

Lanserte medbestemmelses-barometeret 2020

AKTUELT I FORENINGEN

VILDE BAUGSTØ

vilde.baugsto@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Høy grad av medvirkning gir tillit mellom ledere og ansatte. Likevel svarer hele 64 prosent av de ansatte i helse- og omsorgssektoren at de opplever kontroll gjennom digitale løsninger.



OMMENTERTE BAROMETERET: Kristin Utne fra Yngre legers forening (nr. to fra venstre), sammen med Kristin Dæhli fra Forskerforbundet, Audun Ingvartsen fra Lederne, Kjersti Barsok fra Norsk Tjenestemannslag og Sigve Bolstad fra Politets fellesforbund. Foto: OsloMet

Medbestemmelsesbarometeret ble lansert første gang i 2016, og har blitt kjørt årlig siden den gang. Barometeret er en representativ spørreundersøkelse om partssamarbeid, medbestemmelse, medvirkning og bedriftsdemokrati i norsk arbeidsliv. Medbestemmelsesbarometeret 2020 ble lansert 12. august på OsloMet.

– Vi ser at en høy grad av medvirkning og medbestemmelse gir høy grad av opplevd produktivitet. Motsatt gir en høy grad av lydighet og kontroll lavere produktivitet, sa Ida Drange, forsker ved arbeidsforskningsinstituttet ved OsloMet da rapporten ble lagt frem.

I medbestemmelsesbarometeret kommer det også frem at høy grad av medvirkning og medbestemmelse gir bedre tillit mellom ledere og ansatte.

Digital overvåkning

I årets barometer ble respondentene også spurt om deres arbeidsoppgaver ble kontrollert gjennom digitale løsninger. Hele 64 prosent av de ansatte i helse- og omsorgssektoren svarte ja på dette spørsmålet.

– Vi gjorde intervjuer på sykehusene. Flere pekte på at en bakside ved dette er at man kan hente ut informasjon om den enkelte lege i systemene. Eksempelvis kan man se hvor lenge en kirurg er på operasjonsstua, såkalt knivtid. Hvis tiden er fire timer og legen hadde en åtte timers vakt, kunne vedkommende få spørsmål om hvorfor hun bare hadde vært aktiv i fire timer. Dette er eksempel på overvåkning som kan være nyttig for én del av organisasjonen, men oppleves som negativt for en annen del, fortalte Drange.

Interessant for sykehusleger

I etterkant av rapport-fremleggelsen var det paneldebatt, der blant annet leder i Yngre legers forening, Kristin Utne, deltok. I panelet satt også Sigve Bolstad i Politiets fellesforbund, Audun Ingvartsen i Lederne, Kjersti Barsok i Norsk tjenestemannslag og Kristin Dæhli i Forskerforbundet.

– Leger er en gruppe som tradisjonelt har hatt stor grad av autonomi i jobben. Men hvis man er lege i et akuttmodtak for eksempel, så jobber man under et ganske hierarkisk system og er avhengig av drillede rutiner. Så vår medlemsmasse sprer seg ganske mye utover denne skalaen, sa Utne.

Hun synes funnene er interessante å se i sammenheng med legenes arbeidshverdag i sykehus.

– De siste årene har vi sett at produktiviteten går nedover. Vi har mindre pasientbehandling per lege enn vi har hatt tidligere. Mye av det handler om det som beskrives som standardisering og kontroll, fordi i sykehus er det rapportering hele veien. For å bytte en hofte, må du fylle ut 12 skjema. Da kan du måle knivtid så mye du vil, men det du ikke måler er hvor mange skjema som må fylles ut i forkant og etterkant og hva det gjør med fagligheten vår, sa Utne og stilte spørsmålet:

– Vi skal selvfølgelig dokumentere arbeidet vårt, men dokumenterer vi på en hensiktsmessig måte?

Viktig med stedlig ledelse

Utne pekte også på at legene opplever at beslutningstakere ønsker å fusjonere enheter og bygge større sykehus, fordi det er et ønske om faglige robuste enheter. Men mange som jobber i tjenesten opplever at de behandler mer effektivt på mellomstore sykehus.

– Det er utrolig mye kommunikasjon på et sykehus, og du kan ofte få løsninger til å fungere fordi du kjenner og har tillit til kollegaene dine ved andre avdelinger. Vi ser at ved store fusjoner så faller den tilliten. Det blir mer usikkerhet og kanskje har du en leder som er leder for flere avdelinger og dermed ikke en stedlig leder. Det påvirker produktiviteten og påvirker evnen vår til å gi god pasientbehandling.

Utne pekte også på at sykehusene har stor grad av medbestemmelsesarenaer, men at de ikke alltid fungerer optimalt.

– Det mange av oss opplever er nok at de arenaene, for eksempel et AMU-møte, har endt opp med å bli en slags sjekkliste, uten at det får noen videre konsekvenser. Det kan eksempelvis dreie seg om et havarert IT-prosjekt eller at et sykehus har blitt bygget for lite. Da har de ansatte sagt fra i alle arenaer, men likevel ikke opplevd at de har blitt lyttet til, avsluttet Utne.

Publisert: 7. september 2020. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. desember 2025.