

NF-rapport nr. 4/2014

Sykepleieledere og ledelse

*Therese Andrews
Hege Gjertsen*

Sykepleieledere og ledelse

av

**Therese Andrews
Hege Gjertsen**

NF-rapport nr. 4/2014

ISBN-nr.: 978-82-7321-650-2

ISSN-nr.: 0805-4460

REFERANSESIDE

- Rapporten kan også bestilles via nf@nforsk.no

Tittel Sykepleieledere og ledelse	Offentlig tilgjengelig: Ja	NF-rapport nr.: 4/2014
	ISBN nr. 978-82-7321-650-2	ISSN 0805-4460
	Ant. sider og bilag: 54	Dato: September 2014
Forfattere: Therese Andrews og Hege Gjertsen	Prosjektansvarlig (sign): Therese Andrews	
	Forskningsleder: Trond Bliksvær	
Prosjekt: Sykepleieledere og ledelse	Oppdragsgiver: Norsk Sykepleierforbund	
	Oppdragsgivers referanse	
Sammendrag Rapporten viser funn fra en studie blant sykepleiere i lederstillinger. Den gir innblikk i rammevilkår, ansvar og myndighet, prioriteringer og handlingsrom innenfor forskjellige ledernivå både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelse-tjenesten. Potensielle konfliktlinjer og mulighet for faglig støtte og utvikling er også utforsket. I tillegg er ledernes bakgrunn og kompetanse kartlagt.	Emneord: Ledelse Sykepleiere Rammevilkår Handlingsrom Tidsbruk Ansvar Myndighet	
	Andre rapporter innenfor samme forskningsprosjekt/program ved Nordlandsforskning	
		Salgspris NOK 100,-

Nordlandsforskning utgir tre skriftserier, rapporter, arbeidsnotat og artikler/foredrag. Rapporter er hovedrapport for et avsluttet prosjekt, eller et avgrenset tema. Arbeidsnotat kan være foreløpige resultater fra prosjekter, statusrapporter og mindre utredninger og notat. Artikkel/foredragsserien kan inneholde foredrag, seminarpaper, artikler og innlegg som ikke er underlagt copyright rettigheter.

FORORD

Denne rapporten viser funn fra en studie blant sykepleiere i lederstillinger. Nordlandsforskning har gjennomført studien for Norsk Sykepleierforbund (NSF), og formålet var å få innsikt i hvilke rammevilkår og hvilket handlingsrom denne ledergruppen har. NSF har utarbeidet en politisk plattform for ledelse for tidsperioden 2013 til 2016, og i dette dokumentet pekes det på at ledere i alle deler av helse- og omsorgstjenesten er under konstant og til dels økende press. Mange erfarer kontinuerlige omstillinger og en hverdag med mye negativ oppmerksomhet knyttet til ressursbruk og frykt for avvik og medieoppslag. Ett av satsningsområdene i den politiske plattformen er derfor å bedre rammebetingelser for ledelse og særlig for ledelse på pasientnært nivå. Funn fra denne studien kan forhåpentligvis bidra i den videre prosessen.

Nordlandsforskning takker Kari Elisabeth Bugge, Fag- og helsepolitisk avdeling, for oppdraget. Øyvind Nordbø og Elisabeth Holm Hansen har vært kontaktpersoner for NSF, og vi takker dem for et godt samarbeid og for gode innspill til studien. Helene Aksøy og Arne Værland fra NSF, og medlemmene av NSFs kompetansenettverk Ledelse har også bidratt med nyttige innspill. Helene Aksøy har i tillegg kommentert utkast til rapport. Takk også til dere.

Vi takker i tillegg forskningsleder ved Nordlandsforskning, Trond Bliksvær, for grundig gjennomlesning og kommentarer til sluttrapporten.

De viktigste bidragene til studien kommer imidlertid fra alle lederne som deltok i spørreskjema-studien og fra lederne som stilte opp til intervju på kort varsel i en travel arbeidshverdag. Tusen takk til alle dere.

Bodø, august 2014

INNHold

FORORD	3
FIGURLISTE	5
TABELLISTE	6
SAMMENDRAG.....	7
1. INNLEDNING	10
1.1 BAKGRUNN FOR STUDIEN.....	10
1.2 LEDERES HANDLINGSROM	10
1.3 AVGRENSNING OG PROBLEMSTILLINGER	10
2. DATAGRUNNLAG OG METODISK TILNÆRMING	12
2.1 FORSKNINGSDESIGN OG GJENNOMFØRING	12
2.1.1 Intervjustudie	12
2.1.2 Spørreskjemastudie.....	13
2.2 VALIDITET OG RELIABILITET.....	14
2.3 FORSKNINGSETISKE BETRAKTNINGER	14
2.4 ANALYSER OG PRESENTASJON AV FUNN	14
3. LEDERNES BAKGRUNN, KOMPETANSE OG ANSVARSOMRÅDE	16
3.1 KJØNN OG ALDER.....	16
3.2 GEOGRAFISK TILHØRIGHET	16
3.3 ANSVAR FOR HVA, FOR HVEM OG FOR HVOR MANGE	17
3.4 UTDANNING OG ERFARING.....	20
4. TIDSBRUK OG ARBEIDSBELASTNING	23
4.1 TIDSBRUK PÅ ULIKE OPPGAVER	23
4.2 BRUKER LEDERNE FOR MYE TID PÅ NOEN OPPGAVER OG FOR LITE TID PÅ ANDRE?.....	25
4.3 ER DET MULIG Å UTFØRE LEDEROPPGAVENE INNENFOR STILLINGSRAMMEN?.....	28
4.4 UTDYPING AV NOEN «TIDSTYVER»	30
5. LEDERNES VURDERINGER AV RESSURSSITUASJONEN	31
5.1 VURDERINGER AV ØKONOMISKE RAMMER, PERSONELLSITUASJONEN, MATERIELLE RESSURSER OG ORGANISATORISKE FORHOLD	31
5.2 «VI LEIER INN NOE DJEVLESK FOR Å FÅ HJULENE TIL Å GÅ RUNDT»	33
6. ANDRE FORHOLD AV BETYDNING FOR LEDELSE	36
6.1 AUTONOMI OG INNFLYTTELSE	36
6.2 POTENSIELLE KONFLIKTLINJER	40
6.3 FAGLIG STØTTE OG UTVIKLINGSMULIGHETER	42
6.4 SAMARBEID MED TILLITSVALGTE	44
7. OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER	47
7.1 HOVEDFUNN	47
7.2 AVSLUTTENDE KOMMENTARER OG FORSLAG TIL VIDERE STUDIER	50
REFERANSER	52
VEDLEGG.....	53

FIGURLISTE

Figur 3.1 Aldersfordeling i utvalget.	16
Figur 3.2 Hvor mange innbyggere er det i kommunen hvor du arbeider?	16
Figur 3.3 Hvilket fylke arbeider du i?	17
Figur 3.4 Hvor er din lederstilling hovedsakelig tilknyttet?	18
Figur 3.5 Hvor i den kommunale helse- og omsorgstjenesten arbeider du?	19
Figur 3.6 Omtrent hvor mange ansatte er du leder for?	19
Figur 3.7 Hvilket år var du ferdig utdannet sykepleier?	20
Figur 3.8 Har du formell lederutdanning? Svarfordeling etter hvor lederstillingen er tilknyttet.	21
Figur 3.9 Har du formell lederutdanning? Svarfordeling etter nivå på lederstillingen.	21
Figur 3.10 Hvor lenge har du hatt lederstillingen du har i dag?	22
Figur 4.1 I løpet av en vanlig arbeidsuke, hvor mye tid vil du si går med til følgende arbeidsoppgaver? Andel som har svart «mye» eller «svært mye».	23
Figur 4.2 I løpet av en vanlig arbeidsuke, hvor mye tid vil du si går med til følgende arbeidsoppgaver? Andel som har svart mye eller svært mye etter nivå på lederstillingen.	24
Figur 4.3 I løpet av en vanlig arbeidsuke, hvor mye tid vil du si går med til følgende arbeidsoppgaver? Andel som har svart mye eller svært mye etter hvor lederstillingen er tilknyttet.	25
Figur 4.4 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Andel som har svart helt enig og litt enig etter nivå på lederstillingen.	27
Figur 4.5 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Andel som har svart helt enig og litt enig etter hvor lederstillingen er tilknyttet.	27
Figur 4.6 I hvilken grad opplever du at det er mulig å utføre dine lederoppgaver innenfor stillingsrammen? Svarfordeling etter nivå på lederstillingen.	29
Figur 4.7 I hvilken grad opplever du at det er mulig å utføre dine lederoppgaver innenfor stillingsrammen? Svarfordeling etter hvor lederstillingen er tilknyttet.	29
Figur 6.1 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/ virksomhet? Andel som har svart litt eller helt enig etter nivå på lederstillingen.	37
Figur 6.2 Må du gjennomføre beslutninger eller oppgaver i din lederstilling som strider mot dine faglige synspunkter? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen.	38
Figur 6.3 Må du gjennomføre beslutninger eller oppgaver i din lederstilling som strider mot dine etiske prinsipper? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen.	39
Figur 6.4 I hvilken grad opplever du følgende i din arbeidssituasjon? Andel som har svart i stor eller svært stor grad etter nivå på lederstillingen.	41
Figur 6.5 I hvilken grad opplever du følgende i din arbeidssituasjon? Andel som har svart i stor eller svært stor grad etter hvor lederstillingen er tilknyttet.	41
Figur 6.6 I hvilken grad opplever du følgende i din arbeidssituasjon? Andel som har svart i stor eller svært stor grad etter nivå på lederstillingen.	43
Figur 6.7 I hvilken grad opplever du følgende i din arbeidssituasjon? Andel som har svart i stor eller svært stor grad etter hvor lederstillingen er tilknyttet.	44
Figur 6.8 Har du opplevd situasjoner der det har vært vanskelig at du som leder, er medlem av samme fagforening som noen av dem du leder? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen.	46

TABELLISTE

Tabell 3.1. Hvilket ansvar innebærer din lederstilling?	17
Tabell 3.2. Hvilke typer personell leder du?	20
Tabell 3.3. Har du formell lederutdanning?	20
Tabell 4.1. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?	26
Tabell 4.2 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/ virksomhet? Svar fordelt totalt og etter hvor lederstillingen er tilknyttet.....	28
Tabell 4.3 I hvilken grad opplever du at det er mulig å utføre dine lederoppgaver innenfor stillingsrammen?	29
Tabell 5.1. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/ virksomhet?	31
Tabell 5.2. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/ virksomhet? Svar fordelt etter type tjeneste.	32
Tabell 5.3 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand knyttet til din avdeling/enhet/ virksomhet? Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet.	34
Tabell 6.1 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/ virksomhet? Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet.	36
Tabell 6.2 Må du gjennomføre beslutninger eller oppgaver i din lederstilling som strider mot dine faglige synspunkter/etiske prinsipper? Svar fordelt totalt og etter hvor lederstillingen er tilknyttet.	38
Tabell 6.3. I hvilken grad opplever du følgende i din arbeidssituasjon?	40
Tabell 6.4 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand knyttet til din avdeling/enhet/ virksomhet? Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet.	42
Tabell 6.5. I hvilken grad opplever du følgende i din arbeidssituasjon?	43
Tabell 6.6. Hvor mye samarbeider du som leder med de tillitsvalgte? Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet og nivå på lederstillingen.	45
Tabell 6.7. Hvordan vurderer du i hovedsak ditt samarbeid med de tillitsvalgte? Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet og nivå på lederstillingen.	45
Tabell 0.1. I løpet av en vanlig arbeidsuke, hvor mye tid vil du si går med til følgende arbeidsoppgaver?	53

SAMMENDRAG

Denne rapporten er basert på en studie blant sykepleiere i lederstillinger som Nordlandsforskning har gjennomført på oppdrag for Norsk Sykepleierforbund (NSF). Formålet med studien var å belyse sykepleielederens rammevilkår, ansvar og myndighet, prioriteringer og handlingsrom. Rapporten gir innblikk i disse aspektene sett fra ledernes ståsted, og oppmerksomheten rettes spesielt mot: i) ressursituasjonen innenfor den enkelte virksomhet, inkludert forhold som økonomi og tilgang til kvalifisert personell, ii) hva ledere bruker tiden sin på, det vil si hva som prioriteres og hva som nedprioriteres, iii) myndighet og innflytelse, og iv) ulike utfordringer som ledere står overfor i sin arbeidssituasjon. I studien har vi i tillegg undersøkt om det er systematiske forskjeller i svar mellom ledere på forskjellige nivå og mellom ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og ledere i spesialisthelsetjenesten. Rapporten gir også et innblikk i ledernes bakgrunn og kompetanse. Alle deltakerne i studien var medlemmer av NSF.

Datamaterialet er i hovedsak hentet inn via et elektronisk spørreskjema. I forkant av arbeidet med spørreskjemaet ble det gjennomført kvalitative intervju med ledere på forskjellige nivå og innenfor forskjellige tjenester. Dette datamaterialet er både brukt som grunnlag til å formulere meningsfulle spørsmål og svarkategorier i spørreskjemaet og til å fylle ut det bildet som tegnes med utgangspunkt i tallmaterialet. Det føyer også til en del aspekter som ikke var mulig å dekke inn i spørreskjemaet.

I slutten av mars 2014 ble det sendt spørreskjema til alle som var oppført som ledere i NSFs medlemsregister og som hadde oppgitt epostadresse, til sammen 4334 personer. Totalt responderte 1571 personer. Dette gir en svarprosent på 37.¹ Det er god geografisk spredning blant lederne som har deltatt i studien. Det er også en god blanding av ledere fra store og små kommuner, men som ventet, er det flest fra Oslo og Akershus. I utvalget er det en liten overvekt av ansatte i den kommunale helse og omsorgstjenesten sammenliknet med spesialisthelsetjenesten, og en noe høyere andel av ledere på mellomnivå enn av ledere på førstelinjenivå. Toppledere utgjør rundt åtte prosent av utvalget.

I og med at svarprosenten er relativt lav og at vi mangler kunnskap om skjevheter i utvalget, er det ikke mulig å trekke bastante slutninger, eller å generalisere i statistisk forstand, på bakgrunn av funn i undersøkelsen. Studien gir likevel betydelig innsikt i forhold som handler om ledelse innenfor virksomheter som her er studert, på grunn av et relativt høyt antall svar totalt sett. Her trekker vi frem hovedfunn innenfor områdene som er studert:

Ledernes kompetanse og ansvarsområde

De aller fleste som har deltatt i studien, virker godt kvalifisert for lederstillingen. Tre av fire har formell lederutdanning eller var i gang med lederutdanning. Seks av ti har videreutdanning i sykepleie, mens nesten tre av ti har hovedfag eller mastergrad. Åtte av ti var dessuten utdannet som sykepleiere før år 2000. Lederne hadde varierende ansiennitet i stillingen, men nesten halvparten hadde hatt samme stilling i seks år eller mer.

De aller fleste lederne har ansvar for økonomiske forhold i virksomheten samtidig som de har personell- og fagansvar. Staben som den enkelte leder har ansvar for, varierer imidlertid i størrelse fra mindre enn fem til mer enn 200 ansatte, men mellom 30 og 50 ansatte er mest vanlig.

Tidsbruk og arbeidsomfang

Av en liste på 12 arbeidsoppgaver er det særlig fem som i følge ledernes vurdering, tar mye tid: Svare på henvendelser per telefon og epost; samarbeid og koordinering av oppgaver både internt og eksternt; møtevirkosomhet; driftsoppgaver som inkluderer utarbeiding av bemanningsplaner,

¹ En gruppe på 25 personer ble sluset ut av studien fordi de ikke lenger var i lederstilling.

turnusplaner, årsplaner, budsjett og regnskap; og registrering og rapportering. Toppledere oppgir hyppigst at de bruker mye tid på møtevirksomhet og på å respondere på henvendelser per epost og telefon. Samtidig oppgir de i mindre grad enn ledere for eksempel på mellomnivå, at de bruker for mye tid på dette. Rundt halvparten av lederne oppgir at de bruker for mye tid på registrering og rapportering. Her er det minimale forskjeller i vurderingene mellom ledernivåene, mens andelen ledere i spesialisthelsetjenesten som oppgir at de bruker for mye tid på dette, er noen høyere enn andelen ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vurderinger av tidsbruk i forbindelse med oppfølging etter sykemeldinger, varierer både mellom ledernivå og type tjeneste. Ledere på førsteltnivå og på mellomnivå oppgir hyppigere enn toppledere at de bruker for mye tid på dette. Det samme gjør ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste sammenliknet med ledere i spesialisthelsetjenesten.

De tidsmessige rammene begrenser særlig muligheten til strategisk arbeid og nytenkning, og til å delta i prosjekter og utadrettet virksomhet, først og fremst for ledere i første linje. De tidsmessige rammene begrenser også muligheten for faglig og sosial oppfølging av personalet.

I underkant av 40 prosent oppgir at lederoppgavene kan utføres innenfor stillingsrammen, men her varierer svarene både mellom ledernivåene og på tvers av type tjeneste. Toppledere har i større grad enn ledere på de lavere nivåene svart at det er mulig å utføre lederoppgavene innenfor stillingsrammen. Det samme har ledere innenfor spesialisthelsetjenesten sammenliknet med ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I utvalget er det relativt bred enighet om at ledere utfører mye administrativt arbeidet som merkantilt personell kunne ha tatt seg av.

Myndighet og innflytelse

Tre av fire ledere oppgir at de har tilstrekkelig innflytelse på avgjørelser som angår den daglige driften. Andelen som oppgir dette, er imidlertid betydelig høyere blant toppledere enn blant ledere på de lavere nivåene. Ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten oppgir også i noe høyere grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten at de har tilstrekkelig innflytelse over driften.

Lederne har også en viss grad av autonomi eller kontroll over ressurser innenfor virksomhetens rammer, ikke minst topplerne. Godt og vel halvparten av alle i utvalget oppgir at de har stor frihet til å omdisponere personalet, mens en tredjedel oppgir at de har stor frihet til å omdisponere lønnsbudsjettet. Ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplever i noe større grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten at de har frihet i budsjettmessige spørsmål.

Lederes vurderinger av ressursituasjonen

Det er stor enighet om at pasient- eller brukersikkerheten ivaretas på en god måte. Likevel er det en betydelig andel som gir uttrykk for at ressursituasjonen ikke gir rom for å tilby tjenester av høy kvalitet og at personalet ikke er tilstrekkelig kvalifisert. En andel på 65 prosent gir uttrykk for at de økonomiske rammene for virksomheten ikke er tilstrekkelig til å sikre høy kvalitet i tjenesten, nærmere 40 prosent gir uttrykk for at bemanningen er for lav til å drive faglig forsvarlig, mens 22 prosent gir uttrykk for at personalet mangler faglige kvalifikasjoner. Ledere innenfor kommunal virksomhet oppgir hyppigere enn ledere i spesialisthelsetjenesten at personalet ikke er tilstrekkelig kvalifisert og at det ikke er nok personell til å drive faglig forsvarlig.

De økonomiske rammene strekker heller ikke godt nok til når det gjelder mulighet for faglig utvikling, i følge nesten syv av ti ledere. Halvparten av lederne oppgir at heller ikke tiden strekker til i denne sammenhengen.

Potensielle konfliktlinjer

Lederne opplever til en viss grad krysspress eller motstridende forventninger fra ulike parter. Flest ledere har erfart at lokale og nasjonale myndigheter stiller krav til virksomheten som er vanskelig å

etterkomme. Dessuten har vel seks av ti opplevd at overordnede og underordnede har hatt uforenlige forventninger til dem, mens en like stor andel har opplevd at personalet har ønsker for arbeids-situasjonen som er utfordrende å håndtere. Rundt halvparten har erfart at deres overordnede stiller krav som angår driften som deres underordnede motsetter seg.

Faglig støtte og utviklingsmuligheter

Mange ledere får ikke tilstrekkelig faglig støtte i sitt arbeid og heller ikke muligheter til faglig utvikling. De erfarer i større grad støtte i vanskelige personalsaker og i budsjettarbeid, men det er likevel rundt 30 prosent som svarer at bistanden i budsjettarbeid ikke er tilstrekkelig, mens i underkant av 25 prosent oppgir det samme på spørsmålet om bistand i utfordrende personalsaker. Topplederne oppgir i større grad enn ledere på nivåene under dem at de får tilstrekkelig bistand både i budsjettarbeid og i vanskelige personalsaker, men forskjellen er størst når det gjelder støtte i budsjettarbeid.

1. INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN FOR STUDIEN

Denne rapporten er basert på en studie av sykepleieledere og ledelse som Nordlandsforskning har gjennomført på oppdrag for Norsk Sykepleierforbund (NSF). Formålet med studien var å belyse sykepleielederens rammevilkår, ansvar og myndighet, prioriteringer og handlingsrom.

NSF (2013) har utarbeidet en politisk plattform for ledelse for tidsperioden 2013 til 2016. I dette dokumentet pekes det på at ledere i alle deler av helse- og omsorgstjenesten er under konstant og til dels økende press. Mange erfarer kontinuerlige omstillinger og en hverdag med mye negativ oppmerksomhet knyttet til ressursbruk og frykt for avvik og medieoppslag. Ett av satsningsområdene i den politiske plattformen er å bedre rammebetingelser for ledelse og særlig for ledelse på pasientnært nivå. Ledere på dette nivået har ansvar for fag og personell så vel som for økonomi, og NSF har fått tilbakemeldinger fra ledere på dette nivået som tyder på at rammebetingelsene er svært krevende. NSF ønsker derfor at lederne må sikres både kompetanse og støtte for å kunne ivareta det ansvaret som de har. For å kunne sikre faglig kvalitet i tjenestetilbudet, peker NSF på at det ikke er tilstrekkelig at sykepleielederne har ansvar, de må også i større grad ha styring over ressursene.

1.2 LEDERES HANDLINGSROM

I litteraturen om ledes handlingsrom skiller det ofte mellom formelt og subjektivt handlingsrom (Espedal og Kvitastein 2013). Det formelle handlingsrommet blir særlig påvirket av to forhold. Det ene handler om jobbkrav og det andre om forhold som ressurser, regler og normer. I organisasjoner hvor det for eksempel stilles mange og detaljerte jobbkrav og i organisasjoner hvor organisasjonsstrukturen er rigid, det vil si at den er preget av ytre kontroll, er det lite handlingsrom eller liten frihet til å ta valg med tanke på mål eller midler innenfor virksomheten. Selv om formelt handlingsrom defineres som fravær av tids- og organisasjonsmessige begrensninger og føringer, kan forventninger, krav og strukturelle føringer tolkes ulikt. Handlingsrom blir derfor noe en leder kan oppfatte, definere og forme subjektivt, og det er det subjektivt definerte handlingsrommet som er av betydning for ledes valg og handlinger. På den annen side handler regler om å hindre at beslutninger blir tatt uten tilstrekkelig kompetanse og/eller på bakgrunn av impulsive behov (Elster 1986, Schein 1992, Weber m.fl. 1947). I en regelstyrt virksomhet finnes regler, instruksjoner, prosedyrer, og budsjetter som gir retningslinjer for handling i de fleste situasjoner. Regler sier noe om hvordan arbeidet skal utføres. Dette kan sikre likebehandling og forutsigbarhet, men det begrenser muligheten for autonomi og skjønnsutøvelse.

I mange deler av helsetjenesten er målstyring fremtredende. Målstyring har en innebygget spenning 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).

1.3 AVGRENSNING OG PROBLEMSTILLINGER

Med denne studien ønsket NSF å få innsikt i hvilke rammebetingelser sykepleieledere arbeider innenfor og hvilket handlingsrom de har i sitt arbeid som leder. Inkludert her er forhold som økonomi og tilgang til kvalifisert personell innenfor virksomheten hvor den enkelte har sin lederstilling, og utfordringer i arbeidssituasjonen som handler om samarbeid med ulike aktører på ulike nivå. NSF ønsket i tillegg innsikt i ledernes bakgrunn og kompetanse. Med utgangspunkt i NSF's spesifiseringer for oppdraget, er følgende spørsmål utforsket:

- Hvilken bakgrunn og kompetanse har lederne?
- Hvilket ansvar og myndighet har lederne?
- Hva bruker lederne tiden sin på?
 - Er det noen oppgaver som tar for mye tid?
 - Er det noen oppgaver det er for lite tid til?
- Hvordan vurderer lederne ressurs situasjonen innenfor virksomheten?
- Opplever lederne noen former for konflikt i arbeidssituasjonen?
- Får lederne tilstrekkelig faglig støtte og oppfølging i sitt arbeid?
- Hvordan vurderer lederne samarbeidet med tillitsvalgte?
- Er det forskjeller i ledernes vurderinger av forhold i arbeidssituasjonen etter hvilken type lederstilling de har?
- Er det forskjeller i ledernes vurderinger av forhold i arbeidssituasjonen etter hvor lederstillingen er tilknyttet?

2. DATAGRUNNLAG OG METODISK TILNÆRMING

2.1 FORSKNINGSDESIGN OG GJENNOMFØRING

For å kunne gi best mulig innblikk i virksomheten som vi undersøker, la vi opp til en studie i to deler. Hoveddelen av studien er basert på data fra en elektronisk spørreskjemastudie. NSF ønsket å få kartlagt sykepleieledelse på bred basis, og et spørreskjema er godt egnet til et slikt formål. En nettbasert studie gjør det mulig å nå ut til mange også på en tids- og kostnadsbesparende måte (Jacobsen, 2005). I forkant av spørreskjemastudien ble det gjennomført kvalitative intervju med sykepleiere i lederstillinger på forskjellige nivå og innenfor forskjellige tjenester. Funn fra analyser av dette datamaterialet har blitt brukt til å utforme spørreskjemaet. Detaljer i gjennomføringen av de to delstudiene er beskrevet i punkt 2.1.1. og punkt 2.1.2.

2.1.1 Intervjustudie

Tanken bak den kvalitative delen av studien var å få kunnskap om erfaringer fra ulike ståsteder og å avdekke spesielle sider ved ledelse i forskjellige tjenester. Det var også et poeng å fange opp mest mulig variasjon i dette praksisfeltet for å ha et best mulig grunnlag for å formulere relevante spørsmål og svarkategorier i spørreskjemaet. Informanter ble derfor rekruttert fra tre ledelsesnivå (førstelinjenivå, mellomledernivå og toppledernivå) innenfor spesialisthelsetjenesten og innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten i flere geografiske områder. Innenfor spesialisthelsetjenesten har vi informanter bare fra somatiske sykehus, mens vi innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten har intervjuet ledere fra fire tjenester, det vil si fra avdeling for psykisk helse-tjeneste, hjemmetjeneste, sykehjem og helsestasjon/skolehelsetjeneste. I alt ble en mann og syv kvinner intervjuet. Informantene hadde vært i den aktuelle lederstillingen fra i underkant av ett år til 13 år, og de ble rekruttert via telefon basert på informasjon fra hjemmesiden til hver tjeneste i aktuelle kommuner. Alle som ble spurt, takket ja til å delta.

Intervjuene ble gjennomført enkeltvis ansikt-til-ansikt. De ble lagt opp etter prinsipper fra etnografi inspirert av blant andre James Spradley (1979). I en slik tilnærming får informantene anledning til å fortelle detaljert om sin praksis og gi rikelige eksempler fra hverdagen. I intervjuene som vi her har gjennomført, fortalte informantene også om hvordan de håndterer ulike utfordringer i arbeidet som leder og om hva de synes at de bruker for mye tid på og hva de må nedprioritere.

I forkant av intervjuene ble det laget en tematisk intervjuguide med litt varierende spørsmål tilpasset både ledernivå og type tjeneste. Intervjuguiden bidro til å sikre at alle temaene som NSF ønsket svar på, ble dekket dersom informantene selv ikke kom inn på dem i sine fortellinger.

Intervjuene ble gjennomført i januar og februar i 2014, og de varte fra 1,5 til 2,5 time. Det ble tatt grundige notater underveis. Lyddopptak ble nedprioritert for å komme raskt i gang med studien. Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) stiller krav om søknadsbehandling for å akseptere opptak. Dersom det kun tas notater kan intervjuene gjennomføres uten godkjenning fra Personvernombudet, men under forutsetning av at informantene sikres full anonymitet.

Det kvalitative datamaterialet er først og fremst brukt som grunnlag for å formulere meningsfylte spørsmål og svarkategorier i spørreskjemaet, men dette datamaterialet har også en selvstendig funksjon ved at det fyller ut det bildet som tegnes med utgangspunkt i tolkning av tallmaterialet. Det kvalitative datamaterialet føyer også til en del aspekter og sider ved virksomheten som det ikke var mulig å dekke inn i spørreskjemaet.

2.1.2 Spørreskjemaet

Det elektroniske spørreskjemaet ble utformet i QuestBack. Spørreskjemaet består av flere typer spørsmål. Ledernes bakgrunn ble kartlagt i to deler. En del dreier seg om faktiske forhold rundt lederstillingen som type lederstilling, stillingsstørrelse, ansettelsesforhold, type arbeidssted og antall underordnede medarbeidere. Denne delen ble plassert først i spørreskjemaet, mens spørsmål om øvrig bakgrunn som kjønn, alder, utdanning, geografisk tilhørighet på fylkesnivå og kommune-størrelse, ble tatt opp i siste del av skjemaet. Spørsmål som handler om rammebetingelser og handlingsrom innenfor den virksomheten som ledes, er basert på resultater fra intervjustudien, på innspill fra oppdragsgiver, inkludert innhold i NSF's politiske plattform for ledelse 2013-2016, og på generell litteratur om ledelse. Noen få spørsmål hadde åpne svarmuligheter, blant annet spørsmål om hvor lederstillingen var tilknyttet, det vil si innenfor hvilken type virksomhet eller tjeneste den enkelte var leder. Det var også et åpent spørsmål til slutt i spørreskjemaet der deltakerne fikk mulighet til å skrive inn generelle kommentar til studien eller gi mer utfyllende svar på noen av spørsmålene.

En gruppe på åtte fra NSF's kompetansenettverk Ledelse pretestet og vurderte spørreskjemaet. Det samme gjorde en gruppe på fire fra NSF sentralt. Testpanelet tok stilling til spørsmålsformuleringer, svarmuligheter, antall spørsmål og type spørsmål og foreslo endringer av noen upresise formuleringer. De ansvarlige for studien hos NSF vurderte også den siste versjonen av spørreskjemaet før utsendelse.

Spørreskjemaet ble sendt per epost til alle NSF's medlemmer som var registrert som leder og som hadde oppgitt epostadresse. Da studien ble gjennomført i mars/april 2014 var i alt 4334 personer registrert i denne kategorien. Alle disse ble invitert til å delta i studien og de fikk tilsendt epost med lenke til undersøkelsen direkte fra NSF. Alle svar ble behandlet konfidensielt av Nordlandsforskning. NSF hadde ingen tilgang til datamaterialet.

Det ble sendt to påminnelser med en ukes mellomrom. NSF sendte i tillegg melding via SMS til alle medlemmene som var registrert som ledere og som hadde oppgitt både mobiltelefonnummer og epostadresse (1277 personer), og oppfordret dem til å delta i studien.

Da undersøkelsen ble avsluttet, hadde 1571 personer respondert.² I alt 25 personer meldte fra om at de ikke var ansatt i lederstilling. Disse ble sluset ut av undersøkelsen. Den totale svarprosenten blir dermed 37.

Det kan være flere grunner til at svarprosenten ikke ble høyere. For det første er svarprosenten på elektroniske undersøkelser ofte lav. Noen kan være skeptiske til å delta i slike studier enten fordi de er skeptiske til å åpne vedlegg med tanke på muligheten for spredning av virus eller fordi de frykter at datamaterialet kan komme på avveie og/eller at anonymiseringsrutiner svikter (jfr. Jacobsen, 2005). Oppslutningen om spørreundersøkelser blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene har dessuten, i følge tidligere studier, vært lav fordi arbeidshverdagen er for hektisk til at dette kan prioriteres. I denne studien kan det i tillegg tenkes andre grunner til at responsen har vært begrenset. Det kan for eksempel ha vært feil i epostlister eller manglende oppdatering av disse. Mange kan dermed ha unnlatt å svare fordi de ikke lenger har lederstilling. Noen ledere som for eksempel ledende helsesøstre, som i liten grad har svart, kan ha oppfattet at studien ikke inkluderte deres virksomhet i og med at tittelen «Sykepleieledere og ledelse» kan gi inntrykk av at studien i hovedsak retter seg inn mot virksomhet innenfor pleie- og omsorgssektoren. Vi vet ikke om distribueringsmåte (utsendelse av spørreskjemaer direkte fra NSF) kan ha hatt innflytelse, det vil si om noen av den grunn kunne være bekymret for at deres anonymitet ikke ville bli ivaretatt.

² Rundt femti personer svarte etter at fristen var utløpt. Svar fra disse er ikke med i analysene.

Responser på studien er likevel tilfredsstillende både med tanke på å belyse problemstillingene som vi utforsker og med tanke på hvilke statistiske analyser som kan gjøres på bakgrunn av data-materialet.

2.2 VALIDITET OG RELIABILITET

Kvalitative intervju og innspill fra oppdragsgiver og testpanel har bidratt til å sikre høy validitet, eller gyldighet, i studien. Dette har for eksempel bidratt til at spørsmålene er forankret i den virkeligheten som sykepleielederne erfarer og dermed gir mening for dem som skal svare. I en slik studie er det imidlertid flere forhold som bidrar til å styrke kvaliteten både når det gjelder gyldighet og pålitelighet. Forskerne har blant annet lagt vekt på å være nøyaktig i alle ledd, det vil si å være nøyaktig i utformingen av spørreskjemaet, i gjennomføring av undersøkelsen, i koding av data og i analyser (jfr Grønmo, 2004; Jacobsen, 2005). Pålitelige resultater henger også sammen med studiedeltakernes svar. Det kan forekomme både overrapportering og underrapportering (Grønmo, 2004; Jacobsen, 2005). Enkelte kan også 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 virksomhet kommer mest mulig positivt ut, eller de kan overdrive problemer for om mulig å få tilført mer ressurser til eget fagfelt. Et annet fenomen som ofte forekommer, kalles «ja-siing». Det vil si at studiedeltakere unngår å velge svar som gir inntrykk av at det er problemer innenfor virksomheten eller gi uttrykk for kritiske holdninger fordi det på bakgrunn av kulturelle normer oppfattes som «riktig» holdning å være positiv (Bowling, 2005). Slike forhold må tas i betraktning når funn i studien skal tolkes.

Studiens kvalitet er også avhengig av en tilfredsstillende svarprosent og av at alle svarer på alle spørsmålene. I informasjonen i åpningen av epostteksten ble derfor alle gjort oppmerksom på hensikten med undersøkelsen og hvorfor det er viktig at mange svarer. For å begrense frafallet har vi i tillegg lagt vekt både på å utforme meningsfulle spørsmål og på å holde antall spørsmål nede (se f. eks. Elstad, 2010; Jacobsen, 2005). Virksomheten som studeres, er imidlertid svært mangfoldig både på hvert ledernivå og mellom nivåene. Sentrale spørsmål måtte derfor formuleres på en slik måte at alle kan svare. Dette betyr at tjenestespesifikke nyanser må utelates, noe som igjen skaper utfordringer både for dem som skal svare og for dem som skal tolke svarene.

2.3 FORSKNINGSETISKE BETRAKTNINGER

Forskningsprosjektet er meldt til Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Alle som har bidratt i studien, ble informert om at deltakelse er frivillig og at de kunne trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi grunn. De som ble intervjuet, fikk muntlig informasjon om studien, mens deltakerne i spørreskjemaundersøkelsen fikk skriftlig informasjon via epost. I forbindelse med elektroniske undersøkelser regnes svar på undersøkelsen som samtykke. I rapporten kan ingen enkeltpersoner kjennes igjen. Det gis ikke opplysninger om informanternes navn eller geografisk tilhørighet. Dessuten er alle sitater fra intervjuene gjengitt i bokmålsform med tanke på anonymisering. Lister med epostadresser til dem som har svart på spørreskjemaet, slettes når studien er avsluttet. Det innsamlede datamaterialet har vært behandlet i tråd med etiske retningslinjer for forskning formulert av Nasjonal forskningsetisk komité for humaniora og samfunnsvitenskap.

2.4 ANALYSER OG PRESENTASJON AV FUNN

Analysene av det kvantitative datamaterialet 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 sykepleielederne 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.

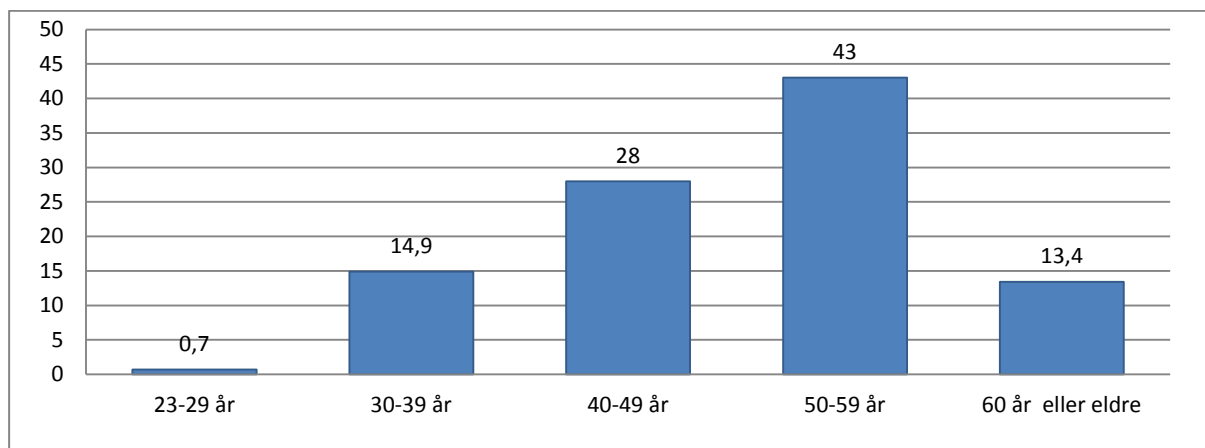
I alle tabeller og figurer er totalt antall svar (N) oppgitt, bortsett fra når det gjelder svarfordeling på spørsmål med flere svarmuligheter. Ettersom ikke alle har svart på alle spørsmålene i undersøkelsen, vil N variere noe i tabellene og figurene som presenteres i rapporten, og det er variasjon både innenfor samme spørsmål (ved flere delspørsmål) og mellom spørsmål. 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. Det var mulig for deltakerne å hoppe over spørsmål som han/hun ikke ønsket eller ikke kunne svare på. For flere av spørsmålene var det også mulig å krysse av for «ikke aktuelt».

Noen funn i det kvantitative datamaterialet utdypes og nyanseres med utsagn fra intervjuene og fra et åpent kommentarfelt i spørreskjemaet.

3. LEDERNES BAKGRUNN, KOMPETANSE OG ANSVARSOMRÅDE

3.1 KJØNN OG ALDER

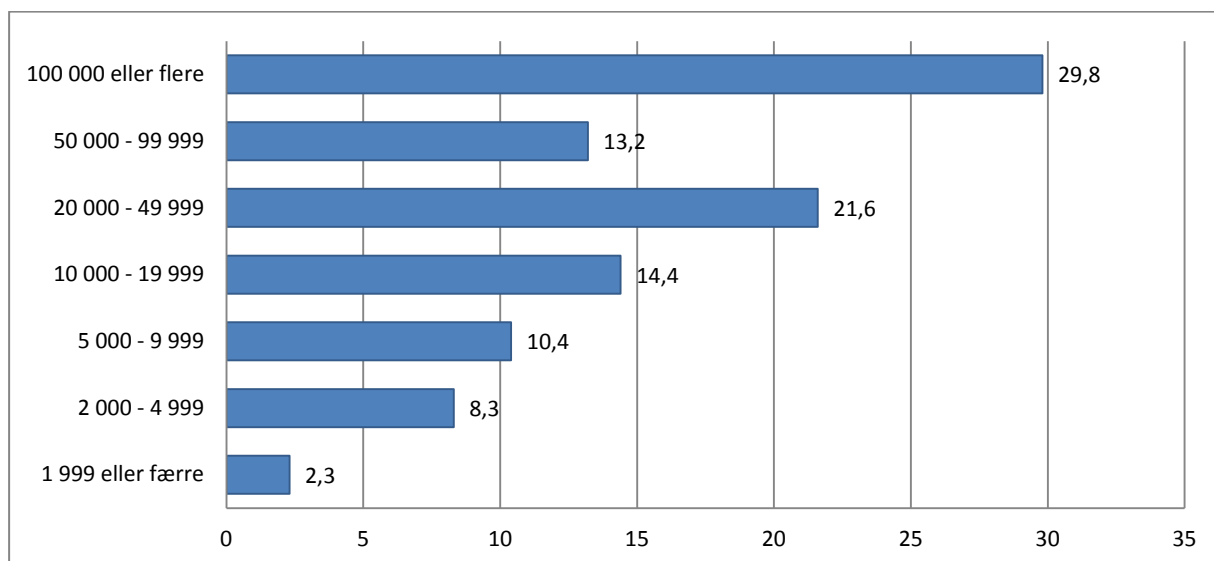
Kvinneandelen i studien er 86 prosent, mens andelen menn er 14 prosent. Deltakernes alder varierer fra tidlig i tyveårene til slutten av sekstiårene, men flertallet, som utgjør vel 70 prosent, er mellom 40 år og 60 år (figur 3.1). Den største andelen finnes i gruppen mellom 50 og 59 år (43 prosent). Tilnærmet like store andeler er over 60 år og under 40 år, henholdsvis 13 prosent og 16 prosent.



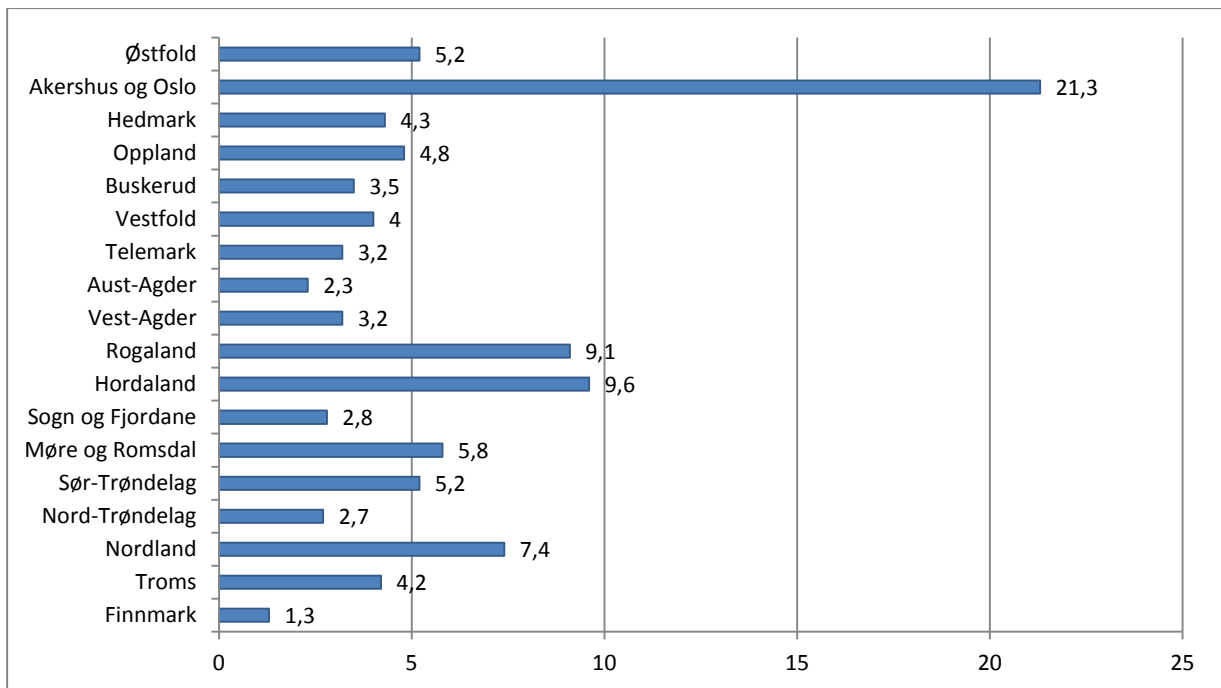
Figur 3.1 Aldersfordeling i utvalget. Prosent. N=1560

3.2 GEOGRAFISK TILHØRIGHET

Lederne ble bedt om å oppgi hvilket fylke de arbeider i og hvor mange innbyggere det er i arbeidskommunen. Figurene 3.2 og 3.3 viser at det er god geografisk spredning i utvalget og samtidig god fordeling av ledere fra store og små kommuner. Rundt 30 prosent arbeider i kommuner med 100000 eller flere innbyggere (figur 3.2), det vil si i en av de største byene i landet. Kommuner med et innbyggertall mellom 20000 og 50000 er også godt representert med vel en femtedel av utvalget. En fjerdedel av utvalget arbeider i en kommune med mellom 5000 og 20000 innbyggere, mens 10 prosent har sitt arbeidssted i en kommune med en befolkningsstørrelse på mindre enn 5000.



Figur 3.2 Hvor mange innbyggere er det i kommunen hvor du arbeider? Prosent. N=1536



Figur 3.3 Hvilket fylke arbeider du i? Prosent. N=1560

Figur 3.3 viser at alle fylkene er representert. Ikke overraskende er det flest som har deltatt i studien fra Akershus og Oslo med vel en femtedel av utvalget, og færrest fra Finnmark med litt over en prosent. I alt har 12 fylker en utvalgsandel mellom rundt tre prosent og rundt fem prosent, mens andelen fra Rogaland og Hordaland nærmer seg 10 prosent med Nordland like bak med et par prosentpoeng lavere.

3.3 ANSVAR FOR HVA, FOR HVEM OG FOR HVOR MANGE

I spørreskjemaet skiller det mellom tre nivåer på lederstillingen: førstelinjenivå, mellomledernivå og toppledernivå. For kategorien «førstelinjenivå» ble det spesifisert at dette refererer til ledelse av personell innenfor direkte pasient- eller brukerrettet arbeid. Kategoriene toppleder og mellomleder ble ikke nærmere presisert. Størst andel, det vil si bortimot halvparten (49 prosent) av dem som har svart på spørreskjemaet, plasserer sin stilling på mellomledernivå, 44 prosent definerer seg som førstelinjeledere, mens nesten åtte prosent har krysset av for toppleder.

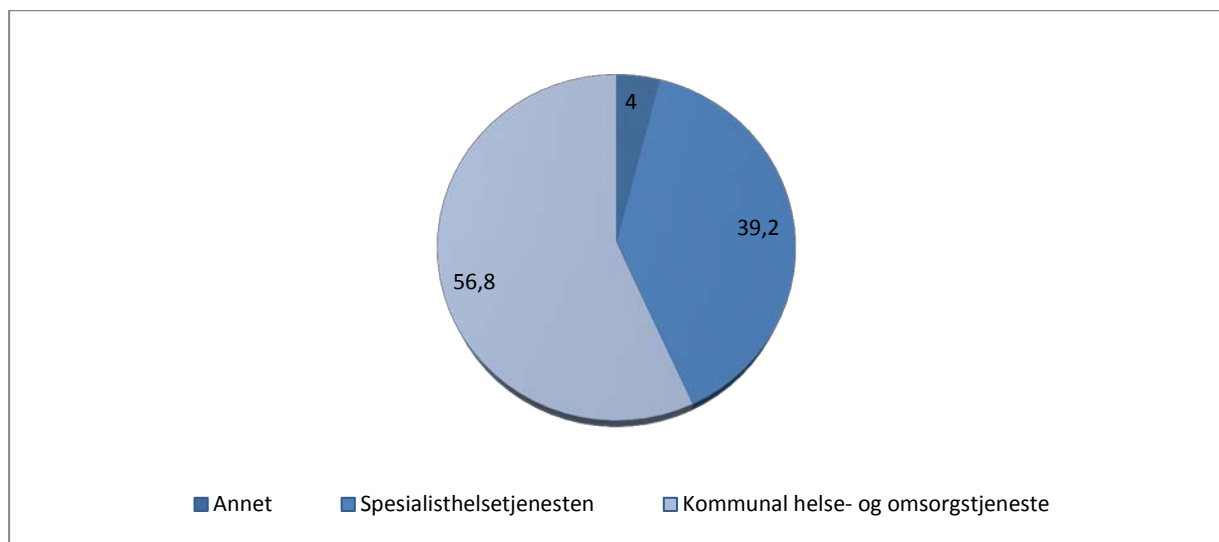
Ledernes ansvarsområde varierer noe, men de aller fleste har ansvar for økonomiske forhold i virksomheten samtidig som de har personell- og fagansvar. Mens så godt som alle oppgir at lederstillingen innebærer faglig ansvar, har ni av ti personalansvar og bortimot åtte av ti har økonomiansvar (tabell 3.1).

Tabell 3.1. Hvilket ansvar innebærer din lederstilling? (flere kryss mulig) Antall og prosent. N=1565

	Prosent	Antall
Økonomiansvar	79	1237
Personalansvar	90	1407
Faglig ansvar	97	1521

De aller fleste deltakerne i studien er fast ansatt i lederstillingen (96 prosent), to prosent er konstituert i stillingen, mens mindre enn en prosent er enten ansatt på åremål eller prosjektansatt. De aller fleste er også ansatt i fulltidsstilling (94 prosent), men andelen menn i 100 prosent stilling er en liten tanke høyere enn andelen kvinner. Alle har imidlertid ikke 100 prosent stilling som leder. I alt har vel 20 prosent oppgitt at også de har andre arbeidsoppgaver og da i varierende andel av stillingen. Flertallet, det vil si tre av fire, arbeider i en virksomhet som har døgnkontinuerlig drift. Flertallet er også ansatt i en offentlig institusjon. Kun åtte prosent oppgir at virksomheten hvor de har sin lederstilling, er driftet privat.

Blant dem som har deltatt i studien, er 57 prosent ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens 39 prosent har lederstilling i spesialisthelsetjenesten (figur 3.4). Andelen førstelinjeledere i utvalget er imidlertid noe høyere i spesialisthelsetjenesten enn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (51 prosent mot 40 prosent). 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. I alt fire prosent hadde valgt dette svaralternativet, og av disse har vel halvparten spesifisert type arbeidssted eller tjeneste. Følgende eksempler nevnes: både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste; oppvekstetate; legevakt; privat virksomhet innenfor hjemmetjeneste, sykehjem, omsorgstjeneste og helseforetak; frivillige organisasjoner og stiftelser; flyktningetjeneste; forsvaret; lederstillinger i kommuneadministrasjonen og i undervisningssektoren.

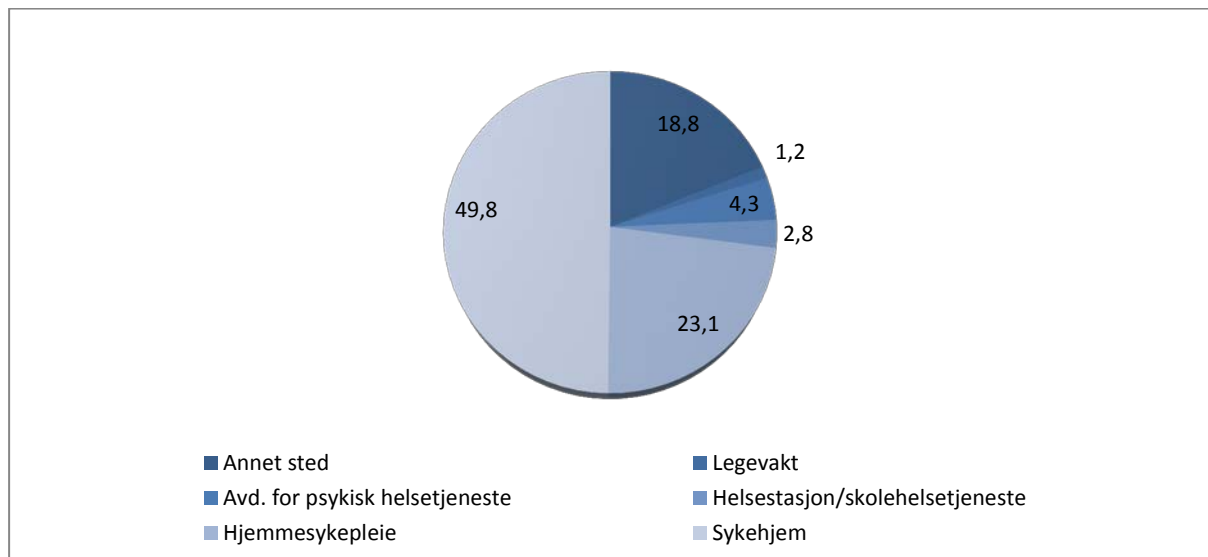


Figur 3.4 Hvor er din lederstilling hovedsakelig tilknyttet? Prosent. N=1567

På et oppfølgingsspørsmål oppga tre av fire av dem som hadde krysset av for spesialisthelsetjenesten, at de er ansatt i en virksomhet som hovedsakelig tar seg av somatiske lidelser, mens en av fire har rusproblematikk eller psykisk helse som sitt arbeidsfelt.

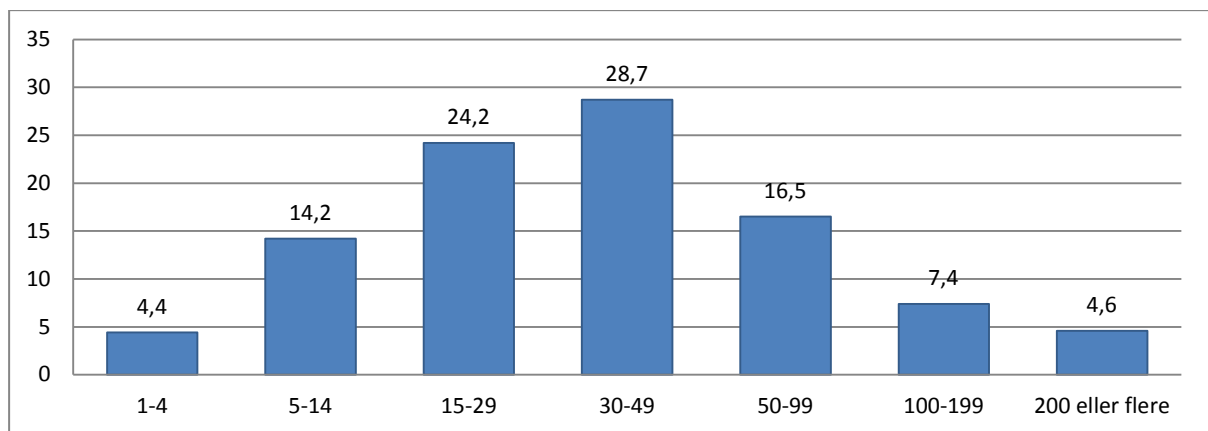
Av dem som har krysset av for kommunal helse- og omsorgstjeneste, er den største andelen leder i et sykehjem (rundt halvparten), mens nærmere en av fire har lederstilling i hjemmesykepleien (figur 3.5). Vel fire prosent leder kommunal avdeling for psykisk helsetjeneste, mens i underkant av tre prosent er leder for helsestasjon og/eller skolehelsetjeneste. En liten andel, vel en prosent, har oppgitt legevakt som sitt arbeidssted. Nesten 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 og helsestasjon, og sykehjem, hjemmetjeneste og avdeling for psykisk helsetjeneste. 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 eller rådmann.



Figur 3.5 Hvor i den kommunale helse- og omsorgstjenesten arbeider du? Prosent. N=884

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 har flest avkryssinger med bortimot 30 prosent til sammen (figur 3.6). Fem prosent har mer enn 200 hundre i sin stab, mens en like stor andel har mindre enn fem.



Figur 3.6 Omtrent hvor mange ansatte er du leder for? Prosent. N=1571

Størrelse på staben varierer etter ledelsesnivå. Nærmere 60 prosent av topplederne har oppgitt at de har 100 eller flere i sin stab (ikke vist i figur), mens rundt en prosent av førstelinjelederne har oppgitt det samme. Andelen førstelinjeledere med ansvar for mer enn 50 ansatte, er totalt vel 13 prosent, men her er det noe variasjon etter tjenestetype med 17 prosent innenfor spesialisthelsetjenesten og 11 prosent innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten (se figur 0.1 i vedlegget).

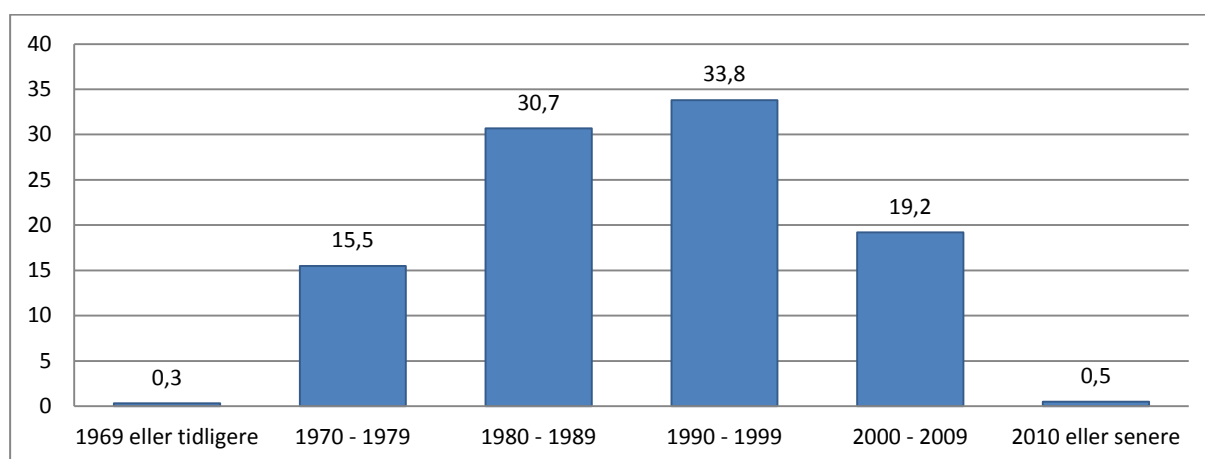
Bortimot en fjerdedel, leder personell med utdanning på høyere nivå enn sykepleiere (tabell 3.2). Dette kan være personell med utdanning innenfor medisin eller psykologi. Fire av ti har medarbeidere i sin stab med utdanning på samme nivå som sykepleiere, for eksempel ergoterapeuter, vernepleiere, sosionomer, og barnevernspedagoger. Mest vanlig er ledelse av personell med sykepleierutdanning og med utdanning på lavere nivå enn sykepleiere, for eksempel helsefagarbeidere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, og barnepleiere. Seks av ti har ufaglærte i staben.

Tabell 3.2. Hvilke typer personell leder du? (flere kryss mulig) Antall og prosent. (N=1561)

	Prosent	Antall
Ansatte med utdanning på høyere nivå enn sykepleiere	24	372
Ansatte med sykepleierutdanning	89	1389
Ansatte med utdanning på samme nivå som sykepleiere	40	627
Ansatte med utdanning på lavere nivå enn sykepleiere	78	1221
Ufaglærte	60	936

3.4 UTDANNING OG ERFARING

De aller fleste lederne har lang erfaring som sykepleier. Fire av fem ble utdannet før år 2000. Den største andelen her er utdannet i tiårene mellom 1980 og 1999 (65 prosent). Mindre enn en prosent er utdannet før 1970 eller etter 2010 (figur 3.7).

**Figur 3.7 Hvilket år var du ferdig utdannet sykepleier? Prosent. N=1543**

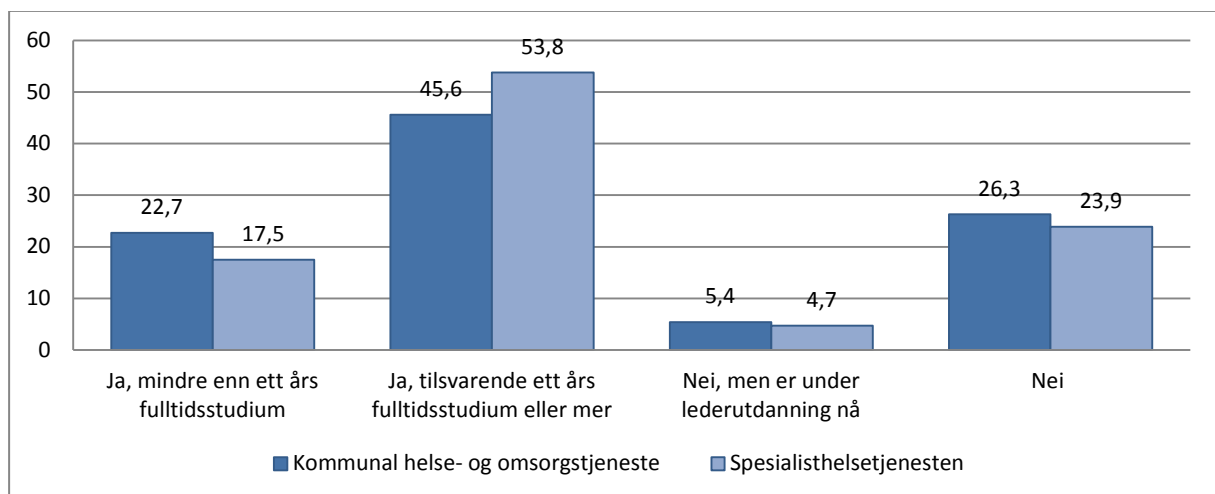
Nesten to av tre (64 prosent) har oppgitt at de har videreutdanning i sykepleie, og godt og vel en fjerdedel (28 prosent) har hovedfag eller mastergrad. Doktorgrad eller PhD er mer sjelden. Seks personer har krysset av for det høyeste utdanningsnivået.

Tabell 3.3. Har du formell lederutdanning? Prosent. N=1556

	Prosent
Ja, tilsvarende mindre enn ett års fulltidsstudium	21
Ja, tilsvarende ett års fulltidsstudium eller mer	49
Nei, men er under lederutdanning nå	5
Nei	26
Totalt	100

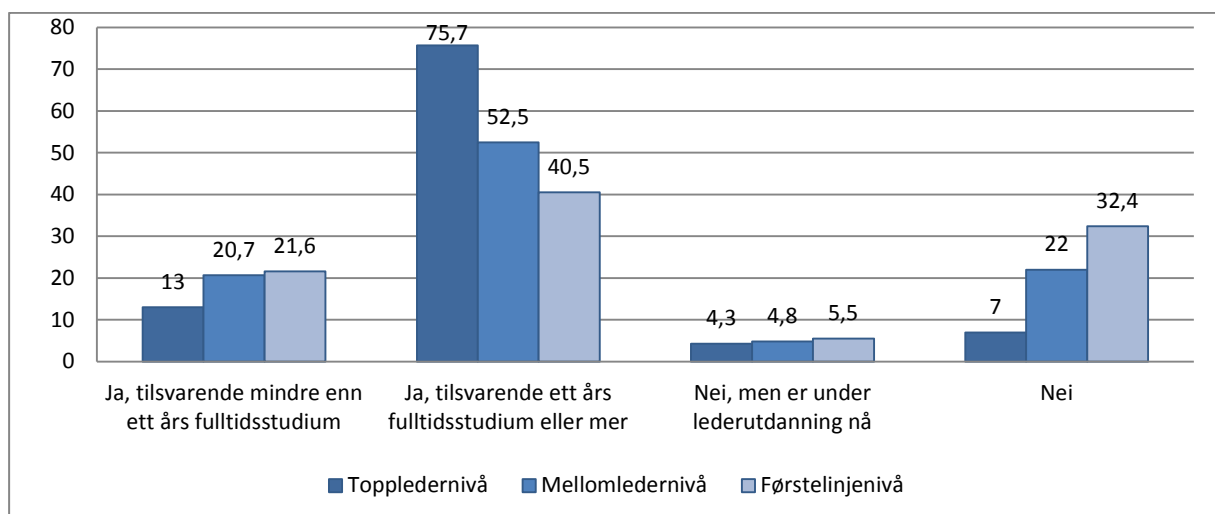
Deltakerne i studien har også kvalifisert seg for lederoppgaver. Tre av fire har lederutdanning av kortere eller lengre varighet eller var i gang med lederutdanning da undersøkelsen ble gjennomført (tabell 3.3). Rundt halvparten har lederutdanning tilsvarende ett års fulltidsstudium eller mer.

Om vi splitter opp svar på spørsmålet om lederutdanning etter hvor lederstillingen er tilknyttet, ser vi at en større andel av dem som er ansatt i spesialisthelsetjenesten har lederutdanning av lang varighet sammenliknet med dem som er ansatt innenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste (figur 3.8). Mens i alt 54 prosent av lederne i spesialisthelsetjenesten oppgir at de har lederutdanning som tilsvarer ett års fulltidsstudium eller mer, oppgir 46 prosent av lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste det samme. Det er små forskjeller mellom gruppene når det gjelder andeler som ikke har lederutdanning, og ingen forskjeller når det gjelder dem som er under utdanning nå.



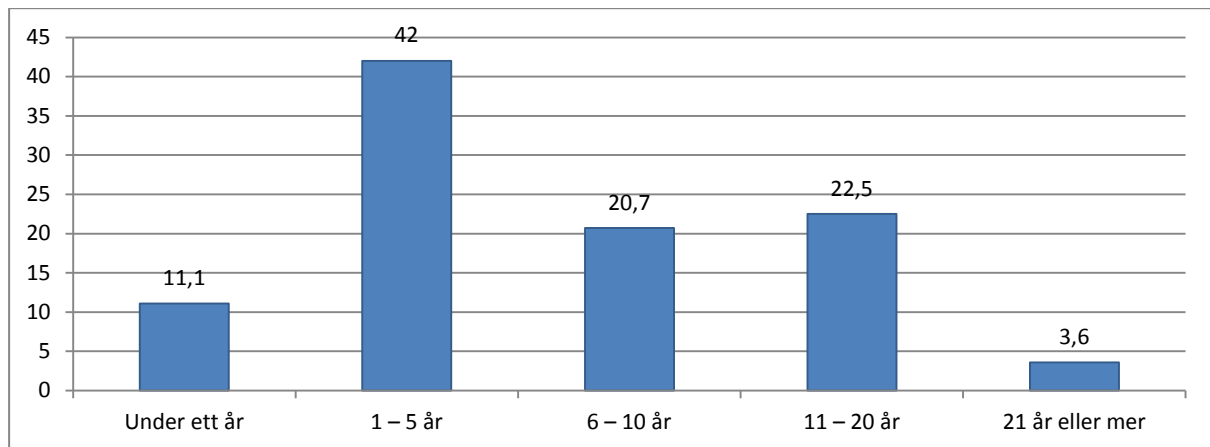
Figur 3.8 Har du formell lederutdanning? Svarfordeling etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=1556.

Av figur 3.9 ser vi at toppledere oftere har lederutdanning og har lederutdanning av lengre varighet enn de andre lederkategoriene. Mens tre av fire toppledere har krysset av for utdanning tilsvarende ett års fulltidsstudium eller mer, oppgir noe over halvparten av mellomlederne det samme. Vel 40 prosent av lederne på førstlinjenivå har også ett års lederutdanning eller mer, men innenfor denne lederkategorien er det nærmere en tredjedel som ikke har lederutdanning.



Figur 3.9 Har du formell lederutdanning? Svarfordeling etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1544

En betydelig andel av dem som har deltatt i studien, har også lang erfaring som leder. Vel en fjerdedel har oppgitt mer enn 11 år som svar på spørsmålet om hvor lenge de har hatt lederstillingen som de har i dag, mens fire prosent har svart mer enn 21 år (figur 3.10). Noe over halvparten (53 prosent) har imidlertid hatt lederstillingen i fem år eller mindre.



Figur 3.10 Hvor lenge har du hatt lederstillingen du har i dag? Prosent. N=1553

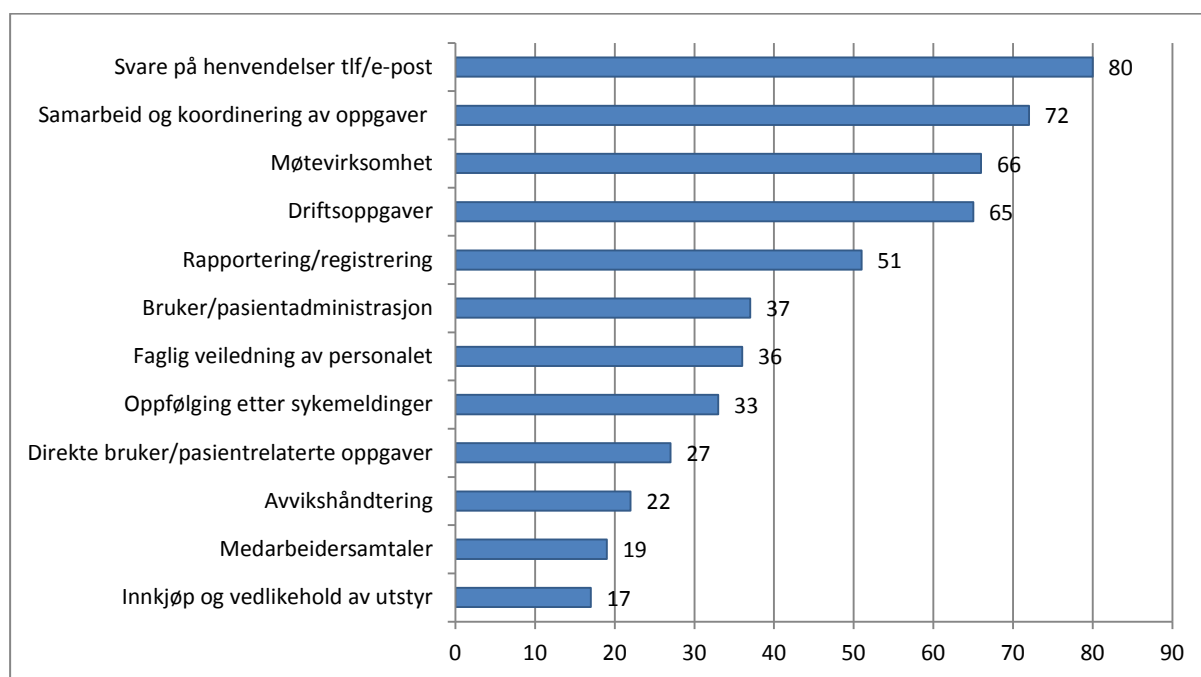
Det er ingen store forskjeller mellom ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten med hensyn til hvor lenge de har hatt lederstillingen, men en noe høyere andel av lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste har hatt lederstillingen i mindre enn fem år, det vi si 56 prosent mot 48 prosent i spesialisthelsetjenesten (ikke vist i figur).

4. TIDSBRUK OG ARBEIDSBELASTNING

4.1 TIDSBRUK PÅ ULIKE OPPGAVER

I spørreskjemaet ble det listet opp en rekke oppgaver som hører inn under mange sykepleielederes ansvarsområde. Lederne ble bedt om å angi tidsbruk på hver oppgavetype langs en femdelte skala fra «svært mye» tid til «svært lite» tid.

Figur 4.1 viser fordeling av svar på dette spørsmålet sortert etter andeler som oppgir at de bruker mye tid på de enkelte oppgavene, det vil si at de har valgt svarkategoriene «mye» eller «svært mye».³ Vi ser at det er særlig fem oppgaver lederne oppgir at de bruker mye tid på. Svare på henvendelser per telefon og epost topper listen. I alt oppgir åtte av ti at de bruker mye tid på dette, mens vel syv av ti oppgir at de bruker mye tid på samarbeid og koordinering av oppgaver både internt og eksternt. Videre bruker rundt to av tre mye tid på møtevirksomhet. En like stor andel bruker mye tid på driftsoppgaver, en type oppgaver som blant annet inkluderer utarbeiding av bemanningsplaner, turnusplaner, årsplaner, budsjett og regnskap. Rundt halvparten oppgir at de bruker mye tid på registrering og rapportering, mens en av tre har krysset av for at de bruker «svært mye» eller «mye» tid til oppfølging av sykemeldte. Det er også verdt å merke seg at en av fire ledere oppgir at de bruker mye tid på direkte bruker-/pasientrelaterte oppgaver. Medarbeidersamtaler og innkjøp og vedlikehold av utstyr er minst tidkrevende av oppgavene på listen.



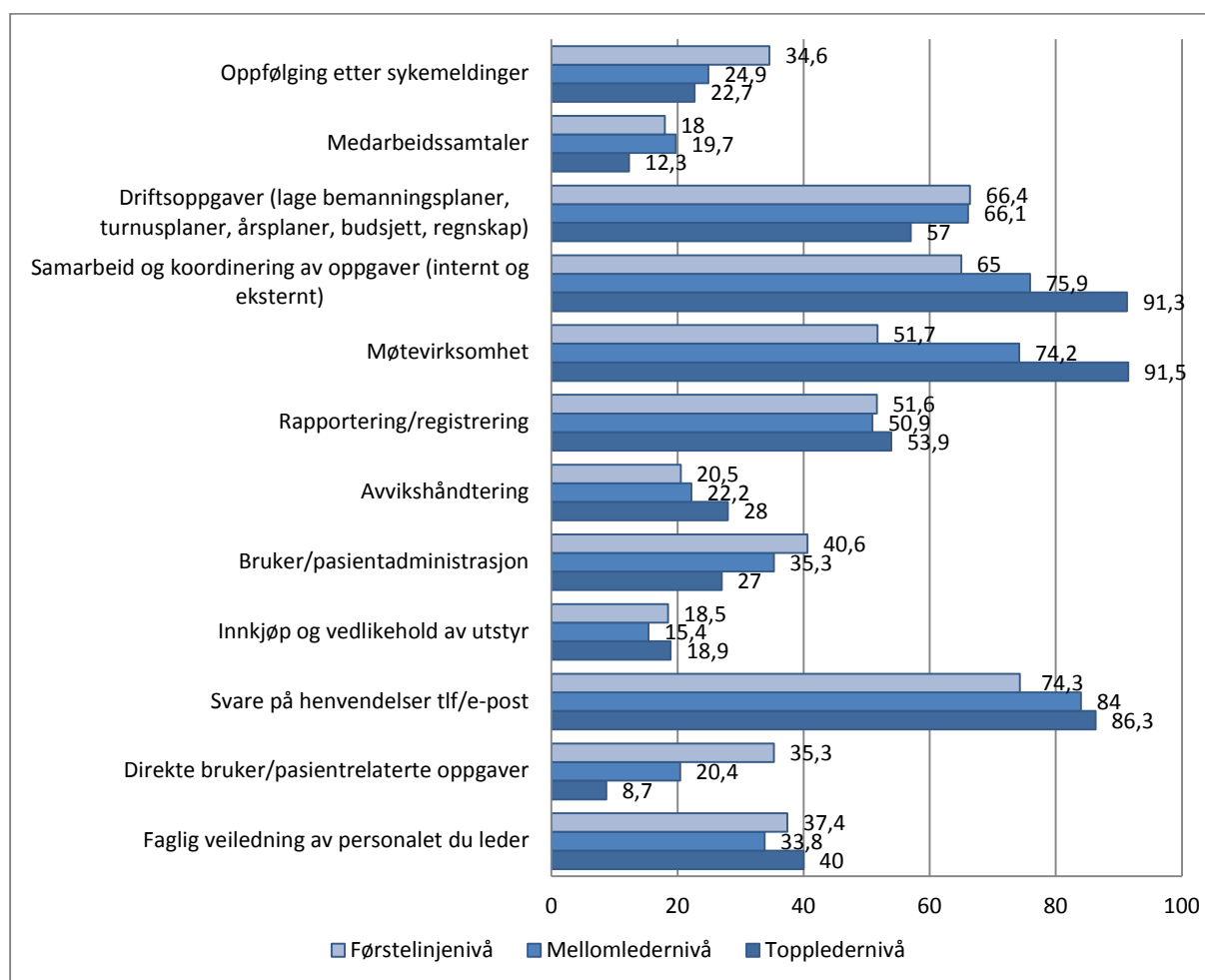
Figur 4.1 I løpet av en vanlig arbeidsuke, hvor mye tid vil du si går med til følgende arbeidsoppgaver? Andel som har svart «mye» eller «svært mye». Prosent. N=1399-1556

Bildet blir mer nyansert om vi splitter opp svarfordelingen etter nivå på lederstillingen (figur 4.2) og etter hvor lederstillingen er tilknyttet (figur 4.3).

Blant oppgavene på listen er det to som skiller seg ut med markante forskjeller mellom ledernivåene. Toppledere oppgir langt hyppigere enn mellomledere og førstelinjeledere at de bruker mye tid på møtevirksomhet og på samarbeid og koordinering av oppgaver. Totalt oppgir 92 prosent av toppledere at de bruker mye tid på møtevirksomhet mot 52 prosent av førstelinjeledere. Når det

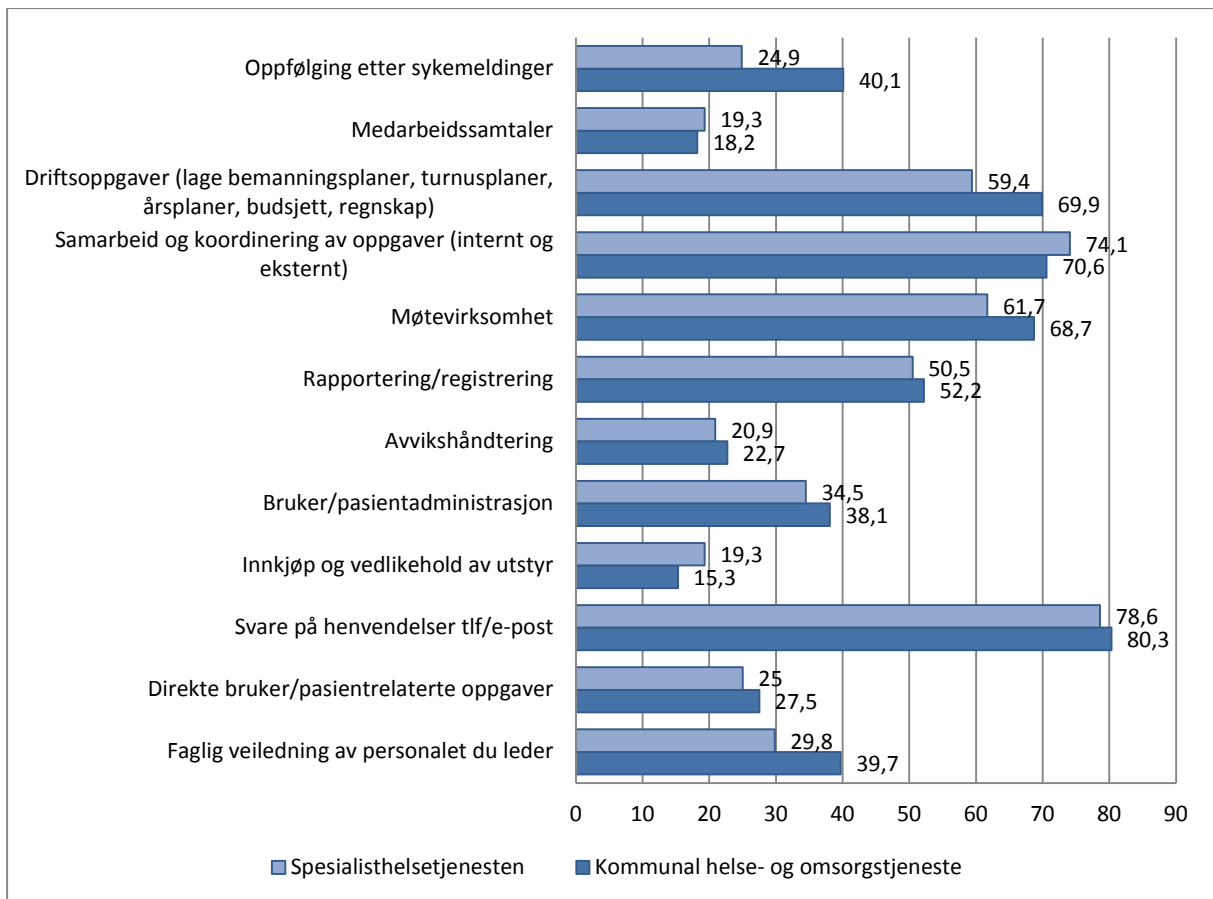
³ Hele svarfordelingen finnes i tabell 0.1. i vedlegget.

gjelder svar på spørsmålet om samarbeid og koordinering av oppgaver, er differansen mellom gruppene noe mindre. I alt har 91 prosent av topplederne gitt uttrykk for at de bruker mye tid på dette, mot 65 prosent av førstelinjelederne. Mellomlederne plasserer seg omtrent midt mellom lederne på nivåene over og under dem i svar på begge spørsmålene. En høyere andel toppledere enn førstelinjeledere og mellomledere oppgir også at de bruker mye tid på å svare på henvendelser via telefon og epost og på avvikshåndtering, men her er de prosentvise forskjellene mellom ledernivåene noe mindre. På den andre siden oppgir førstelinjeledere hyppigere enn ledere på de andre nivåene at de bruker mye tid på bruker/pasientadministrasjon, på direkte bruker-/pasientrettet arbeid, og på å ivareta personalansvar som oppfølging etter sykemeldinger. Det er mindre forskjeller mellom ledernivåene når det gjelder svar på spørsmål om oppgaver som faglig veiledning av personalet, innkjøp og vedlikehold av utstyr og driftsoppgaver, og aller minst forskjell når det gjelder svar på spørsmålet om rapportering og registrering.



Figur 4.2 I løpet av en vanlig arbeidsuke, hvor mye tid vil du si går med til følgende arbeidsoppgaver? Andel som har svart mye eller svært mye etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1346-1495.

Skillelinjer mellom ledere i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste er først og fremst knyttet til fire typer oppgaver. Ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir hyppigere enn ledere i spesialisthelsetjenesten at de bruker mye tid på oppfølging etter sykemeldinger, på driftsoppgaver, på møtevirksomhet og på faglig veiledning av personalet som de leder (figur 4.3). Ledere i spesialisthelsetjenesten bruker noe mer tid enn ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste på innkjøp og vedlikehold av utstyr og på samarbeid og koordinering av oppgaver, men forskjellene her er mindre enn for de fire førstnevnte oppgavene.



Figur 4.3 I løpet av en vanlig arbeidsuke, hvor mye tid vil du si går med til følgende arbeidsoppgaver? Andel som har svart mye eller svært mye etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=1389-1544

4.2 BRUKER LEDERNE FOR MYE TID PÅ NOEN OPPGAVER OG FOR LITE TID PÅ ANDRE?

Selv om ledere på alle nivåene oppgir at de bruker mye tid på å svare på telefon- og epost-henvendelser og på møtevirksomhet (ni av ti toppledere) (se figur 4.2), er det ikke alminnelig enighet om at de bruker for mye tid på dette. Lederne har tatt stilling til en rekke påstander om tidsbruk som de har vurdert langs en skala fra «helt enig» til «helt uenig». Hvilke av disse oppgavene ledere mener de bruker for mye tid på og hvilke de mener at de har for lite tid til i sin arbeidshverdag, går frem av tabell 4.1.

Det er størst enighet om at tiden er for knapp til strategisk arbeid og nytenkning. Syv av ti har oppgitt at de enten er «helt enig» eller «litt enig» i påstanden om at de har for lite tid til strategiarbeid og til langsiktig planlegging med tanke på endring av arbeidsprosesser og på å tenke nytt. Dessuten er seks av ti enten «helt enig» eller «litt enig» i at de har for lite tid til å delta i prosjekter og utadrettet virksomhet. Ledernes mulighet til å påvirke forhold av betydning for arbeidsmiljøet er også til en viss grad begrenset tidsmessig. Seks av ti oppgir at de har for lite tid til å drive trivselsskapende arbeid. En nesten like høy andel oppgir at de har for lite tid til å være synlig blant personalet, mens rundt halvparten gir uttrykk for at de er for lite tilgjengelig for personalet. Faglig oppfølging begrenses også noe av tidsmessige rammer. Nærmere seks av ti oppgir at de har for lite tid til å følge opp personalet faglig, mens fire av ti har krysset av for at de er «helt enig» eller «litt enig» i at de har for lite tid til å fange opp innspill fra personalet.

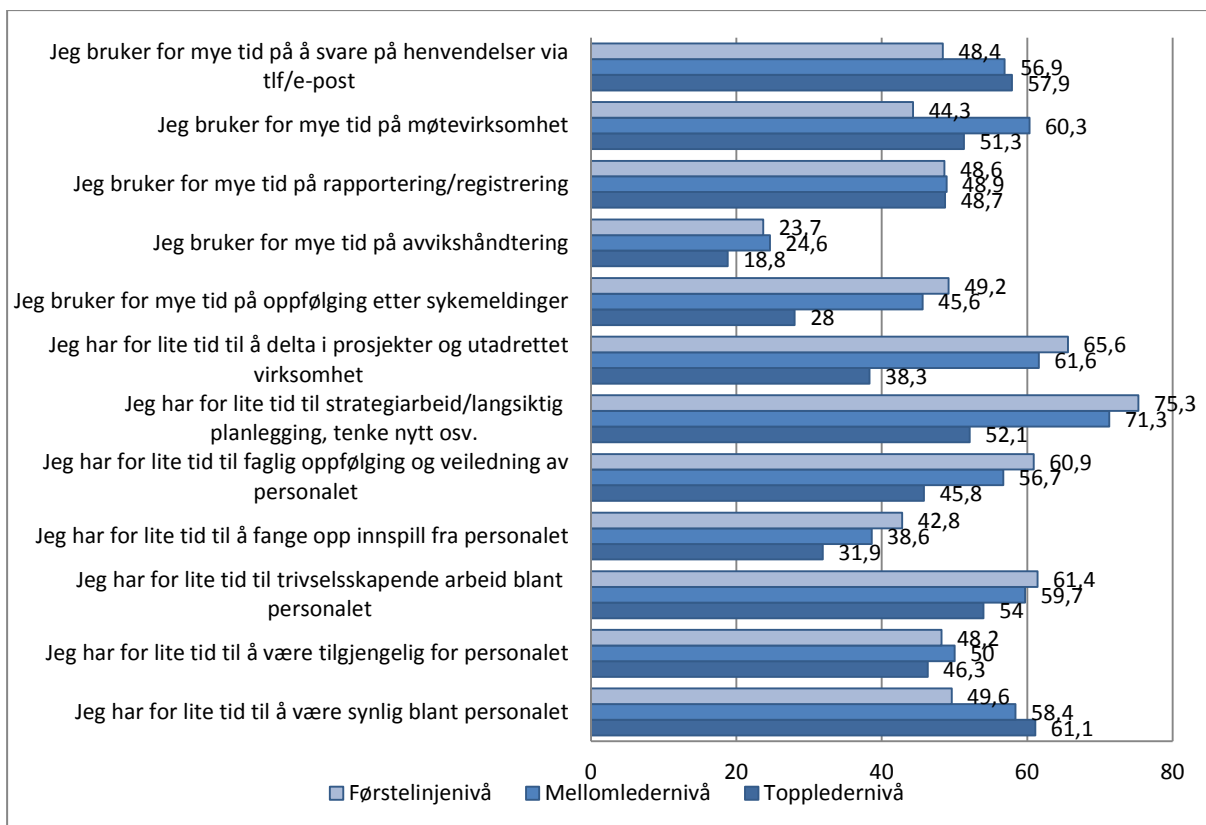
Blant lederne som har deltatt i denne studien, er det større variasjon i vurderinger av hvilke oppgaver som tar for mye tid enn i vurderinger av hvilke oppgaver som det er for knapt med tid til. Noe over halvparten oppgir at de bruker for mye tid på møtevirksomhet og på å svare på telefon/epost, mens noe i underkant av halvparten sier seg «litt enig» eller «helt enig» i påstanden om at de bruker for mye tid til rapportering og registrering og til oppfølging etter sykemeldinger.

Tabell 4.1. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Prosent. N=1379-1544

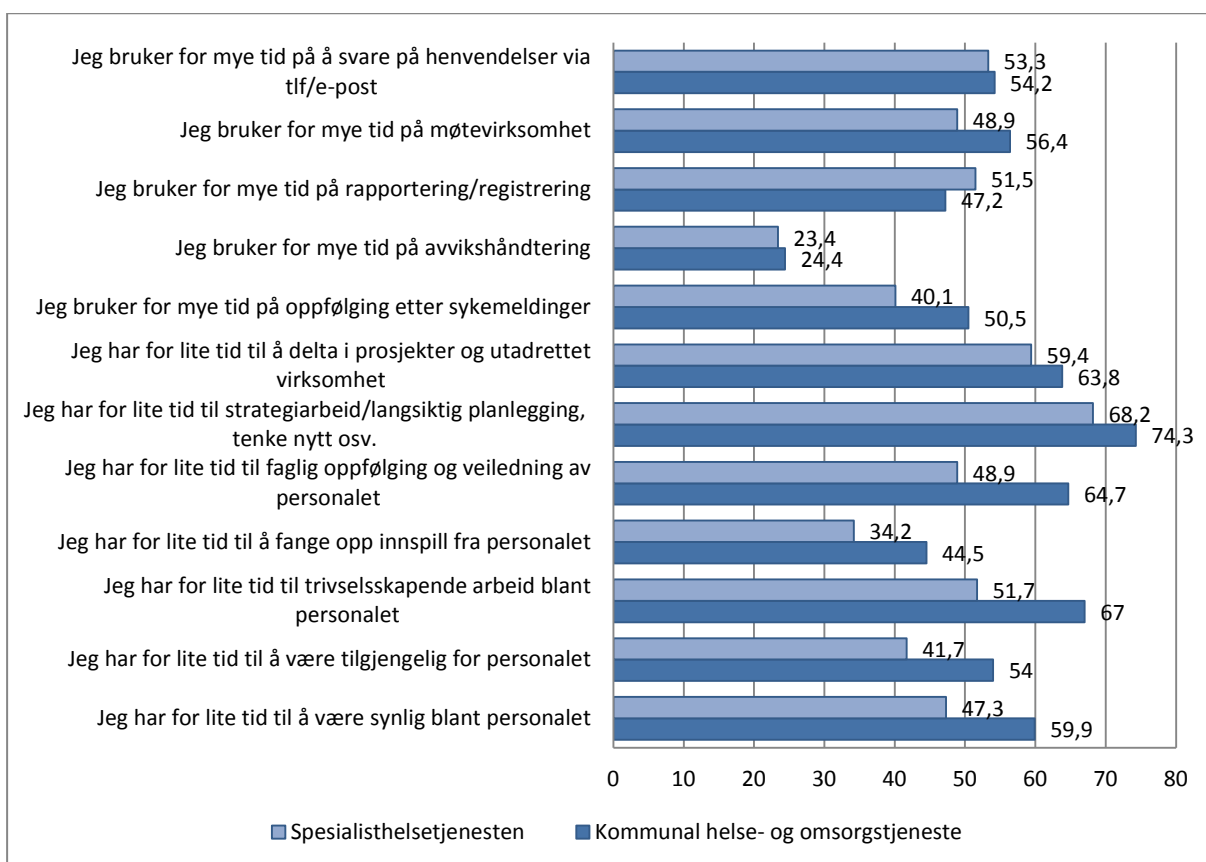
	Verken					Totalt
	Helt enig	Litt enig	enig/ uenig	Litt uenig	Helt uenig	
Jeg har for lite tid til å være synlig blant personalet	22	33	10	18	17	100
Jeg har for lite tid til å være tilgjengelig for personalet	16	33	10	21	20	100
Jeg har for lite tid til trivselsskapende arbeid blant personalet	23	37	14	16	10	100
Jeg har for lite tid til å fange opp innspill fra personalet	9	31	15	26	19	100
Jeg har for lite tid til faglig oppfølging og veiledning av personalet	20	38	13	19	10	100
Jeg har for lite tid til strategiarbeid/langsiktig planlegging, endre arbeidsprosesser, tenke nytt.	36	36	9	11	9	100
Jeg har for lite tid til å delta i prosjekter og utadrettet virksomhet	27	34	17	13	9	100
Jeg bruker for mye tid på oppfølginger etter sykemeldinger	20	26	20	17	18	100
Jeg bruker for mye tid på avvikshåndtering	6	18	29	25	23	100
Jeg bruker for mye tid på rapportering/ registrering	17	32	24	17	11	100
Jeg bruker for mye tid på møtevirksomhet	18	35	24	14	10	100
Jeg bruker for mye tid på å svare på henvendelser via tlf/e-post	21	32	25	13	9	100

Forskjellene mellom ledere på forskjellige nivåer er størst når det gjelder spørsmål om hva de har for lite tid til (figur 4.4). Førstelinjeledere gir i langt høyere grad enn toppledere uttrykk for at de har for lite tid til strategiarbeid og langsiktig planlegging (75 prosent mot 52 prosent), og til å delta i prosjekter og utadrettet virksomhet (66 prosent mot 38 prosent). Førstelinjeledere oppgir i høyere grad enn de to andre lederkategoriene at de bruker for mye tid til oppfølging etter sykemeldinger. I underkant av 50 prosent av førstelinjeledere sier seg «litt enig» eller «helt enig» i påstanden om at de bruker for mye tid til dette, mens i underkant av 30 prosent av topplerne oppgir det samme. Ledere i førstelinjen er også de som i størst grad oppgir at de har for lite tid til faglig og sosial oppfølging av personalet.

En høyere andel toppledere og mellomledere oppgir at de bruker for mye tid på å svare på telefoner og eposthenvendelser sammenliknet med førstlinjeledere, mens mellomledere i høyere grad enn ledere på nivået over og under dem antyder at de bruker for mye tid til møtevirksomhet (60 prosent mot 51 prosent for toppledere og 44 prosent for førstlinjeledere). Det er gjennomgående en lavere andel av toppledere enn av ledere på nivåene under dem, som støtter påstandene på listen enten det er snakk om oppgaver som de har for lite tid til eller oppgaver som det brukes for mye tid på. Unntaket er påstanden om å være for lite synlig blant personalet som en høyere andel toppledere enn førstlinjeledere og mellomledere sier seg helt eller litt enig i.



Figur 4.4 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Andel som har svart helt enig og litt enig etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1369-1571



Figur 4.5 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Andel som har svart helt enig og litt enig etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=1330-1484

Sammenliknet med ledere i spesialisthelsetjenesten, oppgir ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste i større grad at de har for lite tid til både sosial og faglig oppfølging av personalet (figur 4.5). Det vil si at en høyere andel ledere på den kommunale arenaen sier seg litt eller helt enig i påstandene om at de har for lite tid til å være tilgjengelig for personalet, til å være synlig blant personalet, til å bidra i trivselsskapende arbeid og til å fange opp innspill. Også når det gjelder faglig oppfølging av personalet skorter det mer på tid blant ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste enn blant ledere i spesialisthelsetjenesten. Ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste har også i høyere grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten sagt seg litt eller helt enig i påstanden om at de bruker for mye tid på oppfølging etter sykemeldinger (51 prosent mot 40 prosent).

Svar på spørsmålene som er fremstilt i tabell 4.2, bidrar til å fylle ut bildet som avtegnes med utgangspunkt i svarfordelinger i figur 4.4 og figur 4.5. I intervjuene pekte ledere på alle nivåene på at tiden blir for knapp til mange oppgaver fordi de utfører mye arbeid som merkantilt personell kunne ha tatt seg av. Et eksempel som ble nevnt, er arbeid i forbindelse med lønnsutbetalinger. Blant lederne som har svart på spørreskjemaet, er det også bred enighet om dette. Nærmere syv av ti støtter en påstand om at merkantilt personell kunne ha tatt seg av mye av det administrative arbeidet, og her er svarfordelingen relativ lik på tvers av type tjeneste (tabell 4.2).

Et annet moment som kom opp i intervjuene, var at staben er for stor til at lederne rekker å ta seg av oppgaver som de gjerne ville ha prioritert. En formulert påstand om dette får imidlertid lavere oppslutning enn påstanden om at mye administrativt arbeid kunne ha vært utført av andre. Likevel har en av tre ledere krysset av for at de er «litt enig» eller «helt enig» i påstanden om at antallet personer som de leder, er for høyt (tabell 4.2.). Svar på dette spørsmålet varierer med type tjeneste. Mens i underkant av 40 prosent av lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste har sagt seg «litt enig» eller «helt enig» i denne påstanden, har i underkant av 30 prosent av lederne i spesialisthelsetjenesten svart det samme. Et aspekt som har betydning i denne sammenhengen, i følge lederne som ble intervjuet, er det høye antallet personer som er ansatt i deltidsstillinger og som i tillegg arbeider enten bare i helgene eller bare om natten. Dette innebærer blant annet at ledere har mange i sin stab som de har lite kontakt med og som de sjelden eller aldri treffer i løpet av en vanlig arbeidsdag.

Tabell 4.2 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Svar fordelt totalt og etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=1500-1520

	Verken					Totalt
	Helt enig	Litt enig	enig/ uenig	Litt uenig	Helt uenig	
Jeg utfører mye administrativt arbeid som merkantilt personell kunne ha utført	34	34	10	11	11	100
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	37	33	9	12	10	100
Spesialisthelsetjenesten	31	36	11	10	13	100
Antallet personer jeg er leder for, er for høyt	15	18	15	13	39	100
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	18	20	14	14	35	100
Spesialisthelsetjenesten	13	15	17	12	44	100

4.3 ER DET MULIG Å UTFØRE LEDEROPPGAVENE INNENFOR STILLINGSRAMMEN?

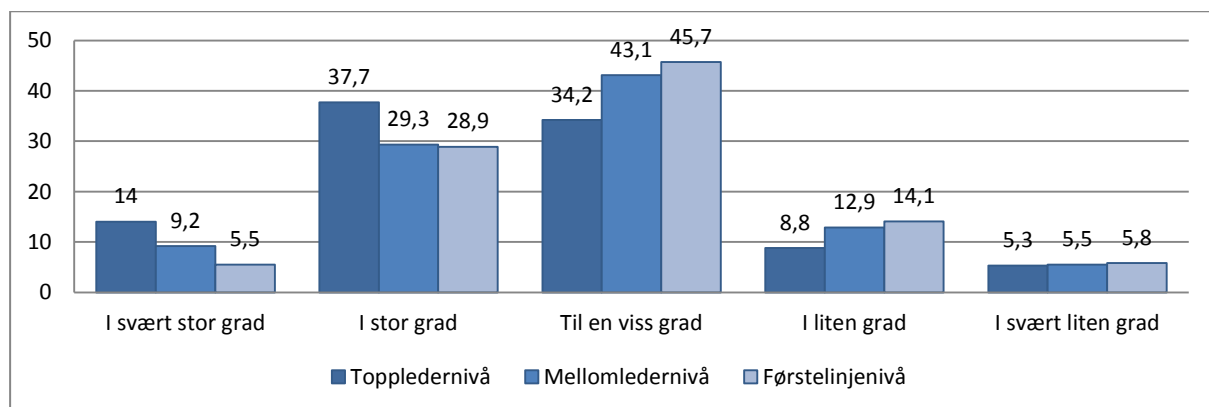
Det neste spørsmålet handler om den totale arbeidsmengden, det vil si om lederne opplever at det er mulig å utføre lederoppgavene innenfor stillingsrammen. Samlet sett svarer i underkant av 40 prosent «i svært stor grad» eller «i stor grad» på dette spørsmålet (tabell 4.3). Svarkategorien «til en

viss grad» har imidlertid fått flest avkryssinger (44 prosent), mens nesten 20 prosent enten har svart «i liten grad» eller «i svært liten grad».

Tabell 4.3 I hvilken grad opplever du at det er mulig å utføre dine lederoppgaver innenfor stillingsrammen? Prosent. N=1547

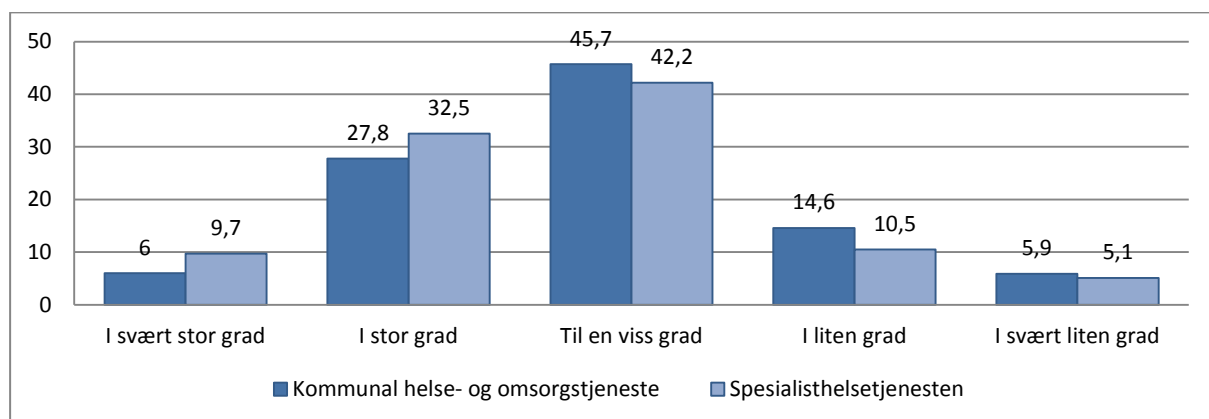
	Prosent
I svært stor grad	8
I stor grad	30
Til en viss grad	44
I liten grad	13
I svært liten grad	6
Totalt	100

En betydelig høyere andel toppledere har svart at de «i svært stor grad» eller «i stor grad» opplever at det er mulig å utføre lederoppgavene innenfor stillingsrammen sammenliknet med ledere på de to nivåene under dem. I alt har 52 prosent av topplederne krysset av for en av disse to svarkategoriene, mens 34 prosent av førstelinjelederne og 38 prosent av mellomlederne har gjort det samme (figur 4.6).



Figur 4.6 I hvilken grad opplever du at det er mulig å utføre dine lederoppgaver innenfor stillingsrammen? Svarfordeling etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1536

På dette spørsmålet ser vi også et skille i svar mellom ulike tjenestekategorier. I alt oppgir 42 prosent av lederne i spesialisthelsetjenesten at det «i stor grad» eller «i svært stor grad» er mulig å utføre lederoppgavene innenfor stillingsrammen, mens 34 prosent av ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir det samme (figur 4.7).



Figur 4.7 I hvilken grad opplever du at det er mulig å utføre dine lederoppgaver innenfor stillingsrammen? Svarfordeling etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=1485

4.4 UTDYPING AV NOEN «TIDSTYVER»

Halvparten av lederne som deltok i spørreskjemastudien, ga uttrykk for at de bruker for mye tid på rapporterings- og registreringsarbeid. Denne typen oppgaver var imidlertid blant de oppgavene som skapte mest frustrasjon i arbeidshverdagen for ledere som ble intervjuet, særlig for førstelinjeledere, men også for mellomledere. Rapporterings- og registreringsoppgaver er, i følge deltakerne i intervju-studien, mer arbeidskrevende for mellomledere og førstelinjeledere enn for toppledere fordi en del toppledere som for eksempel en klinikkssjef, i hovedsak har ansvar for å sy sammen rapporter som de mottar fra ledere på nivåer under dem.

Flere informanter beskrev oppgaver som går inn under betegnelsen rapporterings- og registreringsoppgaver, som de største «tidstyvene» innenfor virksomheten. Som eksempler ble det nevnt krav både fra lokale og nasjonale myndigheter om forhold som skal nedtegnes i utallige skjemaer. Noen av disse skjemaene er koblet opp mot virksomhet som styres av forskjellige «hjul» for eksempel «styringshjulet», som ble beskrevet av ledere i sykehjem. I følge enkelte bidrar disse «hjulene» til at arbeidet blir styrt i detalj, samtidig som registreringsvirksomheten i tilknytning til «hjulene», aldri opphører. Den foregår kontinuerlig.

En del av virksomheten som skal registreres og rapporteres, handler om kvalitetssikring i tjenesten. Ingen av lederne som ble intervjuet, hadde innvendinger mot å sikre kvalitet eller mot å sette i verk tiltak for å øke kvaliteten i tjenesten. De var imidlertid ikke overbevist om at registreringsvirksomheten, som inngår i det som ble beskrevet som «kvalitetspakker», var veien å gå eller virket etter hensikten, som en sa:

All kartleggingen gjør at vi ikke får tid til å sikre kvalitet i arbeidet. Vi får ikke tid til å sette i verk praktiske tiltak for å hindre at pasienter faller eller får i seg nok mat. ... Vi har ikke tid til skikkelig oppfølging. ... Kartleggingen hindrer ikke at pasienter faller fra sengen eller på badet.

En leder i en sykehjemsavdeling presenterte en hel bunke med skjemaer som skal fylles ut og signeres hver dag. Disse dreier seg om alt fra temperatur på varm og kald mat og temperatur i kjøleskapet, til medisinlister og rutiner på medikamentrom og på skyllerom.

I tillegg kommer oppfølging av sykemeldte med alle skjemaene som skal fylles ut i forbindelse med dette. En leder fortalte om en bot på 5000 kroner som avdelingen måtte betale til NAV fordi ett av skjemaene som skulle ha vært fylt ut etter et visst antall uker, hadde blitt glemt. Registreringsvirksomhet og oppfølging av sykemeldte etter krav fra NAV, er ment som tiltak som skal få sykemeldte tidligere tilbake i arbeid. I følge enkelte ledere går tid til å følge opp disse kravene på bekostning av tid til å drive nærværarbeid i avdelingen, en type arbeid som igjen kunne ha bidratt til å forhindre sykemeldinger. For eksempel ønsket flere av lederne som ble intervjuet, å være mer til stede i avdelingen for å kunne lytte til innspill fra personalet og for å kunne inspirere dem i arbeidet.

En av lederne beskriver registreringsvirksomheten med følgende formulering:

Skjemaveldet tar både arbeidslyst og arbeidsglede. Det er nesten som at jeg spyr av det. Jeg må formidle til ansatte at dette er viktig når jeg knapt tror på det selv.

I det åpne svarfeltet til slutt i spørreskjemaet, gir flere uttrykk for synspunkter som støtter det som kommer frem i intervjuene, blant annet nevnes følgende: *det blir for lite tid til å lede personalet fordi for mye tid går med til rent administrative oppgaver; ledere på førstelinjenivå har fått stadig flere oppgaver, men ikke mer tid til å utføre oppgavene; og, rapportering til NAV er tidkrevende uten at gevinst er godt nok dokumentert.*

5. LEDERNES VURDERINGER AV RESSURSSITUASJONEN

5.1 VURDERINGER AV ØKONOMISKE RAMMER, PERSONELLSITUASJONEN, MATERIELLE RESSURSER OG ORGANISATORISKE FORHOLD

Spørsmål om ressurs situasjonen er stilt i form av påstander som lederne ble bedt om å ta stilling til. Påstandene handler både om kvalitet i tjenester som tilbys og om vilkår for å sikre kvalitet i tjenestetilbudet. Her er det på den ene siden snakk om økonomiske og personellmessige forhold og på den andre siden snakk om materielle ressurser og trekk ved organisasjonen, som for eksempel grad av fleksibilitet.

Tabell 5.1 viser hvordan alle i utvalget har svart, og vi ser at det er stor enighet om at pasient- eller brukersikkerheten ivaretas på en god måte. Ni av ti ledere er «helt enig» eller «litt enig» i påstanden om dette. Flertallet av lederne oppgir også at det er lav turnover i staben og at personalet er tilfredsstillende kvalifisert. Det vil si at åtte av ti har valgt kategoriene «helt enig» eller «litt enig» i vurderingen av påstanden om turnover, mens syv av ti har valgt de samme kategoriene når det gjelder påstanden om personalets kvalifikasjoner. Videre oppgir vel seks av ti at det er tilstrekkelig fleksibilitet i organisasjonen til å ta ivare pasienters eller brukeres behov, mens en noe høyere andel oppgir at materielle ressurser er tilstrekkelig for å kunne drive faglig forsvarlig.

Tabell 5.1. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Prosent. N=1502-1550

	Helt enig	Litt enig	Verken enig/ uenig	Litt uenig	Helt uenig	Totalt
Pasient/brukersikkerheten ivaretas på en god måte	59	32	4	5	1	100
Det er tilstrekkelig tid til å ivareta brukerorientering	14	41	21	18	5	100
De økonomiske rammene er tilstrekkelige for å sikre høy kvalitet i tjenesten	7	16	13	35	30	100
Det er nok personale til å drive faglig forsvarlig	20	29	13	27	11	100
Personellet er tilfredsstillende kvalifisert	32	37	9	17	5	100
Det er lav turnover blant personalet jeg er direkte leder for	55	25	10	7	3	100
Det er tilstrekkelig økonomi til å ivareta fagutvikling blant personalet	6	17	10	28	40	100
Det er tilstrekkelig tid til å ivareta fagutvikling blant personalet	8	29	13	35	15	100
Det er tilstrekkelig fleksibilitet i organisasjonen til å ivareta brukere/pasienters behov	22	41	19	14	4	100
Det er tilstrekkelig materielle ressurser til å drive faglig forsvarlig	27	38	16	14	5	100

Tabell 5.2. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Svar fordelt etter type tjeneste. Prosent. N=1502-1549

	Kommunal helse- og omsorgstjeneste						Spesialisthelsetjenesten					
	Helt enig	Litt enig	Verken enig/ uenig	Litt uenig	Helt uenig	Totalt	Helt enig	Litt enig	Verken enig/ uenig	Litt uenig	Helt uenig	Totalt
Pasient/brukersikkerheten ivaretas på en god måte	55	33	5	6	1	100	63	31	3	3	1	100
Det er tilstrekkelig tid til å ivareta brukerorientering	11	40	19	22	7	100	18	43	24	14	3	100
Det er tilstrekkelig tid til å ivareta fagutvikling blant personalet	6	25	12	39	19	100	10	34	15	30	11	100
Det er tilstrekkelig økonomi til å ivareta fagutvikling blant personalet	5	13	9	30	44	100	7	20	11	26	36	100
De økonomiske rammene er tilstrekkelige for å sikre høy kvalitet i tjenesten	5	13	12	35	35	100	9	18	15	34	24	100
Det er nok personale til å drive faglig forsvarlig	18	28	15	29	11	100	23	30	12	24	12	100
Personellet er tilfredsstillende kvalifisert	24	36	10	24	6	100	44	39	7	8	3	100
Det er lav turnover blant personalet jeg er direkte leder for	51	28	12	6	3	100	59	23	8	7	3	100
Det er tilstrekkelig fleksibilitet i organisasjonen til å ivareta brukere/pasienters behov	19	42	18	16	5	100	25	40	20	11	4	100
Det er tilstrekkelig materielle ressurser til å drive faglig forsvarlig	23	41	17	15	4	100	31	34	15	15	5	100

Selv om de aller fleste gir uttrykk for at pasient-/brukersikkerheten ivaretas på en god måte, er det likevel en betydelig andel (65 prosent) som sier seg litt eller helt uenig i at de økonomiske rammene for avdelingen, enheten, eller virksomheten er tilstrekkelig til å sikre høy kvalitet i tjenesten (tabell 5.1). Samtidig gir nærmere 40 prosent uttrykk for at bemanningen er for lav til å drive faglig forsvarlig. Det er også verdt å merke seg at seks prosent av lederne gir uttrykk for at pasient-/brukersikkerheten ikke ivaretas på en god måte, og at nærmere en fjerdedel er helt eller litt uenig i at det er tilstrekkelig tid til å ivareta brukerorientering. Nærmere en fjerdedel gir også uttrykk for at personellet ikke er tilfredsstillende kvalifisert om vi slår sammen dem som oppgir at de er «litt uenig» eller «helt uenig» i påstanden.

De økonomiske rammene strekker heller ikke godt nok til når det gjelder mulighet for faglig utvikling. Nesten syv av ti er litt eller helt uenig i påstanden om at det er tilstrekkelig økonomi til å ivareta fagutvikling blant personalet. På dette området skorter det også på tid. Halvparten av lederne oppgir at de er litt eller helt uenig i at det er tilstrekkelig tid til å ta ivare fagutvikling blant personalet.

Om vi ser på svarfordelingen etter hvor lederstillingen er tilknyttet (tabell 5.2), finner vi betydelig variasjon i vurderingene, men også noe enighet. Den mest markante forskjellen gjelder vurderinger av personalets kompetanse. Ledere innenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir nesten tre ganger så hyppig som ledere i spesialisthelsetjenesten at de er litt eller helt uenig i påstanden om at personalet er tilstrekkelig kvalifisert (30 prosent mot 11 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 kommunal helse- og omsorgstjeneste gir også i større grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten uttrykk for at de økonomiske rammene er utilstrekkelig for å sikre høy kvalitet i tjenesten (70 prosent mot 58 prosent), og at det verken er tilstrekkelig tid (58 prosent mot 41 prosent) eller økonomi (74 prosent mot 62 prosent) til å ta ivare 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 (40 prosent mot 36 prosent). Selv om andelen som antyder at pasient-/brukersikkerheten ikke ivaretas på en god måte, totalt sett er lav, er det likevel nesten dobbelt så stor andel ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som i spesialisthelsetjenesten som gir uttrykk for dette (syv prosent mot fire prosent).

Forskjellene mellom ledere innenfor de to tjenestetypene er minst når det gjelder vurderinger av fleksibilitet i organisasjonen og tilgang på materielle ressurser.

5.2 «VI LEIER INN NOE DJEVELSK FOR Å FÅ HJULENE TIL Å GÅ RUNDT»

Alle lederne som ble intervjuet, beskrev utfordringer i arbeidshverdagen som skyldes mangel på personell eller mangel på kvalifisert personell eller begge deler. De poengterte spesielt at de ikke får arbeidsturnusen til å gå rundt med arbeid hver tredje helg. I tillegg er det ofte sykdom i staben. Mye av arbeidsdagen særlig til førstelinjeledere, går derfor med til å skaffe personell til alle vaktene. I mange tilfeller er det problematisk å få tak i vikarer med ønsket kompetanse, og dette er spesielt prekært i enkelte somatiske sykehusavdelinger. Noen ledere presiserte at det ikke alltid er formell kompetanse som må til for å løse oppgaver på en god måte. Kvalitet handler ofte om personalets innstilling. En leder nevnte som eksempel at en utdannet hjelpepleier som ser pasienters behov, kan være mer verdifull å ha i avdelingen enn en sykepleier som setter seg ned med smarttelefonen så snart det åpner seg en mulighet. Det er heller ikke alltid økonomien det skorter på fordi, som en annen leder presiserte; «budsjett og kvalitet henger ikke alltid sammen». Det vil si at flere ansatte

ikke nødvendigvis bidrar til å øke kvaliteten på pleien. En mellomleder med lang erfaring hadde følgende kommentar til dette aspektet:

Det har aldri vært så høy formell kompetanse [i virksomheten] før. Det har aldri vært så mange ansatte ... det har aldri vært så travelt før, og vi har vi aldri slitt så mye med å få hjulene til å gå rundt, som nå.

Enhetsledere i sykehjem fortalte at de ofte er eneste sykepleier i sin avdeling og ofte også eneste sykepleier i «hele etasjen» eller «på huset». De må da utføre alle oppgaver som krever sykepleierkompetanse både i sin egen avdeling og i andre avdelinger. I sin egen avdeling må enhetsleder i tillegg være oppdatert på alle pasienter i tilfelle vedkommende er eneste sykepleier på arbeid den dagen det er legevisitt. Enhetsleder lager også frokost og stiller pasienter både for å få dagen til å gå rundt og for at personalet skal få komme seg på kurs og annet.

I følge flere ledere som ble intervjuet, er det formelt sett tilstrekkelig fleksibilitet i egen organisasjon. I praksis eller i det daglige arbeidet er det imidlertid problematisk å få utnyttet fleksibiliteten, slik at «fleksibilitet i realiteten bare finnes på papiret». Ledere forteller at det er vanskelig å samkjøre både enheter og grupper innen enheter. Mange enheter, for eksempel i somatiske sykehus, er splittet opp i ulike fagområder, og innenfor mange fagområder er det behov for spesialkompetanse slik at personalet ikke uten videre kan flyttes rundt. Ledere har imidlertid også erfart liten vilje til fleksibilitet fra de ansattes side og at tillitsvalgte og lokale så vel som sentrale avtaler hindrer nødvendige endringer. Som eksempler nevnes motstand fra personalet mot å arbeide en ekstra helg i løpet av året, noe som i følge informantene kunne ha bidratt til å løse store problemer innenfor virksomheten. Dersom «ansatte på dagposter i institusjonen hadde tatt en helgevakt hver i løpet av et år i en enhet med døgnkontinuerlig drift, hadde det også vært til stor hjelp», men som en leder sa:

Tillitsvalgte er for opptatt av å ivareta enkeltindividets interesser – i stedet for å se hva som må til for å få organisasjonen til å fungere.

Blant eksempler på begrensninger i fleksibilitet ble det også nevnt at planer om å forsøke lange vakter (13 timer) i sykehjemsavdelinger etter modell fra kommunale tjenester som avdeling for psykisk helse og barnevern, hadde blitt stoppet av tillitsvalgte til tross for at både ansatte og ledelse ønsket å forsøke dette fordi det kunne ha løst problemer for begge parter.

Ledere som deltok i spørreskjemastudien, ble bedt om å vurdere en påstand om at tillitsvalgte og lokale avtaler hindrer nødvendige endringer innenfor virksomheten. Påstanden får ikke bred oppslutning totalt sett, men det er likevel nærmere en fjerdedel som sier seg «helt enig» eller «litt enig» (tabell 5.3).

Tabell 5.3 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=1437

	Verken					Totalt
	Helt enig	Litt enig	enig/ uenig	Litt uenig	Helt uenig	
Tillitsvalgte/lokale avtaler hindrer nødvendige endringer	6	17	24	20	33	100
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	6	18	24	19	32	100
Spesialisthelsetjenesten	5	16	24	20	35	100

Både ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten fortalte om en arbeidssituasjon hvor det er for «lite slakk», som en sa, og dette fører til at «folk blir utslitt». Samtidig ga de uttrykk for en viss pessimisme med tanke på fremtiden innenfor helsetjenesten fordi

det kommer en ny generasjon, sykepleiere blant annet, som har en innstilling til arbeidet som skiller seg fra det tidligere generasjoner har hatt. En leder i hjemmetjenesten sa det slik:

Det blir ikke lett å erstatte de som nå er over 55 år når de går av med pensjon, om de går av når de blir 62. Den nye generasjonen som kommer inn, de kan ikke gå i vakter, og de kan ikke ha full stilling. Mange unge er ustabile. Unge tar ikke ansvar for andre enn seg selv.

En annen bekymring som kommer til uttrykk i det åpne svarfeltet i spørreskjemaet, handler om svekkelse av kvalitet fordi drift og bemanning ikke harmonerer over tid. En leder i kommunal helse- og omsorgstjeneste har følgende kommentar:

I dagens helseNorge har vi fått et motto som heter «godt nok». ... Hvem setter standard for det som er «godt nok»? Det slakkes på kravene etter hvert som tiden ikke strekker til. Dette er en farlig trend. Hvem setter stopp? Hvem sier at nok er nok? ... Det er tøft å gå hjem etter endt arbeidsdag å svelge klumpen i halsen fordi jeg vet at personalet mitt strekker strikken lengre enn langt hver eneste dag.

6. ANDRE FORHOLD AV BETYDNING FOR LEDELSE

6.1 AUTONOMI OG INNFLYTELSE

I studien har vi også undersøkt i hvilken grad lederne har frihet til å gjøre egne disponeringer på viktige områder og om de opplever å få gjennomslag i beslutninger. Også disse aspektene er kartlagt via fremsatte påstander. Følgende formuleringer ble presentert i spørreskjemaet: «Jeg har stor frihet til å omdisponere lønnsbudsjettet»; «Jeg har stor frihet til å omdisponere personalet»; «Jeg har tilstrekkelig innflytelse på avgjørelser som angår den daglige driften». Lederne har tatt stiling til disse påstandene og vurdert dem langs en femdelts svarskala med «helt enig» og «helt uenig» som ytterpunkter.

Tabell 6.1 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=1267-1522

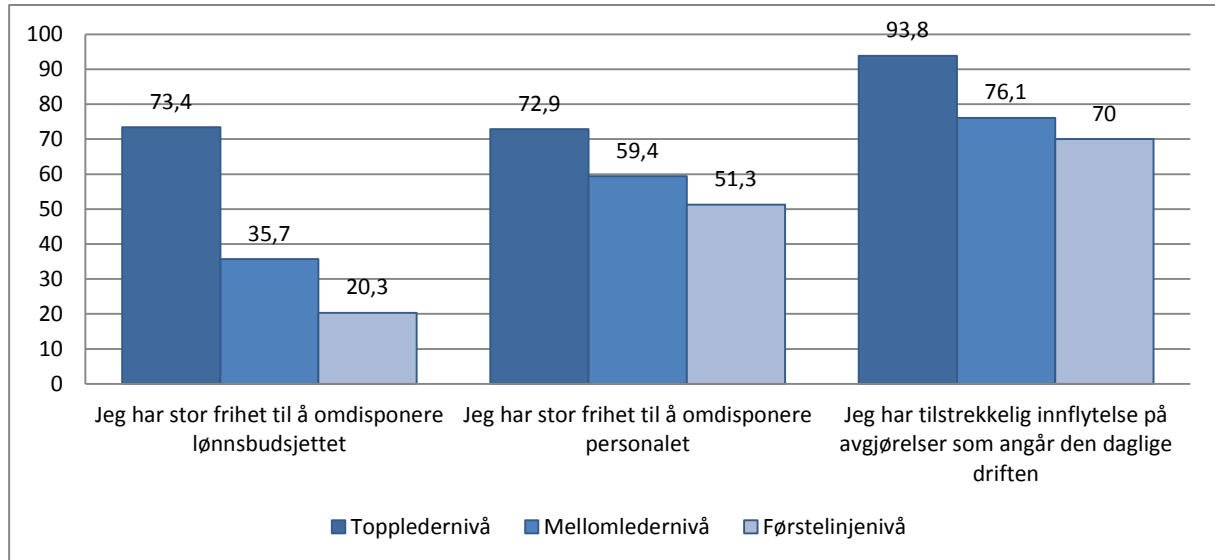
	Verken					Totalt
	Helt enig	Litt enig	enig/ uenig	Litt uenig	Helt uenig	
Jeg har stor frihet til å omdisponere lønnsbudsjettet	10	23	12	17	38	100
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	12	23	12	18	36	100
Spesialisthelsetjenesten	6	23	12	18	42	100
Jeg har stor frihet til å omdisponere personalet	23	34	12	17	14	100
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	23	34	12	18	14	100
Spesialisthelsetjenesten	20	37	12	17	14	100
Jeg har tilstrekkelig innflytelse på avgjørelser som angår den daglige driften	38	37	10	12	4	100
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	40	37	10	10	4	100
Spesialisthelsetjenesten	32	39	9	15	5	100

Påstanden om tilstrekkelig innflytelse på avgjørelser som angår den daglige driften, får større oppslutning enn påstandene om frihet til å gjøre egne disponeringer når det gjelder budsjettmessige og personellmessige forhold (tabell 6.1). Totalt svarer tre av fire at de er «helt enig» eller «litt enig» i påstanden om at de har tilstrekkelig innflytelse på den daglige driften. Andelen ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste som sier seg helt eller litt enig i denne påstanden, er noe høyere enn andelen ledere i spesialisthelsetjenesten (77 prosent mot 71 prosent).

Lederne har i større grad frihet til å omdisponere personell enn til å foreta endringer av budsjettmessig art. Mens godt og vel halvparten (57 prosent) av lederne sier seg «helt enig» eller «litt enig» i påstanden om at de har stor frihet til å omdisponere personalet, sier en tredjedel det samme når det gjelder påstanden om å omdisponere lønnsbudsjett. Svarfordelingen mellom ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten er relativt lik for påstanden om omdisponering av personalet, mens ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste i noe større grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten støtter påstanden om at de har stor frihet i budsjettmessige spørsmål (35 prosent mot 29 prosent).

Ikke uventet oppgir toppledere hyppigere enn ledere på de to nivåene under dem, at de har stor frihet til å disponere ressurser innenfor virksomheten og at de har betydelig grad av innflytelse. Vel 70 prosent av ledere på dette nivået sier seg litt eller helt enig i påstander om at de har frihet til å gjøre omdisponeringer både av personellmessig og økonomisk art (figur 6.1). Blant mellomlederne oppgir en andel på 36 prosent at de har frihet til å gjøre budsjettmessige omrokkeringer, mens 59

prosent har svart det samme for spørsmålet som angår personell. Tilsvarende svarfordeling for ledere i førstelinjen er henholdsvis 20 prosent og 51 prosent. Innflytelse over beslutninger varierer også med ledernivå. Totalt sier 94 prosent av topplederne seg litt eller helt enig i påstanden om at de har tilstrekkelig innflytelse på avgjørelser som angår den daglige driften, mens 76 prosent av mellomlederne og 70 prosent av lederne på førstelinjenivå sier det samme.



Figur 6.1 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til din avdeling/enhet/virksomhet? Andel som har svart litt eller helt enig etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1258-1513

Flere eksempler på autonomi eller frihet til å gjøre omdisponeringer innenfor budsjettrammen ble nevnt i intervjuene. Noen ledere har et variabelt lønnsbudsjett til disposisjon. Denne budsjettposten er i utgangspunktet beregnet til å dekke innleie av vikarer ved sykdom. I et sykehjem hadde imidlertid virksomhetsleder fått tilslutning til å bruke store deler av dette budsjettet til å øke grunnbemanningen slik at det alltid var to ekstra personer på vakt på dagtid i tillegg til personalet som var oppført i arbeidsturnusen. De to personene blir plassert i avdelinger eller enheter hvor det er sykefravær, eller der arbeidsbelastningen er størst om det ikke er sykefravær. Denne ordningen ble forsøkt primært for å redusere det høye sykefraværet i organisasjonen. To personer ekstra kan bidra til å senke generell belastning i avdelingen eller enheten og samtidig frigjøre tid for lederne som ellers ville ha blitt brukt store deler av arbeidsdagen til å skaffe vikarer.

Blant eksempler på frihet innenfor budsjettrammen ble det nevnt mulighet til å holde stillinger vakante, for eksempel deler av en renholdstilling, for å ha en «økonomisk buffer», og å gjøre om på stillinger. Et sykehjem hadde for eksempel planer om å kutte ned på den administrative staben for å kunne øke stillingsstørrelse til pleiepersonell. Flere sykepleierstillinger sto høyt på ønskelisten til ledere både i sykehjem og i hjemmetjenesten. De har støtte fra ledelsesnivået over dem til å gjøre om på stillingskategorier, men det er komplisert å få «fagforeningene på gli» i slike saker. I flere enheter/avdelinger hadde førstelinjeledere anledning til å ansette personell i opptil 30 prosent stilling uten å involvere ledere på høyere nivå.

En av topplederne i intervjuundersøkelsen pekte på hvor viktig det er at ledere innenfor den typen virksomhet som her studeres, har formell lederutdanning, fordi, som hun sa: *Det er viktig å forstå økonomispråket. Det er et eget språk, og det ligger makt i det.*

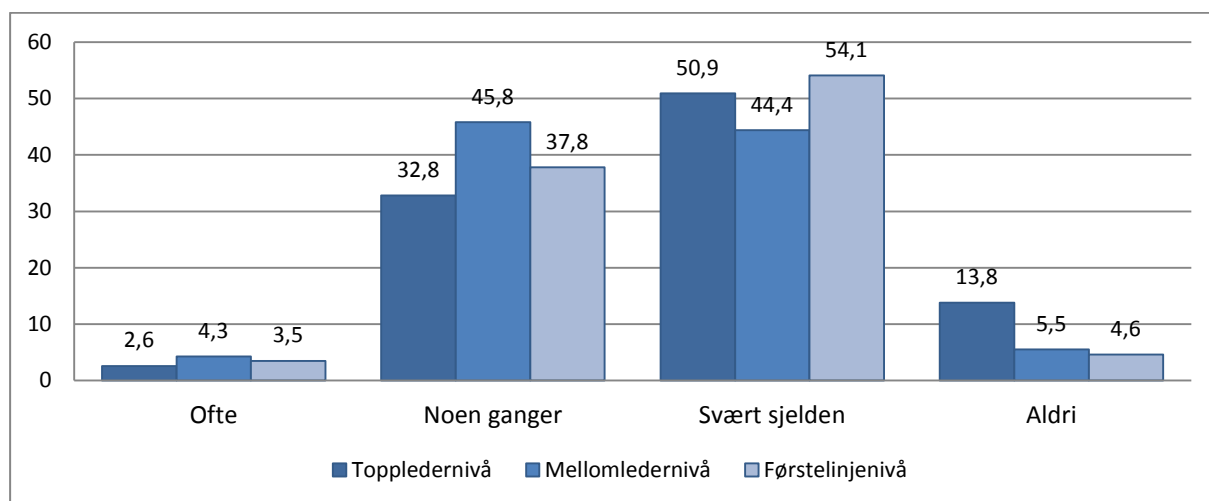
Ledernes innflytelse i rent faglige spørsmål er også kartlagt i spørreskjemastudien. Mer konkret er det spurt om lederne noen ganger må gjennomføre beslutninger eller utføre oppgaver innenfor rammen av lederstillingen som strider mot deres faglige synspunkter. Her har vi tatt med et

tilsvarende spørsmål som gjelder etikk, og spurt om lederne må gjennomføre beslutninger eller utføre oppgaver som går på tvers av deres etiske prinsipper.

Tabell 6.2 viser både total svarfordeling på disse to spørsmålene og svar fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Vi ser at over 40 prosent av lederne samlet sett oppgir at de «noen ganger» eller «ofte» må gjennomføre beslutninger som strider mot deres egne faglige synspunkter. En noe lavere andel, det vil si litt i underkant av 30 prosent, oppgir at de «noen ganger» eller «ofte» gjennomfører beslutninger som går mot deres etiske prinsipper. Tabell 6.2. viser også at en større andel ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste enn i spesialisthelsetjenesten «noen ganger» eller «ofte» må gjennomføre beslutninger som går på tvers av egne faglige synspunkter (50 prosent mot 39 prosent). Det samme gjelder for spørsmålet om etiske prinsipper (33 prosent mot 22 prosent).

Tabell 6.2 Må du gjennomføre beslutninger eller oppgaver i din lederstilling som strider mot dine faglige synspunkter/etiske prinsipper? Svar fordelt totalt og etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent.

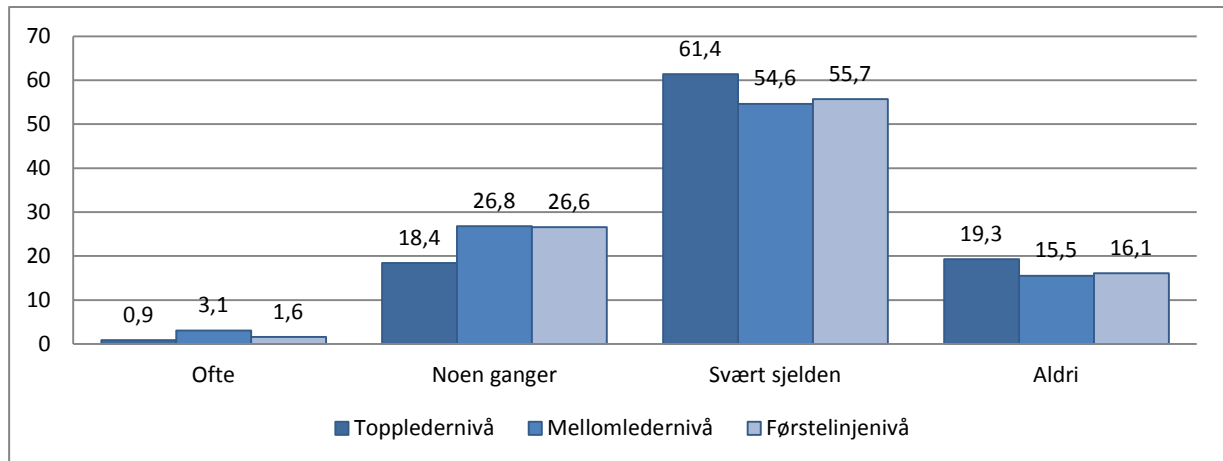
	Alle		Kommunal helse- og omsorgstjeneste		Spesialisthelsetjenesten	
	Faglige synspunkter	Etiske prinsipper	Faglige synspunkter	Etiske prinsipper	Faglige synspunkter	Etiske prinsipper
Ofte	4	2	4	3	3	1
Noen ganger	41	26	46	31	36	21
Svært sjelden	49	56	46	54	53	59
Aldri	6	16	4	12	7	19
Totalt	100	100	100	100	100	100
N	1491	1489	882	881	609	608



Figur 6.2 Må du gjennomføre beslutninger eller oppgaver i din lederstilling som strider mot dine faglige synspunkter? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1542

Blant ledere på ulike nivåer er det først og fremst mellomledere som antyder at de i noen tilfeller må gå på akkord med sin egen faglige overbevisning. I alt oppgir 50 prosent av lederne på dette nivået at de «noen ganger» eller «ofte» gjennomfører beslutninger som strider mot deres faglige synspunkter (figur 6.2). En andel på 65 prosent av topplederne har svart «svært sjelden» eller «aldri» på dette spørsmålet. Det samme har 59 prosent av ledere i førstelinjen (og altså 50 prosent av mellomlederne).

Det er relativt jevn fordeling mellom ledere på mellomnivå og på førstelinjenivå i svar på spørsmålet om de i sitt arbeid må handle i strid med sine etiske prinsipper. I underkant av 30 prosent i begge gruppene har svart «ofte» eller «noen ganger» (figur 6.3). Også på dette spørsmålet svarer toppledere oftere «svært sjelden» og «aldri» sammenliknet med ledere på nivåene under dem, med en andel på åtte av ti samlet sett.



Figur 6.3 Må du gjennomføre beslutninger eller oppgaver i din lederstilling som strider mot dine etiske prinsipper? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1540

Det går ikke frem av spørreskjemaundersøkelsen hvilke typer faglige spørsmål eller etiske prinsipper det kan være snakk om, men i intervjuene ble det nevnt ulike eksempler. Flere informanter tok opp beslutninger rundt utskrivning av pasienter fra sykehus både fra somatiske sykehus og fra psykiatriske klinikker. En leder i en kommunal avdeling for psykisk helse ga uttrykk for stor bekymring fordi grenser for hva som er en utskrivningsklar pasient stadig forskyves. I avdelingen hvor vedkommende er leder, må de stadig oftere ta imot og gi tilbud til pasienter som de mener er alt for syke til det de kan tilby av tjenester. I følge denne lederen, som arbeider i en stor kommune, har oppbyggingen av forsvarlige tjenester i kommunene ikke foregått i samme tempo som nedbyggingen av psykiatriske klinikker. Dette går igjen utover pasientene som får et dårligere tilbud. En leder i hjemmetjenesten peker på tilsvarende problem i kommunene etter samhandlingsreformen:

Etter samhandlingsreformen sitter kommunen med luen i hånden og bare tar i mot, for ikke å bli straffet økonomisk. Det hjelper ikke at vi mangler kompetanse eller folk til å ta hånd om alle som kommer fra sykehus i dårlig forfatning. Dette gjelder både somatisk syke og psykisk syke.

I hjemmetjenesten er det også mer utfordrende å sikre kvalitet på pleien enn i en sykehjems- eller sykehusavdeling, som en leder sa:

Jeg har alt for lite innsikt i pasientsituasjonen, om pleien er god nok. Jeg vet ikke hva hver enkelt ufaglært gjør ute hos brukerne, og for den saks skyld vet jeg heller ikke hva de med fagutdanning gjør.

Ledere i spesialisthelsetjenesten med lang erfaring i stillingen fortalte at de stort sett fikk gjennomslag for å beholde pasienter som leger har erklært ferdigbehandlet, dersom de mente at det var uforsvarlig å sende dem ut. De var særlig oppmerksom på pasienter som bodde geografisk langt fra sykehuset og som ikke hadde et offentlig tilbud eller skulle skrives ut til hjemmet. Dersom pasienter hadde plass på sykehjem, tok de imidlertid for gitt at kvaliteten på pleien var forsvarlig.

6.2 POTENSIELLE KONFLIKTLINJER

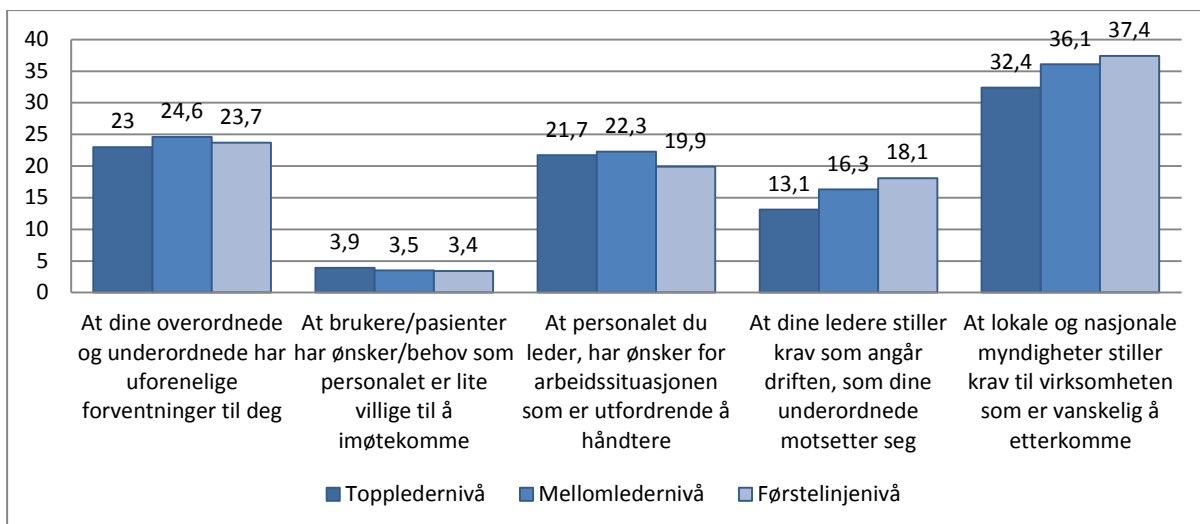
Ledere befinner seg ofte i en posisjon eller i situasjoner hvor de utsettes for forventninger som er problematiske å etterkomme. De kan også erfare krysspress, hvor det blant annet kan være snakk om at ledere på nivå over dem og det personalet de selv leder, har uforenlige forventninger til dem som ledere, eller at brukere har ønsker som går på tvers av personalets behov. Spørsmål om denne typen utfordringer er tatt med i spørreskjemaet med følgende formuleringer: I hvilken grad opplever du følgende i din arbeidssituasjon; i) at dine overordnede og underordnede har uforenlige forventninger til deg, ii) at brukere/pasienter har ønsker/behov som personalet er lite villige til å imøtekomme, iii) at personalet du leder, har ønsker for arbeidssituasjonen som er utfordrende å håndtere, iv) at dine ledere stiller krav som angår driften, som dine underordnede motsetter seg, og v) at lokale og nasjonale myndigheter stiller krav til virksomheten som er vanskelig å etterkomme. Sværskalaen på disse spørsmålene var femdelt og spenner fra «i svært stor grad» til «i svært liten grad».

Tabell 6.3. viser at flest ledere har valgt svarkategorien «til en viss grad» som svar på alle spørsmålene bortsett fra på spørsmålet om brukere/pasienter har ønsker/behov som personalet er lite villige til å etterkomme. På dette spørsmålet har nærmere åtte av ti svart «i liten grad» eller «i svært liten grad». Andelene som har krysset av for «i svært stor grad» eller «i stor grad» for noen av spørsmålene, er størst for spørsmålet om lokale og nasjonale myndigheter stiller krav til virksomheten som er vanskelig å etterkomme. Vel en tredjedel av utvalget totalt sett har erfart dette i «stor grad» eller i «svært stor grad». Nærmere en av fire har «i stor grad» eller «i svært stor grad» opplevd at overordnede og underordnede har hatt uforenlige forventninger til dem, mens en av fem har «i stor grad» eller «i svært stor grad» opplevd at personalet har ønsker for arbeidssituasjonen som er utfordrende å håndtere. En noe mindre andel (16 prosent) har «i stor grad» eller «i svært stor grad» opplevd at deres overordnede stiller krav som angår driften som deres underordnede motsetter seg.

Tabell 6.3. I hvilken grad opplever du følgende i din arbeidssituasjon? Prosent. N=1282-1545

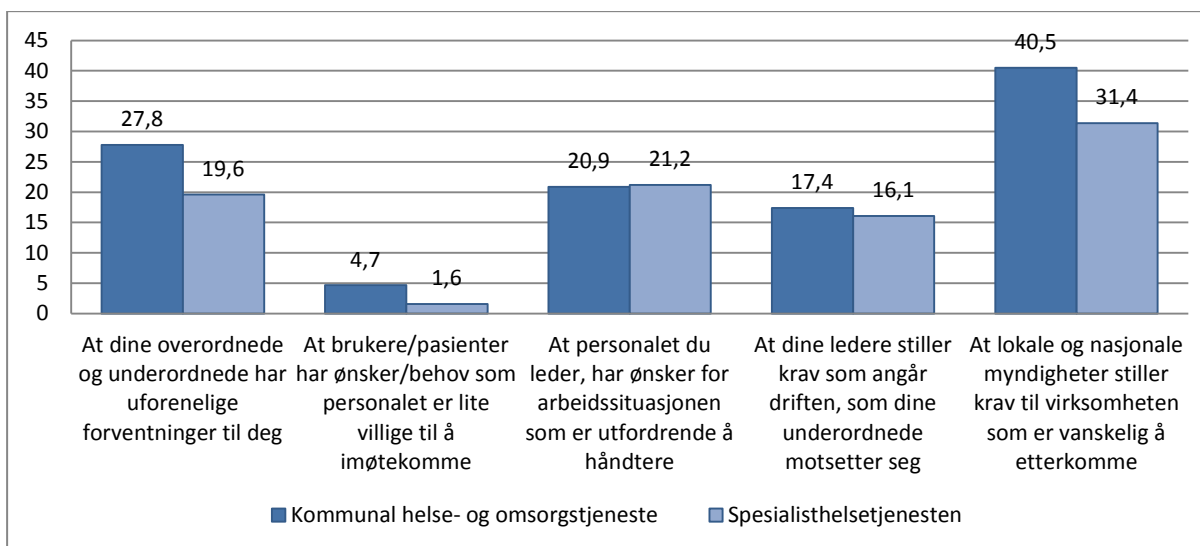
	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad	Totalt
At dine overordnede og underordnede har uforenlige forventninger til deg	9	15	39	25	12	100
At brukere/pasienter har ønsker/behov som personalet er lite villige til å imøtekomme	1	3	18	42	36	100
At personalet du leder, har ønsker for arbeidssituasjonen som er utfordrende å håndtere	6	15	44	24	12	100
At dine ledere stiller krav som angår driften, som dine underordnede motsetter seg.	5	11	34	31	18	100
At lokale og nasjonale myndigheter stiller krav til virksomheten som er vanskelig å etterkomme	13	23	41	16	8	100

På disse spørsmålene er det liten forskjell i svar mellom ledere på ulike nivåer (figur 6.4). For to av spørsmålene, det vil si spørsmålene om ledere stiller krav som angår driften som underordnede motsetter seg, og om lokale og nasjonale myndigheter stiller krav til virksomheten som er vanskelig å etterkomme, svarer en noe høyere andel ledere på førstelinjenivå «i stor grad» eller «i svært stor grad» sammenliknet med lederne på de to nivåene over dem.



Figur 6.4 I hvilken grad opplever du følgende i din arbeidssituasjon? Andel som har svart i stor eller svært stor grad etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1454-1532

Ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten har i ulik grad opplevd den typen utfordringer som det her er spurt om. Figur 6.5 viser forskjeller i svar for tre av spørsmålene. Ledere i kommunalt organisert virksomhet svarer hyppigere enn ledere i spesialisthelsetjenesten «i stor grad» eller «i svært stor grad» at overordnede og underordnede har uforenelige forventninger til dem (28 prosent mot 20 prosent). Det samme gjelder for svar på spørsmålet om lokale og nasjonale myndigheter stiller krav til virksomheten som det er vanskelig å etterkomme (41 prosent mot 31 prosent). Andelen som «i stor grad» eller «i svært stor grad» opplever at brukere/pasienter har ønsker eller behov som personalet er lite villige til å etterkomme, er totalt sett lav, men lederandelen som har valgt disse svarkategoriene er mer enn dobbelt så høy i kommunal helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten (fem prosent mot to prosent).



Figur 6.5 I hvilken grad opplever du følgende i din arbeidssituasjon? Andel som har svart i stor eller svært stor grad etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=1419-1485

I intervjuene kom det opp en rekke eksempler på den typen utfordringer som går frem av figur 6.5. En av utfordringene er å håndtere ønsker fra personalet og å veie disse opp mot hverandre og opp mot forsvarlighet i driften og mot brukeres behov. Særlig gjaldt dette ønsker om endringer i arbeidsturnusen. Mange ønsker å slippe helgevakter og nattevakter og har ønsker for ferie som er vanskelig å etterkomme. På grunn av mange deltidsstillinger har mange ledere et høyt antall personer i staben

og dermed et tilsvarende høyt antall ønsker om tilretteleggelse, som en av informantene sa: «Å gjøre 65 damer i alle aldre tilfreds, det er jammen meg litt av en øvelse»

Et annet moment som kom opp i noen av intervjuene, handlet om at ledernes overordnede ikke alltid har tilstrekkelig forståelse for virksomheten som den enkelte har lederansvar for. Noen av eksemplene som ble nevnt, handlet om at overordnede hadde utdanningsbakgrunn innenfor andre fagområder enn helsefag eller at administrativ og faglig leder for virksomheten var plassert i ulike avdelinger i organisasjonen. Ett eksempel på det sistnevnte er helsestasjonsvirksomheten. I noen kommuner er denne tjenesten plassert i avdeling for oppvekst, hvor administrativ leder, i følge informantene, ikke har forståelse for helselovgivningen som regulerer det faglige arbeidet og heller ikke er forpliktet overfor denne lovgivningen i og med at det helsefaglige ansvaret for virksomheten er plassert i avdeling for helse- og omsorg i kommunen. De få som hadde forsøkt å gjøre politikere eller andre i offentligheten oppmerksom på ulike problemer innenfor sin virksomhet, hadde blitt møtt med skarp kritikk fra egen leder.

Utfordringer av den typen som er nevnt over, får en viss tilslutning fra lederne som har svart på spørreskjemaet (tabell 6.4). I alt sier en av fire seg helt eller litt enig i en påstand om at deres egne ledere har for liten forståelse for den virksomheten som de leder. I vurderingen av denne påstanden er det marginale forskjeller mellom ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 6.4 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=1518

	Verken					Totalt
	Helt enig	Litt enig	enig/ uenig	Litt uenig	Helt uenig	
Mine ledere har for liten forståelse for den virksomheten jeg leder	7	18	15	21	39	100
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	8	16	15	21	40	100
Spesialisthelsetjenesten	6	19	16	21	38	100

6.3 FAGLIG STØTTE OG UTVIKLINGSMULIGHETER

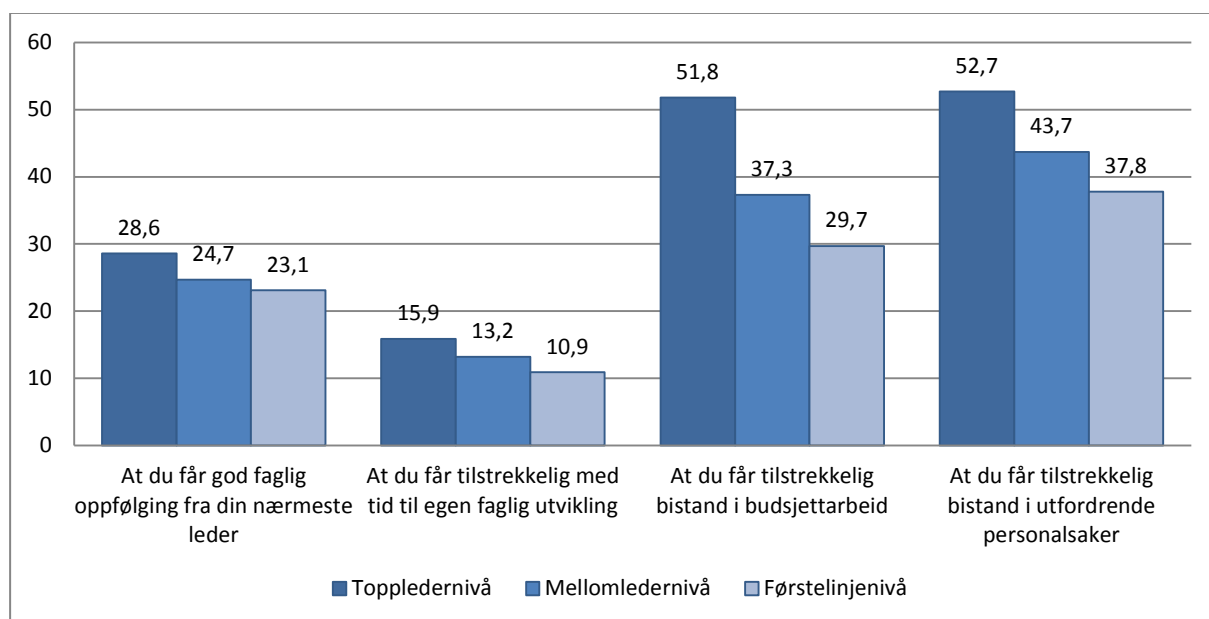
Får lederne tilstrekkelig støtte i arbeidshverdagen og er det rom innenfor rammen av arbeidsforholdet til at de kan utvikle seg faglig? Vi har kartlagt dette gjennom følgende spørsmål om den enkeltes arbeidssituasjon: I hvilken grad opplever du at du får i) god faglig oppfølging fra din nærmeste leder, ii) tilstrekkelig med tid til egen faglig utvikling, iii) tilstrekkelig bistand i budsjettarbeid, og iv) tilstrekkelig bistand i utfordrende personalsaker.

Ledernes samlede svar på de fire spørsmålene er fremstilt i tabell 6.5. Svarfordelingen kan tyde på at både faglig oppfølging og tid til faglig utvikling er mangelfull. Nærmere seks av ti har krysset av for at de «i liten grad» eller «i svært liten» grad opplever å få tilstrekkelig tid til egen faglig utvikling, mens vel fire av ti har valgt de samme kategoriene som svar på spørsmålet om de får god faglig oppfølging fra sin nærmeste leder. Andelene som oppgir at de får tilstrekkelig bistand i budsjettarbeid og i vanskelige personalsaker, er betydelig høyere enn andelene som heller i den retningen av svarskalaen når det gjelder spørsmålene om faglig støtte og utviklingsmuligheter. I alt har 42 prosent svart «i svært stor grad» eller «i stor grad» på spørsmålet om bistand i personalsaker, mens 35 prosent har svart det samme på spørsmålet om bistand i budsjettarbeid.

Tabell 6.5. I hvilken grad opplever du følgende i din arbeidssituasjon? Prosent. N=1282-1545

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	I svært liten grad	Totalt
At du får god faglig oppfølging fra din nærmeste leder	6	19	33	22	21	100
At du får tilstrekkelig med tid til egen faglig utvikling	2	11	30	34	24	100
At du får tilstrekkelig bistand i budsjettarbeid	5	30	34	19	12	100
At du får tilstrekkelig bistand i utfordrende personalsaker	8	34	35	13	10	100

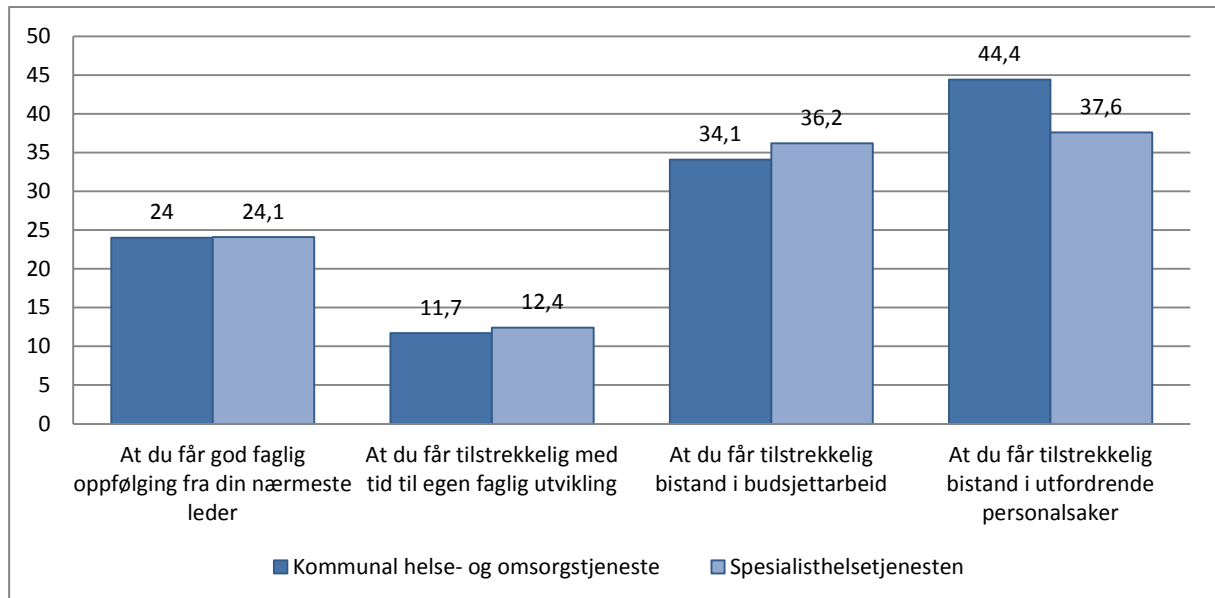
De neste to figurene viser svarfordelingen på disse spørsmålene splittet opp etter nivå på lederstillingen (figur 6.6) og etter hvor lederstillingen er tilknyttet (figur 6.7).



Figur 6.6 I hvilken grad opplever du følgende i din arbeidssituasjon? Andel som har svart i stor eller svært stor grad etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1228-1485

Svar på spørsmålene om faglig oppfølging fra nærmeste leder og om mulighet for egen faglig utvikling varierer lite mellom ledernivåene (figur 6.6). For begge disse spørsmålene er det en differanse på rundt fem prosentpoeng i andeler som har svart «i stor grad» eller «i svært stor grad» mellom toppler og førstelinjeleder, med mellomleder midt imellom. Svar på spørsmålene om bistand i budsjettarbeid og i utfordrende personalsaker, varierer derimot i betydelig grad, og forskjellen er størst for spørsmålet om budsjettarbeid. Totalt oppgir 52 prosent av topplerne at de får tilstrekkelig bistand i budsjettarbeid, mens 30 prosent av førstelinjelederne oppgir det samme. Her er det noe større forskjell i svar mellom toppler og mellomledere enn mellom mellomledere og ledere i første linje. Svar på spørsmålet om tilstrekkelig bistand i utfordrende personalsaker viser et tilsvarende mønster, men den prosentvise avstanden mellom toppler og førstelinjeleder er noe mindre enn for spørsmålet om budsjettarbeid.

For spørsmålene om faglig oppfølging, faglig utvikling og bistand i budsjettarbeid (figur 6.7), er det minimale forskjeller i svar mellom ledere etter tjenestetype. En noe høyere andel ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir imidlertid at de i stor eller svært stor grad får tilstrekkelig bistand i utfordrende personalsaker sammenliknet med ledere i spesialisthelsetjenesten (44 prosent mot 38 prosent).



Figur 6.7 I hvilken grad opplever du følgende i din arbeidssituasjon? Andel som har svart i stor eller svært stor grad etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Prosent. N=1272-1533

I det åpne svarfeltet til slutt i spørreskjemaet, nevner en av studiedeltakerne at støttefunksjoner i spesialisthelsetjenesten ikke lenger fungerer etter hensikten:

... spesialisthelsetjenesten styres nå av stab/støttefunksjoner som HR og økonomi. Linjelederne i kjernevirksomheten har fått mindre myndighet og mer ansvar samtidig som HR og økonomi sitter som kontrollører og ikke som støttefunksjoner, og innehar makt uten ansvar.

6.4 SAMARBEID MED TILLITSVALGTE

Samarbeid med tillitsvalgte inngår som en sentral del av mange lederes arbeidshverdag. Mange deltakere i denne studien har i tillegg flere typer personell eller personellkategorier i sin stab, som vist i tabell 3.2, og dette innebærer at de må samarbeide med tillitsvalgte for flere forskjellige fagforeninger, i varierende grad alt etter hvilken type lederstilling den enkelte har og hvor lederstillingen er tilknyttet. I spørreskjemaet ble det stilt tre spørsmål om dette temaet. De to første spørsmålene handler om aspekter som kvantitet og kvalitet, det vil si om hvor mye lederne samarbeider med tillitsvalgte og om hvordan de vurderer samarbeidet. Er samarbeidet i hovedsak godt eller jevnt over dårlig? Tabell 6.6 og tabell 6.7 viser svarfordeling på disse spørsmålene både totalt og splittet opp for hvor lederstillingen er tilknyttet og for nivå på lederstillingen.

Godt og vel halvparten av lederne oppgir at de samarbeider «mye» eller «svært mye» med tillitsvalgte (tabell 6.6). Ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste har imidlertid et noe mer utstrakt samarbeid med representanter fra fagforeningene enn ledere i spesialisthelsetjenesten. Andelen ledere i kommunal virksomhet som har svart «svært mye» eller «mye» er 62 prosent, mens tilsvarende andel i spesialisthelsetjenesten er 48 prosent. Toppledere har også et mer utstakt samarbeid med tillitsvalgte enn ledere på de lavere nivåene. I alt har 83 prosent av lederne i det

øverste sjiktet oppgitt at de samarbeider «mye» eller «svært mye» med tillitsvalgte, mens 57 prosent av mellomlederne og 49 prosent av førstelinjelederne har svart det samme.

Tabell 6.6. Hvor mye samarbeider du som leder med de tillitsvalgte? Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet og nivå på lederstillingen. Prosent.

	Alle	Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Spesialisthelse-tjenesten	Topp- leder	Mellom- leder	Første- linje- leder
Svært mye	12	15	9	24	13	10
Mye	43	47	39	59	44	39
Noe	33	28	38	15	33	36
Lite	8	6	10	1	8	10
Svært lite	4	4	5	2	3	6
Totalt	100	100	100	100	100	100
N	1558	886	610	116	754	677

Kvaliteten på samarbeidet vurderes gjennomgående som «god» eller «svært god» (tabell 6.7). Nesten ingen har krysset av for at samarbeidet er «dårlig» eller «svært dårlig». Spørsmålet i spørreskjemaet er imidlertid formulert generelt. Det vil si at det verken fanger opp nyanser eller mulige forskjeller mellom tillitsvalgte for ulike fagforeninger.

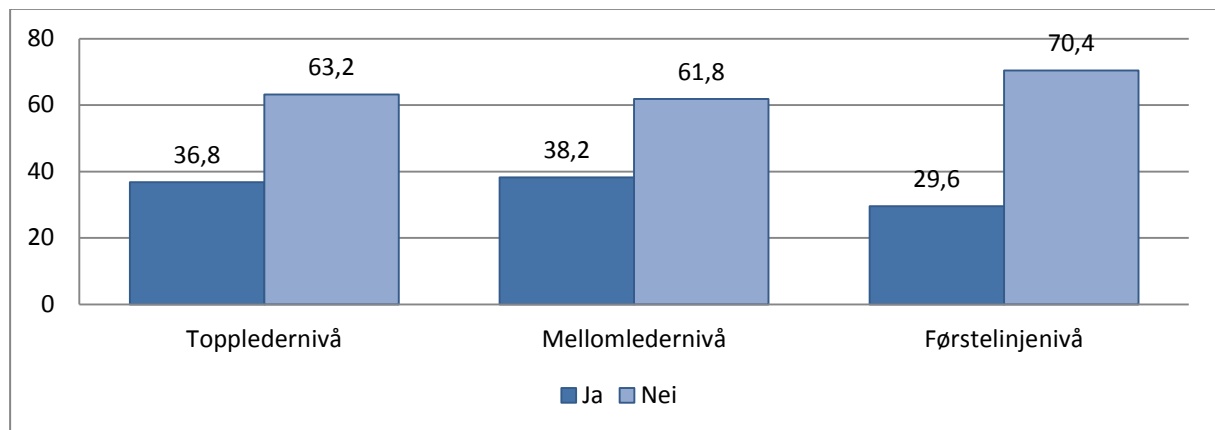
Tabell 6.7. Hvordan vurderer du i hovedsak ditt samarbeid med de tillitsvalgte? Svar totalt og fordelt etter hvor lederstillingen er tilknyttet og nivå på lederstillingen. Prosent.

	Alle	Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Spesialisthelse-tjenesten	Topp- leder	Mellom- leder	Første- linje- leder
Svært godt	34	36	31	46	36	30
Godt	49	48	51	45	48	50
Verken godt eller dårlig	16	15	16	10	14	19
Dårlig	1	1	2	0	1	2
Svært dårlig	0	0	1	0	0	0
Totalt	100	100	100	100	100	100
N	1553	885	606	116	751	674

Det tredje spørsmålet i denne bolken tar opp mulige problemer i samarbeidet med tillitsvalgte som kan skyldes at lederne som det her er snakk om, tilhører samme fagforening som noen av dem de leder. Alle som har deltatt i undersøkelsen, er medlemmer i NSF. Det samme er antakelig mange sykepleiere i staben til denne gruppen av ledere. Dette vil si at lederne i visse saker må «sitte på motsatt side av bordet» og forhandle med representanter fra deres egen fagforening.

Som svar på spørsmålet om det har bydd på problemer for dem å tilhøre samme fagforening som ansatte i deres stab, har to av tre ledere samlet sett svart «nei». Dette betyr imidlertid også at en av tre har opplevd situasjoner hvor dette har vært vanskelig. Det er ingen forskjell i svar på dette spørsmålet fra ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Rundt 35 prosent i begge gruppene oppgir at de har opplevd problematiske situasjoner.

Ledernivå ser derimot ut til å ha betydning for svarfordelingen. Den største andelen ja-svar finner vi i mellomledersegmentet med 38 prosent (figur 6.8). Førstelinjeledere har i lavest grad oppgitt at felles fagforening har medført problemer. I underkant av 30 prosent av dem svart «ja» på dette spørsmålet. I andel «ja-svar» er det større forskjell mellom førstelinjeledere og mellomledere enn mellom mellomledere og toppledere som har henholdsvis 38 prosent og 37 prosent «ja-svar».



Figur 6.8 Har du opplevd situasjoner der det har vært vanskelig at du som leder, er medlem av samme fagforening som noen av dem du leder? Svar fordelt etter nivå på lederstillingen. Prosent. N=1540

I intervjuene ble det nevnt eksempler på tvistesaker hvor lederne hadde hatt tillitsvalgte fra egen fagforening (NSF) som motpart i kompliserte personalsaker. Lederne som ble intervjuet, har forståelse for at NSF støtter den ansatte i slike saker. For noen var det mer problematisk, som de sa, at deres egen fagforening ikke er opptatt av sine medlemmer i lederstillinger. Det samme har flere deltakere i spørreskjemastudien uttrykt i et åpent kommentarfelt, med formuleringer som; *opplever sykepleierforbundet som litt lederfiendtlig; som ledere følges vi svært dårlig opp av NSF. Vi får ikke lønn som er fremforhandlet i tariffoppgjør; NSF skjønner ikke hvordan det er å være leder; og, å være leder og medlem av NSF er egentlig en ensom affære.*

7. OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

7.1 HOVEDFUNN

I studien som ligger til grunn for denne rapporten, har vi utforsket rammebetingelser innenfor virksomheter hvor medlemmer av Norsk Sykepleierforbund (NSF) er ledere. Rapporten gir innblikk i en rekke forhold som har betydning for ledelse og er basert på studiedeltakernes vurderinger av forhold som: i) ressurs situasjonen innenfor egen virksomhet, inkludert forhold som handler om økonomi og tilgang til kvalifisert personell, ii) hva de bruker tiden sin på, det vil si hva som prioriteres og hva som nedprioriteres, iii) myndighet og innflytelse, og iv) ulike utfordringer som de står overfor i sin arbeidssituasjon. Rapporten gir også et innblikk i ledernes bakgrunn og kompetanse.

Datamaterialet er i hovedsak hentet inn via et elektronisk spørreskjema. I forkant av arbeidet med spørreskjemaet, ble det gjennomført kvalitative intervju med ledere på forskjellige nivå og innenfor forskjellige tjenester. Dette datamaterialet er både brukt som grunnlag for å formulere meningsfulle spørsmål og svarkategorier i spørreskjemaet og til å fylle ut det bildet som tegnes med utgangspunkt i tallmaterialet. Det føyer også til en del aspekter som ikke var mulig å dekke inn i spørreskjemaet.

Spørreskjemaet ble sendt til alle som var registrert som ledere i NSFs arkiv, og som hadde oppgitt epostadresse, til sammen 4334 personer. Da undersøkelsen ble avsluttet hadde 1571 personer respondert. Dette gir en svarprosent på 37.⁴ Det er god geografisk spredning blant lederne som har deltatt i studien, og det er en god blanding av ledere fra store og små kommuner, men det er, som ventet, flest er fra Oslo og Akershus. I utvalget er det en liten overvekt av ledere ansatt i kommunal helse- og omsorgstjeneste sammenliknet med dem som har lederstilling i spesialisthelsetjenesten, 57 prosent mot 39 prosent.

I og med at svarprosenten er relativt lav og at vi mangler kunnskap om skjevheter i utvalget, er det ikke mulig å trekke bastante slutninger, eller å generalisere i statistisk forstand, på bakgrunn av funn i undersøkelsen. Studien gir likevel betydelig innsikt i forhold som handler om ledelse innenfor virksomheter som her er studert, på grunn av et relativt høyt antall svar totalt sett. Her trekker vi frem hovedfunn i studien:

Ledernes kompetanse og ansvarsområde

De aller fleste av lederne som har deltatt i studien, virker godt kvalifisert for stillingen både med tanke på utdanning og erfaring: Tre av fire har formell lederutdanning eller var i gang med lederutdanning da studien ble gjennomført. Halvparten hadde lederutdanning tilsvarende ett års fulltidsstudium eller mer. I tillegg har vel seks av ti videreutdanning i sykepleie, mens nesten tre av ti har hovedfag eller mastergrad. Nesten halvparten har vært i samme lederstilling i seks år eller mer, mens vel en av fire har hatt lederstillingen i minst elleve år. Lederne har også lang erfaring som sykepleiere. Åtte av ti hadde avsluttet sykepleierutdanningen før år 2000.

Ledernes ansvarsområder varierer etter hvilken type lederstilling den enkelte har. I dette utvalget har bortimot halvparten (49 prosent) av deltakerne stilling på mellomledernivå, 44 prosent definerer seg som førstelinjeledere, mens nesten åtte prosent har krysset av for toppleder. De aller fleste har ansvar for økonomiske forhold i virksomheten samtidig som de har personell- og fagansvar.

Personalet i ledernes stab har varierende bakgrunn, det vil si at de har sykepleierutdanning, utdanningsbakgrunn på høyere nivå enn sykepleiere, på samme utdanningsnivå som sykepleiere og på lavere utdanningsnivå enn sykepleiere. Seks av ti ledere har ufaglærte i sin stab. Personalet i

⁴ En gruppe på 25 personer ble sluset ut av studien fordi de ikke lenger var i lederstilling.

ledernes stab varierer i antall fra mindre enn fem til mer enn 200, men mellom 30 og 50 ansatte er mest vanlig. I underkant av 40 prosent av lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste gir uttrykk for at de har for mange ansatte i sin stab, mens i underkant av 30 prosent av lederne i spesialisthelsetjenesten gir uttrykk for det samme. Her kan det være snakk om at mange i kommunale helse- og omsorgstjenester er ansatt i små stillingsstørrelser og arbeider enten bare i helgene eller bare om natten.

Tidsbruk og arbeidsomfang

Etter ledernes subjektive vurdering er det særlig fem oppgaver som tar mye tid i arbeidshverdagen. Det vil si: Svare på henvendelser per telefon og epost; samarbeid og koordinering av oppgaver både internt og eksternt; møtevirksomhet; driftsoppgaver som inkluderer utarbeiding av bemanningsplaner, turnusplaner, årsplaner, budsjett og regnskap; og registrering og rapportering.

Vurderinger av hvilke arbeidsoppgaver som tar for mye tid, varierer både med nivå på lederstillingen og etter hvor lederstillingen er tilknyttet. Toppledere oppgir hyppigst at de bruker mye tid på møtevirksomhet og på å respondere på henvendelser per epost og telefon. Samtidig oppgir de i mindre grad enn ledere for eksempel på mellomnivå at de bruker for mye tid på dette. Denne forskjellen mellom ledernivåene kan henge sammen med forskjeller i ledernes ansvarsområde og arbeidsoppgaver. For toppledere inngår sannsynligvis møtevirksomhet i deres kjernevirksomhet og går ikke i samme grad på bekostning av andre presserende oppgaver som for førstelinjeledere og mellomledere. Rundt halvparten av lederne oppgir at de bruker for mye tid på registrering og rapportering. Her er det minimale forskjeller i vurderingene mellom ledernivåene, mens andelen ledere i spesialisthelsetjenesten som oppgir at de bruker for mye tid på dette, er noen høyere enn andelen ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vurderinger av tidsbruk i forbindelse med oppfølging etter sykemeldinger, varierer både mellom ledernivå og type tjeneste. Ledere på førstelinjenivå og på mellomnivå oppgir hyppigere enn toppledere at de bruker for mye tid på dette. Det samme gjør ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste sammenliknet med ledere i spesialisthelsetjenesten.

I de fleste ledernes arbeidshverdag, men særlig for ledere på førstelinjenivå, begrenser de tidsmessige rammene muligheten til strategisk arbeid og nytenkning og til å delta i prosjekter og utadrettet virksomhet. De tidsmessige rammene begrenser også muligheten til å påvirke forhold av betydning for arbeidsmiljøet, det vil si mulighet til å drive trivselsskapende arbeid og mulighet til å være tilgjengelig for og synlig blant personalet. Også muligheten for faglig oppfølging av personalet og muligheten til å fange opp innspill fra dem, begrenses. Ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten oppgir i større grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten at tiden er for knapp til faglig og sosial oppfølging av personalet. Det samme gjør ledere på førstelinjenivå sammenliknet med ledere på nivåene over dem.

Samlet sett oppgir i underkant av 40 prosent av studiedeltakerne at lederoppgavene kan utføres innenfor stillingsrammen, men her varierer svarene både mellom ledernivåene og på tvers av type tjeneste. Toppledere har i større grad enn ledere på de lavere nivåene svart at det er mulig å utføre lederoppgavene innenfor stillingsrammen. Det samme har ledere innenfor spesialisthelsetjenesten sammenliknet med ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I dette utvalget er det relativt bred enighet om at ledere utfører mye administrativt arbeidet som merkantilt personell kunne ha tatt seg av.

Myndighet og innflytelse

Tre av fire ledere oppgir at de har tilstrekkelig innflytelse på avgjørelser som angår den daglige driften. Andelen toppledere som oppgir dette (94 prosent), er imidlertid betydelig høyere enn andelen ledere på de lavere nivåene, med 76 prosent for mellomledere og 70 prosent for

førstelinjeledere. Ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir i noe høyere grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten at de har tilstrekkelig innflytelse over driften.

Lederne har også en viss grad av autonomi eller kontroll over ressurser innenfor virksomhetens rammer, ikke minst topplederne. Samlet sett oppgir godt og vel halvparten at de har stor frihet til å omdisponere personalet, mens en tredjedel oppgir at de har stor frihet til å omdisponere lønnsbudsjettet. Toppledere oppgir hyppigere enn ledere på de to nivåene under dem at de har stor frihet til å disponere ressurser både av personellmessig og økonomisk art. I alt 73 prosent av ledere på dette nivået uttrykker at de har frihet til å gjøre omdisponeringer innenfor lønnsbudsjettet, mot 36 prosent av mellomlederne og 20 prosent av førstelinjelederne.

Ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste opplever i noe større grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten å ha frihet i budsjettmessige spørsmål.

Deltakerne i studien støtter ikke alltid beslutninger som tas innenfor virksomheten som de leder. Samlet sett oppgir 40 prosent at de «noen ganger» eller «ofte» må gjennomføre beslutninger som strider mot deres egne faglige synspunkter, mens noe i underkant av 30 prosent «noen ganger» eller «ofte» gjennomfører beslutninger som går mot deres etiske prinsipper. Ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir hyppigere enn ledere i spesialisthelsetjenesten at de må handle på tvers av eget ståsted både i faglige spørsmål og i spørsmål som angår etikk. Mellomledere oppgir i høyere grad enn ledere på nivåene over og under dem at de må gå på akkord med sin egen faglige overbevisning, mens andelene som oppgir at de må handle i strid med etiske prinsipper, er likt fordelt mellom mellomledere og førstelinjeledere. Åtte av ti toppledere har «sjelden» eller «aldri» gjennomført beslutninger som går på tvers av deres etiske prinsipper.

Lederes vurderinger av ressursituasjonen

Blant lederne som har deltatt i denne studien, er det stor enighet om at pasient- eller brukersikkerheten ivaretas på en god måte. Likevel er det en betydelig andel som gir uttrykk for at ressursituasjonen ikke gir rom for å tilby tjenester av høy kvalitet og at personalet ikke er tilstrekkelig kvalifisert. Mer spesifikt gir en andel på 65 prosent uttrykk for at de økonomiske rammene for virksomheten ikke er tilstrekkelig til å sikre høy kvalitet i tjenesten, nærmere 40 prosent gir uttrykk for at bemanningen er for lav til å drive faglig forsvarlig, mens 22 prosent gir uttrykk for at personalet mangler faglige kvalifikasjoner. Ledere innenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir i noe større grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten at de økonomiske rammene er utilstrekkelig for å sikre høy kvalitet i tjenesten. De oppgir nesten tre ganger så hyppig som ledere i spesialisthelsetjenesten at personalet ikke er tilstrekkelig kvalifisert (30 prosent mot 11 prosent), og videre at det ikke er nok personell til å drive faglig forsvarlig (40 prosent mot 36 prosent). Forskjeller i vurderinger av personalets faglige kvalifikasjoner mellom ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten kan henge sammen med at ledere i noen av de kommunale tjenestene sannsynligvis har en høyere andel ufaglærte i sin stab enn det ledere har i spesialisthelsetjenesten.

De økonomiske rammene strekker heller ikke godt nok til når det gjelder mulighet for faglig utvikling, i følge nesten syv av ti ledere. Halvparten av lederne oppgir at heller ikke tiden strekker til i denne sammenheng. Ledere innenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir hyppigere enn ledere i spesialisthelsetjenesten at det verken er tilstrekkelig tid eller økonomi til å ta ivare faglig utvikling blant personalet.

Selv om andelen som antyder at pasient-/brukersikkerheten ikke ivaretas på en god måte, totalt sett er lav, er det likevel nesten dobbelt så stor andel ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten som gir uttrykk for dette (syv prosent mot fire prosent).

Opplever lederne noen former for konflikt i arbeidshverdagen?

Spørsmålene om mulige konflikter i arbeidshverdagen handlet om lederne opplever noen form for krysspress eller motstridende forventninger fra ulike parter. Flest ledere har erfart at lokale og nasjonale myndigheter stiller krav til virksomheten som er vanskelig å etterkomme. Dessuten har vel seks av ti opplevd at overordnede og underordnede har hatt uforenlige forventninger til dem, mens en like stor andel har opplevd at personalet har ønsker for arbeidssituasjonen som er utfordrende å håndtere. Rundt halvparten har erfart at deres overordnede stiller krav som angår driften som deres underordnede motsetter seg.

Forskjeller i svar på disse spørsmålene er relativt små på tvers av ledernivåene. Ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste svarer imidlertid hyppigere enn ledere i spesialisthelsetjenesten at de har erfart at overordnede og underordnede har hatt uforenlige forventninger til dem og at lokale og nasjonale myndigheter stiller krav til virksomheten som det er vanskelig å etterkomme. Andelen som har svart at brukere/pasienter har ønsker/behov som personalet er lite villige til å etterkomme, er totalt sett lav, men lederandelen som gir uttrykk for dette, er mer enn dobbelt så høy i kommunal helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten (fem prosent mot to prosent).

Får ledere tilstrekkelig støtte i sitt arbeid?

Denne studien tyder på at mange ledere ikke får tilstrekkelig faglig støtte i sitt arbeid og heller ikke muligheter til faglig utvikling. Nærmere seks av ti svarer at de i liten eller svært liten grad får tilstrekkelig tid til egen faglig utvikling, mens vel fire av ti oppgir at de i liten eller svært liten grad får god faglig oppfølging fra sin nærmeste leder. Lederne oppgir i større grad at støtten i vanskelige personalsaker og i budsjettarbeid er tilstrekkelig. Likevel svarer rundt 30 prosent at bistanden i budsjettarbeid ikke er tilstrekkelig, mens i underkant av 25 prosent oppgir det samme på spørsmålet om bistand i utfordrende personalsaker. Topplederne oppgir i større grad enn ledere på nivåene under dem at de får tilstrekkelig bistand både i budsjettarbeid og i vanskelige personalsaker, men forskjellen er størst når det gjelder støtte i budsjettarbeid. Svarfordelingen varierer lite etter hvor lederstillingen er tilknyttet, men ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir i noe høyere grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten at de får tilstrekkelig støtte i utfordrende personalsaker.

7.2 AVSLUTTENDE KOMMENTARER OG FORSLAG TIL VIDERE STUDIER

Ledere på alle nivå skal holde budsjetter og sørge for høy kvalitet i tjenesten. Blant ledere som har deltatt i denne studien, varierer imidlertid både rammebetingelser og grad av handlingsrom, noe som igjen kan ha betydning for kvalitet i tjenester som tilbys. Denne studien kan tyde på at ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste i noe større grad enn ledere i spesialisthelsetjenesten opplever at økonomien ikke er tilstrekkelig til å sikre høy kvalitet i tjenesten, at det ikke er nok personale til å drive faglig forsvarlig, at personalet mangler kvalifikasjoner, at både tid og økonomi er for knapp til faglig utvikling blant personalet, og at de selv har for lite tid til faglig og sosial oppfølging av ansatte. Samtidig kan det se ut til at ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste har noe større frihet i budsjettmessige spørsmål enn ledere i spesialisthelsetjenesten.

Studien tyder videre på at toppledere er noe mindre presset i sin arbeidshverdag enn ledere på nivåene under dem. Toppledere kan i større grad utføre lederoppgavene innenfor stillingsrammen, og de får i større grad tilstrekkelig bistand i budsjettarbeid og i utfordrende personalsaker. I tillegg erfarer de i mindre grad motstridende forventninger og gir i mindre grad uttrykk for at de er i skvis mellom ulike parter. Det vil si at toppledere i mindre grad opplever den typen intrarollekonflikter som Knudsen og medarbeidere (2014) beskriver. Toppledere oppgir også i mindre grad at de kommer til kort når det gjelder faglig og sosial oppfølging av det personalet som de er leder for.

Ledernes samlede vurderinger kan tyde på at kvaliteten på tilbudet til pasienter/brukere ikke er optimal i alle virksomheter og på at kvaliteten begrenses av økonomiske forhold så vel som av mangel på kvalifisert personell og mangel på fleksibilitet i organisasjonen. Ledernes vurderinger tyder også på at muligheten for egen faglig utvikling er noe mangelfull samtidig som «støtteapparatet» til en viss grad svikter.

I en breddestudie som den som her er gjennomført, er lederne knyttet til mange forskjellige virksomheter og de har ulike arbeidsoppgaver og ulike ansvarsområder alt etter hvilken type lederstilling de har. Vi har i denne rapporten løftet frem noen forskjeller i erfaringer og vurderinger blant ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten, og vi har sett på forskjeller etter på hvilket nivå lederne har plassert sin stilling, det vil si om stillingen er på førstelinjenivå, på mellomnivå, eller på toppledernivå. Variasjon i virksomhetene og variasjon i arbeidsoppgaver på ulike ledernivå, har betydning for den variasjonen vi kan observere i ledernes erfaringer. Det vil si at en inndeling som den som er valgt i denne studien, kan avdekke noen generelle erfaringer, men den er for grov til å fange opp nyanser som kan være vesentlige.

Det er grunn til å tro at også andre forhold enn de som vi har hatt muligheter til å utforske i denne studien, har betydning for ledernes arbeidshverdag. For eksempel kan det tenkes at de som leder en virksomhet med døgnkontinuerlig drift, har andre erfaringer enn dem som leder virksomhet uten 24-timers drift, og ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan erfare forhold knyttet til samhandlingsreformen vesentlig forskjellig fra ledere i spesialisthelsetjenesten. For å få bedre innsikt i disse og andre forhold, bør det gjennomføres mer utdypende studier hvor både type tjeneste og ledernivå er mer avgrenset.

REFERANSER

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.

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

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

Knudsen, K., Gunnarsdottir, H. M. og Karlsen, J.E. (2014): Aldri fred å få? Rollekonflikter midt i lederlivet. *Sosiologisk tidsskrift*. 22 (1):28-50

Norsk sykepleierforbund (2013): Politisk plattform for ledelse 2013-2016. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

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

Silverman, D. (2000): *Doing Qualitative Research*. Sage, London.

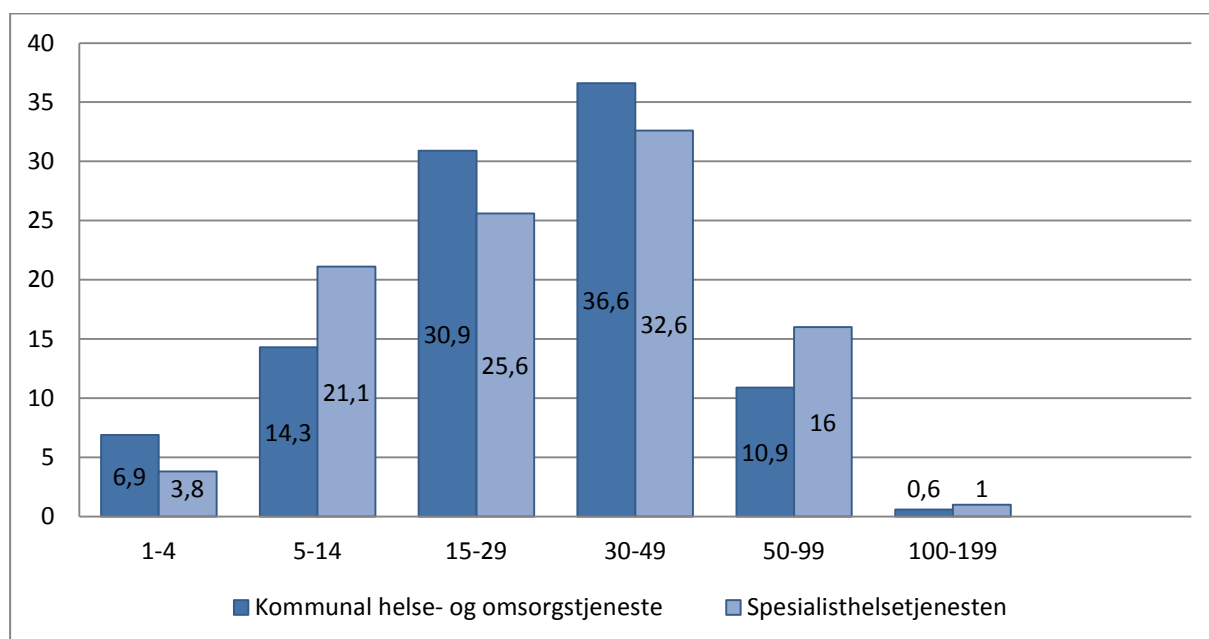
Spradley, J. (1979): *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart & Einston.

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

VEDLEGG

Tabell 0.1. I løpet av en vanlig arbeidsuke, hvor mye tid vil du si går med til følgende arbeidsoppgaver? Prosent. N=1399-1556

	Svært mye	Mye	Noe	Lite	Svært lite	Totalt
Faglig veiledning av personalet du leder	5	31	48	11	6	100
Medarbeidersamtaler	2	17	48	23	10	100
Oppfølging etter sykemeldinger	7	26	38	18	10	100
Direkte bruker/pasientrelaterte oppgaver	10	17	30	24	20	100
Bruker/pasientadministrasjon	10	27	35	18	11	100
Avvikshåndtering	4	18	50	20	9	100
Rapportering/registrering	14	37	38	9	2	100
Møtevirksomhet	21	45	30	4	1	100
Samarbeid og koordinering av oppgaver (internt og eksternt)	20	52	24	3	1	100
Svare på henvendelser tlf/e-post	31	49	18	2	1	100
Driftsoppgaver (lage bemanningsplaner, turnusplaner, årsplaner, budsjett, regnskap)	24	41	24	7	4	100
Innkjøp og vedlikehold av utstyr	3	14	41	25	17	100



Figur 0.1. Omtrent hvor mange ansatte er du leder for? Andel svar for førstelinjeledere etter hvor lederstillingen er tilknyttet. N=350/313

Denne rapporten viser funn fra en studie blant sykepleiere i lederstillinger. Nordlandsforskning har gjennomført studien for Norsk Sykepleierforbund (NSF), og formålet var å få innsikt i hvilke rammevilkår og hvilket handlingsrom denne ledergruppen har. NSF har utarbeidet en politisk plattform for ledelse for tidsperioden 2013 til 2016, og i dette dokumentet pekes det på at ledere i alle deler av helse- og omsorgstjenesten er under konstant og til dels økende press. Mange erfarer kontinuerlige omstillinger og en hverdag med mye negativ oppmerksomhet knyttet til ressursbruk og frykt for avvik og medieoppslag. Ett av satsningsområdene i den politiske plattformen er derfor å bedre rammebetingelser for ledelse og særlig for ledelse på pasientnært nivå. Funn fra denne studien kan forhåpentligvis bidra i den videre prosessen.



N-8049 BODØ

Tel.: +47 75 51 76 00
Fax: +47 75 51 72 34

E-mail: nf@nforsk.no
www.nordlandsforskning.no

Nordlandsforskning utfører forskning innenfor samfunnsvitenskapelige og økonomiske fagområder, blant annet knyttet til områder som velferd, skole, miljø, klima og natur, samt entreprenørskap, innovasjon, og regional utvikling. Våre forskningsoppdrag finansieres av Norges forskningsråd, nasjonal og internasjonal forvaltning og næringsliv. Instituttet holder til i Bodø, som en del av randsonen til Universitetet i Nordland.

The Nordland Research Institute is a private non-profit research organization. We do research into economic, public and social issues, such as welfare, education, business, culture, nature, climate and environmental issues. Our research activity is financed by regional, national and international contractors. About one half of our income is derived from the Research Council of Norway. The institute is located in Bodø, Northern Norway.