

Analyse af MED-systemet



KREVI.

December 2010



Forord

KREVI gennemfører et turnusprogram, hvor vi årligt analyserer den nationale regulering af kommuner og regioner på et eller to udvalgte områder. Formålet er at se på, om der er muligheder for forenkling. KREVI har som en del af programmet iværksat denne analyse af MED-systemet i kommunerne og i regionerne.

Vi har undersøgt, om MED-systemet kan forenkles, uden at formålet om medindflydelse og medbestemmelse sættes over styr. Og undersøgelsen tyder på, svaret på dette spørgsmål er et klart ja. Der er tilsyneladende et forenklingspotentiale i nogle kommuner og regioner. Undersøgelsen viser således, at der er meget stor variation i, hvordan MED-systemet er organiseret i forskellige kommuner og regioner. Men der er ingen sammenhæng mellem, hvordan MED-systemet er organiseret, og hvordan MED-repræsentanterne vurderer MED-udvalgenes indflydelse. Derfor er der umiddelbart ikke grund til at have store - og dyre - MED-systemer med mange niveauer og mange medlemmer i udvalgene.

Denne analyse suppleres blandt andet med en undersøgelse af sammenhængen mellem kvalitet i opgaveløsningen og indflydelsen i MED-systemer på folkeskoleområdet.

Projektet er gennemført af specialkonsulent Hanne Søndergård Pedersen, konsulent Søren Teglgård Jakobsen, konsulent Katrine Nøhr, specialkonsulent Eli Nørgaard, specialkonsulent Morten Eriksen og studentermedhjælper Marie Hauge Pedersen, Lise Høyer Eriksen og Peter Thorgård.

Vi vil gerne takke alle de deltagende kommuner og regioner for deres store arbejde med at indsamle kontaktoplysninger til MED-repræsentanterne. Og vi vil også takke de seks kommuner, der har deltaget i målingen af det administrative tidsforbrug.

Vi har i projektforsløbet haft gode drøftelser med professor Thomas Palle-
sen og professor Søren Serritzlew, fra Institut for Statskundskab, Aarhus
Universitet og professor Hans Jeppe Jeppesen fra Psykologisk Institut,
Aarhus Universitet. De personer fra kommuner og regioner, der har bidra-
get til udviklingen af spørgeskemaerne, skal også have en stor tak. Ind-
holdet af rapporten er dog alene KREVI's ansvar.

December 2010

Torben Buse

Direktør

Analyse af MED-systemet

ISBN-nr.: 978-87-92258-68-7 (elektronisk version)

Udgivet December 2010 af: KREVI - Det Kommunale og Regionale Evaluerings-
institut, Olof Palmes Allé 19, 8200 Århus N, Tlf. 72 26 99 70, post@krevi.dk.

Forfatter/e: Hanne Søndergård Pedersen, Søren Teglgaard Jacobsen, Katrine
Nøhr, Eli Nørgaard, Morten Eriksen, Marie Hauge Pedersen, Lise Høyer Eriksen
og Peter Thorgård

Rapporten kan downloades gratis på www.krevi.dk

Grafisk design: Weltklasse A/S



Indholdsfortegnelse

RESUME	1
INDLEDNING	5
2.1 Undersøgelsens formål	5
2.2 Kort om undersøgelsens metode	6
MED-STRUKTUREN	8
3.1 Organiseringen af MED-systemet.....	8
3.1.1 Udvalgsstrukturen	8
3.1.2 Møderne i Hovedudvalget	12
3.1.3 Repræsentanterne.....	14
3.2 Tilfredshed med organiseringen	18
3.3 Hvad kan forklare forskelle i tilfredshed med MED-strukturen?	19
INDFLYDELSE	23
4.1 Den oplevede indflydelse	24
4.2 Hvad kan forklare forskelle i indflydelsen mellem repræsentanterne?.....	26
4.2.1 Forklaringer på individniveau.....	27
4.2.2 Forklaringer på udvalgsniveau.....	28
4.2.3 Forklaringer på kommune-/regionsniveau	28
RESSOURCER	31
5.1 Det administrative tidsforbrug	31
5.1.1 Metoden	32
5.1.2 Årligt tidsforbrug til drift af MED-systemet	32
5.1.3 Det administrative tidsforbrug - opsamling	36
5.2 MED-repræsentanternes tidsforbrug i kommunerne	38
5.2.1 Variationer i kommunernes tidsforbrug.....	39
5.3 MED-repræsentanternes tidsforbrug i regionerne	41
5.4 Hvad kan forklare forskelle i medlemmernes ressourceforbrug?	42
5.4.1 Forklaringer på individniveau.....	43
5.4.2 Forklaringer på udvalgsniveau.....	43
5.4.3 Forklaringer på kommune/regionsniveau	44
REFERENCER	45



Resume

Kongstanken med aftaler om medbestemmelse og medindflydelse på arbejdspladserne er for det første, at det fremmer samarbejdet mellem ledelse og medarbejdere og dermed kvalificerer opgaveløsningen. For det andet er det et formål i sig selv, at medarbejderne får en reel mulighed for medindflydelse og medbestemmelse. MED-systemet indebærer, at der nedsættes en række udvalg i kommunerne og regionerne. Her skal ledelse og medarbejderrepræsentanter drøfte forskellige spørgsmål med relevans for medarbejderne - såsom budgettets konsekvenser for arbejdspladsen, personalepolitikken, omorganiseringer, arbejdsmiljø mv.

MED-systemets rammer er beskrevet i rammeaftale om medindflydelse og medbestemmelse, som KL og Regionernes lønnings- og takstnævn¹ begge har indgået med henholdsvis KTO og Sundhedskartellet. Disse rammer udfyldes lokalt. I juni 2010 havde 92 kommuner og fem regioner indgået en lokal MED-aftale.²

Formålet med undersøgelsen er at se på, om MED-systemet kan forenkles uden at systemets formål om medindflydelse og medbestemmelse sættes over styr.

I undersøgelsen har vi set nærmere på tre spørgsmål:

- Hvordan er MED-systemet organiseret?
- Hvordan vurderer MED-repræsentanterne MED-systemets indflydelse?
- Hvor mange ressourcer bruges der til MED-systemet?

Undersøgelsen viser, at MED-systemet er organiseret meget forskelligt lokalt. Der er fra to til fem niveauer i kommunerne, men 67 % har valgt at

¹ Regionernes lønnings- og takstnævn er underskriver på regionernes område.

² Københavns Kommune adskiller sig fra landets øvrige kommuner. Her har hver enkelt af de syv forvaltninger haft mulighed for at indgå lokale aftaler om medindflydelse og medbestemmelse. Det har fire forvaltninger hidtil benyttet sig af.



organisere sig med tre niveauer. Antallet af udvalg i den enkelte kommune varierer også betragteligt - fra seks til 212 udvalg. Samlet set er antallet af udvalg i kommunerne beregnet til 6.171 udvalg. I regionerne er der tre eller fire niveauer i MED-systemet. Der er i alt 956 udvalg i regionerne.

Et MED-udvalg har i gennemsnit 12 medlemmer i kommunerne og 18 medlemmer i stikprøven fra regionerne. Antallet af medlemmer varierer, så der typisk er flest medlemmer i hovedudvalgene og færrest medlemmer på det lokale niveau. Hovedudvalgene har mellem 11 og 33 medlemmer - 18 medlemmer i gennemsnit i kommunerne - 25 medlemmer i gennemsnit i regionerne. Der er også stor forskel på, hvor hyppigt hovedudvalgene mødes - mellem fire og 14 gange årligt. Seks er det gennemsnitlige antal årlige møder i hovedudvalgene i kommunerne, og otte i regionerne.

Helt generelt er MED-repræsentanterne tilfredse med udvalgsstrukturen (62 %) og det antal mennesker, der skal høres i MED-systemet, inden der kan træffes beslutninger (73 %). Tilfredsheden er mindst blandt MED-repræsentanter - særligt ledelsesrepræsentanter - som er med i et stort MED-system med fire udvalgsniveauer og mange udvalgsmedlemmer.

MED-repræsentanternes vurderinger af indflydelse i MED-systemet er uafhængigt af, hvordan MED-systemet er organiseret. Systemer med to niveauer og systemer med relativt få MED-repræsentanter vurderes således ikke at give mindre indflydelse end organiseringer med flere niveauer og flere medlemmer pr. udvalg. Der er i undersøgelsen kontrolleret for størrelse målt som antal ansatte, og der er heller ingen signifikant sammenhæng mellem størrelsen og vurderingen af indflydelsen. Det indikerer, at indflydelsen i store organisationer også er uafhængig af, om man har organiseret sig med to niveauer eller flere niveauer, og mange eller få MED-repræsentanter pr. udvalg.

Vurderingerne af indflydelsen afhænger i stedet meget af, hvilken rolle man har i udvalget. Formanden vurderer generelt både sin egen og udvalgets indflydelse højest. Hvilket udvalgsniveau, man er medlem på, betyder også noget. De lokale MED-udvalgs indflydelse vurderes således højest.

Undersøgelsen viser, at MED-repræsentanterne i kommunerne i snit bruger knap seks timer pr. måned på MED-arbejdet. Det giver et samlet tids-

forbrug på 1.847 årsværk, hvilket svarer til gennemsnitligt 20 årsværk pr. kommune.

Det administrative tidsforbrug er 1,9 årsværk pr. kommune i gennemsnit. Dette gennemsnit dækker over store forskelle på, hvordan de administrative opgaver omkring MED-systemet varetages i forskellige kommuner, og hvor lang tid der bruges på det.

Den kommune, der bruger mindst tid til at understøtte hovedudvalget, bruger fx 20 timer årligt. Den kommune, der bruger mest tid bruger 300 timer årligt. Der er tilfredshed med den administrative støtte i begge kommuner.

Forskellene i det administrative tidsforbrug skyldes fx:

- Hvordan dagsordenspunkterne bliver til: Genbruger man fra fx direktionsmøder, eller laver man det "fra bunden"?
- Referatskrivning: Er det et udvalgsmedlem, der skriver referatet undervejs på mødet, eller deltager der en administrativ medarbejder som referent? Godkendes referatet på mødet eller renskrives og godkendes referatet først efterfølgende?
- Afholdes der temadage for hele MED-systemet eller kun for hovedudvalget? Hvor hyppigt holdes der temadage?

Undersøgelsen tyder på, at MED-repræsentanternes tidsforbrug i regionerne er relativt større end i kommunerne. Udvalgene i undersøgelsen er større end i kommunerne, og de enkelte udvalgsmedlemmer bruger mere tid pr. måned.

Undersøgelsen viser, at antal niveauer og antal medlemmer pr. udvalg ikke betyder noget for vurderingen af indflydelsen. Undersøgelsen viser også, at der bruges en del ressourcer pr. repræsentant i MED-systemet. Hvorvidt tidsforbruget for den enkelte repræsentant er højt eller lavt, kan ikke vurderes med undersøgelsen. Men undersøgelsen peger på, at der i systemer med tre, fire eller fem niveauer og i systemer med mange medlemmer kan være et forenklingspotentiale, der kan reducere ressourcetilbruget til MED-systemet uden at sætte indflydelsen over styr. Da kommunerne bruger mellem 1,7 og ti årsværk pr. 1000 medarbejdere er der tale om betragtelige potentielle reduktioner. Undersøgelsen indikerer

ligeledes, at dette forenklingspotentiale er til stede - uanset hvor stor organisation er.

Tekstboks 1: Undersøgelsesmetode

Undersøgelsen er baseret på to spørgeskemaundersøgelser. Det første omhandlede MED-systemets struktur. I alt blev der udsendt 99 spørgeskemaer til alle kommuner og regioner med MED-aftale. Heraf blev der indsamlet data fra 85 enheder - eller godt 86 % af de adspurgte.

Den anden spørgeskemaundersøgelse omhandlede MED-repræsentanternes vurderinger af MED-systemet. I kommunerne blev spørgeskemaet sendt ud til medlemmer af MED-udvalg med ansvar for administrations-, skole- og ældreområdet. I regionerne blev spørgeskemaet sendt til udvalg med ansvar for en medicinsk afdeling. Vi sendte 3.654 spørgeskemaer ud, og fik svar fra 2.874 respondenter, hvilket giver en svarprocent på 64.

Det administrative tidsforbrug er undersøgt med udgangspunkt i VAKKS-metoden. Her har vi udvalgt seks kommuner, der varierer i størrelse og i MED-struktur. Vi har i de seks kommuner gennemført fokusgruppeinterview med personer, der laver administrative opgaver for MED-systemet. I interviewene er informanterne blevet bedt om at angive deres estimerede tidsforbrug til forskellige administrative aktiviteter omkring MED-systemet.



Indledning

MED-systemet er en formaliseret kanal for medarbejdernes medindflydelse og medbestemmelse i kommuner og regioner. Systemet indebærer, at der nedsættes en række udvalg i kommunerne, som skal drøfte forskellige spørgsmål med relevans for medarbejderne - såsom budgettes konsekvenser for arbejdspladsen, personalepolitikken, omorganiseringer, arbejdsmiljø mv.

MED-systemets rammer er beskrevet i rammeaftale om medindflydelse og medbestemmelse, som KL og Regionernes lønnings- og takstnævn³ begge har indgået med henholdsvis KTO og Sundhedskartellet. Disse rammer udfyldes lokalt.

I juni 2010 havde 92 kommuner og fem regioner indgået en lokal MED-aftale. Københavns Kommune adskiller sig fra landets øvrige kommuner. Her har hver enkelt af de syv forvaltninger haft mulighed for at indgå lokale aftaler om medindflydelse og medbestemmelse. Det har fire forvaltninger benyttet sig af⁴.

2.1 Undersøgelsens formål

I rammeaftalen er det bestemt, at den lokale udvalgsstruktur skal aftales, så den bedst muligt opfylder to hensyn. For det *første* skal MED-strukturen skabe sammenhæng mellem ressourceforbruget og de resultater, der skabes i MED-systemet. For det *andet* skal MED-strukturen give medarbejderne en reel mulighed for medindflydelse og medbestemmelse og ikke blot en formel adgang til samme. I denne undersøgelse ser vi nærmere på, om der er disse sammenhænge mellem struktur, ressourceforbrug, resultater og indflydelse.

³ Regionernes lønnings- og takstnævn (RLTN) er underskriver på regionernes område.

⁴ På undersøgelsestidspunktet var der to forvaltninger fra Københavns kommune, der havde indgået lokal MED-aftale.



MED-systemet kan have mange resultater. Indenfor "Human-Relations"-traditionen argumenterer man for, at medindflydelse giver jobtilfredshed. Og jobtilfredshed giver øget produktivitet. Indenfor "Industrial Relations"-traditionen ser man medindflydelsen som et middel til at fremme kvaliteten af beslutninger og legitimere de beslutninger, der træffes.⁵

Uanset hvilke resultater MED-systemet giver, er det indflydelsen, der betragtes som årsagen til resultaterne. Derfor vælger vi i denne undersøgelse at fokusere på netop indflydelsen som en indikator for resultaterne. Indflydelsen er desuden et selvstændigt formål i MED-systemet.

Formålet med undersøgelsen er således at se på, om MED-systemet kan forenkles uden at systemets formål om medindflydelse og medbestemmelse sættes over styr.

I undersøgelse ser vi nærmere på tre spørgsmål:

- Hvordan er MED-systemet organiseret?
- Hvordan vurderer MED-repræsentanterne MED-systemets indflydelse?
- Hvor mange ressourcer bruges der til MED-systemet?

2.2 Kort om undersøgelsens metode

SPØRGESKEMA

Undersøgelsen er baseret på to spørgeskemaundersøgelser (se bilag 3 og 4). Det første blev i juni 2010 udsendt til HR-funktionerne i regionerne og i kommuner med MED-aftale. Dette skema omhandlede MED-systemets struktur. I alt blev der udsendt 99 spørgeskemaer. Heraf blev der indsamlet data fra 85 enheder - eller godt 86 % af de adspurgte. Det dækker over, at 79 forskellige kommuner og fem regioner besvarede spørgeskemaet.

Efter denne spørgeskemaundersøgelse angående strukturen blev der gennemført endnu en spørgeskemaundersøgelse. Denne gang henvendt til udvalgsmedlemmerne. Forinden var respondenterne fra den første spørgeskemarunde blevet bedt om at oplyse kontaktinformationer for MED-udvalgsmedlemmerne i deres system. For at afgrænse opgaven og antallet af respondenter bad vi udelukkende kommunerne om at finde medlemmerne frem for de udvalg, der dækker **administrations-, skole- og ældreområdet**. For de lokale udvalg skulle de endvidere kun finde ét udvalg

⁵ Skov, Rikke (2004): Ledelse og medindflydelse, s. 12ff

for hvert af de tre områder. Det vil fx sige, at kommuner med en udvalgsstruktur med tre niveauer maksimalt skulle finde kontaktinformation på medlemmer fra syv udvalg (et hovedudvalg, tre forvaltnings-/sektorudvalg og tre lokaludvalg). Regionerne skulle fokusere på en medicinsk afdeling, og de udvalg, der lå over dette lokale niveau.

Det andet spørgeskema blev i juli/august udsendt til repræsentanterne i MED-systemet. Dvs. medarbejdere og ledere. Dette skema omhandlede repræsentanternes opfattelse af MED-arbejdet. En del MED-repræsentanter sidder i mere end ét udvalg. Vi har bedt dem om at afgive besvarelse ud fra det højeste udvalgsniveau, de sidder i.

Vi sendte 3.654 spørgeskemaer ud til MED-repræsentanter fra 72 kommuner og til fire regioner. Det var imidlertid kun i 57 af MED-kommunerne, at vi fik kontaktinformationer for *alle* medlemmer af udvalgene for de tre områder. I de resterende kommuner fik vi kun informationer om nogle af udvalgene. Årsagen var, at der i disse kommuner ikke centralt fandtes nogen oversigt over medlemmerne af alle kommunens MED-udvalg. Vi fik kontaktoplysninger på alle i regionsudvalgene. Vi fik svar fra 2.874 respondenter, hvilket giver en svarprocent på 64. Se bilag 1 for en nærmere beskrivelse af undersøgelsens metode.

MÅLING AF ADMINISTRATIVT TIDSFORBRUG

Vi har undersøgt det administrative tidsforbrug til MED-systemet med udgangspunkt i VAKKS-metoden⁶. Her har vi udvalgt seks kommuner, der varierer i størrelse og i MED-struktur. Vi har gennemført to fokusgruppeinterview med personer, der laver administrative opgaver for MED-systemet i fem af de seks kommuner. Det ene har været med repræsentanter fra lokale udvalg. Det andet har været med repræsentanter, der betjener hovedudvalget samt eventuelle mellemliggende udvalgsniveauer. I den sjette kommune lykkedes det ikke at få gennemført et interview med det lokale niveau.

I interviewene er informanterne blevet bedt om at angive deres estimerede tidsforbrug til forskellige administrative aktiviteter omkring MED-systemet. Interviewpersonernes estimater er blevet opregnet - først til et samlet timetal for den enkelte kommune, dernæst til et samlet tal for de 92 kommuner med MED-aftale. Se bilag 2 for en nærmere beskrivelse af metoden.

⁶ Se www.krevi.dk for VAKKS-manualen, der giver en detaljeret beskrivelse af metoden.



MED-strukturen

I dette kapitel beskrives først, hvordan MED-systemets struktur ser ud: Hvor mange niveauer der er i systemet, og hvor mange udvalg der er. Dernæst vises mødefrekvensen og antallet af repræsentanter på forskellige udvalgsniveauer. Til sidst ser vi på, hvor tilfredse MED-repræsentanterne er med den struktur, der er i deres MED-system.

Konklusionen på analysen er, at MED-systemet er organiseret vidt forskelligt lokalt. Der er fra to til fem niveauer i kommunerne, og antallet af udvalg i den enkelte kommune varierer betragteligt. Samlet set er antallet af udvalg i kommunerne beregnet til 6.171 udvalg. Regionerne har tre eller fire niveauer i deres MED-system. Der er i alt 956 udvalg i regionerne.

Helt generelt er MED-repræsentanterne tilfredse med udvalgsstrukturen (62 %) og det antal mennesker, der skal høres i MED-systemet, inden der kan træffes beslutninger (73 %). Men tilfredsheden er mindst, hvis der er mange udvalgsniveauer og mange MED-repræsentanter i udvalget. I det følgende uddybes disse resultater.

3.1 Organiseringen af MED-systemet

3.1.1 Udvalgsstrukturen

MED-systemet er som nævnt baseret på den rammeaftale for området, som KL og Regionernes lønnings- og takstnævn har indgået med KTO og Sundhedskartellet i forbindelse med den seneste overenskomst på området fra 2008. Rammeaftalen giver nogle principper for, hvordan MED-systemet kan organiseres i den enkelte kommune eller region, men der er vide rammer for den lokale udmøntning af aftalen.

I alle kommuner og regioner skal der etableres et hovedudvalg sammensat af ledelses- og (fælles)tillidsrepræsentanter. Hovedudvalget er det øverste udvalg for udøvelsen af medindflydelse og medbestemmelse. Med



mindre andet aftales er hovedudvalget også det øverste udvalg på sikkerheds- og sundhedsområdet.

Ud over hovedudvalget kan kommuner og regioner selv bestemme, hvor mange udvalg de ønsker at have i deres MED-systemer. De kan ligeledes selv bestemme antallet af niveauer, de ønsker at have i deres MED-struktur.

Rammeaftalen er også åben for, at MED-strukturen både kan indeholde deciderede MED-udvalg såvel som personalemøder med MED-status eller lignende. Undersøgelsen viser, at de fleste lokale arbejdssteder er organiseret med MED-udvalg. Men langt de fleste kommuner/regioner har også på nogle arbejdspladser valgt at drøfte MED-spørgsmål på personalemøder. Det er typisk på arbejdspladser med relativt få medarbejdere.

ANTAL NIVEAUER

Respondenterne blev spurgt, hvor mange niveauer, der er i deres MED-system. Det skal bemærkes, at nogle kommuner/regioner har forskellige antal niveauer på forskellige fagområde - fx fire niveauer på ældreområdet og to niveauer på administrationsområdet. Vores data indikerer, at respondenterne har svaret det maksimale antal niveauer i kommunen.

KREVI's undersøgelse viser, at de fem regioner fordeler sig med to regioner med tre udvalgsniveauer og tre regioner med fire udvalgsniveauer. Størstedelen af kommunerne har valgt at organisere sig med en udvalgsstruktur på tre niveauer. Tabel 1 viser, hvor mange kommuner der har henholdsvis to, tre, fire eller fem udvalgsniveauer.

Tabel 1. Antal niveauer i MED-systemet i kommunerne

Antal udvalgsniveauer i kommunen	Antal	Procent
2	9	11%
3	55	67%
4	14	20%
5	2	2%
N	80	100%

Kilde: KREVI spørgeskema til kommuner og regioner med lokal aftale for medindflydelse og medbestemmelse.

Uanset kommunens størrelse er tre niveauer den foretrukne organisering, som det fremgår af tabel 2. Af tabellen fremgår det også, at der alligevel er en sammenhæng mellem størrelse og antal udvalgsniveauer. Selvom

sammenhængen ikke er signifikant, har de små kommuner oftere valgt at organisere sig med to udvalgsniveauer end de øvrige. Samtidig har de store kommuner i højere grad end de øvrige valgt at organisere sig med fire eller fem niveauer.

Tabel 2. Størrelse og organisering i udvalgsniveauer for kommunerne

Indbyggertal	Antal udvalgsniveauer i kommunen				Total
	2	3	4	5	
Små (0-29.999 indbyggere)	6 (33%)	11 (61%)	1 (6%)	0 (0%)	18 (100%)
Mellemstore (30.000-50.000 indbyggere)	2 (6%)	24 (77%)	5 (16%)	0 (0%)	31 (100%)
Store (50.000+ indbyggere)	1 (3%)	20 (65%)	8 (26%)	2 (6%)	31 (100%)
Total	9 (11%)	55 (69%)	14 (18%)	2 (3%)	80 (100%)

Kilde: KREVI spørgeskema til kommuner og regioner med lokal aftale for medindflydelse og medbestemmelse.

Den samme tendens gør sig gældende, hvis kommunernes størrelse måles som antal ansatte. Her bliver tendensen, at det primært er de små kommuner, der har to niveauer dog tydeligere, idet det kun er kommuner med under 4.000 ansatte, der har organiseret sig på den måde.

ANTAL UDVALG

I alt har 52 kommuner og fem regioner afgivet fuldstændige oplysninger om, hvor mange udvalg der er på alle udvalgsniveauer. De resterende 28 kommuner har kun udfyldt oplysninger om antallet af udvalg på nogle af de forskellige udvalgsniveauer⁷. Det er hovedsageligt oplysninger om udvalg på de lave niveauer i MED-systemerne, der er udeladt. I det følgende vises resultaterne først for kommunerne og dernæst for regionerne.

I de 52 kommuner, der har afgivet fuldstændige oplysninger, er der i alt 3.488 medudvalg, som det fremgår af tabel 3. I tabel 3 er oplysningerne om antallet af udvalg fordelt i forhold til det antal udvalgsniveauer, der er i kommunen.

⁷ De to forvaltninger i Københavns Kommune er af hensyn til sammenligneligheden også udeladt.

Tabel 3. Antal udvalg og udvalgsniveauer i kommuner

Niveau	Antal udvalgsniveauer i kommunen				Total
	2	3	4	5	
Hovedudvalg	7	38	6	1	52
Niveau 2	128	198	35	6	367
Niveau 3	-	2.239	41	19	2.299
Niveau 4	-	-	673	17	690
Niveau 5	-	-	-	80	80
Ved ikke	2	14	8	1	25
Total n	7	38	6	1	52
Total antal udvalg	135	2.475	755	123	3.488
Gennemsnitligt antal udvalg	19	65	126	123	67

Kilde: KREVI spørgeskema til kommuner og regioner med lokal aftale for medindflydelse og medbestemmelse.

Som tabellen viser, stiger det gennemsnitlige antal udvalg i takt med antallet af udvalgsniveauer. Gennemsnitligt er der således blot 19 udvalg i kommuner med to udvalgsniveauer mod henholdsvis 65 og 126 udvalg i kommuner med tre og fire niveauer. Hvis det gennemsnitlige antal udvalg opregnes til alle kommunerne med MED-systemer, dvs. de 92 kommuner, er der i alt 6.171 udvalg i det kommunale MED-system.

Samlet set er der 956 MED-udvalg i regionerne. Nedenfor i tabel 4 vises fordelingen af udvalg på udvalgsniveauer for regionerne.

Tabel 4. Antal udvalg og udvalgsniveauer i regionerne

Niveau	Antal udvalgsniveauer i regionen		Total
	3	4	
Hovedudvalg	2	3	5
Niveau 2	23	23	46
Niveau 3	461	18	479
Niveau 4	-	426	426
n	2	3	5
Total antal udvalg	486	470	956
Gennemsnitligt antal udvalg	243	156	239

Kilde: KREVI spørgeskema til kommuner og regioner med lokal aftale for medindflydelse og medbestemmelse.

Ikke overraskende er der en sammenhæng mellem kommunens/regionens størrelse og antal udvalg i MED-systemet, som det fremgår af tabel 5. Det hænger naturligt nok sammen med, at større kommuner og regioner har flere institutioner og dermed også flere lokale MED-udvalg på institutionsniveau end mindre kommuner.

*Tabel 5. Størrelse (målt ved antal ansatte) og antallet af udvalg i kommuner og regioner**

Antal ansatte	Antal udvalg	N	Gennemsnitligt antal udvalg
0-999	49	4	12
1.000-1.999	166	6	28
2.000-2.999	650	13	50
3.000-3.999	734	12	61
4.000-4.999	638	8	80
5.000-5.999	175	2	88
6.000-9.999	970	6	162
10.000+	106	1	106
Total	3.488	52	67

Kilde: KREVI spørgeskema til kommuner og regioner med lokal aftale for medindflydelse og medbestemmelse.

*Regionerne har alle mere end 10.000 ansatte. Tilsammen har regionerne 956 udvalg, hvilket i gennemsnit svarer til 191 udvalg i hver region.

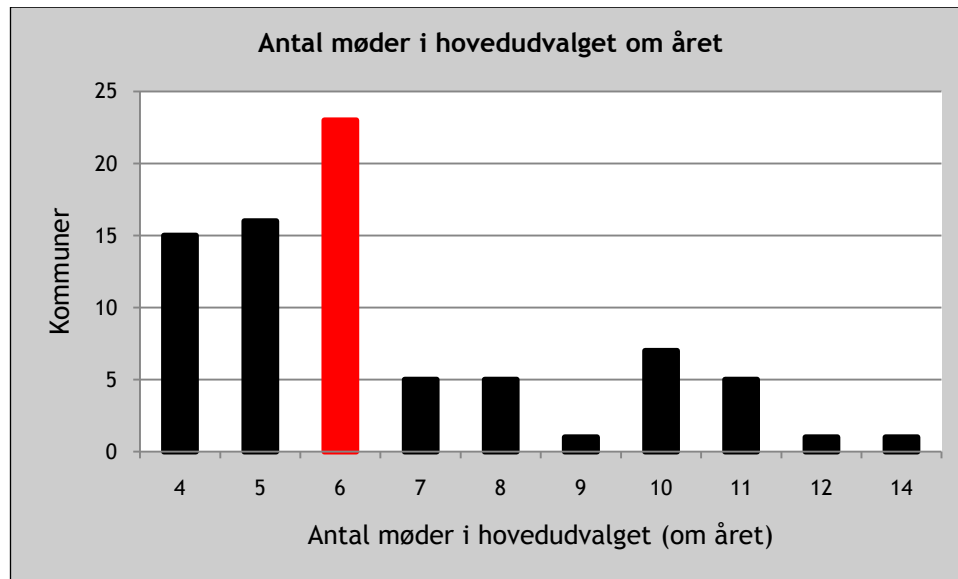
3.1.2 Møderne i Hovedudvalget

Det er overladt til kommunerne og regioner selv at beslutte, hvor ofte udvalgene i MED-systemet skal mødes.

Alle kommuner og regioner i undersøgelsen har, på nær én, oplyst, hvor mange møder der afholdes om året i deres hovedudvalg.

Figur 1 viser, at hovedudvalgene i kommunerne i gennemsnit mødes seks gange årligt. Det laveste antal møder i hovedudvalget er fire møder om året, mens det højeste antal er 14 møder om året. Gennemsnittet for regionerne er otte hovedudvalgsmøder om året. Det laveste antal møder i regionernes hovedudvalg er også fire møder. Det højeste antal er 12 møder.

Figur 1. Antal årlige møder i kommunernes hovedudvalg



Den markerede søjle i figuren angiver det gennemsnitlige antal møder, der afholdes i kommunernes hovedudvalg om året (6). N=79.

Vi havde en forventning om, at der ville være relativt flest møder i hovedudvalgene i kommuner med to udvalgsniveauer, da det her måske ville være nødvendigt at koordinere oftere på hovedudvalgsniveau. Som det fremgår af tabel 6 er der dog ingen klare tegn på, at det forholder sig sådan.

Tabel 6. Udvalgsniveau og mødefrekvens i kommunernes hovedudvalg

Antal møder i HMU om året	Udvalgsniveauer				Total
	2	3	4	5	
4	2 (25%)	11 (20%)	2 (14%)	0 (0%)	15 (19%)
5	2 (15%)	11 (20%)	3 (21%)	1 (50%)	17 (22%)
6	2 (15%)	16 (29%)	4 (29%)	0 (0%)	22 (28%)
7	1 (13%)	4 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (6%)
8	0 (0%)	3 (5%)	2 (14%)	0 (0%)	5 (6%)
9	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
10	0 (0%)	5 (9%)	2 (14%)	0 (0%)	7 (9%)
11	1 (13%)	2 (4%)	1 (7%)	1 (50%)	5 (6%)
12	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
14	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
Total	8 (100%)	55 (100%)	14 (100%)	2 (100%)	79 (100%)

Kilde: KREVI spørgeskema til kommuner og regioner med lokal aftale for medindflydelse og medbestemmelse.

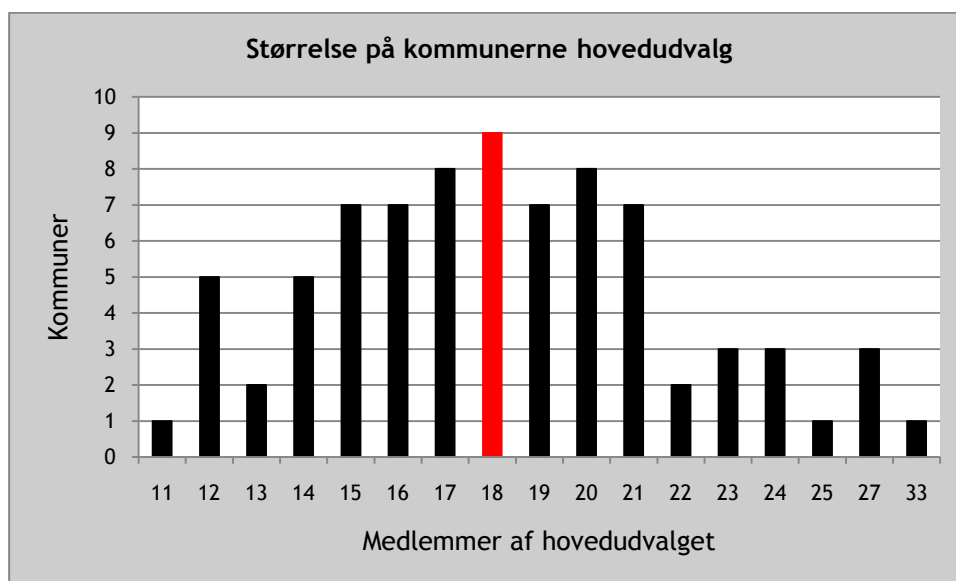
3.1.3 Repræsentanterne

Der er ikke i MED-systemet noget krav om, at der skal være lige mange repræsentanter fra henholdsvis ledelsen og medarbejderne. Medarbejderrepræsentationen i udvalgsstrukturen skal som udgangspunkt baseres på hovedorganisationerne og afspejle personalesammensætningen. Udvalgenes sammensætning baseres på valgte tillidsrepræsentanter. Hvis der ikke er nok tillidsrepræsentanter til at besætte det antal medarbejderpladser, der er aftalt i et udvalg, kan der vælges andre medarbejderrepræsentanter til udvalget. Det er de faglige organisationer, der udpeger medlemmerne af hovedudvalgene. Ledelsen udpeger selv de repræsentanter, den ønsker at stille med i udvalgene. Ledelsen har formandsposten i udvalgene, mens medarbejderne har næstformandsposten.

HOVEDUDVALGET

Der er i gennemsnit 18 medlemmer i hovedudvalgene i kommunerne, som det fremgår af figur 2. I den kommune, hvor der er færrest udvalgsmedlemmer, består hovedudvalget af 11 medlemmer. Det største hovedudvalg består af 33 medlemmer. Hovedudvalgene i regionerne er større. Her er der i gennemsnit 25 medlemmer.

Figur 2. Antal medlemmer af hovedudvalgene i kommunerne



Note: Den markerede kolonne angiver hovedudvalgenes gennemsnitlige størrelse (18 medlemmer). N=79.

Tabel 7 viser sammensætningen af hovedudvalgene. Som det fremgår af tabellen, er der væsentligt flere medarbejderrepræsentanter end ledelsesrepræsentanter i hovedudvalgene. Samtidig viser tabellen, at antallet af ledelsesrepræsentanter er relativt konstant uanset, hvor mange udvalgsniveauer kommunen har valgt. Det gælder ikke for medarbejderrepræsentanterne. Her viser tabellen, at jo flere niveauer, der er i systemet - jo flere medarbejderrepræsentanter er der også i hovedudvalget.

Tabel 7. Gennemsnitlige antal repræsentanter i hovedudvalget fordelt efter antallet af udvalgsniveauer i kommunen

		Antal udvalgsniveauer i kommunen				
		2	3	4	5	Total
Ledelses- og medarbejderrepræsentanter	Antal ledelsesrepræsentanter	54	380	96	12	542
	Gennemsnit	6,8	6,9	6,9	6,0	6,9
	Min	4	3	4	4	3
	Max	9	12	12	8	12
	Antal medarbejderrepræsentanter	82	636	160	26	904
	Gennemsnit	10,3	11,6	11,4	13,0	11,4
	Min	7	6	9	11	6
	Max	12	21	15	15	21
	N	8	55	14	2	79

Kilde: KREVI spørgeskema til kommuner og regioner med lokal aftale for medindflydelse og medbestemmelse.

I ti kommuner har man også valgt at lade kommunalbestyrelsen være repræsenteret i MED-systemets hovedudvalg. I ni af de ti kommuner er der én lokalpolitiker i hovedudvalget, mens der i en af de ti kommuner er seks lokalpolitikere med i hovedudvalget. Denne kommune har udvalgsstyre.

MEDLEMMERNES ANTAL⁸

Fra spørgeskemaet til udvalgsmedlemmerne ved vi, hvilket udvalg hvert enkelt medlem sidder i. I dette spørgeskema er medlemmer desuden blevet spurgt om, hvor mange hhv. ledelsesrepræsentanter og medarbejderrepræsentanter der sidder i deres respektive udvalg. Disse oplysninger er blevet brugt til at finde ud af, hvor mange medlemmer de enkelte udvalg har.⁹ Først gennemgås resultaterne for kommunerne, og derefter resultaterne fra regionerne.

Samlet set var det muligt at få medlemstal for 57 af kommunerne. Alle medlemstallene blev fundet for hvert enkelt udvalg, og tabellen herunder

⁸ Se bilag 1 for en nærmere gennemgang af medlemmernes karakteristika

⁹ I de tilfælde, hvor medlemmer af et udvalg har været uenige om antallet af medlemmer i deres udvalg, ligger det antal som flertallet har oplyst til grund for udvalgets medlemstal. Hvis der ikke har været entydig flertalsenighed, tager beregningen udgangspunkt i kommunernes oplysninger om mailadresser på medlemmerne. Oplysningerne om medlemstal for hovedudvalgene stammer imidlertid fra det første spørgeskema, der mindst er ligeså eller mere reliable end medlemmernes egne angivelser.

viser, hvor mange medlemmer der er pr. udvalg, når man gør det op i forhold til udvalgsniveau.

Tabel 8. Antal medlemmer pr. udvalg i kommunerne

Udvalgsniveau	Antal medlemmer	Antal udvalg	Gennemsnitligt antal medlemmer
Niveau 1	1.004	57	19
Niveau 2	2.101	160	13
Niveau 3	1.148	123	9
Niveau 4	28	3	9
Niveau 5	6	1	6
Total	4.287	344	12

Kilde: KREVI spørgeskema til medlemmer af MED-udvalg i kommunerne N=2.289 i 52 kommuner, da vi har komplette oplysninger omkring antallet af udvalg for 52 kommuner.

Besvarelserne fra det første spørgeskema om organiseringen af MED-systemet viser, at ledelsesrepræsentanterne konsekvent er i undertal i udvalgene i forhold til medarbejderrepræsentanterne. Tabel 9 nedenfor viser, hvordan fordelingen af ledelses- og medarbejderrepræsentanter er i udvalgene på de forskellige niveauer. På forhånd havde vi en forventning om, at det ville være svært for kommunerne at svare på, hvor mange medlemmer der er på det lokale niveau. Derfor er der kun spurgt til hovedudvalget samt de mellemliggende niveauer - og altså ikke til antallet af medlemmer på det lokale niveau. For at undgå unødigt forvirring angives derfor kun forholdstallene for ledelses- og medarbejderrepræsentanter i tabellen nedenfor.

Tabel 9. Andel ledelses- og medarbejderrepræsentanter i kommunerne

	Udvalgsniveau		
	HMU	2	3
Andel ledelsesrepræsentanter (%)	37	38	34
Andel medarbejderrepræsentanter (%)	63	62	66
Antal kommuner (N)	84	53	8

Kilde: KREVI spørgeskema til kommuner og regioner med lokal aftale for medindflydelse og medbestemmelse.

*Ingen kommuner med fem niveauer har oplyst repræsentanter for samtlige udvalg på niveau fire. Derfor er dette niveau ikke med i oversigten.

For regionernes vedkommende er udvalgene noget større end i kommunerne. Svarene på spørgeskemaet til (regionale) medlemmer af MED-udvalgene viser, at det gennemsnitlige antal medlemmer pr. udvalg er 23 medlemmer af hovedudvalgene, 17 i udvalgene på niveau to og tre og endelig 15 medlemmer i udvalgene på niveau fire. Disse tal er dog behæftede med nogen usikkerhed, idet spørgeskemaet kun er besvaret af 102 regionale MED-udvalgsmedlemmer. Tallene fremgår af tabel 10 nedenfor.

Tabel 10. Oversigt over medlemmer i regionerne

Udvalgsniveau	Antal medlemmer	Antal udvalg	Gennemsnitligt antal medlemmer
Niveau 1	92	4	23
Niveau 2	67	4	17
Niveau 3	51	3	17
Niveau 4	30	2	15
I alt	240	13	18

Kilde: KREVI spørgeskema til medlemmer af MED-udvalg i regionerne.
N=102 respondenter i fire regioner

Ligesom det var tilfældet i de kommunale MED-udvalg er medarbejderrepræsentanterne også i overtal i forhold til ledelsesrepræsentanterne i de regionale MED-udvalg. Forholdet mellem ledelsesrepræsentanter og medarbejderrepræsentanter i udvalgene fremgår af tabel 11 nedenfor.

Tabel 11. Andel af ledelses- og medarbejderrepræsentanter i regionerne

	Udvalgsniveau		
	HMU	2	3
Andel ledelsesrepræsentanter (%)	37	40	40
Andel medarbejderrepræsentanter (%)	63	60	60
Antal regioner (N)	4	4	1

Kilde: KREVI spørgeskema til kommuner og regioner med lokal aftale for medindflydelse og medbestemmelse.

3.2 Tilfredshed med organiseringen

I undersøgelsen er MED-repræsentanterne fra kommunerne og regionerne blevet spurgt om, hvor tilfredse de er med ”antallet af mennesker, der skal høres i MED-systemet, før der kan træffes en beslutning”, og hvor tilfredse de er med ”udvalgsstrukturen omkring MED i vores organisation”. Nedenfor vises resultaterne fra undersøgelsen.

Tabel 12. Hvor tilfreds er du med antallet af mennesker, der skal høres, før der kan træffes en beslutning?

Svar	Frekvens	Procent
For lidt	54	2 %
Passende	2.090	73 %
For mange	591	21 %
Ikke relevant	113	4 %
Total	2.848	100

Kilde: KREVI's spørgeskema til medlemmer af MED-udvalg i kommuner og regioner

Tabel 13. Hvor tilfreds er du med udvalgsstrukturen omkring MED i din organisation?

Svar	Frekvens	Procent
Meget tilfreds	226	8 %
Tilfreds	1.551	54 %
Hverken tilfreds eller utilfreds	775	27 %
Utilfreds	269	9 %
Meget utilfreds	34	1 %
Total	2.855	100 %

Kilde: KREVI's spørgeskema til medlemmer af MED-udvalg i kommuner og regioner

Som det fremgår, er respondenterne generelt tilfredse med MED-systemet i deres organisation. 62 % af respondenterne er således tilfredse eller meget tilfredse deres MED-struktur, og kun 10 % er utilfredse eller meget utilfredse med strukturen.

Næsten $\frac{3}{4}$ af respondenterne mener desuden, at det er et passende antal mennesker, der skal høres, før der kan træffes beslutninger. Næsten ingen mener, der er for få, og omkring $\frac{1}{5}$ mener, at der er for mange mennesker, der skal høres.

3.3 Hvad kan forklare forskelle i tilfredshed med MED-strukturen?

For at få indblik i, hvad der påvirker MED-repræsentanternes tilfredshed med disse emner, har vi gennemført en multilevelanalyse (se bilag 1). Denne metode giver mulighed for at analysere en samlet model for, hvad der kan forklare tilfredsheden. De enkelte forklaringsfaktorers påvirkning

kan derfor opgøres særskilt. Der er i analysen inddraget forklaringsfaktorer på individ-, udvalgs- og kommune/regionsniveau. Resultaterne fra multilevel analysen præsenteres nedenfor. Efter gennemgangen vises en tabel, der indeholder modellens koefficienter.

TILFREDSHED MED ANTALLET AF MENNESKER, DER SKAL HØRES

Det er meget markant, at det er ledelsesrepræsentanterne, der er mindst tilfredse med antallet af mennesker, der skal høres, før der kan træffes beslutninger. De er 12-13 point mere utilfredse end den menige tillidsrepræsentant. Den menige medarbejderrepræsentant er dog også signifikant mindre tilfreds med antallet af involverede personer, end den menige tillidsrepræsentant.

Det gør ingen forskel på tilfredsheden, om man er medlem af et lokaludvalg, et hovedudvalg eller et mellemliggende udvalg. Til gengæld betyder det noget, hvor mange medlemmer der er i udvalgene. Jo flere medlemmer der er i udvalget - jo mindre er tilfredsheden med antallet af mennesker, der skal høres. Det er også markant, at tilfredsheden er mindst, hvor der er fire niveauer i MED-strukturen. Undersøgelsen peger således på, at nogle MED-repræsentanter i store MED-systemer med mange niveauer, og mange medlemmer i deres udvalg oplever, at arbejdet i MED-systemet er tungt. Det skal i den forbindelse bemærkes, at antallet af ansatte ikke spiller nogen signifikant rolle for tilfredsheden. Store kommuner giver således ikke pr. automatik en utilfredshed med antallet af involverede mennesker og antal udvalgsniveauer.

TILFREDSHED MED UDVALGSSTRUKTUREN

Den faktor, der tydeligst - om end relativt beskedent - påvirker tilfredsheden med udvalgsstrukturen, handler om antal niveauer i MED-systemet. Medlemmer i kommuner og regioner med fire niveauer er således signifikant mindre tilfreds med strukturen, end medlemmer i kommuner med to niveauer.

Rollen i udvalget har ingen større betydning for, om man er tilfreds med udvalgsstrukturen i MED-systemet. Dog er næstformanden en smule mere tilfreds end den menige tillidsrepræsentant. MED-repræsentanter, der har været på kursus i MED-systemet, er også en smule mere tilfredse med udvalgsstrukturen end de menige tillidsrepræsentanter. Og erfaring giver også større tilfredshed med strukturen.

RESULTATERNE FRA MULTILEVEL ANALYSEN

Nedenfor vises koefficienterne fra multilevel-analysen samt en tekstboks, der beskriver, hvordan resultaterne kan fortolkes.

Tekstboks 2: Hvordan kan resultaterne fra multilevelanalysen fortolkes?

De tal, der er markeret med '**' er signifikante. Det vil sige, at der er en klar sammenhæng mellem forklaringsfaktoren og indflydelsen. Jo flere stjerner jo mere sikker er sammenhæng.

I analysen tages der udgangspunkt i forskellige referencegrupper. Fx ses formandens og næstformandens utilfredshed med antallet af involverede personer i forhold til den menige tillidsrepræsentants utilfredshed. Det fremgår så af tabellen, at formanden er 13 point mere utilfreds med antallet af involverede personer end den menige tillidsrepræsentant. Analysen viser således ikke ved første øjekast medlemmernes **absolutte** utilfredshed - men **forskellen** mellem forskellige grupperes utilfredshed.

Vil man have et absolut udtryk for de enkelte gruppers utilfredshed, skal der tages udgangspunkt i konstanten nederst i tabellen. Konstanten er et udtryk for utilfredsheden for en person, der tilhører alle referencegrupperne. Det vil sige, at en menig tillidsrepræsentant, der ikke har været på kursus, er medlem af et mellemniveausudvalg på skoleområdet osv. Han scorer 41 point i utilfredshed. En tilsvarende person, der dog i stedet er formand for udvalget, vil score $41 + 13 = 54$ point i utilfredshed.

Se bilag 1 for en gennemgang af multilevel metoden.

Tabel 14. Resultater fra multilevel analyse af utilfredshed med strukturen.

	Utilfredshed med:	Involverede mennesker	Udvalgsstruktur
Individvariable	Tidsforbrug (timer pr. måned)	-0,034	-0,0000597
	Erfaring (antal år i MED-udvalg)	-0,0224	-0,00537*
	Deltaget på kursus (reference: ikke deltaget på kursus)	-2,576	-0,106*
	Rolle (reference: menig tillidsrepræsentant)		
	Formand	13,23***	0,0551
	Næstformand	1,4	-0,177*
	Menig ledelsesrepræsentant	11,89***	0,0874
	Øvrig medarbejder	3,496*	-0,0227
	Sekretær for udvalget	13,23**	-0,175
	Udvalgsvariable	Udvalgsniveau (reference: medlem af mellemliggende udvalg)	
Medlem af et hovedudvalg		-4,86	0,0836
Medlem af et lokaludvalg		0,169	-0,0366
Områder (reference: skoleområdet)			
Medlem af hovedudvalg		7,55	-0,181
Administrationsområdet		5,624***	0,0927
Ældreområdet		1,531	-0,0705
Medicinsk afdeling		4,568	0,285
	Antal medlemmer i udvalgene	0,381**	0,00498
Kommune/regionsvariable	Niveauer i MED-strukturen (reference: MED-struktur med to niveauer)		
	MED-struktur med tre niveauer	2,248	0,0853
	MED-struktur med fire niveauer	7,776*	0,296*
	MED-struktur med fem niveauer	-4,065	-0,11
	Antal medlemmer i MED-systemet*	0,0621	-0,00065
	Antal ansatte i kommunen/regionen	-0,00546	-0,0000297
	Region (reference: kommune)	-1,3	-0,17
	Konstant	41,35***	2,449***
	N	2095	2177

*Samlet antal medlemmer i de undersøgte udvalg

Note: Tabellen viser koefficienter for sammenhængene og * markerer signifikansniveauer:

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001



Indflydelse

I rammeaftalen slås det fast, at alle medarbejdere har ret til medindflydelse og medbestemmelse, og der argumenteres for, at denne medindflydelse og medbestemmelse kan kvalificere opgaveløsningen.

I undersøgelsen er indflydelsen i MED-systemet undersøgt i fire dimensioner¹⁰, der afdækker MED-repræsentanternes *egen vurdering* af:

- Intern indflydelse: Hvor meget indflydelse har den enkelte på arbejdet i MED-udvalget - herunder dagsordenen?
- Ekstern indflydelse: Hvor meget indflydelse har MED-udvalget på ledelsens beslutninger og implementeringen af beslutninger?
- MED-udvalgets indflydelse på det daglige arbejde: Hvordan det daglige arbejde udføres og tilrettelægges samt på arbejdstidens organisering og udformning.
- MED-udvalgets indflydelse generelt: På personalepolitik, arbejdsmiljøpolitik, planer og strategier for arbejdspladsens udvikling samt beslutninger om arbejdspladsens økonomi og budget.

Konklusionen på analysen er, at MED-repræsentanterne vurderer, at MED-udvalget har størst indflydelse på personalepolitikken og på, hvordan arbejdsmiljøarbejdet varetages, og at udvalget har mindst indflydelse på, hvordan arbejdet tilrettelægges. Når det kommer til repræsentanternes vurdering af deres egen indflydelse på MED-udvalgets arbejde, vurderer ca. halvdelen, at de har meget eller en hel del indflydelse.

MED-repræsentanternes vurderinger af indflydelse afhænger meget af, hvilken rolle de har i udvalget. Formanden vurderer generelt både sin

¹⁰ Indflydelsen er blandt andet afdækket ved hjælp af spørgsmål, der er inspireret fra tidligere studier fx IDE: Industrial Democracy in Europe (1981) og IDE: Industrial Democracy in Europe Revisited, 1993. De konkrete spørgsmål er fx anvendt i Jeppesen, Jønsson og Shevlin (2010).



egen og udvalgets indflydelse højest. Hvilket udvalgsniveau, man er på, betyder også noget. De lokale MED-udvalgs indflydelse vurderes således højest.

Vurderingerne er til gengæld uafhængige af, hvordan MED-systemet er organiseret. Lette systemer med to niveauer og systemer med relativt få MED-repræsentanter pr. udvalg vurderes således ikke til at give mindre indflydelse end andre organiseringer. Der er i undersøgelsen kontrolleret for, hvordan antal ansatte i kommunen påvirker indflydelsen, og der er ingen signifikante sammenhænge.

I det følgende gennemgås MED-repræsentanternes (både ledelsesrepræsentanternes og medarbejderrepræsentanternes) oplevede indflydelse på de fire dimensioner. Vi vurderer ikke i analysen, hvorvidt det absolutte niveau for indflydelse er højt eller lavt, men fokuserer på forskellene mellem de forskellige indflydelsesdimensioner. I kapitlets sidste afsnit ser vi nærmere på, hvad der kan forklare forskellene i repræsentanternes vurderinger.

4.1 Den oplevede indflydelse

Tabellen nedenfor viser, hvordan respondenterne vurderer deres egen indflydelse (intern indflydelse) og udvalgets indflydelse (de øvrige dimensioner).

Tabel 15. MED-repræsentanternes vurdering af indflydelse

		Svar					
	Spørgsmål	Ingen	Lidt	Nogen	En hel del	Meget	N
Intern indflydelse	Dagsorden	2 %	12 %	36 %	34 %	18 %	2.872
	Udvalgets arbejde	1 %	15 %	39 %	34 %	11 %	2.850
Ekstern indflydelse	Beslutninger	2 %	21 %	40 %	31 %	6 %	2.847
	Implementering	2 %	18 %	34 %	36 %	10 %	2.844
Daglig indflydelse	Arbejdets udførelse	18 %	32 %	32 %	16 %	2 %	2.867
	Tilrettelæggelse	25 %	35 %	28 %	11 %	1 %	2.862
	Arbejdstidens organisering	18 %	29 %	33 %	17 %	3 %	2.856
Generel indflydelse	Personalepolitik	1 %	7 %	25 %	42 %	24 %	2.861
	Arbejds miljøpolitik	1 %	8 %	27 %	43 %	21 %	2.859
	Økonomiske beslutninger	12 %	28 %	29 %	21 %	10 %	2.860
	Planer og strategier	6 %	21 %	35 %	28 %	11 %	2.863

Kilde: KREVI's spørgeskema til medlemmer af MED-udvalg i kommuner og regioner.

Knap halvdelen af MED-udvalgenes medlemmer mener, at de selv har en hel del eller meget indflydelse på MED-udvalgets dagsorden og udvalgets arbejde. Omkring 15 % vurderer, at de har ingen eller lidt indflydelse, som det fremgår af tabel 15. Der er ingen markante forskelle i repræsentanternes vurderinger af de to spørgsmål.

Når vi ser nærmere på vurderingen af MED-udvalgets indflydelse viser undersøgelsen, at MED-repræsentanterne vurderer, at MED-udvalgene har størst indflydelse på arbejdspladsens personalepolitik og på, hvordan ar-

bejdsmiljøpolitikken varetages. Omkring 65 % vurderer således, at MED-udvalget har meget eller en hel del indflydelse på disse emner.

Den daglige indflydelse er den, der vurderes lavest. Her vurderer kun 17 % at der er meget eller en hel del indflydelse, hvorimod 52 % vurderer, at der er ingen eller kun lidt indflydelse på disse områder, jf. tabel 15.

Overordnet set er der en lille tendens til, at MED-repræsentanterne vurderer, at udvalgene i højere grad påvirker implementeringen af beslutninger, end de påvirker selve beslutningerne. 37 % vurderer således, at MED-udvalget har en hel del eller meget indflydelse på ledelsens beslutninger. 46 % vurderer, at udvalget har en hel del eller meget indflydelse på implementeringen. Omkring 20 % vurderer, at MED-udvalget kun har ingen eller lidt ekstern indflydelse.

4.2 Hvad kan forklare forskelle i indflydelsen mellem repræsentanterne?

Som det fremgår af den ovenstående gennemgang er der forskelle mellem vurderingerne af de forskellige typer af indflydelse. Men opgørelserne dækker også over en række forskelle mellem de enkelte respondenter.

For at få indblik i, hvad der påvirker den egenvurderede indflydelse, har vi gennemført endnu en multilevel analyse (se bilag 1). Resultaterne fra multilevelanalysen præsenteres nedenfor. Efter gennemgangen vises en tabel, der indeholder modellens koefficienter.

Der er konstrueret tre indekser, der opsummerer medlemmernes vurdering af deres indflydelse¹¹ på de tre dimensioner: Ekstern indflydelse, intern indflydelse og generel indflydelse. Hvert indeks går fra 0 til 100. Hvis en kommune/region har 0 point på et af de tre indekser, betyder det at udvalgsmedlemmerne vurderer, at de ingen indflydelse har på området. Hvis en kommune/region omvendt har 100 point, betyder det, at udvalgsmedlemmerne vurderer, at de har meget indflydelse på området. Den daglige indflydelse vurderes af modeltekniske grunde udelukkende på spørgsmålet om, hvordan arbejdstiden organiseres og udformes¹².

¹¹ Se bilag 1 for gennemgang af indekserne

¹² I Stata estimeres multilevelmodeller ved hjælp af EM (expectation maximisation) algoritmen. Algoritmen gentager estimationen af koefficienterne, indtil der opnås konvergens og dermed et sikkert estimat. I en model med indekset for daglig indflydelse som afhængig kan modellen imidlertid ikke finde konvergenspunktet. Da det dog er muligt at estimere en model med ét af de tre spørgsmål, som

4.2.1 Forklaringer på individniveau

Som det fremgår af tabel 15, vurderer ca. halvdelen, at de har meget eller en hel del indflydelse på, hvad der drøftes på møderne, og på udvalgets arbejde. Det er omkring denne interne indflydelse, at forskellene mellem de forskellige typer af udvalgsmedlemmer er mest markante, hvilket måske ikke er så overraskende. Formanden og næstformanden i udvalget har ansvaret for at udforme dagsorden til udvalgs møderne. Derfor må det forventes, at disse to repræsentanter har den største interne indflydelse, hvilket undersøgelsen bekræfter. Formanden vurderer således sin indflydelse 32 index-point højere end den menige tillidsrepræsentant, næstformanden vurderer den 16 index-point højere. Den menige ledelsesrepræsentant vurderer også sin indflydelse højere - 8 index-point - end den menige tillidsrepræsentant. Dem, der vurderer deres indflydelse lavest, er de menige medarbejderrepræsentanter: 3 indexpoint lavere end den menige tillidsrepræsentant.

Når vi ser nærmere på repræsentanternes vurderinger af *MED-udvalgets* indflydelse, er det formanden, der har den mest positive vurdering af indflydelsen. Det kan skyldes en forskel i holdningerne til, hvor meget indflydelse et MED-udvalg bør have. Ser vi fx på den eksterne indflydelse, er det formanden, der i størst grad vurderer, at MED-udvalget påvirker ledelsens beslutninger og implementeringen af beslutningerne i organisationen. Formanden vurderer således indflydelsen 6 index-point højere end den menige tillidsrepræsentant. Der er ikke signifikante forskelle på de øvrige medlemmers vurderinger.

Omkring indflydelsen på arbejdstidens udformning og organisering er det igen formanden, der vurderer udvalgets indflydelse højest (knap 12 indexpoint højere end den menige tillidsrepræsentant) fulgt af den menige ledelsesrepræsentant, der vurderer udvalgets indflydelse 3 point højere. Når det kommer til generel indflydelse - indflydelse på personalepolitik mv - ses det, at næstformanden vurderer udvalgets indflydelse næsthøjest - en smule højere end den menige ledelsesrepræsentant, men mindre end formanden.

Udover medlemmernes roller i udvalget spiller deres erfaring også en rolle. Jo større erfaring de har, jo større indflydelse oplever de at have på

indgår i indekset (sp. 27.3), bruges det i stedet. Korrelationen mellem de tre spørgsmål i indekset er i øvrigt høj, og det er derfor rimeligt at bruge dette ene spørgsmål som proxy for indekset, selvom en faktisk model naturligvis ville være forskellig i forhold til den i tabellen.

MED-udvalgets arbejde, hvilket ikke er overraskende. Jo større erfaring man har - jo bedre kender man MED-systemet og stofområderne. Der er også en svag positiv sammenhæng mellem erfaringen og vurderingen af MED-udvalgets eksterne og generelle indflydelse.

Det har også betydning, om repræsentanterne har været på kursus i MED-arbejdet. Har de det, vurderer de både deres egen og udvalgets eksterne indflydelse højere. Endeligt spiller ressourceforbruget også svagt positivt sammen med vurderingen af egen indflydelse.

4.2.2 Forklaringer på udvalgsniveau

Et interessant resultat er, at medlemmerne på det lokale niveau er dem, der vurderer både deres egen og udvalgets indflydelse højest. De vurderer således indflydelsen 3-4 indexpoint højere, end medlemmer fra et udvalg på et mellemniveau. Der er dog ikke signifikante forskelle i fht. vurderingen af indflydelsen på arbejdstidens organisering og udformning. Det er lidt overraskende, da spørgsmålet formodes at rette sig mod indflydelsen på det konkrete arbejde, hvilket måske ville give mest mening i et lokalt MED-udvalg.

På sektorniveau er det medlemmerne på ældreområdet, der oplever den største indflydelse, og det er administrationsområdet, der oplever den mindste indflydelse.

Det spiller ikke nogen rolle for vurderingerne af indflydelsen, hvor mange medlemmer der er i det enkelte udvalg.

4.2.3 Forklaringer på kommune-/regionsniveau

I tråd med ovenstående spiller det heller ikke nogen rolle for vurderingen af indflydelse, hvor mange medlemmer der samlet set er i de MED-udvalg, vi har undersøgt i kommunerne/regionerne. Det er altså ikke sådan, at hvis man involverer mange mennesker, så vurderes MED-systemet til at være mere indflydelsesrigt.

Hvor mange niveauer, man har i sit system, spiller heller ikke en rolle. Systemet med tre niveauer skiller sig ud ved at vurdere den eksterne indflydelse signifikant lavere end et system med to niveauer. Systemet med fem niveauer skiller sig ud ved at vurdere indflydelsen på arbejdstidens organisering og udformning signifikant lavere. Der er ikke signifikante forskelle på de øvrige punkter.

Det vil sige, at store systemer med mange niveauer ikke vurderes til at give mere indflydelse end lette systemer med to niveauer. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at der i modellen er kontrolleret for antal ansatte i kommunen. Den parameter spiller ingen signifikant rolle.

Endelig er der ikke signifikante forskelle i vurderingen af indflydelsen mellem kommunerne og regionerne.

RESULTATERNE FRA MULTILEVEL ANALYSEN

Se tekstboks 2 for forklaringer på, hvordan Tabel 16 kan fortolkes.

Tabel 16. Hvad kan forklare forskellene på indflydelsen?

	Intern indflydelse	Ekstern indflydelse	Indflydelse på arbejdstidens organisering og udformning	Generel indflydelse
Erfaring (antal år i MED-udvalg)	0,347***	0,145*	0,122	0,144*
Deltaget på kursus (reference: ikke deltaget på kursus)	3,318**	3,593**	2,331	2,147
Individvariable				
Rolle (reference: menig tillidsrepræsentant)				
Formand	31,81***	5,946**	11,62***	10,36***
Næstformand	15,77***	-1,188	1,23	4,652**
Menig ledelsesrepræsentant	8,342***	1,774	3,249*	4,249***
Øvrig medarbejder	-2,890*	0,0535	-0,434	-1,714
Sekretær for udvalget	14,15***	7,075	7,382	7,115
Tidsforbrug (timer pr. måned)	0,102**	0,0666		0,0428
Udvalgsniveau (reference: medlem af mellemliggende udvalg)				
Medlem af et hovedudvalg	2,996	-5,872	-1,924	2,045
Medlem af et lokaludvalg	3,710**	3,135*	1,976	3,464*
Udvalgsvariable				
Områder (reference: skoleområdet)				
Medlem af hovedudvalg	2,879	12,27	4,941	2,546
Administrationsområdet	1,178	-4,060*	2,211	-3,442*
Ældreområdet	4,404***	6,625***	3,863*	5,587***
Medicinsk afdeling	-5,716	-5,632	-16,95	-12,48
Antal medlemmer i udvalgene	-0,235	0,0777	-0,028	0,0761
Kommune / regions variable				
Niveauer i MED-strukturen (reference: MED-struktur med to niveauer)				
MED-struktur med tre niveauer	-3,3	-7,332*	-6,077	-3,656
MED-struktur med fire niveauer	-1,085	-4,064	-5,081	-1,135
MED-struktur med fem niveauer	2,316	-5,686	-17,66**	-0,476
Antal medlemmer i MED-systemet*	0,00621	0,0347	0,0291	0,0353
Antal ansatte i kommunen/regionen	-0,00136	0,00302	-0,0029	-0,000923
Region (reference: kommune)	1,158	9,883	8,627	6,732
Konstant	50,58***	53,12***	36,22***	46,57***
N	2192	2188	2242	2178

*Samlet antal medlemmer i de undersøgte udvalg

Note: Tabellen viser koefficienter for sammenhængene og * markerer signifikansniveauer:

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001



Ressourcer

I dette afsnit ser vi først på tidsforbruget til administrativ understøtning af MED-systemet. Dernæst ser vi nærmere på MED-repræsentanternes tidsforbrug.

Undersøgelsen viser, at MED-repræsentanterne i kommunerne i snit bruger knap seks timer pr. måned på MED-arbejdet. Det giver et samlet tidsforbrug på 1.847 årsværk, hvilket svarer til gennemsnitligt 20 årsværk pr. kommune. Det administrative tidsforbrug er 1,9 årsværk pr. kommune i gennemsnit. Undersøgelsen tyder på, at tidsforbruget i regionerne er større end i kommunerne. Udvalgene i undersøgelsen er måske større end i kommunerne, og de enkelte udvalgsmedlemmer bruger mere tid pr. måned.

Det er medarbejderrepræsentanterne, der bruger mest tid på MED-arbejdet. Og hovedudvalgsmedlemmer bruger mere tid end medlemmer af øvrige udvalg. Overraskende nok bruger MED-repræsentanter fra udvalg med mange medlemmer mere tid pr. medlem, end repræsentanter fra udvalg med færre medlemmer. Hverken antallet af udvalgsniveauer eller antal ansatte i kommunen/regionen spiller nogen rolle for ressourceforbruget for det enkelte medlem. I det følgende uddybes disse resultater.

5.1 Det administrative tidsforbrug¹³

MED-systemet understøttes administrativt. Der bruges tid inden møderne fx på at udforme dagsordner, udsende mødeindkaldelser, og efter møderne på opfølgning. Der bruges også tid på at udforme særligt materiale til MED-udvalgenes drøftelser af f.eks. budget, og tid på at gennemføre trivselsmålinger. Endelig er der også mere generel understøttelse af MED-systemet - fx planlægning af temadage, uddannelse af MED-repræsentanter mv.

¹³ Undersøgelsen af det administrative tidsforbrug er ikke gennemført for regionerne.



5.1.1 Metoden

I undersøgelsen har vi set nærmere på, hvor lang tid der bruges på dette i seks udvalgte kommuner. Disse kommuner er udvalgt, så de (bl.a.) varierer efter størrelse og antal niveauer i MED-systemet. Det skal bemærkes, at de undersøgte kommuner griber MED-arbejdet meget forskelligt an. Det er der ikke noget mærkeligt i, da rammeaftalen giver vide rammer for MED-systemets lokale organisering. Det betyder dog, at de udvalgte kommuner ikke nødvendigvis er fuldstændigt dækkende for, hvordan der arbejdes med MED-systemet.

Tekstboks 3: Opregning til landstal

Informanternes estimater er i første omgang opregnet til et samlet tal for kommunen. Dvs. at det gennemsnitlige tidsforbrug for informanterne på det lokale niveau er ganget op med antal lokale udvalg i kommunen. Det gennemsnitlige tidsforbrug for informanterne på mellemliggende niveau er ganget op med antallet af mellemliggende MED-udvalg i kommunen. Disse tal er lagt sammen med tallene fra kommunens hovedudvalg.

Denne øvelse er gentaget for alle seks kommuner. Dernæst er der fundet et gennemsnit for de seks kommuner, som er ganget med 92. Dermed fremkommer der et landstal for de kommuner, som har en MED-aftale.

Denne opregningsmetode giver nogen usikkerhed, da estimaterne fra en relativ lille andel informanter opregnes til at gælde for hele kommunen. Dette er særligt fremherskende i fht. de lokale udvalg, hvor der i den enkelte kommune er mange udvalg. I undersøgelsen er der mellem 60 og 170 lokale udvalg. Se bilag 2 for en nærmere beskrivelse af undersøgelsen.

5.1.2 Årligt tidsforbrug til drift af MED-systemet

Den følgende tabel viser, hvor mange administrative timer, der bruges på årligt tilbagevendende aktiviteter. Tallene er opdelt på henholdsvis resultater fra det lokale niveau, mellemniveau(er), hovedudvalg og på aktiviteter, der generelt understøtter MED-systemet.

Undersøgelsen viser, at der samlet set bruges ca. 277.000 timer årligt på administrativ støtte til MED-systemet. Det svarer til ca. 1,9 årsværk pr. kommune i gennemsnit.

Dertil kommer, at der gennemføres forskellige ad hoc aktiviteter. Disse aktiviteter er ikke indregnet i de 277.000 timer, da det er svært at vurdere, hvor hyppigt de finder sted. Disse aktiviteter er også beskrevet nedenfor, og viser, at der løbende er et ekstra tidsforbrug til administrativ understøtning af MED-systemet - udover de årlige driftsaktiviteter. Det skal bemærkes, at nogle af disse aktiviteter er placeret som årligt tilbagevendende driftsaktiviteter i nogle kommuner, men er ad hoc opgaver i andre kommuner.

Tabel 17. Samlet tidsforbrug til årlig drift ekskl. ad hoc opgaver. 92 kommuner

	Generel	H-MED	Mellem	Lokal	I alt
Dagsorden, referat mv.	0	10.300	10.000	167.200	187.500
Temaer i arbejdet	0	2.200	900	58.800	61.900
Generel understøttelse	24.000	100	400	2.600	27.100
I alt	24.000	12.600	11.400	228.500	276.500

Afrundede tal

I det følgende beskrives de aktiviteter, der primært påvirker det administrative ressourceforbrug.

DAGSORDEN, REFERAT MV.

Det største ressourceforbrug knytter sig til de praktiske ting omkring møderne: Mødeforberedelse, dagsorden, referat, opfølgning mv. Det er udarbejdelse af dagsordner og referatskrivning, der bruges mest tid på¹⁴.

Der bruges samlet set mest tid på disse emner i forbindelse med de lokale udvalg. Men det skyldes det store antal lokale udvalg. For det enkelte lokale udvalg bruges der i gennemsnit 21 timer årligt på at lave dagsorden og skrive referat.

De enkeltudvalg, der gennemsnitligt er mest tidskrævende i fht. dagsorden og referat, er hovedudvalgene. Her er det særligt forberedelsen af dagsordner, der tager administrativ tid. Der er dog stor spredning i tidsforbruget. En kommune angiver at bruge 10 timer årligt på at lave dagsorden. En anden kommune bruger 224 timer årligt. Gennemsnittet er 77 timer. Forskellene skyldes sandsynligvis, at man i den kommune, der anvender mindst tid, konsekvent "genbruger" dagsordenspunkter og bilag,

¹⁴ Den tid, som formanden og næstformanden bruger på at holde møde om dagsordenen, er ikke medregnet i dette tal.

som tidligere har været forelagt politikerne, direktionen eller lign. I den kommune, der anvender mest tid, laver man i langt højere grad dagsordenspunkterne "fra bunden", og holder desuden væsentlig flere hovedudvalgsmøder (11 møder) end den kommune, der bruger mindst tid (seks møder).

TEMAER I ARBEJDET

Der er en række temaer i arbejdet, som kræver særlig administrativ støtte. De væsentligste af disse beskrives nedenfor.

Efter- og videreuddannelse af medarbejderne

Der bruges primært administrativ tid på dette emne på det lokale niveau, hvor der bruges timer på dette i tre ud af fem kommuner.¹⁵ I gennemsnit bruges der knap to administrative timer pr. lokaludvalg pr. år til disse aktiviteter, som fx består af at udarbejde uddannelsesoversigter til MED-udvalget. Opregnet til landsplan giver det et tidsforbrug omkring 16.500 timer årligt til dette emne.

Budgettet

Budgettet er et andet tema, som MED-systemet skal behandle, og som der bruges ekstra administrativ tid til på alle udvalgsniveauer. I to af de seks kommuner bruges der ekstra administrativ tid på hovedudvalgsniveau - fx til at lave særligt bilagsmateriale. I de øvrige kommuner genbruges budgetmaterialet fra andre sammenhænge. Det gennemsnitlige administrative tidsforbrug pr. hovedudvalg er seks timer.

I alle kommuner holdes der desuden møde mellem hovedudvalget og økonomiudvalget en eller flere gange i budgetprocessen. Disse møder kræver typisk ikke stor administrativ understøttelse, da temaerne for drøftelserne er givet på forhånd.

På det mellemliggende udvalgsniveau bruges der tid i én af de adspurgte kommuner. Her er der også tale om at tilpasse bilagsmateriale og/eller arrangere ekstra møder. På det lokale niveau bruges der ekstra administrativ tid omkring budgettet i fire ud af de fem kommuner. Det kan være til at udarbejde hørings svar, men også til at lave særskilt materiale - fx i forbindelse med besparelser. I gennemsnit bruges der to timer årligt pr. lokaludvalg. Opregnet til landstal bruges der omkring 14.800 administrative timer til at understøtte drøftelserne af budgettet.

¹⁵ Der er kun interviewet repræsentanter fra det lokale niveau i fem ud af seks kommuner, da det ikke lykkedes af få aftalerne på plads i den sjette kommune.

Økonomi

Der bruges ekstra administrativ tid på MED-udvalgenes drøftelser af økonomi i fire kommuner. Der bruges ekstra administrativ tid på hovedudvalgsniveau i to kommuner og på lokalt niveau i tre kommuner. Den administrative tid bruges på at lave særligt materiale om status på økonomien, og i gennemsnit bruges der tre timer pr. hovedudvalg og en time pr. lokal udvalg årligt. Samlet set giver det på landsplan 7.300 timer.

Større rationaliserings- og omstillingsprojekter

Alt i alt bruges der ca. 7.100 administrative timer om året på dette tema. Her er det særligt arbejdsgrupper og ekstraordinære møder, der bruges tid på. Det skal bemærkes, at tidsforbruget til dette emne må afhænge meget af, om kommunen er i gang med store forandringer.

Sygefravær

I fire ud af seks kommuner bruges der administrativ tid på sygefravær på det lokale niveau. Der bruges i snit en time pr. år pr. lokaludvalg. Særligt én kommune trækker gennemsnittet op. Her udarbejder nogle af de lokale ledere selv en sygefraværstatistik til MED-udvalget, fordi de ikke vurderer, at den, de får fra centralt hold, indeholder de relevante oplysninger på en forståelig måde. Det samlede tidsforbrug til dette emne er knap 5.200 timer.

Personalepolitikken

Udvikling, evaluering og revision af personalepolitikken giver administrativt arbejde i fire af de seks kommuner. Der er forskellig kadence i arbejdet mellem kommunerne, og der er også forskellige processer.¹⁶ Det er primært i forbindelse med hovedudvalgene, at der bruges administrativ tid på emnet, men også de lokale udvalg bruger tid til lokale tilpasninger. For de tre kommuner, der har driftsaktiviteter knyttet til personalepolitikken bruges der mellem 20 og 140 timer årligt på dette emne. Når evaluering mv. af personalepolitikken er en ad hoc aktivitet (tre kommuner), bruges der mellem 40 og 280 timer pr. gang.

GENEREL UNDERSTØTTELSE AF MED-SYSTEMET

Der bruges også administrativ tid til generel understøttelse af MED-systemet - 27.100 timer pr. år. Det er primært to aktiviteter - uddannelse af MED-repræsentanter og planlægning af seminar mv. - som tiden bruges på.

¹⁶ En kommune har en kontinuerlig udvikling og revision af forskellige personalepoltikker, og deres tidsestimater indgår derfor i tallet for årlig drift.

Uddannelse af MED-repræsentanterne

Næsten halvdelen af denne tid - 12.800 timer bruges på uddannelse af MED-repræsentanterne. Der er både tale om at varetage praktiske aktiviteter i forbindelse med uddannelsen, men også selve undervisningen, som i nogle kommuner varetages (delvist) af egne ansatte.

I én kommune er både undervisningen og administrationen ydelser, der købes. Der er således ikke en årlig tilbagevendende driftsopgave med administration af uddannelsen, men der er selvfølgelig en økonomisk udgift. Den er ikke opgjort i undersøgelsen. De øvrige kommuner bruger mellem 40 og 300 timer på uddannelse af MED-repræsentanterne. Forskellene mellem kommunerne kan delvist forklares med, hvor mange hold der undervises pr. år, og i hvor høj grad kommunerne selv varetager (dele af) undervisningen. Men det ser også ud til, at der er forskelle i, hvordan den praktiske administration gennemføres. Typisk bruges tre til fire dage på at arrangere et kursus. Men et sted bruges der én dag. Og et andet sted bruger en medarbejder syv timer ugentligt på den praktiske administration af uddannelsen.

Seminarer mv.

Den anden halvdel af tiden - 12.000 timer - bruges på at arrangere seminarer og temadage. Fem kommuner har årlige temadage/seminarer. Én kommune arrangerer seminarer ad hoc. De fem kommuner bruger mellem 60 og 300 timer på disse aktiviteter årligt. En del af forskellen på tidsforbruget kan forklares med omfanget og hyppigheden af temadage. De to kommuner, der bruger klart mest (2-300 timer), arrangerer temadage for hele MED-systemet. Den ene kommune holder to temadage pr. år. Den anden kommune holder én temadag, og faciliterer i den forbindelse en række workshops. To af de øvrige kommuner afholder temadage/seminarer for hovedudvalget. De bruger mellem 70 og 80 timer på dette. Én kommune formår at holde temadag for hele MED-systemet med et tidsforbrug på 60 timer.

5.1.3 Det administrative tidsforbrug - opsamling

Undersøgelsen af det administrative tidsforbrug viser, at der er stor forskel på, hvordan de administrative opgaver omkring MED-systemet varetages i forskellige kommuner, og hvor lang tid der bruges på det. Den kommune, der bruger mindst tid til at understøtte hovedudvalget, bruger fx 20 timer årligt. Den kommune, der bruger mest tid, bruger 300 timer årligt. I spørgeskemaundersøgelserne til MED-repræsentanterne er der spurgt om tilfredsheden med den administrative støtte. I den kommune,

der bruger mindst tid, er 15 tilfredse, og én meget tilfreds. I den kommune, der bruger mest tid, er tre tilfredse og ni meget tilfredse. Det er bemærkelsesværdigt, at der i begge disse kommuners hovedudvalg er udpræget tilfredshed med den administrative støtte.

Der er også forskelle mellem tidsforbruget i de lokale udvalg. Ét lokalt udvalg kan fx klare det praktiske omkring møderne - herunder dagsorden og referat på 10 timer årligt, hvor et andet lokalt udvalg bruger knap 45 timer årligt til disse aktiviteter.

I det følgende opridses nogle af de administrative forskelle, der kan forklare forskellene i tidsforbruget.

Der er fx forskel på, hvordan dagsordner bliver til. I nogle kommuner og udvalg mailer formanden og næstformanden sammen og aftaler dagsordenen. I nogle kommuner afholdes der dagsordensmøder, hvor der - udover formand og næstformand - deltager en administrativ medarbejder. I ét udvalg indhenter man forslag til dagsordenspunkter via personalebladet. I nogle kommuner genbruger man dagsordenspunkter og bilag fra fx direktionen eller det politiske niveau. I andre kommuner laver man det fra bunden.

Der er også forskel på referatskrivning. I nogle kommuner/udvalg bliver det skrevet under mødet og godkendt med det samme. Andre steder renskrives det efterfølgende, og skal godkendes af deltagerne. I nogle udvalg er det et udvalgsmedlem, der skriver referatet. I andre udvalg deltager der en administrativ medarbejder som referent.

Som det fremgår af kapitel 2, er der også stor forskel på, hvor mange møder der holdes. Og det påvirker også det administrative tidsforbrug til dagsorden, referat og de praktiske ting i forbindelse med møderne. Endelig er der også markante forskelle på omfanget og tidsforbruget til planlægning af seminarer og temadage.

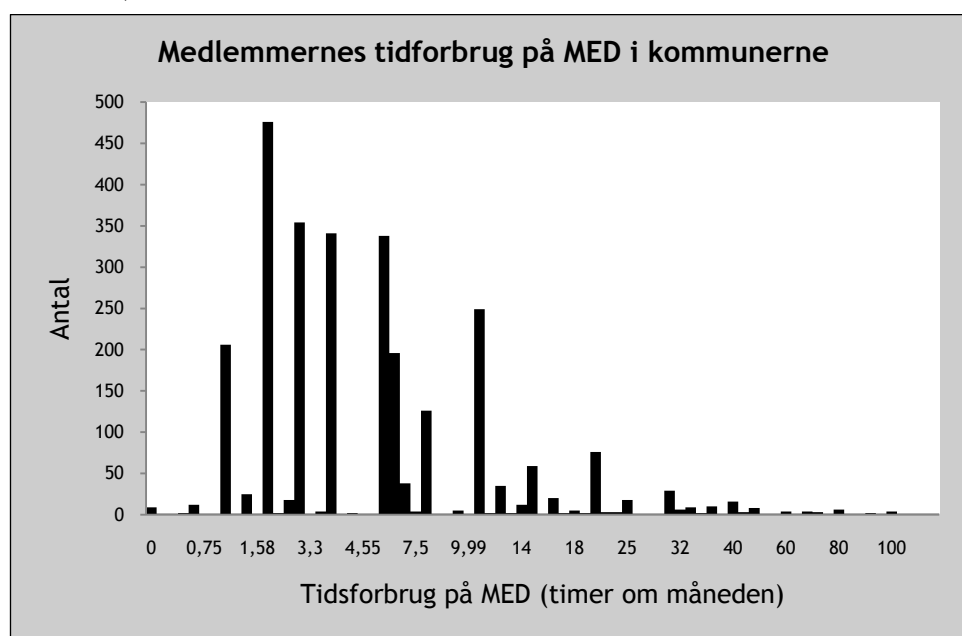
Disse store forskelle er et udtryk for, at den centrale rammeaftale udfyldes lokalt. Interviewpersonerne mener da også, at rammeaftalen giver vide rammer for arbejdet i MED-systemet. Nogle af de interviewede anfører dog, at de vil foretrække, hvis der ikke var faste frekvenser for, hvornår forskellige emner skal drøftes i MED-udvalgene.

5.2 MED-repræsentanternes tidsforbrug i kommunerne

Beregningen af det samlede tidsforbrug på MED-arbejdet i kommunerne beror på oplysninger om, hvor mange udvalg der er i MED-systemet, hvor mange medlemmer der sidder i hvert udvalg, og hvor mange timer hvert medlem bruger på MED-arbejdet. Oplysningerne om antal udvalg og medlemmer på de forskellige udvalgsniveauer er gennemgået i kapitel 2 om MED-strukturen (se tabel 3 og tabel 8).

MED-repræsentanterne er blevet stillet spørgsmålet ”*hvor mange timer bruger du om måneden på dit arbejde i udvalget?*”. Diagrammet nedenfor viser fordelingen af svarene.

Figur 3. Svarfordeling for medlemmernes tidsforbrug (inkl. ekstreme besvarelser), kommuner



Kilde: KREVI spørgeskema til udvalgsmedlemmer. Spørgsmålet lød: ”*Hvor mange timer bruger du om måneden på dit arbejde i udvalget?*”

Som det fremgår af figur 3 bruger størstedelen af medlemmerne op til 10 timer om måneden på deres arbejde i udvalget. Herefter flader kurven ud, og efter 30 timer bliver kurven meget flad. Det er svært at afgøre, om der er medlemmer, der rent faktisk bruger over 30 timer om måneden på deres arbejde i udvalget, eller om der er tale om fejl i forbindelse med besvarelsen af spørgsmålet - fx at de tror, der spørges til deres årlige timeforbrug eller hele deres TR/SR-virke. Vi ser bort fra disse respon-

denter, og ligeledes respondenter, der har svaret, at de ikke bruger tid overhovedet på MED-arbejdet. I alt udelades 104 respondenter.

Tabel 18 nedenfor opsummerer oplysningerne om antal udvalg, antal medlemmer og tidsforbrug. I beregningen er det antaget, at antallet af medlemmer i hvert udvalg samt medlemmernes tidsforbrug indenfor de tre områder, vi har set på: Skole, ældre og administrationsområdet, er repræsentative for de andre fagområder i MED-systemet. Tidsforbruget er opdelt for de forskellige udvalgsniveauer for at tage hensyn til de variationer der er i antal medlemmer og tidsforbrug mellem niveauerne.

Tabel 18. MED-repræsentanternes tidsforbrug i kommunernes

Udvalgsniveau	Antal kommuner	Antal udvalg	Gennemsnitligt antal medlemmer pr. udvalg	Gennemsnitligt tidsforbrug pr. medlem pr. måned	Årsværk (1.628 timer) i 52 kommuner
Niveau 1	52	52	18	8	56
Niveau 2	52	367	13	5	180
Niveau 3	45	2.299	9	4	619
Niveau 4	6	690	9	4	178
Niveau 5	1	80	6	3	11
I alt	52	3.488	-	-	1.044

1 Note: Der angives i tabellen ikke gennemsnit for antal medlemmer pr. udvalg eller for medlemmernes gennemsnitlige tidsforbrug pr. måned på totalen. Hvis disse gennemsnit for totalerne benyttes sluttet der forkert ifht. det totale antal årsværk. Se i øvrigt tekstboks 4 for detaljer om beregningen. N=52 kommuner.

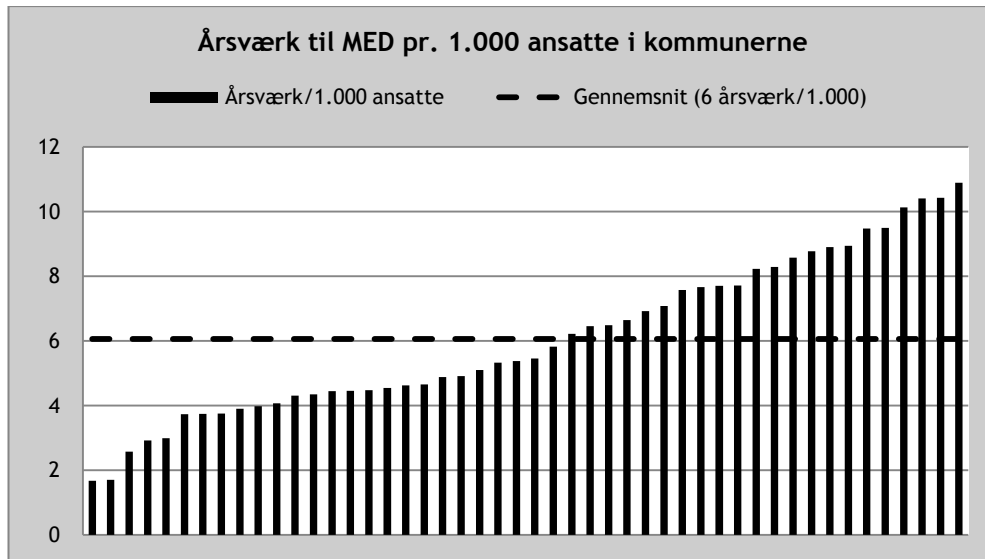
Undersøgelsen viser, at de 52 kommuner tilsammen bruger 1.044 på MED-arbejde. Det svarer i gennemsnit til 20 årsværk pr. kommune. Antages det, at de 52 kommuner er repræsentative for de 92 kommuner, der har indgået aftalerne om MED, betyder det, at der i alt bruges 1.847 årsværk på MED-arbejde på landsplan.

5.2.1 Variationer i kommunernes tidsforbrug

Den samlede tid MED-repræsentanterne i kommunerne bruger på MED-arbejdet, kan også beregnes for kommunerne enkeltvis. Variationen mellem kommunernes tidsforbrug på MED er vist i figur 4 nedenfor. For at tage højde for, at kommuner med mange ansatte også har flest medlemmer og udvalg er tidsforbruget i figuren angivet som årsværk pr. 1.000 ansatte. De kommuner, der har det laveste tidsforbrug, bruger 1,7 årsværk pr. 1.000 ansatte på MED-arbejdet. I den modsatte ende af skalaen finder vi

kommuner, der bruger godt og vel 10 årsværk pr. 1.000 ansatte på MED¹⁷. Det gennemsnitlige tidsforbrug på MED-arbejdet i kommunerne er 6 årsværk pr. 1.000 ansatte. Der er altså ret store forskelle på hvor meget tid kommunerne bruger på MED-arbejdet.

Figur 4. Årsværk til MED-arbejdet. Pr. 1.000 ansatte i kommunerne



Note: Fanø, Læsø og Ærø er ikke medtaget i figuren, selvom der kan udregnes tal for disse kommuner. Pga. de tre kommuners ringe størrelse bliver deres tidsforbrug på MED-arbejdet uforholdsmæssigt stort, når man sætter det i forhold til kommunens størrelse målt i antallet af ansatte. De kan af den grund ikke sammenlignes med de andre kommuner på dette mål. N=52.

¹⁷ Se tekstboks 4 for detaljer om beregningen

Tekstboks 4: Beregning af MED-repræsentanternes tidsforbrug i kommunerne

Oplysningerne om antallet af udvalg i kommunerne, antallet af medlemmer pr. udvalg og tidsforbruget pr. medlem kommer fra de to spørgeskemaer, som blev udsendt i forbindelse med undersøgelsen. I spørgeskemaet til kommunerne blev hver kommune bedt om at angive antallet af udvalg for de forskellige udvalgsniveauer, som indgår i kommunens MED-struktur. I alt 57 kommuner indgav oplysninger om antal udvalg på alle niveauer i kommunens MED-system. For at finde ud af, hvor mange medlemmer der i gennemsnit sidder i hvert udvalg, tog vi som nævnt også udgangspunkt i spørgeskemaet til udvalgsmedlemmerne. Se nærmere i kapitel 2 i note 9.

Med oplysningerne om antallet af udvalg, antal medlemmer pr. udvalg og tidsforbrug pr. medlem kan der for hvert niveau udregnes et årsværksforbrug i tabel 18. Dette gøres ved at multiplicere de tre oplysninger på hvert niveau. Herefter multipliceres der med 12 for at få timeforbruget pr. år. Endeligt divideres med 1.628 timer for at få et estimat for årsværksforbruget. For at finde det samlede antal årsværk summeres årsværkene for hvert niveau.

Beregningerne af variationen i kommunernes tidsforbrug (figur 4) tager ligesom beregningen af det samlede tidsforbrug udgangspunkt i gennemsnit for antallet af medlemmer i udvalgene samt gennemsnittet for tidsforbruget på de forskellige udvalgsniveauer. Det betyder, at tidsforbruget - både det samlede og for hver enkelt kommune - mest afspejler, hvor mange udvalg der er i systemet. De kommuner, der har flest udvalg, er derfor samtidig de kommuner, hvor tidsforbruget er størst.

5.3 MED-repræsentanternes tidsforbrug i regionerne

Undersøgelsen i regionerne har været rettet mod en medicinsk afdeling i regionen, og de udvalg, der ligger over denne afdeling i MED-systemet. Stikprøven for regionerne er således mere afgrænset end stikprøven for kommunerne, og det er derfor mere usikkert, om stikprøvens tidsforbrug ligner tidsforbruget for medlemmerne på de øvrige områder med MED-udvalg i regionerne. Samtidig er stikprøven også væsentlig mindre. Vi har således kun fået brugbare svar om tidsforbruget fra 72 respondenter. Derfor vil vi ikke i det følgende udregne det samlede tidsforbrug for regionerne til MED-systemet. Vi vil i stedet redegøre for tidsforbruget for det undersøgte område - en medicinsk afdeling og niveauerne over.

Repræsentanterne fra de mellemste niveauer og det lokale niveau bruger henholdsvis 7 timer og 6 timer i gennemsnit om måneden. Dette er næsten dobbelt så meget, som MED-repræsentanterne fra kommunerne.

Tabel 19. Oversigt over tidsforbrug fordelt på udvalgsniveauer for regionerne

Udvalgsniveau	N	Gennemsnit	min	max
Højeste	29	14	1	30
Mellem	33	7	1	30
Laveste	10	6	1	12
Total	72	9	1	30

Kilde: KREVI's spørgeskema til medlemmer af MED-udvalg. N=72

Som det fremgår af tabellen nedenfor er udvalgene i regionerne på det undersøgte område også større, end de er i kommunerne. Hovedudvalgene har i gennemsnit 23 medlemmer mod kommunernes 18 medlemmer. Og det lokale niveau har i snit 14 medlemmer mod kommunernes seks til ni medlemmer.

Tabel 20. Oversigt over antal medlemmer pr. udvalgsniveau i regionerne

Udvalgsniveau	Medlemmer i alt i stikprøven	Udvalg i stikprøven	Medlemmer pr. udvalg (gennemsnit)
Niveau 1	92	4	23
Mellem	92	5	18
Laveste	56	4	14
Total	240	13	18

Kilde: KREVI's spørgeskema til medlemmer af MED-udvalg.

Dette indikerer, at MED-udvalgene i regionerne kan være større og mere tidskrævende end MED-udvalgene i kommunerne.

5.4 Hvad kan forklare forskelle i medlemmernes ressourceforbrug?

For at få indblik i, hvad der påvirker ressourceforbruget, har vi igen gennemført en multilevel analyse (se bilag 1). Resultaterne fra multilevel analysen præsenteres nedenfor. Efter gennemgangen vises en tabel, der indeholder modellens koefficienter.

5.4.1 Forklaringer på individniveau

Ledelsesrepræsentanterne bruger mindst tid på MED-arbejdet. Formanden bruger godt to timer mindre om måneden end den menige tillidsrepræsentant, og de menige ledelsesrepræsentanter bruger mindst tid af alle. Omkring 3,5 timer mindre end den menige tillidsrepræsentant.

Næstformanden bruger mest tid på MED-arbejdet. Knap én time mere om måneden end den menige tillidsrepræsentant, mens de øvrige medarbejderrepræsentanter bruger godt én time mindre.

Det er således tydeligt, at medarbejderrepræsentanterne helt generelt bruger mere tid på MED-arbejdet end ledelsesrepræsentanterne. En af forklaringerne kan være, at arbejdet i MED-udvalget er beslægtet med det daglige ledelsesarbejde. For medarbejderrepræsentanterne kan arbejdet i højere grad være væsensforskelligt fra det daglige arbejde. Derfor har ledelsesrepræsentanterne måske ikke samme behov for forberedelse mv. som medarbejderrepræsentanterne.

Undersøgelsen viser også, at de MED-repræsentanter, der har været på kursus i MED-arbejde bruger en smule mere tid på deres MED-arbejde end repræsentanter, der ikke har været på kursus.

Det skal bemærkes, at erfaring med MED-arbejdet ikke påvirker ressourceforsbruget signifikant. Vores formodning var, at større erfaring med MED-arbejdet ville give et lavere tidsforbrug. Men MED-repræsentanterne kører tilsyneladende ikke "på rutinen".

5.4.2 Forklaringer på udvalgsniveau

Det har også været interessant at belyse, om der har været forhold ved selve MED-udvalget, som har påvirket dets medlemmers tidsforbrug. Her viser undersøgelsen - i overensstemmelse med opgørelsen ovenfor - at det er hovedudvalgsmedlemmerne, der bruger mest tid. De bruger således ca. 2,5 timer mere om måneden end et medlem fra mellemniveauet. De lokale udvalgsmedlemmer bruger mindst tid - godt en halv time mindre end medlemmerne fra mellemniveauet.

Det er overraskende, at antallet af udvalgsmedlemmer påvirker tidsforbruget (svagt) positivt. Det vil sige, jo flere medlemmer, jo større er det enkelte medlems tidsforbrug. Det er tilsyneladende ikke sådan, at man i store udvalg deler arbejdet mellem sig - tværtimod.

5.4.3 Forklaringer på kommune/regionsniveau

Undersøgelsen viser, at MED-repræsentanterne i regionerne bruger mere tid på MED-arbejdet end repræsentanterne fra kommunerne. Omkring 2,5 time mere om måneden.

Men hverken antallet af udvalgsniveauer eller antallet af ansatte i kommunen spiller ind på ressourceforbruget for den enkelte MED-repræsentant.

RESULTATER FRA MULTILEVEL ANALYSEN

Se tekstboks 2 for forklaringer på, hvordan tabellen kan fortolkes.

Tabel 21. Forklaringer på forskelle i tidsforbrug

		Tidsforbrug
Individvariable	Erfaring (antal år i MED-udvalg)	0,0299
	Deltaget på kursus (reference: ikke deltaget på kursus)	0,572*
	Rolle i udvalget (reference: mening tillidsrep.)	
	Formand	-2,193***
	Næstformand	0,754*
	Menig ledelsesrepræsentant	-3,515***
	Øvrig medarbejder	-1,291***
	Sekretær for udvalget	-0,575
Udvalgsvariable	Udvalgsniveau (reference: medlem af mellemliggende udvalg)	
	Medlem af et hovedudvalg	2,456***
	Medlem af et lokaludvalg	-0,630*
	Antal medlemmer i udvalget	0,0793*
Kommune/regionsvariable	MED-struktur (reference to niveauer)	
	MED-struktur med tre niveauer	-0,412
	MED-struktur med fire niveauer	-0,0787
	MED-struktur med fem niveauer	0,518
	Antal medlemmer i MED-systemet*	-0,00400
	Antal ansatte i kommunen/regionen	-0,000831
	Region (reference: kommune)	2,505**
Konstant	5,492***	
N	2124	

*Samlet antal medlemmer i de undersøgte udvalg

Note: Tabellen viser koefficienter for sammenhængene og * markerer signifikansniveauer:

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Referencer

IDE (1981) *Industrial Democracy in Europe*. Oxford: Clarendon Press.

IDE (1993) *Industrial Democracy in Europe Revisited*. Oxford: Oxford University Press

Jensen, Rikke Skou (2004) *Ledelse og medindflydelse*. Århus: Politica

Jeppesen, H.J., Jønsson, T. & Shevlin, M. (2010) Employee attitudes to the distribution of organizational influence: Who should have the most influence on which issues? *Economic and Industrial Democracy, Forthcoming December 2010. 12*

KREVI (2009) *VAKKS manual 2009*. www.krevi.dk

MED-håndbog, 5. udgave (2008)

