



NORDLANDSFORSKNING
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

Vilkår for ledelse

Om økonomi, kompetanse, ansvar og myndighet
i norske helse- og omsorgstjenester

Therese Andrews
Joakim Høgås

NF rapport nr: 10/2017

ISBN nr (trykt): 978-82-7321-720-2

ISBN nr (pdf): 978-82-7321-721-9

ISSN-nr: 0805-4460



NORDLANDSFORSKNING
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

Vilkår for ledelse

Om økonomi, kompetanse, ansvar og myndighet i norske helse- og omsorgstjenester

Therese Andrews
Joakim Høgås

NF rapport nr: 10/2017
ISBN nr (trykt): 978-82-7321-720-2
ISBN nr (pdf): 978-82-7321-721-9
ISSN-nr: 0805-4460



NORLANDSFORSKNING
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

Rapport

TITTEL: Vilkår for ledelse Om økonomi, kompetanse, ansvar og myndighet i norske helse- og omsorgstjenester	OFF.TILGJENGELIG: JA	NF-RAPPORT NR: 10/2017
FORFATTER(E): Therese Andrews Joakim Høgås	PROSJEKTANSVARLIG (SIGN): Therese Andrews FORSKNINGSLEDER: Ragnhild Holmen Waldahl	
PROSJEKT: Rammebetingelser for ledelse	OPPDRAGSGIVER: Norsk Sykepleierforbund OPPDRAGSGIVERS REFERANSE:	
SAMMENDRAG: Rapporten er basert på en studie som Nordlandsforskning har gjennomført for Norsk Sykepleierforbund. Den belyser noen rammevilkår for ledere i helse- og omsorgstjenester som økonomi, bemanning og personalets kompetanse, og hvordan dette igjen virker inn på kvalitet i tjenestetilbudet. Rapporten berører også forhold som ledernes kompetanse, ansvars- og myndighetsområde og planer for fremtiden som leder.	EMNEORD: Ledere Helse- og omsorgstjenester Rammevilkår Kvalitet Kompetanse Ansvar Myndighet Kontrollspenn	
<i>Andre rapporter innenfor samme forskningsprosjekt/program ved Nordlandsforskning</i>	ANTALL SIDER: 72	SALGSPRIS: 75,00



FORORD

Denne rapporten er basert på en studie som Nordlandsforskning har gjennomført for Norsk Sykepleierforbund (NSF). NSF ønsker mer kunnskap om rammevilkår for sykepleieledere og ønsker å bruke resultater fra oppdraget som grunnlag for diskusjoner både internt og eksternt, og som redskap i politisk og faglig påvirkningsarbeid for å styrke ledelse innenfor helse- og omsorgsfeltet. I studien er det utforsket noen, men langt fra alle, vilkår som har relevans for ledelse, og som spiller inn, og kan ha konsekvenser for kvalitet i tjenestene.

Nordlandsforskning takker NSF for oppdraget, og vi retter en spesiell takk til våre kontaktpersoner, Trude Hagen og Svein Roald Schømer-Olsen, for godt samarbeid og for nyttige bidrag til spørreskjema og rapport. Takk også til Øyvind Nordbø for verdifulle innspill underveis i prosessen, og til Kari Elisabeth Bugge, Jarle Grumstad og Bjørn Lydersen, for kommentarer til sluttrapporten. Fra NSF bidro i tillegg Grethe Rigmor Johansen og Hans Arne Pettersen i utviklingen av spørreskjemaet. Takk også til dere.

Karl Jan Solstad, Nordlandsforskning, har kvalitetssikret rapporten, og fortjener stor takk for det.

Rapporten er i hovedsak basert på svar fra en spørreskjemaundersøkelse som ble gjennomført i juni 2017. Aller størst takk rettes derfor til alle lederne som har deltatt i undersøkelsen.

Bodø september 2017

Innholdsfortegnelse

FORORD	1
TABELLER	4
FIGURER	6
SAMMENDRAG	7
1 INNLEDNING	10
1.1 BAKGRUNN FOR RAPPORTEN	10
1.2 PROBLEMSTILLINGER	12
2 EN STUDIE I TRE DELER: DESIGN OG DATAMATERIALE	13
2.1 DEL 1: LITTERATURSTUDIE	13
2.2 DEL 2: REANALYSE AV TIDLIGERE DATASETT	14
2.3 DEL 3: SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE	14
2.3.1 Gjennomføring og respons	14
2.3.2 Validitet og reliabilitet	15
2.3.3 Forskningsetiske hensyn	15
2.3.4 Analyser og presentasjon av resultater	16
DEL 1:	17
3 LEDELSE AV SYKEPLEIETJENESTER: KONTEKSTUELLE RAMMER, KRAV OG FORVENTNINGER	17
3.1 PLIKTER I FORBINDELSE MED KVALITETSFORBEDRING	17
3.2 FORHOLD MELLOM ANSVAR OG STYRING AV RESSURSER	17
3.3 FREMMING AV HELTIDSKULTUR	18
3.4 REKRUTTERING AV KVALIFISERT PERSONELL	20
3.5 SYKEFRAVÆR	21
DEL 2:	23
4 ANSVARSOMRÅDE OG ARBEIDSVILKÅR FOR LEDERE PÅ PASIENTNÆRT NIVÅ	23
4.1 INNLEDNING	23
4.2 ANSVARSOMRÅDE OG LEDERERFARING	23
4.3 RESSURSTILGANG OG RESSURSUTNYTTING	25
4.4 TIDSRAMMER OG TIDSUTNYTTING	27
4.5 VURDERINGER AV KONTROLLSPENN OG ARBEIDSOMFANG	29
4.6 AUTONOMI OG INNFLYTELSE	30
4.7 FORSTÅELSE I ORGANISASJONEN	30
4.8 OPPSUMMERING	31
DEL 3:	32
5 LEDERNES BAKGRUNN	32
5.1 KJØNN OG ALDER	32
5.2 UTDANNING OG ERFARING	32
5.3 GEOGRAFISK TILHØRIGHET	36
6 ANSVARSOMRÅDE, STILLINGSSTØRRELSER OG PERSONELLSAMMENSETNING	38
6.1 LEDERNIVÅ, STILLINGSSTØRRELSE OG TYPE ANSVAR	38
6.2 TYPE TJENESTE	38

6.3	KONTROLLSPENN	40
6.4	KOMPETANSE I STABEN	43
7	TILGJENGELIGE RESSURSSER OG VURDERINGER AV KVALITET PÅ TJENESTETILBUDET	45
8	KONTROLL OVER RESSURSER OG MYNDIGHET I BESLUTNINGSPROSESSER	49
9	ARBEIDSOMFANG, ARBEIDSSTØTTE OG FAGLIG UTVIKLINGSMULIGHET	53
9.1	ARBEIDSOMFANG OG ANSVARSAVKLARING	53
9.2	STØTTE OG FORSTÅELSE FRA EGNE LEDERE	54
9.3	ADMINISTRATIV STØTTE OG ROM FOR FAGLIG UTVIKLING	55
10	INNENFOR HVILKE OMRÅDER SER LEDERE BEHOV FOR ENDRINGER?	57
10.1	ENDRINGER INNENFOR VIRKSOMHETEN	57
10.2	ENDRINGER I EGEN KOMPETANSE	59
11	KARRIEREPLANER	62
12	OPPSUMMERING OG DISKUSJON AV HOVEDFUNN	64
12.1	HVEM HAR SVART PÅ SPØRRESKJEMAET?	64
12.2	LEDERNES KOMPETANSE	65
12.3	RESSURSER, KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	65
12.4	BREDDE PÅ KONTROLLSPENN	67
12.5	MYNDIGHET, INNFLYTELSE OG ANSVARSAVKLARING	67
12.6	AVSLUTTENDE KOMMENTARER	69
	REFERANSER	70

TABELLER

Tabell 1 Andel deltidsansatte i kommuner og fylkeskommuner etter tjenesteområder. Prosent. Kilde: KS Arbeidsgivermonitor, PAI 2016.	19
Tabell 2 Gjennomsnittlig stillingsstørrelse i kommuner og fylkeskommuner etter tjenesteområder. Prosent. Kilde: KS Arbeidsgivermonitor, PAI 2016.	19
Tabell 3 Sykefravær for 4. kvartal 2015 til 3. kvartal 2016. Fylkeskommuner og kommuner. Prosent. Kilde: PAI/ KS.	21
Tabell 4 Hvor lenge har du hatt lederstillingen som du har i dag? Prosent. N=674.	24
Tabell 5 Hvilken type ansvar har førstelinjeledere? Prosent. N=679.	24
Tabell 6 Omtrent hvor mange ansatte er du leder for? Prosent. N= 677.	24
Tabell 7 Ledernes vurderinger av ressurs situasjonen. Prosent. N=665-669.	25
Tabell 8 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Prosent. N=676.	26
Tabell 9 Hvor enig/uenig er du i følgende påstander? Prosent. N=572-669.	28
Tabell 10 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Prosent. N=662-658.	29
Tabell 11 I hvilken grad opplever du at det er mulig å utføre lederoppgaver innenfor stillingsrammen som leder? Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=672.	29
Tabell 12 Autonomi og innflytelse. Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=619-664.	30
Tabell 13 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=662.	31
Tabell 14 Har du følgende utdanning? Prosent og antall. N=819-1153.	33
Tabell 15 Har du formell lederutdanning? Prosent og antall. N=1186.	35
Tabell 16 Innebærer lederstillingen din ansvar for følgende. Svar totalt og etter nivå på lederstillingen. Prosent. Antall. N=1203.	38
Tabell 17 Gjennomsnittlig antall ansatte og årsverk, totalt og fordelt etter nivå på lederstillingen. N=259-1162.	42
Tabell 18 Gjennomsnittlig antall ansatte og antall årsverk fordelt etter type tjeneste. N=406-1162.	42
Tabell 19 Omtrent hvor stor andel av personalet har 100 prosent stilling i avdelingen/enheten/virksomheten. Prosent og antall. N=1108.	42
Tabell 20 Omtrent hvor stor andel av personalet som du leder, er Prosent. N=858-1039.	43
Tabell 21 Omtrent hvor stor andel av personalet som du leder, er sykepleiere og sykepleiere med videreutdanning. Svar for førstelinjeledere fordelt etter type tjeneste. Prosent. N=253-255.	44
Tabell 22 Hvor enig/uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Svar etter type tjeneste. Prosent. N=1057-1142.	46
Tabell 23 Hvor enig/uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Prosent. N=1176.	47
Tabell 24 Hvor enig/uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet. Svarfordeling for førstelinjeledere i virksomhet med og uten døgnkontinuerlig drift. Prosent. N=293-319.	48
Tabell 25 Hvor enig/uenig er du i følgende påstander knyttet til avdelingen/enheten/virksomhetens som du leder? Svar fordelt etter type tjeneste. Prosent. N=1043-1210.	49
Tabell 26 Hvor enig/uenig er du i følgende påstander knyttet til avdelingen/enheten/virksomhetens som du leder? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1042-1209.	51
Tabell 27 I hvilken grad erfarer du følgende i din arbeidssituasjon? Svar totalt og fordelt etter tjenestetype og nivå på lederstillingen. Prosent N=1062-1205.	53
Tabell 28 I hvilken grad opplever du at det er mulig å utføre dine lederoppgaver innenfor stillingsrammen? Svar fordelt etter type tjeneste og nivå på lederstillingen. Prosent. N=1150-1211.	54

Tabell 29 I hvilken grad erfarer du følgende i din arbeidssituasjon. Svar fordelt etter type tjeneste og nivå på lederstillingen. Prosent. N=1062-1205	54
Tabell 30 I hvilken grad erfarer du følgende i din arbeidssituasjon? Prosent. N=1011-1181	55
Tabell 31 I hvilken grad erfarer du følgende i din arbeidssituasjon? At du får tilstrekkelig tid til egen fagutvikling? Svar fordelt etter type tjeneste og nivå på lederstillingen. Prosent. N=1143-1205	56
Tabell 32 I hvilken grad mener du at det er behov for følgende endringer innenfor virksomheten som du leder? Prosent. N=796-1106	57
Tabell 33 I hvilken grad mener du at det er behov for følgende endringer innenfor virksomheten som du leder? Svar for førstelinjeledere fordelt etter virksomheten med og uten døgnkontinuerlig drift. N=232-307	58
Tabell 34 I hvilken grad har du behov for mer kompetanse innenfor følgende oppgaver? Prosent. N=1104-1127	60
Tabell 35 I hvilken grad har du behov for mer kompetanse innenfor følgende oppgaver? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1161-1187.....	60
Tabell 36 I hvilken grad har du behov for mer kompetanse innenfor følgende oppgaver? Svar fordelt etter andel med og uten formell lederutdanning. Prosent. N=1138-1162.....	61
Tabell 37 Hvilke fremtidsplaner har du med tanke på arbeid som leder? (Tenk inntil 5 år frem i tid). Svar totalt og fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent N=1205.....	62
Tabell 38 Hvilke fremtidsplaner har du med tanke på arbeid som leder? (Tenk inntil 5 år frem i tid). Svar fordelt etter alder, gruppert. Prosent N=1149	63

FIGURER

Figur 1 Aldersfordeling i utvalget. Prosent. N=1150	32
Figur 2 Hvilket år var du ferdig utdannet sykepleier? Prosent. N=1156	33
Figur 3 Hvor lenge har du hatt lederstillingen som du har i dag? Prosent. N=1205	33
Figur 4 Hvor lenge har du hatt lederstillingen som du har i dag? Svar fordelt etter type tjeneste. Prosent. N=1210	34
Figur 5 Hvor lenge har du hatt lederstillingen som du har i dag? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1210	34
Figur 6 Har du formell lederutdanning? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1190	35
Figur 7 Hvor mange innbyggere er det i kommunen hvor du arbeider? Prosent. N=1187	36
Figur 8 Hvilket fylke arbeider du i? Prosent. N=1153	36
Figur 9 Innenfor hvilken type tjeneste er din lederstilling hovedsakelig tilknyttet? Prosent. N=1210	39
Figur 10 Hvor i den kommunale helse- og omsorgstjenesten arbeider du? Prosent. N=693	40
Figur 11 Omtrent hvor mange ansatte har du personalansvar for? Prosent. N=1121	40
Figur 12 Omtrent hvor mange ansatte har du personalansvar for? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1120	41
Figur 13 Omtrent hvor mange ansatte har du personalansvar for? Svar fordelt etter type tjeneste. Prosent. N=1120	41

SAMMENDRAG

Bakgrunn og problemstillinger

NSF ønsker å sette rammevilkår for ledere i helse- og omsorgstjenester på dagsorden både lokalt og nasjonalt. Sentrale mål for organisasjonen er å bidra til å redusere ledernes kontrollspenn, blant annet gjennom flere heltidsstillinger, og å øke andelen sykepleiere og spesialsykepleiere, spesielt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samtidig skal det arbeides for at en høyere andel ledere av sykepleietjenester har myndighet over ressurser og reell innflytelse i beslutningsprosesser.

For å kunne oppnå disse målene ønsker NSF å synliggjøre så vel bredde på kontrollspenn som mangel på kvalifisert personell, og hvilken betydning dette kan ha for kvalitet og pasientsikkerhet. NSF ønsket eksplisitt dokumentasjon som kan tallfestes, og denne rapporten bidrar med dette.

Metoder og datamateriale

Studien består av tre deler. Den første viser et bilde av det landskapet med formelle krav og vilkår som berører ledere av sykepleietjenester, basert på en systematisk gjennomgang av sekundærkilder. I del to er det gjennomført en reanalyse av Andrews og Gjertsens (2014) datamateriale med utgangspunkt i svarfordelinger bare fra førstelinjeledere, mens den siste og mest omfattende delen, er en elektronisk spørreskjemaundersøkelse. Den ble gjennomført i juni i 2017. Spørreskjemaet ble sendt per e-post til 5234 personer som var registrert som leder i NSF's medlemsarkiv. Vel 1600 personer responderte. Dette gir en svarprosent på 31, men nærmere 400 oppga at de for tiden ikke var ansatt som leder. Analysene er dermed basert på svar fra vel 1200 personer. I utvalget utgjør mellomledere den største andelen, med 64 prosent. Rundt 26 prosent definerer seg som førstelinjeledere, mens i underkant av ti prosent har krysset av for toppleder. Til sammenlikning var andelen førstelinjeledere 44 prosent i Andrews og Gjertsens (2014) studie. En slik skjevfordeling i utvalget kan ha betydning for resultater i studien, samtidig som grunnlaget for å vurdere utvikling over tid, svekkes.

Hovedfunn:

- Ledere i utvalget arbeider under svært varierende vilkår både med tanke på økonomiske rammer for virksomheten og tilgang på kvalifisert personell i tilstrekkelig antall. Denne variasjonen kommer blant annet til uttrykk i form av svært sprikende vurderinger innenfor noen områder. For eksempel er andelen ledere som gir uttrykk for at den økonomiske rammen er tilstrekkelig for å sikre et kvalitativt godt tilbud, omtrent like stor som andelen som gir uttrykk for det motsatte (46 mot 42 prosent). Andelen ledere som oppgir at den økonomiske rammen ikke er tilstrekkelig, er høyere i virksomhet med døgkontinuerlig drift enn i virksomhet uten døgkontinuerlig drift.
- Samlet sett ga godt og vel seks av ti ledere uttrykk for at personalet har tilfredsstillende kompetanse. Ledere i spesialisthelsetjenesten er imidlertid mer fornøyd med personalets kvalifikasjoner enn ledere i kommunene. Det samme er førstelinjeledere i virksomheter uten døgkontinuerlig drift sammenliknet med ledere i virksomheter med døgkontinuerlig drift (åtte

av ti mot vel seks av ti). I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er andelen sykepleiere med og uten videreutdanning betydelig lavere enn i spesialisthelsetjenesten. Fire av ti førstelinjelederne i kommunene har en andel sykepleiere i staben som utgjør 20 prosent eller mindre, og bortimot 30 prosent av dem har ingen ansatte sykepleiere med videreutdanning. Muligheten for faglig utvikling av personalet er jevnt over liten. Den begrenses både av økonomiske og tidsmessige rammer for virksomheten. Liknende begrensninger ser ut til å gjelde for ledernes mulighet til å utvikle sin egen fagkompetanse.

- Rekruttering av kvalifisert personell er først og fremst utfordrende i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i virksomheter med døgnkontinuerlig drift. For eksempel oppga godt og vel syv av ti ledere i kommunene at de har rekrutteringsproblemer, mot halvparten av lederne i spesialisthelsetjenesten.
- Rundt halvparten av lederne oppga at de har nok personell til å sikre god kvalitet i tjenesten, men igjen varierer vurderingen med type tjeneste. Variasjonen er størst mellom førstelinjeledere i virksomhet med og uten døgnkontinuerlig drift, hvor vel fire av ti ledere med ansvar for døgnkontinuerlig drift ga uttrykk for at bemanningen er tilstrekkelig, mot godt og vel halvparten av ledere i virksomhet uten døgnkontinuerlig drift. Sammenliknet med spesialisthelsetjenesten, kan kommunene i noe høyere grad utnytte personell på tvers av enheter/avdelinger (bortimot syv av ti mot vel fire av ti). De aller fleste (åtte av ti) ønsker seg flere ansatte, men flere heltidsstillinger er i størst grad ønsket av ledere i kommunene. En av fire ønsker seg imidlertid flere deltidsstillinger, her er andelen noe høyere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene.
- Selv om det rapporteres om forhold knyttet til økonomi og personalets kompetanse som svekker kvaliteten på tjenesten, vurderes dette bare unntaksvis som så problematisk at det får konsekvenser for sikkerheten til pasienter og brukere.
- Lederne i utvalget har ansvar for et relativt høyt antall ansatte. I gjennomsnitt har hver av dem direkte personalansvar for 35,1 personer. Samtidig er antall hele årsverk 25,1 i gjennomsnitt. Også her er det betydelig forskjell mellom ledere på forskjellig nivå. For eksempel har førstelinjeledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten personalansvar for et gjennomsnitt på 17,9 årsverk, men samtidig for 30,6 personer. Denne differansen indikerer at et betydelig antall ansatte har deltidsstilling. Rundt halvparten av lederne i utvalget oppga at mindre enn 60 prosent av de ansatte har heltidsstilling. I offentlige registre er det ofte årsverk som registreres, og dette kan bidra til å skjule reell bredde på kontrollspennet.
- Innflytelse i beslutningsprosesser og grad av beslutningsmyndighet er betydelig innenfor flere områder, også på tvers av ledernivå, selv om grad av innflytelse gjennomgående øker med nivå på lederstillingen. For eksempel oppga godt og vel seks av ti førstelinjeledere at de har stor grad av innflytelse på avgjørelser som angår organisasjonen som helhet. Størst variasjon finnes i svar på spørsmål om mulighet til å påvirke budsjettammen for virksomheten. Her er andelene som gir

uttrykk for at de har henholdsvis stor og liten påvirkningsmulighet, omtrent like store (45/44 prosent). Tre av fire kan imidlertid prioritere innenfor eget budsjett. Ledere i kommunene har generelt sett noe større grad av innflytelse og myndighet enn ledere i spesialisthelsetjenesten, bortsett fra når det gjelder å justere inntak av pasienter eller brukere. Virkemidler i forbindelse med rekruttering av nye medarbeidere varierer på tvers av ledernivå. Vel halvparten av førstelinjelederne kan bestemme stillingsstørrelse ved utlysning, mot åtte av ti toppledere, men myndighet til å bruke lønn som virkemiddel ved ansettelse, er det først og fremst toppledere som har.

- Svar på spørsmål om arbeidsbelastning viser at bare fire av ti i stor eller svært stor grad utfører lederoppgavene innenfor stillingsrammen. Toppledere kommer imidlertid mer positivt ut. Av dem, ga nesten seks av ti uttrykk for at arbeidspresset ikke er større enn at lederoppgavene kan utføres innenfor tilmålt tid. Forskjellige støttesystemer som merkantil bistand, kan bidra til å redusere noe av ledes rent administrative arbeidsbelastning, men i denne studien er det bare vel to av ti som gir uttrykk for at de har tilstrekkelig tilgang til slike støttefunksjoner.
- Den formelle kompetansen til ledere i utvalget er gjennomgående høy. Vel syv av ti har lederutdanning, og godt og vel halvparten har en utdanning som tilsvarende ett års fulltidsstudium eller mer. To av tre har videreutdanning i sykepleie tilsvarende mellom ett og to års fulltidsstudium, og godt og vel en fjerdedel har hovedfag eller mastergrad. Mange har også lang praksiserfaring. Vel syv av ti avsluttet sykepleierutdanningen før år 2000 og rundt halvparten har mer enn seks års erfaring som leder.

1 INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN FOR RAPPORTEN

Ledere av sykepleietjenester har ansvar for at virksomheten drives innenfor en gitt økonomisk ramme. Samtidig skal de sikre høy kvalitet på det faglige tilbudet. Disse forventningene kan i flere sammenhenger være uforenlige, og dette bekymrer Norsk Sykepleierforbund (NSF). NSF arbeider for at ledere av sykepleietjenester skal få rammebetingelser som gjør det mulig å oppfylle kravene som følger av lederansvaret, blant annet ved å sette temaet på dagsordenen både lokalt og nasjonalt (NSF 2017:11).

NSFs engasjement for lederes arbeidssituasjon uttrykkes i organisasjonens politiske plattform for ledelse for perioden 2017-2020 (NSF 2017). Denne plattformen er en av syv politiske plattformer. Temaer som dekkes inn i de øvrige plattformene, har berøringspunkter med plattformen for ledelse. Dette er temaer som for eksempel innovasjon og tjenesteutvikling, folkehelse, psykisk helse og rus. Med satsningen på ledelse har NSF som mål å bidra til faglig kvalitet innenfor hele spekteret av sykepleietjenester (NSF 2017:7). NSF trekker likevel spesifikt frem styrking av ledere i førstelinjen som avgjørende for å kunne oppnå en helsetjeneste preget av kvalitet, dette fordi denne gruppen ledere både står nærmest pasienter/brukere og forvalter størstedelen av ressursene i helseforetakene. Flere tiltak kan bidra til god ledelse. NSF argumenterer først og fremst for å redusere «kontrollspennet», som vil si å begrense antall ansatte for hver leder, blant annet gjennom flere heltidsstillinger, og å øke andelen sykepleiere og spesialsykepleiere særlig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samtidig vil organisasjonen arbeide for at en høyere andel ledere av sykepleietjenester har reell innflytelse i beslutningsprosesser og har myndighet over ressurser slik at styring over ressurser står i forhold til ansvaret som disse lederne har (NSF 2017:6-8).

Ledelse av helse- og omsorgstjenester er viet betydelig oppmerksomhet også i politiske dokumenter på nasjonalt nivå. Blant disse kan nevnes Meld. St. 11 (2015-2016), Nasjonal helse- og sykehusplan for 2016 til 2019; Meld. St. 26 (2014-2015) om primærhelsetjenesten; og Meld. St. 13 (2016-2017) om kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg er tydelige krav formulert i Forskrift om ledelse og kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet 2016).¹ I Nasjonal helse og sykehusplan for 2016 til 2019 (Meld. St. 11 2015-2016) er det understreket at ledere på alle nivåer har ansvar for systematisk kvalitets og pasientsikkerhetsarbeid. Det samme gjør meldingen om fremtidens primærhelsetjeneste (Meld. St. 26 2014-2015). Primærhelsemeldingen legger i tillegg vekt på at god ledelse og styring er nødvendig for å kunne gi gode helse- og omsorgstjenester, og for å kunne gi pasienter og brukere et enda bedre tilbud. Det er likevel ikke tilstrekkelig med styrking av ledelse på ett nivå. Det kreves tydelige ledelses- og styringslinjer fra øverste ledelse til ledere i utøvende enheter. Meld. St. 13 (2016-2017) peker på at god ledelse har grunnleggende betydning for å utvikle en kultur for kvalitetsforbedring. Denne meldingen løfter også frem betydningen av gode rammebetingelser, med følgende presisering:

¹ Deler av innholdet i forskriften er utdypet i punkt 3.1.

«Ledere på de forskjellige nivåer i organisasjonen har ansvar for å sikre at helsehjelpen er i tråd med lovgivningen. Det innebærer at rammebetingelsene må være slik at det er mulig å oppfylle kravene som følger det personlige ansvaret. Ansvarsområdet til den enkelte leder må ikke ha et større omfang enn at vedkommende har mulighet for å følge det opp» (Meld. St. 13 (2016-17:19)).

En annen forutsetning for kvalitetsforbedring, som inngår som et sentralt punkt i Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11, 2015-2016), er at det må finnes tilstrekkelig med personell som har riktig kompetanse i hver enkelt tjeneste.

I denne rapporten fra Nordlandsforskning utforskes et knippe forhold som kan ha betydning for ledelse av sykepleietjenester. Rapporten tar utgangspunkt i resultater fra en tilsvarende studie av Andrews og Gjertsen fra 2014. Den studien viser til dels betydelig variasjon både i rammebetingelser og i grad av handlingsrom for sykepleieledere. Det vil si at både økonomiske og personellmessige forhold varierte mellom tjenestetyper og på tvers av ledernivå. For eksempel ga ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i noe større grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten uttrykk for at økonomien var utilstrekkelig for å sikre høy kvalitet i tjenesten, at mangel på kvalifisert personell svekket muligheten for faglig forsvarlig drift og at både tid og økonomi var for knapp til faglig utvikling og oppfølging av personalet. Samtidig tydet resultatene på at ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten hadde noe større frihet i budsjettmessige spørsmål enn ledere i spesialisthelsetjenesten. Studien viser videre at toppledere var noe mindre presset i sin arbeidshverdag enn ledere på nivåene under dem. For eksempel kunne toppledere i større grad utføre lederoppgaver innenfor stillingsrammen som leder, og de fikk i større grad bistand i budsjettarbeid og i utfordrende personalsaker. Dessuten erfarte de i mindre grad motstridende forventninger og intrarollekonflikter (se Knudsen og medarbeidere 2014) enn ledere på lavere nivå, og de oppga i mindre grad at de kommer til kort når det gjelder faglig og sosial oppfølging av personalet som de leder. Forskjeller mellom ledere på forskjellige nivåer var også betydelig i svar på spørsmål om prioritering av oppgaver innenfor en tidsmessig ramme. Førstelinjeledere ga i langt høyere grad enn ledere på nivåene over dem uttrykk for at tiden var for knapp til strategiarbeid og langsiktig planlegging, og til å delta i prosjekter og utadrettet virksomhet (Andrews og Gjertsen 2014).

Lederes handlingsrom kan defineres både objektivt og subjektivt (Espedal og Kvitastein 2013). Det objektive eller formelle handlingsrommet påvirkes av jobbkrav så vel som av ressurser, regler og normer. I organisasjoner hvor jobbkrav er detaljerte og hvor strukturen er rigid, eller preget av ytre kontroll, er det lite handlingsrom og liten frihet til å ta valg med tanke på mål og midler innenfor virksomheten. Formelt handlingsrom defineres ofte som fravær av tids- og organisasjonsmessige begrensninger og føringer. Likevel kan forventninger, krav og strukturelle føringer tolkes ulikt. Handlingsrom blir derfor noe en leder kan oppfatte, definere og forme subjektivt, og det er ofte det subjektivt definerte handlingsrommet som er av betydning for lederes valg og handlinger. Det er derfor de subjektivt erfarte vilkårene og handlingsrommet for sykepleieledere som utforskes i denne studien.

1.2 PROBLEMSTILLINGER

NSF har ønsket å få frem hvilke forutsetninger ledere har til å levere tjenester som både holder høy kvalitet og styrker pasientsikkerheten. Siktemålet med denne studien har derfor vært å dokumentere og synliggjøre styringsutfordringer med vekt på myndighet og innflytelse og på øvrige rammevilkår inkludert kontrollspenn og kompetanse i tjenestene. På bakgrunn av dette vil følgende spørsmål bli besvart:

- Hvordan vurderer ledere ressursituasjonen innenfor virksomheten med tanke på økonomi, bemanning og personalets kompetanse? Hvilke konsekvenser har eventuell lav bemanning og mangel på kvalifisert personell for kvalitet på tjenestetilbudet?
- I hvilken grad har ledere myndighet over ressurser og reell innflytelse i beslutningsprosesser?
- Innenfor hvilke områder ser ledere behov for forbedringer?
- Hvilken bakgrunn og kompetanse har ledere?
- Hvilke framtidsutsikter har ledere med tanke på egen lederkarriere?
- Er det systematiske forskjeller i lederes vurderinger av forhold i arbeidssituasjonen etter hvor lederstillingen er tilknyttet?
- Er det systematiske forskjeller i lederes vurderinger av forhold i arbeidssituasjonen etter nivå på lederstillingen?

NSF ønsket i tillegg å få belyst følgende problemstillinger:

- Hvordan ser arbeidssituasjonen ut for ledere på pasient-/brukernært nivå i datamaterialet fra Andrews og Gjertsen (2014)?
- Hva finnes av tallmateriale om kontrollspenn og styring over ressurser innenfor sykepleie-tjenester? Hva viser nyere studier om dette?

2 EN STUDIE I TRE DELER: DESIGN OG DATAMATERIALE

På lik linje andre ledere, må de som styrer på forskjellige nivåer innenfor helse- og omsorgstjenesten utføre sitt virke innenfor visse rammebetingelser. For å kunne bidra til å styrke ledelse i dette feltet, ønsker NSF å få innsikt i noen av vilkårene som spiller inn og som kan ha konsekvenser for kvalitet i tjenestene. NSF ønsket eksplisitt dokumentasjon som kan tallfestes. I denne studien belyses derfor problemstillingene som er skissert i punkt 1.2. med utgangspunkt i tallmateriale fra forskjellige kilder. Datamateriale er blant annet hentet fra registre og fra tidligere studier og utredninger (delstudie 1). Basert på dette datamaterialet gir vi i kapittel 3 et bilde av det landskapet med formelle krav og vilkår som berører ledere av sykepleietjenester. Studiens del 2 er en reanalyse av datamaterialet fra Andrews og Gjertsen (2014) med utgangspunkt i svarfordelinger bare fra førstelinjeledere (kapittel 4). I den tredje delstudien inngår en elektronisk spørreskjemaundersøkelse om aspekter ved ledelse som går frem av problemstillingene som er skissert i punkt 1.2. Resultater fra denne undersøkelsen presenteres og diskuteres i kapitlene 5 til og med 12. De tre delstudiene er beskrevet nærmere i avsnittene nedenfor.

2.1 DEL 1: LITTERATURSTUDIE

NSF ønsker å få belyst dagens situasjon for ledere på mest mulig bred basis, for med dette som utgangspunkt, å sette i verk tiltak for å bedre visse rammebetingelser. I første omgang har NSF tenkt tiltak som begrenser kontrollspenn og styrker ledernes styring over ressurser slik at ledernes myndighet står i forhold til ansvaret som lederstillingen innebærer. Spørsmål som skulle besvares, var: Hva finnes av tallmateriale om denne tematikken og hva viser nyere studier? Tanken var at analyser av dette tallmaterialet skulle munne ut i en bred kunnskapsoppsummering. Innsikt fra denne oppsummeringen var i tillegg tenkt som grunnlag for, og forberedelser til, en ny og noe mer avgrenset spørreskjemaundersøkelse enn den i studien fra 2014 av Andrews og Gjertsen (se pkt. 2.3).

Innenfor rammen for denne studien ble det gjennomført enkle søkeprosedyrer for å identifisere publisert tallmateriale som kunne være aktuelt. Ulike kilder og databaser ble gransket ved hjelp av forskjellige søkemotorer og basert på aktuelle søkeord i forskjellige kombinasjoner. I hovedsak ble det søkt i baser for forskningslitteratur som Google Scholar, Oria og NORA (Norwegian Open Research Archives),² i statistikk fra SSB, i nøkkeltall fra KS via Arbeidsgivermonitor og PAI-registret, og i interne publikasjonsarkiv for relevante forskningsinstitutter. I tillegg tok teamet fra Nordlandsforskning direkte kontakt med forskere innenfor arbeidsforskning og ledelsesforskning, mens representanter for NSF tok kontakt med foretakstillitsvalgte i flere helseregioner for om mulig å få tilgang til tallmateriale fra interne registre. Ingen av disse kildene eller søkeprosedyrene ga ønsket resultat, i alle fall ikke fullt ut. Det vil si at det alt i alt ser ut til å finnes lite publisert tallmateriale om disse temaene. Denne delen av studien ble derfor, etter diskusjon med oppdragsgiver, begrenset til å inkludere statistikk fra KS

² NORA arkiverer blant annet publikasjoner som inkluderer rapporter fra enkeltinstitusjoner, såkalt «grå litteratur/grått materiale».

Arbeidsgivermonitor om arbeidslivsforhold, kompetanse og rekruttering av personell, tall fra SSB og utredninger fra Riksrevisjonen. Av forsknings- og utredningslitteratur, har vi i hovedsak støttet oss på Andrews og Gjertsen (2014) og Gautun og medarbeidere (2016).

2.2 DEL 2: REANALYSE AV TIDLIGERE DATASET

I forlengelsen av kunnskapsoppsummeringen, som er beskrevet over, ønsket NSF en mer utdypende analyse av noe datamateriale fra studien «Sykepleieledere og ledelse» som Nordlandsforskning gjennomførte i 2014 (Andrews og Gjertsen, 2014). Det var først og fremst snakk om å skille ut svar på enkelte spørsmål fra førstelinjeledere, og granske disse nærmere. De aktuelle spørsmålene dreier seg om hvilken type ansvar lederstillingen innebærer, størrelse på personalstaben, ansiennitet i lederstillingen, tidsrammer for ulike oppgaver, mulighet for å utføre lederoppgavene innenfor stillingsrammen, vurderinger av ressurs situasjonen og konsekvenser av denne, og om autonomi og innflytelse i posisjonen som leder. Resultater fra analysen presenteres både samlet for hele ledergruppen på førstelinjenivå og fordelt på ledere fra henholdsvis den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

2.3 DEL 3: SPØRRSKJEMAUNDERSØKELSE

2.3.1 GJENNOMFØRING OG RESPONS

Denne delen av studien ble gjennomført som en elektronisk undersøkelse via QuestBack. Spørreskjemaet ble sendt per e-post til alle medlemmer av NSF som var registrert som ledere med oppgitt e-postadresse, og til dem som deltok på lokale og regionale fagsamlinger i regi av NSF i perioden fra 8. mars til 23. mai 2017. NSF bidro med e-postlister fra sitt medlemsarkiv.

Undersøkelsen ble gjennomført mellom 1. juni og 1. juli 2017. Spørreskjemaet ble sendt ut til 5381 personer. Av disse ble 137 e-postadresser permanent eller midlertidig avvist av QuestBack. Det endelige utvalget besto dermed av 5234 personer. Det ble sendt to påminnelser, med en uke mellom hver. NSF sendte i tillegg melding om undersøkelsen via SMS til alle som hadde fått tilsendt spørreskjemaet.

Da undersøkelsen ble lukket hadde 1609 personer svart. Dette gir en samlet respons på 31 prosent, men av dem som hadde svart, hadde 392 åpnet lenken til spørreskjemaet og krysset av for at de for tiden ikke er ansatt i lederstilling. Det endelige utvalget består dermed av 1217 personer.

Spørreskjemaet ble utarbeidet i samarbeid mellom NSF og forskerteamet fra Nordlandsforskning. Spørsmålene handlet i hovedsak om tilgjengelige ressurser, om økonomi og personell (antall ansatte, antall årsverk og kompetanse); om lederes kompetanse, ansvars- og myndighetsområde og planer for fremtiden som leder; og lederes vurderinger av ressurs situasjonen og av ressurs situasjonens konsekvenser for kvalitet og pasientsikkerhet. Spørreskjemaet inneholdt også spørsmål om lederens bakgrunn som kjønn, alder, antall år i lederstillingen, type arbeidssted, utdanning utover sykepleier-

utdanningen, og geografisk tilhørighet. De aller fleste spørsmålene hadde lukkede svarkategorier. Et spørsmål til slutt i skjemaet var åpent for kommentarer og formidling av erfaringer som tillegg til, eller utdyping av, svar på andre spørsmål i undersøkelsen. Spørreskjemaet ble gjennomgått og vurdert av et internt utvalg på fem ansatte i NSF's sentralorganisasjon.

2.3.2 VALIDITET OG RELIABILITET

Innspill til spørreskjemaet fra NSF-ansatte, har bidratt til å sikre høy validitet, eller gyldighet, i studien. Validiteten er imidlertid også avhengig av en tilfredsstillende svarprosent. For å kunne gi et fullgodt bilde av forhold som angår ledelse i dette feltet, er det viktig at flest mulig deltar og besvarer alle spørsmålene. Mottakerne av undersøkelsen ble derfor informert om hensikten med undersøkelsen og om hvorfor det er viktig at mange svarer. For å begrense frafallet ble det i tillegg lagt vekt på å utforme gode og meningsfulle spørsmål, og å holde antall spørsmål nede (se f. eks. Elstad, 2010; Jacobsen, 2005).

Et annet avgjørende spørsmål som handler om kvalitet i studien, er om vi kan stole på svarene vi får. Forskere har først og fremst ansvar for og kontroll over den delen av studien som har med utformingen å gjøre; det vil si ansvar for at studien bygger på vitenskapelige prinsipper og at gjennomføringen er nøyaktig i alle ledd som inngår i studien, som arbeid med spørreskjemaet, utsendelse av spørreskjema, koding av data og analyser (Grønmo, 2004; Jacobsen, 2005). Pålitelige resultater henger imidlertid også sammen med respondentens svar. Det kan forekomme både overrapportering og underrapportering. Enkelte kan svare strategisk ut fra egeninteresse. De kan for eksempel ha et ønske om å gi et glansbilde av situasjonen slik at de selv og deres arbeidssted kommer mest mulig positivt ut, eller de kan overdrive problemer for om mulig å få tilført mer ressurser til eget arbeidsfelt. Et annet fenomen som ofte forekommer, kalles «ja-siing». Det vil si at studiedeltakere unngår å velge svaralternativer som gir inntrykk av en kritisk innstilling fordi det på bakgrunn av kulturelle normer oppfattes som «riktig» innstilling å være positiv (Bowling, 2005). I denne studien kan det i tillegg finnes skjevhet i utvalget i den forstand at de som føler seg mest presset, tidsmessig, i sin arbeidssituasjon, kan ha hatt minst anledning til å delta. Slike forhold må tas i betraktning når funn i studien skal tolkes.

2.3.3 FORSKNINGSETISKE HENSYN

Studien ble rutinemessig meldt til Personvernombudet ved Norsk senter for forskningsdata (NSD). Deltakere på NSF's fagsamlinger våren 2017 fikk muntlig informasjon om undersøkelsen mens de var på samling. I tillegg fikk de, i likhet med andre som ble invitert til å delta i studien, skriftlig informasjon i e-posttekst. I informasjonsskrivet ble det understreket aspekter som konfidensialitet, anonymisering, frivillighet, mulighet for å trekke seg når som helst uten begrunnelse og uten konsekvenser, og mulighet for å unnlate å svare på spørsmål de ikke kan eller ikke ønsker å besvare. Det innsamlede datamaterialet er behandlet etter gjeldende etiske retningslinjer for forskning (jfr. retningslinjer fra Nasjonal forskningsetisk komité for humaniora og samfunnsvitenskap).

2.3.4 ANALYSER OG PRESENTASJON AV RESULTATER

Analysene er gjennomført ved hjelp av programpakken SPSS. I hovedsak rapporteres resultatene i form av prosentvise fordelinger presentert i figurer og tabeller. Flere analyser er bivariate hvor vi ser på svarfordeling etter hvilket nivå lederne har plassert sin lederstilling og hvor lederstillingen er tilknyttet, det vil si om lederne er ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Denne dikotomiseringen eller todelingen av tjenester er valgt etter ønske fra NSF, både fordi de fleste lederne av sykepleietjenester arbeider i én av disse to hovedtypene av tjenester og fordi visse rammebetingelser varierer til dels betydelig mellom disse to tjenestetypene. I majoriteten av analysene hvor vi skiller i svar etter type tjeneste, har vi utelatt den andelen av utvalget som ikke har sitt arbeidssted innenfor én av disse to tjenestekategoriene (fem prosent). Innenfor svarkategorien «annen» tjenestetype er variasjon i type arbeidssted svært stor (se punkt 6.2).

I alle tabeller og figurer er totalt antall svar (N) oppgitt, bortsett fra når det gjelder svarfordeling på spørsmål med flere svarmuligheter. Ettersom ikke alle har svart på alle spørsmålene i undersøkelsen, vil N variere noe både mellom spørsmål og innenfor samme spørsmål (ved flere delspørsmål). Spørreskjemaet var konstruert slik at det var mulig for deltakerne å hoppe over spørsmål som han/hun ikke ønsket, eller ikke kunne, svare på. For noen av temaene som vi har utforsket, har studiedeltakerne blitt bedt om å vurdere forskjellige påstander og angi hvor enig eller uenig de er i hver påstand langs en gradert skala. I og med at lederne som har deltatt i studien, arbeider innenfor svært forskjellige virksomheter og på forskjellige nivå, var det for flere av spørsmålene mulig å krysse av for svaralternativet «ikke aktuelt» (for min stilling/stillingstype).

Noen resultater i rapporten er utdypet med kommentarer fra et åpnert svarfelt som var plassert til slutt i spørreskjemaet. I alt har rundt 200 deltakere formidlet sine synspunkter der.

DEL 1:

3 LEDELSE AV SYKEPLEIETJENESTER: KONTEKSTUELLE RAMMER, KRAV OG FORVENTNINGER

3.1 PLIKTER I FORBINDELSE MED KVALITETSFORBEDRING

I 2016 vedtok regjeringen den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som ble gjort gjeldende fra 1. januar 2017 (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Tanken bak forskriften er at den skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og til kvalitetsforbedring så vel som til pasient- og brukersikkerhet. Den skal også bidra til å sikre at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterlevs. Forskriften dekker virksomheter som har internkontrollplikt etter flere lovverk, blant annet Lov om spesialisthelsetjenester og Lov om helse- og omsorgstjenester.

I forskriftens §§ 6-9 nevnes plikter som gjelder for hver enkelt virksomhet innenfor nedslagsfeltet, nærmere bestemt plikter som angår planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. I § 6 presiseres blant annet at det skal gå klart frem hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt, og hvordan det skal arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten. Videre omtales plikt til å ha oversikt over områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. I § 7 om plikten til å gjennomføre, omtales oppgaver som å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kompetanse innenfor det aktuelle fagfeltet, og at de medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

Forskriften erstatter og viderefører den til da gjeldende forskriften om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, men den er, ifølge Helse- og omsorgsdepartementet, tydeligere på hvor ansvaret ligger på forskjellige nivåer både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen, og når det gjelder innhold i krav om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Helsedirektoratet 2017). Forskriften stiller klare krav til styring og ledelse i helse- og omsorgstjenesten, og den slår tydelig fast at det er toppledelsen som har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Det er altså øverste leder, eller administrasjonssjef, for virksomheten som har overordnet ansvar for at bestemmelser i lovverket etterlevs. I en kommune faller dette ansvaret på rådmannen. Myndighet til å gjennomføre de forskjellige oppgavene, vil imidlertid ofte være delegert til ledere på lavere nivå (Helse- og omsorgsdepartementet 2016).

3.2 FORHOLD MELLOM ANSVAR OG STYRING AV RESSURSER

I Politisk plattform for ledelse peker NSF, med referanse til Meld. St. 13 (2016-2017:19), på at

ansvarsområdet til den enkelte leder ikke må ha et større omfang enn at vedkommende har mulighet for å følge opp (NSF 2017:11). «Omfang» refererer blant annet til antall ansatte i staben, eller til «kontrollspenn». Bredden på kontrollspennet varierer imidlertid mellom forskjellige typer tjenester og på tvers av ledernivå. I Andrews og Gjertsens (2014) studie var en stab på mellom 30 og 50 personer mest vanlig, men ytterpunktene spenner fra en håndfull ansatte til mer enn 200. De som oppga høyest antall ansatte i staben, hadde imidlertid ikke personalansvar for alle. Et høyt antall ansatte var likevel ingen garanti for at personalbehovet innenfor virksomhet med døgnkontinuerlig drift, var dekket. Riksrevisjonen (2016) peker på at kapasitetsveksten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har vært begrenset de siste årene, og at antall årsverk, spesielt i hjemmetjenesten og i sykehjem, ikke har økt nevneverdig selv om pasientbelegget har økt etter at liggetiden i sykehus har falt betraktelig i kjølvannet av samhandlingsreformen.

I en undersøkelse av hvordan pleieressurser utnyttes, peker Riksrevisjonen (2015) også på et betydelig forbedringspotensial. I den undersøkelsen var det kun helseforetakene som ble gransket. Riksrevisjonen fant her betydelige forskjeller i ressursutnytting. De fleste sengepostene som Riksrevisjonen undersøkte, tilpasset for eksempel ikke bemanningen etter sesongsvingninger og heller ikke etter svingninger i pasientbelegg fra dag til dag. Flertallet av sengepostene utnyttet heller ikke personalet på tvers av enheter, selv om mange hadde etablert en slik praksis. I Andrews og Gjertsens (2014) studie ga vel seks av ti ledere uttrykk for at fleksibiliteten i organisasjonen var tilstrekkelig til å ivareta pasienter/brukeres behov. Ledere av sykepleietjenester forvalter imidlertid ikke personellressurser fritt eller i et vakuum. Ansattes kompetanse, ønsker og behov, så vel som fagforeningsprofil og avtaler mellom partene i arbeidslivet vil spille inn i avgjørelser når det gjelder hvordan personell kan utnyttes.

3.3 FREMMING AV HELTIDSKULTUR

En annen utfordring som løftes frem i flere sammenhenger, er den gjennomgående høye andelen av personalet som er ansatt i deltidsstilling innenfor helse- og omsorgstjenesten. For ledere som deltok i Andrews og Gjertsens (2014) studie, handlet utfordringen ikke bare om at det totale antallet ansatte var stort, men også om at de hadde ansvar for ansatte i sin stab som de sjelden møter eller har muligheter til å følge opp faglig eller støtte personlig, fordi disse enten arbeider bare i helgene eller bare om natten. Dette gjaldt særlig for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og da nærmere bestemt ledere i sykehjem og i hjemmebaserte tjenester. Den generelle debatten om utfordringer i tilknytning til stillingsstørrelser, gjelder imidlertid for ansatte både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Kommunesektorens organisasjon (KS) har foretatt en grovsortert gruppering av andel deltidsansatte i kommuner og fylkeskommuner fordelt etter noen tjenesteområder. Fordelingen er gjengitt i tabellene 1 og 2 nedenfor. I tabell 1 ser vi at andel ansatte i deltidsstillinger i alle kommunale sektorer er 53 prosent i gjennomsnitt. Helse- og omsorg er det tjenesteområdet med størst omfang av deltidsarbeid. Innenfor dette området har to av tre (67 prosent) ansatte en stilling som utgjør mindre enn 100

prosent. I fylkeskommunene er andelen deltidsansatte innenfor helse- og omsorgstjenestene på 35 prosent.

Tabell 1 Andel deltidsansatte i kommuner og fylkeskommuner etter tjenesteområder. Prosent. Kilde: KS Arbeidsgivermonitor, PAI 2016.

Sektor	Kommuner	Fylkeskommuner
Totalt	53	30
Administrasjon	23	12
Undervisning	42	31
Barnehager	40	-
Helse og omsorg	67	35
Samferdsel og teknikk	28	13
Annet	38	20

Om kommuner og fylkeskommuner sees under ett, er den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen for ansatte i helse- og omsorgssektoren 69 prosent. Stillingsstørrelsen for deltidsansatte i den samme sektoren er 56 prosent, også det i gjennomsnitt (tabell 2). Både når det gjelder stillingsstørrelse samlet sett for alle ansatte, og mer spesifikt for deltidsansatte, ligger gjennomsnittet i helse- og omsorgssektoren lavere enn samlet for alle sektorene i kommuner og fylkeskommuner.

Tabell 2 Gjennomsnittlig stillingsstørrelse i kommuner og fylkeskommuner etter tjenesteområder. Prosent. Kilde: KS Arbeidsgivermonitor, PAI 2016.

Sektor	Alle ansatte	Deltidsansatte
Totalt	79	58
Administrasjon	88	64
Undervisning	84	64
Barnehager	83	65
Helse og omsorg	69	56
Samferdsel og teknikk	76	36
Annet	74	52

Tall fra SSB viser at det har skjedd en liten økning i andel ansatte i heltidsstillinger fra 4. kvartal i 2015 til 4. kvartal i 2016, både blant kvinner og menn (SSB 2017). I NSF's strategiske plan for ledelse 2017-2020 prioriteres innsats for å øke andel heltidsstillinger (NSF 2017). «Heltidserklæringen» ble fornyet av KS, Fagforbundet, NSF og Delta høsten 2015. Den ble etablert første gang i 2013. I erklæringen poengterer partene at for å nå målet om heltidskultur kreves innsats og vilje fra alle parter, både lokalt og sentralt (KS 2016:38). I IPSOS' studie, for KS, oppga godt og vel åtte av ti kommuner og seks av ti fylkeskommuner at de har satt i verk tiltak for å øke andelen som arbeider heltid. Tiltakene som i størst grad er prøvd ut i kommunene, er «arbeid på tvers»,³ langturnusordninger og mer helgearbeid. I fylkeskommunene er «arbeid på tvers» og «kompetansetiltak» blant de tiltakene som flest har oppgitt. Videre oppgir åtte av ti kommuner og nesten syv av ti fylkeskommuner at ledige deltidsstillinger har blitt brukt til å øke stillingsandelen for andre deltidsansatte, i stedet for å bli lyst ut som ny

³ KS presiserer ikke hva som inkluderes i kategorien «arbeid på tvers».

deltidsstilling. Tiltakene har imidlertid ikke lyktes i særlig stor grad, i alle fall ikke i fylkeskommunene (KS 2016:36-38).

3.4 REKRUTTERING AV KVALIFISERT PERSONELL

I Andrews og Gjertsens (2014) studie ga noe over en femtedel av lederne, samlet sett, uttrykk for at fagkompetansen blant personalet som de leder, var noe mangelfull. Det var imidlertid betydelig forskjell i svarene mellom ledere innenfor forskjellige typer tjenester. Det vil si at ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten oppga rundt tre ganger så ofte som ledere i spesialisthelsetjenesten, at personalet ikke var tilfredsstillende kvalifisert (30 prosent mot 11 prosent). Rekruttering av kvalifisert personell løftes generelt frem som en stor utfordring for deler av helse- og omsorgssektoren. Ifølge KS (2016:11) er sykepleiere den yrkesgruppen som er vanskeligst å rekruttere til stillinger i kommunen. I undersøkelsen som KS refererer, oppgir i alt rundt seks av ti kommunale arbeidsgivere at det er «meget» eller «ganske» utfordrende å rekruttere sykepleiere. I tillegg oppgir vel fem av ti det samme når det gjelder rekruttering av spesialsykepleiere. Problemer med rekruttering av sykepleiere kommer også frem i Gautun og medarbeideres (2016) studie blant ansatte i sykehjem og i hjemmesykepleien. Nesten syv av ti, samlet sett, oppga at det var vanskelig å rekruttere sykepleiere til ledige stillinger ved deres arbeidssted, men andelen som ga uttrykk for dette, var noe høyere i sykehjem enn i hjemmesykepleien. Høsten 2015 la NSF selv frem rapporten «Tempen på helse-Norge» (NSF, 2015). Her pekes det både på mangel på sykepleiere og spesialsykepleiere og på mulige konsekvenser som følge av dette. Stortinget har i flere sammenhenger presisert at kommunene må ha nødvendig fagkompetanse, og at kompetanseutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er av stor betydning for at samhandlingsreformen skal lykkes. Til tross for at antallet sykepleierårsverk hadde økt med 16 prosent i perioden fra 2010 til 2014, har bortimot halvparten av kommunene oppgitt at de mangler sykepleiere (Riksrevisjonen 2016:11-12).

Samtidig som det rapporteres om problemer med rekruttering av kvalifisert personell til stillinger innenfor helse- og omsorgsfeltet, er det innenfor dette feltet at behovet for stillinger vil øke mest over den neste tiårsperioden. KS lager årlige analyser av rekrutteringsbehov, og i Arbeidsgivermonitor for 2016 er det presisert at behovet for årsverk i forskjellige tjenesteområder vil utvikle seg ulikt (KS 2016:15). Ved utgangen av fjoråret utgjorde for eksempel helse- og omsorgssektoren i underkant av 30 prosent av totalt antall årsverk i kommunesektoren. Frem mot 2026 forventes denne andelen å øke til nærmere 42 prosent. Det er først og fremst endring i befolkningssammensetningen med flere eldre i årene fremover som betyr at helse- og omsorgssektoren, som en arbeidskraftintensiv sektor, vil møte stor etterspørsel. Utfordringen med personellmangel i helse- og omsorgssektoren forsterkes ved at gjennomsnittlig avgangsalder for ansatte i kommunene er på 63 år. Også på dette området ligger gjennomsnittet for helse og omsorgssektoren lavere enn andre kommunale sektorer.

PAI-registeret for 2016 viser også forskjeller mellom kommunale sektorer når det gjelder andel ansatte i stillinger uten krav til formell utdanning (KS 2016). Størst andel ansatte uten fagutdanning finnes i barnehagesektoren, med 27,5 prosent. Helse- og omsorgssektoren er på plassen bak med 14 prosent.

I helse- og omsorgssektoren har andelen medarbeidere uten fagutdanning holdt seg høy og stabil over tid selv om det er variasjoner mellom kommuner. KS (2016:31) viser for eksempel at kommuner som tilbyr hele eller høye stillingsandeler, har en lavere andel medarbeidere uten fagutdanning i helse- og omsorgstjenesten.

Ansatte til lederstillinger er også utfordrende å rekruttere. Ifølge KS rapporterer kommunene først og fremst om utfordringer knyttet til å rekruttere toppledere, mens mange fylkeskommuner sliter med å rekruttere ledere på alle nivåer (KS 2016). Rundt halvparten av fylkeskommunene som deltok i undersøkelsen, oppga at det var «meget» eller «ganske» utfordrende å rekruttere virksomhetsledere. En litt lavere andel oppga det samme når det gjelder rekruttering av mellom- og toppledere. Av KS' oversikt går det ikke frem om utfordringer med rekruttering av ledere varierer mellom forskjellige sektorer.

3.5 SYKEFRAVÆR

Kommunene som har deltatt i KS' undersøkelse, oppgir ikke bare høy andel deltidsansatte blant de største utfordringene for dem som arbeidsgiver. De sliter også med høyt sykefravær (KS 2016:18–21, 42). Tabell 3 viser sykefraværet i kommuner og fylkeskommuner for perioden fra 4. kvartal i 2015 til og med 3. kvartal i 2016, og vi ser her at samlet fravær for hele landet ligger noe i underkant av 10 prosent.

Tabell 3 Sykefravær for 4. kvartal 2015 til 3. kvartal 2016. Fylkeskommuner og kommuner. Prosent. Kilde: PAI/ KS

Sektor:	Stillinger	Samlet sykefravær
Hele landet	Alle	9,55
	Deltid	10,44
	Heltid	9,06
Administrasjon	Alle	7,37
	Deltid	10,02
	Heltid	6,85
Undervisning	Alle	8,01
	Deltid	9,23
	Heltid	7,50
Barnehager	Alle	12,29
	Deltid	12,47
	Heltid	12,22
Helse/pleie/omsorg	Alle	11,20
	Deltid	11,05
	Heltid	11,36
Samferdsel og teknikk	Alle	6,83
	Deltid	6,53
	Heltid	6,88
Annet	Alle	7,91
	Deltid	8,20
	Heltid	7,81

Når sykefraværet splittes opp etter sektor, er det særlig to sektorer som skiller seg ut. Barnehagesektoren kommer ut på topp med noe over 12 prosent i sykefravær, mens helse- og omsorgssektoren er på plassen bak med vel 11 prosent. Tabellen over viser samlet sykefravær fordelt etter ansatte i henholdsvis heltid- og deltidsstillinger, for kvinner og menn samlet. Forskjell i fravær etter kjønn er imidlertid betydelig. Fra 1. kvartal i 2015 til 1. kvartal i 2016 var kvinners sykefravær 84 prosent høyere enn menns sykefravær (KS 2016:42), og målt til henholdsvis 10,9 prosent og 5,9 prosent (ikke vist i tabellen).

DEL 2:

4 ANSVARSOMRÅDE OG ARBEIDSVILKÅR FOR LEDERE PÅ PASIENTNÆRT NIVÅ

4.1 INNLEDNING

Dette kapitlet viser resultater fra reanalysen av datamaterialet fra undersøkelsen som ble gjennomført i 2014 (Andrews og Gjertsen 2014). I analysen inngår bare svar fra førstelinjeledere, altså ledere på pasient-/brukernært nivå. Resultater fremstilles hovedsakelig med utgangspunkt i reell prosentfordeling, som vil si at det tas hensyn til antall svar (N) for hvert av spørsmålene. Svarfordelingen splittes opp etter hvilken type tjeneste lederstillingen er knyttet til. Her har vi hovedsakelig konsentrert oss om ledere som har sin stilling enten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Der hvor svar sammenlignes mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste, vises svarfordelingen *mellom* tjenestetypene, ikke hvor stor andel innenfor hver tjeneste som har svart på spørsmålet. Selv om reanalysen, i struktur, er lik analysen fra undersøkelsen i 2014, er ikke resultatene uten videre egnet til sammenlikning fordi det i den opprinnelige analysen ikke oppgis resultater på mellom- og toppledernivå isolert.

I analysen inngår svar fra i alt 680 ledere. Av disse er 362 (53 prosent) ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og 318 (47 prosent) i spesialisthelsetjenesten. Samlet antall svar varierer imidlertid fra spørsmål til spørsmål.

4.2 ANSVARSOMRÅDE OG LEDERERFARING

En betydelig andel av førstelinjelederne har lang erfaring som leder. Godt og vel en fjerdedel har oppgitt at de har hatt lederstillingen i 11 år eller mer. En liten andel har svart mer enn 21 år (tabell 4). Vel halvparten har imidlertid hatt lederstillingen i fem år eller mindre. Tabell 4 viser en viss forskjell i ansiennitet som leder etter hvilken tjenestetype lederstillingen er tilknyttet. Ledere i spesialisthelsetjenesten har gjennomgående hatt lederstillingen i flere år enn ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forskjellen er også tydelig i den øvre enden av svarskalaen. Fem prosent av lederne i spesialisthelsetjenesten oppga at de har vært leder i mer enn 21 år mot noe over én prosent i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I den nedre enden av skalaen finner vi også forskjeller. Nesten 60 prosent av lederne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har hatt lederstillingen i fem år eller mindre, mens det samme gjelder for noe under halvparten av lederne i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 4 Hvor lenge har du hatt lederstillingen som du har i dag? Prosent. N=674

	Alle	Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Spesialisthelsetjeneste
Under et år	12,3	14,8	9,5
1-5 år	40,9	43,9	37,7
6-10 år	20,2	19,3	21,2
11-20 år	23,4	20,7	26,6
21 år eller mer	3,1	1,4	5,1

Ledernes ansvarsområde i virksomheten varierer noe, men de aller fleste har ansvar for oppgaver av økonomisk art samtidig som de har personell- og fagansvar. Så godt som alle oppga at stillingen innebærer faglig ansvar, mens vel åtte av ti hadde personalansvar og bortimot syv av ti økonomiansvar (tabell 5). Økonomiansvar varierer imidlertid noe mellom tjenestetyper. Andelen ledere i spesialisthelsetjenesten som oppga at de har økonomiansvar, var rundt 10 prosentpoeng høyere enn for andelen ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med økonomiansvar.

Tabell 5 Hvilken type ansvar har førstelinjeledere? Prosent. N=679.

	Prosent	Antall
Økonomiansvar	69,4	481
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	64,8	234
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	74,8	238
Personalansvar	84,4	585
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	82,5	298
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	87,7	279
Faglig ansvar	97,3	674
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	98,6	356
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	95,6	304

Ledere med personalansvar har et varierende antall personer i staben. Rundt 85 prosent leder færre enn 50 ansatte. Svarkategorien 30-49 personer har imidlertid høyest andel avkryssninger med bortimot 35 prosent til sammen (tabell 6). Fem prosent har ansvar for en stab på færre enn fem personer, mens i underkant av én prosent har ansvar for mer enn 100 personer. Et antall ansatte på mer enn 50 oppgis noe hyppigere av ledere i spesialisthelsetjenesten enn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tabell 6 Omtrent hvor mange ansatte er du leder for? Prosent. N= 677

	Alle	Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Spesialisthelsetjeneste
1-4	5,5	7,0	3,8
5-14	17,7	15,0	20,8
15-29	28,1	30,4	25,5
30-49	34,6	36,2	32,7
50-99	13,0	10,9	16,4
100-199	0,7	0,6	0,9
200 eller flere	0	0	0

4.3 RESSURSSERTILGANG OG RESSURSENTNYTTING

Spørsmål om ressursituasjonen innenfor hver enkelt virksomhet er formulert som et sett av påstander som lederne ble bedt om å ta stilling til. Påstandene handler om vilkår som kan ha betydning for kvalitet i tjenestetilbudet, som økonomiske og personellmessige forhold, materielle ressurser og trekk ved organisasjonen som for eksempel grad av fleksibilitet. Tabell 7 viser både hvordan lederne samlet sett har vurdert hver enkelt påstand og hva ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har gitt uttrykk for sammenliknet med ledere i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 7 Ledernes vurderinger av ressursituasjonen. Prosent. N=665-669.

	Verken					Totalt
	Helt enig	Litt enig	enig/uenig	Litt uenig	Helt uenig	
Det er tilstrekkelig tid til å ivareta brukerorientering	14,0	42,1	20,0	18,7	5,3	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	12,3	39,2	17,1	23,5	7,8	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	15,5	45,6	23,3	13,3	2,3	100
De økonomiske rammene er tilstrekkelig for å sikre høy kvalitet i tjenesten	5,0	13,2	13,0	36,2	32,6	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	3,7	10,7	11,0	35,7	39,0	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	6,4	15,7	15,7	36,7	25,6	100
Det er nok personale til å drive faglig forsvarlig	18,8	27,4	13,8	28,0	12,0	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	16,8	26,1	14,8	30,5	11,8	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	20,6	29,2	13	24,8	12,4	100
Personellet er tilfredsstillende kvalifisert	32,3	35,6	7,6	19,4	5,1	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	20,2	34,5	8,1	29,7	7,6	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	46,2	37,3	6,4	7,6	2,5	100
Det er lav turnover blant personalet jeg er direkte leder for	53,5	24,8	10,9	7,8	3,0	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	49,7	27,7	12,3	7,7	2,6	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	57,0	22,3	9,2	8,0	3,5	100
Det er tilstrekkelig økonomi til å ivareta fagutviklingen blant personalet	4,3	13,5	9,0	28,6	44,6	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	3,1	9,7	7,7	28,6	50,9	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	5,3	17,0	10,4	28,9	38,4	100
Det er tilstrekkelig tid til å ivareta fagutviklingen blant personalet	7,1	26,4	12,9	35,9	17,7	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	4,7	20,7	11,5	41,1	22,1	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	9,4	32,4	14,5	30,8	12,9	100
Det er tilstrekkelig fleksibilitet i organisasjonen til å ivareta brukere/pasienters behov	22,2	40,4	19,7	12,2	5,5	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	19,7	40,3	17,5	15,6	6,9	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	25,3	39,6	22,8	8,2	4,1	100
Det er tilstrekkelig materielle ressurser til å drive faglig forsvarlig	24,6	38,6	15,7	15,7	5,2	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	22,1	39,5	16,5	16,5	5,3	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	27,3	37,8	14,6	15,2	5,1	100

I tabell 7 er det først og fremst verdt å merke seg lederne vurderinger knyttet til økonomiske forhold. Nesten syv av ti ga uttrykk for at den økonomiske rammen for virksomheten er utilstrekkelig for å sikre høy kvalitet i tjenesten. Den økonomiske rammen strekker heller ikke godt nok til for at personalet kan utvikle seg faglig, ifølge vel syv av ti ledere. Mulighet for faglig utvikling begrenses også av tidsmessige rammer. Når det gjelder vurderinger av bemanningen og personalets kompetanse, ser vi at fire av ti har uttrykt at bemanningen er for lav til å drive faglig forsvarlig. Samtidig er personalets kompetanse i hovedsak tilfredsstillende i de fleste virksomhetene (nesten syv av ti oppga dette) og det er betydelig grad av stabilitet i personalstaben. Ifølge lederne i utvalget er det ikke materielle ressurser det skorter mest på, for å drive faglig forsvarlig. Heller ikke mangel på fleksibilitet i organisasjonen erfares som et utstrakt hinder for kvalitet i tjenestetilbudet, men nesten én av fem ledere ga uttrykk for at fleksibiliteten ikke er tilstrekkelig for å ivareta brukere/ pasienters behov.

Svarfordelingen i tabell 7 viser betydelig samsvar i lederne vurderinger på tvers av tjenestetype. Variasjon etter tjenestetype er imidlertid mest markant når det gjelder vurderinger av personalets kompetanse. Ledere innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten oppgir nesten fire ganger så hyppig som ledere i spesialisthelsetjenesten, at de er litt eller helt uenig i påstanden om at personalet er tilfredsstillende kvalifisert (37 prosent mot 10 prosent). Denne forskjellen kan henge sammen med at ledere i noen av de kommunale tjenestene sannsynligvis har en høyere andel ufaglærte i sin stab enn ledere i spesialisthelsetjenesten. Ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gir også i noe større grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten uttrykk for at de økonomiske rammene er utilstrekkelig for å sikre høy kvalitet i tjenesten (76 prosent mot 63 prosent), og at det verken er tilstrekkelig økonomi (80 prosent mot 67 prosent) eller tid (63 prosent mot 44 prosent) til å sørge for faglig utvikling blant personalet. Lederne innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten er også i noe større grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten uenig i påstanden om at det er nok personell til å drive faglig forsvarlig (42 prosent mot 37 prosent).

Tabell 8 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Prosent. N=676.

	Verken					Totalt
	Helt enig	Litt enig	enig/ uenig	Litt uenig	Helt uenig	
Pasient/brukersikkerheten ivaretas på en god måte	59,3	30,6	4,5	4,5	1,2	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	<i>54,3</i>	<i>32,0</i>	<i>5,8</i>	<i>7,0</i>	<i>0,8</i>	100
<i>Spesialisthelsetjeneste</i>	<i>65,0</i>	<i>29,0</i>	<i>2,8</i>	<i>1,9</i>	<i>1,3</i>	100

Selv om de aller fleste lederne ga uttrykk for at flere forhold svekker muligheten til å sikre høy kvalitet i tjenesten, forhold som knapphet på økonomi og tid og visse mangler både med tanke på bemanning og personalets kvalifikasjoner, er det stor enighet om at pasient-/brukersikkerheten ivaretas på en god måte. Ni av ti ledere sier seg «helt enig» eller «litt enig» i påstanden om dette (tabell 8). Som vist i tabellen, er altså andelen ledere som antyder at pasient-/brukersikkerheten ikke ivaretas på en god måte, totalt sett lav (seks prosent). Likevel er andelen som ga uttrykk for dette, betydelig høyere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten (åtte prosent mot tre prosent).

4.4 TIDSRAMMER OG TIDSUTNYTTING

I et spørsmålsbatteri om tidsrammer og tidsutnytting inngikk til sammen 12 påstander som lederne ble bedt om å vurdere langs en skala fra «helt enig» til «helt uenig». Påstandene handlet om oppgaver som det enten kan være for lite tid til eller som det kan brukes for mye tid på. Oppgavene som er tatt med i påstandene, er blant annet arbeid rettet direkte mot personalet og arbeidsmiljøet i tillegg til faglig strategiarbeid og rent administrative oppgaver. Tabell 9 viser at det er størst enighet om at tiden er for knapp til strategisk arbeid, langsiktig planlegging, endring av arbeidsprosesser og nytenkning. I alt har 75 prosent av førstelinjeledere gitt uttrykk for dette. En noe lavere andel, 65 prosent, har uttrykt at tiden er for knapp til å delta i prosjekter og utadrettet virksomhet. Tiden strekker heller ikke godt nok til for faglig og sosial oppfølging av personalet. Vel 60 prosent oppga at de har for lite tid til å drive trivselsskapende arbeid, mens en like høy andel hadde for lite tid til faglig oppfølging og veiledning av personalet.

Vurderinger av påstander i tabell 9 som gjaldt personalrettet arbeid, varierte imidlertid etter tjenestetype. Ledere innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten ga gjennomgående hyppigere enn ledere i spesialisthelsetjenesten uttrykk for at tiden er for knapp til å påvirke forhold av betydning for arbeidsmiljøet, til direkte personalrettet arbeid, som trivselsskapende arbeid, til å fange opp innspill fra personalet, og til faglig veiledning og oppfølging av personalet. Ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten oppga også noe hyppigere enn ledere i spesialisthelsetjenesten at de bruker for mye tid til oppfølging etter sykemeldinger (52 prosent mot 48 prosent), mens ledere i spesialisthelsetjenesten oftere enn ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten oppga at de bruker for mye tid på rapportering og registrering (52 prosent mot 46 prosent).

Tabell 9 Hvor enig/uenig er du i følgende påstander? Prosent. N=572-669

	Verken					Totalt
	Helt enig	Litt enig	enig/ uenig	Litt uenig	Helt uenig	
Jeg har for lite tid til å være synlig blant personalet	21,2	28,5	10,3	19,8	20,2	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	22,4	28,7	11,9	16,5	20,5	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	19,8	27,5	8,9	24,3	19,5	100
Jeg har for lite tid til å være tilgjengelig for personalet	16,4	31,8	9,8	21,1	20,8	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	18,8	33,0	11,9	17,0	19,3	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	14,6	29,4	7,6	26,6	21,8	100
Jeg har for lite tid til trivselsskapende arbeid blant personalet	25,7	35,3	14,1	14,6	10,3	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	29,3	36,8	14,2	10,3	9,4	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	21,6	34,3	13,3	19,7	11,1	100
Jeg har for lite tid til å fange opp innspill fra personalet	9,3	33,1	14,2	26,6	16,8	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	12,7	33,8	14,9	22,8	15,8	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	6,0	32,6	13,6	30,1	17,7	100
Jeg har for lite tid til faglig oppfølging og veiledning av personalet	23,9	36,7	12,2	18,2	9,1	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	27,8	37,9	12,4	12,4	9,6	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	19,8	34,8	12,1	24,9	8,3	100
Jeg har for lite tid til strategiarbeid/langsiktig plan-legging, endring av arbeidsprosesser, tenke nytt, osv.	37,6	37,0	10,2	8,6	6,4	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	41,6	35,1	10,4	7,6	5,3	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	33,5	38,3	10,2	9,9	8,0	100
Jeg har for lite tid til å delta i prosjekter og utadrettet virksomhet	31,1	34,1	18,3	10,4	6,0	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	32,7	35,6	18,4	7,0	6,4	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	29,9	32,5	18,5	13,6	5,5	100
Jeg bruker for mye tid på oppfølginger etter sykemeldinger	21,1	28,1	19,6	14,8	16,5	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	25,0	26,7	16,6	15,2	16,6	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	16,7	30,8	22,5	14,1	15,9	100
Jeg bruker for mye tid på avvikshåndtering	6,3	17,8	28,2	24,4	23,3	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	5,8	18,2	26,7	25,5	23,9	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	6,8	17,7	30	23,5	21,8	100
Jeg bruker for mye tid på rapportering/registrering	17,6	31,3	22,5	16,7	11,8	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	15,7	30,5	23,1	16,8	14,0	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	19,9	31,7	22,9	16,7	8,8	100
Jeg bruker for mye tid på møtevirksomhet	14,3	30,1	28,5	15,6	11,5	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	15,8	27,1	28,0	15,8	12,4	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	13,1	33,5	28,1	15,0	10,2	100
Jeg bruker for mye tid på å svare på henvendelser via tlf/epost	17,1	31,4	27,2	13,9	10,5	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	15,1	32,2	27,7	14,8	10,1	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	20,0	30,5	26,7	12,4	10,5	100

4.5 VURDERINGER AV KONTROLLSPENN OG ARBEIDSOMFANG

Førstelinjeledere er langt fra enig om at kontrollspennet er for bredt. Kun én av tre ledere har krysset av for at de er «litt enig» eller «helt enig» i en påstand om at antallet personer som de leder, er for høyt (tabell 10). En slik svarfordeling er forventet i og med at spennet på antall medarbeidere varierte fra en håndfull til mer enn 100. Svar på dette spørsmålet varierer lite med type tjeneste. Det er imidlertid større enighet blant ledere på dette nivået om at de utfører arbeidsoppgaver som merkantilt personell kunne ha tatt seg av. To av tre ledere gir uttrykk for dette. Heller ikke her kommer det frem vesentlige forskjeller i svar fra ledere i den kommunal helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 10 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Prosent. N=662-658.

	Verken					Totalt
	Helt enig	Enig	enig/ uenig	Uenig	Helt uenig	
Antall personer som jeg er leder, for er for høyt	15,8	17,5	14,0	12,8	39,9	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	17,1	17,4	13,3	14,8	37,4	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	15,0	18,2	15,0	10,9	40,9	100
Jeg utfører mye administrativt arbeid som merkantilt personell kunne utført	34,7	31,3	9,1	9,6	13,0	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	36,3	30,9	8,6	11,7	12,6	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	34,9	34,0	10,3	7,4	13,5	100

Tabell 11 viser ledernes vurderinger av den totale arbeidsmengden, det vil si deres svar på et spørsmål om de opplever at det er mulig å utføre lederoppgavene innenfor stillingsrammen som leder. Samlet sett svarer 35 prosent «i svært stor grad» eller «i stor grad». Svarkategorien «til en viss grad» har imidlertid fått flest avkryssninger (46 prosent), mens 20 prosent enten har svart «i liten grad» eller «i svært liten grad».

På dette spørsmålet ser vi et skille i svarene mellom ulike tjenestetyper. I alt oppga 38 prosent av lederne i spesialisthelsetjenesten at det i stor eller svært stor grad er mulig å utføre lederoppgavene innenfor stillingsrammen, mens 31 prosent av ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten oppga det samme.

Tabell 11 I hvilken grad opplever du at det er mulig å utføre lederoppgaver innenfor stillingsrammen som leder? Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=672.

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad	Totalt
Alle	5,4	29,2	45,8	14,6	5,7	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	4,5	26,6	47,1	16,3	5,3	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	6,3	31,7	44,1	11,7	6,0	100

4.6 AUTONOMI OG INNFLYTELSE

I studien ble det også undersøkt om lederne i noen grad har frihet til å gjøre egne disponeringer innenfor områder som angår økonomi og personell, og om de har tilstrekkelig innflytelse på avgjørelser som gjelder den daglige driften. Også disse aspektene ble kartlagt via fremsatte påstander som lederne tok stilling til, og vurderte langs en femdelte skala med svarene «helt enig» og «helt uenig» som ytterpunkter.

Påstanden om tilstrekkelig innflytelse på avgjørelser som angår den daglige driften, får samlet sett større oppslutning enn påstandene om frihet til å disponere budsjett og personell (tabell 12). I alt sa syv av ti ledere seg helt enig eller enig i at de har tilstrekkelig innflytelse på den daglige driften. Vel halvparten oppga at de har stor frihet til å omdisponere personalet, mens en betydelig lavere andel (to av ti) har stor frihet til å omdisponere lønnsbudsjett. På spørsmålet om innflytelse på den daglige driften, er det ubetydelig forskjeller i svar mellom ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Når det derimot gjelder frihet til å disponere personell eller å foreta endringer av budsjettmessig art, gir ledere i spesialisthelsetjenesten uttrykk for noe større grad av frihet enn ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tabell 12 Autonomi og innflytelse. Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=619-664.

	Helt enig	Enig	Verken enig/uenig	Uenig	Helt uenig	Total
Jeg har stor frihet til å omdisponere lønnsbudsjettet	3,6	17,0	13,4	19,0	47,0	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	3,3	14,5	15,9	22,3	45,0	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	3,1	19,7	12,2	16,1	48,8	100
Jeg har stor frihet til å omdisponere personalet	17,6	33,7	11,6	28,2	16,3	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	17,3	32,2	9,9	24,1	16,4	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	17,2	35,5	13,9	17,6	15,9	100
Jeg har tilstrekkelig innflytelse på avgjørelser som angår den daglige driften	30,5	39,9	10,7	13,9	5,0	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	32,3	38,5	11,9	11,9	5,4	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	28,3	41,5	9,3	16,1	4,8	100

4.7 FORSTÅELSE I ORGANISASJONEN

I Andrews og Gjertsens (2014) studie ga en fjerdedel av deltakerne uttrykk for at ledere som befinner seg på nivåer over dem selv, har liten forståelse for den virksomheten som lederne i utvalget hadde ansvar for. Om vi ser på svarfordelingen på dette spørsmålet bare for førstelinjeledere (tabell 13), er fordelingen av svarene samlet omtrent den samme som for alle lederne som ble presentert i Andrews og Gjertsen (2014), det vil si 26 prosent. På førstelinjenivå er det imidlertid noe variasjon i svarene mellom ledere etter type tjeneste. I alt 28 prosent av lederne i spesialisthelsetjenesten sa seg enig i at deres egne ledere har liten forståelse for den virksomheten som de leder, mot 24 prosent av ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tabell 13 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=662

	Verken		Verken		Helt uenig	Totalt
	Helt enig	Enig	enig/ uenig	Uenig		
Mine ledere har liten forståelse for den virksomheten jeg leder	6,1	19,4	17,0	22,4	35,1	100
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	<i>6,6</i>	<i>17,0</i>	<i>18,2</i>	<i>21,3</i>	<i>36,9</i>	100
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	<i>5,7</i>	<i>22,2</i>	<i>15,9</i>	<i>23,2</i>	<i>33,0</i>	100

4.8 OPPSUMMERING

Ledernes samlede vurderinger kan tyde på at kvaliteten på tilbudet til pasienter/brukere ikke er optimal alle steder og på at kvaliteten begrenses av økonomiske forhold så vel som av mangel på kvalifisert personell og mangel på fleksibilitet i organisasjonen. De økonomiske rammene strekker heller ikke godt nok til når det gjelder mulighet for faglig utvikling (nesten syv av ti ledere ga uttrykk for dette). På dette området skorter det også på tid. Halvparten av lederne oppga at tiden er for knapp til fagutvikling blant personalet. Mangler ved kvaliteten på tjenesten synes likevel ikke å svekke sikkerheten til pasienter og brukere i og med at lederne uttrykker betydelig grad av enighet om at pasient-/brukersikkerheten tas ivare på en god måte.

Ledernes mulighet til å påvirke forhold av betydning for arbeidsmiljøet, og til faglig og sosial oppfølging av personalet, er også til en viss grad begrenset av tid. Muligheten for egen faglig utvikling er også mangelfull samtidig som «støtteapparatet» til en viss grad svikter.

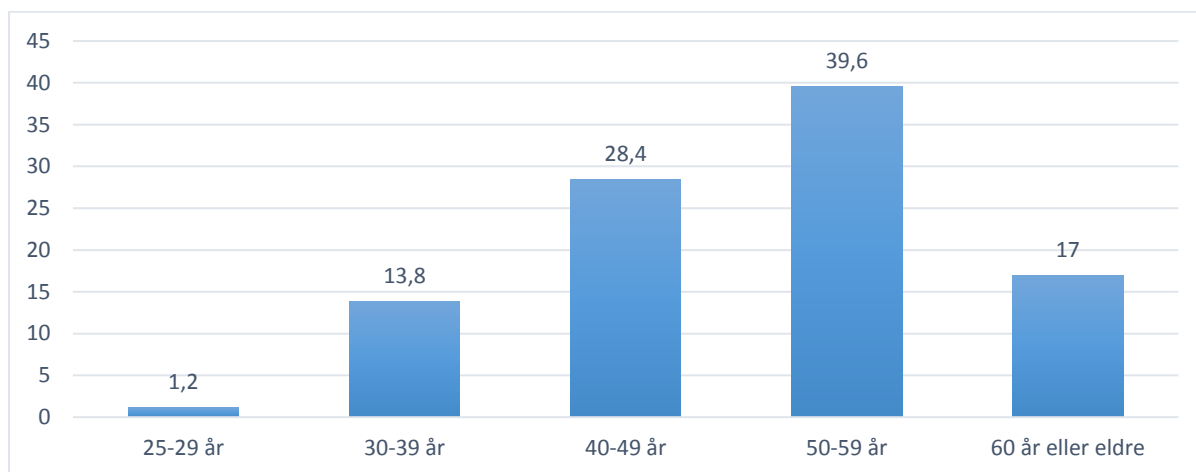
KS (2016:20) peker på at *evne* til innovasjon og nyskaping fortoner seg utfordrende både for kommuner og fylkeskommuner. Funn i Andrews og Gjertsens (2014) studie kan imidlertid tolkes mer i retning av at det, særlig for ledere på førstelinjenivå, ikke nødvendigvis er på «evnenivå» det svikter. De tidsmessige rammene ser i betydelig grad ut til å begrense både muligheten til strategisk arbeid og nytenkning og til å delta i prosjekter og utadrettet virksomhet.

DEL 3:

5 LEDERNES BAKGRUNN

5.1 KJØNN OG ALDER

Blant lederne som har deltatt i studien, er kvinneandelen 88 prosent. Alder varierer fra 25 til 70 år (den eldste er født i 1947 og den yngste i 1992). Flertallet, som utgjør i underkant av 70 prosent, er mellom 40 år og 60 år (figur 1). Den største aldersgruppen, i andel, er i kategorien 50 til 59 år. Den utgjør i underkant av 40 prosent av utvalget. Tilnærmet like store andeler er over 60 år (17 prosent) og under 40 år (15 prosent).

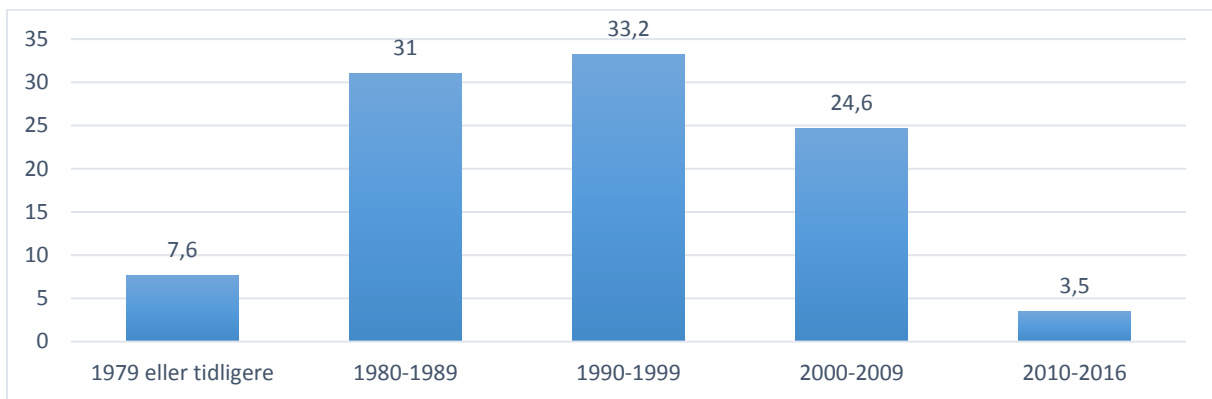


Figur 1 Aldersfordeling i utvalget. Prosent. N=1150

5.2 UTDANNING OG ERFARING

De aller fleste lederne har lang erfaring som sykepleier. Vel syv av ti ble utdannet før år 2000 (figur 2). Den største andelen ble uteksaminert i tiårene mellom 1980 og 1999 (64 prosent). Den eldste har vært sykepleier fra 1973 (ikke vist i figuren). Det finnes også ledere som er relativt ferske i yrket. En håndfull avsluttet utdanningen i 2015 eller 2016.

To av tre ledere har oppgitt at de har videreutdanning i sykepleie tilsvarende mellom ett og to års fulltidsstudium, mens godt og vel en fjerdedel (28 prosent) har hovedfag eller mastergrad (tabell 14). Utdanning på høyeste nivå, doktorgrad eller PhD, er sjelden. Ni personer har krysset av for dette.

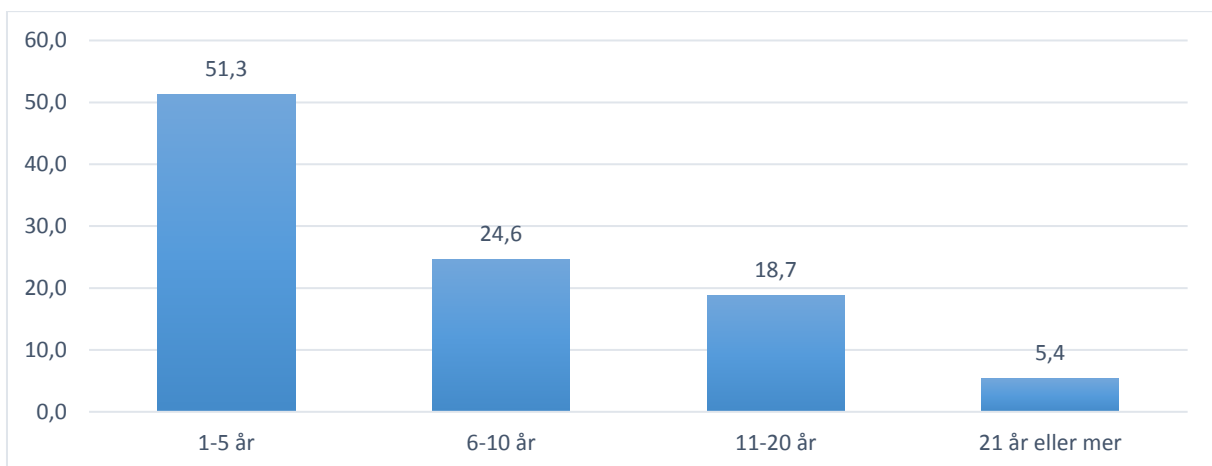


Figur 2 Hvilket år var du ferdig utdannet sykepleier? Prosent. N=1156

Tabell 14 Har du følgende utdanning? Prosent og antall. N=819-1153

	Prosent	Antall
Videreutdanning i sykepleie (tilsvarende mellom 1 og 2 års fulltidsstudium)	65,8	763
Mastergrad/hovedfag	26,7	252
Doktorgrad/Ph.D.	1,1	9

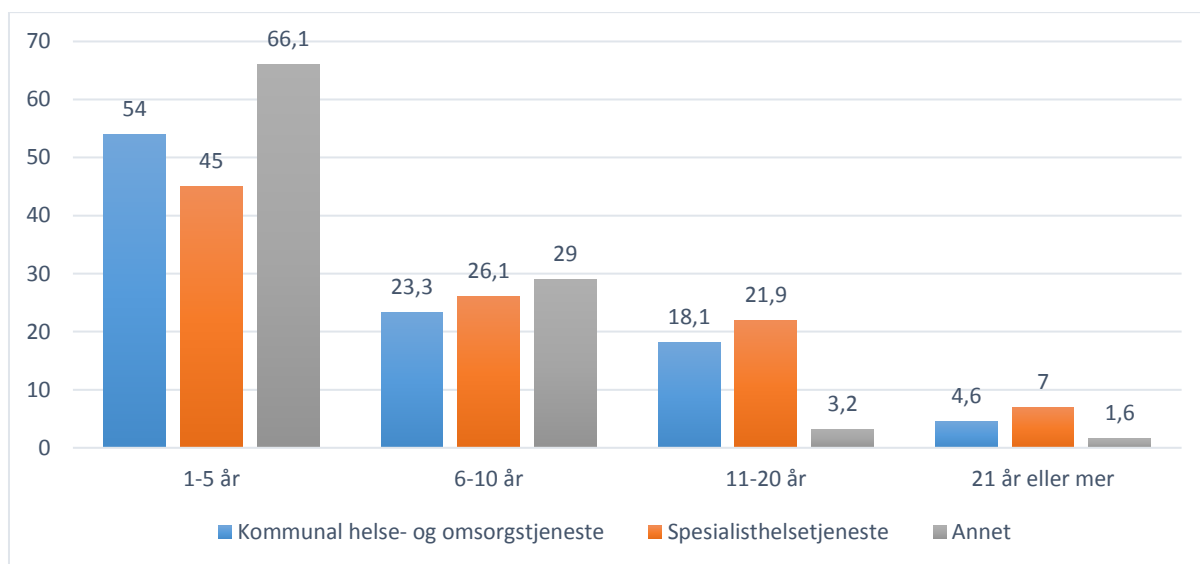
En betydelig andel av studiedeltakerne har lang erfaring som leder. Nesten en fjerdedel har oppgitt mer enn 11 år som svar på spørsmålet om hvor lenge de har hatt lederstillingen som de har i dag. Vel fem prosent har svart mer enn 21 år (figur 3). Noe over halvparten har imidlertid hatt lederstillingen i fem år eller mindre. Ved en feiltakelse falt svarkategorien «under ett år» ut av spørreskjemaet. Vi vet derfor ikke om *alle* ledere som har mindre enn ett års erfaring, har krysset av i kategorien 1-5 år, eller om de har unnlatt å svare på spørsmålet.



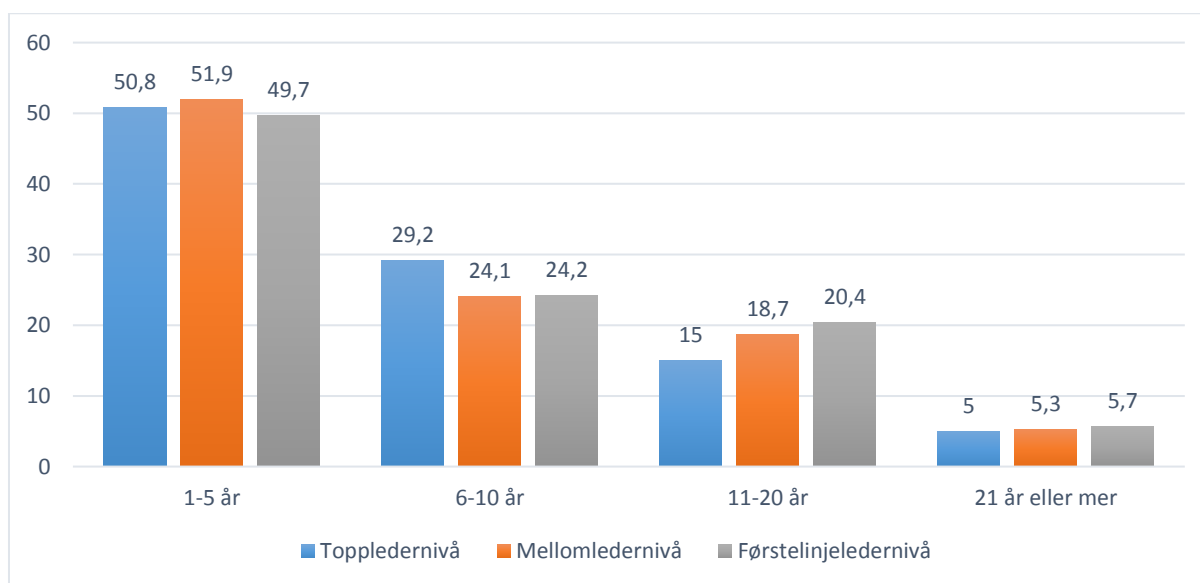
Figur 3 Hvor lenge har du hatt lederstillingen som du har i dag? Prosent. N=1205⁴

⁴ Svarkategorien «under ett år» falt ved en feiltakelse ut av spørreskjemaet. I Andrews og Gjertsen (2014) oppga 11 prosent at de hadde mindre enn ett års erfaring, mens 42 prosent oppga mellom ett og fem år.

Forskjeller i erfaring som leder etter tjenestetype, med tanke på hvor lenge den enkelte har hatt denne stillingen, er relativt tydelig innenfor svarkategorien 1-5 år. I figur 4 ser vi at andelen ledere som har hatt lederstillingen i mindre enn fem år, er betydelig høyere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten, det vi si 54 prosent mot 45 prosent. Om vi splitter opp svarfordelingen etter nivå på lederstillingen, ser vi at valg av svarkategorien 1-5 år er relativt jevnt fordelt mellom topp-, mellom- og førstelinjeledere (figur 5).



Figur 4 Hvor lenge har du hatt lederstillingen som du har i dag? Svar fordelt etter type tjeneste. Prosent. N=1210



Figur 5 Hvor lenge har du hatt lederstillingen som du har i dag? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1210

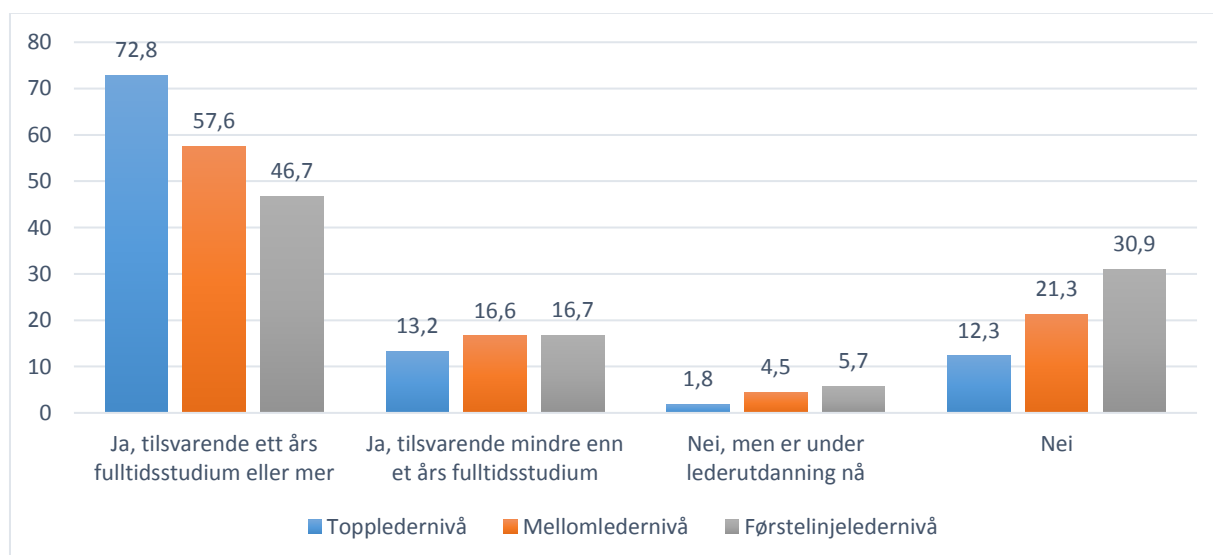
Formell utdanning innenfor ledelse er utbredt i dette utvalget. Vel syv av ti oppga at de har lederutdanning av kortere eller lengre varighet, og godt og vel halvparten har lederutdanning tilsvarende ett års fulltidsstudium eller mer. I tillegg var en liten andel under utdanning da undersøkelsen ble gjennomført (tabell 15).

Tabell 15 Har du formell lederutdanning? Prosent og antall. N=1186

	Prosent	Antall
Ja, tilsvarende ett års fulltidsstudium eller mer	56,1	668
Ja, tilsvarende mindre enn et års fulltidsstudium	16,4	195
Nei, men er under lederutdanning nå	4,5	54
Nei	23,0	274

De som krysset av for «nei» på spørsmål om de har formell lederutdanning, ble spurt om de hadde fått tilbud om relevant lederutdanning fra sin arbeidsgiver. På dette spørsmålet svarte 32 prosent «ja», 65 prosent «nei» og tre prosent «vet ikke».

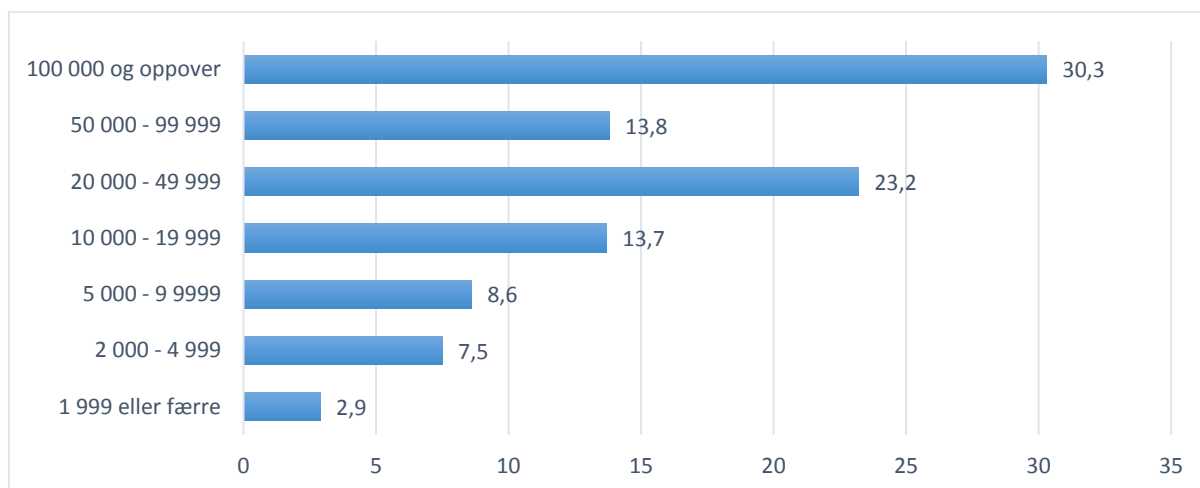
Om vi splitter opp svar på spørsmålet om lederutdanning etter nivå på lederstillingen, ser vi at toppledere oftere har lederutdanning og har lederutdanning av lengre varighet enn ledere på de to andre nivåene (figur 6). Vel syv av ti toppledere har krysset av for utdanning tilsvarende ett års fulltidsstudium eller mer, mens godt over halvparten av mellomlederne og noe i underkant av halvparten av førstelinjelederne oppga det samme. Høyest andel uten lederutdanning finner vi blant ledere på førstlinjenivå, hvor tre av ti oppga at de ikke har slik utdanning. Samtidig oppga vel én av ti toppledere at de ikke har lederutdanning.



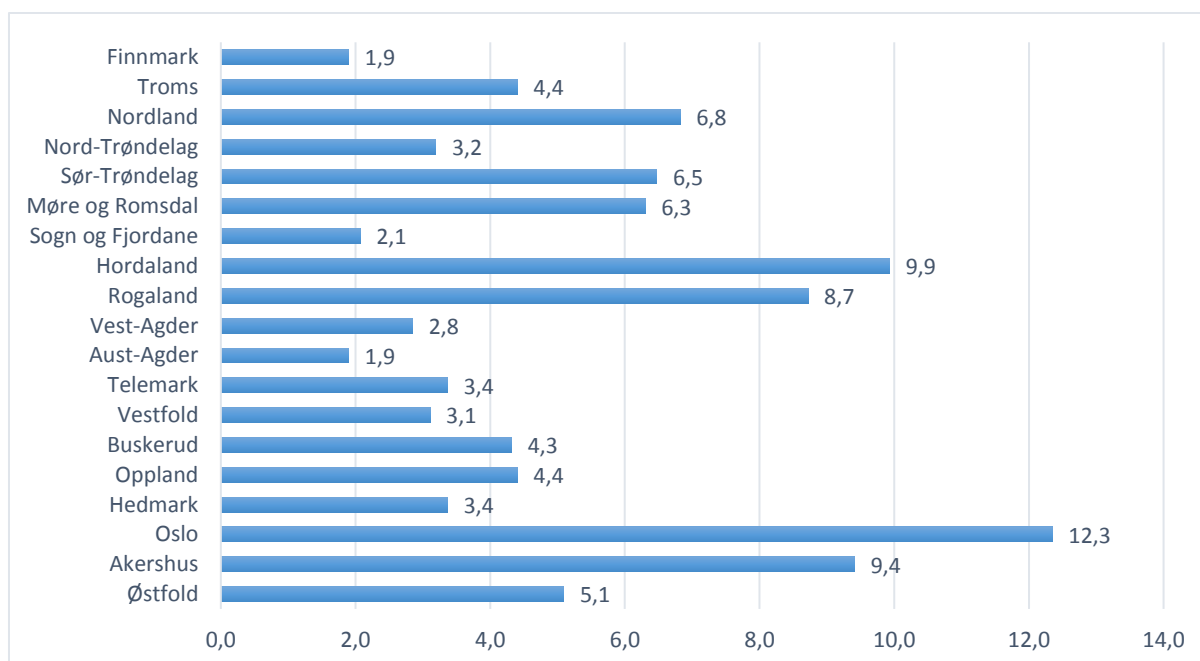
Figur 6 Har du formell lederutdanning? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1190

5.3 GEOGRAFISK TILHØRIGHET

Lederne ble bedt om å oppgi hvilket fylke de arbeider i og hvor mange innbyggere det er i kommunen hvor de har sitt arbeidssted. Figurene 7 og 8 viser at det i utvalget er god geografisk spredning og samtidig representasjon fra både store og små kommuner. Vel 30 prosent arbeider i kommuner med 100.000 eller flere innbyggere (figur 7), det vil si i en av de største byene i landet. Kommuner med et innbyggertall mellom 20.000 og 50.000 er også godt representert med nesten en fjerdedel av utvalget, mens 10 prosent har sitt arbeidssted i en kommune med en befolkningsstørrelse på mindre enn 5000.



Figur 7 Hvor mange innbyggere er det i kommunen hvor du arbeider? Prosent. N=1187



Figur 8 Hvilket fylke arbeider du i? Prosent. N=1153

Figur 8 viser at alle fylkene er representert i utvalget. Ikke overraskende er det flest som har deltatt i studien fra Oslo og Akershus med vel en femtedel av utvalget samlet sett, og færrest fra Finnmark og Aust-Agder med i underkant av to prosent. De fleste fylkene (10) har en deltakerandel på mellom to og fem prosent.

6 ANSVARSOMRÅDE, STILLINGSSTØRRELSER OG PERSONELLSAMMENSETNING

6.1 LEDERNIVÅ, STILLINGSSTØRRELSE OG TYPE ANSVAR

I spørreskjemaet skilles det mellom tre nivåer på lederstillingen: førstelinjenivå, mellomledernivå og toppledernivå. For kategorien «førstelinjenivå» ble det spesifisert at dette refererer til ledelse på pasient-/brukernært nivå. Kategoriene toppleder og mellomleder ble ikke nærmere presisert. Størst andel, det vil si 64 prosent av dem som har svart på spørreskjemaet, plasserer sin stilling på mellomledernivå, 26 prosent definerer seg som førstelinjeledere, mens nesten ti prosent har krysset av for toppleder.

Ansvarsområde varierer noe, men de fleste har ansvar for økonomiske forhold i virksomheten samtidig som de har personalansvar og faglig ansvar (tabell 16). Samlet sett oppgir nesten alle at lederstillingen innebærer faglig ansvar, vel ni av ti har personalansvar, og godt og vel åtte av ti har økonomiansvar, men økonomiansvar, og til dels personalansvar, varierer etter nivå på lederstillingen.

Tabell 16 Innebærer lederstillingen din ansvar for følgende. Svar totalt og etter nivå på lederstillingen. Prosent. Antall. N=1203

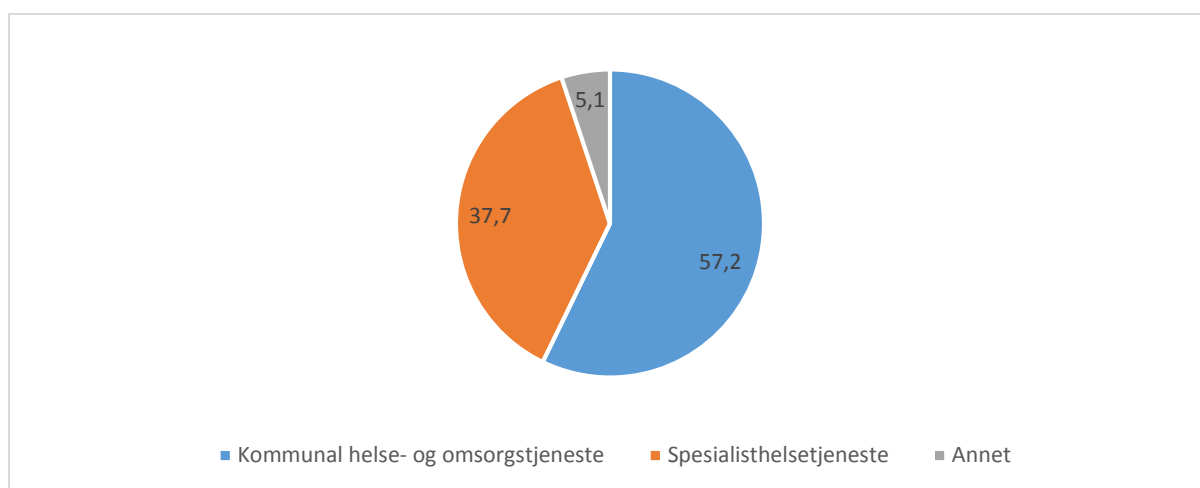
Type ansvar:	Prosent	Antall
Økonomiansvar	85,5	1034
<i>Toppleder</i>	<i>94,1</i>	
<i>Mellomleder</i>	<i>87,7</i>	
<i>Førstelinjeleder</i>	<i>77,0</i>	
Personalansvar	93,9	1209
<i>Toppleder</i>	<i>91,6</i>	
<i>Mellomleder</i>	<i>96,6</i>	
<i>Førstelinjeleder</i>	<i>88,0</i>	
Faglig ansvar	97,4	1177
<i>Toppleder</i>	<i>95,8</i>	
<i>Mellomleder</i>	<i>97,2</i>	
<i>Førstelinjeleder</i>	<i>98,4</i>	

De aller fleste deltakerne i studien er fast ansatt i lederstillingen (97 prosent), i underkant av tre prosent er konstituert i stillingen, mens noe under én prosent er ansatt på åremål. De aller fleste er også ansatt i fulltidsstilling (97 prosent), men kun syv av ti har fulltidsengasjement som leder. Vel én av ti har mellom 80 og 99 prosent av sin stilling knyttet til lederoppgaver, mens en like stor andel har mindre enn 60 prosent stilling til ledelse.

6.2 TYPE TJENESTE

Flertallet, det vil si nesten åtte av ti, arbeider i en virksomhet med døgkontinuerlig drift. Figur 9 viser at 57 prosent av utvalget er ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens 38 prosent har

lederstilling i spesialisthelsetjenesten. Andelen førstelinjeledere i utvalget fra spesialisthelsetjenesten er imidlertid noe høyere enn andelen førstelinjeledere fra den kommunale helse og omsorgstjenesten, med 54 prosent mot 42 prosent (ikke vist i figuren). I spørreskjemaet ble kategorien «annet» lagt inn som svarmulighet for dem som har lederstilling i en type virksomhet som verken faller inn under kommunal helse- og omsorgstjeneste eller spesialisthelsetjeneste. Fem prosent av utvalget hadde krysset av for dette alternativet. Følgende eksempler på tjenestested ble oppgitt i et åpent svarfelt i tilknytning til kategorien «annet»: privat virksomhet innenfor hjemmetjeneste, sykehjem, omsorgstjeneste og helseforetak; frivillige organisasjoner og stiftelser; sosial- eller oppveksttjeneste (barnevern, familiesenter); NAV, forsikring, fagforening, folkehelse, bedriftshelsetjeneste, forsvaret, ambulanse; og lederstillinger i kommuneadministrasjonen og i undervisningssektoren (universitet, høyskole og videregående skole).

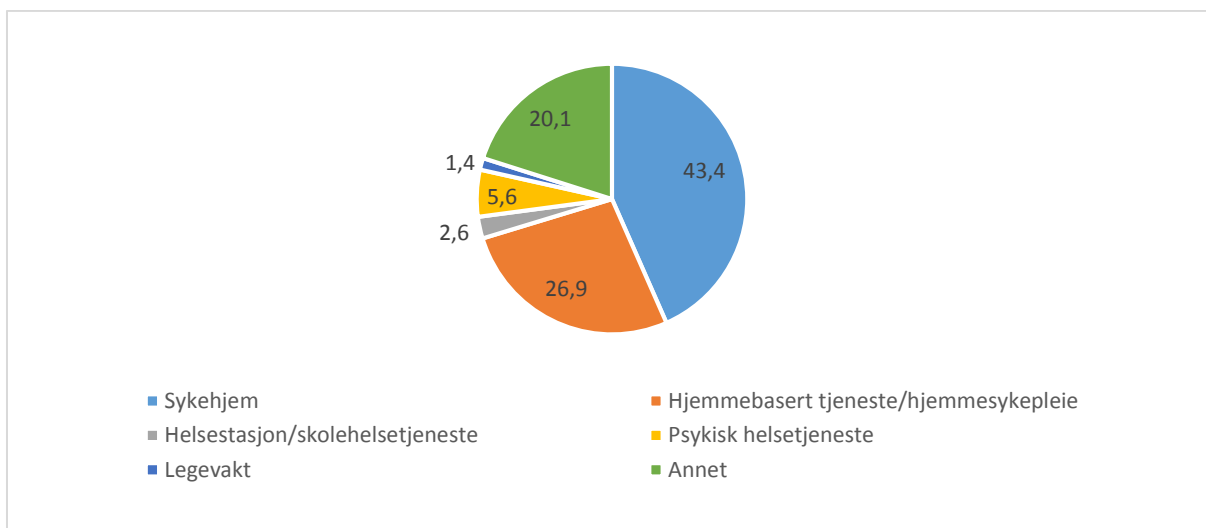


Figur 9 Innenfor hvilken type tjeneste er din lederstilling hovedsakelig tilknyttet? Prosent. N=1210

Som svar på et oppfølgingsspørsmål til dem som hadde krysset av for spesialisthelsetjenesten, oppga vel syv av ti at de er ansatt i en virksomhet som hovedsakelig tar seg av somatiske lidelser, mens vel to av ti har rusproblematikk eller psykisk helse som sitt arbeidsfelt. I underkant av seks prosent hadde krysset av i kategorien for annet. Her oppga flere at de var ansatt i en virksomhet som dekket både somatikk og psykisk helse/rusproblematikk.

Blant dem som krysset av for kommunal helse- og omsorgstjeneste, er den største andelen leder i et sykehjem, vel fire av ti, mens bortimot tre av ti har lederstilling i hjemmesykepleien (figur 10). I underkant av seks prosent leder kommunal avdeling for psykisk helsetjeneste og i underkant av tre prosent har helsestasjon og/eller skolehelsetjeneste som sitt ansvarsfelt. En liten andel, vel én prosent, har oppgitt legevakt som svar på dette spørsmålet. En femtedel av dem som har krysset av for kommunal helse- og omsorgstjeneste, har imidlertid valgt svarkategorien «annet», og innenfor denne kategorien er variasjonen stor. Mange har en lederstilling som dekker flere av tjenestene som var spesifisert i spørreskjemaet, for eksempel sykehjem og hjemmetjeneste; avdeling for psykisk helsetjeneste, helsestasjon og sykehjem; og hjemmetjeneste og avdeling for psykisk helsetjeneste. I

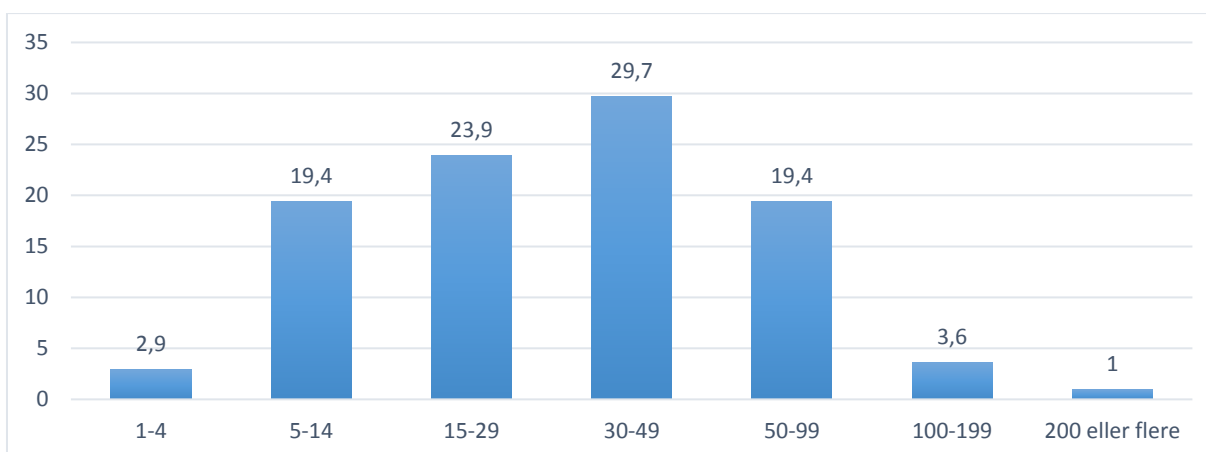
tillegg nevnes bofellesskap av forskjellig slag, fengsel, frisklivssentral, helsehus, forebyggende tjenester, lokalt medisinsk senter og helsekontor for asylsøkere. Flere har dessuten lederstilling i kommuneadministrasjonen enten innenfor pleie og omsorg eller innenfor helse- og sosialtjeneste, mens andre er ansvarlig for bestiller-/tildelingskontor, eller har stilling som kommunalsjef, rådmann eller er i rådmannsstab.



Figur 10 Hvor i den kommunale helse- og omsorgstjenesten arbeider du? Prosent. N=693

6.3 KONTROLLSPENN

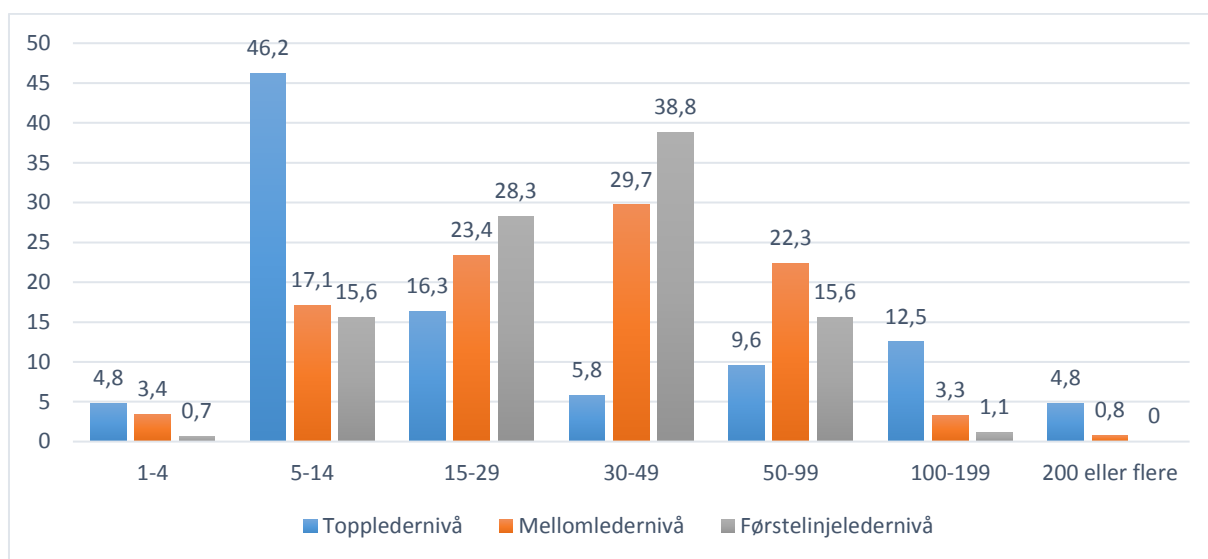
Lederne som har deltatt i studien, har ansvar for personell i varierende antall og med varierende bakgrunn. Vel 70 prosent har mindre enn 50 ansatte i staben, men svarkategorien 30-49 ansatte har flest avkryssninger med bortimot 30 prosent til sammen (figur 11). I underkant av tre prosent har mindre enn fem i sin stab, mens en noe mindre andel (én prosent) oppgir mer enn 200.



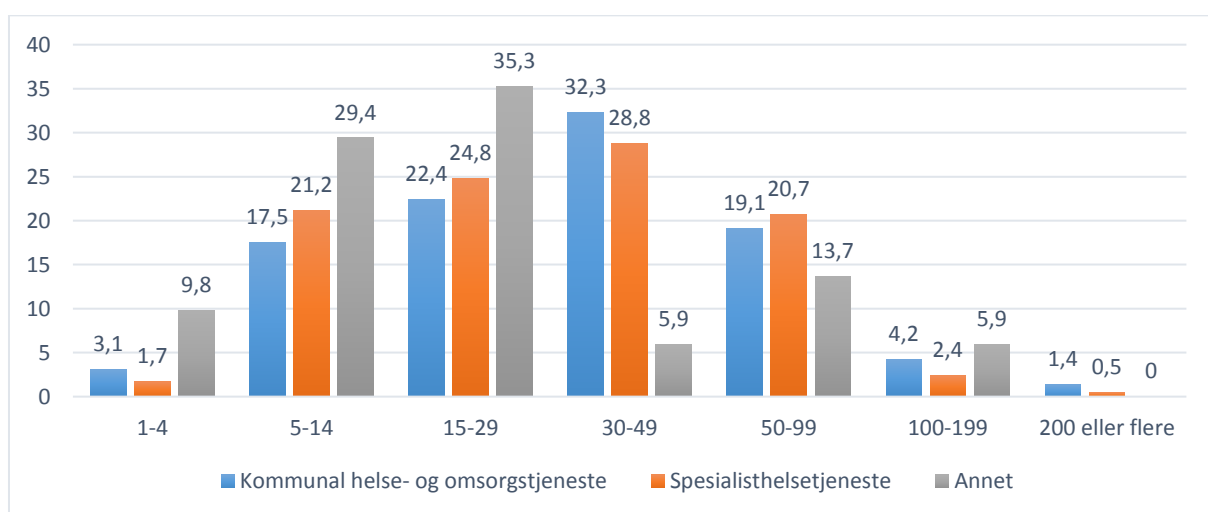
Figur 11 Omtrent hvor mange ansatte har du personalansvar for? Prosent. N=1121

Spørsmålet om størrelse på staben dreide seg spesifikt om hvor mange hver leder har personalansvar for. Det er imidlertid grunn til å anta at flere av dem som har oppgitt et høyt antall ansatte, spesielt topp- og mellomledere, kan ha tenkt antall ansatte innenfor deres ansvarsfelt i organisasjonen, i stedet for antall personer som de har direkte personalansvar for.

Størrelse på staben varierer etter nivå på lederstillingen. Godt og vel halvparten (56 prosent) av førstelinjelederne har personalansvar for mer enn 30 personer (figur 12), mens andelen innenfor samme lederkategori med ansvar for mer enn 50 ansatte, er på 17 prosent. Antall ansatte i staben varierer lite mellom ledere i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (figur 13).



Figur 12 Omtrent hvor mange ansatte har du personalansvar for? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1120



Figur 13 Omtrent hvor mange ansatte har du personalansvar for? Svar fordelt etter type tjeneste. Prosent. N=1120

For å få frem et gjennomsnittsmål for kontrollspenn, tok vi utgangspunkt i gjennomsnittlige tallverdier for antall ansatte og for antall årsverk i samme virksomhet/enhet/avdeling. På tvers av utvalget, finner vi at hver leder i gjennomsnitt har direkte personalansvar for 35,1 personer. Samtidig har lederne personalansvar for gjennomsnittlig 25,1 hele årsverk samlet sett (tabell 17). Forskjellen mellom antall årsverk og antall ansatte er lavere for toppledere enn for mellom- og førstelinjeledere, men kommentarer i et åpent svarfelt i spørreskjemaet kan tyde på at flere toppledere har oppgitt antall ansatte innenfor sitt ansvarsfelt i stedet for antall ansatte som den enkelte har personalansvar for.

Tabell 17 Gjennomsnittlig antall ansatte og årsverk, totalt og fordelt etter nivå på lederstillingen. N=259-1162

	Gjennomsnittlig antall ansatte	Gjennomsnittlig antall årsverk	Gjennomsnittlig antall ansatte per årsverk
Hele utvalget	35,1	25,1	1,4
<i>Toppleder</i>	33,1	28,7	1,2
<i>Mellomleder</i>	36,3	25,6	1,4
<i>Førstelinjeleder</i>	32,6	22,5	1,4

Tabell 18 Gjennomsnittlig antall ansatte og antall årsverk fordelt etter type tjeneste. N=406-1162

	Gjennomsnittlig antall ansatte	Gjennomsnittlig antall årsverk	Gjennomsnittlig antall ansatte per årsverk
Hele utvalget	35,1	25,1	1,4
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	36,7	24,6	1,5
<i>Spesialisthelsetjeneste</i>	33,8	26,3	1,3

En viss differanse kommer også til syne når vi ser på hvilke tjenestetyper lederne arbeider i (tabell 18). Om vi splitter opp utvalget ytterligere, finner vi at førstelinjeledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (rundt 100 personer til sammen), i gjennomsnitt har personalansvar for 30,6 stillinger og 17,9 årsverk (ikke vist i tabellen). Dette ledersegmentet har dermed 1,7 ansatte per årsverk, i gjennomsnitt.

Tabell 19 Omtrent hvor stor andel av personalet har 100 prosent stilling i avdelingen/enheten/virksomheten. Prosent og antall. N=1108

	Prosent	Antall
Samtlige	5,4	60
80 - 99 prosent	22,6	250
60 - 79 prosent	22,5	249
40 - 59 prosent	18,1	201
20 - 39 prosent	19,7	218
Under 20 prosent	11,7	130

I spørreskjemaet ble det også stilt spørsmål om hvor stor andel av de ansatte i hver leders stab som har heltidsstilling. En liten andel (fem prosent) oppga at alle hadde 100 prosent stilling (tabell 19). Omtrent like store andeler (vel to av ti) oppga mellom 80 og 99 prosent og mellom 60 og 79 prosent. Rundt halvparten har imidlertid oppgitt at mindre enn 60 prosent av de ansatte har full stilling, mens vel én av ti oppgir at mindre enn en femtedel av de ansatte har 100 prosent stilling.

6.4 KOMPETANSE I STABEN

Tabell 20 viser hvor stor andel av personalet innenfor hver type virksomhet som har hvilken type bakgrunn. I spørsmålsformuleringen var det tatt med følgende kategorier: sykepleiere, sykepleiere med videreutdanning, personell med tilsvarende utdanningsnivå som sykepleiere, personell med høyere utdanningsnivå enn sykepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere/barnepleiere, pleieassistenter og annet personell. Sett på bakgrunn av at en viss andel i dette utvalget ikke leder en sykepleietjeneste, er det kanskje slående at kun 15 prosent oppgir at de ikke har sykepleiere med en eller annen type videreutdanning i sin stab. I de virksomhetene som har sykepleiere med videreutdanning i staben, varierer imidlertid andelen. En liten andel (seks prosent) oppga at mer enn 80 prosent av personalet har videreutdanning i sykepleie, mens vel halvparten oppga at denne personalkategorien utgjør mindre enn 20 prosent av de ansatte. Andelen ansatte med sykepleierutdanning varierer også. Godt og vel halvparten leder en stab hvor andelen sykepleiere utgjør 40 prosent eller mindre, av samlet antall ansatte.

Tabell 20 Omtrent hvor stor andel av personalet som du leder, er Prosent. N=858-1039

	Ingen	0,1-10%	11-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
Sykepleiere	5,3	12,3	17,3	26,6	14,1	12,3	12,1
Sykepleiere med videreutdanning	15,2	34,4	18,2	11,5	8,0	6,8	6,0
Personell med tilsvarende utdanningsnivå som sykepleiere	47,9	26,8	9,8	9,0	3,4	1,9	1,2
Personell med høyere utdanningsnivå enn sykepleiere	61,2	20,0	8,0	5,4	2,5	0,8	2,1
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere/barnepleiere	14,2	19,0	13,4	16,6	24,9	10,1	1,8
Pleieassistenter	32,8	30,7	22,4	10,4	2,7	0,8	0,2
Annet personell	45,9	35,8	10,5	4,3	1,4	0,7	1,4

Om vi ser på svarfordelingen bare fra førstelinjeledere og knyttet til tjeneste, ser bildet, som er skissert over, litt annerledes ut. Bortimot 30 prosent av lederne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ingen sykepleiere med videreutdanning i sin stab, mens vel seks av ti oppga at sykepleiere med videreutdanning utgjør 20 prosent eller mindre av de ansatte (tabell 21). En liten andel ledere i kommunene har oppgitt at 60 prosent eller mer av staben er sykepleiere med videreutdanning. Det er grunn til å anta at de fleste av dem har ansvar for helsestasjonstjenesten og/eller skolehelsetjenesten hvor det er krav om videreutdanning (helsesøsterutdanning). I spesialisthelsetjenesten oppga fire av ti

ledere at andelen sykepleiere med videreutdanning utgjør mer enn 40 prosent av staben. Tabellen viser også at personell med sykepleierutdanning varierer i betydelig grad mellom tjenestetypene. For eksempel oppga fire av ti ledere i kommunene at sykepleiere utgjør 20 prosent eller mindre av de ansatte.

Tabell 21 Omtrent hvor stor andel av personalet som du leder, er sykepleiere og sykepleiere med videreutdanning. Svar for førstelinjeledere fordelt etter type tjeneste. Prosent. N=253-255

	Ingen	0,1-10%	11-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
Sykepleiere	6,7	9,9	16,6	23,7	10,7	15,0	17,4
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	7,3	14,5	25,5	38,2	10,9	1,8	1,8
<i>Spesialisthelsetjeneste</i>	6,3	6,3	9,8	12,6	10,5	25,2	29,4
Sykepleiere med videreutdanning	14,1	32,9	13,7	12,2	9,8	7,5	9,8
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	27,9	52,9	9,6	1,0	1,9	2,9	3,8
<i>Spesialisthelsetjeneste</i>	4,6	19,2	16,6	19,9	15,2	10,6	13,9

7 TILGJENGELIGE RESSURSSER OG VURDERINGER AV KVALITET PÅ TJENESTETILBUDET

Spørsmål som handler om tilgjengelige ressurser og om ressursituasjonens konsekvenser for den faglige kvaliteten i virksomheten, tar utgangspunkt i tilsvarende spørsmål fra studien i 2014 (Andrews og Gjertsen, 2014). I noen av spørsmålene med tematisk samme innhold, er imidlertid ordlyden justert noe. I 2014-studien ble det for eksempel spurt om den økonomiske rammen er tilstrekkelig for å sikre «høy kvalitet» i tjenesten, mens i 2017-undersøkelsen er formuleringen «høy kvalitet» erstattet med «god kvalitet». En tilsvarende justering er gjort i spørsmålet om bemanning. I 2014-undersøkelsen ble følgende påstand formulert: «det er nok personell til å sikre en faglig forsvarlig tjeneste». Sikre «faglig forsvarlig» tjeneste er nå erstattet med «god kvalitet» i tjenesten.⁵ Ledernes vurderinger av de aktuelle påstandene blir dermed ikke helt sammenliknbare i de to studiene.

Som i studien fra 2014, er spørsmål om ressursituasjonen innenfor hver enkelt virksomhet formulert som et sett av påstander som lederne ble bedt om å ta stilling til. Påstandene handler om forhold som kan ha betydning for kvalitet i tjenestetilbudet. Her er det tatt med både økonomiske og personellmessige forhold i tillegg til trekk ved organisasjonen som for eksempel grad av fleksibilitet.

Tabell 22 viser både hvordan lederne samlet sett har vurdert hver enkelt påstand og hva ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har gitt uttrykk for sammenliknet med ledere i spesialisthelsetjenesten. Det bildet som trer tydeligst frem av tabellen, er spriket i ledernes vurderinger av forhold som kan påvirke kvalitet i tjenesten, enten det gjelder økonomisk ramme eller bemanningens størrelse. For eksempel er andelen av utvalget som gir uttrykk for at den økonomiske rammen er tilstrekkelig til å sikre god kvalitet i tjenesten, omtrent like stor som andelen som gir uttrykk for det motsatte (46 prosent mot 42 prosent). Når det gjelder spørsmål om virksomheten har nok personell til å sikre god kvalitet, har halvparten svart at de er helt eller litt enig i det, mens litt i underkant av 40 prosent har svar at de er litt eller helt uenig. Ingen av disse svarfordelingene skiller mellom ledere i de to tjenestetypene.

Om forskjellen i utvalget er stor når det gjelder oppfatninger av den økonomiske rammens innvirkning på kvaliteten i tjenesten, er det litt mer enighet å spore i vurderinger av mulighet for fagutvikling blant personalet. Det vil si at seks av ti ledere ga uttrykk for at den økonomiske rammen ikke er tilstrekkelig til å dekke behovet for faglig utvikling, mens to av tre oppga at fagutvikling begrenses av tidsmessige rammer. Også i svar på disse spørsmålene er det lite som skiller mellom ledere etter tjenestetype. I vurderinger av personalets kvalifikasjoner og muligheten for å rekruttere kvalifiserte medarbeidere slår imidlertid tjenestetype ganske sterkt ut. I alt ga 65 prosent, samlet sett, uttrykk for at personalets kompetanse er tilfredsstillende, men ledere innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten oppga mer enn dobbelt så hyppig som ledere i spesialisthelsetjenesten, at de er litt eller helt uenig i

⁵ Endringene ble gjort etter ønske fra NSF.

dette (30 prosent mot 13 prosent). En betydelig andel av utvalget, godt og vel seks av ti samlet, ga uttrykk for at det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell. Nok en gang er forskjellen tydelig mellom ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og ledere i spesialisthelsetjenesten med 74 prosent mot 50 prosent som er helt eller litt enig.

Tabell 22 Hvor enig/uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Svar etter type tjeneste. Prosent. N=1057-1142

	Helt enig	Litt enig	Verken enig/uenig	Litt uenig	Helt uenig
Den økonomiske rammen er tilstrekkelig til å sikre god kvalitet i tjenesten	11,1	34,9	12,5	27,6	13,9
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	10,3	34,8	11,3	29,5	14,1
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	12,2	35,0	14,2	24,8	13,7
Det er nok personell til å sikre god kvalitet i tjenesten	14,7	35,7	11,4	28,3	9,9
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	13,6	36,1	12,0	28,1	10,1
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	16,4	35,2	10,4	28,5	9,5
Den økonomiske rammen er tilstrekkelig for å ivareta faglig utvikling blant personalet	6,1	23,0	10,6	34,3	26,0
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	6,7	22,3	11,9	32,6	26,5
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	5,3	24,0	8,7	36,9	25,1
Det er for lite tid til å ivareta faglig utvikling blant personalet	25,8	40,1	12,0	16,0	6,1
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	28,3	41,3	12,0	12,6	5,8
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	22,0	38,1	12,0	21,3	6,7
Personalet har tilfredsstillende kompetanse	18,5	46,8	11,4	19,6	3,7
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	12,5	46,2	11,0	25,3	5,1
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	27,8	47,8	12,0	10,9	1,6
Det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell	35,1	29,3	7,8	14,1	13,8
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	43,2	30,7	7,3	11,5	7,4
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	22,7	27,1	8,7	18,0	23,6
Ved sykefravær er det vanskelig å skaffe vikar/ekstravakt med samme kompetanse	48,0	33,3	6,7	7,7	4,3
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	52,6	32,0	6,6	6,1	2,7
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	40,8	35,2	7,0	10,3	6,8
Personell kan utnyttes på tvers av enheter/avdelinger	21,6	40,5	10	16,4	11,5
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	24,0	43,1	10,1	15,3	7,6
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	17,7	36,3	10,0	18,2	17,9
Det er tilstrekkelig fleksibilitet i min organisasjon til å ivareta brukere/pasientenes behov	22,0	47,7	15,0	12,3	3,0
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	21,8	49,8	14,1	11,3	2,9
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	22,2	44,4	16,3	13,8	3,2

Personellmessige utfordringer kommer videre til uttrykk i forbindelse med sykefravær. Vel åtte av ti ledere oppga at det er vanskelig å skaffe vikar/ekstravakt med samme kompetanse for å dekke opp for fravær i forbindelse med sykdom. Også her er utfordringen større i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten med 10 prosentpoengs differanse (86 prosent mot 76 prosent helt/litt enig). Grad av fleksibilitet i organisasjonen ser imidlertid ut til å være større i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. For eksempel oppga bortimot

syv av ti ledere i kommunene at personell kan utnyttes på tvers av enheter, mens vel halvparten av lederne i spesialisthelsetjenesten oppga det samme. Svar på et generelt spørsmål om fleksibiliteten i organisasjonen er tilstrekkelig til å ivareta brukere/pasienters behov, støtter opp under inntrykket av en slik forskjell mellom de to tjenestetypene, selv om en betydelig andel ledere innenfor begge tjenestene sa seg enig i at fleksibiliteten er tilstrekkelig (nesten syv av ti samlet sett).

Selv om en betydelig andel av lederne ga uttrykk for at knapphet på økonomi, mangel på personell og svakheter ved personalets kompetanse bidrar til å svekke muligheten til å sikre kvalitet i tjenesten, er det stor enighet om at pasient-/brukersikkerheten ivaretas på en god måte. Vel ni av ti ledere sier seg «helt enig» eller «litt enig» i påstanden om dette (tabell 23). Som vist i tabellen, er altså andelen ledere som antyder at pasient-/brukersikkerheten ikke ivaretas på en god måte, totalt sett lav (i underkant av fem prosent samlet sett). Likevel er andelen som ga uttrykk for dette, en del høyere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 23 Hvor enig/uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Prosent. N=1176

	Helt enig	Litt enig	Verken enig/uenig	Litt uenig	Helt uenig
Pasient-/brukersikkerheten ivaretas på en god måte	58,8	32,7	3,8	4,3	0,4
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	<i>54,5</i>	<i>35,6</i>	<i>3,6</i>	<i>5,8</i>	<i>0,4</i>
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	<i>58,8</i>	<i>32,7</i>	<i>3,8</i>	<i>4,3</i>	<i>0,4</i>

Om vi bare undersøker svar fra førstelinjeledere og skiller mellom dem som leder virksomhet med og uten døgkontinuerlig drift, finner vi til dels betydelige forskjeller i vurderinger av alle påstandene som handlet om ressursituasjonen (tabell 24). Størst sprik ser vi i vurderinger av bemanningsstørrelse, personalets kompetanse og muligheter for å rekruttere kvalifisert personell. For eksempel gir vel seks av ti førstelinjeledere med døgkontinuerlig drift uttrykk for at personalet har tilfredsstillende kompetanse, mens åtte av ti uten døgkontinuerlig drift uttrykker det samme. Videre uttrykker godt og vel seks av ti førstelinjeledere med ansvar for døgkontinuerlig drift at det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell, mens noe under halvparten av ledere i virksomhet uten døgkontinuerlig drift uttrykker det samme. Forskjellen mellom ledere innenfor disse to typene av virksomhet er også betydelig når det gjelder vurderinger av virksomhetens økonomiske ramme, og om den er tilstrekkelig til å sikre god kvalitet i tjenesten. Her ser vi at ledere i virksomhet uten døgkontinuerlig drift støtter påstanden i større grad enn ledere i en virksomhet med døgkontinuerlig drift. Når det gjelder å kunne utnytte personell på tvers av enheter/avdelinger, ser det imidlertid ut til å være litt større grad av fleksibilitet innenfor virksomhet med døgkontinuerlig drift enn i virksomhet uten 24-timersdrift.

Tabell 24 Hvor enig/uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet. Svarfordeling for førstelinjeledere i virksomhet med og uten døgnkontinuerlig drift. Prosent. N=293-319

	Helt enig	Litt enig	Verken enig/ Uenig	Litt uenig	Helt uenig
Den økonomiske rammen er tilstrekkelig til å sikre god kvalitet i tjenesten	10,1	32,7	14,5	28,6	14,2
<i>Døgnkontinuerlig drift</i>	10,8	28,9	12,5	31,9	15,9
<i>Ikke døgnkontinuerlig drift</i>	8,1	43,0	19,8	19,8	9,3
Det er nok personell til å sikre god kvalitet i tjenesten	15,0	31,0	10,3	32,3	11,3
<i>Døgnkontinuerlig drift</i>	14,7	28,4	12,1	31,9	12,9
<i>Ikke døgnkontinuerlig drift</i>	16,1	37,9	5,7	33,3	6,9
Den økonomiske rammen er tilstrekkelig til å ivareta faglig utvikling blant personalet	5,4	19,3	10,8	34,5	30,1
<i>Døgnkontinuerlig drift</i>	6,1	17,5	8,7	34,9	32,8
<i>Ikke døgnkontinuerlig drift</i>	3,4	24,1	16,1	33,3	23,0
Det er for lite tid til å ivareta den faglige utviklingen blant personalet	29,1	39,6	10,8	13,9	6,6
<i>Døgnkontinuerlig drift</i>	32,2	36,1	13,0	12,6	6,1
<i>Ikke døgnkontinuerlig drift</i>	20,9	48,8	4,7	17,4	8,1
Personalet har tilfredsstillende kompetanse	21,7	45,6	15,4	13,5	3,8
<i>Døgnkontinuerlig drift</i>	16,9	45,5	17,7	16,0	3,9
<i>Ikke døgnkontinuerlig drift</i>	34,5	46,0	9,2	6,9	3,4
Det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell	35,1	24,4	9,5	15,5	15,5
<i>Døgnkontinuerlig drift</i>	37,7	26,0	9,5	14,3	12,6
<i>Ikke døgnkontinuerlig drift</i>	28,2	20,0	9,4	18,8	23,5
Ved sykefravær er det vanskelig å skaffe vikar/ekstravakt med samme kompetanse	47,4	34,0	5,6	8,5	4,6
<i>Døgnkontinuerlig drift</i>	43,3	38,5	4,8	8,7	4,8
<i>Ikke døgnkontinuerlig drift</i>	60,0	20,0	8,0	8,0	4,0
Personell kan utnyttes på tvers av enheter/avdelinger	18,1	36,5	11,3	18,8	15,4
<i>Døgnkontinuerlig drift</i>	20,5	37,3	10,9	19,1	12,3
<i>Ikke døgnkontinuerlig drift</i>	11,0	34,2	12,3	17,8	24,7
Det er tilstrekkelig fleksibilitet i min organisasjon til å ivareta brukere/pasienters behov	20,6	42,9	16,5	17,1	2,9
<i>Døgnkontinuerlig drift</i>	18,5	44,0	15,9	18,5	3,0
<i>Ikke døgnkontinuerlig drift</i>	26,5	39,8	18,1	13,3	2,4

8 KONTROLL OVER RESSURSER OG MYNDIGHET I BESLUTNINGSPROSESSER

NSF er opptatt av at sykepleieledere må ha reell innflytelse i beslutningsprosesser og at styring over ressurser må stå i forhold til det ansvaret disse lederne har. Vi har derfor undersøkt hvilke beslutningsprosesser lederne er involvert i og har innflytelse over, og innenfor hvilke områder de selv mener at de har beslutningsmyndighet. Spørsmål om disse temaene ble stilt i form av et sett med påstander om noen typer avgjørelser som lederne ble bedt om å vurdere langs en skala fra «helt enig» til «helt uenig». Tabell 25 viser svarfordeling både for utvalget som helhet, og splittet opp etter type tjeneste.

Tabell 25 Hvor enig/uenig er du i følgende påstander knyttet til avdelingen/enheten/virksomhetens som du leder? Svar fordelt etter type tjeneste. Prosent. N=1043-1210

	Helt enig	Litt enig	Verken enig/uenig	Litt uenig	Helt uenig
Jeg har innflytelse på avgjørelser som angår virksomheten/organisasjonen som helhet	45,0	33,1	8,2	7,4	6,3
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	51,5	33,5	6,8	4,6	3,6
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	35,0	32,6	10,4	11,7	10,4
Jeg har innflytelse på avgjørelser som tas på overordnet nivå angående egen virksomhet	28,3	38,4	11,4	12,9	9,0
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	32,5	38,0	10,3	11,1	8,1
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	21,9	39,1	13,0	15,7	10,4
Jeg har innflytelse på avgjørelser som angår daglig drift	75,9	20,1	1,8	1,5	0,7
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	77,8	18,3	1,6	1,6	0,7
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	73,1	22,7	2,2	1,3	0,7
Jeg har mulighet til å påvirke budsjettrammen	14,5	30,2	11,3	17,2	26,8
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	16,1	31,3	11,5	15,6	25,5
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	12,0	28,7	11,1	19,6	28,7
Jeg har myndighet til å prioritere innenfor budsjettrammen	37,9	36,9	8,3	8,7	8,3
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	41,7	34,9	7,5	7,5	8,5
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	32,1	40,0	9,5	10,6	7,9
Jeg har myndighet til å tilpasse bemanning etter pasient-belegg/antall brukere	31,1	38,0	7,6	12,0	11,3
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	32,3	36,5	7,6	12,0	11,7
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	29,3	40,2	7,7	12,1	4,2
Jeg har myndighet til å justere inntaket av pasienter/brukere	10	22,8	8,2	12,8	46,3
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	9,2	17,7	8,0	11,6	53,4
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	11,1	30,4	8,4	14,6	35,6
Jeg har myndighet til å bestemme stillingsstørrelse ved nye utlysinger	27,3	34,1	10,5	11,2	16,9
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	22,9	36,1	10,3	12,6	18,1
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	34,1	31,1	10,8	9,0	15,0
Jeg har myndighet til å fastsette lønn ved tilsetting av nye medarbeidere	5,6	15,0	9,3	10,8	59,3
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	5,1	16,0	9,4	11,4	58,1
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	6,3	13,4	9,0	10,0	61,2

Vi ser av tabellen over at så godt som alle lederne oppga at de har innflytelse på avgjørelser som angår den daglige driften innenfor deres virksomhet. En betydelig andel har også innflytelse både på avgjørelser som angår hele organisasjonen og på avgjørelser som tas på overordnet nivå angående virksomheten som de selv leder. Innflytelse på beslutninger på overordnet plan varierer imidlertid mellom ledere i forskjellige typer tjenester. Godt og vel åtte av ti ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten sa seg helt eller litt enig i at de har innflytelse på avgjørelser som gjelder hele organisasjonen hvor de har sin lederstilling, mens i underkant av syv av ti ledere i spesialisthelsetjenesten oppga det samme. Forskjellen mellom ledere innenfor disse to tjenestene er noe mindre, men fortsatt betydelig, når det gjelder vurderinger av påstand om innflytelse på avgjørelser som tas på overordnet nivå om forhold som angår virksomheten som de selv leder. Her sa vel syv av ti ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten seg helt eller litt enig i at de har det, mot vel seks av ti ledere i spesialisthelsetjenesten.

Lederes styring over økonomiske ressurser og mulighet til å tilpasse virksomheten etter personellsituasjonen og omvendt, det vil si å tilpasse bemanningen etter pasient-/brukerbelegg, varierer også noe. Størst variasjon finnes i svar på spørsmål om ledere har mulighet til å påvirke budsjettrammen for virksomheten. Her er andelene av utvalget som gir uttrykk for at de har påvirkningsmulighet og andelene som gir uttrykk for at de har liten påvirkningsmulighet, omtrent like store (45/44 prosent). Også her ser det ut til at ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kommer noe mer gunstig ut enn ledere i spesialisthelsetjenesten. Når en budsjettramme er tildelt, gir imidlertid de aller fleste lederne (75 prosent) uttrykk for at de kan foreta egne prioriteringer, og igjen finner vi en liten forskjell mellom ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten i favør av ledere i den førstnevnte gruppen.

En betydelig andel av ledere som har deltatt i undersøkelsen, har mulighet til å justere både bemanning og pasient-/brukerbelegg innenfor rammen av virksomheten. Det er likevel først og fremst personellsituasjonen lederne har myndighet over, ved for eksempel å kunne tilpasse bemanningen etter pasient-/brukerbelegg. Når det gjelder inntak av pasienter/brukere, ser «frihetsgradene» ut til å være mer begrenset, og da særlig for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten hvor omtrent seks av ti har liten mulighet til det.

Også myndighet til å ta i bruk ulike virkemidler for å rekruttere personell, varierer, og er i tillegg noe begrenset, i alle fall når det gjelder bruk av økonomiske incentiver. Mulighet til å fastsette lønn ved tilsettinger er blant de områdene hvor lederne gir uttrykk for at de har minst grad av myndighet. Her er det likevel verdt å merke seg at en av fem ledere oppga at de kan fastsette lønn ved nyansettelser. Ledere som har deltatt i denne studien, har tydeligvis større grad av frihet til å bestemme stillingsstørrelse, enn lønn, i forbindelse med nyansettelser. Vel seks av ti, samlet sett, gir uttrykk for at dette hører med til deres myndighetsområde, men andelen er noe høyere blant ledere i spesialisthelsetjenesten enn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tabell 26 Hvor enig/uenig er du i følgende påstander knyttet til avdelingen/enheten/virksomhetens som du leder? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1042-1209

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad
Jeg har innflytelse på avgjørelser som angår virksomheten/organisasjonen som helhet	45,3	32,8	8,4	7,2	6,2
<i>Toppleder</i>	90,8	9,2	0	0	0
<i>Mellomleder</i>	45,9	34,8	8,7	5,7	4,9
<i>Førstelinjeleder</i>	27,0	36,8	11,0	13,5	11,6
Jeg har innflytelse på avgjørelser som tas på overordnet nivå angående virksomheten jeg leder	28,9	38,4	11,3	12,6	8,9
<i>Toppleder</i>	73,9	22,7	3,4	0	0
<i>Mellomleder</i>	28,2	40,5	11,7	11,0	8,6
<i>Førstelinjeleder</i>	13,6	39,1	13,2	21,1	12,9
Jeg har innflytelse på avgjørelser som angår den daglige driften i virksomheten jeg leder	75,9	20,1	1,9	1,4	0,7
<i>Toppleder</i>	88,9	8,5	2,6	0	0
<i>Mellomleder</i>	76,8	19,2	1,9	1,2	0,9
<i>Førstelinjeleder</i>	69,0	26,3	1,6	2,5	0,6
Jeg har mulighet til å påvirke budsjettammen i virksomheten jeg leder	15,1	30,2	11,5	16,6	26,6
<i>Toppleder</i>	47,0	30,8	7,7	6,8	7,7
<i>Mellomleder</i>	14,3	33,2	11,3	16,4	14,8
<i>Førstelinjeleder</i>	4,9	22,5	13,4	20,8	38,4
Jeg har myndighet til å gjøre prioriteringer innenfor budsjettammen i virksomheten jeg leder	38,4	36,7	8,1	8,5	8,3
<i>Toppleder</i>	79,5	16,2	0,9	1,4	1,7
<i>Mellomleder</i>	37,8	38,5	7,9	8,4	7,4
<i>Førstelinjeleder</i>	24,3	40,1	11,3	11,3	12,9
Jeg har myndighet til å tilpasse bemanning etter pasientbelegg/antall brukere	31,3	37,6	7,9	11,9	11,3
<i>Toppleder</i>	49,0	29,4	3,9	9,8	7,8
<i>Mellomleder</i>	31,4	38,2	7,5	12,2	10,7
<i>Førstelinjeleder</i>	25,0	38,8	10,2	11,8	14,1
Jeg har myndighet til å justere inntaket av pasienter/brukere	10,6	22,8	8,3	12,6	45,7
<i>Toppleder</i>	27,5	22,0	11,0	14,3	25,3
<i>Mellomleder</i>	9,6	23,2	8,2	11,4	47,7
<i>Førstelinjeleder</i>	7,4	22,3	7,8	14,9	47,5
Jeg har myndighet til å bestemme stillingsstørrelse ved utlysning av nye stillinger	27,7	33,9	10,6	10,8	17
<i>Toppleder</i>	55,0	27,0	4,5	8,1	5,4
<i>Mellomleder</i>	26,0	36,4	10,2	10,1	17,3
<i>Førstelinjeleder</i>	21,7	30,4	13,7	13,7	20,4
Jeg har myndighet til å fastsette lønn ved tilsetting av nye medarbeidere	6,4	15,8	9,1	10,6	58,1
<i>Toppleder</i>	26,8	41,1	10,7	7,1	14,3
<i>Mellomleder</i>	5,0	15,6	9,9	11,8	57,7
<i>Førstelinjeleder</i>	1,8	6,0	6,4	9,2	76,6

I analysen har vi også undersøkt hvordan grad av myndighet og innflytelse i beslutningsprosesser er fordelt etter nivå på lederstillingen. Tabell 26 viser denne fordelingen. Ikke uventet, kommer

toppledere relativt høyt ut i prosentvis skåre på alle spørsmålene om innflytelse i beslutningsprosesser, men alle har tydeligvis ikke full mulighet til å påvirke budsjettammen i virksomheten hvor de er leder eller gjøre egne prioriteringer innenfor budsjettammen. Det er imidlertid verdt å løfte frem at godt og vel seks av ti førstelinjeledere oppga at de har betydelig grad av innflytelse på avgjørelser som angår organisasjonen som helhet. En tilnærmet like stor andel av dem har myndighet til å gjøre prioriteringer innenfor budsjettammen og til å tilpasse bemanning etter pasientbelegg/antall brukere. Myndighet til å justere inntaket av pasienter/brukere varierer både mellom ledere på samme nivå og mellom nivåene.

Grad av myndighet i forbindelse med rekruttering av nye medarbeidere varierer også. Ledere på alle nivåene har i betydelig grad myndighet til å bestemme stillingsstørrelse ved utlysning av nye stillinger. Fordelingen varierer fra vel halvparten av førstelinjelederne til åtte av ti toppledere. Å bruke lønn som virkemiddel ved ansettelse av nye medarbeidere, er det først og fremst toppledere som i stor eller svært stor grad har myndighet til, med 68 prosent mot 21 prosent mellomledere og åtte prosent førstelinjeledere.

9 ARBEIDSOMFANG, ARBEIDSSTØTTE OG FAGLIG UTVIKLINGSMULIGHET

9.1 ARBEIDSOMFANG OG ANSVARSAVKLARING

Tabell 27 viser ledernes svar på spørsmål om ansvars- og myndighetsområdet knyttet til deres stilling er tydelig kommunisert. Svarfordelingen viser at de fleste lederne vet hva de har ansvar for og hvilke fullmakter de har. Rundt seks av ti har svart i svært stor eller stor grad på begge spørsmålene. Legger vi sammen dem som har svart «til en viss grad», «i liten grad» og «i svært liten grad», gir rundt 40 prosent uttrykk for at ansvars og myndighetsområdet ikke er godt nok avklart. På disse spørsmålene er det lite forskjell i svar fra ledere etter tjenestetype. Forskjellene er derimot betydelig om vi ser på fordeling av svar etter nivå på lederstillingen. Bortimot ni av ti toppledere ga uttrykk for at ansvarsområdet er tydelig kommunisert, mens seks av ti mellomledere og godt og vel halvparten av førstelinjef lederne har uttrykt det samme. Tilnærmet samme fordeling mellom ledernivåene, ser vi i svar på spørsmål om fullmakter knyttet til lederstillingen.

Tabell 27 I hvilken grad erfarer du følgende i din arbeidssituasjon? Svar totalt og fordelt etter tjenestetype og nivå på lederstillingen. Prosent N=1062-1205

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad
At ansvarsområdet for din lederstilling er tydelig kommunisert	19,3	41,5	26,9	7,5	4,7
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	19,7	40,4	27,0	8,0	4,9
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	18,8	43,0	26,9	6,8	4,4
At ansvarsområdet for din lederstilling er tydelig kommunisert	19,7	41,1	26,7	7,5	5,1
<i>Toppleder</i>	44,1	41,5	10,2	2,5	1,7
<i>Mellomleder</i>	17,7	41,4	28,0	6,6	6,3
<i>Førstelinjef leder</i>	15,4	40,1	29,8	11,3	3,4
At fullmakter knyttet til din lederstilling er tydelig kommunisert	20,4	38	27,9	9,5	4,1
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	20,6	38,1	26,0	11,0	3,6
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	20,2	37,8	29,9	7,2	4,9
At fullmakter knyttet til din lederstilling er tydelig kommunisert	21,1	37,6	27,5	9,4	4,4
<i>Toppleder</i>	47,5	38,1	11,0	2,5	0,8
<i>Mellomleder</i>	19,5	38,3	27,9	9,4	4,8
<i>Førstelinjef leder</i>	14,9	35,9	32,7	11,7	4,8

Arbeidsbelastningen knyttet til lederstillingen varierer åpenbart i omfang, både etter tjenestetype og etter nivå på lederstillingen. På et spørsmål om lederne opplever at det er mulig å utføre lederoppgavene innenfor stillingsrammen, svarer godt og vel fire av ti samlet sett «i svært stor grad» eller «i stor grad» (tabell 28). Svarkategorien «til en viss grad» har imidlertid fått flest avkryssinger (42 prosent), mens nesten 15 prosent enten har svart «i liten grad» eller «i svært liten grad». I alt oppgir halvparten av lederne i spesialisthelsetjenesten at de «i stor grad» eller «i svært stor grad» utfører

lederoppgavene innenfor stillingsrammen. Det samme gjør 40 prosent av ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tabell 28 I hvilken grad opplever du at det er mulig å utføre dine lederoppgaver innenfor stillingsrammen? Svar fordelt etter type tjeneste og nivå på lederstillingen. Prosent. N=1150-1211

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad
Alle	8,4	35,7	42,3	9,0	4,5
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	7,1	32,9	45	9,8	5,3
<i>Spesialisthelsetjeneste</i>	10,5	39,9	38,4	7,9	3,3
Alle ledernivå	8,9	36,0	41,5	9,0	4,6
<i>Toppleder</i>	20,2	37,0	34,5	5,0	3,4
<i>Mellomleder</i>	8,2	36,7	41,1	9,5	4,7
<i>Førstelinjeleder</i>	6,6	34,1	45,0	9,4	5,0

Nivå på lederstillingen gir også utslag i svarfordelingen på dette spørsmålet (tabell 28). En betydelig høyere andel toppledere har svart at de «i svært stor grad» eller «i stor grad» kan utføre lederoppgavene innenfor stillingsrammen sammenliknet med ledere på de to nivåene under dem (bortimot 60 prosent mot 45 prosent mellomledere og 41 prosent førstelinjeledere).

9.2 STØTTE OG FORSTÅELSE FRA EGNE LEDERE

Lederne ble også spurt om de får god faglig oppfølging fra sin nærmeste leder og om ledere på nivåer over dem viser forståelse for den virksomheten de leder. Svarfordelingen i tabell 29 tyder på at egne ledere i større grad viser at de har forståelse for virksomheten som utøves enn at de bidrar med god faglig oppfølging (55 prosent mot 32 prosent i stor/svært stor grad). Rundt en tredjedel har valgt «til en viss grad» som svar på begge spørsmålene.

Tabell 29 I hvilken grad erfarer du følgende i din arbeidssituasjon. Svar fordelt etter type tjeneste og nivå på lederstillingen. Prosent. N=1062-1205

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad
At du får god faglig oppfølging fra nærmeste leder	9,4	22,2	32,8	20,0	15,6
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	9,6	20,3	34,5	20,1	15,5
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	9,5	25,0	30,4	19,9	15,6
At du får god faglig oppfølging fra din nærmeste leder	9,7	21,9	33,2	19,6	15,6
<i>Toppleder</i>	10,7	22,3	35,9	21,4	9,7
<i>Mellomleder</i>	9,5	21,3	33,0	19,1	17,2
<i>Førstelinjeleder</i>	9,8	23,3	32,8	20,5	13,6
At dine ledere viser forståelse for den virksomheten som du leder	16,9	38,4	32,0	8,6	4,2
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	16,5	40,1	30,2	8,6	4,5
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	17,4	35,8	34,7	8,5	3,6
At dine ledere viser forståelse for den virksomheten du leder	17,5	38,2	31,7	8,4	4,2
<i>Toppleder</i>	28,1	48,2	18,4	4,4	0,9
<i>Mellomleder</i>	16,9	36,2	33,2	8,4	5,4
<i>Førstelinjeleder</i>	15,3	39,5	32,8	9,9	2,5

Svarfordelingen i tabell 29 skiller noe mellom ledere etter tjenestetype. Det vil si at andelen som oppgir at de får god faglig oppfølging fra sin nærmeste leder, er litt høyere blant ledere i spesialisthelsetjenesten enn i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Forskjellen etter tjenestetype er imidlertid motsatt når det gjelder svar på spørsmål om egne ledere viser forståelse for virksomheten. Da er andelen som har svart i svært stor eller i stor grad høyere blant ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. I svar på de samme spørsmålene fordelt etter nivå på lederstillingen, finner vi liten eller ingen forskjell mellom ledernivåene når det gjelder faglig oppfølging, men topplederne erfarer i større grad enn lederne på nivåene under dem, at deres egne ledere viser forståelse for virksomheten som de leder (vel 75 prosent mot vel halvparten).

I det åpne svarfeltet i spørreskjemaet er det flere som kommenterer at øverste ledelse ikke alltid viser tilstrekkelig forståelse for det som foregår på pasientnært nivå. En leder formulerer dette på følgende måte:

Det er spennende og interessant å være seksjonsleder, men samtidig belastende å måtte kjempe så mye for å ha tilfredsstillende økonomiske rammer for å sikre nok bemanning, kompetanseutvikling og nok merkantile ressurser. Jeg skulle ønske det var større forståelse på høyeste nivå for hvor krevende og uforutsigbart det er å ta vare på syke mennesker.

9.3 ADMINISTRATIV STØTTE OG ROM FOR FAGLIG UTVIKLING

Får lederne tilstrekkelig bistand til sentrale administrative oppgaver? I denne undersøkelsen ble det spesielt lagt vekt på spørsmål om støtte i budsjettarbeid og tilgang til merkantile støttefunksjoner i alminnelighet (tabell 30).

Tabell 30 I hvilken grad erfarer du følgende i din arbeidssituasjon? Prosent. N=1011-1181

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad
At du får tilstrekkelig bistand i budsjettarbeid	8,3	28,7	38,5	14,9	9,6
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	8,8	28,4	37,4	14,9	10,6
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	7,6	29,1	40,1	15	8,1
At du får tilstrekkelig bistand i budsjettarbeid	8,4	29,4	37,7	15,2	9,4
<i>Toppleder</i>	15,9	38,9	29,2	8,8	7,1
<i>Mellomleder</i>	8,2	28,2	38,5	15,7	9,5
<i>Førstelinjeleder</i>	5,5	28,5	39,1	16,6	10,3
At du har tilstrekkelig tilgang til merkantile støttefunksjoner	3,6	17,6	41,4	19,3	18,0
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	4,0	17,8	41,4	19,8	17,0
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	2,9	17,3	41,4	18,7	19,6
At du har tilstrekkelig tilgang til merkantile støttefunksjoner	3,7	17,9	41,2	19,4	17,9
<i>Toppleder</i>	5,2	25,2	41,7	16,5	11,3
<i>Mellomleder</i>	4,0	16,9	40,4	19,4	19,4
<i>Førstelinjeleder</i>	2,6	17,5	42,9	20,5	16,6

Tabell 30 viser at i underkant av 40 prosent svarer at de i stor eller svært stor grad får tilstrekkelig bistand i budsjettarbeid, mens litt i overkant av 20 prosent gir uttrykk for at de har tilstrekkelig tilgang til merkantile støttefunksjoner. Rundt 40 prosent har svart «til en viss grad» på begge spørsmålene. Forskjell i svar etter tjenestetype, er liten. Svar etter ledernivå varierer derimot relativt betydelig, selv om den prosentvise skåren ikke er spesielt høy for kategoriene i svært stor grad og i stor grad for noen av spørsmålene. Noe over halvparten av topplederne oppga at de får tilstrekkelig bistand i budsjettarbeid mot rundt 35 prosent av mellom- og førstelinjeledere. Knappt 30 prosent av topplederne gir uttrykk for at de får tilstrekkelig tilgang til merkantile støttefunksjoner. Det samme gjør 20 prosent av mellom- og førstelinjeledere.

Lederne fikk også spørsmål om de får tilstrekkelig tid til egen fagutvikling. På dette spørsmålet er det bare 13 prosent som svarer i stor eller svært stor grad (tabell 31). Verken type tjeneste eller ledernivå gir utslag i forskjeller av betydning. Her er det mer verdt å legge merke til at både topp og mellomledere på lik linje med førstelinjeledere, har problemer med å få tid til å utvikle seg faglig.

Tabell 31 I hvilken grad erfarer du følgende i din arbeidssituasjon? At du får tilstrekkelig tid til egen fagutvikling? Svar fordelt etter type tjeneste og nivå på lederstillingen. Prosent. N=1143-1205

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad
Alle	2,8	10,5	32,9	31,0	22,8
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	2,7	9,5	32,1	33,1	22,5
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	2,9	12,0	34,1	27,7	23,3
Alle ledernivå	3,0	10,7	33,1	30,5	22,7
<i>Toppleder</i>	5,1	13,7	40,2	28,2	12,8
<i>Mellomleder</i>	2,7	10,4	32,8	31,6	22,5
<i>Førstelinjeleder</i>	2,8	10,3	31,3	28,5	27,0

10 INNENFOR HVILKE OMRÅDER SER LEDERE BEHOV FOR ENDRINGER?

I spørreskjemaet handlet ett sett med spørsmål om hvilke endringer ledere ser behov innenfor egen virksomhet, mens ett annet spørsmålssett handlet om potensielle behov for endringer i deres egen kompetanse. Spørsmål om endringer innenfor virksomheten var avgrenset til forhold som gjelder personalets kompetanse, bemanningssituasjonen, personalsammensetning, og merkantile støttefunksjoner. Mulige behov for endringer i egen kompetanse ble kartlagt via spørsmål som var avgrenset til ansvarsområdet for lederstillingen, det vil si økonomiansvar, personalansvar og fagansvar. For begge spørsmålskategoriene ble det valgt en femdelt svarskala med «i svært stor grad» og «i svært liten grad» som ytterpunkter. Ledernes vurderinger av aspektene som ble tatt med i spørsmålsbatteriene, presenteres i punkt 10.1 og 10.2 nedenfor. Svarfordelingene er splittet opp både etter type tjeneste og etter nivå på lederstillingen.

10.1 ENDRINGER INNENFOR VIRKSOMHETEN

Tabell 32 viser svar på spørsmålene om behov for endringer innenfor virksomheten. Her er det tatt med aspekter som «høyere kompetanse blant personalet», «flere ansatte», «høyere andel heltidsstillinger», «høyere andel deltidsstillinger», «mer omfattende merkantile støttetjenester/-funksjoner», og «mer omfattende teknologibaserte støttefunksjoner (til ledelsesoppgaver)».

Tabell 32 I hvilken grad mener du at det er behov for følgende endringer innenfor virksomheten som du leder? Prosent. N=796-1106

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad
Høyere kompetanse blant personalet	16,1	28,1	45,0	7,5	3,3
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	19,5	31,1	43,3	4,7	1,3
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	10,7	23,5	47,7	11,9	6,3
Flere ansatte	20,0	21,1	38,1	16,3	4,6
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	21,7	22,2	35,6	16,7	3,8
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	17,1	19,3	42,0	15,7	5,8
Høyere andel heltidsstillinger	16,8	22,8	34,8	17,7	7,9
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	19,9	26,9	35,4	13,4	4,3
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	11,4	15,9	33,9	24,9	14,0
Høyere andel deltidsstillinger	2,1	5,4	17,6	29,4	45,5
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	1,6	4,9	17,1	30,5	45,8
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	3,0	6,2	18,4	27,5	44,9
Mer omfattende merkantile støttefunksjoner	16,7	22,0	36,8	15,4	9,1
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	17,3	21,3	37,8	15,3	8,3
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	15,6	23,2	35,2	15,6	10,3
Mer omfattende teknologibaserte støttefunksjoner (til ledelsesoppgaver)	11,4	23,3	42,3	16,0	7,0
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	12,4	24,8	42,2	15,2	5,4
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	10,0	20,9	42,4	17,2	9,5

Av de aspektene som var inkludert i spørreskjemaet, er det tydeligvis høyere kompetanse blant personalet som står øverst på lederens ønskeliste, og da særlig blant ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (tabell 32). Når vi slår sammen svarkategoriene «til en viss grad», «i stor grad» og «i svært stor grad», ser vi at godt og vel ni av ti ledere i denne typen tjeneste oppga at det er behov for høyere kompetanse blant personalet. Vel åtte av ti ledere i spesialisthelsetjenesten oppga det samme. Både ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten (rundt åtte av ti) ønsker seg flere ansatte. Flere heltidsstillinger er imidlertid i størst grad ønsket av ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og av vel åtte av ti om vi slår sammen svarkategoriene «til en viss grad», «i stor grad» og «i svært stor grad». Bortimot halvparten av dem ønsker seg dette enten i stor eller svært stor grad. Tabell 32 viser også at én av fire ledere samlet, og med en litt høyere andel i spesialisthelsetjenesten enn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ønsker seg flere deltidsstillinger. Svar på spørsmålet om behov for mer administrativ støtte tyder på at det jevnt over er en underdekning på dette området i og med at til sammen vel syv av ti ledere har valgt enten «til en viss grad», «i stor grad» og «i svært stor grad» som svarkategori både på spørsmål om de har behov for mer merkantile støttefunksjoner og mer teknologibaserte støttefunksjoner.

I tabell 33 har vi undersøkt mulige forskjeller mellom ledere i virksomheter med og uten døgkontinuerlig drift. Her har vi bare tatt med svar for førstelinjeledere. Forskjellene er størst når det gjelder ønske om høyere kompetanse blant personalet og om mer merkantile støttefunksjoner, inkludert teknologibaserte støttefunksjoner.

Tabell 33 I hvilken grad mener du at det er behov for følgende endringer innenfor virksomheten som du leder? Svar for førstelinjeledere fordelt etter virksomheten med og uten døgkontinuerlig drift. N=232-307

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad
Høyere kompetanse blant personalet	14,7	25,1	46,9	9,4	3,9
<i>Døgkontinuerlig drift</i>	15,9	27,8	48,0	6,6	1,8
<i>Ikke døgkontinuerlig drift</i>	11,3	17,5	43,8	17,5	10,0
Flere ansatte	24,5	22,8	33,2	13,8	5,7
<i>Døgkontinuerlig drift</i>	25,6	24,2	29,7	14,2	6,4
<i>Ikke døgkontinuerlig drift</i>	21,5	19,0	43,0	12,7	3,8
Høyere andel heltidsstillinger	15,4	18,9	36,0	18,2	11,5
<i>Døgkontinuerlig drift</i>	15,5	19,7	35,7	17,8	11,3
<i>Ikke døgkontinuerlig drift</i>	15,1	16,4	37,0	19,2	12,3
Høyere andel deltidsstillinger	2,6	5,2	18,5	23,7	50,0
<i>Døgkontinuerlig drift</i>	3,3	4,9	20,8	24,6	46,4
<i>Ikke døgkontinuerlig drift</i>	0	6,1	10,2	20,4	63,3
Mer omfattende merkantile støttetjenester/-funksjoner	14,7	25,1	46,9	9,4	3,9
<i>Døgkontinuerlig drift</i>	15,9	27,8	48,0	6,6	1,8
<i>Ikke døgkontinuerlig drift</i>	11,3	17,5	43,8	17,5	10,0
Mer omfattende teknologibaserte støttefunksjoner	10,8	22,7	40,4	17,3	8,7
<i>Døgkontinuerlig drift</i>	12,4	26,8	36,4	16,3	8,1
<i>Ikke døgkontinuerlig drift</i>	5,9	10,3	52,9	20,6	10,3

I tabellen over går det videre frem at halvparten av førstelinjelederne med ansvar for døgnkontinuerlig drift i stor, eller svært stor grad ønsker seg flere ansatte, mens 35 prosent ønsker seg flere heltidsstillinger.

Problemer med for lav bemanning kommenteres blant annet på følgende måte i et åpent felt i spørreskjemaet:

Det er for lav grunnbemanning på det stedet jeg jobber ... i forhold til alt vi skal dokumentere, ta oss av pårørende, følge pasienter til kontroller i timevis på grunn av treg transport. Vi får daglig nye oppgaver, men ikke mer bemanning. Personalet blir tatt ut av avdelinger for møter og opplæring uten at vi kan leie inn noen. Vi skal ikke ta inn ved sykefravær de første 16 dagene. Personalet sitter over på hver vakt for å få dokumentert og ordnet alt. Når det tas opp med ledelsen, blir det bråk, mer penger finnes ikke, og de gir beskjed om at det ikke er et tema å ta opp. Etter 31 år har det blitt helt jævlig å jobbe i [navn på kommune], heldigvis kan jeg snart gå av med pensjon. Er vi sykemeldte må vi komme på jobb likevel og vi blir innkalt hver uke til samtale.

En annen kommenterer behovet for høyere kompetanse blant personalet:

Hadde jeg hatt høyere andel faglærte (og da spesielt sykepleiere) på jobb, så hadde jeg ikke nødvendigvis trengt høyere antall mennesker. Det snakkes mye om flere hender, men jeg må ærlig talt si at det er flere hoder vi trenger, gode hoder med kunnskap, lærevillighet, forståelse, evne til refleksjon og ikke minst endringsvilje.

Også behovet for mer merkantile støttefunksjoner kommenteres av flere, og en sier det slik:

Det er interessant å være leder, men det utvikler seg mer og mer til kun å administrere tjenesten og faget blir lidende for dette. Mellomlederne fratas stadig støttefunksjoner fordi det skal spares i administrasjonen og flere oppgaver blir pålagt uten at det blir tilført ressurser. Det gjelder selvfølgelig å jobbe "smart", men timene strekker ikke til. For at man skal kunne utføre arbeidet godt nok og tilfredsstillende for tjenesten kreves det stadig overtid. Derfor har jeg svart «vet ikke» på spørsmålet om jeg fortsatt er leder om 5 år.

10.2 ENDRINGER I EGEN KOMPETANSE

Spørsmål knyttet til ledernes behov for å øke egen kompetanse, dreide seg om økonomistyring og budsjettarbeid, personalledelse, faglig ledelse og organisasjonsutvikling. Svarfordelingen i tabell 34 tyder på at lederne vurderer sin egen kompetanse som relativt god innenfor alle de nevnte områdene. Rundt halvparten har krysset av for kategorien «til en viss grad», mens mellom to av ti og tre av ti har valgt svarkategoriene i liten eller svært liten grad. Rundt tre av ti gir imidlertid uttrykk for at de i stor eller svært stor grad har behov for mer kompetanse innenfor økonomistyring/budsjettarbeid og

organisasjonsutvikling. Innenfor begge disse to områdene er lederandelen som ønsker mer kompetanse, en liten tanke høyere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 34 I hvilken grad har du behov for mer kompetanse innenfor følgende oppgaver? Prosent. N=1104-1127

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad
Økonomistyring/budsjettarbeid	9,2	21,1	46,4	14,9	8,4
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	9,8	22,5	44,9	15,2	7,6
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	8,3	18,9	48,7	14,3	9,7
Personalledelse	3,7	14,9	52,2	21,5	7,7
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	4,0	15,8	56,2	17,9	6,1
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	3,4	13,4	45,9	27,3	10,0
Faglig ledelse	3,2	13,7	54,7	20,7	7,8
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	3,5	13,8	56,2	19,6	6,9
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	2,7	13,5	52,3	22,3	9,2
Organisasjonsutvikling	5,3	23,8	51,7	12,8	6,3
<i>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</i>	6,8	26,9	50,4	10,6	5,4
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	3,2	19,0	53,8	16,3	7,7

Svarene på spørsmål om behov for økning i kompetanse etter nivå på lederstillingen i tabell 35, viser at det jevnt over er små forskjeller mellom mellomledere og førstelinjeledere, og at toppledere i litt mindre grad enn de to andre ledernivåene gir uttrykk for at de har behov for mer kompetanse i økonomistyring, budsjettarbeid, personalledelse og faglig ledelse. Svarfordelingen er relativt lik når det gjelder spørsmål om kompetansebehov innenfor organisasjonsutvikling.

Tabell 35 I hvilken grad har du behov for mer kompetanse innenfor følgende oppgaver? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1161-1187

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad
Økonomistyring eller budsjettarbeid	9,3	21,4	45,7	15,2	8,3
<i>Toppleder</i>	4,4	14,9	43,0	27,2	10,5
<i>Mellomleder</i>	9,1	22,6	45,5	14,6	8,3
<i>Førstelinjeleder</i>	11,7	21,1	47,5	12,4	7,4
Personalledelse	3,9	14,8	52,1	21,5	7,7
<i>Toppleder</i>	2,7	9,0	54,1	27,0	7,2
<i>Mellomleder</i>	3,8	13,9	52,9	20,3	9,0
<i>Førstelinjeleder</i>	4,5	18,9	49,4	22,4	4,8
Faglig ledelse	3,6	13,5	54,6	20,6	8,1
<i>Toppleder</i>	0,9	7,8	58,6	21,6	11,2
<i>Mellomleder</i>	2,6	14,4	54,0	21,3	7,7
<i>Førstelinjeleder</i>	5,7	13,3	54,6	18,4	7,9
Organisasjonsutvikling	5,6	23,6	51,5	13,0	6,3
<i>Toppleder</i>	5,2	24,3	51,3	10,4	8,7
<i>Mellomleder</i>	5,7	23,9	50,1	13,8	6,5
<i>Førstelinjeleder</i>	5,4	22,6	54,8	12,1	5,1

Tabell 36 I hvilken grad har du behov for mer kompetanse innenfor følgende oppgaver? Svar fordelt etter andel med og uten formell lederutdanning. Prosent. N=1138-1162

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad
Økonomistyring/budsjettarbeid	9,3	21,6	45,7	15,0	8,3
<i>Tilsvarende et års fulltidsstudium</i>	6,2	16,8	48,0	17,1	11,9
<i>Tilsvarende mindre enn et års fulltidsstudium</i>	9,7	28,1	45,9	13,0	3,2
<i>Under lederutdanning</i>	22,6	22,6	45,3	9,4	0
<i>Ingen lederutdanning</i>	14,3	29,0	39,7	12,3	4,8
Personalledelse	3,9	14,7	52,2	21,5	7,7
<i>Tilsvarende et års fulltidsstudium</i>	1,9	7,9	49,8	28,7	11,8
<i>Tilsvarende mindre enn et års fulltidsstudium</i>	3,2	17,5	60,8	14,3	4,2
<i>Under lederutdanning</i>	5,6	31,5	53,7	7,4	1,9
<i>Ingen lederutdanning</i>	9,1	25,8	51,5	12,1	1,5
Faglig ledelse	3,4	13,3	54,7	20,6	8,0
<i>Tilsvarende et års fulltidsstudium</i>	1,8	10,1	53,6	23,9	10,6
<i>Tilsvarende mindre enn et års fulltidsstudium</i>	1,1	15,4	60,1	17,6	5,9
<i>Under lederutdanning</i>	1,9	13,0	61,1	22,2	1,9
<i>Ingen lederutdanning</i>	9,0	19,9	52,4	14,2	4,5
Organisasjonsutvikling	5,6	23,4	51,7	12,9	6,4
<i>Tilsvarende et års fulltidsstudium</i>	4,5	15,7	53,4	16,8	9,6
<i>Tilsvarende mindre enn et års fulltidsstudium</i>	6,3	28,4	54,2	8,9	2,1
<i>Under lederutdanning</i>	9,3	40,7	38,9	9,3	1,9
<i>Ingen lederutdanning</i>	7,1	35,0	48,5	6,8	2,6

Andelen ledere som i størst grad uttrykker at de har behov for mer kompetanse innenfor noen av de oppgitte områdene, er først og fremst i gruppen av ledere som ikke har lederutdanning eller som er under lederutdanning (tabell 36).

11 KARRIEREPLANER

Ønsker ledere å fortsette i stilling som leder? I spørreskjemaet ble spørsmål om dette formulert på følgende måte: Hvilke fremtidsplaner har du med tanke på arbeid som leder? (Tenk inntil 5 år frem i tid). Det ble valgt seks svarkategorier: «Jeg ønsker å arbeide som leder på samme nivå som i dag», «Jeg ønsker å arbeide som leder på høyere nivå enn i dag», «Jeg ønsker å arbeide som leder på lavere nivå enn i dag», «Jeg ønsker ikke å være leder», «Vet ikke», og «Ikke aktuelt». I analysen har vi sett både på samlet svarfordeling og splittet opp svar etter nivå på lederstillingen. I tillegg har vi sett på forskjeller i svar etter ledernes alder.

Syv av ti ønsker å fortsette som leder enten på samme nivå som i dag, eller på annet nivå (tabell 37). Nesten én av ti ønsker ikke å være leder, mens to av ti er usikker eller har valgt svaralternativet «ikke aktuelt». Samlet svarfordeling i tabell 37 viser at i underkant av halvparten ønsker å fortsette som leder på samme nivå som i dag, men her er det betydelig forskjell i svar etter nivå på lederstillingen. Mens godt og vel seks av ti toppledere gir uttrykk for at de ønsker å fortsette i lederstilling på samme nivå som i dag, gir noe i underkant av halvparten av mellomledere og førstelinjeledere uttrykk for det samme. Omtrent dobbelt så mange mellom- og førstelinjeledere som toppledere ønsker å arbeide som leder på høyere nivå enn i dag (22 prosent mot 11 prosent). Blant dem som ikke ønsker å arbeide som leder eller er usikker, er andelen høyest blant førstelinjeledere (i underkant av 30 prosent samlet).

Tabell 37 Hvilke fremtidsplaner har du med tanke på arbeid som leder? (Tenk inntil 5 år frem i tid). Svar totalt og fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent N=1205

	Alle	Toppleder	Mellom- leder	Førstelinje- leder
Jeg ønsker å arbeide som leder på samme nivå som i dag	48,8	64,4	47,7	45,6
Jeg ønsker å arbeide som leder på høyere nivå enn i dag	20,4	11,0	21,3	21,7
Jeg ønsker å arbeide som leder på lavere nivå enn i dag	1,2	1,7	1,4	0,6
Jeg ønsker ikke å være leder	9,2	6,8	9,2	10,1
Vet ikke	15,7	11,9	15,6	17,3
Ikke aktuelt	4,6	4,2	4,7	4,7

Ser vi på svarfordelingen på dette spørsmålet etter ledernes alder, finner vi at andelen som har valgt svarkategorien «ikke aktuelt» først og fremst er ledere i alderskategorien 60 år eller eldre (tabell 38). Det er derfor grunn til å anta at de ikke vil fortsette som leder fordi de planlegger å pensjonere seg. Dette kommer også frem i flere bemerkninger i det åpne kommentarfeltet i spørreskjemaet. Det er kanskje verdt å bemerke at nesten seks av ti ledere i den eldste alderskategorien ønsker å fortsette i stilling som leder. Tabellen viser også at rundt én tredjedel av dem mellom 30 og 49 år kan tenke seg avansement oppover i lederhierarkiet, mens en noe lavere andel under 30 år ønsker det samme. Ledere som gir uttrykk for at de er usikker på om de vil fortsette i lederstilling, fordeler seg relativt

jevnt mellom alderskategoriene, men med lavest andel blant dem i kategorien 60 år eller over. Vel én av ti i aldersgruppen 40-49 år og 60 år eller eldre ønsker seg ut av stillingen som leder.

Tabell 38 Hvilke fremtidsplaner har du med tanke på arbeid som leder? (Tenk inntil 5 år frem i tid). Svar fordelt etter alder, gruppert. Prosent N=1149

	25-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60 år eller eldre
Jeg ønsker å arbeide som leder på samme nivå som i dag	42,9	35,7	40,9	54,6	57,2
Jeg ønsker å arbeide som leder på høyere nivå enn i dag	28,6	36,3	31,1	14,7	1,5
Jeg ønsker å arbeide som leder på lavere nivå enn i dag	0	1,3	0,9	2,0	0
Jeg ønsker ikke å være leder	7,1	7,0	11,6	7,7	11,3
Vet ikke	21,4	19,1	15,2	19,5	6,7
Ikke aktuelt	0	0,6	0,3	1,5	23,2

12 OPPSUMMERING OG DISKUSJON AV HOVEDFUNN

I denne studien har vi rettet søkelyset mot vilkår for ledelse av sykepleietjenester. Studien er gjennomført som en spørreskjemaundersøkelse i juni 2017. Alle deltakerne er medlemmer av NSF. Studien er konsentrert om noen forhold som kan ha betydning for kvalitet i tjenestetilbudet, som økonomisk ramme, antall ansatte, ansattes kompetanse, stillingsstørrelser, muligheter for faglig utvikling og rekruttering av kvalifisert personell. I tillegg har vi sett på ledernes egen kompetanse og kompetansebehov, deres ansvar og myndighet, arbeidsomfang, faglig støtte og utviklingsmuligheter, hvilke endringer de ser behov for, og deres planer for fremtiden som leder. Deltakerne i studien er ledere i forskjellige typer virksomheter og de har ulike ansvarsområder. Slike forskjeller vil høyst sannsynlig manifestere seg i erfaringer og vurderinger som kommer til uttrykk. I rapporten har vi løftet frem noe av denne variasjonen ved å se på mulige forskjeller mellom ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og mellom ledere på forskjellige nivå, fra førstelinjenivå til toppledernivå. I noen analyser har vi dessuten sett på mulige forskjeller mellom ledere i virksomheter med og uten døgnkontinuerlig drift. Noen resultater sammenliknes med resultater fra en tilsvarende studie av samme ledergruppe fra 2014 (Andrews og Gjertsen 2014). I diskusjonen vurderes funn opp mot NSFs mål for sin satsning på ledelse og mot nasjonalpolitiske målsettinger for dette feltet.

12.1 HVEM HAR SVART PÅ SPØRRESKJEMAET?

Spørreskjemaene ble distribuert per epost til 5234 personer som var registrert som leder i NSFs medlemsarkiv. Vel 1600 svarte. Dette gir en svarprosent på 31. Nærmere 400 oppga imidlertid at de for tiden ikke har stilling som leder. Analysene er dermed basert på svar fra vel 1200 personer.

Responser på undersøkelsen er tilfredsstillende om vi sammenlikner med det som er vanlig svarprosent ved elektroniske undersøkelser (se for eksempel Jacobsen 2005). I dette utvalget er det imidlertid en viss skjevfordeling i representasjonen av ledere etter nivå på lederstillingen. Det vil si at mellomledere utgjør den største andelen av utvalget, med 64 prosent. Rundt 26 prosent definerer seg som førstelinjeledere, mens i underkant av ti prosent har krysset av for toppleder. Førstelinjeledere i denne studien utgjør noe over halvparten av andelen ledere på samme nivå som deltok i Andrews og Gjertsens (2014) studie, hvor 44 prosent var leder i førstelinjen. Blant førstelinjeledere som har deltatt, har noe over halvparten stilling i spesialisthelsetjenesten. Noe av skjevheten i utvalget kan ha sammenheng med at en betydelig andel mellomledere deltok på NSFs fagsamlinger våren 2017, og ble der forespurt om de kunne tenke seg å delta i studien. Det er likevel ikke utenkelig at skjevhet i utvalget kan gjenspeile ulikhet i arbeidsbelastning. Ifølge Andrews og Gjertsen (2014) er ledere på førstelinjenivå den gruppen av ledere som er mest presset i arbeidshverdagen. Stort arbeidspress kan være en grunn til at mange i denne gruppen har unnlatt å svare. En annen forklaring kan være at denne gruppen ledere har vært vedvarende frustrert over knappe ressurser og kan ha mistet troen på at det skjer vesentlige forbedringer om de bruker tid på å delta i studier. Dette kommer til uttrykk i det åpne

kommentarfeltet i spørreskjemaet. De kan selvsagt også ha nådd et metningspunkt når det gjelder deltakelse i elektroniske studier, som ifølge Jacobsen (2005) er en vanlig grunn til lav svarprosent. I og med at en gruppe av ledere er underrepresentert i utvalget, kan resultatene gi et skjevt bilde av ledelse i de virksomhetene som er studert.

12.2 LEDERNES KOMPETANSE

Meld St. 26 (2014-2015) legger vekt på at lederes kompetanse må styrkes for å sikre helsetjenester av god kvalitet. Det samme gjør flere andre politiske dokumenter, men ingen av dokumentene spesifiserer eksakt hvilken type lederkompetanse som er mest formålstjenlig. Blant lederne som har deltatt i denne studien, er i alle fall den formelle kompetansen betydelig. Vel syv av ti ble utdannet som sykepleier før år 2000. To av tre har videreutdanning i sykepleie tilsvarende mellom ett og to års fulltidsstudium, og godt og vel en fjerdedel har hovedfag eller mastergrad. Dessuten har vel syv av ti lederutdanning av kortere eller lengre varighet, og godt og vel halvparten har lederutdanning tilsvarende ett års fulltidsstudium eller mer. Andelen av utvalget som har lederutdanning, er noe høyere enn i studien som ble gjennomført for tre år siden (Andrews og Gjertsen (2014), særlig andelen med lengst lederutdanning hvor vi ser en økning fra 49 til 56 prosent. Ledernes svar på spørsmål om hvilke områder innenfor ledelsesfeltet de selv mener at de har behov for å styrke, kan tyde på at den kompetansen de har per i dag, er relativt sterk. Samlet oppga rundt 30 prosent at de i stor eller svært stor grad har behov for mer kompetanse innenfor økonomi/budsjettstyring og organisasjonsutvikling, mens noe under 20 prosent ga uttrykk for at de mangler kompetanse innenfor personalledelse og faglig ledelse. Andelen som i stor grad ønsker seg mer kompetanse innenfor de områdene som var oppgitt, faller til dels sammen med andelen som ikke har lederutdanning. Rundt halvparten har imidlertid oppgitt at de til en viss grad har behov for mer kompetanse innenfor alle områdene.

12.3 RESSURSER, KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

Når det gjelder spørsmål i denne studien om sammenheng mellom ressurser og kvalitet i tjenesten, er det særlig økonomiske forhold og personalets kompetanse som har betydning. Det vil si at både materielle og immaterielle ressurser er avgjørende. I Meld. St. 13 (2016-2017:60) så vel som i Forskrift om kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet 2016) legges det imidlertid særlig vekt på at personalets kompetanse må økes om kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene skal kunne forbedres. Lederne som har deltatt i denne studien, har helt klart ulike oppfatninger av hvor «skoen trykker». For eksempel er andelen som gir uttrykk for at den økonomiske rammen er tilstrekkelig for å sikre et kvalitativt godt tilbud, omtrent like stor som andelen som gir uttrykk for det motsatte (46 mot 42 prosent). Ledere i virksomhet uten døgkontinuerlig drift antyder i noe større grad enn ledere som har ansvar for døgkontinuerlig drift, at økonomien ikke svekker kvaliteten. I svar på dette spørsmålet er det i tillegg verdt å legge merke til endringer over tid. I studien som rapporteres her, er andelen som ga uttrykk for at økonomien i virksomheten holder til å sikre god kvalitet, dobbelt så høy som andelen som ga uttrykk for det samme i Andrews og Gjertsens (2014) studie, med 46 mot 23 prosent. Om endringen i ledernes vurderinger av finansielle forhold gjenspeiler en reell forbedring, som vil si at

Økonomien både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er blitt mer romslig over en treårsperiode, eller om dette kan forklares med ulikt sammensatt utvalg med lav andel førstelinjeledere i denne studien, eller annet, er usikkert. Det er også usikkert om endring i ordlyden fra «høy kvalitet» til «god kvalitet» har virket inn på vurderingen.

Lederes vurderinger av personalets kompetanse har derimot endret seg lite over tid. Det er fortsatt betydelig enighet på tvers av utvalget om at kompetansen i staben i hovedsak er tilfredsstillende, men variasjon etter tjenestetype er markant. Ledere innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten oppga mer enn dobbelt så hyppig som ledere i spesialisthelsetjenesten, at personalet ikke har tilfredsstillende kompetanse (30 prosent mot 13 prosent). Fire av ti førstelinjeledere i kommunene har en andel sykepleiere som utgjør 20 prosent eller mindre av staben samlet sett, mens bortimot 30 prosent av dem ikke har noen ansatte sykepleiere med videreutdanning. Et tydelig skille mellom tjenestetyper kommer også til uttrykk når det gjelder mulighet for å rekruttere kvalifisert personell. Godt og vel syv av ti ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten oppga at de har problemer med rekruttering, mot halvparten av lederne i spesialisthelsetjenesten. Det ser også ut til å være mer utfordrende å rekruttere kvalifisert personell til virksomheter med døgnskuttet drift enn til virksomheter uten døgnskuttet drift.

Selv om en betydelig andel ledere rapporterer at personalet har tilfredsstillende kompetanse, er det likevel mer kompetanse i staben som skårer høyest når ledere uttrykker hva de ser behov for av endringer innenfor virksomheten som de leder. I flere meldinger til Stortinget er det presisert at kommunene må ha nødvendig fagkompetanse, og at kompetanseutvikling særlig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er av stor betydning for at samhandlingsreformen skal lykkes. Mulighet for faglig utvikling av personalet synes imidlertid å begrenses både av den økonomiske og den tidsmessige rammen for virksomheten. Liknende begrensninger synes også å gjelde for ledernes mulighet for å utvikle sin egen fagkompetanse.

Er det så nok personell til å sikre god kvalitet i tjenesten? Rundt halvparten av lederne gir uttrykk for at bemanningens størrelse er tilstrekkelig, men igjen varierer vurderingene mellom ledere i utvalget. Størst variasjon ser vi mellom førstelinjeledere i virksomhet med og uten døgnskuttet drift. Godt og vel halvparten uten døgnskuttet drift ga uttrykk for at bemanningen er tilstrekkelig, mot vel fire av ti med ansvar for døgnskuttet drift.

En betydelig andel av lederne ga altså uttrykk for at knapphet på økonomi og svakheter ved kompetansenivået, går utover kvaliteten i tjenesten. Det kan likevel se ut til at kvaliteten bare unntaksvis vurderes som så svak at den går utover sikkerheten til pasienter og brukere. Selv om andelen ledere som antyder at pasient-/brukersikkerheten ikke ivaretas på en god måte, totalt sett er lav, er den noe høyere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

12.4 BREDEDE PÅ KONTROLLSPENN

Ledere i utvalget har ansvar for personell i varierende antall fra en håndfull til flere hundre. Mellom 30 og 50 ansatte er mest vanlig, men størrelse på staben varierer både etter nivå på lederstillingen og mellom ledere i forskjellige typer tjeneste. I gjennomsnitt har hver leder direkte personalansvar for 35 ansatte. Samtidig er antall hele årsverk 25 i gjennomsnitt for hver leder. Også her er det betydelig forskjell mellom ledere på forskjellig nivå. For eksempel har førstelinjeledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten personalansvar for et gjennomsnitt på 17,9 årsverk, men samtidig ansvar for 30,6 personer. Denne differansen indikerer at det finnes et betydelig antall ansatte i deltidsstillinger i de forskjellige virksomhetene. I vår undersøkelse har lederne også svart på spørsmål om hvor stor andel av de ansatte i staben som har heltidsstilling. Rundt halvparten oppga at mindre enn 60 prosent av de ansatte har det, mens vel én av ti oppga mindre enn en femtedel som svar på dette spørsmålet. Førstelinjeledere har altså et betydelig antall ansatte i sin stab, og andelen som har personalansvar for mer enn 50 personer, har økt med noen få prosentpoeng sammenliknet med studien fra 2014 (jfr. tabell 6 og figur 12). I offentlige registre er det ofte årsverk som registreres, og dette kan bidra til å skjule reell bredde på kontrollspennet.

Et mål for NSF har vært å øke antall heltidsstillinger for derigjennom å bidra til å redusere ledernes kontrollspenn. I denne studien uttrykker ledere både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten at de ønsker seg flere ansatte (åtte av ti), men flere heltidsstillinger er i størst grad ønsket av ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En av fire ledere samlet, men med en litt høyere andel i spesialisthelsetjenesten enn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ønsker seg flere deltidsstillinger.

Om vi ser på ledernes arbeidsbelastning, målt ved spørsmål om det er mulig å utføre lederoppgavene innenfor stillingsrammen som leder, finner vi samlet sett at vel fire av ti i stor eller svært stor grad kan det. Igjen kommer toppledere mer positivt ut. Nesten seks av ti toppledere oppga at de kan utføre lederoppgavene innenfor stillingsrammen, mot fire av ti førstelinjeledere. Merkantil bistand kan bidra til å redusere noe av ledernes rent administrative arbeid, men i denne studien er det bare vel to av ti som gir uttrykk for at de har tilstrekkelig tilgang til merkantile støttefunksjoner. Også NOU (2016:25 – s 74) peker på at støttesystemer ikke fungerer godt nok.

12.5 MYNDIGHET, INNFLYTELSE OG ANSVARSAVKLARING

NSF (2017) er opptatt av at sykepleieledere må ha reell innflytelse i beslutningsprosesser, og at de må ha styring over ressurser slik at styringen står i forhold til det ansvaret disse lederne har. I litteraturen om ledelse, som også omfatter helse- og omsorgstjenester, pekes det på en innebygget spenning som finnes mellom autonomi og kontroll. På den ene siden skal ledere få frihet til å disponere tildelte ressurser, men på den andre siden underlegges de et rigid og detaljert resultatrapporteringssystem (Espedal og Kvitastein 2013). Instruksjer og budsjetter gir retningslinjer for handling, og regler sier noe om hvordan arbeidet skal utføres. Dette kan sikre likebehandling og forutsigbarhet, men det begrenser

muligheten for autonomi og skjønnsutøvelse, noe som igjen hindrer at beslutninger blir tatt uten tilstrekkelig kompetanse og/eller på bakgrunn av impulsive behov (Elster 1986, Schein 1992, Weber m.fl. 1947).

Det er ikke noe som tyder på at handlingsrommet eller beslutningsmyndigheten til ledere av sykepleietjenester har krympet over tre år, tvert imot. De som har deltatt i studien rapporterer både om betydelig innflytelse i beslutningsprosesser og om beslutningsmyndighet innenfor flere områder. Det er likevel litt problematisk å sammenlikne over tid fordi vi i denne studien har med flere spørsmål om temaet enn i studien fra 2014. Variasjonen i innflytelse og beslutningsmyndighet er imidlertid relativt stor på tvers av nivå på lederstillingen, og i noen grad også på tvers av tjenestetype. Selv om forskjellen mellom ledernivåene er merkbar innenfor flere områder, vil vi likevel løfte frem at godt og vel seks av ti førstelinjeledere oppga at de i stor eller svært stor grad har innflytelse på avgjørelser som angår organisasjonen som helhet. Samlet sett ser det ut til at ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har noe større grad av innflytelse på avgjørelser som gjelder hele organisasjonen, enn det ledere i spesialisthelsetjenesten har. Denne forskjellen henger sannsynligvis sammen med at ledere i kommunene ofte befinner seg litt nærmere det øverste beslutningsorganet enn det ledere i spesialisthelsetjenesten gjør.

Styring over økonomiske ressurser og mulighet til å tilpasse virksomheten etter personellsituasjonen og omvendt, det vil si å tilpasse bemanningen etter pasient-/brukerbelegg, varierer også noe mellom lederne i utvalget. Størst variasjon finnes i svar på spørsmål om ledere har mulighet til å påvirke budsjettetrammen for virksomheten. Her er andelen av utvalget som gir uttrykk for at de har påvirkningsmulighet og andelen som gir uttrykk for at de har liten påvirkningsmulighet, omtrent like store (45/44 prosent). Også her ser det ut til at ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kommer noe mer gunstig ut enn ledere i spesialisthelsetjenesten. Etterat budsjettetrammen er tildelt, gir imidlertid de fleste lederne (tre av fire) uttrykk for at de kan foreta egne prioriteringer, og igjen finner vi en liten forskjell i favør av ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten sammenliknet med ledere i spesialisthelsetjenesten. Andelen førstelinjeledere med økonomiansvar har økt fra nesten syv av ti til i underkant av åtte av ti fra 2014, men her kan kanskje ulik størrelse på de to utvalgene spille inn og gi et skjevt bilde av utviklingen.

Et flertall rapporterer om utfordringer i rekruttering av kvalifisert personell, og virkemidlene som kan tas i bruk varierer. Ledere i utvalget kan, samlet sett, i stor grad bestemme stillingsstørrelse ved utlysning av nye stillinger, men svarfordelingen her varierer fra vel halvparten av førstelinjelederne til åtte av ti toppledere. Å bruke lønn som virkemiddel ved ansettelse, er det først og fremst toppledere som har myndighet til, med 68 prosent mot 21 prosent mellomledere og åtte prosent førstelinjeledere.

De fleste lederne vet hva de har ansvar for og hvilke fullmakter de har, nærmere bestemt seks av ti. Dette betyr samtidig at rundt 40 prosent har gitt uttrykk for at ansvars og myndighetsområdet ikke er godt nok avklart. Da har vi slått sammen svar fra dem som har krysset av «til en viss grad», «i liten grad» og «i svært liten grad» på spørsmålene om dette. Ser vi nærmere på svarfordelingen etter nivå

på lederstillingen, finner vi betydelige forskjeller. Bortimot ni av ti toppledere ga uttrykk for at ansvarsområdet er tydelig kommunisert, mot seks av ti mellomledere og noe over halvparten av førstelinjelederne. Tilnærmet samme fordeling mellom ledernivåene, ser vi i svar på spørsmål om fullmakter knyttet til lederstillingen. Når rundt 40 prosent av lederne samlet sett gir uttrykk for at ansvars og myndighetsområdet for deres lederstilling ikke er helt tydelig kommunisert, kan man spørre seg om dette er godt nok vurdert opp mot blant annet Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). I § 6 er det formulert at det skal gå klart frem hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt i virksomheten. Meld. St. 13 (2016-2017) og Meld. St. 26 (2014-2015) legger vekt på det samme, med presiseringer av at det kreves tydelige ledelses- og styringslinjer fra øverste ledelse til ledere i utøvende enheter.

12.6 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Denne studien ble utformet som en breddestudie. Det vil si at den inkluderer ledere på flere nivåer og i mange typer virksomheter. Variasjon i virksomhetene, både når det gjelder økonomi og personellmessige forhold, og variasjon i arbeidsoppgaver på ulike ledernivå, har betydning for den variasjonen vi kan observere i ledernes erfaringer. Det vil si at innretningen som er valgt, kan avdekke noen generelle erfaringer, men den er for grov til å fange opp alle nyanser som kan være vesentlige. Mange spørsmål er også mer tilpasset ledere på pasient-/brukernært nivå enn ledere på andre nivå. I studien har vi ikke lyktes godt nok med å nå frem til dem som kanskje sliter mest med å få hjulene til å gå rundt, det vil si til førstelinjeledere både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å få bedre innsikt i disse virksomhetene bør det vurderes å gjennomføre mer utdypende studier hvor både type tjeneste og ledernivå er avgrenset.

Ett av flere sentrale mål i NSF's politiske plattform for ledelse (NSF 2017:6) er å øke andelen sykepleiere og spesialsykepleiere særlig i kommunene. Resultater fra studien som er gjennomført her, støtter opp under behovet for en slik satsning. Studien viser også at kontrollspennet er stort, særlig for ledere på pasient-/brukernært nivå. Konsekvenser av dette er lite belyst i forskningslitteraturen, og burde med fordel ha vært utdypet i en egen studie.

REFERANSER

Andrews, T. og Gjertsen, H. (2014): Sykepleieledere og ledelse. *NF-rapport 4/2014*. Bodø: Nordlandsforskning AS.

Bowling, A. (2005): Mode of Questionnaire Administration can have serious effects on data quality. *Public Health* 27 (3).

Elstad, Jon Ivar (2010): «Spørreskjemaundersøkelsens fallgruber», s 155-169. I Album, D., Hansen, M. N., Widerberg, K. (red): *Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Elster, J. (1986): *The Multiple Self*. Oslo: Universitetsforlaget

Espedal, B. og Kvitastein, O. A. (2013): Rom for læring. Betydningen av handlingsrom for ledelse. I Rønning, R., Brochs-Haukedal, W., Glasø, L. og Matthiesen, S. (red): *Livet som leder. Lederundersøkelsen 3.0*. Oslo/Bergen: Fagbokforlaget.

Gautun, H, Øien, H., og Bratt, C. (2016): Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. NOVA Rapport nr. 6/16. Oslo: NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Grønmo, S. (2004): *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet (2017): Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (versjon fra 13.6.2017): Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016): Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Jacobsen, D.I. (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelige metoder*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

KS (2016): Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2016. Oslo: Kommunesektorens organisasjon.

Meld. St. 11 (2015-2016): Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Meld St 13 (2016-2017): Kvalitet og pasientsikkerhet 2015. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Meld St. 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Norsk Sykepleierforbund (2017): Politisk plattform for ledelse 2017-2020. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Norsk Sykepleierforbund (2015): Temperaturen på Helse-Norge. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

NOU (2016:25): Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover? Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Informasjonsforvaltning.

Riksrevisjonen (2016): Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015-2016). Oslo: Fagbokforlaget AS.

Riksrevisjonen (2015): Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene. Dokument 3:12 (2014-2015). Oslo: Fagbokforlaget AS.

Rønning, R., Brochs-Haukedal, W., Glasø, L. og Matthiesen, S. (2013): *Livet som leder. Lederundersøkelsen 3.0*. Oslo/Bergen: Fagbokforlaget.

Schein, E.H. (1992): *Organizational Culture and Leadership* (2. utg.). San Francisco: Jossey-Bass

Statistisk sentralbyrå (2017): *Arbeidskraftundersøkelsen*, 4. kvartal 2016. Publisert 26. januar, 2017.

Weber, M., Henderson, A.M. og Parsons, T. (1947): *The Theory of Social and Economic Organization* (1. utg.). Oxford: Oxford University Press.



NORDLANDSFORSKNING
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

Rapporten er basert på en studie som Nordlandsforskning har gjennomført for Norsk Sykepleierforbund. Den belyser noen rammevilkår for ledere i helse- og omsorgstjenester som økonomi, bemanning og personalets kompetanse, og hvordan dette igjen virker inn på kvalitet i tjenestetilbudet. Rapporten berører også forhold som ledernes kompetanse, ansvars- og myndighetsområde og planer for fremtiden som leder.

Postboks 1490
N-8049 Bodø
Norge

Tlf: +47 75 41 18 10
nf@nforsk.no
www.nordlandsforskning.no

