



Lederundersøkelsen

2021

NORSK SYKEPLEIERFORBUND

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAGSGIVER: Norsk Sykepleierforbund
RAPPORTNUMMER: 1021122
RAPPORTENS TITTEL: Lederundersøkelsen
ANSVARLIG KONSULENT: Cecilie Aagestad
KVALITETSSIKRET AV: Marit Brochmann
FOTOGRAFI I RAPPORT: Norsk Sykepleierforbund
DATO: 26. november 2021

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 innenfor forskjellige ledernivå både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

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, 26. november 2021

Sammendrag

På oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) har Agenda Kaupang kartlagt status og utfordringsbilder knyttet til rammevilkår, ansvar og myndighet, prioriteringer, handlingsrom og arbeidsmiljøforhold innen forskjellige ledernivåer, både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen er gjennomført som en spørreundersøkelse blant sykepleieledere.

Undersøkelsen har kartlagt en rekke sentrale forhold innen NSF's prioriterte områder. Datagrunnlaget er samlet inn med en elektronisk spørreundersøkelse, sendt til alle NSF's medlemmer som var registrert som leder og som hadde oppgitt e-postadresse. Spørreskjemaet ble sendt til 6119 respondenter, hvorav 1648 besvarte hele undersøkelsen. Det gir en svarandel på 27 prosent.

Hovedtemaene i kartleggingen er

- ▶ hva som kjennetegner sykepleieledere, hva deres lederansvar omfatter, og hvilke rammevilkår de har for å lede
- ▶ ledernes tidsbruk
- ▶ ledernes arbeidsbetingelser og arbeidsmiljøforhold

Nedenfor oppsummerer vi hovedfunnene fra kartleggingen.

Om respondentene

Seks av ti ledere oppgir at de arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens om lag fire av ti arbeider i spesialisthelsetjenesten. De fleste lederne har tatt mer utdanning etter fullført bachelorgrad/grunnutdanning i sykepleie, enten i form av en videreutdanning (57 prosent), eller at de har en mastergrad/hovedfag innen sykepleie (15 prosent). Lederne ble også stilt spørsmål om de har en formell lederutdanning: 66 prosent av lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 60 prosent av lederne i spesialisthelsetjenesten oppgir at de har en formell lederutdanning. Resultatene viser med andre ord at en høyere andel har lederutdanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste enn i spesialisthelsetjenesten. Videre analyser viser imidlertid at nivået på lederutdanningen, målt i antall vektall/studiepoeng, er høyere blant lederne i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene.

Lederspenn

I undersøkelsen ble lederne stilt spørsmål om lederspenn. Resultatene viser at det varierer på tvers av tjenesteområdene hvor mange ansatte lederne oppgir at de har et direkte personalansvar for. Ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene rapporterer gjennomgående at de har direkte personalansvar for flere ansatte enn ledere på tilsvarende nivå i spesialisthelsetjenesten. Lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir også i større grad at de har for mange deltidsansatte, og at antallet ansatte som de har personalansvar for, er for høyt. Samtidig oppgir en viss andel, henholdsvis 22 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 38 prosent i spesialisthelsetjenesten, at det i liten grad er behov for høyere andel heltidsstillinger i virksomheten de jobber i.

Ressurstilgang

På spørsmål om ressurstilgang, viser undersøkelsen at seks av ti ledere vurderer at de verken har tilstrekkelig antall ansatte eller tilstrekkelige økonomiske rammer for å sikre god kvalitet på tjenestene. Ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene opplever større utfordringer knyttet til høy turnover og rekruttering av kvalifisert personell, enn ledere i spesialisthelsetjenesten.

Førstelinjeledere fra begge tjenesteområdene opplever at de ikke har tilstrekkelig tilgang på stab- og støttefunksjoner. Nærmere fire av ti førstelinjeledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og tre av ti førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten, vurderer at de ikke har tilstrekkelig tilgang på stab- og støttefunksjoner for å ivareta lederansvaret sitt. Resultatene viser også at andelen som opplever at de ikke har tilstrekkelig tilgang til stab-støttefunksjoner, øker med antallet ansatte som lederne har et direkte personalansvar for.

Fagutviklingspsykeleier er den ressursen som flest oppgir at de har tilgang til, men fagutviklingspsykeleierens stillingsandel varierer. Samtidig viser også undersøkelsen at fagutviklingspsykeleier oppleves som en viktig støttefunksjon for lederne. Til tross for at det er denne ressursen lederne i størst grad har tilgang til, er det, på tvers av tjenesteområdene, denne funksjonen lederne opplever det er størst behov for å styrke. Etter fagutviklingspsykeleier, oppgir lederne at det er mer merkantil støtte som er det største behovet.

Tidsbruk og handlingsrom for strategisk arbeid

Kartleggingen viser at det, generelt sett, ikke er vesentlig forskjell i hvilke oppgaver lederne bruker tid på i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Oppgavene som flest oppgir at de bruker mye tid på i arbeidshverdagen, er å besvare ulike henvendelser (ni av ti ledere oppgir dette), være synlige og tilgjengelige for ansatte (åtte av ti) og følge opp sykefravær (seks av ti). Samtidig viser resultatene at mellom tre og fire av ti ledere bruker lite tid på samarbeid med tillitsvalgte og verneombud om utviklingen av arbeidsmiljøet. Lederne bruker relativt lite tid på å være tilgjengelige for pasienter/brukere og pårørende.

Det er en forskjell mellom ledernivåene når det gjelder hvilke oppgaver de bruker tid på. Førstelinjeledere bruker mest tid på oppfølging av sykefravær, faglig oppfølging og veiledning av personalet, samt det å være synlige og tilgjengelige for ansatte. En høyere andel blant mellomledere og toppledere oppgir at de bruker mye tid på samarbeid med tillitsvalgte og verneombud om arbeidsmiljøtiltak på arbeidsplassen. Samlet sett viser resultatene at tidsbruken på partsamarbeid er lav, og at det er et potensial for bedre partsamarbeid om arbeidsmiljøutvikling.

En av ti førstelinjeledere oppgir at de daglig jobber klinisk med pasienter/brukere. 15 prosent oppgir at de daglig utfører oppgaver som egne ansatte burde ha gjort, og 40 prosent oppgir at de daglig utfører oppgaver som merkantilt og administrativt personale burde ha gjort. Dette resultatet gjenspeiles nok i at merkantil støtte er blant de stab-støttefunksjonene som lederne ønsker seg mest.

Tiden brukt på andre oppgaver enn ledelse, har betydning for hvilket handlingsrom lederne har for å utøve strategisk og langsiktig utvikling av sykepleiefaget. Undersøkelsen viser at det er variasjoner på tvers av ledernivåene. Blant førstelinjeledere oppgir 28 prosent at de i svært stor grad eller stor grad jobber strategisk og langsiktig med utvikling av sykepleiefaget. Til sammenligning svarer 35 prosent av mellomlederne og 55 prosent av topplederne at de i svært stor grad eller stor grad jobber strategisk og langsiktig med utvikling av sykepleiefaget. Det er en noe høyere andel respondenter som opplever at det er en strategisk og langsiktig utvikling av sykepleiefaget blant dem som har en sykepleier som nærmeste overordnede, sammenliknet med dem som har sin nærmeste leder med en annen fagbakgrunn. Eget ledernivå ser imidlertid ut til å ha mer betydning enn hvilken fagbakgrunn nærmeste leder har, for i hvilken grad lederne oppfatter at det er strategisk og langsiktig utvikling av sykepleiefaget.

Arbeidstid og arbeidskrav

I undersøkelsen er det ingen forskjell mellom lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten når det gjelder ukentlig arbeidstid. Men flertallet av lederne (syv av ti) oppgir at de jobber mer enn 35,5–40 timer per uke. Undersøkelsen viser at topplederne i snitt har høyest ukentlig arbeidstid (45–49 timer). Den vanligste arbeidstiden blant førstelinjelederne og mellomledere er 41–44 timer per uke. Det er en betydelig andel av lederne i undersøkelsen (syv av ti) som oppgir at de har arbeidet flere timer i uken som følge av koronapandemien. Totalt sett

oppgir om lag halvparten av de spurte at de ikke har blitt kompensert for ekstraarbeidet de har utført, av ulike årsaker.

Om lag halvparten av lederne oppgir at de ukentlig har så mye å gjøre at det blant annet går ut over lunsjpausen og normal arbeidstid, og at det fører til at de tar med arbeid hjem. Resultatene viser at andelen som daglig opplever slike krav, er høyere i helse- og omsorgstjenestene i kommunen enn i spesialisthelsetjenesten. Resultatene viser videre at topplederne rapporterer høyere krav enn de andre ledernivåene.

En høyere andel av lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste enn i spesialisthelsetjenesten opplever ofte at kravene forstyrrer hjemmelivet og familielivet. De ulike ledernivåene opplever dette likt.

Støtte, myndighet, innflytelse og trivsel på arbeidsplassen

I undersøkelsen fikk lederne spørsmål om opplevd støtte og informasjon, samt hvordan de opplever egen myndighet og innflytelse. Resultatene viser at lederne opplever at de får en rimelig grad av støtte, og at de føler seg kompetente i jobben. Resultatene viser at det er forskjell mellom ledernivåene når det gjelder myndighet og innflytelse i arbeidet. Topplederne har i større grad myndighet og kan ta beslutninger enn de øvrige ledernivåene. Det er en naturlig følge av topplerollen. Resultatene viser at det også er forskjeller mellom mellomledere og førstelinjeledere i myndighetsrollen. Uavhengig av ledernivå, oppgir lederne minst handlingsrom når det gjelder fastsetting av lønn ved tilsetting av nye medarbeidere, og ved inntak av nye pasienter.

I overkant av syv av ti, både i kommune og stat og på alle ledernivåer, oppgir at de er svært eller ganske fornøyd med jobben sin. Andelen ledere som er fornøyd med jobben sin, er høyere blant dem som oppgir at de har høy grad av myndighet og innflytelse i jobben. Samtidig viser også resultatene fra undersøkelsen at 71 prosent av respondentene i større eller mindre grad er plaget av søvnnvanser. 77 prosent av dem som er plaget av søvnnvanser, knytter søvnlagerne til forhold ved jobben. Det er godt dokumentert at søvnlager kan gå utover produktiviteten, pasientsikkerheten og kvaliteten i arbeidet som utføres.

Lederne er blitt stilt spørsmål om de i løpet av siste 12 månedene har vurdert å slutte i jobben. Resultatene viser at en betydelig andel av lederne har vurdert å slutte i jobben. Det varierer imidlertid mellom ledernivåene. Blant førstelinjeledere er andelen som har vurdert å slutte, 62 prosent, blant mellomledere er andelen 59 prosent, og for topplerne er andelen 44 prosent. Det ser også ut til å være en sammenheng mellom grad av jobbtilfredshet og en ønsket fremtidig arbeidssituasjon. Blant ledere som svarer at de er ganske eller svært misfornøyd med jobben, oppgir 40 prosent at de ikke ønsker å være leder om fem år.

Karriereplaner

De fleste lederne som har besvart undersøkelsen, ser for seg å være leder på samme nivå som i dag også fremover, mens om lag 18 prosent ønsker å være leder på et høyere nivå. Det er også en betydelig andel som ikke ser for seg å være leder om fem år fra i dag (henholdvis 44 prosent og 42 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten). Kjønn og alder ser ut til å være de viktigste forklaringsvariablene for en ønsket fremtidig arbeidssituasjon. En høyere andel menn ønsker å være leder på høyere nivå, mens en høyere andel kvinner ønsker å slutte i jobben som leder.

Innhold

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Innledning | 7 |
| 2 | Metode | 8 |
| 2.1 | Utvalg | 8 |
| 2.2 | Analyser | 9 |
| 3 | Arbeidssted og ledernivå | 10 |
| 3.1 | Tjeneste og ledernivå | 10 |
| 3.2 | Utdanning, erfaring og ansvar | 11 |
| 4 | Rammevilkår for å lede | 16 |
| 4.1 | Lederspenn | 16 |
| 4.2 | Ressurstilgang | 19 |
| 5 | Tidsbruk | 29 |
| 5.1 | Handlingsrom for strategisk arbeid | 38 |
| 6 | Arbeidstid, arbeidsmiljø og intensjoner om å slutte i jobben | 41 |
| 6.1 | Arbeidstid | 41 |
| 6.2 | Arbeidskrav | 45 |
| 6.3 | Støtte, informasjon og mestring | 48 |
| 6.4 | Trivsel, søvnplager og intensjoner om å slutte i jobben..... | 52 |
| 6.5 | Karriereplaner | 54 |
| 7 | Kjønn, alder og geografisk tilhørighet | 57 |
| 7.1 | Kjønn og alder | 57 |
| 7.2 | Geografisk tilhørighet | 58 |

1 Innledning

Denne rapporten er basert på en spørreundersøkelse blant sykepleieledere. Formålet med kartleggingen er å dokumentere status og utfordringsbilde om rammevilkår, ansvar og myndighet, prioriteringer, handlingsrom og arbeidsmiljøforhold innenfor forskjellige ledernivå både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og 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 kvalitet¹. Med dette som bakgrunn er det en rekke forhold som undersøkes i lederundersøkelsen for å besvare hva som kjennetegner sykepleieledere på ulike nivå og innenfor ulike sektorer. Følgende hovedtema inngår i kartleggingen: Hva kjennetegner sykepleieledere, hva omfatter lederansvaret deres og hvilke rammevilkår har sykepleieledere for å lede? Det dreier seg om at rammevilkår som økonomi, lederspenn, kompetansesammensetning blant de ansatte, rekruttering og deltidsutfordringer setter noen føringer for handlingsrommet for å lede. I tillegg til hvilke støttefunksjoner sykepleieledere har, og hvilke funksjoner de ønsker seg mer av.

Et annet hovedtema er tidsbruk: Hva bruker sykepleieledere tiden sin på og hva er handlingsrommet deres for strategisk arbeid? Forhold som kartlegges er hvilke aktiviteter sykepleieledere bruker mye tid på og tilsvarende hvilke aktiviteter de bruker mindre tid på. Et annet forhold som kartlegges er i hvilken grad sykepleieledere opplever at det er en strategisk og langsiktig planlegging og utvikling av sykepleiefaget og sykepleietjenesten i virksomheten de jobber i.

Et siste hovedtema er under hvilke arbeidsbetingelser og arbeidsmiljøforhold sykepleieledere arbeider. Et av temaene som også dekkes i kartleggingen er i hvilken grad arbeidstiden ble endret under pandemien og for de som opplevde at arbeidstiden økte, i hvilken form sykepleielederne ble kompensert for økt arbeidstid.

¹ <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/vart-politiske-arbeid-innen-ledelse>

2 Metode

Designet for kartleggingen er en tverrsnittstudie med ett måletidspunkt. Spørreskjemaet består av reviderte spørrebatterier fra tidligere gjennomførte spørreundersøkelser og noen nyutviklede spørsmål knyttet til arbeidstid og kompensasjonsordninger under pandemien.

Spørreskjemaet er utviklet av NSF i samarbeid med Agenda Kaupang. Spørreundersøkelsen har blitt kvalitetssikret av Trude Hagen, Nina-Merete Kristiansen, Jo Cranner og Line Hasund i NSF. Før utsendelse ble spørreundersøkelsen pilotert til utvalgte medlemmer i faggruppen for sykepleieledere.

Spørreskjemaet ble sendt per e-post til alle NSFs medlemmer som var registrert som leder og som hadde oppgitt e-postadresse. Da studien ble gjennomført i juni 2021 var i alt 6119 personer registrert i denne kategorien. Alle disse ble invitert til å delta i studien og de fikk tilsendt e-post med lenke til undersøkelsen direkte fra NSF. Det ble sendt tre påminnelser per e-post, samt oppfordringer om å svare på undersøkelsen i sosiale medier.

Alle som har bidratt i studien ble informert om at deltakelse er frivillig og at de kunne trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi grunn. I rapporten kan ingen enkeltpersoner kjennes igjen. Lister med e-postadresser til dem som har svart på spørreskjemaet, slettes når studien er avsluttet. Det innsamlede datamaterialet har vært behandlet i tråd med gjeldende GDPR-retningslinjer.

2.1 Utvalg

Da undersøkelsen ble avsluttet, hadde 2807 personer startet å svare på undersøkelsen. Av disse var 2394 i målgruppen for undersøkelsen, det vil si ledere med personalansvar. De øvrige ble sluset ut av undersøkelsen. Det totale antallet som gjennomførte hele undersøkelsen, var 1648. Den totale svarprosenten blir dermed 27 prosent.

Det kan være flere grunner til at svarprosenten ikke ble høyere. For det første er svarprosenten på elektroniske undersøkelser ofte lav. Oppslutningen om spørreundersøkelser blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene har dessuten, ifølge tidligere studier, vært lav fordi arbeidshverdagen er for hektisk til at dette kan prioriteres. Responsen på spørreundersøkelsen er på tilnærmet samme nivå som undersøkelsen i 2014.²

Spørreskjemaet kartlegger mange tema og er omfattende. Forskjellen mellom antall ledere i målgruppen som begynte å svare på spørreundersøkelsen (n=2394) og som til slutt endte med å svare på hele undersøkelsen (n=1648) utgjør 746 personer. Frafallet indikerer at spørreundersøkelsen nok ble for omfattende og at tiden det tok å gjennomføre undersøkelsen ble for lang. Dette er et signal om at fremtidige spørreundersøkelser bør være avgrenset til færre tema.

Antall besvarelser er likevel tilstrekkelig stort til å kunne utføre statistiske analyser og splitte datamaterialet opp på ulike grupperinger, som ulike ledernivå og for ledere i henholdsvis kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Alle fylker er representert i undersøkelsen. Sykepleieledere fra Viken utgjør den største andelen av respondenter, men dette gjenspeiler også den relativt sett høyere andelen som er sysselsatt innenfor helse- og omsorgstjenestene i kommune og i spesialisthelsetjenesten i dette fylket, sammenliknet med øvrige fylker. Det er ikke gjennomført en systematisk frafallsanalyse av datamaterialet, men vi vurderer at undersøkelsen er rimelig representativ for sykepleieledere på tvers av ulike tjenester og fra ulike landsdeler.

² Andrews & Gjertsen (2014) Sykepleieledere og ledelse. NF-rapport nr. 4/2014

2.2 Analyser

Analysene av datamaterialet er gjennomført ved hjelp av programpakken SPSS v 26. Resultatene presenteres i form av prosentvise fordelinger presentert i figurer og tabeller.

Flere analyser er bivariate hvor vi ser på svarfordeling etter hvilket nivå sykepleielederne har plassert sin lederstilling på og hvor lederstillingen er tilknyttet, det vil si om lederne er ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. I alle tabeller og figurer er totalt antall svar (n) oppgitt, bortsett fra når det gjelder svarfordeling på spørsmål med flere svarmuligheter. Ettersom ikke alle har svart på alle spørsmålene i undersøkelsen, vil (n) variere noe i tabellene og figurene som presenteres i rapporten.

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 signifikante. 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).

I en analyse der vi undersøker samvariasjonen mellom alder og type lederstilling, antall år som leder og antall år i nåværende lederstilling, har vi gjennomført en korrelasjonsanalyse. Korrelasjon er samvariasjon mellom to variabler, eksempelvis alder og type lederstilling. Samvariasjonen er beregnet med Pearsons korrelasjonskoeffisient, r. Korrelasjonen mellom to målte variabler kan variere mellom +1 og -1, hvor tallstørrelser som nærmer seg +1 eller -1 beskriver henholdsvis sterk positiv eller sterk negativ korrelasjon. En korrelasjon nær 0 innebærer svak eller fraværende samvariasjon. En positiv korrelasjon innebærer at økning i en variabel (alder) er assosiert med en økning i en annen (ledernivå). Korrelasjon er ikke det samme som kausalitet (årsak-virkning). For analyser av årsak-virkning kreves annet design på undersøkelsen og mer avanserte analyser.

For å analysere i hvilken grad ulike nivåer av myndighet og innflytelse har betydning for tilfredshet med jobben, er det gjennomført en faktoranalyse for å avdekke om de ulike spørsmålene som er stilt om myndighet og innflytelse og rammebetingelser kan knyttes til én eller flere faktorer (underliggende dimensjoner). Det er syv spørsmål (testledd) som måler myndighet og innflytelse. Faktoranalysen gjør det mulig å vurdere om de svarene som er gitt på spørsmålene kan forklares ut fra én eller flere underliggende faktorer. Det er fire spørsmål som måler rammebetingelser.

Det er gjennomført en konfirmerende faktoranalyse siden vi har en forventning om en bestemt struktur i dataene. Faktoranalysen avdekker at spørsmålene om myndighet og innflytelse tilhører en faktor. Det samme gjelder for rammebetingelser.

For å måle hvor internt konsistente spørsmålene som nå inngår i den ene faktoren er, gjennomfører vi en reliabilitetstest (Cronbach's alpha). Testen uttrykkes som et nummer mellom 0 og 1. Jo nærmere 1 resultatet er, desto mer indre konsistens er det mellom spørsmålene. Testen viser at for spørsmålene som inngår i myndighet og innflytelse er ($\alpha=0,71$). For spørsmålene som måler rammebetingelser er ($\alpha=0,75$). Det betyr at det er en høy indre konsistens mellom spørsmålene og at det er hensiktsmessig å forenkle datamaterialet for få fram hovedbudskapet i analysene på en god måte

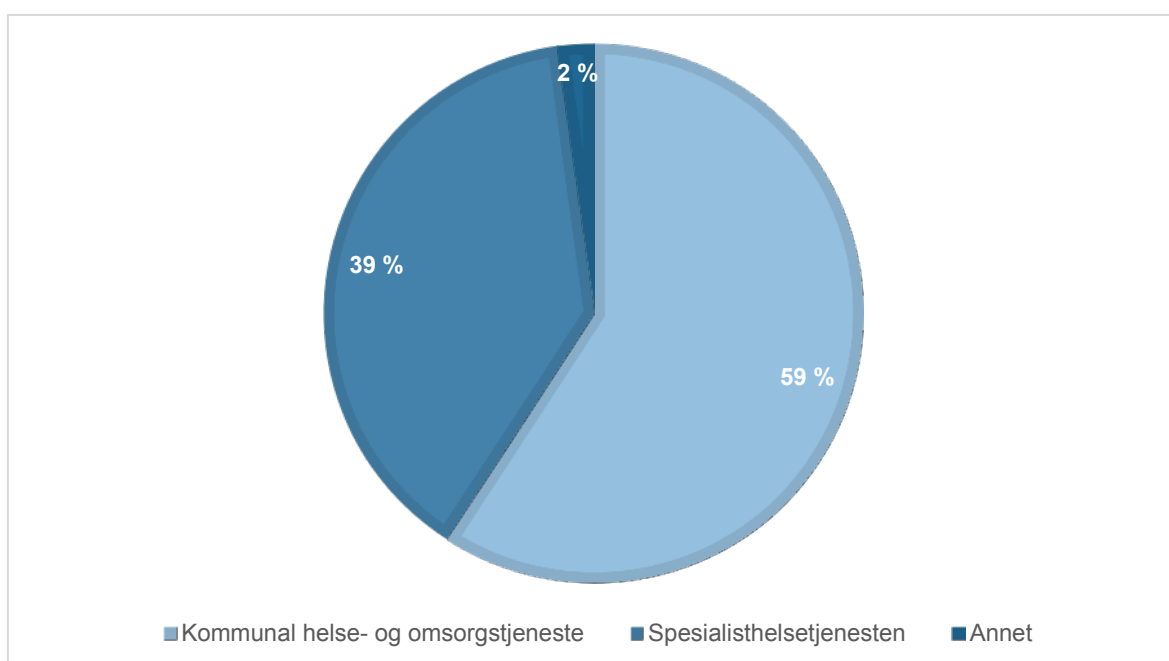
Vi gjør oppmerksom på at spørsmålene om alder og kjønn ble stilt til slutt i undersøkelsen, og at om lag 30 prosent av dem som startet på undersøkelsen ikke svarte på spørsmålene om kjønn, alder og fylke.

3 Arbeidssted og ledernivå

Seks av ti ledere oppgir at de arbeider i kommunal helse- og omsorgstjeneste, mens om lag fire av ti arbeider i spesialisthelsetjenesten. De fleste lederne har stått i lederstillinger innenfor tidsintervallet ett og 20 år, men det er noe overvekt av ledere som har arbeidet 11–20 år som leder. De fleste oppgir at de har en videreutdanning (57 prosent), eller at de har en mastergrad/hovedfag innen sykepleie (15 prosent). Andelen som har en ph.d./doktorgrad er under et halvt prosentpoeng. Andelen som har en lederutdanning, øker med ledernivå. Samlet sett har en høyere andel lederutdanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste, mens nivået på lederutdanningen, dvs. i antall vekttall/studiepoeng, er høyere blant lederne i spesialisthelsetjenesten.

I dette kapittelet beskrives innenfor hvilken tjeneste og på hvilket ledernivå deltakerne i undersøkelsen arbeider. I tillegg gis det en beskrivelse av utdanning, erfaring og ansvarsoppgaver blant lederne.

3.1 Tjeneste og ledernivå



Figur 3-1 Hvor er din lederstilling hovedsakelig tilknyttet? (n=2324)

Figur 3-1 viser at den største andelen av respondentene i undersøkelsen (59 prosent) er ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens i underkant av 40 prosent er ledere i spesialisthelsetjenesten. En liten andel (2 prosent) har oppgitt «annet».

Fordelingen er tilnærmet lik som i undersøkelsen gjennomført av Nordlandsforskning i 2014³, der 57 prosent oppga at de var ledere innenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste, og 39 prosent oppga at de var ledere innenfor spesialisthelsetjenesten, mens fire prosent svarte «annet» på spørsmålet.

På oppfølgingsspørsmålet om hvor i de kommunale helse- og omsorgstjenestene respondentene arbeider, oppgir 22 prosent at de er ledere i hjemmesykepleien, 38 prosent at de er ledere på sykehjem og 11 prosent at de er ledere innenfor heldøgns omsorg. 8 prosent oppgir hhv. at de

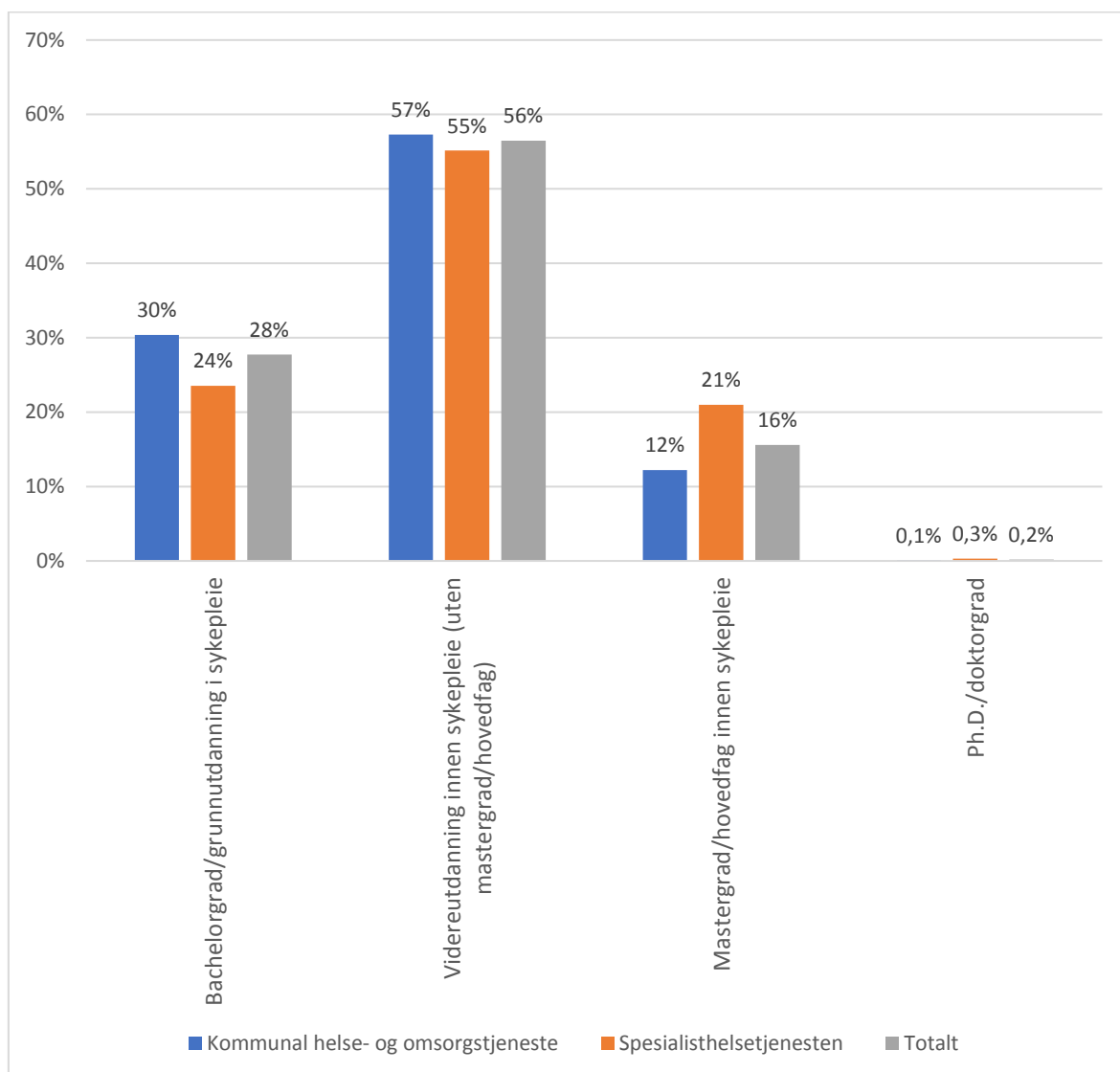
³ Andrews & Gjertsen (2014) Sykepleieleidere og ledelse. NF-rapport nr. 4/2014

leder flere tjenester eller er leder i en annen tjeneste i kommunen. 5 prosent oppgir hhv. helsestasjon/skolehelsetjeneste og psykiske helsetjenester som arbeidssted. Blant dem som har oppgitt at de er ledere innenfor spesialisthelsetjenesten, oppgir 68 prosent at de er ledere innenfor en somatisk virksomhet eller enhet. 18 prosent er ledere innenfor psykisk helsevern, 6 prosent oppgir «annet», mens mellom 2 og 3 prosent oppgir at de er ledere innenfor rehabilitering, tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller at de leder flere fagområder.

I utvalget er det i alt 2306 respondenter som har startet å gjennomføre undersøkelsen. Disse fordeler seg på følgende lederkategorier: 57 prosent (n=1305) oppgir at de er førstelinjeledere. 38 prosent (n=885) oppgir at de er mellomledere og 5 prosent (n=116) oppgir at de er toppledere.

3.2 Utdanning, erfaring og ansvar

De aller fleste lederne oppgir at de har gjennomført minst én form for videreutdanning etter fullført bachelorgrad/grunnutdanning i sykepleie (72 prosent). 28 prosent oppgir at de har en bachelorutdanning/grunnutdanning i sykepleie, 57 prosent at de har videreutdanning, og 15 prosent at de har en mastergrad/hovedfag innen sykepleie. Andelen som har en ph.d./doktorgrad, er under et halvt prosentpoeng.



Figur 3-2 Hva er din høyeste fullførte utdanning, etter sektor (% , n=1618) (*p≤ 0,05)

Deltakerne i undersøkelsen fikk også spørsmål om de har en formell lederutdanning. Blant ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten oppgir 66 prosent at de har en formell lederutdanning, og 7 prosent oppgir at de er under lederutdanning, mens andelen i spesialisthelsetjenesten er henholdsvis 60 og 4 prosent. Når vi bryter tallene ned på ledernivå, viser Tabell 3-1 at det er signifikant forskjell mellom førstelinjeledere og mellomledere, men ikke mellom topplederne i de ulike tjenestene når det gjelder andelen som har en formell lederutdanning. Tabellen viser videre at andelen som oppgir at de har en formell lederutdanning øker med ledernivå. Totalt sett oppgir 57 prosent av førstelinjelederne at de har formell lederutdanning, 70 prosent av mellomlederne, og 92 prosent av topplederne. Tabellen viser videre at blant førstelinjeledere så er det en høyere andel i kommunal helse- og omsorgstjeneste som oppgir at de har en formell lederutdanning. Blant mellomlederne er det en høyere andel i spesialisthelsetjenesten som oppgir dette, mens blant topplederne er det igjen en høyere andel i kommunal helse- og omsorgstjeneste som oppgir at de har en formell lederutdanning.

Tabell 3-1 Har du formell lederutdanning (% , n=1618) (%) (*p≤ 0,05)

| | | Ja | Nei | Er under lederutdanning |
|--------------------|------------------------------------|----|-----|-------------------------|
| Førstelinjeleder * | Kommunal helse- og omsorgstjeneste | 60 | 32 | 7 |
| | Spesialisthelsetjenesten | 54 | 42 | 5 |
| | Totalt | 57 | 36 | 6 |
| Mellomleder * | Kommunal helse- og omsorgstjeneste | 69 | 23 | 7 |
| | Spesialisthelsetjenesten | 72 | 26 | 2 |
| | Totalt | 70 | 24 | 5 |
| Toppleder | Kommunal helse- og omsorgstjeneste | 94 | 5 | 2 |
| | Spesialisthelsetjenesten | 85 | 8 | 8 |
| | Totalt | 92 | 5 | 3 |
| Total * | Kommunal helse- og omsorgstjeneste | 66 | 27 | 7 |
| | Spesialisthelsetjenesten | 60 | 36 | 4 |
| | Totalt | 64 | 30 | 6 |

Ledere som har svart at de har en formell lederutdanning eller at de er under utdanning (n=1125), har fått et oppfølgingsspørsmål om nivået på, eller omfanget av, lederutdanningen. Totalt sett er det en høyere andel blant lederne i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som har lederutdanning og/eller er under utdanning. Hvilket nivå det er på lederutdanningen varierer imidlertid mellom lederne i de ulike tjenestene.

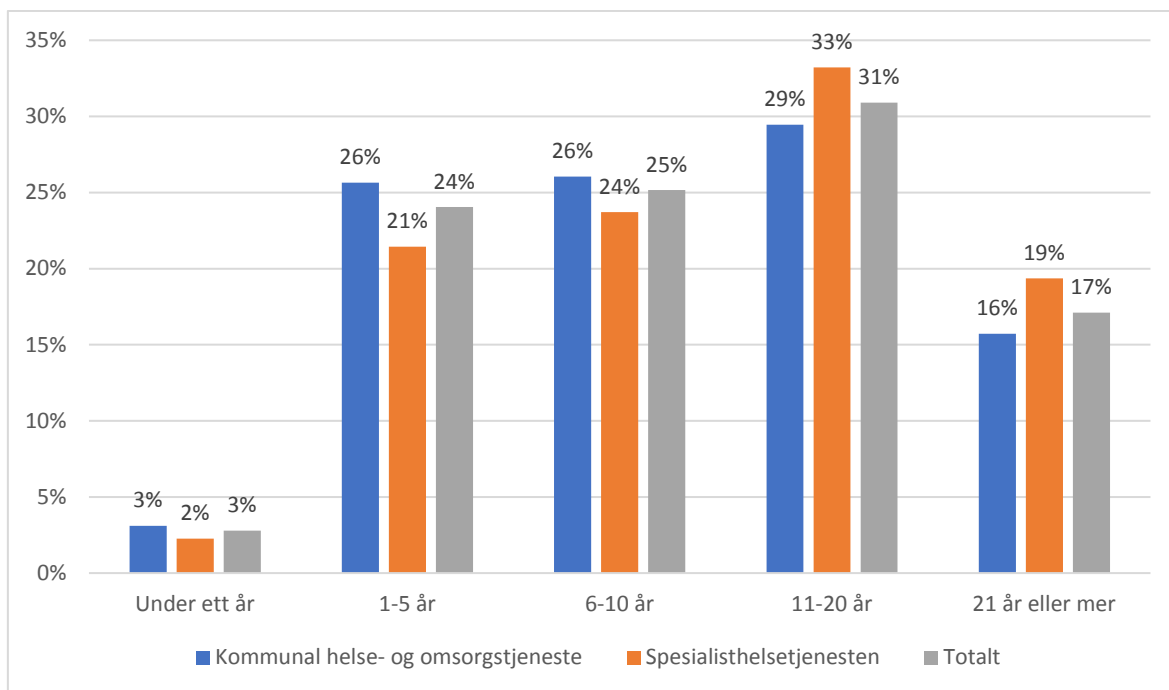
Tabell 3-2 Nivå på/omfang av lederutdanningen (n=1125) (*p≤ 0,05)

| | 120 studiepoeng/ 40 vekttall | 90 studiepoeng/ 30 vekttall | 30 studiepoeng/ 10 vekttall | Videreutdanning med færre studiepoeng/ vektall | Bedriftsintern opplæring/ kurs | Annet |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------------|-------|
| Kommunal helse- og omsorgstjeneste | 22,5 | 32,3 | 31,2 | 3,8 | 0,5 | 9,6 |
| Spesialisthelsetjenesten | 25,4 | 42,8 | 17,1 | 2,3 | 2,5 | 9,8 |
| Totalt | 23,6 | 36,0 | 26,2 | 3,3 | 1,2 | 9,7 |

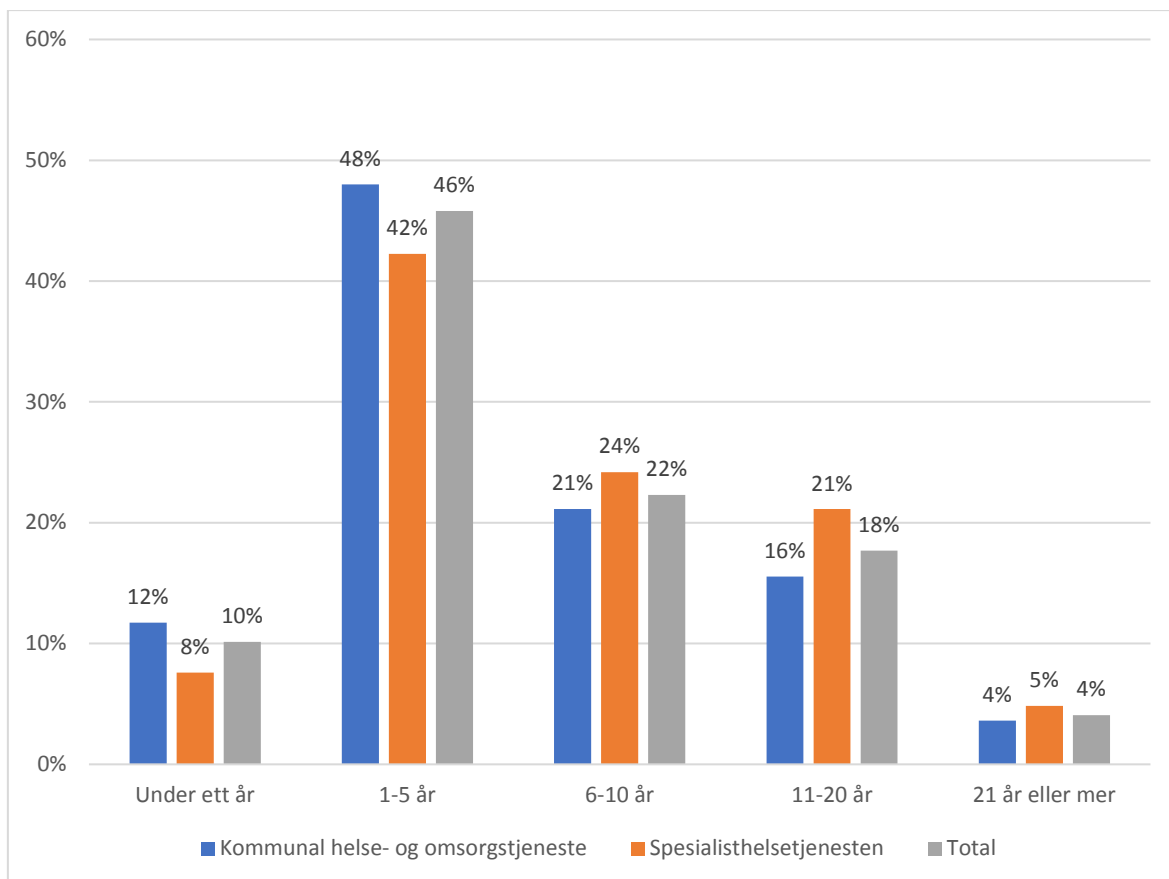
Tabell 3-2 viser at det er en høyere andel blant ledere med lederutdanning med henholdsvis 120 og 90 studiepoeng i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende er det mer utbredt blant lederne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten å ha en lederutdanning som tilsvarer 30 studiepoeng.

Hovedvekten av lederne oppgir at den formelle lederutdanningen de har er på 90 studiepoeng / - 30 vekttall. Eksempler på slike studieprogram er for eksempel BIs program for helseledelse. Dette er en utdanning som gir 90 studiepoeng og som gjennomføres på deltid. Denne lederutdanningen er rettet mot primærhelsetjenesten, og er et sentralt tiltak i Kompetanseløft 2025, som er regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling for 2021–2025. BI har et topplederprogram for ledere i spesialisthelsetjenesten, men det finnes ikke noe tilsvarende program som er rettet mot ledere i primærhelsetjenesten.

Lederne har blitt stilt spørsmål om hvor lenge de har arbeidet som ledere, og hvor lenge de har vært ansatt i sine nåværende stillinger. Figur 3-3 viser at det er forholdsvis jevn spredning på tvers av tjenesteområde når det gjelder hvor lenge lederne har stått i lederstillinger innenfor tidsintervallene mellom ett og 20 år, men det er noe overvekt av ledere som oppgir at de har arbeidet 11–20 år som leder. Det er ingen signifikant forskjell mellom lederne i de ulike tjenestene. Figur 3-4 viser at om lag halvparten av lederne totalt sett oppgir at de har arbeidet i sin nåværende stilling i 1–5 år. Den største andelen som oppgir dette finner vi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens det er en høyere andel blant ledere i spesialisthelsetjenesten som oppgir at de har arbeidet 11–20 år i nåværende stilling. Forskjellen er statistisk signifikant.



Figur 3-3 Hvor lenge har du jobbet som leder? (n=1618)



Figur 3-4 Hvor lenge har du arbeidet i din nåværende stilling, etter tjeneste (n=1618) ($p \leq 0,05$)

I undersøkelsen har lederne blitt stilt spørsmål om hvilket ansvar lederstillingen deres innebærer. Tabell 3-3 viser at de aller fleste oppgir at de har faglig ansvar, mens andelen som svarer at de har personalansvar er noe lavere, og andelen som oppgir at de har økonomiansvar er den laveste av de tre. Det er ingen statistisk signifikant forskjell mellom hvilket ansvar ledere oppgir at de har i sin lederstilling etter hvilken tjeneste de arbeider innenfor.⁴

Tabell 3-3 Hvilket ansvar innebærer din lederstilling? (flere kryss mulig) Antall og prosent (%).

| | Faglig ansvar | Personalansvar | Økonomiansvar |
|------------------------------------|---------------|----------------|---------------|
| Kommunal helse- og omsorgstjeneste | 97 % (1295) | 95 % (1274) | 87 % (1166) |
| Spesialisthelsetjenesten | 93 % (822) | 94 % (824) | 86 % (880) |
| Totalt | 96 % (2117) | 94 % (2098) | 86 % (2046) |

På tvers av de ulike tjenestene er det en signifikant forskjell mellom ledernivå og om de oppgir at de har personalansvar i rollen. Blant toppledere og mellomledere oppgir 97 prosent at de har personalansvar. For førstelinjeledere er denne andelen 93 prosent. Det er også en signifikant forskjell mellom ledernivå og hvorvidt de har økonomiansvar. 97 prosent av topplederne oppgir at de har økonomiansvar, mens 90 prosent blant mellomlederne og 84 prosent blant førstelinjelederne oppgir at økonomiansvar inngår som en del av lederstillingen. Det er relativt sett færre sykepleieledere som oppgir at de har økonomiansvar sammenliknet med de øvrige ansvarsområdene.

Det er mindre forskjeller mellom ledernivåene når det gjelder om de har faglig ansvar i stillingen. Andelen som oppgir at de har fagansvar er 95 prosent blant topplederne, 94 prosent blant mellomlederne og 96 prosent blant førstelinjelederne. Analysene viser dermed at det er noe variasjon mellom ledernivåene i hvilket ansvar de har i lederstillingen sin. Dette følger naturlig av hvilke roller og ansvar som følger av stillingsnivået. Det at det er en høyere andel som oppgir at de har fagansvar blant førstelinjeledere er antagelig knyttet til at disse arbeider på det pasientnære nivået og på den måten er tettere på selve faget enn ledere på høyere nivå i virksomheten.

Andelen blant førstelinjeledere som oppgir at de har personalansvar, er lavere enn for de øvrige ledernivåene. Det kan antagelig forklares med at i enkelte tjenester er det vanlig at såkalte fagsykepleiere innehar en lederrolle for fagutviklingen, men at de ikke har personal- eller økonomiansvar knyttet til lederrollen. Selv om vi har avgrenset til at undersøkelsen, skulle bli gjennomført av ledere med personalansvar, så viser analysene våre at det også inngår noen sykepleieledere som ikke har personalansvar i denne undersøkelsen.

⁴ Et av de innledende spørsmålene i undersøkelsen, og en forutsetning for å få tilgang til resten av undersøkelsen, var at respondenten måtte krysse av for at vedkommende har personalansvar. Når i alt seks prosent oppgir at de ikke har personalansvar i sin lederstilling, så indikerer det likevel at det er noen respondenter i undersøkelsen som ikke har slikt ansvar. Dette er likevel en såpass lav andel at det ikke vil påvirke de samlede resultatene totalt sett.

4 Rammevilkår for å lede

Antallet ansatte lederne oppgir at de har et direkte personalansvar for varierer på tvers av tjenesteområdene. Ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene rapporterer gjennomgående at de har direkte personalansvar for flere ansatte, sammenliknet med tilsvarende ledernivå i spesialisthelsetjenesten. Lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir også i større grad at de har for mange deltidsansatte og at antallet ansatte som de har personalansvar for er for høyt. Resultatene viser videre at om lag halvparten av lederne med direkte personalansvar for flere enn 29 ansatte oppgir at antallet ansatte som de har et personalansvar for er for høyt.

I dette kapittelet gis det en beskrivelse 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. Det er også en rekke spørsmål som belyser hvilket ressursbehov lederne har og behov for ulike støttefunksjoner.

4.1 Lederspenn

I spørreundersøkelsen har lederne blitt bedt om å angi antall ansatte som de har direkte personalansvar for. Vi har kategorisert svarene inn i tilsvarende kategorier som i 2014-undersøkelsen⁵, men selve spørsmålsformuleringen er endret. En direkte sammenlikning på tvers av undersøkelsene må derfor gjøres med en viss varsomhet.⁶

Tabell 4-1 Omtrent hvor mange ansatte har du et direkte personalansvar for, etter tjeneste og ledernivå? (n=2136) (%) (p≤ 0,05)

| | | 1–4 | 5–14 | 15–29 | 30–49 | 50–99 | 100–199 | 200 eller flere |
|------------------------------------|------------------|-----|------|-------|-------|-------|---------|-----------------|
| Kommunal helse- og omsorgstjeneste | Førstelinjeleder | 1 | 7 | 23 | 41 | 25 | 2 | 0 |
| | Mellomleder | 3 | 18 | 18 | 31 | 23 | 4 | 3 |
| | Toppleder | 5 | 47 | 12 | 6 | 13 | 13 | 4 |
| | Totalt | 2 | 14 | 21 | 35 | 23 | 3 | 2 |
| Spesialisthelsetjenesten | Førstelinjeleder | 1 | 13 | 21 | 36 | 27 | 2 | |
| | Mellomleder | 4 | 29 | 19 | 25 | 17 | 4 | 2 |
| | Toppleder | 10 | 48 | 14 | 14 | 10 | | 5 |
| | Totalt | 2 | 19 | 21 | 32 | 23 | 3 | 1 |
| Total | Førstelinjeleder | 1 | 10 | 23 | 39 | 26 | 2 | 0 |
| | Mellomleder | 3 | 22 | 19 | 29 | 21 | 4 | 3 |
| | Toppleder | 6 | 47 | 13 | 8 | 13 | 11 | 4 |
| | Totalt | 2 | 16 | 21 | 34 | 23 | 3 | 1 |

⁵ Andrews & Gjertsen (2014) Sykepleieledere og ledelse. NF-rapport nr. 4/2014

⁶ For de øverste svarkategoriene kan vi ikke utelukke at lederne har oppgitt det totale antallet ansatte i virksomhetene. Resultatene for disse svarkategoriene må tolkes med varsomhet.

Resultatene i Tabell 4-1 viser at det totalt sett er liten forskjell mellom tjenestene, men når vi ser nærmere på de ulike ledernivåene innenfor tjenestene finner vi noe mer variasjon. Blant førstelinjeledere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene oppgir den høyeste andelen at de har direkte personalansvar for 30–49 ansatte. Om lag en fjerdedel oppgir at de har personalansvar for hhv. 15–29 eller 50–99 ansatte. Fordelingen er rimelig lik for ledere i spesialisthelsetjenesten, men med en noe lavere andel som oppgir at de har personalansvar for 30–49 ansatte med hhv. 36 prosent mot 41 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og en noe høyere andel som oppgir at de har personalansvar for 50–99 ansatte med 27 prosent mot 25 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Tabell 4-1 viser videre at det er større forskjeller mellom mellomlederne på tvers av tjenestene. Blant mellomledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste finner vi at den høyeste andelen (29 prosent) oppgir at de har personalansvar for 5–14 ansatte. I helse- og omsorgstjenesten i kommunen oppgir 18 prosent at de har et tilsvarende antall ansatte som de har personalansvar for. Andelen som oppgir at de har ansvaret for mellom 30–49 og 50–99 ansatte er høyere blant mellomledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste, sammenliknet med i spesialisthelsetjenesten. Forskjellen mellom førstelinjeledere og mellomledere er statistisk signifikant. Tabellen viser videre at forskjellen mellom topplederne på tvers av tjenestene i antallet ansatte de har personalansvar for er mindre.

Resultatene viser at antallet ansatte førstelinjeledere og mellomledere har et direkte personalansvar for er høyere i kommunal helse- og omsorgstjeneste, sammenliknet med i spesialisthelsetjenesten.

I spørreundersøkelsen ble lederne stilt spørsmål om de oppfatter at antallet ansatte som de har personalansvar for er for høyt, og i hvilken grad de er enige i påstanden om at det er for mange deltidsansatte.

Tabell 4-2 Deltidsansatte og lederspenn, etter ledernivå og tjeneste (n=1976) (%) (*p≤ 0,05)

| | | Det er for mange deltidsansatte | | | Antall ansatte som jeg har personalansvar for er for høyt | | |
|--------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-------------------|---|-------------------------|-------------------|
| | | Svært enig/enig | Verken enig eller uenig | Uenig/svært uenig | Svært enig/enig | Verken enig eller uenig | Uenig/svært uenig |
| Førstelinjeleder * | Kommunal helse- og omsorgstjeneste | 44 | 24 | 32 | 43 | 28 | 29 |
| | Spesialisthelse-tjenesten | 22 | 18 | 61 | 38 | 22 | 40 |
| | Totalt | 34 | 21 | 45 | 41 | 25 | 34 |
| Mellomleder* | Kommunal helse- og omsorgstjeneste | 44 | 24 | 32 | 38 | 28 | 34 |
| | Spesialisthelse-tjenesten | 23 | 21 | 57 | 28 | 22 | 51 |
| | Totalt | 37 | 23 | 40 | 34 | 26 | 40 |
| Toppleder* | Kommunal helse- og omsorgstjeneste | 47 | 26 | 27 | 26 | 27 | 47 |
| | Spesialisthelse-tjenesten | 18 | 41 | 41 | 12 | 18 | 71 |
| | Totalt | 42 | 29 | 30 | 23 | 25 | 52 |
| Total | Kommunal helse- og omsorgstjeneste | 44 | 24 | 32 | 40 | 28 | 32 |
| | Spesialisthelse-tjenesten | 22 | 19 | 59 | 34 | 22 | 44 |
| | Totalt | 35 | 22 | 42 | 38 | 26 | 37 |

Tabell 4-2 viser at andelen som oppgir at de er svært enig eller enig i at det er for mange deltidsansatte er om lag dobbelt så høy blant førstelinjeledere, mellomledere og toppledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste, sammenliknet med de ulike ledernivåene i spesialisthelsetjenesten. Andelen som oppgir at de er «svært enig/enig» i påstanden om at «Antall ansatte som jeg har personalansvar for er for høyt» er høyere blant førstelinjeledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunen med 43 prosent mot 38 prosent i spesialisthelsetjenesten. Forskjellen er større blant mellomlederne med henholdsvis 38 prosent som er «svært enig/enig» i påstanden mot 28 prosent i spesialisthelsetjenesten. For topplerne er andelen henholdsvis 26 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 22 prosent i spesialisthelsetjenesten. Resultatene viser at lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste både oppgir at de har for mange deltidsansatte og at antallet ansatte de har personalansvaret for er for høyt. Resultatene er i overensstemmelse med resultatene i Tabell 4-1, som viser at lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste har direkte personalansvar for flere ansatte enn i spesialisthelsetjenesten.

For å undersøke om det er en sammenheng mellom antall ansatte lederen oppgir at de har direkte personalansvar for og påstanden om «antall ansatte jeg har personalansvar for er for høyt», har vi analysert disse variablene mot hverandre. Resultatene viser at en mindre andel er enige i påstanden om at antall ansatte jeg har personalansvar for er for høyt blant ledere som har personalansvar for inntil 29 ansatte. Når antallet ansatte overstiger 29 personer, så oppgir om lag halvparten av lederne at de er «svært enig/enig» i påstanden om antall ansatte som jeg har personalansvar for er for høyt. Resultatene indikerer at det er et «knekkpunkt» for når kontrollspennet er for høyt for lederne.

Tabell 4-3 Påstanden «antall ansatte som jeg har personalansvar for er for høyt», etter antall ansatte som lederen har direkte personalansvar for (n=1928) (%) (*p≤ 0,05)

| | Svært enig/enig | Verken enig eller uenig | Uenig/svært uenig |
|-----------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| 1–4 | 3 | 8 | 90 |
| 5–14 | 3 | 18 | 79 |
| 15–29 | 14 | 30 | 56 |
| 30–49 | 46 | 30 | 24 |
| 50–99 | 73 | 19 | 8 |
| 100–199 | 60 | 21 | 19 |
| 200 eller flere | 58 | 21 | 21 |
| Totalt | 38 | 25 | 37 |

4.2 Ressurstilgang

Seks av ti ledere oppgir at de ikke har tilstrekkelig antall ansatte, eller at de økonomiske rammene ikke er tilstrekkelige for å sikre god kvalitet på tjenestene. Videre er utfordringer som høy turnover og at det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell når noen slutter høyere innenfor helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Førsteliniereledere fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene oppgir gjennomgående at de i mindre grad har tilgang på stabs- og støtteressurser. På tvers av tjenestene viser resultatene at andelen som opplever at de ikke har tilstrekkelig tilgang til stabstøttefunksjoner øker med antall ansatte førstelinjelederne har et direkte personalansvar for.

Fagutviklingssykepleier er den ressursen som flest har tilgang til, men i varierende stillingsandel. Om lag 25 prosent av førstelinjelederne i spesialisthelsetjenesten oppgir at de ikke har tilgang på en fagsykepleier, sammenliknet med 47 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Samlet sett på tvers av tjenesteområdene oppgir lederne at det er størst behov for å styrke en funksjon som fagutviklingssykepleier, og deretter følger behovet for merkantil støtte.

Lederne 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 kvalitet i tjenestetilbudet, og i tillegg ha betydning for arbeidsforholdene til lederne. Tabell 4-4 viser både hvordan lederne samlet sett har vurdert hver enkelt påstand, og hva ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten svarer på påstandene sammenliknet med ledere i spesialisthelsetjenesten. Tabell 4-5 viser hvordan ledere på ulike nivå vurderer påstandene.

Økonomiske rammer, antall ansatte og kompetanse

Resultatene i Tabell 4-4 viser at om lag seks av ti ledere opplever at de ikke har et tilstrekkelig antall ansatte, eller at de økonomiske rammene ikke er tilstrekkelige for å sikre god kvalitet på tjenestene. Det er en signifikant forskjell mellom tjenesteområdene, og andelen ledere som mener dette er høyere i kommunal helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Forskjellen er størst når det gjelder spørsmålet om de økonomiske rammene er tilstrekkelige for å sikre god kvalitet på tjenestene. Det er relativt sett størst forskjell mellom tjenestene når det gjelder påstanden om at kompetansesammensetningen på arbeidsplassen er i samsvar med oppgaver og behov, der andelen som oppgir at de er «uenig/svært uenig» i kommunal helse- og omsorgstjeneste er 37 prosent, mens den samme andelen er 24 prosent i spesialisthelsetjenesten. Samlet sett, på tvers av tjenestene, oppgir samtidig om lag halvparten av respondentene at de er «svært enig/enig» i påstanden om at kompetansesammensetningen er i samsvar med oppgaver og behov.

Tilrettelegge for kompetanseutvikling

Når det gjelder påstanden «det er praktisk og økonomisk mulig å legge til rette for faglig oppdatering og utvikling av personalet på arbeidsplassen», oppgir i underkant av halvparten av lederne at de er «uenig/svært uenig» i påstanden. Det er en signifikant forskjell mellom tjenestene og andelen som er «uenig/svært uenig» er høyere i kommunal helse- og omsorgstjeneste med 47 prosent, mot 42 prosent i spesialisthelsetjenesten. Samlet sett oppgir i underkant av en av tre ledere at de er «svært enig/enig» i at det er praktisk og økonomisk mulig å legge til rette for faglig oppdatering og utvikling av personalet.

Rekruttering

I Tabell 4-4 inngår også spørsmål som handler om rekruttering og utfordringer knyttet til å skaffe kvalifisert personell ved korttidsfravær. Totalt sett oppgir om lag seks av ti at de er «svært enig/enig» i påstanden om at det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell når noen slutter. Andelen er noe høyere blant ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunen med 70 prosent, mot 52 prosent i spesialisthelsetjenesten. Dette er på samme nivået som i lederundersøkelsen som ble gjennomført i 2014.⁷ Resultater fra arbeidsgivermonitoren til KS viser at sykepleiere er den enkeltgruppen som kommunene opplever størst utfordringer med å rekruttere.⁸ Statistikken fra NAV viser at det er en søker til ni sykepleier- og jordmorstillinger.⁹ Resultatene på tvers av ulike kilder viser at det er betydelige rekrutteringsutfordringer, særlig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette antyder at rekrutteringsutfordringene er noe høyere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene enn i spesialisthelsetjenesten.

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 høyere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (85 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (70 prosent). Om lag en av tre ledere oppgir at de er «svært enig/enig» i at turnover er for høy. Fire av ti i kommunal helse- og omsorgstjeneste er «uenig/svært uenig» i påstanden, mot halvparten av lederne i spesialisthelsetjenesten.

⁷ Andrews & Gjertsen (2014) Sykepleieledere og ledelse. NF-rapport nr. 4/2014

⁸ Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2021

⁹ Andrews & Høgås (2017) Vilkår for ledelse – om økonomi, kompetanse, ansvar og myndighet i norske helse- og omsorgstjenester. NF-rapport nr. 10/2017

Tabell 4-4 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander, fordelt etter sektor (n=1976)¹⁰ (%) (*p≤ 0,05)

| | Kommunal helse- og omsorgstjeneste (n=1206) | | | Spesialisthelsetjenesten (n=770) | | | Totalt (n=1976) | | |
|---|---|-------------------------|--------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------|------------------|-------------------------|--------------------|
| | Svært enig/ enig | Verken enig eller uenig | Uenig/-svært uenig | Svært enig/ enig | Verken enig eller uenig | Uenig/-svært uenig | Svært enig/ enig | Verken enig eller uenig | Uenig/ svært uenig |
| De økonomiske rammene er tilstrekkelig for å sikre god kvalitet på tjenestene * | 17 | 23 | 61 | 24 | 23 | 52 | 20 | 23 | 58 |
| Vi har et tilstrekkelig antall ansatte* | 22 | 17 | 61 | 27 | 14 | 59 | 24 | 16 | 60 |
| Kompetanse-sammensetningen er i samsvar med oppgaver og behov* | 44 | 19 | 37 | 56 | 19 | 24 | 49 | 19 | 32 |
| Det er praktisk og økonomisk mulig å legge til rette for faglig oppdatering og utvikling av personalet* | 25 | 29 | 47 | 32 | 27 | 42 | 27 | 28 | 45 |
| Det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell når noen slutter* | 70 | 15 | 15 | 52 | 18 | 30 | 63 | 16 | 21 |
| Det er vanskelig å skaffe vikar/-ekstravakt med samme kompetanse ved korttidsfravær* | 83 | 10 | 7 | 70 | 17 | 13 | 78 | 13 | 9 |
| Turnover er for høy* | 25 | 33 | 42 | 26 | 24 | 50 | 26 | 29 | 45 |

¹⁰ De som har svart «annet» på sektor inngår ikke i analysene

I Tabell 4-5 viser vi de påstandene der det er en signifikant forskjell mellom de ulike ledernivåene i vurderingen av påstandene om ressurstilgang. Om lag 60 prosent av førstelinjelederne og mellomlederne er «uenig/svært uenig» i påstanden «Vi har et tilstrekkelig antall ansatte», blant topplederne er denne andelen 54 prosent. Samtidig oppgir om lag 17 prosent av topplederne at de er «svært enig/enig» i at de har et tilstrekkelig antall ansatte, noe som er lavere enn blant førstelinjeledere og mellomledere med henholdsvis 25 og 24 prosent. I fortolkningen av resultatene gjør vi oppmerksom på at vi ikke kan utelukke at topplederne har svart på vegne av hele organisasjonen og ikke bare med utgangspunkt i den gruppen topplederne har direkte personalansvar for.

Når det gjelder påstanden «Det er praktisk og økonomisk mulig å legge til rette for faglig oppdatering og utvikling av personalet», er det store variasjoner mellom ledernivåene. 40 prosent av topplederne er «svært enig/enig» i påstanden, mens andelen er betydelig lavere blant førstelinjeledere og mellomledere med henholdsvis 26 og 29 prosent. Resultatene er imidlertid ikke overraskende, tolket med utgangspunkt i at mellomledere og førstelinjeledere som regel har et større lederspenn enn toppledere, i tillegg til at førstelinjeledere arbeider på det pasientnære nivået og vil som en konsekvens av det sannsynligvis ha mindre mulighet til å kunne delta på faglig oppdatering og utvikling.

Tabell 4-5 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander, etter ledernivå (n=2018) (%) (*p≤ 0,05)

| | Førstelinjeleder (n=1158) | | | Mellomleder (n=767) | | | Toppleder (n=93) | | |
|---|---------------------------|-------------------------|--------------------|---------------------|-------------------------|--------------------|------------------|-------------------------|--------------------|
| | Svært enig/-enig | Verken enig eller uenig | Uenig/-svært uenig | Svært enig/enig | Verken enig eller uenig | Uenig/-svært uenig | Svært enig/-enig | Verken enig eller uenig | Uenig/-svært uenig |
| De økonomiske rammene er tilstrekkelig for å sikre god kvalitet på tjenestene | 19 | 23 | 59 | 22 | 22 | 56 | 18 | 30 | 52 |
| Vi har et tilstrekkelig antall ansatte* | 25 | 14 | 61 | 24 | 16 | 60 | 17 | 29 | 54 |
| Kompetansesammenstillingen er i samsvar med oppgaver og behov | 50 | 18 | 32 | 50 | 19 | 31 | 35 | 26 | 39 |
| Det er praktisk og økonomisk mulig å legge til rette for faglig oppdatering og utvikling av personalet* | 26 | 26 | 48 | 29 | 31 | 40 | 40 | 19 | 41 |
| Det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell når noen slutter | 61 | 18 | 21 | 65 | 14 | 21 | 73 | 15 | 12 |
| Det er vanskelig å skaffe vikar/ekstravakt med samme kompetanse ved korttidsfravær | 79 | 12 | 9 | 77 | 14 | 10 | 75 | 14 | 11 |
| Turnover er for høy | 25 | 27 | 48 | 26 | 31 | 42 | 25 | 37 | 39 |

Lederne i undersøkelsen ble stilt spørsmål om hvilke endringer det er behov for, for å ivareta og forbedre kvaliteten i tjenestetilbudet ved deres tjenester. Når det gjelder ønskede endringer, fremstår behovet for flere ansatte som tydelig. Både blant førstelinjeledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten oppgir om lag halvparten av lederne at det er behov for flere årsverk. Det er samtidig stor forskjell mellom tjenestene når det gjelder behovet for en høyere andel heltidsstillinger i virksomheten. I kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir 42 prosent at det «i svært stor/stor grad» er behov for en høyere andel heltidsstillinger sammenliknet med spesialisthelsetjenesten, der andelen ledere som rapporterer dette er 25 prosent.

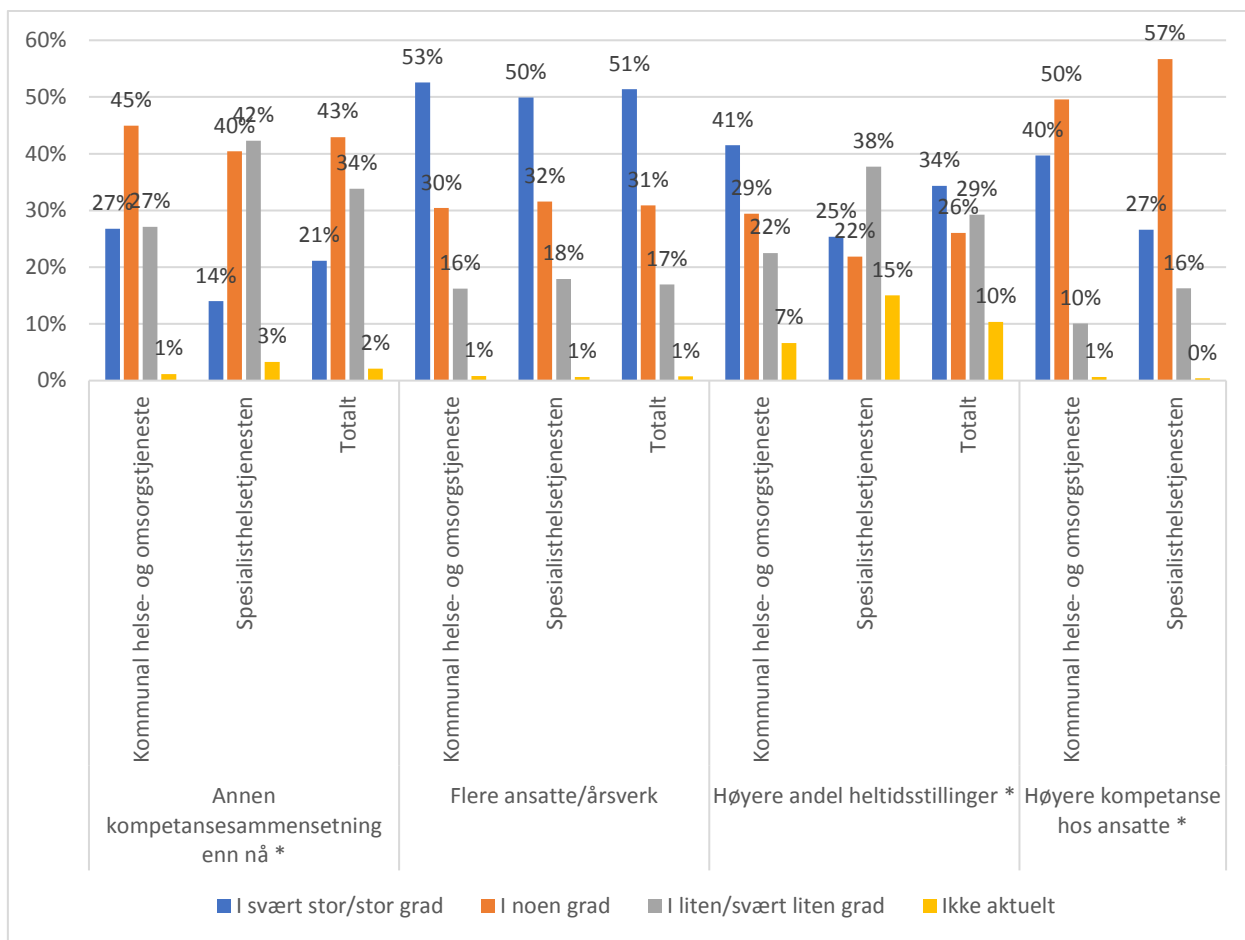
Tilsvarende oppgir henholdsvis 22 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 38 prosent i spesialisthelsetjenesten at det «i liten/i svært liten grad» er behov for høyere andel heltidsstillinger i virksomheten. Variasjonen mellom tjenestene kan sannsynligvis forklares med at det er langt mer utbredt med deltidsstillinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten.¹¹ Resultatene stemmer også overens med resultatene presentert i Tabell 4-2, der andelen som oppgir at de er «svært enig/enig» i at andelen deltidsansatte i virksomheten er for høy, er dobbelt så høy i kommunal helse- og omsorgstjeneste (44 prosent), sammenliknet med spesialisthelsetjenesten der den tilsvarende andelen er 22 prosent.

Behov for kompetanse

Lederne har også blitt stilt spørsmål om det er behov for høyere kompetanse hos de ansatte, og om det er behov for en annen kompetansesammensetning enn den de har tilgjengelig i virksomheten i dag. Det er en signifikant forskjell mellom tjenesteområdene på dette spørsmålet. Når det gjelder behov for en annen kompetansesammensetning svarer 27 prosent «i svært stor/i stor grad» at dette er et behov i kommunal helse- og omsorgstjeneste, mens andelen i spesialisthelsetjenesten er 14 prosent. De fleste lederne i begge tjenestene svarer «i noen grad» på dette spørsmålet, mens det er stor variasjon mellom tjenestene i andelen som oppgir at det «i liten/i svært liten» grad er behov for en annen kompetansesammensetning. Andelen som oppgir dette i kommunal helse- og omsorgstjeneste er 27 prosent, mens i spesialisthelsetjenesten er denne andelen 42 prosent. Det er også forskjeller mellom tjenestene når det gjelder behovet for høyere kompetanse blant de ansatte. I kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir 40 prosent at de er «svært enig/enig» i at dette er et behov, mens andelen som oppgir det samme i spesialisthelsetjenesten er 27 prosent. Denne forskjellen kan antageligvis forklares med at det er mange ufaglærte som arbeider i helse- og omsorgstjenestene i kommunene sammenliknet med i spesialisthelsetjenesten.

Den største andelen av lederne innenfor begge tjenesteområdene oppgir at det «i noen grad» er et behov for høyere kompetanse i virksomheten, mens 10 prosent oppgir at det «i liten/i svært liten grad» er et behov for dette i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 16 prosent i spesialisthelsetjenesten. Se figur 4-1.

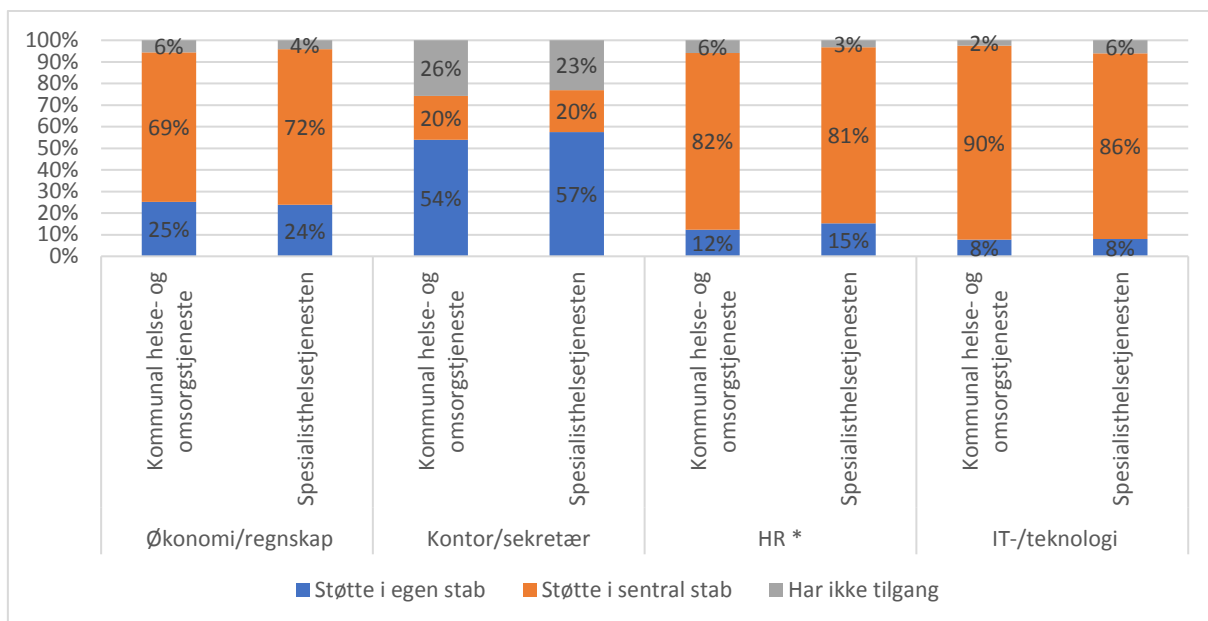
¹¹ Noa.stami.no



Figur 4-1 I hvilken grad er det behov for følgende endringer innenfor virksomheten du leder (Førstelini ledere n=1090) (*p≤ 0,05)

Et annet forhold som forventes å ha betydning for kvaliteten i tjenestetilbudet, og arbeidsforholdene til lederne, er hvilken tilgang lederne har på ulike støttefunksjoner. Figur 4-2 viser tilgang lederne i undersøkelsen oppgir at de har til ulike støttefunksjoner, og videre om de har støttefunksjonene tilgjengelig i egen stab, eller i sentral stab. Resultatene viser videre at det ikke er noen forskjell mellom lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten når det dreier seg om tilgang til støttefunksjoner som økonomi/regnskap, kontor/sekretær, eller IT/teknologi. Det er imidlertid en signifikant forskjell mellom tjenestene når det gjelder tilgang på støtte fra HR. Det er en noe høyere andel i spesialisthelsetjenesten som oppgir at de har HR-støtte i egen stab (15 prosent, mot 12 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste), mens det for begge tjenestene er mest utbredt å ha tilgang til HR-støtte i sentral stab. Resultatene viser videre at det er en noe høyere andel i kommunal helse- og omsorgstjeneste (6 prosent), som ikke har tilgang på HR-ressurser, sammenliknet med ledere i spesialisthelsetjenesten (3 prosent).

Figur 4-2 viser videre at det er mest utbredt å ha tilgang på sekretær/kontorstøtte i egen stab, noe som oppgis av om lag halvparten av lederne i begge tjenestene, 20 prosent oppgir at de har slik støtte i sentral stab, mens henholdsvis 26 prosent av lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 23 prosent av lederne i spesialisthelsetjenesten ikke har slik støtte. En mindre andel av lederne i begge tjenestene oppgir at de har økonomi/regnskapsstøtte i egen stab, mens om lag syv av ti oppgir at de har støtte i sentral stab. En liten andel oppgir at de ikke har tilgang på den typen støtte (6 og 4 prosent).



Figur 4-2 Hvordan har du som leder tilgang på støttefunksjoner (førstelinjeledere n=1067) (*p≤ 0,05)

Tabell 4-6 I hvor stor stillingsstørrelse har du ulike stabsfunksjonene tilknyttet deg som leder, blant førstelinjeledere (n=1046) (%) (*p≤ 0,05)

| | | 0 | 1–10 | 11–25 | 2–50 | 51–75 | 76–99 | 100 | Mer enn 100 |
|------------------------------------|-----------------------------|----|------|-------|------|-------|-------|-----|-------------|
| Kommunal helse- og omsorgstjeneste | Fagutviklings-sykepleier | 47 | 12 | 8 | 7 | 2 | 3 | 20 | 3 |
| | Driftssykepleier | 78 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 6 | 1 |
| | Studentansvarlig sykepleier | 73 | 13 | 3 | 3 | 1 | 1 | 6 | |
| | Turnusansvarlig sykepleier | 90 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | |
| Spesialisthelsetjenesten | Fagutviklings-sykepleier | 25 | 13 | 12 | 13 | 6 | 7 | 17 | 7 |
| | Driftssykepleier | 53 | 9 | 5 | 6 | 5 | 5 | 16 | 2 |
| | Studentansvarlig sykepleier | 57 | 18 | 13 | 5 | 1 | 2 | 4 | |
| | Turnusansvarlig sykepleier | 72 | 10 | 5 | 4 | 2 | 2 | 4 | 0 |

Tabell 4-6 viser overordnet at de fleste lederne oppgir at de ikke har faste stabsfunksjoner på de ulike områdene, men med noen unntak.

Tabellen viser også at det er forskjeller mellom førstelinjeledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten når det gjelder i hvilken grad de har ulike stabsfunksjoner knyttet til seg som leder. Førstelinjeledere fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene oppgir gjennomgående at de i mindre grad har tilgang på stabsressurser. Dette dreier seg om samtlige støttefunksjoner.

Blant disse lederne er det fagutviklingssykepleier som er den faste ressursen flest oppgir at de har i fast stillingsprosent. 20 prosent oppgir at de har en slik ressurs i full stilling, mens 12 prosent oppgir at de har denne funksjonen i inntil 10 prosent stilling. 47 prosent av respondentene fra kommunal helse- og omsorgstjeneste oppgir at de ikke har denne funksjonen i fast stillingsprosent. 13 prosent av respondentene fra de kommunale tjenestene oppgir videre at de har studentansvarlig sykepleier i inntil 10 prosent.

Blant førstelinjelederne i spesialisthelsetjenesten er det også fagutviklingssykepleier som er den funksjonen flest oppgir at de har fast knyttet til seg som leder. 17 prosent oppgir at de har dette i 100 prosent stilling, mens henholdsvis 13 og 12 prosent oppgir at de har dette i inntil 10 eller inntil 25 prosent. Det er også 16 prosent av disse lederne som oppgir å ha driftssykepleier som en 100 prosents funksjon. 9 prosent oppgir at de har driftssykepleier i inntil 10 prosent. Innenfor spesialisthelsetjenesten er det også en større andel (18 prosent) som oppgir at de har studentansvarlig sykepleier i inntil 10 prosent stilling, og 13 prosent som har inntil 25 prosent til denne funksjonen. 10 prosent av disse lederne svarer også at de har turnusansvarlig sykepleier i inntil 10 prosent.

Tabell 4-6 viser at andelen fagsykepleiere er lavere i den kommunal helse- og omsorgstjenesten, sammenliknet med spesialisthelsetjenesten. Tabell 4-6 viser videre at en av fire førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten ikke har tilgang på en fagsykepleier.

Lederne ble stilt spørsmål om de opplever at de har tilstrekkelig tilgang til stabs- og støttefunksjoner for å ivareta lederansvaret. Nedenfor viser vi fordelingen for førstelinjelederne.

Resultatene i Tabell 4-7 viser at nærmere fire av ti førstelinjeledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og tre av ti førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten mener at de ikke har tilstrekkelig tilgang på stab- og støttefunksjoner for å ivareta lederansvaret sitt. Vi har sett nærmere på om denne andelen øker etter antall ansatte. Resultatene viser at andelen som opplever at de ikke har tilstrekkelig tilgang til stab-støttefunksjoner øker med antall ansatte førstelinjelederne har et direkte personalansvar for.

Tabell 4-7 Opplever du å ha tilstrekkelig tilgang til stab- og støttefunksjoner for å ivareta ditt lederansvar? etter førstelinjeledere (n=1036) (%) (*p≤ 0,05)

| | Kommunal helse- og omsorgstjeneste | Spesialisthelsetjenesten | Totalt |
|--------|------------------------------------|--------------------------|--------|
| Ja | 21 | 23 | 22 |
| Delvis | 41 | 47 | 43 |
| Nei | 39 | 30 | 35 |

Lederne ble stilt spørsmål om hvilke stabs-/støttefunksjoner de opplever at det er størst behov for å styrke. I undersøkelsen var det mulig å krysse av for inntil tre alternativer på dette spørsmålet. Tabell 4-8 viser andel svar innenfor hver kategori.

Tabell 4-8 Hvilke stabs-/støttefunksjoner er det størst behov for å styrke rundt deg som leder, fordelt for førstelinjeledere (n=1046) (%) (mulig å krysse av for tre alternativer)

| | Kommunal helse- og omsorgstjeneste | Spesialisthelsetjenesten | Totalt |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------|
| Økonomi/regnskap | 27 | 25 | 26 |
| Merkantile funksjoner | 44 | 40 | 42 |
| HR | 32 | 40 | 35 |
| IT/teknologi | 22 | 17 | 20 |
| Fagutviklingssykepleier | 51 | 42 | 47 |
| Driftssykepleier | 39 | 37 | 38 |
| Studentansvarlig sykepleier | 14 | 15 | 15 |
| Turnusansvarlig sykepleier | 18 | 20 | 19 |

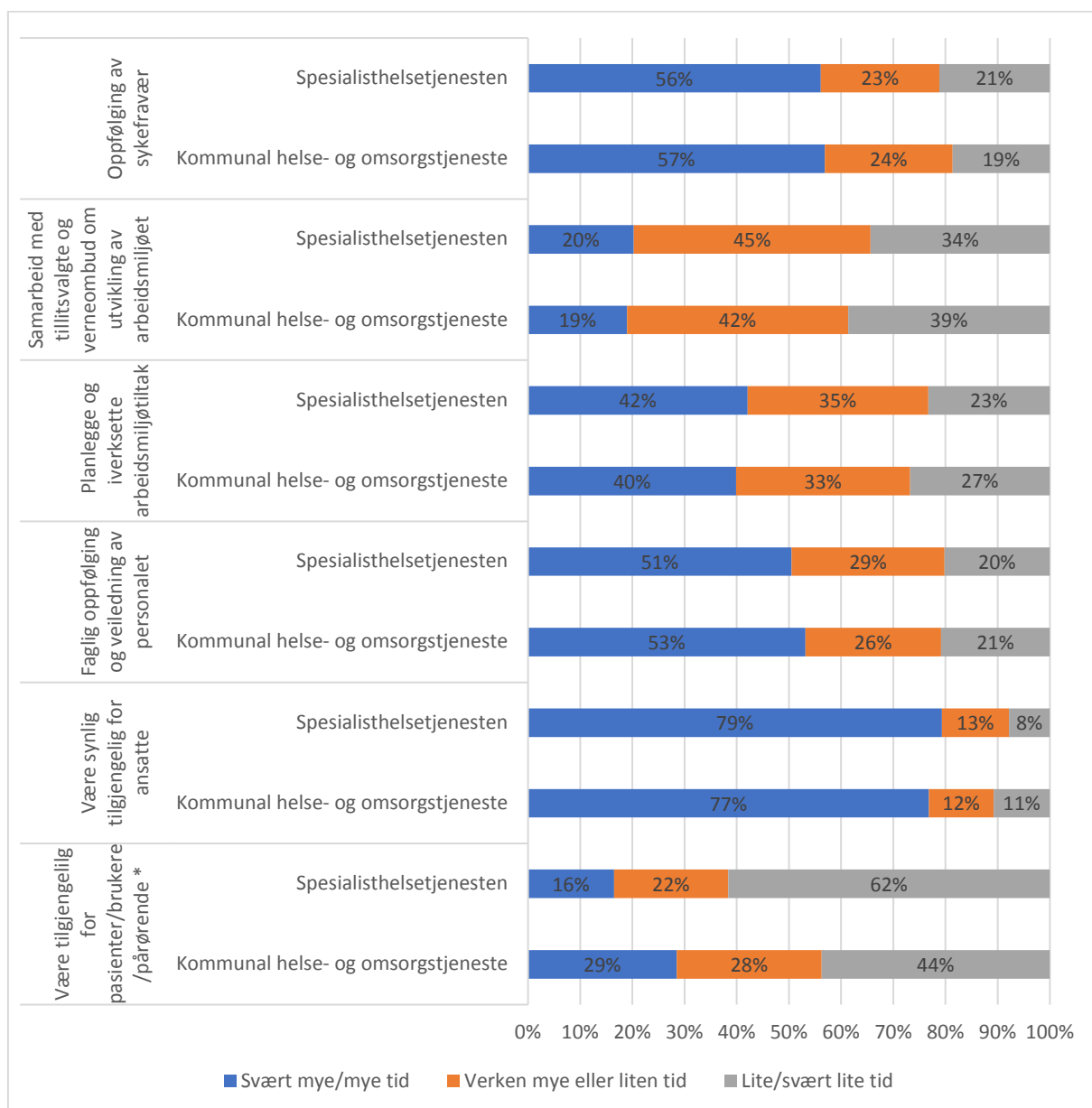
Totalt sett viser resultatene at lederne på tvers av tjenestoområdene mener det er størst behov for å styrke en funksjon som fagutviklingssykepleier og merkantile funksjoner. Lederne i spesialisthelsetjenesten oppgir i større grad et behov for å styrke HR-funksjonen, mens i kommunal helse- og omsorgstjeneste er det mer behov for en fagutviklingssykepleier. Det sistnevnte skyldes antagelig at det har vært lengre tradisjon for å ha fagutviklingssykepleiere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunen.

5 Tidsbruk

Overordnet er det liten forskjell i ledernes tidsbruk på ulike oppgaver på tvers av tjenestene. Ni av ti ledere i begge tjenestene oppgir at de bruker «svært mye/mye» tid på å svare på henvendelser via telefon og e-post. Åtte av ti oppgir at de bruker «svært mye/mye» tid på å være synlige og tilgjengelige for ansatte, mens om lag seks av ti oppgir at de bruker «svært mye tid/mye tid» på oppfølging av sykefravær. Om lag fire av ti ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og om lag seks av ti i spesialisthelsetjenesten bruker minst tid på å være tilgjengelig for pasienter/brukere og pårørende. Det er forskjell mellom ledernivåene i hvilke oppgaver de bruker tid på. Førstelinjeledere bruker mest tid på oppfølging av sykefravær, faglig oppfølging og veiledning av personalet, å være synlig og tilgjengelig for ansatte. En høyere andel blant mellomledere og toppledere bruker «svært mye/mye» tid på samarbeid med tillitsvalgte og verneombud om utvikling av arbeidsmiljøtiltak og med planlegging og iverksetting av arbeidsmiljøtiltak. En av ti førstelinjeledere oppgir at de daglig jobber klinisk med pasienter/brukere. 15 prosent oppgir at de daglig utfører oppgaver som egne ansatte burde ha gjort. Samtidig oppgir fire av ti ledere at de daglig utfører oppgaver som merkantilt og administrativt personell burde ha gjort.

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. Resultatene presenteres i to figurer, der Figur 5-1 viser svarfordelingen til påstandene som dreier seg om relasjonelt arbeid i lederrollen, mens resultatene i Figur 5-2 viser svarfordelingen til praktisk oppgaveorientert og strategiarbeid.

Relasjonelt arbeid, etter tjeneste

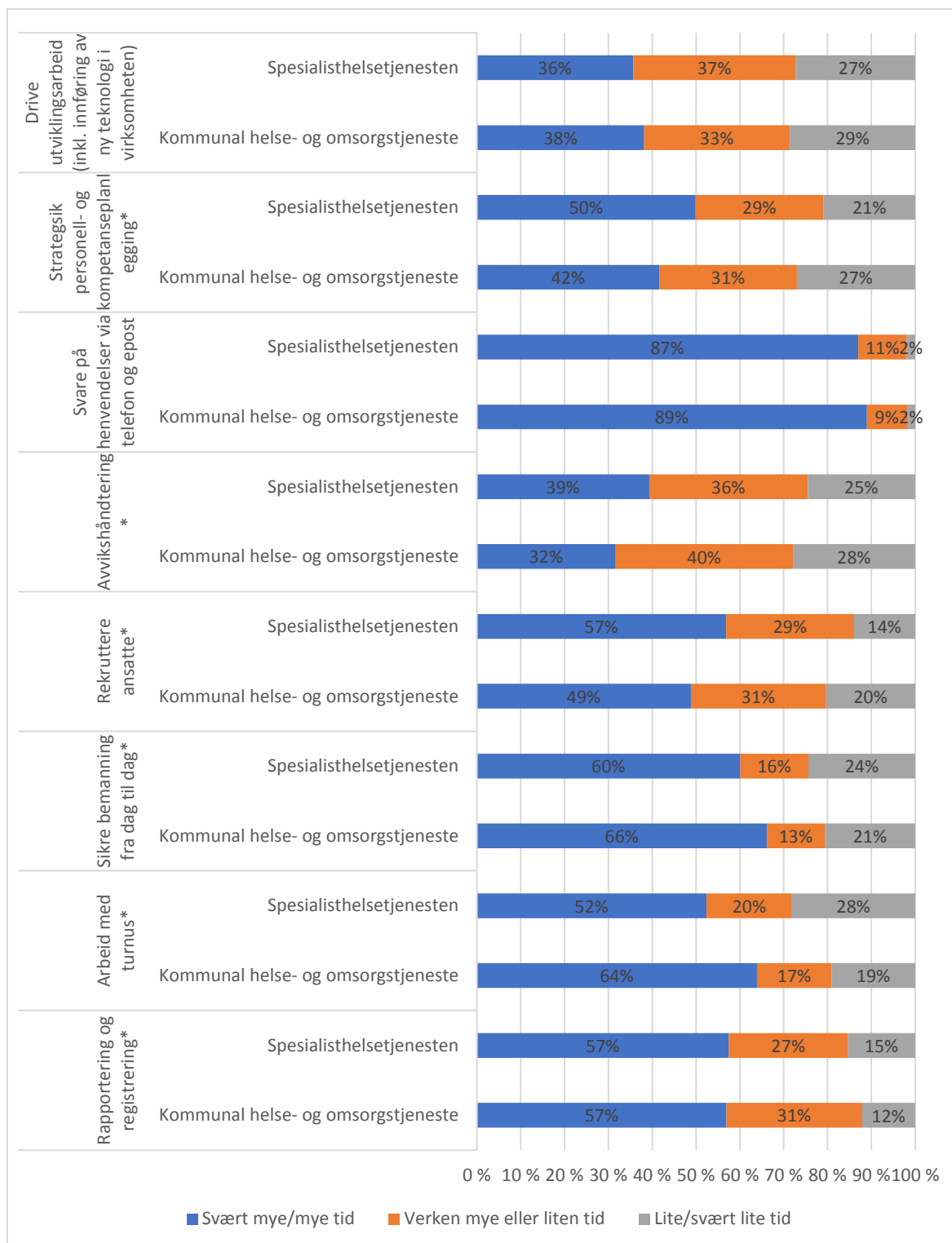


Figur 5-1 | Løpet av en vanlig arbeidsuke, hvor mye tid vil du si går med til følgende arbeidsoppgaver, knyttet til relasjonelt arbeid? (n=1676 - 2038) (* p ≤ 0.05)

Resultatene viser at det er små forskjeller mellom ledere i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste når det gjelder tidsbruk på det som kan betegnes som *relasjonelle* lederoppgaver. Et unntak er tid brukt på å være tilgjengelig for pasienter/brukere/pårørende, der resultatene viser at i overkant av seks av ti ledere i spesialisthelsetjenesten mot i overkant av fire av ti ledere i kommunal- helse og omsorgstjeneste bruker lite eller svært lite tid på å være tilgjengelig for pasienter/brukere/pårørende. Derimot oppgir nærmere åtte av ti ledere innenfor begge tjenesteområdene at de bruker mye tid på å være synlige for ansatte, og om lag halvparten av lederne oppgir at de bruker mye tid på faglig oppfølging og veiledning av personalet. Det er en litt høyere andel ledere innenfor begge områder (57 prosent i de kommunale tjenestene og 56 prosent i spesialisthelsetjenesten) som oppgir at de bruker mye tid på oppfølging av sykefravær. Om lag fire av ti oppgir at de bruker mye tid på planlegging og iverksetting av arbeidsmiljøtiltak, mens en lavere andel (19 og 20 prosent i henholdsvis de kommunale tjenestene og spesialist-

helsetjenesten) oppgir at de bruker mye tid på samarbeid med tillitsvalgte og verneombud om utvikling av arbeidsmiljøet. Det siste indikerer at det er et forbedringspotensial når det kommer til å benytte slike ressurser inn i forebyggende arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene.

Praktisk og strategisk arbeid, etter tjeneste

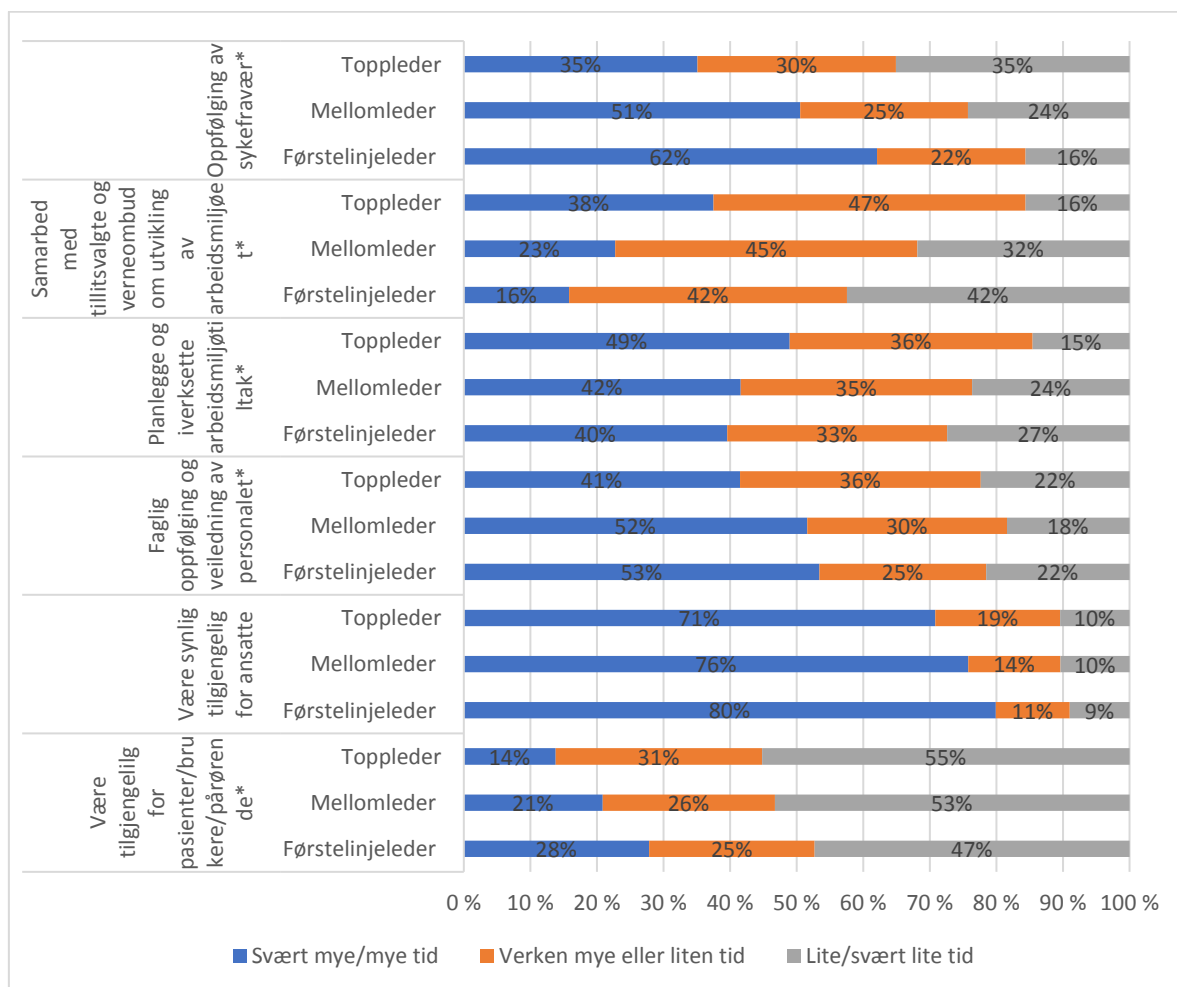


Figur 5-2 I løpet av en vanlig arbeidsuke, hvor mye tid vil du si går med til følgende arbeidsoppgaver, knyttet til praktisk og strategisk arbeid? (n=1676 - 2038) (* p ≤ 0.05)

Relasjonelt arbeid, etter ledernivå

Figur 5-2 viser at det er noen flere forskjeller mellom lederne i tjenestene når det gjelder tidsbruk på praktisk oppgaveløsning og strategisk arbeid. Resultatet som det er spesielt verdt å merke seg er at nærmere ni av ti ledere i begge tjenestene oppgir at de bruker «svært mye/mye» tid på å svare på henvendelser via telefon og e-post. Dette resultatet kan nok reflekteres i den relativt høye andelen av lederne som ønsket seg mer merkantil støtte. Det er ingen forskjell mellom lederne i tjenestene når det dreier seg om tidsbruk på å drive utviklingsarbeid i virksomheten, og resultatene er jevnt fordelt på de ulike svarkategoriene. Blant lederne i spesialisthelsetjenesten er det noe mer utbredt å bruke mye tid på strategisk personell- og kompetansekartlegging og rekruttering av ansatte.

Bildet er omvendt når det gjelder arbeid med turnus og arbeid med å sikre bemanning fra dag til dag, der lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste i større grad rapporterer at de bruker mye tid på slike oppgaver. Disse resultatene kan være et uttrykk for mindre stabilitet og høyere fravær blant ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste i tillegg til at lederne i spesialisthelsetjenesten har mer støtte i form av ulike stabsfunksjoner som vist i Tabell 4-6. En høyere andel av lederne i spesialisthelsetjenesten (39 prosent, mot 32 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste) rapporterer at de bruker mye tid på avvikshåndtering, samtidig som i underkant av en av tre ledere og en av fire ledere i hhv. kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten bruker svært lite eller lite tid på denne aktiviteten. Dette er verdt å merke seg da avvikshåndtering er et viktig virkemiddel for kvalitetsforbedring av tjenestene.



Figur 5-3 | Løpet av en vanlig arbeidsuke, hvor mye tid vil du si går med til følgende arbeidsoppgaver, knyttet til relasjonelt arbeid fordelt for ledernivå? (n=1676 - 2038) (* p ≤ 0.05)

Figur 5-3 viser at det er variasjoner i tidsbruken på ulike arbeidsoppgaver på tvers av de tre ledernivåene i undersøkelsen. Det følger naturlig av at ledernivåene har ulike roller og ansvar i virksomheten. Resultatene viser at topplederne har aktiviteter på et overordnet nivå, mellomlederne skiller seg fra førstelinjelederne ved at de som topplederne i mindre grad bruker tid på arbeidsoppgaver knyttet til det mer operative nivået, som oppfølging av sykefravær, faglig oppfølging og veiledning av personalet, og tilstedeværelse for pasienter/brukere/pårørende.

Resultatene viser at det er en høyere andel blant topplederne som oppgir at de bruker mye tid på planlegging og iverksetting av arbeidsmiljøtiltak og samarbeid med tillitsvalgte og verneombud om utvikling av arbeidsmiljøet. Det at arbeidsmiljøtiltak er en aktivitet som det blir brukt tid på, særlig av topplederne, er et viktig funn, som sier noe om at dette er en prioritert aktivitet. Men samtidig er det også et funn at en lavere andel toppledere oppgir at de bruker mye tid på å samarbeide med tillitsvalgte og verneombud i arbeidsmiljøarbeidet. Til sammenlikning bruker fire av ti mellomledere og førstelinjeledere svært mye/mye tid på arbeidsmiljøtiltak, mens en av tre førstelinjeledere og en av fire mellomledere bruker lite/svært lite tid. Både blant mellomledere og førstelinjeledere er det en lavere andel som oppgir at de bruker mye tid på samarbeid med tillitsvalgte/verneombud.

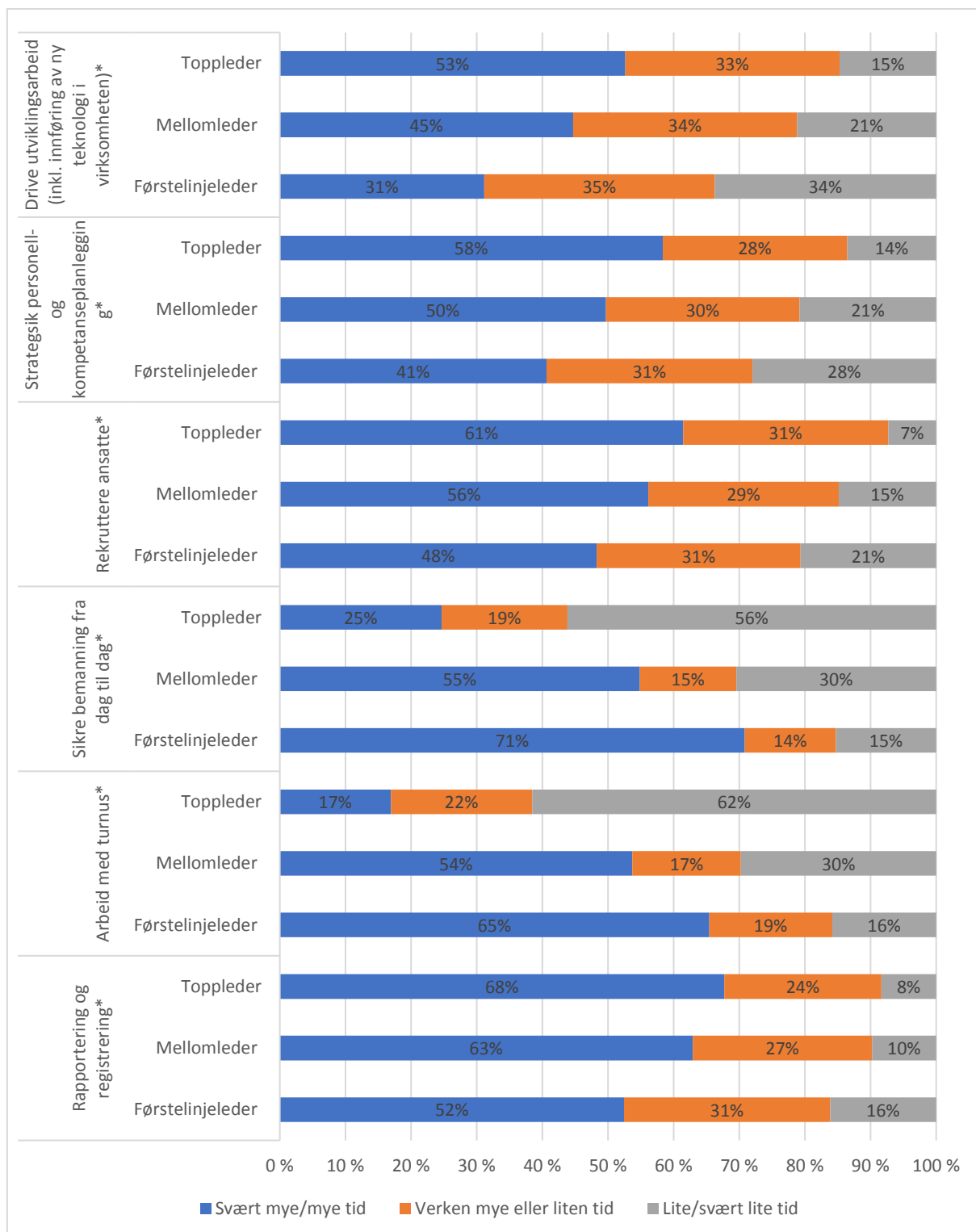
I undersøkelsen stilles det også spørsmål om «samarbeid med tillitsvalgte og verneombud gir meg god støtte som leder». På dette spørsmålet er det ingen signifikant forskjell mellom svarene fra de to tjenesteområdene, eller på tvers av ledernivåene. I alt oppgir 56 prosent av respondentene at samarbeidet gir dem god støtte som leder, 29 prosent oppgir dette «i noen grad», mens 14 prosent oppgir at samarbeidet «i liten/svært liten grad» gir støtte.

Førstelinjeledere bruker ifølge undersøkelsen mye tid på oppfølging av sykemeldte, og rapporterer på tilnærmet samme nivå som mellomlederne at de bruker mye tid på faglig veiledning, oppfølging og å være synlige for personalet.

Førstelinjeledere er det ledernivået som bruker mest tid på å være tilgjengelig for pasienter/brukere og pårørende. Men samtidig sier om lag halvparten av førstelinjelederne og mellomlederne at de bruker «lite/svært lite» tid på å være tilgjengelig for pasienter, brukere og pårørende. Førstelinjeledere arbeider på det pasientnære nivået. Resultatene kan tolkes i retning av at selv om de arbeider pasientnært, er det likevel ikke slik at det er utbredt blant lederne på dette nivået å være tilgjengelige for pasienter, brukere eller pårørende.

Praktisk og strategisk arbeid, etter ledernivå

Figur 5-4 viser resultater der det er signifikante forskjeller mellom ledernivåene.



Figur 5-4 I løpet av en vanlig arbeidsuke, hvor mye tid vil du si går med til følgende arbeidsoppgaver, knyttet til strategisk og praktisk arbeid, etter ledernivå (n=1797-2082) (* p ≤ 0.05)

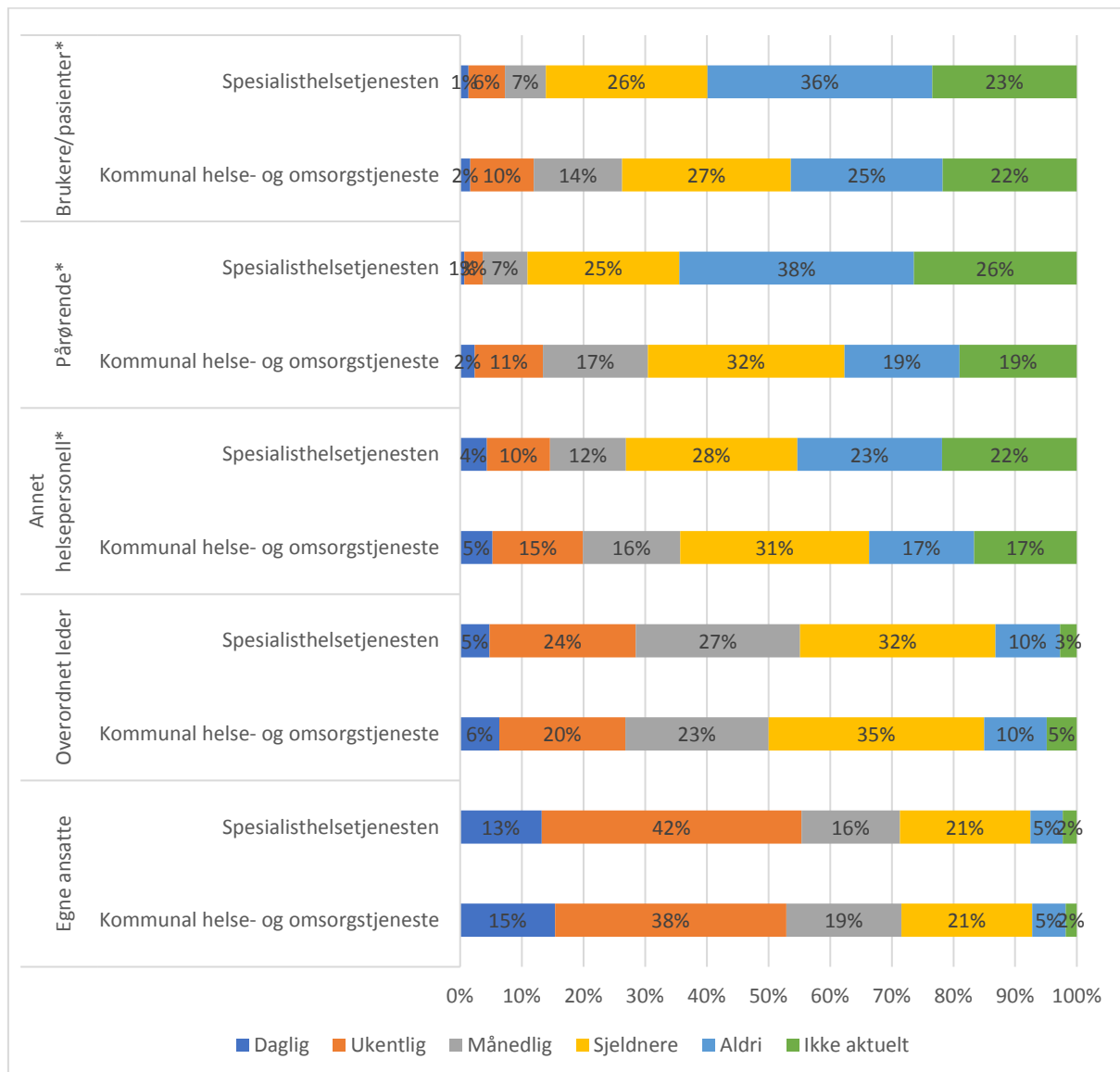
På samme måte som resultatene i Figur 5-3, viser Figur 5-4 at tidsbruken på de ulike aktivitetene gjenspeiler kravene og forventningene som gjerne forbindes med de ulike ledernivåene. Topp- lederne rapporterer gjennomgående at de bruker mer tid på å drive utviklingsarbeid, strategisk personell- og kompetanseplanlegging, rekruttering, samt rapportering og registrering, sammenliknet med de andre ledernivåene. Mellomlederne inntar en mellomposisjon og bruker også mer tid på strategisk arbeid enn førstelinjelederne, samt rapportering og registreringsarbeid. Førstelinje- lederne bruker mer tid på den operative driften knyttet til arbeid med turnus og å sikre bemanning fra dag til dag.

Tabell 5-1 Omtrent hvor ofte jobber du klinisk med pasienter/brukere, etter førstelinjeledere (n=1010) (%)

| | Daglig | Ukentlig | Månedlig | Unntaksvis | Aldri |
|------------------------------------|--------|----------|----------|------------|-------|
| Kommunal helse- og omsorgstjeneste | 8 | 20 | 14 | 42 | 17 |
| Spesialisthelsetjenesten | 11 | 22 | 16 | 35 | 16 |
| Totalt | 9 | 21 | 14 | 39 | 17 |

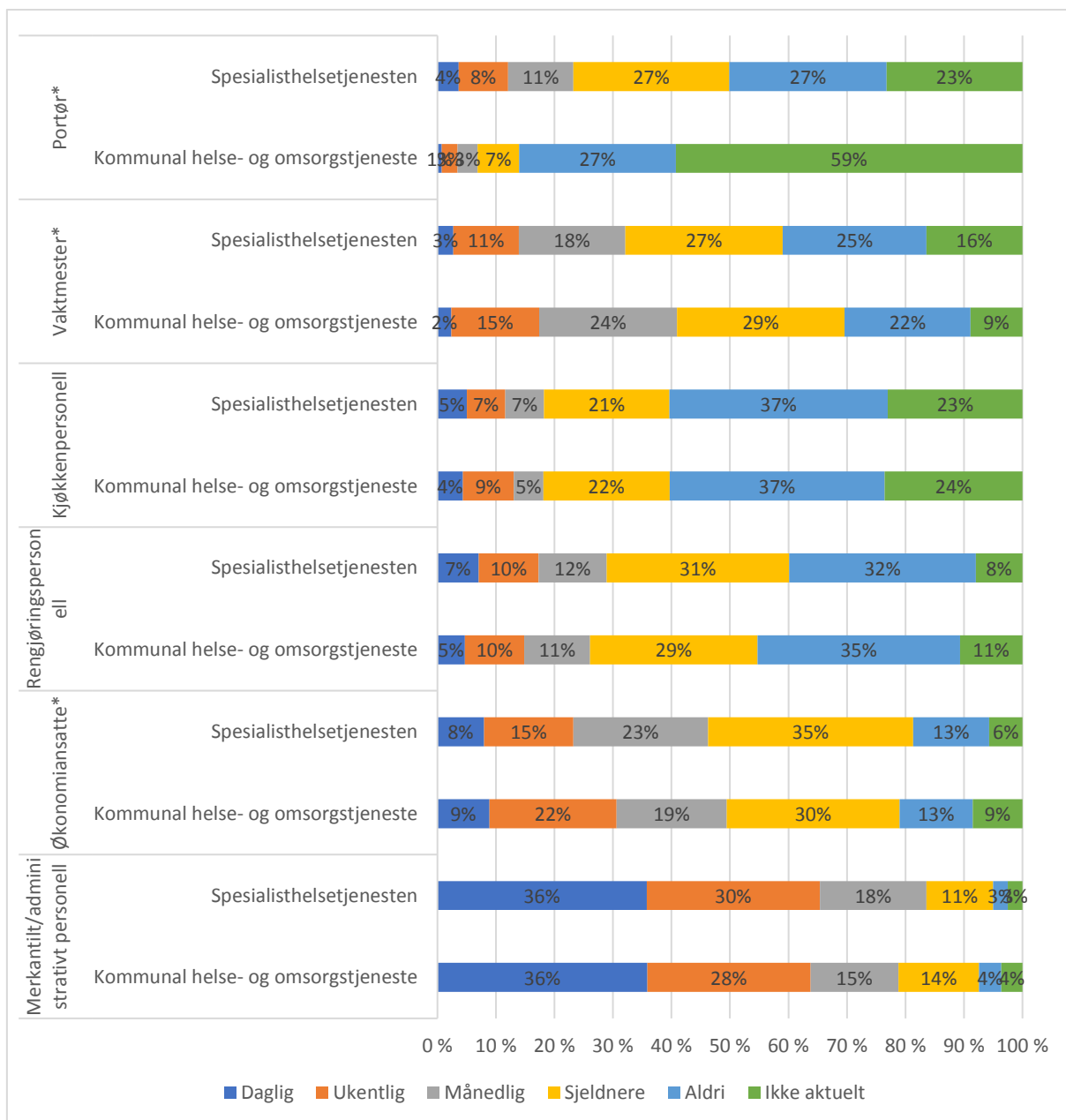
Tabell 5-1 viser at om lag en av ti førstelinjeledere daglig jobber klinisk med pasienter/brukere, om lag to av ti arbeider ukentlig, mens mellom en av ti og to av ti oppgir at de månedlig arbeider klinisk. I underkant av seks av ti oppgir at de unntaksvis eller aldri jobber klinisk med brukerne. Det er ingen signifikant forskjell mellom tjenestene.

I spørreundersøkelsen er lederne spurt om hvor ofte de utfører oppgaver som andre burde ha gjort. Nedenfor viser vi resultater for førstelinjeledere fordelt etter tjeneste. Det er en rekke grupper som respondenten må ta stilling til. Vi har fordelt resultatene i to figurer.



Figur 5-5 Hvor ofte opplever du at du utfører oppgaver som følgende grupper heller burde gjøre, del 1? Førstelinjeledere (n=991) (* p ≤ 0.05)

Figur 5-5 viser at det er noe forskjell mellom ledere i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste når det gjelder oppgaver som lederne utfører og som andre grupper burde ha gjort. Den gruppen som lederne i størst grad daglig utfører oppgaver for er egne ansatte. Det er noe mer utbredt at lederne utfører oppgaver daglig, ukentlig og månedlig for annet helsepersonell for brukere og pasienter og for pårørende i kommunal helse- og omsorgstjeneste enn i spesialisthelsetjenesten. Det kan nok være flere forklaringer til det, men det kan henge sammen med at relasjonene mellom pasienter/brukere og pårørende blir tette og mer langvarige i kommunen, enn i spesialisthelsetjenesten og på den måten er det enklere å be om bistand/hjelp enn i mer kortvarige pasient/bruker og pårørende forløp i spesialisthelsetjenesten.



Figur 5-6 Hvor ofte opplever du at du utfører oppgaver som følgende grupper heller burde gjøre, del 2? Førstelinjeledere (n=991) (* p ≤ 0.05)

Figur 5-6 viser at både blant førstelinjeledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten så oppgir lederne at de daglig og ukentlig utfører arbeid som merkaantilt/-administrativt personell heller burde gjøre. Det er noe mer utbredt blant ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste å oppgi at de utfører oppgaver som økonomiansatte heller burde utføre. Det er mer sjeldent at lederen gjør oppgaver som kjøkkenpersonell eller rengjøringspersonell burde gjøre. Det er også mer sjelden at lederne oppgir at de utfører oppgaver som en portør burde utføre. Dette er først og fremst aktuelt for ledere i spesialisthelsetjenesten.

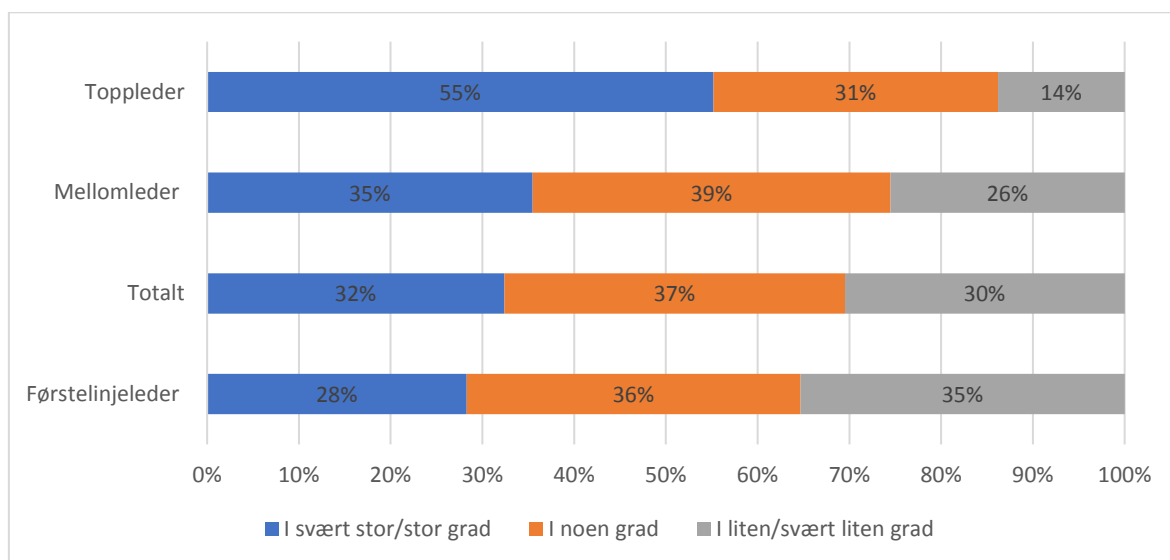
Resultatene samlet sett for både Figur 5-5 og Figur 5-6 viser at lederne utfører oppgaver som merkaantilt/administrativt og personell burde utføre. Dette gjenspeiles i Tabell 4-8 der merkaantilt støtte er det som trekkes frem som en av de mest ønskede stab- og støttefunksjonene blant lederne.

5.1 Handlingsrom for strategisk arbeid

Det er mer utbredt blant topplederne, sammenliknet med både mellomledere og førstelinjeledere, å oppleve at det er en strategisk og langsiktig planlegging og utvikling av sykepleiefaget. Det er en noe høyere andel hvor nærmeste overordnede er sykepleier som oppgir at det er en strategisk og langsiktig planlegging og utvikling av sykepleiefaget og sykepleietjenesten, enn blant dem som oppgir at nærmeste leder har en annen fagbakgrunn. Resultatene viser at hvilket ledernivå en selv har ser ut til å ha mer betydning enn fagbakgrunnen til nærmeste leder for oppfattelsen om at det er en strategisk og langsiktig utvikling av sykepleiefaget. Bedre rammebetingelser har betydning for en opplevelse av at det er en strategisk og langsiktig planlegging og utvikling av sykepleiefaget og sykepleietjenesten ved virksomheten.

Lederne har blitt stilt spørsmål om i hvilken grad de opplever at det er handlingsrom for strategisk arbeid innenfor sykepleiefaget og tjenesten i virksomheten de arbeider i. Resultatene viser at det ikke er noen signifikant forskjell mellom ledere i spesialisthelsetjenesten og ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men at det er signifikante forskjeller mellom de ulike ledernivåene. Blant toppledere oppgir over halvparten at det «i svært stor grad/i stor grad» er en strategisk og langsiktig planlegging og utvikling av sykepleiefaget og tjenesten i virksomheten, mens denne andelen er lavere blant mellomlederne (55 prosent), og enda lavere blant førstelinjelederne (28 prosent).

Resultatene reflekterer funnene i Figur 5-3 og Figur 5-4, ved at det strategiske arbeidet i all hovedsak utføres av topplederne. Mellom tre av ti og fire av ti ledere, uavhengig av ledernivå, opplever at det er en strategisk og langsiktig planlegging og utvikling. Når det gjelder toppledernivå, så oppgir 14 prosent at det er lite eller svært lite utvikling av tjenesten. Det at lederne på det pasientnære nivået, der sykepleiefaget utøves og utvikles, i langt mindre grad opplever at det er en strategisk planlegging og utvikling av sykepleiefaget kan være et signal om at kommunikasjonen mellom de ulike ledernivåene ikke er fullt ut god når det dreier seg om den strategiske retningen for arbeidet med sykepleiefaget.



Figur 5-7 I hvilken grad opplever du at det er en strategisk og langsiktig planlegging og utvikling av sykepleiefaget og sykepleietjenesten i virksomheten du jobber i? Prosent (n=2306) (* p ≤ 0.05)

En hypotese som NSF ønsket å undersøke, er om fagbakgrunnen til nærmeste leder vil kunne ha en betydning for i hvilken grad det oppfattes at det er en strategisk og langsiktig planlegging og utvikling av sykepleiefaget og sykepleietjenesten i virksomheten. Lederne har blitt stilt spørsmål om den faglige bakgrunnen til nærmeste overordnede. Respondentene har blitt gitt mulighet til å krysse av for inntil tre fagbakgrunner.

Tabell 5-2 Hvilken faglig bakgrunn har din nærmeste overordnede (mulighet for inntil tre avkryssninger)

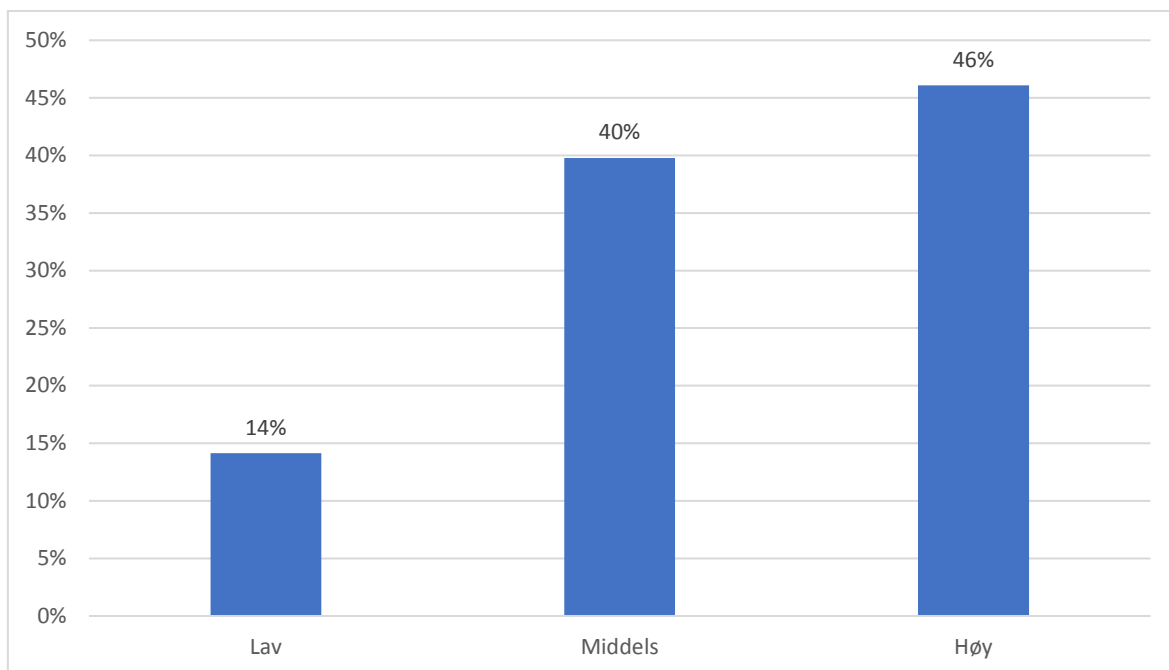
| | Prosentandel | Antall |
|---------------------------------|--------------|--------|
| Sykepleier | 57 | 1445 |
| Lege | 12 | 292 |
| Annen helsefaglig bakgrunn | 12 | 299 |
| Jurist | 1 | 14 |
| Økonom | 2 | 59 |
| Annen ikke helsefaglig bakgrunn | 2 | 163 |

Tabell 5-2 viser at i alt 57 prosent har oppgitt at de har en sykepleier som nærmeste leder. I den følgende analysen ser vi nærmere på om det er en signifikant forskjell mellom dem som har krysset av for at de har en sykepleier som nærmeste leder og de som ikke har krysset av for at de har en sykepleier som nærmeste leder, når det gjelder i hvilken grad lederne opplever at det er en strategisk og langsiktig planlegging av sykepleiefaget i virksomheten.

Resultatene viser at blant dem som har oppgitt at nærmeste overordnede er sykepleier oppgir 32 prosent «i svært stor grad/stor grad» at det er en strategisk og langsiktig planlegging og utvikling av sykepleiefaget og sykepleietjenesten. Tilsvarende andel blant dem som ikke har oppgitt at de har en sykepleier som nærmeste leder er 27 prosent. Forskjellen er statistisk signifikant.

Resultatene indikerer at hvilken faglig bakgrunn nærmeste leder har kan ha betydning for i hvilken grad det oppfattes at det er en strategisk og langsiktig planlegging av sykepleiefaget. Det kan likevel være slik at det er mange faktorer som spiller inn på denne opplevelsen, men hvilket ledernivå man selv har, er kanskje den mest betydningsfulle faktoren for om man vurderer at det er en strategisk og langsiktig utvikling av sykepleietjenesten. Jo lenger ned i lederhierarkiet lederen befinner seg, desto lavere vurderer respondenten at det er en strategisk og langsiktig planlegging og utvikling av sykepleiefaget og sykepleietjenesten, jf. Figur 5-8.

Rammebetingelser knyttet til økonomi, antall ansatte og faglig utvikling samt kompetansesammensetningen er forhold som vil kunne ha betydning for strategisk utvikling av sykepleiefaget. For å undersøke om ulike nivå av rammebetingelser har ulik betydning for andelen som oppgir at det «i svært stor grad/stor grad» er strategisk og langsiktig planlegging og utvikling av sykepleiefaget og sykepleietjenesten i virksomheten, har vi slått sammen følgende spørsmål til en indeks: «De økonomiske rammene er tilstrekkelige for å sikre god kvalitet på tjenestene», «Vi har et tilstrekkelig antall ansatte», «Det er praktisk og økonomisk mulig å legge til rette for faglig oppdatering og utvikling av personalet», og «Kompetansesammensetningen er i samsvar med oppgaver og behov». Fremgangsmåten for hvordan disse spørsmålene er slått sammen er nærmere beskrevet i kapittel 2.2.



Figur 5-8 Svært stor/stor grad av strategisk utvikling av sykepleiefaget etter ulike nivå av rammebetingelser (n=2018)

Figuren viser prosentandelen som oppgir at det «i svært stor grad/stor grad» er en strategisk og langsiktig planlegging og utvikling av sykepleiefaget og sykepleietjenesten i virksomheten etter ulikt nivå dvs., lav, middels eller høy grad, av rammebetingelser.

Resultatene viser at andelen som har høy skåre på indeksen rammebetingelser, det vil si at de oppfatter at økonomiske rammene er tilstrekkelige for å sikre god kvalitet på tjenestene, at det er et tilstrekkelig antall ansatte, at det er praktisk og økonomisk mulig å legge til rette for faglig oppdatering og utvikling av personalet og at kompetansesammensetningen er i samsvar med oppgaver og behov, har en signifikant høyere skåre på at det «i svært stor grad/stor grad» er strategisk og langsiktig planlegging og utvikling av sykepleiefaget, særlig sammenliknet med dem som har lav skåre på indeksen.

Vi gjør oppmerksom på at dette er en forenklet analyse og sammenstilling av data, men resultatene indikerer at for å legge til rette for strategisk og langsiktig planlegging av sykepleiefaget er det nødvendig med tilstrekkelige rammebetingelser.

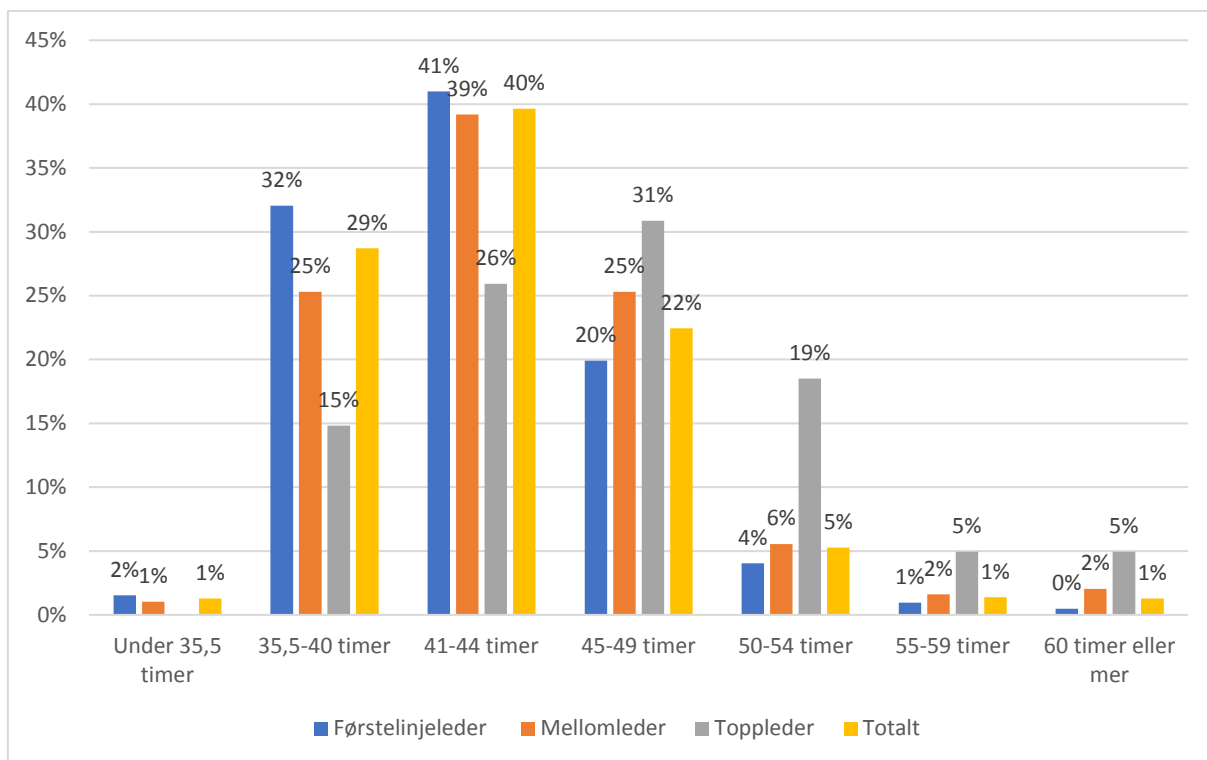
6 Arbeidstid, arbeidsmiljø og intensjoner om å slutte i jobben

Det er ingen forskjell mellom lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten når det gjelder ukentlig arbeidstid. Totalt sett oppgir 29 prosent at de har en ukentlig arbeidstid på mellom 35,5 og 40 timer. Resultatene viser at blant førstelinjelederne og mellomledere er det mest vanlig med en ukentlig arbeidstid på 41–44 timer. Blant toppledere er det mest utbredt å ha en ukentlig arbeidstid på 45–49 timer. Syv av ti ledere har arbeidet flere timer som følge av pandemien. Andelen er noe høyere blant lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste med 74 prosent mot 66 prosent i spesialisthelsetjenesten. Totalt sett oppgir om lag halvparten at de ikke har blitt kompensert for ekstraarbeidet. Den mest vanlige årsaken til at lederne ikke har blitt kompensert er at de har en ledende stilling (44 prosent) og/eller at de ikke har krav på overtidsbetaling (33 prosent). En av tre førstelinjeledere oppgir at de ikke vet hvorfor de ikke er kompensert. Det kan indikere at det er tydeligere avtaler og bedre avklaringer mellom ledere på høyere nivå og arbeidsgiver enn det er for førstelinjelederne.

I undersøkelsen ble lederne stilt en rekke spørsmål som handler om arbeidstid, arbeidskrav, myndighet og innflytelse, og om intensjoner om å slutte i jobben, samt videre karriereplaner. I tillegg ble de spurte om tilfredshet med jobben og arbeidsrelaterte søvnplager.

6.1 Arbeidstid

Lederne ble bedt om å oppgi antall timer de vanligvis jobber i løpet av en uke. Timeangivelsen inkluderer både overtidstimer og ekstraarbeid utført hjemme. I analysene finner vi at det ikke er noen signifikant forskjell mellom lederne i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, totalt sett, når det gjelder ukentlig arbeidstid. Men det er større variasjoner mellom de ulike ledernivåene. Figur 6-1 viser at 29 prosent oppgir at de har en ukentlig arbeidstid på 35,5–40 timer. Fire av ti ledere har en arbeidstid på 41–44 timer ukentlig. Det er også det timeantallet om lag fire av ti førstelinjeledere og mellomledere oppgir at de arbeider i løpet av en uke. Blant topplederne er det mest vanlig å arbeide 45–49 timer per uke, og tre av ti toppledere oppgir det timeantallet. Figur 6-1 viser videre at det er stor variasjon mellom lederne innenfor de ulike ledernivåene, og to av ti toppledere oppgir at de arbeider 50–54 timer. Selv om førstelinjeleder er det ledernivået med høyest andel som oppgir at de har en arbeidsuke på 35,5 til 40 timer, så forekommer det også både mellomledere og førstelinjeledere som vanligvis har en arbeidsuke på 50–54 timer.



Figur 6-1 Hvor mange timer per uke arbeider du vanligvis i din hovedstilling (inkl. overtidstimer og ekstraarbeid hjemme) i prosent (n=1804) (p ≤ 0.05)

Tabell 6-1 Prosentandel som oppgir at de ved ansettelse har inngått en arbeidsavtale med særskilt regulering for ledere (for eksempel unntak fra arbeidstidsreglene) (n=1706) (%) (* p ≤ 0.05)

| | Ja | Nei | Vet ikke |
|-------------------------------------|----|-----|----------|
| Kommunal helse- og omsorgstjeneste* | 21 | 66 | 13 |
| Spesialisthelsetjenesten | 16 | 73 | 11 |
| Førstelinjeleder* | 11 | 77 | 12 |
| Mellomleder | 28 | 60 | 12 |
| Toppleder | 59 | 37 | 4 |
| Totalt | 19 | 69 | 12 |

To av ti ledere oppgir at de har inngått en arbeidsavtale med særskilt regulering for ledere, om lag syv av ti har ikke inngått en slik avtale, mens i overkant av en av ti ikke vet om de har inngått en avtale. Tabell 6-1 viser at det er variasjoner mellom tjenesteområdene, og at det er en høyere andel som har inngått en avtale blant lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er også variasjoner på tvers av ledernivå med hensyn til om det er inngått en slik avtale. Blant toppledere har nærmere seks av ti inngått en slik avtale, mens for førstelinjelederne ser slike avtaler ut til å være langt mindre utbredt (om lag en av ti oppgir å ha en arbeidsavtale med særskilt regulering).

I hvilken grad lederne har inngått en arbeidsavtale med særskilt regulering kan ha betydning for hvilke muligheter lederen har hatt til å utvide egen arbeidstid eksempelvis under pandemien, men det kan også ha betydning for i hvilken grad og hvordan lederne blir kompensert for en endret arbeidstid under pandemien, men også ellers.

I undersøkelsen ble lederne stilt spørsmål om den ukentlige arbeidstiden endret seg som følge av koronapandemien, og i hvilken grad de hadde fått kompensasjon for ekstraarbeidet som de eventuelt hadde utført. Tabell 6-2 viser at i overkant av syv av ti ledere har arbeidet flere timer som følge av pandemien. Andelen er noe høyere blant lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste, med 74 prosent, mot 66 prosent i spesialisthelsetjenesten. Totalt sett oppgir om lag halvparten at de ikke har blitt kompensert for ekstraarbeidet. Det er en noe høyere andel som oppgir manglende kompensasjon blant ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er ingen signifikant forskjell mellom ledernivåene.

Tabell 6-2 Prosentandel som oppgir endret arbeidstid og kompensasjon for ekstraarbeid (n=1762-1766) (p ≤ 0.05)

| | Har ukentlig arbeidstid endret seg siste året som følge av pandemien? | | | Er du blitt kompensert for ekstraarbeid du har hatt under pandemien? | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------|-------------------------|--|--------|-----|
| | Ja, har arbeidet flere timer | Ja, har arbeidet færre timer | Nei, samme antall timer | Ja | Delvis | Nei |
| Kommunal helse- og omsorgstjeneste* | 74 | 1 | 25 | 17 | 33 | 50 |
| Spesialisthelsetjenesten | 66 | 1 | 34 | 25 | 34 | 41 |
| Totalt | 71 | 1 | 29 | 20 | 33 | 46 |

Lederne som har svart «ja» eller «delvis» på at de har blitt kompensert for ekstraarbeidet de har utført i pandemien, har blitt stilt en rekke oppfølgingsspørsmål om hvordan de har blitt kompensert. Det er blitt gitt mulighet for å krysse av for inntil tre svaralternativer. Tabell 6-3 viser at det er mest vanlig blant lederne å bli kompensert med overtidsbetaling, noe som oppgis av om lag seks av ti ledere, og/eller avspasering utover arbeidsavtalen, noe som oppgis av tre av ti ledere. Det har også blitt gitt kompensasjon i form av avspasering med overtidstillegg, timebetaling eller annen form for kompensasjon.

Det er forskjell mellom tjenestene når det gjelder hvilken type kompensasjon lederne oppgir at de har fått. 67 prosent av lederne i spesialisthelsetjenesten oppgir at de har blitt kompensert med overtidsbetaling, mot 54 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Motsatt, finner vi at det er mer vanlig å bli kompensert med avspasering utover egen arbeidsavtale blant ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette oppgis av 32 prosent mot 25 prosent i spesialisthelsetjenesten. Det er også en høyere andel i kommunal helse- og omsorgstjeneste som oppgir at de har fått timebetaling, 14 prosent mot 6 prosent i spesialisthelsetjenesten. I kommunal helse- og omsorgstjeneste har 20 prosent krysset av for «annet», mens 9 prosent i spesialisthelsetjenesten har krysset av for «annet».

Det er mindre forskjell i hvilke kompensasjonsordninger de ulike ledernivåene oppgir at de har fått. Blant førstelinjelederne finner vi at 62 prosent har blitt kompensert med overtidsbetaling. Denne andelen er 54 prosent blant mellomlederne og 33 prosent blant topplederne.

Tabell 6-3 Hvordan har du blitt kompensert? Det er mulig å sette flere kryss (n=960)

| | Prosentandel | Antall |
|---|--------------|--------|
| Overtidsbetaling | 59 | 564 |
| Ekstra avspasering utover min arbeidsavtale | 29 | 279 |
| Avspasering pluss overtidstillegg | 12 | 116 |
| Timebetaling | 11 | 103 |
| Annet | 15 | 145 |

De lederne som ikke har blitt kompensert for ekstraarbeidet under pandemien, har fått oppfølgings-spørsmål om hva som er årsakene til at de ikke har blitt kompensert. Tabell 6-4 viser at den mest vanlige årsaken til at lederne ikke har blitt kompensert, er at de har en ledende stilling (44 prosent) og/eller at de ikke har krav på overtidbetaling (33 prosent) etter arbeidsavtalen. Det er også en del som svarer at de ikke vet (24 prosent), eller «annet» – og kun et mindretall oppgir at årsaken til at de ikke har blitt kompensert, er at de har en særlig selvstendig stilling. Det er ingen signifikant forskjell mellom tjenestene når det gjelder årsakene til at de ikke har blitt kompensert for ekstraarbeid under pandemien.

I de videre analysene finner vi at det er større forskjell mellom ledernivåene i årsaker til at de ikke har blitt kompensert. De ulike ledernivåene har ulike avtaler for kompensasjon for arbeid utover avtalt arbeidstid, noe som sannsynligvis forklarer hvorfor det er forskjell mellom ledernivåene i årsaker til at de eventuelt ikke har blitt kompensert for endret arbeidstid gjennom pandemien. I alt 73 prosent av topplederne oppgir at årsaken til at de ikke har blitt kompensert, er at de har en *ledende stilling*, jf. aml. § 10-12. Blant mellomlederne er denne andelen 50 prosent, mens blant førstelinjeledere er andelen 35 prosent. Det er også mer utbredt blant toppledere og mellomledere å ha krysset av for at årsaken til at de ikke har blitt kompensert, er at de har en *særlig selvstendig stilling*, jf. aml. § 10-12. Dette gjelder 11 prosent for begge gruppene, mens andelen er 3 prosent blant førstelinjelederne som oppgir denne årsaken. I gruppen som har svart «vet ikke», inngår 30 prosent av førstelinjelederne, 20 prosent av mellomlederne og 2 prosent av topplederne. Det er også en høyere andel blant førstelinjelederne som har svart «annet», med 17 prosent, mens andelen er 10 prosent blant mellomlederne og 2 prosent blant topplederne.

Tabell 6-5 Hva er årsakene til at du ikke har blitt kompensert? Det er mulig å sette flere kryss (n=831)

| | Prosentandel | Antall |
|---|--------------|--------|
| Jeg har en ledende stilling, jf. aml. § 10-12 | 44 | 368 |
| Jeg har en særlig selvstendig stilling, jf. aml. § 10-12 | 7 | 57 |
| Jeg har ikke krav på overtidbetaling etter min arbeidsavtale (selv om jeg ikke er unntatt aml. kap. 10) | 33 | 271 |
| Jeg vet ikke | 24 | 198 |
| Annet | 13 | 108 |

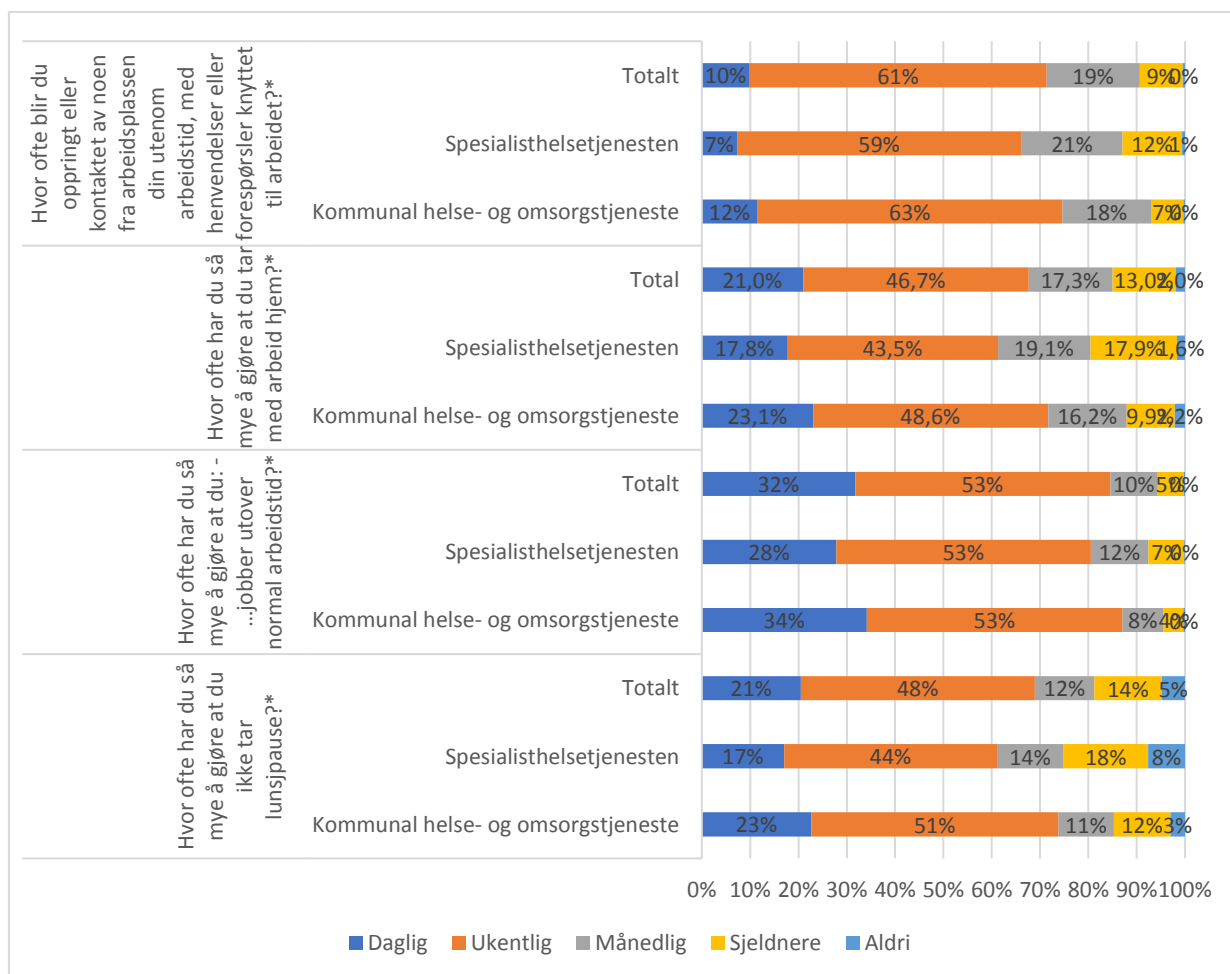
Oppsummert viser resultatene at om lag halvparten av lederne har blitt helt eller delvis kompensert, mens den andre halvparten ikke har blitt kompensert for endret arbeidstid som følge av koronapandemien. Det er stor variasjon mellom de to tjenesteområdene både i andel ledere som har mottatt kompensasjon og hvilken form for kompensasjon de har fått. Resultatene viser videre at det ikke er forskjell mellom tjenestene i hvilke årsaker det er til at lederen ikke har blitt kompensert. Forskjellen ligger mellom de ulike ledernivåene, noe som antagelig kan knyttes til hvilke avtaler

som ligger til grunn i ansettelseskontraktene. I Tabell 6-1 fremkommer det at det er store forskjeller mellom ledernivåene i om de har en særskilt avtale om regulering av arbeidstiden. Resultatene kan også indikere at det er tydeligere avtaler og/eller gjort bedre avklaringer knyttet til rammer og forventninger mellom ledere på høyere nivå og arbeidsgiver enn det er for førstelinjeledere. Det at en av tre førstelinjeledere ikke vet hvorfor de ikke har blitt kompensert, eller har svart «annet», tyder på det.

6.2 Arbeidskrav

Resultatene viser at om lag halvparten av lederne på tvers av tjenestene ukentlig har så mye å gjøre at det går ut over lunsjpausen, normal arbeidstid, og fører til at en tar med arbeid hjem. Seks av ti ledere oppgir at de ukentlig blir kontaktet av noen fra arbeidsplassen utenom arbeidstid. Resultatene viser at andelen som opplever slike krav daglig er høyere i helse- og omsorgstjenestene i kommunen enn i spesialisthelsetjenesten. Resultatene viser videre at topplederne rapporterer høyere krav sammenliknet med de andre ledernivåene. Det er ingen forskjell mellom ledernivåene, men en høyere andel som nokså eller svært ofte opplever at kravene forstyrrer hjemmelivet og familielivet blant lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste enn i spesialisthelsetjenesten.

Lederne har blitt stilt en rekke 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.

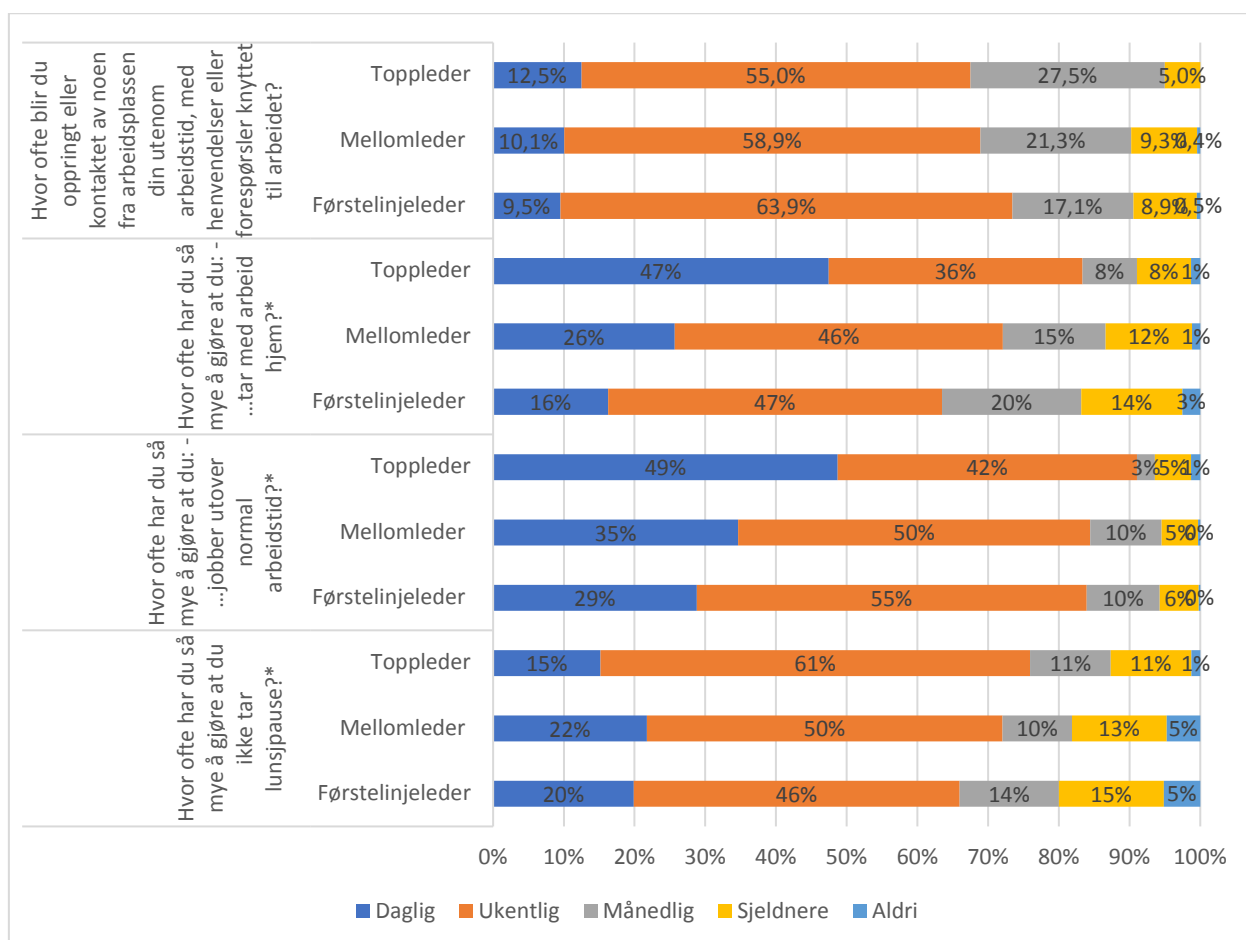


Figur 6-2 Arbeidskrav, prosent (n=1736-1746) (p ≤ 0.05)

Figur 6-2 viser at om lag halvparten av lederne på tvers av tjenestene ukentlig har så mye å gjøre at det går ut over lunsjpausen, normal arbeidstid, og fører til at en tar med arbeid hjem. Seks av ti ledere oppgir at de ukentlig blir kontaktet av noen fra arbeidsplassen utenom arbeidstid.

Resultatene viser videre at det er forskjell mellom lederne i de ulike tjenestene, og gjennomgående at ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste i større grad daglig har så mye å gjøre at de ikke tar lunsjpause (23 prosent, mot 17 prosent i spesialisthelsetjenesten). Daglig arbeid utover normal arbeidstid oppgis av 34 prosent av lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste mot 28 prosent i spesialisthelsetjenesten. Henholdsvis 23 prosent av lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 18 prosent i spesialisthelsetjenesten oppgir at de daglig må ta med arbeid hjem, mens hhv. 12 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 7 prosent i spesialisthelsetjenesten oppgir at de daglig blir kontaktet av noen fra arbeidsplassen utenom normal arbeidstid.

Resultatene indikerer at arbeidskravene, og en opplevelse av å ha for mye å gjøre, er noe høyere for lederne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn blant lederne i spesialisthelsetjenesten. Dette kan ses i sammenheng med at ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene rapporterer gjennomgående at de har direkte personalansvar for flere ansatte, sammenliknet med tilsvarende ledernivå i spesialisthelsetjenesten, i tillegg til at ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunen har større utfordringer med høy turnover og mer utfordringer knyttet til at det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell når noen slutter. De har også mindre tilgang på støttefunksjoner enn ledere i spesialisthelsetjenesten.



Figur 6-3 Arbeidskrav, prosent (n=1776-1784) (*p ≤ 0.05)

Figur 6-3 viser at det er forskjell mellom ledernivåene i hvilken grad de rapporterer at de har så mye å gjøre at det går ut over lunsjpausen, normal arbeidstid og at de må ta med arbeid hjem. Det er ingen signifikant forskjell mellom ledernivåene og i hvilken grad de blir kontaktet utenom arbeidstid med henvendelser eller forespørsler knyttet til arbeidet. Resultatene viser at om lag halvparten av topplederne daglig jobber utover normal arbeidstid og tar med arbeid hjem. Det er en høyere andel blant mellomlederne og førstelinjelederne som oppgir at de daglig ikke tar lunsjpause, mens en høyere andel blant topplederne oppgir at dette skjer ukentlig.

Samlet sett viser resultatene at topplederne daglig har så mye å gjøre at det påvirker arbeidstiden, at de tar med arbeid hjem, og/eller blir kontaktet av noen fra arbeidsplassen på fritiden.

I undersøkelsen ble lederne videre også spurt om kravene på jobben forstyrrer familie- og hjemmelivet. Tabell 6-6 viser at en av ti ledere «svært ofte» opplever at jobben forstyrrer hjemmelivet og familielivet, mens om lag tre av ti oppgir at kravene på jobben «nokså ofte» forstyrrer hjemmelivet og familielivet. Det er ingen signifikant forskjell mellom de ulike ledernivåene, men det er en signifikant høyere andel som nokså eller svært ofte opplever at kravene forstyrrer hjemmelivet og familielivet blant lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste enn i spesialisthelsetjenesten.

Sett i lys av at lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste i større grad rapporterer om at jobbkravene får følger for arbeidstiden, og at de må ta med arbeid hjem, er resultatene i samsvar med teori og empiri innenfor arbeidsmiljøforskningen som peker på at det er sammenhenger mellom de kravene som stilles i arbeidet, og i hvilken grad man opplever en arbeid-familie-ubalanse. Det er godt dokumentert at høye arbeidskrav har en sammenheng med økt risiko for arbeid-familie-ubalanse.¹²

Tabell 6-6 Hvor ofte hender det at kravene på jobben forstyrrer ditt hjemmeliv og familieliv (n=1747) (%) (*p ≤ 0.05)

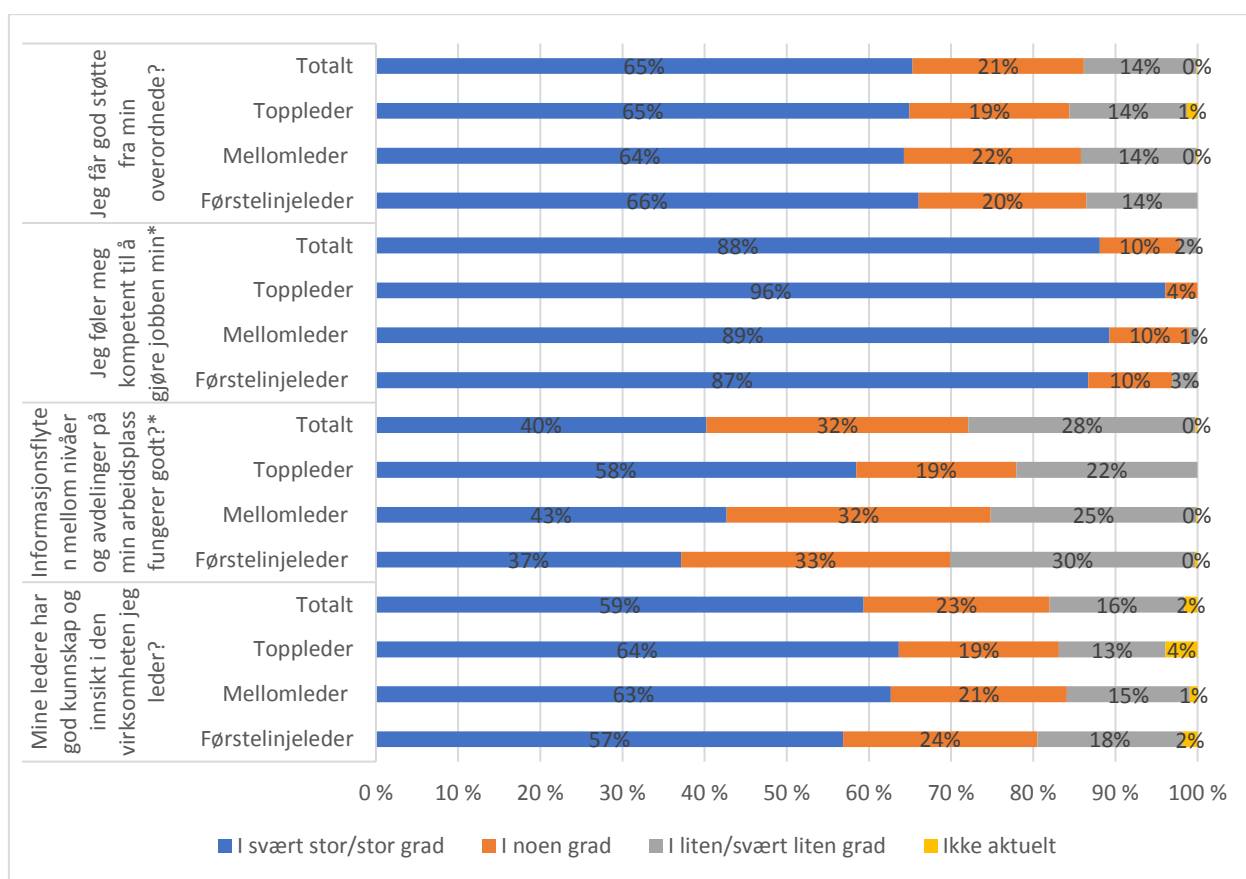
| | Hvor ofte hender det at kravene på jobben forstyrrer ditt hjemmeliv og familieliv? | | | | |
|--------------------------------------|--|---------------|-----------|------------|------------|
| | Svært sjelden/aldri | Nokså sjelden | Av og til | Nokså ofte | Svært ofte |
| Kommunal helse- og omsorgstjeneste * | 3 | 12 | 37 | 34 | 14 |
| Spesialisthelsetjenesten | 4 | 15 | 39 | 32 | 9 |
| Førstelinjeleder | 4 | 14 | 38 | 33 | 12 |
| Mellomleder | 3 | 12 | 38 | 35 | 12 |
| Toppleder | 4 | 16 | 41 | 23 | 16 |
| Totalt | 4 | 13 | 38 | 33 | 12 |

¹² Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2021). STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt

6.3 Støtte, informasjon og mestring

Resultatene viser at det er rimelig grad av opplevd støtte blant lederne og at lederne føler seg kompetent i jobben. Førstelinjelederne opplever i mindre grad at informasjonsflyten mellom nivåer og avdelinger på arbeidsplass fungerer godt. Resultatene viser at det er større forskjell mellom ledernivåene når det gjelder myndighet og innflytelse i arbeidet. Topplederne har i større grad myndighet og kan ta beslutninger enn de øvrige ledernivåene. Det er en naturlig følge av topplerollen. Resultatene viser at det også er forskjeller mellom mellomledere og førstelinjeledere i myndighetsrollen. Minst handlingsrom finner vi for alle ledernivåene når det gjelder om de kan fastsette lønn ved tilsetting av nye medarbeidere, eller inntak av nye pasienter i tjenesten.

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 jobbkraav.



Figur 6-4 Prosentandel som oppgir støtte, informasjon og mestring (n=1649)

Figur 6-4 viser at totalt sett oppgir om lag ni av ti ledere at de føler seg kompetent i jobben, men en noe høyere andel blant topplerne (96 prosent) oppgir dette sammenliknet med mellomledere (89 prosent) og førstelinjeledere (87 prosent). Mellom seks og syv av ti ledere oppgir at de får «i svært stor/stor grad» støtte fra sin nærmeste leder. En noe lavere andel oppgir at «mine ledere har god kunnskap og innsikt i den virksomheten jeg leder», og andelen som oppgir dette «i svært stor/stor grad» er noe lavere blant førstelinjeledere (57 prosent) enn blant mellomledere (63 prosent) og topplerne (64 prosent). Når det gjelder i hvilken grad «Informasjonsflyten mellom nivåer og avdelinger på min arbeidsplass fungerer godt», så er det relativt stor forskjell mellom

ledernivåene. 30 prosent blant førstelinjelederne oppgir at dette er tilfelle «i liten/svært liten grad», mens blant mellomlederne og toppledere er denne andelen henholdsvis 25 og 22 prosent.

Resultatene viser at det er rimelig grad av opplevd støtte blant lederne og at lederne føler seg kompetent i jobben. Dette er sentrale faktorer som også har betydning for mestring i arbeidet. Mestring gir en opplevelse av kontroll over arbeidssituasjonen og er et viktig element for å håndtere høye jobbkraav.¹³

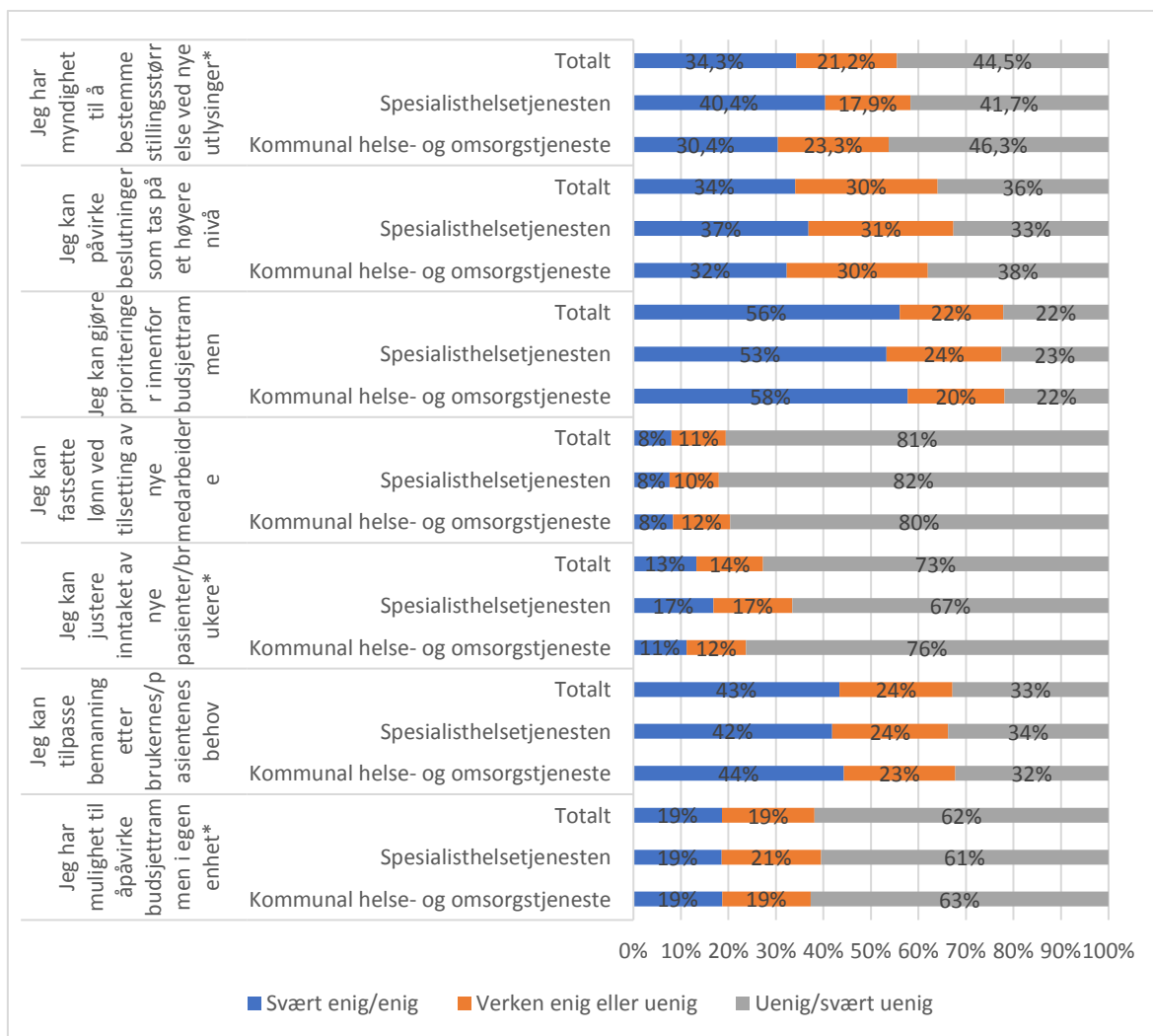
6.3.1 Myndighet og innflytelse

I spørreundersøkelsen stilles det en rekke spørsmål om myndighet og innflytelse. Flere av spørsmålene er spørsmål som dreier seg om selvbestemmelse i jobben. Selvbestemmelse er viktig for mestring i arbeidet, men også for å håndtere høye arbeidskraav i jobben.¹⁴

I analysene som presenteres i Figur 6-5, finner vi liten forskjell mellom ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og ledere i spesialisthelsetjenesten når det gjelder ulike påstander om myndighet og innflytelse i arbeidet. Det finnes ett unntak hvor det er en signifikant forskjell mellom tjenestene, og det dreier seg om hvorvidt lederne kan justere inntak av nye pasienter/brukere. Andelen som er «svært enig/enig» i spesialisthelsetjenesten, er 17 prosent, mot 11 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Resultatene viser at det er relativt sett mange som opplever at de er uenig/svært uenig i påstandene, både blant lederne i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

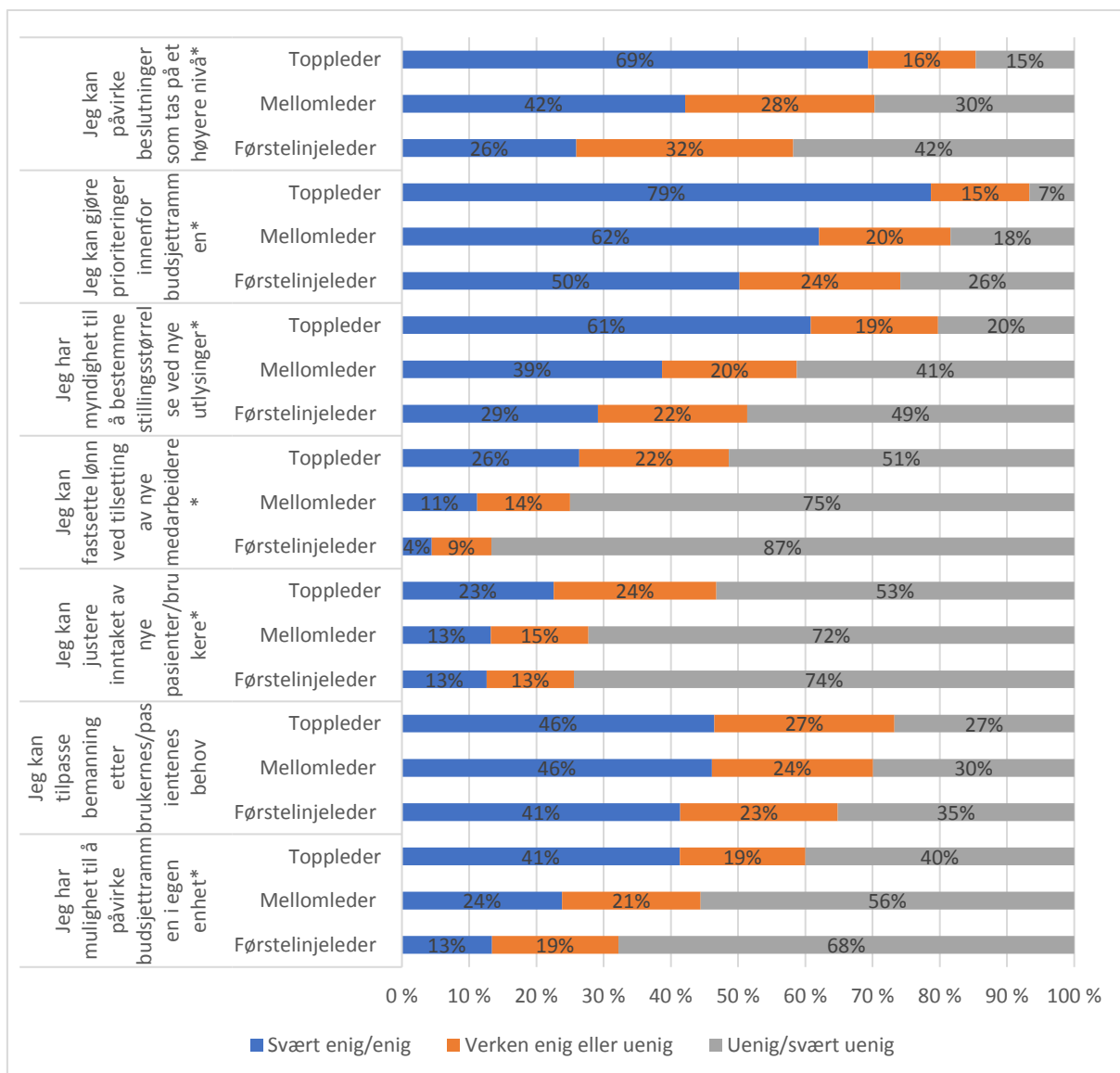
¹³ Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2021). STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt

¹⁴ Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2021). STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.



Figur 6-5 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om myndighet og innflytelse (n=1462-1627) (*p ≤ 0.05)

Resultatene viser at det er større forskjeller mellom ledernivåene i opplevd myndighet og innflytelse.



Figur 6-6 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om myndighet og innflytelse, etter ledernivå (n=1462-1627) (*p ≤ 0.05)

Figur 6-6 viser at topplederne i større grad har myndighet og kan ta beslutninger enn de øvrige ledernivåene. Det er en naturlig følge av topplederrollen. Resultatene viser at det også er forskjeller mellom mellomledere og førstelinjeledere i myndighetsrollen. Fire av ti mellomledere er «svært enig/enig» i at de kan påvirke beslutninger på høyere nivå, mot om lag tre av ti førstelinjeledere. Om lag seks av ti mellomledere oppgir at de kan gjøre prioriteringer innenfor budsjettammen, mens blant førstelinjeledere så gjelder dette for halvparten. Nærmere fire av ti mellomledere oppgir at de har myndighet til å bestemme stillingsstørrelse ved nye utlysninger, mot om lag tre av ti førstelinjeledere. Ledernes handlingsrom til å gjøre prioriteringer innenfor budsjettammen varierer også mellom ledernivåene. Blant topplederne oppgir fire av ti at de kan gjøre slike budsjettmessige prioriteringer, blant mellomledere er andelen om lag en av fire, mens for førstelinjeledere gjelder det litt i overkant av en av ti.

Minst handlingsrom finner vi for alle ledernivåene når det gjelder om de kan fastsette lønn ved tilsetting av nye medarbeidere, eller inntak av nye pasienter i tjenesten. At ledere ikke har handlingsrom til å bruke lønn som virkemiddel ved rekruttering og/eller som et virkemiddel til å beholde ansatte kan være en utfordring i møte med generelle rekrutteringsutfordringer i næringen.

Når det gjelder inntak av pasienter, så har alle rett på nødvendig helsehjelp, og dette kan i mindre grad styres av de ulike ledernivåene.

Det er ingen forskjell mellom ledernivåene når det gjelder om de kan tilpasse bemanningen etter brukernes/pasientenes behov.

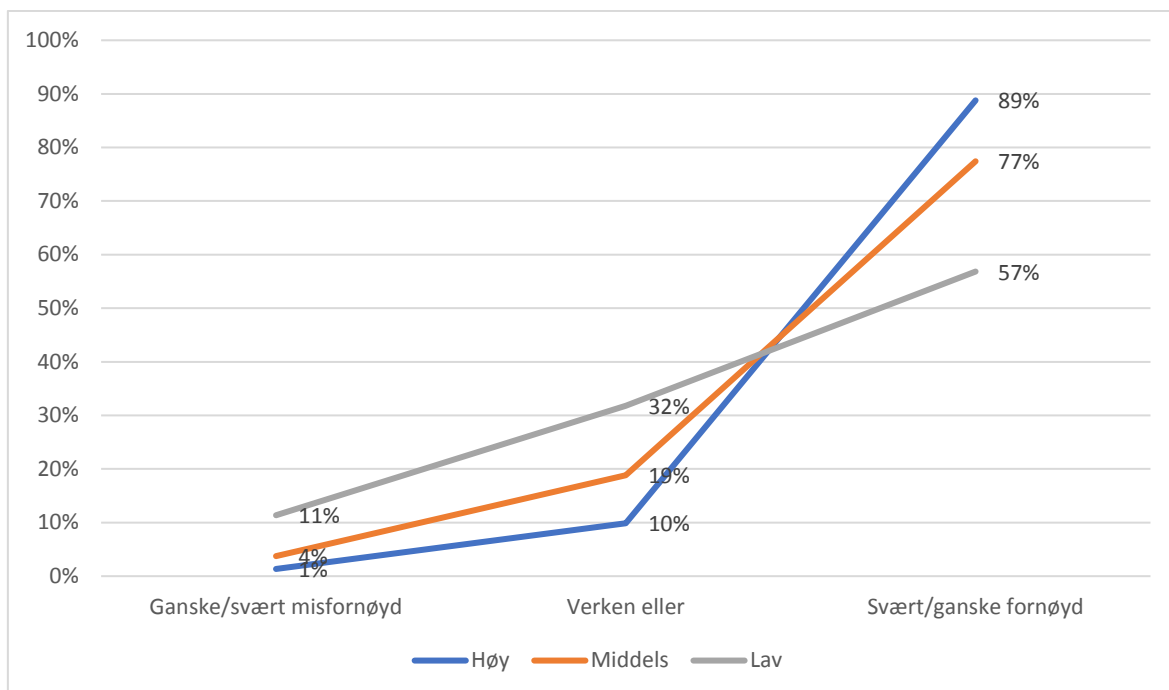
6.4 Trivsel, søvnplager og intensjoner om å slutte i jobben

I overkant av syv av ti oppgir at de er svært eller ganske fornøyd med jobben. Det er ingen forskjell mellom ledernivåene eller mellom tjenestene i andelen som oppgir dette. Resultatene viser at andelen som er ganske/svært fornøyd med jobben er høyere blant dem som skårer høyt på at de har høy grad av myndighet og innflytelse i jobben. 71 prosent oppgir at de er litt plaget eller mer av søvnevansker, blant disse oppgir 77 prosent at dette skyldes helt eller delvis forhold ved arbeidet. Søvnplager kan gå ut over produktiviteten, men også kvaliteten i arbeidet som utføres.

Deltakerne i undersøkelsen har blitt stilt spørsmål om hvor fornøyd de er med jobben. Det å være fornøyd med jobben blir ofte beskrevet som jobbtilfredshet. Det er godt dokumentert at ulike forhold på jobben, som høye krav i jobben i kombinasjon med liten mulighet til selvbestemmelse i jobben og liten grad av sosial støtte, har betydning for jobbtilfredshet. Sykepleiere er også blant de yrkesgruppene som skårer høyest når det gjelder høye jobbkrav i kombinasjon med lav kontroll i arbeidet.¹⁵

I spørreundersøkelsen stilles spørsmålet: «Hvor fornøyd er du med jobben?» I alt oppgir 73 prosent at de er «svært fornøyd/ganske fornøyd» med jobben, 22 prosent oppgir «verken eller», mens om lag 6 prosent oppgir at de er «ganske misfornøyd/svært misfornøyd». Det er ingen signifikant forskjell mellom de ulike tjenestene eller de ulike ledernivåene. I undersøkelsen har deltakerne blitt stilt spørsmål om myndighetsforhold. I Figur 6-7 har vi slått sammen spørsmålene som måler ulike myndighetsforhold vist i Figur 6-6. Fremgangsmåten for hvordan spørsmålene er slått sammen, er beskrevet nærmere i kapittel 2.2.

¹⁵ Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2021). STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt



Figur 6-7 Myndighet og jobbtilfredshet (n=1652) (*p ≤ 0.05)

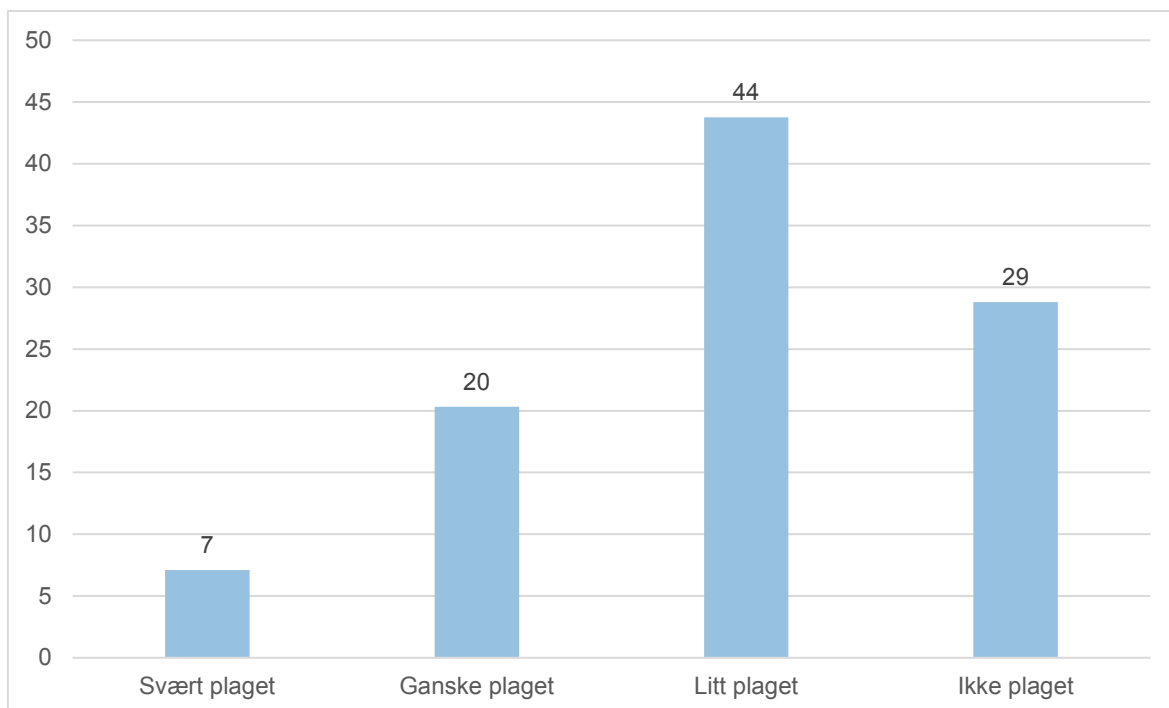
Figur 6-7 viser ulike nivåer av – det vil si «høy», «middels» og «lav» grad av – myndighet og innflytelse i jobben. Vi har analysert myndighet og innflytelse-variabelen opp mot i hvilken grad respondentene er «ganske/svært misfornøyd», «verken eller» eller «svært/ganske fornøyd»

Resultatene viser at andelen som har en høy skåre på myndighet og innflytelse, har en signifikant høyere skåre på at de er «svært eller ganske fornøyd med jobben». Vi gjør oppmerksom på at dette er en forenklet analyse og sammenstilling av data, men resultatene indikerer at jo høyere skåre på myndighet og innflytelse, desto med tilfreds oppgir respondentene å være med jobben. Jobbtilfredshet er nært knyttet til motivasjon i arbeidet, som igjen har en positiv effekt på jobbprestasjon.¹⁶

Det er en rekke studier som viser sammenhenger mellom organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøforhold. Personer med søvnvansker har oftere redusert arbeidsevne sammenliknet med personer som ikke har søvnvansker.¹⁷ Ledere har stort ansvar på jobb, mange arbeider lange arbeidsuker og har høye krav i jobben. Med dette som utgangspunkt ble lederne stilt spørsmålet: «I hvilken grad har du i løpet av siste måned vært plaget av søvnvansker?» Resultatene fra analysene viser at det ikke er noen signifikant forskjell mellom lederne i hhv. spesialisthelse-tjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i andelen som oppgir at de har vært plaget av søvnvansker. Resultatene viser videre at det heller ikke foreligger noen signifikant forskjell i søvnplager mellom de ulike ledernivåene. Figur 6-8 viser at 7 prosent er svært plaget, 22 prosent er «ganske eller svært plaget», 44 prosent er litt plaget, mens 29 prosent er ikke plaget.

¹⁶ Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2021). STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.

¹⁷ Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2021). STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.



Figur 6-8 I hvilken grad har du i løpet av den siste måneden vært plaget av søvnevansker? (n=1746)

De respondentene som har oppgitt at de er litt plaget eller mer, har fått et oppfølgingsspørsmål om disse plagene skyldes helt eller delvis nåværende jobb. Om lag 77 prosent tilskriver søvnevanskene helt eller delvis nåværende jobb. Søvnplager over tid kan, som tidligere beskrevet, gå ut over produktiviteten, men kan også føre til økt fravær og ulykker (noa.stami.no), og vil også kunne ha betydning for pasientsikkerhet.¹⁸ I hvilken grad søvnplager har blitt sett i sammenheng med videre karriereplaner og/eller intensjoner om å fortsette i arbeidet, er usikkert.

6.5 Karriereplaner

De fleste lederne ser for seg å være leder på samme nivå som i dag, mens om lag 18 prosent ønsker å være leder på et høyere nivå. Resultatene viser samlet sett at 44 prosent av lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 42 prosent av lederne i spesialisthelsetjenesten ikke ser for seg å være leder om fem år. Kjønn og alder ser ut til å være de viktigste forklaringsvariablene for en ønsket fremtidig arbeidssituasjon. En høyere andel menn ønsker å være leder på høyere nivå, mens en høyere andel kvinner ønsker å slutte i jobben som leder. 40 prosent av lederne som er ganske/eller svært misfornøyd med jobben, ønsker ikke å være leder. Blant førstelinjeledere er andelen som har vurdert å slutte i løpet av de siste 12 månedene, 62 prosent. Blant mellomledere er andelen 59 prosent, og for toppledere er andelen 44 prosent.

Lederne har blitt stilt spørsmål om hvilken jobbsituasjon de ønsker seg om fem år. Tabell 6-7 viser at fire av ti ledere ønsker å være leder på samme ledernivå som de er i dag. Det er en noe høyere andel som ønsker å være leder på høyere nivå (18 prosent), enn andelen som ikke ønsker å være leder (14 prosent). 15 prosent oppgir at de om fem år vil være pensjonist, mens en mindre andel ønsker seg en lederstilling utenfor helsetjenesten. Resultatene viser samlet sett at 44 prosent av lederne i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 42 prosent av lederne i spesialisthelsetjenesten

¹⁸ Bernstrøm & Ellingsen (2018) Når arbeidstidsordninger går på bekostning av ansattes helse, er pasientsikkerheten ofte dårligere. Arbeidsforskningsinstituttets rapportserie 03:2018

ikke ser for seg å være leder om fem år. Resultatene underbygger at det må arbeides forebyggende med å hindre frafall av ledere, men også å sikre ettervekst av ledere.

Det er ingen signifikant forskjell mellom ledernivåene, eller tjenestene, knyttet til fremtidig jobbsituasjon.

Tabell 6-7 Hva slags jobbsituasjon vil du aller helst ha om fem år? (n= 1643) (%) (*p ≤ 0.05)

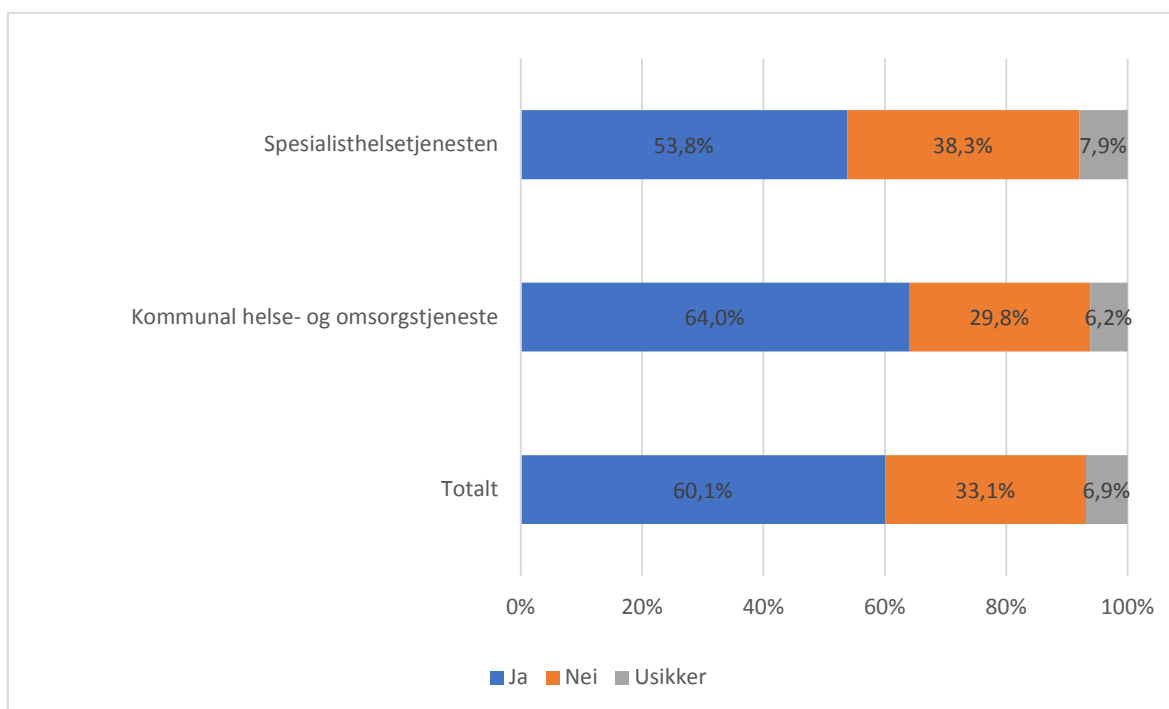
| | Leder på høyere nivå i helse-tjenesten | Leder på samme nivå som nå i helse-tjenesten | Leder på lavere nivå i helse-tjenesten | Lederstilling utenfor helse-tjenesten | Ønsker ikke å være leder | Pensjonist | Annet, spesifiser |
|------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------|--------------------------|------------|-------------------|
| Førstelingeleder | 18 | 38 | 0 | 8 | 15 | 13 | 8 |
| Mellomleder | 18 | 39 | 1 | 7 | 13 | 17 | 6 |
| Toppleder | 13 | 32 | | 5 | 20 | 28 | 1 |
| Kommunal helse- og omsorgstjeneste | 17 | 38 | 1 | 10 | 14 | 13 | 7 |
| Spesialisthelse-tjenesten | 18 | 39 | 0 | 4 | 14 | 18 | 6 |
| Totalt | 18 | 38 | 0 | 8 | 14 | 15 | 7 |

I de videre analysene, finner vi at det i all hovedsak er bakgrunnsvariablene i undersøkelsen som kan fortelle oss noe om en ønsket fremtidig arbeidssituasjon blant lederne. Blant mannlige ledere oppgir 32 prosent at de om fem år aller helst vil være leder på høyere nivå i helsetjenesten. 36 prosent oppgir at de vil være leder på samme nivå. Blant kvinner er andelen henholdsvis 16 prosent og 39 prosent. Det er også betydelig forskjell mellom menn og kvinner som oppgir at de ikke ønsker å være leder om fem år. Blant menn er andelen 9 prosent, mens blant kvinner er andelen 15 prosent. Forskjellene som observeres, er statistisk signifikante.

Alder er også en vesentlig faktor som ser ut til å ha betydning for en ønsket fremtidig jobbsituasjon. Alder korrelerer med type lederstilling, antall år man har arbeidet som leder, og antall år i nåværende lederstilling. Blant dem som oppgir et ønske om å være leder på høyere nivå om fem år, er andelen høyest i aldersgruppen 25–34 år (31 prosent) og 35–44 år (26 prosent). Totalt sett oppgir de fleste ledere, uavhengig av aldersnivå, at de vil være leder på samme nivå (38 prosent), men dette er mest utbredt i aldersgruppen 45–54 år (47 prosent). Blant respondentene som oppgir at de ikke ønsker å være leder, så er det mest utbredt i aldersgruppen 35–44 år og 45–54 år (16 prosent). For å undersøke nærmere hvor sterk sammenhengen er mellom kjønn, alder og karriereplaner, må det gjennomføres mer inngående analyser av datamaterialet enn analysene som er lagt til grunn i denne rapporten.

Det ser også ut til å være en sammenheng mellom grad av jobbtilfredshet og en ønsket fremtidig arbeidssituasjon. 40 prosent av lederne som er ganske/eller svært misfornøyd med jobben, ønsker ikke å være leder.

6.5.1 Intensjon om å slutte i jobben



Figur 6-9 Har du de siste 12 månedene vurdert å slutte i din nåværende jobb (n=1649) (*p ≤ 0.05)

Det er en signifikant forskjell mellom ulike ledernivå, 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, 62 prosent, blant mellomledere er andelen 59 prosent, og for toppledere er andelen 44 prosent.

7 Kjønn, alder og geografisk tilhørighet

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å svare på ulike bakgrunnsvariabler, som kjønn, alder og geografisk tilhørighet.

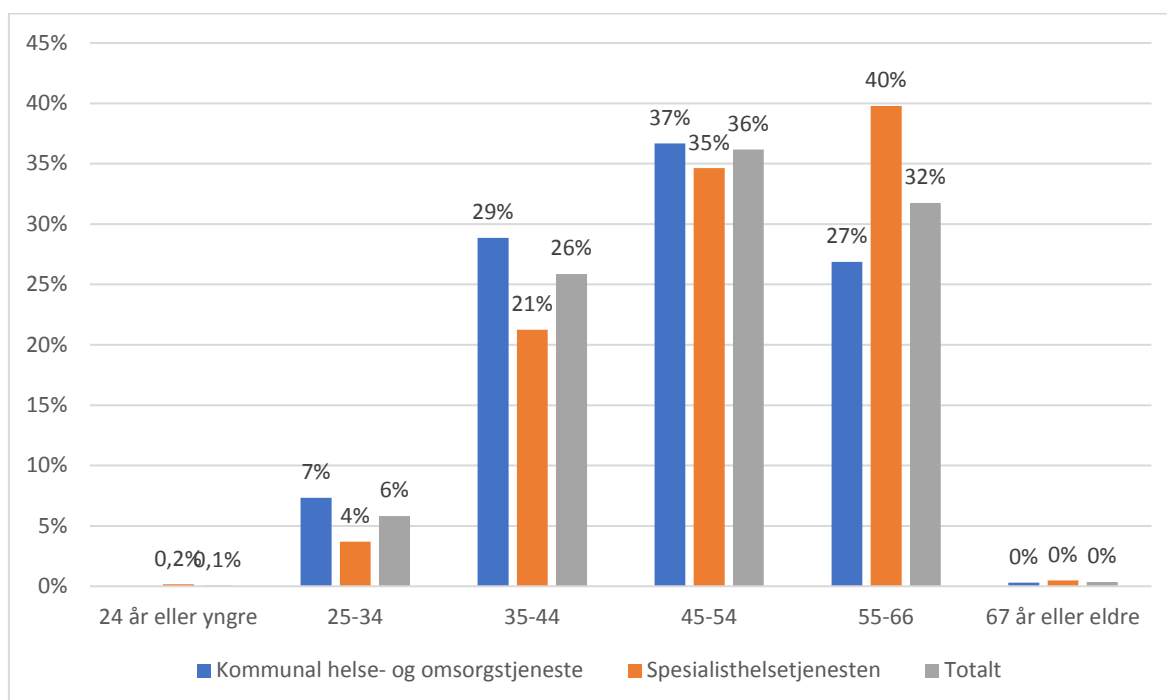
7.1 Kjønn og alder

I alt har 2306 respondenter startet på undersøkelsen. Det er et lavere antall som har gjennomført hele undersøkelsen, og antallet respondenter som har svart på bakgrunnsvariabelen kjønn, er 1651 personer.

Blant respondentene i undersøkelsen som har svart på spørsmålet om kjønn, finner vi at kvinneandelen er 90 prosent (n=1477), mens andelen menn er om lag 10 prosent (n= 173).

Når vi fordeler tallene per tjeneste, finner vi at det er en høyere andel menn i spesialisthelsetjenesten (15 prosent) enn i de kommunal helse- og omsorgstjenestene (8 prosent).

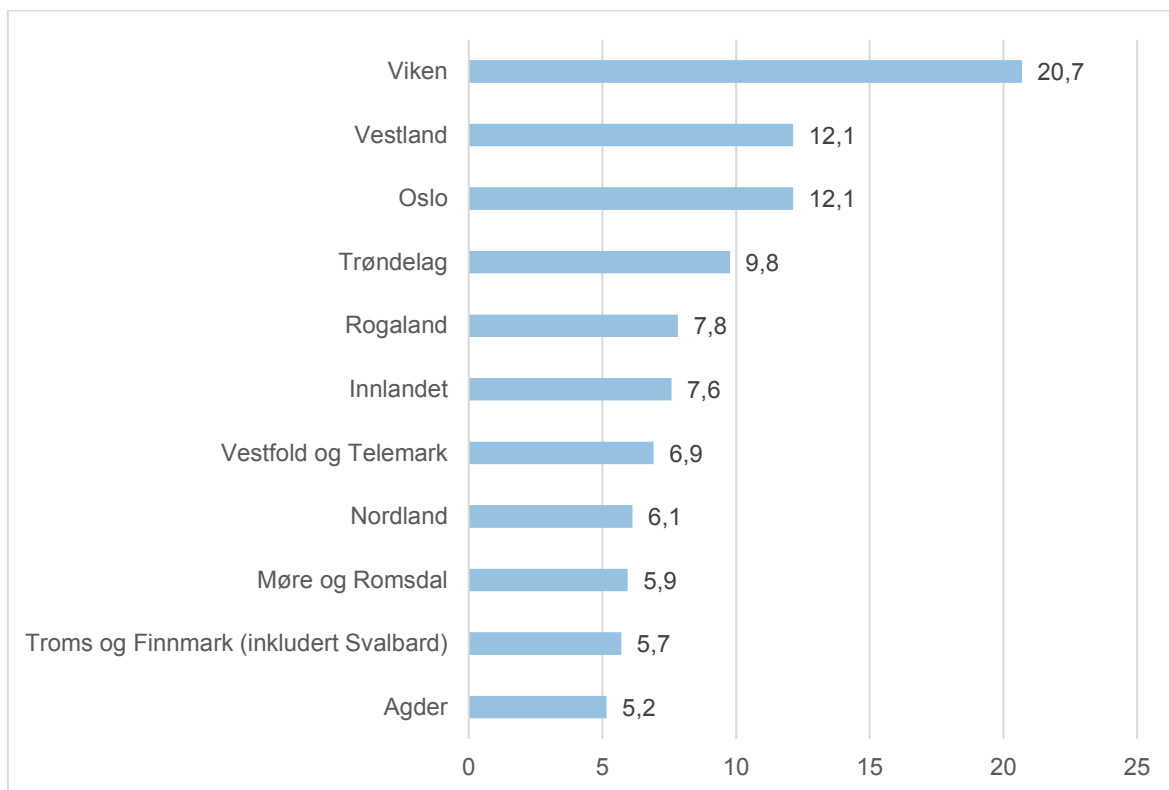
Aldersfordelingen i undersøkelsen viser at samlet sett befinner om lag seks av ti respondenter seg i aldersgruppen fra 45–66 år. Figur 7-1 viser at det er variasjon i aldersfordelingen mellom tjenesteområdene: I aldersgruppen 45–54 år er andelen høyest i spesialisthelsetjenesten, mens den største andelen i aldersgruppen 55–66 år befinner seg i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.



Figur 7-1 Aldersfordeling etter sektor (n=1651)

7.2 Geografisk tilhørighet

I spørreundersøkelsen ble lederne bedt om å oppgi hvilket fylke de arbeider i. Figur 7-2 viser at deltakerne i undersøkelsen representerer alle fylkene. Den største andelen har arbeidstilhørighet i Viken.¹⁹



Figur 7-2 Hvilket fylke arbeider du i? (n=1648)

¹⁹ I 2014, da den forrige undersøkelsen ble gjennomført, var det i alt 19 fylker. Etter regionreformen er det 11 fylker, inkludert Oslo. En direkte sammenlikning er derfor noe utfordrende, men prosentandelen for Viken er rimelig lik som for Akershus og Oslo (21,3 prosent) i 2014-undersøkelsen.