

Evaluering av verne- og helsepersonale i virksomhetene

RF-1999/007

Vår referanse: 712/82.4750	Forfatter: Terje Lie, Jan Erik Karlsen og Jorunn Elise Tharaldsen	Versjonsnr. / dato: Versjon 1/15.01.99
Ant. sider: 210	Faglig kvalitetssikrer: Kirsten Rognstad	Gradering: Åpen
ISBN: 82-7220-963-2	Oppdragsgiver(e): Kommunal- og regionaldepartementet	Åpen fra (dato):
Forskningsprogram:	Prosjekttittel: Evaluering av verne- og helsepersonale i virksomhetene	

<p>Emne:</p> <p>Denne rapporten gjør rede for den nasjonale evaluering av ordningene med verne- og helsepersonale i virksomhetene. Evalueringen har foregått i ca. 8 måneder, i perioden juli 1997-desember 1998. De overordnede mål med evalueringen er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurdere kvaliteten ved de etablerte bedriftshelsetjenester som arbeidsmiljøtiltak. • Vurdere hvilke reell nytte bedriftshelsetjenesten har med hensyn til bedring av arbeidsmiljøet i virksomhetene. <p>Evalueringen omfatter et representativt utvalg av virksomheter og ordninger for verne- og helsepersonale, og er gjennomført med spørreskjema til ledelse, verne- og helsepersonalet og verneombud. I tillegg er det intervjuet representanter for arbeidslivsorganisasjoner og myndigheter mm.</p> <p>Resultatene av evalueringen er rapportert både i form av kvantitative data, kvalitative utsagn og ekspertvurderinger.</p> <p>Emne-ord: Verne - og helsepersonale, evaluering, arbeidsmiljø</p>

RF - Rogalandforskning er sertifisert etter et kvalitetssystem basert på NS - EN ISO 9001

Prosjektleder
Terje Lie

for RF - Miljø og næringsutvikling
Kåre Netland

Innhold

Forord.....	xi
Begrepsliste og forkortelser.....	xii
1 INNLEDNING.....	1
1.1 Mål med evalueringen.....	1
1.1.1 Hensikten med evalueringen.....	1
1.1.2 De aktuelle problemstillingene	1
1.2 Opplegg for rapporten.....	2
1.3 Kort om bedriftshelsetjenestens historie	4
1.3.1 Utviklingstrekk i bedriftshelsetjenesten oppgaver og arbeidsform.....	4
1.3.2 Bedriftshelsetjenesten - lover og forskrifter	4
1.3.3 Om bedriftshelsetjenestens funksjoner	5
1.3.4 Kampen om bedriftshelsetjenesten	7
1.3.5 Implikasjoner av den historiske utviklingen.....	9
2 TEORI.....	11
2.1 Evaluering som forskning.....	11
2.2 Modell, begreper og analyseenhet	12
3 METODER, DATA OG EMPIRISK AVGRENSNING.....	15
3.1 Valg av evalueringsmetode	15
3.2 Utvalgsprosedyrer.....	15
3.2.1 Populasjon	15
3.2.2 Utvalg og svarprosent	16
3.2.3 Bedrifter i utvalget etter næring.....	19
3.2.4 Tallet på ansatte.....	19
3.2.5 Kasusbedrifter.....	20
3.2.6 Eksterne parter.....	20
3.3 Datainnsamling.....	20
3.4 Kasus undersøkelsen	21
4 YTRE RAMMEVILKÅR FOR VERNE- OG HELSEPERSONALET'S	
VIRKSOMHET.....	23
4.1 Innledning	23
4.2 Problembakgrunn.....	24
4.3 Partenes hovedinteresser.....	25
4.3.1 Dagens situasjon.....	25
4.4 Myndighetenes virkemidler og roller	27
4.4.1 Lover og forskrifter som styringsinstrument	28
4.4.1.1 Forskrift om verne og helsepersonale.....	28
4.4.1.2 Bransjeforskriften	28
4.4.2 Forbedringspotensiale i regelverket?.....	30

4.4.3 Tilsynsmyndighetenes rolle	30
4.4.4 Sertifisering og kvalitetssikring av vhp-enheter?.....	31
4.5 Langsiktig utvikling av verne- og helsepersonale	32
5 TILKNYTNINGSFORMER FOR VERNE- OG HELSEPERSONALET	35
5.1 Innledning	35
5.2 Tilknytningsformer i 1998.....	35
5.3 Hvor lenge har bedriftene hatt bedriftshelsetjeneste/ verne- og helsepersonale	37
5.4 Faglig bakgrunn og tallet på årsverk.....	38
5.5 Faglig bakgrunn og tilknytning.....	41
6 PRIORITERING AV OPPGAVER I ARBEIDSMILJØET	44
6.1 Ledelsens prioritering av oppgaver	46
6.2 Verne- og helsepersonalets syn på ledelsens prioritering.....	47
6.2.1 Andel som er usikre på prioriteringene.....	48
6.3 Verneombudets syn	49
6.4 Sammenligning av prioriteringer	50
6.4.1 Ledelse sammenlignet med verne- og helsepersonalet	51
6.4.1.1 Indeks for prioriteringer og forskjeller mellom ordningene	52
6.4.2 Ledelse sammenlignet med verneombudet	53
6.4.3 Verneombud sammenlignet med verne- og helsepersonalet	55
6.5 Sammenfatning av prioriteringer.....	56
6.6 Er ledelsens prioriteringer tilstrekkelige i forhold til behovet?.....	56
6.6.1 Verne- og helsepersonalet sitt syn	56
6.6.1.1 Forskjeller mellom tilknytningsformer.....	57
6.6.2 Verneombudets vurdering av ledelsens prioritering.....	60
6.7 Årsaker til at prioritering ikke er tilstrekkelig,	60
6.7.1 Verneombudet sitt syn på årsaker til manglende prioritering hos ledelsen.....	61
6.7.2 Verne- og helsepersonalet sitt syn på årsaker til manglende prioritering hos ledelsen.....	61
7 BISTAND FRA VERNE- OG HELSEPERSONALET.....	63
7.1 Bistand fra verne- og helsepersonale.....	63
7.1.1 Bistand, bedriftens størrelse og tilknytningsform.....	66
7.2 Innsatsen fra verne- og helsepersonalet tilstrekkelig?	66
7.2.1 Årsaker til utilstrekkelig innsats fra verne- og helsepersonalet	68
7.2.2 Behov verne- og helsepersonalet ikke kan dekke	70
7.3 Informasjon og råd fra verne- og helsepersonalet til verneombudet	71

8 KOSTNADER OG NYTTE AV VERNE- OG HELSEPERSONALE SOM ARBEIDSMILJØTILTAK	72
8.1 Hva betaler bedriftene for verne- og helsepersonalet?	73
8.2 Investeringer i HMS og nytte av verne- og helsepersonalet.....	76
8.3 Bedriftsledelsens mening om tjenestenes nytte og verne- og helsepersonalets rolle – åpne kommentarer	78
8.3.1 “Det er misnøye med BHT, men hva vi er ute etter er vi vel ikke klar over”.....	78
8.3.2 Betydning av verne- og helsepersonalets innsats.....	79
8.4 Nytte og holdninger.....	81
9 VIRKNING AV INNSATSEN PÅ UTVALGTE OMRÅDER	83
9.1.1 Bedriftene kan bare vise til begrensede virkninger	83
9.1.2 De enkelte innsatsområdene	84
9.1.2.1 Forskjell mellom bedrifter	86
9.2 Sammenligning mellom partene	88
9.2.1 Verne- og helsepersonalet sin rolle for resultatene av HMS-innsatsen.....	90
10 HOLDNINGER OG SAMSPILL	91
10.1 ‘Bedriften har høy bestillingskompetanse’	91
10.2 ‘Positiv ledelse’.....	93
10.3 ‘Verne- og helsepersonalet er aktive og synlige’	94
10.4 ‘Bedriften har liten nytte av vhp sine tjenester’.....	95
10.5 Samarbeid mellom bedrift, verne- og helsepersonalet	96
10.6 Ansattes oppfatning av verne- og helsepersonalet sine tjenester	97
10.6.1 Hvordan kunne tjenestene fra vhp vært bedre, verneombudets oppfatning av ansatte – åpne spørsmål.....	98
10.6.2 Hvordan tjenestene fra verne- og helsepersonalet vært bedre – bedriftsledelsens oppfatning av de ansatte – åpne spørsmål.....	102
10.6.3 Mer Helse!.....	102
11 KASUSUNDERSØKELSEN.....	104
11.1 De ulike bedriftene	104
11.1.1 Båtbyggeriet.....	104
11.1.2 Renholdsbedriften.....	105
11.1.3 Bilverkstedet	106
11.1.4 Elektroverkstedet	106
11.1.5 Stillasbedriften.....	108
11.1.6 Konditoriet.....	110
11.1.7 Bryggeriet.....	112
11.1.8 Kafeteriaen.....	113
11.1.9 Brannvesenet.....	114
11.2 Ulik størrelse - ulike behov - ulik praksis	114

12	INTERNKONTROLL OG HMS DOKUMENTASJON.....	117
12.1	Internkontroll.....	117
12.1.1	Annen dokumentasjon.....	118
12.1.2	Planer styrker innsatsen.....	119
12.2	Rutiner for oppfølging av sykefravær.....	120
12.2.1	Bedre rutiner i bedrifter med egenordning.....	120
13	OPPLÆRING, HJELP OG STØTTE TIL VERNEOMBUDET	122
13.1	Verneombudets oppfatning av ledelse og vhp.....	125
13.2	Informasjon til verneombud	125
14	VIDEREUTVIKLING AV VERNE- OG HELSEPERSONALE SIN BISTAND I BEDRIFTENE.....	127
14.1	Syn på framtidige tjenester	127
14.2	Bedriftenes største utfordringer innen arbeidsmiljø.....	129
15	DISKUSJON.....	134
15.1	Begrensninger og avgrensninger.....	134
15.2	Sentrale funn.....	135
15.2.1	Tilknytningsformer	135
15.2.2	Årsverk.....	135
15.2.3	Faglig bakgrunn til ansatt verne- og helsepersonale	135
15.2.4	Ledelsens prioritering av oppgaver	136
15.2.5	Sammenligning av partenes syn på prioriteringer.....	136
15.2.6	Er ledelsens prioriteringer tilstrekkelige i forhold til behovet.....	137
15.2.7	Bistand fra verne- og helsepersonale	139
15.2.8	Er innsatsen fra verne- og helsepersonale tilstrekkelig.....	140
15.2.9	Hvilken effekt har verne- og helsepersonale som arbeidsmiljøtiltak	140
15.2.10	Virkninger av den samlede HMS innsatsen.....	141
15.2.11	Holdninger og samspill	142
15.2.12	Resultater fra kasesundersøkelsen.....	144
15.2.13	Planer styrker innsatsen.....	144
15.2.14	Videreutvikling av vhp sin bistand i bedriftene	144
15.3	Vurderinger	144
15.3.1	Tilknytningsform, kompetanse og erfaring	145
15.3.2	Sentrale oppgaver prioriteres, men uklarheter om prioriteringene	146
15.3.3	Stort sprik i partenes oppfatning av prioriteringer	147
15.3.4	Verne- og helsepersonale sin bistand er på mange områder i samsvar med forskrifter, men en del bedrifter mener bistanden er utilstrekkelig	147
15.4	Implikasjoner av den historiske utviklingen.....	151

15.5 Konsekvenser av eksisterende rammebetingelser	152
15.5.1 Kvalitet og kompetanse	152
15.5.2 Hvilke virksomheter bør ha verne- og helsepersonale?.....	153
15.5.3 Myndighetenes ansvar.....	155
15.5.4 Oppsummering	156
15.6 Samlet konklusjon.....	157
LITTERATUR	158
VEDLEGG 1	
Vedlegg kapittel 4.....	1
Vedlegg kapittel 6.....	2
Vedlegg kapittel 7.....	5
Vedlegg kapittel 8.....	7
Vedlegg Kapittel 9.....	10
VEDLEGG 2	
Kommentar til registre over bedriftshelsetjenesten	
VEDLEGG 3	
Indekskonstruksjoner	
VEDLEGG 4	
Spørreskjema i postundersøkelsen	1
Til bedriftens ledelse.....	1
Til verne- og helsepersonale / bedriftshelsetjenesten.....	10
Til bedriftens verneombud/ hovedverneombud	18
Intervjuguide eksterne parter	24

TABELLER OG FIGURER

TABELL 1.1 DEKNINGSGRAD AV VERNE- OG HELSEPERSONALET FOR BEDRIFTER SOM ER PÅLAGT Å KNYTTE TIL SEG VERNE- OG HELSEPERSONALE.....	7
TABELL 3.1 OVERSIKT OVER BRUTTO- OG NETTOUTVALG	17
TABELL 3.2 GRUNNLAGET FOR UTVALG OG SVARPROSENT I TALL	18
TABELL 3.3 KOMBINASJONER AV SVAR; TRIANGEL, PAR OG ENKLE KONSTELLASJONER.....	18
TABELL 3.4 BEDRIFTER I UTVALGET ETTER NÆRINGSOMRÅDET	19
TABELL 3.5 BEDRIFTER I UTVALGET ETTER ANTALL ANSATTE.....	19
TABELL 5.1 TILKNYTNINGSFORMER FOR VERNE- OG HELSEPERSONALET I 1998	36
TABELL 5.2 TILKNYTNINGSFORMER FOR VERNE- OG HELSEPERSONALET	37
TABELL 5.3 VERNE- OG HELSEPERSONELL I ULIKE STILLINGSKATEGORIER *. ÅRSVERK. UTVALGSUNDERSØKELSEN	39
TABELL 5.4 SAMMENLIGNING AV ANTALL ÅRSVERK MELLOM UTVALGSUNDERSØKELSEN OG TALLMATERIALE FRA STAMI. VERNE- OG HELSEPERSONELL.....	40
TABELL 5.5 TILKNYTNINGSFORMER FOR VERNE- OG HELSEPERSONALE ETTER ANTALL ÅRSVERK I UTVALGTE YRKESGRUPPER. GJENNOMSNIITT.....	41
TABELL 5.6 TILKNYTNINGSFORMER FOR VERNE- OG HELSEPERSONALE ETTER ANTALL ÅRSVERK I UTVALGTE YRKESGRUPPER. GJENNOMSNIITT.....	42
TABELL 5.7 TILKNYTNINGSFORMER FOR VERNE- OG HELSEPERSONALE ETTER ANTALL ÅRSVERK. GJENNOMSNIITT.....	42
TABELL 6.1 LEDELSENS PRIORITERING AV HMS-OPPGAVER. ANDEL MED HØY PRIORITERING.* ..	46
TABELL 6.2 LEDELSENS PRIORITERING AV HMS-OPPGAVER. HØY, MIDDELS OG LAV PRIORITERING. PROSENTBASIS = ANTALL BEDRIFTER.	47
TABELL 6.3 VERNE- OG HELSEPERSONALET SYN PÅ LEDELSENS PRIORITERINGER.....	48
TABELL 6.4 LEDELSENS PRIORITERINGER AV ARBEIDSMILJØOPPGAVER. ANDEL AV VERNE- OG HELSEPERSONELL SOM SVARER 'USIKKER' PÅ PRIORITERINGENE.	49
TABELL 6.5 PRIORITERINGER. VERNEOMBUDETS SYN	50
TABELL 6.6 LEDELSE SAMMENLIGNET MED VERNE- OG HELSEPERSONALET*	52
TABELL 6.7 LEDELSENS SYN PÅ PRIORITERINGER AV HMS-OPPGAVER SAMMENLIGNET MED VHP SITT SYN PÅ LEDELSENS PRIORITERINGER. FORDELT ETTER ULIKE TILKNYTNINGSFORMER. PARVIS SAMMENLIGNING MED T-TEST.....	4
TABELL 6.8 LEDELSEN PRIORITERINGER. LEDELSE SAMMENLIGNET MED VERNEOMBUD. PARVIS SAMMENLIGNING MED T-TEST	54
TABELL 6.9 LEDELSENS PRIORITERINGER. SAMMENLIGNING MELLOM VERNEOMBUD OG VERNE- OG HELSEPERSONALET SIN OPPFATNING AV LEDELSEN. T-TEST	55
TABELL 6.10. ER LEDELSENS PRIORITERINGER TILSTREKKELIGE I FORHOLD TIL BEDRIFTENS BEHOV. VERNE- OG HELSEPERSONALET S VURDERING AV LEDELSENS PRIORITERINGER. FORDELING ETTER TILKNYTNINGSFORM FOR VERNE- OG HELSEPERSONELL *. PROSENT **59	
TABELL 6.11 ER LEDELSEN PRIORITERINGER TILSTREKKELIGE I FORHOLD TIL BEHOVET? FORDELING ETTER BEDRIFTENS STØRRELSE OG TILKNYTNINGSFORM. VERNE- OG HELSEPERSONALET SITT SYN. PROSENT	59
TABELL 6.12 ER LEDELSENS PRIORITERINGER TILSTREKKELIGE I FORHOLD TIL BEDRIFTENS BEHOV? VERNEOMBUDETS VURDERING. FORDELING ETTER TILKNYTNINGSFORM. PROSENT	60

TABELL 6.13 ÅRSAKER TIL MANGLENDE PRIORITERINGER HOS LEDELSEN I FORHOLD TIL BEDRIFTENS BEHOV. VERNEOMBUDETS SYN.....	61
TABELL 6.14 ÅRSAKER TIL AT LEDELSENS PRIORITERINGER ER UTILSTREKKELIGE I FORHOLD TIL BEDRIFTENS BEHOV. VERNE- OG HELSEPERSONALET SITT SYN *.....	62
TABELL 7.1 VERNE- OG HELSEPERSONALET S BISTAND MED HMS OPPGAVENE *, DER LEDELSEN HAR GITT OPPGAVEN HØY ELLER MIDDELS PRIORITET. SVAR FRA LEDELSEN, VERNE- OG HELSEPERSONALET OG VERNEOMBUD. PROSENT**	65
TABELL 7.2 ER VERNE- OG HELSEPERSONALET SIN INNSATS TILSTREKKELIG? SVA FRA LEDELSEN.	67
TABELL 7.3 ER VERNE- OG HELSEPERSONALET SIN INNSATS TILSTREKKELIG I FORHOLD TIL BEDRIFTENS PRIORITERINGER. SAMMENHENG MELLOM SYN PÅ INNSATSEN OG BEDRIFTENS STØRRELSE VED FORSKJELLIGE TILKNYTNINGSFORMER. LEDELSENS SYN.	68
TABELL 7.4 ÅRSAKENE* TIL AT VERNE- OG HELSEPERSONALET SIN INNSATS IKKE ER TILSTREKKELIG I FORHOLD TIL LEDELSENS PRIORITERINGER. LEDELSENS SYN.....	69
TABELL 7.5 ÅRSAKER TIL MANGLENDE INNSATS FRA VERNE- OG HELSEPERSONALET I FORHOLD TIL BEDRIFTENS PRIORITERINGER *. VERNEOMBUDETS SYN.....	69
TABELL 7.6 OPPGAVER INNEN HMS/ARBEIDSMILJØ SOM BEDRIFTEN HAR BEHOV FOR, MEN SOM VERNE- OG HELSEPERSONALET IKKE KAN UTFØRE. SVAR FRA LEDELSEN.	70
TABELL 7.7 I HVILKEN GRAD BIDRAR VERNE- OG HELSEPERSONALET MED INFORMASJON, RÅDGIVNING OG STØTTE DIREKTE TIL VERNEOMBUDET? SVAR FRA VERNEOMBUD.	71
TABELL 8.1 KOSTNADER TIL VERNE- OG HELSEPERSONALET PER ANSATT TOTALT I BEDRIFTENE. SVAR FRA LEDELSEN.....	73
TABELL 8.2 INVESTERINGER (TID/PENGER) I FORBEDRING AV HMS DE SISTE 3 ÅR, UTOVER VANLIGE KOSTNADER TIL VERNE- OG HELSEPERSONALET	74
TABELL 8.3 INVESTERINGER SISTE TRE ÅR (F EKS I TEKNOLOGI) SOM INDIREKTE HAR BEDRET ARBEIDSMILJØET. SVAR FRA LEDELSEN.....	74
TABELL 8.4 INVESTERINGER I ARBEIDSMILJØET (HMS) OG INVESTERINGER ELLERS MED INDIREKTE VIRKNINGER FOR ARBEIDSMILJØET. TOTALE TALL OG SENTRALMÅL. SVAR FRA LEDELSEN.....	75
TABELL 8.5 INVESTERINGER I ARBEIDSMILJØET (HMS) OG INVESTERINGER ELLERS MED INDIREKTE VIRKNINGER FOR ARBEIDSMILJØET. INVESTERING I KRONER PER ANSATT.	76
TABELL 8.6 HVILKEN NYTTE AV BEDRIFTEN AV VERNE- OG HELSEPERSONALE I FORHOLD TIL KOSTNADENE, ETTER LEDELSENS SYN.....	77
TABELL 9.1 HAR BEDRIFTENS SAMLEDE INNSATS INNENFOR ARBEIDSMILJØET SISTE TRE ÅR HATT NOEN VIRKNING PÅ FORHOLDENE NEVNT NEDENFOR *. SUMMARISK OPPTELLING AV ANTALL OMRÅDER MED ULIK VIRKNING. GJENNOMSNIITT PER BEDRIFT. ANTALL OMRÅDER TOTALT = 14.....	84
TABELL 9.2 VIRKNINGER AV BEDRIFTENS SAMLEDE INNSATS INNENFOR ARBEIDSMILJØET DE SISTE 3 ÅR. PROSENTANDELER INNEN HVER GRUPPE. LEDELSENS SYN.	86
TABELL 9.3 VIRKNINGER AV BEDRIFTENS SAMLEDE INNSATS INNENFOR ARBEIDSMILJØET DE SISTE 3 ÅR ETTER TILKNYTNINGSFORM FOR VERNE- OG HELSEPERSONELL. ANDELER SOM HAR KRYSSSET AV FOR SVÆRT GODE OG NOEN GODE VIRKNINGER. PROSENT *.....	87
TABELL 9.4 PARVIS SAMMENLIGNING MELLOM LEDELSE OG VERNE- OG HELSEPERSONALET AV VIRKNING AV INNSATS FOR ARBEIDSMILJØ PÅ UTVALGTE OMRÅDER*). T-TEST	89
TABELL 10.1 BESTILLINGSKOMPETANSE. LEDELSENS SYN.....	92
TABELL 10.2 POSITIV LEDELSE. SAMMENLIGNING MELLOM PARTENE SINE SVAR PÅ PÅSTANDER OM POSITIV LEDELSE. PROSENTANDELER SOM ER HELT ELLER LITT ENIGE.	93

TABELL 10.3 VHP ER SYNLIGE OG AKTIVE I BEDRIFTEN. LEDELSENS SYN	94
TABELL 10.4 NYTTE AV VHP SINE TJENESTER. LEDELSENS SYN.....	96
TABELL 10.5 SAMARBEID MELLOM BEDRIFT OG VHP. LEDELSENS SYN.....	97
TABELL 10.6 ANSATTES OPPFATNING AV VERNE- OG HELSEPERSONALET'S TJENESTER. VERNEOMBUDETS OG LEDELSENS VURDERING.	98
TABELL 10.7 DE ANSATTES MENING OM HVORDAN TJENESTENE FRA VHP KUNNE VÆRT BEDRE (VERNEOMBUDETS OPPFATNING).....	99
TABELL 12.1 HAR BEDRIFTEN ET SYSTEM FOR INTERNKONTROLL. SVAR FRA LEDELSEN.....	117
TABELL 12.2 HAR BEDRIFTEN DOKUMENTERT HANDLINGSPLAN FOR VERNE- OG HELSEPERSONALET, TILTAKSPLAN FOR FORBEDRINGER I ARBEIDSMILJØET OG OVERSIKT OVER HELSEFARLIGE FORHOLD. SVAR FRA LEDELSEN	118
TABELL 12.3 RUTINER FOR OPPFØLGING AV SYKEFRAVÆR *. SVAR FRA LEDELSEN.....	120
TABELL 12.4 RUTINER FOR OPPFØLGING AV SYKEFRAVÆR ETTER TYPE ORGANISERING AV VERNE- OG HELSEPERSONALET. SVAR FRA LEDELSEN	121
TABELL 13.1 FÅR VERNEOMBUDET TILSTREKKELIG OPPLÆRING I BEDRIFTEN	123
TABELL 13.2.....	123
TABELL 13.3 I HVILKEN GRAD BIDRAR VERNE- OG HELSEPERSONALET MED INFORMASJON, RÅD OG STØTTE DIREKTE TIL VERNEOMBUDET?.....	124
TABELL 13.4 GJØR VERNE- OG HELSEPERSONALET ELLER BEDRIFTEN VERNEOMBUDET KJENT MED ALLE REGISTRERTE YRKESYKDOMMER, ULYKKER, , YRKESHYGIENISKE RAPPORTER MV SLIK AML § 26.4 KREVER?	124
TABELL 13.5 ER VERNE- OG HELSEPERSONALET REPRESENTERT I AMU?	125
TABELL 14.1 PARTENES SYN PÅ FRAMTIDIGE TJENESTER. PROSENTANDLER SOM SVARER 'JA, BØR BLI TJENESTER'. RANGERING I PARENTES	128
TABELL 14.2 BEDRIFTENES STØRSTE UTFORDRINGER INNEN ARBEIDSMILJØET	130
TABELL 14.3 BEDRIFTENS DOKUMENTASJON OG IK-SYSTEM (ANDEL SOM HAR SVART JA PÅ SPØRSMÅLET).....	131
TABELL 16.1 BEDRIFTERS PRIORITERING AV HMS OPPGAVER. ETTER NÆRING.....	2

Figurer

FIGUR 2.1 MODELL FOR EVALUERINGEN.....	13
--	----

Forord

Prosjektet 'Evaluering av verne- og helsepersonale i virksomhetene' er utført på oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet. Evalueringen omfatter bare bedrifter som skal knytte til seg verne- og helsepersonale etter forskrift under Lov om arbeidsmiljø.

Oppslutningen om undersøkelsen har vært meget god og vi retter en takk til bedrifter, verneombud og verne- og helsepersonale som har bidratt til evalueringen gjennom spørreskjema og intervjuer.

Mange enkeltpersoner har gitt oss nyttige kommentarer under gjennomføringen av undersøkelsen, både fra bedriftshelsetjenesten, Sekretariatet for bedriftshelsetjenesten ved STAMI og andre institusjoner. Referansegruppen for prosjektet, opprettet av KRD, har fulgt evalueringen med interesse og har gitt mange verdifulle kommentarer og synspunkt. Med i referansegruppen er Helse- og sosialdepartementet, Direktoratet for Arbeidstilsynet, LO og NHO.

Kirsten Rognstad har vært kvalitetssikrer for prosjektet.

Begrepsliste og forkortelser

AT	Brukes som generell forkortelse for Arbeidstilsynet. Kan referere til Direktoratet for arbeidstilsynet eller til virksomhet som utføres ved Arbeidstilsynets distriktskontorer. I teksten blir også betegnelsen 'Arbeidstilsynet' brukt.
BHT	Betegnelse for "Bedriftshelsetjeneste". I denne rapporten er betegnelsen stort sett erstattet av betegnelsen verne- og helsepersonale, her forkortet til vhp. I noen sammenheng faller det imidlertid mest naturlig å bruket ordet bedriftshelsetjeneste.
HMS	Helse, miljø og sikkerhet. Administrativ betegnelse for innsatsområdet som dekkes av 'Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)'. Kommunal- og arbeidsdepartementet m fl.
IK	Internkontroll. Forankret i Forskrift om systematisk, helse-, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomhetene, KRD 1997.
KRD	Kommunal- og regionaldepartementet
LO	Landsorganisasjonen
NHO	Næringslivets hovedorganisasjon
SINTEF	Stiftelsen for industriell og teknisk forskning
STAMI	Statens arbeidsmiljøinstitutt
vhp	Verne- og helsepersonale. I lover og forskriften erstatter denne betegnelsen i stor utstrekning ordet 'bedriftshelsetjeneste', jf Forskrift om Verne og helsepersonale, (best nr 518, Direktoratet for arbeidstilsynet, 21. april 1994).

1 Innledning

Fokus for denne evalueringen er i hvilken grad de nasjonale mål med ordninger for bedriftshelsetjeneste er nådd.

1.1 Mål med evalueringen

Kommunal og regiondepartementet har i sin oppdragsbeskrivelse angitt målene for evalueringen av bedriftshelsetjenesten slik (fullstendig beskrivelse i vedlegg II):

1.1.1 Hensikten med evalueringen

Evalueringen skal svare på de problemstillinger som departementet har beskrevet i brev av 14.01.97. Det overordnede målet for prosjektet som er gitt i anbudsbeskrivelsen er å:

- Vurdere kvaliteten ved den etablerte bedriftshelsetjenesten som arbeidsmiljøtiltak.
- Vurdere hvilke reell nytte bedriftshelsetjenesten har med hensyn til bedring av arbeidsmiljøet i virksomhetene.

1.1.2 De aktuelle problemstillingene

Gitt de overordnede målsetningene om å vurdere kvalitet og nytte av bedriftshelsetjenesten, skal evalueringen legge særlig vekt på følgende forhold eller delspørsmål:

1. Utviklingstrekk i bedriftshelsetjenesten mht. oppgaver og arbeidsform
2. Hva gjør bedriftshelsetjenesten?

Hvordan påvirkes bedriftshelsetjenestens prioriteringer og praktiske arbeid av ytre rammebetingelser?

1. Hvordan jobber bedriftshelsetjenesten?
2. Hvilke betydning har bedriftshelsetjenesten for partene lokalt i virksomhetene?
3. Tilknytningsform
4. Hvilke effekt har bedriftshelsetjenesten?
5. Videreutvikling

Vurderingene er gjort i henhold til de teori- og metodevalg og den tilhørende datainnsamling som er foreslått i anbudsinnbydelsen (kfr. kap. 2-3).

I møte med Kommunal- og regionaldepartementet og referansegruppen for prosjektet, ble det enighet om å bruke betegnelsen verne- og helsepersonale i stedet for bedriftshelsetjeneste. Referansegruppen anså denne språkbruken til å være mer i samsvar med gjeldende forskrifter. En valgte også å kalle prosjektet: Evaluering av verne- og helsepersonale i virksomhetene.

I rapporten har vi tilstrebet å følge den anbefalte språkbruken, men i enkelte sammenhenger kan det være en fordel, av språklige hensyn, å bruke betegnelsen bedriftshelsetjeneste.

1.2 Opplegg for rapporten

Evalueringen bygger på et variert datamateriale og har flere innfallsvinkler til verne- og helsepersonalet sin virksomhet og bedriftenes bruk av verne- og helsepersonalet. Først gir vi en historisk oversikt over framveksten av bedriftshelsetjenesten. Ideologien er endret fra arbeidervern med vekt på individrettet virksomhet og helsekontroller til et arbeidsplass- og miljøperspektiv med vekt å hindre helsefarlig eksponering og helsefremmende arbeid. En vridning av perspektivet fra individ til miljø kan tilsynelatende få en til å tro at mennesket i bedriften kommer i bakgrunnen. Den pro-aktive tankegang knyttet til miljøperspektivet har imidlertid til hensikt å angripe årsaker til skadelig eksponering i omgivelsene, og i den sammenheng er helsekontroller av mindre betydning. Endring i ideologi og mål har ført til behov for nye profesjoner i bedriftshelsetjenesten, men setter også sterkere krav til kunnskaper om arbeidsmiljø og helse i bedriftene.

I kapitlene 2 og 3 gjør vi rede for teoretisk grunnlag for evalueringen og det metodiske opplegget for denne undersøkelsen. Et viktig grunnlag for forståelse og tolking av resultater er å se på tjenestene fra verne- og helsepersonale som et resultat av medvirkning fra flere parter. I vår undersøkelse har vi lagt spesiell vekt på bedriften selv ved arbeidsgiver, verneombud i bedriftene og verne- og helsepersonale som bedriften er knyttet til. Det har vært et mål ved undersøkelsen å presentere statistisk representative data. Sentrale deler av undersøkelsen bygger derfor på et tilfeldig representativt utvalg av bedrifter som skal ha verne- og helsepersonale etter forskrift om hvilke virksomheter som skal ha tilknyttet verne- og helsepersonale, best nr 501 fra Arbeidstilsynet.

I undersøkelsen har vi også vurdert i hvilket omfang verne- og helsepersonale sin virksomhet og praktiske arbeid påvirkes av ytre rammebetingelser som myndigheter arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner, profesjonsforeninger og andre ytre forhold. Dette temaet blir særskilt omtalt i kapittel 4, men bli også belyst i flere av de andre kapitlene i rapporten.

I kapitlene 5–10 og 12–14 presenteres resultatene fra utvalgsundersøkelsen, på grunnlag av spørreskjema fra rundt 280 bedrifter. I kapittel 5 viser vi ulike tilknytningsformer for verne- og helsepersonale. Selvstendige fellesordninger med styre av medlemsbedrifter er ennå den vanligste måten for verne- og helsepersonalet å organisere seg på. En femtedel av ordningene er selvstendige firma mens en tiendedel er egenordninger. Bare i en liten andel av tilfellene, ca 4 prosent, er ordningen lege som er egen arbeidsgiver.

I kapittel 6 viser vi hvordan bedriftsledere prioriterer oppgaver i arbeidsmiljøet og hvordan verne- og helsepersonale og verneombud oppfatter ledelsens prioriteringer. Partene har et svært forskjellig syn på styrken og rekkefølgen av prioriteringene. Vi får også verne- og helsepersonalet og verneombudets syn på årsaker til eventuell manglende prioritering hos ledelsen.

Et annet spørsmål er hvilke oppgaver verne- og helsepersonale bistår bedriften med. I kapittel 7 gir vi en oversikt over dette, og viser partenes syn på årsaker til at bistanden eventuelt er utilstrekkelig. På samme måte som i forbindelse med prioriteringer, er det forskjellig syn på

verne- og helsepersonalet sin bistand. Verne- og helsepersonalet mener de bistår bedriftene i større omfang enn det ledelse og verneombudet oppfatter at de gjør.

Spørsmålet om hvilken effekt verne- og helsepersonale har som arbeidsmiljøtiltak berøres i mange kapitler, men i kapittel 8 viser vi hvilke utgifter bedriftene har ved verne- og helsepersonale og hvilken nytte bedriftsledere mener de har av verne- og helsepersonalet i forhold til kostnadene.

Kapittel 10 har vi kalt holdninger og samspill. Vi viser her betydning av verne- og helsepersonalet etter partene sitt syn. Vi tar opp tema som bedriftens kompetanse til å bestille tjenester fra verne- og helsepersonalet, på hvilke måter vhp opptrer og gjør seg synlig i bedriften, holdninger til samarbeid og til nytten av verne- og helsepersonalet.

I kapittel 11 viser vi resultater fra kasusundersøkelsen, dvs personlige intervju med et utvalg bedrifter og verne- og helsepersonale. Selv om partene betegner samarbeidet som generelt godt, viser intervjuene at det er mange uklarheter og svakheter i samarbeidet.

I kapittel 12 og 13 viser vi hvilken HMS dokumentasjon bedriftene har, som f eks planer for verne- og helsepersonalet sitt arbeide, system for internkontroll mm. Bedrifter med god dokumentasjon får mer utbytte av verne- og helsepersonalet enn andre.

Verneombud som får informasjon om arbeidsmiljøet fra verne- og helsepersonale og får delta når bedriften bestiller tjenester fra vhp er mer tilfreds med tjenestene fra vhp.

I kapittel 14 viser vi partenes syn på videreutviklingen av verne- og helsepersonalet sine tjenester til bedriftene. Ledelse og verneombud legger mer vekt på tradisjonelle tjenester, som helsekontroller, enn det verne- og helsepersonale selv gjør. Vhp på sin side legger mer vekt opplysningsvirksomhet, rådgivning om mellommenneskelige forhold og pedagogisk tilrettelegging.

Kapittel 15 inneholder oppsummerende vurderinger av undersøkelsen.

1.3 Kort om bedriftshelsetjenestens historie

1.3.1 Utviklingstrekk i bedriftshelsetjenesten oppgaver og arbeidsform

Arbeidervern og bedriftshelsetjeneste har lang tradisjon i Norge. I 1892 ble den første arbeidervernloven satt i kraft og fabrikktilsynet ble opprettet. Rundt århundreskiftet var det flere industribedrifter som opprettet egne stillinger for fabrikkleger. I 1943 ble Bedriftslegeutvalget etablert, et utvalg bestående av en gruppe bedriftsleger. I 1946 ble Bedriftslegerådet etablert med NAF, LO og Lægeforeningen som parter. Rådets hovedoppgave var å arbeide for å få gjennomført bedriftslegeordningen i flest mulig bedrifter. Systematisk HMS-regulering har således foregått i mer enn 100 år, og bedriftshelsetjeneste som del av dette i vel 50 år.

Bedriftshelseordningen av 1946 var frivillig og det var for det meste bedriftsleger som utgjorde fagkompetansen. Avtalen gjaldt helt frem til 1974, da ble det inngått en ny rammeavtale hvor forebyggende arbeid for et bedre og sunnere arbeidsmiljø ble sterkere fokusert. Ordningen skiftet navn fra Bedriftslegeordning til Bedriftshelsetjeneste. Oppgavene til bedriftslegene var hovedsakelig kontrollbasert, ved at de utførte helsekontroll av de ansatte, kontroll av hygieniske forhold og kontroll og registrering av sykefravær. Styret for bedriftshelsetjenesten utvidet i 1975 oppgavene til også å omfatte aktivt arbeid for å forbedre arbeidsmiljøet og å gjennomføre medisinsk rådgiving i virksomhetene. Samtidig ble bedriftslegeordning erstattet med bedriftshelsetjeneste. Dette ble gjort for å markere at annet helsepersonale enn leger var nødvendig for de nye oppgavene, og var samtidig starten på et mer aktivt og forebyggende helse- og miljøarbeid i virksomhetene. Ved at arbeidsmiljøloven i 1977, i § 30, påla enkelte virksomheter å tilknytte seg verne- og helsepersonale oppstod behovet for fellesorganisering av bedriftshelsetjeneste. Slike fellesordninger har hatt en jevn økning frem til i dag, men fortsatt er det egenordninger som er dominerende.

Staten spilte en tilbaketrasket rolle i utbyggingen av bedriftshelsetjenesten før 1977. Da ble Arbeidsmiljøloven og Lov om helsetjenester vedtatt, noe som betydde at forvaltningen, og særlig Direktoratet for Arbeidstilsynet, kom inn som sentrale aktører. Dette ga opphavet til en rekke konflikter som vi skal omtale senere (Steen 1992).

1.3.2 Bedriftshelsetjenesten - lover og forskrifter

Mens bedriftslegeordningen tidligere var frivillig og avtalebaset, ble det med arbeidsmiljøloven (AML) i 1977 mulig å gi pålegg om verne- og helsepersonale, eller obligatorisk bedriftshelsetjeneste i bedrifter. Arbeidstilsynet har i en egen forskrift listet opp 22 næringsgrupperinger som skal ha verne- og helsepersonale i henhold til §30 i arbeidsmiljøloven. Kravet om verne- og helsepersonale gjelder likevel ikke for arbeidstakere som har mindre enn 15 timers arbeidsinnsats per uke, eller for sesongarbeidere som arbeider mindre enn fem måneder per år. Tilsynsmyndighet for denne *Bransjeforskriften* (8. juni 1989, kfr. best. AT 501) er Arbeidstilsynet.

Også virksomheter som ikke faller inn under denne forskriften kan pålegges å ha verne- og helsepersonale om arbeidsforholdene skulle tilsi dette etter AML §30. I så tilfelle har arbeidsgiver et særskilt ansvar for å vurdere om det er nødvendig med slikt personale.

Forskrift om verne- og helsepersonale, (jf best. nr. 518, Arbeidstilsynet, 21. april 1994), definerer hvilke oppgaver og kvalifikasjoner verne- og helsepersonalet skal ha i de virksomhetene der det er nødvendig å gjennomføre særlig overvåking av arbeidsmiljøet. Verne- og helsepersonalet inngår som ledd i virksomhetens forebyggende arbeid. Arbeidsgiver har ansvaret for at arbeidsmiljøet er "fullt forsvarlig" i henhold til arbeidsmiljøloven, knyttet til fysiske, psykiske, kjemiske, ergonomiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer. Sammen med arbeidsgiver, arbeidstakere, verneombud og arbeidsmiljøutvalg skal derfor verne- og helsepersonalet hjelpe til med å sørge for trygge og helsesikre arbeidsforhold. Det forebyggende aspektet ved deres innsats skal være tydelig og markert. Arbeidsgiver skal dessuten lage et system for oppfølging og kontroll av arbeidsmiljø og sikkerhet i bedriften, betegnet som internkontroll. Denne plikten er hjemlet i Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften), som først ble gjort gjeldende fra 1992 og siden revidert i 1997, (jf best. nr. 544, Arbeidstilsynet, 1. januar 1997. Ved utforming, gjennomføring og oppfølging av internkontrollsystemet skal verne- og helsepersonalet være sakkyndige. Verne- og helsepersonalet skal også være representert i bedriftens arbeidsmiljøutvalg, der hvor dette finnes.

Verne- og helsepersonale er et arbeidsmiljøtiltak som krever en tverrfaglig sammensatt fagkompetanse, for å drive med forebyggende arbeid innenfor helse, miljø og sikkerhet, herunder å overvåke og foreta kontroll av arbeidstakernes sikkerhet og helse. Derfor skal verne- og helsepersonalet i virksomheten ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål, slik dette er klart uttrykt i AML §30. Arbeidsgiver forutsettes å organisere verne- og helsepersonalets stillinger på en slik måte at dette hensynet blir ivaretatt.

1.3.3 Om bedriftshelsetjenestens funksjoner

Arbeidsplassen er en viktig arena for å styrke samfunnets langsiktige politiske mål om helsefremmende og forebyggende HMS-innsats. Bedriftshelsetjenesten er et *virkemiddel* og en del av det forebyggende HMS-arbeidet som arbeidsgiveren gjennom lov eller avtale er forpliktet til å iverksette. Kanskje er verne- og helsepersonale det aller viktigste verktøy for å sikre arbeidshelseinnsatsen i virksomheter. Her fins både faglig kompetanse innen flere helserelaterte disipliner, samt metoder for både forebygging og behandling av skader, sykdom og slitasjelidelser.

Verne- og helsetjenesten i den enkelte virksomhet (NOU 1992:2) organiseres enten som egenordning eller som fellesordning. *Egenordning* er den vanligste organisasjonsformen i større virksomheter. Den innebærer at bedriften etablerer en bedriftshelsetjeneste med egne leger, sykepleiere, fysioterapeuter, yrkeshygienikere, etc. *Fellesordning* er når flere virksomheter går sammen om å etablere bedriftshelsetjeneste. Hvilke kompetanse- og kvalifikasjonskrav som er nødvendig hos verne- og helsepersonalet er avhengig av hvilke behov for særlig overvåking som er til stede. Fellesordningen kan være knyttet til geografisk nærhet eller bransje. Fellesordningen ledes av et styre hvor arbeidsgiver og arbeidstaker sikres reell innflytelse over det faglige innholdet i ordningen. Samarbeid med kommunehelsetjenesten har vist seg å være nødvendig for å kunne organisere bedriftshelsetjeneste for mange virksomheter med få ansatte.

Uansett om bedriftshelsetjenesten er organisert i egen- eller fellesordning eller i andre ordninger, gjelder de samme lover og forskrifter.

Over tid har det vært en endring i arbeidsplassens HMS-bilde. Tungt fysisk arbeid er blitt redusert, og det har skjedd en dreining mot ny teknologi og spesialisering av arbeidsoppgaver som kan medføre nye helsemessige belastninger. Det er en økning i helseplager som kan relateres til dårlige innemiljø og psykisk belastende arbeid (Karlsen 1997).

I alle de nordiske landene har de store bedriftene såkalte egenordninger for verne- og helsepersonalet. I tillegg kommer ulike former for fellesordninger for de små og mellomstore virksomheter. Norske undersøkelser (Grimsmo 1996) viser imidlertid at ordningene er dårligst utbygd og at kunnskapen om hvilke ordninger man har er minst utbredt blant de ansatte i de bransjer som har det største antall små virksomheter. Dette gjelder f.eks. hotell- og restaurantbransjen og mange former for privat tjenesteyting. I Finland og Sverige har verne- og helsepersonale tradisjonelt hatt en betydelig kurativ virksomhet. I Danmark har kurativ virksomhet ikke forekommet, mens Norge har hatt en mellomstilling. Her skal verne- og helsepersonale imidlertid ikke behandle de ansatte dersom dette går utover det forebyggende arbeid. Blandingen av faggrupper i verne- og helsepersonalet i de nordiske land varierer ganske mye, såvel som antall personer som engasjeres og andel av arbeidsstyrken som dekkes. I Danmark er det nesten ingen leger i bedriftssunnhetstjenesten, mens Norge har den største andelen leger. Det er imidlertid sykepleiere som i antall og andel er den dominerende faggruppen, særlig er andelen høy i Finland. Den norske regjering har lagt vekt på at full utbygging av verne- og helsepersonale skal være et langsiktig mål, og realiseres når de økonomiske og personalmessige forutsetninger er tilstede. Siktemålet er at verne- og helsepersonale fortsatt skal være forebyggende og ikke kurativ. Slik sett er vel også Norge arbeidsmedisinsk på linje med det meste av det industrialiserte Europa.

Innen verne- og helsepersonale i Norge er det tidligere anslått at det arbeider ca 1500 personer fordelt på 500-600 enheter (NOU 1992:2). Vi snakker altså om en ganske liten og smal nisje i spekteret av helsetjenestetilbud i landet. HMS-tjenestene som tilbys av verne- og helsepersonale er en blanding av forebyggende og behandlende tiltak, basert på både generelle og individuelle tilbud. Og vhp-nisjen er dessuten befolket av høyt kompetente profesjonelle personer som i helsevesenet ellers. Antall «kunder» som betjenes er betydelig, idet store deler av den norske arbeidsstyrken er brukere. Likevel dekker dette tjenestetilbudet langt færre virksomheter og arbeidstakere i Norge enn i Finland og Sverige, men flere enn i Danmark. Etterhvert har det blitt fokusert på utvidet HMS-«service» som element i det tjenestespekteret vhp skal tilby. Og det byr åpenbart på utfordringer for verne- og helsepersonalet, sett i et kvalitetsperspektiv.

Arbeidstilsynets kartlegging fra 1996 viser at 75% av de norske virksomhetene og 37% av arbeidstakerne var uten verne- og helsepersonale. Tilsvarende er vist i Tabell 1.1 hvordan deknningen av vhp-ordninger er innenfor de bransjer som er pliktig til å ha slike i 1998:

Tabell 1.1 Dekningsgrad av verne- og helsepersonalet for bedrifter som er pålagt å knytte til seg verne- og helsepersonale

Virksomhetens størrelse (antall ansatte)	Antall virksomheter	Andel med vhp
1-9	27.321	22,5%
10-19	6.116	57,2%
20-49	4.496	69,3%
50+	2.901	83,5%

Kilde: Arbeidstilsynet 19.02.98

Dekningsgraden varierer sterkt avhengig av bedriftsstørrelse. De minste virksomhetene har lavest dekning, beskjedne 22,5%, mens de største har best dekning, 83,5%. Det en bør merke seg er at påbudet er likt for alle typer virksomheter innenfor bransjeforskriften, både de små og de store skulle i prinsippet ha 100% dekning. Slik er det altså ikke i dag.

1.3.4 Kampen om bedriftshelsetjenesten

Omdanningen av bedriftslegeordningen til bedriftshelsetjeneste i 1974 og synliggjøringen av verne- og helsepersonale som ledd i forbedringsarbeidet for arbeidsmiljøet, slik det ble formulert i AML §30 i 1977, skapte egentlig ikke den avklaring som mange hadde forventet. Snarere tvert om representerte 1980-årene et tiår med konflikt og uenighet, men også med vekst og faglig forbedring i bedriftshelsetjenesten. Særlig var myndighetene og LO pådrivere i utbyggingen av ordninger for verne- og helsepersonale.

Minst tre konflikttyper er synliggjort (Steen 1992) i denne perioden; en forklares ideologisk, en annen organisatorisk og en tredje forvaltningsmessig.

Den første konflikten var knyttet til "ideologi". Motstand fra arbeidsgiverne utløste konflikten ved at de reagerte mot at myndighetene grep inn i den private disposisjonsrett de enkelte virksomheter selv forvaltet. Det var på dette området de store slagene sto. Arbeidsgiverne ønsket at bedriftenes autonomi og styringsrett ikke skulle beskjæres gjennom offentlige inngrep, pålegg og reguleringer. Dessuten ble dette ønsket underbygget av redselen for økte utgifter knyttet til HMS-forbedringen på arbeidsplassene.

"Organisasjonsforklaringen" er den andre type konflikt. Den omfatter den måten interesseorganisasjonene ble faset inn i beslutnings- og gjennomføringsprosessen. De

organisasjoner som hadde kontakter med myndighetene oppnådde fortrinn for sine synspunkter, mens de som manglet slike opplevde å mangle innflytelse. Samarbeids- og avtaleordningene enkelte organisasjoner hadde, gjorde at de opptrådte ansvarlig overfor myndighetene og dermed styrket sin posisjon og anseelse ytterligere.

I utbyggingen og organiseringen av bedriftshelsetjenesten allierte Arbeidstilsynet seg med arbeidstakersiden, mens arbeidsgiversiden manglet en myndighetsalliert. Konflikten viste seg som partsuenighet hvor Arbeidsgiverforeningen etterhvert fikk Helsedirektoratet og Lægeforeningen på sin side.

En tredje konflikttype, kalt "*forvaltningsstyring*", oppsto mellom myndighetsinstanser. Hvem skulle styre; Sosialdepartementet og Helsedirektoratet eller Kommunaldepartementet og Arbeidstilsynet? Gjennom lov om helsetjenesten i kommunene forsøkte Sosialdepartementet å innlemme bedriftshelsetjenesten i sitt revir, mens Kommunaldepartementet forankret ordningen i Arbeidsmiljøloven. Bedriftslegene var splittet i sitt syn, mens Lægeforeningen støttet Sosialdepartementet. I denne konflikten spilte LO på lag med Arbeidstilsynet.

Et annet motsetningsforhold oppsto i selve utøvelsen av tilsynsmyndigheten, dvs i forholdet mellom departementet som overordnet myndighet og den ytre etat; direktoratet for Arbeidstilsynet og dets distriktskontorer. De retningslinjer som ble utarbeidet av AT ble flere steder modifisert og tilpasset lokale forhold, uten at det egentlig verken ble godkjent eller underkjent.

Selve grunnkonflikten gjaldt imidlertid innholdet i bedriftshelsetjenesten (Wannag 1992:241). Skillet gikk mellom de som ønsket bedriftshelsetjenesten som et virkemiddel for bedring av arbeidsmiljø og helse, slik Arbeidsmiljøloven ga grunnlaget for og de som ønsket en bedriftshelsetjeneste som del av offentlig helsetjeneste. LO drev lobbypåvirkning for å skape en privat ordning med bedriftene som ansvarlig for bedriftshelsetjenesten, til fortrengsel for en offentlig ordning under ledelse av Helsedirektoratet.

Steen fremhever at så lenge vhp-ordningene var organisasjonenes eget ansvar var det relativt rolig på denne arenaen. Først da myndighetene overtok ansvaret for regulering og forvaltning av bedriftshelsetjenesten, noe organisasjonene var enige om i utgangspunktet, startet konfliktene. I den nye situasjonen fant Steen følgende særtrekk (1992:41):

- ambisjonsnivået var høyt - myndighetene ønsket høy dekning og forebyggende bedriftshelsetjeneste innen kort tid
- arbeidsgiveren ble tillagt hovedansvaret innenfor tolkbare regler
- LO spilte en meget aktiv rolle i initiering og oppfølging
- i selve forvaltningsapparatet ble motstridende mål bygget inn
- mens kontrollen ble i stor grad overlatt til desentraliserte forvaltningsorganer.

Disse ambisjonene nedfelte seg i en fremdriftsplan som så utløste de latente konflikter. De ulike aktørene fremsto mer som interessetalsmenn og parter i en "Maktkamp som virket delvis lammende på det offentlige arbeidet med å bygge ut BHT" (Steen, *ibid.*).

1.3.5 Implikasjoner av den historiske utviklingen

Denne korte historiske oversikten avdekker flere implikasjoner av betydning for denne evalueringen av verne- og helsepersonale i virksomhetene.

For det første har myndighetene fått flere forskrifter å styre vhp-ordningene etter. Vhp-forskriften (best. nr. 518, AT) både tillater og støtter en ganske åpen og fleksibel vhp-ordning til fordel for virksomhetene med sine ulike behov, ressurser, kompetanse, osv. Bransjeforskriften (best. nr. 501, AT) pålegger virksomheter innen enkelte næringsgrupper å knytte til seg verne- og helsepersonale i henhold til Arbeidsmiljølovens §30. IK-HMS forskriften pålegger virksomhetene både en plikt til å påse at krav og regler overkommes og til å dokumentere hva virksomheten selv gjør for å følge opp disse påbudene. Slik sett danner dette regelverket et langt mer omfattende fundament for HMS-regulering fra myndighetenes side enn noen gang tidligere.

For det andre er arbeidshelse og tilhørende tiltak rettet både mot arbeidsplass og arbeidstaker blitt vesentlig styrket de siste 20-25 år. Langt flere virksomheter og arbeidstakere får et tilbud i dag enn ved iverksettingen av Arbeidsmiljøloven i 1977. Dette har styrket både det forebyggende HMS-arbeidet og den individrettede arbeidshelseinnsatsen.

For det tredje er vhp-ordningene næringsmessig og strukturelt skjevtilpasset. Den norske bedriftsstrukturen består av overveiende små og dels mellomstore virksomheter. Egentlig store bedrifter er det få av i Norge. Vhp-dekningen er imidlertid best i de grupper der det er færrest virksomheter, dvs blant de aller største, og dårligst der det er flest virksomheter, dvs blant de aller minste. Dessuten er ordningene bedre utbygd i den vareproduserende sektor, og dårligere i de tjenesteproduserende bransjer. Det er de sistnevnte som vokser i dagens Norge.

For det fjerde er det uavklart om kravspesifikasjonene til et systematisk HMS-arbeid imøtekommer godt nok de små og mellomstore virksomhetenes behov og evne til å etablere HMS-systemer og til å følge opp det regelverk myndighetene nå har iverksatt.

For det femte har verne- og helsepersonale som arbeidsmiljøtiltak vært gjenstand for både konsensus og konflikt. Mens 1980-tallet var preget av mange konflikter og stor "støy", har 1990-tallet vært karakterisert av konsolidering og vekst i vhp-ordningene. Riktignok var det klare interessenetninger i forbindelse med Bransjeforskriftens iverksettelse på slutten av 1980-tallet, hvor arbeidsgiverne bestred myndighetenes rett til å pålegge virksomhetene å knytte til seg verne- og helsepersonale. Det er et åpent spørsmål om alle konfliktene er bilagt. For tiden virker det som om den *ideologiske* dimensjonen er nedtonet, mens det fremdeles er ulike oppfatninger blant *organisasjonene* om hvordan, hvor mye og hvor raskt vhp-ordningene skal bygges ut, samt en viss spenning mellom *forvaltningsorganene* om hvilken overordnet målsetting vhp-ordningene skal ha, arbeidsmiljøtiltak eller helsetiltak.

For det sjette kan en ny potensiell konfliktlinje muligens åpenbare seg i forholdet mellom de “flinke” virksomhetene, dvs de som knytter til seg vhp og som videreutvikler relasjonen til dette personalet ut fra sine egne behov for å bedre sin arbeidsmiljøstatus og de “dårlige” virksomhetene. “Flinke” bedrifter er stort sett store virksomheter og samtidig slike som har innført bedriftshelsetjeneste tidlig, ofte før pålegg ble gjort gjeldende om dette i Arbeidsmiljøloven. “Dårlige” virksomheter er gjerne de mindre virksomhetene, slike som etablerer seg i de nye vare- og tjenesteproduserende nisjer, men som mangler ressurser, kompetanse og evne til å bestille sine egne HMS-tjenester. De store virksomheter har derimot adaptert hele “pakken” av tilbud som beskrives i vhp-forskriften, men gjør det ut fra en behovstilpasset bestilling.

Sett under ett kan det i historisk perspektiv derfor synes som om styrkingen av det offentlige HMS-regimet ennå ikke har ført til den bredere og mer representativ dekning av vhp-ordningene, ei heller til at de iboende konflikter er oppløst.

2 Teori

2.1 Evaluering som forskning

Evaluering er etterhvert blitt en egen metodisk retning, men omfatter egentlig flere typer tilnærming. Rollen som evaluator kan variere fra deltaking og rådgivning i prosesser til mer forskningsdominerte evalueringer med vekt på vitenskapelige metode og dokumentasjon. Et skille som ofte framheves mellom vanlig standard forskning og evalueringsforskning er at evalueringer ofte skal holde resultatene opp mot en definert standard eller prosjektmål.

Med *evaluering* forstår vi her en systematisk innsamling av data for å skille og analysere virkninger av endrings- og påvirkningsforsøk på ett gitt område (dels etter Almås 1990). I mange evalueringer ønsker man ikke bare å se på måloppnåelse, men også å identifisere endringer over tid innenfor det feltet som skal påvirkes. Dette åpner opp for drøftinger av prosesser og forløp og minsker sannsynligheten for å konkludere med enkle vurderinger som at resultatet har vært vellykket eller ikke vellykket. Slik skjer ikke så sjelden i evalueringsstudier, der en sammenligner resultater med idealer om å løse problemene fullt ut.

Baklien (1993) hevder at evalueringsstudier i Norge har fire ulike bein å stå på. *'Ideal-realitets' forskningen* har lange tradisjoner og har bidratt til å utvikle gode problemstillinger. *Kausalitet- og effektevaluering* (eksperimentmodellen) har gitt oss en metodologisk basis, og *aksjonsforskningen* har bidratt til en kunnskapsteoretisk utvikling. Det fjerde beinet - *implementeringsanalyse* - får oss til å vektlegge ikke bare effekter og konsekvenser, men også rammebetingelser og iverksettelsesfase.

I denne evalueringen ønsker vi å trekke veksler på alle fire tilnærmingene, men med ulik tyngde. Ideal-realitetsperspektivet er aktuelt å anvende på bedriftshelsetjenestens helhetlige strategi. En kan da stille spørsmålet om mål og idealer for bedriftshelsetjenesten har blitt fulgt opp av en realistisk politikk og adekvate virkemidler. Det er selvsagt også meget aktuelt å vurdere hvilken avstand det eventuelt er mellom mål og idealer på den ene siden og bedriftshelsetjenestens praktiske hverdag på den andre siden. Profilen vi har valgt for evalueringen må koples til viktige egenskaper i den praksis som bedriftshelsetjenesten følger, men også til bedriftenes ansvar og relasjonene mellom bedrift og bedriftshelsetjenesten. Målene for denne delen av evalueringen er å vurdere grad av samsvar mellom mål og faktiske resultater.

Implementeringsanalyse og aksjonsforskningsperspektiv er relevante tilnærminger fordi målene for bedriftshelsetjenesten går ut på å sette i verk og gjennomføre forbedringstiltak i bedriftene og å bidra til utforming og gjennomføring av handlingsplaner.

Kausalitet- og effektevaluering er et aktuelt perspektiv fordi tiltak forventes å gi målbare resultater. En viktig del av evalueringen går nettopp ut på å vurdere effekten av bedriftshelsetjenestens virksomhet. I den forbindelse blir det også viktig å sannsynliggjøre sammenhenger mellom tiltak og effekter. Dette er også et aktuelt perspektiv i de tilfeller der en kan gjøre kost-nytte analyser.

Generelt i evaluering må en drøfte strukturelle forutsetninger og institusjonelle rammer for bedriftshelsetjenesten, de prosesser verne- og helsepersonalet inngår i og de resultater som kommer ut av prosessen. Drøftinger av resultater må hele tiden ses i forhold til aksepterte standarder. Viktigste standarder er pålagt i lov og forskrift og er derfor et minstekrav til bedriftshelsetjeneste og arbeidsgiver. Det kommer imidlertid en del kvalitetskrav utover dette, gitt i profesjonelle krav og retningslinjer, krav til service og tjenester som må tas med i helhetsvurderingen.

For å fange inn kompleksiteten i prosjektet anvender vi en evaluering på flere nivå: Vi ser på (1) ytre rammebetingelser, ressurser til verne- og helsepersonalet og arbeidsmiljø, (2) prosessaspekt som samarbeidsrelasjoner, grad av konsensus, kommunikasjon og formidling mm, (3) evaluering av virkninger av bedriftens samlede HMS-innsats og nytten av verne- og helsepersonalet i forhold til kostnader.

2.2 Modell, begreper og analyseenhet

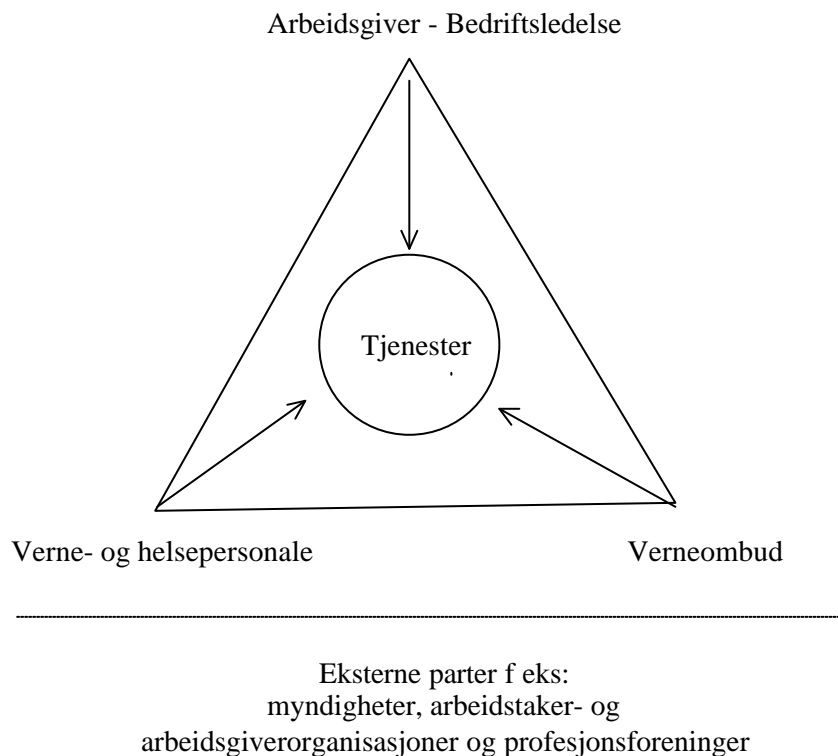
Evalueringen av bedriftshelsetjenesten kan grovt sett deles i to domener; spørsmål som knytter seg til partenes aktiviteter og vurderinger, dvs hvordan virksomhetene og verne- og helsepersonalet tenker og arbeider med systematisk HMS-arbeid, og spørsmål som angår selve samhandlingen mellom disse partene satt i en kontekst hvor rammevilkårene også trekkes med.

I forskriften for verne- og helsepersonale presiseres meget klart arbeidsgivers ansvar for å skaffe seg de tjenestene som forskriften nevner. Kvaliteten av tjenestene vil derfor i stor grad avhenge av den bestilling eller oppdrag som verne- og helsepersonalet mottar fra bedriften. Arbeidsgivers innsikt i problemfeltet vil variere, og dette kan påvirke kvaliteten av tjenestene. Satt på spissen kan vi antakelig si at en utilfredsstillende kvalitet bl a kan skyldes at arbeidsgivers bestilling ikke er god nok. Det vil derfor være hensiktsmessig å bruke begrepet 'bestillingskompetanse'. Kvaliteten på tjenestene vil både avhenge av bestillingskompetansen til arbeidsgiver og til kompetansen hos verne- og helsepersonalet. Når vi så skal foreta en evaluering av dette, er det viktig å få fram de prosessuelle sidene ved utforming av kvaliteten.

Partene (her definert som arbeidsgiver, verne- og helsepersonale og verneombud) samhandler omkring kvalitet og utforming av et 'produkt', de tjenester verne- og helsepersonalet skal bistå arbeidsgiver med. Arbeidsgiver påvirker produktet gjennom sin bestillingskompetanse, forvaltning av sitt ansvar etter lov og forskrift, sin interesse for produktet og evne til å stimulere til innsats for arbeidsmiljøet, evne til oppfølging av bestillingen, stille ressurser til rådighet mm. Verne- og helsepersonalet påvirker på sin side produktet, f eks ved å stille sin faglige kompetanse til rådighet, aktivt bidra til å tilpasse tjenestene til bedriftens behov, formidle resultater og påvirke bedriften.

Når bedriftshelsetjenesten skal evalueres, må vi altså ta hensyn til denne forhandlings-situasjonen. Det analytiske fokus for evalueringen bør derfor ligge i selve prosessen, snarere enn på den ene eller den andre av partene. Spørsmålet om hva verne- og helsepersonalet gjør kan bli uinteressant hvis vi bare får en opprøpning av ulike oppgaver verne- og helsepersonalet utfører. Viktigere er f eks departementets spørsmål om grad av samsvar mellom partenes ønsker/krav til tjenester og verne- og helsepersonalets prioritering av oppgaver. For å besvare dette spørsmålet må vi gå inn i relasjonen mellom arbeidsgiver og verne- og helsepersonalet og få fram synspunkter/ oppfatninger fra begge partene, bl a fordi de kan ha ulikt syn på prosessen og ha ulike interesser å forsvare. En viktig ramme for denne samhandlingen er det klare ansvar som legges på arbeidsgiver for å skaffe tilstrekkelig bistand og kompetanse.

Etter denne tankegangen er tjenestene, eller det produktet som verne- og helsepersonalet bidrar med til bedriften, et resultat av en samhandling mellom ledelse og verne- og helsepersonalet, der ledelsen er formelt ansvarlige for å søke bistand fra verne- og helsepersonalet og bestemme hva bistanden skal inneholde. Verne- og helsepersonalet på sine side representerer den profesjonelle bistandsyter og den part som har kompetanse på området, men ikke ansvar for det bedriften foretar seg eller lar være å foreta seg. Det kommer også en tredje part inn i bildet, verneombudet, som representerer de ansatte, men med definerte plikter og rettigheter i AML. Figur 2.1 viser en modell for evalueringen. Arbeidsgiver, verne- og helsepersonalet og verneombud er de mest sentrale partene i evalueringen. I sitt mandat for evalueringen spør departementet også etter ytre rammevilkår for tjenestene. Opplysninger til denne delen av evalueringen innhenter vi på grunnlag av intervju med eksterne parter som myndighet, arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner og profesjonsforeninger, se Figur 2.1.



Figur 2.1 Modell for evalueringen

RFs erfaring fra andre større evalueringer, som f eks sykefraværskampanjen LO-NHO (Bru, Lie og Stuland Larsen 1994) og den forebyggende innsatsen mot hiv/aids i Norge (Lie, Stuland Larsen og Rise 1995), viser at en variert metodisk tilnærming er viktig, spesielt når vi har med bedrifter og organisasjoner å gjøre. Vi har bl a erfart at det er viktig å bringe inn ulike partsinteresser i prosjektene. Dette sikrer at ulike interesser kommer til orde. Ved å bringe inn flere av partene som inngår i samhandlingen omkring HMS-tjenestene i bedriften, får vi fram den enkeltes forståelse av den aktuelle situasjonen. Denne situasjonsdefinisjonen er viktig for forløpet av samhandlingen og hvordan utformingen av tjenestene blir til. Den subjektive tilnærmingen til forståelse av 'virkeligheten' bygger på Thomas-teoremet: 'Det mennesket definerer som reelt, er reelt i sine konsekvenser', etter sosiologen William Thomas.

3 Metoder, data og empirisk avgrensning

3.1 Valg av evalueringsmetode

I tråd med drøftingene i kapittel 2 anvender evalueringen for det meste en *målorientert* evalueringsform. Poenget er ikke å sammenligne verne- og helsepersonals innsats med andre grupper, men å vurdere i hvilken grad samhandlingen mellom partene fører til resultater i samsvar med lover, forskrifter og oppsatte mål. Det viktigste spørsmålet som stilles her er: Har ordningen med verne- og helsepersonale i virksomhetene nådd de fastsatte målene?

Verne- og helsepersonale i virksomhetene vurderes i forhold til de to overordnede målene som er angitt i mandatet (kfr. kap. 1.1.1). Dessuten skal selve evalueringsarbeidet også ses i forhold til de seks problemområdene Kommunal- og regionaldepartementet har angitt for evalueringen (jf 1.1.2).

3.2 Utvalgsprosedyrer

For å svare på de problemstillinger som er nedfelt i mandatet for evalueringen har vi valgt å trekke inn ulike undersøkelsesenheter og interesseparter:

- bedrift,
- verneombud i bedriftene og
- det verne- og helsepersonell bedriften er knyttet til.

I tillegg vil vi trekke inn parter med tilknytning til eller antatt interesse for verne- og helsepersonale som NHO, LO, myndigheter og profesjonsforeninger.

3.2.1 Populasjon

Hovedmålet med evaluering er å gi et representativt bilde av verne- og helsepersonale i virksomhetene som er pålagt å ha verne- og helsepersonale (etter arbeidsmiljøloven §30, samt forskrift best. nr. 501, Arbeidstilsynet). Dette vil vi heretter kalle målpopulasjonen.

For å finne fram til den rette populasjon måtte vi både ta hensyn til vår analysemodell, til mandatet og til praktiske muligheter for å nå populasjonen. På dette grunnlag valgte vi å trekke et tilfeldig utvalg bedrifter innen populasjonen som er pålagt å knytte til seg verne- og helsepersonale etter forskriften.

Utvalget ble trukket fra bedriftsregisteret i Statistisk sentralbyrå.

I samarbeid med Statistisk sentralbyrå utarbeidet vi en utvalgsplan hvor vi tok hensyn til en viss dekningsgrad av verne- og helsepersonell, basert på SINTEFs undersøkelse (Rognstad 1994), og en forventet svarprosent på 65. I SINTEFs undersøkelse kom det fram at de største bedriftene hadde best dekning av verne- og helsepersonell mens de minste bedriftene

hadde dårligst dekning. Dekningsgraden varierte fra rundt 20-80 prosent. Dette er senere bekreftet i en undersøkelse gjennomført av Direktoratet for Arbeidstilsynet, se Tabell 1.1.

På grunnlag av utvalgsmodellen ble det trukket ut ca 900 bedrifter. Alle bedriftene ble tilskrevet med spørsmål om de var tilknyttet en verne- og helsepersonell ordning, og i så fall hvilken (med navn og adresse). Henvendelsen til bedriftene ble gjort med et enkelt kort hvor en kunne rive av en frankert svarslipp.

Hele utvalget bedrifter fra SSB ble lagt inn på en database (Access). Denne databasen ble et meget nyttig redskap for å holde orden på utsendte og innkomne skjema, holde oversikt over svarprosenten og som referanse ved opprettinger av spørreskjema.

Evalueringen skal også omfatte verne- og helsepersonalet og verneombud i virksomhetene. Utvalget av verne- og helsepersonalet og verneombud ble bestemt av de valgte bedriftene. Bedriftene ble tilskrevet med spørsmål om hvilken bedriftshelsetjeneste (verne- og helsepersonale) de nyttet seg av. Opplysningene fra bedriftene utgjorde utvalget av verne- og helsepersonale.

På grunnlag av oversikten over bedrifter og verne- og helsepersonale sendte vi ut et spørreskjema til partene. I bedrift en fikk foruten ledelsen, verneombudet et eget skjema. På denne måten fikk vi et sett respondenter som var relatert til hverandre. Verne- og helsepersonalet skulle bare gi opplysninger om den navngitte bedriften i vårt utvalg. Bedriften og verneombudet på sin side svarte på grunnlag av tjenesten fra den oppgitte verne- og helsepersonell ordningen.

3.2.2 Utvalg og svarprosent

Av de 920 bedriftene som fikk forespørsel om tilknytning til verne- og helsepersonalet fikk vi svar fra 511 bedrifter. Av denne gruppen hadde 75 prosent verne- og helsepersonale, dvs 383 bedrifter, som utgjør vårt bruttoutvalg. Nettoutvalget, som er grunnlaget for utregningen av svarprosenten, er noe mindre. Grunnen til dette er ubesvarte skjema, bedrifter som ikke har verneombud og skjema som ikke var tilfredsstillende utfylt. I noen tilfeller viste det seg også at bedriften ikke var medlem i den verne- og helsepersonell-tjenesten som var oppgitt. Mer detaljerte kommentarer gis nedenfor.

Følgende koder for registrering av skjema er i bruk i databasen:

- 1 = Registrert svar
- 2 = Returnert ubesvart
- 3 = Har ikke verneombud
- 4 = Ikke utsendt spørreskjema
- 5 = Bedriften er ikke medlem

Bruttoutvalg utgjør det endelige antall bedrifter vi sendte ut spørreskjema til.

Nettoutvalg (basis) er utregnet på følgende måte: kodene 3 (bedrift uten VO), 4 (ikke utsendt spørreskjema), og 5 (ikke medlem) er trukket ut fra bruttoutvalget. Nettoutvalget (basis) består derfor av kode 1 og 2 (fullstendige og ufullstendige svar fra de som har verne- og helsepersonale), Tabell 3.1. Vi har da følgende tall for utvalget:

Ledelse: $N = 383 - 4 - 14 = 365$

Verne- og helsepersonalet : $N = 383 - 4 - 14 = 365$

Verneombud: $N = 383 - 51 - 4 - 14 = 314$

Tabell 3.1 Oversikt over brutto- og nettoutvalg

Part	Bruttoutvalg	Nettoutvalg	Svarprosent per 18.08.98
Ledelse	N = 383	N = 365	70%
Verne- og helsepersonalet	N = 383	N = 365	77%
Verneombud	N = 383	N = 314	70%

Utfyllende kommentarer til registreringene i databasen

* Kode 3: Vi har gått ut fra at bedrifter med mindre enn 10 ansatte ikke har verne-/hovedverneombud. Enkelte bedrifter har også sendt skjemaet i retur med melding om at de ikke har dette.

Det finnes bedrifter i utvalget som har mindre enn 10 ansatte med verneombud og som har svart på spørreskjemaet. Det finnes også bedrifter med mer enn 10 ansatte som ikke har verneombud.

Verneombudene i bedrifter med mindre enn 10 ansatte ble ikke purret på i andre utsending.

* Kode 4: Manglende og feilaktige eller "rare" adresser. Oppdaget når vi skulle sende dem ut.

* Kode 5: Her har vi brukt BHT som utgangspunkt. Om BHT gir tilbakemelding på at de ikke kjenner bedriften, eller at de av en eller annen grunn ikke anser den som en bedrift de yter selvstendig bedriftshelsetjeneste til, er denne registrert som 7. Det hender imidlertid at bedriften (med verneombud) allikevel *tror* at de har en BHT og har besvart spørreskjemaet. Disse skjemaene er allikevel registrert som 7-ere, jf Tabell 3.2.

Tabell 3.2 Grunnlaget for utvalg og svarprosent i tall

Kategorier i databasen	Verne- og helsepersonalet	Ledelse	Verneombud
0	75	102	92
1 Registrert svar	281	255	218
2 Returnert ubesvart	9	7	3
3 Har ikke verneombud	-	-	51
4 Ikke utsendt spørreskjema	4	4	4
5 Bedriften er ikke medlem	14	14	14

Av dette materialet har vi i noen tilfeller svar fra alle parter, dvs ledelse, verne- og helsepersonalet og verneombud knyttet til samme bedrift (triangler), fra to av partene og fra noen bare en av partene, se Tabell 3.3.

Tabell 3.3 Kombinasjoner av svar; triangel, par og enkle konstellasjoner

Kombinasjoner av svar	Antall som har svart	Ledelse	Verne- og helsepersonalet	Verneombud
Fullstendig triangel	(149)	1	1	1
Par	(56)	1	1	<> 1
Par	(28)	1	<> 1	1
Par	(35)	<> 1	1	1
Enkle	(23)	1	<> 1	<> 1
Enkle	(41)	<> 1	1	<> 1
Enkle	(7)	<> 1	<> 1	1

<> 1 = ulik kode 1, dvs kodene 2, 3, 4, eller 5 og representerer manglende eller ufullstendige svar (jf Tabell 3.2).

3.2.3 Bedrifter i utvalget etter næring

Utvalg av bedrifter er gjort på grunnlag av forskrift om hvilke virksomheter som skal ha knyttet til seg verne- og helsepersonale (Forskrift best. nr 501, Direktoratet for arbeidstilsynet). Sammensetning av næringsgrupper blant de bedrifter som har svart varierer mellom 10 og 20 prosent, se Tabell 3.4.

Tabell 3.4 Bedrifter i utvalget etter næringsområdet.

Næringsområder		
	Antall	Prosent
Bygg, skog, kull, bergv	48	18,8
Næringsmidler	28	11,0
Trev, grafisk, kjemi, metall	41	16,1
Verkstedsp, rep motor	42	16,5
Hotell rest, renov, vaskeri	27	10,6
Transport og post	31	12,2
Kommune og statsadm	38	14,9
Total	255	100,0

3.2.4 Tallet på ansatte

Bedriftenes størrelse, etter antall ansatte, vises i Tabell 3.5. Tallene er her basert på opplysninger fra bedrifts- og foretaksregisteret i SSB.

Tabell 3.5 Bedrifter i utvalget etter antall ansatte.

Ansatte i bedriftene, etter SSB register, gruppert	Antall	Prosent	Korrigert prosent
10 og mindre	40	16	16
11-50 ansatte	68	27	27
51-100 ansatte	72	28	29
100 ansatte og over	72	28	29
Totalt	252	99	100
Ufullstendig opplysning	3	1	
Total	255	100	

3.2.5 Kasusbedrifter

I tillegg til bedriftene i det tilfeldige utvalget har vi trukket et utvalg på 9 bedrifter hvor de aktuelle partene ble personlig intervjuet. Vi ønsket her et utvalg som dekket sentrale bransjer. Hensikten var å gjennomføre intervju med representanter i bedriftens arbeidsmiljøutvalg, dvs representanter for arbeidsgiver, verneombud og verne- og helsepersonalet. Vi viser her til videre redegjørelse i avsnitt 3.4 om datainnsamlingen.

Disse intervjuene har status som kasus- eller eksempelstudier og fungerer som en validering av registreringsskjema og et korrektiv til konklusjoner som trekkes på grunnlag av registreringsundersøkelsen. Erfaring viser at slike kasus kan gi viktige supplement til undersøkelser med spørre-/registreringsskjema ved bedriftsundersøkelser.

3.2.6 Eksterne parter

Den tredje undersøkelsesenheten er parter som på ulikt vis er knyttet til verne- og helsepersonalet sin virksomhet og på den måten representerer deler av de ytre rammebetingelser for verne- og helsepersonalet sin virksomhet. Som eksterne parter er valgt representanter for myndigheter, arbeidsgiver- og arbeidstakerforeninger og profesjonsforeninger.

3.3 Datainnsamling

I evalueringen har vi brukt ulike metoder for datainnsamling. Til utvalget av bedriftsledere, verne- og helsepersonale og verneombud har vi sendt et spørreskjema for registrering av opplysninger i posten. Se Vedlegg 4.

Intervju med kasusbedrifter og eksterne parter er gjennomført personlig med forskerne på prosjektet. I intervjuene brukte vi en spørreguide som bygger på skjemaet i utvalgsundersøkelsen. To av intervjuene er gjennomført per telefon.

Intervju med eksterne parter som myndigheter, arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner og profesjonsforeninger er foretatt med egne intervjuguider. Se Vedlegg 4.

Databehandling

Dataene er registret og bearbeidet statistisk ved hjelp av programmet SPSS. Det er opprettet en datafil for hver av partene: ledelse, verne- og helsepersonale og verneombud. Analysen er dels foretatt på hver av de separate filene og dels på en fil der alle partene er koplet sammen.

3.4 Kasus undersøkelsen

I tillegg til den postale undersøkelsen av et tilfeldig utvalg bedrifter foretok vi i løpet av våren 1998 personlige intervjuer i et mindre antall bedrifter. Vi intervjuet bedriftslederne, verneombud og representant(er) fra verne- og helsepersonalet.

Utvalget av bedrifter til kasusundersøkelsen er også hentet fra SSBs bedriftsregister. Vi trakk i første omgang et mindre, tilfeldig utvalg bedrifter. Vi foretok det endelige valget av bedrifter ut fra flere hensyn. Vi tok hensyn til kostnader ved reiser, region, bransje og størrelse på bedriften.

Vi valgte til slutt å konsentrere oss om fylkene Buskerud, Rogaland og Trøndelag. Vi fikk tilsendt et tilfeldig utvalg fra SSB med i alt 108 bedrifter fra de tre fylkene. På bakgrunn av dette bruttoutvalget trakk vi ut 3 bedrifter fra hver region, etter varierende størrelse og bransje. Utvalget av bedrifter til kasusundersøkelsen er slik:

1. Verksted - 53 ansatte.
2. Renholdsbedrift - 250 ansatte.
3. Bilverksted - 3 ansatte.
4. Elektroverksted - 70 ansatte.
5. Stillas bedrift - 450 ansatte.
6. Konditori - 7 ansatte.
7. Bryggeri - 440 ansatte.
8. Kafeteria/konditori - 15 ansatte.
9. Kommunal avdeling - 61 ansatte.

Alle bedriftene ble tilsendt et informasjonsskriv om prosjektet i forhånd.

Intervjusituasjonen

Hvordan intervjuene ble gjennomført, varierer. Noen ble gjort med hver av informantene alene, andre igjen som gruppeintervju (med opptil 5 personer til stede, inkludert forskerne). Alle intervjuene ble foretatt uten båndopptaker og referat ble skrevet ut i ettertid. Det ble brukt en intervjuguide med utgangspunkt i det postale registreringskjemaet til partene i bedriftene, for å sikre en gjennomgang av noenlunde like tema. Intervjusituasjonen ble derfor mye styrt av de strukturerte spørsmålene, men vi tilstrebet et ideal om å la informantene komme til orde med sin "fortelling". Dette fører nødvendigvis til at en del spørsmål blir 'droppet' underveis, samt at rekkefølgen rokeres.

En del momenter taler også for at gruppeintervjuene ville bli noe mer preget av konsensus enn om partene sitter alene for å fylle ut et spørreskjema. Slike samtalesituasjoner kan gjerne bli preget av høflighetsritualer og et ideal om å forhandle seg frem til enighet. Vi forventet derfor en noe større enighet for denne delen av undersøkelsen - mellom partene - sammenlignet med den postale undersøkelsen.

Utvalget

Med utgangspunkt i SSBs liste over bedrifter ringte vi rundt til utvalget av bedrifter med forespørsel om å delta i undersøkelsen. Vi stod til slutt igjen med 9 bedrifter og 27 informanter. Bedriftene ble delt inn i små (mindre enn 50 ansatte), mellomstore (mellom 50 og 100 ansatte) og store (over 100 ansatte). Vi ønsket 3 bedrifter i de ulike gruppene fra hvert område.

I løpet av telefonrunden fikk vi en del "naturlig frafall", da en del av de oppførte bedriftene ikke hadde verne- og helsepersonale, noen hadde ikke tid til å delta, andre ønsket ikke å delta, og hos noen stemte ikke bedriftens navn med telefonnummer/ adresse. En del frafall fikk vi også i løpet av gjennomføringen, noe vi kommenterer fortløpende i analysen av intervjuene.

Det kan tenkes at det endelige utvalget fra denne delen av undersøkelsen representerer en viss positiv seleksjon. Det kan hende at de bedriftene som til slutt sa seg villig til å delta er bedrifter som arbeider aktivt med arbeidsmiljøet. I utvalgsprosedyren er det som vist lagt inn flere 'tilfeldige' trinn, for å unngå skjevheter. Antall aktuelle bedrifter som sa nei til å delta og som følgelig ble erstattet av andre, var lite. Vi kan likevel ikke se bort fra en viss systematikk i frafallet.

4 Ytre rammevilkår for verne- og helsepersonalets virksomhet

4.1 Innledning

Verne- og helsepersonalets prioriteringer og praktiske arbeid påvirkes av ytre rammebetingelser og ekstern styring, f eks fra :

- myndigheter, i form av regelutvikling og andre virkemidler
- andre ytre forhold, som personalets profesjonsbakgrunn, opplæring og utdanning
- krav og forventninger fra arbeidsgivere
- krav og forventninger fra arbeidstakerne

Rammebetingelser er også det reguleringsinstrument myndighetene har når de vil påvirke hvordan virksomhetene anvender og utnytter sitt verne- og helsepersonale. I stor grad dreier dette spørsmålet seg om bedriftshelsetjenestens rolleutforming vis a vis de plikter arbeidsgiver er pålagt. Rammebetingelsene er selvsagt avgjørende for prioriteringene, men vektlegging av de ulike faktorene vil kunne variere etter hvilke aktører eller forhold som sterkest påvirker den aktuelle bedriftshelsetjenesten. Imidlertid er det viktig å utheve arbeidsgivers ansvar for å gi sin egen virksomhet tilstrekkelig og kompetent støtte fra bedriftshelsetjenesten.

Slike ytre rammevilkår er belyst gjennom ulike kilder, bl a gjennom rådende forskrifter og deres forarbeider, skriftlige dokumenter, data fra evalueringens spørreskjemaundersøkelse, kasusintervjuer og informantintervjuer. I dette kapitlet er det gjengitt synspunkter fra arbeidslivets hovedparter og fra myndigheter. Intervjuer (av 1,5-2 timers varighet) er gjennomført med representative talspersoner fra Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) sentralt og deres landsforeninger Teknologibedriftenes Landsforening (TBL) og Prosessindustriens Landsforening (PIL), fra Landsorganisasjonen (LO) og deres forbund Norsk Kjemisk Industriarbeiderforbund (NKIF) og Hotell- og Restaurantarbeiderforbundet (HRAF), fra Direktoratet for Arbeidstilsynet (AT), fra Arbeidsmedisinsk forening og fra Norsk yrkeshygienisk forening.

Fra intervjuene er det ført skriftlige intervjuprotokoller basert på en semistrukturert intervjuguide. Disse protokollene er brukt som grunnlag for en oppsummerende, snarere enn en direkte refererende, gjengivelse av partenes syn. Vi har dessuten valgt å legge vurderingen av implikasjoner av partenes oppfatninger til rapportens konklusjonskapittel, sammen med vurderingen av øvrig dokumentasjon knyttet til temaet "ytre rammevilkår". Det skal likevel fremgå tydelig i dette kapitlet hvilke temaer partene har ytret seg om og hva deres standpunkter er på de ulike temaområdene.

Intervjuene er fokusert på mandatets mål om å belyse de ytre rammevilkårs betydning for verne- og helsepersonale som arbeidsmiljøtiltak, samt hvordan vhps prioriteringer og praktiske arbeid påvirkes av disse ytre rammevilkår.

4.2 Problembakgrunn

I utgangspunktet kunne man tenke seg ulike typer bedriftshelsetjenester som f eks profesjonsstyrt, regelstyrt, arbeidsgiverstyrt eller arbeidstakerstyrt. Det har vært en oppgave i evalueringen å undersøke hvilke interesser og rammebetingelser som er mest utslagsgivende for verne- og helsepersonalets virksomhet. Intervjuene med partene har forsøkt å få frem informasjon egnet til å belyse alle disse typene og fokuserer derfor særlig på partenes interesser, styringsverktøy, rollefordeling, kompetansekrav og langsiktige utviklingstrekk.

Arbeidsgivere og arbeidstakere vil kunne ha både samsvarende og ulike ønsker og forventninger som kan påvirke virksomheten til verne- og helsepersonalet. Arbeidsgivere vil kunne ønske at verne- og helsepersonalets innsats ved forbedringer av arbeidsmiljøet gir økonomiske gevinster, f eks ved at dette resulterer i mindre sykefravær, skader og sykdom. Arbeidstakere vil kunne ønske bedre arbeidsmiljø og vil forvente at de kan rådføre seg med verne- og helsepersonalet i spørsmål om helse og helseskadelige forhold. De vil kunne prøve å bruke verne- og helsepersonalets aktivitet og analyser som argument for utbedringer av arbeidsmiljøet og produksjonsapparatet. Begge parter vil imidlertid kunne være enige i målet om å oppnå en fullt forsvarlig HMS-tilstand i virksomhetene.

Myndighetene har på bakgrunn av ny kunnskap eller ønske om å heve arbeidsmiljøet innført nye virkemidler for virksomhetenes arbeid. Fra 1990 trådte "Forskrift om hvilke virksomheter som skal ha knyttet til seg verne- og helsepersonale (Bedriftshelsetjeneste)" i kraft. Denne forskriften (AT 501, betegnet som "Bransjeforskriften") angir hvilke næringsområder/-grupper som er pliktige til å ha en vhp-ordning. Deretter kom "Forskrift om verne- og helsepersonale" (best. nr. 518, AT) som fra 1994 regulerer virksomhetenes bistand fra verne- og helsepersonale. Dessuten er "Forskrift om systematisk helse-, miljø-, og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontroll forskriften)" fra 1992 og revidert i 1997 også et viktig virkemiddel. Denne forskriften (best. nr. 544, AT) gir, i tillegg til selve arbeidsmiljøet, verne- og helsepersonalet nye utfordringer innen f eks miljø- og helseskader fra produkter og tjenester og HMS-trusler som følger av utslipp og avfall. Et spørsmål her er hvilken rolle bedriftshelsetjenesten kan ha i virksomhetenes utvikling av et system for internkontroll (Lie og Dahle 1990). Verne- og helsepersonalet får ikke angitt noen klar handlingsplikt i den reviderte utgaven av IK-HMS forskriften (fra 1997), mens arbeidsoppgavene i den første utgaven (fra 1992) var atskillig tydeligere fremhevet (Karlsen 1997).

4.3 Partenes hovedinteresser

4.3.1 Dagens situasjon

Overfor NHO som hovedorganisasjon uttrykkes det fra dens medlemsbedrifter en viss misnøye med vhp's arbeid. Det er for dyrt (> kr. 1000 per ansatt), har for lite omfang og ofte feil fokus. Tilgjengeligheten er dårlig, særlig for de små bedriftene. Svært få, om noen, positive tilbakemeldinger kommer til landsforeningene, hevdes det i NHO sentralt. Kanskje er det litt urettferdig, siden de positive eksemplene (som jo finnes) ikke meldes tilbake. Det er en del tilbakemeldinger om hvordan man skal/kan øke bestillingskompetansen av tjenester fra verne- og helsepersonale. Noen NHO-tilsluttede bedrifter ser lite poeng i å ha tilsluttet verne- og helsepersonale, selv om det er pålagt. Selve det faktum at det er påleggsdrevet, blir av enkelte virksomheter oppfattet som at det derved har liten aktualitet og er lite annet enn en kostnadsdrivende faktor, sier NHO. I sum mener NHO at vhp-ordningen må ha god tilgjengelighet, riktig kompetanse og være fleksible i forhold til bedriftens behov.

LO mener at spørsmålet om nytten av verne- og helsepersonalet lett kan føre til en feil fokusering på ansvarsforholdene for arbeidsmiljøet. Arbeidsgiver har ansvaret, mens verne- og helsepersonalet sin oppgave er å gi bistand til bl a arbeidsgiver. Hvis arbeidsgivere ikke opplever at de har nytte av verne- og helsepersonale, kan dette skyldes at arbeidsgiver heller ikke involverer verne- og helsepersonalet i miljøarbeidet tilstrekkelig. Hele systemet hviler på at partene i fellesskap gjør en god jobb. Selv om arbeidsgiver også har ansvaret for å skaffe den nødvendige kompetansen, er det likevel viktig at verne- og helsepersonalet tar sin del av ansvaret for at kompetansen holder en høy kvalitativ standard.

Under den tidligere forskriften om bedriftshelsetjenesten (best. nr. 380, 1979, Sosialdepartementet og Direktoratet for arbeidstilsynet) lå mye av ansvaret på bedriftshelsetjenesten selv. Fokus var mer rettet mot bedriftshelsetjenesten enn mot bedriften.

Nå er fokus vridd mot bedrift, men det tar tid å endre tradisjonen. Det tar tid å få innarbeidet vaner og arbeidsmetoder med perspektiv mot bedriften, selv om arbeidslivets parter understreker nødvendigheten av at virksomhetene tar det ansvar de er pålagt etter loven. I AML §30 sies det at verne- og helsepersonalet skal samarbeide med AT.

Fra begge LO-forbundene understrekes også betydningen av at Arbeidstilsynet følger opp de krav som stilles i forskrift (518) om verne- og helsepersonale og forskrift (501) om bransjer som skal ha verne- og helsepersonale. LO-forbundene kan f eks godt tenke seg en mer restriktiv linje overfor bedrifter som omfattes av bransjeforskriften, men som ikke har knyttet til seg verne- og helsepersonalet.

I hotell og restaurantbransjen er oppfølgingen av lovverket lite tilfredsstillende, mener Hotell- og restaurantarbeiderforbundet. Det er særlig arbeidsgivers utøvelse av sitt ansvar forbundet er bekymret for. Den største utfordringen, sett fra Hotell- og restaurantarbeiderforbunds side, ligger ikke i svikt hos verne- og helsepersonale, men i manglende krav og oppfølging fra arbeidsgiversiden.

De tilbakemeldinger dette forbundet får fra sine medlemmer er de samme fra år til år; det skorter på å få systemene på plass i bedriftene og det skjer lite med de arbeidsmiljøproblemer som er typiske for bransjen. Det er i årevis påpekt utfordringer i arbeidsmiljøet knyttet til manglende tilrettelegging av arbeidet, høyt arbeidstempo, lav bemanning, store fysiske og psykiske påkjenninger på arbeidstakere over tid, dårlige HMS-systemer i bedriftene og utilstrekkelig interesse og prioritering av ledelsen i HMS-saker.

Norsk hotell- og restaurantarbeiderforbund innser at strukturelle forhold i bransjer, så som stort gjennomtrekk av ansatte, hyppige eierskifter og store krav til fleksibilitet, gjør det vanskelig å følge opp lover og forskrifter på en tilfredsstillende måte.

I andre forbund, som Norsk kjemisk industriarbeiderforbund, ser det ut til at forholdene er langt bedre både når det gjelder arbeidsmiljøet generelt og samarbeidet om HMS-innsatsen. Tilbakemelding forbundet får, bl a fra AMU møtene, viser at ansattes forslag i stor grad blir vedtatt og at bedriftene følger opp forslagene i praksis. Men forbundet merker også forskjeller mellom bedrifter. Bedrifter med lang tradisjon for HMS-arbeid og med engasjert ledelse har ofte kommet lenger enn andre i utviklingen av arbeidsmiljøet. Aktive bedrifter ser også positive resultater, ikke bare i forhold til det tradisjonelle HMS-området, så som sykefravær etc, men også når det gjelder produktivitet i bedriften.

I dag er det stor forskjell mellom egenordninger og fellesordninger, hevdes det fra Prosessindustriens Landsforening (PIL), som har klart best erfaringer med egenordninger. Dette er et syn som også støttes av NHO sentralt. Egenordning gir positiv kontakt, nærhet, kan være med å løse daglige problem, og inngår i beredskapen. Det er lettere å integrere egenordninger i bedriftens behov. IK-HMS-system er et godt redskap for å definere hva verne- og helsepersonale skal ha ansvar for, men dette kan bli vanskelig å følge opp i en fellesordning. Et faremoment er at egenordning lett kan bli for mye primærlege-orientert, mener PIL. Enkelte arbeidsgiverforeninger hjelper bedrifter med å stille krav til fellesordningene. Bedriftene må stimuleres til å kreve tjenester fra verne- og helsepersonale.

LO sentralt ser at fellesordningene kan ha problemer med å dekke medlemsbedriftenes behov til enhver tid. Dette henger dels sammen med de knappe økonomiske ressurser fellesordningene kan ha i forhold til det store antall medlemsbedrifter. Fellesordningene betjener ofte også en rekke bransjer, noe som krever at vhp har bred kompetanse på ulike temaer for arbeidsmiljørisiki. Fellesordningene ville trolig klart seg bedre om dekningsbidragene fra bedriftene ble økt noe.

Norsk yrkeshygienisk forening ser behov for at fellesordningene omstruktureres, de bør bli større gjennom sammenslutninger o.l. Det er også viktig for verne- og helsepersonale, uansett ordning, å kunne dokumentere nytten av sin virksomhet, særlig i forhold til produktivitet og lønnsomhet.

Det er også viktig at bedriftene kan dokumentere et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, helst burde en sette krav til en årlig dokumentasjon for alle virksomheter. Dette ville bevisstgjøre arbeidsgivere i sterkere grad om betydningen av systematisk HMS-arbeid. Fremdeles er det viktig å få HMS-funksjoner inn i linjeledelsen. Arbeidstilsynet kan i prinsippet legge press på bedriftene, men Norsk yrkeshygienisk forening mener at tilsynet er for tafatt i sin tilsynsstrategi. Fra verne- og helsepersonalets side er det vel så viktig å påvirke ledere til å tenke HMS som å selge andre tjenester. Det er bedre at verne- og helsepersonale holder seminar med bedriftsledere enn å foreta helsekontroller av 50-åringer, hevdes det.

4.4 Myndighetenes virkemidler og roller

To myndigheter er tilsynsorgan for vhp-ordninger i virksomhetene. Kommunal og regionaldepartementet og Arbeidstilsynet har ansvar for at de virksomheter som er pålagt å knytte til seg verne- og helsepersonale (etter Bransjeforskriften, best. nr. 501, Arbeidstilsynet) faktisk har gjort dette, og at disse virksomhetene bruker dette personalet slik forskriften om verne- og helsepersonale (best. nr. 518, Arbeidstilsynet) tilsier. AT vil vurdere om kontrakten mellom virksomhetene og vhp synes tilfredsstillende i forhold til den bistanden virksomheten skal ha fra vhp-enheten, og vurdere i hvilken grad slik bistand virkelig blir bestilt fra virksomhetene (virksomhetens bestillerkompetanse). Tilsynsmyndigheten vil dessuten vurdere hvordan vhp gir denne bistanden, dvs følger opp virksomhetens bestilling. Siden lov og forskrifter bare retter seg til virksomheten, kan AT følgelig bare rette krav om forbedring direkte til arbeidsgiver om utførelsen av vhp-tjenestene ikke er tilfredsstillende. AT kan altså bare påvirke verne- og helsepersonalet indirekte ved å stille krav til virksomheten som så må ta forholdet opp med sin vhp-enhet. Slik sett har AT ingen direkte tilsynsrolle overfor selve helse- og vernepersonalet.

Sosial- og helsedepartementet og Helsetilsynet har tilsyn med at helsepersonalets arbeid er medisinsk forsvarlig i tilfeller der dette har aktualitet for arbeidet i verne- og helsetjenesteordningene.

Arbeidstilsynets viktigste tilsynsoppgave i relasjon til bedriftshelsetjenesten blir således å føre tilsyn med at virksomhetene (les: arbeidsgiverne) tar sitt ansvar for å etterleve arbeidsmiljølovgivningen alvorlig. Gjennom tilsynsvirksomheten skal AT kunne kontrollere om verne- og helsepersonalet har nødvendig kompetanse og kapasitet. AT ser ofte på de kontrakter bedriftene har med verne- og helsepersonalet, men tilsynet kan ikke gi verne- og helsepersonalet pålegg dersom kontrakten ikke er tilfredsstillende. Virksomheten må selv sette krav og bestemme når den selv opplever seg tilstrekkelig "rådgitt".

AT kan, hvis nødvendig, bare pålegge bedrifter å skaffe seg verne- og helsepersonale, og videre sjekke (gjennom f eks revisjoner og verifikasjoner) med bedriftene om forskrifter lover og forskrifter etterleves.

4.4.1 Lover og forskrifter som styringsinstrument

4.4.1.1 *Forskrift om verne og helsepersonale*

Forskriften om verne- og helsepersonale omhandler arbeidsgivers plikt til å sørge for at arbeidsmiljøet i bedriften er fullt forsvarlig, dvs at fysiske, psykiske, kjemiske, ergonomiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer overvåkes og kontrolleres. Verne- og helsepersonalet er et ledd i virksomhetenes forebyggende helse- og miljøarbeid, og skal bistå virksomheten og dens ansatte med å skape og holde vedlike en akseptabel HMS-tilstand. Forskriften angir de oppgaver verne- og helsepersonalet skal utføre (samt noen som faller utenfor forskriftens ansvarsområde), de funksjonelle kvalifikasjoner dette personalet skal ha samt arbeidsgivers ansvar for i samarbeid med verne- og helsepersonalet å utarbeide dokumentasjon av virksomhetens HMS-tilstand. Slik sett angir denne forskriften en standard for hvordan virksomheten skal få sin vhp-ordning til å fungere. Det er denne standarden den pågående aktiviteten mellom virksomheten og verne- og helsepersonalet måles mot, noe som er det sentrale premiss for denne evalueringen.

LO påpeker at det oppstod en ny situasjon med innføringen av AML i 1977. Man hadde hatt bedriftslegeordning siden 1948 basert på en avtale mellom NAF, LO og Lægeforeningen. Dette ga en heller dårlig helsesjekk. Verneledere eksisterte i virksomhetene, men var arbeidsgivers mann. Det måtte være en uavhengig rolle. Derfor fikk man laget en bestemmelse om verne- og helsepersonale, jf §30 i AML.

Fra 1990 av har dette feltet endret karakter, fra arbeidsmiljø og helse til HMS (se f eks Karlsen 1997, 1998; Lindøe 1998). En har fått nye yrker og nye funksjoner, f eks HMS-sjef/-rådgiver i virksomhetene. HMS-området har dermed skapt en ny situasjon. Partsforholdet har også endret seg i denne tyveårsperioden fra 1977-1997: Mye av den politiske spenningen på miljøområdet er borte. NHOs holdning er endret, og organisasjonen er en langt mer positiv kraft i HMS-arbeidet, hevder LO. Det er en særlig stor endring fra 1997-98, med stor innsats gjennom IK-HMS-området. Den nye forskriften om systematisk HMS-forbedring i virksomheter (AT 544, revidert fra 1997) er svært klar i sin understrekning av arbeidstakermedvirkning. Slik sett ivaretar forskriften de ansattes muligheter til medvirkning i det daglige HMS-arbeidet. De tillitsvalgte plass i IK-HMS er derimot ikke like klart meislet ut i denne forskriften, sier LO.

Vhp-forskriften (AT 518) legger imidlertid så mye vekt på arbeidsgivers ansvar at det kan svekke medvirkning og verne- og helsepersonalets eget ansvar. Overfokusering på "ansvar" kan føre til at fokus ukritisk forskyves fra fellesarenaen til linjeorganisasjonen. IK-HMS-system har dessuten som konsekvens at bare lett målbare problemer kommer opp - problemene må være fysiske og tekniske, og lett identifiserbare kan det synes som.

I lover og forskrifter understrekes verne- og helsepersonalet sin arbeidsplassorienterte og forebyggende innsats. Dette utelukker ikke at på individnivå kan en arbeidsmedisinsk poliklinisk tjeneste være viktig. Dette støttes av NHO, TBL og PIL som hevder at vhp-ordningens viktigste fokus bør være på arbeidstakeren på sin arbeidsplass.

4.4.1.2 *Bransjeforskriften*

Det synes å være en oppfatning blant de intervjuede at bransjeforskriftens (AT nr 501) nedslagsfelt kan endres til å bli mer i takt med den struktur og de belastninger dagens

arbeidsliv har. Flere av de intervjuede partene ser behov for en revisjon av forskrift 501 om hvilke bransjer som skal pålegges å knyttet til seg verne- og helsepersonale. Enkelte ser en utvidelse på linje med frivillige ordninger som f eks ISO-serienes standarder. NHO ønsker ikke noen utvidelse av bransjeforskriften, men peker sammen med TBL på at;

- Psykososiale problemer (som en voksende arbeidsmiljøutfordring) er ulikt fordelt i ulike bransjer.
- Pålegg er ikke den beste veien å gå for å bedre vhp-tjenesten.
- Vhp må selv vise sin nytte gjennom sitt tjenestetilbud.
- IK-HMS-systemet kan brukes til evt. utvidelse av vhps oppgaver.

Oppfatningen i Arbeidsmedisinsk forening er at bransjeforskriften burde hatt med yrkesgrupper som helse-, pleie- og omsorgsarbeidere og lærere.

LO forankrer Bransjeforskriften i AML §30, hvor behov for overvåking ligger til grunn for valg av bransjer. Rundskriv fra KAD, H-1126, er et viktig underlag for Bransjeforskriften med sin påpekning av AML §14s betydning for forståelse av plikten. Dette rundskrivet er fra 1983 og er en felles orientering fra Kommunaldepartementet og Sosialdepartementet. Det sier en del om rollefordeling og om forholdet til kommunehelsetjenesten. Hvorfor de store helse- og omsorgsyrkene ikke er med, er i dag et aktuelt spørsmål. Den formelle begrunnelse, den gang forskriften ble laget, var mangel på leger. Likevel ble utdanningen på Aker sykehus lagt ned med lavere rekruttering av leger som følge, sier LO.

PIL mener at utvidelse av bransjeforskriften kan bli påtvunget som følge av nye EU-forskrifter. Der er f eks kommet en forskrift om arbeidsplasser med kreftfremkallende stoffer. Sykehus kan bli omfattet av denne nye forskriften. Det er også forskrift om farer ved arbeid med biologiske faktorer (mikroorganismer) som kan tenkes å virke i samme utvidende retning. Kommunal- og regiondepartementet hevder på sin side at EU-regelverket ikke vil få konsekvenser for bransjeforskriftens virkeområde.

Det er ulike oppfatninger om hvor strengt en bør gå til verks for å få bedrifter til å følge opp bransjeforskriften. Noen vil ha et strengere regime med bøter og rettslig forfølgning, mens andre mener at et for strengt regime bare vil skape motstand blant bedriftene. Små bedrifter har lavest dekning av verne- og helsepersonale, men de har også mindre behov for bistand, etter PIL sitt syn. De minste bedriftene har ofte bare en primærlege som verne- og helsepersonale, og spørsmålet er om dette er godt nok.

Norsk yrkeshygienisk forening er skeptisk til å pålegge bedriftene å ha verne- og helsepersonale. Utgangspunktet må, etter foreningens syn, være at alle bedrifter skal ha tilstrekkelige kunnskaper til å ivareta et godt arbeidsmiljø, men dette kan bli vanskelig å håndheve.

4.4.2 Forbedringspotensiale i regelverket?

NHO hevder at lover, og særlig forskrifter, må “moderniseres” i form og formidlingskraft. IK-HMS-forskriften er en modell som er vel verdt å utvikle videre, med både veiledning, forskrift og utfyllende kommentarer i samme publikasjon. Form og språkføring bør bli enklere enn i dagens regelverk om verne- og helsepersonale.

TBL mener at regelverkets funksjon er å tilkjennegi kravene myndighetene setter til de utførende parter. I dag adresserer ikke regelverket behovet for en bedre balanse mellom krav (forskrift) og tilbud/etterspørsel (marked). Dessuten bør det tilstrebes bedre balanse mellom behandling og kurative tjenester på den ene side og forebyggende innsats på den andre. Regelverket må skreddersys bedre til virksomhetenes faktiske behov, noe som tilsier romsligere begrepsrammer enn dagens forskrifter tillater, sier TBL.

TBL hevder også at geografisk beliggenhet kan ha betydning for dekning av tjenester. Kravet om tjenester fra verne- og helsepersonalet gjelder for bestemte bransjer med risikoutsatte virksomheter, men det er ikke alltid godt geografisk tilbud på alle typer kompetanse. Kravene kan altså ikke etterkommes fordi kvalifisert personell ikke finnes på stedet. Her bør regelverket åpne for mer fleksible løsninger enn de som påbys i dag.

Forskrift om verne- og helsepersonell mangler klare krav om medisinsk kompetanse, påpeker Arbeidsmedisinsk forening. Det er ikke mulig å legge ansvaret for medisinsk bistand til bedriften alene. For å sikre nødvendig medisinsk kompetanse må forskriften sette klare krav om dette, etter foreningens syn. Ellers er foreningen enig i punktene i forskriften som omhandler verne- og helsepersonalet sin bistand, men mener det er vanskelig for bedriftene å følge opp alle kravene.

4.4.3 Tilsynsmyndighetenes rolle

Flere myndigheter er regelgivere for, eller har faglige interesser i, verne- og helsetjenester tilknyttet bedriftene, f.eks.: Kommunal- og regionaldepartementet, Direktoratet for arbeidstilsynet, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedepartementet. Tilsynet med verne- og helsepersonale som arbeidsmiljøtiltak er imidlertid fullt og helt delegert til arbeidsmiljømyndighetene. Et spørsmål er likevel om denne arbeidsdelingen fører til et uhensiktsmessig lovverk som ikke ivaretar behovet for klare og effektive ansvarlinjer. For TBL og deres medlemsbedrifter er Arbeidstilsynet den viktigste av tilsynsmyndighetene. I ‘Maskinforskriften’ er f.eks. både AT, DBE, NT og PEL tilsynsmyndighet. NHOs syn er at det generelt sett er for mange tilsyn, men relaterer ikke dette spesifikt til vhp-ordningen.

Et annet spørsmål er om det er interesseulikheter mellom ulike parter i vektleggingen av verne- og helsepersonalets rolle og oppgaver innenfor arbeidsmiljølovgivningen. Arbeidsgiverorganisasjonene (NHO, TBL, PIL) hevder det er liten nytte av å ha generelle helseundersøkelser. Måltrettede helseundersøkelser er derimot langt mer ønskelige. På dette feltet er det ingen motsetning mellom arbeidstakerorganisasjonenes og

arbeidsgiverorganisasjonenes synspunkter. IK-HMS-regimet synliggjør dessuten at man har mange (seks) ulike tilsynsorganer som nå må samordne sitt tilsyn uten at dybdekunnskapene innen særrområdene (helse, miljø og sikkerhet) svekkes. Det er en kamp om ressurstilgang, med en særlig knapp tilgang på helsepersonell. Dette er et konflikttema som kan løses ved at ikke alle bransjer pålegges å ha verne- og helsepersonale, hevder NHO. Pålegg og krav må kunne motsvares av reelle muligheter til å kjøpe tjenester fra aktuelt verne- og helsepersonell, sier TBL.

Det kan synes som om det er en viss uenighet om vhp skal yte kurative tjenester eller ikke. PIL setter pris på en viss åpning for behandlende tiltak (individrettet kurativ virksomhet), f eks i forbindelse med en yrkesmedisinsk poliklinikk. LO på sin side er opptatt av at vhp både arbeider proaktivt (f eks varsling om løsemidler), forebyggende (f eks ergonomiske forhold) og arbeidsplassorientert (f eks vurdering av risikoforhold). Samtidig er man i LO innstilt på at de ansatte skal få tilbud om helsekontroll, noe som vil kreve at alle ordninger har tilgjengelig legekapasitet.

4.4.4 Sertifisering og kvalitetssikring av vhp-enheter?

Det er uenighet i synet om AT skal kunne stille krav til sertifisering av verne- og helsepersonalet. PIL har ingen tro på myndighetskrav til vhp kompetanse i forbindelse med eventuell sertifisering. Organisasjonen er derimot positiv til kvalitetssikring av verne- og helsepersonalet sine tjenester (f eks etter retningslinjer som utredes ved Sekretariatet for bedriftshelsetjenesten på STAMI).

Overfor AT hevdes det at kvaliteten på verne- og helsepersonalet ikke er som den skal, men dette er det vanskelig for tilsynsorganet å fastslå med sikkerhet. Kvaliteten varierer etter alt å dømme mye. Det er mye bra hos de store bedriftene, kanskje mer tilfeldig hos de mindre. vhp-tilbudet trenger ikke omfatte en lege, men her er det vanskelig å være presis, sier AT. Enkelte land, som f eks Holland og Danmark, har innført kvalitetskrav til verne- og helsepersonale-tjenesten. Slik Arbeidstilsynet oppfatter det er det imidlertid noe ulike oppfatninger om tilsynsmyndigheten bør kunne stille krav til sertifisering av verne- og helsepersonalet. Verken AT eller departementet har imidlertid noen umiddelbare planer om å kreve eller tilby sertifisering. Dette er et bevisst valg begrunnet i at kravene til HMS er rettet mot arbeidsgiver.

TBL hevder at kompetansebredden hos vhp må kunne dekke alle relevante arbeidsmiljøproblemer. Formell godkjenning kan godt eksistere, men den bør være frivillig, slik som i ISO-standardene. En ISO 9000 sertifisering vil dessuten omhandle hele vhp-enheten, ikke hver enkelt fagkompetanse, og er derfor godt egnet til å synliggjøre kompetanseprofilen hos den aktuelle vhp-enhet. Dette er et syn NHO støtter. Faggruppene i verne- og helsepersonale sertifiseres dessuten gjennom sine spesifikke yrkeskvalifikasjoner. NHO ser ikke noe behov for ytterligere godkjenningsordninger.

LO på sin side mener det bør innføres en godkjenningsordning for verne- og helsepersonalet og at Arbeidstilsynet skal ha ansvaret for å administrere ordningen. Det er imidlertid viktig for LO at en finner fram til en fleksibel måte å praktisere en slik ordning på. En rigid godkjenningsordning vil være helt feil vei å gå, mener LO.

Arbeidsmedisinsk forening ser et klart behov for en kvalitetssikring av tjenestene og ønsker i den forbindelse en sertifiseringsordning. Arbeidsmedisinerne mener en slik sertifisering må knyttes til den enkelte bedriftshelsetjenesteordning.

Norsk yrkeshygienisk Forening har laget en sertifiseringsordning for egne medlemmer hvor det stilles krav til utdanning, praksis m v. Når det gjelder kvaliteten på verne- og helsepersonale generelt, mener foreningen at Arbeidstilsynets innsats mot bedriftene ikke er god nok til å sikre kvaliteten på verne- og helsepersonalet. Man må finne andre måter å sikre kvaliteten på, f eks ved sertifisering. Foreningen ser imidlertid for seg at det kan bli store problemer å etablere en kvalitetsstandard.

4.5 Langsiktig utvikling av verne- og helsepersonale

Utgangspunktet for et oversyn over den langsiktige utviklingen er spørsmålet om videreutviklingen av verne- og helsepersonalet i virksomhetene skal styres av regler og forskrifter gitt av myndighetene, eller om man skal ta mer hensyn til bedriftenes ønsker om frihet til selv å velge løsninger. Ikke uventet hevder arbeidsgiverorganisasjonene at virksomhetens ønsker og behov skal styre. Man bør legge fokus på 'individet på arbeidsplassen'.

Når det gjelder avveiningen mellom forebyggende virksomhet versus behandling og kurativ virksomhet overfor arbeidstakere, har NHO følgende synspunkter:

- Forebyggende helsearbeid er hovedfokus.
- Det fins en gråsoner mellom forebygging og behandling (diagnostisering). Årsakene til helseplagene kan være uklare, dvs om de er jobberelatert eller ikke. Mange (5-6) helsesamtaler kan være nødvendige for å fastslå slike årsaker, dvs til å gjøre en riktig diagnostisering.
- Ikke-arbeidsrelaterte helseplager bør ved manglende kapasitet føres videre til primærlegene.
- Bedriften må gjerne ha et komplett behandlingstilbud om dette er formålstjenlig.
- Virksomheten må få bedre støtte av verne- og helsepersonale når det gjelder krav til dokumentasjon av vhps virkemidler og nytte for bedriften.
- 40 timers kurset bør ikke utvides, men moderniseres i henhold til dagens krav og behov.
- Vhps engasjement i HMS-opplæringen bør understrekes.

NHO har ikke drøftet integrering eller større samordning mellom vhps virksomhet og primærhelsetjenesten, f eks gjennom fastlegeordning, ennå. Fastlegeordning kan føre til en bedre rolleavklaring mellom bedriftshelsetjenesten og allmennlegetjenesten. Et spørsmål er om færre leger vil gå inn i vhp om kurativ virksomhet ikke tillates? Vil "folkehelseaspektene" (les: miljørettet helsevern) bli ytt nok oppmerksomhet med fastlegeordning? Myndighetene må legge premissene for dette, sier NHO.

NHO synes ikke større vektlegging av andre HMS-tjenester som produktsikkerhet, IK-tjenester, IK-kompetanse, samt ytre miljøforhold bør være hovedfokus i dag, selv om enkelte vhp-ordninger også har kompetanse innen disse feltene.

Effekten av vhps arbeid på helse, miljø og sikkerhet i virksomhetene varierer med det fagpersonalet som brukes og fins tilgjengelig. Poliklinisk virksomhet er ikke verne- og helsepersonalets hovedanliggende, men de kan gjerne gjøre det om det fins kapasitet, sier AT.

Partene har ulike syn når det gjelder ratifisering av ILO konvensjonen, dvs at man skal ha full dekning av verne- og helsepersonale-ordninger i arbeidslivet. Man kan vurdere å endre på bransjeforskriften, f eks bruke størrelse på bedriftene som kriterium (jf statistikk over dekning av verne- og helsepersonalet. NAF (som forløper til NHO) var opprinnelig imot 1985-konvensjonen (det samme var Lægeforeningen og Helsedirektoratet). Man må kunne dokumentere at behovene er tilstede, snarere enn å postulere full dekning. Veksttaket i tilgangen på fagpersonell er dessuten for lav til å oppfylle konvensjonen. LO har lenge krevd en ratifisering av ILO konvensjonen, og ser det som en mulighet for de mindre virksomhetene. Små vhp-enheter må gå inn i fellesordninger, mener LO. For de aller minste bedriftene burde myndighetene stille forenklete krav til bistand fra verne- og helsepersonale. Forskriften (om verne- og helsepersonale) i sin nåværende form kan virke ganske omfattende i forhold til de behov som oppleves i de små bedriftene.

Når det gjelder andre internasjonale avtaler som kan føre til forenkling av HMS-arbeidet, er NHO positiv. Individuelle helseundersøkelser er omtalt i mange direktiver (kfr. EU's social chapter og EØS-avtalen om HMS-innsatsen). Om dette blir gjennomgående i alle forskrifter får vi økende fokus på individuell helse. Da trenger virksomhetene rådgivere på dette feltet, sier NHO.

AT arbeider nå framover mot et risikobasert tilsyn, hvor man lager et virksomhetskart som grunnlag for risikovurdering og hvilket tilsyn virksomheten skal få. Tilsynsorganet (les AT) kunne utvikle denne risikobaserte tilsynsmodellen raskere, men det ville kreve større ressurser.

På spørsmålet om gode bedrifter bør belønnes, f eks gjennom yrkesskadeforsikringen, mener Direktoratet for arbeidstilsynet at denne bare vil ha marginal betydning slik yrkesskadeforsikringen er organisert i dag. Derimot mener Arbeidstilsynet at det er fordeler å oppnå ved å spille bedre sammen med forsikringsselskapene når det gjelder å stimulere skadeforebyggende arbeid.

PIL hevder at verne- og helsepersonalet må åpne for mer individuelt rettet forebyggende virksomhet, men også individrettet kurativ virksomhet med mer vekt på yrkesrelaterte lidelser. En god del oppgaver kan primærhelsetjenesten gjøre mye bedre enn i dag ved f eks å;

- bruke verne- og helsepersonalet mer
- bruke verne- og helsepersonalet på en mer bevisst måte
- sette sterkere krav til vhps kvalitet og tilgjengelighet.

I tråd med dette setter PIL pris på at vhp til en viss grad kan åpne for behandling. En 'arbeidshelsepoliklinikk' kan være et godt tiltak. Det bør høre med til arbeidet for verne- og helsepersonalet å utrede arbeidsmedisinske lidelser, o.l. Fellesordninger burde ha mer av dette. På individuelt nivå er det viktig med oppfølging av sykefravær, utredning av yrkesrelatert sykdom og en viss grad av behandling. PIL har selv en viktig oppgave i å gjøre oppmerksom på farlige stoffer som tas i bruk i virksomhetene.

Organisasjonsutvikling bør etter PILs mening ikke bli en oppgave for vhp, et synspunkt som ikke deles av alle parter. Enkelte mener råd i forbindelse med lederstil og organisasjonsutvikling er en viktig tjeneste, og at alle ville stå seg på at verne- og helsepersonalet kan tilby dette i fremtiden. Det vil også være gunstig å stille større krav til den faktiske dokumentasjon av HMS-resultater. Verne- og helsepersonalet bør kunne assistere bedriftsledelsen med dette i praksis slik §7 i forskrift om verne- og helsepersonale tilsier. Dessuten må verne- og helsepersonalet kunne levere produkter og tjenester om miljøopplæring. Bedriften kan delegerer mye av ansvaret for oppfølging av forskrifter til verne- og helsepersonalet, sier PIL.

Det synes uavklart hva slags tap man ville få ved å fjerne bransjeforskriften og forskrift om verne- og helsepersonale i virksomhetene, men enkelte virksomheter som i dag er pålagt å kytte til seg vhp ville sikkert si opp åtalene. HMS-“motoren” ville åpenbart svekkes, sier NHO.

Arbeidsmedisinsk forening mener at vi i framtiden vil se mange oppkjøp og sammenslåinger av ordninger for bedriftshelsetjeneste. Større enheter vil kunne tilby rimeligere tjenester og utkonkurrere fellesordninger og mindre selvstendige ordninger. Vi ser allerede i dag tendenser til oppbygging av større kjeder som tilbyr verne- og helsetjenester til bedrifter. Det kan være en styrke med større enheter bl a fordi små ordninger kan bli ganske sårbare.

5 Tilknytningsformer for verne- og helsepersonalet

5.1 Innledning

Arbeidsmiljøloven med tilhørende forskrifter (det gjelder både den nyeste forskriften om verne- og helsepersonale, best. nr. 518, 1994, Direktoratet for arbeidstilsynet, og den tidligere forskriften, kalt Bedriftshelsetjenesten, best. nr. 380, 1979) stiller bestemte krav til måten verne- og helsepersonalet skal være tilknyttet bedriften. I den tidligere forskriften het det at bedriftshelsetjenesten burde være underlagt bedriftens ansvarlige leder. I 1980-åra ble det etablert fellesordninger for bedriftshelsetjeneste hvor verne- og helsepersonalet var organisert under et styre av medlemsbedrifter. Den nåværende forskriften gir praktisk talt ingen holdepunkter for hvordan verne- og helsepersonalet skal eller bør være tilknyttet bedriftene. Den praktiske konsekvensen av dette er at ingen tilknytningsformer i prinsippet er utelukket. Forskriftene har i sterkere grad vært opptatt av verne- og helsepersonalet sin kompetanse. Tidligere skulle Direktoratet for Arbeidstilsynet stille krav til kompetanse, bl a var det en bestemmelse om at bedriftslegen skulle ha det overordnede medisinske ansvaret. I den nye forskriften er ansvaret for at verne- og helsepersonalet har tilstrekkelig kompetanse overlatt til den enkelte arbeidsgiver.

De tilknytningsformer vi ser i dag er resultat både av tidligere og nåværende forskrift. Variasjonen i tilknytningsformer er altså historisk betinget, men endringer i forskriften gir muligheter for framveksten av nye tilknytningsformer.

5.2 Tilknytningsformer i 1998

På bakgrunn av en undersøkelse av bedriftshelsetjenesten i Oslo, konstruerte A. Wannag 9 forskjellige hovedtyper av bedriftshelsetjeneste (Wannag 1990). Det ble her i hovedsak skilt mellom egen- og fellesordninger, offentlige og private ordninger, legebaserte ordninger og selvstendige bedriftshelsetjenestefirma. I vår undersøkelse har vi tatt utgangspunkt i Wannags type inndeling, men har gjort noen mindre justeringer. Resultatet av vår undersøkelse vises i Tabell 5.1. Vi foretar noen sammenligninger av prosentfordelingene i Oslo-undersøkelsen og vår undersøkelse, men vi er svært varsomme med å trekke konklusjoner om endringer, bl a fordi vi nå bare har med bedrifter som er pålagt å ha tilknyttet verne- og helsepersonale og pga av den regionale avgrensningen i Oslo-undersøkelsen.

I vår inndeling gis plass for 10 muligheter, inkludert gruppen 'Annen organisering'. En ny kategori vi har tatt med i 1998 er selvstendig firma som leier inn verne- og helsepersonale etter behov og tilbyr tjenester til alle typer bedrifter. Vi har også tatt med en gruppe kalt 'enpersonstjeneste utenom lege'. Disse gruppene er tatt med for om mulig å fange opp tendenser til etablering av mindre kjente tilknytningsformer.

I vårt materiale representere de to kategoriene ca 1 prosent av svarene. Det kan imidlertid være overlapping mellom de to nevnte gruppene og gruppen 'selvstendig firma' i registreringskjemaet.

Tabell 5.1 Tilknytningsformer for verne- og helsepersonalet i 1998

Tilknytningsform	Antall	Prosent
Legen er egen arbeidsgiver eller er tilknyttet legekontor utenfor bedriften. Bedriften har knyttet til seg legen for å få dekket sitt behov for verne- og helsepersonale. (Legebasert ordning)	11	3,9
“Enpersons tjeneste” (utenom lege) som er egen arbeidsgiver eller tilknyttet kontor utenfor bedriften. Bedriften har knyttet til seg personen for å få dekket sitt behov for verne- og helsepersonale	1	0,4
Verne- og helsepersonalet er ansatt i, og yter helsetjenester bare til bedriften/konsernet de er ansatt i	23	8,2
Verne- og helsepersonalet er ansatt i privat bedrift/konsern, og yter tjenester både til bedriften/konsernet de er ansatt i, og andre tilknyttede bedrifter på lik linje	8	2,8
Verne- og helsepersonalet er ansatt i kommunen/fylkeskommunen og yter bedriftshelsetjeneste til ansatte i kommunen/fylkeskommunen	8	2,8
Verne- og helsepersonalet er ansatt i staten og yter tjenester til ansatte i staten	4	1,4
Verne- og helsepersonalet er ansatt i selvstendig organisert fellesordning under fellesordningens styre, og yter bedriftshelsetjeneste til alle tilknyttede bedrifter på lik linje. (Kommunal og fylkeskommunale bedrifter kan være tilknyttet disse fellesordningene)	164	58,4
Verne- og helsepersonalet er ansatt i et selvstendig firma som selger helsetjenester til bedrifter	52	18,5
Selvstendig firma leier inn verne- og helsepersonale etter behov og tilbyr tjenester til alle typer bedrifter	2	0,7
Annen organisering	8	2,8
Sum	281	100

Den største gruppen tilknytningsformer er selvstendige fellesordninger under eget styre med 58 prosent av de som svarte. I Oslo-undersøkelsen utgjorde denne gruppen bare 5 prosent¹. Den nest største kategorien i 1998 er selvstendig firma (utenom fellesordning og legebasert ordning) med 19 prosent, mot 3 prosent i Oslo-undersøkelsen. Andre større grupper er private egenordninger. Her skilles mellom ordninger som bare yter tjenester til den bedrift/konsern verne- og helsepersonalet er ansatt i og ordninger som også yter tjenester til andre bedrifter/konsern. De to gruppene utgjør til sammen 11 prosent av vårt materiale, mot 19 prosent i Oslo-undersøkelsen.

Legebasert ordning, dvs ordning der legen er egen arbeidsgiver eller tilknyttet annet legekontor, utgjør 4 prosent av materialet mot 13 prosent i Oslo-undersøkelsen.

Kommunale-/fylkeskommunale og statlige ordninger utgjør 4 prosent i vårt materiale, mot 17 prosent i Oslo-undersøkelsen.

¹ Definisjonen på ‘selvstendig fellesordning’ var den samme i vår undersøkelse i 1998 som i Oslo-undersøkelsen 1990.

I senere analyser vil det være behov for å sammenligne resultater for ulike tilknytningsformer. Det er imidlertid lite hensiktsmessig å operere med 10 forskjellige kategorier. For bruk i videre analyser har vi derfor slått sammen kategoriene til fem forskjellige kategorier som her (se også Tabell 5.2):

- 1) Legebasert ordning, lege er egen arbeidsgiver
- 2) Verne- og helsepersonale er ansatt i privat eller offentlig virksomhet
- 3) Verne- og helsepersonale er ansatt i selvstendig fellesordning
- 4) Selvstendige firma (as)
- 5) Annen tilknytning.

Tabell 5.2 Tilknytningsformer for verne- og helsepersonalet.

Tilknytningsform	Antall	Prosent
1,00 Lege egen arbeidsgiver	11	4
2,00 Ansatt i privat eller offentlig virksomhet	43	15
3,00 Selvstendig fellesordning	164	58
4,00 Selvstendig firma	52	19
5,00 Annen tilknytning	11	4
Total	281	100

5.3 Hvor lenge har bedriftene hatt bedriftshelsetjeneste/ verne- og helsepersonale

I gjennomsnitt har bedriftene hatt tilknytning til verne- og helsepersonalet i 12,6 år. Over halvparten av bedriftene (52 prosent) har hatt bedriftshelsetjeneste lenger enn 9 år, dvs før den nåværende forskrift om hvilke virksomheter som skal ha tilknyttet vhp ble vedtatt. Men virksomhetene kunne også tidligere bli pålagt å knytte til seg vhp, da med hjemmel i arbeidsmiljøloven § 30.

Tilknytning til vhp og bedriftens størrelse viser at de største bedriftene (med over 100 ansatte) har hatt verne- og helsepersonalet 16,2 år i gjennomsnitt, mot nær 7 år for bedrifter med under 100 ansatte.

Erfaring med vhp har varierer med tilknytningsform (den tilknytningsform bedriften har til vhp på tidspunktet for undersøkelsen). Bedrifter med egenordning (i hovedsak store bedrifter) har hatt verne- og helsepersonalet lengst, nær 15 år i gjennomsnitt. Bedrifter knyttet til privat firma har hatt verne- og helsepersonalet nær 10 år i gjennomsnitt og bedrifter med fellesordninger 8,5 år.

Hele 96 prosent av bedriftene med egenordning har hatt verne- og helsepersonalet i mer enn 9 år. Denne gruppen bedrifter ville hatt verne- og helsepersonalet uansett bransjeforskrift.

For bedrifter knyttet til privat firma har snaut 25 prosent hatt verne- og helsepersonalet i mer enn 9 år. Av bedrifter knyttet til fellesordninger har 48 prosent hatt verne- og helsepersonalet i mer enn 9 år.

5.4 Faglig bakgrunn og tallet på årsverk

I skjemaet til verne- og helsepersonalet spør vi etter stillingskategori og årsverk for ansatte (både fast ansatte og innleid personale). I Tabell 5.4 sammenligner vi våre beregnede tall for alle ordningene med de tallene til STAMI er kommet fram til.

Tabell 5.3 gir opplysning om antall årsverk for utvalget (281 enheter). Vi har også foretatt en beregning som viser hva antall årsverk ville ha vært, hvis vi hadde hatt informasjon om alle ordninger for verne- og helsepersonale (bedriftshelsetjenester). Vi gjør den forutsetning at tallene i utvalget representerer flere årsverk. For å finne ut hvor mange årsverk utvalget representerer, må vi blåse opp tallene. Som grunnlag for beregningen bruker vi det antall bedriftshelsetjenester som STAMI har kommet fram til (744 enheter). Vi forutsetter at antall årsverk for hver stillingskategori i gjennomsnitt er det samme for alle bedriftshelsetjenester som i utvalget.

I utvalget av verne- og helsepersonale er det flere som betjener mer enn en av bedriftene i utvalget. Hvis en vhp-ordning har flere bedrifter i utvalget som kunde, har verne- og helsepersonalet besvart ett skjema for hver bedrift. I oversikten over årsverk har vi kontrollert for dette slik at årsverkene i hver ordning bare telles en gang.

I utvalget har vi registrert i alt 915 årsverk. De største yrkesgruppene er sykepleiere (27 prosent), leger (21 prosent), fysioterapeuter/ergoterapeuter (16 prosent) og ingeniører (15 prosent). Det er 10 prosent leger uten noen form for spesialitet og 2 prosent med annen (ikke oppgitt) spesialitet. Legesekretærene utgjør nær 7 prosent av de ansatte mens 8 prosent er kontorsekretærer.

De ulike undergrupper viser at leger med spesialitet i arbeidsmedisin utgjør ca 7 prosent, mens 2 prosent er bedriftslege godkjent av DnLF. I alt har altså 9 prosent en godkjent spesialkompetanse i arbeidsmedisin. Se Tabell 5.3 og Tabell 5.4.

Tabell 5.3 Verne- og helsepersonell i ulike stillingskategorier *. Årsverk.
Utvalgsundersøkelsen.

	Sum antall årsverk utvalget (n=281)	Prosent	Antall årsverk per ordning i gjennomsnitt
Yrkeshygieniker, sikkerhets- og verneingeniør	136,4	15	0,49
Spesialist i arbeidsmedisin og bedriftslege DnLF	83,6	9	0,72
Lege med annen spesialitet, lege uten spesialitet og psykologer	113,9	12	0,89
Sykepleiere	243,5	27	0,86
Fysio- og ergoterapeuter	148	16	0,78
Hjelpepleiere og legesekretærer	66,8	7	0,60
Kontorsekretærer	77,5	8	0,76
Annet personell	45,4	5	0,43
Alle	915,1	99	4,4

*) I Tabell 5.3 er det slått sammen enkelte yrkeskategorier. Det gjelder yrkeshygieniker, sikkerhets- og verneingeniør, leger med spesialitet i arbeidsmedisin og leger som etter gammel ordning hadde godkjenning som bedriftslege i DnLF. Leger uten spesialitet i arbeidsmedisin er gruppert sammen med leger med annen spesialitet og psykologer.

I gjennomsnitt er det 3,2 årsverk i vhp-ordningene med et standardavvik på 4,5 årsverk, hvilket betyr at om lag 68 prosent av ordningene har under 9 årsverk. Det er altså en ganske skjev fordeling med mange små og noen få store ordninger.

I Tabell 5.4 sammenligner vi våre beregnede tall for alle ordningene med de tallene STAMI er kommet fram til.

Tabell 5.4 Sammenligning av antall årsverk mellom utvalgsundersøkelsen og tallmateriale fra STAMI. Verne- og helsepersonell.

Stillingskategori	Antall årsverk i utvalget (n=281)	Beregnet antall årsverk totalt (n=774)*	STAMI Beregnet antall årsverk (N=774)
Verneingeniør fast + innleid SUM årsverk	44,0	116	-
Sikkerhetsing. fast + innleid SUM årsverk	22,5	58	-
Yrkeshygieniker fast + innleid SUM årsverk	69,9	185	205
Årsverk 'andre' (Bare STAMI) *	-	-	269
Bedriftslege u spesialitet fast + innleid SUM årsverk	88,5	239	-
Bedriftslege DnLF fast + innleid SUM årsverk	21,9	60	-
Lege spesialist arbeidsmedisin fast + innleid SUM årsverk	61,7	170	-
Lege annen spesialitet fast + innleid SUM årsverk	20,2	55	-
Leger i alt	(193)	(524)	503
Psykolog fast + innleid SUM årsverk	5,2	13	30
Sykepleier fast + innleid SUM årsverk	243,5	646	795
Fysioterapeut fast + innleid SUM årsverk	134,3	354	359
Ergoterapeut fast + innleid SUM årsverk	13,7	37	33
Legesekretær fast + innleid SUM årsverk	60,8	162	-
Kontorsekretær fast + innleid SUM årsverk	77,5	203	-
Sekretærer i alt	(138,3)	(365)	353
Hjelpepleier fast + innleid SUM årsverk	6,0	16	-
Annen stilling fast + innleid SUM årsverk	45,4	119	-
Årsverk i alt	915,1	2433	2545

* Gruppen ingeniører kan ha litt forskjellig innhold i RF evalueringen og i STAMI sine tall. I oversikten fra STAMI er gruppen kalt 'Andre' og inneholder verneingeniører, HMS-rådgivere, HMS-konsulenter mv.

På grunnlag av de beregnede tall for 774 vhp-ordninger viser vårt materiale 2433 årsverk i alt mot STAMIs 2545. Antall årsverk for leger er noe høyere etter våre beregninger enn det STAMI har funnet; tallene er 524 mot 503. Etter STAMIs beregninger er det noe flere yrkeshygienikere, psykologer og sykepleierer enn våre tall viser.

5.5 Faglig bakgrunn og tilknytning

Vi skal her undersøke sammenheng mellom yrkesbakgrunn og tilknytningsform for verne- og helsepersonalet. Spørsmålet er: har de ulike verne- og helsepersonell-ordningene systematisk forskjellig kompetanse, vurdert på grunnlag av stillingskategori?

Tabell 5.5 viser de forskjellige ordningene etter gjennomsnittlig antall ansatte ingeniører og leger, med og uten spesialitet.

Tabell 5.5 Tilknytningsformer for verne- og helsepersonale etter antall årsverk i utvalgte yrkesgrupper. Gjennomsnitt.

		Tilknytningsform				Totalt
		Lege arb giv + annet	Ans i priv off virksomhet	Selvt fellesordning	Selvt firma	
Sum årsverk hygieniker, verne- og sikkerhetsingeniør	Gjennom- snitt	,1	1,2	,4	,4	,5
	Sum	3,6	47,7	65,4	19,6	136,4
	N	28,0	39,0	163,0	51,0	281,0
Sum årsverk lege spes arbeidsmedisin og DnLF bedr lege	Gjennom- snitt	,1	,6	,2	,4	,3
	Sum	3,5	24,5	34,9	20,7	83,6
	N	28,0	39,0	163,0	51,0	281,0
Sum årsverk lege uten arb medisin, annen spesialitet og psykolog	Gjennom- snitt	,4	,7	,3	,7	,4
	Sum	9,8	27,8	42,4	33,9	114,0
	N	28,0	39,0	163,0	51,0	281,0

Egenordninger (verne- og helsepersonale ansatt i privat og offentlig virksomhet) har flest ingeniører mm og leger med spesialitet – i gjennomsnitt – mens legebaserede ordninger (legen er egen arbeidsgiver og ‘Annet tilknytning’) har lavest antall årsverk.

Selvstendige fellesordninger og private firma (f eks as) har like mange årsverk for ingeniører i gjennomsnitt, men selvstendige firma har noe større andel leger, både med og uten spesialitet.

Gjennomsnittlig antall årsverk for sykepleiere er høyest i egenordningene mens dekningsgraden er lavest i de legebaserede ordningene, se Tabell 5.6. De legebaserede ordningene har også dårligst dekning av fysio- og ergoterapeuter. Egenordningene har også best dekning av disse yrkesgruppene.

Ser vi grad av spesialisert kompetanse under ett, er egenordningene de best utrustede – men avstanden til selvstendig firma og fellesordninger er ikke så stor.

Tabell 5.6 Tilknytningsformer for verne- og helsepersonale etter antall årsverk i utvalgte yrkesgrupper. Gjennomsnitt.

		Tilknytningsform				Total
		Lege arb giv + annet	Ans i priv off virksomhet	Selvst fellesordning	Selvst firma	
Sum årsverk sykepleiere	Gjennomsnitt	,4	1,8	,8	,8	,9
	Sum	11,1	68,5	125,7	38,3	243,5
	N	28,0	39,0	163,0	51,0	281,0
Sum årsverk fysio- og ergoterapeut	Gjennomsnitt	,2	1,0	,5	,6	,5
	Sum	6,4	38,9	73,7	29,0	148,0
	N	28,0	39,0	163,0	51,0	281,0
Sum årsverk legesekretær og hjelpepleier	Gjennomsnitt	,2	,1	,2	,5	,2
	Sum	6,7	5,5	27,8	26,9	66,8
	N	28,0	39,0	163,0	51,0	281,0
Sum årsverk kontorsekretær	Gjennomsnitt	,2	,4	,3	,2	,3
	Sum	4,9	16,7	45,4	10,4	77,5
	N	28,0	39,0	163,0	51,0	281,0
Sun årsverk annet personell	Gjennomsnitt	,2	,2	,1	,2	,2
	Sum	4,6	9,5	23,3	8,1	45,4
	N	28,0	39,0	163,0	51,0	281,0

Egenordningene har klart flest årsverk i gjennomsnitt for alle stillingskategorier, mens selvstendige firma er de nest største, se Tabell 5.7.

Tabell 5.7 Tilknytningsformer for verne- og helsepersonale etter antall årsverk. Gjennomsnitt.

Variables	Tilknytningsform				Total
	Lege arb giv + annet	Ans i priv off virksomhet	Selvst fellesordning	Selvst firma	
Gjennom-snitt	1,8	6,1	2,7	3,7	3,3
Sum	50,5	239,2	438,7	186,8	915,2
N	28,0	39,0	163,0	51,0	281,0

Konklusjonen på denne framstillingen av sammenheng mellom stillingskategorier og tilknytningsform viser at egenordningene både er de største og best utrustede, når det gjelder

spesialisert kompetanse (i gjennomsnitt). Gjennomgående er ordningene svært små og ordninger som har mange kunder vil møte store utfordringer i å betjene kundemassen, både kvalitativt og kvantitativt.

Opplysninger om antall arbeidstakere (i utvalgsundersøkelsen) viser at legebaserte ordninger i gjennomsnitt dekker 1 150 arbeidstakere, egenordninger vel 3 000, fellesordninger 2 200 og selvstendige firma 2 700² arbeidstakere. Egenordningene dekker altså flest arbeidstakere per ordning. Dette henger naturligvis sammen med at det jevnt over er de største bedriftene som har egenordning. Fellesordninger betjener noe færre arbeidstakere i gjennomsnitt per ordning, men de har flere bedriftskunder å forholde seg til. Situasjonen for selvstendige firma likner mye fellesordningene.

Blåser vi opp tallene fra utvalgsundersøkelsen, gitt i alt 774 vhp-ordninger i landet, dekker verne- og helsepersonalet totalt ca 1 800 000 arbeidstakere. Fellesordningene dekker flest arbeidstakere med ca 1 mill., selvstendige firma dekker nær ca 377 000, egenordningene ca 335 000 og de legebaserte ordningene (inkl andre tilknytningsformer) dekker etter denne beregningen ca 90 000 arbeidstakere.

² Bare 60 prosent av vhp ordningene har besvart spørsmålet om antall arbeidstakere som omfattes av vhp sine tjenester.

6 Prioritering av oppgaver i arbeidsmiljøet

Forskrift om verne- og helsepersonalet (Arbeidstilsynet, best. nr. 518, 1994), kapittel III, sier at arbeidsgiver skal sørge for at verne- og helsepersonalet bistår med en rekke oppgaver, beskrevet i § 6, bokstav a–h og i § 7 om dokumentasjon av planer etc.

Verne- og helsepersonalet skal etter lov og forskrift hjelpe bedriften og de ansatte med å kartlegge, korrigere, forebygge og en rekke andre forhold. Kartlegging, korrigerende og forebygging blir meningsløst dersom det ikke finnes en standard, en 'definisjon' av hva som er godt arbeidsmiljø. Arbeidsmiljøloven krever at virksomheten sikrer forsvarlig arbeidsmiljø, dvs angir full standard for arbeidsmiljøet. Denne standarden er dels gitt i absolutte verdier for det fysiske arbeidsmiljøet, men i langt mindre veldefinerte termer, når det f.eks gjelder det psykososiale arbeidsmiljøet. Den viktigste oppgaven for bedriftshelsetjenesten blir derfor, med bakgrunn i sin fagkunnskap, å hjelpe bedriftene og de ansatte med å definere målene - vise hva de etter lov og forskrift er pålagt å strekke seg etter.

Arbeidsgiver skal sørge for at verne- og helsepersonalet bistår med en rekke nærmere definerte oppgaver. Verne- og helsepersonalets fordeling av oppgaver vil derved være styrt både av egen kompetanse og ressurser, og bedriftens etterspørsel etter tjenester, evne og vilje til å følge opp forskrifter.

Det er en del av denne undersøkelsen å kartlegge hvilke oppgaver verne- og helsepersonale bistår arbeidsgiver med. Vi fant det lite meningsfullt å ramse opp hvilke oppgaver verne- og helsepersonalet bistår bedriften med, uten å knytte dette til bedriftens prioritering av oppgaver. Spørsmålet om bistand har vi derfor delt i to. Først har vi kartlagt bedriftens prioriteringer av HMS oppgaver, og i tilknytning til det, spurt om hvilke oppgaver verne- og helsepersonalet bistår med.

Vi skal i dette kapitlet holde oss til første del av spørsmålet: Hvilke HMS-oppgaver prioriterer bedriftens ledelse. I det neste kapittel går vi videre og viser hvilke oppgaver verne- og helsepersonalet bistår bedriften med. På den måten får vi belyst bistand i forhold til prioriteringer.

Det kan være ulikt syn på hvilke oppgaver ledelsen prioriterer. Ledelsen på sin side vil ha interesse av å vise at relevante oppgaver prioriteres høyt, og svarene fra ledelsen vil kanskje tendere mot å være 'korrekte' i forhold til situasjonene slik den ideelt sett burde vært etter krav i forskriften.

Verne- og helsepersonalet og verneombud på sin side kan ha andre oppfatninger av ledelsens prioriteringer. Prioriteringer er ikke alltid tydelige og kanskje heller ikke alltid like bevisste og systematiske. Klarhet og felles forståelse omkring HMS-prioriteringer er imidlertid viktig, fordi slike prioriteringer er, eller bør være, retningsgivende for det HMS arbeidet som utføres i bedriften og vil følgelig være styrende for verne- og helsepersonalet sin bistand. I undersøkelsen har vi spurt både ledelse om hvilke oppgaver den prioriterer, og vi har spurt verne- og helsepersonalet og verneombud om hvordan de oppfatter ledelsens prioriteringer.

Evalueringen skal dokumentere verne- og helsepersonalets fordeling av ressurser på de ulike oppgavene. Men verne- og helsepersonalets innsats styres i prinsippet av ledelsens prioriteringer og ønsker. Spørsmålet om verne- og helsepersonalets bistand er i samsvar med lov og forskrift blir derfor også et spørsmål om bedriftens prioriteringer er i samsvar med det samme lovverket. Samarbeid og samhandling mellom partene blir derfor et viktig element ved tolking og forståelse av prioriteringer og bistand. Verne- og helsepersonalets ressursfordeling skal være en avspeiling av bedriftens 'bestilling' av tjenester, og dermed bedriftens egne prioriteringer. I undersøkelsen forutsetter vi at bedriften (dvs arbeidsgiver) har hovedansvaret for prioriteringene.

Svaralternativene i spørreskjemaet bygger på forskrift om verne- og helsepersonale, spesielt kapittel III i forskriften om verne- og helsepersonale. Følgende oppgaver nevnes i skjemaet:

Bedriftens prioriteringer

Oppgaver

- a) vurdering av fysiske, kjemiske og biologiske forhold
- b) vurdering eller kartlegging av organisering av arbeidet, sosiale arbeidsforhold, krav, støtte
- c) planlegging og gjennomføring ved etablering, vedlikehold og endring av arbeidsplasser
- d) fremme forslag om forebyggende tiltak
- e) overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse
- f) bedriftsintern attføring
- g) kurativ virksomhet
- h) utforming av system for internkontroll
- i) informasjon og opplæring om arbeidshelse, ergonomi, helse- og sikkerhetsrisiko
- j) informasjon om sosiale og psykiske faktorer i arbeidsmiljøet
- k) gjennomføre tiltak i arbeidsmiljøet
- l) evaluere effekt av gjennomførte tiltak.

Respondenten er bedt om å svare på hvordan ulike oppgaver blir prioritert ved å krysse av for 'Høy', 'Middels' og 'Lav' prioritet. Det er også mulighet for å krysse av hvis oppgavene ikke er aktuelle for bedriften.

Verne- og helsepersonalet og verneombud blir spurt om sitt syn på hvordan bedriften prioriterer oppgavene med de samme svaralternativene. På denne måten får alle tre parter gitt sitt syn på bedriftens prioriteringer, som vist i kapittel om metode.

I det følgende skal vi vise svarene fra de enkelte partene og undersøke i hvilken grad svarene er sammenfallende. Partene sitt syn vises ved å telle opp antall enheter som har gitt de aktuelle oppgavene høy prioritet. Sammenligningen mellom partene gjøres ved å sammenligne gjennomsnittsskårene (målt ved parvise sammenligninger og t-test).

6.1 Ledelsens prioritering av oppgaver

Utforming av internkontrollsystemet gis høyeste prioritet av flest bedrifter (78 prosent), se Tabell 6.1. Bakgrunnen for denne prioriteringen fra bedriftenes side har sammenheng med myndighetenes egen prioritering av innføringen av IK-forskriften og Arbeidstilsynets revisjoner av bedriftenes IK-systemer.

Oppgaver som gjennomføring av tiltak i arbeidsmiljøet og helsekontroller har også ganske høy prosentandel med 'høy prioritering' i bedriftene (55 og 50 prosent).

Det er verdt å merke at en sentral forebyggende oppgave som planlegging og gjennomføring ved etablering, vedlikehold og endring av arbeidsplasser har en relativt lav andel med høy prioritering (39 prosent).

En lav andel av lederne gir høy prioritet til oppgaver som informasjon om sosiale og psykiske faktorer i arbeidsmiljøet, evaluering av tiltak og bedriftsintern attføring. Lavest prioritet har kurativ virksomhet.

Tabell 6.1 Ledelsens prioritering av HMS-oppgaver. Andel med høy prioritering.*

		Antall bedrif ter	Prosentandel med høy prioritet	
spm 13 ledelsens prioriteringer Høy=1	Bedr. prio: fysiske/kjemiske/biologiske forhold	110	47,0%	
	Bedr. prio: sosiale forhold/krav/organisering	113	48,3%	
	Bedr. prio: etablering/vedlikehold/ending av arb. plassen	91	38,9%	
	Bedr. prio: fremme forslag om forebyggende tiltak	114	48,7%	
	Bedr. prio: helsekontroller	116	49,6%	
	Bedr. prio: bedriftsintern attføring	61	26,1%	
	Bedr. prio: kurativ virksomhet	17	7,3%	
	Bedr. prio: utforming av internkontrollsystem	167	71,4%	
	Bedr. prio: info. om arb.helse/ ergonomi/risiko	97	41,5%	
	Bedr. prio: info om sosiale/psykiske forhold i arb.miljø	49	20,9%	
	Bedr. prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet	129	55,1%	
	Bedr. prio: evaluere effekt av tiltak	65	27,8%	
	Totalt		234	482,5%

*) Prosentbasis = antall avkrysninger på 'Høy prioritet'.

I Tabell 6.2 vises en fullstendig oversikt over ledelsens prioritering av HMS-oppgaver. I tabellen er både 'høy', 'middels' og 'lav' prioritering tatt med. Tabellen bekrefter i store trekk resultatene fra forrige tabell. Siden prosentbasis i Tabell 6.2 er antall bedrifter, blir prosentallene forskjellig fra Tabell 6.1, hvor basis er antall avkrysninger.

Tabell 6.2 Ledelsens prioritering av HMS-oppgaver. Høy, middels og lav prioritering. Prosentbasis = antall bedrifter.

HMS-oppgaver		høy prioritering	middels prioritering	lav prioritering	I alt
Bedr. prio: fysiske/kjemiske/biologiske forhold					238
	%	46,2%	47,1%	6,7%	100,0%
Bedr. prio: sosiale forhold/krav/organisering					247
	%	45,7%	45,3%	8,9%	100,0%
Bedr. prio: etablering/vedlikehold/endring av arb. plassen					238
	%	38,2%	51,7%	10,1%	100,0%
Bedr. prio: fremme forslag om forebyggende tiltak					247
	%	46,2%	50,6%	3,2%	100,0%
Bedr. prio: helsekontroller					248
	%	46,8%	46,4%	6,9%	100,0%
Bedr. prio: bedriftsintern attføring					200
	%	30,5%	43,0%	26,5%	100,0%
Bedr. prio: kurativ virksomhet					180
	%	9,4%	45,0%	45,6%	100,0%
Bedr. prio: utforming av internkontrollsystem.					251
	%	66,5%	28,3%	5,2%	100,0%
Bedr. prio: info. om arb.helse/ ergonomi/risiko					251
	%	38,6%	50,6%	10,8%	100,0%
Bedr. prio: info om sosiale/psykiske forhold i arb.miljø					241
	%	20,3%	59,8%	19,9%	100,0%
Bedr. prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet					249
	%	51,8%	43,4%	4,4%	100,0%
Bedr. prio: evaluere effekt av tiltak					243
	%	26,7%	53,9%	18,9%	100,0%

Tabell i Vedlegg 1 viser prioriteringene fordelt på næringsområde. Trevare og grafisk næringsområder prioriterer særlig høyt kartlegging av fysiske forhold - mens transport skårer lavest på dette området.

6.2 Verne- og helsepersonalets syn på ledelsens prioritering

Verne- og helsepersonalet oppfatter at ledelsen gir helsekontrollen høy prioritet, men også utforming av internkontrollsystem prioriteres ganske høyt av ledelsen, etter verne- og helsepersonalet sitt syn, Tabell 6.3. Verne- og helsepersonalet mener ledelsen i minst grad prioriterer evaluering av effekten av tiltak samt kurativ virksomhet.

Tabell 6.3 Verne- og helsepersonalets syn på ledelsens prioriteringer

		Antall bedrifter	Prosent- andel Høy prio- rietering
Who, syn på ledelsens prioriteringer, Høy	Bedr. prio: fysiske/kjemiske/biologiske forhold	118	49,8%
	Bedr. prio: vurdering av sosiale arbeidsforhold, krav og støtte	71	30,0%
	Bedr. prio: etablering/vedlikehold/ending av arb. plassen	61	25,7%
	Bedr. prio: fremme forslag om forebyggende tiltak	83	35,0%
	Overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse (bedr.led.)	165	69,6%
	Bedr. prio: bedriftsintern attføring	85	35,9%
	Bedr. prio: kurativ virksomhet	26	11,0%
	Bedr. prio: utforming av internkontrollsystem	125	52,7%
	Bedr. prio: info. om arb.helse/ergonomi/risiko	108	45,6%
	Bedr. prio: info om sosiale/psykiske forhold i arb.miljø	58	24,5%
	Bedr. prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet	94	39,7%
	Bedr. prio: evaluere effekt av tiltak	36	15,2%
Total		237	434,6%

6.2.1 Andel som er usikre på prioriteringene

Andel som svarer 'usikker' på spørsmålet om ledelsens prioriteringer, kan gi tilleggsmasjion om relasjonene mellom partene. Stor grad av usikkerhet vil f eks være et signal på at kontakt og samarbeid mellom partene er mindre god.

Tabell 6.4 viser andel som svarer 'usikker' blant verne- og helsepersonalet. Prosentsummen (295%) viser at man svarer usikker på nær tre oppgaver i gjennomsnitt. Det er størst andel som svarer 'usikker' på spørsmål om evaluering av effekt av tiltak, bedriftsintern attføring og tiltak i forbindelse med etablering og endring av arbeidsplasser. Andelen er minst når det gjelder forhold som helsekontroller og kartlegging av fysisk forhold. Det ser da ut til at usikkerheten er størst på områder som mange prioriterer lavt og omvendt: usikkerheten er lav på områdene som mange mener prioriteres høyt.

Tabell 6.4 Ledelsens prioriteringer av arbeidsmiljøoppgaver. Andel av verne- og helsepersonell som svarer 'Usikker' på prioriteringene.

		Antall bedrifter	Prosentan del svar 'Usikker'
Vhp, syn på ledelsens prioriteringer, Andel usikre	Bedr. prio: fysiske/kjemiske/biologiske forhold	9	10,6%
	Bedr. prio: vurdering av sosiale forhold,krav og støtte	23	27,1%
	Bedr. prio: etablering/vedlikehold/endring av arb. plassen	32	37,6%
	Bedr. prio: fremme forslag om forebyggende tiltak	14	16,5%
	Overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse (bedr.led.)	6	7,1%
	Bedr. prio: bedriftsintern attføring	35	41,2%
	Bedr. prio: kurativ virksomhet	26	30,6%
	Bedr. prio: utforming av internkontrollsystem.	17	20,0%
	Bedr. prio: info. om arb.helse/ ergonomi/risiko	11	12,9%
	Bedr. prio: info om sosiale/psykiske forhold i arb.miljø	19	22,4%
	Bedr. prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet	18	21,2%
	Bedr. prio: evaluere effekt av tiltak	41	48,2%
	Total		85

6.3 Verneombudets syn

Også verneombudet mener utforming av internkontrollsystemet blir gitt høyeste prioritet av ledelsen. Helsekontroller oppfatter verneombudet som det nest høyest prioriterte området, Tabell 6.5.

Tabell 6.5 Ledelsens prioriteringer. Verneombudets syn

		Antall bedrifter	Prosentan del Høy prioritet
Vo, syn på ledelsens prioritering Høy	Bedr. prio:Fysiske/kjemiske/biologiske forhold	56	37,8%
	Bedr.prio:Vurdering av Sosiale forhold, krav og støtte	39	26,4%
	Bedr. prio: etablering/vedlikehold/endring av arb.plassen	37	25,0%
	Bedr.prio:fremme forslag om forebyggende tiltak	41	27,7%
	Bedr.prio:Overvåke/kontrollere arb.takernes helse	67	45,3%
	Bedr.prio:Bedriftsintern attføring	32	21,6%
	Bedr.prio:Kurativ virksomhet	11	7,4%
	Bedr.prio:Utforming av syst. for internkontroll	110	74,3%
	Bedr.prio:info om arb.helse/ergonomi/risiko	37	25,0%
	Bedr.prio: info om sosiale og psykiske forhold i arb.miljøet	22	14,9%
	Bedr.prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet	45	30,4%
	Bedr. prio:evaluere effekt av tiltak	31	20,9%
Total		148	356,8%

Kurativ virksomhet, informasjon om sosiale og psykiske forhold og evaluering av effekten av tiltak gis i liten grad høy prioritet av ledelsen, slik verneombudet oppfatter det.

Tabell i Vedlegg 1, viser verne- og helsepersonalet og verneombud sitt syn når alle prioriteringene høy, middels og lav er inkludert.

6.4 Sammenligning av prioriteringer

Vi har i det foregående sett partenes syn på ledelsens prioriteringer av HMS oppgaver i bedriften. Vi skal her foreta en mer eksakt sammenligning mellom partene, for å se i hvilken grad oppfatningene er sprikende eller sammenfallende. Hvordan verne- og helsepersonalet og verneombud oppfatter ledelsen i forhold til ledelsens oppfatning av seg selv har betydning for samspillet mellom partene, vil vi anta.

Sammenligningen blir foretatt parvis³ for bedriftene, og forskjellene i gjennomsnittsskåre testes med t-test. I dette tilfellet sammenlignes skårene fra ledelsen og verne- og helsepersonalet om det samme saksforholdet. Testen undersøker om forskjellene i skåre er statistisk signifikant. Sammenligning av slike forskjeller følger en bestemt beslutningsprosedyre. I statistisk terminologi brukes betegnelsen null-hypotesen for en situasjon med ingen systematiske forskjeller mellom skårene mellom de to gruppene. For å avgjøre om forskjeller er tilfeldige eller systematiske brukes 5 prosent regelen. Hvis sannsynligheten er 5 prosent eller mindre for at gjennomsnittene er like, forkastes null-hypotesen. I SPSS oppgis den faktiske sannsynligheten for hver parvis sammenligning. En sannsynlighet på 0,05 eller lavere innebærer altså at vi konkluderer med at forskjellene i skåre ikke skyldes tilfeldigheter.

Sammenligningene blir foretatt der hvor begge partene har krysset av for en prioritering. På skjemaene for verne- og helsepersonalet og verneombud er det avkrysningsmulighet for 'usikker' på bedriftens prioritering. Kategorien 'usikker' er holdt utenfor i denne sammenligningen fordi den kodete verdien for 'usikker' ville ha påvirket gjennomsnittsverdiene.

Vi gir en separat oversikt over andel som svarer 'usikker'. Denne opplysningen forteller oss også noe om hvordan partene oppfatter ledelsens prioriteringer. I tabellene gjengis t-verdien, antall frihetsgrader og signifikansnivået.

6.4.1 Ledelse sammenlignet med verne- og helsepersonalet

I tabellen blir bedriftens prioriteringer sammenlignet med verne- og helsepersonalets oppfatning av bedriftens prioriteringer.

Resultatene av t-testen viser at ledelse og verne- og helsepersonalet vurderer styrken i bedriftens prioriteringer forskjellige på mange områder, men likt på noen få.

Verne- og helsepersonalets syn på ledelsens prioriteringer er **sammenfallende** når det gjelder følgende oppgaver: a) vurdering av fysiske, kjemiske og biologiske forhold, e) overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse og i) informasjon om arbeidshelse, ergonomi, helse- og sikkerhetsrisiko.

I forhold til de andre oppgavene oppfatter verne- og helsepersonalet at bedriften prioriterer oppgavene **lavere** enn det ledelsen selv gjør, se tabell Tabell 6.6. Det er altså svært stor avstand i oppfatninger om ledelsens prioriteringer. Det kan være mange grunner til dette, men hovedsaken i denne sammenheng er at avstanden i forståelse av prioritering er stor i svært mange og viktige HMS-oppgaver.

3 I SPSS kalles prosedyren Paired Samples T-Test.

Tabell 6.6 Ledelsens prioriteringer. Ledelse sammenlignet med verne- og helsepersonale *. Parvis sammenligning med t-test.

		Paired Samples Test		
		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	PRIO_A Bedr. prio: fysiske/kjemiske/biologiske forhold - PRIO_A_3 Bedr. prio: fysiske/kjemiske/biologiske forhold	-1,129	185	,260
Pair 2	PRIO_B Bedr. prio: vurdering av sosiale forhold, krav og støtte. PRIO_B_3 Bedr. prio: vurdering av sosiale forhold, krav og støtte	-6,126	188	,000
Pair 3	PRIO_C Bedr. prio: etablering/vedlikehold/endring av arb. plassen - PRIO_C_3 Bedr. prio: etablering/vedlikehold/endring av arb. plassen	-6,984	179	,000
Pair 4	PRIO_D Bedr. prio: fremme forslag om forebyggende tiltak - PRIO_D_3 Bedr. prio: fremme forslag om forebyggende tiltak	-5,481	190	,000
Pair 51	PRIO_E Bedr. prio: helsekontroller - PRIO_E_3 Overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse (bedr.led.)	1,608	192	,110
Pair 6	PRIO_F Bedr. prio: bedriftsintern attføring - PRIO_F_3 Bedr. prio: bedriftsintern attføring	-1,972	154	,050
Pair 7	PRIO_G Bedr. prio: kurativ virksomhet - PRIO_G_3 Bedr. prio: kurativ virksomhet	-3,832	127	,000
Pair 8	PRIO_H Bedr. prio: utforming av internkontrollsystem - PRIO_H_3 Bedr. prio: utforming av internkontrollsystem	-4,471	189	,000
Pair 9	PRIO_I Bedr. prio: info. om arb.helse/ergonomi/risiko - PRIO_I_3 Bedr. prio: info. om arb.helse/ ergonomi/risiko	-1,610	193	,109
Pair 10	PRIO_J Bedr. prio: info om sosiale/psykiske forhold i arb.miljø - PRIO_J_3 Bedr. prio: info om sosiale/psykiske forhold i arb.miljø	-3,092	181	,002
Pair 11	PRIO_K Bedr. prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet - PRIO_K_3 Bedr. prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet	-3,752	190	,000
Pair 12	PRIO_L Bedr. prio: evaluere effekt av tiltak - PRIO_L_3 Bedr. prio: evaluere effekt av tiltak	-6,782	184	,000

*) Minus tegn for t-verdiene viser at verne- og helsepersonale har krysset av for lavere prioritering enn ledelsen. Ledelsens prioritering står alltid først i hvert av parene. Skala for prioritering er slik at dess lavere tallverdier dess høyere prioritering.

6.4.1.1 Indeks for prioriteringer og forskjeller mellom ordningene

Vi har også prøvd en annen variant for sammenligning av prioriteringer. I stedet for å sammenligne **styrken** prioritering av hver enkelt oppgave, har vi laget en additiv indeks som grunnlag for sammenligning av **rangering** av oppgaver med høy eller middels høy prioritering. Det maksimale antall poeng man kan få etter en slik indeks er 12 poeng, ett for hver oppgave, og minimum er 0 poeng som betyr at ingen oppgaver prioriteres høyt eller middels.

Denne metoden gir et tilsvarende resultat som ovenfor; bedriftens ledelse gir oppgavene en høyere prioritering enn det verne- og helsepersonale oppfatter at ledelsen gjør. Ved parvis sammenligning oppnår vi en t-verdi på 7,8 – hvilket tilsvarer et signifikansnivå på 0,000. Forskjellen er altså ekstremt sikker.

Vår teori er at forskjellene skyldes forhold knyttet til samarbeid og samhandling mellom partene. Hvis dette stemmer, ville en konsekvens være at vi ville observere mindre forskjeller mellom partene der bedriften har egenordninger enn der de har fellesordninger. En parvis sammenligning med den additive indeksen for prioritering, splittet opp for de forskjellige vhp-ordningene bekrefter dette, se tabell i Vedlegg 1. Forskjeller er kun signifikant for fellesordninger.

6.4.2 Ledelse sammenlignet med verneombudet

Verneombud oppfatter styrken i ledelsens prioritering svært forskjellig fra ledelsen selv for samtlige HMS-oppgaver, Tabell 6.7. Verneombudet oppfatter at ledelsen prioriterer de ulike oppgavene lavere enn det ledelsen selv oppfatter. Vi skulle kanskje forvente at avstanden mellom ledelse og verneombud var mindre, fordi verneombudet er mer tilstede i bedriften og har muligheter til å få kjennskap til ledelsens syn gjennom arbeidsmiljøutvalg og ellers i kontakt med linjeledelsen og ansatte.

En beregning på grunnlag av den additive indeksen bekrefter tendensen i tabellen. Sammenligning mellom verne- og helsepersonale og verneombud viser en t-verdi på 2,8. Det er en viss avstand mellom vhp og verneombud, men ikke så markert. En kontroll for type ordning viser at forskjellen mellom vhp og verneombud kun er signifikant for selvstendige firma.

Ledelse og verne- og helsepersonale står nærmere hverandre i forståelsen av prioriteringene enn verneombud og ledelse.

Tabell 6.7 Ledelsens prioriteringer. Ledelse sammenlignet med verneombud*. Parvis sammenligning med t-test.

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	PRIO_A Bedr. prio: fysiske/kjemiske/biologiske forhold - ZPRIOA Fysiske/kjemiske/biologiske forhold	-6,468	155,0	,000
Pair 2	PRIO_B Bedr. prio: vurdering av sosiale forhold, krav og støtte - ZPRIOB Bedr.prio: vurdering av sosiale forhold, krav og støtte	-6,653	169,0	,000
Pair 3	PRIO_C Bedr. prio: etablering/vedlikehold/endring av arb. plassen - ZPRIOC Bedr. prio: etablering/vedlikehold/endring av arb.plassen	-5,803	155,0	,000
Pair 4	PRIO_D Bedr. prio: fremme forslag om forebyggende tiltak - ZPRIOD Bedr.prio:fremme forslag om forebyggende tiltak	-7,864	165,0	,000
Pair 5	PRIO_E Bedr. prio: helsekontroller - ZPRIOE Bedr.prio:Overvåke/kontrollere arb.takernes helse	-5,339	164,0	,000
Pair 6	PRIO_F Bedr. prio: bedriftsintern attføring - ZPRIOF Bedr.prio:Bedriftsintern attføring	-6,189	129,0	,000
Pair 7	PRIO_G Bedr. prio: kurativ virksomhet - ZPRIOG Bedr.prio:Kurativ virksomhet	-5,436	97,000	,000
Pair 8	PRIO_H Bedr. prio: utforming av internkontrollsystem - ZPRIOH Bedr.prio:Utforming av syst. for internkontroll	-3,073	171,0	,002
Pair 9	PRIO_I Bedr. prio: info. om arb.helse/ ergonomi/risiko - ZPRIOI Info og oppl. onm arb.helse, Bedr.prio:info om arb.helse/ergonomi/risiko	-7,267	170,0	,000
Pair 10	PRIO_J Bedr. prio: info om sosiale/psykiske forhold i arb.miljø - ZPRIOJ Bedr.prio: info om sosiale og psykiske forhold i arb.miljøet	-5,750	163,0	,000
Pair 11	PRIO_K Bedr. prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet - ZPRIOK Bedr.prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet	-8,346	171,0	,000
Pair 12	PRIO_L Bedr. prio: evaluere effekt av tiltak - ZPRIO L Bedr. prio:evaluere effekt av tiltak	-6,017	166,0	,000

*) Bedriftens syn står først i de parvise sammenligningene.

En tilsvarende sammenligning med additiv indeks for prioriteringer bekrefter store forskjeller mellom bedriftsledelsen og verneombud i synet på prioriteringer. Parvis sammenligning viser her en t-verdi på 8,5.⁴ Det er liten grad av felles forståelse av bedriftens prioriteringer av HMS-oppgaver.

4 Frihetsgrader=175.

6.4.3 Verneombud sammenlignet med verne- og helsepersonalet

Vi får her bekreftet at verneombud har en annen oppfatning av ledelsens prioriteringer enn verne- og helsepersonalet, Tabell 6.8. I de fleste tilfeller oppfatter verneombud at ledelsen prioriterer forholdene **svakere** enn det verne- og helsepersonalet oppfatter. Oppfatningene er sammenfallende når det gjelder planlegging, etablering og vedlikehold av arbeidsplasser (par 3)⁵, utforming av system for internkontroll og vurdering av effekten av tiltak. Igjen er hovedbudskapet at avstanden er stor i forståelsen av ledelsens prioriteringer.

Tabell 6.8 Ledelsens prioriteringer. Sammenligning mellom verneombud og verne- og helsepersonalet sin oppfatning av ledelsen *. T-test

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	ZPRIOA Fysiske/kjemiske/biologiske forhold - PRIO_A_3 Bedr. prio: fysiske/kjemiske/biologiske forhold	4,06	162,00	,000
Pair 2	ZPRIOB Bedr.prio: Vurdering av sosiale forhold, krav og støtte - PRIO_B_3 Bedr. prio: Vurdering av sosiale forhold, krav og støtte	2,42	169,00	,017
Pair 3	ZPRIOC Bedr. prio: etablering/vedlikehold/endring av arb.plassen - PRIO_C_3 Bedr. prio: etablering/vedlikehold/endring av arb. plassen	,00	166,00	1,000
Pair 4	ZPRIOD Bedr.prio:fremme forslag om forebyggende tiltak - PRIO_D_3 Bedr. prio: fremme forslag om forebyggende tiltak	3,68	170,00	,000
Pair 5	ZPRIOE Bedr.prio:Overvåke/kontrollere arb.takernes helse - PRIO_E_3 Overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse (bedr.led.)	7,70	170,00	,000
Pair 6	ZPRIOF Bedr.prio:Bedriftsintern attføring - PRIO_F_3 Bedr. prio: bedriftsintern attføring	4,67	145,00	,000
Pair 7	ZPRIOG Bedr.prio:Kurativ virksomhet - PRIO_G_3 Bedr. prio: kurativ virksomhet	3,08	113,00	,003
Pair 8	ZPRIOH Bedr.prio:Utforming av syst. for internkontroll - PRIO_H_3 Bedr. prio: utforming av internkontrollsystem.	-,31	171,00	,754
Pair 9	ZPRIOI Info og oppl. onm arb.helse, Bedr.prio:info om arb.helse/ergonomi/risiko - PRIO_I_3 Bedr. prio: info. om arb.helse/ ergonomi/risiko	7,50	171,00	,000
Pair 10	ZPRIOJ Bedr.prio: info om sosiale og psykiske forhold i arb.miljøet - PRIO_J_3 Bedr. prio: info om sosiale/psykiske forhold i arb.miljø	5,03	160,00	,000
Pair 11	ZPRIOK Bedr.prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet - PRIO_K_3 Bedr. prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet	4,37	171,00	,000
Pair 12	ZPRIO L Bedr. prio:evaluere effekt av tiltak - PRIO_L_3 Bedr. prio: evaluere effekt av tiltak	,84	164,00	,400

*) Verneombudets syn står alltid først i de parvise sammenligningene.

5 Vi referer her til forskriftens § 6, bokstav a (best nr 518, Forskrift om verne og helsepersonale.)

6.5 Sammenfatning av prioriteringer

Partene står et godt stykke fra hverandre i oppfatningen av ledelsens prioriteringer. Ledelsen mener at den på mange områder prioriterer forholdene høyere enn det både verneombudet og verne- og helsepersonalet oppfatter at ledelsen gjør. Avstanden mellom ledelse og verneombud er større enn mellom ledelse og verne- og helsepersonalet. Vi ville forventet at verneombudet stod ledelsen ganske nær i forståelse av prioriteringene, bl a gjennom deltaking i AMU, men sammenligningen viser at dette ikke holder stikk. Dette kan tyde på at ledelsen og verneombud, på tross av møter i AMU, ikke diskuterer prioriteringene i tilstrekkelig grad. Verneombudet sitt syn kan også være påvirket av at de ser handlingene i det daglige og at intensjonene ikke alltid blir oppfylt i handling.

Resultatene tyder på at partene i altfor liten grad kommuniserer omkring prioriteringer. Denne situasjonen kan ha praktiske konsekvenser i planlegging av HMS-arbeidet. Ledelsen mener at oppgavene er høyt prioritert og vil handle deretter, mens de andre partene kanskje er utilfredse med ledelsen fordi de oppfatter at oppgavene ikke er prioritert.

6.6 Er ledelsens prioriteringer tilstrekkelige i forhold til behovet?

I dette avsnittet går vi videre med diskusjonen om ledelsens prioriteringer av HMS-oppgaver. Vi stiller nå spørsmål om ledelsens **prioriteringer** er **tilstrekkelige** i forhold til behovet i bedriften. I tilfelle prioriteringene ikke er tilstrekkelige, har vi spurt hva årsaken kan være. Vi har innhentet svar både fra verne- og helsepersonalet og verneombudet på disse spørsmålene.

6.6.1 Verne- og helsepersonalet sitt syn

Verne- og helsepersonalet svarer at prioriteringene er tilstrekkelige i 59 prosent av bedriftene, mens 41 prosent følgelig mener prioriteringene er utilstrekkelige, se

Tabell 6.9. Andelen som svarer helt eller nesten tilstrekkelig er ganske høy sett i forhold til vår forventning, men burde ideelt sett vært enda høyere. Selv om det er stor avstand i oppfatningen av hva ledelsen gir høy prioritering, ivaretar prioriteringen bedriftens behov i en viss utstrekning, sett fra verne- og helsepersonalet sin side. Fremdeles er det 41 prosent som mener at prioriteringene **ikke** er tilstrekkelige. Her det et betydelig potensiale for forbedring. Hvis prioriteringene ikke dekker bedriftens behov, er det også vanskelig for verne- og helsepersonalet å yte optimal innsats. Som vist ovenfor, synes verne- og helsepersonalet at bedriftene prioriterer HMS-oppgavene lavere enn det bedriften mener.

Kasusstudiene gir et eksempel på dette (jf kapittel 11). Direktøren for en større bedrift var meget tilfreds med innsatsen fra verne- og helsepersonalet. Verne- og helsepersonalet på sin side var svært lite tilfreds med ledelsens prioriteringer og håndtering av HMS-saker. Verne- og helsepersonalet mente at ledelsen tok for lite initiativ i HMS-saker og overlot for mye initiativ til verne- og helsepersonalet. Verne- og helsepersonalet gikk etterhvert lei av å komme med forslag om å kartlegge arbeidsmiljøet. Sakene ble i altfor liten grad fulgt opp av ledelsen, etter verne- og helsepersonalet sitt syn. Det var også mange viktige miljøraker som ledelsen ikke gjorde noe med, som f eks mye støy i produksjonslokalene. Dette kan kanskje skyldes at verne- og helsepersonalet og verneombud ikke var tydelige nok i sin kommunikasjon om behovet for innsats.

Undersøkelsen tyder på at det ikke er uvanlig at verne- og helsepersonalet ikke er tilfreds med ledelsen - mens ledelsen på sin side er tilfreds med innsatsen til verne- og helsepersonalet. En tilfreds ledelse kan bety en ledelse som ikke tar miljøproblemene alvorlig nok eller ikke prioriterer HMS-arbeidet i forhold til behovene.

6.6.1.1 *Forskjeller mellom tilknytningsformer*

Det er ganske store forskjeller i oppfatningen av prioriteringene blant de ulike verne- og helsepersonellordningene, se

Tabell 6.9. Egenordningene (inkludert de kommunale- og statlige ordningene) svarer i størst grad at ledelsens prioriteringer er tilstrekkelige. I underkant av 77 prosent i denne gruppen svarer tilstrekkelig mot 66 prosent i selvstendige firma og 52 prosent i fellesordningene – som har den laveste andelen.⁶

Det synes å være et mønster her. Parene 'bedrift—egenordning' er gjensidig mer tilfreds med HMS arbeidet enn andre. Partene 'bedrift—fellesordning' viser minst gjensidig tilfredshet. 'Bedrift—selvstendige firma' ligger imellom disse to ytterpunktene.

Vi er imidlertid forsiktige med ensidig å tilskrive de observerte forskjellene i tabellen ovenfor til tilknytningsform for verne- og helsepersonale. Vi vet at egenordninger nesten bare finnes i større bedrifter, forskjellene kan derfor også ha sammenheng med bedriftens størrelse. Kontrollerer vi for størrelse, finner vi nesten ingen forskjeller for bedrifter med under 100 ansatte, mens det fremdeles kan observeres forskjeller for bedrifter med 100 ansatte og mer, se

Tabell 6.10. Sammenhengen er imidlertid noe svak ($\text{Eta}=0,15$), men viser en tendens i retning av at egenordninger finner at ledelsens prioriteringer er tilstrekkelige i forhold til behovet i bedriften.

⁶ Mål på samvariasjon $\text{Eta}=0,19$.

Tabell 6.9. Er ledelsens prioriteringer tilstrekkelige i forhold til bedriftens behov. Verne- og helsepersonalets vurdering av ledelsens prioriteringer. Fordeling etter tilknytningsform for verne- og helsepersonell.* Prosent **

Er ledelsens pririteringer tilstrekkelige, spm 9 vhp skjema		Tilknytningsform			
		Ans i priv off virksomhet	Firma, enperson	Fellesordning	Total
Tilstrekkelig, nesten tilstr	Antall	30	48	83	161
	Prosent	76,9%	65,8%	51,9%	59,2%
Utilstrekkelig, usikker	Antall	9	25	77	111
	Prosent	23,1%	34,2%	48,1%	40,8%
I alt	Antall	39	73	160	272
	Prosent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*) Tabellen er laget på grunnlag av alle svar fra verne- og helsepersonalet. N = 281, frafall l= 9 svar.

**) Eta = 0,19.

Tabell 6.10 Er ledelsen prioriteringer tilstrekkelige i forhold til behovet? Fordeling etter bedriftens størrelse og tilknytningsform. Verne- og helsepersonalet sitt syn. Prosent

Antall ansatte totalt		Tilknytningsform				
		Ans i priv off virksomhet	Firma, enperson	Fellesordning	I alt	
Opp til 100 ansatte	tilstrekkelig, nesten tilstrekkelig	Antall	1	10	21	32
		Prosent	33,3%	50,0%	48,8%	48,5%
	Utilstrekkelig, usikker	Antall	2	10	22	34
		Prosent	66,7%	50,0%	51,2%	51,5%
	I alt	Antall	3	20	43	66
		Prosent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Over 100 ansatte	tilstrekkelig, nesten tilstrekkelig	Antall	23	23	36	82
		Prosent	76,7%	69,7%	60,0%	66,7%
	Utilstrekkelig, usikker	Antall	7	10	24	41
		Prosent	23,3%	30,3%	40,0%	33,3%
	I alt	Antall	30	33	60	123
		Prosent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6.6.2 Verneombudets vurdering av ledelsens prioritering

Verneombudet har et annet syn på ledelsens prioriteringer. Vel halvparten mener at prioriteringene er tilstrekkelige, altså lavere andel enn verne- og helsepersonalet sin vurdering. Ser vi på vurderingene etter type verne- og helsepersonellordning, er resultatet overraskende. Verneombudet er **mest** tilfreds med ledelsens innsats der bedriften er tilknyttet en fellesordning og **minst** tilfreds der bedriften er tilknyttet egenordning, altså helt motsatt av verne- og helsepersonalets vurderinger, se Tabell 6.11. Den observerte sammenhengen opprettholdes selv om vi kontrollerer for bedriftsstørrelse. Verneombudet er mest tilfreds med fellesordningene, uansett størrelse på bedriften.

Den høye gjensidige enigheten hos 'ledelse—egenordning' kommer her i et kritisk lys. Selv om verne- og helsepersonale skal ha en fri og uavhengig stilling, er det en mulighet for at ansatte i en egenordning, i motsetning til ansatte i fellesordninger, står i en mindre nøytral posisjon i forhold til ledelsen eller har et tettere samarbeid med ledelsen enn med verneombudet. Verneombud kan oppfatte egenordningen som bedriftens 'forlengede arm' og kanskje ikke som en nøytral pådriver i HMS arbeidet.

Fellesordningene er kanskje mer pågående overfor bedriften og av den grunn skaper mindre tilfredshet hos ledelsen, men mer hos verneombudet.

Tabell 6.11 Er ledelsens prioriteringer tilstrekkelige i forhold til bedriftens behov?
Verneombudets vurdering. Fordeling etter tilknytningsform. Prosent

		Tilknytningsform			
		Ans i priv off virksomhet	Firma, enperson	Fellesordning	Alle
Tilstrekkelig, nesten tilstr	Antall	11	28	57	96
	Prosent	33,3%	52,8%	58,8%	52,5%
Utilstrekkelig, usikker	Antall	22	25	40	87
	Prosent	66,7%	47,2%	41,2%	47,5%
I alt	Antall	33	53	97	183
	Prosent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Selv om vurderingene er forskjellig for ulike ordninger, skal vi ikke tape av syne verneombudets oppfatning av at ledelsens prioriteringer er utilstrekkelig i nærmere halvparten av bedriftene. Dette er etter vårt syn en høy andel.

6.7 Årsaker til at prioritering ikke er tilstrekkelig,

I de neste to avsnittene viser vi partenes syn på årsaker til at ledelsens prioriteringer ikke er tilstrekkelige.

6.7.1 Verneombudet sitt syn på årsaker til manglende prioritering hos ledelsen

I sitt syn på bedriftens prioriteringer, mener verneombudet at årsaken til utilstrekkelige prioriteringer for en stor del ligger i **manglende kunnskap og vilje** hos ledelsen (henholdsvis 49 og 51 prosent av svarene). Årsaker som skyldes manglende økonomiske resurser nevnes i 32 prosent av tilfellene, se Tabell 6.12. Det er altså ikke pengene det står på etter verneombud sitt syn, men vilje og kunnskap.

Tabell 6.12 Årsaker til manglende prioriteringer hos ledelsen i forhold til bedriftens behov. Verneombudets syn.

		Antall	Prosent (inntil 2 kryss)
Vo, ledelse	utilstrekkelige økonomiske ressurser i bedr.	37	32,2%
utilstrekkelig prioritering vo sitt syn	manglende kunnskap i bedr. ledelse	56	48,7%
	manglende vilje hos bedr.ledelse	59	51,3%
	motstand fra arb.takerne i bedriften	7	6,1%
	andre svar	13	11,3%
Total		115	149,6%

6.7.2 Verne- og helsepersonalet sitt syn på årsaker til manglende prioritering hos ledelsen

Verne- og helsepersonalet mener, som verneombudet, at manglende kunnskap og vilje er viktige årsaker til utilstrekkelig prioritering hos ledelsen. Svarene viser at manglende kunnskap er den årsak som nevnes hyppigst (43 prosent). Bedriftens økonomi antas også å være en viktige enkeltårsak (39 prosent). Motstand fra de ansatte er mindre vesentlig, og utgjør ca 16 prosent av svarene, Tabell 6.13.

Tabell 6.13 Årsaker til at ledelsens prioriteringer er utilstrekkelige i forhold til bedriftens behov. Verne- og helsepersonalet sitt syn.*

Årsaker til utilstrekkelig prioritering hos ledelsen		Antall ansatte etter SSB tall				Alle	
		Under 100 ansatte		100 ans og over		Antall	Prosent
		Antall	Prosent	Antall	Prosent		
vhp sitt syn	bedriftens økonomi	35	40,2%	12	34,3%	47	38,5%
	manglende kunnskap i bedr. ledelse	38	43,7%	15	42,9%	53	43,4%
	manglende vilje hos bedr. ledelse	20	23,0%	7	20,0%	27	22,1%
	motstand fra arb.takerne i bedriften	16	18,4%	3	8,6%	19	15,6%
	andre svar	25	28,7%	12	34,3%	37	30,3%
I alt		87	154,0%	35	140,0%	122	150,0%

*) Respondenten kan sette inntil 2 avkryssninger. Prosentsummen blir derfor større enn 100. Mengde: Svar både fra bedrift og vhp, N=123, frafall skyldes manglende opplysning om antall ansatte i bedriftene..

Det er bare små forskjeller mellom mindre og større bedrifter. Det vi kan legge merke til er at motstand fra arbeidstakerne og bedriftens økonomi oppgis hyppigere som årsak for mindre enn for større bedrifter.

7 Bistand fra verne- og helsepersonalet

I mandatet for evalueringen står det at man skal vise hva vhp gjør i bedriftene. Forskriften om verne- og helsepersonale slår fast at arbeidsgiver skal sørge for at verne- og helsepersonale bistår med en rekke nærmere spesifiserte oppgaver som vist i kapittel om prioriteringer (§ 6, bokstav a–h i forskriften). Problemstillingen i evalueringen blir, på denne bakgrunn, å finne ut hva vhp bistår bedriften med – eller sagt på en annen måte: hvilken bistand sørger arbeidsgiver for at vhp bistår med. Vi valgte å løse denne delen av evalueringen ved å knytte spørsmålet om bistand til spørsmålet om ledelsens prioriteringer av HMS–oppgaver. For hvert spørsmål om prioritering, ble partene bedt om å merke av om vhp bistår med eller utfører oppgaven, eventuelt om andre enn vhp bistår bedriften. Alle tre partene fikk spørsmålet om bistand.

7.1 Bistand fra verne- og helsepersonale

Tabell 7.1 har vi valgt å koble bistand til de oppgavene som ledelsen gir høy og middels prioritet. Det er en viss logikk i at bedriften søker bistand knyttet til oppgaver som prioriteres. En kopling av bistand til prioriteringer burde kunne gi et realistisk bilde av hva vhp bistår bedriftene med. Bedriften kan ivareta oppgaver i arbeidsmiljøet uten at vhp nødvendigvis bistår bedriften. Bedriften kan f.eks. løse oppgaven uten noen form for ekstern bistand, men forskriften om verne- og helsepersonale⁷ legger føringer på bedriftens valg av bistand ved formuleringen i forskrift om verne- og helsepersonalet, hvor det i innledningen til § 6 som heter: ‘..arbeidsgiver skal sørge for at verne- og helsepersonale bistår med...etc’. Når bedriften har behov for bistand, vil vi forvente at bistanden utføres av det verne- og helsepersonalet som bedriften har knyttet til seg.

Tabell 7.1 viser andel som svarer at verne- og helsepersonalet bistår med oppgaver som ledelsen har gitt høy og middels prioritet. Høy prosentandel gir en indikasjon på at verne- og helsepersonalet følger bedriftens prioriteringer. I tabellen er tatt med svar både fra ledelsen i bedriften og fra det verne- og helsepersonalet som bedriften er knyttet til.

Svar fra ledelsen

Helsekontroller er den vanligste formen for bistand. I 85 prosent av tilfellene bistår verne- og helsepersonalet slike kontroller. Andre oppgaver hvor verne- og helsepersonalets bistand er vanlig er vurdering av fysiske forhold mm (76 prosent), gi informasjon og opplæring om arbeidshelse mm (70 prosent), bedriftsintern attføring (66 prosent) og informasjon om psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (64 prosent). Andel bedrifter som får bistand til kurativ virksomhet er 63 prosent og bistand med forslag til forebyggende tiltak 60 prosent, jf tabell 8.1.

⁷ Forskrift om verne- og helsepersonell. Best. nr. 518, Arbeidstilsynet.

Verne- og helsepersonalet bistår i mindre grad med oppgaver som vurdering av organisatoriske forhold (46 prosent), planlegging ved etablering av arbeidsplasser mm (42 prosent), evaluere effekten av og gjennomføre tiltak i arbeidsmiljøet (ca 40 prosent). Lavest medvirkning har verne- og helsepersonalet ved utforming av system for internkontroll (28 prosent).

Helseovervåking, informasjonsoppgaver samt vurdering av fysiske forhold er de oppgavene hvor bedriften i stor grad søker bistand hos verne- og helsepersonalet.

Gjennomføring av tiltak, planlegging ved etablering av arbeidsplasser mm og bistand ved utforming av internkontroll er oppgaver hvor verne- og helsepersonalet deltar i langt mindre grad.

Svar fra verne- og helsepersonale

Det er stor avstand i subjektiv forståelse av hvilken bistand vhp yter. Verne- og helsepersonale oppfatter at de yter langt mer bistand enn det ledelsen har gitt uttrykk for. I gjennomsnitt har vhp krysset av for nær 10 av de 12 oppgavene – mens gjennomsnittet for ledelse er 6,8. Sammenligner vi oppgave for oppgave ligger vhp sine svar ganske mye høyere for alle oppgavene unntatt, bistand til kurativ virksomhet.

Svar fra verneombudet

Verneombudet mener bistanden fra vhp er klart mindre omfattende enn det vhp oppfatter, men også mindre enn det ledelsen oppfatter. I gjennomsnitt viser svarene bistand i forhold til 5,8 av de 12 nevnte oppgavene i spørreskjemaet.

Generelt

Et forhold er viktig å trekke fram, sett på bakgrunn av AML sin forebyggende, proaktive funksjon. I forskriften om verne- og helsepersonale §6 heter bl a at arbeidsgiver skal sørge for at verne- og helsepersonale

- a. 'bistår med planlegging og gjennomføring ved etablering, vedlikehold og endring av arbeidsplasser, lokaler, utstyr og produksjonsmetoder og utarbeidelse av retningslinjer for bruk av kjemikalier, maskiner og utstyr'.

Dette punktet i forskriften handler om en helt sentral del av det forebyggende arbeidet; det dreier seg her om primærforebyggende virksomhet, og burde være et kjernepunkt i den faglige bistand vhp kan yte. Godt arbeidsmiljø må bygges inn fra starten av i planleggingsfasen av produksjon, lokaler etc. Det er derfor et dårlig tegn at vhp kun bistår bedriftene med denne oppgaven i rundt 40 prosent av tilfellene, etter ledelsens oppfatning. Verne- og helsepersonale selv mener bistanden er tilstede i langt større grad (77 prosent av tilfellene) mens verneombud oppfatter at bistanden bare er tilstede i 27 prosent av tilfellene. Resultatene fra undersøkelsen tyder på at det er for liten oppmerksomhet om dette punktet i forskriften.

Tabell 7.1 Verne- og helsepersonalets bistand med HMS oppgavene, * der ledelsen har gitt oppgaven høy eller middels prioritet. Svar fra ledelsen, verne- og helsepersonalet og verneombud. Prosent**

Oppgave	Svar fra ledelsen		Svar fra vhp	Svar fra verneombudet
	Andel bedrifter som prioriterer høyt eller middels høyt ***	Prosent av antall bedrifter som svarte	Prosent av antall vhp som svarte	Prosent av antall vo som svarte
overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse	93	84,7	97	80
vurdering eller kartlegging av fysiske, kjemiske og biologiske forhold i bedriften	88	76,0	94	67
informasjon og opplæring om arbeidshelse, ergonomi, helse- og sikkerhetsrisiko	83	70,4	94	69
bedriftsintern attføring	65	65,8	80	34
informasjon om sosiale og psykiske faktorer i arbeidsmiljøet	62	63,8	86	41
kurativ virksomhet	33	63,3	35	14
fremme forslag om forebyggende tiltak	81	60,7	96	65
vurdering eller kartlegging av organisering av arbeidet, sosiale arbeidsforhold, krav, støtte,	73	46,4	87	41
planlegging og gjennomføring ved etablering, vedlikehold og endring av arbeidsplasser	61	42,3	77	27
evaluere effekt av gjennomførte tiltak	54	40,8	69	34
gjennomføre tiltak i arbeidsmiljøet	84	40,3	81	56
utforming av system for internkontroll	82	28,1	71	55
I alt		682,7%	968%	582%
Prosentbasis		196	196	134

*) Avkrysning for bistand bare fra vhp og fra vhp sammen med andre er slått sammen. N=196 bedrifter, frafall = 8. Mengde er svar både fra bedrift og vhp. ***) Prosentbasis vil variere noe fra oppgave til oppgave. N ligger mellom 173 og 198 bedrifter.

Bedriften kan søke bistand fra andre enn verne- og helsepersonale, hvilket de også gjør ifølge opplysninger fra undersøkelsen. Annen bistand enn fra vhp får bedriften spesielt i forbindelse med utforming av system for internkontroll og planlegging ved etablering av arbeidsplasser mm. Det er mulig at denne bistanden kompensere for fraværet av vhp sin bistand. Bistanden kan komme fra flere, f eks fra bedriften selv, forsikringsselskap, Arbeidstilsynet og konsulenter.

7.1.1 Bistand, bedriftens størrelse og tilknytningsform

I evalueringen er det av interesse å se om verne- og helsepersonalet sin bistand varierer med bedriftsstørrelse. Det kan f eks tenkes at mindre bedrifter opplever at de mottar mindre bistand enn større bedrifter. Et hovedinntrykk er at forskjeller i bistand ikke er store, men at mindre bedrifter (under 100 ansatte) mottar noe mindre bistand når det gjelder kartlegging av arbeidsmiljøet enn de større (100 ansatte og over). Mindre bedrifter har også mindre behov. Det kan derfor godt hende at bistanden oppfattes som tilstrekkelig.

Det er en gjennomgående tendens til at mindre bedrifter i større grad mottar bistand bare fra andre enn verne- og helsepersonale i forbindelse med HMS oppgaver. Dette kan tyde på at de mindre bedriftene får mindre profesjonell bistand enn de større. Siden alle bedriftene i utvalget har knyttet vhp til seg, er det noe paradoksalt at de mindre bedriftene hyppigere velger bistand fra andre enn vhp enn de større bedriftene.

Vhp ansatt i virksomhetene (egenordning) yter noe mer bistand – mens fellesordningene yter noe mindre. Forskjellen er liten og kan sannsynligvis forklares ut fra høyere tilgjengelighet til vhp som egenordning.

7.2 Innsatsen fra verne- og helsepersonalet tilstrekkelig?

Et viktig spørsmål i evalueringen er hva bedriftene synes om verne- og helsepersonalet sin innsats (spørsmål 14 i skjema til ledelsen). Ledelsen har fått dette spørsmålet: Er verne- og helsepersonalets innsats tilstrekkelig i forhold til ledelsens prioriteringer?

Bedriftene er ikke helt fornøyd med innsatsen, men flertallet er positive (Tabell 7.2). Godt under halvparten (45 prosent) sier at innsatsen fra verne- og helsepersonalet er tilstrekkelig i forhold til ledelsens prioriteringer. En god del, vel 30 prosent, mener innsatsen er nesten tilstrekkelig mens nær 20 prosent mener innsatsen er noe eller svært utilstrekkelig. Vi hefter oss spesielt med de 20-23 prosent som mener innsatsen fra verne- og helsepersonalet er utilstrekkelig og som ellers er usikre (ca 3 prosent).

Tabell 7.2 Er verne- og helsepersonalet sin innsats tilstrekkelig? Svar fra ledelsen.

	Antall	Prosent
1 tilstrekkelig	92	45,5
2 nesten tilstrekkelig	65	32,2
3 noe utilstrekkelig	33	16,3
4 svært utilstrekkelig	6	3,0
5 usikker	6	3,0
I alt	202	100,0
Frafall	2	
Totalt	204	

Andel av bedrifter som mener innsatsen fra verne- og helsepersonalet er tilstrekkelig ligger i gjennomsnitt på 47 prosent. Andelen som mener innsatsen er nesten tilstrekkelig (i forhold til bedriftens prioriteringer) er på 31 prosent, i gjennomsnitt for alle bedrifter.

Størrelse og tilknytningsform har betydning

Vurdering av verne- og helsepersonalet sin innsats har sammenheng med bedriftens størrelse, for egenordninger og fellesordninger, men ikke private firma. Tendensen er at de større bedriftene i sterkere grad enn de mindre synes vhp sin innsats er tilstrekkelig.

Egenordninger eksisterer nesten ikke blant mindre bedrifter (f eks er det bare ett tilfelle av egenordning i vårt materiale blant bedrifter med under 100 ansatte), det er derfor vanskeligere å trekke konklusjoner av resultatene når det gjelder denne gruppen. For selvstendige firma (inkludert en-person ordninger) er forskjellene mellom mindre og større bedrifter ikke signifikante på 5 prosent nivå ($p=0,57$), men tendensen går i samme retning som vist ovenfor. For fellesordninger er forskjellen tydeligere, jf Tabell 7.3. De største bedriftene uttrykker klart større tilfredshet med innsatsen fra fellesordningene enn de mindre. Av de større bedriftene mener 80 prosent at innsatsen fra vhp er tilstrekkelig mot 52 prosent av de mindre.

Dette kan forklares på flere måter. De mindre bedriftene kan være mindre aktive og mindre faglige i sine bestillinger til verne- og helsepersonalet. Det kan også hende at verne- og helsepersonalet av tilsvarende grunner tar mer hensyn til de større bedriftene, og at f eks færre ressurser tildeles mindre bedrifter, relativt sett. Resultatene tyder på at det er noen strukturelle forhold knyttet til størrelse på bedriften og kvaliteten på tjenestene fra vhp, slik ledelsen oppfatter dem. I neste avsnitt går vi nærmere inn på årsaker til at tjenestene ikke er tilstrekkelige, sett fra ledelsens og verneombudets side.

Resultatene gir likevel ikke grunn til å overdrive forskjellene mellom mindre og større bedrifter. Nærmere to tredjedel av de mindre bedriftene er tilfredse med innsatsen fra vhp, sett i forhold til ledelsens prioriteringer.

Tabell 7.3 Er verne- og helsepersonalet sin innsats tilstrekkelig i forhold til bedriftens prioriteringer. Sammenheng mellom syn på innsatsen og bedriftens størrelse ved forskjellige tilknytningsformer. Ledelsens syn.

Tilknytningsform		Verdi	t-verdi	Signifikansnivå
Ans i off priv virksomhet, egenordning	Pearson's R	-,398	-2,412	,022
	Antall	33		
Firma, enperson	Pearson's R	-,078	-,571	,570
	Antall	55		
Selvstendig fellesordning	Pearson's R	-,195	-2,005	,048
	Antall	104		

7.2.1 Årsaker til utilstrekkelig innsats fra verne- og helsepersonalet

I undersøkelsen spør vi etter årsaker til at verne- og helsepersonalet sin innsats ikke er tilstrekkelig, slik den vurderes av ledelsen. Vi spør også verne- og helsepersonalet og verneombud om årsaker til at ledelsens prioriteringer ikke er tilstrekkelige i forhold til behovet.

Ledelsen svarer som vist, at verne- og helsepersonalet sin innsats ikke er tilstrekkelig i vel 20 prosent av tilfellene, i gjennomsnitt. Vi har spurt ledelsen om hva de mener årsaken til dette kan være.

Den vanligste forklaringen er manglende prioritering hos verne- og helsepersonalet (39 prosent). Også utilstrekkelig ressurser i bedriften blir hyppig oppgitt som årsak (32 prosent). Manglende kompetanse hos verne- og helsepersonalet er sjeldnere nevnt (14 prosent) mens uenighet mellom ledelse og verne- og helsepersonalet forekommer like ofte. Motsand fra arbeidstakerne nevnes sjeldnere (8 prosent), Tabell 7.4.

Når årsaken til utilstrekkelig innsats er manglende ressurser i bedriften, tar ledelsen på seg 'skylda' for situasjonen. Det er likevel en stor andel av tilfellene hvor årsaken plasseres hos verne- og helsepersonalet. Ledelsen mener at verne- og helsepersonalet både foretar feil prioriteringer og i noen grad mangler kompetanse. At vhp foretar prioriteringer som ledelsen på en eller annen måte mener er utilstrekkelig i forhold til bedriftens behov, er ikke så uventet, siden partene har et ganske forskjellig syn på hva ledelsens prioriteringer egentlig er – som vist i forrige kapittel.

Tabell 7.4 Årsakene* til at verne- og helsepersonalet sin innsats ikke er tilstrekkelig i forhold til ledelsens prioriteringer. Ledelsens syn.

vhp sin innstans er utilstrekkelig, årsaker	Tilfeller	Prosent
utilstrekkelige økonomiske ressurser i bedr.	27	32,1%
manglende kompetanse hos vhp	12	14,3%
manglende prioriteringer hos vhp	33	39,3%
uenighet mellom ledelsen og vhp	12	14,3%
motstand fra arb.takerne i bedriften	7	8,3%
andre svar	17	20,2%
I alt	84	128,6%

*) Prosentsummen blir større enn 100, fordi ledelsen kan krysse av for to alternativ på spørsmålet.

Vi har kontrollert for type verne- og helsepersonell og størrelse på bedriften, men finner ikke systematiske forskjeller her.

Verneombudet har også svart på spørsmål om årsaker til at verne- og helsepersonalet sin innsats er utilstrekkelig. Uenighet mellom ledelsen og vhp om prioriteringer nevnes relativt hyppig av verneombud (39 prosent), men også manglende kompetanse hos verne- og helsepersonalet nevnes nesten like ofte (37 prosent). Bedriftens økonomi er også en ganske hyppig nevnt faktor (30 prosent), jf Tabell 7.5.

Tabell 7.5 Årsaker til manglende innsats fra verne- og helsepersonalet i forhold til bedriftens prioriteringer.* Verneombudets syn.

	Antall svar	Prosent
utilstrekkelige økonomiske ressurser for verne- og helsepersonell	33	30,0%
manglende kompetanse hos verne-helsepersonell	41	37,3%
uenighet mellom bedr.ledelse og vhp om prioriteringene	43	39,1%
motstand fra arb.takerne i bedr.	5	4,5%
andre svar	29	26,4%
I alt	110	137,3%

*) Prosentsummen blir større enn 100, fordi ledelsen kan krysse av for to alternativ på spørsmålet.

7.2.2 Behov verne- og helsepersonalet ikke kan dekke

På spørsmål til ledelsen om det er oppgaver bedriften har behov for, men som verne- og helsepersonalet ikke kan utføre, svarer 19 prosent 'Ja', halvparten svarer 'Nei' mens 30 prosent er usikre. De som svarer 'ja' på spørsmålet, har gitt eksempler på hvilke oppgaver dette gjelder, se Tabell 7.6.

Tabell 7.6 Oppgaver innen HMS/arbeidsmiljø som bedriften har behov for, men som verne- og helsepersonalet ikke kan utføre. Svar fra ledelsen.

Oppgaver	Prosent (N=45)*
Helsekontroller	20%
Forskjellige tekniske/yrkeshygieniske målinger i arbeidsmiljøet	20%
Risikovurderinger	11%
Fysioterapi	8%
Psykososiale forhold	8%
Akutt hjelp ved skader	6%
Andre saker (eksempler: finne tekniske løsninger, skape forståelse for kultur, opplegg av 40 timers kurs for verneombud, analyser av prøver mm)	27%

*Svar fra 4 bedrifter lot seg ikke kategorisere.

Helsekontroller og forskjellige yrkeshygieniske målinger nevnes hyppigst. Vi vet fra andre kommentarer på skjemaet og fra kasusintervjuer at det er forskjellig syn på spørsmålet om helsekontroller. Hovedinntrykket er at verne- og helsepersonalet ser liten helsegevinst av denne tjenesten, unntatt i tilfeller der den ansatte er utsatt for en kjent risikoeksponering eller at den ansatte på andre måter er i en helsemessig risikogruppe. Ansatte, verneombud og ledere ser større verdi av denne tjenesten også for grupper som ikke er utsatt for en kjent risiko.

Når ledere etterlyser yrkeshygieniske målinger, risikovurderinger og informasjon om psykososiale forhold, tyder dette på at verne- og helsepersonalet ikke kan skaffe til veie nødvendig kompetanse.

Det er ikke noen sterk systematisk sammenheng mellom oppgaver verne- og helsepersonalet ikke kan utføre og organisering av verne- og helsepersonalet. Vi vil likevel trekke fram en observasjon: Verne- og helsepersonalet organisert som selvstendig firma har svært lav andel med manglende tjenester, andelen er 9 prosent mot 30 prosent for egenordninger og 23 prosent for fellesordninger.

7.3 Informasjon og råd fra verne- og helsepersonalet til verneombudet

I undersøkelsen tar vi også opp spørsmålet om vhp sin bistand i forhold til verneombudet spesielt. Vi spør i hvilken grad vhp bidrar med informasjon, rådgivning og støtte direkte til verneombud.

Verneombudene ser ut til å være ganske tilfredse med kontakten med verne- og helsepersonalet. Av de spurte svarer 64 prosent at informasjonen mv fra vhp er helt eller nesten tilstrekkelig – mens altså 33 prosent synes kontakten er noe eller svært utilstrekkelig, jf Tabell 7.7. Det er ingen systematiske forskjeller mellom bedrifter av ulik størrelse eller med forskjellige tilknytningsformer for verne- og helsepersonalet. Verneombud sin oppfatning av vhps direkte innsats og innsatsen i forhold til ledelsens prioriteringer korrelerer høyt ($r=0,4$).

Tabell 7.7 I hvilken grad bidrar verne- og helsepersonalet med informasjon, rådgivning og støtte direkte til verneombudet? Svar fra verneombud.

	Antall	Prosent
tilstrekkelig	77	35,3
nesten tilstrekkelig	62	28,4
noe utilstrekkelig	46	21,1
svært utilstrekkelig	27	12,4
usikker	6	2,8
Total	218	100,0

8 Kostnader og nytte av verne- og helsepersonale som arbeidsmiljøtiltak

Spørsmålet om effekten av verne- og helsepersonalets innsats som arbeidsmiljøtiltak er en viktig del av evalueringen. Det er store metodiske utfordringer knyttet til effekt- og nyttevurderinger av denne type helsetjenester. Ulike modeller anvendes til denne type analyser, som f eks kostnad-nytte analyser, -effektivitetsanalyser. Ikke minst gjelder dette nytten av primærforebyggende oppgaver, hvor det bl a kan være vanskelig å skaffe til veie tilstrekkelig dokumentasjon f eks om gevinster skapt som følge av reduksjon i sykefravær og antall skader, bedret lønnsomhet mv. Man hører ofte at investeringer i HMS er lønnsomme for bedriftene, for den enkelte arbeidstaker og for samfunnet. Motivasjon for å forbedre arbeidsmiljøet skulle derfor være tilstede, men som Bjurström påpeker (L. M. Bjurström 1998) mangler vi mye informasjon for å analysere dette med økonomiske modeller/teorier.

For mange bedriftsledere vil nytten av vhp koples til utgifter og investeringer man har på HMS-området. Det kan dreie seg om direkte utgifter til tjenester fra vhp eller investeringer i miljøet (fysisk miljø eller andre forhold) i bedriften. Ut fra en bedriftsøkonomisk tankegang kan det synes rimelig for bedriftsleder å spørre hva man får igjen av HMS investeringene, f eks i form av reduksjon i sykefravær, bedret driftsregularitet, bedret motivasjon eller yteevne blant de ansatte. For en bedrift kan dokumentert lønnsomhet være en viktig motivasjon for forbedring av arbeidsmiljøet. Fra lovgivers side er det imidlertid ikke noen forutsetning at HMS-tiltak skal være lønnsomme. Kravet til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø (jf f eks § 7 i Arbeidsmiljøloven), gjelder uansett virksomhetens økonomi (Friberg 1995 og Pettersen 1997). En kostnads–nytte vurdering er derfor verken et nødvendig eller tilstrekkelig kriterium ved vurderingen av vhp som arbeidsmiljøtiltak.

På den annen side er det heller ikke urimelig at bedriftsleders vurdering av kostnad–nytte forholdet tillegges vekt i en evaluering av vhp som miljøtiltak. Med vår overordnede metodiske innretning, har vi funnet det mest hensiktsmessig i stor grad å basere effekt- og nyttevurderinger på partenes subjektive oppfatninger. Vi spør ledelsen f eks om kostnader (i kronebeløp) til vhp og til andre investeringer i HMS-tiltak. Vi ber også ledelsen selv vurdere nytten av vhp i forhold til kostnadene, men også nytten av den samlede HMS-satsingen innenfor en rekke områder som sykefravær, ulykker, skader, arbeidsrelaterte sykdommer, bedriftens økonomi mv (jf spørsmål 17 i skjema til ledelsen). På denne bakgrunn mener vi mandatet i evaluering kan besvares på en forsvarlig måte.

8.1 Hva betaler bedriftene for verne- og helsepersonalet?

Vi spør ledelsen om hva bedriften betalte for verne- og helsepersonalet det siste året. Svarene viser at det typiske totalbeløpet er kr 60 000,- per bedrift (modal- og medianverdi) mens gjennomsnittet er på nærmere 330 000 kroner. Standardavviket er på hele 1,5 mill, altså flere ganger gjennomsnittet. Dette illustrerer skjevheter i fordelingen; et fåtall av bedrifter har altså svært store utbetalinger i forbindelse med vhp, nær 20 mill kroner fra en bedrift. Forklaringen på skevhetene i totalbeløp er enkel, ettersom totalutgiftene avspeiler størrelsen (antall ansatte) i bedriftene⁸.

Det fåtall bedrifter med så høye utbetalinger påvirker gjennomsnittet ganske mye, men er altså svært atypisk for størrelsen på utgiftene. Størrelsen på kostnadene korrelerer høyt med totalt antall ansatte ($r=0,55$), men korrelerer lavt med antall ansatte som er underlagt forskrift 501 om hvilke virksomheter som skal ha verne- og helsepersonale. Dette betyr at virksomhetene, når de først har knyttet vhp til seg, bruker tjenester fra verne- og helsepersonalet til **alle** ansatte, ikke bare den delen som måtte være underlagt forskriften og som i enkelte tilfeller er langt færre enn ansatte totalt⁹.

Ser vi på utgiftene per ansatt blir bildet mer 'harmonisk', Tabell 8.1. I gjennomsnitt betales 1 188 kroner per ansatt - mens det typiske beløpet, det som flest bedrifter betaler, er 1 000 kroner. Maksimalbeløpene er fortsatt ganske store, opp til 12 000 kroner per ansatt, har vi registret. Med så store tall ligger en risiko for at oppgavegiver kan ha tatt med andre kostnader enn de rene utgiftene til verne- og helsepersonalet i beløpet. Det er i alt 7 bedrifter med utgifter over 4 000 kroner per ansatt, og kun et par av disse oppgir over 10 000 kroner per ansatt – mens seks bedrifter oppgir under 100 kroner per ansatt.

Tabell 8.1 Kostnader til verne- og helsepersonalet per ansatt totalt i bedriftene. Svar fra ledelsen.

	Kroner
Gjennomsnitt per ansatt	1 188
Modalverdi (typisk)	1 000

Antall bedrifter = 203
Frafall = 52 bedrifter

⁸ Korrelasjon mellom totale kostnader til vhp og antall ansatte i bedriftene er 0,52.

⁹ Korrelasjonen mellom totalt antall ansatte i bedriften og ansatte underlagt 'bransjeforskriften' (best. nr. 501) er 0,29.

Vi spør også om bedriften har gjort andre investeringer i forbedringer i HMS de siste tre år, utover de vanlige kostnadene til verne- og helsepersonalet. Kun 9 prosent mener de **ikke** har foretatt andre investeringer, mens 56 prosent svarer 'Moderate investeringer' og 35 prosent oppgir 'Betydelige investeringer'.

Tabell 8.2 Investeringer (tid/penger) i forbedring av HMS de siste 3 år, utover vanlige kostnader til verne- og helsepersonalet.

	Antall	Prosent
Betydelige investeringer	88	35,1
Moderate investeringer	140	55,8
Ingen investeringer av betydning	23	9,2
I alt	251	100,0
Frafall	4	
Totalt	255	

Vi har også spurt om bedriften har foretatt andre investeringer (f eks i teknologi) de siste tre år som indirekte har bedret arbeidsmiljøet. Et flertall på 85 prosent svarer at de har foretatt slike investeringer, 36 prosent har foretatt betydelige investeringer mens 49 prosent mener investeringene har vært moderate, se Tabell 8.3.

Tabell 8.3 Investeringer siste tre år (f eks i teknologi) som indirekte har bedret arbeidsmiljøet. Svar fra ledelsen.

	Antall	Prosent
Betydelige investeringer	91	36,4
Moderate investeringer	123	49,2
Ingen investeringer av betydning	36	14,4
I alt	250	100,0
Frafall	5	
Totalt	255	

Vi har bedt dem oppgi investeringene i kroner, hvis mulig. Andel som kan tallfeste HMS-investeringer (knyttet til Tabell 8.2) er 33% av alle, mens andelen andre investeringer (jf Tabell 8.3) er på 24%.

Tabell 8.4 viser resultatet for de bedriftene som har foretatt slike investeringer og som kan tallfeste beløpene. Den typiske investeringen (modalverdi) er på mellom 1,0 og 1,5 mill kroner mens gjennomsnittet ligger atskillig høyere. Igjen er det et fåtall bedrifter som har foretatt ekstremt store investeringer. Kun 70 av de 280 bedriftene kan oppgi tall her. Tallene må derfor fortolkes med forsiktighet. Vi kan her neppe snakke om statistisk representative tall på landsbasis.

Tabell 8.4 Investeringer i arbeidsmiljøet (HMS) og investeringer ellers med indirekte virkninger for arbeidsmiljøet. Totale tall og sentralmål. Svar fra ledelsen.

	Investeringer i HMS forbedringer siste tre år, utover kostnader til vhp Kroner	Andre investeringer som indirekte har bedret arbeids- miljøet Kroner
Gjennomsnitt	1.073.490	11.679.066
Typisk (modalverdi)	1.000.000	1.500.000
Sum	75.144.320	724.102.100
Antall svar	70	62
Ingen opplysning	185	193

Omregnet til investeringer per ansatt (med basis i totalt antall ansatte) blir resultatet som vist i Tabell 8.5. Når det gjelder investeringer i arbeidsmiljøet (HMS), er det typiske beløpet 1 000 kroner per ansatt, men gjennomsnittet ligger atskillig høyere og standardavviket er meget høyt (ca 26 000 kroner). Dette betyr at det er store variasjoner mellom bedriftene, noen få investerer meget store beløp, flerfoldige ganger standardavviket – mens de fleste foretar moderate investeringer, jf modalverdi på mellom 1 000 og 4 000 kroner. Andre investeringer med betydning for arbeidsmiljøet (f eks i teknologi) har en liknende fordeling, bare enda skjevere. Det typiske beløpet er her på under 200 kroner mens medianen er på 12 000 kroner.

En meget stor andel av bedriftene har foretatt investeringer som nevnt ovenfor (mellom 70 og 80 prosent), men bare rundt en tredjedel av de som har foretatt investeringer har kunnet tallfeste beløpene i spørreskjemaet. I denne gruppen er det igjen meget store variasjoner i investerte beløp både totalt og per ansatt.

Tabell 8.5 Investeringer i arbeidsmiljøet (HMS) og investeringer ellers med indirekte virkninger for arbeidsmiljøet. Investering i kroner per ansatt.

		Spm 11, invest i HMS, kroner per ansatt	Spm 11, andre inversteringer betydning for arbeidsmiljøet, kr per ansatt
N	Antall med oppgitt investering	65	59
	Andre	190	196
	Gjennomsnitt	13203	85703
	Median	4000	12000
	Modalverdi	1000 ^a	133 ^a
	Std. avvik	25715	212468

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

8.2 Investeringer i HMS og nytte av verne- og helsepersonalet

I forrige avsnitt så vi på ulike typer og størrelse på investeringer i HMS. I dette avsnittet skal vi undersøke sammenhenger mellom kostnader og investeringer i HMS og opplevd nytte fra bedriftens side.

Først viser vi ledelsens syn på nytte, på grunnlag av følgende spørsmål: Hvilken nytte har bedriften av tjenestene til verne- og helsepersonale i forhold til kostnadene, etter ledelsens syn, se Tabell 8.6.

Tabell 8.6 Hvilken nytte har av bedriften av verne- og helsepersonale i forhold til kostnadene, etter ledelsens syn.

	Antall	Prosent
bedriften har god nytte av tjenesten i fht kostnadene	133	53,2
bedriften har mindre god nytte av tjenestene	39	15,6
bedriften har liten nytte av tjenestene i fht kostnader	30	12,0
vet ikke, eller er usikker på nytten i fht kostnadene	48	19,2
I alt	250	100,0
	5	
Totalt	255	

Vel halvparten av bedriftene mener de har god nytte av verne- og helsepersonalet i forhold til kostnadene. En andel på 28 prosent mener at bedriften har mindre eller liten nytte mens en ganske høy andel, 19 prosent, er usikre på nytten.

Vel halvparten vurderer nytten av vhp som god mens noe under halvparten vurderer nytten som mindre god eller er usikre. Dette står noe i kontrast til spørsmålet om vhp sin innsats i forhold til ledelsens prioriteringer, hvor rundt $\frac{3}{4}$ av lederne mente innsatsen var tilstrekkelig eller nesten tilstrekkelig; en tilsynelatende mer positiv vurdering. Korrelasjonen mellom de to opplysningene er imidlertid høy ($r=0,36$, $p=0,00$), og viser en klar tendens til at de som gir en positiv kostnad–nytte vurdering samtidig mener innsatsen fra vhp er tilstrekkelig i forhold til ledelsens prioriteringer. Noen avvik er det, bl a er det langt flere som er usikre på kostnad–nytte forholdet enn andel usikre på vhp sin innsats i forhold til prioriteringer. Det er svært få som mener vhp sin innsats er tilstrekkelig i forhold til prioritering og som samtidig mener nytten er liten, men en ganske stor andel av de usikre (på kostnad–nytte) mener innsatsen fra vhp er tilstrekkelig i forhold til prioriteringene. De ‘usikre’ på kostnad–nytte forholdet er altså ganske positive til vhp sin innsats i forhold til ledelsens prioriteringer.

Selv om de to opplysningene (tilfredshet med vhp sin innsats og nytte av kostnader til vhp) måler mye av den samme underliggende dimensjon, er vurderingen av forholdet kostnad–nytte noe vanskeligere å ta stilling til, etter det vi kan se. Andel som er usikre på spørsmålet om kostnad–nytte er ganske høy. Vi skulle forvente at ledelsen var opptatt av om bedriften fikk noe igjen for kostnader i forbindelse med arbeidsmiljøet og at andelen ‘usikre’ derfor var lav. Men uansett om nytten er høy eller lav, er bedriften pålagt å ha vhp, og kan altså ikke velge vhp vekk uten å bryte forskrifter. Bedriftene er derfor kanskje ikke så opptatt av å kunne dokumentere nytten i økonomiske termer.

En bedriftsleder (i kasusundersøkelsen) uttalte på spørsmål om nytte i forhold til kostnader at han var usikker på dette, men følte seg svært ‘komfortabel’ med å ha vhp knyttet til bedriften. Mange hensyn utenom de rent økonomiske, var viktige for bedriften i denne sammenheng. En

annen bedriftsleder var intuitivt ikke det minste i tvil om lønnsomheten ved å ha vhp, men var ikke så opptatt av å dokumentere forholdet. Resultater fra det statistiske materialet viser at kostnader til vhp per ansatt og andre direkte HMS-kostnader har liten betydning for ledelsens syn på nytte av verne- og helsepersonalet. Om man betaler mye eller lite for verne- og helsepersonalet har altså lite å si for opplevd nytte (liten spredning i kostnader kan forklare den lave korrelasjonen). At bedriften foretar investeringer i forbedringer av HMS og andre investeringer av indirekte betydning for HMS har en positiv sammenheng med kostnad–nytte vurderingen. Se tabell i Vedlegg 1.

8.3 Bedriftsledelsens mening om tjenestenes nytte og verne- og helsepersonalets rolle – åpne kommentarer

Som vist ovenfor mente ca 28 prosent av lederne at bedriften hadde mindre god eller liten nytte av vhp i forhold til kostnadene. Bedriftsledelsen ble i spørsmål 12 b gitt anledning til å si sin mening i en åpen kommentar om hva som kan være årsakene til dette.¹⁰ (I spørsmål 18 ble ledelsen også bedt om å konkretisere hvilken rolle verne- og helsepersonalets innsats hadde hatt på ulike områder relatert til spørsmål 17 i spørreskjemaet til bedriftsledelsen).

8.3.1 “Det er misnøye med BHT, men hva vi er ute etter er vi vel ikke klar over”

Mange av bedriftslederne rapporterer at de selv (og dermed bedriften) mangler kompetanse om arbeidsmiljø. Konsekvensen blir manglende kravspesifikasjoner fra ledelsens side og misnøye fra de ansatte når tjenesteytingen ikke treffer helt. På den annen side kommenterer flere bedrifter at heller ikke verne- og helsepersonalet alltid er klare på hvordan de kan brukes i bedriften:

Bedriftshelsetenesta har vore for lite spesifikke i sine tilbud når det gjeld korleis det kan brukast i bedrifta.

Ingen fullgod oversikt over tjenester BHT kan tilby utover vanlig helsesjekk. Feil i informasjon/kommunikasjon?!

En slik runddans kan nok sikkert være årsaken til at bedriftsledelsen oppfatter de ansattes mening som at tjenesten kan bli for overfladisk.

De ansatte er meget misfornøyd med tjenestene. Dvs etter de ansattes mening - mangel på tjenester. (vhp) “Sitter med ryggen til de ansatte og legger inn på data”.

Ansatte føler at det egentlig ikke blir gjort noen ting.

¹⁰ Spørsmål 12 b: “Hvis mindre god eller liten nytte av tjenestene, hva kan grunnen være til dette?” (62 bedrifter hadde kommentarer = 24 %).

Denne oppfatningen går også igjen i verneombudets åpne kommentarer på liknende problematikk. Svar og råd fra verne- og helsepersonalet blir også oppfattet som for generelle - løsningene, eller forslag til løsninger, blir i for liten grad konkretisert.

Tjenestene står derfor ikke helt i forhold til forventningene hos mange - både forventninger fra ansatte og bedriftsledere. Enkelte finner også tjenestene for dyre; de mener å få for lite oppfølging i forhold til prisen:

Mer oppfølging på en bedre måte. Ca ½ times prat hvert annet år er i minste laget. Kr. 3.000 per time.

BHT kan i alle fall vise litt interesse, betaler 2.500,- i måneden for ingenting!

Bortsett fra informasjon og skriv vedr. HMS tilsendt, benytter vi kun lege, eventuelt fysioterapeut for ansatte. Tjenester vi kunne ha kjøpt rimeligere andre steder!

Bedriftene nevnt ovenfor er små med henholdsvis 2, 5, og 27 ansatte. En bedriftsleder kommenterer at der burde vært utarbeidet egne regler for bedrifter med mindre enn 10 ansatte. Han/hun mener dagens bedriftshelsetjeneste ikke er tilpasset små bedrifter. Flere er (som ovenfor) opptatt av at ressursene kunne vært samfunnsmessig bedre utnyttet i det offentlige/andre steder, mens andre ønsker å gjøre vhp til en form for primærhelsetjeneste. De tar seg av M'en og S'en selv - det er H'en de ønsker å kjøpe og det er det de ansatte vil ha. Dette kommer vi tilbake til som eget tema nedenfor.

En del bedriftsledere finner det også underlig å betale per medlem, når ikke alle ansatte - etter deres mening - får dra nytte av tjenestene:

Vi betaler per ansatt, men det inngår ikke regelmessige helseundersøkelser av alle ansatte. Det arbeidet BHT gjør, er derfor relativt uavhengig av antall ansatte.

Fordi om BHT skal drive forebyggende arbeid, synes vi at prisen er altfor høy i forhold til antall besøk/kontroller hos helsesøster/lege.

Mye tyder derfor på at det kan ligge for dårlig spesifiserte samarbeidskontrakter til grunn for det arbeidet verne- og helsepersonalet yter, og det bedriftene kjøper. Av blant annet denne grunn er det nok ganske mange som mener at verne- og helsepersonalet tar for lite initiativ - de er ikke så aktive på tilbudssiden som mange skulle ønske:

BHT oppsøker ikke bedriften. De forholder seg ganske nøytrale, noe jeg tror kommer av at vi er så små. Har lovet å komme noen ganger, men ingenting skjer.

Mange ønsker mer/flere besøk, tettere oppfølging, at verne- og helsepersonalet skal komme *til* dem uten at de trenger å be om det. Andre igjen føler at deres avdeling/enkelte grupper blir nedprioritert i forhold til resten av bedriften/konsernet.

8.3.2 Betydning av verne- og helsepersonalets innsats

Ca. 12 % (31) av bedriftslederne hadde kommentarer på spørsmålet om hvilken rolle verne- og helsepersonalets innsats har betydd på ulike arbeidsmiljøområder. Områdene det her er tale om, er spesifisert i tabell 17 og omfatter i alt 14 punkter - med mulighet for å presisere ytterligere i form av egne kommentarer.

Konkrete tiltak

De konkrete problemstillingene som tekniske problemer, støv- og støyproblemer, sittestillinger blir her nevnt som områder verne- og helsepersonalet har medvirket til forbedringer på. Bedriftens ansatte har fått vernesko, førstehjelpsutstyr, støvmasker, avlastingsbord på bakgrunn av verne- og helsepersonalets innsats. Her blir også verneombudets rolle fremhevet. I enkelte bedrifter blir slike forhold fortløpende vurdert og er dermed ikke relatert til det arbeidet verne- og helsepersonalet gjør. Det blir også vektlagt at investeringer innen arbeidsmiljø ofte er naturlige og kommer som et resultat av bedriftens inntjening.

Andre løsninger

Flere hevder også at det arbeidet eget verneombud gjør, har større betydning enn verne- og helsepersonalets innsats. Noen mener at de selv er så dyktige på arbeidsmiljø spørsmål at den kompetansen bedriftshelsetjenesten besitter ikke etterspørres, verken av ledelsen eller de ansatte!

Driftenhetens verneombud har langsiktig innvirkning på ledelsen og kommende investeringer. Verneombud har høy kompetanse, av den grunn etterspørres ikke BHT's kompetanse. [...]1/3 av de ansatte møter opp til time når de blir innkalt til BHT. Pålagte tilbud fra BHT etterspørres ikke av de ansatte. De går heller til egen lege for nøye kontroll.

Dette utgjør et verne- og helsepersonale som tilbyr de ansatte regelmessig helsekontroll, men som 2/3 av de ansatte velger å ikke bruke. Det sies ikke om de faktisk bidrar med eller kan tilby andre tjenester, men bedriftsledelsen mener tydeligvis at de klarer å håndtere dette selv.

Andre ganger klarer ledelsen vanskelig å skille det arbeidet verne- og helsepersonalet gjør fra annet HMS- og vernearbeid. Verne- og helsepersonalet fungerer som en integrert del i et større hele, som arbeider med HMS-spørsmål:

I våre type industri er bedriftshelsetjenesten (BHT) en del av vernetjenesten. Verneleder/HMS leder ivaretar helheten i forhold til HMS arbeidet, hvor den viktigste delen har vært forebyggende sikkerhetsarbeid. Ansvaret for arbeidsmiljø /HMS ligger i linjen. Verneleder er rådgiver og fører tilsyn med arbeidet i linjen.

Ved slik organisering av verne- og helsearbeidet, blir det klart vanskelig å skille ut effekten av det arbeidet verne- og helsepersonalet gjør - fra det øvrige HMS-arbeidet.

I samarbeid med hverandre blir dette en helhet. Bidrar med forskjellige synspunkter og får en helhet sammen med de øvrige ansatte.

Samarbeid blir av flere fremhevet som viktig, og blir spesielt fremtredende ved organisasjonsformer hvor verne- og helsepersonalet og HMS systemet sammenstilles. Noen poengterer verne- og helsepersonalets rolle som tilrettelegger og veileder, men det er stort sett vanskelig for bedriften å angi eller måle effekt av innsats.

Dette er ikke kartlagt. Har nok ført til positive resultat når det gjeld fysisk utforming av arbeidsplass for forebygging av uheldige arbeidsstillinger/lys/lyd etc.

Noen klager også på manglende effekt - eksempelvis på tiltak for å få ned sykefravær - til tross for langvarig innsats på området. Andre setter problemstillingen på hodet, og spør seg om hvordan virkeligheten hadde sett ut hvis de ikke hadde arbeidet med arbeidsmiljøspørsmål:

Vi vet ikke hvordan forholdene ville vært uten innsats innenfor arbeidsmiljøet.

Intervjuene viser at bedriftene har vanskelig for å måle effekten av innsats innen arbeidsmiljø, men det er ikke mange som hevder at innsats og effekt står i et misforhold til hverandre. Derimot ser vi kommentarer på at enkelte bedrifter vurderer nytten som god, så lenge de oppfatter innsats innenfor arbeidsmiljø som god bedriftsøkonomi (også i intervjuene).

8.4 Nytte og holdninger

Spørreskjema til ledelse, vhp og verneombud inneholder et sett av påstander med sikte på å måle partenes holdninger til hverandre. I analysen har vi samlet de 22 påstandene i fem hovedtema, konstruert som indekser. Indeksene avspeiler følgende tema: 1) bedriften har høy bestillingskompetanse, 2) ledelse er imøtekommende, 3) verne- og helsepersonale er godt synlig i bedriften, 4) bedriften har liten nytte av verne- og helsepersonale og 5) dårlig samarbeid mellom bedrift og verne- og helsepersonale. Man kan si seg enig eller uenig i påstandene. (Denne del av undersøkelsen blir mer detaljert gjennomgått i kapittel 10.) I dette kapitlet skal vi se på sammenhengen mellom ledelsens vurdering av nytte av verne- og helsepersonale i forhold til kostnadene og indekser over påstandene.

Vi ønsker å se hvilken betydning de ulike holdningene har for vurdering av kostnad–nytte ved vhp. Vi har her nyttet en statistisk analyse, regresjon, som viser hvor sentrale de ulike indeksene er som forklaring på ledelsens vurdering av kostnad–nytte av vhp. I analysen har vi tatt inn følgende indekser: 1) bedriften har høy bestillingskompetanse, 2) ledelsen er imøtekommende, 3) verne- og helsepersonale er godt synlig i bedriften og 5) dårlig samarbeid mellom bedrift og verne- og helsepersonale.

Analysen viser at bedriftens bestillingskompetanse (indeks 1) og verne- og helsepersonalets synlighet i bedriften (indeks 3) bidrar positivt til å forklare nytte–kostnadsvurderingen. Indeks 2, 'ledelsen er imøtekommende' og indeks 5 'dårlig samarbeid mellom vhp og bedriften' får i analysen mindre betydning når de vurderes samtidig med indeks 1 og 2 (Korrelasjonsmatrise og regresjonsanalyse vises i Vedlegg 1).

Bedrifter med høy bestillingskompetanse (indeks 1) mener

- de har høy kompetanse til å bestille tjenester fra vhp
- de ikke har problem med å vurdere eget behov for tjenester og
- de har lang tradisjon for HMS arbeid.

Dess høyere kompetanse dess mer nytte har bedriften av vhp. Men, nytten er avhengig av innsats fra begge parter. Verne- og helsepersonale sin evne til å vise igjen i bedriften er også av betydning. Vhp sin synlighet (vurdert av ledelsen) bygger på disse forholdene:

- vhp hjelper bedriften til å bli klar over risikofaktorene
- vhp inspirerer bedriften til å drive HMS-arbeid

- vhp klarer å markedsføre sin kompetanse overfor bedriften
- vhp er flinke til å spre kunnskap om arbeidsmiljøet og
- vhp er en viktig pådriver til forbedringer av arbeidsmiljøet.

I tillegg til betydningen av bestillingskompetanse, har bedriften mer nytte av vhp i forhold til kostnadene dess mer synlig og aktiv vhp er.

Analysen av sammenheng mellom opplevd nytte av vhp og holdninger viser at to forhold er viktige: ledelsens bestillingskompetanse når det gjelder tjenester fra vhp og vhp sin aktivitet i bedriften. Når bestillingskompetanse i bedriften er høy skulle man forvente at vhp - som følge av det - er aktive overfor bedriften. Vi finner også en høy korrelasjon mellom de to forholdene: bestillingskompetanse og vhp sin aktivitet. Når kompetansen er høy og vhp er aktiv, blir resultatet bra, ledelsen opplever at den får mye igjen for utgiftene til vhp. Men også i tilfeller der vhp er aktiv, uten at bestillingskompetansen nødvendigvis er høy, opplever ledelsen høy nytte av kostnadene. En aktiv vhp har større virkning på ledelsens vurdering av kostnad–nytte enn bestillingskompetanse.

Som vi kommer tilbake til i kapittel 10, er det en ganske høy andel bedriftsledere som sier seg helt enig i påstandene om vhp sin aktivitet og nærmere 80 prosent som sier seg helt eller litt enige.

Vi får her bekreftet - ikke uventet - at ledelsen vurderer nytten av vhp størst når vhp tar en aktiv rolle overfor bedriften. Men ledelsen må selv ta et ansvar for å få vhp til å fungere godt i bedriften, og et viktig forhold her er bedriftens kompetanse innenfor HMS. Resultatene, slik vi tolker dem, viser at **gjensidighet** i relasjonen mellom partene er viktig. For å få vhp tjenesten til å fungere godt, har bedriften et ansvar som bestiller av tjenester, men vhp må også vise evne til å ta initiativ og stimulere bedriften i HMS-saker.

9 Virkning av innsatsen på utvalgte områder

I dette kapitlet skal vi vise i hvilken utstrekning den samlede innsatsen innenfor arbeidsmiljøet, etter partenes syn, har hatt noen virkninger på strategiske områder.

Å finne forhold som på en sikker måte kan fungere som indikatorer på HMS innsatsen er problematisk. Dette skyldes at det ofte er vanskelig å dokumentere virkninger av forebyggende tiltak. Sykefravær kan vi her ta som et typisk eksempel fordi sykefraværet også påvirkes av andre forhold enn bedriftsinterne. Vi har funnet fram til en del områder som vi mener verdien av innsatsen bør kunne måles opp mot. Men ingen av områdene er entydige indikatorer, eller områder det nødvendigvis er stor enighet om.

Nedenfor blir de aktuelle områdene listet opp. Vi har bedt partene vurdere hvert område for seg og ta stilling til om den samlede innsatsen innenfor arbeidsmiljøet har hatt 1) svært gode virkninger, 2) noen gode virkninger eller 3) ingen merkbare virkninger (Se også Vedlegg 4, spørreskjema). Partene har også hatt mulighet for å krysse av for områder hvor det ikke er behov for forbedringer eller områder som ikke er aktuelle for bedriften.

Innsatsområdene er:

- Sykefraværet
- Ulykker (drift)
- Nestenuhell
- Skader (på person)
- Arbeidsrelaterte sykdommer
- Bedriftens økonomi
- Produktivitet
- Renommé
- Konkurransesevne
- Forholdet til tilsynsmyndigheter
- Yrkesskadeforsikring
- Driftsregularitet
- Produkt- og tjenestekvalitet
- Inneklima

9.1.1 Bedriftene kan bare vise til begrensede virkninger

Vi skal først gi en summarisk opptelling av svarene. Hver av svarkategoriene er talt opp for hver variabel, og her gjengis forekomsten av de ulike svarkategoriene (svært gode virkninger, noen gode virkninger, ingen merkbare virkninger etc) 'på tvers' av variablene. Resultatet går fram av Tabell 9.1.

I gjennomsnitt for hver bedrift er det bare krysset av for 'Svært gode virkninger' for to av de 14 mulighetene. Dette kan virke lite, men her kan vi ikke forvente høye tall. Svarkategorien 'Noen gode virkninger' setter ingen høy terskel for å svare bekræftende på, og i gjennomsnitt

oppgir bedriftene 4 forhold i denne kategorien. Det er likevel i kategorien 'Ingen merkbare virkninger' vi finner flest forhold, med seks forhold i gjennomsnitt for hver bedrift.

Det skal god dokumentasjon til for å påvise en sikker sammenheng mellom f eks sykefravær og innsats for arbeidsmiljøet. Sykefraværet kan påvirkes av mange forhold, og det kan være vanskelig for en bedrift å sortere ut den effekten HMS-innsatsen har for sykefraværet.

Ved målrettet innsats vil man kunne oppnå resultater i form av redusert sykefravær, som f eks vist i samarbeidsprosjektet mellom LO og NHO om reduksjon av sykefraværet. Men denne undersøkelsen viste også at de bedrifter som var mest opptatt av HMS før samarbeidsprosjektet, fikk mest ut av prosjektinnsatsen (Bru, Stuland-Larsen og Lie 1995). Evalueringen av dette prosjektet viste også at bedrifter med en aktivt forebyggende bedriftshelsetjeneste, oppnådde bedre resultater enn andre.

Tabell 9.1 Har bedriftens samlede innsats innenfor arbeidsmiljøet siste tre år hatt noen virkning på forholdene nevnt nedenfor.* Summarisk opptelling av antall områder med ulik virkning. Gjennomsnitt per bedrift. Antall områder totalt = 14.

	N	Gjenn om snitt	Std. avvik
Svært gode virkninger av hms innsats verdi =1	255	2	3
Noen gode virkninger av hms innsats verdi =2	255	4	3
Ingen merkbare virkning av hms innsats verdi =3	255	6	4
Virkning av hms innsats, ikke behov, verdi =4	255	1	2
Virkning av hms innsats, ikke aktuelt, verdi =5	255	1	2

*Oversikt over innsatsområdene, se tabell 12.1

9.1.2 De enkelte innsatsområdene

Tabell 9.2 gir et mer detaljert bilde av svarene. De områdene hvor de positive virkningene (både svært gode og noen gode virkninger) er mest synlige er:

- forhold til tilsynsmyndigheter,
- inneklima,
- ulykker (drift) og
- skader (på person).

Områder med størst andel som svarer ingen merkbare virkninger er:

- økonomi,
- driftsregularitet og
- konkurransevne.

Slik det kommer til uttrykk i denne undersøkelsen, mener rundt halvparten av bedriftslederne at virkning av HMS-innsatsen ikke er merkbar på disse områdene. Andelen som svarer 'Ingen merkbare virkninger' er også ganske høy på områdene sykefravær og arbeidsrelaterte sykdommer.

Innsatsen for arbeidsmiljø har et forebyggende perspektiv, med sikte på å skjerme ansatte for helsefarlige eksponeringer. Oppmerksomheten om sammenhengen mellom HMS innsatsen, økonomi, driftsregularitet etc er derfor kanskje ikke så systematisk blant bedriftsledere. På den andre siden vil arbeidsgivere i dag antakelig ha forventninger om at investeringer i arbeidsmiljøet skal kunne ha nytteverdi, ikke bare som fravær av helseskadelige forhold, men også som f eks bedret, trivsel, motivasjon og kanskje i siste instans bedret produktivitet og økonomi. Ikke sjelden ser en slagordet: 'Det gode arbeidsmiljøet er lønnsomt for alle' (NOU: 1992:82). Legitimering av innsats for bedre arbeidsmiljø skjer altså ved å peke på økt lønnsomhet. I praksis vil det være vanskelig å dokumentere dette, fordi inntjening, produktivitet etc påvirkes av en rekke forhold som ikke kan føres tilbake til arbeidsmiljøet (jf også kapittel 8) og en stor andel av bedriftslederne ser, som vist, ingen merkbare virkninger på områdene.

Men vi kan også vinkle forholdene på en positiv måte. Det er interessant at nærmere halvparten av bedriftslederne har registrert svært gode eller noen gode virkninger på produktivitet, en tredjedel på økonomi og konkurransevne og over halvparten gode virkninger på bedriftens renommé.

At mange har vanskelig for å påvise positive virkninger for økonomi, konkurransevne og driftsregularitet er ikke overraskende, mer betenkelig er det at så stor andel har svart negativt når det gjelder sykefravær og arbeidsrelaterte sykdommer. Vi vet at det er vanskelig å identifisere virkning av spesifikk HMS-innsats på f eks sykefravær, og ikke minst arbeidsrelaterte sykdommer. Siden dette er områder hvor HMS-innsatsen spesielt er rette mot, er det likevel betenkelig at såpass stor andel bedriftsledere ikke kan etterspore merkbare virkninger. Men også her må trekkes fram den positive siden av saken. Nær 45 prosent av bedriftslederne mener at HMS-innsatsen har vært god i forhold til sykefravær og nær 40 prosent i forhold til arbeidsrelaterte sykdommer.

Tabell 9.2 Virkninger av bedriftens samlede innsats innenfor arbeidsmiljøet de siste 3 år.
Prosentandeler innen hver gruppe. Ledelsens syn.

Indikator/ forhold	Virkninger av innsats i arbeidsmiljøet, siste 3 år					I alt (tilnærmet)
	Prosent					
	Svært gode	Noen gode	Ingen merkbare	Ikke behov	Ikke aktuelt	
Sykefravær	9	35	48	6	1	100 (N=251)
Ulykker, drift	17	32	34	10	7	100 (N=246)
Nestenuhell	17	27	41	7	9	100 (N=247)
Skader (person)	17	30	39	6	9	100 (N=248)
Arb. relaterte sykdommer	8	31	50	5	7	100 (N=247)
Bedriftens økonomi	6	26	57	3	8	100 (N=245)
Produktivitet	8	39	50	3	4	100 (N=246)
Renommé	16	38	37	4	6	100 (N=245)
Konkurranssevne	7	27	51	2	14	100 (N=245)
Tilsynsmyndigheter	21	45	24	3	7	100 (N=243)
Yrkesskade-forsikring	12	23	50	5	10	100 (N=244)
Driftsregularitet	6	26	54	4	10	100 (N=236)
Produkt- og tjenestekvalitet	6	38	48	2	6	100 (N=240)
Inneklima	18	48	26	2	5	100 (N=246)

9.1.2.1 *Forskjell mellom bedrifter*

Et aktuelt spørsmål er om det finnes forskjeller mellom bedrifter. På indikatorer som ulykker, skader og nestenuhell er sammenheng med bedriftsstørrelse ganske sterk. Større bedrifter

rapporterer høyere andel med gode virkninger enn mindre bedrifter (korrelasjoner mellom 0,27 og 0,36 - $p < 0,01$). På områder som sykefravær, arbeidsrelaterte sykdommer og renommé er tendensen den samme, men sammenhengen er noe svakere. På de andre innsatsområdene er det ikke signifikante forskjeller mellom små og store bedrifter.

Ledere i større bedrifter kan altså vise til bedre resultater av HMS innsatsen enn ledere i mindre bedrifter.

Tabell 9.3 viser de samme innsatsområdene, men fordelt etter type verne- og helsepersonell. Som indikator har vi sett på andel som har registrert svært og noen gode virkninger av HMS innsatsen.

Tabell 9.3 Virkninger av bedriftens samlede innsats innenfor arbeidsmiljøet de siste 3 år etter tilknytningsform for verne- og helsepersonell. Andeler som har krysset av for svært gode og noen gode virkninger. Prosent *

	Tilknytningsform for vhp			Total
	Ans i off priv virksomhet	Firma, enperson	Selvs fellesordning	
Bedr. innsats: virkning på sykefravær	67	45	43	48
Bedr. innsats: virkning på ulykker (drift)	64	64	53	58
Bedr. innsats: virkning på nestenuhell	61	39	43	45
Bedr. innsats: virkning på skader (på person)	70	39	45	48
Bedr. innsats: virkning på arb.relaterte sykdommer	55	30	45	43
Bedr. innsats: virkning på bedr. økonomi	36	25	33	31
Bedr. innsats: virkning på produktivitet	45	52	54	52
Bedr. innsats: virkning på renommé	61	41	53	51
Bedr. innsats: virkning på konkurranseevne	27	30	41	36
Bedr. innsats: virkning på forh. til	70	70	67	68
Bedr. innsats: virkning på yrkesskadeforsikring	36	36	35	36
Bedr. innsats: virkning på driftsregularitet	33	32	35	34
Bedr. innsats: virkning på produkt- og	42	45	45	45
Bedr. innsats: virkning på inneklima	70	75	68	70
Prosent alle svar	736	623	662	663

*) Prosentsummen blir over 100 fordi bedriftene kan krysse av for flere alternativ. Antall bedrifter: totalt = 189, 'Ansatt i off. og privat virksomhet' = 33 bedrifter, 'Firma' = 56 bedrifter, 'Fellesordning' = 100 bedrifter.

Bedrifter med egenordninger (vhp ansatt i offentlig eller privat virksomhet) har en noe høyere andel med gode virkninger på områder som sykefravær, ulykker, skader og yrkesrelaterte sykdommer. Store bedrifter og bedrifter med egenordninger ser altså ut til å få god uttelling for sin innsats på typiske miljøområder som sykefravær etc. På andre områder er forskjellene ikke så tydelige.

Fordelt etter næringsområder (se tabell i Vedlegg 1) skårer hotell- og restaurantbransjen mm noe lavt på sykefravær, mens næringsområdene transport, posten mm skårer en del høyere enn gjennomsnittet for alle næringer. Næringsområder som bygg, skogbruk, næringsmiddel- og verkstedindustri mm har i gjennomsnitt stor andel med gode virkninger når det gjelder ulykker og i noe varierende grad skader og nestenuhell. Dette er også næringer hvor ulykkesrisikoen antakelig er relativt stor. Dette betyr at innsatsen innenfor arbeidsmiljø har hatt relativt gode virkninger innen næringer hvor f eks sikkerhet er spesielt viktig.

På områder som økonomi og konkurransevne og tjenestekvalitet skårer hotell og restaurant noe høyere enn gjennomsnittet. Kommunal og statlig virksomhet skårer høyest på nytte av innsats i forhold til inn klima.

Når det gjelder forskjeller mellom bransjer, er vi forsiktige med trekke for definitive konklusjoner. Antall bedrifter innen hver bransje er lavt, og usikkerheten knyttet til tallverdiene derfor forholdsvis stor (stort konfidensintervall). Velvillig tolket, ser det ut til at de ulike bransjene har visse områder med noe større suksess av innsatsen i arbeidsmiljøet og at denne innsatsen i noen grad er knyttet til viktige områder for bransjen.

9.2 Sammenligning mellom partene

Oppfatningen av virkningene av bedriftens samlede innsats for arbeidsmiljøet vil variere, avhengig av hvilke interesser en representerer. Vi skal her gi en sammenligning av svarene fra ledelsen, verne- og helsepersonalet og verneombudet. Spørsmålet er som følger: Har bedriftens samlede innsats innenfor arbeidsmiljøet siste 3 år hatt noen virkning på forholdene nevnt nedenfor. For å gjøre sammenligningen mest mulig relevant har vi trukket ut 7 av de 14 indikatorene i spørsmålet: **sykefravær, ulykker, nestenuhell, skader, arbeidsrelaterte sykdommer, forhold til tilsynsmyndigheter og inn klima**. Dette er forhold som både ledelse, verne- og helsepersonalet og verneombudet er i posisjon til å ha innsikt i. Likevel er andelen ubesvart og andel som svarer 'vet ikke' en god del større hos vhp og verneombud enn hos ledelsen. (Forhold som er holdt utenfor i denne analysen er økonomi, produktivitet osv, forhold vi må forutsette at verne- og helsepersonalet og verneombudet har mindre innsikt i).

Den skala som sammenlignes går fra svært gode til ingen merkbare virkninger. Andre svar som 'Ikke behov', 'Ikke aktuelt' og 'Vet ikke' er holdt utenfor. Gode virkninger har lavest tallverdi i spørreskjemaet. Vi sammenligner først ledelse med vhp, og i den rekkefølgen. Hvis differansen mellom gjennomsnittene er positiv betyr det at vhp rapporterer mindre omfang gode virkninger enn ledelsen og omvendt.

Resultatet framgår av Tabell 9.4.

Tabell 9.4 Parvis sammenligning mellom ledelse og verne- og helsepersonalet av virkning av innsats for arbeidsmiljø på utvalgte områder.* t-test

		Parvise forskjeller			
Parvis sammenligning av forhold. Svar fra bedriften står først.		Gjennomsnitt	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	V1 Bedr. innsats: virkning på sykefravær - V1_3 Bedr. innsats: virkning på sykefravær	,38	7,607	114	,000
Pair 2	V2 Bedr. innsats: virkning på ulykker (drift) - V2_3 Bedr. innsats: virkning på ulykker (drift)	,27	4,975	96	,000
Pair 3	V3 Bedr. innsats: virkning på nestenuhell - V3_3 Bedr. innsats: virkning på nestenuhell	,30	4,695	87	,000
Pair 4	V4 Bedr. innsats: virkning på skader (på person) - V4_3 Bedr. innsats: virkning på skader (på person)	,27	5,469	109	,000
Pair 5	V5 Bedr. innsats: virkning på arb.relaterte sykdommer - V5_3 Bedr. innsats: virkning på arb.relaterte sykdommer	,36	6,527	117	,000
Pair 6	V10 Bedr. innsats: virkning på forh. til tilsynsmyndigheter - V10_3 Bedr. innsats: virkning på forh. til tilsynsmyndigheter	,19	3,270	100	,001
Pair 7	V14 Bedr. innsats: virkning på inneklima - V14_3 Bedr. innsats: virkning på inneklima	,13	2,846	142	,005

*) Følgende forhold er med i analysen: sykefravær, ulykker, nestenuhell, skader, arbeidsrelaterte sykdommer, forhold til tilsynsmyndigheter og inneklima.

Ledelsen rapporterer høyere verdier enn verne- og helsepersonalet på alle indikatorene. Siden de mest positive vurderingene har lavest kodet verdi (svært positiv =1) i spørreskjemaet, betyr dette at bedriften vurderer virkningene av den samlede HMS innsatsen som mindre positiv enn det verne- og helsepersonalet gjør. Forskjellene mellom partene er statistisk signifikant for samtlige områder.

Selv om vhp har større andel som ikke har svart på spørsmålene, noe som indikerer en større grad av usikkerhet, har vhp likevel gitt en mer positiv vurdering på de spørsmålene de har besvart.

Forskjellene i oppfatning mellom ledelse og verneombud er atskillig mindre og er ikke statistisk signifikante. Ledelsen og verneombud har altså mer sammenfallende syn på virkningene av HMS-innsatsen enn ledelse og vhp.

9.2.1 Verne- og helsepersonalet sin rolle for resultatene av HMS-innsatsen

I tilknytning til spørsmålet om virkning av bedriftens samlede innsats for arbeidsmiljøet, ble partene spurt om verne- og helsepersonalets rolle for resultatene av HMS-innsatsen. Av de som svarte mener drøyt en femtedel av lederne at vhp's rolle har stor betydning mens godt under halvparten (44 prosent) mener vhp's rolle har liten betydning. Nær en tredjedel er usikre. Ser man HMS innsatsen under ett, ser det altså ut til at vhp ikke har så stor innflytelse på resultatet av innsatsen, etter ledelsens oppfatning. Resultatet kan som vist være både positivt og mindre positivt. Mer interessant er det å se på vhp sin rolle der resultatene vurderes positivt av ledelsen. Vårt materiale viser at ledelsen oppfatter vhp sin rolle som viktigere der resultatene av HMS innsatsen vurderes positivt. Dette er en tendens som gjelder alle de nevnte innsatsområdene, unntatt virkninger på konkurranseevne.

Ledelsen vurderer verne- og helsepersonalet sin rolle som mest positiv på områdene ulykker, skader, nestenuehell, arbeidsrelaterte sykdommer og forholdet til tilsynsmyndigheter. Dette er områder hvor vi også ville forvente at verne- og helsepersonalet sin innsats ga resultater. Mer overraskende er det at verne- og helsepersonalet sin rolle også blir positivt vurdert på områder som produktivitet, produkt- og tjenestekvalitet og renommé.

Totalt sett tolker vi svarene dit hen at ledelsen vurderer verne- og helsepersonalet sin rolle for resultater av HMS-innsatsen som positiv på mange områder hvor bedriften selv har rapportert gode resultater.

Verne- og helsepersonalet rapporterer stor grad av usikkerhet mht betydning av egen rolle for resultater av den samlede HMS innsatsen i bedriftene. Vel halvparten av vhp svarer 'usikker' på spørsmålet, en tredjedel svarer stor betydning mens snaut en tiendedel svarer liten betydning. Men vhp sin positive vurdering av egen rolle er knyttet til et fåtall områder og gjelder deres rolle i forbindelse med virkning på skader, forhold til tilsynsmyndigheter og inneklima.

Verneombudet mener vhp sin rolle har stor betydning i nær en fjerdedel av tilfellene, mens nærmere 40 prosent har svart liten betydning. Andelen usikre blant verneombudene er nær 35 prosent. Verneombudet legger størst vekt på verne- og helsepersonalet sin rolle i forhold til arbeidsrelaterte sykdommer, produktivitet, forhold til tilsynsmyndigheter, driftsregularitet og inneklima. Verneombudet legger imidlertid mindre vekt på verne- og helsepersonalets betydning for sykefraværet, ulykker og skader, i motsetning til de andre partene.

Samlet sett gir vurderingen av verne- og helsepersonalet sin rolle for bedriftens samlede innsats for arbeidsmiljøet et positivt inntrykk når vi ser svarene i forhold til de enkelte innsatsområder. Det er jevnt over knyttet en god del usikkerhet til betydningen vhp sin rolle i denne sammenheng.

Det er interessant at vhp sin rolle blir positivt vurdert, ikke bare på de tradisjonelle områder som skader, ulykker sykefravær o l, men også på områder som har å gjøre med produktivitet og bedriftens renommé.

10 Holdninger og samspill

Som nevnt innledningsvis, er partenes holdninger til hverandre, og samspill et viktig analyseperspektiv i evalueringen. I dette samspillet har alles innsats betydning for utvikling og vedlikehold av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Ledelsen har det formelle ansvaret, men er avhengig av de andre partene for å lykkes. Verne- og helsepersonalets rolle er viktig fordi det representerer den mest spesialiserte faglige parten med særlige forutsetninger for å ivareta forebyggende oppgaver i arbeidsmiljøet. Verneombud på sin side har en viktig rolle som representant for de ansatte i saker som angår arbeidsmiljøet. Den måten partene oppfatter hverandre på kan være viktige for samspillet og som en konsekvens av det, resultater og kvaliteten av den innsatsen som utføres.

Vi skal nå analysere en rekke utsagn om forholdet mellom partene, som de har tatt stilling til, jf kapittel 8.4, avsnittet om nytte og holdninger. Alle parter har fått spørsmål tilpasset deres rolle i forhold til problemstillingen, i alt om lag 24 spørsmål, se spørreskjema Vedlegg 4. Respondenten kan si seg enig eller uenig i utsagnene. Dess lavere tallverdier, dess mer enig er respondenten i utsagnet. Når så mye informasjon skal analyseres er vi nødt til å foreta noen forenklinger i form av datareduksjon. Dette har vi gjort ved å gruppere spørsmål etter tema. På denne måten har vi konstruert fem hovedgrupper av spørsmål som vi i det følgende kaller indekser (se Vedlegg 3 for nærmere redegjørelse for indekskonstruksjoner). Indeksene er:

I. Bedriften har høy bestillingskompetanse

II. Ledelse er imøtekommende

III. Verne- og helsepersonalet er gode til å synliggjøre seg

IV. Bedriften har liten nytte av verne- og helsepersonalets tjenester

V. Dårlig/vanskelig samarbeid mellom verne- og helsepersonalet og bedriften.

I kapittel 8.4 viste vi sammenheng mellom ledelsens vurdering av verne- og helsepersonalet, målt ved disse indikatorene, og nyttevurderinger.

I de følgende avsnitt skal vi gå igjennom partenes svar på påstandene. I kommentarene ser vi først på andel som sier seg 'helt' og 'litt' enig i påstandene og ser på dette som uttrykk for en overveiende grad av tilslutning til påstandene - i motsetning til de som er helt eller litt uenige. Det kan imidlertid være en god del variasjoner i andel som svarer 'helt' og 'litt' enig. Disse nyansene må tas hensyn til.

10.1 'Bedriften har høy bestillingskompetanse'

Indeksen 'Bedriften har høy bestillingskompetanse' bygger på følgende utsagn:

- bedriften har høy kompetanse til å bestille tjenester fra verne- og helsepersonalet,
- bedriften har lang tradisjon for HMS-arbeid og
- bedriften finner det ikke vanskelig å vurdere eget behov for tjenester fra verne- og helsepersonalet.

Tabell 10.1 viser ledelsens svar på spørsmålene. Ganske store andeler bedriftsledere mener bedriften har høy bestillingskompetanse av tjenester fra vhp og at de har lang tradisjon for HMS arbeid (68 og 76 prosent er helt eller litt enig). Samtidig synes noe over halvparten at det er vanskelig å vurdere behovet for vhp tjenester. For enkelte bedrifter kan det altså være forbundet med vansker å vurdere behovet for tjenester selv om bedriften mener den har god bestillingskompetanse.

Påstanden om at bedriften har høy bestillingskompetanse er det en ganske lav andel som sier seg **helt** enig i, men mange som er litt enig. Det er også et fåtall som er helt enig i at det er vanskelig å vurdere behovet for tjenester fra vhp.

Tabell 10.1 Bestillingskompetanse. Ledelsens syn

	Bedriften har høy bestillingskompetanse av vhp-tjenester		Bedriften har lang tradisjon for hms-arbeid		Bedr. synes det er vanskelig å vurdere behov for vhp-tjenester	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
1 helt enig	40	16,1%	105	42,0%	14	5,5%
2 litt enig	128	51,6%	86	34,4%	121	47,8%
3 litt uenig	74	29,8%	47	18,8%	54	21,3%
4 helt uenig	6	2,4%	12	4,8%	64	25,3%
I alt	248	100,0%	250	100,0%	253	100,0%

Analyse av sammenheng mellom indeksen for bestillingskompetanse og bedriftsstørrelse viser at større bedrifter mener de har bedre kompetanse enn mindre bedrifter ($r = -0,36$).

Antall år bedriften har vært knyttet til verne- og helsepersonalet er viktig i denne sammenheng. Dess flere års tilknytning, dess større enighet er det om at bedriften har høy bestillingskompetanse, en korrelasjon på 0,42 er en svært sterk sammenheng. Effekten av antall års tilknytning til vhp kommer i tillegg til effekten av størrelse. Uansett størrelse, øker bedriftens tiltro til egen bestillingskompetanse med antall år tilknyttet verne- og helsepersonell. Store bedrifter med lang tilknytning til vhp gir høyest bestillingskompetanse, på grunnlag av analyse av ledelsens svar. Gjennom sitt kontakthold med bedriften bidrar verne- og helsepersonalet til å skape et godt læringsklima for HMS, slik vi tolker resultatene.

10.2 'Positiv ledelse'

Påstandene knyttet til dette temaet er:

- ledelsen lar verne- og helsepersonalet avgjøre hva som er bedriftens behov for verne- og helsetjenester,
- ledelsen stimulerer verne- og helsepersonalet til å yte sitt beste og
- bedriften gjennomfører tiltak som verne- og helsepersonalet foreslår.

Denne indeksen kaller vi positiv og imøtekommende ledelse.

Nær 60 prosent av bedriftslederne sier seg helt eller litt enig i at ledelsen lar vhp avgjøre bedriftens behov. Denne andelen er ideelt sett noe høyere enn den burde være, og avspeiler kanskje en litt for stor avhengighet av vhp sine vurderinger (Tabell 10.2). Verneombudene har omtrent like stor andel enige som ledelsen, mens det blant vhp er nær 70 prosent som sier seg enige. Dette bekrefter at bedriftene ser ut til å vise en del passivitet på dette punktet. Rundt 90 prosent av lederne mener imidlertid at de stimulerer vhp til å yte sitt beste, og enda større andel mener at bedriften gjennomfører de tiltak vhp foreslår. Vhp og verneombud deler ikke helt ledelsens oppfatning her, og synes ledelsen er mindre stimulerende og i mindre grad gjennomfører tiltak enn det ledelsen selv synes. Verneombudet ser ut til å være minst enig i påstandene. Resultatene tyder på at det er betydelig avstand i oppfatningen mellom partene om realitetene i HMS arbeidet i denne sammenheng.

Tabell 10.2 Positiv ledelse. Sammenligning mellom partene sine svar på påstander om positiv ledelse. Prosentandeler som er helt eller litt enige.

Påstander	Andel helt eller litt enig. Prosent		
	Ledelsen	Verne- og helsepersonale	Verneombud
ledelsen lar verne- og helsepersonalet avgjøre hva som er bedriftens behov for verne og helsetjenester	57	69	60
ledelsen stimulerer verne- og helsepersonalet til å yte sitt beste	89	69	50
bedriften gjennomfører tiltak som verne- og helsepersonalet foreslår	94	86	75

10.3 'Verne- og helsepersonalet er aktive og synlige'

Verne- og helsepersonalet sin evne til å gjøre seg synlig i bedriften blir målt med påstander som dette:

verne- og helsepersonalet hjelper bedriften med å bli klar over risikofaktorene,

- verne- og helsepersonalet inspirerer bedriften til å drive HMS arbeid,
- verne- og helsepersonalet klarer å markedsføre sin kompetanse i bedriften,
- verne- og helsepersonalet er flinke å spre kunnskap om arbeidsmiljøet og
- verne- og helsepersonalet er en viktig pådriver til forbedringen av arbeidsmiljøet.

Alle påstandene i denne indikatoren viser til et aktivt verne- og helsepersonale.

Tabell 10.3 Vhp er synlige og aktive i bedriften. Ledelsens syn.

	vhp hjelper bedriften med risikofaktorer		vhp inspirerer bedriften til å drive hms arbeid		vhp klarer ikke markedsføre sin kompetanse		vhp er flinke til å spre kunnskap om arb.miljø i bedriften		vhp er en viktig pådriver til forbedring av arb.miljøet	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1 helt enig	109	53,7%	98	48,0%	13	6,5%	42	20,7%	69	34,2%
2 litt enig	73	36,0%	85	41,7%	63	31,3%	105	51,7%	90	44,6%
3 litt uenig	16	7,9%	15	7,4%	57	28,4%	49	24,1%	33	16,3%
4 helt uenig	5	2,5%	6	2,9%	68	33,8%	7	3,4%	10	5,0%
I alt	203	100,0%	204	100,0%	201	100,0%	203	100,0%	202	100,0%

Om vi sammenfatter resultatene i Tabell 10.3, vil vi si at en stor andel av **bedriftslederne** ser positivt på vhp sitt nærvær i bedriften. Nær 90 prosent av lederne er helt og litt enig i at vhp hjelper bedriften til å bli klar over risikofaktorer og inspirerer bedriften til å drive HMS arbeid. En langt mindre andel ledere er enig i at vhp klarer å markedsføre sin kompetanse overfor bedriften, men andelen enige er likevel 60 prosent. Nærmere $\frac{3}{4}$ mener at vhp er flinke til å spre kunnskap om arbeidsmiljøet i bedriften og er en viktig pådriver til forbedring av arbeidsmiljøet.

Andelen ledere som sier seg 'helt enig' i påstandene er en god del lavere. Likevel er det rundt halvparten som er helt enig i at vhp hjelper bedriften med å kartlegge risikofaktorer og inspirerer bedriften til å drive HMS-arbeid. Det er imidlertid bare ca 20 prosent som er helt enig i at vhp er flinke til å spre kunnskap om arbeidsmiljøet i bedriften og vel en tredjedel er helt enig i at vhp er en viktig pådriver i forbedring av arbeidsmiljøet. At ganske få ledere sier seg litt eller helt uenige i påstandene, gir likevel et inntrykk av en overveiende positiv vurdering fra ledelsens side.

Ser vi alle fem påstandene under ett, er det nær 38 prosent av lederne som sier seg helt enig i påstandene, i gjennomsnitt.¹¹ Litt omskrevet kunne vi da si at denne andelen av bedriftslederne er godt tilfreds med vhp sin innsats i bedriften. I gjennomsnitt er det ca 40 prosent som sier seg litt enige i påstandene.

Selv om en god del bedriftsledere kan tenke seg en forbedring av innsatsen fra verne- og helsepersonalet, noe svarene gir inntrykk av, trekker totalinntrykket likevel i positiv retning når det gjelder bedriftsledernes holdning til vhp.

Verne- og helsepersonalet, ser seg selv, kanskje ikke uventet, enda mer aktiv og synlig i bedriftene enn det ledelsen gjør. I sine svar viser verne- og helsepersonalet større grad av enighet med påstandene enn bedriftene for samtlige av de nevnte påstandene, men også vhp mener de er mindre dyktige til å markedsføre seg i bedriftene.

Verne- og helsepersonalet har et visst potensiale i å gjøre kjent sin kompetanse i bedriften. For å kunne oppfylle sine plikter i forhold til lover og forskrifter, er det viktig for ledelsen å kjenne til hvilke muligheter de har til å søke bistand fra verne- og helsepersonalet. Et aktivt verne- og helsepersonell er en positiv faktor i relasjonen mellom partene, og korrelerer positivt med ledelsens nyttevurderinger. En mulig negativ side ved et aktivt verne- og helsepersonell er at det kan overta for mye av ansvaret fra ledelsen og at det på den måten er bekvemt for ledelsen å ha et aktivt verne- og helsepersonell. Verne- og helsepersonalet mener, som vist, at de er enda mer aktive og synlige enn ledelsen oppfatter. Kanskje kunne ledelsen tenkt seg en enda mer aktiv tjeneste, noe som kan tyde på at ledelsen gjerne overfører mer av ansvaret for HMS til verne- og helsepersonalet.

I denne sammenheng er det derfor av interesse å se hva verneombudet mener. Igjen er det en forskjell mellom partene. Verneombud er i mindre grad enig i utsagnene enn verne- og helsepersonale. Forskjellene er spesielt store, når det gjelder påstanden om at verne- og helsepersonalet er flinke til å spre kunnskap om arbeidsmiljøet i bedriften og verne- og helsepersonalet sin evne til å markedsføre sin kompetanse. Verneombudet sitt syn på verne- og helsepersonalet er antakelig i mindre grad styrt av forventning om at verne- og helsepersonalet skal ta mest mulig av ansvaret for HMS-arbeidet. Fra verneombudet sitt ståsted vil sannsynligvis forventningene til ledelsens ansvar være minst like stort. Både ledelse og verneombudets vurdering av verne- og helsepersonalets synlighet i bedriften avviker fra verne- og helsepersonalet sin selvoppfatning.

10.4 'Bedriften har liten nytte av vhp sine tjenester'

Påstandene om nytte av vhp bygger på følgende spørsmål:

- vhp gir et tilbud arbeidstakerne er fornøyd med,
- ledelsen ser liten nytte av vhp sine tjenester og

¹¹ Vi tar hensyn til påstanden 'Vhp klarer **ikke** å markedsføre sin kompetanse' og snur vurderingsskalaen i dette tilfellet.

- ledelsen mener at vhp ikke yter de tjenester bedriften har behov for.

Tabell 10.4 Nytte av vhp sine tjenester. Ledelsens syn.

	vhp gir et tilbud arb.takerne er fornøyd med		Ledelsen ser liten nytte av vhp sine tjenester		Ledelsen mener vhp ikke yter de tjenester bedr. har behov for	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1 helt enig	49	24,0%	4	2,0%	10	4,9%
2 litt enig	96	47,1%	37	18,2%	44	21,7%
3 litt uenig	47	23,0%	46	22,7%	55	27,1%
4 helt uenig	12	5,9%	116	57,1%	94	46,3%
I alt	204	100,0%	203	100,0%	203	100,0%

Ledelsen sine svar på disse påstandene er konsistente med tidligere svar på vhps synlighet i bedriften. Nær 70 prosent av lederne er helt eller litt enig i at vhp gir et tilbud arbeidstakerne er fornøyd med og bare 20 prosent av lederne ser liten nytte av vhp sine tjenester. En fjerdedel er helt eller litt enig i at vhp ikke yter de tjenester bedriften har behov for.

Igjen er verneombudet mer kritisk til vhp enn ledelsen. Verneombudet uttrykker mindre grad av enighet om nytten av vhp enn ledelsen.¹² Dette kan tyde på at kontakten med verneombudet ikke er god nok og at verne- og helsepersonalet ikke ivaretar verneombudet sine behov på en tilstrekkelig måte. Det kan også ligge en utfordring for verneombudet her, i å fremme sine interesser på en mer aktiv måte overfor ledelse og verne- og helsepersonalet.

10.5 Samarbeid mellom bedrift, verne- og helsepersonalet

Tema knyttet til samarbeid mellom bedrift og vhp omfatter påstandene:

- det er lett å samarbeide med verne- og helsepersonalet/bedrift,
- verne- og helsepersonalet tar for lite hensyn til bedriftens lønnsomhet i forslag om forebyggende tiltak og
- verne- og helsepersonalet kjenner for lite til hvordan bedriften fungerer.

¹² Dette resultatet framkommer ved parvis sammenligning av gjennomsnitt og bruk av t-test. Forskjellene mellom partene er signifikant, t-verdi = 20,6.

Tabell 10.5 Samarbeid mellom bedrift og vhp. Ledelsens syn.

	Det er lett å samarbeide med vhp om verne og helse tjenester		vhp tar for lite hensyn til bedr. lønnsomhet i forslag om tiltak		vhp kjenner for lite til hvordan bedriften fungerer	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1 helt enig	140	69,0%	7	3,5%	11	5,4%
2 litt enig	48	23,6%	54	26,9%	65	31,9%
3 litt uenig	12	5,9%	81	40,3%	58	28,4%
4 helt uenig	3	1,5%	59	29,4%	70	34,3%
I alt	203	100,0%	201	100,0%	204	100,0%

Ledelsen sier seg helt og litt enig i utsagnet om samarbeid i 93 prosent av tilfellene. Verne- og helsepersonalet gir ikke like stor tilslutning til påstanden, likevel er det 86 prosent som er helt eller litt enig. Forskjeller tyder på at verne- og helsepersonalet opplever samarbeidet som mer problematisk enn ledelsen, forskjellene er signifikante. Verneombud gir minst tilslutning til påstanden, 82 prosent er helt eller litt enig. Verneombudet oppfatter altså samarbeidet med verne- og helsepersonalet som dårligere enn ledelsen. Dette bekrefter vår tolking ovenfor i vurderingen av nytten av verne- og helsepersonalet sett fra verneombud sin side. Når nytte vurderes som noe lav, kan dette ha sammenheng med at samarbeidet mellom de to partene er mindre bra.

Påstander om 'lite hensyn til lønnsomhet i forslag om forebyggende tiltak' og 'manglende kunnskap om bedriften' får støtte av henholdsvis 31 og 39 prosent av lederne. Verne- og helsepersonalet ser saken noe annerledes og mener i større grad at de tar lønnsomhetshensyn og at de kjenner bedriften. Verneombud har omtrent samme oppfatning som ledelsen.

Det er avstand i oppfatning av samarbeidet mellom ledelse og verneombud på den ene siden og verne- og helsepersonalet på den andre, både i synet på samarbeid, synet på verne- og helsepersonalet sin kunnskap om bedriften og hensyn til lønnsomhet i det forebyggende arbeidet.

10.6 Ansattes oppfatning av verne- og helsepersonalet sine tjenester

I denne undersøkelsen har vi ikke rettet spørsmål direkte til de ansatte. Verneombudet er en part i undersøkelsen på linje med bedriftsledelse og verne- og helsepersonalet, og representerer de ansatte i kraft av sin posisjon som fri og selvstendig part. Vi har likevel tatt med spørsmål om partenes oppfatning av holdninger til verne- og helsepersonalet blant de ansatte. Både ledelse og verneombud har fått slike spørsmål.

Verneombud og ledelse har fått spørsmålet: Hvilken oppfatning tror verneombudet/ ledelsen de ansatte i bedriften har av tjenestene verne- og helsepersonalet leverer?

Etter **verneombudets** vurdering er ca en tredjedel av de ansatte godt fornøyd med verne- og helsepersonalet og synes tjenestene er gode nok. Godt over halvparten, 56 prosent, er litt misfornøyd. At såpass stor andel er 'litt misfornøyd' er kanskje ikke så uventet. Det er lett å gi sin tilslutning til denne formuleringen, spesielt hvis man er litt usikker, og skal uttale seg på vegne av andre. Verneombudet mener at bare snaut en tiendedel av de ansatte er svært misfornøyd med tjenestene fra vhp.

Tabell 10.6 Ansattes oppfatning av verne- og helsepersonalets tjenester. Verneombudets og ledelsens vurdering.

	Ansattes oppfatning av vhp (tror ledelsen)		Ansattes oppfatning av vhp (tror verneombudet)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1 ansatte er godt fornøyd, tjenestene er gode nok	82	46,9	60	34,7
2 ansatte er litt misfornøyd, tjenestene kunne vært noe bedre	80	45,7	97	56,1
3 ansatte er svært misfornøyd, tjenestene kunne vært mye bedre	13	7,4	16	9,2
I alt	175	100,0	173	100,0

10.6.1 Hvordan kunne tjenestene fra vhp vært bedre, verneombudets oppfatning av ansatte – åpne spørsmål

Verneombudene ble i spørsmål 18 bedt om å svare på følgende: "På hvilken måte kunne tjenestene fra vhp eventuelt vært bedre, slik verneombudet oppfatter de ansatte?"¹³ Mange verneombud har i denne forbindelse nevnt flere områder de ansatte ønsker forbedringer på. Det er viktig å ha i mente at vi her ber om verneombudets oppfatning av hva de ansatte eventuelt måtte mene om verne- og helsepersonalets tjenester - altså ikke på hvilken måte verneombudet alene mener de kunne vært bedre.

Svarene - og tabellen - sier derfor noe om hvordan verneombudet mener verne- og helsetjenestene på deres bedrift eventuelt kunne vært bedre - tatt de ansattes mening i betraktning.

¹³ På dette spørsmålet har 155 verneombud gitt sine kommentarer. Dvs en svarprosent på 77 %.

Tabell 10.7 De ansattes mening om hvordan tjenestene fra vhp kunne vært bedre
(verneombudets oppfatning)

Tema	Hvor ofte nevnt Antall ganger
1. Generell synlighet, nærvær og tilgjengelighet	55
2. Spesifikke forsømte områder	34
3. Kurativ virksomhet	22
4. Annet	13
5. Bedre kommunikasjon og samarbeid	9
6. Ansatte er godt fornøyd ¹⁴	9
7. Overflatiske/dårlige tjenester	8
8. Manglende kompetanse/stillinger	7
9. Ønsker vhp som medspiller	5
10. Svak verneombudsordning	5
11. Feil bruk av vhp	3

Hvem er vhp?

Verneombudenes svar viser en følelse av distanse til verne- og helsepersonalet, f eks belyst med den store svarkategorien “Generell synlighet, nærvær og tilgjengelighet”. Heri ligger mange ulike svar, men de demonstrerer alle et ønske om bedre tilgjengelighet og tettere oppfølging. Enkelte vet ikke engang hvem verne- og helsepersonalet er:

Hvilken tjeneste?

Vise seg frem for de ansatte. Hvem er de?

¹⁴ At ansatte er godt fornøyd kunne vi også her (som ovenfor) plassert i kategorien “annet”, da det for så vidt er et irrelevant svar. Vi har tross alt spurt om hvordan vhps tjenestetilbud kunne vært bedre. Det er imidlertid interessant at så mange allikevel har valgt å bemerke dette.

Mange vil ha verne- og helsepersonalet mer med ut i bedriftene. Noen nevner at vhp kunne deltatt på enkelte møter, hatt fast besøkstid, de kunne profilert seg bedre, informert mer om seg selv og det arbeidet de gjør. Andre mener bedriftslegen er noe utilgjengelig når de trenger ham/henne osv.

På mange måter ser det derfor ut som om de ansatte oppfatter verne- og helsepersonalet som en noe distansert samarbeidspartner. De ønsker sterkere tilstedeværelse: “Vhp skulle vært mer i nærmiljøet. I vår bedrift (Stjørdal) er helsepersonalet plassert i Oslo”, de vil ha vhp “Meir aktivt inn i bedrifta”.

Forsømte områder

Denne kategorien kan for så vidt sies å være nært beslektet med forrige. Forskjellen ligger imidlertid i at det her er presisert fra verneombudets side hvilke områder en ønsker verne- og helsepersonalet sterkere inn i. Her kan vi ikke konkludere med at noen områder skiller seg sterkere ut enn andre, men varierer naturlig nok fra bedrift til bedrift som: “Belastningsskader”, “Oftere informasjon om forebyggende tiltak”, “Oppfølging av årsrapport”, “Utføre flere undersøkelser”, “Gå inn i psykososiale forhold” etc.

Det er også naturlig, i og med spørsmålets ordlyd, at forsømte områder blir nevnt. Det er ikke dermed sagt at det arbeidet vhp ellers gjør er dårlig, men at de ansatte ønsker sterkere oppfølging. Om vi sammenlikner denne kategorien med forrige, kan manglende tilstedeværelse og tilgjengelighet eller dårlig kommunikasjon også være viktige forklaringer på at noen områder blir liggende brakk - problemene blir kanskje ikke tydelig nok formidlet videre. Vi kan imidlertid ikke se bort fra at famlende/ manglende bestillingskompetanse eller prioriteringsvilje hos bedriftens ledelse sannsynligvis også må ta noe av skylden for dette.

God gammel helsekontroll

På tredje plass ligger de ansattes ønske om “oftere kjøttkontroll”. De ønsker “full sjekk” og ikke “bare kontroll av utsatte grupper/de som har spesielle arbeidsoppgaver”. Det blir også ytret ønske om lege-/fysikalsk behandling for lidelser som ikke har noe med arbeidet å gjøre. Enkelte ønsker å bruke vhp ved akutte skader/sykdommer, og “bedriftslege kunne sende pasienter tidligere til sykehus eller spesialist”, nevnes av et verneombud. En alternativ måte å organisere ‘kjøttkontrollen’ på ser vi eksempelvis i forslaget om å gjøre dette til en tilleggstjeneste.

De ansatte savner tydeligvis den kurative delen i verne- og helsepersonalets tjenestetilbud, enkelte ser også ut til å ha sett seg lei av det forebyggende verne og helsearbeidet: “Ansatte ønsker legesjekk, noe som bht ikke prioriterer. Der skal jo alt være forebyggende. Disse samtalen vi er inne til, føles for de fleste lite matnyttige”.

Vi ser her tydelig at ansattes misnøye bunner i ønske om flere generelle helsekontroller, flere kurative tilbud etc og mindre vekt på forebyggende oppgaver. Misnøyen er i dette tilfellet ikke et uttrykk for at vhp gjør en dårlig jobb, sett fra et evalueringsperspektiv. Lover og forskrifter legger som kjent stor vekt på forebyggende oppgaver. På dette området er det ansattes ønsker og lovverk som er litt på kollisjonskurs.

Bedre samarbeid

Enkelte rapporterer også manglende eller dårlig kommunikasjon og samarbeid mellom de ansatte og verne- og helsepersonalet: “De ansatte blir overhørt. Har stort sykefravær som skyldes belastningslidelser og dårlig arbeidsmiljø”, “De kunne samarbeidet mer med det valgte verneapparatet”.

Det er imidlertid ikke alltid verne- og helsepersonalet som får skylden for samarbeidsproblemene. Det kan likeså godt skyldes ledelsen: “Vhp slipper ikke inn på bedriften. Problem: Ledelsens standhaftighet”, “Ledelsen i bedriften ser ikke fordelene med bht. Ledelsen er aggressive overfor bht”. Vi finner også en tredje variant som involverer alle parter i et eventuelt samarbeidsproblem: “Bedre info og kommunikasjon mellom vhp og ansatte/ledelse vedrørende bedriftens prioriteringer og HMS-arbeid”.

Overfladisk eller dårlig arbeid

I denne kategorien har vi plassert ytringer som går på at de ansatte på en eller annen måte er misfornøyd med de tjenester verne- og helsepersonalet yter: “Tjenestene var bedre for noen år tilbake. Derfor er de misfornøyde”. Enkelte mener også tjenestene blir for overfladiske. Verne- og helsepersonalet skal “Ikke bare føre statistikker” og at det er “For stor bruk av spørreskjema og tiden som går med til felles gjennomgang”. Vi finner også her alvorligere forhold som går på tillitsbrudd mellom de ansatte (brudd på taushetsplikten) og manglende bistand til å løse jobberelaterte problemer/plager.

Manglende kompetanse/stillinger

Verneombudets oppfatning er også at de ansatte ønsker bl a mer legetjeneste og fysioterapi. To verneombud hevder også at nåværende bedriftslegeordning bør økes; de ønsker mer. Oppfatning av manglende legetilbud henger antagelig sammen med de ansattes ønske om mer kurativ virksomhet, men ikke nødvendigvis. Det kan også være at de mener en bedriftslege har en annen og bedre kompetanse enn andre profesjoner. Andre er mer usikker på nåværende verne- og helsepersonalets kompetanse.

Mer direkte påvirkning på ledelse

Her ønsker de fleste at verne- og helsepersonalet i sterkere grad skal identifisere seg med de ansatte/verneombudet: “Stilt litt hardere krav overfor ledelsen - ville lettet verneombudets slagkraft”. De skal øve mer press på bedriften og være mer aktive på å få gjennomført tiltak - som ledelsen eventuelt ønsker å motsette seg.

Svak verneombudsordning

I stedet for å rette søkelyset mot hvordan verne- og helsepersonalet kan forbedre sitt tjenestetilbud, vender enkelte på problemstillingen: Det er ikke verne- og helsepersonalet som bør forbedre sitt tjenestetilbud - det er verneombudene som har for dårlig kunnskap, er for lite engasjerte, verneombudsordningen er svak osv.

De ansatte forstår ikke bedriftshelsetjenestens tjenester. De mener bht skal ha vanlig legetjeneste, 'kjøttkontroll'¹⁵

Holdningene nevnt ovenfor omfatter ikke mange bedrifter (3), men uttalelsen er interessant. De ansatte forstår enten ikke sitt eget beste eller de skjønner ikke helt hva det egentlig dreier seg om. Samtidig illustrerer det et forhold hvor verneombudet muligens tar avstand fra de ansatte det er ment å representere. Det blir også hevdet her at de ansatte er for dårlige til å bruke bedriftshelsetjenesten: "De ansatte synes den årlige kjøttkontrollen (dvs helsekontrollen) er for dårlig, men verneombudet mener og tror at de ansatte er for dårlige til å bruke bht. Verneombudets oppfatning er at bht stiller opp med andre tjenester, hvis de blir forespurt".

10.6.2 Hvordan tjenestene fra verne- og helsepersonalet vært bedre – bedriftsledelsens oppfatning av de ansatte – åpne spørsmål

Ledelsen tror nær halvparten av de ansatte er fornøyd med verne- og helsepersonalet, en betydelig større andel enn etter verneombudets vurdering – og ledelsen mener en noe mindre andel er 'litt misfornøyd' og 'svært misfornøyd'. Forskjellene mellom partenes oppfatning er signifikant ($p < 0,05$, målt ved t-test).

Også bedriftsledelsen ble bedt om å oppgi forslag til hvordan tjenestene fra vhp kunne forbedres, slik ledelsen oppfatter de ansatte.

Ledelsen ble i spørsmål 24 gitt anledning til å formidle hvordan verne- og helsepersonalets tjenester etter de ansattes mening kunne bli bedre.¹⁶ Den oftest nevnte kommentaren på dette spørsmålet var relatert til de ansattes ønsker om et utvidet tjenestetilbud relatert til ulike typer helsekontroll. Vi fokuserer derfor på disse svarene nedenfor.

10.6.3 Mer Helse!

Uvant for våre ansatte at de fleste BHT-firmaer har sluttet med den årlige "helsekontrollen" (også vår BHT). De har blitt mer rettet mot forebyggende tjenester. Dermed kan noen føle at BHT har blitt borte for dem !?

Av i alt 132 bedriftsledere har 76 kommentarer på at de ønsker selv - og/eller for sine ansatte - tjenester som i større grad ivaretar og kontrollerer de ansattes helse. Og enkelte av lederne (som selv gir uttrykk for at de ønsker at verne- og helsepersonalets primært skal arbeide forebyggende) får problemer med å få de ansatte til å forstå og like denne dreiningen.

I det store og hele ser det imidlertid ut for at bedriftslederne er nokså lydhøre eller enige med de ansatte, og uttrykker eksplisitt flere steder at vhp'ene burde hatt mer **helse** som en del av sitt tjenestetilbud. Helsetjenestene er mange og varierte, og omfatter følgende forslag:

Allmennpraktiserende leger

15 'Kjøttkontroll' blir av og til brukt som en nedsettende betegnelse for helsekontroll.

16 Spørsmål 24: "På hvilken måte kunne tjenestene fra verne- og helsepersonalet eventuelt vært bedre, slik ledelsen oppfatter de ansatte?" 132 bedrifter hadde kommentarer. Dvs en svarprosent på ca 52.

Vanlige legekontroller
Personallegeordninger
Kurative tjenester og behandling
Årlige helsekontroller
Gratis konsultasjon ved sykdom
Mer primærhelsetjeneste
Større mulighet til å bruke "lege" i alle sammenhenger
Å ansette, leie eller kjøpe inn fysioterapi-, lege-, spesialisttjenester

En stor del av de ansatte ser derfor ut til å savne "H"-en i det tjenestetilbudet dagens verne- og helsepersonell yter. Det kan se ut som om verne- og helsepersonalet ikke helt har klart å markedsføre meningen med det forebyggende arbeidet de gjør, og at mange ansatte føler seg overlatt til seg selv. Verne- og helsepersonalet blir for lite synlig for dem (jf verneombudets kommentarer på samme spørsmål nedenfor). De ansatte ser derfor ofte liten nytte av det forebyggende arbeidet som blir gjort.

Sammenholdt med kommentarer fra verneombudene, opplever derfor mange ansatte (dvs verneombudets oppfatning av de ansatte) verne- og helsepersonalet som distanserte; de går for lite i miljøet og burde engasjere seg mer i bedriften og de ansattes helse. Også helse som ikke har noe med arbeidet å gjøre.

Enkelte bedriftsledere hevder eksplisitt at det burde vært større rom for de ansatte til å bruke bedriftslegen også i privat øyemed, mens andre igjen bevisst går på tvers av de ansattes ønsker og arbeider i tråd med forskriften:

Etter min mening skal vhp jobbe med forebyggende arbeid. De ansatte fokuserer mer på vanlige legekontroller, noe de ikke får, og det oppstår følgelig misnøye. Våre kontroller er tema-delt, eks. hørsel/syn - luftveier/lunger, skjelettplager osv. (b. 43).

Imidlertid ser vi også eksempel på bedrifter som prøver å angripe og løse denne problematikken. De er våken for og bevisst på at de ansatte først og fremst ønsker "kjøttkontroll", men prøver å gi dem meningsfulle alternativer/begrunnelser:

Flere ansatte har ikke akseptert at bedriftshelsetjeneste skal jobbe med forebyggende arbeid. De savner "kjøttkontroll". Vi jobber derfor med et tilbud i form av opplysningsseminar med interessante emner for de som ikke befinner seg risikogruppene for årlig sjekk (b. 353).

Dette var vel og merke en bedrift som hadde høy kompetanse på å kartlegge arbeidsmiljø samt å arbeide forebyggende. De hadde tydeligvis høye krav til hvordan de ønsket å ha det på arbeidsplassen, og hadde selv bygget opp og innført eget internkontrollsystem.

Verneombudet ble også gitt anledning til å kommentere hvordan de oppfattet de ansattes mening om forbedringer av verne- og helsepersonalets tjenestetilbud. Også her blir det fokusert mye på helsetilbudet, men bildet er noe mer nyansert.

11 Kasusundersøkelsen

11.1 De ulike bedriftene

Som forventet viste det seg at bedriftenes behov for verne- og helsepersonale og praktisering av forskrift 501 varierte. Så selv om lover og forskrifter fra oven gjerne kan synes strenge og sentraldirigerende, finner man gjerne sine egne smutthull lokalt eller - med andre ord - sin egen måte å tilpasse seg verden på. I det følgende gir vi derfor en beskrivelse av hver bedrift, sett i forhold til praktisering av ovenfornevnte forskrift og samarbeidet de ulike partene seg i mellom.

11.1.1 Båtbyggeriet

Bedriften startet på begynnelsen av 1900-tallet med bygging av seil- og motorbåter. Fra 1920-tallet av leverte også bedriften patruljebåter, og har siden 1950-årene konsentrert sin virksomhet rundt bygging av oljeselskapenes behov for lagringstanker. Båtbyggeriet har i dag 50 ansatte, hvorav 3 er kvinner. Alle ansatte er underlagt forskriften om verne- og helsepersonell. Intervjuet ble gjennomført med bedriftsleder, hovedverneombud og representant for verne- og helsepersonalet.

Til daglig er det en fulltidsansatt prosjektleder som har ansvaret for HMS-arbeidet i bedriften. Det er prosjekt- og bedriftsleder som har den løpende kontakten med verne- og helsepersonalet. Bedriften har hatt samme leverandør av verne- og helsetjenester tilknyttet seg i 9 år, og samarbeidet er basert på en skriftlig kontrakt. Der foreligger imidlertid ingen planer for verne- og helsepersonalets arbeid. De tilkalles ved behov. Verne- og helsepersonalets arbeid konsentreres rundt målinger av det fysiske inn klima (støv- og sveiserøyk, vakumpumpemålinger), samt målrettede, årlige helseundersøkelser av alle. Tidligere ble det også gjennomført EKG-undersøkelser, men disse er nå tatt bort. Verne- og helsepersonalet går også runder for å avklare de ansattes ergonomiske arbeidsforhold.

Ledelsen anser verne- og helsepersonalets innsats som tilstrekkelig. Om der er tjenester bedriften ønsker som dette verne- og helsepersonalet ikke kan utføre, går dette verne- og helsepersonalet ut og henter tjenester annet steds fra (Norsk Analyse, Norsk Kjemi). Bedriften får derfor alltid sine behov dekket. Ledelsen mener at verne- og helsepersonalets innsats uten tvil bidrar til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Forskriften ser de imidlertid ikke den helt store nytten av.

De ansatte blir i denne bedriften utsatt for farlig miljøpåvirkning, spesielt i forbindelse med sveising. Arbeidstilsynet gjennomførte tilsyn i 1997, hvor bedriften ble gitt pålegg om forbedringer relatert til utlufting og avsug. Dette er nå gjort og bedriften har fått installert nytt friskluftanlegg og punktavsug for den del av produksjonen dette gjelder. AMU har også prioritert disse områdene (røyk og støv), og har siden 1996 hatt en slags handlingsplan med 5 prioriterte spørsmål hvor disse punktene står øverst på listen.

Bedriften tar arbeidsmiljøspørsmål alvorlig, men er usikker på hvilken betydning deres innsats har hatt på ulike arbeidsmiljøforhold, utenom inn klimaet, hvor man helt klart opplever direkte forbedringer.

Bedriften har gjennomgått en omorganisering med påfølgende nedbemanning, hvor høyt sykefravær ble et problem (10-11 prosent). Dette er nå sunket til rundt 5 prosent. Bedriften er knyttet opp mot et atferdsutvalg for å håndtere dette. Det kom også frem under intervjuet at hovedverneombud ikke var holdt orientert om det høye sykefraværet, og at der tydeligvis hersket ulike oppfatninger om årsaken(e) til den nå bedre statistikken. Hovedverneombudet blir ikke tatt med på råd når kjøp av verne- og helsetjenester skal foretas, og får heller ingen opplysninger fra verne- og helsepersonalet om deres arbeid. Hovedverneombudet var tydelig misfornøyd med dette. Verne- og helsepersonalet forholder seg kun til ledelsen og HMS-ansvarlig. Noen melderutiner finnes ikke.

11.1.2 Renholdsbedriften

Bedriften er del av et flerbedriftsforetak med totalt ca. 6.500 ansatte, hvorav denne har mellom 100-120 ansatte. Konsernet tilhører rengjøringsbransjen. Ledelsen og tillitsvalgt ved bedriften meldte avbud kort tid i forveien. Intervjuet ble derfor gjennomført kun med representant for bedriftshelsetjenesten. Alle ansatte er underlagt forskriften, og kvinner utgjør 80 prosent av de ansatte. Det er avdelingsleder som har den løpende kontakten med verne- og helsepersonalet. Verneleder blir tatt med på råd ved kjøp av verne- og helsetjenester, mens verneombudet blir rådspurt og holdt løpende orientert om deres arbeid gjennom AMU, HMS-møter og avdelingslederens rapporter.

På grunn av misnøye med en tidligere egenordning, har bedriften de 5-6 siste årene vært tilknyttet nåværende verne- og helsepersonale som er en fellesordning. vhp er ansatt i selvstendig firma som selger helsetjenester til bedriften, og samarbeidet er basert på skriftlig avtale med detaljerte beskrivelser av hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres. Det er snakk om en oppgavespesifikk avtale med angitte timetall, men med noen frihetsgrader til fokusert innsats innenfor forskriftens krav. Bedriften har god dokumentasjon over sitt HMS-arbeid: De har skriftlige planer for verne- og helsepersonalets arbeid, handlingsplaner, oversikt over helsefarlige forhold og andre HMS-relaterte tiltak.

Bedriften prioriterer helsekontroller, langtidssykemeldinger, AKAN-arbeid, direkte kontaktarbeid og andre utvalgte temaer (f eks narkotika). Verne- og helsepersonalet ser på sin innsats som tilstrekkelig, de har ikke fått meldinger om noe annet. Det eneste må være at en del ansatte vil ha mer helsekontroll, noe de nesten ikke utfører. Det blir allikevel vanskelig å påvise noen direkte nytte, annet enn å passe på at folk ikke går ut i permanent uførhet. Verne- og helsepersonalets representant mener imidlertid at både bedriftens egeninnsats og deres arbeid har ført til forbedringer på ulike forhold som: sykefravær, ulykker/skader, arbeidsrelaterte sykdommer, renommé og konkurransevne, ytre miljø, ergonomiske forhold, psykososiale forhold, kjemiske forhold etc.

Dette verne- og helsepersonalet ønsker å holde kurativ virksomhet og oppgaver relatert til sikring av det ytre miljø utenfor verne- og helsepersonalets arbeid.

11.1.3 Bilverkstedet

Dette dreier seg om et forholdsvis lite bilverksted med fire ansatte. Alle ansatte er underlagt forskriften om verne- og helsepersonale. Bedriften har ikke verneombud, så intervjuet ble gjennomført kun med daglig leder.

Verkstedet er knyttet opp mot et legesenter og benytter dem ved behov. Samarbeidet er basert på en muntlig avtale og har eksistert i 12 år. Bedriften betaler for de tjenester de bruker. Ordningen, som karakteriseres som fleksibel, fungerer meget bra for bedriften. De mener å få dekket alle sine behov gjennom denne ordningen. Det er ikke meget som er avtalesfestet, men alle ansatte får tilbud om målrettet helsekontroll årlig. Legesenteret brukes også i tilfeller ved akutthjelp, hvis det skulle være nødvendig.

Bedriften syntes ellers å jobbe meget selvstendig med arbeidsmiljøet gjennom de opplegg bilbransjen benytter og tilbyr. Internkontrollsystemet og en meget omfattende og grundig handlingsplan var blant annet basert på deres (bilbransjens) systemer. Verkstedet hadde også gjort nokså store forbedringer både av bygningsmessig art (bedre ventilasjon og avsug) og på utstyrssiden ved innkjøp av nytt hydraulisk løfteutstyr. HMS-forbedringene hadde kostet bedriften mellom 6- og 800 000 kroner. Bedriften ga et generelt inntrykk av å være en miljøvennlig, godt profilert bedrift, som tok HMS-arbeid alvorlig - også relatert til vern og ivaretagelse av det ytre miljø (minimalisering av spilloljeutslipp). De mente å ha et meget godt arbeidsmiljø selv, og at deres egen innsats hadde hatt betydning på mange områder: De hadde ikke sykefravær, sjelden/aldri ulykker/nestenuhell/skader, den økonomiske gevinsten av innsatsen var god, bedriften brukte sin innsats på arbeidsmiljø i profileringen av bedriften (internett), forholdet til tilsynsmyndighetene var positivt (besøk for 2 år siden), de mente også at arbeidsmiljøetsatsingen hadde hatt gode virkninger på driften, produktkvaliteten, deres inneklima og ytre miljø.

Bedriften ønsket ikke andre tjenester fra verne- og helsepersonalet enn målrettede helsekontroller, enkelte kurative tjenester og kanskje vaksiner.

11.1.4 Elektroverkstedet¹⁷

Bedriften har totalt ca 70 ansatte. Ikke alle er underlagt forskriften, men alle får tilbud om tjenester fra vhp. Det er daglig leder som har det overordnede ansvar for HMS-arbeidet i bedriften, men dette delegeres videre til avdelingslederne som får ansvar for hver sine områder. Bedriften har hatt tilknyttet det samme verne- og helsepersonalet siden 1993 (ingen annen tilknytning før dette). Samarbeidet karakteriseres som godt og er bygd opp omkring en todelt skriftlig avtale; en forretningsmessig del og en arbeidskontrakt. Arbeidskontrakten spesifiserer de tilgjengelige tjenestene fra vhp, med bl a årlige planmøter, og ligger i bunn som et planleggingsdokument.

Litt om verne- og helsepersonalets arbeid

¹⁷ Intervjuet ble gjennomført i gruppe med bedriftsleder, verneombud, representant for verne- og helsepersonalet og 2 forskere til stede.

vhp bygger sitt arbeid rundt verneverker under hvert år (er også med ut på andre bygg), selektive helseundersøkelser og kartlegging av arbeidsmiljøet. Alle nye blir tatt inn til en helseundersøkelse, ellers blir dette vurdert etter risiko. Asbestutsatte får skjermbilder hvert 3. år. Miljøkartleggingen bygger på en spørreskjemadel om arbeidsmiljøet (også psykososialt arbeidsmiljø måles) og et symptomskjema for å fange opp eventuelle plager. Undersøkelsen blir gjennomgått med hver ansatt og munnar ut i en rapport med forslag om tiltak. Verne- og helsepersonalet gjør også noe behandling alt etter hvor praktisk det er at de gjør det, men de ser hovedsakelig på sin oppgave som forebyggende.

Ifølge vhp kunne etterspørselen fra bedriften etter tjenester vært bedre, men de har aldri hatt problemer med å samarbeide med bedriften. Nå, når ansvaret for arbeidsmiljøet ligger hos bedriftsleder, kan dette kanskje ha skapt større avstand mellom bedrift og vhp. I følge leder ligger det også mer i den eksisterende arbeidsavtalen enn det bedriften faktisk benytter seg av, og relaterer dette til at bedriftslederne kanskje ikke er flinke nok til å bestille. Det viktigste for vhp er i følge dem selv å følge opp lovverket.

“Forskriften er vår Bibel. Vi bygger vårt program på den - systematisk punkt for punkt. Den bidrar til å fremme et godt arbeidsmiljø.”

Verne- og helsepersonalet ønsker også å bli tettere integrert i miljøarbeidet i bedriften, jobbe i prosjekter, være mer i bedriften etc. Før dette kan skje må imidlertid bedriftene/bedriftslederne i mye større grad selv bli eiere av arbeidsmiljøspørsmål. Kartleggingen og rapporten som skrives, er ifølge lederen, gjort på verne- og helsepersonalet sine premisser og representerer på mange måter en grei og lettvinnt “løsning” for ledelsen. Den kan imidlertid fort havne og bli liggende i en skuff.

Verneombud og bedriftsleders vinkling

Bedriften har veldig lavt sykefravær og mener dette bl a skyldes et godt arbeidsmiljø.

“Vi vektlegger dette med å oppføre oss som folk, og har en innstilling om at ‘alt kan løses’. Vi har en åpen tone her på huset og løser problemene etterhvert som de oppstår”.

Ledelsen og de ansatte (med verneombud) er fornøyd med verne- og helsepersonalets innsats, og mener nytten er bra i forhold til kostnadene,¹⁸ selv om det er vanskelig å gjøre kostnad-nyttevurderinger av det arbeidet som gjøres. Innsatsen har i hvert fall ikke hatt noen negativ effekt, og bør kanskje heller beskrives som preventiv, idet man kan arbeide mer forebyggende.

Det blir også fremhevet fra bedriftens side at et godt arbeidsmiljø er med på å indirekte markedsføre bedriften - selv om de ikke bruker dette aktivt selv. Det hender også at de i forbindelse med søknader om oppdrag får skjema med spørsmål om de har tilknyttet verne- og helsepersonale. Ifølge verneombudet viser godt arbeidsmiljø igjen hos kundene.

“Kundene tenker da - Her går en elektriker som trives i jobben sin. Arbeidslyst viser igjen. Dette gjør også kundene fornøyde.”

¹⁸ Betaler for tjenestene per ansatt - 600 kroner i året.

Miljøkartlegging viser om noe er galt, og bedriften får dermed kontinuerlig korrigert hva de holder på med. Ifølge bedriftsleder gir det også en egen trygghet å ha verne- og helsepersonalet med på vernerunder: "Det er lettere for folk som kommer utenfra å se problemene."

Problemene strander, ifølge verneombudet heller hos ledelsen, det går altfor lang tid til forbedringer blir satt i verk, mens ifølge ledelsen har uløste problemer (eksempelvis manglende ventilasjonsanlegg og en konkret handlingsplan) sine årsaker i det praktiske og/eller økonomi. Bedriften har imidlertid gjort en del forbedringer etter forslag fra verne- og helsepersonalet. Man har fått justerbare bord i spesialproduksjonen, enkelte har slitt med dårlig rygg grunnet hardt underlag - dette er bedret nå etc. De prøver å rette opp småting etterhvert som de dukker opp, og går heller ikke av veien for å prøve noen selvlagde løsninger.

Ifølge verneombudet er det imidlertid vanskelig å prioritere vernearbeid. Selv om de har utarbeidet et IK-system (integret i KS-systemet), syndes det mye med dette. Systemet ligger der, man må bare motivere folk bedre til å bruke det. HMS-siden er heller ikke skikkelig ivaretatt i og med at handlingsplanen ikke er på plass. Målet er at handlingsplanen skal komme når man har fått opprettet et arbeidsmiljøutvalg (AMU).

Både bedriftsleder og verneombud ønsker verne- og helsepersonalet mer på banen. Verneombudet mener verne- og helsepersonalet kunne "pushet" mer på dem. og bedriftsleder vil ha et så aktivt vhp som mulig: "Jeg har ikke så mye kompetanse selv. vhp må fortelle oss mer aktivt hva vi kan gjøre. Jeg må bevisstgjøres." Og som et kontrasterende paradoks ønsker også vhp seg et bedre og tettere samarbeid, men også en ledelse som i større grad fremstår som eier av eget arbeidsmiljø.

11.1.5 Stillasbedriften¹⁹

Bedriften

Bedriften er et flerbedriftsforetak (3 bedrifter) med til sammen ca. 700 ansatte. I stillasavdelingen jobber ca. 450 ansatte. Denne delen av foretaket har vært tilknyttet dette verne- og helsepersonalet siden 1995-96. Ansvaret for det daglige HMS-arbeidet i bedriften er delegert til en egen HMSK-leder. Det er også han som har den løpende kontakten med verne- og helsepersonalet. Bedriften er ISO-sertifisert og ble for øvrig utnevnt til "fyrårnsbedrift" av Arbeidstilsynet i 1990. Dette er tydeligvis en bedrift som vet hva de vil ha, og som er bestillingsdyktige. De bruker mye tid på HMS-arbeid - har planer, gjør revisjoner, har plan for vhp sine tjenester, arrangerer verneombudsmøter, følger opp handlingsplanene etc. Dette henger for øvrig sammen med at bransjen, ifølge HMSK-lederen, blir utsatt for det som begynner å likne en nesten "hysterisk kontrollvirksomhet":

"Man må begynne å stikke fingeren i jorda. Det hele begynner å bli for banalt! Våre folk bruker så mye tid på HMS at det har blitt stress. Det har skjedd at ansatte ikke tør gå til 'medikken', fordi dette blir

¹⁹ Intervjuet ble gjennomført med HMSK-leder, representant fra vhp og to forskere. Verneombudet var ikke med pga sykdom.

rapportert. De ansatte blir derfor opptatt av å ikke få skader, da dette koster penger. De lar derfor være å rapportere hendelser. Bedriften og arbeidsmiljøspørsmål er fanget opp og inn i en 0-skadefilosofi som resulterer i at rapportering av hendelser går ned. Man får nødvendigvis en underrapportering. Det er dette som er virkeligheten!”

Det blir ifølge bedriften i for stor grad fokusert på fysiske hendelser, skader og det som kan måles. Dette er ikke nok: “HMS må inn i hjertet på folk” - også hos lederne. HMSK-leder ser derfor på leder- og organisasjonsutvikling som en viktig oppgave for vhp. Den inngår i dag som en del av deres IK-system.

Bedriften har gjort store investeringer i arbeidsmiljøet. Ca. 80 millioner er brukt på lettere utstyr, da mye av det tidligere utstyret var tungt å arbeide med. I tillegg kommer utgifter på kr. 5000,- per mann i verneutstyr, kursing av verneombudene, tilknytning til verne- og helsepersonale etc. Arbeidsmiljø representerer enorme kostnader for bedriften.

Bedriften anser imidlertid HMS-arbeid som god bedriftsøkonomi, men er ikke sikker på om nytten står i forhold til investeringene. (Det er eksempelvis vanskelig å måle nytten av å være mindre trøtt på jobb). Et godt arbeidsmiljø, i betydningen målbart få skader, lavt sykefravær etc. er imidlertid med på å gjøre bedriften mer attraktiv på markedet.

Om vi har få hendelser og lavt sykefravær brukes dette i salgsøyemed - for å få kontrakter. Hvis det forholder seg motsatt tier vi selvfølgelig om dette.

Bedriftens kvalitetssikringssystem blir brukt som et argument for å i det hele tatt få kontrakt. Om man ikke har dette risikerer man å bli stengt ute. HMSK-leder er også av den oppfatning at å ha tilknyttet et verne- og helsepersonale er mer et resultat av en kunde- og kontraktsorientering fra deres side. Forskriften spiller ikke så stor rolle. Bedriften er jo pålagt å ha vhp i dag, men ville opprettholdt tilknytningen uansett.

Samarbeidsform og verne- og helsepersonale sitt arbeid

Bedriften har en skriftlig avtale med vhp med en detaljert beskrivelse av arbeidsoppgaver. Bedriftens prioriteringer for vhp sitt arbeid er forskjellige: Medisinske problemer må løses, yrkessykdommer må holdes under oppsikt, attføring, fysisk og psykososialt arbeidsmiljø (mobbing) etc. Helsekontrollene er selektive i betydningen arbeidsrelaterte. Den kurative virksomheten er tatt ut fra vhp-tjenesten. De ansatte kan imidlertid benytte seg av legen fra vhp, men må i tilfelle betale for dette privat. Bedriften anser “kjøttkontroll” som et frynsegode man bør betale skatt for.

Verne- og helsepersonalet dekker derfor et bredt felt. De fungerer som rådgivere, gjør kartlegging (ved hjelp av spørreskjema og helsekontroll), de er med på tiltakssiden, observerer ‘trender’ etc. Prioriteringene er situasjonsbestemte, og kan endre seg fort. Interne revisjoner, bruk av verneutstyr og internkontroll tar bedriftens egne folk seg av. Ifølge HMSK-lederen anser bedriften verne- og helsepersonalets innsats som tilstrekkelig: “De dekker våre behov i dag. Vi ville ikke hatt dem hvis de ikke gjorde det”.

Samarbeid blir fremhevet som viktig, og begge parter er enige i at det er vanskelig å peke på hvem som påvirker hvem. “Dette er en vekselvirkning”. Dette avhenger også, ifølge vhp, sterkt av bedriften: “De må ha god bestillingskompetanse. Dette varierer imidlertid sterkt. Noen

velger billigste løsning, og ferdig med det. Og det får de.” For vhp sin del blir også nærvær fremhevet som viktig:

“Det er viktig å være inne i bedriften “midt opp i kampen”. Det kan bli noen heftige debatter, men skitt au! Det er bedre det.”

Ifølge denne representanten, som selv er lege, er vhp et fenomen som er oppkonstruert av byråkrater. Bedriftslegene er for opphengte i HMS, og mener/håper det vil komme et tilbakeslag. Doktoren på hjørnet bør få en plass igjen. Det viktigste for de ansatte er å føle at noen bryr seg om dem.

Framtidige tjenester

Det ble formidlet noe ulike synspunkt fra bedriften og verne- og helsepersonalet om hva vhp bør befatte seg med i fremtiden. HMSK-leder mener, som sagt, at den kurative virksomheten bør holdes utenfor verne- og helsepersonalets domene. En slik ordning kan lett ende opp som fordelsbeskatning. Bedriften ønsker å beholde de arbeidsrelaterte helseundersøkelsene, men er mer på gli med tanke på å gi vhp en mer sentral rolle enn i dag. “Noen må prate litt med folk. Men ikke bare prate heller. De må kunne litt av hvert; f eks ta blodtrykk og prate samtidig. Jeg ønsker meg mer av presterollen inn i vhp, og at det psykososiale arbeidsmiljøet oppgraderes.”

Verne- og helsepersonalets representant er imidlertid av en annen oppfatning:

“Jeg mener dette kommer til å snu. Den selektive helsekontrollen er litt for helnorsk, men isolert sett er den viktig [...] H-en er nesten fjernet fra HMS-begrepet. Den er blitt stum som i fransk. Området er invadert av sikkerhetsingeniører som ønsker å profilere seg og dunke ut doktoren.”

Denne representanten er opptatt av å styrke den medisinske kompetansen blant dagens verne- og helsepersonell. Selv har de en filosofi på å kun ansette leger. “Det andre” leier de inn ved behov.

Bedriften ser for øvrig på “opplysninger om livsstil og helse” som et område man bør være forsiktig med. På mange representerer dette interessante spørsmål for bedriften, men denne veien kan fort virke for kontrollerende.

11.1.6 Konditoriet²⁰

Bedriften

Konditoriet er lite med totalt 12 ansatte, hvorav 7 er underlagt forskrift om verne- og helsepersonell i virksomhetene. Baker-/konditorlauget gikk samlet inn for tilknytning av verne- og helsepersonale, og dette konditoriet har derfor hatt tilknyttet (det samme) verne- og helsepersonalet siden 01.04.94.

²⁰ Her gjorde vi to intervjuer, et med konditor og forsker på bedriften, og et hos verne- og helsepersonalet med tidvis en/to representanter fra vhp og en forsker. Verneombudet er nyoppnevnt og var av denne grunn ikke med på intervjuet.

Det er konditoren som har det daglige ansvaret for HMS-arbeidet i bedriften. Det er også han som har den løpende kontakten med verne- og helsepersonalet. Samarbeidet er basert på en skriftlig avtale med et arbeidsprogram. Avtalen er utviklet av og oppbevart hos verne- og helsepersonalet:

“Jeg liker best å ha kontroll med slikt selv. Det har bare ikke blitt slik på dette området. Føler at de er mer kompetente til å spesifisere våre behov.”

Det har ikke vært lett å rekruttere ansatte til verneombudsordningen - egeninteressen har vært lav. Det tidligere verneombudet sluttet i fjor høst, så funksjonen har ligget brakk til nå. Ellers har verneombudet blitt trukket med i alt vernearbeid. Nåværende verneombud er derfor valgt under det han kaller “frivillig tvang”. Vhp tar seg av 40-timers kurset.

Fra bedriftens side ønsker man at verne- og helsepersonalet skal prioritere den klimatiske overvåkingen: “Støv, støy og skitt”, som han formulerer det. Lederen anser innsatsen fra vhp som mer enn tilstrekkelig. Det er heller bedriften som er den begrensende part i dette forholdet. Helsekontrollene, som blir utført 2. hvert, år er også viktige, men står ikke øverst på hans liste. Kurativ virksomhet synes han ikke hører hjemme i verne- og helsepersonalets arbeid. Han synes ellers det er uvurderlig å ha en samtalepartner om arbeidsmiljøspørsmål. Han har selv utviklet et IK-system som han mener er i tråd med forskriften, og vhp inngår som en del av dette systemet.

Handlingsplanen er ikke helt oppdatert, men sjekkrutiner følges for en rekke områder: Maskiner, strøm, biler, renholdsrutiner, bruk av kjemikalier, sjekking av temperaturer, kontroll av sikkerhetsutstyr, pusteutstyr etc. Bedriften fører også egen statistikk på sykefravær (som har vært lavt). En del utbedringer er gjort på bakgrunn av anbefalinger fra vhp: Utstyr som reduserer støvmengden i lufta er installert, avlastningsmatter til de ansatte er kjøpt inn, hørselsvern og lysforholdene er bedret. Men der finnes også en del ting som burde vært gjort; forskriftsmessig riktig tildekning av en del eldre mix-mastermodeller og bedre ventilasjonsanlegg. Dette blir imidlertid utsatt av økonomiske årsaker.

“Alt er for dyrt! Det er ikke alt vi orker eller kan sette av tid og penger til å gjøre.” For småbedrifter som denne, strander alt på økonomi. Produksjonen vil derfor alltid komme i forsetet.”

Arbeidsforholdene for ledere i småbedrifter har, ifølge ham, endret seg drastisk de siste 10 årene. De blir pålagt så mye papirarbeid at de blir sittende som administratorer, vel så mye som fagfolk. Selv jobber han mye nattskift (fra kl. 03.00 om natten), for så å ta det administrative i etterkant. De har imidlertid ikke mulighet til å følge opp alt til “punkt og prikke” slik loven krever. Det er få som liker å bli fortalt hvorfor og hvordan man skal gjøre ting; “vhp-forskriften er tvang!”

Verne- og helsepersonalets arbeid

Forskriften ligger til grunn for verne- og helsepersonalets skriftlige arbeidsprogram. For denne bedriften utfører de miljøkartlegginger hvert 3. år, som munner ut i en statusrapport. Ellers går de vernerunder på bedriften 1 gang i året. De gjør også en arbeidshelseundersøkelse, hvor de konsentrerer seg om hørsel (støy), lunger (støv) og blodtrykk (kan være et parameter for stress). Bedriften får også tilbud om tjenester ved mer akutte problemer, arbeidet er imidlertid i hovedsak forebyggende.

Verne- og helsepersonalet beskriver bedriften som godt motivert for arbeidsmiljøarbeid. Lederen er systematisk og interessert.

“Han hadde allerede før vi ble tilknyttet, utviklet et godt oppsett for registrering av sykefravær. Det er det ikke ofte man ser i småbedrifter som denne.”

Vhp har også tilbudt seg å hjelpe til med eventuell oppfølging her; medisinsk oppfølging ved lengre sykefravær ligger eksplisitt inne i kontrakten. Det ligger altså et større potensiale i den avtalen bedriften har kjøpt enn det de bruker. Problemet for denne bedriften er ikke manglende initiativ og velvilje - det grunner vel så mye i dens størrelse og økonomi. Den manøvrerer i en tøff og presset bransje. Det har derfor vært en del murring omkring høyt arbeidstempo, mye alenearbeid, ikke mulighet for å gi tarifflønn etc. Det ble lagt en plan om å gi rådgivning om gjennomføring av medarbeidersamtaler. Dette er imidlertid ikke blitt fulgt opp.

Dette verne- og helsepersonalet driver for øvrig ikke med tradisjonell kurativ virksomhet. Dette har de fått forespørsler om, men har foreløpig valgt å ikke gjøre det til et forretningsområde. De er imidlertid usikre på hvordan de vil forholde seg til eller hvordan dette bør bli i fremtiden.

“Det kan være praktisk for bedriftene. Og utviklingen på andre områder går også i en slik retning; man samler alt under ett tak - som i butikkbransjen.”

Arbeidsmedisinske konsultasjoner utover ordinære selektive helsekontroller bør være fullt mulig.

11.1.7 Bryggeriet²¹

Bedriften driver produksjon av øl og mineralvann, og har ca. 440 ansatte. Bedriften har knyttet til seg verne- og helsepersonale i form av en egenordning med en bedriftssykepleier på fulltid og en allmennpraktiserende lege på deltid. Selve intervjuet ble gjort med alle tre parter til stede. Imidlertid har vi også inkludert deler av samtalen som foregikk med bedriftssykepleier i etterkant.

I verne- og helsepersonalets hverdag har man gått helt bort fra konsultasjoner og helseundersøkelser, og prioriterer først og fremst forebyggende arbeidsmiljøoppgaver. Miljøkartlegginger har også høy prioritet, men blir ifølge sykepleier for dårlig fulgt opp. I tillegg gjennomføres internkontrollrunder 6 ganger i året. Bedriften har en del problemer med støy i tapperiet, belastningsplager og et dårlig psykososialt miljø. Det er også vanskelig å gjennomføre tiltak på grunn av økonomiske forhold, men en del ting har man fått gjennomført de siste årene: Støydemping, hørselsvern, og nytt løfteutstyr for sjåførene. De ansatte deltar i vurderingen av nyinnkjøp.

²¹ Intervjuet ble gjennomført med leder, bedriftssykepleier og en forsker.

Bedriften har de siste årene vært nødt til å nedbemanne. 80-90 personer har måttet slutte. Dette har skapt usikkerhet og problemer i bedriften. Verne- og helsepersonalet har vært sterkt inne i nedbemanningsfasene. Målet har vært at ingen skal bli syke på grunn av dette.

Bedriften må ta initiativ

Bedriftssykepleier mener at bedriften i mye større grad må bli eier av egne arbeidsmiljøproblemer. Nå blir mesteparten av ansvaret skjøvet over på dem. Leder er fornøyd med helsepersonalets innsats, men bedriften følger eksempelvis ikke opp kartleggingen av arbeidsmiljøet. Bedriftssykepleier ønsker derfor ikke å legge så stor vekt på å kartlegge lenger. Det er bortkastet arbeid når bedriften allikevel ikke følger opp. Det hadde vært bedre om bedriften kom med bestillinger selv, men slik er det ikke og har det ikke vært. Sykepleier savner også et bedre samarbeid med verneleder, som hun også mener bør ha en friere og mer uavhengig stilling. Planene for verne- og helsepersonalets arbeid er heller ikke gode nok. Etter sykepleiers mening vet bedriften for lite om hva de kan bruke verne- og helsepersonalet til.

På spørsmål om hva som bør gjøres svarer sykepleier følgende:

1. Bedriften må få et mye tettere samarbeid med verne- og helsepersonalet. Øverste ledelse er ikke godt nok involvert i dette arbeidet.
2. HMS-arbeid blir ikke høyt nok prioritert.
3. Det jobbes for lite med sykefravær.
4. Det er dårlig stemning i bedriften nå - grunnet nedbemanningsproblematikk.
5. Det psykososiale miljøet blir ikke fulgt godt nok opp (samarbeidsproblemer, konflikter og mobbing).

Ifølge henne eksisterer det konflikter på hver eneste avdeling. Verne- og helsepersonalet vil gjerne være med på å utvikle avdelingene, men bedriften mangler interesse og evne til å bestille HMS, i tillegg til at det blir for lavt prioritert.

Hun kunne også ønske seg bedre kompetanse blant verne- og helsepersonalet. Allmennpraktikerne har sjelden nok kompetanse på arbeidsmiljøspørsmål - de kan for lite om forebyggende medisin. Disse stillingene utgjør ofte deltidsstillinger som leger tar ved siden av annet fulltidsarbeid. Bedriften selv er for lite bevisst på kompetansen hos verne- og helsepersonalet.

11.1.8 Kafeteriaen

Dette dreier seg om en liten kafeteria med 15 ansatte. I vår telefonrunde ble det bekreftet fra bedriftens side at de hadde tilknyttet et verne- og helsepersonale. Dette verne- og helsepersonalet viste seg å være en privatpraktiserende lege på et legesenter, som det for øvrig tok mange dager å få i tale. Legen ønsket heller ikke å stille til intervju. Vi gjorde så en avtale med kafeteriaens leder - som for øvrig også fungerte som verneombud -, men dette intervjuet ble avlyst rett i forkant. Vi fikk derfor ikke - på så kort tid - erstattet dette tapet med en ny bedrift fra denne regionen.

11.1.9 Brannvesenet²²

Brannstasjonen er underlagt utviklingsetaten i kommunen, og har totalt 61 ansatte. Intervjuet fokuserer på de som arbeider på brannstasjonen.

Brannvesenet hadde for to år siden en mer fullstendig helsetjeneste knyttet til stasjonen. Den utformet blant annet en del innspill til internkontrollhåndboka og gjorde noen tester relatert til fysiske og psykiske forhold. Kommunen ønsket imidlertid ikke å beholde denne tjenesten. Nå betaler de kun for en vanlig helsekontroll av de ansatte. Denne utføres av en lege i samme bygning. Bedriften har derfor ingen kontakt med legen utenom denne kontrollen, Legen får godtgjørelse for utførte kontroller, altså stykkpris. Av denne grunn foreligger det heller ingen planer for verne- og helsepersonalets arbeid.

De ansatte følger et ukesprogram med dag- (08.00-17.00) og kvelds-/nattevakter (17.00 - 08.00). Mye av ukesprogrammet består av sikkerhetsøvelser relatert til: Trening og kontroll av brannslukkingsutstyr, røykøvelser, kjemikalieøvelser etc. De ansatte har alle fått en del kurs og opplæring gjennom Brannvernskolen, og man har mye "brifing" når det gjelder kriser. Verneutstyret blir mye brukt, man har få skader, de ansatte blir sjelden eksponert for kjemikalier og sykefraværet er lavt. Feierne har et noe høyere sykefravær, men de får ikke tilbud om helsekontroller. Arbeidet blir ellers organisert i lag med fire personer på hvert: 1 formann og 3 konstabler, og laget betjener vaksentralen. Med brannsjef og to feiere er det fire lag totalt. De ansatte kan tilhøre et bestemt lag i mange år, men det er nå planer om å rullere på lagene.

Arbeidsmiljø saker blir eventuelt tatt opp på befalsmøtene, som arrangeres 1 gang i måneden. Legen mener arbeidsmiljøet stort sett fungerer bra, men man har hatt en del spesielle episoder med blant annet mobbing og ledelsesproblemer. Konfliktene var imidlertid større tidligere, og det var vanskelig å ta opp ting. Sakene ble gjerne for personrelaterte. I løpet av de 2 siste årene har det skjedd store forbedringer, særlig med tanke på det psykososiale miljøet.

11.2 Ulik størrelse - ulike behov - ulik praksis

Samarbeid

Vi har gjennom beskrivelsen av disse kasusbedriftene prøvd å få frem hvordan hver enkelt bedrift tilpasser seg den virkelighet den befinner seg i. Samarbeidet mellom de ulike partene - ledelse, verneombud og verne- og helsepersonale - fungerer stort sett bra, men en del uklarheter i samarbeidsrutinene eksisterer hos enkelte. Som i tilfellet med båtbyggeriet hvor melderutinene til hovedverneombud ikke var klarlagt og ansvarsforholdet mellom HMS-(prosjekt)leder og hovedverneombud var uklare. I dette tilfellet hadde hovedverneombud en følelse av å være holdt utenfor av bedriftsledelsen. Med bryggeriet syntes det motsatte å være tilfelle; her antydte bedriftssykepleier ønske om et tettere samarbeid med verneleder. På konditoriet og elektroverkstedet fremhevet man også vanskene med å prioritere vernearbeid i

²² Intervjuet ble gjennomført med leder, verneombud, tilknyttet lege og en forsker.

det daglige og de ansattes manglende oppfølging av sikkerhetssystemer og interesse for vernearbeid i det hele tatt. Vanskene med å prioritere ble også satt i forbindelse med en økonomisk side; helse- og vernearbeid koster og det tar tid. Tid og penger er det ikke alltid man har nok av, selv om de kunne vært vel anvendt.

Bestillingskompetanse

For enkelte av bedriftene ble det fremhevet at bestillingskompetansen fra bedriftslederne ikke var god nok, både fra lederne selv og fra verne- og helsepersonalets side. Lederne ønsket gjerne, og fant det sannsynligvis meget komfortabelt, at verne- og helsepersonalet tok ansvar og initiativ, noe som for øvrig harmonerer med de statistiske tendensene fra spørreskjemaundersøkelsen.

To av lederne innrømmet dette selv (konditoriet og elektroverkstedet), mens man på bryggeriet kanskje følte at ansvaret var delegert til verne- og helsepersonalet i og med egenordningen. For to av bedriften ble det av verne- og helsepersonalet også kommentert at bedriftene faktisk betalte for mer enn de benyttet. Dette var snakk om småbedrifter, tilknyttet fellesordninger. Samtidig ble det fra blant annet bedriftsleder på konditoriet kommentert at han faktisk ikke ønsket flere tjenester. Innsatsen fra verne- og helsepersonalet var mer enn tilstrekkelig, selv om han hadde kunnet benytte dem mer. På den annen side ble det fra enkelte av bedriftshelsetjenestene ytret et ønske om at bedriftene i større grad måtte bli eiere av egen arbeidsmiljøproblematikk, noe som for øvrig også er i bedre samsvar med lov og forskrifter.

Det kan også tenkes at bedriftenes tendens til å være mest fornøyd med egenordningene henger sammen med denne problematikken. Tilgjengeligheten på verne- og helsepersonalet blir sannsynligvis bedre, og ansvaret for verne- og helsearbeidet ble forskjøvet og ivaretatt i sterkere grad av verne- og helsepersonalet. Så også i de bedrifter hvor man har ansatt egne HMS-ansvarlige, noe som antakelig kun er tilfelle i forholdsvis mellomstore/store bedrifter. Bedriftsledelsen får dermed delegert bort dette arbeidet, og kan konsentrere seg om andre ting.

Nytte og effekt

Det ble i alle intervjuene hevdet vanskeligheter med å måle noen direkte nytte eller effekt både av bedriftens egeninnsats og verne- og helsepersonalets arbeid innenfor arbeidsmiljø. Denne tendensen samsvarer også med svarene i spørreskjemaene, hvor vanskeligheten med å *dokumentere forholdet mellom nytte og kostnader* er fremtredende. Her kunne det se ut som om de store bedriftene var noe mer fornøyd enn de små, men at fornøyd-/misfornøydheten ikke hadde noen sammenheng med bedriftens kostnader til vhp (jf. kap. 8). Når det gjaldt bedriftens egenvurdering av sin innsats på ulike, definerte områder, så vi også at de vurderte sin egen innsats som noe høyere enn det verne- og helsepersonalet gjorde (se kap. 10).

At man har vansker med å måle nytte og effekter av arbeidsmiljøinnsats, kan også ses i sammenheng med bedriftsledelsens manglende prioritering av evalueringsarbeid: Blant bedriftsledelsens svar var det kun 27,8 prosent som hevdet å prioritere 'evaluere effekt av tiltak' høyt. Bedriftsledelsen prioriterte her utforming av internkontrollsystem og gjennomføring av tiltak blant de høyeste.

De fleste bedriftene og deres verne- og helsepersonell hadde imidlertid en god følelse med den innsatsen de gjorde, og de kostnader den representerte. Enkelte hevdet også å være overbevist om at dette var god bedriftsøkonomi. Den forebyggende effekten av dette arbeidet ble sett på som positiv, og noen gikk nokså konkret til verks og pekte ut områder man hadde sett direkte forbedringer på. Det var heller ingen av bedriftene i dette utvalget som uttrykte noen direkte *misnøye* med verne- og helsepersonalets innsats. På elektroverkstedet kom der imidlertid frem et uttalt ønske både fra verneombud og verne- og helsepersonalet om en tettere tilknytning mellom vhp og bedriften; de ønsket dem/seg selv mer inn i bedriften.

Framtidige tjenester

Hva framtidens verne- og helsepersonale burde konsentrere sin innsats om, er der meget ulike oppfatninger om, så også med hvilken kompetanse de burde besitte. Enkelte ønsket seg mer helsekontroller og kurativ virksomhet, mens andre vurderte dette som totalt irrelevant for verne- og helsepersonalets arbeid. Enkelte ønsket seg et omfattende spekter av tjenester for sin bedrift, mens andre ønsket seg et fåtall; de håndterte mesteparten i det daglige selv. Legen vurderte fagfeltet som invadert av sikkerhetsingeniører som truet doktorens posisjon, mens bedriftssykepleieren ikke ønsket seg flere allmennpraktiserende leger inn på feltet; de kunne for lite om forebyggende arbeidsmiljøarbeid.

Vi ser også at til tross for at alle bedriftene i dette utvalget - på en eller annen måte - mener å ha tilknyttet seg et verne- og helsepersonale, blir ordningen og samarbeidet høyst ulikt praktisert. Bedriftenes behov, prioriteringer, kontraktsutforming, kontaktmønstre, hvilke tjenester som ytes/ønskes etc, varierer, noe som skulle tyde på stor kreativitet og tilpasningsevne både fra verne- og helsepersonalet og fra bedriftenes side.

12 Internkontroll og HMS dokumentasjon

Spørreskjemaet har spørsmål om internkontroll, tilsyn fra Arbeidstilsynet og HMS dokumentasjon.

12.1 Internkontroll

Hele 83 prosent av bedriftsutvalget oppgir at de har et system for internkontroll i henhold til forskriftene, se Tabell 12.1. Noen er usikre på om systemet tilfredsstillende (7 prosent) mens 10 prosent sier de har systemet under arbeid. Vi forventet at de største bedriftene i større grad enn de mindre hadde et system etter forskriften. Riktignok er det en liten prosentforskjell i favør av de større bedriftene, men forskjellen er ikke signifikant. Type verne- og helsepersonalet har ingen betydning for om bedriften har et internkontrollsystem, heller ikke om Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved bedriften (gjelder ca halvparten av bedriftene) eller om bedriften har mottatt anmerkninger fra Arbeidstilsynet. Derimot har bedriftens egne prioriteringer stor betydning for internkontroll. Dess høyere bedriften har prioritert utforming av et system for internkontroll, dess større sjans er det for at de har et system etter forskriften. Ledelsen vurderer ikke verne- og helsepersonalet sin bistand i utforming av internkontrollsystemet som spesielt positivt. Det er derfor ikke ut til at verne- og helsepersonalet har noen stor innvirkning på om bedriftene har et internkontrollsystem etter forskriftene eller ikke, sett fra ledelsens synspunkt.

Tabell 12.1 Har bedriften et system for internkontroll. Svar fra ledelsen.

	Antall	Prosent
Ja, etter vår mening har vi det	209	82,6
Nei	1	,4
Har ik-system, er i tvil om det tilfredsstillende krav	17	6,7
Systemet er under arbeid	26	10,3
I alt	253	100,0
Frafall	2	
Total	255	

Verne- og helsepersonalet er noe mer skeptisk til bedriftenes IK-system, bare 62 prosent mener det systemet bedriftene har tilfredsstillende forskriftene, men få nei på spørsmålet. Verneombudet vurderer IK-systemet noe bedre enn verne- og helsepersonalet, 73 prosent mener det tilfredsstillende forskriften og svært få svarer nei på spørsmålet.

Utviklingen av IK-systemet ser ut til å være drevet av andre krav og forventninger enn bistand fra verne- og helsepersonalet. Bedriftsledelsen mener i større grad enn de andre partene at IK-systemet tilfredsstillende forskriften.

12.1.1 Annen dokumentasjon

Hvis det stemmer at bedriftene har så god internkontroll som de gir uttrykk av, forventer vi at HMS-dokumentasjonen også er god. En del av våre erfaringer i kasus-undersøkelsen er at en del dokumentasjon mangler, f eks planer for verne- og helse-personalets arbeid og handlingsplan for arbeidsmiljøet.

Tabell 12.2 viser andel bedrifter som har handlingsplan for verne- og helsepersonalet, handlings- og tiltaksplaner for forbedringer av arbeidsmiljøet og oversikt over helsefarlige stoffer.

Det går fram av tallene at andel av bedriftene som har dokumentasjon på de tre viktige områdene er mindre enn andel som oppgir å ha et tilfredsstillende IK-system. Andelen bedrifter som svarer positivt 'Ja' på de tre spørsmålene om dokumentasjon ligger rundt to tredjedeler mens mellom 22 og 28 prosent svarer 'delvis' eller 'under arbeid'. Mellom 7 og 10 prosent svarer 'Nei' på spørsmålene om dokumentasjon. Det står ikke fullt så bra til med dette dokumentasjonsarbeidet som man skulle få inntrykk av på grunnlag av spørsmålet om IK-system.

Tabell 12.2 Har bedriften dokumentert handlingsplan for verne- og helsepersonalet, tiltaksplan for forbedringer i arbeidsmiljøet og oversikt over helsefarlige forhold. Svar fra ledelsen.

	Planer for vhp sitt arbeid		Handl.planer for forbedring av arb.miljøet		Oversikt over helsefarlige stoffer	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	161	66,0	151	62,1	147	63,4
Nei	25	10,2	17	7,0	20	8,6
Delvis	40	16,4	46	18,9	41	17,7
Er under arbeid	18	7,4	29	11,9	24	10,3
I alt	244	100,0	243	100,0	232	100,0

Det er imidlertid klare forskjeller mellom bedriftene. Store bedrifter oppgir i klart større omfang at de har HMS dokumentasjon enn mindre bedrifter, unntak er oversikten over helsefarlige forhold; her har størrelse ingen betydning. Type verne- og helsepersonell ordning har heller ingen betydning for dekning av dokumentasjon.

12.1.2 Planer styrker innsatsen

Bedrifter som har planer for verne- og helsepersonalets arbeid er mer fornøyd med innsatsen fra verne- og helsepersonalet enn andre. Verne- og helsepersonalet sin bistand i forhold til ledelsens prioriteringer blir mer positivt vurdert når det foreligger planer for verne- og helsepersonalet sitt arbeide.

Planer henger også ganske nøye sammen med bedriftens prioriteringer av HMS-saker. Bedrifter som har planer for verne- og helsepersonalet sitt arbeid i større grad gir høy prioritet til en rekke saker – som vurderinger av fysiske forhold i bedriften, forslag til forebyggende tiltak, helsekontroller, utforming av IK-systemet, informasjon om sosialt arbeidsmiljø, gjennomføring av tiltak og evaluering av effekten av tiltak. Det å ha fullstendige planer for verne- og helsepersonalet sitt arbeid har klar sammenheng med bedriftens syn på prioriteringer av oppgaver i arbeidsmiljøet. Bedrifter med fullstendige planer gir klart høyere prioritet til slike saker.

Verne- og helsepersonalet sitt syn på planer (om bedriften har planer for verne- og helsepersonalet, handlingsplaner og oversikt over farlige stoffer) samsvarer i stor grad med bedriftens eget syn. Det er altså stor grad av enighet om hvem som har fullstendige planer. Det er også stor grad av samsvar mellom ledelse og verne- og helsepersonalet om sammenhengen mellom bedriftens prioriteringer av HMS-oppgaver og fremkomsten av planer. Verne- og helsepersonalet bekrefter at bedrifter med planer også gir høyere prioriteringer til HMS oppgaver.

Verne- og helsepersonalet mener også at ledelsens prioriteringer i større grad er tilstrekkelige i forhold til behovene i bedrifter som har utviklet planredskaper.

Det forhold at bedriften har dokumentert planer for HMS-arbeidet har altså viktige konsekvenser for prioriteringer av oppgaver i arbeidsmiljøet. Dette illustrerer at bedriftens eget initiativ i HMS arbeidet er viktig for kvaliteten av HMS arbeidet og mulighetene for å nytte kompetansen i verne- og helsepersonalet.

Type verne- og helsepersonell og bedriftsstørrelse

Svarene fra verne- og helsepersonalet viser at type organisering av verne- og helse-personalet har betydning for forekomst av planer i bedriftene.

Egenordninger og ordninger organisert som privat firma oppgir større å ha andel bedrifter med HMS-planer enn fellesordninger. Type verne- og helsepersonalet har en effekt på forekomst av planer i bedriftene. Bedriftenes størrelse har også betydning for forekomst av planer, større bedrifter har større andel med planer enn mindre, slik verne- og helsepersonalet vurderer forholdene. Forskjellene er statistisk signifikante, men sammenhenger er ikke spesielt sterke. I praksis betyr dette at det ikke er enormt store forskjeller mellom f eks ulike typer verne- og helsepersonell organisering. Det er en forskjell på om lag 20 prosentenheter mellom egenordninger og fellesordninger i andel som oppgir at bedriftene har handlings- og tiltaksplaner for arbeidsmiljøet. Selvstendig firma ligger nær egenordninger. Forskjellen er noe mindre når det gjelder planer for verne- og helsepersonalet sitt arbeid. Dette kan tyde på at fellesordninger står overfor større utfordringer i sitt kontaktforhold med bedriftene. Samspillet mellom disse ordningene og bedriftene stimulerer antakelig i mindre grad til at bedriftene utarbeider planverktøy.

Denne diskusjonen må imidlertid ses i forhold til bedriftens størrelse. Egenordninger og selvstendige firma har i større grad store bedrifter som kunder, mens felles-ordningene i langt større grad betjener små og mellomstore bedrifter. Bedriftens størrelse har derfor en selvstendig effekt på forekomsten av HMS-planer: jo større bedrift jo mer planer, uavhengig av type verne- og helsepersonell ordning. Vi kan si at fellesordningene i det store og hele har en tyngre oppgave i forhold til sine kunder. Større bedrifter legger antakelig større vekt på utarbeiding av systemer i sine HMS planer, noe som gjør det lettere å etterleve lover og forskrifter og lettere for verne- og helsepersonalet og samarbeide. De mindre bedriftene sørger i mindre grad for å ha fullstendige planer for HMS arbeidet. Dette skaper en mindre bevisst prioritering av saker i arbeidsmiljøet og gjør samspillet med verne- og helsepersonalet mindre målrettet eller mindre effektivt i forhold til målene med HMS arbeidet.

På den andre siden kan man si at større bedrifter har mer behov for planer, mens mindre bedrifter antakelig opplever mindre behov for dokumentasjon av planer.

12.2 Rutiner for oppfølging av sykefravær

Andel bedrifter som ikke har noen rutiner for å følge opp lengre sykefravær er på 26 prosent. Ellers er det en del variasjon i typer rutiner bedriftene har. Vel en tredjedel svarer at oppfølging skjer via avtale med verne- og helsepersonalet. Størst andel har som vi kunne vente oppfølging av bedriftens egen administrasjon. En del har oppfølging gjennom samarbeid med trygdekontoret og med arbeidstakerorganisasjoner, Tabell 12.3.

Tabell 12.3 Rutiner for oppfølging av sykefravær.* Svar fra ledelsen.

	Antall	Prosent
Sykefraværs rutiner : ingen spesielle rutiner	63	26,1%
Sykefraværs rutiner: ja via vhp	85	35,3%
Sykefraværs rutiner: ja via bedr. adm.	150	62,2%
Sykefraværs rutiner: ja via trygdekontoret	58	24,1%
Sykefraværs rutiner: ja via arb.takerforeinger	27	11,2%
I alt	241	158,9%

*) Prosentsummen blir større enn 100 fordi bedriftene kan krysse av for flere alternativ.

12.2.1 Bedre rutiner i bedrifter med egenordning

Oppfølging av sykefravær og type verne- og helsepersonell ordning viser at bedrifter med egenordninger i størst grad har oppfølging av ett eller annet slag. Forskjellene mellom ordningene er ganske store; 94 prosent av bedrifter med egenordning mot 70 prosent blant

bedrifter med tilknytning til firma o l og 76 prosent blant bedrifter med fellesordning har oppfølging av sykefravær, Tabell 12.4.

Bedrifter med egenordning er også de som i størst grad bruker verne- og helsepersonalet i forbindelse med oppfølging – mens fellesordninger blir minst brukt, her er forskjellen 75 mot 25 prosent.

Tabell 12.4 Rutiner for oppfølging av sykefravær etter type organisering av verne- og helsepersonalet. Svar fra ledelsen.

	Type vhp, omkodet						Alle	
	Ans i off priv virksomhet		Firma, enperson		Selvs fellesordning		Antall	Prosent
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent		
Sykefraværs rutiner : ingen spesielle rutiner	2	6,3	17	29,3	25	23,8	44	22,6
Sykefraværs rutiner: ja via vhp	24	75,0	20	34,5	26	24,8	70	35,9
Sykefraværs rutiner: ja via bedr. adm.	27	84,4	35	60,3	68	64,8	130	66,7
Sykefraværs rutiner: ja via trygdekontoret	7	21,9	14	24,1	31	29,5	52	26,7
Sykefraværs rutiner: ja via arb.takerforeinger	5	15,6	5	8,6	14	13,3	24	12,3
I alt	32	100,0	58	100,0	105	100,0	195	100,0

Det er stor forskjell mellom de større og mindre bedriftene. De større bedriftene har i langt større utstrekning rutiner på oppfølging av sykefravær enn mindre, forskjellen er 87 mot 51 prosent.

Bedrifter som har rutiner for oppfølging av sykefravær ser også mer positive virkninger av bedriftens samlede innsats for arbeidsmiljøet. Det å ha rutiner har en klar sammenheng med antall år bedriften har vært tilknyttet verne- og helsepersonalet, hvor mye penger bedriften bruker på verne- og helsepersonalet og bedriftens bestillingskompetanse. Vi ser her et knippe av faktorer som trekker i gunstig retning: sterk kopling til verne- og helsepersonalet gjennom langvarig kontakt og høy bestillings-kompetanse og forekomst av HMS-tiltak i bedriften.

13 Opplæring, hjelp og støtte til verneombudet

Verneombudet har mange oppgaver i saker som angår arbeidsmiljøet (AML § 26), og er derfor en viktig part i HMS arbeidet.

Verneombudet har fått spørsmål om forskjellige typer hjelp og støtte som er viktig for at verneombudsordningen skal fungere og bli involvert i bedriften. Spørsmålene er:

‘I hvilken grad bidrar verne- og helsepersonalet med informasjon, rådgiving og støtte direkte til verneombudet?’

‘Gjør verne- og helsepersonalet eller bedriften verneombudet kjent med den informasjon som AML § 26.4 krever?’²³

‘Blir verneombud tatt med på råd når bedriften kjøper tjenester fra verne- og helsepersonalet’ og

‘Har du som verneombud fått noen form for opplæring?’.

Opplæring

Arbeidsgivere skal sørge for at verneombudet får den opplæring som er nødvendig for å utføre sitt verv (AML §29). Verneombudene svarer at 46 prosent har fått tilstrekkelig opplæring – mens en like stor andel har fått noe opplæring. En mindre andel, 6 prosent, mener de ikke har fått mulighet for opplæring fra bedriften. Det store flertall har altså fått opplæring, men en stor andel mener at opplæringen ikke er tilstrekkelig, Tabell 13.1.

²³ Registrerte yrkessykdommer, ulykker, yrkeshygieniske rapporter o l.

Tabell 13.1 Får verneombudet tilstrekkelig opplæring i bedriften.

	Antall	Prosent
Ja, tilstrekkelig	95	45,5
Noe opplæring	96	45,9
Har fått mulighet, men ikke benyttet	5	2,4
Har ikke fått mulighet fra bedriften	13	6,2
I alt	209	100,0
Frafall	9	
Totalt	218	

Med på råd

Verneombud skal tas med på råd i mange saker som har betydning for arbeidsmiljøet. Vi har undersøkt hvorvidt verneombudet blir tatt med på råd når bedriften kjøper tjenester fra verne- og helsepersonalet. En ganske stor andel, 75 prosent, svarer at de blir tatt med på råd 'som regel' eller 'av og til', av disse svarer 44 prosent 'som regel'. Vi kan konstatere at det er ganske vanlig at verneombudet tas med på råd når bedriften kjøper tjenester fra verne- og helsepersonalet.

Tabell 13.2

	Antall	Prosent
Ja, som regel	94	43,7
Ja, av og til	68	31,6
Nei, sjelden	53	24,7
I alt	215	100,0
Frafall	3	
Totalt	218	

Informasjon og støtte fra verne- og helsepersonalet

For at verneombud skal kunne ivareta sin oppgave, er ombudet avhengig av mye informasjon. Verne- og helsepersonalet kan være en viktig kilde for informasjon til verneombud. På spørsmål om informasjon, rådgiving og støtte fra verne- og helsepersonalet svarer 64 prosent av verneombudene at de får tilstrekkelig eller nesten tilstrekkelig støtte, hvorav 35 prosent

svarer tilstrekkelig, Tabell 13.3. En andel på 33 prosent svarer at støtten er noe eller svært utilstrekkelig. På dette spørsmålet er det altså ganske store variasjoner i praksis. Denne form for støtte er viktig for ansattes tilfredshet med verne- og helsepersonalet.

Tabell 13.3 I hvilken grad bidrar verne- og helsepersonalet med informasjon, råd og støtte direkte til verneombudet?

	Antall	Prosent
tilstrekkelig	77	35,3
nesten tilstrekkelig	62	28,4
noe utilstrekkelig	46	21,1
svært utilstrekkelig	27	12,4
usikker	6	2,8
I alt	218	100,0

Informasjon om yrkessykdommer mm

Et annet spørsmål gjelder informasjon om yrkessykdommer, yrkeshygieneiske rapporter osv. Av verneombudene svarer 64 prosent at de får tilstrekkelig eller nesten tilstrekkelig informasjon fra verne- og helsepersonalet eller bedriften, hvorav 18 prosent svarer 'nesten tilstrekkelig'. De andre svarer svært eller noe utilstrekkelig eller er usikre. I forhold til betydningen av denne informasjonen er andelen som svarer 'utilstrekkelig' høy, og tyder på at verneombudet ikke er godt nok informert. Dess bedre verneombud er informert, dess mer tilfredse er de ansatte med verne- og helsepersonalet.

Tabell 13.4 Gjør verne- og helsepersonalet eller bedriften verneombudet kjent med alle registrerte yrkessykdommer, ulykker, yrkeshygieneiske rapporter mv slik AML § 26.4 krever?

	Antall	Prosent
Tilstrekkelig	98	45,2
Nesten tilstrekkelig	40	18,4
Noe utilstrekkelig	40	18,4
Svært utilstrekkelig	28	12,9
Usikker	11	5,1
Total	217	100,0
Frafall	1	
I alt	218	

Arbeidsmiljøutvalget

Nær $\frac{3}{4}$ av verne ombudene deltar i arbeidsmiljøutvalget (AMU). En andel på 10 prosent deltar ikke, mens 13 prosent ikke har AMU.

Tabell 13.5 Er verne- og helsepersonalet representert i AMU?

	Antall	Prosent
Ja	159	76,8
Nei	21	10,1
Ikke akutelt spørsmål, har ikke AMU	26	12,6
Total	207	100,0
Frafall	12	
Totalt	218	

13.1 Verneombudets oppfatning av ledelse og vhp

Vi skal se om det er noen sammenheng mellom grad av informasjon til verneombud og verneombudets deltaking på den ene siden og verneombudets oppfatning av ledelse og vhp på den andre. Vi ville forvente at verneombud som ble tatt med på råd og var godt informert samtidig ville være mer tilfreds med ledelsens prioriteringer av HMS saker og av vhp sin innsats overfor bedriften.

Når det gjelder medvirkning og råd ser vi på følgende spørsmål:

- blir verneombudet tatt med på råd når bedriften kjøper sine tjenester fra vhp,
- i hvilken grad bidrar vhp med informasjon, støtte og råd til verneombud og
- gjør bedriften verneombud kjent med yrkessykdommer, ulykker osv.

Verneombudets vurderinger av ledelse og vhp gjelder disse spørsmålene:

- er ledelsens prioriteringer tilstrekkelige i forhold til bedriftens behov,
- er vhp sin innsats tilstrekkelig i forhold til bedriftens prioriteringer og
- hvilken rolle har vhp hatt for samlet HMS innsats på ulike områder.

Resultatene viser at verneombudets vurderinger av ledelse og vhp er mer positive dess bedre informasjon verneombudet har fått, og dess større grad verneombudet blir tatt med på råd når ledelsen kjøper tjenester fra vhp.

13.2 Informasjon til verneombud

Vi har undersøkt om det finnes noen systematiske kjennetegn ved bedrifter, verne- og helsepersonell ordninger osv og grad av informasjon som verneombud får. Vi har sett på

bedriftens størrelse, næring, region og type verne- og helsepersonell ordning. Resultatene viser at grad av informasjon, støtte mv til verneombudet i svært liten grad varierer systematisk med kjennetegn ved bedrift og verne- og helsepersonale. Bedriftens størrelse har en del å bety for opplæring til verneombudet, større bedrifter gir mer opplæring enn mindre.

14 Videreutvikling av verne- og helsepersonale sin bistand i bedriftene

Til slutt i spørreskjemaet til ledelse, verne- og helsepersonale og verneombud har vi stilt spørsmål om bistanden fra verne- og helsepersonale i framtiden. Spørsmålet lyder slik: 'Bør framtidige tjenester fra verne- og helsepersonale også omfatte oppgaver som f eks vist i listen under'. Følgende oppgaver er tatt med:

- Kurativ virksomhet (behandling og legekonsultasjoner uten relasjon til arbeidsplass)
- Helsekontroller
- Opplysning om livsstil og helse (mosjon, bruk av rusmidler, røyking osv)
- Pedagogisk tilrettelegging for forebyggende arbeid i bedriften
- Leder- og organisasjonsutvikling
- Rådgivning om lederstil og virkninger på sosialt- og organisatorisk arbeidsmiljø
- Rådgivning om mellommenneskelige forhold i bedriften ellers
- Informasjon om arbeidsmiljøets betydning for produktivitet
- Reisemedisin/vaksiner
- Ytre miljø (utslipp/avfall/produksikkerhet o l)
- Andre oppgaver.

Partene fikk følgende svaralternativer; 'Ja, bør bli tjeneste', 'Nei, bør ikke bli tjeneste' og 'Usikker'.

14.1 Syn på framtidige tjenester

Ledelsen nevner hyppigst helsekontroller som framtidig tjeneste. Også blant verneombudene har helsekontroller størst prosentvis oppslutning. Verne- og helsepersonalet gir helsekontroller en relativt lav oppslutning²⁴.

Ledelsen prioriterer også høyt opplysning om livsstil, helse og mosjon, informasjon om arbeidsmiljøets betydning for produktivitet, samt rådgivning om mellommenneskelige forhold.

²⁴ Verdien av generelle helsekontroller er omdiskutert i fagmiljøene. Det er høy grad av konsensus om behovet for målrettede kontroller overfor utsatte grupper, f eks ansatte som er utsatt for kjent helsefarlig eksponering - mens mange trekker i tvil verdien av generelle helsekontroller, dvs helsegevinst i forhold til innsatsen.

Rådgivning om lederstil og virkning på arbeidsmiljøet, leder- og organisasjons-utvikling, kurativ virksomhet, reisemedisin/vaksine og ytre miljø synes derimot ledelsen er mindre viktig som tjeneste fra verne- og helsepersonalet. Disse tjenestene får også relativt lav oppslutning av verneombudet.

Opplysningsvirksomhet, rådgivning om mellommenneskelige forhold og pedagogisk tilrettelegging får størst oppslutning blant verne- og helsepersonalet, mens helse-kontroller får lavere oppslutning. Ledelse og verneombudets syn på framtidige tjenester går i motsatt retning. Ledelse og verneombud legger også vekt på opplysning og informasjon, men mindre på det pedagogiske aspektet.

Vi ser her en viss interessenmotsetning mellom verne- og helsepersonalet og de andre to partene, når det gjelder framtidige tjenester. Vhp ser for seg en sterkere vektlegging av en proaktiv og helsefremmende profil og med ønske om en pedagogisk orientert arbeidsform. Bedriftsledere og verneombud har et noe mer tradisjonelt syn, i hvert fall når det gjelder synet på helsekontroller.

Tabell 14.1 Partenes syn på framtidige tjenester. Prosentandeler som svarer 'Ja, bør bli tjenester'. Rangering i parentes.

Oppgave	Ledelsen	Verne-ombud	Verne- og helse personalet
Helsekontroller	84,1 (1)	93,0 (1)	82,6 (6)
Opplysning om livsstil/helse (mosjon, rus, røyking osv)	75,8 (2)	75,6 (4)	88,3 (3)
Informasjon om arbeidsmiljøets betydning for produktivitet	71,0 (3)	84,0 (2)	86,5 (4)
Rådgivning om mellommenneskelige forhold i bedriften ellers	69,4 (4)	81,2 (3)	96,4 (1)
Pedagogisk tilrettelegging for forebyggende arbeid i bedriften	63,9 (5)	70,0 (5)	91,8 (2)
Rådgivning om lederstil og virkning på arbeidsmiljøet	49,6 (6)	68,5 (6)	83,3 (5)
Kurativ virksomhet	41,3 (7)	54,5 (8)	11,0 (10)
Reisemedisin/vaksine	39,7 (8)	43,7 (10)	44,1 (9)
Ytre miljø	36,1 (9)	57,7 (7)	47,0 (8)
Leder- og organisasjonsutvikling	24,2 (10)	48,4 (9)	60,9 (7)
I alt prosent	555,2 (N=252)	676,5 (N=213)	691,8 (N=203)

14.2 Bedriftenes største utfordringer innen arbeidsmiljø

Verneombud fikk i sitt spørreskjema anledning til å uttale seg i et åpent spørsmål om hva som utgjør bedriftens største utfordringer innen arbeidsmiljø.²⁵ Disse svarene og kategoriseringen av dem bør ses i forhold til den foregående diskusjonen om hvilke tjenester bedriftshelsetjenesten bør befatte seg med for framtiden.

Meningsytringene er mange og forskjellige, men det er også tydelig å se at enkelte forhold går igjen. Så til tross for bedriftenes ulikheter, sliter tydeligvis mange med “like” problemer. I analysen av spørsmålene har vi laget noen kategorier av svarene - på bakgrunn av hyppighet og relevans. Noen ganger i tabellform, andre ganger som oppsummerende kommentarer omkring hovedtendenser. Kategoriseringen må ikke oppfattes som gjensidig utelukkende. Kategoriene griper i alle høyeste grad inn i hverandre, og er kun ment å sammenfatte de ulike partenes uttalelser! De representerer vår kategorisering - en kategorisering som vi alltid kunne gjort noe annerledes - men som allikevel ikke representerer noen tilfeldighet.

Utfordringene glir ofte inn og over i hverandre. Omorganiseringer kan eksempelvis føre til psykososiale problemer, mens andre kommentarer kan ha blitt registrert to ganger.²⁶

25 Spørsmål 7: Hva er etter din mening den største utfordringen bedriften står overfor, når det gjelder arbeidsmiljø.

26 Svar som “Den psykososiale biten ved omorganiseringer” ble derfor registrert både under 1. Psykososiale forhold og 4. Organisering, omorganisering og omstillingsutfordringer.

Tabell 14.2 Bedriftenes største utfordringer innen arbeidsmiljøet.²⁷

Tema	Hvor ofte nevnt
1. Psyko-sosiale forhold (mellommenneskelige relasjoner)	53
2. Oppfølging av lover og regelverk (sikkerhetssystemer)	41
3. Fysisk arbeidsmiljø	37
4. Organisering, omorganisering og omstillingsutfordringer	27
5. Kommunikasjon og samarbeid	19
6. Sykefravær, belastningslidelser, forebyggende arbeid	19
7. Penger og prioritet	14
8. Opplæring og kompetanse	11
9. Informasjon	8
10. Arbeidstidsordninger	7
11. Personalpolitikk	5
12. Annet ²⁸	10

Vi ser av tabellen at 'psykososiale' forhold skiller seg ut som den hyppigst nevnte utfordringen. Kategorien er særdeles vid, og omfatter alle utfordringer innen området mellommenneskelige relasjoner som; trivsel, trygghet og tillit, ivaretagelse av enkelt-mennesket, motivasjonsproblemer etc. Mange benevner for øvrig selv utfordringen med begrepet psykososialt arbeidsmiljø/tiltak. Verneombudene ser ut til å være opptatt av å snu negative trender; de fremhever viktigheten av god motivasjon (arbeidsglede) og ivaretagelse av de mellommenneskelige forhold - spesielt med tanke på mange arbeidstakeres opplevelse av sterkt arbeidspress og omorganiseringsreformer.

Den nest viktigste utfordringen har vi benevnt som viktigheten av å følge opp 'lover, regelverk og sikkerhetssystemer'. Her sorterer utfordringer knyttet til oppfølging av diverse regelverk - som utvikling av IK-system, HMS-arbeid, kartlegging av helsefarlig arbeid, bedriftsledelsens og de ansattes eventuelt mangelfulle oppfølging av regelverket (f eks ledelsens ansvar for å sikre mot skader eller ansattes manglende bruk av verneutstyr). Denne kategorien får stå som

²⁷ De fleste av verneombudene hadde kommentarer til dette spørsmålet. N = 189. Missing = 25. Dvs en svarprosent på 86.

²⁸ Under 'annet' har vi plassert irrelevante svar. Dette betyr at svar som at "arbeidsmiljøet er bra", "har ingen utfordringer" etc er blitt talt her. Dette i og med ordlyden på spørsmålet: "Hva er etter din mening den største utfordringen...?" I 6 av 10 tilfeller er godt arbeidsmiljø nevnt. Andre ganger har respondenten tydeligvis misforstått spørsmålet eller svaret ble for generelt ("Miljøet", "Meget dårlig arbeidsmiljø").

en nyanserende kommentar til den statistiske rapporteringen fra verne- og helsepersonalets og bedriftsledelsens side omkring dokumentasjon på ulike forhold. Vi nevner her: dokumentasjon av planer for verne- og helsepersonalets arbeid, handlings- og tiltaksplaner for forbedringer av arbeidsmiljøet, oversikt over helsefarlige forhold, samt om bedriften har et system for internkontroll etter forskriften.

Tabell 14.3 Bedriftens dokumentasjon og IK-system (andel som har svart Ja på spørsmålet).

Bedriftens dokumentasjon?	Svar fra ledelsen	Svar fra vhp
Planer for verne- og helsepersonalets arbeid	65,7 %	57,6 %
Handlings- og tiltaksplaner for forbedringer av arbeidsmiljøet	61,9 %	61,2 %
Oversikt over helsefarlige forhold	63,1 %	50 %
IK-system etter forskriften ²⁹	82,3 %	

Hele 82,3 prosent av bedriftslederne mener de har et IK-system etter forskriften, noe som ikke står helt i stil med de kommentarer verneombudene har til dette spørsmålet. Verneombudets kommentarer på utfordringer relaterer seg ofte til manglende oppfølging av internkontrollsystemet, eller dårlig implementering av dette. Jevnt over ser vi også at ledelsen rapporterer egen innsats som høyere enn det verne- og helsepersonalet gjør. I seg selv tyder den noe lave andelen som har svart ja på at dokumentasjonen ikke er god nok, og forskjellene mellom ledelse og vhp i rapporteringsandelen tyder også på en manglende oversikt over hverandres oppgaver.

Under kategorien 'fysisk arbeidsmiljø' har vi plassert kommentarer knyttet til behov for nytt utstyr, belysning, ventilasjonsanlegg etc, og eventuelle plager de ansatte utsetter seg for i det daglige (støy, støv, gasser etc). Her har vi ikke skilt mellom inne- og utemiljø, da verneombudene sjelden er eksplisitt på hvor problemene befinner seg (at plagene er relatert spesifikt til utemiljø er nevnt kun to ganger).

'Fysisk arbeidsmiljø' bør for øvrig ses i sammenheng med punkt 8 i tabellen (Opplæring og kompetanse) som omhandler bedre kursing og kompetanseutvikling om arbeidsmiljøforhold generelt ("Øke kunnskapen omkring HMS"), men blir også relatert spesielt til riktig bruk av verneutstyr. Uriktig bruk blir både relatert til manglende opplæring, men også 'sløvskep' fra de ansattes side: "Vi må jobbe for at hver og en ansatt tar ansvar for å bruke personlig verneutstyr".

²⁹ Dette spørsmålet gikk kun til bedriftsledelsen.

‘Organisering, omorganisering og omstillingsutfordringer’ er også hyppig nevnt, og blir gjerne relatert til gjennomgripende endringer i bedriftsstruktur; sammenslåinger/ fusjoner, nedleggelse, privatisering etc.³⁰ Her er også inkludert kommentarer ad organisering av arbeidet og omstillingsprosesser knyttet til innføring av ny teknologi, produksjonens organisering og endring av produksjonsmåte som følge av press på markedet og omplassering av ansatte/interne rokkinger. Radikale endringer i arbeidets og arbeidsplassens organisering, ser derfor ofte ut til å skape utfordringer for mange ansatte. Som en kuriositet kan det her nevnes at over 60 prosent av verne- og helsepersonalet mot 24 prosent av bedriftslederne, mener at ‘leder og organisasjons-utvikling’ bør utgjøre en av verne- og helsepersonalets framtidige oppgaver. Viljen til å rådgi og kompetansen ser ut til å være klar og tilgjengelig fra verne- og helsepersonalets side. Imidlertid ser det ikke ut for at ledelsen ser på dette som en helt relevant arbeidsoppgave for bedriftshelsetjenesten.

‘Kommunikasjon og samarbeid’ inkluderer manglende informasjon til de ansatte fra ulike hold og/eller dårlige samarbeidsforhold. Utfordringene er relatert til forskjellige typer relasjoner: de ansatte seg i mellom, ansatte og ledelse, verne- og helsepersonale og bedriftsledelsen, samt ansatte og verne- og helsepersonale. Dette omfatter også samarbeidsproblemer relatert til forskjeller i bedriftskultur og holdningsforskjeller innen bedriften; sammenfattet i det ett verneombud kaller “*Felles forståelse av virksomhetens mål*”, men også eksempler på total tillitskrise mellom ledelse og ansatte og så dårlige samarbeidsforhold at det skaper mye frustrasjon i hverdagen for mange arbeidstakere.

‘Sykefravær, belastningslidelser og forebyggende arbeid’ innbefatter mål om å få ned sykefravær (eller høyt registrert sykefravær), belastningslidelser (relatert til arbeidet) og intensjoner/ønsker om at det burde vært jobbet mer forebyggende i forhold til helse. Her kommer også atferdsutvalg, systemer for oppfølging av langtidsfravær og Akan inn. Det kunne her vært naturlig å skille mellom utviklet sykdom/belastninger og nødvendigheten av å arbeide mer forebyggende og systematisk med dette. Utfordringene er imidlertid ofte nevnt i samme åndedrag: “*Forebyggende tiltak for å redusere arbeidsrelaterte sykdommer, belastningslidelser o l*”, men også separat og mer diffust som viktigheten av å “*Hindre utbrenthet*”, eller til slutt som i den mer konkrete varianten “*Å få ned sykefraværet blant timelønnte*”.

‘Penger og prioritet’ dreier seg om de ansattes og ledelsens prioritering av arbeidsmiljøfaktorer. Tid og økonomiske ressurser blir nevnt, samt det å tenke og prioritere arbeidsmiljøet i hverdagen: “*Økonomiske midler og prioritering av arbeidsressurser til HMS-arbeid*”. Manglende prioritering er oftest myntet på ledelsen, men enkelte tar også “selvkritikk” på at vernearbeid blir lite prioritert. I bunn ligger imidlertid oftest spørsmålet om tid og ressurser: “*Opprette en mer aktiv vernetjeneste, få mer tid til oppgavene*” eller “*Sette av midler og ta dette mer på alvor*”.

30 I intervju med et verneombud og representant for en bedriftshelsetjeneste - for øvrig relatert til et annet prosjekt enn dette - ble bedriftshelsetjenestens rolle ved en nedbemanningsperiode fremhevet som særdeles positiv. Bedriftshelsetjenesten hadde vært aktivt inne og i kontinuerlig dialog med bedriftens vernetjeneste. Dette hadde lettet en (uansett) uhyre vanskelig prosess for bedriften.

Momentet 'informasjon' er nevnt som et utfordrende arbeidsmiljøspørsmål. Dette forholdet må ses i forhold til 'kommunikasjon og samarbeid'. Det er ikke alltid angitt hvem det er som skal informere mer, eller hvorfor og hvilke problemer dette skaper. Det betegner imidlertid en hverdag med manglende oversikt for de ansatte og verneombudet.

Det er også enkelte som nevner 'arbeidstidsordninger' (7) som det området hvor utfordringene er størst. Her har vi kun plassert forhold som angår regulering av arbeidstiden - som skiftordninger og overtidbruk.

'Personalpolitikk' er nevnt hos enkelte uten at de alltid gir noen nærmere spesifisering om hvilke personalforhold det er som utgjør utfordringen(e). I andre tilfeller blir mer konkrete områder som lønnspolitikk og ledelse trukket frem.

15 Diskusjon

15.1 Begrensninger og avgrensninger

Gitt ambisjonene for evalueringen, har det vært anvendt rimelig brede begreper og mangeartede metoder for å dekke de ønskede problemstillinger. Slike metoder og begreper er vanlig i samfunnsvitenskapelige evalueringer av denne typen. Målet er å evaluere verne- og helsepersonale som arbeidsmiljøtiltak i virksomheter.

Evalueringen gjelder bare bedrifter som faller inn under bransjeforskriften om de virksomheter som skal ha knyttet til seg verne- og helsepersonale (best. nr. 501, Arbeidstilsynet). Undersøkelsen er laget på grunnlag av et statistisk tilfeldig utvalg av slike bedrifter.

Sett under ett omfatter tiltaket ca. 40.000 virksomheter, hvilket omfatter ca 25prosent av virksomhetene og 63 prosent av arbeidstakerne i virksomheter underkastet bransjeforskriften. I denne populasjonen har den faglige vurderingen vært gjort blant et utvalg på 281 virksomheter og motsvarende ordninger for verne- og helsepersonale (se metodeavsnitt for svarprosent mm).

I evalueringen har det ikke vært gjort noen fullstendig sluttbrukerundersøkelse, dvs en undersøkelse hvor man tok med et representativt utvalg av arbeidstakere i tillegg til virksomhetenes ledelses- og vernerepresentanter som er inkludert. Verneombudene som part inkludert i undersøkelsen representerer arbeidstakerne, slik at sluttbruker likevel kommer til orde i evalueringen.

Som vist innledningsvis, er utvalget bedrifter under forskriften som har knyttet til seg verne- og helsepersonale svært skjev. Det største bedriftene har en langt større dekningsgrad enn de mindre. Samtidig har vi sett at større bedrifter har lenger erfaring med vhp enn mindre og at en relativ stor andel av de større bedriftene har knyttet til seg verne- og helsepersonale før bransjeforskriften trådte i kraft. Dette kan ha ført til at bedrifter som er aktive i sitt arbeid med HMS og er positive til bruk av verne- og helsepersonale er noe overrepresentert i vårt utvalg i forhold til målpopulasjonen for bransjeforskriften. Utvalget er likevel representativt i forhold til den gruppen bedrifter som har verne- og helsepersonale knyttet til virksomheten.

15.2 Sentrale funn

15.2.1 Tilknytningsformer

Den største gruppen tilknytningsformer er selvstendige fellesordninger under eget styre med 58 prosent av de som svarte. I Oslo-undersøkelsen (Wannag 1998) utgjorde denne gruppen bare 5 prosent³¹. Den nest største kategorien i 1998 er selvstendige firma med 19 prosent mot 3 prosent i Oslo-undersøkelsen. Andre større grupper er private egenordninger. Her skiller mellom ordninger som bare yter tjenester til den bedrift/konsern verne- og helsepersonalet er ansatt i og ordninger som også yter tjenester til andre bedrifter/konsern. De to gruppene utgjør til sammen 11 prosent av materialet mot 19 prosent i Oslo-undersøkelsen.

Legebasert ordning, dvs ordning der legen er egen arbeidsgiver eller tilknyttet annet legekontor utgjør 4 prosent i vårt materiale mot 13 prosent i Oslo-undersøkelsen.

Kommunale- fylkeskommunale og statlige ordninger utgjør 4 prosent i vårt materiale mot 17 prosent i Oslo-undersøkelsen.

15.2.2 Årsverk

I utvalget har vi registrert i alt 915 årsverk. De største yrkesgruppene er sykepleiere (27 prosent), leger (21 prosent), fysioterapeuter/ergoterapeuter (16 prosent) og ingeniører (15 prosent). Det er 10 prosent leger uten noen form for spesialitet og 2 prosent med annen (ikke oppgitt) spesialitet. Legesekretærene utgjør nær 7 prosent av de ansatte mens 8 prosent er kontorsekretærer.

De ulike undergrupper viser at leger med spesialitet i arbeidsmedisin utgjør ca 7 prosent mens 2 prosent er bedriftslege godkjent av DnLF. I alt har altså 9 prosent en godkjent spesialkompetanse i arbeidsmedisin

På grunnlag av de beregnede tall for 774 vhp-ordninger viser vårt materiale 2433 årsverk i alt mot STAMIs 2545. Antall årsverk for leger er noe høyere etter våre beregninger enn det STAMI har funnet; tallene er 524 mot 503. Etter STAMIs beregninger er det noe flere yrkeshygienikere, psykologer og sykepleierer enn våre tall viser.

15.2.3 Faglig bakgrunn til ansatt verne- og helsepersonale

Egenordninger (verne- og helsepersonale ansatt i privat og offentlig virksomhet) har flest verneingeniører mm og leger med spesialitet – i gjennomsnitt – mens legebaserte ordninger (legen er egen arbeidsgiver og ‘Annet tilknytning’) har lavest antall årsverk.

Selvstendige fellesordninger og –firma (f eks as) har like mange årsverk for ingeniører i gjennomsnitt, men selvstendige firma har noe større andel leger både med og uten spesialitet.

³¹ Definisjonen på ‘selvstendig fellesordning’ var den samme i vår undersøkelse i 1998 som i Oslo-undersøkelsen 1990.

Gjennomsnittlig antall årsverk for sykeleiere er høyest i egenordningene, mens dekningen er lavest i de legebaserte ordningene, se Tabell 5.6. De legebaserte ordningene har også dårligst dekning av fysio- og ergoterapeuter. Egenordningene har også best dekning av disse yrkesgruppene.

Ser vi grad av spesialisert kompetanse under ett, er egenordningene de best utrustede, men avstanden til selvstendig firma og fellesordninger er ikke så stor.

Opplysninger om antall arbeidstakere (i utvalgsundersøkelsen) viser at legebaserte ordninger i gjennomsnitt dekker 1.150 arbeidstakere, egenordninger vel 3.000, fellesordninger 2.200 og selvstendige firma 2.700³² arbeidstakere. Egenordningene dekker altså flest arbeidstakere per ordning. Dette henger naturligvis sammen med at det jevnt over er de største bedriftene som har egenordning. Fellesordninger betjener noe færre arbeidstakere i gjennomsnitt per ordning, men de har flere bedriftskunder å forholde seg til. Situasjonen for selvstendige firma likner mye fellesordningene.

Blåser vi opp tallene fra utvalgsundersøkelsen, gitt i alt 774 vhp-ordninger i landet, dekker verne- og helsepersonalet totalt ca 1.800.000 arbeidstakere. Fellesordningene dekker flest arbeidstakere med ca 1 mill, selvstendige firma dekker nær ca 377.000, egenordningene ca 335.000 og de legebaserte ordningene (inkl andre tilknytnings former) dekker etter denne beregningen ca 90.000 arbeidstakere.

15.2.4 Ledelsens prioritering av oppgaver

Utforming av internkontrollsystemet gis høyeste prioritet av flest bedrifter (78 prosent), se Tabell 6.1. Oppgaver som gjennomføring av tiltak i arbeidsmiljøet og helsekontroller har også ganske høy prosentandel med 'høy prioritering' i bedriftene (55 og 50 prosent).

Det er verdt å merke seg at en sentral forebyggende oppgave som bistand med planlegging og gjennomføring ved etablering, vedlikehold og endring av arbeidsplasser (§ 6 a i forskrift om verne- og helsepersonale) har en relativt lav andel med høy prioritering (39 prosent).

En lav andel av lederne gir høy prioritet til oppgaver som informasjon om sosiale og psykiske faktorer i arbeidsmiljøet, evaluering av tiltak og bedriftsintern attføring. Lavest prioritet har kurativ virksomhet.

15.2.5 Sammenligning av partenes syn på prioriteringer

Verne- og helsepersonalet syn på ledelsens prioriteringer er **sammenfallende** når det gjelder følgende oppgaver: a) vurdering av fysisk, kjemiske og biologiske forhold, e) overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse i) informasjon om arbeidshelse, ergonomi, helse- og sikkerhetsrisiko.

³² Bare 60 prosent av vhp ordningene har besvart spørsmålet om antall arbeidstakere som omfattes av vhp sine tjenester.

I forhold til de andre oppgavene oppfatter verne- og helsepersonalet at bedriften prioriterer oppgavene **lavere** enn det ledelsen selv gjør, se tabell Tabell 6.6. Det er altså svært stor avstand i oppfatninger om ledelsens prioriteringer. Det kan være mange grunner til dette, men hovedsaken i denne sammenheng er at avstanden i forståelse av prioritering er stor i svært mange og viktige HMS-oppgaver.

Verneombud oppfatter styrken i ledelsens prioritering svært forskjellig fra ledelsen selv for samtlige HMS-oppgaver, Tabell 6.7. Verneombudet oppfatter at ledelsen prioriterer de ulike oppgavene lavere enn det ledelsen selv oppfatter. I de fleste tilfeller oppfatter verneombudet at ledelsen prioriterer forholdene **svakere** enn det verne- og helsepersonalet oppfatter. Ledelsen og verne- og helsepersonale står nærmere hverandre i forståelsen av prioriteringene enn verneombud og ledelsen.

15.2.6 Er ledelsens prioriteringer tilstrekkelige i forhold til behovet

Verne- og helsepersonalet svarer at prioriteringene er tilstrekkelige i 59 prosent av bedriftene, mens 41 prosent følgelig mener prioriteringene er utilstrekkelige, se

Tabell 6.9. Andelen som svarer helt eller nesten tilstrekkelig er ganske høy sett i forhold til vår forventning, men burde ideelt sett vært enda høyere. Selv om det er stor avstand i oppfatningen av hva ledelsen gir høy prioritering, ivaretar prioriteringen bedriftens behov i en viss utstrekning, sett fra verne- og helsepersonalet sin side. Fremdeles er det 41 prosent som mener at prioriteringene **ikke** er tilstrekkelige. Her det et betydelig potensiale for forbedring.

Det er ganske store forskjeller i oppfatningen av prioriteringene blant de ulike verne- og helsepersonell ordningene,

Tabell 6.9 . Egenordningene (inkludert de kommunale- og statlige ordningene) svarer i størst grad at ledelsens prioriteringer er tilstrekkelige. I underkant av 77 prosent i denne gruppen svarer tilstrekkelig mot 66 prosent i selvstendige firma og 52 prosent i fellesordningene – som har den laveste andelen.

Verneombudet har et annet syn på ledelsens prioriteringer. Vel halvparten mener at prioriteringene er tilstrekkelige, altså lavere andel enn verne- og helsepersonalet sin vurdering. Ser vi på vurderingene etter type verne- og helsepersonell ordning, er resultatet overraskende. Verneombudet er **mest** tilfreds med ledelsens innsats der bedriften er tilknyttet en fellesordning, og **minst** tilfreds der bedriften er tilknyttet egenordning, altså helt motsatt av verne- og helsepersonalets vurderinger, se Tabell 6.11. Den observerte sammenhengen opprettholdes selv om vi kontrollerer for bedriftsstørrelse. Verneombudet er mest tilfreds med fellesordningene, uansett størrelse på bedriften.

I sitt syn på bedriftens prioriteringer, mener verneombudet at årsaken til utilstrekkelige prioriteringer for en stor del ligger i **manglende kunnskap og vilje** hos ledelsen (henholdsvis 49 og 51 prosent av svarene). Årsaker som skyldes manglende økonomiske resurser nevnes i 32 prosent av tilfellene, se Tabell 6.12. Det er altså ikke pengene det står på, etter verneombud sitt syn, men vilje og kunnskap.

Verne- og helsepersonalet mener, som verneombudet, at manglende kunnskap og vilje er viktige årsaker til utilstrekkelig prioritering hos ledelsen. Svarene viser at manglende kunnskap er den årsak som nevnes hyppigst (43 prosent). Bedriftens økonomi antas også å være en viktige enkeltårsak (39 prosent). Motstand fra de ansatte er mindre vesentlig, og utgjør ca 16 prosent av svarene, Tabell 6.13.

15.2.7 Bistand fra verne- og helsepersonale

Helsekontroller er den vanligste formen for bistand. I 85 prosent av tilfellene bistår verne- og helsepersonalet slike kontroller etter ledelsens oppfatning. Andre oppgaver hvor verne- og helsepersonalets bistand er vanlig er vurdering av fysiske forhold mm (76 prosent), gi informasjon og opplæring om arbeidshelse mm (70 prosent), bedriftsintern attføring (66 prosent) og informasjon om psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (64 prosent). Andel bedrifter som får bistand til kurativ virksomhet er 63 prosent og bistand med forslag til forebyggende tiltak 60 prosent.

Verne- og helsepersonalet bistår i mindre grad med oppgaver som vurdering av organisatoriske forhold (46 prosent), bistand med planlegging og etablering av arbeidsplasser mm (42 prosent), evaluere effekten av og gjennomføre tiltak i arbeidsmiljøet (ca 40 prosent). Lavest medvirkning har verne- og helsepersonalet ved utforming av system for internkontroll (28 prosent).

Det er stor avstand i subjektiv forståelse av hvilken bistand vhp yter. Verne- og helsepersonale oppfatter at de yter langt mer bistand enn det ledelsen har gitt uttrykk for. I gjennomsnitt har vhp krysset av for nær 10 av de 12 oppgavene – mens gjennomsnittet for ledelse er 6,8. Sammenligner vi oppgave for oppgave ligger vhp sine svar ganske mye høyere for alle oppgavene, unntatt bistand til kurativ virksomhet.

Et forhold er viktig å trekke fram, sett på bakgrunn av AML sin forebyggende, proaktive funksjon. I forskriften om verne- og helsepersonale §6 a heter bl a at arbeidsgiver skal sørge for at verne- og helsepersonale

- a. 'bistår med planlegging og gjennomføring ved etablering, vedlikehold og endring av arbeidsplasser, lokaler, utstyr og produksjonsmetoder og utarbeidelse av retningslinjer for bruk av kjemikalier, maskiner og utstyr'.

Dette punktet i forskriften handler om en helt sentral del av det forebyggende arbeidet; det dreier seg her om primærforebyggende virksomhet, og burde være et kjernepunkt i den faglige bistand vhp kan yte. Godt arbeidsmiljø må bygges inn fra starten av i planleggingsfasen av produksjon, lokaler etc. Det er derfor et dårlig tegn at vhp kun bistår bedriftene med denne oppgaven i rundt 40 prosent av tilfellene, etter ledelsens oppfatning. Verne- og helsepersonale selv mener bistanden er tilstede i langt større grad (77 prosent av tilfellene) mens verneombud oppfatter at bistanden bare er tilstede i 27 prosent av tilfellene. Resultatene fra undersøkelsen tyder på at det er for liten oppmerksomhet om dette punktet i forskriften.

Det er en gjennomgående tendens til at mindre bedrifter i større grad mottar bistand bare fra andre enn verne- og helsepersonale i forbindelse med HMS-oppgaver. Dette kan tyde på at de mindre bedriftene får mindre profesjonell bistand enn de større. Siden alle bedriftene i utvalget har knyttet vhp til seg, er det noe paradoksalt at de mindre bedriftene hyppigere velger bistand fra andre enn vhp enn de større bedriftene.

15.2.8 Er innsatsen fra verne- og helsepersonale tilstrekkelig

Bedriftene er ikke helt fornøyd med innsatsen, men flertallet er positive (Tabell 7.2). Godt under halvparten (45 prosent) sier at innsatsen fra verne- og helsepersonalet er tilstrekkelig i forhold til ledelsens prioriteringer. En god del, vel 30 prosent, mener innsatsen er nesten tilstrekkelig mens nær 20 prosent mener innsatsen er noe eller svært utilstrekkelig.

Tendensen er at de større bedriftene i sterkere grad enn de mindre synes vhp sin innsats er tilstrekkelig. Resultatene gir likevel ikke grunn til å overdrive forskjellene mellom mindre og større bedrifter. Nærmere to tredjedel av de mindre bedriftene er tilfredse med innsatsen fra vhp, sett i forhold til ledelsens prioriteringer.

15.2.9 Hvilken effekt har verne- og helsepersonale som arbeidsmiljøtiltak

Kostnader til verne- og helsepersonale

I gjennomsnitt betales 1.188 kroner per ansatt - mens det typiske beløpet, det som flest bedrifter betaler, er 1000 kroner. Bedriftene foretar også investeringer i HMS-tiltak (utenom vhp) og andre tiltak med betydning for arbeidsmiljøet. Når det gjelder investeringer i arbeidsmiljøet (HMS), er det typiske beløpet 1000 kroner per ansatt, men gjennomsnittet ligger atskillig høyere.

Vel halvparten av bedriftene mener de har god nytte av verne- og helsepersonalet i forhold til kostnadene. En andel på 28 prosent mener at bedriften har mindre eller liten nytte mens en ganske høy andel, 19 prosent, er usikre på nytten.

Selv om de to opplysningene (tilfredshet med vhp sin innsats og nytte av kostnader til vhp) måler mye av den samme underliggende dimensjon, er vurderingen av forholdet kostnad—nytte noe vanskeligere å ta stilling til, etter det vi kan se. Andel som er usikre på spørsmålet om kostnad—nytte er ganske høy. Vi skulle forvente at ledelsen var opptatt av om bedriften fikk noe igjen for kostnader i forbindelse med arbeidsmiljøet og at andelen 'usikre' derfor var lav. Men uansett om nytten er høy eller lav, er bedriften pålagt å ha vhp, og kan altså ikke velge vhp vekk uten å bryte forskrifter. Bedriftene er derfor kanskje ikke så opptatt av å kunne dokumentere nytten i økonomiske termer.

15.2.10 Virkninger av den samlede HMS innsatsen

Virkninger av den samlede HMS-innsatsen blir vurdert på følgende områder: sykefravær, ulykker (drift), nestenuhell, skader (på person), arbeidsrelaterte sykdommer, bedriftens økonomi, produktivitet, renommé, konkurransevne, forholdet til tilsynsmyndigheter, yrkesskadeforsikring, driftsregularitet, produkt- og tjenestekvalitet og inneklima.

De områdene hvor de positive virkningene (både svært gode og noen gode virkninger) er mest synlige er:

- forhold til tilsynsmyndigheter,
- inneklima,
- ulykker (drift) og
- skader (på person).

Områder med størst andel som svarer ingen merkbare virkninger er:

- økonomi,
- driftsregularitet og
- konkurransevne.

Slik det kommer til uttrykk i denne undersøkelsen, mener rundt halvparten av bedriftslederne at virkning av HMS-innsatsen ikke er merkbar på disse områdene. Andelen som svarer 'Ingen merkbare virkninger' er også svært høy på områdene sykefravær og arbeidsrelaterte sykdommer.

Et aktuelt spørsmål er om det finnes forskjeller mellom bedrifter. På indikatorer som ulykker, skader og nestenuhell er sammenheng med bedriftsstørrelse ganske sterk. Større bedrifter rapporterer høyere andel med gode virkninger enn mindre bedrifter (korrelasjoner mellom 0,27 og 0,36 - $p < 0,01$). På områder som sykefravær, arbeidsrelaterte sykdommer og renommé er tendensen den samme, men sammenhengen er noe svakere. På de andre innsatsområdene er det ikke signifikante forskjeller mellom små og store bedrifter.

Ledere i større bedrifter kan altså vise til bedre resultater av HMS-innsatsen enn ledere i mindre bedrifter.

Bedriften vurderer virkningene av den samlede HMS innsatsen som mindre positiv enn det verne- og helsepersonalet gjør. Forskjellene mellom partene er statistisk signifikant for samtlige områder.

Forskjellene i oppfatning mellom ledelse og verneombud er atskillig mindre og er ikke statistisk signifikante. Ledelsen og verneombud har altså mer sammenfallende syn på virkningene av HMS innsatsen enn ledelse og vhp.

Samlet sett gir vurderingen av verne- og helsepersonalet sin rolle for bedriftens samlede innsats for arbeidsmiljøet et positivt inntrykk når vi ser svarene i forhold til de enkelte innsatsområder. Det er jevnt over knyttet en god del usikkerhet til betydningen vhp sin rolle i denne sammenheng.

Det er interessant at vhp sin rolle blir positivt vurdert, ikke bare på de tradisjonelle områder som skader, ulykker sykefravær o l, men også på områder som har å gjøre med produktivitet og bedriftens renommé.

15.2.11 Holdninger og samspill

I spørreskjemaet er partene bedt om å ta stilling til en rekke påstander om selvoppfatning og holdninger til hverandre.

Ganske store andeler bedriftsledere mener bedriften har høy bestillingskompetanse av tjenester fra vhp og at de har lang tradisjon for HMS-arbeid (68 og 76 prosent er helt eller litt enig). Samtidig synes noe over halvparten at det er vanskelig å vurdere behovet for vhp tjenester. Dess flere år tilknytning til vhp, dess større enighet er det om at bedriften har høy bestillingskompetanse.

Nær 60 prosent av bedriftslederne sier seg helt eller litt enig i at ledelsen lar vhp avgjøre bedriftens behov. Denne andelen er ideelt sett noe høyere enn den burde være, og avspeiler kanskje en litt for stor avhengighet av vhp sine vurderinger (Tabell 10.2). Verneombudene har omtrent like stor andel enige som ledelsen, mens det blant vhp er nær 70 prosent som sier seg enige. Dette bekrefter at bedriftene ser ut til å vise en del passivitet på dette punktet. Rundt 90 prosent av lederne mener imidlertid at de stimulerer vhp til å yte sitt beste, og enda større andel mener at bedriften gjennomfører de tiltak vhp foreslår. Vhp og verneombud deler ikke helt ledelsens oppfatning her, og synes ledelsen er mindre stimulerende og i mindre grad gjennomfører tiltak enn det ledelsen selv synes. Verneombudet ser ut til å være minst enig i påstandene. Resultatene tyder på at det er betydelig avstand i oppfatningen mellom partene om realitetene i HMS arbeidet i denne sammenheng.

En stor andel av bedriftslederne ser positivt på vhp sitt nærvær i bedriften. Nær 90 prosent av lederne er enig i at vhp hjelper bedriften til å bli klar over risikofaktorer og inspirerer bedriften til å drive HMS arbeid. En langt mindre andel ledere er enig i at vhp klarer å markedsføre sin kompetanse overfor bedriften, men andelen enige er likevel 60 prosent. Nærmere $\frac{3}{4}$ mener at vhp er flinke til å spre kunnskap om arbeidsmiljøet i bedriften og er en viktig pådriver til forbedring av arbeidsmiljøet.

Verneombud er i mindre grad enig i utsagnene enn verne- og helsepersonalet. Forskjellene er spesielt stor når det gjelder påstanden om at verne- og helsepersonalet er flinke til å spre kunnskap om arbeidsmiljøet i bedriften og verne- og helsepersonalet sin evne til å markedsføre sin kompetanse. Verneombudet sitt syn på verne- og helsepersonalet er antakelig i mindre grad styrt av forventning om at verne- og helsepersonalet skal ta mest mulig av ansvaret for HMS arbeidet. Fra verneombud sitt ståsted vil sannsynligvis forventningene til ledelsens ansvar være minst like stort.

Både ledelsens og verneombudets vurdering av verne- og helsepersonalets synlighet og aktive arbeid i bedriften avviker fra verne- og helsepersonalet sin egen oppfatning av det samme forholdet.

Nær 70 prosent av lederne er helt eller litt enig i at vhp gir et tilbud arbeidstakerne er fornøyd med og bare 20 prosent av lederne ser liten nytte av vhp sine tjenester. En fjerdedel er helt eller litt enig i at vhp ikke yter de tjenester bedriften har behov for.

Igjen er verneombudet mer kritisk til vhp enn ledelsen. Verneombudet uttrykker mindre grad av enighet om nytten av vhp enn ledelsen.

Dette kan tyde på at kontakten med verneombudet ikke er god nok og at verne- og helsepersonalet ikke ivaretar verneombudet sine behov på en tilstrekkelig måte. Det kan også ligge en utfordring for verneombudet her, i å fremme sine interesser på en mer aktiv måte overfor ledelse og verne- og helsepersonalet.

Verneombud og ledelse har fått spørsmålet: Hvilken oppfatning tror verneombudet/ ledelsen de ansatte i bedriften har av tjenestene verne- og helsepersonalet leverer?

Etter **verneombudets** vurdering er ca en tredjedel av de ansatte godt fornøyd med verne- og helsepersonalet og synes tjenestene er gode nok. Godt over halvparten, 56 prosent, er litt misfornøyd. At såpass stor andel er 'litt misfornøyd' er kanskje ikke så uventet. Det er lett å gi sin tilslutning til denne formuleringen, spesielt hvis man er litt usikker, og skal uttale seg på vegne av andre. Verneombudet mener at bare snaut en tiendedel av de ansatte er svært misfornøyd med tjenestene fra vhp.

Årsakene til at de ansatte er misfornøyd med vhp skyldes flere forhold, etter verneombudets vurdering. Det som ofte nevnes er at vhp er for lite synlige i bedriften, at vhp ikke tar opp viktige områder i bedriften (vil variere fra bedrift til bedrift) og at ansatte får for lite tilbud om helsesjekk/helsekontroller. Verneombudets oppfatning er også at de ansatte ønsker bl a mer legetjeneste og fysioterapi.

Enkelte rapporterer også manglende eller dårlig kommunikasjon og samarbeid mellom de ansatte og verne- og helsepersonalet.

Også bedriftsledelsen ble bedt om å oppgi forslag til hvordan tjenestene fra vhp kunne forbedres, slik ledelsen oppfatter de ansatte.

Også ledelsen gir uttrykk for at de ansatte ønsker mer kontroll av egen helse. Enkelte bedriftsledere hevder eksplisitt at det burde vært større rom for de ansatte til å bruke bedriftslegen også i privat øyemed, mens andre igjen bevisst går på tvers av de ansattes ønsker og arbeider i tråd med forskriften.

15.2.12 Resultater fra kasusundersøkelsen

For enkelte av bedriftene ble det fremhevet at bestillingskompetansen fra bedriftslederne ikke var god nok,- både fra lederne selv og fra verne- og helsepersonalets side. Lederne ønsket gjerne, og fant det sannsynligvis meget komfortabelt, at verne- og helsepersonalet tok ansvar og initiativ, noe som for øvrig harmonerer med de statistiske tendensene fra spørreskjemaundersøkelsen. Enkelte av bedriftshelsetjenestene ytret et ønske om at bedriftene i større grad måtte bli eiere av egen arbeidsmiljøproblematikk, noe som for øvrig også er i bedre samsvar med lov og forskrifter.

Det ble i alle intervjuene hevdet vanskeligheter med å måle noen direkte nytte eller effekt både av bedriftens egeninnsats og verne- og helsepersonalets arbeid innenfor arbeidsmiljø. Denne tendensen samsvarer også med svarene i spørreskjemaene, hvor vanskeligheten med å *dokumentere forholdet mellom nytte og kostnader* er fremtredende. Her kunne det se ut som om de store bedriftene var noe mer fornøyd enn de små, men at fornøyd-/misfornøydheten ikke hadde noen sammenheng med bedriftens kostnader til vhp (jf. kap. 8).

15.2.13 Planer styrker innsatsen

Bedrifter som har planer for verne- og helsepersonalets arbeid er mer fornøyd med innsatsen fra verne- og helsepersonalet enn andre. Verne- og helsepersonalet sin bistand i forhold til ledelsens prioriteringer blir mer positivt vurdert når det foreligger planer for verne- og helsepersonalet sitt arbeide.

Planer henger også ganske nøye sammen med bedriftens prioriteringer av HMS-saker. Bedrifter som har planer for verne- og helsepersonalet sitt arbeid gir i større grad høy prioritet til en rekke saker, som vurderinger av fysiske forhold i bedriften, forslag om forebyggende tiltak, helsekontroller, utforming av IK-systemet, informasjon om sosialt arbeidsmiljø, gjennomføring av tiltak og evaluering av effekten av tiltak. Det å ha fullstendige planer for verne- og helsepersonalet sitt arbeid har klar sammenheng med bedriftens syn på prioriteringer av oppgaver i arbeidsmiljøet. Bedrifter med fullstendige planer gir klart høyere prioritet til slike saker.

Resultatene viser også at verneombudets vurderinger av ledelse og vhp er mer positive dess bedre informasjon verneombudet har fått og dess større grad verneombudet blir tatt med på råd når ledelsen kjøper tjenester fra vhp.

15.2.14 Videreutvikling av vhp sin bistand i bedriftene

Ledelsen nevner hyppigst helsekontroller og ser for seg at denne tjenesten helt klart bør fortsette i framtiden. Også blant verneombudene har helsekontroller størst prosentvis oppslutning. Verne- og helsepersonalet gir helsekontroller en relativt lavere oppslutning.

15.3 Vurderinger

I dette kapitlet gir vi en oppsummering av funn og vurderingen av verne- og helsepersonale i virksomhetene.

15.3.1 Tilknytningsform, kompetanse og erfaring

Fellesordninger for bedriftshelsetjeneste er i dag den mest utbredte tilknytningsform for verne- og helsepersonale, med bort i mot 60 prosent av ordningene. Sammenlignet med tidligere undersøkelser, selv om disse ikke er representative for hele landet, kan det tyde på at denne tilknytningsformen har økt i omfang de siste 10 år. Private firma som tilbyr bistand fra verne- og helsepersonale ser også ut til å være en voksende tilknytningsform med snaut en femtedel av ordningene. Dette kan i så fall være en naturlig konsekvens av bransjeforskriften fra 1989 om hvilke virksomheter som skal ha knyttet til seg verne- og helsepersonale. Tilknytning til fellesordningene og private firma er som regel den eneste måten små og mellomstore bedrifter kan skaffe seg kvalifisert bistand fra verne- og helsepersonale.

Legebaserte ordninger, der legen er egen arbeidsgiver, og er virksomhetenes leverandør av verne- og helsepersonaltjenester, har et relativt lite omfang i vårt materiale – kun 4 prosent. Antallet enheter er totalt så lavt at det ikke har vært hensiktsmessig å kjøre ut statistiske resultater fra denne gruppen alene. I de fleste analyser er denne gruppen slått sammen med gruppen privat firma.

Tilknytningsformer der verne- og helsepersonale er ansatt i den virksomheten de betjener utgjør nå ca 15 prosent av ordningene. Denne tilknytningsformen kan ha gått prosentvis noe tilbake de siste 10 årene, men sammenligningsgrunnlaget er som nevnt usikkert. Evalueringen viser ganske gode resultater for denne tilknytningsformen. Dette er en tilknytningsform som i stor grad nyttes av større private bedrifter og i en del offentlig virksomhet. For mindre bedrifter er dette en mindre aktuell tilknytningsform, med en del unntak der verne- og helsepersonale i egenordninger yter tjenester til andre virksomheter enn den virksomheten de er ansatt i.

Evalueringen viser at fellesordninger og private firma oppnår like gode resultater, men at de ligger noe etter egenordningene når det gjelder ledelsens vurdering av ordningene. Verneombudet er imidlertid mer tilfreds med fellesordningene.

Tall for gjennomsnitt for alle virksomhetene i denne undersøkelsen viser at de har hatt ganske lang tilknytning til verne- og helsepersonale (ca 12 år i snitt) og lenger enn bransjeforskriften har vært gjeldende. Mange virksomheter, som nå er pålagt å knytte til seg verne- og helsepersonale, har tydeligvis hatt en sterk egeninteresse – uavhengig av forskrift – i å bruke verne- og helsepersonale i sitt HMS-arbeide. De største bedriftene har lengst erfaring med verne- og helsepersonale, og gjennomsnittet for bedrifter med over 100 ansatte er ca 16 år. Større virksomheter innen bransjer som produksjon av kjemiske produkter, næringsmidler, metaller, trevarer osv representerer en forholdsvis lang tradisjon i bruk av verne- og helsepersonale. Evalueringen viser at denne gruppen bedrifter, store bedrifter med egenordninger og lang erfaring med verne- og helsepersonale ligger i forkant når det gjelder den måten de nytter bistanden fra verne- og helsepersonalet.

En nær kopleing mellom kompetanse og de tjenester som forventes av verne- og helsepersonale er viktig. Som AML og forskrift om verne- og helsepersonale viser, skal HMS-arbeidet ha en s k proaktiv profil, dvs en primærforebyggende og helsefremmende innretning. På denne bakgrunn vil mange typer kompetanse være relevant for verne- og helsepersonale. Virksomhetene under bransjeforskriften er valgt ut fordi de har særlige forhold som krever kvalifisert bistand f eks når det gjelder fysisk, kjemisk og biologisk eksponering,

men ergonomi, organisatoriske- og psykososiale forhold vil være viktige. En burde på denne bakgrunn forvente en relativt høy grad av spesialisert personell innefor slike områder.

Undersøkelsen viser at helsepersonell, av mange kategorier, er de dominerende yrkesgrupper blant verne- og helsepersonalet, med ca 70 prosent av antall årsverk. Grunnutdanning for helsepersonell vil ofte ha en sterk kurativ innretning, mens kurativ virksomhet har lav prioritet i HMS. Av spesialisert HMS-personell utgjør andre yrkesgrupper bare 15 prosent, for det meste yrkeshygienikere, sikkerhets- og verneingeniører. Spesialisering i arbeidsmedisin er på 9 prosent (leger med spesialitet i arbeidsmedisin og bedriftsleger DnLF) av årsverkene.

Ut fra sammensetningen av yrkesbakgrunn, slik vi har opplysninger om, kan grad av spesialisering virke noe lav. Annet helsepersonell kan gjennom erfaring og etterutdanning skaffe seg kvalifikasjoner til å gi arbeidsgiver kvalifisert bistand i HMS-saker. Bedriftsledere har selv gitt uttrykk for at det verne- og helsepersonale de har knyttet til seg ikke yter bistand for oppgaver som bedriften har behov for i en femtedel av tilfellene, mens noe under en tredjedel er usikre. Det gjelder alle slags oppgaver, men varierer fra bedrift til bedrift. Dette kan tyde på at den enkelte vhp-ordning kan erfare knapphet på kompetanse.

Tilknytningsformer der vhp er ansatt i virksomheten de betjener har høyest grad av kvalifisert personell praktisk talt innen alle yrkesgrupper. Tilgjengeligheten til f eks spesialister i arbeidsmedisin, verneingeniører mm og dels fysio- og ergoterapeuter ser ut til å være noe lav i en del tilfeller.

Konklusjonen på framstillingen av sammenheng mellom stillingskategorier og tilknytningsform er at egenordningene både er de største og best utrustede når det gjelder spesialisert kompetanse (i gjennomsnitt). Gjennomgående er ordningene svært små og ordninger som har mange kunder vil møte store utfordringer i å betjene kundemassen, både kvalitativt og kvantitativt.

Hvis det skal skapes større likhet i tilgjengelighet til spesialisert personell, må det satses sterkere f eks på rekruttering, utdanning o l. Større andel spesialister vil også kunne bety større kostnader ved verne- og helsepersonalet. Med den strukturen ordningene har i dag, med mange små enheter, kan det bli vanskelig å finansiere en større andel spesialisert personell. En faglig oppgradering av vhp-tjenesten kan derfor også få konsekvenser for organisasjonsstrukturen.

15.3.2 Sentrale oppgaver prioriteres, men uklarheter om prioriteringene

Forskrift om verne- og helsepersonalet (Arbeidstilsynet, best. nr. 518, 1994), kapittel III, sier at arbeidsgiver skal sørge for at verne- og helsepersonalet bistår med en rekke oppgaver, beskrevet i § 6, bokstav a–h og i § 7 om dokumentasjon av planer etc.

Verne- og helsepersonalet skal etter lov og forskrift hjelpe bedriften og de ansatte med å kartlegge, korrigere, forebygge og en rekke andre forhold. Arbeidsmiljøloven krever at virksomheten sikrer forsvarlig arbeidsmiljø, dvs angir full standard for arbeidsmiljøet. Denne standarden er dels gitt i absolutte verdier for det fysiske arbeidsmiljøet, men i langt mindre veldefinerte termer, når det f eks gjelder det psykososiale arbeidsmiljøet. Den viktigste oppgaven for verne- og helsepersonalet blir derfor, med bakgrunn i sin fagkunnskap, å hjelpe

bedriftene og de ansatte med å definere målene; vise hva de etter lov og forskrift er pålagt å strekke seg etter.

Arbeidsgiver skal sørge for at verne- og helsepersonalet bistår med en rekke nærmere definerte oppgaver. Verne- og helsepersonalets fordeling av oppgaver vil derved være styrt både av egen kompetanse og ressurser og bedriftens etterspørsel etter tjenester, evne og vilje til å følge opp forskrifter.

Utforming av internkontrollsystemet gis høyeste prioritet av flest bedrifter (78 prosent), etter ledelsens oppfatning. Oppgaver som gjennomføring av tiltak i arbeidsmiljøet og helsekontroller har også ganske høy prosentandel med 'høy prioritering' i bedriftene (55 og 50 prosent).

Det er verdt å merke at en sentral forebyggende oppgave som bistand med planlegging og gjennomføring ved etablering, vedlikehold og endring av arbeidsplasser har en relativt lav andel med høy prioritering (39 prosent).

En lav andel av lederne gir høy prioritet til oppgaver som informasjon om sosiale og psykiske faktorer i arbeidsmiljøet, evaluering av tiltak og bedriftsintern attføring. Lavest prioritet har kurativ virksomhet.

Bedriftenes prioritering er på mange måter godt i samsvar med lover og forskrifter. Det er likevel en svakhet med den lave prioriteringen bedriftene gjør av forebyggende oppgaver i forbindelse med planlegging og gjennomføring ved etablering, vedlikehold og endring av arbeidsplasser, lokaler, utstyr og produksjonsmetoder mm.

15.3.3 Stort sprik i partenes oppfatning av prioriteringer

Bedriftsleder, verne- og helsepersonale og verneombud har svært ulike syn på hvordan HMS-oppgaver prioriteres i bedriftene. Resultatene tyder på at partene kommuniserer for lite om prioriteringer, og partene står altfor langt fra hverandre i forståelsen av hvilke prioriteringer som gjøres. Prioriteringer gir grunnlag for handlingsrettet innsats og vurderinger av forebyggende strategier. Det er derfor viktig for HMS-arbeidet at partene kommer fram til en felles oppfatning av hvilke prioriteringer som gjelder.

En ganske stor andel både av verne- og helsepersonale og verneombud mener at ledelsens prioriteringer ikke er tilstrekkelige i forhold til behovet. Dette bekrefter at oppfatninger av prioriteringer er sprikende. Dette tror vi kan påvirke det systematiske HMS-arbeidet på en uheldig måte. Når det er sagt må vi også framheve at en ganske stor andel av vhp og verneombud mener bedriftenes prioriteringer er tilstrekkelige.

Manglende vilje og kunnskap blir ofte framholdt som årsak til at ledelsens prioriteringer ikke er tilstrekkelige, men økonomi nevnes også forholdsvis hyppig. Resultatene kan tyde på at den del bedrifter har noe lav motivasjon for systematisk HMS-arbeide.

15.3.4 Verne- og helsepersonale sin bistand er på mange områder i samsvar med forskrifter, men en del bedrifter mener bistanden er utilstrekkelig

I mandatet for evalueringen står det at man skal vise hva vhp gjør i bedriftene. Forskriften om verne- og helsepersonale slår fast at arbeidsgiver skal sørge for at verne- og helsepersonale

bistår med en rekke nærmere spesifiserte oppgaver som vist i kapittel om prioriteringer (§ 6, bokstav a–h i forskriften). I evalueringen har vi knyttet spørsmålet om bistand til spørsmålet om ledelsens prioriteringer av HMS–oppgaver. For hvert spørsmål om prioritering, ble partene bedt om å merke av om verne- og helsepersonalet bistår med eller utfører oppgaven, eventuelt om andre enn verne- og helsepersonalet bistår bedriften.

Av de oppgaver ledelsen prioriterer høyt eller middels høyt, er helsekontroll den vanligste formen for bistand fra verne- og helsepersonalet. Kartlegging av fysiske-, kjemiske- og biologiske faktorer i arbeidsmiljøet og informasjon om arbeidshelse mm er det også ganske vanlig å bistå med. Bedriftene mottar her bistand i 70 til over 80 prosent av tilfellene. Dette er også oppgaver som en stor andel av bedriftene prioriterer høyt.

Bistanden blir noe mindre vanlig når det gjelder oppgaver som bedriftsintern attføring, informasjon om sosiale og psykiske faktorer i arbeidsmiljøet, fremme forslag om forebyggende tiltak og kurativ virksomhet. Andelen bistand ligger her rundt 60 – 65 prosent. Ledelsen prioriterer disse oppgavene noe lavere enn de foregående, unntatt det å fremme forslag om forebyggende tiltak – som gis en ganske høy prioritering.

Bedriften mottar bistand i noe under 50 prosent av tilfellene når det gjelder oppgaver som kartlegging av sosiale faktorer i arbeidsmiljøet, planlegging og gjennomføring ved etablering og endring av arbeidsplasser, evaluering av effekten av tiltak og gjennomføring av tiltak. Bedriftene prioriterer gjennomføring av tiltak høyt, men bistanden er her forholdsvis lav. Bistanden er minst ved utforming av system for internkontroll mens bedriften prioriterer dette høyt.

Resurssene fra verne- og helsepersonalet brukes relativt hyppig til helsekontroller og kartlegging av arbeidsmiljøet, særlig fysiske faktorer osv i miljøet. Slike oppgaver er tydeligvis en del av 'kjerneoppgavene' for verne- og helsepersonalet. Selv om en andel av bedriftene prioriterer kurativ virksomhet, yter verne- og helsepersonalet ganske mye bistand til dette, etter ledelsens syn.

Samlet sett bidrar verne- og helsepersonalet med et bredt spekter av oppgaver innen de områder som forskriften spesielt nevner. Ideelt sett vil vi hevde at bistanden i sterkere grad kunne vært innrettet mot mer primærforebyggende oppgaver som planlegging og gjennomføring ved etablering og endring av arbeidsplasser, men ledelsen prioriterer heller ikke denne oppgaven spesielt høyt. Vi merker oss at bistanden til denne oppgaven er prosentvis lavere enn bistanden til f eks kurativ virksomhet. Bistanden er også forholdsvis lav når det gjelder evaluering og gjennomføring av tiltak, men her kan det godt tenkes at bedriftene i mindre grad søker bistand fra verne- og helsepersonalet. Evaluering av gjennomførte tiltak er forholdsvis lavt prioritert og verne- og helsepersonalet sin bistand er lav. Dette er en svakhet, fordi en nettopp gjennom vurderinger av gjennomførte tiltak kan skape læringsprosesser i bedriften og mellom verne- og helsepersonalet og bedrift.

Bistanden fra verne- og helsepersonalet er forholdsvis lav når det gjelder det å fremme forslag til forebyggende tiltak, etter ledelsens syn. Dette oppfatter vi som et signal på et svakt 'ledd' i forholdet mellom verne- og helsepersonalet og ledelsen. Verne- og helsepersonalet burde, gjennom sin særlige kompetanse, kunne yte større bistand til denne oppgaven.

Nær en femtedel av bedriftene mener bistanden fra verne- og helsepersonalet er utilstrekkelig. Det er ledelsens hovedansvar å skaffe seg den bistand som det er behov for i bedriften. De avvik vi finner i ledelsens tilfredshet med bistanden kan utmerket godt ha sin bakgrunn i de uklarheter vi finner, når det gjelder oppfatningen av ledelsens prioriteringer.

Vi vil framheve at en stor del av bedriftene mener innsatsen fra vhp er helt eller nesten tilstrekkelig i forhold til bedriftens behov. Sett på den bakgrunn har en hel del bedrifter, rundt ¾, funnet fram til en god kommunikasjon og samarbeidsform med sitt verne- og helsepersonale. Men selv om bedriftsleder mener bistanden fra verne- og helsepersonalet er tilstrekkelig, betyr dette ikke nødvendigvis at bistanden er ideell ut fra et HMS-perspektiv. Det kan være grunnlag for å hevde at det brukes for mye ressurser på 'kjerneaktiviteter' som kartlegging og helsekontroller.

Det er ganske stort samsvar mellom partene i synet på verne- og helsepersonalet sin bistand til helsekontroller og kartlegging, men til dels betydelige avvik i synet på bistand til en del andre oppgaver. F eks mener verne- og helsepersonalet og verneombud at bistanden til kurative oppgaver er mindre enn det ledelsen mener. Bistanden ved planlegging og gjennomføring ved etablering og vedlikehold av arbeidsplasser er langt høyere etter verne- og helsepersonalet sin oppfatning enn både det ledelse og verneombud oppfatter. Det samme forholdet gjelder for oppgaver som evaluering og gjennomføring av tiltak. Verne- og helsepersonalet mener også at de bidrar langt mer ved utforming av internkontroll enn det ledelsen mener.

Vi har tidligere sett store avvik i synet på ledelsens prioriteringer, og nå ser vi tilsvarende avvik i synet på bistand. Vi tar dette som et signal på at kommunikasjon og samhandling omkring HMS-oppgaver mellom partene er for usystematisk i en hel del tilfeller. Bortsett fra helsekontroller og kartlegging ser det ut til å herske en god del usikkerhet om hva verne- og helsepersonalet faktisk utfører. Et gjennomgående trekk er at verne- og helsepersonalet mener de i større grad yter bistand enn det ledelsen og verneombud oppfatter. Kanskje ligger det en utfordring her for verne- og helsepersonalet til å informere bedre og å sette de andre partene bedre inn i det arbeidet verne- og helsepersonalet gjør. Det kan også hende at verne- og helsepersonalet overvurderer sin innsats.

Nytte og kostnad

De direkte kostnadene til verne- og helsepersonalet er av størrelsen 1 000 kroner per ansatt i gjennomsnitt for alle bedrifter. Noe over halvparten av bedriftene mener de har god nytte av kostnadene. Andelen som mener nytten er mindre god eller liten er på nær 30 prosent, mens ca 19 prosent er usikre.

Det er positivt at vel halvparten ser god nytte av kostnadene til verne- og helsepersonalet, men vurdert som et arbeidsmiljøtiltak mener vi dette likevel er i underkant av hva partene burde forvente. Med de uklarheter vi tidligere har vist mht til synet på prioriteringer og bistand fra verne- og helsepersonalet, er det kanskje ikke til å undres over at vurderingen av nytte i forhold til kostnader er forbundet med såpass mye usikkerhet. Årsaker til at prioritering og innsats ikke er tilstrekkelig i forhold til behov blir ofte tilskrevet manglende vilje og kompetanse og økonomiske forhold. Ledelsen finner årsaker til utilstrekkelighet hos verne- og helsepersonalet og omvendt.

At vel halvparten vurderer nytten av vhp som god står noe i kontrast til spørsmålet om vhp sin innsats i forhold til ledelsens prioriteringer, hvor rundt ¾ av lederne mente innsatsen var tilstrekkelig eller nesten tilstrekkelig; en tilsynelatende mer positiv vurdering. Korrelasjonen mellom de to opplysningene er imidlertid høy ($r=0,36$, $p=0,00$) og viser en klar tendens til at de som gir en positiv kostnad–nytte vurdering samtidig mener innsatsen fra vhp er tilstrekkelig i forhold til ledelsens prioriteringer. Noen avvik er det, bl a er det langt flere som er usikre på kostnad–nytte forholdet enn andel usikre på vhp sin innsats i forhold til prioriteringer. Det er svært få som mener vhp sin innsats er tilstrekkelig i forhold til prioritering og som samtidig mener nytten er liten, men en ganske stor andel av de usikre (på kostnad–nytte) mener innsatsen fra vhp er tilstrekkelig i forhold til prioriteringene. De ‘usikre’ på kostnad–nytte forholdet er altså ganske positive til vhp sin innsats i forhold til ledelsens prioriteringer.

De to spørsmålene, om kostnad–nytte og om tilstrekkelig bistand fra verne- og helsepersonalet, tar opp ulike sider av forståelsen av nytte. I begge tilfeller har ledelsen et ansvar for å nytte verne- og helsepersonalets ressurser på beste måten. Men ledelsen gir uttrykk for at verne- og helsepersonalet i mange tilfelle ikke yter bistand i forhold til oppgaver ledelsen gir høy prioritet. Verne- og helsepersonalet på sin side mener egen innsats er større enn det ledelsen mener. Det kan derfor hende, som tidligere nevnt, at ledelsen undervurderer innsatsen og av den grunn også nytten av verne- og helsepersonale som arbeidsmiljøtiltak. De åpne kommentarer fra ledelsen viser at ledelsen kan ha vansker med å skille ut nytten av verne- og helsepersonalet i forhold til andre bidrag i HMS-arbeidet, og i noen tilfeller også problemer med å få klarhet i hva verne- og helsepersonalet kan tilby av tjenester og hvordan de kan brukes i bedriften.

Nytte på en del aktuelle områder

Bedriftsledere mener at HMS-innsatsen ikke er merkbar på, i gjennomsnitt, rundt halvparten av en rekke konkretiserte områder som sykefravær, skader og ulykker, yrkesrelaterte sykdommer, lønnsomhet, produktivitet konkurransevne mm, se kapittel 9.

At mange har vanskelig for å påvise positive virkninger for økonomi, konkurransevne og driftsregularitet er ikke overraskende, mer betenkelig er det at så stor andel har svart negativt når det gjelder sykefravær og arbeidsrelaterte sykdommer. Men denne vurderingen har flere sider. Vi har pekt på problemer med å finne sikre indikatorer på virkninger av HMS-innsats. Vi har også sett at andelen bedrifter som evaluerer effekten av tiltak er lav. Vi må derfor regne at usikkerheten er ganske stor på dette området rundt om i bedriftene. På denne bakgrunn vil vi også si at det er ganske positivt at såpass mange ledere gir en positiv vurdering av HMS-virkningene. Nær en tredjedel vurderer virkningene som svært eller noe gode i forhold til økonomi og konkurransevne, godt over 40 prosent ser gode virkninger for produktivitet og renommé.

Også på dette spørsmålet er det ganske store forskjeller mellom ledelsens og verne- og helsepersonalets syn på virkninger. Verne- og helsepersonalet ser mer positivt på virkningene enn ledelsen. Verneombud er mer på linje med ledelsen.

Evalueringen viser at en del bedrifter og verne- og helsepersonell har funnet fram til et godt samarbeide, hvor alle parter er tilfreds med resultatene. Faktorer som trekker i positiv retning er fra bedriftens side lang erfaring med å være tilknyttet verne- og helsepersonell, god bestillingskompetanse og et aktivt verne- og helsepersonell.

Vi finner også mønstre som trekker i mindre gunstig retning, der samhandling mellom partene er problematisk, verne- og helsepersonalet er mindre aktive og synlig i bedriften og bedriften har mindre god kompetanse i HMS-spørsmål.

En stor del av bedriftene stiller seg positivt til verne- og helsepersonalet som arbeidsmiljøtiltak, men om lag en femtedel er svært misfornøyde. Det er ganske stor uenighet om hva som er årsakene til at innsatsen ikke er tilstrekkelig.

Det synes klart at godt samarbeid er en viktig betingelse for å finne en felles forståelse av problemer, innsats og resultater. Både verne- og helsepersonalet og ledelsen i bedrifter har derfor et ansvar for å oppnå resultater de kan være tilfredse med. Dette krever trolig en meget bevisst 'kunde-holdning' blant verne- og helsepersonalet. Vi ser f.eks. at frittstående helsetjenester får en bedre vurdering enn fellesordninger. Dette kan tyde på at posisjon i markedet kan styrke og vitalisere relasjoner mellom partene.

15.4 Implikasjoner av den historiske utviklingen

Den korte historiske oversikten (jf kapittel 1) avdekker flere implikasjoner av betydning for denne evalueringen av verne- og helsepersonale i virksomhetene.

For det første har myndighetene fått flere forskrifter å styre vhp-ordningene etter. Forskrift om verne- og helsepersonale både tillater og støtter en ganske åpen og fleksibel vhp-ordning til fordel for virksomhetene med sine ulike behov, ressurser, kompetanse, osv. Bransjeforskriften (AT 501) pålegger virksomheter innen enkelte næringsgrupper å knytte til seg vhp i henhold til Arbeidsmiljølovens §30. IK-HMS forskriften (AT 544) pålegger virksomhetene både en plikt til å påse at krav og regler overkommes og til å dokumentere hva virksomheten selv gjør for å følge opp disse påbudene. Slik sett danner dette regelverket et langt mer omfattende fundament for HMS-regulering fra myndighetenes side enn noen gang tidligere.

For det andre er arbeidshelse og tilhørende tiltak rettet både mot arbeidsplass og arbeidstaker blitt vesentlig styrket de siste 20-25 år. Langt flere virksomheter og arbeidstakere får et tilbud i dag enn ved iverksettingen av Arbeidsmiljøloven i 1977. Dette har styrket både det forebyggende HMS-arbeidet og den individrettede arbeidshelseinnsatsen.

For det tredje er vhp-ordningene næringsmessig og strukturelt skjevtilpasset. Den norske bedriftsstrukturen består av overveiende små og dels mellomstore virksomheter. Svært store bedrifter er det få av i Norge. Vhp-dekningen er imidlertid best i de grupper der det er færrest virksomheter, dvs blant de aller største, og dårligst der det er flest virksomheter, dvs blant de aller minste. Dessuten er ordningene bedre utbygd i den vareproduserende sektor, og dårligere i de tjenesteproduserende bransjer. Det er de sistnevnte som vokser i dagens Norge.

For det fjerde er det uavklart om kravspesifikasjonene til et systematisk HMS-arbeid imøtekommer godt nok de små og mellomstore virksomhetenes behov og evne til å etablere HMS-systemer og til å følge opp det regelverk myndighetene nå har iverksatt.

For det femte har vhp som arbeidsmiljøtiltak vært gjenstand for både konsensus og konflikt. Mens 1980-tallet var preget av mange konflikter og stor "støy", har 1990-tallet vært karakterisert av konsolidering og vekst i vhp-ordningene. Riktignok var det klare interessekonflikter i forbindelse med Bransjeforskriftens iverksettelse på slutten av 1980-

tallet, hvor arbeidsgiverne bestred myndighetenes rett til å pålegge virksomhetene en vhp tilslutning. Det er et åpent spørsmål om alle konfliktene er bilagt. For tiden virker det som om den *ideologiske* dimensjonen er nedtonet, mens det fremdeles er ulike oppfatninger blant *partene* om hvordan, hvor mye og hvor raskt vhp-ordningene skal bygges ut, samt en viss spenning mellom *forvaltningsorganene* om hvilken overordnet målsetting vhp-ordningene skal være tilordnet (arbeidsmiljøtiltak eller helsetiltak).

For det sjette kan en ny potensiell konfliktlinje muligens åpenbare seg i forholdet mellom de “flinke” virksomhetene, dvs de som knytter til seg vhp og som videreutvikler relasjonen til dette personalet ut fra sine egne behov for å bedre sin arbeidsmiljøstatus og de “dårlige” virksomheter. “Flinke” bedrifter er stort sett store virksomheter og samtidig slike som har innført bedriftshelsetjeneste tidlig. “Dårlige” virksomheter er gjerne de mindre virksomhetene, slike som etablerer seg i de nye vare- og tjenesteproduserende nisjer, men som mangler ressurser, kompetanse og evne til å bestille sine egne HMS-tjenester. De store virksomheter har derimot adaptert hele “pakken” av tilbud som beskrives i vhp-forskriften, men gjør det ut fra en behovstilpasset bestilling.

Sett under ett kan det i historisk perspektiv derfor synes som om styrkingen av det offentlige HMS-regimet ennå ikke har ført til en bredere og mer representativ dekning av vhp-ordningene, ei heller til at de iboende konflikter er oppløst.

15.5 Konsekvenser av eksisterende rammebetingelser

Gjennom intervjuer med partene har evalueringen forsøkt å avdekke hvilke eksterne rammevilkår som fremmer og hvilke som hemmer at vhp-ordningen vil fungere etter hensikten som et effektivt arbeidsmiljøtiltak. Det er flere klare implikasjoner av partenes synspunkter på vhp-ordningens ytre rammevilkår, herunder tilsynsmodeller, kompetansekrav og sertifiseringsordninger, internasjonale avtaler og konvensjoner, fastlegeordning mm.

Vhp-forskriften må etter manges mening gjøres mer levende; den må bli et mer aktivt instrument for virksomhetenes forbedringsarbeid innen HMS-feltet. En strategi kan være å samarbeide mer med bransjeorganisasjoner for å oppnå dette. Partene, bedriftsledelse, verne- og helsepersonalet og verneombud må gi mer oppmerksomhet til forståelse av kommunikasjon og samspill. En bevisst kundeorientering fra verne- og helsepersonalets side er viktig for legitimeringen av verne- og helsepersonalets bistand. Det er svært ulike synspunkter på bruken av virkemidler for å øke dekningsgraden av verne- og helsepersonalet i bedrifter under bransjeforskriften. Noen mener et tøffere regime fra Arbeidstilsynets side er helt nødvendig, f eks gjennom pålegg og bøtelegging. Andre mener at man ved bruk av tvang og negative sanksjoner fra myndighetenes side bare risikerer motbølger og stille sabotasje fra virksomhetenes side.

15.5.1 Kvalitet og kompetanse

Med dagens forskrifter har man allerede klare signaler om betydningen av kompetanse og hvilke profesjoner som må utgjøre kjernen i de tjenester verne- og helsepersonale skal levere. Samtidig er det helt klart at det påligger virksomheten selv å skaffe seg denne kompetansen og derved få kvalifisert bistand i HMS-spørsmål. Likeens har arbeidsgiver ansvaret for at verne-

og helsepersonalet holder seg faglig oppdatert. Dermed synes det å ligge utenfor myndighetenes ansvar å pålegge vhp-enhetene en særskilt sertifisering utover de krav som allerede stilles til de deltakende yrkesgruppene kvalifikasjoner.

Man kan stille spørsmålet: må det en vedvarende kvalitetssikring av personalet (f eks som for revisorer, offshoreansatte eller flygere) til for å sikre at vhp-ordningen vil fungere effektivt som et arbeidsmiljøtiltak? I Danmark har man innført et sertifiseringssystem for sine BST-ordninger (Bedrifts Sundhets Tjeneste). Der bruker man bl.a. kriteriet om at alle fagkategorier må være representert for å bli sertifisert. Ordningene må altså ha adgang til alle typer kompetanse og med passende kapasitet til å løse de aktuelle HMS-utfordringer i virksomhetene.

En mulighet ligger i at Arbeidstilsynet burde kunne si klarere fra i de tilfeller der verne- og helsepersonale ikke tilfredsstillt krav til kompetanse. I så måte kunne en godkjenningsordning bli et viktig virkemiddel for å sikre bedre kvalitet på den bistand bedriftene får fra verne- og helsepersonalet.

I Norge er myndighetene og NHO lite interessert i å etablere et system for sertifisering av verne- og helsepersonale, mens LO (sentralt og forbund) og de spurte profesjonsforeningene viser stor interesse for en sertifiseringsordning.

15.5.2 Hvilke virksomheter bør ha verne- og helsepersonale?

Med unntak av LO (og deres forbund) er det ingen av partene som ubetinget støtter ILO-konvensjonens mål om full utbygging av verne- og helsepersonale for alle virksomheter. Allerede i dag har det vist seg svært vanskelig å oppnå full dekning innenfor Bransjeforskriftens virkeområde, selv blant de som er pålagt å innføre ordningene. Det kan imidlertid synes uavklart hvem sin oppgave og ansvar det er å sørge for at det fins tilstrekkelig kompetent personale tilgjengelig. Arbeidsgiver er forskriftsmessig pålagt dette ansvaret, men det er selvsagt ikke enkelt å være lovlydig om slikt personale ikke fins i tilstrekkelig omfang. Bedrifter som ikke har fulgt opp regelverket på dette feltet, kan altså ha vært nødt til å godta andre løsninger enn de vhp-forskriften tilsier. TBL beskriver dette som en vanlig forekommende situasjon for flere av deres medlemsbedrifter. Blant de mindre bedriftene er dekningsgraden svært lav (kfr. kapittel 1). Den vhp-modell som praktiseres etter forskrift 518 synes dessuten å være for omfattende og ressurskrevende for de minste bedriftene – og da snakker vi om bedrifter med 1-9 ansatte.

Et allment trekk synes derfor å være at virksomhetene klager over at det ikke fins tilgjengelig verne- og helsepersonale med de riktige kvalifikasjoner. Dermed er enkelte virksomheter tilbøyelig til å anta at de må være fritatt forskriftens krav (Forskrift om hvilke virksomheter som skal ha verne- og helsepersonale, best. nr. 501, Arbeidstilsynet) om fullt ut å skaffe seg slikt personale. Samtidig er det nok rimelig klart at virksomhetene selv må anstrenge seg for å skaffe seg verne- og helsepersonale, dvs skape et marked for dem slik at fagfolk finner det interessant å satse på en karriere eller næringsvei i denne markedsnisjen. Tidligere (bl a på 1970- og -80-tallet) var AT aktivt med og hjalp virksomhetene til å bygge opp fellesordningene (Steen 1992). Denne hjelpen yter ikke myndighetene overfor virksomhetene i dag.

Den begrensede tilgangen på fagpersonale kan derfor være en viktig beveggrunn til at myndighetene på nytt engasjerer seg aktivt for å assistere virksomhetene i å etterleve kravet om å knytte til seg kompetent verne- og helsepersonale. Kanskje trenges det mer differensierte ordninger for virksomhetene, avhengig av deres risikoprofil, størrelse og bransje? En særlig utfordring synes å møte de små virksomhetene - kan det tenkes en ny modell eller andre typer krav for disse?

Arbeidsgiverne hevder at det er bedriftens behov for å bli rådgitt i arbeidsmiljøspørsmål som må være avgjørende for hvilken vhp-ordning virksomheten skal etablere. Et åpent spørsmål er imidlertid hvem som skal definere virksomhetens arbeidsmiljøbehov. Her er det åpenbart ikke gitt at alle parter vil dele oppfatninger, ei heller at ulike arbeidsgivere vil ha samme oppfatning av behovens omfang og kompleksitet, selv om de objektivt sett kan se likeverdige ut. Så lenge arbeidsgiverne skal definere dette behovet selv, setter man på en måte "bukken til å passe havresekken". Dessuten viser det seg at selve "bestillingskompetansen" på HMS-feltet, dvs evnen til å bestille de riktige HMS-tjenester i relasjon til vhps arbeidsområde, til riktig pris, kvalitet og til rett tid, varierer svært hos virksomhetene. Tilsynsmyndighetene må derfor "dytte" verne- og helsepersonale på virksomhetene slik at de oppnår bedre HMS-kompetanse. Dette er egentlig ikke noe annerledes enn det som gjøres med IK-HMS forskriften (AT 544), hvor det også "dyttes" en type kompetanse og krav om systematikk på virksomhetene.

Det synes ønskelig å få til en større vektlegging av den rolle vhp skal ha i det systematiske HMS-arbeidet for å kunne forsterke virksomhetenes iver etter å skaffe seg kvalifisert verne- og helsepersonale. Slik dette nå (fra 1997) er utformet i IK-HMS forskriften er bedriftshelsetjenesten ikke omtalt i selve forskriftsteksten eller i kommentarene til denne. Alt som sies er den korte setningen i den innledende brukerrettede veiledningen ; "Verne- og helsepersonalet (bedriftshelsetjenesten) kan ofte hjelpe til med kartleggingen" (AT 544, s. 8). Denne veiledningen har ingen juridisk bindende virkning, og virksomheten pålegges dermed heller ikke å følge opp denne påpekningen.

I praksis er den reviderte IK-HMS forskriften atskillig mindre tydelig når det gjelder bedriftshelsetjenestens plass og oppgaver enn den opprinnelige forskriften (fra 1992) var. I veiledningen til denne ble verne- og helsepersonalet omtalt i et eget avsnitt i forklaringene av virksomhetens plikt til internkontroll på følgende måte (KAD 1991:10):

Verne- og helsepersonale

- systematiserer sine funn ved arbeidsplassbesøk og helsekontroller og gir regelmessig og forståelig informasjon om helse- og skadestatistikk tilbake til driftsorganisasjonen
- sørger for at denne informasjonen og disse nøkkeltallene sammenholdes med fraværstall, “turn-over” og med bransjestatistikk, og påpeker hvilke helsefremmende tiltak som er nødvendige
- arbeider for at helse, miljø og sikkerhet får en naturlig, sentral og integrert plass i virksomheten.

Slik sett er vhps synlighet i det systematiske forbedringsarbeidet kraftig nedtonet i den nåværende IK-HMS forskriften, noe verne- og helsepersonalet selv, sammen med bl a LO, påpeker som klart uheldig.

I tilsynet med HMS-arbeidet anvender myndighetene HMS-revisjoner og do. verifikasjoner. Dette er en slags parallell til den økonomiske revisjon og internkontroll av virksomhetene, hvor revisorene kontrollerer at virksomhetene følger opp de krav som er fastsatt av myndighetene i lover, forskrifter og annet regelverk. De aller fleste virksomheter skal ha slike revisorer. Myndighetene følger tett opp at slike revisorer er brukt og at de innehar de riktige faglige kvalifikasjoner. Dette har skapt et marked for revisorer og gitt en akseptabel dekning av disse over hele landet. Slik kunne også myndighetene stimulere virksomhetenes anvendelse av vhp og hjelpe til med at vhp ble en mer aktiv part i gjennomføringen av det systematiske HMS-forbedringsarbeidet i virksomhetene.

Virkingen av den foreslåtte fastlegeordning på vhps tjenestetilbud er ennå lite avklart når det gjelder f eks legerekuttering til vhp, konsekvenser for folkehelsen, etc. Denne ordningen bør derfor ses i relasjon til de ulike modeller som kan tenkes anvendt for å stimulere tilgangen til kvalifisert verne- og helsepersonale.

15.5.3 Myndighetenes ansvar

Risikobasert tilsyn, som myndighetene er i ferd med å utvikle som tilsynsmodell, krever mer kompetanse av vhp når det gjelder å gi råd og opplæring i skadeforebyggende tiltak i virksomhetene. Her bør det være grunnlag for et videre samvirke mellom tilsynsmyndigheter og vhp til beste for en mer fokusert HMS-forbedring i virksomhetene. Ennå er det imidlertid for tidlig å avgjøre hva slags innvirkning en slik tilsynsmodell har for vhp-ordningens effekt som arbeidsmiljøtiltak. Det er tenkelig at dette vil kunne gi en tilstrekkelig differensiert forståelse av hvilken innsats som er optimal for virksomheter på ulike risikonivåer. Imidlertid er det ikke utelukket at myndighetenes innsats på dette feltet bør gjøres bransje for bransje. Det forutsetter at flere bransjer blir omfattet av Bransjeforskriften enn de den gjelder for i dag.

Dagens regelverk tilsier at all påvirkning av vhp fra myndighetenes side må gjøres indirekte, dvs gå via arbeidsgiver og arbeidsgivers plikter. Myndighetene kan bare påse at pliktsubjektet overholder sitt ansvar, dvs gjennomfører de bestemmelser som regulerer det systematiske forbedringsarbeidet av HMS i virksomhetene. Det går altså ingen direkte tilsynslinje fra myndighetene til vhp. Dermed må andre modeller enn slike som bygger på direkte styring og kontroll anvendes om myndighetene ønsker å påvirke vhps prioriteringer og innsats.

Det paradoksale i denne situasjonen er at nettopp via en sertifiseringsordning kunne myndighetene stille direkte krav og innføre en direkte kanal for kommunikasjon med vhp. Da må imidlertid de nåværende forskrifter endres tilsvarende.

Profesjonsforeningene og LO ser verdien av en vhp-sertifisering, mens NHO og dens bransjeforeninger ikke støtter en slik ordning. Myndighetene har ingen planer om å innføre en sertifiseringsordning, og ser dagens regelverk som tilstrekkelig.

15.5.4 Oppsummering

Denne evalueringen ser HMS-innsatsen i bedriftene som resultat av et samspill mellom flere parter. Viktige aktører i det praktiske arbeid er arbeidsgiver, verne- og helsepersonale og verneombud. Ser vi på de ytre rammebetingelser for dette arbeidet er myndighetenes rolle sentral, først og fremst gjennom regelutvikling og tilsynsordninger. Den sentrale forskriften i dette arbeidet, forskrift om verne- og helsepersonale, oppfattes som grunnleggende for prioriteringen og praktisk arbeid. Spesielt profesjonsforeninger gir uttrykk for tilfredshet med forskriften, men påpeker at det ennå er et stykke igjen før arbeidsgiver tar tilstrekkelig ansvar for oppfølging av forskriften. I andre deler av evalueringen har verne- og helsepersonale sett på forskriften som 'sin' bibel. Dette uttrykker at verne- og helsepersonale trolig har et sterkere eiendomsforhold til forskriften enn arbeidsgiver, som er hovedansvarlig for gjennomføring av forskriften. Profesjonsforeningene mener det er vel så viktig at arbeidsgivere får et sterkere eiendomsforhold til forskriften: 'HMS-tenkning må inn i hodet på bedriftsledere i Norge', sier en av de intervjuede i profesjonsforeningene. Det synes fortsatt å være en myndighetsoppgave å legge forholdene bedre til rette for å stimulere til interesse for HMS-arbeide.

Til tross for de forskrifter som nå eksisterer er det ennå svært mange virksomheter med plikt til å ha vhp-ordning som ennå ikke har knyttet en slik til seg (kfr. oversikt i kapittel 1.2). Hvor mange og hvilke virksomheter som bruker vhp-ordningen slik forskriftene forutsetter er fortsatt uavklart, selv om evalueringen har kastet noe lys over andelen virksomheter som selv mener de har en tilfredsstillende ordning i overensstemmelse med kravene. Det er også uavklart hva det betyr at tilsynsmyndigheten ikke har oversikt over "syndere" eller mangler kapasitet til å følge opp avvik fra forskriftene, for at denne tilstanden opprettholdes. Med forsiktige og svakt korrigerende sanksjoner vil muligens noen virksomheter forledes til å anta at tilsynsmyndigheten ikke anser det å ha tilknyttet en vhp-ordning å være så avgjørende. Lover og forskrifter uten konsekvenser i form av sanksjoner ved unnlatelse eller brudd på krav har liten korrektiv og forbedrende effekt. Det kan bli resultatet av dagens tilsynsregime.

Mye av jobbtilveksten skjer gjennom etablering av små virksomheter. En del av disse har en kort levetid i markedet, men mange klarer seg også i et lengre tidsrom uten at de vokser særlig. I Norge er de fleste virksomheter små. For små virksomheter (med færre enn 10 ansatte) med plikt etter Bransjeforskriften er bare 1 av 5 tilsluttet en vhp-ordning, mens for større virksomheter (over 50 ansatte) har 4 av 5 en slik ordning. Hvordan kan tilsynsmyndighetene sikre arbeidsmiljøkvaliteten i de mange små virksomhetene uten at vhp-ordningen gjøres gjeldende? Trenger man en ny modell for vhp-ordning for de små virksomhetene, og hvilken rolle bør tilsynsmyndighetene spille for å få bygget opp en slik tjeneste? Flere av de intervjuede parter antyder at man bør utrede alternative modeller til dagens praksis for bedre å dekke de reelle behov for HMS-tjenester hos virksomhetene.

Det er en vanlig oppfatning blant de intervjuede at verne- og helsepersonalets egen kompetanse og profesjonsbakgrunn er viktig for utformingen av HMS-arbeidet, og dermed det produktet bedriftene 'bestiller' fra verne- og helsepersonalet. Det er en viss bekymring for at kompetansen blant verne- og helsepersonale holdes på et høyt nok nivå, i en del tilfeller. Derfor kan kvalitetsstandarder og sertifiseringer være nødvendig.

Det er et gjennomgående inntrykk at arbeidsgivere kan bli mer aktive og formidle klarere krav og forventninger til verne- og helsepersonalet. Arbeidsgivers 'bestillingskompetanse' er et viktig element i utformingen av verne- og helsepersonalet sin bistand. Denne kompetansen varierer svært hos ulike arbeidsgivere.

Arbeidstakernes krav og forventninger formidles på mange måter gjennom verneombudsordningen, AMU, tillitsvalgte, fagforeninger, mm. LO-forbund får varierende tilbakemeldinger om situasjonen på arbeidsplassene. Noen av de inntrykk vi har mottatt fra LO tyder på at oppfølging av HMS-arbeidet er sterkt avhengig av arbeidsgivers holdning og initiativ - og en del bransjespesifikke forhold. Det kan derfor være grunn til å tro at arbeidstakernes innflytelse og påvirkningsmulighet på HMS-arbeidet burde styrkes.

15.6 Samlet konklusjon

Ordningene med verne- og helsepersonale i virksomhetene har – sett som arbeidsmiljøtiltak – en positiv innvirkning på den systematiske forbedring av helse, miljø og sikkerhet. Større virksomheter med egenordninger og med varierte arbeidsmiljøproblemer og klar risikoprofil nytter den ressursen verne- og helsepersonalet representerer på en noe bedre måte enn andre.

Den store gruppen små og mellomstore bedrifter må velge andre tilknytningsformer for verne- og helsepersonalet som selvstendige fellesordninger, private firma o.l., men denne typen ordninger yter også klart positive bidrag til arbeidet med helse, miljø og sikkerhet. En stor del bedrifter har funnet fram til gode samarbeidsforhold og er godt tilfredse med vhp som partner i HMS-arbeidet. Dess lenger bedriftene har hatt tilknytning til verne- og helsepersonale, dess mer positive er ledelsen til nytten av vhp i forhold til kostnadene.

Likevel er verne- og helsepersonale som et arbeidsmiljøtiltak et stykke fra å nå opprinnelige, ambisiøse og brukerrettede målsettinger om forebyggende helseforbedring på arbeidsplassene.

Det er ganske store sprik i oppfatningen mellom ledelse, verne- og helsepersonale og verneombud om prioriteringer av HMS-arbeidet og om verne- og helsepersonalet sin innsats. Dette er et signal på at kommunikasjon, samarbeid og samordning av oppgaver ikke er god nok.

Bistanden fra vhp er i store trekk i samsvar med forskriftene, men med vektlegging av kjerneaktiviteter som helsekontroller og kartlegging av arbeidsmiljøet. Dette kan gå på bekostning av andre primærforebyggende oppgaver i arbeidsmiljøet.

Litteratur

- Almås, Reidar (1990): *Evaluering på norsk. Ei innføring i vurdering av prosjektarbeid og handlingsretta forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Baklien, Bergljot (1993): "Evalueringforskning i Norge", *Tidsskrift for samfunnsforskning*, årgang 34.
- Dahle, Else og Terje Lie (1990): *FBHT på nåde - En evaluering av fellesordninger for bedriftshelsetjenester*. Rapport RF - 90/76.
- Friberg, Odd (1995): *Arbeidsmiljøloven. Kommentarer til lov av 4. februar 1977. 6. reviderte utgave*. Tano.
- Grønli, John (1992). *Levanger kommune og bedriftshelsetjenesten*. HIL. Levanger.
- ILO (1985). *Occupational Health Services*. Rapport IV (1)/1985, 71 sesjon. Genève.
- Karlsen, Jan Erik (1995): "Bedriftshelsetjeneste og servicekvalitet". Foredrag på XIII NIR/NORDSAM kongress 1.6.95, Stavanger.
- Karlsen, Jan Erik (1997): *Ledelse, helse miljø og sikkerhet*. Oslo/Bergen. Fagbokforlaget.
- Lie, Terje og Else Dahle (1990): *Bedriftshelsetjeneste og internkontroll*. RF-rapport 90/143.
- Lie, Terje (1996): *Arbeidsmiljø på Frigg og Heimdal*: RF-rapport 96/210.
- Mikkelsen, Aslaug, Terje Lie og Geir Nybø (1995): *Bedriftsintern attføring. Evaluering*. RF-rapport 95/1995
- Moen, B.E. et al. (1993) *Fysiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer, samt arbeidsulykker, i Håndbok for bedriftshelsetjenesten*. Institutt for arbeidsmedisin, Universitetet i Bergen.
- Natvig, Haakon (1979). *Bedriftshelsetjenesten i Norge nå og i framtiden*. Tiden forlag.
- Natvig, Haakon (1983). *Arbeidsmiljø og helse: yrkeshygienikerne og bedriftshelsetjenesten*. Oslo.
- Pettersen, Børre (1997): *Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø*. 8. reviderte utgave. Med kommentarer av Børre Pettersen. Tiden Norsk Forlag.
- Romsland, A.C. (1995). *Mellom medisin og marked: en evalueringstudie*. Universitetet i Oslo.
- Rognstad, Kirsten (1994). *Status for utbygging av bedriftshelsetjenesten*. SINTEF. Anvendt økonomi. Trondheim.
- Svarva, Arne (1986). *Idealer og realiteter i bedriftshelsetjenesten*. Institutt for industriell miljøforskning. Trondheim@

Statens arbeidsmiljøinstitutt (1994) *Mål og profil. Statens grunnkurs for bedriftshelse-tjenestepersonell.*

Wannag, Axel (1988): *Den mest heterogene helsetjenesten. Struktur og fagpersonell-ressurser i bedriftshelsetjenesten i Oslo 1988.*

Wannag, Axel (1991): *Hva har de? hva får de? Hva betaler de? Organisering, ressurser og kostnad for helsetjeneste blant NHOs medlemsbedrifter i Oslo 1989.* Rapport nr 3. Folkehelsa.

Øydvin, Astrid (1995). *Bedriftshelsetjenester i Indre Sogn: ei kartlegging.* Sogndal. Vestlandsforskning.

Offentlige dokumenter o.l.

Arbeidstilsynet (1992). *Bedriftshelsetjenesten: en orientering fra Arbeidstilsynet.* Oslo.

Arbeidstilsynet (1989). Best. nr. 501. Forskrift til arbeidsmiljøloven fastsatt av Direktoratet for arbeidstilsynet 8. juni 1989. Hvilke virksomheter skal ha knyttet til seg verne- og helsepersonalet (Bedriftshelsetjeneste).

Arbeidstilsynet (1994). Best. nr. 518. Forskrift til arbeidsmiljøloven fastsatt av Direktoratet for arbeidstilsynet 21. april 1994. Forskrift om verne- og helsepersonalet.

Bjurström, Lars-Mikael (1998): *SMEs and economics of the Working Environment.* Foredrag på IALI konferanse, Bergen 28-30 mai.

Det gode livet. Konsensuskonferanse 'Det gode livet': Insitutt for arbeidsmedisin. Universitetet i Oslo.

Gode råd om bedriftshelsetjenesten: en behovtilpasset...(1994). Næringslivets forlag. Oslo.

Kommunal- og arbeidsdepartementet. Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø (1995) Med kommentarer av Børre Pettersen, Tiden Norsk Forlag.

Norsk bedriftslegeforening (1991). *Bedriftshelsetjeneste i EF og Norge: lovgiving og organisering.* Oslo.

Kommunal- og arbeidsdepartementet m fl (1996). Forskrift om systematisk helse- miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter. (Internkontrollforskriften).

Statens forvaltningstjeneste (1992). *Bedriftshelsetjenesten: faglig innhold.* Statens trykningsentral.

Vedlegg 1

Vedlegg kapittel 4

Tabell Virksomheter etter næring

ISIC2X Næringsområder gruppert

	Antall	Prosent
1,00 Bygg,skog,kull,bergv	48	18,8
31,00 Næringsmidler	28	11,0
33,00 Trev, grafisk, kjemi, metall	41	16,1
38,00 Verkstedsp, rep motor	42	16,5
63,00 Hotell rest, renov, vaskeri	27	10,6
71,00 Transport og post	31	12,2
91,00 Kommune og statsadm	38	14,9
Total	255	100,0

Vedlegg kapittel 6

Tabell 15.1 Bedrifiers prioritering av HMS-oppgaver. Etter næring

		Næringsområder gruppert							
		1,00	31,00	33,00	38,00	63,00	71,00	91,00	
		Bygg,skog,kull,bergv	Næringsmidler	Trev, grafisk, kjemi, metall	Verkst edsp, rep motor	Hotell rest, renov, vaskeri	Tran sport og post	Kommu ne og statsadm	Alle
fysiske/kjemiske/biologiske forhold	Prosent	40	44	70	53	42	29	44	47
sosiale forhold/krav/organisering	Prosent	60	24	45	42	50	43	65	48
etablering/vedlikehold/endring av arb. plassen	Prosent	36	48	45	33	38	29	44	39
fremme forslag om forebyggende tiltak	Prosent	51	48	55	47	54	32	50	49
helsekontroller	Prosent	43	48	55	61	38	43	56	50
bedriftintern attføring	Prosent	21	32	28	25	13	32	32	26
kurativ virksomhet	Prosent	6		8	14	4	4	12	7
utforming av internkontrollsystem.	Prosent	72	56	68	67	92	89	62	71
info. om arb.helse/ ergonomi/risiko	Prosent	40	40	45	50	42	25	44	41
info om sosiale/psykiske forhold i arb.miljø	Prosent	15	16	15	33	17	11	38	21
gjennomføre tiltak i arb.miljøet	Prosent	45	52	73	56	54	43	62	55
evaluere effekt av tiltak	Prosent	28	20	28	33	21	29	32	28
<i>I alt</i>	Prosent	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell Verne- og helsepersonalet sitt syn på ledelsens prioriteringer av HMS-oppgaver.
 Prosentbasis = antall bedriftshelsetjenesteer.

		høy	middels	lav	usikker	I alt
Bedr. prio: fysiske/kjemiske/biologiske forhold	Prosent	44,2%	41,2%	10,9%	3,7%	100,0%
Bedr. prio: sosiale forhold/krav/organisering	Prosent	26,9%	46,6%	17,0%	9,5%	100,0%
Bedr. prio: etablering/vedlikehold/ending av arb.	Prosent	23,0%	40,0%	23,4%	13,6%	100,0%
Bedr. prio: fremme forslag om forebyggende tilta	Prosent	31,1%	50,2%	12,4%	6,4%	100,0%
Overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse	Prosent	60,9%	31,7%	4,8%	2,6%	100,0%
Bedr. prio: bedriftintern attføring	Prosent	33,3%	29,8%	18,4%	18,4%	100,0%
Bedr. prio: kurativ virksomhet	Prosent	11,0%	23,2%	52,3%	13,5%	100,0%
Bedr. prio: utforming av internkontrollsystem.	Prosent	47,0%	34,6%	10,2%	8,3%	100,0%
Bedr. prio: info. om arb.helse/ ergonomi/risiko	Prosent	40,0%	43,3%	11,9%	4,8%	100,0%
Bedr. prio: info om sosiale/psykiske forhold i	Prosent	22,5%	41,5%	26,7%	9,3%	100,0%
Bedr. prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet	Prosent	35,5%	48,7%	7,9%	7,9%	100,0%
Bedr. prio: evaluere effekt av tiltak	Prosent	13,7%	40,3%	23,6%	22,4%	100,0%

Tabell Verneombudet sitt syn på ledelsens prioriteringer av HMS-oppgaver. Prosentbasis =
 antall svar fra verneombud.

		høy	middels	lav	usikker	I alt
Fysiske/kjemiske/biologiske forhold	Prosent	27,3%	56,1%	14,6%	2,0%	100,0%
Bedr.prio:Sosiale forhold/krav/organisering	Prosent	18,1%	52,6%	25,6%	3,7%	100,0%
Bedr. prio: etablering/vedlikehold/ending av	Prosent	17,9%	53,6%	25,1%	3,4%	100,0%
Bedr.prio:fremme forslag om forebyggende tiltak	Prosent	19,3%	50,0%	28,8%	1,9%	100,0%
Bedr.prio:Overvåke/kontrollere arb.takernes helse	Prosent	31,9%	43,8%	21,9%	2,4%	100,0%
Bedr.prio:Bedriftsintern attføring	Prosent	17,1%	32,6%	30,5%	19,8%	100,0%
Bedr.prio:Kurativ virksomhet	Prosent	6,9%	25,2%	26,4%	41,5%	100,0%
Bedr.prio:Utforming av syst. for internkontroll	Prosent	50,9%	41,2%	6,5%	1,4%	100,0%
Info og oppl. onm arb.helse, Bedr.prio:info om	Prosent	17,4%	43,2%	34,3%	5,2%	100,0%
Bedr.prio: info om sosiale og psykiske forhold i	Prosent	10,6%	33,2%	52,4%	3,8%	100,0%
Bedr.prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet	Prosent	20,9%	53,0%	24,2%	1,9%	100,0%
Bedr. prio:evaluere effekt av tiltak	Prosent	14,8%	35,4%	42,6%	7,2%	100,0%

Ledelsens syn på prioriteringer av HMS–oppgaver sammenlignet med vhp sitt syn på ledelsens prioriteringer, fordelt etter ulike tilknytningsformer for vhp. Parvis sammenligning med t-test.

Tilknytningsform			t	df	Sig. (2-tailed)
Lege arb giv + annet	Par 1	Bedriften - Verne- og helsepersonale	1,303	21	,207
Ans i priv off virksomhet	Par 1	Bedriften - Verne- og helsepersonale	1,160	33	,254
Selvst fellesordning	Par 1	Bedriften - Verne- og helsepersonale	8,559	110	,000
Selvst firma	Par 1	Bedriften - Verne- og helsepersonale	1,744	36	,090

Vedlegg kapittel 7

Tabell Hvem utfører oppgavene. Andre enn verne- og helsepersonalet

Hvem utfører oppgavene spm 13 , ledelse

(Value tabulated = 2: Andre enn verne og helsepersonalet)

Dichotomy label	Name	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
Hvem utfører: fysiske/kjemiske/biologisk	PRI_UT_A	31	4,0	16,1
Hvem utfører: sosiale forhold/krav/org.	PRI_UT_B	94	12,1	48,7
Hvem utfører: etablering/vedlikehold/end	PRI_UT_C	106	13,6	54,9
Hvem utfører: fremme forslag om forebygg	PRI_UT_D	54	6,9	28,0
Hvem utfører: helsekontroller	PRI_UT_E	17	2,2	8,8
Hvem utfører/bistår: bedriftsintern attf	PRI_UT_F	30	3,8	15,5
Hvem utfører: kurativ virksomhet	PRI_UT_G	46	5,9	23,8
Hvem utfører/bistår: utforming av intern	PRI_UT_H	141	18,1	73,1
Hvem utfører: info om arb.helse, ergonom	PRI_UT_I	30	3,8	15,5
Hvem utfører: info om sosiale/psykiske f	PRI_UT_J	47	6,0	24,4
Hvem utfører: gjennomfører tiltak	PRI_UT_K	99	12,7	51,3
Hvem utfører: evaluering av effekt av ti	PRI_UT_L	85	10,9	44,0
		-----	-----	-----
	Total responses	780	100,0	404,1

146 missing cases; 193 valid cases

Tabell Er verne- og helsepersonalet sin innsats tilstrekkelig i forhold til ledelsens prioriteringer, når oppgaven prioriteres høy. Ledelsens syn.

		vhp innsats tilstrekkelig i forhold til behov					I alt
		1	2	3	4	5	
		tilstrekkelig	nesten tilstrekkelig	noe utilstrekkelig	svært utilstrekkelig	usikker	
		Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
spm 13	1,00 Bedr. prio: ledelsens prioriteringer Høy=1	54	28	14	2	3	100
	2,00 Bedr. prio: fysiske/kjemiske/biologiske forhold	49	29	18	3	1	100
	3,00 Bedr. prio: etablering/vedlikehold/endring av arb. plassen	49	29	17	4	1	100
	4,00 Bedr. prio: fremme forslag om forebyggende tiltak	54	26	15	3	3	100
	5,00 Bedr. prio: helsekontroller	59	26	11	2	3	100
	6,00 Bedr. prio: bedriftintern attføring	61	21	13	2	3	100
	7,00 Bedr. prio: kurativ virksomhet	53	18	29			100
	8,00 Bedr. prio: utforming av internkontrollsystem.	48	31	16	2	2	100
	9,00 Bedr. prio: info. om arb.helse/ ergonomi/risiko	56	27	14	1	2	100
	10,00 Bedr. prio: info om sosiale/psykiske forhold i arb.miljø	51	27	16	4	2	100
	11,00 Bedr. prio: gjennomføre tiltak i arb.miljøet	52	27	15	3	2	100
	12,00 Bedr. prio: evaluere effekt av tiltak	56	23	14	3	3	100
Alle		47	31	17	3	3	100

Vedlegg kapittel 8

Konstruksjon av indeks for investeringer og kostander knyttet til HMS:

- kostnader ved verne- og helsepersonalet over 300 kroner per ansatt = 1 poeng
- kostnader under 300 kroner = 0 poeng
- betydelige investeringer i HMS utenom verne- og helsepersonalet = 2 poeng
- moderate investeringer i HMS utenom verne- og helsepersonalet = 1 poeng
- ingen investeringer i HMS utenom verne- og helsepersonalet = 0 poeng
- betydelige investeringer ellers med betydning for HMS = 2 poeng
- moderate investeringer ellers med betydning for HMS = 1 poeng
- ingen investeringer ellers med betydning for HMS = 0 poeng.

Nytte av HMS-inversteringer. Mål på sammenhenger.

Tabell Sammenheng mellom kostnad-nytte av verne- og helsepersonalet (jf Tabell 8.6) og andre effektvariable på nytten av verne- og helsepersonalet. Opplysninger fra ledelsen.

Uavhengige variable	Målenivå	Avhengig variabel (ordinal)	Mål for samvariasjon	Signifikans nivå
Bedriftsstørrelse	Ordinal/ intervall	Kostnad nytte av verne- og helsepersonalet	Gamma = -0,20	< 0,05
Type BHT	Nominal		Eta = 0,19	
Indeks, kostnader	Intervall		r = - 0,15	< 0,05
Kostnader per ansatt	Intervall		r = 0,025	= 0,7
Investeringer i HMS	Intervall		r = - 0,18	= 0,2
Indirekte investeringer	Intervall		r = 0,25	= 0,08
Er verne- og helsepersonalets innsats tilstrekkelig i forhold til prioriteringene	Ordinal		Gamma = 0,65 r = 0,50	< 0,01

Tabell Indeks for kostnader og investering i HMS og andre forhold med betydning for arbeidsmiljøet. Ledelsen

		Antall	Prosent	Kumulativ prosent
Ideksppoeng	1,00	19	7,6	7,6
	2,00	35	13,9	21,5
	3,00	94	37,5	59,0
	4,00	55	21,9	80,9
	5,00	48	19,1	100,0
	I alt	251	100,0	
	Frafall	4		
Total		255		

Korrelasjonsmatrise holdninger spm 7 og kostnad-nytte.

Tabell Nytte av verne- og helsepersonalet i forhold til kostnadene, og holdninger til verne- og helsepersonalet . Svar fra ledelsen. Korrelasjoner

Variabel 1	Variabler 2	Korrelasjon (r)	Antall bedrifter	Sig
Kostnad - nytte vurdering av verne- og helsepersonalet (høy verdi = god nytte)	Bedriften har høy bestillingskompetanse	0,27	242	< 0,001
	Verne- og helsepersonalet er godt synlig i bedriften	0,39	246	< 0,001
	Bedriften har liten nytte av verne- og helsepersonalet	- 0,38	248	< 0,001
	Dårlig samarbeid mellom bedrift og verne- og helsepersonalet	- 0,23	248	< 0,001

Tabell Regresjonsanalyse. Indeks for holdninger og bedriftens vurdering av kostnad-nytte ved verne- og helsepersonale. Forklart varians=15 prosent.

Coefficients^a

Model		Standardized Coefficients	t	Sig.
		Beta		
1,00	(Constant)		,82	,41
	BESTKOMP Bedriftsskjema: Bedriften har høy bestillingskompetanse	,14	2,06	,04
	SYNLIGE Bedriftsskjema: VHP er godt synlige i bedriften (inspirerer, pådrivere)	,27	3,65	,00
	SAMARB Bedriftsskjema: Vanskelig/Dårlig samarbeid mellom vhp og bedrift	-,06	-,86	,39
	POS_LEDE Bedriftsskjema: Imøtekommen ledelse	,04	,61	,54

a. Dependent Variable: KOST_NYT Kostnad-nytte vurdering vhp/kostnader, fra ledelsens syn

Vedlegg Kapittel 9

Tabell HMS-innsats og næringsområder Tabell Virkninger av bedriftens samlede innsats innenfor arbeidsmiljøet de siste 3 år. Etter næringsområde.

Se neste side.

		Næringsområder gruppert														Total		
		Bygg,skog,kull,ber gv		Næringsmidler		Trev, grafisk, kjemi, metall		Verkstedsp, rep motor		Hotell rest, renov, vaskeri		Transport og post		Kommune og statsadm		Count	Col %	
		Count	Col %	Count	Col %	Count	Col %	Count	Col %	Count	Col %	Count	Col %	Count	Col %			
ledelsen, spm 17	Bedr. innsats: virkning på sykefravær	5	19,2%	3	18,8%	3	17,6%	4	20,0%	2	12,5%	4	40,0%	2	20,0%	23	20,0%	
Svært gode virkninger	Bedr. innsats: virkning på ulykker (drift)	12	46,2%	7	43,8%	7	41,2%	9	45,0%	4	25,0%	1	10,0%	1	10,0%	41	35,7%	
	Bedr. innsats: virkning på nestenuhell	10	38,5%	7	43,8%	5	29,4%	11	55,0%	5	31,3%	2	20,0%	1	10,0%	41	35,7%	
	Bedr. innsats: virkning på skader (på person)	8	30,8%	8	50,0%	5	29,4%	9	45,0%	4	25,0%	4	40,0%	3	30,0%	41	35,7%	
	Bedr. innsats: virkning på arb.relaterte sykdommer	5	19,2%	2	12,5%	3	17,6%	6	30,0%	2	12,5%	2	20,0%			20	17,4%	
	Bedr. innsats: virkning på bedr. økonomi	4	15,4%	1	6,3%	2	11,8%	3	15,0%	3	18,8%	1	10,0%	1	10,0%	15	13,0%	
	Bedr. innsats: virkning på produktivitet	5	19,2%	1	6,3%	2	11,8%	4	20,0%	4	25,0%	2	20,0%	3	30,0%	21	18,3%	
	Bedr. innsats: virkning på renomme	12	46,2%	3	18,8%	6	35,3%	7	35,0%	5	31,3%	3	30,0%	3	30,0%	39	33,9%	
	Bedr. innsats: virkning på konkurranseevne	3	11,5%	1	6,3%	3	17,6%	4	20,0%	4	25,0%	1	10,0%			16	13,9%	
	Bedr. innsats: virkning på forh. til tilsynsmyndigheter	10	38,5%	8	50,0%	10	58,8%	8	40,0%	10	62,5%	3	30,0%	3	30,0%	52	45,2%	
	Bedr. innsats: virkning på yrkesskadeforsikring	7	26,9%	3	18,8%	3	17,6%	6	30,0%	5	31,3%	3	30,0%	1	10,0%	28	24,3%	
	Bedr. innsats: virkning på driftsregularitet	2	7,7%	2	12,5%	1	5,9%	2	10,0%	3	18,8%	2	20,0%	2	20,0%	14	12,2%	
	Bedr. innsats: virkning på produkt- og tjenestekvalitet	4	15,4%	1	6,3%			2	10,0%	5	31,3%	1	10,0%	2	20,0%	15	13,0%	
	Bedr. innsats: virkning på inneklima	5	19,2%	7	43,8%	8	47,1%	9	45,0%	5	31,3%	3	30,0%	7	70,0%	44	38,3%	
	Total		26	100,0%	16	100,0%	17	100,0%	20	100,0%	16	100,0%	10	100,0%	10	100,0%	115	100,0%

Vedlegg 2

Kommentar til registre over bedriftshelsetjenesten

Ved planleggingen av evalueringen undersøkte vi hva som eksisterte av databaser om verne- og helsepersonalet/bedriftshelsetjenesten. Vi tok i den forbindelse kontakt med Arbeidstilsynet, NHO, LO og STAMI. LO har et register som bygger på en oppdatert versjon av en oversikt utarbeidet av SINTEF for et par år siden. STAMI hadde den gang kanskje det mest oppdaterte registeret, men man kunne risikere at registeret inneholdt systematiske skjevheter, fordi det kun inneholdt opplysninger om verne- og helsepersonell som meldte seg på kurs hos STAMI. Siden har STAMI oppdatert sitt register bl a ved å konferere med de vhp-enheter som inngår i denne evalueringen.

Vedlegg 3

Indekskonstruksjoner

Påstander i spørreskjema

I spørreskjema er påstandene rangert fra bokstav 'a' osv. Påstand 'a': *'Ledelsen lar verne- og helsepersonale avgjøre hva som er bedriften behov for tjenester'* blir i det følgende referert til som påstand eller variabel 'p_a'. Tilsvarende gjøre for de andre påstandene.

Skjema for ledelsen i bedriften

Spørsmål 7 i skjema til ledelsen

I. 'Bedriften har høy bestillingskompetanse' er en sammenslåing av variablene:

$p_i + p_l + p_x$ (omkodet, snudd fortegn).

II. 'Imøtekommen ledelse' er en sammenslåing av variablene:

$p_a + p_b + p_j$

III. 'vhp gode til å synliggjøre seg' (i bedriften) er sammenslått av variablene:

$p_c + p_d + p_o$ (omkodet, snudd fortegn) + $p_p + p_t$.

IV. 'Bedriften liten nytte av vhps tjenester' er en sammenslåing av variablene:

p_s (omkodet, snudd fortegn) + $p_v + p_w$

V. 'Dårlig/vanskelig samarbeid mellom vhp og bedriften' er slått sammen av variablene:

p_f (omkodet, snudd fortegn) + $p_g + p_h$.

Skjema for verneombud

Indeksene har fått samme navn, men det varierer hvilke variabler som er slått sammen, da spørreskjemaene ikke er helt like.

I. Variabelen p_x er ulik og derfor utelatt.

II. Er likt sammensatt.

III. Er likt sammensatt.

IV. Variabelen p_w er ulik og utelatt.

V. Er likt sammensatt.

Skjema for verne- og helsepersonale

I. p_x er ulik og utelatt.

II. Er likt sammensatt.

III. p_t er ulik og utelatt.

IV. Indeksen er ikke konstruert - variablene var ulike.

V. Er likt sammensatt.

Vedlegg 4

Spørreskjema i postundersøkelsen

RF-Rogalandforskning	Kontaktpersoner:	Fax RF: 51 87 51 00
Postboks 2503	Anne N. Myhrvold, tlf 51 87 54 05	E-post: anne.n.myhrvold@rf.no
4004 Stavanger	Terje Lie, tlf 51 87 51 26	E-post: terje.lie@rf.no

Til bedriftens ledelse

Evaluering av bedriftshelsetjenesten / verne- og helsepersonale

Kommunal- og arbeidsdepartementet har satt i gang en evaluering av bedriftshelse-tjenesten. Undersøkelsen gjelder bare bedrifter som skal ha bedriftshelsetjeneste etter forskriften. RF-Rogalandforskning skal gjennomføre prosjektet.

I denne undersøkelsen har vi valgt å bruke betegnelsen 'verne- og helsepersonale' i stedet for den mer kjente betegnelsen 'bedriftshelsetjeneste'. Med verne- og helsepersonale siktes til det personell og de tjenester som er beskrevet i Forskrift nr 518 under arbeidsmiljøloven (Forskrift om verne- og helsepersonale).

Verne- og helsepersonale = Bedriftshelsetjeneste

Bedriftsledelsens syn på det arbeid som utføres i forbindelse med arbeidsmiljøet er en sentral del av evalueringen. Vi ber derfor bedriftens **ledelse** fylle ut dette spørreskjemaet og returnere det i vedlagte konvolutt snarest, senest innen en uke.

Tilsvarende skjema blir også sendt til verneombudet i bedriften og til verne- og helsepersonalet / bedriftshelsetjenesten som bedriften nytter seg av. De to partene får tilsendt egne skjema.

Er du i tvil om noen av spørsmålene eller vil du formidle noen synspunkt, ta kontakt med en av de navn som er nevnt øverst på arket.

Spørreskjemaet skal besvares av ledelsen ved:

Vi har registrert at denne bedriften har følgende verne- og helsepersonale/BHT:

Bakgrunnsopplysninger om bedriften

Er bedriften del av konsern eller et flerbedriftsforetak ja nei

Hvis ja, hva er navnet på konsernet/foretaket
.....

Hvilken bransje(r) hører bedriften til?

Antall ansatte totalt:

Antall ansatte for del av virksomheten som er underlagt forskrift om verne- og helsepersonale (forskrift 501):, omtrent hvor mange av disse er kvinner.....

1. Hvem har det daglige ansvaret for helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i bedriften?

- Daglig leder for bedriften HMS leder
 Personalleder
Andre.....

2. Hvem (hvilken stilling) i din bedrift har den løpende kontakten med verne- og helsepersonalet (bedriftshelsetjenesten)?

Stilling

3. Hvor lenge har bedriften hatt tilknyttet verne- og helsepersonale?

Ca antall år:

4. Har bedriften mottatt tjenester fra samme leverandør (verne- og helsepersonale) eller har bedriften skiftet leverandør?

- Ikke aktuelt spørsmål for oss
- Samme leverandør av tjenester fra verne- og helsepersonale hele tiden
- Har skiftet leverandør en eller flere ganger

5. Grunn til skifte av leverandør

- Ikke aktuelt spørsmål for oss
- Vi var ikke tilfreds med de tjenester vi fikk
- Leverandøren (bedriftshelsetjenesten) opphørte
- Vi skiftet til leverandør med rimeligere tjenester
- Andre grunner:

6. Hva slags avtale har verne- og helsepersonalet med bedriften

- Skriftlig avtale med detaljert beskrivelse av arbeidsoppgaver
- Skriftlig avtale uten detaljert beskrivelse av arbeidsoppgaver
- Muntlig avtale
- Andre former for avtale:
- Ikke avtale

7. Nedenfor er det satt noen påstander om forholdet mellom verne- og helsepersonale / BHT og bedriften. I hvilken grad gjelder dette i din bedrift?

Utsagn	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
a) Ledelsen lar verne- og helsepersonalet avgjøre hva som er bedriftens behov for verne og helsetjenester				
b) Ledelsen stimulerer verne- og helsepersonalet til å yte sitt beste				
c) Verne- og helsepersonalet hjelper bedriften til å bli klar over risikofaktorene				
d) Verne- og helsepersonalet inspirerer bedriften til å drive helse-, miljø og sikkerhetsarbeid				
e) Verne- og helsepersonalet sitt arbeid er i vesentlig grad langsiktig forebyggende arbeid				
f) Det er lett å samarbeide med verne- og helsepersonalet om verne- og helsetjenester				
g) Verne- og helsepersonalet tar for lite hensyn til bedriftens lønnsomhet i forslag om forebyggende tiltak				
h) Verne- og helsepersonalet kjenner for lite til hvordan bedriften fungerer				
i) Bedriften har høy kompetanse til å bestille tjenester fra verne- og helsepersonalet				
j) Bedriften gjennomfører de tiltak som verne- og helsepersonalet foreslår				
k) Verne- og helsepersonalets arbeid bidrar til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i bedriften				
l) Bedriften har lang tradisjon for helse-, miljø og sikkerhetsarbeid				
m) Verne- og helsepersonalet har problemer med å forholde seg "fri og uavhengig" i forhold til ledelsen				
n) Bedriften har en aktiv verneombudsordning				
o) Verne- og helsepersonalet klarer ikke å markedsføre sin kompetanse overfor bedriften				
p) Verne- og helsepersonalet er flinke til å spre kunnskap om arbeidsmiljø i bedriften				
q) Ledelsen synes helsekontroller og kurative tjenester til de ansatte er verne- og helsepersonalets viktigste oppgave				
r) AMU er en aktiv part overfor verne- og helsepersonalet (kryss av her hvis bedriften ikke har AMU <input type="checkbox"/>)				
s) Verne- og helsepersonalet gir et tilbud arbeidstakerne er fornøyd med				
t) Verne- og helsepersonalet er en viktig pådriver til forbedringer av arbeidsmiljøet				
u) Verne- og helsepersonalet gjør for mye kartlegging av arbeidsmiljøet				
v) Ledelsen ser liten nytte av verne- og helsepersonalet sine tjenester				
w) Ledelsen mener verne- og helsepersonalet ikke yter de tjenester bedriften har behov for				
x) Bedriften synes det er vanskelig å vurdere eget behov for tjenester fra verne- og helsepersonalet				

8. Hva betalte bedriften for tjenester fra verne- og helsepersonalet (bedriftshelsetjenesten) det siste året?

Kostnader totalt ved å ha verne- og helsepersonale siste år, ca kroner _____

9. Er det gjort noen form for investeringer (tid/penger) i forbedringer av HMS (arbeidsmiljøet) de siste tre år, utover vanlige kostnader til verne- og helsepersonalet?

- Betydelige investeringer
- Noen, men moderate investeringer
- Ingen investeringer av betydning

10. Er det ellers foretatt investeringer (f eks i teknologi) de siste tre år, som indirekte har bedret arbeidsmiljøet?

- Betydelige investeringer
- Noen, men moderate investeringer
- Ingen investeringer av betydning

11. Hvis det er gjort investeringer (jf spm 9 og 10): kan de tallfestes i kroner? I så fall omtrent hvor store beløp er gått til forbedringene i løpet av de siste tre år ?

	Kroner:	Kan ikke tallfestes
Investeringer i arbeidsmiljø		<input type="checkbox"/>
Andre investeringer som har bedret arbeidsmiljøet		<input type="checkbox"/>

12. a) Hvilken nytte har bedriften av tjenestene fra verne- og helsepersonale i forhold til kostnadene, etter ledelsens syn?

- Bedriften har god nytte av tjenesten i forhold til kostnadene
- Bedriften har mindre god nytte av tjenestene
- Bedriften har liten nytte av tjenestene i forhold til kostnadene
- Vet ikke, eller er usikker på nytten i forhold til kostnadene

12. b) Hvis mindre god eller liten nytte av tjenestene, hva kan grunnen være til dette?

Svar:

.....

.....

.....

.....

.....

13. Hvilke oppgaver nevnt nedenfor prioriterer bedriftens ledelse? Hvilke av disse oppgavene bistår/utfører dette verne- og helsepersonalet (vhp)?

Oppgaver:	Bedriftens prioriteringer:			Hvem bistår/utfører oppgavene:		Ikke aktuelt
	Høy	Middels	Lav	vhp (BHT)	andre	
a) vurdering eller kartlegging av fysiske, kjemiske og biologiske forhold i bedriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) vurdering eller kartlegging av organisering av arbeidet, sosiale arbeidsforhold, krav, støtte,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) planlegging og gjennomføring ved etablering, vedlikehold og endring av arbeidsplasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) fremme forslag om forebyggende tiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) bedriftsintern attføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) kurativ virksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) utforming av system for internkontroll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) informasjon og opplæring om arbeidshelse, ergonomi, helse- og sikkerhetsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) informasjon om sosiale og psykiske faktorer i arbeidsmiljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) gjennomføre tiltak i arbeidsmiljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) evaluere effekt av gjennomførte tiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Er verne- og helsepersonalets innsats tilstrekkelig i forhold til ledelsens prioriteringer?

- Tilstrekkelig
- Nesten tilstrekkelig
- Noe utilstrekkelig
- Svært utilstrekkelig
- Usikker

15. I tilknytning til spm. 14: Hvis ikke tilstrekkelig, hva kan årsakene være? (sett maks. 2 kryss)

- utilstrekkelige økonomiske ressurser i bedriften
- manglende kompetanse hos verne- og helsepersonalet
- manglende prioriteringer hos verne- og helsepersonalet
- uenighet mellom bedriftens ledelse og verne- og helsepersonalet om prioriteringene
- motstand fra arbeidstakerne i bedriften
- andre svar, spesifiser:.....

16. Er det oppgaver innen HMS/arbeidsmiljø som bedriften har behov for, men som verne- og helsepersonalet ikke kan utføre?

- Ja, følgende oppgaver:
- Nei
- Usikker

17. Har bedriftens samlede innsats innenfor arbeidsmiljøet siste 3 år hatt noen virkning på forholdene nevnt nedenfor?

	Svært gode virkninger	Noen gode virkninger	Ingen merkbare virkninger	Ikke behov for forbedring	Ikke aktuelt
Sykefraværet					
Ulykker (drift)					
Nestenuhell					
Skader (på person)					
Arbeidsrelaterte sykdommer					
Bedriftens økonomi					
Produktivitet					
Renommé					
Konkurranssevne					
Forholdet til tilsynsmyndigheter					
Yrskeskadeforsikring					
Driftsregularitet					
Produkt- og tjenestekvalitet					
Inneklima					
andre forhold:					

18. Hvilken rolle har verne- og helsepersonalets innsats betydd for resultatene i spm. 17?

- Stor betydning
- Liten betydning
- Usikker

Eventuelle kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

19. Har bedriften et system for internkontroll i henhold til forskriften?

- Ja, etter vår mening har vi det
- Nei, vi har ikke et system for internkontroll i henhold til forskriften
- Vi har et IK-system, men er i tvil om det tilfredsstillende kravene i forskriften
- Systemet er under arbeid

20. Har Arbeidstilsynet gjennomført tilsyn i bedriften de siste to årene og har bedriften eventuelt fått noen anmerkninger?

Tilsyn gjennomført
Ja <input type="checkbox"/>
Nei <input type="checkbox"/>

Har mottatt anmerkninger fra Arbeidstilsynet
Ja <input type="checkbox"/>
Nei <input type="checkbox"/>

21. Har bedriften dokumentert følgende forhold?

	Ja	Nei	Delvis	Er under arbeid	Ikke aktuelt
a) Planer for verne- og helsepersonalets arbeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Handlings- og tiltaksplaner for forbedringer av arbeidsmiljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Oversikt over helsefarlige forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Har bedriften rutiner for å følge opp lengre sykefravær? (kan sette flere kryss)

- Nei, ingen spesielle rutiner for lengre sykefravær
- Ja, følges opp via avtale med verne- og helsepersonalet
- Ja, følges opp av bedriftens administrasjon og ledelse
- Ja, følges opp gjennom samarbeid med trygdekontoret
- Ja, følges opp gjennom samarbeid med arbeidstakerorganisasjoner
- Andre måter eller rutiner (aktiv sykemelding e l):

23. Hvilken oppfatning tror ledelsen de ansatte har av tjenestene til verne- og helsepersonalet?

- Ansatte er godt fornøyd, tjenestene er gode nok
- Ansatte er litt misfornøyd, tjenestene kunne vært noe bedre
- Ansatte er svært misfornøyd, tjenestene kunne vært mye bedre

24. På hvilken måte kunne tjenestene fra verne- og helsepersonalet eventuelt vært bedre, slik ledelsen oppfatter de ansatte?

Svar:

.....

.....

.....

25. Bør framtidige tjenester fra verne- og helsepersonale også omfatte oppgaver f eks som vist i listen under?

	Hvis oppgaven utføres i dag:			Hvis oppgaven ikke utføres i dag:		
	Ja, bør forbli tjeneste	Nei, bør ikke være tjeneste	Usikker	Ja, bør bli tjeneste	Nei, bør ikke bli tjeneste	Usikker
Kurativ virksomhet (behandling og lege-konsultasjoner uten relasjon til arbeidsplass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsekontroller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplysning om livsstil og helse (mosjon, bruk av rusmidler, røyking osv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedagogisk tilrettelegging for forebyggende arbeid i bedriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leder- og organisasjonsutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rådgivning om lederstil og virkninger på sosialt- og organisatorisk arbeidsmiljø	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rådgivning om mellommenneskelige forhold i bedriften ellers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjon om arbeidsmiljøets betydning for produktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reisemedisin/vaksiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ytre miljø (utslipp/avfall/produksikkerhet e.l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre oppgaver:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RF-Rogalandforskning	Kontaktpersoner:	Fax RF: 51 87 51 00
Postboks 2503	Anne N. Myhrvold, tlf 51 87 54 05	E-post: anne.n.myhrvold@rf.no
4004 Stavanger	Terje Lie, tlf 51 87 51 26	E-post: terje.lie@rf.no

Til verne- og helsepersonale / bedriftshelsetjenesten

Evaluering av verne- og helsepersonalet /bedriftshelsetjenesten

Kommunal- og arbeidsdepartementet har satt i gang en evaluering av bedriftshelsetjenesten. RF-Rogalandforskning skal gjennomføre prosjektet.

Bedrifter og verneombud skal også delta i undersøkelsen. De to partene vil få tilsendt egne skjema.

I denne undersøkelsen har vi valgt å bruke betegnelsen 'verne- og helsepersonale' (vhp) i stedet for 'bedriftshelsetjenesten'. Dette fordi denne betegnelsen gjennomgående brukes i Forskrift for verne- og helsepersonale, nr 518 fra Arbeidstilsynet.

Dette skjemaet er en del av evalueringen. Vi ber ansvarlig person for tjenesten om å svare på skjemaet og å returnere det i vedlagte konvolutt, snarest og senest innen en uke.

Skjemaet inneholder spørsmål både om verne- og helsepersonalet og om en navngitt bedrift som mottar tjenester fra dette verne- og helsepersonalet. Se nedenfor hvilken bedrift det gjelder.

Er du i tvil om noen av spørsmålene, eller vil du formidle noen synspunkt, ta kontakt med en av de personer som er nevnt øverst på arket.

Vennligst oppgi navn og adresse til verne- og helsepersonalet/bedriftshelsetjenesten

Navn:

Telefon:

Kontaktperson:

Hvis ny adresse:.....

Mange av spørsmålene er knyttet til en bestemt bedrift, i dette tilfelle gjelder det bedriften:

26. Sett kryss ved det svaralternativet som best beskriver hvordan verne- og helsepersonalet er organisert.

- Legen er egen arbeidsgiver eller er tilknyttet legekontor utenfor bedriften. Bedriften har knyttet til seg legen for å få dekket sitt behov for verne- og helsepersonale
- "Enpersons tjeneste" (utenom lege) som er egen arbeidsgiver eller tilknyttet kontor utenfor bedriften. Bedriften har knyttet til seg personen for å få dekket sitt behov for verne- og helsepersonale
- Verne- og helsepersonalet er ansatt i - og yter helsetjenester bare til bedriften /konsernet de er ansatt i
- Verne- og helsepersonalet er ansatt i privat bedrift/konsern, og yter tjenester både til bedriften/konsernet de er ansatt i, og andre tilknyttede bedriftene på lik linje
- Verne- og helsepersonalet er ansatt i kommunen/fylkeskommunen og yter bedriftshelsetjenester til ansatte i kommunen/fylkeskommunen
- Verne- og helsepersonalet er ansatt i staten og yter tjenester til ansatte i staten
- Verne- og helsepersonalet er ansatt i selvstendig organisert fellesordning under fellesordningens styre, og yter bedriftshelsetjenester til alle tilknyttede bedrifter på lik linje. (Kommunal og fylkeskommunale bedrifter kan være tilknyttet disse fellesordningene)
- Verne- og helsepersonalet er ansatt i et selvstendig firma som selger helsetjenester til bedrifter
- Selvstendig firma leier inn verne- og helsepersonale etter behov og tilbyr tjenester til alle typer bedrifter
- Annen organisering, oppgi hvilken.....

27. Oppgi antall årsverk for fast ansatt verne- og helsepersonalet, innleid personale samt behov for ytterligere personale

Stillingskategori	Antall årsverk fast ansatte	Antall årsverk innleid personale	Ytterligere personalbehov
Verneleder			
Yrkeshygieniker			
Sikkerhetsingeniør			
Bedriftslege uten spesialitet			
Bedriftslege Dnlf.			
Lege: spesialist i arb. med.			
Lege: annen spesialitet			
Psykolog			
Bedriftssykepleier			
Sykepleier			
Hjelpepleier			
Fysioterapeut			
Ergoterapeut			
Legesekretær			
Kontorsekretær			

Annet:			
--------------	--	--	--

28. I tilknytning til spm. 2: Ved udekket behov, hva kan årsakene være til at behovet ikke blir dekket? (sett maksimalt 2 kryss)

- Knapphet på kompetent personale
- Utilstrekkelige økonomiske ressurser
- Stor utskiftning av personale
- Andre årsaker til at behovet ikke blir dekket:

29. Hvor mange arbeidstakere omfatter dette verne- og helsepersonalet sine tjenester, samlet for alle bedrifter?

Totalt antall arbeidstakere for alle bedriftene:

30. Hvem (yrke/profesjon) er daglig leder for verne- og helsepersonalet?

Yrke/profesjon:

31. Hvem i bedriften (stilling) har den løpende kontakten med verne- og helsepersonalet?

Stilling i bedriften (jf side 1)

32. Hva slags avtale har verne- og helsepersonalet med bedriften

- Skriftlig avtale med detaljert beskrivelse av arbeidsoppgaver
- Skriftlig avtale uten detaljert beskrivelse av arbeidsoppgaver
- Muntlig avtale
- Andre former for avtale:
- Ikke avtale

33. Hvilke oppgaver nevnt nedenfor prioriterer bedriftens ledelse? Hvilke av disse oppgavene bistår/utfører dette verne- og helsepersonalet (vhp)?

Oppgaver:	Bedriftens prioriteringer:				vhp bistår/utfører oppgavene:		Ikke aktuelt
	Høy	Middels	Lav	Usikker	Ja	Nei	
a) vurdering eller kartlegging av fysiske, kjemiske og biologiske forhold i bedriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) vurdering eller kartlegging av organisering av arbeidet, sosiale arbeidsforhold, krav, støtte,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) planlegging og gjennomføring ved etablering, vedlikehold og endring av arbeidsplasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) fremme forslag om forebyggende tiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) bedriftsintern attføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) kurativ virksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) utforming av system for internkontroll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) informasjon og opplæring om arbeidshelse, ergonomi, helse- og sikkerhetsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) informasjon om sosiale og psykiske faktorer i arbeidsmiljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) gjennomføre tiltak i arbeidsmiljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

l) evaluere effekt av gjennomførte tiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

34. Er ledelsens prioriteringer (i spm. 8) tilstrekkelige i forhold til bedriftens behov?

- Tilstrekkelige
- Nesten tilstrekkelige
- Noe utilstrekkelige
- Svært utilstrekkelige
- Usikker

35. I tilknytning til spm. 9: Hvis ikke tilstrekkelig, hva kan årsakene være? (sett maksimalt 2 kryss)

- Bedriftens økonomi
- Manglende kunnskap i bedriftens ledelse
- Manglende vilje hos bedriftens ledelse
- Motstand fra arbeidstakerne i bedriften
- Andre svar, spesifiser:.....

36. Er det oppgaver innen HMS/arbeidsmiljø som bedriften har behov for, men som dette verne- og helsepersonalet ikke kan utføre?

- Ja, følgende oppgaver:
- Nei
- Usikker

37. Har bedriften dokumentert følgende forhold?

	Ja	Nei	Delvis	Er under arbeid	Ikke aktuelt
a) Planer for verne- og helsepersonalets arbeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Handlings- og tiltaksplaner for forbedringer av arbeidsmiljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Oversikt over helsefarlige forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Hvordan blir nytten (effekten) av verne- og helsepersonalet sitt bidrag til arbeidsmiljøet målt? (sett eventuelt flere kryss)

- Evaluering av gjennomførte tiltak
- Registrering av sykefravær
- Statistikk over helseskade
- Ansattes oppfatning av tjenestene
- Økonomiske vurderinger
- Fysiske målinger
- Andre måter:
- Ingen måling av nytte

39. Hvordan påvirkes verne- og helsepersonalets prioriteringer og praktiske arbeid av følgende forhold:

	Positivt	Lite fra eller til	Negativt
a) Myndigheter, i form av regelutvikling og oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Krav og forventninger fra arbeidsgivere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Krav og forventninger fra arbeidstakere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Verne- og helsepersonales profesjonsbakgrunn, utdanning og erfaring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Nedenfor er det satt opp noen påstander om forholdet mellom verne- og helsepersonalet og den aktuelle bedriften. I hvilken grad stemmer dette?

NB! med ledelsen menes bedriftens ledelse ikke verne- og helsepersonalets ledelse

Utsagn:	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
a) Ledelsen lar verne- og helsepersonalet avgjøre hva som er bedriftens behov for verne og helsetjenester				
b) Ledelsen stimulerer verne- og helsepersonalet til å yte sitt beste overfor bedriften				
c) Verne- og helsepersonalet hjelper bedriften til å bli klar over risikofaktorene				
d) Verne- og helsepersonalet inspirerer bedriften til å drive helse-, miljø og sikkerhetsarbeid				
e) Verne- og helsepersonalet deltar i langsiktig forebyggende arbeid				
f) Det er lett å samarbeide med bedriften om verne- og helse tjenester				
g) Verne- og helsepersonalet tar hensyn til bedriftens lønnsomhet i forslag om forebyggende tiltak				
h) Verne- og helsepersonalet kjenner for lite til hvordan bedriften fungerer				
i) Bedriften har høy kompetanse til å bestille tjenester fra verne- og helsepersonalet				
j) Bedriften er interessert i å følge opp tiltak som verne- og helsepersonale foreslår				
k) Verne- og helsepersonalets arbeid bidrar til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i bedriften				
l) Bedriften har lang tradisjon for helse, miljø og sikkerhetsarbeid				
m) Verne- og helsepersonale har problemer med å forholde seg "fri og uavhengig" i forhold til ledelsen i bedriften				
n) Bedriften har en aktiv verneombudsordning				
o) Verne- og helsepersonalet klarer ikke å markedsføre sin kompetanse overfor bedriften				
p) Verne- og helsepersonalet er flinke til å spre kunnskap om arbeidsmiljø i bedriften				
q) Bedriften synes helsekontroller og kurative tjenester til de ansatte er verne og helsepersonalets viktigste oppgave				
r) AMU er en aktiv part overfor verne- og helsepersonalet				
s) Ledelsen tar for lite selvstendig ansvar for arbeidsmiljøet				
t) Det er vanlig at verne- og helsepersonalet mottar klager på arbeidsmiljøet direkte fra ansatte i bedriften				
u) Bedriften er lite opptatt av å følge forskrifter og krav				
v) Verne- og helsepersonalet har klare ansvars- og rapporteringslinjer til bedriftens ledelse				
w) Verne- og helsepersonalet klarer godt å synliggjøre nytten av sine tjenester overfor bedriften				
x) De ansatte i bedriften er opptatt av sitt arbeidsmiljø				

41. Fremmer eller hemmer forskrift om verne- og helsepersonale (best. nr 518 fra Arbeidstilsynet) utvikling av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i bedriften?

- Forskriften fremmer utviklingen av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i bedriftene
 Forskriften betyr lite fra eller til for utviklingen av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø
 Forskriften hemmer utviklingen av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø
 Andre synspunkt på nytten av forskriften (nr 518):

.....

42. Bidrar 'bransjeforskriften' (best. nr 501 fra Arbeidstilsynet) til at bedriftene knytter til seg verne- og helsepersonale i større grad enn de ellers ville ha gjort?

- Ja Nei Usikker

43. Har bedriften et system for internkontroll (IK-system) i henhold til forskriften?

- Ja, etter vårt syn har bedriften det
 Nei, bedriften har ikke et IK-system i henhold til forskriften, etter vårt syn
 Bedriften har et IK-system, men vi er i tvil om det tilfredsstillende kravene i forskrift
 IK-system er under etablering

44. Har bedriftens samlede innsats innenfor arbeidsmiljøet hatt virkning for noen av forholdene nevnt nedenfor?

	Svært positive virkninger	Noe positive virkninger	Ingen merkbare virkninger	Ikke behov for forbedring	Vet ikke
Sykefraværet					
Ulykker (drift)					
Nestenuhell					
Skader (på person)					
Arbeidsrelaterte sykdommer					
Bedriftens økonomi					
Produktivitet					
Renommé					
Konkurranssevne					
Forholdet til tilsynsmyndigheter					
Yrskeskadeforsikring					
Driftsregularitet					
Produkt- og tjenestekvalitet					
Inneklima					
andre forhold:					

45. Hvilken rolle har verne- og helsepersonalet innsats betydd for resultatene i spm. 19?

- Stor betydning
- Liten betydning
- Usikker

46. Bør framtidige tjenester fra verne- og helsepersonale også omfatte oppgaver f eks som vist i listen under?

	Hvis oppgaven utføres i dag:			Hvis oppgaven ikke utføres i dag:		
	Ja, bør forbli tjeneste	Nei, bør ikke være tjeneste	Usikker	Ja, bør bli tjeneste	Nei, bør ikke bli tjeneste	Usikker
Kurativ virksomhet (behandling og lege-konsultasjoner uten relasjon til arbeidsplass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsekontroller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplysning om livsstil og helse (mosjon, bruk av rusmidler, røyking osv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedagogisk tilrettelegging for forebyggende arbeid i bedriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leder- og organisasjonsutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rådgivning om lederstil og virkninger på sosialt- og organisatorisk arbeidsmiljø	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rådgivning om mellommenneskelige forhold i bedriften ellers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjon om arbeidsmiljøets betydning for produktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reisemedisin/vaksiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ytre miljø (utslipp/avfall/produksikkerhet e.l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre oppgaver:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

.....

RF - Rogalandforskning
Postboks 2503
4004 Stavanger

Kontaktpersoner:
Anne N. Myhrvold, tlf 51 87 54 05
Terje Lie, tlf 51 87 51 26

Fax RF: 51 87 51 00
E-post: anne.n.myhrvold@rf.no
E-post: terje.lie@rf.no

Til bedriftens verneombud/ hovedverneombud

Evaluering av bedriftshelsetjenesten/verne- og helsepersonalet

Kommunal- og arbeidsdepartementet har satt i gang en evaluering av bedriftshelsetjenesten. Undersøkelsen gjelder bare bedrifter som skal ha bedriftshelsetjeneste etter forskriften. RF-Rogalandforskning skal gjennomføre prosjektet.

I denne undersøkelsen har vi valgt å bruke betegnelsen 'verne- og helsepersonale' i stedet for den mer kjente betegnelsen 'bedriftshelsetjenesten'. Med verne- og helsepersonale siktes til det personell og de tjenester som er beskrevet i Forskrift nr 518 under arbeidsmiljøloven (Forskrift om Verne- og helsepersonale).

Verne- og helsepersonale = Bedriftshelsetjeneste

Verneombudets eget syn på det arbeid som utføres i forbindelse med arbeidsmiljøet er en sentral del av evalueringen. Vi ber derfor verneombudet fylle ut dette spørreskjemaet og returnere det i vedlagte konvolutt snarest, senest innen en uke.

Tilsvarende skjema blir også sendt til ledelsen i bedriften og til verne- og helsepersonalet / bedriftshelsetjenesten som bedriften nytter seg av. De to partene får tilsendt egne skjema.

Er du i tvil om noen av spørsmålene eller vil du formidle noen synspunkt, ta kontakt med en av de navn som er nevnt øverst på arket.

Til verneombudet (VO/HVO) ved

Vi har registrert at denne bedriften har følgende verne- og helsepersonale/BHT:

47. Har du som verneombud fått noen form for opplæring?

- Ja, tilstrekkelig
- Noe opplæring
- Har fått mulighet, men ikke benyttet
- Har ikke fått mulighet fra bedriften

48. Hvilke oppgaver nevnt nedenfor prioriterer bedriftens ledelse? Hvilke av disse oppgavene bistår/utfører verne- og helsepersonalet?

Oppgaver:	Bedriftens prioriteringer:				Oppgavene utføres av verne- og helsepersonalet			Ikke aktuelt
	Høy	Middels	Lav	Usikker	Ja	Nei	Usikker	
a) vurdering eller kartlegging av fysiske, kjemiske og biologiske forhold i bedriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) vurdering eller kartlegging av organisering av arbeidet, sosiale arbeidsforhold, krav, støtte,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) planlegging og gjennomføring ved etablering, vedlikehold og endring av arbeidsplasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) fremme forslag om forebyggende tiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) bedriftsintern attføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) kurativ virksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) utforming av system for internkontroll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) informasjon og opplæring om arbeidshelse, ergonomi, helse- og sikkerhetsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) informasjon om sosiale og psykiske faktorer i arbeidsmiljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) gjennomføre tiltak i arbeidsmiljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) evaluere effekt av gjennomførte tiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Er ledelsens prioriteringer (i spm. 2) tilstrekkelige i forhold til bedriftens behov?

- Tilstrekkelig
- Nesten tilstrekkelig
- Noe utilstrekkelig
- Svært utilstrekkelig
- Usikker

50. I tilknytning til spm. 3: Hvis ikke tilstrekkelig, hva kan årsakene være? (sett maksimalt 2 kryss)

- Utilstrekkelige økonomiske ressurser i bedriften
- Manglende kunnskap i bedriftens ledelse
- Manglende vilje hos bedriftens ledelse
- Motstand fra arbeidstakerne i bedriften
- Andre svar, spesifiser:.....

51. Er verne- og helsepersonalets innsats på oppgavene nevnt i spm. 2 tilstrekkelig i forhold til bedriftens prioriteringer?

- Tilstrekkelig
- Nesten tilstrekkelig
- Noe utilstrekkelig
- Svært utilstrekkelig
- Usikker

52. I tilknytning til spm. 5: Hvis ikke tilstrekkelig, hva kan årsakene være? (sett maksimalt 2 kryss)

- Utilstrekkelige økonomiske ressurser for verne- og helsepersonalet
- Manglende kompetanse hos verne- og helsepersonalet
- Manglende vilje hos verne- og helsepersonalet
- Uenighet mellom bedriftens ledelse og verne- og helsepersonalet om prioriteringene
- Motstand fra arbeidstakerne i bedriften
- Andre svar, spesifiser:.....

53. Hva er etter din mening den største utfordringen bedriften står overfor – når det gjelder arbeidsmiljøet?

.....
.....

54. Vil verne- og helsepersonalet kunne gi tilstrekkelig faglig støtte til å løse denne utfordringen (i spm. 7)?

Ja Delvis Nei Usikker

55. Blir verneombudet (evt. HVO) tatt med på råd når bedriften kjøper sine tjenester fra verne- og helsepersonalet?

Ja, som regel Ja, av og til Nei, sjelden eller aldri

56. I hvilken grad bidrar verne- og helsepersonalet med informasjon, rådgivning og støtte direkte til verneombudet?

- Tilstrekkelig
- Nesten tilstrekkelig
- Noe utilstrekkelig
- Svært utilstrekkelig
- Usikker

57. Nedenfor er det satt opp noen påstander om forholdet mellom verne- og helsepersonalet og bedriften. I hvilken grad stemmer dette i din bedrift?

Utsagn	elt enig	itt enig	itt uenig	elt uenig
a) Ledelsen lar verne- og helsepersonalet avgjøre hva som er bedriftens behov for verne og helsetjenester				
b) Ledelsen stimulerer verne- og helsepersonalet til å yte sitt beste				
c) Verne- og helsepersonalet hjelper bedriften til å bli klar over risikofaktorene				
d) Verne- og helsepersonalet inspirerer bedriften til å drive helse-, miljø og sikkerhetsarbeid				
e) Verne- og helsepersonalets arbeid er i vesentlig grad langsiktig forebyggende arbeid				
f) Det er lett å samarbeide med verne- og helsepersonalet om verne- og helsetjenester				
g) Verne- og helsepersonalet tar for lite hensyn til bedriftens lønnsomhet i forslag om forebyggende tiltak				
h) Verne- og helsepersonalet kjenner for lite til hvordan bedriften fungerer				
i) Bedriften har høy kompetanse til å bestille arbeid fra verne- og helsepersonalet				
j) Bedriften gjennomfører de tiltak som verne- og helsepersonalet foreslår				
k) Verne- og helsepersonalets arbeid bidrar til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i bedriften				
l) Bedriften har lang tradisjon for helse, miljø og sikkerhetsarbeid				
m) Verne- og helsepersonale har problemer med å forholde seg "fri og uavhengig" i forhold til ledelsen				
n) Bedriften har en aktiv verneombudsordning				
o) Verne- og helsepersonalet klarer ikke å markedsføre sin kompetanse overfor bedriften				
p) Verne- og helsepersonalet er flinke til å spre kunnskap om arbeidsmiljø i bedriften				
q) Bedriften synes helsekontroller og kurative tjenester til de ansatte er verne- og helsepersonalets viktigste oppgave				
r) AMU er en aktiv part overfor verne- og helsepersonalet				
s) Verne- og helsepersonell gir et tilbud arbeidstakerne er fornøyd med				
t) Verne- og helsepersonalet er en viktig pådriver til forbedringer av arbeidsmiljøet				
u) Verne- og helsepersonalet gjør for få målinger av arbeidsmiljøet				
v) Arbeidstakerne ser liten nytte av verne- og helsepersonalets tjenester				
w) Ledelsen har liten innsikt i hva slags verne- og helsetjenester det er behov for				
x) Ledelsen tar lite hensyn til arbeidstakernes forslag til arbeidsmiljøtiltak				

58. Er verne- og helsepersonalet representert i AMU?

Ja Nei Ikke aktuelt spørsmål, har ikke AMU

59. Har bedriften et system for internkontroll i henhold til forskriften?

- Ja, etter vår mening har vi det
- Nei, vi har ikke et system for internkontroll i henhold til forskriften
- Vi har et IK-system, men er i tvil om det tilfredsstillende i forskrift
- Systemet er under arbeid

60. Gjør verne- og helsepersonalet eller bedriften deg kjent med alle registrerte yrkessykdommer, ulykker, tilløp, yrkeshygiene rapporter m.v. slik AML §26.4 krever?

- Tilstrekkelig
- Nesten tilstrekkelig
- Noe utilstrekkelig
- Svært utilstrekkelig
- Usikker

61. Har bedriftens samlede innsats innenfor arbeidsmiljøet hatt noe virkning for noen av forholdene nevnt nedenfor?

	ert positive virkninger	oe positive virkninger	Ingen merkbare virkninger	kke behov for forbedring	Vet ikke
Sykefraværet					
Ulykker (drift)					
Nestenuhell					
Skader (på person)					
Arbeidsrelaterte sykdommer					
Bedriftens økonomi					
Produktivitet					
Renommé					
Konkurranssevne					
Forholdet til tilsynsmyndigheter					
Yrkesskadeforsikring					
Driftsregularitet					
Produkt- og tjenestekvalitet					
Inneklima					
Andre forhold:					

62. Hvilken rolle har verne- og helsepersonalet innsats betydd for resultatene i spm. 15?

- Stor betydning
- Liten betydning
- Usikker

63. Hvilken oppfatning tror verneombudet de ansatte i bedriften har av de tjenestene verne- og helsepersonalet leverer?

- Ansatte er godt fornøyd, tjenestene er gode nok
- Ansatte er litt misfornøyd, tjenestene kunne vært noe bedre
- Ansatte er svært misfornøyd, tjenestene kunne vært mye bedre

64. På hvilken måte kunne tjenestene fra verne- og helsepersonalet eventuelt vært bedre, slik verneombudet oppfatter de ansatte?

Svar:

.....

.....

.....

65. Bør framtidige tjenester fra verne- og helsepersonale også omfatte oppgaver f eks som vist i listen under (sett kryss)?

	Hvis oppgaven utføres i dag:			Hvis oppgaven ikke utføres i dag:		
	bør forbli tjeneste	i, bør ikke være tjeneste	Usikker	, bør bli tjeneste	Nei, bør ikke bli tjeneste	Usikker
Kurativ virksomhet (behandling og legekonsultasjoner uten relasjon til arbeidsplass)						
Helsekontroller						
Opplysning om livsstil og helse (mosjon, bruk av rusmidler, røyking osv)						
Pedagogisk tilrettelegging for forebyggende arbeid i bedriften						
Leder- og organisasjonsutvikling						
Rådgivning om lederstil og virkninger på sosialt- og organisatorisk arbeidsmiljø						
Rådgivning om mellommenneskelige forhold i bedriften ellers						
Informasjon om arbeidsmiljøets betydning for produktivitet						
Reisemedisin/vaksiner						
Ytre miljø (utslipp, avfall, produktsikkerhet e.l)						
Andre oppgaver:						

Intervjuguide eksterne parter

Intervjuguide eksterne parter - ytre rammebetingelser. Med verne- og helsepersonalet sin virksomhet tenkes her på samspill/forhandlinger mellom verne- og helsepersonalet og bedriftene, bedriften som ansvarlig bestiller av tjenester og verne- og helsepersonalet som faglig leverandør av tjenester.

Gjelder bare bedrifter som er pålagt å ha verne- og helsepersonell.

TEMA

Introduksjon - (den som intervjues gir sin oppfatninger/syn)

Navn, stilling til den som intervjues:

Etat/forbund/organisasjon:

Dato:

Hva er etaten/forbund/organisasjonens rolle overfor verne- og helsepersonale i virksomhetene

F eks regelgiver, tilsynsmyndighet, premissleverandør, bruker, kunde eller andre roller

Partene i arbeidslivet

Stilles til NHO/LO/Forbund/Landsforeninger

1 Hvordan vurderes nytten verne- og helsepersonalets virksomhet overfor bedriftene.

Ta eventuelt opp forhold som gjør det vanskelig å vurdere nytte.

(Aktuelle indikatorer på nytte er: sykefravær, helserisiko, ulykker og skader, arbeidsrelaterte sykdommer, økonomi, produkt- og tjenestekvalitet, driftsregularitet mm)

2 Hva er etatens/forbund/organisasjonenes hovedinteresse knyttet til verne- og helsepersonalet i virksomhetene (jf spørsmål ovenfor)

3 Hvordan styres hovedorganisasjonen sine interesser utover i organisasjonsleddene (kommunikasjon, møter, skriv, konsensuskonferanser, vedtak, ingen spesielle tiltak, andre former)

4 Hva slags tilbakemelding får hovedorganisasjonen fra landsforeninger/ bedrifter/ forbund/ tillitsvalgte

66. Hva er etatens/forbund/organisasjonenes hovedinteresse i verne- og helsepersonalet i virksomhetene

Alle andre

5 Hvordan fremmes interessene i verne- og helsepersonalets virksomhet fra din etat/ organisasjon jf også spm 1

6 Hva gjør dere i forhold til andre parter, kontaktformer, utveksling av ideer og synspunkt etc

7 Diskuteres forhold knyttet til verne- og helsepersonalet i din etat/organisasjon. Hva er viktig

8 Hvilke forhold hemmer eventuelt organisasjonenes interesse i verne- og helsepersonalet sin virksomhet (egen kapasitet, lav prioritering, andre forhold)

9 Flytt Hvilke forhold er eventuelt til hindre for at verne- og helsepersonalet skal kunne fungere i forhold til intensjon regler og forskrift

10 Er det kontakt eller dialog mellom politisk nivå og forvaltningen om forhold knyttet til verne- og helsepersonale i virksomhetene (BHT). Kjenner du til om dette er et tema som politikere interesserer seg for

11 Hva mener du bør styre dagsorden for verne- og helsepersonalets rolle

- krav fra myndighetene
- forventninger fra bedriftene
- forventninger fra vhps egne rekker
- forventninger fra andre parter
- annet

Myndighetenes rolle

12 Spesifiserer forskriftene godt nok hva myndighetene krever av kvalitetsstandard?

13 Bør forskriften (om vhp i virksomhetene) stille spesifikke krav til verne- og helsepersonalets kompetanse? - Bør det i tilfelle, innføres noen former for godkjenningsordning for kompetansen.

Bransjeforskriften

14 Er bransjeforskriften bra nok som den er i dag eller ser du behov for endringer? Kan det f eks være behov for utvidelse av forskriften for å fange opp flere bransjer?

15 Hva slags kriterier bør en legge seg på for pålegg om å knytte seg til verne- og helsepersonale

16 Er lover og forskrifter for verne- og helsepersonale sin virksomhet tilstrekkelige i forhold til behovene?

17 Er lover og forskrifter nok synlige og godt nok kjent....for

- a) bedrifter (?)
- b) verne- og helsepersonale (?)

Eventuelt:Konsekvenser av manglende synlighet. Hva bør gjøres for å bedre situasjonen

18 I hvilken grad har lover og forskrifter støtte og oppslutning blant a) bedriftene og b) verne- og helsepersonale (?)

19 Har din etat/ organisasjon mottatt respons/reaksjoner om dette?

20 Er det motsetninger mellom bedriftenes behov/ønsker og utformingen av lover og forskrifter, når det gjelder vhp sin virksomhet?

**21 Vil du si at det er forbedringspotensiale, når det gjelder lover og forskrifter?
Konkretiser**

22 Flere etater er regelgivere/tilsynsmyndighet for verne- og helsetjenester tilknyttet bedriftene f eks: Kommunal og regionaldep., Arbeidstilsynet, Helsetilsynet og Sosial- og helsedep.

23 Ivaretar denne ansvarsfordelingen lovverket på en tilfredsstillende måte eller blir ansvarlinjer uklare?

24 Har du inntrykk av at det er interessenmotsetninger mellom ulike forvaltningsorgan og styringen av retningslinjer for verne- og helsepersonalets rolle / oppgaver innenfor arbeidsmiljølovgivningen? I så fall, hva går motsetningene ut på, se på mulige konsekvenser, løsninger

25 Hva er Arbeidstilsynets rolle når det gjelder oppfølging av forskrifter 518 og 501

26 Hvordan praktiseres tilsyn?

27 Strategier for praktisering av tilsyn

28 Burde vært tilsyn direkte på verne- og helsepersonalet ?

Langsiktig utvikling av vhp og dagens situasjon

29Hva er situasjonen i dag, hva er eventuelt styrke og svakhet med dagens situasjon skille mellom det man har i dag og utvikle nye ting

30 Skal videreutviklingen av verne- og helsepersonalet i virksomhetene styres av regler og forskrifter eller skal man ta mer hensyn til bedriftenes ønsker og behov?

31Hva er ditt langsiktige perspektiv på vhp sine tjenester, når det gjelder vektlegging av følgende områder:

- a. Fokus på individet eller arbeidsplassen
- b. Forebyggende virksomhet vs behandling og kurativ virksomhet overfor arbeidstakere
- c. Vhp's rådgivende oppgaver når det gjelder HMS og lederstil og organisasjonsutvikling i bedriftene,
- d. Større krav til dokumentasjon av vhps virkemidler og nytte for bedriftene
- e. Større vekt på læring og tilrettelegging i bedriftene, f eks når det gjelder kunnskap om arbeidsmiljø, hvordan tiltak kan gjennomføres etc
- f. Større oppmerksomhet om arbeidsmiljø og produktivitet
- g. Integrering eller større samordning mellom vhps sin virksomhet og primærhelsetjenesten, f eks gjennom fastlegeordning
- h. Større vektlegging av andre HMS tjenester som
 - produksikkerhet
 - IK-tjenester og -kompetanse
 - ytre miljø

32 Hva er ditt syn på vhp sin virksomhet og effekten på helse, miljø og sikkerhet i virksomhetene. Gir innsatsen fra vhp nok helse for pengene?

- a. BHT det mest kostnadseffektive virkemiddel - andre alternativ mer effektive?

33 Hva er ditt syn på ILO konvensjonens mål om full dekning av verne- og helsepersonell i virksomhetene?

34 Hva ville man tape på å fjerne forskriftene om vhp, bransjeforskrift og forskrift om vhp i virksomhetene?

35 Hvis aktuelt: Vurdering av dagens situasjon i forhold til internasjonale avtaler som EU's social chapter og EØS avtalen om HMS innsatsen.