

Sissel C. Trygstad og Inger Marie Hagen

Nye samarbeidsordninger etter sykehusreformen

Evaluering av samarbeidsordningen mellom
ledere og tillitsvalgte på regionalt nivå i
Helse Øst RHF

Sissel C. Trygstad og Inger Marie Hagen

Nye samarbeidsordninger etter sykehusreformen

Evaluering av samarbeidsordningen mellom ledere og tillitsvalgte på regionalt nivå i Helse Øst RHF

© Fafo 2004

ISBN 82-7422-451-5

ISSN 0801-6143

Innhold

| | |
|---|-----------|
| Forord | 5 |
| Sammendrag | 6 |
| Kapittel 1 Mandat og oppgave | 17 |
| 1.1 Samarbeidsordningen'18 | 17 |
| 1.2 Vår tilnærming | 18 |
| 1.3 Rapportens oppbygning | 19 |
| Kapittel 2 Evalueringens bakteppe | 21 |
| 2.1 New Public Management – teoretiske innfallsvinkler til et moderne helseforetak | 22 |
| 2.2 Nye beslutningsnivåer – likeverdige parter? | 24 |
| 2.3 Institusjonalisering og makt | 34 |
| 2.4 Oppsummering | 39 |
| Kapittel 3 En komparativ analyse | 41 |
| 3.1 Problemstilling | 41 |
| 3.2 Framgangsmåte og empirisk grunnlag | 44 |
| 3.3 Konsernordninger i privat sektor | 46 |
| 3.4 Beslutningsstruktur | 52 |
| 3.5 Oppsummering | 55 |
| Kapittel 4 Regionutvalget – ønsker og intensjoner | 57 |
| 4.1 Utgangspunktet – Helse Sør som døråpner | 58 |
| 4.2 Veien mot en avtale | 60 |
| 4.3 Det foreligger en avtale | 64 |
| 4.4 Oppsummering | 67 |
| Kapittel 5 Den regionale samarbeidsordningen – om praksis | 69 |
| 5.1 Aktivitet og dagsorden | 70 |
| 5.2 Regionutvalget og praksis | 75 |

| | |
|--|------------|
| 5.3 Endret handlingsrom | 84 |
| 5.4 Oppsummering | 94 |
| Kapittel 6 Konklusjoner | 99 |
| 6.1 Rammeverket | 100 |
| 6.2 En fireleddet konklusjon | 101 |
| 6.3 Veien videre | 118 |
| Litteratur | 121 |
| Vedlegg – evalueringsmetode | 124 |

Forord

Tema for rapporten er «samarbeidsordningen på regionalt nivå mellom de ansatte i helseforetakene og ledelsen i Helse Øst RHF». Sykehusreformen – med endrede eier- og ansvarsforhold – gjør at også det etablerte partssamarbeidet må fornyes og endres. I rapporten gjøres det rede for den modell for partssamarbeid på regionalt nivå som er valgt innenfor Helse Øst. Etter beste evne forsøker vi å peke på både styrker og svakheter ved modellen og ikke minst – vi viser at partssamarbeid ikke kan isoleres, men må ses i sammenheng med den (ny)etablerte styrings- og myndighetsstruktur som preger det regionale helseforetaket. Og tilsvarende – vi legger også vekt på at de ulike kanaler for ansattes innflytelse må ses i sammenheng, og anses som pilarer i et felles medbestemmelsessystem og ikke som ulike rettighetsområder.

Rapporten er i sin helhet finansiert av Helse Øst og prosjektet har en ramme på 200 000 kroner. Det er således – i forskningssammenheng – et lite prosjekt med begrensede ressurser og begrenset empiritilfang. Det må også legges til at vi i svært liten grad har kunnet støtte oss til annen forskning på området: Sykehusreformen ble iverksatt 1. januar 2002, og partssamarbeid på regionalt nivå har til nå ikke vært gjenstand for noen systematisk studie. Begge disse forholdene har bidratt til å gjøre analysen noe mer prinsipiell enn ønskelig.

Vi har imidlertid vært i kontakt med en rekke aktører på ulike nivåer innenfor Helse Øst og samtlige fortjener en stor takk. Ledere og tillitsvalgte har tatt seg tid til å besvare vårt spørreskjema. Regiontillitsvalgte og sentrale ledere har velvillig stilt opp til intervju. En særlig takk skal rettes til Peder Olsen og Kirsten Brubakk for deres rolle – både i oppstartsfasen og for hjelp underveis. Erik Thorshaug fortjener en takk for praktisk tilrettelegging og tilgang til dokumenter og faktaopplysninger.

Undersøkelsen er gjennomført i samarbeid mellom Sissel Trygstad (prosjektleder) og Inger Marie Hagen. Eivind Falkum har stått for kvalitetssikringen. Alle feil og mangler, samt presentasjon av resultater og de konklusjonene som trekkes, står selvsagt for forfatterens egen regning.

Oslo, august 2004

Sissel Trygstad Inger Marie Hagen

Sammendrag

I denne rapporten presenterer vi Fafos evaluering av «Samarbeidsordning på regionalt nivå mellom de ansatte i helseforetakene og ledelsen i Helse Øst RHF». Evalueringsarbeidet fant sted i perioden mai til juni 2004, etter at samarbeidsordningen hadde vært virksom i halvannet år. Det er derfor en ny ordning som her er evaluert, en ordning som fortsatt befinner seg i støpeskjeen.

Opprettelsen av samarbeidsordningen må ses i sammenheng med sykehusreformen, som ble iverksatt 1. januar 2002. Reformen medførte etablering av fem regionale helseforetak, deriblant Helse Øst RHF. Helse Øst er i dag Norges største arbeidsplass og består av sju helseforetak (Ullevål, Aker, Akershus, Innlandet, Asker og Bærum, Østfold og Sunnaas) samt et apotekselskap. Fokuset i denne rapporten er nye former for partssamarbeid *etter sykehusreformen*, og vi retter særlig oppmerksomheten mot regionutvalget, der fem regiontillitsvalgte fra hovedsammenslutningene møter inntil fem ledelsesrepresentanter fra Helse Øst RHF.

Ordningen med regionutvalg og regiontillitsvalgte ble vedtatt som en prøveordning i desember 2002. I regionutvalget møter regiontillitsvalgte for LO, Utdanningsgruppenes Hovedorganisasjon (UHO), Akademikerne, Sammenslutningen av akademikerorganisasjoner i NAVO (SAN) og YS. De regiontillitsvalgte for LO, UHO og Akademikerne er frikjøpt på full tid, mens representantene for SAN og YS er frikjøpt i 50 prosent. I evalueringen har vi tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger:

1. Hva ønsker partene at et samarbeidsutvalg på regionalt nivå skal være?
2. Hvordan har samarbeidsutvalget fungert så langt?
3. Hvorfor har det fungert slik?
4. I hvilken grad er disse erfaringene i tråd med partenes ønsker for det regionale samarbeidsutvalget?

Under presenterer vi de ulike kapitlenes tema og evalueringens hovedfunn.

Kapittel 2 Evalueringens bakteppe

Tre tepper rulles ut. Det første omhandler sykehusreformen i lys av den reformbølgen som har farget kommunal og statlig sektor i løpet av de siste 20 årene. Den omtales gjerne under paraplyen New Public Management (NPM). NPM benytter privat sektor som forbilde, og sentrale komponenter er skillett mellom politikk og administrasjon, profesjonell ledelse, mål- og resultatstyring og oppgavedelegering. Det sentrale målet er å etablere en offentlig sektor som er strømlinjeformet og effektiv, der brukerne skal tilbys tjenester av høy kvalitet. Vi ser utviklingen i lys av en bevegelse – hvor sykehusreformen i idealtypisk forstand kan sies å ha beveget den politiske organisasjon over mot selskapet som idealttype.

Det andre teppet som rulles ut, dekker beslutningsnivåene. Sykehusreformen har medført endringer ikke bare i eierskap, men også i organisering; nye beslutningsnivåer er etablert. Samtidig – og i forlengelse av punktet over – har vi også fått nye styringsidealer. Innenfor et organisasjons- og ledelseskonsept der harmoni mellom partene vektlegges, blir «jakten på motparten» et sentralt element. I det norske avtaleverket finner vi et førende prinsipp: prinsippet om likeverdige parter. Vi bruker derfor tid på å redegjøre for beslutningsstrukturen i Helse Øst. Et viktig funn i denne evalueringen er en manglende konsensus om *hvor* de viktige beslutningene fattes. Her varierer svarene fra at det regionale nivået i svært liten grad virker styrende på helseforetakene til at det i svært stor grad bestemmer hva som skal – og kan – skje lokalt. Dette påvirker de tillitsvalgtes rolle – mye av diskusjonen på det regionale partsnivået synes å dreie seg om *hvor* beslutninger skal fattes, og *hvem* som skal involveres. I dette kapitlet viser vi også til det vi omtaler som en *brutt linje* hva gjelder representasjonslinjen: Bruddet går mellom styrene i helseforetakene på den ene siden, og regionutvalget på den andre siden. Vi benytter også tid til å redegjøre for relevant lov- og avtaleverk.

Det tredje bakteppet befatter seg med makt i et ressursperspektiv. Her presenterer vi fem ulike maktressurser som kan ha betydning når det dreier seg om hvorvidt en gruppe evner og makter å mobilisere sine ressurser i relasjon til den andre part – det dreier seg om muligheten til å konvertere ressurskontroll til innflytelse. Dette er maktressurser med basis i gruppesamhold, energi, ekspertise, autonomi, strategiske allianser og strategisk kompetanse.

Kapittel 3 En komparativ analyse

Her redegjør vi for vår metodiske tilnærming, som i hovedsak har vært kvalitativ. Gjennom dokumentstudier og intervjuer av ledere og tillitsvalgte på ulike nivå har vi søkt å finne svar på de ovennevnte problemstillinger. I dokumentstudien har vi sett nærmere på det lov- og avtaleverk som setter rammer og er retningsgivende for partssamarbeid på regionalt nivå. I tillegg har vi fått tilgang på interne dokumenter

fra Helse Øst, herunder dokumenter som berører rolle- og ansvarsfordeling, prosessen forut for opprettelsen av samarbeidsordningen, samt innkallinger og referater fra møter holdt i regionutvalget.

I de kvalitative intervjuene har vi søkt å avdekke de ulike informantenes vurdering av partsforholdet på regionalt nivå. Vi har særlig fokusert på forventninger og praksis, på rolleforståelse og virkelighetsbeskrivelse. I tillegg har vi sendt et spørreskjema til ledere og tillitsvalgte i Helse Øst. På grunn av et begrenset antall mulige og faktiske respondenter utgjør dette i liten grad et selvstendig datainntak, men benyttes snarere til å utfylle det kvalitative materialet.

Denne evalueringen er gjennomført innenfor begrensede rammer hva gjelder tid og økonomi. Dette har selvsagt avgrenset både dybden i og omfanget av evalueringen. I kvalitativ forskning er gjerne ett spørsmål sentralt: Når kan man si at man har tilstrekkelig data, når kan man avslutte selve datainnsamlingen? Svaret er enkelt: Når intervjuene blir repeterende i den forstand at man i liten grad får ny informasjon av nye informanter. Sett i et slikt perspektiv kunne dette arbeidet vært videreført. Et av våre hovedfunn er at informantene til tider har svært *ulike* oppfatninger om spørsmål av avgjørende betydning (eksempelvis beslutningsstruktur). Selv om hovedskillet går mellom på den ene siden tillitsvalgte og på den andre siden ledelsen, finner vi også tilfeller der det innbyrdes i hver gruppe er stor variasjon med hensyn til temaer som er diskutert. Forklaringen kan selvsagt være at vi ikke har gått *langt nok* i vår datainnsamling. En annen forklaring kan imidlertid være at de divergerende svar er å tolke som tegn på at samarbeidsordningen som sådan, aktørenes rolleforståelse og beslutningsstrukturen befinner seg i en *institusjonaliseringsfase*: De har ikke «satt» seg i organisasjonen i den forstand at de tas for gitt. Det er derfor uvisst om vi – på dette tidspunktet i samarbeidsordningens levetid – ville nådd det stadiet der nye intervjuer hadde vært overflødige.

Som metodisk grep har vi benyttet oss av en komparativ tilnærming. Både sykehusreformen og samarbeidsordninger på dette nivået er nye innretninger. Det har gjort at sammenlikningsgrunnlaget er svært spinkelt. Vi har derfor valgt å komparere våre funn med empiri hentet fra konsernordninger i privat sektor. Her redegjør vi for sentrale trekk ved konsernordninger, og ser spesielt på forholdet mellom avtalefestede rettigheter og samarbeid. Felles for både regiontillitsvalgte og konserntillitsvalgte er at disse rollene er forholdsvis svakt forankret i avtaleverket. Det blir derfor i stor grad opp til partene å definere samarbeidet på dette nivået. Tilgjengelige maktressurser vil spille en rolle, ikke minst i forhold til konsernledelsens og de konserntillitsvalgtes syn på rolleutforming. Et viktig funn i forskning relatert til konsernordninger er at uformelle kanaler og kobling av verv betraktes som en viktig ressurs både av tillitsvalgte og ledere. Konserntillitsvalgte som også er ansattrepresentant og har gode uformelle kanaler, benyttes som viktige sparring-partnere for konsernledelsen. Slik har de innflytelse ikke bare på beslutninger, men

også på viktige «ikke-beslutninger» som dersom de hadde blitt vedtatt, kunne hatt en kontraproduktiv effekt.

Kapittel 2 og kapittel 3 *kan* hoppes over, men de redskaper, perspektiver og komparativ empiri som det redegjøres for, benyttes i senere diskusjoner i rapporten.

Kapittel 4 Hva ønsker partene at et samarbeidsutvalg på regionalt nivå skal være?

Når en ordning skal evalueres, er det viktig å avdekke hva som i utgangspunktet var hensikten. Hensikt henspiller her på ønsker og intensjoner. I dette tilfellet er det flere aktører involvert, med forskjellige og til dels motstridende ønsker og intensjoner.

Tilgjengelige dokumenter viser at diskusjonene omkring opprettelsen av dagens ordning fant sted høsten 2002. Flere av våre informanter henviser til Helse Sør som et utgangspunkt for at kravet om et nytt partssammensatt utvalg ble fremmet i Helse Øst. Kravet ble fremmet av ansattrepresentanter i RHF-styret, og ble støttet av eieroppnevnte styrerepresentanter. Tilgjengelige dokumenter og informantintervjuer viser at ledelsen i RHF så for seg en langt mindre omfattende ordning enn det som skulle bli resultatet. Dette kan ses i sammenheng med hvilken funksjon man ønsket at partsforholdet på dette nivået skulle ha.

I prosessen mot opprettelsen av regionutvalget og regiontillitsvalgte ble det nedsatt en arbeidsgruppe bestående av representanter fra hver av de fem hovedsammenslutningene samt tre representanter fra RHF-ledelsen. På dette tidspunkt synes det å være uenighet knyttet til form framfor innhold. Det oppsto blant annet en diskusjon omkring frikjøp av tillitsvalgte. Det endelige forslaget gikk ut på 100 prosent frikjøp for representantene for LO, UHO og Akademikerne, mens YS og SAN ble tilbudt 50 prosent. Dette vakte reaksjoner blant de to sistnevnte, om enn i ulik grad. YS koblet inn forbundet sentralt, uten at dette fikk noe etterspill. I desember 2002 ble hovedsammenslutningene invitert til å oppnevne sine representanter, og det første møtet i regionutvalget ble holdt 21. februar 2003. Samarbeidsordningen var formelt etablert.

I avtalen «Retningslinjer for samarbeidsordningen på regionalt nivå mellom de ansatte i helseforetakene og ledelsen i Helse Øst RHF» legges det vekt på at det nye partsnivået skal ivareta behovet for samarbeid, informasjon og dialog mellom ansatte og deres tillitsvalgte i helseforetakene og ledelsen i regionen. Det presiseres videre at samarbeidsordningen er å regne som et supplement til allerede eksisterende ordninger i de enkelte helseforetak. Den skal ikke gripe inn i – eller erstatte – rettigheter og plikter i partsforholdet i de enkelte helseforetak. Regionutvalget og regiontillitsvalgte skal med andre ord arbeide med saker av generell karakter, og som gjelder hele, eller større deler av regionen. Dette er også i tråd med hovedavtalen

innenfor NAVO-området, som samarbeidsordningen bygger på (§ 28, 42, 43 og 45).

Forut for opprettelsen av dagens avtale synes det, som allerede nevnt, å ha vært liten grad av uenighet knyttet til forståelsen av hva regionutvalget skulle befatte seg med, og hvilke rettigheter de tillitsvalgte her skulle ha. Hovedavtalens bestemmelser om drøfting i konsern (§ 42 og 43) skal riktignok ha blitt diskutert, uten at det var knyttet uenighet til disse punkter. I vår kartlegging av partenes forventninger finner vi likevel at tillitsvalgte i større grad enn det som er tilfelle i dag, hadde sett for seg et partssammensatt utvalg der drøfting skulle være et vesentlig element. Sett fra et lederståsted var dette ikke intensjonen. Tillitsvalgtes forventninger til regionutvalget og regiontillitsvalgtrollen kan framstilles slik:

- Et tett samarbeid med ledelsen på Hamar
- Mange oppgaver og sentrale saker
- Partsorientert utvalg med klare roller
- Drøftings- og forhandlingsrett
- Påvirkningsmuligheter

Fra ledelsens ståsted blir det framhevet forventninger om at de regiontillitsvalgte skulle være:

- Legitimitetsbærere i omstillingsprosessen
- Representative for sine organisasjoner
- Sparringpartnere for ledelsen
- Engasjerte
- Informasjonskanal

Her ser vi at aktørenes forventninger til ordningen med regiontillitsvalgte og regionutvalg, er forskjellig sett fra arbeidsgiver- og arbeidstakerrepresentantenes ståsted.

Kapittel 5 Hvordan har samarbeidsutvalget fungert så langt og hvorfor?

Ordningen med regionutvalg og regiontillitsvalgte er forankret i Hovedavtalen, men partssamarbeid på dette nivået er – som tidligere omtalt – relativt svakt forankret avtalemessig. Det blir derfor opp til partene å definere hvordan en slik ordning skal fungere i praksis. Dette krever en diskusjon som omfatter spørsmål som *hva* skal

en slik ordning innebære, *hvorfor* er den viktig og *hvordan* skal den fungere i praksis. Vi har derfor valgt å samle problemstilling to og tre i det femte kapitlet i rapporten.

Dersom vi ser på aktivitet og dagsorden, viser innkallinger og møtereferater at det har vært jevnlig møter i regionutvalget fra starten. Det er også en forholdsvis god spredning på type saker, selv om informasjonssaker og saker som berører partsforhold, er temaer som topper møteagendaen. Med hensyn til saker som berører partsforholdet, har disse blant annet vært sentrert rundt de regiontillitsvalgtes rolle og funksjon, og i mindre grad rundt *ledelsens* rolle og funksjon.

Vi finner også relativt få saker som omhandler sykefravær og arbeidsmiljø. Dette er i utgangspunktet noe overraskende, fordi vi antar at det særlig er her man vil kunne finne eksempler på problemstillinger som er foretaksovergripende. Blant våre informanter er det flere som hevder at de «farlige» sakene ikke blir gjort til tema i utvalget.

Det å tolke møteinnkallelser og -referater byr imidlertid på problemer. Dokumentene er svært kortfattede, og det er vanskelig å lese eventuelle uenigheter ut av dem. Dette er også et inntrykk flere informanter deler. Det henvises i den anledning til at det er vanskelig å tilbakespore hva tillitsvalgte har ment, og det er vanskelig å se hvordan og/eller om saker avsluttes. For tillitsvalgte kan dette representere et problem, fordi møtereferatene kan tolkes som dokumentasjon på utvalgets viktighet. Slik referatene utformes i dag, er det lite å «komme hjem» med til øvrige tillitsvalgte og medlemmer. Vi har satt de knappe møtereferatene og mangel på «farlige» saker i sammenheng med det flere omtaler som et fenomen i Helse Øst: «Ja-kultur» eller en «sterk lojalitetskultur». Flere informanter opplever det som vanskelig å fremme kritikk i ulike fora – også i regionutvalget. Dette har vi omtalt som et problem for de tillitsvalgte, men også for ledelsen fordi de går glipp av essensiell informasjon.

Når vi har søkt å avdekke praksis, har vi lagt vekt på aktørenes beskrivelser av regionutvalget og arbeidet der. Vi finner at både ledere og tillitsvalgte er av den oppfatning at regionutvalget ikke fungerer tilfredsstillende i dag. Tillitsvalgte trekker fram uklarhet med hensyn til roller og rettigheter, mens lederrepresentantene stiller spørsmål ved de tillitsvalgtes representativitet, legitimitet og arbeidsmengde.

Med hensyn til sistnevnte spørsmål er vår empiri mangelfull grunnet evalueringens mandat. Den empiri vi har, viser imidlertid at det er hyppig kontakt mellom de ulike tillitsvalgnivåene i Helse Øst. 85 prosent av de tillitsvalgte svarer eksempelvis at de har kontakt med andre tillitsvalgte på ulike nivåer ukentlig eller hyppigere, og 83 prosent svarer at de har like hyppig kontakt med tillitsvalgte fra andre organisasjoner. Også under intervjuer med hovedtillitsvalgte ble vi fortalt om kontakt og kommunikasjon. Når ledelsen i Helse Øst opplever å få lite igjen av dagens ordning med regiontillitsvalgte og regionutvalg, er dette problematisk for de tillitsvalgte, men også for ledelsen. Hva man makter å få til i et samarbeidsutvalg av denne art, vil bero på hvordan partene forholder seg til hverandre, og hvilke

arbeidsforhold man tilretteligger for. I utgangspunktet vil overordnede partsutvalg på dette nivå kunne bidra til å fylle tre viktige funksjoner for ledelsen. For det første vil de kunne bidra til å kvalitetssikre beslutninger, slik at ikke de «gale» beslutningene treffes og iverksettes. For det andre vil et slikt partssammensatt forum fungere disiplinerende både for de tillitsvalgte og medlemmer, og for det tredje vil de kunne fungere legitimerende for ledelsen fordi tillitsvalgte på et overordnet nivå ofte fungerer som «betydningsfulle andre». Vår empiri viser at regionutvalget i liten grad bidrar til å fylle disse tre funksjonene i dag. Det er også ledere som mener at det forgår viktige beslutninger i Helse Øst som de tillitsvalgte i dag ikke er involvert i. Dette settes i sammenheng med beslutningsstrukturen. Vi registrerer en uenighet også i ledelsen hva gjelder hvor viktig det regionale nivået er. Som tidligere nevnt – mye av diskusjonene i regionutvalget dreier seg om *hvor* en sak skal diskuteres og følgelig *hvem* som bør være involvert i denne diskusjonen, snarere enn innholdet.

Sett fra de tillitsvalgtes ståsted er tilstanden i regionutvalget knyttet til uavklarte rettigheter og plikter. Tillitsvalgte på ulike nivåer etterlyser en klarere kobling til avtaleverket, fortrinnsvis Hovedavtalens § 29, § 42 og § 43. Som nevnt tidligere ble de to sistnevnte paragrafene berørt under forarbeidet til opprettelsen av regionutvalget, uten at den samme uenigheten kan spores der. Det er imidlertid et poeng at regionutvalget i liten grad synes å ha hatt en særskilt diskusjon og gjennomgang av disse i etterkant. I arbeidsgruppen som jobbet fram samarbeidsavtalen, er det kun én representant som i dag er regiontillitsvalgt. De øvrige regiontillitsvalgte har derfor ikke nødvendigvis den samme forståelsen som de involverte partene hadde i arbeidsprosessen. Manglende diskusjoner om fortolkningen og forståelsen av viktige pilarer i samarbeidsutvalget medfører derfor «støy», noe som synes å ha negative konsekvenser for en av intensjonene i avtalen, nemlig at «samarbeidet skal bidra til å fremme forståelsen for Helse Øst sin strategi og øke ansattes deltakelse i omstillingsarbeidet i regionene». Det uavklarte partsforholdet skaper også visse problemer bakover i rekkene for enkelte av de regiontillitsvalgte. De opplever at det stilles spørsmål om hva man egentlig driver med i utvalget.

Både tillitsvalgtes rolleforståelse og deres opplevelse av partssamarbeidet har vi relatert til tilgang på maktressurser. Det er viktig å relatere maktressurser også til et endret handlingsrom for både ledere og tillitsvalgte. En av intensjonene i sykehusreformen var blant annet å styrke ledelsesautoriteten, og skillet mellom politikk og administrasjon er et viktig prinsipp. For noen fagorganisasjoner har dette medført tap av effektive politiske bånd – eller strategiske allianser – mens for andre kan dette fraværet av politisk involvering medføre økt innflytelse fordi det nå er andre allianser og argumenter som anses som legitime når målet er å påvirke i en beslutningsprosess. Vi finner at tillitsvalgtes vurderinger av situasjon og egen rolle har sammenheng med særlig to forhold. For det første framstår de tillitsvalgte med effektive bånd til eget forbundsapparat som tryggere i sin rolle. Støtte fra eget forbundsapparat synes å gi

de regiontillitsvalgte autonomi – både vis-à-vis ledelsen, øvrige tillitsvalgte og medlemmer i Helse Øst. Manglende støtte fra forbundsapparatet omtales som handlingsbegrensende. Man er usikker på hvordan organisasjonene tenker sentralt om den nye tillitsvalgrollen, noe som synes å påvirke de regiontillitsvalgtes måte å agere på. Dette framstår som ytterligere forsterket ved at enkelte også har mistet viktige strategiske allianser. Innenfor fylkeskommunen var administrasjonsutvalget et viktig partssammensatt organ, der arbeidstakernes organisasjoner hadde mulighet til å anke ledelsesbeslutninger. I tillegg har LOs bånd til Det norske Arbeiderparti til tider vært tette og effektive. Dette ga LO innflytelse. Sykehusreformen har bidratt til å svekke disse båndene, og frafallet av disse strategiske alliansene har endret påvirkningsmulighetene for tillitsvalgte. Dette – i kombinasjon med manglende opplevd støtte fra forbundet sentralt – synes å slå ekstra sterkt inn.

For det andre viser våre data at koblingen (regiontillitsvalgt og styrerepresentant) av verv har betydning. Kombinasjonen av verv gir tilgang på en ekstra informasjonskanal for tillitsvalgte, noe som nok en gang gir autonomi, men også ekspertise i forhold til de viktige sakene og deres saksgang. Det er imidlertid skepsis i ledelsen mot å kombinere denne type verv, og ansatterepresentanter beskyldes for sammenblanding av roller samt å benytte RHF-styret som ankeinstans. Et siste poeng i denne sammenheng bør nevnes. Vi finner ulike oppfatninger knyttet til hva som betraktes som legitime argumenter i partsforholdet. Vi har her pekt på at for enkelte regiontillitsvalgte er det naturlig å argumentere ut fra et helsefaglig perspektiv. Faren med dette er at de for det første kan oppleve at ansattes interesser blir satt opp mot pasientenes liv og helse. For det andre kan det være en fare for at denne type argumentasjon tolkes som et forsøk på å skyve pasientene foran seg. På den annen side er det tillitsvalgte som opplever at det *kun* er pasientenes ve og vel som betyr noe. Sett fra et slikt ståsted kommer det mer tradisjonelle fagligpolitiske perspektivet til kort.

Også ledelsen har maktressurser. Vi har i den forbindelse pekt på modellmakt som et forklarende begrep. Vi har i våre intervjuer avdekket en stor system- eller modellojalitet blant våre informanter – uavhengig av ståsted. Dette er blant annet knyttet til at Helse Øst er forskjellig fra «vanlige konsern», og man synes også i liten grad å stille spørsmål ved den brutte tillitsvalgtlinjen. Sett utenfra er det ikke helt enkelt å se hva som skiller Helse Øst fra et konsern, dette framgår heller ikke – sett fra vårt perspektiv – klart i de interne dokumentene i Helse Øst. Tillitsvalgte synes å ta avstand fra konsernbegrepet ut fra en skepsis mot en ytterligere «næringslivsdreining». Hva som skyldes ledelsens avstandtaken er mindre klart, men dette kan ha sammenheng med antakelser om at konsernbegrepet vil endre dagens styringsstruktur.

Kapittel 6 Konklusjoner

Konklusjonskapitlet er i seg selv naturlig nok et sammendrag av hele rapporten og vi anbefaler derfor sterkt at dette kapitlet leses i sin helhet. Ikke minst anbefaler vi dette fordi vi her har forsøkt å legge grunnlag for en diskusjon rundt utvalgets framtid og partenes bruk og nytte av samarbeidsordningen. En slik diskusjon med tilhørende konklusjoner er partenes ansvar og privilegium. Vår hensikt er, som vi skriver i kapitlet, å peke på noen mer overordnede forutsetninger som, etter vår mening, må tas mer på alvor og som bør avklares i sterkere grad før den endelige modellen for partssamarbeid på regionalnivå kan legges. Ordningen har mange interessenter. Det er åpenbart at den fortsatt er i utvikling og at det gjenstår å finne en endelig form. I analysen bruker vi det private konsernet som sammenlikningsgrunnlag. Det er selvsagt opp til leseren å vurdere hvorvidt dette er en relevant sammenlikning. I kapitlet trekker vi opp fire diskusjonstema:

- Er aktørene preget av en pragmatisk tilnærming til makt eller er man i (for) stor grad preget av tro på nye styringsideologier?
- Ser man på det regionale nivået som et nivå for samarbeid eller forhandling? Styres man av en forhandlings- eller samarbeidslogikk?
- Bør rollene formaliseres eller er økt legitimitet veien å gå? Bør samarbeidet i større grad preges av avtaleverket eller har man grunnlag for en uformell, men likevel reell, sparringpartnerrolle?
- Er man – blant begge parter – villige til maktkonsentrasjon? Møter man hverandre med den «rette mengde» myndighet og delegerte fullmakter?

I kapitlet legges det stor vekt på legitimitet og gjensidig bidrag. Tillitsvalgte på dette nivået har i liten grad formaliserte rettigheter knyttet til avtaleverket. Uformell kontakt og den enkeltes maktbase er derfor helt sentralt. Ulike former for innflytelse trekkes fram. Samtidig viser det meste av forskningen at de tillitsvalgtes mulighet for innflytelse på øverste nivå i virksomheten er tett knyttet sammen med deres bidrag til god drift og økt lønnsomhet. Et slikt bidrag er imidlertid svært vanskelig å måle, ikke bare fordi begrepsapparatet er dårlig utbygd, men også fordi motvirkning kan bidra både til verdiodsling og verdiskaping. Innenfor Helse Øst synes det som om potensialet er stort på dette punktet; vi legger her vekt på at det synes som om en ja-kultur har fått feste seg, en kultur som skaper et dårlig klima for kritikk og ikke minst – manglende forventning og ønske om at kritikk skal komme fram og at de tillitsvalgte – i ulike roller – kan fungere som et viktig og fruktbart korrektiv til linjevei.

Vårt kanskje viktigste funn er knyttet til forholdet mellom styringsmodellens virkemåte og aktørenes lojalitet til modellen. Vi finner stor variasjon i de ulike

aktørers svar på det grunnleggende spørsmål om hvem som har mest makt og hvor de viktige beslutningene fattes innenfor Helse Øst. Samtidig finner vi høy grad av lojalitet til styringsmodellens prosedyrer. Dette funnet gjennomsyrrer hele kapittel 6, ulik oppfattelse av beslutningsnivåenes betydning og myndighet vanskeliggjør praktisering av det bakenforliggende prinsippet i den norske modellen for parts-samarbeid, nemlig at partene skal møtes som likeverdige og de skal møte med den samme myndighet og fullmakter på vegne av sin part. Samtidig isoleres eier- og styringsrettnivået fra hverandre på en måte som vi ikke finner i de private konsern; dette gjør at det også etableres idealer for hvordan de ulike rettigheter for innflytelse på de ansattes side skal isoleres fra hverandre. Dette skaper helt klart problemer både når det gjelder de ansattes mulighet for innflytelse og ikke minst – de tillitsvalgte mulighet for å kunne bidra på en konstruktiv måte og spille rollen som reell og interessant motpart.

I siste del av kapittel 6 har vi valgt å innta rollen som djevelens advokat for å stimulere aktørene til debatt. Vi tror dessuten at det vil være fruktbart om denne debatten tar utgangspunkt i at sykehusreformen innebærer at alle parter (m.a.o. eierrepresentanter, ledelsen og de tillitsvalgte på ulike nivåer) har fått et nytt samarbeidsnivå, med andre ord både arbeidstaker- og arbeidsgiversidens representanter må skape og gjenskape sin rolle. I denne delen av kapitlet framhever vi særlig at følgende punkter bør tas opp til diskusjon:

Et enhetlig system på begge sider – er det formålstjenlig å operere med to systemer, en kontinuerlig styringslinje på arbeidsgiversiden og en brutt linje på arbeidstakersiden? Ser man behovet for en klargjøring av myndighet og en diskusjon rundt egen rolleforståelse i en ny organisasjonsform og i et nytt partssamarbeid også på ledelsens side?

Svevende ordninger for ansattes innflytelse – er det mulig å utnytte samarbeidspotensialet i organer/ordninger (på de ansattes side) som «henger i luften»? Vi tenker her både på manglende linje mellom tillitsvalgtapparatet lokalt og de regiontillitsvalgte og verdien av styrerepresentanter som (formelt og ideelt) skal løsrives fra de ressurser som kobling til tillitsvalgtarbeidet gir?

Manglende rollespekt – har partene bare (eller kanskje for mye) personlig respekt for hverandre, mens rollespekten mangler? Gjør felles målsettinger («pasienten i sentrum») det illegalt å flagge og arbeide for partenes særinteresser?

Legitime argumenter – hvilke argumenter skal betraktes som legitime innenfor den regionale samarbeidsordningen? Hvordan skal man balansere forholdet mellom helsefaglige argumenter på den ene siden, og ansattes ve og vel på den andre siden?

Formalisering – hvorfor fortsetter diskusjonen rundt avtalefortolkninger og konsekvenser på foretaksnivå? Hvor lang tid trenger man på en avklaring av hvordan samarbeidsutvalget skal forholde seg til Hovedavtalen?

Klargjøring av makt og myndighet på de tillitsvalgtes side – er de tillitsvalgte selv villige til å samle og bruke makt, og tvinge seg inn i varmen? Hvor mye av «hjemmeleksa» mangler på de tillitsvalgtes side?

Klima for konfrontasjon – er ledere på ulike nivåer villige til å la regionutvalget utvikle seg til et partssammensatt organ som diskuterer sentrale beslutninger?

Disiplinering – er de tillitsvalgte villige til å delta i diskusjoner og beslutninger som får konsekvenser for medlemmene – positive og negative?

Rettighet versus nytte – preges de regiontillitsvalgte av det vi har omtalt som et rettighetsbasert medvirkningsperspektiv? Hvis ja – i hvilken grad er man villige til å bevegges seg over i et mer nyttebasert medvirkningsperspektiv, der medvirkning i større grad blir et strategisk verktøy?

Kapittel 1 Mandat og oppgave

Sykehusreformen som ble iverksatt 1. januar 2002, har medført store endringer innenfor sykehusvesenet. Endringene representerte ikke bare et eierskapsbytte, men har også hatt store konsekvenser for organiseringen av norske sykehus. Sykehusene er i dag skilt ut av forvaltningen og er etablert som heleide statlige foretak innenfor en foretaksmodell. Resultatet har blitt fem regionale helseforetak, som rommer den tidligere fylkeskommunale og statlige spesialisthelsetjenesten innenfor somatikk og psykiatri. Ett av de regionale helseforetakene er Helse Øst RHF, med ansvar for spesialisthelsetjenesten i Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold. Med sine 30 000 ansatte er Helse Øst Norges største arbeidsgiver. Det årlige budsjett ligger på om lag 20 milliarder kroner, noe som plasserer foretaket som nummer sju på listen over de største selskapene i Norge.¹ Helse Øst består av sju helseforetak (Ullevål, Aker, Akershus, Innlandet, Asker og Bærum, Østfold og Sunnaas) samt ett apotekselskap.

I denne rapporten fokuserer vi på nye former for partssamarbeid *etter sykehusreformen*. Reformen har gitt et nytt nivå – det regionale – og vi presenterer her resultatene fra Fafos evaluering av det som i Helse Øst RHF omtales som «Samarbeidsordningen på regionalt nivå mellom de ansatte i helseforetakene og ledelsen i Helse Øst RHF».

1.1 Samarbeidsordningen

«Samarbeidsordningen på regionalt nivå mellom de ansatte i helseforetakene og ledelsen i Helse Øst RHF» – i fortsettelsen betegnet som regionutvalget – ble vedtatt som en prøveordning i desember 2002. Samtidig fikk også Helse Øst RHF et nytt tillitsvalgnivå – regiontillitsvalgte. I Helse Øst er hver av de fem hovedsammenlutningene representert med en regiontillitsvalgt, men graden av frikjøp varierer. Representantene for LO, Utdanningsgruppens Hovedorganisasjon (UHO) og Akademikerne er frikjøpt på fulltid, mens representantene for YS og Sammenlutningen av akademikerorganisasjoner i NAVO (SAN) har 50 prosent.

¹ Kilde: Hegnar.no. Bare Hydro, AkerKvæerner og Orkla har totalt sett flere ansatte, måler vi i antall ansatte i Norge topper Helse Øst listen.

Det første møtet i regionutvalget ble avholdt i februar 2003. Prøveordningen skulle etter den opprinnelige avtalen vare ut 2003, men er senere blitt forlenget. På møte i regionutvalget 19. mai ble ordningen prolongert til ut 2004. Fafos evaluering, som ble igangsatt mai 2004, skal blant annet benyttes som et grunnlagsmateriale i den videre diskusjonen om ordningen med regionutvalg og regiontillitsvalgte.

1.2 Vår tilnærming

Ordnings med regiontillitsvalgte og regionutvalg har i skrivende stund eksistert i om lag halvannet år. Det betyr at evalueringen tar for seg *ny ordning*, en ordning med tilhørende roller som fortsatt er i støpeskjeen. Dette forklarer sannsynligvis også evalueringens hovedkonklusjon. Gjennom informantintervjuer – evalueringens viktigste datainntak – finner vi at oppfatningene om regionutvalget og regiontillitsvalgte, både med hensyn til funksjon, virke og effekt, er svært divergerende. Selv om hovedskillet går mellom de tillitsvalgte og ledelsen, finner vi også eksempler på stor variasjon innenfor hver av gruppene i forhold til temaer som er diskutert under intervjuene. Det har komplisert arbeidet, men har også gjort det særlig interessant.

I vår evaluering har følgende fire problemstillinger stått sentralt:²

- Hva ønsker partene at et samarbeidsutvalg på regionalt nivå skal være?
- Hvordan har samarbeidsutvalget fungert så langt?
- Hvorfor har det fungert slik?
- I hvilken grad er disse erfaringene i tråd med partenes ønsker for det regionale samarbeidsutvalget?

Vår metodiske tilnærming har altså i hovedsak vært kvalitativ. De fire overordnede problemstillingene er blitt belyst gjennom informantintervjuer. Elleve personer er intervjuet individuelt, herunder fem regiontillitsvalgte, to styrerepresentanter, to sentralt plasserte ledere på regionalt nivå, helseforetaksdirektører samt en representant for de eieroppnevnte styremedlemmene. I tillegg har vi gjennomført gruppeintervjuer med hovedtillitsvalgte fra LO, UHO og SAN – i alt fem personer.³ I tillegg støtter vi vårt arbeid på en dokumentstudie av møteinnkallinger og -referater,

¹ Se vedlegg for nærmere beskrivelse av evalueringsmodell.

² Alle hovedsammenslutningene ble invitert til å stille med to hovedtillitsvalgte til dette møtet, men av ulike grunner møtte ikke representanter fra Akademikerne og YS.

samt lov- og avtaleverk. Vi har også gjennomført en spørreskjemaundersøkelse til representanter for ledelsen og tillitsvalgte innenfor Helse Øst RHF.

1.3 Rapportens oppbygning

Denne rapporten består av seks kapitler. I det påfølgende kapittel 2 presenterer vi det som kan betraktes som partsforholdets bakteppe i Helse Øst RHF. Her redegjør vi for generelle utviklingstrekk innenfor offentlig sektor, som også sykehusreformen kan ses i lys av. Disse utviklingstrekene kan betraktes som retningsangivende for både leder- og tillitsvalgtrollen. New Public Management (NPM) er her et sentralt stikkord. Utviklingstrekene kan således betraktes som en institusjonell endring, der bevegelsen fra den politiske organisasjon til selskapet som idealtipe vektlegges. Endring – der noe eksisterende utfordres og viker for noe nytt – er maktmobiliserende. I utgangspunktet kan institusjoner – som eksempelvis et regionalt utvalg – fungere maktøkonomiserende: maktøkonomiserende i den forstand at institusjoner gjennom sine rutiner skaper forutsigbarhet og tillit. Dette fordrer imidlertid at en ordning eller struktur har «satt seg i organisasjonen» – at den tas for gitt. Dette er en tidkrevende prosess, og i denne prosessen aktiviserer og avdekker ulike aktører og aktørgrupper gjerne sitt maktpotensial. Derfor benytter vi i denne evalueringen perspektiver på makt og maktressurser, noe vi også redegjør for i dette andre kapitlet. Vi bruker også i dette kapitlet plass på å klargjøre det sentrale avtaleverket, samtidig som vi ser nærmere på de ulike beslutningsnivåene innenfor Helse Øst.

I kapittel 3 redegjør vi for vår metodiske tilnærming. Siden regionutvalget er en ny ordning, og sammenlikningsgrunnlaget innenfor øvrige regionale helseforetak er spinkelt, har vi valgt å komparere våre funn med empiri hentet fra private konsern. Vi presenterer her sentrale funn fra relevant forskning og forholdet mellom konserntillitsvalgte og konsernledelsen er her et sentralt tema. Kapittel to og tre *kan* hoppes over, men vi gjør imidlertid oppmerksom på at de analytiske grep, teoretiske perspektiver og komparativ empiri som her presenteres, benyttes videre i rapporten.

Kapittel 4 er viet den første problemstillingen. Her spør vi: hva ønsker partene at et samarbeidsutvalg på regionalt nivå skal være? Vi søker med andre ord å synliggjøre hva som var *hensikten* med å opprette dagens ordning. Her benytter vi både sakspapirer og informantenes egne refleksjoner.

I kapittel 5 retter vi blikket mot praksis: Hvordan har samarbeidsutvalget fungert så langt? Vi starter dette kapitlet med å se nærmere på møteinnkallinger og -referater. Dette er dokumenter som kan betraktes som den «offentlige» beretningen om regionutvalgets virke. Videre flytter vi *oppmerksomheten* over til våre informanter: Hvilke erfaringer har de ulike aktørene gjort seg etter at regionutvalget har virket i

halvannet år? Hva kan forklare dagens praksis, og hvorfor? Her er legitimitet og ressurser to sentrale stikkord.

I kapittel 6 ser vi nærmere på de erfaringene som tillitsvalgte og ledere har av samarbeidsordningen så langt. Et sentralt punkt i enhver evaluering er å sammenlikne det vi kan omtale som en ordnings hensikt med resultatet. Dette vil selvsagt være avhengig av hva det regionale utvalget var tenkt å være. Som allerede omtalt, finner vi her divergerende meninger. I den grad vi skal fremme forslag til justering eller endring av dagens ordning, melder det seg da et spørsmål: Hvis meninger skal tillegges størst vekt? Vi velger å forholde oss til dette spørsmålet ved å tre ut av helsesektoren: Hvilke av våre funn er i samsvar med funn innenfor private konsernordninger? Det å sammenstille våre funn med erfaringer fra konsernfaglig samarbeid innenfor private konsern kan forsvares ut fra tre argumenter. For det første er avtalerverket innenfor NAVO-området i stor grad bygd på bestemmelsene i privat sektor. For det andre finner vi klare paralleller til privat sektor i måten de regionale helseforetakene er organisert på. For det tredje er det innenfor de private konsern at man har ervervet kunnskap og erfaring med konserntillitsvalgtrollen. I sammenstillingen vil vi kunne se om våre funn er avvikende. Hvis svaret er «ja»: I hvilken grad kan det regionale partssammensatte utvalget lære noe av den erfaringen som tillitsvalgte innenfor norske konserner har opparbeidet seg i sin utforming av konserntillitsvalgtrollen? Avslutningsvis velger vi å innta rollen som djevelens advokat. Ikledd denne rollen løfter vi fram spissformulerte problemstillinger som partene kan benytte i videre diskusjoner internt i Helse Øst.

Kapittel 2 Evalueringens bakteppe

Tre tepper skal rulles ut i dette kapitlet. For det første – sykehusreformen er en viktig del av den modernisering offentlig sektor gjennomgår. Idealer og ideologier er viktige stikkord her. Mye av det som skjer, kan samles under paraplyen New Public Management (NPM). NPM har hatt stor innflytelse over kommunal og statlig organisering i løpet av de siste 20 årene. NPM benytter privat sektor som forbilde. Sentrale stikkord er politisk løsrivelse, helhetlig ledelse, mål- og resultatstyring. Målet er økt effektivitet og kvalitet. Sykehusreformen har bidratt til å bevege de regionale helseforetakene fra den idealtypiske politiske organisasjon over mot selskapet som idealtipe.

For det andre – sykehusreformen har gitt nye beslutningsnivåer. Vi har fått en ny eier, et nytt regionalt nivå og et nytt lokalt nivå. Og – som forrige punkt understreker – vi har fått nye styringsidealer. Nye nivåer og nye idealer gir det tradisjonelle partssamarbeidet nye utfordringer. Arbeidsgiver har forlatt KS og meldt seg inn i NAVO. En ny hovedavtale er etablert og lønnsforhandlingene har fått nye rammer og prosedyrer. Staten som eier har på mange måter gjort avstanden til politikerne større. Mens organisasjonene i den gamle modellen deltok i politisk valgte organer som Administrasjonsutvalget, skal man nå utelukkende forholde seg til arbeidsgiver. Samtidig har de ansatte fått en ny medbestemmelseskanal gjennom representasjon i styret på ulike nivåer. Forhandlingspartene må gjenfinne hverandre i nye institusjonelle kontekster.

Partssamarbeid i den norske modellen bygger på prinsippet om at partene skal møtes som likeverdige, det vil si de skal møtes på «samme nivå», med de samme plikter og fullmakter henholdsvis i forhold til sine overordnede og i forhold til sine medlemmer. Jakten på den «rette motpart» er et kjent tema innenfor fagbevegelsen. Dette handler både om arbeidsgiversidens organisering (altså selskapets eller foretakets beslutningsstruktur), egen organisering og fordeling av makt og innflytelse internt i de enkelte fagorganisasjoner. I tillegg kommer behovet for samordning internt i eget forbund, egen hovedorganisasjon og på tvers av forbund/hovedorganisasjoner. Som vi skal se i et senere kapittel – jakten på motparten og konsekvenser av motpartens endrede beslutningsstruktur har spilt en viktig rolle i oppbyggingen av konsernordninger i privat sektor.

Og for det tredje – og vårt siste bakteppe – det å introdusere nye institusjonelle elementer – det være seg organisatoriske strukturer eller ledelsesverktøy – og enda

viktigere: legitimere disse i organisasjonen, vil være relatert til både sosial og symbolsk makt. Makt som fenomen anskueliggjøres gjennom institusjonaliserings- og avinstitusjonaliseringsprosesser. Slike prosesser aktiviserer og avdekker ulike aktører og aktørgruppers maktpotensial.

2.1 New Public Management – teoretiske innfallsvinkler til et moderne helseforetak

Etableringen av helseforetak som prinsipiell styringsform i spesialisthelsetjenesten kan betraktes som en idealtypisk overgang fra en politisk organisasjon til et selskap. I dette avsnittet skal vi kort og stikkordsmessig redegjøre for hva dette kan innebære. Christensen og Lægread (2001) bruker uttrykket «den nye ortodokse doktrine» om endringene innenfor statlig og kommunal virksomhet. Disse endringene samles gjerne under paraplyen NPM. Innenfor NPM betraktes det som essensielt å igangsette en kulturell endring, der motsetninger mellom ledere og ansatte erstattes av et felles «vi». Det vektlegges sterkt at alle organisasjonsmedlemmer må jobbe i fellesskap mot gitte mål: økt effektivitet og kvalitativt bedre tjenester. Bruker- eller kundefokuseringen står med andre ord sterkt i NPM-litteraturen. For å nå målet om bedre og billigere tjenester til brukerne er det imidlertid ikke kun et felles «vi» som vektlegges. På vei mot målet er skillet mellom politikk og administrasjon, fokusering på management-orientert ledelse (skille fag og ledelse), delegering samt mål- og resultatstyring sentrale komponenter.

Nils Brunssons (1994) idealtyper i den politiske organisasjon og selskapet kan svært forenklet framstilles som vist i tabell 2.1.

Vi skal gå litt nærmere inn i Brunssons idealtyper.⁴ Det er blant annet knyttet noen interessante trekk til ledelse og kontroll.

Ledelsen i et selskap får god hjelp av kundene, fordi kundestøtte er en forutsetning dersom selskapet skal overleve. Ledelsen kan derfor i prinsippet arbeide på basis av et profittkontrollsystem: Hver enhet skaper sin fortjeneste. *Hvordan* selskapet skaper økonomisk overskudd, er teoretisk sett av null interesse for ledelsen.

Ledelsen i politiske organisasjoner må forholde seg til innbyggerne. For både ledelsen og brukerne kan det være vanskelig å enes om hva som medfører et godt resultat. Man er derfor opptatt av ikke bare *hva* organisasjonen oppnår, men også *hvordan*. Det er gjerne større kontroverser om framgangsmåte enn mål. La oss ta et

⁴ Her bruker vi idealtyper i webersk forstand, m.a.o. et konstruert bilde/modell som virkeligheten settes opp mot. Forskeren konsentrerer seg om avviket mellom virkeligheten og modellen. Idealtyper har altså ingenting med dagligtalens «idealer» eller «ideelt» å gjøre.

Tabell 2.1 Den politiske organisasjon og selskapet i idealtypisk forstand.

| Den politiske organisasjon | Selskapet |
|---|---|
| Skatt typisk finansieringskilde. | Genererer verdi gjennom å selge produkter. |
| Budsjettering blir en viktig og karakteristisk aktivitet. | Finansiering kobles til salg. Produktenes høye kvalitet kommuniseres sterkt. |
| Må overbevise skattebetalerne om hvor dårlig ting går nå, og hvor dårlig det kommer til å gå for å få tilført ressurser. | Er avhengig av å kommunisere hvor bra ting går, og hvor bra det kommer til å gå. |
| Budsjetteringsprosessen blir en mektig demonstrasjon av dårlige prestasjoner, og representerer en mulighet til å vise innbyggerne at de bør bidra med mer penger. | Kjerneoppgaver er å generere produkter som er etterspurt av et tilstrekkelig stort nok antall av kunder, og som på grunn av konkurranse produseres til en tilstrekkelig lav nok pris. |
| Den avgjørende kompetanse ligger i evnen til å reflektere innbyggernes varierte og ofte motsetningsfylte ideer. | Det overordnede problemet er å generere produkter effektivt og koordinere handling. Dette har implikasjoner i forhold til organisering. |
| Det å reflektere innbyggernes ulike og inkonsistente normer medfører organisatorisk inkonsistens – ikke enhet, men snarere konflikt eller konfliktstrukturer. | Det organisatoriske prinsipp er den handlende organisasjon. Enhet/enighet, spesialisering og kapasitet for problemløsning understrekes. |
| Vanskelig å finne løsninger som tilfredsstillende tvetydige normer. Problemer uten løsning diskuteres kontinuerlig. | Koordinert handling er en naturlig vei å følge for et selskap som søker effektivitet. |

Brunsson 1994

enkelt eksempel: Alle ønsker seg en god spesialisthelsetjeneste. Hvordan, og ikke minst hvilke virkemidler (eksempelvis anbud) som skal benyttes, er imidlertid gjenstand for til dels kraftige motsetninger. Kontroll blir derfor søkt oppnådd gjennom regler. Lederskapet, som i prinsippet er utnevnt av innbyggerne, foreskriver prosedyrer og metoder som det forventes blir benyttet. Politiske ledere vil også finne det vanskeligere å desentralisere, fordi de senere vil kunne bli holdt ansvarlig for detaljer.

Framstilling av den politiske organisasjon og selskapet er idealtypisk – virkeligheten er langt mer diffus og flytende. Individuelle selskaper låner visse trekk fra politiske institusjoner, og stat og kommuner låner fra selskapsinstitusjonen. Vi finner klare eksempler på at individuelle selskaper politiseres, mens stat og kommune «kompaniseres». Brunsson har imidlertid ytterligere et interessant poeng. Slik han tolker utviklingen, er det selskapet som har vært det ettertraktede ideal i de siste tiår.

Han finner videre følgende tendens: Når den politiske organisasjon beveger seg over mot selskapet som idealtipe, er det en tendens til at man blir «mer katolsk enn paven».

Rammene for vårt prosjekt gir ikke mulighet til å antyde graden av «kompanisering» innenfor Helse Øst; vi har heller ingen oversikt over hvilke NPM-relaterede organisasjons- og ledelsesprinsipper som er benyttet. Likevel vil vi påstå at Helse Øst, i likhet med de øvrige regionale helseforetakene, må ses i lys av NPMs innflytelse over offentlig organisering og forvaltning. Ikke minst finner vi et svært sterkt bruker- eller pasientperspektiv i helseforetaksloven. Vi vil også trekke fram ytterligere et trekk ved NPM som i denne sammenheng er av interesse. Som organisasjons- og ledelseskonsept bygger NPM på en implisitt harmonimodell. Makt som fenomen blir i svært liten grad problematisert. I den grad makt omtales, hevdes det gjerne at NPM fører til en omfordeling av makt og innflytelse mellom ledere og de ansatte innenfor arbeidsorganisasjonen, fordi den som befinner seg nærmest brukeren, må ha innflytelse over produksjonen for å kunne tilfredsstille nettopp brukeren. Det finnes imidlertid lite empirisk belegg for denne omfordelingshypotesen, og kritikere vil hevde at dette er et for endimensjonalt maktperspektiv. Til tross for at styring i form av klare instruksjoner og et avgrenset handlingsrom mister sin rolle, betyr ikke dette nødvendigvis at makten desentraliseres innenfor organisasjonen. Når den åpenbare makten minimaliseres eller forsvinner, kan det godt hende at makt som fenomen har endret sitt uttrykk, blitt byttet ut med mer indirekte eller disiplinerende kontrollformer. Makt som fenomen kan derfor sies å ha blitt skjult gjennom mer sofistikerte former for kontroll og overvåking, men ikke nødvendigvis mindre tilstedeværende (Pfeffer 1997, Sewell og Wilkinson 1992, Delbridge og Turnbull 1992). Overgangen kan bidra til å endre prinsipper for legitimitet, organisering og ledelse. Når vårt tema er å studere utviklingen av en ny tillitsvalgtordning innenfor en endret organisatorisk kontekst, representerer derfor Brunssons typologi og NPM et viktig bakteppe. Forskning viser at ledelsens, de tillitsvalgtes og profesjonenes handlingsrom endres innenfor en NPM-inspirert organisasjon (Trygstad 2003, Ramsdal mfl. 2002, Fernie og Metcalf 1995). Hva kan man så forvente av en regiontillitsvalgtordning når den politiske organisasjon nærmer seg selskapet?

2.2 Nye beslutningsnivåer – likeverdige parter?

Sykehusreformen har medført en regional frihet over indre organisatoriske anliggender. Overgangen til det vi har omtalt som NPM-inspirerte organisasjons- og ledelsesprinsipper representerer utfordringer, både for dem som forvalter arbeidsgiveransvaret – ledelsen – og for dem som forvalter de ansattes interesser – de

tillitsvalgte. Sykehusreformen har bidratt til at tidligere roller og rollehåndtering må endres, eller i det minste justeres. En intensjon med sykehusreformen var blant annet å styrke ledelsesautoriteten i sykehusene (Skog Hansen 2004). Ledere forventes å tenke helhetlig og *ledelse* har i større grad blitt profesjonalisert, i den forstand at fagpersonen byttes ut med den ledelsesutdannede. Det er også satt et sterkere søkelys på effektivitet og kvalitet enn tidligere.⁵ Arbeidstakerrepresentantene forventes å agere i samsvar med ledelsen, men forvalter samtidig en delegert tillit. Denne tilliten bygger på en forventning om at de også ivaretar medlemmenes interesser og behov for beskyttelse. Dette er et dilemma som representanter for de regiontillitsvalgte er seg bevisst:

«Vi er opptatt av kvalitet, kompetanse, etter- og videreutdanning og den type saker. For oss er det viktig å levere noe skikkelig til pasientene. Poenget er bare at når en kvalitativ god tjeneste skal produseres for mindre penger, kan den ansatte bli skadelidende. Vi står i fare for å glemme det.» (tillitsvalgt)

Det er i denne konteksten at regionutvalget skal finne sin plass og funksjon. Ifølge retningslinjene skal samarbeidsordningen «ivareta behovet for informasjon og dialog mellom de ansatte og deres tillitsvalgte i helseforetakene og ledelsen i regionen». Det legges i retningslinjene vekt på at utvalget ikke skal gripe inn, eller erstatte rettigheter og plikter, i forholdet mellom de ansatte og deres tillitsvalgte og ledelsen i de enkelte helseforetak. Det står videre å lese at utvalget er:

«et tillegg til de ordninger som fungerer innen det enkelte helseforetak, og ordningen bør bidra til å fremme forståelsen for Helse Øst sin strategi og øke ansattes deltagelse i omstillingsarbeidet i regionene.»

I våre innledende samtaler med representantene i utvalget har vi blitt fortalt at man har vært «katolske» i tolkningen av å skille de indre anliggender i helseforetakene fra de «ytre». Dette er også i tråd med Hovedavtalens § 43 mellom NAVO og hovedsammenslutningene (se avsnitt 2.2.3).

Utvalget har i løpet av sin korte historie hatt månedlige møter. Informasjonsutveksling har stått sentralt. I våre innledende samtaler med regionutvalgets medlemmer, både ledere og tillitsvalgte, ble vi fortalt at man nå ønsket å «komme videre». Vi tolket dette som et ønske om å utvikle dagens ordning ytterligere. Vi tolket også partene dit hen at det var behov for en nærmere rolleavklaring. Særlig understreket de regiontillitsvalgte utvalgets posisjon som uklar: i Helse Øst RHF som organisasjon, men også i forhold til egne medlemmer.

⁵ Dette skyldes demografiske forhold som høyere levealder og mulige behandlingsmåter, men også at statlig og kommunal sektor har vært utsatt for et sterkt effektiviseringskrav i løpet av de siste 20 årene.

Det syntes altså å være et ønske om et klarere skille mellom hva som skal være henholdsvis ledelsens og de regiontillitsvalgtes ansvar og hovedoppgaver. Innenfor helsevesenet er dette en interessant problemstilling, fordi profesjon/fag og ledelse har vært tett koblede roller. En sier: «Vårt mål er jo pasientenes beste, og det bør jo også være målet til ledelsen.» Samtidig finner vi fagorganisasjoner som organiserer svært ulike grupper ansatte, som ikke nødvendigvis har sammenfallende interesser. Dette siste er ikke særegent for helsevesenet. Det særegne er at organisasjonenes maktbase ikke nødvendigvis er grunnet i «kjøttvekta» – altså det antall medlemmer de organiserer og/eller dekningsgraden. Det kan snarere være at kjøttvekta utfordres av andre maktbaser som profesjonskompetanse og autonomi. Samtidig kan fagorganisasjoner som tradisjonelt har hatt sin maktbase i form av kjøttvekt og viktige allianser til fylkespolitikere, oppleve å få sin rolle svekket, fordi sykehusreformen har bidratt til å skille politikk fra administrasjon. Innenfor de nye regionale helseforetakene blir det derfor en utfordring for både ledelsen og tillitsvalgte å etablere nye virkemåter, virkelighetsforståelser og roller.

Likeverdige parter – et nytt nivå for partsrelasjoner

Som nevnt ovenfor, prinsippet om likeverdige parter er grunnlaget for «partsamarbeid på norsk». Representanter for de ansatte skal møte ledelsen på «sitt nivå», eksempelvis vil administrerende direktør i et helseforetak forholde seg til hovedtillitsvalgte, mens lokale ledere (parts)samarbeider med plasstillitsvalgte.⁶ Arbeidsgiver skal ha myndighet i saken, mens tillitsvalgte skal kunne snakke på vegne av, og «binde», medlemmene. Her kan vi dermed skille mellom fire typer saker:

- Saker som skal avgjøres på det aktuelle nivået (for eksempel avdelingsnivå eller i det lokale helseforetaket)
- Saker som partene har til forberedelse eller uttalelse, men som skal avgjøres på et høyere nivå internt i foretaket (for eksempel helseforetakets mening i en sak som skal avgjøres på RHF-nivå)
- Saker som partene har til forberedelse eller uttalelse, men som skal avgjøres av styringsorganer overordnet arbeidsgiver (eksempelvis saker som skal til styret i helseforetaket eller styret på RHF-nivå)
- Saker som partene har til forberedelse eller uttalelse, men som skal avgjøres utenfor foretaket (eksempelvis saker som skal til foretaksmøte⁷)

⁶ Innenfor de ulike fagorganisasjonene opererer man med ulike betegnelser på tillitsvalgte på ulike nivåer. For å lette lesingen bruker vi hhv. regiontillitsvalgt, hovedtillitsvalgt og plasstillitsvalgt.

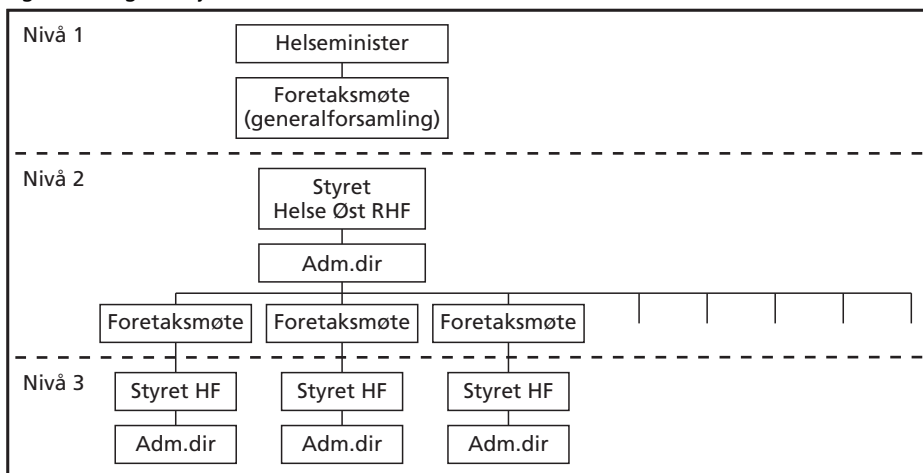
⁷ Foretaksmøtet mellom det enkelte helseforetak og RHF-nivået regnes her som et internt organ.

Prinsippet om «likeverdige parter» gjør at foretakets beslutningsstruktur er helt avgjørende for hvordan partssamarbeidet skal organiseres. Vi velger derfor å bruke plass på dette. Framstillingen er primært bygd på diverse styringsdokumenter, men er også preget av våre funn fra informantintervjuer. Som vi understreket innledningsvis, vårt kanskje viktigste funn er nettopp de divergerende oppfatninger om hvordan regionalutvalget og de regionaltillitsvalgte fungerer. Vi finner at dette kan relateres til vårt møte med flere – og til dels svært motstridende – beskrivelser av styringsmodellen og maktfordelingen innenfor Helse Øst. Dette poenget blir naturlig nok tatt opp igjen i større bredde i vårt konklusjonskapittel, men det vil også prege framstillingen her.

Beslutningsstruktur

Sykehusreformen har resultert i et nytt beslutningsnivå i helsesektoren. Til tross for at Helsedepartementet er gitt en helt klar eierrolle i den nye reformen, har også de regionale helseforetakene fått en selvstendig organisatorisk stilling: «De skal ha stor frihet til å legge opp egen drift innenfor de mål og rammer som er fastsatt av overordnede politiske organer.» (Styringsdokument 2003:5) Nedenfor gjengir vi organisasjonskartet for Helse Øst.

Figur 2.1 Organisasjonskart Helse Øst RHF.*



* En kommentar ift. nivå 2 (eller mer presist forholdet mellom nivå 2 og nivå 3) bør med: Vi har flere ganger i intervjuene blitt gjort oppmerksom på at det er etablert et «direktørmøte». Møtet har ingen formell myndighet, men det er likevel noe uklart for oss hvilken betydning det har. I ett tilfelle fikk vi høre om en sak som ble tatt av de regionaltillitsvalgtes sakskart «fordi direktørmøtet ikke ville at de skulle drive med det». Toppledelsen beskriver en utvikling i direktørmøtet fra ensidig informasjon til et mer aktivt forum og knytter dette sammen med økende interesse for overordnede saker fra helseforetaksdirektørens side. Vi har i vår analyse ikke gått nærmere inn på betydningen av direktørmøtet, men vil likevel henvise til det ved et par anledninger.

Nivå 1 handler om eieren. Foretaksmøtet er eierens viktigste redskap og som helseministeren selv sa, foretaksmøtet er å likne med en generalforsamling.⁸ Foretaksmøtet utnevner styret i Helse Øst RHF. Forholdet mellom nivå 2 og 3 beskrives slik i et internt arbeidsnotat om «Rolle- og ansvarsfordeling»:

«Kommandolinjene er som følger: Styret i RHF ansetter administrerende direktør i RHF, og styret i RHF utnevner i foretaksmøtet styret for HF-ene. Styrene i HF ansetter administrerende direktør i HF.» (Helse Øst 2003:10) Notatet gir også flere presiseringer som vi her velger å referere:

Slik Hftl. er bygget opp, legger lovens eierstruktur opp til en konsernmodell med det regionale helseforetak som konsernledelse overfor de utøvende helseforetak. Det presiseres at begrepet konsern er knyttet til aksjeselskapslovgivingen og således ikke dekker helseforetakene. Begrepet benyttes likevel her for illustrasjon av relasjonen mellom det regionale og det lokale nivå. Ledelsen omfatter kontroll med og styring av den virksomhet helseforetakene driver (vår utheving). Den nærmere avgrensning av helseforetakenes selvstendighet er regulert dels gjennom loven selv og dels gjennom de vedtektene som gjelder for helseforetakene. I den sammenheng må det presiseres at det er det regionale helseforetak som fastsetter vedtektene gjennom foretaksmøte. En viktig begrensning i helseforetakenes selvstendighet finner vi i Hftl. § 30. Bestemmelsen regulerer behandlingen av saker som antas å være av vesentlig betydning for helseforetakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder andre saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Bestemmelsen omfatter så vel det regionale helseforetak som det enkelte helseforetak. På helseforetaksnivå skal departementet som eier forelegges saken før det regionale nivå treffer avgjørelse. Tolkningmomentet som ligger til bestemmelsen tilligger det regionale nivå. Dette innebærer at det regionale helseforetaket til enhver tid kan overprøve beslutninger i helseforetakene dersom det finner at kriteriene i bestemmelsen foreligger (igjen vår utheving). Det er stilt spørsmål om hvorvidt lovens kap. 2 representerer beskrankninger i konsernmodellen gjennom å innskrenke konsernledelsens styring. Etter Hftl. § 6 har det enkelte helseforetak rettigheter og plikter, er part i avtaler med private og offentlige myndigheter og har partsstilling overfor domstoler og andre myndigheter. Dette innebærer blant annet at helseforetaket inngår avtaler og disponerer i eget navn, at det har arbeidsgiveransvar, at det selv foretar låneopptak og at fordringshavere forholder seg til foretaket. Bestemmelsen fastslår helseforetaket som et selvstendig rettssubjekt, men så vel den materielle som prosessuelle handleevne er til enhver tid regulert gjennom den myndighet som tildeles fra det regionale nivå gjennom vedtekter, instruks, styrevedtak, styringsdokument og foretaksmøte. I dette ligger at helseforetaket i utgangspunktet har rettslig handleevne, men at denne evnen må fylles med innhold. Innholdet gis av det regionale nivå. Som en foreløpig oppsummering kan det således fastslås at det enkelte helseforetak har myndighet innenfor de rammer som til enhver tid fastsettes av det regionale helseforetaket og at denne myndighet utøves på et selvstendig grunnlag (våre uthevninger). (Helse Øst 2003:5-6)

⁸ NRK Dagsnytt 17.06.04.

Til tross for disse forholdsvis klare presiseringene er det store forskjeller i tolkning av styringsmodellen. Det er imidlertid ikke slik at ledelsen som helhet har én forståelse og de tillitsvalgte (som helhet) en annen. Det synes snarere å være individuelle variasjoner.

De ulike nivåers beslutningskjeder og myndighet (og myndighetsutøvelse) er et kjernepunkt når partssamarbeid og tillitsvalgtes rettigheter og plikter settes under lupen.

Tommefingerspørsmålet kan formuleres slik: *Hvor fattes de beslutninger som har betydning for de ansattes arbeidsforhold og hvilke rettigheter har man på det aktuelle nivået?* I utgangspunktet er dette et enkelt spørsmål, beslutningsstrukturen finner vi i styringsdokumenter og rettighetene henter vi fra lov- og avtaleverk. Vår datainnsamling har imidlertid avdekket en manglende konsensus knyttet til dette spørsmålet. I alle våre intervjuer har vi stilt det noe naive spørsmålet: «Hvor finner vi makten i Helse Øst, hvor fattes de viktige beslutningene?» Her *varierer* svarene fra at det regionale nivået i *svært liten grad* virker styrende på helseforetaket til at det i *svært stor grad* bestemmer hva som skal – og kan – skje lokalt. Dette er som nevnt, spørsmål vi kommer tilbake til, i denne sammenhengen skal vi bare, med bred pensel, presentere noen posisjoner:⁹

- Det foregår egentlig ingenting på regionalt nivå – noe som tilsier at partssamarbeid hører hjemme i det enkelte helseforetak
- Det regionale nivået bestemmer svært mye – men ansatte har ingen rettigheter etter avtaleverket på dette nivået
- Det regionale nivået bestemmer svært mye, men vi mangler et formelt og ryddig partssamarbeid på dette nivået.

Pilarer – og forholdet mellom dem

Det er vanlig å framstille det norske medbestemmelsessystemet gjennom å peke på tre ulike pilarer (se Engelstad mfl. 2003). Den første er knyttet til avtaleverket, her finner vi partenes rettigheter og plikter. Dernest finner vi lovbestemmelsene i arbeidsmiljøloven (AML) om arbeidsmiljøutvalg (AMU) – verneordninger¹⁰, dette er plikter som retter seg mot arbeidsgiver. Til slutt har vi rettigheter knyttet opp mot eierne, med andre ord retten til ansattes representasjon i styret. Bestemmelsene

⁹ Her har vi brukt datamateriale til å konstruere ytterkanter, dette er altså ikke sitater fra intervjuene.

¹⁰ I tillegg kommer rettigheter til den individuelle ansatte og til tillitsvalgte på spesielle punkter. Tillitsvalgte i AML er imidlertid ikke presisert (kilde: Stein Evju).

knyttet til AML ligger utenfor mandatet til dette prosjektet, mens derimot avtaleverk og styrelovgivning er svært viktig.

Hovedavtalen i NAVO-området¹¹ har flere paragrafer som får betydning for partssamarbeidet på regionalt nivå. Særlig viktig er imidlertid § 42 og § 43. Vi velger derfor å gjengi dem i sin helhet:

§ 42 Drøftelser innen et konsern Planer om utvidelser, innskrenkninger eller omlegginger som kan få vesentlig betydning for sysselsettingen i flere virksomheter innen samme konsern, skal konsernledelsen så tidlig som mulig drøfte disse spørsmål med de tillitsvalgte, uten hensyn til om virksomhetene er bundet av felles overenskomst. Konsernledelsen kan tilkalle representanter for ledelsen innen de virksomheter saken gjelder. Slike drøftelser skal også finne sted om spørsmål som gjelder konsernets økonomi og utvikling. Tillitsvalgte skal gis mulighet for å fremme sine synspunkter for konsernledelsen treffer sine beslutninger. I de tilfelle konsernledelsen ikke finner å kunne ta hensyn til de tillitsvalgtes anførsler, skal den grunngi sitt syn. Fra møtet skal det settes opp protokoll som undertegnes. § 43 Konsernutvalg – konserntillitsvalgte. Partene er enige om at det foreligger behov for på konsernbasis å drøfte saker som nevnt i Hovedavtalen § 42. De lokale parter, med eventuell bistand fra NAVO og LO Stat, søker å finne frem til hensiktsmessige former for slikt samarbeid. En slik form for samarbeid skal foregå enten ved: a) at det i konserner med flere virksomheter etableres et koordinerende utvalg av tillitsvalgte. Utvalget skal ha drøftelser med representanter for konsern- og virksomhetsledelsen, eller b) at en finner andre tilsvarende samarbeidsformer. Partene er enige om at det i større konserner kan være behov for ordning med en konserntillitsvalgt fra LO Stat. Det kan inngås avtale om at en av de tillitsvalgte i konsernets virksomheter også kan inneha denne funksjonen. Dersom de lokale parter, eventuelt etter bistand fra NAVO og LO Stat ikke blir enige om etablering av en ordning med konserntillitsvalgt, kan spørsmålet bringes inn for NAVO og LO Stat. Konserntillitsvalgte ivaretar de ansattes interesser overfor konsernledelsen i saker som behandles på konsernnivå og som har betydning for de ansatte i konsernet som helhet, jfr. § 42. Konserntillitsvalgtes arbeid skal ikke gripe inn i, eller erstatte partenes rettigheter og plikter på virksomhetsnivå. Rettigheter og plikter for konserntillitsvalgte skal følge bestemmelsene om tillitsvalgte i Hovedavtalens del III. Utfyllende bestemmelser om rettigheter og plikter kan avtales på konsernnivå.

Når det gjelder ansattes styrerepresentasjon, finner vi bestemmelsene i helseforetaksloven. Her framgår det klart at aksjelovens bestemmelser er brukt som mal.

§ 22. Ansattes styrerepresentasjon i regionalt helseforetak Inntil en tredel og minst to av styrets medlemmer med varamedlemmer skal velges av og blant de ansatte i regionalt helseforetak og helseforetak som regionalt helseforetak eier.

¹¹ Her har vi brukt avtalen med LO.

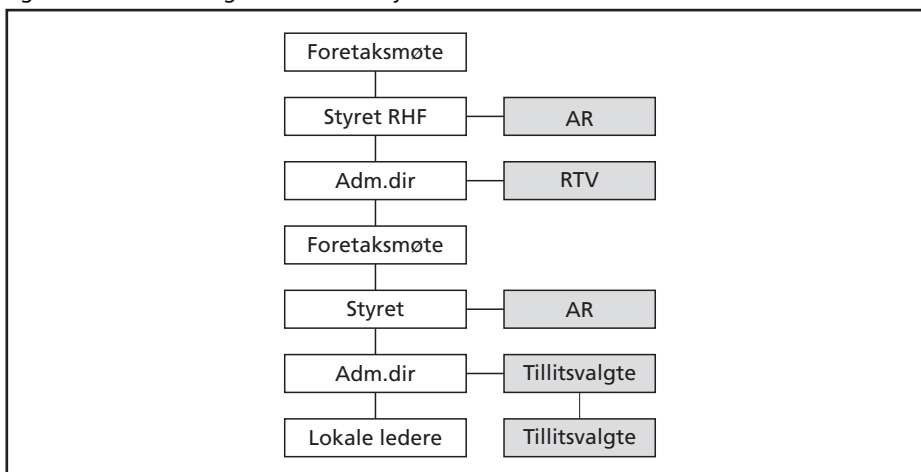
§ 23. Ansattes styrerepresentasjon i helseforetak I helseforetak som har flere enn 30 ansatte, kan et flertall av de ansatte kreve at inntil en tredel og minst to av styrets medlemmer med varamedlemmer, velges av og blant de ansatte. Har helseforetaket flere enn 200 ansatte, skal de ansatte velge ett styremedlem og varamedlem i tillegg til den representasjon som følger av første ledd. Det kan inngås avtale mellom helseforetaket og fagforening som omfatter to tredeler av de ansatte eller et flertall av de ansatte, om at de ansatte i stedet for dette styremedlemmet skal velge to observatører og varamedlemmer.

Forholdet mellom de ulike pilarene er et kjernepunkt i enhver analyse av medbestemmelsesordninger. Prinsipielt kan de sentrale spørsmålene formuleres slik:

- Skal beslutningskjeden innenfor Helse Øst betraktes som sammenhengende eller som oppbygd av flere deler (brudd)?
- Skal de (i vår sammenheng) to medbestemmelsespilarene betraktes som ett felles eller sammenhengende system, eller som to ulike kilder til innflytelse for de ansatte?

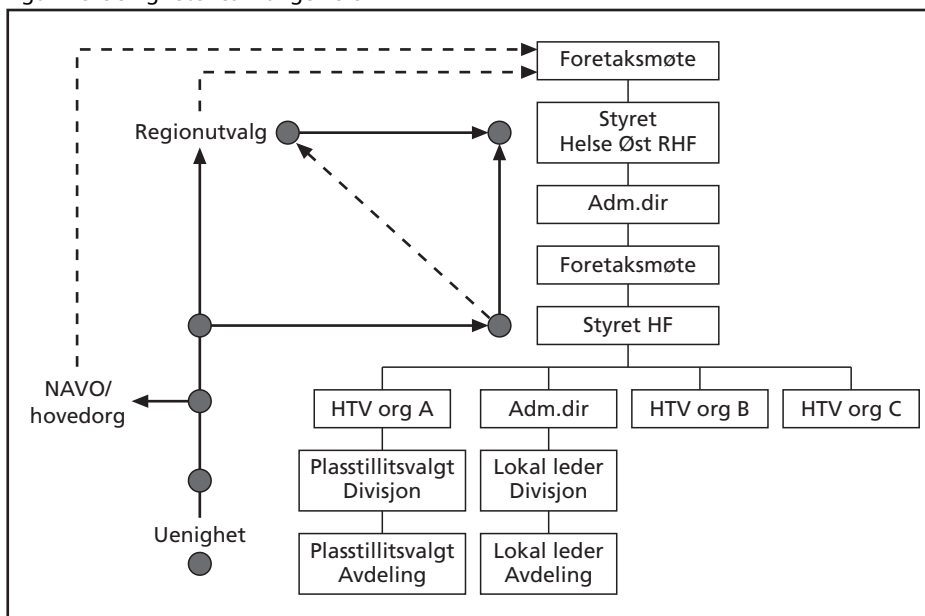
Svarene på disse to spørsmålene har stor betydning for hvordan representasjonsordningene bygges opp og praktiseres innenfor et system. På arbeidsgiversiden er det neppe mulig å tenke seg en ikke-kontinuerlig myndighets- eller beslutningslinje. På arbeidstakersiden derimot har vi flere ganger fått presisert at de ulike nivåene ikke må blandes sammen, styrene må ikke betraktes som ankeorgan for parts-samarbeidet. Partssamarbeidet bygger på avtalepilaren og skal, hevder flere av våre informanter, utelukkende knyttes til det formelle arbeidsgiveransvaret. De tillitsvalgte må dermed forholde seg til en brutt linje, noe figur 2.2 antyder. Her har vi tegnet inn de ulike representasjonsordningene.

Figur 2.2 Sammenheng mellom de to systemene.



Vi har her altså med to ulike regelsett å gjøre. I det ene går linjen helt til topps. I det andre regelsettet har vi en linje som primært går horisontalt. I et maktperspektiv (se avsnitt 2.2.4) er det liten tvil om at det ligger svært mye makt i å kunne *bestemme* eller *forvalte* disse linjene. I figur 2.3 har vi forsøkt å gå til den motsatte ytterlighet. Vi tegner et system hvor vi tar utgangspunkt i en kontinuerlig beslutningslinje med ulike ankemuligheter.

Figur 2.3 Uenighetenes mulige veier.



Punktene representerer uenigheter og pilene forteller hvilken «sti» eller vei de kan gå. På nivå 3 følger man tradisjonell vei, fra lokale til mer sentrale tillitvalgte. Uenigheter her kan løses på tre måter: at de hovedtillitsvalgte erkjenner nederlag eller at de sender saken til sitt eget forbund/hovedorganisasjon. Denne (eller disse) framgangsmåten er i tråd med prinsippet om isolerte pilarer. Alternativt kan man velge å be de ansattes styrerepresentanter ta saken opp i HF-styret. Ved nederlag her kan HF-representantene be RHF-representantene ta saken opp på dette styrenivået. Gjennom opprettelsen av regionutvalget har man imidlertid ytterligere en mulighet, formelt eller uformelt. Dersom regiontillitsvalgte betraktes som en del av tillitsvalgtlinjen, vil disse befinne seg over HF-styret, og hovedtillitsvalgte kan åpent eller skjult be de regiontillitsvalgte ta saken opp i regionutvalget.

Ansattes styrerepresentasjon

Forholdet mellom tillitsvalgte etter avtaleverket og de ansattes representanter er et gammelt tema i norsk arbeidsliv. Formelt sett er det ingen tvil om at ansattes styrerepresentanter har en annen posisjon og stilling enn tillitsvalgte etter avtaleverket: De representerer alle ansatte og de har særskilte lovbestemte plikter. Hvordan disse pliktene skal forstås, er det imidlertid ikke konsensus om. I Helse Nord's behandling av de ansattes rolle (styresak 19-2003) sier man for eksempel at:

I utgangspunktet har alle styremedlemmer samme rettigheter og plikter – uavhengig av om de er valgt av de ansatte eller eierne. De ansattes lovbestemte representasjon bygger på at de ansatte har særskilte interesser eller erfaringer. For at styrearbeidet og styreklima skal bli vellykket, er det en forutsetning at styret og administrasjonen tar hensyn til dette og gir de ansattevalgte mulighet til å ivareta de ansattes interesser. Samtidig må de ansattevalgte se sitt arbeid og sin rolle i lys av hovedkravet til styret, nemlig at det fremstår som et kollegium hvor behovet for å sette selskapet i sentrum er avgjørende. Det vesentlige i denne saken er å skille rollen som styremedlem og vervet som tillitsvalgt. Disse rollene må ikke blandes sammen (våre uthevninger). (Helse Nord¹²)

En slik tolkning står i skarp kontrast til det vi finner i deler av privat sektor (se neste kapittel), her illustrert ved et utsagn fra en konserndirektør i et av Norges største private konsern:¹³

«Hvis man ikke har andre verv ved siden av styreposisjonen, blir det snakk om folk uten mandat og posisjon, og dermed heller ikke samme verdi for oss å ha dialog med.»

Denne forskjellen i oppfatningen mellom kobling av posisjoner er en viktig årsak til at vi har valgt å trekke inn erfaringer fra private konsern. Mandatet og rammene for dette prosjektet gir ingen anledning til en nærmere analyse av ansattes styremedlemmer og deres rolle. Her er vi opptatt av de prinsipielle spørsmålene. Er det mulig å kombinere rollen som forsvarer av de ansattes interesser, *samtidig* som man som styremedlem tar ansvar for selskapets interesser? Motstanderne av kombinasjonen argumenterer, litt spissformulert, som følger:

«Som tillitsvalgt skal du sette medlemmenes interesser først, som styremedlem skal du sette selskapets interesser først. Dette gjør det umulig å koble de to posisjonene.»

Det ligger mye implisitt mening i en slik argumentasjon, blant annet at

- Man antar en grunnleggende motsetning mellom de ansattes og selskapets interesser

¹² Hentet fra sakspapirer til styremøtet sak 19-2003, datert 19.03.03.

¹³ Se kapittel 3 for vårt grunnlag for sammenlikningen med privat sektor.

- Man antar at selskapets interesser defineres av styrets flertall (eller m.a.o. eierne)

Uavhengig av svaret på disse to spørsmålene, det er de ansattevalgte plikt å ivareta de ansattes interesser. Man må kunne anta at de tillitsvalgte og de ansattes representanter i styret har sammenfallende syn på hva de ansattes interesser er. Det sentrale spørsmålet er derfor *hvor* og på *hvilken* måte det er legalt å fremme disse interessene: Ikke minst må man søke etter aktørenes interesser når sakskartet og saksgangen tegnes. Det ligger mye makt i argumentet om at «dette hører ikke hjemme her». Dette siste er interessant også fordi rollediskusjoner alltid har to sider. Følgende spørsmål kan reises:

- Er det mulig *for meg* å skille mellom disse to rollene? og
- Er det mulig *for andre* (administrasjon/styre og ansatte) å skille posisjonene?

Hvordan rollekonflikter og lojalitetskonflikter defineres og kommuniseres, er prosesser som i høy grad er maktladet. Flere av de lederne vi har intervjuet, legger svært sterk vekt på at rollene ikke må blandes, at de ansattevalgte representantene ikke skal være tillitsvalgt i styret, og at de har de samme plikter i forhold til foretakets beste som eieroppnevnte representanter. Saker som de ansattes representanter har fått tilgang og informasjon om som tillitsvalgte, skal dermed avvises av styret fordi styret ikke er noe ankeorgan. Informasjonssortering som en konsekvens av hvilken rolle individet var i da opplysningene kom vedkommende for øre, kan også tolkes som at styrerepresentantene ikke stiller med samme rettigheter og plikter.

Diskusjonen rundt ansatterepresentantenes rolle er viktig, ikke bare fordi man i Helse Øst har forholdsvis stor grad av overlapp mellom rollene i de ulike styrene, men også fordi vårt primære tema er de regiontillitsvalgte. De regiontillitsvalgte befinner seg på «eiernivået», dette ligger i selve betegnelsen «region». «Motparten» er Helse Øst. Tradisjonelt er det ansattes styremedlemmer som har rettigheter på dette nivået. I modellen ovenfor har vi også satt opp regionalutvalget som et mulig ankepunkt. Dette utvalget, og de regiontillitsvalgte, er ment å dekke opp behovet for nye samarbeidsordninger på nivå 2 (i figur 1). Spørsmålet er så hvor dette utvalget hører hjemme, eller sagt på en annen måte: Hvilken av pilarene ligger til grunn for ordningen?

2.3 Institusjonalisering og makt

Tiden er nå kommet til vårt tredje bakteppe. Alt partssamarbeid handler til syvende og sist også om makt og maktfordeling. Fordeling av makt er knyttet til fordeling av goder og onder i en arbeidsorganisasjon. Dette innebærer likevel ikke at makt-

fordeling med nødvendighet må betraktes som et null-sum-spill. Det er ikke gitt at et mer formalisert partssamarbeid med klare rettigheter og plikter for partene vil svekke ledelsens makt selv om det gir de tillitsvalgte mer innflytelse.

Institusjoner er, som Walter Korpi (1987) framhever, å regne som makt-økonomiserende, ikke minst fordi institusjoner gjennom sine rutiner og derfor også sin forutsigbarhet skaper tillit. Trygve Gulbrandsen skriver i den forbindelse at makt og tillit kan betraktes som gjensidige forutsetninger for hverandre (2001:297). Korpi argumenterer for at institusjonelle innretninger først og fremst må betraktes som et ønske fra makthaverne om å økonomisere med sine maktressurser. Når makt ønskes anskueliggjort i institusjonelle prosesser, vil ulike aktørgruppers tilgang på maktressurser belyse styrkeforholdet mellom de ulike partene. Styrkeforholdet vil kunne fortelle oss noe om sannsynlige utfall av en prosess. Finn Borums (1995) maktressursteori er fruktbar til å kaste lys over et empirisk felt og kan være nyttig i en konkret analyse av eksempelvis et helseforetak. Nå ligger en slik analyse utenfor vårt mandat, men vi velger likevel å framstille Borums ulike maktbaser, der aktørers, enkeltindividens så vel som gruppers innflytelse må ses i sammenheng med tilgjengelige maktressurser. Hensikten er å gi leseren en mulighet til selvrefleksjon både når det gjelder de ansattes, de tillitsvalgtes og ledelsens maktbaser.

Når hensikten er å avdekke strategier både for å få grep om, og for utøvelse av makt, må vi anskueliggjøre maktens kilde (Pfeffer 1981). Borum (1995) argumenterer for at en persons og/eller gruppes maktposisjon innenfor et system er basert på kontroll over ressurser. Maktressurser kan være materielle så vel som immaterielle, men de må være verdifulle eller kritiske for andre aktører eller grupper innenfor systemet. Borum opererer med flere maktbaser; blant annet gruppesamhold, energi, ekspertise, autonomi, strategiske allianser og strategisk kompetanse. Hvorvidt en gruppe evner og makter å mobilisere og utnytte sine ressurser i relasjon til den andre part, vil være en nøkkelfaktor når det dreier seg om å konvertere ressurskontroll til innflytelse. De ulike maktbasene gjengis i avsnittene nedenfor.

Gruppesamhold

En gruppes mulighet for å ta del i maktstrategier er basert på graden av enhet eller samhold innenfor gruppen. Er gruppen preget av opposisjon og uenighet medlemmene imellom, vil evnene til ytre handling begrenses. Dette vil kunne redusere gruppens muligheter til å initiere handling, og opposenten eller motparten vil kunne utnytte den interne uenigheten. Gruppesamhold vil kunne avleses i om hvorvidt gruppe medlemmene har felles mål og er seg dette bevisst, og ut fra graden av harmoni og integrasjon gruppe medlemmene imellom.

Graden av gruppesamhold vil kunne påvirke både ledelsens og tillitsvalgtes/ansattes makt innenfor organisasjonen. Jo mer samstemt og integrerte lederteamene

er, jo større vil mulighetene være til å initiere handling og strategier. På samme måte vil gruppesamholdet både innenfor den enkelte fagorganisasjon, men også mellom fagorganisasjonene, påvirke tillitsvalgte og dermed også ansattes muligheter for å ta del i maktstrategier.

Energi

Henspeiler på gruppens mulighet til å kanalisere en viss mengde energi inn i målrettet virksomhet. Gruppens muligheter til å frigjøre energi til målrettet virksomhet, eller gruppens muligheter til å oppnå ytre assistanse, er essensielt i spørsmål om innflytelse. Dette har gjerne sammenheng med gruppens status i organisasjonshierarkiet. For tillitsvalgte vil andelen av frikjøpt tid kunne være avgjørende for muligheten til å kanalisere energi. Dette vet vi er ulikt fordelt blant de regiontillitsvalgte i Helse Øst.

Ekspertise

Ekspertise oppnås både gjennom teoretisk utdanning, eller gjennom praktisk erfaring med, og kunnskap om, ulike spørsmål. Ekspertise avhenger av hvilke analytiske modeller som er tilgjengelige for gruppen, men også av gruppens evner til å bruke disse modellene. Dette kan være ekspertise knyttet til forståelsen av styringsmodell og beslutningsstruktur, som er et aktuelt tema innenfor Helse Øst, eller det kan være ekspertise som er i samsvar med det som anses som «gangbart»: Det handler blant annet om hvilke argumenter som betraktes som legitime innenfor en spesiell kontekst. Våre informanter forteller oss blant annet at tillitsvalgtes argumenter gjerne blir stilt opp mot pasientenes behov. Det å kunne argumentere ut fra en helsefaglig ekspertise kan derfor vise seg effektivt. Men det er ikke bare profesjon som påvirker ekspertise. Like viktig er tilgang til informasjon om spørsmål/ beslutninger. Dette er avgjørende dersom man skal make å produsere argumenter, og dermed kunne formulere forklaringer og presentere ideer av betydning. Ekspertise dekker tre ulike aspekter:

- Kontroll av, og tilgang til informasjon om konkrete spørsmål (eksempelvis sakskart).
- Kontroll over analytiske modeller for å bearbeide informasjon og evne til å benytte/ anvende disse modellene. Muligheten for å kommunisere resultatene til andre grupper.
- Tidspunktet for involvering vil i stor grad influere på tillitsvalgtes muligheter for å påvirke et handlingsutfall. Tidspunkt for involvering er derfor relatert til tillitsvalgtes ekspertise.

Autonomi

Den fjerde maktbasen beror på gruppens posisjon i organisasjonen. For å kunne handle på vegne av seg selv må den handlende gruppen ha en viss grad av autonomi. Grad av autonomi vil være avhengig både av autoritetsrelasjoner og arbeidsrelatert avhengighet. Innenfor en organisasjon vil det eksistere et system av roller. En akseptabel handling vil være avhengig av hvilken rolleposisjon den involverte har i hierarkiet. Her kan vi igjen gå til vår empiri. Samtlige av våre informanter er av den oppfatning at man vanskelig kan lede et sykehus – eller et regionalt helseforetak – dersom man er i konflikt med legene eller Lægeforeningen. Autonomi innenfor helseforetakene må derfor ses i lys av de ulike aktørenes profesjonsbakgrunn. Inger Lise Skog Hansen peker i den forbindelse på at legenes sterke kontroll over sykehusene fra 1970-tallet har blitt utfordret av sykepleierne som har «vunnet mer og mer autonomi og innflytelse» (2004:23). Vi kan si at sykepleierne har høynet sin autonomi gjennom målrettet arbeid med å profesjonalisere sykepleiefaget. Autonomi er imidlertid gjerne skjevt fordelt.

Autoritet vil manifestere seg når en person er plassert i en organisatorisk posisjon med en legitim rett til å kontrollere andres handlinger. Borum skiller mellom tre typer autoritetsrelasjoner:

- Asymmetrisk: en utøver kontroll over en annen.
- Symmetrisk: begge parter utøver autoritet over den andre innenfor et avgrenset område.
- Autonomi/uavhengighet: det er ingen autoritetsrelasjoner mellom partene.

Arbeidsrelatert avhengighet skaper bånd mellom grupper. Når grupper er relatert til hverandre funksjonelt, når en gruppe tilbyr tjenester til en annen gruppe, vil disse tjenestene representere en mulig maktbase. Jo viktigere og mindre erstattelig tjenestene er, jo sterkere vil tjenesteleverandørenes makt være (Thompson 1967).

Strategiske allianser

Den femte maktbasen er relatert til parter som er i konflikt og som handler i et interessefelt der andre grupper er, eller vil bli – aktive. Borum benytter begrepet *Political connections*. Dette er imidlertid en noe forvirrende betegnelse i denne sammenheng, for det dreier seg ikke om politikere i bokstavelig forstand, men snarere om strategisk viktige forbindelser eller allianser. Denne maktbasen omtaler vi derfor for strategiske allianser. Strategiske allianser er av avgjørende betydning for å etablere og kontrollere koalisjoner. Strategiske allianser vil også påvirke en gruppes muligheter til å analysere konsekvensene av andre gruppers handlinger, eller også å kunne forutsi ulike mottiltak til ens egen gruppes handling. Dersom man i en spesiell sak handler i samsvar med andre gruppers interesser, er det lettere å oppnå støtte. Som vi skal

komme tilbake til i kapittel 5, søker illustrerende nok de regiontillitsvalgte hverandres støtte i viktige saker, og søker å opptre samlet. Enda bedre vil det være dersom man evner å få andre grupper til å støtte en sak ved å utvide problemet slik at det føles aktuelt også for dem, eksempelvis brukergrupper og/eller politikere. Strategiske allianser vil kunne være den mest effektive maktbasen for å påvirke et bestemt utfall. Strategiske allianser vil kunne øke en gruppes energi, ekspertise og strategiske kompetanse. Da fylkeskommunen var eiere av sykehusene, var det blant annet vanlig med tette bånd mellom Norsk Kommuneforbund og politikere fra DNA. I dag vil tillitsvalgte med tilhørighet i LO kunne oppleve en svekket tilgang på strategiske allianser.

Strategisk kompetanse

Siden en konflikt er en prosess der ulike parter vil søke å påvirke et utfall gjennom en rekke av sekvenser, vil strategisk kompetanse være en viktig maktbase. Strategisk kompetanse viser til gruppens muligheter til optimalt å dra nytte av de fem tidligere maktbasene, og slik maksimere måloppfyllelsen. Dersom en gruppe ønsker å styre prosessen mot et spesielt utfall, vil det være helt avgjørende at gruppen er i stand til å utvikle en passende strategi og realisere denne gjennom en handlingssekvens.

Evnen til å ta og opprettholde initiativ, evnen til å forutsi andres reaksjoner og også forberede effektive mottiltak vil være avgjørende for at en gruppe skal kunne nå sine mål. De seks maktbasene er derfor relatert til hverandre. Energi, autonomi og strategiske allianser er vesentlig mer velutviklet i de øvre hierarkiske nivåene. Det er også sånn at strategiske allianser gjør det lettere å etablere koalisjoner som vil kunne være en gruppes eneste vei for å øke de øvrige maktbasene. Det er parallellt mellom Borums begrep strategisk kompetanse og Stein Bråtens (1981) modellmaktbegrep. Modellmakt handler om: «Hvordan innflytelse og kontroll baserer seg på modeller og deres premisser» (ibid.: 105). Styrken ved Bråtens modellmaktteori er at det åpnes for at «innflytelsesgap vil kunne øke selv når viljen til makt ikke er til stede, og selv om begge parter kanskje ønsker innflytelsesutjevning» (ibid.). Dermed vil et asymmetrisk maktforhold kunne oppstå uintendert. Kort fortalt dreier det seg om de ulike deltakernes modellstyrke, og det dreier seg om kjennskap og kunnskap om den aktuelle konteksten man befinner seg innenfor. Poenget til Bråten er imidlertid at de modellsvake – de med mangelfulle kunnskaper om den gjeldende kontekst – ubevisst vil forsøke å tilegne seg modellene til modellsterke. Men hvem som er modellsterke i en situasjon, er kontekstavhengig.

2.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi forsøkt å framstille bakteppet for vår analyse av regionutvalget og de regiontillitsvalgtes rolle. Her legger vi vekt på at sykehusreformen kan ses på som en overgang fra en politisk organisasjon til et foretak styrt etter bedriftsøkonomiske modeller og idealer fra New Public Management. Denne overgangen stiller aktørene overfor nye – og store – utfordringer. Samtidig ser vi det sentralt å bringe inn maktperspektiver i analysen. Her legger vi særlig vekt på den makt som ligger i definisjon og tolkning av beslutningsstrukturen. Sentrale spørsmål i den sammenhengen er forholdet til de ansattes interesser og på hvilke nivåer og på hvilken måte det er legalt å hevde de ansattes interesser. Vi antyder at styringsmodellen i Helse Øst defineres på ulike måter, styringsmessig beskrives en beslutnings- eller myndighetslinje fra bunn til topp. Tillitsvalgte og ansattrepresentanter må (eller skal) forholde seg til en brutt linje, kobling mellom de ulike pilarene i medbestemmelsessystemet beskrives på ulike måter som illegitimt, anker mellom systemene avvises.

Kapittel 3 En komparativ analyse

I dette kapitlet skal vi gjøre rede for det empiriske og metodemessige arbeidet. Kapitlet har fire deler. Del en presenterer problemstillingen og grunnlaget for at vi har valgt komparativ analyse som metode. Del to beskriver framgangsmåte og empirigrunnlag. I del tre tar vi turen til private konsern og gir en rask beskrivelse av ulike tillitsvalgtordninger. I del fire gir vi mer prinsipiell sammenlikning mellom de to systemene (altså henholdsvis ordningen i Helse Øst og i private konsern). Her fokuserer vi særlig på to forhold: Hvorvidt det er konsensus omkring beslutningsstrukturens konsekvenser (eller aktørenes virkelighetsbeskrivelse) og hvorvidt aktørene viser tiltro eller tilslutter seg strukturen.

3.1 Problemstilling

Fire overordnede problemstillinger har vært førende for vårt arbeid:

1. Hva ønsker partene at et samarbeidsutvalg på regionalt nivå skal være?
2. Hvordan har samarbeidsutvalget fungert så langt?
3. Hvorfor har det fungert slik?
4. I hvilken grad er disse erfaringene i tråd med partenes ønsker for det regionale samarbeidsutvalget?

Bak spørsmål av denne typen ligger det alltid antakelser eller forestillinger om hva som er kvalitativt sett en god ordning. Dette gir grunn til å stille noen «forberedende spørsmål». Hvor har partene hentet sine ønsker fra, hvilke kriterier brukes for å kunne svare på hvordan det fungerer, hva er godt eller dårlig? Spørsmål tre og fire er selvsagt helt avhengig av svarene på de to første – hvem er «skurken» og hvem er «helten» når årsakene til funksjonsmåte skal analyseres?¹⁴ Det synes som om ingen av partene er særlig godt fornøyd med den måten utvalget og rollen som regiontillitsvalgt fungerer på i dag, men vi finner ingen felles årsak eller felles forslag til

¹⁴ Som tidligere nevnt presenteres vår evalueringsmodell i vedlegget bakerst i rapporten.

forbedringer. Forventningene varierte i utgangspunktet, og snarere enn å samles, synes det som om forventningene har gått i ytterligere forskjellig retning.

Ordningen er, som vi sier innledningsvis, et resultat av sykehusreformen og den har bare virket drøyt halvannet år. Dette betyr at vi ikke kan hente svaret på «hva er godt og hva er dårlig» gjennom en mer tradisjonell vurdering av endring over tid. Samtidig krever en vurdering av et enkelttiltak alltid en sammenlikning for å kunne si noe om hvordan ordningen fungerer. Vår første oppgave som forskere er derfor å søke etter relevante sammenlikninger. Ønsket om sammenlikning gjør at vi har valgt komparativ metode som vårt arbeidsredskap.

Ragin (1994) presenterer komparativ metode som en tredje vei, godt plassert midt imellom den kvalitative og den kvantitative tilnærmingen.¹⁵

«Like qualitative research, comparative research pays close attention to individual cases; like quantitative research, comparative research focus directly on differences across cases and attempts to make sense of these differences.» (Ragin 1994:xii)

Historikeren Kjeldstadli (1988) stiller det betimelige spørsmålet om hva vi egentlig gjør når vi sammenlikner? Goldstone (1997) hevder at «ekte komparasjon» er en reise gjennom begivenhetene i feltet hvor forskeren, lik en detektiv i kriminalromanen, veksler mellom deduktiv og induktiv tilnærming og videre, han legger vekt på at forskeren blir «stuck by the similarities» (ibid.:113) i de ulike casene innenfor det fenomenet man er interessert i. Tradisjonelt er det to måter å bygge opp en komparativ analyse; man kan ta utgangspunkt i såkalt forskjells- eller overensstemmelsesmetode (Morrow 1994).

Vårt forskningsfenomen er regionutvalget og dets funksjonsmåte. Forskjellsmetoden vil dermed innebære at vi søker etter et tilsvarende organ som fungerer på en helt annerledes måte, for så å søke etter forklaringer i omverdenen som kan hjelpe oss til å forstå hvorfor de to organene fungerer så forskjellig. Tabell 3.1 gir et eksempel på en slik sammenlikning, som de to siste linjene antyder, undersøkelsesenheten (partssamarbeid på konsernnivå) varierer, partenes oppfatning av funksjonsmåte er helt forskjellig. En mulig konklusjon er dermed at forklaringen ligger i variablene i midten, med andre ord i de variablene som varierer. Klassifiseringen av henholdsvis helseforetak og privat konsern kan selvsagt diskuteres, her er hensikten å få fram et mulig forskningsmessig rammeverk.

Overensstemmelsesmetoden innebærer å lete etter et tilsvarende organ som fungerer på tilsvarende måte som i regionutvalget i Helse Øst og så, som ved forskjellsmetoden, søke etter variabler i omverdenen som kan forklare hvorfor det fungerer likt. Her kunne det vært en mulighet å se på partssamarbeidet på lavere nivåer i Helse Øst, ut fra en antakelse at det nettopp var forhold ved helseforetaket

¹⁵ Eller variabelorientert og case-orientert som gjerne brukes når det er snakk om komparative analyser.

Tabell 3.1 Komparativt rammeverk

| Sektor | Helseforetak | «Storindustri» |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Dekning | Stor | Stor |
| Fagforeninger | Sterke | Sterke |
| En eller to særlige sterke | Ja | Ja |
| Konsernordninger | Ja (eller etableres nå) | Ja |
| Styrerepresentasjon | Ja | Ja |
| Kobling | Vanlig | Vanlig |
| Organisasjon | Konsern, selvstendige enheter | Konsern, selvstendige enheter |
| Størrelse | Stor (og mange mindre) | Stor (og mange mindre) |
| Styringsform | Ny | Gammel |
| Eierskap | Stat | Privat |
| Styreideal | Kollegium (?) ¹⁶ | Kontroll (?) |
| Hovedorg. | AK/UHO | LO |
| Ideologi (motsetning mellom arbeid vs. kapital styrende for samarbeid) | Tradisjonelt nei | Tradisjonelt ja |
| Undersøkelsesenheter | | |
| Utvalgets virkemåte | Ingen av partene er fornøyd | Begge parter svært fornøyd |
| Tillitsvalgtes rolle | Ingen av partene er fornøyd | Begge parter svært fornøyd |

¹⁶ Her viser vi til de to hovedretningene innenfor styreforskning (se Huser 2003), nemlig hvorvidt styret skal være et kontrollorgan eller om det skal være et kollegium med «service» overfor selskapet. Innenfor den siste retningen legges det stor vekt på beskrivelsen av det interesseløse styret i den forstand at det enkelte styremedlem ikke skal oppfattes som representant for særinteresser, ulike trekk ved den enkelte (eksempelvis ansatt i selskapet, kjønn, faglig bakgrunn etc.) er å forstå som en ressurs for kollegiet.

som forklarte våre funn. Det ble imidlertid raskt klart at regionutvalgets funksjonsmåte snarere var et unntak enn et bilde på det generelle partssamarbeid i Helse Øst. I stor grad hevder aktørene at dette samarbeidet fungerer bra og at konfliktene lar seg håndtere på en god måte. Samtidig var det, fra oppdragsgivers side, en forutsetning at vi skulle konsentrere vårt arbeid om regionnivået. En generell analyse av partssamarbeidet ligger utenfor vårt mandat.

Forskjellsmetoden synes derfor mest relevant for vårt arbeid. Nå er det flere sektorer man kunne gått løs på her. Store etater innenfor statlig sektor er et mulig valg. I etater som likning, arbeidsmarked eller trygd har man partssamarbeid på overordnet nivå og sammenlikning her kunne gi relevante resultater. En slik sammenlikning ville sannsynligvis bety vekt på styringsmekanismer og prinsipper som helseforetakene i stor grad har forlatt eller forventes å forlate. Vi tenker her på forholdet til politisk styring og hensynet til utøvelse av myndighetsfunksjoner.

Alt i alt synes det dermed som om det private konsernet er mest relevant. Som tabellen viser, det er lett å finne likhetstegn samtidig som man varierer langs viktige variabler med potensial for forklaring. I stor grad gjenkjenner vi også privat sektors lov- og avtaleverk. Dette gjelder prinsipper for styrerepresentasjon, paragrafer i hovedavtalene omkring rettigheter til tillitsvalgte på konsernnivå og det gjelder forholdet mellom selvstendige juridiske enheter innenfor konsernet eller foretaket.

«Stuck by the similarities» (Morrow 1994) kan dermed stå som overskriften for vårt valg av komparativt felt. Vi skal, som det vil framgå, sette regionutvalget og regiontillitsvalgtordningen opp mot erfaringer fra Fafos arbeid med konserntillitsvalgtordninger i store private konsern. I tillegg skal vi trekke noe på erfaringene fra de andre helseregionene, i særlig grad gjelder dette Helse Sør.

3.2 Framgangsmåte og empirisk grunnlag

Som nevnt flere ganger, regionutvalget er en ny konstruksjon og det finnes dermed naturlig nok ingen annen forskning å bygge på som spesifikt tar for seg tillitsvalgtordninger på overordnet nivå innenfor helsesektoren. Heller ikke når det gjelder konsernordninger i privat sektor, er utvalget særlig stort. Forfatterne av denne rapporten har ingen spesialkompetanse på sykehus. Alt i alt er altså de klassiske kriterier for valg av kvalitativ metode til stede. I tillegg kommer selvsagt antall aktører som inngår i studien: Det har vært praktisk mulig å intervju de sentrale aktørene direkte.

Vår metodiske tilnærming har altså i hovedsak vært kvalitativ. Våre viktigste datakilder har vært

- Dokumentstudier (lov- og avtaleverk, styringsdokumenter på nasjonalt og regionalt nivå, innkallinger og referater fra de fleste møter i regionutvalget)
- Informantintervjuer (alle regiontillitsvalgte, alle ansattrepresentanter i styret i Helse Øst, et utvalg ledere på RHF-nivå og helseforetaksdirektører. I tillegg har vi gjennomført gruppeintervjuer med hovedtillitsvalgte fra LO, UHO og SAN – i alt fem personer. Begge Fafos forskere har deltatt på alle intervjuer og intervjuene er skrevet ut i sin helhet i etterkant.

I tillegg har vi også gjennomført en kvantitativ spørreundersøkelse blant ledere og tillitsvalgte på region- og helseforetaksnivå (se vedlegg for skjema). Her har vi fått inn 36 utfylte skjema, noe som gir en svarprosent på 58.¹⁷ Denne undersøkelsen brukes primært som utdyping i forhold til våre intervjudata, og er i liten grad gjenstand for statistiske analyser til tross for at vi også her dekker «universet» i statistisk forstand. Antallet er imidlertid for lite til at analysen kan utføres på forsvarlig vis uten å komme i konflikt med personvern og muligheten for at enkeltaktører kan bli gjenkjent. I forhold til anonymitet har vi tatt oss visse friheter i forhold til bruk av sitater. For å begrense mulighetene for identifisering har vi byttet ut gjenkjennbare ord og vendinger som informantene har benyttet. Vi har også tatt oss friheter i forhold til bruk av «hun»/«han» og titler. Vi bruker eksempelvis «leder» og «tillitsvalgt», og unnlater flere ganger å spesifisere hvor i hierarkiet den siterte leder eller tillitsvalgt er plassert. Vi vil imidlertid understreke at de sitatene vi bruker, har et innhold som er representativt: Det er et meningsinnhold som vi finner i flere av intervjuene. De mer «ekstreme» uttalelser og karakteristikk som vårt materiale inneholder, er med andre ord utelatt fra rapporten.

Vi har også vært i kontakt med «omlandsaktører», det vil si representanter for sentrale ledd i forbund/hovedorganisasjoner. Disse er benyttet for å «tette hullene», eller i alle fall *begrense* hullene i bildet.

Når det gjelder sammenlikningen med private konsern, bygger vi her på tidligere arbeider vi personlig har vært involvert i både i og utenfor Fafo-regi (se litteraturlisten). Vi har altså ikke foretatt noen ytterligere analyser, i stor grad har imidlertid disse tidligere arbeidene fokusert på det samme som oppdraget for Helse Øst, nemlig oppbygging og funksjonsmåter for partssamarbeid på overordnet nivå og forholdet til styrings- og beslutningsstruktur.

¹⁷ Spørreskjemat ble sendt ut til ledersjiktet i Helse Øst RHF, HF-direktører, regiontillitsvalgte og ytterligere hovedtillitsvalgte innenfor fire av hovedsammenslutningene på HF-nivå. Én hovedsammenslutning ønsket ikke å delta i spørreundersøkelsen.

3.3 Konsernordninger i privat sektor¹⁸

Konserndannelse, nasjonalt og internasjonalt er et av de viktigste trekkene i norsk arbeidsliv i dag. Konserndannelse innebærer i stor grad at viktige beslutninger løftes ut av bedriften (og dermed det eksisterende samarbeidssystemet) og over på et nivå hvor representasjonsordningene har en langt løsere forankring i lov- og avtaleverk. Gjennom ordningen med konserntillitsvalgte har vi fått en ny maktposisjon både internt i konsernet og i fagbevegelsen. Dette vervet kombineres ofte med styre-representasjon og det er et gjennomgående trekk at de aller fleste konserntillitsvalgte i de største industrikonsernene framhever at *kombinasjonen* konserntillitsvalgt og styremedlem er avgjørende for vedkommendes mulighet for innflytelse i konsernet. Det er også viktig at denne kombinasjonen framheves som ønskelig også fra konsernsjefenes side.

Dette er et eksempel på de viktige uformelle sammenhengene i det norske medbestemmelsessystemet og at innflytelse i styrerommet ikke kan isoleres fra det ordinære samarbeidssystemet. Ikke minst er det viktig å ta hensyn til at ansvar for bedriftens framtid og fellesinteresser mellom partene preger begge innflytelseskanalene. Som styremedlem har man her et formelt ansvar, som konserntillitsvalgt forvalter man, som vi skal se, i stor grad den samarbeidsånd som preger mye av partssamarbeidet i det norske systemet.

Hva er en konserntillitsvalgt?

Det eksisterende avtalesystemet bygger, som vi har lagt vekt på tidligere, på prinsippet om at partene skal møtes med likeverdige fullmakter. Det skal drøftes og forhandles mellom parter på samme nivå, eksempelvis klubbleder og fabrikkssjef eller plass-tillitsvalgt og sjefen for det lokale trygdekontor. Systemet for kollektiv innflytelse forutsetter at det finnes ledd på organisasjonssiden som kan ta rollen som arbeidsgiversidens motpart. Dette betyr at utaktsproblemer¹⁹ inntreffer når nivåene ikke møtes. Vi kan bruke Hydro og Fellesforbundet som eksempel. Fellesforbundet sentralt kan ikke agere som konsernledelsens motpart, samtidig som det heller ikke

¹⁸ Dette avsnittet bygger som nevnt på tidligere forskning fra forfattere både innenfor og utenfor Faforegi. Nyttige referanser er kapittel 11 og 13 i Engelstad mfl. (2003, deler av teksten er en lett omarbeidet versjon av Hagen i Engelstad), Hagen (2001), Hagen (2002) Hagen og Utgård (2004) og Utgård (2004). Mye av det vi refererer til, bygger på følgende: i) En intervjuundersøkelse blant ca. 35 konserntillitsvalgte/styremedlemmer i et utvalg av de største konsernene. Organisasjonstilknytningen var primært LO, men noen kom også fra «Ikke-LO»-området. ii) Postal spørreundersøkelse blant LO-KTV-er (N = 30). iii) Intervjuer (og postal undersøkelse) med tillitsvalgte fra NITO og iv) intervjuer av konsernsjefer i et utvalg større industrikonsern. Alle sitater er hentet fra disse undersøkelsene og Hagen har deltatt i alle intervjuer det siteres fra.

finnes organisasjonsledd med forhandlingsfullmakt i Fellesforbundet som dekker hele konsernet. Legger vi til at det i et konsern som Hydro er en rekke ulike fagforeninger innenfor og utenfor LO, kompliseres situasjonen ytterligere. Og for å gjøre bildet komplett; Hydro er et internasjonalt konsern med virksomheter i en rekke land og dermed også med et utall av ulike fagforeninger. Dette gjør at man på den kollektive siden har alvorlige koordineringsoppgaver.

«Når kapitalen organiserer seg på nye måter – nasjonalt og internasjonalt – må fagbevegelsen følge etter. Vi må være representert der avgjørelsene tas.»

Maktstrukturen i konsern, med en mengde ulike virksomheter og produksjonsområder, har (foreløpig) ingen tilsvarende hierarkisk oppbygning på arbeidstakersiden. Konserntillitsvalgtordningen har vokst fram på siden av den ordinære organisasjonsstrukturen (klubb-avdeling-forbund-hovedorganisasjon). Sånn sett er ordningen et forsøk på å *gjenfinne* motparten når det gjelder beslutningene på overordnet nivå (kjøp og salg av bedrifter, nedleggelse, investeringer osv.). Det er en ordning med svak sentral avtaleforankring og uten formelle rettigheter eller mulighet for formelt press mot arbeidsgiver. KTV er et svar på fagbevegelsens utaktsproblem ikke bare i forhold til ledelsen, men også i forhold til sitt eget behov for koordinering og samarbeid på tvers av klubber og forbund.

Avtalefestede rettigheter

Det formelle grunnlaget for ordningen finner vi i Hovedavtalens (LO–NHO) § 14-1 som slår fast at det *skal* etableres ordninger for «på konsernbasis» å drøfte saker som er nevnt i § 9 i avtalen, slike ordninger kalles ofte *konsernutvalg*. Den lokale friheten til utforming av konsernutvalget er stor. Utvalget kan bestå av tillitsvalgte som har møter med konsernledelsen, det kan etableres et partssammensatt utvalg eller man kan finne andre tilsvarende samarbeidsordninger. «Konsernutvalg» *skal* etableres, mens man *kan* inngå en avtale om KTV-ordning i konsern med mer enn 200 ansatte. I en undersøkelse fra 1995 fant Berg med flere at to av tre konsern har KTV-er i en eller annen form (Berg 1996); det er god grunn til å tro at dette tallet har økt. Ikke minst er ordningen blitt vanligere utenfor LO. Ordningene varierer sterkt, både i forhold til valg av tillitsvalgt og innretningen på konsernutvalget. I enkelte konsern har man valgt å ha en felles KTV for alle LO-forbund, i andre har

¹⁹ Utaktsproblemet omhandler det forhold at organiseringen på arbeidstakersiden ikke matcher organiseringen av bedriften eller konsernet, eksempelvis dersom man organiserer langs geografi i forbundet, mens man organiserer langs produkt eller produktgruppe i virksomheten. Dette gjør det komplisert å finne fram til hvem som skal møtes som «likeverdige parter» i de ulike sakene dekket av lov- og avtaleverket.

forbundene hver sin. Vi finner også konsern som skiller mellom LO og funksjonær-siden.

Hovedavtalen slår fast at den KTVs arbeid ikke skal gripe inn eller erstatte par-tenes rettigheter og plikter på bedriftsnivå. En KTV kan ikke instruere lokale tillitsvalgte og har ingen forhandlingsrett på vegne av de ansatte, dersom denne ikke aktivt delegeres fra klubbene. De KTV har to primære arbeidsområder: i) Sam-ordning og koordinering av ulike klubber/avdelinger. Dette arbeidet kan sammen-liknes med en organisasjonssjef i stab. Vedkommende har ikke myndighet i linjen, men er ansvarlig for å skape fellesskapsfølelse og få medlemmer og lokale tillitsvalgte til å trekke i samme retning og å slutte opp om fagforeningenes felles målsettinger. Organisering av arbeidet med konsernutvalget og møter i dette er en viktig oppgave. De fleste vil også organisere konsernkonferanser for tillitsvalgte i konsernet og sette ned ulike koordinerende utvalg. ii) Samarbeid med ledelsen (partssamarbeidet). Den KTV er altså bærer av de ansattes interesser overfor konsernledelsen. Disse interessene vil selvsagt både være i konflikt og i samsvar med ledelsens interesser. Også når det gjelder samarbeidet med ledelsen finner vi en rekke ulike former. Den mest forma-liserte er møter med konsernledelsen i forbindelse med konsernutvalget. I tillegg kommer en rekke uformelle former avhengig både av tradisjoner for samarbeid, strategivalg og selvfølgelig den KTVs maktbase.

Rolleutforming

«Uten kunnskap blir du uinteressant, uten kjøttvekt blir kunnskapen uinteressant.»

KTV framstilles ofte som en ny type tillitsvalgte. De samarbeider tett med kapitalen, deres arena er styrerom og media, og ikke klubbkontoret. Bildet som tegnes, gir grunn til å spørre om vi står overfor en ny type tillitsvalgte. Vokser det fram en ny maktposisjon og en ny politikk i fagbevegelsen eller preges de KTV av fagbevegelsens tradisjonelle verdier?

De KTV understreker sterkt at maktgrunnlaget ligger i klubbene. Uten en solid forankring lokalt kan ikke en konserntillitsvalgt gjøre jobben sin. Tabell 3.2 viser hvordan de KTV selv vurderer de ulike rollene som ligger i vervet.

De tre første rollene viser tilbake til det interne arbeidet i organisasjonene, nesten alle svarer at informasjonsmedarbeider er en viktig del av rollen. Deretter kommer fagorganisasjonenes ansikt internt og vaktbikkje for lov- og avtaleverk. Vaktbikkje-rollen er interessant: Ordinært tillitsmannsarbeid er ikke en del av de KTVs arbeidsoppgaver. Vekten på vaktbikkjefunksjonen må derfor forstås som at man passer på at de lokale tillitsvalgte tar denne oppgaven alvorlig og ikke minst: at man hjelper de lokale tillitsvalgte i deres arbeid på feltet. Denne tolkningen støttes av at rollen som meklingsmann og sosialarbeider havner nederst i figuren. I midten av

Tabell 3.2 KTVs ulike roller*

| | Viktig del | Litt viktig | Inngår ikke i rollen | Totalt |
|--|------------|-------------|----------------------|--------|
| Informasjonsmedarbeider | 82 | 18 | 0 | 100 |
| Fagorganisasjonens/hovedorganisasjonens ansikt innad | 68 | 21 | 11 | 100 |
| Vaktbikkje for lov- og avtaleverk | 57 | 39 | 4 | 100 |
| Politiker | 46 | 36 | 18 | 100 |
| Lobbyist | 46 | 50 | 4 | 100 |
| Meklingsmann | 32 | 64 | 4 | 100 |
| Sosialarbeider | 22 | 44 | 33 | 99 |

* Tabell 3.2 og 3.3 kan ses i direkte sammenheng med figur 5.2 og tabell 5.2.

tabellen finner vi de rollene som de KTV i privat sektor kanskje er mest kjent for, i hvert fall i media: lobbyist og politiker. Nesten halvparten av dem vi har spurt, svarer at dette er en viktig del av rollen, få svarer at oppgavene ikke inngår i arbeidet deres. I spørreundersøkelsen finner vi at de KTV i gjennomsnitt bruker cirka halvparten av tiden på organisatoriske oppgaver, om lag 30 prosent blir brukt til samarbeid med ledelsen og nesten 20 prosent til eksternt arbeid til beste for konsernet.

Oppfatninger av egne ressurser

«Vi vil ikke ha fagforeningsstyrte virksomheter, vi vil ha en brytning mellom arbeid og kapital. Og som resultat – en sunn maktfordeling. Hva en sunn maktfordeling er? X (konsernsjefen) har ikke vetorett, jeg har ikke vetorett. Jeg lager bråk og så hører han på meg og så bryner vi oss på hverandre [...] Vi er ledelsens sparingpartner.».

Framveksten og forståelsen av KTV-rollen kan ikke ses isolert fra de endringer som har skjedd i norsk arbeidsliv. Individuelt engasjement til bedriftens beste er et stikkord, ledere som ser verdien av engasjerte medarbeidere og godt arbeidsmiljø er et annet kjennetegn. Individorientering må nødvendigvis få et nytt uttrykk på konsernplan:

«Policyen til selskapet er å tilstrebe et konstruktivt og godt samarbeid. Om det bygger på at de er redd for kjøttvekta eller tror på vår rolle som produktivitetsskaper? Her dreier det seg om nøktern realisme, det er ikke snakk om snillhet eller rettferdighet, men å tro på fordelene ved et slikt system. X og Y (hhv. styreformann og konsernsjef) har to komponenter – de ansattes kompetanse er

unik og den norske modellen er der. Av hensyn til verdiskapingen må disse pares og mobiliseres.»

Individorienteringen i de nye organisasjonsmodellene kommer til uttrykk gjennom vekten på de ansattes kompetanse. Samtidig viser referansen til den norske modellen (med andre ord: et samarbeid hvor interesser brynes mot hverandre i et etablert forhandlingssystem) at interessemotsetningene mellom partene fortsatt er en del av bildet. Lederne innser at de ikke får det ene uten det andre. Spillereglene bygd på den kollektive logikken må følges dersom de ansattes potensial skal kunne frigjøres.

De KTV er på sett og vis selv eksempler på den nye individuelle arbeidstaker hvor personlige egenskaper og engasjement i virksomhetens beste settes i sentrum (Peters 2001). De spiller i liten grad åpent på kjøttvekt og aksjonsmuligheter, de er løsnings- og ikke konfliktorientert og de samarbeider tett med motparten. Sett fra ledelsens side kan vi se på den konserntillitsvalgte som den ideelle tillitsvalgte: De er først og fremst opptatt av virksomhetens beste, de maser ikke med paragrafer og avtaler og de har ikke myndighet til å sette i gang aksjoner. Derimot kommer de stadig med innspill og taler virksomhetens sak overfor eksterne aktører.

Samtidig ville det være feil å avskrive kjøttvekta som faktor, både hos ledelsen og hos de KTV selv. Disse tillitsvalgte befinner seg i *skjæringspunktet* mellom gammeldags fagforeningsmakt og moderne lederes tro på at innspill fra de ansatte er viktig og avgjørende for verdiskapingen. Tabell 3.3 gjenspeiler denne posisjonen, svaralternativene gikk fra 1 = helt uenig til 7 = helt enig.

Tabellen kan også leses som et bilde på de ressurser de KTV selv oppfatter at de rår over. Gjennomgående er verdiene i figuren svært høye, man har tro på at ledelsen ser verdien av det arbeidet den KTV gjør og at de anerkjenner både den KTVs kunnskap og mulighet for mobilisering blant de ansatte. Det samme gjelder forholdet til eksterne aktører innenfor og utenfor fagbevegelsen. Tabellen viser også at de KTV mener å kunne svekke konsernets legitimitet i omverdenen gjennom negativ omtale i media.

Legitimitet er et kjernepunkt i forståelsen av de KTV på flere måter. Posisjon i skjæringspunktet krever høy grad av legitimitet, både hos ledelsen og hos de ansatte. Legitimitet hos de ansatte er nødvendig for å holde på ledelsens interesse. Legitimitet hos ledelsen er nødvendig både for å få gjennomslag for sine synspunkter og for å bli tatt med i de interessante rommene. «*Etter styreformann – før børsen*» sammenfatter de svar vi fikk på spørsmålet om hvilket nummer på konsernsjefens informasjonsliste de KTV befinner seg. En slik plassering krever høy grad av legitimitet.

Samtidig er legitimitet i eksterne miljøer et svært viktig «byttmiddel» i forholdet til ledelsen. Eksempelvis vil en KTV ha langt større legitimitet når han hevder offentlig at en ny avgift truer arbeidsplassene, enn når konsernsjefen selv hevder dette. Eller et tilsvarende eksempel: Den KTV er nøkkelen til å oppnå støtte fra LO-ledelsen eller politisk støtte i en fusjonssak.

Tabell 3.3 KTVs maktgrunnlag

| Ledelsen mener at ... | Gjennomsnitt |
|---|--------------|
| jeg er en viktig samarbeidspartner | 5,9 |
| det er nødvendig å få meg med på laget dersom viktige endringer skal finne sted | 6,1 |
| jeg rår over maktmidler som kan forsinke endringsprosesser | 6,0 |
| de er avhengig av meg for å få informasjon om de ansattes holdninger | 5,5 |
| jeg har politiske kontakter som kan være nyttige for konsernet | 5,5 |
| jeg kan sørge for negativ omtale av konsernet i media | 5,6 |

| Utsagn om egne ressurser | |
|---|-----|
| Jeg har kunnskaper om organisasjonen som ledelsen har bruk for | 6,3 |
| Jeg kan (om ønskelig) mobilisere motstand mot ledelsens planer blant mine medlemmer | 6,4 |
| Jeg kan mobilisere motstand mot ledelsens planer i forbund/ hovedorganisasjon | 5,9 |
| Jeg kan mobilisere motstand mot ledelsens planer i det politiske miljøet | 5,3 |
| Jeg kan sørge for negativ omtale i media | 6,0 |
| Jeg kan ta opp saker som er «ubehagelig» for ledelsen i konsernstyret | 5,8 |

Legitimitet, lojalitet og gjensidig levering fra begge parter er dermed viktige stikkord når de KTVs rolle settes under lupen. Dette må ikke forlede oss til å tro at det ikke lenger eksisterer interessenmotsetninger mellom partene: Grenser, både for standpunkter og interaksjon, er fortsatt til stede. De KTV understreker at godt samarbeid og god tone ikke innebærer at verdiskillet er borte. Legitimitet hos medlemmer og ansatte avhenger av at de KTV kan «komme hjem» med innflytelse over viktige saker. Videre understreker man sterkt at koblingen mellom det å være styreprerentant og vervet som KTV er svært viktig. Disse to rollene forsterker hverandre. Kombinasjonen gir unike muligheter for å skaffe seg informasjon: om virksomheten gjennom styret og om de ansatte og det lokale tillitsmannsapparatet som konserntillitsvalgt.

3.4 Beslutningsstruktur

Hva kan så sideblikket til privat sektor si oss om rollen som regiontillitsvalgt innenfor et helseforetak? Uten ambisjoner om en fullstendig analyse har vi nedenfor listet opp noen viktige poenger:

- Rollen som KTV er, som regiontillitsvalgtrollen, svakt forankret i avtaleverket
- KTV skal, som regiontillitsvalgtrollen, ikke gripe inn i plikter og rettigheter på lavere nivå uten uttrykkelig delegasjon av forhandlings- eller drøftingsfullmakt
- KTV har i stor grad plikter, men ingen rettigheter
- Koblingen til lokale klubber og lokale tillitsvalgte er et kjernepunkt, legitimitet er stikkord
- Uformell kontakt med konsernledelsen er svært viktig, formelle møtesammenhenger spiller en mindre rolle
- Ledelsen ønsker seg sterke KTV med god forankring i medlemsmassen
- Ledelsen bruker KTV som sparringpartner i viktige saker
- KTV gir toppledelsen alternativ informasjon
- «Jakten» på de viktige beslutningsarenaene er viktig i KTV-enes arbeid og i stor grad førende for strategien

I forrige kapittel la vi sterk vekt på hvorvidt medbestemmelsespilarene skal oppfattes som isolerte innflytelseskanaler eller som ulike deler av samme system. Som nevnt flere ganger, både konsernsjefer og konserntillitsvalgte legger sterk vekt på kombinasjon av tillitsverv og styrerepresentant. Vi har i svært liten grad møtt det vi ovenfor beskriver som doble regelverk, med andre ord at beslutningsstrukturen eller styringsmodellen skulle forhindre de ansattes representanter å ta opp en sak i styret, enten fordi saken hadde vært gjenstand for drøftinger i sammenhenger knyttet til avtaleverket eller fordi den ansattes kjennskap eller kunnskap om saken knyttes til deres rolle som tillitsvalgte (etter avtaleverket). Saken i seg selv danner sentrum for samarbeidet, interessemotsetninger kommuniseres åpent og beslutningsprosedyrer tillegges mindre vekt. Dette er selvsagt også et resultat av tradisjoner og selvdisiplin fra de konserntillitsvalgtes side, for å si det enkelt, «du plager verken styre eller konsernsjefen med detaljer og du har gjort hjemmeleksa di».

En av de viktigste egenskapene til konserntillitsvalgt i privat sektor kan karakteriseres ved ønsket om innflytelse og ved evnen til å identifisere punkter eller nivåer hvor de viktige beslutningene fattes. Hvor fattes de beslutningene som har sentral betydning for de ansattes arbeidsforhold, og hvordan skal man komme i inngrep

på det aktuelle nivået? Strategien viser seg eksempelvis når KTV bruker politiske kontakter, går til media eller engasjerer sin hovedsammenslutning for å tale de ansattes – eller bedriftens – sak.

To mer prinsipielle variabler kan trekkes ut av dette:

- Grad av konsensus omkring styringsmodellens virkemåte
- Grad av lojalitet til styringsmodellens prosedyrer

Den første variabelen viser tilbake til spørsmålet om hvorvidt de aktørene man undersøker, gir uttrykk for en felles virkelighetsoppfatning, eksempelvis at det er enighet om hvor de sentrale beslutningene fattes og hvem som deltar i beslutningene. For å bruke et helt konkret eksempel: I våre intervjuer har vi møtt en rekke beskrivelser av makt- og beslutningsstrukturen i Helse Øst, her uttrykt ved ytterpunktene. «Hamar bestemmer alt» versus «De viktige beslutningene tas i det enkelte helseforetak».

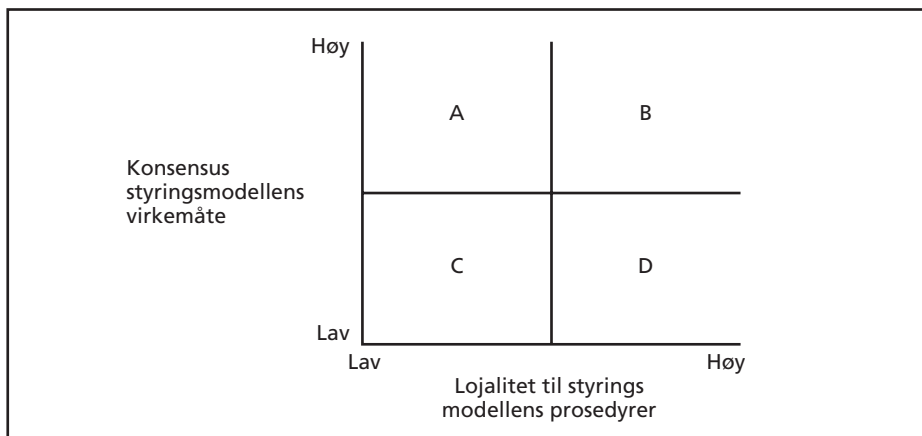
Den andre variabelen viser til aktørenes lojalitet til den valgte styringsstrukturen. Her handler det altså om forholdet mellom å følge prosedyrer eller å gå direkte til de mest sentrale beslutningsarenaer. Igjen kan et konkret eksempel utdype poenget vårt: Den KTV får gjentatte ganger informasjon om en fabrikkdirektør som skaper konflikter og dårlig arbeidsmiljø, produktiviteten går ned og man er bekymret for bedriftens lønnsomhet. Formelt sett er det styret i fabrikk (eget as) som er direktørens overordnede, dette hører dermed inn under den eller de ansattevalgte representantene i dette styret. Våre erfaringer tilsier at den KTVs primære framgangsmåte i en slik sak er uformelle samtaler med konsernsjefen. Konsernsjefen vil møte et slikt utspill – ikke med å henvise til formelle prosedyrer – men ved å undersøke saken grundig. Ikke sjelden vil det ende med at fabrikk, kanskje etter et halvt års tid, får en ny direktør.²⁰

I figur 3.1 har vi satt opp de to variablene og lar verdiene variere fra lav til høy. Dermed ender vi opp med fire forskjellige karakteristikk av en organisasjon. Dette er selvsagt en forenkling, overgangene er glidende og en stor organisasjon vil sannsynligvis ha trekk fra alle fire rutene.

Lav grad av lojalitet (m.a.o. rutene A og C) innebærer at uformelle prosesser spiller en viktig rolle i beslutningsprosessene og tilsvarende – i rute B og D hvor graden av lojalitet er høy – vil formelle prosesser være avgjørende. På samme måte kan vi todele langs y-aksen, høy grad av konsensus om modellens virkemåte (rute A og B) gjør det mulig å identifisere en fast motpart, lav grad av konsensus (rute B og D) gjør identifisering av motpart vanskelig.

²⁰ Eksemplet er hentet fra Fafos intervjuer med konsernsjefer i privat sektor.

Figur 3.1 Idealtypiske styringsystemer.



Kombinerer vi disse, ender vi opp med fire idealtyper.²¹

A. Adhokratiet (Minzberg 1983)

Karakterisert ved en felles forståelse om «hvor makta ligger» og et pragmatisk forhold til beslutningsprosedyrer, med andre ord, partssamarbeidet er preget av uformelle prosedyrer, mye direkte kontakt mellom partene og en klar forståelse av hvem motparten er.

B. Det klassiske byråkratiet (Weber 1990)

Karakterisert ved felles forståelse, klare linjer og full oppslutning om prosedyrer, med andre ord, motpartene er klare og prosedyrene blir fulgt.

C. Garbage-can (March og Olsen 1976)

Karakterisert ved lav felles virkelighetsforståelse og lav lojalitet (en strøm av problemer, deltakere, løsninger og beslutningsmuligheter). Beslutningsprosessene er mindre styrt av formaliteter og motpartene varierer.

D. Fagstyret eller profesjonsstyret

Karakterisert ved lav felles virkelighetsforståelse, men høy grad av lojalitet til prosedyrene, beslutningsprosedyrene er med andre ord klare.

Vi går ikke her grundig inn i de ulike styringsvariantene eller karakteristikkene, men viser direkte til konklusjonskapitlet. Det mer praktiske spørsmålet om hvorvidt det er mulig å være lojal til en uklar (definert som ulike oppfatninger hos de ulike aktørene) styringsstruktur skal vi også komme tilbake til her.

²¹ Se fotnote 3 – de ulike betegnelsene er «strukket litt» i forhold til tradisjonell bruk av begrepene.

Et forhold må imidlertid med før vi (foreløpig) forlater modellen, nemlig *forutsigbarhet*. Forutsigbarheten, eller aktørenes mulighet for å legge strategier i tråd med sine egne interesser, varierer sterkt i de ulike rutene. Størst grad av forutsigbarhet finner vi i byråkratiet, lavest i garbage-can-ruten. Forutsigbarhet er et sentralt punkt i all styring. Dette gjelder også når nye samarbeidsordninger skal etableres, som vi har vært inne på tidligere, etablering av regionutvalget innebærer (som konsernordninger i privat sektor) å «gjenfinne» motparten. Konsern- eller foretaksdannelse innebærer ett nytt beslutningsnivå. Da må det også etableres kanaler for de ansattes interesser. Dette krever selvsagt forutsigbarhet med hensyn til hvor og hvem som fatter beslutninger med betydning for de ansatte.

Forenkler vi modellen ytterligere, kan vi skille mellom den modelltro og den pragmatiske aktøren. Og som vi har vært inne på før, å kunne definere modellen og å kunne tvinge eller påvirke de andre aktørene til å forholde seg til modellen på en spesiell måte, er en mektig posisjon.

3.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi gitt det empiriske og metodemessige grunnlaget for vår studie. Analysen er komparativ, samarbeidsordninger i private konsern er valgt som sammenlikningsgrunnlag. Empirien er samlet inn primært gjennom dokumentstudier og kvalitative intervjuer.

Kapitlet inneholder også et avsnitt hvor vi gir en rask innføring i konsernordningene i privat sektor. Dette bygger på forfatterens tidligere arbeider. Avslutningsvis trekker vi opp to sentrale variabler i vår analyse, nemlig hvorvidt partene har en felles oppfatning av beslutningsstrukturen og hvorvidt partene er lojale til de prosedyrer som er satt opp.

Kapittel 4 Regionutvalget – ønsker og intensjoner

I dette kapitlet skal vi se nærmere på hva som var partenes ønsker for et samarbeidsutvalg på regionalt nivå. Vi vil med andre ord søke å synliggjøre det som var *hensikten* med å opprette dagens ordning. Hensikt henspeiler her til ønsker og intensjoner.

Et viktig poeng er at evaluering ofte er mer komplisert og sammensatt enn det en klassisk årsak-virkningmodell tar utgangspunkt i. For det første vil ønsker eller intensjoner med en ordning – i dette tilfelle regionutvalget – kunne være mange. Det er flere involverte aktører, og de ulike aktørene vil kunne ha ulike og også til dels motstridende ønsker og intensjoner. Dette fordrer en kartlegging på ulike nivåer. Det vil si både de ønsker og intensjoner som ledere på ulike nivåer hadde, og de ønsker og intensjoner de ulike tillitsvalgnivåene hadde til denne ordningen. I dette kapitlet er følgende problemstillinger sentrale:

- Hva var utgangspunktet for opprettelsen av samarbeidsordningen på regionalt nivå?
- Hvilke ønsker og intensjoner var knyttet til opprettelsen av regionutvalget?
- I hvilken grad er disse ønskene og intensjonene i samsvar med den foreliggende samarbeidsavtalen?

Den foreliggende samarbeidsavtalen mellom de regiontillitsvalgte og ledelsen i Helse Øst RHF er i denne sammenheng sentral, og vi ser denne i lys av hva som framstår som de tillitsvalgtes og ledelsens ønsker og intensjoner for et slikt utvalg. Vi starter imidlertid med å se nærmere på tiden forut for opprettelsen av det nye partsnivået i Helse Øst RHF.

4.1 Utgangspunktet – Helse Sør som døråpner

Fra hvem, og når, kom initiativet til å opprette et regionutvalg i Helse Øst? Man skulle i utgangspunktet tro at dette er et lett spørsmål å besvare, og ulike dokumenter fra Helse Øst gir oss selvsagt noen svar. Diskusjonene omkring opprettelsen av regionutvalget fant ifølge sakspapirene sted høsten 2002. Informantenes framstilling av saksgangen viser imidlertid at dette på mange måter var en dragkamp: Ulike aktører så ulike behov som talte henholdsvis for og imot et regionutvalg. Ut av sakspapirer og informantenes framstillinger kan vi lese at dette var en prosess som i første omgang ble drevet fram av de ansattes representanter i RHF's styre:

«Det var Helse Sør og Steinar Stokke som skar igjennom og etablerte regionutvalg. I Helse Øst pressa vi ansattrepresentantene hardt på. På Hamar var det enkelte som ikke ville ha dette, men styreleder så etter hvert behovet også hos oss.»

Flere av informantene refererer til Helse Sør og Steinar Stokke som et utgangspunkt for at kravet om et nytt partssammensatt nivå ble fremmet i Helse Øst. I Helse Sør ble konserntillitsvalgtordning operativ i september 2002. Foranledningen var at administrasjonen i Helse Sør RHF igangsatte et strategiarbeid, der de ulike fagorganisasjonene reagerte på mangelfull involvering. Dette medførte sterke protester fra tillitsvalgte. Resultatet ble at organisasjonene ble invitert inn i prosessen, og «Dette trigga Stokke til videre involvering», som en tillitsvalgt i Helse Sør sier det. Under et drøftingsmøte våren 2002 ble det klart at Stokke ville tilby seks fulle stillinger, som ble fordelt på sju konserntillitsvalgte.²² En sentralt plassert tillitsvalgt i Helse Sør forteller at man fra starten av fikk en konserntillitsvalgtordning med et fullverdig partsforhold. Med fullverdig partsforhold vises det til «reelle muligheter for forhandlinger og drøftinger». Det bærende prinsipp er at konserntillitsvalgte ikke skal gripe inn i de enkelte helseforetakenes indre anliggender, og på spørsmål om eksempler på typiske saker for de konserntillitsvalgte svarer informanten:

«Vi har blant annet diskutert om hvorvidt vi skal ha en sterk eller svak konsernstyremodell. Vi diskuterer strategiske spørsmål, og vi har ansettelsesavtaler som er framforhandlet av konserntillitsvalgte og administrerende direktør, selv om den enkelte HF-direktør i prinsippet står fritt til å bruke disse.»

Utviklingen i Helse Sør vakte umiddelbar interesse blant de ansattes representanter i RHF-styret i Helse Øst: «Vi så fort at dette var veien å gå.» (ansatte representant)

²² De seks stillingene er fordelt slik: LO har to, UHO halvannen, Akademikerne én, YS én og SAN en halv stilling.

Det hadde også vokst seg fram en erkjennelse blant ansattes representanter og tillitsvalgte om behovet for et nytt partsnivå. Dette omtales som en konsekvens av at sykehusreformen hadde etablert et nytt beslutningsnivå, et beslutningsnivå der også tillitsvalgte burde være representert. Som en sier det: «Vi vil gjerne være representert der det er mulig å være representert» (tillitsvalgt). Man ønsket også å dra veksler på det arbeidet som var gjort i Helse Sør:

«Vi ønsket å bruke Helse Sør-avtalen som en mal i vårt arbeid. Dette ble avvist med begrunnelse om at Helse Øst ikke er et konsern. Vi prøvde å si at vi ikke så noen forskjell på de to modellene.»

For ledere i Helse Øst ble utviklingen i Helse Sør – og interessen dette vakte blant ansattes representanter og tillitsvalgte – opplevd som et slags *fait accompli*: Det var en prosess som ikke lot seg stoppe. Den igangsatte prosessen var derfor ikke, så langt vi har kunnet avdekke, grunnet i et opplevd savn hos ledelsen i Helse Øst etter et nytt partssammensatt nivå med frikjøp av regiontillitsvalgte. Ansattes representanter i RHF-styret fikk, som vi allerede har omtalt, imidlertid støtte fra eieroppnevnte styrerepresentanter: «Jeg følte at vi manglet et forum. Jeg er av den oppfatning at tillitsvalgte er en ressurs.»

I Helse Øst var opprettelsen av et nytt partssammensatt utvalg høsten 2002 preget av uenighet særlig knyttet til følgende punkter:

- Hvem som skulle møte i regionutvalget og hvor hyppig
- Grad av frikjøp for regiontillitsvalgte

Det synes altså som om uenigheten mer var knyttet til form framfor innhold. Som vi skal komme tilbake til i kapittel 5, viser det seg imidlertid at det i ettertid særlig har vært knyttet en uenighet til innholdet – hva skal regionutvalget gjøre? Det er rimelig å se dette i sammenheng med partenes behov eller manglende behov for å opprette det regionale partssammensatte nivået. I avsnittene under omtaler vi hvert av de to punktene over.

Hovedavtalen som premissleverandør

I utgangspunktet kan vi si at det er noe overraskende at det er Helse Sør som i ettertid har blitt omtalt som døråpneren for det nye partssammensatte nivået i Helse Øst. I Hovedavtalen i NAVO-området er det, som allerede omtalt i kapittel 2, avtalefestede rettigheter og plikter tilknyttet partsforholdet innenfor konsern (§ 42 og § 43), som legger noen føringer på praktisering av partsforholdet. Hvorfor denne problemstillingen først kom opp i kjølvannet av ordningen med konserntillitsvalgte i Helse Sør, har vi ingen svar på. Noe av forklaringen kan være at etableringen av de ulike

styrene, både på RHF-nivå og på foretaksnivå, der ansatte er representert, tok oppmerksomheten bort fra partsforholdet på regionalt nivå. Det kan også hende at enkelte hovedorganisasjoner ikke i stor nok grad hadde fokusert på de konsekvensene som sykehusreformen skulle få i forhold til maktbalansen i de nye regionale helseforetakene. Her tenker vi både på maktbalansen mellom partene og også mellom fagorganisasjonene. I den gamle strukturen, der fylkeskommunen sto som eier av sykehusene, og der de fylkeskommunale politikerne var formell arbeidsgiver, var handlingsrommet for enkelte fagorganisasjoner stort, mens det tilsvarende handlingsrom for ledelsen var mer begrenset. Derfor kan den manglende oppmerksomhet knyttet til partsforholdet på det regionale nivået dels være en konsekvens av at ny struktur skulle sette seg, samtidig som det også kan være en konsekvens av manglende oppmerksomhet mot endring av roller. Hvis motparten hadde vært diffus før sykehusreformen, ble den ikke klarere i etterkant av ny organisering.

4.2 Veien mot en avtale

Et av diskusjonstemaene i forkant av opprettelsen av dagens ordning var hvem som skulle møte i utvalget, og hvor hyppig partene skulle møtes. Vi har allerede omtalt at ansattes representanter i RHF-styret ønsket en ordning tilsvarende den som var etablert i Helse Sør, altså med frikjøpte tillitsvalgte som møtte RHF-ledelsen på regelmessig og relativt hyppig basis. Vi har også omtalt at representanter for ledelsen på Hamar i utgangspunktet ikke ønsket seg et regionutvalg slik det framstår i dag hva gjelder omfang. Heller ikke direktører på helseforetaksnivå ivret etter å etablere denne ordningen. En forklaring synes å være relatert til betraktninger om styringsmodellen i Helse Øst RHF. I intervjuer med ulike representanter har det blitt poengtert at RHF-nivået ikke skal gripe inn i foretakenes «indre liv», fordi helseforetakene er selvstendige rettssubjekter. I dokumentet «Rolle- og ansvarsfordeling Helse Øst RHF» kan vi lese at til tross for at RHF-nivået har ansvaret for at virksomheten har en overordnet og helhetlig strategi, har de enkelte helseforetakene blant annet arbeidsgiveransvaret samt ansvar for personalarbeid og lønnsforhandlinger («Rolle- og ansvarsfordeling Helse Øst RHF» s. 8–9). Det er rimelig å se dette i sammenheng med at vi gjentatte ganger har blitt fortalt at ledelsen på Hamar er «katolske» i forhold til ikke å gripe inn i, eller erstatte rettigheter og plikter i forholdet mellom de ansatte og deres tillitsvalgte og arbeidsgiver i det enkelte helseforetak. Motforestillingene mot å opprette et regionalt partssammensatt nivå med faste regiontillitsvalgte bør derfor ses i sammenheng med en slags modellojalitet blant ledere i Helse Øst. Motforestillingene bør imidlertid også ses i sammenheng med de ulike helseforetakenes skepsis mot å få et partssammensatt utvalg som kunne

forveksles med det fylkeskommunale administrasjonsutvalget.²³ Det er imidlertid også et poeng at etableringen av det regionale partssammensatte nivået i Helse Øst på mange måter strider mot det vi kan kalle vår tids administrative ortodoksi, der ledelsens rett til å lede er et bærende element. Ansattrepresentantene i RHF-styret så imidlertid noe annerledes på saken, og de fikk som allerede nevnt, støtte av også andre styremedlemmer.

Når det så ble klart at prosessen mot etablering av et partssammensatt utvalg på regionalt nivå var i gang, oppsto det diskusjoner om *formen* og *omfanget*. Ut av styreinnkallelene og protokollene kan vi se at styret opprinnelig skulle ha en sak om «Samarbeid med tillitsvalgte på regionnivå» oppe til behandling i august 2002. Dette forslaget gikk ut på å etablere et «kontaktforum» bestående av to representanter fra hver av hovedsammenslutningene (LO, YS, Akademikerne, SAN og UHO), samt inntil ti ledelsesrepresentanter fra Helse Øst.²⁴ I dette kontaktforumet var det lagt opp til to faste møter årlig. Med hensyn til kontaktforumets arbeidsområder var disse ikke vesentlig forskjellig fra dem som skulle bli vedtatt på et senere tidspunkt. En eventuell grad av frikjøp ble i dette utkastet ikke omtalt. Dette forslaget ble imidlertid trukket. Ansattes representanter i styret reagerte på at forslaget ensidig var utarbeidet og fremmet som sak fra RHF's administrasjon. De ansattes organisasjoner hadde med andre ord ikke vært involvert i dette arbeidet. Det har også blitt oss fortalt at enkelte av de eieroppnevnte styrerepresentanter i forkant hadde fått informasjon om at det foreliggende utkastet til et kontaktforum ikke ville bli godtatt av ansattes representanter i RHF-styret. For, som det sies både fra ansattes representanter i styret og hovedtillitsvalgte:

«Det skjer alt for mye i Helse Øst til at et møte to ganger i året ville gitt tillitsvalgte noen som helst form for innflytelse. Det ville da i høyden kun ha fungert som et informasjonsforum.» (ansattrepresentant)

«Det å kun møtes noen få ganger i året er alt for lite. Da hadde vi fullstendig mistet påvirkningsmuligheter. En slik ordning har ingen ting med samarbeid eller medbestemmelse å gjøre. Det ville kun ha blitt et informasjonsforum.» (hovedtillitsvalgt)

I september samme år inviterte Helse Øst en representant fra hver av hovedorganisasjonene til deltakelse i en partssammensatt arbeidsgruppe, også bestående av tre representanter fra ledelsen på Hamar. Arbeidsgruppens mandat var å arbeide med en «drøftelse av hensiktsmessige løsninger for samarbeid på regionnivå innen

²³ Administrasjonsutvalget er et besluttende partssammensatt utvalg bestående av tillitsvalgte og politikere.

²⁴ Hentet fra «Kontaktforum for Helse Øst», datert 20.08.2002.

Helse Øst».²⁵ Det ble avholdt tre møter i denne arbeidsgruppen. I det siste møtet forelå det et utkast til en samarbeidsavtale, der det var enighet om innhold, men uenighet om «omfang av tid som skal legges inn i ordningen» (sak nr. 165-2002). I november 2002 fattet RHF-styret følgende vedtak:

«Styret i Helse Øst ser på samarbeidsordningen med tillitsvalgte på regionnivå som et viktig virkemiddel i forhold til de krevende prosesser som skal gjennomføres i Helse Øst i 2003. Styret ber administrasjonen sluttforhandle en avtale med organisasjonene basert på diskusjonen i styret.»

Arbeidsgruppen avga sin rapport 12.12.2002. Så langt vi har kunnet nøste i trådene, har vi ikke kunnet avdekke noen stor uenighet i arbeidsgruppen om *hva* regionutvalget skulle arbeide med, og *hvordan*. En som var sentral under forhandlingene forut for opprettelsen, forteller at det var mange saker oppe til diskusjon, men at det ikke var de store uenighetene å spore med hensyn til innhold. Som vi skal komme tilbake til i det påfølgende kapittel, var det, slik vi forstår det, eksempelvis ingen uenighet relatert til tolkningen av spesifikke paragrafer i Hovedavtalen i denne fasen. I sluttfasen av etablering av regionutvalget var det imidlertid uenighet om grad av frikjøpt tid: Hvordan skulle dette fordeles mellom hovedsammenslutningene?

Grad av frikjøp

Som nevnt over, oppsto det en uenighet i forarbeidet til opprettelsen av regionutvalget om grad av frikjøp for tillitsvalgte. Et av forslagene som ble diskutert i den partssammensatte gruppen, gikk på at hver av de fem hovedorganisasjonene skulle tilbys 50 prosent frikjøp, totalt 2,5 årsverk. Ifølge dokumenter fra prosessen var SAN og Akademikerne positive til et slikt forslag, mens UHO, LO og YS mente at noe mindre enn 100 prosent frikjøp var uakseptabelt. Representanten fra YS var imidlertid villig til å vurdere dette utkastet nærmere. Som en konsekvens av UHO og LOs totale avslag ble et nytt utkast utarbeidet, og denne gangen ble LO, UHO og Akademikerne tilbudt 100 prosent frikjøp, og YS og SAN 50 prosent. Det synes å ha vært et viktig poeng å få Akademikerne – representert ved Den norske lægeforening (DNLf) – inn på full frikjøpsordning. Dette begrunnes blant annet med DNLfs posisjon innenfor Helse-Norge. I et maktressursperspektiv kan dette ses i sammenheng med at tillitsvalgte fra DNLf besitter viktige maktressurser som eksempelvis ekspertise og autonomi, men også strategiske allianser i det politiske miljøet (se avsnitt 2.3 og 5.3). Vi har blant annet tidligere omtalt at samtlige av våre

²⁵ Utdrag fra administrerende direktørs orientering til styret. Styremøte i Helse Øst RHF den 30.10.2002:3. «Samarbeid med tillitsvalgte på regionnivå».

informanter forteller at man vanskelig kan lede et sykehus eller helseforetak i konflikt med legene:

«Lægeforeningen har en sterk posisjon. Jeg er svært bevisst på å kjøre gode prosesser og vi har arbeidsgrupper der vi trekker inn leger. Da får de komme med sine synspunkter. Det fungerer veldig bra. Det nytter ikke å trøe noe over hodet på dem [...] Der legene kan fortelle at her er det sterke motkrefter, eller her kan du få drahjelp – da lytter jeg.» (leder)

I tillegg legger mange av våre informanter vekt på at det var en dyktig kandidat til vervet. Tillitsvalgte omtaler ønsket om å tilby fullt frikjøp for representanten fra DNLF slik:

«Det var viktig å få Lægeforeningen inn, og da var det en fordel å tilby 100 prosent frikjøp. Det kan være vanskelig å rekruttere derfra, og når det var en kandidat som kunne tenke seg dette, var det et poeng å tilby fulltid.»

SAN og YS reagerte negativt på forslaget. Sett fra deres ståsted var dette en forskjellsbehandling av hovedorganisasjonene. Reaksjonene varierte imidlertid i styrke:²⁶

«SAN vil bemerke at alle TV på regionnivå har samme forpliktelser både overfor arbeidsgiver og sine medlemmer. Vi vil derfor uttrykke vår skepsis til at antall medlemmer blir lagt til grunn for frikjøpsordningen på regionalt nivå.»

SAN gikk imidlertid inn for å gi sin tilslutning til forslaget ut fra den forutsetning at dette var en prøveordning, og samtlige hovedsammenslutninger med unntak av YS aksepterte nå tilbudet. YS valgte å koble forbundet sentralt inn i saken:

«YS/KFO er uenig i den relative fordelingen mellom hovedorganisasjonene med hensyn til de regiontillitsvalgtes frikjøpte tid til utøvelsen av funksjonen. På denne bakgrunn kan ikke YS/KFOs representant i arbeidsgruppen tilrå sin tilslutning vedlagte retningslinjer og konklusjoner i herværende rapport. Utover dette vil representantene for YS/KFO vise til vedlagte brev fra YS-NAVO Helse.»

YS' begrunnelse for ikke å kunne godta det foreliggende forslaget var blant annet det faktum at Akademikerne i det foreliggende utkast ble tilbudt 100 prosent frikjøp, og «Forskjellen i medlemstall mellom Akademikerne og YS-NAVO Helse er svært liten. Dette tilsier likebehandling av disse to hovedorganisasjonene» (Brev fra YS-NAVO Helse, 12.12.02). Fra Helse Øst ble følgende svar sendt:

«Helse Øst vurderer arbeidsgruppens rapport med vedlagte retningslinjer som et akseptabelt startgrunnlag, selv om løsningen mht. frikjøpt tid ikke anses som

²⁶ Sitatene er hentet fra «Retningslinjer for samarbeidsordningen på regionalt nivå mellom de ansatte i helseforetakene og ledelsen i Helse Øst RHF», datert 12.12.02, s. 2.

ideell for alle organisasjoner. Det vil derfor i løpet av de nærmeste dager komme eget brev med en felles invitasjon til hovedorganisasjonene om iverksetting av samarbeidsordningen.» (Brev fra Helse Øst RHF, 19.12.02)

Denne invitasjonen ble sendt 20. desember 2002, der hovedsammenslutningene ble bedt om å oppnevne sine representanter. Uenigheten mellom Helse Øst RHF og YS-NAVO fikk ikke noe etterspill etter denne brevvekslingen, og det første fellesmøte med regiontillitsvalgte og RHF-ledelsen ble avholdt 21. februar 2003.

4.3 Det foreligger en avtale

I desember 2002 forelå det altså en avtale som inneholder «Retningslinjer for samarbeidsordningen på regionalt nivå mellom de ansatte i helseforetakene og ledelsen i Helse Øst RHF». I denne avtalen framgår det at det skal etableres et regionutvalg i Helse Øst for å ivareta «behovet for samarbeid, informasjon og dialog mellom de ansatte og deres tillitsvalgte i helseforetakene og ledelsen i regionen». Det står videre å lese at samarbeidsordningen er å betrakte som et supplement til de ordninger som fungerer i det enkelte helseforetak, og skal bidra til å fremme forståelse for Helse Østs strategi og øke ansattes deltakelse i omstillingsarbeidet. Som vi omtalte i kapittel 2, legger Hovedavtalen innenfor NAVO-området noen føringer på samarbeidsordninger på konsernnivå, og det er med hjemmel i disse bestemmelsene (§ 28, 42, 43 og 45) at regionutvalget er opprettet. Under «arbeidsområde» står det å lese at følgende forhold kan bli tatt opp til drøftelse i utvalget:

- Budsjettmessige forhold (drift og investeringer)
- Økonomiske forhold
- Organisering og fordeling av funksjoner innen regionen, herunder planer for større omlegginger, utvidelser og innskrenkninger
- Andre forhold av vesentlig betydning for de ansatte

Det presiseres imidlertid i avtalen at utvalget skal konsentrere sitt arbeid om «forhold av generell karakter som gjelder hele eller større deler av regionen». Videre står det å lese at utvalget ikke skal gripe inn i, eller erstatte rettigheter og plikter i forholdet mellom de ansatte og deres tillitsvalgte i det enkelte helseforetaket. I regionutvalget kan fem arbeidsgiverrepresentanter fra Helse Øst RHF og de fem regiontillitsvalgte møte. Utvalgsmøtene ledes av administrerende direktør i Helse Øst RHF, eller den han eller hun bemyndiger.

Regionutvalgets oppgaver og funksjon

I enhver evaluering er det av avgjørende betydning å få fram de ulike aktørers ønsker og forventninger til en ordning. Vi har så langt sett at det var divergerende synspunkter knyttet til et nytt partssammensatt nivå. Det dreide seg blant annet om form, omfang og hyppigheten i forhold til møter. Det er rimelig å se de ulike oppfattelsene i sammenheng med ulike aktørers ønsker om hvor sentral *funksjon* et slikt forum skulle ha i organisasjonen. Gjennom intervjuer med tillitsvalgte ser vi at det var knyttet relativt store forventninger til den nyopprettede samarbeidsordningen. Her er noen eksempler:

«Jeg gikk inn i rollen med forventninger om tett jobbing med Hamar. Jeg trodde at både regiontillitsvalgte og ledelsen skulle jobbe sammen. Jeg trodde rollen som samarbeidspartner ville vektlegges, og at sakene skulle være mange.»

«Jeg ønsket et klart partsorientert utvalg med klare roller. Jeg ønsket muligheten til drøfting og jeg ønsket en forhandlingsrett.»

«Som hovedtillitsvalgt hadde jeg utfordringer som jeg blant annet fikk av ledelsen, og jeg hadde drøftinger. Jeg hadde forventninger om å jobbe strategisk. Jeg hadde også forventninger om å kunne påvirke.»

«Jeg hadde trodd vi skulle få muligheten til å drøfte. Jeg hadde også forventet meg klarere roller. Det burde være hensiktsmessig å for eksempel diskutere med fem regiontillitsvalgte framfor en haug av hovedtillitsvalgte.»

«Jeg hadde trodd det skulle være en rolle som kunne ta reelle tak og diskutere personalpolitiske retningslinjer, lønn og strategi.»

Vi ser at de siterte tillitsvalgte blant annet hadde forventninger om en reell drøftingsmulighet i regionutvalget. Denne forventningen er i utgangspunktet fullt forståelig, siden den foreliggende avtalen som ligger til grunn for samarbeidsordningen blant annet bygger på Hovedavtalens § 42 og 43, som eksplisitt behandler drøfting. I selve avtalen vises det, som nevnt over, også til hvilke forhold som «kan bli tatt opp til drøftelse i utvalget» (retningslinjer for samarbeidsordningen på regionalt nivå, s. 1). Historien viser at punktet om drøfting skulle bli et tilbakevendende tema i regionutvalget. Det er bare et fåtall av våre informanter som var delaktig i arbeidsgruppen som jobbet fram samarbeidsavtalen. En av de involverte var forbundsrepresentant, og han forteller dette om tolkningen av § 42 og 43:

«Det var mange temaer som var oppe til diskusjon under disse forhandlingene, og vi diskuterte også § 42 og 43. Det var ingen uenighet her. Det ble ikke lagt opp til at det skulle foregå drøftinger eller forhandlinger på det regionale nivået.»
(forbundsrepresentant i forhandlingene)

Også representanter fra RHF-ledelsen viser til at de to nevnte paragrafene ble diskutert og at det ikke var noen uenighet knyttet til forståelsen av disse. RHF-ledelsen er også av den oppfatning at det ikke var meningen at det skulle foregå drøftinger på dette nivået, noe vi ser støttes av en av forhandlingsrepresentantene fra hovedorganisasjonene. For RHF-ledelsen begrunnes dette blant annet med ønsket om å beholde styringsretten. En leder sier at mangel på blant annet drøfting må ses i sammenheng med oppfatninger om *hvor* saker skal besluttes i organisasjonen. Våre data basert på intervjuer med ledelses- og arbeidstakerrepresentanter viser imidlertid at det er motstridende oppfattelser om hvilke beslutninger som fattes hvor i Helse Øst, og det synes også som at diskusjoner om beslutningsnivå har vært et tilbakevendende tema i regionutvalgets levetid. Dette skal vi komme tilbake til i neste kapittel. La oss først se hvilke forventninger ulike lederrepresentanter hadde til ordningen med regionutvalg og regiontillitsvalgte:

«Jeg så ordningen som positiv, særlig i forhold til å legitimere omstillingsprosessene. Jeg hadde forventninger om at de skulle representere et nettverk. Jeg har også sett det naturlig at de er representert i grupper der det diskuteres saker som berører flere HF. At de gis mulighet for å påvirke før saker kommer på styrebordet. Jeg hadde forventet at de skulle fungere som sparringpartner for ledelsen.» (lederrepresentant)

«Jeg føler på sett og vis at vi ble tvunget inn i denne ordningen. Men jeg hadde håp om at de regiontillitsvalgte skulle engasjere seg – ta selvstendige initiativ på egne vegne. At de blant annet skulle informere nedover i egne rekker.» (lederrepresentant)

Ønsker, eller formulerte forventninger til regionutvalget og regiontillitsvalgtordningen, er selvsagt innehentet i ettertid. Punktvis kan disse oppsummeres som følger, og vi starter med de tillitsvalgtes forventninger:

- Et tett samarbeid med ledelsen på Hamar
- Mange oppgaver og sentrale saker
- Partsorientert utvalg med klare roller
- Drøftings- og forhandlingsrett
- Påvirkningsmuligheter

Fra arbeidsgiverrepresentantenes ståsted ble det blant annet framhevet forventninger om at de regiontillitsvalgte skulle være:

- Legitimitetsbærere i omstillingsprosessen

- Representative for sine organisasjoner
- Sparringpartnere for ledelsen
- Engasjerte
- Informasjonskanal

Vi ser at det som ulike aktører framhever som forventninger til ordningen med regiontillitsvalgte og regionutvalg, er forskjellig sett fra arbeidsgiver- og arbeidstakerrepresentantenes ståsted.

4.4 Oppsummering

Opprettelsen av regionutvalg og regiontillitsvalgte var i utgangspunktet ikke grunnet i et omforent ønske blant ledere og tillitsvalgte om å etablere et nytt partssammensatt nivå i Helse Øst med hensyn til omfang og frikjøp av tillitsvalgte i den utstrekning vi finner i dag. Vi har i dette kapitlet sett at våre informanter trekker fram Helse Sør som en døråpner for dagens ordning. Dette betyr ikke at vi ikke ville fått en tilsvarende ordning i Helse Øst dersom ikke Helse Sør hadde gått i forkant, men det ville kanskje tatt lengre tid, og kan hende hadde prosessen også vært tyngre – sett fra tillitsvalgtes ståsted. For ledere i RHF-ledelsen blir veien mot et regionutvalg med regiontillitsvalgte omtalt som et *fait accompli*. Våre informantintervjuer viser at dagens partssammensatte ordning, og det omfang denne har, ikke var grunnet i et uttrykt ønske fra RHF-ledelsen. Det er naturlig å se dette i sammenheng med at man fryktet et nytt ankenivå i organisasjonen – og det som kan omtales som «fylkeskommunale» tilstander. For de tillitsvalgte ble imidlertid etablering av regionutvalg med jevnlig møter og frikjøp av regiontillitsvalgte betraktet som svært viktig. Det kan imidlertid synes at man under etableringen var mer opptatt av form enn innhold. Det var i etableringsfasen eksempelvis diskusjoner omkring frikjøpsordningen. Det synes imidlertid å ha vært færre diskusjoner og mindre uenighet knyttet til *hva* den nye ordningen skulle inneholde og *hvordan* den skulle fungere i praksis. Kanskje er dette naturlig, all den tid da forhandlingene ikke bare var drevet fram av interne aktører, men også av eksterne representanter fra forbundsapparatet til enkelte organisasjoner. Når vi sett i ettertidens lys finner at informantene framstår som skuffet over utviklingen i både utvalg og roller, er det betimelig å se nærmere på hva som har preget arbeidet og forholdene mellom partene på regionalt nivå i tiden etter opprettelsen av utvalget.

Kapittel 5 Den regionale samarbeidsordningen – om praksis

I forrige kapittel så vi på forhistorien til opprettelsen av ordningen med regionutvalg og regiontillitsvalgte. Ordningen med regionalt partssamarbeid er forankret i Hovedavtalen, men som omtalt i kapittel 2, partssamarbeid på dette nivået er relativt svakt forankret avtalemessig. Dette innebærer at det i stor grad blir opp til partene å definere hvordan denne ordningen skal fungere i praksis. Dette krever en diskusjon som omfatter spørsmål som *hva* skal ordningen innebære, *hvorfor* er den viktig og *hvordan* skal den fungere. I dette kapitlet ønsker vi derfor å se nærmere på den praksis som har preget dagens ordning så langt, og vi søker også etter forklaringer på hvorfor den har fungert som den har.

Når en ordning skal evalueres, er det foruten å kartlegge ønsker og intensjoner, også viktig å undersøke de ressurser og den aktivitet som følger av ressursene. Med hensyn til ressurser har RHF-ledelsen stilt fire årsverk til rådighet til samarbeidsordningen, og vi har sett at ledere ønsker at denne ordningen skal bidra til verdiskaping i Helse Øst. Tilgjengelige ressurser henspiller imidlertid ikke bare på tid og penger, men også på de involverte aktørene og deres kompetanse, samt de organisatoriske og administrative ressursene som deltakerne rår over eller kan spille på. I denne sammenheng vil det være viktig å danne seg et bilde av *møtet* mellom tillitsvalgte og ledelsen i Helse Øst. Hva skjer i dette møtet, og hvordan opplever de ulike involverte dette møtet?

Dernest må vi danne oss et bilde av hvordan ressursene forvaltes. Hovedspørsmålet er her hva de involverte aktørene får ut av dagens ordning med regionutvalg og regiontillitsvalgte. Ut av samarbeidsavtalen mellom de ansattes representanter og representanter for ledelsen i Helse Øst RHF kan vi lese at et sentralt mål bak avtalen er å ivareta behovet for *samarbeid, informasjon og dialog*. Er regionutvalget i dag et partssammensatt utvalg som fremmer samarbeid, informasjon og dialog? Svaret er blant annet avhengig av:

- Hva har preget regionutvalgets arbeid så langt?
- Hvordan beskriver ulike aktører regionutvalgets praksis?
- I hvilken grad påvirkes det regionale partsarbeidet av aktørenes maktressurser?

Vi benytter oss i dette kapitlet av ulike dokumenter som viser aktivitet og saker i regionutvalget, vi ser på hvordan våre informanter kommenterer dagens praksis, og vi benytter også tall fra spørreundersøkelsen der dette kan kaste ytterligere lys over vurderinger og praksis.

En overordnet konklusjon er at samtlige av våre informanter er av den oppfatning at utvalget i dag ikke fungerer tilfredsstillende. Hvorfor – eller hvordan dette begrunnes og forklares – er imidlertid langt mer divergerende og avhengig av øynene som ser. Vi starter med å se på den dokumentasjonen som foreligger over regionutvalgets aktivitet.

5.1 Aktivitet og dagsorden

Hvor aktivt et utvalg er, trenger selvsagt ikke å være synonymt med viktighet. Like fullt kan antall møter gi oss en første indikator på regionutvalgets posisjon som partssammensatt organ i organisasjonen. I tillegg til å synliggjøre møteaktivitet skal vi også se nærmere på hvilke type saker som regionutvalget har behandlet. Vi benytter her møteinnkallelser og referater fra regionutvalget i perioden 21.02.03 til 16.04.04.

Dersom vi tar utgangspunkt i møteinnkallelser og møtereferater, finner vi at det i alt har vært arrangert 18 møter på om lag 14 måneder. Dette viser et utvalg preget av jevn møtepraksis i hele perioden. Vi finner også at utvalget har hatt en rekke saker på agendaen. I tabell 5.1 har vi, med utgangspunkt i møtereferatene, søkt å klassifisere de ulike sakene som har vært diskutert. Vi får da en slik fordeling:

Tabell 5.1 Klassifisering av saker behandlet i regionutvalget i perioden februar 2003 til april 2004.

| Møtedato | Saker | | | | | |
|----------|------------------|-------------------|-----------------------------|-------|-------------------|----------|
| | Info/ referat | Org./ strategi | Sykefravær/ arbeidsmiljø | Drift | Parts- forhold | Personal |
| 16.04.04 | 2 | | | 1 | 1 | 2 |
| 22.03.04 | 2 + 3* | 1 | | | 1 | |
| 10.03.04 | 2 | 1 | | 1* | 3 | |
| 19.02.04 | 2 | 2 | 1* | 1 | 1 + 1* | |
| 26.01.04 | 3 | 2 | | | | 1* |
| 07.01.04 | 2 + 2* | 1 + 1* | 1 | 1* | 2 + 2* | |
| 20.11.03 | 2 | 1 | | | 1 | |
| 28.10.03 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 + 1* | |
| 18.09.03 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 + 1* | |
| 13.08.03 | 2 | 2 + 1* | | 1* | 3 | 1 |
| 24.06.03 | 2 | 1 | | 2 | 1 | |
| 11.06.03 | 2 | 1 | | 2 | 1 | |

| Møtedato | Saker | | | | | |
|----------|------------------|-------------------|-----------------------------|---------|-------------------|----------|
| | Info/ referat | Org./ strategi | Sykefravær/ arbeidsmiljø | Drift | Parts- forhold | Personal |
| 19.05.03 | 2 | 3 | 1 | | 2 | |
| 08.05.03 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | |
| 10.04.03 | 2 | 1 | 1 | | 1 | 1 |
| 27.03.03 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | |
| 13.03.03 | 2 | 2 | 1* | 2* | 2 | |
| 21.02.03 | | 1 | | | 5 | |
| Totalt | 34 + 5* | 24 | 7 | 10 + 5* | 32 + 5* | 4 + 1* |

* Viser til saker som har kommet opp under eventuelt

I møtereferatene finner vi to gjentakende punkter: «Referat fra regionutvalgets møte ...» og «Aktuell informasjon». Begge disse punktene er i tabellen over gruppert sammen. Under aktuell informasjon finner vi henholdsvis «Aktuell informasjon fra regionalt nivå» og «Aktuell informasjon fra regiontillitsvalgte».²⁷ Hvert av disse inneholder en rekke underpunkter, men er i referatene gruppert under samme sak (riktignok et A- og B-punkt). I vår klassifisering har vi også behandlet informasjonsrunden som én sak.

I kolonnen «Organisering/strategi» har vi gruppert saker som eksempelvis «Prosjektorganisering og styringsstruktur» (sak 16), «Ethiske retningslinjer for innkjøp» (sak 20) og «Årlig melding til Helsedepartementet» (sak 34).

Under «Sykefravær/arbeidsmiljø» finner vi blant annet «Arbeidet med å redusere sykefraværet» (sak 4) og «Kampanjen 'Røykfrie sykehus'» (sak 38).

I kolonnen «Drift» har vi plassert saker som «Prosjekt IT 2006» (sak 45) og «Ikke-medisinske støttefunksjoner» (sak 50).

Går vi til kolonnen «Partsforhold» finner vi diskusjoner som omhandler «Regionutvalgets møter og arbeidsform» (sak 60), og «Frikjøp av tillitsvalgte [...]» (sak 74). Her har vi imidlertid også plassert beramning av møteplan for regionutvalget.

I den siste kolonnen «Personal» sorterer saker som «Retningslinjer for 'Omstilling og bemanningstilpasning'» (sak 25) og «Ansattes biverv» (sak 57).

Hva kan vi lese ut av møtenes agenda?

Dersom vi ser på totaloversikten for hver kolonne, ser vi at det er informasjons- og/eller referatsaker som teller flest. I forhold til informasjonssaker finner vi tegn som kan tyde på at det har vært en utvikling med hensyn til hvem som informerer hvem. I regionutvalgets første ti møtereferater finner vi under «Aktuell informasjon» bare

²⁷ Som vi kommer tilbake til i det påfølgende avsnittet, er dette et punkt som ikke figurerte i de tidlige møtereferatene.

informasjon fra administrasjonen til de regiontillitsvalgte. Fra og med 28. oktober 2003 skjer det en endring, og vi finner nå også under den samme saksoverskriften «Aktuell informasjon fra regiontillitsvalgte» (sak 76). Hva denne endringen skyldes, forteller møtereferatene ingen ting om, men som leser kan det synes som om man har gått fra enveisinformasjon til informasjonsutveksling. Dette kan tolkes som en bevegelse i retning av mer *dialog* i regionutvalget, som jo er ett av kriteriene som utvalget skal ivareta.²⁸

Hva forteller så de mange informasjonssakene oss? Et innlysende svar er selvsagt at det skjer mye i Helse Øst, og at det er behov for et forum der dette er tema. Dernest ser vi at informasjonssakene kan endre karakter – noe som i tillegg forteller oss at de regiontillitsvalgte ønsker sterkere grad av involvering i saker som i utgangspunktet kun var ment «til orientering». Dette er ikke spesielt for regionutvalget i Helse Øst, men er noe vi ser i de fleste partssammensatte fora: Informasjonssaker igangsetter en diskusjon der man som tillitsvalgt blir trukket med, eller krever å bli inkludert i videre møter og/eller prosesser. I referatene finner vi eksempler som kan tolkes i en slik retning, eksempelvis fra møtet 8. mai 2003 der det under «Aktuell informasjon» framgår et eget punkt under «Tiltak/oppsummering»:

«Regiontillitsvalgte utpeker en representant til de to paneldebatter på styre-seminaret 5.–6. juni; Panel 1 stikkord Åpenhet; Panel 2 stikkord Synergier.»
(Referat fra møte i regionutvalget, 8. mai 2003)

En tilsvarende utvikling var også vi vitne til, da vi som observatører fikk være bisittere på et regionutvalgsmøte i mai 2004. Under informasjonsrunden oppstod det en diskusjon knyttet til sykefraværspromblematikken. Denne diskusjonen ble fulgt opp av et tiltak der: «RegTV vurderer innspill/konsept for et eventuelt pilotprosjekt innen sykefraværspromblematikken». De to nevnte eksemplene illustrerer hvordan en informasjonssak kan utvikle seg i en retning der tillitsvalgte medvirker aktivt i det videre arbeidet.

Den kolonnen med nest flest saker finner vi under overskriften «Partsforhold». Her finner vi saker som har omhandlet regiontillitsvalgtes rolle, vi finner saker om regionutvalgets arbeidsform og møteinnhold, og regiontillitsvalgtes forhold til media. Referatene viser at det særlig er regionutvalgets *arbeidsform og innhold* som er tema, nærmere bestemt elleve saker berører denne problematikken. På møte 08.05.03

²⁸ RHF-ledelsen har i ettertid informert oss om at disse endringene ble initiert fra RHF-ledelsens side. Vi siterer: «Bakgrunnen var at AD ved en rekke møter hadde oppfordret de regiontillitsvalgte til å komme med mer innspill/tilbakemeldinger på saker de RegTV var opptatt av, men lite skjedde. Hensikten med tilføyelsen var å framprovosere mer informasjon/innspill/tilbakemeldinger fra de regiontillitsvalgte.» (Notat datert 07.07.04)

finner vi ett godt eksempel, som griper like inn i denne evalueringens tema. I referatet står det blant annet å lese:

«[...] Regiontillitsvalgtes funksjon innen Helse Øst er ikke direkte sammenlignbar med konserntillitsvalgte i private aksjeselskaper, rollen og funksjonen bør utvikles løpende ut ifra partenes erfaringsgrunnlag [...].» (sak 33)

I de saker der regionutvalget og regiontillitsvalgte har vært gjenstand for diskusjon, synes det å ha vært rettet mindre oppmerksomhet mot ledelsen. Vi finner med andre ord langt færre saker som relaterer seg spesifikt til *ledelsens* rolle og funksjon – både som part og som deltaker i regionutvalget. Om dette skyldes måten referatene er skrevet på, eller om det skyldes at ledelsens rolle i regionutvalget i liten grad har vært diskutert og problematisert, har vi ingen opplysninger om. På bakgrunn av referatene kan vi imidlertid konkludere med at fokuseringen har vært relativt sterkt rettet mot forståelsen av regiontillitsvalgtrollen.

Vi finner relativt få saker under rubrikken «sykefravær/arbeidsmiljø» og «personale». Dette er i utgangspunktet noe overraskende, fordi det er rimelig å anta at vi nettopp her vil kunne finne problemstillinger som er foretaksovergripende, noe som er et viktig kriterium for at det skal være en sak for regionutvalget. En kommenterer dette slik:

«Det er for eksempel ufarlige saker som røyking som vi har diskutert opp og ned. De 'farlige' sakene som arbeidsmiljø har vi ikke. De skal løses på foretaksnivå. Men det er jo mange veier inn i den type saker.» (tillitsvalgt)

Fravær av «farlige» saker kan ha flere forklaringer. Igjen ser vi imidlertid at *beslutningsnivå* problematiseres. Dette får oss forskere til å stille spørsmålet: Er det slik at temaer som i utgangspunktet kan betraktes som helseforetaksgripende, som eksempelvis arbeidsmiljø, ikke blir «sak» i regionutvalget grunnet et uavklart forhold også mellom RHF-ledelsen og helseforetaksdirektører? I så tilfelle kan manglende tilstedeværelse av denne type saker derfor være grunnet i en uro i RHF-ledelsen for å «trække i bedet» til ledere på nivået under.

Møtereferatenes budskap

På bakgrunn av tilgjengelige møtedokumenter synes det som om det har vært en relativt god spredning på saker i regionutvalget. Både møteinnkallelser og referater er imidlertid svært kortfattede. Den stikkordsmessige formen i referatene gjør det vanskelig å spore de argumenter, diskusjoner og den eventuelle uenigheten som har vært knyttet til de ulike punktene. Dette har vi delvis omtalt over: Har ledelsens rolle i regionutvalget vært debattert, og hvis så, hvorfor framgår ikke dette av referatene? Det er også noe komplisert å finne det konkrete utfall av de sakene som

har vært diskutert. Når vi spør en av lederinformantene om det er eksempler på saker der det er satt «to streker», svarer hun: «Nei, det er i grunnen ikke det. Det blir ikke to streker. Jeg tror det kommer av rollene.» Tillitsvalgte kommenterer dette slik:

«Det står ikke noe i referatene om hva vi har ment, og det er lite anledning til å ta opp saker. Ledelsen er jo for så vidt interessert, men jeg er svært usikker på effekten.» (tillitsvalgte)

«Ingen ting skrives i protokoller. Det blir liksom ikke forpliktende. Når vi kommer med innspill i en sak, varierer det hvordan det mottas. Det blir ofte hengende.» (tillitsvalgt)

Møtereferatene fra regionutvalget sendes ut til direktører på HF-nivå og til deltakerne. De regiontillitsvalgte sender igjen disse ut til sine respektive hovedtillitsvalgte i de ulike foretakene. Hvordan referatene er utformet, blir et budskap som tolkes «der ute», og «der ute» vil de kunne fungere som markører på utvalgets betydning. Vi blir også fortalt at de korte møtereferatene har vært gjenstand for diskusjoner i regionutvalget.²⁹ Diskusjonen har blant annet gått på at de regiontillitsvalgte ønsket en presisering av uenighet og «Nå har vi fått igjennom at det for eksempel skal stå: Regiontillitsvalgte er bekymret [...]» Det er like fullt interessant når en informant kommenterer møtereferatene på denne måten:

«Jeg leser dem, men de har ikke hatt voldsom relevans for meg. Jeg synes ikke det ser ut som om de driver med viktige saker. Referatene er jo også veldig korte.» (leder)

I kapittel 3 omtalte vi at forskning relatert til konserntillitsvalgtrollen viser viktigheten av å «komme hjem» med innflytelse over viktige saker. Dette påvirker i stor grad den konserntillitsvalgtes legitimitet både hos medlemmer og øvrige ansatte. Det er liten grunn til å tro at situasjonen for de regiontillitsvalgte er veldig forskjellig. Det å kunne vise til, og å synliggjøre uenighet vil i denne sammenhengen fungere som en viktig markør for tillitsvalgte. Dette er viktig til tross for at uenigheten ikke nødvendigvis får konsekvenser for de beslutninger som fattes. Knappe møtereferater, der det i liten grad framgår hvem som har ment hva, kan medføre at leserne – som den siterte lederen over – får inntrykk, riktig eller uriktig, av at regionutvalget kun er et pseudoorgan for medvirkning og innflytelse. Dette kan imidlertid også ha sammenheng med et annet forhold, noe flere av våre informanter refererer til: Det er vanskelig å fremme kritikk i Helse Øst. Både ledere og tillitsvalgte forteller at de opplever at det er liten interesse for at det i ulike fora – også i regionutvalget – pekes på kritikkverdige forhold som en konsekvens av effektivisering og omorganisering. Noen hevder at det er i ferd med å bre seg en «ja-kultur», mens andre omtaler dette

²⁹ Noe som vi illustrerende nok ikke kan gjenfinne i møtereferatene.

som utvikling av en «sterk lojalitetskultur». Dersom vi går tilbake til kapittel 2, kan vi se at dette er et vesentlig trekk med det som Brunsson (1994) omtaler som «selskapet». Det er med andre ord ikke noe som begrenses til Helse Øst, men er et generelt trekk når en organisasjon endres fra den politiske organisasjon til selskapet som idealtipe. I overgangen er det en tendens til at det legges lokk på informasjon som ledelsen kan oppleve som handlingsforstyrrende. Dette er et problem for de regiontillitsvalgte, fordi det å fungere som en viktig korreksjon til ledelsen utgjør en sentral del av tillitsvalgtrollen. Men som vi skal komme tilbake til, det kan også bli problematisk for ledelsen fordi man slik går glipp av essensiell informasjon.

Møtereferater vil imidlertid aldri kunne tilfredsstillende alle informasjonsbehov for eksterne lesere. Derfor har det vært nyttig å observere de ulike deltakerne i regionutvalget. Når møtedeltakere treffes så hyppig som her, vil det over tid utvikle seg relasjonelle bånd, noe som i seg selv vil kunne være en kime til endring. Ved våre besøk i regionutvalget, både under forberedelsene til evalueringen, og som observatører, har vi opplevd at *tonen* mellom de ulike deltakerne er god. Den uformelle kontakten forut for møtene, så vel som i pausene, har eksempelvis vært preget av småprat, klapping og klemming. Samtlige informanter – uansett hva de måtte mene om regionutvalgets gjøren og laden – er også snare til å forsikre oss om at «vi har stor respekt for hverandre». De ulike rollene slik de utspiller seg i regionutvalget, er tema under. Vi starter imidlertid med å se på hvordan ledere og tillitsvalgte generelt vurderer utvalget.

5.2 Regionutvalget og praksis

Som nevnt innledningsvis var det en viss motstand i RHF-ledelsen mot å opprette et regionutvalg slik det framstår i dag. Det var imidlertid ikke bare der man hadde betenkeligheter. Slik kommenterer henholdsvis en leder og hovedtillitsvalgt holdningene:

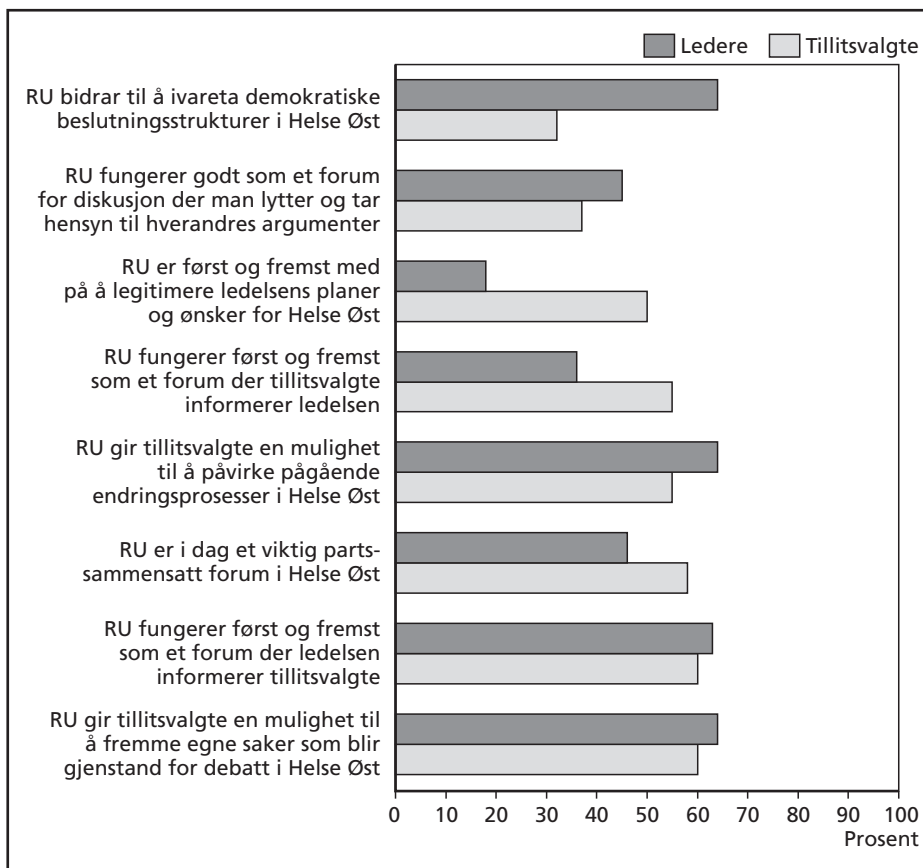
«Jeg opplevde det som at det var en veldig motstand mot opprettelsen av regionutvalg og regiontillitsvalgte. Jeg tror ledere på HF-nivå frykta at dette skulle bli et nytt beslutningsnivå i Helse Øst.» (tillitsvalgt)

«Vi var bekymret for at dette skulle bli en omkampsarena – at dette skulle bli en ny ankeinstans. Da ville vi fått fylkeskommunale tilstander, og det var vi unisont i mot.» (leder)

Spørsmålene er om hvorvidt den motstanden som var virksom under etableringen av det regionale partssammensatte nivået, har hatt noen innvirkning på den praksis

som har preget utvalget i ettertid. La oss derfor se nærmere på hvordan ledere og tillitsvalgte på ulike nivåer vurderer regionutvalget. I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til en rekke påstander som berører regionutvalgets status som partssammensatt utvalg. I figur 5.1 har vi gjengitt den andelen som har sagt seg helt og delvis enig i de ulike påstandene:

Figur 5.1 Tillitsvalgtes og lederes vurderinger av regionutvalget. Lavest N =29.



Vi ser at det er relativt lite som skiller ledelsens og tillitsvalgtes vurderinger i de to siste påstandene. Det er stor grad av enighet om at regionutvalget gir tillitsvalgte en mulighet til å fremme egne saker som blir gjenstand for debatt i Helse Øst (60 versus 64 prosent). Ledere og tillitsvalgte er også samstemte med hensyn til påstanden om at regionutvalget først og fremst fungerer som et forum der ledelsen informerer tillitsvalgte (60 versus 63 prosent). Vi ser derimot en større uenighet når respondentene skal ta stilling til utsagnet om at regionutvalget først og fremst er et forum der tillitsvalgte informerer ledelsen. 55 prosent av de tillitsvalgte svarer at dette er

helt/noe rett. Den tilsvarende andelen blant ledere er 36 prosent. Figuren viser også at det er en større andel ledere enn tillitsvalgte som mener regionutvalget gir tillitsvalgte muligheter for å påvirke pågående endringsprosesser i Helse Øst (64 versus 55 prosent).

Den største variasjonen i tillitsvalgtes og lederes vurderinger finner vi med hensyn til påstanden «Regionutvalget er først og fremst med på å legitimere ledelsens planer og ønsker for Helse Øst RHF». 58 prosent av de tillitsvalgte har sagt seg noe/helt enig i utsagnet, mens den tilsvarende andelen for ledere er 18 prosent. Dette antyder at tillitsvalgte i større grad enn ledere heller til den oppfatning at regionutvalget fungerer som et ledelsesalibi. I møter i regionutvalget hvor vi har deltatt, har det også blitt uttalt at regionutvalget *har* fungert som en viktig brekkstang i omstillingsprosesser. Dette inntrykket forsterkes når vi ser på svarfordelingen i forhold til påstanden om hvorvidt regionutvalget bidrar til å ivareta demokratiske beslutningsstrukturer innenfor Helse Øst. 32 prosent av de tillitsvalgte har sagt seg helt/delvis enig i påstanden, den tilsvarende andelen blant ledere er 64 prosent. Dette indikerer at en majoritet av de tillitsvalgte ikke oppfatter regionutvalget som et reelt organ for medvirkning og innflytelse slik det fungerer i dag. Vi ser likevel at 58 prosent av de tillitsvalgte mener at regionutvalget er et viktig partssammensatt forum, mens 46 prosent av lederne er av samme oppfatning. Dette stemmer også forholdsvis godt med funn fra det kvalitative materialet.

Vi finner generelt at tillitsvalgte vurderer regionutvalget som et viktigere forum enn lederne, til tross for at de framstår som mindre fornøyd med *tilstanden* i utvalget. Det er rimelig å se dette i sammenheng med forventningene: I forrige kapittel omtalte vi at tillitsvalgte blant annet hadde en forventning om at man i regionutvalget skulle ha et klart partsforhold. La oss se på hvordan tillitsvalgte og ledere svarer på spørsmål om hvorvidt de betrakter regionutvalget som betydningsfullt i dag:

«Jeg synes i utgangspunktet at vi har behov for en ordning med tillitsvalgte på regionalt nivå, men jeg tror de som er frikjøpt på full tid, sliter med å fylle tida. Jeg synes ikke vi får det helt til, og vi bruker mye penger på det.» (leder)

«Vi har mange ganger fine diskusjoner, men spørsmålet er hvilken betydning dette har. Får ansatte informasjon, og bidrar det til verdiskaping? Men det kan bero på organiseringen.» (leder)

«Vi er veldig glade for ordningen med regiontillitsvalgte og regionutvalg, men spørsmålet er hvilke muligheter de regiontillitsvalgt skal ha. Det skjer utrolig mye på det regionale nivået, men likevel har regiontillitsvalgtrollen ingen formelle retningslinjer. Jeg synes vår representant er helt utrolig som klarer å få til så mye.» (tillitsvalgt)

«Jeg synes ofte det gjøres et dårlig håndverk i ledelsen. Hadde jeg vært leder, ville jeg jo sørget for å ha hatt de tillitsvalgte med meg i beslutningsprosessen. Det binder jo medlemmene. Den muligheten benytter de seg av i alt for liten grad.»
(tillitsvalgt)

Mens tillitsvalgte omtaler regionutvalget og regiontillitsvalgtrollen som uklar med hensyn til roller og rettigheter, stiller flere av lederrepresentantene spørsmål om de tillitsvalgtes representativitet, legitimitet og arbeidsmengde.

Representativitet og legitimitet

I våre intervjuer med ledere i Helse Øst ble vi blant annet fortalt at regiontillitsvalgte i liten grad kommer med egne saker i utvalget. Det blir også sagt at de heller ikke fungerer som sparringpartnere for ledelsen, og at de i liten grad bidrar med viktig informasjon fra de ansatte. Det reises også spørsmål om hvorvidt de regiontillitsvalgte i dag har mer frikjøpt tid enn det de strengt tatt har behov for. Sett fra et tillitsvalgtståsted er det særlig spørsmålene rettet mot representativitet og legitimitet som er alvorlige. Dette er spørsmål som berører selve fundamentet for å utøve en tillitsvalgtrolle, samtidig som det også reiser tvil om de tillitsvalgtes maktressurser og evnen til maktmobilisering. Våre data gir oss i liten grad muligheter til å etterprøve disse påstandene. Det ligger i utgangspunktet utenfor denne evalueringens mandat. Vi har imidlertid noe empiri å støtte oss til. Under intervjuer med hovedtillitsvalgte har vi fått inntrykk av at kontakten mellom de regiontillitsvalgte og det øvrige tillitsvalgtapparatet er god. Her er noen illustrerende eksempler:

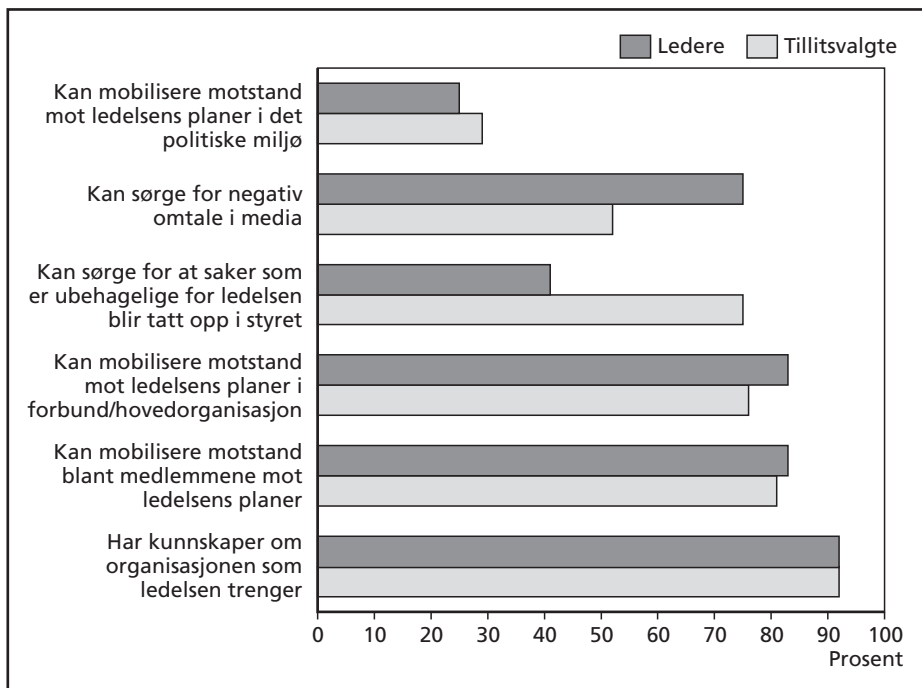
«Jeg er ofte i kontakt med vår regiontillitsvalgte. Vedkommende forsøker å ta ting opp, men opplever å ikke bli hørt. Uenighet stoppes, og det føres ikke noen protokoll. Jeg føler at de ikke diskuterer de viktige sakene. Vi vil gjerne ha denne rollen, men det må klargjøres hvilke muligheter som skal ligge i den.»

«Regiontillitsvalgtrollen må utvikles videre. Vi har diskutert dette mye, og er helt klare på at rollen må formaliseres. Det tas viktige beslutninger på RHF-nivå i dag, og der må de regiontillitsvalgte være og de må gis innflytelse.»

Våre kvantitative data viser oss også at det er hyppig kontakt mellom de ulike tillitsvalgnivåene i Helse Øst. 85 prosent av de tillitsvalgte svarer at de har kontakt med andre tillitsvalgte på ulike nivå ukentlig eller hyppigere, og 83 prosent svarer at de har like hyppig kontakt med tillitsvalgte fra andre organisasjoner. På spørsmål om hvordan tillitsvalgte fordeler sin tillitsvalgttid, finner vi at 36 prosent av tiden benyttes til interne oppgaver i egen organisasjon, 15 prosent til kontakt med andre organisasjoner, 32 prosent av tiden går til ledelseskontakt og partssamarbeid, mens ti prosent til «eksternt arbeid til beste for Helse Øst RHF». Vi ser også i dette

materialet en enighet i ledelsen om at tillitsvalgte generelt har viktig kunnskap om organisasjonen, noe som framgår i figur 5.2. Her har både tillitsvalgte og ledere vurdert det vi kan omtale som tillitsvalgtes påvirkningsmuligheter i organisasjonen. Vi har kun gjengitt andelen som har svart noe/helt rett:

Figur 5.2 Vurdering av tillitsvalgtes påvirkningsmuligheter. Lavest N = 32.



92 prosent av ledere og tillitsvalgte vurderer utsagnet om at tillitsvalgte har kunnskaper om organisasjonen som ledelsen trenger, som noe/helt rett. Det er også en stor andel som svarer at tillitsvalgte kan mobilisere motstand blant medlemmene mot ledelsens planer (81 versus 83 prosent). Ledere har noe større tro på at tillitsvalgte kan mobilisere motstand mot ledelsens planer i forbund og/eller hovedorganisasjon, enn det tillitsvalgte selv synes å ha, men forskjellene er også her liten (83 versus 76 prosent). Dette antyder at ledere så vel som tillitsvalgte vurderer tillitsvalgtes kontaktnett både internt i organisasjonen og til forbund og hovedorganisasjon for å være en effektiv mobiliseringskanal. Det er derimot langt færre som anser tillitsvalgtes muligheter for politisk mobilisering som stor, mens 75 prosent av lederne mener at tillitsvalgte kan sørge for negativ omtale i media. Den tilsvarende andelen blant tillitsvalgte er 52 prosent. Det største avviket mellom ledelsens og tillitsvalgtes vurdering finner vi når vi ser på påstanden som berører tillitsvalgtes muligheter for å trekke saker som er ubehagelige for ledelsen inn i styret. 75 prosent

av de tillitsvalgte svarer at dette er noe/helt rett, mens den tilsvarende andelen for ledere er 41 prosent. Vi vet ikke hva denne forskjellen skyldes, men vi finner i det kvalitative materiale en forskjell i tillitsvalgtes og ledes syn på uformelle kommunikasjonslinjer i organisasjonen. Dette kan forklare noe av denne variasjonen (se også avsnitt 5.3.3).

Når ledelsen i Helse Øst opplever å få lite igjen av dagens praksis med regiontillitsvalgte og regionutvalg, fordrer dette refleksjon, både over ledelsens rolle og regiontillitsvalgtrollen. Hva man makter å få til i et samarbeidsutvalg av denne art, vil bero på hvordan partene forholder seg til hverandre, og hvilke arbeidsforhold man tilrettelegger for i forumet. I de organisasjoner der partssamarbeidet på et overordnet nivå fungerer, finner vi i tidligere forskning at toppledere – både innenfor private konsern og i den kommunale arbeidsorganisasjon – vektlegger at partsutvalg og tillitsvalgte på et overordnet nivå har tre viktige funksjoner.

For det første bidrar overordnede partsutvalg til å kvalitetssikre ledelsesbeslutninger. Toppledere framhever at den informasjonen som sentrale tillitsvalgte bidrar med, i utgangspunktet er vanskelig tilgjengelig, fordi så mye «siles bort på veien». Dette er informasjon om ansattes situasjon, deres reaksjoner og meninger, og sett fra toppledelsens side er dette en knapphetsressurs som tillitsvalgte besitter. Informasjon om grasrota gjør toppledelsen i stand til i større grad å forutse mulige reaksjoner på ulike beslutninger: Det høyner toppledelsens ekspertise, og begrenser at de «gale» beslutningene treffes og iverksettes.

For det andre har partssamarbeidet mellom toppledere og tillitsvalgte en disiplinerende funksjon. Sett fra toppledelsens ståsted kan partssammensatte fora begrense sentralt plasserte tillitsvalgtes opplevde behov for å etablere og/eller bruke strategiske allianser i form av eksempelvis politikere. For organisasjoner som har innført et skille mellom politikk og administrasjon – som eksempelvis Helse Øst – bidrar sentrale partssammensatte fora til å symbolisere at det nå er toppledelsen og de tillitsvalgte som må fungere som hverandres strategiske alliansepartnere. Disse fora vil derfor fungere disiplinerende på tillitsvalgte fordi det å konstituere spilleregler vil fungere som «kart» for gyldig eller legitim handling for *begge* parter. De vil også kunne fungere disiplinerende på ansatte fordi det å ha støtte fra tillitsvalgte gir ledelsen legitimitet.

Den tredje funksjonen som partsutvalg og partsrelasjoner kan frambringe, er knyttet til nettopp legitimitet. Sentrale partssammensatte fora fungerer som en viktig markør for å symbolisere et skifte fra «polarisering og fronter» til «samarbeid og konsensus». Særlig er dette viktig i en fase der den administrative toppledelsen skal befeste sin rolle som nettopp toppledere. Denne type fora vil fungere som arenaer der nye roller og nye kommunikasjons- og relasjonslinjer institusjonaliseres i organisasjonen. Sett fra et topplederståsted forvalter tillitsvalgte en meget viktig strategisk ressurs: Michel Crozier (1964) hevder at en viktig kilde til organisatorisk makt er muligheten til å håndtere usikkerhet. De som håndterer usikkerhet, har makt

dersom denne usikkerheten for eksempel berører den gjennomgående arbeidsstrømmen og innsatsen i organisasjonen. I den forbindelse tilskriver toppledelsen sentrale tillitsvalgte en rolle som «betydningsfulle andre». Dersom de som defineres som betydningsfulle andre – i denne sammenheng sentralt plasserte tillitsvalgte – ikke støtter endringsprosesser, vil dette bremse, eller endog stoppe prosessene. Dersom tillitsvalgte derimot støtter en endringsprosess, vil de fungere som viktige *promotører* for ledelsen. Derfor vil tillitsvalgte også fungere som garantister i organisasjonen, og kan til en viss grad håndtere den usikkerheten som er forbundet med ansattes mulige reaksjoner på ulike endringstiltak. Partssammensatte fora skaper derfor *forutsigbarhet*, samtidig som det også bidrar til å gi ledelsen *legitimitet*. Slik kan vi også si at et sentralt partsutvalg – som regionutvalget – blir et utstillingsvindu for ledelsen som markerer at medvirkning og innflytelse tas på alvor. I den grad det regionale partssamarbeidet i Helse Øst ikke fungerer tilfredsstillende, er dette selvsagt et problem for tillitsvalgte, men også i stor grad for den regionale toppledelsen, fordi de kan gå glipp av å få fylt behovene for kvalitetssikring, disiplin og legitimitet. Blant ledere i Helse Øst er det også de som forteller at tillitsvalgte på regionalt nivå ikke er tilstrekkelig involvert. Her er to eksempler:

«Kanskje har jeg et feil inntrykk, men det fattes store beslutninger i dag som de regiontillitsvalgte ikke er særlig delaktige i. Det dreier seg om kvalitet, bemanning og økonomi, som jo får konsekvenser for de ansatte.» (leder)

«Omstrukturering burde være tema, og oppgave- og funksjonsfordeling burde også være det. Dette er forhold som får store konsekvenser for de ansatte. De regiontillitsvalgte vil gjerne at slike saker skal besluttes i regionutvalget, men her er det uenighet – også i ledelsen. Graden av involvering av de regiontillitsvalgte handler mye om hvor saker skal besluttes.» (leder)

Samtidig er det også ledere som mener at det ikke er så mange viktige saker som regiontillitsvalgte *kan* involveres i, grunnet beslutningsstrukturen i Helse Øst. Vi har med andre ord registrert en uenighet også blant lederne – på samme nivå og mellom nivåene – når det gjelder hvor viktig det regionale nivået i Helse Øst er, og følgelig hvor viktig regionutvalget bør være. Man kan derfor undres om hvorvidt de tillitsvalgtes posisjon i organisasjonen var lite diskutert da organisasjonens struktur ble lagt. En svarer slik på dette spørsmålet: «Jeg vil vel i hvert fall si at bevissthetsnivået har økt. Det er viktig at store endringer foregår skikkelig, og det krever involvering også av tillitsvalgte.»

Sett fra de tillitsvalgtes ståsted – både på regionalt nivå og i helseforetakene – stilles det spørsmål ved om hvorvidt regionutvalget i dag fungerer som et organ der tillitsvalgte har innflytelse. De spør også om hvorvidt ledelsen og tillitsvalgte møtes som likeverdige parter i utvalget:

«Det virker ikke som et forum preget av likeverdige parter. Det er informasjon og orienteringer underveis, men sett fra mitt ståsted synes jeg det er nokså tydelig at tillitsvalgte gis få muligheter og liten reell innflytelse.» (hovedtillitsvalgt)

Tillitsvalgtes kritikk av regionutvalget dreier seg særlig om manglende rettigheter i utvalget.

Rettigheter og plikter – et spørsmål om intern avklaring

Til tross for at Hovedavtalen innenfor NAVO-området setter visse rammer rundt partssamarbeid på et regionalt nivå, er det like fullt opp til partene innenfor organisasjonen å komme fram til en omforent enighet om hva ordningen skal innebære, hvorfor den er viktig og hvordan den skal fungere. Vi omtalte tidligere i dette kapitlet at møtereferatene viser at dette har vært et gjentakende tema i regionutvalget. De samme møtereferatene indikerer imidlertid at denne diskusjonen særlig synes å ha vært relatert til de tillitsvalgtes rolle og funksjon.

Vårt materiale viser at tillitsvalgte etterlyser en klarere kobling mellom det regionale partsforholdet og avtaleverket, her fortrinnsvis Hovedavtalens § 29, § 42 og § 43. Under vår tilstedeværelse i et regionutvalgsmøte ble også tolkningen av § 29 gjenstand for diskusjon. Slik vi tolker denne diskusjonen, dreier det seg om hvorvidt § 29 bare skal omfatte partsforholdene i de ulike helseforetakene, eller om de også skal gjelde for partsforholdet på regionalt nivå. De regiontillitsvalgte har en formening om at «§ 29 svever over oss», den er uavklart, og for igjen å sitere regiontillitsvalgte: «De bruker den på en slik måte at vi er representert når det passer ledelsen, og når det ikke passer, er vi heller ikke representert.» RHF-ledelsen er imidlertid av den oppfatning at § 29, og tolkningen av partsforholdet der, retter seg mot foretaksnivået.

Som nevnt i kapittel 4, finner vi også en uenighet knyttet til tolkningen av § 42 og § 43. Vi har omtalt at disse to paragrafene var oppe til diskusjon forut for opprettelsen av samarbeidsavtalen, men involverte aktører kan ikke huske at det var knyttet uenighet til tolkningen eller forståelsen. En sier det slik:

«Den partsammensatte arbeidsgruppen ble til slutt omforent om de praktiske og prosedyremessige forhold i de utarbeidede retningslinjene. Dette ble enstemmig (med unntak av størrelsen på frikjøpsprosenten) vedtatt.»

Informanten deler de regiontillitsvalgtes oppfatning om at utvalget ikke har hatt noen særskilt gjennomgang av de to nevnte paragrafene i ettertid. Det har imidlertid vært fremmet et ønske fra de regiontillitsvalgte om å opprette drøftingsprotokoller, men her har RHF-ledelsen henvist til at man skal følge den partsammensatte arbeidsgruppes innstilling om dagens regionutvalg med sakliste og referat:

«Endringer av det praktiske opplegget rundt gjennomføringen av samarbeidet etter § 42 har vi henvist til debatten om revidert samarbeidsordning etter evalueringen.»

Ifølge informanten er det først i det senere halvåret at regiontillitsvalgte har fremmet synspunkter om endringer med henvisning til sin forståelse av hovedavtalen. Informanten legger imidlertid til at:

«Det er forutsetningen at de formelle sider av hovedavtalen i relasjon til konsern (regionalt foretak) blir avklart mellom partene i forbindelse med revurderingen av samarbeidsordningen.»

Sett fra RHF-ledelsens ståsted har man også gått noe lenger i forhold til samhandlings-temaer enn det som direkte følger av § 42.

På den ene siden er RHF-ledelsens ønske om å forholde seg til dagens avtale, med sine intensjoner, forståelig nok. Ønsket om å begrense formaliseringsgraden i forhold til Hovedavtalen bør også ses i sammenheng med de partsrelasjonene som eksisterte innenfor fylkeskommunen. Her var ledelsens handlingsrom til tider svært begrenset av allianser mellom fylkespolitikere og tillitsvalgte. Ønsket om å etablere en tilstand der «ledelsens rett til å lede» institusjonaliseres kan derfor betraktes som en konsekvens av en løsrivelse og en opplevd «frihet» for ledelsen. Det oppstår imidlertid problemer når de regiontillitsvalgte og RHF-ledelsen har *ulik* forståelse – med hensyn til hva det regionale nivået skal befatte seg med. Sett fra regiontillitsvalgtes ståsted forholder nemlig RHF-ledelsen seg i *liten grad* til § 42 og § 43. De regiontillitsvalgte hadde forventninger om et klart partsforhold som blant annet inkluderte drøftingsrett:

«Jeg trodde de ville gitt opp dette med manglende drøfting, altså § 42. Det har overrasket meg at vi ikke betraktes som motpart. Kanskje har det sammenheng med at man er redd for å bryte HF-ledelsens selvstendighet. Det er nok heller ikke alle som ønsker at vi skal være der vi er i dag.»

«Jeg opplever at partsforholdet i dag er mye mindre klart. Jeg tror ikke RHF-ledelsen ønsker noe partsforhold. Det var ikke noen selvfølge at vi skulle få regiontillitsvalgte. Jeg opplevde det som veldig tungt å gå inn i den rollen.»

«Vi var først og fremst opptatt av å få på plass en avtale, og grad av frikjøp. Det ble også sagt at dette var noe nytt som måtte formes underveis. I dag ser jeg at vi burde hatt en tydeligere definisjon av roller og funksjon. Manglende diskusjon om dette i en tidlig fase var en tabbe.» (tillitsvalgt)

Fire av de fem regiontillitsvalgte var ikke involvert i den partssammensatte arbeidsgruppen som utarbeidet samarbeidsavtalen. Dette betyr at de derfor heller ikke

nødvendigvis har den samme forståelsen som de involverte aktørene hadde og har av forholdet mellom Hovedavtalen og samarbeidsavtalen. Manglende diskusjoner om tolkningen og forståelsen av viktige pilarer i samarbeidsutvalget medfører derfor «støy», noe som *kan* ha negative konsekvenser for en av intensjonene i avtalen, nemlig at samarbeidet skal bidra til «å fremme forståelsen for Helse Øst sin strategi og øke ansattes deltagelse i omstillingsarbeidet i regionen».³⁰ Det uavklarte partsforholdet oppleves også av enkelte regiontillitsvalgte som problematisk bakover i rekkene:

«Poenget med en regiontillitsvalgtrolle må jo være å kunne påvirke og samtidig bringe informasjon til og fra. Da må det eksistere et partsforhold. Nå blir det sånn at jeg føler folk tenker: Hva driver du egentlig på med i det utvalget?»

Noen regiontillitsvalgte opplever det som en stor utfordring å etablere en rolle med legitimitet blant egne medlemmer innenfor dagens praksis. Her er imidlertid ikke bildet entydig. Dette synes blant annet å ha sammenheng med forhold til eget forbundsapparat og kobling av verv. Dette er tema under. Her vil vi foreløpig konkludere med at en manglende avklaring av viktige sider ved regionutvalget synes å være nødvendig dersom ønsket er å etablere et partsforhold på regionalt nivå som fungerer i tråd med avtalens intensjoner.

5.3 Endret handlingsrom

I kapittel 2 omtalte vi at tilgjengelige maktressurser har betydning for en aktørgruppes innflytelse innenfor en organisasjon. Svarfordelingen i figur 5.2 antyder at både tillitsvalgte og ledere generelt betrakter tillitsvalgtes påvirkningsmuligheter som reelle. Det er derfor interessant at dette ikke synes å gjelde for de regiontillitsvalgte. Vi har sett at det stilles spørsmål om representativitet og legitimitet, og det er også ledelsesinformanter som mener at de regiontillitsvalgte ikke er involvert i viktige beslutninger i Helse Øst. Men også de regiontillitsvalgte ser forskjellig på sin rolle. I dette avsnittet skal vi se nærmere på hvordan regiontillitsvalgte omtaler sin posisjon, både i forhold til eget organisasjonsapparat, i forhold til de øvrige regiontillitsvalgte og ovenfor ledelsen på ulike nivåer. Vi vil se dette i sammenheng med de ulike maktbaser og tilgjengelige maktressurser som – i denne sammenheng – tillitsvalgte har til rådighet innenfor Helse Øst. Dette er gruppesamhold, energi, ekspertise, autonomi, strategiske allianser og strategisk kompetanse.³¹ De ulike maktbasene vil

³⁰ «Retningslinjer for samarbeidsordningen på regionalt nivå mellom de ansatte i helseforetakene og Helse Øst RHF», s. 1.

gjerne være ulikt fordelt – så også i denne sammenheng. Vi starter med informantenes omtale av sin posisjon i forhold til eget organisasjonsapparat.

Regiontillitsvalgtes maktressurser

Vi har omtalt at *samarbeid* er en viktig del av den tradisjonelle konserntillitsvalgtrollen. Vi har også sett at dette vektlegges i den samarbeidsavtalen som ligger til grunn for ordningen med regionutvalg og regiontillitsvalgte i Helse Øst. Det ligger her en klar forventning om at de regiontillitsvalgte skal samarbeide om det som til syvende og sist er pasientenes beste. Samtidig forvalter både ledelsen i Helse Øst og de regiontillitsvalgte en delegert tillit. For tillitsvalgte bygger den delegerte tilliten på en forventning om at de også skal ivareta medlemmenes – de ansattes – interesser og behov. Forskning viser at innenfor den kommunale og fylkeskommunale arbeidsorganisasjonen har tillitsvalgtes medvirkning og innflytelse i stor grad vært forankret i et rettighetsperspektiv og/eller demokratisk perspektiv (Trygstad 2004). Her har formaliserte medvirkningsordninger vært vektlagt, og medvirkning og innflytelse har blitt betraktet i et maktperspektiv: som et virkemiddel til å motvirke asymmetriske relasjoner. Innenfor Helse Øst kan det synes som om medvirkningsperspektivet i større grad søkes dreid over i et mer nyttemotivert perspektiv, der medvirkning skal være målorientert og fungere som et strategisk redskap for ledelsen. Det er dermed langt fra gitt at ledelsen og tillitsvalgte har samme forståelse av hvorfor medvirkning er viktig, og de vil heller ikke nødvendigvis ha sammenfallende interesser i alle situasjoner. Like fullt bygger partsrelasjonene i Norge på en forutsetning om at man møter og anerkjenner hverandre som likeverdige parter. Dette er også tema i Hovedavtalens del II, § 28, der vi kan lese at:

«NAVO og LO Stat er enige om at forholdet mellom ledelsen og ansatte skal være basert på tillit og gjensidig respekt. Etablerte samarbeidsordninger skal være hensiktsmessig og godt fungerende.

Gjennom medinnflytelse og samarbeid skal de ansatte med sin erfaring og innsikt være med å skape de økonomiske forutsetninger for virksomhetens fortsatte utvikling, og for trygge og gode arbeidsforhold til beste for så vel virksomhet som ansatte.»

I kapittel 2 omtalte vi at sykehusreformen i utgangspunktet kan leses som en endring av partenes handlingsrom. Overgangen fra fylkeskommunal til statlig overordnet styring, skillet mellom politikk og administrasjon, og vekt på ledelse, mål og resultater kan i utgangspunktet betraktes som en utvidelse av ledelsens handlingsrom.

³¹ De ulike maktbasene er presentert i kapittel 2.

En tilsvarende utvikling ser vi innenfor en rekke statlige og kommunale organisasjoner. Spørsmålet er hvordan dette påvirker tillitsvalgtrollen. Svaret er ikke gitt. Fravær av en tett kommunikasjon med i dette tilfelle fylkeskommunale politikere og tillitsvalgte kan for noen fagorganisasjoner medføre et tap av effektive kanaler – eller strategiske allianser. For andre fagorganisasjoner kan dette fraværet bety økt innflytelse, fordi det nå er andre allianser og argumenter som anses som legitime når målet er å påvirke i en beslutningsprosess. For ledelsen kan fraværet av nære politikere medføre arbeidsro og rom for strategisk planlegging. Det kan også åpne for å finne mer formålstjenlige former på partssamarbeidet. Det vi likevel kan fastslå, er at tillitsvalgtes medvirkning og innflytelse innenfor de regionale helseforetakene i større grad enn tidligere er et ledelsesspørsmål. Har tillitsvalgtes grad av innflytelse etter reformen avtatt eller økt?

«På regionalt nivå tror jeg at vi har større faglig innflytelse enn tidligere. Arbeidsprosessene er annerledes, vi har mindre innflytelse som fagforening, men mer innflytelse rent faglig.» (tillitsvalgt)

Den *rent faglige innflytelsen* henviser her til innflytelse i kraft av stilling/profesjon. Blant de regiontillitsvalgte finner vi personer med både helsefaglig og ikke-helsefaglig bakgrunn, som vi også finner blant øvrige ansatte i Helse Øst. I den grad helsefaglighet har fått en økende betydning, indikerer dette at forholdet mellom fagorganisasjonene er endret. Dette relaterte vi i avsnitt 2.3 til maktbasene ekspertise og autonomi. I våre intervjuer med regiontillitsvalgte finner også vi at beskrivelsen av egen rolle har sammenheng med støtten den regiontillitsvalgte opplever å få fra eget organisasjonsapparat, og ikke minst fra forbundet sentralt. Det kan også se ut til at regiontillitsvalgtes syn på egen stilling og posisjon er relatert til om hvorvidt man innehar vervet som ansattes representant i RHF-styret. Som et utgangspunkt kan det se ut til at vi har med to ulike grupper å gjøre.

Organisasjon og forbund som viktige støttespillere

Tilgang på informasjon, støtte og oppslutning fra egen organisasjon er med på å gi en aktør maktressurser i form av gruppesamhold, energi og autonomi. En tillitsvalgt som har tett kontakt med eget organisasjonsapparat og som også kan innhente informasjon, råd og assistanse fra forbundet sentralt, vil ha større maktressurser å spille på enn en tillitsvalgt som befinner seg i motsatt ende av skalaen. I de frikjøpsordningene som Helse Øst praktiserer, er det i utgangspunktet en viss forskjellsbehandling av de tillitsvalgte, som i denne sammenheng *kan* ha betydning. I hvilken grad andel frikjøp faktisk spiller inn, vil blant annet være påvirket av den kontaktflaten man i utgangspunktet har som tillitsvalgt. Samtlige av våre regiontillitsvalgte er erfarne tillitsvalgte med en fartstid på mellom fire og 15 år. Dermed har de også

opparbeidet seg et visst kontaktnett, som de vil kunne spille på i sin rolle som regiontillitsvalgt. Dette begrenser selvsagt effekten av ulik grad av frikjøp i en viss utstrekning. Når vi spør en regiontillitsvalgt om grad av frikjøp har betydning for status, svarer en: «Ja, det har jo det, men vi fordeler saker ganske bra oss imellom.» De regiontillitsvalgte forteller også om et godt samarbeid seg imellom. De møtes gjerne før regionutvalgsmøtene, og det er også en del kontakt mellom de ulike tillitsvalgte mellom møtene. Det er likevel ikke slik at de framstår som en enhet:

«Det hender vi forsøker å framstå samlet. Det er som oftest ikke noe problem, fordi vi sjelden har kryssende interesser. Men noen er nok mer forståelsesfulle enn andre.» (tillitsvalgt)

«Det kan være motstridende interesser blant oss fem. Det er alltid noen som mener mer enn andre. Det er ikke så ofte at vi har opptrådt samlet [...] Vi har vel likevel blitt enige om at vi skal kontakte hverandre før vi går for en sak – høre om muligheten for støtte.» (tillitsvalgt)

Blant de regiontillitsvalgte finner vi informanter som har tettere kontakt med hverandre, og det er de med mer effektive bånd til eget forbundsapparat enn andre. I de tilfeller der regiontillitsvalgte henter støtte fra eget forbund, blir vi fortalt at man i kort tid etter sykehusreformen etablerte et forum for sentralt plasserte tillitsvalgte innenfor de regionale helseforetakene. Dette forumet har blant annet vært benyttet til å utveksle erfaringer, og til å diskutere aktuelle problemstillinger innenfor de ulike regionale helseforetakene. Dette synes å ha skapt en slags trygghet i rollen som regiontillitsvalgt, fordi samarbeidet også gir mulighet til å lære av hvordan andre tillitsvalgte har taklet de samme eller tilsvarende saker i sitt regionale foretak. Disse regiontillitsvalgte forteller også om en forbundsledelse som er oppmerksom på de utfordringer som den nye sykehusreformen har skapt for tillitsvalgte og medlemmer. Støtte fra eget forbundsapparat synes å gi de regiontillitsvalgte autonomi – både vis-à-vis ledelsen, øvrige regiontillitsvalgte og medlemmer i Helse Øst.

På den andre siden har vi regiontillitsvalgte som opplever liten støtte fra eget forbundsapparat. Disse tillitsvalgte omtaler også sin situasjon som mer «ensom», til tross for at dette er erfarne tillitsvalgte hva gjelder fartstid og tidligere verv:

«Jeg sliter med å få opp engasjementet blant egne hovedtillitsvalgte. Jeg får lite tilbakemeldinger. Jeg sliter også med å få innspill fra sentralt hold i min organisasjon. Det er svært liten oppmerksomhet der omkring denne rollen.» (tillitsvalgt)

«Jeg ønsker meg mer støtte fra egen hovedorganisasjon. Jeg føler meg ikke i dag som del av 'organisasjonsfamilien'. Jeg vil gjerne vite hva man sentralt mener at rollen som regiontillitsvalgt skal være.» (tillitsvalgt)

Mangelen på støtte fra forbundsapparatet omtales som handlingsbegrensende. Man er usikker på hvordan organisasjonen sentralt tenker om denne type tillitsvalgtrolle, og det synes å påvirke de regiontillitsvalgtes måte å agere på, fordi man er usikker på den støtte man kan hente sentralt dersom situasjonen skulle bli tilspisset. De siterte regiontillitsvalgte kan likevel fortelle at situasjonen har blitt noe bedret, og at man også her har fått etablert et ressursnettverk der man kan diskutere og få innspill. Dette nettverket framstilles imidlertid som mindre effektivt sett i forhold til hvordan noen av de andre regiontillitsvalgte beskriver sin situasjon. Noe av forklaringen kan være at sykehusreformen har slått ulikt ut for de forskjellige hovedorganisasjonene. En sier det slik:

«Noen organisasjoner hadde tidligere god tilgang på politiske aktører, selv om det kanskje ikke alltid var en fordel. Jeg bruker min forbundsledelse svært aktivt i alle viktige saker. Jeg opplever å få viktige innspill og gode tilbakemeldinger.»
(tillitsvalgt)

Innenfor fylkeskommunen var administrasjonsutvalget et viktig partssammensatt organ. Administrasjonsutvalget er et besluttsende utvalg bestående av folkevalgte og ansattes representanter, og skal i hovedsak behandle overordnede spørsmål som berører arbeidstakerne som gruppe. Gjennom administrasjonsutvalget har arbeidstakerens organisasjoner hatt en mulighet til å anke ledelsesbeslutninger, og enkelte av disse arbeidstakerorganisasjonene har hatt tette bånd til den politiske sfære. Innenfor fylkeskommunen var LOs bånd til Det norske Arbeiderparti effektive. En sier det slik: «Før hadde vi jo administrasjonsutvalget. Nå er den muligheten borte.» En leder henviser til at «Enkelte organisasjoner har helt klart fått mindre makt. Det er gjerne de som var den viktigste maktfaktoren i fylkeskommunen.»

I Helse Øst har man i dag ingen ankemuligheter fra foretaksnivå og oppover. Vi har i kapittel 2 omtalt at dette i praksis kan betegnes som en brutt linje for tillitsvalgte. Dette – kombinert med frafallet av strategiske allianser for noen hovedorganisasjoner – har bidratt til å endre påvirkningsmulighetene for tillitsvalgte. Når enkelte av de regiontillitsvalgte i tillegg forteller om liten støtte fra det sentrale nivået i fagorganisasjonene, synes effektene av endrede strategiske allianser å slå ekstra sterkt inn. Det er imidlertid også rimelig å se de regiontillitsvalgtes betraktninger omkring egen rolle i sammenheng med kombinasjon av verv.

Når den regiontillitsvalgte også er ansattes representant

«Blanding av rollen som regiontillitsvalgt og ansattrepresentant gir jo en spesiell kunnskap. De kjenner bedre til historien bak ulike saker. Jeg prøver å dra veksel på den kunnskapen.» (tillitsvalgt)

To av de regiontillitsvalgte i Helse Øst bekler også rollen som ansattes representanter i RHF-styret. Innenfor Helse Øst er det svært ulike oppfatninger om hvorvidt en slik kombinasjon av verv er fordelaktig, og hvilken effekt det i så tilfelle får – både for ledelsen og tillitsvalgte.

Blant de regiontillitsvalgte som også sitter i RHF-styret, finner vi at den uformelle kontakten til både ledere og eieroppnevnte styremedlemmer omtales som hyppigere. Her finner vi imidlertid en pussighet i materialet. Ledere på ulike nivåer er i langt mindre grad tilbøyelige til å svare at de selv har en slik uformell kontakt, men svarer gjerne: «Det kan godt tenkes at andre ledere har det.» I figur 5.2 så vi også at det er et avvik mellom ledere og tillitsvalgte når det gjelder hvorvidt tillitsvalgte har muligheter for å sette ledelsen i forlegenhet i styret. Dette kan indikere at det foregår mer gjennom uformelle kanaler enn det man er villig til å snakke om. Regiontillitsvalgte forteller at uformell kontakt eksisterer:

«Det er hyppig uformell kontakt, litt avhengig av sakene selvsagt. Men av og til er det daglig kontakt. Noen av oss regiontillitsvalgte sitter jo på mer informasjon, kanaler og kompetanse enn andre. Vi har hatt en sentral posisjon i våre organisasjoner. Det er nok en fordel.»

«Noen av oss har mer kontakt med ledere enn andre. Det hender også at ledere kommer til meg med kommentarer, og det har hendt at noen har kontaktet meg fordi de ønsket at jeg skulle bringe en sak videre. Jeg tror de kommer fordi jeg også sitter som ansattrepresentant.»

De regiontillitsvalgte som også innehar vervet som ansattes representanter i RHF-styret, opplever denne kombinasjonen som fordelaktig. Hovedtillitsvalgte i de ulike helseforetakene omtaler – i likhet med de to regiontillitsvalgte – også dette som en gunstig kombinasjon. En hovedtillitsvalgt som representerer en organisasjon med splittet verv, omtaler dette slik: «Jeg tror nok gjennomgående representasjon er veien å gå. Da tror jeg det blir mer kraft bak rollen som regiontillitsvalgt.» Som vist til i kapittel 3 er kombinasjonen av konserntillitsvalgt og ansattrepresentant svært vanlig innenfor private konsern. Også i Helse Sør er kombinasjonen av verv etterstrebet. Blant de sju konserntillitsvalgte der er det kun én som ikke møter i styret. De øvrige seks er enten fullverdige styremedlemmer eller vararepresentanter.

Kombinasjonen av verv gir altså tilgang på en ekstra informasjonskanal for tillitsvalgte som kan sies å både gi de regiontillitsvalgte ekspertise, men også autonomi. Det gir blant annet en mulighet for ansattrepresentantene til å komme med innspill i forhold til administrasjonens framstilling av en styresak, og det medfører at de øvrige regiontillitsvalgte får styreinformasjon sett fra ansattrepresentantenes ståsted. Men som omtalt over, er det også de som opplever denne kombinasjonen av verv som lite fordelaktig:

«Jeg tror livet er enklere for dem som ikke har gjennomgående representasjon. De har renere roller og unngår mistenkeliggjøring. Jeg har inntrykk av at enkelte ansatterepresentanter prøver å gjøre styret til et ankeorgan. En sak skal behandles i det enkelte foretaket, så skal den gå til administrasjonen i RHF, og så skal den til styret, men der skal man ikke bedrive sakshandling. Det skal være avgjort andre steder.» (leder)

«Det er et problem at regiontillitsvalgte sitter som ansatterepresentanter. De klarer ikke alltid å skille roller, og da blir det irritasjon. Styret skal få sin kunnskap fra administrasjonen, men det er en tendens til at ansatterepresentanter blander rollene og blir veldig detaljerte.» (leder)

Dette er ingen evaluering av ansatterepresentanter i RHF-styret, vi skal derfor ikke dvele lenge med hvordan rolleforståelsen er i styret. De nevnte sitatene er snarere ment å skulle illustrere et klart funn i vårt materiale: Den motstridende rolleforståelsen både med hensyn til innhold og håndtering som vi finner, er gjennomgående innenfor Helse Øst. Igjen ser vi at lederrepresentanter praktiserer en forholdsvis streng fortolkning av beslutningsnivåenes domene, en fortolkning som ikke umiddelbart deles av ansattes representanter og tillitsvalgte på ulike nivåer. Det kan også på sett og vis se ut til at arbeidsforholdene vanskeliggjøres for tillitsvalgte, ved denne strenge fortolkningen av beslutningsnivåer. En leder kommenterer dette slik: «Ja, det kan nok hende vi gjør det. Det blir vanskelig å finne skikkelige saker. Det er nok et problem i dag.»

Ansatterepresentantene i RHF-styret er seg også bevisst den irritasjonen de vekker hos de eieroppnevnte representantene når de kommer med sine argumenter, men som en sier: «Selv om de eksterne representantene ønsker at informasjonen skal komme fra administrasjonen, så er det jo ikke taleforbud der. Det må ledelsen ta hensyn til.» Sett utenfra blir de regiontillitsvalgtes tilstedeværelse som ansatterepresentanter i RHF-styret et slags ris bak speilet: Selv om interessen for deres argumenter tilsynelatende er liten, kan de likevel bli «farlige» for RHF-ledelsen. Dette *kan* være en av forklaringene på at vi finner en slik skepsis til kobling av verv.

Forholdet til eget organisasjonsapparat, tilgangen eller fraværet av viktige alliansepartnere, kombinasjon av verv – dette er forhold som vi finner påvirker rollen som regiontillitsvalgt. Et viktig punkt har vi imidlertid bare så vidt kommentert – og det er tilgang til det vi kan kalle legitime argumenter.

Legitime argumenter på sykehusvis – et spørsmål om ekspertise?

Vi så over at ansatterepresentantene i RHF-styret omtales som svært detaljerte og fagorienterte i sin saksframstilling. Samtidig er det flere av våre informanter, både tillitsvalgte og ledere, som påpeker at partsforholdet i sykehusverdenen er et annet

enn i arbeidslivet for øvrig. Det pekes i den forbindelse på at både ansatte og ledere har sin oppmerksomhet tydelig konsentrert om pasienten og forsvarlig behandling. I kapittel 2 omtalte vi at brukersiden er sterkt vektlagt innenfor NPM. Dette har imidlertid stått sentralt innenfor sykehusverdenen lenge før NPM ble lansert som organisasjons- og ledelseskonsept. Vi har også tidligere vist at en av de regiontillitsvalgte forteller at de helsefaglige argumentene nå står sterkere i Helse Øst (5.3.1). Bruk av helsefaglige argumenter, og disses gjennomslagskraft, kan imidlertid vise seg å bli et tveegget sverd både for tillitsvalgte og ledelsen. De tillitsvalgte, som i kraft av sin profesjon argumenterer ut fra et helsefaglig perspektiv, kan lett beskyldes for å skyve pasientene foran seg, og operere med en skjult agenda. Vi blir også fortalt at tillitsvalgte lett kan havne i en situasjon der ansattes interesser blir satt opp mot pasientenes liv og helse. Sett fra ledelsens ståsted vil en vektlegging av helsefaglige argumenter, i forlengelsen av et sterkt bruker- eller pasientperspektiv, bety at de må gi fra seg makt i form av et mer begrenset handlingsrom, fordi «de vet best hvor skoen trykker, de som har den på». Det synes i den forbindelse å være flere meninger om vektlegging av helsefaglige argumenter blant ledere på ulike nivåer. På den ene siden er det de som ønsker at tillitsvalgte skal forholde seg til pasientperspektivet, og på den andre siden har vi ledere som ønsker å dempe dette:

«Både tillitsvalgte og ansattrepresentanter ter seg litt annerledes i helseforetakene enn ellers i verden. Tillitsvalgte bruker mer tid på å tenke pasienter enn ansatte. Jeg tror det hadde vært bedre om de rendyrket tillitsvalgtrollen. Det ville belyst sakene på en bedre måte, og vi ville kunne få reelle motsetninger som kunne være fruktbare.»

Sitatet kan tolkes som et ønske også blant ledere om klarere roller, der tillitsvalgte først og fremst benytter ansatteperspektivet. Dette er imidlertid ikke gjennomgående. Det er også ledere som mener at tillitsvalgte i større grad enn i dag skal ha oppmerksomhet rettet mot det vi kan kalle utviklings- og utredningsorienterte oppgaver og der fagbakgrunn synes å ha betydning. Det sistnevnte ønske kan tolkes som et ønske om å benytte tillitsvalgte i større grad som konsulenter enn som ivaretakere av ansattes interesser og behov: «Vi har diskutert om vi skulle engasjere dem mer, bruke dem til saksutredning,» som en leder omtaler det. Koblingen mellom helsefaglige argumenter og legitimitet opptar også regiontillitsvalgte som i utgangspunktet ikke har denne ekspertisen i form av profesjon:

«Jeg er mest opptatt av de ansattes ve og vel, men her er det pasientene i sentrum som gjelder, og det merkes også på de sakene vi får til regionutvalget.» (tillitsvalgt)

I spørreundersøkelsen ba vi respondentene ta stilling til ulike roller som tillitsvalgte kan ha, og videre se disse i sammenheng med utøvelsen av vervet som tillitsvalgt i Helse Øst. Svarfordelingen er gjengitt i tabell 5.2:

Tabell 5.2 Tillitsvalgtes ulike roller. N = 36

| | Tillitsvalgte | | | Ledere | | |
|-----------------------------------|---------------|-------------|----------------------|------------|-------------|----------------------|
| | Viktig del | Litt viktig | Inngår ikke i rollen | Viktig del | Litt viktig | Inngår ikke i rollen |
| Politiker | 59 % | 14 % | 27 % | 0 % | 30 % | 70 % |
| Informasjonsmedarbeider | 78 % | 18 % | 4 % | 70 % | 20 % | 10 % |
| Vaktbikkje for lov- og avtaleverk | 70 % | 26 % | 4 % | 50 % | 50 % | 0 % |
| Lobbyist | 50 % | 36 % | 14 % | 0 % | 30 % | 70 % |
| Helseforetakets ansikt utad | 13 % | 48 % | 39 % | 30 % | 30 % | 40 % |
| Fagorganisasjonens ansikt utad | 87 % | 13 % | 0 % | 40 % | 50 % | 10 % |
| Meklingsmann/kvinne | 48 % | 43 % | 9 % | 10 % | 80 % | 10 % |
| Sosialarbeider | 13 % | 52 % | 35 % | 30 % | 40 % | 30 % |
| Endringsagent | 38 % | 57 % | 5 % | 80 % | 20 % | 0 % |
| Garantist for ansatte | 52 % | 43 % | 5 % | 40 % | 60 % | 0 % |

Vi ser av tabell 5.2 at det er noen interessante forskjeller i lederes og tillitsvalgtes vurderinger av de ulike roller som inngår i utøvelsen av vervet som tillitsvalgt i Helse Øst. Det er en relativt klar uenighet knyttet til om hvorvidt det å være politiker inngår i tillitsvalgtrollen. 59 prosent av de tillitsvalgte svarer at dette er en viktig del, mens 70 prosent av lederne mener at dette ikke inngår i rollen. En tilsvarende forskjell ser vi i forhold til tillitsvalgte som lobbyist. Halvparten av de tillitsvalgte betrakter dette som et sentralt element, igjen svarer 70 prosent av lederne at dette ikke inngår i rollen, mens 30 prosent svarer at dette er en «litt viktig» del. Det er også en interessant forskjell å spore når det dreier seg om rollen som endringsagent. 38 prosent av de tillitsvalgte mener dette er en viktig del, mens 80 prosent av lederne er av samme oppfatning. En tillitsvalgt sier dette om rollen som endringsagent:

«Jeg synes den rollen var klarere som hovedtillitsvalgt. Men jeg er jo med på det nå også. Ledelsen har fått et handlingsrom de ikke ellers ville ha fått. Det er et strategisk handlingsrom der det har vært fravær av konflikt. Jeg tror ikke de er klar over det.» (tillitsvalgt)

Den siterte tillitsvalgte berører et interessant poeng, nemlig at rollen som endringsagent var mer tydelig som hovedtillitsvalgt. Det er rimelig å se dette i sammenheng med at rollen som hovedtillitsvalgt i Helse Øst er mer definert – med hensyn til både rettigheter og plikter. Det er også interessant med hensyn til de tre funksjonene som sentrale tillitsvalgte kan ha i en organisasjon, og som vi omtalte i avsnitt 5.2.1. Det

å være endringsagent fordrer at tillitvalgte aktivt går ut blant sine medlemmer og fronter en beslutning. Dette er imidlertid avhengig av at tillitvalgte involveres og får eierskap til den samme beslutningen. Vi har sett at flere reiser tvil om hvorvidt dagens praksis i det regionale partssammensatte utvalget bidrar til dette.

Ledelsens maktressurser

Det er selvsagt ikke bare tillitsvalgte som rår over maktressurser i Helse Øst. Også ledelsen besitter den type ressurser, noe som påvirker forholdet mellom partene i utvalget. Spesielt viktig i denne sammenheng framstår ekspertisen – ekspertise om organisasjonens oppbygning og beslutningsnivåer. Vi kan si at dette gir ledelsen på RHF-nivå en modellmakt. Modellmakt handler om «hvordan innflytelse og kontroll baserer seg på modeller og deres premisser» (Bråten 1981:105). Modellmakt kan oppstå til tross for at viljen til makt ikke er til stede, og selv om begge parter kanskje i utgangspunktet ønsker innflytelsesutjevning. Asymmetrisk maktforhold kan derfor oppstå uintendert, og er relatert til kjennskap til, og kunnskap om, den aktuelle konteksten man befinner seg innenfor. Et viktig poeng her er at de som kan betegnes som modellsvake – de med mangelfulle kunnskaper om den gjeldende kontekst – ubevisst vil forsøke å tilegne seg modellene til dem som framstår som modellsterke. Dette er i vår sammenheng et interessant poeng. Vi har i våre intervjuer avdekket en stor system- eller modellojalitet blant våre informanter – uavhengig av ståsted. Samtlige informanter nevner eksempelvis uoppfordret utsagn som:

- Helseforetakene er selvstendige rettssubjekter
- Helse Øst er ikke noe konsern

Til tross for at det under intervjuene framkommer mange ulike oppfatninger om hvor viktige beslutninger fattes i Helse Øst, synes det likevel å ha etablert seg en «sannhet» om den *formelle* styringsmodellen og beslutningsstrukturen. Dette får også visse konsekvenser for det partssammensatte utvalget på regionalt nivå.

La oss se nærmere på utsagnet om at Helse Øst er svært forskjellig fra «vanlige konsern». Sett fra vårt ståsted kan det synes som om både tillitsvalgte og ledere tar avstand fra selve konsernbegrepet – til tross for at ingen av partene byr på en klar definisjon av begrepet. Vi tolker imidlertid at beveggrunnen for dette er forskjellig.

En mulighet kan være at ledere innenfor Helse Øst tar avstand fra konsernbegrepet fordi dette åpner for annen type partsrelasjoner enn det som praktiseres på regionalt nivå i dag. Men som vi kommer tilbake til i kapittel 6, har en slik hypotese liten støtte i vårt materiale. Det virker snarere som om aktørene antar at bruk av begrepet konsern vil innebære større endringer i styringsstrukturen og gjøre dagens modell uaktuell.

For tillitsvalgtes del tolker vi aversjonen mot konsernbegrepet snarere å være begrunnet i en skepsis mot en «næringslivsdreining». Sett utenfra er det imidlertid ikke innlysende hva som i realiteten skiller Helse Øst fra et konsern. Det tydeliggjøres heller ikke i de ulike styringsdokumentene. Vi finner eksempelvis begrepene konsern og konsernmodell i et av disse, selv om det der også understrekes at:

«Slik Hftl. er bygget opp, legger lovens eierstruktur opp til en konsernmodell med det regionale helseforetak som konsernledelse overfor de utøvende helseforetak. Det presiseres at begrepet konsern er knyttet til aksjeselskapslovgivingen og således ikke dekker helseforetakene. Begrepet benyttes likevel her for illustrasjon av relasjonen mellom det regionale og det lokale nivå.» («Rolle- og ansvarsfordeling i Helse Øst RHF:5»)

Når vi av sentralt plasserte aktører blir fortalt at RHF-nivået til dels er tømt for viktige beslutninger, blir ikke forvirringen mindre. Dokumentet «Rolle- og ansvarsfordeling i Helse Øst RHF» kan vanskelig tolkes som noe annet enn at RHF-nivået er gitt en viktig funksjon med hensyn til overordnede beslutninger. Det å distansere seg fra konsernbegrepet kan på sett og vis synes å rettferdiggjøre at man innenfor Helse Øst opererer med en brutt tillitsvalgtlinje (se kapittel 2), der det å anke beslutninger fra helseforetak og oppover forhindres med henvisning til at helseforetakene er selvstendige rettssubjekter. Dette vanskeliggjør partsforholdet på regionalt nivå, fordi det ut fra et slikt perspektiv ikke vil være noen beslutninger av betydning for tillitsvalgte på dette nivået.

Et annet poeng er at flere informanter etterlyser rom for å diskutere kritikkverdige forhold. Det kan derfor se ut til at det innenfor Helse Øst har blitt etablert nok en sannhet, der det er snakk om «utfordringer» og ikke «problemer». Vi har pekt på at det å fremme kritikk er en viktig del av tillitsvalgtrollen, både med hensyn til tillitsvalgtes legitimitet overfor medlemmer og ansatte, men også som en viktig korleksjon til ledelsen. I den grad kritikk ikke tas til etterretning, vil dette derfor ramme både tillitsvalgte og ledelsen. En modellmakt basert på «de gode historiene» vil derfor kunne vise seg svært ufunksjonell over tid.

5.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi satt søkelyset på den praksis som preger regionutvalget etter å ha virket i om lag halvannet år. Vi oppsummerer her våre funn i relasjon til de tre problemstillingene som ble reist innledningsvis i kapitlet.

- Hva har preget regionutvalgets arbeid så langt?

Vi startet dette kapitlet med å se på regionutvalgets møteaktivitet og agenda. Tilgjengelige dokumenter viser at utvalget har hatt jevnlig møter, og det har vært relativt god spredning på type saker. Selv om vi finner flest informasjonssaker, har vi også eksempler på at en informasjonssak kan utvikle seg i en slik retning at de regiontillitsvalgte involveres i det videre arbeidet. Tilstedeværelsen av de mange informasjonssakene, og endring av en informasjonssak til en videre oppfølging som involverer regiontillitsvalgte, viser i utgangspunktet at det er behov for et parts-sammensatt utvalg på dette nivået.

Vi har også sett at regionutvalgets møteform og innhold har vært et gjentagende tema i utvalget. Her synes imidlertid fokuset særlig å ha vært rettet mot de tillitsvalgtes rolle og funksjon, mens søkelyset på ledelsens rolle og funksjon i det samme partsforholdet er mindre belyst. Vi vet ikke om dette skyldes referatenes utforming, eller om dette har vært illustrerende for diskusjonene i utvalget. Det er i det hele tatt noe vanskelig, på bakgrunn av møtereferatene, å få grep om de diskusjoner og den eventuelle uenigheten som har versert rundt ulike saker i utvalget. Dette er ikke bare et problem for oss som evaluerer, men kan også være problematisk i forhold til regionutvalgets legitimitet utad. Referatene bidrar i liten grad til å synliggjøre de eventuelle argumenter som er fremmet i møtene. For regiontillitsvalgte medfører dette at møtereferatene er lite å komme «hjem» med. Vi har også sett at lesere av referatene får inntrykk av at det er «lite viktig som skjer». Hadde regionutvalget vært et godt etablert utvalg, ville dette hatt liten betydning, men all den tid dette er en ny ordning i støpeskjeen, og i tillegg en prøveordning, vil dette kunne få konsekvenser for øvrige aktørers vurdering av utvalget.

- Hvordan beskriver ulike aktører regionutvalgets praksis?

Både ledere og tillitsvalgte er i dag misfornøyde med det vi har kalt tilstanden i regionutvalget. Misnøyen retter seg imidlertid mot ulike forhold. Ledere er av den oppfatning at de regiontillitsvalgte i liten grad bringer informasjon fra de ansatte, at de ikke i tilstrekkelig grad fungerer som sparringpartnere for ledelsen, og det settes spørsmålsteget ved tillitsvalgtes representativitet og legitimitet. Vi har særlig trukket fram betraktninger om representativitet og legitimitet som problematisk. Vårt materiale gir oss få muligheter til å imøtekomme eller avvise disse uttalelsene. Den empiri vi har, viser imidlertid at hovedtillitsvalgte omtaler kontakten med de regiontillitsvalgte som god. Vi har også data som viser at det er hyppig kontakt mellom tillitsvalgte på *ulike* nivåer i Helse Øst. Når det her reises tvil om regiontillitsvalgtes støtte og legitimitet blant øvrige tillitsvalgte og medlemmer, *kan* dette også ses i sammenheng med de interesser som de ulike aktørene har i hvordan utvalget skal framstå. Regionutvalget befinner seg i en institusjonaliseringsfase: Dets form og innhold er fortsatt i støpeskjeen. Vi har også omtalt at sykehusreformen har endret forutsetningene for partsforhold innenfor sykehussektoren, og at makt

som fenomen først og fremst er synlig i endrings- eller institusjonaliseringsprosesser av denne art. Dette betyr at *både* ledelsen og de tillitsvalgtes framstilling av hverandres rolle og funksjon må ses i lys av en pågående klassifiseringskamp: Det dreier seg om hvem som sier hva om hvem, og hvorfor (Bourdieu 1995). Når makt anskueliggjøres i institusjonelle prosesser, vil ulike aktørgruppers tilgang på maktressurser belyse styrkeforholdet mellom de ulike partene. Når ledere omtaler dagens praksis i regionutvalget som lite tilfredsstillende, kan dette bero på et ønske om å framstille utvalget som overflødig. For de tillitsvalgte kan kritikken være begrunnet i ønsket om å gjeninnsette en mer rettighetsorientert innflytelse i organisasjonen. Poenget her er imidlertid at når utvalget ikke fungerer i tråd med forventningene, er dette problematisk for begge parter. Ledere står i fare for å gå glipp av det som andre toppledere trekker fram som *fruktene* av et godt samarbeid med sentrale tillitsvalgte på et overordnet nivå. Vi har i den anledning trukket fram tre viktige funksjoner som et godt partssamarbeid kan medføre: muligheter til å kvalitetssikre beslutninger, til å disiplinere tillitsvalgte og medlemmer, og gi ledelsen legitimitet til å gjennomføre endringsprosesser. Dette fordrer imidlertid et partsforhold preget av respekt for hverandres rolle og funksjon.

Sett fra et tillitsvalgståsted beskrives regionutvalget som et utvalg der de regiontillitsvalgtes rolle og funksjon er uklar. Dette bør ses i sammenheng med at kommunal og fylkeskommunal sektor har vært preget av et rettighetsbasert medvirkningsperspektiv. Her har medvirkning og innflytelse i større grad vært koblet til en rettighet, eller hatt en demokratisk begrunnelse, og har i mindre grad vært knyttet til rene nyttebetraktninger. Overgangen til en mer selskapsorientert organisasjon har bidratt til å endre dette. I helseforetaksloven finner vi klare referanser til det vi har omtalt som New Public Management, med en synlig og profesjonell ledelse, klare prestasjonsmål, vektlegging av resultater, bruk av ledelsesteknikker og praksis hentet fra privat sektor i fokus. I den forbindelse blir også det regionale partssamarbeidet omtalt i klare nytteformer: Det skal bidra til økt verdiskaping. Tillitsvalgte synes imidlertid i større grad enn ledere å vurdere ordningen med regionutvalg og regiontillitsvalgte som viktig: Det er en ordning de ønsker skal videreutvikles innenfor Helse Øst. Samtlige av de tillitsvalgte vi har snakket med, framhever i den forbindelse viktigheten av at utvalget og tillitsvalgtes rolle i større grad må forankres til Hovedavtalen, og at utvalgets rolle og funksjon må tydeliggjøres. I forlengelsen av dette etterlyser både region- og hovedtillitsvalgte drøftingsmuligheter i utvalget. Man opplever med andre ord et manglende *partsforhold* på regionalt nivå. Hvilke konsekvenser dette får for de regiontillitsvalgtes opplevelse av egen rolle, synes imidlertid å være påvirket av flere faktorer, noe som bringer oss over til den siste problemstillingen.

- I hvilken grad påvirkes det regionale partsarbeidet av aktørenes maktressurser?

Regiontillitsvalgtes opplevelse av egen rolle synes blant annet å være relatert til endrede strategiske allianser, forholdet til eget forbundsapparat og kobling av verv. Organiseringen av helsetjenesten til helseforetak, der vi blant annet ser et skille mellom politikk og administrasjon, har medført endrede betingelser for enkelte fagorganisasjoner. Innenfor fylkeskommunen kunne strategiske allianser til politikere fungere svært effektivt. Innenfor de regionale helseforetakene er disse alliansene svekket. Dette ser ut til ikke bare å ha påvirket enkelte organisasjoners innflytelse vis-à-vis ledelsen, men også til en viss grad forholdet *mellom* organisasjonene. De organisasjonene som opplever svekkete allianser til den politiske sfære, synes også å ha et mindre effektivt forhold til eget forbundsapparat. De fagorganisasjonene som har hatt et forbundsapparat som har forholdt seg aktivt til de utfordringer som den nye rollen som regiontillitsvalgt bringer med seg, beskriver sin rolle som mer autonom – både i forhold til ledelsen, til øvrige regiontillitsvalgte og til medlemmene. Samtidig finner vi at kombinasjon av verv synes å ha effekt.

De regiontillitsvalgte som også representerer de ansatte i RHF-styret, har større tilgang på informasjon og uformelle kanaler enn øvrige regiontillitsvalgte. Dette høyner deres ekspertise, tilgang på *uformelle* strategiske allianser, og nok en gang autonomi. Vårt materiale viser at det foregår uformelle samtaler mellom ledere og styrerepresentanter og de regiontillitsvalgte/ansatterepresentantene. *Ingen* av våre lederinformanter er imidlertid villig til å innrømme at de selv i dag har denne type kontakt. Hvorfor vet vi ikke. Det kan skyldes det som av noen omtales som en «ja-kultur» og andre som «en sterk lojalitetskultur», der det oppleves som tidvis vanskelig å fremme kritikk til den sentrale ledelsen i Helse Øst. Det er også ledere og styrerepresentanter som er svært kritisk til kobling av verv. Dette begrunnes med at doble verv gjør det vanskelig for tillitsvalgte å skille roller. De samme ledere og styrerepresentanter er av den oppfatning at ansatterepresentanter forsøker å benytte RHF-styret som et ankeorgan. Denne motstanden til tross – blant både hoved- og regiontillitsvalgte er det en majoritet som mener kombinasjonen av verv er veien å gå dersom tillitsvalgte skal kunne ha innflytelse på det regionale nivået.

Vi har også omtalt at ledelsen i Helse Øst besitter maktressurser. Vi har i den forbindelse blant annet referert til modellmakt: muligheten til å få en annen part til å tilegne seg en spesifikk forståelse av et fenomen eller en kontekst. Vi har her blant annet omtalt de ulike aktørers avstandtaken fra konsernbegrepet. For de tillitsvalgte synes konsern å representere en ytterligere næringslivsdrainering av Helse Øst. For ledelsen kunne avstandtaken fra konsernbegrepet representere en mulighet til å blant annet operere med en brutt tillitsvalgtlinje, der bruddet går mellom tillitsvalgte på foretaksnivå og tillitsvalgte på RHF-nivå. Vi tror imidlertid ikke at dette er begrunnelsen for ledelsens vegring mot konsernbegrepet, eller grunnen til at vi finner en slik brutt linje. Motstanden mot konsernbegrepet synes snarere å være knyttet til antakelser om at merkelappen «konsern» får konsekvenser for den valgte

styringsmodellen i Helse Øst. Likevel blir konsekvensen en situasjon der tillitsvalgtes ankemulighetene forhindres. Slik sett kan vi si at ledelsens modellmakt i stor grad påvirker det regionale partssamarbeidet. Men denne modellmakten utfordres altså av de regiontillitsvalgte som i dag besitter maktressurser i form av ekspertise, autonomi og strategiske allianser.

Kapittel 6 Konklusjoner

Nå er tiden kommet til den kanskje viktigste delen av denne rapporten, nemlig konklusjoner og våre anbefalinger om *hvilken retning diskusjonen* omkring regionutvalgets framtid bør gå. Vi kommer ikke til å gi noen klare anbefalinger om hvilke endringer som bør foretas; dette er partenes ansvar og privilegium. Vår hensikt er snarere å peke på noen mer overordnede forutsetninger som, etter vår mening, må tas mer på alvor og som bør avklares i sterkere grad før den endelige modellen for partssamarbeid på regionalnivå kan legges.

I arbeidet vårt har fire problemstillinger stått sentralt. Tre av disse er blitt behandlet i de foregående kapitler. Vår fjerde problemstilling omkring regionutvalgets virkemåter er formulert slik:

- I hvilken grad er disse erfaringene i tråd med partenes ønsker for det regionale samarbeidsutvalget?

Dette spørsmålet kan besvares på flere måter. Som vi har vært inne på flere ganger, det synes ikke som om noen av partene er fornøyd med utvalget. Det korte svaret er derfor nei, erfaringene er ikke i tråd med partenes ønsker. «Det lange svaret» må ta hensyn til at forventningene til utvalget i utgangspunktet var sprikende og at partenes forventninger, snarere enn å samle seg til en felles oppfatning om hva utvalget kunne være og kunne bidra med, synes å ha gått i ytterligere forskjellig retning. Hvordan vi kan forstå de ulike forventningene og hvordan/hvorfor regionutvalget har endt opp som det har gjort, er et sentralt poeng i dette kapitlet. I stor grad kommer vi til å peke på at forutsetningen ikke var ryddet på plass. Dette gjelder flere typer forutsetninger – noen av dem skal knyttes til lederne, foretaket og foretakets organisering, noen til de tillitsvalgte og deres organisasjoner og noen til forholdet mellom partene og deres forståelse av hverandre.

To sentrale poeng til må med før vi kan gå løs på våre konklusjoner. For det første: Regionutvalget og regiontillitsvalgtordningen er (fortsatt) en svært ung ordning, den har bare fungert i halvannet år. Det er åpenbart at ordningen fortsatt er i utvikling og at det fortsatt gjenstår å finne en endelig form. Ordningen har mange interessenter, ikke bare deltakerne (ledelsen på regionalt nivå og de regiontillitsvalgte), også styrerepresentanter, ledere på ulike nivåer, tillitsvalgte nede i organisasjonen og aktører på forbunds/hovedorganisasjonsnivå vil påvirke den endelige utforming og tillegge ordningen stor/økende – eller liten/minkende – betydning. Ordningen er

fortsatt i støpeskjeen og enhver evaluering står i fare for å bli opphengt i forhold som vel oppfattes som helt sentrale av aktørene i dag, men som med stor sannsynlighet ikke ville blitt vektlagt dersom evalueringen hadde funnet sted la oss si tre år framover i tid. Et slikt eksempel kan være diskusjonen rundt frikjøpsordningen. Svært mye av aktørenes beskrivelse av utvalgets forhistorie dreier seg om frikjøpsdiskusjonen. Hvorvidt frikjøpsdiskusjonens betydning vil overleve tidens tann og være et sentralt poeng om noen år, overlater vi til partene selv å spekulere i.

For det andre må evalueringen også ses på bakgrunn av den tid vi som forskere har hatt til rådighet. Prosjektet har hatt en ramme på 200 000 kroner eller 200 forskertimer. Det er klart at slike rammer innebærer at vi må fare med harelabb over en del sentrale forhold og at våre forkunnskaper spiller en svært sentral rolle i analysen. Her må det også legges til at vi, fordi ordningen er ny, fordi sykehusreformen er ny og fordi nye partsrelasjoner skal etableres innenfor nye styringsrammer, i liten grad har kunnet støtte oss til tidligere forskning på dette spesifikke feltet. Dette gjør analysen mer prinsipiell og faren er selvsagt at man overdriver betydningen av enkeltfunn og enkeltuttalelser.

Når det er sagt, en mer prinsipiell tilnærming kan selvsagt være nyttig for partene, det er partene som har spesialkunnskapen her, mens vi som forskere har vår styrke i modeller, rammeverk og komparasjon i forhold til det vi tradisjonelt betegner som den norske modellen for partssamarbeid.

Kapitlet har tre deler. I den første delen presenterer vi rammene for de konklusjoner vi vil presentere. Deretter går vi løs på de enkelte delene, her spiller komparasjonen en viktig rolle og erfaringer fra konsernordninger i privat sektor trekkes inn for å understreke hovedpunktene våre. Del tre er viet mer konkrete anbefalinger.

6.1 Rammeverket

I dette avsnittet skal vi presentere de viktigste stikkordene i vår analyse. Ambisjonen vår er å gi partene – *felles og hver for seg* – et grunnlag for en diskusjon omkring *egen* – og *motpartens* – rolle og rolleforståelse.

I stor grad har diskusjonen – slik vi har fått den presentert gjennom intervjuene og våre dokumentstudier – dreid seg om de tillitsvalgtes rolleutøvelse, de tillitsvalgtes forståelse av egen virksomhet og de tillitsvalgtes forhold til ledelsen. Aktørene har i langt mindre grad lagt vekt på ledelsens rolle, ledelsens hensikter og strategier og ledelsens egen rolleforståelse og virkelighetsbeskrivelse. Men utvikling av en felles rolleforståelse og felles forventninger kan ikke ensidig fokusere på én part, begge parterets makt, virkelighetsforståelse og oppfatninger må settes under lupen. Det er ikke bare de tillitsvalgte i sykehussektoren som har fått et nytt nivå for parts-

samarbeid, også ledelsen skal inngå i partssamarbeidet på dette nye nivået. Det regionale nivået er nytt for begge parter, men også styringsmodellen, styrets rolle og administrasjonens funksjon og virkemåte er ny.

I konklusjonen har vi valgt å legge vekt på valg mellom ulike strategier eller veier. Disse valgene kan ikke ses på isolert, men er en del av den kjeden som utgjør vår konklusjon. Valgene som sådan er selvsagt forenklinger, hensikten er nettopp å gi innspill som kan gjøre partenes egen evaluering mer kvalifisert og dermed gi et bedre grunnlag for valg av framtidig strategi og aktiviteter i regionutvalget, og på partssamarbeidets dagsorden.

Diskusjonstema:

- En pragmatisk tilnærming til makt eller sterk tro på styringsideologier
- Regionalt plan – et nivå for samarbeid eller forhandling
- Rollene må formaliseres eller aktørene må øke sin legitimitet i sitt «hjemland» og hos motparten
- Maktkonsentrasjon eller maktspredning

6.2 En fireleddet konklusjon

En pragmatisk tilnærming til makt eller sterk tro på styringsideologier

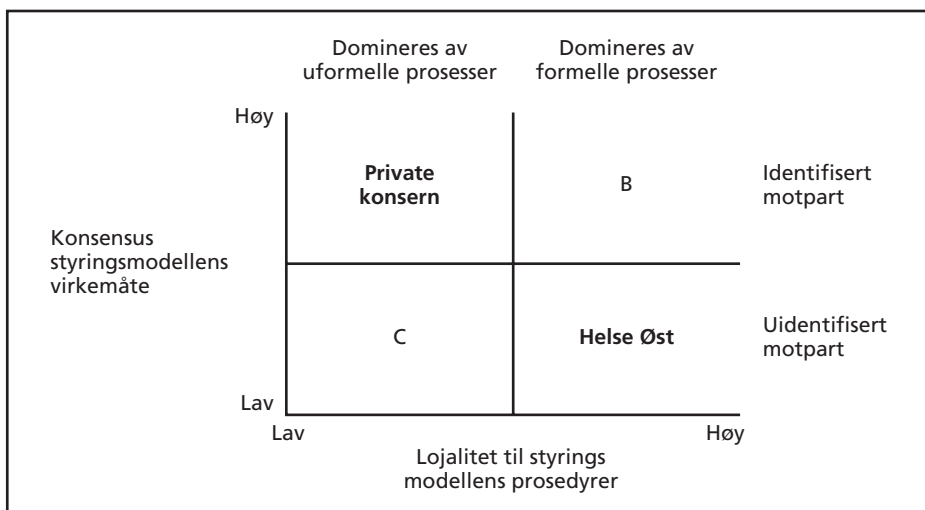
Det første diskusjonstema viser tilbake til våre funn omkring manglende konsensus om hvor makten er, og bør være, fordelt innenfor Helse Øst. Enkelte aktører fratar nærmest det regionale nivået alt reelt styringsansvar og viser til at «produksjonen» foregår i det enkelte helseforetak og at tillitsvalgtes legitime arbeidsområde og legitime rettigheter må begrenses til dette nivået. Andre hevder det stikk motsatte syn og viser til at det regionale nivået legger stramme rammer for virksomheten ute i det enkelte foretak. Samtidig finner vi et offisielt syn som innebærer at de tillitsvalgte i stor grad skal holde seg innenfor de prosedyrer som den «ideelle» styringsmodellen legger opp til. Som vi beskriver i kapittel 2: Det synes å eksistere to regelsett, en kontinuerlig styringslinje på eier/arbeidsgiversiden og en brutt linje på de ansattes side. Dette bruddet legitimeres gjennom å vise til at foretaket består av juridisk selvstendige enheter og at tillitsvalgtrollen etter avtaleverket og ansatte-representasjon etter helseforetaksloven ikke må kobles sammen. En sammenkobling

vil, hevdes det, ikke bare sette de ansattes representanter i en umulig lojalitetskonflikt, det vil i tillegg undergrave administrasjonens rolle og legitimitet. Sammenblanding, eller «kontinuerlige ankeprosesser» som flere karakteriserer det som, ses på som svært uheldig. Det understrekes sterkt at de ansattevalgte styrerepresentanter må og bør sette hensynet til foretaket først. Lojaliteten til styringsmodellens ideologi er svært sterk, godt karakterisert ved utsagnet om at «vi er svært katolske». Spissformulert finner vi et sterkt ønske om at «siden produksjonen foregår på helseforetaksnivå, så bør eller skal også de viktigste beslutningene tas her og det er her makten innenfor foretaket skal være». Vi finner imidlertid få tegn på at dette synet bygger på en analyse av situasjonen, det har snarere karakter av tro eller bekjennelse.

Denne virkelighetsforståelsen, og de konsekvenser dette får, står i skarp kontrast til det vi finner innenfor store konsern i privat sektor. Her preges aktørene på konsernplan av en langt mer pragmatisk tilnærming til styringsmodellene, og en langt større villighet til å innrømme at makt finnes og brukes. De konserntillitsvalgte styres av ønsket om å finne makten og å påvirke der makten finnes. Våre funn fra privat sektor tilsier at troen på styringsideologier og konseptenes fortrefelighet er lavest på toppen, mens mellomledere i langt større grad bekjenner seg til og oppfører seg «katolsk». Innenfor Helse Øst synes situasjonen motsatt: Sterkest styringsideologi finner vi i toppledelsen, mens ledere på lavere nivåer er mer preget av en pragmatisk tilnærming. Dette henger muligens også sammen med at helseforetakene i større grad preges av «business as usual».

Går vi nå tilbake til figur 3.1, kan vi, noe forenklet, plassere våre to case slik:

Figur 6.1 Komparasjon



Helse Øst preges av at aktørene er uenige om hvor de viktige beslutningene fattes, samtidig som prosedyrelojaliteten er sterk. At vi på denne måte ender opp i hva vi i kapittel 2 karakteriserte som profesjons- eller fagstyre er kanskje ikke overraskende, men neppe i tråd med intensjonene i sykehusreformen med ønske om vekt på selskapets trekk (vekt på salg, etterspørsel og konkurranse – se kapittel 2).

Det private konsernet, plassert i rute A, karakteriseres av adhokratiets trekk: en felles forståelse av hvor makta ligger og vekt på uformelle prosesser. Resultat-orientering, eller sakens utfall, er langt mer styrende enn prosedyrer. En prat med konsernsjefen, et fellesmøte med departementet, en telefon fra konserntillitsvalgte under lønnsforhandlinger er viktige redskap for å komme fram til en løsning. Løsningen, og hvem som har makt til å løse fastlåste situasjoner, settes i sentrum.

Et viktig trekk ved rute D er nettopp vanskeligheten ved å identifisere en klar motpart. Dette gjelder ikke bare de tillitsvalgte, men vil også gjelde ledelsen. Begge parter vil møte problemer når strategier skal legges. Det grunnleggende spørsmålet kan formuleres slik: Hvem bestemmer i denne saken, hvem bør uttale seg, og hvor og hvordan skal vi snakke sammen? Hvis de tillitsvalgte ikke vet, eller er uenig med ledelsen om hvem som bestemmer, hvis ledelsen ikke vet eller ikke vil anerkjenne, eller det ikke finnes tillitsvalgte med legitimitet til å snakke på vegne av de ansatte i den aktuelle saken, er det klart at partssamarbeid med reelt innhold blir en vanskelig øvelse.

Et muligens nokså provoserende, men etter vår mening nyttig spørsmål er selvsagt hvorvidt man ønsker å etablere et partssamarbeid knyttet til de viktigste beslutningene innenfor foretaket? Her er det flere svar eller tolkningsmuligheter. For det første er det mulig at aktørene har interesse av å holde beslutningsstrukturen uklar for på den måten å hindre framveksten av et effektivt partssamarbeid (effektivt i den forstand at ulike interesser brynes mot hverandre og at interessemotsetningene kommer til overflaten). Det er imidlertid lite i vårt materiale som tyder på en slik forklaring. Snarere synes det nettopp som om troen på prinsippene bak modellen, tilslutningen til styringsideologien virker hemmende for partssamarbeidet. Det er ikke fordi man ikke vil, men fordi konstruksjonen med selvstendige enheter med tilhørende egne styrer og prosedyrer gjør at partssamarbeid ikke hører hjemme i de ulike delene av modellen. Redselen for at tillitsvalgte skal bruke styret som ankeinstans, må forstås i tråd med denne troen eller lojalitet til modellen. En konserntillitsvalgt i et privat konsern som unnlater å komme med synspunkter eller informasjon fra de ansatte som vedkommende har fått tilgang til som tillitsvalgt, vil helt klart svekke sin legitimitet både i styreleders og i konsernsjefens øyne. Viktigheten av informasjonen vil her overskygge informasjonskilden eller prosedyren. Men sannsynligvis ville slik informasjon bli utvekslet i uformelle sammenhenger.

Et annet illustrerende eksempel er, som vi har nevnt tidligere, konserntillitsvalgtes forhold til lokale ledere. Konserntillitsvalgte opererer på konsernnivå og representerer en – fra ledelsens side – verdifull alternativ informasjonskanal. Dette gir selvsagt makt i forhold til lokale ledere. En konserntillitsvalgt som unnlot å gi konsernsjefen informasjon om – for å si det enkelt – dårlig lokal ledelse med konsekvenser for lønnsomheten – ville svekket sin stilling. En henvisning til at dette var en sak for det lokale partssamarbeidet, og at eventuell konflikt må rettes mot de sentrale parter gjennom avtalens tvisteløsningsmekanismer og ikke bringes oppover i konsernet, ville sannsynligvis bli tolket som en svekkelse av synspunktet til de lokale aktørene.

En pragmatisk tilnærming og stor bruk av uformelle samarbeidsformer forutsetter høy legitimitet og høy grad av tillit mellom partene. Dette kan vi koble sammen med flere faktorer. På den ene siden er det avgjørende at den konserntillitsvalgte har gjort «hjemmeleksa si», med andre ord: Ledelsen må føle seg sikker på at det er de ansattes interesser og synspunkter som kommuniseres og at den konserntillitsvalgte har god nese og store ører nedover i organisasjonen. Dernest må den konserntillitsvalgte «bevise» at han³² kan levere, med andre ord at han har bidrag som øker produktivitet og lønnsomhet og ikke minst – konsernets og enkeltbedriftens evne til omstilling og restrukturering.

Og videre: Den konserntillitsvalgte må vise at han ikke plager styre og ledelse med detaljer og mindre konflikter. Klager man på en fabrikkdirektør, skal situasjonen være alvorlig. Hevder man at de ansatte vil reagere sterkt på dette tiltaket, skal stemningen nede i organisasjonen være rimelig klar.

Tillit og legitimitet mellom partene krever en gjensidig forståelse av hva som er organisasjonens mål og hvordan man, i hovedtrekk, skal nå disse målene. I tillegg er det en klar kobling mellom legitimitet og respekt for hverandres rolle, med andre ord ulike interesser må anerkjennes og ikke undertrykkes. Dette bringer oss over på neste tema.

Regionalt plan – et nivå for samarbeid eller forhandling

Som vi har vært inne på før, våre to case (altså Helse Øst og private konsern) preges begge av et til dels uklart, men også manglende avtaleverk når det gjelder rettigheter på konsernnivå. Vi har tidligere brukt følgende tommelfingerregel: Konserntillitsvalgtes arbeidsområde dekker alt som ikke lov- eller avtalemessig hører hjemme på et lavere nivå. Dersom eksempelvis de konserntillitsvalgte skal inngå i forhandlinger, må forhandlingsfullmakten delegeres fra tillitsvalgte lenger ned. Forhandlingsretten er knyttet til de juridiske enhetene. Forhandlinger på konsernnivå er da også en

³² Når det gjelder konserntillitsvalgte i privat sektor, kan vi, med noen ganske få unntak, med god samvittighet bruke han og ikke han/hun.

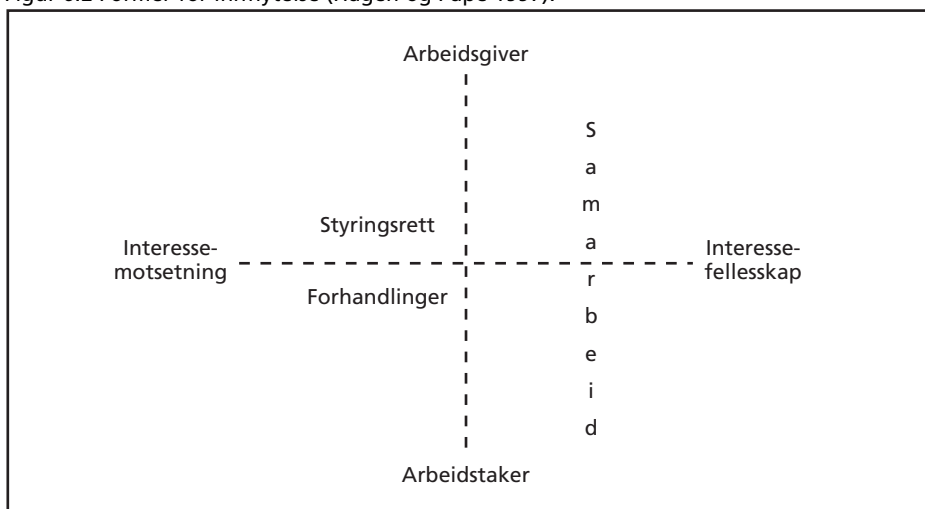
sjelden fugl i norsk arbeidsliv. Samarbeidet på konsernnivå preges av «de store avgjørelsene», med andre ord kjøp og salg av bedrifter, omstilling, nedbemanning og restrukturering, fastsettelse av kjernevirksomhet og fordeling av produksjonskapasitet rundt om i konsernet.

Dette er saker hvor de ansatte og ledelsen ofte har motstridende interesser. I bunn ligger likevel en grunnleggende forståelse av at man er opptatt av lønnsomhet og konkurransevne, med andre ord at partene har tillit til at man til syvende og sist har fellesinteresser i fortsatt drift.

Dette er i stor grad en beskrivelse som også kan brukes om Helse Øst. Vi finner ingen forhandlinger på regionplan, og partene har sterke fellesinteresser knyttet til et best mulig helsetilbud til befolkningen i regionen. Derimot har vi i mindre grad funnet tegn til at de regiontillitsvalgte anses som verdifulle partnere i «de store diskusjonene», med andre ord de overordnede strategiene for Helse Øst. Dette er det området hvor vi finner det største avviket mellom partssamarbeid i Helse Øst og partssamarbeid med velfungerende konsernordninger i privat sektor. Her må vi imidlertid presisere at vi nå snakker om den uformelle dialogen («sparringen» mellom aktørene). De regiontillitsvalgte deltar i stor grad i de formelle strategidiskusjonene gjennom deltakelse på møter, styringsgrupper etc.

I avtalen som er inngått om regionutvalget, legges det sterk vekt på samarbeid, informasjon og dialog. Figur 6.2 viser en modell som kan hjelpe til å sortere de ulike samarbeidsformene i norsk arbeidsliv. Den horisontale linjen markerer at enhver sak som er oppe til behandling mellom partene, kan sorteres etter hvorvidt partene har felles eller motstridende interesser. Lønnsforhandlinger er et typisk eksempel som hører hjemme på venstre side, mens tiltak for å bedre arbeidsmiljø eller redusere

Figur 6.2 Former for innflytelse (Hagen og Pape 1997).

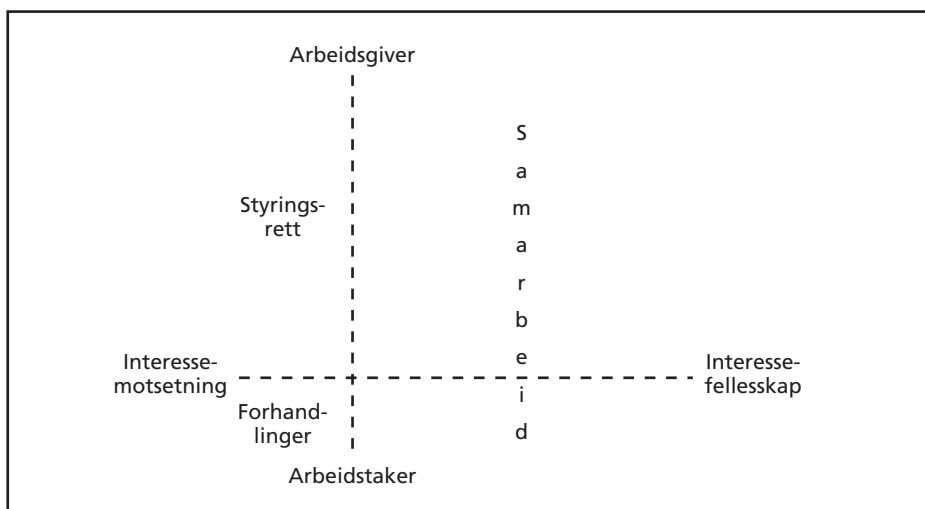


sykefraværet tilsvarende kan plasseres helt ute til høyre, her virker det rimelig å anta at partene har felles interesser. Den vertikale linjen markerer at partene har ulike rettigheter avhengig av hvilken sak som skal behandles. Her gir altså lov- og avtaleverket beskjed, eksempelvis er investeringer en sak for styringsretten, mens – igjen for å bruke et åpenbart eksempel – lønn er en forhandlingssak. Allmøte, avstemning blant alle ansatte og så videre er et eksempel på at vi er helt nederst på den vertikale linjen, slike beslutningsprosedyrer spiller en svært liten rolle i norsk arbeidsliv. Forhandlinger er dermed på sett og vis den mest utviklede form for ansattes innflytelse.

Dette oppsettet gir fire felter. En sak hvor partene har motstridende interesser, men som ikke er en avtalemessig forhandlingssak, vil bli avgjort ved bruk av styringsrett. Og tilsvarende, dersom styringsretten ikke alene kan bestemme, blir saken gjenstand for forhandlinger. På området for fellesinteresser har vi valgt å frata henholdsvis styringsretten og forhandlingsretten betydning, her er det snakk om at man i fellesskap kommer fram til den beste løsningen, eksempelvis spiller det mindre rolle hvem som kommer med forslag til tiltak som kan redusere sykefraværet dersom argumentet er så godt at alle deltakerne gjenkjenner fornuften i det. Hvordan slike åpenbart fornuftige argumenter mottas i regionutvalget, blir kommentert i senere avsnitt.

Arealet i de ulike feltene, eller sagt på en annen måte, hvorvidt det skal samarbeides, forhandles eller styringsretten skjærer gjennom, kommer an på hvilket nivå i virksomheten vi befinner oss på. På figur 6.3 har vi tegnet opp feltene for partsamarbeid på konsernnivå.

Figur 6.3 Former for innflytelse II.



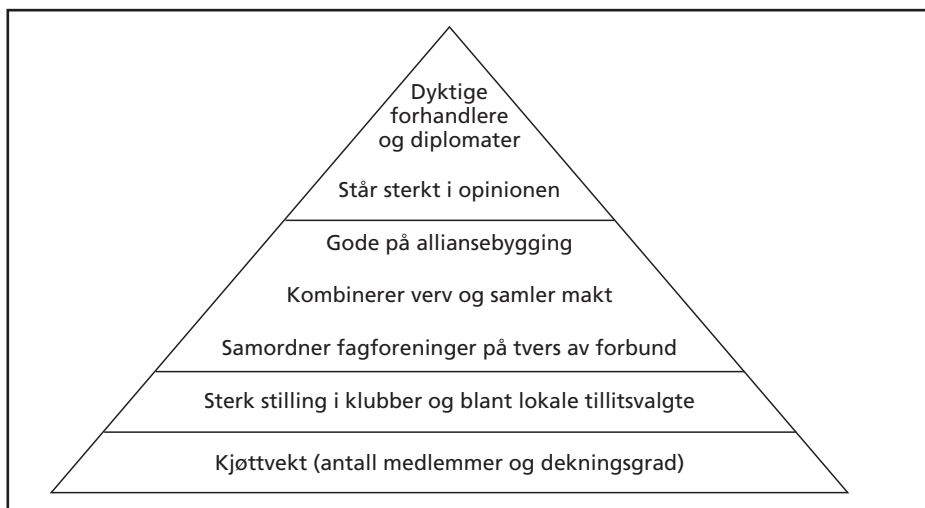
Som figuren viser, området for fellesinteresser har økt, mens området for forhandlinger har minket til nesten ingenting. Dette gjenspeiler mangelen på formaliserte rettigheter hos tillitsvalgte på konsernnivå. Partssamarbeid på dette nivået karakteriseres ved samarbeid, og ikke formaliserte roller. Området for fellesinteresser har økt nettopp fordi konsernnivået preges av det overordnede ansvaret og ivaretagelse av organisasjonens grunnleggende mål.

Nå er det selvsagt ikke slik at overordnede fellesinteresser er nok for å komme til enighet om enhver konkret sak eller hvilke virkemidler som skal brukes for å oppnå felles målsettinger. De konserntillitsvalgtes viktigste redskap er nettopp evnen til å bidra med gode løsningsforslag og ikke minst – gi kvalifisert informasjon om hvordan ulike tiltak vil påvirke produktivitet, arbeidslyst og arbeidsmiljø nedover i konsernet. Dette siste kan på godt norsk betegnes som «å hindre at vinninga går opp i spinninga», med andre ord de konserntillitsvalgte spiller en viktig rolle når det gjelder å kvalitetssikre ulike innsparings- og produktivitetstiltak.

Denne rollen avhenger selvsagt, som vi var inne på lenger opp, av høy grad av legitimitet mellom partene. Men i en virkelig verden og i en konkret konflikt-situasjon vil den tillitsvalgtes maktbase også være svært viktig, med andre ord hvordan forhindre at saken sendes over til området for styringsrett og at ledelsen der presser sin vilje igjennom?

På figur 6.4 har vi tegnet det vi i tidligere prosjekter har betegnet som den konserntillitsvalgtes maktpyramide. De ulike lagene i pyramiden kan leseren gjenkjenne fra spørsmålene som refereres i avsnitt 3.2. Pyramiden er også ment som en illustrasjon på de konserntillitsvalgtes stilling mellom gammeldags fagforenings-

Figur 6.4 Konserntillitsvalgtes maktpyramide (Hagen og Utgård 2004).



makt og moderne styringsideologier med vekt på de ansattes kompetanse og bidrag til god drift.

De konserntillitsvalgte er avhengig av å «levere» og de er avhengig av å levere bidrag som ledelsen setter pris på og som øker deres legitimitet i ledelsen. Dermed havner man i en positiv spiral, bidrag i en sak øker ledelsens ønske om å bringe de tillitsvalgte tidlig inn i neste sak, noe som muliggjør enda sterkere bidrag etc. Videre må de «bevise» at det lønner seg å ta hensyn til de ansattes ønsker.

Utviklingen av maktpyramiden og posisjonsanalysen (skjæringspunktet) er resultatet av Fafos arbeid med private konsern. Disse avviker (se kapittel 3) på sentrale punkter fra helsekonsernet. Ikke minst – hele foretakskonstruksjonen og styringsmodellen er ny. Selv om hensikten bak reformen i stor grad var en overgang fra den politiske organisasjonen over mot bedriftsøkonomiske prinsipper, er sammenlikningen med privat sektor og partssamarbeidet der på mange måter urettferdig. For det første – veksten på tillitsvalgtes bidrag til økt produktivitet kan spores helt tilbake til mellomkrigstiden og inngåelsen av den første Hovedavtalen i 1935. Samarbeid for økt produktivitet er altså atskillig eldre enn de nye organisasjonskonseptene med vekt på ansattes bidrag og flatere organisasjoner. Forholdet til fordeling er også viktig. Samarbeidsånden i privat sektor bygger på en logikk om at økt produksjon og verdiskaping skal deles mellom arbeidstaker og arbeidsgiver: Det samarbeides for å øke kaka slik at alle kan få mer, alternativt samarbeides det for å kunne sikre bedriftens framtid.

En tilsvarende «grunnlagslogikk»³³ finner vi ikke i offentlig sektor hvor lønnsdannelsen følger andre prinsipper og hvor nedlegging er en politisk og ikke en markedsmessig vurdering. Dette gjør at samarbeidspotensialet muligens ikke er like synlig, men i større grad må gå veien om koblingen mellom ansattes stilling og arbeidsforhold og organisasjonens mål (beste mulig pasientbehandling). I den forbindelse har vi omtalt at vi har blitt fortalt at både ledere og tillitsvalgte gjerne argumenterer ut fra «pasientens beste». Også annen forskning viser at ansatte som befatter seg med pleie og omsorg, setter brukerne i fokus: De strekker seg ofte svært langt i forhold til å yte god pleie (se eksempelvis Hochschild 1983, Rasmussen 2000, Vike 2002, Sollund mfl. kommer). Fokusering på brukerne innenfor sykehus, så vel som andre pleie- og omsorgsinstitusjoner, har med andre ord lange tradisjoner – og er langt fra noe nytt som har kommet inn i kjølvannet av NPMs innflytelse i statlig og kommunal sektor. I utgangspunktet er det derfor også en fellesinteresse blant ledere, tillitsvalgte, profesjoner og øvrige ansatte i Helse Øst. Denne fellesinteressen er knyttet til en tredje part: til pasienten. Mens god kundebehandling i privat sektor gir penger i kassa, gir god pasientbehandling en moralsk verdi som oppfattes som viktig av de involverte. Samtidig gir overgangen til en mer bedrifts-

³³ Her foretar vi selvsagt en grov forenkling, men antydningene kan illustrere poenget vårt.

økonomisk styringslogikk og styringsprinsipper mulighet til i sterkere grad å fokusere på partenes fellesinteresser knyttet til god drift. Med brukerne i fokus burde derfor utgangspunktet være godt for å dyrke samarbeid på det regionale nivået i Helse Øst. Dette krever imidlertid at partene kan enes om en felles virkelighetsforståelse, at interesser og informasjon kan kommuniseres og diskuteres åpent, og at arbeidstakernes interesser som nettopp arbeidstakere også bringes fram.

Samarbeidsområdet, slik det framtrer på modellen, krever altså åpenhet og gjensidig respekt. Gjensidig respekt er knyttet både til posisjon og bidrag, dette tas opp igjen i neste avsnitt, også trinnene i pyramiden dukker opp igjen lenger ned. I dette avsnittet er poenget å understreke at samarbeidet på konsernplan påvirkes av aktørenes maktbaser i langt større grad enn formelle rettigheter. Dette er for så vidt et generelt poeng som gjelder partssamarbeid på alle nivåer i norsk arbeidsliv, men det er særlig viktig på konsernplan fordi man her er på det nivået hvor ansattes rettigheter er svakest formalisert og der fellesinteressene er førende.

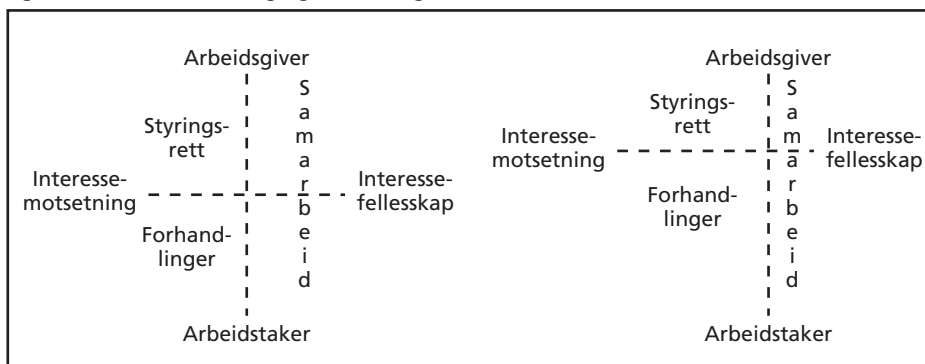
Rollene må formaliseres eller aktørene må øke sin legitimitet i sitt «hjemland» og hos motparten

Dermed har vi kommet til tredje ledd i konklusjonen. Dette leddet er også ment å vri diskusjonen i retning hva som kan og bør gjøres. Før vi går løs på denne delen, må vi først flagge den forutsetningen vi har lagt inn i dette avsnittet, nemlig at vi *antar* at det eksisterer et underliggende ønske om å oppgradere samarbeidet på regionalt nivå.

Overskriften antyder to ulike retninger, rollene kan formaliseres i den forstand at tillitsvalgte på regionalt nivå får rettigheter i avtaleverket og at det delegeres forhandlingsfullmakt fra lokalt nivå. Figur 6.5 antyder en slik strategi.

Her ser vi altså at forhandlingsområdet har økt, styringsretten holder seg og samarbeidsområdet har minket.

Figur 6.5 Økt formalisering og økte rettigheter.



Hvorvidt det er mulig å utvide forhandlingsretten, eller mer presist å gi regiontillitsvalgte formell informasjons- og drøftingsrett og eventuelt etablere forhandlinger på regionnivå, forutsetter flere endringer. For det første må hovedavtalens³⁴ «konsern»-bestemmelser styrkes, dette er en sak for de sentrale parter. På den andre siden – avtaleverket legger stor vekt på lokale tilpasninger. Det vil med andre ord være mulig for partene i Helse Øst å etablere en konsernavtale hvor rettighetene formaliseres.

For det tredje – økt formalisering betyr også at de tillitsvalgte må rydde i eget hus. Formaliserte rettigheter betyr også formalisering av valgprosesser. De regiontillitsvalgte stiller i dag med ulikt mandat fra sine medlemmer, i noen tilfelle har også medlemmer/tillitsvalgte utenfor Helse Øst vært en del av velgergrunnlaget. Dersom regionaltillitsvalgte skal utøve formelle rettigheter, må de ha mandat til å snakke/drøfte og forhandle på vegne av ansatte i foretaket. Som vi har nevnt flere ganger, partssamarbeid i den norske modellen bygger på at partene møter med samme myndighet og fullmakter.

Vi har gjennom intervjuene fått noen drypp som tyder på at ledelsen setter spørsmålsteget ved de regiontillitsvalgtes legitimitet fordi som det hevdes, «vi vet ikke hvor mye kontakt de har med sine medlemmer og lokale tillitsvalgte». Formaliserte valgprosesser vil synliggjøre og klargjøre dette. I tillegg krever formalisering delegering av myndighet fra de juridiske enhetene over til regiontillitsvalgt, her må formalitetene også være i orden.

Formalisering av tillitsvalgtes rettigheter, eller sagt på en annen måte, dersom formalisering skal bidra til å gi partssamarbeidet på regionalt nivå reelt innhold, krever det selvsagt et innhold, at det er reell sakshandling og at beslutninger med stor betydning for de ansattes situasjon treffes på dette nivået. Her er vi dermed tilbake til poenget i avsnitt 6.2. Godt partssamarbeid krever en felles virkelighetsforståelse omkring forhold som «hvor tas beslutningene og hvem deltar».

Formaliserte rettigheter på regionalt nivå har ingen betydning dersom det (fortsatt) hevdes at det ikke tas beslutninger av betydning for de ansattes arbeidsforhold på dette nivået. Tar vi igjen et sideblikk til privat sektor, er det klart at tolkning eller det vi tidligere har kalt modellmakt (i den forstand at man har makt til å definere hva en beslutning innebærer og hvor den hører hjemme), er svært viktig. I streng avtalemessig forstand tas det ikke beslutninger med direkte og konkret betydning for de ansatte på konsernplan. Samtidig er det ingen tvil om at større investeringer, nedlegginger og kjøp/salg av bedrifter har direkte betydning for folks hverdag. Dette er beslutninger hvor intensjonene i lov- og avtaleverk klart innebærer at de ansattes røst skal høres, selv om det ikke er lagt konkrete prosedyrer. Tilsvarende eksempler vil man helt sikkert kunne finne innenfor Helse Øst.

³⁴ Altså Hovedavtalen i NAVO-området.

Respekt, bidrag og legitimitet

Alternativet til økt formalisering er som vi antyder ved overskriften, tiltak som hver for seg og i forhold til hverandre kan øke partenes legitimitet. Her er vi tilbake til hensikten ved partssamarbeid som sådan og forventninger til partssamarbeid på øverste nivå. Flere forskere (Heller et al. 1998, Engelstad mfl. 2003) hevder at de rettighetsbaserte argumenter for ansattes innflytelse står svakt. «Sannheten» i dagens arbeidsliv er at ansattes innflytelse må legitimeres gjennom bidrag: Det lønner seg å ta de ansatte med på råd og god drift forutsetter at ansattes trekkes med. Omstilling og nødvendig endring lar seg ikke gjennomføre uten at ansatte er med på laget.

Dette innebærer – som allerede nevnt – at de tillitsvalgtes legitimitet er tett knyttet til det bidraget de kan levere. Tillitsvalgte må bevise at partssamarbeid lønner seg. Samtidig er det åpenbart at partssamarbeidets resultat ikke kan måles i kroner og øre. Hvor mye koster en konflikt, hvor mye koster en høringsrunde blant lokale tillitsvalgte og hvor mye får man ut av den? Hvor mye koster det å kvalitetssikre en beslutning og hvor mye kan en beslutning uten kvalitetssikring blant tillitsvalgte koste? Samtidig er det vel dokumentert at dårlig arbeidsmiljø har både menneskelige og økonomiske kostnader.

Tillitsvalgtes rolle er en svært komplisert analyseenhet. Ett sentralt spørsmål er «positivt bidrag for hvem»? Svaret varierer selvsagt etter utgangspunktet: arbeidsgivers interesser, arbeidstakernes interesser, organisasjonens fellesinteresser, eiernes interesser og til slutt brukeres interesser? Bidrag i en omstillingsprosess lar seg imidlertid vanskelig definere som et null-sum-spill: Ansattes interesser fører ikke nødvendigvis til at ledelsens interesser og mulighet for måloppnåelse svekkes. I tillegg må vi her slite med et stort og dårlig definert begrepsapparat. Medbestemmelse, medvirkning, innflytelse, påvirkning – begrepene er mange og verken lov- eller avtaleverk gir oss klare og entydige definisjoner.

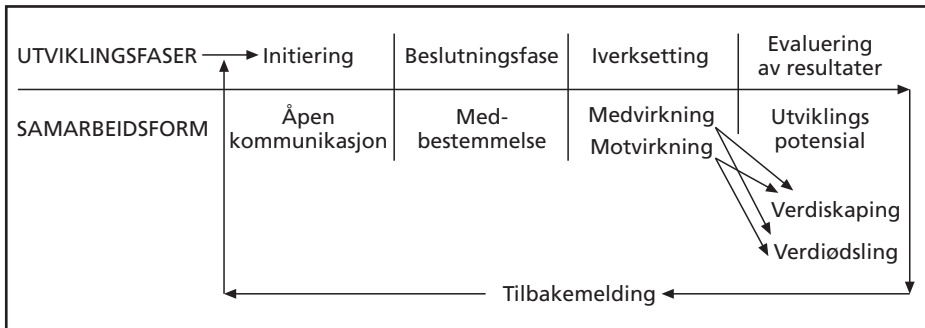
I denne sammenhengen skal vi støtte oss til definisjoner utviklet gjennom Fafos BU-2000³⁵-arbeid med tillitsvalgtes bidrag i omstillingsprosesser. Modellen (figur 6.6) ble utviklet nettopp for å kunne skille ut ulike typer deltakelse i ulike faser av en omstillingsprosess³⁶ og for å gjøre det mulig å «måle» deltakelsen i de ulike fasene.

I modellen defineres medbestemmelse slik: «Medbestemmelse vil si at en er med på å treffe avgjørelser sammen med andre» (Falkum 1996:3), eller enkelt: en er *med* på å *bestemme*. Og tilsvarende: «Medvirkning vil si å bidra til at noe som andre har initiert og bestemt blir gjennomført» (ibid.), eller enkelt: en er *med* på at noe *virker*.

³⁵ BU 2000 var et større NFR-prosjekt om Bedriftsutvikling. Fafos, sammen med NHH, utgjorde en modul i dette programmet. Partsbasert bedriftsutvikling og ulike samarbeidsformer sto sentralt.

³⁶ Her definerer vi omstilling ikke bare som de store endringene, men også som mer kontinuerlige prosesser.

Figur 6.6 Ulike former for deltakelse (Falkum 1996).



Modellen skiller dermed klart mellom medbestemmelse og medvirkning, i det første tilfelle deltar man i beslutningsprosessen, i det siste følger man opp beslutninger tatt av andre. Dette hindrer selvsagt ikke at de samme aktørene deltar i flere faser av modellen.

I modellen skilles det mellom ulike typer medvirkning; verdiskapende og verdiødsende. I tillegg viste det seg, gjennom empiriske funn i Fafos BU-2000-arbeid, formålstjenlig å bringe inn begrepet motvirkning. Dermed ender vi opp med tabell 6.1.

Tabell 6.1 Former for innflytelse og verdiskaping.

| | «Riktig» beslutning | «Gal» beslutning |
|-------------|---------------------|------------------|
| Medvirkning | Verdiskaping | Verdiødsling |
| Motvirkning | Verdiødsling | Verdiskaping |

Stikkordene «riktig» og «gal» beslutning kan vise til en rekke forskjellige forhold, og leseren inviteres til å finne eksempler fra egen virksomhet eller arbeidsplass. Poenget her er at både medvirkning og motvirkning har en positiv og en negativ side. Det er liten tvil om at det å hindre/utsette/stoppe en feilaktig beslutning (kontraproduktive tiltak) bidrar til bedriftens verdiskaping. I mange tilfeller kan det være avgjørende for bedriftens framtid. Tilsvarende vil det å motvirke en riktig beslutning føre til verdiødsling.

Skille mellom medvirkning og motvirkning er sentralt for å kunne studere de tillitsvalgtes bidrag. Forenklende konklusjoner som «tillitsvalgte er bremseklosser» eller «tillitsvalgte er i lomma på ledelsen» kan med andre ord være misledende.

Falkum (1996, 1999) konkluderer med at stor grad av medbestemmelse øker graden av medvirkning. Her kan vi identifisere to forhold. For det første – deltakelse i beslutningsfasen øker motivasjonen for faktisk å gjennomføre endringene. For det

andre – gjennom å inkludere de tillitsvalgte i beslutningsprosessen kvalitetssikrer man beslutningen: Flere interesser har vært inne i bildet. Slik blir de ansattes reaksjoner på beslutningene og virkningene av disse en del av bildet. Dette krever selvsagt at de tillitsvalgte har gjort «hjemmeleksa si» og har oversikt over holdninger og meninger i medlemsmassen.

Motvirkning som verdiskapende element er svært viktig når vi beveger oss på konsern- eller regionnivået. Dersom dette verdiskapende potensialet skal kunne benyttes, må kritiske røster være verdsatt. I Helse Øst har flere aktører lagt vekt på at det har utviklet seg hva man kaller en «ja-kultur»; med andre ord: Det er ikke klima for eller forventninger om at kritiske kommentarer skal kommuniseres åpent. Kritikkk blir i liten grad etterspurt eller satt pris på. Slike uttalelser kan tolkes i flere retninger. Vi gjenkjenner Brunssons (1994) beskrivelse av trekk ved nye selskaper. Organisasjonen og aktørene rettes inn mot handling og endringsevne. Kritikkk tolkes som forstyrrende elementer som hindrer handlingsorientering, og ikke som del av en ordinær saksbehandling. Kritikkk blir et hinder, ikke et bidrag til handling/ endring.

Samtidig viser våre erfaringer fra privat sektor at motvirkningens verdiskaping er en svært viktig del av de konserntillitsvalgtes maktbase. Dette har minst to elementer. For det første: Ledelsen trenger de tillitsvalgtes informasjon om hvorvidt de ansatte vil motvirke tiltaket fordi de (ansatte) oppfatter tiltaket som:

1. (for å si det enkelt) – ikke særlig smart eller til beste for pasienter eller
2. tiltaket bryter med hva som oppfattes som de ansattes interesser.

I det første tilfellet går man glipp av kunnskap «fra gulvet», i det andre kan man risikere at kostnadene langt overstiger innsparingene tiltaket var ment å iverksette.

For det andre, som vi har nevnt flere ganger, dersom tillitsvalgte skal (slik lederne har forventninger om – se kapittel 4) bidra til vellykket omstilling og endring, må de kunne komme «hjem» med resultater. En tillitsvalgt uten bevis på gjennomslag kan ikke være endringsagent, denne rollen krever høy legitimitet hos sine egne. Og som hos ledelsen, denne legitimiteten er knyttet til evnen til å levere.

Samtid er det (fortsatt) slik at kjøttvekt er viktig. Følgende sitat fra en konserntillitsvalgt illustrerer dette poenget, men vi ser også klart at vedkommende legger vekt på motvirkning. Spørsmålet som ble stilt, var hvordan forskere skal gå fram for å måle tillitsvalgtes makt og samarbeidets betydning:

«Hvis jeg skulle komme med et råd til hvordan dere burde gjøre det? Forsøk å finne de forslagene til rasjonalisering og omorganisering som ledelsen aldri lanserte – fordi de visste at vi ville lage bråk.»

Ja takk, begge deler

Valget mellom formalisering av rollene gjennom økte rettigheter i avtaleverket eller økt legitimitet og levering er selvsagt ikke et enten-eller-valg. Vi vet fra en rekke Fafo-undersøkelser (Hagen og Pape 1996, Falkum 1999, Falkum og Hagen 1998) at et klart avtaleverk i bunn er en viktig forutsetning for å avvike fra avtaleverk og prosedyrer. Avtaleverket er riset bak speilet dersom samarbeidet skulle gå i stå. Dette gjelder begge veier, eksempelvis dersom de tillitsvalgte føler at de utelates fra viktige beslutningsprosesser, henvises det til frister og paragrafer, og tilsvarende, dersom ledelsen misliker de tillitsvalgtes holdning/handlinger, begrenses innflytelsen til de avtalebaserte rettighetene. Begge parter er fleksible i sin praktisering dersom samarbeidsklima er godt.

Sånn sett vil en klargjøring av rettighetene til de regiontillitsvalgte og dagsorden i utvalget kunne bidra til en mindre prosedyreorientert samhandling. Mye forskning tyder på at man bør forsøke å skape et klima for samarbeid, respekt og tillit mellom partene som gjør jussen overflødig. Uansett er det klart at en kontinuerlig uenighet rundt tolkningen av § 29, 42 og 43 skaper et dårlig samarbeidsklima og klargjøring av rettigheter og plikter – om nødvendig ved hjelp av sentrale parter – vil være et nyttig strakstiltak.

Legitimitetens grunnlag – gjensidig respekt for hverandres roller

La oss nå et øyeblikk vende tilbake til pyramiden. Rekkefølgen er ikke tilfeldig, kjøttvekta ligger i bunn og den konserntillitsvalgtes stilling internt i organisasjonen utgjør grunnmuren. Vår erfaring fra privat sektor tilsier at dette er egenskaper som også ledelsen setter pris på, de vil ha tillitsvalgte med sterk organisasjon og god organisering. Dette handler både om nytten av de tillitsvalgte, men det handler også om gjensidig rollerspekt.

Det er liten tvil om at aktørene i regionutvalget utviser stor grad av personlig respekt for hverandre: Tonen er god, forholdet hjertelig og vi har i liten grad fått historier om bruk av hersketeknikker i møtene. Derimot kan det være grunn til å sette spørsmålsteget ved hvorvidt man har hva vi vil kalle *rollerespekt*. For igjen å formulere oss enkelt: Gjenkjenner man et godt stykke tillitsvalgtarbeid i Helse Øst når man ser det, gir det respekt hos ledelsen? Minsker (eller øker) respekten dersom den tillitsvalgte i en sak unnlater å komme med informasjon fra lokale tillitsvalgte eller øvrige ansatte nede i organisasjonen?

Gjensidig rollerspekt krever selvsagt en slags felles rolleforståelse om hva en tillitsvalgt er. Dersom partssamarbeid innenfor sykehussektoren har vært preget av at partene inntar forhandlings- og ikke samarbeidsrollen,³⁷ der fagligpolitisk samarbeid og påvirkningsarbeid overfor fylkespolitikere betraktes som viktig del av

³⁷ Se for eksempel Trygstad (2004) for utvikling av medbestemmelsesformer i kommunesektoren.

tillitsvalgtrollen, vil også forhandlingslogikken virke styrende når utvalg som regionutvalget etableres. Styrende i den forstand at det enten faktisk forhandles, eller ved at manglende forhandlinger og formalisering virker styrende for arbeidet. Slike tradisjoner gir selvsagt utfordringer når rollene skal tegnes på nytt. Igjen vil vi imidlertid minne om at det her dreier seg om at *begge* parter må forme nye roller. Utvikling av felles rolleforståelse er derfor av avgjørende betydning.

Maktkonsentrasjon eller maktspredning i et konsern/«ikke-konsern»

Nå er tiden kommet for å gå løs på den fjerde veien. Nå har vi i tillegg gitt overskriften en hale – nemlig maktkonsentrasjon i et konsern/«ikke-konsern». Hvorvidt Helse Øst er et konsern eller ikke, synes å være et svært viktig spørsmål for aktørene, men da først og fremst som en avstandtaken. Vi har tidligere knyttet dette sammen med henholdsvis tillitsvalgtes motstand mot «næringslivsprinsipper» og ledelsens redsel for etablering av ankeordninger/-instanser for tillitsvalgte. Vi finner færre tegn på at definisjonen «ikke-konsern» brukes for å *klargjøre* den eksisterende maktstrukturen. Heller ikke i privat sektor er «konsern» noe klart begrep, men som vi har vært inne på, her er identifisering av makt en mer åpen og ønsket diskusjon.

Manglende konsensus, eller manglende felles forståelse rundt strukturens og styringsmodellens konsekvenser og virkemåter, er uten tvil et av våre hovedfunn. Som vi sier tidligere: Dette skaper problemer når det gjelder etablering av vel-fungerende partssamarbeid. Svært mye av diskusjonene i regionutvalget synes å omhandle at saken «burde» vært behandlet et annet sted, eller om den hører hjemme på et annet nivå. Bare fra det ene møtet vi deltok i, fikk vi flere eksempler på dette. I sak x ble diskusjonen raskt dreid over fra problemet til hvor saken skulle behandles, i sak y ble et innspill fra en av deltakerne raskt sendt tilbake til et uidentifisert helseforetak. I begge sakene ble det, etter vår vurdering, presentert klare og løsningsorienterte argumenter og videre, igjen etter vår vurdering, begge saker representerte utfordringer som omfattet hele helseregionen.

Denne vanen, eller tendensen til å bruke tid og oppmerksomhet på prosedyrer, snarere enn argumenter og dialog rundt problemene, hindrer utvikling av sparring-partnere. Det hindrer også en åpen og fri meningsutvikling, og det tilslører partenes interesser.

I det meste av litteraturen som omfatter konserner og konserndannelser (se for eksempel Heiret 2003, Engelstad 2003) beskrives det en dobbel endring av beslutningsstrukturen. På den ene siden skyves resultatansvar og personalansvar nedover i organisasjonen, mens det på den andre siden skjer en klar sentralisering av makt og myndighet. Frigjøring fra politiske rammebetingelser og reguleringer forsterker

denne tendensen. Handlingsrommet øker, de sentrale og strategiske beslutningene blir i større grad overlatt til konsernledelsen. De store beslutningene fattes altså sentralt i virksomheten. I tillegg kommer den vekten som legges på «benchmarking» av de ulike delene av konsernet, med andre ord at det sentrale nivået til enhver tid (og med stadig mer sofistikerte teknologier) utarbeider krav og retningslinjer ut fra «best-practice».

Når det gjelder Helse Øst, gir dette oss som forskere flere utfordringer. For det første, når vi leser «Rolle- og ansvarsfordeling» (fra 1. mai 2003, også omtalt tidligere) finner vi en bekreftelse på den generelle teorien: «... det regionale helseforetaket til enhver tid kan overprøve beslutninger i helseforetakene ...» (side 5 – gitt noen spesielle forutsetninger) eller «Helse Øst RHF har ansvaret for at virksomheten har en overordnet og helhetlig strategi, og at denne kommuniseres til HF-ene. Denne overordnede strategien skal være førende for de *strategiske og operative valgene* som skjer i HF-ene» (side 9, vår utheving).

På den andre siden fikk vi gjentatte ganger i intervjuer med ledelsen repetert at alt det viktige skjer i foretakene og det er her de viktige beslutningene blir tatt. Samtidig – og ikke mindre forvirrende – den lokale ledelsen viste til avgjørende beslutninger som treffes på regionalt nivå. Dette gjør at vi som forskere sitter igjen med flere spørsmål.

For det første – bør vi tolke dette som «maktvegring» eller som strategi fra toppledelsens side? Det er velkjent at uklare beslutningsstrukturer kan gi aktørene økt manøvreringsrom, men det er langt mer sjelden at dette kan knyttes til øverste nivå i en virksomhet, det nivået som med høy grad av legitimitet kan hevde å ikke bare ha, men også bruke makten posisjonen gir. En slik strategisk forklaring synes derfor ikke særlig relevant.

Er da maktvegring en rimeligere forklaring? Heller ikke her synes det å være en god karakteristikk av Helse Øst. Igjen ender vi altså opp med styringsideologi som forklaring. Ideologien eller troen på at «siden produksjonen foregår i det enkelte foretak og det juridiske ansvaret er plasserte her, så er det her makten er» synes å være så sterk at man enten i) ikke synes det er formålstjenlig med en klargjøring eller ii) at man tolker sitt mandat som etablerer av en ny organisasjonsform bygd på nye styringsprinsipper så stramt at man ikke ønsker å flagge sin egen makt og betydning, nettopp fordi dette strider mot idealet. Enkelte uttalelser fra ledelsen kan tyde på dette. Vi ble eksempelvis fortalt at man nå var ferdig med å bygge strukturen og var på vei over i den fasen hvor det sentrale styringsnivået kunne trekke seg tilbake.

I utgangspunktet var en analyse av beslutningsstrukturen innenfor Helse Øst bare ment å utgjøre en mindre del av vår analyse. Enkelte lesere vil derfor sikkert forundres over at vi legger så stor vekt på dette. Årsaken er ganske enkelt denne: Tradisjonelt har etablering av tillitsvalgtordninger på konsernnivå bygd på prinsippet

om å finne (og dels gjenfinne) makten innenfor nye organisasjonsformer. Innenfor Helse Øst – dersom vi skal tro aktørene som hevder at Helse Øst ikke er et viktig beslutningsnivå – har man bygd opp en ordning rundt «ikke-betydning».

Samtidig er det, noe som også klart skinner gjennom i vår analyse, mye som tyder på at Helse Øst er et viktig beslutningsnivå og at manglende vilje til å klargjøre dette er et hinder for å bygge opp et velfungerende partssamarbeid.

Lokale ledere hevder, som nevnt en rekke ganger, at det regionale nivået er viktig. Samtidig gir de også uttrykk for at regionutvalget og de regiontillitsvalgtes rolle ikke er særlig viktig i dag, at de i minimal grad benytter seg av dem og at de ikke har noe ønske om å gi utvalget og de tillitsvalgte større betydning eller myndighet. Slike uttalelser er langt enklere å tolke i et maktperspektiv. Sterke tillitsvalgte på konsernnivåer er en maktfaktor på nivået over helseforetaksdirektørene, noe man av flere grunner ikke ønsker seg. Vi vet fra privat sektor at konserntillitsvalgtes engasjement i en lokal sak ofte kan oppfattes som en trussel for den enkelte fabrikkdirektør. Imidlertid har vi gjennom ulike Fafo-prosjekter fått bekreftet at dette er en situasjon konsernsjefene selv er fullt klar over og inneforstått med, og at konserntillitsvalgte ofte brukes som sparringpartnere når det gjelder kvalitetsvurdering av lokale direktører. Igjen må det understrekes at dette foregår i uformelle former og at slike samtaler krever gjensidig lojalitet og tillit.

Motstanden mot kombinerings av posisjoner fra ledelsens side, altså de gjen- tagende uttalelser om at rollen som tillitsvalgt og rollen som ansattevalgt styremedlem ikke må blandes sammen, kan analyseres på samme måte. Som ansattevalgt styremedlem er man en del av regionnivåets eiere og sånn sett ledelsens overordnede. I privat sektor finner vi ofte rutinemessige formøter mellom administrasjonen og de ansattes representanter nettopp for å klargjøre om de ansatte vil ta opp saker eller komme med kritikk av administrasjonen. Slike møter fikk vi ingen informasjon om i Helse Øst, heller ikke fant vi tegn på allianser mellom administrasjon og de ansattes representanter i forhold til resten av styret. Slike allianser er vel kjente fra privat sektor.

Diskusjonen rundt hvorvidt rolleblanding eller ikke er en fordel, bringer oss over på siste tema i dette avsnittet. Også de tillitsvalgte må være villige til å samle og bruke makt. Dette gjelder både forhold som delegasjon av myndighet fra tillitsvalgte i de juridiske enhetene, samarbeid på tvers av organisasjoner og hovedorganisasjoner og kombinerings av roller. Legitimitet i egen organisasjon, blant egne medlemmer og blant de lokale tillitsvalgte er den konserntillitsvalgtes viktigste maktbase i privat sektor. Personlige egenskaper og kunnskaper er alltid viktig, men også alltid underordnet den viktigste rollen: nemlig bærer av viktig informasjon og bærer av de ansattes reaksjoner og forslag og ideer til forbedret drift.

6.3 Veien videre

I dette siste avsnittet skal vi driste oss til å anbefale noen tema partene bør søke å klargjøre i sitt videre arbeid. Forskerrøsten er dermed klarere i dette avsnittet og vi ikler oss i stor grad rollen som djevelens advokat.

Det framgår forholdsvis klart i det vi skriver at aktørene har behov både for å klargjøre kartet, bli enige om hvor veien går i landskapet, hvilken retning man skal gå og at klokken bør synkroniseres.

Samtidig må man, dersom man tar intensjonene i avtaleverket på alvor og til tross for uklare (og kanskje manglende) paragrafer – etablere en eller annen form for samarbeidsorgan eller forum på konsernnivå. Dette følger også av prinsippet om likeverdige parter, parter som møter med samme ansvarsområde og myndighet.

På mange måter kan vi gjenfinne sentrale trekk ved partssamarbeidet i store private konsern i Helse Øst; men muligens mer som et ønske eller ideal enn som dagens realitet. De regiontillitvalgte vil bidra til god drift, de vil være ledelsens sparringpartnere og bruke egen og medlemmenes faglige og organisatoriske kunnskap til beste for Helse Øst. Ledelsen ønsker seg tillitsvalgte som kan bidra til nødvendig omstilling og endring og ikke minst – bidra til at beslutninger legitimeres og iverksettes.

Legitimitet er et viktig stikkord for hele vår analyse. Dette gjelder partenes legitimitet seg imellom og i eget hjemland, det gjelder utvalgets legitimitet og det gjelder også selve styringsstrukturen eller modellens legitimitet. Flere av dem vi har intervjuet, har i småpratene etter intervjuet satt spørsmålsteget ved hvorvidt det regionale nivået vil overleve eller om vi vil få en ny styringsstruktur om få år. En slik vurdering ligger selvsagt utenfor vårt område, men det er klart at slike holdninger vil påvirke utvalgets og administrasjonens legitimitet.

Uansett – vi (og svært mange av dem vi har intervjuet) holder fast på at det er nødvendig – både av hensyn til, som vi sa, intensjonene i avtaleverket og av hensyn til god drift av foretaket – å beholde et samarbeidsorgan på regionnivå. Resten av avsnittet skal derfor brukes til å antyde noen alternative kart og reiseruter med tilhørende utfordringer for partene. Samtidig kan vi ikke unnlate å – igjen – understreke at manglende konsensus og uklar styringsstruktur er vårt kanskje viktigste funn.

Et enhetlig system på begge sider

Er det formålstjenlig å operere med to systemer, en kontinuerlig styringslinje på arbeidsgiversiden og en brutt linje på arbeidstakersiden? Ser man behovet for en klargjøring av myndighet og en diskusjon rundt egen rolleforståelse i en ny organisasjonsform og i et nytt partssamarbeid også på ledelsens side?

Svevende ordninger for ansattes innflytelse

Er det mulig å utnytte samarbeidspotensialet i organer/ordninger (på de ansattes side) som «henger i luften»? Vi tenker her både på manglende linje mellom tillitsvalgtapparatet lokalt og de regiontillitsvalgte og verdien av styrerepresentanter som (formelt og ideelt) skal løsrives fra de ressurser som kobling til tillitsvalgtarbeidet gir?

Manglende rollerespekt

Har partene bare (eller kanskje for mye) personlig respekt for hverandre, mens rollerespekten mangler? Respekterer ledelsen en mektig tillitsvalgt eller bare «frykter» man vedkommende? Er en sterk og mektig leder en trussel eller en fordel for de tillitsvalgte? Gjør felles målsettinger («pasienten i sentrum») det illegalt å flagge og arbeide for partenes særinteresser? Har overgang til nye styringsidealer lagt for mye vekt på utvikling av felles mål? Har man mistet den dynamikken som ligger i motstridende interesser og i bryning eller kamp mot hverandre? Eller mistenker partene hverandre for fordekte argumenter når det argumenteres ut fra «pasienten i sentrum»?

Legitime argumenter

Som en forlengelse av ovennevnte punkt: Hvilke argumenter skal betraktes som legitime innenfor den regionale samarbeidsordningen? Dersom helsefaglige argumenter oppfattes som mest gangbart, hvordan skal man da sikre de ansatte som i dag ikke kan argumentere ut fra en helsefaglig profesjonsutdanning? Hvordan skal man balansere forholdet mellom helsefaglige argumenter på den ene siden, og ansattes ve og vel på den andre siden?

Formalisering

Hvorfor fortsetter diskusjonen rundt avtalefortolkninger og konsekvenser på foretaksnivå? Hvor lang tid trenger man på en avklaring av hvordan samarbeidsutvalget skal forholde seg til Hovedavtalen? Er avtaleverket risert bak speilet når samarbeidsklima forverrer seg eller kjører man etter boka i enhver sammenheng?

Klargjøring av makt og myndighet på de tillitsvalgtes side

Er de tillitsvalgte selv villige til å samle og bruke makt, og tvinge seg inn i varmen? Hvor mye av «hjemmeleksa» mangler på de tillitsvalgtes side? Hvilken rolle har og bør de sentrale organisasjonsleddene spille her? Er man fra organisasjonenes side villige til å følge privat sektors tendens til felles konserntillitsvalgte innenfor og på tvers av hovedorganisasjonene? Hva kan de regiontillitsvalgte gjøre for å øke sin legitimitet blant medlemmer og lokale tillitsvalgte slik at de kan bli (enda) bedre informert og mer effektive bærere av grasrotas holdninger og forslag til forbedringer i driften?

Klima for konfrontasjon?

Er ledere på ulike nivåer villige til å la regionutvalget utvikle seg til et parts-sammensatt organ som diskuterer sentrale beslutninger? Hvilke utfordringer representerer dette i så fall for beslutningsstrukturen? I hvilken grad er man også villige til å synliggjøre åpne konfrontasjoner på regionalt nivå?

Disiplinering

Er de tillitsvalgte villige til å delta i diskusjoner og beslutninger som får konsekvenser for medlemmene – positive og negative? Er de med andre ord villige til å delta i beslutninger som blir bindende for øvrige tillitsvalgte og medlemmer?

Rettighet versus nytte

Preges de regiontillitsvalgte av det vi har omtalt som et rettighetsbasert medvirkningsperspektiv? Hvis ja – i hvilken grad er man villige til å beveges seg over i et mer nyttebasert medvirkningsperspektiv, der medvirkning i større grad blir et strategisk verktøy?

Litteratur

- Borum, Finn (1995): *Organization, power and change*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Bourdieu, P. (1995): *Distinksjonen*. Oslo: Pax Forlag.
- Brunsson, N. (1994): Politicization and companyization – on institutional affiliation and confusion in the organizational world. I *Management Accounting Research*, 5, s. 323–335.
- Bråten, S. (1981): *Modeller av menneske og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T. og Lægred, P. (2001b): «New Public Management i norsk statsforvaltning.» I Tranøy, B.S. og Østerud, Ø. (red.): *Den fragmenterte staten. Reformen, makt og styring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Crozier, M. (1964): *The bureaucratic phenomenon*. Chicago: University of Chicago Press.
- Delbrige, R. og Turnbull, P. og Wilkinson, B. (1992): «Pushing back the frontiers». I *New Technology and Employment*, 7:97–106.
- Engelstad, F., Svalund, H., Hagen, I.M. og Storvik, A.E. (2003): *Makt og demokrati i arbeidslivet*, Maktutredningen. Oslo: Gyldendal.
- Falkum, Eivind (1997), *Styring, medbestemmelse og medvirkning*. Bedre bedrift nr. 1-97. Oslo: HF-B (LO–NHO).
- Falkum, Eivind (1999), Grenser for medvirkning. I Falkum, Eivind, Tom Colbjørnsen og Line Eldring, *Medbestemmelse og medvirkning*. Fafo-rapport 324. Oslo: Fafo.
- Falkum, Eivind og Inger Marie Hagen (1998), Norske Skog Hurum. *Bedriftsintern omstillingsrapport*. Oslo: Fafo.
- Fernie, S. og Metcalf, D. (1995): Participation, Contingent Pay, Representation and Workplace Performance: Evidence from Great Britain. I *British Journal of Industrial Relations*, Vol. 33, No.3, September: 379–414.
- Fylling, I. og Anvik, P. (2002): *Trening og livskvalitet. En evaluering av prosjektet «Trask»*. NF-rapport nr. 14/2002, Nordlandsforskning, Bodø.

- Goldthorpe, John H. (1994), *Current Issues in Comparative Macrosociology*. ISO-rapport nr. 6 1994. Oslo: ISO.
- Gulbrandsen, T. (2001): «Makt og tillit.» I *Sosiologisk tidskrift*. Nr. 4, s. 297–327 (30 s.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, Inger Marie og Arne Pape (1997), *Medspillere eller motspillere?* Fafo-rapport 227. Oslo: Fafo.
- Hagen, Inger Marie (2001), *Mektige konsern - mektige konserntillitsvalgte*. Paper til felleskonferanse for den norske og den danske makt- og demokratiutredningen. København, 9.8.01.
- Hagen, Inger Marie (2002), Ansattes styrerepresentanter. I *Søkelys på arbeidsmarkedet 1/2002*. Oslo: ISF.
- Hagen, Inger Marie og Rolf Utgård (2004), Bedriftsovergrepene samarbeid i NITO. Oslo: Fafo.
- Hegnar.no – Norges største bedrifter.
- Heiret, Jan (2000), Konsernfaglig samarbeid mellom demokratisering og ledelse. I Bjørnhag, Inger mfl. (red.), *I rettferdighetens navn. LO 100 år*. Oslo: Akribes.
- Heiret, J., Korsnes O., Venneslan K., Bjørnson Ø. (2003): *Arbeidsliv, historie og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Heller, Frank et al. (1998), *Organizational participation: myth and reality*. New York: Oxford University Press.
- Helse Nord (2003), Innkalling til styremøte, sak 19-2003.
- Helse Øst RHF (2002): *Retningslinjer for samarbeidsordningen på regionalt nivå mellom de ansatte i helseforetakene og ledelsen i Helse Øst RHF*. Hamar, Helse Øst RHF.
- Helse Øst RHF: *Rolle- og ansvarsfordeling*. Helse Øst RHF. Internt arbeidsdokument.
- Helse Øst RHF, Kontaktforum 2002, Styrepapirer 30.10.02, brevveksling med YS desember 02, referater fra regionutvalget 21.2.03 til 16.4.04.
- Hochschild, A. (1983): *The Managed Heart. Commercialization of Human Feelings*. Berkeley: University of California Press.
- Huser, Morten (2003), *Styret: Tante, barbar eller klan?* Oslo: Fagbokforlaget.
- Kjelstadli, Knut (1988), «Nytten av å sammenligne». I *Tidsskrift for samfunnsforskning* 1988 (435–448). Oslo: Universitetsforlaget.

- Korpi, W. (1987): «Maktens isberg under ytan.» I Petersson, O. (red.): *Maktbegreppet*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- LO Stat: NAVO – Hovedavtale 2003–2007.
- LO: Hovedavtalen mellom LO og NHO.
- March, James G. and Johan P. Olsen (1976), Ambiguity and choice in organizations. Bergen: Universitetsforlaget.
- Meyer og Rowan (1977): *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*. American Journal of Sociology 83:340–63.
- Mintzberg, Henry (1983), Structures in five: designing effective organizations. New Jersey: Prentice-Hall.
- Morrow, Raymond A. (1994), *Critical Theory and Methodology*. London: Sage.
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001): *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*.
- Peters, Klaus (2001), Individual autonomy in new forms of work organization. I *Concepts and transformation 2001-6*. London: John Benjamin.
- Pfeffer, J. (1981): *Power in Organizations*. Massachusetts: Pitman Publishing Inc.
- Ragin, Charles (1994), *Constructing Social Research*. London: Pine.
- Ramsdal, H., Michelsen, S. og Aarseth, T.: Profesjonar, stat og lokalstyre. I Bukve, O. og Offerdal, A. (red.): *Den nye kommunen*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Rasmussen, B. (2002): Hjemmesykepleien som grådig organisasjon. Makt og ansvar i desentraliserte organisasjoner. I *Tidsskrift for samfunnsforskning*. 1/2000. Oslo: ISF.
- Schuman, E. (1967): *Evaluation research: Principles and practise in public service & social action programs*. New York: Russel Sage.
- Sewell, G. og Wilkinson, G. (1992): «Someone to watch over me: surveillance, discipline and the just-in-time labour process.» *Sociology* 26 (2): 271–290.
- Skog Hansen, I.L. (2004): *Fra forvaltning til helseforetak. Utfordringer for LO i en fristilt sykehussektor*. Oslo, Fafo-notat 2004:12.
- Sollund, M., Trygstad, S., Johansen, B. (kommer): *Myndiggjorte medarbeidere i pleie og omsorg*. NF-rapport.
- Thompson, J.D. (1967): *Organization in Action*. New York: McGraw-Hill.

- Trygstad, S. (kommer): Fra rettighet til nytte? Det kommunale bedriftsdemokratiet møter New Public Management.
- Trygstad, S. (2003): Utviklingskommunen – nye betingelser for ansattes medvirkning og innflytelse? I Finstad, N. og Aarsæther, N. (red.): *Utviklingskommunen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Vike, H. mfl. (2002): *Maktens samvittighet*. Oslo: Gyldendal.
- Wilkinson, A. og Willmott, H. (1995): «Introduction». I Wilkinson, A. og Willmott, H. (red.): *Making Quality Critical*, s.1–32. New York: Routledge.
- Utgård, Rolf (2004 – under utgivelse), Konserntillitsvalgte i omstilling (arbeidstittel).
- Weber, Max (1990), *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal.

Vedlegg – evalueringsmetode

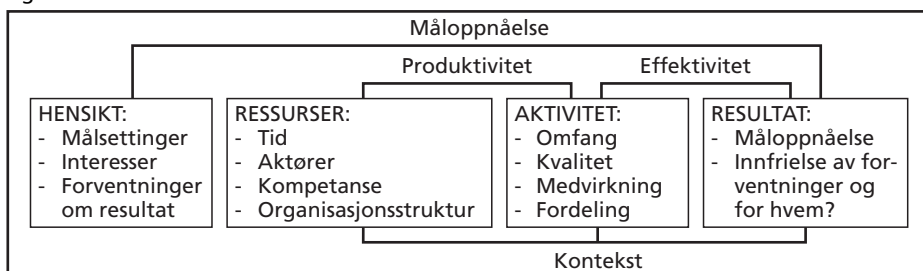
Evaluering er å betrakte som et virkemiddel for å kvalitetssikre egen aktivitet. Den kan utføres av interne aktører, men den kan også – som i dette tilfelle – utføres av eksterne evaluatorene. Når det gjelder eksterne evaluatorene, skiller det gjerne mellom evaluering og evalueringsforskning, hvor sistnevnte form har ambisjoner om å oppfylle forskningsmessige krav til systematikk og faglighet, både teoretisk og metodisk. Vi har tolket vårt oppdrag som et eksternt evalueringsforskningsprosjekt. En slik evaluering innebærer ifølge Vislie (1989) å «*systematisk beskrive, analysere og fortolke en innsats og dens virkninger*». I begrepet fortolkning ligger at det i noen grad også gjøres en vurdering av virkninger, i forhold til en norm eller standard (Vislie i Fylling og Anvik 2002).

Et annet skille som gjerne trekkes i evalueringsforskning er skillet mellom *effektevaluering* og *prosessevaluering* (Fylling og Anvik 2002). Effektevaluering retter seg mot hvilke virkninger et tiltak har, og eventuelt hva som frambringer disse virkningene. Prosessevaluering er mer rettet inn mot å synliggjøre hvordan og hvorfor endring skjer. Vårt oppdrag har både en effekt- og en prosessevaluering. Schuman (1967) argumenterer for at evaluering særlig bør dreie seg om fire ulike faktorer:

1. Innsats: Hvilke ressurser er satt inn, og i hvilket omfang?
2. Effekt: Resultatet av innsatsen
3. Prosessen: Hvordan ble resultatet oppnådd?
4. Effektivitet: Hvordan står resultatene i forhold til innsatsen?

Vi har i dette prosjektet lagt opp til en evaluering som omfatter både effekt- og prosessevaluering, og som innarbeider målsettinger og intensjoner som i figur V1.

Figur V1



Et viktig poeng med modellen over (figur V1) er å synliggjøre at evaluering ofte er mer komplisert og sammensatt enn det en årsak-virkningmodell tar utgangspunkt i. For det første vil mål eller hensikter med et tiltak og/eller prosjekt kunne være mange: Flere aktører er involvert, og de ulike aktørene vil kunne ha ulike og også til dels motstridende mål eller hensikter. Det er derfor viktig å kartlegge mål og intensjoner på ulike nivåer. Det vil si både de mål og intensjoner som ledelsen har, og de mål og intensjoner som tillitsvalgte har. Det er viktig å synliggjøre de ulike mål og intensjoner som danner rammen rundt den regionale samarbeidsordningen, fordi dette vil ha betydning for den interne forankringen av ordningen i organisasjonen. Relevante spørsmål under *hensikt* har vært:

Hva ønsker partene at et samarbeidsutvalg på regionalt nivå skal være?

- Hva var utgangspunktet for å opprette samarbeidsordning?
- Hva har vært formgivende for regiontillitsvalgtrollen?
- Hvordan ønsker de regionale tillitsvalgte å framstå? (som politiker, mediefigur, lobbyist, konsulent og hjelper for lokale tillitsvalgte, omstillingsagent eller informasjonsmedarbeider?)
- Hvordan betrakter ledelsen sitt forhold til de regionale tillitsvalgte?
- Hvilken funksjon er viktigst for et regionalt partssammensatt utvalg? (medbestemmelsesorgan, effektivitetsfremmende organ eller begge deler?)

Ressurser

Det overordnede målet bak denne evalueringen er å synliggjøre hvorvidt samarbeidsordningen har fungert i tråd med partenes ønsker. De ulike aktørenes tilgjengelige ressurser vil derfor spille inn. Har de ulike aktørene tilstrekkelige ressurser i form av tid, personer, organisatoriske og administrative ressurser til å kunne agere i tråd med det som er ønskelig? Det vil være viktig å danne seg et bilde av den interne prosessen der forslag diskuteres, virkemidler velges og gjennomføringen planlegges. Hva kjennetegner arbeidsprosessene? Hvem er delaktig og hvordan? Følgende spørsmål kan følgelig plasseres inn under faktoren ressurser:

Hvordan har samarbeidsutvalget fungert så langt?

- Hvilke ressurser har partene i det regionale samarbeidsutvalget til rådighet? Herunder tid, penger, kompetanse, formelle og uformelle kontakter til ledelsen og/eller andre alliansepartnere.
- Hvordan er de regionale tillitsvalgte valgt?

- I hvilken grad bedriver de regionale tillitsvalgte oppsøkende virksomhet blant medlemmene og i lokalavdelingene?
- Hvilke ledere stiller i utvalget, og hvorfor?
- I hvilken grad opplever de regionale tillitsvalgte å ha legitimitet blant sine medlemmer, og i de lokale ledd?
- Hvordan betraktes de regionale tillitsvalgte av RHF's styre og av aktører innenfor de enkelte helseforetak?
- Hvilken støtte i form av eksempelvis veiledning kan de regionale tillitsvalgte hente fra sine respektive organisasjoner, og fra organisasjonene sentralt?
- Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike fagorganisasjonene?

Aktivitet

Den tredje ruten i modellen handler om hvordan ressursene forvaltes. Hovedspørsmålet er her hva aktørene som deltar i samarbeidsutvalget makter å få til. Hensikter og ressurser er her kritiske suksessfaktorer. Partssamarbeid kan ikke regnes som «avsluttet» i den forstand at «nå er ting i orden». Endringsprosesser er imidlertid krevende, ikke bare med hensyn til ressurser, men også med hensyn til varighet. Forsøksprosjekter, som jo samarbeidsordningen er et eksempel på, kan eksempelvis holdes frakoblet den øvrige organisasjonen, og i verste fall også forbli dokumenter som arkiveres i en perm – og kun fungere som symbolske fenomen som trekkes fram når organisasjonen får behov for å synliggjøre at den agerer i tråd med omgivelsenes forventninger (Meyer og Rowan 1977). Dette betyr at det kan bli et stort sprik mellom «prat og praksis». Hvorvidt det er prat eller praksis lar seg til dels avdekke gjennom intervjuer med informanter der man går konkret inn på ulike deler av det arbeidet som søkes gjennomført i samarbeidsutvalget. Hvor godt kjent er eksempelvis dette arbeidet, eller det planlagte arbeidet? Under *aktivitet* kan vi plassere følgende spørsmål:

Hvorfor har det fungert slik?

- Hvordan er de tilgjengelige ressursene benyttet i praksis?
- Hva kjennetegner partssamarbeid på sykehusvis?
- Hva karakteriserer samarbeidet i de eksisterende samarbeidsfora – domineres samarbeidet av en type «forhandlingslogikk» eller bygger man på prinsippet om deltakelse?

- Hvordan kobles arbeidet i det regionale utvalget med det øvrige partssamarbeidet i Helse Øst, og som en forlengelse av dette?

Resultat

Resultatene av tiltakene er å regne som et fjerde moment og som må måles opp mot de tre foregående. I hvilken grad er mål og forventninger knyttet til samarbeidsordningen oppfylt? Og eventuelt hvem sine mål? Ledelsens mål? Tillitsvalgtes mål? I hvilken grad er resultatene i tråd med det som var hovedmålsettingen? Det vil her være hensiktsmessig å skille mellom ulike aktørers vurderinger av måloppnåelse. Dette er et viktig skille, ikke minst i forhold til den frakoblingsproblematikken vi refererte til under *hensikt*. Aktuelle spørsmål her vil være:

I hvilken grad er erfaringene i tråd med partenes ønsker for det regionale samarbeidsutvalget?

- I hvilken grad er de ulike representantenes erfaringer henholdsvis i samsvar og/eller avvikende fra det som man forventet i utgangspunktet?
- Er det ulike oppfatninger blant ledelsesrepresentantene, de regionale tillitsvalgte og/eller øvrige tillitsvalgte?
- Mener informantene at dagens ordning bør endres, og i så fall hvorfor og på hvilken måte?
- Hvor skal erfaringene og eksemplene for godt samarbeid på regionalt nivå hentes fra?

For at en ny ordning skal gi resultater, må visse betingelser være oppfylt. Et endret samhandlingsmønster og derfor også endrede resultater er i stor grad avhengig av forankring av ideer blant de deltakende aktørene. Det vil eksempelvis være avgjørende for resultatene på lengre sikt at det er en enighet om hvordan man internt skal forholde seg til partssamarbeid på regionalt nivå.

Nye samarbeidsordninger etter sykehusreformen

Sykehusreformen, som ble iverksatt fra 1. januar 2002, har resultert i et nytt beslutningsnivå i helsesektoren. I Helse Øst RHF har man, som en prøveordning, valgt å organisere partssamarbeidet på regionalt nivå gjennom opprettelse av et eget organ, regionutvalget. Utvalget er sammensatt av fem regiontillitsvalgte fra de ulike hovedsammenslutningene, samt representanter fra toppledelsen. I denne rapporten evaluerer Fafo denne ordningen. Resultatet er nedslående, fra begge sider hevdes det at samarbeidet har stort forbedringspotensial og at utvalget i dag ikke fungerer etter partenes forventninger.

Disse resultatene settes i rapporten i sammenheng med uklare beslutningssystemer og uklare rolle på begge sider av bordet. Rapporten anbefaler en større gjennomgang av prøveordningen og understreker at begge parter må sette egen rolle under lupen, og at man må avklare tolkning og praktisering av Hovedavtalen. Det er imidlertid liten tvil om at samarbeid på dette nivået er ønskelig for begge parter. Rapporten trekker på erfaringer fra konsernordninger i privat sektor og trekker også inn erfaringer fra ordningen med ansattes styrerepresentasjon.



Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 453
ISBN 82-7422-451-5
ISSN 0801-6143