

*MASTERGRADS OPPGÅVE
I VERDIBASERT LEIING - L 41*

*Leiing og leiarkompetanse i helse- og
omsorgstenesta*

- ei kvantitativ studie i 69 norske kommunar

Toril Naustdal

Kull h07

2. mai 2011

Rettleiar – Olav Helge Angell

Diakonhjemmet høgskole, i Oslo

27.883 ord

Samandrag

Tittelen på masteroppgåva er leing og leiarkompetanse i helse- og omsorgstenesta. Formålet med studien har vore å sjå på kva for leiarkompetanse øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har. Vidare har formålet vore å sjå på korleis dei sjølv vurderar eigen leiarkompetanse og korleis rådmannen vurderar leiarkompetansen deira. Problemstillinga for oppgåva er: "Kva for leiarkompetanse har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?"

Denne studien tek utgangspunkt i kommunelova, New Public Management, prinsipal-agent-teori, kompetanse og læring gjennom refleksjon. Forskingsstatus syner eit paradoks, kommunane higrar etter meir kompetanse. Så langt eg kan sjå, seier ikkje forskinga noko om kva for kompetanse øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har. På kva grunnlag kan dei seie at dei har behov for meir kompetanse når det ikkje er kartlagt kva som fins?

For innsamling av data har eg nytta ei tverrsnittundersøking der undersøkinga er ei kvantitativ spørjeundersøking gjennomført i 69 kommunar. Det er 42 rådmenn som deltek i undersøkinga og 125 øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Eg har ein svarprosent på 61% der 96% av kommunane deltek.

Undersøkinga syner at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har utdanning frå høgskule eller universitetsnivå. Tre fjerdedelar av leiarane har leiarutdanning og meir enn tre fjerdedelar har leiarrøynsler frå tidlegare leiarstillingar. Det er ein signifikant samanheng mellom det å ha leiarutdanning og leiarrøynsler og korleis leiarane vurderar eigen kompetanse. Eit overraskande funn i oppgåva er at rådmennene si vurdering av deira leiarkompetanse ikkje har samanheng med om dei har leiarutdanning og leiarrøynsler.

Summary

The subject for this Master's thesis is *Management and managerial competencies within the Norwegian health care service*. The main purpose with this study was to explore what kind of management competencies top managers in the health care service possess. The purpose has also been to explore how they evaluate their own management skills and competencies, and how their managers ("Rådmannen") evaluates their managers management skills and competencies. The main topic for this Master's thesis focus on *Which management skills does the top managers within the health care service possess*.

This thesis is based on The local government, New Public Management, The principal-agent theory, competency and learning through reflection. Research shows a paradox; municipalities long for more competencies. As far as I can see research does not say anything about the management competencies amongst top managers in the health care service. On what basis can they say they need more competencies if they have not mapped the existing management skills and competencies?

For my research I have used a cross section research where the research is a quantitative poll conducted in 69 municipalities. 42 Chief Executives (rådmenn) and 125 top managers within the Norwegian health care service was invited to participate. 96% of the municipalities and 61% of the respondents participated.

My research shows that the top managers in the health care service possess higher education from a college or university. $\frac{3}{4}$ of the top managers have education within management and more than $\frac{3}{4}$ of the top managers have experience from previous management positions. My research shows a significant correlation between managers who have higher education within management and management experience, and how they evaluate their own management skills and competencies. A surprising finding in my research is that the Chief Executives (rådmenn) evaluation of the top managers management skills and competencies has no correlation with the top managers management education and management experience.

Innhold

Samandrag	2
Summary	3
Forord	6
1 Innleiing	7
1.1 Grunngeving for val av oppgåve.....	7
1.2 Tema.....	10
1.3 Avgrensing	13
1.4 Forskingsstatus	13
1.4.1 Oppsummering av forskingsstatus	17
1.5 Problemstilling	18
1.6 Oppbygging av oppgåva.....	20
2 Teoretisk fundament.....	21
2.1 Kommunale oppgåver og organisering	21
2.2 Kva er ein god leiar?	23
2.3 New Public Management (NPM).....	26
2.4 Læring gjennom handling og refleksjon	29
3 Metode – framgangsmåte	31
3.1 Val av metode.....	31
3.2 Utval	31
3.3 Gjennomføring av spørjeundersøkinga	33
3.4 Analyse.....	36
3.5 Drøfting av reliabilitet (pålitelegheit) og validitet (gyldigheit)	37
3.6 Metoderefleksjon.....	39
4 Resultat/funn	41
4.1 Kven er øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?	41
4.2 Kva for utdanning har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?.....	42
4.3 Kva for leiarrøynsler har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?	45

4.4	Korleis vurderar øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta eigen leiarkompetanse?.	46
4.5	Korleis vurderar rådmannen leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?	54
4.6	Hypotesar	63
4.6.1	Desto større kommunane, er desto høgare er leiarkompetanse blant øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta.....	63
4.6.2	Kommunane krev at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ei høgskuleutdanning innan helse- og sosialfag	64
4.7	Oppsummering av resultatkapittelet.....	66
5	Diskusjon/drøfting.....	69
5.1	Kven er øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?	69
5.2	Kva for utdanning har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?.....	71
5.3	Kva for leiarrøynsler har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?	72
5.4	Korleis vurderar øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta eigen kompetanse?	74
5.5	Korleis vurderar rådmannen leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?	78
5.6	Desto større kommunane er desto høgare er kompetansen blant øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta	84
5.7	Kommunane krev at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ei høgskuleutdanning innan helse- og sosialfag.....	85
6	Konklusjon	87
7	Avslutning og innspel til vidare forskning	89
	Litteraturliste	91
	VEDLEGG	95
1.	Spørjeundersøkinga	
2.	Brev frå Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)	

Forord

Å skrive masteroppgåve har vore ein svært spanande, lærerik og utviklande prosess. Vegen mot målet har gått fort når eg no ser tilbake til då eg starta på studiet i 2007.

Det har vore ein krevjande prosess fordi eg og har hatt full jobb og vel så det i tillegg til masterstudiet. Kommunen har vist interesse for studiet og har ved fleire høve take med mine innspel i det vidare arbeidet med mellom anna etiske utfordringar og behovet for kompetanse.

Takk til min fantastiske leiar, Jorun, som har vore med å lagt forholda til rette, gjeve god støtte og vore positiv slik at eg har kunne gjennomføre studiet. Takk også til andre gode kollegaer som har hatt trua på meg, støtta meg og heia meg fram desse fire åra. For at eg skulle nå målet har støtta frå kollegaer vore av stor verdi.

Medstudentar på masterstudiet har vore gode støttespelarar, alle på kvar sin måte i kvart sitt skuleår. Det å ha medstudentar som står i dei same utfordringar gjer at ein har større forståing for kva studie inneber og kva som er naudsynt for å koma framover og ikkje gje opp. Ein stor takk til dykk som har vore i same rettleiingsgruppe som meg siste året. De har gjeve konstruktive tilbakemeldingar som har vore utviklande og inspirerande til vidare arbeid. Eg vil her trekkja særskilt fram Solveig og Kristian, ikkje minst må eg få nemna Beate som har vore grupperettleiar. Ho har vore like godt forberedt på alle oppgåver og vore positiv og engasjert i alle masterstudentane sitt arbeid.

Eg vil rette ein stor takk til min rettleiar Olav Helge Angell for godt samarbeid, tolmod og engasjement for masteroppgåva mi.

Til slutt ynskjer eg å trekkja fram to personar i mitt liv som for meg betyr mykje. Det er son min, Steffen og sambuar og kjærasten, Thomas som har støtta meg og hatt forståing for at studiar må prioriterast. Spesielt det siste året har vore ei stor påkjenning for oss alle både av omsynet til masteroppgåva i tillegg til at livet ikkje alltid vert slik ein har tenkt. Då er samhald, respekt og forståing av kvarandre av stor verdi☺

1 Innleiing

Masteroppgåva omhandlar øvste leiar i helse- og omsorgstenesta og rådmann i 69 kommunar. Oppgåva har fått tittelen: Leiing og leiarkompetanse i helse- og omsorgstenesta i norske kommunar – ei kvantitativ studie i 69 kommunar.

1.1 Grunngeving for val av oppgåve

Alle bur vi i ei kommune og storleiken på kommunar er ulik. Kommune-Noreg består av 430 kommunar der den minste kommunen Utsira har 216 innbyggjarar og Oslo har 599. 230 (Statistisk sentralbyrå (SSB) 2011) Kommunane har dei same krav til lover, forskrifter og kravet til kvalitet på tenestene uansett storleik. Kommunale leiarar må mellom anna forholde seg til om lag 7000 lovar og forskrifter. Det er store forskjellar, det kan vere folketal, geografi, dei naturmessige omsyn, økonomiske føresetnader, næringsgrunnlag og kor i landet kommunen ligg plassert, i distriktet eller sentralt. Desse forskjellane gjev den enkelte kommune utfordringar i kvardagen. Med aukande oppgåver og ansvar i kommunane, og med krav til effektivisering har både administrasjon og politikarar kome fram til at leiarar må handsame utfordringar og finna løysingar der dei høyrer heime medan politikarar legg ramar og retningslinjer for ei overordna styring (Schaug 2010: 58 og 116).

I kommunelova er rådmann omtala som administrasjonssjef. I denne oppgåva har eg vald å nytta rådmann. Om lag 80% av rådmennene i landet er menn, difor vert rådmannen og omtala som "han" i oppgåva (Schaug 2010: 48). Kommunelova er tydeleg på at rådmannen skal vere tilsett av kommunestyret i kommunen. Dei har myndigheit for tilsetjing av rådmannen. Han har ansvar for at det arbeidet administrasjonen skal gjera vert utført i samsvar med lover, forskrifter og overordna instruksar. Rådmannen har ansvar for å leggja fram saker som administrasjon har utgreia etter lovar og forskrifter til politisk behandling. For at politikarar skal kunne fatte vedtak på eit realistisk grunnlag er dei avhenger av at rådmannen skriv ei objektiv sak og at alle sider ved ei sak er godt belyst. Rådmannen har og ansvar for at dei vedtak politiske organ har fatta vert realisert (Kommunal- og regionaldepartementet 1992: §23).

Den norske velferdskommunen er trolig den mest komplekse organisasjonen som verden kjenner til – målt i omfang av oppgaver og variasjonsbredden i dem. Selv om store internasjonale konsern med hundre tusener av tilsatte står ikke overfor så mange og ulike oppgaver (KS 2007: 19).

Kommunar er ein kompleks organisasjon og dei ulike einingane i ei kommune vil og krevja fagkompetanse. Ein rådmann kan ikkje handsama alt i ei kommune og er difor avhengig av gode leiarar for å få løyst oppgåvene. Denne oppgåva omhandlar helse- og omsorgstenesta. Leiarane vert omtala her som øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Desse leiarane er leiar for sjukeheimar, heimetenester, tenester til psykisk utviklingshemma og tenester til psykisk sjuke som kommunar pliktar å yte tenester til.

Tonivåmodellen, også kalla flat struktur, tyder to leiarnivå. Det er i praksis ei reduksjon av leiarnivå (Schaug 2010: 38). Heretter kalla tonivåmodellen. Politikarar har hatt fokus på at ressursar skal prioriterast til tenesteproduksjon, ikkje til administrasjon. Dei seinare åra har det vore ei auke i krav til helsepersonell til dokumentasjon og tenesteutføring. Med ei nedprioritering av leiing generelt har dette gått ekstra hardt ut over helse- og omsorgstenesta. Dei kan tyde på at dei er underprioritert når det gjeld ressursar til leiing (Schaug 2010: 77). Ved å ha færre leiarnivå og resultatstyrte einingar vil det medføre auka ressursar i tenesteproduksjon, ein slankare organisasjon og betre kontroll med økonomien (Borge 2005: 27). Dei to nivåa består av rådmann og øvste leiar for dei ulike einingane i ei kommune, til dømes leiar for sjukeheim. Rådmann vil i mange kommunar ha ein eller fleire kommunalsjefar som er ein del av rådmannen si leiargruppe. Øvste leiarar innanfor dei ulike einingane vil rapportere til rådmannen eller ein kommunalsjef. Der dei har innført tonivåmodell er oppgåver og mynde delegert frå rådmannen til øvste leiarar innan helse- og omsorgstenesta. Oppgåver som er delegert er økonomi-, personal- og fagansvar (Schaug 2010: 38-39). Rapporten til Agenda Kaupang syner at to tredjedelar av kommunane er organisert etter tonivåmodellen (Agenda Kaupang 2010: 19). For å handsama økonomi-, personal- og fagansvaret vert sakshandsaming nytta. Sakshandsamingskompetanse er difor ein sentral del av det daglege arbeidet for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. I det arbeidet vert ulike lovverk nytta mellom anna forvaltningsloven som regulerer enkeltvedtak (Norge 1995: § 2).

Basert på dette er eg nysgjerrig på leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Det er fordi rådmannen i mange kommunar har delegert mynde innanfor

økonomi-, personal- og fagansvar til desse leiarane. Har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta leiarkompetanse til å handsama oppgåvene rådmannen har delegert? Dei seinare åra har det vore framme i media at det har vore korrupsjon eller underslag i fleire norske kommunar. Her kan nemnast sak frå Sel kommune (Sverd 2010), frå Nittedal (Danbolt 2010) og Bærumsaken (Danbolt 2008). Etter det eg oppfattar artiklane så er det leiarar med delegert økonomiansvar som står bak underslag eller korrupsjon.

Resultat frå kartleggingsstudie som Arbeidsforskningsinstituttet (Pettersen 2010) gjorde i 2010 syner at 40% av respondentane uttalar at kommunen dei siste to åra har vore gjennom ei omorganisering. Om lag 30% har vore gjennom ei omorganisering for meir enn to år sidan. Dei som ikkje har vore gjennom ei omorganisering fortel at kommunen i nær framtid vil foreta ei omorganisering, det utgjer om lag 30%. Både der dei har omorganisert og der dei skal omorganisere er det i retning av tonivåmodellen. Undersøkinga speglar dreininga dei siste tjue åra frå sektorstyring til mangfaldig og horisontal organisering. 70% av kommunane i landet er no organisert som tonivåmodell (Pettersen 2010: 15).

Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) inngjekk ei avtale i 2006 om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstenesta. I avtala er det utarbeidd hovudstrategiar, desse er:

- kapasitetsvekst og kompetanseheving
- samhandling og medisinsk oppfølging
- planlegging, forskning og kvalitetsutvikling
- aktiv omsorg med vekt på kultur og sosiale forhold og partnerskap med familie og lokalsamfunn.

I arbeidet med hovudstrategiane skal det leggjast vekt på tverrfagleg kompetanseheving, kommunal planlegging og organisasjons- og leiarutvikling. Det kjem fram i dokumenta at det er mogleg med kvalitetsforbetringar ved å ta ut potensialet som ligg i organisasjons- og leiarutviklinga, kompetanseheving og ny teknologi. Omstillingsevne og investeringar igjennom eit langsiktig arbeid er naudsynt i arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

1.2 Tema

Helse- og omsorgstenesta har ei drift 24/7, det vil seia at drifta går 24 timar i døgnet, sju dagar i veka 52 veker i året. Det er ikkje som skulesektoren som har ei opningstid deler av døgnet på virkedagar. Helse- og omsorgstenesta kan ikkje stenge si verksemd slik skulesektoren kan (Schaug 2010: 76-77). Rådmannen i ein kvar kommune forventar at oppgåver leiarar er tilsett for å handsama vert handsama på ein sær sars god måte. Helse- og omsorgstenesta er i stor vekst. I 2006 mottok meir enn 160.000 personar heimetenester i eigen heim eller i omsorgsbustad og om lag 40.000 budde i sjukeheim. Det har sidan midten av 1990 talet vore ei fordobling av innbyggjarar i norske kommunar under 67 år som har behov for tenester. Det er store utfordringar då det er tilsett sær mange medarbeidarar, til å utføre tenester, i helse- og omsorgstenesta utan helse- og sosialfagleg utdanning. Dei som er høgskuleutdanna i tenesta utgjør eit fåtal i tenesta. Helse- og omsorgstenesta har høgt sjukefråvær og mange tilsette vert uføretrygda. I tillegg er sektoren prega av høg grad av deltidstillingar (St.mld nr. 25 2005-2006: 9-10). Ut i frå desse opplysningane vil eg tru øvste leiarar har store utfordringar i kvardagen når det gjeld personalarbeid som er delegert frå rådmannen.

Øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har i fylgje ein rapport frå Ressursenter for omstilling i kommunane (RO) (Ressursenter for omstilling i kommunene 2004) fleire årsverk per leiar enn kva skulesektoren har. Undersøkinga syner at skuleverket har fire gonger høgge leiartettleik enn kva helse- og omsorgstenesta har. Rapporten påpeikar og dei utfordringar helse- og omsorgstenesta har med omsyn til døgntenester heile året og mange deltidstillingar. I skulesektoren er det i gjennomsnitt 17,3 personar som utgjør 13,5 årsverk per leiar. I pleie- og omsorgstenesta er det i gjennomsnitt 36,3 personar som tilsvarar 22,2 årsverk per leiar (Ressursenter for omstilling i kommunene 2004: 17). Difor trur eg at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har behov for god økonomi-, personal- og fag kompetanse fordi dei er leiarar for ei eining som er særskompleks. Helse- og omsorgstenesta er i stor grad styrt av føringar frå statlege styresmakter. Dette kan gje øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta store utfordringar innanfor dei områda rådmannen har delegert mynde og ansvar til leiarane (Øgar 2004: 68-71).

Stortingsmelding nr 47 (2008-2009), samhandlingsreformen, vart vedtatte i Stortinget våren 2010. Den er ei av dei største helsereformane i Noreg. Intensjonen med reforma er at fleire skal få rett behandling, på rett stad til rett tid (St.mld nr. 47 2008-2009: 41). LEON prinsippet (Lavest Effektive Omsorgsnivå) har stått sterkt i helse- og omsorgstenesta sida det var innført

i ei Stortingsmelding på 1970 talet (Bratland 2005: 28). I helsevesenet i dag er det oppgåver som vert løyst av helseforetaket som kan løysast i kommunane. Ved at arbeidsoppgåvene vert flytta betyr det økonomiske innsparingar fordi det er rimelegare å gje behandling i kommunen framfor i sjukehus. Reforma seier og at er det pasientar som ikkje treng reise på sjukehus fordi kommunane kan behandla sjølve med rett kompetanse er det til det beste for pasientane, og i tråd med LEON prinsippet (St.mld nr. 47 2008-2009: 42) (Garåsen 2008). I april 2011 vart nytt lovverk innan helse- og omsorgstenesta vedteke i statsråd og oversendt Stortinget. Det gjev mellom anna kommunane plikt til å etablere tilbod for naudsynt hjelp og døgntilbod for pasientar som har behov for behandling og observasjon. Lovverket gjev og kommunar plikt til å betale kostnaden med å leggja enkelte pasientgrupper etter diagnose inn i helseforetaket. Kommunane må betale helseforetaket pengar dersom dei ikkje tek attende pasientar helseforetaket har gjeve naudsynt behandling, der helseforetaket seier at pasientar er utskrivingsklar. Kommunane og helseforetaket skal og inngå forpliktande samarbeidsavtalar for å regulere kva kommunane og helseforetaket skal handsama (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a: kap. 3).

Helse- og omsorgstenesta vil difor få ansvar for endå fleire oppgåver i framtida. Bakgrunn for samhandlingsreformen er mellom anna den demografiske utviklinga og endringar i sjukdomsbilete. Tilgangen til arbeidskraft kan verta ein trussel mot bæreevna i samfunnet som fylgje av auken i behov for tenester, innbyggjarar vert eldre og eldre i tillegg vert fleire arbeidstakarar tidlegare uføre (St.mld nr. 47 2008-2009: 43). Denne tenesta er i stor grad styrt av rettighetslover og behovet er aukande. Årsaka til at behovet er aukande er auka forskning som gjer at helse-Noreg kan behandla fleire pasientar slik at dei lever lengre. Noreg har auka levealderen dei seinare åra og det er ein auke i sjukdommar som kreft, diabetes, psykisk sjuke og lungesjukdomar (St.mld nr. 47 2008-2009: 41-43). Kommunane vil og ha behov for å auke kompetansen for helsepersonell som skal ta hand om pasientane fordi kommunane får ansvar for fleire pasientar (St.mld nr. 47 2008-2009: 125-131) og (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a: kap. 3). Reforma og det nye lovverket legg i stor grad opp til at kommunar får eit særskilt ansvar for å førebyggja sjukdom og at pasientar som er sjuke ikkje skal verta sjukare (St.mld nr. 47 2008-2009: 79-86) og (Helse- og omsorgsdepartementet 2011b: 12.1.4.2). Auke i oppgåver kommunane skal løysa i framtida vil medføre auka leiarutfordringar i kommunane. Mange kommunar er for små til å handsama nye utfordringar aleine og vil difor vere avhengig av å samarbeide med andre kommunar (St.mld nr. 47 2008-2009: 139-140).

Budsjettdisiplin er sentralt i New Public Management (Bratland 2005: 141). Lovverket er styrande og skal sikre at kommunane yter naudsynt helsehjelp og faglege forsvarlige tenester, jf lov om kommunehelsetenester § 1,3 og helsepersonellovens § 4 (Norge 1993) og (Helse- og omsorgsdepartementet 2001). Det er ei utfordring å budsjettera for helse- og omsorgstenester. Til dømes kan kommunen få ein trafikkskadd pasient på respirator i mai påføljande budsjettår utan at kommunar kanskje har take høgde for dette i budsjetteringa. Det som ein ikkje kan gjere er å gje avslag på tenester grunngjeve i økonomi når tenester skal ytast innanfor lovverk som gjev innbyggjarane rett til tenester. Likevel har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta ei budsjettramme dei må respektera (Bratland 2005: 141). Dei skal innanfor ramma gje gode tenester på eit rett nivå.

Dei siste åra har myndigheitene stilt høgare krav til helse- og omsorgstenesta i form av lovverk som regulerer mellom anna krav til dokumentasjon (Helse- og omsorgsdepartementet 2001: § 39). Helse- og omsorgstenesta har behov for at det vert satsa på organisasjons- og leiarutvikling for å kunne møte utfordringane med auka krav til effektivisering av tenester som held høg fagleg kvalitet og som er økonomisk forsvarleg (Schaug 2010: 77). Dette er i tråd med føringane i Stortingsmelding nr 47 der kommunane skal ta ei større del av ansvaret for helsetenester og det vil av omsyn til at landet har mange små kommunar vere naudsynt at kommunar samarbeidar. Dette stiller då krav til organisering og leiing av helse- og omsorgstenesta i kommunane (St.mld nr. 47 2008-2009: 139-140). Det er og eit aukande krav til teknologiske hjelpemidlar der mellom anna elektronisk pasientjournal er innført. Helse- og omsorgsdepartementet skal i løpet av 2012 fremje ei Stortingsmelding om elektronisk samhandling for helse- og omsorgstenesta (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a: kap. 26).

I kommuneproposisjonen for 2011 (Kommunal- og regionaldepartementet 2010) kjem det fram at tida med endringar og omstillingsprosessar slett ikkje er forbi. Styresmaktene er tydelege på at kommunane må tilpassa seg den demografiske utviklinga og forventingar innbyggjarar har til kvaliteten på tenester. Kommunane må kontinuerleg vere i utvikling slik at kommunane er i takt med nye utfordringar og krav. Det er fokus på sjukefråvær der kommunane oppfordrast til å arbeide systematisk og kontinuerlig med å redusere fråværet. Det vert lagt fram som ein føresetnad at kommunane skal prioritere god økonomistyring og effektiv bruk av ressursane. Kommunane vert og oppfordra til å inngå interkommunalt

samarbeid for å imøtekoma kompleksiteten i oppgåver som krev høgare kompetanse og spesialisering som er aukande i kommunane (Kommunal- og regionaldepartementet 2010: 31-33).

1.3 Avgrensing

Denne masteroppgåva handlar om leiarkompetanse hjå øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Leiarkompetanse i denne samanheng er kompetanse til å handsama oppgåver rådmannen i mange kommunar har delegert som er økonomi-, personal- og fagansvar. Med tanke på avgrensingar oppgåva har, har eg ikkje sett nærare på tillit. Dette kunne vore interessant med tanke på at rådmennene har delegert oppgåver innanfor økonomi-, personal- og fagansvar.

1.4 Forskingsstatus

Her vil eg presentere det eg har funne av forskning innanfor området til masteroppgåva mi. Eg har forsøkt å søke både i skandinaviske og engelske kjelder. Eg har funne ei oppgåve frå Sverige som er gjengjeve under. I Noreg er det skreve ein del om at det er behov for kompetanseheving. Eg har difor gjort eit utval for å avgrense oppgåva.

Arbeidsforskningsinstituttet har på oppdrag frå KS gjort ein kartleggingsstudie av leiing og leiarutdanning i kommunanes helse- og omsorgstenesta i kommunane i 2010 (Pettersen 2010). Spørjeundersøkinga vart sendt til alle kommunar. Rådmann eller kommunalsjefar/ sektorsjefar utgjorde populasjonen. Svarprosenten var på 49,3. Bakgrunn for arbeidet er Samhandlingsreformen (St.mld nr. 47 2008-2009) som vart vedteken i Stortinget våren 2010. Kartleggingsstudien handlar om behovet for auka leiarkompetanse i norske kommunar i samband med samhandlingsreformen. Kartleggingsstudien syner vidare at kommunar har høgt fokus på leiing og leiarutvikling. Denne undersøkinga omhandla overordna strategisk planlegging, økonomistyring, kompetanseutvikling hjå personalet, kvalitetsutvikling, personlege leiarferdigheiter og gode samarbeidsløysingar i helse- og omsorgstenesta. Vidare syner undersøkinga at det er ei brei oppslutning frå kommunane om at det vert laga ei opplæringspakke for kommunale leiarar. Eit fleirtal av respondentane har ei formeining om at leiarutvikling bør skje i kombinasjon med kommunale, regionale og nasjonale tiltak

(Pettersen 2010: 25). Ei svakheit ved undersøkinga slik eg vurderer rapporten, er at kompetansen til leiarane ikkje kjem fram. Det vert spurt om høgste utdanningsnivå, det kjem ikkje fram om leiarane til dømes har leiarutdanning og leiarrøynsler. Det er sett på kva dei treng, ikkje på kva dei har av kompetanse.

I ei anna undersøking gav KS Asplan Viak as (L. E. Moland, Bråthen, Urne, et al. 2010) i samarbeid med forskingsstiftinga Fafo oppdrag å sjå på kompetansestyring og kompetanseutvikling i kommunar. Rapporten omhandlar kompetansestyring og kompetanseutvikling i kommunar og korleis det påverkar oppgåvene som leiarar og medarbeidarar skal utføre. Dei har utpeikt tre hovudelement som er beskrivande for strategisk kompetansestyring. Desse er

- planlegging
- gjennomføring
- evaluering

Det er ulike utfordringar ut i frå storleiken på kommunar. Små kommunar har ofte lengre veg til høgskule/universitet slik at dei vektlegg i større grad formell utdanning i si kompetansesatsing medan større kommunar i større vektlegg opplæring som i all hovudsak gjev realkompetanse. Rapporten legg vekt på kompetanseheving og at leiarar er ei prioritert gruppe. Dette for å sikre utviklinga i kvaliteten på tenester kommunen skal yte, og for å sikre god rekruttering. Rapporten er tydeleg på at det er behov for strategisk og systematisk kompetansestyring og målretta kompetanseheving. Vidare er det sett på kommunar som lærande organisasjonar der ein del kompetansehevingstiltak skjer på arbeidsplassane der medarbeidarane lærer i samspelet med kvarandre. Leiarar er dei som får mest tilbod om kompetansehevingstiltak, likevel seier denne undersøkinga at berre fem prosent meiner kompetansehevingstiltak gjev betre leiing (L. E. Moland, Bråthen, Urne, et al. 2010). I høve til Hovedtariffavtalen frå 2008-2010 (KS 2010a) som er vidareført i inneverande tariffperiode skal kommunar kartleggje kompetansen til medarbeidarane. Rapporten syner at kommunane er på veg til å kartleggje kompetansen til dei tilsette jf hovedtariffavtala (L. E. Moland, Bråthen, Urne, et al. 2010). Det rapporten ikkje seier noko om er kva for kompetanse kommunen har. Vidare seier den ikkje om den kompetansen kommunane har er rett kompetanse for deira kommune.

Fafo er engasjert av Fagforbundet til å gjennomføre eit prosjekt, "Liv og arbeid – mulighetenes arbeidsliv for alle" Målet med prosjektet er at ein skal sjå på kva som kan fremje ein god politikk for eit godt arbeidsliv. Prosjektet har resultert i 7 delrapportar der delrapport 3 og 4 er interessante for denne masteroppgåva.

Delrapport 3 (Hagen 2009) Korleis påverkar kompetanse og opplæring kvardagen og kven er mottakeleg? Denne delrapporten handlar om medarbeidarar si evne og vilje til kompetanseheving i form av kurs og vidareutdanning. Det kjem fram at desto høgare kompetanse medarbeidarar har, desto større grunn ser dei for å auke denne. Alderen er ein vesentleg faktor, motivasjonen er høgare blant dei under 50 år. Rapporten syner at behovet for auka kompetanse er gjeldande for å meistra dei oppgåver som organisasjonen skal utføre. Rapporten tek og for seg kva utdanningsnivå og kompetanse har å seie for kor lenge arbeidstakarar står i jobb. Rapporten tek i all hovudsak for seg eldre arbeidstakarar og om det er samsvar mellom arbeidstakars kompetanse og kva arbeidsgjevar krev. For mykje eller feil kompetanse kan og medføre at arbeidstakarar pensjonerar seg tidlegare (Hagen 2009).

Delrapport 4 (Trygstad 2009) Endringar i norske kommunar dei siste åra for å møte nye utfordringar og kunne løyse fleire oppgåver. Rapporten handlar om arbeidstakarar i offentleg sektor med hovudvekt på kommunalt tilsette og kva for konsekvensar det har fått som fylgje av endringar med bakgrunn i kritikken på 1980-talet. Offentleg sektor vart kritisert for tregheit, sløseri og sviktande innsats til korleis ein skulle møte nye behov. Ein aukande del av kvinner vart sysselsett til det politiske initiativ om moderniseringsprosjekt med New Public Management (NPM). Eit av funna i dette prosjektet er at medarbeidarar som har fått eit større ansvar enn tidlegare, eller der det er tale i bruk ny teknologi, ikkje har medført at kommunar har vektlagt behov for opplæring. Undersøkinga syner og at omorganiseringar og omstillingsprosessar har medført eit auka ansvar, nye arbeidsoppgåver og auka arbeidsmengde for medarbeidarane (Trygstad 2009).

Ei masteroppgåve (Hole 2009) handlar om endring i leiarfunksjon i tre kommunar der dei vart organisert frå sektorstyring til tonivåmodell. Funn i denne oppgåva syner at leiarar si rolle i ein hierarkisk modell var av fagleg karakter der fokuset på faget, gode fagmiljø og utvikling av tenester til det beste for pasientane var det sentrale. Leiarane deltok den gongen ofte i pasientsituasjonar og fekk på den måten ei god oversikt over kva som rørte seg i eininga. Leiarar hadde få administrative oppgåver, dei oppgåvene hadde etatssjefen ansvaret for. Etter

ei endring til tonivåmodellen syner funna i oppgåva at den nye leiarrolla har medført ei auke i mynde og ansvar. Dei har i større grad vorte fjerna frå det faglege og over i dei administrative oppgåvene. Oppgåvene har vore interessante og dei har fått ei større forståing av kommunalt ansvar i ei større samanheng. Dei opplev i tillegg eit større krysspress både frå medarbeidarar, rådmann, pasientar og pårørande enn kva dei opplevde tidlegare. Oppgåva seier ikkje korleis nye oppgåver i ein ny leiarfunksjon vart løyst med tilrettelagt opplæring. Det kan sjå ut til at leiarar i ny organisasjonsmodell i stor grad har tilegna seg nye oppgåver etter kvart som dei har dukka opp (Hole 2009).

Ei anna masteroppgåve (Haugen 2009) handlar om vanskelege vallsituasjonar som avdelingsleiarar i kommunehelsetenesta står i og korleis dei reflekterer over eigen praksis. Det kjem fram i oppgåva at avdelingsleiarane er fagleg engasjerte og har tilegna seg kompetanse gjennom leiarrøynsler. Avdelingsleiarane som deltek i denne undersøkinga er utdanna sjukepleiarar eller vernepleiarar. Funn i oppgåva syner at det i liten grad vert stilt krav til formell kompetanse, leiarkompetanse og behovet for leiarutvikling. Vidare syner oppgåva at avdelingsleiarane er leiarar for 30 – 60 tilsette. Leiarane uttrykkjer og at det ikkje er i samsvar mellom krav, forventningar og verkelegheita (Haugen 2009).

Ein doktorgrad (Garåsen 2008) som tek for seg kva behandling som er best etter akuttbehandling i sjukehus. Alle vart innlagt på St. Olavs Hospital Trondheim. 50 % vart ferdig behandla på sjukehuset medan 50 % (intervensjonsgruppa) vart overført til kommunen når pasienten var stabil. Etter eit halvt år var det 25 % i intervensjonsgruppa som var sjølvhjelpne. Av dei som vart ferdig behandla i sjukehus var det berre 10 % som klarde seg sjølv. Undersøkinga viste og at heile 31 % av dei som vart ferdigbehandla i sjukehus var døde etter eit år. I intervensjonsgruppa var 18 % døde. Undersøkinga viste og at pasientar som vart ferdigbehandla ved ei kommunal avdeling vart sjeldnare re-innlagt i sjukehus. Ei av forklaringane er at ved ei kommunal avdeling ser personalet pasientane meir og kan gje ei tettare oppfølging på det som er problemet (Garåsen 2008). Denne studien er ein av få som er gjennomført her i landet og er med på å dannar grunnlaget for samhandlingsreformen (St.mld nr. 47 2008-2009).

Ein rapport om effektivitet og effektivitetsutvikling i kommunesektoren SØF rapport 05/05 (Borge 2005), er det sett på effektivitetsforskjellar i kommunal tenesteproduksjon for grunnskule og pleie- og omsorgstenesta separat. Analysen syner at det er store

effektivitetsforskjellar mellom kommunane. Det er difor undersøkt om forskjellane kan ha ein samanheng med inntektsnivå, politiske faktorar og organisering av budsjettprosessen. Analysen seier at høgt kommunalt inntektsnivå, stor partifragmentering og høg andel av sosialistar i kommunestyret syner at kommunen har ein låg effektivitet (Borge 2005).

Studien seier ingenting om kompetanse hjå leiarar eller dei som skal yte tenestene. Det meiner eg er ei svakheit. Eg trur at rett kompetanse i mange tilfeller er naudsynt for å auke effektiviseringa og eg trur og at kompetanse vil ha innverknad på kvaliteten. Til dømes har eg sjølv erfaring med at sjukepleiarar kan handsama fleire oppgåver fordi dei har kompetanse til det. Når det ikkje var sjukepleiarar på jobb erfarte eg at oppgåver vart oversett eller sett på vent som følgje av mangel på kompetanse.

I ei svensk studie med kvalitative intervju av 20 sjefar innanfor den svenske helse- og omsorgstenesta (Hjalmarson, Norman & Trydegård 2004). Studien gjev ei kritisk røyst til utdanningsbakgrunn til leiarar i helse- og omsorgstenesta i Sverige. Årsaka er at leiarar har for dårleg akademisk bakgrunn. Oppgåva ber preg av at leiarane har mange oppgåver som skal løysast. I studien kjem det fram at det ikkje er delegert mynde til leiarane i helse- og omsorgstenesta. Leiarane oppleve ei gjennomgåande mistillit frå leiinga fordi budsjettet går i minus. Leiarane i helse- og omsorgstenesta er på si side opptatt av at pasientar skal få god pleie og omsut og at personalet skal arbeida saman som eit team. Det kjem fram at dei har hatt moglegheit for kompetanseheving, det har dei ikkje prioritert, der tid er oppgjeve som årsak. Leiarane har vald å prioritera å byggja opp eininga dei er leiar for. Dei har dei siste 10 år vore gjennom fleire omorganiseringar der økonomi har vore ei årsak. Utfordringane er økonomi, høgt korttidssjukefråver og at personalet har eit dårlegare og dårlegare kunnskapsnivå (Hjalmarson et al. 2004).

1.4.1 Oppsummering av forskingsstatus

I arbeidet med å finne kva det er forska på når det gjeld leiarkompetanse har eg oppdaga at mange er opptatt av leiarkompetanse og kompetansehevande tiltak innanfor helse- og omsorgstenesta. Kompetansehevingstiltak syner at det hevar kvaliteten i helse- og omsorgstenesta. Det eg ikkje har lukkast med er å finna ut om nokon tidlegare har sett på kva for leiarkompetanse leiarane eigentleg har? Har leiarar i helse- og omsorgstenesta rett

kompetanse? Klarar dei å nytte den kompetansen dei har til å handsama oppgåver som rådmann har delegert innanfor økonomi-, personal-, fagansvar samt sakshandsaming innanfor desse områda?

1.5 Problemstilling

Øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ulike namn frå kommune til kommune. Det kan til dømes vere resultatleiarar, verksemdsleiarar, einingsleiarar og tenesteleiarar. Eg har difor vald å kalla dei for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta for å vere tydeleg på at det er leiarar som rapporterer til rådmannsnivået eg omtalar i oppgåva. Øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta er dei leiarane som er leiarar for sjukeheimar, heimetenester, tenester til psykisk utviklingshemma og tenester til psykisk sjuke.

Eg er nysgjerrig på kven leiarar i helse- og omsorgstenesta er og kva for leiarkompetanse dei har. Når eg seier at ein person har leiarkompetanse, er det to ting eg vektlegg. Det eine er den teoretiske kunnskapen, den formelle kompetansen, vedkomande har tilegna seg i utdanning. Det andre er erfaring, realkompetansen. Når ein leiar klarer å nytte kunnskap som er erverva gjennom utdanning og nytte den praktiske erfaring si gjennom arbeidet som leiar, kjem ordet leiarkompetanse til uttrykk. Med leiarkompetanse meiner eg kva for utdanning og erfaring desse leiarane har til å handsama dei oppgåver rådmannen har delegert til dei. Eg har vald følgjande problemstilling for oppgåva:

”Kva for leiarkompetanse har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta”

Litteraturen skil på formell kompetanse og realkompetanse (Lai 2004). Den formelle kompetansen er gjennom utdanning med eksamenspapir og fagbrev. Realkompetanse er det personen faktisk kan. Denne kompetansen kan utviklast gjennom utdanningssystemet, arbeidserfaring, fritidsaktivitetar, kurs, opplæring med meir. Realkompetanse kan vere vanskeleg å måle og dokumentere (Lai 2004: 55).

Eg er nysgjerrig på kven øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta er. Eg har sjølv vore leiar og har opplevd kor vanskeleg det kan vere å stå i ein skvis mellom toppleiinga på den eine sida og medarbeidarar, pasientar og pårørande på den andre. For å få informasjon om kven øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta er, kva for leiarkompetanse dei har, har dei leiarutdanning,

leiarrøynsler og korleis vurderar dei eigen kompetanse, har eg gjennomført ei kvantitativ spørjeundersøking i 69 kommunar. Så har eg sett på rådmennene, kven dei er, kva for leiarkompetanse dei har og korleis rådmennene vurderer øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta si leiarkompetanse. Årsaka til det er, som tidlegare nemnt i oppgåva, at mange av dagens kommunar er organisert slik at økonomi-, personal- og fagansvar er delegert frå rådmannen.

Leiarar uttrykkjer at personalhandtering er ein sentral del av jobben, det er det vanskelegaste og det dei har minst kjennskap til frå tidlegare (L. E. H. Moland, Halvor 2002: 91). For å kunne handtere personalet på ein god måte er om lag 20 årsverk innan helse- og omsorgstenesta per leiar å betrakte som nok. Fokus er på at ein skal vere i god dialog og kjenne medarbeidarane godt slik at leiaren kan gje råd eller ta ei slutning raskt. Mindre einingar gjev leiarar mindre rom for effektivitet, ressursutnytting og større sårbarheit ved eit sjukefråver (L. E. H. Moland, Halvor 2002: 86).

Skjørshammer (Skjørshammer 2004) seier det er ei overvekt av kvinner innan helse- og omsorgssektoren. Arbeidsoppgåvene er sett på som feminine verdier. Samstundes påpeikar han at det ikkje er eintydig, då legar i stor grad er menn der deira kvardag i større grad består i maskuline verdier (Skjørshammer 2004: 60). Bratland (Bratland 2005) hevdar at utviklinga dei siste 100 år har medført at kvinner har gått frå ubetalt arbeid i heimen, til å ta seg ei utdanning og få betalt for å utføre omsorgsarbeid utanfor heimen (Bratland 2005: 25).

Leiarskap i norske kommunar må tilpassast verdiane i kommunane og at grunnleggjande oppgåver vert handsama på ein god måte. Leiarane må difor ha god kompetanse og dømmekraft på dei områda dei skal leie. Kommunane treng difor leiarar som er kreative, effektive og kunnskapsrike. Ein kommune er ein komplisert organisasjon som det er naudsynt at leiarane kjenner til, difor vil det vere behov for individuell og organisatorisk kompetanse for å utøve godt leiarskap (Baldersheim Harald & Rose Lawrence 2005: 157-159).

I arbeidet med å sjå om eg kan få svar på problemstillinga har eg kome fram til følgjande forskingsspørsmål:

- 1) Kven er øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?
- 2) Kva for utdanning har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?
- 3) Kva for leiarrøynsler har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?

- 4) Korleis vurderar øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta eigen leiarkompetanse?
- 5) Korleis vurderar rådmannen leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?

Kommune-Noreg består av 430 kommunar med nærare 5 mill innbyggjarar (Statistisk sentralbyrå (SSB) 2011). Undersøkinga Asplan Viak AS gjorde i 2010 syner at små kommunar har lengre veg til stader innbyggjarane kan ta høgare utdanning. Små kommunar som ikkje lykkast med å rekruttera den kompetansen dei har behov for lyt utdanne den arbeidskrafta dei har for å få løyst oppgåvene (L. E. Moland, Bråthen, Urne, et al. 2010: 8).

Helse- og omsorgstenesta har tradisjonelt vore leia av personar med helsefagleg bakgrunn (Schaug 2010: 77). Det har vore gjenstand for diskusjon omkring fagfolk skal leie denne tenesta og det er reist spørsmål om det er mogleg å kunne leie helse- og omsorgstenesta utan den faglege bakgrunn (Øgar 2004: 64). Lov om helsetenestar i kommunane § 1-3 stiller krav til kva for helsetenestar kommunane pliktar å ha (Norge 1993). Etter etatsmodellstyringa kom det fram at det var ein vesentleg fordel at leiarar som hadde ansvaret for dei ulike fagområda hadde fagkompetanse til det (Schaug 2010: 38). Moland hevdar at det vert stilt krav til stillingar innan helse- og omsorgstenesta med delegert ansvar for økonomi-, personal- og fagansvar. Kravet er treårig helse- og sosialfagleg utdanning, brei erfaring og helst vidareutdanning (L. E. H. Moland, Halvor 2002: 89). Med bakgrunn dette har eg laga to hypotesar:

1. Desto større kommunane er desto høgare er leiarkompetanse blant øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta
2. Kommunen krev at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ei høgskuleutdanning innan helse- og sosialfag

1.6 Oppbygging av oppgåva

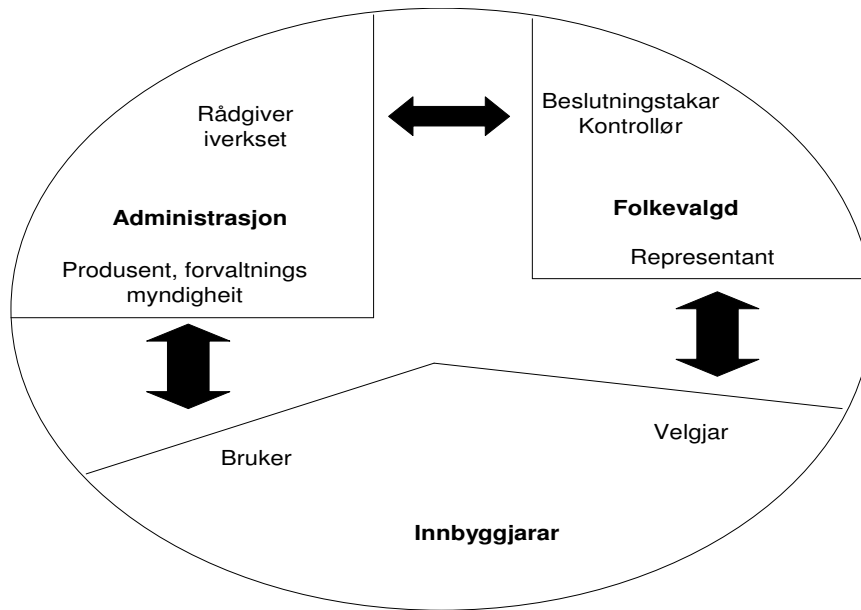
I kapittel to presenterar eg den teoretiske referanseramma. Korleis eg har gått fram, metoden kjem i kapittel tre. I det fjerde kapittel presenterar eg resultatata frå undersøkinga medan det i kapittel fem er diskusjonar av resultatata sett i lys av teori og forskingsstatus. Kapittel seks inneheld konklusjon og i kapittel sju har eg eit avslutningskapittel.

2 Teoretisk fundament

2.1 Kommunale oppgåver og organisering

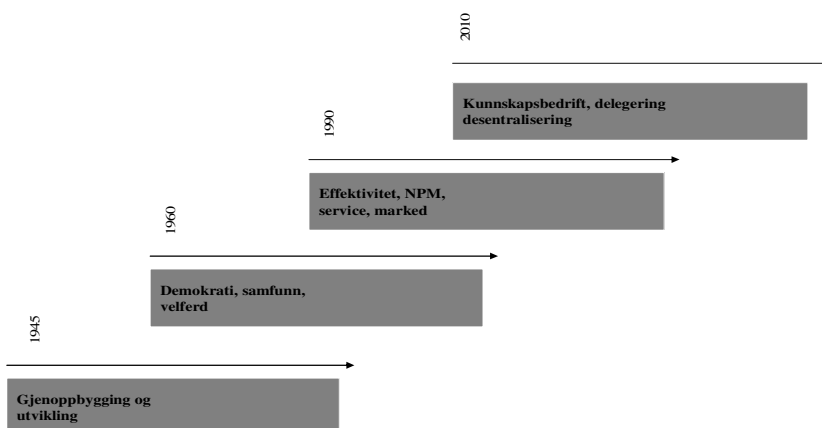
Eg har i avsnitt 1.1 sagt noko om kommunar og organisering. Eg vel likevel å gjenta noko av det her då eg tykkjer det er relevant. Før kommunelova frå 01.01.93 var det vanleg å organisere kommunane i ei tradisjonell organisering i etatar eller fagområde. Fordelen med ein tradisjonell etatsmodell er at den er organisert etter fagområdet og kan vere lettare å forstå for innbyggjarar i kommunen. Leiarar innanfor desse områda hadde fagkompetanse innanfor dei områda dei var leiarar for. Det vanlege er at sektorleiar har ansvar for økonomi og personale, mens leiarar innanfor dei ulike fagområda har ansvar for faget. Enkelte kommunar er framleis organisert etter denne modellen (Schaug 2010: 37-38). I ein tonivåmodell har rådmannsnivået delegert mynde innan økonomi-, personal- og fag til leiaren for resultateininga/verksemda. Desse er då øvste leiarar innanfor dei ulike fagområda. Denne modellen kjenneteiknast ved at det er rådmannsnivå som består av rådmannen og kommunalsjef(ar) og resultateiningar/ verksemdar. Det er ulike namn i ulike kommunar på nivået under rådmannen og kommunalsjef. Målet er at det skal vera kort veg frå tenesteutøvar og dei som fattar administrative vedtak slik at dei administrative prosessane vert minst moglege (Schaug 2010: 38).

Kommunane i Noreg vert styrt av lokaldemokratiet. Innbyggjarane i kommunane går til valurnene kvart fjerde år, for mellom anna å velja kven av lokalpolitikarane som skal representere kommunen i politiske organ dei neste fire år. Ei kommune består av folkevalde, administrasjon og innbyggjarar. Det er innbyggjarane som vel dei folkevalde som er initiativtakarar, fattar vedtak og kontrollørar overfor administrasjonen. Dei folkevalde er innbyggjarane sin representant. Administrasjonen har ansvar for at vedtak som folkevalde har fatta vert effektuert. Administrasjonen vil i mange tilfeller og vere initiativtakarar og saksbehandlarar for å fremje sakar til politisk behandling hjå dei folkevalde. Administrasjon er tenesteleverandørar til innbyggjarar ut i frå dei politiske vedtak fatta i ei kommune og ut i frå kva Stortinget og regjeringa har fatta vedtak om at ei kommune skal yte av tenester (Schaug 2010: 16). Figur 1 nedanfor visualiserar dette.



Figur 1: Forholdet mellom innbyggjarar, folkevalde og administrasjon i kommunane (Schaug 2010: 16).

Kommunal sektor har tidlegare vore kjent for å vera stabil med trygge arbeidsplassar og arbeidsoppgåver. Dei siste tiår har kommunal sektor i større grad gjennomgått store endringar og omstruktureringar som har fått konsekvensar både for politikarar, leiarar, medarbeidarar og innbyggjarar. Årsaka til store endringar også i kommunal sektor skuldast i stor grad økonomi og aukande krav gjennom nye lovverk der det dei seinare åra har vore eit sterkare fokus på kontrollar, revisjonar og tilsyn (Schaug 2010: 37 og 52).



Figur 2: Utvikling av kommunanes hovudoppgåver og ansvar frå 2. verdskrig fram til i dag (Schaug 2010: 110).

Verden utviklar seg, organisasjonar utviklar seg, det kjem nye lover, forskrifter og retningsliner som vi lyt forholde oss til i kvardagen i norske kommunar (Schaug 2010: 110).

I følgje ein artikkel på KS si internettsider i september 2010, utgjorde kvinnelege rådmenn 18% av totalen (KS 2010b). Dette er i tråd med det Schaug hevdar at om lag 80% av alle rådmenn er menn (Schaug 2010: 48). I offentleg verksemd innanfor helse- og sosialsektoren er det ei overvekt av kvinnelige leiarar. Toppstillingane i kommunen er stort sett besett av menn. Dei seinare åra har kvinner i større grad take høgare utdanning innanfor ulike fag, likevel er det mange yrkesgrupper som er leia av menn. Kvinner derimot ser ut til å dominere i offentleg sektor og då spesielt innanfor helse- og sosialsektoren (Strand 2007: 355-358).

Utdanningsnivået i norske kommunar vil variere. Det vil til dømes vere høgare utdanningsnivå i byar og tettstader med høgskular, universitet og store forskingsmiljø. Desse tettstadene opplever og ein auke i befolkningsveksten (NOU 2011:3). Utdanningsnivået i Noreg har hatt ei auke sidan 1980, spesielt blant kvinner. I 1980 hadde om lag 50% av folkesetnaden grunnskule som si høgste formelle utdanning. Det var 52% av kvinnene som hadde grunnskule som høgste formelle utdanning i 1980 og 10% hadde universitets- og høgskulenivå som si høgste formelle utdanning. I 2005 syner tala at det er 33% kvinner som har grunnskule som si høgste formelle utdanning medan det er 26% som har universitets- og høgskulenivå som si høgste formelle utdanning (Folkehelseinstituttet 2008). Frå 1967 – 2002 var det ein auke frå om lag 20000 til om lag 90000 legar og sjukepleiarar. Dette er ein auke på 450% og folketalet i Noreg auka i same periode med 20% (Stamsø 2005: 41).

2.2 Kva er ein god leiar?

Prinsipal-agent-teori er i utgangspunktet ein økonomisk teori. Prinsipal kan til dømes vere rådmann og agenten er øvste leiar i helse- og omsorgstenesta. Likeeins kan ein seie at prinsipal er ordførar eller kommunestyret og agenten er rådmannen. Prinsippet her er at prinsipalen er avhengig av at agenten utførar oppgåver ut i frå korleis dei er delegert. Teorien har og som utgangspunkt at ein skal ta hand om økonomien i organisasjonen slik han ville ha styrt eigen økonomi. Ein må difor finne løysingar for at ein ikkje skal bruke meir pengar enn det som er i budsjettet. Dersom ein gjer det lyt ein finna løysingar som gjer at ein tener inn att dette andre stader for å få budsjettet i balanse. Det kan vere ulike mål for prinsipal og agent.

Øvste leiar i helse- og omsorgstenesta vil kanskje ha større innsyn i verksemda si når det gjeld det faglege enn kva rådmannen har. Øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta – agenten – kan skulda på ressursmangel for ikkje å nå dei fastsette mål der prinsipalen – rådmann – kjem til kort som fylgje av mangel på fagkunnskapar. Prinsipal-agent-teori kan og kjenneteiknast ved at organisasjonen nyttar system som gjev leiaren fordelar og gevinstar (Jensen & Meckling 1976: 305-312).

Ein god leiar kan vere ein leiar som løysar sentrale leiaroppgåver på ein tilfredsstillande måte. God leiing vil ikkje vere konstant. Ein leiarstil som passar i ein situasjon kan få katastrofale følger i eit anna tilfelle (Øgar 2004: 62). ”Med ledelse forstår vi aktiviteter og egenskaper som får andre til å gjøre ønskede ting eller oppnå ønskede resultater. Ledelse forutsetter at lederen eller ledelsen har virkemidler som kan få andre til å endre atferd i ønsket retning” (Øgar 2004: 59). Det er avgjeringar leiaren gjer der og då i den aktuelle situasjon som har betydning (Baldersheim Harald & Rose Lawrence 2005: 140-142). Kjenneteikn på god leiing kan vere at leiaren har makt og mynde til å utføra arbeidet, gode kommunikasjonsferdigheiter, uthaldenheit, tydelegheit, lojalitet, er utviklande, tek inn over seg ny lærdom og er romsleg overfor sine medarbeidarar slik at dei har moglegheit til å gjere ein god jobb fordi leiaren har tillit til dei (Øgar 2004: 62-64)

George Kenning har i ein av sine 31 retningsliner for leiing sagt at ”Faglig dyktighet er ingen lederkvalitet. En ledar kan som leder lede hva som helst” (Kalleberg 1991: 234). Denne er kanskje ei av Kennings tesar som i stor grad har vorte diskutert og kritisert (Kalleberg 1991: 234). Stamsø (Stamsø 2005) hevdar at leiarar kan ha ei heilt anna utdanning enn kva medarbeidarar har. Dugleik til å handsama eit aukande ansvar som gjev gode resultat retta mot mål vert vektlagt sterkare enn leiarens utdanning og profesjon (Stamsø 2005: 61).

Å ha helsefagleg utdanning når ein skal leia helse- og omsorgstenester i kommunen kan vere både fordelar og ulempar. Fordelane kan vere kunnskapar ein har om kva for oppgåver verksemda har og kva for kunnskapar som er naudsynte for å forstå dei ulike arbeidsprosessane og for å kunna nå fastsette mål. Vidare kan det vere ein fordel for å forstå kva for utfordringar medarbeidarane står i som kan vere ein sentral føresetnad for god kommunikasjon. Ulempa kan vere at leiarane ikkje har like god føresetnad til å handsama det økonomiske. Det vil difor vere av stor verdi at dei som skal vere leiarar for helsetenesta har helsefagleg bakgrunn i tillegg til leiarkunnskapar og leiarrøysler. Det vert trekt i tvil om ein

økonom kan leie helsetenesta betre enn kva ein leiar med helsefagleg utdanning kan gjere (Øgar 2004: 64-65).

Schaug (Schaug 2010) har sett på utlysningstekstar når kommunar søker etter rådmenn. Her kjem det fram at kommunar ikkje søker spesifikt etter at søkarar skal ha leiarutdanning. ”Solid og høgare utdanning” (Schaug 2010: 29) er ordlyd som går att i dei fleste utlysningstekstar. Det vert i større grad vektlagt leiarrøynsler. Det som går att i alle utlysningstekstar er ”relevant og brei leiarrøynsler frå offentleg og/eller privat verksemd (Schaug 2010: 30).

”Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdningar som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål”

(Lai 2004: 48). Med dette uttrykkjer Lai at kunnskapar er å kunne, ferdigheiter er å kunne utføre det ein skal gjere og evner er måten ein gjer det på gjennom grunnleggjande eigenskapar og føresetnader der personleg eigenskapar og mentale føresetnader er avgjerande (Lai 2004: 48-49). I tabell 1 vert det presentert fire kategoriar for kompetanse.

Leiarkompetanse, fagleg kompetanse, personleg kompetanse og sosial kompetanse. Dei kan stå kvar for seg samstundes kan dei vere avhengige av kvarandre (Lai 2004: 57).

Tabell 1: Hovedkategoriar kompetanseformer (Lai 2004: 57)

Fagleg kompetanse	Kompetanse som er direkte relevant for å kunne utføre gitte oppgaver og funksjoner på en faglig (yrkesmessig, teknisk, praktisk) fullgod og formålstjenelig måte.
Leiar-kompetanse	Kompetanse som er relevant for oppgavemessig, personalmessig og strategisk ledelse, herunder gjennom beslutningstaking, organisering, måldefinering og tilrettelegging for måloppnåelse.
Personlig kompetanse	Kompetanse utover det rent faglige, som påvirker egen oppgaveutførelse isolert sett, herunder ansvarsfølelse, etisk bevissthet, fleksibilitet, nøyaktighet, kreativitet og evne til ny- og egenutvikling
Sosial kompetanse	Kompetanse som er av betydning for samarbeid med andre, herunder kommunikasjons- og samarbeidsferdigheter, samt evner til utvikling i samarbeid med andre

Leiarkompetanse vil vere avhengig av både den sosiale kompetanse og den personlege kompetansen. I likskap med Kenning (Kalleberg 1991) hevdar Lai (Lai 2004) at leiarar ikkje treng å ha fagkompetanse innanfor det felt leiaren er leiar for, samstundes påpeikar ho at det innanfor enkelte verksemdar er det nødvendig og ynskjeleg at leiaren har ein fagbakgrunn som er i tråd med medarbeidarar leiaren skal leie (Lai 2004: 57). Øgar (Øgar 2004) kritiserar rådmannen for at det er gjort for lite satsing innan leiing i helse- og omsorgstenesta. Krav til effektivitet, behovet for fleire hender og kompetanse og utfordringar med eit høgt sjukefråver. Når det er kombinert med at mange kommunar ikkje har leiaropplæring og kompetanseheving av leiarar gjer at denne sektoren har store utfordringar i framtida (Øgar 2004: 53).

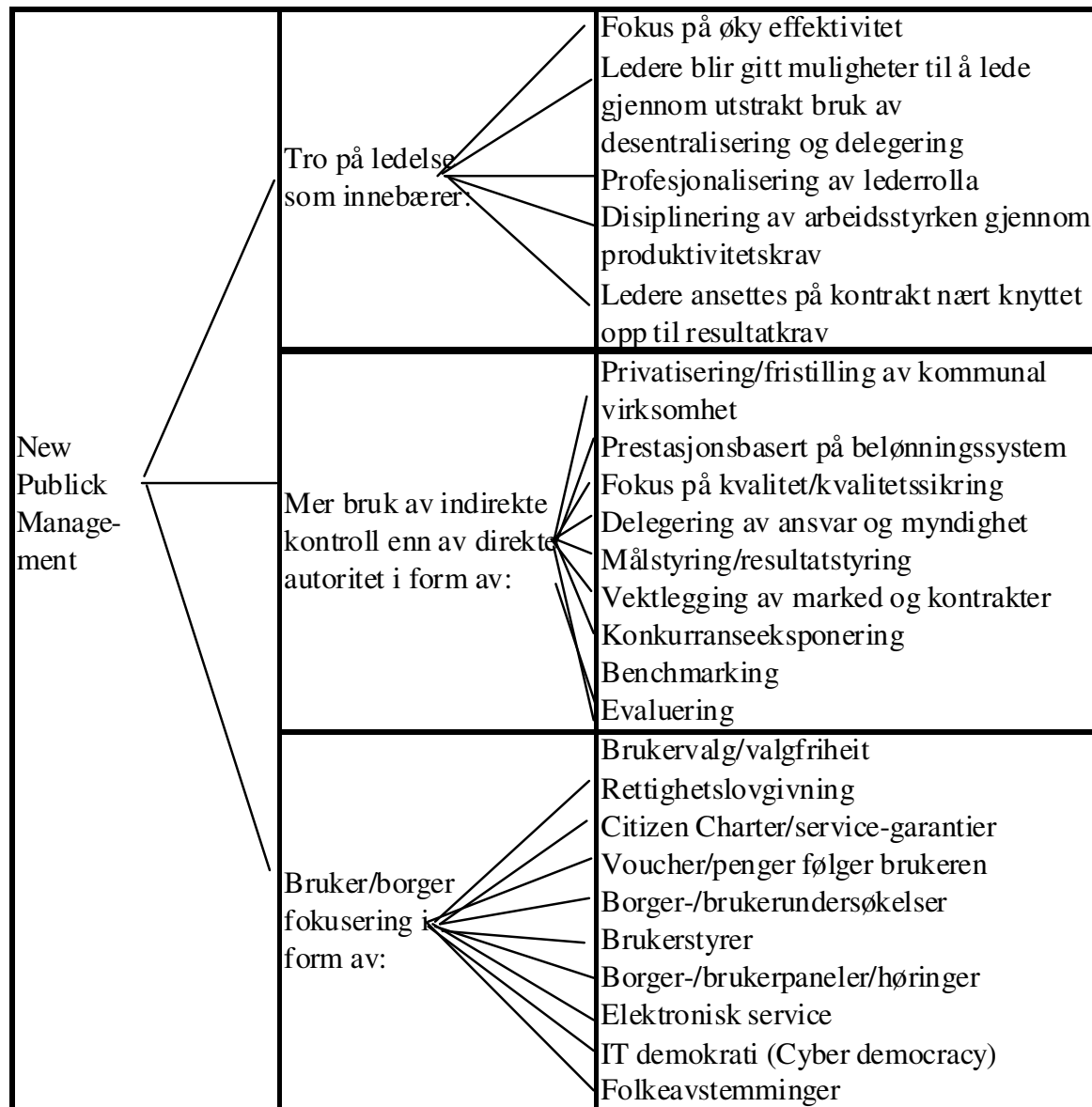
Aadland (Aadland 2004) hevdar at verdibasert leiing skal framkoma gjennom involvering, myndegjering og refleksjon der tilsette skal ha verdifokuserte haldningar. Dei tilsette skal ha dette så godt innarbeidd at dette vert synleggjort i arbeidet i organisasjonen. Fokus på verdibasert leiing syner at tilsette vert meir effektive. Aadland hevdar at fokuset på organisasjonens identitet og visjon er ein retning for leiing. Han tek avstand frå regel- og målstyrt leiing der leiing baserar seg på avtalar, makt og kontroll (Aadland 2004: 141-143).

2.3 New Public Management (NPM)

NPM handlar mellom anna om å tilpassa offentleg sektor til dei privates styrings og leiarstil. Målet er å effektivisere offentlege tenester og yte tenester på ein kostnadseffektiv måte (Schaug 2010: 25). NPM har hatt eit fokus på offentleg leiarskap, styring og organisering (Byrkjeflot 2008: 5). Baldersheim (Baldersheim Harald & Rose Lawrence 2005) hevdar at eit av kjenneteikna ved NPM er at leiarskap skal profesjonaliserast. Det inneber at det som kan delegerast, skal delegerast frå rådmann til leiarar slik at dei er i stand til å handsama si eining. I kommunar kan NPM koma til uttrykk gjennom tonivåmodellen der dette vert synleggjort gjennom delegeringar av makt og mynde (Baldersheim Harald & Rose Lawrence 2005: 36).

I den kommunale helse- og omsorgstenesta er det fleire og fleire kommunar som tek i bruk bestillar – utførar modell. Dette er og i tråd med NPM der ein ynskjer å skilja dei som utfører tenestene til pasientane og dei som bestemmer kor mykje tenester den enkelte skal ha (Bratland 2005: 50). Hensikta med NPM var ei fornying av offentleg sektor der ein forsøkar å etterlikne næringslivet. I offentleg sektor skulle ein ikkje kopiera marknadstanken frå NPM

(Skjørshammer 2004: 23). NPM har eit sterkt fokus mot brukarstyring og brukarundersøkingar, jf figur 3.



Figur 3: Ei oversikt over som synar oss kjenneteikn på New Public Management (NPM) (Baldersheim Harald & Rose Lawrence 2005: 29)

I NPM-filosofien står resultatstyring sterkt. Det er opp til leiaren å disponere kvardagen og sjølv finna gode måtar å handsama arbeidsoppgåvene for å nå dei mål som er sett for den aktuelle verksemd (Stamsø 2005: 59). Dersom leiarar har fått delegert makt og mynde slik at dei i stor grad kan handsama dei oppgåver dei har ansvar for, vil leiaren ha ei større forståing av heile organisasjonen. Den byråkratiske organisasjonen som i stor grad er regelstyrt kan

leiarens påverknad ha mindre relevans (Øgar 2004: 65). I 2001 tok staten over ansvaret for sjukehusa i Noreg der styring og organisering var inspirert frå NPM. Ei av hensikta var å auke effektiviseringa ved å behandle fleire pasientar der eit av måla med sjukehusreforma var å få meir helse for kvar krone (Skjørshammer 2004: 26). For å få det til vart finansieringssystemet i sjukehus endra slik at dei fekk midlar av staten ut i frå kor mange pasientar dei handsama (Stamsø 2005: 61).

Ved omorganiseringar dei seinare åra mot tonivåmodellen som er i tråd med NPM inneber det ein reduksjon av leiarnivå. En kan stille spørsmål om konsekvensane gjer at kreativitet og utvikling i fagområdet er fråverande (Bratland 2005: 157). Bratland kritiserar NPM når det gjeld budsjett disiplin innan helse- og omsorgstenesta. Årsaka til kritikken er at det kan resultere i at budsjett disiplin vert for styrande slik at omsynet til budsjett går føre kva som er faglig forsvarlig. Det er ein krevjande verksemd å budsjettere og å halde budsjettet sidan det handlar om liv og helse (Bratland 2005: 141), sjå avsnitt 1.2, 5 avsnitt side 13.

Aadland (Aadland 2004) kritiserar NPM fordi økonomi og fagleg forsvarlegheit vil gje verdikonflikt. NPM er styrd av mål der konkurranse, økonomi og effektivitet står i sentrum. Det kjem i konflikt med det fagleg forsvarlige ved at ein skal handla i respekt for det gode utan kortsiktige gevinstar. Det er ikkje mogleg å tene to herrar og då lyt leiarane velja det eine (Aadland 2004: 145-146).

Offentleg sektor har i fleire år vore omtala som byråkratisk, ineffektiv og stor. Ei auke i offentlege oppgåver gjer at fleire må tilsetjast og det offentlege har difor vorte kritisert for å ha ei tung administrasjon (Stamsø 2005: 58). Samstundes er kritikken til NPM at måten å styre det offentlege på skal gje økonomiske insentiv. I privat verksemd er det klare budsjett og det er vanskeleg å be om løyvingar (Stamsø 2005: 58). I det offentlege er det lovverket og velferdsgodar som gjer at det kan vere vanskeleg å halde budsjettet. Behov for endringar i det offentlege kjem og som eit resultat av at det er endringar i innbyggjaranes forventningar til det offentlege og at det er auka bevisstheit omkring kostnader (Stamsø 2005: 64). Vi høyrer ofte at kommunar har dårleg økonomi og at det går ut over tenestetilbodet i kommunane. Statlege myndigheiter uttalar stadig at kommunar kan og må verta meir effektive. Det er ikkje samsvar mellom verkelegheitsbeskrivinga frå statlege myndigheiter med deira forventningar og kva kommunar makter å handsama (Øgar 2004: 38).

Byrkjeflot (Byrkjeflot 2008) påpeikar i sin rapport utarbeidd på oppdrag frå KS at forskjellane framleis er store og at tilnærminga mellom offentleg og privat sektor har stoppa opp. Han hevdar at offentleg sektor gjer eit forsøk på å finna seg sjølv og at det er risikofyllt å kopiera private modellar (Byrkjeflot 2008: 11-19).

Leiarar som har fått delegert makt og mynde tek leiarskapet på alvor ved å gjennomføre dei oppgåver dei har ansvar for og oppnå resultat. Desto høgare toppleiinga ein leiar sit, desto meir synleg er han og han gjev tilgang på makt. Organisasjonar som har gode rutinar for rolle- og ansvarsfordeling, og der delegeringar er tydeleg avklarte, resulterer i at leiarane opplever arbeidsforholda som ryddige. Det medfører ein tryggleik i leiarkvardagen som gjev dei god støtte til å utøve eit aktivt leiarskap (Colbjørnsen 2004: 223-225).

2.4 Læring gjennom handling og refleksjon

Schön (Schön 1983) meiner at refleksjon må vere grunnelementet i handling og læring. Refleksjon over eigne handlingar meiner Schön er naudsynt for å auke kunnskapar og ferdigheiter. Refleksjon er difor ein integrert del av handlinga og heilt naudsynt del av læringa. Han skil mellom tre nivå av refleksjon, desse er:

- Kunnskap i handling: her visar vi våre kunnskapar gjennom handling utan at vi er i stand til å uttrykkje oss ved å fortelje kva vi gjer. Det er ei type kompetanse som vert synleggjort gjennom sjølve handlinga. Dermed vert bruk av denne kunnskapen betrakta som kompetanse.
- Refleksjon på handling; her reflekterer vi i etterkant av ei handling. Då gjer vi oppgåva slik vi meiner den skal gjerast og beskriv den i ettertid. Her vil vi fremja ein dialog mellom det å tenkja og det å handle. På den måten vert kompetanse utvikla og at vi byggjer opp kompetanse til å anvende kunnskapar i praksis
- Refleksjon i handling; her stiller vi spørsmål ved vår kunnskap når vi utøvar handlinga. På denne måten vert vi kritiske til kva vi gjer og har høve til å gjere endringar for å gjere oppgåvene betre. Ved å vere kritisk set vi oss i stand til å prøva ut nye handlingar. På denne måten skjer læring gjennom refleksjon i handling, det vil si først refleksjon på handling deretter refleksjon i handling der ny åtferd som fylgje av refleksjon vert aktivisert (Schön 1983: 59-63).

Aadland (Aadland 2004) hevdar at verdibasert leiing skal framkoma i den praktiske handlinga der den har fokus på:

- Kva ein ynskjer å drive med, korleis ein bør gjere det og kvifor. Dette er det normative-strategiske nivå i verdistyring
- Kva ein faktisk driv med, korleis ein gjer det og kvifor. Dette er det deskriptive-refleksive nivået i verdistyring (Aadland 2004: 160)

Leiarkompetanse er meir enn utdanning. Det må til eit samspel og ein menneskeleg dynamikk der både teoretisk forståing og praktisk erfaring er naudsynt. Leiarar har behov for støtte og positive tilbakemeldingar frå sin overordna når dei meistarar oppgåver og/eller når oppsette mål (Colbjørnsen 2004: 151-153).

3 Metode – framgangsmåte

3.1 Val av metode

Studien er utført som ein tverrsnittundersøking der undersøkinga er ein kvantitativ spørjeundersøking i 69 kommunar. For å utarbeide spørjeskjema og innhenta informasjon nytta eg questback som er eit elektronisk verkty. Eg fekk studenttilgang via Diakonhjemmets høgskole. Undersøkinga var over ei avgrensa periode på 6 veker (Johannessen, Kristoffersen & Tuft 2006: 74).

Kvantitativ spørjeundersøking er ein metode eg ikkje har nytta tidlegare og valde å utfordra meg sjølv ved å nytte den metoden i denne masteroppgåva. Eg ynskte å sjå nærare på kven øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta er og kva for leiarkompetansen dei har. Så ynskte eg å sjå på korleis dei vurderar eigen leiarkompetanse i tilknytning til dei oppgåver dei har ansvar for. I tillegg ynskte eg å sjå på det same hjå rådmannen og at rådmann i tillegg til å vurdere seg sjølv også skulle vurdere øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. For å få til dette utarbeidd eg eit spørjeskjema som gjorde det mogleg å telle opp resultatet. Eg tok utgangspunkt i forskningsspørsmål og hypotesar når eg laga spørjeskjema (Johannessen et al. 2006: 313).

For å analysere svar frå respondentane har eg nytta SPSS som eg også har fått lisens via Diakonhjemmets høgskole. Gjennom dette arbeidet har eg vore oppteken av å jobba systematisk, vere grundig og open omkring arbeidet. Dette er i trå med anbefalingane i litteraturen som omtalar samfunnsvitskapeleg metode (Johannessen et al. 2006: 32-33).

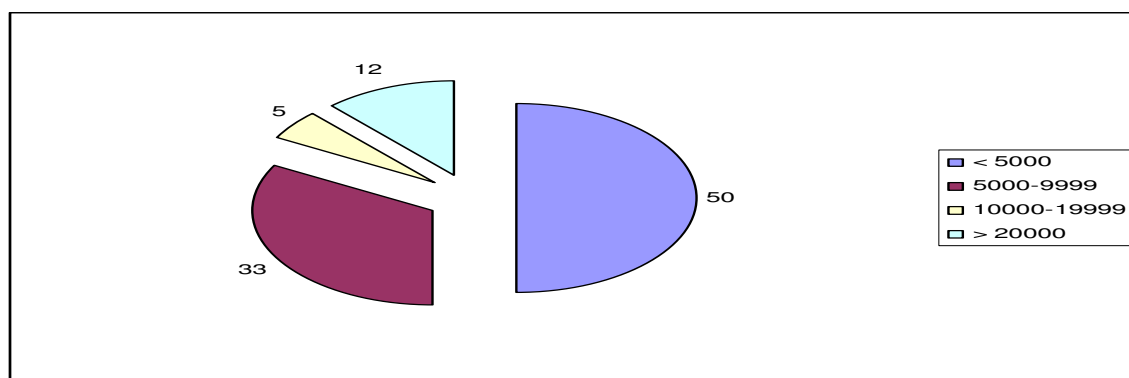
3.2 Utval

Gjennom masteroppgåva ynskte eg å sjå nærare på kva for leiarkompetanse øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har. Eg vurderte fleire måtar å finna fram til populasjonen. Eg oppretta tidleg i prosessen kontakt med KS sentralt. Årsaka til at eg gjorde det var at eg er kjend med at dei har erfaring med serveyundersøkingar i norske kommunar. Me diskuterte val av respondentar og var einige i at eg må rekna i gjennomsnitt 4-6 respondentar i kvar kommune. Noreg består av 430 kommunar. Dersom eg skulle sendt ut til alle kommunar, ville

det innebera ein populasjon mellom 1720 og 2580. Johannesen (Johannessen et al. 2006) uttrykkjer og at det enkelte gonger er både umogeleg og uhensiktsmessig å undersøka heile populasjonen (Johannessen et al. 2006: 205-206).

Eg var inne på tanken om å nytta SSB si kommunegruppeinndeling der dei 430 kommunane er inndelt i 11 kommunegrupper. Dei er inndelt etter folkemengde, bundne kostnader pr innbyggjar og frie disponible inntekter pr kommune (Statistisk sentralbyrå (SSB) 2009). Eg tenkte å velja ut ei kommunegrupper, ei frå kvar inndeling. Eg gjekk etter kvart bort frå denne tanken. Årsaka var at Noreg med sine 430 kommunar har mange småkommunar og distriktskommunar. Eg ynskte difor å sjå nærare på tre fylker som eg såg hadde mange distriktskommunar, men og større byar og tettstader. Undersøkinga vart sendt ut til rådmennene, kommunalsjefar/helse- og sosialsjefar og øvste leiar i helse- og omsorgstenesta i 69 kommunar på austlandet. Populasjonen utgjorde 357. Ei av avgrensingane var og at eg valde å ikkje ta med kommunalsjefar og helse- og sosialsjefar i analysen. Storleiken på kommunane er frå under 1000 til om lag 70000 innbyggjarar, sjå diagram 1 nedanfor. Ved ei berekning antok eg ein populasjonen på om lag 345. Eg ser difor på utvalet som ei strategisk utveljing av populasjon der rådmann og øvste leiarar for helse- og omsorgstenesta er målgruppa som utgjer to nivå i kvar kommune (Johannessen et al. 2006: 208).

Figur 4: Oversikt over kor mange innbyggjarar det er i kommunar der rådmannen har delteke i undersøkinga, i prosent. N=42



Det var 42 rådmenn som deltok i undersøkinga. Det var totalt 69 kommunar difor utgjer svar frå rådmenn 61 %. Eg laga meg ei manuell liste i samband med utarbeiding av spørjeskjemaet. Dette fordi eg ynskte å sjå kor mange kommunar det vart per alternativ svar. Når eg analyserte svara, oppdaga eg at det var eit avvik. Det var fleire rådmenn som hadde svara at dei hadde mellom 10000-19999 innbyggjarar enn kva som var mogleg. Eg gjekk

difor inn i SPSS analysefil fann ut kva for kommune alle respondentane jobbar i og sorterte dei korrekt etter kommunestorleik.

3.3 Gjennomføring av spørjeundersøkinga

Arbeidsforskingsinstituttet (AFI) på oppdrag frå KS gjorde ein kartleggingsstudie av leiing og behovet for leiarutdanning i kommunanes helse- og omsorgsteneste i 2010. Resultatet frå kartleggingsstudiet var offentleggjort på KS sine nettsider i desember 2010 (Pettersen 2010). Eg hadde dialog med fagsjef for leiing i KS før eg sende ut spørjeundersøkinga. Han skreiv eit brev som låg ved spørjeundersøkinga der han anbefalte at dei som vart invitert til å delta i undersøkinga mi skulle svara. Dette ligg som vedlegg 2.

Ei stor utfordring var kva eg skulle kalla øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Det er ingen tittel som heiter det. Mi utfordring var at kommunar har ulike namn på øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Det kan til dømes vere verksemdsleiar, resultatleiar, tenesteleiar, einingsleiar eller seksjonsleiar. Eg valde difor å kalla dei for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta med ansvar for psykisk helsearbeid, psykisk utviklingshemma, heimesjukepleie og/eller sjukeheim. Til tross for denne avklaringa både i e-posten med link til undersøkinga, i orienteringa før dei begynte å svara på undersøkinga og på to plassar undervegs i forkant av enkelte spørsmål, så har eg ikkje vore tydelig nok. Eg mottok fleire e-post frå dei som fekk tilsendt undersøkinga med tilleggsspørsmål då dei var usikre på om dei skulle svara på undersøkinga.

Mi vurdering av desse henvendingane er at det vil vere avhengig av korleis rådmann har delegert oppgåvene. Vidare vil det vere eit spørsmål om korleis øvste leiar i helse- og omsorgstenesta har oppfatta kva for oppgåver vedkommande skal gjere og kva ein kommunalsjef skal gjere. Eit siste spørsmål eg kan stilla meg er korleis har respondentane lese informasjonen undervegs i undersøkinga? Endringar i kommunelova i 1992 gjer at kommunane står særst fritt til korleis dei skal organisere seg (Kommunal- og regionaldepartementet 1992).

Eg la ned ein del arbeid for å få så høg svarprosent som mogleg. Det arbeidet bestod av:

- Kort presentasjon av kva eg skulle skrive masteroppgåve i på ein KS konferanse for to av fylka mindre enn ei veke før undersøkinga vart sendt ut
- Undersøkinga vart sendt ut på e-post direkte til dei som skulle svara der eg nytta heimesidene til kommunane og eg tok kontakt med den enkelte kommune via dei kommunale postmottak. Her gav eg ein kort informasjon om bakgrunn for at eg ba om å få tilsendt e-postadressar til personar i kommunen med dei respektive stillingane. Rådmann, kommunalsjef, helse- og sosialsjef og øvste leiarar for helse- og omsorgstenesta.
- Eg var usikker på kor lang tidsfrist eg skulle setja. Johannesen seier at ein kan sende ei purring 3-4 veker etter utsending til dei som ikkje har svara (Johannessen et al. 2006: 234) . Eg tykte det var lenge og spurde difor ein kollega som i sitt arbeid nyttar spørjeundersøkingar om tidsfrist og det å sende ut påminningar. Kollegaen anbefalte meg å setja korte fristar, hans erfaring var at dei fleste som svarar gjer det i løpet av dei to fyste dagane.

Spørsmålsstillinga er avgjerande for at eg skal få belyst problemstillinga på ein best mogleg måte. Det er viktig å stille konkrete spørsmål som kan få fram kunnskapar hjå populasjon. Å utarbeide eit spørjeskjema var ein krevjande prosess. Når det er sagt vil eg og understreka at prosessen var naudsynt og lærerik. I utforminga nytta eg litteraturen til Johannessen (Johannessen et al. 2006: 225-234). Spørsmåla har eg i stor grad vald å laga med definerte variablar. Eg forsøkte å unngå fleire spørsmål i eit og same spørsmål, leiande spørsmål og at spørsmåla var konkrete. Sist, men ikkje minst såg eg det var viktig at svaralternativa var moglege å velja ut i frå spørsmålet.

Den kvantitative delen av skjema utgjorde til saman 41 spørsmål:

- Spørsmål med definerte variablar
- Spørsmål med svaralternativ ja eller nei og veit ikkje
- Spørsmål med svar alternativ med svært ueinig til svært einig og uaktuelt
- Spørsmål med moglegheit for å skriva i fritekst der ingen av alternativa passar

Alle skulle ikkje svara på alle spørsmål. Det betyr at eg hadde filterspørsmål. Questback har ein god funksjon ”rout” der svar på eit spørsmål avgjorde om respondenten fekk eit oppfyljingsspørsmål eller ikkje. I tillegg fekk dei spørsmål ut i frå kva slags stilling dei hadde

kryssa av for at dei hadde. I arbeidet med å finne ut korleis eg skulle løyse dette var Mordals bruk av flytkart nyttig i arbeidet. Det gav meg gode råd og ein god metode på å sjå samanhengar i spørjeskjema (Mordal 2000: 103-104 og 166-172).

I questback er det mogleg å lage til ein tekst som står som informasjon til dei som fekk undersøkinga. Her gjorde eg eit forsøk på å gjere undersøkinga interessant og vekkjande. Når dei klikka på linken i undersøkinga så kom det opp meir informasjon om kven eg var, kvifor eg sende ut undersøkinga og kven målgruppa var. Vidare informerte eg om kontakten med KS med link til brevet frå fagsjefen sentralt. I tillegg gav eg opplysningar om kven som var min rettleiar med kontaktinformasjon til han. Her var det og oppgitt kontaktinformasjon til meg direkte og kor lang tid eg meinte det ville ta å svara på undersøkinga. Eg opplyste om at alle svar ville handsamast konfidensielt. Når respondenten var ferdig med undersøkinga takka eg for at vedkomande tok seg tid til å svare, ynskte vedkomande ein god dag og under namnet mitt framkom kontaktinformasjon til meg på nytt (Mordal 2000: 203-205).

Eg fekk svar frå 219 respondentar som utgjer 61%. Det er frå 1 – 9 pr kommune som har svara og det er berre 3 kommunar som ikkje er representativ i undersøkinga. Det betyr at det er svar frå 95,7% av kommunane. 42 rådmenn har svar som utgjer 61% av alle kommunar. Øvste leiar i helse- og omsorgstenesta er leiarar for tenester i sjukeheim, heimeteneste, tenester til psykisk utviklingshemma og/eller psykisk helsearbeid som utgjer 125 respondentar frå 66 kommunar. For å få ei oversikt over kor mange kommunar som svara, var fyrste spørsmål at dei skulle skriva inn namn på kommunen. Dette har eg ansvar for vert handsama konfidensielt i oppgåva.

Fråfall utgjer 138 som utgjer 39% det fordeler seg slik:

- Eg fekk fråversmelding på 31 respondentar der det kjem fram at dei er langtidssjukmelde, i ferie eller i permisjonar
- Ein person klikka på linken i e-posten som gjekk ut der vedkomande har meld seg av undersøkinga
- Sju personar har sendt meg e-post og skreve at dei av omsyn til arbeidssituasjon ikkje prioriterar spørjeundersøkingar
- 99 har ikkje svara, gjeve tilbakemelding eller meldt seg av undersøkinga. Kva som er årsaka til at dei ikkje har svara er ukjent

3.4 Analyse

I analysearbeidet tok eg eit val på at eg nytta svara frå rådmann og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Det er rådmann som delegerer økonomi-, personal- og fagansvaret. Kven øvste leiar i helse- og omsorgstenesta rapporterar til, fann eg ut ikkje var vesentleg for oppgåva slik eg hadde tenkt når eg sende ut undersøkinga. Kommunalsjefar/helse- og sosialsjefar valde eg å ta ut då eg såg at det vart utanfor problemstillinga. Dei utgjer 52 av totalt 219 respondentar. Eg har vald å konsentrera meg om rådmann og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta i analysearbeidet.

I arbeidet med analysen såg eg at den problemstillinga eg fyrst hadde laga, som står på spørjeundersøkinga, vart for vid. Eg såg og at spørjeundersøkinga mi var omfattande og eg kunne nok ha laga fleire oppgåver med utgangspunkt i den. Det vart særst tydeleg for meg at eg har måtta ta nye val. Eg brukte difor tid på å problemstillinga, fekk den meir tydeleg og eg gjorde endringar i forskingsspørsmåla og hypotesane for å kunne svara på den nye problemstillinga. Alle svar frå undersøkinga er ikkje nytta, eg tok eit val og nytta dei spørsmål som vart relevant for å svara på den nye problemstillinga.

Diakonhjemmet Høgskolen gav anbefalingar om å bruke SPSS. Eg har difor nytta det der eg har eksportert fila frå questback til SPSS og gjort analysearbeidet frå SPSS. Eg oppdaga raskt at eg måtte gjere omkodingar, endre variablar og slå saman variablar for å kunne belyse problemstillinga og for å gjere resultata meir valide (Christophersen 2009: 83). Sidan eg har sendt ut undersøkinga både til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta og rådmennene i dei same kommunane var det av interesse å samanlikne dei kommune for kommune. Eg har difor nytta aggregate funksjon i SPSS som gjev moglegheiter til å komprimera og berekna gjennomsnittet av kvar variabel (Christophersen 2009: 126). Eg har samanlikna vurderingar av kva øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta gjer av eigen kompetanse og dei vurderingar rådmennene har gjort. Her er det berekna ut differansen mellom svara som er avrunda til næraste heile tal.

Som fersk forskar var eg nysgjerrig på om undersøkinga vart oppfatta som relevant hjå respondentane. Difor stilte eg eit spørsmål avslutningsvis i spørjeskjema om dei meinte at undersøkinga var relevant for deira kommune. Eg har i tabell 2 sett inn både kva øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta og kva rådmann i svarkommunane har svara.

Tabell 2: Øvste leiar i helse- og omsorgstenesta og rådmannen si vurdering av om undersøkinga hadde relevans for deira kommune, i prosent.

Svar kategoriar	Øvste leiar i helse- og omsorgstenesta	Rådmann
Svært relevant	10	10
Relevant	60	55
Verken eller	26	29
Mindre relevant	3	7
Ikkje relevant	1	0
Totalt	100	100
(N)	(125)	(42)

70% av øvste leiarar i helse og omsorgstenesta har svara at undersøkinga var relevant eller svært relevant. 65% av rådmenn meiner det same.

3.5 Drøfting av reliabilitet (pålitelegheit) og validitet (gyldigheit)

I utforminga av ei god undersøking er det viktig å ha fokus på problemstilling og kva eg ynskte å få svar på. Føresetnader vil vere varierende difor er det viktig for reliabilitet og validitet at ein ikkje nyttar spørsmål som tidlegare er stilt i andre undersøkingar. Mordal (Mordal 2000) skriv at spørsmål er måleinstrument medan svar er måleresultat og at reliabilitet og validitet er begrep som er kopla til måleprosedyra (Mordal 2000: 61).

Validiteten handlar om korleis eg har formulert spørsmåla. Har eg stilt så klare og tydelege spørsmål at eg får svar på problemstillinga og er svaralternativa representative? Dette var noko av det eg var særst bevisst på og valde difor vekk svaralternativet *veit ikkje* på enkelte spørsmål. Mi grunngjeving for det var at respondentane då måtte vere klare på kva dei svarde. Ved å ha eit *veit ikkje* alternativ kan det vere enklare å setja kryss på det enn å tenkje etter korleis det eigentleg er. På den måten håpa eg at respondentane ville reflektera over undersøkinga og korleis det situasjon er både for dei sjølve og i organisasjonen. Eg ser og at spørsmål 24, jf spørjeundersøkinga vedlegg 1, at eg skulle ha definert kva eg meinte med opplæringsprogram. Det er stor forskjell i kva rådmennene og kva øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har svara på om kommunar har eit opplæringsprogram.

Når det gjeld reliabilitet handlar det om dei svar respondentane har gitt. For å få kvalitativt gode svar vil det krevja at spørsmåla er stilt på ein god og forståelig måte uansett kven som er

spurt. I tillegg må eg stille meg spørsmål om eg har forstått svaret (Mordal 2000: 61-64). Eg har gjort nokre manuelle operasjonar og tolkingar av svar. Det gjeld spørsmål 5 og 8 jf vedlegg 1. I spørsmål 5 har eg sortert svara då fleire hadde gjeve fleire svar, jf tabell 4. Her har eg tolka svara og sortert. I spørsmål 8 har eg tolka svar. Her har fleire, til tross for ei presisering i innleiing til spørsmålet, tolka kor mange studiepoeng leiarutdanninga utgjer. Til dømes er det fleire som berre har sett eit tal på kor mykje leiarutdanninga utgjer utan å skrive om talet er i vektal eller studiepoeng. Det mange i tillegg har gjort er å skriva kva for leiarutdanning dei har. Då har eg gått inn på internettsider til høgskulene og sett kva leiarutdanninga utgjer.

Eg tok eit val på å skrive oppgåva mi på nynorsk. Bakgrunnen for valet var at eg ynskte å heva eigen kompetansen på området då kommunen eg arbeidar i nyttar både nynorsk og bokmål. I grunnskulane i kommunen er det nokre skular med nynorsk og andre med bokmål. Eg ser at det for enkelte kommunar kan verta ei utfordring å lesa nynorsk når dei ikkje nyttar det i det daglege. Ein av respondentane sende meg ein e-post der vedkommande gav uttrykk for at undersøkinga burde gjeve moglegheit for å svara på bokmål. Eg meiner at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta bør kunne forstå og handsama båe målformene. I kommuneproposisjonen 2011 er det vist til St.mld nr 35 (2007-2008) ”Mål og meinig. Ein heilskapeleg norsk språkpolitikk”. Meldinga legg opp til at kommunar gjennom systematisk arbeid skal styrkje nynorsk språk og skriftskulturen breitt (Kommunal- og regionaldepartementet 2010: 54).

I dialog med AFI gav personen eg var i dialog med tilbod om at ho kunne sjå på spørjeskjema. Det takka eg sjølv sagt ja til. Ho gav konstruktive tilbakemeldingar og gode tips til kva for spørsmål som var anbefalt å ta fyrst og sist. Ho anbefalte at det kjende som personalia, konkrete forhold om arbeidsplassen og ansvarsområde kom fyrst. Då vart respondenten ”varma opp”. Sett frå ei anna side kan ein kanskje seie at ein skal ta dei viktige spørsmåla fyrst medan respondenten er engasjert og la det som er kjent koma til slutt. Eg vurderte at dette kan være aktuelt i undersøkingar som tek lang tid. I tillegg såg ein av kollegaene mine på spørjeskjema. Vedkommande si stilling er på eit av nivå som var målgruppa for undersøkinga. Eg gav ho to utfordringar. Den eine var at ho skulle sjå godt på spørsmåla og om svaralternativa var treffande eller om eg skulle endre på dei. Den andre var at eg spurde henne om ho kunne gå igjennom undersøkinga og ta tida på kor lang tid ho brukte på å svara. På den måten fekk eg sett opp ei realistisk tid på kor lang tid undersøkinga

ville ta. Kontaktpersonen frå AFI la vekt på at det var sær viktig at tida som er oppgitt var truverdig og realistisk for å halde respondenten fokusert. Det å teste ut spørjeundersøkinga før den vert publisert, vert og støtta av Mordal (Mordal 2000: 182).

Eg er sjølv tilsett i ei kommune og har mange års kommunal erfaring frå fleire nivå. Eg har mellom anna vore leiar i helse- og omsorgstenesta i 5 år. Eg har difor god kunnskap om leiarutfordringar, kompetanse og opplæring i tenesta. Det er gått 3,5 år sidan eg slutta som leiar i helse- og omsorgstenesta. Likevel har eg hatt både positive og negative kjensle for det å forska på tema som ligg nært opp til erfaringar. Eg meiner at eg har klart å halde ei naturleg avstand og har på ingen måte vore ute etter å finne feil og manglar.

3.6 Metoderefleksjon

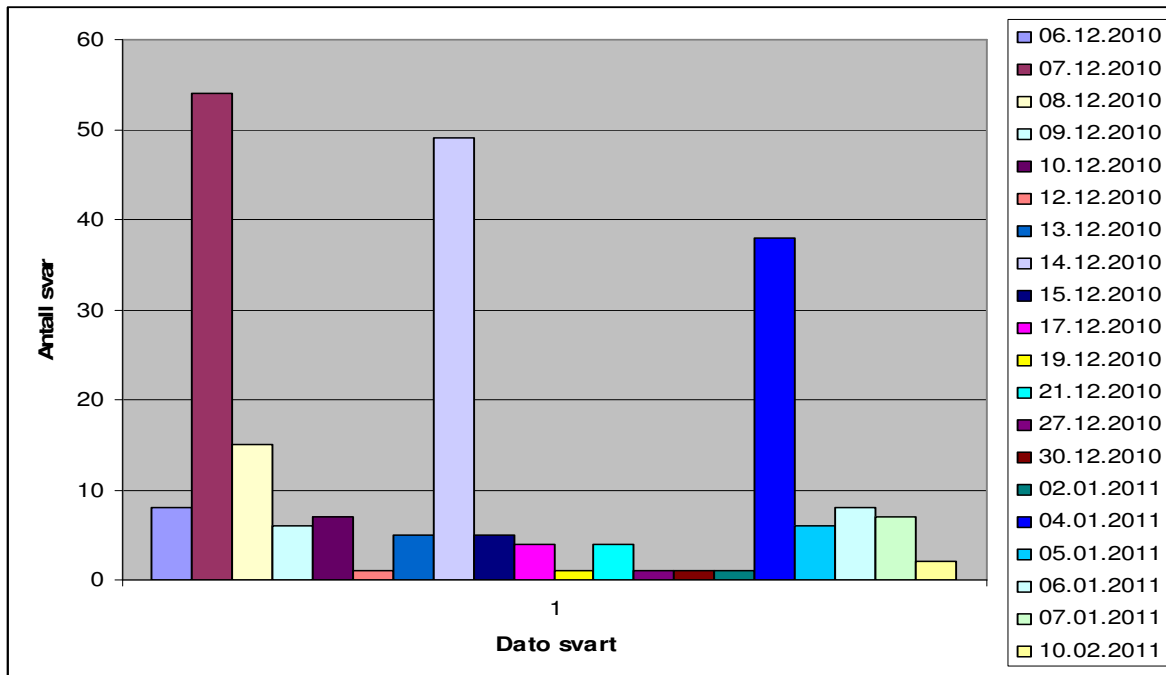
Til tross for presiseringa av kven eg hadde sett opp skulle delta, jf 3.3, fekk eg hendvingar og tilleggsspørsmål på kva eg meinte med øvste leiar i helse- og omsorgstenesta. Dette til tross for at eg skreiv i e-posten til populasjonen kven eg definerte som øvste leiar for helse- og omsorgstenesta og det framgjekk av fyste sida når dei kom inn i sjølve undersøkinga.

Vidare fekk eg hendvingar om at enkelte meinte dei ikkje var rett mottakar til tross for at dei underskreiv e-posten som leiar for ei av tenestoområda eg hadde definert to stader. Når eg hadde kontakt per e-post med desse, spurde eg om dei hadde delegert økonomi, personal- og fagansvar frå rådmann. Alle svarte ja på det. Eg svara at då var dei aktuelle for undersøkinga fordi dei var å rekne som øvste leiarar for helse- og omsorgstenesta innanfor sitt område.

Dersom eg skulle gjort dette på nytt ville eg greia meir ut for å forklara dei kvifor eg omtala dei som øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Eg ser at det har vore kjelde til misforståing.

Undersøkinga vart publisert 6. desember om kvelden. Den 7. desember har 53 respondentar svara. I dagane som fylgjer kom det få svar. Påminning til dei som ikkje hadde svara gjekk ut den 14 desember. 48 svara denne dagen. Siste påminning gjekk ut 4 januar, denne dagen kom det 38 svar. Systemet var tilordna slik at det påminninga gjekk berre til dei som ikkje hadde svara.

Figur 5: Ei framstilling av når respondentane har svara og kor mange som har svara per dag. N=219



I litteraturen er det ei anbefaling om å sende ut purring etter 3-4 veker (Johannessen et al. 2006: 234). I figur 5 kjem det fram kor mange som har svara og kva dato dei har svara. Når eg ser fordelinga av tidspunkt for når respondentane har svara, er eg glad for at eg valde å lytte til kollegaen som har god erfaring med nettbasert spørjeundersøkingar.

Det er ikkje moglegheit for støtte direkte hjå questback med studenttilgang. Eg hadde aldri tidligare sett opp eit spørjeskjema i questback, einaste erfaringa eg hadde med det var å svara på undersøkingar eg sjølv har fått. Eg lærde meg questback på eige hand. Diakonhjemmets høgskole har gjeve oss innføring i bruk av SPSS analyseverktøy. Questback har ein eigen analysemodul. Etter samtalar med rettleiar som ikkje kjende questback godt nok til å uttale seg om kva for moglegheiter som låg der, vart vi samde om at eg og skulle nytta SPSS.

4 Resultat/funn

I dette kapitlet presenterar eg funn frå undersøkinga mi. Eg har delt resultatkapitlet inn i avsnitt der dei fem forskingsspørsmåla er overskrifter. Når det gjeld hypotesane er dei presentert i eit eige avsnitt til slutt. Dette kapitlet er omfattande og det vert presentert mange tabellar og nokre figurar. Eg har difor laga ei oppsummering av kapitlet i avsnitt 4.7.

Det vert presentert frekvenstabellar, korrelasjonsanalysar og diagram for å visualisere funn. I korrelasjonsanalysar ser eg på samsvar eller samvariasjon mellom variablane. Enkelte stader har eg beskrive tabellar fordi dei er små og eg valde då å ha dei som rein tekst der eg syner til spørjeskjemaet. Korrelasjonsmål er Pearsons r . I litteraturen kjem det fram at Pearsons $r > 0,2$ er å rekna som ein svak samvariasjon. $0,3-0,4$ er relativt sterk samvariasjon og $< 0,5$ er å rekna som svært sterk samvariasjon (Johannessen 2009: 127).

Fleire stader nyttar eg ordet handsaming, arbeid og ansvar innanfor dei områda rådmannen har delegert til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Eg meiner det same uansett kva for ending eg nyttar når orda står saman med økonomi-, personal-, fag- og saksomtale.

4.1 Kven er øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?

For å finne ut kven desse leiarane er ser eg på fordelinga av kvinner og menn. Vidare og om det er aldersgrupper som er meir framtrekande enn andre.

Tabell 3: Øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta i undersøkinga fordelt etter alder og kjønn, i prosent.

Alder	Kjønn		Total
	Mann	Kvinne	
30-39 år	23	14	20
40-49 år	23	32	38
50-59 år	42	42	54
60 år og eldre	12	12	13
Total	100	100	100
(N)	(26)	(99)	(125)

Tabellen 3 syner at det er ei sterk overvekt av kvinner som er øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Det kjem fram at det er flest leiarar i aldersgruppa 50-59 år er både menn og kvinner. Ut i frå alder på øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta kan kommunar få rekrutteringsutfordringar om nokre år då mange nærmar seg pensjonsalder.

I spørsmål 14 jf spørjeskjema, vedlegg 1, kjem det fram at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har personalansvar for mange årsverk. Heile 68 % har personalansvar for meir enn 31 personalårsverk. Eg såg nærare på om dette kunne ha samanheng med kommunestorleik. Korrelasjonsanalysen synte ein relativ sterk samvariasjon mellom innbyggjartal og kor mange personalårsverk øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ansvar for.

4.2 Kva for utdanning har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?

Leiarane i helse- og omsorgstenesta vart spurt om kva som var deira høgste formelle utdanning i eit spørsmål, jf spørsmål 5 i vedlegg 1. Då eg skulle laga ein frekvenstabell på kva dei hadde sett som si høgste formelle utdanning oppdaga eg at enkelte hadde haka av for fleire alternativ. Det eg gjorde feil var at eg ikkje la inn at det var mogleg å velja eit alternativ på dette spørsmål i questback. Det kunne difor sjå ut til at eg hadde 153 respondentar. I tabell 4 er tala korrigert. Nedanfor tabellen har eg forklart korleis eg har korrigert tala.

Tabell 4: Ei oversikt over øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta si høgste formelle utdanning, i prosent.

Utdanningsnivå	Kjønn		Total
	Menn	Kvinner	
Vidaregående skule	0	2	2
Høgskule	88	87	109
Universitet	12	11	14
Totalt	100	100	100
N	(26)	(99)	(125)

For å finne ut av dette måtte eg gjere ei manuell berekning. Eg sette opp kva øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta hadde svara på dette spørsmålet. Eg fann ut at dei tre som har

oppgitt grunnskule som si høgste utdanning hadde i tillegg haka av for vidaregåande og høgskule. Eg strauk difor dei tre på grunnskule og dei tre på vidaregåande skule.

Vidare fann eg ut at det var fem som hadde sett både høgskule og universitet opp som si høgste utdanning. Dei fem frå høgskule vart difor strokne. Dei tre som hadde sett opp etatsutdanning som si høgste utdanning, der hadde to av dei sett opp på høgskule og etatsutdanning og ein hadde sett opp universitetsutdanning og etatsutdanning som si høgste utdanning. Difor vart alle dei tre med etatsutdanning stroke. Etatsutdanning er ei utdanning som er retta mot arbeidet innan den enkelte etat etter kva eg har oppfatta. I dag er denne utdanninga i stor grad erstatta med ulike type praktisk utdanning som gjev fagbrev. Eg tolkar difor at etatsutdanning er på nivå med vidaregåande skule over to år og to år som lærling som gjev fagbrev. Etatsutdanning eksisterar framleis fortrinnsvis innanfor forsvaret.

Når det gjeld dei 14 som hadde haka av for anna, hadde 13 av desse kryssa av for høgskuleutdanning og ein for universitetsutdanning. Det som stod i tekstfeltet under anna var ulike typar vidareutdanningar. Ni av desse har svara ja på at dei har leiarutdanning der desse utdanningane er sett opp att. Fem av desse har etter- og vidareutdanning innan for fag til dømes onkologi som er ei vidareutdanning innan kreftsjukepleie. Det er ikkje ei leiarutdanning og er ikkje med i tabell 5.

Tabell 5: Kor mange av dei øvste leiarane i helse- og omsorgstenesta som har take leiarutdanning eller er under utdanning, i prosent.

Leiarutdanning	Kjønn		Totalt
	Kvinne	Mann	
Ja	72	65	88
Nei	22	35	31
Under utdanning	6	0	6
Totalt	100	100	100
(N)	(99)	(26)	(125)

Tabell 5 syner at det er ei overvekt av øvste leiar i helse- og omsorgstenesta som har leiarutdanning. Tabellen syner at det er ei overvekt av kvinner og at det er 6% av kvinnene er under leiarutdanning no. Med leiarutdanning meiner eg ei utdanning på høgskule eller universitetsnivå som gjev studiepoeng. Kor mange studiepoeng leiarutdanninga utgjør kjem fram i tabell 6.

75% av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ei leiarutdanning eller dei tek ei leiarutdanning no. Desse fekk moglegheit til å skrive inn i tekstfeltet kor mange studiepoeng eller vektal leiarutdanninga deira utgjer, det kjem fram i tabell 6. Eg hadde skreve i informasjonsfeltet som sto før spørsmålet at høgskulesystemet tidlegare brukte nemninga vektal, men at dei siste åra har vore studiepoeng som var den rette nemninga. Eg bad dei difor om å skrive om talet gjaldt studiepoeng eller vektal. Enkelte har gjort dette medan andre har skreve inn namn på studiet eller berre eit tal. Eg har difor take eit val der eg har take utgangspunkt i studiepoeng og rekna om vektal til studiepoeng. Så har eg kategorisert svara ut i frå eige skjøn.

Tabell 6: Kor mange studiepoeng leiarutdanninga til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta utgjer, i prosent.

Antall studiepoeng	Prosent	Totalt
< 60 studiepoeng	73	69
> 61 studiepoeng	27	25
Totalt	100	100
(N)	(94)	(94)

60 studiepoeng utgjer eitt år på fulltidsstudium eller to år på deltidsstudium. Dersom eg har tolka svara frå respondentane rett, er det 27% av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som har ei leiarutdanning på 61 studiepoeng eller meir som tilsvarar meir enn eit år på fulltid eller meir enn to år på deltid.

I dette avsnittet har eg sett på kva for utdanning øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har. Det ein ser er at dei fleste, 99%, har ei utdanning frå høgskule eller universitetsnivå. I tillegg er det 75% som har ei leiarutdanning eller som er under leiarutdanning no.

4.3 Kva for leiarrøynsler har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?

I avsnitt 4.2 såg eg på kva for formell utdanning øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta i dei 69 kommunar eg har undersøkt har. I dette avsnittet ynskjer eg å sjå på om dei har leiarrøynsler.

Tabell 7: Kor lenge øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har vore tilsett i leiarstillinga dei har no, i prosent.

Antall år i noverande stilling	Prosent	Totalt
0-3 år	35	44
4-7 år	28	35
8-11 år	19	24
12-15 år	11	14
16-19 år	4	5
20 år eller meir	3	3
Totalt	100	100
(N)	(125)	(125)

Tabell 7 syner at heile 65% har vore i leiarstillinga i over 3 år.

Tabell 8: Ei oversikt over om øvste leiar i helse- og omsorgstenesta har leiarrøynsle frå tidlegare leiarstillingar etter kjønn, i prosent

Har du leiarrøynsle frå tidlegare leiarstillingar?	Kjønn		Total
	Kvinne	Mann	
Ja	79	96	103
Nei	21	4	22
Totalt	100	100	100
(N)	(99)	(26)	(125)

Tabell 8 syner at det er ei stor overvekt av dei som har leiarrøynsle frå tidlegare stillingar. Det utgjer 82% av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta i dei kommunar eg har undersøkt.

I dette avsnittet har eg sett på kor lenge øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har vore i noverande stilling og om dei har leiarrøynsler frå tidlegare stillingar. Resultata syner at 65% har vore i noverande stilling i meir enn tre år og 82% av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har leiarrøynsler frå tidlegare leiarstillingar.

4.4 Korleis vurderar øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta eigen leiarkompetanse?

Så langt i analysen har eg sett på kva for utdanning og leiarrøynsler øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har. I dette avsnittet ynskjer eg å sjå nærare på korleis øvste leiarar vurderar eigen leiarkompetanse.

Tidlegare i oppgåva er det sagt fleire gonger at rådmannen i mange kommunar har delegert økonomi-, personal- og fagansvar til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. For å kunne utføre desse oppgåvene er rådmannen avhengig av at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta kan sakshandsaming. I sakshandsaming handlar det ofte om å fremje saker innanfor dei ulike fagområda til rådmann som i enkelte samanhengar tek det vidare til politisk behandling. Eg vil difor presentere nokre tabellar som og syner kompetanse innanfor sakshandsaming. Aller fyrst skal eg presentere ein tabell med resultat frå kva øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har svara på om rådmannen har delegert økonomi-, personal- og fagansvar til dei.

Tabell 9: Øvste leiar i helse- og omsorgstenesta sitt svar på om dei har fått delegert personal- økonomi og fagansvar, i prosent

Svar alternativ	Økonomiansvar	Personalansvar	Fagansvar
Ja	92	95	96
Nei	6	3	2
Veit ikkje	2	2	2
Totalt	100	100	100
(N)	(125)	(125)	(125)

Tabell 9 syner at over 90% av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta der rådmann har delegert personal-, økonomi- og fagansvaret til dei. I andre tabellar har eg omkoda variablar for å utelate veit ikkje svar. I denne tabellen fann eg noko eg synest var oppsiktsvekkjande. Det er 2% som har svara at dei ikkje veit om rådmannen har delegert personal-, økonomi- og fagansvar til dei.

Tabell 10: Kva for leiarkompetanse krev kommunen av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta ved tilsetting, i prosent.

Variablar	Økonomi- kompetanse	Personal- kompetanse	God kjennskap til offentleg forvaltning
Svært liten grad	1	3	0
Liten grad	9	4	4
Verken eller	28	8	20
Høg grad	44	56	57
Svært høg grad	19	29	20
Totalt	100	100	100
(N)	(125)	(125)	(125)

Tabell 10 syner at det vert stilt krav til leiarkompetanse når øvste leiarar vert tilsett som øvste leiar i helse- og omsorgstenesta. Her framkjem det at det i mindre grad, 63%, seier at kommunen i høg grad eller svært høg grad krev økonomikompetanse ved tilsetting.

Tabell 11: Korleis øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta vurderar eigen leiarkompetanse innanfor økonomi, personale sakshandsaming, i prosent.

Variablar	Økonomi- handsaming	Personal- handsaming	Saks- handsaming
Mangelfull	6	0	7
Verken eller	9	4	19
God	60	55	54
Svært god	25	41	20
Totalt	100	100	100
(N)	(125)	(125)	(125)

Tabell 11 fortel at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta vurderar eigen leiarkompetanse innanfor økonomi- og personal- og sakshandsaming høgt. Innanfor økonomi seier 85% at dei vurderar sin leiarkompetanse til å vere god eller svært god. Når det gjeld leiarkompetanse innanfor personalhandsaming seier 96% at dei har god eller svært god kompetanse til å handsama det. Når det gjeld sakshandsaming vurderar dei sin leiarkompetanse noko lågare enn økonomi- og personalhandsaming. Her seier 74% av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta at dei har god eller svært god kompetanse til å handsama det.

Tabell 12: I kva grad øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta meiner dei har kompetanse til å handsama økonomi-, personal- og fagansvaret samt sakshandsaming, i prosent

Variablar	Økonomi- handsaming	Personal- handsaming	Saks- handsaming	Fag- handsaming
Mangelfull	12	2	9	1
Verken eller	10	3	18	2
God	58	60	51	50
Svært god	21	35	22	48
Totalt	100	100	100	100
(N)	(125)	(125)	(125)	(125)

Tabell 12 syner at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta meiner dei har særleg god kompetanse til å handsama det rådmannen har delegert til dei. Dei vurderar sin kompetanse til å handsama desse oppgåvene omtrent likt med det som kom fram i tabell 11. I tabell 11 skåra seg sjølv i kva for leiarkompetanse dei meinte dei hadde på tre av desse områda. Spørsmål til tabell 11 var midt i spørjeskjemaet medan spørsmålet til tabell 12 var av dei siste.

Me har no sett på kva for kva for leiarkompetanse kommunane krev av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta, korleis dei vurderar leiarkompetansen sin til å handsama oppgåver som er delegert frå rådmannen og korleis dei sjølve meiner at dei har kompetanse til å handsama dei delegerte oppgåvene. I tabell 7 såg me på kor lenge øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har vore tilsett i noverande leiarstilling. Tabellen synte at 65% hadde vore i stillinga i meir enn tre år. I tabell 8 såg me på om dei hadde leiarrøynsler frå tidlegare stillingar. Her såg vi at 82% av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta hadde leiarrøynsler frå tidlegare stillingar.

Ein del av leiarkompetansen kan vere at kommunar vel å ha eit opplæringsprogram som gjev leiarane god innføring i arbeidsoppgåver dei har fått delegert. Eg har difor sett på kva øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har svara på om kommunen har eit opplæringsprogram. Analysen syner at 22% av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har svara ja medan 78% har svara nei på om kommunen har eit opplæringsprogram, jf spørsmål 24 i spørjeskjemaet. I det vidare analysearbeidet laga eg meg ein korrelasjonstabell fordi eg lurte på om det kan ha ein samanheng mellom kommunestorleik og om kommunar har opplæringsprogram.

Det er ein svak samvariasjon mellom innbyggjartal og om kommunen har eit opplæringsprogram for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Desto større kommunane er,

desto større sjansar er det for at kommunane har eit opplæringsprogram. Det er ein større samvariasjon mellom kva rådmennene har svara og kva øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har svara på spørsmål om kommunen har eit opplæringsprogram, jf side 60.

Eg ynskjer så å sjå på korleis øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har vurdert seg sjølve. I tabellane 13-15 har eg sett på om det er ein samanheng med innbyggjartal i kommunane, om dei har leiarutdanning og/eller leiarrøynsler og korleis dei skårar kompetansen sin innanfor økonomi-, personal- og sakshandsaming. Her har eg komprimert variablane og take gjennomsnitt av kvar variabel per kommune jf. 2.2. Av respondentane som har stilling som øvste leiar i helse- og omsorgstenesta så er det 60 av 69 kommunar som har svara. Det betyr at N=60 i desse tabellane med unntak av innbyggjartal, her er N=66 fordi det er 66 kommunar totalt som har svara. Årsaka til eit avvik er at det i seks av kommunane er det berre rådmenn som har svara.

Tabell 13: Ein korrelasjonstabell som ser på samanheng mellom innbyggjartal og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta med leiarutdanning og korleis dei vurderar eigen kompetanse innan økonomi-, personal- og sakshandsaming.

	Innbyggjartal rekoda	Leiarar med leiarutdanning	Eigen vurdering økonomi	Eigen vurdering personal
Innbyggjartal rekoda				
Leiarar med leiarutdanning	.275*			
Eigen vurdering økonomi	.217	.571**		
Eigen vurdering personal	.291*	.483**	.523**	
Eigen vurdering sakshandsaming	.040	.335*	.380**	.512**

* p<0,05; ** p<0,01

Det er ein svært sterk samvariasjon mellom øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som har leiarutdanning og korleis dei vurderar eigen kompetanse på økonomi. Ei forklaring på det kan vere at desse leiarane gjennom leiarutdanninga har fått auka sin kompetanse innanfor økonomi. Det er ein relativ sterk samvariasjon når det gjeld leiarutdanning og vurdering av eigen kompetanse innanfor personalhandsaming. Også her kan ei forklaring vere at dei har

fått auke sin kompetanse innanfor personalhandsaming gjennom leiarutdanninga. Det er ein svak samvariasjon mellom innbyggjartal og leiarutdanning og mellom innbyggjartal og korleis dei vurderar seg innanfor arbeid med sakshandsaming. Det kan vere at leiarutdanning ikkje har lagt vekt på sakshandsaming i utdanninga.

Vidare ser eg at ein stor del øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta skårar høgt på økonomi og skårar og høgt på personalhandsamingsarbeid. Det er difor ein svært sterk samvariasjon. Ei mogleg forklaring på det kan vere at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som har hatt ei leiarutdanning med fokus på økonomi har og lært om personalhandsamingsarbeid. Det er ein relativ sterk samvariasjon der dei skårar høgt på økonomi, der skårar dei og høgt på sakshandsaming. Til slutt i tabell 13 kjem det fram at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta skårar høgt på personalhandsaming og då skårar dei og høgt på sakshandsaming. Ei forklaring på det kan vere at sakshandsaming vert nytta til sær mange oppgåver i det daglege.

Tabell 14: Ein korrelasjonstabell som ser på samanheng mellom innbyggjartal og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta med leiarrøynsler og korleis dei vurderar eigen kompetanse innan økonomi-, personal- og sakshandsaming.

	Innbyggjartal rekoda	Leiarar med leiarrøynsler	Eigen vurdering økonomi	Eigen vurdering personal
Innbyggjartal rekoda				
Leiarar med leiarrøynsler	.256*			
Eigen vurdering økonomi	.217	.335*		
Eigen vurdering personal	.291*	.371*	.523**	
Eigen vurdering sakshandsaming	-.040	.218	.380**	.512**

* p<0,05; ** p<0,01

Tabell 14 syner ein svak samvariasjon mellom innbyggjartal og leiarar med leiarrøynsle og mellom innbyggjartal og korleis dei vurderar seg innanfor personalarbeid. Det tyder at desto større kommunane er desto fleire leiarar er det med leiarrøynsle. Den syner og at desto fleire innbyggjarar kommunane har desto høgare vurderar øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta

med leiarrøynsle kompetansen sin innanfor personalarbeid. Vidare syner tabell 14 at det er ein relativ sterk samvariasjon mellom øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta med leiarrøynsle og korleis dei vurderar eigen kompetanse på økonomi- og personalarbeid. I avsnitt 4.1 kjem det fram at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har personalansvar for mange årsverk.

Tabell 14 syner og at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta med leiarrøynsle som skårar høgt på eigenvurdering av økonomikompetanse skårar og høgt på personalkompetanse. Her er det ein svært sterk samvariasjon. Ei mogleg forklaring på det kan vere at øvste leiarar ser samanheng mellom økonomi og personalarbeid i samband med til dømes sjukefråvær. Tabell 14 syner og at dei som skårar høgt på økonomi skårar og høgt på sakshandsaming. Her er det ein svak samvariasjon. Forklaring på det kan vere at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta si handtering av økonomisaker i kvardagen gjer at dei og nyttar sakshandsaming.

Avslutningsvis i tabell 14 syner den at dei som skårar høgt på eigenvurdering personalkompetanse skårar og høgt på eigenvurdering sakshandsamingskompetanse. Her er det ein svært sterk samvariasjon. Ei forklaring på det kan vere at sakshandsaming er ein sentral del av kvardagen til leiarane slik eg har vore inne på tidlegare i oppgåva.

Tabell 15: Ein korrelasjonstabell som ser på samanheng mellom innbyggjartal og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta med både leiarutdanning og leiarrøynsler og korleis dei vurderar eigen kompetanse innan økonomi-, personal- og sakshandsaming.

	Innbyggjartal rekoda	Leiarar med leiarutdanning og leiarrøynsler	Eigen vurdering økonomi	Eigen vurdering personal
Innbyggjartal rekoda	1			
Leiarar med leiarutdanning og leiarrøynsler	.333**			
Eigen vurdering økonomi	.217	.586**		
Eigen vurdering personal	.291*	.542**	.523**	
Eigen vurdering sakshandsaming	-.040	.355**	.380**	.512**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabell 15 syner ein relativ sterk samvariasjon mellom innbyggjartal og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som har leiarutdanning og leiarrøynsler medan det er ein svak

samvariasjon mellom innbyggjartal og korleis dei vurderar sin kompetanse innanfor personalarbeid. Desto større kommunane er desto større sjanse er det for at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har leiarutdanning og leiarrøynsler. Ein mogleg forklaring på det kan vere at store kommunar kan ha større utfordringar enn kva mindre kommunar har og at det av den grunn er behov for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta med leiarutdanning og leiarrøynsler. Ei anna forklaring kan vere at større kommunar har fleire søkjarar til stillingane slik at desse kommunane har større moglegheit til å få øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta med leiarutdanning og leiarrøynsler.

Tabell 15 syner vidare ein svært sterk samvariasjon mellom øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som har leiarutdanning og leiarrøynsle med korleis dei vurderar eigen økonomi- og personalkompetanse. Ei mogleg forklaring på det kan vere at desse øvste leiarane gjennom leiarutdanning og leiarrøynsle har erverva seg god kompetanse innanfor økonomi- og personalarbeid. I tabellane 7 og 8 kjem det fram at 64% har vore meir enn 3 år i noverande stillinga og at 82% av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har leiarrøynsle frå tidlegare leiarstillingar. Det er ein relativ sterk samvariasjon når det gjeld leiarutdanning og leiarrøynsler og korleis dei vurderar eigen kompetanse på sakshandsaming. Eg ville trudd at leiarar med leiarutdanning og leiarrøynsler, ville ha vurdert eigen kompetanse innanfor sakshandsaming høgare, sidan sakshandsaming er sentralt i mykje av det øvste leiarar gjer i kvardagen.

Det er i tillegg vert å merka seg at dei leiarane som skårar høgt på økonomi skårar og høgt på eigenvurdering av personalhandsaming. Her er det ein svært sterk samvariasjon. Det er ein relativ sterk samvariasjon mellom dei som skårar høgt på økonomi som og skårar høgt på sakshandsaming. Dei som skårar høgt på eigenvurdering av økonomi skårar og høgt på sakshandsaming, her er det ein svært sterk samvariasjon. Årsaka til det kan vere at desse leiarane har brei og god erfaring innanfor desse delegerte ansvarsområdet sidan dei både har leiarutdanning og at dei har leiarrøynsler.

Tabell 16: Ein korrelasjonstabell som ser på samanhengen mellom innbyggjartal og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta med leiarutdanning og leiarrøynsler, der dei vurderar i kva grad dei har kompetanse til å handsama økonomi-, personal-, sakshandsaming og fagansvar. N=125.

	Innbyggjartal rekoda	Leiarar med leiarutdanning og leiarrøynsler	I kva grad har du kompetanse til å handsama økonomi	I kva grad har du kompetanse til å handsama personalansvar	I kva grad har du kompetanse til å handsama sakshandsaming
Innbyggjartal rekoda	1				
Leiarar med leiarutdanning og leiarrøynsler	.199*				
I kva grad har du kompetanse til å handsama økonomi	.230**	.252**			
I kva grad har du kompetanse til å handsama personalansvar	.058	.208*	.200*		
I kva grad har du kompetanse til å handsama sakshandsaming	-.010	.318**	.425**	.230**	
I kva grad har du kompetanse til å handsama fagansvar	-.041	.062	.010	.663**	.062

* p<0,05; ** p<0,01

Tabell 16 syner ein svak samvariasjon mellom innbyggjartal og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som har leiarutdanning og leiarrøynsler. Det vil seie at desto fleire innbyggjarar ei kommune har desto fleire av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har leiarutdanning og leiarrøynsler. Vidare syner tabell 16 at det er ein svak samvariasjon mellom innbyggjartal og kva for kompetanse øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta meiner at dei har innanfor økonomi. Det vil seie at desto fleire innbyggjarar det er i ei kommune desto større kompetanse har desse leiarane på å handsama økonomi. Kvifor det er slik kan kanskje ha samheng med at større kommunar har fleire innbyggjarar som treng tenester og at dei då må organisere tilbodet slik at alle får best mogleg tenester innanfor ei den økonomisk ramma. Ei anna forklaring kan her som tidlegare i dette avsnittet vere at større kommunar har fleire søkjarar å velja mellom. Det kan og tenkjast at større kommunar i større grad set høgare krav når dei lyser ut stillingar for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta.

Det er ein svak samvariasjon mellom øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som har leiarutdanning og leiarrøynsler når det gjeld kompetanse til å handsama økonomi og personalansvar. Det er ein relativ sterk samvariasjon ut i frå dei same forholda når det gjeld kompetanse til sakshandsaming. Det som er interessant å sjå er at øvste leiarar i helse- og

omsorgstenesta som har leiarutdanning og leiarrøynsler som skårar kompetansen sin høgt innanfor personalarbeid, skårar og høgt innanfor fagansvaret. Her er det ein svært sterk samvariasjon. I figur 6 og 7 i avsnitt 4.6, kjem det fram at om lag 80% av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta og rådmennene uttalar at eitt av krava til stilling som øvste leiar i helse- og omsorgstenesta er at dei har ei utdanning frå helse- og sosialfag på høgskule nivå. Ei mogleg forklaring kan kanskje vere kommunar ynskjer å ha leiarar helse- og omsorgstenesta med helse- og sosialfagleg utdanning med bakgrunn i lov om helsetenestar i kommunane der kommunar har ansvar for ei rekkje oppgåver (Norge 1993: § 1-3). Gjennom den utdanninga vil eg sjølv hevda som er utdanna sjukepleiar at vi lærer oss til å handsama våre medmenneske på ein god måte. Kanskje det er årsaka til at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som skårar høgt på personalansvaret også skårar høgt på fagansvaret.

I dette avsnittet har eg sett på korleis øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta vurderar sin eigen leiarkompetanse innanfor dei områda rådmannen har delegert ansvar og mynde. Avsnittet syner at øvste leiarar skårar seg sjølv relativt høgt og korrelasjonsanalysane syner frå svak- til relativt sterk- til svært sterke samvariasjonar innanfor fleire områder. Det er og interessant å sjå at det er samanheng mellom innbyggjartal og vurderingar av kompetanse. Det vil seie at desto større kommunane er, desto høgare vurderar dei leiarkompetansen. I neste avsnitt skal eg sjå nærare på rådmannen i desse kommunane. Eg skal mellom anna sjå på korleis dei vurderar leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som dei delegerer ansvar og mynde til jf tabell 9.

4.5 Korleis vurderar rådmannen leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?

Her ynskjer eg å sjå på korleis rådmannen vurderar leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Før eg kjem inn på det ynskjer eg å gjere lesaren kjent med kven rådmennene i desse kommunane er (tilsvarande forskingsspørsmål 1), kva for kompetanse dei har (tilsvarande forskingsspørsmål 2 og 3) og korleis dei vurderar seg sjølv (tilsvarande forskingsspørsmål 4). Dette for å gje eit bilete av dei som har delegert store arbeidsoppgåver til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta.

I all hovudsak omhandlar dette avsnittet korleis rådmannen vurderar leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta innanfor dei områda rådmann har delegert. Slik eg ser det er det ein føresetnad at rådmann har utarbeidd klare retningsliner og avtalar som tydeleggjer kva som er delegert. Det vert interessant å sjå på om det er forskjellar mellom korleis rådmannen vurderar leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta og korleis desse leiarane vurderar sin kompetanse.

Tabell 17: Rådmennene i undersøkinga fordelt etter kjønn og alder, i prosent

Alder	Kjønn		Total
	Mann	Kvinne	
40-49 år	25	33	11
50-59 år	42	67	19
60 år og eldre	33	0	12
Total	100	100	100
(N)	(36)	(6)	(42)

Tabellen syner ei overvekt av at det er menn som er rådmenn i kommunane. I undersøking mi utgjær menn 86% av rådmannsstillingane. Talet vil ikkje vere statisk då rådmenn som andre skifter arbeid.

Tabell 18: Rådmennene i undersøkinga si høgste formelle utdanning, i prosent.

Utdanningsnivå	Kjønn		Total
	Menn	Kvinner	
Vidaregående skule	3	0	1
Høgskule	33	50	15
Universitet	61	50	25
Etatsutdanning	3	0	1
Totalt	100	100	100
N	(36)	(6)	(42)

Eg laut gjere den same operasjonen manuelt her som eg gjorde med tabell 4. Tre av dei som hadde sett opp høgskule som si høgste formelle utdanning hadde og kryssa av for at deira høgste utdanning var på universitetet. Difor reduserte eg høgskuleutdanning frå 18 til 15 rådmenn. Ein av dei som hadde sett opp etatsutdanning som si høgste utdanning hadde og sett høgskule som si høgste utdanning. Difor er det redusert frå to til ein rådmenn som har etatsutdanning som si høgste utdanning. Når det gjeld dei som har kryssa av for anna så gjeld

det same her som i forklaringa til tabell 4. Forklaring på nivå for etatsutdanning er å finna i tilknytning til tabell 4.

Eg vert no nysgjerrig på om rådmenn har take leiarutdanning. Årsaka til det er at eg i tabell 5 og 6 har presentert tilsvarande for leiarar.

Tabell 19: Kor mange av rådmennene som har take leiarutdanning etter kjønn, i prosent.

Leiarutdanning	Kjønn		Totalt
	Kvinne	Mann	
Ja	100	78	34
Nei	0	22	8
Totalt	100	100	100
(N)	(6)	(36)	(42)

Her kan ein sjå at alle kvinnelige rådmenn som har svara på undersøkinga har leiarutdanning, vidare ser eg at heile 78% av dei mannlege rådmenn har ei leiarutdanning. Det var ingen av rådmenn som var under leiarutdanning på undersøkingstidspunktet.

Tabell 20: Ei oversikt over kor mange studiepoeng leiarutdanninga til rådmannen utgjer.

N=34

Antall studiepoeng	Prosent	Totalt
< 60 studiepoeng	44	15
> 61 studiepoeng	56	19
Totalt	100	100
(N)	(34)	(34)

60 studiepoeng utgjer eitt år på fulltidsstudium eller to år på deltidsstudium. Dersom eg har tolka svara frå respondentane rett er det 56% av rådmennene som har ei leiarutdanning på 61 studiepoeng eller meir som tilsvarar meir enn eit år på fulltid eller meir enn to år på deltid. For øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta utgjorde tilsvarande 27% som hadde leiarutdanning på meir enn 61 studiepoeng, jf tabell 6.

Tabell 21: Kor lenge har rådmannen vore tilsett i stillinga dei har no, i prosent.

Antall år i noverande stilling	Prosent	Totalt
0-3 år	40	17
4-7 år	17	7
8-11 år	19	8
12-15 år	14	6
20 år eller meir	10	4
Totalt	100	100
(N)	(42)	(42)

Tabellen syner at 60% av rådmennene har vore i noverande stilling i meir 3 år. I alternativet 16 – 19 år var det ingen svar. I tabell 7 utgjorde tilsvarande for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta 64%.

Tabell 22: Ei oversikt over om rådmannen har leiarrøynsler frå tidlegare leiarstillingar etter kjønn, i prosent.

Har du leiarrøynsle frå tidlegare leiarstillingar?	Kjønn		Total
	Kvinne	Mann	
Ja	83	94	39
Nei	17	6	3
Totalt	100	100	100
(N)	(6)	(36)	(42)

Tabell 22 syner at 93% av rådmennene har leiarrøynsler frå tidlegare stillingar. I tilsvarande tabell for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta, tabell 8, har 82% av dei leiarrøynsler frå tidlegare leiarstillingar.

Tabell 23: Ei oversikt over korleis rådmannen vurderar eigen kompetanse innanfor økonomi-, personal- og sakshandsaming, i prosent.

Variablar	Økonomi-handsaming	Personal-handsaming	Saks-handsaming
Verken eller	2	0	7
God	67	60	36
Svært god	31	41	57
Totalt	100	100	100
(N)	(42)	(42)	(42)

Rådmennene vurderar sin eigen kompetanse innanfor økonomi-, personal- og sakshandsamingsarbeidet høgt. Dei vurderer seg sjølv høgare innanfor økonomi- og sakshandsaming enn kva øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har gjort jf tabell 11.

No har me eit godt bilete av kven rådmennene er. I det vidare no skal me sjå nærare på øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta saman med rådmann.

Tabell 24: Rådmann si vurdering av leiarkompetansen til øvste leiar i helse- og omsorgstenesta som skal handsama økonomi-, personal- og fagansvaret, i prosent.

Variablar	Økononmi kompetanse	Personal kompetanse	Fag kompetanse
Mangelfull	10	2	0
Verken eller	12	17	5
God	67	60	27
Svært god	12	21	68
Totalt	100	100	100
(N)	(42)	(42)	(42)

Tabell 24 syner at rådmenn vurderar leiarkompetansen hjå øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta høgt. Dette er dei områda rådmann har delegert mynde og ansvar, jf tabell 9. Eg vil tru at sidan rådmenn vurderar at leiarkompetansen innanfor økonomi, personal- og fagansvaret til å vere god eller svært god, om lag 90 %, så kan dei kanskje vere trygge på at oppgåver som er delegert vert handsama på ein god måte.

Eg har sett på kva rådmennene og øvste leiarar har svara på spørsmålet om kommunen krev høgskuleutdanning innan helse- og sosialfag når dei skal tilsetja øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Resultata er presentert i figurane 6 og 7 i avsnitt 4.6.

Tabell 25: Rådmennene i undersøkinga sine svar på om det er inngått leiaravtale og om det er rutinar for kva oppgåver som er delegert frå rådmann til øvste leiar i helse- og omsorgstenesta, i prosent.

	Har kommunen utarbeidd leiaravtale med leiarar innan helse- og omsorgstenesta som tydeliggjer forventningar til øvste leiarar innan helse- og omsorgstenesta?	Har kommunen utarbeidd retningslinjer som tydeliggjer kva rådmannen har delegert til øvste leiarar innan helse- og omsorgstenesta?
Ja	57	91
Nei	43	9
Totalt (N)	100 (42)	100 (42)

Her har 57% svara at dei har utarbeidd leiaravtale medan 43% har svara at det er ikkje gjort. 91% av rådmennene har svara at kommunen har utarbeidd retningslinjer som tydeleggjer kva som er delegert til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Ein kan sjå på kolumna til høgre i tabell 25 i saman med tabell 9.

Ein del av kompetansen kan vere at kommunar vel å ha eit opplæringsprogram som gjev leiarane god innføring i arbeidsoppgåver dei har fått delegert. Eg har difor set på kva rådmennene har svara på om kommunen har eit opplæringsprogram. Analysen syner at 22% av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har svara ja medan 78% har svara nei på om kommunen har eit opplæringsprogram jf. side 49. Når det gjeld rådmennene syner analysen at 45% svarar at dei har eit opplæringsprogram medan 55% seier at dei ikkje har.

Eg har også her gjort ei korrelasjonsanalyse fordi eg lurar på om det er samsvar mellom kor mange innbyggjarar kommunane har og om dei har eit opplæringsprogram. Det er ein relativt sterk samvariasjon mellom kor mange innbyggjarar kommunen har og om kommunen har eit opplæringsprogram for nyttilsette leiarar. Det vil seie at desto større kommunane er, desto store sjanse er det for at kommunane har eit opplæringsprogram. Det er ein større samvariasjon mellom kva rådmennene har svara og kva øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har svara, jf side 49.

Til slutt i analysen ynskjer eg å presentere tabellar der rådmannen har vurdert kompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta i same kommune. Eg nyttar då same fila slik som beskrive før tabell 13.

Tabell 26: Rådmennene si vurdering av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta si kompetanse innan økonomi, personal- og sakshandsaming.

	Innbyggjartal rekoda	Leiarar med leiarutdanning og leiarrøynsler	Rådmannens vurdering av øvste leiar økonomi	Rådmannens vurdering av øvste leiar personal
Innbyggjartal rekoda	1			
Leiarar med leiarutdanning og leiarrøynsler	.333**			
Rådmannens vurdering av øvste leiar økonomi	.035	.143		
Rådmannens vurdering av øvste leiar personal	.221	.126	.588**	
Rådmannens vurdering av øvste leiar sakshandsaming	-.076	.124	.631**	.527**

** p<0,01

Eg har berre take utgangspunkt i korrelasjonsanalysen med øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta med både leiarutdanning og leiarrøynsle. Korrelasjonsanalysar der rådmannen vurderar øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta i forhold til leiarutdanning og leiarrøynsler separat gav ingen signifikans. Eg tykkjer det er underleg at det ikkje er signifikans mellom det å ha leiarutdanning og leiarrøynsler for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta og korleis rådmannen vurderar deira kompetanse innanfor økonomi-, personal- og sakshandsaming.

Tabell 26 syner at det er ein relativ sterk samvariasjon mellom kor mange innbyggjarar kommunen har og om øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har leiarutdanning og leiarrøynsler. Desto fleire innbyggjarar det er i kommunane desto større er sannsynlegheita at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har leiarutdanning og leiarrøynsle.

I Tabell 26 ser eg at ein stor del av rådmennene gjev øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta høg skår på økonomi og då gjev dei og høg skår på sakshandsaming. Dei same forhold kjem fram ved at rådmennene gjev høg skår på kompetanse innan personalarbeid, gjev og høg skår på øvste leiarar i helse og omsorgstenesta si kompetanse innan sakshandsaming.

Tabell 27: Graden av samsvar mellom kva rådmennene meiner og kva øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta meiner om kompetansen til øvste leiarar innan økonomi-, personal- og sakshandsaming.

	Innbyggjartal rekoda	Leiarar med leiarutdanning og leiarrøynsler	Forskjell rådmanns vurdering og øvste leiars vurdering økonomi	Forskjell rådmanns vurdering og øvste leiars vurdering personal
Innbyggjartal rekoda	1			
Leiarar med leiarutdanning og leiarrøynsler	.333**			
Forskjell rådmanns vurdering og øvste leiars vurdering økonomi	-.222	-.377		
Forskjell rådmanns vurdering og øvste leiars vurdering personal	.054	-.200	.397**	
Forskjell rådmanns vurdering og øvste leiars vurdering sakshandsaming	-.123	-.024	.408**	.614**

** p<0,01

Tabell 27 syner at det er ein relativ sterk samvariasjon mellom kor mange innbyggjarar kommunen har og om øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har leiarutdanning og leiarrøynsler. Desto fleire innbyggjarar det er i kommunane desto større er sannsynleg heita at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har leiarutdanning og leiarrøynsle.

Vidare ser eg i tabell 27 at ein stor del av både rådmennene og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta gjev høg skår på økonomi og då gjev dei og høg skår på personal- og sakshandsaming. Det er ein relativ sterk samvariasjon. Dei same forhold kjem fram ved at rådmennene gjev høg skår på kompetanse innan personalarbeid, gjev og høg skår på øvste leiarar i helse og omsorgstenesta si kompetanse innan sakshandsaming. Her er det ein svært sterk samvariasjon.

Tabell 27 syner at det ikkje er signifikant samheng mellom det å ha leiarutdanning og leiarrøynsler og korleis kompetanse dei har innanfor økonomi-, personal- og sakshandsaming. Det tykkjer eg er oppsiktsvekkjande.

Sidan det ikkje er signifikans i tabell 27 så har eg gått attende til undersøkinga for å sjå om det er andre forhold eg kan sjå nærare på. Eg presenterer nedanfor to tabellar som omhandlar

kva rådmann vektlegg ved tilsetting og rådmannen si subjektive oppleving av samhandlinga med øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta.

Tabell 28: Ei oversikt over kva rådmannen legg vekt på ved tilsettingar

Variablar	Personlege eigenskapar	Kjennskap til off. forvaltning	Leiarutdannin g tillegg	Leiar kompetanse	Økonomi kompetanse	Personal leiings kompetanse
Liten grad	0	0	7	0	5	0
Verken eller	0	6	29	0	12	7
Høg grad	31	68	52	38	71	60
Svært høg grad	69	26	12	62	12	33
Totalt	100	100	100	100	100	100
(N)	(42)	(42)	(42)	(42)	(42)	(42)

Tabell 28 syner kva som vert vektlagt ved tilsettingar. Det var ingen som svara i svært liten grad på nokon av variablane, difor er dei ikkje med. Rådmennene seier dei vektlegg personlege eigenskapar i høg eller svært høg grad ved tilsettingar, 100%. Kjennskap til offentleg forvaltning seier dei vert vektlagt i høg grad eller i svært høg grad, 94%. Tabell 28 syner og at personaleiingkompetanse og leiarkompetanse vert vektlagt i høg grad eller i svært høg grad, 93% og 100%.

Tabell 29: Rådmannen si subjektive opplevingar av kvardagen i samhandlinga med øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta, i prosent.

Variablar	Godt leiarskap er sett på dagsorden i leiarmøte	Eg har ofte uformelle samtalar med øvste	Eg har stor tillitt til øvste leiarar	Eg opplev at organisasjonen dreg i same retning
Svært einig	31	36	43	8
Einig	62	55	48	67
Verken eller	7	9	9	21
Ueinig	0	0	0	4
Totalt	100	100	100	100
(N)	(42)	(42)	(42)	(42)

Tabell 29 fortel at rådmennene i over 90% svært einige eller einige i at dei i kvardagen har god samhandling, fokus på leiarskap og at dei har tillit til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta.

I fyrste del av dette avsnittet har det vore nokre tabellar for å sjå på kven rådmennene er. I resten av avsnittet har me sett på korleis rådmannen vurderar leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Her ser me at rådmennene skårar øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta høgt innanfor dei områder som er delegert. Det kjem fram at eit fleirtal av

rådmennene har utarbeidd leiaravtalar med øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som tydeleggjer forventningane. Ei stor overvekt av rådmennene har og utarbeidd retningsliner som tydeleggjer kva rådmannen har delegert. Eit oppsiktsvekkjande funn er at det ikkje er samanheng mellom rådmannens vurderingar av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta si leiarkompetanse og om dei har leiarutdanning og leiarrøynsler. Det er og interessant å sjå at det er samanheng mellom innbyggjartal og vurderingar av leiarkompetanse. Det vil seie at desto større kommunane er, desto høgare er leiarkompetansen. Rådmannen legg stor vekt på personlege eigenskapar og leiarkompetanse. Dei legg og vekt på kjennskap til forvaltning og personaleiingskompetanse medan dei er meir vage i sine uttalingar når det gjelde leiarutdanning. Rådmann si subjektive oppleving av samhandlinga med øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta gjev inntrykk av at denne er sers god. I det neste avsnittet i dette kapittelet skal me sjå nærare på hypotesane.

4.6 Hypotesar

I avsnitt 1.4 har eg skissert to hypotesar. Desse ynskjer eg å testa i dette avsnittet.

Eg presenterar dei nedanfor her med kvar si overskrift, tabell og figurar medforklaringar.

4.6.1 Desto større kommunane, er desto høgare er leiarkompetanse blant øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta

Tabell 30: Korrelasjonstabellen syner øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta med tidlegare leiarrøynsler og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta med leiarutdanning og tidlegare leiarrøynsler sett i forhold til kommunestorleiken.

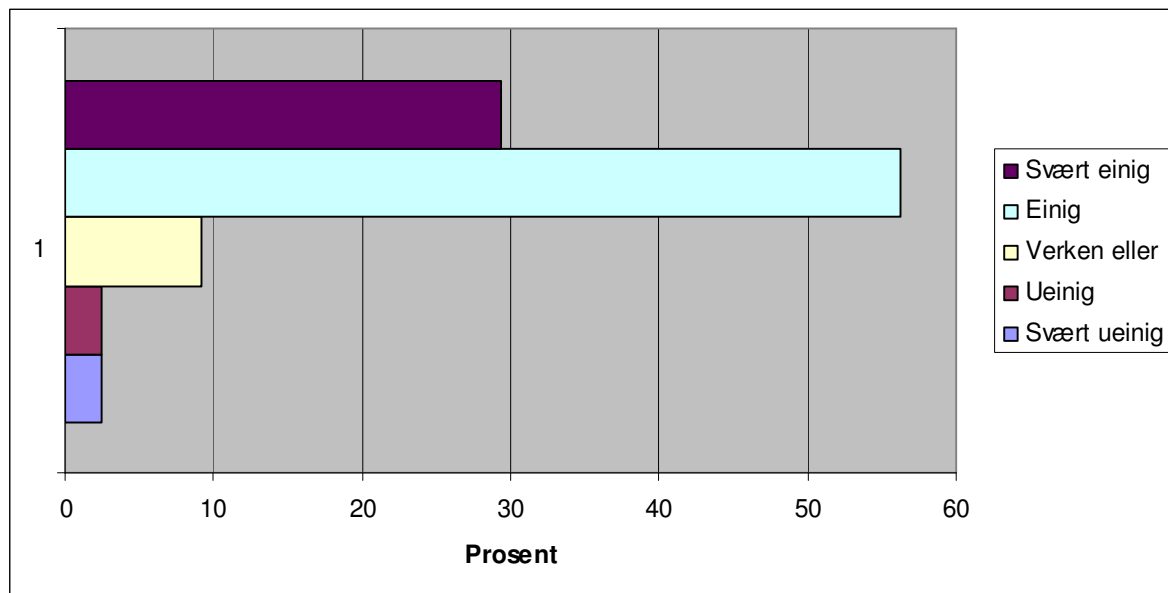
	Innbyggjartal rekoda	Delen øvste leiarar med leiarutdanning	Delen øvste leiarar med tildegare leiarrøynsler
Innbyggjartal rekoda	1		
Delen øvste leiarar med leiarutdanning	.275*		
Delen øvste leiarar med leiarrøynsler	.256*	.270*	
Omfang av leiarutdanning og tidlegare leiarrøynsler hjå øvste leiarar	.333**	.587**	.728**

** $p < 0,01$

Tabellen 30 syner at det er ein svak samvariasjon mellom kommunestorleik og om leiarar har leiarutdanning eller leiarrøynsler. Vidare syner tabellen at det er ein relativ sterk samvariasjon mellom innbyggjartal og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som har både leiarutdanning og leiarrøynsler. Det vil seie at desto større kommunane er, desto fleire av dei som er øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har både leiarutdanning og leiarrøynsler.

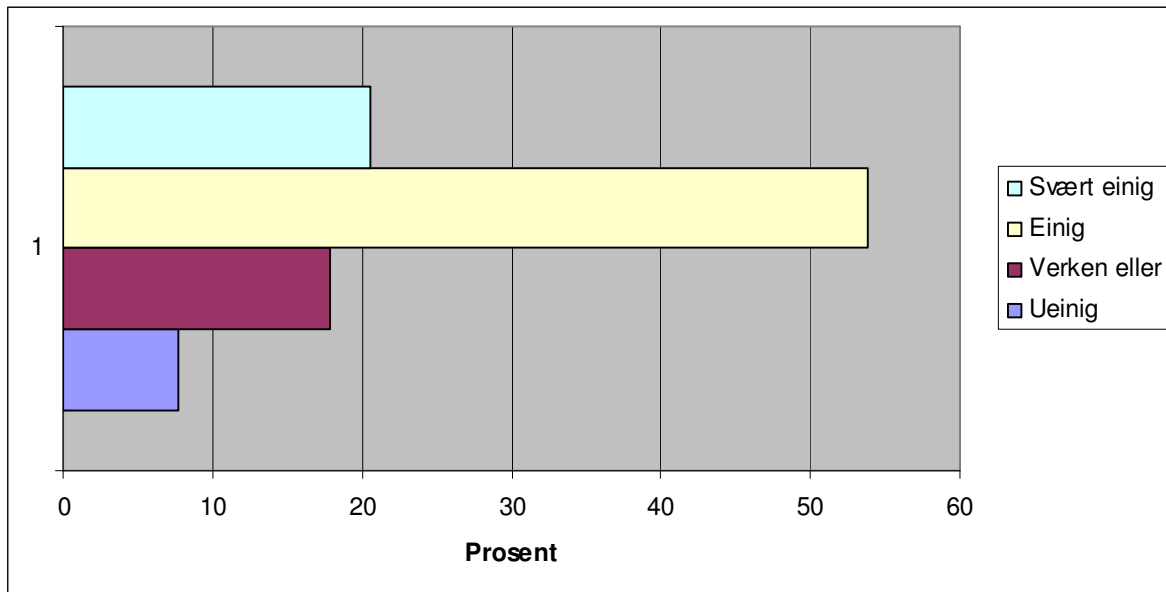
4.6.2 Kommunane krev at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ei høgskuleutdanning innan helse- og sosialfag

Figur 6: Eit av krava stillinga som øvste leiar i helse- og omsorgstenesta er at dei har utdanning frå helse- og sosialfag på høgskulenivå. Svar gitt av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. N=125



Figur 6 syner at over 80% av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta seier at dei er einige eller svært einige i at det vert stilt krav om utdanning frå helse- og sosialfag på høgskulenivå.

Figur 7: Eit av krava stillinga som øvste leiar i helse- og omsorgstenesta er at dei har utdanning frå helse- og sosialfag på høgskulenivå. Svar gitt av rådmennene. N=42



Figur 7 syner at nærare 80% av rådmennene seier seg einige eller svært einige i at det vert stilt krav om utdanning frå helse- og sosialfag på høgskulenivå når kommunen skal tilsetja øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Dette er i samsvar med kva øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har svara som kjem fram i figur 6.

I dette avsnittet har eg sett at det er ein svak til relativt sterk samvariasjon mellom innbyggjartal og leiarkompetanse. Desto større kommunane er desto høgare er leiarkompetansen. Analysen syner og at det er ei stor overvekt av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta og rådmennene som seier seg svært einige eller einige i kravet for stillinga er høgskuleutdanning innan helse- og sosialfag.

Eg påpeikte i innleiinga til dette kapittelet at eg har oppsummert kapittelet i eit avsnitt. Årsaka til det er at kapittelet er langt og har mange tabellar og nokre figurar, difor såg eg det som naudsynt å laga ei oppsummering av resultatkapittelet før eg startar på drøftingskapittelet.

4.7 Oppsummering av resultatkapittelet

I resultatkapittelet har det framkome at følgjande om øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta N=125 og rådmennene, N=42. Overskriftene nedanfor er forskingsspørsmåla og hypotesane.

1. Kven er øvste leiar i helse- og omsorgstenesta?

- Dei har en høg gjennomsnittsalder, 54% er over 50 år
- Det er ei stor overvekt av kvinner, nærare 80%
- 68% har personalansvar for 31 personalårsverk eller meir. Desto større kommunane er desto fleire årsverk har dei ansvar for

2. Kva for utdanning har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?

- Nærs sagt alle har høgskule- eller universitetsutdanning som si høgste formelle utdanning
- 75% av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har leiarutdanning i tillegg til ei grunnutdanning. 27% av dei som har leiarutdanning utgjer leiarutdanninga meir enn eitt år på fulltid eller to år på deltid

3. Kva for leiarrøynsler har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?

- 64% har vore tilsett i noverande stilling i meir enn tre år
- 79% av kvinnene og 96% av mennene har leiarrøynsler frå tidlegare leiarstillingar

4. Korleis vurderar øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta eigen leiarkompetanse?

- Dei vurderar sin leiarkompetanse innanfor økonomi-, personal-, fag- og sakshandsaming til å vere god eller svært god i 80-98%. Leiarkompetanse innanfor fag er høgast og økonomi lågast
- Dei har svara at kommunen i nærare 80% krev leiarkompetanse, 56% oppgjev at kommunen krev økonomikompetanse, 76% seier at kommunen krev personalkompetanse medan 29% seier at det vert stilt krav om jusskompetanse
- 78% svarar at kommunen ikkje har eit opplæringsprogram
- Det er ein svak samvariasjon mellom kor stor kommunen er og om kommunen har eit opplæringsprogram
- Om lag 95% av kommunane har delegert økonomi-, personal- og fagansvaret til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta

- Det er svært sterk samvariasjon mellom dei som har leiarutdanning og leiarrøynsle når dei vurderar eigen kompetanse innanfor økonomi og personalhandsaming. Når det gjeld sakshandsaming er det ein relativ sterk samvariasjon. I tillegg er det vert å merka seg at dei leiarane som skårar høgt på økonomi skårar og høgt på eigenvurdering av personalhandsaming. Her er det ein svært sterk samvariasjon. Analysen syner ein relativ sterk samvariasjon mellom dei som skårar høgt på økonomi som og skårar høgt på sakshandsaming. Dei som skårar høgt på eigenvurdering av økonomi skårar og høgt på sakshandsaming, her er det ein svært sterk samvariasjon
- Det er ein svak samvariasjon mellom øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som har leiarutdanning og leiarrøynsler når det gjeld kompetanse til å handsama økonomi og personalansvar. Det er ein relativ sterk samvariasjon ut i frå dei same forholda når det gjeld kompetanse til sakshandsaming. Det som er interessant å sjå er at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som har leiarutdanning og leiarrøynsler som skårar kompetansen sin høgt innanfor personalarbeid, skårar og høgt innanfor fagansvaret.

5. Korleis vurderar rådmannen leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta

- 79-95% av rådmennene vurderar økonomi-, personal- og fagkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta til å vere god eller svært god
- Rådmennene uttalar at i 57% av kommunane er det inngått leiaravtale med øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta
- Rådmennene uttalar at dei i 91% av kommunane har utarbeidd retningsliner som tydeleggjer kva rådmannen har delegert til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta
- Rådmennene uttalar at i 45% av kommunane er det eit opplæringsprogram for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta
- Det er ein relativ sterk samvariasjon på kommunestorleik og om kommunen har eit opplæringsprogram for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta
- Det er ingen signifikans mellom det å ha leiarutdanning og leiarrøynsler for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta og korleis rådmannen vurderar deira kompetanse. Dette synes eg er svært underleg då 64% seier at leiarutdanning som tilleggsutdanning vert vektlagt i svært høg grad eller i høg grad
- Personelge eigenskapar svarar rådmennene at det vert vektlagt i svært høg grad i 69% og høg grad 31%. Når det gjeld leiarkompetanse svarar dei svært høg grad i 38% og 62% i høg grad. Når det gjeld leiarutdanning som tilleggsutdanning tykkjer eg dei er

meir vage på kva dei krev. 36% svarar verken eller, høg grad i 52% og svært høg grad utgjer 12%

- Dei subjektive vurderingane svarar rådmennene i om lag 90% at dei er svært einige eller einige i at kommunen har fokus på godt leiarskap, at rådmann har uformelle samtalar med øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta og at han har stor tillit til dei

Eg hadde og to hypotesar:

1. Desto større kommunane er desto høgare er kompetanse blant øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta

- Det er ein svak samvariasjon mellom kor mange innbyggjarar kommunen har og om øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har leiarutdanning og leiarrøynsler. Desto fleire innbyggjarar det er i kommunane desto større er sannsynleg heita at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har både leiarutdanning og leiarrøynsle.

2. Kommunane krev at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ei høgskuleutdanning innan helse- og sosialfag

- Over 80% har svara at kommunen krev at dei har ei utdanning innan helse- og sosialfag på høgskulenivå
- Rådmennene er einige eller svært einige i at det i nærare 80% at dei krev utdanning frå helse- og sosialfag på høgskulenivå for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta

5 Diskusjon/drøfting

I dette avsnittet skal eg drøfte dei funn som er presentert i resultatkapittelet saman med teori og forskingsstatus. Problemstillinga mi er: ”*Kva for leiarkompetanse har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta*” Eg vil drøfta forskingsspørsmål for forskingsspørsmål der overskriftene på avsnitta er dei fem forskingsspørsmåla. Eg har og to hypotesar som eg har drøfta til slutt i dette kapittelet.

5.1 *Kven er øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?*

Undersøkinga syner at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ei overvekt av kvinner, jf tabell 3. Dette kan forklarast med Bratland si uttaling om at kvinners omsorgsrolle er endra dei siste hundre år. Kvinner har i stor grad gått frå ubetalt omsorg i heimen til betalt omsorgsarbeid i helse- og omsorgstenesta (Bratland 2005). Dette vert og støtta av Skjørshammer som uttalar at det er ei stor overvekt av kvinner i helse- og omsorgstenesta og at arbeidet er beskrive med feminine verdiar. Samstundes påpeikar han at legar ofte er mannlege og ber preg av dei maskuline verdiane (Skjørshammer 2004). På den eine sida kan det vere positivt at kvinner er i fleirtal i helse- og omsorgstenesta med bakgrunn i dei feminine verdiar. Omsorg for kvarandre, ivaretaking og restituering kan vere naudsynt og som leiar enkelte gonger. På den andre sida kan det vere behov for meir maskuline verdiar i helse- og omsorgstenesta for å få meir likestilling. Skjørshammer påpeikar at det er ei stor overvekt av kvinner i helse- og omsorgstenesta. Dersom øvste leiarar til helse- og omsorgstenesta i vesentleg grad er vert rekruttert herifrå må ein i større grad tenkje på å rekruttere menn til å ta utdanning innan helse- og omsorgstenesta. På den måten kan det kanskje verte moglegheit til å rekruttera fleire menn i leiarstillingar.

Undersøkinga syner vidare at over halvparten av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta er over 50 år, jf. tabell 3. utfordringane kan verta store som fylgje av den demografiske utviklinga der tilgangen på arbeidskraft er ein trussel om samfunnet ikkje tek grep i helsesektoren (St.mld nr. 47 2008-2009). På den eine sida, kan det bety at mange kommunar kan få store utfordringar i å rekruttera inn øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som følgje av naturleg avgang. Behovet for leiarar innanfor helse- og omsorgstenesta i framtida vil vere stor, spesielt i kommunar med tanke på fleire nye oppgåver som skal flyttast frå spesialisthelsetenesta. På den andre sida så kan den endringa som er varsla i

samhandlingsreformen legg opp til å vekke interesse hjå innbyggjarane til å ta ei utdanning som gjev moglegheit for leiarstilling i helse- og omsorgstenesta. Dersom samfunnet lukkast med samhandlingsreformen kan framtidens kommunar verta spanande arbeidsplassar med høg kompetanse for å handsama nye leiarutfordringar (St.mld nr. 47 2008-2009). I dag er meir en halvparten av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta over 50 år noko som betyr at kommunar i åra framover kanskje vil ha behov for å rekruttere inn nye leiarar i desse stillingane.

I mi undersøking kjem det fram at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ansvar for svært mange tilsette per leiar jf. side 43. I fylgje undersøkinga til RO (Ressursenter for omstilling i kommunene 2004) har leiarar i helse- og omsorgstenesta personalansvar for mange tilsette samanlikna med skulesektoren. Undersøking gjort av Haugen (Haugen 2009) er i tråd med undersøkinga mi. På den eine sida kan ein stille seg spørsmål til kvaliteten på leiarskapet når dei har ansvar for så mange tilsette. Helse- og omsorgstenesta har og mange deltidsstillingar (St.mld nr. 25 2005-2006) og det inneber at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta sannsynlegvis ha ansvar for langt fleire (Ressursenter for omstilling i kommunene 2004). Sjukefråveret i helse- og omsorgstenesta har dei seinare åra vore høgt (St.mld nr. 25 2005-2006). Ein kan stilla seg spørsmålet om helse- og omsorgstenesta er underprioritert når det gjeld leiing (Schaug 2010).

For å kunne løyse framtidige utfordringar kan det kanskje vere ein ide at rådmennene og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta ser på kva for utfordringar kommunen har dei næraste åra. Utfordringar kan vere oppgåver og rekruttering av nye leiarar (St.mld nr. 47 2008-2009). Sidan fleire og fleire kommunar vel å organisere kommunen til tonivåmodellen inneber det at kommunen har behov for færre leiarar (Schaug 2010). På den eine sida vil det då tilseie at det vert færre leiarstillingar i kommunane og at behovet kanskje ikkje er så stort. På den andre sida kan det hende at det vert fleire leiarar i helse- og omsorgstenesta. Øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har i dag ansvar for mange personalårsverk, jf side 43. Med dei endringane som Stortingsmelding 47 (St.mld nr. 47 2008-2009) legg føringar for, og at dette no er fylgt opp i ny helse- og omsorgslov med auka ansvar og oppgåver til kommunane (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a), kan det tyde på at kommunar vil få høgare krav til organisering og leiing (St.mld nr. 47 2008-2009). Det kan difor bety at kommunar får færre leiarar innanfor dei fleste tenesteområde medan helse- og omsorgstenesta kanskje må ha fleire. Samstundes kan det vere at fleire kommunar går saman om å løysa dei nye oppgåvene og at det ikkje vert behov for fleire leiarar.

5.2 Kva for utdanning har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?

Undersøkinga syner at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har utdanning frå høgskule eller universitet som si høgste formelle utdanning, jf tabell 4. Utdanningsnivået mellom kvinner og menn er om lag heilt likt i denne undersøkinga. I fylgje undersøkingar SSB har gjort som Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet 2008) har presentert, så er det ein auke blant kvinner som tek høgare utdanningar i Noreg. I 2005 var det 26% av kvinnene som hadde høgskule eller universitet som si høgste formelle utdanning, medan det i 1980 var 10%. Trendane i samfunnet held fram med at også kvinner tek høgare utdanning og dei er i overvekt i leiarstillingar i helse- og omsorgstenesta (Strand 2007). Det er utfordringar i mindre kommunar der dei har lang veg til skular som kan gi naudsynt kompetanse slik at dei må finne løysingar på det lokalt (L. E. Moland, Bråthen, Urne, et al. 2010). På den eine sida er det naudsynt å vere klar over at det er forskjell på kva for moglegheiter det er i kommunane og at mindre kommunar har større utfordringar. Samstundes må ein kommune vere klar over at uansett storleik gjeld same lovkrav og forskrifter samt kravet til kvalitet på tenestene (Schaug 2010). På den andre sida så er kommunane i gang med å få kartlagt kva for kompetanse dei har og kva dei treng. Denne kartlegginga er i tråd med hovedtariffavtala frå 2008 som vart vidareført i 2010 (KS 2010a). Kommunane sine øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har høg formell utdanning som kan vere naudsynt for å løysa dei kommunale plikter den enkelte kommune har.

Analysen syner at tre fjerdedelar har ei leiarutdanning i tillegg til ei høg formell utdanning, jf tabell 5. Av dei som har take leiarutdanning utgjer denne leiarutdanninga meir enn eitt år på fulltid eller to år på deltid for om lag ein fjerdedel, jf tabell 6. Det kjem fram i pilotprosjektet i Bærum kommune at kravet er treårig helse- og sosialutdanning, brei erfaring og helst vidareutdanning (L. E. H. Moland, Halvor 2002). I undersøkinga til Pettersen i AFI har gjort på oppdrag frå KS i 2010, kom det fram at kommunane ynskjer at det vart laga ei felles opplæringspakke for kommunane. Undersøkinga synte at meir leiarutdanning i form av strategisk planlegging, økonomistyring, kompetanseutvikling hjå personalet, kvalitetsutvikling, personlege leiarferdigheiter og gode samarbeidsløysingar i helse- og omsorgstenesta er naudsynt (Pettersen 2010). På den eine sida syner undersøkinga mi at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har utdanning jf krav som Moland påpeikar. På den andre sida kjem det fram i undersøkinga til Pettersen at leiarane har behov for meir utdanning og opplæring for å meistra nye utfordringar i kvardagen. Her er det eit motsetningsforhold. For å

sjå nærare på dette har eg gått til Schaug som har uttala at helse- og omsorgstenesta har vore underprioritert når det gjeld leing. Det vil difor vere eit stort behov for organisasjons- og leiarutvikling for å møte utfordringane og med auka krav til effektivisering og høg kvalitet på tenester (Schaug 2010). Det kan difor sjå ut til at undersøkinga til Pettersen er i samsvar med Schaug. Dette kan ha samband med at desse undersøkingane er gjort på eit langt seinare tidspunkt og er nærare opp til dagens verkelegheit. Samstundes er det som Moland påpeikar sentralt fordi det vert kravd utdanning frå høgskulenivå, brei leiarrøynsler og helst vidareutdanning (L. E. H. Moland, Halvor 2002). Det tyder at kommunane ser at det er behov for meir enn treåring utdanning frå helse- og sosialhøgskulen for å verta leiar.

5.3 Kva for leiarrøynsler har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?

Øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har høgare formell utdanning. I tillegg syner undersøkinga at meir enn halvparten av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har vore tilsett i noverande stilling i meir enn tre år, jf tabell 7. Lai (Lai 2004) uttalar at leiarkompetanse er meir enn utdanning. Baldersheim (Baldersheim 1993) meiner at det er opp til oss om vi ynskjer å lære. Det å vere positivt innstilt til å lære, kan resultere i at vi vil sjå ny lærdom i fleire perspektiv. Dersom øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta ynskjer å lære og er positivt innstilt til å ta lærdom av nye utfordringar trur eg dei gjennom si formelle utdanning og leiarrøynsler haustar gode røynsler.

I tillegg syner analysen at meir enn tre fjerdedelar av desse leiarane har leiarrøynsler frå tidlegare stillingar. I utlysningstekstar syner Schaug det er langt meir vanleg å stilla krav til leiarrøynsler, rett nok er det ei undersøking som omhandlar utlysningar til rådmannsstilling (Schaug 2010). Dersom arbeidsgjevar stiller krav til leiarrøynsler hjå rådmann vil det vere naturleg å tenkje at dei og gjer det når dei skal lysa ledig ein stilling for øvste leiar i helse- og omsorgstenesta. Schön seier at dersom vi stiller spørsmål ved vår kunnskap når vi utøvar ei handling lærar vi oss å reflektere over kva vi gjer og kvifor. Ved å vere kritisk til kva vi gjer kan vi finne andre måtar å løyse oppgåvene på og vi lærer nye metodar. Då skjer læring gjennom refleksjon i handling (Schön 1983). Det kan tilseie at kommunar som skal tilsetja øvste leiar i helse- og omsorgstenesta krev at søkjarar har leiarrøynsler når dei tilset leiarar i desse stillingane.

Øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har vore lenge i noverande stilling og dei har leiarrøynsler frå tidlegare stillingar. Baldersheim (Baldersheim Harald & Rose Lawrence 2005) seier at leiaren i stor grad må tilpassa seg organisasjonen og at det ikkje er berre ein leiarstil som er rett. Pettersen (Pettersen 2010) har i sin rapport uttala at fleire av kommunane dei siste åra har vore gjennom ei omorganisering. Vidare seier hennar undersøking at fleire av respondentane har uttala at kommunen skal omorganiserast dei neste to år. På den eine sida kan vi her seie at kommunane er heldige som har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta med leiarrøynsler. Dei har mest sannsynleg vore med på omorganiseringar tidlegare. På den andre sida så seier ikkje undersøkinga mi kor mange år med leiarrøynsler desse leiarane har frå tidlegare stillingar og kor mange arbeidsgjevarar dei har hatt. Det er ikkje utenkjeleg at enkelte av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta ikkje er så mange år på kvar plass. Ei mogleg forklaring på det kan vere at enkelte leiarar ser det som energigjevande å stå i endringsprosessar og ”rydde opp” når jobben er gjort reiser dei vidare for å ta fatt på nye utfordringar.

Øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har meir enn tre fjerdedelar leiarrøynsler frå tidlegare leiarstillingar. Pettersen (Pettersen 2010) syner at kommunar har eit høgt fokus på leing og leiarutvikling. Ei overvekt av respondentane seier det er behov for meir. Moland (L. E. Moland, Bråthen, Urne, et al. 2010) har i sin rapport vektlagt planlegging, gjennomføring og evaluering som ein del av kompetansehevingstiltak. Leiarar har i fylgje denne undersøkinga vore ei prioritert gruppe. Likevel syner denne rapporten at berre fem prosent meiner at tiltaka har medført betre leing. På den eine sida kan det tyde på at kommunar får fleire og fleire oppgåver som skal løysast. Kanskje det er difor leiarar sjølve sit med ei oppleving av at dei ikkje meistrar oppgåvene og difor treng meir kompetanse. Det kan kanskje forklarast med at det er eit aukande krav i helsetenesta når det gjeld brukarrettigheit, lovverk, forskrifter og moglege organiseringsmodellar, teknologiske nyvinningar (Schaug 2010).

Samhandlingsreformen (St.mld nr. 47 2008-2009) kjem og med nye krav og forventingar som framover kan verta utfordrande øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. På den andre sida har meir enn halvparten vore i stillinga i meir enn tre år. Kan det vere slik at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta undervurderar sin eigen leiarrøynsler og utdanning slik at dei trur dei treng meir leiarkompetanse? Eller er utfordringane så store der dei mellom anna har personalansvar for veldig mange at dette verkeleg er reelt?

5.4 Korleis vurderar øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta eigen kompetanse?

Analysen syner at øvste leiarar i helse og omsorgstenesta vurderar sin kompetanse høgt innanfor økonomi-, personal- og sakshandsaming jf tabell 11. Desse leiarane meiner sjølve at dei har ei svært god eller god kompetanse til å handsama økonomi-, personal-, sak- og faghandsaming jf tabell 12. Øgar (Øgar 2004) seiar at kjennskap på god leiing er at dei har delegert mynde og ansvar for å utføra dei. Ei forklaring på at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta vurderar sin leiarkompetanse høgt kan vere at dei er delegert mynde og ansvar for dette. På den andre sida kjem det fram at øvste leiarar har høg formell utdanning, ei overvekt med leiarutdanning og leiarrøynsler. Dette kan og ha stor innverknad på oppgåver dei har ansvar for som øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Kvalitet på tenestene og god økonomistyring er kjenneteikn ved NPM (Baldersheim Harald & Rose Lawrence 2005). Aadland (Aadland 2004) er kritisk til NPM då han meiner det vil verta ei verdikonflikt når ein skal både ha god kvalitet på tenester og god økonomistyring. Aadland uttalar at ein kan ikkje tene to herrar og kven av desse to herrane har størst fokus i kvardagen.

Undersøkinga syner samanhengar der øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har leiarutdanning og/eller leiarrøynsler eller båe deler, jf tabell 13, 14 og 15. Det er størst samvariasjon når øvste leiarar har både leiarutdanning og leiarrøynsler. Lai (Lai 2004) hevdar at kunnskap er naudsynt for å kunna vidareutvikle seg. Dette kan forklarast ved at her syner øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta at dei er interessert i å vidareutvikla seg ved at dei tek leiarutdanning og at dei etter kvart opparbeidar seg leiarrøynsler. Baldersheim (Baldersheim Harald & Rose Lawrence 2005) på si side hevdar at leiaren må i stor grad tilpassa seg organisasjonen fordi det er ikkje berre ein leiarstil som kan nyttast. Det styrkar etter mitt syn behovet for leiarutdanning og leiarkompetanse for å kunne møte utfordringar i at leiaren i mange tilfeller må tilpassa seg. Lai (Lai 2004) på si side hevdar at kompetanse består av fleire eigenskapar. Det er fagleg kompetanse, leiarkompetanse, personleg kompetanse og sosialkompetanse. Desse kan stå kvar for seg hevdar Lai, samstundes vil det vere fleire tilfeller der desse er avhengige av kvarandre. Øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta vurderar eigen kompetanse høgt, desto høgare leiarkompetanse dei har.

Når det gjeld oppgåver som rådmannen har delegert til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta er det i tråd med utviklinga der fleire og fleire kommunar organiserar seg etter tonivåmodellen (Schaug 2010). I undersøkinga mi kjem det fram at rådmannen har delegert

økonomi-, personal- og fagansvar til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta i nær sagt alle kommunar, jf tabell 9. Hole (Hole 2009) har i si undersøking kome fram til at leiarar med meir mynde og ansvar har fått ei større forståing av kommunar sitt ansvar i en større samanheng. På den eine sida kan auke mynde og ansvar gje større forståing av kommunen som ein organisasjon der leiarar ikkje berre har fokus på egne oppgåver og ansvar. Det å sjå over til andre einingar ei kommune har ansvar for, til dømes teknisk etat, kan kanskje vere nyttig for å utvida forståing for kva for oppgåver ei kommune har ansvar for. På den andre sida kan det kanskje for enkelte leiarar verta utfordrande i kvardagen der dei sjølve må stå til ansvar for alt som skjer i deira eining. Mange kan oppleve det krevjande og einsamt å ha ansvaret for vurderingar og slutningar som skal takast kvar dag. Hole (Hole 2009) seier at fleire leiarar opplev eit større krysspress etter at dei har fått delegert mynde og ansvar. Slik eg tolkar det kan det tyde på at leiarar tek oppgåva alvorleg og ikkje dyttar ansvar oppover eller nedover i systemet, øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta tek då ansvar sjølve. Rådmennene delegerar store ansvarsoppgåver til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta der dei opplever at dei får ein større forståing av kommunar som heilskap og at dei må ta ansvar sjølve.

Det som er oppsiktsvekkjande i tabell 9 er at det er nokre respondentar som svarar at dei ikkje veit om desse oppgåvene er delegert til dei frå rådmann. Ei forklaring på det kan vere at dei ikkje har lest eller oppfatta spørsmålet. Ei anna forklaring kan vere at det ikkje er klare ansvarsliner i desse kommunane som gjer at leiaren rett og slett ikkje veit om desse oppgåvene er delegert. I tabell 25 kjem det fram at det er ein del rådmenn som ikkje har utarbeidd leiaravtalar med øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Difor kan det vere ei forklaringa på at det er enkelte leiarar som ikkje veit om oppgåver er delegert. Dersom oppgåvene er delegert kan ein då på den eine sida undra seg over korleis oppgåver vert løyst og om dei tek ansvar for økonomi-, personal- og fagansvar. På den andre sida så kjem det fram at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta er kvinner. Skjørshammer (Skjørshammer 2004) uttrykkjer at arbeidet innan denne sektoren er prega av feminine verdiar. Kanskje det kan være slik at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta tek hand om alle oppgåver uansett om dei har fått delegert mynde og ansvar eller ikkje? Dei har omsut for alle og gjer det dei får beskjed om og reflekterer kanskje ikkje over om oppgåvene er delegert eller ikkje. Enkelte veit ikkje om økonomi-, personal- og fagansvaret er delegert til dei. Og ein kan då undra seg over korleis styringa i aktuelle kommunar er.

Det er store ansvarsoppgåver som er delegert frå rådmannen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta i om lag alle kommunane som deltek i undersøkinga. Jensen og Meckling (Jensen & Meckling 1976) har ein teori frå 1970 talet om prinsipal-agent-teori. Overført til oppgåva mi kan ein seie at rådmannen er prinsipalen og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta er agentar. På den eine sida er prinsipalen avhengig av at agenten gjer dei oppgåver som er delegert. Prinsipalen er avhengig av dette fordi han har ansvar for å seta i verk vedtak som kommunestyret har fatta (Schaug 2010). Rådmannen vert overfor lokaldemokratiet agenten medan kommunestyret er prinsipalen. På same måte er øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta avhengige av sine medarbeidarar til å utføre dei tenester det er fatta vedtak om. Her vert øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta prinsipalen medan medarbeidarar vert agentar. På den andre sida har dei ulike roller i ulike situasjonar. Både rådmannen og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har rollane som prinsipalen og agenten i ulike deler av handlingskjeda som eg har forsøkt skissert ovanfor. Ei kommune kan fungera etter prinsipal-agent-teori dersom ein har gode retningslinjer og avtalar for kva som er delegert.

Det kjem fram i undersøkinga mi at kommunar set høge krav til leiarkompetanse innanfor økonomi-, personal- og god kjennskap til offentleg forvaltning jf tabell 10. Baldersheim (Baldersheim Harald & Rose Lawrence 2005) hevdar at eit av dei viktigaste kjenneteikna ved NPM er at leiarskap skal delegerast. Kommunar har delegert oppgåver og tek då vidare ansvar for å stilla krav til leiarkompetanse når dei skal tilsetja øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. På den eine sida så ser ein at helse- og omsorgstenesta er i vekst og har store oppgåver som skal løysast (Schaug 2010). Eg vil tru at rådmennene må ha stor tillitt til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som delegerar mellom anna økonomiansvar. Dette har ikkje eg gått meir inn på i mi oppgåve. På den andre sida syner analysen at ei overvekt av kommunar ikkje har system for opplæring av nytilsette øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Undersøkinga kan tyde på at desto større kommunane er desto større sjansje er det for at dei har eit opplæringsprogram. Det vert sett krav til økonomi-, personal- og god kjennskap til offentleg forvaltning, men analysen seier ikkje noko om øvste leiarar som vert tilsett har det. Det kan kanskje vere aktuelt i vidare forskning å sjå nærare på kva som skal til for at rådmenn delegerar mynde og ansvar i eit så stort omfang sidan så mange kommunar seier dei ikkje har eit system for opplæring. Delegerar rådmenn fordi kommunar har ei styringsmodell som tilseier at dei skal det, eller har dei vurdert dette ved tilsetting av leiarar godt nok. Samstundes kunne det vore interessant å sett på kva for system kommunane har for oppfyljing av dette. Det har dei siste åra vore ei rekkje medieoppslag der kommunalt tilsette

har utsett kommunar for underslag (Sverd 2010), (Danbolt 2008) og (Danbolt 2010). Ein kan då stilla seg spørsmålet om rådmannen har så stor tillit til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta at underslag kan skje over lang tid utan at det vert oppdaga. NPM er mellom anna kjend for å ha meir bruk av indirekte kontroll enn av direkte autoritetar (Baldersheim Harald & Rose Lawrence 2005). Dette er ein kopi av tanken frå det private og en kan kanskje vere kritisk til dette. Økonomiske midlar som kommunar forvaltar er offentlege midlar som alle er med å bidreg til ved å mellom anna betale skatt. Ein kan då spørje seg om det er gode nok rutinar sidan underslag skjer i det offentlege.

I fylgje Pettersen (Pettersen 2010) er det behov for at det vert laga ei opplæringspakke for kommunane som omhandlar overordna strategisk planlegging, økonomistyring, kompetanseutvikling hjå personalet, kvalitetsutvikling, personlege leiarferdigheiter og gode samarbeidsløysingar mellom aktørar i feltet. I mi undersøking kjem det fram at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har høgskule- eller universitetsutdanning. Ein stor del har leiarutdanning og svært mange har lang erfaring som leiar. Likevel kjem det fram i undersøkinga til Pettersen at det er behov for meir. Ei forklaring på dette kan vere at kommunar får fleire og fleire oppgåver dei skal handsama og for å gjere det kan det vere behov for å auke kompetanse. Så seier undersøkinga til Moland og Bråten med fleire (L. E. Moland, Bråthen, Urne, et al. 2010) at det vert lagt vekt på kompetansehevingstiltak i kommunane der leiarar er spesielt prioritert. Undersøkinga seier og at berre fem prosent meiner at kompetanseheving gjev betre leiarar. Trygstad (Trygstad 2009) hevdar på si side at endringsprosessar og omstillingar har medført fleire oppgåver på medarbeidarar utan at dei får opplæring. Aadland uttalar at budskapet frå styresmaktene blir double-bind-retorikk og leiaren her beskriv vallsituasjonar og ein arbeidsmengde som på sikt kan medføre at krysspreset vert så stort at leiaren ikkje har moglegheit til å handsama oppgåvene (Aadland 2004). Undersøkinga syner at det er vektlagt opplæring i svært liten grad, tiltross for høg utdanning, leiarutdanning og leiarrøynsler ettersom øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta meir opplæring og kompetanse.

5.5 Korleis vurderar rådmannen leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta?

Det kjem fram i undersøkinga mi at rådmannen vurderar leiarkompetansen til øvste leiarar innanfor økonomi-, personal- og fagansvaret høgt. Dette kan forklarast med at leiarar som har fått delegert makt og mynde tek leiarskapet på alvor ved å gjennomføre dei oppgåver dei har ansvar for og dermed oppnår resultat (Colbjørnsen 2004). På den eine sida kan det bety at rådmannen har ein god dialog og god forståing for oppgåver øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ansvar for. Ein god leiar kan vere ein leiar som løysar sentrale leiaroppgåver på ein tilfredsstillande måte (Øgar 2004). På den andre sida kan det og vere slik at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta held sine budsjett og det er ro i verksemda. Rådmannen kan då oppfatta at dei gjer ein god jobb. Helse- og omsorgstenesta er ei krevjande verksemd å budsjettera fordi det handlar om liv og helse (Bratland 2005). NPM vert kritisert fordi omsynet til budsjett disiplin går framfør fagleg forsvarlegheit hevdar Bratland (Bratland 2005). Det kan bety at rådmannen vurderer leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta høgt fordi dei løysar oppgåvene på ein tilfredsstillande måte der leiarane held seg innanfor budsjetttramma si.

Når det gjeld leiaravtalar syner undersøkinga at over halvparten av rådmannen har utarbeidd avtalar for å tydeleggjere forventningar til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta, jf venstre kolumna i tabell 25. På den eine sida kan det vere med på å kvalitetssikre rådmannens ansvar for at politiske vedtak som vert fatta, tek øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta ansvar for vert realisert (Schaug 2010). På den andre sida kan ei slik avtale vere med å fylgje opp ulike mål og resultat i kommunen. Gjennom dette arbeidet kan ein seie at kommunar nyttar seg av prinsippal-agent-teori. I praksis betyr det at rådmann er prinsippalen gjennom utarbeiding av leiaravtalen. Øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta vil vere agenten som gjennomfører dei oppgåver som fylgjer med i avtalen (Jensen & Meckling 1976). Ei leiaravtale som vert nytta for å tydeleggjere forventningar og til oppfyljing trur eg kan gje ei god utvikling. Dette er og i tråd med NPM-filosofien der resultatstyring står sterkt (Stamsø 2005). Gjennom leiaravtalar kan det tenkjast at rådmannen og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta i fellesskap har god innsikt i verksemda sine utfordringar. Det er fordi ei leiaravtale lyt fyljast opp og då bør det vere basert på dialog og erfaringar. På den måten bidreg både rådmannen og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta til å sikrar utvikling og progresjon samt at det vert sett nye forventningar og mål som det skal jobbast vidare med.

Undersøkinga syner at nærast alle rådmenn har utarbeidd retningslinjer som synleggjer kva rådmannen har delegert til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta, jf høgre kolumna i tabell 25. Dette er i samsvar med tabell 9. Her kjem det fram at eit stort fleirtal av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har fått delegert økonomi-, personal- og fagansvaret. Her syner undersøkinga at det er samsvar mellom svara til rådmannen og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Colbjørnsen (Colbjørnsen 2004) hevdar at organisasjonar som har gode rutinar for rolle og ansvarsfordeling, og der delegeringar er tydeleg avklart, resulterer i at leiarane opplever arbeidsforholda som ryddige. Øgar (Øgar 2004) seier at kjenneteikn på god leiing kan vere at leiaren har makt og mynde til å utføra arbeidet og at leiaren har tillit til dei. På den eine sida syner her undersøkinga at båe partar er kjend med føresetnadene for dei oppgåver som skal gjerast. På den andre sida trur eg at det i tett dialog med rådmannen kan framkoma utfordringar i verksemda. I helse- og omsorgstenesta er det kanskje ikkje alltid like enkelt å halde budsjetttramma på den eine sida og yte fagleg forsvarlege tenester på den andre. Mange av oppgåvene i denne sektoren er styrd av lovverk som gjev kommunar plikt til å yte tenester og rettigheitar for pasientar og brukarar (Schaug 2010). Difor meiner eg det fordrar at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som klarar å sjå gode løysningar som gjev god kvalitet samstundes som det er kostnadseffektivt for å ivareta oppgåver som er delegert frå rådmannen.

Resultata syner at nærare halvparten av rådmennene har svara at kommunane har eit opplæringsprogram for nyttilsette øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Det same spørsmålet fekk øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som syner at det er mindre enn ein fjerdedel av dei som meiner det same. Her er det eit relativt stort avvik. Korrelasjonsanalysen eg såg på syner at det er ein relativ sterk samvariasjon mellom storleiken på kommunane og om kommunar har eit opplæringsprogram. Trygstad (Trygstad 2009) uttalar at medarbeidarar har fått eit større ansvar enn tidlegare eller at det er take i bruk ny teknologi utan at kommunar har vektlagt behovet for opplæring. Moland (L. E. Moland, Bråthen, Urne, et al. 2010) at det vert satsa på kompetansehevingstiltak i kommunane og at det vert satsa på leiarar. På den eine sida kan det kanskje forklarast med at rådmannen gjennom retningslinjer og delegering av oppgåver har kartlagt leiarkompetansen hjå øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Det kan tenkjast at rådmannen gjennom tilsettingsprosessen i samarbeid med den nyttilsette øvste leiaren i helse- og omsorgstenesta sett på kva for opplæringsbehov leiaren har. Ei anna forklaring kan vere at rådmannen kan sitte med ei forventning om at dei kan oppgåvene når dei søker ei stilling som øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Kartleggingsanalysen til

Pettersen synleggjer behovet for at det vert utarbeidd ei opplæringspakke for kommunale leiarar. Fleirtalet har ei formeining om at leiarutvikling bør skje i kombinasjon med kommunale, regionale og nasjonale tiltak (Pettersen 2010). Tidlegare forskning syner at kompetanseheving er eit godt tiltak for å halda arbeidstakarar i arbeid (Hagen 2009). Hagen har i si undersøking også påpeika at desto høgare kompetanse medarbeidarar har, desto større grunn er det til å auke denne. På den andre sida kan eg kanskje ha fått eit anna svar om eg hadde bytta ut ordet opplæringsprogram med kompetansehevande tiltak eller relevant opplæring for å løyse leiaroppgåver? Samstundes er det eit fleirtal av leiarane som hadde leiarrøynsler får tidlegare leiarstillingar. Difor kan tenkjast at det ikkje er behov for eit opplæringsprogram. Kommunar kan kanskje ha ei form for opplæring som er ut i frå kva for opplæring den nytilsette har behov for der dette ikkje er eit system, men tilpassa den enkelte leiars behov ved tilsetjing.

Korrelasjonsanalysen syner at rådmenn som gjev øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta høg skår på økonomi gjev det og på personalarbeid og motsatt jf tabell 26. Helse- og omsorgstenesta har eit høgt sjukefråvær (St.mld nr. 47 2008-2009). Ei forklaring på at dei rådmennene som gjev øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta høg skår på økonomiarbeid og gjev høg skår på personalarbeid kan kanskje liggje i grunnutdanninga til øvste leiar i helse- og omsorgstenesta. I figur 6 og 7 kjem det fram av eit overveldande fleirtal at eit av krava for stilling som øvste leiar i helse- og omsorgstenesta er høgskuleutdanning innan helse- og sosialfag. For å illustrere dette vil eg her ta fram eit eksempel frå en av mine leiarkvardagsopplevingar. Sjølv har eg ei grunnutdanning som sjukepleiar. Gjennom denne utdanninga vart vi frå dag ein lærd til å reflektere og tenkja konsekvensar. Når vi kom til sjukdomslære i utdanninga vart vi hele vegen utfordra på kva for symptom som pasienten hadde og kva vi måtte gjere for å betre situasjonen. Vi vart utfordra til å tenkje årsak til dei ulike symptom og kva det kunne være. I den tida eg var avdelingsleiar i heimetenesta var utfordringa å ha nok personale og rett kompetanse på jobb. Eg hadde ein sjukepleiar i avdelinga som hadde vore gravid to gonger, begge gonger spontanaborterte ho. Ho var begge gonger vorte gravid via prøverrørsmetoden. Ho var svært open til meg om dette så eg var godt kjent med utfordringane. Ho var ein pliktoppfyljande arbeidstakar og var tydeleg på at svangerskap ikkje var nokon sjukdom. Difor ynskte ho å arbeide. Då ho skulle inn for tredje og siste prøverrørsforsøk anbefalte eg henne å vere sjukmeldt ein dag i veka den fyste tida. På den måten kunne vi ordna turnus slik at ho ikkje arbeidde helger og kveldar. Dette var vakter som ho då var aleine på jobb og det kunne oppstå situasjonar med svært tunge løft og andre

krevjande situasjonar som ho då måtte handsama aleine. Ho gjekk med på det. Ho vart gravid og arbeidde 80% fram til ho gjekk ut i ferie og permisjon. På denne måten hadde eg fagleg forsvarlegheit i fokus. Eg kunne risikert at sjukepleiaren hadde vorte sjukmeldt heile svangerskapet, det var det fastlegen hennar ynskte. Saman fann vi ei løysing som gjorde at ho fekk stå i jobb slik ho ynskte med tilrettelegging. Avdelinga eg var avdelingsleiar for fekk behalda sjukepleiaren heile svangerskapet. Hadde ho vorte sjukmeldt hadde det fått økonomiske konsekvensar i form av at eg hadde måtte leid inn sjukepleiar då med overtidsbetaling. Dette kan vere ei forklaring på kvifor rådmenn som skårar høgt på økonomi også skårar høgt på personalarbeid og motsatt, jf tabell 26.

Undersøkinga mi har eit overraskande, og for meg, uventa funn. Når rådmennene skulle vurdere øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta i eigen kommune kjem det fram at det ikkje er signifikans mellom det å ha leiarutdanning og leiarrøynsler, jf tabell 26. Det er og tidlegare kome fram at rådmennene meiner at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har god leiarkompetanse innanfor dei områda som er delegert. Difor vert funnet uventa og overraskande. I samhandlingsreformen (St.mld nr. 47 2008-2009) kjem det fram at kommunar vil ha behov for å auke sin leiarkompetanse og mange kommunar er for små til å handsama nye oppgåver aleine. Det vil difor vere naudsynt at fleire kommunar samarbeidar, og det, saman med fleire kommunale oppgåver og utfordringar, vil det medføre auka leiarutfordringar i kommunane. Kan ei forklaring vere at det er samhandlingsreformen rådmennene tenkjer på, at den leiarutdanninga og dei leiarrøynslene øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ikkje er tilstrekkeleg? Byrkjeflot (Byrkjeflot 2008) hevdar at tilnærminga mellom det offentlege og private har stoppa opp og at offentleg sektor gjer eit forsøk på å finna seg sjølv. Det kjem nye innspel på korleis verta meir effektiv, betre utnytting av ressursar og reduksjon i leiarnivå der leiarane får delegert makt og mynde har vore ”oppskrifta” ved å organisere etter NPM (Baldersheim Harald & Rose Lawrence 2005). Aadland (Aadland 2004) hevdar at verdibasert leiing skal framkoma gjennom involvering, myndegjering og refleksjon der tilsette skal ha verdifokuserte haldningar. Han hevdar at då vert leiarane meir effektive. Schön (Schön 1983) hevdar at refleksjon må vere grunnelementet i handling og i læring. Difor dristar eg meg til å forsøka meg på ei anna forklaring i forsøk på å forstå rådmennenes vurderingar. Det kan vere at rådmennene ikkje er oppteken av kva for utdanning og leiarrøynsler leiarane har. Rådmennene er kanskje meir opptekne av om dei oppgåvene øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har fått delegert vert gjort, framfor kva for utdanning og leiarrøynsler dei har. Viss det er slik kan forklaringa kanskje vere at rådmennene vektlegg i større grad personlege

eigenskapar og sosial kompetanse (Lai 2004) framføre leiarutdanning og leiarrøynsler når dei vurderar leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta.

I undersøkinga kjem det fram i tabell 27 at det ikkje er signifikans i forskjellen på rådmannens vurdering og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta si vurdering når dei vurderar leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta som har leiarutdanning og leiarrøynsler. Hjalmarson (Hjalmarson et al. 2004) har i ei undersøking sett på utdanningsbakgrunn til leiarar i helse- og omsorgstenesta i Sverige. Undersøkinga gjev ei kritisk røyst til deira utdanningsbakgrunn fordi den er for lite akademisk. På den eine sida kan det kanskje forklarast med at ei overvekt av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta er over 50 år, jf tabell 3 og at det difor er lenge sidan øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta tok leiarutdanning. Det kan godt vere mogleg at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ei leiarutdanning frå 1970-1980 talet. Dersom det er tilfellet kan det godt tenkjast at den har mindre relevans. Viss det hadde vore forklaringa burde det vore signifikans når eg såg på øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta og leiarrøynsler. Eller kan det tenkjast at dei har leiarrøynsler for mange år sidan og jobba med noko anna ei tid før dei har søkt stilling att som øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Kartleggingsstudiet til Pettersen (Pettersen 2010) syner at leiarar etterspør kompetanseheving innanfor overordna strategisk planlegging, økonomistyring, kompetanseutvikling, kvalitetsutvikling, personlege leiarferdigheiter og gode samarbeidsløysningar i helse- og omsorgstenesta. Øgar (Øgar 2004) beskriv gapet mellom kva statlege styresmakter forventar av auka effektivitet av kommunane medan kommunane på si side har store utfordringar i å imøtekoma statlege myndigheiter som følgje av kommuneøkonomien. Kan det vere slik at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta gjennom dialog med rådmannen gjev uttrykk for at dei treng meir kompetanse for å handsama oppgåvene dei har ansvar for. På den andre sida seier rådmennene at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta at har god leiarkompetanse til å handsama oppgåver rådmannen har delegert til dei, men leiarutdanning og leiarrøynsler gjev ingen signifikans. Ei anna forklaring kan vere at rådmennene ikkje reflekterer over om øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har leiarutdanning og leiarrøynsler fordi dei gjer ein tilfredsstillande jobb. Kvifor det ikkje er signifikans er vanskeleg å forklare og det kan vere grunn til å sjå nærare på det ved eit seinare høve.

Ved tilsetning av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta legg rådmennene stor vekt på personlege eigenskapar, kjennskap til offentleg forvaltning, leiarkompetanse og

personalleingskompetanse, jf tabell 28. Colbjørnsen (Colbjørnsen 2004) seier det må til eit samspel og ein menneskeleg dynamikk der både teoretisk forståing og praktisk erfaring er naudsynt. Aadland (Aadland 2004) hevdar at verdibasert leiing skal framkoma i den praktiske handlinga der leiaren skal vere reflektert omkring arbeidsoppgåver. På kva måte arbeidsoppgåvene kan løysast, kvifor dei tek dei vala dei tek. På denne måten meiner Aadland at dei kan koma fram til god praksis på korleis dei løyser oppgåver på ein best mogleg måte. På den eine sida kan dette tyde på at rådmennene legg vekt på korleis øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta framstår. Det kan då kanskje gje ei forklaring på kvifor det ikkje var signifikans mellom det å ha leiarutdanning og leiarrøynsler. Lai (Lai 2004) synleggjer i tabell 1 personleg kompetanse som ein kompetanse utover det faglege. Det handlar om korleis personen er, korleis han opptrer, korleis oppgåver vert løyst med meir. Schön (Schön 1983) er oppteken av refleksjon over eigne handlingar. Han omtalar refleksjon som ein kontinuerlig prosess som er naudsynt for at vi skal verte betre på dei oppgåver vi skal løyse. Måten den enkelte løyser oppgåvene på vil kanskje vere ei blanding av personlege eigenskapar, tidlegare erfaringar og formell utdanning. Det er kanskje slik at det er det rådmannen ser og måten øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta handsamar ulike oppgåver på som vert vektlagt.

Analysen syner at rådmannens subjektive opplevingar av samhandlinga med øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta er god. Det kjem fram at rådmannen set godt leiarskap på dagsorden, at dei har uformelle samtalar med øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta og dei har stor tillit til dei. Øgar (Øgar 2004) seier at kjenneteikn på god leiing kan vere at leiaren har makt og mynde til å utføra arbeidet. Gode kommunikasjonsferdigheiter, uthaldenheit, tydelegheit, og at leiaren tek inn over seg ny lærdom ser Øgar på som viktige kjenneteikn på god leiing. Det kan på den eine sida tyde på at rådmennene er komfortable med at dei har delegert økonomi-, personal- saks- og faghandsaming til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Det ser ut til at kvardagen er prega av god dialog der mynde og ansvarsforhold er avklart. Kanskje det betyr at rådmennene er særst godt fornøgde med den jobben øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta gjer, medan øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta opplev at dei har behov for å lære meir. I samband med tariffoppgjeret i 2008 (KS 2010a) skal no alle kommunar kartleggja all kompetanse i kommunane. Kommunane har og eit ansvar for å kartleggja framtidig behov ut i frå kva dei har slik at dei har moglegheit til å skaffe seg rett kompetanse i åra framover. Eg trur at rådmannen og øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta bør setja seg ned å sjå på kva for kompetanse dei treng i framtida og korleis dei skal rekruttere den kompetansen.

5.6 Desto større kommunane er desto høgare er kompetansen blant øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta

Det er ein svak til relativt sterk samvariasjon mellom kommunestorleik og om kommunar har leiarutdanning eller leiarrøynsler eller både deler, jf tabell 30. Det kjem fram at desto større kommunane er desto større sansynlegheit er det for at leiarane har både deler. Baldersheim (Baldersheim Harald & Rose Lawrence 2005) hevdar at leiarar må ha god kompetanse og dømmekraft på områder dei skal leia. På den andre sida kan ein forstå at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta ynskjer større fagmiljø og av den grunn vel større kommunar å arbeide i. I større kommunar vil eg tru at det vil vere ein større fleksibilitet og med gode einingar der øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta kan ha formelle møter for å dele kunnskapar og kompetanse. Schön (Schön 1983) omtalar refleksjon på handling der det handlar om å reflektere over ei handling i etterkant. Ved å reflektere på denne måten trur eg vi kan forbetre handlingane og vi utviklar oss. For å kunne reflektere er det nødvendig å ha nokon å reflektere med. Små kommunar har færre leiarar og det kan kanskje tenkjast at det i desse kommunane kan vere vanskelegare å finne kollegaer på same nivå som forstår utfordringane.

I undersøkinga mi kjem det fram i tabell 29 at rådmennene er svært einige eller einige i vesentleg grad i at godt leiarskap er sett på dagsorden i leiarmøte. Schaug (Schaug 2010) har i si undersøking sett på utlysningstekstar til kommunar der dei i stor grad vektlegg relevant og brei leiarrøynsler får offentleg og privat verksemd. Schön (Schön 1983) meiner at det er naudsynt å reflektere for å kunne auke kunnskapar og ferdigheiter. Kva rådmennene legg i at godt leiarskap er sett på dagsorden i leiarmøte kjem ikkje fram i undersøkinga mi. Ei forklaring kan vere at leiarar med leiarrøynsler har lang erfaring som tilseier at dei har moglegheit til å delta i diskusjonar og reflektere med kollegaer. Ved å diskutere høgt, ta fram eksempel og forsøke å forstå kvifor det i ein situasjon gjekk svært godt medan det i ein anna situasjon opplevdes som at ein mislykkast, kan vere med på å betre praksis. Korleis dette kan løysast er at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta er innedelt i leiargrupper der dei skal reflektere i lag og gje kvarandre tilbakemeldingar. Føresetnaden for ei betring er sjølv sagt at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta sjølv ser behovet for ei endring og er viljuge til å gå i seg sjølve for å betre seg som leiar. På den måten kan det bidra til at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta aukar sine kunnskapar og ferdigheiter. Eg trur at denne form for refleksjonsarbeid for å auke leiarkompetansen gjev større sjans for å lukkast og i større kommunar der ein har fleire leiarar å spele på lag med.

I beskrivinga av korrelasjonsanalysen på side 49, syner det ein svak samvariasjon mellom innbyggjartal og om kommunane har opplæringsprogram for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Det betyr at desto større kommunen er desto større sjanse er det for at kommunane har eit opplæringsprogram. Det kan på den eine sida tyde på at kommunar er på veg til få på plass opplæringsprogram. Trygstda (Trygstad 2009) har i si undersøking påpeika at omorganiseringar og omstillingsprosessar har medført et auka ansvar, nye arbeidsoppgåver og auka arbeidsmengde. Undersøkinga syner at kommunane ikkje har vektlagt behovet for opplæring. På den andre sida kan det og forklarast med at mange av øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har leiarrøynsler frå tidlegare stillingar, jf tabell 8. Det kan kanskje vere det eg har påpeika tidlegare i oppgåva, ordet opplæringsprogram. Eg er av den oppfatninga at sjølv om leiarar har leiarrøynsler frå tidlegare stillingar trur eg det uansett vil være behov for ei eller anna form for opplæring.

5.7 Kommunane krev at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har ei høgskuleutdanning innan helse- og sosialfag

Funn som er presentert i figur 6 og 7 kan tyde på at et av krava til stilling for øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta fordrar at dei har ei høgskuleutdanning innan helse- og sosialfag. I teorien er det usemje om dette. Kenning (Kalleberg 1991) har i ein av sine leiarteoriar framsett ein påstand om at ein leiar kan leie kva som helst. Han meiner og at fagleg dugleik ikkje er nokon leiarkvalitet. På den eine sida kan eg forstå hans argumentasjon for det. Eg er sjølv sjukepleiar og det er ein liten del av utdanninga som har leiarskap der ein tek føre seg til dømes økonomistyring og korleis ein skal handsama personalet. Det er heilt klart at dette er forhold som er svært sentrale i ei leiarstilling i helse- og omsorgstenesta. Difor trur eg at ei grunnutdanning, som til dømes sjukepleiar, kan vere eit godt grunnlag å byggje vidare på. På den andre sida har eg fleire gonger i oppgåva påpeika at organisering etter tonivåmodellen gjer at rådmennene har delegert mynde og ansvar innanfor økonomi-, personal-, sak- og faghandsaming. Eg er av den formeining at fagkompetansen er svært sentral når ein skal vere øvste leiar i helse- og omsorgstenesta. Det vert og støtta av Øgar (Øgar 2004) som har diskutert om leiarar i helse- og omsorgstenesta bør ha ei helsefagleg utdanning eller om bakgrunn ikkje har noko å sei. Eg støttar Øgar i at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta vil ha gode føresetnader til å gjere ein god jobb dersom dei har leiarutdanning og leiarrøynsler i tillegg til ei helsefagleg utdanning.

Eg trur at helse- og omsorgstenesta i kommunane er samansett av mange ulike element som stiller store krav til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Skjørshammer (Skjørshammer 2004) har uttala at det er ei overvekt av kvinner i helse- og omsorgstenesta som difor er prega av feminine verdiar. Kanskje er det slik at utan desse feminine verdiane ville helse- og omsorgstenesta stoppa opp. Øgar (Øgar 2004) kritiserar rådmennene for at dei ikkje har satsa meir på øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. I denne eininga er det krav til effektivitet og eit aukande behov for auka kompetanse (St.mld nr. 47 2008-2009). På den eine sida trur eg at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta gjer ein meir effektiv leiarjobb ved å ha ei utdanning innan helse og sosialfag på til dømes høgskulenivå. Årsaka til det er at dei forstår kva medarbeidarar har til utfordringar, dei er kjend med lovverket og korleis det har innverknad på tenester som skal ytast. Lai (Lai 2004) hevdar at leiarkompetanse vil vere avhengig av både den sosiale kompetansen og den personlege kompetansen. Eg har ei formeining om at gjennom sjukepleiarutdanninga har vi lært oss til å ta hand om våre medmenneske og jobbe i lag for å hjelpe pasientar på best mogleg måte. På den måten trur eg at sjukepleiarar har fått god personleg kompetanse og sosial kompetanse gjennom utdanninga. Difor trur eg at leiarar med helse- og sosialfagleg høgskule eignar seg godt som leiarar dersom dei ynskjer det og er viljuge til å heva sin kompetanse innanfor leiarskap gjennom utdanning og etter kvart får leiarrøynsler.

Kommunane skal løysa fleire oppgåver der dei skal ta hand om fleire sjuke, førebyggja sjukdom og skapa gode tenester (St.mld nr. 47 2008-2009). Eg trur fagkompetansen hjå øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta vert avgjerande for å halde produksjonen i gang. Kravet til effektive tenester vil og verta eit større og større krav. Då trur eg leiarar treng fagkompetanse for å forstå heilheita og korleis ein kan kome fram til dei beste løysingar innanfor ei fagleg forsvarleg ramme. For å forstå kva medarbeidarar har for utfordringar i kvardagen vil fagkompetansen for å forstå dei ulike arbeidsprosessane for å nå fastsette mål (Øgar 2004). Helse- og omsorgstenesta har i dag store utfordringar 24 timar i døgnet, 7 dagar i veka, 365 dagar i året. Når samhandlingsreforma trer i kraft frå 2012 som mellom anna vil medføre at kommunar må ta hand om naudsynt hjelp heile døgnet for behandling og observasjon (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a), er reforma tydeleg på at det vil stilla krav til leiarkompetansen hjå øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta (St.mld nr. 47 2008-2009)

6 Konklusjon

Problemstillinga for denne oppgåva har vore ” Kva for leiarkompetanse har leiarar i helse- og omsorgstenesta?” For å kunne svara på denne problemstillinga har eg gjennomført ein tverrsnittundersøking der undersøkinga er ein kvantitativ spørjeundersøking i 69 kommunar. Populasjonen utgjorde 357 og respondentane utgjorde 219. Det utgjer ein svarprosent på 61%.

Utgangspunktet for masteroppgåva var å sjå nærare på leiarkompetanse hjå øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Eg såg tidleg at det kom lite fram kva for kompetanse som var blant øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Samstundes kom det fram at alle hadde behov for meir kompetanseheving. Eg ynskte difor å sjå på kva høgste formelle utdanning desse leiarane hadde og om dei hadde leiarutdanning og leiarrøynsler. Årsaka er at mange av kommunane har vald å organisere seg etter tonivåmodellen ny kommunelov i 1993. Det betyr at rådmannen delegerar økonomi-, personal- og fagansvar til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Eg har difor spurt rådmennene om korleis dei vurderar leiarkompetansen innanfor desse områda hjå øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Det er ein signifikant samanheng mellom det å ha leiarutdanning og korleis leiarane vurderar eigen leiarkompetanse.

Kommune Noreg består av 430 kommunar. Undersøkinga mi syner at desto større kommunane er desto høgare leiarkompetanse har øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Vidare syner den at desto større kommunane er desto større sjanse er det for at kommunane har eit opplæringsprogram. Med dei framtidige utfordringane innan helse- og omsorgstenesta trur eg det vert avgjerande at mindre kommunar inngår interkommunalt samarbeid for å løyse framtidige utfordringar. Dette vil i stor grad stille gra til organisering og leiing i desse kommunane for at kommunane skal kunne ta hand om sine innbyggjarar slik det nye lovverket beskriv nye kommunale plikter.

Undersøkinga syner at øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta er godt vaksne kvinner med høgskule eller universitet som si høgste formelle utdanning. Over tre fjerdedelar har leiarrøynsler frå tidlegare stillingar. Eg har eit oppsiktsvekkjande funn. Når rådmannen vurderar leiarkompetansen til øvst leiarar i helse- og omsorgstenesta, syner resultata frå undersøkinga signifikans til det å ha leiarutdanning og leiarrøynsler. Dette har vore vanskeleg å forklara. Ei forklaring kan vere at det ikkje kjem ann på kva for utdanning og leiarrøynsler

øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta har. Det kan vere måten desse leiarane løyser oppgåvene på, dei personlege eigenskapar som samarbeidsevner, evne til å forstå organisasjonen og å respektera dei vedtak politikarane fattar som veg tyngst hjå rådmannen. Ei anna forklaring kan vere at kommunane manglar definisjonar på kva slags leiarkompetanse kommunane bør ha og at det er noko det bør arbeidast vidare med for å møte framtidens utfordringar.

7 Avslutning og innspel til vidare forskning

Å skrive denne masteroppgåva har vore ein utviklande og spanande prosess. Eg opplever sjølv at eg har hatt ei god utvikling i desse åra og er stolt over meg sjølv fordi eg har skreve oppgåva på nynorsk. Eg har ikkje skreve nynorsk sidan grunnskulen. Eg valde og ein metode som eg ikkje tidlegare har nytta og lærde meg både questback og SPSS mykje på eiga hand. Eg likar nye utfordringar og eg har verkeleg fått sett tolmod på prøve mange gonger for å koma til det siste kapittelet i oppgåva mi.

Når eg no skal koma med anbefalingar om vidare forskning så har eg i avsnitt 5.1 trekt fram rekruttering til leiarstillingar i helse- og omsorgstenesta som ei utfordring. Korleis løyse det ved at utfordringane i kommunal helse- og omsorgstenesta kan koma til å auka som fylgje av samhandlingsreformen? Vidare tenkjer eg på kva rådmennene har svara når det gjeld korleis dei vurderar leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta. Det er ingen signifikans mellom det å ha leiarutdanning og leiarrøynsler. Eg synes det har vore vanskeleg å forklare. Er det deira haldningar, måtar å kommunisere på og korleis dei handsamar leiarrolla si i den praktiske kvardagen som har betydning? Eg har vore innom dette i oppgåva, likevel synes eg dette bør sjåast nærare på i vidare forskning.

Det har vore påpeika både i tidlegare forskning og i undersøkinga mi at det er for liten satsing på opplæring og å setja dette i system. Dei seinare åra har det vorte lansert e-læring som eit alternativ til å reise på kurs for å få naudsynt opplæring. I siste utgåve av Personal og ledelse vert det lansert at Helse Sør-Øst no satsar på e-læring for sine 70.000 medarbeidarar (Personal og ledelse 2011: :34-41). Korleis lærar medarbeidarar med e-læring? Kva for kunnskapar og kompetanse har medarbeidarar i organisasjonar innan data for å kunne oppnå dei kvalifikasjonar som e-læring kan gje dei? Colbjørnsen (Colbjørnsen 2004) har påpeika at det må til eit samspel og ein menneskeleg dynamikk der både teoretisk forståing og praktisk erfaring er naudsynt. Gjennom e-læring vil leiarar ha moglegheit til å gå inn og nytta e-læringsprogram i den daglege verksemda. På den måten kan kanskje den teoretiske forståinga i samband med praktisk erfaring gje gode læringsforhold.

Gjennom hovedtariffavtalen frå 2008 kjem det fram at arbeidsgjevar har ansvar for å kartlegging av kompetansen (KS 2010a) I masteroppgåva har eg synleggjort leiarkompetansen til øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta i 69 kommunar. Forskingsstatus

seier at det vil verta behov for ytterlegare kompetanseheving som fylgje av samhandlingsreformen (Pettersen 2010). Eg ser difor at kommunane i større grad bør kartleggja kva for kompetanse dei har og kva dei vil ha behov for i framtida. Slik det kjem fram no har alle behov for meir kompetanse. Ei kartlegging av kva for kompetanse kommunane har og kva dei treng i framtida kan og vere god økonomi. Det å sikre seg rett kompetanse til rett tid på rett stad vert naudsynt om kommunar i framtida skal kunne handsama dei nye store oppgåvene som vert sett i verk frå 01.01.2012, der kommunar mellom anna får plikt til å etablere eit tilbod for å handsama naudsynt hjelp i kommunane (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a).

Sidan oppgåva mi ikkje syner signifikans mellom det å ha leiarutdanning og leiarrøynsler når rådmannen vurderar deira leiarkompetanse bør dette vere eit område å sjå nærare på i vidare forskning. Eg har vore inne på om det kan ha samanheng med korleis øvste leiarar i helse- og omsorgstenesta opptrer, måten oppgåvene vert løyst på eller om det er slik at så lenge dei held seg innanfor si budsjettramme og det er ro i helse- og omsorgstenesta så er rådmannen tilfreds. Det er mange spørsmål og få svar som det kunne vore interessant å sett nærare på, ikkje minst med tanke på dei utfordringane helse- og omsorgstenesta står framføre med nytt lovverk innan helse- og omsorgstenesta (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a).

Litteraturliste

- Agenda Kaupang. (2010). *Erfaring med flat struktur*. Oslo: Kommunensektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS).
- Baldersheim Harald & Rose Lawrence. (2005). *Det Kommunale laboratorium: teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforl.
- Baldersheim, H. G., Michael. (1993). *Ledelse og innovasjon i kommunene*. Oslo: Tano.
- Borge, L.-E. S., Kjell. (2005). *Effektivitet og effektivitetsutvikling i kommunesektoren: rapportering for 2004*. Trondheim: SØF.
- Bratland, R. C. (2005). *Kommunehelsetjenestens organisering og utvikling*. Oslo: Universitetsforl.
- Byrkjeflot, H. (2008). *Ledelse i politisk styrte virksomheter, forskningsstatus og problemstillinger*. Oslo: Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon, KS.
- Christophersen, K.-A. (2009). *Databehandling og statistisk analyse med SPSS*. [Oslo]: Unipub.
- Colbjørnsen, T. (2004). *Ledere og lederskap: AFFs lederundersøkelser*. Bergen: Fagbokforl.
- Danbolt, M. (2008). *Etterforsker flere ansatte fra Bærum kommune*. Henta 16 april 2011 frå <http://www.kommunal-rapport.no/id/11191102.0>.
- Danbolt, M. (2010). *Underslagssiktet i ny lederjobb*. Henta 16 april 2011
- Folkehelseinstituttet (2008). *Utdanningsnivå - ny definisjon*. Henta 26.03.11 frå http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:65118:#eHandbook651180.
- Garåsen, H. (2008). *The Trondheim model: improving the professional communication between the various levels of health care services and implementation of intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients : short and long term effects*. The Faculty, [Trondheim].
- Hagen, A. N., Marjan. (2009). *Hvordan kan kompetanse bidra til å holde folk i arbeid?* Oslo: Fafo.
- Haugen, K. (2009). *Hvilke vanskelige valgsituasjoner beskriver avdelingsledere i kommunehelsetjenesten at de står i, og hvordan reflekterer de over egen praksis*. [Kristin Haugen], [Oslo].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Helsepersonelloven*. Henta 21 janaur 2011 frå <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Kvalitetsavtalen mellom staten og KS*. Henta 15 februar 2011 frå <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/Omsorg/Kvalitetsutvikling-forskning-og-planlegg.html?id=426618>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011a). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Henta 8 april 2011 frå <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011b). *Ny folkehelselov*. Henta 8. april 2011 frå <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-l-20102011.html?id=638503>.
- Hjalmarson, I., Norman, E. & Trydegård, G.-B. (2004). *Om man ska vara stöttespelare åt andre måste man stå stadigt själv*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Hole, Å. E. (2009). *Einingsleiaren: utvikling av organisasjons- og leiarfunksjonar i tre tonivåkommunar*. Høgskulen i Sogn og Fjordane. Avdeling for økonomi, leiding og reiseliv, Sogndal.
- Jensen, M. C. & Meckling, W. H. (1976). *Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure*. Henta 25 mars 2011
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS: versjon 17*. Oslo: Abstrakt forl.
- Johannessen, A., Kristoffersen, L. & Tufte, P. A. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kalleberg, R. (1991). *Kenning-tradisjon i norsk ledelse* (1991 utg.). Oslo, Univeristetsforlaget: Nytt norsk tidsskrift nr 3 1991: 218-245.
- Kommunal- og regionaldepartementet (1992, 05.03.11). *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommunelova)* frå <http://www.lovdatab.no/all/hl-19920925-107.html>.
- Kommunal- og regionaldepartementet (2010, 11.05.2010). *Prop 124 S (2009-2010) Kommuneproposisjon 2011* frå <http://www.regjeringen.no/pages/6135900/PDFS/PRP200920100124000DDDPDFS.pdf>.
- KS. (2007). *Sett dagsorden og rip muligheten - Arbeidshefte for folkevalgte 2007-2011*. Oslo: Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS).
- KS. (2010a). *Hovedtariffavtalen: utløp 30.4.2012, ajourført pr. 10.6.2010*. Oslo: Kommuneforlaget.

- KS (2010b). *Trenger flere kvinnelige rådmenn*. Henta 25 februar 2011 frå <http://www.ks.no/tema/Arbeidsgiver/Ledelse/Trenger-flere-kvinnelige-radmenn1/>.
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring*. Bergen: Fagbokforl.
- Moland, L. E., Bråthen, K., Ure, O. B., Renå, H., Skattum, C. & Sollien, T. H. (2010). *Strategisk kompetanseutvikling i kommunene*. Oslo: Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon KS.
- Moland, L. E., Bråthen, K., Urne, O. B., Renå, H., Skattum, C. & Sollien, T. H. (2010). *Strategisk kompetanseutvikling i kommunene*. Henta 9 mars 2011 frå http://www.ks.no/PageFiles/10445/094010_Strategisk_kompetanseutvikling_rapp.pdf.
- Moland, L. E. H., Halvor. (2002). *Nærværende lederskap og tverrfaglighet i pleie- og omsorgssektoren: arbeidslagsmodellen i Rykkinn, et pilotprosjekt i Bærum kommune*. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO.
- Mordal, T. L. (2000). *Som man spør, får man svar: arbeid med survey-opplegg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norge (1993). *Kommunehelsetjenesteloven (1982)*. Henta 20 november 2010
- Norge. (1995). *Forvaltningsloven*. Oslo: Grøndahl Dreyer / Lovdata.
- NOU 2011:3. *Kompetansearbeidsplasser - drivkraft for vekst i hele landet*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Personal og ledelse (2011). Dette kontoret er et klasserom. Henta 25.03.2011 frå <http://ledernet.no/id/47318>.
- Pettersen, K.-S. (2010, 19.12.2010). *Ledelse og ledertudanning i kommunenes helse og omsorgstjeneste*. Henta 19 desember 2010 frå http://www.ks.no/PageFiles/15026/094019_Sluttnotat%20Ledelse%20samh.pdf.
- Ressursenter for omstilling i kommunene. (2004). *Ledertetthet i kommunenes omsorgstjeneste sammenliknet med skolesektoren*: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Schaug, N. (2010). *Leder i kommunen: i samspill med administrasjon, politikere og innbyggere*. Oslo: Kommuneforl.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Skjørshammer, M. (2004). *Bedre planlegging i helsesektoren: i et systemteoretisk perspektiv*. Oslo: Høyskoleforl.
- St.mld nr. 25 (2005-2006). *Mestring muligheter og mening* frå <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html>.

- St.mld nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling på rett sted til riktig tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stamsø, M. A. (2005). *Velferdsstaten i endring: norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Statistisk sentralbyrå (SSB) (2009). Gruppering av kommuner og fylkeskommuner. Henta 24.02.2010 frå <http://www.ssb.no/forskning/artikler/2009/5/1241445515.14.html>.
- Statistisk sentralbyrå (SSB) (2011, 10.03.11). *Folkemengde pr. 01.01.11*. Henta 24.02.11 frå <http://ssb.no/folkendrkv/tab-2011-02-24-02.html>.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforl.
- Sverd, R. (2010). *Kommunal leder tatt for underslag*. Henta 16 april 2011 frå <http://www.kommunal-rapport.no/id/11203569.0?tipsReturnCode=1>.
- Trygstad, S. C. (2009). *Endringer i norske kommuner og konsekvenser for ansatte*. Oslo: Fafo.
- Øgar, P., Hovland, Tove,. (2004). *Mellom kaos og kontroll: ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aadland, E. (2004). *Den truverdige leiaren*. Oslo: Samlaget.

VEDLEGG