brukerbehov skaper HMS-utfordringer og ineffektiv drift. Motvilje mot å endre arbeidssted ved behov forsterker fragmenteringen. Uten tiltak som samlokalisering der det er hensiktsmessig, tilrettelegging av bygg og strukturelle endringer, vil kommunen fortsette å ha små, sårbare fagmiljøer som er mindre attraktive for nyutdannede og pendlere, og som gir uønsket variasjon mellom soner.

PwC vurderer at implementeringskapasiteten for endringer og velferdsteknologi er begrenset, til tross for vilje. Det mangler tid, mandat og struktur for å drive prosessene frem, og støtteverktøy som årshjul, e-læring og oppfølgingssystemer brukes ujevnt. Dette gjør at potensielle gevinster ikke tas ut, og at bemanningspresset forblir høyt. Uten dedikert implementeringskapasitet og systematisk oppfølging vil teknologi fortsatt bli noe «man gjør i tillegg», og kommunen vil miste viktige muligheter til å drive tjenestene tryggere og mer effektivt med lavere bemanning.

PwC vurderer at bemanningen fremstår sårbar med perioder hvor vakter fylles av yngre arbeidstakere og pensjonister, oppdeling av vakter for å «få planen til å gå opp», og høy vikarbruk. Dette er symptomer på underliggende kapasitets- og kompetanseutfordringer. Fortsetter denne praksisen uten kompenserende tiltak, øker risikoen for brudd på arbeidsmiljøloven, svekket kontinuitet, flere avvik, større belastning på erfarne medarbeidere og ytterligere turnover.

Kompetanse og rekruttering

Vurdering kompetanse og rekruttering

PwC vurderer at kommunen har svak konvertering fra studenter til faste ansatte, og at praksisinnholdet ikke alltid oppleves attraktivt. I en situasjon med hard konkurranse om kompetanse er studentpipeline en avgjørende rekrutteringskanal. Uten systematisk arbeid for å gjøre praksisene relevante, gi veiledning og synlig karriereløp, vil kommunen miste en viktig kilde til nyrekruttering og stå svakere når en stor andel av dagens ansatte går av med pensjon.

Til slutt vurderer PwC at det generelt i helse- og omsorgssektoren er for lite fokus på strategisk medarbeiderutvikling, og at dette også gjelder Gulen kommune. En tydelig strategi for medarbeiderutvikling vil kunne gjøre arbeidsplassen mer attraktiv, stimulere til personlig og faglig vekst og redusere turnover. Det kan også gjøre stillingene mer attraktive for søkere og bidra til økt trivsel på arbeidsplassen. Uten et slikt strategisk fokus vil kommunen ha lavere evne til å beholde og videreutvikle egne folk, bli mer avhengig av dyre eksterne løsninger og ha svakere konkurransekraft om knapp kompetanse.

Kompetanse og rekruttering

R1: Gjennomfør oppgavekartlegging og implementer oppgavedeling systematisk og gjennomgående

Mål med anbefalingen: Bruke knapp nøkkelkompetanse (særlig sykepleiere) på oppgaver som krever deres kompetanse, øke brukernær tid og redusere uønsket kompetanseglidning.

Gjennomføring: Kartlegg alle oppgaver i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjeneste; flytt ikke-kjerneoppgaver (renhold av fellesarealer, praktisk bistand, vask av arbeidstøy, enkle vaktmesteroppgaver) vekk fra helsepersonell; standardiser delegasjon av kliniske oppgaver fra sykepleier til helsefagarbeider der det er faglig forsvarlig; innfør sjekklister, opplæring og tilsyn; følg opp effekt på brukernær tid og avvik.

Forutsetninger for å lykkes: Ledelsesforankring og tydelig mandat; medvirkning fra ansatte/tillitsvalgte; avtaler med støttefunksjoner/renhold/eiendom; avklart juridiske rammer; kommunisert prinsipp om «jobb på toppen av kompetansen».

R2: Etabler trainee- og ressursstillinger som bygger kompetanse

Mål med anbefalingen: Gjøre stillinger mer attraktive, bygge breddekompetanse og skape robust bemanning på tvers av små og sårbare fagmiljøer.

Gjennomføring: Opprett traineestillinger og et lite flyterteam (ressursbank) med rotasjon mellom enheter/soner; tilby veiledning, planlagte rotasjoner, kompetansepåslag og pendlertilrettelegging; bruk langvakter/intensivperioder for å gjøre ordningene attraktive for pendlere.

Forutsetninger for å lykkes: Klare rollebeskrivelser og arbeidsplaner; ledere som frigjør tid til veiledning; tilby kompetanseøkning; boligtilrettelegging for pendlere.

Kompetanse og rekruttering

R3: Innfør og gjennomfør systematisk kompetansekartlegging

Mål med anbefalingen: Sikre riktig kompetansemiks på rett sted til rett tid og målrette rekruttering og opplæring mot reelle behov.

Gjennomføring: Kartlegg formell og realkompetanse per enhet; definer ønsket kompetansemiks (for eksempel andel sykepleiere / helsefagarbeidere / assistenter) per vakt; fremskriv behov; koble funn til oppgavedeling, rekrutteringsplaner og turnus; etabler oversikt (dashboard) med nøkkeltall for bemanning, kompetanse og opplæring.

Forutsetninger for å lykkes: Tilgang på oppdaterte data; en felles mal/metode; tydelig ansvar hos enhetsledere; IT-støtte for rapportering; politisk/administrativ forankring.

R4: Utarbeid og gjennomfør en plan for strategisk medarbeiderutvikling

Mål med anbefalingen: Øke attraktivitet og beholdning gjennom tydelige karriereløp, målrettet opplæring og forutsigbar utvikling.

Gjennomføring: Lag felles årshjul for opplæring (demens, palliasjon, psykiatri, avanserte hjemmeprosedyrer, velferdsteknologi); sett av beskyttet læringstid i turnus; kartlegg medarbeidernes ønsker og ambisjoner og se dette opp mot behovene som fremkommer i kompetansekartleggingen; etabler karrierestige (veileder-/superbrukerroller og fagroller); formaliser mentorordning og fagveiledning for nyansatte.

Forutsetninger for å lykkes: Avsatt tid i turnus; budsjett til kurs/veiledning; ledere som følger opp progresjon; tydelig kobling til rolle/ansvar; oppslutning i hele tjenesten.

Kompetanse og rekruttering

R5: Tilrettelegg for ikke-fastboende ansatte med tilpassede arbeidstidsordninger, turnusordninger og boliger

Mål med anbefalingen: Utvide rekrutteringsbasen og øke stabiliteten ved å gjøre arbeidshverdagen praktisk og attraktiv for ansatte som bor utenfor kommunen, samtidig som kvalitet, helgedekning og forutsigbarhet ivaretas.

Gjennomføring: Gjennomfør en enhetsvis gjennomgang av arbeidstids- og turnuspraksis og utvikle pendlervennlige ordninger med tydelige rotasjonsmønstre, konsentrerte arbeidsperioder (intensive blokker) og lengre friperioder, forutsigbare helgeopplegg og koordinerte oppmøtetider med transport. Tilby boliger knyttet til intensive arbeidsuker. Pilotér flere modeller der behovet er størst, evaluer effekt på kvalitet, bemanning og arbeidsmiljø, og juster løpende. Koble ordningene til tydelig oppgavedeling, slik at nøkkelkompetanse brukes der den gir størst effekt.

Forutsetninger for å lykkes: Etterlevelse av arbeidsmiljølov/tariff, medvirkning og avtaler med tillitsvalgte, definerte bemannings- og belastningskriterier, god planleggingskompetanse og systemstøtte, avklart finansiering og tilgang til egnet boligkapasitet, tydelige retningslinjer for reise/losji, samt løpende evaluering og oppfølging av effekter på kvalitet, sykefravær, rekruttering og beholdning.

R6: Sats på studenter og lærlinger

Mål med anbefalingen: Øke tilgangen på nye medarbeidere gjennom systematisk satsning på studenter og lærlinger.

Gjennomføring: Etabler et strukturert praksisprogram med dedikerte veiledere (med tid i turnus), tydelige læringsmål, relevant oppgaveinnhold og rotasjon; tilby sommerjobb, stipend og binding etter endt utdanning; tilby bolig ved behov i praksisperioder; sett mål for konvertering til ansettelser.

Forutsetninger for å lykkes: Kapasitet og kompetanse hos veiledere; samarbeid med utdanningsinstitusjoner; budsjett til stipend/bolig; god koordinering på tvers av enheter.

Kompetanse og rekruttering

R7: Etabler og innfør et tydelig og strategisk onboardingsprogram for nyansatte

Mål med anbefalingen: Redusere avvik og bidra til mestring, øke trivsel og beholdning av nyansatte det første året, og sikre jevn og dokumentert kvalitet på tvers av enheter og roller.

Gjennomføring: Etabler et standardisert onboarding-forløp (3–6 måneder) som inkluderer preboarding (informasjon og plan før oppstart), strukturert første uke, dedikert faglig mentor, fadderordning, og en rolle- og enhetsspesifikk introduksjonsplan. Bruk sjekklister for kliniske ferdigheter, prosedyrer, journalsystem, turnussystem og velferdsteknologi, med tydelig milepælsplan for gradvis ansvarsoverføring. Gjennomfør faste oppfølgingssamtaler (for eksempel uke 2, 4, 8 og 12). Inkluder kultur og forventningsavklaringer (oppgavedeling, kvalitet, avvikshåndtering, eskaleringslinjer), og koble gjennomført onboarding til karriereløp der det er relevant. Tilby målrettet støtte ved behov (for eksempel faglig repetisjon eller praktisk støtte i dokumentasjon og systembruk).

Forutsetninger for å lykkes: Ledelsesforankring og tydelig ansvar i linjen (HR/enhetsledelse), avsatt tid til fadder, mentor og opplæring i turnus, felles maler og sjekklister for alle enheter, enkel dokumentasjon i kvalitetssystemet, samt systematisk måling av effekter (for eksempel avvik i første 90 dager, tid til selvstendig arbeid, trivsel/mestring hos nyansatte og turnover etter 12 måneder).

Ledelse, roller og kultur

L1	Utarbeid og gjør kjent formelle rolle- og ansvarsbeskrivelser for alle stillinger
L2	Fastsett tydelige retningslinjer for lederes ansvar og myndighet (delegasjon og beslutningsmatrise)
L3	Gjennomgå roller og ansvar for drift, renhold, vedlikehold og bilforvaltning på tvers av enheter og lokasjoner
L4	Etabler standard for samhandling på tvers av enheter og lokasjoner
L5	Tilpass kontrollspenn i tråd med eventuelle endringer i struktur og organisering



Ledelse, roller og kultur

Tydelighet og struktur rundt ledelse, roller og kultur er avgjørende for å sikre at ansatte kan utføre arbeidet sitt på en effektiv og trygg måte, samtidig som brukerne får tjenester av tilstrekkelig kvalitet uten uønsket variasjon over tid eller på tvers av lokasjoner. Dette er viktig både i dag og særlig i møte med økt press på tjenestene i årene som kommer.

Observasjoner

Roller og ansvar

Det fremkommer i flere samtaler at det finnes uklarhet i fordeling av myndighet, roller og ansvar i organisasjonen. Forholdet mellom ulike ledernivå og andre roller beskrives som utydelig, og flere savner skriftlige, tydelige rolle- og stillingsbeskrivelser. Det varierer i hvilken grad det beskrives at disse ikke finnes eller at de ikke er kjent. Enkelte «usynlige» lederoppgaver er lite forstått blant ansatte, og det meldes om varierende kultur for at medarbeidere tar ansvar for oppgaver som ikke er eksplisitt nedfelt. Samtidig oppleves ansvarsdelingen oppover som tydeligere enn nedover. Lederrollene beskrives som operativt belastet. Det går mye tid til turnusarbeid, dag-til-dag-bemanningsavklaringer og akutte tiltak for å få drift til å gå opp. Enkelte beskriver arbeidshverdagen som i stor grad preget av «brannslukking», med begrenset rom for utvikling, implementering og systematikk i fag (for eksempel e-læring og årshjul), og et ønske om mer tid til å utøve lederrollen og være tilgjengelig for ansatte.

Samhandling og ressursbruk på tvers av avdelinger og enheter beskrives som varierende. Noen har i større grad utviklet fleksible ordninger der personell kan flyttes mellom oppgaver og lokasjoner ved behov, mens andre i mindre grad opplever rom for dette. Geografi og store avstander gjør mobilisering på tvers krevende, og mange ansatte har sterke preferanser, og relle behov, for kort reisevei. Det beskrives en motstand mot samlokalisering av tjenester som vil medføre endret reisevei / oppmøtested for ansatte, selv om flere mener dette ville gitt en mer hensiktsmessig drifts- og bemanningsituasjon.

Grensesnitt og ansvar mot støttetjenester oppleves som dels uavklart og fragmentert. Ansvars- og oppgavefordeling knyttet til blant annet vedlikehold og forvaltning av bygg og biler oppleves som i for liten grad standardisert og forankret. Støttetjenester oppleves som responsive og samarbeidsvillige når behov kommuniseres, men ansvar for systematisk og periodisk vedlikehold oppleves som uavklart. *Forts. neste side.*

Ledelse, roller og kultur

Observasjoner

Kontrollspenn

Med kontrollspenn menes antallet underordnede som rapporterer til en enhelt leder i direkte styringslinje. Linjeledelsen i helse og omsorg i Gulen kommune består av en kommunalsjef, fire enhetsledere og 7 avdelingsledere. Kontrollspennet for avdelingslederne varierer.

I 2025 har kommunalsjefområdet omtrent 116 årsverk fordelt på ca. 130 ansatte. Helse og omsorg har i 2025 en driftsramme på ca 131,8 mNOK, Før refusjoner utgjør lønn omtrent 70% av kommunalsjefsområdets driftsutgifter.

Tabellen under viser gjennomsnittlig antall ansatte per avdeling. Det er noe variasjon i kontrollspennet som varierer fra ni ansatte til 15.

	Brekke	Byrknes	Dalsøyra	Eivindvik	Gulen sykehjem	Miljø-tjenesten
Ansatte per avdelingsleder	9	9	12	9	11	15

Vurdering av kontrollspenn

Det er en generell oppfatning at «jo færre jo bedre» når det gjelder kontrollspenn, men dette må balanseres mot ressursutnyttelse og samarbeid på tvers av avdelinger. Små kontrollspenn kan føre til mange ledere, noe som kan skape utfordringer med ressursbruk og koordinering. På den annen side kan større kontrollspenn gjøre det vanskelig for lederne å følge opp drift og medarbeidere i tilstrekkelig grad. Dette kan også føre til behov for flere støttefunksjoner, der lederne må delegere oppgaver som turnusplanlegging for å prioritere andre oppgaver.

Det finnes ingen fast norm for hva som er «riktig kontrollspenn. PwCs erfaring er at kontrollspenn på mer enn 30 medarbeidere på avdelingsnivå kan gi utfordringer med å følge opp lederoppgavene tilstrekkelig. Likevel avhenger dette av flere faktorer som avdelingens kompleksitet, hvor mye lederne faktisk må gå i drift, antall lokasjoner og tilgjengelige støttefunksjoner.

Gulen kommune leverer tjenester på mange ulike fysiske lokasjoner, noe som bidrar til et økt antall enheter og avdelinger, og dermed et tilsvarende behov for ledere. Sammenlignet med andre kommuner PwC har arbeidet med, er ledertettheten på avdelingsnivå i Gulen kommune relativt høy. Men, dette må sees i sammenheng med det reelle behovet for ledere som er tilstrekkelig tett på og tilgjengelig for driften ved den enkelte lokasjon. Vurderinger og anbefalinger rundt lederstruktur er nærmere omtalt i kapitellet om struktur og kapasitet.

Ledelse, roller og kultur – rolle og ansvarsbeskrivelse og kontrollspenn

Vurdering av rolle- og ansvarsbeskrivelse

Rolle- og myndighetsuklarhet nedover i linjen: PwC vurderer at manglende nedskrevne og forankrede rolle- og stillingsbeskrivelser for ulike ledernivå og andre roller svekker styring, forutsigbarhet og beslutningskraft i linjen. Når oppgaver og beslutningsmyndighet ikke er entydig delegert, flyttes avklaringer oppover, og praksis blir person- og enhetsavhengig. Uklare rolle- og ansvarsfordelinger kan føre til en kultur hvor ansatte ikke tar oppgaver som ikke er eksplisitt definert, og dette kan skape og forsterke flaskehalser. Konsekvensen dersom dette ikke adresseres, er vedvarende beslutnings- og gjennomføringstrege prosesser, økt sårbarhet ved fravær og variasjon i tjenestekvalitet mellom enheter og over tid.

Lederrollene beskrives som til dels for operativt bundet og personavhengige: Vår vurdering er at omfanget av manuelle prosesser (f.eks knyttet til turnusarbeid), og dag-til-dag håndtering av bemanningsbehov binder lederkapasitet til drift på bekostning av planlegging, oppfølging av ansatte, utvikling og implementering. Dette gir lite rom for å innføre standarder, forbedre arbeidsprosesser og ta ut gevinster av endrings- og omstillingsprosesser. Over tid øker risikoen for utbrenthet, sykefravær og turnover i nøkkelroller, og tjenesten forblir i større grad reaktiv fremfor styrt. Konsekvensen ved manglende tiltak er en selvforsterkende spiral av dag-til-dag håndtering av utfordringer, økte personalkostnader (overtid/vikar) og reduserte muligheter til å arbeide med kvalitets- og forbedringsarbeid.

Ujevn samhandling på tvers og utfordringer med strukturtilpasninger: Vår vurdering er at kommunens geografi og den enkeltes preferanse og reelle behov for kort reisevei forsterker en kultur og organisering som i stor grad låser den enkelte ansatte til en avdeling / et arbeidssted. Dette begrenser muligheten til å løpende benytte kapasitet og kompetanse der behovet er størst. Der det er etablert fleksible ordninger, høstes tydelige driftsgevinster, mens utfordringer andre steder potensielt skaper skjevheter. Uten et tydelig ledermandat, fokus på endringsledelse og konsekvent praksis for arbeid på tvers og eventuell samlokalisering, vil tjenesten forbli fragmentert og avhengig av små bemanningsgrupper på den enkelte lokasjon. Konsekvensen ved manglende tiltak er låste kostnadsstrukturer i små enheter, vedvarende sårbarhet ved topper og forskjeller i tilbud mellom områder over tid.

Uklare grensesnitt mot støttetjenester kan bidra til feil ressursbruk: Vår vurdering er at fravær av standardisert ansvarslinje og tjenestenivåavtaler for renhold, eiendom, biler og annen infrastruktur fører til at helsepersonell gjør ikke-helsefaglige oppgaver, og at driftsoppgaver havner hos enhetsledere. Dette er både kostnads- og kvalitetsmessig ugunstig, svekker rekruttering og reduserer tilgjengelig pleietid. PwC vurderer at oppgaver knyttet til drift og vedlikehold av biler, bygg og annen infrastruktur i utgangspunktet ikke bør ivaretas av ansatte i helse og omsorg. Årsaken til dette er at helse og omsorgssektoren i fremtiden vil stå overfor betydelige ressursutfordringer, blant annet som følge av økt etterspørsel etter helsetjenester og knapphet på kvalifisert arbeidskraft. For å møte disse utfordringene er det nødvendig å rendyrke ansvarsområdene og sikre at helsepersonell i størst mulig grad brukes sin tid til pasient- og brukernært arbeid.

Ledelse, roller og kultur

Observasjoner kultur

Kultur

Kulturen i helse- og omsorgstjenestene i Gulen kommune kjennetegnes av en generell vilje til å hjelpe hverandre. Til tross for begrensede ressurser, preges kulturen av et pågangsmot og evne til å finne løsninger med de ressurser og forutsetninger man har.

Samtidig er det identifisert enkelte utviklingsområder. En av utfordringene er knyttet til å bli flyttet til andre lokasjoner og oppgaver ved behov, særlig til andre bygder og til andre enheter. En sterk profesjonskultur er også fremtredende, og er beskrevet som å kunne begrense samarbeidet på tvers av enheter og profesjoner. Med bakgrunn i samtaler og observasjoner er det PwC sitt inntrykk at den sterke, og positive, tilknytningen ansatte føler til sin enhet og lokasjon er mer fremtredende enn opplevelsen av «Ett Gulen» i organisasjonen.

Flere opplever at det er en flat struktur i organisasjonen, noe som gjør det enkelt å kommunisere mellom ulike nivåer og på tvers av enheter og avdelinger. Dialogen er åpen og uformell og det er «korte veier» og til kommunalsjef og kommunedirektør.

Vurdering av kultur

Kulturen i helse- og omsorgstjenesten i Gulen kommune viser flere positive trekk, særlig når det gjelder viljen til å hjelpe hverandre og det sterke faglige engasjementet. Dette skaper et godt grunnlag for samarbeid og kvalitet i tjenestene. Samtidig peker observasjoner på noen utfordringer som kan begrense fleksibiliteten og effektiviteten i organisasjonen. Motstanden mot midlertidige forflytninger mellom lokasjoner og oppgaver kan tyde på en viss grad av rigiditet i arbeidskulturen, noe som kan hindre optimal ressursutnyttelse. Den sterke profesjonskulturen, selv om den kan sikre faglig kvalitet, kan også bidra til silo-tenkning og begrense samarbeidet på tvers av faggrupper og enheter. I tillegg er det et uutnyttet potensiale for å styrke samarbeid og fleksibilitet noe som kan bidra til en mer helhetlig og tilpasninsdyktig tjeneste. Kommunen bør arbeide for å skape større forståelse blant ansatte for nødvendigheten av å jobbe mer på tvers. Det bør også tilrettelegges for økt samarbeid på tvers av enheter og avdelinger. For å balansere profesjonskulturen bør det også fokuseres på å bygge en kultur som verdsetter helhetstenkning og tverrfaglighet, samtidig som den faglige kvaliteten ivaretas. Tilslutt bør kommunen vurdere tiltak som øker fleksibilitet i arbeidsplassen og tilrettelegger for mer mobilitet.

Ledelse, roller og kultur

L1: Utarbeid og gjør kjent formelle rolle- og ansvarsbeskrivelser for alle stillinger

Mål med anbefalingen: Skape forutsigbarhet og eierskap til oppgaver, samt redusere "gråsoner" som hemmer flyt og ansvarstaking.

Gjennomføring: Bruk en felles mal for rollebeskrivelser per stillingsgruppe (inkludert forventninger om å jobbe i tjenesten fremfor kun "egen avdeling eller enhet", og roller og ansvar knyttet til bruk av rød/gul/grønn-beredskapslister). Avklar oppgavedeling mellom helsepersonell og service-/støtteroller, gjennomfør enhetsvise arbeidsmøter med ansatte for å forankre beskrivelsene, og innfør dem i onboarding og medarbeidersamtaler.

Forutsetninger for å lykkes: Medvirkning og partsamarbeid, enkel dokumenttilgang, lederstøtte i hverdagen og oppfølging i prøveperiode.

L2: Fastsett tydelige retningslinjer for lederes ansvar og myndighet (delegasjon og beslutningsmatrise)

Mål med anbefalingen: Redusere oppadgående avklaringer og sikre lik praksis ved å definere hva enhetsleder, nestleder/avdelingsleder og støtteroller kan beslutte, når og hvordan.

Gjennomføring: Utarbeid en enkel beslutningsmatrise (RACI) for nøkkelprosesser som turnus/bemanning, innleie, endringer i tjenestetilbud, vikarbruk, prioritering ved kapasitetsmangel og eskalering. Klargjør fullmakter i skriftlige retningslinjer, gjennomfør felles lederopplæring og integrer retningslinjene i lokale rutiner.

Forutsetninger for å lykkes: Oppdatert delegasjonsreglement, medvirkning fra ledere/tillitsvalgte, enhetlig implementering og jevnlig revisjon basert på erfaringer.

Ledelse, roller og kultur

L3: Gjennomgå roller og ansvar for drift, renhold, vedlikehold og bilforvaltning på tvers av enheter og lokasjoner

Mål med anbefalingen: Sikre tydelige ansvarslinjer og riktig bruk av kompetanse, slik at helsepersonell ikke utfører ikke-helsefaglige oppgaver, periodisk vedlikehold gjennomføres forutsigbart, og budsjettbelastning blir korrekt.

Gjennomføring: Kartlegg dagens praksis per enhet/lokasjon, avklar hvilke oppgaver som skal ligge hos drift/eiendom/renhold/kjøkken versus helse- og omsorg, etablér tjenestenivåavtaler (frekvenser, kvalitet, bestillingsrutiner), standardiser bilansvar (anskaffelse, service, dekkskift, nøkkel- og skadehåndtering) og klargjør budsjett- og bestiller/utfører-ansvar.

Forutsetninger for å lykkes: Forankring i ledergruppe, tverrfaglig arbeidsgruppe (drift/eiendom, renhold, enhetsledere), oppdaterte avtaler/prosedyrer, tydelig kommunikasjon til ansatte og systematisk oppfølging av leveranse og kvalitet.

L4: Standard for samhandling på tvers av enheter og lokasjoner

Mål med anbefalingen: Bedre utnyttelse av kapasitet og kompetanse ved behovstopper, med forutsigbare rammer som ivaretar lokale hensyn.

Gjennomføring: Definer kriterier for når personell mobiliseres på tvers (kompetansekrav, avstand, varighet), avklar koordineringsansvar mellom enheter, og fastsett kompensasjons- og reiseordninger. Pilotér i avdelinger med eksisterende fleksibel praksis, evaluer effekt på drift og arbeidsmiljø, og juster.

Forutsetninger for å lykkes: Tydelig mandat fra ledelse, endringsledelse og kommunikasjon, praktiske ordninger for reise/kompensasjon og tett oppfølging i piloter.

Ledelse, roller og kultur

L5: Tilpass kontrollspenn i tråd med eventuelle endringer i struktur og organisering

Mål med anbefalingen: Redusere ledertetthet over tid og profesjonalisere lederrollen ved å rendyrke lederoppgaver, tydeliggjøre delegasjon og kontrollspenn, og samtidig ivareta behovet for tilstedeværende ledere på lokasjoner. Tiltaket skal sees i sammenheng med eventuelle struktur- og organisasjonsendringer, slik at kapasitet og kvalitet styrkes, og driftsnære oppgaver i mindre grad binder ledere.

Gjennomføring: Kartlegg lederstruktur per enhet/lokasjon (antall, rapporteringslinjer, oppgaver, tidsbruk). Definer mål for kontrollspenn per funksjon og geografi. Etabler lokal ledelsestilstedeværelse via fagkoordinatorer/ressurspersoner, med klare delegasjoner og rutiner for digital/fysisk oppfølging (faste besøksdager, tydelige kontaktlinjer). Frigjør ledertid ved å flytte praktiske oppgaver til støttetjenester, standardisere bemanning/turnus og bruke støtteressurser. Gjennomfør endringsledelse.

Forutsetninger for å lykkes: Forankring av beslutninger om eventuelle struktur- og organisasjonsendringer, oppdatert delegasjonsreglement og rolle-/ansvarsbeskrivelser, kapasitet i støttetjenester til å overta praktiske oppgaver, medvirkning og avtaler med tillitsvalgte, tydelig overgangsplan og lederstøtte (opplæring/veiledning).

Arbeidsprosesser

A1	Utarbeid og innfør rutiner for ulike driftsnivå med beskrivelse av oppgaver for hver av nivåene
A2	Gjennomgå, revidere og systematisere prosedyre- og rutinebeskrivelser
A3	Ivareta saksbehandling og tildeling av tjenester i ny enhet for Forvaltning, ressursstyring og støttetjenester
A4	Utarbeid en tjenestekatalog for tjenester innen helse og omsorg
A5	Videreutvikle kommunens rutiner og praksis for saksbehandling og tildeling, herunder potensial for økt automatisering og digitalisering
A6	Utred muligheten for et interkommunalt samarbeid om saksbehandling og tildeling av tjenester
A7	Utred potensialet for å sentralisere arbeid med bemanningsplanlegging- og oppfølging i enhet for Forvaltning, ressursstyring og støttetjenester. Herunder innføring av teknologistøtte



Observasjoner

Arbeidsprosesser

Gode og tydelige arbeidsprosesser i helse og omsorg er del av fundamentet for en velfungerende tjeneste. Det bidrar til å etablere og opprettholde kvalitet, effektivitet, samarbeid og fleksibiltiet i sektoren. Tydelige rammer, prosesser og forutsetninger øker forutsigbarheten for de ansatte og kan bidra til å redusere belastning og bedre ressursutnyttelsen. En tjenestekatalog kan bidra til å gi en felles forståelse og ansatte, brukere og pårørende helhetlig og forutsigbar informasjon om kommunens tjenestetilbud. I tillegg kan det bidra til bedre dialog på tvers av bruker, pårørende, tjeneste, administrasjon og politisk nivå.

Observasjoner

Varierende grad av prosedyrebeskrivelser og prioriteringslister i helse og omsorg

Det fremkommer i intervjuer og heldagssamling at enhetene har prosedyrebeskrivelser og beskrivelser for interne rutiner. Interne rutiner og noen prosedyrer finnes i kvalitetssystemet Netpower og hver enkelt avdeling har også egne interne rutiner og prosedyrer lagret lokalt hos seg. Det pekes på at bruken av disse prosedyrebeskrivelsene varierer. I enkelte tilfeller kan det skyldes manglende kjennskap til dokumentasjonen og i andre tilfeller kan det være den faktiske tilgjengeligheten til den relevante dokumentasjonen som er en utfordring. Høsten 2025 skal helse og omsorg bytte journalsystem og da vil prosedyrene ligge i det nye systemet. Interne rutiner vil fremdeles være i Netpower.

Rutiner knyttet til tiltak og roller ved ulike grader av fravær ved den enkelte avdeling og lokasjon synes å være lite benyttet. Herunder beskrivelser av prioritering av ulike oppgaver når avdelingen drives med lavere bemanning enn planlagt.

Stort ønske og behov for en tjenestekatalog

Gjennom intervjuer og tilbakemeldinger fra ledere i helse og omsorg i kommunen har det fremkommet et tydelig behov for bedre informasjon og oversikt over kommunens faktiske tjenestetilbud. Det fremkommer at det idag utføres oppgaver og tjenester som ikke nødvendigvis faller inn under kommunens ansvar eller det vedtaket den enkelte bruker har. Flere peker på utfordringer knyttet til at brukere ofte har forventninger til tjenester som enten ikke inngår i kommunens tilbud, eller som det ikke foreligger vedtak på. Dette kan gjøre det krevende for ansatte å håndtere slike forespørsler. I tillegg savnes det en samlet oversikt over hvilke tjenester kommunen skal tilby, hvilke kriterier som gjelder for tildeling av disse tjenestene, og en tydelig beskrivelse av innholdet i hver av tjenestene. Dette oppleves som en mangel, og det er et sterkt ønske om å få på plass en tjenestekatalog som kan fungere som et felles verktøy for ansatte og ledere i driften av tjenesten, og i kommunikasjonen mot innbyggere og brukere.

Arbeidsprosesser

Vurderinger

PwC vurderer at det er behov for å styrke tilgjengeligheten og bevisstheten rundt prosedyrebeskrivelser og rutiner i helse og omsorg i Gulen kommune. Mangelende tilgang til prosedyrer og interne rutiner, og ulik bruk av disse, kan føre til ineffektivitet og uønsket variasjon av praksis. Selv om noen prosedyrer og rutiner eksisterer vurderer PwC at bruken av disse varierer på tvers av tjenesten, noe som kan skyldes manglende kjennskap blant ansatte.

PwC vurderer at helse og omsorg i Gulen kommune bør utarbeide tydelige oppgaveprioriteringslister som definerer hvilke oppgaver som skal prioriteres og hvilke som kan nedprioriteres ved ulike belastningsnivåer som ved sykdom eller særlig travle vakter. Dette vil gjøre det lettere for ansvarsvakt å beslutte hvilke oppgaver som kan nedprioriteres. PwC sin erfaring er at tydelige oversikter på oppgaveprioritering kan bidra til forsvarlige tjenester selv ved uforutsette hendelser og høyt arbeidspress. Videre kan dette bidra til å redusere belastningen på de som er på jobb på slike dager.

PwC vurderer videre at utarbeidelse av en tjenestekatalog vil gi flere fordeler for Gulen kommune:

- *Økt transparens:* Gir innbyggerne informasjon om hvilke tjenester som tilbys i kommunen, kriterier for tildeling av tjenestene og innholdet i de ulike tjenestene
- *Bedre ressursstyring og økt effektivitet:* Ved å ha en samlet oversikt over alle tjenester kan kommunen lettere identifisere overlappende tjenester og omfordele ressurser etter behov. I tillegg vil en tydeliggjøring av prosesser og ansvar redusere administrativt arbeid og øke effektivitet i tjenesteleveransen.
- *Forbedret kommunikasjon:* En tjenestekatalog kan forbedre kommunikasjonen mellom administrasjon, politiske nivå, brukere, pårørende og helsepersonell.
- *Standardisering og bedre brukeropplevelse:* En tjenestekatalog kan bidra til å standardisere tjenestene, som sikrer at innbyggere får lik tilgang og kvalitet på tjenestene. Innbyggerne får en bedre opplevelse når de kan finne informasjon om tjenester kommunen tilbyr samlet ett sted.
- *Støtte ansatte som står i krevende møter og enkeltsaker:* En enhetlig kommunikasjon rundt kommunens tjenestetilbud vil støtte enkeltansatte i kommunikasjon med brukere og pårørende.

Arbeidsprosesser - vedtakspraksis

Observasjoner vedtakspraksis

Vedtakspraksis
Vedtaksprosessen gjelder søknader om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Enhetsleder har det overordnede ansvaret, mens saksbehandler har ansvar for gjennomføring og dokumentasjon i Profil (journalsystemet). Vurderinger skjer i tiltaksnemden.

Vedtaksprosessen er tegnet opp på neste side. I vedtaksnemda sitter sykehjemslege (evt annen lege), enhetsleder Helse, enhetsleder BBD, enhetsleder sone Eivindvik – Gulen sykehjem. I tillegg er kommunalsjef for helse og omsorg med i nemden ved behov. Enhetsleder Helse fungerer som saksbehandler. Tiltaksnemden gir faglige råd for videre vurderinger og eventuelt tiltak. Ved behov for ytterligere informasjon er det saksbehandler som innheter dokumentasjonen. Dette kan være legeerklæring, epikrise, samtale med søker etc.

Nemden møtes en dag i uken for faglige råd og vurderinger. Det var i 2024 i overkant av 400 søknader om vedtak. Per idag er er det oppgitt at det tar omtrent tre måneder fra mottatt søknad til innbygger får svar på søknaden. Det blir ikke sendt ut stadfesting på mottatt søknad. Ved akutte behov vil midlertidige tiltak iverksetes før vedtak er fattet for å sikre tilgang til nødvendige tjenester uten unødig opphold. Vedtak vil da bli fattet i ettertid.

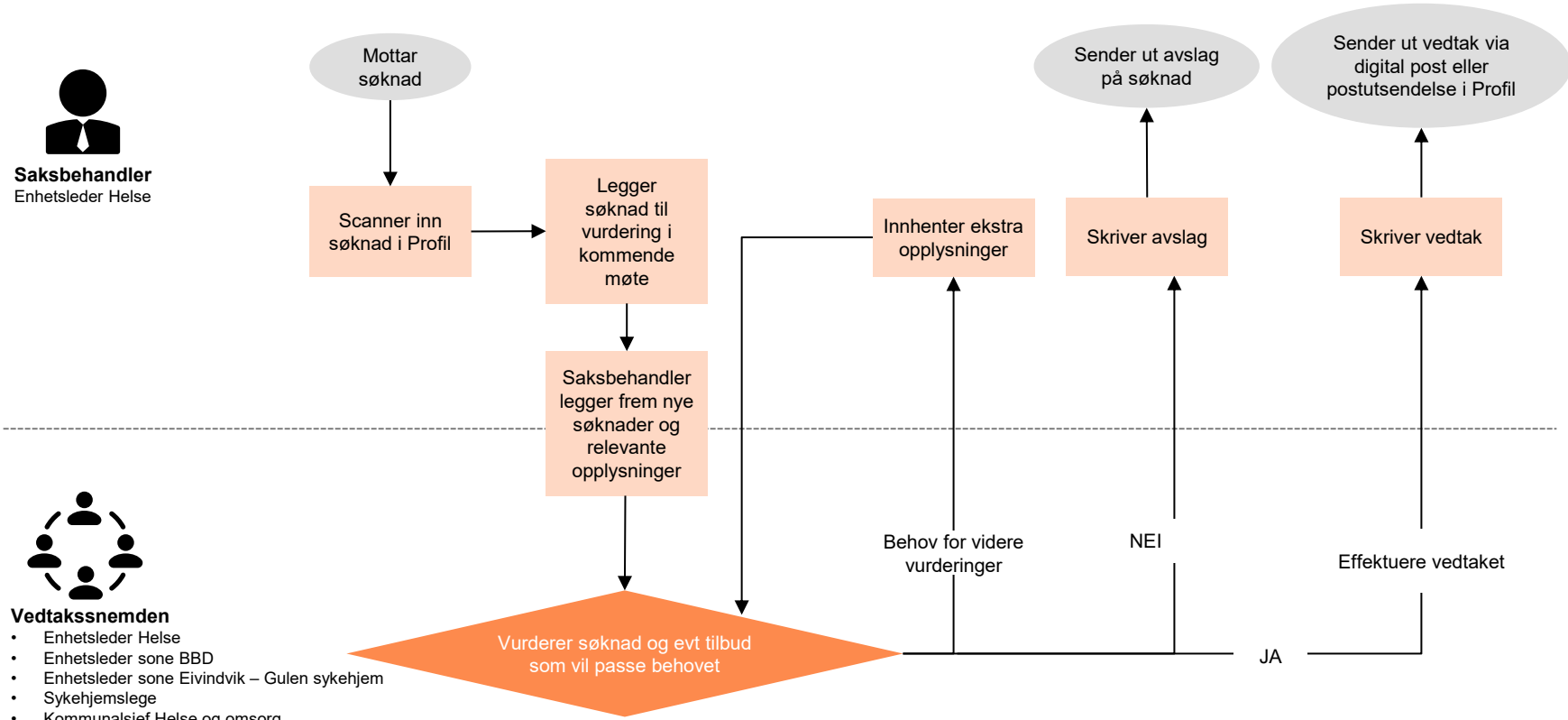
Kartlegging av funksjonsnivå skjer i systemet Profil ved hjelp av IPLOS-registrering. Faglige vurderinger og risikovurderinger dokumenteres i journalnotater.

Vedtak sendes til søker via digital- eller analog post. Kopi går til relevant tjenesteyter via intern post. Tiltak legges inn i tiltaksplan og kommunens systemer for planlegging av utføring. Oppstartsmøter og individuell plan blir vurdert i den enkelte sak.

Vedtakene skrives i Profil og inneholder blant annet:

- Hvilke tjenester som blir innvilget / avslått
- Omfang og varighet på tjenester
- Lovgrunnlag og begrunnelser
- Klagefrist og klageinstans

Prosess for saksbehandling av søknader for vedtak i helse og omsorg



Kompetanse og rekruttering | Ledelse, roller og kultur | **Arbeidsprosesser** | Måling av resultater | Kommunikasjon, koordinering og verktøy | Struktur og kapasitet

Arbeidsprosesser – vedtakspraksis

Vurdering av vedtakspraksis

PwC vurderer at det er tegn til at dagens vedtakspraksis vil bli utfordret i møte med økt press på tjenestene. PwC vurderer at kommunen bør se på alternative organiseringer av denne delen av virksomheten. Dette omtales også i kapitellet for struktur og kapasitet. Behandlingstiden på opptil tre måneder er lang og det tyder på kommunen allerede i dag utfordres på kapasitet. Det forventes også at mengden søknader vil øke betydelig i årene fremover i takt med økt andel eldre i befolkningen. PwC vurderer at kommunen per i dag har en vedtakspraksis som ivaretar kommunens ansvar og sikrer innbyggerne de tjenestene de har krav på. For å fortsatt kunne ivareta dette på en god måte vil det bli nødvendig å tilpasse seg de endrede forutsetningene som økt press på tjenestene bringer med seg. Dette vil også stille økte krav til systematisk evaluering av vedtak for å sikre opp- og nedskalering i tråd med at brukerens behov endrer seg over tid.

Utover å komme i møte fremtidig økt volum av søknader og vedtaksprosesser bør kommunen også søke å balansere den nødvendige rolle- og ansvarsdelingen i forvaltningen av kommunens tjenestetilbud (bestiller / utfører) med de helt nødvendige samhandlingsflatene og tilbakemeldingssløyfene. Det er helt naturlig at man i mindre kommuner i større grad enn i større kommuner kan oppleve utfordringer knyttet til objektiv og likeverdig tildeling av tjenester i form av habilitet og relasjoner. Samtidig vil gode relasjoner og korte veier mellom både innbyggere og på tvers av de ulike tjenestetilbudene gi grunnlag for treffsikre og effektive vurderinger og god samhandling. Nøkkelen til å balansere fordelene mot ulempene med å være en mindre kommune i denne sammenheng er tydelige prosedyrer og rolle- og ansvarsbeskrivelser kombinert med en tydelig kommunikasjon på tvers av innbyggere, ansatte og politikere rundt kommunens tjenestetilbud.

PwC vurderer som også beskrevet andre steder at kommunens behandling av søknader om-, og tildeling av tjenester bør organiseres i ny enhet for Forvaltning, ressursstyring og støttetjenester.

Arbeidsprosesser – vedtakspraksis

Vurdering av vedtakspraksis

PwC vurderer at det er flere områder i vedtakspraksisen idag som kan forbedres for å sikre en mer effektiv, robust og uavhengig saksbehandlingsprosess.

- Saksbehandling og vurdering av søknader skjer av enhetsledere. Å skille saksbehandling av søknader fra ledelsesansvar er viktig for å sikre habilitet og objektivitet i behandling av søknader. Enhetsleders rolle bør begrenses til å **ved behov** bidra i vurderinger, overordnet ansvar og kvalitetssikring, ikke direkte saksbehandling.
- Et interkommunalt samarbeid på behandling av søknader og vedtaksfatting er aktuelt å vurdere. Et interkommunalt samarbeid kan bidra til å standardisere praksis og sikre lik behandling av søknader for et større antall mennesker. Videre kan et interkommunalt samarbeid bidra til å sikre økt og mer stabil kapasitet for saksbehandling og gi forutsetninger for automatisering og teknologistøtte til større deler av prosessene. Et interkommunalt samarbeid vil ikke nødvendigvis innebære at eksterne aktører bestemmer tildeling av tjenester, men kan være en plattform for systematisk samarbeid og sparring rundt faglige vurderinger knyttet til tjenestenivå.
- Behandlingstiden på opptil tre måneder er lang og det tyder på at selv dagens kapasitet er utfordret med tanke på å håndtere etterspørselen. Det forventes at mengden søknader vil øke i årene fremover i takt med økt andel eldre i befolkningen. For å redusere behandlingstiden bør kommunen vurdere å øke kapasiteten ved å rendyrke saksbehandlerrollen i tråd med anbefalinger gitt knyttet til organisatorisk struktur.
- At det ikke sendes ut bekreftelse på mottat søknad kan skape usikkerhet for søkerne og svekke tilliten til kommunens saksbehandlingsprosess. Kommunen bør innføre rutine for å sende ut en automatisk bekreftelse på mottatt søknad, inkludert informasjon om forventet behandlingstid. For å få dette til må søknadsprosessen i større grad digitaliseres og automatiseres.

Arbeidsprosesser - bemanningsplanlegging

Observasjoner bemanningsplanlegging

Bemanningsplanlegging
Som i de fleste andre kommuner beskriver ledere i Gulen kommune at de bruker mye tid på bemanningsplanlegging. Dette gjelder både arbeidet med å legge turnus og planlegge bemanning over tid, men det gjelder særlig den løpende håndteringen av endringer. Det beskrives at det brukes til dels svært mye tid dag-til-dag på å sikre tilstrekkelig bemanning ved den enkelte lokasjon for de nærmeste dagene.

PwC oppfatter at bemanningsplanlegging og håndtering av mer akutte og kortsiktige bemanningsbehov i stor grad håndteres av den enkelte enhet og avdeling. Det varierer i hvilken grad man på tvers av lokasjoner, avdelinger og enheter systematisk benytter bemanning på tvers både som del av planlagt bemanning og ved mer akutte behov.

Vurdering bemanningsplanlegging

PwC vurderer at bemanningsplanlegging- og håndtering tar svært mye av de ulike ledernivåenes tid. Dette gjelder både de rutinemessige prosessene rundt legging av turnus, men særlig dag-til-dag håndtering av bemanningsbehov. Dette vil nødvendigvis gå utover andre oppgaver lederne har og deres tilgjengelighet for ansatte. PwC vurderer at større deler av bemanningsplanlegging og –koordinering med fordel kunne vært ivaretatt av en sentralisert funksjon. Dette ville frigjort tid hos lederne og i større grad lagt til rette for å på en god måte anvende bemanningens totale kompetanse og kapasitet på tvers av tjenester, lokasjoner og enheter.

PwC vurderer videre at det finnes et potensial i å implementere teknologistøtte i bemanningsplanleggingen. Dette vil få ytterligere effekt hvis bemanning planlegges og forvaltes på et mer overordnet nivå. AI-baserte systemer kan håndtere store mengder data og variabler effektivt, og generere turnuser som tar hensyn til både regelverk og individuelle preferanser på en mer optimal måte enn de tradisjonelle manuelle metodene. Dette kan redusere tidsbruken betydelig, bidra til bedre arbeidsmiljø gjennom mer rettferdige og forutsigbare turnuser, og frigjøre tid til kjerneoppgaver knyttet til pasient- og brukeromsorg, ledelse og andre administrative oppgaver.

Likevel krever innføring av slike teknologier tilpasning i arbeidsprosesser, opplæring av ansatte og en viss initial investeringsvilje. Det er også viktig at systemene er transparente og muliggjør menneskelig innspill, slik at løsninger oppleves gode og aksepteres av de ansatte.

Det er PwC sin vurdering at kombinasjonen av en sentralisert bemanningsfunksjon og teknologistøtte kan ha flere positive gevinster for Gulen kommune og de ansatte.

Anbefalinger

Arbeidsprosesser

A1: Utarbeid og innfør rutiner for ulike driftsnivå med beskrivelse av oppgaver for hver av nivåene

Mål med anbefalingen: Sikre forsvarlig og effektiv drift ved uforutsette hendelse, færre ansatte på vakt enn planlagt eller andre årsaker til kapasitetsutfordringer på vakten

Gjennomføring: Kartlegge oppgaver, roller og ansvar ved den enkelte avdeling og for den enkelte vakt; definere hvilke oppgaver som skal prioriteres og gjennomføres ved de ulike driftsnivå. PwC foreslår følgende inndeling:

- **Grønt nivå**: Alle oppgaver utføres som normalt, og det legges også vekt på å forberede seg på potensielt økt arbeidsbelastning
- **Gult nivå**: Enkelte oppgaver nedprioriteres, og det vurderes å be om støtte fra andre avdelinger eller enheter
- **Rødt nivå**: Kun nødvendig helsehjelp utføres for å sikre brukernes sikkerhet

Forutsetninger for å lykkes: God forankring i ledelse; involvering av relevante ansatte; tydelig definisjon av driftens nivåer; prioritere tid til god prosess; tydelig og tilgjengelige rutiner; opplæring og informasjon til ansatte; tydelig avklaring av hvem som har beslutningsansvar ved endring av driftsnivå

A2: Gjennomgå, revidere og systematisere prosedyre- og rutinebeskrivelser

Mål med anbefalingen: At ansatte føler seg trygge i prosedyreutførelser og styring av pasientsikkerheten.

Gjennomføring: Anbefalingen kan gjennomføres som et prosjekt med følgende arbeidsstrømmer: Gjennomgå prosedyrer og interne rutiner og skrive ut disse slik at de er oppdaterte og tilstrekkelige; Etablere en tydelig struktur for prosedyrebeskrivelser og interne rutiner; Beslutte system eller løsning for lagring og deling av prosedyrer – sikre at ansatte har tilgang til dette; Gi ansatte nødvendig opplæring i bruk av systemet/løsningen, samt informasjon om hvordan det skal brukes; Sikre vedlikehold og forbedring av prosedyrebeskrivelser ved å etablere rutiner for regelmessig revisjon og kvalitetssikring.

Forutsetninger for å lykkes: Prosedyrer og interne rutiner bør ligge samme sted. I tillegg må ansatte få opplæring i hvordan de kan finne frem og organisert opplæring i prosedyrer som benyttes ofte

Arbeidsprosesser

A4: Utarbeid en tjenestekatalog for tjenester innen helse og omsorg

Mål med anbefalingen: Synliggjøre overfor brukere, pårørende, ansatte, politikere, ledere og innbyggere forøvrig hva som inngår i kommunens tjenestetilbud

Gjennomføring: Kartlegge hvilke tjenester kommunen tilbyr per i dag; Definere hvilke tjenester kommunen ikke lenger skal tilby; Definere hvilke tjenester kommunen skal tilby i endret form; Definere hvilke tjenester kommunen evt skal begynne å tilby; Definere kriterier for tildeling av, og innhold i, kommunens tjenester knyttet til helse og omsorg

Forutsetninger for å lykkes: Tverrfaglig samarbeid, plan for oppdatering og vedlikehold, kommunikasjon og forankring, prioritere god prosess på dette arbeidet

Kommentar: En tjenestekatalog er et eksempel på et tiltak / verktøy som kan gjennomføres i samarbeid med omkringliggende kommuner. Kommunene i Romsdal, samt Kristiansund kommune har utarbeidet felles tjenestebeskrivelser som ble vedtatt i alle kommunene våren 2025: https://www.molde.kommune.no/fremtidens-helse-og-omsorgstjenester/felles-tjenestebeskrivelser/

A6: Utred muligheten for et interkommunalt samarbeid om saksbehandling og tildeling av tjenester

Mål med anbefalingen: Målet med anbefalingen er å vurdere og eventuelt etablere et samarbeid som styrker kapasitet, kvalitet og likebehandling i saksbehandling og tildeling av tjenester. Et interkommunalt samarbeid kan redusere behandlingstid og sårbarhet ved høyt volum og fravær, gi bedre habilitet gjennom faglig sparring og standardiserte prosedyrer, og legge til rette for mer effektiv arbeidsflyt og teknologistøtte på tvers, samtidig som kommunens myndighet og bestiller-/utfører-roller tydeliggjøres.

Gjennomføring: Start med en behovs- og mulighetsanalyse som kartlegger volum, behandlingstider, flaskehalser og kompetanse, og vurder gevinster og risiko ved samarbeid. Beskriv aktuelle samarbeidsmodeller og omfang (fra faglig råd og saksforberedelse til delvis/hel saksbehandling og vedtaksfatting), med klare avklaringer av ansvar og myndighet. Avklar juridiske forhold og personvern (lovhjemmel, delegasjon, habilitet, datadeling og databehandleravtaler), og utform felles prosedyrer, beslutningsmatrise og tjenestenivåavtaler (SLA) for arbeidsflyt, kvalitetssikring og eskalering. Sikre teknologisk kompatibilitet for journal/vedtak/rapportering og trygg dataflyt mellom partene. Pilotér i avgrenset omfang, mål effekter (behandlingstid, avvik, likebehandling), juster og skalér trinnvis, med nødvendig endringsledelse og kommunikasjon mot ansatte, brukere og politisk nivå.

Forutsetninger for å lykkes: Politisk og administrativ forankring, tydelig mandat og avklarte roller, samt gjensidig forpliktende avtaler og en praktisk styringsstruktur. Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, opplæring i nye prosesser og systemer, og teknologisk kompatibilitet med god datakvalitet, personvern og tilgangsstyring. Felles mål og indikatorer for oppfølging må være etablert og brukes jevnlig.

Arbeidsprosesser

A7: Utred potensialet for å sentralisere arbeid med bemanningsplanlegging og -oppfølging samt tildeling og koordinering av tjenester i enhet for Forvaltning, ressursstyring og støttetjenester. Herunder innføring av teknologistøtte

Mål med anbefalingen: Målet er å samle kommunens kapasitet og kompetanse for forvaltning av tjenester, ressursstyring, bemanningsplanlegging og løpende koordinering i én funksjon som jobber på tvers av de tjenesteytende enhetene. Kombinasjonen av en organisatorisk samling og målrettet teknologistøtte skal redusere tid brukt på dag-til-dag "brannslukking", gi mer forutsigbar bemanning og kortere ledetid fra vedtak til oppstart, og sikre at total kompetanse og kapasitet utnyttes bedre på tvers av lokasjoner og tjenester.

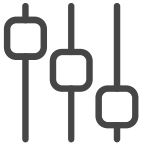
Gjennomføring: Tiltaket gjennomføres ved først å beskrive dagens praksis per enhet og lokasjon (hvordan hovedturnus, daglig dekning, innleie/vikarbruk, vedtaksflyt og koordinering håndteres, samt tidsbruk og flaskehalser). Med dette som grunnlag utformes en tydelig målmodell for den sentrale funksjonen: hvilke oppgaver som samles (årshjul og hovedturnus, daglig koordineringsstøtte, vikarpool, tildeling og koordinering), og hvordan ansvar og grensesnitt fordeles mellom sentral enhet og enhets-/avdelingsledere (bestiller/utfører, beslutningsmyndighet, eskalering). Parallelt velges og konfigureres teknologistøtte som operasjonaliserer målmodellen: verktøyene skal optimalisere turnus og koordinering basert på regelverk, kompetansekrav og lokale preferanser, og samtidig gi løpende oversikter over planlagt versus faktisk ressursbruk, vedtakstider og avvik (koblet til rapporteringen beskrevet i anbefaling M1).

Organisering og teknologi innføres parallelt og bygges inn i arbeidsprosesser og rollebeskrivelser – ikke som et tillegg – slik at registrering, planlegging og oppfølging skjer i én samlet flyt med tydelige roller (fagansvarlige, superbrukere, sentral koordinator, lokal ansvarsvakt). Å legge nye verktøy oppå gamle prosedyrer uten å endre prosess og ansvar gir begrenset effekt. Deretter gjennomføres pilot i utvalgte enheter med høyt operativt trykk eller flere lokasjoner. Effekter på tidsbruk, kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi evalueres, justeres og skaleres trinnvis. Underveis etableres faste møteplasser og rapporter/dashbord som brukes aktivt i ledermøter for prioritering og forbedring (vedtaksrevisjon, bemanningsjustering, oppgaveprioritering).

Forutsetninger for å lykkes: Tiltaket krever tydelig mandat og forankring i lederlinjen, oppdatert delegasjonsreglement og beslutningsmatrise som avklarer sentral kontra lokal myndighet. Partsamarbeid og HMS-vurderinger må ligge til grunn ved endringer i arbeidsprosesser og turnusordninger. Systemene må ha nødvendige integrasjoner mot vedtaks-/journalsystem, bemannings-/turnusverktøy og lønn/økonomi, og ansatte må få opplæring og superbrukerstøtte. Datakvalitet og målekrav må avklares (registreringsrutiner, stikkprøver, rapporteringsfrekvens), og det må settes av tid og kapasitet til endringsledelse og trinnvis innføring. For å sikre balanse mellom sentral styring og lokal nærhet til drift må det etableres tydelige kontaktpunkter og rutiner for daglig oppfølging på lokasjonene, slik at den organisatoriske endringen og teknologistøtten sammen gir mer forutsigbar og effektiv bemanning, raskere og mer treffsikre tildelinger, og bedre utnyttelse av kommunens samlede ressurser.

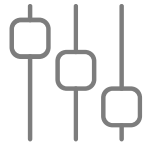
Måling av resultater

M1	Etabler systemer og rutiner for løpende rapportering av vedtakstider, planlagt ressursbruk og faktisk brukte ressurser



Måling av resultater

Måling av resultater handler om å samle og bruke data for å vurdere kvalitet, effektivitet og måloppnåelse i tjenestene. I kommunehelsetjenesten kan dette bidra til å sikre at brukerne får riktig tjeneste til rett tid, samtidig som ressursene utnyttes best mulig. Det inkluderer måling av tjenestekvalitet, ressursbruk, tilgjengelighet og brukertilfredshet. God styrings- og ledelsesinformasjon kan gi ledere og administrasjonen bedre grunnlag for forbedringer og sikre at tjenestene oppfyller krav og behov og være et godt verktøy for ledere til å implementere målrettede tiltak for forbedring.



Observasjoner

Det fremkommer at det ikke fullt ut er etablert rutiner for innhenting- og bruk av styrings- og ledelsesinformasjon i helse- og omsorgstjenesten. Det mangler både faste rutiner og verktøy for å måle og rapportere på viktige ytelsesindikatorer, noe som innebærer at kommunen har begrenset innsikt i tjenestenes faktiske produksjon, kvalitet og effektivitet. Eksempelvis har kommunen etablert systemer for å registrere og følge opp vedtakstimer i hjemmetjenesten og bo- og omsorgssentrene, noe som gir en viss oversikt over de planlagte tildelte ressurser på tidspunkt for vedtak. Likevel mangler det i dag systematisk måling av faktisk tid brukt hos hver bruker og på hvert enkelt vedtak. Dette skaper et gap mellom planlagte tjenester og reell ressursbruk, noe som begrenser muligheten for å vurdere effektivitet og kvalitet i tjenestene på en detaljert og konkret måte.

Uten slike målinger blir det vanskelig å vurdere om ressursene brukes på en hensiktsmessig måte, eller om tjenestene møter brukernes behov på en tilfredsstillende måte. Mangelen på strukturerte målinger kan også redusere mulighetene for kontinuerlig forbedringsarbeid, da det ikke finnes klare data å støtte beslutninger og utviklingsprosesser på. Dette kan påvirke både tjenestekvalitet og ressursfordeling og utnyttelse negativt.

Måling av resultater

Vurdering

PwC vurderer at kommunens system og rutiner knyttet til produksjon- og bruk av styrings- og ledelsesinformasjon bør styrkes i møte med økt press på tjenestene. Uten forbedret styringsdata reduseres forutsetningene for å løpende kunne vurdere hvordan kommunens ressurser brukes i tjenesteproduksjonen. Eksempelvis vil en mer presis registrering av faktisk tidsbruk til hver bruker kunne gi bedre grunnlag for vurderinger knyttet til ressursallokering, kapasitet og tjenestekvalitet. Det vil også styrke muligheten for å identifisere forbedringsområder, sikre mer rettferdig og behovsbasert prioritering, samt bidra til økt transparens og ansvarlighet i tjenesteutførelsen.

Generelt er virksomhetsstyring innen helse- og omsorgssektoren i kommuner avhengig av relevante og pålitelige styringsdata for å kunne understøtte god ledelse og faglig utvikling. Slike data omfatter ikke bare tall på vedtak og ressursbruk, men også kvalitetsindikatorer, bruker- og pårørendetilfredshet, og resultater fra ulike helsefaglige vurderinger. En godt utviklet styringsrapportering gjør det mulig å følge måloppnåelse, avdekke trender og iverksette nødvendige tiltak i tide.

For Gulen kommune kan en styrket satsing på helhetlig virksomhetsstyring og bedre datagrunnlag bidra til mer målrettet og effektiv tjenesteutvikling – hvor både de økonomiske, personalmessige og faglige aspektene ivaretas i tråd med brukernes behov og kommunens ambisjoner.

Eksempler på styringsdata det kan være aktuelt å i større grad samle og bruke til løpende virksomhetsstyring kan være:

- Sykefraværsprosent
- Antall årsverk
- Gjennomsnittlig vedtakstid per bruker i hjemmetjenesten
- Gjennomsnittlig vedtakstid per bruker i bo- og omsorgssenter
- Gjennomsnittlig vedtakstid per bruker i miljøtjenesten
- Pleiefaktor sykehjem
- Gjennomsnittlig liggetid på sykehjem
- Antall betalingsdøgn i spesialisthelsetjenesten
- Differanse mellom faktisk tid hos bruker og vedtakstid

Måling av resultater

M1: Etabler systemer og rutiner for løpende rapportering av vedtakstider, planlagt ressursbruk og faktisk brukte ressurser

Mål med anbefalingen: Må sees i sammenheng med anbefalinger knyttet til vedtakspraksis. Målet er å etablere en løpende oversikt over kommunens tjenesteproduksjon i form av samlet omfang på fattede vedtak for ulike typer tjeneste, planlagt ressursbruk til disse tjenestene og omfang av ressurser faktisk brukt til å yte tjenestene

Gjennomføring:

- Definer felles begreper og rapporteringsmal: tjenestetype, vedtaksdato/ledetid til oppstart, vedtakets omfang (timer/perioder), planlagt ressurs (timer/årsverk/kost), faktisk ressurs (utførte timer/årsverk/kost), og årsakskoder for avvik.
- Kartlegg og koble datakilder: saksbehandlersystem (vedtak), turnus/bemanningsverktøy (plan), fagsystem/registrering (utførte timer/ansikt-til-ansikt), lønn/økonomi (kostnader/overtid/vikar).
- Etabler månedlige (evt. ukentlige) oversikter/dashbord per enhet og samlet: nøkkelindikatorer som avvik planlagt vs. faktisk, ledetid vedtak→oppstart, andel vedtak revidert innen gitt frist, ansikt-til-ansikt-tid, overtid/vikarbruk.
- Plasser ansvar: Forvaltning/støttetjenester eier datamodell og publisering; enhetsledere validerer og bruker tallene; avdelingsledere sikrer registreringskvalitet; HR/økonomi bidrar med kostnadsdata.
- Innfør fast rutine for avviksanalyse og tiltakslukking i ledermøter (enhetsvis og samlet), og koble funn til vedtaksrevisjon, bemanningsjustering og arbeidsprosesser.
- Pilotér i utvalgte enheter, juster måleoppsett og skalér til hele tjenesten.

Forutsetninger for å lykkes:

- Mandat og kapasitet hos Forvaltning/støttetjenester til å utvikle og drifte rapporteringen, samt klare roller for enhets- og avdelingsledere.
- Enkle, tilgjengelige verktøy (dashbord/rapporter), opplæring i registrering og bruk av data, og tydelig rapporteringsfrekvens.
- Avklaringer om personvern/GDPR og datakvalitet (minimumskrav til registrering, stikkprøver), samt medvirkning fra tillitsvalgte der det berører arbeidspraksis.
- Beslutning om at styringsdata brukes aktivt i ledermøter og ved prioriteringer (vedtaksrevisjon, bemanning, arbeidsprosessforbedringer).

Kommunikasjon, koordinering og verktøy

K1	Etabler og gjør kjent rutiner for informasjonsdeling og hvilke kanaler som skal benyttes til ulike typer kommunikasjon



Kommunikasjon, koordinering og verktøy

God informasjonsflyt er avgjørende for at helsepersonell skal kunne utføre arbeidet sitt effektivt og levere tjenester av høy kvalitet. I en hektisk arbeidshverdag, preget av tidspress og vaktarbeid er det viktig at informasjon deles på en tydelig, relevant og tilgjengelig måte. For å sikre god informasjonsflyt er det nødvendig med tilpassede kommunikasjonskanaler som tar hensyn til arbeidshverdagen til helsepersonell, der både digitale og analoge løsninger kan spille en viktig rolle. God informasjonsflyt kan bidra til økt engasjement og trygghet blant ansatte.

Observasjoner

Kommunikasjon
Tilbakemeldinger fra ledere i helse og omsorg tyder på at det er variasjon i hvordan informasjon blir kommunisert og delt internt. Flere ulike kanaler, som e-post og teams benyttes, men det mangler en tydelig struktur for hvordan disse skal brukes og hvordan man skal få ansatte til å få med seg informasjonen i en travel hverdag. Ansatte i pleien leser gjerne e-post og benytter seg av teams kun sporadisk da deres kjerneoppgaver ligger i det praktiske og pasientnære arbeidet med varierende tilgang til datamaskiner og telefon i løpet av dagen.

Enkelte beskriver at det kan være krevende å vite hvem man skal kontakte i ulike sammenhenger og i hvilket format, spesielt på tvers av enheter og avdelinger.

Det fremkommer som et tydelig behov for å etablere klarere rammer og mer tydelige retningslinjer for hvordan informasjon skal deles i helse- og omsorgstjenesten i Gulen kommune, samt hvem informasjonen skal deles med. Målet er å sikre at alle ansatte får nødvendig informasjon uten at de blir utsatt for et stort volum informasjon på kanaler som blir tatt i bruk svært sjeldent.

Kommunikasjon, koordinering og verktøy

Vurdering kommunikasjon

Det er PwC sin generelle erfaring at informasjonsflyt er utfordrende i helse og omsorgstjenestene. Det er flere årsaker til dette, og ofte skyldes det en kombinasjon av manglende kompetanse på og kjennskap til de digitale kommunikasjonskanalene, turnusarbeid og varierende arbeidstider, travle vakter med høyt arbeidspress, fokus på pasientomsorg fremfor administrative arbeidsoppgaver, vikarbruk og mangel på tilpassede kommunikasjonskanaler.

Dagens kommunikasjonskanaler fremstår å ikke være tilpasset arbeidshverdagen til alle ansatte. Dermed kan det være relevant for enheter hvor dette er ekstra utfordrende å utrede supplerende kanaler med alternative løsninger.

Bedre kommunikasjon og informasjonflyt innebærer også en tydeliggjøring av forventningen til at den enkelte medarbeider aktivt oppsøker relevant informasjon. En forutsetning for denne forventningen er at organisasjonen har gjort informasjonen tilgjengelig og at det er kjent på tvers av enheter og avdelinger hvilken informasjon som finnes hvor.

Kommunikasjon, koordinering og verktøy

K1: Etabler og gjør kjent rutiner for informasjonsdeling og hvilke kanaler som skal benyttes til ulike typer kommunikasjon

Mål med anbefalingen: Sikre tydelig, relevant og tilgjengelig informasjonsflyt som er tilpasset arbeidshverdagen i helse og omsorg. Målet er at ansatte raskt finner og får med seg nødvendig informasjon uten informasjonsstøy, gjennom klare rammer for hva som deles hvor, når og av hvem.

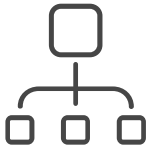
Gjennomføring:

- Lag en enkel kanalmatrise: definer hvilke budskap går i hvilke kanaler (for eksempel driftkritisk beskjed på vaktmøte/tavle/SMS-varsel, endringer i prosedyrer i kvalitetssystem og Teams, personalinformasjon på e-post/ukesoppsummering).
- Klargjør mottakere og ansvar: hvem skal informeres ved hvilke typer saker, og hvem er avsender (enhetsleder, avdelingsleder, fagkoordinator). Etabler faste kontaktpunkter og "hvem-kontakter-hvem" ved ulike problemstillinger.
- Standardiser form og frekvens: korte maler for budskap, ukentlig opsummering, faste vaktmøter og tavleoppdatering per skift, med tydelig forventning om at ansatte sjekker definert kanal ved start av vakt.
- Tilpass digitale og analoge kanaler: sikre at kritisk driftinformasjon alltid er tilgjengelig der arbeidet skjer (tavle/sjekkliste), og bruk Teams/epost for ikke-akutt informasjon; gjør kvalitetsdokumenter lett tilgjengelig og lenk dem fra kanalmeldinger.
- Gjennomfør kort opplæring og pilot: enkel innføring i valgt kanalsnitt (Teams/tavle/sjekklister), test i utvalgte enheter med høy vaktbelastning, juster basert på tilbakemeldinger, og skalér.
- Følg opp etterlevelse: avtal faste tidspunkter for oppdatering, bruk enkel måling (for eksempel sign-off på tavle/sjekkliste, lesestatistikk der mulig), og ta status i leder- og vaktmøter.

Forutsetninger for å lykkes:

- Tydelig mandat fra ledere, enkel tilgang til verktøy på arbeidsplassen (PC/mobil/tavle), og avsatt tid ved skiftstart til å sjekke informasjon.
- Definerte roller (avsender/mottaker/kanalansvarlig), medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte, og korte, praktiske maler.
- Oversikt over hvor informasjon finnes (tjenestekatalog/prosedyreverk) og en enkel veileder som gjøres kjent i alle enheter.
- Løpende justering basert på tilbakemeldinger og erfaring, med oppmerksomhet på personvern ved bruk av varsler og deling.

Struktur og kapasitet



S1	Etabler et Helsehus som samlokaliserer større deler av kommunens tjenestetilbud
S2	Etabler kapasitet for heldøgnsbemannede bofellesskap for eldre i Helsehuset
S3	Etabler helsetun i Brekke og Byrknes ved å enten gjenbruke eksisterende bygg for bo- og omsorgssentrene eller nybygg
S4	Overfør Dalsøyra Bo- og omsorgssenter til Miljøtjenesten
S5	Avvikle Eivindvik Bo- og omsorgssenter og ta bygget i bruk som tilrettelagte boliger, allminnelige utleieboliger og boliger for ansatte / pendlere
S6	Etabler en enhet for Forvaltning, ressursstyring og støttetjenester
S7	Organiser pleie- og omsorgstjenester for eldre i to enheter: (1) Heldøgn eldre, (2) Hjemmebaserte tjenester
S8	Organiser Hukommelsesteamet og ressussykepleier for kreft og lindring under enhet for Hjemmebaserte tjenester
S9	Videreføre kjøkken og vaskeri i egen regi ved Helsehuset i Eivindvik
S10	Avslutt matombringing i kommunal regi, foruten for personer med vedtak på spesialkost. Fasiliter tilgang til private tilbud for hjemmeboende og beboere i helsetunene

Struktur og kapasitet – organisatorisk struktur

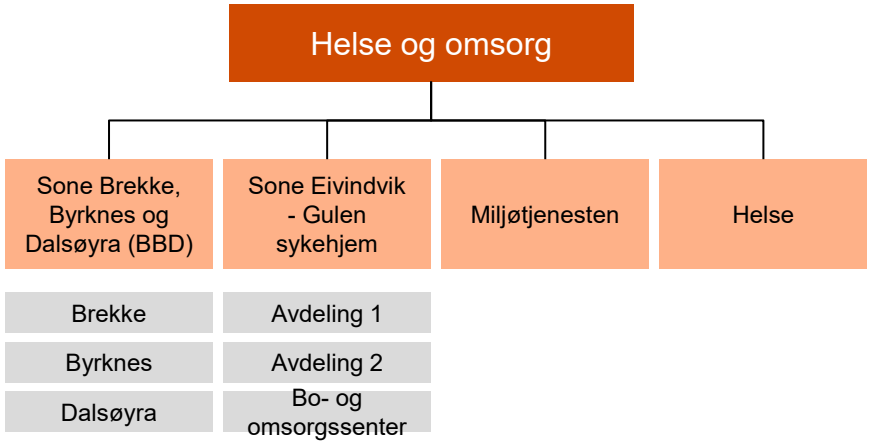
Kommunalsjefområdet helse og omsorg er ansvarlig for alle tjenester innen helse og omsorg som er rettet mot hele befolkningen i kommunen. I Gulen kommune er kommunalsjefområdet organisert etter en kombinasjon av fag- og tjenesteområder samt geografisk tilhørighet. Denne modellen oppgis valgt for å sikre en helhetlig og effektiv drift, samtidig som den søker å ivareta lokale behov og geografiske hensyn. Det er to ledernivåer under kommunalsjef – enhetsleder og avdelingsleder. Enhetene under kommunalsjef er ulike i størrelse når det kommer til ansatte, brukere og geografisk spredning.

Observasjoner

Organisatorisk struktur

Hjemmetjeneste og institusjons- og botilbud for eldre er organisert etter geografi. Sistnevnte er organisert i to soner, sone Eivindvik og sone BBD. For Gulen er sone Eivindvik ansvarlig for sykehjemmet, hjemmetjenesten og et bo- og omsorgssenter i Eivindvik, mens sone BBD er ansvarlig for hjemmetjenesten og bo- og omsorgssentre i de tre andre bygdene. Miljøtjenesten er en enhet som er organisert etter tjeneste, og enhet Helse er organisert etter fagområde og har ansvar for alle helsetjenester som ikke faller inn under sykehjemsdrift, hjemmetjeneste, omsorgsboliger eller miljøtjenesten.

Det fremkommer fra samtaler at organiseringen oppleves å per i dag bidra til effektiv drift og at det er godt samarbeid på tvers av tjenester.



Struktur og kapasitet – vurdering av kontrollspenn og organisatorisk struktur

Vurdering av organisatorisk struktur

Den organisatoriske strukturen følger i stor grad den geografiske organiseringen av tjenestene. PwC vurderer at dette i nåsituasjonen kan bidra til lokal tilpasning og ledere som er tett på både brukere og ansatte. Samtidig medfører denne strukturen noen utfordringer blant annet i form av fragmentering av tjenesten. Dette kan gjøre det utfordrende å utnytte ressurser på tvers av enheter og lokasjoner. PwC sin erfaring er at dette ikke er uvanlig i kommuner med mindre fagmiljøer og store geografiske avstander. PwC vurderer at også den organisatoriske strukturen vil måtte endres i møte med økt press på tjenesten og behov for å tilpasse organisering og innretting av tjenesetilbudet til nye forutsetninger.

I møte med økt press på tjenesten vurderes den nåværende organisatoriske strukturen å kunne bidra til uønsket variasjon i praksis og standarder mellom enhetene, som kan gjøre det vanskelig å sikre likeverdige tjenester for innbyggerne og potensielt bidra til friksjon mellom enheter og lokasjoner.

PwC vurderer at det er behov for å balansere fordelene ved lokal tilstedeværelse med behovet for bærekraftig bemannings- og kompetansebehov og harmonisering av tjenestene. Det vil bli avgjørende å klare å balansere organisatoriske og strukturelle endringer som er nødvendige for å sikre forsvarlige og effektive tjenester med å videreføre og forsterke de positive sidene som finnes ved dagens organisering.

Struktur og kapasitet – dagens lokaler og bygg

PwC har vært på befaring på kommunens fem helse- og omsorgslokajsoner. Byggene oppleves som av ulik standard og med varierende grader av vedlikeholdsetterslep. Lokalitetene er observert og vurdert mht størrelse og utforming av bruker- og personalarealer, inndeling av rom, utforming og avstander mellom rom og funksjoner som vaktrom, kjøkken, lager, medisinrom mm. Med noen unntak virker de fleste lokasjonene å ha utfordringer knyttet til teknisk tilstand, funksjonell egnethet og tilpasningsdyktighet. I sum vurderes behovet for å tilpasse bygningsmassen til tjenesten- og brukernes fremtidige behov som stort.

Observasjoner

Lokaler og bygg

Miljøtjenesten sine boliger på Dalsøyra fremstår som moderniserte og romslige og ansatte og brukere synes å være stort sett fornøyde med lokalene. Det uttrykkes at det savnes større uteareal for aktiviteter til brukerne. I tillegg er dagens treningsfasiliteter plassert inne på vaskerommet grunnet mangel på egnet areal.

De fleste bo- og omsorgssentrene i Gulen kommune fremstår som eldre og mindre tilpasset dagens behov. Dette er særlig utfordrende dersom pleiebehovet til brukerne øker, da boligene i stor grad ikke er universelt utformet. Flere av byggene bærer preg av alder og slitasje, og fasiliteter som medisinrom er små og trange. Det er også påpekt at ikke alle medisinrom har tilfredsstillende ventilasjon eller avtrekk, noe som påvirker arbeidsforholdene til ansatte negativt.

Sykehjemmet fremstår som stort, men består av mange mindre rom og generelt en lite effekt planløsning. Bygget fremstår som preget av alder, og det er tydelig at deler av sykehjemmet er bygget i ulike perioder, med tilhørende naturlige variasjoner i standard og utforming. Enkelte rom er tilpasset universell utforming, mens andre ikke ser ut til å oppfylle disse kravene fullt ut.

Det er lagt opp til velferdsteknologi i flere rom, også rom som ikke blir brukt idag slik at det skal være mulig å ta de i bruk i fremtiden. Enkelte av de ubrukte rommene deler baderomsfasiliteter, noe som kan være mindre hensiktsmessig etter dagens standard dersom begge rommene skal benyttes av pasienter.

Kjøkkenet og vaskeriet oppgis som tilstrekkelig dimensjonert for dagens drift og behov.

Struktur og kapasitet – vurdering av dagens lokaler og bygg

Vurdering av dagens lokaler og bygg

Helsebyggene til en kommune bør være tilpasset brukernes behov, tilrettelegge for effektiv ressursbruk, ta høyde for fremtidige behov og gjerne være flerfunksjonelle. Den følgende vurderingen av byggene er basert på bruken av byggene i dag.

Miljøtjenesten sine boliger på Dalsøyra: PwC vurderer at de eksisterende boligene i dag tilfredsstiller brukernes behov. Ansatte er generelt fornøyd med hvordan det er å arbeide i lokalene. Ved en eventuell økning i antall brukere vil det imidlertid oppstå et behov for flere boliger. Dette bør tas i betraktning og planlegges for i fremtidige strategier.

Bo- og omsorgssentre: De fleste bo- og omsorgssentrene i kommunen fremstår som eldre og mindre tilpasset dagens krav og behov. Dette er særlig problematisk når det bor brukere med et mer omfattende pleiebehov i boligene. Mangel på universell utforming kan skape utfordringer for brukere og ansatte, særlig i tilfeller det er behov for hjelpemidler. Enkelte fasiliteter i byggene, som f.eks medisinrom, er små og trange. Ventilasjon og avtrekk i medisinrommene er ikke tilfredsstillene og påvirker arbeidsforholdene negativt.

Sykehjem: Sykehjemmet fremstår som stort, men med lite hensiktsmessig, lite effektiv planløsning og få pasientrom i forhold til bygningsmassens størrelse. Byggets standard varierer, da det er oppført i ulike tidsperioder. Enkelte rom er utstyrt med store bad og takheis, mens flertallet har mindre bad og mangler takheis. Det er positivt at det er tilrettelagt for bruk av velferdsteknologi i flere rom en de som er aktivt i bruk idag. Kapasiteten til sykehjemmet synes å være større enn den som er tatt i bruk idag. Samtidig er det en utfordring at noen av rommene som er lite i bruk idag har delt toalett med naborom. Dette vurderes å begrense den reelle kapasiteten i dagens bygg betraktelig. Sykehjemmet har også kjøkken og vaskeri som fremstår tistrekkelig dimensjonert for dagens drift og behov.

PwC vurderer at det generelt, foruten miljøtjenesten sine boliger på Dalsøyra, kan foreligge et betydelig vedlikeholdsetterslep i helsebyggene. Byggene er videre i varierende grad utformet i tråd med brukere- og ansattes behov i dag. Dette kan utfordre de ansattes mulighet til å arbeide effektivt og brukernes trivsel og bokvalitet.

Struktur og kapasitet – Tjenestenivå

PwC har gjort vurderinger av tjeneste- og bemanningsnivå. Det begrensede omfanget av, og til dels tilgangen til, detaljert datagrunnlag gjør at vurderingene er gjort på overordnet nivå. Enkelte tjenester har så begrenset omfang med tanke på antall brukere at PwC av personvernhensyn ikke kan omtale de konkret i denne rapporten. Dette gjelder i hovedsak tjenester organisert under Miljøtjenester og kommunen får PwCs vurderinger av disse forholdene levert utenfor denne rapporten.

Observasjoner

Pleiefaktor beskriver antallet årsverk per plass i heldøgns botilbud og institusjon for eldre. Her regnes kun personell som inngår i pleien. Det vil si at renholdere, kjøkkenpersonell, ledere og merkantile og administrative funksjoner holdes utenfor.

Pleiefaktoren ved Gulen sykehjem varierer avhengig av antall pasienter til enhver tid, men PwC vurderer at den ligger i snitt noe over 1,0. Dette nivået er noe høyere enn det nivået PwC erfarer at mange kommuner planlegger for. Det er svært mange faktorer som påvirker hvilken pleiefaktor som er nødvendig for forsvarlig drift. Utover pasientenes pleiebehov vil også forhold som antall plasser som er samlokalisert, utforming av bygget, omfang av støttetjenester og organisering av nattevakter påvirke pleiefaktoren.

Bemanningen på sykehjemmet opprettholdes uavhengig av hvor mange pasienter som til enhver tid bor der. PwC har et inntrykk av at pleiefaktoren i Gulen påvirkes av bygningsmessige utfordringer som gjør at driften ikke er optimal. Et eksempel er avstand mellom avdelinger og pasientrom og personalbaser.

Kommunen beskriver også en fleksibilitet i bruken av sykehjemsplassene som tilpasses det behovet man til enhver tid har for for eksempel langtids- og korttidsplasser. Dette gjør direkte sammenligninger mot andre kommuner og sykehjem mindre hensiktsmessig og relevant.

Det foreligger ikke systematisk statistikk på liggetid ved sykehjemmet. PwC oppfatter at denne varierer, og at det finnes brukere som bor lenge på sykehjemmet.

Struktur og kapasitet – Tjenestenivå

Observasjoner

Tjenesten beskriver at antallet vedtakstimer ikke nødvendigvis gjenspeiler det faktiske omfanget av brukernes behov og det tilbudet som blir gitt. PwC oppfatter at omfanget av tjenesten i enkelte tilfeller øker uten at vedtak blir revidert tilsvarende. Det er videre PwC sin oppfatning at dette i større grad gjelder beboere ved Bo- og omsorgssentrene og at dette blant annet skyldes tilgangen til bemanning som har base i byggene.

Videre beskriver tjenesten en stor variasjon i pleietyngde, helsetilstand og bistandsbehov særlig blant brukere i Bo- og omsorgssentrene. På den ene siden beskrives det brukere som har relativt begrensede pleie- og omsorgsbehov, men som bor ved Bo- og omsorgssenteret fordi deres private bolig har en plassering som ville krevet svært mye kjøring for hjemmetjenesten. Andre har i større grad behov for nærhet til andre for å unngå ensomhet / bidra til trygghet. På den andre siden beskrives brukere som har behandlings- og pleiebehov som ifølge tjenesten tilsier at de kunne vært kandidater for sykehjemsplass. Det beskrives ulike årsaker til dette, herunder at enkelte brukere og nærpersoner har et sterkt ønske om å motta tjenester i det området hvor de har geografisk tilhørighet.

Dette spennet i behov innad i brukergruppen ved Bo- og omsorgssentrene beskrives som en betydelig utfordring med tanke på å sikre tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse ved enhver lokasjon til enhver tid.

Beskrivelsen av utfordringer knyttet til å opprettholde det som oppleves som et passende bemanningsnivå på rett kompetansenivå varierer på tvers av Bo- og omsorgssentrene.

Samarbeidet mellom de ulike lokasjonene og mellom de hjemmebaserte tjenestene, Bo- og omsorgssentrene og sykehjemmet beskrives som godt. Men, det kan forekomme situasjoner hvor bruker, pårørende og også ulike deler av tjenesten, har ulik oppfatning av hvor den enkelte bruker burde motta tjenester.

Det beskrives som krevende både for ledere og den enkelte ansatte å ha ansvaret for brukere man mener burde være ivaretatt på et høyere omsorgsnivå.

Gjennomsnittlig antall vedtakstimer per uke per bruker hjemmetjenesten

	Byrknes	Brekke	Dalsøyra	Eivindvik
Inne i Bo- og omsorgssenter	12,3	6,1	10,7	8,7
I privat bolig	4,2	0,8	1,4	2,8

Vedtakstimer vil variere noe fra måned til måned. Tabellen viser et snitt av to tilfeldige måneder i året

Struktur og kapasitet – behov ved videreføring av nåsituasjonen

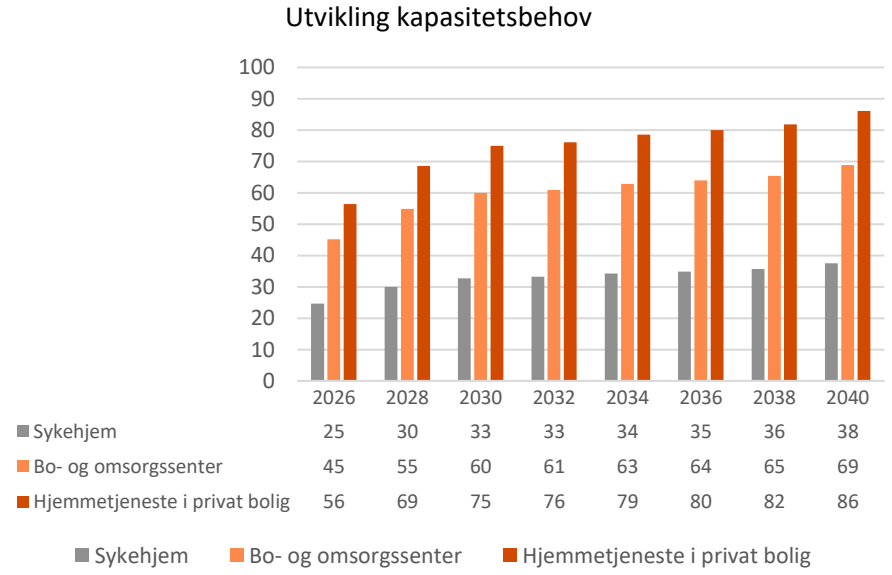
PwC har basert på den tilgjengelige informasjonen gjort forenklede fremskrivinger av behovet for kapasitet og bemanning gitt at kommunen skal møte økt antall brukere i dagens organisering og med dagens innretting og dimensjonering av tjenestetilbudet. Analyser og vurderinger er gjort på et overordnet nivå med hensikt å belyse hva dette ville krevd av kommunen i form av både bygg, bemanning og til dels kostnader og utgifter. Vurderingene er gjort for pleie- og omsorgstjenester rettet mot eldre.

Kommunen har i dag omtrent 24 sykehjemsplasser i drift. Dette gir en dekningsgrad for sykehjem på ca. 16%, og beskriver til hvor stor andel av innbyggere over 80 år kommunen har sykehjemsplass. Med dagens definisjon utgjør dette dekningsgraden for kommunens heldøgns bo- og institusjonstilbud for eldre. Dette er gitt at beboere i Bo- og omsorgssentrene anses å være på linje med brukere av hjemmebaserte tjenester i egen privat bolig.

Med 44 tilgjengelig boenheter i, eller i tilknytning til, Bo- og omsorgssentrene har kommunen en dekningsgrad på 29% for tilrettelagte boliger, mens et estimat på 55 brukere i privat bolig tilsier at om lag 36% av innbyggerne over 80 år mottar hjemmetjenester.

Den tilgjengelige informasjonen tilsier videre at en sykehjemsplass i snitt vil kreve ett pleieårsverk, mens en bruker av hjemmebaserte tjenester i snitt vil kreve omtrent 0,4 pleieårsverk.

Med disse forutsetningene lagt til grunn viser grafen til høyre veksten i antallet plasser, brukere og pleieårsverk basert på en fremskriving av antallet innbyggere over 80 år i kommunen frem mot 2040.



Struktur og kapasitet – ressursbehov ved videreføring av nåsituasjonen

Økt behov for bemanning

Framskrivingen på forrige side viser at kommunen i dagens situasjon vil måtte øke sin kapasitet med omtrent 50% innen 2040. Dette vil bety ca. 13 flere sykehjemsplasser, 24 flere boenheter i Bo- og omsorgssenter og omtrent 30 flere hjemmetjenestebrukere i privat bolig. Totalt en økning på omtrent 70 tjenestemottakere i det som defineres inn under eldreomsorgen.

Gitt anslaget på dagens bemanningsbehov per plass / bruker vil dette tilsi at kommunen innen 2040 til trenge minst 30 flere årsverk i drift for å møte økt antall brukere i eldreomsorgen. Dette inkluderer ikke antallet ansatte som må erstattes på grunn av pensjon eller generell turnover.

Gitt dagens fordeling på kompetansenivå tilsier dette at eldreomsorgen i 2040 vil trenge omtrent 13 flere årsverk til sykepleiere eller andre høyskoleutdannede, 17 flere årsverk til helsefagarbeidere eller andre fagutdannede og 3 flere årsverk til assistenter / ufaglærte stillinger.

Dette er antall årsverk som må legges til de tjenesten disponerer i dag. I tillegg vil kommunen måtte erstatte de av dagens ansatte som går av med pensjon, og det er gjort en fremskriving av dette basert på informasjon om alder på dagens ansatte og fordeling på kompetansenivå.

Pensjonsavgang

Innen 2040 er det, gitt en pensjonsalder på 65 år, omtrent 6 av dagens sykepleiere eller andre høyskoleutdannede, 13 assistenter eller ufaglærte og 31 helsefagarbeidere eller andre fagutdannede som vil gå av med pensjon.

Anslag på totalt rekrutteringsbehov inkludert turnover

Når man ser økt behov og estimert pensjonsavgang i sammenheng anslås det et akummulert rekrutteringsbehov innen eldreomsorgen frem mot 2040 på omlag 20 årsverk til sykepleiere eller andre høyskoleutdannede, omlag 50 helsefagarbeidere eller andre fagutdannede og ca. 15 assistenter / ufaglærte. I sum omlag 85 årsverk.

Utover dette må man ta høyde for de årsverkene og de ansatte man løpende må erstatte grunnet generell turnover (personer som av ulike grunner sier opp sitt arbeidsforhold). I snitt utgjør dette nasjonelt hvert år ca. 15% av de ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester, med store variasjoner innen aldersgrupper og deler av tjenesten. Historisk har Gulen kommune hatt noe lavere turnover enn dette. Hvordan dette vil utvikle seg i fremtiden er ikke kjent.

Lagt til grunn en årlig turnover på 10% (som vil være å anse som svært lavt), vil Gulen kommune i årene frem mot 2040 ha en turnover på omtrent 14 årsverk i snitt per år. Netto-tallet på antall årsverk som må erstattes vil naturligvis øke i takt med at antallet ansatte i tjenesten øker år-til-år.

Når vi legger sammen det økte behovet for årsverk i drift, pensjonsavgang og turnover vil Gulen kommune innen 2040 ha måttet gjennomføre omtrent 550 ansettelsesprosesser innen eldreomsorgen.

Dette ugjør omtrent 37 utlysninger, ansettelsesprosesser og onboardinger hvert år. Behov innen administrasjon, Helsetjenester og Miljøtjenesten kommer i tillegg til dette.

Struktur og kapasitet – vurderinger og anbefalinger (1/2)

Overordnet om vurderinger og anbefalinger om fremtidig struktur og kapasitet

Helse og omsorg i Gulen kommune er organisert rundt fire sentrale lokasjoner som fungerer som knutepunkter for tjenesteleveransen. Gulen kommune er en langstrakt kommune og det er store avstander mellom de fire bygdene. Dermed er det heller ikke unaturlig at helse og omsorg har drift spredt på flere lokasjoner på tvers av kommunen. PwC vurderer at det allerede i dag er krevende å sikre tilstrekkelig og forsvarlig bemanning med adekvat kompetanse ved alle lokasjonene. De betydelige avstandene mellom lokasjonene begrenser også muligheten til å omdisponere bemanning på tvers av lokasjonene. Det varierer også hvor tett lokasjonene er til annet tjenestetilbud og møteplasser.

Denne strukturen har fordeler ved at den sikrer tilgjengelighet og lokal forankring av tjenestene. Samtidig har det fremkommet en del utfordringer knyttet til den geografiske strukturen til helse og omsorg. På personalsiden har det vært utfordringer knyttet til rekruttering og bemanning, særlig ved mindre sentrale lokasjoner. Videre har det kommet frem at ansatte ofte har en sterk tilknytning til sin arbeidsplass og lokasjon, noe som har skapt utfordringer ved omdisponering av personell mellom avdelinger og enheter ved behov.

PwC vurderer at Gulen kommune bør tilpasse dimensjonering, lokalisering og organisering av tjenestene i tråd med de forventede endrede forutsetninger for tjenestene. Gitt at kommunen ikke kan møte økt antall brukere med tilsvarende økning i ressurser, og særlig da i form av bemanning, synes det nødvendig å ta grep for å sikre en forsvarlig og bærekraft drift også i et 2040-perspektiv.

De foreslåtte grepene vil gjelde både organisatorisk- og geografisk organisering og henger naturlig sammen. PwC sine vurderinger og anbefalinger er ment å beskrive en anbefalt retning og utgjør ikke en fullt ut detaljert beskrivelse av fremtidige lokaliseringer og organisering.

Kommunen vil måtte indivuduelt vurdere og eventuelt gjennomføre disse tiltakene i egne prosjekt med de nødvendige prosesser. For anbefalinger knyttet til bygg og lokasjoner har ikke PwC lagt føringer for gjennomføringsform. Dette betyr at utviklingen av de ulike lokasjonene potensielt kan gjøres gjennom gjenbruk av eksisterende bygningsmasse eller ved nybygg. Videre kan nybygg enten bygges og drives i egen regi eller i samarbeid med eksterne aktører.

Struktur og kapasitet – vurderinger og anbefalinger (2/2)

Overordnet om vurderinger og anbefalinger om fremtidig struktur og kapasitet

PwC vurderer at den beskrevne utviklingen hvor beboere i Bo- og omsorgssentrene har varierende behandlings-, pleie- og omsorgsbehov med enkelte brukere som over tid utvikler behov for omfattende bistand, er et tegn på at kommunen mangler et trinn i omsorgstrappen mellom tilrettelagte ubemannede boliger og sykehjemsplass. Dette vurderes å både ha potensielle konsekvenser for den enkelte bruker men kan også bidra til friksjon og spenninger mellom enheter og lokasjoner i tjenesten når det er uavklart hvordan den enkelte brukers faktiske behov best kan og bør ivaretas.

I møte med økt press på tjenestene vil det bli nødvendig å i større grad definere og differensiere de ulike delene av kommunens tjenestetilbud. Dette gjelder særlig bo- og institusjonstilbudet. Dagens bo- og omsorgssentre må i større grad rendyrkes som ubemannede tilrettelagte boliger for brukere som er relativt selvhjulpne og ikke avhengige av døgnkontinuerlig umiddelbar tilgang til bemanning. Sykehjemsplass vil være forbeholdt de som har døgnkontinuerlige behandlingsbehov. Mellom disse to tjenestene må kommunen etablere et heldøgnsbemannet botilbud for eldre som ikke kvalifiserer til sykehjemsplass, men som har et funksjonsnivå som tilsier at de ikke kan bo i egen privat- eller tilrettelagt bolig uten fast bemanning på lokasjonen. Heldøgnstilbudet bør samlokaliseres i Eivindvik, mens bo- og omsorgssentrene kan med lokalisering i Brekke og Byrknes ivareta behovet for et bo- og tjenestetilbud for eldre på tvers av kommunens langstrakte geografi. Forutsetningen for en slik struktur som også viderefører et tilbud med stor geografisk spredning er at brukere med døgnkontinuerlige behandlingsbehov ikke kan forventes ivaretatt ved Bo- og omsorgssentrene men vil motta tilbud ved det beskrevne Helsehuset i Eivindvik.

PwC vurderer at det framskrevne kapasitets- og bemanningsbehovet beskrevet på sidene ovenfor ikke vil være realistisk for Gulen kommune å realisere. Det synes særlig krevende å skulle rekruttere og beholde det nødvendige antallet sykepleiere og helsefagarbeidere. Å videreføre dagens struktur, organisering og dimensjonering av tjenestetilbudet vil forsterke de utfordringer man allerede i dag opplever i tjenestene.

De neste sidene beskriver derfor endringer i struktur og organisering PwC mener kommunen bør vurdere. De beskrevne tiltakene tar utgangspunkt i PwC sin vurdering av hva som vil kreves for å i så stor grad som mulig sannsynliggjøre at kommunen vil klare å opprettholde et tilstrekkelig og forsvarlig tjenestetibud til de som oppholder seg i kommunen med den bemanningen man har tilgjengelig. De beskrevne tiltakene har også som hensikt å bedre forutsetningene for at den enkelte ansatte i fremtidens helse- og omsorgstjenester skal oppleve trygghet og mestring i hverdagen. Dette vil avhenge av at lokalisering og dimensjonering av både bruker- og ansattegrupper gjøres med utgangspunkt i å samle brukere med sammenfallende behov i form av både omfang og kompleksitet på færre lokasjoner enn i dag.

Hovedgrepet i anbefalingen i form av struktur er å etablere et heldøgnsbemannet botilbud som fyller rommet mellom sykehjem og tilrettelagte boliger.

Struktur – Helsehus

Helsehus i Eivindvik

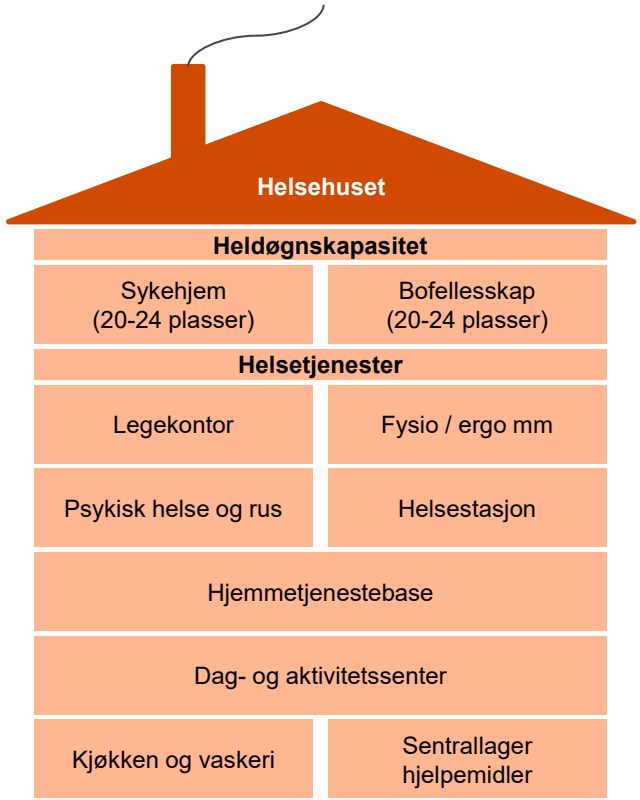
S1: Etabler et Helsehus som samlokaliserer større deler av kommunens tjenestetilbud
S2: Etabler kapasitet for heldøgnsbemannede bofellesskap for eldre i Helsehuset

PwC anbefaler at kommunen etablerer et helsehus som samlokaliserer større deler av kommunens tjenestetilbud innen helse og omsorg. PwC vurderer at det kan være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i dagens sykehjem i Eivindvik. Men, kommunen må i eget prosjekt vurdere hvorvidt bygningsmassen og lokasjonen har de nødvendige forutsetninger for å videreutvikles. Alternativt bør et nytt bygg etableres enten på nåværende tomt eller ved annen lokasjon.

Helsehuset er tenkt å inneholde kommunens heldøgnsbemannede bo- og institusjonstilbud innen pleie og omsorg. Herunder sykehjemsplasser og heldøgnsbemannet bofellesskap for eldre. Videre kan Helsehuset samlokalisere større deler av tjenester organisert under enheten Helse. Herunder f.eks legekontor, areal for fysio/ergo, Psykisk helse og rus samt helsestasjon. Videre bør hjemmetjenestebasen for sone Eivindvik lokaliseres i Helsehuset.

Helsehuset bør ha areal for dag- og aktivitetssenter. Både som et tilbud for heldøgnsbeboere ved Helsehuset og hjemmeboende eldre i området, men også som et samlingspunkt for bygden. Helsehuset bør ha areal for sentrallager for hjelpemidler.

PwC vurderer som også omtalt andre steder at kommunen kan videreføre drift av kjøkken og vaskeri og at dette bør ligge i, eller i nær tilknytning til, Helsehuset.

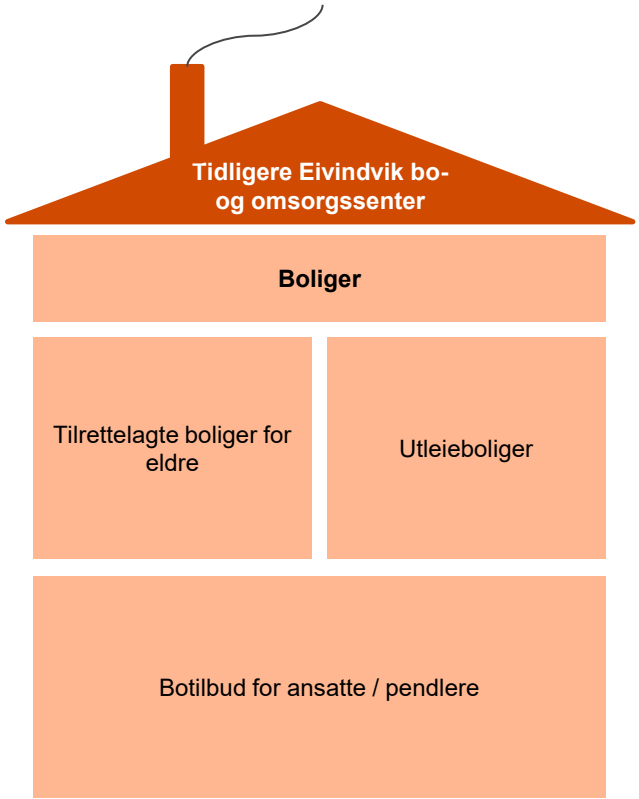


Struktur – Eivindvik Bo- og omsorgssenter

Tidligere Eivindvik bo- og omsorgssenter

S5: Avvikle Eivindvik Bo- og omsorgssenter og ta bygget i bruk som tilrettelagte boliger, allminnelige utleieboliger og boliger for ansatte / pendlere

Etter etablering av Helsehuset i Eivindvik anbefaler PwC at kommunen avvikler dagens drift av Eivindvik Bo- og omsorgssenter. Dette med bakgrunn i at hjemmetjenestebase anbefales lokalisert i Helsehuset. Dagens bygg bør vurderes med tanke på teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet til videreføring til andre formål. PwC vurderer at deler av bygget kan brukes som tilrettelagte private boliger for eldre (og slik dekke noe av behovet for denne typen boliger for eldre som har tilhørighet i området Eivindvik / Dalsøyra). Videre kan deler av bygget vurderes tatt i bruk som allminnelige utleieboliger. PwC vurderer som også omtalt andre steder at kommunen bør legge til rette for botilbud for ansatte / pendlere som ikke er fast bosatt i kommunen. Det må vurderes hvorvidt deler av dagens Bo- og omsorgssenter i Eivindvik er egnet til å etablere dette i form av hybler / leiligheter.



Struktur – Dalsøyra

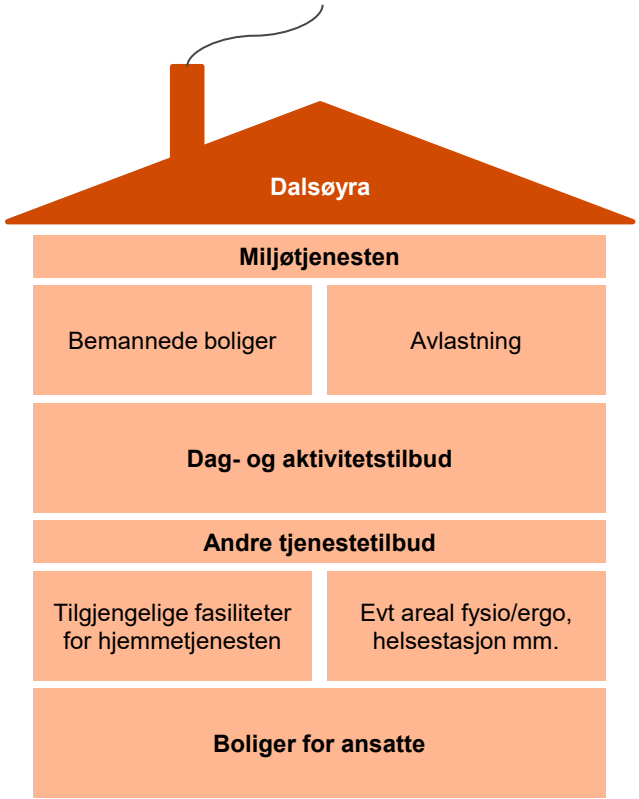
Dalsøyra

S4: Overfør Dalsøyra Bo- og omsorgssenter til Miljøtjenesten

PwC anbefaler at bygningsmassen som i dag disponeres av Dalsøyra Bo- og omsorgssenter gjøres tilgjengelig for Miljøtjenesten. Bygget kan sikre kapasitet for økt behov for avlastning og for botilbud for tjenestens brukergruppe. Dette kan både dekke behov for kapasitetsøkning og potensielt samlokalisere brukere som i dag bor ved andre lokasjoner, i den grad dette er hensiktsmessig med tanke på brukerens behov og ønsker. Det vil i alle tilfeller kreve de helt nødvendige medvirkningsprosesser med aktuelle brukere og deres nærpersoner. Bygningen kan også ved behov brukes til å øke tjenestens mulighet til å tilby boliger for ansatte som pendler til kommunen.

Kapasitet for tilrettelagte boliger for eldre i denne delen av kommunen ivaretas ved kapasitetsøkning i Eivindvik i form av heldøgnsbemannede omsorgsboliger i Helsehuset og frigjøring av kapasitet i dagens Eivindvik bo- og omsorgssenter.

Hjemmetjenesten vil i utgangspunktet ha base i Helsehuset i Eivindvik, men det kan legges til rette for fasiliteter for hjemmetjenesten også i Dalsøyra (pauserom, kontorstasjon, lager osv).



Struktur – Brekke og Byrknes

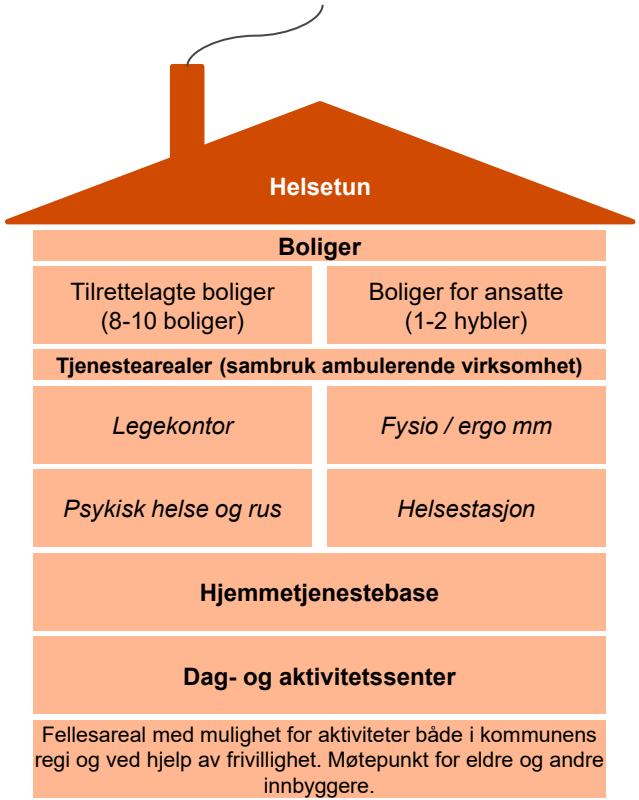
Bo- og omsorgssentre i Brekke og Byrknes videreutvikles til Helsetun

S3: Etabler helsetun i Brekke og Byrknes ved å enten gjenbruke eksisterende bygg for bo- og omsorgssentrene eller nybygg

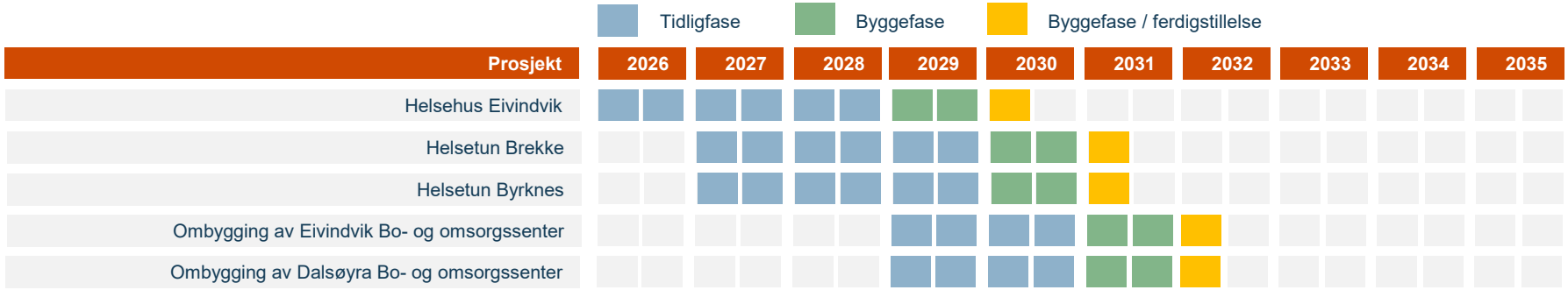
PwC vurderer at kommunen bør gjennomføre et prosjekt/forprosjekt som vurderer videreutviklingen av bo- og omsorgssentrene i Brekke og Byrknes til Helsetun, enten gjennom gjenbruk av eksisterende bygninger eller som nybygg. Vurderingen bør omfatte kostnader, funksjonalitet, universell utforming, energikostnader og andre bygg driftskostnader, og arbeidsflyt for ansatte. Sentrene bør inneholde tiltettelagte boliger (omtrent 8-10 enheter), 1-2 hybler for ansatte, tjenestearealer som ambulerende virksomhet kan benytte (lege, fysio/ergo, helsestasjon, psykisk helse og rus), lokal base for hjemmetjenesten, dag- og aktivitetstilbud og gode fellesarealer som kan brukes både i kommunens regi og i samarbeid med frivilligheten, som et møtepunkt for eldre og øvrige innbyggere.

Formålet er å legge til rette for mer robuste og effektive driftslokaler, samt bidra til rekruttering og stabilisering av bemanning gjennom gode bygg, gode personalfasiliteter, gode arbeidslokaler, tydelig brukerflyt og hensiktsmessig kapasitetsutnyttelse. Løsningen bør understøtte bruk av velferdsteknologi og gi fleksibilitet for fremtidige behov.

Beboere ved disse lokasjonene skal ha pleie- og omsorgsbehov på linje med brukere i private boliger. Brukere som over tid utvikler behov som tilsier døgnkontinuerlig og rask tilgang til bemanning med helsefaglig bakgrunn vil motta tjenester ved Helsehuset i Eivindvik enten i form av heldøgnsbemannet bofellesskap eller sykehjemsplass.



Struktur – **Eksempel** på tidslinje for foreslåtte tiltak



Prosjekt	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Helsehus Eivindvik										
Helsetun Brekke										
Helsetun Byrknes										
Ombygging av Eivindvik Bo- og omsorgssenter										
Ombygging av Dalsøyra Bo- og omsorgssenter										

Kapasitet	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Sykehjem	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Heldøgnsbemannet bofellesskap	0	0	0	0	24	24	24	24	24	24
Total heldøgnsbemannet bo- og institusjonstilbud eldre	24	24	24	24	48	48	48	48	48	48
Tilrettelagte boliger uten fast bemanning	44	44	44	44	44	20	20	20	20	20
Totalt bo- og institusjonstilbud for eldre	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68

Dekningsgrad	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Sykehjem	15%	14%	13%	12%	11%	11%	11%	10%	10%	10%
Heldøgnsbemannet bofellesskap	0%	0%	0%	0%	11%	11%	11%	10%	10%	10%
Total heldøgnsbemannet bo- og institusjonstilbud eldre	15%	14%	13%	12%	22%	22%	22%	20%	20%	20%

Struktur – Anslått bemanningsbehov (pleieårsverk)

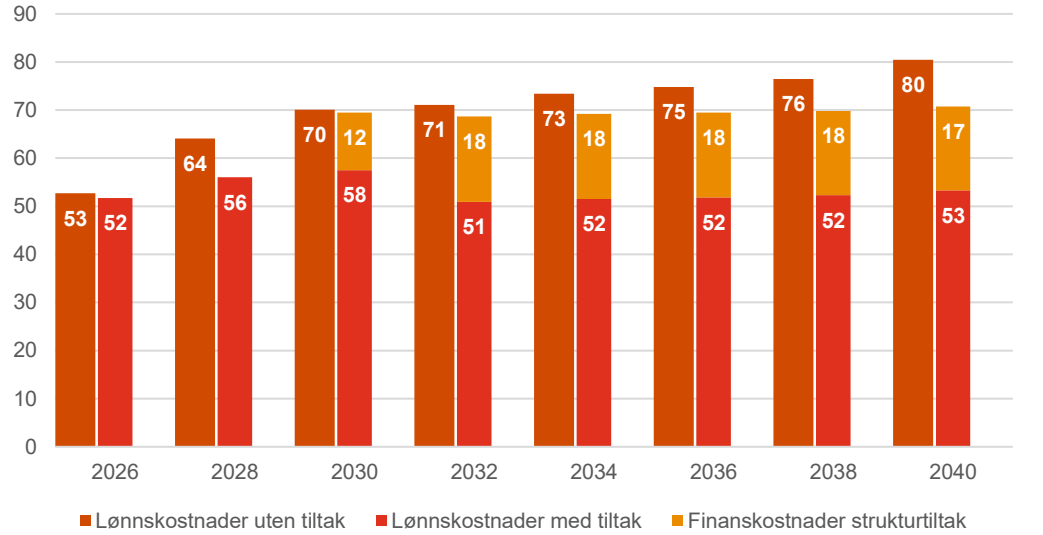
Tjeneste	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
Sykehjem	24	24	24	24	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Heldøgnsbemannet bofellesskap	0	0	0	0	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Total heldøgnsbemannet bo- og institusjonstilbud eldre	24	24	24	24	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Hjemmetjenesten	37	38	42	42	35	29	29	28	30	29	30	30	31	32	32
Totalt bemanningsbehov	61	62	66	66	69	63	63	62	64	63	64	64	65	66	66
Estimat kompetansemiks	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**	**2032**	**2033**	**2034**	**2035**	**2036**	**2037**	**2038**	**2039**	**2040**
Sykepleier og annen høyskoleutdanning	25	25	26	26	24	20	20	20	20	20	20	20	20	21	21
Helsefagarbeider og annen fagutdanning	31	32	34	35	36	30	30	30	31	30	31	31	31	32	32
Assistenter / ufaglærte	5	5	5	5	9	12	12	12	13	13	13	13	13	13	13
År-til-år rekrutteringsbehov (inkl pensjon og turnover)	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**	**2032**	**2033**	**2034**	**2035**	**2036**	**2037**	**2038**	**2039**	**2040**
Sykepleier og annen høyskoleutdanning	1	4	5	5	2	0	4	4	4	4	5	6	7	7	8
Helsefagarbeider og annen fagutdanning	2	12	15	16	18	11	18	19	20	23	26	27	29	31	34
Assistenter / ufaglærte	1	2	3	8	13	12	0	10	12	13	13	13	13	14	14

Struktur – Anslag på lønnsutgifter og finanskostnader

Tallene under må leses som svært grove anslag på finanskostnader knyttet til etableringen av Helsehus i Eivindvik og Helsetun i Brekke og Byrknes i form av nybygg. Hensikten er å eksemplifisere sammenhenger mellom finans- og lønnskostnader. Sammenlignet med å forsøke å møte et økt antall brukere med vekst i dagens struktur viser eksempelet at den sannsynliggjorte effekten av strukturgrep på bemanningsbehov og lønnsutgifter overveier finanskostnadene knyttet til investeringsbehovet i nye bygg. Selv når vi ikke regner inn det som vil kreves av investeringer for å øke kapasitet i dagens bygg, samt dekke nødvendig vedlikeholdsetterslep og tilpasse bygningene til brukere og ansattes fremtidige behov. Gjennomføring av eventuelle strukturgrep må avklares i egne prosjekt. Anslagene under er gjort med utgangspunkt i at Helsehuset og Helsetunene i sin helhet etableres i nye bygg. Anslagene inkluderer ikke eventuelle tomtekostnader og må ikke leses som fullstendige og gyldige kostnadsestimater for eventuelle byggeprosjekt.

Anslag prosjektkostnader	
Helsehuset i Eivindvik	
Byggekostnad	280 – 290 MNOK
Potensielle tilskudd	90 – 95 MNOK
Finansieringsbehov	190 – 195 MNOK
Snitt årlig finanskostnad (2030 – 2040)	10 – 12 MNOK
Helsetun i Brekke og Byrknes (samlet)	
Byggekostnad	140 – 150 MNOK
Potensielle tilskudd	45 – 50 MNOK
Finansieringsbehov	95 – 100 MNOK
Snitt årlig finanskostnad (2030 – 2040)	6 – 7 MNOK

Anslag årlige lønnsutgifter og finanskostnader med og uten tiltak (MNOK)



Struktur – Matomsorg

Matomsorg

S9: Videreføre kjøkken og vaskeri i egen regi ved Helsehuset i Eivindvik

S10: Avslutt matombringing i kommunal regi, foruten for personer med vedtak på spesialkost. Fasiliter tilgang til private tilbud for hjemmeboende og beboere i helsetunene

PwC vurderer at det er et sterkt engasjement i kommunen for videreføring av kjøkken i egen regi. Dagens kjøkken beskrives som godt drevet og med tilstrekkelig kapasitet til dagens behov. Bemanningssituasjonen er stabil, men beskrives som sårbar ved fravær og det gis uttrykk for at eventuell rekruttering av nye ansatte vil bli krevende. PwC vurderer at kommunen kan videreføre drift av kjøkken i egen regi ved Helsehuset, men at dette vil kreve dedikert og målrettet innsats for å sikre tilstrekkelig og stabil bemanning. Kjøkkenet er tenkt å dekke behovet for mat til beboere og brukere ved lokasjonen.

PwC anbefaler at kommunen avslutter matombringing til hjemmeboende, med unntak av brukere med vedtak på spesialkost, som kommunal tjeneste i egen regi. Dette gjelder også brukere i helsetunene. Kommunen kan enten konkurranseutsette matombringing til hjemmeboende (inkludert utkjøring) og tildele tjenesten etter vedtak til selvkost. Alternativt kan kommunen legge til rette for at den enkelte innbygger selv inngår et kundeforhold til en privat leverandør av mat. Bakgrunn for anbefalingen er å balansere behovet for å sikre at kommunens eldre har tilgang til riktig og tilstrekkelig næring med kommunens behov for å bruke sitt helsefaglige personell til kjerneoppgaver. Det anses ikke som realistisk at kommunen i fremtiden vil kunne bruke egne ressurser til å transportere mat til hjemmeboende. Men, kommunen kan spille en viktig rolle i å fasilitere tilgangen til denne, og andre relevante tjenester for sine innbyggere.

Struktur – organisatorisk struktur

S6: Etabler en enhet for Forvaltning, ressursstyring og støttetjenester

Mål med anbefalingen:
Målet er å samle saksbehandling og vedtak, ressursstyring og bemanningsstøtte i én tverrgående enhet som forvalter felles prosesser, tjenestekatalog og styringsdata. Enheten skal redusere behandlingstid og personavhengighet, avlaste enhetsledere for dag-til-dag koordineringsarbeid og sikre lik praksis og bedre utnyttelse av samlet kapasitet på tvers av tjenester og lokasjoner. Samtidig tydeliggjøres bestiller-utfører-roller og tjenesten forankres gjennom klare tjenestenivåavtaler, med teknologistøtte for planlegging, koordinering og rapportering som en integrert del av arbeidsformen.

Gjennomføring:

- Beskriv målbildet og mandat: avklar hva enheten skal eie (saksbehandling/vedtaksprosess, bemanningsplanlegging/-koordinering, vikarpool, tjenestekatalog/prosedyreverk, styringsdata/dashbord, SLA mot støttefunksjoner) og grensesnitt mot tjenesteytende enheter.
- Flytt saksbehandling ut av enhetslederrollen: etabler tydelig beslutningsmatrise og arbeidsflyt mot tiltaksnemnd, med én kontaktvei/triage og standardiserte kriterier for prioritering og revisjon av vedtak.
- Samle bemanningsplanlegging og daglig koordineringsstøtte: innfør felles maler/årshjul, planressurs for hovedturnus og praktisk støtte ved behovstopper på tvers av lokasjoner/enheter.
- Publiser og vedlikehold tjenestekatalog, prosedyreverk og informasjonsrutiner: sikre én kilde til sannhet, enkel tilgang og jevn revisjon.
- Etabler felles målesett og automatiser rapportering (bl.a. vedtakstider, planlagt vs. faktisk ressursbruk, overtid/vikar, pleiefaktor/ansikt-til-ansikt), og bruk data aktivt i ledermøter.
- Innfør trinnvis: pilotér i utvalgte enheter, mål effekt på behandlingstid, tidsbruk hos ledere, lik praksis og kapasitet, juster og skaler. Vurder interkommunalt samarbeid der det gir standardisering og kapasitet.

Forutsetninger for å lykkes:

- Politisk og administrativ forankring, klart mandat og oppdatert delegasjonsreglement som avklarer bestiller/utfører og beslutningslinjer.
- Avklarte budsjettlinjer, rollebeskrivelser og tjenestenivåavtaler mot støttefunksjoner; partsamarbeid og HMS-vurderinger ved endrede arbeidsprosesser.
- Datagrunnlag og integrasjoner mellom kjernesystemer (vedtak/journal, turnus/bemanning, lønn/økonomi), minimumskrav til registrering og enkel visualisering.
- Endringsledelse og kommunikasjon som gjør én kontaktvei, nye prosesser og ansvar kjent for ansatte, ledere og brukere/pårørende.
- Trinnvis innføring med måling av effekter og justeringer, slik at enheten blir en reell støtte som gir kortere ledetid, mer forutsigbar bemanning og bedre styring på tvers.

Struktur – organisatorisk struktur

S7: Organiser pleie- og omsorgstjenester for eldre i to enheter: (1) Heldøgn eldre, (2) Hjemmebaserte tjenester

Mål med anbefalingen: Å styrke fag, kapasitet og forutsigbarhet ved å organisere eldreomsorgen etter tjeneste fremfor geografi. En enhet har helhetlig ansvar for kommunens heldøgnstilbud i et helsehus (langtid, korttid/avlastning), mens en annen enhet samler alle hjemmebaserte tjenester (privat bolig og boenheter i helsetun) og dag-/aktivitetsentre på tvers. Dette tydeliggjør ansvar og pasientforløp, profesjonalisierer lederrollen, muliggjør lik praksis og bedre ressursutnyttelse på tvers.

Gjennomføring:

- Mandat og målbildet: Vedta modell, effektmål og suksesskriterier (kvalitet, kapasitet, økonomi, arbeidsmiljø).
- Organisasjonsdesign: Beskriv oppdrag, ansvar og grensesnitt mellom enhetene (inn-/utskriving, korttid/avlastning, dag-/aktivitet), beslutningsmatrise og rapporteringslinjer. Fastsett lederstruktur og kontrollspenn.
- Geografi og drift: Definér baser/dekningsområder for hjemmebaserte tjenester, logistikk/transport og turnusmodeller som støtter arbeid på tvers av lokasjoner.
- Prosesser og standarder: Oppdater tjenestekatalogen med tydelig skille mellom heldøgn og hjemmebasert, kriterier for nivåvalg, og felles prosedyrer for samhandling. Etabler tjenestenivåavtaler mot støttetjenester.
- Styring og verktøy: Sett felles KPI-er og løpende rapportering (vedtakstider, planlagt vs. faktisk ressursbruk, pleiefaktor/ansikt-til-ansikt), og bruk felles planleggings- og koordineringsverktøy. Innfør trinnvis med pilot, evaluér og skaler.

Forutsetninger for å lykkes:

- Tydelig politisk/administrativ forankring, oppdatert delegasjonsreglement og avklarte budsjettlinjer (bestiller/utfører).
- Kapasitet i enheten for Forvaltning, ressursstyring og støttetjenester til saksbehandling, ressursstyring og bemanningsstøtte, samt god datakvalitet og enkle dashbord.
- Partsamarbeid og HMS-vurderinger, plan for virksomhetsoverdragelse og kommunikasjon til ansatte/brukere/pårørende. Sikre lokal tilstedeværelse gjennom teamledere/fagkoordinatorer ved tjenestesteder.
- Praktiske forutsetninger på plass: verktøy og integrasjoner, logistikk/transport, kompetanse- og rekrutteringsplaner, samt strukturert gevinst- og effektoppfølging med løpende justeringer.

Struktur – anbefalinger – organisatorisk struktur

S8: Organiser Hukommelsesteamet og ressurssykepleier for kreft og lindring under enhet for Hjemmebaserte tjenester

Mål med anbefalingen: Å helintegrere demenskompetanse og kompetanse i kreft og lindring der hoveddelen av brukergruppen befinner seg, slik at hjemmebaserte tjenester får tett, løpende støtte. Teamets rolle dreies til i større grad å bygge kompetanse i tjenesten, styrke tidlig innsats, pårørendestøtte og sikre mer sammenhengende forløp – med mål om bedre kvalitet, mer treffsikre tiltak og effektiv ressursbruk.

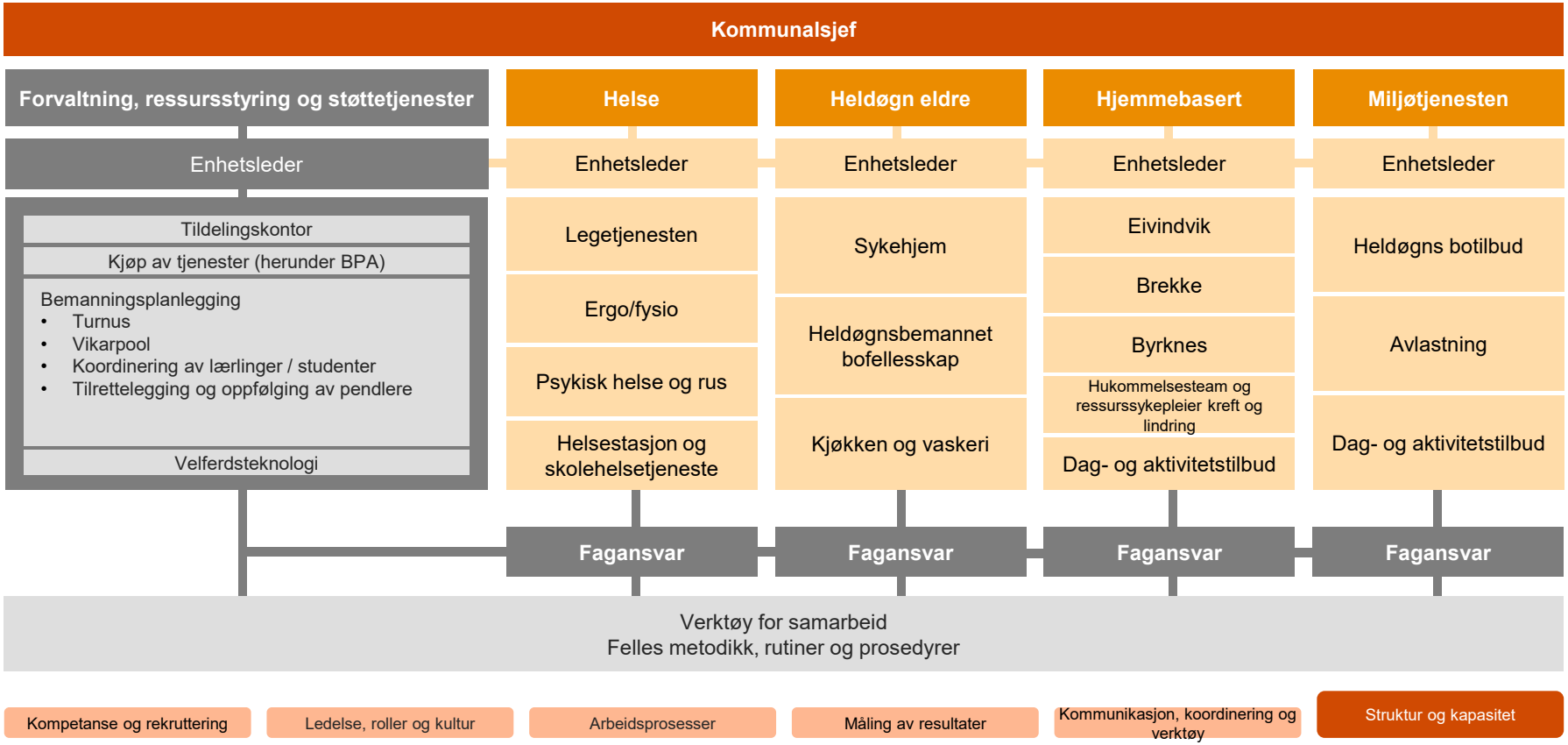
Gjennomføring:

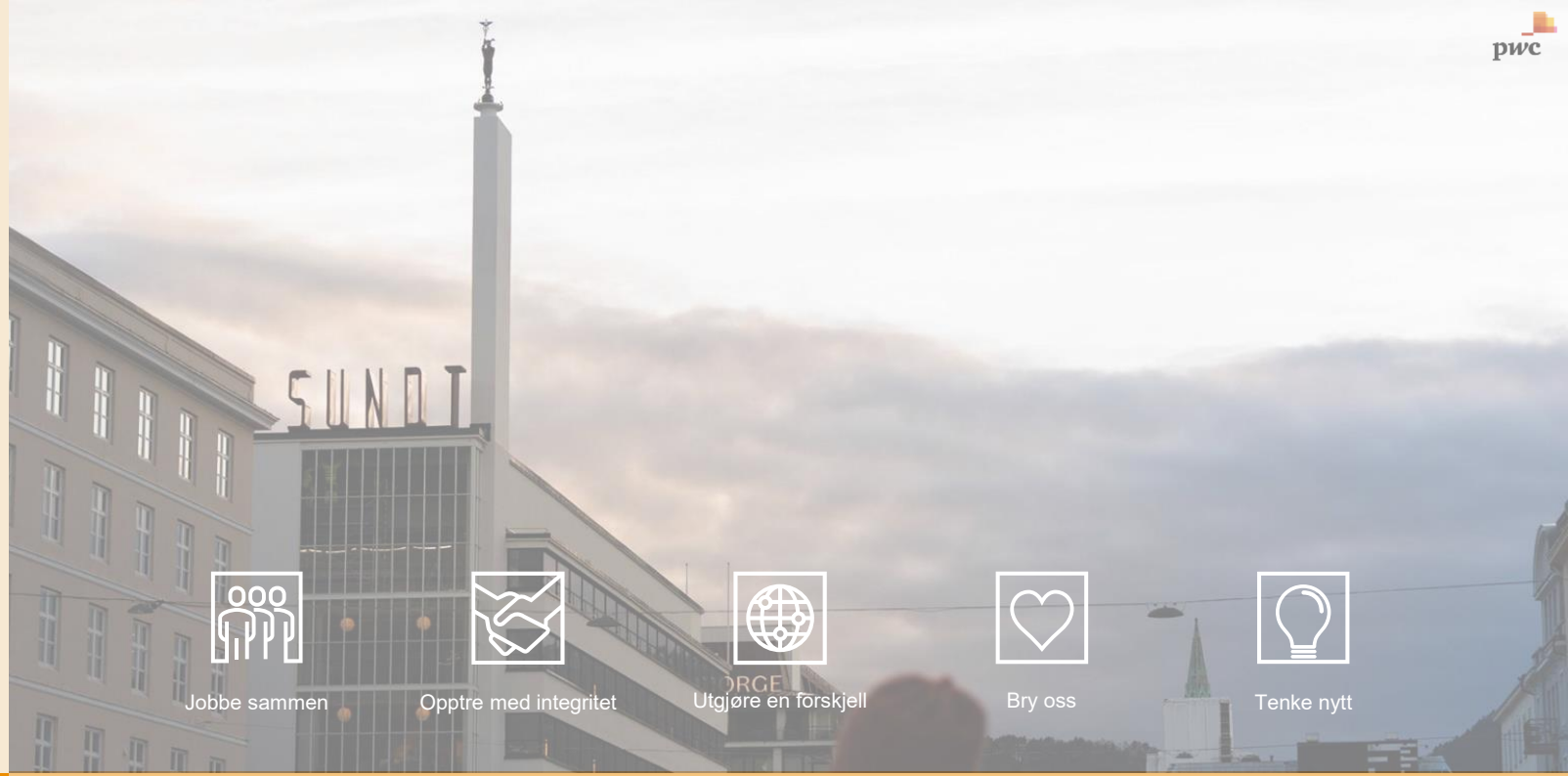
- Organisasjonsplassering og mandat: Flytt Hukommelsesteamet fra Helse til ny enhet for Hjemmebaserte tjenester. Flytt ressurssykepleier for kreft og lindring fra Sone Eivindvik til ny enhet for Hjemmebaserte tjenester. Definer oppdrag, prioriteringer og beslutningslinjer, med en vesentlig andel kapasitet til veiledning, undervisning og støtte til ansatte i hjemmetjenesten og dag-/aktivitetstilbud.
- Roller og grensesnitt: Avklar samhandling med fastleger, ergo/fysio, psykisk helse/rus og helsehus (korttid/avlastning) gjennom enkel beslutningsmatrise og faste møtepunkter. Knyt teamet tett til dag- og aktivitetstilbudene.
- Arbeidsprosesser: Etabler felles demensforløp fra bekymring til oppfølging (henvisning/triage, kartlegging, tiltak inkl. BPSD-håndtering, pårørendestøtte, revisjon) og etabler et felles kreftforløp, standardiser maler/sjekklister og innfør planlagt veiledning/case-gjennomganger og superbrukernettverk i enhetene.
- Måling og innføring: Definer noen få indikatorer (responstid, andel ansatte veiledet/kurset, andel brukere med oppdatert tiltaksplan), pilotér i én sone, evaluer og skaler trinnvis. Synliggjør én dør inn for henvendelser og oppdater informasjon til ansatte/pårørende.

Forutsetninger for å lykkes:

- Samordnet innføring med etableringen av de to eldreomsorgsenhetene og enheten for forvaltning/ressursstyring/støtte: felles beslutningsmatrise, klare grensesnitt og delte mål/KPI.
- Tydelige ansvarslinjer og budsjett-/bestiller-utfører-avklaringer, faste samhandlingsmøter på tvers og én kontaktvei som er kjent for ansatte og pårørende.
- Felles prosess- og dokumentasjonsgrunnlag (demensforløp, kreftforløp, kriterier, maler) tilgjengelig på tvers av arenaer, med enkel datafangst og publisering fra forvaltningsenheten.
- Kommunikasjon som understreker at teamet er en felles ressurs på tvers av organisering og lokasjoner, med prioritet på koordinering og kvalitetsmessig gode overganger.

Eksempel på nytt organisasjonskart for Helse og omsorg





© 2025 PwC. Med enerett. I denne sammenheng refererer "PwC" seg til PricewaterhouseCoopers AS, Advokatfirmaet PricewaterhouseCoopers AS og PwC Tax Services AS som alle er separate juridiske enheter og uavhengige medlemsfirmaer i PricewaterhouseCoopers International Limited.

Vedlegg: Oppsummering av heldagssamling – Helse og omsorg

Gulen kommune, 8. mai 2025

Disclaimer

© 2025 PwC. Med enerett.

Denne rapport er utarbeidet for Gulen kommunes interne bruk. Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet i samtaler med Gulen kommunes ansatte og i dokumentasjon som Gulen kommune har gjort tilgjengelig for oss, samt offentlig tilgjengelig informasjon. PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi innestår ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller kontrollhandlinger av Gulen kommunes virksomhet.

Gulen kommune har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med avtalen mellom Gulen kommune og PwC. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av Gulen kommune eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller avtalen. Ved deling av hele eller deler av rapporten skal Gulen kommune sikre at enhver ansvarsfraskrivelse PwC har inkludert eller senere ønsker å inkludere i rapporten, blir gjengitt i sin helhet i alle eksemplarer som deles.

Gulen kommune får rettighetene til resultatet av oppdraget når betaling har skjedd, mens PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til alt bakgrunnsmateriale, herunder, men ikke begrenset til, ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid. Gulen kommune kan ikke videreutvikle resultatet under PwC logo.

Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.

Heldagssamling for helse og omsorg

Det er godt kjent at andelen eldre i befolkningen øker, også i Gulen kommune

I tillegg har det over tid blitt flere yngre mottakere av helse- og omsorgstjenester og brukerne har andre, mer komplekse og større behov enn tidligere

Samtidig opplever de fleste kommuner allerede nå utfordringer med å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse og kapasitet i form av helsepersonell og annen bemanning

På grunn av blant annet disse faktorene, må Gulen kommune på lik linje med alle andre kommuner i Norge omstille sine helse-, omsorg- og sosialtjenester

Med dette som bakteppe ønsket kommuneledelsen å invitere til en heldagssamling fasilitert av PwC. Hensikten med samlingen var å skape en felles forståelse av nå-situasjonen i Gulen kommune og behovet for omstilling. Gjennom gruppearbeid og diskusjoner var fokuset hva Gulen kommune som organisasjon og samfunn, på tvers av fag, administrasjon, politisk nivå og innbyggere kan gjøre for å kunne fortsette å:

- Levere gode tjenester til de som trenger det
- Være en attraktiv arbeidsgiver
- Stå trygt og samlet i vanskelige prioriteringer over tid

Tid og sted

8. mai 2025

Klokken 09:45 – 14:45

Kommunehuset i Eivindvik, rom Rådsalen

Fasilitert av



Peder Heggdal

970 12 047

peder.heggdal@pwc.com

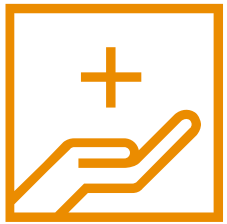


Erika Samset

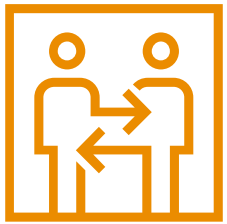
936 16 786

erika.samset@pwc.com

Dette dokumentet oppsummerer deltakerne av heldagssamlingen sine svar på gruppeoppgavene



- Samlingen ble gjennomført i Gulen kommune den 8. mai 2025.
- Samlingen var fasilitert av PwC
- Deltakerne på samlingen var kommunalsjef, enhetsledere, avdelingsledere, nestledere og tillitsvalgt innen helse og omsorg i Gulen kommune.



- PwC holdt først en innledning hvor det ble presentert foreløpige funn og analyser, samt gitt en oppsummering av utfordringsbildet nasjonalt og lokalt.
- Deretter ble det gjennomført et gruppearbeid hvor gruppene arbeidet med åtte oppgaver.
- Formålet med oppgavene var å identifisere dagens utfordringer og drøfte fremtidig behov og nødvendige tiltak for å sikre bærekraftige og effektive tjenester frem mot 2040.



- Dette dokumentet er en oppsummering av gruppenes besvarelser på oppgavene.
- Oppsummeringen er utført av PwC delvis ved hjelp av lokale og lukkede AI-verktøy
- Oppsummeringen er også kontrollert opp mot gruppenes besvarelser.

Oppsummering av Oppgave 1: «Nåsituasjonen – hva opplever dere som de største utfordringene i tjenestene her og nå?»

Rekruttering og bemanning

Ustabil bemanning kan føre til flere avvik, glipp på oppgaver og oppfølging av pasienter. I tillegg kan det føre til manglende oversikt over pasienter og mindre kontinuitet. Siden det er utfordrende å rekkruttere personale har det ført til høye kostnader, mye overtidsbruk og en overbelastning for gjenværende personale. I tillegg har det ofte ikke vært tilstrekkelig kompetanse og språkproblemer knyttet til de man har fått rekruttert.

Forventninger til tjenestene

Pårørende og brukere har ofte høye forventinger til tjenestene. Dette fører til mange telefoner, misnøye blant brukere og pårørende og engstelig personale. I tillegg er det mye tid som går med til å håndtere disse henvendelsene.

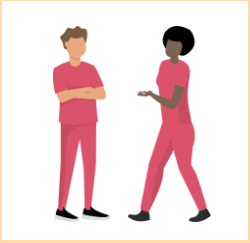
Kompetanse

Manglende kompetanse kan føre til at oppgaver ikke blir utført, flere avvik, feilvurderinger og større belastning på andre.

Oppsummering av Oppgave 1: «Nåsituasjonen – hva opplever dere som de største utfordringene i tjenestene her og nå?»

Sykefravær	Det er generellt høyt sykefravær og dette resulterer i stor belastning på de som er på jobb. Det er tidkrevende med oppfølgingen. I tillegg er det utfordrende å skaffe vikarer. Brudd på arbeidsmiljøloven har forekommet.
Geografi	Geografiske utfordringer i kommunen (stor geografi) gjør at ansatte ofte blir fastlåst til faste avdelinger. Vanskelig å flytte personale.
Bygg	Bygg og utforming av byggene hindrer bruk av riktige hjelpemidler. Det skaper også HMS utfordringer og det kan være utfordrende i forhold til ulike brukergrupper.
Endring i brukergruppen	Brukerne av hjelsetjenestene har blitt sykere og er mer krevende. De krever også mer kompetanse. Konsekvens av dette er også større belastning på personalet.

Overordnede forslag til tiltak for å møte de viktigste utfordringene



Trivsels- og kompetansehevingstiltak

For å motvirke utstabil bemanning kan trivselstiltak som forbedret arbeidsmiljø og sosial støtte bidra til å øke medarbeidernes tilfredshet. Kompetanseheving gjennom kurs og opplæring vil også styrke kontinuiteten og kvaliteten i tjenestene.



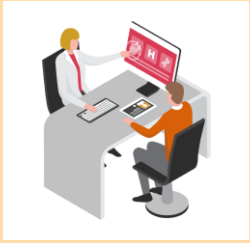
Rekrutteringsinsentiver

For å adressere rekrutteringsutfordringer, kan kommunen fortsette å tilby insentiver som bonuser, langvakter, og ekstra helgetillegg. Dette vil gjøre stillingene mer attraktive og hjelpe med å tiltrekke og beholde kvalifisert personale.



Forventningsavklaringer

For å håndtere høye forventninger fra brukere og pårørende, kan kommunen gjennomføre innkomstsamtaler for å avklare forventninger og sikre at tjenestenivået er riktig for pasientene. Dette vil redusere misnøye og stress blant personalet.



Oppfølging og tidlig dialog

For å redusere høyt sykefravær, kan bedre oppfølging fra NAV og tidlig dialog før sykemelding være effektive tiltak. Dette inkluderer å ha ledere involvert før lege, samt midlertidige tilrettelegginger for å støtte ansatte tilbake i arbeid.



Samlokalisering av tjenester

For å løse geografiske utfordringer, kan samlokalisering av tjenester bidra til å effektivisere ressursbruk og forbedre samarbeid mellom avdelinger. Dette vil også gi ansatte mer fleksibilitet og tilgang til et bredere spekter av aktiviteter.



Byggtilpasning

For å møte utfordringer med bygg og utforming, kan kommunen investere i bygg som er tilpasset behovene til brukerne. Dette inkluderer å bygge et stort, sentralt bygg som er tilpasset HMS-standarder og bruk av riktige hjelpemidler.

Oppsummering av Oppgave 2: «Gulen kommune i 2040 – hva har endret seg og dette håper vi er bevart?»

Dette har endret seg

I 2040 har Gulen kommune implementert velferdsteknologi i stor grad og tilpasset der det er behov. Det er opprettet nye tilbud drevet av frivillige organisasjoner og andre instanser, som praktisk bistand og rengjøring, med fokus på å bruke ressursene riktig. Kommunen har også samlokalisert tjenester for å forbedre effektiviteten og samarbeidet. Folk bor lengre hjemme med tilrettelegging, og det er et økt samarbeid med nabokommuner, spesielt innen miljøtjenester. Organiseringen av enheter og tjenester er endret, med årsturnus som gir bedre forutsetninger for å planlegge fritid og ferie. Det er tydelige mål, avklart handlingsrom, og en klar oppgavefordeling, med gode velferdsteknologiske løsninger og et avklart tjenestetilbud fra kommunen. Kompetansen er forbedret, og eiendom er ansvarlig for drift og vedlikehold av byggene. Det er også mer tilrettelagte bad på Eivindvik bu- og omsorgssenter.

Dette håper vi er bevart

I 2040 håper kommunen å bevare den sosiale og menneskelige kontakten, samt kommunikasjonen mellom enhetene. Det er ønskelig å beholde legetjenesten, hovedkjøkkenet på sykehjemmet, og vaskeriet på sykehjemmet. Det er også viktig å bevare de gode folkene som jobber i kommunen og de gode tjenestene som tilbys. Kommunen ønsker å opprettholde attraktive arbeidsforhold og sikre vilje fra politikerne for å støtte disse verdiene.

Hva må til for å skape disse endringene?

For å skape endringen i Gulen kommune, er det viktig å fokusere på flere nøkkelområder:

- **Attraktive stillinger**: Først må kommunen tilby attraktive stillinger som gir det lille ekstra til ansatte, ikke nødvendigvis i form av høyere lønn, men gjennom andre goder som kan gjøre stillingene mer tiltrekkende. Dette kan inkludere fleksible arbeidsforhold, utviklingsmuligheter, og trivselstiltak.
- **Politisk vilje er avgjørende**: Det kreves støtte fra politikerne for å gjennomføre de nødvendige endringene og investeringene som vil forbedre tjenestene. Politisk engasjement og besluttsomhet kan sikre at ressursene blir brukt effektivt og at endringene blir implementert.
- **Kompetanseheving og investering i teknologi**: Til slutt må kommunen investere i velferdsteknologi og sørge for opplæring i bruken av denne teknologien. Dette vil ikke bare modernisere tjenestene, men også forbedre effektiviteten og kvaliteten på omsorgen som tilbys. Kompetanseheving blant ansatte er en viktig del av denne prosessen, slik at de er godt rustet til å håndtere nye teknologiske løsninger.



Oppsummering av oppgave 3: «Gulen kommune i 2040 – endringer i prioriteringer og metoder: Målbilde»

Dette gjør vi mer av

- **Sansestimulering og aktivitet**: Økt fokus på sansestimulering og aktiviteter for pasientene for å forbedre deres velvære.
- **Rehabilitering og forebygging**: Bedre rehabiliteringstjenester og forebyggende tiltak for å redusere behovet for akuttbehandling.
- **Kompetanseheving og teknologi**: Økt bruk av velferdsteknologi og kompetanseheving for å forbedre tjenestene og effektiviteten.

Dette gjør vi mindre av

- **Sykefraværsoppfølging:** Redusere tid brukt på oppfølging av sykefravær ved å forbedre forebyggende tiltak.
- **Multitasking og husvask:** Mindre multitasking og redusert fokus på husvask og lignende gjennomført av helsepersonell for å frigjøre tid til mer brukerrettede oppgaver.
- **Fysiske tilsyn**: Redusere behovet for fysiske tilsyn gjennom bedre bruk av teknologi og ressurser.

Oppsummering av oppgave 3: «Gulen kommune i 2040 – endringer i prioriteringer og metoder: Målbilde»

Dette gjør vi på en annen måte

- **Praktisk bistand: P**raktisk bistand kan ytes av andre instanser for å effektivisere ressursbruk.
- **Matombringing og drift:** Endre måten matombringing og drift av bygg og tjenestebiler organiseres på for å øke effektiviteten og bruken av helsefaglige ressurser.
- **Digitale løsninger:** Økt bruk av digitale tilsyn og digital journalføring / dokumentasjon for å forbedre dokumentasjon og oppfølging.

Dette har vi sluttet med

- **Kos med misnøye:** Fokus på å eliminere aktiviteter som ikke bidrar positivt til arbeidsmiljøet eller tjenestene.
- **Organisering av oppgaver som ikke er våre:** Sluttet med å utføre oppgaver som ikke faller inn under kommunens ansvar.
- **Vaktmesteroppgaver i hjemmesykepleien:** Personalet i hjemmesykepleien utfører ikke lenger vaktmesteroppgaver, som snømåking og strøing av veier, for å fokusere på kjerneoppgavene.

Oppsummering av oppgave 4: «Hva skal Gulen kommune gjøre for å rekruttere og beholde personell»

Kommuneledelse / administrasjon	• **Tilrettelegging med boliger:** Tilby boliger, inkludert hybelhus og gjennomgangsboliger, for å tiltrekke nye ansatte. • **Insentiver og goder:** Implementere bonusordninger og reisegodtgjørelser, samt tilby goder som gratis trening. • **Arbeidstidsordninger:** Fleksible ordninger for å balansere jobb og fritid. • **Oversikt over tilbud**: Gi innbyggerne oversikt over tilgjengelige tilbud og aktiviteter i kommunen.
Politiske organer	• **Helhetlig perspektiv:** Se kommunen som en helhet og støtte tiltak som forbedrer rekruttering og arbeidsforhold. • **Transport og fritid:** Forbedre kollektivtransport og tilby attraktive fritidstilbud for å gjøre kommunen mer attraktiv.
De ansatte i tjenestene	• **Inkludering og trivsel:** Inkludere nye kollegaer og prioritere trivselstiltak for å skape et positivt arbeidsmiljø. • **Opplæring og framsnakking:** Fokusere på opplæring og framsnakke arbeidsplassen for å styrke fellesskapet
Innbyggerne og øvrige aktører	• **Attraktive fritidstilbud:** Sikre at det finnes gode fritidstilbud og aktiviteter for å støtte trivsel og integreering.

Oppsummering av oppgave 5: «Hva kan Gulen kommune gjøre for å klare å drive tjenestene med lavere bemanning enn tidligere»

Kommuneledelse / administrasjon	• **Oppgavefordeling og klare rammer:** Sikre bedre oppgavefordeling og etablere klare rammer for tjenestene. • **Tilrettelagte lokaler og utstyr:** Sørge for at lokaler og utstyr er tilpasset behovene for å effektivisere driften. • **Evaluering av tjenestetilbudet:** Kontinuerlig evaluere tjenestetilbudet for å sikre optimal ressursbruk
Politiske organer	• **Støtte ved kutt:** Være støtende når kutt må gjennomføres og stå samlet i beslutninger tatt i kommunestyret. • **Realitetsorientering:** Innse realitetene og ta nødvendige beslutninger, selv om de kan være upopulære.
De ansatte i tjenestene	• **Myndiggjøre medarbeidere:** Ansatte må kjenne sitt handlingsrom og ta ansvar for å forbedre tjenestene. • **Kompetanseheving:** Fokusere på å holde seg faglig oppdatert og være løsningsorienterte. • **Forebygging og oppfølging:** Øke fokus på involvering i prosessen med sykefraværsoppfølging.
Innbyggerne og øvrige aktører	• **Frivillighet og ressurser:** Utnytte frivillige ressurser og finne muligheter for samarbeid med næringslivet. • **Private tjenester**: Involvere private aktører som vaskebyråer og vaktmestertjenester for å avlaste kommunale tjenester. • **Forventningsavklaring**: Klare forventninger til hva kommunen kan tilby og hva som kreves av innbyggerne.

Oppgave 6: Nåsituasjonen for bygg, lokaler og boliger

Nåværende situasjon

Styrker
Noen rom på sykehjemmet har takheis og gode bad. Bu- og omsorgssenteret på Dalsøyra har nyere bygningsmasse og ligger nær miljøtjenesten. Det er kort vei til arbeidsplassene, og beboere kan bli boende i sin egen bygd

Svakheter
Det mangler boliger for psykisk helse og rus, samt et samlet lokale for miljøtjenesten. Legekontoret har behov for større plass, og Eivindvik bu- og omsorgssenter har dårlige bad. Det er dårlig vedlikeholdte uteområde og ventilasjon. Det mangler kontorplasser og lagerplasser.

Hva bør prioriteres



Omsorgssenter
Utbedre rom og bad for å sikre plass til nødvendige hjelemidler



Legekontor
Det haster å utvide kontorplassen for å gi bedre forhold for pasientene



Inngangspartier
Utbedre inngangspartier for å få bedre tilgang med rullestol og bårer

Gevinster ved endringer

1. Bedre fagmiljø: Forbedringer i bygningsmasse kan gi et bedre fagmiljø og trivsel på jobb

2. Ressursbruk: Effektiv bruk av ressurser og bedre ergonomi

3. Omdømme: Forbedret omdømme og opprettholdelse av funksjoner for pasientene

Oppgave 7 og 8: Samarbeid innad i kommunen



Potensiale for økt samarbeid

- Samlokalisering: Økt samlokalisering kan forbedre samarbeid på tvers av avdelinger og enheter
- Tverrfaglige møter: Sykepleiemøter på tvers av kommunen for å diskutere saker og bli kjent med hverandre
- Fleksibilitet i arbeidsplass: Ansatte kan jobbe på ulike steder innen kommunen, noe som kan styrke samarbeidet



Barrierer for samarbeid

- Avstand: Lange avstander mellom enheter gjør samarbeid utfordrende
- Kultur og språk: Språkbarrierer og kulturforskjeller kan hindre effektiv kommunikasjon
- Profesjonskultur: Motstand blant ansatte mot å bli flyttet eller dele oppgaver kan begrense samarbeid



Gevinster ved økt samarbeid

- Trygghet: Økt samarbeid gir trygghet både for ansatte og brukere
- Effektivitet: Mer effektiv hverdag med bedre ressursutnyttelse og koordinering
- Bedre tjenester: Forbedret kvalitet på tjenestene for brukerne gjennom deling av kompetanse



Tiltak for å styrke samarbeidet

- Bli-kjent møter: Organisere møter for å bli kjent med hverandre og bygge relasjoner
- God kommunikasjon: Sikre god informasjonsflyt og lav terskel for kontakt mellom enheter
- Felles aktiviteter: Reise sammen på kurs og kompetanseheving for å styrke båndene mellom ansatte