



SINTEF



Rapport

Lederundersøkelsen i NSF, 2024

Rammebetingelser, utfordringer og virkemidler

Forskere:

Solveig Osborg Ose og Silje L. Kaspersen

Rapportnummer:

2025:00534 - Åpen

Oppdragsgiver:

Norsk sykepleierforbund

Rapport

Lederundersøkelsen i NSF

Rammebetingelser, utfordringer og virkemidler

EMNEORD

Ledelse
Kommunale tjenester
Spesialisthelsetjenester
Type ansvar
Lederspenn
Lokal beslutningsrett
Tidsbruk
Omstillinger
Ubesatte stillinger
Virkemidler
Tilgang til støtte
Partssamarbeid
Nettverk
Mentor
Etiske
refleksjonsgrupper
Arbeidsmengde
Kompensasjon
Lønnskrav
Innsats/belønning
Planer for fremtiden

VERSJON

2

DATO

2025-06-03

FORSKERE:

Solveig Osborg Ose og Silje L. Kaspersen

OPPDRAAGSGIVER

Norsk sykepleierforbund

OPPDRAAGSGIVERS REFERANSE

Trude Hagen

PROSJEKTNUMMER

102031988

ANTALL SIDER

117

SAMMENDRAG

Datainnsamlingen ble gjennomført høsten 2024 og det er 1879 ledere på ulike nivå og i ulike sektorer som har deltatt. I denne rapporten har vi først og fremst analysert svar fra førstelinjeledere og mellomledere som arbeider i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten.

Ett av de viktige funnene i denne rapporten er at når vi ser på utviklingen fra 2021 til 2024 blant 300 sykepleierledere som har deltatt begge år, var det 28 prosent som svarte at de i liten eller svært liten grad har budsjett som var tilstrekkelig for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet i 2021. Men i 2024 var andelen betydelig høyere, og det var nå 44 prosent som svarte at de i liten eller svært liten grad har budsjett som er tilstrekkelig for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet.

UTARBEIDET AV

Solveig Osborg Ose

 SIGNATUR

KONTROLLERT AV

Silje L. Kaspersen

 SIGNATUR
Silje L. Kaspersen (Jun 3, 2025 20:02 GMT+2)

GODKJENT AV

Line Melby

 SIGNATUR
Line Melby (Jun 3, 2025 20:01 GMT+2)

RAPPORT NR.

2025:00534

ISBN

978-82-14-07467-3

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Forord

I 2024 ble NSF's lederundersøkelse slått sammen med NSF-kohorten. NSF-kohorten er et nasjonalt utvalg av yrkesaktive medlemmer i NSF som ble etablert i 2020. Utvalget er planlagt fulgt over en 10-årsperiode.

Populasjonen er alle yrkesaktive sykepleiere, og det er utviklet egne lederspørsmål til sykepleierledere med personalansvar. I denne rapporten presenteres resultatene fra denne delen av kohort-studien, som altså utgjør baselineresultater fra sykepleierledere. Lederundersøkelsen i NSF er tidligere gjennomført som tverrsnittsstudier, og i siste kapittel kobler vi resultatene fra tidligere undersøkelser for å kunne si noe om utviklingen fra de tidligere undersøkelsene til i dag. Fra 2026 vil vi kunne følge utviklingen i sykepleierlederes rammebetingelser mer presist, fordi vi følger opp samme utvalg. Første oppfølging er planlagt gjennomført i 2026.

Tusen takk til alle sykepleierledere som har valgt å besvare denne omfattende undersøkelsen og dermed bidratt til å øke kunnskapen om sykepleierledernes rammebetingelser, utfordringer og mulige løsninger på utfordringene.

Trude Hagen har vært vår kontaktperson i NSF for dette prosjektet, og vi takker for et godt samarbeid.



Solveig Osborg Ose

Dr. polit i samfunnsøkonomi, seniorforsker i SINTEF

Innhold

Sammendrag og konklusjon.....	6
1 Innledning.....	13
1.1 Tidligere lederundersøkelser	13
1.2 Resultater fra NSF-kohorten	14
1.3 Problemstillinger i denne rapporten.....	16
1.4 Rapportens struktur.....	16
2 Metode.....	17
2.1 Datagrunnlag og svarprosent.....	17
2.2 Representativitet	17
2.3 Personalansvar og fagansvar i NSF-kohorten	18
2.4 Oppsummering	22
3 Kjønn, alder, fylke, sektor og arbeidsplass	23
3.1 Kjønn	23
3.2 Alder.....	23
3.3 Fylke	24
3.4 Sektor.....	24
1.1 Arbeidsplass	25
3.5 Oppsummering	25
4 Ledernivå, formell lederutdanning og ledererfaring	26
4.1 Ledernivå	26
4.2 Formell lederutdanning	27
4.3 Ledererfaring	29
4.4 Oppsummering	30
5 Type ansvar, lederspenn og lokal beslutningsrett.	31
5.1 Type ansvar	31
5.2 Lederspenn	32
5.3 Lokal beslutningsrett	35
5.4 Førstelinjeleders lokale beslutningsrett etter sektor og type arbeidsplass	35
5.5 Oppsummering	41
6 Tidsbruk, klinisk arbeid og store omstillinger	42
6.1 Tidsbruk	42
6.2 Klinisk arbeid	44
6.3 Om virksomheten har vært gjennom omstilling de siste 6 månedene.....	46

6.4	Oppsummering	48
7	Utfordringer på arbeidsplassen	50
7.1	Ubesatte sykepleierstillinger	50
7.2	Andre utfordringer	52
7.3	Førstelinjelederes utfordringer etter sektor og type arbeidsplass	55
7.4	Oppsummering	60
8	Virkemidler for å løse utfordringene.....	61
8.1	Innledning	61
8.2	Førstelinjelederes virkemidler etter sektor og type arbeidsplass	64
8.3	Oppsummering	70
9	Tilgang til støttepersonell/funksjoner.....	71
9.1	Grad av tilgang	71
9.2	Behov	73
9.3	Oppsummering	75
10	Partssamarbeid.....	76
10.1	Samarbeid med tillitsvalgte og verneombud	76
10.2	Innhold i partssamarbeidet.....	77
10.3	Hvordan partssamarbeidet har utviklet seg de siste årene	79
10.4	Om de samarbeider på flere områder i partssamarbeidet nå enn tidligere	81
10.5	Oppsummering	82
11	Nettverk, mentor og etiske refleksjonsgrupper	83
11.1	Nettverk	83
11.2	Om de har mentor	85
11.3	Etiske refleksjonsgrupper	87
11.4	Oppsummering	89
12	Arbeidsmengde, kompensasjon, samsvar mellom krav/innsats og belønning, lønnskrav og planer for fremtiden.....	91
12.1	Hvor mye de arbeider	91
12.2	Om de får kompensert for ekstraarbeid	93
12.3	Om de har fremsatt lønnskrav	96
12.4	Om det er samsvar mellom krav/innsats og belønning	98
12.5	Planer for fremtiden	99
12.6	Oppsummering	100
13	Sammenlikning med tidligere undersøkelser	102
13.1	Samarbeid med tillitsvalgte blant førstelinjeledere og mellomledere i 2014 og 2024.....	102
13.2	Median antall ansatte de har personallederansvar for	104

13.3	Endring fra 2021 til 2024 i rammebetingelser	105
14	Svar på problemstillinger fra NSF	107
14.1	Hva kjennetegner sykepleierledere på ulike nivå og innenfor ulike sektorer	107
14.2	Nødvendige rammevilkår for å lede	108
14.3	Arbeidstid, arbeidsmiljø og arbeidsvilkår for sykepleiere på ulike nivå.....	109
14.4	Ledererfaring	111
14.5	Sammenheng mellom førstelinjelederens rammevilkår og utfordringer på arbeidsplassen	111
14.6	Strategier/virkemidler sykepleierlederne vil ta i bruk for å møte utfordringene	111
14.7	Ulike rammevilkår for å lede på ulike nivå.....	112
14.8	Tidsbruk	112
14.9	Innflytelse og myndighet	113
14.10	Karriereplaner	113
14.11	Samarbeid tillitsvalgte og verneombud.....	114
14.12	Lederlønn.....	114
	Referanser.....	116

Sammendrag og konklusjon

Utvalg og representativitet

Datagrunnlaget i rapporten er fra en nasjonal spørreskjemaundersøkelse blant yrkesaktive medlemmer i NSF som ble gjennomført høsten 2024. Svarprosenten er lav (21 prosent), men representativitetsanalysene viser at utvalget er rimelig representativt i forhold til kjønn, med en svak overrepresentasjon av mannlige sykepleiere. Utvalget er også geografisk representativt for yrkesaktive medlemmer i NSF, med unntak av en svak overrepresentasjon av sykepleiere fra Trøndelag.

Utvalget har betydelige skjevheter når det gjelder alder. Unge sykepleiere er tydelig underrepresentert, og sykepleiere med lang erfaring er tydelig overrepresentert. I denne rapporten analyserer vi i liten grad forskjeller mellom ulike aldersgrupper, men det er viktig å være klar over at unge sykepleierledere i mindre grad enn erfarne sykepleierledere har bidratt til datagrunnlaget, og dermed til resultatene som er presentert i rapporten.

Ledernivå og lederansvar

Dette lederutvalget består av førstelinjeledere og mellomledere. 82 prosent av førstelinjelederne og 87 prosent av mellomlederne har både personal-, økonomi og faglig ansvar. Median antall ansatte en førstelinjeleder har personalansvar for er 36, mens gjennomsnittet er 40 ansatte. Median antall ansatte for mellomledere er 30, og gjennomsnittet er 48. Variasjonen, målt med variasjonskoeffisienten, er høyere for mellomledere (1,4) enn førstelinjeledere (0,6).

Det er særlig stort lederspenn for førstelinjeledere i somatiske sengeposter med median antall ansatte på 45 ansatte, men også i psykisk helsevern/TSB er lederspennet stort med median antall ansatte på 43. Sykehjem ligger også høyt, med 40 ansatte i median og hjemmetjenester med 35 ansatte i median.

Lederne i utvalget har generelt lav lokal beslutningsrett

Kun fem prosent kan fastsette lønn ved tilsetting av nye medarbeidere, 13 prosent kan justere inntaket av nye pasienter/brukere, 17 prosent kan påvirke budsjettrammen for egen enhet, hver tredje har myndighet til å bestemme stillingsstørrelse ved nye utlysinger og like mange kan påvirke beslutninger som tas på et høyere nivå, 43 prosent kan tilpasse bemanning etter brukernes/pasientenes behov og 53 prosent kan gjøre prioriteringer innenfor budsjettrammen.

Mange har formell lederutdanning og ledererfaring

52 prosent av førstelinjelederne og 73 prosent av mellomlederne oppgir at de har formell lederutdanning. Det vanligste er å ha lederutdanning som gir 90 studiepoeng (32 prosent), 120 studiepoeng er nest vanligst (27 prosent) og 30 studiepoeng tredje vanligst (26 prosent).

11 prosent av førstelinjelederne har vært ledere ett år eller mindre, og hver tredje har over 10 års ledererfaring. Blant mellomlederne er det 4 prosent som har vært ledere ett år eller mindre, og 58 prosent har over 10 års ledererfaring. Mellomledere har lengre ledererfaring enn førstelinjeledere, men det er ikke tydelige forskjeller i antall år med ledererfaring mellom sektorer eller type arbeidsplasser.

Hver femte leder har hatt nedbemanninger siste halvår

Det er 22 prosent av førstelinjelederne og 25 prosent av mellomlederne i kommunal sektor som oppgir at de har vært gjennom nedbemanninger siste seks måneder. Andelen er 14 prosent blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten og 17 prosent av mellomlederne. Det er 26 prosent av lederne i sykehjem, 19 prosent i hjemmetjenester og 23 prosent i andre kommunale tjenester som oppgir at de har vært gjennom store omstillinger som har medført nedbemanninger de siste seks månedene. Men andelen er også høy i somatiske sengeposter (18 prosent). Det er stor geografisk variasjon, med 8 og 9 prosent som har nedbemannet i Innlandet og Agder til 26 prosent i Trøndelag, 24 prosent i Oslo og 22 prosent i Møre og Romsdal.

Halvparten av lederne har ubesatte sykepleierstillinger

Blant førstelinjelederne er det 46 prosent og blant mellomlederne 53 prosent som oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger. Blant førstelinjeledere er det 54 prosent i kommunene som oppgir at de har ubesatte stillinger og 36 prosent spesialisthelsetjenesten. Blant mellomledere er det 57 prosent som oppgir at de har ubesatte stillinger i kommunene, og 43 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Det er aller flest blant lederne i kommunale sykehjem (65 prosent) og hjemmetjenester (60 prosent) som har ubesatte sykepleierstillinger. Men det er også høye andeler med ubesatte sykepleierstillinger i andre kommunale tjenester (46 prosent), i somatiske sengeposter (45 prosent) og i psykisk helsevern/TSB (47 prosent) og i anesthesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (38 prosent), helsestasjon/skolehelsetjeneste (33 prosent) og i andre spesialisthelsetjenester (24 prosent).

Det er størst andel av lederne i Troms og Finnmark som oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger (62 prosent), men andelen er høy i alle fylker. Lavest ligger Agder, der 39 prosent lederne oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger.

Andre utfordringer

Over halvparten av sykepleierlederne (56 prosent) oppgir at de har store utfordringer med å finne kvalifiserte vikarer og nesten like mange, at budsjettet ikke er tilstrekkelig for å gi tjenester av ønsket kvalitet (54 prosent), at det er stor arbeidsbelastning på fast ansatte (51 prosent), at de har problemer med å rekruttere ansatte med riktige kvalifikasjoner/kompetanse (51 prosent).

Men det er også mange som har store problemer med at det er lite tid til å ivareta/utøve faglig ledelse (42 prosent), og lite tid til etisk refleksjon (41 prosent), høyt sykefravær (39 prosent), mye bruk av tilkallingsvikarer (34 prosent), lite kapasitet til løpende opplæring og trening av ansatte på arbeidsplassen (31 prosent), lite rom for formell kompetanseheving blant faste ansatte (31 prosent).

Det er også 27 prosent som har problemer med å beholde ansatte med riktige kvalifikasjoner/kompetanse, særlig i somatiske sengeposter (49 prosent).

Det er 26 prosent som sliter med å opprettholde kvaliteten på tjenestene, og å få ansatte med på å gjøre nødvendige endringer/endringsprosesser (24 prosent), vold og trusler (17 prosent) og gjennomføre endringer i ansvars- og oppgavedeling (17 prosent). 14 prosent har også problemer med mange deltidsansatte og like mange med at de har mange ufaglærte.

Virkemidler for å løse utfordringene

54 prosent av lederne som svarer at budsjettet ikke er tilstrekkelig for å gi tjenester av ønsket kvalitet. Bedre budsjetttrammer er derfor et viktig virkemiddel mange steder.

For å løse utfordringene de står i, oppgir førstelinjeledere i kommunal sektor også at de i stor eller i svært stor grad vil øke kompetansen blant ansatte (64 prosent), øke samarbeidet med andre (56 prosent), etablere kollegastøtteordning og refleksjonsgrupper (55 prosent), ta i bruk ny teknologi (54 prosent) og arbeide mer teambasert (50 prosent), øke grunnbemanningen (47 prosent) og sette i gang tiltak for å øke velferden for de ansatte (46 prosent). 37 prosent oppgir at de vil ta høyde for faktisk fravær i turnusplanleggingen, 33 prosent vil gjøre endringer i arbeidstidsordningene, 27 prosent vil etablere eget vikarpool. Noen færre vil ansette nye yrkesgrupper (17 prosent), øke bruk av avstandsoppfølging (15 prosent) og benytte flere kombinerte stillinger (14 prosent).

Blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten er det også flest som vil øke kompetansen blant ansatte (63 prosent) som virkemiddel for å løse utfordringene. 52 prosent vil etablere kollegastøtteordning, 46 prosent vil arbeide mer team-basert og sette inn tiltak for å bedre velferden blant ansatte. 45 prosent vil øke samarbeidet med andre og like mange vil øke den faste bemanningen, og 44 prosent vil ta i bruk teknologi. 42 prosent vil få til en bedre tilpasning av stillingsstørrelse i tråd med ansattes ønsker, og 37 prosent vil ta høyde for historisk fravær i turnusplanleggingen, mens 36 prosent vil etablere etiske refleksjonsgrupper. Noen færre vil gi ansatte mer autonomi og selvstyre (28 prosent), etablere eget vikarpool (25 prosent), gjøre endringer i arbeidstidsordningene (21 prosent), bruke flere kombinerte stillinger (16 prosent), ansette nye yrkesgrupper (15 prosent), øke bruk av avstandsoppfølging/hjemmemonitorering (10 prosent) og øke samarbeidet med frivillig sektor (7 prosent).

Generelt er det små forskjeller i hvilke virkemidler de vil ta i bruk for å løse utfordringene, både mellom førstelinjeledere og mellomledere, og mellom kommunal sektor og spesialisthelsetjenester.

Tilgang til støttepersonell/funksjoner

Det flest førstelinjeledere i kommunal sektor oppgir at de i liten eller i svært liten grad har tilgang på, er en assisterende leder/nestleder som kan avlaste de (58 prosent). Det er også mange som har dårlig tilgang til rådgiverressurser for ledere (52 prosent), bemanningsstøtte som koordinator eller egen bemanningsansvarlig (50 prosent), teknisk støtte fra leverandør (39 prosent) eller arbeidsgiver (33 prosent), fagutviklings-sykepleier/fagstøttefunksjon (36 prosent), administrativt støtte (29 prosent), støtte ved ansettelser (26 prosent), styringsverktøy (24 prosent), fagstøttesystemer (22 prosent), støtte i bestilling av forbruksvarer (22 prosent) og medisinske varer/utstyr (19 prosent), og støtte i personalsaker (13 prosent).

Blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten er det flest som oppgir at de i liten eller i svært liten grad har tilgang på bemanningsstøtte (49 prosent), rådgiverressurs for ledere (44 prosent), teknisk støtte fra leverandør av system (38 prosent), teknisk støtte fra arbeidsgiver (37 prosent). Hver tredje førstelinjeleder i spesialisthelsetjenesten oppgir at de mangler støtte ved ansettelser og en assisterende leder som kan avlaste de. 32 prosent mangler merkantilt støttepersonell, 21 prosent mangler fagstøttesystemer, 20 prosent har lite tilgang til styringsverktøy og like mange mangler støtte i bestilling av forbruksvarer (20 prosent) og medisinske varer/utstyr (18 prosent). 18 prosent oppgir at de i liten eller i svært liten grad har tilgang til fagutviklingssykepleier/fagstøttefunksjon og 15 prosent mangler støtte i personalsaker.

Partssamarbeid

76 prosent av førstelinjeledere og mellomledere svarer at samarbeidet med tillitsvalgte er godt eller svært godt, og 80 prosent svarer at samarbeidet med verneombud er godt eller svært godt.

Det er flest som svarer at partssamarbeidet fungerer i stor eller i svært stor grad godt når det gjelder arbeidsmiljø (66 prosent) og likestilling (63 prosent), ved tilsetninger (59 prosent), arbeidstid (58 prosent) og i uforutsette saker som må løses raskt (47 prosent).

Det er 58 prosent som oppgir bedring i partssamarbeidet de siste årene. Det er litt færre førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten som svarer at det har blitt bedre (53 prosent) enn i kommunal sektor (58 prosent). Blant mellomledere er 65 prosent i spesialisthelsetjenesten som svarer at det har blitt mye eller litt bedre, og 63 prosent i kommunal sektor.

Vi har også spurt om de kan beskrive årsaken til endringen, og her beskriver de som opplever bedring i partssamarbeidet at de har mer aktive tillitsvalgte, eller HMS-team som fungerer godt, at de har fått en bedre struktur på samarbeidet særlig gjennom faste møter, at de har blitt mer bevisst på partssamarbeidet og at HMS-opplæringen har blitt bedre, både for ledere og ansattrepresentanter.

Det er totalt halvparten som svarer at de samarbeider på flere områder i partssamarbeidet nå enn tidligere, og det er færrest blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten som svarer at de samarbeider på flere områder nå enn tidligere (44 prosent), og flest blant mellomledere i kommunal sektor (57 prosent). Det er også noen flere førstelinjeledere enn mellomledere som svarer at de ikke vet om de samarbeider på flere områder nå enn tidligere.

Nettverk med andre ledere

Det er totalt 79 prosent av lederne i utvalget som oppgir at de regelmessig deltar i nettverk med andre ledere. Andelen som regelmessig deltar i nettverk med andre ledere lavest blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten (73 prosent), og høyest blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten (84 prosent).

Det er 61 prosent av lederne som oppgir å ha godt nok nettverk og tilstrekkelig støtte rundt seg som leder og dermed 39 prosent som ikke har god nok nettverk og tilstrekkelig støtte. Det er særlig høy andel blant førstelinjelederne i både spesialisthelsetjenesten (46 prosent) og i kommunene (41 prosent) som ikke opplever å ha godt nok nettverk og tilstrekkelig støtte rundt seg som leder. Men dette gjelder også 30 prosent av mellomlederne i kommunene, og 24 prosent av mellomlederne i spesialisthelsetjenesten, så det er stort potensial for bedring. De ønsker seg særlig nettverk uten ledere på høyere nivå, assisterende ledere som kan avlaste de, veiledning og rom for refleksjon for å utvikle seg som ledere, og bedre støtte fra egen leder.

Mentor

Det er kun 11 prosent av lederne i utvalget som oppgir at de har fått tilbud om mentor. Det er litt høyere andel av førstelinjelederne i spesialisthelsetjenesten som har fått tilbud om mentor (14 prosent) enn i kommunal sektor (9 prosent). Blant mellomlederne er det 19 prosent i spesialisthelsetjenesten og 8 prosent i kommunal sektor som har fått tilbud om mentor.

Det er 15 prosent av lederne som svarer at de er mentor for en yngre kollega eller har fått tilbud om å være mentor. Dette gjelder 15 prosent av førstelinjelederne i kommunene og 13 prosent i spesialisthelsetjenesten og 16 prosent av mellomlederne i kommunene og 26 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Etiske refleksjonsgrupper

Det er 38 prosent av lederne som oppgir at de har etiske refleksjonsgrupper for ansatte. Det er litt lavere andel førstelinjeledere som svarer at de har etiske refleksjonsgrupper i spesialisthelsetjenesten (32 prosent) enn i kommunene (39 prosent). Blant mellomlederne er det 38 prosent som svarer at de har det i spesialisthelsetjenesten og 45 prosent i kommunene. Det kan også bety at kommunene kanskje har kommet litt lenger enn spesialisthelsetjenesten på dette området, eller det kan være at behovet for slike støttetiltak er større i de kommunale tjenestene enn i spesialisthelsetjenester. Det er størst andel som har etiske refleksjonsgrupper i psykisk helsevern/TSB (58 prosent), og andelen i kommunale sykehjem er 40 prosent, 36 prosent i somatiske sengeposter og 33 prosent i hjemmetjenester.

De 62 prosentene som svarte at de ikke har refleksjonsgrupper for ansatte, ble bedt om å svare på hvorfor de ikke har det. Svarene viser at det handler om mangel på tid/ressurser, eller at de ikke har refleksjonsgrupper, men at de ansatte likevel reflekterer ved behov. Noen svarer at de ikke kaller det etisk refleksjon, selv om de reflekterer eller at de gjør etiske refleksjoner som en del av ulike møter. Noen oppgir også at de egentlig har etiske refleksjonsgrupper, men at de ofte avlyser møter fordi det er for travelt. Andre er i gang med å etablere etiske refleksjonsgrupper.

Mye handler om tid og ressurser, og den enkelte arbeidsplass må finne løsninger som er hensiktsmessig og bærekraftig for å skape nødvendig rom for etisk refleksjon. Det er kanskje særlig arbeidsplasser med mange ufaglærte assistenter som må kompensere for manglende fagkompetanse på ulike måter, for eksempel systematisering av etiske refleksjoner som alle ansatte kan ta del i.

Arbeidsmengde og kompensasjon

Det er nesten ingen som arbeider mindre enn 35,5 timer blant lederne i utvalget (1 prosent), og de fleste arbeider mellom 35,5 og 44 timer i uken (73 prosent). 18 prosent jobber 45-49 timer, og 6 prosent over 50 timer. To prosent oppgir at det varierer veldig fra uke til uke hvor mange timer de arbeider.

Det er liten forskjell på antall timer førstelinjelederne arbeider i spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester. Det er hhv 75 og 74 prosent som oppgir at de arbeider 35,5-44 timer i uka og 15 prosent i kommunal sektor og 17 prosent i spesialisthelsetjenesten oppgir at de arbeider 45-49 timer i uka. Det er relativt små forskjeller mellom ledernivå og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.

Det er 47 prosent av lederne som oppgir at de arbeider flere timer enn tidligere, og 6 prosent har arbeidet færre timer. Det er størst andel mellomledere i kommunal sektor som arbeider mer enn tidligere (51 prosent), og flest blant mellomlederne i spesialisthelsetjenesten som arbeider færre timer (11 prosent). Men det store bildet er at rundt halvparten av ledere arbeider flere timer nå enn tidligere.

Det er 27 prosent av utvalget av ledere som svarer at de får kompensasjon for ekstraarbeidet de gjør, og 38 prosent svarer at de delvis får kompensasjon, mens de resterende 34 prosentene svarer at de ikke får kompensasjon for ekstraarbeidet. Det er flest som svarer at de får ekstra avspasering utover arbeidsavtalen (43 prosent), mens 38 prosent oppgir at de har fått overtidsbetaling. 17 prosent har fått avspasering og overtids tillegg, mens seks prosent oppgir at de har fått timebetaling for ekstraarbeidet. Flere får overtidsbetaling i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene, både blant førstelinjeledere og mellomledere. Det er også større andel blant førstelinjeledere i kommunal sektor som får overtidsbetaling (33 prosent), enn blant mellomlederne i kommunal sektor (13 prosent).

De som svarte at de ikke blir kompensert for ekstraarbeidet de gjør, har fått spørsmål om hvorfor de ikke har blitt kompensert. 42 prosent av de som ikke får kompensasjon for ekstraarbeid svarer at årsaken er at

de har en ledende stilling, jf. aml. § 10-12 (1). 30 prosent oppgir at de ikke har krav på overtidsbetaling, etter sin arbeidsavtale (selv om de ikke er unntatt aml. Kap. 10), mens fire prosent oppgir at de ikke får kompensasjon for ekstraarbeid fordi de har en særlig selvstendig stilling, jf. aml. § 10-12 (2). 18 prosent svarer at de ikke vet hvorfor de ikke blir kompensert. Det er også 27 prosent som svarer at de er kompensert på annen måte og noen oppgir at de har fleksitid og avspaserer time for time, eller at lederen over ikke ønsker at de bruker overtid, eller at lederavtalen de har er dårlig. Andre beskriver at det er en uskreven regel at de ikke kompenseres for ekstraarbeid og andre at de oppfordres til å bruke fleksitid heller enn overtid, fordi overtid er dyrere for arbeidsgiver.

Det er flest blant mellomlederne som ikke kompenseres fordi de har en ledende stilling, hhv. 61 prosent i spesialisthelsetjenesten og 51 prosent i kommunal sektor. Av førstelinjelederne er det litt mer jevnt fordelt på kategoriene ledende stilling og at de ikke har krav på overtidsbetaling. Det er ingen førstelinjeledere i kommunal sektor som svarer at de ikke får kompensasjon fordi de har en særlig selvstendig stilling, men noen få av førstelinjelederne i spesialisthelsetjenesten oppgir dette som årsak til at de ikke kompenseres (2 prosent).

Lønnskrav og resultat

Det er 76 prosent av lederne i utvalget som har satt frem lønnskrav og det er flere førstelinjeledere og mellomledere som har satt frem lønnskrav i kommunal sektor enn i spesialisthelsetjenesten. Det er 84 prosent av sykepleierlederne i kommunal sektor som har fremsatt lønnskrav og 63 prosent i spesialisthelsetjenesten, og det er liten forskjell mellom ledernivå.

13 prosent svarer at lønnskrevet ble helt innfridd og 51 prosent oppgir at lønnskrevet ble delvis innfridd. Det er 36 prosent som oppgir at lønnskrevet ikke ble innfridd.

Mellomledere i spesialisthelsetjenesten har i litt større grad fått helt innfridd kravene (19 prosent) enn mellomledere i kommunal sektor (10 prosent). Det er 32-39 prosent som ikke har fått innfridd lønnskravene og andelen er høyest blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten (39 prosent) og lavest blant mellomledere i kommunal sektor (32 prosent).

Om det er samsvar mellom krav/innsats og belønning

Det er 41 prosent av lederne i utvalget som oppgir at det i liten eller i svært liten grad er samsvar mellom krav/innsats og belønning. Det er flest førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten som opplever i liten eller i svært liten grad samsvar mellom innsats og belønning (48 prosent), men andelen er også høy blant førstelinjeledere i kommunal sektor (42 prosent) og blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten og i kommunene (begge 31 prosent).

Planer for fremtiden

Når vi spør om hva slags jobbsituasjon lederne aller helst vil ha om fem år, viser svarene at 42 prosent vil være leder på samme nivå i samme sektor, mens 17 prosent vil være leder på høyere nivå i samme sektor. Det er 14 prosent som planlegger å bli pensjonist og 13 prosent som ikke ønsker å være leder om fem år. Det er noen færre mellomledere i kommunal sektor som ønsker å være leder på samme nivå i samme sektor (44 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (51 prosent), men ellers er det ikke tydelige forskjeller mellom ledernivå eller sektorer. Det er 8 prosent som oppgir at de er usikker på hva de vil gjøre om fem år.

Økende utfordringer med for stramme budsjett

Når vi ser på endring fra 2021 til 2024 i svarene fra de 304 sykepleierledere som har svart på spørsmålene begge år, finner vi en betydelig nedgang i andel som svarer at de har budsjett som er tilstrekkelig for å levere tjenester av tilstrekkelig kvalitet. Andel som svarer at de i liten eller svært liten grad har budsjett som er tilstrekkelig for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet har økt fra 28 prosent i 2021 til 44 prosent i 2024. Det er altså de samme lederne som har svart på begge tidspunkt, så dette er pålitelige tall.

Konklusjon

Over halvparten av sykepleierne i lederutvalget har formell lederutdanning, og mange har lang ledererfaring. Omtrent hver fjerde sykepleierleder har vært gjennom store endringer som har medført nedbemanning de siste seks månedene. Samtidig er det nesten halvparten av førstelinjelederne som svarer at de har ubesatte sykepleierstillinger, 54 prosent i kommunene og 36 prosent i spesialisthelsetjenesten. Det er særlig høy andel blant ledere i kommunale sykehjem og hjemmetjenester som oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger, hhv. 65 og 60 prosent.

Over halvparten av lederutvalget oppgir at de fast ansatte har stor arbeidsbelastning, samtidig som det er store utfordringer med å finne kvalifiserte vikarer. Sykefraværet er høyt mange steder, og det er hyppig bruk av tilkallingsvikarer.

Når vi spør om hva de vil gjøre for å løse utfordringene de står i, er det flest som svarer at de vil øke kompetansen blant de ansatte. Men på grunn av stor arbeidsbelastning på fast ansatte, høyt sykefravær og ubesatte stillinger er det lite rom for opplæring, trening og formell kompetanseheving.

Samlet sett viser rapporten at sykepleierlederne har stort ansvar og begrenset handlingsrom, samtidig som det er tydelige utfordringer knyttet til rekruttering og bemanning. Dette understreker behovet for å styrke støtten til sykepleierlederne, både gjennom økt beslutningsmyndighet og tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning i helsetjenestene.

For å opprettholde kvaliteten på tjenestene er det nødvendig å:

1. Øke budsjettene for å gi lederne større fleksibilitet og mulighet til å drive kompetanseutvikling for å møte kommende utfordringer, både i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenester.
2. Redusere arbeidsbelastningen og sykefraværet ved å tilføre tjenestene mer ressurser for å kunne ansatte mer helsepersonell og andre yrkesgrupper som kan avlaste helsepersonell.
3. Redusere lederspennet der det er for stort. Dette gjelder særlig i somatiske sengeposter, psykisk helsevern/TSB, kommunale sykehjem og hjemmetjenester.
4. Styrke lederstøtten der det er behov, for eksempel med egne bemanningsansvarlige som ikke nødvendigvis trenger å være helsepersonell.
5. Bygge bedre nettverk for ledere på samme nivå for støtte, utveksling av erfaringer og diskusjoner om gode løsninger. Slike nettverk kan organiseres og driftes av noen som ikke nødvendigvis trenger å være helsepersonell.

1 Innledning

I 2024 ble lederundersøkelsen tatt inn i NSF-kohorten som ble etablert i 2020, og fulgt opp i 2021 og 2024. Kohorten er etablert som et samarbeid mellom NSF og SINTEF. I 2024 ble alle medlemmer i NSF invitert til å delta, og 2024 regnes nå som baselineåret, fordi det i 2020- og 2021-kartleggingene var stort fokus på Covid-19 situasjonen. 2024 kan derfor sies å være første normalår etter pandemien for kohorten, og det er fornuftig å bruke dette som baselinemåling for å følge utviklingen videre, også for sykepleierlederne.

Både i 2020 og i 2021 inngikk det noen spørsmål til sykepleierlederne, og vi tar med oppsummering av funnene i kapittel 1.2.

1.1 Tidligere lederundersøkelser

Nordlandsforskning og Agenda Kaupang har gjennomført de tidligere lederundersøkelsene som er gjort for NSF. I det følgende beskrives de tidligere undersøkelsene for å kunne vurdere om det er mulig å sammenlikne svarene fra de ulike utvalgene, for å kunne si noe om utvikling over tid.

Nordlandsforskning 2014

I 2014 gjennomførte Nordlandsforskning en tverrsnittsundersøkelse blant sykepleiere i lederstillinger med formål om å belyse sykepleieledernes rammevilkår, ansvar og myndighet, prioriteringer og handlingsrom (Andrews og Gjertsen, 2014). De inviterte de 4334 personene som da var registrert som ledere i medlemsregisteret, og som hadde oppgitt e-postadresse, til å delta i en spørreundersøkelse. Lederne ble invitert direkte fra NSF, men NSF hadde ikke tilgang til datamaterialet. De oppnådde svar fra 1571 personer, noe som tilsvarer 37 prosent av de som var registrert som leder i medlemsregisteret. Det ble ikke gjort representativitetsanalyser, og det er dermed uklart om det er systematiske skjevheter i utvalget som påvirker resultatene. Mange av de samme temaene som ble inkludert i denne undersøkelsen, er også med i 2024. Dessverre er det kun spørsmål om samarbeid med tillitsvalgte som er direkte sammenliknbart med spørsmålene i 2024, og i kapittel 13.1 ser vi på utviklingen fra 2014 til 2024.

Nordlandsforskning 2017

Rapporten fra 2017 var mer omfattende enn den fra 2014, og inneholdt også en kort litteraturstudie i tillegg til at 5234 personer som var registrert som ledere i NSFs medlemsregister, ble invitert til å svare på en spørreundersøkelse (Andrews og Høgås, 2017). Det var 1600 personer som responderte, og svarprosenten var 31 prosent. Men 400 oppga at de for tiden ikke var ansatt som leder, og analysene ble dermed basert på svar fra litt over 1200 personer (23 prosent av de som ble invitert). Det ble ikke gjort representativitetsanalyser, men de re-analyserte data fra 2014 om ansvarsområde og arbeidsvilkår fra 680 førstelinjeledere, fordelt på 53 prosent fra kommunale helse- og omsorgstjenester og 47 prosent fra spesialisthelsetjenesten. De kartla ledernes bakgrunn (kjønn, alder, utdanning, erfaring og geografisk tilhørighet), ansvarsområde, stillingsstørrelser og personellsammensetning, tilgjengelige ressurser og vurdering av kvalitet på tjenestetilbudet, kontroll over ressurser og myndighet i beslutningsprosesser, arbeidsomfang, arbeidsstøtte og faglig utviklingsmulighet, behov for endringer og karriereplaner.

Agenda Kaupang 2021

Undersøkelsen ble sendt til 6119 respondenter med oppgitt lederansvar i NSFs medlemsregister i 2021, og 27 prosent av disse responderte (n=1648). Hovedtema i denne kartleggingen var å dokumentere status og utfordringsbilder om rammevilkår, ansvar og myndighet, prioriteringer, handlingsrom og arbeidsmiljø-

forhold innenfor forskjellige ledernivå, både i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenester (Aasgestad og Brochmann, 2021).

Agenda Kaupang 2022

I en rapport året etter analyserte de nærmere svarene fra førstelinjeledere i døgkontinuerlig drift (Aasgestad og Brochmann, 2022). Utvalget var på 708 ledere, med 288 fra sykehjem (41 prosent), 106 fra hjemmesykepleie (15 prosent) og 314 fra somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten (44 prosent). De kartla kjennetegn ved ledere (hvor lenge de hadde vært ledere, hatt nåværende stilling, utdanning), rammevilkår (antall ansatte de har direkte personalansvar for, tilgang på stabs- og støttefunksjoner, økonomiske rammer, antall ansatte og kompetanse, rekruttering, behov for kompetanse, kartlegging av behov for ressurser og kompetanse, behov for endringer), hva lederne blir målt på, tidsbruk, faglig forsvarlighet, arbeidsmiljø, karriereplaner og utviklingsmuligheter.

Det er lite som kan sammenliknes med tidligere fra disse undersøkelsene, fordi utvalget i alle de fire rapportene er basert på de som er registrert som ledere i NSF. Dersom førstelinjeledere og mellomledere har lik sannsynlighet for å delta i slike undersøkelser, ser det ut til å være en overvekt av mellomledere i medlemsregisteret. I rapporten fra Agenda Kaupang fra 2021 er det 60 prosent førstelinjeledere og 40 prosent mellomledere når vi ser bort fra de som har oppgitt at de er toppledere. I vårt utvalg, er det 72 prosent som er førstelinjeledere og 28 prosent som er mellomledere. De som kan kategoriseres som «toppleder», utgjør en for liten gruppe til å inngå i analysene i denne rapporten.

I kapittel 13.2 ser vi på median antall ansatte blant førstelinjeledere i døgkontinuerlige tjenester, og sammenlikner svar fra 2020, 2022 og 2024.

1.2 Resultater fra NSF-kohorten

SINTEF 2020

SINTEF-undersøkelsene i 2020 og 2021 inkluderte alle sykepleiere, og det ble utviklet egne spørsmål til ledere med personalansvar. I 2020 var det 2777 ledere med personalansvar som svarte, men informasjon om de var leder eller ikke, var ikke koblet til denne informasjonen i medlemsregisteret. Den nasjonale kartleggingen høsten 2020 blant alle sykepleiere, viste at mange av sykepleierledere i første fase av pandemien opplevde at rammebetingelsene de hadde var for dårlige (Melby et. al, 2020). Det var særlig manglende budsjетtrammer til å håndtere koronasituasjonen som var utfordrende. 37 prosent av sykepleierlederne svarte at de i liten eller svært liten grad hadde tilstrekkelige budsjетtrammer, men vi fant ikke systematiske forskjeller mellom sektorer i hvor belastende det var å være leder i pandemisituasjonen. Sykepleierlederne i kommunene opplevde i mindre grad å ha tilgang på nok personell og budsjетtrammer til å håndtere situasjonen, enn sykepleierlederne i spesialisthelsetjenesten og i private tjenester. Men sykepleierlederne i spesialisthelsetjenestene opplevde i minst grad å være involvert i beslutningene som handlet om korona-situasjonen som ble tatt på høyere ledernivå. Det var særlig mange sykepleierledere som opplevde stor belastning i legevakt, akuttmottak og i private sykehjem. Det var 16 prosent av lederne som svarte at de ble tatt ut av lederrollen og satt inn i klinisk arbeid, og dette var særlig ledere i dagsenter, legevakt, fastlegekontor, somatisk poliklinikk og i noen private tjenester. Spørsmålene var i stor grad relatert til pandemisituasjonen, og det er kun spørsmålet om lederspenn som inngikk i 2020 som også er med i 2024.

SINTEF 2021

I 2021 var det 1049 ledere med personalansvar som deltok, og 41 prosent svarte at de i stor eller i svært stor grad hadde opplevd å ha tilgang på nok kvalifisert personell siden starten av pandemien (Ose og Kaspersen, 2021). Tilsvarende opplevde 39 prosent å bli involvert i beslutninger på høyere nivå i organisasjonen, mens 60 prosent rapporterte at det hadde vært belastende å være leder under pandemien. Litt over halvparten (52 prosent) opplevde at de hadde hatt kontroll på situasjonen underveis så langt i pandemien, og 36 prosent svarte at de i stor eller i svært stor grad har hatt budsjetttrammer til å håndtere koronasituasjonen. Totalt var det 18 prosent av lederne som opplevde endringer i kontakten med tillitsvalgte og verneombud, noe som var omtrent på nivå med undersøkelsen i 2020. Det var ikke systematiske forskjeller mellom sektorer eller tjenester i sannsynlighet for å ha opplevd endringer i samarbeidet med ansattrepresentanter. 40 prosent av lederne jobbet mer klinisk under pandemien enn de vanligvis gjorde, og det var ikke systematiske forskjeller i svarene mellom sektorer eller type tjeneste. 29 prosent av sykepleierlederne svarte at de hadde brukt ufaglærte i større grad siste år. I 2020 var andelen 22 prosent. Rundt 30 prosent av lederne svarte at de i liten eller svært liten grad opplevde å ha gode rammebetingelser. De fleste lederne jobbet mellom 35,5 og 44 timer per uke, mens 15 prosent jobbet 45-49 timer per uke. 26 prosent av de som har jobbet mer under pandemien, har ikke fått kompensasjon for ekstraarbeidet. Dette gjaldt særlig ledere med personalansvar i kommunehelsetjenesten. De fleste oppgav at dette skyldes at de hadde en ledende stilling (jf. aml. § 10-12 (1)) og/eller ikke krav på overtidsbetaling etter sin arbeidsavtale. Hele 23 prosent svarte også at de ikke visste hvorfor de ikke var kompensert. I 2021 fant vi også at det var sykepleierledere med personalansvar som hadde hatt den største akkumulerte belastningen i utvalget så langt i pandemien (til september/oktober 2021).

SINTEF i 2024

Ledere med personalansvar er inkludert i kohortrapporten fra 2024, slik at alle variablene utenom lederspørsmålene er analysert og rapportert i en egen rapport (Ose, Kaspersen, 2025). Analysene viste at om vi sammenlikner sykepleiere med og uten personalansvar, oppgir ledere med personalansvar signifikant:

- høyere kvantitative krav
- høyere arbeidstempo
- mer rollekonflikter og unødvendige oppgaver
- lavere sosial støtte fra kolleger
- høyere arbeid-fritid konflikt

På den positive siden, opplever sykepleiere med personalansvar:

- mer innflytelse på jobben
- større mulighet for utvikling
- større variasjon i arbeidet
- mer kontroll over arbeidstid
- mer forutsigbarhet
- større anerkjennelse
- lavere rolleklarhet
- høyere ledelseskvalitet
- mer sosial støtte fra overordnet
- større forpliktelse til arbeidsplassen
- større arbeidsengasjement
- lavere jobbusikkerhet
- mindre usikkerhet rundt arbeidsbetingelser
- høyere kvalitet på arbeidet
- høyere jobbtilfredshet

- høyere vertikal tillit
- høyere organisasjonsrettferdighet

Etter neste kartlegging (planlagt gjennomført høsten 2026), vil vi kunne analysere endringer i de psykososiale arbeidsbetingelsene både blant sykepleiere med og uten lederansvar, og få mer pålitelige svar fordi vi kan studere endringer i samme utvalg.

1.3 Problemstillinger i denne rapporten

NSF hadde en rekke problemstillinger de ønsket svar på fra lederundersøkelsen i 2024, blant annet:

- Hva kjennetegner arbeidstid, arbeidsmiljø og arbeidsvilkår for sykepleierledere på ulike nivå og innenfor ulike sektorer og tjenester?
- Hvilke strategier/virkemidler ser sykepleierlederne for seg å ta i bruk i årene fremover for å møte utfordringene på sin arbeidsplass?
- I hvilken grad har ledere på ulike nivå forskjellige rammevilkår for å lede?
- Hva bruker sykepleierledere mest og minst tid på?
- Har sykepleierledere nødvendig innflytelse og myndighet over egen arbeidsplass?
- Opplever sykepleierledere å ha nødvendig støtte fra sine ledere?
- I hvilken grad legges det til rette for deres kompetanse- og fagutvikling?
- Hvilke karriereplaner har lederne?
- I hvilken grad opplever sykepleierledere å ha et godt samarbeid med tillitsvalgte og verneombud?

1.4 Rapportens struktur

Det er mange dimensjoner i datagrunnlaget som kan analyseres, som ledernivå, sektor og type arbeidsplass. Fra kapittel 4.2 og i resten av rapporten, har vi valgt å kun se på kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten, og kun på førstelinjeledere og mellomledere fordi andre sektorer og ledernivå gir usikre data, og dette er beskrevet i kapittel 4.1.

I kapittel 2 beskrives metodene som er brukt i prosjektet og kapittel 3 er første resultatkapittel og viser fordeling av ledere etter kjønn, alder, fylke, sektor og type arbeidsplass i lederutvalget og relativt til NSF-kohorten for å si noe om hvem (kjønn og alder) og hvor (fylke, sektor og arbeidsplass) sykepleierne hyppigst blir ledere.

Kapittel 4 viser ledernivå, formell lederutdanning og ledererfaring, mens kapittel 5 handler om type ansvar, lederspenn og lokal beslutningsrett. Kapittel 6 inneholder tema som hva lederne bruker tid på, hvor ofte de arbeider klinisk og om virksomheten har vært gjennom store omstillinger det siste halve året.

I kapittel 7 ser vi på utfordringene lederne står overfor, mens kapittel 8 inneholder ledernes vurderinger av mulige virkemidler for å løse utfordringene. Kapittel 9 handler om tilgang til støttepersonell/funksjoner og kapittel 10 tar for seg partssamarbeidet. I kapittel 11 ser vi på ledernes tilgang på støtte som nettverk, mentor og refleksjonsgrupper. Kapittel 12 tar for seg arbeidsmengde, kompensasjon, grad av samsvar mellom krav/innsats og belønning og hvilke planer lederne har for fremtiden. I kapittel 13 ser vi på utvikling i samarbeid med tillitsvalgte fra 2014 til 2024 (13.1), median antall ansatte i ulike undersøkelser av døgnkontinuerlige tjenester (13.2) og utvikling i rammebetingelser fra 2021 til 2024 i et underutvalg på 300 sykepleierledere som svarte på spørsmålene både i 2021 og 2024 (13.3). I kapittel 14 svarer vi på de oppgitte problemstillingene fra NSF.

2 Metode

Undersøkelsen er gjennomført som en nasjonal undersøkelse høsten 2024 blant alle sykepleiere i Norge, uavhengig av hvor de arbeider.

Forskere i SINTEF samarbeidet med NSF for å utvikle spørsmålene, og rapporten inneholder fremstillinger fra de 183 variablene som er generert fra svarene til sykepleierlederne med personalansvar. SINTEF samarbeider med SENTIO AS, som har ansvaret for å sette opp undersøkelsen digitalt, og for å gjennomføre datainnsamlingen.

2.1 Datagrunnlag og svarprosent

Det var totalt 88 996 personer som fikk invitasjon til å delta i forskningsprosjektet, og 18274 personer samtykket til deltakelse. Dette gir en svarprosent på 21 prosent. Svarprosenten er lav og vi har noen hypoteser om hvorfor det er slik, men vi har ikke datagrunnlag for å undersøke hvordan årsakene fordeler seg blant de som ikke har deltatt. Våre hypoteser er:

- 1) Mange leser ikke e-posten de har oppgitt til NSF jevnlig
- 2) Mange er skeptisk til å trykke på lenker de mottar på e-post og telefon, og behandler alt som kommer som spam for å være sikker
- 3) Det har kommet så mange invitasjoner til deltakelse i ulike undersøkelser de siste årene, og mange har sluttet å respondere
- 4) De har det fint i sin jobb, og tenker derfor at de ikke trenger å delta
- 5) Noen er redd de ikke er anonyme, og tør ikke delta av den grunn
- 6) De tror ikke en slik undersøkelse kan bidra til at noe blir bedre

Lav svarprosent betyr ikke nødvendigvis at utvalget ikke er representativt, og vi ser videre på representativitet i totalutvalget.

2.2 Representativitet

Det er informasjon fra medlemsregisteret som brukes for å analysere representativitet, og vi sammenlikner utvalget med populasjonen, som er alle yrkesaktive medlemmer i NSF. Vi har ikke brukt informasjon om de er ledere eller ikke fra medlemsregisteret, men selvrapportert informasjon som er innhentet i undersøkelsen. Det er dermed ikke mulig å se om lederne som har svart er representative for alle ledere registrert i NSF. Vi har undersøkt representativitet i to utvalg:

- Utvalg 1: Alle som har deltatt i 2024 (N=18274)
- Utvalg 2: Alle som har deltatt både i 2021 og i 2024 (N=8124)

For utvalg 1 finner vi at mannlige sykepleiere har litt høyere sannsynlighet for å delta enn kvinnelige sykepleiere, og at medlemmer i Trøndelag er litt overrepresentert, mens medlemmer i Møre og Romsdal er litt underrepresentert. Forskjellene i svartilbøyelighet i ulike aldersgrupper gir den største skjevheten i utvalg 1, og aldersgruppen 25-29 år er dårligst representert, også når vi kontrollerer for kjønn og bostedsfylke.

For utvalg 2 finner vi enda større skjevhet i alder enn i utvalg 1, og sannsynligheten for å ha svart både i 2021 og i 2024 øker betydelig med alder. Mannlige sykepleiere har en liten overrepresentasjon når vi kontrollerer

for alder og bostedsfylke også i utvalg 2, og medlemmer i Oslo og i Trøndelag er litt overrepresentert i forhold til andre fylker.

Vi har også undersøkt om det er systematiske forskjeller i sannsynligheten for å fullføre undersøkelsen i 2024, og finner at det ikke er systematiske kjønnsforskjeller i sannsynligheten for å fullføre, men sannsynligheten for å fullføre øker systematisk med alder og går litt ned for de som er over 66 år. Sykepleiere med spesialisering, mastergrad eller Ph.d. har i større grad fullført undersøkelsen enn sykepleiere uten spesialisering/under spesialisering. Ledere med personalansvar har i mindre grad fullført undersøkelsen enn sykepleiere uten personalansvar, mens medlemmer med bostedsfylke i Vestland og Trøndelag i litt større grad enn andre har fullført undersøkelsen. Det er ikke store forskjeller i fullføringsgrad mellom ulike sektorer eller typer arbeidsplasser.

2.3 Personalansvar og fagansvar i NSF-kohorten

Den generelle NSF-kohorten som har baseline i 2024, består av 18274 sykepleiere¹ og 10 prosent (n=1879) har oppgitt at de er ledere med personalansvar, og det er de som har fått spørsmålene som presenteres i resten av rapporten. Det er også 12 prosent som oppgir at de har faglig ansvar uten å ha personalansvar, og 3 prosent oppgir at de har annet ansvar.

Tabell 2.1 Antall sykepleiere med og uten lederansvar i NSF-kohorten, 2024.

	Antall	Prosent	Prosent av de som har oppgitt om de har lederansvar eller ikke
Nei	12 623	69	74
Ja, med personalansvar	1 879	10	11
Ja, uten personalansvar (kun faglig ansvar)	2 151	12	13
Annet ansvar	496	3	3
Ikke oppgitt om de har lederansvar eller ikke	1 125	6	
Total	18 274	100	100

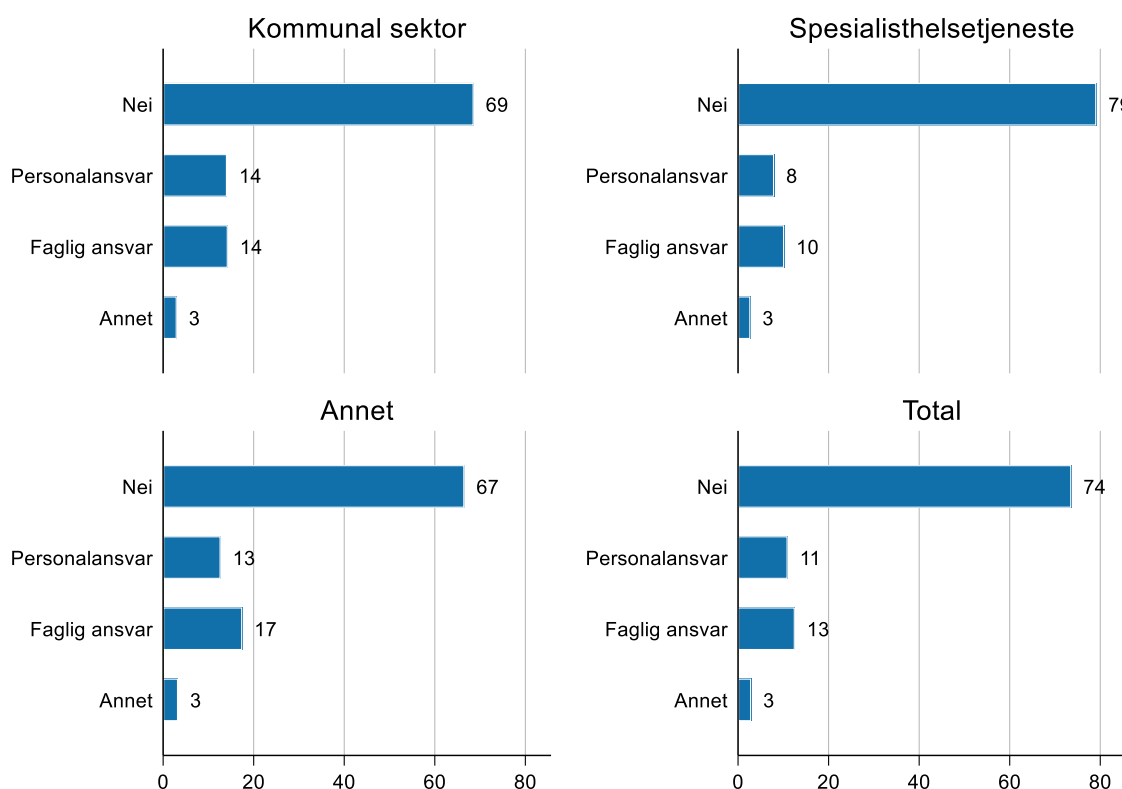
De som krysset av for «Annet», fikk spørsmål om hvilket ansvar de har. Svarene viser blant annet at ansvaret kan være tilknyttet et bestemt område eller areal på arbeidsplassen, som medisinrom, skyllerom/dekontaminering, laboratorier og lager. Det er mange som oppgir at de er stedfortreder for leder og noen oppgir at de er selvstendig næringsdrivende. Opplevelsen av å ha stort ansvar uten å ha formelt ansvar, uttrykkes av mange.

Figur 2.1 viser fordelingen på type lederansvar for ulike sektorer.

¹ I utvalget på 18274, er det 318 jordmødre, men kun 19 av disse har oppgitt å ha personalansvar. Jordmødre er derfor ikke en egen kategori i denne rapporten.

Av totalutvalget som har oppgitt at de har ulike former for lederansvar, er det 11 prosent som oppgir at de har personallederansvar, mens 13 prosent oppgir at de har faglig ansvar uten personalansvar. Tre prosent svarer at de har annet ansvar.

Blant sykepleiere som arbeider i kommunal sektor, er det 14 prosent som har personalansvar og like mange som har faglig ansvar. I spesialisthelsetjenesten er det 8 prosent som har personalansvar og 10 prosent som har faglig ansvar, mens i privat/og annen statlig sektor (kodet som «Annet» i figur 2.1), har 13 prosent personalansvar og 17 prosent fagansvar.



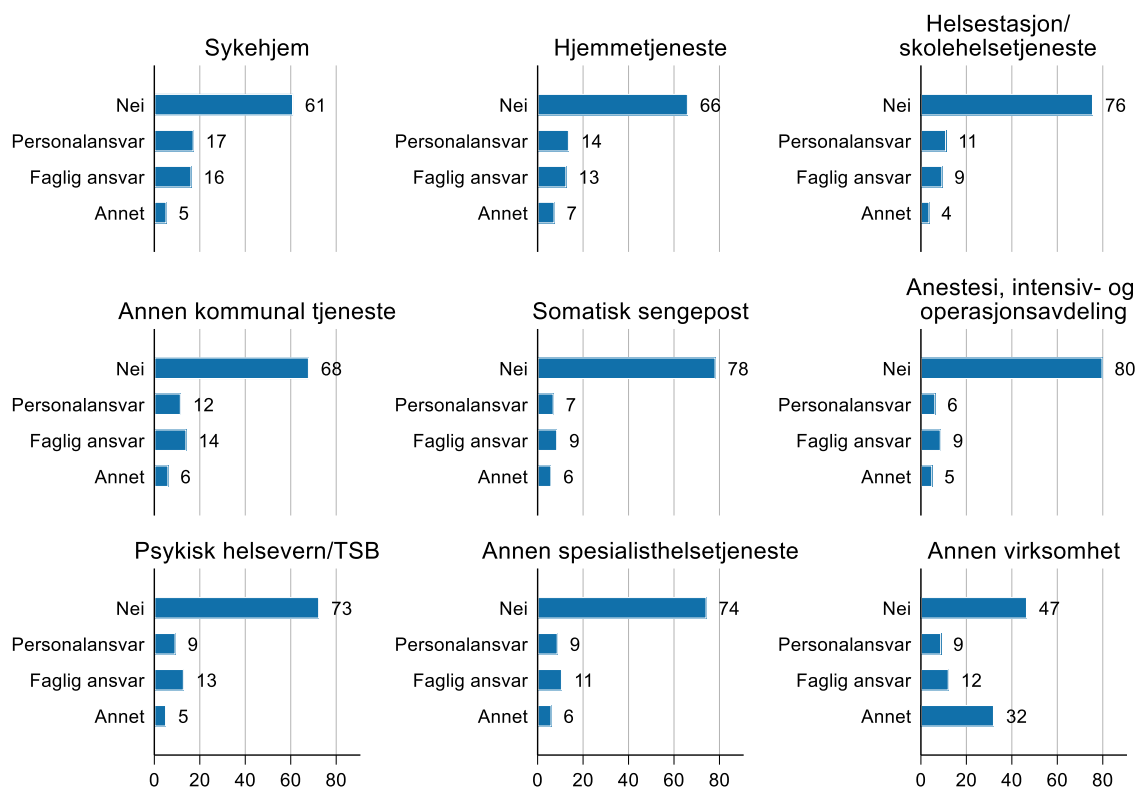
Figur 2.1 Prosent etter type lederansvar, sektor.

I NSF-kohorten er det 34 typer arbeidsplasser som har store nok utvalg til analyser. I underutvalget av ledere med personallederansvar, er det behov for å kode om til større grupper. Vi trekker ut arbeidsplasser som utgjør 5 prosent eller mer av utvalget, og plasserer resten i samlekategorier «Annen kommunal tjeneste» og «Annen spesialisthelsetjeneste» som vist i tabell 2.2.

Tabell 2.2 Omkoding av arbeidsplass fra NSF-kohorten til lederutvalget.

Arbeidsplass i NSF-kohorten	Antall	Andel	Omkodes i lederutvalget til:
Sykehjem	358	19,1	Sykehjem
Hjemmetjeneste	246	13,1	Hjemmetjeneste
Psykisk helsearbeid/kommunalt rusarbeid	61	3,3	Annen kommunal tjeneste
Tjenester til mennesker med utviklingshemming	38	2,0	Annen kommunal tjeneste
Dagsenter	4	0,2	Annen kommunal tjeneste
Bo- og omsorgssenter	44	2,4	Annen kommunal tjeneste
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	94	5,0	Helsestasjon/skolehelsetjeneste
Rehabilitering	14	0,8	Annen kommunal tjeneste
Legevakt	34	1,8	Annen kommunal tjeneste
Fastlegekontor	17	0,9	Annen kommunal tjeneste
ØHD	9	0,5	Annen kommunal tjeneste
Annen kommunal tjeneste	97	5,2	Annen kommunal tjeneste
Somatisk sengepost	186	9,9	Somatisk sengepost
Somatisk poliklinikk	81	4,3	Annen spesialisthelsetjeneste
Intensivavdeling	69	3,7	Anestesi, intensiv- og operasjonsavdeling
Anestesiavdeling	24	1,3	Anestesi, intensiv- og operasjonsavdeling
Operasjonsavdeling	53	2,8	Anestesi, intensiv- og operasjonsavdeling
Somatisk rehabilitering	3	0,2	Annen spesialisthelsetjeneste
Psykiatrisk avdeling, døgn	77	4,1	Psykisk helsevern/TSB
Psykiatrisk avdeling, poliklinikk	28	1,5	Psykisk helsevern/TSB
TSB, døgn	9	0,5	Psykisk helsevern/TSB
TSB, poli	4	0,2	Psykisk helsevern/TSB
Ambulansetjenesten	15	0,8	Annen spesialisthelsetjeneste
Annen spesialisthelsetjeneste	125	6,7	Annen spesialisthelsetjeneste
Privat sykehus	27	1,4	Annen virksomhet
Privat sykehjem/hjemmetjeneste	35	1,9	Annen virksomhet
Privat behandlingssted for rus- og/elle	14	0,8	Annen virksomhet
Privat somatisk behandling og rehabilitering	14	0,8	Annen virksomhet
Privat driftet bo- og omsorgstilbud	12	0,6	Annen virksomhet
Privat bemanningsbyrå	3	0,2	Annen virksomhet
Privat BHT	6	0,3	Annen virksomhet
Annen privat	43	2,3	Annen virksomhet
Universitet/høyskole	16	0,9	Annen virksomhet
Annen statlig virksomhet	15	0,8	Annen virksomhet
Ikke oppgitt	4	0,0	Annen virksomhet
Total	1879	100	

Som vist i figur 2.2, er det en lavere andel sykepleiere med lederansvar i somatiske spesialisthelsetjenester sammenlignet med kommunale tjenester. Særlig er det en stor andel sykepleierledere i kommunale sykehjem, hvor ledere med personalansvar utgjør 17 prosent av NSF-kohorten, mens sykepleiere med faglig ansvar uten personalansvar utgjør 16 prosent av de i NSF-kohorten som arbeider i kommunale sykehjem.



Figur 2.2 Prosent etter type lederansvar, type arbeidsplass.

Det er også nødvendig å bruke andre aldersinndelinger i lederutvalget enn i NSF-kohorten fordi det blir for små grupper blant de yngste og eldste. I lederutvalget er det kun 3 personer under 25 år og 23 personer under 30 år. Vi koder derfor alder slik at den yngste alderskategorien er «Under 40 år», men de aller fleste i denne kategorien er 30-39 år. Det er også kun 34 personer som er 66 år eller mer blant lederne, og disse legges i alderskategorien 60-66 år, men denne inneholder også noen få personer som er 67-71 år som er yrkesaktive ledere.

I resten av rapporten ser vi kun på ledere som har personalansvar, fordi det er kun de som har fått lederspørsmålene. Faglederne har svart på følgende spørsmål: «Dersom du ikke har personalansvar i din lederrolle, ber vi om at du beskriver her hva som er ditt lederansvar og litt om dine erfaringer i rollen.»

Det er 2134 av de 2647 personene som har krysset av for at de har faglig ansvar uten personalansvar eller annet ansvar, som har gitt en beskrivelse av sin rolle, dvs. 81 prosent har gitt en beskrivelse. Det ligger mye interessant i disse svarene, men datagrunnlaget bør kombineres med for eksempel en litteraturstudie og intervjuer med sykepleiere med faglederansvar for å få et rikere datagrunnlag. En foreløpig gjennomgang viser for eksempel at det er mange som har en form for personalansvar i sin faglederrolle, for eksempel som fungerende leder når leder med personalansvar er fraværende.

2.4 Oppsummering

Det ble gjennomført en nasjonal spørreskjemaundersøkelse blant yrkesaktive medlemmer i NSF høsten 2024. Svarprosenten er lav (21 prosent), men representativitetsanalysene viser at utvalget er rimelig representativt i forhold til kjønn, med en svak overrepresentasjon av mannlige sykepleiere. Utvalget er også geografisk representativt for yrkesaktive medlemmer i NSF, men det er svak overrepresentasjon av sykepleiere i Trøndelag som i litt større grad enn sykepleiere i andre fylker har deltatt.

Utvalget har betydelige skjevheter når det gjelder alder. Unge sykepleiere er tydelig underrepresentert, og sykepleiere med lang erfaring er tydelig overrepresentert. I denne rapporten analyserer vi i liten grad forskjeller mellom ulike aldersgrupper, men det er viktig å være klar over at unge sykepleierledere i mindre grad enn erfarne sykepleierledere har bidratt til datagrunnlaget, og dermed til resultatene som presenteres i rapporten.

3 Kjønn, alder, fylke, sektor og arbeidsplass

I dette kapittelet ser vi på andel ledere med personalansvar av hele NSF-kohorten på 18724 sykepleiere. Dersom sannsynligheten for å delta følger samme mønster for sykepleiere med og uten personallederansvar, vil dette si noe om hva som kjennetegner sykepleiere som har personalansvar i forhold til de som ikke har det og om noen har høyere sannsynlighet for å være leder enn andre.

Lederutvalget består kun av sykepleiere som har personalansvar.

3.1 Kjønn

Som vist i tabell 3.1, er det 12 prosent menn og 88 prosent kvinner i lederutvalget. Når vi kobler informasjon fra lederutvalget med informasjon for hele NSF-kohorten, ser vi at det er 10 prosent av kvinnene og 12 prosent av mennene som er ledere med personalansvar. Det er derfor en overrepresentasjon av menn blant ledere med personalansvar blant sykepleiere.

Tabell 3.1 Ledere med personalansvar fordelt på kjønn.

	Antall	Andel av lederutvalget	Andel av NSF-kohorten
Kvinne	1660	88	10
Mann	219	12	12
Total	1879	100	10

3.2 Alder

16 prosent av lederutvalget er under 40 år, og hele 68 prosent er mellom 40-59 år. Det er kun fem prosent av NSF-kohorten som er under 40 år som har personalansvar, mens andelen er høyest blant de som er 50-59 år, der 14 prosent av NSF-kohorten er ledere med personalansvar. Sykepleiere i 50-årsalderen har derfor høyest sannsynlighet for å være leder, men det er ikke store forskjeller i forhold til de i førtiårene og de i begynnelsen av 60-årene med hhv. 12 og 13 prosent.

Tabell 3.2 Ledere med personalansvar fordelt på aldersgrupper.

	Antall	Andel av lederutvalget	Andel av NSF-kohorten
Under 40 år	305	16	5
40-49	555	30	12
50-59	706	38	14
60-66	313	17	13
Total	1879	100	10

3.3 Fylke

Det er litt variasjon i lederandel i ulike fylker, og lederutvalget utgjør 12 prosent av NSF-kohorten i Innlandet, Nordland, Rogaland og Troms og Finnmark, mens andelen er 9 prosent i Møre og Romsdal, Oslo og Vestfold og Telemark (tabell 3.3). Dette betyr at det er litt ulik sannsynlighet for å være leder blant sykepleiere i ulike fylker, men det er ikke store forskjeller.

Tabell 3.3 Ledere med personalansvar fordelt på fylke.

	Antall	Andel av lederutvalget	Andel av NSF-kohorten
Agder	99	5	10
Innlandet	148	8	12
Møre og Romsdal	83	4	9
Nordland	99	5	12
Oslo	238	13	9
Rogaland	163	9	12
Troms og Finnmark	121	6	12
Trøndelag	219	12	10
Vestfold og Telemark	116	6	9
Vestland	257	14	11
Viken	336	18	10
Total	1879	100	10

3.4 Sektor

Som vist i tabell 3.4, er det 54 prosent av lederutvalget som arbeider i kommunal sektor, og 36 prosent i spesialisthelsetjenesten. De 10 prosentene i kategorien «Annet» arbeider enten i privat eller i annen statlig sektor utenom spesialisthelsetjenesten. Det er tydelig at størst andel sykepleiere er ledere i kommunal sektor, der de utgjør 14 prosent av NSF-kohorten, mens lederne utgjør 8 prosent av den delen av NSF-kohorten som arbeider i spesialisthelsetjenester. Sykepleiere i kommunal sektor har dermed betydelig høyere sannsynlighet for å være leder enn sykepleiere i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 3.4 Antall personer med personalansvar etter sektor.

	Antall	Andel av lederutvalget	Andel av NSF-kohorten
Kommunal sektor	1016	54	14
Spesialisthelsetjenester	674	36	8
Annet	189	10	13
Total	1879	100	10

1.1 Arbeidsplass

Det er 19 prosent av lederutvalget som arbeider i kommunale sykehjem, se tabell 3.5. Det er også der vi finner den høyeste andelen av ledere i NSF-kohorten (17 prosent). Andelen er også høy i hjemmetjenester (14 prosent). Andel sykepleierledere med personalansvar er lavest i somatiske sengeposter og i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger der hhv. 7 og 6 prosent av NSF-kohorten er ledere med personalansvar.

Tabell 3.5 Antall personer med personallederansvar etter arbeidsplass.

	Antall	Andel av lederutvalget	Andel ledere i NSF-kohorten
Sykehjem	358	19	17
Hjemmetjeneste	246	13	14
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	94	5	11
Annen kommunal tjeneste	318	17	12
Somatisk sengepost	186	10	7
Anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger	146	8	6
Psykisk helsevern/TSB	118	6	9
Annen spesialisthelsetjeneste	224	12	9
Annen virksomhet	189	10	13
Total	1879	100	10

3.5 Oppsummering

Lederutvalget består av ledere med personalansvar. Det er en liten overrepresentasjon av menn blant sykepleierlederne ved at 10 prosent av kvinnene og 12 prosent av mennene i NSF-kohorten er ledere.

Det er kun fem prosent av NSF-kohorten under 40 år som er ledere, mens andelen er aller høyest blant de som er 50-59 år, der 14 prosent har personallederansvar.

Det er litt variasjon i lederandel i ulike fylker, og ledere utgjør 12 prosent av NSF-kohorten i Innlandet, Nordland, Rogaland og Troms og Finnmark og 9 prosent i Møre og Romsdal, Oslo og Vestfold og Telemark og ellers 10 prosent.

Det er tydelig at størst andel ledere med personalansvar er fra kommunal sektor der de utgjør 14 prosent av NSF-kohorten, mens andelen er 8 prosent i spesialisthelsetjenesten.

19 prosent av lederutvalget arbeider i kommunale sykehjem. Det er også der vi finner den høyeste andelen av ledere i NSF-kohorten (17 prosent). Andelen er også høy i hjemmetjenester (14 prosent) og lavest i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger og i somatiske sengeposter der hhv. 6 og 7 prosent av NSF-kohorten er ledere med personalansvar.

4 Ledernivå, formell lederutdanning og ledererfaring

4.1 Ledernivå

I spørreskjemaet forsøkte vi å identifisere hvem som er førstelinjeledere, mellomledere eller toppledere. Det ble beskrevet at førstelinjeledere var ledere på pasientnært nivå og mellomledere var ledere for ledere. Toppleder var ikke godt nok beskrevet i skjemaet, og de som krysser av for at de er toppledere oppgir at de er daglig leder, kommunalsjef, klinikkdirektør, sektorleder eller kommunalsjef. Men det er også en del som har krysset av for at de er toppleder som svarer at de er enhetsleder, virksomhetsleder eller har andre lederstillinger på mellomledernivå. Under «Annet» ligger det også et bredt spekter av lederstillinger, som at de er plassert under toppleder, at de leder en avdeling etc. De som tydelig er toppledere, er for få til å analyseres på linje med førstelinjeledere og mellomledere i dette utvalget.

Fordi det ikke er alle som har oppgitt stillingstittel eller beskrevet med ord hvilket nivå de er leder på, har vi ikke kunnet omkode alle svarene til riktig kategori. Vi velger derfor å kode de som har svart at de er toppleder, eller «Annet» (annet enn førstelinjeleder, mellomleder eller toppleder), eller ikke har oppgitt ledernivå - til en egen kategori som visst i tabell 4.4, og konsentrerer analysene om førstelinjeledere og mellomledere.

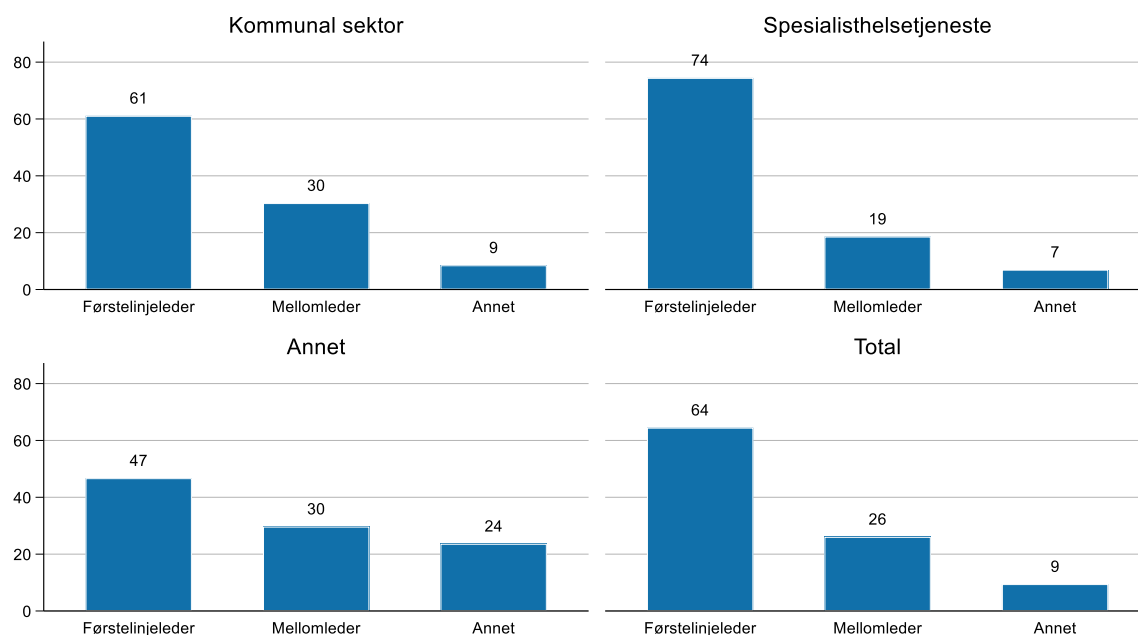
Tabell 4.1 Antall og andel som svarer på hvilket nivå de er leder.

		Antall	Prosent
Førstelinjeleder		1188	63
Mellomleder		479	25
Toppleder	Kodes til «Annet» n=212	73	4
Annet		91	5
Ikke oppgitt ledernivå		48	3
Total		1879	100

Det er størst andel av førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten (74 prosent) og størst andel mellomledere i kommunal sektor (30 prosent), se figur 4.1.

I resten av rapporten ser vi videre på kun førstelinjeledere og mellomledere som enten arbeider i kommunal sektor eller i spesialisthelsetjenester. Kategorien andre typer ledere og andre typer sektorer er for heterogen til å gi særlige tolkningsmuligheter.

Det er også ulikt hvor mye som er besvart. Mens over 1500 mellomledere og førstelinjeledere i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenester har besvart spørsmålene tidlig i skjemaet, er det rundt 1100 som har svart på de siste spørsmålene. Det er vanskelig å si hvor mye dette betyr for resultatene, men vi finner ikke noe tydelig mønster mellom svarene fra de som har besvart alle spørsmål og de som har besvart få spørsmål. Det kan være tilfeldig hvem som har fullført, og hvem som ikke har valgt/rukket å fullføre.



Figur 4.1 Prosent av lederne som er førstelinjeleder, mellomleder eller annet i ulike sektorer.

4.2 Formell lederutdanning

Det er 1145 førstelinjeledere og mellomledere i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenester som har svart på spørsmålene om lederutdanning. Som vist i tabell 4.2, er det 52 prosent av førstelinjelederne og 73 prosent av mellomlederne som svarer at de har formell lederutdanning.

Tabell 4.2 Om de har formell lederutdanning, prosent og antall svar.

	Førstelinjeledere		Mellomledere		Førstelinjeledere og mellomledere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	436	52	221	73	657	57
Nei	326	39	68	22	394	34
Tar lederutdanning nå	80	10	14	5	94	8
Total	842	100	303	100	1145	100

Tabell 4.3 viser at det vanligste er å ha lederutdanning som gir 90 studiepoeng (32 prosent), 120 studiepoeng er nest vanligst (27 prosent) og 30 studiepoeng tredje vanligst (26 prosent). Noen har flere typer lederutdanning slik at summen blir over 100.

Mellomlederne har i litt større grad lederutdanning på 120 studiepoeng (34 prosent av mellomlederne og 24 prosent av førstelinjeledere), og litt mindre grad 30 studiepoeng (20 prosent av mellomlederne og 28 prosent av førstelinjelederne). Det er liten forskjell på førstelinjeledere og mellomledere i de andre kategoriene.

Tabell 4.3 Type lederutdanning de har eller holder på med, prosent av de som har formell lederutdanning og de som holder på med lederutdanning

	Førstelinjeledere		Mellomledere		Førstelinjeledere og mellomledere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
120 studiepoeng/40 vekttall	125	24	79	34	204	27
90 studiepoeng/30 vekttall	163	32	81	34	244	32
30 studiepoeng/10 vekttall	147	28	48	20	195	26
Videreutdanning med færre studiepoeng/vektall	40	8	20	9	60	8
Bedriftsintern/virksomhetsintern opplæring/kurs	98	19	37	16	135	18
Etterutdanning (vedlikehold/fornyning av kompetanse, holde seg oppdatert)	38	7	21	9	59	8
Annet	74	14	35	15	109	15
Totalt	516	133	235	137	751	134

De 15 prosentene som svarer «Annet» oppgir at de har lederutdannelse som gir 60 studiepoeng, eller at de har bachelor i administrasjon og ledelse, eventuelt diverse kurs fra BI inkludert Helseledelse.

Av de 751 som har svart enten at de har formell lederutdanning eller at de holder på med lederutdanning, er det 739 som har svart på spørsmålene om hvilken lederutdanning de har eller holder på med (98 prosent). Tabell 4.4 viser at halvparten oppgir at de har tatt lederutdanning på universitet/høyskole, og 19 prosent har tatt lederutdanning primærhelsetjenesten på BI, og to prosent har tatt topplederprogrammet for kommune/spesialisthelsetjenesten på BI. Det er relativt små forskjeller mellom førstelinjeledere og mellomledere.

Tabell 4.4 Hvilken lederutdanning de har, flere svar mulig.

	Førstelinjeledere		Mellomledere		Førstelinjeledere og mellomledere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Lederutdanning primærhelsetjenesten på BI	89	18	50	22	139	19
Topplederprogrammet for kommune/spesialisthelsetjenesten på BI	8	2	9	4	17	2
Ved universitet/høyskole	246	48	125	54	371	50
Nei, ingen av disse	187	37	69	30	256	35
Antall svar/sum	508	104	231	110	739	106

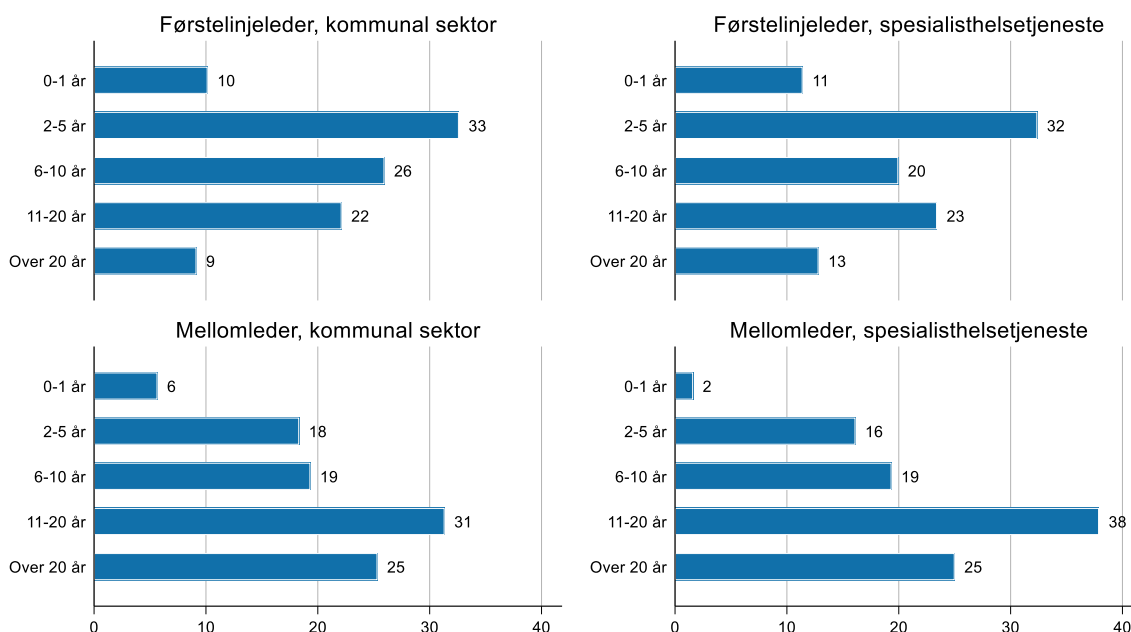
4.3 Ledererfaring

Som vist i tabell 4.5, er det 11 prosent av førstelinjelederne som har vært ledere ett år eller mindre, og like mange har over 20 år med ledererfaring. Blant mellomlederne er det 4 prosent som har vært ledere ett år eller mindre, og 25 prosent som har over 20 års ledererfaring.

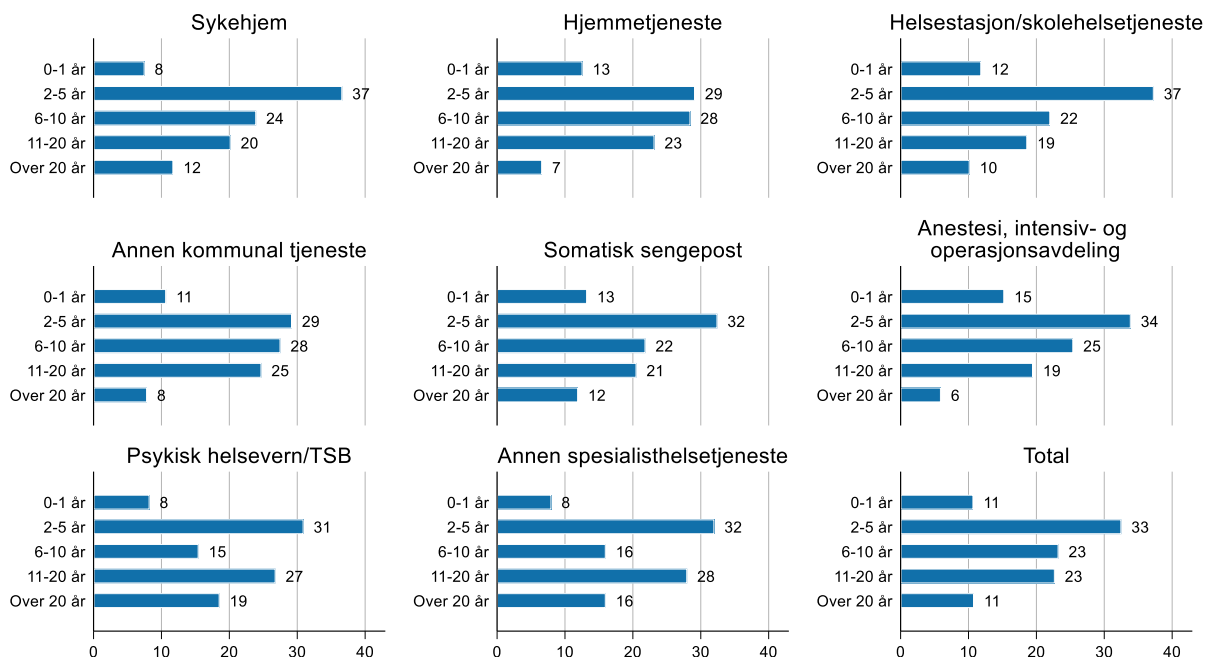
Tabell 4.5 Hvor lang ledererfaring de har etter ledernivå. Førstelinjeledere og mellomledere.

	Førstelinjeledere		Mellomledere		Førstelinjeledere og mellomledere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
0-1 år	117	11	19	4	136	9
2-5 år	355	33	75	18	430	28
6-10 år	254	23	82	19	336	22
11-20 år	248	23	141	33	389	26
Over 20 år	118	11	107	25	225	15
Total	1092	100	424	100	1516	100

Det er ikke tydelige forskjeller i lengden på ledererfaring mellom sektorer (figur 4.2) eller mellom ulike typer arbeidsplasser når vi kun ser på førstelinjeledere (figur 4.3).



Figur 4.2 Hvor lang ledererfaring de har. Ledernivå og sektor. Prosent.



Figur 4.3 Hvor lang ledererfaring de har (prosent). Førstelinjeledere og type arbeidsplass.

4.4 Oppsummering

52 prosent av førstelinjelederne og 73 prosent av mellomlederne oppgir at de har formell lederutdanning. Det vanligste er å ha lederutdanning som gir 90 studiepoeng (32 prosent), 120 studiepoeng er nest vanligst (27 prosent) og 30 studiepoeng tredje vanligst (26 prosent).

24 prosent av førstelinjelederne har lederutdanning tilsvarende 120 studiepoeng, og dette gjelder 34 prosent av mellomlederne. Generelt har mellomlederne litt mer utdannelse enn førstelinjelederne, men det er ikke svært store forskjeller.

Halvparten av de som har lederutdanning har tatt lederutdanning på universitet eller høyskole, og 19 prosent har tatt lederutdanning for primærhelsetjenesten på BI (18 prosent av førstelinjelederne og 22 prosent av mellomlederne), og to prosent har tatt topplederprogrammet for kommune/spesialisthelsetjenesten på BI (to prosent av førstelinjelederne og 4 prosent av mellomlederne).

11 prosent av førstelinjelederne har vært ledere ett år eller mindre, og hver tredje har over 10 års ledererfaring. Blant mellomlederne er det 4 prosent som har vært ledere ett år eller mindre, og 58 prosent har over 10 års ledererfaring. Mellomledere har lengre ledererfaring enn førstelinjeledere, men det er ikke tydelige forskjeller i antall år med ledererfaring mellom sektorer eller type arbeidsplasser.

5 Type ansvar, lederspenn og lokal beslutningsrett.

5.1 Type ansvar

Det er 1516 førstelinjeledere og mellomledere som har svart at de har personalansvar. Som vist i tabell 5.1, er det 94 prosent av disse som også har faglig ansvar og 88 prosent har også økonomisk ansvar. Ni prosent oppgir at de har annet ansvar i tillegg til personalansvar, som ikke er økonomisk ansvar eller faglig ansvar.

En litt høyere andel av mellomledere har økonomisk ansvar i tillegg til personalansvar (94 prosent) enn førstelinjeledere (86 prosent).

Tabell 5.1 Antall personer som har personalansvar og annet ansvar.

	Førstelinjeledere		Mellomledere		Førstelinjeledere og mellomledere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Økonomisk ansvar	940	86	400	94	1340	88
Faglig ansvar	1031	94	391	92	1422	94
Annet ansvar	114	10	28	7	142	9
Antall svar	1092		424		1516	

De som har svart «Annet» har svart at de har ansvar for daglig drift, administrativt ansvar, organisatorisk ansvar, turnusansvar, bestilling av varer, bygg, eksterne avtaler, forskning og utvikling, utdanning, HMS, IKT, innovasjon, kvalitet, medisinansvar, pasientregnskap, pasientsikkerhet, rekruttering, saksbehandling i ansettelsessaker, ansvar for samarbeid med andre avdelinger, samarbeid med eksterne, samarbeid nasjonalt, samordning, samhandling, strategi og rådgivning.

Det er totalt 8 mulige kombinasjoner av ansvar (2³). Jf. tabell 5.2, er det vanligst å ha både personal-, økonomi- og faglig ansvar (77 prosent). Det er 9 prosent som har kombinasjonen personal- og faglig ansvar, og noen færre har alle typene ansvar, inkludert annet ansvar (8 prosent).

Dette betyr at det er 84 prosent som har både personal-, økonomi og faglig ansvar der noen også har annet ansvar i tillegg. Dette gjelder 82 prosent av førstelinjelederne og 87 prosent av mellomlederne. Det er ingen signifikante forskjeller mellom spesialisthelsetjenesten (83 prosent) og kommunehelsetjenesten (84 prosent), når vi kontrollerer for ledernivå.

Det er få som kun har personalansvar (to prosent) og fire prosent har personalansvar og økonomisk ansvar (tre prosent av førstelinjelederne og 7 prosent av mellomlederne).

Tabell 5.2 Antall personer som har personalansvar i kombinasjon med flere ansvar.

	Førstelinjeledere		Mellomledere		Førstelinjeledere og mellomledere	
	Antall	Prosent	Antall	Antall	Prosent	Antall
Personal-, økonomi- og faglig ansvar	815	75	345	81	1160	77
Personal- og faglig ansvar	113	10	20	5	133	9
Personal-, økonomi-, faglig- og annet ansvar	89	8	25	6	114	8
Personalansvar og økonomisk ansvar	29	3	28	7	57	4
Kun personalansvar	21	2	3	1	24	2
Personal-, faglig- og annet ansvar	14	1	1	0	15	1
Personal-, økonomi- og annet ansvar	7	1	2	0	9	1
Personal- og annet ansvar	4	0	0	0	4	0
Totalt	1092	100	424	100	1516	100

5.2 Lederspenn

Lederspenn defineres som antall ansatte en leder har personalansvar for. Vi har spurt om hvor mange ansatte de har personalansvar for, og vi inkluderte følgende ledetekst «Regn med alle ansatte med ansettelsesforhold som du har personalansvar for, uavhengig av tilsettingsform og stillingsstørrelse».

Som vist i tabell 5.3, er median antall ansatte en førstelinjeleder har personalansvar for 36, mens gjennomsnittet er 40 ansatte. Median antall ansatte for mellomledere er 30 ansatte, og gjennomsnittet er 48 ansatte. Variasjonen, målt med variasjonskoeffisienten, er høyere for mellomledere (1,4) enn førstelinjeledere (0,6).

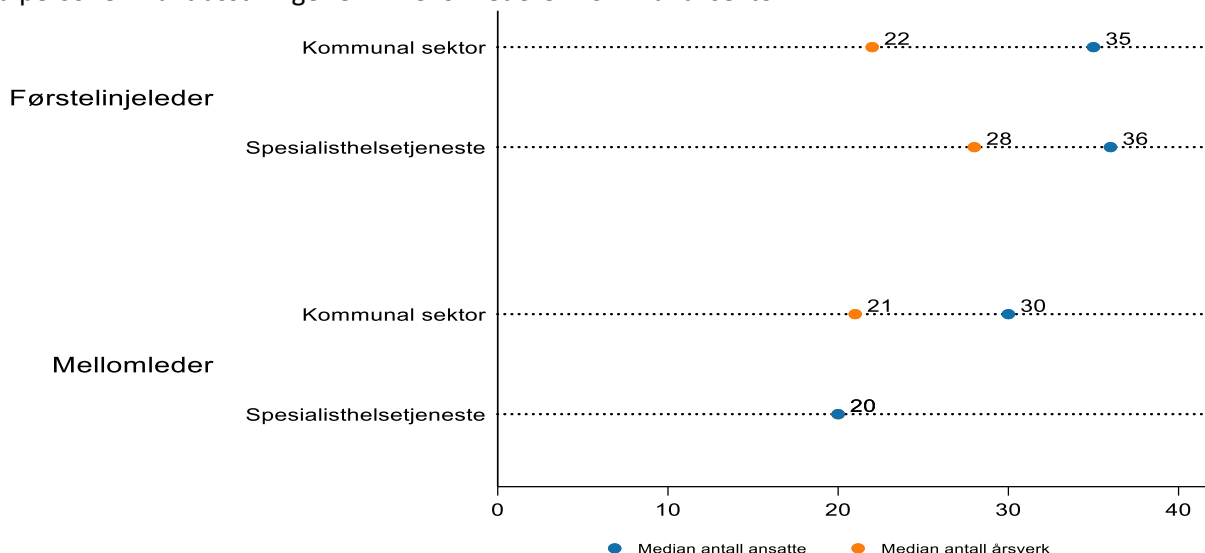
Det er mest usikkerhet knyttet til de som har oppgitt at de er mellomleder, fordi det trolig er en del førstelinjeledere blant disse. Om vi ser det i sammenheng med stillingstittelen de har oppgitt, finner vi at det for eksempel er noen avdelingsledere som oppgir at de er førstelinjeledere, mens andre oppgir at de er mellomledere. Blant de som oppgir at de er seksjonsledere, er det noen som svarer at de er førstelinjeledere, og andre at de er mellomledere. Blant de som har stillingstittel enhetsleder, er det også noen som oppgir at de er førstelinjeleder, mens andre at de er mellomleder. Dette kan bety at det er behov for tydeligere definisjoner på hva som er førstelinjeleder og hva som er mellomleder, men vi kan heller ikke utelukke at rollene til avdelingsledere, seksjonsledere og enhetsledere kan være forskjellig på ulike arbeidsplasser.

Tabell 5.3 Deskriptiv statistikk for antall personer sykepleierledere har personalansvar for etter ledernivå.

	Antall	Gjennomsnitt	Median	Standard avvik	Min	Maks	Variasjonskoeffisient
Ansatte							
Førstelinjeleder	1067	40	36	25	1	200	0,6
Mellomleder	415	48	30	65	2	410	1,4
Årsverk							
Førstelinjeleder	1067	26	24	14	1	112	0,6
Mellomleder	415	34	20	42	2	305	1,2

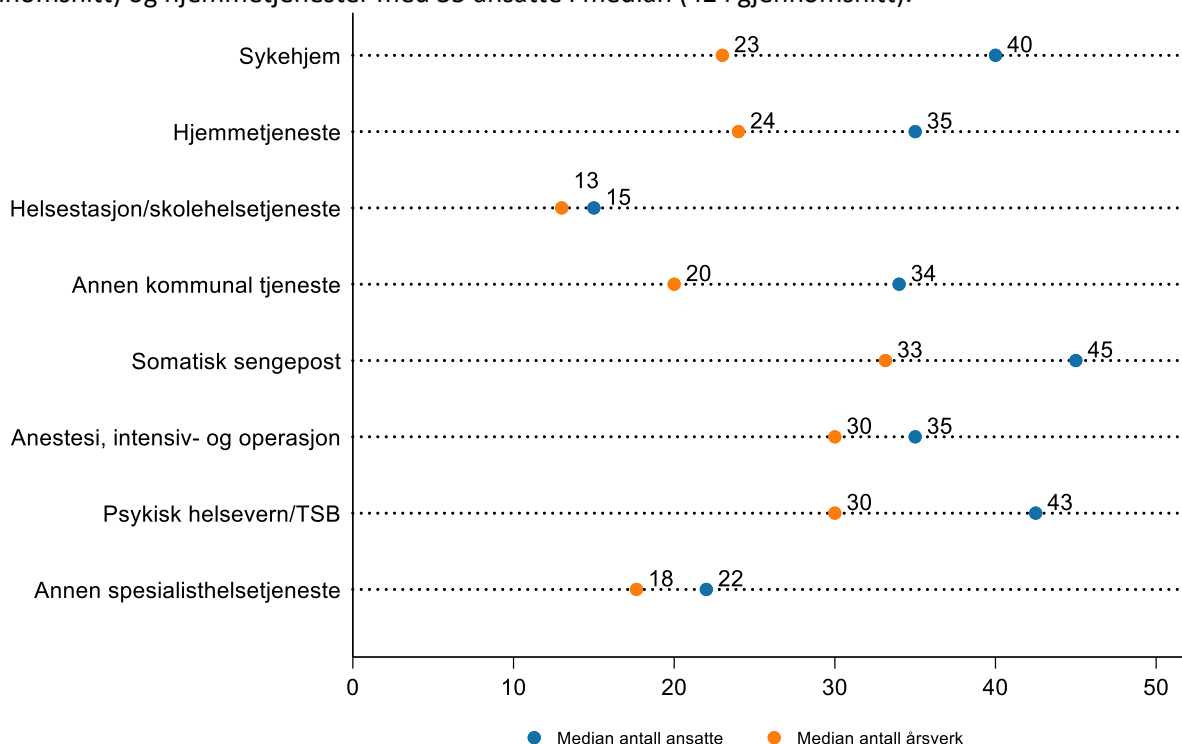
Variasjonskoeffisient=standard avvik/gjennomsnitt

Som vist i figur 5.1, er det liten forskjell i median antall ansatte for førstelinjeledere i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, men det er større forskjell på median antall årsverk, og det er flere årsverk i spesialisthelsetjenesten (28 årsverk) enn i kommunene (22 årsverk). Median antall ansatte og årsverk mellomledere i spesialisthelsetjenesten har personalansvar er 20 ansatte og 20 årsverk. Dvs. de leder i større grad personer i fulltidsstillinger enn mellomledere i kommunal sektor.



Figur 5.1 Median antall ansatte og årsverk, ledernivå og sektor.

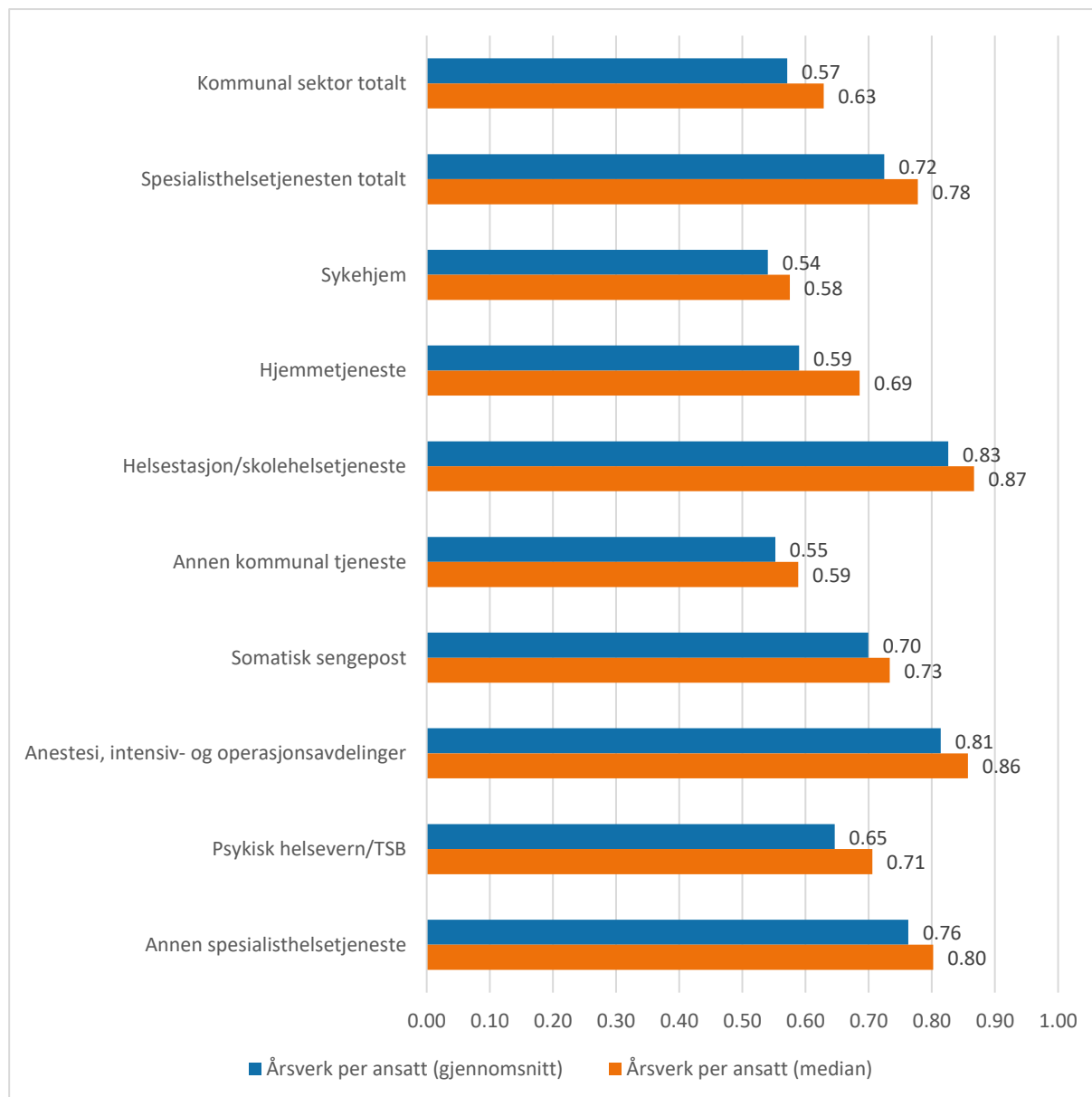
Det er særlig stort lederspenn for førstelinjeledere i somatiske sengeposter med median antall ansatte på 45 ansatte (50 i gjennomsnitt), men også i psykisk helsevern/TSB er lederspennet stort med median antall ansatte på 43 (47 ansatte i gjennomsnitt). Sykehjem ligger også høyt, med 40 ansatte i median (44 i gjennomsnitt) og hjemmetjenester med 35 ansatte i median (42 i gjennomsnitt).



Figur 5.2 Median antall ansatte og årsverk, førstelinjeledere etter type arbeidsplass.

Fordi vi også har informasjon om antall årsverk, kan vi beregne årsverk per ansatt, se figur 5.3. Antall årsverk per ansatt viser hvor mange personer som deler på en gitt mengde arbeid målt i årsverk.

Årsverk per ansatt indikerer hvor det er vanlig å ha store stillinger og hvor årsverkene heller fordeles på mange ansatte, dvs. mange deltidsstillinger. Det er betydelig færre årsverk per ansatt i kommunal sektor enn i spesialisthelsetjenesten. Det er særlig mange deltidsansatte i sykehjem og i andre kommunale tjenester, mens det er flere i større stillinger i helsestasjon/skolehelsetjenesten og i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (flere årsverk per ansatt).



Figur 5.3 **Årsverk per ansatt, beregnet fra gjennomsnitt og median antall ansatte og årsverk, kun førstelinjeledere fordelt etter type arbeidsplass.**

5.3 Lokal beslutningsrett

For å få et bilde av hvor mye sykepleierlederne får bestemme og hvor god støtte de får, er det tatt med 15 påstander de skal svare om de er enige eller uenige i. Det er 1198-1203 som har svart på disse spørsmålene.

Følgende punktliste er sortert etter hvor mange prosent som har svart at de er svært enig eller enig, jf. figur 5.4.

- Jeg kan fastsette lønn ved tilsetting av nye medarbeidere (5 prosent)
- Jeg kan justere inntaket av nye pasienter/brukere (13 prosent)
- Jeg kan påvirke budsjettrammen for egen enhet (17 prosent)
- Jeg jobber ikke for mye (28 prosent)
- Jeg har myndighet til å bestemme stillingsstørrelse ved nye utlysinger (33 prosent)
- Jeg kan påvirke beslutninger som tas på et høyere nivå (33 prosent)
- Informasjonsflyten mellom nivåer og avdelinger på min arbeidsplass fungerer godt (43 prosent)
- Jeg kan tilpasse bemanning etter brukernes/pasientenes behov (43 prosent)
- Antall ansatte jeg har personalansvar for er for høyt (43 prosent)
- Min arbeidsgiver legger godt til rette for kompetanse- og faglig utvikling for meg som leder (44 prosent)
- Jeg kan gjøre prioriteringer innenfor budsjettrammen (53 prosent)
- Samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud gir meg støtte som leder (62 prosent)
- Mine ledere har god kunnskap og innsikt i den virksomheten jeg leder (64 prosent)
- Jeg får god støtte fra min nærmeste overordnede (71 prosent)
- Jeg føler meg kompetent til å utføre jobben min (86 prosent)

Vi kommenterer kun svar fra førstelinjelederne i det følgende, men som vist i figur 5.5, er det noen forskjeller mellom mellomledere og førstelinjeledere, og mellom sektorer.

5.4 Førstelinjelederes lokale beslutningsrett etter sektor og type arbeidsplass

Mulighet for å påvirke budsjettrammen for egen enhet

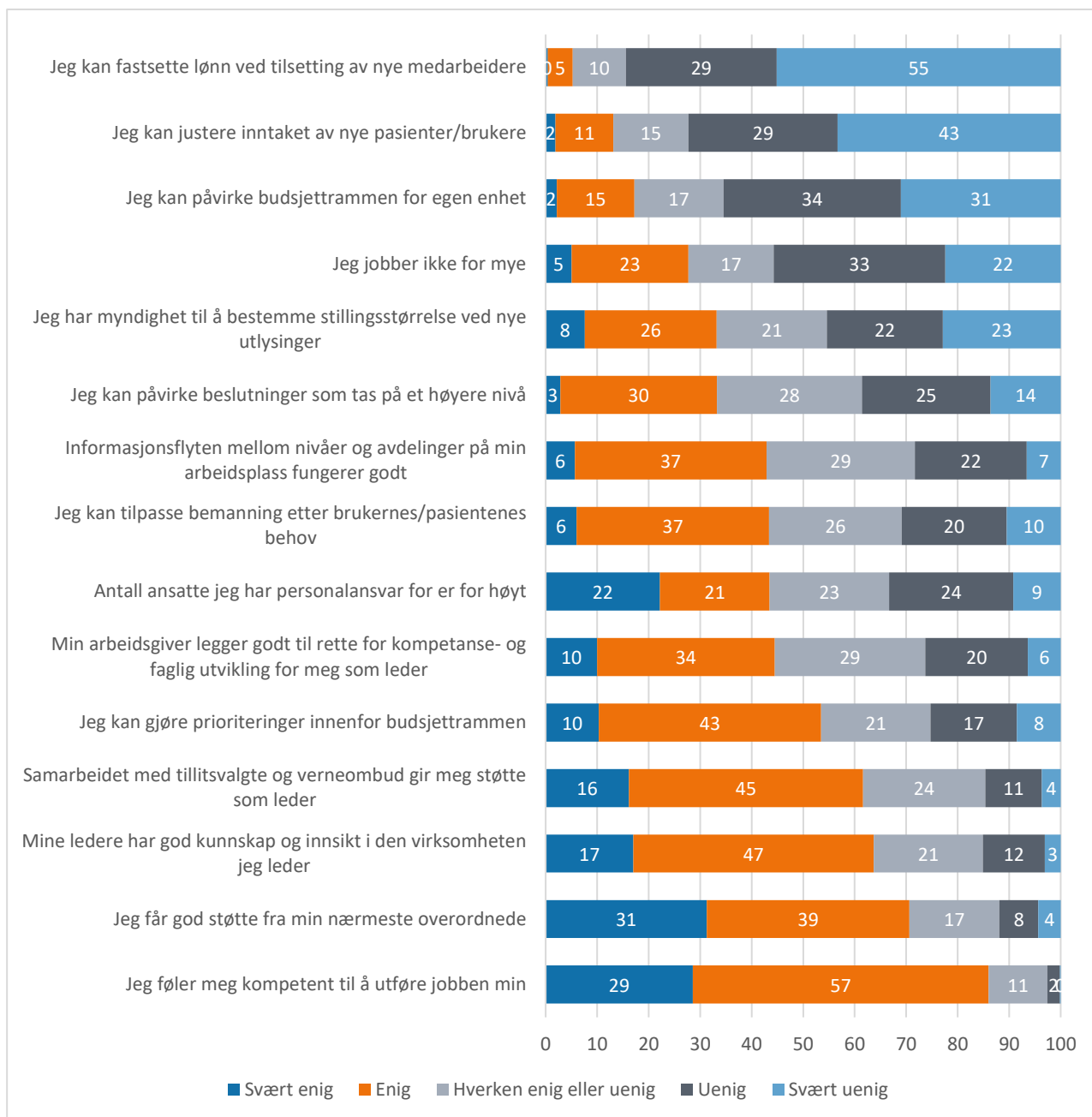
Totalt er det 14 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har mulighet til å påvirke budsjettrammen for egen enhet (figur 5.6). I både kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten er det 14 prosent av førstelinjelederne som svarer at de kan påvirke egen budsjettramme (figur 5.5).

Det er størst andel ledere i helsestasjoner/skolehelsetjenester (25 prosent) og lavest andel i sykehjem (10 prosent) som kan påvirke egen budsjettramme. Ellers er andelen på 12-16 prosent, så det er små forskjeller ellers (figur 5.6).

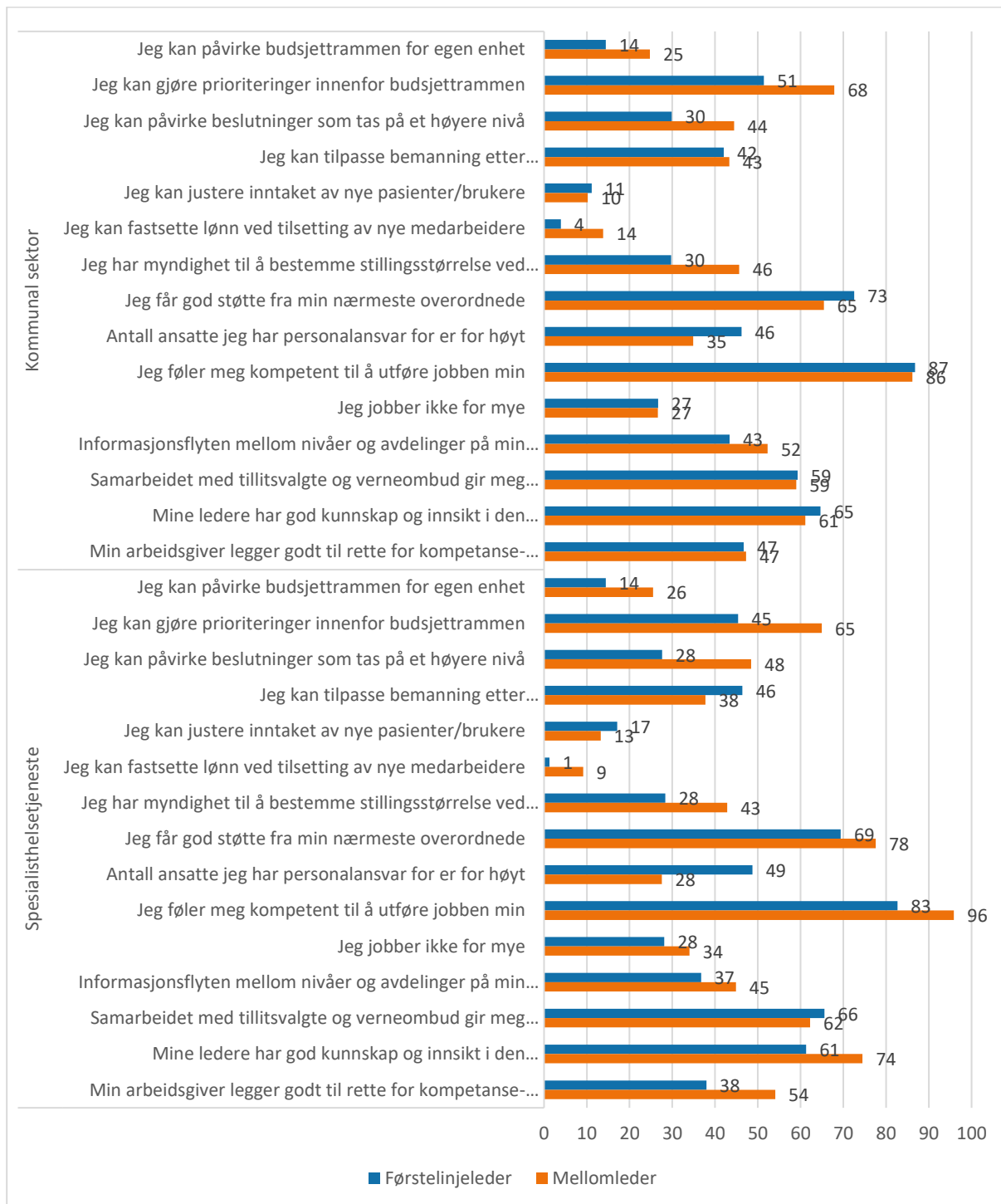
Mulighet for å gjøre prioriteringer innenfor budsjettrammen

Totalt er det 49 prosent av førstelinjelederne som svarer at de kan gjøre prioriteringer innenfor budsjettrammen. I kommunal sektor er andelen 51 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 45 prosent som svarer at de kan gjøre prioriteringer innenfor budsjettrammen.

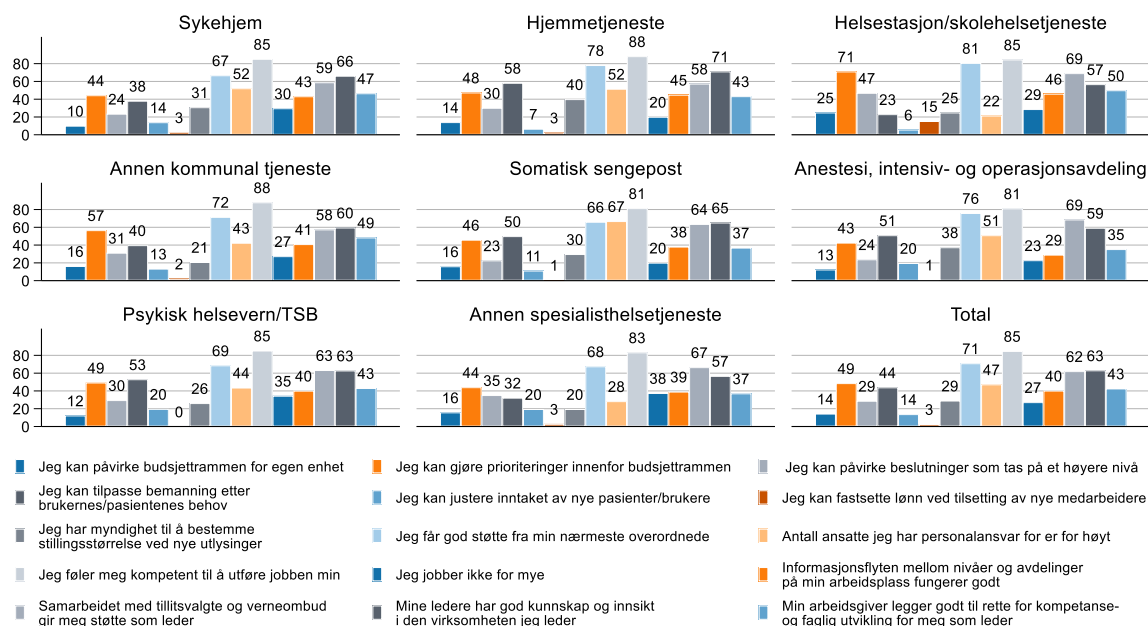
Det er særlig høye andeler i helsestasjon/skolehelsetjeneste (71 prosent), og i andre kommunale tjenester (57 prosent). Ellers varierer andelen mellom 43-49 prosent, så det er små forskjeller ellers.



Figur 5.4 Prosent som er enig eller uenig i påstander om lokal beslutningsrett, førstelinjeledere og mellomledere.



Figur 5.5 Prosent som er enig eller svært enig i påstander om lokal beslutningsrett, førstelinjeledere og mellomledere fordelt på sektor.



Figur 5.6 Prosent som er enig eller svært enig i påstander om lokal beslutningsrett, førstelinjeledere fordelt på type arbeidsplass. Etiketter leses horisontalt.

Mulighet for å påvirke beslutninger som tas på et høyere nivå

Totalt er det 29 prosent av førstelinjelederne som svarer at de kan påvirke beslutninger som tas på et høyere nivå. I kommunal sektor er andelen 30 prosent, og i spesialisthelsetjenesten er det 28 prosent som svarer at de kan påvirke beslutninger som tas på et høyere nivå.

Det er særlig høye andeler i helsestasjon/skolehelsetjeneste (47 prosent), og i andre kommunale tjenester (51 prosent). Ellers varierer andelen mellom 23 prosent i somatiske sengeposter, til 35 prosent i annen spesialisthelsetjeneste.

Mulighet for å tilpasse bemanning etter brukernes/pasientenes behov

Totalt er det 44 prosent av førstelinjelederne som svarer at de kan tilpasse bemanning etter brukernes/pasientenes behov. I kommunal sektor er andelen 42 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 46 prosent som svarer at de kan tilpasse bemanning etter brukernes/pasientenes behov.

Det er flest som svarer at de kan tilpasse bemanning etter brukernes/pasientenes behov i hjemmetjenester (58 prosent) og i psykisk helsevern/TSB (53 prosent) og i somatiske avdelinger (50-51 prosent). Det er lavest andel som kan tilpasse bemanningen til behov i helsestasjon/skolehelsetjeneste (23 prosent), i andre spesialisthelsetjenester (32 prosent), og i kommunale sykehjem (38 prosent).

Mulighet for å justere inntaket av nye pasienter/brukere

Totalt er det 14 prosent av førstelinjelederne som svarer at de har mulighet for å justere inntaket av nye pasienter/brukere. I kommunal sektor er andelen 11 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 17 prosent av førstelinjelederne som svarer at de kan justere inntaket av nye pasienter/brukere.

Andelen er litt høyere i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger og i psykisk helsevern/TSB (20 prosent) og aller lavest i helsestasjon/skolehelsetjenesten (6 prosent) og i hjemmetjenester (7 prosent). Ellers varierer andelen lite (11-14 prosent).

Mulighet for å fastsette lønn ved tilsetting av nye medarbeidere

Totalt er det 3 prosent av førstelinjelederne som svarer at de kan fastsette lønn ved tilsetting av nye medarbeidere. I kommunal sektor er andelen 4 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 1 prosent som kan fastsette lønn ved tilsetting av nye medarbeidere.

Det er kun helsestasjon/skolehelsetjenesten som skiller seg ut, der 15 prosent av førstelinjelederne kan fastsette lønn når nye ansettes, ellers varierer andelen lite (0-3 prosent).

Myndighet til å bestemme stillingsstørrelse ved nye utlysinger

Totalt er det 29 prosent av førstelinjelederne som svarer at de kan bestemme stillingsstørrelse ved nye utlysinger. I kommunal sektor er andelen 30 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 28 prosent som kan bestemme stillingsstørrelse ved nye utlysinger.

Andelen er høyest i hjemmetjenester (40 prosent) og i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (38 prosent), og andelen varierer ellers mellom 20 og 31 prosent.

Støtte fra nærmeste overordnede

Totalt er det 71 prosent av førstelinjelederne som svarer at de får god støtte fra nærmeste overordnede. I kommunal sektor er andelen 73 prosent og i spesialisthelsetjenesten 69 prosent.

Andelen er høyest i helsestasjon/skolehelsetjeneste (81 prosent) og i hjemmetjenester (78 prosent), og lavest i somatiske sengeposter (66 prosent) og i kommunale sykehjem (67 prosent).

For mange å ha personalansvar for

Totalt er det 47 prosent av førstelinjelederne som svarer at antall ansatte de har personalansvar for er for høyt. I kommunal sektor er andelen 46 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 49 prosent som oppgir at antall ansatte de har personalansvar for, er for høyt.

Andelen er høyest i somatiske sengeposter (67 prosent) og i kommunale sykehjem og hjemmetjenester (52 prosent). Helsestasjon/skolehelsetjeneste ligger lavest (22 prosent).

Kompetent til å utføre jobben

Totalt er det 85 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad er kompetent til å utføre jobben. I kommunal sektor er andelen 87 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 83 prosent som oppgir at de er kompetente til å utføre jobben.

Andelen er høyest i hjemmetjenester (88 prosent) og lavest i somatiske sykehusavdelinger (81 prosent), og det er dermed lite variasjon mellom ulike typer arbeidsplasser.

Jobber ikke for mye

Totalt er det 27 prosent av førstelinjelederne som svarer at de ikke jobber for mye. I kommunal sektor er andelen 27 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 28 prosent som oppgir at de ikke jobber for mye.

Andelen er høyest i psykisk helsevern/TSB (35 prosent) og i andre spesialisthelsetjenester (38 prosent), og lavest i somatiske sengeposter og i kommunale hjemmetjenester (20 prosent).

Informasjonsflyt mellom nivåer og avdelinger på arbeidsplassen fungerer godt

Totalt er det 40 prosent av førstelinjelederne som svarer at informasjonsflyten mellom nivåer og avdelinger på arbeidsplassen fungerer godt. I kommunal sektor er andelen 43 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 37 prosent som svarer at informasjonsflyten er god.

Andelen er høyest i helsestasjon/skolehelsetjeneste (46 prosent) og i hjemmetjenester (45 prosent), og lavest i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (29 prosent). Ellers er det lite variasjon mellom ulike typer arbeidsplasser (38-45 prosent).

Samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud gir dem støtte som leder

Totalt er det 62 prosent av førstelinjelederne som svarer at samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud gir dem støtte som leder. I kommunal sektor er andelen 59 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 66 prosent som svarer at samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud gir dem støtte.

Andelen er høyest i helsestasjon/skolehelsetjeneste (69 prosent) og i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (69 prosent), og litt lavere i kommunale sykehjem (59 prosent) og hjemmetjenester (58 prosent).

Ledere over førstelinjelederne har god kunnskap og innsikt i den virksomheten de leder

Totalt er det 63 prosent av førstelinjelederne som svarer at lederne over dem har god kunnskap og innsikt i den virksomheten de leder. I kommunal sektor er andelen 65 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 61 prosent som svarer at lederne over de har god kunnskap og innsikt i virksomheten.

Andelen er høyest i kommunale hjemmetjenester (71 prosent), og lavere helsestasjon/skolehelsetjeneste (57 prosent) og i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (59 prosent).

Arbeidsgiver legger godt til rette for kompetanse- og faglig utvikling for førstelinjeledere

Totalt er det 43 prosent av førstelinjelederne som svarer at arbeidsgiver i stor eller i svært stor grad legger godt til rette for kompetanse- og faglig utvikling for dem som leder. I kommunal sektor er andelen 47 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 38 prosent som svarer at arbeidsgiver legger godt til rette for kompetanse- og faglig utvikling for dem.

Det er høyest andel som oppgis i helsestasjon/skolehelsetjeneste (50 prosent) og lavest andel i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (35 prosent) og i somatiske sengeposter og andre spesialisthelsetjenester (37 prosent).

5.5 Oppsummering

Det er 84 prosent av lederne som har både personal-, økonomi og faglig ansvar (82 prosent av førstelinjelederne og 87 prosent av mellomlederne). 10 prosent av førstelinjelederne og fem prosent av mellomlederne har personal- og faglig ansvar, uten å ha økonomiansvar. Mens tre prosent av førstelinjelederne har personal- og økonomisk ansvar uten fagansvar, gjelder dette 7 prosent av mellomlederne.

Median antall ansatte en førstelinjeleder har personalansvar for er 36, mens gjennomsnittet er 40 ansatte. Median antall ansatte for mellomledere er 30, og gjennomsnittet er 48. Variasjonen, målt med variasjonskoeffisienten, er høyere for mellomledere (1,4) enn førstelinjeledere (0,6).

Det er liten forskjell i median antall ansatte for førstelinjeledere i kommuner (35 ansatte) og i spesialisthelsetjenester (36 ansatte), men det er større forskjell på median antall årsverk med flere i spesialisthelsetjenesten (28 årsverk) enn i kommunene (22 årsverk). Median mellomleder i spesialisthelsetjenesten har 20 ansatte og 20 årsverk, så de leder typisk personer i fulltidsstillinger.

Det er særlig stort lederspenn for førstelinjeledere i somatiske sengeposter med median antall ansatte på 45 ansatte (50 i gjennomsnitt), men også i psykisk helsevern/TSB er lederspennet stort med median antall ansatte på 43 (47 ansatte i gjennomsnitt). Sykehjem ligger også høyt, med 40 ansatte i median (44 i gjennomsnitt) og hjemmetjenester med 35 ansatte i median (42 i gjennomsnitt).

For å få et bilde av hvor mye sykepleierlederne får bestemme og hvor god støtte de får, er det tatt med en rekke påstander om lokal beslutningsrett de skal svare om de er enige eller uenige i. Generelt er det små forskjeller mellom svarene fra lederne i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, så prosentene som følger er beregnet fra både førstelinjeledere og mellomledere i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten og resultatene viser generelt at de har lav beslutningsrett.

Fem prosent kan fastsette lønn ved tilsetting av nye medarbeidere, 13 prosent kan justere inntaket av nye pasienter/brukere, 17 prosent kan påvirke budsjettrammen for egen enhet, hver tredje har myndighet til å bestemme stillingsstørrelse ved nye utlysinger og like mange kan påvirke beslutninger som tas på et høyere nivå, 43 prosent kan tilpasse bemanning etter brukernes/pasientenes behov og 53 prosent kan gjøre prioriteringer innenfor budsjettrammen. Det er 43 prosent som opplever at informasjonsflyten mellom nivåer og avdelinger på egen arbeidsplass fungerer godt.

Det er videre 44 prosent som svarer at arbeidsgiver legger godt til rette for kompetanse- og faglig utvikling for de som ledere, 64 prosent oppgir at ledere over de har god kunnskap og innsikt i den virksomheten de leder og 71 prosent får god støtte fra nærmeste overordnede. Det er 62 prosent som oppgir at samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud i stor eller i svært stor grad gir dem god støtte som leder.

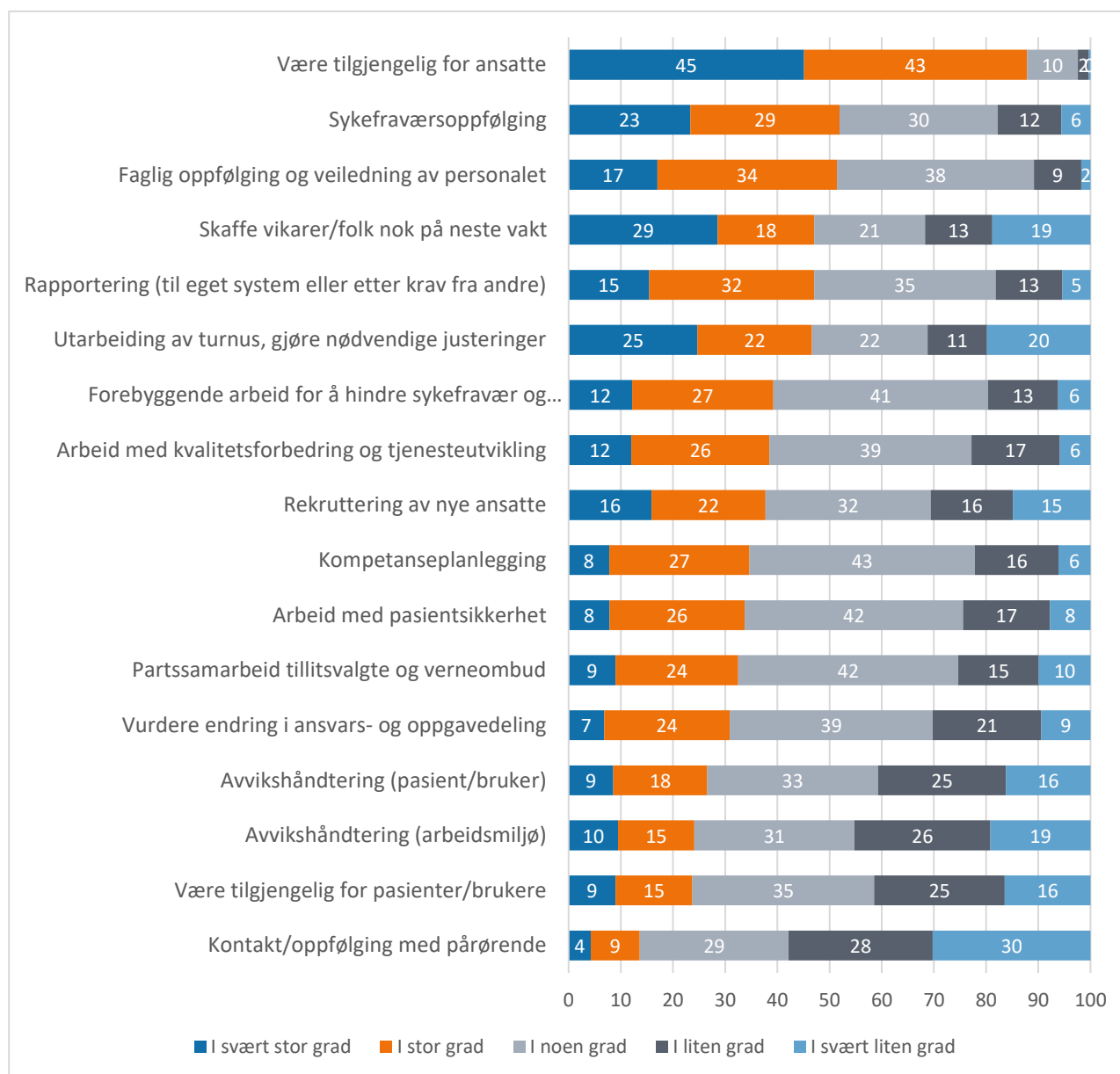
28 prosent svarer at de ikke jobber for mye, 43 prosent oppgir at antall ansatte de har personalansvar for er for høyt og 86 prosent føler seg kompetent til å utføre jobben sin.

6 Tidsbruk, klinisk arbeid og store omstillinger

6.1 Tidsbruk

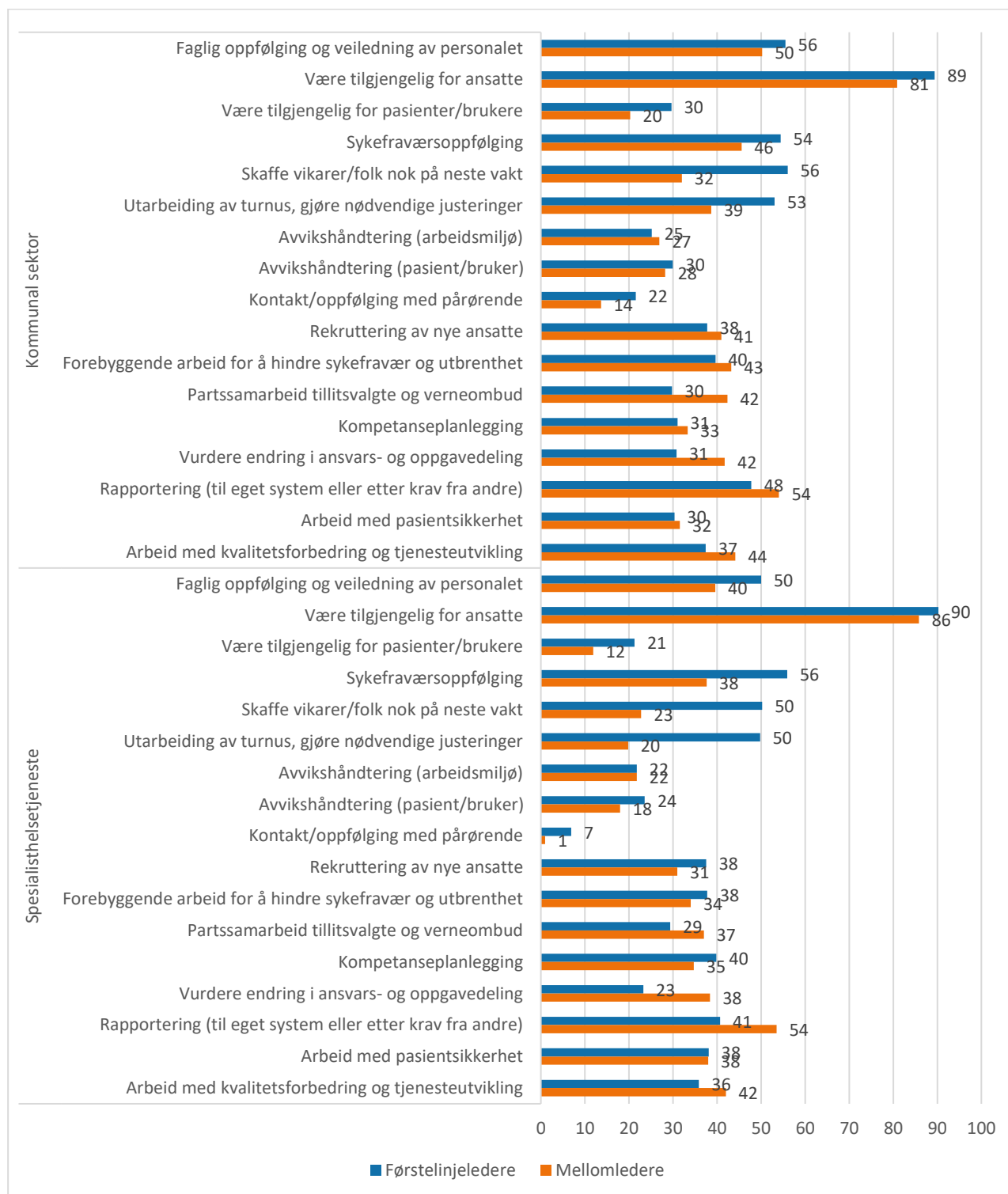
Følgende spørsmål om tidsbruk er inkludert: «Vennligst oppgi i hvilken grad ulike oppgaver har krevd din oppmerksomhet siste uke? (om siste uke ikke er representativ, tenk på en uke slik den vanligvis er)».

Som vist i figur 6.1, er det klart flest som i svarer at de i stor eller svært stor grad bruker tid på å være tilgjengelig for ansatte. Det er også mange som bruker mye tid på sykefraværsoppfølging, faglig oppfølging og veiledning av personalet, på å skaffe vikarer/folk på neste vakt, på rapportering og utarbeiding/justering av turnus.



Figur 6.1 Prosent av lederne som svarer på i hvilken grad de ulike oppgaver har krevd deres oppmerksomhet. Førstelinjeledere og mellomledere.

Det er noen forskjeller mellom førstelinjeledere og mellomledere i tidsbruk i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten, se figur 6.2. Både førstelinjeledere og mellomledere bruker for eksempel mer tid på kontakt/oppfølging av pårørende i kommunal sektor enn i spesialisthelsetjenesten.



Figur 6.2 Prosent av lederne som svarer at ulike oppgaver har i stor grad eller i svært stor grad krevd deres oppmerksomhet. Ledernivå og sektor.

Det er litt lavere andel blant lederne i kommunene som svarer at de i stor eller i svært stor grad bruker tid på kompetanseplanlegging enn blant ledere i spesialisthelsetjenesten, mens det er færre mellomledere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunal sektor som bruker mye tid på å skaffe nok folk til neste vakt, og til utarbeiding og justering av turnus.

Samlet svarer førstelinjeledere og mellomledere at de i stor grad eller i svært stor grad bruker tid på:

- Være tilgjengelig for ansatte (88 prosent)
- Sykefraværsoppfølging (52 prosent)
- Faglig oppfølging og veiledning av personalet (51 prosent)
- Skaffe vikarer/folk nok på neste vakt (47 prosent)
- Rapportering (til eget system eller etter krav fra andre) (47 prosent)
- Utarbeiding av turnus, gjøre nødvendige justeringer (47 prosent)
- Forebyggende arbeid for å hindre sykefravær og utbrenthet (39 prosent)
- Arbeid med kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling (39 prosent)
- Rekruttering av nye ansatte (38 prosent)
- Kompetanseplanlegging (35 prosent)
- Arbeid med pasientsikkerhet (34 prosent)
- Partssamarbeid tillitsvalgte og verneombud (33 prosent)
- Vurdere endring i ansvars- og oppgavedeling (31 prosent)
- Avvikshåndtering (pasient/bruker) (27 prosent)
- Avvikshåndtering (arbeidsmiljø) (24 prosent)
- Være tilgjengelig for pasienter/brukere (24 prosent)
- Kontakt/oppfølging med pårørende (14 prosent)

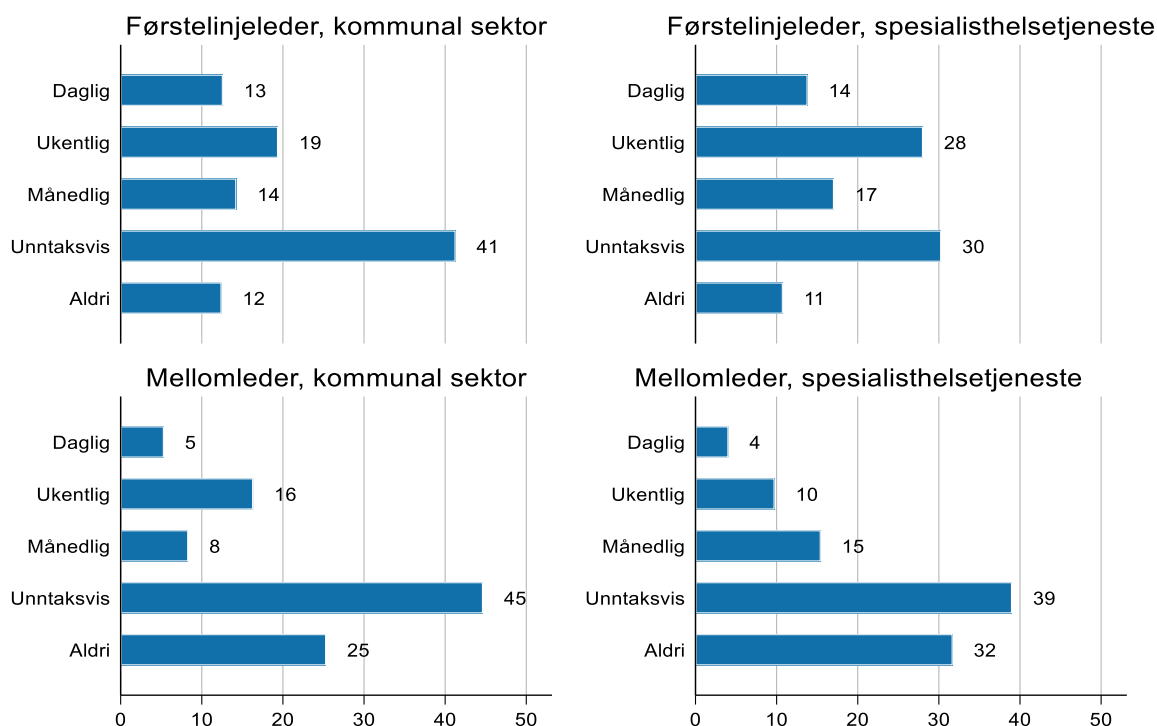
6.2 Klinisk arbeid

Det er 11 prosent av lederne i utvalget som daglig arbeider klinisk, mens 21 prosent gjør det ukentlig og 14 prosent månedlig (tabell 6.1). 16 prosent arbeider aldri klinisk, og 38 prosent gjør det bare unntaksvis.

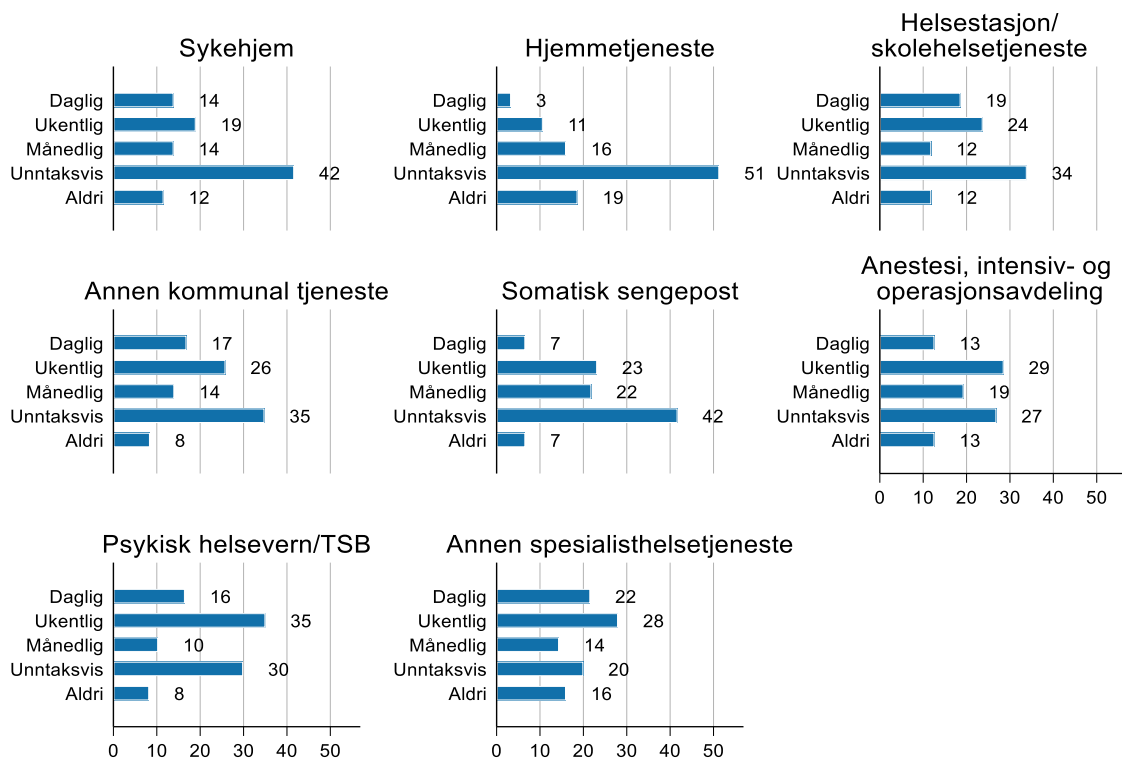
Tabell 6.1 Antall og prosent etter hvor ofte de arbeider klinisk. Førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Daglig	165	11
Ukentlig	316	21
Månedlig	214	14
Unntaksvis	580	38
Aldri	243	16
Total	1518	100

Som vist i figur 6.3, er det omtrent like stor andel som daglig arbeider klinisk blant førstelinjeledere i kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten, og omtrent like mange som aldri arbeider klinisk. Men det er flere i spesialisthelsetjenesten som arbeider klinisk ukentlig og flere i kommunal sektor som bare unntaksvis arbeider klinisk, så det er noe mer klinisk arbeid blant ledere i spesialisthelsetjenester enn i kommunal sektor. Mellomlederne arbeider sjeldnere klinisk enn førstelinjeledere, og 25 prosent av mellomledere i kommunal sektor og 32 prosent av mellomlederne i spesialisthelsetjenester, oppgir at de aldri jobber klinisk. Andelen blant førstelinjeledere som arbeider klinisk daglig, er lavest i hjemmetjenester (3 prosent) mot 14 prosent i sykehjem og 22 prosent i «Annen spesialisthelsetjeneste» (figur 6.4).



Figur 6.3 Hvor ofte de jobber klinisk. Ledernivå og sektor. Prosent.



Figur 6.4 Hvor ofte de jobber klinisk. Førstelinjeledere og type arbeidsplass. Prosent.

6.3 Om virksomheten har vært gjennom omstilling de siste 6 månedene

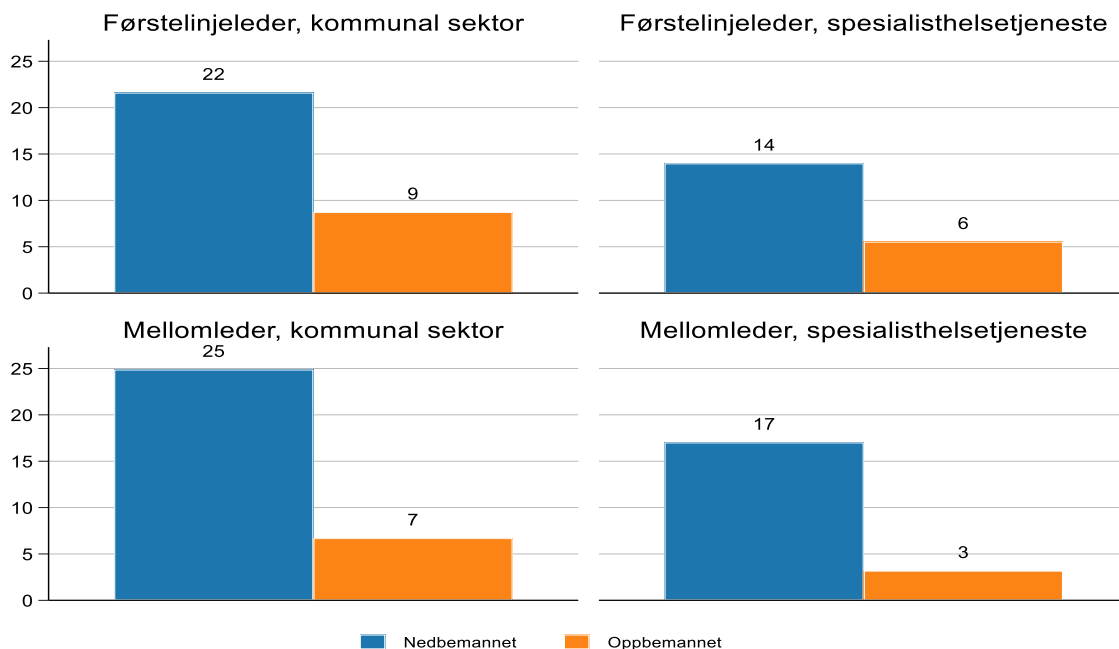
Spørsmålet om omstillinger er formulert på følgende måte: «Har virksomheten din vært gjennom større endringer enn normalt (omstilling) de siste 6 månedene?»

Som vist i tabell 6.2, er det 52 prosent av lederne i utvalget som svarer at arbeidsplassen ikke har vært gjennom større omstillinger de siste seks månedene, mens 19 prosent har vært gjennom nedbemanning og 7 prosent oppgir at de har oppbemannet. 24 prosent svarer «Annet» og de har for eksempel oppgitt at de har fått ny lederstruktur, at de har flyttet til nytt bygg, at de har blitt slått sammen med annen virksomhet, at de nå jobber på tvers av enheter, eller at de er i pågående omstilling og omlegging av drift.

Tabell 6.2 Antall og prosent som svarer på om virksomheten har vært gjennom større omstillinger de siste 6 månedene, flere svar mulig. Førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Nei	597	52
Ja, oppbemanning	78	7
Ja, nedbemanning	220	19
Annet	270	24
Totalt	1140	100

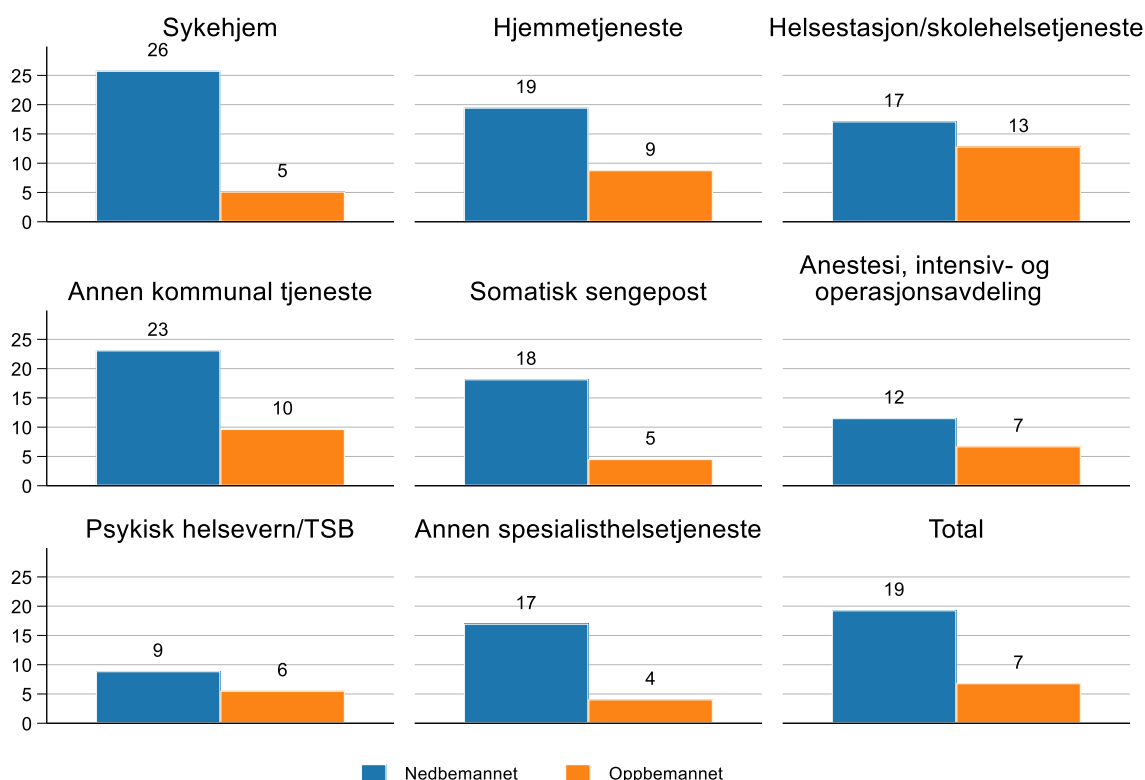
Vi ser videre på andel som oppgir at de har oppbemannet og nedbemannet, se figur 6.5.



Figur 6.5 Prosent som oppgir at de har vært gjennom større omstillinger de siste 6 månedene med tilhørende nedbemanning eller oppbemanning. Ledernivå og sektor.

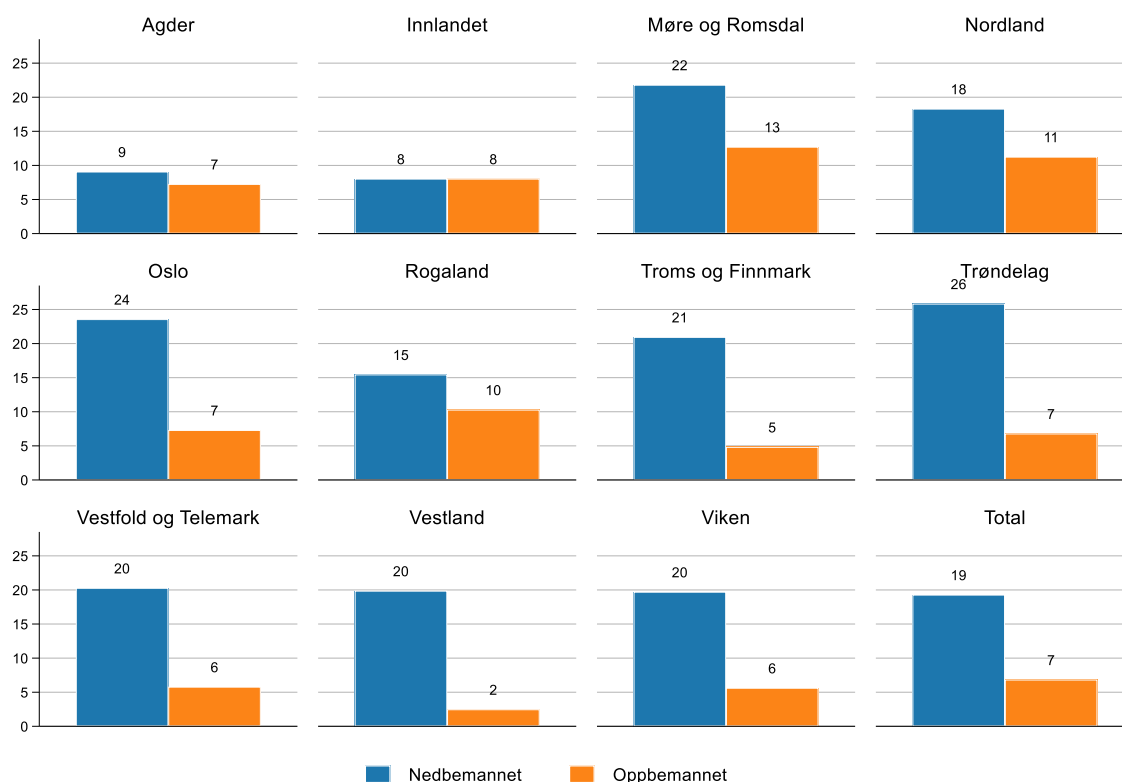
Det er 22 prosent av førstelinjelederne og 25 prosent av mellomlederne i kommunal sektor som oppgir at de har vært gjennom nedbemanninger siste seks måneder. Andelen er 14 prosent blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten og 17 prosent av mellomlederne. Men det er også litt færre i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene som har hatt store endringer som innebærer oppbemanning, både blant førstelinjeledere og mellomledere.

Det er 26 prosent av lederne i sykehjem, 19 prosent i hjemmetjenester og 23 prosent i andre kommunale tjenester som oppgir at de har vært gjennom store omstillinger som har medført nedbemanning de siste seks månedene. Men andelen er også høy i somatiske sengeposter (18 prosent) og i andre spesialisthelsetjenester (17 prosent).



Figur 6.6 Prosent som oppgir at de har vært gjennom større omstillinger de siste 6 månedene med tilhørende nedbemanning eller oppbemanning. Førstelinjeledere og mellomledere, type arbeidsplass.

Som vist i figur 6.7, er det 26 prosent av lederne fra Trøndelag som oppgir at de har nedbemannet, 24 prosent fra Oslo og 22 prosent fra Møre og Romsdal. Det er færrest ledere i Innlandet (8 prosent) og i Agder (9 prosent) som oppgir at de har hatt nedbemanning. Det er færrest i Vestland (2 prosent) og flest i Møre og Romsdal (13 prosent) som har vært gjennom store endringer som har medført oppbemanning de siste seks månedene.



Figur 6.7 Prosent som oppgir at de har vært gjennom større omstillinger de siste 6 månedene med tilhørende nedbemanning eller oppbemanning. Førstelinjeledere og mellomledere, fylke.

6.4 Oppsummering

Tidsbruk

88 prosent av lederne svarer at de i stor eller i svært stor grad bruker tid på å være tilgjengelig for ansatte, og 52 prosent på sykefraværsoppfølging, 51 prosent på faglig oppfølging og veiledning av personalet og 47 prosent bruker mye tid på å skaffe vikarer/folk nok på neste vakt. 47 prosent bruker mye tid på rapportering (til eget system, eller etter krav fra andre) og like mange på utarbeiding/justering av turnus. 39 prosent oppgir at de bruker mye tid på forebyggende arbeid for å hindre sykefravær og utbrenthet, og like mange bruker mye tid på arbeid med kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling. Det er 38 prosent som svarer de bruker mye tid på rekruttering av nye ansatte og 35 prosent på kompetanseplanlegging. 34 prosent bruker mye tid på arbeid med pasientsikkerhet og 33 prosent bruker mye tid på partssamarbeid. 31 prosent oppgir at de bruker mye tid på å vurdere endring i ansvars- og oppgavedeling, mens 27 prosent bruker mye tid på avvikshåndtering (pasient/bruker) og 25 på avvikshåndtering (arbeidsmiljø). Det er 24 prosent som bruker mye tid på å være tilgjengelig for pasienter/brukere, mens 13 prosent bruker mye tid på kontakt/oppfølging med pårørende.

Mellomlederne bruker litt mindre tid på sykefraværsoppfølging, på å skaffe vikarer og utarbeide/justere turnus enn førstelinjeledere, de har mindre kontakt med pårørende og bruker litt mer tid på partssamarbeid både i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten. Ellers er det ikke tydelige forskjeller i svarene fra førstelinjeledere og mellomledere.

Klinisk arbeid

Det er 11 prosent av lederne i utvalget som daglig arbeider klinisk, mens 21 prosent gjør det ukentlig og 38 prosent månedlig. 16 prosent arbeider aldri klinisk, og 38 prosent gjør det bare unntaksvis.

Det omtrent like stor andel som daglig arbeider klinisk blant førstelinjeledere i kommunal sektor (13 prosent) og spesialisthelsetjenesten (14 prosent), og omtrent like mange som aldri arbeider klinisk, hhv. 12 og 11 prosent. Men det er flere i spesialisthelsetjenesten som arbeider klinisk ukentlig og flere i kommunal sektor som bare unntaksvis arbeider klinisk, så det er noe mer klinisk arbeid blant ledere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunal sektor. Mellomlederne arbeider sjeldnere klinisk enn førstelinjeledere, og 25 prosent av mellomledere i kommunal sektor og 32 prosent av mellomlederne i spesialisthelsetjenesten, oppgir at de aldri jobber klinisk.

Store endringer

Det er 52 prosent av lederne som svarer at arbeidsplassen ikke har vært gjennom større omstillinger de siste seks månedene, mens 19 prosent har vært gjennom nedbemanning og 7 prosent oppgir at de har oppbemannet.

Det er 22 prosent av førstelinjelederne og 25 prosent av mellomlederne i kommunal sektor som oppgir at de har vært gjennom nedbemanninger siste seks måneder. Andelen er 14 prosent blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten og 17 prosent av mellomlederne. Men det er også litt færre i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene som har hatt store endringer som innebærer oppbemanning, både blant førstelinjeledere og mellomledere.

Det er 26 prosent av lederne i sykehjem, 19 prosent i hjemmetjenester og 23 prosent i andre kommunale tjenester som oppgir at de har vært gjennom store omstillinger som har medført nedbemanninger de siste 12 månedene. Men andelen er også høy i somatiske sengeposter (18 prosent).

Det er stor geografisk variasjon, med 8 og 9 prosent som har nedbemannet i Innlandet og Agder til 26 prosent i Trøndelag, 24 prosent i Oslo og 22 prosent i Møre og Romsdal.

7 Utfordringer på arbeidsplassen

I dette kapittelet ser vi på hvilke utfordringer sykepleierlederne har på arbeidsplassen, og vi starter med å se på ubesatte sykepleierstillinger.

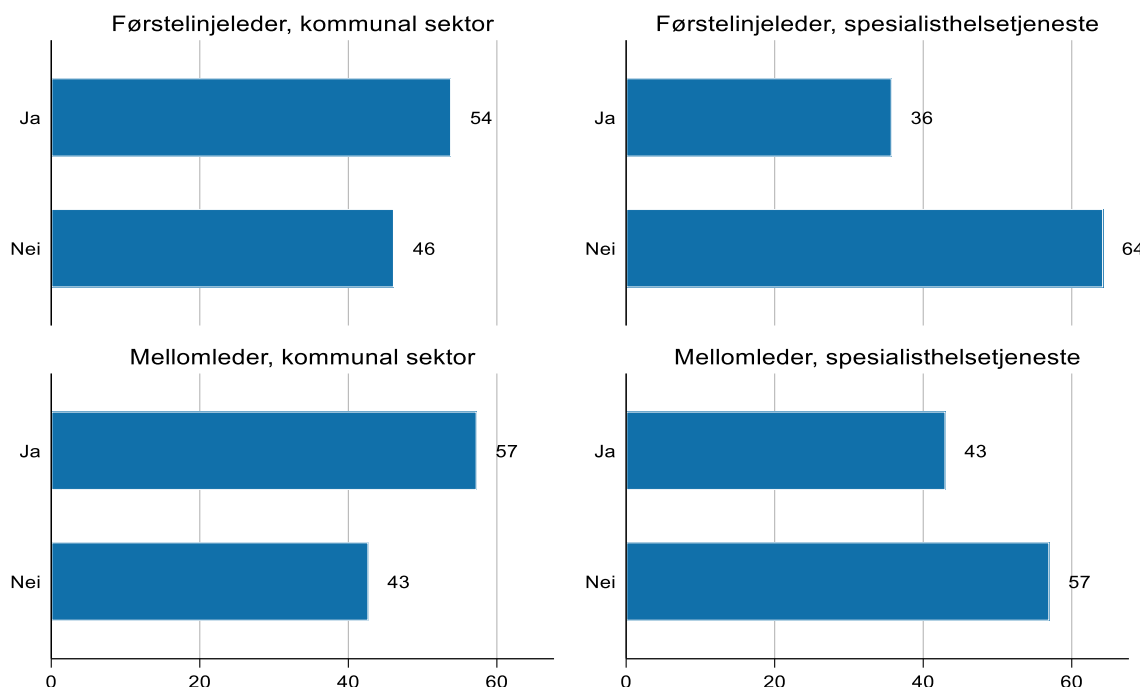
7.1 Ubesatte sykepleierstillinger

Det er 1103 førstelinjeledere og mellomledere ledere som har svart på spørsmålet om de har ubesatte sykepleierstillinger, og 48 prosent svarer at de har ubesatte sykepleierstillinger, se tabell 7.1. Blant førstelinjelederne er det 46 prosent og blant mellomlederne 53 prosent som oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger.

Tabell 7.1 Antall og prosent som svarer på om de har ubesatte sykepleierstillinger i enheten/tjenesten de er leder for. Førstelinjeledere og mellomledere.

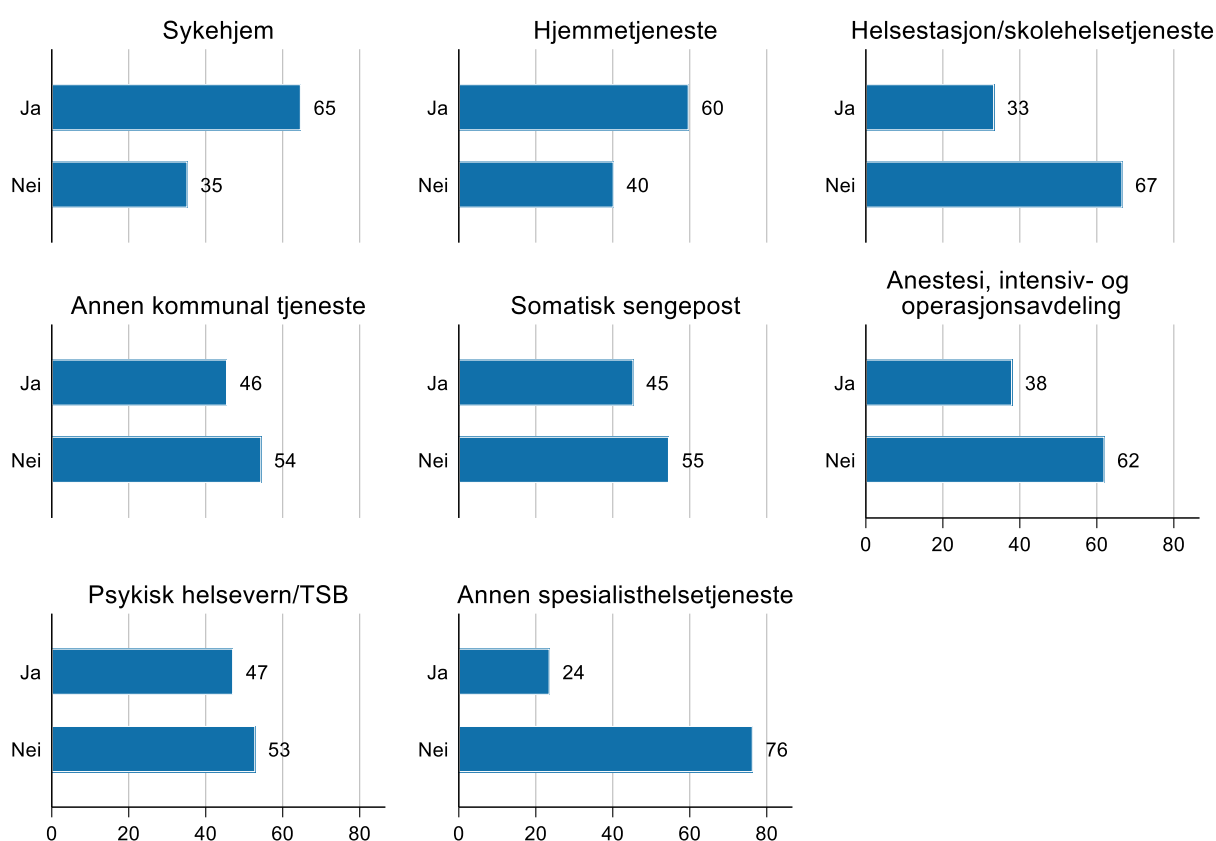
	Førstelinjeledere		Mellomledere		Førstelinjeledere og mellomledere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	370	46	154	53	524	48
Nei	441	54	138	47	579	52
Total	811	100	292	100	1103	100

Det er noen flere blant både førstelinjelederne (54 prosent) og mellomlederne (57 prosent) i kommunal sektor som har ubesatte sykepleiestillinger enn for førstelinjeledere (36 prosent) og mellomledere (43 prosent) i spesialisthelsetjenesten, jf. figur 7.1.



Figur 7.1 Prosent som har ubesatte sykepleierstillinger, ledernivå og sektor.

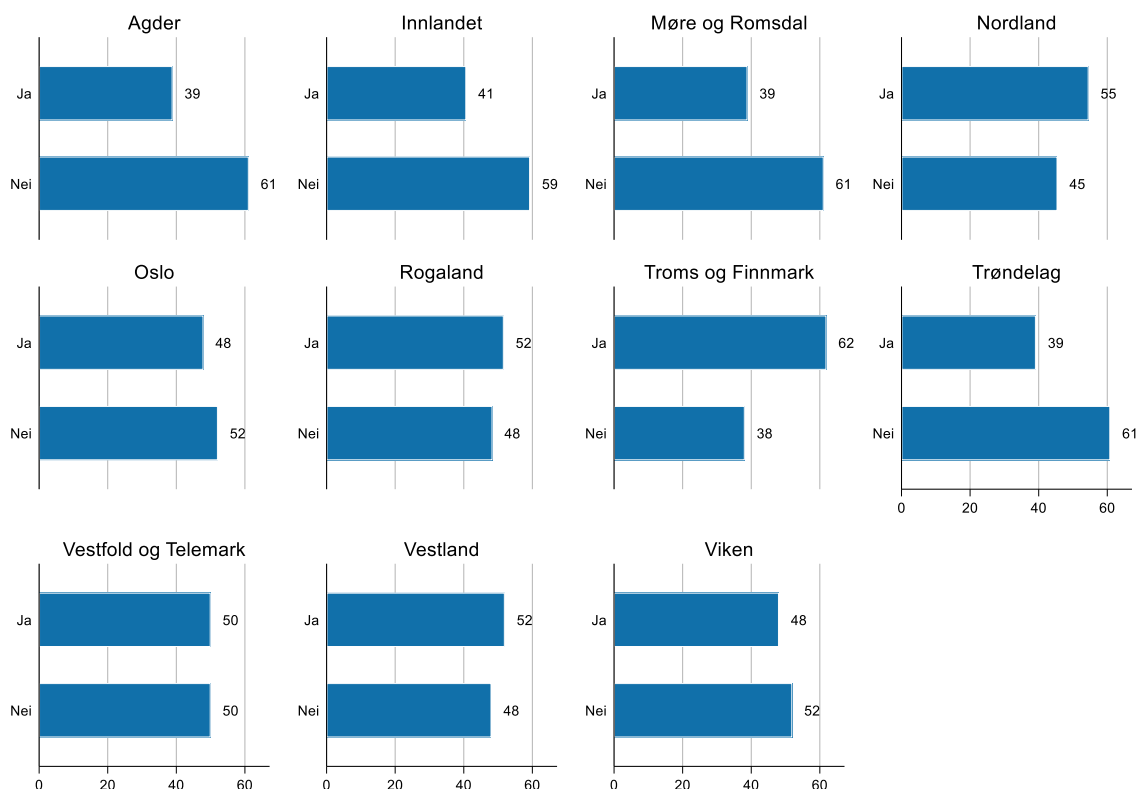
Som vist i figur 7.2, er det 65 prosent av lederne i kommunale sykehjem og 60 prosent i hjemmetjenester som har ubesatte sykepleierstillinger. Men det er også høye andeler med ubesatte sykepleierstillinger i andre kommunale tjenester (46 prosent), i somatiske sengeposter (45 prosent) og i psykisk helsevern/TSB (47 prosent) og i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (38 prosent).



Figur 7.2 Prosent av førstelinjeledere som oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger på sin arbeidsplass. Førstelinjeledere og mellomledere, type arbeidsplass.

Det er størst andel av lederne i Troms og Finnmark som oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger (62 prosent), men andelen er høy i alle fylker, se figur 7.3. Lavest ligger Agder, der 39 prosent av lederne oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger.

Det er gitt 283 kommentarer til spørsmålet om ubesatte stillinger og 200 av de er fra de som svarer at de har ubesatte sykepleierstillinger. Blant disse er det mange som svarer at det er vanskelig å rekruttere, at de har lyst ut stillinger flere ganger uten å få søkere, at de bruker mye lenger tid enn tidligere på å få ansatt folk, at sykepleierstillinger blir gjort om til vernepleierstillinger, at de ikke får søkere, eller at ubesatte stillinger dekkes opp ved bruk av vikarbyrå.



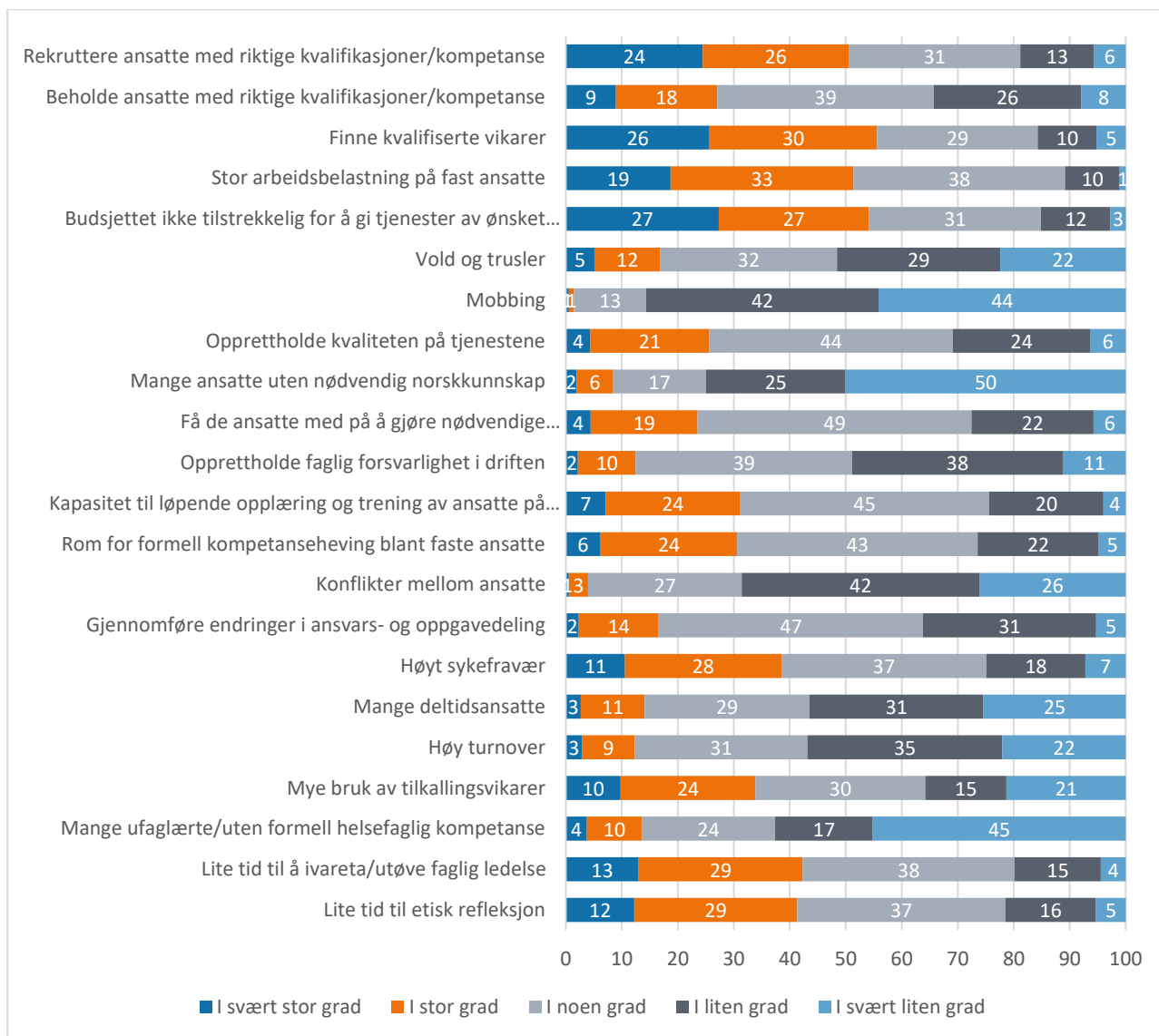
Figur 7.3 Prosent av lederne som oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger på sin arbeidsplass. Førstelinjeledere og mellomledere, fylke.

7.2 Andre utfordringer

Det er mellom 1429 og 1489 førstelinjeledere og mellomledere som har svart på i hvilken grad de har ulike utfordringer. Som vist i figur 7.4 er det flest som svarer at de har store eller svært store utfordringer med:

- Finne kvalifiserte vikarer (56 prosent)
- Budsjettet ikke tilstrekkelig for å gi tjenester av ønsket kvalitet (54 prosent)
- Stor arbeidsbelastning på fast ansatte (51 prosent)
- Rekruttere ansatte med riktige kvalifikasjoner/kompetanse (51 prosent)
- Lite tid til å ivareta/utøve faglig ledelse (42 prosent)
- Lite tid til etisk refleksjon (41 prosent)
- Høyt sykefravær (39 prosent)
- Mye bruk av tilkallingsvikarer (34 prosent)
- Kapasitet til løpende opplæring og trening av ansatte på arbeidsplassen (31 prosent)
- Rom for formell kompetanseheving blant faste ansatte (31 prosent)
- Beholde ansatte med riktige kvalifikasjoner/kompetanse (27 prosent)
- Opprettholde kvaliteten på tjenestene (26 prosent)
- Få de ansatte med på å gjøre nødvendige endringer/endringsprosesser (24 prosent)
- Vold og trusler (17 prosent)
- Gjennomføre endringer i ansvars- og oppgavedeling (17 prosent)
- Mange deltidsansatte (14 prosent)

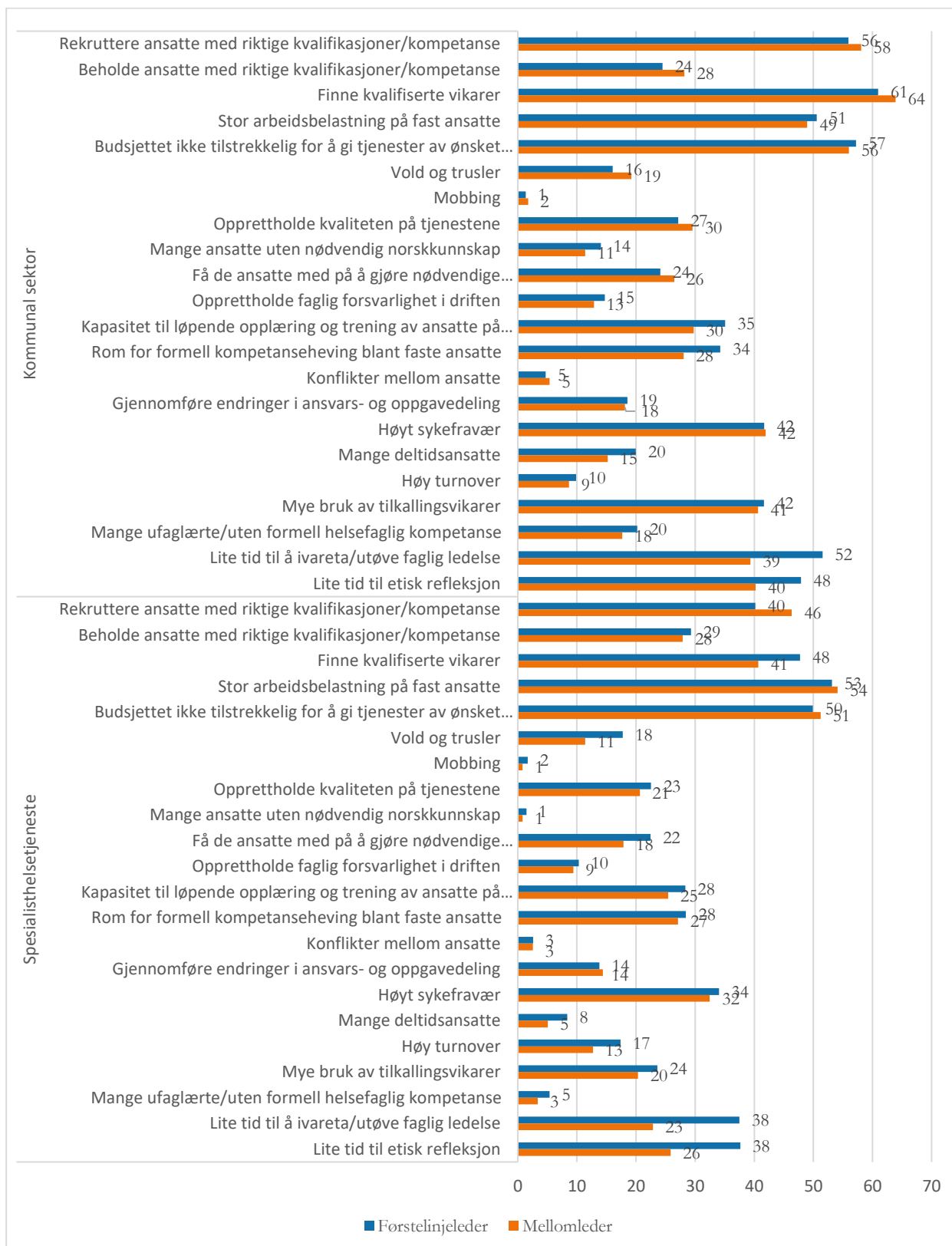
- Mange ufaglærte/uten formell helsefaglig kompetanse (14 prosent)
- Opprettholde faglig forsvarlighet i driften (13 prosent)
- Høy turnover (12 prosent)
- Mange ansatte uten nødvendig norskkunnskap (8 prosent)
- Konflikter mellom ansatte (4 prosent)
- Mobbing (1 prosent)



Figur 7.4 Prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har utfordringer på arbeidsplassen med ulike tema, førstelinjeledere og mellomledere.

Det er færrest som oppgir at de har store utfordringer med mobbing (1 prosent) og konflikter mellom ansatte (4 prosent), og mange ansatte uten nødvendig norskkunnskap (8 prosent).

Vi har undersøkt om det er systematiske forskjeller mellom førstelinjeledere og mellomledere i svarene på hva som er store utfordringer og finner generelt små forskjeller, se figur 7.5. Det er kun statistisk signifikante forskjeller ved at mellomledere i litt mindre grad enn førstelinjeledere svarer at de har problemer med lite tid til å ivareta/utøve faglig ledelse og etisk refleksjon.



Figur 7.5 Prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har utfordringer, førstelinjeledere og mellomledere, sektor.

7.3 Førstelinjelederes utfordringer etter sektor og type arbeidsplass

Vi ser videre på førstelinjeledere, se figur 7.6.



Figur 7.6 Prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har utfordringer, førstelinjeledere og type arbeidsplass. Etiketter leses horisontalt.

Rekruttere ansatte med riktige kvalifikasjoner/kompetanse

Totalt er det 49 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å rekruttere ansatte med riktige kvalifikasjoner. I kommunal sektor er andelen 56 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 40 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å rekruttere ansatte med riktige kvalifikasjoner/kompetanse.

Det er særlig førstelinjeledere i kommunale sykehjem som oppgir at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å rekruttere ansatte med riktige kvalifikasjoner (65 prosent) og i helsestasjon/skolehelsetjeneste (64 prosent). Men det er også mange i hjemmetjenester (54 prosent) og i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (50 prosent) og i psykisk helsevern/TSB (45 prosent) og i andre kommunale tjenester (44 prosent) og i somatiske sengeposter (42 prosent) som har problemer med å rekruttere ansatte med riktige kvalifikasjoner.

Beholde ansatte med riktige kvalifikasjoner/kompetanse

Totalt er det 27 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å beholde ansatte med riktige kvalifikasjoner/kompetanse. I kommunal sektor er andelen 24 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 29 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å beholde ansatte med riktige kvalifikasjoner/kompetanse.

Det er førstelinjeledere i somatiske sengeposter som har størst problemer med å beholde ansatte med riktige kvalifikasjoner (49 prosent), men andelen er også høy i kommunale sykehjem (28 prosent) og i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (27 prosent). Lavest andel er i helsestasjon/skolehelsetjeneste der 12 prosent oppgir å ha problemer med å beholde ansatte med riktige kvalifikasjoner/kompetanse.

Finne kvalifiserte vikarer

Totalt er det 55 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å skaffe kvalifiserte vikarer. I kommunal sektor er andelen 61 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 48 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer.

Det er særlig mange førstelinjeledere i helsestasjon/skolehelsetjeneste som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å finne kvalifiserte vikarer (79 prosent), men andelen er også høy i kommunale sykehjem (69 prosent) og hjemmetjenester (56 prosent) og i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (57 prosent), i andre kommunale tjenester (50 prosent) og i psykisk helsevern/TSB (45 prosent).

Stor arbeidsbelastning på fast ansatte

Totalt er det 52 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med stor arbeidsbelastning på fast ansatte. I kommunal sektor er andelen 51 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 53 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med stor arbeidsbelastning på fast ansatte.

Det er aller høyest andel i somatiske sengeposter (73 prosent), i kommunale sykehjem (59 prosent) og i helsestasjon/skolehelsetjeneste (59 prosent). Men det er også høy andel i de andre tjenestene (40-48 prosent).

Budsjett ikke tilstrekkelig for å gi tjenester av ønsket kvalitet

Totalt er det 54 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med at budsjettet ikke er tilstrekkelig for å gi tjenester av ønsket kvalitet. I kommunal sektor er andelen 57 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 50 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med at budsjettet ikke er tilstrekkelig for å gi tjenester av ønsket kvalitet.

Det er aller høyest andel i somatiske sengeposter (67 prosent) og i kommunale sykehjem (65 prosent) og hjemmetjenester (59 prosent). Andelen er også generelt høy i alle tjenester (38-50 prosent).

Vold og trusler

Totalt er det 17 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med vold og trusler. I kommunal sektor er andelen 16 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 18 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med vold og trusler.

Andelen er høyest i psykisk helsevern/TSB (48 prosent) og i kommunale sykehjem (25 prosent) og i andre kommunale tjenester (21 prosent). Andelen varierer ellers mellom 0 og 14 prosent.

Mobbing

Totalt er det 1 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med mobbing. I kommunal sektor er andelen 1 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 2 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med mobbing.

Andelen er litt høyere i psykisk helsevern/TSB (3 prosent) enn i andre typer arbeidsplasser (0-2 prosent).

Opprettholde kvaliteten på tjenestene

Totalt er det 25 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å opprettholde kvaliteten på tjenestene. I kommunal sektor er andelen 27 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 23 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å opprettholde kvaliteten på tjenestene.

Andelen er høyest i kommunale sykehjem (31 prosent), hjemmetjenester (29 prosent) og i somatiske sengeposter (28 prosent), samt i psykisk helsevern/TSB (28 prosent). Andelen er også høy i de andre tjenestene (15-26 prosent).

Mange ansatte uten nødvendig norskkunnskap

Totalt er det 8 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med at de har mange ansatte uten nødvendig norskkunnskap. I kommunal sektor er andelen 14 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 1 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med at de har mange ansatte uten nødvendig norskkunnskap.

Det er høyest andel i kommunale sykehjem (25 prosent), i hjemmetjenester (10 prosent) og i andre kommunale tjenester (9 prosent).

Få de ansatte med på å gjøre nødvendige endringer/endringsprosesser

Totalt er det 23 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å få de ansatte med på å gjøre nødvendige endringer/endringsprosesser. I kommunal sektor er andelen 24 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 22 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å få de ansatte med på å gjøre nødvendige endringer/endringsprosesser.

Andelen er høyest i kommunale sykehjem (31 prosent) og i psykisk helsevern/TSB (27 prosent). Ellers er andelen 14-25 prosent.

Opprettholde faglig forsvarlighet i driften

Totalt er det 13 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å opprettholde faglig forsvarlighet i driften. I kommunal sektor er andelen 15 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 10 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å opprettholde faglig forsvarlighet i driften.

Andelen er høyest i kommunale sykehjem (19 prosent) og i andre kommunale tjenester (17 prosent). Men det er også 13 prosent av førstelinjelederne i somatiske sengeposter, 12 prosent i hjemmetjenester og 10 prosent i psykisk helsevern/TSB som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å opprettholde faglig forsvarlighet i driften.

Kapasitet til løpende opplæring og trening av ansatte på arbeidsplassen

Totalt er det 32 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med kapasitet til løpende opplæring og trening av ansatte på arbeidsplassen. I kommunal sektor er andelen 35 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 28 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med kapasitet til løpende opplæring og trening av ansatte på arbeidsplassen.

Andelen er høyest i kommunale sykehjem (42 prosent) og i somatiske sengeposter (39 prosent). Andelen er også høy i hjemmetjenester (36 prosent), i andre kommunale tjenester (32 prosent), i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (28 prosent) og i psykisk helsevern/TSB (24 prosent).

Rom for formell kompetanseheving blant faste ansatte

Totalt er det 32 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å ha rom for formell kompetanseheving blant faste ansatte. I kommunal sektor er andelen 34 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 28 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å ha rom for formell kompetanseheving blant faste ansatte.

Andelen er høyest i kommunale sykehjem (38 prosent) og hjemmetjenester (37 prosent), somatiske sengeposter (34 prosent), i andre kommunale tjenester (33 prosent), i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (29 prosent), og i psykisk helsevern/TSB (26 prosent).

Konflikter mellom ansatte

Totalt er det 4 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med at det er konflikter mellom ansatte. I kommunal sektor er andelen 5 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 3 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med at det er konflikter mellom ansatte. Andelen er høyest på kommunale sykehjem (7 prosent).

Gjennomføre endringer i ansvars- og oppgavedeling

Totalt er det 16 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å gjennomføre endringer i ansvars- og oppgavedeling. I kommunal sektor er andelen 19 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 14 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å gjennomføre endringer i ansvars- og oppgavedeling.

Andelen er høyest i kommunale sykehjem (22 prosent) og i psykisk helsevern/TSB (18 prosent). Men det er også en del som har problemer med å gjennomføre endringer i ansvars- og oppgavedeling i andre kommunale tjenester (20 prosent), i hjemmetjenester (17 prosent) og i somatiske sengeposter og i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (13 prosent).

Høyt sykefravær

Totalt er det 38 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med høyt sykefravær. I kommunal sektor er andelen 42 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 34 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med høyt sykefravær.

Andelen er høyest i kommunale sykehjem (49 prosent), hjemmetjenester (47 prosent), anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (42 prosent), og i somatiske sengeposter (40 prosent). Men andelen er også høy i andre kommunale tjenester (36 prosent) i psykisk helsevern/TSB (27 prosent) og andre spesialisthelsetjenester (24 prosent).

Mange deltidsansatte

Totalt er det 15 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med at de har mange deltidsansatte. I kommunal sektor er andelen 20 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 8 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer at de har mange deltidsansatte.

Det er flest som svarer at det i stor eller svært stor grad er et problem at de har mange deltidsansatte i kommunale sykehjem (22 prosent), hjemmetjenester (18 prosent) og i andre kommunale tjenester (26 prosent). I somatiske sengeposter er andelen 13 prosent og i psykisk helsevern 10 prosent.

Høy turnover

Totalt er det 13 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med høy turnover. I kommunal sektor er andelen 10 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 17 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med høy turnover.

Andelen er klart høyest i somatiske sengeposter (36 prosent). Andelen er 15 prosent i hjemmetjenester, 12 prosent i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger, 11 prosent i psykisk helsevern/TSB og 9 prosent i kommunale sykehjem.

Mye bruk av tilkallingsvikarer

Totalt er det 34 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer mye bruk av tilkallingsvikarer. I kommunal sektor er andelen 42 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 24 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med mye bruk av tilkallingsvikarer.

Andelen er klart høyest i kommunale hjemmetjenester (53 prosent) og sykehjem (52 prosent), men den er også høy i psykisk helsevern/TSB (38 prosent) og i somatiske sengeposter og andre kommunale tjenester (33 prosent).

Mange ufaglærte/uten formell helsefaglig kompetanse

Totalt er det 14 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer mye mange ufaglærte/uten formell helsefaglig kompetanse. I kommunal sektor er andelen 20 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 5 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med mange ufaglærte/uten formell helsefaglig kompetanse.

Det er særlig høy andel i kommunale sykehjem (29 prosent) og i hjemmetjenester (26 prosent). Andelen er også høy i psykisk helsevern/TSB (20 prosent), men lav i somatiske sengeposter (3 prosent).

Lite tid til å ivareta/utøve faglig ledelse

Totalt er det 45 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med lite tid til å ivareta/utøve faglig ledelse. I kommunal sektor er andelen 52 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 38 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med lite tid til å ivareta/utøve faglig ledelse.

Andelen er klart høyest i kommunale sykehjem (60 prosent) og hjemmetjenester (54 prosent), og i somatiske sengeposter (49 prosent). Men andelen er også høy i andre kommunale tjenester (47 prosent), i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (34 prosent), i helsestasjoner/ skolehelsetjenester (30 prosent), i psykisk helsevern/TSB (30 prosent) og i annen spesialisthelsetjeneste (33 prosent).

Lite tid til etisk refleksjon

Totalt er det 43 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med lite tid til etisk refleksjon. I kommunal sektor er andelen 48 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 38 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med lite tid til etisk refleksjon.

Det er særlig høy andel som svarer at de i stor eller i svært stor grad har for lite tid til etiske refleksjoner i hjemmetjenester (58 prosent), i sykehjem (55 prosent) og i somatiske sengeposter (48 prosent). Men det er høye andeler også i andre kommunale tjenester (38 prosent), anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (36 prosent) og i psykisk helsevern/TSB (28 prosent) og i annen spesialisthelsetjeneste (34 prosent).

7.4 Oppsummering

48 prosent av lederne svarer at de har ubesatte sykepleierstillinger. Blant førstelinjelederne er det 46 prosent og blant mellomlederne 53 prosent som oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger.

Blant førstelinjeledere er det 54 prosent i kommunene og 36 prosent spesialisthelsetjenesten som oppgir at de har ubesatte stillinger. Blant mellomledere er det 57 prosent som oppgir at de har ubesatte stillinger i kommunene, og 43 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Det er størst andel blant lederne i kommunale sykehjem (65 prosent) og i hjemmetjenester (60 prosent) som har ubesatte sykepleierstillinger. Men det er også høye andeler med ubesatte sykepleierstillinger i andre kommunale tjenester (46 prosent), i somatiske sengeposter (45 prosent) og i psykisk helsevern/TSB (47 prosent) og i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (38 prosent), helsestasjon/skolehelsetjeneste (33 prosent) og i andre spesialisthelsetjenester (24 prosent).

Det er størst andel av lederne i Troms og Finnmark som oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger (62 prosent), men andelen er høy i alle fylker. Lavest ligger Agder, der 39 prosent lederne oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger.

Over halvparten av sykepleierlederne (56 prosent) oppgir at de har store utfordringer med å finne kvalifiserte vikarer og nesten like mange, at budsjettet ikke er tilstrekkelig for å gi tjenester av ønsket kvalitet (54 prosent), at det er stor arbeidsbelastning på fast ansatte (51 prosent), at de har problemer med å rekruttere ansatte med riktige kvalifikasjoner/ kompetanse (51 prosent).

Men det er også mange som har store problemer med at det er lite tid til å ivareta/utøve faglig ledelse (42 prosent), og lite tid til etisk refleksjon (41 prosent), høyt sykefravær (39 prosent), mye bruk av tilkallingsvikarer (34 prosent), lite kapasitet til løpende opplæring og trening av ansatte på arbeidsplassen (31 prosent), lite rom for formell kompetanseheving blant faste ansatte (31 prosent).

Det er også 27 prosent som har problemer med å beholde ansatte med riktige kvalifikasjoner/kompetanse, særlig i somatiske sengeposter (49 prosent).

Det er 26 prosent som sliter med å opprettholde kvaliteten på tjenestene, og å få ansatte med på å gjøre nødvendige endringer/endringsprosesser (24 prosent), vold og trusler (17 prosent) og gjennomføre endringer i ansvars- og oppgavedeling (17 prosent). 14 prosent har også problemer med mange deltids-ansatte og like mange med at de har mange ufaglærte.

Det er få som har store utfordringer med mobbing (1 prosent) og konflikter mellom ansatte (4 prosent).

8 Virkemidler for å løse utfordringene

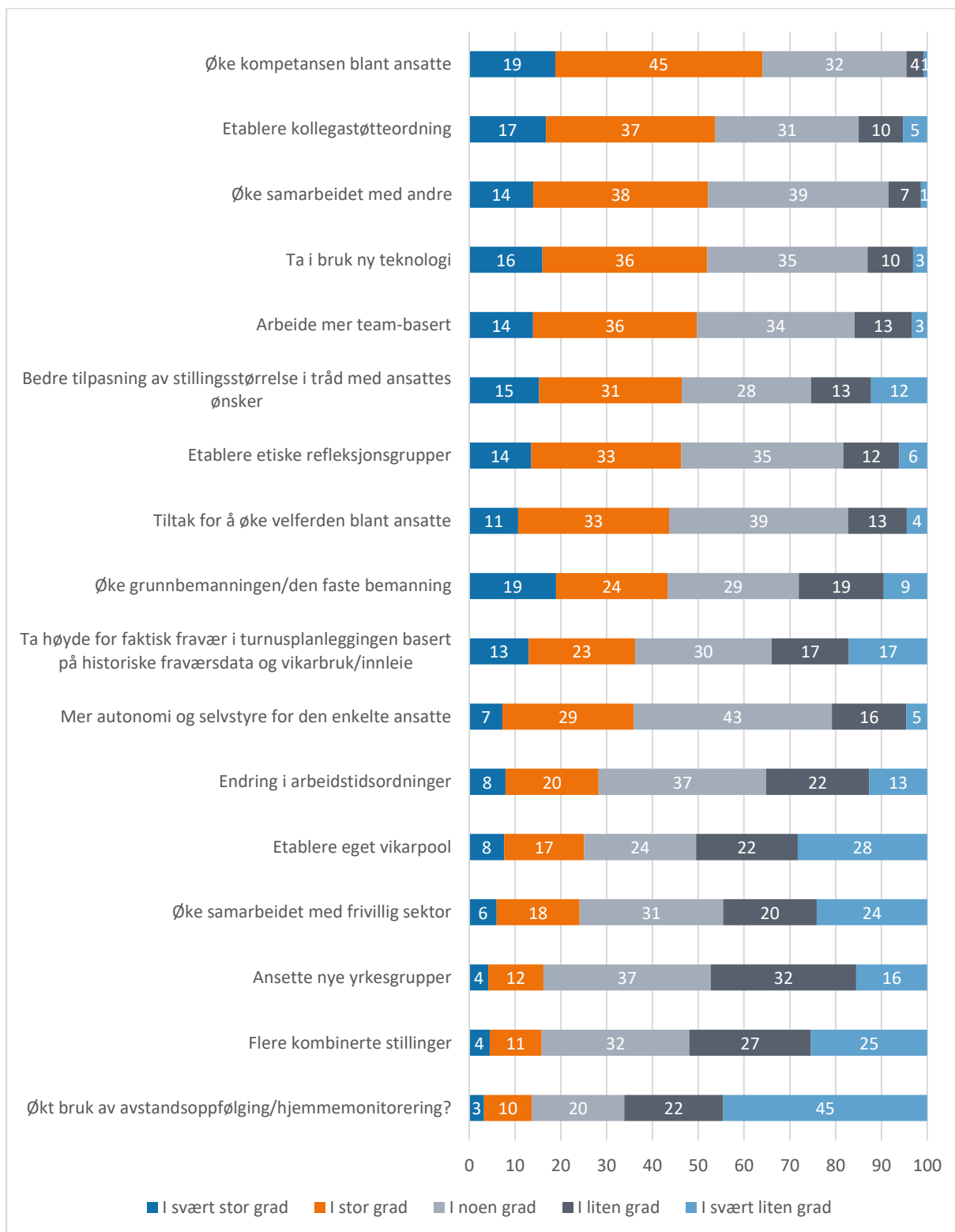
8.1 Innledning

I forrige kapittel så vi på hvilke utfordringer førstelinjeledere og mellomledere i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten har, og i dette kapitlet ser vi på hvilke virkemidler lederne vil ta i bruk for å løse utfordringene. Som vist i kapittel 7, var det 54 prosent av lederne som svarte at budsjettet ikke er tilstrekkelig for å gi tjenester av ønsket kvalitet. I tillegg til bedre budsjetttrammer, kan utfordringene ifølge lederne avhjelpes med følgende virkemidler:

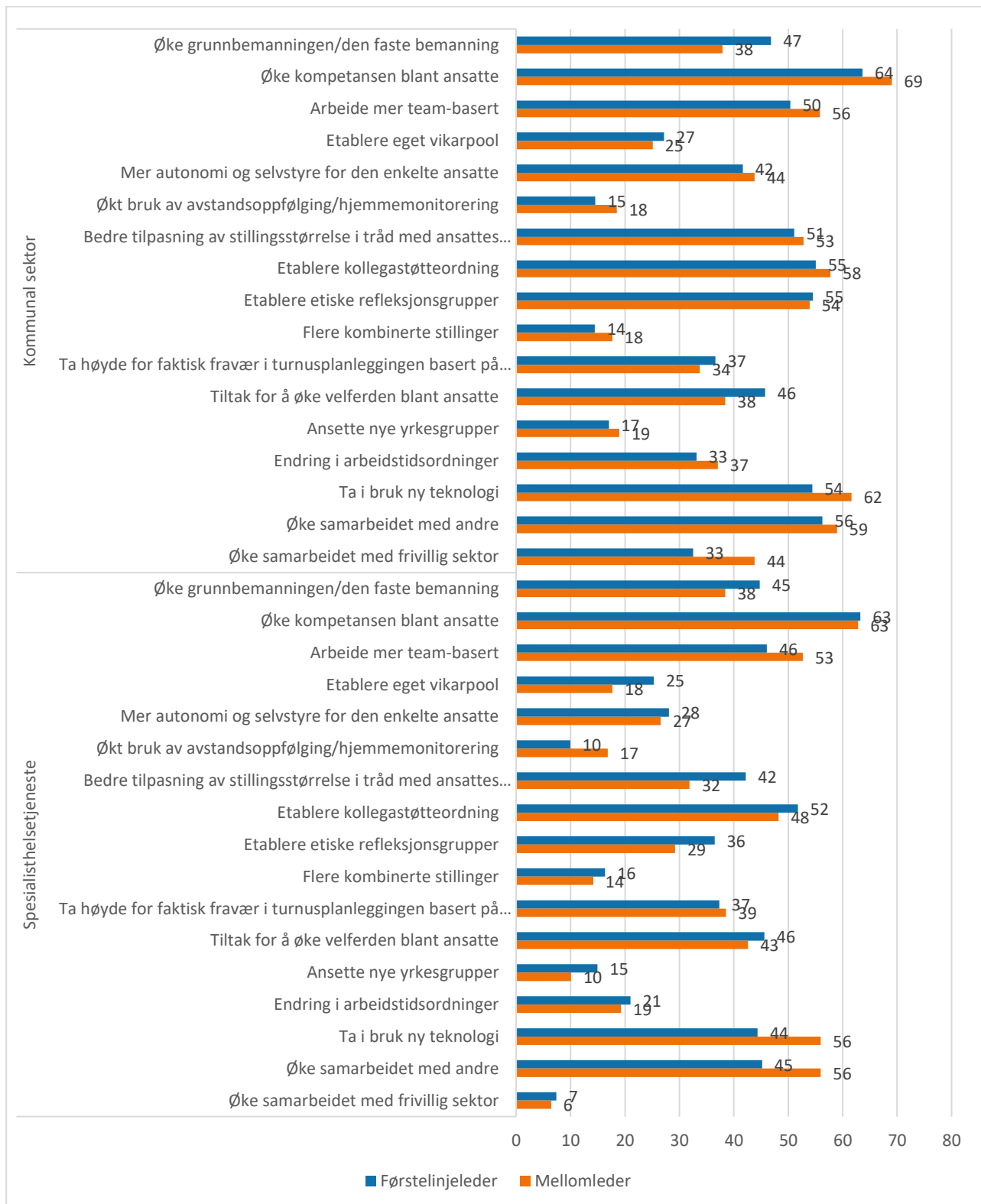
- Øke kompetansen blant ansatte (64 prosent)
- Etablere kollegastøtteordning (54 prosent)
- Øke samarbeidet med andre (52 prosent)
- Ta i bruk ny teknologi (52 prosent)
- Arbeide mer team-basert (50 prosent)
- Bedre tilpasning av stillingsstørrelse i tråd med ansattes ønsker (46 prosent)
- Etablere etiske refleksjonsgrupper (46 prosent)
- Tiltak for å øke velferden blant ansatte (44 prosent)
- Øke grunnbemanningen/den faste bemanning (43 prosent)
- Ta høyde for faktisk fravær i turnusplanleggingen basert på historiske fraværdata og vikarbruk/innleie (36 prosent)
- Mer autonomi og selvstyre for den enkelte ansatte (36 prosent)
- Endring i arbeidstidsordninger (28 prosent)
- Etablere eget vikarpool (25 prosent)
- Øke samarbeidet med frivillig sektor (24 prosent)
- Ansette nye yrkesgrupper (16 prosent)
- Flere kombinerte stillinger (16 prosent)
- Økt bruk av avstandsoppfølging/hjemmemonitorering? (14 prosent)

I figur 8.1 har vi sortert tiltakene eller virkemidler etter hvor flest svarer i stor eller i svært stor grad, men i figur 8.2, 8.3 og 8.4 er rekkefølgen slik den forekom i skjemaet.

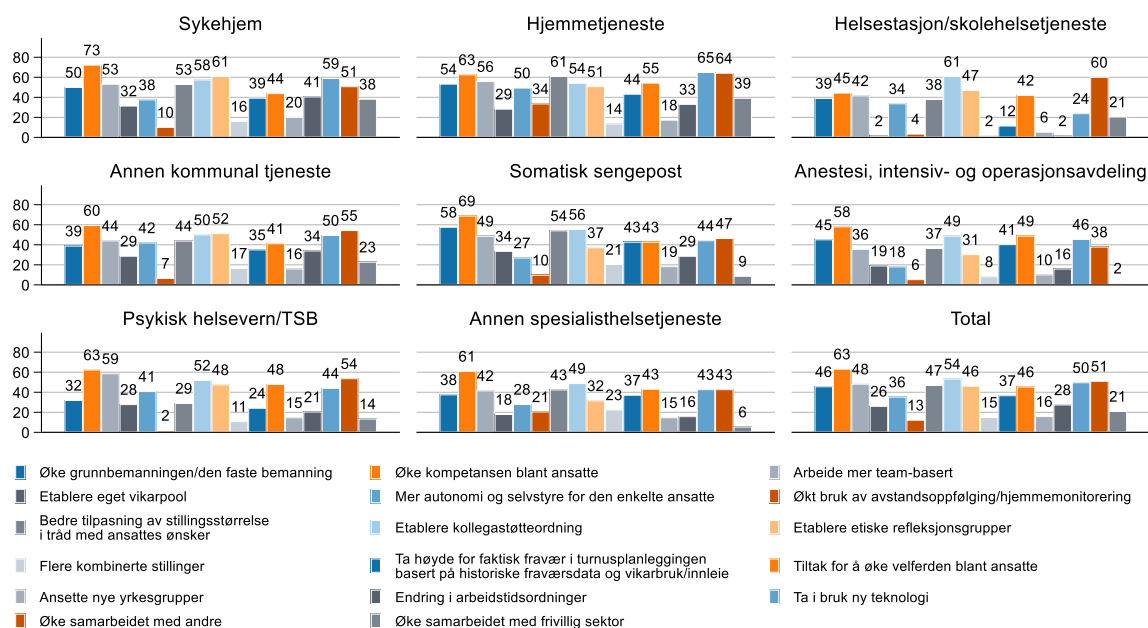
Figur 8.2 skiller mellom førstelinjeledere og mellomledere og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Det generelle bildet er at det er relativt små forskjeller mellom førstelinjeledere og mellomledere i hvilke virkemidler de vil ta i bruk. Noen flere førstelinjeledere enn mellomledere i kommunal sektor vil øke grunnbemanningen, mens noen flere mellomledere enn førstelinjeledere vil øke samarbeidet med frivillig sektor. I spesialisthelsetjenesten er det også litt større andel førstelinjeledere som vil øke bemanningen, mens noen flere mellomledere enn førstelinjeledere vil ta i bruk ny teknologi, øke samarbeidet med andre, og arbeide mer team-basert.



Figur 8.1 Prosent som svarer i hvilken grad ulike virkemidler skal tas i bruk for å løse utfordringene, førstelinjeledere og mellomledere.



Figur 8.2 Prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad vil bruke ulike virkemidler for å løse utfordringene, fordelt på ledernivå og sektor.



Figur 8.3 Prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad vil bruke ulike virkemidler for å løse utfordringene, førstelinjeledere fordelt på type arbeidsplass. Etiketter leses horisontalt.

8.2 Førstelinjelederes virkemidler etter sektor og type arbeidsplass

Hvert virkemiddel er kommentert ut ifra svarene til førstelinjelederne for å finne ut om det er noen tydelige skiller mellom svarene fra kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, og mellom ulike typer arbeidsplasser i disse sektorene.

Øke grunnbemanningen/den faste bemanning

Det er totalt 46 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil øke grunnbemanningen/den faste bemanningen (figur 8.3). I kommunale tjenester er andelen 47 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 45 prosent som vil øke grunnbemanningen (figur 8.2).

Som vist i figur 8.3, er det særlig stor andel førstelinjeledere i somatiske sengeposter (58 prosent) og hjemmetjenester (54 prosent) som vil øke grunnbemanningen, men andelen er også høy i andre tjenester, og lavest i psykisk helsevern/TSB (32 prosent).

Øke kompetansen blant ansatte

Det er totalt 63 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil øke kompetansen blant ansatte. I kommunale tjenester er andelen 64 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 63 prosent som vil øke kompetansen blant ansatte.

Det er særlig stor andel i kommunale sykehjem (73 prosent) og i somatiske sengeposter (69 prosent) som vil øke kompetansen blant ansatte, men andelen er også høy i hjemmetjenester (63 prosent) og i psykisk helsevern/TSB (63 prosent).

Arbeide mer team-basert

Det er totalt 48 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil arbeide mer team-basert. I kommunale tjenester er andelen 50 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 46 prosent som vil arbeide mer team-basert.

Det er særlig stor andel i psykisk helsevern/TSB (59 prosent) som ønsker å arbeide mer team-basert, men andelen er høy også i kommunale hjemmetjenester (56 prosent) og sykehjem (53 prosent).

Etablere eget vikarpool

Det er totalt 26 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil etablere eget vikarpool. I kommunale tjenester er andelen 27 prosent og i spesialisthelsetjenesten er det 25 prosent som vil etablere eget vikarpool.

Det er særlig høy andel i somatiske sengeposter (34 prosent) som vil etablere eget vikarpool, og i sykehjem (32 prosent). Det er særlig lav andel i helsestasjon/skolehelsetjenesten (2 prosent) som ser dette som en løsning på utfordringene.

Mer autonomi og selvstyre for den enkelte ansatte

Det er totalt 36 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil gi mer autonomi og selvstyre for den enkelte ansatte. I kommunale tjenester er andelen 42 prosent og i spesialisthelsetjenesten 28 prosent.

Det er særlig stor andel i kommunale hjemmetjenester (50 prosent) som vil gi mer autonomi og selvstyre for den enkelte ansatte, mens 18 prosent av førstelinjelederne i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger oppgir at dette er ett av virkemidlene de vil ta i bruk.

Økt bruk av avstandsoppfølging/hjemmemonitorering

Det er totalt 13 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil øke bruken av avstandsoppfølging/hjemmemonitorering. I kommunale tjenester er andelen 15 prosent og i spesialisthelsetjenesten 10 prosent.

Det er høyest andel i kommunale hjemmetjenester (34 prosent) som vil øke bruken av avstandsoppfølging/hjemmemonitorering og i andre spesialisthelsetjenester (21 prosent), men ellers er andelen lav (2-10 prosent).

Bedre tilpasning av stillingsstørrelse i tråd med ansattes ønsker

Det er totalt 47 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil oppnå bedre tilpasning av stillingsstørrelse i tråd med ansattes ønsker. I kommunale tjenester er andelen 51 prosent og i spesialisthelsetjenesten 42 prosent.

Det er høyest andel i kommunale hjemmetjenester (61 prosent) som får til bedre tilpasning av stillingsstørrelse i tråd med ansattes ønsker, og i somatiske sengeposter (54 prosent) og i kommunale sykehjem (53 prosent), men andelen er relativt høy i de andre tjenestene også (29-43 prosent).

Etablere kollegastøtteordning

Det er totalt 54 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil etablere kollegastøtteordning. I kommunale tjenester er andelen 55 prosent og i spesialisthelsetjenesten 52 prosent.

Det er høyest andel i kommunale helsestasjon/skolehelsetjeneste (61 prosent), sykehjem (58 prosent) og hjemmetjenester (54 prosent) og i somatiske sengeposter (56 prosent). Andelen er også høy i de øvrige tjenestene (49-52 prosent), så dette er et virkemiddel mange ønsker å ta i bruk.

Etablere etiske refleksjonsgrupper

Det er totalt 46 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil etablere etiske refleksjonsgrupper. I kommunale tjenester er andelen 55 prosent og i spesialisthelsetjenester 36 prosent.

Det er høyest andel i kommunale sykehjem (61 prosent) og hjemmetjenester (51 prosent). Andelen i de øvrige tjenestene er 31-52 prosent.

Flere kombinerte stillinger

Det er totalt 15 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil bruke flere kombinerte stillinger som virkemiddel. I kommunale tjenester er andelen 14 prosent og i spesialisthelsetjenesten 16 prosent.

Det er høyest andel i somatiske sengeposter (21 prosent), og litt lavere andel i kommunale sykehjem (16 prosent) og hjemmetjenester (14 prosent).

Ta høyde for faktisk fravær i turnusplanleggingen basert på historiske fraværdata og vikarbruk/innleie

Det er totalt 37 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil ta høyde for faktisk fravær i turnusplanleggingen basert på historiske fraværdata og vikarbruk/innleie, og andelen er 37 prosent både i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenester.

Det er høyest andel i kommunale hjemmetjenester (44 prosent), i somatiske sengeposter (43 prosent) og anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (41 prosent). Andelen er lavest i helsestasjon/skolehelsetjeneste (12 prosent) og i psykisk helsevern/TSB (24 prosent).

Tiltak for å øke velferden blant ansatte

Det er totalt 46 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil gjøre tiltak for å øke velferden blant ansatte, og andelen er 46 prosent både i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten.

Det er høyest andel i kommunale hjemmetjenester (55 prosent) og anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (49 prosent). Men andelen er høy i de andre tjenestene også (41-48 prosent).

Det er 460 ledere som har beskrevet hva de gjør for å øke velferden blant de ansatte. Noen nevner flere konkrete tiltak, mens andre nevner ett spesifikt tiltak de har gjort. Det de nevner er:

- Sosiale arrangementer for å skape samhold. Trivselskomité, sosialkomité, felles måltid, fredagskos, feire bursdager, quiz m.m.
- Øke fleksibiliteten i arbeidstiden. Lav terskel for bytting av vakter, justeringer i turnus, ønsketurnus, samarbeidsturnus, utprøving av nye turnuser, langvakter med færre arbeidshelger og livsfasetturnus.
- Mer faglig påfyll. Flere fagdager, fagsamlinger og kurs.

- Utarbeide tiltaksplan for å ivareta og videreutvikle et godt arbeidsmiljø. Ansatte velger tiltak, alle sørger for gjennomføring.

Noen nevner også at de har bemanning på topp for å redusere arbeidsbelastning i ukedagene, at de har fått bedre pause/hvilerom, og at de involverer de ansatte i større grad når det diskuteres endringer som påvirker de ansatte.

Ansette nye yrkesgrupper

Det er totalt 16 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil ansette nye yrkesgrupper, og andelen er 17 prosent i kommunale tjenester og 15 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Det er høyest andel i kommunale sykehjem (20 prosent), somatiske sengeposter (19 prosent) og i hjemmetjenester (18 prosent). Det er lavest andel i helsestasjon/skolehelsetjenesten (6 prosent) som oppgir at å ansette nye yrkesgrupper er et viktig virkemiddel.

Det er 193 som har oppgitt hvilke nye yrkesgrupper de ønsker å ansette. Svarene kan grupperes i følgende yrkesgrupper/roller:

- Medisin- og sykepleierstudenter
- Helsefagarbeidere
- Vernepleiere
- Sosionomer
- Bioingeniører
- Barne- og ungdomsarbeidere
- Barnevernspedagoger
- Helsesekretærer/legesekretærer
- Kjøkken/mat/postverter
- Aktivitører
- Portører
- Apotekteknikere (ansvar medisinnrom)
- Farmasøyter
- Fysioterapeuter
- Ergoterapeuter
- Servicemedarbeidere/assistenter
- Erfaringskonsulenter
- Ufaglærte assistenter

Det er også noen som svarer at de ønsker utenlandske sykepleiere som arbeider tre måneder i Norge, og deretter har tre måneder fri. Eller at de ønsker å samarbeide mer med renhold og vaktmester om oppgaver det er mer naturlig at de, heller enn helsepersonell, gjør.

Endring i arbeidstidsordninger

Det er totalt 28 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil gjøre endring i arbeidstidsordningene, og andelen er 33 prosent i kommunale tjenester og 21 prosent i spesialisthelsetjenester.

Det er høyest andel i kommunale sykehjem (41 prosent) og i andre kommunale tjenester (34 prosent), hjemmetjenester (33 prosent) og i somatiske sengeposter (29 prosent), og lavest i helsestasjon/skolehelse-tjenester (2 prosent).

Det er 341 som har beskrevet hvordan de vil gjøre endringer i arbeidstidsordningene. De beskriver følgende endringer:

- Langvakter for å kunne arbeide 4. hver helg heller enn 3. hver helg
- Årsturnus/kalenderplan
- Ønsketurnus
- Vikarpool
- Eget sykepleierteam

Noen nevner helsefremmende turnus, men det som aller flest nevner er lange vakter, og det ser ut til å være en harmonisering av langvakter mot vakter som varer i 12 timer. Mange vil prøve det ut, og en del holder på å prøve ut langvakter. De som sier noe om erfaringen med dette, oppgir at erfaringene er gode eller at det påvirker de som ikke går langvakter. Andre svarer at de snart skal evaluere erfaringene.

Ta i bruk ny teknologi

Det er totalt 50 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil ta i bruk ny teknologi, og andelen er 54 prosent i kommunale tjenester og 44 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Det er høyest andel i kommunale hjemmetjenester (65 prosent) og sykehjem (59 prosent) og i andre kommunale tjenester (50 prosent). Andelen er 43-46 prosent i spesialisthelsetjenesten, så det er lite variasjon i sektoren. Lavest ligger helsestasjon/skolehelsetjeneste (24 prosent).

Det er gitt 597 svar på hvilken teknologi de har tatt i bruk eller har planer om å ta i bruk, og her nevnes blant annet:

- Trygghetsalarmer
- GPS
- Døralarmer/sensorer
- Elektronisk multidose dispenser
- Digitale tilsyn (Varda Care, hjemmeoppfølging, nattugler)
- KI til bruk i turnusplanlegging
- RoomMate (trygghetssensor som oppdager fall)
- Videokonsultasjoner
- Elektronisk kurve (MetaVisjon)
- IKOS-tavle, IMATIS
- Dokumentering på mobil
- KOMP
- DigiHelsestasjon og DigiUng
- Digital såroppfølging
- Talegjenkjenning

Hjemmesykepleiere nevner for eksempel Spider for optimering av transport. Noen nevner også digitale selvhjelpsverktøy, digital hjemmeoppfølging og VR til opplæring og trening.

Øke samarbeidet med andre

Det er totalt 51 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil øke samarbeidet med andre, og andelen er 56 prosent i kommunale tjenester og 45 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Det er høyest andel i kommunale hjemmetjenester (64 prosent) og i helsestasjon/skolehelsetjenester (60 prosent) og i andre kommunale tjenester (50 prosent). Andelen er ellers 38-55 prosent så det er mange som vil løse utfordringene med mer samarbeid.

Det er gitt 485 beskrivelser av hvem de vil samarbeide med, og de nevner blant annet:

- Utdanningsinstitusjoner med tanke på rekruttering
- Andre kommuner
- Andre kommunale tjenester i egen kommune
- Andre spesialisthelsetjenester
- Vurderingskontor
- Pårørende
- Frivillige
- Den norske kirke og andre trossamfunn
- Frivillighetssentral
- NAV
- Skoler og barnehager
- Likepersontjeneste

Øke samarbeidet med frivillig sektor

Det er totalt 21 prosent av førstelinjelederne som svarer at de i stor eller i svært stor grad vil øke samarbeidet med frivillig sektor, og andelen er 33 prosent i kommunale tjenester og 7 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Det er høyest andel i kommunale hjemmetjenester (39 prosent) og sykehjem (38 prosent), og ellers varierer det fra to prosent i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger til 21 prosent i helsestasjon/skolehelsetjeneste og 23 prosent i andre kommunale tjenester.

Det er gitt 252 beskrivelser av hvem i frivillig sektor de ønsker å samarbeide med, og de nevner blant annet:

- Frivillighetssentralen
- Røde kors
- Norske kvinners sanitetsforening
- Norsk folkehjelp
- Kreftforeningen
- Mental helse
- Veteraner/godt voksne menn
- Besøksvenner/pasientvenner
- Ulike mennesker som ønsker å bidra
- Kulturskoler (sang og musikk)
- Demensforening
- Pensjonistforening

Mye handler om at brukere/pasienter skal få mer aktivitet og bedre tilpasning til sine behov i hverdagen, men også konkret som for eksempel besøksvenner som kan følge folk til ulike avtaler som i dag gjøres av

ansatte. Mange oppgir at de allerede har et godt samarbeid med for eksempel Røde kors og lokale pensjonistforeninger.

8.3 Oppsummering

For å løse utfordringene de står i, oppgir førstelinjeledere i kommunal sektor at de i stor eller i svært stor grad vil øke kompetansen blant ansatte (64 prosent), øke samarbeidet med andre (56 prosent), etablere kollegastøtteordning og refleksjonsgrupper (55 prosent), ta i bruk ny teknologi (54 prosent) og arbeide mer teambasert (50 prosent), øke grunnbemanningen (47 prosent) og sette i gang tiltak for å øke velferden for de ansatte (46 prosent). 37 prosent oppgir at de vil ta høyde for faktisk fravær i turnusplanleggingen, 33 prosent vil gjøre endringer i arbeidstidsordningene, 27 prosent vil etablere eget vikarpool. Noen færre vil ansette nye yrkesgrupper (17 prosent), øke bruk av avstandsoppfølging (15 prosent) og benytte flere kombinerte stillinger (14 prosent).

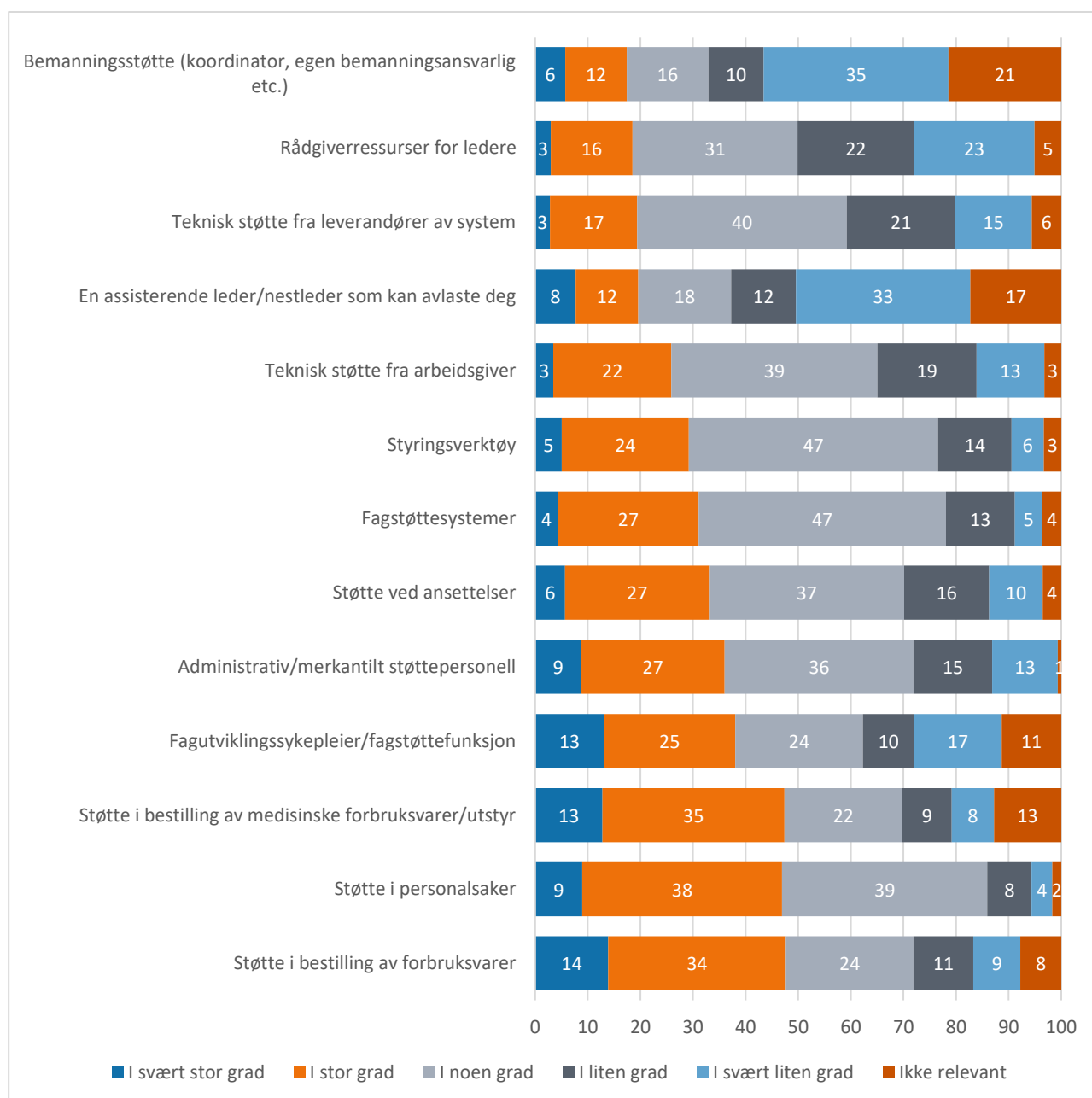
Blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten er det også flest som vil øke kompetansen blant ansatte (63 prosent) som virkemiddel for å løse utfordringene. 52 prosent vil etablere kollegastøtteordning, 46 prosent vil arbeide mer team-basert og sette inn tiltak for å bedre velferden blant ansatte. 45 prosent vil øke samarbeidet med andre og like mange vil øke den faste bemanningen, og 44 prosent vil ta i bruk teknologi. 42 prosent vil få til en bedre tilpasning av stillingsstørrelse i tråd med ansattes ønsker, og 37 prosent vil ta høyde for historisk fravær i turnusplanleggingen, mens 36 prosent vil etablere etiske refleksjonsgrupper. Noen færre vil gi ansatte mer autonomi og selvstyre (28 prosent), etablere eget vikarpool (25 prosent), gjøre endringer i arbeidstidsordningene (21 prosent), bruke flere kombinerte stillinger (16 prosent), ansette nye yrkesgrupper (15 prosent), øke bruk av avstandsoppfølging/hjemmemonitorering (10 prosent) og øke samarbeidet med frivillig sektor (7 prosent).

Generelt er det små forskjeller i hvilke virkemidler de vil ta i bruk for å løse utfordringene, både mellom førstelinjeledere og mellomledere, og mellom kommunal sektor og spesialisthelsetjenester.

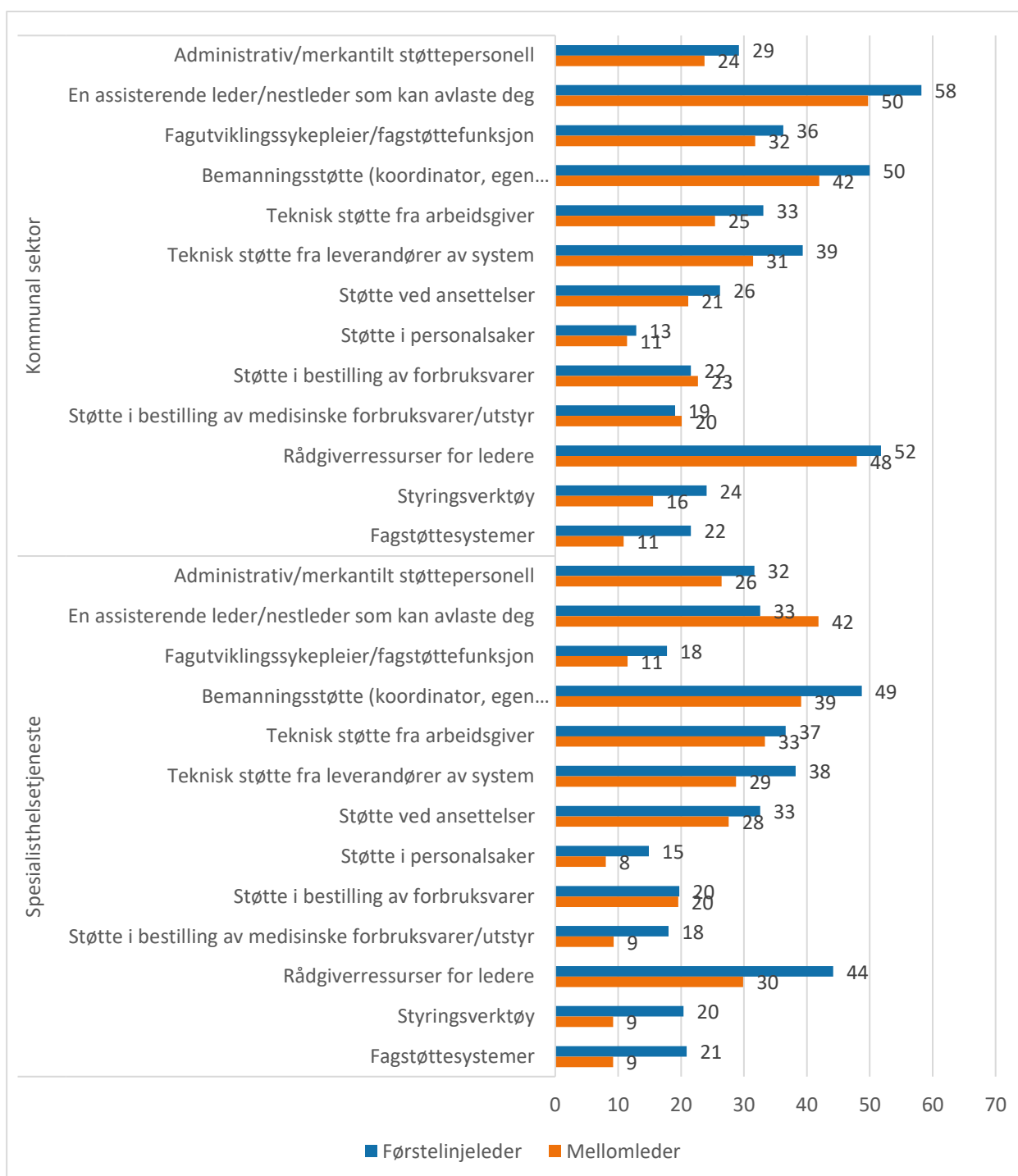
9 Tilgang til støttepersonell/funksjoner

9.1 Grad av tilgang

Som vist i figur 9.1, er det flest som oppgir at de i svært liten grad har tilgang på bemanningsstøtte som koordinator eller egen bemanningsansvarlig (35 prosent), og en assisterende leder/nestleder som kan avlaste dem (33 prosent). Det ser ut til å være flest (høyest andel som har svart i stor eller svært stor grad) som har god støtte i bestilling av forbruksvarer, i personalsaker og i bestilling av medisinske forbruksvarer/utstyr.



Figur 9.1 Prosent av lederne som svarer på i hvilken grad de har tilstrekkelig tilgang på ulikt støttepersonell, alle ledere.



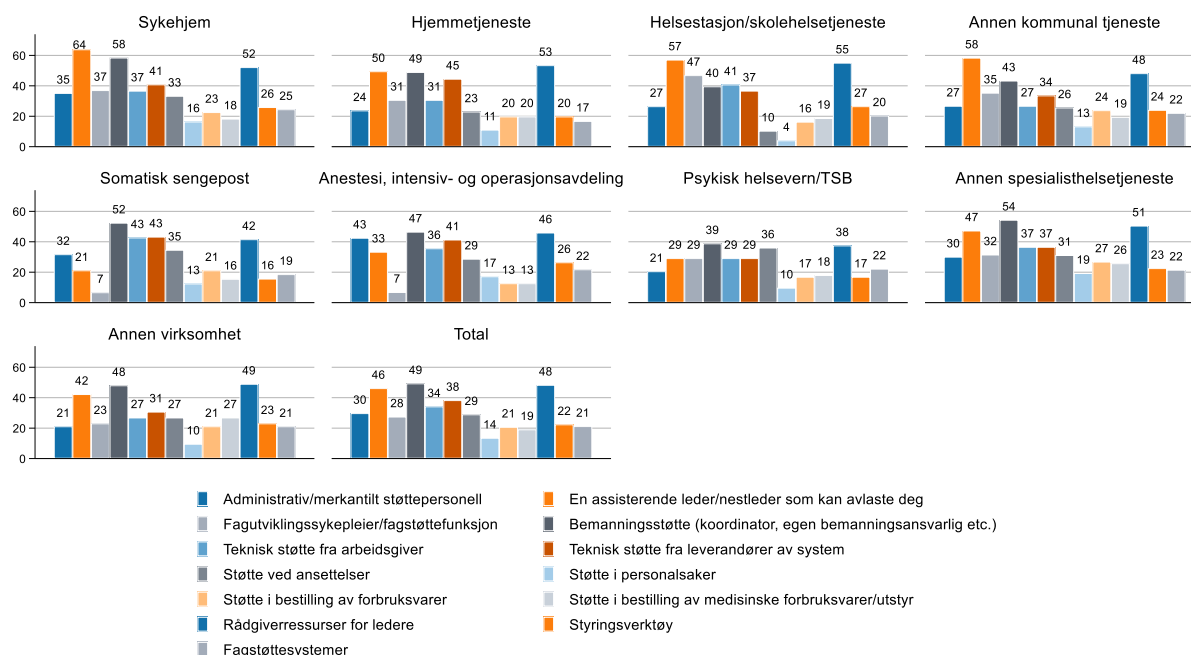
Figur 9.2 Prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har tilstrekkelig tilgang til ulike støttetjenester, førstelinjeledere og mellomledere, fordelt på sektor.

Det er også noen systematiske forskjeller i svarene fra førstelinjeledere og mellomledere. Som vist i figur 9.2, er det generelt færre mellomledere enn førstelinjeledere som svarer at de i liten eller svært liten grad har tilgang på administrativ/merkantilt støttepersonell, bemanningsstøtte, teknisk støtte fra arbeidsgiver, teknisk støtte fra leverandører av system, støtte ved ansettelser, støtte i personalsaker, eller rådgiverressurser for ledere og styringsverktøy. Ellers er det ikke systematiske forskjeller mellom førstelinjeledere og mellomledere.

Som vist i figur 9.3 er det særlig mange førstelinjeledere i sykehjem som svarer at de i liten eller i svært liten grad har en assisterende leder/nestleder som kan avlaste dem (64 prosent), og mange (58 prosent) mangler også bemanningsstøtte (koordinator, egen bemanningsansvarlig etc.). Det er også 52 prosent av førstelinjelederne i sykehjem som svarer at de i liten eller i svært liten grad har tilgang på rådgiverressurser for ledere. Det ser ut til å være et stort behov for nestledere, bemanningsstøtte og rådgiverressurser for ledere i de kommunale tjenestene.

I spesialisthelsetjenesten ser det ut til å være bedre tilgang på nestledere som kan avlaste, men mange svarer at de i liten eller i svært liten grad har tilgang til bemanningsstøtte og rådgiverressurser for ledere.

Det er litt vanskelig å tolke disse svarene, fordi vi ikke helt vet hva de har behov for. De kan for eksempel i liten grad ha tilgang til teknisk støtte fra arbeidsgiver, men heller ikke ha behov for det.



Figur 9.3 Prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har tilstrekkelig tilgang til ulike støttetjenester, førstelinjeledere og arbeidsplass. Etiketters leses horisontalt.

9.2 Behov

Det er 424 som har svart på hva de har bruk for. En analyse av svarene viser at dette handler om:

- Skaffe bemanning/vaktbok/innleie
- Mer administrativ/merkantil støtte
- Bedre ledere over førstelinjelederne

Noen beskriver konkret hva de har behov for:

En person som kan ordne «småting» som hele tiden dukker opp. F.eks. tilganger, mobiler som ikke fungerer, innleie av vikar hvis man selv er opptatt, og alle småting som man ikke behøver være leder for å ordne (Sykepleierleder, hjemmetjenesten).

Sykefravær og annet fravær skaper mye merarbeid for leder som må skaffe vikarer:

Det største behovet som umiddelbart melder seg er hjelp til å leie inn ekstrapersoner ved korttids- og planlagt fravær. Det gjelder både ved sykdom og fravær som ferie o.l. Tiden man kunne unngått brukt på dette, ville fristilt mye tid mtp tilstedeværelse for ansatte og fått brukt lederrollen aktivt på en helt annen måte (Sykepleieleder, hjemmetjenester)

Noen oppgir at de får lite støtte fra HR- og lønnsstjenestene:

Stadig svakere støttesystemer fra HR og lønn. De innfører rigide rutiner for å forenkle sin del av arbeidet. Mye mer sekretærjobb som leder (Sykepleieleder, hjemmetjenesten)

Støttetjenester har de siste årene blitt til bestillertjenester og kommuniserer via digitale flater. Umulige å få til samarbeidsmøte og løse problemer (Sykepleierleder, legevakt)

Støtte til ansettelsesprosesser, gi tilganger til ansatte (Sykepleieleder, sykehjem)

Men også at andre må gjøre det som trengs slik at ikke også dette blir sykepleierlederens oppgave:

Merkantil, og at andre enheter i kommunen tar ansvar for bygg, brann, vaktmesteroppgaver slik at jeg ikke har oppfølging av dette i tillegg (Sykepleierleder, sykehjem)

Noen mener en god idé kan være å prioritere at alle nye ledere får mentor i begynnelsen av lederjobben:

Mentor det første året i lederroller. Utvikle nettverk for nye ledere i kommunen. Oppfølging og opplæring. Hadde personalmøte alene med avdelingen på min første dag, virksomhetsleder avspaserte (Sykepleierleder i kommunal tjeneste)

Det er virker å være mangelfull opplæring av ledere noen steder:

Som ganske fersk leder føler jeg at jeg ikke har fått særlig oppfølging, eller klare retningslinjer for hva som faktisk forventes av meg. Lite hjelp til å få oversikt over alle mine oppgaver og hvem som evt. kan bistå meg med hva (Sykepleierleder, somatisk poliklinikk)

Noen beskriver litt av potensialet i ny oppgavedeling:

Få fjernet oppgaver som kunne vært utført av for eksempel sekretær, få automatisert faste rapporteringer ifht økonomi, sykefravær, hms o.l. Få frigjort ass leder fra oppgaver som kunne vært utført av for eksempel portør m.m. (Sykepleierleder, somatisk sengepost)

Mange trenger støtte fordi de har personalansvar for mange ansatte:

Har ca. 70 ansatte. Behov for rekrutteringsbistand, at noen tar ansvar for ekstravakter og dekking av vakter, større team som kan avlaste med oppfølging av ansatte, f. eks 1-2 fag/assisterende til. Tekniske løsninger som KI til turnus, elektroniske pasienttavler, NarKontroll (Sykepleierleder, somatisk sengepost)

Noen oppgir at de trenger mer ressurser til fagutvikling:

Ein dedikert ressurs til å drive fagutvikling er høgst på ønskelista (Sykepleieleder, tjenester til mennesker med utviklingshemming).

Selv om de har støtte, er ikke nødvendigvis kvaliteten på støtten god nok:

Vi har støttepersonell i vår store organisasjon. Ikke alltid fornøyd med den støtten en får, min erfaring er at jobben må uansett gjøres av en selv (Sykepleierleder, somatisk sengepost)

En av sykepleierlederne oppsummerer behovene slik:

Oppfølging av sykemeldte ved langtidsfravær (ut over 3-6 mnd, vil være avhengig av årsak). Oppfølging av personalsaker. Opplever det som krevende da slike saker ofte varer over lang tid. Innkjøpsfunksjon: Jeg har i mange år vært hovedansvarlig for innkjøp av forbruksvarer og medisinsk utstyr. Dette tar mye tid og krever at

man har tid og kunnskap til å jobbe med dette. Rådgiverressurs for ledere - både ved vanskelige personalsaker, behov for endring av stillinger. Assisterende leder som kan utføre noen av oppgavene som jeg har – for eksempel oppfølging av sykemeldte i avdeling, delta i oppfølging av personalsaker og planlegging av turnus (Sykepleieleder, sykehjem).

9.3 Oppsummering

Det fleste førstelinjeledere i kommunal sektor oppgir at de i liten eller i svært liten grad har tilgang på, er en assisterende leder/nestleder som kan avlaste de (58 prosent). Det er også mange som har dårlig tilgang til rådgiverressurser for ledere (52 prosent), bemanningsstøtte som koordinator eller egen bemanningsansvarlig (50 prosent), teknisk støtte fra leverandør (39 prosent) eller arbeidsgiver (33 prosent), fagutviklingssykepleier/fagstøttefunksjon (36 prosent), administrativt støtte (29 prosent), støtte ved ansettelser (26 prosent), styringsverktøy (24 prosent), fagstøttesystemer (22 prosent), støtte i bestilling av forbruksvarer (22 prosent), bestilling av medisinske varer/utstyr (19 prosent) og støtte i personalsaker (13 prosent).

Blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten er det flest som oppgir at de i liten eller i svært liten grad har tilgang på bemanningsstøtte (49 prosent), rådgiverressurs for ledere (44 prosent), teknisk støtte fra leverandør av system (38 prosent), teknisk støtte fra arbeidsgiver (37 prosent). Hver tredje førstelinjeleder i spesialisthelsetjenesten oppgir at de mangler støtte ved ansettelser og en assisterende leder som kan avlaste de. 32 prosent mangler merkantilt støttepersonell, 21 prosent mangler fagstøttesystemer, 20 prosent har lite tilgang til styringsverktøy og like mange mangler støtte i bestilling av forbruksvarer (20 prosent). Mens 18 prosent mangler støtte i bestilling av medisinske varer/utstyr, og like mange oppgir at de i liten eller i svært liten grad har tilgang til fagutviklingssykepleier/fagstøttefunksjon, mens 15 prosent mangler støtte i personalsaker.

10 Partssamarbeid

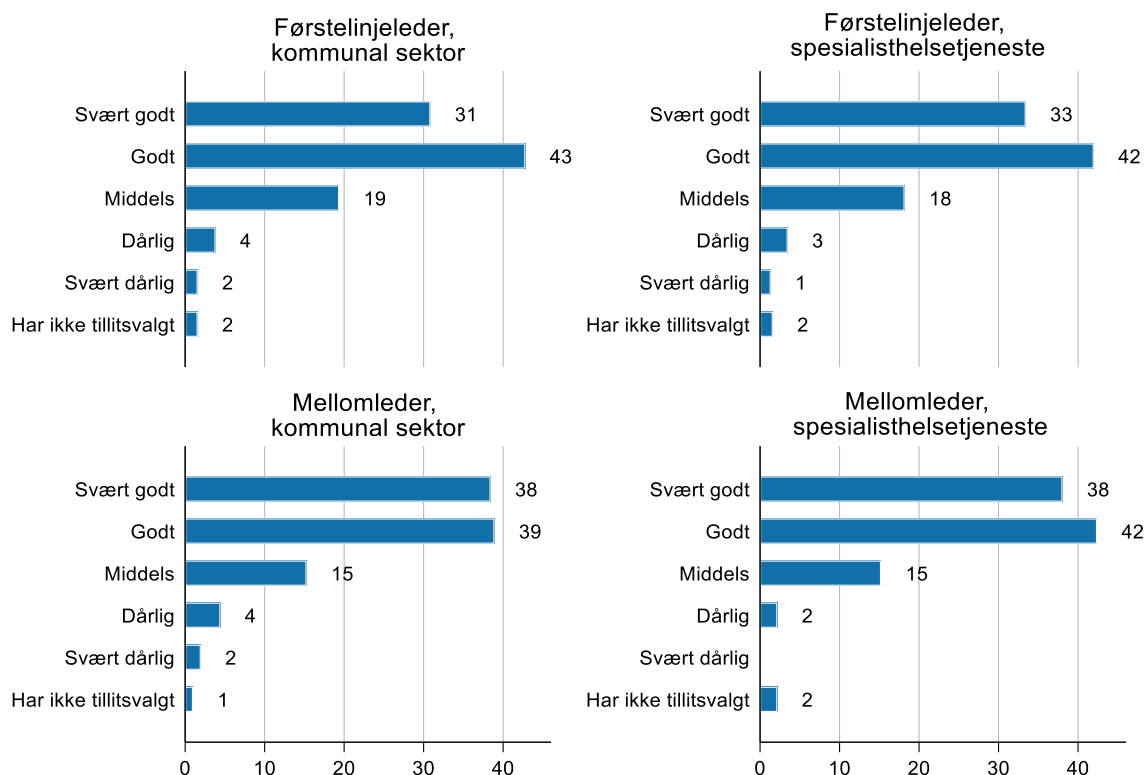
10.1 Samarbeid med tillitsvalgte og verneombud

Som vist i tabell 10.1 er det 76 prosent som svarer at samarbeidet med tillitsvalgte er godt eller svært godt, og 80 prosent svarer at samarbeidet med verneombud er godt eller svært godt. Det er få som svarer at de ikke har tillitsvalgt (2 prosent) og verneombud (1 prosent).

Tabell 10.1 Hvordan de opplever samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud i den tjenesten/ enheten de leder. Førstelinjeledere og mellomledere.

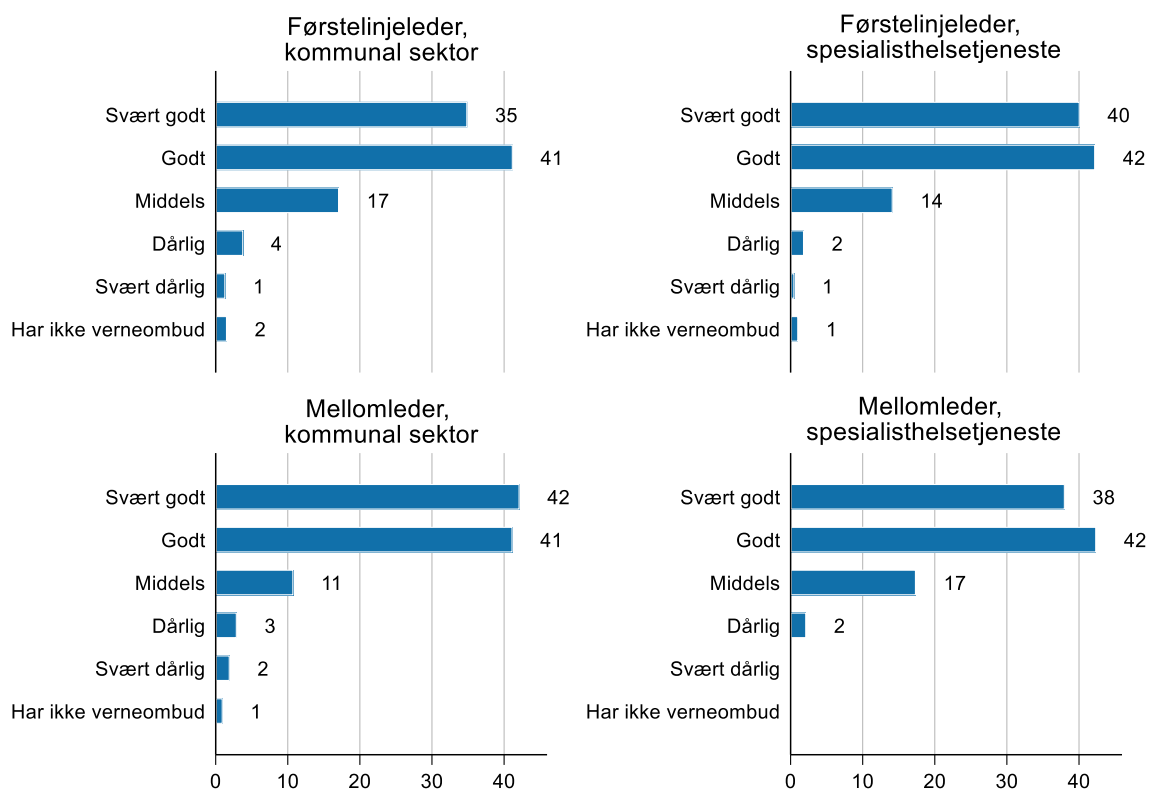
	Tillitsvalgte	Verneombud
Svært godt	34	38
Godt	42	42
Middels	18	15
Dårlig	4	3
Svært dårlig	1	1
Har ikke	2	1
Totalt	100	100
Antall svar	1113	1114

Som vist i figur 10.1, er det litt flere mellomledere enn førstelinjeledere som oppgir at samarbeidet fungerer godt eller svært godt i både kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten.



Figur 10.1 Hvor godt samarbeidet med tillitsvalgte fungerer, prosent. Ledernivå og sektor.

Som vist i figur 10.2, er det også litt flere mellomledere enn førstelinjeledere som oppgir at samarbeidet fungerer godt eller svært godt med verneombud i kommunal sektor - hhv. 83 og 76 prosent, mens i spesialisthelsetjenesten er det marginalt flere førstelinjeledere (82 prosent) som svarer at samarbeidet fungerer godt eller svært godt enn mellomledere (80 prosent).

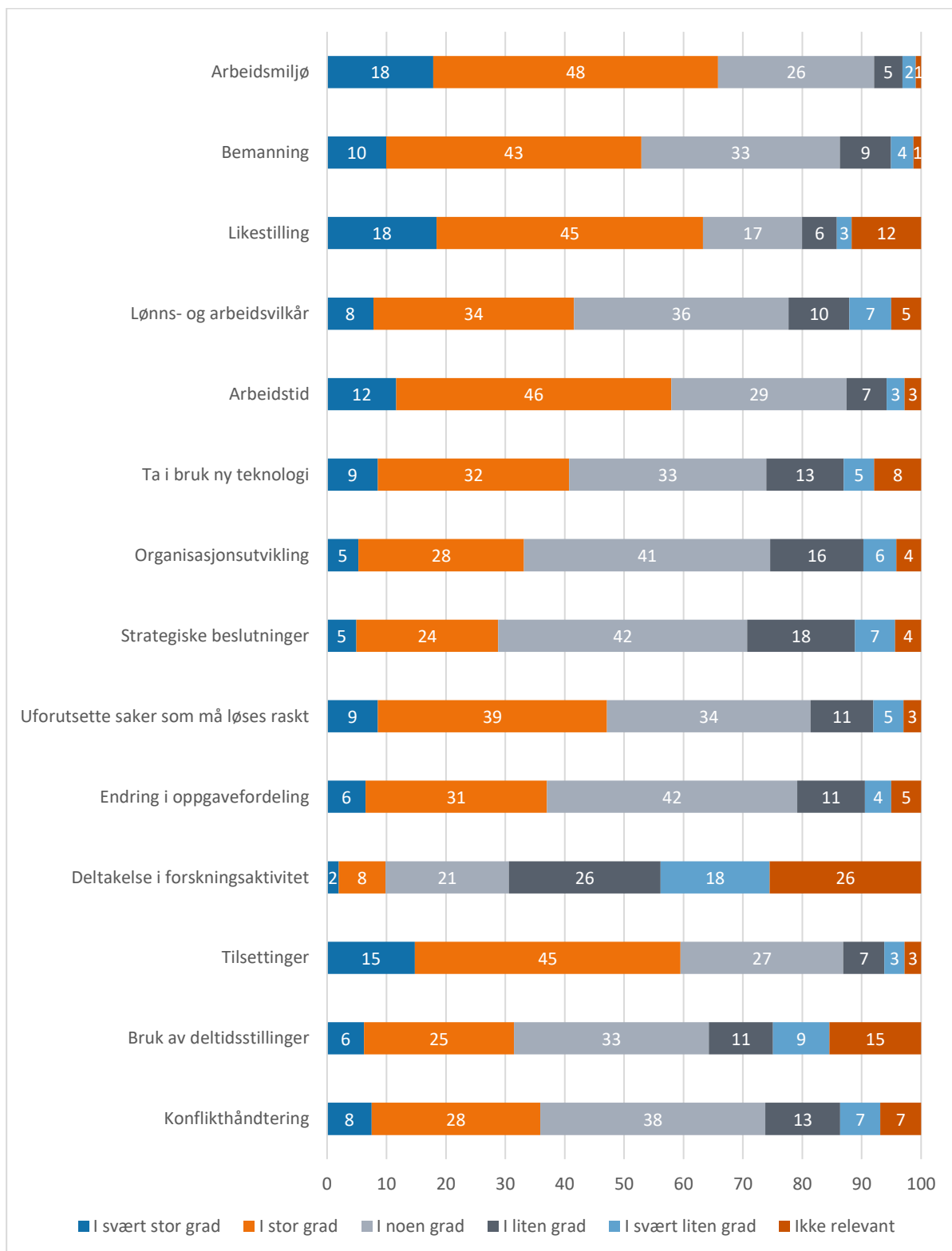


Figur 10.2 Hvor godt samarbeidet med verneombud fungerer, prosent. Ledernivå og sektor.

10.2 Innhold i partssamarbeidet

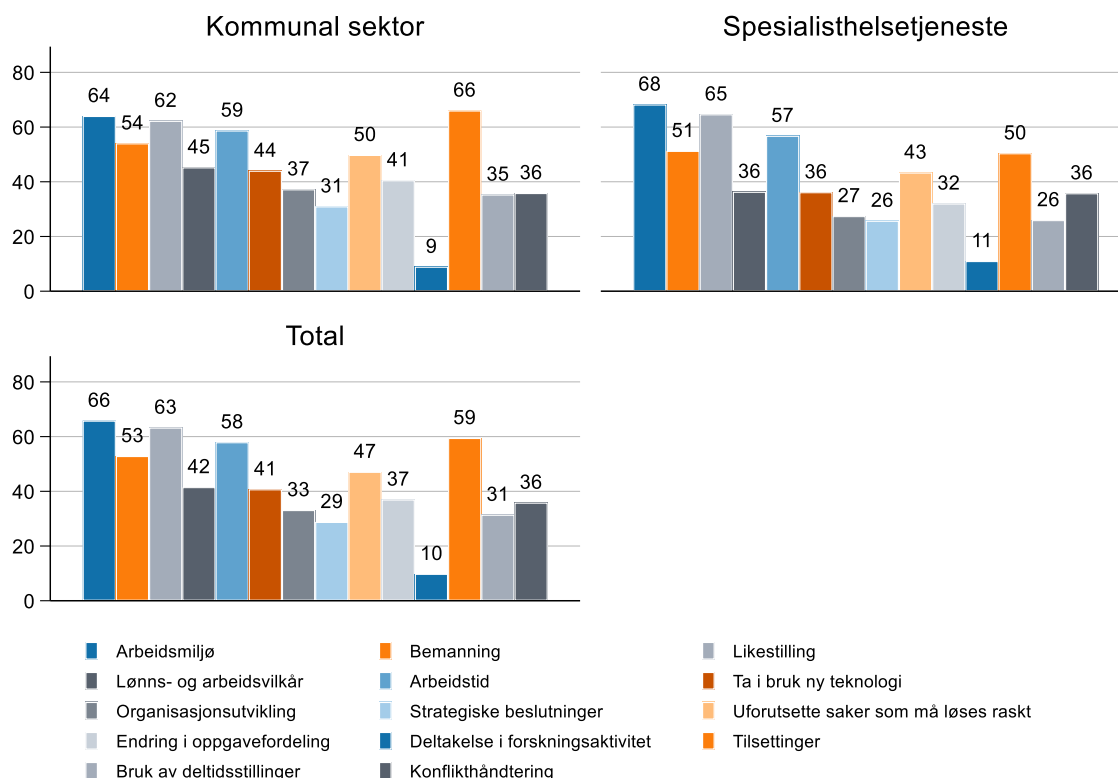
Følgende spørsmål er inkludert: «I hvilken grad erfarer du at partssamarbeidet fungerer godt på din arbeidsplass når det gjelder følgende områder».

Som vist i figur 10.3 er det flest som svarer at partssamarbeidet fungerer i stor eller i svært stor grad godt når det gjelder arbeidsmiljø (66 prosent) og likestilling (63 prosent), ved tilsettinger (59 prosent) og i uforutsette saker som må løses raskt (47 prosent). Det er flest som svarer at partssamarbeidet ikke er relevant for deltakelse i forskningsaktivitet (26 prosent), bruk av deltidsstillinger (15 prosent) og når det gjelder likestilling (12 prosent).



Figur 10.3 I hvilken grad de opplever at partssamarbeidet fungerer godt på ulike områder, førstelinjeledere og mellomledere. Prosent.

Figur 10.4 viser forskjeller mellom svar fra ledere i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten. Men det er generelt ikke entydige forskjeller, men det er størst forskjell mellom sektorer når det gjelder tilsetninger, der 66 prosent av lederne i kommunal sektor, og 50 prosent av lederne i spesialisthelsetjenesten, svarer at partssamarbeidet fungerer godt ved tilsetninger. Forskjellene er statistisk signifikante også når vi kontrollerer for ledernivå.



Figur 10.4 Prosent som svarer at partssamarbeidet i stor eller svært stor grad fungerer godt på arbeidsplassen når det gjelder ulike områder. Førstelinjeledere og mellomledere, fordelt på sektor. Etiketter leses horisontalt.

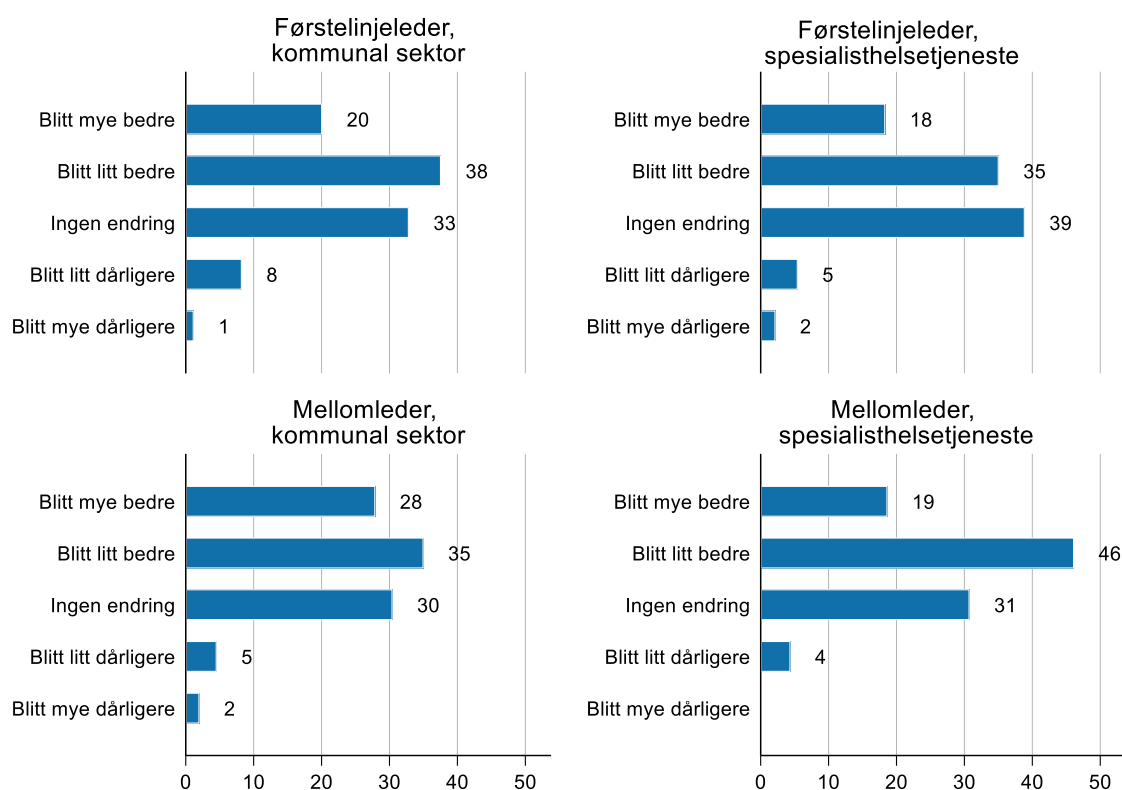
10.3 Hvordan partssamarbeidet har utviklet seg de siste årene

Totalt er det 21 prosent som oppgir at partssamarbeidet har blitt mye bedre de siste årene, og 37 prosent oppgir at det har blitt litt bedre. 34 prosent mener det ikke har vært noen endring, 6 prosent svarer at det har blitt litt dårligere og to prosent at det har blitt mye dårligere. Det er 58 prosent som oppgir bedring i partssamarbeidet i utvalget.

Tabell 10.2 Hvordan partssamarbeidet har utviklet seg de siste årene, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Blitt mye bedre	224	21
Blitt litt bedre	398	37
Ingen endring	369	34
Blitt litt dårligere	68	6
Blitt mye dårligere	17	2
Total	1076	100

Det er litt færre førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten som svarer at partssamarbeidet har blitt litt eller mye bedre (53 prosent) enn i kommunal sektor (58 prosent), se figur 10.5. Blant mellomledere er det noen flere i kommunal sektor som svarer at det har blitt mye bedre (28 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (19 prosent), men totalt er det 65 prosent i spesialisthelsetjenesten som svarer at det har blitt mye eller litt bedre, og 63 prosent i kommunal sektor.



Figur 10.5 Prosent som svarer at på hvordan partssamarbeidet har utviklet seg de siste årene, ledernivå og sektor.

Vi har også spurt om de kan beskrive årsaken til endringen, og her beskriver de blant annet følgende årsaker til at partssamarbeidet har blitt bedre:

- Aktive tillitsvalgte
- HMS-team som fungerer godt
- Bedre struktur på samarbeidet, faste møter
- Blitt mer bevisst på partssamarbeid
- Felles HMS-opplæring mellom ledere og ansattrepresentanter
- Satsning fra kommuneledelsen

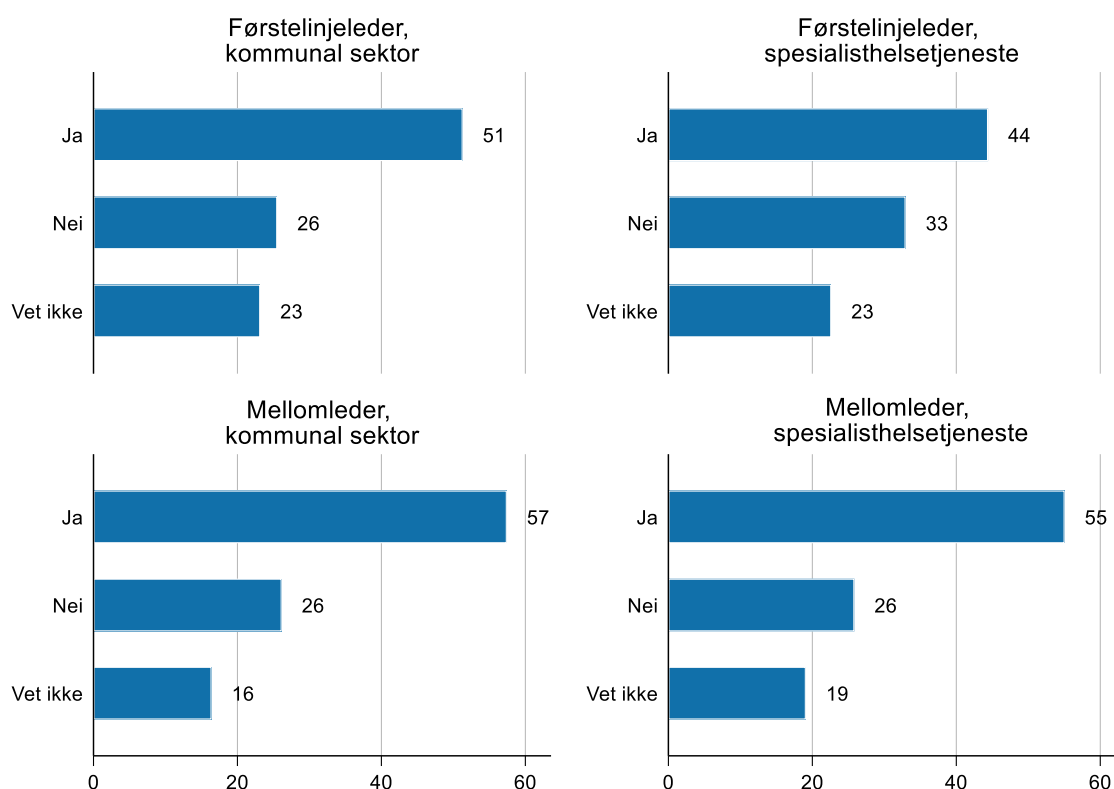
10.4 Om de samarbeider på flere områder i partssamarbeidet nå enn tidligere

Det er totalt halvparten som svarer at de samarbeider på flere områder nå enn tidligere, men det er også 21 prosent av lederne som svarer at de ikke vet om de samarbeider på flere områder enn tidligere (tabell 10.3).

Tabell 10.3 Om de samarbeider om flere områder nå enn tidligere, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Ja	537	50
Nei	300	28
Vet ikke	228	21
Total	1065	100

Som vist i figur 10.6, er det færrest blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten som svarer at de samarbeider på flere områder nå enn tidligere (44 prosent) og høyest blant mellomledere i kommunal sektor (57 prosent). Det er også noen flere førstelinjeledere enn mellomledere som svarer at de ikke vet om de samarbeider om flere områder nå enn tidligere, både i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenester.



Figur 10.6 Prosent som svarer at de samarbeider om flere områder nå enn tidligere, ledernivå og sektor.

Lederne fikk også mulighet til å legge inn kommentarer til partssamarbeidet, og 156 valgte å gjøre det. Tema som kommer opp i disse kommentarene er blant annet at de mener det er for lite fokus på ledernes

psykososiale arbeidsmiljø, og at verneombud glemmer at de er verneombud også for lederne. Andre kommenterer at de som ledere har mye kunnskap og stor interesse av å ha et godt arbeidsmiljø, men at verneombud kan undervurdere lederne kompetanse.

Noen kommenterer også at ansatte generelt har blitt mer kravstore, at de er mest opptatt av individuelle lønnskrav og rettigheter, mens andre har gode erfaringer med et effektivt partssamarbeid. Fra noen av kommentarene kan det høres ut som det noen steder har utviklet seg en ukultur i partssamarbeidet, der lederne opplever at plasstillitsvalgte lærer på kurs hvordan de skal «ta» ledere. Det er også flere som beskriver at ansatte tror førstelinjeledere har større muligheter til å påvirke situasjonen enn de faktisk har.

Noen oppgir at det er vanskelig å rekruttere både verneombud og plasstillitsvalgte fordi arbeidsbelastningen er så stor. Andre oppgir også at de selv har hatt rollen som tillitsvalgt, og denne erfaringer bidrar til å styrke partssamarbeidet som leder.

10.5 Oppsummering

76 prosent av lederne svarer at samarbeidet med tillitsvalgte er godt eller svært godt, og 80 prosent svarer at samarbeidet med verneombud er godt eller svært godt.

Det er flest som svarer at partssamarbeidet fungerer i stor eller i svært stor grad godt når det gjelder arbeidsmiljø (66 prosent) og likestilling (63 prosent), ved tilsetninger (59 prosent), arbeidstid (58 prosent) og uforutsette saker som må løses raskt (47 prosent).

Det er 58 prosent som oppgir bedring i partssamarbeidet de siste årene. Det er litt færre førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten som svarer at det har blitt bedre (53 prosent) enn i kommunal sektor (58 prosent). Blant mellomledere er det 65 prosent i spesialisthelsetjenesten som svarer at partssamarbeidet har blitt mye eller litt bedre, og 63 prosent i kommunal sektor.

Vi har også spurt om de kan beskrive årsaken til endringen, og her beskriver de som opplever bedring i partssamarbeidet at de har mer aktive tillitsvalgte, eller har fått HMS-team som fungerer godt, at de har fått en bedre struktur på samarbeidet - særlig gjennom faste møter, at de har blitt mer bevisst på partssamarbeidet og at HMS-opplæringen har blitt bedre, både for ledere og ansattrepresentanter.

Det er totalt halvparten som svarer at de samarbeider på flere områder i partssamarbeidet nå enn tidligere, og det er færrest blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten som svarer at de samarbeider på flere områder nå enn tidligere (44 prosent), og flest blant mellomledere i kommunal sektor (57 prosent).

11 Nettverk, mentor og etiske refleksjonsgrupper

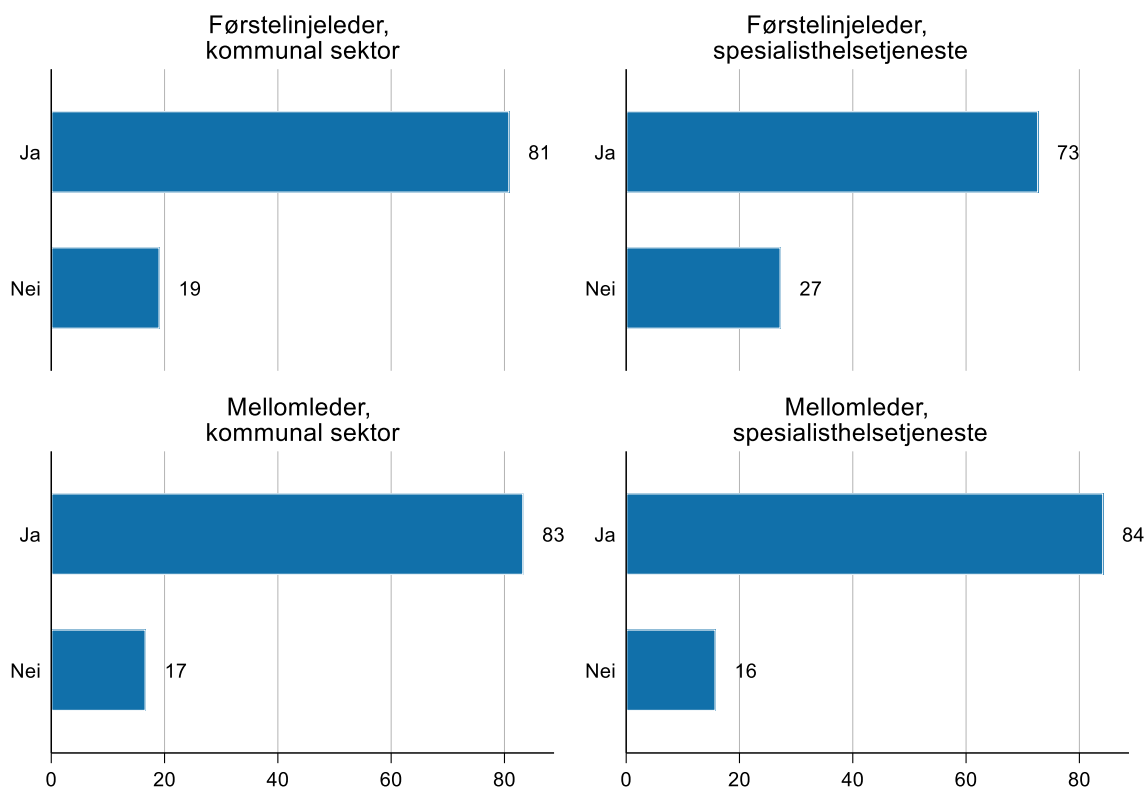
11.1 Nettverk

Det er totalt 79 prosent av lederne i utvalget som oppgir at de regelmessig deltar i nettverk med andre ledere, og dermed 21 prosent som ikke deltar i et slikt nettverk.

Tabell 11.1 Om de regelmessig deltar i nettverk med andre ledere, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Ja	907	79
Nei	243	21
Total	1150	100

Som vist i figur 11.1, er andelen som regelmessig deltar i nettverk med andre ledere lavest blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten (73 prosent) og høyest blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten (84 prosent). I kommunene er det hhv. 81 og 83 prosent av førstelinjelederne og mellomlederne som deltar i nettverk med andre ledere.



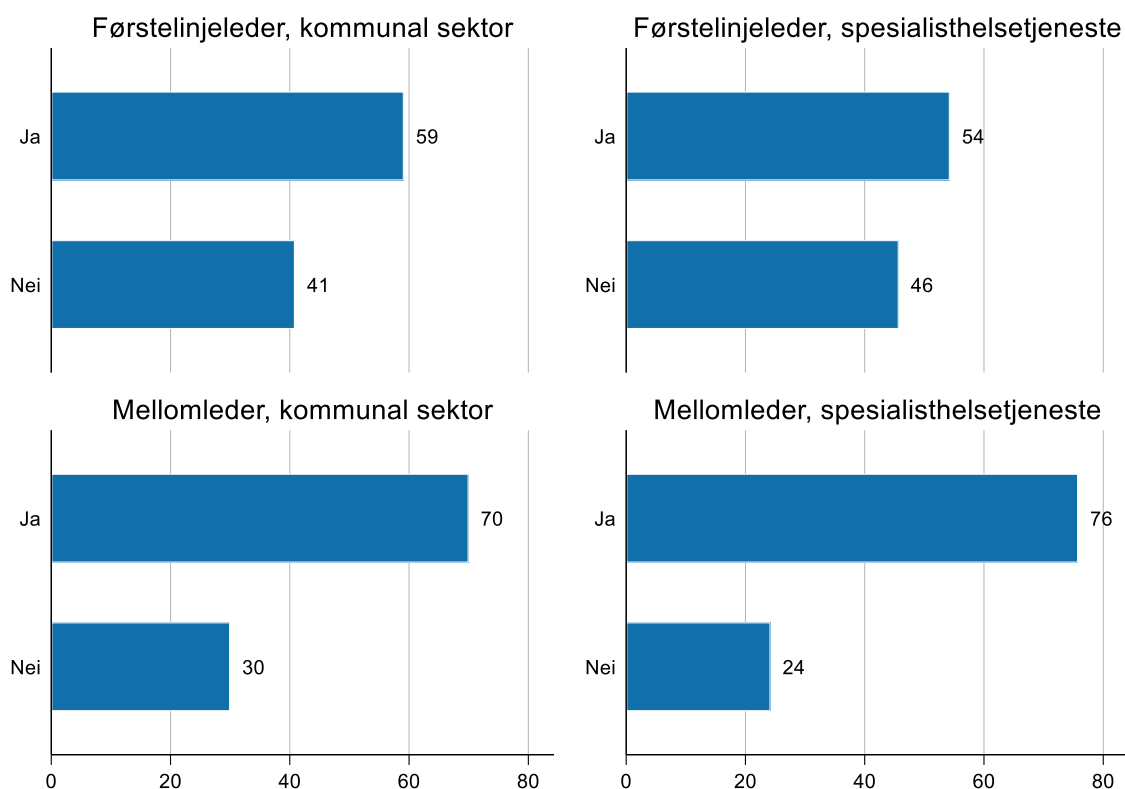
Figur 11.1 Prosent som deltar regelmessig i nettverk med andre ledere eller ikke, ledernivå og sektor.

61 prosent av lederne oppgir å ha godt nok nettverk og tilstrekkelig støtte rundt seg som leder, og dermed 39 prosent som ikke har god nok nettverk og tilstrekkelig støtte (tabell 11.2).

Tabell 11.2 Om de opplever du å ha godt nok nettverk og tilstrekkelig støtte rundt deg som leder, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Ja	700	61
Nei	450	39
Total	1150	100

Det er særlig høy andel blant førstelinjelederne i både spesialisthelsetjenesten (46 prosent) og i kommunene (41 prosent) som ikke opplever å ha godt nok nettverk og tilstrekkelig støtte rundt seg som leder, se figur 11.2. Men dette gjelder også 30 prosent av mellomlederne i kommunal sektor og 24 prosent av mellomlederne i spesialisthelsetjenester.



Figur 11.2 Om de opplever å ha godt nok nettverk og tilstrekkelig støtte rundt seg som leder. Ledernivå og sektor.

Av de 515 som oppgir at de ikke opplever å ha godt nok nettverk og tilstrekkelig støtte rundt seg som leder, er det 456 (89 prosent) som beskriver hva de ønsker seg. Vi har analysert svarene og finner at sykepleierne har følgende behov:

- At nettverket består av ledere på samme nivå som dem selv, uten ledere på høyere nivå for å fritt diskutere utfordringer og løsninger med andre som opplever mye av det samme som dem.
- Støtte til administrative/merkantile oppgaver særlig rundt vanskelige personalsaker, sykmeldinger, innleie, turnus, rekruttering og budsjett. Noen ønsker en assisterende leder som kan bidra med dette og være en diskusjonspartner.
- Veiledning/mentor/kurs/opplæring og rom for refleksjon for å utvikle seg som leder, og bli en bedre leder. Ikke bare drive konstant brannslukking i en altfor stressende arbeidshverdag.
- Bedre støtte fra egen leder. En del opplever å få lite støtte fra egen leder, og at de får få tilbakemeldinger på jobben de gjør. De eneste resultatene mange måles på, er budsjettavvik og sykefravær.

Noen svarer også at det finnes ulike nettverk de kunne deltatt i, men at de ikke har rom for å prioritere dette. Andre ønsker seg flere faste møter, der de kan få diskutert vanskelige saker som gjelder pasienter/brukere og ansatte.

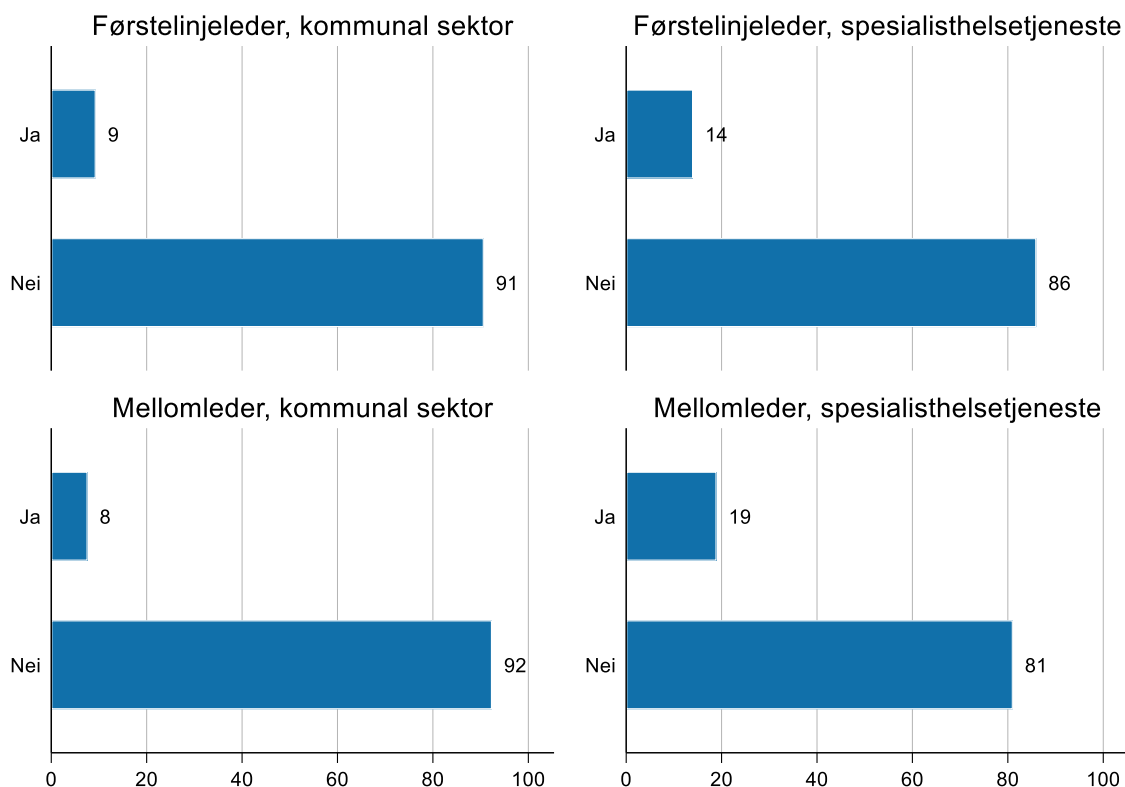
11.2 Om de har mentor

Vi har spurt om de har fått tilbud om mentor, og det er 11 prosent som oppgir at de har fått tilbud om mentor.

Tabell 11.3 Om de har fått tilbud om mentor, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Ja	131	11
Nei	1020	89
Total	1151	100

Det er litt høyere andel av førstelinjelederne i spesialisthelsetjenesten som har fått tilbud om mentor (14 prosent) enn i kommunal sektor (9 prosent), se figur 11.3. Blant mellomlederne er forskjellen litt større, med 19 prosent i spesialisthelsetjenesten og 8 prosent i kommunal sektor.



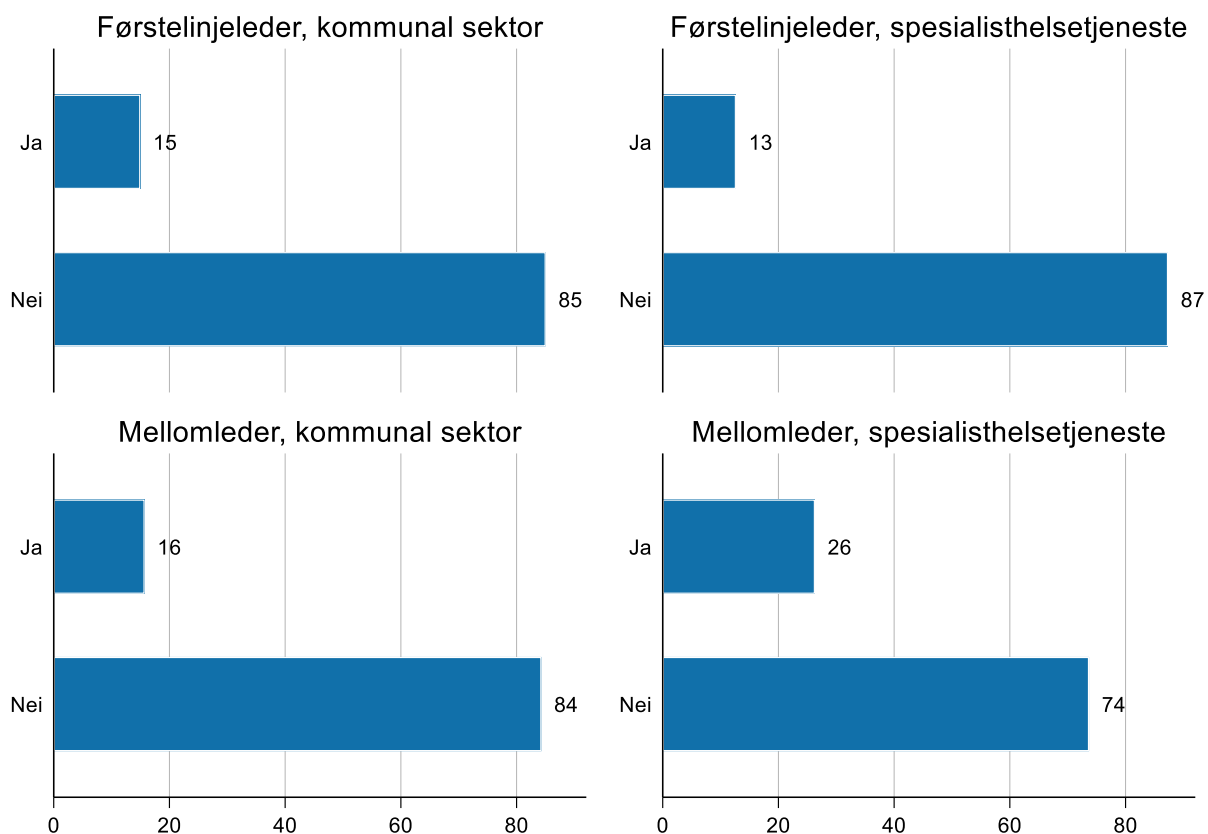
Figur 11.3 Om de har fått tilbud om mentor, prosent. Ledernivå og sektor.

Vi har også spurt om de er, eller har fått tilbud om å være, mentor for en yngre lederkollega, og bildet er omtrent det samme. Det er 15 prosent som svarer at de er, eller har fått tilbud om å være mentor for en yngre lederkollega.

Tabell 11.4 Om de er eller har du fått tilbud om å være mentor for en yngre lederkollega har fått tilbud om mentor, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Ja	176	15
Nei	977	85
Total	1153	100

Det er 15 prosent av førstelinjelederne i kommunene og 13 prosent i spesialisthelsetjenesten som er mentor eller har fått tilbud om å være det, mens det er 16 prosent av mellomlederne i kommunene og 26 prosent i spesialisthelsetjenesten som er mentor for en yngre kollega, eller som har fått tilbud om å være det.



Figur 11.4 Prosent som oppgir at de er eller har fått tilbud om å være mentor for en yngre lederkollega. Ledernivå og sektor.

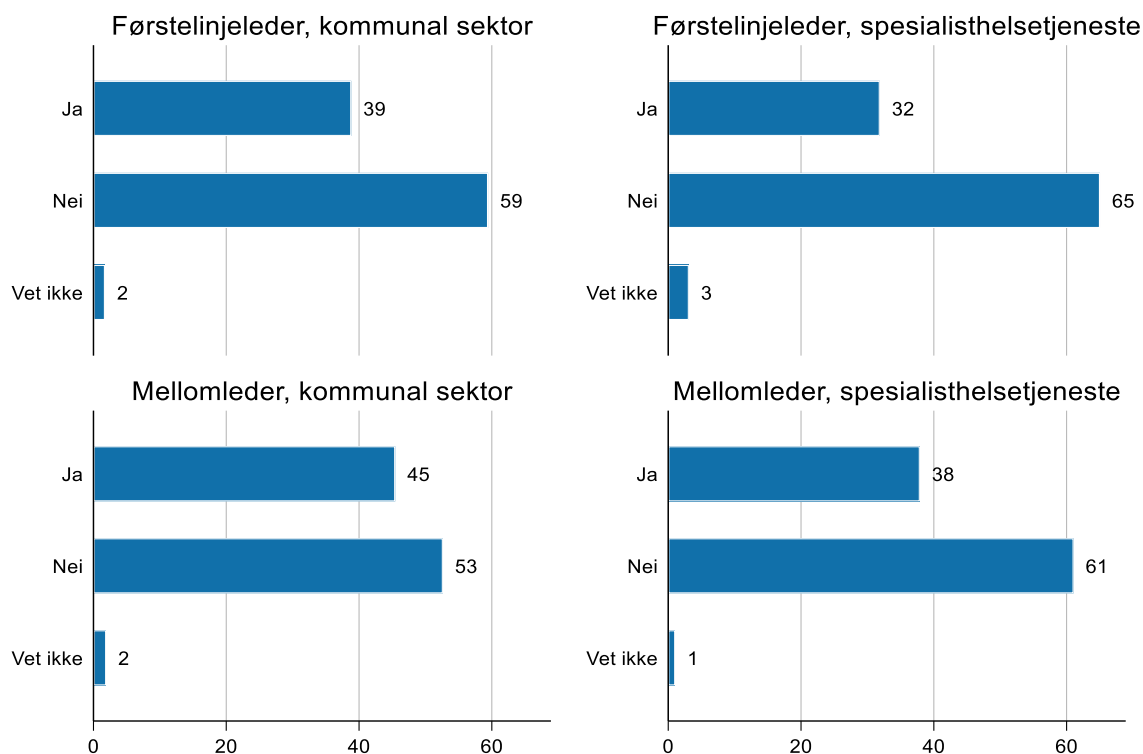
11.3 Etske refleksjonsgrupper

Lederne har fått spørsmål om de har etske refleksjonsgrupper for de ansatte, og det er 38 prosent av utvalget som oppgir at de har det (tabell 11.5).

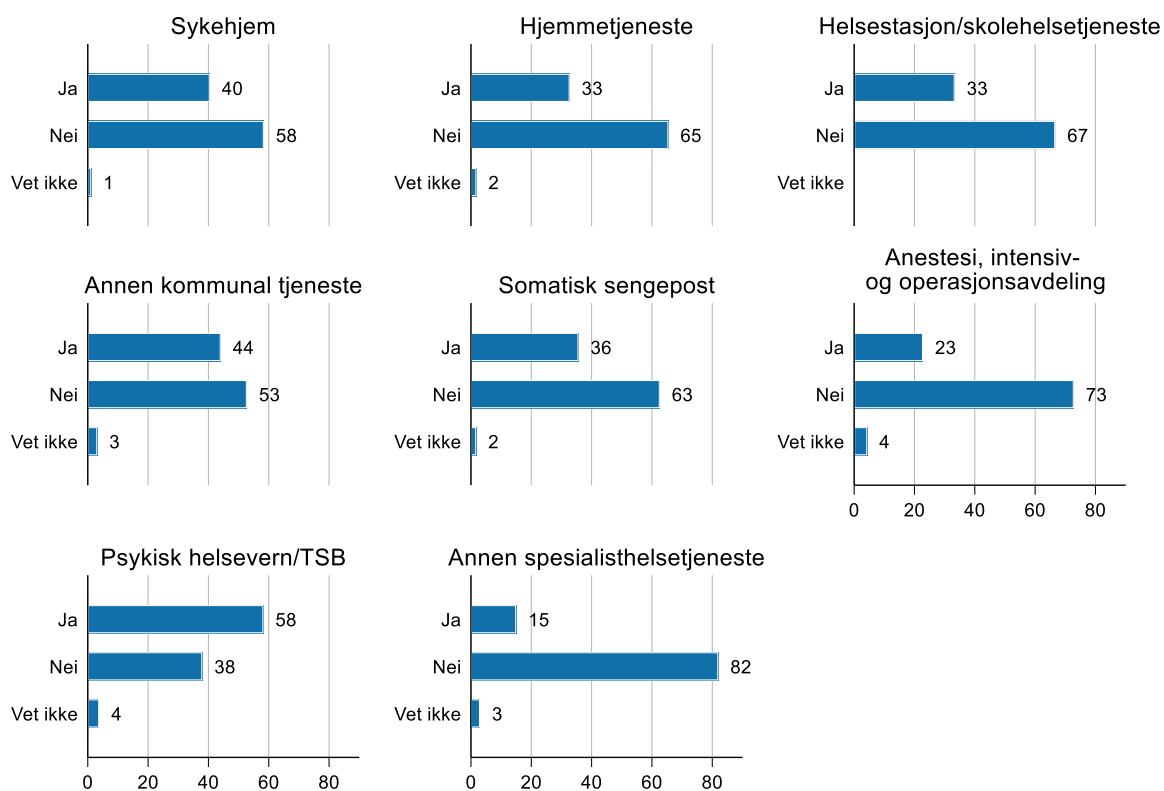
Tabell 11.5 Om de har etske refleksjonsgrupper for de ansatte, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Ja	433	38
Nei	693	60
Vet ikke	25	2
Total	1151	100

Det litt lavere andel førstelinjeledere som svarer at de har etske refleksjonsgrupper for ansatte i spesialisthelsetjenesten (32 prosent) enn i kommunene (39 prosent), se figur 11.5. Blant mellomlederne er det 38 prosent som svarer at de har det i spesialisthelsetjenesten og 45 prosent i kommunene. Som vist i figur 11.6, er det flest som har etske refleksjonsgrupper i psykisk helsevern/TSB (58 prosent), mens andelen i kommunale sykehjem er 40 prosent og 36 prosent i somatiske sengeposter.



Figur 11.5 Om de har etiske refleksjonsgrupper for ansatte, prosent. Ledernivå og sektor.



Figur 11.6 Om de har etiske refleksjonsgrupper for ansatte, prosent og førstelinjeledere. Type arbeidsplass.

De 60 prosentene som har svart at de ikke har refleksjonsgrupper for ansatte, ble bedt om å svare på hvorfor de ikke hadde det. 76 prosent av de som svarte nei, har beskrevet årsaken. Her finner vi følgende årsaker:

- Har ikke tid/ressurser til dette
- Har konkrete planer om å starte opp med det
- De ansatte reflekterer ved behov, men kaller det ikke etisk refleksjon
- Gjør etisk refleksjon som en del av andre møter
- Har hatt det, men krevende å følge opp
- Har veiledning med etisk refleksjon
- Har grupper for etisk refleksjon, men må ofte avlyse fordi det er for travelt
- Har kollegaveiledning som dekker etisk refleksjon
- Holder på å utdanne noen som kan ha ansvar for gruppene
- Det er ingen som har etterspurt et slikt tilbud
- Lav oppslutning blant ansatte for slik aktivitet
- Har en pasientgruppe som ikke er veldig krevende

11.4 Oppsummering

Nettverk

Det er totalt 79 prosent av lederne i utvalget som oppgir at de regelmessig deltar i nettverk med andre ledere. Andelen som regelmessig deltar i nettverk med andre ledere lavest blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten (73 prosent), og høyest blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten (84 prosent).

Det er 61 prosent av lederne som oppgir å ha godt nok nettverk og tilstrekkelig støtte rundt seg som leder og dermed 39 prosent som ikke har god nok nettverk og tilstrekkelig støtte. Det er særlig høy andel blant førstelinjelederne i både spesialisthelsetjenesten (46 prosent) og i kommunene (41 prosent) som ikke opplever å ha godt nok nettverk og tilstrekkelig støtte rundt seg som leder. Men dette gjelder også 30 prosent av mellomlederne i kommunene, og 24 prosent av mellomlederne i spesialisthelsetjenesten, så det er stort potensial for bedring. De ønsker seg særlig nettverk uten ledere på høyere nivå, assisterende ledere som kan avlaste de, veiledning og rom for refleksjon for å utvikle seg som ledere og bedre støtte fra egen leder.

Mentor

Det er kun 11 prosent av lederne i utvalget som oppgir at de har fått tilbud om mentor. Det er litt høyere andel av førstelinjelederne i spesialisthelsetjenesten som har fått tilbud om mentor (14 prosent) enn i kommunal sektor (9 prosent). Blant mellomlederne er det 19 prosent i spesialisthelsetjenesten og 8 prosent i kommunal sektor som har fått tilbud om mentor.

Det er 15 prosent av lederne som svarer at de er mentor for en yngre kollega eller har fått tilbud om å være mentor. Dette gjelder 15 prosent av førstelinjelederne i kommunene og 13 prosent i spesialisthelsetjenesten og 16 prosent av mellomlederne i kommunene og 26 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Etiske refleksjonsgrupper

Det er 38 prosent av lederne som oppgir at de har etiske refleksjonsgrupper for ansatte. Det er litt lavere andel førstelinjeledere som svarer at de har etiske refleksjonsgrupper i spesialisthelsetjenesten (32 prosent) enn i kommunene (39 prosent). Blant mellomlederne er det 38 prosent som svarer at de har det i spesialisthelsetjenesten og 45 prosent i kommunene. Så kommunene har kanskje kommet litt lenger enn spesialisthelsetjenesten på dette området, eller det kan være at behovet for slike støttetiltak er større i

kommunale tjenester enn i spesialisthelsetjenester. Det er størst andel som har etiske refleksjonsgrupper i psykisk helsevern/TSB (58 prosent), og andelen i kommunale sykehjem er 40 prosent, 36 prosent i somatiske sengeposter og 33 prosent i hjemmetjenester.

De 60 prosentene som svarte at de ikke har refleksjonsgrupper for ansatte, ble bedt om å svare på hvorfor de ikke har det. Svarene viser at det handler om mangel på tid/ressurser, eller at de ikke har refleksjonsgrupper, men at de ansatte likevel reflekterer ved behov. Noen svarer at de ikke kaller det etisk refleksjon, selv om de reflekterer eller gjør etiske refleksjoner som en del av ulike møter. Noen oppgir også at de egentlig har etiske refleksjonsgrupper, men at de ofte avlyser møter fordi det er for travelt. Andre er i gang med å etablere etiske refleksjonsgrupper.

12 Arbeidsmengde, kompensasjon, samsvar mellom krav/innsats og belønning, lønnskrav og planer for fremtiden

12.1 Hvor mye de arbeider

Spørsmålet om arbeidsmengde er formulert som følger: «Hvor mange timer per uke arbeider du vanligvis i din hovedstilling?» Følgende ledetekst var inkludert: «Regn også med overtidstimer og ekstraarbeid hjemme i forbindelse med dette arbeidet».

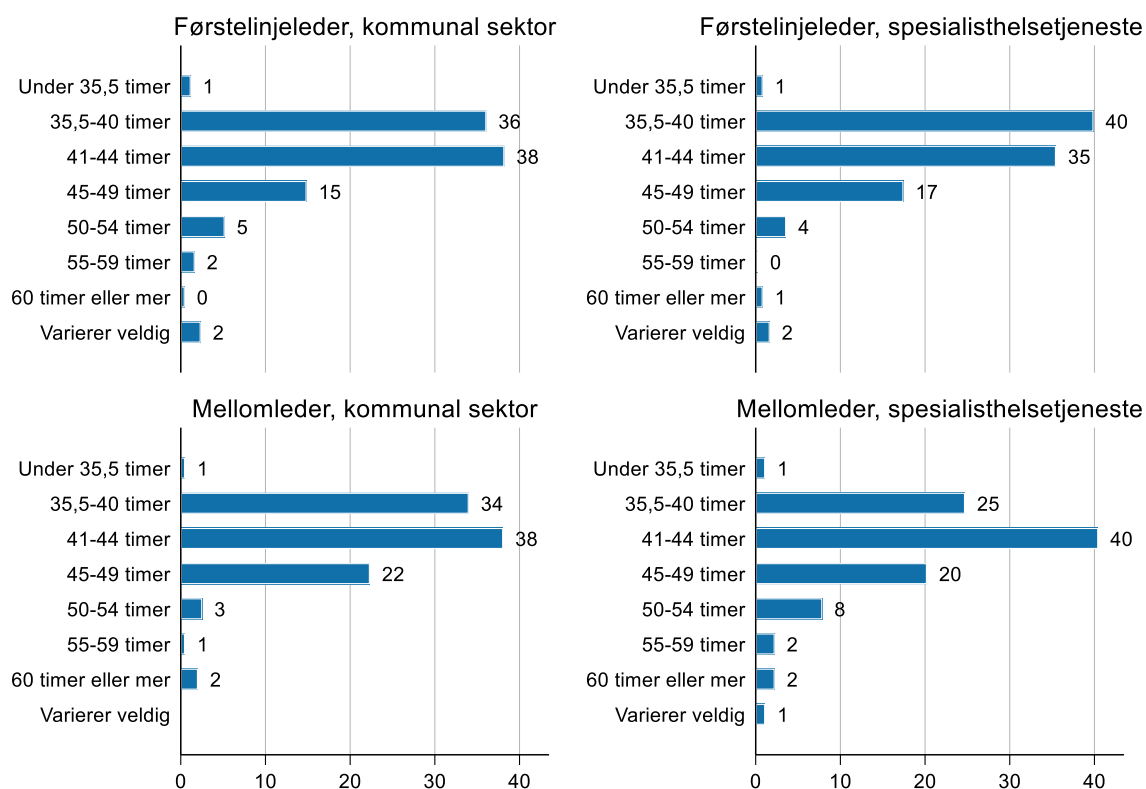
Det er få som arbeider mindre enn 35,5 timer blant lederne i utvalget (1 prosent), og de fleste arbeider mellom 35,5 og 44 timer i uken (73 prosent). Det er 18 prosent som jobber 45-49 timer (22 prosent av mellomlederne og 16 prosent av førstelinjelederne). To prosent oppgir at det varierer veldig fra uke til uke hvor mange timer de arbeider.

Tabell 12.1 H12 Hvor mange timer per uke de vanligvis arbeider i hovedstillingen, førstelinjeledere og mellomledere.

	Førstelinjeledere		Mellomledere		Førstelinjeledere og mellomledere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Under 35,5 timer	8	1	2	1	10	1
35,5-40 timer	297	38	89	31	386	36
41-44 timer	290	37	111	39	401	37
45-49 timer	126	16	62	22	188	18
50-54 timer	35	4	12	4	47	4
55-59 timer	8	1	3	1	11	1
60 timer eller mer	5	1	6	2	11	1
Varierer veldig	16	2	1	0	17	2
Total	785	100	286	100	1071	100

Det er liten forskjell på antall timer førstelinjelederne arbeider i spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester. Det er hhv. 75 og 74 prosent som oppgir at de arbeider 35,5-44 timer i uka, og 15 prosent i kommunal sektor og 17 prosent i spesialisthelsetjenesten oppgir at de arbeider 45-49 timer i uka.

Det er 7 prosent av førstelinjelederne i kommunal sektor og 5 prosent i spesialisthelsetjenesten som oppgir at de arbeider 50 timer eller mer i uka. Blant mellomlederne er andelen 6 prosent i kommunene og 12 prosent i spesialisthelsetjenesten.



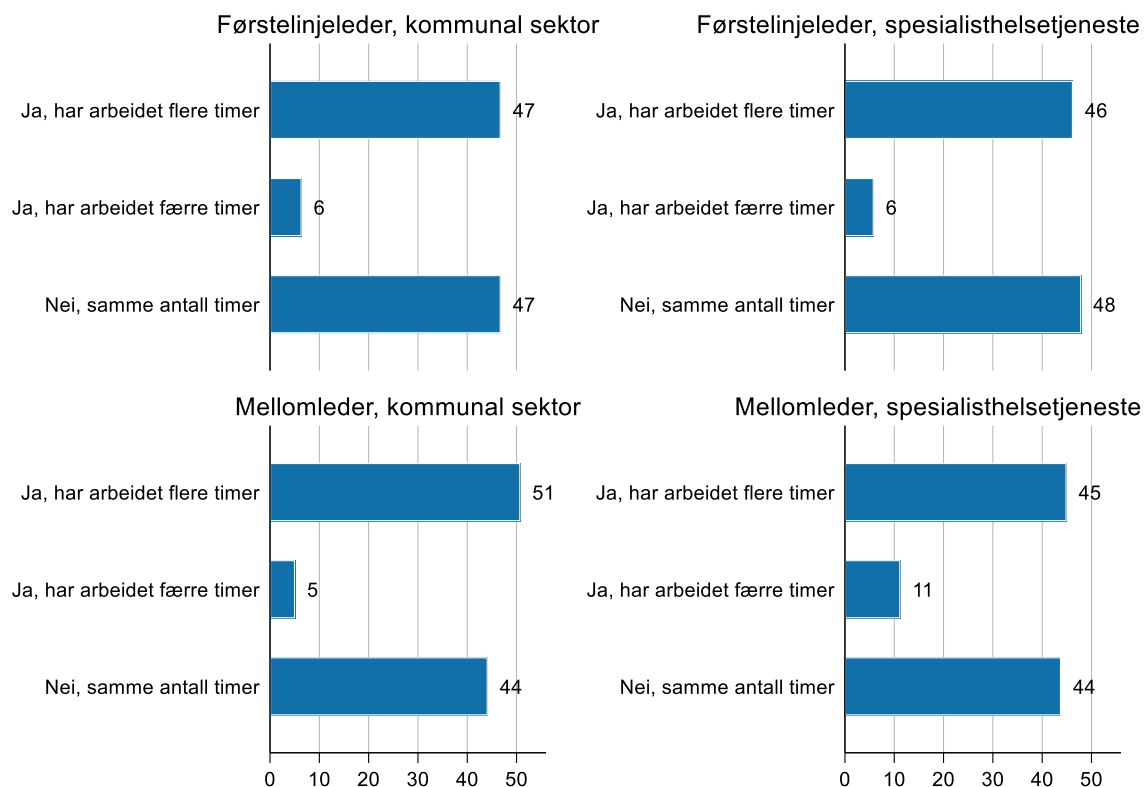
Figur 12.1 Prosent etter hvor mange timer de arbeider i uka, ledernivå og sektor.

Vi har også spurt om ukentlig arbeidstid har endret seg de siste tre årene, se tabell 12.2. Det er 47 prosent som oppgir at de har arbeidet flere timer de siste tre årene, 46 prosent har samme antall timer og 6 prosent har arbeidet færre timer.

Tabell 12.2 Om ukentlig arbeidstid har endret seg de siste tre årene, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Ja, har arbeidet flere timer	503	47
Ja, har arbeidet færre timer	68	6
Nei, samme antall timer	495	46
Total	1066	100

Som vist i figur 12.2 er det størst andel mellomledere i kommunal sektor som har arbeidet mer (51 prosent), og flest blant mellomlederne i spesialisthelsetjenesten som har arbeidet færre timer (11 prosent).



Figur 12.2 Om ukentlig arbeidstid har endret seg de siste tre årene, ledernivå og sektor.

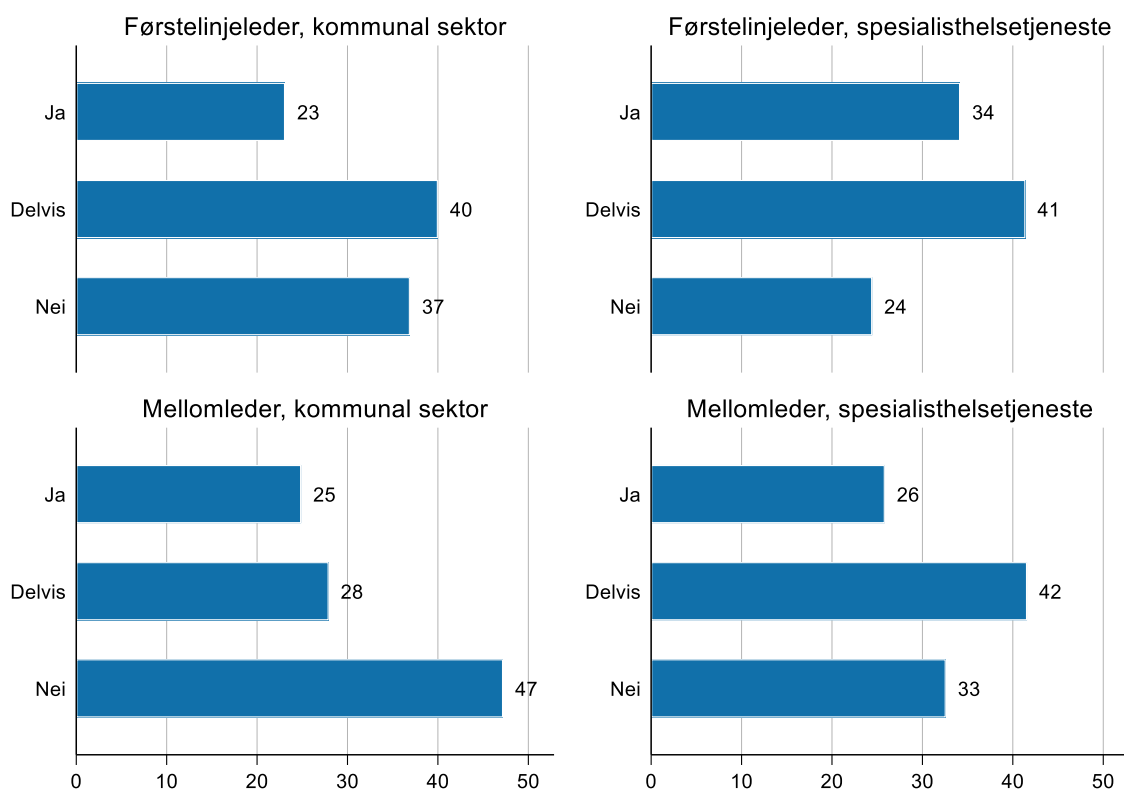
12.2 Om de får kompensert for ekstraarbeid

Det er 27 prosent av lederutvalget som svarer at de får kompensasjon for ekstraarbeidet de gjør, og 38 prosent svarer at de delvis får kompensasjon, mens de resterende 34 prosentene svarer at de ikke får kompensasjon for ekstraarbeidet de gjør.

Tabell 12.3 Om de blir kompensert for ekstraarbeidet de gjør, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Ja	292	27
Delvis	409	38
Nei	365	34
Total	1066	100

Det er 37 prosent av førstelederne i kommunal sektor som svarer at de ikke kompenseres, og andelen er litt lavere blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten (24 prosent), se figur 12.3. Blant mellomledere er det 47 prosent som ikke får kompensasjon for ekstraarbeid de gjør i kommunale tjenester og andelen er 33 prosent i spesialisthelsetjenester.



Figur 12.3 Om de kompenseres for ekstraarbeid, ledernivå og sektor.

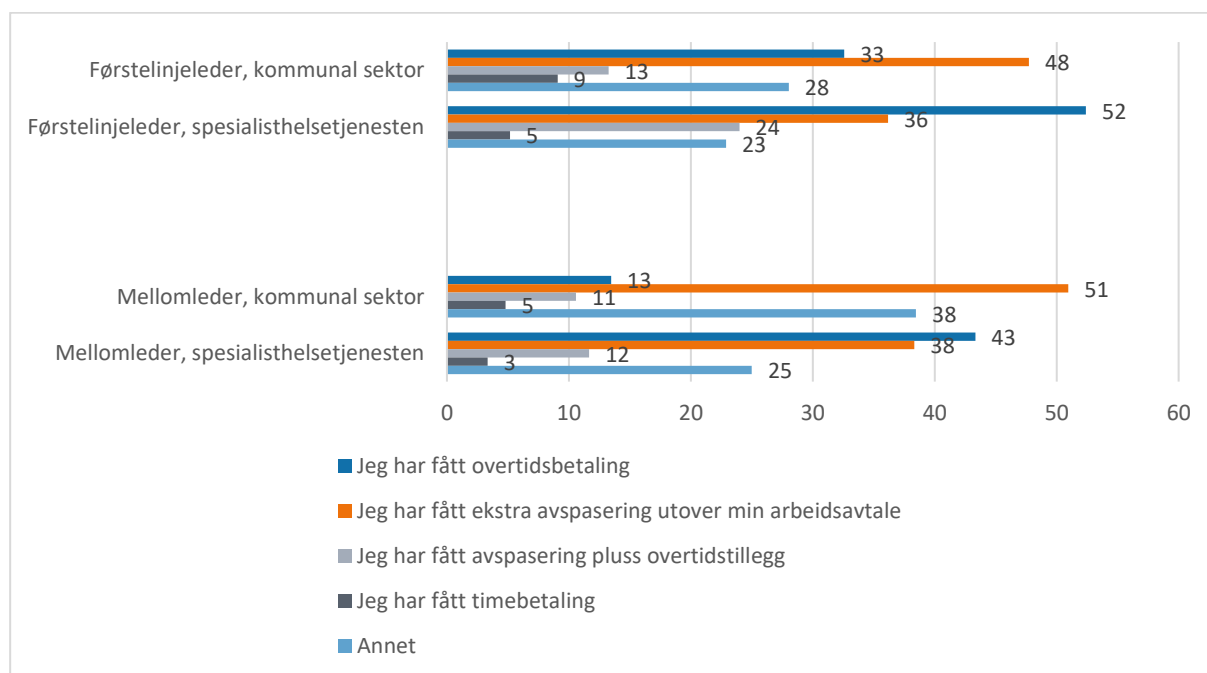
De som har svart at de helt eller delvis kompenseres for ekstraarbeidet de gjør, fikk spørsmål om hvordan de kompenseres. Det er flest som svarer at de får ekstra avspasering utover arbeidsavtalen (43 prosent), mens 38 prosent oppgir at de har fått overtidsbetaling. 17 prosent har fått avspasering og overtidstillegg, mens seks prosent oppgir at de har fått timebetaling for ekstraarbeidet.

Tabell 12.4 Hvordan de kompenseres, flere svar mulig, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Jeg har fått overtidsbetaling	268	38
Jeg har fått ekstra avspasering utover min arbeidsavtale	300	43
Jeg har fått avspasering pluss overtidstillegg	118	17
Jeg har fått timebetaling	45	6
Annet	191	27
Antall svar	699	100

De som har svart «Annet» har beskrevet at de har fått avspasering time for time, at de har en timebank, fleksitid, eller at de kompenseres med lederlønn, eller at de får ti ekstra fridager/lederfridager/kompensasjonsdager.

Som vist i figur 12.4, er det flest blant førstelinjelederne i kommunal sektor som har fått ekstra avspasering utover arbeidsavtalen (48 prosent). Blant førstelinjelederne i spesialisthelsetjenesten er det flest som har fått overtidsbetaling for ekstraarbeidet (52 prosent). Det er også flest blant mellomlederne i kommunal sektor som får ekstra avspasering utover arbeidsavtalen (51 prosent), og flest blant mellomlederne i spesialisthelsetjenesten som får overtidsbetaling (43 prosent). Så mønsteret er at flere får overtidsbetaling i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene, både blant førstelinjeledere og mellomledere. Men det er flere førstelinjeledere i kommunal sektor som får overtidsbetaling (33 prosent) enn mellomlederne (13 prosent).



Figur 12.4 Hvordan de har blitt kompensert, ledernivå og sektor.

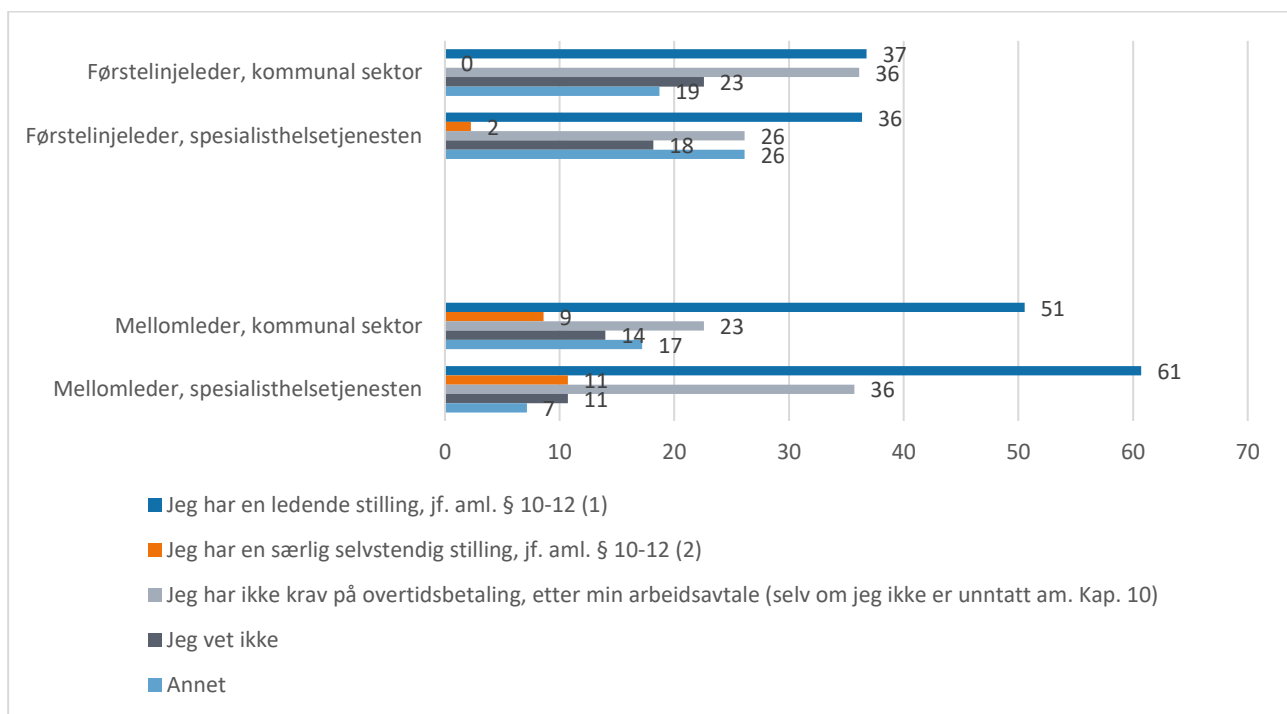
De som svarte at de ikke blir kompensert for ekstraarbeidet de gjør, har fått spørsmål om hvorfor de ikke har blitt kompensert. Det er 243 førstelinjeledere og 121 mellomledere som har svart på hvorfor de ikke er blitt kompensert. Som vist i tabell 12.5, er det 42 prosent av de som ikke får kompensasjon for ekstraarbeidet som svarer at årsaken er at de har en ledende stilling, jf. aml. § 10-12 (1). 30 prosent oppgir at de ikke har krav på overtidsbetaling, etter sin arbeidsavtale (selv om de ikke er unntatt aml. Kap. 10), mens fire prosent oppgir at de ikke får kompensasjon for ekstraarbeid fordi de har en særlig selvstendig stilling, jf. aml. § 10-12 (2). 18 prosent svarer at de ikke vet hvorfor de ikke blir kompensert.

Tabell 12.5 Årsaker til at de ikke kompenseres, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Jeg har en ledende stilling, jf. aml. § 10-12 (1)	153	42
Jeg har en særlig selvstendig stilling, jf. aml. § 10-12 (2)	13	4
Jeg har ikke krav på overtidsbetaling, etter min arbeidsavtale (selv om jeg ikke er unntatt aml. Kap. 10)	110	30
Jeg vet ikke	67	18
Annet	70	19
Antall svar	364	100

De 19 prosent som har krysset av for «Annet», oppgir at de har fleksitid og avspaserer time for time, eller at lederen over ikke ønsker at de bruker overtid, at lederavtalen de har er dårlig eller at det er en uskreven regel at de ikke kompenseres for ekstraarbeid. Det er mange som oppgir at de oppfordres til å bruke fleksitid heller enn overtid, fordi overtid er dyrere for arbeidsgiver.

Det er flest blant mellomlederne som ikke kompenseres fordi de har en ledende stilling, hhv. 61 prosent i spesialisthelsetjenesten og 51 prosent i kommunal sektor. Av førstelinjelederne er det litt mer jevnt fordelt på kategoriene ledende stilling og at de ikke har krav på overtidsbetaling. Det er ingen førstelinjeledere i kommunal sektor som svarer at de ikke får kompensasjon fordi de har en særlig selvstendig stilling, men to prosent i spesialisthelsetjenester.



Figur 12.5 Hvorfor de ikke har blitt kompensert, ledernivå og sektor. Prosent.

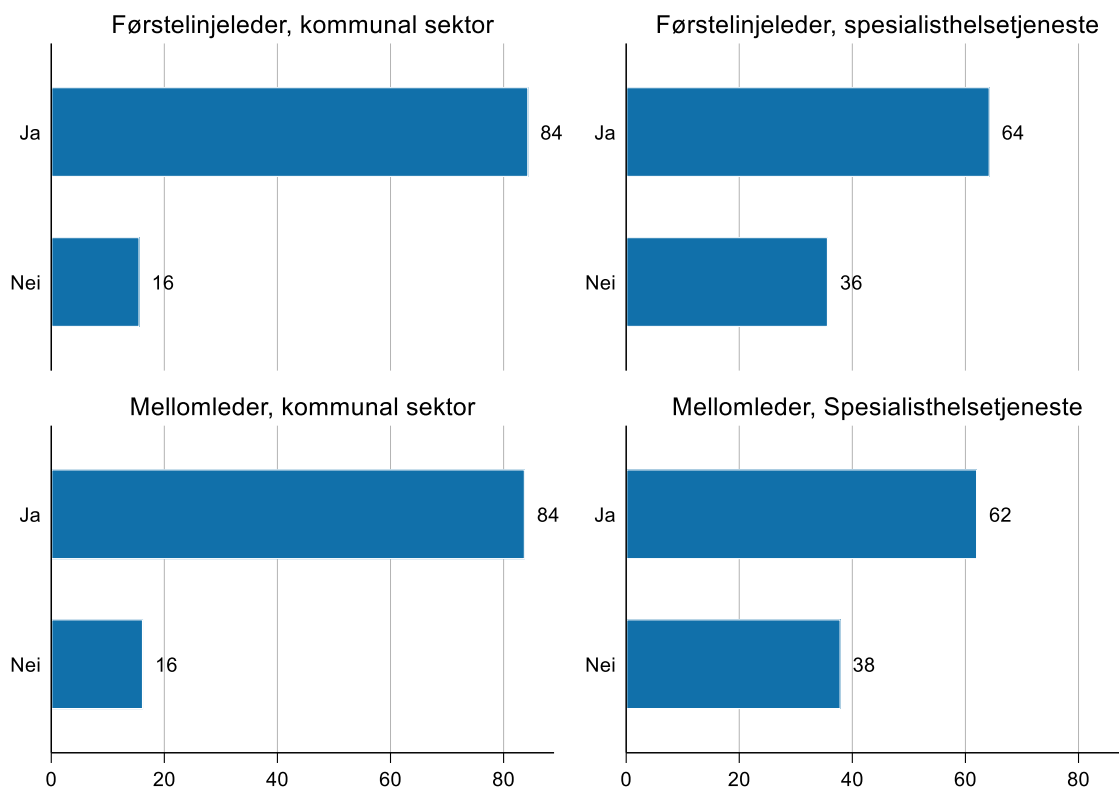
12.3 Om de har fremsatt lønnskrav

Tabell 12.6 viser at 76 prosent av lederne i utvalget har satt frem lønnskrav.

Tabell 12.6 Om de har satt frem lønnskrav, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Ja	792	76
Nei	255	24
Total	1047	100

Det er flere både førstelinjeledere og mellomledere som har satt frem lønnskrav i kommunal sektor enn i spesialisthelsetjenesten (figur 12.6). Det er 84 prosent av sykepleierlederne i kommunal sektor som har fremsatt lønnskrav og 63 prosent i spesialisthelsetjenesten og det er liten forskjell mellom ledernivå innenfor hver sektor.



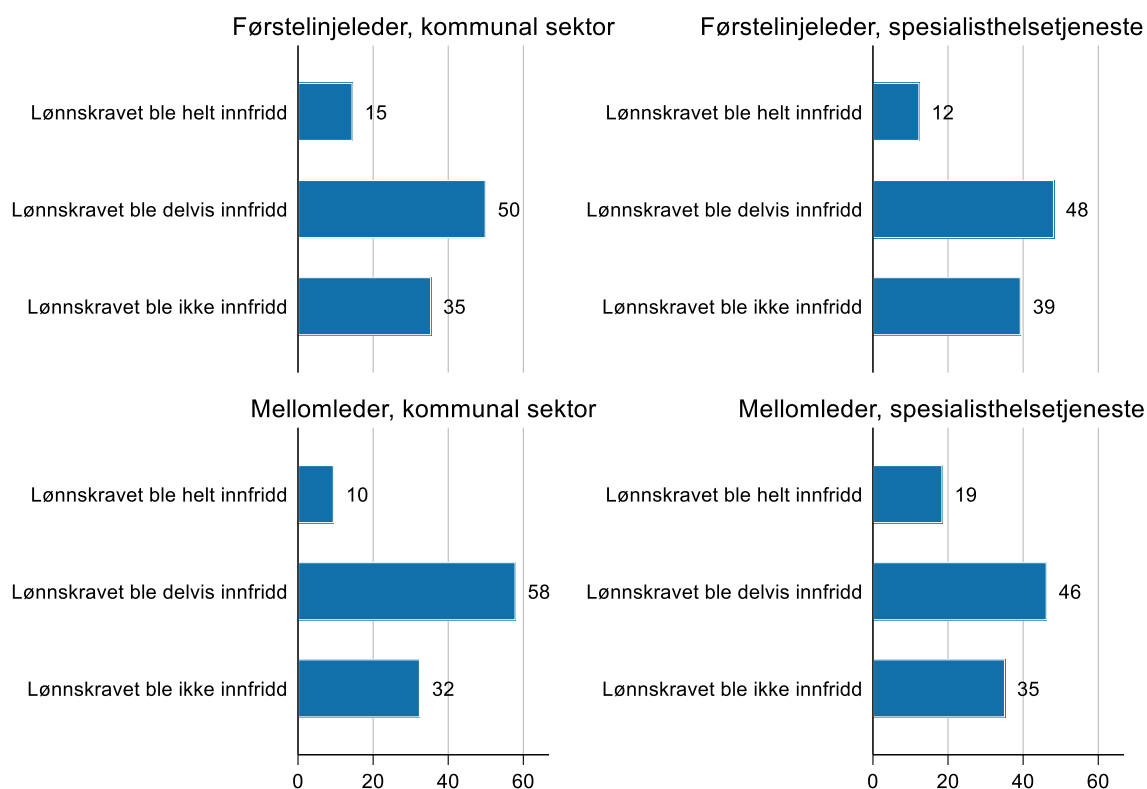
Figur 12.6 Om de har satt frem lønnskrav, ledernivå og sektor.

Det er 99 prosent av de som svarer at de har satt frem lønnskrav som oppgir om kravet ble innfridd. Som vist i tabell 12.7, er det 13 prosent som svarer at lønnskravet ble helt innfridd og 51 prosent som oppgir at lønnskravet ble delvis innfridd. Det er 36 prosent som oppgir at lønnskravet ikke ble innfridd.

Tabell 12.7 Om lønnskravet ble innfridd, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Lønnskravet ble helt innfridd	103	13
Lønnskravet ble delvis innfridd	397	51
Lønnskravet ble ikke innfridd	281	36
Antall	781	100

Som vist i figur 12.7, er det ikke så store forskjeller mellom ledernivå og sektorer, men mellomledere i spesialisthelsetjenesten har i litt større grad fått helt innfridd kravene (19 prosent) enn mellomledere i kommunal sektor (10 prosent). Det er 32-39 prosent som ikke har fått innfridd lønnskravene og andelen er høyest blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten (39 prosent), og lavest blant mellomledere i kommunal sektor (32 prosent).



Figur 12.7 Prosent som svarer på om lønnskrevet ble innfridd eller ikke, ledernivå og sektor.

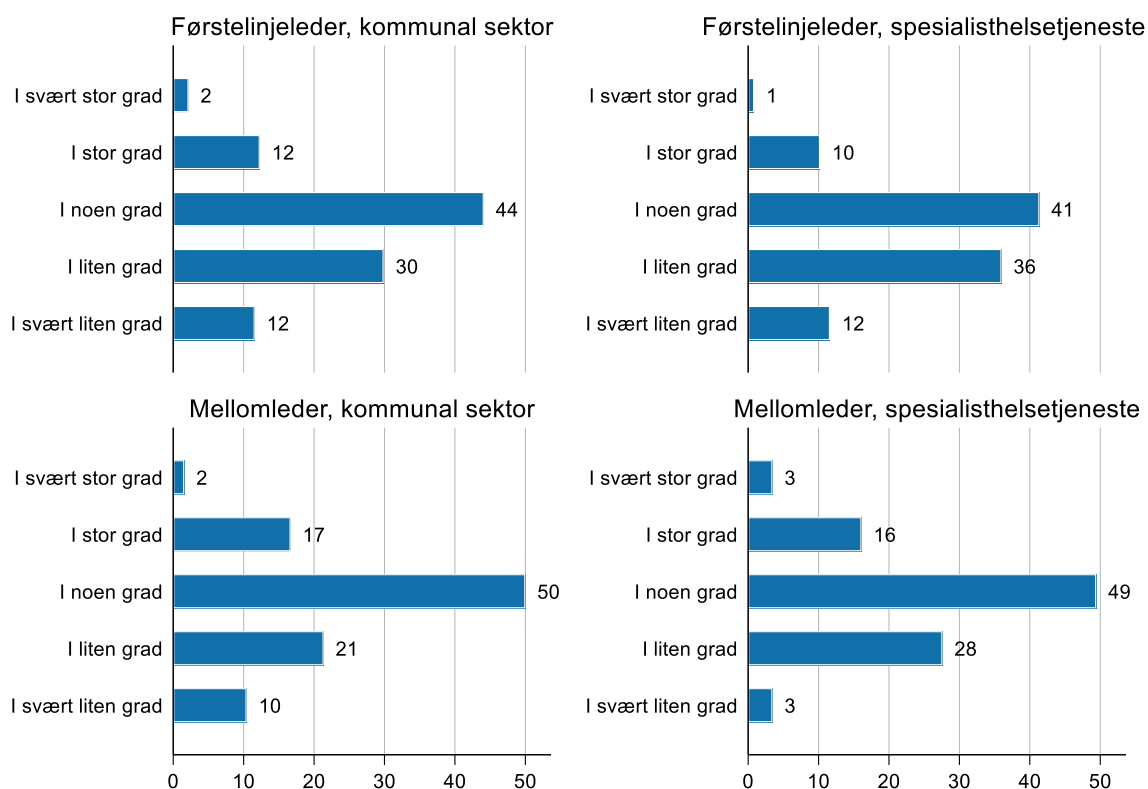
12.4 Om det er samsvar mellom krav/innsats og belønning

Det er få ledere som mener at det i svært stor grad er samsvar mellom de kravene til lederrollen/innsatsen de gjør i jobben og den belønningen de får (2 prosent), og litt flere svarer at det i stor grad er samsvar (13 prosent). 11 prosent mener det i svært liten grad er samsvar, mens 30 prosent svarer at det i liten grad er samsvar og flest svarer at det i noen grad er samsvar (45 prosent).

Tabell 12.8 I hvilken grad de opplever at det er samsvar mellom krav/innsats og belønning, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
I svært stor grad	18	2
I stor grad	133	13
I noen grad	468	45
I liten grad	316	30
I svært liten grad	112	11
Total	1047	100

Det er flest førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten som opplever i liten eller i svært liten grad samsvar mellom innsats og belønning (48 prosent), men andelen er også høy blant førstelinjeledere i kommunal sektor (42 prosent) og blant mellomledere både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene (31 prosent).



Figur 12.8 Prosent som svarer i hvilken grad det er samsvar mellom innsats og belønning, ledernivå og sektor.

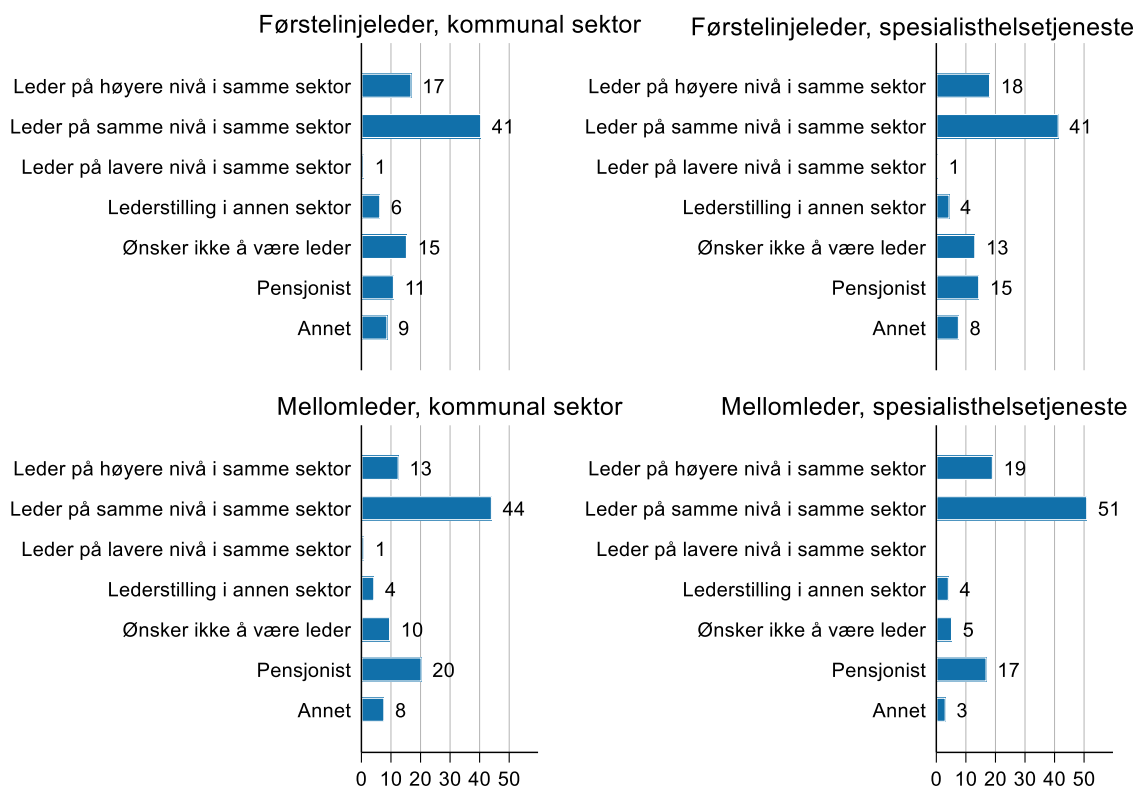
12.5 Planer for fremtiden

Spørsmålet er formulert som følger: «Hva slags jobbsituasjon vil du aller helst ha om fem år?». Fra tabell 12.9, ser vi at det er flest som vil være leder på samme nivå i samme sektor (42 prosent), mens 17 prosent vil være leder på høyere nivå i samme sektor. Det er 14 prosent som planlegger å bli pensjonist og 13 prosent som ikke ønsker å være leder om fem år.

Tabell 12.9 Hva slags jobbsituasjon vil de aller helst ha om fem år, førstelinjeledere og mellomledere.

	Antall	Prosent
Leder på høyere nivå i samme sektor	190	17
Leder på samme nivå i samme sektor	480	42
Leder på lavere nivå i samme sektor	8	1
Lederstilling i annen sektor	59	5
Ønsker ikke å være leder	145	13
Pensjonist	163	14
Annet	88	8
Total	1133	100

Det er liten forskjell mellom førstelinjeledere i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten, se figur 12.9. Noen færre mellomledere i kommunal sektor ønsker å være leder på samme nivå i samme sektor (44 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (51 prosent).



Figur 12.9 Hva slags jobbsituasjon de aller helst vil ha om fem år, ledernivå og sektor.

De som har svart «Annet» oppgir stort sett at de er usikre på hva de vil gjøre om fem år.

12.6 Oppsummering

Arbeidsmengde og kompensasjon

Det er nesten ingen som arbeider mindre enn 35,5 timer blant lederne i utvalget (1 prosent), og de fleste arbeider mellom 35,5 og 44 timer i uken (73 prosent). 18 prosent jobber 45-49 timer, og 6 prosent over 50 timer. To prosent oppgir at det varierer veldig fra uke til uke hvor mange timer de arbeider. Det er liten forskjell på antall timer førstelinjelederne arbeider i spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester.

Det er 47 prosent av lederne som oppgir at de arbeider flere timer enn tidligere, og 6 prosent har arbeidet færre timer. Det er størst andel mellomledere i kommunal sektor som arbeider mer enn tidligere (51 prosent), og flest blant mellomlederne i spesialisthelsetjenesten som arbeider færre timer (11 prosent). Men det store bildet er at rundt halvparten av lederne i utvalget arbeider flere timer nå enn tidligere.

Det er 27 prosent av utvalget av ledere som svarer at de får kompensasjon for ekstraarbeidet de gjør, og 38 prosent svarer at de delvis får kompensasjon, mens de resterende 34 prosentene svarer at de ikke får kompensasjon for ekstraarbeidet. Det er flest som svarer at de får ekstra avspasering utover arbeidsavtalen

(43 prosent), mens 38 prosent oppgir at de har fått overtidsbetaling. 17 prosent har fått avspasering og overtidstillegg, mens seks prosent oppgir at de har fått timebetaling for ekstraarbeidet. Flere får overtidsbetaling i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene, både blant førstelinjeledere og mellomledere. Det er også større andel blant førstelinjeledere i kommunal sektor som får overtidsbetaling (33 prosent), enn blant mellomlederne i kommunal sektor (13 prosent).

De som svarte at de ikke blir kompensert for ekstraarbeidet de gjør, har fått spørsmål om hvorfor de ikke har blitt kompensert. 42 prosent av de som ikke får kompensasjon for ekstraarbeid svarer at årsaken er at de har en ledende stilling, jf. aml. § 10-12 (1). 30 prosent oppgir at de ikke har krav på overtidsbetaling, etter sin arbeidsavtale (selv om de ikke er unntatt aml. Kap. 10), mens fire prosent oppgir at de ikke får kompensasjon for ekstraarbeid fordi de har en særlig selvstendig stilling, jf. aml. § 10-12 (2). 18 prosent svarer at de ikke vet hvorfor de ikke blir kompensert.

Det er flest blant mellomlederne som ikke kompenseres fordi de har en ledende stilling, hhv. 61 prosent i spesialisthelsetjenesten og 51 prosent i kommunal sektor. Av førstelinjelederne er det litt mer jevnt fordelt på kategoriene ledende stilling og at de ikke har krav på overtidsbetaling. Det er ingen førstelinjeledere i kommunal sektor som svarer at de ikke får kompensasjon fordi de har en særlig selvstendig stilling, men noen få av førstelinjelederne i spesialisthelsetjenesten oppgir dette som årsak til at de ikke kompenseres (2 prosent).

Om de har fremsatt lønnskrav

Det er 76 prosent av lederne i utvalget som har satt frem lønnskrav og det er flere både førstelinjeledere og mellomledere som har satt frem lønnskrav i kommunal sektor enn i spesialisthelsetjenesten. Det er 84 prosent av sykepleierlederne i kommunal sektor som har fremsatt lønnskrav og 63 prosent i spesialisthelsetjenesten, og det er liten forskjell mellom ledernivå.

Det er 99 prosent av de som svarer at de har satt frem lønnskrav som oppgir om kravet ble innfridd. 13 prosent svarer at lønnskravet ble helt innfridd og 51 prosent oppgir at lønnskravet ble delvis innfridd. Det er 36 prosent som oppgir at lønnskravet ikke ble innfridd.

Mellomledere i spesialisthelsetjenesten har i litt større grad fått innfridd kravene (19 prosent) enn mellomledere i kommunal sektor (10 prosent). Det er 32-39 prosent som ikke har fått innfridd lønnskravene og andelen er høyest blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten (39 prosent) og lavest blant mellomledere i kommunal sektor (32 prosent).

Om det er samsvar mellom krav/innsats og belønning

Det er flest førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten som opplever i liten eller i svært liten grad samsvar mellom innsats og belønning (48 prosent), men andelen er også høy blant førstelinjeledere i kommunal sektor (42 prosent) og blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten og i kommunene (begge 31 prosent).

Planer for fremtiden

Når vi spør om hva slags jobbsituasjon lederne aller helst vil ha om fem år, viser svarene at 42 prosent vil være leder på samme nivå i samme sektor, mens 17 prosent vil være leder på høyere nivå i samme sektor. Det er 14 prosent som planlegger å bli pensjonist og 13 prosent som ikke ønsker å være leder om fem år. Det er noen færre mellomledere i kommunal sektor som ønsker å være leder på samme nivå i samme sektor (44 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (51 prosent), men ellers er det ikke tydelige forskjeller mellom ledernivå eller sektorer. Det er 8 prosent som oppgir at de er usikre på hva de vil gjøre om fem år.

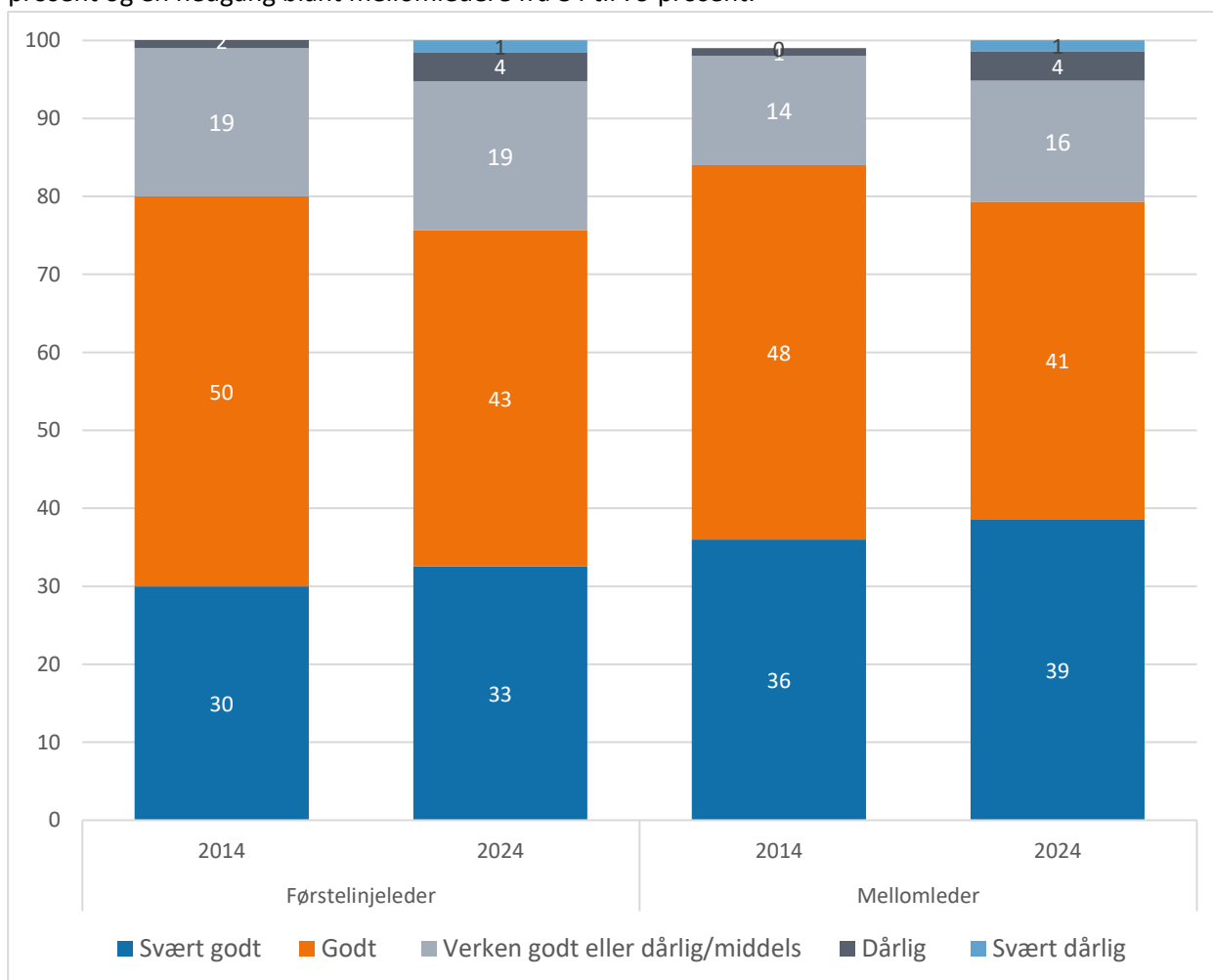
13 Sammenlikning med tidligere undersøkelser

Fordelen med en bred tilnærming som i kohort-studien, er at det er mange muligheter for å velge underutvalg. Det er kun spørsmålet om samarbeid mellom ledere og tillitsvalgte som er det samme i 2014 og i 2024.

13.1 Samarbeid med tillitsvalgte blant førstelinjeledere og mellomledere i 2014 og 2024

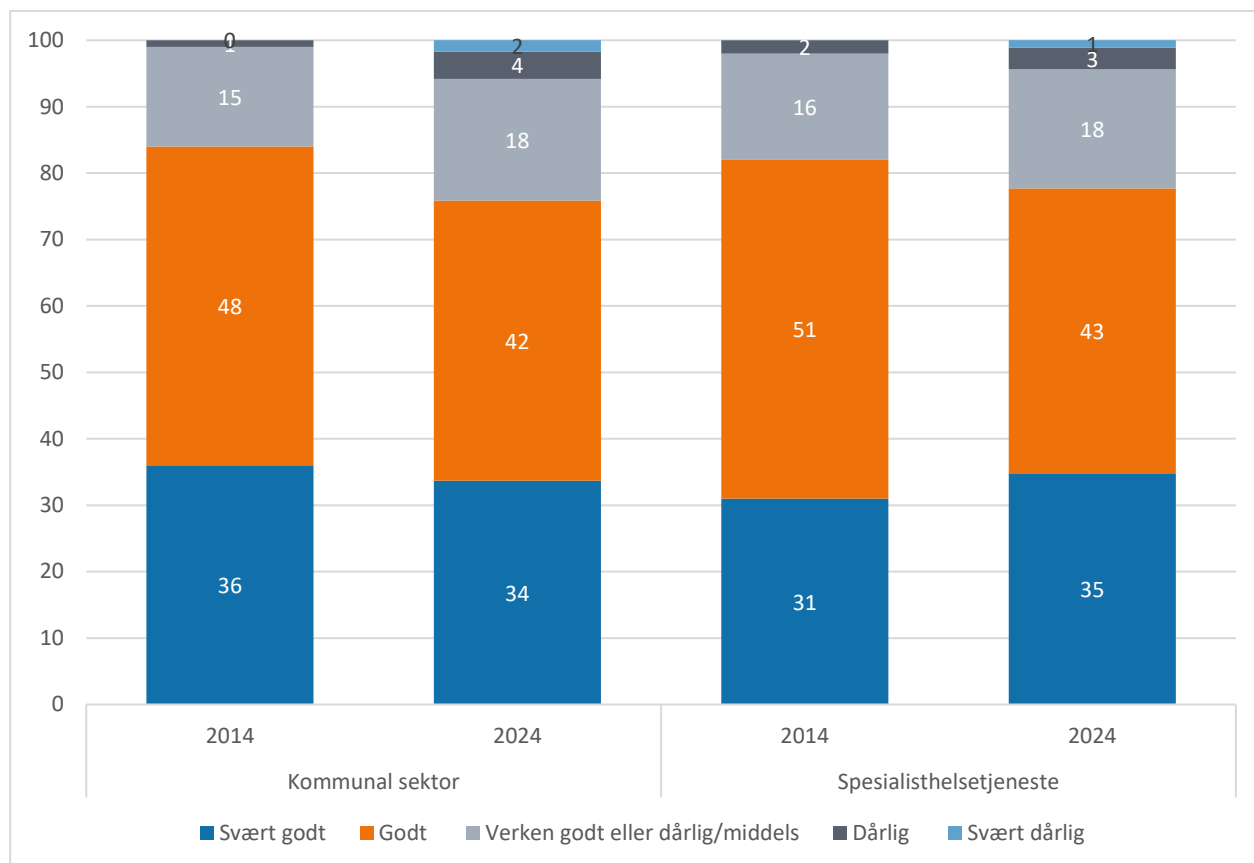
Det er ulike kombinasjoner av sektor og ledernivå som er presentert i rapporten fra 2014, og de presenterer ikke resultater på sektor og ledernivå samtidig, som vi har gjort i denne rapporten. Men vi kan omstrukturere data for å få det sammenliknbart. Vi hadde med svaralternativet «Har ikke tillitsvalgt», men det var ikke med i 2014. Vi har derfor beregnet nye andeler der vi tar ut de som har svart at de ikke har tillitsvalgte. Dette forklarer forskjellen på tallene som er presentert her og i kapittel 10 i tillegg til at dette er et underutvalg av ledere.

Vi finner at det er flere som oppgir at samarbeidet med tillitsvalgte fungerer dårlig i 2024 enn i 2014. Om vi ser på andel som svarer svært godt eller godt, er det en nedgang blant førstelinjeledere fra 80 til 76 prosent og en nedgang blant mellomledere fra 84 til 79 prosent.



Figur 13.1 Hvor godt samarbeidet med tillitsvalgte fungerte for førstelinjeledere og mellomledere i 2014 og 2024.

Når vi ser på sektorforskjeller er det en nedgang i andel som svarer godt eller svært godt fra 84 til 76 prosent i kommunale tjenester, og en nedgang fra 82 til 78 prosent i spesialisthelsetjenester. Men tallene her er ikke helt sammenliknbare fordi 2014-tallene inkluderer svar fra toppledere, mens 2024 har med kun førstelinjeledere og mellomledere. Topplederne utgjør 8 prosent av utvalget fra 2014.

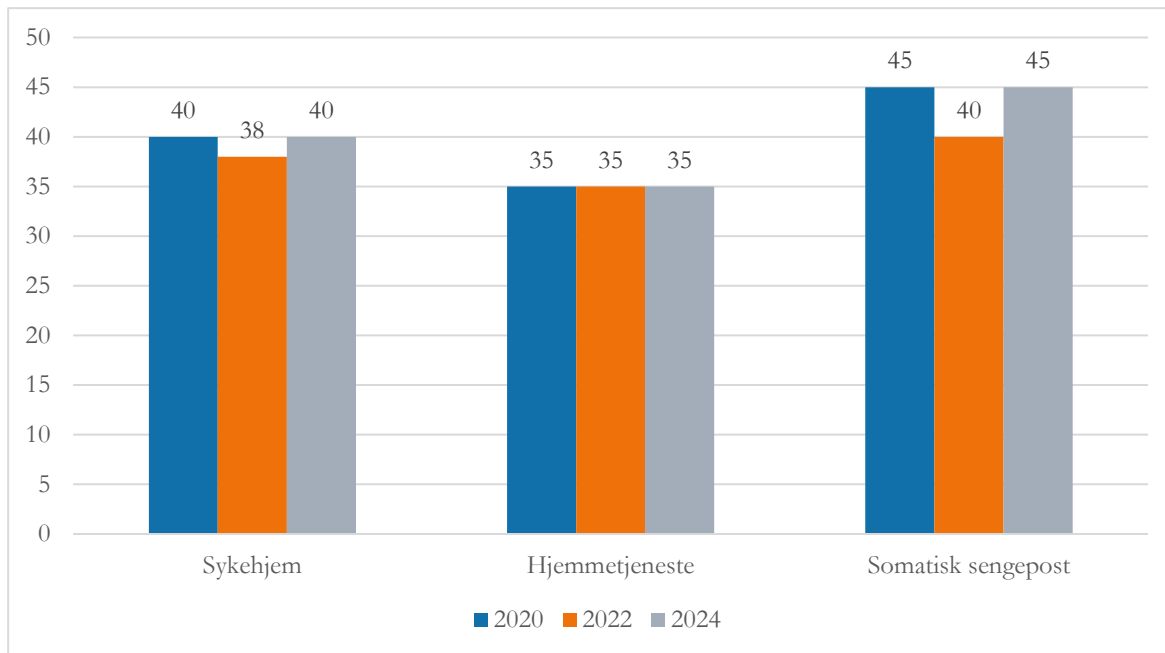


Figur 13.2 Hvor godt samarbeidet med tillitsvalgte fungerte for ledere i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten i 2014 og 2024.

Det er ikke en drastisk nedgang, men det blir viktig å følge med på utviklingen. Det kan for eksempel være en sammenheng mellom stramme rammebetingelser generelt for sykepleierlederne og hvor mye ressurser de har anledning til å bruke på partssamarbeid. Dersom det er en slik sammenheng, vil en dårligere ressursituasjon gi et svakere partssamarbeid.

13.2 Median antall ansatte de har personallederansvar for

For å kunne sammenlikne med tidligere datainnsamlinger gjennomført for NSF der vi har informasjon om median antall ansatte, ser vi på ledere i de døgnkontinuerlige tjenestene kommunale sykehjem og hjemmetjenester, og somatiske sengeposter på offentlige sykehus. Som vist i figur 13.3 gir resultatene fra de to undersøkelsene som er gjennomført av SINTEF (2020 og 2024) samme median antall ansatte i de tre typene arbeidsplasser, mens undersøkelsen som er gjennomført av Agenda Kaupang i 2022 viser samme median antall ansatte i hjemmetjenester, men litt lavere i sykehjem og på somatiske sengeposter.



Figur 13.3 Antall ansatte førstelinjeledere har personalansvar for.

13.3 Endring fra 2021 til 2024 i rammebetingelser

Det er fire spørsmål om ledernes rammebetingelser som var med i både 2021 og 2024 i NSF-kohorten, og dette er helt sentrale rammebetingelser det er viktig å se på endringer i. Spørsmålene er formulert slik: «I hvilken grad opplever du:

- Å ha budsjett som er tilstrekkelig for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet?
- Å kunne gjøre tilstrekkelige justeringer i bemanning ved endret tjenestebehov for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet?
- Å ha tilgang på tilstrekkelig med fagpersoner som er nødvendig for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet?
- At ledelsen over deg har forståelse for hva som kreves for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet?»

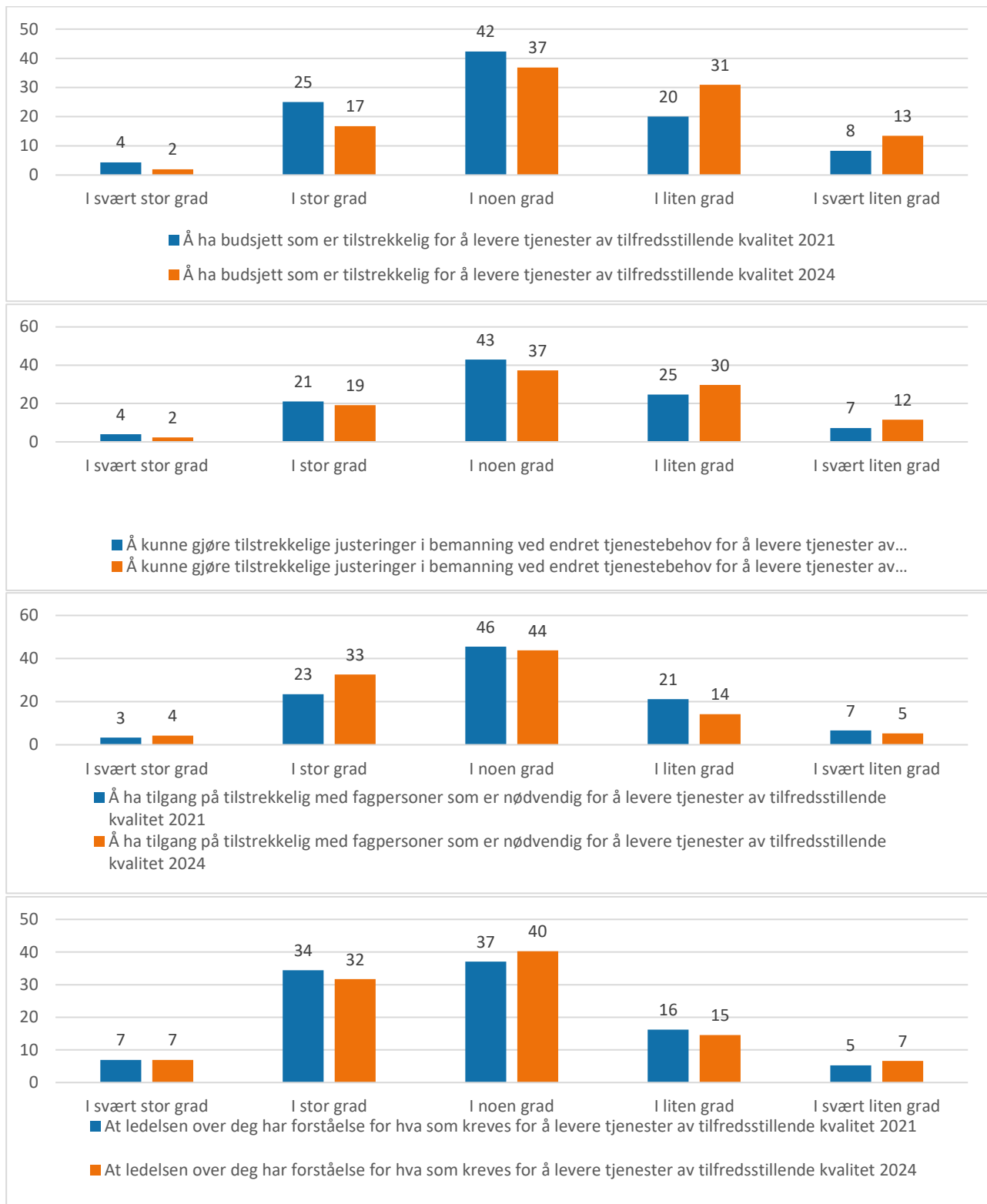
Det er 304 sykepleierledere som har svart på spørsmålene i både 2021 og 2024, og vi ser om det er noen endring i svarfordelingene blant disse.

Som vist i figur 13.4 på neste side, er det betydelig nedgang i andel som svarer at de har budsjett som er tilstrekkelig for å levere tjenester av tilstrekkelig kvalitet i 2024 enn i 2021. Prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har budsjett som er tilstrekkelig for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet har økt fra 28 prosent i 2021 til 44 prosent i 2024. Det er altså de samme lederne som har svart på begge tidspunkt, så dette er pålitelige tall.

Det er 32 prosent som i 2021 svarte at de i liten eller i svært liten grad kunne gjøre tilstrekkelige justeringer i bemanning ved endret tjenestebehov for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet, og i 2024 var andelen 41 prosent.

Det var 28 prosent som svarte at de i liten eller i svært liten grad hadde tilgang på tilstrekkelig med fagpersoner som er nødvendig for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet. I 2024 var andelen 19 prosent, så den har gått ned. Kanskje fordi forventningene til å kunne skaffe nok fagfolk også har gått ned fra 2014 til 2024.

Det er ingen betydelig endring fra 2021 til 2024 i andel som oppgir at ledelsen over de har forståelse for hva som kreves for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet, 22 prosent i 2021 og 21 prosent i 2024 svarte i liten eller i svært liten grad.



Figur 13.4 Prosent av lederne som på i hvilke grad de har ulike rammebetingelser, førstelinjeledere og mellomledere, 2021 og 2024.

14 Svar på problemstillinger fra NSF

Noen av problemstillingene fra NSF kan besvares med enkle deskriptive analyser, mens andre krever mer avanserte regresjonsanalyser som må gjøres grundigere i vitenskapelige artikler. Vi svarer her på så mye vi kan, men vi har datagrunnlag til å svare grundigere på samtlige problemstillinger på litt lengre sikt.

14.1 Hva kjennetegner sykepleierledere på ulike nivå og innenfor ulike sektorer

Hva kjennetegner sykepleierledere på ulike nivå og innenfor ulike sektorer (kommune, spesialisthelsetjeneste, somatikk og psykisk helsevern)?

- Hva omfatter deres lederansvar (personal, økonomi og fag)
- Hvor lang erfaring har de?
- Har de lederutdanning? (Varighet, type)

Type ansvar

Det er 82 prosent av førstelinjelederne og 87 prosent av mellomlederne som både har personal-, økonomi og faglig ansvar.

Det er ingen signifikante forskjeller mellom spesialisthelsetjenesten (83 prosent) og kommunehelsetjenesten (84 prosent), når vi kontrollerer for ledernivå. Det er heller ikke signifikante forskjeller mellom ulike typer arbeidsplasser, med unntak av helsestasjon/skolehelsetjenester som har litt lavere andel med både personal-, økonomi og faglig ansvar (75 prosent), enn resten av utvalget.

Ledererfaring

Mange av lederne med personalansvar i utvalget har lang ledererfaring. 11 prosent av førstelinjelederne og 25 prosent av mellomlederne har over 20 års erfaring som leder. Det er 11 prosent av førstelinjelederne som har mindre enn ett år med ledererfaring, og 33 prosent har 2-5 års erfaring.

Det er betydelig færre blant mellomledere med kort ledererfaring enn blant førstelinjeledere, 5 prosent har under ett år og 18 prosent har 2-5 års ledererfaring.

Lederutdanning

Det er 52 prosent av førstelinjeledere og 73 prosent av mellomlederne som oppgir at de har formell lederutdanning. Det er flest som har 90 studiepoeng/30 vekttall (32 prosent av de med formell lederutdanning), 120 studiepoeng/ 40 vekttall (27 prosent) og 30 studiepoeng/10 vekttall (26 prosent). 24 prosent av førstelinjelederne og 34 prosent av mellomlederne har lederutdanning tilsvarende 120 studiepoeng.

Av de som enten har svart at de har formell lederutdanning eller at de holder på med lederutdanning, er det 50 prosent som oppgir at de har tatt lederutdanningen ved universitet/ høyskole, 19 prosent oppgir at de har tatt lederutdanning primærhelsetjenesten på BI og to prosent har tatt topplederprogrammet for kommune/spesialisthelsetjenesten på BI.

14.2 Nødvendige rammevilkår for å lede

I hvilken grad har førstelinjeledere med personalansvar innenfor døgntkontinuerlige virksomheter nødvendige rammevilkår for å lede? Er det forskjeller mellom sykehus og kommuner og ulike tjenester?

- Støttefunksjoner (merkantilt, fag, HR)
- Akseptabelt kontrollspenn (30 eller færre ansatte)
- Ressurssituasjon og kompetanse

Støttefunksjoner

Det fleste førstelinjeledere i kommunal sektor oppgir at de i liten eller i svært liten grad har tilgang på, er en assisterende leder/nestleder som kan avlaste de (58 prosent). Det er også mange som i liten grad har tilgang til rådgiverressurser (52 prosent), bemanningsstøtte som koordinator eller egen bemanningsansvarlig (50 prosent), teknisk støtte fra leverandør (39 prosent) eller arbeidsgiver (33 prosent), fagutviklingssykepleier/fagstøttefunksjon (36 prosent), administrativt støtte (29 prosent), støtte ved ansettelser (26 prosent), styringsverktøy (24 prosent), fagstøttesystemer (22 prosent), støtte i bestilling av forbruksvarer (22 prosent) og medisinske varer/utstyr (19 prosent) og støtte i personalsaker (13 prosent).

Blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten er det flest som oppgir at de i liten eller i svært liten grad har tilgang på bemanningsstøtte (49 prosent), rådgiverressurs for ledere (44 prosent), teknisk støtte fra leverandør av system (38 prosent), teknisk støtte fra arbeidsgiver (37 prosent). Hver tredje førstelinjeleder i spesialisthelsetjenesten oppgir at de mangler støtte ved ansettelser og en assisterende leder som kan avlaste de. 32 prosent mangler merkantilt støttepersonell, 21 prosent mangler fagstøttesystemer, 20 prosent har lite tilgang til styringsverktøy og nesten like mange mangler støtte i bestilling av forbruksvarer (20 prosent) og medisinske varer/utstyr (18 prosent). 18 prosent oppgir at de i liten eller i svært liten grad har tilgang til fagutviklingssykepleier/fagstøttefunksjon og 15 prosent mangler støtte i personalsaker.

Antall personer de har personallederansvar for

Median antall ansatte en førstelinjeleder har personalansvar for er 36, mens gjennomsnittet er 40 ansatte. Medianen for en mellomleder er 30 og gjennomsnittet er 48 ansatte. Variasjonen, målt med variasjonskoeffisienten, er betydelig høyere for mellomledere enn førstelinjeledere.

Det er liten forskjell i median antall ansatte for førstelinjeledere i kommuner (35 ansatte) og i spesialisthelsetjenester (36 ansatte), men det er større forskjell på median antall årsverk og flere i spesialisthelsetjenesten (28 årsverk) enn i kommunene (22 årsverk). Median mellomleder i spesialisthelsetjenesten har 20 ansatte og 20 årsverk, så de leder typisk personer i fulltidsstillinger.

Det er særlig stort lederspenn for førstelinjeledere i somatiske sengeposter med median antall ansatte på 45 ansatte (50 i gjennomsnitt), men også i psykisk helsevern/TSB er lederspennet stort med median antall ansatte på 43 (47 ansatte i gjennomsnitt). Sykehjem ligger også høyt, med 40 ansatte i median (44 i gjennomsnitt) og hjemmetjenester med 35 ansatte i median (42 i gjennomsnitt).

Ressurssituasjon og kompetanse

48 prosent av lederne svarer at de har ubesatte sykepleierstillinger. Blant førstelinjelederne er det 46 prosent og blant mellomlederne 53 prosent som oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger.

Blant førstelinjeledere er det 54 prosent i kommunene som oppgir at de har ubesatte stillinger og 36 prosent i spesialisthelsetjenesten. Blant mellomledere er det 57 prosent som oppgir at de har ubesatte stillinger i kommunene, og 43 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Det er aller flest blant lederne i kommunale sykehjem (65 prosent) og hjemmetjenester (60 prosent) som har ubesatte sykepleierstillinger. Men det er også mange som har ubesatte sykepleierstillinger i andre kommunale tjenester (46 prosent), i somatiske sengeposter (45 prosent) og i psykisk helsevern/ TSB (47 prosent) og i anestesi, intensiv- og operasjonsavdelinger (38 prosent).

Det er størst andel av lederne i Troms og Finnmark som oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger (62 prosent), men andelen er høy i alle fylker. Lavest ligger Agder, der 39 prosent av førstelinjelederne oppgir at de har ubesatte sykepleierstillinger.

Når det gjelder andre utfordringer enn ubesatte sykepleierstillinger, er det flest som oppgir at de har store utfordringer med å finne kvalifiserte vikarer (56 prosent), at budsjettet ikke er tilstrekkelig for å gi tjenester av ønsket kvalitet (54 prosent), at det er stor arbeidsbelastning på fast ansatte (51 prosent), og at de har problemer med å rekruttere ansatte med riktige kvalifikasjoner/kompetanse (51 prosent).

Men det er også mange som har store problemer med at det er lite tid til å ivareta/utøve faglig ledelse (42 prosent), lite tid til etisk refleksjon (41 prosent), høyt sykefravær (39 prosent), mye bruk av tilkallingsvikarer (34 prosent), lite kapasitet til løpende opplæring og trening av ansatte på arbeidsplassen (31 prosent), og lite rom for formell kompetanseheving blant faste ansatte (31 prosent).

Det er også 27 prosent som har problemer med å beholde ansatte med riktige kvalifikasjoner/kompetanse, særlig i somatiske sengeposter (49 prosent).

Det er også 26 prosent som sliter med å opprettholde kvaliteten på tjenestene, å få ansatte med på å gjøre nødvendige endringer/endringsprosesser (24 prosent), vold og trusler (17 prosent) og gjennomføre endringer i ansvars- og oppgavedeling (17 prosent). 14 prosent har også problemer med mange deltids-ansatte og 14 prosent med at de har mange ufaglærte.

Det er få som har store utfordringer med mobbing (1 prosent) og konflikter mellom ansatte (4 prosent).

Utfordringer med for stramme budsjett

Når vi ser på endring fra 2021 til 2024 i svarene fra de 304 sykepleierledere som har svart på spørsmålene begge år, finner vi en betydelig nedgang i andel som svarer at de har budsjett som er tilstrekkelig for å levere tjenester av tilstrekkelig kvalitet. Andel som svarer at de i liten eller svært liten grad har budsjett som er tilstrekkelig for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet har økt fra 28 prosent i 2021 til 44 prosent i 2024. Det er altså de samme lederne som har svart på begge tidspunkt, så dette er pålitelige tall.

14.3 Arbeidstid, arbeidsmiljø og arbeidsvilkår for sykepleiere på ulike nivå

[Hva kjennetegner arbeidstid, arbeidsmiljø og arbeidsvilkår for sykepleierledere på ulike nivå og innenfor ulike sektorer og tjenester?](#)

Arbeidstid – hvor mye de arbeider

Det er nesten ingen som arbeider mindre enn 35,5 timer blant lederne i utvalget (1 prosent), og de fleste arbeider mellom 35,5 og 44 timer i uken (73 prosent). 18 prosent jobber 45-49 timer, og 6 prosent over 50 timer. To prosent oppgir at det varierer veldig fra uke til uke hvor mange timer de arbeider.

Det er liten forskjell på antall timer førstelinjelederne arbeider i spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester. Det er hhv 75 og 74 prosent som oppgir at de arbeider 35,5-44 timer i uka og 15 prosent i kommunal sektor og 17 prosent i spesialisthelsetjenesten oppgir at de arbeider 45-49 timer i uka. Det er relativt små forskjeller mellom ledernivå og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.

Det er 47 prosent av lederne som oppgir at de arbeider flere timer enn tidligere, og 6 prosent oppgir å arbeide færre timer. Det er størst andel mellomledere i kommunal sektor som har arbeidet mer (51 prosent) og flest blant mellomlederne i spesialisthelsetjenesten som har arbeidet færre timer (11 prosent). Men det store bildet er at rundt halvparten av lederne arbeider flere timer nå enn tidligere.

Kompensasjon for ekstraarbeid

Det er 27 prosent av utvalget av ledere som svarer at de får kompensasjon for ekstraarbeidet de gjør, og 38 prosent svarer at de delvis får kompensasjon, mens de resterende 34 prosentene svarer at de ikke får kompensasjon for ekstraarbeidet. Det er flest som svarer at de får ekstra avspasering utover arbeidsavtalen (43 prosent), mens 38 prosent oppgir at de har fått overtidsbetaling. 17 prosent har fått avspasering og overtids tillegg, mens seks prosent oppgir at de har fått timebetaling for ekstraarbeidet. Flere får overtidsbetaling i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene, både blant førstelinjeledere og mellomledere. Det er også større andel blant førstelinjeledere i kommunal sektor som får overtidsbetaling (33 prosent), enn blant mellomlederne i kommunal sektor (13 prosent).

De som svarte at de ikke blir kompensert for ekstraarbeidet de gjør, har fått spørsmål om hvorfor de ikke har blitt kompensert. 42 prosent av de som ikke får kompensasjon for ekstraarbeid svarer at årsaken er at de har en ledende stilling, jf. aml. § 10-12 (1). 30 prosent oppgir at de ikke har krav på overtidsbetaling, etter sin arbeidsavtale (selv om de ikke er unntatt aml. Kap. 10), mens fire prosent oppgir at de ikke får kompensasjon for ekstraarbeid fordi de har en særlig selvstendig stilling, jf. aml. § 10-12 (2). 18 prosent svarer at de ikke vet hvorfor de ikke blir kompensert. Det er også 27 prosent som svarer at de er kompensert på annen måte og noen oppgir at de har fleksitid og avspaserer time for time, eller at lederen over ikke ønsker at de bruker overtid, eller at lederavtalen de har er dårlig. Andre beskriver at det er en uskreven regel at de ikke kompenseres for ekstraarbeid og andre at de oppfordres til å bruke fleksitid heller enn overtid, fordi overtid er dyrere for arbeidsgiver.

Det er flest blant mellomlederne som ikke kompenseres fordi de har en ledende stilling, hhv. 61 prosent i spesialisthelsetjenesten og 51 prosent i kommunal sektor. Av førstelinjelederne er det litt mer jevnt fordelt på kategoriene ledende stilling og at de ikke har krav på overtidsbetaling. Det er ingen førstelinjeledere i kommunal sektor som svarer at de ikke får kompensasjon fordi de har en særlig selvstendig stilling, men noen få av førstelinjelederne i spesialisthelsetjenesten oppgir dette som årsak til at de ikke kompenseres (to prosent).

Arbeidsmiljø og arbeidsvilkår

Sykepleierledere med personalansvar har høyere kvantitative krav, høyere arbeidstempo, lavere rolleklarhet og flere rollekonflikter, lavere sosial støtte fra kolleger, mer konflikter mellom arbeid-fritid enn sykepleiere uten personalansvar.

Men sykepleiere med personalansvar har også mer innflytelse på jobben, større mulighet for utvikling, større variasjon i arbeidet, mer kontroll over arbeidstid, mer forutsigbarhet, de opplever større anerkjennelse, høyere ledelseskvalitet, mer sosial støtte fra overordnet, større forpliktelse til arbeidsplassen, større arbeidsengasjement, lavere jobbusikkerhet, mindre usikkerhet rundt arbeidsbetingelser, høyere kvalitet på

arbeidet, høyere vertikal tillit, høyere organisasjonsrettferdighet og høyere jobbtilfredshet enn sykepleiere som ikke har personallederansvar.

14.4 Ledererfaring

Hvilke forskjeller ser vi mellom ledere med kort og lang erfaring som ledere?

Det er noen signifikante forskjeller i for eksempel hvor utfordrende de opplever situasjonen. Andelen som opplever store eller svært store problemer når det gjelder høyt sykefravær, lite tid til etisk refleksjon, lite tid til å ivareta/utøve faglig ledelse, å rekruttere ansatte med riktige kvalifikasjoner og stor belastning på fast ansatte går ned med økende lengde på ledererfaringen. Men for utfordringer som at budsjettet er for knapt til å gi tjenester av ønsket kvalitet og det å finne kvalifiserte vikarer – ser ikke ut til å være forskjellig for de med kort og lang ledererfaring. Disse resultatene gjelder også når vi kontrollerer for sektor eller type arbeidsplass.

14.5 Sammenheng mellom førstelinjeledernes rammevilkår og utfordringer på arbeidsplassen

I hvilken grad er det en sammenheng mellom førstelinjeledernes rammevilkår for å lede og ulike utfordringer på arbeidsplassen (rekrutterings-utfordringer, sykefravær, turnover, knappe budsjetter, kvalitet i tjenestene mv)

Foreløpige analyser viser at det er en tydelig sammenheng med at de som opplever dårlige rammevilkår gjennom å ikke ha budsjett som er tilstrekkelig for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet, også har store utfordringer med høyt sykefravær, lite tid til etisk refleksjon og til å utøve faglig ledelse, større problemer med å rekruttere ansatte med riktige kvalifikasjoner, stor arbeidsbelastning på fast ansatte og problemer med å finne kvalifiserte vikarer.

Vi finner også en sterk og signifikant sammenheng mellom sannsynligheten for å oppleve disse utfordringene, og det å ha mulighet til å gjøre tilstrekkelige justeringer i bemanning ved endret tjenestebehov. Disse resultatene gjelder også når vi kontrollerer for type arbeidsplass og lengden på ledererfaring. Det kan gjøres grundigere analyser i en vitenskapelig artikkel på dette datagrunnlaget.

14.6 Strategier/virkemidler sykepleierlederne vil ta i bruk for å møte utfordringene

Hvilke strategier/virkemidler ser sykepleier-lederne for seg å ta i bruk i årene fremover for å møte utfordringene på sin arbeidsplass?

- Økt bemanning, økt kompetanse
- Teknologi
- Endret ansvar- og oppgavedeling
- Teambaserte arbeidsmåter
- Arbeidsmiljøtiltak
- Arbeidstidsordninger
- Redusere sykefravær
- Flere hele stillinger («heltidskultur»)

For å løse utfordringene de står i, oppgir førstelinjeledere i kommunal sektor at de i stor eller i svært stor grad vil øke kompetansen blant ansatte (64 prosent), øke samarbeidet med andre (56 prosent), etablere kollegastøtteordning og refleksjonsgrupper (55 prosent), ta i bruk ny teknologi (54 prosent) og arbeide mer teambasert (50 prosent), øke grunnbemanningen (47 prosent) og sette i gang tiltak for å øke velferden for de ansatte (46 prosent). 37 prosent oppgir at de vil ta høyde for faktisk fravær i turnusplanleggingen, 33

prosent vil gjøre endringer i arbeidstidsordningene, og 27 prosent vil etablere eget vikarpool. Noen færre vil ansette nye yrkesgrupper (17 prosent), øke bruk av avstandsoppfølging (15 prosent) og benytte flere kombinerte stillinger (14 prosent).

Blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten er det også flest som vil øke kompetansen blant ansatte (63 prosent) som virkemiddel for å løse utfordringene. 52 prosent vil etablere kollegastøtteordning, 46 prosent vil arbeide mer team-basert og sette inn tiltak for å bedre velferden blant ansatte. 45 prosent vil øke samarbeidet med andre og like mange vil øke den faste bemanningen og 44 prosent vil ta i bruk ny teknologi. 42 prosent vil få til en bedre tilpasning av stillingsstørrelse i tråd med ansattes ønsker, og 37 prosent vil ta høyde for historisk fravær i turnusplanleggingen, mens 36 prosent vil etablere etiske refleksjonsgrupper. Noen færre vil gi ansatte mer autonomi og selvstyre (28 prosent), etablere eget vikarpool (25 prosent), gjøre endringer i arbeidstidsordningene (21 prosent). Noen færre vil bruke flere kombinerte stillinger (16 prosent), ansette nye yrkesgrupper (15 prosent), øke bruk av avstandsoppfølging/hjemmemonitorering (10 prosent) og øke samarbeidet med frivillig sektor (7 prosent).

14.7 Ulike rammevilkår for å lede på ulike nivå

[I hvilken grad har ledere på ulike nivå forskjellige rammevilkår for å lede? Hvordan påvirker dette deres syn på utfordringer og løsninger fremover?](#)

Vi finner ikke signifikante forskjeller i rammebetingelser mellom førstelinjeledere og mellomledere når det gjelder å ha budsjett for å levere tilfredsstillende kvalitet, det å kunne gjøre tilstrekkelige justeringer i bemanningen ved endret tjenestebehov, ha tilgang på nok fagpersoner og at ledelsen over de har forståelse for hva som kreves av dem.

Når vi kontrollerer for ledernivå, er det ikke forskjeller i andel som ikke har budsjett for å levere tilfredsstillende kvalitet og at ledelsen over de har forståelse for hva som kreves av dem mellom kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten. Men det er litt høyere sannsynlighet for at ledere i spesialisthelsetjenesten svarer at de ikke kan gjøre tilstrekkelige justeringen i bemanningen ved endret tjenestebehov, og litt flere i kommunal sektor enn i spesialisthelsetjenesten som svarer at de ikke har tilgang på nok fagpersoner.

14.8 Tidsbruk

[Hva bruker sykepleierledere mest og minst tid på? Bruker ledere med mindre kontrollspenn og/eller gode støttefunksjoner tiden sin annerledes enn ledere med høyt kontrollspenn/lite støtte-funksjoner?](#)

88 prosent av lederne svarer at de i stor eller i svært stor grad bruker tid på å være tilgjengelig for ansatte, og 52 prosent bruker mye tid på sykefraværsoppfølging, 51 prosent på faglig oppfølging og veiledning av personalet og 47 prosent bruker mye tid på å skaffe vikarer/folk nok på neste vakt. 47 prosent bruker mye tid på rapportering (til eget system, eller etter krav fra andre) og like mange på utarbeiding/justering av turnus. 39 prosent oppgir at de bruker mye tid på forebyggende arbeid for å hindre sykefravær og utbrenthet og like mange bruker mye tid på arbeid med kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling. Det er 38 prosent som svarer de bruker mye tid på rekruttering av nye ansatte og 35 prosent på kompetanseplanlegging. 34 prosent bruker mye tid på arbeid med pasientsikkerhet og 33 prosent bruker mye tid på partssamarbeid. 31 prosent oppgir at de bruker mye tid på å vurdere endring i ansvars- og oppgavedeling, mens 27 prosent bruker mye tid på avvikshåndtering (pasient/bruker) og 24 prosent på avvikshåndtering (arbeidsmiljø). Det er 24 prosent

som bruker mye tid på å være tilgjengelig for pasienter/brukere, mens 14 prosent bruker mye tid på kontakt/oppfølging med pårørende.

Mellomlederne bruker litt mindre tid på sykefraværsoppfølging, på å skaffe vikarer og utarbeide turnus enn førstelinjeledere, og de har mindre kontakt med pårørende og bruker litt mer tid på partssamarbeid både i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten. Ellers er det ikke tydelige forskjeller i svarene fra førstelinjeledere og mellomledere.

14.9 Innflytelse og myndighet

Har sykepleierledere nødvendig innflytelse og myndighet over egen arbeidsplass? Opplever sykepleierledere å ha nødvendig støtte fra sine ledere? I hvilken grad legges det til rette for deres kompetanse- og fagutvikling?

For å få et bilde av hvor mye sykepleierlederne får bestemme og hvor god støtte de får, er det tatt med en rekke påstander om lokal beslutningsrett de skal svare om de er enige eller uenige i. Generelt er det små forskjeller mellom svarene fra lederne i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, så prosentene som følger er beregnet fra både førstelinjeledere og mellomledere i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten og resultatene viser generelt at de har lav beslutningsrett.

Fem prosent kan fastsette lønn ved tilsetting av nye medarbeidere, 13 prosent kan justere inntaket av nye pasienter/brukere, 17 prosent kan påvirke budsjetttrammen for egen enhet, hver tredje har myndighet til å bestemme stillingsstørrelse ved nye utlysinger og like mange kan påvirke beslutninger som tas på et høyere nivå, 43 prosent kan tilpasse bemanning etter brukernes/pasientenes behov og 53 prosent kan gjøre prioriteringer innenfor budsjetttrammen. Det er 43 prosent som opplever at informasjonsflyten mellom nivåer og avdelinger på egen arbeidsplass fungerer godt.

Det er videre 44 prosent som svarer at arbeidsgiver legger godt til rette for kompetanse- og faglig utvikling for de som ledere, 64 prosent oppgir at ledere over de har god kunnskap og innsikt i den virksomheten de leder og 71 prosent får god støtte fra nærmeste overordnede. Det er 62 prosent som oppgir at samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud i stor eller i svært stor grad gir dem god støtte som leder.

28 prosent svarer at de ikke jobber for mye, 43 prosent oppgir at antall ansatte de har personalansvar for er for høyt og 86 prosent føler seg kompetent til å utføre jobben sin.

14.10 Karriereplaner

Hvilke karriereplaner har lederne? Hva kjennetegner de som ønsker seg lederstilling på høyere nivå? Hva kjennetegner de som ønsker å slutte?

Når vi spør om hva slags jobbsituasjon lederne aller helst vil ha om fem år, viser svarene at 42 prosent vil være leder på samme nivå i samme sektor, mens 17 prosent vil være leder på høyere nivå i samme sektor. Det er 14 prosent som planlegger å bli pensjonist og 13 prosent som ikke ønsker å være leder om fem år. Det er noen færre mellomledere i kommunal sektor som ønsker å være leder på samme nivå i samme sektor (44 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (51 prosent), men ellers er det ikke tydelige forskjeller mellom sektorer eller ledernivå. Det er 8 prosent som oppgir at de er usikker på hva de vil gjøre om fem år.

14.11 Samarbeid tillitsvalgte og verneombud

I hvilken grad opplever sykepleierledere å ha et godt samarbeid med tillitsvalgte og verneombud? Hva kjennetegner de lederne og arbeidsplassene hvor samarbeidet fungerer godt/dårlig?

76 prosent av førstelinjeledere og mellomledere svarer at samarbeidet med tillitsvalgte er godt eller svært godt, og 80 prosent svarer at samarbeidet med verneombud er godt eller svært godt.

Det er flest som svarer at partssamarbeidet fungerer i stor eller i svært stor grad godt når det gjelder arbeidsmiljø (66 prosent) og likestilling (63 prosent), ved tilsettinger (59 prosent), arbeidstid (58 prosent) og i uforutsette saker som må løses raskt (47 prosent).

Det er 58 prosent som oppgir bedring i partssamarbeidet de siste årene. Det er litt færre førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten som svarer at det har blitt bedre (53 prosent) enn i kommunal sektor (58 prosent). Blant mellomledere er 65 prosent i spesialisthelsetjenesten som svarer at det har blitt mye eller litt bedre, og 63 prosent i kommunal sektor.

Vi har også spurt om de kan beskrive årsaken til endringen, og her beskriver de som opplever bedring i partssamarbeidet at de har mer aktive tillitsvalgte, eller HMS-team som fungerer godt, at de har fått en bedre struktur på samarbeidet særlig gjennom faste møter, at de har blitt mer bevisst på partssamarbeidet og at HMS-opplæringen har blitt bedre, både for ledere og ansattrepresentanter.

Det er totalt halvparten som svarer at de samarbeider på flere områder i partssamarbeidet nå enn tidligere, og det er færrest blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten som svarer at de samarbeider på flere områder nå enn tidligere (44 prosent), og flest blant mellomledere i kommunal sektor (57 prosent). Det er også noen flere førstelinjeledere enn mellomledere som svarer at de ikke vet om de samarbeider på flere områder nå enn tidligere.

14.12 Lederlønn

Lederlønn: Er lederne fornøyd med egen lønn – opplever de at det er samsvar mellom krav/innsats og belønning? Hva kjennetegner dem som er fornøyd vs. dem som ikke er det? Har de framsatt lønnskrav? Hvis ja, har lønnskravet blitt helt/delvis innfridd?

Det er 41 prosent av lederne i utvalget som oppgir at det i liten eller i svært liten grad er samsvar mellom krav/innsats og belønning. Det er flest førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten som opplever i liten eller i svært liten grad samsvar mellom innsats og belønning (48 prosent), men andelen er også høy blant førstelinjeledere i kommunal sektor (42 prosent) og blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten og i kommunene (begge 31 prosent).

Det er 76 prosent lederne i utvalget som har satt frem lønnskrav, og det er flere både førstelinjeledere og mellomledere som har satt frem lønnskrav i kommunal sektor enn i spesialisthelsetjenesten. Det er 84 prosent av sykepleierlederne i kommunal sektor som har fremsatt lønnskrav både blant førstelinjeledere og mellomledere. I spesialisthelsetjenesten er det 64 prosent av førstelinjelederne og 62 prosent av mellomlederne som har satt frem lønnskrav.

Det er 99 prosent av de som svarer at de har satt frem lønnskrav som oppgir om kravet ble innfridd. 13 prosent oppgir at lønnskravet ble helt innfridd og 51 prosent oppgir at lønnskravet ble delvis innfridd. Det er 36 prosent som oppgir at lønnskravet ikke ble innfridd.

Mellomledere i spesialisthelsetjenesten har i litt større grad fått innfridd kravene (19 prosent) enn mellomledere i kommunal sektor (10 prosent). Blant de som ikke har fått innfridd lønnskravene, er andelen er høyest blant førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten (39 prosent) og lavest blant mellomledere i kommunal sektor (32 prosent).

Referanser

Andrews, T. & H. Gjertsen (2014). "Sykepleieledere og ledelse." Nordlandsforskning-rapport 4/2014.

Andrews, T. & J. Høgås (2017). Vilkår for ledelse. Om økonomi, kompetanse, ansvar og myndighet i norske helse- og omsorgstjenester. Nordlandsforskning-rapport 10/2017.

Aasgestad, C & Brochmann, M (2021). Lederundersøkelsen, NSF. Agenda Kaupang-rapport 1021122.

Aasgestad, C & Brochmann, M (2022). Førstelinjefledere i døgnskutinuerlige virksomheter. Agenda Kaupang-rapport 1021942.

Melby, L., Thaulow, K., Lassemo, E., & Ose, S. O. (2020). Sykepleieres erfaringer fra første fase av koronapandemien fra mars-oktober 2020. SINTEF-rapport 2020:01213.

Ose, S.O. & Kaspersen S.L. (2021). Oppfølgingsstudie av sykepleierne gjennom Covid-19 pandemien. SINTEF-rapport 2021:01311.