



Førstelinjeledere i døgnkontinuerlige virksomheter

2022

NORSK SYKEPLEIERFORBUND

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAGSGIVER: Norsk Sykepleierforbund

RAPPORTNUMMER: 1021942

RAPPORTENS TITTEL: Førstelinjeledere i døgnkontinuerlige tjenester

ANSVARLIG KONSULENT: Cecilie Aagestad

KVALITETSSIKRET AV: Marit Brochmann

FOTOGRAFI I RAPPORT: Adobe Stock

DATO: 16.9.2022

Forord

Agenda Kaupang har på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) gjennomført en kartleggingsundersøkelse blant sykepleieledere. Formålet med kartleggingen har vært å dokumentere status og utfordringsbilder om rammevilkår, ansvar og myndighet, prioriteringer, handlingsrom og arbeidsmiljøforhold blant førstelinjeledere i døgkontinuerlige virksomheter.

Vi ønsker å takke prosjektgruppen i NSF for et godt og konstruktivt samarbeid. Vi vil også takke alle sykepleielederne som har tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsen i en travel hverdag. Cecilie Aagestad fra Agenda Kaupang har vært prosjektleder for prosjektet. Marit Brochmann har stått for kvalitetssikringen av prosjektet.

Feil og mangler som måtte forekomme i denne rapporten er forfatterens ansvar.

Skøyen, 16.9.2022

Sammendrag

Denne rapporten er basert på en spørreundersøkelse blant sykepleieledere. Formålet med rapporten er å få innsikt i rammevilkår, ansvar og myndighet, prioriteringer, handlingsrom og arbeidsmiljøforhold blant førstelinjeledere i døgkontinuerlige virksomheter som i sykehjem, hjemmesykepleien og i somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget består av 708 førstelinjeledere i sykehjem (n=288), hjemmesykepleie (n=106) og fra somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten (n=314).

Beskrivelse av førstelinjelederne i døgkontinuerlige virksomheter

- ▶ Det er jevn spredning på tvers av tjenesteområdene når det gjelder hvor lenge lederne har stått i lederstillinger innenfor tids-intervallene mellom ett og 20 år.
- ▶ Halvparten av lederne har arbeidet i sin nåværende stilling i 1–5 år. Innenfor somatiske tjenester er det en høyere andel som har stått lenger i samme stilling.
- ▶ Det er høyere andel ledere med kortere ledererfaring (inntil fem år) i sykehjem.
- ▶ Om lag halvparten av lederne har en form for videreutdanning i sykepleie, men andelen med mastergrad eller hovedfag er lavere enn andel med annen formell lederutdanning.
- ▶ Det er lavest andel med mastergrad blant ledere i hjemmesykepleien.
- ▶ Samtidig viser våre funn at andelen som har en formell lederutdanning er høyest i hjemmesykepleien.

Rammevilkår for førstelinjelederne i døgkontinuerlige virksomheter

Rammevilkår for førstelinjelederne har i denne undersøkelsen omhandlet tema som lederspenn, ressurstilgang når det gjelder stabs- og støtteressurser, hvilket behov og tilgang de har på ulike stabs- og støtteressurser.

- ▶ Om lag halvparten av lederne i undersøkelsen, uavhengig av tjenesteområde, vurderer at de har ansvar for et for høyt antall medarbeidere.
- ▶ De fleste førstelinjeledere har tilgang til sentrale stabs- og støttefunksjoner, som merkantile funksjoner og HR-støtte, men de færreste har direkte tilgang til dem gjennom en egen stab.
- ▶ Ledere i hjemmesykepleien skiller seg ut med en høyere andel som oppgir at de ikke har tilgang i sentral eller egen stab på merkantile stabsfunksjoner.
- ▶ Når det gjelder ledernes tilgang til fagutviklingssykepleier, driftssykepleier, studentansvarlig sykepleier og turnusansvarlig sykepleier, og om de har disse funksjonene knyttet til seg som leder, er det fagutviklingssykepleier flest har tilknyttet seg.
- ▶ En høyere andel ledere i somatikken har tilknyttet seg en fagsykepleier.
- ▶ Av ulike støttefunksjoner oppgir ledere i sykehjem og hjemmesykepleie at de har størst behov for fagutviklingssykepleier, merkantile funksjoner og driftssykepleier.
- ▶ Lederne ved sykehjem opplever i større grad enn de andre to tjenesteområdene at de ikke har tilstrekkelig antall ansatte, og at de økonomiske rammene ikke er tilstrekkelige til å sikre tjenester av god kvalitet. Disse lederne opplever det også som mer krevende, både praktisk og økonomisk, å legge til rette for faglig utvikling av medarbeiderne sine.
- ▶ Det er ikke signifikante forskjeller mellom tjenesteområdene når det gjelder om det i det siste året har blitt gjennomført en systematisk evaluering av grunnbemanningen. 40 prosent oppgir å ha gjennomført det, mens 45 prosent ikke har gjennomført det.

Behov for kompetanse

Lederne har blitt stilt spørsmål om de har gjennomført en kartlegging av fremtidig kompetansebehov og bedt om å gjøre vurderinger rundt dagens kompetansesituasjon.

- ▶ Det er variasjoner på tvers av tjenesteområdene når det gjelder om tjenestene har gjennomført kartlegginger av kompetansebehovet for de neste 3-5 årene, og det er i somatikken at slike kartlegginger har blitt gjennomført i størst omfang (42 prosent).
- ▶ Blant ledere i somatikken er det flest som mener at det vil være behov for å rekruttere sykepleiere og spesialsykepleiere både med og uten mastergrad.
- ▶ Blant ledere i sykehjem er det flest som krysser av for at det vil bli størst behov for å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere, men også vernepleiere og avansert klinisk eller geriatrisk sykepleier. Færre oppgir behov for å rekruttere sykepleiere med mastergrad.
- ▶ Blant ledere i hjemmesykepleie er det flest som svarer at det er behov for å rekruttere sykepleiere, helsefagarbeidere, spesialsykepleier uten mastergrad og avansert klinisk sykepleier.

Behov for endringer

Lederne ble bedt om å vurdere i hvilken grad det er behov for endringer innenfor virksomheten de leder, som behov for heltidsstillinger, flere ansatte, en annen kompetansesammensetning og behov for høyere kompetanse blant de ansatte.

- ▶ Lederne ved sykehjem har størst behov for flere ansatte, flere heltidsansatte, høyere kompetanse på sine ansatte og en annen kompetansesammensetning blant sine ansatte enn sammenliknet med de andre to tjenesteområdene.
- ▶ Lederne i somatikken oppgir i større grad at de har heltidsansatte, noe som anses som positivt, men dette utfordrer helgebemanningen. I forlengelsen fremheves det at det er behov for å styrke kompetansen på helg.
- ▶ Lederne i hjemmesykepleien peker på at de har god sammensetning av fagkompetanser, men det er utfordrende å rekruttere riktig kompetanse.

Hva blir lederne målt på?

I undersøkelsen blir lederne bedt om å vurdere i hvilken grad de opplever at de blir målt på en rekke ulike områder med betydning for deres lederpraksis.

- ▶ Det er små forskjeller på tvers av tjenesteområdene når det gjelder hva lederne måles på.
- ▶ Det er mer utbredt å bli målt på resultater fra pasient- og brukerundersøkelser for ledere i sykehjem enn innenfor de to andre tjenesteområdene, og ledere i hjemmesykepleien skiller seg ut med en høyere andel blant lederne som oppgir at de blir målt på innovasjon og tjenesteutvikling.
- ▶ Når lederne har blitt spurt om hvilke områder de burde ha blitt målt på, svarer de fleste at de burde bli målt på sykepleiefaglig kvalitet, kompetanseheving og pasientsikkerhet. Men også forhold som handler om å være en god praksisarena, medarbeiderundersøkelser, resultater fra pasient-/brukertilfredshet, innovasjon og tjenesteutvikling er blant svarene som går igjen i undersøkelsen.

Tidsbruk og faglig forsvarlighet

Lederne i undersøkelsen ble bedt om å ta stilling til egen tidsbruk på en rekke ulike oppgaver.

- ▶ Lederne bruker mest tid på oppgaver som kan knyttes til drift av tjenesten, som arbeid med turnuser, rekruttering og avvikshåndtering, og mindre tid på pasientnære aktiviteter og utviklingsarbeid.

- ▶ En høyere andel i somatiske avdelinger bruker mye tid på rekruttering, avvikshåndtering og strategisk personell- og kompetanseplanlegging sammenliknet med ledere fra de andre tjenesteområdene.
- ▶ Lederne ved sykehjemmene er de som bruker mest tid på arbeid med turnuser, mens lederne i hjemmesykepleien er de som i størst grad oppgir at de bruker mye tid på utviklingsarbeid.
- ▶ Lederne jobber ikke mye klinisk med brukere eller pasienter, men på tvers av tjenesteområdene er det førstelinjelederne ved sykehjemmene som gjør dette i størst grad.
- ▶ Lederne ble stilt spørsmål om hvor ofte de er bekymret for den faglige forsvarligheten ved den enheten de leder, og samlet sett på tvers av tjenesteområdene svarer en betydelig andel av lederne at de av og til er bekymret for dette.
- ▶ Lederne ved sykehjem og i hjemmesykepleien er jevnt over mer bekymret for den faglige forsvarligheten enn lederne i somatikken. Oppfølgende spørsmål i undersøkelsen viser at temaet faglig forsvarlighet er et tema som snakkes om i virksomhetene, i underkant av 70 prosent svarer at dette snakkes om «ofte» eller «svært ofte».

Arbeidsmiljø

Innenfor temaet om ledernes arbeidsvilkår har de blant annet blitt stilt spørsmål om ulike krav de møter i arbeidet. I tillegg har de blitt stilt spørsmål om beslutningsmyndighet og støtte fra nærmeste leder.

- ▶ 66 prosent av lederne svarer at de ukentlig blir kontaktet av noen fra arbeidsplassen utenfor ordinær arbeidstid, og andelen som opplever dette er høyest blant lederne fra hjemmesykepleien.
- ▶ Det er få forskjeller mellom tjenesteområdene på spørsmålene som handler om jobbkrav, noe som er en indikasjon på at det er rimelig like krav og arbeidsbelastning på tvers av tjenestene blant førstelinjelederne.
- ▶ Flertallet av lederne oppgir at de har så mye å gjøre at de ikke tar lunsjpause og at de tar med seg arbeid hjem ukentlig eller oftere, og halvparten av lederne opplever at jobbkravene får konsekvenser for hjemme- og familielivet månedlig eller oftere.
- ▶ Førstelinjelederne i døgnkontinuerlige tjenester på tvers av tjenesteområdene opplever i liten grad at de har beslutningsmyndighet innenfor sentrale driftsområder.
- ▶ Resultatene viser at et flertall på tvers av tjenesteområdene opplever å få støtte fra nærmeste leder. Men det er samtidig en tendens i materialet som tyder på at støtten oppleves noe lavere blant ledere i hjemmesykepleien enn blant de øvrige lederne.
- ▶ Flertallet av lederne oppgir at de helt eller delvis har tilgang på nettverk med andre ledere, men at ledere i sykehjem i noe større grad opplever at de har tilstrekkelig tilgang på et slikt nettverk.

Karriereplaner

Lederne har blitt stilt spørsmål om hvilken jobbsituasjon de ønsker seg om fem år.

- ▶ I underkant av 40 prosent ser for seg å være leder på samme nivå som i dag også om fem år, 16 prosent på et høyere nivå, og 22 prosent ser for seg en lederstilling utenfor helsetjenesten, eller ønsker ikke å være leder.
- ▶ Det er forskjell mellom lederne i de ulike tjenesteområdene om de i løpet av siste 12 måneder har vurdert å slutte i nåværende jobb. Blant ledere i sykehjem er andelen 75 prosent, i hjemmesykepleien 71 prosent, i somatikken 56 prosent.
- ▶ Begrunnelse for å slutte i jobben er at jobben hadde et for høyt arbeidspress, manglende oppfølging fra leder og arbeidsmiljøutfordringer, og at lønnen er for lav, at de har blitt tilbudt andre spennende muligheter eller at de nærmer seg pensjonsalder og har vurdert å slutte i jobben av den grunn.

Innhold

Sammendrag	3
1 Innledning	7
2 Metode	8
3 Beskrivelse av førstelinjeledere i døgnkontinuerlige virksomheter	9
3.1 Oppsummerende om kjennetegn ved lederne i sektoren	11
4 Rammevilkår for førstelinjeledere i døgnkontinuerlige virksomheter	13
4.1 Lederspenn og deltidstillinger.....	14
4.2 Tilgang på stabs- og støttefunksjoner.....	14
4.3 Økonomiske rammer, antall ansatte og kompetanse	17
4.4 Rekruttering.....	19
4.5 Behov for kompetanse	19
4.6 Kartlegging av behov for ressurser og kompetanse	25
4.7 Oppsummerende om ressursituasjon, kompetansebehov, planlegging av driften og behov for endring	29
5 Hva blir lederne målt på?	31
5.1 Oppsummerende om hva lederne blir målt på	34
6 Tidsbruk	36
6.1 Klinisk arbeid.....	38
6.2 Faglig forsvarlighet	39
6.3 Oppsummerende om tidsbruk.....	40
7 Arbeidsmiljø	41
7.1 Arbeidskrav	41
7.2 Beslutningsmyndighet	42
7.3 Støtte, informasjon og mestring	45
7.4 Tilgang til nettverk	45
7.5 Oppsummerende om arbeidsmiljø	46
8 Karriereplaner	48
8.1 Intensjon om å slutte i jobben	49
8.2 Oppsummerende om karriereplaner og intensjon om å slutte i jobben	54
9 Særtrekk blant lederne i de ulike tjenesteområdene	55

1 Innledning

Denne rapporten er basert på en spørreundersøkelse blant sykepleieledere. Formålet med rapporten er å få innsikt i rammevilkår, ansvar og myndighet, prioriteringer, handlingsrom og arbeidsmiljøforhold blant førstelinjeledere i døgnskntinuerlige virksomheter som sykehjem, i hjemmesykepleien og i somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

Bakgrunnen for NSF's ønske om å innhente kunnskap om lederes rammevilkår er knyttet til landsstyrevedtak og strategiske formål. Ifølge landsstyrevedtaket skal sykepleieledere ha beslutningsmyndighet og rammevilkår for å kunne utøve faglig og administrativ ledelse og det er en målsetting at flere sykepleiere innehar strategiske lederposisjoner i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

NSF's hovedmål er at sykepleietjenesten skal ha en organisering, lederstruktur og rammevilkår for sykepleieledere som fremmer god kvalitet, god ressursutnyttelse, koordinerte og utviklende tjenester, og som gir gode fagmiljøer for studenter, sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre.

NSF jobber for at sykepleiere skal lede eget fag og sykepleietjenesten, og ha lederansvar på alle nivå i helsetjenesten. Det er videre en målsetting at sykepleieledere skal ha rammevilkår for å utøve god ledelse og slik bidra til en faglig forsvarlig, samordnet og effektiv helsetjeneste av høy kvalitet.

Med dette som bakgrunn er det en rekke forhold som undersøkes nærmere i denne rapporten for å gi innsikt i hva som kjennetegner førstelinjeledere i døgnskntinuerlige virksomheter. Rapporten omhandler følgende hovedtema: Hva kjennetegner sykepleieledere som arbeider i førstelinjen i hjemmesykepleien, sykehjem og i somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten? Hvilke rammevilkår har disse sykepleieledere for å lede og hvilke støttefunksjoner oppgir sykepleieledere at de har, og hvilke funksjoner ønsker de seg mer av? Hva bruker de tiden sin på og hvilken beslutningsmyndighet oppfatter de at de har?

Et siste tema er hvilke arbeidsbetingelser og arbeidsmiljøforhold disse lederne arbeider under.

2 Metode

Designet for kartleggingen er en tverrsnittstudie med ett måletidspunkt¹. I denne rapporten ser vi nærmere på førstelinjeledere som leder virksomheter med døgnkontinuerlig drift. Utvalget består av 708 førstelinjeledere i sykehjem (n=288), hjemmesykepleie (n=106) og fra somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten (n=314).

Analysene av datamaterialet er gjennomført ved hjelp av programpakken SPSS v26. Resultatene presenteres i form av prosentvise fordelinger presentert i figurer og tabeller.

Flere analyser er bivariate hvor vi ser på svarfordeling etter hvilken døgnkontinuerlig virksomhet sykepleielederne arbeider i. 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.

I analysene der vi sammenlikner og undersøker om det er forskjell i resultatene mellom ulike ledernivå og for ulike tjenester, beregner vi om forskjellene som observeres er statistisk signifikante².

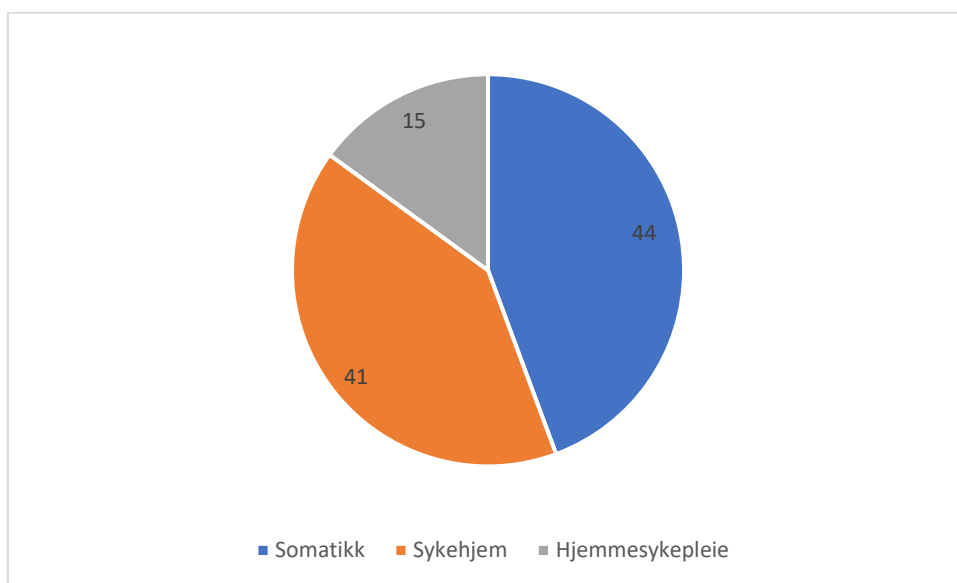
¹ For en nærmere beskrivelse av gjennomføringen av spørreundersøkelsen og analysemetoder henvises leseren til rapporten om lederundersøkelsen.

² Statistisk signifikans er et begrep som brukes for å beskrive sannsynligheten for at noe er et resultat av tilfeldigheter. Et resultat av en statistisk analyse betegnes som statistisk signifikant dersom det er lite sannsynlig at resultatet har oppstått tilfeldig. I analysene har vi benyttet et signifikansnivå på 0,05 (5 prosent).

3 Beskrivelse av førstelinjeledere i døgnkontinuerlige virksomheter

I dette kapittelet beskrives innenfor hvilken tjeneste førstelinjelederne som rapporten handler om arbeider. I tillegg gis det en beskrivelse av utdanning, erfaring og ansvarsoppgaver blant lederne.

Figur 3-1 viser at blant dem som svarte på spørreundersøkelsen utgjør førstelinjeledere i hjemmesykepleie den minste andelen med 15 prosent. Deretter følger førstelinjeledere i sykehjem (41 prosent) og på et tilsvarende likt nivå førstelinjeledere i somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten (44 prosent).



Figur 3-1 Førstelinjeledere i døgnkontinuerlige virksomheter (prosent) (n=708)

Lederne har blitt stilt spørsmål om hvor lenge de har arbeidet som ledere, og hvor lenge de har vært ansatt i sine nåværende stillinger. Tabell 3-1 Figur 3-1 viser at det er forholdsvis jevn spredning på tvers av tjenesteområdene når det gjelder hvor lenge lederne har stått i lederstillinger innenfor tids-intervallene mellom ett og 20 år. I utvalget er det samtidig en noe større andel ledere med kortere ledererfaring (inntil fem år) innenfor sykehjem (40 prosent) enn det er innenfor somatikken, hvor 28 prosent i utvalget har inntil fem års ledererfaring, og i hjemmesykepleien hvor 29 prosent oppgir at de har inntil fem års ledererfaring.

Tabell 3-1 Hvor lenge har du arbeidet som leder? (n=519)

	Under ett år	1-5 år	6-10 år	11-20 år	21 år eller mer
Somatisk	1%	27%	30%	30%	11%
Sykehjem	6%	34%	22%	30%	8%
Hjemmesykepleien	3%	26%	36%	24%	12%
Total	3%	30%	28%	29%	10%

$p \leq 0.05$

Tabell 3-2 viser at om lag halvparten av lederne totalt sett har arbeidet i sin nåværende stilling i 1–5 år. Innenfor hjemmesykepleie og sykehjem er det henholdsvis 58 prosent og 63 prosent som oppgir at de har hatt nåværende stilling i inntil fem år. Innenfor somatiske tjenester er det en høyere andel som har stått lenger i samme stilling, 52 prosent oppgir å ha hatt samme stilling i seks år eller mer, mens tilsvarende tall for sykehjem er 37 prosent, og 43 prosent for hjemmesykepleien.

Tabell 3-2 Hvor lenge har du arbeidet i nåværende stilling? (n=519)

	Under ett år	1-5 år	6-10 år	11-20 år	21 år eller mer
Somatikk	2 %	46 %	27 %	20 %	5 %
Sykehjem	12 %	51 %	21 %	14 %	2 %
Hjemmesykepleie	13 %	45 %	17 %	22 %	4 %
Total	8 %	48 %	23 %	18 %	4 %

$p \leq 0.05$

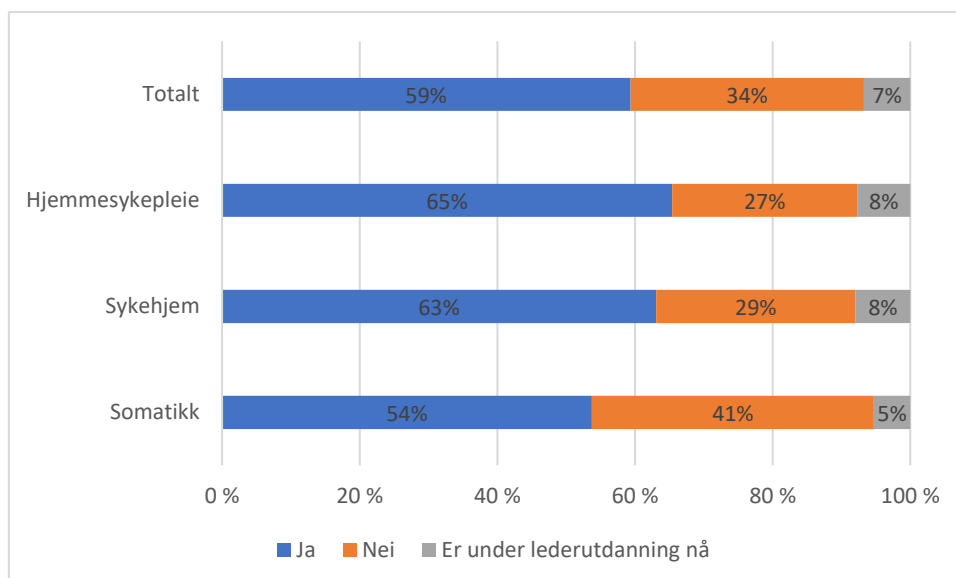
Oppsummert viser de to tabellene over en svak tendens til at førstelinjelederne innenfor særlig sykehjem er yngre og har mindre erfaring som ledere enn de øvrige førstelinjelederne.

Når det gjelder lederne i undersøkelsen, har de blitt spurt både om hva som er høyeste fullførte utdanning, og om de har en formell lederutdanning. Svarene i undersøkelsen viser at om lag halvparten av lederne i utvalget totalt sett har videreutdanning innenfor sykepleie, uten mastergrad eller hovedfag. Andelen som har mastergrad eller hovedfag innenfor sykepleie er lavere enn andelen som kun har bachelorgrad eller grunnutdanning. Det er færrest med mastergrad blant de som er ledere i hjemmesykepleien (6 prosent mot hhv. 11 prosent og 15 prosent blant lederne i sykehjem og somatiske tjenester). Andelen av lederne som har bachelor eller grunnutdanning i sykepleie som høyeste utdanning er også høyest blant lederne i hjemmesykepleien (44 prosent sammenliknet med 34 prosent i sykehjem og 31 prosent innenfor somatiske avdelinger). Dette er samme tendens som Vista Analyse finner i sin utredning av behov, ressurser og kompetanse i de

kommunale helse- og omsorgstjenestene.³ I sin rapport trekker de blant annet frem at informanter i deres undersøkelse påpeker at Kompetanseløftet 2025 oppleves som lite tilpasset kommunene, og at det etterlyses mer relevant utdanning for personer ansatt i kommunehelsetjenesten.

Tabell 3-3 Hva er din høyeste fullførte utdanning?

	Bachelorgrad/grunn- utdanning i sykepleie	Videreutdanning innen sykepleie (uten mastergrad/hovedfag)	Mastergrad/hovedfag innen sykepleie
Somatikk	31 %	54 %	15%
Sykehjem	34 %	55 %	11 %
Hjemmesykepleie	44 %	50 %	6 %
Total	34 %	54 %	12 %



Figur 3-4 Har du en formell lederutdanning? (n=519) $p \leq 0.05$

På spørsmål om de har en formell lederutdanning, oppgir totalt sett rett i underkant av 60 prosent at de har det. Andelen med formell lederutdanning er høyest i hjemmesykepleien hvor 65 prosent oppgir å ha det, mens 63 prosent av førstelinjelederne i sykehjem og 54 prosent innenfor somatiske tjenester oppgir det samme.

3.1 Oppsummerende om kjennetegn ved lederne i sektoren

Undersøkelsen viser at det er forholdsvis jevn spredning på tvers av tjenesteområdene når det gjelder hvor lenge lederne har stått i lederstillinger innenfor tidsintervallene mellom ett og 20 år. Det er samtidig en noe høyere andel ledere med kortere ledererfaring (inntil fem år) innenfor sykehjem (40 prosent) enn innenfor de to andre tjenesteområdene. Videre har omtrent halvparten av lederne totalt sett arbeidet i sin nåværende stilling i 1–5 år. Innenfor somatiske tjenester er det en høyere andel som har stått lenger i samme stilling, 52 prosent oppgir å ha hatt samme stilling i seks år eller mer, mens tilsvarende tall for sykehjem er 37 prosent, og 43 prosent for hjemmesykepleien.

³ Vista Analyse 2022. Tapere og vinnere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av alder og bosted?

Samlet sett viser undersøkelsen svak tendens til at førstelinjelederne innenfor særlig sykehjem er yngre og mer uerfarne som ledere enn de øvrige førstelinjelederne.

Når det gjelder førstelinjeledernes utdanningsnivå viser undersøkelsen at om lag halvparten av lederne har en form for videreutdanning innenfor sykepleie, men at andelen med mastergrad eller hovedfag er lavere enn andelen som har bachelorgrad eller grunnutdanning. Det er færrest med mastergrad blant de som er ledere i hjemmesykepleien. Funnene om utdanningsnivå samsvarer med tendensen Vista Analyse finner i sin utredning av behov, ressurser og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.⁴ Deres utredning viser at det totalt sett oppleves å være knapphet på kompetanse og ressurser innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og at det oppleves at en må jobbe med en rekke ulike virkemidler for å tiltrekke seg viktig og nødvendig kompetanse og kapasitet. Det blir blant annet trukket frem at informanter i utredningen opplever at Kompetanseløftet 2025 ikke er godt tilpasset kommunene, og det etterlyses mer relevant utdanning for personer ansatt i kommunehelsetjenesten. Samtidig viser våre funn at når det gjelder andelen førstelinjeledere som oppgir at de har en formell lederutdanning i noen form, er denne høyest i hjemmesykepleien hvor 65 prosent oppgir å ha det, mens 63 prosent av førstelinjelederne i sykehjem og 54 prosent innenfor somatiske tjenester oppgir det samme.

⁴ Vista Analyse 2022. Tapere og vinnere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av alder og bosted?

4 Rammevilkår for førstelinjeledere i døgnkontinuerlige virksomheter

I dette kapittelet gis det en beskrivelse av rammevilkårene for førstelinjeledere i sykehjem, somatikk og i hjemmesykepleie. Under dette inngår både beskrivelser av antall ansatte som lederne oppgir at de har et direkte personalansvar for, og hvilken ressurstilgang de har både i form av personell og økonomiske rammer, kompetansebehov og planlegging. Det er også en rekke spørsmål som belyser hvilket ressursbehov lederne har og behov for ulike støttefunksjoner.

Tabell 4-1 Omtrent hvor mange ansatte har du et direkte personalansvar for?

Førstelinjeledere	Std. Deviation	Mean	N	Median	Minimum	Maximum
Somatikk	21,376	44,43	304	40,00	0	110
Sykehjem	28,090	40,71	281	38,00	0	400
Hjemmesykepleie	21,771	36,82	103	35,00	0	125
Total	24,511	41,77	688	40,00	0	400

Lederne i undersøkelsen har blitt bedt om å oppgi «Omtrent hvor mange ansatte har du et direkte personalansvar for». Tabell 4-1 viser at lederne oppgir at de har direkte personalansvar for opptil 400 ansatte. Standardavvikene er relativt store, noe som indikerer at det er stor spredning i antall ansatte som lederne har ansvaret for. I gjennomsnitt har førstelinjelederne direkte personalansvar for 42 ansatte. Medianen er 40 ansatte per leder. Det betyr at halvparten av lederne har personalansvar for færre enn 40 ansatte og halvparten har personalansvar for flere enn 40 ansatte.

Våre resultater viser at antallet ansatte lederne har et direkte personalansvar for er lavere enn i rapporten utarbeidet av NORCE for KS i 2019. Basert på data fra PAI-registeret⁵ viste analysene, utarbeidet av NORCE, at innenfor kommunale tjenester generelt er medianen 43 personer per leder. Innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester viste analysene at lederne har enda høyere lederspenn, med median på henholdsvis 93 og 59 personer innenfor sykehjemstjenester og i hjemmesykepleien. Liknende som i vår undersøkelse, fant også NORCE at variasjonsbredden i lederspennet er stort i helse- og omsorgstjenestene, med 274 som høyeste rapporterte lederspenn i sykehjem og 315 i hjemmesykepleien i deres undersøkelser.⁶

Det hefter stor usikkerhet ved om lederne i vår undersøkelse har tatt utgangspunkt i antall ansatte i egen avdeling, eller om de refererer til det totale antall ansatte ved hele virksomheten. Det at noen har svart at de har direkte personalansvar for opp mot 400 ansatte indikerer at noen har lagt det siste til grunn. I rapporten til NORCE er ledere definert som leder/mellomleder. Det kan fortolkes slik at analysene omfatter lederspennet til ledere i kommunale tjenester generelt og ikke for førstelinjeledere spesielt.

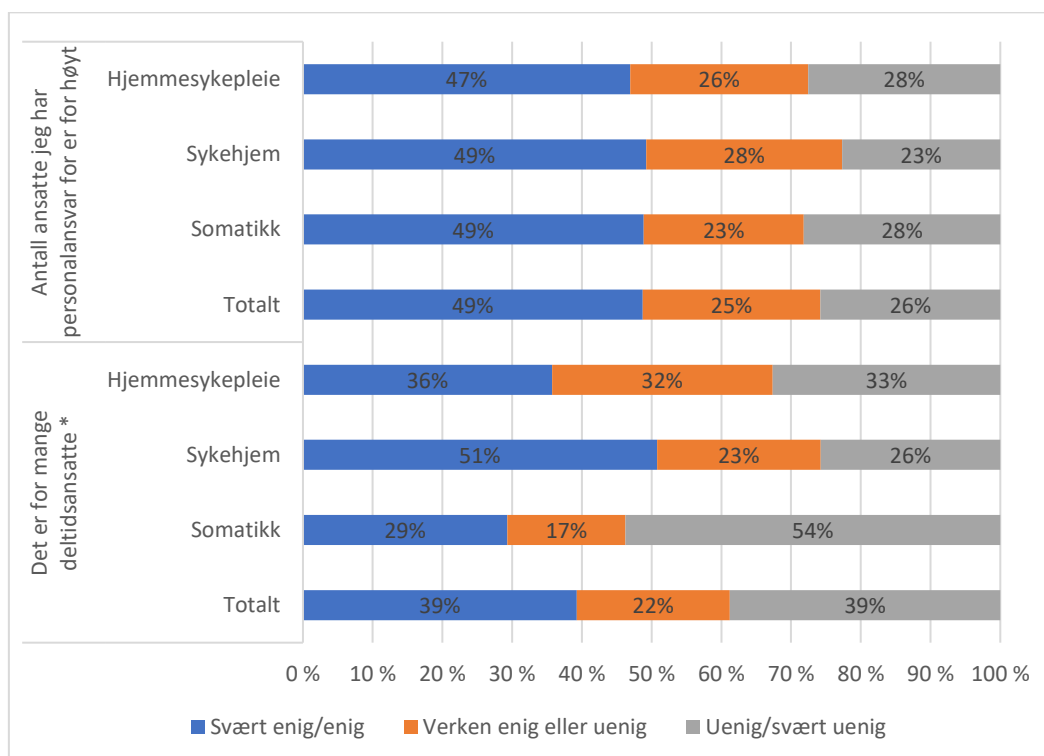
⁵ PAI-registeret (Personaladministrativt informasjonssystem) som er lønns- og personaldata KS har samlet inn for ansatte i kommuner, fylkeskommuner og virksomheter som er en del av KS sitt forhandlingsområde.

⁶ NORCE, 2019. *Leiarspenn og organisering. Samanhengar med sjukefråvær og turnover. Rapport 33 – 2019 NORCE Samfunn. [Microsoft Word - Rapport NORCE Leiarspenn organisering og sjukefråvær v februar 06 \(ks.no\)](#).*

4.1 Lederspenn og deltidstillinger

Førstelingelederne i de døgkontinuerlige tjenestene ble spurt om de opplevde at de har ansvar for for mange ansatte, og om de opplever at de har for mange deltidsansatte (Figur 4-1). Om lag halvparten av de spurte i undersøkelsen, uavhengig av tjenesteområde, sa seg «svært enig eller enig» i påstanden om at de har ansvar for et for høyt antall medarbeidere.

På spørsmål om lederne vurderer at det er for mange deltidsansatte, er 36 prosent av de spurte helt enige eller enige i påstanden på tvers av tjenesteområdene. 51 prosent er svært enige eller enige innenfor hjemmesykepleien, mens henholdsvis 29 prosent og 39 prosent er det innenfor sykehjem og somatikk. 54 prosent av lederne innenfor sykehjemstjenesten er uenige eller svært uenige i at det er for mange deltidstillinger. Blant lederne i hjemmesykepleien og i somatikken er det henholdsvis 26 prosent og 39 prosent som er uenige i påstanden.



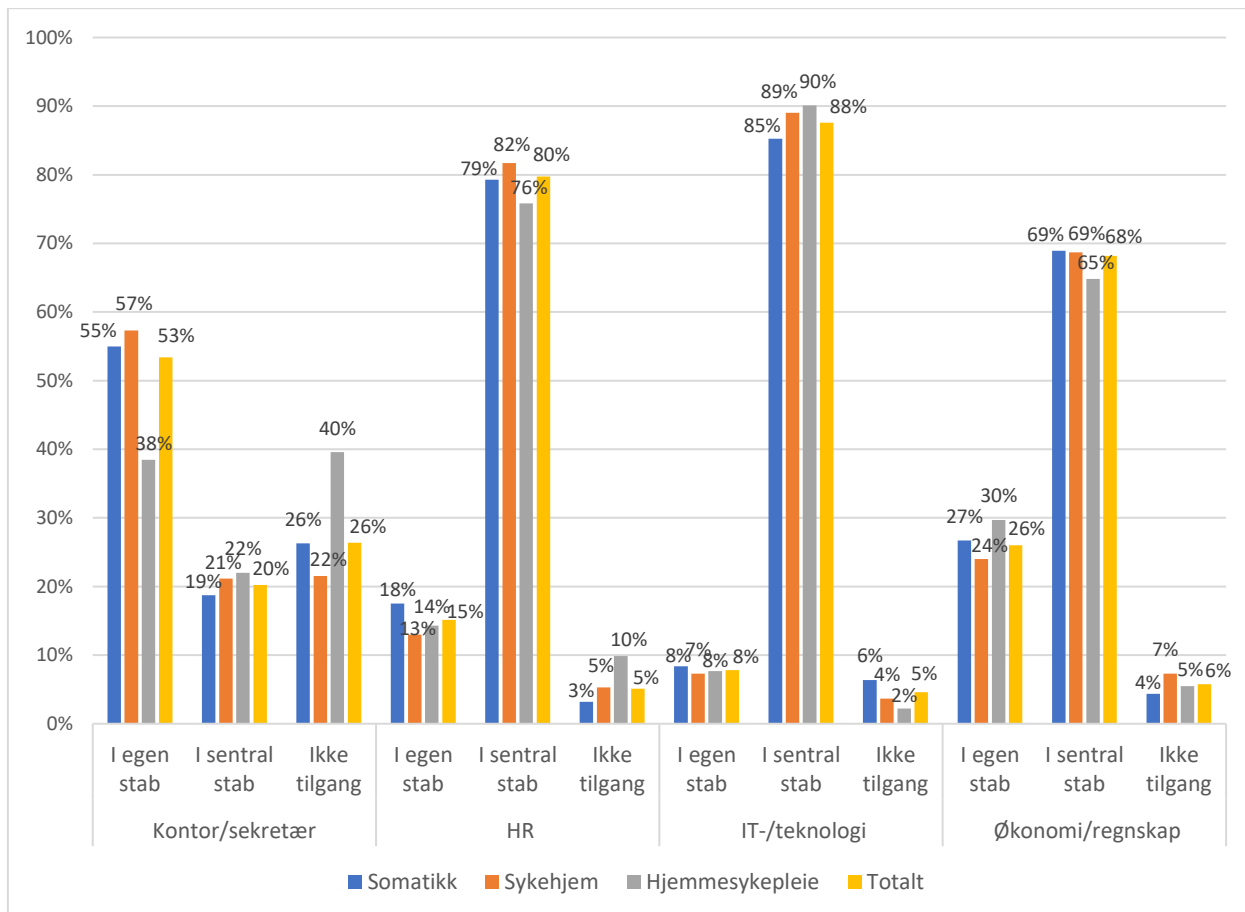
Figur 4-1 Hvor uenig eller enig er du i følgende påstander, etter tjeneste (*p<0.05) (n=665)

4.2 Tilgang på stabs- og støttefunksjoner

I spørreundersøkelsen har vi spurt lederne om tilgangen de har til ulike stabsfunksjoner. Dette er et forhold som forventes å ha betydning for kvaliteten i tjenestetilbudet, og arbeidsforholdene til den enkelte leder. Figur 3-1 viser hvilke stabs- og støttefunksjoner ledere oppgir at de har tilgang til, og videre om disse ressursene er tilgjengelige for dem i egen stab, eller i sentral stab. Resultatene viser at det er relativt jevnt på tvers av tjenesteområdene når det gjelder om de har tilgang til ulike stabs- og støttefunksjoner. Et unntak er innenfor tilgangen til kontor- og sekretærtjenester hvor 40 prosent av lederne innenfor hjemmesykepleien oppgir at de ikke har tilgang til dette, mens i de øvrige to tjenesteområdene, sykehjem og somatikk, er det henholdsvis 22 prosent og 26 prosent som oppgir det samme. Forskjellen er statistisk signifikant.

Kontor- og sekretærtjenester er samtidig den tjenesten den største andelen av lederne oppgir at de har tilgang på gjennom egen stab. Innenfor somatiske tjenester oppgir 55 prosent at de har kontor- eller sekretærtjenester i egen stab, mens 57 prosent svarer det samme i sykehjemstjenesten og

38 prosent i hjemmesykepleien. Henholdsvis 12 prosent, 21 prosent og 22 prosent svarer at de har tilgang til disse tjenestene gjennom sentral stab i somatiske tjenester, sykehjem og hjemmesykepleien. Overordnet viser Figur 4-2 at de fleste førstelinjeledere ser ut til å ha tilgang til de sentrale stab- og støttefunksjonene det spørres om, men at de fleste har tilgang til dem gjennom sentral stab og ikke direkte i egen stab. Den tjenesten flest ledere har tilgang på gjennom sentral stab er IT- og teknologiske tjenester. 85 prosent av lederne innenfor somatiske tjenester har dette, mens tilsvarende andeler for ledere i sykehjem og hjemmesykepleie er 89 prosent og 90 prosent.



Figur 4-2 Har du disse stabsfunksjonene tilknyttet deg som leder? (n=577–588) (flere svar mulig)
Kontor/sekretær p≤0.05

På ytterligere spørsmål i undersøkelsen om lederne opplever at de har tilgang til de stabs- og støttefunksjonene de har behov for for å kunne ivareta lederansvaret sitt, finner vi at det er variasjon i svarene, men flertallet av lederne svarer enten at de har delvis tilgang til slike tjenester (44 prosent) eller at de ikke har tilstrekkelig tilgang (39 prosent). 17 prosent oppgir at de har tilstrekkelig tilgang på stabs- og støttefunksjoner.

I undersøkelsen ble lederne videre spurt om de har tilgang på konkrete stabsfunksjoner, som fagutviklingssykepleier, driftssykepleier, studentansvarlig sykepleier og turnusansvarlig sykepleier tilknyttet seg som leder. Det er stor spredning mellom tjenesteområdene på dette spørsmålet. 92 prosent av lederne i somatikken oppgir å ha tilgang til fagutviklingssykepleier, mens tilsvarende tall er 63 prosent for ledere i sykehjem og 50 prosent for ledere i hjemmesykepleien. Det er gjennomgående lederne i somatikken som har best tilgang til de ulike stabsfunksjonene. 58 prosent av lederne oppgir at de har tilgang til driftssykepleier innenfor de somatiske tjenestene, mot 25 prosent i sykehjem og 23 prosent i hjemmesykepleien. Og mens 55 prosent av lederne i

somatikken har tilgang til studentansvarlig sykepleier er tilsvarende andeler 33 prosent i sykehjem og 28 prosent i hjemmesykepleien. Turnusansvarlig sykepleier har 35 prosent av lederne i somatikken knyttet til sin stilling, mens henholdsvis 12 prosent og 9 prosent av lederne i sykehjem og hjemmesykepleie oppgir at de har det. Totalt sett viser svarene at den funksjonen flest har tilgang til, uavhengig av tjenesteområde, er fagutviklingssykepleier, som 73 prosent oppgir at de har tilknyttet seg.

Tabell 4-2 I hvor stor grad har du disse stabsfunksjonene tilknyttet deg som leder? (* p≤0.05) (n=577)

	Fagutviklings- sykepleier*	Driftssyke- pleier*	Student- ansvarlig sykepleier*	Turnus- ansvarlig sykepleier*
Somatikk	92 %	58 %	55 %	35 %
Sykehjem	63 %	25 %	33 %	12 %
Hjemmesykepleie	50 %	23 %	28 %	9 %
Total	73 %	39 %	42 %	21 %

Lederne ble stilt spørsmål om de opplever å ha tilstrekkelig tilgang til stabs- og støttefunksjoner for å ivareta lederansvaret. I alt oppgir 39 prosent at de ikke har tilstrekkelig tilgang på stabs- og støttefunksjoner. 44 prosent oppgir at de delvis opplever at de har det, mens 17 prosent oppgir at de har tilstrekkelig tilgang.

Lederne ble spurt i undersøkelsen om hvilke stabs- og støttefunksjoner det er størst behov for at styrkes rundt dem som ledere. Når lederne blir bedt om å velge ut de tre viktigste blant disse funksjonene, viser svarene at det er liknende tendens på tvers av tjenesteområdene, men med noen variasjoner mellom dem. Blant lederne i somatikken er det tilgang på driftssykepleier, fagutviklingssykepleier og HR-funksjon som flest rangerer som de tre viktigste. Blant lederne i sykehjem er også fagutviklingssykepleier og driftssykepleier blant de tre mest sentrale, mens også merkantile funksjoner er inne blant de tre viktigste der. Lederne i hjemmesykepleien oppgir, som lederne i sykehjem, at de har størst behov for fagutviklingssykepleier, merkantile funksjoner og driftssykepleier.

Tabell 4-3 Hvilke stabs-/støttefunksjoner er det størst behov for å styrke rundt deg som leder, fordelt for førstelinjledere i døgkontinuerlige virksomheter (inntil tre svar er mulig) (n=624)

	Somatikk	Sykehjem	Hjemmesykepleie
IT/teknologi	15 %	16 %	20 %
Studentansvarlig sykepleier	20 %	17 %	9 %
Økonomi/regnskap	20 %	25 %	18 %
Turnusansvarlig sykepleier	23 %	21 %	23 %
HR	39 %	30 %	30 %
Merkantile funksjoner (kontor/sekretær)	33 %	40 %	52 %
Driftssykepleier (turnus og bemanning)	42 %	47 %	38 %
Fagutviklingssykepleier	41 %	52 %	54 %

4.3 Økonomiske rammer, antall ansatte og kompetanse

Lederne i undersøkelsen ble bedt om å ta stilling til en rekke påstander om tilgang til økonomiske og personellmessige ressurser. Påstandene handler om vilkår som kan ha betydning for kvaliteten i tjenestetilbudet, og i tillegg ha betydning for arbeidsforholdene til lederne. Vista Analyse viser i sin rapport at etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester er høyere enn det befolkningsveksten skulle tilsi, og at de som har behov for tjenester i stadig økende grad får mer sammensatte og omfattende behov. Vista har også undersøkt blant annet opplevd utvikling i arbeidsbelastning blant sykepleiere, innhold og kompleksitet i oppgaver og utfordringer i arbeidshverdagen, og de finner at sykepleierne opplever at de har en økt arbeidsbelastning og må løse krevende og sammensatte oppgaver.⁷ Dette er forhold som kan påvirke både turnover og rekrutteringsgrunnlag for ledere.

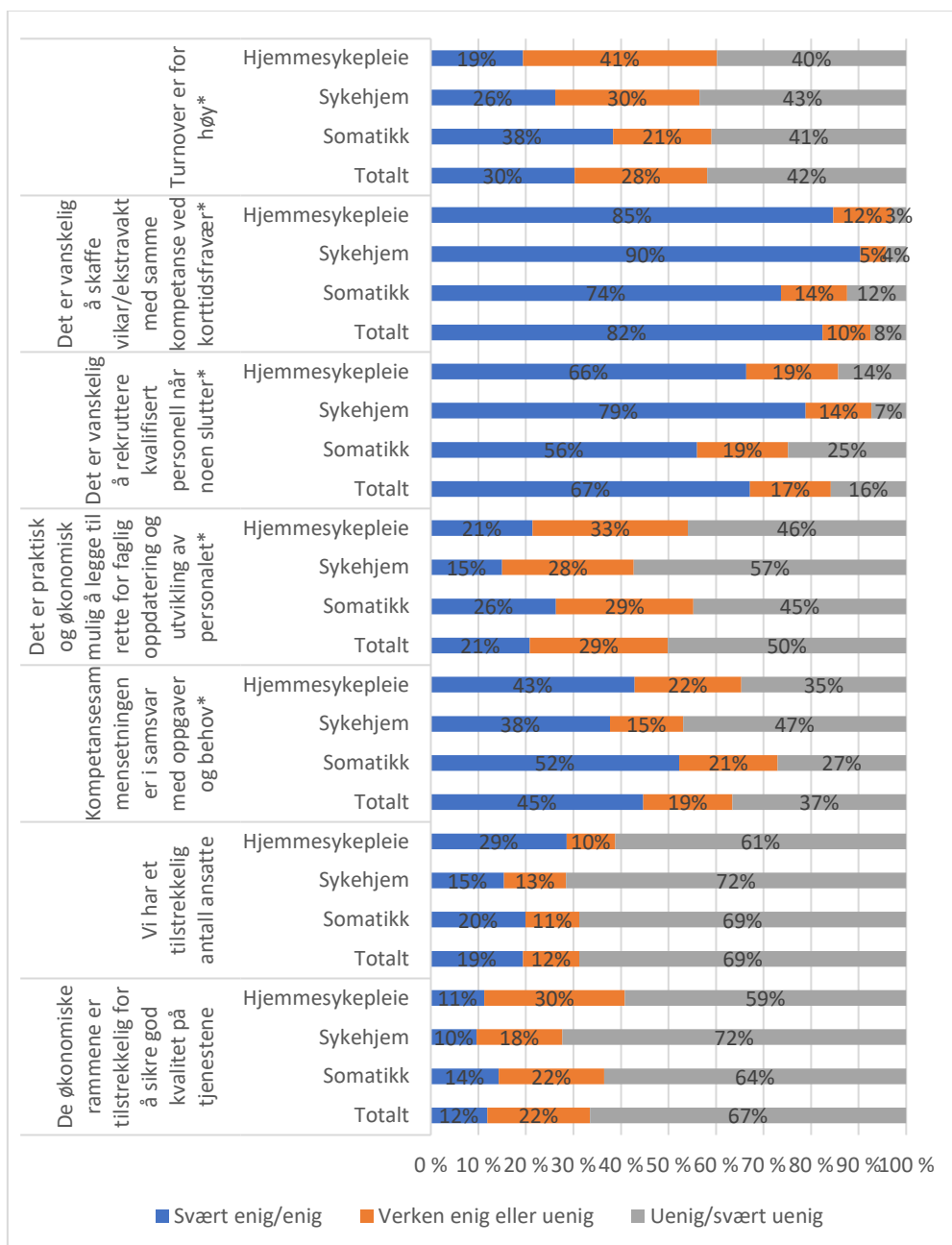
I figuren under viser vi både hvordan førstelinjelederne samlet sett har vurdert settet med påstander knyttet til turnover, rekruttering, tilgang på vikarer og kompetansebehov, og hvordan førstelinjeledere i sykehjem, hjemmesykepleie og somatikken hver for seg vurderer påstandene.

Overordnet viser Figur 4-3 under at tendensen i svarene er lik på tvers av tjenesteområder. Flertallet av respondentene totalt sett er for eksempel uenige i at de har tilstrekkelige økonomiske rammer til å sikre god kvalitet på tjenestene (67 prosent), og at de har tilstrekkelig antall ansatte (69 prosent). Det er også et tydelig flertall (82 prosent) som er enige i påstanden om at det er vanskelig å skaffe vikarer eller ekstravakter med samme kompetanse ved korttidsfravær, og at det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell når noen slutter (67 prosent). Vista Analyses rapport finner også at rekruttering er et område som oppleves som en utfordring innenfor disse tjenesteområdene.⁸

Figuren viser også at det er noen variasjoner på tvers av tjenesteområdene. Ledere i sykehjem opplever i større grad enn de øvrige lederne at de ikke har tilstrekkelig antall ansatte (72 prosent), og at de økonomiske rammene ikke er tilstrekkelige for å sikre god kvalitet på tjenestene (72 prosent). Det er også en høyere andel som oppgir at de er uenig i at det er praktisk og økonomisk mulig å legge til rette for faglig oppdatering og utvikling av personer (57 prosent). Ledere i somatiske avdelinger (52 prosent) og i hjemmesykepleien (43 prosent) vurderer i større grad enn ledere i sykehjem (38 prosent) at kompetansesammensetningen på arbeidsplassen er i samsvar med oppgaver og behov. Figuren viser også at det er innenfor somatikken at flest ledere er enige i at turnover er for høy (38 prosent).

⁷ Vista Analyse 2022. *Tapere og vinnere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av alder og bosted?*

⁸ Vista Analyse 2022. *Tapere og vinnere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av alder og bosted?* Vista Analyse har i sin undersøkelse spurt om hhv. sykefravær, turnover, rekruttering og deltidsstillinger oppleves som en utfordring blant sykepleiere, og deres funn viser at alle disse områdene oppleves som utfordrende på arbeidsplassene.



Figur 4-3 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander, etter ledernivå (n=624) (%) (*p<0,05)

4.4 Rekruttering

I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål om rekruttering og utfordringer knyttet til å skaffe kvalifisert personell når noen slutter. Utfordringen vurderes å være størst blant ledere i hjemmesykepleien (79 prosent), sammenliknet med ledere i sykehjem (66 prosent). Men en relativt høy andel innenfor somatikken (56 prosent) oppgir at det også er utfordrende der. Resultater fra arbeidsgivermonitoren til KS viser at sykepleiere er den enkeltgruppen som kommunene opplever størst utfordringer med å rekruttere.⁹ Statistikken fra NAV viser at det er én søker til ni sykepleier- og jordmorstillinger.¹⁰ Og som nevnt over vurderes rekruttering også som en utfordring blant sykepleiere i Vista Analyses rapport fra 2022. Resultatene på tvers av ulike kilder viser at det er betydelige rekrutteringsutfordringer, særlig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For eksempel viser Gautun i en publikasjon fra 2021 til NAVs bedriftsundersøkelse blant 59 yrkesgrupper i 23 næringer, som viser at sykepleiere er den yrkesgruppen det er mest krevende å rekruttere, og at rekrutteringsutfordringene har økt de siste årene.¹¹

Når det gjelder påstanden om at det er vanskelig å skaffe vikar/ekstravakt med samme kompetanse ved korttidsfravær, oppgir åtte av ti ledere at de er «svært enig/enig» i påstanden. Andelen som oppgir dette er noe høyere blant ledere på sykehjem (90 prosent), men en svært høy andel oppgir dette også som en utfordring i hjemmesykepleien (85 prosent). Blant ledere i somatiske avdelinger er andelen som opplever dette noe lavere (74 prosent). Gautun (2021) fremhever også slike utfordringer i sin artikkel som oppsummerer statistikk og forskning på sykepleierbemanning i norske sykehjem og hjemmesykepleie. Hennes oppsummering viser at når det gjelder langtidsfravær blant sykepleiere, settes det kun inn annet personell i om lag halvparten av tilfellene, mens korttidsfravær ofte ikke dekkes av andre sykepleiere i det hele tatt. Oppsummeringen viser videre at to av ti planlagte sykepleiervakter i turnus ikke bemannes med sykepleiere, og at det er en høy bruk av ufaglærte vikarer generelt i både sykehjem og hjemmesykepleien.

4.5 Behov for kompetanse

I alt 45 prosent oppgir at kompetansesammensetningen ved egen enhet er i samsvar med oppgaver og behov i Figur 4-3 over. Figuren viser samtidig at det er variasjon mellom tjenesteområdene, og at det særlig blant ledere i sykehjem er en høyere andel (47 prosent) som i liten grad opplever at kompetansesammensetningen er i samsvar med oppgaver og behov, sammenliknet med ledere i hjemmesykepleien (35 prosent) og i somatikken (27 prosent). For å få ytterligere innsikt i kompetansebehovet fremover har lederne blitt stilt spørsmål om hvilken kompetanse som de mener at det vil bli størst behov for å rekruttere 5–10 år frem i tid.¹²

⁹ *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2021*

¹⁰ Andrews & Høgås (2017) *Vilkår for ledelse – om økonomi, kompetanse, ansvar og myndighet i norske helse- og omsorgstjenester*. NF-rapport nr. 10/2017

¹¹ Gautun, Heidi (2021). *For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien*. Universitetsforlaget. Søkelys på arbeidslivet. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05>.

¹² I tabellene vises resultatene for kompetansebehovene som 20 eller flere ledere har kryssset av for i spørreundersøkelsen.

Tabell 4-4 Hva slags kompetanse mener du det blir størst behov for å rekruttere i din enhet/avdeling/ virksomhet hvis du ser 5-10 år frem i tid? Fordelt etter førstelinjeledere i somatikken (flere svar mulig).

	Somatikk (n=255)	
	Antall	Prosent
Lege	49	19
Sykepleier	168	66
Spesialsykepleier med mastergrad	117	46
Spesialsykepleier uten mastergrad	148	58
Avansert klinisk sykepleier	64	25
Helsesekretær	25	10
Helsefagarbeider	44	17
Renholdsmedarbeider	25	10
Servicemedarbeider	36	14

Blant førstelinjeledere i somatikken er det flest som mener at det vil være behov for å rekruttere sykepleiere og spesialsykepleiere både med og uten mastergrad. Deretter følger behovet for å rekruttere avansert klinisk sykepleier. Langt færre krysser av for leger og helsefagarbeider, og et mindre tall har krysset av for at det er størst behov for å rekruttere helsesekretærer og helsefagarbeidere i årene fremover.

Tabell 4-5 Hva slags kompetanse mener du det blir størst behov for å rekruttere i din enhet/avdeling/ virksomhet hvis du ser 5-10 år frem i tid? Fordelt etter førstelinjeledere i sykehjem (flere svar mulig).

	Sykehjem (n=249)	
	Antall	Prosent
Lege	64	26
Sykepleier	239	96
Vernepleier	58	23
Spesialsykepleier med mastergrad	49	20
Spesialsykepleier uten mastergrad	73	29
Avansert klinisk sykepleier	76	31
Helsefagarbeider	138	55
Renholdsarbeider	26	10
Servicemedarbeider	27	11

Blant førstelinjeledere i sykehjem er det flest som krysser av for at det vil bli størst behov for å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere. Sammenliknet med ledere i somatikken, er det færre ledere i sykehjem som mener at det er behov for spesialsykepleiere med og uten mastergrad, samtidig som relativt sett flere krysser av for at det vil være størst behov for å rekruttere avansert klinisk sykepleier i sykehjem. Blant ledere i sykehjem vurderes det også at det vil bli behov for å rekruttere vernepleiere i egen enhet/avdeling/virksomhet. Et mindretall har krysset av for at det vil bli størst behov for kompetanse som renholdsarbeider og servicemedarbeider i tiden fremover.

Tabell 4-6 Hva slags kompetanse mener du det blir størst behov for å rekruttere i din enhet/avdeling/virksomhet hvis du ser 5-10 år frem i tid? Fordelt etter førstelinjeledere i hjemmesykepleie (flere svar mulig).

	Hjemmesykepleie (n=93)	
	Antall	Prosent
Sykepleier	92	99
Spesialsykepleier uten mastergrad	31	33
Avansert klinisk sykepleier	32	34
Helsefagarbeider	68	73

Blant ledere i hjemmesykepleie er det som for de øvrige tjenesteområdene størst behov for å rekruttere sykepleiere. Deretter følger behovet for å rekruttere helsefagarbeidere, spesialsykepleier uten mastergrad og avansert klinisk sykepleier. Færre enn 20 ledere har krysset av for at det vil være behov for sykepleiere med mastergrad, eller andre helseprofesjoner som eksempelvis lege og vernepleier.

Resultatene indikerer at det er ulike fremtidige kompetansebehov i de ulike tjenestene. I spesialisthelsetjenesten er det flere som mener at det er behov for mer spesialisert sykepleierkompetanse i form av spesialsykepleiere med og uten mastergrad, sammenliknet med de øvrige tjenestene. I sykehjem og i hjemmesykepleien er det flere som har krysset av for at de har størst behov for å rekruttere sykepleiere med grunnutdanning, og i mindre grad behov for spesialsykepleiere, med unntak av avansert klinisk sykepleier som det er noe større behov for i sykehjem og i hjemmesykepleien. Helsefagarbeidere er det større behov for både i sykehjem og i hjemmesykepleien sammenliknet med i somatikken.

Videre har lederne blitt bedt om å ta stilling til «hvilken type spesialsykepleierkompetanse det vil være behov for»¹³.

¹³ I metodekapittelet beskrev vi at det har vært frafall underveis i undersøkelsen, og at antallet som har svart på de ulike spørsmålene varierer. I alt har 35 førstelinjeledere i hjemmesykepleien, 98 førstelinjeledere i sykehjem og 171 førstelinjeledere i somatikken svart på spørsmålene om «hvilken type spesialsykepleierkompetanse vil det være behov for». I teksten har vi gjengitt svarfordelingen der 20 eller flere oppgir type spesialsykepleierkompetanse det er behov for. Svarene må fortolkes med varsomhet da behovet for de mer fagspesifikke kompetansene nok er et uttrykk for hvem som har svart på undersøkelsen. Antallet som har svart på spørsmålene er relativt få, og kan dermed ikke sies å være uttrykk for hvor utbredt behovene er for de spesifikke kompetansene som lederne har blitt bedt om å ta stilling til.

Tabell 4-7 Hvilken type spesialsykepleierkompetanse det vil være behov for, førstelinjeledere i somatikken (flere svar mulig)

	Somatikk (n=171)	
Intensivsykepleier	67	39
Annet	54	32
Kreftsykepleier	40	23
Avansert klinisk allmennsykepleier	34	20
Anestesisykepleier	27	16
Barnesykepleier	25	15
Operasjonssykepleier	24	14

Flest førstelinjeledere i somatikken oppgir at det vil bli behov for spesialsykepleierkompetanse som intensivsykepleier, deretter følger «annet» som svaralternativ. Hvilke behov det dreier seg om er beskrevet nærmere i fritekstsvarene. Deretter følger kreftsykepleier og avansert klinisk allmennsykepleier. På et rimelig likt nivå oppgir lederne at det vil være behov for anestesisykepleiere, barnesykepleiere og operasjonssykepleiere.

I fritekstsvarene er det flere som oppgir at det vil være behov for akuttsykepleiere (n=20), andre spesialsykepleierkompetanser som nevnes at det vil være behov for er hygiesykepleier, infeksjonssykepleier, lungesykepleier, nevrologisk sykepleier, men også palliativ sykepleier.

Tabell 4-8 Hvilken type spesialsykepleierkompetanse det vil være behov for, fordelt for førstelinjeledere i sykehjem (flere svar mulig)

	Sykehjem (n=98)	
Avansert klinisk allmennsykepleier	49	50
Avansert geriatrisk sykepleier	93	95
Spesialsykepleier innen psykisk helse og rus	49	50
Kreftsykepleier	29	30

Blant ledere i sykehjem svarer nær samtlige at det er behov for avansert geriatrisk sykepleier, deretter følger avansert klinisk allmennsykepleier og spesialsykepleier innen psykisk helse og rus. Tre av ti mener at det er behov for kreftsykepleier. I fritekstsvarene beskrives det behov for spesialkompetanse innenfor palliasjon og lindrende behandling.

Tabell 4-9 Hvilken type spesialsykepleierkompetanse det vil være behov for, fordelt for førstelinjeledere i hjemmesykepleie (flere svar mulig)

	Hjemmesykepleie (n=35)	
	Antall	Prosent
Avansert klinisk allmennsykepleier	21	60
Avansert geriatrisk sykepleier	30	86
Kreftsykepleier	30	86
Spesialsykepleier innen psykisk helse og rus	23	66

Blant de lederne i hjemmetjenesten som svarte på spørsmålet om hvilke typer sykepleierkompetanse det vil være behov for oppgir flesteparten at det vil være behov for avansert geriatrisk sykepleier og kreftsykepleier. En betydelig andel oppgir også at det vil være behov for avansert klinisk allmennsykepleier og spesialsykepleier innen psykisk helse og rus.

I fritekstsvarene nevnes det også behov for kompetanse innenfor palliasjon, sår og diabetes samt velferdsteknologi.

Lederne fikk anledning til å utdype nærmere om hvilke behov det er for å gjøre endringer i virksomheten de leder. I avsnittene nedenfor har vi oppsummert fritekstsvarene fra førstelinjeledere i døgkontinuerlige avdelinger etter tjenesteområde.

Behov for ressurser, kompetanse og utvikling i somatiske avdelinger

Flere oppgir i fritekstfeltet at lederspennet er for stort, og at det er behov for enten flere ledere, eller lederassistenter. Det beskrives også at behandlingen på norske sykehus blir mer og mer spesialisert, og det medfører at det blir flere fagområder som sykepleierne skal mestre, og det kommer i tillegg til at flere oppgaver blir overført til pleiegruppen, ofte med en begrunnelse i at organisasjonen skal spare penger. I forlengelsen av dette er det flere som peker på at det er mange oppgaver som faller på sykepleierne, blant annet bestilling av varer, ulike logistikkoppgaver mv. Det uttales at «Det blir feil bruk av sykepleierressurser når dette er knapp ressurs». Det uttrykkes også et behov for sykepleiere med kortere videreutdanning i geriatri, lungesykdommer, diabetes etc.

Mer spesifikke ønsker om bestemte yrkesgrupper som noen eller flere mener at det er behov for, er ambulansesarbeidere, barnepleiere, apotek teknikere til å klargjøre medikamenter til lukket legemiddelhåndtering, sterilforsyningstekniker, og KEF (klinisk ernæringsfysiolog).

Det fremheves av noen at det er vanskelig å rekruttere ansatte med riktig kompetanse, og at mye av opplæringen må skje når den ansatte først har kommet på plass. En utfordring som det pekes på er at i den grad nye ansatte blir ansatt i redusert stilling er det utfordrende for å få til tilstrekkelig kompetanseheving. Det pekes også på her at helgebemanning er en utfordring:

«Hver 3. helg lar seg ikke kombinere med kompetansebehov i helgene og heltidsstillinger. Når alle skal jobbe hver 3. helg blir det for få "hoder" til å dekke behovet i helgene – sykepleiekompetanse må dekkes.»

Dette er utfordringer som også må ses i lys av heltid-/deltidsdiskusjonen.

Andre fremhever at det er behov for mer målrettet videreutdanning og videreutvikling av ledere. Og videre at det må legges vekt på å bygge trygge ledere som opplever tilstrekkelig kompetanse

innenfor sitt fagfelt, med økonomisk kompetanse. Flere trekker frem at det bør opprettes utdanningsstillinger.

«At det ikke legges rom i rammebetingelsene til kompetanseheving og kompetanseutveksling for sykepleiergruppen, må sees som et nasjonalt kulturproblem i helsevesenet.»

Lederne i somatikken peker på at det er behov for å øke sykepleielederes digitale kompetanse, slik at de settes i stand til å håndtere endringer som følge av nye digitale måter å jobbe på. Det fremheves at organisasjonsutvikling burde settes på agendaen for å få til endringer som påvirker helheten som arbeidsforhold for ansatte, førstelinjeledere, opplevd pasientverdi og kontinuerlig forbedring.

«Vi opplever å løse kriser/driftsutfordringer hver dag, arbeidet med utarbeiding av planer og utvikling blir av den grunn nedprioritert eller gjøres på fritiden.»

Behov for ressurser, kompetanse og utvikling i sykehjem

Blant førstelinjeledere i sykehjem er det, basert på fritekstsvarene, mange som uttrykker behov for en merkantil/administrativ stilling som kan avlaste leder. Det er behov for ansatte som kan ivareta en rolle som bestiller, kjøkkenhåndtering osv., noe som vil frigjøre tid til pasientrettet arbeid. Det uttrykkes også behov for fysioterapeuter, aktivitører og sykepleiere med kompetanse innen psykiatri.

Kompetansebehovet endrer seg i takt med hva slags type pasienter som bor på sykehjemmet. Det er behov for opplæring i grunnleggende pleie, dokumentasjon, avviksrapportering og kompetanse innen tvang. Det etterlyses flere ansatte med videreutdanning innenfor geriatri/demens og psykiatri. Flere peker på at det er mange ufaglærte som gjør det vanskelig å drifte forsvarlig fra dag til dag. Det er mangel på sykepleiere, og i noen tilfeller mer tilfredsstillende dekning av helsefagarbeidere. «Bruke riktig kompetanse på riktig plass. Sykepleiere gjør alt for mange oppgaver som kan gjøres av andre».

Flere peker på at det er behov for å se på løsninger for å unngå at helsepersonell blir brukt til praktisk drift som for eksempel varelager, renhold, bestilling, matlaging osv. Det er flere som peker på at det er svært vanskelig å rekruttere sykepleiere, og det pekes på at det er lite faglig oppdatering og handlingsrom for å legge til rette for kompetansehevende tiltak for sykepleiere.

Flere peker på at mye tid for leder går med til daglig drift, fag og dekke vakter. Det innebærer at det blir mindre tid til langsiktig arbeid, som å kunne jobbe systematisk med arbeidsmiljø og sykefravær/nærvær på jobb. Flere skriver at de ønsker at implementering av tekniske løsninger/velferds-teknologi skal gå raskere, og at det blir bedre handlingsrom for å arbeide mer målrettet med oppgavefordeling og rekrutterings-/kompetanseplanleggingsarbeid.

Behov for ressurser og kompetanse i hjemmesykepleien

«For å være helt ærlig, så skulle det vært en til av meg selv. Har derfor haket av på helsesekretær, da kunne vedkommende hjulpet meg».

Flere peker på at det er behov for støtte til leder gjennom eksempelvis sekretærfunksjoner eller merkantile ressurser, deretter følger ergoterapeut med god kompetanse på blant annet velferdsteknologi, fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, og pleiemedhjelpere for å dekke opp helgevaktene siden det er begrenset tilgang på faglært kompetanse, samtidig som det er en økning i antall eldre. Et annet behov som særlig kjennetegner situasjonen i hjemmesykepleien er at istedenfor å forholde seg til behandlende lege på sykehus og sykehjemslege, så vil hjemmesykepleien i større grad forholde seg til flere leger, da pasientene får medisinsk oppfølging fra fastlegen. Dette illustreres gjennom følgende utsagn:

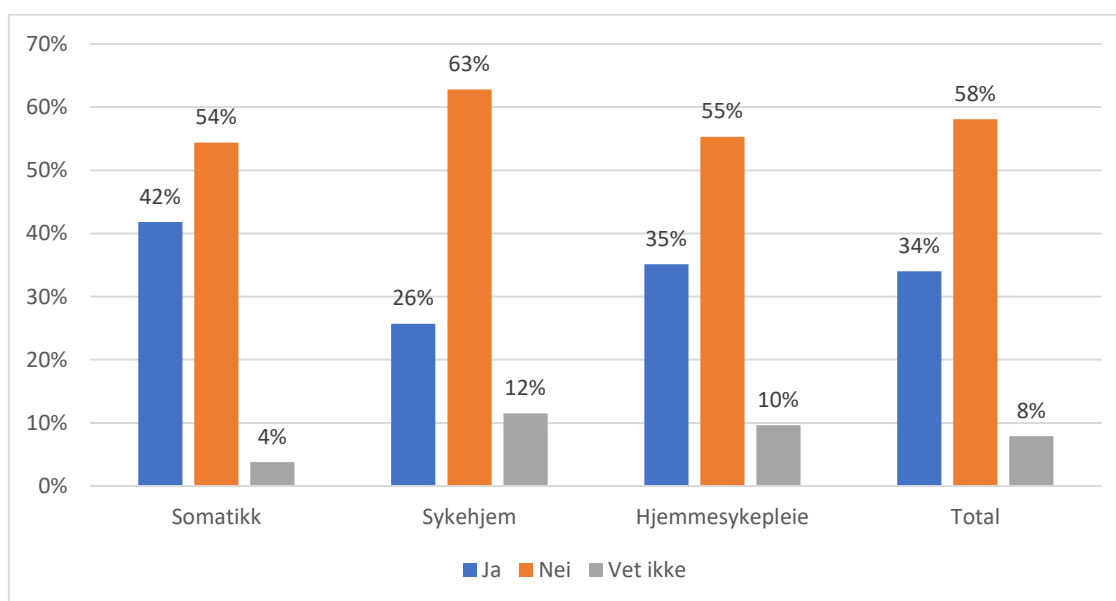
«Drømmen må være lege tilknyttet hjemmesykepleien. Bruker mye tid på å prøve å få kontakt med ulike leger - SVÆRT ulik oppfølging fra ulike leger.»

4.6 Kartlegging av behov for ressurser og kompetanse

I en forlengelse av spørsmålene om behov for ressurser, kompetanse, oppgavedeling og utvikling, ble førstelinjelederne bedt om å ta stilling til ulike påstander om planlegging, gjennomføring og evaluering av driften og kartlegging av kompetansebehovet i egen avdeling/enhet/virksomhet. Resultatene viser ingen signifikant forskjell mellom lederne i de ulike tjenestene når det gjelder om det i løpet av det siste året har blitt gjennomført en systematisk evaluering av grunnbemanningen. Totalt sett svarer 40 prosent at det har vært gjennomført en slik evaluering, mens 45 prosent svarer avkrefte. Om lag 6 prosent svarer «vet ikke» på spørsmålet. Lederne ble spurt om det i det siste året har blitt gjennomført en systematisk vurdering av om noen oppgaver som ansatte gjør i dag kan overføres til andre. Det er ingen signifikant forskjell mellom lederne i de ulike tjenestene. Totalt sett på tvers av tjenesteområdene oppgir 38 prosent at det har blitt gjennomført en slik vurdering, mens 57 prosent svarer avkrefte på dette. Om lag 5 prosent oppgir «vet ikke».

Det er variasjon mellom lederne i de ulike tjenestene om det det siste året er gjennomført en systematisk kartlegging av kompetansebehovet for de neste 3-5 årene. I Figur 4-4 ser vi at det er flest som oppgir at kompetansebehovet i somatikken er kartlagt (42 prosent), deretter følger hjemmesykepleien (35 prosent), mens blant ledere i sykehjem er andelen 26 prosent som oppgir dette.

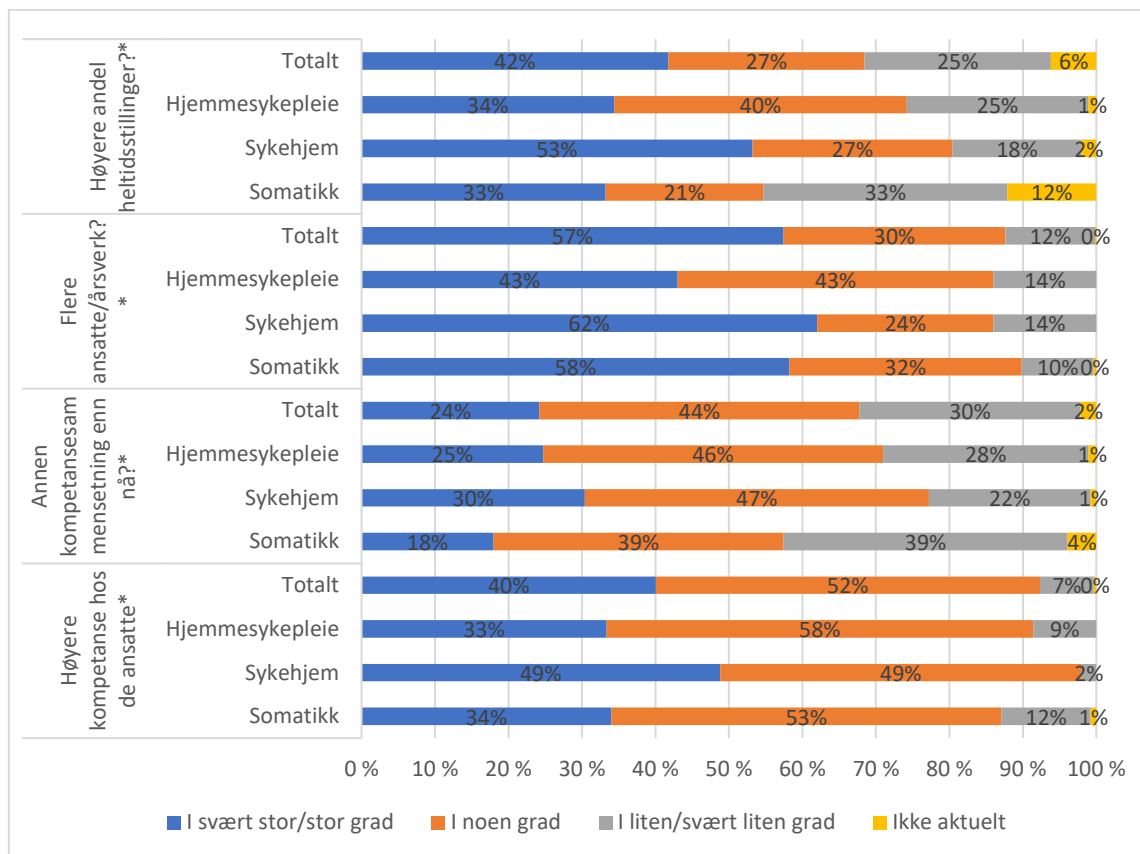
Det er viktig å understreke at spørreundersøkelsen ble gjennomført våren 2021. I disse spørsmålene blir lederne bedt om å bruke siste år som referansepunkt, det betyr at referansetidspunktet er under pandemien. Pandemien har truffet både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten hardt, og ventelig har hovedfokus vært på å håndtere pandemien på en best mulig måte overfor både pasienter og medarbeidere. Resultatene må derfor tolkes innenfor den konteksten.



Figur 4-4 Det er det siste året gjennomført en systematisk kartlegging av kompetansebehovet for de neste 3-5 årene (n=599) ($p \leq 0,05$)

4.6.1 Behov for endringer

Lederne ble videre bedt om å vurdere i hvilken grad det er behov for endringer innenfor virksomheten de leder, som behov for heltidsstillinger, flere ansatte, en annen kompetansesammensetning og behov for høyere kompetanse blant de ansatte.



Figur 4-5 I hvilken grad mener du det er behov for følgende endringer innenfor virksomheten du leder? (n=599) (*p≤ 0,05)

Figur 4-5 viser at det er stor variasjon mellom tjenestene. Totalt sett er det en høyere andel ledere på sykehjem som mener at det «i svært stor/stor grad» er behov for endringer knyttet til et behov for høyere kompetanse hos de ansatte (49 prosent). Ledere i hjemmesykepleien og i somatiske avdelinger vurderer dette behovet rimelig likt med henholdsvis 33 og 34 prosent. Behov for en annen kompetansesammensetning er også mer uttalt på sykehjem (30 prosent). Behovet vurderes å være noe lavere blant ledere i hjemmesykepleien (25 prosent), mens 18 prosent av lederne i somatiske avdelinger vurderer at det i «svært stor grad/stor grad» er behov for det. Blant disse lederne er det nærmere fire av ti som vurderer at det «i liten/svært liten grad» er behov for en annen kompetansesammensetning. Behovet for flere ansatte/årsverk er høyere blant ledere i sykehjem (62 prosent) og i somatiske avdelinger (58 prosent) enn blant ledere i hjemmesykepleien (43 prosent), mens behovet for en høyere andel heltidsstillinger er mer uttalt i sykehjem (53 prosent) enn i hjemmesykepleien (34 prosent) og somatikken (33 prosent).

Lederne ble gitt anledning til å svare i fritekstsvar om hvilke behov for endring de har i egen enhet. Spørsmålet ble stilt åpent, men de fleste beskrev behov for endring knyttet til arbeidstid, ressurser og kompetanse. Hva lederne svarte om behov for kompetanse i fritekstfeltene er beskrevet i kapittel 4.5. Nedenfor følger oppsummering av hva lederne svarte at de har behov for, fordelt etter tjenesteområde, knyttet til arbeidstid og ressurser.

4.6.2 Behov for endringer i somatikken

Overordnet handler innspillene fra førstelinjeledere i somatikken om behov for endringer knyttet til arbeidstid som heltid-deltid-problematikk og bemanning. I avsnittene nedenfor oppsummerer vi hovedtrekkene i innspillene som er gitt i fritekstsvar i undersøkelsen om dette temaet.

Heltid/deltid

Førstelinjelederne i somatikken oppgir i all hovedsak at de har ansatte i 100 prosent stillinger og at det er den prosentandelen som tilbys i utlysningene. Det fremheves at selv om de fleste får tilbud om 100 prosent stilling, så må en innenfor denne stillingsprosenten påregne å jobbe på andre poster innad i klinikken, eksempelvis delt stilling mellom poliklinikk og sengepost.

«Vi har delte stillinger for å kunne få nok ansatte på helg når de som ønsker 100 % på sengepost får det. Men det har selvfølgelig sine sider med så mange i delte stillinger i forhold til kontinuitet på den enkelte seksjon.»

Flere peker på at det er en utfordring med at alle tilbys 100 prosent stilling fordi det har gjort avdelingene mer sårbare på helg og ved fravær. Det oppfattes at det er en bevisst strategi for å imøtekomme krav og ønsker fra både fagforbund og fra foretaksledelsen. Følgende sitat beskriver dilemmaet:

«Ønsker selvfølgelig at alle som vil skal kunne jobbe heltid, men da må det finnes en genial løsning på helgejobbing.»

Flere peker på at det ikke er noen som jobber ufrivillig deltid, og at deltid er kun noe som forekommer blant dem som har omsorg for barn. «Vi tilsetter bare i 100 prosent stillinger, men noen ønsker å jobbe noe redusert, spesielt de med små barn. Dette kan gjelde ansatte i både turnusstilling og i dagstilling.»

«Jobber på intensivavdeling, alle hos oss får 100 prosent stilling om de ønsker det. Det ideelle hadde vært at 100 prosent stilling innebar 33 t uke, da hadde flere orket 100 prosent stilling.»

Bemanning

De fleste innspillene i fritekstsvarene er knyttet til helgebemanningen. Det beskrives at helgene er krevende med redusert bemanning. Det er få sykepleiere og mange assistenter.

«Det brukes daglig svært mye tid for å skaffe tilstrekkelig sykepleiebemanning. Det mangler sykepleieressurser midt i uka og i helg. Arbeidet med innleie, turnus og vikarer går ut over andre lederoppgaver.»

Flere peker på at det er behov for å styrke kompetanse på helg, og at alle sykepleiere bør jobbe helg. Og at dette er noe man må se nærmere på, for å sikre kompetanse og kvalitet på helg. Det kommer innspill om at man bør se nærmere på tiltak som kan motivere og ufarliggjøre det å kombinere for eksempel dagarbeid poliklinikk i ukedager med arbeid på helg i heldøgns enheter.

«Er leder på en post hvor det er mye operativ virksomhet, pasienter opereres hele uken, det er nesten ikke forskjell på hverdager og helg i forhold til pleietyngde.»

Flere peker på at de mangler sykepleiere, og at de i større grad har en tilfredsstillende dekning av helsefagarbeidere, noe som også er særlig relevant sett opp mot en pågående diskusjon om oppgavedeling på tvers av fag- og yrkesgrupper. Noen peker på at de ønsker flere stillinger med videreutdanning eksempelvis innenfor geriatri/demens/psykiatri og mulighet for å ansette fagsykepleier og øke antall utdanningsstillinger.

4.6.3 Behov for endringer i sykehjem

Overordnet handler innspillene fra førstelinjledere i sykehjem i fritekstsvarene om de samme dimensjonene som i somatikken: behov for endringer knyttet til heltid-deltid-problematikk, bemanning, kompetanse og utvikling. I avsnittene nedenfor oppsummerer vi hovedtrekkene i innspillene som er gitt fra disse lederne i fritekstsvarene i undersøkelsen.

Heltid/deltid

Ledere peker i fritekstsvarene på at flere ansatte som arbeider deltid, ønsker det selv, og at de ikke har ønske om en høyere stillingsandel. «De fleste har den stillingsandelen de ønsker».

Flere fremhever at heltidspolitikken til kommunen utfordrer bemanningen i helgene.

«Høyere andel heltidsstillinger fører til mindre fagfolk i helgene og flere helgevikarer (som ofte er ufaglærte)».

«Jeg skulle gjerne hatt flere på heltid, men det går ut over helgebemanning».

Det trekkes også frem at personale ikke klarer å stå i fulle stillinger på grunn av helseproblemer.

«Vi har jobbet med å få folk opp i stilling i snart 10 år og har hatt en veldig positiv utvikling.» Andre uttaler at «Her er det ikke mange som ønsker å øke stilling. De fleste vil redusere fra 100 prosent til 80-85 prosent, og tilpasse med kortere dager, slik at de kan hente og levere barn før og etter jobb.»

Bemanning

Når det gjelder bemanning viser fritekstsvarene at bemanningen generelt vurderes å være lav, men forsvarlig. Det trekkes frem at det er sårbart, virksomhetene har ikke god toleranse for fravær. Det pekes også på at det er krevende å dekke opp det fraværet som oppstår med tilsvarende kompetanse.

«Det er lav bemanningsfaktor – den har vært slik siden i 2003. Før var vi mer et pleiehjem – nå er det sykehjem/B-sykehus med stort behov for kvalifiserte ansatte med god kompetanse. Stort sett har vi marginal bemanning på sykepleiere».

Fritekstsvarene viser også at lederne har behov for støtte i jobben. Det gjelder både direkte lederstøtte, men også assistentstillinger som kunne bidratt med forefallende arbeid av ulik art, som matservering, rydding mv., slik at fagarbeiderne kunne fått frigjort tid til arbeid med beboerne på sykehjemmet.

«Gjerne en assistent slik at jeg kan dele tankene mine og arbeidsoppgaver. Ikke minst å redusere trykk når jeg er syk. Oppgavene blir bare liggende. Hadde ønsket meg en leder til, slik at vi kunne fordelt antall ansatte vi hadde ansvar for på en annen måte.»

Det fremheves også at det er en utfordring at avdelingsleder kan være eneste sykepleier på vakt (pga. sykefravær mv.), og derfor må ta sykepleieroppgavene, og legge lederoppgavene til side. Dette skjer alt for ofte, og medfører at man blir på etterskudd med sine oppgaver som leder. Dette skaper et enormt stress på avdelingsleder. Dette er utfordringer også sett i lys av mangel på sykepleiere, rekrutteringsutfordringene som beskrives og ikke minst leders jobbsituasjon knyttet til krav og arbeidsbelastning (jf. kap. 7).

4.6.4 Behov for endringer i hjemmesykepleien

Overordnet handler også svarene fra lederne i hjemmesykepleien om de samme forholdene som blir trukket frem av lederne i de andre tjenesteområdene. Særlig bemanning og mulighetene til å dekke opp for fravær fremheves av disse lederne som områder hvor det er behov for endringer¹⁴.

¹⁴ Vi gjør oppmerksom på at det relativt til de andre tjenesteområdene er færre ledere fra hjemmesykepleien som har svart på undersøkelsen, noe som gjenspeiles også i antall fritekstsvaer fra denne gruppen.

Heltid/deltid og bemanning

Flere av lederne trekker frem at de har en god sammensetning av fagkompetanser i virksomhetene, med sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og assistenter.

Det blir samtidig understreket at høyt sykefravær er en utfordring, og at det er krevende å dekke opp fravær. Flere fremhever også at det er krevende å rekruttere til hjemmesykepleien. Dette gjelder både fagarbeidere og sykepleiere. Totalt sett opplever flere ledere at forsvarligheten utfordres av dette.

4.7 Oppsummerende om ressursituasjon, kompetansebehov, planlegging av driften og behov for endring

Rammevilkår for førstelinjelederne har i denne undersøkelsen omhandlet tema som lederspenn, ressurstilgang, både når det gjelder personellmessige og økonomiske ressurser, ressursbehov og tilgang på og behov for ulike støttefunksjoner. Når det gjelder lederspennet viser undersøkelsen at om lag halvparten av de spurte, uavhengig av tjenesteområde, vurderer at de har ansvar for et for høyt antall medarbeidere. Når det gjelder vurderinger knyttet til bruk av deltid, er det noen variasjoner på tvers av tjenesteområdene. Mens omtrent halvparten (51 prosent) av lederne i hjemmesykepleien mener det er for mange deltidsansatte, er tilsvarende andeler blant lederne i sykehjem og somatikk lavere (hhv. 29 prosent og 39 prosent).

Overordnet viser undersøkelsen at de fleste førstelinjeledere ser ut til å ha tilgang til sentrale stabs- og støttefunksjoner, men at for de fleste av disse tjenestene har de færreste førstelinjelederne direkte tilgang til dem gjennom en egen stab. Et unntak er tilgang til kontor- og sekretærtjenester hvor en signifikant høyere andel av lederne i hjemmesykepleien (40 prosent) oppgir at de ikke har tilgang til disse tjenestene sammenliknet med ved de to andre tjenesteområdene. Kontor- og sekretærtjenester er likevel den støttetjenesten den største andelen av lederne oppgir at de har tilgang på gjennom egen stab, og andelen er aller høyest blant lederne i sykehjem (57 prosent).

Undersøkelsen viser også at når det gjelder ledernes tilgang til fagutviklingssykepleier, driftssykepleier, studentansvarlig sykepleier og turnusansvarlig sykepleier, og om de har disse funksjonene knyttet til seg som leder, er det fagutviklingssykepleier flest har tilknyttet seg. Her er det imidlertid variasjon på tvers av tjenesteområdene, og det er gjennomgående lederne i somatikken som har best tilgang til de ulike stabsfunksjonene. På spørsmålet om hvilke stabs- og støttefunksjoner det er størst behov for å styrke rundt lederne, viser svarene at ledere i sykehjem og hjemmesykepleie har størst behov for fagutviklingssykepleier, merkantile funksjoner og driftssykepleier.

Når lederne i undersøkelsen ble bedt om å ta stilling til en rekke påstander om tilgang til økonomiske og personellmessige ressurser er det noe variasjon også i disse svarene. Lederne ved sykehjem opplever i større grad enn de andre to tjenesteområdene at de ikke har tilstrekkelig antall ansatte, og at de økonomiske rammene ikke er tilstrekkelige til å sikre tjenester av god kvalitet. Disse lederne opplever det også som mer krevende, både praktisk og økonomisk, å legge til rette for faglig utvikling av medarbeiderne sine.

Når det gjelder rekruttering og vikarbruk opplever lederne at dette er krevende ifølge undersøkelsen. Når det gjelder rekruttering er det lederne i hjemmesykepleien som opplever de største utfordringene, men rekruttering oppleves som krevende også for de to andre tjenesteområdene, noe som er i samsvar med andre sammenliknbare undersøkelser, som for eksempel KS' arbeidsgivermonitor og statistikk fra NAV. Å skaffe vikarer og ekstravakter oppleves også som krevende for lederne på tvers av de tre tjenesteområdene.

Lederne i undersøkelsen fremhever ulike kompetansebehov på tvers av tjenesteområdene. Mens fritekstsvar fra ledere i somatiske avdelinger fremhever at det både er behov for mer spesialiserte

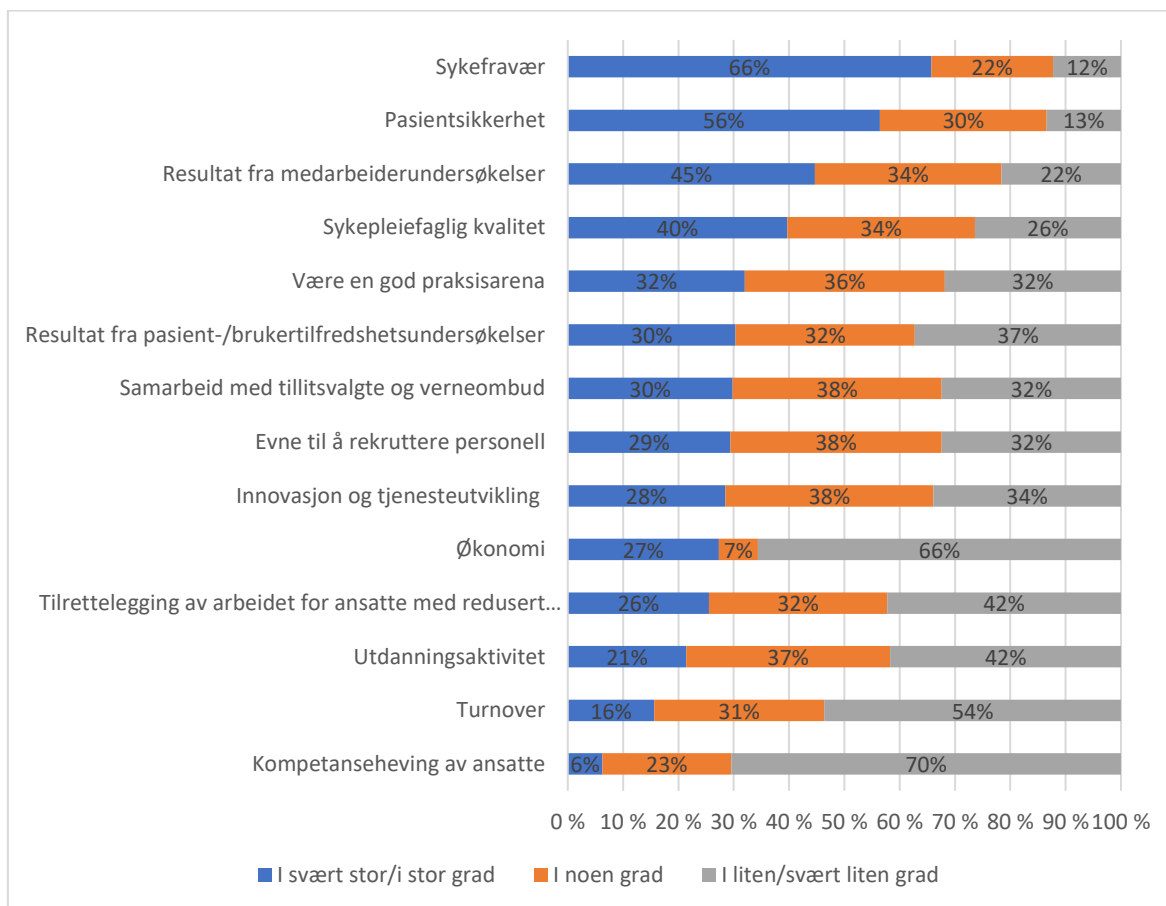
sykepleiere, og at sykepleiere på grunn av innsparinger og endringer i pasientgruppen må gjøre oppgaver som ikke i utgangspunktet hører til en sykepleiers primæroppgaver, fremhever lederne i både sykehjem og hjemmesykepleie, i tillegg til en mer tydelig avgrensning av sykepleiernes arbeidsoppgaver, behovet for mer merkantil støtte og lederavlastning og -støtte.

I undersøkelsen har førstelinjelederne blitt bedt om å ta stilling til ulike påstander om planlegging, gjennomføring og evaluering av driften i egen avdeling/enhet/virksomhet. Det er ikke signifikante forskjeller i undersøkelsen mellom tjenesteområdene når det gjelder om det i løpet av det siste året har blitt gjennomført noen form for systematisk evaluering av grunnbemanningen, og totalt sett er det relativt jevnt fordelt om det er gjennomført en slik evaluering eller ikke (40 prosent oppgir å ha gjennomført det, mens 45 prosent ikke har gjennomført det). Det er imidlertid signifikante variasjoner på tvers av tjenesteområdene når det gjelder hvorvidt tjenestene har gjennomført kartlegginger av kompetansebehovet for de neste 3-5 årene, og det er innenfor somatikken at slike kartlegginger har blitt gjennomført i størst omfang (42 prosent).

Når lederne i undersøkelsen ble bedt om å vurdere om, og eventuelt hvilke, endringer de har behov for knyttet til stillingstyper, antall ansatte, kompetansesammensetning og -nivå blant sine ansatte, er det også variasjon på tvers av tjenesteområdene. Lederne ved sykehjem har ifølge resultatene størst behov for flere ansatte, flere heltidsansatte, høyere kompetanse på sine ansatte og en annen kompetansesammensetning blant sine ansatte enn ved de to andre tjenesteområdene, selv om disse behovene også trekkes frem som betydelige av lederne i hjemmesykepleien og somatikken.

5 Hva blir lederne målt på?

I undersøkelsen blir respondentene bedt om å vurdere i hvilken grad de opplever at de blir målt på en rekke ulike områder.



Figur 5-1 I hvilken grad opplever du å bli målt på følgende områder? (n=494-537)

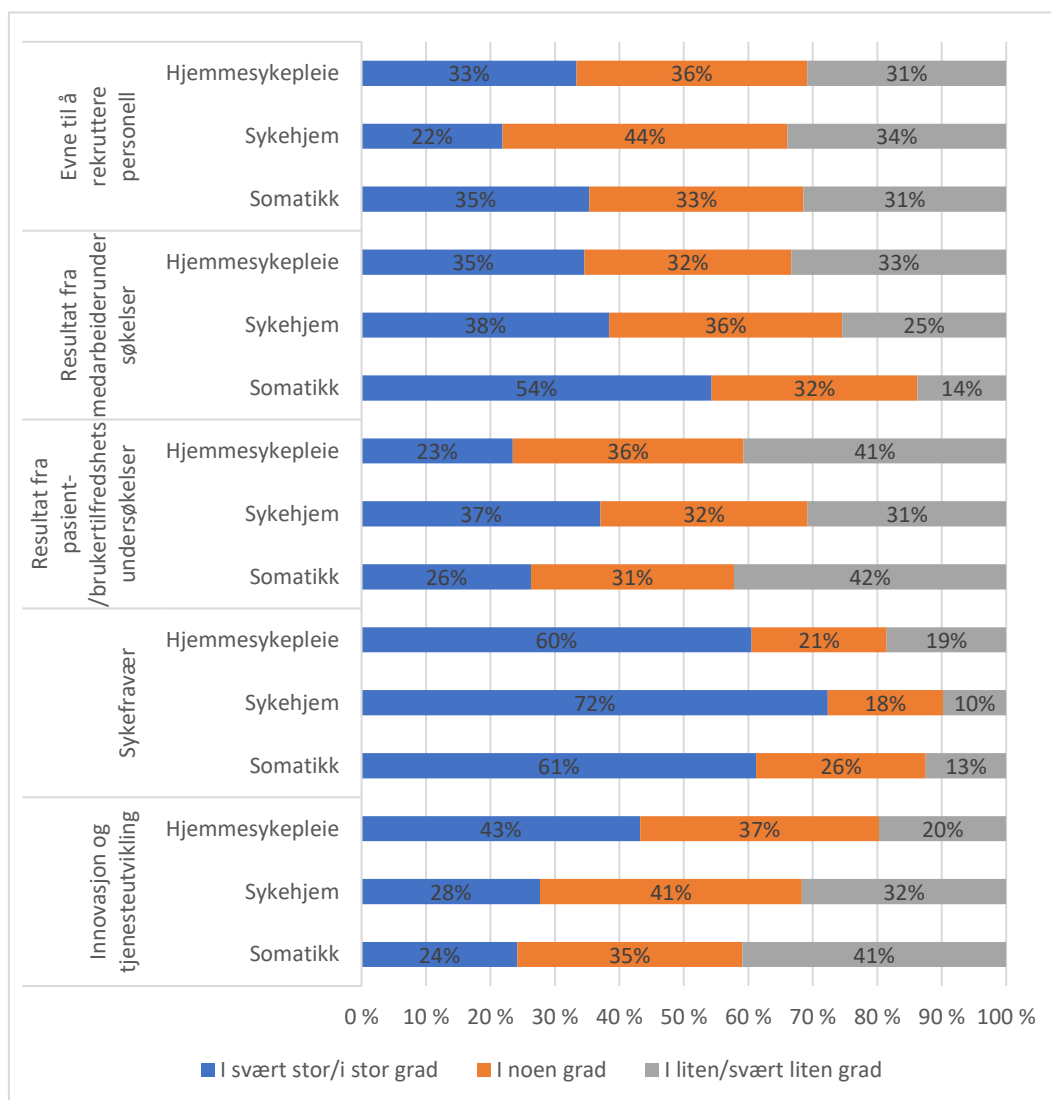
Figur 5-1.

er sortert etter prosentandelen som har svart at de «i svært stor/stor grad» blir målt på ulike områder. Resultatene viser at det er mest vanlig å bli målt på sykefravær (66 prosent), deretter følger pasientsikkerhet (56 prosent) og resultat fra medarbeiderundersøkelser (45 prosent). En lavere andel svarer at de «i svært stor grad/stor grad» blir målt på sykepleiefaglig kvalitet (40 prosent). Om lag én av tre oppgir at de «i svært stor grad/stor grad» blir målt på evne til å rekruttere, innovasjon og tjenesteutvikling, samarbeid med tillitsvalgte og verneombud og økonomi. Det er samtidig en svært høy andel som oppgir at de «i liten/svært liten grad» blir målt på økonomi (66 prosent), tilrettelegging av arbeidet for ansatte med redusert arbeidsevne (42 prosent), utdanningsaktivitet (42 prosent), turnover (54 prosent) og kompetanseheving av ansatte (70 prosent).

På et overordnet nivå viser resultatene at lederne måles på forhold som det finnes målbare indikatorer for, som pasientsikkerhet, sykefravær og resultater fra medarbeiderundersøkelser. Med unntak av økonomi og turnover kan de andre områdene som lederne i mindre grad oppgir at de blir målt på i større grad sies å være kvalitative mål, som forutsetter at det er gjort et forarbeid med å operasjonalisere målene i målbare indikatorer. Et eksempel er sykepleiefaglig kvalitet, samarbeid

med tillitsvalgte og verneombud, og det å være en god praksisarena, men også utdanningsaktivitet og tilrettelegging av arbeid kan sies å falle inn under den kategorien.

Med utgangspunkt i et slikt rasjonale kan det stilles spørsmål til hvorfor relativt få oppgir at de blir målt på turnover, økonomi¹⁵ og kompetanseheving blant de ansatte. Turnover er en målbar størrelse, og kan gi en indikasjon på utfordringer i arbeidsmiljøet eller andre forebyggbare forhold, og er antagelig like relevant å bli målt på som sykefravær. Dette også sett i lys av rekrutteringsutfordringene i yrket. Det at relativt sett få oppgir at de blir målt på økonomi kan skyldes at dette er en indikator som inngår som en del av mål- og resultatstyringen som ledere på et høyere nivå har et større ansvar for og blir målt på.

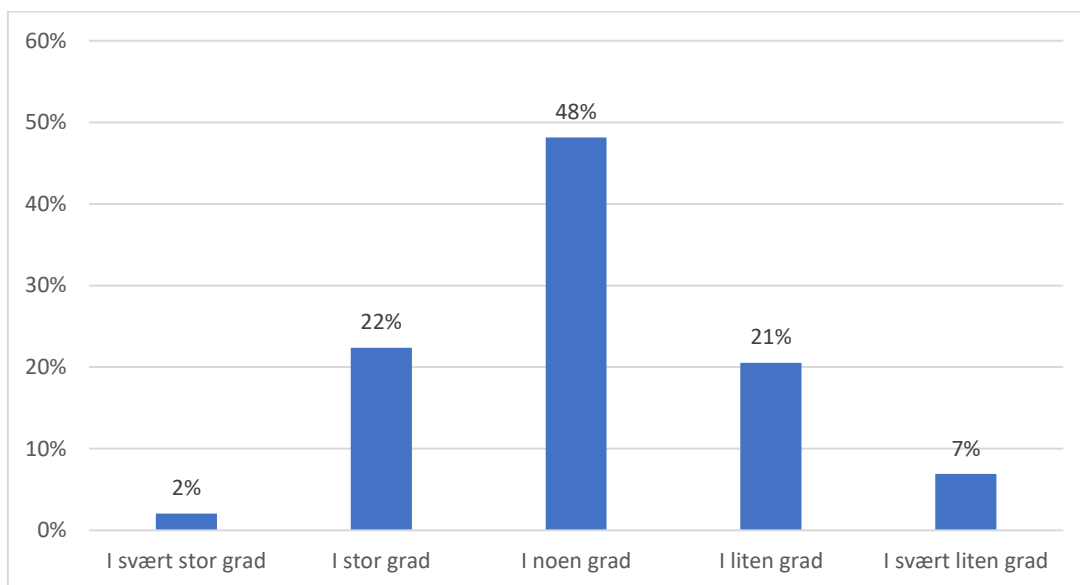


Figur 5-2 I hvilken grad opplever du å bli målt på følgende områder, etter tjenesteområde? (n=509-537)

I analysene finner vi små forskjeller mellom tjenesteområdene. I Figur 5-2 viser vi de resultatene der vi finner signifikante forskjeller mellom områdene. Sykefravær er det som de fleste lederne oppgir at de blir målt på, men det er noe mer utbredt blant ledere i sykehjem (72 prosent) sammenliknet med ledere i hjemmesykepleie (60 prosent) og somatikken (61 prosent).

¹⁵ Det er antagelig ikke alle førstelinjeledere hvor økonomi er relevant å bli målt på. I noen virksomheter vil muligens økonomiansvaret for enheten ligge til et høyere ledernivå.

Resultatene viser videre at det er en høyere andel blant førstelinjelederne i hjemmesykepleien og i somatikken, sammenliknet med ledere på sykehjem, som oppgir at de «i svært stor grad/stor grad» blir målt på evne til å rekruttere personell (33 prosent og 35 prosent mot 22 prosent). En høyere andel blant ledere i somatikken oppgir at de «i svært stor grad/stor grad» blir målt på resultater fra medarbeiderundersøkelser (54 prosent). Det er mer utbredt å bli målt på resultater fra pasient- og brukerundersøkelser i sykehjem (37 prosent) enn blant ledere i hjemmesykepleien (23 prosent) og i somatikken (26 prosent). Ledere i hjemmesykepleien skiller seg ut med en langt høyere andel som oppgir at de blir målt på innovasjon og tjenesteutvikling (43 prosent) mot 28 prosent i sykehjem og 24 prosent i somatikken.



Figur 5-3 I hvilken grad opplever du at du måles på de kriteriene du selv mener er viktigst? (n=536)

Figur 5-3 viser relativt stor spredning i resultatene. Om lag halvparten av lederne opplever at de «i noen grad» blir målt på de kriteriene de mener er viktigst. Andelen som svarer «i svært stor eller i stor grad» er noe høyere (28 prosent) enn andelen som «i liten eller svært liten grad» opplever at de måles på det de mener er de viktigste kriteriene (24 prosent). Resultatene indikerer at målekriteriene/indikatorerne i noen grad oppleves som relevante, men at det er et forbedringspotensial i å etablere indikatorer som oppleves som relevante for lederne å bli målt på. Det er ingen signifikant forskjell mellom førstelinjelederne i de ulike tjenesteområdene. Men de videre analysene avdekker at det er signifikante forskjeller mellom ledernivåene.

I de videre analysene finner vi at mellomlederne i noe større grad opplever at de måles på de kriteriene som de selv mener er viktigst. 36 prosent svarer at de «i stor eller svært stor grad» måles på de kriteriene de mener er de viktigste, mens 45 prosent svarer «i noen grad» og 18 prosent oppgir at de «i liten eller i svært liten grad» måles på de viktigste kriteriene. Resultatene indikerer at kriteriene som sykepleieledere måles på i dag i større grad treffer mellomledere, det vil si sykepleieledere som leder andre ledere, enn sykepleieledere på det pasientnære nivået.

Sykepleielederne har blitt spurt om hvilke områder de burde ha blitt målt på. Tabellen nedenfor viser antall og andel sykepleieledere som har svart at de i større grad burde blitt målt på ulike kriterier. Lederne har blitt gitt mulighet til å krysse av for flere alternativer.

Tabell 5-1 Hvilke kriterier mener du at du i større grad enn i dag burde bli målt på? (n=644)

	Antall	Prosent
Sykepleiefaglig kvalitet	310	78
Kompetanseheving av de ansatte	278	63
Pasientsikkerhet	242	61
Resultat fra medarbeiderundersøkelser	115	29
Resultat fra pasient-/brukertilfredshet	113	28
Innovasjon og tjenesteutvikling	123	31
Være en god praksisarena	149	37
Evne til å rekruttere personell	101	25
Tilrettelegging av arbeidet for ansatte med redusert arbeidsevne	109	27
Utdanningsaktivitet	81	20
Samarbeid med tillitsvalgte og verneombud	77	19
Turnover	50	13
Økonomi	32	8

De fleste førstelinjeledere oppgir at de i større grad burde bli målt på sykepleiefaglig kvalitet (om lag åtte av ti), kompetanseheving og pasientsikkerhet (om lag seks av ti). En av tre svarer at de i større grad burde bli målt på medarbeiderundersøkelser, resultater fra pasient-/brukertilfredshet, innovasjon og tjenesteutvikling. Det å være en god praksisarena oppgis av 37 prosent at de i større grad burde bli målt på. Evne til å rekruttere personell og tilrettelegging av arbeidet for ansatte med redusert arbeidsevne oppgis av hhv. 25 og 27 prosent, mens utdanningsaktivitet og samarbeid med tillitsvalgte og verneombud oppgis av om lag én av fire. Færrest oppgir at de i større grad burde bli målt på turnover og økonomi.

I fritekstsvarene utdyper noen ledere også at de i større grad burde blitt målt på arbeidsmiljø og personalledelse.

5.1 Oppsummerende om hva lederne blir målt på

Når lederne i spørreundersøkelsen blir bedt om å vurdere i hvilken grad de opplever at de blir målt på en rekke ulike områder, viser resultatene at det er relativt små forskjeller mellom tjenesteområdene på dette feltet, og det er mest vanlig å bli målt på forhold som sykefravær, pasientsikkerhet og resultater fra medarbeiderundersøkelser. Samtidig oppgir over halvparten av respondentene at de i liten grad måles på økonomi, turnover og kompetanseheving av ansatte. En forklaring på hvorfor relativt få oppgir at de måles på økonomi kan handle om at økonomiansvaret ligger på et høyere nivå i organisasjonen.

Som nevnt er det små forskjeller i resultatene på tvers av tjenesteområdene når det gjelder hva lederne måles på, men et par resultater skiller seg ut. Det er mer utbredt å bli målt på resultater fra pasient- og brukerundersøkelser for ledere i sykehjem enn innenfor de to andre tjenesteområdene, og ledere i hjemmesykepleien skiller seg ut med en høyere andel blant lederne som oppgir at de blir målt på innovasjon og tjenesteutvikling.

Det er relativt stor spredning i resultatene når lederne blir spurt om de opplever at de blir målt på de mest vesentlige kriteriene, men det er ingen signifikant forskjell på tvers av tjenesteområder. Om lag halvparten av førstelinjelederne opplever at de «i noen grad» blir målt på det viktigste. Nesten én av fire opplever samtidig at de «i liten eller svært liten grad» måles på det viktigste. Videre analyser viser at det er forskjell mellom ledernivå på dette spørsmålet, og at mellomledere i noe større grad enn førstelinjeledere opplever at de måles på de kriteriene som de selv mener er viktigst.

Når lederne har blitt spurt om hvilke områder de burde ha blitt målt på, svarer de fleste at de burde bli målt på sykepleiefaglig kvalitet, kompetanseheving og pasientsikkerhet. Men også forhold som handler om å være en god praksisarena, medarbeiderundersøkelser, resultater fra pasient-/ brukertilfredshet, innovasjon og tjenesteutvikling er blant svarene som går igjen i undersøkelsen.

6 Tidsbruk

I undersøkelsen ble lederne bedt om å vurdere tidsbruken for i alt 15 påstander om ulike lederoppgaver rettet mot faglig og administrativt arbeid, strategiarbeid, og personal- og arbeidsmiljøarbeid. I tabellen nedenfor viser vi resultatene der det er signifikante forskjeller i tidsbruken blant førstelinjelederne. For en overordnet beskrivelse av tidsbruken blant førstelinjeledere samlet sett for samtlige påstander henvises leseren til hovedrapporten om lederundersøkelsen.¹⁶

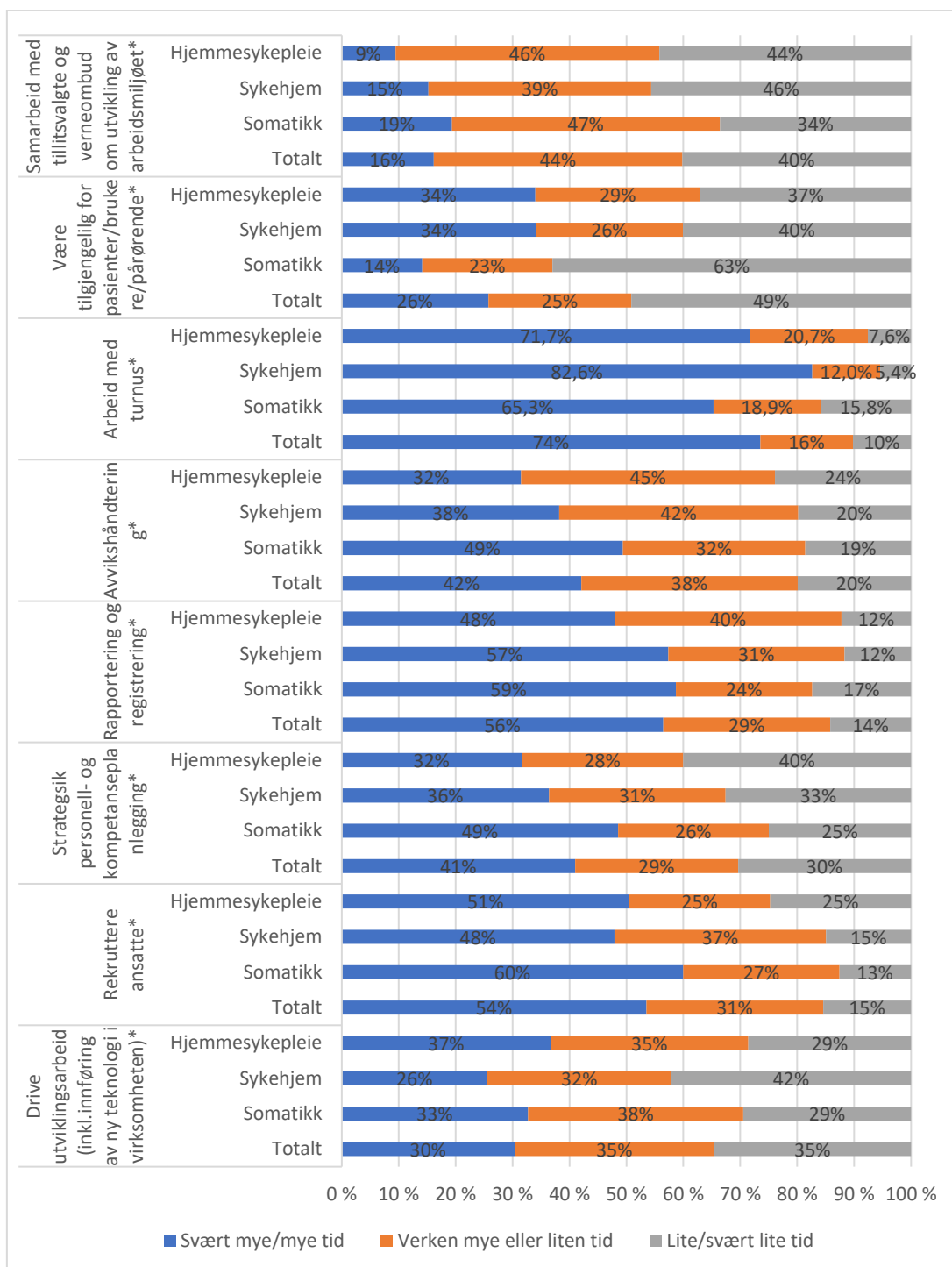
Resultatene på overordnet nivå viser at lederne bruker mest tid på ordinær drift av tjenesten og mindre tid på pasientnære aktiviteter, samarbeid med tillitsvalgte, men også på utvikling av tjenesten. Det siste er det også flere som uttrykker at det er liten tid til i fritekstsvarene (kapittel 4.5).

Samlet sett bruker førstelinjeledere i døgnkontinuerlige virksomheter mest tid på arbeid med turnus (74 prosent), rapportering og registrering (56 prosent), rekruttere ansatte (54 prosent) og avvikshåndtering (42 prosent). Minst tid brukes på å være tilgjengelige for pasienter/brukere/pårørende (49 prosent), samarbeid med tillitsvalgte (40 prosent), og å drive utviklingsarbeid (35 prosent).

Det er forskjell mellom lederne i de ulike tjenestene når det gjelder hva de bruker det meste av tiden sin på. Det er en høyere andel i somatiske avdelinger som bruker «svært mye/mye» tid på å rekruttere ansatte (60 prosent) sammenliknet med ledere i hjemmesykepleien (51 prosent) og i sykehjem (48 prosent). En høyere andel blant lederne i somatikken bruker tid på avvikshåndtering (49 prosent) mot 30 prosent i sykehjem og 32 prosent i hjemmesykepleien. Det er også en høyere andel blant lederne i somatisk avdelinger som bruker svært mye/mye tid på rekruttering av ansatte (60 prosent) og strategisk personell- og kompetanseplanlegging (49 prosent) sammenliknet med ledere i sykehjem (med hhv. 48 og 36 prosent) og i hjemmesykepleien (hhv. 48 og 32 prosent).

Resultatene viser videre at det er en høyere andel som bruker «svært mye/mye» tid på arbeid med turnus blant ledere på sykehjem (83 prosent), sammenliknet med ledere i hjemmesykepleien (72 prosent) og i somatikken (65 prosent). Ledere i hjemmesykepleien derimot skiller seg ut fra ledere i de øvrige tjenestene med en høyere andel som oppgir at de bruker «svært mye/mye» tid på å drive utviklingsarbeid som inkluderer innføring av ny teknologi i virksomheten (37 prosent), mot ledere i sykehjem (26 prosent) og ledere i somatikken (33 prosent).

¹⁶ Lederundersøkelsen 2021, Norsk Sykepleierforbund, Agenda Kaupang (2021)



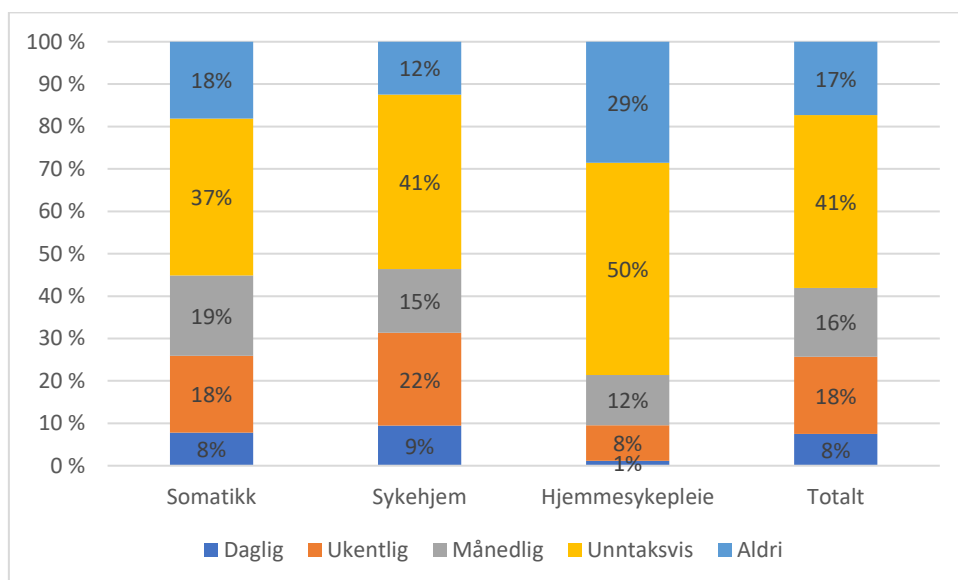
Figur 6-1 I løpet av en vanlig arbeidsuke, hvor mye tid vil du si går med til følgende arbeidsoppgaver? (n=616-645) (*p ≤ 0.05)¹⁷

¹⁷ Lederne er stilt spørsmål om en rekke forhold knyttet til tidsbruk. I figuren nedenfor vises kun resultatene for de dimensjonene der det er en signifikant forskjell mellom tjenesteområdene.

6.1 Klinisk arbeid

Lederne fikk spørsmål i undersøkelsen om hvor ofte de selv jobber klinisk med pasienter eller brukere. Svarene tyder på at lederne i hovedsak ikke jobber klinisk. Totalt sett svarer 41 prosent av lederne at de gjør dette unntaksvis. 17 prosent av lederne jobber aldri klinisk ifølge undersøkelsen. Kun 8 prosent av lederne oppgir at de jobber klinisk daglig, mens 18 prosent oppgir at de gjør det ukentlig.

Undersøkelsen tyder på at det er førstelinjelederne innenfor sykehjem som jobber mest klinisk selv. Innenfor dette tjenesteområdet svarer 31 prosent at de enten jobber klinisk med brukere daglig (9 prosent) eller ukentlig (22 prosent). 15 prosent jobber klinisk månedlig, mens 41 prosent av lederne i sykehjem jobber klinisk kun unntaksvis, og 12 prosent jobber aldri klinisk. Det er lederne i hjemmesykepleien som med utgangspunkt i svarene på undersøkelsen ser ut til å jobbe minst klinisk og direkte med brukere av tjenesten. 9 prosent oppgir at de gjør det enten daglig (1 prosent) eller ukentlig (8 prosent) og 12 prosent oppgir at de jobber klinisk månedlig. Halvparten av lederne i hjemmesykepleien arbeider kun unntaksvis med brukere, og 29 prosent svarer at de aldri gjør det. Lederne i somatikken plasserer seg i en mellomposisjon når det gjelder klinisk arbeid med pasienter. Blant disse lederne jobber 26 prosent klinisk daglig (8 prosent) eller ukentlig (18 prosent), mens 19 prosent oppgir at de jobber klinisk månedlig. 37 prosent jobber kun unntaksvis klinisk, mens 18 prosent aldri gjør det ifølge svarene på undersøkelsen.



Figur 6-2 Omtrent hvor ofte jobber du selv klinisk med pasienter/brukere? (n=560)(p<0.05)

I et oppfølgingsspørsmål ble lederne stilt spørsmål om «Tenk på sist gang du jobbet klinisk: Hva var de viktigste årsakene?». Det ble gitt anledning til å krysse av for flere svaralternativ.

Tabell 6-1 «Tenk på sist gang du jobbet klinisk: Hva var de viktigste årsakene?»

	Hjemmesykepleie (n=60)		Sykehjem (n=204)		Somatikk (n=197)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Egen faglig oppdatering	10	17	32	16	32	16
Dekke mangel på personell	35	58	140	67	163	83
Situasjonen krevde min spesialkompetanse	21	35	70	34	37	19
Veiledning og oppfølging av personell	22	37	100	49	48	24
Inngår i stillingsbeskrivelsen min	5	8	38	19	23	12

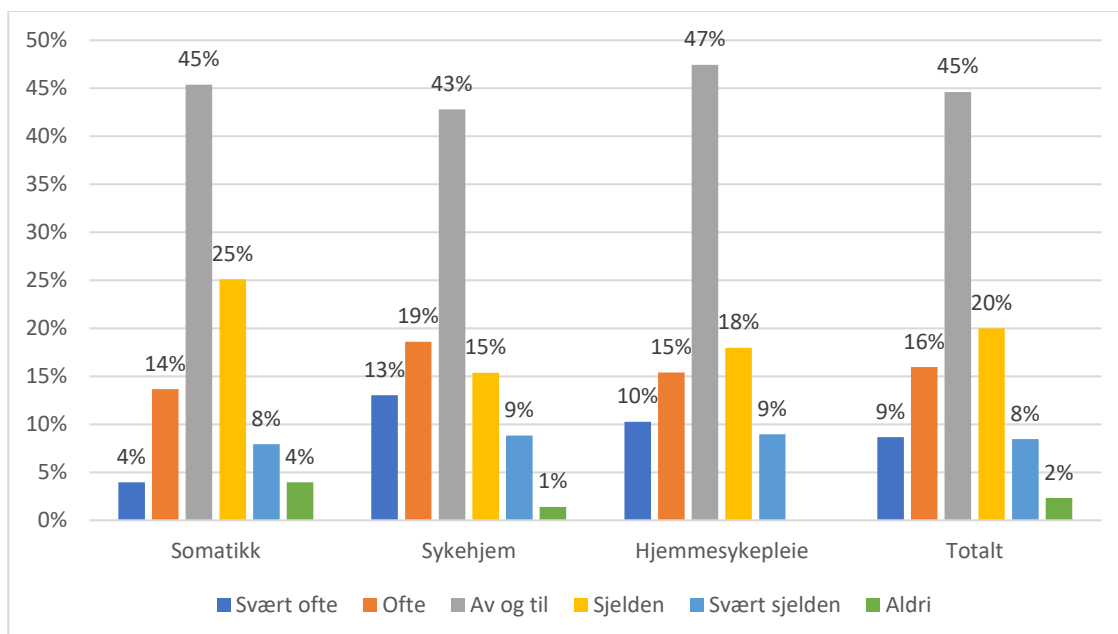
Tabell 6-1 viser at den vanligste årsaken til at førstelinjeledere jobber klinisk, uavhengig av tjenesteområde, er for å dekke mangel på personell. Det er også en betydelig årsak til at lederne jobber klinisk fordi de skal veilede og følge opp personell, særlig er dette tilfellet innenfor hjemmesykepleien (37 prosent) og sykehjem (49 prosent). Andelen ledere i somatikken som oppgir veiledning og oppfølging som årsak til klinisk arbeid er lavere (24 prosent). Førstelinjelederne oppgir også at de jobber klinisk fordi de besitter en spesialkompetanse det har vært behov for. Andelen som oppgir dette er også større blant lederne i hjemmesykepleien (35 prosent) og sykehjem (34 prosent) enn innenfor somatikken (19 prosent). Det er langt færre som oppgir at de har jobbet klinisk fordi det inngår i stillingsbeskrivelsen. Andelen som oppgir det er høyest blant lederne i sykehjem (19 prosent), mens henholdsvis 12 og 8 prosent oppgir det som årsak blant lederne i somatikk og hjemmesykepleie.

6.2 Faglig forsvarlighet

Lederne i spørreundersøkelsen fikk spørsmål om hvor ofte de er bekymret for den faglige forsvarligheten ved den enheten de leder. Tendensen i svarfordelingen har noen likheter på tvers av tjenesteområdene, men også noen forskjeller. Den høyeste andelen av lederne, 45 prosent, er bekymret for forsvarligheten «av og til» (innenfor tjenesteområdene er andelen 45 prosent i somatikken, 43 prosent i sykehjem og 47 prosent i hjemmesykepleien). Blant lederne i somatikk oppgir videre 25 prosent av lederne at de sjeldent er bekymret for den faglige forsvarligheten, mens 14 prosent ofte er bekymret for dette. Andelen som er svært sjeldent bekymret (8 prosent), svært ofte bekymret (4 prosent) eller aldri bekymret (4 prosent) er betydelig lavere.

Videre er 15 prosent sjeldent bekymret, mens 13 prosent svært ofte er bekymret. Samlet oppgir dermed 32 prosent av lederne at de er bekymret for den faglige forsvarligheten ved egen enhet «svært ofte» eller «ofte». 10 prosent av lederne er «sjelden» eller «aldri» bekymret for den faglige forsvarligheten.

Når det gjelder lederne i hjemmesykepleien, oppgir 18 prosent av respondentene at de «sjelden» er bekymret for den faglige forsvarligheten. 25 prosent er «ofte» eller «svært ofte» bekymret for dette, mens 9 prosent oppgir at de sjelden er bekymret for den faglige forsvarligheten ved egen enhet.



Figur 6-3 Hvor ofte: - Er du bekymret for den faglige forsvarligheten i enheten/virksomheten du leder? (p ≤ 0.05)

Lederne har blitt stilt et oppfølgende spørsmål om «Hvor ofte: - Er faglig forsvarlighet et tema dere snakker om i enheten/virksomheten du leder?». I alt 22 prosent svarer at det er et tema som de svært ofte snakker om, 47 prosent oppgir at dette er et tema de snakker ofte om, mens 26 prosent oppgir at dette er et tema de av og til snakker om. Henholdsvis 4 prosent og 1 prosent oppgir at det er sjelden eller svært sjelden at dette er et tema det snakkes om.

6.3 Oppsummerende om tidsbruk

Lederne i undersøkelsen ble bedt om å ta stilling til egen tidsbruk på en rekke ulike oppgaver. Resultatene viser, overordnet, at lederne bruker mest tid på oppgaver som kan knyttes til drift av tjenesten, som arbeid med turnuser, rekruttering og avvikshåndtering, og mindre tid på pasientnære aktiviteter og utviklingsarbeid. Undersøkelsen viser også at det er noen variasjoner på tvers av tjenesteområdene når det gjelder tidsbruk.

Det er for eksempel en høyere andel i somatiske avdelinger som bruker mye tid på rekruttering, avvikshåndtering og strategisk personell- og kompetanseplanlegging sammenliknet med ledere fra de andre tjenesteområdene. Lederne ved sykehjemmene er de som bruker mest tid på arbeid med turnuser, mens lederne i hjemmesykepleien er de som i størst grad oppgir at de bruker mye tid på utviklingsarbeid.

Undersøkelsen viser også at lederne selv i hovedsak ikke jobber mye klinisk med brukere eller pasienter, men på tvers av tjenesteområdene er det førstelinjelederne ved sykehjemmene som gjør dette i størst grad.

Lederne i spørreundersøkelsen fikk også spørsmål om hvor ofte de er bekymret for den faglige forsvarligheten ved den enheten de leder, og samlet sett på tvers av tjenesteområdene svarer den største andelen av lederne at de av og til er bekymret for dette. Lederne ved sykehjem og i hjemmesykepleien er jevnt over noe hyppigere bekymret for den faglige forsvarligheten enn lederne i somatikken. Oppfølgende spørsmål i undersøkelsen viser at temaet faglig forsvarlighet er et tema som snakkes om i virksomhetene, i underkant av 70 prosent svarer at dette snakkes om «ofte» eller «svært ofte».

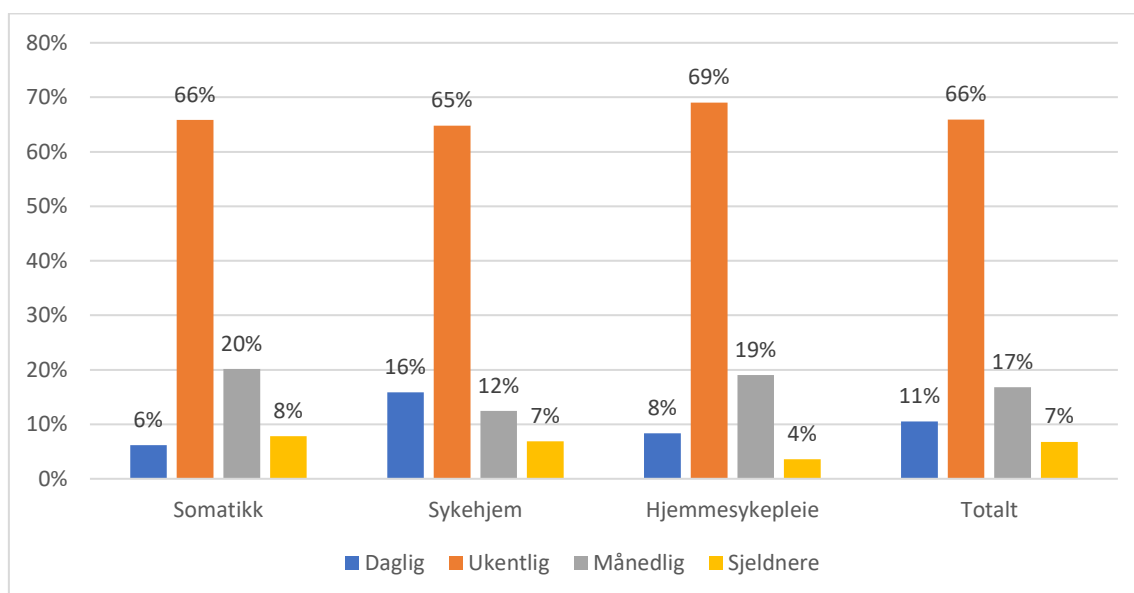
7 Arbeidsmiljø

Lederne har blitt stilt en rekke spørsmål om ulike krav de møter i arbeidet, hvilken beslutningsmyndighet de oppfatter at de har i jobben, og hvilken tilgang på støtte og informasjon de oppfatter at de får fra egne ledere. Vi har også kartlagt i hvilken grad lederne opplever mestring i jobben. Det er godt dokumentert at høye arbeidskrav i kombinasjon med liten grad av beslutningsmyndighet og manglende støtte fra leder er risikofaktorer for sykefravær, redusert trivsel og opplevelse av liten grad av mestring i arbeidet¹⁸.

7.1 Arbeidskrav

I spørreundersøkelsen ble lederne stilt spørsmål om arbeidskravene medfører at lederne ikke tar lunsj, må ta med seg arbeid hjem, men også hvor hyppig lederne blir kontaktet av noen fra arbeidsplassen utenom arbeidstid. Lederne er også bedt om å ta stilling til om de opplever at arbeidskravene forstyrrer hjemmelivet og familielivet. Kravene som det stilles spørsmål om i undersøkelsen forteller oss noe om arbeidsbelastningen til lederne.

I alt 11 prosent av førstelinjelederne blir kontaktet daglig, mens 66 prosent oppgir at de ukentlig blir kontaktet av noen fra arbeidsplassen utenfor ordinær arbeidstid. Andelen som blir kontaktet daglig er høyere blant ledere på sykehjem (16 prosent) sammenliknet med ledere i hjemmesykepleie (8 prosent) og i somatikken (6 prosent). En høyere andel ledere i hjemmesykepleie (69 prosent) svarer at de kontaktes månedlig, mens andelen er noe lavere blant ledere i somatiske avdelinger (66 prosent) og på sykehjem (65 prosent). Andelen som blir kontaktet månedlig varierer mellom tjenesteområdene, men dette er noe mer utbredt i somatikken (20 prosent) og i hjemmesykepleien (19 prosent) enn i sykehjem (12 prosent). Et mindre tall samlet sett og på tvers av tjenesteområdene svarer at de sjeldnere en nevnte kategorier blir kontaktet av noen fra arbeidsplassen utenom arbeidstid.



Figur 7-1 Hvor ofte blir du oppringt eller kontaktet av noen fra arbeidsplassen din utenom arbeidstid, med henvendelser eller forespørsler knyttet til arbeidet? (n=556) (p ≤0.05)

¹⁸ NOA, STAMI. *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021*. STAMI-rapport, årg. 22, nr. 4, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021.

For de øvrige jobbkravspørsmålene finner vi ingen signifikant forskjell mellom tjenesteområdene. Det indikerer at det er en rimelig lik arbeidsbelastning på tvers av tjenestene blant førstelinjelederne i døgnskntinuerlige virksomheter. Tabell 7-1 viser at det er mest utbredt, samlet sett, å ha så mye å gjøre at de ikke tar lunsjpause. 23 prosent oppgir at det skjer daglig, mens 45 prosent oppgir at det skjer ukentlig. Det er noen færre som oppgir at de daglig tar med arbeid hjem (15 prosent), mens om lag halvparten har så mye å gjøre at dette forekommer ukentlig.

Det er større spredning i resultatene knyttet til spørsmålet om hvor ofte lederne opplever at kravene på jobben forstyrrer hjemmelivet og familielivet. En mindre andel oppgir at dette forekommer daglig (4 prosent) og ukentlig (12 prosent), mens majoriteten av lederne oppgir at det hender månedlig (35 prosent) eller sjeldnere (37 prosent), mens 12 prosent oppgir at dette aldri forekommer. I lederundersøkelsen¹⁹ viste resultatene at arbeidskravene er noe høyere for ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten, men også at både mellomledere og toppledere opplever høyere arbeidskrav og i større grad at kravene forstyrrer hjemmelivet og familielivet enn førstelinjeledere.

Tabell 7-1 Hvor ofte har du så mye å gjøre at du (n=560):

	Daglig	Ukentlig	Månedlig	Sjeldnere	Aldri
...ikke tar lunsjpause?	23 %	45 %	14 %	13 %	4 %
...tar med arbeid hjem?	15 %	49 %	19 %	14 %	3 %
Hvor ofte hender det at kravene på jobben forstyrrer ditt hjemmeliv og familieliv?	4 %	12 %	35 %	37 %	12 %

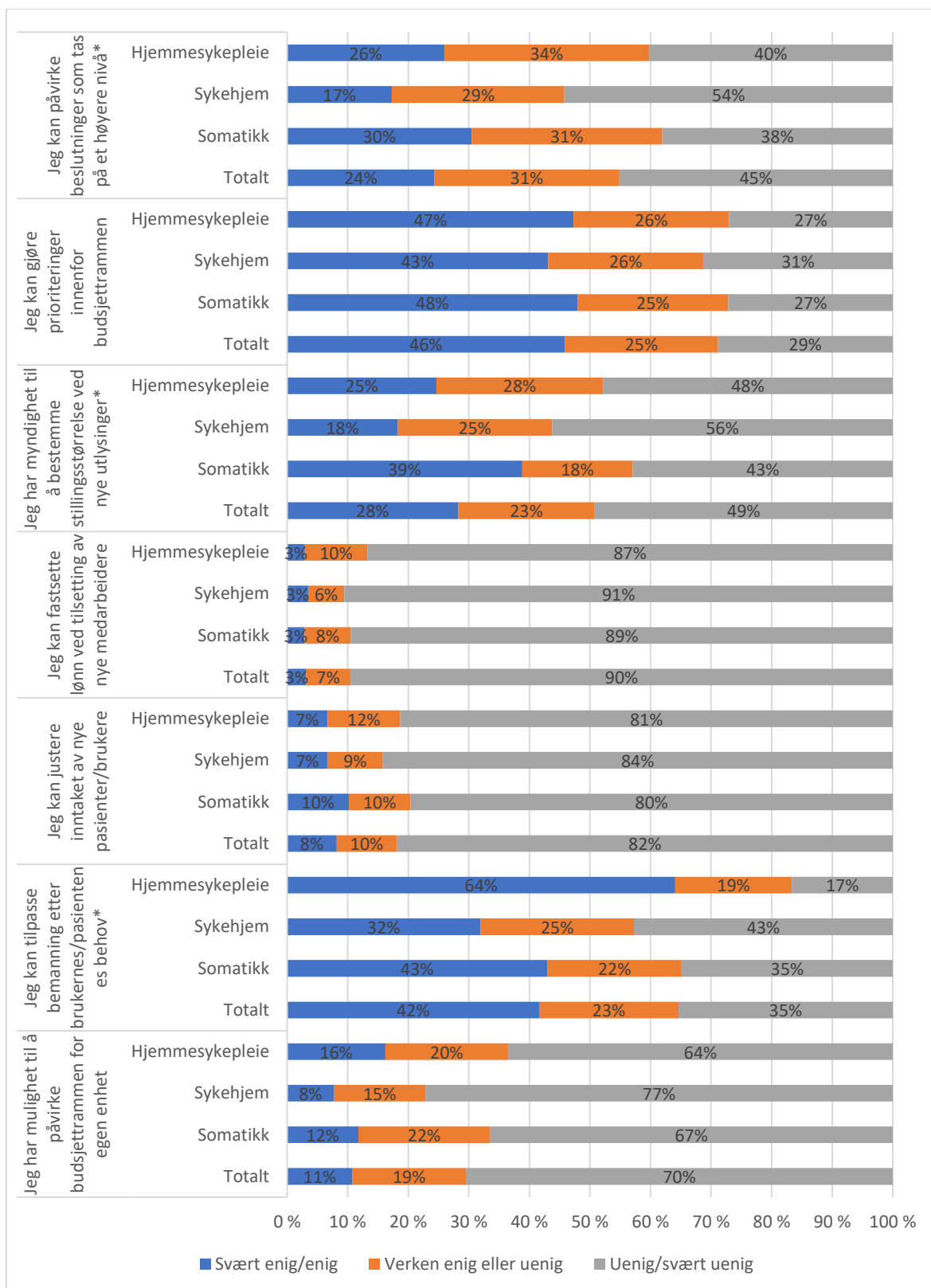
7.2 Beslutningsmyndighet

I spørreundersøkelsen har vi stilt lederne en rekke spørsmål som handler om opplevd beslutningsmyndighet. Overordnet viser resultatene at førstelinjelederne i døgnskntinuerlige tjenester i liten grad opplever at de har beslutningsmyndighet innenfor de områdene de ble spurt om. Det området lederne opplever at de har størst beslutningsmyndighet innenfor, samlet sett, er muligheten til å gjøre beslutninger innenfor budsjettammen (46 prosent er «enige» eller «svært enige» i at de kan gjøre slike prioriteringer). Men samtidig opplever lederne at de har liten mulighet til å påvirke budsjettammen for egen enhet (11 prosent er «enige» eller «svært enige» i at de kan det). Minst handlingsrom og beslutningsmyndighet har lederne på tvers av tjenestene når det gjelder å fastsette lønn ved tilsetting av nye medarbeidere. 90 prosent oppgir at de er «uenig eller svært uenig» i at de har muligheter til det. Lederne har også liten mulighet til å påvirke inntaket av nye brukere og pasienter, 82 prosent er «uenig eller svært uenig» i at de har mulighet til å påvirke dette.

Undersøkelsen viser få signifikante forskjeller mellom lederne i de ulike tjenesteområdene knyttet til påstandene om beslutningsmyndighet. Men det er forskjeller på tvers når det gjelder opplevd mulighet til å påvirke beslutninger på et høyere nivå. Samlet sett er 24 prosent av lederne «svært enige» eller «enige» i at de har mulighet til å påvirke beslutninger som tas på et høyere nivå i virksomheten. Det er mest utbredt blant ledere i somatikken (30 prosent) å ha denne muligheten, deretter følger ledere i hjemmesykepleien (26 prosent), mens blant ledere i sykehjem er det 17 prosent som oppgir at de har den muligheten.

¹⁹ Lederundersøkelsen, 2021, Norsk Sykepleierforbund (2021)

I alt 30 prosent av lederne svarer at de har myndighet til å bestemme stillingsstørrelse ved nye utlysninger. Førstelinjeledere i somatiske avdelinger er gitt større beslutningsmyndighet (39 prosent) sammenliknet med ledere i hjemmesykepleien (25 prosent) og ledere i sykehjem (18 prosent). Ledere i hjemmesykepleien er gitt større handlingsrom når det gjelder å tilpasse bemanning etter brukernes/pasientenes behov, og blant disse lederne oppgir 64 prosent at de er «svært enige eller enige» i påstanden. Ledere i somatikken opplever i mindre grad at de har denne muligheten (43 prosent), mens blant ledere i sykehjem er det 32 prosent som oppgir at de er «svært enige» eller «enige» i påstanden.



Figur 7-2 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om myndighet og innflytelse (n=560)(*p ≤ 0.05)

7.3 Støtte, informasjon og mestring

Lederne har blitt stilt en rekke spørsmål om støtte i arbeidet. Det dreier seg om støtte fra overordnede, men også om i hvilken grad lederne opplever at ledere på høyere nivå har kunnskap og innsikt i virksomheten de leder. Lederne har også blitt stilt spørsmål om informasjonsflyt og i hvilken grad man føler seg kompetent i jobben. Alle de nevnte forholdene er viktig for å kunne balansere en arbeidshverdag med høye jobbkrev.

Tabell 7-2 viser at det er liten forskjell mellom lederne i de ulike tjenestene når det gjelder i hvilken grad de opplever at de får støtte fra nærmeste leder. Totalt sett oppgir 68 prosent at de er «svært enig/enig» i at de får god støtte. Andelen som svarer at de er «verken enig eller uenig» er 28 prosent, mens 14 prosent oppgir at de er «uenig eller svært uenig» i påstanden. De fleste føler seg kompetent i jobben, og i alt er 85 prosent av lederne i undersøkelsen enig i dette. Det er mer spredning i resultatene når det gjelder om informasjonsflyten mellom nivåer og avdelinger fungerer godt, noe som indikerer at her er det store variasjoner mellom ulike virksomheter i om dette fungerer godt eller mindre godt. Flere enn halvparten oppgir at samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud gir dem støtte som leder. For denne påstanden finner vi signifikante forskjeller mellom tjenesteområdene.

Tabell 7-2 Prosentandel som oppgir støtte, informasjon og mestring (n=560)

	Jeg får god støtte fra min nærmeste overordnede	Jeg føler meg kompetent til å utføre jobben min	Informasjonsflyten mellom nivåer og avdelinger på min arbeidsplass fungerer godt	Samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud gir meg støtte som leder*
Svært enig/enig	68	85	35	55
Verken enig eller uenig	19	11	35	30
Uenig/svært uenig	13	4	29	15
Total	100	100	100	100

(*p ≤0.05)

Førstelinsjeledere i somatikken skiller seg ut med en langt høyere andel (62 prosent) som oppgir at de er «svært enig/enig» i at samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud gir dem støtte som leder, sammenliknet med ledere i sykehjem (47 prosent) og ledere i hjemmesykepleie (51 prosent).

7.4 Tilgang til nettverk

En annen form for støtte i arbeidet er tilgang til nettverk. Lederne har blitt stilt spørsmål om de opplever å ha tilstrekkelig tilgang til nettverk med andre ledere. Tabell 7-3 viser at lederne på sykehjem (45 prosent) i noe større grad opplever å ha tilstrekkelig tilgang på nettverk enn lederne i de øvrige tjenestene, der 36 prosent av ledere i somatikken og 37 prosent av ledere i hjemmesykepleien oppgir at de har en slik tilgang.

Tabell 7-3 Opplever du å ha tilstrekkelig tilgang til nettverk med andre ledere? (n= 560) (p ≤0.05)

	Ja	Delvis	Nei
Somatikk	36 %	46 %	18 %
Sykehjem	45 %	37 %	18 %
Hjemmesykepleie	37 %	49 %	14 %
Totalt	40 %	42 %	18 %

Lederne som har svart «ja» på spørsmålet om at de har tilstrekkelig tilgang til nettverk med andre ledere ble stilt et oppfølgende spørsmål om «Hva de mener er den viktigste hensikten med et slik nettverk». Den viktigste hensikten og det som oppgis av 56 prosent av lederne er å «dele erfaringer og ideer», deretter følger «kunnskapsutveksling» med 18 prosent. 9 prosent svarer «praktisk støtte», mens 6 prosent svarer «emosjonell støtte». En mindre andel oppgir «veiledning» og «faglig oppdatering», begge områdene med 3 prosent.

7.5 Oppsummerende om arbeidsmiljø

Innenfor temaet om ledernes arbeidsvilkår har de blant annet blitt stilt spørsmål om ulike krav de møter i arbeidet. Disse kravene dreier seg om arbeidskrav som medfører stor arbeidsbelastning gjennom at lederne må arbeide utover normal arbeidstid, ta med seg arbeid hjem, men også hvor hyppig lederne blir kontaktet av noen fra arbeidsplassen utenom arbeidstid. I undersøkelsen svarer 66 prosent av lederne at de ukentlig blir kontaktet av noen fra arbeidsplassen utenfor ordinær arbeidstid, og andelen som opplever dette er høyest blant lederne fra hjemmesykepleien. I undersøkelsen er det generelt få signifikante forskjeller mellom tjenesteområdene på spørsmålene som handler om jobbkrav, noe som er en indikasjon på at det er en rimelig lik arbeidsbelastning på tvers av tjenestene blant førstelinjelederne i døgnskntinuerlige virksomheter. Men samlet sett opplever flertallet av lederne at de har så mye å gjøre at de ikke tar lunsjpause og at de tar med seg arbeid hjem ukentlig eller oftere, og halvparten av lederne opplever at jobbkravene får konsekvenser for hjemme- og familielivet månedlig eller oftere. Våre funn på dette området kombinert med funnene som viser at førstelinjelederne i døgnskntinuerlige tjenester ikke opplever at de har stor grad av beslutningsmyndighet på sentrale områder, mener vi utgjør risikofaktorer for at arbeidet kan oppleves krevende over tid. Samtidig peker vi på at høye krav og liten grad av beslutningsmyndighet kan balanseres med å oppleve støtte i arbeidet.

Resultater fra lederundersøkelsen²⁰ viste at beslutningsmyndighet varierer mellom ledernivåene, noe som er en naturlig følge av hvilke beslutninger som skal tas hvor i en virksomhet. En toppleder har større beslutningsmyndighet enn en mellomleder, og mellomledere har med utgangspunkt i sin rolle større beslutningsmyndighet enn en førstelinjeleder. Et visst handlingsrom og beslutningsmyndighet tillegges førstelinjeledere, men hvilken myndighet og hvilket handlingsrom ledere på ulike nivå innehar defineres av den enkelte virksomhet. NSF er opptatt av at sykepleieledere skal ha beslutningsmyndighet og rammevilkår for å kunne utøve faglig og administrativ ledelse.

Resultatene viser at førstelinjeledere i liten grad opplever beslutningsmyndighet på de områdene det er stilt spørsmål om i undersøkelsen. Det er små forskjeller mellom førstelinjelederne i de ulike tjenesteområdene, men det er mest utbredt blant ledere i somatikken og på sykehjem å kunne påvirke beslutninger som tas på et høyere nivå i virksomheten. Ledere i somatikken opplever at de

²⁰ Lederundersøkelsen, 2021, Norsk Sykepleierforbund (2021)

i større grad er gitt myndighet til å bestemme stillingsstørrelse, mens ledere i hjemmesykepleien er gitt større handlingsrom når det gjelder å tilpasse bemanningen etter brukernes behov.

Redusert myndighet og innflytelse vil i kombinasjon med høye arbeidskrav knyttet til både tempo (at de ikke får tatt lunsjpause) og mengde (at de tar med seg arbeid hjem), kunne oppleves som krevende over tid. I lederundersøkelsen fant vi at trivselen til lederne økte proporsjonalt med opplevd beslutningsmyndighet. Det er godt dokumentert at beslutningsmyndighet har betydning for motivasjon, trivsel og intensjoner om å slutte i jobben²¹.

Lederne har følgelig også blitt spurt om de opplever å få god støtte fra egen nærmeste leder og om de har tilgang til nettverk. Resultatene viser at et flertall på tvers av tjenesteområdene opplever å få støtte fra nærmeste leder. Men det er samtidig en tendens i materialet som tyder på at støtten oppleves noe lavere blant ledere i hjemmesykepleien enn blant de øvrige lederne. Flertallet av lederne oppgir at de helt eller delvis har tilgang på nettverk med andre ledere, men at ledere i sykehjem i noe større grad opplever at de har tilstrekkelig tilgang på et slikt nettverk

²¹ NOA, STAMI. [Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021](#). STAMI-rapport, årg. 22, nr. 4, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021.

8 Karriereplaner

Lederne har blitt stilt spørsmål om hvilken jobbsituasjon de ønsker seg om fem år. Tabell 8-1 viser at fire av ti ledere ønsker å være leder på samme ledernivå som de er i dag. Andelen som oppgir at de ønsker å være leder er på høyere nivå er på samme nivå som de som ikke ønsker å være leder (16 prosent). I alt 12 prosent oppgir at de er pensjonist om fem år, mens en mindre andel ønsker seg en lederstilling utenfor helsetjenesten. Det er noe variasjon mellom lederne i de ulike tjenestene. Eksempelvis er andelen som oppgir at de er pensjonist om fem år høyere i somatikken (15 prosent), sammenliknet med ledere i hjemmesykepleien (10 prosent) og i sykehjem (8 prosent).

Resultatene underbygger at det må arbeides forebyggende med å hindre frafall av ledere, men også å sikre ettervekst av ledere i årene fremover. I spesialisthelsetjenesten er det relativt sett høyere andel av lederne som oppgir at de vil bli pensjonister. Dette er varslede avganger som krever at virksomhetene planlegger rekrutteringsprosessene med hensyn til dette, for å imøtekomme behovet for førstelinjeledere i årene som kommer.

For å få mer innsikt i hvilke karakteristika eller kjennetegn som kan forklare ledernes videre karriereplaner, analyserte vi i lederundersøkelsen ønsker om fremtidig jobbsituasjon mot ulike karakteristika hos lederne²². I disse analysene fant vi at kjønn og alder ser ut til å være de viktigste forklaringsvariablene for en ønsket fremtidig arbeidssituasjon. Resultatene viste at en høyere andel menn ønsker å være leder på høyere nivå, mens en høyere andel kvinner ønsker å slutte i jobben som leder. Hvilke faktorer som ligger til grunn er sammensatt, men en generell trend er at menn i større grad enn kvinner søker seg til og dermed også innehar lederstillinger²³. Forskning peker på at kvinner generelt sett tar mer ansvar for oppfølging av barn og hjem²⁴, noe som kan oppfattes som lite forenlig med å inneha en lederposisjon. Yngre ledere ønsker i større grad å være leder på høyere nivå sammenliknet med ledere i eldre alderskategorier. Dette følger nok av at disse er i starten av et karriereløp.

Tabell 8-1 Hva slags jobbsituasjon vil du aller helst ha om fem år? (n=524)²⁵ (%) (p ≤ 0.05)

	Leder på høyere nivå i helsetjenesten	Leder på samme nivå som nå i helsetjenesten	Lederstilling utenfor helsetjenesten	Ønsker ikke å være leder	Pensjonist
Somatikk	16 %	37 %	4 %	18 %	15 %
Sykehjem	16 %	38 %	10 %	15 %	8 %
Hjemmesykepleie	15 %	44 %	13 %	13 %	10 %
Total	16 %	39 %	8 %	16 %	12 %

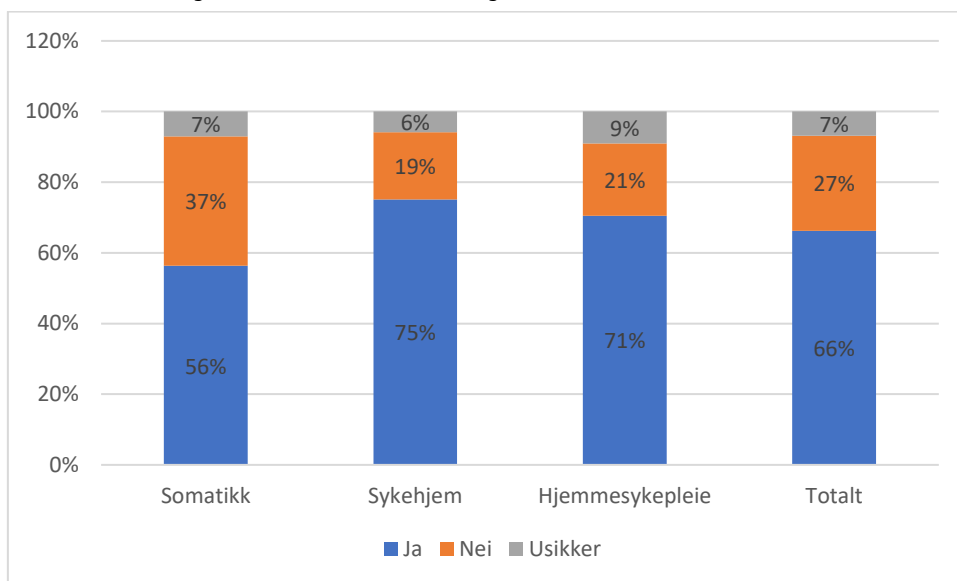
²² Lederundersøkelsen, 2021, Norsk Sykepleierforbund (2021)

²³ [Ledelse og kjønn \(bufdir.no\)](https://www.bufdir.no/)

²⁴ Smeby, K. W. (2017). Likestilling i det tredje skiftet? Heltidsarbeidende småbarnsforeldres praktisering av familieansvar etter 10 uker med fedrekvote.

²⁵ Det er få respondenter i enkelte av cellene, fortolkning av resultatene må gjøres med varsomhet. Vi har derfor ikke utført analyser for å identifisere ulike karakteristika som kan forklare ulike ønsker om en fremtidig arbeidssituasjon.

8.1 Intensjon om å slutte i jobben



Figur 8-1 Intensjon om å slutte i jobben (n=528) ($p \leq 0.05$)

Det er en signifikant forskjell mellom lederne i de ulike tjenestene når vi ser på andelen som oppgir at de i løpet av siste 12 måneder har vurdert å slutte i nåværende jobb. Blant førstelinjeledere er andelen som har vurdert å slutte 75 prosent i sykehjem, 71 prosent i hjemmesykepleien, og 56 prosent i somatikken. Dette er langt høyere enn for mellomledere (59 prosent) og for toppledere (44 prosent).²⁶

Lederne ble gitt mulighet til å begrunne hvorfor de har vurdert å slutte i jobben. Det ble avgitt en stor mengde svar i fritekstfeltet. Nedenfor oppsummerer vi hovedtrekkene av analysene av fritekstsvarene. Overordnet viser resultatene at det er flere fellestrekk i hvorfor lederne har vurdert å slutte og de fleste peker på høyt arbeidspress, manglende balanse mellom arbeid- og fritid, lav lønn og lite støtte fra nærmeste leder og manglende beslutningsmyndighet.

8.1.1 Førstelinjeledere i somatikken

Arbeidsbelastning

Flertallet av lederne i somatikken som har svart i fritekstfeltet at de har vurdert å slutte i jobben begrunner det med en arbeidshverdag med et betydelig arbeidspress. Flere peker på at det er for lite skille mellom jobb og privatliv og det er en opplevelse av å «alltid være koblet på». Ressursene står ikke i samsvar med kravene til jobben og noen utfordres også av komplekse personalsaker. En uttaler at «jeg orker ikke presset med konstant løping og mangel på personale».

Stort lederspenn, med alt for mange å følge opp, pålegg om innsparinger samtidig som flere oppgaver pålegges lederne i førstelinjen, i en stadig mer kompleks hverdag er en begrunnelse som flere oppgir for at de vurderer å slutte i jobben.

«Stort press, høye forventninger uten ressurser til å gjennomføre slik jeg ønsker. Mye unødvendige arbeidsoppgaver som faller på meg som tar mye tid. Oppgaver som andre heller kunne gjort hadde det vært midler til dette.»

²⁶ Lederundersøkelsen, 2021, Norsk Sykepleierforbund (2021)

«For travelt. For høy drift i forhold til antall ansatte og dermed for høyt sykefravær. Ikke tid til å utføre det arbeidet jeg er ansatt for å gjøre, og blir nesten daglig trukket inn i drift.»

Flere peker også på at pandemien har vært særlig utfordrende for dem som ledere.

Lederstøtte og muligheter for påvirkning

Nest etter høyt arbeidspress er manglende støtte fra nærmeste leder en av årsakene til at lederne ønsker å slutte i jobben. De peker på manglende oppfølging og manglende tilbakemeldinger på den jobben som de utfører, også når det oppfattes at det legges inn en ekstraordinær arbeidsinnsats.

«Innsendte bekymringsmeldinger fra mitt ledernivå om drift, manglende bemanning og utfordringer rundt pasientflyt blir ikke besvart. Det oppleves å være usynlig og uvesentlig».

«Jeg synes det er mange leger og for få sykepleiere i viktige lederstillinger. Mange avgjørelser gjøres utenfor formelle møtestrukturer»

Utviklingsmuligheter

Mange peker på at drift og merkantile oppgaver, som kan utføres av andre, tar for mye av arbeidsdagen, noe som fører til få utviklingsmuligheter og minimalt med faglig påfyll. Flere peker på at det er for mange nivåer i helseforetakene som fører til liten påvirkningsmulighet.

«Ønsker å bruke mer av min kompetanse som leder. Ønsker høyere lønn og utfordringer som fører til egen utvikling».

Flere peker på at når de begynte som leder så opplevde de manglende onboarding, oppfølging og at de har savnet en strategi for hvordan virksomheten ønsker å bruke lederne sine.

Andre beskriver at det i virksomheten er liten kultur for diskusjoner og refleksjoner rundt ressursbruk, kompetansearbeid og/eller personalhåndtering. Flere peker på at «organisasjonen har liten innsikt i det som foregår hos meg, som gjør samarbeid eller omprioritering av ressurser vanskelig».

En gjennomgående tendens i fritekstsvarene er at førstelinjelederne i liten grad opplever å bli involvert eller informert om endringsprosesser som omhandler egen avdeling. Helt konkret pekes det på at seksjonsledergruppen har liten beslutningsmyndighet og mangler en samlet beslutningstaker. «Jeg opplever å bli utsatt for hersketeknikker fra høyere ledernivå, der det å bli holdt utenfor informasjon flyt er en av dem.»

«Dersom vi har en problemstilling får vi av nærmeste leder beskjed om å kontakte tillitsvalgt i stedet for å gå tjenestevei. Utfordrende å få utarbeidet plan og mål for avdelingen. Det er store forventninger fra ansatte om arbeidsforhold og til hva jeg som leder kan bidra med. Prøver å gjøre det beste ut fra ressurser, men opplever ikke å strekke til. Ansatte er svært misfornøyd over arbeidsforhold og det å bli sett. Avdelingen har uformelle ledere, og det er et tøft miljø. I lengden tar jobben på helsemessig. Jeg er bekymret for utvikling av avdelingen, og for arbeidsforholdene framover.»

Lønn

Flere peker på at lønnen ikke står i forhold til arbeidsinnsatsen og forventningene som stilles til dem. «Mye brannslukking og for lav lønn gjør at jeg ikke ser verdien i lederyrket på lang sikt selv om jeg egentlig elsker ledelse og forbedringsarbeid.»

Noen peker på at det vil være mer lønnsomt og gi mer fleksibilitet i hverdagen å gå over i ordinær sykepleierstilling. Disse påstandene kan samles i ett sitat: «Å være sykepleier på gulvet gir meg fleksibilitet (bytting av vakter) og mulighet til å tjene ekstra på røde dager og overtidsvakter». Noen

peker på at de «Opplever at jobben tar veldig mye energi og så opplever jeg at min lønn ikke står i forhold til mine oppgaver, min utdanning og mine prestasjoner og innsats. Her opplever jeg ingen støtte fra NSF».

Noen peker på frustrasjon over at det er lønnsforskjeller på ledere innen samme foretak og på samme ledernivå uten at det nødvendigvis er en god forklaring på det. Helt konkret gis det innspill til NSF om å lage landsoversikter/regionale oversikter som medlemmene kan bruke for å forstå hvordan de selv ligger an i forhold til lønn – ev. bruke disse som forhandlingsmiddel.

8.1.2 Førstelinjeledere i sykehjem

Det er stort sammenfall mellom ledere i spesialisthelsetjenesten og ledere i sykehjem på en rekke av årsakene til at de vurderer å slutte i jobben. Nedenfor gjengir vi hovedtrekk i innspillene fra lederne.

Arbeidsbelastning

Et flertall av lederne innenfor sykehjem som har svart på fritekstspørsmålet om hvorfor de har vurdert å slutte i jobben, begrunner vurderingen om å slutte med forhold knyttet til for stort arbeidspress eller stress, for høy arbeidsbelastning eller -mengde, for høy turnover, for høyt sykefravær, lav bemanning, for liten tid til å jobbe med utvikling og at en må jobbe innenfor utilstrekkelige økonomiske rammer. Disse faktorene blir gjerne sett i sammenheng og nevnt sammen.

«Stor arbeidsbelastning. Stort sykefravær. Lite tid til utvikling av medarbeidere, lite tid til oppfølging av medarbeidere som faktisk er på arbeid».

I forlengelsen pekes det på av flere at disse faktorene bidrar til at lederne kan oppleve at de er usikre på den faglige forsvarligheten i tilbudet de gir, og at det går ut over deres egen livskvalitet, helse og balanse mellom hensyn til familie, egen fritid og jobb.

«For stort arbeidspress. For stort press på sparing/økonomisk ressursbruk. Dette medfører lavere faglig kvalitet, som er lite tilfredsstillende. Til tider uforsvarlig».

«Lite tilfredsstillende å oppleve å ikke ha rammer nok til å drive faglig forsvarlige tjenester, press på pasientsikkerhet, for mange og sprikende oppgaver gjør at jeg ofte er sliten, og opplever lite mestring».

«For stort ansvar, stress, går ut over familieliv og helse».

«Fordi arbeidsbelastningen er i overkant stor. Det går på helsa løs. Jeg ønsker ikke å bli sykmeldt, så i stedet har jeg søkt annen jobb».

Noen fremhever sykepleiermangel på avdelingen spesielt, og at dette medfører et ekstra press på de få som er på jobb, noe som igjen påvirker både arbeidsbelastning, arbeidsmiljø, sykefravær og turnover.

Lederstøtte

Det pekes også på at kombinasjonen av mye jobb og lite opplevd støtte har bidratt til vurderingene om å slutte i jobben. Flere peker på manglende lederstøtte, både fra egen leder og fra merkantile støtteressurser, som årsaker til vurderingene. Noen har utfordringer med samarbeid i ledergruppene de inngår i, og opplever at ledergruppene ikke fungerer.

«For mye press og en nærmeste leder som ikke tar hensyn til sine ledere og andre medarbeidere, som er kun opptatt av å vise resultater oppover. Ingen støtte eller empati, liten involvering av ledere i planlegging av virksomheten».

Lønn

Det er også flere som fremhever for lav lønn som et argument for å slutte i jobben. Lønn nevnes både alene, men oftere i sammenheng med stor arbeidsbelastning.

Enkelte peker også på at pandemien gjorde arbeidssituasjonen ekstra krevende. Lederne kjente på et ekstra stort arbeidspress, ansvar og usikkerhet.

«Var totalt utslitt etter flere runder med koronasmitte blant ansatte og pasienter. Jobbet natt og dag, alltid bekymret. Ble etter nesten ett års hardkjør sykemeldt».

Noen få forklarer at de skal gå av med pensjon, og noen begrunner også vurderingen om å slutte med at de ønsker andre arbeidsoppgaver, har fått andre, spennende muligheter eller ønsker nye utfordringer.

8.1.3 Førstelinjeledere i hjemmesykepleien

«Jeg har sagt opp og skal over i sykepleiestilling. Altfor mange arbeidsoppgaver, lite faktisk fritid. Vil ha fri når jeg har fri og føle på mestring igjen».

Arbeidsbelastning

Mange peker på høy arbeidsbelastning som årsak til at de ønsker å slutte i jobben. Overordnet knytter de fleste høy arbeidsbelastning til mengden arbeidsoppgaver, mye turnusarbeid, og lite tilgang på støttefunksjoner. Flere oppgir at de har et for høyt lederspenn, men også at det er mangel på ansatte og utfordrende å rekruttere rett kompetanse. Nedenfor følger noen sitater som illustrerer dette.

«For høyt arbeidspress og for liten tid til å utføre alle punkter som står i stillingsbeskrivelsen. Har faglig ansvar, men jobber kun med daglig drift, lager arbeidslister, svarer på telefoner og korresponderer med sykehus og andre samarbeidspartnere.»

«Turnusen går ikke opp med tilgjengelige årsverk. Jeg bruker dermed unødvendig mye tid på å skaffe folk til å dekke vakter. Det er ikke mulig å få tak i kvalifisert personale, driften blir uforsvarlig med for mange assistenter på jobb og mange arbeidsoppgaver».

«Krevende jobb med ansvar for tjenestemottakere med omfattende pleiebehov, som er vanskelig å følge opp. For mange ansatte å følge opp, for mange turnuser å følge opp, for mye fravær å dekke opp.»

Lønn

Nest etter arbeidsbelastning er lønn en viktig årsak til at lederne har vurdert å slutte i jobben. Formuleringer som:

«Altfor dårlig lønn i forhold til arbeidsinnsatsen og manglende kompensasjon for overtidarbeid både i form av ekstra betaling og mulighet til å ta dette ut i ferie eller avspasering. Det pekes på at en får mindre utbetalt enn de som jobber turnus og det oppfattes som svært urettferdig.»

«Lønnsnivået må opp betraktelig, og ansvaret vi innehar må tas på alvor».

Utviklingsmuligheter

Flere peker på at høy arbeidsbelastning er den viktigste årsaken til at de ikke får utviklet seg faglig. En uttaler at «All tid går til de 'kjedelige' lederoppgavene. De morsomme som fagutvikling og kompetanseutvikling er det ikke tid og penger til». Noen peker på at kommunen ikke legger til rette for videreutdanning. En uttaler: «Jeg er utrolig stolt av jobben og skulle ønske jeg hadde mer tid til ansatte og fagutvikling – og ikke minst møte fremtiden med innovasjon og utvikling.»

Noen peker også på at de opplever manglende opplæring i rollen som leder og mer konkret i støttesystemer.

«For mye administrativt arbeid, lite tid til ledelse/støtte/veiledning av personell. Alt for mye IA-arbeid, fokus på dem som ikke er på jobb istedenfor for å ha tid til dem som er på jobb».

«Mangel på kompetanse hos de ansatte medfører at jeg er engstelig for kvaliteten på tjenesten. Jobben gir meg lite faglig utvikling. For bredt ansvarsområde, både hjemmehjelp, hjemme-sykepleie, dagsenter og korttidsavdeling. Det er ensomt å være leder».

Lederstøtte

Flere peker på at en av årsakene til at de vurderer å slutte i jobben er manglende støtte og tillit fra nærmeste leder og manglende informasjon under omstillings- og endringsprosesser.

Arbeidsmiljøutfordringer

Flere av lederne peker også på at de har vurdert å slutte i jobben med bakgrunn i store utfordringer med arbeidsmiljøet på arbeidsplassen. Både med hensyn til enkelte medarbeidere, men også utfordringer i ledergruppen og med tillitsvalgte. Følgende sitater illustrerer dette:

«Høyt sykefravær i ansattgruppa, mange komplekse personalsaker som tar ufattelig lang tid og suger energi, dårlig arbeidsmiljø.»

Det pekes også på dårlig samarbeid i ledergruppa og med tillitsvalgte.

Men samtidig så er det noen som fremhever et godt arbeidsmiljø som en begrunnelse for at de fortsatt ønsker å være leder:

«Gode kollegaer og godt arbeidsmiljø bidrar til at man står i det».

«Det går litt opp og ned, men jeg trives for det meste godt og jeg synes jobben er utfordrende og interessant. Har fantastiske medarbeidere som gir motivasjon til å fortsette».

8.2 Oppsummerende om karriereplaner og intensjon om å slutte i jobben

I undersøkelsen har lederne også blitt spurt om karriereplaner og hvilken jobbsituasjon de ser for seg fem år frem i tid. På dette området er det ikke signifikante forskjeller på tvers av tjenesteområdene i undersøkelsen, men totalt sett viser funnene blant annet at den høyeste andelen i utvalget, i underkant av 40 prosent, ser for seg å være leder på samme nivå som i dag også om fem år. Men på spørsmål om lederne har vurdert å slutte i sin nåværende jobb i løpet av de siste 12 månedene, viser undersøkelsen at førstelinjeledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i større grad enn lederne i somatikken har vurdert dette (hhv. 75 prosent og 71 prosent i sykehjem og hjemmesykepleien). Selv om andelen som har vurdert å slutte er lavere innenfor somatikken, er den fortsatt betydelig, over halvparten har vurdert å slutte det siste året også innenfor det tjenesteområdet.

Blant de som valgte å svare på dette spørsmålet, var svarene noe varierte, men det var samtidig et flertall som begrunnet vurderingen om å slutte med varianter av svar knyttet til at jobben hadde et for høyt arbeidspress. Under dette inngikk utdypninger av at jobben medførte for liten tid til fritid og familie, for mye stress, for mye tid brukt på jobb. Videre var det også flere som pekte på at det var for få ansatte på jobb, sett opp mot leveransekrav. Enkelte skrev at de hadde vurdert å slutte fordi de ikke opplevde å få god nok oppfølging fra egen leder, og utfordringer knyttet til arbeidsmiljøproblematikk, og noen fremhevet at de opplever at lønnen er for lav. Blant fritekstsvarene er det også en betydelig andel som skriver at de har blitt tilbudt andre spennende muligheter som gjør at de har vurdert å slutte, og noen som skriver at de nærmer seg pensjonsalder og har vurdert å slutte i jobben av den grunn.

9 Særtrekk blant lederne i de ulike tjenesteområdene

Førstelinjeledere i døgnskcontinuerlige virksomheter i somatikken, sykehjem og hjemmesykepleien deler flere fellestrekk når det gjelder temaene for denne undersøkelsen. På noen områder skiller de seg imidlertid signifikant fra hverandre. Avslutningsvis oppsummerer vi noen særskilte kjennetegn og utfordringer som førstelinjelederne i de ulike tjenesteområdene står i.

Særtrekk for ledere i somatikken

Resultatene viser at ledere innenfor somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten oppgir at de har stått lenger i den samme lederstillingen, samtidig som det er en høyere andel som oppgir at de i løpet av de nærmeste fem årene vil gå av med pensjon, sammenliknet med i de øvrige tjenesteområdene. Det betyr at tjenesten vil stå overfor store rekrutteringsbehov av førstelinjeledere i tiden fremover.

Lederne i somatikken oppgir at de har bedre tilgang på støttetjenester gjennom ulike stabsfunksjoner som fagutviklingssykepleier, driftssykepleier, studentansvarlig sykepleier og turnusansvarlig sykepleier. Til tross for at de oppfatter at de får sykepleiefaglig støtte i rollen som leder, er det flere som uttrykker at det er behov for mer støtte av fagutviklingssykepleiere.

En høyere andel sykepleieledere i somatikken oppgir at de har kartlagt kompetansebehovet for de neste 3-5 årene, og resultatene fra de øvrige analysene i denne undersøkelsen viser at de har behov for mer spesialiserte sykepleiere, og for sykepleiere både med og uten mastergrad. Lederne i somatikken bruker mer tid på rekruttering, avvikshåndtering og strategisk personell- og kompetanseplanlegging sammenliknet med ledere fra de andre tjenesteområdene.

Lederne i somatiske avdelinger er mindre bekymret for den faglige forsvarligheten enn lederne i sykehjem og i hjemmesykepleien. Dette kan muligens ses i lys av at de bruker mer tid på avvikshåndtering, og dermed har bedre oversikt over hendelser og utfordringer knyttet til pasientsikkerheten, men også at de har mer tilgang på sykepleiefaglig støtte i rollen som leder. De har bedre tilgang på kompetanse og også mindre rekrutteringsutfordringer enn de øvrige tjenesteområdene.

Arbeidskravene oppleves rimelig like på tvers av tjenesteområdene, men lederne i somatikken og på sykehjem oppgir at de i større grad kan påvirke beslutninger som tas på et høyere nivå i virksomheten. Det er også mer utbredt blant lederne i somatikken å oppleve at de i større grad er gitt myndighet til å bestemme stillingsstørrelse. Det første er nok knyttet til at ledere på sykehus og på sykehjem sitter tettere på de øvrige ledernivåene, mens ledere i hjemmesykepleien i større grad er mer fysisk adskilt fra de øvrige ledernivåene i kommunen.

Flere enn halvparten av lederne har vurdert å slutte det siste året også innenfor dette tjenesteområdet. Dette i tillegg til at 15 prosent oppgir at de vil gå av med pensjon i løpet av de nærmeste fem årene. Dette stiller som beskrevet over, krav til systematisk rekruttering av førstelinjeledere i døgnskcontinuerlige virksomheter i somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten i årene fremover.

Særtrekk for ledere i sykehjem

Lederne i sykehjem har kortere fartstid som ledere enn førstelinjelederne i de andre tjenesteområdene. Når lederne er spurt om hvilken jobbsituasjon de ønsker om fem år oppgir 15 prosent at de ikke ønsker å være leder. På spørsmål om de har vurdert å slutte i jobben i løpet av de siste 12 månedene oppgir 75 prosent av lederne i sykehjem at de har vurdert dette. Kortere fartstid som leder i samme stilling kan indikere at lederne er yngre, og mer uerfaren, men også at det kan være betydelig utskifting av ledere i disse stillingene.

Samlet sett viser analysene at ledere i sykehjem står i flere utfordringer. Lederne opplever i større grad enn de andre to tjenesteområdene at de ikke har tilstrekkelig antall ansatte, og at de økonomiske rammene ikke er tilstrekkelige til å sikre tjenester av god kvalitet. Disse lederne opplever det også som mer krevende, både praktisk og økonomisk, å legge til rette for faglig utvikling av medarbeiderne sine. Lederne ved sykehjemmene er de som bruker mest tid på arbeid med turnuser, samtidig som det også er mer utbredt at disse lederne jobber mer klinisk med brukerne enn lederne i de øvrige tjenesteområdene.

Dette er forhold som setter lederrollen under press og som også kan bidra til å forklare de relativt sett høye andelene som ikke ønsker å være leder eller har vurdert å slutte i jobben i løpet av de siste 12 månedene.

Når det gjelder hvilke kompetansebehov og behov for endring de ser peker lederne på en mer tydelig avgrensning av sykepleiernes arbeidsoppgaver, et behov for mer merkantil støtte og lederavlastning og -støtte. Disse lederne oppgir også størst behov for flere ansatte, flere heltidsansatte, høyere kompetanse på sine ansatte og en annen kompetansesammensetning blant sine ansatte enn ved de to andre tjenesteområdene. Lederne ved sykehjem og i hjemmesykepleien er jevnt over noe hyppigere bekymret for den faglige forsvarligheten enn lederne i somatikken.

Lederne på sykehjem oppgir at det er størst behov for fagutviklingssykepleier, merkantile funksjoner og driftssykepleier og at det er behov for sykepleiere, sykepleiere med videreutdanning i geriatri, rus og psykiatri, i tillegg til vernepleiere og helsefagarbeidere.

Flere av de nevnte forholdene kan påvirke arbeidsmiljøet til lederne i sykehjem. Disse lederne skiller seg imidlertid ikke vesentlig fra lederne på de øvrige tjenesteområdene når det gjelder krav, beslutningsmyndighet og støtte fra nærmeste leder. Et resultat som peker i positiv retning for lederne at en andel av lederne helt eller delvis har tilgang på nettverk med andre ledere.

Særtrekk for ledere i hjemmesykepleien

Undersøkelsen viser at selv om det er en lavere andel blant lederne i hjemmesykepleien enn i de andre to tjenesteområdene som har en mastergrad, så er det en høyere andel som oppgir at de har en formell lederutdanning i noen form blant lederne i hjemmesykepleien.

Lederne har flere fellestrekk, særlig med lederne i sykehjem, men de skiller seg ut på noen områder. Lederne i hjemmesykepleien oppgir at de i mindre grad har tilgang til kontor- og sekretærtjenester. De uttrykker på samme nivå som ledere i sykehjem at det er størst behov for fagutviklingssykepleier, merkantile funksjoner og driftssykepleier. I tillegg er det behov for mer tydelig avgrensning av sykepleiernes arbeidsoppgaver, behov for mer merkantil støtte og lederavlastning og -støtte.

Når det gjelder rekruttering er det lederne i hjemmesykepleien som opplever de største utfordringene. Disse lederne er jevnt over noe hyppigere bekymret for den faglige forsvarligheten enn lederne i somatikken, mens ledere i hjemmesykepleien er gitt større handlingsrom når det gjelder å tilpasse bemanningen etter brukernes behov.

Lederne i hjemmesykepleien er de som i størst grad oppgir at de bruker mye tid på utviklingsarbeid. Dette er også noe som de i større grad oppgir at de blir målt på som ledere. Dette kan indikere at eksempelvis velferdsteknologien og utviklingen av mer digitale forløp og tjenester er noe som i større grad har truffet hjemmesykepleien enn de øvrige tjenestene som er institusjonsbaserte.

Støtten oppleves noe lavere blant ledere i hjemmesykepleien enn blant de øvrige lederne. Dette er ikke et uventet resultat, da lederne på høyere nivå «sitter» lenger unna og er eksempelvis lokalisert mer sentralt i «kommunehuset», mens lederne i hjemmetjenesten gjerne er lokalisert et annet sted.

På spørsmål om lederne har vurdert å slutte i sin nåværende jobb i løpet av de siste 12 månedene, viser undersøkelsen at 71 prosent av lederne i hjemmesykepleien har vurdert dette. Dette er på nivå med lederne i sykehjem, men langt høyere sammenliknet med ledere i somatikken.