

# Hvordan var ansatte medvirkende ved bygging av nytt helsehus i Lyngdal Kommune? Hvilke faktorer var avgjørende for involveringen og hvordan påvirket det byggets utforming og funksjonalitet?

INGUNN SKRETTING

VEILEDER

Dag Olaf Torjesen

**Universitetet i Agder, 2021**

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

## Forord:

Masteroppgaven signaliserer slutten på spennende år som student på det erfaringsbaserte studiet «Master i ledelse», ved Universitetet i Agder. En studie som har vært med å øke min forståelse for aktuelle og sammensatte aspekter ved planlegging og ledelse av offentlig- og kommunal sektor. Jeg har vært heldig å ha arbeidet i ulike stillinger og prosjekter gjennom flere år i Lyngdal kommune. En kommune som på mange måter har levd opp til sitt slagord «Vi vil- vi våger». I samme periode har det vært mange og komplekse prosesser, som blant annet kommunesammenslåing, omorganisering og byggingen av det nye helsehuset som stod ferdig våren 2020. Endringene kommer på løpende bånd, og krever en økt forståelse av kommunen som organisasjon og det å lede gjennom endring. Man må finne nye og smarte måter å løse tjenestene på for å effektivisere.

Målet med denne oppgaven har vært å kartlegge betydningen av ansattes medvirkning i forbindelse med bygging av nytt helsehus. Har involveringen hatt betydning? Og hva har eventuelt påvirket involveringen? For å gjennomføre oppgaven har jeg trengt å spille på andre rundt meg. Jeg ønsker derfor å rette en stor takk til mine informanter. Uten deres bidrag ville jeg aldri fått bekreftet eller avkreftet mine spørsmål og undringer. Takk for den åpenhet og ærlighet dere har vist.

Jeg ønsker også å takke min veileder Dag Olaf Torjesen for god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger. Takk også til Morten Øgård og Linda Hye som faglige koordinatører for Masterprogrammet. Takk for mange flotte og interessante forelesninger. Jeg vil også takke min arbeidsgiver Lyngdal kommune for god tilrettelegging og for en spennende arbeidshverdag som gjør at jeg får utvikle meg både personlig og faglig. En stor takk fortjener også min familie. Takk for støtte og tålmodighet med meg disse årene masteren har pågått.

*Ingunn Skretting*

Lyngdal, Juni 2021

## *Sammendrag*

I lys av den varslede eldrebølgen er det flere kommuner som i disse dager investerer i nye sykehjem og helsehus. Til tross for at man skulle tro at behovene er relativt like, så er det slik at byggene er forskjellig utformet og innholdet er ulikt. Dette kan handle om flere ting, som økonomiske rammer for prosjektene, forskjellige arkitekter og ulike entreprenør firma som står bak. Men en viktig del kan også være hvordan og hvem som er med å medvirke i prosessen. Overordnet mål for denne studien har derfor vært å beskrive hvilke faktorer som påvirker medvirkning fra ansatte ved bygging av helsebygg, gjennom å studere byggeprosjektet Lyngdal helsehus. Man ønsker å se på hva som eventuelt har hemmet eller fremmet medvirkningsprosessen og hvordan dette har påvirket det endelige resultatet. Studiet har tatt utgangspunkt i problemformuleringen:

*Hvordan var ansatte medvirkende ved bygging av nytt helsehus i Lyngdal kommune? Hvilke faktorer var avgjørende for involveringen og hvordan påvirket det byggets utforming og funksjonalitet?*

Det er benyttet en kvalitativ tilnærmer i studien hvor det empiriske materialet er samlet inn gjennom individuelle intervjuer. Ansatte utgjør en stor brukergruppe av bygget og har vært delaktige gjennom hele prosessen. Man har derfor intervjuet ulike ansatte i kommunen for å belyse problemstillingen. Det er også benyttet dokumenter fra byggeprosjektet Lyngdal Helsehus og samspillsmodellen for å få fram konteksten rundt prosjektet. Videre har man studert relevant teori om medvirkning og planlegging, hvor blant annet den anarkiske planleggingsteorien med «Garbage Can modellen» er trukket fram. Garbage Can modellen kan kaste lys over hvordan tilfeldigheter kan avgjøre utfallet i en beslutningsprosess, når forskjellige aktører møtes på en beslutningsarena med sine ulike ideer, problemer og potensielle løsninger (Cohen, March & Olsen, 1972). I min studie har jeg også anvendt teori som omhandler brukermedvirkning, dvs. ulike måter å organisere medvirkningen på. Her har Arnsteins «A Ladder Of Citizen Participation» vært sentral (Arnstein, 1969). Arnstein (1969) sin modell handler om grader eller nivåer av medvirkning, det vil si hvor dypt brukere involveres. Den klassiske teorien til Arnstein stiller på mange måter spørsmål om maktforholdet mellom brukere og andre involverte i brukermedvirkningsprosesser.

Resultatene fra min studie avdekker fire hovedkategorier som ser ut til å påvirke medvirkningen. Hver kategori inneholder igjen flere kontekstuelle forhold. For det første ser ytre faktorer ut til å påvirke deltakelsen. Disse ytre forhold kan handle om økonomi, tid og ressurser, og hvordan man prioriterer deltakelsen ut fra de rammene som er gitt. Samtidig med

oppføringen av helsehuset pågikk det andre store prosesser i kommunen, slik som kommunesammenslåing. Sammenslåingsprosessen mellom de to kommunene gjorde at fokuset ble tatt vekk fra byggeprosjektet. Dette medførte at viktige personer ikke var like delaktige i planleggingen av helsehuset. Nye personer kom inn i prosessen som hadde en annen kultur med seg og andre tanker om prosjektet, som påvirket beslutningene som ble tatt. Politiske prioriteringer påvirker også hvilke beslutninger som fattes. I tillegg er det en del faktorer som er forhåndsbestemt, det handler blant annet om branntekniske og bygningsmessige krav som begrenser brukernes forslag til løsninger. Kulturen for medvirkning vil også påvirke i hvilken grad man prioriterer viktigheten av prosjektet og det kan oppstå både oppslutning og motstand i arbeidslagene.

For det andre så er det slik at det er ulike behov og ønsker blant de involverte, og ofte er disse ønskene motstridene. Her kan maktforhold være en avgjørende faktor. Eksempelvis kan det være sterke personligheter som i kraft av egen kunnskap har et overtak når valg skal foretas. Den tredje hovedkategorien av faktorer handler om selve deltakelsen. De som deltar har ulike egenskaper, kompetanse og ulikt engasjement med seg inn i prosessen. Hvem som deltar er derfor sentralt. Det siste punktet handler om hvordan medvirkningen blir organisert og omfanget av deltakelsen. Dette byggeprosjektet ble gjennomført som et samspillsprosjekt som vektlegger brukermedvirkning. Det har derfor vært en høy grad av deltakelse. Men det krever styring og kontroll.

Alle disse områdene griper inn i medvirkningen å kan påvirke de beslutninger som tas. Dette kan igjen være avgjørende på hvordan sluttresultatet faktisk blir. Ut ifra empirien kom det tydelig fram at de ansatte mener at de har hatt en reel mulighet til å påvirke valg og at de stort sett er fornøyde med resultatet. Samtidig peker de på at det er vanskelig å vite nøyaktig hva behovet for fremtiden er. De påpeker også at det alltid vil være noen som er fornøyde og noen som er mindre fornøyde uansett hvordan prosjektet ble gjennomført og hvordan resultatet ble. Spørsmålet man må stille seg for veien videre er hvordan man skal forholde seg til disse faktorene som påvirker medvirkningen når nye prosjekter og prosesser skal gjennomføres i fremtiden.

# Innhold

Forord:.....	ii
Sammendrag.....	iii
Innhold .....	v
1.0 TEMA OG PROBLEMSTILLING .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og relevans .....	1
1.2 Problemstilling.....	3
1.3 Begrepsdefinisjon og avgrensning av oppgaven .....	3
1.4 Disposisjon av oppgaven .....	4
2.0 KONTEKST/BESKRIVELSE AV CASE .....	5
2.1 Lyngdal kommune – «Vi vil vi våger» .....	5
2.2 Demografisk utvikling i Lyngdal kommune – morgendagens omsorg .....	6
2.3 Lyngdal helsehus- veien fram.....	8
2.3.1 Innobuild.....	8
2.3.2 Lyngdalsmodellen med fokus på brukermedvirkning .....	8
2.3.3 Bygging av Lyngdal helsehus og brukerarbeidet i praksis .....	11
3.0 TEORIGRUNNLAG .....	13
3.1 Endringer i styringsoppfatning og dens påvirkning på planlegging og medvirkning.....	13
3.1.1 Krav til medvirkning.....	15
3.1.2 Planlegging- og endringsprosesser.....	16
3.2 Beslutningsprosesser: Et sammenfall mellom deltakere, problemer, løsninger og beslutningsanledninger – Garbage Can modellen .....	17
3.2.1 Beslutningsanledninger .....	19
3.2.2 Problemer og løsninger .....	20
3.2.3 Deltakere i beslutningsprosessen.....	21
3.3 Faktorer som påvirker deltakelsen.....	21
3.3.1 Motstand og oppslutning blant deltakere.....	22
3.3.2 Maktforhold – kunnskap er makt.....	24
3.4 Grader av involvering .....	25
4.0 FORSKNINGSDESIGN OG METODEVALG.....	29
4.1 Dokumentanalyse og kildevurdering.....	29
4.2 Valg av metode – kvalitativ forskning intervju .....	30
4.2.1 Intervjuguide .....	30
4.2.2 Utvalg.....	31
4.2.3 Intervjuprosessen .....	32
4.2.4 Transkribering av intervjuene .....	33
4.2.5 Analyse av datamaterialet.....	33
4.3 utfordringer knyttet til gjennomføring .....	34

4.3.1 Validitet .....	34
4.3.2. Reliabilitet .....	35
4.4 Etske overveielser.....	36
4.4.1 Forskning i egen organisasjon .....	36
4.4.2 Personvern .....	37
5.0 PRESENTASJON OG DISKUSJON AV FUNN.....	38
5.1 Presentasjon av funn .....	38
5.2 Ytre faktorer som påvirket medvirkningsprosessen .....	40
5.2.1 Økonomi, tid og ressurser .....	40
5.2.2 Kommunesammenslåing og organisasjonsmessige forhold i kommunen .....	44
5.2.3 Politisk påvirkning.....	46
5.2.4 Forhåndsbestemte løsninger, tekniske og bygningsmessige krav .....	48
5.2.5 Organisasjonskultur og ulik evne til å møte endringer .....	49
5.3 Maktforhold.....	51
5.3.1 Motstridene ønsker og behov .....	51
5.3.2 Ujevnt maktforhold .....	52
5.4 Personlige egenskaper hos deltakere.....	55
5.4.1 Personlig engasjement og representativitet .....	55
5.4.2 Riktig kompetanse og nok erfaring.....	56
5.4.3 Folk kommer og går – flytende deltakelse .....	59
5.5 Organisering av medvirkningen.....	60
5.5.1 Modell for byggeprosjektet - samspillsmodell .....	60
5.5.2 Koordinering, ledelse og organisering.....	63
5.5.3 Reel mulighet til å påvirke eller ikke?.....	65
6.0 OPPSUMERING OG KONKLUSJON .....	68
REFERANSER .....	73
Vedlegg 1 – Informasjonsskriv til deltakere .....	78
Vedlegg 2 – Intervjueguide.....	81
Vedlegg 3 – Meldeskjema for behandling av personopplysninger .....	83
Vedlegg 4 – Mål for Lyngdal helsehus.....	86

# 1.0 TEMA OG PROBLEMSTILLING

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og relevans

Det er mye som tyder på at mange kommuner kan komme til å oppleve at de ikke har bygd ut nok kapasitet i forhold til det antall eldre som vil trenge tjenester framover. Brukerne blir stadig eldre og har ett økt behov for tjenester. Mange av de tradisjonelle alders- og sykehjemmene som ble bygget på 70- 80 tallet dekker ikke lenger dette behovet. Det påstås at behovet for heldøgns omsorg vil trolig dobles i årene fram mot 2040, og kommunene får dermed ett stadig større press på plassene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 43). Det handler derfor i stor grad om hvilke bygg kommunene skal satse på framover og hvordan byggene skal utformes i forhold til utøvelsen av kommunens tjenester. Nye bygg bør ta hensyn til at tjenestene er i kontinuerlig endring og utvikling, hvor teknologi utgjør en stor del av denne endringen. De raske endringene som teknologien gir, skaper på sin side igjen omgivelser som ikke tåler stabilitet og man må derfor tenke fleksibilitet i det man gjennomfører (Cameron & Quinn, 2014, s. 10). Samtidig med den raske utviklingen blir kommuneøkonomien stadig strammere og kravene til økt effektivitet og ressursbesparende tiltak er fremtredende i enhver kommune. Det stilles også stadig høyere krav til kvalitet i tjenestene som ytes. Nye reformer kommer på løpende bånd, f.eks. som den nye stortingsmeldingen «Leve hele livet». Behovet for å tenke smart, være framoverlent og finne nye måter å løse ting på har derfor aldri vært større enn nå (Helsedirektoratet, 2018).

Det er et gammelt ordtak som sier «Den vet best hvor skoen trykker som har den på» (Norkart.no, 2017). Ordtaket sier noe om hvordan berørte parter har gode forutsetninger for å belyse behovene og bidra rundt spørsmål om utfordringer. Selv om medvirkning og deltakelse har eksistert lenge i helsetjenesten så har fokuset og krav til medvirkning blitt mer fremtredende de siste årene (Fredriksson, Torjesen, Tynkkynen & Vrangbæk, 2019, s.10). Pasienter og deres rettigheter skal være i sentrum, hvor brukere selv skal få være med å velge hva som er viktig for dem (Helse og omsorgsdepartementet, 2018).

Medvirkning i beslutningsprosesser, planprosesser og byggeprosjekter har også endret fokus gjennom årene. Borgere skal i større grad en tidligere ta del i planarbeidet i kommunene gjennom samskaping og dialog. Samspill-modeller ved byggeprosjekter har blitt mer og mer vanlig, hvor entreprenører sammen med brukere av bygget og ulike aktører er delaktige i prosjektering og gjennomføring (Bech & Stake, 2017, s.1).

Lyngdal kommune har nylig ferdigstilt et Helsehus som skal romme store deler av virksomhetene innen helse og velferd i kommunen. Det har vært ett svært omfattende prosjekt og den dyreste investeringen kommunen noen sinne har gjort. Helsehuset har hatt en prislapp på ca. 450 millioner kroner, hvor halvparten er finansiert gjennom tilskudd fra Husbanken. Planleggingen og prosessen rundt helsehuset strekker seg helt tilbake til 2012 hvor Lyngdal kommune, sammen med Falun kommune i Sverige var med i det EU finansierte prosjektet Innobuild. Prosjektet så på anskaffelsesmetode for fremtidens omsorgsboliger, med bærekraftige, høyteknologiske bygg for å møte den demografiske utfordringen (Sines, u.å.). Medvirkning og brukerinvolvering har vært en sentral del av prosjektet helt fra starten av med tanke på å finne gode og innovative løsninger.

Det finnes mye teori og forskning på feltet medvirkning og brukerinvolvering. Det er også en mengde teori som går på planleggingsprosesser og beslutningsprosesser, og i forhold til medvirkning i disse prosessene. Men det finnes mindre på det som går på konkret medvirkning i byggeprosjekter i kommunal sektor og i denne sammenheng helsebygg (Nilsson, Peterson, Holden & Eckert, 2010, s.236). Det vil derfor være interessant å stille seg spørsmål rundt medvirkning i byggeprosjekter slik som Lyngdal helsehus. Spørsmål som kan stilles er om medvirkning fører til nye måter å løse problemene og utfordringene på? Fungerer medvirkningen optimalt? Og hva er det som eventuelt påvirker medvirkningsprosessene? Gitt den kompliserte og sammensatte kommunen, klarer de medvirkende å se framover og se behovene til kommunen i framtiden? Eller er det slik at de tenker mest her og nå, og styres av situasjonene som oppstår og problemene som må løses der og da? Eller er det byggeledelsen og enkelt personer med sterk innflytelse som til slutt avgjør? Dette er spørsmål som man ønsker å belyse og ta tak i gjennom denne oppgaven. Hvordan byggeprosjekter gjennomføres og hvordan medvirkning foregår er derfor et sentralt tema når prosjekter skal gjennomføres. Det å studere Helsehus prosjektet og belyse brukermidvirkningen vil derfor være av nytteverdi og relevans for egen kommune, men også for andre kommuner som skal bygge helseinstitusjoner eller andre omfattende bygg i framtiden. Samtidig er det nyttig å fordype seg i hva som har fremmet eller hemmet medvirkningen. Dette vil være relevant informasjon som kan øke forståelsen for hvordan medvirkning faktisk fungerer, som vil være en god innsikt å ha til eventuelle senere prosesser og byggeprosjekter.



## 1.2 Problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvilke faktorer som påvirker muligheter for brukermedvirkning slik man erfarte under planlegging og bygging av Lyngdal helsehus. Dersom det er slik at medvirkningen er med på å avgjøre det endelige resultatet av bygget, hva var det som bidro til å hemme og fremme selve deltakelsen? På denne bakgrunn er min hovedproblemstilling følgende:

**Hvordan var ansatte medvirkende ved bygging av nytt helsehus i Lyngdal kommune? Hvilke faktorer var avgjørende for involveringen og hvordan påvirket det byggets utforming og funksjonalitet?**

## 1.3 Begrepsdefinisjon og avgrensning av oppgaven

Medvirkningsbegrepet er en vid betegnelse og omfatter et bredt spekter av medvirkning og brukes i flere ulike sektorer og sammenhenger. For eksempel snakker man om pasient- eller brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene. Men det kan også være medvirkning i planprosesser eller ansattes medvirkning i beslutningsprosesser tilknyttet en bedrifts virksomhet. Eller som i dette tilfellet ved bygging av et helsehus (Plan og bygningsloven, 2008, §5-1; Arbeidsmiljøloven, 2005, §4-2). Medvirkningsbegrepet benyttes i denne oppgaven som en samlebetegnelse for de som har deltatt i prosessen, som ikke er fra leverandørgruppen. Begrepene «deltakere», «involverte», «brukere» og «medvirkende» blir brukt om hverandre og man legger i denne oppgaven det samme innholdet og betydningen i disse.

På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å begrense utvalget av informanter til å være brukere av bygget som er de *ansatte*, og det henvises derfor til ansatte når man snakker om deltakere eller medvirkende. Informantene er både ansatte fra helsehuset, ledelsen og fra administrasjonen i kommunen. Ansatte utfører sine tjenester i bygget og er en av hovedbrukerne av bygget. De har innsikt i sin egen arbeidshverdag, samtidig som de har god oversikt over behovet til brukere, pårørende og andre som benytter bygget. Samtidig har jeg også intervjuet en fra entreprenør siden for å få deres formening om brukerinvolveringen i dette prosjektet, og om det har vært annerledes enn i andre byggeprosjekter.

Det må påpekes at det har vært en bred deltakelse foruten de ansatte. Pasienter, pårørende, ulike råd og interesse organisasjoner, samt politikere og befolkningen for øvrig har vært med

å medvirke. Men i denne oppgaven har man valgt å begrense til ansatte. Det betyr ikke at andre medvirkende ikke er viktige. Deres innspill har vært svært nødvendige og de har vært delaktige i mange av prosessene underveis i byggeprosjektet. Når man i oppgaven henviser til «leverandørgruppen» og «entreprenør» er det alle aktørene som var med i samspillsmodellen foruten kommunen selv. Mens kommunen er «byggherre», den som bestiller og kjøper oppdraget, er leverandørgruppen og entreprenør «den utførende» part. Det er da prosjektledere, prosjekteringsledere, entreprenører, underentreprenører, rådgivende ingeniører, arkitekter, prosessveiledere og liknende (Bech & Stake, 2017, s. 15).

Det finnes utallige teorier om planlegging og medvirkning. I denne oppgaven har jeg valgt i all hovedsak å anvende «Garbage Can modellen», det vil si en anarkisk modell for endringsprosesser. Med hensyn til teorier om medvirkning har jeg anvendt den klassiske modellen om grader av brukerinvolvering til Arnstein (1969) «A ladder Of Citizen Participation». Videre har jeg benyttet noen aktuelle studier av medvirkning i planprosesser (Falleth, Hanssen & Saglie, 2010; Jântti & Kurkela, 2021). I tillegg har jeg innledningsvis i teorikapitlet gitt en teoretisk redegjørelse for større bruk av såkalt samstyring i offentlig sektor (Dent og Pahor, 2015; Moe, 2019; Guribye, 2016; Torfing, 2021).

## 1.4 Disposisjon av oppgaven

For å belyse tema er oppgaven delt inn i ulike kapitler. Kapittel 2 omhandler konteksten rundt problemstillingen. Her trekker man fram forhold i kommunen og samspillsmodellen som ble benyttet i byggeprosjektet. Dette er faktorer som er viktige for å kunne forklare medvirkningsprosessen og som også er faktorer som påvirker selve deltakelsen. I neste kapittel utledes teori som belyser tema planlegging, beslutningsteori og medvirkning. I kapittel 4 redegjøres det for valg av metode som er benyttet i oppgaven. Her gjennomgås stegene i den kvalitative undersøkelsen som er gjennomført, hvorfor akkurat denne metoden er relevant for denne oppgaven og utfordringer knyttet til gjennomføringen. Presentasjon av funnene fra empirien gjengis i kapittel 5. Funnene blir presentert i en tabell som gjengir hovedkategoriene som ble belyst i intervjuene. Funnene gjengitt i denne tabellen danner grunnlaget for den videre diskusjon hvor de empiriske hovedfunnene drøftes i lys av teori fra teorikapitlet. Til slutt i det siste kapitlet, blir det oppsummert og konkludert.

## 2.0 KONTEKST/BESKRIVELSE AV CASE

I denne oppgaven har jeg hatt til hensikt å finne ut hvilke faktorer som påvirket mulighet for ansattes medvirkning ved byggingen av Lyngdal helsehus. For å kunne forstå sammenhengen og forstå konteksten som er rundt medvirkningen, vil jeg først redegjøre for Lyngdal kommune og den demografiske utviklingen i kommunen. Videre vil jeg belyse selve byggeprosjektet Lyngdal helsehus som ble gjennomført med en såkalt samspillmodell. Gjennomføringsmodellen, dvs. bruk av denne samspillmodellen er i seg selv en faktor som kan ha påvirket mulighet for deltakelse og medvirkning i byggeprosjektet.

### 2.1 Lyngdal kommune – «Vi vil vi våger»

Lyngdal kommune er en middels stor kommune på Sørlandet med ca. 10500 innbyggere. Fra 2020 ble «gamle» Lyngdal kommune slått sammen med Audnedal kommune og ble til sammen Lyngdal kommune. Kommunen er langstrakt geografisk og strekker seg fra kysten i sør og et godt stykke nordover og innover i landet (Lyngdal kommune, 2020).

Kommunen har gjennom flere år vært betegnet som en fattig kommune, og har de senere år havnet langt ned på listen over kommuner og deres økonomiske situasjon. Allikevel ser man at nøkkeltallene er en god del bedre enn hva den økonomiske forutsetninger skulle tilsi. Blant annet har man ligget langt framme når det gjelder plassering innen helse- og omsorgstjenester. Til tross for dårlig økonomi klarer kommunen å levere tjenester med en høy faglig kvalitet (Kommunal Rapport, 2019). KS' budsjettundersøkelse 2019 viser at økonomien i landets kommuner vil bli enda mer krevende framover, spesielt vil små og mellomstore kommuner måtte gjøre de største innstramningene (KS, 2019). Rammene og betingelsene blir derfor trangere, samtidig som det er høye krav i befolkningen til velferd og tjenester. Man kan derfor spørre seg om kommunen vil ha råd til å opprettholde velferden slik den er i dag (Nyseter, 2015, s. 15). Det vil kreve en strategisk ledelse som våger å satse på det rette og gjøre de nødvendige prioriteringene.

«Vi vil - Vi våger» har vært slagordet for Lyngdal kommune helt tilbake til 2006, og er fremdeles det gjeldene slagordet for den nye kommunen etter sammenslåingen. Både selve slagordet og verdigrunnlaget bak dette slagordet ble til gjennom en bred prosess i 2006. Allerede den gang ble det pekt på at til tross for en svak økonomi, våget kommunen å satse på

utvikling og kulturskaping (Hellang & Havaas, 2012, s. 175). Kommunen har ord på seg å være framoverlente og har vært sentrale i utvikling av velferdsteknologi og gevinstrealisering prosesser.

Kommunen har også en tradisjon for medvirkning og brukerinvolvering. Både gjennom deltakelse av politikere i ulike prosesser men også borgere og brukere av tjenestene. Medvirkning og samskaping har også en stor plass i den nye kommunen hvor man blant annet har et eget stabsområde for «Samskaping og innovasjon» med egen kommunalsjef. Stabsområdet skal jobbe på tvers av alle fagfelt i kommunen og være et bindeledd mellom administrasjon, innbyggere og det politiske ledd (Lyngdal kommune, 2020).

I forkant av kommunesammenslåingen ble det gjennomført en undersøkelse blant ansatte og representantene i de to kommunestyrene. I samarbeid med Hjalmar Djønne, Linda Hye og Morten Øgård (2019) ved Universitetet i Agder ble det benyttet en undersøkelse som baserte seg på at vi alle har ulike verdier som styrer oss og som konkurrerer mot hverandre. Grunnlaget kommer fra Cameron og Quinns (2014) «Rammeverk for konkurrerende verdier» (Cameron, Quinn, & Degraff, 2006, s. 5; Cameron & Quinn, 2014, s. 136 og s. 191). Undersøkelsen så på hvordan kulturen og verdiene var i de to kommunene. Resultatene fra undersøkelsen viste at det var forskjeller blant kulturen i «gamle» Lyngdal og Audnedal kommune. Blant annet belyste den at det var større skaperkultur i gamle Lyngdal, mens Audnedal hadde en større kontrollkultur. Samtidig pekte samme undersøkelse på at begge kommunene var mer samstemte når det gjaldt ønsket kultur (Djønne, Hye & Øgård, 2019, s. 15). Dette er spennende med tanke på hvordan dette eventuelt påvirket prosjektet rundt helsehuset, og om det medførte endringer i medvirkningen og valg av løsninger.

Når man ser tilbake på Lyngdal kommune så kan man på mange måter si at kommunen har stått til slitt slagord og våget å satse på utradisjonelle og nye måter å gjøre ting på. Helsehuset er i seg selv ett eksempel på at kommunen «vil». Kommunen har «våget» å satse på fremtiden til tross for en utfordrende kommuneøkonomi.

## **2.2 Demografisk utvikling i Lyngdal kommune – morgendagens omsorg**

Den demografiske utviklingen er også et relevant tema som kort kan nevnes. Det er blant annet den som dannet grunnlaget for hvorfor kommunen vedtok å bygge et nytt helsehus.

Tall fra senere år viser at vi lever lenger. Med økt levealder medfører det igjen at vi lever flere år med en eller flere sykdommer, som gjerne kommer i eldre år. På lik linje med øvrige kommuner i Norge vil antall eldre øke for Lyngdal kommune framover. Spesielt vil andelen av de over 80 år øke betydelig. Tall fra SSB viser at i 2040 vil det være en økning på omtrent 130% i denne aldersgruppen i kommunen. Dette vil medføre store utfordringer for tjenesteproduksjonen i årene som kommer. Samtidig ser man at tilveksten av yngre arbeidsføre ikke har samme økning, noe som gradvis vil medføre at det blir vanskeligere å rekruttere ansatte til helsetjenesten (Kommuneprofilen, 2021; SSB, 2021). I samme periode vil også antallet med demens trolig dobles. Omsorgen for aldersdemente vil derfor bli en av de store utfordringene i eldreomsorgen i årene framover. Mange av disse vil ha behov for plass i sykehjem og/eller omsorgsbolig, plasser som mange kommuner i dag ikke har (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 43). Lyngdal kommune har valgt å satse på eldreomsorg ved å bygge et stort, nytt og fremtidsrettet helsehus, hvor man har økt kapasitet på antall plasser. Bygget er utformet slik at det relativt enkelt kan endres fra omsorgsboliger til institusjon eller omvendt om behovet skulle gå den veien. Ulike funksjoner som trengs til en institusjon ligger latent i bygget.

Det er ikke bare demografi som påvirker endringene i tjenestetilbudet. Ulike reformer slik som «Samhandlingsreformen» har ført til store endringer i kommunens ansvar og rolle i forhold til helse- og omsorgstjenester. Målet for samhandlingsreformen har vært å øke livskvaliteten til den enkelte bruker, ved satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid nær den enkelte bruker. Reformen har siden det ble innført ført til en dreining fra spesialisthelsetjeneste mot primærhelsetjenesten. Det har vært en forskyvning av behandling som tidligere ble gjort på sykehuset over til kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 15; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 14). Lyngdal kommune har siden reformen ble iverksatt arbeidet med å implementere kravene som stilles og har blant annet bygget opp en effektiv korttidsavdeling. Her er kommunal øyeblikkelig hjelp en del av tilbudet. Korttidsavdelingen var også en viktig brikke i planleggingen av nytt helsehus. Framover må kommunen tenke videre og nytt for å holde tritt med de økte kravene, flere antall eldre og samtidig ta hensyn til den stramme økonomien. Selv med et nytt flott helsehus må man også tenke nytt om hvordan man utfører og utøver tjenestene.

## **2.3 Lyngdal helsehus- veien fram**

Lyngdal helsehus har hatt en lang vei mot mål helt fra den spede start med prosjektet Innobuildt i 2012 til ferdigstilling i 2020. Den 27 mars i 2020, midt i en verdensomspennende pandemi, overtok kommunen det ferdigstilte bygget fra entreprenørene. Da var det tilbakelagt mer enn 8 år med prosjekt, prosess, planlegging, bygging og til slutt flytting. Medvirkning av brukere, ansatte, politikere, råd og utvalg har vært gjennomført gjennom hele perioden.

### **2.3.1 Innobuild**

Grunnlaget for det nye helsehuset ble lagt helt tilbake i 2012 hvor Lyngdal kommune sammen med Falun kommune i Sverige var med på det EU finansierte prosjektet «Innobuild».

Prosjektet så på anskaffelses metoder for høyteknologiske og bærekraftige boliger for eldre. Boliger som skulle være utformet med tanke på den demografiske utviklingen og de raske endringene i teknologien. I dette prosjektet ble det gjennomført flere dialogmøter med ulike tilbydere. En viktig del av prosjektet var brukermedvirkning og det ble gjennomført møter med ansatte, med brukere og deres pårørende, interesseorganisasjoner og politikere for å definere behovene. I felleskap ble det utarbeidet detaljerte oversikter over hvordan de ulike boligene burde være tilpasset og hvordan de burde være utformet og utstyrt (Bjørnevåg, Sundholm, 2016, s. 4). De prinsippene og grunntankene som kom fram gjennom dette prosjektet dannet basisen for det som senere ble helsehuset. Blant annet ble innspillene om hvordan badene, rommene og lyssetting burde utformes brukt som grunnlag i helsehuset.

### **2.3.2 Lyngdalsmodellen med fokus på brukermedvirkning**

Innobuild prosjektet sammen med beregning som ble utført av konsulentfirmaet Agenda Kaupang konkluderte med at kommunen hadde behov for omtrentlig 24 flere omsorgsboliger i årene som kom, for å kunne møte den første bølgen av eldre (Agenda Kaupang, 2016, s.6). Etter politisk behandling hvor man besluttet at man skulle gjennomføre byggingen av disse 24 boligene, ble resultatet at kommunen utlyste en arkitektkonkurranse ut i fra kriteriene som lå i Innobuildt. I 2013 gjennomførte man dialogkonferanser med de ulike interessentene og det var **NORD Architects/3RW Arkitekter** som til slutt ble engasjert.

I kommunestyret ble det litt senere vedtatt at man ønsket å bruke samme gjennomføringsmodell, «Lyngdalsmodellen». Denne modellen ble benyttet under byggingen av Lyngdal ungdomsskole som stod ferdig høsten 2014. Lyngdalsmodellen er utarbeidet av dr.ing. Øystein Meland og den nye ungdomsskolen var modellens pilotprosjekt og

gjennomføringsmodellen har av den grunn fått betegnelsen Lyngdalsmodellen. Lyngdalsmodellen er en samspillorientert OPS-modell (Offentlig Privat Samarbeid) for byggeprosjekter som blant annet fokuserer på høy grad av brukerinvolvering og med konkurransepreget dialog som anskaffelsesprosedyre (Meland, 2000, s. 27). Modellen har følgende hovedfokus gjengitt fra verifisert forprosjektrapport fra Lyngdal helsehus:

«Modellen er en partneringsmodell der eier/bruker, entreprenør og prosjekterende arbeider i nært samspill i hele prosjektprosessen og med følgende hovedfokus:

- Brukerstyrt prosess (brukerne vet best hva de vil ha)
- Helhet i prosjekteringen, prosjektering/bygging og bruk med henblikk på minimering av alle typer kostnader i et levetidsperspektiv.
- Kvalitet og funksjonalitet med hensyn til byggets utforming og sammensetning.
- Elastisitet, fleksibilitet og generalitet.
- Kontrakten er en totalentreprisekontrakt, men valg av totalentreprenør er gjort i hovedsak på grunnlag av kompetansen hos aktørene han har med seg i prosjektet.
- Prosjektet gjennomføres med omforent målsum for total prosjektkostnad med insitament i forhold til oppnåelse av målsummen» (Kruse Smith, 2017, s. 6).

Samspillskonkurransen ble utlyst våren 2015 som medførte at Kruse Smith, sammen med Rambøll, Asplan Viak og ERV som tilbydere, vant konkurransen. Arkitektfirmaene som allerede var blitt engasjert, ble implementert inn i alliansen sammen med disse.

Prosjektgruppe-styret (PG) var det overordnende beslutningsorganet i prosjektet. PG-styret bestod av seks personer, hvorav tre representerte de utførende, henholdsvis Kruse Smith, Asplan Viak og ERV. De resterende tre representerte kommunen, herunder økonomisjef, brukerkoordinator og representant fra kommunestyret/plan og byggekomite. Dette betyr at beslutningsmyndigheten var likt fordelt, 50 % til de utøvende aktørene og 50 % til kommunen. I tillegg var prosessveileder, Øystein Meland, en del av PG-styret for å forsikre at Lyngdalsmodellens intensjoner ble holdt. Brukerne har en sentral plass i organiseringen med et eget brukerstyre sammensatt av relevante deltakere fra kommunen. Under brukerstyret er det igjen en rekke brukergrupper innen ulike fagområder hvor ansatte og andre deltakere er representert. Medvirkningen styres av prosjektorganisasjonen og skjer hovedsakelig gjennom utarbeidelse av utredninger. De prosjekterende legger fram sine prosjektforslag til informasjon, drøfting og avklaring i brukermøter. Målet er å komme fram til forslag til løsninger som er mest mulig omforent mellom brukere og prosjektledelse og som kan legges

til grunn for beslutninger i prosjektets styrende organer (Meland, 2016, s. 3; Abrahamsen & Salgado, 2014, s. 10). Modellen legger opp til at det skal være en egen brukerkoordinator som koordinerer arbeidet med involvering. Som regel vil det være brukerkoordinatoren som i regi av alle brukerne deltar i møter med prosjektstyret og i prosjekteringsmøter. Koordinatoren formidler brukergruppens synspunkter til prosjektgruppen, som i etterkant av møtene kan komme med nye innspill som igjen fremlegges for prosjektgruppen. Dette gjentas til prosjektet til slutt har et endelig dokument som det eksisterer enighet omkring.

Utgangspunktet for modellen er at felles mål skal skape helhet i prosjektering, bygging, bruk og livsløpskostnader. Livsløpskostnader (LCC) - inkluderer kostnader knyttet til investeringen samt forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling. Valg av løsninger skal gjøres med bakgrunn i kvalitet, funksjonalitet og fleksibilitet med tanke på et livsløp perspektiv. For å få til dette er blant annet brukermedvirkning av stor betydning. Et viktig moment i modellen er at det skal hensynstas at det er brukerens organisasjon og arbeidsprosesser som bygget skal tilpasses til. Brukeren skal være med på de beslutninger som tas og skal få eierskap til prosjektløsningene. Videre pekes det på at hensikten med medvirkning i denne modellen er å sikre forankring for de løsninger som blir valg og at den faglige kunnskapen kommer til nytte i prosessen. Brukerne skal involveres fra tidlig fase for å redusere antall endringer i senere byggefase. Dette skal dermed fremme effektivitet og produktivitet. Erfaringsvis ser man at når ønske om endringer kommer i sen byggefase, blir dette ofte vurdert bort på grunn av liten nytteeffekt opp mot kostnadene (Meland, 2016, s. 3, 27).

Målstyring er derfor en viktig del av modellen. Det skilles mellom samfunns mål, prosjektmål og effektmål knyttet til prosjektet. Det overordnede målet er samfunns målet som skal gjenspeile det reelle behovet bak prosjektet. Dette målet gir ofte svar på hva hensikten med selve prosjektet er. Dersom man oppnår underordnede mål, øker som regel sannsynligheten for å nå det overordnede målet. Prosjektmål er mål som skal kunne måles ved sluttdatoen til prosjektet, det vil si den dagen bygget overleveres fra leverandør. Effektmål skal klargjøre prosjektets resultater og indikerer ofte hva prosjektet ønsker å oppnå i et lengre tidsperspektiv. Det handler blant annet om å identifisere hvilke gevinstmuligheter som ligger i prosjektet (Abrahamsen & Salgado, 2014, s. 8). Spesielt er det effektmålene som er av betydning for brukeren og disse ble det jobbet en god del med for Lyngdal helsehus. Målene ble synliggjort og konkretisert i et eget «målhus» (Se vedlegg 4).



### 2.3.3 Bygging av Lyngdal helsehus og brukerarbeidet i praksis

Kick-off for byggeprosjektet var i november 2015, hvor alliansen deltok sammen med representanter fra kommunen. Her ble det lagt plan for videre arbeid og samtidig gitt innføring i Lyngdalsmodellen for å forankre modellen og få en felles forståelse for prosessen. Hovedtanken var at man skulle bygge om det eksisterende omsorgssenteret og lage et tilbygg med nye omsorgsboliger. Imidlertid viste det seg ut i fra kostnadsberegning at å bygge nytt framfor å bygge om, ville gi de laveste levetidskostnader. En tilstandsrapport utført av Rambøll viste dessuten at det eksisterende byggets befatning var særdeles dårlig i enkelte deler bygningsmassen. Det ville kreve en omfattende oppgradering for å tilfredsstille bygningstekniske forskrifter og Husbankens krav til dagens standard (Rambøll, 2015).

Ett helt nytt bygg krevde på sin side økte bevilgninger på grunn av økt investeringsbehov. Saken ble framlagt for kommunestyret og kommunen vedtok å gå for nytt bygg forsommeren 2016. Et helt nytt bygg krevde igjen en større tomt en det som opprinnelig var tiltenkt prosjektet. Det ble gjort tomte vurdering av 7 tomter, hvor man til slutt stod igjen med 3 tomter: «Steintomta» ved innkjøringen til Lyngdal sentrum, «Rom tomta» ved siden av det eksisterende omsorgssenter og «Bergesletta» en sentrumsnær tomt. Bergesletta ble fra administrasjonen pekt ut som det beste alternativet. Bakgrunnen for dette var offentliges anbefaling om å legge nye omsorg bygg som en del av sentrum. Nært til der folk oppholder seg, hvor det kulturelle liv leves og hvor generasjoner møtes på tvers (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 41). Ved politisk behandling valgte politikerne å gå mot administrasjonens forslag og Steintomta ble valgt. I etterkant ble det forespeilet at det ville bli økte fundamenterings kostnader i størrelsesorden på ca. 15-20 millioner ved å velge denne tomten. Etter mye dragkamp fram og tilbake endte et nytt politiske vedtaket på å plassere helsehuset på Rom tomta.

Kommunen søkte om midler fra husbanken og fikk Husbanktilsagn innvilget desember 2016 på 197 millioner kroner. Arbeidet med forprosjekt var ferdig mai 2017 hvor det blant annet ble utarbeidet 47 ulike utredninger. Flere brukergrupper var sterkt involvert i dette arbeidet som dannet grunnlaget for hva som skulle bygges. Forprosjektet ble enstemmig vedtak i juni 2017 og arbeidet med å planlegge og utrede hvordan bygget skulle bli fortsatte. Samtidig foregikk det en politisk prosess i forhold til om Romtomta var den riktige plasseringen for et nytt bygg. Her var det lite areal for uteområder, støy fra motorvei og lite kulturelle omgivelser. Etter en omkamp ble det derfor i kommunestyret i november 2017 vedtatt å flytte

prosjektet til administrasjonens opprinnelige forslag – «Bergesletta». Bygget som ble tegnet og tilpasset «Romtomta» ble i sin helhet flyttet til ny tomt siden man var kommet så langt i prosessen. Bygget ble derfor speilvendt og ikke omprosjektert i stor grad for å spare tid og for å ikke påføre prosjektet flere kostnader (Salthaug, 2017). Bygget var planlagt i 4 etasjer for å få plass til alle tiltenkte funksjoner på «Romtomten» og det ble derfor tilsvarende på «Bergesletta».

Det første spadetaket ble tatt 28 mai i 2018 av daværende Eldreminister Åse Michalsen og litt under 2 år senere stod det nye helsehuset ferdig. En kontrollert og annerledes flytteprosess ble gjennomført under strenge smittevernstiltak midt i den pågående Korona epidemien. Helsehuset inneholder 64 omsorgsboliger, 56 institusjonsplasser inkludert 16 korttidsplasser og kommunal øyeblikkelig hjelp. Boligene er utformet slik at de relativt enkelt kan omgjøres fra omsorgsbolig til institusjon eller omvendt dersom det skulle bli behov for dette i framtiden. Funksjoner som trengs i form av vaktrom, skyllerom og lignende ligger latent i bygget og kan iverksettes dersom det skulle omgjøres til institusjon. I tillegg inneholder helsehuset et stort dagsenter for eldre, helse og rehabilitering i form av fysio- og ergoterapitjenester, hjemmesykepleiens kontorer/base, et stort produksjonskjøkken, vaskeri og fylkes første tannklinikk på et sykehjem.

Brukerarbeidet har vært omfattende underveis, med utallige brukermøter. I tillegg ble det gjennomført en rekke pasient og pårørende møter, avdelingsmøter, innbyggermøter og det ble gitt informasjon om status for prosjektet i alle kommunestyremøter i perioden. Ulike former for workshop og dialogmøter med arkitekter og rådgivere fra entreprenørsiden ble også gjennomført. I tillegg ble det laget nyhetsbrev, lagt ut informasjon om prosjektet på nettsiden og Facebook. Media hadde også ulike presentasjoner gjennom byggeperioden. Brukerkoordinator hadde rollen som organisator for brukergruppene og hadde ansvar for å koordinere brukerarbeidet og være bindeledd opp mot prosjektledelsen.

## 3.0 TEORIGRUNNLAG

For å kunne forklare medvirkningsprosessen i dette byggeprosjektet og hvilke faktorer som påvirket har en her valgt å belyse teori om endrings- og beslutningsprosesser. Videre teori om deltakelse og medvirkning. Man planlegger, gjennomfører og gjør beslutninger som fører til endringer. Beslutningsprosessene preges av hvem som medvirker og av faktorer som påvirker denne medvirkningen. En ser også at paradigmeskiftet i hvordan offentlig sektor styres og drives, har vært med å påvirke kulturen til medvirkning.

### 3.1 Endringer i styringsoppfatning og dens påvirkning på planlegging og medvirkning

I etterkrigsårene ble stat og kommune oppfattet som en allmektig myndighet, med tydelige og definerte grenser mellom det offentlige og private. Styringen var primært hierarkisk med en oven ifra og ned ledelse. Organisasjonene var bundet opp av normer, rutiner og regelstyring og det var en sterk politisk kontroll over administrasjonen (Cameron & Quinn, 2014, s. 42; Røiseland & Vabo, 2012, s. 19).

Utover på 1980-tallet utviklet det seg et nytt styringsideal i offentlig sektor hvor forretningsprinsipper fra det private næringsliv ble innført. Denne styringsideologien blir i teorien ofte omtalt som «New Public Management» (NPM) (Nyseter, 2015, s. 209). Monopoler innenfor ulike sektorer ble splittet opp og statlige og kommunale hierarkier ble avvirket. Konkurransen ble et bærende prinsipp som krevde en ny måte å planlegge og lede på. Effektivitet skulle nå oppnås gjennom økt konkurranse og mer fokus på brukerne.

Kommunene ble nå sett på som en tjeneste- og serviceleverandør som skulle gjøre alt de kunne for å imøtekomme sine innbyggere og tjenestemottakere. Innbyggere fikk stigende forventinger til hva det offentlige og kommunen kunne løse, noe som medførte en økt forbrukermentalitet. Samtidig ser man at det offentlige stadig får knappere ressurser, både i form av økonomi, men også av menneskelige ressurser. Denne utviklingen hevdes derfor å ikke være bærekraftig. Fokuset må derfor over fra ressursutnyttelse mot ressursmobilisering (Amdam & Veggeland, 2011, s. 22-23; Falleth et al., 2010, s. 738; Torfing, 2021).

I lys av denne utviklingen har ulike samarbeid mellom forvaltningsnivå, mellom sektorer, etater og fag blitt en viktig tilnærming for å oppnå effektivitet og god ressursutnyttelse. Måten samfunnet styres, organiseres og planlegges på har derfor dreid seg mot økt innslag av

helhetlig problemløsning gjennom samstyring og nettverkstenking, også kalt «New Public Governance» eller «New Governance» (NG). NG representerer en flatere ledelsesstruktur, hvor beslutninger tas i mer åpne ikke hierarkiske fora. Planlegging og beslutninger er ikke lenger entydig politisk bestemt, men er ofte samspill mellom offentlige, ulike private aktører og borgerne/brukerne (Ringholm, Teigen & Aarsæther, 2013, s. 195; Øgård, 2014, s. 101). I takt med at utviklingen går raskt og samfunnet er i konstant endring, så har nye reformer, flere og inngående forskrifter og nye lovkrav kommet på løpende bånd. Disse stiller store krav til kommunene. Kommunereformen kan nevnes som en av de store hvor mer makt og myndighet overføres fra staten til kommunene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015). Organisasjonene har dermed blitt enda mer komplekse og sammensatte. Behovet for å tenke smart, være framover lent, finne nye måter å løse ting på har derfor aldri vært større enn nå. Et økt fokus på strategisk planlegging og ledelse i offentlig sektor og det å forstå prosessene bak endringer er derfor sentralt (Bolman & Deal, 2017, s. 33; Bovaird & Loeffler, 2016, s. 275 – 276).

Medvirkning og brukerinvolvering er ikke noe nytt fenomen, men har blitt praktisert gjennom lang tid. Tradisjonelt sett har den vanlige borgeren kunnet være med å påvirke gjennom lokaldemokratiet og valg, og gjennom ulike organisasjoner og interesseorganer. Hirschman (1970) presenterer dette som «Representativt demokrati» eller «vote», hvor borgere deltar indirekte ved å stemme fram politikere. Man velger sine politikere og partier som er bærere av meninger som man ønsker å få fram. Denne formen for deltakelse kalles også for «Choice» deltakelse, hvor for eksempel pasientene velger ut sine behandlere ut i fra kvalitet og hvem de foretrekker. Når borgere og brukere deltar direkte defineres Hirschman dette som et direkte demokrati eller som «Voice» (Falleth et al., 2010, s. 743). Ofte så er det slik at det både eksisterer former for «voice» deltakelse og «vote» («Choice») deltakelse i planleggings og endringsprosesser, men «voice» deltakelsen har blitt mer fremtredende de senere år. På lik linje som man har sett endringer i styringsoppfatning i samfunnet, så har man altså også sett endringer i medvirkningen. For eksempel ble pasienter mer omtalt som brukere eller konsumenter istedenfor pasienter. Brukeres stemme ble mer fremtredende gjennom brukerundersøkelser og deltakelse. Dette er i tråd med paradigmeskiftet mot NPM hvor markedstanken ble mer fremtredende (Dent & Pahor, 2015, s. 547; 2006, s. 161; Torjesen, Aarrevaara, Time & Tynkkynen, 2017, s. 54, Tritter & McCallum).

De senere år ser man en videre dreining mot NG og nettverkstenking i medvirkningen. Ord og uttrykk som «samskaping», «samstyring» og «samproduksjon» har blitt mer vanlige. Man

skal nå se på innbyggere og brukere av tjenestene som samprodusenter og ikke lenger bare som mottakere av tjenestene. Innbyggerne skal være aktive, engasjerte medborgere som i samspill med de kommunalt ansatte tar ansvar for utviklingen av sine nærmiljø og lokale tjenester (Moe, 2019; Guribye, 2016; Torfing, 2021).

Dette er på samme måte som Dent og Pahor (2015) og Vrangbæk (2015) presenterer et tredje perspektiv «Co-production» i tillegg til den direkte «voice» deltakelsen og den indirekte «choice» deltakelsen. I dette perspektivet samhandler og involverer brukeren seg i egen behandling i sammen med helseprofesjonelle. Denne formen for involvering kan man i økende grad observere tas i bruk i telemedisin, og i ulike pasientprogrammer og pasientforløp som utarbeides sammen med pasientgrupper og enkeltbrukere (Dent og Pahor, 2015, s. 550; Torjesen et al., 2017 s. 56; Vrangbæk, 2015, s. 618). Denne tankegangen bryter med den tradisjonelle ideen om kommunen som den primære tjenesteleverandøren, og med den mer NPM-påvirkede ideen om å konkurransesette tjenestene (Moe, 2019; Guribye, 2016; Torfing, 2021).

Med økt samhandlingen på den ene siden ser en på den andre siden at dette igjen ført til flere interessekonflikter. De som er deltaker har ulike preferanser og behov og det gjør at det blir motstridene ønsker og behov. Det å gjøre de rette prioriteringene kan være vanskelig når behovene er så ulike (Falleth et al., 2010, s. 739; Ringholm et al., 2013, s. 196; Øgård, 2014, s. 101).

### **3.1.1 Krav til medvirkning**

I Norge har man hatt tradisjon for medvirkning og deltakelse innen områder som byutvikling og planarbeid helt tilbake til 1970, 80-årene. I plan- og bygningsloven fra 2008 er kravet til medvirkning lovfestet. Lovens formålsparagraf § 1-1, 4. ledd sier at: «Planlegging og vedtak skal sikre åpenhet, forutsigbarhet og medvirkning for alle berørte interesser og myndigheter». Loven ivaretar, både direkte og indirekte deltakelse. Videre heter det i §5 -1 om «Medvirkning» at: «Enhver som fremmer planforslag, skal legge til rette for medvirkning» (Plan- og bygningsloven, 2008).

I Norge er det i tillegg en lovfestet plikt til at arbeidsgivere skal sørge for medvirkning ved endringer i det fysiske arbeidsmiljøet for sine arbeidstakere. Det vil si at de må tilrettelegge for at ansatte involveres i prosessen. Medvirkningen reguleres i Arbeidsmiljøloven (AML) § 4-2 hvor det stilles krav om tilrettelegging, medvirkning og utvikling. I hvilken grad brukerne

skal inkluderes avhenger av kompleksitet og størrelse på et prosjekt. I store byggeprosjekter, slik som Lyngdal helsehus, så er dette en omstillingsprosess så vel som et byggeprosjekt. Det medfører endring av betydning for arbeidstakere. I slike situasjoner vil AML § 4-2, tredje ledd tre i kraft. Paragrafen understreker at arbeidsgiver skal sørge for den informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling som er nødvendig for å ivareta lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Medvirkningen må være reel og den må dokumenteres ovenfor arbeidstilsynet ved slike prosjekter (Arbeidsmiljøloven, 2005; Arbeidstilsynet, 2021).

### **3.1.2 Planlegging- og endringsprosesser**

Økt fragmentering i samfunnet øker behovet for samarbeid og planlegging. Planleggingen går gjerne over lang tid, som en kontinuerlig prosess, fordi samfunnet er i stadig utvikling og endring. Et nytt helsehus er ikke bare et nytt bygg, men det fører til endringer i måten tjenestene skal drives på, det fører til endringer i de ansattes arbeidshverdag og det fører til nye strukturer i organisasjonen. For å få til endringer som vil være nødvendig kreves det planlegging og det kreves at beslutninger tas.

Det finnes mange teorier om endring, planlegging og om beslutningsprosesser. Endringer er ofte planlegging mot noe som ligger foran, noe som er fremtidsrettet. I den tradisjonelle planleggingsteorien styrer man mot mål, hvor idealet er å se sammenhengen mellom aktiviteter og resultater. I teorien omtales dette gjerne som «Instrumentell» planlegging. Den instrumentelle planleggingsteorien handler om målrettede og kunnskapsbaserte handlinger. For å kunne realisere målet, må man gå systematisk til verks, gjennom en idealistisk planprosess som bygger på mål- middel tenking. En formålsrasjonell metode som tar utgangspunkt i mål og som ikke vektlegger emosjonelle og verdibaserte handlinger. Rasjonelle og veloverveide handlinger skal føre til endringer. Planleggeren har som mål å finne de beste utredningene for å finne den ultimate løsningen. Man forutsetter derfor at planleggeren har nok kunnskap eller evner å tilegne seg det han trenger av kunnskap for å løse oppgaven (Amdam, 2011, s. 35, Amdam & Veggeland, 2011, s. 33,121).

Det pekes på fire hoved trinn i en tradisjonell rasjonell planleggingsprosess hvor man gjennomfører en situasjonsanalyse, man utarbeider mål, uformer handlingslinjer og til slutt konsekvensanalyse og sammenstilling av ulike alternativer. En slik rasjonell planlegging er det mange fagtradisjoner bygger på, slik som f. eks. byggetekniske planleggingsprosesser (Amdam & Veggeland, 2011, s. 34, 121-122). Samtidig hevder flere at slik planlegging mot mål blir for smal og at den ikke er anvendelig i det praktiske formål (Aarsæther, 2012, s. 27).

Dersom man ikke klarer å konkretisere målene godt nok, kan det føre til for mange alternative løsninger og konsekvenser (Amdam & Veggeland, 2011, s. 121-122).

I en undersøkelse gjennomført over store deler av verden, hvor over 3000 ledere deltok, uttrykte mer enn en tredjedel at iverksatte endringer ikke ga den effekten som man håpet på. Dette viser at organisasjoner ofte gjennomfører planlegging- og endringsprosesser for å forbedre, men at resultatet ikke alltid blir slik man hadde sett for seg (Jacobsen, 2018, s. 16). For selv om det teoretisk impliserer at man skal nå et mål, så vet man at det i det virkelige liv ikke alltid blir slik. Aktørens interesser kan være motstridene eller teknologi, entreprenørskap og politisk styring kan påvirke. Den instrumentelle planleggingen overser spontane prosesser som skjer blant annet i møte mellom mennesker (Aarsæther, 2012, s. 29).

Derfor har man også sett en dreining i måten man planlegger på mot NG og samstyring. I den andre skalaen av planlegging har man derfor den «Kommunikative» planleggingen. I kommunikativ planlegging blir det vektlagt større fokus på deltakelse. Det man bestemmer seg for å gjøre baserer seg på en enighet og gjensidig forståelse. Deltakeren utvikler seg underveis i prosessen og nye erkjennelser og kunnskap får vokse fram (Amdam & Veggeland, 2011, s. 34). Man ønsker i den kommunikativ planlegging å åpne opp for bred deltakelse hvor man sammen kommer fram til en felles forståelse og løsning. Alle deltakerne har hatt like forutsetninger og er fullt informert. I en slik dialogform blir ikke innbyggerne passive mottakere av planlegging, men aktive deltakere i en utveksling om framtidig utvikling (NOU 2000:7). Kommuniaktiv planlegging er nå det framtreddenen formen i mye av planarbeidet i kommunene og er også et ideal i utviklingsarbeid i både private og offentlige organisasjoner (Amdam, 2011, s. 17).

### **3.2 Beslutningsprosesser: Et sammenfall mellom deltakere, problemer, løsninger og beslutningsanledninger – Garbage Can modellen**

Som nevnt over så medfører endringsprosesser at man planlegger for å få gjennomført endringer. En rekke beslutninger må gjøres underveis. Jacobsen (2018) peker på ulike drivkrefter bak endringer, hvor han belyser perspektiver på endringer som anarki. En forståelsesmodell i dette perspektivet er modellen «The Garbage Can Model of Organizational Choice» (på norsk Sjøppelbøttemodellen) som ble publisert i 1972 av Cohen,

March og Olsen. Denne modellen søker å forstå hva som skjer i planleggings- og beslutningsprosesser og er ikke en planleggingsteori i seg selv. Modellen peker på hvordan beslutninger blir tatt innenfor et organisert anarki, hvor det er en slags struktur og orden i det uorganiserte (Amdam & Veggeland, 2011, s. 114; Cohen et al., 1972). Man antar at organisasjonene er komplekse, der det pågår mange prosesser og ting samtidig. Det er vanskelig å ha full oversikt og kontroll og tilfeldigheter står mer eller mindre bak endringene. Siden omgivelsene til en organisasjon ikke alltid er helt klare, må en beslutningstaker mer eller mindre fortolke dem. Når man da foretar en endring skjer det med andre ord på bakgrunn av hvordan man tror omgivelsene ser ut, ikke hvordan de faktisk er. Man baserer seg på hva man tror er nødvendig, istedenfor å faktisk vite det. Utfallet av beslutningsprosesser bærer preg av tilfeldigheter i hvordan aktører kobles sammen, mer enn rasjonelle og veloverveide handlinger (Jacobsen, 2018, s. 44).

Garbage Can er fremdeles en relevant teori i forbindelse med endrings- og beslutningsprosesser og hvordan nye ideer oppstår i en organisasjon. Modellen står i motsetning til rasjonell beslutningsteori som har klare og tydelige mål hvor man velger den løsningens som man tenker best når målene. Modellen legger altså mer vekt på tilfeldigheter enn at det er planlagte og rasjonelle handlinger (Amdam & Veggeland, 2011, s. 93). Gjennom observasjonsstudier av ulike universiteter fant Cohen et al. (1972) ut at det i motsetning til mer klassiske beslutningsprosesser var 3 betingelser som lå til grunn for å kunne si at man hadde et organisert anarki. Den første var «Problematisk preferanser» eller mål. Beslutningstakere er ikke nødvendigvis enige om målene, hvilket gjør det vanskelig å være samstemte om handlingene. Eller at organisasjonen har uklare mål, strategier og visjoner, i tillegg kan maktfordelingen være fragmentert. Aktørene har ulike interesser og løsninger og beslutninger vil derfor endres. Det er derfor ikke gitt at man alltid kommer fram til den beste løsningen på problemet, men den løsningen som er tilgjengelig på det aktuelle tidspunktet. Mål og verdier som kanskje lå som en forutsetning for planleggingsprosessen, endres kanskje dermed (Jacobsen, 2018, s. 29, 44.) Det andre punktet var «Uklar teknologi». Selv i situasjoner hvor beslutningstakere er enige om målene, møter de utfordringen med at deltakerne ikke forstår prosessene og verktøyene som blir brukt (Cohen et al., 1972, s. 1 og 16). Den tredje betingelsen var «Flytende deltakelse». Deltakelsen og i hvilken grad folk vier oppmerksomheten til de ulike problemstillingene varierer. I tillegg så er det slik at folk kommer og går. Deltakerne i beslutningsprosessene er ofte de som vurderer problemene som viktige nok og derfor investerer tid og ressurser i den. Dette kan også handle om hvem som har tid og overskudd til å delta (Cohen et al., 1972, s. 1).



Søppelbøttemodellen legger til grunn at beslutninger tas når problemene og løsninger mikses sammen, samtidig som det rette tidspunktet for en beslutning er til stede. Det vil være en strøm av prosesser, vedtak og løsninger som går inn (input) til beslutningstakere.

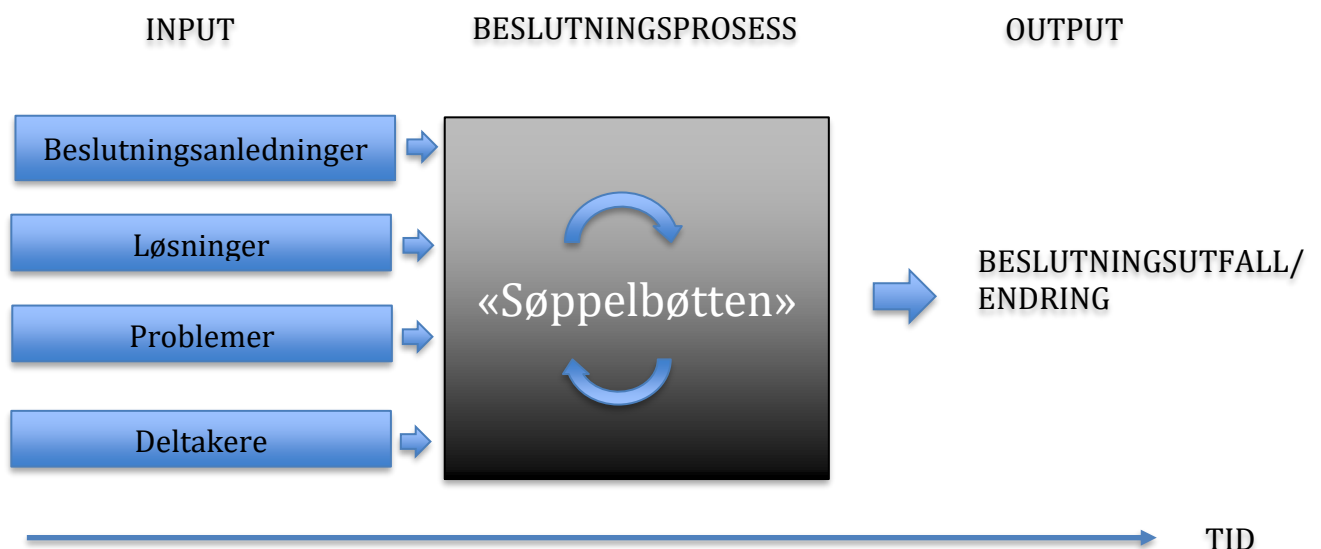
Deretter blir de rørt sammen i det som omtales som en «Søppelbøtte». I denne søppelbøtten påvirkes inputen av de involvertes verdier, normer, regelverk og tradisjoner. Deretter kommer de ut (output) som påvirkede beslutninger (Amdam & Veggeland, 2011, s. 93). Selve

beslutningsprosessen kan derfor sees på som en blanding mellom fire ulike strømninger:

«Beslutningsanledninger, Problemer, Løsninger, og Deltakere» (Cohen et al., 1972, s. 3).

Disse 4 strømningene er illustrert i figur 1. under, gjengitt fra Amdam & Veggeland (2011, s. 114) og Jacobsen (2018, s. 44).

Figur 1:



### 3.2.1 Beslutningsanledninger

Beslutningsanledninger er situasjonen eller den anledningen der man forventer at valg og beslutninger gjøres. Her snakker man om organisasjonen, og dets mulighet til å ta valg og beslutninger, og dens ansvar til å gjøre det. Det kan tas valg og avgjørelser i formelle eller uformelle møter eller anledninger. Formelle er de anledningene som er mest legitime, og som er mest synlig for andre. Det kan være prosjektmøter, partimøter, møter mellom ulike instanser i kommunen, mens på statlig nivå kan det være statsråd, maktutredninger og lignende. De uformelle beslutningsanledningene er mer de møtene som ikke er fastsatt, men hvor man allikevel blir enige om hvordan ting skal gjøres. Andre ganger kan det være at noen møtes tilfeldig og løfter opp et problem og en annen har der og da en løsning på problemet. Endinger kan dermed skje spontant uten at endringen har vært planlagt (Cohen et al., 1972, s. 1). Det er ikke alle saker som er like viktige å ta opp i det formelle rom, og det kan derfor

være greiere, å mer smertefritt å ta det på det uformelle planet. I beslutningsanledninger er det alltid noen som har noe å vinne, eller tape i en sak, og det kommer godt frem i større saker. Her kommer også ofte maktrelasjonene sterkere frem (Amdam & Veggeland, 2011, s. 115; Cohen et al., 1972, s. 3). Beslutning avhenger til slutt at alle de fire strømmene kobles sammen. Noen ganger tas avgjørelser. Andre ganger blir det ikke tatt noen avgjørelser. Andre ganger blir det tatt beslutninger, men de tar ikke opp problemet de var ment å løse (Amdam & Veggeland, 2011, s. 115).

### **3.2.2 Problemer og løsninger**

I Garbage Can modellen mener man at man ikke kan se på beslutningen alene, men at man må ta hensyn til de fire strømmene ved en eventuell analyse av beslutninger. En beslutning baserer seg på ulike valg, og valg er igjen basert på hvilke problemer man står overfor og hvilke løsninger som er tilgjengelig (Cohen et al., 1972, s. 4).

«Problemer» oppstår for mennesker og i situasjoner både i og utenfor organisasjonen, og av mange forskjellige grunner. Det kan være konflikter og situasjoner og ulike saker som krever oppmerksomheten til de som deltar. Ulike problemstillinger løftes inn i prosessen. Disse problemene trenger ikke å være reelle, eller faktisk viktige, men bare bli oppfattet som slik av deltakerne (Amdam & Veggeland, 2011, s. 116).

«Løsninger» blir som regel et svar på problemet enten i forkant eller i etterkant av en beslutning. I modellen beskrives det at løsninger ofte kommer før problemet, og ikke omvendt. Aktørene påvirker alle de foregående handlingene gjennom sin kunnskap og energi. Det vil si at resultatene kan bli ulike ut i fra hvem og hvilke grupper som får sette forslag til løsning. For å redusere kompleksitet så gjør man ofte løsningene til sine egne ved å fortolke dem til å passe til sin kontekst. Samtidig så er det slik at man ikke alltid finner de rette løsningene, eller man finner ingen løsning i det hele tatt. Problemene kan også bli oversett. Det fremheves også at: «Jo lengre tid et beslutningstilfelle tar, desto flere deltakere kan aktiviseres, og desto flere problemer og løsninger kan havne i bøtta» (Amdam & Veggeland, 2011, s. 116).

### 3.2.3 Deltakere i beslutningsprosessen

Mennesker møter hverandre og har med seg sine egne formeninger og løsninger på problemene. Løsningene eller utfallet av et problem er da avhengig av hvilke mennesker som deltar, og hvilken kunnskap og interesser disse aktørene har med seg. Vi er ulike som personer og vi har med oss ulike erfaringer, ønsker og behov. Noen har sterke personligheter og er ikke redde for å gå inn i en diskusjon. Andre er mer konfliktskye og viker unna dersom man møter motstand. En viktig del av Garbage Can modellen er derfor hvem som er med å medvirke i beslutningsprosessene. Det pekes også på at forutsetningene for en prosess endres fordi folk kommer og går. Man får en flytende deltakelse slik som tidligere nevnt, og tilfeldigheter kan dermed være med å avgjøre (Cohen et al., 1972, s. 1). Så når noen slutter og blir erstattet av andre, kler man rollene ulikt. Grad av turnover vil derfor påvirke en organisasjon. Når man begynner i en ny jobb blir den tilpasset av våre personligheter og arbeidsmåter. På den måten blir en organisasjon, et styre eller en prosjektledelse slik som i helsehus sammenheng endret litt for hver person som byttes ut. Maktforhold kan endres og nye allianser kan oppstå (Jacobsen, 2018, s.47). Det kan også være forhånds bestemt hvem som skal være med i de ulike prosessene, eller personer blir tilfeldigvis plassert i situasjoner hvor det er nødvendig å ta beslutninger. I dette ligger også problematikken rundt mulighet for deltakelse. Da vil noens synspunkter forsvinne fordi de ikke var involvert (Cohen et al.,1972, s. 1; Jacobsen, 2018, s. 45).

### 3.3 Faktorer som påvirker deltakelsen

Cohen et al. (1972) fremhever deltakere som en viktig faktor inn i beslutningsprosessen. Samtidig er det ulike faktorer som påvirker deltakelsen. I en nylig artikkel fra Jântti & Kurkela (2021) presenterer de sine funn fra en kvalitativ studie om deltakelse. De så på hvordan essayer skrevet av 160 studenter reflekterte over deres rolle som deltakere og hva de mente var til hinder for deltakelsen. De identifiserte tre hoved kategorier som er med å fremme og hemme deltakelse i lokal demokratiske beslutningsprosesser (Jântti & Kurkela, 2021, s. 29).

1. Personlige faktorer
2. Sosiale eller kulturelle faktorer,
3. Instrumentale faktorer

Selv om denne studien handler om deltakelse ved plan- og reguleringsarbeid, kan man trekke likhetstrekk mot deltakelse i andre prosesser. For det første så beskriver de at deltakelsen påvirkes av «sosiale eller kulturelle faktorer». Dette handler om kulturen og klimaet for deltakelse. Kulturen man er en del av påvirker ønske om å engasjere seg. Kulturen handler også om klimaet som er i prosessen. Et aggressivt klima kan gjøre at man ikke ønsker å medvirke og man forholder seg i ro og stillhet istedenfor å eksponere seg for kritikk (Jântti & Kurkela, 2021, s. 30). Kulturen kan også være med på å påvirke om man er for eller mot prosessen som pågår. Den neste viktige faktoren som de trekker fram er «personlige faktorer». Her pekes det på forhold som at riktig kompetanse er særdeles viktig for at deltakere skal oppleve at de har noe å bidra med. Mangel på kompetanse kan dermed være til hinder, mens god kunnskap kan fremheve deltakelsen (Jântti & Kurkela, 2021, s. 31). Videre snakker de om at personlige egenskaper og ressurser er viktig. Både i form av å sette av tid, men også viljen til å engasjere seg. Personlige preferanser og samfunnsengasjementet til den enkelte er også sentral. De som deltar har ulike meninger og ulike behov og det man foretrekker og ønsker er derfor forskjellig (Jântti & Kurkela, 2021, s. 33). Til slutt så peker de på «instrumentale faktorer» som handler om kanalene som deltakelsen og involveringer finner sted i. Dette kan på samme måte som Arnsteins (1969) stige som blir presentert i neste kapittel handle om ulike nivåer av deltakelse og hvor mye man får lov til å påvirke. Det handler også om ulike måter å organisere medvirkningen og effektiviteten i medvirkningen (Jântti & Kurkela, 2021, s. 34).

### **3.3.1 Motstand og oppslutning blant deltakere**

I en beslutningsprosess så kan det føre til endringer i en organisasjon. Endringene kan møte oppslutning og de kan ofte møte motstand. Oppslutning gjør at man føler tilknytning og eierskap til endringsprosessen, noe som igjen sannsynliggjør initiativet til å gjennomføre endringen. Endringene er kanskje til fordel for noen, mens det skaper negative konsekvenser for andre. Noen vil derfor stritte imot andre forholde seg passive (Bolman & Deal, 2018, s. 442). Når endringene skal iverksettes kan det fort oppstå ulike sider eller partier, de som er for og de som er mot endringen.

Jacobsen peker på ulike faktorer som påvirker motstand og oppslutning i en prosess (2018, s.129). Selve grunnelementet i organisasjoner er mennesker, både som enkelt individ og som en sammensatt gruppe, og endringer rører ved menneskers følelser. Faglig enighet og uenighet er et viktig element i forhold til oppslutning og motstand. De involverte relaterer seg

til behovet for endring ut fra et faglig perspektiv og håndterer endringsinitiativet deretter. Motstand kan også handle om frykten for det ukjente. Et fenomen som ofte settes i sammenheng med menneskers tilnærming til nye ting. Mennesker søker mot det trygge og det etablerte, og endringer kan utfordre enkelt individets eller gruppens verdier. Samtidig takler man nye ting ulik. Noen mennesker har naturlig fremtoning mot det nye og ukjente, mens andre søker tilbake til gamle vaner (Jacobsen, 2018, s.131). Tap og gevinst av personlige goder settes også i årsakssammenheng til oppslutning og motstand mot endring. Tap av identitet er gjerne forbundet med motstand mot endring ved at noen kan føle på en direkte trussel mot tilhørigheten de har til organisasjonen. Endringer kan medføre tap av noe man har investert følelser i, og det kan oppleves traumatisk for enkelte (Jacobsen, 2018, s.133). Mange endringsprosesser er også forbundet med ekstraarbeid. For at endringen skal kunne tre i kraft må nye ting etableres. Dette medfører merarbeid også med tanke på opplæring og oppdatering av ansatte. Tap av sosiale relasjoner kan være en annen viktig årsak til motstand. Ved en endring kan arbeidslag bli splittet opp og det kan være en trussel mot gode sosiale relasjoner. Samtidig kan dårlige sosiale relasjoner kunne gi oppslutning mot en endring. Det psykologiske aspektet er også en medvirkende årsak til motstand (Jacobsen, 2018 s. 138). Organisatoriske endringer kan medføre endrede maktforhold, som kan være årsaken til ulike holdninger til endring. Det kan handle om endringer i organiseringen i lederstrukturen. Dette kan påvirke ansattes innflytelse og påvirkningsmuligheter. Det kan også sees i sammenheng med tap av identitet, som ble beskrevet tidligere i avsnittet. Det er også et symbolsk perspektiv som knytter seg til begrepet «status». Det knyttes mye status til fysiske forhold, og dette kan være sentralt i et byggeprosjekt. Hvor beliggenhet på kontor, størrelse og plassering er med å gir status eller ikke. Har man fått en sentral plassering nær ledelse eller ikke? De fysiske endringene kan føre til oppslutning og motstand i form av at noen taper status eller får høyere status når endringen gjennomføres (Jacobsen, 2018, s.137). Til slutt trekkes aktører i omgivelsene frem som årsak til motstand og oppslutning. Dette gjelder spesielt for organisasjoner som er tungt forankret i lokalsamfunnet. Organisasjoner, og som i dette tilfelle et stort byggeprosjekt, kan i mange tilfeller ha sterk påvirkning på lokalsamfunnets identitet. Endringer som påvirker lokalsamfunnet negativt vil kunne møte motstand, samtidig som endringer som påvirker lokalsamfunnet positivt vil enklere få oppslutning (Jacobsen, 2018, s.138).

Amdam (2011) peker på samme måte som Jacobsen på at motstand ofte kan sees i prosjekter og utviklingsarbeid, nettopp fordi slike prosesser ofte impliserer endringer. I den forbindelse

presenterer han fire roller som deltakerne kan ikle seg i plan og utviklingsarbeid. Disse rollene gjenspeiler de ulike faktorene rundt motstand og oppslutning. For det første så har man «Pådriveren», de som viser stort engasjement og en høy forpliktelse. Disse er positive og deltakende og gir retning inn i prosessen. Det er disse som ofte blir pekt ut til å være med i ulike prosjekter og som går i samme retning som prosesslederen, til og med ofte litt forbi lederen, noe som kan skape uklare roller. Videre har du «Medløperen» som så lenge prosessen er basert på frivillighet, og han føler at han har en egeninteresse i å være med, spiller på lag med prosessen. Ofte godtar han alt uten å vise motstand, noe som kan bli problematisk. Ofte trenger de hjelp til å kunne vise og komme fram med egne behov og ønsker. «Observatøren» er en vanskelig aktør å ha med i følge Amdam. De deltar på møtene med er passive, liten medvirkende og de forplikter seg ikke til noe. Ofte kan de vise en passiv rolle i deltakelsen, men spre motstand og negative tanker om prosjektet i arenaen utenfor. Slike observatører kan, hvis de blir dominerende og i overtall, undergrave legitimitet i et prosjekt eller en prosess. Da vil det være nesten lettere å forholde seg til «Motstanderen», og kunne møte de i åpne diskusjoner. Ofte blir det viet mye tid og ressurser på denne gruppen av deltakere, på bakgrunn av synlig motstand. Samtidig kan det ligge skjult motstand i de tre andre rollene, som man bør være observant på. Den skjulte motstanden kan ofte være den vanskeligste å håndtere, og den kan forkle seg i positivitet, apati og likegyldighet (Amdam, 2011, s. 78 - 79).

### **3.3.2 Maktforhold – kunnskap er makt**

Maktforhold er allerede nevnt noen ganger hittil, og er et sentralt moment. Det eksisterer ulike maktstrukturer både internt i organisasjonene og mellom organisasjoner og andre parter. Som personer er man bærer av ulike styrker og svakheter. Noen er mer pågående og framtreddenen, mens andre trekker seg fort tilbake. Aarsæther (2012) trekker fram at i plan- og beslutningsprosesser kan erfaring og kunnskap være med å gi makt til de ulike aktørene. Derfor henger kunnskap og makt nøye sammen. Også viljen og ønske om å få mer kunnskap kan skape makt. Planprosesser er i seg selv et kunnskapssystem som representerer en bestemt kunnskapstradisjon. Hvordan argumenter iscenesettes og planer presenteres kan også gi et skjevt kunnskapsnivå. Som entreprenør og utbygger sitter man på mye kunnskap og gjennom dette påvirker, styrer og kontrollerer planfeltets sannheter og prioriteringer (s. 257 - 258). Makt er ofte knyttet til en eller annen form for motstand, altså at man får gjennomslag for sine interesser selv om andre i utgangspunktet er uenig eller i opposisjon. Man eier ikke makt i seg selv, men man må produsere den hele tiden og makten må utøves. Makt kan dermed

misbrukes, men makt kan også være positivt i den forstand at avgjørelser blir tatt og det skaper effektivitet. Det handler da om å bruke sin posisjon til å vinne frem, ta ledelsen og få ting gjennomført. Det kan også være ren strategi og taktikk for å nå de målene man har satt. Alle har et potensial for å skape eller begrense maktutøvingens muligheter, og et viktig moment er hvordan maktmekanismer praktiseres og utøves gjennom planlegging (Aarsæther, 2012, s. 257 - 258).

### 3.4 Grader av involvering

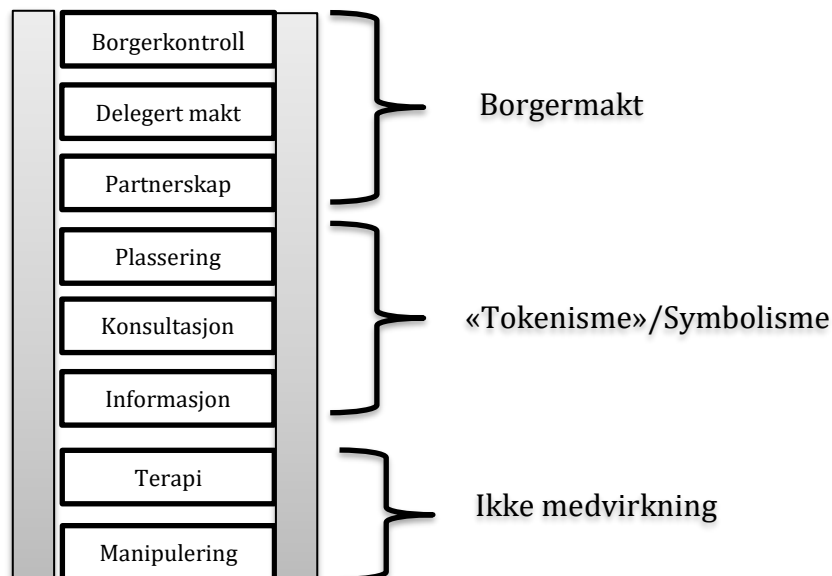
Som nevnt har plan- og bygningsloven gjennom flere tiår hatt krav til at det ved reguleringsplaner skal være medvirkning. Falleth et al. (2010) har studert utfordringer knyttet til demokratiet og medvirkning i den markeds-orientert byplanleggingen i Norge. De peker på fire tydelige problemer knyttet til deltakelsen:

For det *første* så er det slik at mye er bestemt på forhånd. I planprosesser er det ofte slik at medvirkningen ikke foregår i de innledende rundene, men først på et senere stadiet. Da er mange av prinsippene lagt og de minster muligheten for å kunne delta på en konstruktiv måte. Ofte står deltakerne igjen med to muligheter; Enten å protestere eller å akseptere. For det *andre* så peker de på asymmetri i maktforholdet mellom entreprenører og utviklere på den ene siden og deltakere/brukere på den andre. Utviklerne har makt gjennom at de sitter med mye kunnskap og ressurser. Nye planleggingsmodeller har ofte neglisjert den makten og myndigheten som arkitekter, utviklere og entreprenører har. Alle berørte må bli involvert, men de overnevnte har ofte en større tilgang og forståelse ifølge Falleth et al. (2010). Det *tredje* problematiske området handler om at deltakelsen ofte er snever. Man velger ut de mest berørte, mens det i realiteten er flere som burde bli hørt. Dette handler også om hvordan man kan forsikre seg om at de valgte representantene er representative for utvalget og om de er ansvarliggjort nok (Falleth et.al., 2010, s. 744). Spørsmålet blir da hvem sine interesser som blir hørt og hvordan de påvirker beslutninger. I undersøkelse utført av Torjesen, Karlsen, Time & Roland (2017, s. 65) så man at valg av representanter ikke alltid er helt tydelig og gjennomskiktig. Medlemmer blir ofte pekt ut for eksempel av et styre ut i fra egenskaper og kunnskap. Til slutt peker Falleth et al. på den *fjerde* utfordringen knyttet til deltakelse i planarbeid som handler om organiseringen og grader av involvering. Det åpnes opp for bred deltakelse, men ofte blir det holdt på et minimum, slik at man er dekkende innenfor minstekravet i loven. Det blir gitt informasjon og det blir gjort høringer som åpner lite opp for direkte påvirkning. Manglende deltakelse hevdes igjen å kunne være en trussel i form av at

det kan føre til økt motstand (Falleth et.al., 2010, s. 745). Denne problemstillingen knyttet til medvirkning kan man finne igjen i andre modeller om medvirkning slik som Arnsteins (1969) stige av medvirkning.

Sherry R. Arnstein (1969) er en av pionerne innen teori om brukermedvirkning. Hun benytter i sin klassiske modell for medvirkning en stige med 8 trinn, en «Ladder of citizen participation». Desto lavere på stigen, desto mindre innflytelse har samfunnsborgere i medvirkningsprosessen. Jo høyere de kommer i trinnene i stigen, jo mer kontroll og makt har brukeren. For Arnstein er medvirkning tett knyttet til idealer om lokal makt og innflytelse, og stigen hennes illustrerer ulike nivåer av dette (Arnstein, 1969, s. 216; Torjesen et al., 2017, s. 55; Falleth & Hanssen, 2012, s. 189). Denne stigen er oversatt av Amdam (2011, s. 76) og gjengis under:

Figur 2:



De to nederste trinnene «Manipulering» og «Terapi» symboliserer «ingen medvirkning» i det hele tatt. I trinn 3, 4 og 5, «Informasjon», «Konsultasjon», «Plassering», beveger man seg oppover i stigen. Disse trinnene representerer grader av «Tokenisme», det vil si en symbolsk form for medvirkning. Arnstein beskriver at når brukere kun involveres på de laveste trinnene er det en måte som ledere legitimerer at brukermedvirkning har funnet sted. Det fokuseres her f.eks. på hvor mange som deltok i møte eller hvor mange svar man fikk inn, men det forteller nødvendigvis ikke noe om reel påvirkningsmuligheten de involverte har hatt. Man mangler som bruker med andre ord makt og muskler til å påvirke. Involvering kan også foregå i form av informasjon som nyheter, informasjonsbrev og plakater, undersøkelser, folkemøter og offentlige høringer. Arnstein understreker at det er fare for at deltakerne passiviseres i slike



diskusjonsarenaer, blant annet som følge av vanskelig språk og terminologi. På steg fire og fem «Konsultasjoner» og «Plassering» inviteres samfunnsborgere noe mer dialog enn ved informasjonsopplegget i trinn tre. Her gis man mulighet til å være bidragsytere gjennom diskusjon, men det er fremdeles ikke gitt at man får gjennomslag for noen av ytringene sine (Arnstein, 1969, s. 217). I trinn 5 «Plassering» handler det om at man velger ut noen til å sitte i et styre eller utvalg. Her utvelges en brukerrepresentant til å uttale seg på vegne av brukerne i dette utvalget, som f.eks. et brukerutvalg ved et sykehus. I dette trinnet begynner man på den måten å få en hvis påvirkningsmulighet. Samtidig peker hun på at disse ofte er håndplukket og ikke nødvendigvis gjenspeiler de de representerer. F.eks. kan det være valgt ut velutdannede «elitepasienter» som tilfeldigvis har en diagnose, men som forøvrig har mer likheter med ledelsen enn med andre pasienter de skal snakke på vegne av. De kan også ofte være i undertall i et styre og lett bli nedstemt eller byttet ut hvis de ikke tilfredsstillt rollen slik man hadde sett for seg (Amdam, 2011, s. 77; Arnstein, 1969, s. 220). De øverste trinnene i medvirkningsstigen: «Partnerskap», «Delegert makt» og «Borgerkontroll», gir gode muligheter for reell medvirkning og innflytelse i beslutningsprosesser. Ved bruk av partnerskap (også kalt samproduksjon/co-produksjon) avhenger beslutninger av forhandlinger. Ansvar og innflytelse er mer jevnt fordelt mellom planmyndighetene og lokalsamfunnet. Partnerskap skjer gjennom komiteer og utvalg hvor maktholdere og innbyggere blir gjensidig enig om planlegging og beslutninger (Amdam, 2011, s. 77; Arnstein, 1969, s. 223). Det nest øverste trinnet «Delegert makt» har innbyggerne blitt delegert myndighet i utvalgte planer eller programmer. På dette nivået sitter de med beslutningskortet. Det siste og øverste trinnet representerer innbygger kontroll, hvor innbyggerne krever at de har full påvirkningsmulighet og kontroll. Det kan for eksempel være brukerstyrte poliklinikker hvor pasientene selv drifter klinikken, eller at en velforening får penger av kommunen, men selv planlegger, bygger og drifter anlegget. Ved borgerstyring garanteres det at institusjoner og programmer styres selvstendig og at hele arbeidet med planlegging, beslutningstaking og administrasjon utføres på et lokalt nivå (Arnstein, 1969, s. 223).

Arnsteins modell har møtt på kritikk i form av at brukermedvirkning er mer kompleks og individuelt tilpasset enn en enkelt stige. Tritter & McCallum (2006) hevder at brukermedvirkning krever samspill og dynamikk mellom brukeren og de profesjonelle. De mener også at modellen mangler trinn og aspekter som forutsetninger for å bli involvert og på hvilken måte ble de vervet de som deltar. Den har heller ikke fokus på at folk byttes ut og at

det er forskjellige personer som deltar med ulike forutsetninger slik som beskrevet i kapitlet om deltakelse. Man kan risikere at utvalgte ikke representerer bredden og deltakelsen blir dermed ikke representativ for alle brukere. Videre peker de på at modellen mangler aspekter rundt deltakerens evne til å stole på prosessen og hvilket utfall prosessen gir. Modellen sier heller ikke noe om forholdet mellom det å involvere noen få ekstra mye, eller å involvere mange i ett begrenset omfang. De påpeker også at det mest framtrædende «manglende trinnet» er brukernes involvering i finne problemer ikke bare konstruere løsninger. Den sier også lite om prosessen rundt det å skape tillit, det å jobbe mot mål og komme til felles beslutninger. Maktperspektivet er også viktig. Det kreves at valgte medlemmer til råd og utvalg har ett klart mandat, er godt informert og har god kunnskap for å kunne være med å påvirke. Arnstein beskriver at jo høyere man kommer i stigen og jo mer medvirkning det blir, desto mere makt får man. Samtidig så er det slik at å delegere makt uten å delegere autoritet og ansvar fører ikke til innbygger kontroll. Arnsteins modell er en dimensjonert og tar ikke hensyn til de overlappende ulike teoriene om brukarmedvirkning (Tritter & McCallum, 2006, s. 158 - 163).

## 4.0 FORSKNINGSDESIGN OG METODEVALG

I dette kapitlet beskrives prosessen og de ulike valgene som er tatt underveis ved innhenting og analysing av data. Det gjøres rede for og begrunnes hvorfor man har valgt en kvalitativ tilnærming til oppgaven. Videre går det igjennom hvordan utvalget av informanter er gjort. Det sees også på validitet og reliabilitet for oppgaven og utfordringer knyttet til innsamlingen av data.

### 4.1 Dokumentanalyse og kildevurdering

På forhånd ble det valgt ut teori som omhandlet medvirkning, planlegging og beslutningsteori. Samtidig ble det brukt tidligere relevante studier omkring medvirkning for å sammenligne funnene i denne oppgaven. En del offentlige dokumenter som stortingsmeldinger, rapporter og artikler ble også benyttet. I tillegg ble det innhentet informasjon om caset, det vil si byggeprosjektet «Lyngdal helsehus» og gjennomføringsmodellen. Dette var både interne dokumenter i kommunen og rapporter fra entreprenører. Teorien og informasjon om konteksten rundt prosjektet dannet grunnlaget for det som det ble spurt om i intervjuene. Etter gjennomføring av intervjuene var det nødvendig å supplere med mer teori rundt enkelte tema for å finne sammenhenger mellom ulike faktorer som kom fram gjennom samtalene. En del bakgrunns teori er funnet på nett, noe er blitt anbefalt av veileder, og relevant teori som har vært tidligere pensum gjennom studiet er benyttet. Blant annet ble søkemotoren «Oria», som studenter har tilgang til gjennom UIA brukt. Ved søk ble det valgt ulike kombinasjoner av søkeord: Medvirkning, deltakelse, byggeprosjekt, medvirkning i bygging. Det var også til god hjelp å se i litteraturhenvisninger i bøker og artikler for å finne andre relevante teorier. Det har vært viktig, særlig i forbindelse med brukt av interne dokumenter å være bevisst på konteksten disse er skrevet i. Det er lett å tilegne dokumentene et annet innhold i ettertid når man vet det endelige resultatet. Der og da når dokumentet ble skapt så kanskje virkeligheten annerledes ut (Repstad, 2019, s. 105). En del av teorien som er benyttet omhandler medvirkning i planprosesser, som for eksempel ved en reguleringsplan. Det er ikke gitt at man uten videre kan dra sammenhenger mellom en slik type deltakelse og deltakelse i byggprosjekter. Dette er det viktig å ha med seg som bakteppe. Samtidig kan man si at gyldigheten til teorien blir forsterket ved at informantene peker på de samme områdene som det teorien peker på ved medvirkning i planarbeid.

## 4.2 Valg av metode – kvalitativ forskning intervju

For å kunne belyse problemstillingen er det i denne oppgaven benyttet en kvalitativ tilnærming, hvor man har brukt kvalitative intervju som metode. Gjennom intervju av ansatte som har vært involvert i byggeprosjektet har målet vært å få satt ord på de ulike erfaringene de har gjort seg i prosessen. Kvalitativ metode handler nettopp om kvalitet og hvordan noe kan beskrives i form av egenskaper, særtrekk og nyanser. Dette er ofte følelser og opplevelser som nødvendigvis ikke lar seg tallfeste. På bakgrunn av dette så jeg at en kvalitativ tilnærming kunne være egnet for denne oppgaven (Repstad, 2019, s.16; Jacobsen, 2018, s. 24; Kvale & Brinkmann, 2012, s.23). Repstad (2019) beskriver det på følgende måte:

«Skal du få innsikt i grunntrekk og særpreg i et bestemt miljø, og ikke minst konkrete utviklingshistorier over tid – uten at du er så opptatt av hvor hyppig noe forekommer eller hvor vanlig noe er – så bør du bruke observasjon og kvalitative intervjuer» (s. 23)

Ut i fra det enkelte intervju kan en så, gjennom analysering av og kategorisering, trekke ut elementer som kan beskrive noen av gruppens fellesopplevelse.

### 4.2.1 Intervjuguide

På bakgrunn av problemstillingen, og som hjelp for å skape struktur og støtte underveis i intervjuene ble det utviklet en intervjuguide. (Vedlegg nr. 2). Intervjuene ble på den måten delvis strukturerte, samtidig som intervjuguiden ikke ble fulgt til punkt og prikke, men brukt som en hjelp underveis. Det ble på den måten åpnet opp for å følge spørsmål og interessante tema underveis i intervjuene. Denne formen for å intervjuer blir ofte omtalt i teorien som Semi-strukturerte eller pre-strukturerte intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 47; Jacobsen, 2018, s. 149). Det ble vektlagt å ha en åpenhet i intervjuet slik at det skulle bli mest mulig avslappet stemning. Det gav informanten mulighet til å fortelle sin historie relativt fritt og til å ta opp temaer som man ikke på forhånd hadde tenkt på. Samtidig som man ved hjelp av noen få forhåndsdefinerte spørsmål vektla noe struktur slik at man sikret seg at informantene berørte relevante temaer (Repstad, 2019, s. 78; Kvale & Brinkmann, 2012, s. 47). Hva slags temaer/spørsmål som ble tatt opp under intervjuet varierte noe i forhold til stillingen/rollen informanten har hatt i forhold til byggeprosjektet. De har deltatt i ulike faser og i ulikt omfang. Noen informanter hadde detaljert kunnskap om prosjektet og prosessene mens andre hadde delvis kunnskap. Alle spørsmål ble utformet med mål om å samle inn relevant og nødvendig data for å få forståelse for medvirkning og byggeprosjektet.

Intervjuguiden ble i forkant utprøvd på en medarbeider i kommunen som har vært en del av prosjektgruppen for helsehuset. Dette for å kunne se om spørsmålene var relevante og forståelige.

#### 4.2.2 Utvalg

Valg av informanter ble gjort som en strategisk utvelgelse, det vil si at man valgte ut personer som man mente hadde en bestemt erfaring eller kunnskap som møter prosjektets problemstilling (Repstad, 2019, s. 81). I denne sammenheng så var informantene ansatte, ledere og andre relevante personer som hadde hatt en rolle eller vært delaktige i brukerarbeidet ved byggingen av helsehuset. Enten ved at de var ansatte i tjenesten, eller at de var en del av prosjektet eller prosjektledelsen. Man anså at disse kunne gi informasjonen som man trengte for å svare på problemstillingen (Jacobsen, 2018, s. 181).

Det ble gjort en avgrensning i forhold til det å ikke intervju pasienter og pårørende jmfør avgrensning som er beskrevet tidligere under kapittel 1.3. Dette kan være en svakhet med utvalget, at det ikke er bredt nok representert. Samtidig har man bevist gjort denne avgrensningen i utvalget sidene fokuset i denne oppgaven er medvirkning blant de ansatte brukere av helsehuset.

Underveis i prosessen ble også «snøballprinsippet» benyttet ved at noen av de som ble intervjuet kom med forslag på andre som kunne være aktuelle å intervju (Repstad, 2019, s. 57; Jacobsen, 2018, s. 182). Utvalget er overrepresentert av ledere og andre i særskilte stillinger. Det kan være både styrkende i forhold til at de sitter ofte på informasjon fra flere og har vært delaktige i mange av prosessene. De kan også ha lettere for å se helheten i prosjektet, kontra en enkelt avdelings behov. På den andre siden kan man miste informasjon som «vanlige» ansatte sitter med som ikke er kommunisert videre. Man kan også miste informasjon fra en enkelt avdeling og deres oppfatning av prosessen og medvirkningen.

I forhold til antall informanter så er ikke noe entydig svar på hvor mange som må inngå i en kvalitativ studie for å få et godt grunnlag. Ved å gå i dybden med noen få kan man få mye nyttig informasjon som kan belyse problemstillingen (Jacobsen, 2018, s. 179). Med tanke på denne studiens omfang og dens begrensning var tanken at rundt åtte til ti informanter ville være et passelig antall. Det var til slutt 10 informanter som det ble gjennomført intervjuer med. Man opplevde at når man hadde intervjuet dette antallet så var det mange tema som gjentok seg og man opplevde at det ikke ble tilført så mange nye elementer. Det ble en viss

form for «metning» slik Repstad beskriver når man skal velge ut antall informanter (Repstad, 2019, s.83). I tabellen under (tabell 1) vises de ulike rollene til informanten i prosjektet.

*Tabell 1: Oversikt over informantene*

Informant 1:	Prosjektledelse fra kommunen
Informant 2:	Avdelingsleder drift
Informant 3:	Virksomhetsleder
Informant 4:	Hovedtillitsvalgt
Informant 5:	Avdelingsleder hjemmesykepleie
Informant 6:	Hovedverneombud, ansatt i avdeling
Informant 7:	Ansatt
Informant 8:	Representant fra entreprenør siden
Informant 9:	Ansatt, med i brukergruppe
Informant 10:	Tidligere enhetsleder i kommunen

#### **4.2.3 Intervjuprosessen**

Selve intervjuprosessen ble gjennomført ved at det ble tatt direkte kontakt med informantene og samtidig sendt ut et informasjonsskriv. Dette skrivet inneholdt informasjon om formålet og hovedtrekkene i undersøkelsen, samt informasjon om personvern og en samtykkeerklæring (se vedlegg nr.1). På grunn av restriksjoner om fysiske møter i Koronapandemien, ble alle intervjuene, med unntak av ett gjennomført digitalt. Intervjuene ble derfor gjennomført på Zoom, som var det anbefalte verktøyet fra UIA. Siden det ikke var et høyriskoprojekt med sensitive opplysninger, ble det ansett at dette var en grei måte å få gjennomført intervjuene på. Samtidig begrenset dette også utvalget noe, i form av hvem som kunne beherske denne teknikken. Dette var selvfølgelig ikke en ønsket situasjon, hvor man ser at fysiske møter ofte gir en bedre dynamikk mellom aktørene. Til tross for at det foregikk digitalt opplevde jeg at man fikk en god dialog og en god flyt i intervjuene. Ett intervju ble også gjennomført på telefon på grunn av tekniske problemer. Intervjuenes varighet var på alt fra 35 minutter til 80 minutter.

Innledningsvis i hvert enkelt intervju ble informasjonen om hensikten med studien, forhold rundt konfidensialitet og muligheten for å til enhver tid kunne trekke seg gjentatt. Det ble også informert om at intervjuene ville bli tatt opp på lydbånd, dersom dette var i orden for informanten. Ingen av informantene hadde innvendinger til dette. Det ble samtidig informert om at alle lydfiler ville bli slettet så fort som studien er ferdig.

#### 4.2.4 Transkribering av intervjuene

For å gjennomføre lydopptak ble det brukt egen godkjent app anbefalt på UIA sine nettsider. Lydopptakene ble tatt opp via denne appen og lagret i en egen kryptert løsning «Nettskjema» utviklet av Universitet i Oslo som krever pålogging via Feide. Alle intervjuene ble skrevet ned ord for ord og det ble en stor mengde data å analysere. Allikevel var dette nyttig slik at man kunne gå igjennom datamaterialet flere ganger i ettertid. Hvert intervju ble tildelt et nummer. Alder og navn ble ikke brukt i noen sammenhenger ved transkribering, og intervjuene ble lagret avskilt fra annet materiale. Det er en del problemstillinger knyttet til transkribering som man må være klar over og disse kommer jeg tilbake til i kapittelet om «Utfordringer knyttet til gjennomføring».

#### 4.2.5 Analyse av datamaterialet

Det er ulike tilnæringsmåter for analyse av intervjuer basert på hvilket kvalitativt datamateriale en har og det teoretiske perspektivet som en har tatt. Under analysen ønsker en å finne ut hva intervjuene har å fortelle og hvilken mening og sammenheng dette gir. For å organisere intervjutekstene ble tekstene fra de ulike intervjuene kategorisert eller kodet, ved å knytte utsagn som ga samme mening sammen. Dette kalles også for en «åpen koding» og forenkler og minimerer innholdsrike tekster i meningsfortetninger (Jacobsen, 2018, s. 207). Fortetninger av tekstene ble delt opp i underkategorier som igjen ble «kodet» med et felles oppsummerende navn på kategorien (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107; Jacobsen, 2018, s. 210). For å gjøre arbeidet mer oversiktlig ble disse meningsfortetningene samlet i en tabell. Tabellen under viser hvordan oppbyggingen av denne kategoriseringen ble gjort og hvilke hovedkategorier som man kom fram til:

Tabell 2: Analysetabell

<b>HOVED-KATEGORIER:</b>	<b>UNDER-KATEGORIER:</b>	<b>INNHold</b>
<b>Ytre faktorer som påvirker medvirkningen</b>		
<b>Maktforhold</b>		
<b>personlige egenskaper - representativitet</b>		
<b>Organisering av medvirkning</b>		

Sitater og utdrag fra intervjuene som hadde samme mening ble plassert i innholdsdelen og oppsummert i underkategorier som igjen ledet fram til 4 hovedkategorier. Tabellen ble

dermed omfangsrik i første omgang, men ble så bearbeidet og forkortet til en enklere stikkordsmessig tabell, med hovedfunn. Den forenklede tabellen er gjengitt under kapitel 5.1, «Presentasjon av funn». Kategoriene utelukker ikke hverandre og enkelte kategorier flyter over i hverandre.

### 4.3 utfordringer knyttet til gjennomføring

Jacobsen (2018) beskriver metode som den strategien man velger som fremgangsmåte for å samle inn gyldige og troverdige empiriske data om virkeligheten. Metodebruken skal tilfredsstillende både kravet om «validitet» (gyldighet og relevans) og kravet om «reliabilitet» (pålitelighet og troverdighet) i forskningen (Jacobsen (2018, s. 15).

#### 4.3.1 Validitet

Når man skal uttale seg om hvor gyldig resultatene fra en undersøkelse er, snakker man ofte hvor valid undersøkelsen er. Med validitet menes at empirien som samles inn er gyldig og relevant, med andre ord om dataene faktisk svarer på de spørsmål som er stilt, og om metoden som er brukt egner seg til formålet. Dette baserer seg på flere forhold, og man skiller gjerne mellom «intern» og «ekstern» validitet (Repstad, 2019, s. 134: Kvale & Brinkemann, 2012, s. 250).

I forhold til den interne validiteten, det vil si om de resultatene som har kommet fram er riktige, så er det styrkende at de 10 som ble intervjuet i stor grad gjengir det samme. Samtidig kan det også være en påvirkning fra meg som intervjuer, at mine spørsmål blir for ledene. De som ble intervjuet kan også være farget av meninger og tanker om prosessen som er delt i kollegiet og i media i etterkant av byggeprosjektet. På den andre siden opplevde en at respondentene besvarte utfyllende og genuint på de spørsmål som ble stilt, og at de også hadde evne til muntlig å formidle sine erfaringer. På den måten kan man si at metoden treffer, samtidig som det er vanskelig å si om man måler nøyaktig det man ønsker.

Videre peker man på ekstern validitet, det vil si hvilken grad kan man overføre dette til en større sammenheng. Det som styrker funnene her er at relevant teori og tidligere gjennomførte undersøkelser peker på mange av de samme faktorene som kom fram gjennom disse intervjuene (Jacobsen, 2018, s. 254, 263, 357). Samtidig kan man ikke uten videre dra disse dataene til en større sammenheng. Enkelcase studier slik som dette prosjektet kan ha sine begrensninger i form av at det er vanskelig å generalisere funn fra dette prosjektet til andre



prosjekter og man må være bevist dette (Jacobsen, 2018, s. 100, 300). Den eksterne validiteten henger også sammen med det utvalget som er gjort av respondenter og de svarene som foreligger. Som tidligere nevnt begrenset man utvalget. De som er intervjuet er i all hovedsak ansatte som har fremtredende roller og posisjoner, og de vil trolig ha en annen forståelse enn «vanlige ansatte». Denne oppgaven gjelder også kun en kommune og ett prosjekt og vil nødvendigvis ikke gi et representativt bilde for andre. Konteksten rundt, i form av blant annet modellen som ble brukt til gjennomføring, Lyngdalsmodellen, kan også gjøre at dette prosjektet skiller seg fra andre. Det var også vanskelig å finne lignende undersøkelser for å bekrefte funnene. De fleste undersøkelser om medvirkning som er henvist til i denne oppgaven handler om reguleringsplaner. Selv om svarene i intervjuene bekrefter det som disse teoriene sier, kan det være nyanser i dette som ikke er sammenfallende.

#### **4.3.2. Reliabilitet**

Hvor vidt undersøkelsesopplegg er blitt gjort på en pålitelig måte avhenger blant annet av hvilken metode som er benyttet for innhentet av data, hvordan analysen er gjennomført og hvordan intervjusituasjon var (Jacobsen, 2018, s. 241). Selve gjennomføringen av de ulike trinnene er belyst under det enkelte kapittel over stegene i intervjuprosessen.

Intervju er en samtale mellom personer som normalt gjennomføres ansikt til ansikt. Når så denne samtalen skal gjøres om til skriftlig form, kan viktig informasjon gå tapt fordi konteksten rundt samtalen forsvinner. Ansiktsuttrykk, tonefall og kroppsspråk er vanskelig å få fram gjennom tekst. Samtidig er det viktig å være klar over at måten en skriver inn setninger, hvor man plasserer komma og mellomrom kan være med å gi ulik mening til innholdet. Det vil være en fortolkning av det som har blitt sagt, og kan tilføye eller frata en setning sitt opprinnelige innhold (Jakobsen, 2018, s. 202; Kvale & Brinkerman, 2012, s. 186, 253). Siden man har hatt opptakene tilgjengelig, har det vært en styrke for kunne høre på deler av intervjuene på nytt. Da kan man lettere huske forholdene rundt svarene og intervjusituasjonen.

I tillegg er det i en intervjusituasjon lett å legge «ord i munnen» på den man intervjuer slik at svarene som gis blir styrt etter en forutinntatt holdning, eller man gir ledende spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 182). Det var derfor viktig å ha en intervjuguide som man forholdt seg til og for å gi en viss struktur. Allikevel ser man at man lett kom ut på noen sidespor som ikke nødvendigvis var relevant for oppgaven. Samtidig synes jeg at det var viktig å la

informantene få uttrykke sine følelser og tanker. Man forsøkte å få en ro og en god situasjon rundt intervjuene, men det var et minus at man måtte gjennomføre intervjuene digitalt.

Når det gjelder selve analysen vil den også kunne være farget av personlige forhold, ut ifra hva jeg tillegger vekt og forutinntatte holdninger og svar som man antar er riktige (Jacobsen, 2018, s. 217). Jeg ser også svakheten må å sette innholdet inni kategorier slik det er gjort i denne oppgaven, fordi helheten kan forsvinner ved at temaer blir stykket opp og delt (Repstad 2019, s. 129). Det var også viktig i denne undersøker å være klar over at det å forske på sin egen organisasjon kan påvirke både påliteligheten og den interne gyldigheten. Dette utdypes nærmere i neste kapittel.

## **4.4 Etiske overveielser**

I en intervju situasjon kan det oppstå etiske dilemmaer som gjør at ønske om å samle inn vitenskapelige svar kommer i konflikt med de etiske hensyn. Det kan forhindre at den som blir intervjuet svarer ærlig. Forskeren unngår å gå inn i underliggende tema og årsaker fordi man er redd for å såre noen eller skape en konflikt (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 184). Dette vil kunne påvirke svarene som kommer fram og om de faktisk representerer det som informantene virkelig mener. Dette henger også sammen med forholdet mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet.

### **4.4.1 Forskning i egen organisasjon**

Selv om det å forske ved egen organisasjon kan føles som et naturlig valg, så er det likevel viktig å være klar over at den nære relasjonen man har til sin egen arbeidsplass både har positive og negative aspekter ved seg. Derfor har jeg hele veien gjennom denne prosessen måtte vurdere min egen nærhet til prosjektet. Jacobsen (2018) trekker fram at når man skal forske ved egen organisasjon, er det viktig å kjenne til ulike fordeler og ulemper valget medfører. På den ene siden har det vært lett å få tak i informasjon, jeg kjenner organisasjonen og kommunen godt, og vet hvilke strukturer som finnes, både formelle og uformelle og ikke minst kjenner historien bak prosjektet. En vet også hvor man skulle få tak i interne dokumenter som kunne utdype tema (Rye-Nielsen & Repstad, 2004, s. 352; Jacobsen, 2015, s. 56). Samtidig er det også noen begrensinger. Det kan være vanskelig å ha distansen som man trenger for å kunne se med nøytrale og objektive øyne. Som ansatt farges man av sitt personlige forhold til prosessen og egne meninger og holdninger kan være en potensiell trussel for å frembringe respondentens meninger og holdninger på en riktig måte (Rye-

Nielsen & Repstad, 2004, s. 356). Jeg har derfor forsøkt å ha bevist holdning i forhold til dette fra starten av studiet. Det ble også viktig å velge ut spørsmål, som ikke gikk direkte på min rolle i prosjektet. Allikevel, selv ved bruk av intervjuguide, er det alltid en fare for at svarene blir påvirket ved at respondentene kjenner meg og ikke vil gi et svar som de opplever kan støte. Det er viktig at et intervjuet er så åpnet som mulig og at det ikke er ubalanse i intervjuesettingen. En må unngå å komme i konflikt med den man blir intervjuet av (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 52). Samtidig var opplevelsen etter gjennomføring av intervjuene at samtalene fløt lett. Nettopp det at man kjente de man intervjuet ga en lett og god tone i intervjuesammenhengen. Kjennskapen til noen av de historiske prosessene gjorde at en følte en større trygghet i rollen som intervjuer, og det gjorde at en kunne stille oppfølgingsspørsmål underveis i samtalen. Jeg har heller ikke opplevd at det har vært uttrykt noe skepsis til at en blander rolle som forsker og ansatt. Samtidig ser en det som en fordel at det har gått noe tid siden prosjektgjennomføringen, og at man ikke lenger har sitt daglige arbeid på helsehuset. Det ga en nødvendig distanse til prosjektet og de man intervjuet. Prosjektet er i seg selv heller ikke så personlig rettet i og med det er et byggeprosjekt og ikke går direkte inn i private og personlige forhold.

#### **4.4.2 Personvern**

Prosjektet har blitt meldt inn til Personvernombudet for forskning ved NSD, Norsk senter for forskningsdata. Som tidligere nevnt er det ikke benyttet direkte navn eller alder i oppgaven for å hensyn ta personvernet. NSD godkjente prosjektet og datainnsamling før informantene ble kontaktet (vedlegg 3).

Det må foreligge ett informert samtykke til å delta i undersøkelsen som sikrer at de involverte deltar frivillig. Det ble derfor både informert skriftlig, gjennom brev og innledningsvis i intervjuene om personvernregler og at de til enhver tid kunne trekke seg fra undersøkelsen (Jacobsen, 2018, s. 47). Fordi man indirekte kan gjenkjenne personer ved at det brukes noen titler og kommunen er kjent, var det ønskelig fra NSD at man spesifikt ba om et samtykke på dette i informasjonsbrevet/samtykkeskjema. De ønsket også at det ble laget et eget informasjonsskriv til informanter i utvalg og råd, siden dette kunne avdekke politisk oppfatning. På grunn av avgrensning av oppgaven, ble det allikevel ikke aktuelt å intervju personer fra politiske råd/utvalg.

## 5.0 PRESENTASJON OG DISKUSJON AV FUNN

Gjennom problemstillingen ønsker man å finne ut hvilke faktorer som påvirket medvirkningsprosessen blant ansatte ved byggingen av Lyngdal helsehus. Som vist i metodekapitlet er det empiriske datamaterialet samlet inn gjennom kvalitative intervjuer. I den kommende delen vil de empiriske funnene presenteres og drøftes i lys av det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for oppgaven. Presentasjonen vil omfatte enkelte sitater og gjengivelse av hva informantene har formidlet gjennom samtalene. I tillegg vil man se funnene opp mot konteksten som er belyst i kapittel 2.

### 5.1 Presentasjon av funn

Gjennom analyseprosessen av de empiriske dataene kom man fram til følgende 4 hovedkategorier som funnene ble delt opp i:

1. Ytre faktorer som påvirker medvirkningen
2. Maktforhold - motstridene ønsker og behov
3. Personlige egenskaper og representativitet
4. Organisering av medvirkningen

Analysen viser sammenhengen mellom flere funn, men for å få en oversiktlig drøfting, er det derfor valgt å følge den samme inndelingen gjennom drøftingen av funnene videre i dette kapitlet. Tabellen på neste side viser hvordan oppbyggingen av kategoriseringen og hvilke hovedkategorier og underkategorier som man kom fram til. Fremgangsmåten for hvordan dataene er blitt analysert og forkortet er redegjort for under kapittel 4.

Tabell 3:

<b>HOVED-KATEGORIER:</b>	<b>UNDER-KATEGORIER:</b>	<b>INNHold</b>
<b>YTRE FAKTORER SOM PÅVIKER MEDVIRKNINGEN</b>	<b>Økonomi</b>	Økonomien påvirker til syvende og sist. Ønsker og behov blir tilsidesatt for de det blir for dyrt.
	<b>Tid og ressurser</b>	Viktig med nok tid satt av til gjennomføring. Andre utenforstående ting som tar opp tid. Samspillmodell er tidkrevende.
	<b>Kommunesammenslåing</b>	Påvirket hvordan tjenesten var organisert. Drift ikke lenger tilpasset bygget. Ulik kultur.
	<b>Organisasjonsmessige forhold i kommunen</b>	Ledelse, drift og faktorer som påvirker. For lite fokus på driften i bygget og hvordan ting skal fungere når det blir ferdig.
	<b>Politisk påvirkning</b>	Bytte av tomt, politisk spill. Legitimitet Utsettelse som gjorde at prosjektet dro ut i tid.
	<b>Forhåndsbestemte løsninger, bygningsmessige krav</b>	En del oppfatning av at noe er forhåndsbestemt. Brann og tekniske krav.
	<b>Organisasjonskultur og ulik evne til å møte endringer</b>	Kultur i organisasjonen påvirker interessen og deltakelsen – motstand og oppslutning. Ulike holdninger i kollegiet til løsninger. Avdelinger som ble nye. Nye kollegaer og ledere. Redsel for det ukjente. Takler endring ulikt.
<b>MAKTFORHOLD</b>	<b>Motstridene ønsker og behov</b>	Stor medvirkning – mange med som gir motstridene meninger og behov. Uklare forventninger og mål.
	<b>Ujevnt maktforhold</b>	Entreprenører har stor kunnskap og erfaring. Samtidig ett tillitsforhold. Manglende kunnskap om bygg hos ansatte.
<b>PERSONLIGE EGENSKAPER/ REPRESENTATIVITET</b>	<b>Riktig kompetanse og nok erfaring</b>	Riktig kompetanse er viktig Mangler erfaring fra tilsvarende prosjekter. Kompetanse til å stille de rette spørsmålene.
	<b>Personlig engasjement</b>	Interesse for prosjektet, for å utvikle egen arbeidsplass. Ønske om å bidra på en konstruktiv måte. Eventuelt manglende engasjement.
	<b>Representativitet</b>	Egen interesse kontra fellesskapets interesse Agenda for å være med? Forstå sin rolle og at man må være delaktig. De ivrigste som er med. Evne og kompetanse til å ta saker tilbake til de man representerer.
	<b>Folk kommer og går</b>	Flytende deltakelser – mangel på kontinuitet. Bytte av folk både hos entreprenør og i kommunen
<b>ORGANISERING AV MEDVIRKNINGEN</b>	<b>Modellen for byggeprosjektet – samspillmodellen</b>	Samspillmodellen påvirket brukerarbeidet. Vanskelig å forstå Lyngdalsmodellen. Høy grad av involvering. Nesten for mye involvering – for bredt Involvering tar tid. Organisering av prosjektet.
	<b>Brukermedvirkningen krever koordinering, ledelse og organisering</b>	I så store prosjekter kreves det styring, ledelse og god koordinering av brukerarbeidet. Viktig faktor for å lykkes med dialogen mellom entreprenører og byggherre. Uklare roller i prosjektledelsen fra kommunen. Ledelse. Tydelige roller nødvendig
	<b>Reel mulighet til å påvirke</b>	God mulighet for deltakelse Mulighet for å være med å påvirke valg

## 5.2 Ytre faktorer som påvirket medvirkningsprosessen

Det pekes på at samfunnet har blitt mer sammensatt og komplekst og at det pågår mange prosesser samtidig i det offentlige (Jacobsen, 2018, s. 29). Kommunene har vært gjennom store omveltninger med nye reformer som blant annet kommunereformen som en av de store de siste årene. Mange prosjekter skal gjennomføres og omfattende prosesser startes og avsluttes hele veien. Alle disse prosessene som også har foregått i Lyngdal kommune samtidig med byggingen av helsehuset har vært med å påvirke medvirkningen. Tid og ressurser har gått med i andre prosesser, det har oppstått nye lederstrukturer, og det har blitt jobbet med en kultur som skulle samstemmes mellom to kommuner. Samtidig har knappe ressurser både i form av økonomi og menneskelige ressurser preget prosessen. Det å være en politisk styrt organisasjon påvirker også de valg som blir tatt. Den første kategorien har jeg derfor valgt å kalle «Ytre faktorer som påvirker medvirkningsprosessen». Dette er faktorer utenfor selve den konkrete deltakelsen, men som er områder som la føringer for hvordan utfallet og resultatet kom til å bli eller som påvirket medvirkningen. Dette er på samme måte som Garbage Can modellen belyser at ulike faktorer påvirker inn i prosesser og gjør at forutsetningene kan endres. Ulike problemer, ulike løsninger og uforutsette ting skjer inn i en prosess. Disse mikses sammen og er med å avgjør utfallet av en beslutning (Cohen et al., 1972). I likhet med teorien viser de empiriske funnene fra denne undersøkelse at medvirkning påvirkes av ulike utenforstående prosesser og problemer. Dette påvirkes igjen av hvem som deltar og hva de bringer med seg inn i prosessen av kunnskap, erfaring og personlighet.

### 5.2.1 Økonomi, tid og ressurser

#### Økonomi

For det første så kan man se på økonomi som både et problem og en løsning som tilføres beslutningsprosessene. Det pekes på at den pressede økonomiske situasjonen i Lyngdal kommune var med på å påvirke valg som ble tatt og ressursinnsatsen i prosjektet. Enkelte av informantene hevdet at det som var avgjørende i siste instans, var økonomien. Selv om det var et sterkt ønske om enkelte løsninger, ble disse valgt vekk på grunn av rammen i prosjektet. Enkelte av informantene opplevde derfor at deres medvirkning ble påvirket, for den økonomiske rammen i prosjektet var satt. Noe som medførte at dyrere løsninger måtte velges bort. Som en av informantene sa:

«Det viser seg jo hele tiden at utfordringen var jo økonomi. Til syvende og sist så var det jo alltid penger det stod på. For det var jo mange ting som var tenkt annerledes enn det det ble, men det var jo på grunn av økonomi at ting ikke ble som det ble».

Flere opplevde at innspill ble hørt på og planlagt, men når det kom til et stykke og man måtte velge mellom ulike prioriteringer, så måtte noe velges vekk. Det å da prioritere hva man skulle vektlegge ble i enkelte sammenhenger vanskelig. Det ble blant annet nevnt at man måtte velge vekk søppel sug fordi det kostet for mye. Resultat ble søppelsjakter, som kanskje i det lange løp vil bli atskillig dyrere for kommunen fordi det krever mer ressurser å håndtere og drifte. Dette var viktig for noen av deltakerne fra brukersiden, men falt i valget mot andre viktige ting. Her presset også entreprenører på for å velge en rimeligere løsning for å klar å holde budsjettet. Det strammet seg til etter hvert som tiden gikk:

«Og ikke sant så begynte vi jo veldig bredt, det var en opplevelse jeg hadde, at vi ønsket veldig mye, og så smalet det ned både på grunn av størrelse og økonomi etter hvert».

Spesielt trekkes perspektivet rundt det politiske fram her. Noen av informantene hevdet at det eneste politikerne var opptatt av var det økonomiske perspektivet, og at rammen måtte holdes. De mener at de var mindre interessert i kvalitet og innhold, og det som alltid ble etterspurt fra politisk hold, var hvordan status på økonomien i prosjektet lå an. Lyngdal ungdomsskole som hadde blitt bygd noen år tidligere med samme modell, hadde fått et overskudd, og det var målet at også dette prosjektet skulle gi samme økonomiske gevinst. Samtidig så man underveis at det motsatte ville komme til å skje. Man kan selvfølgelig forstå politikerne og deres rolle i forhold til å holde kostnadene nede. De har en forpliktelse som folkevalgte til å utnytte kommunens ressurser på best mulig måte. Sett i lys av Garbage Can modellen så kan man si at beslutningsprosessene ble mer og mer lukket ettersom den økonomiske rammen ble styrende. På samme måte uttrykker Falleth et al. (2010) at det i planleggingsprosesser ofte oppfatte at mye er forhåndsbestemt og at rammene er lagt før deltakelsen gjøres gjeldene. Selv om det var deltakelse gjennom hele forløpet i dette prosjektet så kan man si at ved at den økonomiske rammen ble satt tidlig i et prosjekt, så var det med å forhånds definere noe av standarden.

På den andre siden er det i et slikt stort kommunalt prosjekt helt naturlig at det er en økonomisk ramme og at nødvendige prioriteringer må gjøres. Det vil derfor være unaturlig at alle ønsker kan realiseres. Man må gi og ta hele tiden. I den sammenhengen er det derfor

naturlig å tenke at de som medvirker også må ha forståelse for de økonomiske betingelsene. Rammen må holdes og de som deltar trenger derfor en generell kunnskap om kommunens forpliktelse og prioriteringer. Det er kanskje derfor det ofte er ledere som er sterkt involvert i slike medvirkningsprosesser, fordi de nettopp kjenner disse aspektene bedre enn den «vanlige» ansatte. Samtidig var det ulik oppfatning rundt hva som ble prioritert i prosjektet. Enkelte av informantene hevdet at dersom det var ting som var ekstra viktige så ble det holdt fast på. En sa det slik:

«Og hvis det var diskusjoner på at en ville gå ned på grunn av økonomi, så holdt vi jo fast på det som var blitt bestemt i gruppen på forhånd. Så jeg føler jo at brukeren ble hørt på mange, mange områder».

Så dette viser en ulik holdning til hvordan det økonomiske perspektivet ble forstått. Dette kan igjen ha med hvilken rolle man har i prosjektet. De informantene som satt i prosjektstyret svarte mer nyansert på dette enn de som bare var med som representant for en avdeling. En annen mulig forklaring på det økonomiske perspektivet er at det like mye var ulike behov og ønsker som gjorde at noe ble valgt vekk og noe ikke. Dette kommer man tilbake til under neste kapittel.

### **Tid og ressurser**

Tid og ressurser er også et aspekt som trekkes fram som påvirker medvirkningen, både i positiv og negativ forstand. Dette er også nært knyttet til den økonomiske situasjonen. Fra kommunens representanter fremheves det at man ikke fikk nok tid, spesielt i tidlig fase til å kunne gå inn i detaljer og øke sin forståelse og kompetanse for å kunne medvirke på en god måte. Dette opplevdes som et hinder i forhold til beslutninger som skulle tas. Det burde vært satt av mer egne dedikerte ressurser til dette. Ved spørsmål om det burde vært flere med i brukerarbeidet en det det var, svarte en av informantene som følgende:

«Jeg tror kanskje det var bredt nok, absolutt, det syns jeg, men det er mere organiseringen og tid. Avsatt tid til å få lov til å jobbe med prosjektet, for dette var noe brukerne måtte ta ved siden av sin jobb».

Tidsbruk og ressurser hang også sammen med andre prosesser i kommunen som kommunesammenslåingsprosessen. Dette krevde mye tid av blant annet ledere, som gjorde at fokuset ble tatt vekk fra byggeprosjektet. Dette medførte også en nedprioritering av langsiktige planer og strategier, som for eksempel hvordan bygget var tenkt å driftes. De påpekte at det ble satt



av tid til å jobbe med mål for prosjektet, men det ble mindre tid til å tenke igjennom og analysere hvordan driften skulle fungere. En beskrev det på denne måten:

«Og så ser jeg jo, og det ligger sikkert en del på egen del, at i sluttfasen så datt vi nok litt av lasset for det ble så mye...ikke nødvendigvis i prosjektet, men med kommunesammenslåingen og med alt ,at en klarte ikke helt å henge med. Jeg tror vi kunne fanget opp noen ting fler om vi hadde klart å vært enda mer aktivt med».

I Garbage Can modellen poengteres nettopp tidsaspektet som forhold som er med å påvirke utfallet i en beslutningsprosess. De som har tid og overskudd til å delta, er de som er med å former utfallet (Cohen et al., 1972, s. 1; Jacobsen, 2018, s. 45). Ledere som var en svært viktig brikke i spørsmål rundt hvordan bygget skulle driftes, ble mindre delaktige og fraværende på grunn av andre prosesser. Ledere har fra før en hektisk arbeidshverdag, hvor oppmerksomheten nå måtte deles mellom enda flere arenaer. Noe som påvirket direkte planlegging av driften og som var uheldig med tanke på byggeprosjektet og det endelige resultatet. Driften ble ikke nok gjennomtenkt i forhold til hvordan ting skulle fungere inn i det ferdige bygget.

På den andre siden kaster Garbage Can modellen lys over at: «Jo lengre tid et beslutningstilfelle tar, desto flere deltakere kan aktiviseres, og desto flere problemer og løsninger kan havne i bøtta» (Amdam & Veggeland, 2011, s. 116). Dette er et aspekt som informantene peker på som avgjørende for medvirkningen. Prosjektet ble blant annet på grunn av politiske prosesser som tomtebytte, gjennomført over en lang tidsperiode. Noe som både førte til at det ble flere bytter av folk, som da igjen hadde med seg ulike ønsker og behov. Brukermedvirkning i Lyngdalsmodellen legger opp til tidlig og langvarig brukerinvolvering, hvor et av målene er å oppnå inspirerte brukere (Meland, 2000, s. 27). Samtidig så ser man at når dette prosjektet dro ut i tid og varte over flere år, så svekket det motivasjon til deltakerne. Samtidig som prosjektet dro ut i tid, så hevdes det på motsatt side at det ikke var optimalt med tid til detaljprosjektering. Dette kan tyde på at det ikke har vært en optimal fordeling av tidsbruken i de ulike prosjektfasene. Selv om det er flere ulike årsaker til dette er det viktig å ha en klar og tydelig plan for de ulike fasene. Det var sammenfallende tilbakemelding fra kommunens informanter at de opplevde at entreprenørene sa i tidlig fase at man skulle komme tilbake til detaljer, men at dette ikke ble gjort. Dermed opplevde flere at endelige løsninger ikke ble skikkelig gjennomgått før det var for sent å komme med innspill. En enda mer spesifikk plan fra prosjektets ledelse om når de ulike problemstillingene skulle drøftes og

konkluderes kunne vært hensiktsmessig. Man kan allikevel undre seg når prosjektet har foregått i så mange år at det ikke har vært tid nok. Det handler kanskje derfor om andre forhold en tid når det kommer til et stykke, slik som endrede behov, man kommuniserer forbi hverandre og selve organiseringen.

Samtidig pekes det på fra entreprenør at det å involvere er tidkrevende og omfattende, og at slike samspillmodeller krever ekstra mye ressurser i forhold til medvirkning.

Ved å engasjere mennesker i samskaping kan det gjøre prosessene mer komplekse, langvarige og krevende. Dette pekte informantene fra entreprenør siden på at var spesielt med tanke på Lyngdalsmodellen. I modellen er det medvirkning gjennom hele prosessen, kontra tradisjonelle entrepris modeller. Samtidig pekte han på at dette kunne være en spesiell utfordring i offentlig sektor og kommuner med lange beslutningsprosesser. Informanten uttrykte at når kommunen skulle engasjere flere i en beslutning, også det politiske miljøet kunne det ta lang tid. Noe som igjen utfordrer ressursbruken og det økonomiske aspektet. Dette er akkurat som Garbage Can fremstiller at flere aktører aktiveres og disse har med seg sine problemer og løsninger inn i prosessen (Amdam & Veggeland, 2011, s. 116).

### **5.2.2 Kommunesammenslåing og organisasjonsmessige forhold i kommunen**

For lite fokus på drift og hvordan bygget skulle fungere i praksis etter endt byggetid, ble også belyst gjennom flere av intervjuene. Kommunesammenslåingen medførte at premisene for huset ble endret som følge av kommunes endring i organisering. Kommunesammenslåing er også den faktoren som ble nevnt flest ganger i forhold til «ytre» faktorer som påvirket og hvordan de involverte opplevde at det hemmet medvirkningen. Nye strukturer og virksomheter, nye ledere, det å være omforent med hva kommunen skal tilby av tjenester og å samarbeide på tross av ulik kultur nevnes. Blant annet ble det pekt på at avdelingsstrukturen ble omgjort som følge av dette. Det som ansatte hadde vært med å medvirke på av løsninger og planer for det nye bygget, ble nå plutselig ikke lenger en god løsning siden forutsetningene ble forandret. Slik sa en av informantene det:

«I tillegg fikk vi jo inne i den her plutselig kommunesammenslåing. Der de plutselig endrer på strukturen. Ting ble endret på i forhold hvordan du hadde tenkt, så det er jo mange ting som har spilt inn i her. Det er jo det som har gjort at det ble enda mer utfordringer i forhold til den nye kommunen. For vi hadde jo bygd opp ett hus etter tenkt drift slik vi hadde det, og plutselig ble jo driften også endret».

Planlegging av nytt helsehus hadde pågått i flere år før kommunesammenslåing og ny organisering var planlagt. Det ble derfor sett på som en utfordring å sette «nye» ledere inn i historikken og bakteppet til helsehuset. Det var lagt ned tid og arbeid i å utarbeide konkrete verdier, mål og en gevinstplan i byggeprosjektet. Nye ledere og ansatte som nå kom inn i forbindelse med sammenslåingen, kjente ikke historikken til prosjektet og de valg og diskusjoner som var foretatt. Det var også to ulike kulturer som skulle forenes, som det ble pekt på i undersøkelsen utført i forkant av sammenslåingen. Det å skape lik forståelse og kultur er noe som krever tid (Djønne et al., 2019, s. 15). Ikke minst var det også et nytt kommunestyret som ikke kjente grunntankene og det opprinnelige behovet og utgangspunktet for helsehuset. Dermed mener samtlige informanter at kommunesammenslåingen var utfordreren med tanke på medvirkningen mot sluttfasen. Det førte til sprikende tanker om helsehusets egentlige bakgrunn. Det ble også satt spørsmålsteget til om behovet for et slikt hus virkelig var nødvendig. Disse problemstillingene er akkurat slik Garbage Can modellen beskriver at nye deltakere tar med seg sine problemer og løsninger inn i beslutningsprosessene (Cohen et. al., 1972).

Organisering av driften var også et tema som gikk igjen i samtalen. Som det ble pekt på i forrige kapittel så ble det sagt at man ikke hadde brukt nok tid til å tenke igjennom den faktiske organiseringen av driften som skulle foregå i bygget. Dette handlet også om organisasjonsmessige forhold i kommunene og hvilket fokus man hadde:

«Så jeg skulle ønske at man hadde klart å snakke litt mer om driften opppe i dette. Men det følte jeg ble liksom, men det er min opplevelse i alle fall, at det ble veldig på siden for nå skulle vi bygge et hus».

Samtidig ser en at holdningen til drift og hvor mye fokus det var på dette varierer mellom informantene. Informantene fra hjemmetjenesten gir sterkere uttrykk for at driften ikke var tenkt nok på. Andre informanter mente på sin side at dette kunne handle om at hjemmesykepleien ikke var like engasjerte i prosjektet og ikke hadde det samme eierforholdet til huset som institusjonstjenestene hadde. Som en av informantene uttalte:

«Og en ser jo kanskje at i en annen virksomhet der de ikke var like deltakende, så har det bydd på større utfordringer i etterkant. I forhold til driften, en det det er hos oss der jeg opplevde at vi var godt representert og engasjerte de som var med».

Noen peker på dette som naturlig siden hjemmesykepleien er mest opptatt av å være ute hos brukeren og de tenkte mer på helsehuset som et kontorbygg. Andre mente at dette hadde med organisering av deltakelsen å gjøre og øverste leder var den som var representert i prosjektet, og at andre ansatte ikke ble dratt like mye med. Samtidig er det også noen som belyser at dette har med ulike holdninger å gjøre, hvor det blant annet pekes på at det var uenigheter om hvordan for eksempel omsorgsboligene burde utformes og driftes.

### 5.2.3 Politisk påvirkning

Prosesser i en kommune skiller seg fra prosesser og endringer i det private. Den politiske styringen påvirker prosjekter slik som byggingen av helsehuset, både for de det er en stor investering som påvirker kommunenes økonomi, men også fordi det handler om ulike politiske prioriteringer. Skal kommunen satse på eldreomsorg kontra oppvekst og kultur? I dette prosjektet var det som nevnt i kapitlet om Lyngdalsmodellen med representanter fra kommunestyret som satt i den øverste prosjektorganiseringen. Politikere var derfor med gjennom alle faser og det ble holdt informasjon ved alle kommunestyremens byggingen foregikk. Informantene pekte både på at det var et godt samspill, og at politikere var med å vektlegge og støtte brukerens ønsker og behov. Informantene pekte på at det var viktig med politisk deltakelse for å skape legitimitet og for å styrke samarbeidet mellom administrasjon og det politiske liv. Det er også med å opprettholde de demokratiske verdiene om åpenhet og tillitt. Derfor er samhandling med politikere og en åpen og ærlig kommunikasjon mellom administrasjon og det politiske liv sentralt.

På den andre siden er det i denne sammenheng også interessant å trekke inn problemstillingene rundt tomtevalg og politikerens omkamper på dette området. Informantene hevdet at dette skapte frustrasjon hos de ansatte og gjorde at ansatte ble delt i meningen om hvor det var best å plassere bygget. Informantene sier at de opplevde at det var et politisk spill som foregikk. Fokuset ble dreid over fra fag og innhold til plassering og politikk og det opplevdes som hemmende:

«Jeg synes det også har vært veldig hemmende da, det med tomtevalg, med politikere som ikke kan få bestemt seg. Så den politiske delen har vært veldig hemmende i prosjektet. I alle fall har jeg fått mange tilbakemeldinger fra ansatte som var frustrert. Det har ikke vært en god ting for prosjektet. Alt det burde ha vært lagt i forkant. Ferdig før en begynte med et prosjekt. For det tomtevalget var helt håpløst».

Tomtevalget og den politiske prosessen gjorde også at prosjektet drøyde ut i tid, noe som igjen gjorde at engasjementet til de ansatte droppet mot slutten. Det påpekes også at bytte av tomt gjorde at premissene for byggeprosjektet ble endret når man fikk en annen tomt. Huset var ferdig tegnet og planlagt på en tomt, men ble flyttet til en annen tomt. Det er flere som mener at det ikke er sikkert at huset hadde blitt slik det er nå om man hadde hatt den tomten man landet på til slutt fra starten av. Dette fører oss igjen mot Garbage Can modellen og de ulike strømmingen som puttes inn i søppelbøtten. Det politiske aspektet kan med andre ord være både et problem og en løsning som tilføres inn i prosessen. Ikke minst i form av de som deltok direkte i prosjektledelsen fra det politiske miljøet, og deres interesser, ønsker og behov og hvordan dette påvirker beslutningene som ble tatt (Amdam & Veggeland, 2011, s. 116).

Videre opplevde noen av informantene som satt i øverste styringsgruppe, at politikere var med å splitte og skap uro i slutfasen av prosjektet. Enkelte politikere som hadde vært med i prosessen og som satt i prosjektsstyret, hadde medieoppslag sammen med brukere når det nærmet seg innflytting. De pekte på forhold rundt plassering av bygget og størrelse på boligene. Boliger de selv hadde vært med å planlegge. Det ble nevnt av enkelte av informantene at de opplevde at det å skaffe stemmer, siden det var valgår, ble viktigere enn å jobbe sammen med kommunes administrasjon for å framsnakke det flotte bygget. Fokuset ble tatt vekk fra byggets funksjon og over på politikk. Som en av informantene uttrykte det:

«Og noen av de har vel også vært med i styringsgruppa også. Og de vet jo hva det er søkt om, ikke sant. Og så stusser jeg litt på den prosessen det var når vi skulle flytte, at politikere kommenterte at det var bare ett rom, at det ikke var soverom, og at folk ikke skal flytte».

En annen informant sa det på denne måten:

«Ja jeg skjønner ikke politikerne oppe i det her og i hele denne prosessen. For de har jo vært med oppe i alt sammen. Og så dolker de kanskje prosessen litt i ryggen når det var snakk om at folk skulle slippe å flytte fra det eksisterende bygget. At de skulle få lov til å bu der, for de kunne jo ikke flytte til helsehuset. Da følte jeg ikke helt at kommunen var samlet. Ja det ble litt politiske spill. Når man er enig om at LBS (kommunens eksisterende sykehjem) ikke skal være mer. Nå bygger vi et flott helsehus til mange millioner og det skal være tilpasset fremtiden. Og flotte omsorgsboliger med felles kjøkken og stue. Og så snur de litt ryggen til det når flyttingen først skal skje. Men det er jo politikere og popularitet og stemmer kanskje. Jeg har i alle fall min opplevelse av at det ble litt snodig».

Cohen et al. (1972) belyser at beslutningsandleddinger av og til blir tatt i formelle møter, men de kan også bli tatt i mindre åpne møter. Det politiske spillet som foregikk kan være avgjørelser som er tatt av partier i «lukkede» møter uten at det er kjent for de andre i prosjektet. Alle disse ulike beslutningsanledningene som blir gjort, enten om det var i formelle møter eller uformelle og mer skjulte møter så har det vært med å påvirke hvordan prosessen ble og hva som ble utfallet. Det vil alltid være noen vinnere og noen tapere i prosessen (Amdam & Veggeland, 2011, s. 115; Cohen et al., 1972, s. 3).

Som nevnt under punktet om økonomi så sa flere av informantene at politikernes fokus var økonomi. Økonomi ble derfor viet mye tid i prosjektstyremøter, så vel som kommunestyremøter. Dette gjorde at tid som kunne vært brukt til å diskutere valg av løsninger, fag og utforming av bygget ble tilsidesatt. Igjen trekker det oss mot Garbage Can modellen og at agendaen til de som deltar inn i prosessen er avgjørende.

#### **5.2.4 Forhåndsbestemte løsninger, tekniske og bygningsmessige krav**

Særlig pekes det også på tekniske forhold som gjorde at ønsker og behov ble styrt eller ikke kunne gjennomføres. Til tross for innspill fra brukere var det enkelte føringer som lå over brukernes ønsker og behov. Blant annet nevnes det i flere av intervjuene at tekniske brannkrav forhindret løsninger som man anså ville ha fungert bra. Det nevnes blant annet i forhold til dørmiljø og til åpne løsninger. Siden dette er et høyrisikobygg med tanke på brann, var bygget klassifisert i den strengeste brann klassen. Disse forholdene hadde brukere mindre innflytelse på og det pekes også på som naturlig. Samtidig er det noen som hevder at de hadde håpet at arkitekter og rådgivere hos de utførende hadde vært mer løsningsorienterte. At de kanskje kunne klart å finne løsninger som var mer forenelig med deltakernes ønsker uten at kravene ble brutt. I andre sammenhenger opplevdes det som at enkelte forhold var forhåndsbestemt uten at det nødvendigvis lå noen tekniske krav bak. Som en av respondentene uttrykte:

«De hadde jo nesten blitt enige før de tok det opp med oss, for å være helt ærlig».

En annen sa det slik:

«Men ja det var kjempe bra involvering, og det var fantastisk å være med i de gruppene å diskutere. Men allikevel så har det vært noen bestemmelser der som at: «Det skal være sånn, og sånn blir det».

Falleth et al. (2010) belyser i deres studium at det ofte er slik at mye er bestemt på forhånd i en planprosess. Når de som skal medvirke blir involvert så ligger det allerede føringer og bestemmelser som ikke er lette å endre på (s. 744). Dette er sammenfallende med det som informantene i denne studien peker på. Selv om man var med å medvirke så var det slik at enkelte ting var forhåndsbestemt. Selv om mange beslutninger ble tatt i formelle møter, så hentydes det at man enkelte ganger opplevde at forhold var bestemt før man kom inn i møtet. Garbage Can modellen forklarer at det finnes ulike beslutningsanledninger, slik som tidligere nevnt. Det er de formelle og de uformelle beslutningsanledningene (Cohen et al., 1972). Det kan ha vært uformelle møter i forkant, hvor noen har bestemt hvordan utfallet skal være, før det ble presentert for brukerne. Informantene pekte da på at det kunne være vanskelig å motsi argumentene som kom. Man følte at man kom til kort i kunnskap og man opplevde at «de andre» hadde overtaket. Beslutningsprosessene ble mer og mer lukket ettersom forhold var forhåndsbestemt og valgmulighetene ble mindre. Dette peker igjen på maktrelasjonene mellom de ulike partene. På den andre siden er det naturlig at enkelte avgjørelser må tas av de som sitter på kompetansen, spesielt når det kommer til brann- og tekniske forskriftskrav. Alle kan ikke alltid være med i alle beslutninger.

### **5.2.5 Organisasjonskultur og ulik evne til å møte endringer**

Det neste området som man trekker fram er kulturen i organisasjonen og hvilke ulike holdninger det eksisterer i de ulike avdelingene og arbeidslagene. For det første så er det slik at samarbeidsklimaet og kulturen intern i prosjektet er sentralt for hvordan prosjekter utvikler seg. Positivt samarbeidsklima blir ofte undervurdert, til tross for at dette i mange tilfeller kan være en avgjørende ressurs for prosjektet. Lyngdalsmodellen trekker fram at relasjon og tillit er den mest avgjørende suksessfaktoren for endelig resultat. Det handler blant annet om hvordan moralske forpliktelser vektlegges (Abrahamsen & Salgado, 2014, s. 50). Informantene som var en del av prosjektledelsen og som var involvert direkte mot entreprenørene fremhever at det i stor grad var et godt samarbeidsklima. Saker som ble tatt opp av ansatte fra kommunen ble vurdert. Samtidig opplevde man at det ble litt mer tilspisset mot slutten. Noe som igjen kan være naturlig med tanke på tidspress og den økonomiske situasjonen.

Organisasjonskulturen vil også kunne påvirke selve medvirkningen, som igjen vil kunne påvirke de beslutninger som tas. Det eksisterer ulike kulturer i arbeidslagene og deltakerne i

beslutningsprosessen farges av kulturen de representerer. Det kan dannes ulike partier for og mot prosessen og prosjektet. (Bolman & Deal, 2018, s. 442). Dette byggeprosjektet var like mye en *endringsprosess* som et byggeprosjekt, og vi har ulike måter å møte endringene på. Gjennom intervjuene kom det fram at det var ulik kultur ved avdelingene og deres holdning til prosjektet. Noen avdelinger og arbeidslag viste et kollektivt engasjement og en genuin interesse for prosjektet, og var med å påvirke på en positiv og konstruktiv måte. De var også mer villige til å delta, de engasjere seg mer og de tok på seg oppgaver. Oppslutning gjør at man føler tilknytning og eierskap til prosessen, noe som igjen gjør oppslutning om prosjektet mer sannsynlig. Dette er på samme måte som Amdam (2011, s.78) presenterer rollen *pådrivere*. De som er med å sette retning og komme med løsninger inn i prosessen.

På motsatt side var det avdelinger hvor flertallet var negative og skeptiske til ulike valg og løsninger. Ansatte var klar over at på det nye helsehuset så ville det bli endringer i organiseringen av avdelingene og enkelte ansatte ville bli flyttet på. Evnen til å møte endringer handler igjen om kulturen man er en del av og personlige forutsetninger.

Jacobsen peker på ulike faktorer som påvirker motstanden og oppslutningen i en prosess (2018, s. 129). Selve grunnelementet i organisasjoner er mennesker, både som enkelt individ og som en sammensatt gruppe, og endringer rører ved menneskers følelser. Dermed kan redselen for det ukjente være med å påvirke holdningen til prosjektet og til ønske om å medvirke. Ansatte takler nye ting på forskjellige måter. Noen foretrekker de trygge kjente rammene, mens andre synes det nye er spennende (Jacobsen, 2018, s. 131). Særlig kom denne redselen for det ukjent til syne når flyttingen og ferdigstillingen av bygget nærmet seg. Dette påvirket igjen de ansatte sin vilje og engasjement til å medvirke med gode og konstruktive løsninger. En av informantene sa det på denne måten:

«For alle var jo så klar for å flytte. Og når det nærmet seg flytting, nei da hadde de det greit der de var. Så ja det er interessant det med endring. Det er veldig interessant å se på endringsvilje oppe i dette. For flere og flere ble redde når vi nærmet seg. For det ble så stort og det ble så stor endring. Og da begynte de å ta det innover seg og så at ting kanskje ble litt annerledes. At en er veldig vant med den en har, men redd for det ukjente».

Når dette blir en kollektiv holdning, eller en etablert kultur i en avdeling kan dette føre til at ingen fra avdelingen ønsker å delta, eller de som deltar viser motstand. Motstanden til endringen kan også handle om at man ser at man vil tape egne fordeler og sosiale goder



(Jacobsen, 2018, s. 131). Amdam (2011) bruker her roller «Motstander». Sterke stemmer i avdelingen påvirker indirekte og kan dermed avgjør hvilke løsninger som blir valgt. Dette var også noe som informantene pekte på. «Observatøren» er kanskje de som er vanskeligst å forholde seg til. De kan være relativt passive i deltakelsen, men spre motstand og negative tanker om prosjektet i arena utenfor, og er dermed med å påvirke holdninger og kultur i sin avdeling (Amdam, 2011, s. 79). Dette var også en rolle som informantene mente at eksisterte i dette prosjektet. Enkelt personer spredde negativitet i sine omgivelser.

Jântti og Kurkela underbygger også i sin studie om medvirkning, at viljen til å delta avhenger av det sosiale klimaet og kulturen som eksisterer (Jântti & Kurkela, 2021 s. 23). Kulturen kan dermed både være en løsning eller et problem som puttes inn i «søppelbøtten» og som er med å avgjør hvordan utkommet blir. En god samarbeidskultur blant de som medvirker vil kunne føre til et mer samlet og kraftfullt uttrykk i møte med andre aktører, noe som kan virke positivt på gjennomslagskraften. Individuelle forutsetninger for innflytelse handler om hvorvidt deltakerne er godt nok rustet, og hvorvidt grunnlaget for innflytelse er jevnt fordelt mellom deltakerne. Her er situasjoner med makt og avmakt sentralt.

## 5.3 Maktforhold

Den andre hovedkategorien har man samlet under begrepet «Maktforhold». I dette ligger både ulike meninger og ønsker som ikke alltid er sammenfallende og hvordan ulike avgjørelser kan bli tatt på bakgrunn av at noen sitter med mer makt enn andre. I Garbage Can modellen snakker man om at problemer oppstår for mennesker og i situasjoner både i og utenfor organisasjonen, og av mange forskjellige grunner. Det kan være konflikter og situasjoner og ulike saker som krever oppmerksomheten til de som deltar (Amdam & Veggeland, 2011, s. 116).

### 5.3.1 Motstridene ønsker og behov

Det var stor enighet blant informantene at det i dette prosjektet hadde vært en stor grad av medvirkning. Mange fikk lov til å være med i brukergrupper, i workshoper og andre fora hvor man kunne komme med sine ønsker og behov. Samtidig kom det fram at når det var mange medvirkende, så var det også mange ulike behov, og av og til var disse behovene og ønskene motstridende. Det som var viktig for noen var nødvendigvis ikke viktig for andre. Det kan være vanskelig å gjøre de rette prioriteringene når behovene og ønskene spriker (Falleth et al.,

2010, s. 739; Ringholm et al., 2013, s. 196; Øgård, 2014, s. 101). En av informantene sa det på denne måten i forhold til alle de ulike meningene:

«Så det som jeg mener er jo ikke sikkert at noen andre mener. Sånn er det jo bare».

En annen sa det på denne måten:

«Til syvende og sist hadde vært bedre å ha noen håndplukkede personer, som var dedikert, engasjerte og som hadde kunnskap. For om det er hundre personer med så er det hundre forskjellige meninger og behov og innspill. Men samtidig så handler jo det om at man skal føle at man er inkludert, og at de har vært en del av det»

Derfor er det slik som informanten her i utsagnet over sier, at en bred involvering også er med å forankre prosessen. Flere kan føle at de har fått være delaktige. Men det kan fort blir mange ulike meninger eller strømninger slik Garbage Can modellen trekker fram i beslutningsprosessen. Beslutninger og løsninger på problemer avgjøres dermed av hvem som møtes og hvilke holdninger de har med seg. Nøkkelpersoner kan derfor sitte på mye makt og status og kan med sine sterke stemmer ha avgjørende effekt på hvilke løsninger som velges. Det er også slik at noen bærer en større myndighet en andre. Enten i form av sin rolle, sin kompetanse og erfaring eller gjennom sin personlige væremåte. Det pekes her fra informantene på sterke stemmer som av og til trakk det lengste strået i en avgjørelse. I de ulike beslutningsanledningene som opptrer i «søppelbøtten» så er det slik at noen vinner og noen taper og dette handler av og til om maktreasjoner (Cohen et al, 1972). Dette trekker oss mot neste tema, som er ujevnt maktforhold.

### **5.3.2 Ujevnt maktforhold**

Hvem som til slutt vinner igjennom med sine ønsker og behov, kan handle om maktforhold og asymmetri i organisasjonen. Prosesser som medfører endringer kan også møte motstand slik som tidligere nevnt under kapittel 5.2.5. Motstand kan igjen vise seg som makt.

I Arnstein (1969) sin stige for medvirkning er makt og innflytelse et viktig moment for medvirkning. Nøyaktig hvor i stigen Lyngdal helsehus og samspillmodellen er kan diskuteres. Men at det har vært en høy grad av involvering og medvirkning er det liten tvil om. Lyngdalsmodellen baserer seg på samspill hvor brukere sammen med leverandører i felleskap skal komme fram til de beste løsningene. Man kan derfor anta at prosjektet ligger

nær partnerskap og medbestemmelse som er på de øvre trinnene i stigen. I følge Arnsteins modell (1969) har deltakeren mere makt og innflytelse jo høyere man kommer i stigen (s. 223). Dette er nok tilfelle også i dette prosjektet, men nødvendigvis ikke på alle områder. Arnsteins modell har nettopp møtt på kritikk i forhold til at trinnene blir for enkelt framstilt. Tritter & McCallum beskriver at brukermedvirkning krever dynamikk mellom deltakere og de profesjonelle. Det handler også om hvem som deltar, og hvordan de som er deltar er valgt ut. De som deltar må ha et klart mandat for å kunne bruke sin posisjon og sin makt. De påstår at til tross for medvirkning så opprettholdes klassiske makthierarkier (Tritter & McCallum, 2006, s. 160). Informantene opplevde at de ikke alltid selv satt med makten, men peker på at leverandørene hadde mye makt i form av sin rolle og sin kompetanse. Det opplevdes som vanskelig å overprøve deres meninger og påstander. Falleth et al. (2010) fremlegger i sin studie at det ofte er et ujevnt maktforhold i mellom utviklere og entreprenører på den ene siden og de medvirkende på den andre siden (s. 744). Det ble underbygget av det informantene hevder i denne prosessen. En sa det blant annet slik som dette:

«Så jeg tenker ofte at det her har vi ikke kompetanse på. Og når en ikke har kompetanse så stiller en jo ofte litt til veggs. Og da blir jo makten tredd litt nedover, da minster man litt kontrollen selv. Sånn følte i alle fall jeg det, at hadde jeg hatt litt mer kunnskap, eller erfaring akkurat i forhold til det her».

Her henvises det til at ledere fra entreprenør siden, som har vært i bransjen i mange år, bar en tyngde i form av alder og erfaring. De medvirkende opplevde at de kom til kort når det gjaldt byggeteknisk kunnskap og dermed ikke hadde mot til å si ifra. En beskrev det på følgende måte i forhold til entreprenørenes overtak:

«Ja man kan kanskje si at entreprenørene sitter på mye makt i form av kunnskap. De vet at «dette koster veldig mye mindre enn det», og da kan de jo legge på veldig hard i føring i forhold til at «dette må vi gjøre for dette er beste bygningsmessig og dette blir beste sånn». Så har ikke vi så mye kunnskap og stille opp mot det. Nei, aldeles ikke, den kunnskapen har vi jo ikke».

Det var også snakk om at enkelte i prosjektledelsen hadde sterke personligheter. Noen følte seg «liten» i møte med sterke personligheter og at man opplevde det som vanskelig å stå for sine meninger:

«Ja, og de hadde jo store ord og store visjoner, og brukte mektige ord ikke sant. Hva skal jeg si, du følte deg jo av og til veldig liten i forhold til at du satt der med 4 som mente en ting, og så satt du kanskje alene og skulle argumentere for at du skulle ha det

sånn. Så det krevde jo mot av den som skulle sitte å si imot de. Så det var jo ikke alltid like enkelt, det var jo ikke det. Så jeg følte jo at de hadde mye makt».

Samtidig så sier de samme informantene at de føler at de har fått lov til å være med å bestemme og de har fått en reel mulighet til å påvirke. Dersom det var ønsker som var særdeles viktig for brukerne, så ble disse holdt. På den måten kan man si at brukerne i Lyngdalsmodellen satt på et godt kort og hadde makt til å påvirke valg og løsninger. Videre gis det uttrykk for at det var ulik opplevelse av maktforholdet. En mulig forklaring på dette kan være at informantene deltok på ulike nivåer i prosjektet og at de tenker på ulike områder når de snakker om makt og hva de fikk være med å bestemme eller ikke. Maktperspektivet kom tydeligere fram hos de som har sittet i prosjektstyregruppen og brukerstyret. Disse har også hatt mere direkte kontakt med leverandørene. Mens de som kun var representert i brukergruppene ikke kjente på samme maktforhold. Det er naturlig at knivingen mellom de ulike fag og mellom byggherre og de utførende ble sterkere jo høyere man kom i organisasjonen. Det er her man fikk kjenne på at de valg som gjøres får konsekvenser for økonomi og drift, og man må ut i fra det gjøre prioriteringer. Brukergruppene så også mer «sitt» område og fagfelt, mens de som satt på «toppen» var forpliktet til å se alle innspill og det store bildet. Dette kan igjen forklare at enkelte ansatte ikke følte at de ble hørt, for de så kun sitt område. De kjempet for dette, men de så ikke helheten og at dette måtte vike for større avgjørelser.

Det oppfattes også at det var en maktkamp mellom entreprenør og arkitekt, altså innad i den utførende gruppen. Det ble en dragkamp mellom arkitektonisk uttrykk og kvalitet, mot kroner og øre og hva som teknisk var enklest å gjennomføre. Noe som skapte frustrasjon i slutfasen. Samtidig mener en del av informantene at arkitektene fikk for stor tillitt fra brukersiden og at man opplevde en ulik holdning til hva kvalitet er. For arkitektene var kvalitet noe annet enn for brukere. Man opplevde at de ikke hadde den kunnskapen om eldreomsorg og demens som de hadde forespeilet at de hadde. Dette er noe som enkelte av informantene mener har hatt påvirkning på sluttresultatet. For eksempel sa arkitektene at de kunne dette med «demens» godt, men når man i ettertid ser enkelte løsninger som er valgt, så opplever ansatte at de ikke har hatt like god kunnskap om dette allikevel.

Opplevelsen av makt og andres autoritet oppleves også forskjellig fra person til person. Noen uttrykte at de kjente på avmakt, mens andre ikke opplevde de samme konfliktene eller

diskusjonene på kroppen. Man har ulike personlige egenskaper hvor noen er mer tøffe og harde i kantene og våger å gå inn i diskusjonene, mens andre er konfliktskye og viker unna. Dette er igjen som Garbage Can modellen beskriver at vi er ulike personligheter som deltar, med forskjellige verdier, løsninger og problemer. Når disse blir mikset sammen i «søppelbøtten» er det med å påvirke hvordan og hvilke beslutninger som blir tatt (Jacobsen, 2018, s. 29, 44). Dette trekker oss mot neste område som er personlig forhold, i form av egenskaper, kunnskap og erfaring, og om de som deltar representerer seg selv eller fellesskapet.

## **5.4 Personlige egenskaper hos deltakere**

Den tredje hovedkategorien som kom fram gjennom empirien om hva som påvirker medvirkningen er «Personlige egenskaper», eller faktorer ved den enkelte deltakende person. Dette var også den mest fremtredende faktoren. Viktigheten at de riktige personene var delaktige og medvirkende fremheves som sentral. Det handler om hvem som deltar hva de bringer med seg inn i prosessen av erfaring, kunnskap, engasjement, og personlighet. I Garbage Can modellen, pekes det på at drivkreftene bak endringer og beslutninger utøves og oppfattes ulikt av de menneskene som deltar. Problemer og løsninger må identifisert og så må de bli oppfattet og fortolket. Vi har forskjellig utgangspunkt og ser ulikt på ting, vi oppfatter situasjoner ulikt og fortolker de forskjellig. Dette vil sette preg på hvilke resultater som kommer ut i den andre enden som beslutninger (Amdam & Veggeland, 2011, s. 93). Virksomhetslederen innen helse vil oppleve en annen virkelighet enn den ansatte gjør. En vaktmester har sin formening og sine ønsker og behov, mens en renholder kanskje har en annen innfallsvinkel. Vi har dermed ulik oppfatning av hva behovet er og eventuelt hva som er løsningen. Dette medfører at vi som ulike aktører har med oss ulike drivkrefter inn i prosessen (Jacobsen, 2018, s. 49-50). Dette utfordrer igjen representativiteten til de som deltar. Er det personlige ønsker og behov som fremheves ved deltakelsen eller er det til felleskapets beste?

### **5.4.1 Personlig engasjement og representativitet**

Personlig engasjement er noe av det som fremheves gjennom empirien som en svært viktig faktor til medvirkningen. Villigheten til å engasjere seg og til å bringe informasjon fram og tilbake mellom kollegiale eller gruppen man representerte. De som viste en interesse for å

være med å utvikle egen arbeidsplass, bidra på en konstruktiv måte. En informant uttale for eksempel:

«Jeg opplevde at de ansatte ble inkludert og det var absolutt mulig å være inkludert hvis en ønsket det selv. Så det er opp til en selv å velge å være med, så en hadde absolutt muligheten. Men en er jo avhengig av at det er engasjerte folk og at en har interesse og lyst til å være med å bidra og er konstruktive».

Dette underbygges av det Jântti & Kurkela (2021) fremlegger i sin studie, hvor personlige ressurser og engasjement er sentralt ved deltakelse (Jântti & Kurkela, 2021 s. 23). Det handler om viljen til å engasjere seg. Dette er på samme måte som Amdam (2011, s. 78) belyser ulike roller som en deltaker kan inneha hvor «Pådriveren» er den som viser forpliktelse. Nettopp forpliktelse er et nøkkelord som også nevnes i intervjuene. De som tok ansvar og var positive, var også de som var med å sette retning i prosjektet:

«De må jo ha lyst til å være der eller ha et visst engasjement de som er med. Og vilje til å tenke løsninger og ikke bare problematisere. Men begge deler er jo viktig at en ser utfordringene å, men også at en er villig til å se løsningene».

Videre pektes det på viktigheten med å ha et eierforhold til prosjektet. Her snakker man blant annet om hjemmesykepleien og deres engasjement i prosessen. Her ble det påpekt at de ikke var like engasjerte og delaktige og hvordan dette påvirket prosessen negativt. Dersom det er slik at hvem som deltar er avgjørende for utfallet, vil en påstå at det er særdeles viktig å ta med seg de riktige folkene inn i en medvirkningsprosess.

#### **5.4.2 Riktig kompetanse og nok erfaring**

Selv med et sterkt engasjement og ønske om å bidra inn i byggeprosessen, var kompetanse noe samtlige informanter pekte på i sitt intervju. Både som en positiv effekt i de tilfellene hvor man hadde med erfarende ansatte i medvirkningsprosessen, men også som et hinder når man ikke hadde nok kunnskap. Flere uttalte at man gjerne skulle ha begynt på nytt nå, etter å ha vært igjennom dette prosjektet. Man ser at man nå innehar en kunnskap som man tidligere ikke hadde. En sa på en spøkefull måte dette, dog med et budskap bak:

«Jeg tenker det er akkurat som om du bygger et hus ellers. De sier jo det, bygger du huset ditt for tredje gang så får du det som du vil ha det. Det er vel litt sånn med et helsehus også».

Jântti & Kurkela presenterer i sine funn at personlige egenskaper hos deltakerne var en viktig faktor for å lykkes i medvirkningsprosesser. Videre peker de på kompetanse som et viktig område som både kan være til hinder for deltakelsen, men også være en styrke (Jântti & Kurkela, 2021 s. 23). Flere av informantene pekte på svakheten ved at man kom til kort når det gjaldt kompetanse. I mange av tilfellene handlet det nødvendigvis ikke om kunnskap på sitt eget fagfelt, men på det byggetekniske. Man forstod ikke alle de byggetekniske termologiene. Å ha kunnskap om bygningsmessige forhold er ikke noe som er gitt at man har som fagperson innen helse. De fleste av informantene hadde ikke vært med på slike byggeprosjekter tidligere, med unntak av representanten fra entreprenør siden og en til med noe erfaring. De fleste hadde ingen eller svært liten erfaring med byggeprosjekter generelt, noe som de peker på som utfordrende i forhold til å forstå hva behovet egentlig er. Derfor ble det belyst i samtalene at man opplevde at man ikke hadde kompetanse på det å forstå en byggeprosess. Som en uttalte det:

«Vi var med, men vi forstod kanskje ikke helt hva vi var med på. Du ser en tegning, men du har ikke forståelsen for hvor stort blir dette her faktisk og hvordan blir det i forhold til drift».

Flere pekte her på at man ikke hadde nok kunnskap om dette med arealer når man så et rom på en tegning:

«For det er så svære dimensjoner at du klarer ikke helt å se for deg hvordan størrelsen vil bli. De som bygger bygg de skjønner jo, og har mer erfaring om hvor mye 200 kvm er, ikke sant? Det kan jeg og tenke meg, men samtidig så ser jeg det ikke for meg, for jeg har ikke stått i så mange bygg av denne dimensjonen».

Her sier informantene at det å sette av tid til å reise å se på andre tilsvarende prosjekter var svært nyttig og var med å kompensere for manglende erfaring innen bygninger. Det å se hvordan andre hadde løst utfordringer på en god eller dårlig måte var svært nyttig. Det ga en økt forståelse, og det pekes på at det skulle vært satt av enda mer tid til dette. Samtidig stolte man på at entreprenører og arkitekter tok hånd om dette. Noe som enkelte pekte på at man kanskje stole for mye på. For de tenkte på sin side ikke dette opp mot faget, driften og utførelsen av tjenestene.

Flere snakket derfor om nødvendigheten av å ha fagpersoner med hele veien, spesielt i forhold til teknisk drift av bygget i etterkant. De som har kompetanse for å kunne forstå hva man skal etterspørre:

«Og så er det jo viktig at det er folk med kompetanse, som kan stille de riktige spørsmålene».

Det nevnes at det var en negativ ting at for eksempel vaktmester ble ansatt sent i prosessen, og da var mye av føringene og grunntankene lagt. Det ble påpekt at med hans kunnskap på teknisks drift kunne trolig noen løsninger vært annerledes:

«Nei, det eneste jeg tenker skulle ha vært annerledes er det at det skulle ha vært på plass med en gang når prosessen begynte fagpersoner som hadde kompetanse over fag som en er nødt til å ha innsikt i for å drifte bygg. Så jeg tenker jo at det med tid, og rett person på rett plass, det er veldig, veldig viktig i ett slik prosjekt. Det må en egentlig bruke veldig god tid i forkant, før en starter et slik prosjekt å få de på plass. Og ikke når prosjektet starter, men de bør være på plass i forkant. Og rolleavklaring, i forhold til hvem som har myndighet og ansvar. Så det er ting vi må ta med oss for seinere prosjekter».

Man må derfor tidlig kartlegge tilgjengelige ressurser og involvere de fra start. Og om mulig anskaffe nødvendige ressurser. I et så stort og avgjørende prosjekt for kommunens drift, er det svært viktig at det driftsmessige er planlagt nøye med hensyn til gevinster. På den andre siden så er man er prisgitt de folkene man til enhver tid har tilgjengelig. Kommunen hadde ikke forholdene tilrettelagt for å kunne ansatte disse personene tidligere. Samtidig, når man i ettertid ser hvor viktig dette var, hadde man kanskje valg å omprioritere for å få det til før. En annen mulig måte å se dette på er også viljen og engasjementet til å sette seg inn i ulike problemstillinger. Det vil si å lese seg opp og søke kunnskap om områder man ikke kjenner så godt. Her kommer igjen Amdams (2011) rolle «Pådriveren» som man kan ikle seg i plan og utviklingsarbeid. Pådriveren forplikter seg til å sette seg inn i tema og lære seg å forstå det han/hun ikke forstår. Disse personene er viktige å ha med for å sette retning og for å ta valg som er nødvendige.

Brukernes egen oppfatning av manglende kompetanse, med hensyn til å ta beslutninger, kan som sakt skyldes ulike faktorer. Når dette er sagt, skal Lyngdalsmodellens i utgangspunktet gjennom tidlig og langvarig brukerinvolvering tilrettelegge for nødvendig kompetanse ved brukerbeslutninger. Hensikten er at brukerne skal få en gjennomgående innføring fra start av,



slik at de får bedre forutsetninger for å fatte beslutninger (Meland, 2000, s. 27). Her spiller nok bytte av folke en stor rolle. Samtidig vil det alltid forekomme kommunikasjonsutfordringer mellom ulike fagdisipliner. Det kom også fram gjennom intervjuene at man trodde at man snakket om det samme, men egentlig hadde man ulike forståelse av saken. Dette er viktig å være klar over både fra deltakersiden og fra leverandørsiden, at man må forsikre seg om at man forstår hverandres behov. Dette kom for eksempel fram i eksempel om at man la ulik mening i «fast himling». De medvirkende trodde at dette var en himling som kunne tåle motstanden fra hjelpemiddel, mens det i realiteten var en slett hengende himling uten festemuligheter. Ved en tydelig avklaring kunne slike misforståelser vært unngått.

### **5.4.3 Folk kommer og går – flytende deltakelse**

Bytte av personell og skiftning av sentrale personer ble også nevnt som en viktig faktor i forhold til hva som har hemmet medvirkningen. Blant annet ble prosjekteringsleder ved flere anledninger byttet ut på grunn av naturlig avgang og jobb bytte. Selv om modellen vektla kontinuitet og «bot» for bytte av sentrale personer, så forekom dette. Prosjektets første prosjekteringsleder hadde jobbet i Lyngdalsmodellen tidligere og hadde stort fokus på medvirkningsprosessene. Den som overtok denne rollen var nok ikke like kjent med modellen. Informantenes opplevelse var også at prosjekteringslederne hadde forskjellige holdninger og vektla medvirkningen forskjellig. Dette medførte andre beslutningsprosesser enn det som ble forespeilet i modellen, og slik det hadde fungert på ungdomskolen hvor samme modell ble brukt. Det pekes også på at arkitektene som var med i tidlig fase hadde et stort engasjement mot brukerne og hadde hyppig dialog. Når arkitektene ble byttet ut, medførte dette mindre henvendelser til brukere. De forskjellige arkitektene vektla også ting ulikt og personlige preferanser styrte valg som ble tatt. Som en informant sa:

«Folk ble skiftet ut fra kommunen, det var folk som ble skiftet ut i fra Kruse. Jeg ser jo selv også hvor vanskelig det var å komme inn midt i det. Da vil det jo si seg selv at det blir faktisk talt hull, det blir noen hull som plutselig blir glemt og ting som ikke blir med som en skulle ha med, og det kreves jo av de personene. Men sånn er jo verden, folk slutter og folk kommer. Og det er utfordrende.»

Det ble pekt på at alle byttene av folk førte til manglende kontinuitet, men også det faktum at forskjellige folk også har med seg forskjellige egenskaper, behov og ønsker. Dette er på samme måte som «Flytende deltakelse» blir beskrevet i Garbage Can modellen (1972). Det

vil si at folk kommer og går, og disse representerer ulike holdninger, ulike problemer og løsninger som de tar med seg inn i beslutningsanledningene. Garbage Can peker derfor på noe viktig når de vektlegger deltakerne som en viktig strømning i beslutningsprosesser. Når da folk kommer og går medfører dette at det kan være tilfeldighet som avgjør (Cohen et al., 1972, s.1). Kontinuitet er derfor et svært viktig moment. Det påpekes at det er ønskelig å ha med de samme personene hele veien. Nye personer vil ikke ha samme forståelse for de valg som er besluttet siden man ikke har med seg historikken. Det er bra at modellen legger opp til at det gis incentiver dersom noen slutter. Samtidig så vet man at man ikke kan unngå at folk slutter og folk begynner når et prosjekt strekker seg over flere år. Derfor er det også viktig å legge opp til systemer som gir en god innføring for nye sentrale personer dersom det allikevel oppstår et bytte.

## 5.5 Organisering av medvirkningen

Den siste og fjerde samlekategorien er «Organisering av medvirkningen», og hvordan dette var med å påvirke. Det handler blant annet om hyppigheten av medvirkningen og hvor bred deltakelsen var slik Arnstein (1969) belyser. I denne sammenhengen også hvilken modell som ble benyttet. Lyngdalsmodellen er et sentralt element i forhold til organiseringen og hvordan og når man skulle være med å delta. Organisering og strukturering av medvirkningen er også viktig. Jântti & Kurkela (2021) snakker her om instrumentelle faktorer, dvs. kanalene og hvordan medvirkningen organiseres. Det var også sentralt å spørre informantene om de opplevde at de hadde en reel mulighet til å påvirke og om de så resultater av medvirkningen.

### 5.5.1 Modell for byggeprosjektet - samspillsmodell

Som nevnt i kapitlet om konteksten rundt helsehuset ble Lyngdalsmodellen beskrevet som sentral i forhold til grader av medvirkning. Modellen vektlegger brukermedvirkning gjennom alle faser av byggeprosjekter. Og som en av informantene uttrykte det tydelig:

«Det er mange ord å bruke i dette prosjektet. Men brukermedvirkning det vil jeg si det har vært! I aller høyeste grad. Det er veldig få prosjekter vil jeg tro, som det har vært SÅ mye brukermedvirkning med, som i dette prosjektet. Absolutt!».

Lyngdalsmodellen fremhever medvirkning som særdeles viktig. Brukeren skal være med i alle ledd i beslutningene og det framheves at de har mer påvirkning i denne modellen enn i normale entrepris modeller (Meland, 2000). Medvirkningen skjer lenger ut i fasene i

byggeprosjektet enn i normale entreprisemodeller. Dette er positivt, men det kan også gi utfordringer i forhold til fremdrift. Informanten fra entreprenøren sa det på denne måten:

«Du kan jo påvirke. Både på godt og vondt så kan du jo påvirke til du nesten overlever og setter nøkkelen i døren. Men det er klart at utfordringen sett fra en entreprenør ståsted er jo kanskje at den prosessen med brukerpåvirkning kan dra litt for langt ut i tid slik at det hindrer framdrift og prosjektering».

Modellen vektlegger at valg av løsninger skal bære preg av kvalitet, funksjonalitet og fleksibilitet med tanke på utvikling. For å få til dette skal brukere tidlig inkluderes i prosjektet slik at de kan påvirke løsninger. Tanken er at brukere får et større eierskap til prosjektløsningene siden de er involvert helt fra start og over en lengre periode enn i normale entreprisemodeller. Dette påpekes på sin side igjen å fremme effektivitet og produktivitet (Abrahamsen & Salgado, 2014, s. 10).

Dersom man ser prosjektet i lys av Arnstein (1969) sin teori om medvirkning, forklarer hun at det eksisterer ulike grader av medvirkning. Dette fremstilles som en stige. Jo høyere man kommer i stigen, jo mer har de som medvirker noe de skulle ha sagt. Lyngdalmodellen plasserer seg slik man ser det i noen av de høyeste trinnene. Arnstein beskriver i trinnet partnerskap at man har et fordelt ansvar, hvor man gjensidig blir enig om avgjørelser. Det handler om å gi og ta. Informantene uttrykte at det i stor grad var et godt samspill samtidig som de av og til mente at det var et ujevnt maktforhold. Arnstein sier at medvirkningen fungerer best når det er gode rammer og at makten er tydelig fordelt. Hun beskriver at det ofte er slik at «Deltakerne må ta makten selv, de blir ikke gitt den» (Arnstein, 1969, s. 221).

I Lyngdalmodellen er brukerne tildelt en viktig rolle, samtidig så er det slik at rollen blir ulik gjennom hvem som deltar, slik som beskrevet i forrige kapittel. Arnstein har nettopp møtt på kritikk for at trinnene bli for enkelt fremstilt og at det i det virkelige liv er flere faktorer som spiller inn (Tritter & McCallum, 2006, s. 160). Derfor ser man at teorien ikke alltid samstemmer helt med hvordan det faktisk ble gjennomført. Lyngdalmodellen la opp til at saker skulle presenteres for brukere med ulike forslag til løsninger. Så skulle brukerne behandle de ulike forslagene og deretter komme med sin innstilling. Deretter skulle valget tas i prosjektstyregruppen. Her pekes det på flere forhold som kan være årsak til at dette ikke fungerte helt etter modellen. Blant annet hadde størstparten av prosjektledelsen, arkitekter og

rådgivere ikke jobbet i denne modellen tidligere. Når det ble bytte i ledelsen smuldret litt av grunntakene for hvordan medvirkningsprosessen i Lyngdalsmodellen skulle være vekk. For det andre ble det lagt mye arbeid og tid ned i å utarbeide en rekke utredninger tidlig i prosessen. Flere mente at det var vanskelig å se detaljer så tidlig i prosessen. Noe ble veldig detaljert, slik at man ikke klarte å følge dette videre. Mens andre områder ble for lite detaljert.

En annen viktig faktor er «Representativiteten». I hvilken grad kan de som deltar representere en hel gruppe med mennesker. Man kan risikere at utvalgte ikke representerer bredden og deltakelsen blir dermed ikke representativ for alle brukere. Et representativt utvalg er viktig med tanke på at det endelige resultatet skal gjenspeile mangfoldet av interesser, og ikke bare den enkelte interesser (Tritter & McCallum, 2006, s. 160). Det kan gjerne bli at personlige preferanser slår igjennom kontra felleskapets ønsker. Gjennom intervjuene kom det ikke tydelig fram at dette var et problem. Det opplevdes som et større problem at det var ulike behov og ønsker mellom ulike fagretninger og avdelinger. Det var for eksempel en diskusjon rundt plassering av avdelinger og hvem som burde være på bakkeplan eller ikke. Men selve representativiteten ble ikke nevnt som et stort hinder.

Lyngdalsmodellen handler også i stor grad om styring mot mål og det ble ut i fra det informantene forteller jobbet godt med målsetninger. På mange måter kan en si at dette byggeprosjektet er en typisk rasjonell planlegging som baserer seg på at man setter seg tydelig mål og man jobber seg systematisk mot disse (Amdam og Veggeland, 2011). Informantene trekker fram arbeidet med verdi- og målsetning som en positiv faktor. Verdiene og målsetningene var retningsgivende og ble brukt som styringsparameter når ulike valg skulle tas. Verdigrunnet dannet rammen i prosjektet og bestod blant annet i at helsehuset skulle være et åpent, trygt og godt sted å både bo og arbeide.

Klare målformuleringer og målprioritering er med på å tilrettelegge for godt samspill mellom involverte aktører, og bidrar til samarbeid mot felles mål. Et av fokusområdene i Lyngdalsmodellen er å harmonisere prosjektets felles mål med leverandørenes og brukernes mål. Denne tankegangen skiller seg fra tradisjonelle gjennomføringsmodeller hvor man ofte tenker motparter i stedet for samarbeidsparter (Meland, 2000). Prosjektet var omforent med målene, samtidig er det vanskelig å si om de ulike aktørene la ulikt innhold i de Det man kan se i ettertid er at mange av målene er blitt nådd og gevinster er utløst. Samtidig så ser man at selv om idealet var at alle valg som ble tatt skulle lede mot målsetningene, så er det slik at det

av og til er forhold som kommer inn fra siden og skaper endringer. Aarsæther mener derfor at den rasjonelle planleggingen mot mål av og til blir for smal og at den ikke er anvendelig i det praktiske formål (Aarsæther, 2012, s. 27). Teorien belyser at organisasjonene er komplekse og består av mange samtidige prosesser, og at de valg som blir gjort ikke alltid er tilsiktede og gjennomtenkte (Jacobsen, 2018, s. 29). Organisasjoner gjennomfører ofte endringsprosesser for å forbedre, men resultatet blir ikke alltid slik man ønsket. Garbage Can modellen forklarer dette som at organisasjonene ofte har uklare mål eller «Problematiske preferanser» og at man ikke er samstemte om hvor man vil (Cohen et al., 1972, s. 1, 16). Det fremheves gjennom empirien at de organisatoriske forutsetningene for prosjektet ble endret underveis. Det gjorde igjen at målsetningene i prosjektet ble uklare. Det er her den anarkiske planleggingsteorien påpeker at de valg som blir gjort ofte like mye handler om tilfeldigheter som rasjonelle og overveide beslutninger (Jacobsen, 2018, s. 44).

Flere nevner også at Lyngdalsmodellen var vanskelig å forstå. Organiseringen og reglene var vanskelig både for rådgivere fra de utførende firmaene, men også for kommunen og ansatte. Informantene pekte også på at de opplevde at de ulike aktørene fra utbygger siden ikke forstod modellen. Den ble for komplisert. Det pekes også på at det var ulik erfaring med denne type samspillsmodeller fra før. Dette er på lik linje som Garbage Can modellen snakker om «Uklar teknologi» og at de som deltar ikke alltid forstår prosessene og de verktøyene som blir brukt. Dette påvirker beslutninger som blir tatt (Cohen et al., 1972, s. 16). Det å være omforent med hva kriteriene og hvordan Lyngdalsmodellen fungerer er sentral, noe som det tyder på at man burde brukt mere tid på å forsikre seg om dette. Særlig når man også vet at det var flere bytter av sentrale personer underveis.

### **5.5.2 Koordinering, ledelse og organisering**

Samtlige informanter peker på at det har vært en bred og stor medvirkning. Samtidig så påpekes det at det nesten har vært for stort og omfattende. Slik sa en det:

«Jeg har tenkt på mange ganger i ettertid at det ble kanskje litt for mye brukerinvolvering».

Mange involverte brukere bidrar til mye informasjon, og det kan bli utfordrende å skille mellom ønsker og faktiske behov. Slik som tidligere nevnt medfører det også mange ulike meninger og det blir da vanskeligere å ta beslutninger som man er enstemmige om. Mange involverte skaper også et stort apparat som skal organiseres og det kan gjøre at man mister

oversikten. Flere peker her på at det kanskje heller burde vært færre med, men at de som var med var enda mer dedikert i oppgaven. På den andre siden ble det pekt på at det var bra at man hadde en bred deltakelse:

«Det er veldig viktig at de riktige personene er med og at alle ledd er med. Det at ansatt på gulvet til virksomhetsleder eller enhetsleder var med i ulike grupper og på ulike måter, og jeg tror det er viktig at alle nivåene var med».

Koordinering og organisering av medvirkningen pekes på som viktige faktorer som både hemmer og fremmer medvirkningen. Noen må ha oversikten og koordinere alle de ulike innspillene som kommer inn. Flere av informantene berømmet kommunen og prosjektledelsen for måten prosjektet ble gjennomført på, blant annet ved involvering og koordinering av brukerarbeidet. God ledelse og koordinering fremmer muligheten til å få fram ønsker og behov. Det fremheves at det er helt nødvendig i slike store prosjekter å ha noen som koordinerer medvirkningen og som er et bindeledd mellom leverandør og deltakerne. Her pekes det på at rollen som brukerkoordinator har vært viktig:

«Så rollen som brukerkoordinator tror jeg var kjempe viktig at den var der hele veien. Jeg vil si at det er en viktig rolle å ha i et sånt prosjekt og ha en som koordinerer brukergruppene og har dialogen fram og tilbake. Og kanskje ser helheten».

Det bør derfor tidlig vektlegges og få denne rollen på plass, og det må også være tydelig hva slags mandat denne rollen har. I Arnstein (1969) sin modell beskrives trinnet «Plassering», der vil si at noen plasseres eller velges ut til et utvalg. Her pekes det på at disse ikke alltid er representative for de som de representerer. Samtidig kan man også komme i undertall i f.eks. et styre og lett bli nedstemt. Det er derfor viktig at det er tydelig avklart hva rollen skal være. I veilederen «Medvirkning i planlegging» utarbeidet av Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2015) peker de på viktigheten av å ha tydelige rammer for involveringen. De belyser at desto tydeligere rammene er, jo lettere er det å gjennomføre og å få medvirkningen til å fungere. Tydelig kommuniserte tidsrammer og frister er også sentralt. Og ikke minst at rollene er klare (s. 21). Ledelse er også et viktig aspekt her. Både i form av hvilke holdninger ledelsen har til medvirkningen, men også evnene til å dra i prosessen og sette retning. Ikke minst oppnå effektivitet ved å sette krav og ha god styring for når endelige avgjørelser må gjøres. Manglende forståelse hos ledere for viktigheten av å delta kan være avgjørende. Det er ofte lederes som velger ut hvem som deltar i de ulike prosessen. Her handler det om lederes evne til å velge de rette som innehar den rette kompetansen og engasjementet. De som er

representative. Det ble også sakt i flere av intervjuene at det var godt med informasjon som ble gitt ut gjennom nyhetsbrev, nettside og gjennom avdelingsmøter:

«Jeg tenker det var greit representert. Jeg tenker det. Også det med nyhetsbrevene var jo veldig bra, tenker jeg, som kom ut. Det er jo også involverende og informerende. Vi var jo også ute i media. Brukte også hjemmesiden. Så jeg tenker at det var mye god informasjon også ut, og det er jo også involverende for folk, at de blir informert og at de kan spørre. Da var det jo åpen linje til hvem det skulle være».

På den andre siden peker Arnstein (1969) på at det i trinnet «Informasjon» ikke er gitt at det er en reel brukermedvirkning. Det er ofte en måte å legitimere involveringen (Arnstein, 1969, s. 217). Samtidig vil en påstå at alle kan ikke involveres i alle detaljer. En del informasjon er nødvendig for å forankre prosjektet hos alle medarbeidere. Videre ble det nevnt at Innobuild var positivt med tanke på medvirkningene og at grunnprinsippene ble lagt den gangen:

«Nei jeg tenker det var veldig tidlig involvering og så var det jo det at vi hadde Innobuildt i forkant. Det synes jo jeg var en god ting. For da hadde vi så mye, da var det ganske mange undersøkelser og brukerundersøkelser, hvordan ansatte og brukere og folkevalgte kunne tenke seg å ha det. Så det var jo en stor suksess».

### **5.5.3 Reel mulighet til å påvirke eller ikke?**

Til syvende og sist så handler medvirkningen om at man faktisk har mulighet til å påvirke de valg som blir gjort eller ikke. Arnstein beskriver i sin stige at når man kommer så høyt i stigen som det man vil påstå at Lyngdalsmodellen er, så skal man ha en reel mulighet til å påvirke. Man har makt og man har myndighet. Samtidig så vet man at alle disse forholdene som er blitt beskrevet tidligere i oppgaven påvirker deltakelsen. Det er uforutsette problemer og løsninger og ulike deltakere med sin kunnskap, erfaring og holdninger som påvirker beslutningene (Cohen et al., 1972). Samtidig så er det slik at medvirkning nødvendigvis ikke fjerner interessekonflikter.

Samtlige informanter mener at man har fått være med å påvirke og man har vært med å gjøre valg. Samtidig er det ikke alltid at utfallet er slik man personlig ønsket det. Det vil være naturlig i et så stort prosjekt, at man ikke klarer å imøtekomme alle behovene. Så selv om en del av ønskene ikke ble noe av på grunn av ulike årsaker, så var det allikevel mange ting som ble gjennomført. På spørsmålet om man fikk en reel mulighet til å være med å påvirke svarte en følgende:

«Ja absolutt, ja i aller høyeste grad. Jeg opplevde at vi fikk være med å påvirke. Det var jo selvfølgelig noen ting. Sånn som husbanken, brannkrav som stoppet. Men ellers så opplever jeg at vi både fikk flyttet på ting og endret på ting, og fikk lov til å være med å påvirke. Så jeg opplever absolutt at det var en reel medvirkning.»

En annen informant sa det på denne måten på spørsmål om man fikk en mulighet til å påvirke valg som ble gjort:

«Ja, det følte jeg jo. For mange av de punktene som var veldig viktig for brukeren de holdt vi jo fast på. Og det var jo ting som ble kjempet for, hvis de ville prøve å gjøre endring. Så var det jo brukeren vi kjørte på for at ting skulle gå igjennom.»

Videre ble det spurt om innspillene som man kom med ble tatt på alvor og svaret var da:

«Ja det opplevde jeg, at de ble tatt på alvor og ble hørt. Så kan det jo være ting som gjorde at det ikke var mulig å gjennomføre, men da opplevde en jo at en stort sett fikk tilbakemelding på det.»

Samtidig så er det slik at selv om man har reel mulighet til å påvirke, så vet man ikke alltid hva som er den beste løsningen. Det ble sakt av en informant at man ofte tenker for komplisert og kanskje ikke ser det reelle behovet. Man har ett så stort ønske om at det skal være nytenkende, innovativ og moderne at man glemmer funksjonaliteten oppe i det hele. Videre forteller den samme informant om utforming av lys og alle mulige valgmuligheter for å stille på lys, at det blir så komplisert at det ikke blir brukt. Informanten påpeker: «Det enkle er ofte det beste».

Videre:

«Vi gjør det kanskje litt flottere enn det trenger å være. Ja. Jeg ser nå at hadde vi tenk om igjen på de rommene, så hadde jeg kuttet ut den lyslisten over tv`n. Den brukes aldri. Den er bare i veien. Jeg har ikke sett at de har hatt den på en gang. Så sånne ting, ja det får vi lære av».

På spørsmål om man trodde at medvirkningen hadde påvirket byggets utforming og funksjonalitet positivt, svarte samtlige bekreftende på dette. En sa det slik:

«Vi hadde aldri fått det bygget hvis vi ikke hadde hatt brukermidvirkning. Nei, Nei det tror jeg ikke. Så det har vært positivt ja».

Man opplever at det er enkelte områder som man ikke har fått igjennom sine ønsker. Men om man ser på prosjektet som helhet så er informantene fornøyde. De opplever at de har fått være med hele veien og at mange av hovedtankene og prinsippene har blitt holdt på. Her pekes det



blant annet på målhuset og verdiene som ble satt. Disse er blitt holdt fast på gjennom hele prosessen. Som en sa så tydelig, men beskrivende:

«Det er prinsippene som gjelder – ikke detaljene».

For å si om man faktisk har fått mulighet til å påvirke, så må man derfor kanskje se på målsetningene som ble satt i prosjektet og om man faktisk har nådd disse. Noen av målene vil det være for tidlig å konkludere med om man har nådd, men mange har blitt nådd. Noen mål er ikke mulig å måle nå på grunn av Korona. Det gjelder mange av de sosiale og kulturelle målene som er blitt satt på sidelinjen på grunn av nedstenging av bygget. Allikevel må man si at verdiene om et åpent, trygt og tilpasset bygg er langt på vei nådd. Alle informantene mener at man har fått et flott bygg og sier at det er alltid små ting man kunne tenke seg annerledes, men i det store og hele er man fornøyde.

## 6.0 OPPSUMERING OG KONKLUSJON

I det følgende gis det en oppsummering i forhold til problemstillingen, og hvilke funn man har gjort. Samtidig ser man på hvordan funnene kan være til nytte for tilsvarende prosjekter i forhold til hva som har vært bra og hva som eventuelt kunne vært gjort annerledes.

Avslutningsvis pekes det på hvordan man har klart å svare på problemstillingen eller ikke, begrensninger ved studien og behov for videre forskning. utfordringene og løsningene knyttet til fremtidens omsorgstjenester avhenger i stor grad av kommunenes evne til å være innovative og gjøre de rette prioriteringene. Hvordan kommunene satser i forhold til utbygging for å møte det økende antall hjelpetrequende eldre er derfor sentralt. Men et bygg i seg selv er kanskje ikke løsningen på problemene. Det handler like mye om hvordan bygget er uformet og hvilke løsninger som er valgt. For å få til dette så trenger man medvirkning av de som kjenner tjenestene og som kan se utfordringsbildet. Spørsmålet som ble stilt i denne oppgaven var derfor:

*Hvordan var ansatte medvirkende ved bygging av nytt helsehus i Lyngdal kommune? Hvilke faktorer var avgjørende for involveringen og hvordan påvirket det byggets utforming og funksjonalitet?*

Kravet til medvirkning i planlegging av store prosjekter slik som ved bygging av Lyngdal helsehus er som kjent lovpålagt. Det er helt klart både gjennom teori og gjennom funnene i denne undersøkelsen at medvirkning er nødvendig. Medvirkning er viktig for å gjøre de rette og faglige forsvarlige valgene. Kunnskap om faget og om forhold til de som skal bruke bygget, slik som ansatte, er av uvurderlig nytteverdi. Samtidig så ser man at det er flere forhold som påvirker deltakelsen. Disse faktorene er det viktig å kjenne til for de som skal lede gjennom tilsvarende prosjekter i framtiden:

For det *første* så handler det om å kjenne til de ytre faktorene som skjer på utsiden av prosjektet, og i hvilken grad dette påvirker byggeprosessen og medvirkningen. Gjennom funnene så fant jeg at både økonomi, tid og ressurser påvirker deltakelsen. Både i form av at økonomien styrer valg som blir tatt, men også at dårlig økonomi gjør at man ikke kan bruke de ressursene som er ønskelig inn i prosjektet. Samtidig er det viktig å se det store bildet i et slikt prosjekt. Selv om man her og nå tenker at det er kostbart å frigjøre ansatte til å delta i medvirkningsprosesser, så vil det kunne tjene seg inn. Det vil kunne gi enorme gevinster med

tanke på riktige løsninger og drift for framtiden. Videre så er det organisatoriske forhold og andre store prosjektet samtidig i kommunen som påvirker. I dette prosjektet så var kommunesammenslåingen noe som påvirket og som kom inn i beslutningsprosessen etter at mange av grunnprinsippene for bygget var lagt. Med en ny organisasjon så førte det til at det kom inn nye personer og en ny kultur. Ikke minst førte kommunesammenslåings-prosessen til at fokuset ble tatt vekk fra prosjektet og viktige ansatte viet tid og oppmerksomhet til andre arenaer. Slike utenforstående prosesser kan man nødvendigvis ikke unngå når byggeprosjekt går over mange år, men man bør være bevisst på konsekvensene når «viktige» ansatte fjerner seg fra prosjektet. Sentrale innspill kan forsvinne, og man får ikke de optimale forholdene for en effektiv drift i bygget i etterkant. Nye aktører som kommer inn har med andre problemer og løsninger inn i beslutningene og påvirker utfallet slik Garbage Can modellen poengterer (Cohen et al., 1972). Om mulig bør man ha dedikerte personer som til tross for at det skjer andre prosjekter og omorganiseringer blir værende i prosjektet.

I en kommune så er det også den politiske dimensjonen som man må forholde seg til. Det er viktig å spille på lag med politikere og samarbeide hele veien. Politikere må tidlig involveres og det er viktig at de sitter i styringsgruppen for å ha direkte link mellom byggeprosjektet og det politiske liv. Tydelige forventninger til politikere må avklares, og de må oppfordres til å sette seg inn i detaljene og ikke bare se på det økonomiske perspektivet, men også kvaliteten og helheten.

Videre er det avgjørende at prosjektledelsen tidlig kommuniserer til brukere og de som deltar, at det er en del forhold som man ikke kan endre på. En del ting er forhåndsbestemt og definert i forkant. Ledelsen må tidlig i prosessen sette deltakeren inn i de bygningsmessige og branntekniske lovkravene, slik at man vet hva som er mulig å gjennomføre og ikke. Det må være en åpen dialog omkring disse temaene. Man må heller ikke undervurdere at et slikt stort byggeprosjekt like mye dreier seg om en endringsprosess. Derfor må ledere og andre involverte kjenne til aspekter rundt endringsledelse og hvorfor man møter motstand eller oppslutning.

Den *andre* hovedkategorien av funn handler om makt og motstridene ønsker og behov. Entreprenørene sitter på mye kunnskap og erfaring. Kunnskap kan igjen gi et overtak som kan oppleves som et makt overtak. Sterke personligheter kan også være med å styre prosessene. Man må derfor være observante og tidlig identifisere de ulike rollene og makthierarkiene som eksisterer. De som medvirker må være tydelige på hva de trenger og stå for sine valg til tross

for at de møter motstand på veien. På den andre siden så er det slik at de som medvirker ikke alltid er innsides enige om hva behovet faktisk er. Med mange involverte, blir det mange motstridene ønsker og behov. Det kom tydelig fra gjennom intervjuene at man opplevde at det nesten hadde vært en for stor medvirkning. En tydelig gruppe som tar beslutninger for de medvirkende er derfor nødvendig. Samtidig så er det slik at man ikke alltid vet helt hva det faktiske behovet er. Samfunnet og tjenestene er i konstant endring og behovene endres underveis. Det er derfor vanskelig å spå framtidens egentlige behov. Hadde man vist med enda mer nøyaktig hva man trenger, ville man kanskje fått ett enda bedre sluttprodukt.

For det *tredje* så påvirkes medvirkningen av hvem som deltar og hvilke ressurser de har med seg inn i prosessen. Man er prisgitt at man har noen dedikerte, kompetente og engasjerte personer med. Noen som har forståelse for at deres medvirkninger er viktig og som tørr å stå på kravene. I et stort prosjekt som dette så er det mange involvert. De som deltar har med seg sine egenskaper, sine erfaringer, sine holdninger og sin kunnskap akkurat slik Garbage Can belyser (1972). Her pekes det blant annet på kunnskap som en viktig faktor, men også et personlig engasjement og vilje. Samtidig er man prisgitt de personene man har til rådighet. Her er det nødvendig å styrke de som er medvirkende og øke deres kompetanse slik at de kan håndtere utfordringer og problemer som oppstår. Befaringer av andre prosjekter kan her nevnes som en god innfallsvinkel. Også det å verve personer som har vært med i tilsvarende prosjekter tidligere kan være en fordel. Deling av kunnskap på tvers av kommunegrenser tenker man er viktig for å hjelpe hverandre med å velge de beste løsningene. Det handler også om å være ærlige til de som kommer for å befare Lyngdal helsehus. Man må våge å fortelle om utfordringer og ting man ikke er fornøyd med for å lære av hverandre.

*Fjerde* hovedkategori som ble funnet gjennom empirien var forhold rundt organiseringen av medvirkningen. Her handler det både om Lyngdalsmodellen som ble brukt i dette prosjektet, organisering og ledelse. Ikke minst vil det til slutt være avgjørende å vite om de som har medvirket faktisk opplever at de har fått være med å medvirke. Lyngdalsmodellen oppfattes som positiv på mange måter. Brukerne har fått være med hele veien gjennom prosessen og det sies også gjennom informantene at man opplever at man fikk en reel mulighet til å være med å påvirke og bestemme hvordan løsningene skulle bli.. Ved at brukerne får komme med innspill og innvendinger når ideer og skisser blir presentert, kan en håndtere uenigheter på et tidlig tidspunkt. Selv om man opplever at det har vært mange kamper og at man ikke har fått alle sine ønsker igjennom så får man gjennom denne modellen satt medvirkningen i system.

Så selv om det er faktorer som har påvirket, som at det ble en lang prosess på grunn av tomtevalg så har allikevel modellen vært et pluss for prosjektet. Men det krever ledelse og det kreves koordinering gjennom hele prosessen. Det må bygges en tydelig og definert struktur i arbeidet, med tydelige roller og ansvarfordeling. God styring og kontroll er avgjørende for medvirkningen.

Alle disse fire hovedkategoriene med underkategorier som hemmer og fremmer medvirkningen kan sees i lys av Garbage Can modellen (Cohen et al., 1972). De representerer ulike strømninger som bringes inn i beslutningsprosessen. Det er både problemer og løsninger, og det er deltakerne selv med sine egenskaper. Dette blir mikset sammen og man vet derfor ikke nøyaktig på forhånd hvordan utfallet vil bli. Folk kommer og folk går. Av og til er det derfor tilfeldighet som er med å avgjøre. Uforutsette ting vil skje fordi man har med mennesker å gjøre. På den andre siden så er det slik at det anarkiske perspektivet og Garbage Can modellen, som peker på at det meste er tilfeldigheter, ikke kan sees på som eneste modell i et slikt prosjekt. Det vil i virkeligheten være en sammenblanding av flere ulike måter å planlegge og gjennomføre endringer på. Utgangspunktet for prosjektet er den rasjonelle måten å planlegge på hvor man styrer etter mål som er satt. Mye i dette prosjektet er nøye planlagt og man har langt på vei så nådd målene som ble satt. Men man må være bevist alle de uforutsette faktorene eller strømningene som påvirker. Sett i lys av gjennomføringsmodellen og uttalelser fra entreprenører, samt den en ellers har kunne observere og erfare, så ser det ut til at dette prosjektet har hatt mer involvering og avsatt tid til medvirkning en andre tradisjonelle byggeprosjektet. I forhold til Arnstein (1969) stige for medvirkning ligger Lyngdalsmodellen derfor høyt i trinnene på denne stigen. Man kan derfor konkludere med at ansatte har hatt en reel mulighet til å påvirke og man har fått være med å medvirke. Samtidig er det ikke sikkert at man ser alle erfaringer ennå. Som en av informantene satte ord på det og som underbygger litt av problemstillingen:

«Lyngdal helsehus er bygd for fremtiden. Det er ikke sikkert vi klarer å se det nå, men om noen år så vil vi se hvor framtidens rett vi faktisk var».

Samtidig er det viktig dersom man i fremtiden skal ha like store prosjekter i kommunen, at man må ta høyde for alle disse strømningene som kan oppstå. Mange av problemstillingene vil man ikke kunne unngå, men en bevisstgjøring i forhold til de ulike faktorene som påvirker er lurt å ha med seg. Det er også viktig å formidle til de som deltar at selv om det er ting man

kunne ønske seg annerledes, så er det slik at valg må ta og man må gjøre prioriteringer. Det kommer man ikke utenom. Det vil alltid være noen som er fornøyde og noen som ikke er det.

Har man har svar på problemstillingen eller ikke? Mange aspekter rundt hva som påvirker medvirkningen har kommet fram gjennom empirien. Både i positiv retning og det som har hemmet medvirkningen. Samtidig så vil det være vanskelig å si om helsehuset faktisk hadde vært annerledes om alle disse faktorene som man har påpekt negativt ikke hadde vært tilstede. Man vil heller ikke kunne se endelig resultater av hva man faktisk har bygd før om noen år. Det er da man har planlagt å ta ut mange av gevinstene og se om man faktisk har nådd målene som ble satt i prosjektet. Det har også vært et annerledes første år i bygget enn det man hadde forutsett. Korona epidemien har påvirket bygget i negativ forstand fordi mange av aktivitetene og det yrende livet som man hadde sett for seg, ikke foreløpig har blitt en realitet. Dette kan også påvirke informantenes opplevelse av bygget. Funnene kan heller ikke uten videre overføres og konkludere med at andre slike helsehusprosjekter påvirkes av de samme faktorene. Enkeltsstudier slik som dette prosjektet har sine begrensninger. Men en del av funnene understøttes av andre undersøkelser innen medvirkning og vil dermed være mere sannsynlige.

I forhold til videre forskning så vil det være interessant å se ytterligere på dette prosjektet når man kan måle effektmålene. Da vil man kunne se om man faktisk har nådd de gevinstene og målsetningene som er satt (vedlegg). Dette vil på mange måter svare ut om man har fått det huset som var forespeilet. Det vil også være interessant å se på pasientene og de andre medvirkende og deres rolle i medvirkningen. Ikke minst vil det være spennende med undersøkelser på tilsvarende byggeprosjekter i andre kommuner, og om de opplever de samme problemstillingene. Hvordan organiserer de sine prosjekter? Er det samspillmodeller eller ikke? Og hvordan erfarer de ansatte denne medvirkningen? Kan man oppnå like mye medvirkning med tradisjonelle bygge modeller? Det vil også gi mer svar på hvordan modellen spiller inn i dette.

Samtidig er det svært vanskelig å spå hva fremtiden bringer. Med rask utvikling på den ene siden og stadig knappere ressurser i kommunal sektor. Det er også betimelig å spørre seg om hva behovet egentlig vil være i framtiden. Vi vet ikke helt hva vi planlegger for. Når behovet endres, må også tjenestene måtte kunne endres. Derfor er Lyngdal helsehus som er bygget med tanke på å være fleksibelt kanskje smart tenkt for framtiden. Kanskje vil det møte morgendagens behov for Lyngdal kommune.

## REFERANSER

Aarsæther, N. (2012). Planlegging som handlingstype. I N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth & R. Kristiansen (Red.), *Utfordringer for norsk planlegging*. (s. 26-48). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.

Aarsæther, N. & Falleth, E. (2012). *Utfordringer for norsk planlegging*. I N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth & R. Kristiansen (Red.), *Utfordringer for norsk planlegging*. (s. 15- 24). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.

Abrahamsen, M-A. & Salgado, S. I. (2014). *Lyngdalsmodellen – Fra teori til praksis. En evaluering av Lyngdalsmodellen* (Masteroppgave, Universitetet i Agder). Hentet fra <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/handle/11250/218963>

Agenda Kaupang. (2016). *Vurdering av potensialet for et nytt helsehus*.

Amdam, R. (2011). *Planning in health promotion work: an empowerment model*, Routledge: Routledge studies in public health.

Amdam, R. (2011). *Planlegging og prosessleing - korleis lykkast i utviklingsarbeid*. Oslo: Det norske samlaget.

Amdam, J. & Veggeland, N. (2011). *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*. Oslo: Universitetsforlaget.

Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>

Arbeidstilsynet. (2021). Hentet fra <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/byggesak/veiledning-til-dokumentasjonskrav-ved-soknad-om-arbeidstilsynets-samtykke/krav-til-medvirkning-ved-nybygg/>

Arnstein, S.R. (1969). A ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>

Bech, N.H & Stake, R.S. (2017). *Samspillmodeller i norsk byggebransje. En flermetodisk studie av virkemidlers viktighet samt en gjennomgang av modellenes tilhørighet*. (Masteroppgave). Universitetet i Agder, Kristiansand.

Bjørnevåg, R. & Sundholm, E. (2016), *European buyer's groups" Of innovative solutions to support industrial innovation - InnoBuild – Interim Report*. Difi, Lyngdal.

Bolman, L. G. & Deal, T. E. (2018). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Struktur, HR, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bovaird, T. & Löffler, E. (Red.). (2016). *Public Management and Governance* (3. Utg.). London: Routledge.

- Cameron, K. S., Quinn, R.E. & Degraff, J. (2006). *Competing Values Leadership. Creating Value in Organizations*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Cameron, K.S. & Quinn, R. E. (2014). *Identifisering og endring av organisasjonskultur. De konkurrerende verdier*. Oslo: Cappelen Damm As.
- Cohen, M.D., March, J.G. & Olsen, J.P. (1972). A Garbage Can Model Of Organizational Choice. *Administrativ Science Quarterly*, 17(1), 1-25. DOI: 10.2307/2392088
- Dent, M. & Pahor, M. (2015). Patient involvement in Europe – a comparative framework, *Journal of Health Organization and Management*, 29(5), 546-555, DOI: 10.1080/09654311003607729
- Djønne, H., Hye, L. & Øgård, M. (2019). *Samarbeidsprosjektet UiA og sammenslåing av Lyngdal/Audnedal til Nye Lyngdal*. Innlegg presentert ved kommunestyret, Lyngdal.
- Falleth, E., Hanssen, G. S. & Saglie, I.L. (2010). Challenges to Democracy in Market-Oriented Urban Planning in Norway. *European Planning Studies*, 18(5), 737–753, <https://doi.org/10.1080/09654311003607729>
- Falleth, E. & Hanssen, G. S. (2012). Medvirkning i planlegging. I N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth & R. Kristiansen (Red.), *Utfordringer for norsk planlegging*. (s. 187-202). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Fredriksson, M., Torjesen, D.O., Tynkkynen L-K. & Vrangbæk, K. (2019). Pasientinvolvering i den nordiske helsetjenesten: Policyutvikling og nåværende praksis, *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, 96(3), 9–29.
- Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, (24), 105–112.
- Guribye, Eugene (2016). *Mot 'Kommune 3.0'? Modeller for samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor: Med hjerte for Arendal FoU-rapport 3/2016*.
- Hellang, Ø. & Havaas, A. M. (2013). Lyngdal kommune – Strategisk ledelse gjennom Lyngdalsmodellen for gevinstrealisering. I L.S. Flak (Red.), *Gevinstrealisering og offentlige IKT-investeringer* (s.175 – 203). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015- 2020*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf)



Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Jacobsen, D. I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, D. I. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.

Kommunal Rapport. (2019). *Kommunebarometeret*. Hentet fra [file:///C:/Users/lk51778/AppData/Local/Packages/MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1032-Lyngdal\\_2019\\_endelig.pdf](file:///C:/Users/lk51778/AppData/Local/Packages/MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1032-Lyngdal_2019_endelig.pdf)

Kommuneprofilen. (2021). Hentet fra [https://www.kommuneprofilen.no/Profil/Befolkning/DinRegion/bef\\_fram\\_alder\\_region.aspx](https://www.kommuneprofilen.no/Profil/Befolkning/DinRegion/bef_fram_alder_region.aspx)

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014). *Medvirkning i planlegging. Hvordan legge til rette for økt deltakelse og innflytelse i kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/plan/medvirkningsveileder/h2302b\\_veileder\\_medvirkning.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/plan/medvirkningsveileder/h2302b_veileder_medvirkning.pdf)

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015). *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* (Meld. St. 14 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-2014-2015/id2401505/>

Kruse smith & Rambøll. (2017). *Verifisert rapport forprosjekt Lyngdal helsehus. 19.10.2017* Kristiansand: kruse Smith.

KS. (2019, 3. desember). *Strammere kommuneøkonomi*. Hentet fra <https://www.us1.list-manage.com/track/click?u=cf3e2293fca4e68ebde653336&id=910c30e90e&e=b5e9877487>

Lyngdal kommune. (u.å.). *Om kommunen*. Hentet 07. Juli 2020 fra <https://www.lyngdal.kommune.no/no/om-kommunen/stedet-lyngdal-kommune/>

Moe, H. (2019, 7. Mai). *Samskaping*. Hentet fra <https://www.kskonsulent.no/politikk-og-samfunn1/samskaping/>

Meland, Ø. H. (2000). *Prosjekteringsledelse i byggeprosessen: Suksesspåvirker eller andres alibi for fiasko?* (Doktoravhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for bygg- og miljøteknikk, Institutt for bygg- og anleggsteknikk, Trondheim). Hentet fra 06.03 <http://v1.prosjektnorge.no/files/pages/362/dr.-avhandling-oystein-meland.pdf>

Meland, Ø. H. (2016). *Lyngdal Helsehus. Brukermedvirkning i planprosessen*. Kristiansand

Nilsson, B., Peterson, B., Holden, G. & Eckert, C. (2011). Design Med Omtanke: Participation and sustainability in the design of public sector buildings. *Design studies*, 32(3), 235-254. [http://oro.open.ac.uk/26205/2/design\\_med\\_omtanke.pdf](http://oro.open.ac.uk/26205/2/design_med_omtanke.pdf)

Norkart. (2017, 22. Juli). Hvor trykker skoen? Hentet fra <https://www.norkart.no/2017/06/22/hvor-trykker-skoen/>

Nyseter, Tore. (2015). *Velferd på avveie. Reformen, verdier, veivalg*. Res Publica: Norge.

NOU 2001:7 (2000). *Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven. Planlovutvalgets første delutredning*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-7/id143492/?ch=12>

Plan- og bygningsloven. (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (LOV-2008-06-27-71). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-27-71>

Rambøll. (2015). *Lyngdal bo- og servicesenter – Teknisk rapport*. Kristiansand: Rambøll Norge AS.

Repstad, P. (2019). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Ringholm, T., Teigen, H. & Aarsæther, N. (Red). (2013). *Innovative kommuner*. Oslo: Cappelen Damm.

Rye - Nielsen, J. C. & Repstad, P. (2004). Fra nærhet til distanse og tilbake igjen: Om å analysere sin egen organisasjon. I P. Repstad (red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Tano, s. 347-368.

Røiseland, A. & Vabo, S.I. (2012). *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sager, Tore (1991). *Planlegging med samfunnsperspektiv – Analysemetode*. Trondheim: Fagbokforlaget.

Salthaug, Ø. (2017, november). *Lyngdal helsehus – veien fram*. Innlegg presentert ved Informasjonsmøte for innbyggere, Lyngdal.

Sines, T. A. (u.å). Omsorgsboliger i Lyngdal og Falun kommuner. Hentet 01. mai 2020 fra <http://innovativeanskaffelser.no/omsorgsboliger-i-lyngdal-og-falu-kommuner/>

Statistisk sentralbyrå. (2021, 20 april). Regionale befolkningsframskrivninger 2020 -2025 (hovedalternativet). Hentet fra <https://www.ssb.no/429042/befolkningsframskrivninger-2020-2050-nedlastbare-filer>

Torfinn, J. (2021, mars). *Samskaping*. Innlegg på konferanse om Samskaping i Lister, Lyngdal (teams)

Torjesen, D. O., Aarrevaara, T., Time, M. S. & Tynkkynen, L. (2017). The Users`Role in Primary and Secondary Healthcare in Finland and Norway. *Scandinavian Journal of Public Administration*. 21(1), 53-72.

Tritter, J. Q. & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76, 156 – 168. DOI: 10.1016/j.healthpol.2005.05.008

Vranbæk, K. (2015). Patient involvement in Danish health care. *Journal of Health Organization and management*, 29(5) 611-624. DOI: 10.1108/JHOM-01-2015-0002

Øgård, M. (2014). Fra New Public Management til New Public Governance. I H. Baldersheim & L.E. Rose (Red.), *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisasjon* (3. utg., s. 93-109). Oslo:Fagbokforlaget.

## Vedlegg 1 – Informasjonsskriv til deltakere

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

*Lyngdal kommunes vei mot bygging av nytt helsehus.*

*Har brukere hatt mulighet til å påvirke byggeprosjektet? Og hva har vært hemmende og fremmende i brukerinvolveringsprosessen?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan brukermedvirkning påvirker byggeprosjekter slik som Lyngdal helsehus. Dette skrivet gir informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Prosjektet er en mastergradsstudiet som utføres på Universitet i Agder, Erfaringsbasert Master i Ledelse. Prosjektet skal se på hvordan arbeidet med å involvere brukere i byggingen av Lyngdal helsehus har vært, om hva som har hemmet og fremmet prosessen. Formålet med prosjektet er å få en økt forståelse for brukerens betydning i bygging av omsorgsbygg.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Det er ønskelig å gjennomføre intervju med 8 -10 relevante ansatte i kommunen og/eller andre aktører som har vært delaktige i byggeprosessen rundt Lyngdal helsehus. Vi anser at du har hatt en viktig rolle i prosjektet og at du kan komme med nyttig informasjon.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Intervjuene vil ha en varighet på 20-50 minutter, og det vil bli gjort lydopptak dersom du som informant samtykker til dette. I tillegg kommer vi til å benytte informasjon om prosjektet som finnes tilgjengelig som offentlige dokumenter.

Spørsmålene vil omhandle byggeprosjektet, prosesser, metoder og fremgangsmåter for brukerinvolvering. Det vil være mulig for deg som deltar å komme med personlige tanker rundt prosessene og temaene som tas opp, dersom du ønsker det.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan oppbevares og brukes dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Av identifiserende informasjon ønsker vi å bruke stillingstitler eller tilhørighet til råd (eks. prosjektleder, ansatte i hjemmetjenesten, politiker, medlem i råd). Navn, alder, adresse osv. er ikke relevant og kommer ikke til å brukes i oppgaven. I forbindelse med eventuelt din tilhørighet til ulike råd vil vi indirekte behandle opplysninger om politisk oppfatning/helse fordi det er kriterium for deltakelse i utvalget. Men disse opplysningene har ikke interesse i seg selv. Når vi ønsker å bruke kommunenavn og stillingstittel/tilhørighet til råd vil det indirekte være mulig å finne ut hvem informanten er, det er viktig at du som informant er klar over dette og at informasjon vil kunne spores tilbake til deg selv om ditt navn ikke vil bli nevnt.

#### **Hva skjer med opplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2021. Når prosjektet avsluttes vil lydopptak bli slettet. Notater vil bli anonymisert, men oppbevart for etterprøvbarhet. Masteroppgaven vil ligge offentlig tilgjengelig på [www.uia.no](http://www.uia.no) i en åpen samling av tidligere gjennomførte masteroppgaver. Dersom prosjektet ikke avsluttes etter planen vil behandling av innsamlet data skje i henhold til anbefalinger og retningslinjer fra NSD (Norsk senter for forskningsdata).

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Veileder: Dag Olaf Torjesen, Førsteamanuensis ved Universitetet i Agder (UIA), Fakultet for samfunnsvitenskap: [dag.o.torjesen@uia.no](mailto:dag.o.torjesen@uia.no), tlf: 90129948
- UIA sitt personvernombud: Ina Danielsen, [ina.danielsen@uia.no](mailto:ina.danielsen@uia.no), tlf: 45 25 44 01
- Student: Ingunn Skretting, [ingunn.skretting@online.no](mailto:ingunn.skretting@online.no), tlf: 41624624

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Dag. O . Torjesen

Ingunn Skretting

Førsteamanuensis, UIA

Student

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet:

***Lyngdal kommunes vei mot bygging av nytt helsehus.***

***Har brukere hatt mulighet til å påvirke byggeprosjektet? Og hva har vært hemmende og fremmende i brukerinvolveringsprosessen?***

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju med lydopptak
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes (eks stillingstittel, utvalgsmedlem, rolle)

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet i juni 2021

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2 – Intervjueguide

### INTERVJUEGUIDE

#### Informasjon til den som blir intervjuet

- Forespørsel om deltakelse (motta underskrevet samtykkeerklæring)
- Det er frivillig å delta og du kan trekke seg så lenge studien pågår uten at du må oppgi grunn
- Det er meg som student og veileder som vil ha tilgang til notatene fra intervjuene
- Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.
- Av identifiserende informasjon kan det være at stillingstittel (eks. prosjektleder, ansatt i hjemmetjenesten) vil bli brukt. Navn, alder, adresse osv. er ikke relevant og kommer ikke til å brukes i oppgaven. Fordi jeg ønsker å bruke kommunenavn og stillingstittel vil det være mulig å finne ut hvem du er indirekte, det er viktig at du som informant er klar over dette og at informasjon vil kunne spores tilbake til deg selv om ditt navn ikke vil bli nevnt.
- Prosjektet skal avsluttes 15 juni, 2021. Etter det vil opptak som er blitt gjort bli slettet og data vil bli anonymisert
- Du kan be om innsyn, retting, sletting, begrensning av data om du ønsker
- Kontaktinformasjon finner du i brevet du mottok tidligere dersom vil kontakte meg eller institusjonens personvernombud.

#### Bakgrunns spørsmål til alle:

1. Hvilken rolle hadde du i forbindelse med byggingen av Lyngdal helsehus?
2. Hvor lenge var du involvert i prosjektet?
3. Var dette ditt første møte med ett byggeprosjekt, eller har du vært involvert i tilsvarende prosjekter tidligere?

#### Hovedspørsmål:

1. Opplever du at du og andre brukere ble inkludert i planleggingen av helsehuset og at man hadde en reel mulighet til å påvirke valg av løsninger?
2. Hva tenker du har fremmet eller hemmet medvirkningen?
3. Tenker du at det burde vært andre med i brukerarbeidet og ville da resultatet ha blitt annerledes?
4. Hvordan tror du medvirkningen har påvirket resultatet/det endelige bygget?
5. Hvordan erfarte du samhandlingen i prosessen? (Maktforhold?)
6. Hva tenker du når jeg sier at «et slikt byggeprosjekt også er en endringsprosess»?
7. Dersom vi skulle starte helt på nytt, hva ville du ha gjort annerledes i forbindelse med brukerarbeid og involvering da?

**Avslutning:**

8. Helt til slutt. Har du noen tanker, opplevelser, ideer eller lignende som du føler ikke har blitt nevnt tidligere i intervjuet og som du gjerne vil dele?

**Tilleggsspørsmål til «ikke ansatte»:****Brukermedvirkning**

1. Er det noen form for brukermedvirkning i dette prosjektet som fungerte bedre enn andre prosjekter?
2. Hvilke utfordringer ser du knyttet til å involvere brukerne?



## Vedlegg 3 – Meldeskjema for behandling av personopplysninger

7.12.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



### **NSD sin vurdering**

#### **Prosjekttittel**

Lyngdal kommunes vei mot bygging av nytt helsehus. Har brukere hatt mulighet til å påvirke byggeprosjektet? Og hva har vært hemmende og fremmende i brukerinvolveringsprosessen?

#### **Referansenummer**

898491

#### **Registrert**

04.11.2020 av Ingunn Skretting - inguns14@student.uia.no

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Agder / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

#### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Dag Olaf Torjesen, dag.o.torjesen@uia.no, tlf: 90129948

#### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

#### **Kontaktinformasjon, student**

Ingunn Skretting, ingunn.skretting@online.no, tlf: 41624624

#### **Prosjektperiode**

01.11.2020 - 20.06.2021

#### **Status**

07.12.2020 - Vurdert

#### **Vurdering (1)**

---

## **07.12.2020 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 07.12.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### **MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-utmeldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

### **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet behandler særlige kategorier av personopplysninger om politisk oppfatning og helse, og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2021.

### **LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen er dermed den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

### **PERSONVERNPRINSIPPER**

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

-lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

-formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

-dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

-lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Marita Ådnes Helleland  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 4 – Mål for Lyngdal helsehus

Hentet fra *Verifisert rapport forprosjekt Lyngdal helsehus*. Kruse smith & Rambøll (2017).

### B. MÅL OG RAMMEBETINGELSER

#### B.1 Samfunns mål og Effektmål

Samfunns mål og effektmål er diskutert og konkludert av bruker/eier i skisseprosjektfasen.

##### Samfunns mål

Lyngdal Helsehus skal imøtekomme fremtidens helseutfordringer for Lyngdals befolkning.

##### Effektmål

1. Nytt helsehus skal gi helhetlige og samordnede tjenester.
2. Nytt helsehus skal gi bedre driftsorganisering.

#### B.2 Prosjekt mål

Prosjekt målene skal defineres slik at effektmål og samfunns mål skal kunne oppnås:

- Lavest mulig LCC (totale kostnader sett over 60 år) pr. beboer.  
Prosjekt mål: kr. 3 774 406. pr. beboer.
- Effektiv byggetid med sonedelt fremdriftsstyring. Prosjekt mål: innflytting august 2019.
- Optimal bruk av velferdsteknologiske løsninger som reduserer pleiedriftskostnader og øker mestringen hos beboere (ref. effektmål).
- Arkitektoniske løsninger som muliggjør korte gangavstander og god romorganisering som skal gi mulighet for en effektiv pleievirksomhet. Effektmål: reduksjon i pleiedriftskostnadene på kr. 6 mill. pr. år.

**SAMFUNNSMÅL:**  
Lyngdal helsehus skal imøtekomme  
fremtidens helseutfordringer for Lyngdals  
befolkning

**EFFEKT MÅL:**

**1.0 Nytt helsehus skal gi helhetlige og samordnede tjenester (prior. 1)**

**2.0 Nytt helsehus skal gi bedre driftsorganisering (Prioritet 2)**

**1.1 Nytt helsehus skal gi god kvalitet på tjenestene som ytes til beboere og innbyggere for øvrig**

**2.1 Nytt helsehus skal gi godt arbeidsmiljø**

**2.2 Nytt helsehus skal gi god økonomi og effektiv drift**

DELMÅL	MÅLEMETODE	TILTAK	DELMÅL	MÅL	TILTAK	DELMÅL	MÅL	TILTAK
1.1.1 Den enkelte opplever verdighet og så langt som mulig et menigfullt liv i samsvar med sine individuelle behov.	BTU (Bruker tilfredshets undersøkelse)	Enkelt å finne frem	2.1.1 Medarbeidere trives	MTU /Sykefravær	Egne personabonere	2.2.1 Effektiv utnyttelse av bemanning	Gode	Avdelingsstruktur
		Velferdsteknologi			AML 5 1.1			Velferdsteknologi
		Dagsenter			Taltheis			Logstikk
		Friser / velvære	2.1.2 Medarbeidere har mindre slitasje- og belastnings-skader	Differensiering i løstid Sykefravær	Automatiske lagre/Robot	2.2.2 Effektiv bruk av kompetanse (Rett person på rett plass til rett tid)	Gode	Kompetanseplan
					Kort avstander i avdelingen			Tilrettelegge arbeidstasjon digitalt og fysisk
		Enkelt å få besøk	2.1.3 God smitteforebygging	Kort tids sykefravær / Forekomst av resistens hos medarbeidere	Søppelrusg	2.2.3 Tilpasningsdyktig bygg relatert til brukernes behov.	Gode	Bemanningsplan og fordeling av oppgaver etter kompetanse
		Felles stue/tjeld			Nærhet til godt tilpasset skyllerom			Velferdsteknologi
		Tilpasset ulike funksjonsnivå, inkludert demens brukere			Tøyvask			Sykepleieinnd
		Tilrettelegge for privat liv og skjerming	2.1.4 En attraktiv arbeidsplass med godt omdømme	Rekruttering	Smitteopp for pasienter med lovende smitte	2.2.4 Effektiv flyt av hjelpemidler		Avdelingsstruktur
		Aktivitets mulighet			Informasjon om helsehuset på nett			Responsenter
Godt utemiljø / tilgang	2.1.5 Aktiv kompetanse- og læringsmiljø	Kompetanseplan/ Andel ansatte med videre-utdanning	Garderobeforhold	2.2.5 Samlokalisering av dagsenter	Gode	Arktitektur		
Gode møbler			Møterom tilpasset undervisning			Velferdsteknologi		
Lett tilgang på lege			Mulighet for veiledning			Arktitektur		
1.1.2 Opplevelse av å være en del av samfunnet	BTU	Lett å delta på aktiviteter internt og eksternt	2.2.6 Renhold		Gode	Velferdsteknologi		
		Tilgang på internett				Mulighet for fjern undervisning	Renholdsoner	
1.1.3 Færre tvangsvedtak	Antall vedtak	Velferdsteknologi						
1.1.4 Lavest mulig bruk av legemidler	Bruk av legemidler	God arkitektur						
		Gode fellesrommer og utemiljø						
1.1.5 Færre fall	Antall fall	Mulighet for skjerming						
		Gode lysforhold						
1.1.6 Til rette legge for at man kan bo lengst mulig hjemme	Behov for omsorgsbolig/ institusjon	Velferdsteknologi						
		Arktitektur						
		Responsenter						
		Dagsenter						
		Sykepleieinnd						
		Hjelpemidler						

Å P E N T

T I L P A S S E T

**TRYGGHET**

EFFEKT AV MÅL:		MÅLBESKRIVELSE	BESPARELSE:	NÅR MÅLES:
Reduserte energikostnader	Bygg/ Miljø	Nytt bygg er beregnet til å bli cirka 2500 m2 større enn eksisterende. Ny m2 pr kr/kwh er beregnet til 130,-	370 000	
Den enkelte skal oppleve verdighet og så langt som mulig et menigfullt liv i samsvar med sine individuelle behov.	1.1.1 1.1.2	Skår i brukerundersøkelse for institusjonsplasser på 5,5 eller bedre på en skala fra 1- 6		2021
Mindre tvangs-vedtak	1.1.3	En reduksjon av antall tvangsvedtak med 10 %		2021
Lavest mulig bruk av medikamenter	1.1.4	Rapportering fra apotek viser en reduksjon i 20% på medikamenter for uro og søvn		2021
Mindre fall	1.1.5	Reduksjon av antall fall med 50 %		2021
Til rette legge for at man kan bo lengst mulig hjemme.	1.1.6	Økt tilbud om dagaktivitetstilbud og avlastning. Antall vedtak på dagsenter økt til 80		2022
Lavt sykefravær	2.1.1, 2.1.2, 2.1.3	Ligge under 8%		2021
Trivsel på arbeidsplassen	2.1.1	Skåre 5,5 på en skal fra 1 – 6 på MTU		Årlig fra 2021
Mindre slitasjeskader og belastninger for ansatte	2.1.2	Redusert vikarbruk på grunn av sykefravær forårsaket av slitasje/belastning	250 000	Årlig fra 2022
Rekruttering	2.1.4	Antall kvalifiserte søkere øker med 50 %		2020
Mer effektiv utnyttelse av bemanning	2.2.1 2.2.2	Reduksjon av 4 til 3 ansatte på jobb hver natt	1 274 000	Ferdigstilling
Mer bruk av velferdsteknologi, bedret logistikk og tilgjengelig utstyr	2.2.2, 2.2.3	Reduksjon av 1 tilsyn per dag hos brukere med flere enn 3 besøk hver dag	2 330 000	2020
		Installere robotstøvsugere i halvparten av omsorgsleilighetene	166 000	2020
Endret plassering av skyllerom	2.2.1 2.2.3	Mer sentral plassering vil spare tid til forflytning	166 000	Ferdigstilling
Etablering av felles sentralt plassert lagerrom til både institusjon og hjemmebasert omsorg	2.2.1 2.2.3	Redusert innkjøp ved at lagerbeholdningen til enhver tid vil være tilpasset behovet - minimalt med svinn	200 000	Ferdigstilling
Etablering av felles sentralt plassert og automatisert medisinalager til både institusjon og brukere i HBO	2.2.1 2.2.3	Lavere kostnader medikamentbruk. Mindre svinn.	63 000	Ferdigstilling
Samlokalisering/utvidelse av kommunens dag- og aktivitetstilbud	2.2.5	Redusert behov for hjemmesykepleie i brukerens eget hjem ved at stell kan	325 000	2021

		gjøres på dagsenteret av hjemmebaserte tjenester		
<b>Reduserte renholds kostnader</b>	2.2.6	Materialvalg, utforming, organisering og teknologi gir en reduksjon i kostnad	900 000	Ferdigstilling
<b>Ligge på landsgj. for kostnad per institusjonsplass</b>	2.2.1	Gj.snitt landet utenom Oslo Drift: 105 559,- Pleie: 929 337,- (Tall fra 2015)		