

En oppsummering av kunnskap

Deltaking og medverknad for tilsette i helse- og omsorgssektoren

Liv Jorunn Solstad og Tobba Therkildsen Sudmann





Medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgssektoren bidreg til å fremja eit demokratisk, effektivt og inkluderande arbeidsliv. Medverknad i organisering og planlegging av tenestene gjer det lettare å inkludera tenestemottakarane i utøving av tenestene.

En oppsummering av kunnskap

Deltaking og medverknad for tilsette i helse- og omsorgssektoren

Liv Jorunn Solstad og Tobba Therkildsen Sudmann





Tittel på oppsummeringen: Deltaking og medverknad for tilsette i helse- og omsorgssektoren

Emne: Deltaking og medverknad for tilsette i helse- og omsorgssektoren

Dato: 25.09.2019

Forfatter: Liv Jorunn Solstad og Tobba Therkildsen Sudmann

Institusjon: Senter for omsorgsforskning, vest, Høgskulen på Vestlandet.

Emneredaktør: Liv Jorunn Solstad

Kontaktpersoner: Liv Jorunn Solstad

ISBN 978-82-8340-093-9

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Oppsummering nr 12, 2019

INNHOOLD

1. SAMMENDRAG	7
2. ENGLISH ABSTRACT	9
3. LESARRETTLEIING	11
4. INNLEDNING	13
4.1 Deltaking og medverknad for arbeidstakarar i Noreg	14
5. METODISK TILNÆRMING OG SØKESTRATEGIAR	25
5.1 Søkestrategi og utval	26
5.2 Ekspertgruppe og fagfellevurdering	28
6. OFFENTLEGE DOKUMENT, LOVER OG AVTALEVERK	29
6.1 Noregs offentlege utgreiingar (NOU-ar)	30
6.1.1 NOU 2010:1 Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet	30
6.2 Stortingsmeldingar	32
6.2.1 St. Meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen	32
LOVER	35
6.4 Avtaleverk	38
7. RELEVANT FORSKING: ARTIKLAR OG RAPPORTAR	39
7.1 Eit demokratisk arbeidsliv	39
7.2 Eit effektivt arbeidsliv – å nå måla med dei ressursane ein rår over	45
7.3 Eit inkluderande arbeidsliv	53
8.UTVIKLINGS-ARBEID, PROSJEKTERFARINGAR OG NETTRESSURAR	57
8.1 Om deltaking og samhandlingsreformen	58
8.3 Om deltaking og implementering av velferdsteknologi	62
8.4 Om deltaking og innovasjon	63
8.5 Om deltaking og organisasjonskultur	65
8.6 Om deltaking og mobilisering	65
8.7 Om deltaking og bestillar/utførarmodellen	66
8.8 Om deltaking og målstyring	67
8.9 Om deltaking, samhandling og teamarbeid	68
8.10 Om deltaking og roller i endring	68
8.11 Nettbaserte ressursar	69
9. KORT OPPSUMMERING AV SVARA PÅ HOVUDSPØRSMÅLA	71
Slik svarar forskning og utviklingsarbeid på hovudspørsmål 1	72
Slik svarar forskning og utviklingsarbeid på hovudspørsmål 2	73
10. KONKLUSJON – KVA KAN VI LÆRA AV DETTE?	75
11. TILVISNINGAR	79

1. SAMMENDRAG

Tittel: Deltaking og medverknad for tilsette i helse- og omsorgssektoren

Bakgrunn: Forsking og utviklingsarbeid har vist at dagens norske arbeidsliv har eit ubrukt potensiale når det gjeld tilsette sin medverknad og deltaking i sektoren. I denne sektoren er sjukefråværet høgare enn ønska, og det er eit problem med for tidleg avgang frå arbeidslivet. Arbeidslivshelse er med andre ord ikkje god nok. Denne kunnskapsoppsumminga har som mål å gje tilsette og leiarar i dei kommunale helse- og omsorgstenestene meir kunnskap om medverknad og deltaking og korleis ein kan påverka prosessar som støttar arbeidslivdemokratiet, fremja effektive og gode tenester, og betra arbeidshelse.

Kunnskapsbidrag: Arbeidsgjevar har rett og plikt til å leggja til rette for reell medverknad og deltaking, og denne plikta er stadfesta i statlege føringar. Denne plikta vert i mange høve ikkje etterlevd av dei ansvarlege. Oppsummeringa viser at mange tilsette opplever ubalanse mellom ansvar og mynde og svak medverknad når det gjeld eige arbeid, i organiseringa av arbeidet og i plan- og strategiarbeid. Den viser at tilsette kan betra arbeidsmiljøet, medverka og delta på arbeidsplassen dersom dei får høve til det. Arbeidslivsdemokrati og effektivitet i tenestene (dvs. tilhøvet mellom det som vert gjort/produsert og kostnadene) og arbeidslivshelse er truga om ikkje medverknad og deltakinga frå tilsette og deira representantar vert tatt på alvor, og integrert i dagleg drift og styring.

Kunnskapsoppsumminga svarar på fylgjande hovudspørsmål:

- Kva fremjar og kva hemmar medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?
- Kva for ressursar og verkty kan takast i bruk for å sikra medverknad, deltaking og inkluderande arbeidsliv i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

2. ENGLISH ABSTRACT

Title: Participation and involvement for employees in the Norwegian municipal health and care sector

Background: Research and development show that today's working life has an untapped potential for employees' involvement and participation in planning and organisation. In this sector, self-registered and physician-registered sick leave is higher than what is deemed acceptable, and it is considered a problem that too many employees retire with disability pensions or choose early retirement. This report aims at giving leaders and employees in the municipal health and care sector more knowledge about what participation and involvement for employees entail, how democracy in the workplace can be supported, and workers' health can be promoted.

Knowledge contributions: According to Norwegian legislation, employers are obliged to facilitate employees' involvement in decision and planning processes concerning organisation and work division. This obligation is set down in policy documents and statutes. The report demonstrates that it is not always acted upon. Many employees experience an imbalance between their responsibilities and possibilities for exercising agency, e.g. they experience little influence on their own working days and having low impact on planning and strategy development. The report shows that employees can improve their own work environment and working conditions if they are given the possibility to do so. Democracy in the workplace, efficiency (i.e. the relationship between what is done/production and cost) and workers' health are all under threat if employees are not involved and their contributions are not integrated in local governance and planning.

This report answers the following questions:

- What are the drivers and barriers for participation and involvement of employees in the Norwegian municipal health and care sector?
- Which resources and tools can be used to facilitate participation, involvement and an inclusive working life in the municipal health and care sector?

3. LESARRETTLEIING

Innhaldslista gir ei oversikt over kva for tema som er teke opp, og kva som vert vektlagt i kvart kapittel. Kvart hovudkapittel vert innleia med ei kort presisering av korleis kapitlet svarar på hovudspørsmåla:

1. Kva fremjar og kva hemmar medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?
2. Kva for ressursar og verkty kan takast i bruk for å sikra medverknad, deltaking og inkluderande arbeidsliv i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

Kunnskapsoppsummeringa er skriven med tanke på at kapitla vert lese etter kvarandre slik dei er skrive, men den kan og lesast på andre måtar. Vi tilrår alle å lesa kapittel 9 og 10 som er ei samstilling av svara offentlege dokument, lover, forskrifter (kap. 6), forskning (kap. 7) og utviklingsarbeid (kap. 8) gir på hovudspørsmåla. Elles kan ein lesa kapitla slik ein ynskjer.

Kunnskapsoppsummeringa tek utgangspunkt i det generelle for norsk arbeidsliv, og det spesielle for norske kommunale helse- og omsorgstenester. Den erstattar ikkje på noko vis anna litteratur som går djupare inn i offentleg administrasjon, leiing av helse og sosial tenester generelt og kommunen spesielt. Målgruppa er lesarar med og utan leiaransvar som er tilsette i dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Oppsummeringa viser at leiarar og tilsette har ulike rettar og pliktar når det gjeld medverknad og deltaking for å skape gode og helsefremjande arbeidsmiljø og gode tenester for innbyggjarane. Kunnskapsoppsummeringa kan vera særleg nyttig for tillitsvalde og verneombod, og for mellomleiarar.

Ei svært viktig kjelde for dette arbeidet er NOU 2010:1 *Medbestemmelse i arbeidslivet*. Denne er tilrådd lesnad for dei som vil setja seg inn i dette temaet.

Vi er klar over at norske kommunar er ulike med tanke på demografi, geografi, storleik og organisering av tenestene. Det er stor variasjon i måtar å dela og organisera helse-, omsorgs- og sosialtenestene. Denne kunnskapsoppsummeringa tek for seg dei reglane som gjeld på tvers av skilnader. Vi har lover og reglar som skal følgast av alle, eventuelt med lokal tilpassing. Rapporten har difor ingen «hard» konklusjon.

Medverknad og deltaking handlar om og føreset samarbeid, samhandling og forhandling på mange arenaer. Det er ikkje råd å delta eller medverka på same vis i alle situasjonar. Rapporten viser at nokre gonger er det nok å bli informert, andre gonger vil ein vera med å diskutera, og nokre gonger vil ein vera med å ta avgjerder. Lovverket regulerer noko av dette, medan noko er opp til dei det gjeld.

Vi vonar at denne kunnskapsoppsummeringa kan koma til nytte for leiarar og tilsette i dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

Forfattarane har ansvar for eventuelle feil eller manglar. Vi tek gjerne i mot tilbakemeldingar frå dei som les oppsummeringa.

Bergen, mars 2019

Liv Jorunn Solstad og Tobba Therkildsen Sudmann

4. INNLEDNING

Medverknad og deltaking frå tilsette er uløseleg knytt saman med effektive og gode helse- og omsorgstenester, god arbeidshelse for tilsette på alle nivå, og eit inkluderande arbeidsliv (1). Medverknad og deltaking har ein eigenverdi for dei tilsette si arbeidshelse og arbeidsglede (1, 2), og gir dei kunnskap og erfaringar som kan brukast for å involvera mottakarar og brukarar av tenestene i det daglege arbeidet. Når tilsette og leiarar i lag praktiserer reell deltaking og medverknad, opparbeider heile arbeidsmiljøet seg kompetanse. Fleire forfattarar argumenterer for at god kompetanse på medverknad og deltaking i organisasjonen, heng saman med korleis dei tilsette klarar å leggja til rette for brukarmedverknad (24,25).

Denne kunnskapsoppsummeringa vil presentera forskning og utviklingsarbeid, og lover og reglar, knytt til medverknad og deltaking i norsk arbeidsliv generelt og i helse- og omsorgssektoren spesielt. Oppsummeringa vil trekka fram tilsette sine erfaringar der dette er relevant, og drøfta innføring av nye tenestemodellar og tiltak. Konkrete døme som teknologi i helse og omsorg og kvardagsrehabilitering vil bli brukt for å visa korleis medverknad og deltaking for tilsette påverkar både innføring og utbytte av nye tenester. Forsking har vist at mange tilsette i kommunal sektor opplever manglande medverknad i arbeidskvardagen, spesielt når det gjeld organisering av arbeidet og i plan- og strategiarbeid (2, 3).

Kunnskapsoppsummeringa presenterer i tillegg fagleg materiale og ressursar om medverknad og deltaking, som kan brukast i arbeidet med å leggja til rette for medverknad og deltaking for tilsette i dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

Kunnskapsoppsummeringa svarar på fylgjande hovudspørsmål:

- Kva fremjar og kva hemmar medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?
- Kva for ressursar og verkty kan takast i bruk for å sikra medverknad, deltaking og inkluderande arbeidsliv i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

Deltaking og medverknad i det norske arbeidslivet har to føremål; demokrati og effektive tenester. Kunnskapsoppsummeringa er delt i ti kapittel. Kapittel 4 og 5 gir eit historisk bakteppe for medverknad og deltaking i norsk arbeidsliv, og viser og grunngrir den metodiske tilnærminga til kunnskapsoppsummeringa, medan kapittel 6 går gjennom lover og avtaler som regulerer norsk arbeidsliv. Kapittel 7 tek for seg hovudelementa i medverknad og deltaking i eit demokratisk arbeidsliv, eit effektivt arbeidsliv og eit inkluderande arbeidsliv (arbeidslivshelse). Kapittel 8 gjev ei oversikt over utviklingsarbeid, og kapittel 9 og 10 svarar på spørsmåla denne oppsummeringa reiser, sjå over. Siste kapittel er litteraturtilvisingar og tips om relevante kjelder, nettsider og liknande. Kvart kapittel gir delsvar på hovudspørsmåla.

4.1. DELTAKING OG MEDVERKNAD FOR ARBEIDSTAKARAR I NOREG

Kapittel 4.1 byggjer på NOU 2010:1 *Medbestemmelse i arbeidslivet* (1).

Den norske arbeidslivsmodellen byggjer på:

- Koordinering og samarbeid mellom partane i arbeidslivet
- Tett samarbeid på nasjonalt nivå mellom sterke arbeidstakar- og arbeidsgjevarorganisasjonar og styresmaktene.
- Arbeidslivets hovudorganisasjonane som øvste part i tariffavtalane for dei respektive bransjane/næringane/sectorane
- Arbeidslivslovgjeving som vernar arbeidstakarrettar samtidig som den understrekar at arbeidstakarane er forplikta til å bidra til eit godt og sikkert arbeidsmiljø.
- Samarbeid mellom arbeidsgjevarar og arbeidstakarar/tillitsvalde på verksemdsnivå
- Medverknad for tilsette på verksemdsnivå gjennom arbeidsmiljøutval, tillitsvalde og verneombod-ordningane

4.1.1 HISTORISK BAKTEPPE FOR DAGENS ORDNINGAR FOR MEDVERKNAD OG DELTAKING

Dagens bedriftsdemokratiske ordningar har lang historie i Noreg. Mange av dei sentrale prosessane gjekk føre seg i tilknytning til industrialisering, arbeidarorganisering, utvikling av politiske parti og det parlamentariske systemet. Desse elementa utvikla seg samtidig i Noreg frå 1880 til 1930. Mange av spenningane, motsetnadene og kontroversane i desse prosessane var knytt til framveksten av lønsarbeidet og eigarskapet og motsetnadene mellom dei i den industrielle produksjonen. Derfor har mange av ordningane for samarbeid og medverknad sitt opphav i måten privat sektor løyste problema på. Ordningane hang saman med arbeidarane sine protestar på dårleg arbeidsmiljø, lange arbeidsdagar, dårlege lønsvilkår, helseskadelege arbeidsprosessar og lokale. Eit godt eksempel er fyrstikkarbeidarstreiken i Christiania i 1889.¹ Denne streiken var før si tid, og tok opp problem knytt til medverknad, deltaking og arbeidslivshelse, noko som i dag er heimla i Arbeidsmiljølova (1).

Det vi kan kalle det historiske bakteppet starta med framveksten av den fyrste norske «arbeidarrørsla» på 1850-talet med Marcus Thrane si mobilisering av husmenn, landarbeidarar, handverkarar, verkstadarbeidarar og småbønder i politiske foreiningar som på sikt skulle etablera eit folkeleg «demokratiparti». Dei neste rørslene vaks fram frå 1870-åra med utgangspunkt i fattigdom, harde arbeidsvilkår med lange dagar og store økonomiske skilnader mellom folket og eliten i samfunnet. Arbeidskonfliktar kunne gå så langt at militæret vart sett inn mot arbeidarane, som til dømes i Menstadslaget i 1931. Arbeidernes faglige Landsorganisasjon i Norge (AFL, seinare LO) vart etablert i 1899 og Norsk Arbeidsgiverforening (N.A.F., seinare NHO) i 1900. Frå den tid har utviklinga av bedriftsdemokratiet vore prega av motsetnader, dragkampar og frå midten av 1930-talet også kompromiss mellom partane (1).

¹ https://no.wikipedia.org/wiki/Fyrstikkarbeiderstreiken_i_Kristiania_i_1889

Frå 1980-talet ser det ut til at samarbeidsordningane mellom arbeidstakarar, arbeidsgjevarar og staten har funne ei stabil og god form (1), og dei demokratiske ordningar har vore stabile i 100 år (4). Samarbeidet mellom arbeidstakarorganisasjonane (spesielt LO) og staten var òg sentralt for innføring av Arbeidsmiljølova i 1977. Nyvinningane i Arbeidsmiljølova var vektlegginga av verdien av eit godt psykososialt arbeidsmiljø, og arbeidstakarane sin rett til fagleg og personleg utvikling gjennom arbeidet, sjølv-medverknad, medverknad og fagleg ansvar, variasjon og opning for å sjå samheng mellom enkeltoppgåver. Desse nyvinningane vert gjerne omtala som prega av deltakardemokratiske strøyningar (5). Sær viktig var kapittel 4 om krav til arbeidsmiljøet der det psykososiale arbeidsmiljøet er like vektlagt som det fysiske og materielle miljøet. Lova skal ta vare på arbeidstakarane sine demokratiske rettar som individ (rett og plikt til medverknad), og bidra til eit meir helsefremjande og produktivt arbeidsliv. Den nye Aksjelova heimla òg styreprerentasjon for tilsette i 1972.

1990-talet var prega av revitalisering av det representative samarbeidssystemet på arbeidsplassane og gav ein renessanse for dei demokratiske verdiane (6). Medverknad frå dei tilsette var heilt avgjerande i dei store omstillingsprosessane i offentleg sektor. Nye organisasjonsmodellar prega mykje av utviklings- og omstillingsarbeidet i arbeidslivet frå 1990-talet. 1990-talet kan beskrivast som leiarkonsepta, omstillinga og omstruktureringa sitt tiår. Det kan òg beskrivast som ein renessanse for dei demokratiske verdiane. Dei tunge omstillingsprosessane i offentleg sektor let seg vanskeleg gjennomføra utan medverknad frå dei tilsette. I utgangspunktet var dei tilsett ofte imot reformene. Dei ambisiøse omstillingsmåla kravde oppslutnad, og det var arbeidstakarorganisasjonane som kunne gje legitimitet hjå tilsette (7).

Den siste store innsatsen for å regulera arbeidslivet til fordel for både tilsette og arbeidsgjevar er avtalen om eit inkluderande arbeidsliv, IA-avtalen, som er inngått mellom staten, arbeidstakar- og arbeidsgjevarorganisasjonane. IA-avtalane skal bidra til eit rausare arbeidsliv, som inkluderer folk med nedsett arbeidsevne, reduserer sjukefråvær og bidrag til mindre utstøytning og fråfall frå arbeidslivet. Dette er ein frivillig avtale der staten er ein sentral medspelar. Den fyrste IA-avtalen vart inngått mellom partane og staten i 2001, den andre i 2009, den tredje i 2014 og den fjerde i 2019. Avtalen representerer eit viktig referansepunkt for styresmaktene sin innsats og prioriteringar i arbeids- og velferdspolitikken, og er såleis ein viktig markør for Noregs arbeidslivspolitik. IA-avtalen kan ein sjå på som ei slags overbygning for det som styresmaktene og partane i arbeidslivet står saman om i arbeidsmarknadspolitikken. Sentralt er mellom anna tilrettelegging, førebygging, inkludering, deltaking og samarbeid (2). Den siste IA-avtalen er gjeldande frå 01.01.19-31.12.2023. Den vidarefører i all hovudsak tidlegare avtale, sjå utdjuping i kapittel 4.5.

4.1.2 ARBEIDSLIVSDEMOKRATIET: MEDVERKNAD OG DELTAKING I PRAKSIS

Tilsette si deltaking og samarbeidet mellom partane i norsk arbeidsliv vert dekkja gjennom ei rekkje omgrep. I NOU 2010:1 vert omgrepa «bestemmelse, medvirkning, innflytelse, medinnflytelse, selvbestemmelse, informasjon, drøfting, forhandling, konsultasjon og bedriftsdemokrati» brukt (1:15). Desse omgrepa er dels overlappende, og dels viser dei til ulike måtar samhandling mellom arbeidstakarar og arbeidsgjevarar går føre

seg på. I denne rapporten brukar me omgrepa deltaking og medverknad og viser korleis dei kan gjevast ulikt innhald i ulike situasjonar. Sjå meir om dette i kapittel 4.5 under. Innhaldet i omgrepa har variert over tid, og omgrepsbruken er i mange situasjonar politisk lada og/eller prega av tradisjonar innanfor ulike sektorar og bransjar. I tillegg har ulike retningar innan arbeidslivsforskinga i stor grad definert og brukt omgrepa på ulike måtar. Verken i lov- eller i avtaleverket finn me eintydige definisjonar, og omgrepa vert i stor grad brukt om kvarandre. Lov- og avtaleverket på området har i prinsippet endra seg lite sidan Brubakkenutvalet si innstilling om vidareutvikling av bedriftsdemokratiet (8) der det heiter at:

«Vidt definert kan en si at bedriftsdemokrati eller medbestemmelse omfatter alle tiltak som gir de ansatte innflytelse på avgjørelsesprosesser på alle plan i virksomheten, fra fastsetting av virksomhetens overordnede mål til de løpende avgjørelser i tilknytning til den enkeltes daglige arbeid og innsatsvilje.» (8: 17).

Brubakkenutvalet set likskapsteikn mellom bedriftsdemokrati og medbestemming, og det vert slått fast at termen dekkjer 'alle tiltak som gir innflytelse'. I NOU 1985:1 vert omgrepet bedriftsdemokrati omsett til mellom anna forhandlingsrett, medverknad og medeigarskap. Utvalet si formulering av den overordna ideen ser ut til å ha brei tilslutnad i norsk arbeidsliv.

Medverknad og deltaking er uløyselig knytt til rettar og plikter for arbeidstakar og arbeidsgjevar. Det kan vera nyttig å dela diskusjonen opp etter følgende tre spørsmål:

- Kven deltek? Likeverdige partar eller er forholdet mellom dei hierarkisk?
- Kvifor deltaking? Er formålet auka demokratisering eller auka produktivitet?
- Korleis skjer deltakinga? Direkte eller representativ deltaking og medverknad?

- *Kven?*

Partane skal samarbeida med basis i gjensidig respekt og tillit. Arbeidsgjevar og arbeidstakar kan samhandla som likeverdige partar eller i eit over-/underordningsforhold. Dersom det skal vera likeverdige partar, vert det i denne samanhengen kravd enten at begge partar kan nytta sanksjonar, og/eller at det må inngåast avtale før eventuelle endringar kan setjast i verk. Fastsetting av partane sin status er eit sentralt punkt i alle ordningar. Den arbeidsrettslege lovgjevinga byggjer på føresetnaden om at arbeidsgjevar har styringsrett. Dei tilsette deltek derfor under føresetnad av at arbeidsgjevar tek den endelege avgjerda, dette gjeld til dømes saker som vert behandla etter kapittel 8 i arbeidsmiljølova, i tillegg til saker som vert behandla etter hovudavtalane. Men òg innanfor dei enkelte ordningane kan vi finna ulik status, eksempelvis vil verneombodet i saker som omfattar liv og helse vera ein likeverdig partnar med stanserett som sanksjon (1).

- *Kvifor?*

Tilsette si deltaking har heilt frå dei fyrste avtaleinngåingane hatt dobbel grunngeving; rettferd og produktivitet. Rettferdsargumentet handlar om likskap, og det handlar om tilsette sin rett til å delta i avgjerder som påverkar deira eigen arbeidssituasjon og rett til å påverka overordna avgjerder som er vesentlege for dei tilsette. Produktivitets- eller ressursargumentet understrekar at tilsette sin medverknad er eit verkemiddel for auka produktivitet og verdiskaping. Denne doble grunngevinga finn vi eksempelvis uttrykt i dei ulike hovudavtalane. Rettferdsargumentet vert vidare knytt både til individet sin rett til å uttrykke og utvikle seg gjennom arbeidet.

Produktivtetsargumentet vert knytt til avgjerda sin legitimitet og målsettingar som konsensus og fråvær av verdiøydslande konflikhtar (1).

- *Korleis?*

Det er vanleg å skilje mellom individuell/direkte og representativ/indirekte deltaking. Direkte deltaking dekkjer former der arbeidstakarane deltek som individ, dette kan vera i direkte samhandling med leiar eller i kollektive samanhengar som allmøte, høyringsrundar eller liknande. Representativ deltaking dekkjer situasjonar der arbeidstakarane sine representantar inngår i samhandling med leiinga, med andre ord tillitsvalde eller andre valde representantar for dei tilsette, som til dømes tillitsvalde, verneombod eller medlemmar av arbeidsmiljøutval. Dei to ulike formene for deltaking kan vera knytt til aktørane sine preferansar og til kva som er hensiktsmessig med tanke på arbeidets art (varehandel, industri, helse, omsorg osv.). Kva for medverknad som vert føretrekt er igjen eit spørsmål knytt til kva ein ynskjer å oppnå. Innanfor arbeids- og organisasjonsforskning finn me tre posisjonar (1):

- Individuell medverknad er den sentrale målsetjinga, omsynet til representativ medverknad er underordna.
- Representativ medverknad vil hindra individuell medverknad, rigide reglar som avgrensar individet sitt handlingsrom.
- Individuell og representativ medverknad er gjensidig avhengig av kvarandre. Representativ deltaking er naudsynt for å sikra opening for arbeidstakarane si individuelle deltaking, og individuell deltaking er naudsynt for at den representative deltakinga skal kunna bidra til både auka effektivitet og auka demokratisering.

I dag er det ei generell semje om at begge former for deltaking er sjølv sagt i eit moderne arbeidsliv. Gjennom individuell og representativ medverknad skal arbeidsgjevar leggja til rette for og bidra til at det vert etablert eit produktivt fellesskap i verksemder til beste for alle partar, som igjen kan forhindra eller dempa konfliktsituasjonar. Vidare skal det vera rom for tilsette si individuelle utvikling, og sjølvrealisering skal sikrast gjennom individuell deltaking, på same tid som det representative samarbeidet skal sikra at alle arbeidstakarane har same handlingsrom, og at gode og ulemper vert fordelt på ein rettvis og legitim måte. Med utgangspunkt i den doble grunngevinga for deltakinga, rettferd og produktivitet, kan ein konkludera med at deltaking er ein nødvendig og sjølv sagt del av eit demokratisk og effektivt arbeidsliv. Kva omgrep ulike aktørar vel å bruka er mindre viktig (1).

4.1.3 UTFORDRINGAR I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

Dagens helse- og omsorgssektor er i endring. Det er politisk bestemt at oppgåver skal overførast frå spesialistnivå til kommunalt nivå, og det er ei nasjonal satsing på digitalisering og ulike teknologiske løysingar, med andre ord satsing på e-helse. Dei fleste kommunar innfører ordningar for elektronisk sjølvbetening og vurderer på nytt kva som er offentlege oppgåver og kva innbyggjarane kan eller bør ta ansvar for sjølve. I alle kommunar vert satsinga på sjukeheimsplassar vurdert opp mot tenester i heimane, og det vert satsa på korte, intensive tiltak for å betra funksjon og helse, enten

som kvardagsrehabilitering eller korttidsopphald på spesialiserte einingar. I dag kan svært mange forventast å leva lange liv, og det er stadig fleire som overlever og lever lenge med medfødde eller erverva sjukdommar og funksjonstap. Korleis dette kjem til å påverka helse- og sosialtenestene veit me ikkje sikkert, bortsett frå at det kjem til å medføra omstillingar og endringar på organisasjonsnivå og for den enkelte arbeidstakaren. I eit moderne arbeidsliv er utfordringane tilsette, tillitsvalde og arbeidsgjevarar møter ofte knytt til dei sosiale og psykososiale sidene av arbeidsmiljøet. Det betyr at samarbeid, informasjon, medverknad og deltaking vert stadig viktigare (2, 9). Dette aukar behovet for reell dialog mellom den enkelte arbeidstakar, tillitsvalde, verneombod og arbeidsgjevar.

Teknologisk utvikling

Samanhengen mellom teknologisk utvikling og tilsette sine høve til deltaking er blitt aktualisert på nytt gjennom digitalisering av forvaltinga, overføring av oppgåver frå byråkrati til innbyggjarar (til dømes kommunikasjon over internett, elektroniske søknader osv.) og satsing på velferdsteknologi. Teknologisk utvikling omfattar òg endringar i organisasjonar, prosedyrar og materielle faktorar (bygningar, utstyr, hjelpemiddel osv.) (10-12). Når velferdsteknologi vert teken i bruk, medfører det endringar i arbeidsmåtar og prosedyrar for dei tilsette, til dømes i høve til teknologi som tryggingstiltak, meistringsteknologi, helse- og behandlingsteknologi, teknologi for velvære, og teknologi for sosial kontakt.

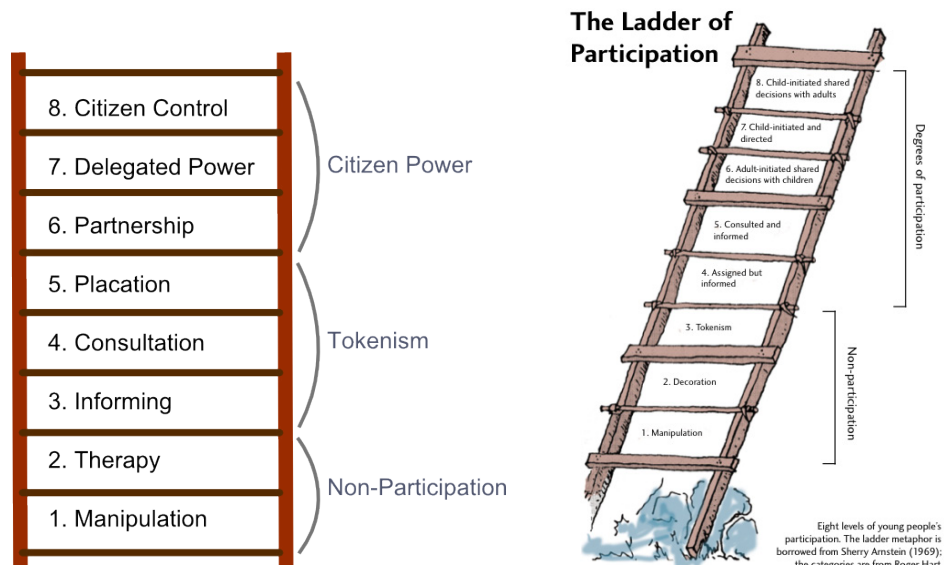
Den teknologiske utviklinga fører mellom anna til at tunge arbeidsoppgåver kan overførast frå menneske til tekniske innretningar som til dømes takheis og trappeheis, og regulerbart utstyr. På den andre sida fører teknologisk utvikling til at brukarane av teknologien må tileigna seg ny kunnskap og nye ferdigheiter. Tilsette må kunna bruke ulike digitale arbeidsflater, forstå korleis dei ulike digitaliserte funksjonane samhandlar, og kunna rettleggja brukarar og tenestemottakarar i korleis dei skal bruka dei nye digitale vertøya (110).

Teknologisk utvikling kan truleg betra vilkår for medverknad og deltaking, og det kan gjera det vanskelegare. På kva måte teknologiske endringar, særleg endringar i prosedyrar og rutinar, eller digitalisering, hemmar eller fremjar deltaking og medverknad må undersøkast i kvart einskild tilfelle. Det er ikkje eit eintydig tilhøve mellom desse faktorane. Arbeidslivet er dynamisk og organisk – det er levande miljø som tek i bruk nye arbeidsformer. Medverking og deltaking må takast med i desse prosessane (111).

Arbeidsinnvandring

Eit av dei viktigaste endringstrekka ved den norske arbeidsmarknaden er innslaget av arbeidsinnvandring som fylgje av EU-utvidingane i 2004 og i 2007. I tillegg kjem ei auke i andelen arbeidskraft som kjem frå land utanfor EU og gjennom at familiesameining. Samtidig som innvandringa har forsynt Noreg med viktig arbeidskraft, kan innvandra arbeidskraft vera ei utfordring på fleire måtar. Dels kjem arbeidstakarane frå land der organisering i fagforeiningar og partssamarbeid er framand og/eller kontroversielt. Samarbeidsformene i norsk arbeidsliv kan kjennast ukjende, og flat struktur og forventningar om meningsytring direkte til leiinga er ikkje vanlege (13). Opplæring av både utanlandske og norske arbeidstakarar og arbeidsgjevarar er svært viktig. Dersom (arbeids)innvandrane vert ståande utanfor den norske samarbeidsmodellen, kan dette både truga stabiliteten i modellen og verdien av partssamarbeidet i den enkelte

verksemda. Ei permanent to-delning i arbeidslivet vil by på politiske utfordringar og vil neppe bidra til auka produktivitet (13).



4.2 UTFORDRINGAR MED DELTAKING OG MEDVERKNAD

Deltaking og medverknad har interesse langt utover arbeidsvilkåra i helse- og omsorgssektoren. Dei som studerer politikk og medborgarskap (rettar og plikter som statsborgar) brukar òg omgrepa deltaking og medverknad. Forskarane har peikt på at desse omgrepa vert bruk på ulike måtar for ulike formål, ikkje minst for å dekke over manglande involvering av dei det gjeld. Figurane under er utvikla av to av dei mest kjende forskarane på akkurat dette området, Arnstein og Hart. Sherry Arnstein (1969) sin stige til venstre viser dei ulike nivå av deltaking frå manipulering til fulle medborgarrettar. Modellen til høgre er ei vidareutvikling laga av Roger Hart (1992) for å illustrera korleis barn vert inkludert i det som gjeld dei sjølve. Begge stigane viser at dei nedre trinna heller bør kallast ikkje-deltaking, dei midtre trinna symbolsk deltaking og dei øvre deltaking med fulle rettar til å vera med på å ta avgjerder (14, 15).

Det er fleire grunnar til at intensjonen om auka deltaking er utfordrande. Cornwall (16) skil mellom deltakingsrom som deltakarane sjølv krev og deltakingsrom der avgjerdstakarar inviterer inn utvalde personar. Problemet oppstår når desse romma vert haldne frå kvarandre. Dersom dei det gjeld ikkje får høve til å uttala seg eller delta i avgjerder som påverkar arbeidsvilkåra eller arbeidsmiljøet, kan det påverka bae delar negativt (17).

Organisasjonar kan ha ulike grunnar for å støtta deltaking. Ein grunn er at dei ynskjer å oppfylle tilsette sine basisrettar i eit demokrati, noko som igjen fører til betre avgjerder og endring i organisasjonen. Konseptet står i motsetnad til det rådande, individualistiske synet på mennesket som konsument og har eit anna innhald enn det som det tradisjonelt har vore undervist i ved internasjonale og norske

utdanningsinstitusjonar. Ved norske universitet og høgskular er det ofte ovanfrå og ned-modellar som gjeld (9). Det er utfordrande å endra rolla til dei som kjem frå tause organisasjonar, der ein vanlegvis held seg passiv, til å bli aktiv og bevisst (9, 18, 19). Eit anna problem er at folk ikkje vil vera med i prosessane. Dei vert kanskje spurd om å vera med, er med ei stund, men trekkjer seg når dei forstår at dei manglar makt til å gjennomføra. Dei vil ikkje vera med på desse premissane (9, 20).

Ulike ordningar kan ha ulik effekt på dei to grunnleggjande målsettingane (demokrati og effektivitet), og ordningane kan slå ulikt ut på ulike nivå i verksemda. I internasjonal samanheng står norsk arbeidsliv fram som svært demokratisk, med høg grad av organisering av partane, ei sterk fagrørsle og sterke individuelle rettar for arbeidstakarane (21). Arbeidslivsforskinga støttar opp under dette biletet med fokus på samhengar mellom tilsette si medverknad i utviklingsprosessar og verksemda si evne til utvikling, omstilling, innovasjon og vekst (22, 23).

Samhandling er ønska og naudsynt, men kan og gje nye utfordringar for demokrati og effektivitet. Partssamarbeid, AMU-samarbeid, IA-grupper, teknologigrupper, konsensusråd eller kvardagsrehabiliteringsgrupper byggjer på delt ansvar. Når ansvaret skal delast «jamnt» må ein vera merksam på at nokon grupper likevel kan få meir makt enn andre, til dømes gjennom stort engasjement (24). Kor vidt dette er eit problem eller ein ressurs må vurderast i høve til den situasjon ein har. Ei anna sentralt utfordring er at det kan verta ubalanse mellom rettar og plikter. Utan at rettane og pliktene er gjort kjende, er ikkje samfunnet utvikla, og deltaking er noko som skal vera i framtida (24-26). Interne barrierar for deltaking kan vera byråkrati og profesjonalisme, lover og reglar, språkbruk, ekskludering, arroganse, syn på gyldig kunnskap og maktrelasjonar. Eksterne barrierar kan vera den sosiale, kulturelle og økonomiske konteksten organisasjonen opererer i og styrken i fellesskapet (24).

Tilsette si deltaking i styringa av eigen arbeidssituasjon og arbeidsplass har tradisjonelt hatt ei todelt grunngeving:

- deltaking er eit ledd i demokratisering av det norske samfunn og byggjer på rettferds- og likskapsnormer
- deltaking er effektivt for verksemda si drift fordi dei tilsette sin innsats og kompetanse er avgjerande for verksemda sin produktivitet.

Vektlegginga av den eine eller den andre grunngevinga har variert. Politisk grunnsyn og politisk klima, ulike ideal for arbeidsorganisering og tilhøvet mellom partane er noko av det som har påverka vektlegginga. I dag synest det å vera semje om at deltakingsordningane skal innrettast slik at begge omsyn kan ivaretakast, sjølv om det framleis er usemje om vektlegginga og verdien av det normative grunnlaget.

Tilhengarar av deltaking som demokratisk verkemedel og som produktivitetstiltak har tradisjonelt promotert ulike former for deltaking. Rettferds- og likskapsnormer byggjer opp under representativ (eller indirekte) deltaking, mens effektivitetsomsyn for det meste viser til individuell (eller direkte) deltaking. Dette er ein debatt som i liten grad pregar dagens situasjon, men som har vore viktig historisk. Innføring av angloamerikanske organisasjonskonsept og ideal for verksemdsstyring aktualiserer debatten, fordi desse fokuserer (berre) på individuell deltaking.

Individuell deltaking skal ivareta arbeidstakarens rett til å utfalda seg i arbeidssituasjonen. Arbeidstakaren skal ikkje utsetjast for unødige avgrensingar, noko som byggjer på demokratiet sitt fridomsargument. Tilsette skal ha moglegheit til å utvikla seg fagleg og personleg gjennom arbeidet. Det demokratiske prinsippet om retten til å delta i avgjerder som påverkar livet og velferda til individet, tilseier at *alle har rett til å delta i avgjerder*. I praksis inneber dette former for indirekte demokrati. Retten til representasjon byggjer på demokratiske likskapsnormer og skal sikre arbeidstakarane sin rett til representativ deltaking. Individuell deltaking skal bidra til å auka arbeidstakarane sin innsats. Gjennom å gi den enkelte moglegheit til å nytta det faglege og personlege potensialet sitt, vil deltaking bidra til auka produktiviteten. Den representative deltakinga skal bidra til at usemjer kan løysast på fredeleg vis, og ikkje gjennom konfliktar. Legitimitet til avgjerder vert sikra gjennom at alle partar er representert.

Individuell og representativ medverknad er begge viktige delar av det norske systemet og systemet si evne til å skapa effektivitet, personleg utvikling og legitime kompromiss basert på alle sin rett til å delta. Dette er målsettingar som i liten grad er kontroversielle i den norske debatten. Usemja går ikkje mellom tilhengarar og motstandarar av standardar for deltaking, men dreiar seg i stor grad om korleis systemet bør innrettast for å oppnå dei felles målsettingane. Ei rekkje studiar både nasjonalt og internasjonalt har vist at det i dag primært er effektivitetsargumenta som vert nytta i debatten (23). Aktørane sine posisjonar i arbeidslivet heng saman med dei ulike deltakingsformene. Hovudskiljet går mellom samhandling mellom likeverdige partar og mellom partar med ulike posisjonar, eller enklare: Om deltaking føregår innanfor rammene av styringsretten eller ikkje.

Representativ og individuell medverknad må vurderast i høve til kva nivå i verksemda ein fokuserer på. Lover og avtalar set rammer for korleis og med kva grunnlag deltakinga skjer. Individuell medverknad og deltaking er som hovudregel nærare det konkrete arbeidet, til dømes det konkrete pasientarbeidet i institusjonen eller i heimetenestene. Dess høgare opp i hierarkiet avgjerder vert teke, dess meir avhengig vil den enkelte arbeidstakar vera av å delta i representative ordningar. Grunnlaget for dei ulike representative ordningane er å leggja til rette for deltaking til beste for arbeidstakarane og for verksemda. Forsking viser at på langt nær alle tilsette er dekkja av ordningane. Årsakene kan dels knytast til ulike reglar i ordningane og dels til manglande praktisering av dagens lovverk. Auka kunnskap og merksemd rundt dei ulike ordningane er derfor viktig. Det gjeld både praktisering, vilkår for godt samarbeid, verdien av å kombinere individuell og kollektiv deltaking, samt ordningane sine produktivets – og effektivitetsgevinstar.

4.3 EIT EFFEKTIVT ARBEIDSLIV

Deltaking og medverknad er naudsynt for å oppnå den felles målsetnaden om å fremja inkludering og god arbeidshelse, hindra ekskludering, og fremja effektivitet og demokrati i arbeidslivet. Effektivitet viser her til det å få gjort mest mogleg av det som er vesentleg, og at ein får mest mogleg att for innsatsen.

Den kommunale omsorgstenesta har omlag 300.000 tenestemottakarar i 2018. Omsorgstenestene utgjer om lag 1/3 av den kommunale verksemda, og har eit samla

budsjett på 113,5 mrd., der halvparten vert brukt på heimetenester og aktivitetstilbod, og om lag halvparten går til drift av sjukeheimar og andre institusjonstilbod (27). Det vert utført 143.000 årsverk i dei kommunale omsorgstenestene. Av dette vart vel 2/3 utført av medarbeidarar med helse- og sosialfagleg høgskule eller vidaregåande skule (27, 28).

Organisering, leiing og kultur påverkar ressursbruken. I offentleg sektor er endringane ofte knytt til nye samarbeidsformer mellom offentleg og privat sektor, digitalisering og ulike tiltak for å redusera kostnader og få meir ut av dei ressursane ein brukar. Evne og vilje til omstilling er svært avgjerande for organisasjonens effektivitet framover. Fleire ulike studiar (29, 30) av organisasjonskultur viser at det er ei rekkje fellestrekk i kulturar som har høg effektivitet; Medbestemming og involvering, samstemtheit og konsistens, det å kunna tilpassa seg til klare og erkjente formål. Kotter (29) har i sine studiar av endring i organisasjonar peikt på fylgjande trekk ved effektive organisasjonar: Vilje til å endra kulturell åtferd, merksemd mot å identifisera problem før dei oppstår og vilje til å finna felles løysingar, merksemd mot innovasjon, høg grad av engasjement og tillit, vilje til å ta risiko, samanheng mellom teori og praksis og langsiktig fokus. Det er særleg tre tema som ser ut til å påverka ressursbruk i helse- og omsorgssektoren; at leiaren klarar å leggja til rette for å skapa ein lærande organisasjon, klare og erkjente mål, samstemtheit og konsistens og grad av involvering og medbestemming. Innanfor den norske og nordiske arbeidslivsmodellen er delegering kjernen i all leiarskap. Det inneber at ein har tillit til at andre er å rekna med (30, 31).

4.4 EIT INKLUDERANDE ARBEIDSLIV OG ARBEIDSLIVSHELSE

Det har vore ei brei politisk semje om å redusera fråfallet og hindra utstøying frå arbeidslivet heilt sidan Brubakkenutvalet si innstilling i 1985 om "Vidareutvikling av bedriftsdemokratiet" (1). Arbeidslinja i norsk politikk inneber at det vert ført ein aktiv politikk for høg arbeidsdeltaking. Arbeid er viktig for å skapa helse, men arbeidsplassen kan og vera med på å skapa uhelse.

Arbeidsmiljøtilstanden i Noreg vert i hovudtrekk karakterisert som god, òg når ein samanliknar med andre land. I 2003 vart det hevda at eit fleirtal av arbeidstakarane arbeider under forsvarlege tilhøve, og det vert drive eit førebyggjande arbeidsmiljø- og sikkerheitsarbeid i stadig fleire verksemdar. Seinare forskning viser at denne situasjonen er meir truga no, og vert dermed òg utfordra i Noreg. Evaluering av IA-avtalane (2, 32) viser at det er naudsynt å ha eit kontinuerleg fokus på sikkerheit, arbeidsmiljø og arbeidstakarrettar, samt stadig å arbeida for eit meir inkluderande arbeidsliv. Ivaretaking av arbeidstakarane er særleg nedfelt i Arbeidsmiljølova og i Intensjonsavtalen om eit inkluderande arbeidsliv (IA-avtalen).

Den seinaste IA-avtalen (33) vart underskriven i desember 2018, og gjeld i tidsrommet 1.1.2019 – 31.12.2022. Avtalen vidarefører hovudmålsettingane frå tidlegare avtalar: i) sjukefråværet skal reduserast med 10 prosent samanlikna med gjennomsnittet for 2018, og ii) tidleg fråfall frå arbeidslivet skal reduserast. Innsatsen skal rettast mot bransjar og sektorar som har potensiale for redusert sjukefråvær. Det skal setjast eigne mål for prioriterte bransjar, noko helse- og omsorgssektoren er.

Når kommunen er arbeidsgjevar, er det kommunestyret som har det overordna ansvaret for arbeidsmiljøet på dei kommunale arbeidsplassane. Arbeidsgjevaransvaret, det vil seia ansvaret for å sikra eit fullt forsvarleg arbeidsmiljø for kommunen sine tilsette, er ikkje eit arbeid som kan prioriterast bort (34). Det lokale folkehelsearbeidet er ifylgje nasjonal helse- og omsorgsplan i for liten grad ein del av plan- og styringssystema i kommunen. Det er store ulikskapar i helse sjølv om norsk folkehelse generelt sett er god. Det er naudsynt med god oversikt over utfordringar i helse- og påverknadsfaktorar for å lyfte folkehelse inn i plan- og avgjerdsprosessane. Kommunen er som regel den største arbeidsplassen i byen eller bygda. Dette betyr at kommunestyret gjennom sitt arbeidsgjevaransvar og sitt folkehelseansvar for alle innbyggjarane har eit stort ansvar for dei tilsette si helse (2). Kalleberg (1983) viste at arbeidsmiljølova bidrog til demokratisering på arbeidsplassane, og at det var ein samvariasjon mellom manglande medverknad i arbeidslivet og opplevde helseproblem (9).

5. METODISK TILNÆRMING OG SØKESTRATEGIAR

I dette kapitlet er det gjort greie for søkestrategiar, utval, analysar og ekspertgruppa si rolle som fagfeller.

Metodekapitlet er ei grunngeving for korleis rapporten svarar på hovudspørsmåla:

1. Kva fremjar og kva hemmar medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?
2. Kva for ressursar og verkty kan takast i bruk for å sikra medverknad, deltaking og inkluderande arbeidsliv i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

I denne oppsummeringa har me følgd OECD sin definisjon av forskning og utviklingsarbeid, som òg vert brukt av NIFU – Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.¹

«Forskning og utviklingsarbeid (FoU) er kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap, herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn - og omfatter og bruken av denne kunnskapen til å finne nye anvendelser. For å falle inn under FoU-begrepet må aktiviteten inneholde noe **nytt**, være **kreativ**, ha **usikkerhet** knyttet til resultatet, være systematisk og kunne overføres og/eller reproduseres» (utheving i original)».

Forskning og utviklingsarbeid som er publisert i anerkjente vitenskaplege kanalar (tidsskrift, rapportar eller liknande som er fagleg kvalitetssikra eller fagfellevurdert), er samla i kapittel 7. Hovudfagsoppgåver og masteroppgåver er samla i kapittel 9 «Utviklingsarbeid, prosjektarbeid og ressursar». Masteroppgåver vert innan høgare utdanning rekna som både utdaningsdokumentasjon og dokumentasjon av forskingsarbeid, og er underlagt same krav til forskningsetikk og- kavlitet som andre forskingsprosjekt. I dene kunnskapsoppsummeringa er dei oppgåvene me har teke med samla i kapitlet om utviklingsarbeid, sidan dei tematisk sett er svært praksisnære og gir gode døme på korleis ein kan arbeida med medverknad og deltaking i dagleg arbeid.

¹ <https://www.nifu.no/fou-statistiske/fou-statistikk/om-fou/definisjon-og-klassifiseringer/>
Lest 24. januar 2019

5.1 SØKESTRATEGI OG UTVAL

Denne kunnskapsoppsummeringa er skriven på bakgrunn av dei kjeldene som var tilgjengelege for oss på søketidspunktet (januar–desember 2018). Me har gjennomført søka på ein systematisk måte, der nøkkelomgrepa og deira synonym på norsk og engelsk er brukt. Dette er ikkje det same som ei systematisk oversikt (systematic review) som vert brukt for andre formål.

Medverknad og deltaking viser til konkrete omgrep og til levande prosessar i arbeidslivet. Når ein skal finna relevant forskningslitteratur om medverknad og deltaking, er første steget difor å finna dei søkeorda som vil omfatta både levande prosessar og diskusjon av kva omgrepa skal tyda for arbeidstakarar i helse- og omsorgstenestene. Me har funne fram til publikasjonar som på ulikt vis omhandlar vilkåra for medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgstenestene ved å leita etter publikasjonar om viktige sider ved arbeidslivet generelt: t.d. bedriftsdemokrati, arbeidsmiljø, endringsarbeid, omstillingsprosessar, effektivisering, organisering, samspel og samhandling, inkluderande arbeidsliv, arbeidslivshelse, fellesskap, mobbing, trakassering, organisasjonsetikk, arbeidskonfliktar, yringsfridom og varsling, motstand i organisasjonar, innovasjon, implementering av nye prosedyrar, rutinar eller teknologi. Me har og søkt etter forskning som handlar om helse- og omsorgstenestene spesielt: t.d. organisering av helse- og omsorgstenester, evalueringar av helse- og omsorgstenester, kvardagsrehabilitering, velferdsteknologi, teknologi i helse og omsorg. Søka vart gjort på bokmål, nynorsk og engelsk.

Alle treff vart vurderte i høve til relevans for temaet medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgssektoren i kommunane. Dei utvalde tekstane vart så lesne med tanke på innhald, og litteraturlistene vart granska for å finna fleire forskingsbidrag. Det er søkt i databasen Oria som gir oversikt over alle bibliotek og nettressursar i høgskule- og universitetssektoren, på Google Scholar, Helsebiblioteket, regjeringen.no, generelle nettsøk, søk i sosiale media og ved å spørja andre forskarar i Noreg. Utviklingssentra for sjukeheimar og heimetenester er òg førespurde om litteraturtips.

Søka etter relevant litteratur retta seg mot:

- Offentlege styringsdokument
(lover, forskrifter og andre sentrale offentlege dokument)
- Vitskaplege publikasjonar
- Faglitteratur, sakprosa og lærebøker
- «Grå» litteratur og rapportar, til dømes:
- Utviklingsprosjekt
- Rettleiarar
- Videoar/filmar
- Nettbaserte ressursar
- E-læringsprogram, undervisningsopplegg og vidareutdanningar

- Informasjonsmateriell og brosjyrar
- Informasjon om pågåande prosjekt

Kunnskapsoppsumminga baserer seg på kjelder som er inkludert etter følgande krav:

- I. Offentlege styringsdokument
- II. Relevant for emnet
- III. Gjeldande per dags dato (2018)
- IV. Nasjonale og/eller faglege føringar som gjeld innanfor emnet
- V. Forsking
- VI. Relevant for emnet
- VII. Vitskapleg publikasjon i form av artikkel, bok, bokkapittel, monografi, eller godkjend masteroppgåve eller doktorgradsavhandling
- VIII. Rapportar frå utviklingsprosjekt
- IX. Relevant for emnet
- X. Mål og metode for prosjektet er presentert
- XI. Rapporten skildrar kva tiltak som har vore gjort som ein del av prosjektet
- XII. Rapporten inneheld skildring av resultat og/eller refleksjonar rundt involvering, deltaking og medverknad av tilsette.
- XIII. Gjev fagleg støtte i utføringa av oppgåver eller i gjennomføring av utviklings- eller innovasjonsprosjekt.

Alle kjelder som er inkludert er vurdert og analysert av forfattarane saman. Vi har vuderert dei tekstane som stettar krava over, og som samstundes kan visa tydeleg kva som er vilkår for medverknad og deltaking for tilsette i helae og omsorgstenestene, og korleis dette kan studerast og påverkast i dagleg arbeid og drift.

Tekstane er analysert og presentert tematisk, for å få fram viktige sider av medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgstenestene. Me har henta inspirasjon til tekstanalyse frå Alveson & Kärreman (118) og Alvesson & Skoldberg sine metodebøker (119).

5.2. EKSPERTGRUPPE OG FAGFELLEVRDERING

Kunnskapsoppsummeringa er kommentert av ei oppnemnd ekspertgruppe for emnet medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgssektoren i Omsorgsbiblioteket. Ekspertgruppa sine kommentarar er innarbeidde i føreliggande publikasjon. Dette sikrar at innhaldet i denne oppsummeringa gir eit truverdig bilete av dagens situasjon.

Gruppa består av :

Hildegunn Myre Dale, tidlegare HMS-rådgjevar Os kommune, no einingsleiar Vegårshei kommune.

Solveig Osborg Ose, seniorforskar Sintef Teknologi og Samfunn, helse

Sissel Trygstad, forskningssjef Fafo

Edle Utaaker, nasjonal koordinator helse og sosial, Arbeidstilsynet Hordaland

Trude Villanger, hovudverneombod Fjell kommune

Fanny Voldnes, leder samfunnsøkonomisk avdeling Fagforbundet LO

Kunnskapsoppsummeringa er og kommentert av emneredaktør Oddvar Førland i Omsorgsbiblioteket, Senter for omsorgsforskning, vest, HVL
Kunnskapsoppsummeringa er vidare fagfellevurdert av førsteamanuensis Siv Magnussen ved Senter for omsorgsforskning, øst, NTNU. Kunnskapsoppsummeringa er vurdert og godkjend av Omsorgsbibliotekets hovudredaktør, førsteamanuensis Astrid Gramstad ved Senter for omsorgsforskning, nord, UiT Norges arktiske universitet. Alle kommentarar er innarbeidd i føreliggande publikasjon.

6. OFFENTLEGE DOKUMENT, LOVER OG AVTALEVERK

Dette kapitlet viser korleis staten gjennom styringsverktøy som lovregulering og forskrifter, og gjennom styringsdokument som utgreiingar og politiske vedtak, understrekar at medverknad og deltaking er ein lovfesta rett, ein avtalefesta rett og ein sentral verdi og en viktig praksis i det norske arbeidslivet og i den norske velferdsstaten. Medverknad og deltaking i arbeidslivet er eit mål i seg sjølv, og eit middel for eit demokratisk arbeidsliv, effektive tenester, og for arbeidshelse. Arbeidsgjevar har plikt til å leggja til rette for dette, og tilsette har rett og plikt til å medverka på alle område: eige arbeid, organisering av arbeidet, og plan- og strategiarbeid, anten direkte eller indirekte (representativt). Tilsette i samarbeid med leiarar har som representantar for tenestene plikt til å leggja til rette for brukarmedverknad som eit mål og eit middel for gode tenester. Det er same prinsipp som gjeld mellom arbeidsgivarane og tenesteutøvarane, som mellom tenesteutøvarane og tenestemottakarane (18,24,25).

Kapittel 6 svarar slik på hovudspørsmåla:

- i. Kva fremjar og kva hemmar medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

Dette kapitlet byggjer på styringsdokument der verdien av medverknad og deltaking vert understreka. Medverknad føreset samhandling og kommunikasjon og eit handlingsrom der tilsette kan bruka si avgjerdsrett. Statlege reguleringar og avtalar mellom partane i arbeidslivet fremjar medverknad og deltaking gjennom pålagt samhandling og forhandling. Fremjande faktorar er bruk av endringsmetodar som føreset dialog med alle impliserte partar, der alle vert sett og høyrte, og der tilsette er med og definerer problem og behov for endring. Hemmande faktorar kan vera manglande kjennskap til føringane, manglande undervisning i høgskular og internt i kommunane, og svak praktisering av lovverket. Hemmande læringsmetodar kan og vera praktisering av antidialogiske endringsmetodar som ovanfrå og ned-undervisning, formaning og ekspertvelde. Det er òg hemmande at regelverket er vanskeleg å få oversikt over og at språket kan vera vanskeleg tilgjengeleg.

- ii. Kva for ressursar og verkty kan takast i bruk for å sikra medverknad, deltaking og inkluderande arbeidsliv i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

Lover, forskrifter og politiske vedtak er ressursar for medverknad og deltaking. Lover og avtaleverk skal fylgjast av både leiarar og tilsette.

Arbeidstilsynet har ei tilsynsrolle som kan nyttast aktivt for å trekkja fram lovande praksisar i dei kommunane som praktiserer medverknad og deltaking for tilsette, og sanksjonera kommunane som bryt arbeidsmiljølova sine lovparagrafar om medverknad og deltaking.

6.1 NOREGS OFFENTLEGE UTGREIINGAR (NOU-AR)

6.1.1 NOU 2010:1 MEDVIRKNING OG MEDBESTEMMELSE I ARBEIDSLIVET

Brubakkenutvalet presenterte ein gjennomgang av regelverket for medverknad og medbestemming i arbeidslivet, og korleis reglane vert praktisert i norsk arbeidsliv (1). Ein slik heilskapleg gjennomgang hadde ikkje vore gjennomført tidlegare. Utvalet vurderte òg dei ulike reglane om medverknad og medbestemming med sikte på å koma fram til om ordningane er tilfredsstillande eller om det bør vurderast andre ordningar. Det er vist til denne NOU-en fleire stader i denne rapporten. Denne utgreiinga er relevant fordi ho gjev ei oversikt over lover, reglar, føringar og erfaringar som omhandlar medverknad og deltaking for heile arbeidslivet i Noreg.

6.1.2 NOU 2010: 13 ARBEID FOR HELSE - SYKEFRAVÆR OG UTSTØTING I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

I denne utgreiinga er det helse- og omsorgssektoren sitt eige sjukefråvær og overgang frå arbeidsliv til uføretrygd eller andre trygdeytningar som står i sentrum (72). Utgreiinga viser til ei rekkje moglege årsaker til sjukefråvær og utstøying, og det vert hevda at eit meir inkluderande arbeidsliv kan bidra til betre helse og mindre helseskilnader. Ei av forklaringane dei fremjar er at det er store skilnader i arbeidsinnhald og arbeidsmiljø mellom yrkesgruppene. Samla sett meiner utvalet at ressursane i sektoren lyt brukast på ein betre måte. Etter utvalet si meining er det å redusera sjukefråvær og behandla arbeidstakarar lenger i arbeid ein av dei største utfordringane framover å rekruttera og halda på personell. Utvalet slår fast at mellom anna arbeidsmiljølovgjevinga og medbestemningsrett påverkar helserelatert fråvær og utstøying, og er såleis relevant her.

6.1.3 NOU 2011:11 INNOVASJON I OMSORG

Denne offentlege utgreiinga (Hagenutvalet) hadde som mandat å drøfta nye løysingar for framtidige utfordringar i helse- og omsorgssektoren og i den kommunale omsorgstenesta (13). I kap. 4 Innovasjon og omsorg, vert innovasjon definert som ”kunnskap som tas i bruk i en ny samanheng eller som blir brukt på en ny måte”. Omgrepet omsorg vert definert som både praktiske handlingar, omtanke og kjenslemessige engasjement. Omgrepet fangar dermed både kva som vert gjort, relasjonane mellom partane og kvaliteten på det utførte arbeidet. Dei sterke drivarane for innovasjon i offentleg sektor er politisk leiarskap, tilsette og leiarar i offentleg sektor, samt det levande lokalsamfunnet. Innovasjonsbarrierar som vert beskrive i utgreiinga er kommunane sitt strenge krav til økonomistyring og forvaltning, utviklinga av statlege forskrifter, og ei stor auke av rettleiingar og planar innanfor helse og omsorgstenestene i kommunane, samt det å skapa ein kultur som gjev rom for prøving og feiling. I utgreiinga vert det presisert at leiarar som utviklar medarbeidarane sin kompetanse, delegerer oppgåver og oppmuntrar til medverknad, bidreg til å gjera verksemda meir innovativ, samt at god innovasjonsleiing inneber at dei tilsette deltek i å definera problem og å utforma gode løysingar. Utgreiinga viser til mange døme på innovasjon i omsorgssektoren. Denne utgreiinga er relevant fordi den gjev føringar og døme på korleis medverknad og deltaking er eit vilkår for innovasjon i omsorgstenestene.

6.1.4 NOU 2015:11 – MED ÅPNE KORT – FOREBYGGING OG OPPFØLGING AV ALVORLIGE HENDELSER I HELSE OG OMSORGSTJENESTENE

I denne utgreiinga vart det føretatt ei brei gjennomgang av korleis samfunnet fylgjer opp alvorlege hendingar og mistanke om lovbrøt i helse- og omsorgssektoren (35). Utvalet har vurdert relevante ordningar og føreslår endringar i regelverk, organisering og praksis som kan bidra til å betra pasient- og brukartryggleik i tenestene og ivareta interesser og rettstryggleik til pasient, brukar og pårørande, verksemd og helsepersonell. Utvalet har sett på verksemdar som yter helse- og omsorgstenester, pasient og brukaromboda, utdanning av helsepersonell, meldeordningar og uynskte hendingar, tilsyn og varsel om alvorlege hendingar, politietterforskning og straff. Dei overordna verdiane ansvarlegheit, openheit, medverknad og rettstryggleik har stått sentralt i utvalets vurderingar. Utvalet si hovudtilråding er: Betre oppfølging og ivaretaking av pasientar, brukarar og pårørande og styrking av rettene deira. Plikta til deltaking og medverknad for leiarar og tilsette er sentralt i utgreiinga. Denne utgreiinga er relevant fordi ho viser til plikta like mykje som retten til å medverka og delta når det gjeld førebygging og oppfølging av alvorlege hendingar.

NOU 2018:6 VARSLING, VERDIER OG VERN

Utgreiinga (36) inneheld ei omfattande oversikt over ulike problemstillingar knytt til varslingsrutinane, samt utvalet sitt forslag til lovendring og andre tiltak for å betra varslarvernet i norsk arbeidsliv. Varslingsrutinane skal utarbeidast i samarbeid med arbeidstakarane og deira tillitsvalde. Arbeidstakarane og deira tillitsvalde skal medverka i arbeid med å greia ut og vurdera kva rutinar verksemda skal fastsetja for å sikra at dei tilsette skal kunna seia frå om kritikkverdige tilhøve. Denne utgreiinga er relevant fordi ho viser at leiarar har det overordna ansvaret for å sikra og leggja til rette for gode ytringsvilkår, men at òg tillitsvalde, verneombod og arbeidstakarar har ei klar medverknadsplikt til å skapa eit miljø der det å ta opp kritikk vert handtert på ein forsvarleg måte.

6.2 STORTINGSMELDINGAR

6.2.1 ST. MELD. 47 (2008-2009) SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreforma (37) peikar på at det er behov for eit tverrsektorielt folkehelsearbeid, auka helsefremjande innsats, tidleg intervensjon, og styrking av dei førebyggjande helsetenestene i kommunen. Samhandlingsreforma «Rett behandling på rett stad til rett tid», poengterte òg ei ny framtidig kommunerolle. Ei ny felles lov for helse- og omsorgstenesta, innført frå 1. januar 2012, var òg med på å synleggjera og samla kommunane sine plikter i det kommunale helsetilbodet. Tidleg innsats framfor sein innsats, og stimulering til samarbeid mellom like ledd i helsetenesta var eit hovudføremål med reforma. Denne Stortingsmeldinga er relevant fordi i arbeidet med samhandlingsreforma er ein heilt avhengig av at tilsette sine organisasjonar vert trekt med i arbeidet, og at dette må skje med respekt for etablerte avtaleordningar, men det må òg gjerast til tema korleis det kan utviklast samarbeidsordningar som har dei heilskaplege pasientforløpa som referanseramme, noko som har relevans for framtidige måtar å organisera medverknads- og deltakingsarbeidet på.

6.2.2 MELD. ST. 10 (2012-2013) GOD KVALITET - TRYGGE TJENESTER

Dette er den første stortingsmeldinga om kvalitet og pasienttryggleik som dekkjer heile helse- og omsorgstenesta, tannhelsetenesta inkludert (38). Regjeringa vil rette merksemd mot innhaldet og kvaliteten i tenestene. I stortingsmeldinga vert det presentert dei overordna rammene for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerheit i åra framover. Det vert presistert at det er nødvendig med ei heilskapleg tilnærming. Mange utfordringar er felles for heile helse- og omsorgstenesta. I tillegg er det spesielle utfordringar knytt til samhandlinga mellom tenestene. I meldinga vert det presisert at ikkje berre leiarar, men at leiarar og tilsette saman, må identifisera forbettringsområde for kvalitet og pasientsikkerheit og utvikla ein kultur for læring. Meldinga er relevant for medverknad og deltaking fordi ho presiserer tilsette sin rett og plikt til å definera problemområde og for å leggja til rette for ei ny pasient- og brukarrolle i tenestene.

6.2.3 MELD. ST. 29 (2012 - 2013) MORGENDAGENS OMSORG

Denne meldinga la grunnlaget for ein framtidsretta politikk for dei kommunale omsorgstenestene ved å trekkja opp perspektiva og bidra til arbeidet med utforming av nye løysingar for omsorgsfeltet fram mot dei store demografiske utfordringane omsorgssektoren står overfor i tiåra frå 2012 (39). I meldinga vert det presisert at *medarbeidarinvolvering* er ein føresetnad for å få til kvalitet i tenestene, ikkje berre innan eigen organisasjon, men òg ved å bringa saman heilt nye grupper på tvers av organisatoriske skiljelinjer, og på tvers av skiljet mellom offentleg sektor og sivilsamfunnet. I meldinga vert medarbeidardrive innovasjon definert som innovasjonar som er kome fram gjennom ein open og inkluderande prosess, basert på systematisk bruk av medarbeidarane sine erfaringar, idear og kunnskap. Denne Stortingsmeldinga er relevant av di medarbeidardrive innovasjon handlar både om å utvikla ein innovasjonskultur, der tilsette deltek i samtalar og refleksjonsgrupper om utvikling av tenestene jamt over, og om å trekkja dei tilsette med i konkrete innovasjonsprosessar. Tilsette har unik kunnskap om kva som er utfordringar og aktuelle problemstillingar i tenestene, og vil saman med andre brukarar vera viktige informantar og drivarar i innovasjonsarbeidet. Det vert presisert at denne tilnærminga til innovasjon utvidar innovasjonsevna og innovasjonsmoglegheitene, og er i tråd med sentrale verdiar i den norske fellesskapsmodellen.

6.2.4 MELD. ST. 26 (2014 - 2015) FREMTIDENS PRIMÆRHELSETJENESTE - NÆRHET OG HELHET

Meldinga kjem med forslag om korleis den kommunale helse- og omsorgstenesta kan utviklast for å møte dagens og framtidens utfordringar (40). Regjeringa vil skapa *pasientens helseteneste* og hevdar at ei rekkje endringar er nødvendige for å oppnå dette. Dei største endringane hevdar dei er innanfor organisering, arbeidsdeling, arbeidsformer, kompetanse og leing. Arbeid i team, nye arbeidsformer (proaktivitet og førebygging), betre tilgjenge, meir og breiare kompetanse er nokre av dei endringane som vert spesielt framheva. Denne Stortingsmeldinga er relevant av di her kjem det fram korleis tenestene og dei tilsette har plikt til å leggja til rette for medverknad og deltaking frå pasienten, brukarorganisasjonar, pårørande m.m.

6.2.5 MELD. ST. 15 (2017–2018) LEVE HELE LIVET – EN KVALITETSREFORM FOR ELDRE

Reforma Leve hele livet (41) skal bidra til at eldre kan meistre livet lenger, ha tryggleik for at dei får god hjelp når dei har behov for det, at pårørande kan bidra utan at dei vert utslitne og at tilsette kan bruke kompetansen sin i tenestene. Meldinga sitt hovudfokus er å skape et meir aldersvennlig Noreg og finne nye og innovative løysingar på dei kvalitative utfordringane knytt til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, samanheng og overgangar i tenestene. Slike omstillingsprosessar må innebera stor grad av medverknad frå tilsette, eit tett partsarbeid og involvering av brukarar og pårørande. Vidare vert det presisert i meldinga kor viktig det er med god tid til planlegging, involvering og førebuing av endringar og ein god leiing av omstillingsarbeidet, noko som er eit vilkår for medverknad og deltaking. Denne Stortingsmeldinga er relevant av di den introduserer ei endring i eldreomsorga som i stor grad vil handla om kven som skal gjera kva, og korleis. Dette føreset medverknad og deltaking på alle nivå.

6.2.6 OMSORG 2020. REGJERINGEN SIN PLAN FOR OMSORGSFELTET 2015 - 2020

Omsorg 2020 (42) er regjeringa sin plan for det kommunale omsorgsfeltet i perioden 2015-2020 og avløyser Omsorgsplan 2015. Den omfattar prioriterte områder og tiltak for å styrka kvaliteten og kompetansen i omsorgstenestene, og fylgjer opp dei omtalte stortingsmeldingane nemnd over. I kapittel 5 Forenkling, fornying og forbetring gjennom innovasjon står det at innovasjon handlar om å skape nytt, opne framtida for nye utvegar og moglegheiter og om å leggje til rette for nye løysingar på problem som brukarar og tilsette møter i kvardagen. Innovasjon skil seg frå vanleg utviklingsarbeid ved at ein ikkje veit korleis løysingane kan sjå ut når ein startar. Innomed er etablert som eit nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrive innovasjon i helse- og omsorgssektoren på oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet. Difi har fått i oppdrag å etablere et kompetansmiljø for innovasjon i stat og kommune. Dei vil etter kvart bli ein viktig samarbeidspartnar og for kommunal innovasjon på helse- og omsorgstenestene sitt område. Dei fem regionale Omsorgsforskningsentra og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i kvart fylke vil ha viktige funksjonar knytt til fylgjerforsking, dokumentasjon og formidling. Nasjonalt program for leverandørutvikling skal bidra til at offentlege kjøp i større grad stimulerer til innovasjon og verdiskaping. KS har utvikla verkty for kommunar som ynskjer å gå systematisk til verks i utviklingsarbeidet sitt. Denne Stortingsmeldinga er relevant av di medverknad og deltaking frå tilsette er ein sentral føresetnad for innovasjon i tenestene.

LOVER

6.3.1 KONGERIKET NOREGS GRUNNLOV 1914 - GRUNNLOVA

Tilsette sin rett til deltaking på eigen arbeidsplass er heimla i Grunnlova sin § 110, som seier at tilsette har medbestemmelsesrett og ytringsfridom på arbeidsplassen sin, og at denne retten skal fastsetjast ved lov. Sist revidert 22.mai 2014. (43)
Grunnlova er alle lover si «mor» og er særleg viktig når det gjeld demokratiske rettar og pliktar.

6.3.2 LOV OM ARBEIDSMILJØ, ARBEIDSTID OG STILLINGSVERN 1978 - ARBEIDSMILJØLOVA

Arbeidsgjevar har etter arbeidsmiljølova det overordna ansvaret for arbeidsmiljøet i verksemda og er pålagt plikter som skal sikra eit arbeidsmiljø som gjev grunnlag for ein helsefremjande og meningsfylt arbeidssituasjon, som gjev full tryggleik mot fysiske og psykiske skadeverknader, og med ein velferdsmessig standard som til ein kvar tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet. Lova skal og sikre trygge tilsettingsforhold og likebehandling i arbeidslivet, leggja forhold til rette for tilpassingar i arbeidslivet, samt gje grunnlag for at arbeidsgjevar og arbeidstakar sjølv kan ivareta og utvikla arbeidsmiljøet sitt i samarbeid med partane i arbeidslivet. Lova skal òg bidra til eit inkluderande arbeidsliv. Arbeidsgjevar har etter denne lova ei rekkje plikter, og arbeidstakar har på si side plikt til å medverka ved gjennomføring av dei tiltaka som vert sett i verk.

Verneombodets og arbeidsmiljøutvalets verkeområde, rettar og plikter er fastsett i denne lova. Reglane for informasjon og drøfting er beskrive i kapittel 8, og beskriv ei generell ramme med minstekrav for informasjon og drøfting med tillitsvalde i verksemda. Reglane skal ikkje avgrensa arbeidstakarens eller tillitsvaldes rett til informasjon, drøfting og medbestemming etter reglar i andre lover, forskrifter eller tariffavtalar. Verneombodet er arbeidstakarane sin representant i verne- og arbeidsmiljøspørsmål og skal ivareta arbeidstakarane sine interesser når det gjeld verne- og arbeidsmiljøspørsmål og ivareta arbeidstakarane sine interesser i saker som har med arbeidsmiljøet å gjera. Verneombodet har og som si oppgåve å sjå til at verksemda er innretta og vedlikehalden, og at arbeidet vert utført på ein slik måte at omsynet til tryggleik, helse og velferd for arbeidstakarane er ivareteke. Verneombodet er tillagt sjå til-oppgåver, men har ikkje ansvar for at nødvendige tiltak vert sett i verk. Dette er arbeidsgjevar sitt ansvar aleine. Verneombodet har rett og plikt til å stansa farleg arbeid.

Arbeidsmiljøutvalet skal vera representert av arbeidsgjevar, arbeidstakar og bedriftshelseteneste. Lova skisserer ei rekkje spørsmål arbeidsmiljøutvalet skal behandla, mellom anna planar som kan få noko å seia for arbeidsmiljøet, slik som planar om byggearbeid, innkjøp av maskiner, rasjonalisering, arbeidsprosessar og førebyggjande tiltak. Retten til å varsle om kritikkverdige tilhøve kom inn fyrste gong i 2007.

Eit nytt kapittel i denne lova, kapittel 2A *Varsling*, vart lagt til ved Lov av 16.juni 2017 (44). Sjå omtale av NOU 2018:6 'Varsling, verdier og vern' over.

Denne lova er relevant fordi ho viser tydeleg til arbeidsgjevar og arbeidstakar sitt ansvar for sjølv å medverka og delta, saman med partane i arbeidslivet, for å utvikla og ivareta arbeidsmiljøet sitt.

6.3.3 LOV OM KOMMUNAR OG FYLKESKOMMUNAR 2018 - KOMMUNELOVA (NY LOV ERSTATTAR TIDLEGARE KOMMUNELOV AV 25.09.1992)

Det er denne lova som gjev grunnleggjande rammevilkår for kommunane sitt sjølvstyre, verkeområde og planlegging. Kommunelova sitt føremål (KL§ 1) er som fylgjer:

«Formålet med denne lov er å legge forholdene til rette for et funksjonsdyktig kommunalt og fylkeskommunalt selvstyre, og for en rasjonell og effektiv forvaltning av de kommunale og fylkeskommunale fellesinteresser innenfor rammen av det nasjonale fellesskap og med sikte på en bærekraftig utvikling. Loven skal og legge til rette for en tillitsskapende forvaltning som bygger på en høy etisk standard»

Etter § 25 skal det i alle kommunar opprettast eitt eller fleire partssamansette utval – administrasjonsutval – for behandling av saker som gjeld tilhøvet mellom kommunen eller fylkeskommunen som arbeidsgjevar og dei tilsette (45).

Innbyggjarane er ikkje er tilfredse med moglegheitene til å påverka kommunane, og kommunen kan verta betre til å involvera innbyggjarane sine i avgjerdsprosessar for å betra det kommunale sjølvstyret (46). Det er kommunal- og regionaldepartementet (KRD) som har eit overordna ansvar for kommunane. Kommunesektorens interesse- og arbeidsgjevarorganisasjon (KS) er ansvarleg for å vera pådrivar, rådgjevar og støttespelar i omstilling og organisasjonsutvikling i kommunal sektor, både i forhold til personalpolitiske spørsmål og leiarutvikling. Reell medverknad og deltaking er ein føresetnad for å lukkast med omstilling og organisasjonsutvikling i sektoren.

6.3.4 LOV OM HELSEPERSONELL M.V. 1999 - HELSEPERSONELLOVA

Formålet med denne lova er å bidra til tryggleik for pasientar og kvalitet i helse- og omsorgstenesta, og å auka tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstenestene (47). Verksemder som tilbyr helse- og omsorgstenester har etter § 16 ei plikt til å organisera verksemda si slik at helsepersonell vert i stand til å halda dei lovpålagde pliktene sine, mellom anna òg retten og plikta til å medverka og delta.

6.3.5 LOV OM PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETER 1999 - PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVA

Formålet med lova er å bidra til å sikra folk lik tilgang på tenester av god kvalitet ved å gje pasienten rettar overfor helse- og omsorgstenestene (48). Lova skal bidra til å fremja tillitsforholdet mellom pasient og brukar og helse- og omsorgstenesta, fremja sosial tryggleik og ivareta respekten for den enkelte pasient og brukar sitt liv, integritet og menneskeverd. For å kunna innfri pasient- og brukarrettar må tilsette leggja til rette for og medverka til at det kan skje.

6.3.6 LOV OM PLANLEGGING OG BYGGESAKSBEHANDLING 2008 - PLAN- OG BYGNINGSLOVA

Lova skal fremja berekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjonar, og planlegging etter denne lova skal bidra til å samordna statlege, regionale og kommunale oppgåver (49). I kapittel 5 vert det presisert at alle som utarbeider og fremjar planforslag har ei plikt til å leggja til rette for aktiv medverknad. Det vil seia at plikta til å sørga for tilrettelegging for aktiv medverknad skal vera den same om det er planleggjaren, andre styresmakter eller private som utarbeider planforslaget. Kommunen har ei *særskild plikt og oppgåve* med å sjå til at kravet om tilrettelegging for medverknad er fylgt opp, òg der andre styresmakter og private har utarbeidd planforslaget.

6.3.7 LOV OM FOLKEHELSEARBEID 2011- FOLKEHELSELOVA

Å fremja folkehelse og bidra til god helse for heile folket er eit samfunnsansvar som alle kommunar har. Lov om folkehelsearbeid var behandla i Stortinget som ein del av Samhandlingsreformen, og tredde i kraft samtidig (50). Formålet med lova er å bidra til ei samfunnsutvikling som fremjar folkehelse. Folkehelselova påverkar kommunane til å tenkja helsefremjing, og skal sikra at kommunane set i verk tiltak og samordnar verksemda si i folkehelsearbeidet på ein forsvarleg måte. Folkehelsearbeidet i kommunane skal bidra til å førebyggja psykisk og somatisk sjukdom, skade eller lidning, og beskytta befolkninga mot faktorar som kan ha negativ innverknad på helse. I dette arbeidet er kommunen pålagd å bruka alle dei verkemidla som kommunen er tillagt gjennom tenestene sine. Dette gjeld ved all lokal utvikling, planlegging, forvaltning og tenesteyting. Medverknad skal skje i alle ledd.

Kommunane har gjennom Folkehelselova fått ansvar for å fremja folkehelse i alle sektorane, både i helse og omsorg, skule-, barnehage-, bustad-, kultur-, nærings- og vegsektoren. Lova beskriv at «Helse i alt vi gjer» er eit omgrep som ein skal forstå vidt, og kommunen må derfor identifisera påverknadsfaktorar som fremjar helse på svært mange nivå. Helse i all politikk (HIAP) er eit prinsipp som pålegg kommunane å ta med folkehelse som ein del av alt planarbeid. Lova pålegg kommunane å fastsetja overordna mål og strategiar for folkehelsearbeidet. Etter Folkehelselova §7 har kommunane plikt til å setja i verk naudsynnte tiltak, og tiltak skal fylgjast av langsiktig planlegging og forankrast i planarbeidet, eller setjast i verk direkte ut frå identifiserte behov for å møta lokale folkehelseutfordringar. Psykisk helse skal òg vera ein integrert del av det helsefremjande arbeidet som kommunane har ansvar for i arbeidet med

å betra folkehelsa (50). Medverknad og deltaking frå tilsette er relevant for å møta folkehelseutfordringar.

6.3.8 LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER 2011 HELSE- OG OMSORGSTENESTELOVA

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester (51) har som mål å førebyggja, behandla og leggja til rette for meistring av sjukdom, skade, liding og nedsett funksjonsevne. Lova skal fremja sosial tryggleik, betre levekår for vanskelegstilte, bidra til likeverd og førebyggja sosiale problem.

Etter §1-1, punkt 5 er eitt av formåla med denne lova å sikra samhandling og at tenestetilbodet vert tilgjengeleg for pasient og brukar, samt sikra at tilbodet er tilpassa behova til den enkelte. Kommunen pliktar etter §3-4 å leggja til rette for samhandling mellom ulike deltenester internt i kommunen og med andre tenesteytarar der dette er nødvendig. Medverknad og deltaking er ein føresetnad for å sikra samhandling.

6.4 AVTALEVERK

6.4.1 HOVUDAVTALEN FOR ARBEIDSTAKARAR I KOMMUNAL SEKTOR

Hovudavtalen inneheld ordningar om forhandlingar, prosedyrar og arbeidsgjevar og tillitsvalde sine rettar og plikter. Hovudavtalen er eit verkemiddel for å sikra samhandling og gode prosessar mellom partane i arbeidslivet. Avtalen vert revidert kvart andre år. Fram til 1992 var det ingen særskilte lovreglar som omhandla arbeidstakarane si medbestemming i kommunal sektor, slik tilfelle var for arbeidstakarar i privat næringsliv. Dei tilsette sin representasjon i styrande og avgjerande organ har likevel vore ein institusjonalisert praksis i kommunal sektor frå 1970- talet og framover. I kommunane kom medbestemming fyrst og fremst inn avtalevegen. Hovudavtalen har røter attende til 1966 (34). KS har likelydande hovudavtalar med om lag 40 ulike arbeidstakarorganisasjonar. Kvar arbeidstakarorganisasjon er part i hovudavtalen, men forhandlingane vert ført mellom KS og forhandlingssamanslutningane LO Kommune, Unio, YS-K og Akademikerne-K. Om rammene for samarbeidet mellom arbeidsgjevar og dei tillitsvalde heiter det mellom anna at «medbestemmelsesretten skal utøvast effektivt og rasjonelt og vera tilpassa kommunane/fylkeskommunane si organisering».

7. RELEVANT FORSKING: ARTIKLAR OG RAPPORTAR

7.1 EIT DEMOKRATISK ARBEIDSLIV

Dette kapitlet går djupare inn i korleis reguleringa av det norske arbeidslivet påverkar tilsette sine rettar og plikter for medverknad og deltaking, og viser korleis dette har endra seg sidan 2000-talet. Tilsette i sektoren har i heile denne perioden opplevd svak medverknad både når det gjeld organisering av arbeidet og når det gjeld plan- og strategiarbeid. Heilt sidan 1960-åra har tilsette opplevd medverknad i eige arbeid, noko som har endra seg dei siste åra. Det ser ut til at tilsette i helse- og omsorgssektoren no opplever svak medverknad på alle område, og at dette er ein av dei sektorane som opplever minst medverknad av alle. Dette gjeld både den direkte og den indirekte medverknaden. Tilsette deltek ikkje lenger på dei arenaene der desse avgjerdene vert teke. Ein stor del av dei tilsette opplever at arbeidslivet går i ei meir autoritær retning (55).

Kapittel 7.1 svarar slik på hovudspørsmåla:

1. Kva fremjar og kva hemmar medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

Medverknad og deltaking byggjer på dialog og samhandling. Arenaer for diskusjon, meiningsbryting og refleksjon er difor naudsynte. Delegering som inneber rom for handling, med balanse mellom ansvar og mynde fremjar openheit, vilje og evne til å delta. Kunnskap om rettar og plikter og dialog mellom alle aktørar fremjar medverknad for eit demokratisk arbeidsliv. Det er fremjande at tillitsvalde og verneombod har kunnskap om ordningane, at dei krev rettar på vegne av tilsette, og at dei representerer dei dei er meint til å representera.

Organisasjonar med tilsette med liten grad av autonomi og som jobbar i utrygge og eller midlertidige jobbar, hemmar medverknad. Dei er òg meir skeptiske til at dei kan

varsla om kritiske hendingar, noko som er hemmande for eit demokratisk arbeidsliv. Hemmande faktorar kan og vera hierarkiske styrings- og profesjonsstrukturar, mange deltidstilsette med små stillingsbrøkar, krevjande pasientar og pårørande. Det er hemmande at mynde til å ta avgjerder berre i liten grad vert delegert nedover i organisasjonen, at handlingsrommet for å utføra skjønn er mindre og at kunnskapen om ordningane er svak, upresis og omtrentleg. Innføring av fagsystem etterfylgt av kontroll- og detaljstyring verkar òg hemmande på å få til eit demokratisk arbeidsliv.

2. Kva for ressursar og verkty kan takast i bruk for å sikra medverknad, deltaking og inkluderande arbeidsliv i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

Kunnskap om demokratiske arbeidsmetodar og arbeidsdeling må takast aktivt i bruk, noko som legg grunnlag for samarbeid internt og eksternt. I kapittel 8 er det omtala forskingsbaserte metodar som fremjar medverknad og deltaking, som til dømes: Rettferdige endringsprosessar, samfunnsarbeid som endringsmetode (62, 100, 106, 107, 108, 109). Fleire masteroppgåver viser at metodar som til dømes Design Thinking (112, 113, 114), ein moderne variant av gruppebaserte og kollektive endringsprosessar, kan nyttast til delar av arbeidet. For at denne metoden skal verka demokratisk, må deltakarane delta i heile prosessen, ikkje berre i delar av den.

7.1.1 RETT OG PLIKT TIL Å DELTA I AVGJERDSPROSESSAR

Tilsette si deltaking i styringa av eigen arbeidssituasjon og arbeidsplass har tradisjonelt hatt ei todelt grunngeving (1):

- i. deltaking er eit ledd i demokratisering av det norske samfunn og byggjer på rettferds- og likskapsnormer og
- ii. deltaking er effektivt for verksemda si drift fordi dei tilsette sin innsats og kompetanse er avgjerande for verksemda sin produktivitet.

Vektlegginga av den eine eller den andre grunngevinga har variert. Politisk grunnsyn og politisk klima, ulike ideal for arbeidsorganisering og tilhøvet mellom partane er noko av det som har påverka vektlegginga. I dag synes det å vera semje om at deltakingensordningane skal innrettast slik at begge omsyn kan ivaretakast, sjølv om det framleis er usemje om vektlegginga og verdien av det normative grunnlaget (1).

Tilhengarar av deltaking som demokratisk verkemiddel og som produktivitetstiltak har tradisjonelt promotert ulike former for deltaking. Rettferds- og likskapsnormer byggjer opp under representativ (eller indirekte) deltaking, mens effektivitetsomsyn for det meste viser til individuell (eller direkte) deltaking. Dette er ein debatt som i liten grad pregar dagens situasjon, men som har vore viktig historisk. Innføring av angloamerikanske organisasjonskonsept og ideal for verksemdsstyring aktualiserer debatten, fordi desse fokuserer (berre) på individuell deltaking. Individuell deltaking skal ivareta arbeidstakarens rett til å utfolda seg i arbeidssituasjonen. Arbeidstakaren skal ikkje utsetjast for unødige avgrensingar, noko som byggjer på demokratiet sitt fridomsargument. Tilsette skal ha moglegheit til å utvikla seg fagleg og personleg gjennom arbeidet. Det demokratiske prinsipp om retten til å delta i avgjerder som påverkar liv og velferd for individet, tilseier at alle har rett til å delta i avgjerder (1).

I praksis inneber dette former for indirekte demokrati. Retten til representasjon byggjer på demokratiske likskapsnormer og skal sikra arbeidstakarane rett til representativ deltaking. Individuell deltaking skal bidra til å auka arbeidstakarane sin innsats. Gjennom å gje den enkelte moglegheit til å nytta det faglege og personlege potensialet sitt vil deltaking bidra til auka produktivitet. Den representative deltakinga skal bidra til at usemjer kan løysast på fredeleg vis, og ikkje gjennom konfliktar. Legitimitet til avgjerder vert sikra gjennom at alle partar er representert. Individuell og representativ medverknad er begge viktige delar av det norske systemet og systemet si evne til å «produsera» effektivitet, personleg utvikling og legitime kompromiss basert på alle sin rett til å delta. Dette er målsettingar som i liten grad er kontroversielle i den norske debatten. Usemja går ikkje mellom tilhengjarar og motstandarar av standardar for deltaking, men dreier seg i stor grad om korleis systemet bør innrettast for å oppnå dei felles målsettingane (1).

Representative og individuelle rettar finn ein både i arbeidsmiljølova og i avtaleverket. Både representativ og individuell medverknad må vurderast i høve til kva nivå i verksemda søkjelyset vert sett på. Tilhøvet mellom representativ og individuell medverknad på ulike nivå er eit viktig punkt. Grunnlaget for dei ulike representative ordningane er å leggja til rette for deltaking til beste for arbeidstakarane og for verksemda. Om dei representative ordningane legg til rette for dette, er eit kjernepunkt. Lover og avtalar set rammer for korleis og på kva grunnlag deltakinga skjer. Dess høgare opp i hierarkiet avgjerder vert teke, dess meir avhengig vil den enkelte arbeidstakaren vera av å delta i representative ordningar.

Ulike ordningar kan ha ulik effekt på dei to grunnleggjande målsettingane (demokrati og effektivitet), og ordningane kan slå ulikt ut på ulike nivå i verksemda. I internasjonal samanheng står norsk arbeidsliv fram som svært demokratisk, med høg grad av organisering av partane, ei sterk fagrørsle og sterke individuelle rettar for arbeidstakarane (21). Arbeidslivsforskinga støttar opp under dette biletet med fokus på samanhengar mellom medverknad frå tilsette i utviklingsprosessar og verksemda si evne til utvikling, omstilling, innovasjon og vekst (52).

7.1.2 PERIODEN 1989-2003: MEIR HARMONISK ARBEIDSLIV

I boka Makt og demokrati i arbeidslivet (21) summerer forskarane opp forskingsresultat frå 1989 – 2003 på arbeidslivsfronten. Hovudkonklusjonen frå boka er at konfliktnivået i arbeidslivet er søkkande, og arbeidslivet er vorte meir harmonisk. Med auka kompetanse har den enkelte fått auka ansvar. Når noko går gale, fell ansvaret i større grad på den enkelte enn kva det gjorde tidlegare. Norske arbeidstakarar er jamt over nøgde med den medverknaden dei har i eigen arbeidssituasjon, men moglegheitene til å påverka rammene har minka. Årsakene er mange: Dei store og avgjerande avgjerdene vert tekne på nivå i verksemda der dei tilsette og deira organisasjonar har fått mindre medverknad. Dette hevdar forskarane skuldast dei nye organisasjonsideala. Den enkelte får gjennom ansvar for eigne oppgåver og mål, auka medverknad på korleis arbeidet skal gjerast, men ikkje på kva mål som skal setjast, kva tidsfristar som gjeld eller ressursfordelinga i organisasjonen.

Trygstad (2004) har i sitt doktorgradsarbeid studert det kommunale bedriftsdemokratiet som møter New Public Management (NPM) (53) og konkluderte med at det hadde skjedd ei omfordeling av makt og medverknad frå det politiske til det administrative nivået i alle norske kommunar. Toppleiinga hadde fått større handlingsrom, noko som påverkar tillitsvalde sine arbeidstilhøve. Omfordelinga hadde særleg skjedd i NPM-kommunane. Trygstad konkluderte med at medverknad i eit rettferdsperspektiv, der likskap og rettferd vert vektlagt, er lite akseptert i organisasjonar prega av omstilling, effektivitet og fleksibilitet. Her er det dei samarbeidsorienterte og endringsvillige tilsette som vert favorisert. Det kan derfor sjå ut til at grunngevinga for medverknaden er meir fylt med eit strategisk og nyttemotivert innhald. Forskingsarbeidet gjev kunnskap om kva som skjer i møtet mellom ein institusjonalisert medverknadspraksis og nye organisasjons- og leiarprensipp som i større grad legg vekt på eit nyttemotivert og individuelt orientert medverknadsperspektiv. Studien viser at utøving av leiing verkar inn på tillitsvalde sitt virke i større grad i NPM-kommunane på den måten at toppleiinga regulerer tillitsvalde sitt handlingsrom.

7.1.3 PERIODEN 2003-2009: MEDVERKNAD FRÅ EIGEN ARBEIDSSITUASJON TIL LEIARNIVÅ

På oppdrag frå Arbeids- og inkluderingsdepartementet gjennomførte FAFO våren 2009 ei undersøking blant eit representativt utval norske arbeidstakarar i verksemdar med meir enn ti tilsette (23). Funn frå denne undersøkinga dannar i vesentleg grad grunnlaget for oppsummeringa av kunnskapsgrunnlaget i NOU 2010.1 kap. 9 Medvirkning og medbestemmelse i Norge anno 2009.

Opplevd medverknad vart målt på tre ulike område: Medverknad på eigen arbeidssituasjon, medverknad på arbeidsorganiseringa og medverknad på avgjerder fatta på øvste nivå i verksemda.

Undersøkinga frå FAFO viser at norske arbeidstakarar har langt større medverknad på eigen arbeidssituasjon, organisering av eige arbeid og dei nære tinga i arbeidsmiljøet enn dei har på verksemda, oppbygginga til verksemda og verkemåte. Biletet stadfestar tidlegare forskning (før 2009) som seier at norske arbeidstakarar fyrst og fremst har fått auka medverknad på det som har med individuelle tilhøve og eigen arbeidssituasjon å gjera, mens medverknad på mål, strategiar, effektivitet og organisering ikkje har auka sidan 1960-talet.

Tilsette i kommunal sektor rapporterte at dei hadde innverknad når det handlar om eigne oppgåver, utføring av eigne oppgåver og kvaliteten i det dei gjer. Når det gjaldt arbeidsorganisering: opplevd medverknad på eige arbeidstid, kven ein jobbar saman med, arbeidstempo og bruk av ressursar til arbeidet skåra tilsette i kommunal sektor lågast av alle. Når det gjeld avgjerder om krav til kvalitet og effektivitet, lønnsemd, arbeidsmetodar, kven som får vita kva, tilsetjingar, organisering av verksemda, kunde-/brukarhandsaming, samarbeid med andre verksemdar, samfunnsansvar og miljøansvar skåra tilsette i kommunen på lik linje med dei andre. På dette området viser det seg at dette er noko den enkelte fyrst og fremst kan oppnå medverknad på gjennom kollektive ordningar for medverknad og deltaking, i og med at den enkelte arbeidstakaren ikkje deltek på arenaene der desse avgjerdene vert teke. Tilsette i kommunal sektor ynskjer

seg meir medverknad på «beslutningar i verksemda», «arbeidsmengden», «strategiar og mål» og «tidsfristar», det vil sei tilhøve som har med oppbygging og verkemåte i verksemda å gjera (1).

Medverknad på eigen arbeidssituasjon er forankra i arbeidsmiljølova sine paragrafar om medverknad. Denne typen medverknad er og sterkt forankra i dei moderne leiarkonsepta som eksempelvis «empowerment», involvering, total kvalitetsleiing osv. Og i hovudavtalane vert det lagt stor vekt på direkte deltaking. Den norske arbeidstakaren har moglegheiter til å delta og øva medverknad på det som har med hans/hennar eigen arbeidssituasjon å gjera. Både deltakingsordningane og leiarmodellane trekkjer i den retninga. Medverknad på organisering av arbeidet er mindre, men norske arbeidstakarar har òg her store moglegheiter til å delta i og få medverknad på organiseringa av arbeidet både gjennom arbeidsmiljølova og avtalefesta rettar. Samtidig kan òg denne typen medverknad knytast til organisasjonskonsept og leiarmodellar, f.eks. Tavistockskulen sine sjølvstyrte arbeidsgrupper og Thorsrud og Emery sine (54) overføringer av Human Relations idear til norske forhold.

I kommunal sektor er medverknad i verksemda sitt plan- og strategiarbeid låg (1). Medverknad på desse forholda er fyrst og fremst forankra i lovverket. Det er fyrst og fremst leiinga sitt ansvar og oppgåve å avgjera spørsmål som har med desse tilhøva å gjera. Tilsette kan øva medverknad på dei gjennom sine organisasjonar og tillitsvalde i dei samarbeidsorgana som er etablert og fungerer i verksemdene. Som saksfelt er medverknaden i større grad meint til å gå føre seg gjennom representative og kollektive ordningar, og i mindre grad gjennom individuell deltaking og direkte medverknad.

Ifylgje Medbestemmelsesbarometeret 2016 (115) har arbeidstakarar i statleg sektor gjennomgåande noko mindre medverknad på alle dei tre områda enn arbeidstakarar i både kommunal og privat sektor. Arbeidstakarar i bygg og anlegg skårar høgst på alle dei tre indikatorane. Utdanningsgruppene skårar likt. Dei med høgare utdanning skårar noko lågare enn dei andre på medverknad på arbeidsorganisering, og noko høgare på medverknad på verksemda si oppbygging og verkemåte.

Helse-, sosial- og pleiebransjen skårar lågast av alle på alle dei tre indeksane medverknad på eige arbeid, på arbeidsorganiseringa og på plan- og strategiarbeid, noko forskarane i 2009 forklarar med hierarkiske styrings- og profesjonsstrukturar, mange deltidstilsette med små stillingsbrøkar og krevjande pasientar og pårørande. Førestillinga om at mynde til å treffa avgjerder er delegert nedover i organisasjonen i sterk grad på norske arbeidsplasser, viste seg å ikkje å stemma (115).

7.1.4 MEDBESTEMMELSESBAROMETER 2016 OG 2017

Medbestemmelsesbarometeret for 2016 og 2017 er utvikla med bakgrunn i AFIs forskning over lang tid. Dei har og dradd vekslar på YS sitt arbeidslivsbarometer og på Ledernes Ledelsesbarometer, undersøkinga om Bedriftsdemokratiets tilstand, gjennomført av FAFO (23). I tillegg har dei etablert kvalitative lyttepostar i arbeidslivet og gjennomført casestudier i fire større verksemdar dei siste 10 åra. I Medbestemmelsesbarometeret 2017 (116) hevdar forskarane at den norske arbeidslivsmodellen ikkje har endra seg frå 2009 til 2017, men det gjeld berre for dei formelle

demokratiske ordningane som er etablert på arbeidsplassane. I praktiseringa av ordningane ser modellen ut til å vera under press.

Andelen arbeidstakarar som meiner dei har mykje medverknad på arbeidsplassen sin, har gått ned både når det gjeld medverknad på eigen arbeidssituasjon, organisering av arbeidet og på styring og organisering av verksemda. Nær halvparten av alle deltakarane i studien hevdar at arbeidslivet går i ei meir autoritær retning. Medbestemmelsesbarometeret 2017 (116) viste at fleirtalet tilsette i helsevesen, pleie og omsorg, barnehage, skule og undervisning og sosialtenester, hevdar dei har svært liten medverknad på eigen arbeidssituasjon og organisering av arbeidet samanlikna med andre bransjar.

Det vert hevda at tilsette med liten grad av autonomi og tilsette som opplever jobbusikkerheit sannsynlegvis har færre moglegheiter til medverknad og medbestemming. Midlertidige tilsette som opplever at dei har ein utrygg jobb rapporterer både lågare medverknad og medbestemming enn tilsette som har ein trygg arbeidsplass. Tilsette som opplever usikkerheit i jobben sin opplever i mindre grad enn dei trygge tilsette at dei kan formidla innvendingar til leiinga og at desse innvendingane vert møtt på ein konstruktiv måte. Dei er òg meir skeptiske til at dei kan varsle om kritiske hendingar (55).

I lys av den norske samarbeidsmodellen sine intensjonar om bedriftsdemokrati og demokrati i offentleg sektor, og særleg tatt i betraktning at organisasjonsgraden er høgare i offentleg enn i privat sektor, hevdar forskarane i Medbestemmelsesbarometeret 2017 at denne skilnaden er oppsiktsvekkande. Bedriftsdemokrati og demokrati på arbeidsplassen står svakast i offentleg sektor, både når det gjeld moglegheiter til medverknad for den enkelte og moglegheiter til medverknad gjennom organisasjonane. Dette heng saman med den låge graden av medverknaden og på styring og organisering av verksemdene (55).

Inntekts- og formueskilnadene aukar, og nye organisasjons- og leiarmodellar har fått innpass i store delar av arbeidslivet, ikkje minst i offentleg sektor. Det er mange døme på at alle desse endringane òg endrar tolkingane og praktiseringane av arbeidstakarane sine rettar og fagforeiningane sine roller og påverknad på arbeidsplassane. Medverknad frå fagforeiningane og tilsette tar nye former og endrar dei etablerte samarbeids- og medverknadsmønstra (3).

Ein etnografisk studie om informasjonssystema si rolle i utvikling av rettleiarrolla i NAV (56) viser at sjølv om medverknaden og forvaltningsskjønnet auka i sjølve lovverket, vart skjønnsrommet i generell forstand meir avgrensa. Det handla mellom anna at handlingsrommet til å gjera prioriteringar i arbeidskvardagen vart mindre. Avgrensinga kunne knytast til digitalisering av arbeidsprosessar, som igjen er kopla til bruk av fagsystem som kontroll- og styringsverktøy. Sjølv om arbeidsreiskapane i seg sjølv vart sett på som hensiktsmessige, viste dei samtidig ein rigiditet i kvar av løysingane som samla betydde at dei tilsette opplevde at dei vart kontrollert og detaljstyrt av systema. Denne detaljstyringa såg ut til å innebera at dei tilsette vart fråtekne rett til å prioritera og til å avgjera kva som skal gjerast når, for kven, i kva omfang, og i kva rekkjefølge. Tilsette vert slitt mellom «systemet» på den eine sida og omsynet til brukaren på den andre sida.

Lov- og avtaleverk vert ofte framstilt som komplisert og tidkrevjande å setja seg inn i. FAFO (23) konkluderer i si oppsummering med at dei bedriftsdemokratiske ordningane har stor oppslutnad både hjå leiinga og dei tilsette i arbeidslivet. Ordningane er ikkje berre akseptert, men må verta sett på som ein naturleg føresetnad oppbygginga og verkemåten til det norske arbeidslivet. Men kunnskapen om ordningane er svak, upresis og omtrentleg, og det er gode grunnar til å stilla spørsmål om ein veit kva ein sluttar så massivt opp om. (1)

7.2 EIT EFFEKTIVT ARBEIDSLIV – Å NÅ MÅLA MED DEI RESSURSANE EIN RÅR OVER

Dette kapitlet viser korleis endringar i tenesteorganisering, innføring av nye rutinar og prosedyrar, eller innføring av digitale eller tekniske løysingar påverkar arbeidsdagen for tilsette i helse- og omsorgstenestene. Forskingsbidraga viser at opplevd medverknad og deltaking har påverknad på indre motivasjon, engasjement og effektivitet, og at fagleg og organisatorisk utvikling stimulerer autonomi og trivsel. Kommunen si evne til å leggja til rette for prosessar som fremjar medverknad, innovasjon og omstilling er derfor svært relevant òg i forhold til ressursbruk. Forvaltningspraksis ; involvering og deltaking, og tydeleg kommunikasjon og måten endringsprosessane vert gjennomført på, har mykje å seia for om tenestene vert effektive eller ikkje.

Kapittel 7.2 svarar slik på hovudspørsmåla:

1. Kva fremjar og kva hemmar medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

Stort nok handlingsrom i høve til ansvar fremjar effektivitet (gode tenester til forsvarleg kostnad). Gjennom dialog og samhandling kan tilsette dela gode erfaringar og få kunnskap om kva som er dei lokale utfordringane. Likeeins fremjar kjennskap til styringsapparat og avgjerdsprosessar òg effektivitet.

For mykje oppsplitting av arbeidsoppgåver i organisasjonen hemmar effektive tenester. Detaljstyring og kontroll hemmar medverknad og deltaking og arbeidsflyt. Innkjøp og implementering av nye rutinar, prosedyrar eller andre teknologiske løysingar avgrensar ofte fleksibilitet og persontilpassa tenesteutforming. Teknologi er ei samle- nemning for rutinar, prosedyrar og materialitet (konkrete ting og stader) som kan bidra til auka handlingsrom, men som like gjerne minskar handlingsrommet. Ulik kultur kan både hemma og fremja deltaking, det avgjerande ser ut til å vera korleis organisasjonen handterer ulike kulturar, konflikhtar og ulikskapar. I organisasjonar der leiarskap er bygd på medverknad og tillit, vert det skapt effektive tenester i større grad enn i organisasjonar som har eit leiarskap prega av kontroll og lydighet.

2. Kva for ressursar og verkty kan takast i bruk for å sikra medverknad, deltaking og inkluderande arbeidsliv i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

Medverknad og deltaking betyr at tilsette og brukarar av tenestene må involverast i planlegginga før nye rutinar, prosedyrar eller teknologiske løysingar vert teke i bruk. Prosessane krev leiarar eller tilretteleggjarar av endringsprosessar som fremjar samhandling mellom leiarar og tilsette og mellom dei tilsette og innbyggjarane.

7.2.1 SOF-RAPPORT: NORMTIDER TIL BESVÆR

1. desember 2015 føretok Bergen kommune ei nedkorting av normtider for tenestene heimesjukepleie og praktisk bistand i hushald. Normtider er tidfesting av den tida ein normalt vurderer som tilstrekkeleg for å utføra eit tenesteoppdrag hjå ein brukar. Normtidene er ein reiskap for likebehandling og kostnadskontroll.

Senter for omsorgsforskning, vest fekk i oppdrag å evaluera konsekvensane av endringane for brukarane, dei tilsette, kommuneøkonomien og kravet til forsvarlege tenester (59). Reduksjon av normtider i Bergen kommune har bidrege til ein betydeleg reduksjon i tal tildelte timar til heimesjukepleie frå 2015 til 2016 (8,5 %). Tal brukarar gjekk ned med 0,3 %. Gjennomsnittleg tal tildelte timar heimesjukepleie per brukar har gått ned dei siste åra, og kvart enkelt heimesjukepleiebesøk var kortare. Dette hevdar forskarane isolert sett kan ha gjeve ein korttidseffekt i form av økonomisk innsparing, men at det er fleire negative effektar for brukarane og tilsette som på sikt kan føra til auka kostnader.

Tilsette opplevde arbeidskvardagen sin som meir hektisk etter endringane, det er høgt sjukefråvær i heimetenesta, og tilsette opplever arbeidskvardagen sin som forverra etter endringane. Dei vart meir slitne, det vart mindre rom for brukarmedverknad og personorienterte tenester og mindre rom for fagleg skjønnsutøving, førebygging, rehabilitering og anna oppfølgingsarbeid. Dei negative verknadene på tilsette sin arbeidssituasjon og fagleg engasjement, og sannsynlege negative fylgjer for rekruttering av personell med riktig kompetanse, kan på lengre sikt føre til auka kostnader. Dei hevdar vidare at handlingsrommet til tilsette ser ut til å ha vorte avgrensa for dei tilsette ved innføring av normtidssystemet, og at det etter innføring har vorte ytterlegare innskrenka. Dei finn at tilsette i heimesjukepleie opplever mindre tid og styring over viktige faglege oppgåver som observasjon og oppfølging. Som fylgje av dette opplever dei tilsette arbeidet sitt som stressande og i aukande grad demotiverande, og det er ein opplagt fare for at dette påverkar rekrutteringa av fagpersonar til heimetenestene. Detaljnivået i normtider kan verta sett på som eit uttrykk for mistillit til medarbeidarane sine faglege vurderingar.

7.2.2 SINTEF-RAPPORT: FRÅ BEHOV TIL INNKJØP

Forskningsrapporten frå Sintef (60) har som mål å bidra til betring av den kommunale pleie- og omsorgstenesta gjennom å etablera heilskapelege teknologiske løysingar for tilsette og bebuarar på sjukeheim. Dagens praksis knytt til å forstå behova og kjøpsprosessane svarar ofte ikkje godt nok på denne utfordringa. Rapporten er meint som inspirasjon for tenesteleiarar og innkjøpsansvarlege i tenesta, som eit praksisnært og erfaringsbasert supplement til dei mange gode rettleiarane som er utvikla. Rapporten tek føre seg seks ulike steg i kjøpsprosessen. I Steg 1: Behovskartlegging vert det slått

fast at ei grundig behovskartlegging er heilt vesentleg for å sikra at dei valte løysingane møter konkrete behov hjå sluttbrukarane. I praksis ser ein ofte at dette arbeidet ikkje vert via nok merksemd, og at dialog med marknaden kan stela mykje fokus. Det vert presisert at det er farleg å basera ein kjøpsprosess på trua på at ein veit kva som er utfordringane i organisasjonen og kva behova til brukarar og tilsette eigentleg er. Behovskartlegging saman med tilsette er derfor eit eige prosjekt som ikkje kan hoppast over for å få ei god kartlegging. Forskningsrapporten viser at medverknad i identifisering av status og problem er ein naudsynt del av medverknadsprosessen og derfor relevant i denne samanhengen.

7.2.3 MEDVERKNAD VED IMPLEMENTERING AV TEKNOLOGI

Implementering av velferdsteknologi: Opplæringsbehov og utforming av nye tenester

Denne forskningsrapporten (61) omhandlar pårørande, tilsette og leiarar sine erfaringar ved implementering og bruk av tenestedesign i ein endringsprosess ved ein sjukeheim. Tilsette, pårørande og leiarar deltok i til saman fem ulike fokusgrupper. Resultatet viser at deltakarane vart motivert av å nytta tenestedesign med bruk at ukjende verkty som ny tilnærming i endringsprosessane. Tenestedesignet si evne til å fremja god involvering av tilsette og pårørande vert lyfta fram som avgjerande for gode resultat av prosjektarbeid, det vert også kontinuerleg og tilpassa informasjon og dialog med alle aktørar. Samarbeidet med tenestedesignarar har gjeve leiarar og tilsette nye erfaringar og kunnskap som er viktig i vidare endringsarbeid. Fokuset på reell brukarinvolvering, bruk av nye og kreative metodar, involvering av tilsette og mange spennande diskusjonar og refleksjonar, er positive effektar av å nytta tenestedesign som tilnærming.

7.2.4 NTNU: THE MEDICAL HOME - KONSEKVEN SAR FOR DEI SOM JOBBAR I HELSEVESENET

Det toårige forskingsprosjektet The Medical Home (63) vart avslutta i 2015 og tok mellom anna føre seg kva auka teknologibruk får å seia for dei som jobbar i helsevesenet. Noko av det forskarane såg på var korleis teknologi kan brukast til å sikra trygg tildeling av medisin i heimen. Den delen som Trøndelag FoU hadde ansvar for, handla om utfordringar og moglegheiter som ny teknologi og tenester gjev for helsepersonell og for utdanning av helsepersonell. Velferdsteknologi handlar ikkje berre om tekniske nyvinningar og smarte ”dingsar” til heimen. Ofte fører bruk av nye tekniske løysingar til at yrkesgruppene som yter omsorg og helsehjelp må endra på måten dei organiserer arbeidskvardagen sin på. Resultata frå denne delen av prosjektet er no tilgjengeleg som ei lærebok med tittelen Velferdsteknologi i praksis (63). Tilsettmedverknad til å få fram moglegheiter og avgrensingar slik at teknologien kan bidra til auka sjølvstende og eit enklare kvardagsliv for personar med ulike former for sjukdom eller funksjonsnedsetting er trekt fram som eit viktig vilkår for å lukkast.

7.2.5 NORDLANDSFORSKNING: 20 PROSENT TEKNOLOGI? DIGITALISERING AV PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE I BODØ KOMMUNE

Dette fylgjesforskningsprosjektet (64) har Nordlandsforskning gjennomført på oppdrag frå Bodø kommune. Hensikta med studien har vore å visa kva vilkår som må vera til stades for å lukkast med å digitalisera og ta i bruk velferdstenester innanfor pleie- og omsorgssektoren. Ein viktig ambisjon med prosjektet har vore å bringa fram kunnskap som har overføringsverdi til andre kommunar. Forskarane tok utgangspunkt i prosessar knytt til implementering av tre konkrete velferdsteknologiske løysingar knytt til pasientjournalssystemet Gerica.

Når ny teknologi vert tatt i bruk og kopla saman på nye måtar, fører dette òg nødvendigvis til at ny arbeidsmetodikk må takast i bruk, og at organisasjonar vert kopla saman på nye måtar. Funna viste at det er avgjerande at implementeringsarbeidet er prega av eit stort taktisk handlingrom og eit kontinuerleg forankringsarbeid snarare enn ei omfattande og langsiktig detaljplanlegging. Det er dette handlingsrommet som har gjeve moglegheit til å driva ein refleksiv prosess, med rom for stadige tilpassingar for å imøtekoma behov og løysa problem undervegs. I ein kommunal organisasjon kan ein slik refleksiv prosess vanskeleg drivast utan eit kontinuerleg forankringsarbeid, som sikrar nødvendige ressursar og demokratisk legitimitet. I tillegg til teknologisk kunnskap, helsefagleg kompetanse, vart òg ein eigen implementeringskompetanse utvikla undervegs. I tillegg framheva forskarane at det var viktig at teamet har med personar med god kjennskap til det kommunale styringsapparatet og avgjerdsprosessane.

7.2.6 USN: IMPLEMENTERING AV TEKNOLOGI FOR NATTLEG TILSYN

Trass i offentlege satsingar på ulike implementeringsprosessar, går det seinare enn forventa og møter motstand frå tilsette. Nilsen og kollegaer (61) gjennomførte ein longitudinell studie i fem norske kommunar der dei fylgde implementering av teknologi for nattleg tilsyn. Det fanst motstand i organisasjonen på fleire nivå. Omsorgsarbeidarane ynskte ikkje å endra arbeidsrutinane sine, det vart ikkje sett av tid og ressursar til opplæring, og leiinga viste manglande interesse og oppfylging. Det mest alvorlege var likevel manglande kommunikasjon og samarbeid mellom sektorar. Spesielt gjaldt dette involvering av IT-avdelingar og reinhaldarar i utviklingsprosjekta, som i fleire høve førte til at dei vart aktive motstandarar av endringa. Ulik terminologi, haldningar og arbeidsmåtar, 'oss' og 'dei'-problematikk, kven sitt bord saka er på og kven som har ansvar når noko går gale, viste behovet for dialog: at ein må leggja til rette for arenaer der alle involverte partar kan verta høyrte, slik at avgjerder og løysingar best kan imøtekomma behova til både sluttbrukarane og omsorgspersonelle.

Ein dialog føreset at alle har same moglegheit og rett til å vera med å definera problemet og moglegheit og rett til å presentere argumenta sine. Filosofen Jürgen Habermas kallar dette ein herredømfri diskurs (65) der ingen av deltakarane har rang før ein annan. Målet med ein dialog er å oppnå konsensus, for eksempel i form av løysingar som gagnar alle som er involverte (63). Erfaringsdeling, der alle partar i prosjektet deltek samtidig, har vore ein av dei største suksessfaktorane i prosjektet. Prosjektet avdekkjer fleire paradoks. Eitt paradoks er at innovasjonar med målsetjing

om å auka trygghet og sikkerheit for pasientane kan opplevast å skapa utrygghet og usikkerheit blant helsepersonell i implementeringsfasen. Kommunen har som mål å levera stabile og trygge tenester til brukarane, dei tilsette og verksemdene. Eit prosjekt som dette medfører òg dynamikk og utprøving, usikkerheit og ustabilitet, med moglegheit for både å gjera feil og for å lukkast undervegs.

7.2.7 NTNU: IMPLEMENTERING AV KVARDAGSREHABILITERING

Denne studien (66) viser kva 127 norske kommunar som har innført kvardagsrehabilitering har lagt vekt på under planlegginga og gjennomføringa sett opp mot 'Modell for vedvarande forbetring'. Informasjon, erfaringsutveksling og involvering på alle ledd i organisasjonen vert rekna som sentrale suksessfaktorar for varig endring. Å involvera vert definert som å motivera, informera og gje dei involverte kompetanse til å bidra aktivt i arbeidet. Dette vert oppfatta som dei største utfordringane i utviklingsarbeidet innanfor helsetenestene.

Ein måte å involvera tilsette på kan vera å kartleggja korleis arbeidsoppgåvene vert gjort før endring. I utgangspunktet såg det ut som kommunen hadde ei aktiv involvering av personalet. Det er ikkje tydeleg om involveringa hadde eit breitt perspektiv eller ikkje. Det kan ha vore ei lita prosjektgruppe som har leia arbeidet. Forskarane hevdar at det er viktig med ei nedanfrå og opp-tilnærming, noko ein kan gjera ved å organisera tverrfaglege arbeidsgrupper, ved å spørja etter og verdsetja ulike problemstillingar som personalet fremjar, og sørga for hyppig informasjon og kommunikasjon.

Ved manglande involvering frå starten av kan det å få påtvinga ein ny arbeidsmetode skapa motstand, med fare for at kommunen mislukkast i endringa. Involvering inneber òg å få sjansen til å bidra aktivt i betringsarbeidet. Den siste delen er ein vesentleg faktor som ein ofte hoppar over i kvalitetsutvikling av helsetenesta (77). Undersøkinga viser at kommunane meiner dei involverer dei tilsette ved innføring. Det var fleire tilsette med i gjennomføringa enn ved planlegginga, og dermed meir reell involvering i form av deltaking i sjølve prosjektet. Forskarane hevdar at ein bør vera tydeleg på at ein ynskjer involvering frå alle tilsette, og leggja til rett til dialog og refleksjon. Involvering av leiarar bør skje på alle nivå og bør gå føre seg i samarbeid med dei tilsette bygd på dialog, respekt og gjensidig tillit. Når forskarane summerer opp, hevdar dei at involvering av tilsette er bra om ein forstår involvering som informasjon, samtidig som det kan sjå ut som at tilsette si aktive deltaking i endringsarbeidet er avgrensa. Det er fyrst og fremst administrative leiarar som har sett i gang prosessane med kvardagsrehabilitering.

7.2.8 NTNU: HELSEPERSONELL SI ERFARING MED ENDRING AV PRAKSIS I SJUKEHEIM

Forsking på kvalitet i norske sjukeheimar viser at trass kompetansehevande tiltak gjennom fleire år, møter endringsprosessar i sjukeheimar motstand (67). Utviklingsprosjektet 'Innføring av strukturert miljøbehandling i demensomsorga, er eit eksempel på dette. Utviklingsprosjektet er en del av eit større utviklingsprogram i regi av Demensplan 2015 og vart gjennomført ved to sjukeheimar i Aust-Noreg. Hensikta var å utvikla og innføra ein metode for strukturert og individuelt tilpassa miljøbehandling. Funn frå denne studien (67) viser at deltaking frå leiinga, reell medverknad frå

personalet og tilgang til ein arena for refleksjon var sentrale komponentar for å lukkast med innføring av miljøbehandling i sjukeheimar. Forhold som påverkar personalet sitt engasjement er av stor verdi for om endringsprosessar i sjukeheimar lukkast.

7.2.9 OMSORG OG MAKT. KJØNN, ARBEID OG MAKT I VELFERDSKOMMUNEN

Heidi Haukelien (68) presenterer i si doktorgradsavhandling beskrivingar og analyser av eldreomsorga sine utfordringar. Ho har valt ut fire bidrag fordi dei set lys på tema som er relevante for å forstå kvifor tilsette i den empiriske forteljinga handlar som dei gjer. Ho viser til at forskning viser at det i dei siste åra (før 2013) har skjedd store endringar i måten pleie- og omsorgssektoren vart organisert og leia, og at det får konsekvensar for korleis fyrstelinjetilsette utøver tenestene sine overfor tenestemottakarane. Det ser ut til at mange endringar har med tilhøvet mellom tilsette og administrasjonen å gjera, ved at det vert skapt klarare grenser og dermed større avstand mellom dei ulike funksjonane og einingane. Stadig fleire oppgåver vert lagt til fyrstelinja, og det går ut over dei tilsette sine moglegheiter til å ivareta primæroppgåver knytt til dei eldre sine behov. Desse endringane verkar inn på korleis fyrstelinjetilsette tek i bruk kompetanse, medverkar og korleis dei organiserer seg internt.

7.2.10 LEIARMODELLAR

Medbestemmelsesbarometeret – leiarmodellar

Medbestemmelsesbarometeret i 2017 (55) undersøker kva som utfordrar den norske samarbeidsmodellen og korleis dette føregår. Dei tek utgangspunkt i fire leiarmodellar (beskrive i Medbestemmelsesbarometeret 2016 (3)). I denne rapporten har dei lagt vekt på å visa korleis dei ulike leiarmodellande verkar inn på relasjonane mellom arbeidstakarar, arbeidsgjevarar, fagforeiningar og leiing. Spørsmåla er utvikla i samarbeid med dei seks forbunda som utgjer partnarskapet i Medbestemmelsesbarometeret, YS sitt Arbeidslivsbarometer, Ledernes Ledelsesbarometer, seminar og kurs for tillitsvalde, verneombod og fagforeiningar, samt andre større konferansar.

Arbeidstakarane i kommunal og statleg sektor rapporterer om høg grad av standardisering og kontroll og lojalitet og lydighet, med unnatak av tilsette i olje, gass og industri, og lågare grad av medverknad og medbestemming enn i dei fleste andre bransjar. Analysane støttar trua på at standardisering og kontroll reduserer vekta av relasjonane mellom leiarar og tilsette. Med låg grad av medbestemming aukar sjansen for motstand mot omstilling og endring. Høg grad av medverknad og medbestemming heng saman med større oppslutnad om måla og verdiane til leiinga enn det andre styringsformer gjer. Trua på medbestemming og medverknad heng saman med omstillingsevna i norske verksemdar.

Tilsette i offentleg sektor opplever i større grad enn i privat sektor at dei må levera arbeid av lågare fagleg standard enn i privat sektor, men tilsette i kommunal sektor opplever å ha større innverknad på kvalitet og arbeidsmetodar enn det tilsette i staten opplever. Det er eit lågare nivå av tillit til alle leiarnivå blant tilsette som oppgjev standardisering og kontroll som dominerande leiar- og styringsform, og det er eit lågare nivå av tillit der det vert opplevd lågare medverknad og medbestemming. Det

er òg eit høgare tillitsnivå til toppleiding der graden av medverknad er høg. Den lågaste rapporterte konfliktfrekvensen finn dei blant arbeidstakarar som opplever høg grad av medverknad. Det er meir sannsynleg med personkonfliktar i verksemdar der det er høg grad av lojalitet og lydigheit, men det er òg høg grad av personkonfliktar der det er høg grad av medverknad og medbestemming, noko dei meiner heng saman med opnare dialog og tydelegare usemjer. Å dysse ned konfliktar og lata som ingenting, at leiinga bestemmer korleis konfliktar skal løysast, at leiinga er oppteken av kven som har 'skylda' og seigliga konfliktar vert oftare opplevd under standardisering og kontroll og lojalitet og lydigheit enn under medbestemming og medverknad som leiarformer. Å nytta Arbeidsmiljøutvalet (AMU) eller andre samarbeidsorgan til å handtera alvorlege konfliktar vil førekomma oftare i verksemdar der tilsette opplever medverknad (55).

Digitalisering, kunstig intelligens og robotar vil medføra at oppgåver vert endra, noko som betyr behov for ny kompetanse, og som igjen kan bety behov for færre tilsette og standardisering av arbeidsprosessar. Relasjonell kompetanse vil verta tillagt vekt. Dersom standardisering og kontroll vert styrkt som styringsform i arbeidslivet, må vi venta endringar i relasjonane mellom aktørane og mindre handlingsrom. Når lojalitet og lydigheit dominerer, er det relasjonane mellom leiing og tilsette som vert sjølve styringsinstrumentet.

Forskarane bak Medbestemmelsesbarometeret 2017 (55) hevda at det ikkje er gitt at digitalisering og automatisering nødvendigvis vil svekka den norske samarbeidsrelasjonen, men tvert om bidra til å betra standardiseringsprosessar med tanke på meistingsopplevingar, arbeidsmiljø og økonomiske resultat. Dei hevdar òg at vellukka omstillings- og utviklingsprosessar heng saman med tillitsfulle relasjonar i arbeidslivet, mellom arbeidsgjevarar, leiarar, fagforeiningar og tilsette. Tillit ser ut til å vera ein føresetnad for å byggja dei relasjonane som trengst for ein effektiv omstillingsprosess. Medbestemming og medverknad gjev eit større rom for å styrka og utvikla den sin faglege og profesjonelle integriteten til medarbeidarane, som ein motsats til standardisering og kontroll. Lojalitet og lydigheit ser ut til å svekka den same integriteten. Medbestemming og medverknad kan vera sterke verkty for å gjennomføra store omstillingsprosessar, og digitalisering vil medføra omstilling.

Avstanden er òg stor til offentleg sentralforvaltning og styresmakter. Studien peikar på at offentleg sektor er meir hierarkisk organisert enn privat sektor.(3)

7.2.11 RESSURSBRUK I PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN - BETYDNINGEN AV ORGANISERING, LEDELSE OG KULTUR

Gabrielsen og medarbeidarar (57) har gjennomført FOU-prosjektet «Ressursbruk i pleie og omsorg», på oppdrag for Kristiansand kommune og delfinansiert av KS sitt Program for storbyretta forskning. Oppdraget er gjennomført i perioden desember 2014 til juni 2015.

Utgangspunktet for FOU-prosjektet var at aggregerte styringsdata frå dei ti største bykommunane i Noreg viser store skilnader i ressursbruk utan at ein har forklaringar på kvifor desse skilnadene eksisterer. Forfattarane såg på forhold knytt til organisering, leiing og kultur som kunne verka inn på ressursbruk i dei fem største storbykommunane

i Noreg; Oslo, Kristiansand, Stavanger, Bergen og Trondheim. Målet var at prosjektet skulle tilføra ny innsikt om kva element innanfor organisering, leiing og kultur som ser ut til å ha størst innverknad på ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren, og såleis gje kommunane eit verdifullt grunnlag å jobba vidare med for å møte utfordringane sektoren står overfor.

Rapporten (57) viser at dei to organisatoriske faktorane som ser ut til å ha mest å seia for ressursbruk er tenesteprofil og forvaltingspraksis. Når det gjeld tenesteprofil, finn dei at høg del heimetenester og låg del institusjonstenester og einingskostnader bidreg til lågare ressursbruk. Likeeins fann dei at konsistent forvaltningspraksis ser ut til å bidra til effektiv ressursbruk. Dei hevda at organisatoriske tiltak for å betra relasjonane mellom bestillar og utførar ser ut til å ha betydning for forvaltingspraksis og dermed og ressursbruken. Dei fann at grad av involvering og medbestemming, saman med klare og erkjente mål og samstemtheit hadde stor betydning for effektiviteten i kommunane. Andre tilhøve ved kultur og leiing som såg ut til å ha påverknad på ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren var:

- Relasjon og nærleik mellom bestillarfunksjon og heimetenesta (samt andre utøvarar)
- Samarbeid på tvers som vert prega av respekt og gjensidig tillit
- Visjonære leiarar med tydelege verdiar som går føre som rollemodellar
- Nær og vel fungerande relasjon mellom politisk og administrativ leiing (fagleg fokus, føresetnad for å kunna gjennomføra naudsynte grep)

For å betra effektiviteten tilrår dei at kommunane bør verta betre til tydeleg kommunikasjon og måten omstillingsprosessane vert gjennomført på. Leiarskap og kultur heng tett saman, sidan leiarane er dei viktigaste kulturberarane. Dei finn at leiarar som vert opplevd som støttande og som bryr seg om medarbeidarane sine, samt gjev medarbeidarar ei oppleving av (å kunna bestemma sjølve og) autonomi, får dei mest effektive medarbeidarane. Kritisk for dette er involverande arenaer som gjev dei tilsette påverknad og kjensle av eigarskap. Det inneber òg at for mykje styring og kontroll kan verka negativt på effektivitet og det å nå måla.

Forfattarane (57) hevdar at graden av opplevd involvering og medverknad i ein kommune vil ha påverknad på indre motivasjon, engasjement og effektivitet, og at det å vera ein del av ei fagleg og organisatorisk utvikling stimulerer autonomi og trivsel. Dei hevdar vidare at omorganiseringar kan bidra til ein prosess der ein kan tenkja nytt, nye arbeidsmåtar vert etablert, og det vert mogleg å retta opp svakheiter i tenesteytinga. Kommunen si evne til innovasjon og omstilling verkar derfor relevant, òg i forhold til ressursbruk. Dei fann òg samanheng mellom effektive tenester og medbestemming, involvering, samstemtheit og konsistens, evne til å tilpassa seg og klart erkjente formål. Dette samsvarer òg med Denison si forskning (58) som viser at dei meste effektive organisasjonane vert kjenneteikna av alle desse kulturelle særtrekka, ikkje berre eitt av dei.

7.3 EIT INKLUDERANDE ARBEIDSLIV

Kapittel 7.3 viser korleis medverknad og deltaking er ein viktig faktor for å redusere fråfall og utstøyting i arbeidslivet. Helse- og omsorgssektoren er ei risikoutsett næring med særleg stort sjukefråvær. Det er ein samanheng mellom helseplager, sjukefråvær og liten grad av medverknad og deltaking i arbeidslivet. Mykje godt IA-arbeid er gjort i kommunane, men det står att ein del arbeid for å realisera potensialet i inkluderingsarbeidet.

Kapittel 7.3 svarar slik på hovudspørsmåla:

1. Kva fremjar og kva hemmar medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

Partssamarbeidet mellom organisasjonane i arbeidslivet og staten fremjar fokus på arbeidslivshelse, og pålegg partane å arbeida systematisk med å redusera sjukefråvær, auka sjukenærver og redusera tidleg avgang frå arbeidslivet. Systematisk opplæring og tilrettelegging og felles arenaer for medverknad og deltaking er avgjerande. Alle partar har plikt og rett til å delta og medverka for å sikra eit inkluderande arbeidsliv. Omorganisering, endringar i arbeidsdeling, endra strukturelle og økonomiske vilkår utfordrar IA-arbeidet og kan verka hemmande. Små stillingsbrøkar og skiftarbeid kan vera hemmande for medverknad og deltaking i arbeidslivet, og kan i seg sjølv føra til dårleg arbeidshelse. Ein hemmar er at IA-arbeidet ikkje alltid er integreert i dei ordinære medverknadsprosessane på organisasjonsnivå.

2. Kva for ressursar og verkty kan takast i bruk for å sikra medverknad, deltaking og inkluderande arbeidsliv i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

IA-avtalen inneheld verkty for samarbeid og samspel i arbeidslivet. HMS- og IK-verktya kan og bør brukast. Tillitsvalde, verneombod og ansvarlege for fag- og organisasjonsutvikling har rett og plikt til å delta i og leggja til rette for inkluderande og helsefremjande arbeidsvilkår.

7.3.1 EVALUERING AV IA-AVTALANE

Avtalen om eit inkluderande arbeidsliv (IA-avtalen) er ein omfattande avtale som omfattar om lag seksti prosent av norske arbeidstakarar, og 98 prosent av alle tilsette i norske kommunar (2). Avtalen er ei viktig realisering av trepartssamarbeidet i norsk arbeidsliv. Det er med andre ord eit omfattande politisk prosjekt. Dei viktigaste berebjelkane i IA-avtalen er partssamarbeidet på ulike nivå og styresmaktene sine plikter til å sørga for gode rammevilkår i inkluderingsarbeidet til verksemdene. Måla for IA-samarbeidet var å 1) redusera sjukefråværet, 2) auka sysselsetting av personar med redusert funksjonsevne og 3) auka gjennomsnittleg avgangsalder.

Evaluering av IA-avtalen for perioden 2010 – 2013, (2) viste at måla ikkje vart innfridd, med unntak av delmål 3. Likevel viser forskingsrapporten, som baserer seg på over tjue datakjelder, at det overordna partssamarbeidet i IA-avtalen fungerte godt, og betre enn i tidlegare avtaleperiodar (69, 2). Situasjonen i 2013 var likevel at mange var misnøgde med det IA-avtalen førde til, mellom anna eit strengt og lite effektivt system rundt oppfølging av avtalen og avgrensa måloppnåing av IA-avtalen

sine delmål. Forskarane konkluderer med at dette skuldast eit altfor snevert og dårleg kunnskapsgrunnlag i forkant av IA-avtalen. Dei tilrådde at IA-arbeidet i verksemdene må definerast meir som eit heilskapleg, langsiktig arbeid med fokus på inkludering og førebygging for at det skal ha effekt på alle delmåla. I rapporten vert det lagt vekt på at retten og plikta til deltaking frå alle er nødvendig for at inkluderingsarbeidet skal lukkast betre.

7.3.2 12 ÅR MED IA-AVTALAR – KOMMUNESEKTOREN FRAM TIL 2013

I dette prosjektet bidrog forskarane frå Sintef (34) med kunnskap om kva utfordringar kommunesektoren hadde når det handla om oppfylging av IA-avtalen, og kva problemstillingar det var særleg viktig å ha merksemd rundt, for å ivareta kommunar og fylkeskommunane sine interesser då avtalen gjekk ut i 2013. Hovudproblemstillingane i prosjektet var korvidt tydeleg kopling mellom HMS-arbeid og IA kan effektivisera avtalen, på kva måte kultur og haldningsendring kan vera ein naudsynt føresetnad for å oppnå måla i avtalen, korleis ulike modellar for finansiering av sjukelønsordninga for arbeidsgjevar kan bidra til auka nærvær og handlingrom, om arbeidsgjevarar i kommunal sektor opplever at dei har tilstrekkelege og gode nok verkemiddel i IA-arbeidet, og kva resultat ein oppnår ved dagens verkemiddelbruk. Datagrunnlaget byggjer i hovudsak på intervju med ulike aktørar i 20 kommunar og ei kartlegging av alle kommunane vart inviterte til å delta i.

Generelle funn var at kommunane sto fram i stor grad som inkluderande arbeidsplassar. Leiarane jobbar generelt hardt med både oppfylging av sjukmelde, førebygging og for å bevare folk lenge i jobb. Einingsleiarar og personalleiarar opplevde i stor grad at dei hadde eit samfunnsansvar for å halda folk lenge i arbeidslivet. Eit fleirtal av alle respondentane hadde tru på avtalen, særleg tilsettere representantar. Ein av fem personalleiarar svarar at dei ikkje har tru på avtalen. At dei tilsette hadde meir tru på avtalen, trudde forskarane kunne handla om at rettane til dei tilsette auka som fylgje av avtalen, utan at pliktene er vesentleg endra. Forskarane hevdar vidare at moglegheitene som ligg i avtalen stort sett vert utprøvd, sjølv om ein del kommunar òg har noko å gå på her. Dei hevdar vidare at tett oppfylging av sjukmelde og streng tilretteleggingsplikt har ført til at leiarrolla har endra seg. Fordi leiarane skal tilretteleggja, er det nødvendig med informasjon frå den sjukmelde, noko som kan utfordra eit tydeleg skilje mellom jobb og privatliv. Dei viser òg til at kommunane arbeider i ei anna ramme enn mange andre IA-verksemdar, fordi kommunane i stor grad held seg til statlege føringar og satsingar. Satsingane gjer at kommunane opprettar stillingar rundt førebygging, friskvern og folkehelse. I tillegg har dei folk som jobbar internt med IS, HMS, kvalitetssystem og anna. Mange kommunar har derfor behov for å samordna aktiviteten og ha ei meir heilskapleg tilnærming for å få god effekt av arbeidet, og forskarane hevdar derfor at det kanskje er tid for å sjå ekstern og intern aktivitet meir i samanheng.

Alt i alt konkluderer forskarane med at det vart gjort mykje i kommunane rundt IA-arbeid til og med 2013, men at det gjenstår å ta ut ein del av potensialet for å redusera unødig sjukefråvær. Dersom feil midlar vert nytta og det vert for stort press på å få redusert sjukefråværet, kan inkluderingsviljen i kommunane verta redusert, og det vert vanskeleg å oppnå målet om eit inkluderande arbeidsliv.

Evaluering av IA-avtalen fram til 2018

IA-partane har i samarbeid gjennomført ei undervegsevaluering av status med omsyn til å nå måla og gjennomføring og oppfylging av avtalte og evaluerte forsøk. <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/asd/dokumenter/2016/underveisvurdering-ia-avtalen-alpr.pdf> (lest 5. november 2018)

Evalueringa har særleg søkt å svara på problemstillingar knytt til resultatutviklinga i IA-måla med:

- Auka fokus på det førebyggjande arbeidsmiljøarbeidet
- Auka fokus på å inkludera unge med nedsett funksjonsevne i arbeidslivet og
- Prioritering av ressursar til kunnskapsutvikling.

Den nye IA- avtalen - «Et arbeidsliv med plass for alle» gjeld frå 01.01.2019 - 31.12.2022» (117). Hovudmålet i avtalen er å redusera sjukefråvær med 10 prosent og å redusera fråfall i arbeidslivet.

7.3.3 ÅRSÅKENE TIL SJUKEFRÅVÆR I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

I kapittel 6 i NOU 2010 (72) vert dei mange årsakene til sjukefråvær og utstøyting beskrive. Utvalet bestilte tre kunnskapsoppsummeringar om årsaker til sjukefråvær og utstøyting frå arbeidslivet; kunnskapsoppsummering frå Statistisk Sentralbyrå av samfunnsvitskapleg litteratur om årsaker til sjukefråvær og utstøyting (73), ei kunnskapsoppdatering frå Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) og International research institute of Stavanger (IRIS) (74) om betydinga av arbeidsfaktorar for sjukefråvær, arbeids- evne og uførleik, og ei kunnskapsoppdatering om betydinga av psykologiske faktorar, haldningar og verdiar (75). På same vis som med dei sosiale skilnadene i folkehelsa, er det òg sosiale skilnader i sjukefråvær og utstøyting frå arbeidslivet. Det er godt dokumentert at kvinner dei siste tiåra har hatt høgare risiko for sjukefråvær enn menn. Det er og hovudårsaka til at helse- og omsorgssektoren har høgare sjukefråvær enn andre næringar. Mange av årsakene til kjønnskilnader er ukjende.

Det er mange tilhøve på arbeidsplassen som kan ha betyding; fysiske og mekaniske belastningar, samt organisatoriske forhold og psykososialt arbeidsmiljø. Kvelds- og nattarbeid aukar sjansen for sjukefråvær, likeeins tunge løft som pregar ein del av arbeidet i helse- og omsorgstenesta. Arbeidsbelastning i form av høge jobbkrav kombinert med låg medverknad ser ut til å auka risikoen for sjukefråvær i sektoren. Vidare kan graden av sosial støtte, i kva grad leiinga vert oppfatta som rettferdig og kulturen i verksemda påverka sjukefråværet. Rollekonfliktar kan og verka inn på sjukefråvær og uføretrygding. Omfattande nedbemanning kan gje auka sannsyn for sjuke- melding og reduserte sjansar for å returnera til arbeidslivet. Mindre nedbemanningar ser ikkje ut til å ha same effekten. Personell som jobbar mindre enn 30 prosent ser òg ut til å vera ekstra utsett, det same gjer sjukepleiarar, hjelpepleiarar og personell utan formell kompetanse. Kunnskapen om kva som er årsaka til sjukefråvær og utstøyting frå arbeidslivet er mangelfull (72). Tilgjengeleg forskning tyder likevel på at ei rekkje forhold knytt til enkeltindividet, arbeidsplassen og meir generelle samfunnstilhøve kan ha betyding for sjukefråvær og utstøyting frå arbeidslivet.

Juridiske rammevilkår som arbeidsmiljølovgjeving og rett til medverknad har saman med ei rekkje andre faktorar betyding for helserelatert fråvær og utstøyting. Faktorar i arbeidslivet kan ha betyding for helseproblem som hjarte- og karsjukdom, muskel- og skjelettlidingar og depresjon (72). Ei rekkje faktorar i arbeidsmiljøet kan også ha betyding både for sjukefråvær og uførepensjonering. Høge biomekaniske krav ser ut til å gje auka risiko for uførepensjon blant sjukepleiarar. Låg kontroll i arbeidet ser ut til å gje auka risiko for uførepensjon, og fast kveldsarbeid og nattarbeid ser ut til å gje auka risiko for uførheit samanlikna med dagarbeid. Fire forskingsbidrag frå Finland frå ulike bransjar viser at fylgjande faktorar kan bidra til auka arbeidsevne: Sjølvbestemming (kontroll), klima i organisasjonen, moglegheit for utvikling, jobbtilfredsheit, auka tilfredsheit med leinga, å høyra til i ein organisasjon, reduksjon i fysiske krav, betra arbeidsstillingar, mindre støy og uro i arbeidsmiljøet og reduksjon i mentale krav. Tilsvarande viste undersøkingane at fylgjande faktorar kan bidra til redusert arbeidsevne: Mekaniske eksponeringar, fysisk tungt arbeid, skiftarbeid, arbeid ståande på éin stad, låg kontroll, rolleklarheit, og redusert tilfredsheit med arbeidslokale. Ei rekkje av desse faktorane betyr noko for helse, sjukefråvær og arbeidsevne, og dei fleste kan endrast ved systematisk betringsarbeid og organisasjonsutvikling.

Arbeidstilsynet skriv 23.04.18 på sine heimesider <https://www.arbeidstilsynet.no/om-oss/prioriterte-aktiviteter/> (lest 5. november 2018) at helse- og sosialsektoren er ein risikoutsett sektor med særleg høgt sjukefråvær. Denne sektoren er den største i norsk arbeidsliv med om lag 540.000 sysselsette i 2016. Ifylgje SSB var det tilsett 142.937 årsverk i helse- og omsorgssektoren i kommunane i 2016 (nær 38 prosent). Tilsette i helse- og sosialsektoren er særleg utsett for arbeidsmiljøutfordringar knytt til organisatoriske, psykososiale, ergonomiske, kjemiske og biologiske sider ved arbeidet. Ifylgje Arbeidstilsynet er det i helse- og sosialsektoren ei overhyppigheit av helseplager som muskel- og skjelettplager, hovudverk, mageplager, psykiske plager og fysisk og psykisk utmatting. Tilsette rapporterer å vera meir utsett for desse plagene enn alle andre yrkesaktive sett under eitt. Tilsette i helse- og sosialsektoren har òg høgast førekomst av legemeldt sjukefråvær på 17 dagar eller meir. Arbeidstilsynet hevdar vidare at det er kjent at det er ein samanheng mellom helseplager, sjukefråvær og liten grad av medverknad og deltaking i arbeidslivet. Høgt sjukefråvær har store ulemper og kostnader for arbeidstakarane, arbeidsgjevarane, samfunnet og for dei som mottar tenester. Partssamarbeidet mellom arbeidslivsorganisasjonane og staten om inkluderande arbeidsliv er eit initiativ for å auka samarbeid mellom partane, og redusera sjukefråværet (2). Partane er einige om behovet for å få eit betre samla grep om forståinga for drivkreftene bak utviklinga i sjukefråvær, fråfall og manglande inkludering i arbeidslivet. Eit viktig verkemiddel i avtalen er partssamarbeidet mellom leiging, tillitsvalde og vernetenesta på lokalt nivå.

8. UTVIKLINGS- ARBEID, PROSJEKT- ERFARINGAR OG NETTRESSURAR

Kapitlet presenterer eit utval masteroppgåver frå 16 ulike masterprogram i Noreg og eit utval nettressursar. Felles for masteroppgåvene er at dei på ulike vis peikar på fremjande og hemmande faktorar for endring og konsekvensar for medverknad og deltaking for tilsette i sektoren. Det er interessant at så mange studentar går inn på dette feltet. Masteroppgåver er å rekna som forskning, og studentane bidreg dels til å støtta annan forskning på feltet, og til å utvida kunnskapsgrunnlaget og erfaringsgrunnlaget for tilrådingane denne rapporten kjem med. Felles for oppgåvene er fokus på samhandling og demokratiske organisasjonsformer under ulike vilkår.

Kapitlet svarar slik på hovudspørsmåla:

1. Kva fremjar og kva hemmar medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

Fremjar: Tillit, respekt og aksept mellom tilsette og leiarar ser ut til å vera ein føresetnad for å få til deltaking og medverknad på arbeidsplassen. Dialog og samhandling som endringsmetode og leiarar og tilsette som er opne for nye idear er viktige suksessfaktorar. Forankring både i leiarnivå og hjå dei tilsette er viktig når nye idear vert fremja. Tilsette kan betra eigne fellesskap og livsvilkår på arbeidsplassen og bidra til å delta i avgjerder som har med eige arbeid å gjera, med organisering og med plan- og strategiarbeid når dei får høve til det.

Hemmar: Manglande strukturell mynde og handlingsrom, samt manglande reell delegering og balanse mellom makt og ansvar hemmar deltaking og medverknad. Svak kompetanse på feltet og lita tid, manglande organisering og manglande tverrfagleg opplæring skapar òg barrierar for medverknad og deltaking. Dersom tillitsvalde ikkje er medviten ansvaret sitt, er det hemmande for deltakingsarbeidet. Det er vanskeleg å få til deltaking i kontrollkulturar og i top-down prosessar.

11. Kva for ressursar og verkty kan takast i bruk for å sikra medverknad, deltaking og inkluderande arbeidsliv i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

I mange av masteroppgåvene under er det vist til endringsmetodar, teori, forsøk og program som fremjar medverknad og deltaking. Til dømes Dialogisk endringsteori (19), og Rettferdige prosessar (109), samt Samveis (www.samveis.no) viser korleis dette kan gjerast i praksis. Idebanken, podkastseriar frå NAV, filmar om inkluderande arbeidsliv, verkty og vegkart er og svært nyttige endringsverkty.

8.1 OM DELTAKING OG SAMHANDLINGSREFORMEN

8.1.1 'VI TRENGER IKKE FLERE HENDER'

Master i klinisk sykepleie, 2014, Høgskolen i Oslo og Akershus

Målet med denne studien (77) var å undersøkje sjukepleiarane sine erfaringar med Samhandlingsreformen og korleis den verka inn på arbeidet deira. Funna viser at det har blitt endringar for sjukepleiarane på fleire område. Utfordringane dei opplever i lys av auka tempo og auka kompetansebehov for å ta seg av pasientar som er sjukare enn tidlegare, kan føra til at sjukepleiarar kvir seg for å arbeida ved korttidsavdelingar. Utan auka satsing på kvalitetshevande tiltak i sektoren kan samhandlingsreformen bli til ei reform utan samhandling og medverknad.

8.1.2 HJEMMESYKEPLEIEN OG FASTLEGER PÅ SAMME LAG: ET ROBUST TVERRFAGLIG TEAM MED PASIENTEN I FOKUS?

Master i Organisasjon og leiing, helse og velferdsleiing, 2014, Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Målet for denne studien (78) var å få ei forståing av korleis samhandlinga mellom heimesjukepleien og fastlegane kan kjenneteiknast av det uformelle samarbeidet mellom aktørane. I arbeid med menneske kan situasjonar endre seg raskt og ein treng å vera fleksibel i forhold til å finna gode løysingar for pasienten. Trass i dette treng ein likevel klare strukturar i form av IKT-løysingar som viser korleis samhandling mellom aktørane skal gå føre seg. Dette viser seg vanskeleg å innføra så lenge fastlegane er organisert utanfor den kommunale organisasjonen. Faktorar som skal til for at samhandlinga skal lukkast, er gjensidig tilpassing mellom aktørane, og ei oppleving av gjensidig nytte. Aktørane som skal samarbeida står i ulike kontekstar. Dei er berarar av ulike kulturar, og verdiane og normene påverkar aktørane sine prioriteringar og handlingar. Dette kan skape barrierar i samhandlingspraksisen.

8.1.3 HJEMMESYKEPLEIEREN I MØTE MED SAMHANDLINGSREFORMEN: EN KVALITATIV STUDIE OM ANSATTES OPPLEVELSER AV KOMPETANSEUTVIKLING.

Master i sosialt arbeid, 2015, NTNU

Studien (79) har gjennom ei kvalitativ tilnærming sett på tilsette i heimesjukepleien si oppleving av kompetanseutvikling i møte med samhandlingsreforma sine krav. Det vart gjennomført 12 kvalitative intervju fordelt på to avdelingar av heimesjukepleie i Midt-Noreg. Informantane var helsefagleg utdanna på fagbrev- og høgskulenivå. Resultata viste at tilsette i stor grad lærer av kvarandre på uformelt vis. Likevel tyder

studien på manglande organisering av kompetanseutvikling. Informantane opplever at mykje av ansvaret for eigen kompetanse må dei stå for sjølv. Ansvaret inneber både tileigning og spreiding av kompetanse. Dette fører til grupperingar i fagmiljøet som viser ulike verkelegheitsoppfatningar av kompetanseutvikling. Tilsette som høyrer til prosjekt og spesifikke fagområde viser interesse for å læra meir og tek ansvar for eigen kompetanse. Studien tyder på at det er behov for at kompetanseutvikling i større grad vert sett i system.

8.1.4 TEAM I KOMMUNAL SEKTOR

Årsstudium i organisasjon og ledelse, 2013, Høgskolen i Telemark

Tema for studien (80) er suksessfaktorar for teamorganisering i kommunal sektor. Resultata frå undersøkinga i ein kommune med 9 djupneintervju (inkludert helse- og omsorgssektoren) viser at teammodellen krev gode rammevilkår for at den skal fungere optimalt. Særleg strukturell myndiggjering er av stor betydning, det vil seia ein flatare organisasjon som gjev medbestemming og ansvar til teama. Resultata viser og at teamleiararen har ei sentral rolle og er operativ, noko som vil seia at han både har personalansvar og deltek i produksjonen på linje med andre teammedlemmer. Auka motivasjon, trivsel og læring er effekt av teammodellen, i tillegg til høg kvalitet på tenesteproduksjon. Konklusjonen er at teammodellen er vegen å gå for fleire kommunale einingar.

8.1.5 SAMHANDLINGSKULTUR OG LEDELSE: UTFORDRINGER OG MULIGHETER I KOMMUNEHELSETJENESTEN SOM FØLGJE AV SAMHANDLINGSREFORMEN

Master of Management, 2014, Universitetet i Agder

Studien (81) ser på om innføringa av samhandlingsreformen har resultert i behov for endringar i etablerte organisasjonskulturar og leiarroller i Skien kommunes spesialiserte tenester. Funna avdekkjer utfordringar forbunde med pasientoverføringar. Uavklarte forventingar til dokumentasjon, kunnskap og kjennskap til kompetansenivå utfordrar, av og til, eit godt samarbeid. Ulike kulturar, arbeidsmetodar og tenester er element som vert potensiell grobotn for konfliktar mellom einingane. Leiarar beskriv utfordringar forbunde med det å gje informasjon til tilsette og det å få informasjon frå overordna. Arbeidet med å finna ei god strukturell løysing på dei spesialiserte helsetenestene i kommunen er ei utfordring som kan løysast betre ved reell medverknad og deltaking.

8.1.6 ENDRINGSEVNE - EN FORUTSETNING FOR RETTEN TIL FORTSATT EKSISTENS? EN STUDIE AV KOMMUNALE ORGANISASJONERS ENDRINGSEVNE SETT I LYS AV SAMHANDLINGSREFORMEN

Master i offentlig styring og ledelse, 2013, Høgskolen i Hedmark

Funna i denne studien (82) viser at leiarar har betydelege utfordringar når det gjeld samhandling. Dei opplever at det er få fora for samhandling på tvers både internt og eksternt, og dei opplever å ha fått auka talet på oppgåver utan nok ressursar. Eitt funn er òg at det er ikkje gjort gode nok risiko- og sårbarheitsanalysar. Leiarane i deira studie er motivert for å gjera endringar, og har alle føresetnader for å kunna gjera gode val og endringar.

8.2 OM DELTAKING OG LEIING

8.2.1 ER DIALOGISKE ENDRINGSLEDELSE EN GOD MÅTE Å HÅNDBERE ENDRINGSPROSESSER PÅ? - EN LITTERATURSTUDIE SOM SKISSERER ET FELT OM DIALOGISK ENDRINGSLEDELSE BETYDNING I ENDRINGSPROSESSER

Master i endringsledelse, 2015, Universitetet i Stavanger.

Formålet med denne mastergradsoppgåva (83) er å peika på nokre blindpunkt i dagens leiarteori og praksis, og prøva å tenkja nytt om endringsleiing og endringar. Funna viser at det føreligg eit teoretisk felt, som kan innordnast dialogismen, der dialogisk endringsleiing får både ei spesifikk leiarform og eit eksistensielt innhald. Forfattaren hevdar at feltet peikar ut dei mellommenneskelege dialogiske ferdigheitene vi i stor grad er blinde for i dag, og som gjer at endringsprosessane våre i stor grad feilar.

8.2.2 LEDELSE I SPAGATEN? LEDELSE, KULTUR OG KRYSSPRESS I KOMMUNALT INNOVASJONSARBEID

Master i Public administration, 2016, NTNU.

Problemstillinga i denne masteroppgåva (84) er kva som forklarar innovasjonsarbeid i kommunane og korleis kultur, leiing og handlingsrom verkar inn på innovasjonsarbeidet i ein kommunal kvardag. I dei to kommunane forskarane undersøkte fann dei at storleiken på kommunane spelte liten rolle. Felles for kommunane var at dei hadde ein innovasjonskultur og ei leiing som tydeleg tar ansvar for innovasjonsarbeid og som bevisst prøver å skapa kultur og handlingsrom for det. Handlingsrommet for å driva innovasjonsarbeid på operativt nivå vert derimot avgrensa av mangel på tid og økonomiske ressursar.

8.2.3 "JAKTEN PÅ SUPERMANN": ENDRING I KRAV TIL LEDERE AV HELSE OG OMSORGSSEKTOREN I NORSKE KOMMUNER

Master of Management, 2016, Universitetet i Stavanger.

Studien (85) viser korleis krav til leiing og leiarar har endra seg over tid i helse- og omsorgssektoren i norske kommunar. Kommunane har fått utvida ansvar dei siste 30 åra, og akademia og konsulentbransjen har via mykje merksemd til leiing i denne perioden. Forskingsspørsmåla er korleis er dei endra krava og forventning til leiing, kva forklarar endringane og kva betydning har det fått for rekruttering av leiarar. Funna viser ei endring frå fagleiing til generelt 'management' i perioden, noko som kan indikera større avstand og forståing mellom leiing og dei andre tilsette.

8.2.4 PÅ VEGEN FRA TEORI TIL PRAKSIS: LEAN I ET ANSATT-PERSPEKTIV

Master i Administrasjon, 2014, Høgskolen i Lillehammer

Med ujamne mellomrom dukkar det opp nye oppskrifter på korleis organisasjonar bør styrast og endrast. Lean er ei slik oppskrift som enkelt forklart handlar om å bruka minst mogleg tid på aktivitetar som ikkje skapar verdi for kundar eller brukarar. I denne

studien (86) har forskaren sett på korleis Lean verkar i praksis for tilsette. Bidreg det til betre arbeidsmiljø og medverknad, slik Lean-konsulentane hevdar? Eller har kritikarane rett i at konsekvensen av Lean er meir kontroll og overvaking? Det er gjort intervju med leiarar og tilsette i tre Lean-kommunar; Vestre Toten, Øyer og Gausdal. Studien understøttar funn frå tidlegare forskning som seier at auka medarbeidarinnvolvering fører til ei meir vellukka innføring av Lean. Vellukka innføring er avhengig av at Lean-metodane vert innført på ein riktig måte, noko som ikkje var tilfelle for to av kommunane.

8.2.5 LEDELSE AV MEDARBEIDERDREVET INNOVASJON: MELLOMLEDELSENS BETYDNING FOR MEDARBEIDERDREVET INNOVASJON I KOMMUNEN

Master i administrasjon, 2014, Høgskolen i Lillehammer

Studien (87) undersøker kva betydning mellomleiinga har for medarbeidardrive innovasjon i 8 kommunar (inkludert helse- og omsorgssektoren). Funna viser at mellomleiinga si rolle er av betydning. Det er fyrst og fremst tilgjengelegheit, openheit og toleranse overfor personalet frå mellomleiinga som ser ut til å vera avgjerande for at tilsette fremjar forslag. I dette arbeidet fungerer den næraste leiaren til mellomleiinga og leiar-kolleagaer som betydingfulle støttespelarar. Studien viser at tid utgjør ein avgjerande faktor for mellomleiinga sin kapasitet til å driva innovasjon. Ved å sjå på moglegheiter i staden for avgrensingar kan mellomleiarar klara å betre balansen arbeidet med den daglege drifta og medarbeidardrive innovasjon.

8.2.6 LEDELSE I PRAKSIS I ET GRENSELØST LANDSKAP

Master i kunnskapsledelse, 2014, Handelshøjskolen i København (CBS) og Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet (DPU).

I denne studien (88) ser forskarane mellom anna på kva leiarar og tilsette framhevar som betydingfullt ved leiing i praksis, for å kunna bidra til kunnskapsutvikling i tenesta, og korleis dette vert synleggjort i arbeidskvardagen. Studien viser at leiing gjennom samlokalisering med dei tilsette gjev leiaren oversikt over faglege og personalrelaterte utfordringar, noko som gjev moglegheit til å løysa utfordringane der og då, eller på lengre sikt. Studien viser òg at leiarens profesjonsutdanning bidreg til ei djupare forståing for utfordringsbiletet og innhaldet i tenesta, som har stor betydning for å leggja til rette for og fatta avgjerder om kunnskapsutvikling og ressursfordeling.

8.2.7 ENHETSLEDERNES FORSTÅELSE AV LEDELSE I HJEMMESYKEPLEIEN: EN DISKURSPSYKOLOGISK ANALYSE AV LEDELSE

Master i helse- og velferdsleiing, 2015, Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Studien (89) handlar om resultatinnleiaren si forståing av rolla si etter implementering av reformelement som kom med NPM-ideologien. Samhandlingsreformen som vart innført i 2012 har gjeve kommunane eit utvida ansvar for å handtera demografiske utfordringar. Formålet med studien var å få betre kunnskap om korleis dette samla har påverka leiinga, kva utfordringar leiarane møter, og korleis dette påverkar handlingsrommet deira. Gjennom semistrukturerte intervju har forskaren intervju

fem einingsleiarar, og gjennom ein diskurspsykologisk diskursteori har ho utforska kva diskursar leiarane brukte for å forklara korleis leiing står fram for dei. Analysen viser at det trer fram ulike paradoks og kampar når dei fortel korleis dei ulike styringsverkøya utfordra dei i utøvinga av leiing. Eitt av paradoksa som kom fram var at det ikkje var akseptert i kulturen å seia at ein ynskte å vera leiar. Derimot var det legitimt å fortelja at ein elska leiing når ein fyrst var vorte leiar. Kampane som oppsto handla om kva utøvarane opplevde som formålstenleg å måla, samanlika med det som viser kvaliteten på tenestene, økonomi versus omsorg og rett-baserte tenester versus det faglege skjønnet. Kampane som oppsto kan sjåast med bakgrunn i leiarane sitt selektive fokus på økonomien. Leiarane si oppleving av bestillar/utførar-modellen var at det hadde for så vidt gått seg til for det var jo eigentleg forvaltninga som bestemte.

8.3 OM DELTAKING OG IMPLEMENTERING AV VELFERDSTEKNOLOGI

8.3.1 VELFERDSTEKNOLOGI: EN TEORETISK STUDIE KNYTTET TIL LEDELSESMESSIGE UTFORDRINGER VED IMPLEMENTERING AV VELFERDSTEKNOLOGI INNEN HELSE OG OMSORG

Master i Public administration, 2015, Nord Universitet.

Masteravhandlinga (90) utforskar problemstillinga rundt nokre av dei utfordringane norske kommunar har når det gjeld implementering av velferdsteknologi. Utgangspunktet er prosjektet ”Bo lengre hjemme”. Utfordringane handla om manglande kommunikasjon og samarbeid med både private leverandørar og utviklarar av teknologisk utstyr. Forskaren har systematisert essensen av funna sine i ei oversikt med utfordringar når det gjeld endring, organisatoriske utfordringar, strategiske utfordringar og utfordringar innan leiing. Tverrfagleg samarbeid, meir samhandling, kompetanseutvikling, dialog og samarbeid og medarbeidarmedverknad vert sett på som viktige suksessfaktorar. Forskaren stiller spørsmål om tillitsvalde er seg sitt ansvar bevisst og informerer godt nok til dei tilsette i kommunane, eller forventar dei at einingsleiarane skal gjera det? Ho ser eit tydeleg brot i informasjonskanalen, noko som har stor betydning i forhold til pårørande og at positiviteten til teknologi er større jo lenger ein kjem opp i leiarnivå (lenger avstand til praksis). Manglande informasjon mellom dei ulike leiarledda er tydeleg.

8.3.2 VELFERDSTEKNOLOGI; NYTT OG NYTTIG ELLER BARE TIL HEFT

Master i kunnskapsledelse, 2015, Handelshøjskolen i København.

Funna i denne studien (91) viser at det er stor variasjon i dei 8 kommunane som vart forska på om velferdsteknologi er teken i bruk. Det viste seg at informantane i liten grad var kjende med dei statlege føringane. Informantane påpeika utfordringane knytt til organisering i den flate strukturen, to-nivå-modellen som fleirtalet av kommunane i studien hadde. Informantane opplevde at dei i liten grad vert sett i stand til å implementera eller gjera seg kjend med dei moglegheitene som ligg i velferdsteknologi.

8.3.3 DRIVKREFTER OG BARRIERER FOR OMSTILLING. EIN CASESTUDIE AV UTVIKLING OG SPREIING AV VELFERDSTEKNOLOGIER I KOMMUNE-NORGE

Master i teknologi, innovasjon og kultur, 2016, Universitetet i Oslo

I denne studien (92) blir det studert korleis innovasjonssystemet i kommunesektoren påverkar opptak og spreing av velferdsteknologi i det eksisterande helse- og omsorgssystemet. Studien tek utgangspunkt i eit systemperspektiv og eit fleirnivåperspektiv som skal belysa korleis aktørar og deira relasjonar spelar inn i spreingsprosessar, samt korleis samspelet mellom nisjar, sosiotekniske regime og landskap er av betydning for oppskalering av velferdsteknologi. Funna viser at etablerte normer, reglar og rutinar i kommunen gjer at dette skjer gjennom langsame prosessar. Overordna vert derfor velferdsteknologi i avgrensa grad tatt i bruk i Kommune-Noreg. Barrierane for å endra seg i kommunane er hovudsakeleg relatert til manglande kompetanse, organisering og leiing. I oppgåva vert fleire forslag til korleis kommunar kan jobba meir strategisk diskutert.

8.3.4 IMPLEMENTERING AV VELFERDSTEKNOLOGI FOR ANSATTE I KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE: EN KVALITATIV STUDIE AV ERFARINGER MED BRUK AV PERSONLIG DIGITAL ASSISTENT (PDA)

Master i Økonomi og ledelse, 2014, NMBU

Fokuset i denne oppgåva (93) er retta mot korleis PDA er implementert, kva endringar det har medført og kva som utgjer suksess- og motstandsfaktorane i prosessen. Resultata viser at PDA har forenkla kvardagen gjennom meir fleksibilitet, betre tryggleik og mindre stress. På den andre sida er dette avhengig av stabil teknologi, oppdatert informasjon og at menneskeleg svikt ikkje førekjem. For å lukkast med implementering vert det nemnd god kommunikasjon, aktive pådrivarar og kommunikasjon og deltaking på tvers av kommunar og aktørar i prosessen.

8.4 OM DELTAKING OG INNOVASJON

8.4.1 FRAMTIDSRETTE INNOVASJON I OFFENTLEG SEKTOR

Master i Entreprenørskap og innovasjon, 2016, NMBU

Denne masteroppgåva (94) søkjer kunnskap om innovasjon i kommunen, korleis innovasjonsstrategiar og samskaping kan fremja innovasjonskapasitet som bidreg til ei positiv og berekraftig samfunnsutvikling. Problemstillinga var: Kva kjenneteiknar framtidretta innovasjon i offentleg sektor? For å svara på problemstillinga tok forskaren utgangspunkt i eksisterande forskning, samt fem individuelle djupintervju, observasjon av sosiale samhandlingsplattformer og kunnskapssenteret i Asker, samt dokumentanalyse. Funna indikerer at Asker kommune har ein strategisk-reflekterande innovasjonsstrategi som bidreg til auka bevisstheit om innovasjon, er sjølvforsterkande og gjev auka innovasjonskapasitet. Studien viser til at det ser ut til at Asker kommune har ei bevisst og systematisk innovasjonssatsing som med heilskaplege og langsiktige perspektiv vil kunna bidra til forbetra samfunnsutvikling. Asker kommune sin strategi er godt

forankra i toppleinga og har fokus på å styrka innovasjonskapasiteten gjennom aktiv bruk av innovasjonssystemet, med fokus på samarbeid, samhandling og samskaping. Studien indikerer at dei største utfordringane for kommunesektoren ligg i erfaringsdeling og spreiding av gode løysingar, samt tilrettelegging av politisk kontekst. Samanfatta viser studien at Asker kommune trer fram som føregangskommune innanfor innovasjonssatsing, og det er gode moglegheiter for andre kommunar og forskarar å henta inspirasjon, idear og erfaringar frå Asker kommune om korleis leggja til rette for framtidretta innovasjon.

8.4.2 INNOVASJON I MELLOMROMMET: EN CASESTUDIE AV LEDELSEPROSESSEN VED IMPLEMENTERING AV VELFERDSTEKNOLOGI MED ET PRAGMATISK, INSTITUSJONELT BAKTEPPE

Master i Public Administration, 2015, Nord Universitet.

Nyskaping i kommunen og spesielt innan helse og omsorg, er tema for denne studien (95). Formålet med oppgåva er å utvikla innsikt og erkjening av mønster og regularitetar mellom den konteksten som innovasjonsleinga skal utøvast i og det strategiske moglegheitsrommet mellom verksemda si endringskraft og endringsevne. Resultata viser at det er leiarutfordringar både innan politiske, åtferdsmessige og strukturbaserte leiarfunksjonar og prosessar. Det er peika på ein mogleg metode for endring av leiarpraksis som baserer seg på prinsippet om anerkjennande leiarskap.

8.4.3 EN STUDIE OM HVORDAN DET ARBEIDES MED INNOVASJONER I KOMMUNESEKTOREN: HVORDAN FORSTÅS INNOVASJON, OG HVORDAN IVERSETTE NYE PRAKSISER?

Master i innovasjon, 2015, Høgskolen i Innlandet.

Denne studien (96) ser på kva som skjer når innovasjonsideologien inntek kommunesektoren (og helse- og omsorgssektoren), og korleis dei arbeider med innovasjon. Problemstillinga er:

Korleis vert innovasjonar forstått og sett i verk i to ulike kommunar?

(Hvordan forstås og iverksettes innovasjoner i to ulike kommuner?)

Strukturelle skilnader og ulike leiararmodellar forklarar korleis systematikken rundt innovasjonar vert ivareteke. Andre element som påverkar innovasjonsarbeidet er kor tidleg nye idear vert adoptert, spreidd og sett i verk. I sektoren vert det nytta andre omgrep enn innovasjon i det daglege. Innovative løysingar representerer ingen revolusjonar eller brot i eksisterande praksisar, snarare vert nye idear implementert og tilpassa eksisterande praksis, og medverknad skjer innanfor desse rammene.

8.5 OM DELTAKING OG ORGANISASJONSKULTUR

8.5.1 VILJE TIL ENDRING – ET ORGANISASJONSKULTURELT SPØRSMÅL?

Master of Management, 2016, Universitetet i Agder.

Hensikta med denne studien (97) var å gjera ei kartlegging av Hjelmeland kommune sin organisasjonskultur. Problemstillinga i studien var fylgjande: Kva organisasjonskultur har kommunen, og er det ein gjennomgåande organisasjonskultur i kommunen, eller er det ein variasjon? Resultata frå spørjeundersøkinga viser at Hjelmeland kommune har eit hierarki, kontrollkultur. Hierarkiet, kontrollkulturen er gjennomgåande i heile organisasjonen, men det er stor variasjon i grad av dominans mellom dei ulike sektorane. Funna tyder og på at det er eit svært sterkt ynskje om ei endring av organisasjonskultur frå hierarki, kontrollkultur til klan, samarbeidskultur. Korleis endring kan gå føre seg vert diskutert i studien. Kompetanse om endringsprosessar vert særleg peika på som viktig.

8.5.2 TRADISJONELL OMSORG VS. MODERNE EFFEKTIVITETSKRAV I SYKEHJEM: EN KVALITATIV STUDIE I HVORDAN PLEIEPERSONALET OPPLEVER IVARETAKELSEN AV KVALITET I TJENESTEN"

Master i endringsledelse, 2011, Universitetet i Stavanger.

Oppgåva (98) tar sikte på å fanga opp kva tilsette i sjukeheimsavdelinger i Stavanger kommune meiner at finansieringssystemet aktivitetsbaserte inntekter (ABI) har gjort med kvaliteten på tenesta som vert ytt til pasientane. Eit stort funn var at alle informantane opplevde implementeringsprosessen som utilstrekkeleg og for top-down-prega, og at dette ser ut til å ha resultert i ei dårlegare forståing av ABI som finansieringssystem generelt, og korleis dette kan tilpassast kvardagen på ei sjukeheimsavdeling. Kvaliteten på tenestene har endra seg , og brorparten av informantane hevdar at dei har vorte dårlegare.

8.6 OM DELTAKING OG MOBILISERING

8.6.1 Å SI FRA I DIALOG: EN Q-METODOLOGISK UNDERSØKELSE AV HVORDAN HELSEPERSONELL I SYKEHJEM OPPLEVER DET Å SI FRA I DIALOG MED KOLLEGER OG LEDERE

Master pedagogikk og livslang læring, 2015, NTNU

Målet med studien (99) har vore å gje eit bidrag til å forstå meir av korleis helsepersonell i sjukeheim opplever det å seia frå i dialog. 12 personar, for det meste sjukepleiarar, har delteke i studien. Teori og metode (Q-metode) er henta frå eksistensiell og humanistisk psykologi- og rådgevingskultur. Resultat av studien viste at det å seia frå i samspel med kollegaer og leiarar i gjensidige relasjonar, vert opplevd som utviklande og meningsfylt. Det å seia frå i dialog kan gje meir effektivt samarbeid.

8.6.2 "LUNSJEN ER HEILAG" - EIN STUDIE AV VILKÅR FOR MEDVERKNAD OG DELTAKING FOR TILSETTE I HEIMEBASERT OMSORG I EIN MELLOMSTOR NORSK KOMMUNE

Master i Samfunnsarbeid, 2015, Høgskolen i Bergen

Fråfall og utstøyting er eit stort problem i arbeidslivet. Det fører til eit stort behov for kunnskap om prosessar og metodar, som kan bidra til deltaking og inkludering. Materialet i denne studien (100) viser at tilsette kan betra eigne fellesskap og livsvilkår på arbeidsplassen. Dei kan bidra til og delta i avgjerder som har med eige arbeid å gjera, med organisering av arbeidet og med plan- og strategiarbeid når dei får høve til det. Den individuelle medarbeidersamtalen kan med fordel støttast av ein kollektiv samtale der dei tilsette i større grad definerer problem og får til endring og kunnskapsdeling (76). Rettferdige prosessar er ein framgangsmåte som kan nyttast.

8.7 OM DELTAKING OG BESTILLAR/ UTFØRARMODELLEN

8.7.1 SYKEPLEIERE PÅ AKKORD. EN STUDIE AV HJEMMESYKEPLEIERNES ERFARINGER

Master i helseledelse og helseøkonomi, 2013, Universitetet i Oslo.

Forskningsspørsmålet i denne studien (83) er: Kva erfaringar har heimesjukepleiarar som arbeider i ein organisasjon som er organisert etter bestillar/utførar-modellen med å få gjennomslag for eigne vurderingar av pasienten sine behov i forhold til kvalitet og tidsbruk? Funna viser at når vedtak skal endrast, opplever sjukepleiarane at dei stort sett får gjennomslag for revurdering av vedtaka. Strukturelle mekanismar bidreg til å stryka tillitsforholdet mellom bestillarkontoret og sjukepleiarane. Kravet til produksjonen i utføraravdelinga er høgt, samtidig som sjukepleiarane opplever at det ikkje vert teke omsyn til tida det tar med indirekte brukarretta pasientarbeid, noko fleire av sjukepleiarane opplevde som stressande. Sjukepleiarane utfører sjukepleie i samsvar med eigne vurderingar om kva dei meiner er forsvarleg.

8.7.2 BESTILLER-UTFØRER MODELLEN I MANDAL KOMMUNE

Master of Management, 2015, Universitetet i Agder

I denne studien (101) har ein prøvd å få ei forståing av korleis bestillar – utførar-modellen kan påverka rammevilkåra til soneleiarar og deira gruppeleiarar, i heimetenesta i Mandal kommune.

Innføringa av bestillar – utførar-modell spring direkte ut frå den moderne New Public Management- tankegangen (102). Dette er mellom anna for å kunna gje brukarane eit meir likt og heilskapleg tenestetilbod basert på prinsipp som vert brukt i private organisasjonar. Tidlegare var det mellomleiarane i heimetenesta som laga vedtak til brukarane på grunnlag av faglege vurderingar. No er det sakshandsamarane ved bestillarkontoret som avgjer kva hjelp brukarane skal få. Ei vesentleg og viktig oppgåve

er dermed fjerna frå mellomleiarane. Rammevilkåra er påverka slik at dei har mindre mynde og handlingsrom. Funn i denne studien viser at òg i Mandal har rammevilkåra blitt påverka i større eller mindre grad. Den største påverknaden er at mellomleiarane ikkje lenger har kontroll og myndigheit over innhaldet i vedtaka, deira oppgåve er no å sørge for at vedtaka vert utført på riktig måte. Møteverksemda til mellomleiarane har auka som fylgje av innføringa av modellen, og det har òg revurdering av vedtaka. Revurdering må gjerast oftare enn før, i tillegg til at dei må vera meir nøyaktig utforma, noko som òg påverkar rammevilkåra til mellomleiarane.

8.8 OM DELTAKING OG MÅLSTYRING

8.8.1 BRUK AV LÆRINGS- OG UTVIKLINGSPERSPEKTIVET I BALANSERT MÅLSTYRING

Master of business and administration, 2014, Nord Universitet, Bodø.

Balansert målstyring skal hjelpe ein organisasjon til å ha ei heilskapleg tilnærming til strategi slik at faktorar av både finansiell og ikkje-finansiell karakter kan takast i vare. Balansert målstyring vart teke i bruk i ei rekkje norske kommunar. Ein av desse kommunane var Vestvågøy. Forskingsspørsmålet i studien (103) var; Hvordan opplever sykepleiere og mellomledere i Vestvågøy kommune at lærings- og utviklingsperspektivet i balansert målstyring brukes? Forskarane identifiserte fire hovudfunn:

- Det er ei de-kopling mellom vedteke strategisk verkty og realisert strategi
- Målekortet, og oppfylginga av det, fungerer ikkje etter intensjonen
- Operative avgjerder for faglege strategiar blir teke uavhengig av målekortet
- Kompetanse blir sett på som viktig i organisasjonen, og kultur for læring og utvikling av vekst fram uavhengig at strategiske verkty

Konklusjonen er at kommunen har innført eit system, men ikkje *implementert* det. Balansert målstyring er ikkje brukt som eit strategisk styringsverkty, oppleving av god læring og utvikling har skjedd uavhengig av styringsverktyet.

8.9 OM DELTAKING, SAMHANDLING OG TEAMARBEID

8.9.1 TEAM I KOMMUNAL SEKTOR

Årsstudium i organisasjon og ledelse, 2013, Høgskolen i Hedmark

Tema for studien (80) er suksessfaktorar for teamorganisering i kommunal sektor. Resultata frå undersøkinga i ein kommune med 9 djupintervju (inkuldert helse- og omsorgssektoren) viser at teammodellen krev gode rammevilkår for at den skal fungera optimalt. Særleg strukturell myndiggjering er av stor betydning, det vil seia ein flatare organisasjon som gjev medbestemming og ansvar til teama. Resultata viser og at teamleiararen har ei sentral rolle og er operativ, noko som vil seia at han både har personalansvar og deltek i produksjonen på linje med andre teammedlemmer. Auka motivasjon, trivsel og læring er effekt av teammodellen, i tillegg til høg kvalitet på tenesteproduksjon. Konklusjonen er at teammodellen er vegen å gå for fleire kommunale einingar.

8.10 OM DELTAKING OG ROLLER I ENDRING

8.10.1 SMARTE KOMMUNALE SYKEHJEM

Master i offentlig ledelse og styring, 2016, Høgskolen i Innlandet

Bakgrunn og tema for denne litteraturstudien (104) er regjeringa sin plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020. Forenkling, fornying og forbetring av offentlig sektor. Problemstillinga for oppgåva er: «Hvilken rolle har rolleforventning for ansattes opplevelse av meistring og jobbkrev i kommunale sykehjem?». Rolleforventningar, leiing og meistring er sentrale i drøftingsdelen, og det kjem fram område der krav og forventningar ikkje harmonerer i dagens sjukeheimar. Summert opp konkluderer studien med at rolleforventningar er av betydning for tilsette si oppleving av jobbkrev og meistring. Roller må vera avklart og avstemt med leiar og kollegaer. Målet med det er at dei tilsette vert sett, og at heile organisasjonen er eit lag. Læringskrav og kvantitative krav skårar lågt, noko som skuldast i stor grad rolleklarheiter når det gjeld mål og ansvarsforhold. Det vert rapportert om høge avgjerdskrav som inneber endra leiarstil, slik at dei tilsette kan få støtte til å ta vanskelege avgjerder. Meistringskjensle, positivt stress og tilbakemeldingar vil vera område som må ha fokus for å lukkast i verksemda. Dette er med på å skapa vi-kjensle og band til organisasjonen.

8.10.2 SYKEPLEIERROLLEN I ENDRING – SYKEPLEIERES ERFARINGER MED Å DELTA SOM ET LEDD I DEN AKUTTMEDISINSKE KJEDEN

Master i Samhandling innan helse- og sosialtenester, 2015, Høgskulen i Sogn og Fjordane

Masterprosjektet (105) er ein del av eit større skandinavisk forskingsprosjekt, «Nursing Competence in Municipal Health Services – The Nurse Comp Study», eit prosjekt ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling helsefag. Denne delstudien omhandlar kompetanseutviklingsarbeid i kommunehelsetenesta som er gjennomført

med formål å utvikla dei kommunale tenestene i takt med endra innhald og behov i tenestene. Denne studien undersøker sjukepleiarar sine erfaringar med å setja i verk tiltak for å redusera responstida i akutt situasjonar. Resultata i studien viser at det er mogleg å effektivisera den akuttmedisinske kjeda ved å bruka lokale ressursar for å redusera responstida. Kompetanseutvikling og deltaking i kommunale akuttfunksjonar ser ut til å gje auka «sjukepleiefagleg tilfredstillelse» og oppleving av meistring. Kompetanseutviklinga hadde overføringsverdi til det daglege arbeidet gjennom auka handlingskompetanse, betre vurderingsevne og tidlegare iverksetjing av tiltak hjå pasientane i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene.

8.11 NETTBASERTE RESSURSAR

Kapittel 8.11 er ei samling med idear, podcast, film og verktøy som er utvikla og godt evaluert av dei som arbeider med medverknad, deltaking og omstilling i helse- og omsorgstenestene.

Idebanken

Idebanken er ei informasjonsteneste om inkluderande arbeidsliv som deler idear og kunnskap om sjukefråvær, arbeidsmiljø, seniorpolitikk og inkludering <http://www.idebanken.org/> (lest 5. november 2018)

Podkastserie fra NAV

Podkastserien IApodden set lys på utfordringar og moglegheiter for eit betre og meir inkluderande arbeidsmiljø. Typiske emne er sjukefråværsreduksjon, handtering av psykiske lidningar på arbeidsplassen, støttemiddel og moglegheiter ved rekruttering og inkludering samt ei rekkje andre tema som har med arbeidsmiljøet og arbeidslivet å gjera. <http://www.idebanken.org/aktuelt/nav-vil-inspirere-deg-med-podcast> (lest 5. november 2018)

Filmar om inkluderande arbeidsliv

Idebanken møter stadig verksemder som lukkast med å få eit lågare sjukefråvær og eit betre arbeidsmiljø. På denne sida finn du gode eksempel, intervju og filmar om eit inkluderande arbeidsliv. <http://www.idebanken.org/inspirasjon?topic=ee7a9b36-f540-4e2b-a233-5483df47aa8a> (lest 5. november 2018)

Statens arbeidsmiljøinstitutt sitt verktøy for eit godt arbeidsmiljø

Verktøyet er basert på Statens arbeidsmiljøinstitutt sine tilrådde faktorar for eit godt arbeidsmiljø og handlar om: Organisering, engasjement, aksept, leiing og det å kunna sjå ting tidleg. Kvart tema startar med ein kort videosnutt. Scenane er henta frå kvardagen, og dette er situasjonar mange kan kjenna seg att i. Verktøyet er å finna på Inkluderende.no sine sider.

Veikart for innovasjon av velferdsteknologi Sintef rapport 2013 – oppdrag frå KS

Målet med arbeidet til Sintef har vore å finna gode døme på erfaringar frå prosjekt som viser korleis velferdsteknologi vert drive fram i praksis, for på denne måten å bidra til å auka kunnskapen om kva moglegheiter som finst, og samtidig leggja til rette for vellukka prosessar for nye prosjekt.

Resultata byggjer på erfaringar frå seks casar, i form av prosjekteksempel i norske kommunar. Dei seks casane er valt ut frå fleire kriterium, og representerer breidde når det gjeld relevante velferdsteknologiske erfaringar. Dei seks casane er henta frå kommunane Stavanger, Randaberg, Lyngdal, Drammen, Bærum, Vågå og Nøtterøy.

Erfaringane viser at innføring av velferdsteknologi må forankrast på fleire nivå i den kommunale organisasjonen for å kunna lukkast. Det er naudsynt å inkludera alle interessentar tidlig i prosessen, både brukarar, pårørande, kommunalt tilsette og leverandørar. Det er òg viktig å definera tydeleg kva ein ynskjer å oppnå med innføringa og sørga for at alle aktørane er innforstått med formålet. Vidare er det sentralt å skapa god kommunikasjon mellom alle aktørar både innanfor og utanfor kommunen. Det er viktig å vera bevisst på at dei ulike aktørane har ulike utgangspunkt, tradisjonar, kunnskap og kompetanse. «Veikart for velferdsteknologi» er eit hjelpemiddel for alle som jobbar med velferdsteknologi i kommunane eller er interessert i temaet. Vegkartet gjev rettleiing i korleis velferdsteknologiprojekt kan drivast fram i praksis, og vil losa deg frå start, via utprøving og tilpassing, til bruk og ny praksis i kommunen.

<https://www.idebanken.org>

Samveis

Mot slutten av 2013 starta Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi med 32 kommunar som deltakarar. Viktige resultat frå dette programmet er publisert på nettsida samveis.no frå 2015, med eit nettbasert vegkart for tenesteinnovasjon og ein omfattande metodikk som skal setja kommunane i stand til å endra offentlege tenester for å møta behova i framtida. Programmet går gjennom fem fasar. Eitt av hovudmomenta er brei forankring slik at alle dette gjeld i kommunen får ei felles problemforståing, slik at det kan skapast ny kunnskap i lag.

www.samveis.no

9. KORT OPP-SUMMERING AV SVARA PÅ HOVUDSPØRSMÅLA

Dette kapitlet er ei samanstilling av svara offentlege dokument, lover, forskrifter (kapittel 6), relevant forskning (kapittel 7) og utviklingsarbeid, prosjekterfaringar og nettressursar (kapittel 8) gjev på hovudspørsmåla.

Kapittel 6, offentlige dokument, lover og forskrifter, viser korleis staten gjennom lovregulering, forskrifter, utgreiingar og politiske vedtak viser at medverknad og deltaking er ein sentral verdi og ein viktig praksis i det norske arbeidslivet og i den norske velferdsstaten. Tilsette har rett og plikt til å medverka på alle område: eige arbeid, organisering av arbeidet, og plan- og strategiarbeid, anten direkte eller indirekte (representativt).

Kapittel 7.1, eit demokratisk arbeidsliv, går djupare inn i korleis reguleringa av det norske arbeidslivet påverkar tilsette sine rettar og plikter for medverknad og deltaking, og viser korleis dette har endra seg sidan 2000-talet.

Kapittel 7.2, eit effektivt arbeidsliv, viser korleis endringar i tenesteorganisering, innføring av nye rutinar og prosedyrar, eller innføring av digitale eller tekniske løysingar påverkar arbeidsdagen for tilsette i helse og omsorgstenestene. Kapitlet viser òg at verdiar og normer påverkar vilkår for deltaking og medverknad.

Kapittel 7.3, eit inkluderande arbeidsliv, viser korleis deltaking og medverknad i seg sjølv har meirverdi for inkludering i arbeidslivet. Sjukefråværet er jamt over høgt i denne sektoren, og det er større grad av tidleg avgang frå arbeidslivet enn ynskt. Partane meiner at samarbeidet om IA-avtalen har bidrege til endring i haldningar og åtfærd når det gjeld oppfylging av sjukmelde i norsk arbeidsliv. Samtidig er det på fleire område eit potensiale og behov for betre oppfylging.

Kapittel 8, Utviklingsarbeid, prosjekterfaringar og nettressursar, presenterer utviklingsprosjekt og eit utval masteroppgåver frå 16 ulike masterprogram i Noreg. Felles for masteroppgåvene er at dei på ulike vis peikar på fremjande og hemmande faktorar for endring og konsekvensar for medverknad og deltaking for tilsette i sektoren. Det er interessant at så mange studentar går inn på dette feltet. Masteroppgåver er å rekna som forskning, og studentane bidreg dels til å støtta anna forskning på feltet, og til å utvida kunnskapsgrunnlaget og erfaringsgrunnlaget for tilrådingane denne rapporten kjem med. Felles for oppgåvene er fokus på samhandling og demokratiske organisasjonsformer under ulike vilkår.

SLIK SVARAR FORSKING OG UTVIKLINGSARBEID PÅ HOVUDSPØRSMÅL 1

Kva fremjar og kva hemmar medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgstjenestene i kommunal sektor?

Medverknad og deltaking byggjer på dialog og samhandling. Arenaer for diskusjon, meiningsbryting og refleksjon er difor naudsynte. Delegering som inneber rom for handling, med balanse mellom ansvar og mynde, fremjar open dialog, vilje og evne til å delta. Kunnskap om rettar og plikter og dialog mellom alle aktørar fremjar medverknad for eit demokratisk arbeidsliv. Det er fremjande at tillitsvalde og verneombod har kunnskap om ordningane, at dei krev rettar på vegne av tilsette og at dei representerer dei dei er meint å representera.

Organisasjonar med tilsette med liten grad av autonomi, og som jobbar i utrygge og eller midlertidige jobbar, hemmar medverknad. Dei er òg meir skeptiske til om dei kan varsle om kritiske hendingar, noko som er hemmande for eit demokratisk arbeidsliv. Hemmande faktorar kan òg vera hierarkiske styrings- og profesjonsstrukturar, mange deltidstilsette med små stillingsbrøkar, krevjande pasientar og pårørande. Det er hemmande at avgjerdsmynde berre i liten grad vert delegert nedover i organisasjonen, at handlingsrommet for skjønner er mindre, at kunnskapen om ordningane er svak, upresis og omtrentleg. Innføring av fagsystem etterfylgt av kontroll- og detaljstyring verkar òg hemmande for å få til eit demokratisk arbeidsliv.

Stort nok handlingsrom i høve til ansvar fremjar effektivitet (gode tenester til forsvarleg kostnad). Gjennom dialog og samhandling kan tilsette dela gode erfaringar og få kunnskap om kva som er dei lokale utfordringane. Likeeins fremjar kjennskap til styringsapparat og avgjerdsprosessar og effektivitet.

For mykje oppsplitting av arbeidsoppgåver i organisasjonen hemmar effektive tenester. Detaljstyring og kontroll hemmar medverknad og deltaking og arbeidsflyt. Innkjøp og implementering av nye rutinar, prosedyrar eller andre teknologiske løysingar avgrensar ofte fleksibilitet og persontilpassa tenesteutforming. Teknologi er ei samle- nemning for rutinar, prosedyrar og materialitet (konkrete ting og stader) som kan bidra til auka handlingsrom, men som like gjerne minskar handlingsrommet. Ulik kultur kan både hemma og fremja deltaking, det avgjerande ser ut til å vera korleis organisasjonen handterer ulike kulturar, konfliktar og ulikskapar. I organisasjonar der leiarskap er bygd

på medverknad og tillit vert det skapt effektive tenester i større grad enn i organisasjonar som har eit leiarskap prega av kontroll over lydige tilsette.

Partssamarbeidet mellom organisasjonane i arbeidslivet og staten fremjar fokus på arbeidslivshelse, og pålegg partane å arbeida systematisk med å redusera sjukefråvær, auka sjukenærvær og redusera tidleg avgang frå arbeidslivet. Systematisk opplæring og tilrettelegging og felles arenaer for medverknad og deltaking er avgjerande. Alle partar har plikt og rett til å delta og medverka for å sikra eit inkluderande arbeidsliv. Omorganisering, endringar i arbeidsdeling, endra strukturelle og økonomiske vilkår utfordrar IA-arbeidet og kan verka hemmande. Små stillingsbrøkar og skiftarbeid kan vera hemmande for medverknad og deltaking i arbeidslivet, og kan i seg sjølv føra til dårleg arbeidshelse. Ein hemmar er at IA-arbeidet ikkje alltid er integrert i dei ordinære medverknadsprosessane på organisasjonsnivå.

I sum fremjar desse faktorane medverknad og deltaking: Tillit, respekt og aksept mellom tilsette og leiarar ser ut til å vera ein føresetnad for å få til deltaking og medverknad på arbeidsplassen. Dialog og samhandling som endringsmetode, og leiarar og tilsette som er opne for nye idear, er viktige suksessfaktorar. Forankring både i leiarnivå og hjå dei tilsette er viktig når nye idear vert fremja. Tilsette kan betra eigne fellesskap og livsvilkår på arbeidsplassen og bidra til å delta i avgjerder som har med eige arbeid å gjera, med organisering og med plan- og strategiarbeid når dei får høve til det.

I sum hemmar desse faktorane deltaking og medverknad: Manglande strukturell mynde og handlingsrom, samt manglande reell delegering og balanse mellom makt og ansvar hemmar deltaking og medverknad. Svak kompetanse på feltet og lita tid, manglande organisering og manglande tverrfagleg opplæring skapar òg barrierar for medverknad og deltaking. Dersom tillitsvalde ikkje er medviten sitt ansvar, er det hemmande for deltakingsarbeidet. Det er vanskeleg å få til deltaking i kontrollkulturar og i ovanfrå og ned-prosessar.

SLIK SVARAR FORSKING OG UTVIKLINGSARBEID PÅ HOVUDSPØRSMÅL 2

Kva for ressursar og verkty kan takast i bruk for å sikra medverknad, deltaking og inkluderande arbeidsliv i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

Lover, forskrifter og politiske vedtak er ressursar for medverknad og deltaking. Dei bør brukast aktivt av både leiarar, tillitsvalde og tilsette.

Regelverket kan verka komplisert, slik at leiarar må prioritera ressursar for at tilsette skal kunna setja seg inn i dette, og det må takast i bruk. Færre små stillingsbrøkar, lite detaljstyring av arbeidet (minutt for minutt), og bruk av kollektive arenaer (gruppevis medarbeidarsamtalar, fagforum, refleksjonsforum) er gode verkty for kunnskapsdeling, medverknad og deltaking. Plikta til deltaking og individuelt ansvar for å utøva denne plikta må gjerast klar for alle, og støttast slik at tilsette kan mobilisera for deltaking.

Medverknad og deltaking betyr at tilsette og brukarar av tenestene må involverast i planlegginga før nye rutinar, prosedyrar eller teknologiske løysingar vert teke i bruk. Styrte prosessar for tenestedesign og gruppebaserte arbeidsmetodar er veileigna for dette føremålet. Opplæring er naudsynt.

IA-avtalen inneheld verkty for samarbeid og samspel i arbeidslivet. HMS og IK-verktøya kan og bør brukast. Tillitsvalde, verneombod og ansvarlege for fag- og organisasjonsutvikling har rett og plikt til å delta i og leggja til rette for inkluderande og helsefremjande arbeidsvilkår.

I mange av masteroppgåvene over er det vist til endringsmetodar, teori, forsøk og program som fremjar medverknad og deltaking. Til dømes Dialogisk endringsteori (19), og rettferdige prosessar (109), samt Samveis www.samveis.no, som viser korleis dette kan gjerast i praksis. Idebanken, podkastseriar frå NAV, filmar om inkluderande arbeidsliv, verkty og vegkart er òg nyttige endringsverkty.

10. KONKLUSJON – KVA KAN VI LÆRA AV DETTE?

Dette kapitlet spør om på kva måte kunnskapsoppsummeringa kan brukast for å betra vilkåra for medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgssektoren, og svarar på hovudspørsmåla på eit anna vis enn kapitla over. Spørsmåla er som fylgjer:

1. Kva fremjar og kva hemmar medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?
2. Kva for ressursar og verkty kan takast i bruk for å sikra medverknad, deltaking og inkluderande arbeidsliv i helse- og omsorgstenestene i kommunal sektor?

Kunnskapsoppsummeringa viser at deltaking og medverknad ikkje er lett å få på plass eller er noko ein kan setja i verk på kort tid. Medverknad og deltaking krev systematisk arbeid over tid. Det er ikkje nok å visa til reglar og retningslinjer og tru dei skal verka. Det viktigaste er å få på agendaen grunnleggjande (menneske-)rettar ein har som tilsett og som medlem i eit samfunn. Kunnskapsoppsummeringa viser at me må ta utgangspunkt i at leiarar, tillitsvalde og tilsette er kompetante aktørar som kan handla til det beste for seg sjølv, for arbeidsmiljøet, for gode tenester og for vårt felles beste.

Om ein ignorerer deltaking i arbeidslivet, er det både uklokt og ulovleg. Det beste er å ha ei klår forståing av hensikt og verknad av deltaking og medverknad, slik at ein kan ha ein større kontroll over korleis sektoren kan leggja til rette for deltaking og korleis tilsette kan mobilisera for deltaking. Ved å leggja til rette for deltaking nedanfrå, kan ein sikra deltaking i større grad og utfordra «likisdeltaking», der nokon meir kjenner seg som «gissel-representant» enn som reell deltakar. Deltaking høyrer til basisrettane i eit demokrati, det fremjar betre avgjerder og det er ein kraftfull endringsmekanisme. Deltaking byggjer på tillit og aksept, og det utfordrar system som kan synast framandgjerande og byråkratiske.

Kunnskapsoppsummeringa viser at manglande deltaking og medverknad, ineffektive tenester, dårleg arbeidsmiljø og fråfall i tenestene har ein tendens til å opptre på same tid og stad. Det er eit paradoks at ein sektor som skal bidra til betre helse og gode liv for alle, ikkje alltid bidreg til god arbeidshelse og arbeidslivdemokrati. Helse- og omsorgssektoren er òg arbeidsgjevar, og har difor plikter ifylgje lov- og avtaleverk. Tilsette skal oppleva at dei har noko å bidra med og at det er viktig for organisasjonen. Deltaking og medverknad kan byggja fundament for nye løysingar og aktivitetar og betre evalueringar. Denne kunnskapsoppsummeringa viser at det er avgjerande at

deltaking gjeld i alle ledd av ein plan- eller organisasjonsprosess – frå identifisering av problem som skal løysast, og vidare i alle steg av prosessen. Manglande deltaking kan vera kostnadsdrivande fordi ein ikkje maktar å retta opp feil på eit tidleg stadium. Det er og viktig å merka seg at meiningsbryting er naudsynt for gode prosessar, og at ein bør invitera med motstandarar og medspelarar til same prosess.

KVA HEMMAR DELTAKING OG MEDVERKNAD

Interne hinder:

- trekk ved måten helse- og omsorgssektoren fungerer på (byråkrati, arbeidsdeling, spesialisering, profesjonsinteresser)
- lover og reglar med innvikla strukturar og framandgjerande språk
- skilnad mellom måla til verksemda/kommunen og samfunnsmåla
- organisasjonen sine mål er ikkje samstemt med måla til mange av dei tilsette
- skilnad når det gjeld kommunen sine mål og det tilsette uroar seg for
- deltaking kan trua oppfatning av profesjonalitet
- sjølv om sektoren ynskjer deltaking og medverknad, kan det vera ein naivitet med omsyn til korleis ein kan byggja effektiv deltaking
- deltaking kan opna opp for konflikhtar. Det kan vera ein uro i organisasjonen for å sleppa til og handtera konflikhtar som ulmar
- dersom ikkje representantar for tilsette er «tru mot» mandatet dei er gjeve, kan deltaking slå feil veg, og medføra meir makt til dei som allereie har makt
- det kan herska ei tru på at «ein veit nok» om saka utan å snakka med dei det gjeld

Eksterne hinder:

- sosiale, økonomiske, politiske og kulturelle kontekstar kommunen er i (status, klasse, kjønn) kan hemma deltaking

KVA FREMJAR MEDVERKNAD OG DELTAKING - KORLEIS KAN ARBEIDSGJEVAR LEGGJA TIL RETTE FOR DELTAKING?

- arbeida for felles forventningar og mål i deltakingsarbeidet
- identifisera problem, barrierar, konflikhtar og utfordringar og fylgja dette opp
- sørge for at handlingsrommet er stort nok til å praktisera deltaking og medverknad
- ha god kunnskap og forståing av kompleksiteten i deltakingsarbeidet
- ha ei klar forståing av roller, forventningar og resultat
- ha eit medvite forhold til kven som får delta og kven som står utanfor
- gjera vilkåra for deltaking klart. Kven bestemmer kva, kva er bestemt frå før, og kvar er det rom for deltaking?
- leggja til rette for tilgang på relevant informasjon om rettar og plikter, og om medverknad og deltaking
- leggja til rette for opplæring og trening i «nedanfrå-opp»-metodikk
- leggja praktisk til rette slik at tilsette kan delta
- jobba saman med tilsette om å løysa problem
- bruka tid saman med tilsette og løysa problem
- byggja opp sterke medverknadsarenaer i sektoren både når det gjeld indirekte og direkte medverknad.
- verdsetja lokal kunnskap – spesielt hjå tilsette nær brukarane

11. TILVISNINGAR

1. NOU 2010:1. Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet. Oslo: Arbeidsdepartementet.
2. Ose SO. Evaluering av IA-avtalen. Trondheim: SINTEF; 2013.
3. Arbeidsforskningsinstituttet (AFI). Medbestemmelsesbarometeret 2016. Oslo: OsloMet; 2016.
4. Heiret J. LO-historier som eksemplariske fortellinger. Tidsskrift for samfunnsforskning. 2012;53(3):353-64.
5. Kalleberg R. Miljøforbedring som demokratisering: en sosiologisk analyse av Arbeidsmiljøloven, Oslo UiO. 1983.
6. Læg Reid P. Tendensar i utviklinga av offentlig sektor. Bergen: LOS-senteret; 1992.
7. Læg Reid P. Tendensar i utviklinga av offentlig sektor. Bergen: LOS senteret.; 1992.
8. NOU 1985:1. Om utvikling av bedriftsdemokratiet. Oslo: Arbeidsdepartementet.
9. Andersen L. Underorganisering: bedriftsutvikling og ansattes arbeidsvilkår. Oslo: Gyldendal akademisk; 2002.
10. Hofmann B. Teknologitemming. In: Aasen HS, Bringedal B, Bærøe K, Magnussen AM, editors. Prioritering, styring og likebehandling Utfordringer i norsk helsetjeneste. Cappelen Damm Akademisk: Oslo, Norge; 2018:259-87.
11. Melting JB, Frantzen L. Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.
12. Melting JB. Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Oslo: Helsedirektoratet 2017.
13. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
14. Arnstein SR. A Ladder Of Citizen Participation. Journal of the American Planning Association. 1969;35(4):216-24.
15. Hart RA. Children's participation: The theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care: Routledge; 2013.
16. Cornwall A. Unpacking participation. Models, Meanings and Practices. Community Development Journal. 2008;vol.43,(nr.3):269-83.
17. Cornwall A, Gaventa J. From users and choosers to makers and shapers: repositioning participation in social policy. Brighton: IDS Publications Office; 2001.
18. Dominelli L. Anti-oppressive social work theory and practice. Basingstoke, Hampshire [England]: Palgrave Macmillan; 2002.
19. Carrol J, Minkler M. Freire's message for Social Workers: Lokking Back, Lokking Ahead Journal of Community Practice. 2000;8.
20. Underlid, K (2013) Å bli hersa med: utilbørlig dominans på arbeidsplassen. Oslo: Gyldendal akademisk.
21. Engelstad F. Makt i det norske samfunnet. Oslo: Gyldendal akademisk; 2003: 42-68
22. Gustavsen K. Sosiale ulikheter i oppvekst: en humanitær utfordring; 2011.
23. Falkum E, Hagen, I.M og Trygstad, S.C., Bedriftsdemokrati, medvirkning og medbestemmelse. Notat 2, Kunnskapsstatus på feltet våren 2009. Forskningsstiftelsen Fafo; 2009.

24. Ife J, Tesoriero F. Community development: community-based alternatives in an age of globalisation. Frenchs Forest: Pearson Education Australia; 2006.
25. Freire P, Freire AMA, Freire P. Pedagogy of hope: reliving Pedagogy of the oppressed. New York: Continuum; 1995.
26. Ledwith M, Campling J. Community development: a critical approach. Bristol, UK: Policy Press; 2005.
27. Kjølvik J, Mundal A. Utgifter til eldres helse og omsorg. En av fire kommunale kroner brukes her. In: Ramm J, red. Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2013: 63-8.
28. Jensen B, Antonsen S, Erichsen AB, Voldnes F, Schade SM, Høin G. Kommersialisering av fellesgodene: Virkninger på skatteinntekter, lønn og samfunnsøkonomiske kostnader. 2018.
29. Kotter JP, Cohen DS. The heart of change : real-life stories of how people change their organizations. Boston, Mass: Harvard Business Review Press; 2002.
30. Bang H. Organisasjonskultur. [Oslo]: TANO; 1995.
31. Yukl GA. Leadership in organizations. Boston, Mass.: Pearson Education; 2013.
32. Ose SO. Evaluering av IA-avtalen. Project number: 781117. Trondheim: Sintef; 2009.
33. Regjeringen. Avtalen om inkluderende arbeidsliv 2019 - 2022. 2018.
34. Ose SO. 12 år med IA-avtaler - hva nå? . Sintef Teknologi og samfunn. 2013.
35. NOU 2015:11 Med åpne kort. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
36. NOU 2018:6 Varsling, verdier og vern. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet
37. St.Meld. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
38. Meld. St.10 (2012-2013) God kvalitet - trygge tjenester. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
39. Meld. St.29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
40. Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
41. Meld.St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
42. Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
43. Kongeriget Norges grundlov : given i Rigsforsamlingen paa Eidsvold den 17de mai 1814. Oslo
44. Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v. av 4. februar 1977 nr 4 (arbeidsmiljøloven): senest endret 17. januar 1997. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1997.
45. Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). Lovdata 2018.
46. Kommuneproposisjon 2014. Prop.146.S. Oslo: Regionaldepartementet; 2013.
47. Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) : med endringer, sist ved lov av 22. desember 2006 nr. 100 (i kraft 1. januar 2007). Oslo: Cappelen akademisk forl.; 2007.
48. Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven): med forskrifter : vedtatt 2. juli 1999 nr. 64 : lov om pasient- og brukerrettigheter, vedtatt 2. juli 1999 nr. 63. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon; 2013.
49. Lov om planlegging og byggesaksbehandling (Plan- og bygningsloven) av 27. juni 2008 nr. 71. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.

50. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), vedtatt 24.06.2011 nr. 29. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon; 2013.
51. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) med merknader og forskrifter: lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 2012.
52. Falkum E. Makt og opposisjon i norsk arbeidsliv. Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for statsvitenskap; 2008.
53. Trygstad SC. Fra rettighet til nytte?: det kommunale bedriftsdemokratiet møter new public management. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2004.
54. Thorsrud E. Organization development, from a Scandinavian point of view. Oslo: Instituttene.; 1980.
55. Arbeidsforskningsinstituttet (AFI). Medbestemmelsesbarometeret 2017. Oslo: OsloMet; 2017.
56. Røhnebæk M. (2016) Fra bakkebyråkrati til skjermbyråkrati. Tidsskrift for velferdsforskning. 1018;19:288-304.
57. Gabrielsen, H. (red.) Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren Program for storbyrettet forskning. PWC-rapport 2015.
58. Denison DR. Leading culture change in global organizations : aligning culture and strategy. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2012.
59. Førland OF, Fagertun A, Hansen R, Kverndokk S. Normtider til besvær. Senter for omsorgsforskning,vest; 2017. Rapportserie nr 4/2017.
60. Svagård IS, Ausen D, Dale Ø. Fra behov til anskaffelse. Inspirasjon til gode anskaffelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. 2015.
61. Dugstad JH, Nilsen ER, Gullstett MK, Eide H, Eide T. Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester : opplæringsbehov og utforming av nye tjenester - en sluttrapport. Kongsberg: Høgskolen i Buskerud og Vestfold; 2015.
62. Breivik, J.-K., Sudmann TT. "Samfunnsarbeid som svar på velferdspolitiske utfordringer?" Tidsskrift for velferdsforskning 2015;18(1): 2-6.
63. Nakrem S, Jóhannes S. Velferdsteknologi i praksis : perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2017.
64. Lo CW, Holmen R. Digitalisering av pleie- og omsorgstjenestene i Bodø kommune. 2017.
65. Habermas J. Vitenskap som ideologi. Oslo: Gyldendal; 1969.
66. Hartviksen TA, Sjølie BM. Hverdagsrehabilitering : kvalitetsforbedring i norske kommuner. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2017.
67. Storlien MS, Sørli V. Helsepersonells erfaringer med endring av praksis i sykehjem. Geriatrikisk sykepleie. 2015;7(1):17-23.
68. Haukelien H. Omsorgsyrker, hierarki og kjønn ; historiske linjer. Norsk antropologisk tidsskrift. 2013;24(3-4):194-290.
69. Ose SO. Evaluering av IA-avtalen. Trondheim: SINTEF; 2009.
70. Faggruppen for IA-avtalen 2016. Målene om et mer inkluderende arbeidsliv - status og utviklingstrekk. 2016. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/male-ne-om-et-mer-inkluderende-arbeidsliv--status-og-utviklingstrekk.-rapport-2018/id2606323/>
71. Aabø S. IA-avtalen i et bredere perspektiv. 2016.
72. NOU 2010:13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og sosialsektoren. Oslo: helse- og omsorgsdepartementet.

73. Kostøl AR. Kunnskapsoppsummering av samfunnsvitenskapelig litteratur om årsaker til sykefravær og utstøting. Kunnskapsoppdatering til Almlid-utvalget. Statistisk sentralbyrå. 2018.
74. Knardal SL, M; Lund, T; Sterud, T. Betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet. STAMI/IRIS; 2010.
75. Linton S. The role of psychological factors in the development of work disability with a focus on musculoskeletal pain. Kunnskapsoppsummering til Almlidutvalget; 2010.
76. Kim WCM, R. Fair Process: Managing in the Knowledge Economy. Harvard Business Review. 2003;81:127-36.
77. Killie PAV. "Vi trenger ikke flere hender!": en studie av sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2015.
78. Dale SM. Hjemmesykepleien og fastleger på samme lag: Et robust tverrfaglig team med pasienten i fokus?: Et studie av samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastleger i kommunehelsetjenesten. Home health care and primary care doctors as collaborators: A productive interdisciplinary team with the patient in mind? 2014.
79. Almaas TH. Hjemmesykepleieren i møte med samhandlingsreformen : en kvalitativ studie om ansattes opplevelser av kompetanseutvikling. NTNU; 2015.
80. Lund SO, Raaden S, Stude BMF, Østlie B. Team i kommunal sektor. Rena: Høgskolen i Hedmark; 2013.
81. Foss MK. Samhandlingskultur og ledelse : utfordringer og muligheter i kommunehelsetjenesten som følge av samhandlingsreformen. Universitetet i Agder ; University of Agder; 2014.
82. Kiplesund L, Ofstad J. Endringsevne – en forutsetning for retten til fortsatt eksistens? En studie av kommunale organisasjoners endringsevne sett i lys av Samhandlingsreformen. 2013.
83. Thibouville A-MM. Sykepleiere på akkord. En studie av hjemmesykepleiernes erfaringer. Universitetet i Oslo; 2013.
84. Hatling L, Sollid T. Ledelse i spagaten? Ledelse, kultur og krysspress i kommunalt innovasjonsarbeid. Nord universitet; 2016.
85. Førli AR, Sund M, Universitetet i A. "Jakten på Supermann" : endring i krav til ledere av helse og omsorgssektoren i norske kommuner. Kristiansand: A.R. Førli, M. Sund; 2013.
86. Musdalslien A. På vegen fra teori til praksis : Lean i et ansattperspektiv. Høgskolen i Lillehammer; 2014.
87. Junker TA, Ringholm T. Ledelse av medarbeiderdrevet innovasjon : Mellomledelsens betydning for medarbeiderdrevet innovasjon i kommunen. Høgskolen i Lillehammer; 2016.
88. Sagnes T, Sandberg AM. Ledelse i praksis i et grenseløst landskap. Nord universitet; 2014.
89. Eikrem K. Enhetsledernes forståelse av ledelse i hjemmesykepleien: En diskurspsykologisk analyse av ledelse. Høgskolen i Sogn og Fjordane; 2015.
90. Fiskvik IL. Velferdsteknologi : en teoretisk studie knyttet til ledelsesmessige utfordringer ved implementering av velferdsteknologi innen helse og omsorg. Universitetet i Nord; 2015.
91. Remo LHB, Aarø S. Velferdsteknologi; nytt og nyttig eller bare til heft? Universitetet i Nord; 2015.

92. Kristensen GPG. Drivkrefter og barrierer for omstilling. En casestudie av utvikling og spredning av velferdsteknologier i Kommune-Norge. Universitetet i Oslo; 2016.
93. Jensen VN. Implementering av velferdsteknologi for ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste : en kvalitativ studie av erfaringer med bruk av Personlig Digital Assistent (PDA). Norwegian University of Life Sciences, Ås; 2014.
94. Johansen M, Nybakk E. Fremtidsrettet innovasjon i offentlig sektor. Norwegian University of Life Sciences, Ås; 2016.
95. Brennløkken T. Innovasjon i mellomrommet : en casestudie av ledelsesprosessen ved implementering av velferdsteknologi med et pragmatisk, institusjonelt bakteppe. Unierstietet i Nord; 2015.
96. Mølstad HL. En studie om hvordan det arbeides med innovasjoner i kommunesektoren: hvordan forstås innovasjon, og hvordan iverksettes nye praksiser? Høgskolen i innlandet; 2015.
97. Flem CH. Vilje til endring - et organisasjonskulturelt spørsmål? : Universitetet i Agder; 2016.
98. Krüger LS. Tradisjonell omsorg vs. moderne effektivitetskrav i sykehjem : en kvalitativ studie i hvordan pleiepersonalet opplever ivaretagelsen av kvalitet i tjenesten. Universitetet i Stavanger; 2011.
99. Knutsen SS, Kvalsund R, Allgood E. Å si fra i dialog : en Q-metodologisk undersøkelse av hvordan helsepersonell i sykehjem opplever det å si fra i dialog med kolleger og ledere. NTNU; 2015.
100. Solstad L. Lunsjen er heilag - ein studie av vilkår for medverknad og deltaking i heimebasert omsorg i ein mellomstor norsk kommune. Høgskolen i Bergen; 2015.
101. Torland HL. Bestiller- utfører- modellen i Mandal kommune Hvordan har rammebetingelsene til mellomlederne i Mandal kommune blitt påvirket som følge av innføringen av bestiller- utfører- modellen i kommunen? : University of Agder; 2015.
102. Rasmussen B. Et bærekraftig nytt arbeidsliv?: kunnskapsstatus og problemstillinger. Oslo: Norges forskningsråd, Forskningsprogrammer, Program for arbeidslivsforskning; 2005.
103. Ludvigsen LP, Pegg C, Vasset C, Universitetet i N. Bruk av lærings- og utviklingsperspektivet i balansert målstyring. Bodø: Universitetet i Nordland; 2014.
104. Hemma LK, Frydenlund A. Smarte kommunale sykehjem. Høgskolen i innlandet; 2016.
105. Sønstabø Ø. Sykepleierollen i endring - sykepleieres erfaringer med å delta som et ledd i den akuttmedisinske kjeden - en kvalitativ studie fra kommunehelsetjenesten. Høgskulen på Vestlandet; 2015.
106. Solstad LJ, Sudmann TT. IA-arbeid hjå oss. Voss, Voss kommune KS.; 2013
107. Solstad LJ, Sudmann TT. Tydeleg leiing. Os, Os; 2013
108. Henriksbø K, Sudmann TT. Kollektiv handling skaper endring. Mangfold og utvikling - sosialt arbeid i en ny tid. En artikkelsamling om sosialt arbeid. L. G. Aamodt. Oslo, 2015
109. Vestergaard B. . Fair proces: Fra upopulære forandringer til medarbejdere, der utvikler løsninger. Aalborg: Fair process; 2013
110. Fredriksen, E. H. and T. T. Sudmann. Fra søk til bruk av helseinformasjon på Internet: e-Health literacy i en norsk kontekst. Fysioterapeuten 2016;83(10): 16-21.
111. Hauge HN. Den digitale helsetjenesten. Oslo, Gyldendal akademisk; 2017.
112. Brown T. Design thinking. Harvard business review, 2008;86(6), 84.

113. Albareda L., Lozano JM, Tencati A, Midttun A., & Perrini F. (2008). The changing role of governments in corporate social responsibility: drivers and responses. *Business ethics: a European review*, 17(4), 347-363.
114. Roberts, J. P., Fisher, T. R., Trowbridge, M. J., & Bent, C. (2016). A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthc (Amst)*. Mar;4(1):11-4. doi: 10.1016/j.hjdsi.2015.12.002. Epub 2016 Jan 14
115. Medbestemmelsesbarometeret 2016 <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/AFI/Publikasjoner-AFI/Medbestemmelsesbarometeret-2016>
116. Medbestemmelsesbarometeret 2017 <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/AFI/Publikasjoner-AFI/Medbestemmelsesbarometeret-2017-Arbeidslivsrelasjoner-i-endring>
117. Ia-Avtalen https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia_20142018/signert_ia_avtale.pdf. (lest 5. november 2018)
118. Alvesson M, Kärreman D. *Qualitative research and theory development. Mystery as method*. London, England, Sage; 2011.
119. Alvesson M. Sköldbberg K. *Reflexive methodology. New vistas for qualitative research*. London, Sage; 2009.



Medverknad og deltaking for tilsette i helse- og omsorgssektoren bidreg til å fremja eit demokratisk, effektivt og inkluderande arbeidsliv. Medverknad i organisering og planlegging av tenestene gjer det lettare å inkludera tenestemottakarane i utøving av tenestene.