

A27819 - Åpen

Rapport

Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge

Forfattere

Roland Mandal, Karin Dyrstad, Line Melby og Trude Midtgård



Rapport

Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge

EMNEORD:
Bedriftshelsetjeneste
HMS
Risikovurdering
Arbeidsmiljø
Arbeidstilsynet

VERSJON
Endelig rapport

DATO
2016-09-19

FORFATTERE
Roland Mandal, Karin Dyrstad, Line Melby og Trude Midtgård

OPPDRAGSGIVER
Arbeids- og sosialdepartementet

OPPDRAGSGIVERS REF.
Tone Kjeldsberg

PROSJEKTNR
102011445

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
162+2

SAMMENDRAG

Rapporten presenterer resultatene fra en evaluering av bedriftshelsetjenesten (BHT) i Norge. Målet med studien har vært å undersøke hvordan bedriftshelsetjenesten fungerer som virkemiddel for å bistå virksomheter og myndigheter i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Rapporten bygger på en rekke datakilder: intervju med ti BHTer, spørreundersøkelse blant BHTer i Norge, eksplorerende dybdeintervju med fem virksomheter, spørreundersøkelse blant et tilfeldig utvalg av virksomheter med BHT-plikt (daglig leder og verneombud), i tillegg til intervju med ansatte i Arbeidstilsynet, godkjenningssenheten for BHT og Fagsekretariatet for BHT (STAMI). I tillegg ble det i en tidlig fase gjennomført intervju med de sentrale arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene. Rapporten presenterer en rekke resultater som synliggjør hva som fungerer og ikke fungerer med dagens BHT-ordning. Implikasjoner av resultatene drøftes, og anbefalinger for veien videre legges frem.


UTARBEIDET AV
Roland Mandal, forskningsleder

SIGNATUR


KONTROLLERT AV
Solveig O. Ose, seniorforsker

SIGNATUR


GODKJENT AV
Randi E. Reinertsen, forskningssjef

SIGNATUR


RAPPORTNR
A27819

ISBN
978-82-14-06048-5

GRADERING
Åpen

GRADERING DENNE SIDE
Åpen

Forord

Evalueringen er utført på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet. Avdelingsdirektør Tone Kjeldsberg har vært ansvarlig for evalueringen fra departementets side. Vår kontaktperson i første fase av prosjektet var rådgiver Synne Dokka. I siste fase har rådgiver Line Granholt fungert som kontaktperson. Vi takker alle tre for godt samarbeid og konstruktiv dialog underveis i prosjektperioden.

Prosjektet hatt en referansegruppe som i tillegg til de nevnte personene fra departementet, har bestått av følgende personer: Monica Seem, avdelingsdirektør i Arbeidstilsynet, Tone Eriksen, overlege ved Arbeidstilsynet Østfold og Akershus, Pål Molander, direktør STAMI og Karl-Christian Nordby, avdelingsdirektør ved STAMI. Det har blitt gjennomført tre møter i referansegruppen i prosjektperioden. Vi takker referansegruppen for god faglig dialog underveis, og nyttige innspill i den siste fasen med å slutføre rapporten.

Vi ønsker også å rette en takk til Fagssekretariatet for BHT ved STAMI, som la til rette for at vi kunne gjennomføre intervjuer ved STAMI, og for drahjelp i forbindelse med gjennomføringen av spørreundersøkelsen blant BHTene. Sist men ikke minst ønsker vi å takke alle virksomheter og BHTer som stilte opp til intervju og som deltok i spørreundersøkelsene. Det er bidragene fra dere som danner grunnlaget for evalueringen.

I SINTEF ønsker vi å takke Mona K. Eidem og Hanne Kvam for god hjelp i forbindelse med ferdigstillelsen av rapporten.

Roland Mandal (prosjektleder)

Trondheim, 19. september 2016

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	10
1 Innledning og bakgrunn	20
1.1 Bruk av bedriftshelsetjeneste i norsk arbeidsliv	20
1.2 Arbeidsmiljø, HMS og bruk av bedriftshelsetjeneste – regelverket	22
1.2.1 Arbeidsmiljølovens § 3-3	22
1.2.2 Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning	22
1.2.3 Forskrift om arbeidsgivers bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste og om godkjenning av bedriftshelsetjeneste	24
1.3 Kunnskapsstatus	24
2 Problemstillinger	27
2.1 Overordnede problemstillinger	27
2.2 Systemrettede versus individorienterte oppgaver – hva prioriteres?	28
3 Data og metode	30
3.1 Kvalitative intervju med ti utvalgte BHTer	30
3.2 Spørreundersøkelse blant alle landets BHTer	30
3.3 Intervju med fem virksomheter	32
3.4 Spørreundersøkelse i et tilfeldig utvalg av virksomheter	33
3.5 Intervju med ansatte i Arbeidstilsynet og godkjenningssenheten for BHT	38
3.6 Intervju med Fagsekretariatet for BHT (STAMI)	38
3.7 Intervju med partene i arbeidslivet	39
4 Bedriftshelsetjenesten (BHT) i Norge – oppgaver, organisering og samarbeid	40
4.1 Kjennetegn ved BHTene	40
4.1.1 BHT som er en del av medisinsk klinikk eller helsehus	43
4.1.2 Bransjespesifikk eller bransjenøytral?	46
4.2 Samarbeid og samarbeidsavtaler	49
4.2.1 Bruk av samarbeidsavtale med eksterne	49
4.2.2 Hva mener Arbeidstilsynet og godkjenningssenheten om innleie og samarbeid?	54
4.2.3 BHTenes dialog og samarbeid med andre aktører	55
4.3 BHT-markedet og konkurranseforhold	58
4.4 Kompetanse og faglig spissing i BHT	62
4.4.1 På hvilke områder ønsker BHTene å spisse seg mer fremover?	67
4.5 Bistand i forbindelse med sykefravær og tilrettelegging på arbeidsplassen	69
4.6 Mestrings- og støttesamtaler – en naturlig oppgave for BHT?	70
4.7 Kvaliteten på BHT	71

5	Bruk av bedriftshelsetjeneste i norsk arbeidsliv	74
5.1	Virksomhetenes tilknytning til BHT.....	74
5.1.1	Hvor stor andel av virksomhetene er tilknyttet en godkjent BHT?	74
5.1.2	Hvilken type BHT er mest vanlig?	75
5.1.3	Hva kjennetegner virksomhetene som ikke er tilknyttet BHT?	77
5.2	Avtaleform og økonomi	78
5.3	Virksomhetenes valg av BHT	82
5.3.1	Kontinuitet i bruken av BHT	82
5.4	Virksomhetenes bruk av BHT	85
5.5	Virksomhetenes vurdering av BHTene.....	89
5.5.1	Kunnskap om risikoforhold i bransjer og virksomheter	89
5.6	Virksomhetenes bestillerkompetanse og kunnskap om hvilke tjenester BHT kan levere.....	91
5.6.1	Virksomhetenes vurdering av egen bestillerkompetanse	91
5.6.2	BHTenes vurdering av virksomhetenes bestillerkompetanse	94
5.7	Samsvaret mellom tjenestene virksomhetene benytter seg av og behovet de har.....	97
5.7.1	Virksomhetenes vurdering av samsvaret mellom behov og de tjenester de benytter seg av	97
5.7.2	BHTenes vurdering av samsvaret mellom behov og de tjenester virksomhetene benytter seg av	101
5.8	Forebyggende arbeid	109
5.8.1	Virksomhetenes vurdering av BHTens forebyggende arbeid	109
5.8.2	Hvorfor mener mange BHTer at de i for liten grad jobber forebyggende?.....	110
5.9	Betalingsordninger – betydning for hvor tett det jobbes?	111
5.10	Samarbeidsavtale og handlingsplan – involvering av verneombud/vernetjeneste	112
5.11	Hvordan er det å jobbe inn mot virksomhetene?.....	113
5.11.1	Fordeler og ulemper med å være egenordning	115
5.12	Tilgjengelighet og uavhengighet	117
5.12.1	Virksomhetenes vurdering av BHTs tilgjengelighet og uavhengighet	117
5.12.2	Bedriftshelsetjenestens vurdering av egen tilgjengelighet og uavhengighet	121
5.12.3	Betydningen av fysisk tilgjengelighet og tilstedeværelse	122
5.12.4	Hvor ofte har virksomhetene kontakt med BHT?	124
5.13	Taushetsplikt, men ikke handlingsplikt.....	125
6	Myndighetenes rolle.....	127
6.1	Arbeidstilsynet	127
6.1.1	Gjennomføring av tilsyn.....	127
6.1.2	BHTenes erfaringer med Arbeidstilsynet.....	129
6.1.3	Virksomhetenes erfaringer med Arbeidstilsynet.....	130
6.2	Godkjenningssenheten for BHT	132
6.3	Fagsekretariatet for BHT (STAMI)	139

6.4	Er arbeidsmiljøforskriftene og internkontrollforskriften tilpasset utfordringene og risikoforholdene i dagens arbeidsliv?	141
7	Hva er nytteverdien av å bruke BHT?	143
7.1	Virksomhetenes syn	143
7.2	Hva mener BHTene er nytteverdien av bistanden de leverer?	150
8	Drøfting	152
9	Konklusjon	162
10	Referanser.....	163

TABELLER

TABELL 3.1	OVERSIKT OVER INFORMANTER I BEDRIFTSELSETJENESTEN	30
TABELL 3.2	RESPONDENTER, SVARPROSENT SAMT STARTDATO OG SLUTTDATO FOR UNDERSØKELSEN	31
TABELL 3.3	FAGBAKGRUNN BLANT DAGLIG LEDER I BHT (FLERE VALG MULIG).....	32
TABELL 3.4	UTTREKK AV VIRKSOMHETER FRA VIRKSOMHETS- OG FORETAKSREGISTERET (SSB)	34
TABELL 3.5	SVARPROSENT BLANT DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD/ANSATTREPRESENTANT	35
TABELL 3.6	FORDELING AV RESPONDENTER ETTER ANTALL ANSATTE VED VIRKSOMHETENE	36
TABELL 3.7	FORDELING AV RESPONDENTER ETTER NÆRING	37
TABELL 3.8	FORDELING AV STILLING BLANT RESPONDENTENE, SKJEMA TIL DAGLIG LEDER	37
TABELL 3.9	FORDELING AV VERV BLANT ANSATREPRESENTANTENE	38
TABELL 4.1	GODKJENTE BHTER I UTVALGET, PROSENT	40
TABELL 4.2	BHTER I UTVALGET ETTER TYPE ORDNING, ANTALL OG PROSENT.....	42
TABELL 4.3	HVILKE HELSETJENESTER TILBYS VED HELSEHUSET/KLINIKKEN? (FLERE SVAR MULIG)	44
TABELL 4.4	ER DERE EN BRANSJESPESSIFIKK BHT? ANTALL OG PROSENT.....	46
TABELL 4.5	HAR DERE KUNDER FRA FLERE ELLER FÆRRE BRANSJER ENN FOR NOEN ÅR SIDEN? PROSENT	47
TABELL 4.6	INNENFOR HVILKE NÆRINGER ER DERE TILKNYTTET VIRKSOMHETER? HOVEDNÆRINGSNIVÅ, PROSENT	48
TABELL 4.7	HAR DERE EN GEOGRAFISK AVGRENSNING NÅR DET GJELDER KUNDER OG MARKED? ANTALL OG PROSENT (N=132)	49
TABELL 4.8	OMTRENT HVOR OFTE HAR DERE KONTAKT MED NÆRMESTE SAMARBEIDSPARTNER(NE)?	50
TABELL 4.9	HAR DIN BHT EGNE ANSATTE SOM KUN JOBBER MED Å SKRIVE TILBUD? ANTALL OG PROSENT	59
TABELL 4.10	HAR ANSATTE I DIN BHT DELTATT I KURS I MARKEDSFØRING OG SALG AV BEDRIFTSELSETJENESTER? ANTALL OG PROSENT	59
TABELL 4.11	TROR DU AT DIN BHT KOMMER TIL Å BESTÅ I SIN NÅVÆRENDE FORM I LØPET AV DE NESTE FEM ÅRENE?	61
TABELL 4.12	VURDERER DERE Å SPISSE DERE MER FAGLIG FREMOVER? ANTALL OG PROSENT.....	67
TABELL 5.1	FORNØYD MED DAGENS BHT SAMMENLIGNET MED TIDLIGERE INTERN BHT, DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD.....	77
TABELL 5.2	BISTANDEN FRA BHT ER PREGET AV KONTINUITET OG LANGSIKTIGHET (DAGLIG LEDER)	83
TABELL 5.3	SAMARBEIDSPPLAN OG HANDLINGSPLAN, DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD, PROSENT	86
TABELL 5.4	INVOLVERING AV BHT I KARTLEGGING AV RISIKOFORHOLD I ARBEIDSMILJØET, DAGLIG LEDER	86
TABELL 5.5	BRUK AV HELSEKONTROLLER (DAGLIG LEDER), PROSENT.....	88
TABELL 5.6	PÅSTANDER OM VIRKSOMHETENES BESTILLING AV TJENESTER (DAGLIG LEDER)	93
TABELL 5.7	INVOLVERING AV VERNEOMBUD/VERNETJENESTE I ARBEIDET MED Å UTFORME SAMARBEIDSAVTALE OG HANDLINGSPLAN, DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD. PROSENT	113
TABELL 6.1	SPØRSMÅL OM TILSYN MED BHT-PLIKTEN OG VEILEDNING I BRUK AV BHT, PROSENT	131
TABELL 6.2	HAR ANSATTE FRA DIN BHT DELTATT PÅ KURS ARRANGERT AV STAMI DE SISTE TO ÅRENE? (FLERE VALG MULIG)	139
TABELL 6.3	HVOR FORNØYD ER DU MED KURSTILBUDET FRA STAMI?	139

FIGURER

FIGUR 4.1	NÅR BLE DIN BHT ETABLERT? ANTALL (N=170)	40
FIGUR 4.2	HVOR MANGE KUNDER HAR DIN BHT? ANTALL (N=170)	41
FIGUR 4.3	HVOR MANGE ANSATTE HAR BHTENE ANSVAR FOR Å LEVERE TJENESTER TIL? ANTALL (N=166)	41
FIGUR 4.4	HVOR MANGE ANSATTE HAR DIN BHT? ANTALL (N=163)	42
FIGUR 4.5	HVORDAN VIL DU KARAKTERISERE DIALOGEN/SAMARBEIDET DERE HAR MED FØLGENDE AKTØRER? PROSENT	55

FIGUR 4.6 VURDER FØLGENDE TJENESTER ETTER HVOR LØNNSOMME DE ER FOR DIN BHT. PROSENT	58
FIGUR 4.7 HVORDAN VURDERER DU DEN FAGLIGE KOMPETANSEN I DIN BHT PÅ DE FØLGENDE OMRÅDENE? PROSENT	62
FIGUR 4.8 ÅRSVERK FORDELT PÅ YRKE BLANT BHTENE SOM DELTOK I UNDERSØKELSEN (TOTALT 766 ÅRSVERK)	63
FIGUR 4.9 TA STILLING TIL FØLGENDE PÅSTANDER OM KOMPETANSE OG KOMPETANSEUTVIKLING I DIN BHT. PROSENT	64
FIGUR 4.10 I HVILKEN GRAD BISTÅR DERE VIRKSOMHETENE MED FØLGENDE OPPGAVER? PROSENT	69
FIGUR 4.11 TA STILLING TIL FØLGENDE PÅSTANDER OM MÅTEN DERE JOBBER PÅ. PROSENT	72
FIGUR 5.1 VIRKSOMHETENES TILKNYTNING TIL BHT, DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD	74
FIGUR 5.2 VIRKSOMHETENES TILKNYTNING TIL BHT, ETTER ANTALL ANSATTE OG HOVEDNÆRINGSNIVÅ (DAGLIG LEDER)	75
FIGUR 5.3 VIRKSOMHETENES TILKNYTNING TIL BHT, VIRKSOMHETER MED OG UTEN IA-AVTALE (DAGLIG LEDER)	75
FIGUR 5.4 TYPE BHT-ORDNING BLANT VIRKSOMHETENE I UTVALGET (DAGLIG LEDER)	76
FIGUR 5.5 TYPE ORDNING, ETTER ANTALL ANSATTE OG HOVEDNÆRINGSNIVÅ (DAGLIG LEDER)	76
FIGUR 5.6 HVORFOR ER IKKE VIRKSOMHETEN TILKNYTTET BHT? (DAGLIG LEDER)	77
FIGUR 5.7 HVORFOR ER IKKE VIRKSOMHETEN TILKNYTTET BHT? VIRKSOMHETER SOM HAR HATT BHT TIDLIGERE OG ANDRE (DAGLIG LEDER)	78
FIGUR 5.8 AVTALEFORM ETTER ANTALL ANSATTE (DAGLIG LEDER)	79
FIGUR 5.9 AVTALEFORM ETTER NÆRING (DAGLIG LEDER)	79
FIGUR 5.10 ANTATTE KOSTNADER (I 1000 KR) VED BRUK AV BHT, TOTALT OG PER ANSATT (DAGLIG LEDER)	80
FIGUR 5.11 GJENNOMSNIITTLIG KOSTNAD PER ANSATT, ETTER AVTALEFORM (DAGLIG LEDER)	80
FIGUR 5.12 FAKTISKE KOSTNADER TIL BHT OG VURDERING AV OM RESULTATENE STÅR I SAMSVAR TIL UTGIFTENE (DAGLIG LEDER)	81
FIGUR 5.13 FAKTISKE KOSTNADER TIL BHT OG OM DET ER ET MÅL Å HOLDE UTGIFTENE TIL BHT SÅ LAVE SOM MULIG (DAGLIG LEDER)	81
FIGUR 5.14 ÅR FOR INNGÅTT KONTRAKT MED NÅVÆRENDE LEVERANDØR AV BHT (DAGLIG LEDER)	82
FIGUR 5.15 OM VIRKSOMHETEN KOMMER TIL Å FORLENGE KONTRAKT MED NÅVÆRENDE BHT NÅR AVTALEN GÅR UT, ETTER HOVEDNÆRINGSNIVÅ OG ANTALL ANSATTE (DAGLIG LEDER)	83
FIGUR 5.16 RANGERINGS AV DE VIKTIGSTE GRUNNENE FOR Å HA VALGT NÅVÆRENDE BHT (DAGLIG LEDER)	84
FIGUR 5.17 DOKUMENTASJON, RAPPORTERING OG GJENNOMGANG AV BRUK AV BHT	87
FIGUR 5.18 BRUK AV BHT I SYKEFRAVÆRSOPPFØLGING, TILRETTELEGGING OG BISTAND INN MOT NAV	87
FIGUR 5.19 VÅR BHT HAR GOD KUNNSKAP OM RISIKOFORHOLDENE I VÅR BRANSJE GENERELT OG I VIRKSOMHETEN, DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD	89
FIGUR 5.20 VÅR BHT HAR GOD KUNNSKAP OM RISIKOFORHOLDENE I VÅR BRANSJE, ETTER ANTALL ANSATTE	89
FIGUR 5.21 VÅR BHT HAR GOD KUNNSKAP OM RISIKOFORHOLDENE I VÅR BRANSJE GENERELT OG I VIRKSOMHETEN, ETTER HOVEDNÆRING	90
FIGUR 5.22 VÅR BHT HAR GOD KUNNSKAP OM RISIKOFORHOLDENE I VÅR BRANSJE GENERELT OG I VIRKSOMHETEN, ETTER TYPE BHT	90
FIGUR 5.23 VÅR BHT ER OPPTATT AV Å UTVIKLE OG FORBEDRE TJENESTENE, OG ØNSKER TILBAKEMELDING PÅ TJENESTEINNHOOLD OG KVALITET, DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD	91
FIGUR 5.24 DAGLIG LEDERS VURDERING AV BESTILLERKOMPETANSEN I VIRKSOMHETEN, PROSENT	92
FIGUR 5.25 VERNEOMBUDETS VURDERING AV BESTILLERKOMPETANSEN I VIRKSOMHETEN, PROSENT	92
FIGUR 5.26 BHTENES VURDERING AV VIRKSOMHETENES BESTILLERKOMPETANSE OG SAMHANDLINGEN MED DEM. PROSENT	94
FIGUR 5.27 BHTENES VURDERING AV VIRKSOMHETENES BESTILLERKOMPETANSE OG SAMHANDLINGEN MED DEM. PROSENT	95
FIGUR 5.28 SAMSVARET MELLOM DET BEHOVET VIRKSOMHETENE OPPLEVER AT DE HAR, OG OMFANGET PÅ TJENESTENE BHT LEVERER (DAGLIG LEDER), PROSENT	98
FIGUR 5.29 SAMSVARET MELLOM DET BEHOVET VIRKSOMHETENE OPPLEVER AT DE HAR, OG OMFANGET PÅ TJENESTENE BHT LEVERER (VERNEOMBUD), PROSENT	99
FIGUR 5.30 SAMSVARET MELLOM DET BEHOVET BHTEN VURDERER AT KUNDENE DERES HAR OG FAKTISK TJENESTEBRUK. PROSENT	102

FIGUR 5.31 FOR HVILKE TJENESTER MENER BHTENE AT DE BURDE BISTÅTT VIRKSOMHETENE MER, UT FRA DET BEHOVET DE VURDERER AT VIRKSOMHETENE HAR? PROSENT	103
FIGUR 5.32 VURDERING AV BHTENS FOREBYGGENDE ARBEID, DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD. PROSENT	109
FIGUR 5.33 VÅR BHT JOBBER FOR LITE MED FOREBYGGENDE VIRKSOMHET, ETTER TYPE BHT OG AVTALEFORM	110
FIGUR 5.34 BHTENES VURDERING AV VERNEOMBUDETS INVOLVERING I ARBEIDET MED Å UTARBEIDE FORMELL SAMARBEIDSAVTALE OG HANDLINGSPLAN FOR BRUK AV BHT I VIRKSOMHETEN. PROSENT	113
FIGUR 5.35 PÅSTANDER OM HVORDAN DET ER Å JOBBE INN MOT VIRKSOMHETENE. PROSENT	114
FIGUR 5.36 VURDERING AV TILGJENGELIGHET, DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD. PROSENT	118
FIGUR 5.37 VURDERING AV TILGJENGELIGHET, ETTER TYPE BHT (DAGLIG LEDER)	118
FIGUR 5.38 VURDERING AV TILGJENGELIGHET, ETTER TYPE AVTALE MED BHT (DAGLIG LEDER)	119
FIGUR 5.39 VURDERING AV OM BHT HAR EN FRI OG UAVHENGIG STILLING, DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD	120
FIGUR 5.40 VURDERING AV OM BHT HAR EN FRI OG UAVHENGIG STILLING, ETTER TYPE BHT OG AVTALEFORM (DAGLIG LEDER)	120
FIGUR 5.41 OMTRENT HVOR STOR ANDEL AV KUNDENE/VIRKSOMHETENE DERES HAR EN PRAKSIS DER DE ANSATTE KAN KONTAKTE BHT – UTEN Å AVKLARE MED NÆRMESTE LEDER FØRST? PROSENT OG ANTALL (N=132)	121
FIGUR 5.42 VIRKSOMHETENES KONTAKT MED PERSONELL FRA BHT, DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD	124
FIGUR 5.43 HVOR OFTE KONTAKT MED PERSONELL FRA BHT, ETTER ANTALL ANSATTE (DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD)	124
FIGUR 5.44 HVOR OFTE KONTAKT MED PERSONELL FRA BHT, ETTER NÆRING (DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD) ...	125
FIGUR 6.1 TA STILLING TIL FØLGENDE PÅSTANDER OM ARBEIDSTILSYNET. PROSENT OG ANTALL	129
FIGUR 6.2 TYPE PÅLEGG FRA ARBEIDSTILSYNET (FLERE SVAR MULIG). PROSENT	131
FIGUR 6.3 VURDERING AV REGELVERKET OM KRAV TIL BRUK AV BHT (DAGLIG LEDER)	132
FIGUR 6.4 PÅSTANDER OM HVORDAN GODKJENNINGSORDNINGEN FUNGERER. PROSENT OG ANTALL	132
FIGUR 6.5 SYNSPUNKTER PÅ ARBEIDSMILJØFORSKRIFTENE OG INTERNKONTROLLFORSKRIFTEN BLANT BHTENE I UTVALGET. PROSENT	141
FIGUR 7.1 BIDRAR BHT I UTVIKLINGEN AV VIRKSOMHETENS HMS-RUTINER? DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD	143
FIGUR 7.2 BHT BIDRAR I UTVIKLINGEN AV VIRKSOMHETENS HMS-RUTINER, ETTER ANTALL ANSATTE OG NÆRING (DAGLIG LEDER)	144
FIGUR 7.3 BHT BIDRAR I UTVIKLINGEN AV VIRKSOMHETENS HMS-RUTINER, ETTER TYPE BHT OG AVTALEFORM (DAGLIG LEDER)	144
FIGUR 7.4 BRUKEN AV BHT HAR BIDRATT TIL Å STYRKE FOKUSET PÅ ARBEIDSMILJØ I VIRKSOMHETEN, DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD	145
FIGUR 7.5 BRUKEN AV BHT HAR BIDRATT TIL Å STYRKE FOKUSET PÅ ARBEIDSMILJØ I VIRKSOMHETEN, ETTER TYPE BHT OG AVTALEFORM (DAGLIG LEDER)	145
FIGUR 7.6 VÅR BHT SAMARBEIDER GODT MED VÅRE EGNE HMS-RESSURSER, DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD	146
FIGUR 7.7 VÅR BHT SAMARBEIDER GODT MED VÅRE EGNE HMS-RESSURSER, ETTER ANTALL ANSATTE (DAGLIG LEDER)	146
FIGUR 7.8 BHT STYRKER ARBEIDET MED Å SKAPE SUNNE OG TRYGGE ARBEIDSFORHOLD, DAGLIG LEDER OG VERNEOMBUD	147
FIGUR 7.9 BHT STYRKER ARBEIDET MED Å SKAPE SUNNE OG TRYGGE ARBEIDSFORHOLD, ETTER TYPE BHT OG AVTALEFORM (DAGLIG LEDER)	147
FIGUR 7.10 BHT ER EN STØTTE FOR MEG I ROLLEN SOM VERNEOMBUD/ANSATTREPRESENTANT, ETTER ANTALL ANSATTE OG NÆRING (DAGLIG LEDER)	148
FIGUR 7.11 ANDEL VIRKSOMHETER SOM VILLE VÆRT TILKNYTTET BHT UTEN BHT-PLIKT, ETTER ANTALL ANSATTE (DAGLIG LEDER)	148

Avdeling helse i SINTEF er et forskningsmiljø som består av fem forskningsgrupper: Velferdsforskning, Helsetjenesteforskning, Arbeidsfysiologi, Design og Global helse og velferd. Avdelingen har som mål å utvikle ny kunnskap og nye løsninger for å løse samfunnsutfordringer innen arbeidsliv, velferd, helse og omsorg, og forsker blant annet på problemstillinger knyttet til deltakelse i arbeidslivet, psykisk helse og unge utenfor skole og arbeid. I tillegg utfører vi forskningsoppdrag innen temaer som effektiv organisering og ressursbruk i helse- og omsorgstjenestene, tilgjengelighet til helsetjenester samt forebyggende og helsefremmende arbeid og rehabilitering. Brukerperspektivet står sentralt i all vår forskning, og det meste av det vi gjør er rettet mot å utvikle tjenester og løsninger som ivaretar brukernes behov.

Sammendrag

På oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet har SINTEF ved Avdeling helse gjennomført en evaluering av bruken av bedriftshelsetjeneste (BHT) i norsk arbeidsliv. En viktig målsetning med prosjektet har vært å fremskaffe kunnskap om i hvilken grad bruken av BHT støtter opp om det systematiske og forebyggende HMS- og arbeidsmiljøarbeidet i virksomhetene. Rapporten bygger på en rekke datakilder: intervju med ti BHTer, spørreundersøkelse blant BHTer i Norge, eksplorerende dybdeintervju med fem virksomheter, spørreundersøkelse blant et tilfeldig utvalg av virksomheter med BHT-plikt (daglig leder og verneombud), i tillegg til intervju med ansatte i Arbeidstilsynet, godkjenningssenheten for BHT og Fagsekretariatet for BHT (STAMI). I en tidlig fase av prosjektet ble det også gjennomført intervju med partene i arbeidslivet, for å gi dem mulighet til å komme med innspill til gjennomføringen av evalueringen.

I spørreundersøkelsen blant daglig leder i BHTene fikk vi svar fra 170 BHTer, som tilsvarte en svarprosent på 59. I virksomhetsundersøkelsen fikk vi svar fra i alt 32 prosent av virksomhetene (samlet svarprosent på rundt 23 prosent blant virksomhetsledere, og 16 prosent blant verneombud/ansattrepresentanter). For en nærmere drøfting av svarprosent og representativitet når det gjelder virksomhetsundersøkelsen, viser vi til kapittel 3.4 i rapporten.

De viktigste funnene i rapporten kan kort oppsummeres slik:

- Et flertall av virksomhetene i utvalget opplever at BHT bidrar i utviklingen av virksomhetenes HMS-rutiner, og til å styrke fokuset på arbeidsmiljø og arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsforhold i virksomheten.
- Det er et relativt godt samsvar mellom de behovene virksomhetene har på mange av de lovpålagte områdene, og det omfanget tjenestene leveres i. Både virksomhetene og BHTene vurderer samsvaret mellom behov og tjenesteomfang som best for mange av de lovpålagte tjenestene.
- Det er likevel en relativt utbredt oppfatning blant BHTene at de i for liten grad jobber forebyggende, og at de skulle jobbet mer med enkelte av de lovpålagte tjenestene.
- Kontakten og dialogen mellom BHT og virksomhetene i utvalget fremstår som relativt begrenset; over halvparten av virksomhetene oppgir at fysiske besøk forekommer "sjeldnere enn hvert halvår" eller "årlig eller sjeldnere". Kontakt per epost eller telefon forekommer litt oftere.
- BHT oppleves som en god støtte for verneombudene/ansattrepresentantene i virksomhetene.
- Det er forskjeller i bruk og nytte av BHT på tvers av bransje og virksomhetsstørrelse, og opplevelsen av at BHT bidrar positivt i utviklingen av HMS-rutiner og i arbeidsmiljøarbeidet.
- Det er en etterspørsel etter tjenester BHT ifølge forskriften ikke skal dekke, men som BHT ser seg nødt til å levere – både for å holde på eksisterende kunder og for å tiltrekke seg nye. Samarbeid med eksterne aktører gjøres for å dekke både lovpålagte tjenester og tjenester som ikke er lovpålagt.
- Hvorvidt BHT er tilgjengelig for de ansatte ved behov, varierer i stor grad på tvers av virksomheter.
- Daglig leder og verneombud vurderer spørsmålet om BHT har en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål ganske likt. 61 prosent av daglig leder var helt enig i påstanden, mot 52 prosent av verneombudene, mens rundt 15 prosent av begge grupper sa seg delvis enig.
- Godkjenningsordningen vurderes som en viktig ordning, men det er en klar tilbakemelding fra mange BHTer at det er for lett å tilpasse seg godkjenningskravene, og at praksisen har vært for romslig. Arbeidstilsynet vurderes jevnt over som en god samarbeidspartner for BHT.
- Bedriftshelsetjenesten er i endring, og det er økt fokus på psykososialt arbeidsmiljø. Det må jobbes mer med å definere hva "BHT-faget" skal være, og regelverket på arbeidsmiljøområdet må i større grad ses i sammenheng med dagens arbeidsliv og nye utfordringer i arbeidsmiljøet.

I det følgende gir vi en mer detaljert oppsummering av de viktigste resultatene fra evalueringen, i lys av problemstillingene i prosjektet. Implikasjoner av resultatene drøftes nærmere i kapittel 8, mens vi avslutter rapporten med en konklusjon i kapittel 9.

Bedriftshelsetjenesten i Norge – oppgaver og organisering

BHT-plikt og tilknytning blant virksomhetene

Minst én av fire norske virksomheter med BHT-plikt er ikke tilknyttet BHT. Flertallet av disse er små virksomheter med under fem ansatte. Virksomheter som har inngått IA-avtale er i all hovedsak også tilknyttet BHT. Omtrent 15 prosent av virksomhetslederne som oppgir at virksomheten er tilknyttet en BHT, vet ikke om denne er godkjent. Ledere for virksomheter som ikke har BHT, men som har BHT-plikt, har i liten grad fått fritak fra BHT-plikten (1 prosent). Manglende bevissthet eller opplevd behov ser ut til være viktigere enn kostnadsnivå.

Den vanligste formen for BHT er ekstern, kommersiell BHT (60 prosent), fulgt av ekstern, medlemseid BHT (23 prosent). Rundt 10 prosent har intern BHT. En del av disse leverer også tjenester til andre virksomheter. Den vanligste avtaleformen er fast sum for en grunnpakke, der man i tillegg betaler for ekstratjenester som går utover det som er inkludert i grunnpakken (48 prosent). Også en relativt stor andel (38 prosent) oppgir at de betaler for en fast pris ut fra antall ansatte. Kun et fåtall betaler per leverte tjeneste. Anslåtte kostnader til BHT varierer mye, men medianverdien blant virksomhetene ligger rundt 1000 kroner i året per ansatt.

De viktigste grunnene for å ha å valgt nåværende leverandør av BHT er geografi, tilgjengelighet, og generell kompetanse. Kun 13 prosent oppgir pris som en av de tre viktigste grunnene. Videre finner vi at et flertall av virksomhetene har relativt nye kontrakter med BHT. Medianverdien er 2012 som (første) år for kontrakt med nåværende leverandør. Kun fem prosent av virksomhetene har hatt avtale med samme BHT i over 20 år.

Organisering og geografisk nedslagsfelt

De fleste BHTene har kunder lokalisert innenfor en større region, mens en av tre BHTer har kunder innenfor fylket. Blant de BHTene som er en del av helsehus/klinikk (n=30) er det mer vanlig å ha kunder over hele landet.

Av 170 BHTer i utvalget oppgir 22 at de siden 2010 har vært gjennom et oppkjøp, mens 35 har vært gjennom en sammenslåing. Summerer vi alle tilfeller av endring i perioden 2010-2016, så finner vi at det har vært 79 tilfeller med organisasjonsendring blant BHTene i utvalget. Tallet viser at det har skjedd mye på tilbydersiden i BHT-markedet siden 2010, når det gjelder organisering og marked.

BHTenes bistand til virksomhetene – behov, tjenester og variasjoner mellom bransjer

Bistand fra bedriftshelsetjenesten støtter i relativt stor grad opp under HMS-arbeidet og arbeidsmiljøet i virksomhetene

Dette er et av de viktigste spørsmålene i evalueringen, fordi det er bistand innenfor HMS og forebyggende arbeidsmiljøarbeid som definerer kjernen i BHTs arbeid, ifølge forskriften. Resultatene viser at dette er noe som etterleves i relativt stor grad blant virksomhetene som deltok i spørreundersøkelsen; nær 60 prosent av virksomhetsledere og verneombud sier seg helt eller delvis enig i at BHT bidrar i utviklingen av virksomhetenes HMS-rutiner, og er helt eller delvis enig i at bruken av BHT har bidratt til å styrke fokuset på arbeidsmiljø i virksomheten. Andelen som er enig er høyere i virksomheter med ekstern, medlemseid BHT og noe lavere blant virksomheter med egenordning. Andelen er også høyere blant virksomheter som betaler en fast sum for en grunnpakke.

Videre sier nesten to av tre virksomhetsledere og verneombud seg enig i påstanden om at BHT styrker arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsforhold. Virksomheter med ekstern, medlemseid BHT, og virksomheter som betaler en fast sum for en grunnpakke, peker seg igjen positivt ut. Virksomheter med intern BHT og virksomheter som betaler per leverte tjenester er noe mindre enig i påstanden.

Også virksomhetenes erfaringer når det gjelder BHTs forebyggende arbeid, må sies å være positive. Både daglig leder og verneombud er i stor grad fornøyd med hvor stor del av BHTens innsats som er rettet mot

forebygging. Bare 16 prosent totalt (14 prosent av virksomhetslederne og 20 prosent av verneombudene) mener for eksempel at deres BHT jobber for *lite* med forebyggende virksomhet.

BHTs arbeid i virksomhetene er i tråd med kravene i forskrift om arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjeneste – men samtidig er det potensial for å gjøre mer

Som resultatene foran viste, er det relativt vanlig at BHT bidrar i utviklingen av virksomhetenes HMS-rutiner. Videre mente et flertall at bruken av BHT styrker fokuset på arbeidsmiljø i virksomheten, og deres arbeid med å skape sunne og trygge arbeidsforhold. At BHT brukes på denne måten, er i tråd med det som ligger i forskriften, spesielt det som handler om at BHT skal bistå med løpende kartlegging av arbeidsmiljøet, foretar undersøkelser av arbeidsplassene og arbeidsprosessene og vurderer risiko for helsefare, i tillegg til å fremme forslag om forebyggende tiltak som reduserer risikoen for helseskade og bistå i arbeidet med å overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse.

Spørreundersøkelsen blant BHTene viser at det store flertallet av BHT-lederne er helt enig i at de leverer tjenester som er i tråd med forskriften. De fleste mener også at BHTens innsats har positiv effekt på virksomhetens HMS-arbeid. Resultatene viser at bistanden fra BHT i relativt stor grad støtter opp under HMS-arbeidet i virksomhetene, og bidrar til å styrke arbeidsmiljøet og arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsforhold, og at det oppleves som en nyttig bistand. Både virksomhetene og BHTene formidler dette. Vi finner ellers at det er en viss variasjon på tvers av type ordning og avtale. Virksomheter med ekstern, medlemseid BHT, og virksomheter som betaler en fast sum for en grunnpakke, er mer positive.

Samtidig identifiserer vi en rekke ulike faktorer som presser utøvelsen av de lovpålagte tjenestene. Spesielt gjelder dette generelle helsekontroller, som både intervjuene og virksomhetsundersøkelsen bekrefter er noe som ofte etterspørres og det er vanlig å benytte seg av i virksomhetene. I intervjuene ble det forklart med at virksomhetene vil ha det, og at man som BHT da må levere, hvis man ønsker å ha kunden også i fremtiden. Utfordringen med dette er at det er et tilbud som ikke har noe med bedriftshelsetjenester å gjøre, slik det er definert i forskriften. Helseundersøkelser skal være målrettede, basert på risikovurderinger, og ellers ved mistanke om skadelige forhold i arbeidet.

En rekke BHT-ledere problematiserte dessuten at mange virksomheter fortsatt ser på BHT som et innsparingsområde, heller enn en rådgiver innen HMS og arbeidsmiljø. Dette beskrives som den største barrieren mot en god og systematisk bruk av BHT. En annen vanlig erfaring er at mange virksomheters bruk av BHT først og fremst styres av hva Arbeidstilsynet eventuelt har kommet med pålegg om, eller hva de kommer til å se etter ved et tilsyn. Den mest grunnleggende utfordringen, slik ansatte i BHT ser det, er å få virksomhetene til å se nytten og verdien av systematisk HMS- og arbeidsmiljøarbeid.

Neste punkt, som tar for seg samsvaret mellom virksomhetenes behov og de tjenester som leveres, gir også viktige svar på spørsmålet om BHTs innsats i virksomhetene er i tråd med kravene i lovverket.

Det er forskjeller i bruk og nytte av BHT på tvers av bransje og virksomhetsstørrelse

Flere resultater i evalueringen viser at næring har betydning for hvordan virksomheter jobber med arbeidsmiljø og HMS, og i hvilken grad BHT er en del av dette arbeidet. Mens nesten to av tre virksomhetsledere og verneombud sier seg enig i påstanden om at BHT styrker arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsforhold, så er det samtidig en tendens til at typiske industrinæringer, som bergverksdrift og utvinning, industri og elektrisitets-, gass-, damp, og varmtvannsforsyning, i større grad er enig i påstanden. Det samme gjelder større virksomheter. Videre finner vi at virksomheter innenfor bergverksdrift og utvinning og varehandel, reparasjon av motorvogner i størst i grad bekrefter at BHT bidrar i utviklingen av virksomhetens HMS-rutiner.

Forskjellene på tvers av næring handler sannsynligvis om at næringene er ulike i innhold og risikoprofil, og at de i ulik grad jobber systematisk med HMS og forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Disse næringsforskjellene vil også gjenspeiles i bruken av BHT, og i vurderingen av om BHT oppleves som et

nyttig og relevant virkemiddel. Viktigheten av å jobbe systematisk med HMS og arbeidsmiljø oppleves ulikt på tvers av bransje, og det innvirker trolig også på BHTs rolle i virksomheten. Selv om det ikke er så overraskende at mange resultater varierer på tvers av næring, så representerer det uansett et viktig funn. En viktig nøkkel for en bedre bruk av BHT ligger dermed i å skape en klarere forståelse av hva HMS og systematisk arbeidsmiljøarbeid skal bety – i ulike næringer.

Virksomhetene mener det er godt samsvar mellom behov og tjenesteomfang innen de lovpålagte tjenestene

Både virksomhetene og BHTene ble spurt om samsvaret mellom behovet virksomhetene har for ulike tjenester og faktisk bruk. I virksomhetene ble samsvaret vurdert som best innenfor mange av de lovpålagte tjenestene, slik som målrettede helseundersøkelser, samarbeid om tiltak som reduserer risiko for helseskade, informasjon og opplæring om relevant HMS-risiko og aktuelle tiltak, handlingsplaner (arbeidsmiljø og HMS), planer og årsrapporter for BHT-ens bistand i virksomheten, samt kartlegging av arbeidsmiljø og risikofaktorer. Resultatene kan dermed sies å være i tråd med resultatene foran, som viste at det er relativt vanlig at BHT bidrar i utviklingen av virksomhetenes HMS-rutiner og at bruken av BHT bidrar til å styrke fokuset på arbeidsmiljø i virksomheten og innsatsen for å skape sunne og trygge arbeidsforhold. I de virksomheter der BHT brukes som her, så vil BHT fungere som et *treffsikkert virkemiddel* – først og fremst fordi tjenestene dekker virksomhetenes behov. I tillegg er det kjerneoppgaver det er snakk om.

Vi finner ellers en tendens til at verneombudene i større grad enn daglig leder svarer at BHTen burde bistått virksomheten mer. For eksempel er det stor enighet om at det ikke er behov for mer bistand i forbindelse med deltakelse i AMU og kurs i yoga, mindfulness og lignende. Det er en større andel verneombud enn ledere som mener at BHT burde bistått virksomheten mer med krisehåndtering og beredskapsplaner, kartlegging av arbeidsmiljø og risikofaktorer samt tiltak som reduserer risiko for helseskade. Den eneste tjenesten der en større andel virksomhetsledere enn verneombud etterspør mer bistand, er veiledning inn mot Nav (sykefravær, ytelser, tilskudd/virkemidler). Dette skyldes nok at oppfølging av sykmeldte og rutiner og administrasjon rundt dette, er en lederoppgave.

Stort sett er tjenestene det etterspørres mer av, tjenester som må sies å ligge i kjerneområdet for BHT. Det gapet mellom opplevd behov og tjenesteomfang som kommer til syne her, viser at bistanden fra BHT i en del virksomheter ikke svarer godt nok på arbeidsmiljøutfordringene i virksomhetene, slik virksomhetene selv definerer dem.

Mange BHTer mener at de i for liten grad jobber forebyggende og at de bør bistå mer på de lovpålagte tjenestene

Et flertall av lederne i BHT er helt enig i at de leverer tjenester som er i tråd med forskriften, og at BHTens innsats har positiv effekt på virksomhetens HMS-arbeid. Akkurat som virksomhetene selv vurderer også BHTene samsvaret mellom virksomhetenes behov og tjenesteomfang som best innenfor flere av de lovpålagte tjenestene, som deltakelse i arbeidsmiljøutvalg (AMU), målrettede helseundersøkelser (basert på risikoforhold i virksomheten) og utarbeidelse av planer og årsrapporter for BHTens bistand i virksomheten.

Videre er BHTene stort sett enig i at virksomhetene ofte etterspør tjenester som er utenfor kravene i forskriften, og over halvparten oppgir at virksomhetene ofte ønsker generelle helsekontroller. En stor andel av BHTene mener at de i for liten grad jobber forebyggende, noe som blant annet ble forklart med at de ikke kommer i posisjon til å jobbe forebyggende i virksomhetene, og at mange virksomheter er mer opptatt av individuell oppfølging og behandling enn forebyggende arbeid. I tillegg ble det pekt på at BHT ikke klarer å synliggjøre nytte og effekt av det arbeidet som gjøres. Videre finner vi at rundt 40 prosent av BHTene mener at de burde bistått kundene mer innenfor ulike lovpålagte tjenester. Dette viser at det fortsatt er en vei å gå før BHTene yter lovpålagte tjenester i et omfang som samsvarer med virksomhetenes behov.

Rapporten avdekker også at det er et sprik mellom hvilke tjenester BHT oppgir at de leverer og hvordan BHTene opplever at virksomhetene følger opp i praksis. De aller fleste lederne i BHTene er helt enig i at de

leverer tjenester som er i tråd med forskriften, og svært mange mener at BHTens innsats har positiv effekt på virksomhetens HMS-arbeid. Når det gjelder virksomhetenes oppfølging av de råd og anbefalinger som gis, er resultatene helt annerledes. Svært få av BHTene sier seg helt enige i at virksomhetene følger opp. En stor andel sier seg delvis enig i påstanden noe som bekrefter at det er en betydelig utfordring for BHTene å få virksomhetene til å gjennomføre tiltak i praksis.

Bistand ved planlegging og gjennomføring av omorganisering eller fysiske endringer i virksomheten peker seg ut som et område som BHT mener de burde bistått virksomhetene mer innenfor. Dette samsvarer med tilbakemeldingene fra kartleggingen for øvrig, der organisasjonsendring og organisasjonsutvikling trekkes frem som et område det stadig oftere etterspørres bistand innenfor. Også lovpålagte tjenester, som informasjon og opplæring i HMS, utvikling av tiltak i virksomhetene og kartlegging av arbeidsmiljø og risikofaktorer, blir trukket fram som områder som BHT kunne bistått virksomhetene mer innenfor. Resultatene viser at det fortsatt er en vei å gå før BHTene yter lovpålagte tjenester i et omfang som samsvarer med virksomhetenes behov. Generelle helseundersøkelser peker seg derimot ut som et område som en del BHTer mener de burde drive mindre med.

Det er vanlig blant virksomhetene å ha lite kontakt og dialog med sin BHT

Resultatene fra virksomhetssurveyen viser at det er vanlig blant virksomhetene å ha lite kontakt med BHT. Når 54 prosent av verneombudene og 38 prosent av lederne oppgir at de har kontakt med BHTen per epost eller telefon "sjeldnere enn hvert halvår" eller "årlig eller sjeldnere", så vitner det om lite regulær kontakt. De fysiske besøkene er enda mindre vanlig. 58 prosent av verneombudene og 57 prosent av lederne bekrefter at det forekommer "sjeldnere enn hvert halvår" eller "årlig eller sjeldnere". Med tanke på BHTs synlighet og tilstedeværelse, og ønsket om at BHT skal være "på" virksomhetene og jobbe for kontinuitet i tjenestene, så er det verdt å merke seg at en såpass stor andel av virksomhetene oppgir å ha så lite dialog og samhandling med sin BHT. Selv om det er virksomhetene selv som i stor grad må åpne opp for denne samhandlingen, så er det liten tvil om at også BHTene har et ansvar for å sørge for at kontakten blir mer regelmessig.

Nytteverdien for virksomhetene av å være tilknyttet BHT – slik BHTene definerer den

Basert på en kategorisering av svar på et åpent spørsmål om viktigste nytteverdi for virksomhetene av den bistanden som BHT yter, ble tematiske kategorier etablert. Kategoriene fanger opp hvordan BHTene definerer nytteverdien av sin egen innsats i virksomhetene. Trolig sier det også noe om hvilke faglige perspektiver som preger deres arbeid i virksomhetene. De tre formene for nytteverdi har vi definert slik; i) *nytteverdi knyttet opp mot de lovpålagte tjenestene* (bistand i forbindelse med HMS-system, risikovurdering og arbeidsmiljøkartlegging); ii) *nytteverdi knyttet opp mot de ansattes helse* (helsefremming, økt jobbnærver og bedre helse generelt); iii) *nytteverdi knyttet opp mot virksomhetenes behov for å ha "papirene og permene i orden"* (fokus på prosedyrer, planverk, systemer, rutinebeskrivelser, avvikshåndtering og generelt det å ha det formelle på plass).

Virksomhetene positive til kontinuiteten i BHTs bistand – og mange planlegger å forlenge den kontrakten de har i dag

Over halvparten av virksomhetene oppgir at bistanden fra BHT preges av kontinuitet og langsiktighet. Kun 10 prosent sa seg uenig i dette. Når vi samtidig finner at knapt to av tre virksomhetsledere oppgir at de kommer til å forlenge dagens avtale med BHT når den går ut, er det positivt med tanke på BHTenes muligheter til å jobbe langsiktig med virksomhetene. Videre finner vi at det særlig er små og mellomstore virksomheter som oppgir at de kommer til å forlenge dagens avtale. Resultatene kan tyde på at dette er virksomheter som, når de først har funnet en BHT de er fornøyd med, ønsker å fortsette med denne. Små og mellomstore virksomheter har ofte heller ikke egne ressurser innen HMS, arbeidsmiljø eller HR, og det å gå inn i en prosess med å skaffe en ny BHT, vil i seg selv kreve tid og ressurser.

Et tydelig funn i spørreundersøkelsen blant BHTene er at offentlige kunder, typisk kommuner, er en type virksomheter der det er krevende å jobbe med et langsiktig perspektiv, på grunn av anbudspraksis og prisfokus. I BHT-intervjuene ga enkelte informanter uttrykk for en usikkerhet med tanke på om offentlige kunder er noe de i det hele tatt skal prioritere fremover.

BHT oppleves som en god støtte for verneombud/ansattrepresentant

Et annet funn er at en stor andel opplever at BHT er en støtte for dem i rollen som verneombud/ansattrepresentant. Andelen er særlig høy i større virksomheter. Som verneombud har man et ansvar for å følge opp at arbeidet i en virksomhet blir utført på en måte som ivaretar hensynet til arbeidstakernes sikkerhet, helse og velferd. Spørsmål knyttet til kjemiske stoffer, arbeidsprosesser, verneutstyr og ulykker er noe av det verneombudet skal følge opp, og det å kunne støtte seg til BHTen i slike spørsmål, kan føre til at en del verneombud bedre kan utøve sin rolle. Imidlertid er det en del forskjeller på tvers av næringer og virksomhetsstørrelse, som viser at dette er noe man må jobbe mer for å styrke. Spesielt er det viktig å følge opp hvorfor ansattrepresentant/verneombud i mindre virksomheter i mindre grad opplever at BHT er en støtte for dem.

Virksomhetenes opplevelse av BHTs kunnskap til bransjen og virksomhetens konkrete behov varierer med bransje

I spørsmålet om hvordan virksomhetene ser på BHTens kunnskap om risikoforholdene i bransjen generelt og i virksomheten, finner vi relativt klare forskjeller på tvers av næring. Næringer som skiller seg positivt ut på dette spørsmålet, både når det gjelder kunnskap om risikoforholdene i bransjen generelt og i virksomheten, er bergverksdrift og utvinning, varehandel og reparasjon av motorvogner, samt informasjon og kommunikasjon.

Virksomheter innenfor faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting og offentlig administrasjon og forsvar etc. er de som er minst enig i at BHTene har kunnskap om risikoforholdene i bransjen og virksomheten. Vi finner ellers noe variasjon som kan knyttes til hvilken type BHT virksomhetene er tilknyttet. Nok en gang er det de eksterne medlemseide BHTene som kommer best ut. Andelen som vurderer at deres BHT har god kunnskap om risikoforholdene i bransjen generelt og i virksomheten, er høyets blant virksomhetene med ekstern medlemseid BHT.

I tillegg viser resultatene at et flertall både blant daglig leder og verneombud er helt eller delvis enig i at deres BHT er opptatt av å utvikle og forbedre tjenestene.

Virksomhetene bestemmer i stor grad selv hva de kjøper av tjenester

Både resultatene fra virksomhetsundersøkelsen og intervjuene med BHT-ansatte peker mot at det først og fremst er virksomhetene selv som bestemmer hva de vil kjøpe av tjenester. Når virksomhetenes kjøp av bedriftshelsetjenester skulle forklares, kom også dette med bestillerkompetanse blant virksomhetene opp. Bestillerkompetansen vil være et produkt både av kunnskapen om virksomhetens behov og kunnskapen om hvilke krav regelverket stiller til virksomhetene. Når vi ser både virksomhetsundersøkelsen og BHT-undersøkelsen i sammenheng, så er det liten tvil om at regelverket er krevende å forholde seg til for mange virksomheter. En mulig forklaring er at regelverket oppleves å ha ulik relevans innenfor de ulike næringene.

En annen indikator på bestillerkompetansen, er om virksomhetene bestiller tjenester som BHTene ikke har kompetanse til å utføre, eller ligger utenfor det BHTene skal levere etter lovverket. Svært få svarer at det har vært tjenester BHT ikke har ønsket å levere. En litt større andel oppgir at det har vært tjenester BHTen ikke har hatt kompetanse til å levere. Alt i alt ser det ut til at virksomhetene får levert de tjenestene de ønsker seg, og at de i liten grad bestiller tjenester som ligger klart utenfor BHTs ansvarsområde. Om de faktisk bestiller de tjenestene virksomheten har mest behov for, er likevel et annet spørsmål.

BHT-undersøkelsen viser også at det ser ut til å være et sprik mellom de kravene til bruk av BHT som er fastslått i forskriften, og de behovene BHTene oppfatter at mange virksomheter har på arbeidsmiljøområdet. Det samme gjelder flere andre påstander som omhandler andre viktige sider ved BHTs samhandling med virksomhetene. BHTene mener at virksomhetene i liten grad legger forholdene til rette for at de skal kunne være en pådriver i HMS-arbeidet og for en løpende dialog om hvilke tjenester det er behov for. Disse resultatene bekrefter det som kom frem både gjennom intervju og de åpne spørsmålene i BHT-kartleggingen, nemlig at en av de største utfordringene for god bruk av BHT i virksomhetene ligger i å få til en god dialog og samhandling mellom virksomhet og BHT.

Nesten to av tre virksomheter ville "helt sikkert" eller "sannsynligvis" vært tilknyttet en BHT – selv om de ikke hadde hatt plikt til det

Hvor mange som mener at de ville vært tilknyttet BHT, dersom de ikke hadde hatt plikt til det, kan ses på som en av de beste indikatorene for om virksomhetene opplever BHT som en nyttig tjeneste, og ikke bare noe de er pålagt å ha. På dette spørsmålet svarer 64 prosent av virksomhetslederne "helt sikkert" eller "sannsynligvis". En fjerdedel svarer "sannsynligvis ikke" eller "helt sikkert ikke". Andelen som svarer at de sannsynligvis eller helt sikkert ville hatt BHT, ser ut til å øke med virksomhetsstørrelse. Blant virksomheter med 30 ansatte eller mer er det for eksempel ingen som svarer at de helt sikkert ikke ville hatt BHT, dersom BHT-plikten ble opphevet. Vi finner også her enkelte forskjeller mellom ulike næringer.

Organisering, samarbeid og bransjespesifikk kompetanse

Et flertall av BHTene samarbeider med eksterne aktører – og samarbeidet dekker både lovpålagte og ikke-lovpålagte tjenester

Resultatene fra BHT-undersøkelsen viser at det er svært vanlig å samarbeide med eksterne aktører for å kunne levere de tjenestene man enten har forpliktet seg til eller ønsker å tilby. Om lag tre fjerdedeler oppgir at de samarbeider flere ganger i måneden eller oftere med sin(e) samarbeidspartner(e). Dette indikerer at det er et behov for samarbeidet, og at det ikke er et samarbeid som kun eksisterer på papiret.

Psykologer er den yrkesgruppen det er desidert mest vanlig å samarbeide med. Deretter kommer samarbeidsavtale med lege, tett fulgt av yrkeshygieniker eller yrkeshygienefirma. I tillegg finner vi at det er relativt vanlig å ha samarbeidsavtale med fysioterapeuter utenfor egen BHT.

Behovet for samarbeid og innleie av eksterne ressurser begrunnes med at det er for dyrt å ansette denne kompetansen, reiseavstander, et ønske om å yte et helhetlig tilbud til kundene (selv om man ikke dekker alt selv) og varierende etterspørsel etter en del tjenester, spesielt innenfor psykososialt arbeidsmiljø. Videre finner vi at samarbeid og innleie er noe alle typer BHTer benytter seg – både kommersielle, medlemseide og interne ordninger. Mangelfull kapasitet til å ivareta alle oppgaver internt, samt budsjettmessige begrensninger, er vanlige årsaker som oppgis av de interne ordningene.

Både lovpålagte og ikke lovpålagte tjenester dekkes gjennom samarbeidet. Noen benytter seg av samarbeid for å utføre helsekontroller og følge opp helsemålinger, andre leier inn yrkeshygieniker for å foreta kjemiske målinger – men de fleste leier inne psykologisk kompetanse for å ivareta det som handler om det psykososiale og det organisatoriske, ofte i form av individuell oppfølging og støttesamtaler. Det at det samarbeides så mye med psykologer kan ses i sammenheng med en økende etterspørsel etter tjenester på det organisatoriske og psykososiale området.

Samlet sett viser resultatene at BHT-markedet er i endring og utvikling, der et kjennetegn ved de fleste BHTene er at de strekker seg langt for å gi kundene det de måtte ønske. Utviklingen går i retning av større fleksibilitet, gjennom innleie og samarbeid. Gitt dagens kompetansekrav og ønsket om at det skal være en god geografisk dekning av BHTer i hele landet, er det mye som tyder på at innleie og samarbeid er uunngåelig, da nøkkelkompetanse kan være bortimot umulig å rekruttere mange steder (spesielt lege og yrkeshygieniker). Det avgjørende er imidlertid at samarbeidet er reelt, og ikke kun foregår på papiret.

Arbeidstilsynet og godkjenningssenheten har et ansvar for å følge opp dette. Det er imidlertid BHTene selv, sammen med samarbeidsaktørene, som har hovedansvaret for at det eksterne samarbeidet er reelt.

Grenseflater og samarbeid med Nav Arbeidslivssenter

De aller fleste BHTene svarer at de har et godt samarbeid med Nav Arbeidslivssenter. Resultatene tyder altså på at mange BHTer ikke ser på Arbeidslivssenteret som en konkurrent, men heller en aktør som de kan samarbeide med og oppnå en god samhandling med.

Samtidig er mange opptatt av å få frem at det fortsatt er et betydelig overlapp mellom BHT og Arbeidslivssenteret, og at man ikke opplever at det er godt nok avklart hva som skal være forskjellen mellom de to aktørene. Enkelte har også en erfaring med at Nav Arbeidslivssenter brukes til å følge opp arbeidsmiljøsaker (fordi det er kostbart, og de gjør det gratis), mens BHT blir sittende igjen med medisinske saker på individnivå. Det er spesielt på arbeidsmiljøområdet at mange BHTer opplever at konkurransen fra Arbeidslivssenteret har blitt større over tid. Vi drøfter dette mer i sluttkapitlet.

Den bransjespesifikke tenkningen utfordres fra flere hold

Resultatene fra spørreundersøkelsen blant BHTene viser at betingelsene for å satse bransjespesifikt, er under press. BHTer som definerer seg selv som bransjespesifikke er i et klart mindretall i vårt utvalg. Cirka 13 prosent av lederne svarer at deres BHT er bransjespesifikk, mens 69 prosent svarer at deres BHT ikke er bransjespesifikk. Videre bekrefter nesten halvparten av BHTene at de har virksomheter fra flere bransjer i dag enn for noen år siden.

Basert på en samlet vurdering av funnene identifiserer vi tre hovedårsaker til at mange BHTer har virksomheter fra flere bransjer i dag enn for noen år siden; i) utvidelsen av bransjeforskriften i 2010, ii) oppkjøp av en del BHTer har ført til at det har fulgt med flere bransjer "på lasset" for en del BHTer (uten at de ansatte i den opprinnelige BHTen nødvendigvis jobber med andre bransjer nå enn tidligere) og iii) at det er lite lønnsomt og strategisk å være bransjespesifikk i dagens BHT-marked.

At bransjeorienteringen, og dermed bransjekunnskapen, er under press reiser mange viktige spørsmål, som berører fagligheten og fremtiden for BHT. Type bransje har betydning for hvilke utfordringer og behov som dominerer når det gjelder arbeidsmiljø og HMS, og bransjekunnskap om arbeidsoppgaver, arbeidsoperasjoner og ikke minst risikoforhold, vil dermed være viktig for å kunne levere treffsikre tjenester. Våre resultater viser også at det er forskjeller på tvers av bransje, når det gjelder innsats og bruk av BHT i HMS- og arbeidsmiljøarbeidet.

Mange BHTer har et ønske om å spisse seg mer faglig

BHTene vurderer egen kompetanse som best innenfor ergonomi (80 prosent). Deretter følger systematisk HMS-arbeid (67 prosent) og arbeidsmedisin og helse (64,5 prosent). Oppfølging av sykmeldte og tilrettelegging er det BHTene vurderer å ha svakest fagkompetanse på. Et viktig bakteppe her er at BHTs plikt til å delta i dialogmøte 1 ved sykefravær falt bort i 2014. Oppfølging av sykmeldte og tilrettelegging på arbeidsplassen er dessuten et viktig fagområde for arbeidslivssentrene.

Mer enn halvparten av BHTene oppgir at de går med tanker om å spisse seg mer faglig i tiden fremover. Det at mer enn halvparten av BHTene vurderer dette, er et interessant resultat. Ser vi tallene i sammenheng med andre resultater, så er det klart at strategiske og markedsmessige vurderinger spiller en rolle her. Svarene på et åpent oppfølgingsspørsmål viste videre at det fagområdet som klart flest ønsker å styrke seg på, er psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø. Ønsket om å styrke seg på det psykososiale feltet gjelder uavhengig av om man er intern eller ekstern BHT.

BHTene fremstår i varierende grad som en aktør som er tilgjengelig for alle i virksomheten

60 prosent av BHTene oppgir at de fleste av deres kunder har en praksis der de ansatte kan kontakte BHT uten å måtte avklare med nærmeste leder først. For de resterende BHTene er fordelingen til dels betydelig lavere. Blant virksomhetene finner vi at halvparten har en praksis der de ansatte kan ta kontakt med BHT, uten å måtte avklare med nærmeste leder først. Noen flere er enig i at BHT er tilgjengelig for de ansatte etter behov. Daglig leder og verneombud vurderer tilgjengeligheten stort sett likt.

Vi ser ellers en tendens til at tilgjengeligheten vurderes som noe dårligere i virksomheter med få ansatte, og spesielt i virksomheter med bare en ansatt. Dette ser i hovedsak ut til å skyldes at spørsmålet vurderes som mindre relevant. Tilgjengeligheten vurderes også som noe dårligere i enkelte næringer, spesielt innen undervisning.

Ser vi på tilgjengelighet etter type BHT, peker medlemseid, ekstern BHT seg ut med klart best tilgjengelighet. Interessant nok utmerker ikke intern BHT seg med spesielt god tilgjengelighet. Tilsvarende ser grunnpakke med et fast beløp ut til å være den avtaleformen som gir best tilgjengelighet, mens tilgjengeligheten vurderes som klart dårligst ved avtaler der virksomheten betaler per leverte tjeneste. Dermed ser det ut til at tilgjengeligheten for de ansatte i stor grad er uavhengig av type virksomhet (størrelse og næring), men heller påvirkes av type BHT og avtaleform.

Myndighetenes oppfølging – Arbeidstilsynet, godkjenningsordningen og regelverkets utforming

BHTene har et positivt inntrykk av Arbeidstilsynet

Arbeidstilsynet vurderes jevnt over som en god samarbeidspartner for BHT. Mellom 80 og 90 prosent sier seg enig i at Arbeidstilsynet ser på BHT som en viktig samarbeidspartner, at Arbeidstilsynet har god kompetanse innen BHT (formål, krav og tjenester) og at Arbeidstilsynet er tilgjengelig når de trenger å avklare ulike spørsmål.

Virksomhetene har begrensede erfaringer med Arbeidstilsynet – og ønsker i liten grad veiledning i bruk av BHT

45 prosent av virksomhetene ved daglig leder rapporterer at de har hatt tilsyn i løpet av de siste tre årene. Av disse rapporterer 67 prosent at de fikk pålegg fra Arbeidstilsynet i forbindelse med tilsynet. Det vanligste er pålegg knyttet til systematisk HMS-arbeid (internkontrollforskriften). Bruk av arbeidsutstyr og pålegg knyttet til kjemikalieforskriften er også relativt vanlig, mens det er mer uvanlig med pålegg knyttet til bruken av godkjent BHT.

Myndighetene, ved Arbeidstilsynet, har et ansvar for å bidra til riktig og målrettet bruk av bedriftshelsetjenesten i virksomhetene. Mens en stor andel virksomhetsledere oppgir at de ble spurt om BHT under tilsyn (58 prosent), fikk bare et lite mindretall (16 prosent) veiledning i bruk av BHT under tilsyn. Virksomhetslederne uttrykker heller ikke noe stort ønske om mer veiledning. To av tre svarer at de ikke ønsker (mer) veiledning.

Godkjenningsordningen vurderes som en viktig ordning, men det er et ønske at den burde vært strengere

Har innføringen av godkjenningsordningen i 2010 bidratt til bedre kvalitet i BHT, og til at bruken av BHT er i tråd med intensjonene? Dette har vært et viktig spørsmål i evalueringen. Rundt 60 prosent av BHT-lederne er helt eller delvis enig i at godkjenningsordningen har bidratt til høyere kvalitet i egen BHT og i BHT generelt.

Samtidig mener om lag 45 prosent at godkjenningsordningen gir for svake insentiver til å bygge en kompetanse som går ut over minimumskravene. En enda større andel mener at kravene til kompetanse og stillingsandeler i større grad burde gjenspeile hvor mange virksomheter og ansatte BHT leverer tjenester til.

Mange BHT-ledere gir også uttrykk for at de opplever det som urimelig at BHTer som er bygd opp som kjeder, med underenheter flere steder, kun trenger å bli godkjent på ett sted.

På åpent spørsmål om godkjenningsordningen, og måten den fungerer på, kom det frem mange kritiske svar fra BHTenes side Selv om de fleste grunnleggende sett er enige om at det er positivt å ha en slik ordning, så rettes det kritikk mot innretningen og gjennomføringen av ordningen. Tre hovedinnvendinger skiller seg ut; i) manglende samsvar mellom krav til kompetanse og antall kunder og ansatte som serves, ii) at godkjenningssenheten ikke har sterke nok virkemidler for å følge opp godkjente BHTer på en systematisk måte i godkjenningsperioden og iii) at det generelt er for lett å omgå og tilpasse seg godkjenningskravene, gjennom innleie og samarbeidsavtaler (som er mer eller mindre reelle). Godkjenningssenhetens rolle blir diskutert i sluttkapitlet i rapporten.

Må se nærmere på om regelverket er godt nok tilpasset utfordringene og risikoforholdene i dagens arbeidsliv

På spørsmål til BHT-lederne om hvordan arbeidsmiljøloven, internkontrollforskriften og øvrige arbeidsmiljøforskrifter fungerer, kom det frem at det er enkelte begreper og formuleringer i dagens regelverk som bidrar til et litt uheldig fokus, sammenlignet med det som regelverket egentlig skal bidra til, nemlig et sunt og positivt arbeidsmiljø. Ting blir fort veldig teknisk-administrativt, og vinkles mot det som har med internkontroll, avvik, prosedyrer, plikter og krav å gjøre.

En annen tilbakemelding fra enkelte var at regelverket i for liten grad anerkjenner betydningen av faktorer som er mindre målbare enn f.eks. kjemisk eksponering, slik som psykososialt arbeidsmiljø og ansattes trivsel. Andre mente at innholdet burde gjøres mer bransjespesifikt, slik at virksomheter i ulike bransjer i større grad ser relevansen av regelverket, og blir bedre i stand til å sette det inn i en ramme som passer for dem. Videre ble det pekt på at det i store bedrifter, og spesielt kunnskapsbedrifter, ikke nødvendigvis er innenfor de lovpålagte tjenestene at utfordringene og bistandsbehovet er størst, men kanskje heller på det som har med helse og livsstil å gjøre. Spørsmålet er med andre ord hvor godt forskriften treffer ulike virksomheters utfordringer og behov på arbeidsmiljøområdet.

Samtidig er kunnskapen om regelverket et element i dette. For å kunne vurdere relevansen og nytten av regelverket på en god måte, kreves det at virksomhetene setter seg skikkelig inn i det. Intervjuene med BHTene bekrefter at dette er en stor barriere.

1 Innledning og bakgrunn

Våren 2015 utlyste Arbeids- og sosialdepartementet et prosjekt med tittelen "Evaluerings av bedriftshelsetjenesten" (sak 15/1957). Oppdraget ble tildelt Avdeling Helse i SINTEF teknologi og samfunn, og målsetningen med prosjektet har vært å fremskaffe kunnskap om bruken av bedriftshelsetjeneste (BHT) i norsk arbeidsliv, og i hvilken grad denne støtter opp om det systematiske og forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i virksomhetene. Det ble i utlysningen vektlagt at virksomhetenes plikt til å etablere bedriftshelsetjeneste er omfattende og ressurskrevende, og at det derfor trengs mer kunnskap om hvilken kunnskap virksomhetene har om sine forpliktelser når det gjelder bruk av bedriftshelsetjeneste. Virksomhetenes kunnskap om hva bedriftshelsetjenesten faktisk tilbyr, samt deres opplevelser av faglig innhold og kvalitet i de tjenester de benytter seg av, skulle også kartlegges. Videre ønsket departementet at bedriftshelsetjenestens tilbud til virksomhetene, og virksomhetenes faktiske bruk av bedriftshelsetjenesten, skulle belyses. På grunnlag av dette skulle SINTEF foreta en vurdering av treffsikkerheten og effekten av bedriftshelsetjenesten som virkemiddel i virksomhetenes forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Myndighetenes oppfølgings- og tilsynsansvar med bedriftshelsetjenesten skulle også inngå som en del av evalueringen. I tillegg skulle erfaringer og synspunkter fra partene i arbeidslivet innhentes som en del av prosjektet.

I utlysningen ble de konkrete problemstillingene sortert under følgende tre temaoverskrifter:

- Bedriftshelsetjenestens arbeid og tilbud til virksomhetene – med spesiell vekt på om de tjenestene som ytes er tilpasset virksomhetens behov og utfordringer på arbeidsmiljøområdet
- Virksomhetenes bruk av bedriftshelsetjenesten – kunnskap om, og faktisk bruk av i arbeidslivet
- Myndighetenes oppfølging av bedriftshelsetjenesten – med spesiell vekt på godkjenningsordningen samt myndighetenes tilsynsrolle

Under hver av de tre hovedproblemstillingene ble det definert mer konkrete problemstillinger. Bredden i problemstillingene gjorde det nødvendig å benytte ulike datakilder, for å få best mulig forståelse av om bedriftshelsetjenesten i dag treffer de behov som virksomhetene har på arbeidsmiljøområdet. Som ramme for studien definerte vi følgende overordnede forskningsspørsmål: *I hvilken grad yter bedriftshelsetjeneste i Norge tjenester tilpasset virksomhetenes behov og innenfor de kravene som er definert i gjeldende lov- og regelverk?* Vi kommer nærmere tilbake til problemstillingene i kapittel 2.

I det følgende redegjør vi mer detaljert for fremgangsmåten i evalueringen, og utdyper de ulike problemstillingene. Vi starter med en kort bakgrunn om bedriftshelsetjenesten som virkemiddel i norsk arbeidsliv, fulgt av en oppsummering av relevante forskningsfunn. Deretter går vi over til å beskrive problemstillinger, data og metode. Etter dette presenteres resultatene fra datainnsamlingen.

SINTEF startet arbeidet med evalueringen i september 2015. Ett år senere, nærmere bestemt den 1. september 2016, ble sluttrapporten overlevert departementet.

1.1 Bruk av bedriftshelsetjeneste i norsk arbeidsliv

Bedriftshelsetjenestens fremste oppgave er å understøtte og bistå virksomhetene i arbeidet med å sikre et godt og forsvarlig arbeidsmiljø. Med utgangspunkt i en tverrfaglig kompetanse skal BHT gi arbeidsgiverne råd om hvordan de kan organisere sin virksomhet for å sikre et best mulig arbeidsmiljø – både på systemnivå og som samtidig fremmer den enkeltes rolle og bidrag. Ifølge Bjørnstad et al. (2009) innehar bedriftshelsetjenesten i Norge samlet sett en solid kompetanse om hvilke faktorer som bidrar til å fremme et godt arbeidsmiljø, og det finnes en rekke områder der bedriftshelsetjenester kan bistå virksomhetene. To av de vanligste er gjennomføring av arbeidsmiljøkartlegginger samt som veileder i virksomhetens arbeid med å utvikle et godt forankret HMS-system (ibid.). Listen over hva bedriftshelsetjenesten kan tilby er imidlertid langt mer omfattende, og inkluderer følgende:¹

¹ Kilde: <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78175>

- Bistå med planlegging og gjennomføring av endringer i arbeid og arbeidsmiljø
- Bistå ved utarbeidelse av retningslinjer for arbeidsprosesser
- Bistå med kartlegging av arbeidsmiljøet, foreta undersøkelser og vurdere risiko
- Foreslå samt arbeide for tiltak som kan forebygge helseskader
- Bistå med å overvåke og følge opp arbeidstakernes helse i forhold til arbeidssituasjonen
- Bistå ved tilrettelegging av arbeidet for den enkelte
- Bistå med informasjon og opplæring innenfor helse, miljø og sikkerhet (HMS)
- Bistå ved henvendelser fra arbeidstaker, verneombud og arbeidsmiljøutvalg

Ifølge Arbeidstilsynet er det noen oppgaver som er spesielt viktig for BHT. Forenklet kan man si at BHT må kunne bistå virksomhetene med å risikovurdere de eksponeringsforholdene på arbeidsplassen som kan gi helseskade. Det omfatter alt fra kjemiske, biologiske, psykososiale, ergonomiske og tekniske forhold. Bedriftshelsetjenesten skal videre kunne bistå ved kartlegging av arbeidsmiljøet, både når det gjelder fysiske, organisatoriske og psykososiale forhold. Bedriftshelsetjenesten skal ha kompetanse til å vurdere potensielle sammenhenger mellom helseplager/sykdom og arbeidsmiljø, og komme med forslag til tiltak. Innsatsen på det organisatoriske og psykososiale området handler om at bedriftshelsetjenesten skal kunne bistå arbeidsgiver ved planlegging, tilrettelegging og organisering av arbeidet, i tillegg til andre forhold som har betydning for ansattes helse og trivsel på arbeidsplassen.

Bistand innenfor ergonomi er et annet område som ifølge Arbeidstilsynet skal være en sentral del av BHTs tilbud til virksomhetene. Eksempler på dette er at BHT gir råd når nye arbeidsplasser skal utformes, ved forbedring og endring av eksisterende arbeidsplasser, eller når nytt utstyr skal kjøpes inn. Arbeidsstillinger og konsekvenser av tungt og ensformig arbeid, er også en del av dette.

Andre viktige oppgaver som fremheves er støy og lys, kartlegging av kjemiske stoffer og støv og kartlegging av inneklima – i tillegg til målrettede helseundersøkelser. Hensikten med målrettede helseundersøkelser er å forebygge og hindre utvikling av arbeidsrelaterte helseskader – i forbindelse med arbeid som medfører en eller flere typer helserisiko. Videre fremheves ulykkesforebyggende og sykefraværsforebyggende arbeid som mer generelle oppgaver som BHT skal bistå virksomhetene med.

Bedriftshelsetjenesten er en tjeneste som har gjennomgått store endringer de siste årene, først og fremst gjennom innføringen av en godkjenningsordning i 2010, og utvidelsen av bransjeforskriften samme år. Økt konkurranse mellom BHTene, flere sammenslåinger og at det som en konsekvens av dette har blitt færre og større bedriftshelsetjenester (Lie og Bjørnstad 2015), er viktige utviklingstrekk de senere årene. I starten av 2015 var det rundt 230 godkjente bedriftshelsetjenester i Norge, med drøyt 2000 årsverk (Lie og Bjørnstad 2015). Det er vanlig å skille mellom egenordninger (også kalt intern bedriftshelsetjeneste) og fellesordninger (også kalt ekstern bedriftshelsetjeneste). Mens egenordningene i hovedsak dekker én virksomhet, dekker fellesordningene flere. Noen av fellesordningene er eid av virksomhetene og driver ut fra et nonprofitt-perspektiv. En stor del av markedet dekkes imidlertid av bedriftshelsetjenester som driver på profittbasis og som gjerne er organisert som aksjeselskaper eller er eid av industrielle investorer.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) utviklet i perioden 1998-2000 et verktøy for å evaluere kvaliteten på bedriftshelsetjenesten, kalt God BHT, som senere er revidert flere ganger. Ifølge utgaven fra 2013 skal en god bedriftshelsetjeneste ha en høy faglig standard, samarbeide aktivt med virksomhetene, og bidra til medvirkning og egenaktivitet blant ledelse og ansatte. Det legges altså stor vekt på samarbeidet med virksomheten (STAMI 2013). Samtidig er det viktig å huske på at bedriftshelsetjenesten kun skal ha en rådgivende funksjon i virksomhetene. Bedriftshelsetjenesten skal ikke overta ansvaret for de pliktene og kravene som er rettet mot arbeidsgiver i arbeidsmiljøarbeidet. Det er virksomhetene som er fullt ut ansvarlig for sitt eget arbeidsmiljø – bedriftshelsetjenesten skal kun være et virkemiddel som skal bidra til å understøtte og styrke virksomhetens arbeid for et sunt og forsvarlig arbeidsmiljø.

1.2 Arbeidsmiljø, HMS og bruk av bedriftshelsetjeneste – regelverket

1.2.1 Arbeidsmiljølovens § 3-3

Arbeidsmiljøloven danner rammen for hva som kreves for å være en god, helsefremmende og inkluderende arbeidsplass. Lovens formål er blant annet å "å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger", "å legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon" samt å danne et "grunnlag for at arbeidsgiver og arbeidstakerne i virksomhetene selv kan ivareta og utvikle sitt arbeidsmiljø i samarbeid med arbeidslivets parter og med nødvendig veiledning og kontroll fra offentlig myndighet". Et annet formål med loven er å bidra til et inkluderende arbeidsliv.

Paragraf 3-3 Bedriftshelsetjeneste i arbeidsmiljøloven definerer følgende krav til bruk av bedriftshelsetjeneste:

- Arbeidsgiver plikter å knytte virksomheten til en bedriftshelsetjeneste godkjent av Arbeidstilsynet når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Vurderingen av om slik plikt foreligger skal foretas som ledd i gjennomføringen av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet.
- Bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å skape sunne og trygge arbeidsforhold.
- Bedriftshelsetjenesten skal ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål.
- Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om når og i hvilken utstrekning arbeidsgiver plikter å knytte til seg bedriftshelsetjeneste, om hvilke faglige krav som skal stilles til tjenesten og om hvilke oppgaver den skal utføre.

BHT skal bistå arbeidsgiver og de ansatte med å kartlegge og overvåke arbeidsmiljøet, og komme med forslag til forbedringer og tiltak. Bedriftshelsetjenesten skal være fagkyndig og ha en rådgivende rolle innen forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, men skal ikke ha et selvstendig ansvar for arbeidsmiljøet i virksomhetene. Plikten om å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste "når risikoforholdene i virksomheten tilsier det" reguleres gjennom en forskrift som fastslår at virksomheter innen visse bransjer skal ha godkjent bedriftshelsetjeneste (bransjeforskriften). Denne forskriften ble utvidet 1. januar 2010, og pålegger virksomheter innenfor en rekke næringer å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste som er godkjent av Arbeidstilsynet. Forskriften er basert på en erkjennelse av at noen bransjer er kjennetegnet av et mer risikofylt arbeidsmiljø enn andre bransjer, med større risiko for arbeidsrelatert skade og sykdom. Virksomheter innenfor disse næringene er pålagt å knytte til seg en godkjent bedriftshelsetjeneste, i tillegg til virksomheter i andre bransjer – dersom risikoforholdene tilsier det. Næringer med BHT-plikt er gjengitt i tabell 3.4 på side 34.

1.2.2 Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning

Kapittel 13 i forskrift om organisering, ledelse og medvirkning regulerer hvilke bransjer som har plikt til å være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste som er godkjent av Arbeidstilsynet. Formålet med forskriften er "at arbeid organiseres og tilrettelegges slik at arbeidstakere sikres et fullt forsvarlig arbeidsmiljø beskyttet mot fysiske eller psykiske belastninger ved at

- Kartlegging, risikovurdering og iverksetting av tiltak gjennomføres før aktiviteten igangsettes,
- Arbeidstakerne og deres representanter sikres medvirkning,
- Arbeidstakerne og deres representanter gis nødvendig informasjon og opplæring"

Ifølge § 13-1. Plikt til å knytte bedriftshelsetjeneste til virksomheten skal arbeidsgiver "knytte godkjent bedriftshelsetjeneste til virksomheten dersom risikoforholdene i virksomheten tilsier det", jf. forskrift om administrative ordninger kapittel 2". § 13-2. Arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten i samme forskrift definerer hva BHT skal bidra med inn i virksomhetene. Arbeidsgiver skal sørge for at bedriftshelsetjenesten

- Bistår med planlegging og gjennomføring av fysiske og organisatoriske endringer i virksomheten, herunder etablering, vedlikehold og tilrettelegging av arbeidsplasser, lokaler, utstyr og arbeidsprosesser,
- Bistår med utarbeidelse og endring av retningslinjer for bruk av kjemikalier, maskiner, og utstyr og øvrige arbeidsprosesser,
- Bistår med løpende kartlegging av arbeidsmiljøet, foretar undersøkelser av arbeidsplassene og arbeidsprosessene og vurderer risiko for helsefare,
- Fremmer forslag om forebyggende tiltak og sammen med virksomheten arbeider med tiltak som reduserer risikoen for helseskade,
- Bistår i arbeidet med å overvåke og kontrollerer arbeidstakernes helse under hensyn til arbeidssituasjonen og foretar nødvendig oppfølging,
- Bistår med individuell tilrettelegging, herunder deltagelse i dialogmøter og utarbeidelse av oppfølgingsplan i henhold til arbeidsmiljøloven § 4-6,
- Bistår med informasjon og opplæring om relevant helse-, miljø- og sikkerhetsrisiko og aktuelle tiltak,
- Bistår ved henvendelser fra arbeidstaker, verneombud og arbeidsmiljøutvalg.

Bransjetilhørighet er med andre ord det kriteriet som definerer om en virksomhet har BHT-plikt eller ikke. Det spiller ingen rolle hvor mange ansatte virksomheten har.² Samtidig kan virksomheter i bransjer uten BHT-plikt bli pålagt å tilknytte seg en BHT – *dersom* risikoforholdene i virksomheten tilsier det. I dette ligger det at enhver virksomhet er forpliktet til å foreta en selvstendig vurdering av om risikoforholdene i virksomheten tilsier at man skal være tilknyttet BHT. En virksomhet kan med andre ord være pliktig til å ha avtale med en BHT, selv om virksomheten faller utenfor bransjeforskriften. Ifølge Arbeidstilsynet skal virksomheten foreta denne selvstendige vurderingen som en del av revisjonen av virksomhetens HMS-system. En slik revisjon skal gjøres minst en gang årlig, eller oftere, dersom risikoforholdene tilsier det.³ Partene i HMS-arbeidet, det vil si verneombud, tillitsvalgte og AMU, kan kreve at arbeidsgiver tilknytter seg en bedriftshelsetjeneste, selv om arbeidsgiver i utgangspunktet ikke skulle ha plikt til dette (Karlsen 2010).

En tredje mulighet er at virksomheten blir pålagt av Arbeidstilsynet å knytte seg til BHT. Arbeidstilsynets viktigste oppgave er å føre tilsyn med hvordan norske virksomheter etterlever bestemmelsene i arbeidsmiljøloven, og i den forbindelse kan Arbeidstilsynet gi virksomheter pålegg om å gjennomføre tiltak for å sikre at de oppfyller lovens krav. Dette kan også omhandle virksomheters bruk av BHT; Arbeidstilsynet kan gjennom tilsyn pålegge en virksomhet å være tilknyttet en BHT, selv om den ikke er omfattet av bransjeforskriften, og selv om virksomheten selv vurderte risikoforholdene til å være av en slik art at det ikke er nødvendig å være tilknyttet BHT. Ifølge Arbeidstilsynets (2015) årsrapport har tilsynet i løpet av de tre siste årene gitt reaksjoner i 65 prosent av tilsynene. Det ble gitt flest reaksjoner om krav til systematisk HMS-arbeid, det vil si kartlegging av farer, risikovurderinger og planer for å redusere risiko for at problemer oppstår. I tillegg er det gitt mange pålegg om tilknytning og bruk av bedriftshelsetjeneste, uten at vi kjenner til tallene.

§ 13-3 Planer, årsrapporter og meldinger i forskriften regulerer hvilken type dokumentasjon arbeidsgiver – i samarbeid med bedriftshelsetjenesten – skal utarbeide, og som skal inngå i virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Dette er en viktig del av BHTs bistand inn i virksomhetene, nettopp fordi det er på det forebyggende HMS- og arbeidsmiljøarbeidet at BHT ifølge regelverket har sin viktigste oppgave. BHT skal derfor bidra i utarbeidelsen av:

- Planer og årsrapporter for bedriftshelsetjenestens bistand i virksomheten,
- Periodelise meldinger og resultater av kartlegginger, risikovurderinger, målinger o.l. som beskriver helsefarlige arbeidsforhold, forslag til forebyggende tiltak og resultater,

² Kilde: "Godkjent bedriftshelsetjeneste – en god hjelper for din bedrift" (Direktoratet for arbeidstilsynet)

³ Kilde: <http://www.bedriftsforbundet.no/bf/Aktuelt2/Maa-din-virksomhet-vaere-tilknyttet-bedriftshelsetjeneste>

- Rutiner for utarbeidelse av oppfølgingsplaner og tilretteleggingstiltak

For at en virksomhet skal kunne jobbe systematisk og planmessig med HMS og arbeidsmiljø over tid, kreves det god dokumentasjon av det arbeidet som gjøres og de planer som utarbeides. Samtidig vet vi at dette er et område virksomhetene opplever som krevende å følge opp på egen hånd, noe som blant annet kommer frem i Arbeidstilsynets årsrapport for 2015. Arbeidstilsynet erfarer at virksomhetene ofte har stort behov for informasjon og veiledning om systematisk HMS-arbeid (Årsrapport 2015). Samtidig opplever de at formålet med en bedriftshelsetjeneste ofte er ukjent for virksomhetene, også i bransjer med BHT-plikt. Derfor bruker Arbeidstilsynet, ifølge egne tall, mye tid i tilsynet til veiledning om hva bedriftshelsetjenesten skal bistå virksomhetene med i deres arbeidsmiljøarbeid.

1.2.3 Forskrift om arbeidsgivers bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste og om godkjenning av bedriftshelsetjeneste

Forskrift om arbeidsgivers bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste og om godkjenning av bedriftshelsetjeneste definerer hvilke oppgaver bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgivere med i det systematiske helse-, miljø-, og sikkerhetsarbeidet. Her heter det at bedriftshelsetjenester som skal bistå virksomheter med de arbeidsoppgaver som er beskrevet i samme forskrift, skal være godkjent av Arbeidstilsynet. Godkjenningsordningen ble innført fra 1. januar 2010, og innebærer i praksis en form for kvalitetssikring av bedriftshelsetjenestene og tilbudet deres (Ose et al. 2012). For å bli godkjent må bedriftshelsetjenesten

- 1) Samlet sett være i stand til å gi en helhetlig og forebyggende bistand i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, jf. arbeidsmiljøloven § 3-3 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kapittel 13
- 2) Ha et kvalitetssikringssystem som sikrer at bedriftshelsetjenesten bistår arbeidsgiver som beskrevet i forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kapittel 13 på tilfredsstillende måte, og sikrer kompetanseutvikling for bedriftshelsetjenestens personale
- 3) Ha en sammensetning og et faglig personale som er i stand til å gi rådgivning innen følgende kompetanseområder: arbeidsmedisin/arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid
- 4) Ha et faglig personale som dekker minimum tre årsverk. De enkelte fagområder (arbeidsmedisin, yrkeshygiene, ergonomi og psykososialt-organisatorisk) må være dekket med minimum 30 prosent av et årsverk. I "særlige tilfeller" kan likevel en BHT bli godkjent når det faglige personalet dekker to årsverk – *såfremt* det kan dokumenteres at bedriftshelsetjenesten har et samarbeid med ett eller flere relevante kompetansemiljøer som dekker de manglende fagområdene.

Arbeidstilsynet ved godkjenningseenheten gir godkjenning for en periode på fem år. Arbeidstilsynet kan trekke godkjenningen tilbake dersom kravene ikke lenger er oppfylt, eller hvis de ikke oppfylles innen en fastsatt frist. Parallelt med at SINTEF har gjennomført denne evalueringen, har det vært gjennomført en godkjenningrunde nummer to. Erfaringene fra denne runden med godkjenning av BHT har derfor vært viktig å kartlegge, som en del av evalueringen.

1.3 Kunnskapsstatus

Lie (2004) peker på at bedriftshelsetjenesten, ved inngåelsen av IA-avtalen i 2001, var tiltenkt en viktig rolle i IA-arbeidet, som støtte til aksene mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Tjenestene bedriftshelsetjenesten tilbyr, og som de i stor grad også tilbød før IA-avtalen ble innført i 2001, er relevante for realiseringen av IA-avtalen. Bedriftshelsetjenestens innsats skal bidra til å understøtte virksomhetenes arbeid med å oppnå et bedre og mer inkluderende arbeidsmiljø, med fokus på forebygging og tilrettelegging, og dette er helt i tråd med det overordnede målet for IA-avtalen.

STAMI undersøkte kvaliteten i bedriftshelsetjenesten i 2011 (Lie, Bjørnstad, og Gudding 2011) og i 2015 (Lie og Bjørnstad 2015). Evalueringen baserte seg på en spørreundersøkelse til alle landets bedriftshelsetjenester, der ca. 75 prosent svarte (N=241 i 2011, N=173 i 2015). Spørreundersøkelsene tok

blant annet opp erfaringer med godkjenningsordningen, evalueringsverktøyet God BHT, kjennskap til og bruk av STAMIs tilbud og opplevde utfordringer i bedriftshelsetjenesten. Mer enn halvparten av de som svarte oppga at godkjenningsordningen har ført til bedre kvalitet i arbeidet deres. Det er de små bedriftshelsetjenestene som har omstilt seg mest, og det er de som har gjort flest omstillinger som i størst grad mener at kvaliteten har blitt bedre. Også i den nyere undersøkelsen finner STAMI at rundt halvparten av aktørene mener at deres eget arbeid og bedriftshelsetjenesten i Norge har blitt bedre som følge av godkjenningsordningen (Lie og Bjørnstad 2015). STAMI mener at dette tyder på at de endringene som har vært gjort i stor grad oppfattes som nyttige, og at godkjenningsordningen oppleves som positiv. Når det gjelder bruken av God BHT oppga sju av ti bedriftshelsetjenester at de brukte dette verktøyet i 2013 (STAMI 2013). I 2015 var andelen økt til 92 prosent.

Bjørnstad et al. (2009) gjennomførte en spørreundersøkelse blant 72 virksomheter og deres bedriftshelsetjeneste. De fikk svar fra i alt 59 par (dvs. virksomhet og korresponderende bedriftshelsetjeneste). Formålet med undersøkelsen var først og fremst å se på hva virksomhetene benytter BHT til, og hvor fornøyd de var med tjenestene. Et viktig funn var at virksomheten og bedriftshelsetjenesten har en noe ulik opplevelse av hva det er som faktisk kjøpes og ytes av tjenester. For eksempel opplyser virksomhetene at de prioriterer arbeidsmiljøkartlegginger og overvåking av arbeidshelse i større grad enn det deres bedriftshelsetjeneste opplever og erfarer at de gjør. Dette gjelder også for andre tjenester. Dårlig bestillerkompetanse, samt svak kunnskap om bedriftshelsetjenestens tjenester, ble nevnt som mulige årsaker av de ansatte i BHT. En rapport fra Rogalandforskning (Lie, Karlsen og Tharaldson 1999) fant tidligere at bedriftshelsetjenesten tilbyr et produkt som ofte er utydelig for ledere og tillitsvalgte. Selv om denne forskningen begynner å dra på årene, er disse problemstillingene fortsatt relevante.

SINTEF ved Avdeling helse har hatt bedriftshelsetjenesten som tema i flere forskningsprosjekter de siste årene. I SINTEFs første evaluering av IA-avtalen (Ose et al. 2009) kom det frem at en stor andel av de virksomhetene som ble spurt var fornøyd med tjenestene fra bedriftshelsetjenesten. For eksempel oppga 83 prosent av lederne i de virksomhetene som deltok i en spørreundersøkelse at de enten var svært godt eller godt fornøyd med samarbeidet med bedriftshelsetjenesten. Resultatene viste også at bedriftshelsetjenesten kan være et nyttig virkemiddel for arbeidsgiver for å forebygge og redusere sykefravær og bidra med arbeidsmiljøtiltak gjennom kartlegging. Samtidig indikerte enkelte uttalelser i intervjuene at det må jobbes mer aktivt for å markedsføre bedriftshelsetjenesten som et virkemiddel for å skape trygge og sunne arbeidsforhold (Ose et al. 2009). Det ble påpekt at hva virksomhetene svarer på spørsmål om bedriftshelsetjenesten vil være påvirket av hva de faktisk vet om tjenesten og tilbudet deres – og dette er et forbehold som det fortsatt er viktig å ta inn i slike undersøkelser.

I rapporten *Sykefravær – gradering og tilrettelegging* (Ose et al. 2012) så SINTEF nærmere på hvilken rolle bedriftshelsetjenesten kan spille i virksomhetenes sykefraværarbeid og i oppfølgingen av sykmeldte. Gjennom virksomhetsundersøkelsen fremkom det at ergonomi, sammen med kartlegging av arbeidsmiljø, innneklimamålinger samt sykefraværforebyggende arbeid, var de tjenestene som det var vanligst å benytte bedriftshelsetjeneste til. Videre fant SINTEF at bedriftshelsetjenesten kan spille en viktig rolle i IA-arbeidet – noe som bl.a. dreide seg om at de tjenestene bedriftshelsetjenestene tilbyr (og som de i stor grad også tilbød før IA-avtalen ble innført) er relevant for IA-avtalen, fordi de handler om å understøtte et inkluderende arbeidsmiljø med fokus på forebygging og tilrettelegging. Et annet poeng som ble synliggjort er at bedriftshelsetjenesten har et fortrinn i sitt arbeid inn mot virksomhetene, gjennom å inneha en slags ekspertrolle. Spesielt ble den arbeidsmedisinske kompetansen beskrevet som unik, og noe som gjør at bedriftshelsetjenesten kan fungere som bindeledd mellom lege og arbeidsgiver, spesielt ved vurdering av arbeidsmulighet og tilretteleggingsbehov ved sykdom. Samtidig gir virksomhetenes forventning om bedriftshelsetjenesten som en uhildet ekspert bedriftshelsetjenesten et stort ansvar. Kompromissløs faglighet og det at bedriftshelsetjenesten ikke kobler seg for tett opp mot ledelsen i virksomhetene ble pekt på som mulige suksesskriterier i denne sammenheng. Et annet funn i rapporten var at en del bedriftshelsetjenester ga uttrykk for at de ønsket å jobbe mer forebyggende.

Som en del av rapporten *Oppfølging av sykmeldte – hvordan fungerer dagens regime?* (Ose et al. 2013b) gjennomførte SINTEF en landsomfattende spørreundersøkelse blant bedriftshelsetjenestene i Norge

(N=190), og en parallell undersøkelse blant virksomheter om erfaringer med bruk av bedriftshelsetjeneste. Rapporten konkluderte blant annet med at det ikke burde være lovfestet at bedriftshelsetjenesten skal delta på alle dialogmøter ved oppfølging av sykmeldte. Dette punktet i regelverket for oppfølging av sykmeldte ble senere endret. På spørsmål om oppgavene de får knyttet til individuell sykefraværsoppfølging gjør det vanskelig å prioritere det overordnede systematiske arbeidet, bekreftet en av tre ledere i egenordninger at dette var tilfelle. Egenordningene så dermed i større grad ut til å ønske å arbeide systematisk enn de medlemsbaserte og kundebaserte ordningene. Forskerne fant at virksomhetene i stor grad vurderte at samarbeidet med bedriftshelsetjenesten fungerte godt. Av tjenester etterspurte virksomhetene oftest deltakelse i dialogmøte 1 og bistand i arbeidet med planer og årsrapporter. Kartlegging av arbeidsmiljø, forebyggende tiltak og bistand i systematisk HMS-arbeid var noe mindre etterspurt. Dette er et interessant funn, når vi vet at bedriftshelsetjenestens viktigste oppgave er å bistå arbeidsgiver, arbeidstakere, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å skape sunne og trygge arbeidsforhold.

IRIS gjennomførte i 2013 en undersøkelse av bedrifters bruk av BHT sett opp mot hvilke behov de har (Holte, Lie og Bratt 2013). Undersøkelsen omfattet 16 bedrifter innen 12 ulike bransjer og deres BHT. Følgende faktorer ble funnet å innvirke positivt på tilfredsheten med bruken av BHT; at BHT tar et samlet ansvar for et bredt spekter av tjenester, i samsvar med forskrifter; at bedrift opplever god nytte av BHT; at det er engasjerte kontaktpersoner fra BHTen; at BHT er lett tilgjengelig og synlig i bedriftene; at det er kontinuitet i tjenester over tid; at BHT kjenner bedriftens behov og har god bransjekunnskap; at det er godt samsvar mellom forventninger og ytelser. I og med at dette var en eksplorerende studie, med kun 16 virksomheter og BHTer i datagrunnlaget, kan ikke resultatene brukes til å generalisere utover dette.

2 Problemstillinger

Det overordnede forskningsspørsmålet i evalueringen er i hvilken grad bedriftshelsetjenesten yter tjenester tilpasset virksomhetenes utfordringer og behov, og som er i samsvar med regelverket. Hensikten med studien har vært å fremskaffe kunnskap om hvordan bedriftshelsetjenesten fungerer som virkemiddel for å bistå virksomheter og myndigheter i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Gjennom dette kan resultatene fra studien gi myndighetene et grunnlag for å vurdere hvordan dagens bedriftshelsetjeneste fungerer, om tilbudet som ytes i det hele tatt er nyttig og relevant, og hvilke tiltak som eventuelt bør vurderes for å sikre at bedriftshelsetjenesten i enda større grad treffer virksomhetenes behov.

2.1 Overordnede problemstillinger

I tråd med utlysningen fra departementet har studien vært organisert rundt tre hovedproblemstillinger, med underliggende spørsmål:

1) BHTenes tjenester og bistand til virksomhetene

- I hvilken grad støtter bistand fra BHT opp under HMS-arbeidet og arbeidsmiljøarbeidet i virksomhetene?
- Er BHTs tilbud til og arbeid i virksomhetene i tråd med kravene i forskrift om arbeidsgivers bruk av BHT? Brukes de først og fremst til å dekke de lovpålagte tjenestene?
- Er bistanden fra BHT relevant og treffsikker for de aktuelle arbeidsmiljøutfordringene i virksomhetene?
- I hvilken grad opplever BHT at virksomhetene etterspør bistand innenfor lovpålagte versus mer alternative tjenester?
- Hvilke udekkede behov finnes eventuelt blant bedriftene?
- I hvilken grad jobber BHTene for å sikre kompetanseutvikling blant BHTs personale?
- I hvilken grad har BHTene en sammensetning og et faglig personale som er i stand til å gi rådgivning innenfor viktige fagområder som arbeidsmedisin/arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid?
- I hvilken grad dekker BHT disse fagområdene gjennom egne ansatte – og hvor vanlig er det med innleie og samarbeid? Hvordan fungerer samarbeidsordninger og kjøp av tjenester fra andre?
- Hva mener BHTene selv er den viktigste nytteverdien av det arbeidet de gjør i virksomhetene?
- Hvilke variasjoner finner vi blant BHTene i dagens marked, når det gjelder ansatte, kompetansesammensetning og bransjeorientering? Hvordan oppleves markedsituasjonen?

2) Virksomhetenes bruk av BHT

- Er virksomhetene kjent med kravene om bruk av BHT i lov og forskrift?
- Hvor god kunnskap har virksomhetene om hva BHT kan bidra med og hvordan den bør brukes?
- Hvordan brukes BHT? Er det variasjoner på tvers av virksomheter, knyttet til størrelse og næring?
- Er virksomhetenes bruk av bedriftshelsetjenesten i tråd med kravene i regelverket?
- Opplever virksomhetene BHT som et nyttig virkemiddel i det systematiske HMS-arbeidet?
- Opplever virksomhetene at de får bistand der behovet er størst, og at det er en kontinuitet i oppfølgingen?
- Opplever virksomhetene at BHT kjenner arbeidsplassen og behovene de har? Hvor dyktig er BHT til å identifisere behov?

3) Myndighetenes rolle

- Har godkjenningsordningen bidratt til bedre kvalitet og til at bruken av BHT er i tråd med forutsetningene?

- Bidrar Arbeidstilsynet, gjennom sine tilsyn, til en mer målrettet bruk av BHT i virksomhetene?
- Har Arbeidstilsynet ressurser og virkemidler til å følge opp at virksomhetene bruker BHT slik de skal?
- Er arbeidsmiljøforskriftene og forskriftene som regulerer bruk av BHT oppdatert i henhold til de utfordringer og behov som kjennetegner dagens arbeidsplasser?
- Hvor relevant er STAMIs kurstilbud og veiledere for ansatte i BHT?
- Er det behov for ytterligere regulering og standardisering i forskriftene når det gjelder hva BHT skal drive med – for å øke kvaliteten i tjenestene og sikre en mer lik praksis?

Å vurdere treffsikkerheten og effekten av bedriftshelsetjenesten har vært sentralt. Med *treffsikkerhet* mener vi i hvilken grad bedriftshelsetjenesten yter et tilbud som matcher virksomhetenes reelle behov på arbeidsmiljø- og HMS-området. Når det gjelder *effekt*, så er det en kjent sak at det er krevende å identifisere effekter av forebyggende arbeid i virksomhetene. Dette kan kun gjøres gjennom mer kontrollerte studier, der man måler status før og etter konkrete intervensjoner av BHT på arbeidsplassen (intervensjonsgruppe og kontrollgruppe). Vi har derfor hatt begrensede muligheter til å si noe om effektene av BHTs arbeid. Det vi likevel har forsøkt å kartlegge, er hva BHTene og virksomhetene selv opplever er effekten og nytteverdien av å bruke BHT, og hva de antar ville vært situasjonen i virksomheten – dersom de ikke hadde brukt BHT.

2.2 Systemrettede versus individorienterte oppgaver – hva prioriteres?

Som følge av endringene i kravene til hva BHT skal bidra med er det relevant å se hvordan balansen mellom de ulike tjenestene som BHT yter har utviklet seg, og hvordan arbeidsgivere og BHT i så fall vurderer disse endringene. Gjennom IA-avtalen, ny arbeidsmiljølov i 2006 og ikke minst endringer i regelverket for oppfølging av sykmeldte i 2011 har det vært tydelig at bedriftshelsetjenestens rolle inn mot sykefravær og individuell tilrettelegging i virksomhetene skulle styrkes. Det klareste uttrykket for dette var kravet fra 1. juli 2011 om at BHT skulle delta i dialogmøte 1 i regi av arbeidsgiver. Dette kravet ble senere justert (etter anbefaling fra SINTEF (Ose et al. 2013b)), og bestemmelsen er nå at bedriftshelsetjenesten skal delta når det vurderes som hensiktsmessig.

Dersom vi legger forskriften (§ 13-2. Arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten) til grunn, så ser vi at bedriftshelsetjenestens oppgaver i stor grad retter seg mot systemnivået i virksomhetene:

- a) Bistår med planlegging og gjennomføring av fysiske og organisatoriske endringer i virksomheten, herunder etablering, vedlikehold og tilrettelegging av arbeidsplasser, lokaler, utstyr og arbeidsprosesser
- b) Bistår med utarbeidelse og endring av retningslinjer for bruk av kjemikalier, maskiner, og utstyr og øvrige arbeidsprosesser
- c) Bistår med løpende kartlegging av arbeidsmiljøet, foretar undersøkelser av arbeidsplassene og arbeidsprosessene og vurderer risiko for helsefare
- d) Fremmer forslag om forebyggende tiltak og sammen med virksomheten arbeider med tiltak som reduserer risikoen for helseskade
- e) Bistår i arbeidet med å overvåke og kontrollerer arbeidstakernes helse under hensyn til arbeidssituasjonen og foretar nødvendig oppfølging
- f) Bistår med individuell tilrettelegging, herunder deltagelse i dialogmøter og utarbeidelse av oppfølgingsplan i henhold til arbeidsmiljøloven § 4-6
- g) Bistår med informasjon og opplæring om relevant helse-, miljø- og sikkerhetsrisiko og aktuelle tiltak
- h) Bistår ved henvendelser fra arbeidstaker, verneombud og arbeidsmiljøutvalg.

Punkt f) skiller seg ut som det mest individrettede punktet. De øvrige punktene beskriver i større grad mer overordnede oppgaver, på systemnivå. De siste års endringer i regelverket, samt konkurransesituasjonen i markedet og en utvikling mot flere store aktører, gjør det likevel nødvendig å kartlegge balansen mellom den systemrettede og den individrettede innsatsen i det tjenestene som BHT leverer. SINTEF har gjennom tidligere forskning påpekt at det er en utfordring for mange bedriftshelsetjenester at de på den ene siden er involvert på individnivå, gjennom spørsmål knyttet til helse, sykefravær og tilrettelegging av

arbeidssituasjon, samtidig som det forventes at de skal inneha en mer strategisk støttefunksjonsrolle (kartlegging, overvåkning, evaluering, forebygging, komme med forslag til tiltak) (se Ose et al. 2012). Selv om regelverket er langt tydeligere på den systemrettede rollen enn det som har med enkeltindivider å gjøre, så kan virksomheter vurdere og vektlegge behov ulikt, og de kan ha forventninger som ikke nødvendigvis står i forhold til hvordan BHTene selv forstår rollen sin. Dette gjør det viktig å se hvordan balansen mellom ulike oppgaver håndteres i praksis.

En annen målsetning med evalueringen har vært å avdekke hvordan endringene i 2010, med innføringen av godkjenningsordningen og utvidelsen av bransjeforskriften, har påvirket kvaliteten på tjenestene, samt konkurransen i markedet. En direkte konsekvens er at flere virksomheter nå skal knytte seg til bedriftshelsetjeneste, noe som fører til at markedet isolert sett vokser. Spørsmålet er hvordan denne veksten i markedet har blitt håndtert; gjennom etablering av nye BHTer, vekst i eksisterende BHTer, eller gjennom økt samarbeid på tvers? Hvordan har disse endringene slått ut når det gjelder antall tilbydere og måten de organiserer seg på? Har kompetansen blant tilbyderne blitt bedre, og i hvilken grad opplever bedriftshelsetjenestene et press mellom faglighet og marked, mellom det de bør tilby og det markedet etterspør? Alt dette er spørsmål vi utforsker nærmere i de kommende kapitlene.

3 Data og metode

3.1 Kvalitative intervju med ti utvalgte BHTer

Intervjuene med BHT ble gjennomført relativt tidlig i prosjektperioden, og skulle gi oss en bedre forståelse av hva som oppleves som aktuelle tema og problemstillinger av aktørene selv. Kvalitative intervju er generelt godt egnet for å få innsikt i aktørenes egen forståelse og perspektiver. I tillegg til å være en selvstendig datakilde, dannet intervjuene et viktig underlag for de spørreskjemaene som ble utviklet, både til BHTene og virksomhetene. Personer med ulike funksjoner ble intervjuet sammen, som for eksempel ledere og ansatte med ulik fagbakgrunn. Tabell 3.1 oppsummerer hvilken type BHTer som ble intervjuet.

Tabell 3.1 Oversikt over informanter i bedriftshelsetjenesten

Intervju	Type ordning (kode)
1	Fellesordning A, medlemseid
2	Fellesordning B, kommersiell
3	Fellesordning C, medlemseid
4	Fellesordning D, medlemseid
5	Fellesordning E, medlemseid
6	Fellesordning F, kommersiell (del av helsehus/klinikk)
7	Fellesordning G medlemseid og kommersiell
8	Fellesordning H, medlemseid og kommersiell
9	Egenordning A, offentlig virksomhet
10	Egenordning B, privat virksomhet

BHTene ble valgt ut strategisk, for å sikre variasjon når det gjaldt størrelse (antall ansatte og årsverk), type ordning, geografisk lokalisering (storby versus små kommuner), kundegrunnlag og grad av bransjespesialisering. Vi ønsket variasjon rundt disse faktorene, for bedre å forstå hvordan de eventuelt innvirker på hvordan BHTene opplever sin egen situasjon. Vi dekket BHTer med en sterk lokal forankring, og aktører med hele landet som nedslagsfelt. Videre dekket vi BHTer som primært har små virksomheter som kunder (< 5 ansatte), og BHTer med mange store virksomheter i porteføljen. Det at BHTene vi intervjuet varierte langs disse dimensjonene, gir etter vårt syn økt tyngde til resultatene, fordi det sikrer at erfaringene fra BHTer som opererer under vidt forskjellige betingelser er representert.

3.2 Spørreundersøkelse blant alle landets BHTer

I mai 2016 sendte vi ut et elektronisk spørreskjema til alle godkjente BHTer i Norge. Undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av QuestBack, og skjemaet ble sendt til daglig leder i den enkelte enhet/avdeling. Kontaktinformasjon (e-postadresser) ble utlevert fra godkjenningssenheten i Arbeidstilsynet. Siden BHTer som har avdelinger flere steder lå inne med kun felles epostadresse, måtte vi selv innhente epostadressene for de ulike underavdelingene. Dette tok en del tid, fordi noen var vanskelig å få tak i, mens andre trengte tid til

å avklare hvor mange underavdelinger og ledere de faktisk hadde i egen organisasjon. Noen få uttrykte også en viss skepsis til å levere ut e-postadresser til egne enheter, når vi tok kontakt med dem. Vi endte til slutt opp med en liste på 288 BHTer som mottok det elektroniske spørreskjemaet.

Før utsendelse ble skjemaet kvalitetssikret internt i SINTEF og i prosjektets referansegruppe. Vi gjennomførte også en pilotering av det web-baserte spørreskjemaet, som ble sendt til fem ulike BHTer. Også disse fem BHTene dekket en variasjon når det gjaldt type ordning, størrelse, kundegrunnlag og geografisk lokalisering. Både eksterne og interne BHTer deltok i pilotrunden. Mottakerne ble bedt om å vurdere spørsmålsformuleringer, svaralternativer og den tekniske biten. Tilbakemeldingene til skjemaets innhold og utforming var gjennomgående positive, samtidig som vi mottok noen nyttige innspill til hvordan skjemaet kunne forbedres. Tabell 3.2 gir litt mer nøkkelinformasjon rundt selve undersøkelsen.

Tabell 3.2 Respondenter, svarprosent samt startdato og sluttdato for undersøkelsen

Startdato	20.05.2016 12:28
Sluttdato	07.06.2016 22:00
E-postinvitasjoner	288
Svar	170
Svarprosent	59

11 eposter kom i retur som "avmeldt-avvist", det vil si at mottaker selv har meldt seg av undersøkelsen, istedenfor å bare la være å svare. Etter avtale med STAMI markedsførte de spørreundersøkelsen i sitt nyhetsbrev i perioden. En drøy uke etter at spørreskjema ble sendt ut, sendte vi også en forespørsel til de ulike profesjonsforeningene, der vi spurte om de kunne markedsføre undersøkelsen på sine hjemmesider og i nyhetsbrev. Fra Norsk Yrkeshygienisk Forening, Norsk Arbeidsmedisinsk Forening og NSF's Landsgruppe av Bedriftssykepleiere fikk vi tilbakemelding om at de hadde lagt ut informasjon om spørreundersøkelsen på nettsider og/eller sosiale medier.

Som tabellen viser endte vi opp med en svarprosent på 59. I de fleste undersøkelser ville dette blitt vurdert som en høy svarprosent. Basert på undersøkelsens tema, og det at den rettet seg mot de aktørene som leverer tjenester på området, så hadde vi forventet en noe høyere oppslutning. Dette også på bakgrunn av det sterke engasjementet en del BHTer viste i en tidlig fase, rundt evalueringen, og hva denne ville ha å si for BHTs fremtid. Dette engasjementet var trolig ikke representativt for alle BHTene i Norge.

Svarprosenten er noe lavere enn for STAMIs egne spørreundersøkelser til bedriftshelsetjenesten (Lie, Bjørnstad, og Gudding 2011; Lie og Bjørnstad 2015), noe som kanskje ikke er så overraskende, gitt STAMIs rolle og synlighet på området. Alt i alt velger vi å si oss fornøyd med at seks av ti BHTer tok seg tid til å besvare skjemaet.

Tabell 3.3 viser fagbakgrunn til de daglige lederne som svarte på undersøkelsen.

Tabell 3.3 Fagbakgrunn blant daglig leder i BHT (flere valg mulig)

Fagbakgrunn	Antall
Sykepleier	52
Fysioterapeut/manuellterapeut	22
Yrkeshygieniker	18
Lege som er spesialist i arbeidsmedisin	9
Coach/livsstilsrådgiver	8
Lege (annet)	7
Lege under spesialisering i arbeidsmedisin	6
Ergoterapeut	5
Helsesekretær/legesekretær	4
Psykolog/psykologspesialist/organisasjonpsykolog	3
Annet	68
<i>N</i>	<i>170</i>

Det vanligste er at leder har bakgrunn som sykepleier. Av andre profesjonsbakgrunner er fysioterapi, manuellterapi og yrkeshygiene mest vanlig blant lederne i utvalget. Videre ser vi at hele 68 av de som svarte, krysset av for "annet" på spørsmål om egen fagbakgrunn. En rask opptelling viste at de vanligste kategoriene var bakgrunn innen ledelse og økonomi. Ellers var det noen ingeniører og noen med samfunnsvitenskapelig bakgrunn.

Spørreskjemaet til BHTene hadde flere åpne spørsmål, for å gi respondentene mulighet til å uttrykke med egne ord hva de mente om ulike spørsmål rundt bruk av BHT i dagens arbeidsliv. Gitt at målgruppa for undersøkelsen var personer som jobber med temaet, antok vi at det ville fungere godt å stille spørsmål med åpne svar, og at responsen ville være god. Dette viste seg å stemme. Oppslutningen på flere av spørsmålene var svært god, noe som øker troverdigheten av det som kom frem. I tillegg var spørsmålene såpass avgrenset i innhold, at det har vært greit å kategorisere svarene på en meningsfull måte i etterkant. Det er liten tvil om at det er mye relevant informasjon som kom frem gjennom de åpne spørsmålene.

3.3 Intervju med fem virksomheter

Intervjuene med virksomhetene hadde en utpreget eksplorerende karakter; de skulle først og fremst gi oss innspill til utformingen av spørreskjemaet til virksomhetene. Samtidig var de viktig for å nyansere og utdype tolkningen av de andre resultatene. Fem virksomheter innenfor ulike bransjer og med vidt forskjellige oppgaver, ble intervjuet. Felles for dem var at de var tilknyttet eksterne kommersielle BHTer. Det varierte hvem som deltok, men både personalledere, enhetsledere, verneombud og personer med HR- og HMS-ansvar var blant de som ble intervjuet. Virksomhetenes egenart kan oppsummeres slik:

- 1) Statlig virksomhet med varierte oppgaver og risikoprofil, alt fra kontorarbeid til virksomhet ute. Virksomheten er geografisk spredt.
- 2) Produksjonsvirksomhet innenfor industri, som driver med produksjon av verktøy og maskinelt utstyr.
- 3) Bygge- og anleggsentreprenør, middels stor, som utfører større og mindre byggeoppdrag, både totalentrepriser og som underleverandør.

- 4) Kommune med noen tusen innbyggere. Som i andre kommuner beskrives helse og omsorg og tilbud innenfor oppvekst til barn og ungdom, som skoler og barnehager, som primær oppgavene i kommunen. Et klart flertall av de ansatte jobber innenfor disse tjenestene.
- 5) Kommunalt foretak, mellomstort, der arbeidsoppgavene blir beskrevet som konkrete. Foretaket er ikke en del av den kommunen vi intervjuet.

Rekrutteringen foregikk ved at BHTene vi hadde intervjuet, sendte oss en liste med kunder som vi kunne kontakte for intervju. BHTene hadde gitt virksomhetene noen signaler i forkant, om at de kunne bli kontaktet av SINTEF, slik at det skulle bli lettere for oss å spørre om deltakelse i intervju. Vi fikk rekruttert fem ulike virksomheter, som blant annet bidro til å gi oss en del viktige innspill til arbeidet med å utvikle et relevant spørreskjema. I intervjuene spurte vi blant annet om de visste hvilke krav de har til bruk av BHT, og om bistanden BHT yter støtter opp under HMS-arbeidet og arbeidsmiljøet i virksomheten. Intervjuene ga også et interessant innblikk i hvilke tjenester de fem virksomhetene benyttet seg mest av, og hvilken merverdi og effekt de opplevde at bruken av BHT gir for deres del.

Samtidig er det viktig å understreke at dette kun er fem intervjuer, som på ingen måte kan gi noe representativt bilde av hvilke erfaringer virksomheter generelt har med bruk av BHT. I tillegg ble virksomhetene foreslått av BHTene selv, noe som trolig har medført en seleksjonseffekt. Det viktigste med disse intervjuene, er at de får frem en del erfaringer og nyanser knyttet til måten BHT blir brukt på.

3.4 Spørreundersøkelse i et tilfeldig utvalg av virksomheter

Basert på intervjuene med virksomhetene og BHTene, og dokumenter som "NHOs veileder for bruk av BHT" og ulike rapporter fra STAMI (deriblant "God BHT"), utarbeidet vi et spørreskjema til daglig leder i virksomheter omfattet av BHT-plikten. Et kortere skjema ble utviklet for verneombud eller annen ansattrepresentant. I skjemaet til daglig leder ble det lagt opp til at virksomheter som ikke var tilknyttet en BHT, likevel kunne svare på de innledende spørsmålene, der det blant annet ble spurt om hvorfor de har valgt å ikke ha en BHT.

Populasjonen for denne undersøkelsen var alle virksomheter i Norge med plikt til å være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste. Med virksomhet menes organisatoriske enheter på laveste nivå i et konsern eller foretak som har eget organisasjons- eller bedriftsnummer. Dette ble videre avgrenset til virksomheter med minst én ansatt og virksomheter registrert i Virksomhets- og foretaksregisteret (VOF), som Statistisk sentralbyrå (SSB) administrerer. Fra denne populasjonen trakk SSB et utvalg på 2900 virksomheter etter firesifret næringskode (NACE), slik at kun de delene av næringen som omfattes av BHT-plikten, kunne trekkes ut.

I utgangspunktet ønsket vi et representativt utvalg der sannsynligheten for at en virksomhet i en gitt næring skulle bli trukket ut, var definert av hvor mange virksomheter som var registrert innenfor næringen. Samtidig ønsket vi å ha mulighet til å sammenligne svarene på tvers av næring. Løsningen ble et utvalg stratifisert etter næring, der en del av utvalget (n=2270) ble trukket proporsjonalt med næringsstørrelse, mens et tilleggsutvalg (n=630) ga en overrepresentasjon på 70 virksomheter innenfor hver av de ni minste næringene, definert som næringer med under 3500 registrerte virksomheter.⁴ Avveiningen mellom å ha et representativt utvalg av virksomhetene med BHT-plikt og ønsket om å kunne sammenligne på tvers av næringer ga dermed uttrekket gjengitt i tabell 3.4.

⁴ Overrepresenterte næringer er A, B, D, E, G, J, M, N og O i tabell 3.4.

Tabell 3.4 Uttrekk av virksomheter fra Virksomhets- og foretaksregisteret (SSB)

Kode	Næring	Populasjon	Uttrekk	%
A	Jordbruk, skogbruk og fiske	1 552	104	6,70
B	Bergverksdrift og utvinning	397	79	19,90
C	Industri	10 516	230	2,19
D	Elektrisitets-, gass-, damp- og varmtvannsforsyning	817	88	10,77
E	Vannforsyning, avløps- og renovasjonsvirksomhet	1 230	97	7,89
F	Bygge- og anleggsvirksomhet	25 279	552	2,18
G	Varehandel, reparasjon av motorvogner	3 220	140	4,35
H	Transport og lagring	10 677	233	2,18
I	Overnattings- og serveringsvirksomhet	7 897	173	2,19
J	Informasjon og kommunikasjon	433	79	18,24
M	Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	471	80	16,99
N	Forretningsmessig tjenesteyting	2 706	129	4,77
O	Offentlig administrasjon og forsvar, og trygdeordninger underlagt off. forv.	952	91	9,56
P	Undervisning	7 286	159	2,18
Q	Helse- og sosialtjenester	26 728	584	2,18
S	Annen tjenesteyting	3 725	81	2,17
Sum		103 886	2900	2,79

Som en del av uttrekket som SSB gjennomførte fikk vi også utlevert opplysninger om organisasjonsnummer, virksomhetsnavn, postadresse og postnummer, næringskode, antall ansatte og organisasjonsform. Variabler med opplysninger om antall ansatte og næring ble koblet på dataene i etterkant. Selve undersøkelsen ble sendt ut postalt, og ble i sin helhet administrert av Sentio, på vegne av SINTEF. Brevet med de to skjemaene inneholdt også en lenke til en elektronisk versjon, for dem som foretrakk å svare på nett. 28,5 prosent av respondentene valgte denne muligheten.

Undersøkelsen gikk ut den 8. juni. Første purring ble sendt ut etter ca. 2,5 uke, mens andre og siste purring gikk ut 26. juli. Undersøkelsen ble holdt åpen i om lag 2,5 måned, inkludert tid til postgang og ferieavvikling). Samlet svarprosent endte på rundt 23 prosent blant virksomhetsledere, og 16 prosent blant verneombud/ansattrepresentanter. Totalt fikk vi svar fra rundt 32 prosent av virksomhetene. Blant virksomhetene som svarte, fikk vi svar fra begge i knapt halvparten av tilfellene (47 prosent). I 37 prosent av virksomhetene som svarte, svarte kun daglig leder, mens i 16 prosent av virksomhetene som svarte, var det bare verneombud/ansattrepresentant som svarte.

Svarprosent etter næring er vist i tabell 3.5. En svakhet ved undersøkelsen er at svarprosenten varierer mye med næring. Mens over halvparten av daglig leder for de de utvalgte virksomhetene innenfor "elektrisitets-, gass-, damp- og varmtvannsforsyning" valgte å svare, er svarprosenten helt nede i 11 innenfor "annen tjenesteyting", der vi endte opp med svært få respondenter. Også innen "offentlig administrasjon og forsvar og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning" og "vannforsyning, avløps- og renovasjonsvirksomheter" er svarprosenten høy. Det at noen næringer er forholdsmessig underrepresentert begrenser representativiteten til dataene. Det er også en del som tyder på at tematikken i undersøkelsen (HMS, arbeidsmiljø og bruk av BHT) oppleves som mer relevant for virksomheter i noen næringer enn andre. En rimelig tolkning av

forskjeller i svarprosent mellom næring er derfor at virksomheter i noen næringer kjenner seg mer hjemme i tematikken enn andre (og gjerne også har mer erfaringer), og dermed har valgt å svare. Vi kan heller ikke utelukke andre seleksjonseffekter, som for eksempel at de virksomhetene som har besvart spørreskjema er mer opptatt av, og kanskje i større grad har positive erfaringer med, bruken av BHT enn det som gjelder for populasjonen generelt. Dette er det imidlertid vanskelig å vite noe sikkert om.

Tabell 3.5 Svarprosent blant daglig leder og verneombud/ansattrepresentant

Kode	Navn	Uttrekk	Daglig leder		Verneombud	
			Ant.	%	Ant.	%
A	Jordbruk, skogbruk og fiske	104	23	22,1	12	11,5
B	Bergverksdrift og utvinning	79	26	32,9	21	26,6
C	Industri	230	79	34,3	43	18,7
D	Elektrisitets-, gass-, damp- og varmtvannsforsyning	88	48	54,5	24	27,3
E	Vannforsyning, avløps- og renovasjonsvirksomhet	97	40	41,2	32	33,0
F	Bygge- og anleggsvirksomhet	552	109	19,7	73	13,2
G	Varehandel, reparasjon av motorvogner	140	24	17,1	12	8,6
H	Transport og lagring	233	39	16,7	25	10,7
I	Overnattings- og serveringsvirksomhet	173	16	9,2	16	9,2
J	Informasjon og kommunikasjon	79	13	16,5	10	12,7
M	Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	80	20	25,0	11	13,8
N	Forretningsmessig tjenesteyting	129	19	14,7	11	8,5
O	Offentlig administrasjon og forsvar, og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	91	43	47,3	28	30,8
P	Undervisning	159	39	24,5	22	13,8
Q	Helse- og sosialtjenester	584	138	23,6	110	18,8
S	Annen tjenesteyting	81	9	11,1	6	7,4
Sum		2900	685	23,6	456	15,7

Spørreundersøkelsen blant virksomhetene var krevende å gjennomføre, både når det gjaldt uttrekket, og det at den måtte gjennomføres per papir, grunnet mangelfulle opplysninger om epostadresser i Virksomhets- og foretaksregisteret (VOF). Undersøkelsen medførte mye utsending og purring, og det satt langt inne å oppnå den svarprosenten vi til slutt fikk. Vi hadde på forhånd håpet å få en svarprosent på rundt 35, men måtte raskt innse at dette nok var et tema som var relativt tungsolgt, og som ikke mobiliserte så mange. Samtidig ser vi at de som valgte å svare på undersøkelsen, stort sett har svart på alle de spørsmålene som har vært relevante for dem.

Er det så andre forhold som kan forklare at svarprosenten ble som den ble? Noe kan handle om selve uttrekket av virksomheter. I vårt utvalg hadde en av tre virksomheter tre ansatte, mens 60 prosent av virksomhetene hadde under ti ansatte. Selv om det ikke er dokumentert, så er det mye som tyder på at det er mindre vanlig å være tilknyttet en BHT i små virksomheter enn i større virksomheter. Dette er også noe som kan ha slått ut i vårt utvalg, på tilbøyeligheten til å svare. Er man ikke tilknyttet en BHT, så oppleves en slik

undersøkelse som lite relevant, og vi vil dermed få et frafall av virksomheter som ikke har erfaring med eller kjenner til tematikken (men som i utgangspunktet er i målgruppa, gjennom å ha BHT-plikt).

En annen forklaring er at det er relativt mange "sovende virksomheter" blant de små virksomhetene, blant annet holdingselskaper. Vi må derfor ta høyde for at en del skjema har gått ut til virksomheter uten noe særlig aktivitet, og som i tillegg ikke er tilknyttet en BHT.

Vi mottok en del telefoner fra mottakere av spørreskjemaet, som ba om å bli strøket fra undersøkelsen. Flere ga uttrykk for at de opplevde det som et styr å motta spørreskjema og purringer, og ga på en relativt brysk måte beskjed om at dette var noe de ikke ønsket å bli heftet med. Presiseringen i informasjonsbrevet av at undersøkelsen var frivillig, var det flere som ikke hadde fått med seg. Vi tror dette reflekterer at BHT er et tema som en del arbeidsgivere har et noe anstrengt forhold til, fordi de forbinder det med plikt, krav og kostnader. Også vårt spørreskjema ble av flere satt i en slik ramme. Vi måtte flere ganger presisere at dette var et uavhengig og frivillig forskningsprosjekt, og ikke et tilsyn eller en kartlegging av hvilke virksomheter som har BHT eller ikke. Noen spurte også om de ville bli bøtelagt eller sanksjonert på annen måte, dersom de ikke besvarte spørreskjemaet.

Av de som ringte og fortalte at de ikke hadde avtale med BHT, så var det flest små virksomheter, med 1-2 ansatte. Noen var også enkeltpersonforetak, selv om vi hadde forsøkt å luke ut disse i uttrekket. Det er tydelig at det er en del endringer blant virksomhetene som ikke er fanget opp av Virksomhets- og foretaksregisteret. Noe av frafallet fra undersøkelsen skyldes også at en del skjema ble sendt til feil postadresse, eller at virksomhetene hadde blitt avviklet. Av de små virksomhetene som ringte, så var det flere som begrunnet manglende tilknytning til BHT med at de ansatte har sin egen fastlege, og derfor ikke trenger BHT. Atplikten til å ha BHT styres av bransjetilhørighet, og ikke antall ansatte, virket også ukjent for mange.

Tabell 3.6 Fordeling av respondenter etter antall ansatte ved virksomhetene

Antall ansatte	Daglig leder	Verneombud/ ansattrepresentant
1 ansatt	11,82	9,21
2-4	18,69	18,42
5-9	15,47	15,79
10-19	17,37	18,86
20-29	11,53	12,28
30-49	11,24	10,31
50-109	8,91	8,11
Over 110 ansatte	4,96	7,02
<i>Sum</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>Antall</i>	<i>685</i>	<i>456</i>

Tabell 3.7 Fordeling av respondenter etter næring

Kode	Navn	Daglig leder		Verneombud	
		<i>Antall</i>	<i>%</i>	<i>Antall</i>	<i>%</i>
A	Jordbruk, skogbruk og fiske	23	3.4	12	2.6
B	Bergverksdrift og utvinning	26	3.8	21	4.6
C	Industri	79	11.5	43	9.4
D	Elektrisitets-, gass-, damp- og varmtvannsforsyning	48	7.0	24	5.3
E	Vannforsyning, avløps- og renovasjonsvirksomhet	40	5.8	32	7.0
F	Bygge- og anleggsvirksomhet	109	15.9	73	16.0
G	Varehandel, reparasjon av motorvogner	24	3.5	12	2.6
H	Transport og lagring	39	5.7	25	5.5
I	Overnattings- og serveringsvirksomhet	16	2.3	16	3.5
J	Informasjon og kommunikasjon	13	1.9	10	2.2
M	Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	20	2.9	11	2.4
N	Forretningsmessig tjenesteyting	19	2.8	11	2.4
O	Offentlig administrasjon og forsvar, og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	43	6.3	28	6.1
P	Undervisning	39	5.7	22	4.8
Q	Helse- og sosialtjenester	138	20.2	110	24.1
S	Annen tjenesteyting	9	1.3	6	1.3
<i>Sum</i>		<i>685</i>	<i>100</i>	<i>456</i>	<i>100</i>

Tabell 3.8 Fordeling av stilling blant respondentene, skjema til daglig leder

Stilling	Antall	%
Daglig leder	393	59,2
Direktør	13	2,0
Personalleder	29	4,4
Avdelingsleder	59	8,9
Kontorleder	25	3,8
Enhetsleder	39	5,9
Leder av HMS-tjeneste/seksjon	42	6,3
HR-ansvarlig/HR-sjef	25	3,8
Annet	39	5,9
<i>Sum</i>	<i>664</i>	<i>100</i>

Tabell 3.9 Fordeling av verv blant ansattrepresentantene

Stilling	Antall	Prosent
Lokal tillitsvalgt (fagforening)	20	4,7
Hovedtillitsvalgt (fagforening)	10	2,3
Lokalt verneombud	149	34,8
Hovedverneombud	86	20,1
Annen ansattrepresentant	48	11,2
Ingen verv, vanlig ansatt	61	14,3
Annet	52	12,2
Sum	428	100

Nesten alle som har svart "annet" har beskrevet i kommentarfeltet at de er daglig leder eller eier, eller jobber med HMS eller HR. Et flertall av disse virksomhetene har heller ingen ansatte. Disse er utelatt fra analysene.

3.5 Intervju med ansatte i Arbeidstilsynet og godkjenningssenheten for BHT

Det ble gjennomført i alt seks intervjuer med inspektører og rådgivere i Arbeidstilsynet. Ulike regioner og deler av etaten var representert, og rekrutteringen foregikk ved at vi fikk utlevert en liste med navn fra Arbeidstilsynets representant i referansegruppa, som vi deretter tok kontakt med for intervju. Det viktigste formålet med disse intervjuene var å finne ut mer om hvordan tilsynet med BHT-plikten fungerer i praksis, og i hvilken grad tilsyn med BHT-plikten er en del av tilsynene som Arbeidstilsynet gjennomfører på norske arbeidsplasser. Videre ble de intervjuet om kvaliteten på BHT, utviklingen på tilbydersiden i markedet og generelt hvilke oppfatninger de hadde rundt BHTs rolle i arbeidslivet. Ansatte i Arbeidstilsynet ble også intervjuet om godkjenningsordningen, og om de har sett noen endringer i markedet etter at godkjenningsordningen ble innført, og om det er en ordning som har fungert etter hensikten. Videre spurte vi dem om BHTene generelt har en kompetanse og sammensetning som gjør dem i stand til å støtte opp under virksomhetenes HMS-arbeid og arbeidsmiljøinnsats.

Av personvern hensyn, og behovet for at de ansatte fra Arbeidstilsynet ikke skal kunne identifisere hverandre, er all informasjon om stilling og region etc. utelatt i sitatene fra disse intervjuene. Det betyr at alle sitater kun er markert med "Arbeidstilsynet" til slutt i sitatet, selv om de kommer fra ansatte i ulike roller og fra ulike deler av etaten.

Godkjenningssenheten for BHT ble også intervjuet. Også i dette intervjuet hadde vi flere spørsmål om tjenestene, kvaliteten på BHT og utviklingen i markedet. I dette intervjuet var det også naturlig å gå enda mer inn i måten godkjenningsordningen er lagt opp på, og de kriteriene som godkjenning vurderes ut fra. Vi spurte derfor om hvordan de går frem, for å vurdere kravene om helhetlig og forebyggende bistand og kravet om å ha en sammensetning og et faglig personale som er i stand til å gi rådgivning innenfor de ulike kompetanseområdene. Utfordringer og svakheter med dagens ordning ble også et tema i dette intervjuet.

3.6 Intervju med Fagsekretariatet for BHT (STAMI)

I alt tre intervju ble gjennomført ved STAMI; et intervju med Fagsekretariatet for BHT, og to intervju med fagpersoner som hadde relevant kunnskap om temaet. Intervjuene var viktig for å gi oss mer kunnskap om STAMIs og Fagsekretariatets rolle på feltet. Fagsekretariatet skal jobbe for å styrke og fremme BHTs rolle, gjennom kursing, kunnskapsformidling og synliggjøring av beste praksis. Grunnet utfordringer knyttet til anonymisering, valgte vi å ikke bruke intervjuene med ansatte ved STAMI i rapporten.

Prosjektleder ble også invitert til å delta i et møte med profesjonsforeningene innen BHT, et møte som Fagsekretariatet for BHT jevnlig arrangerer. Møtet ble avholdt ved STAMI, og på møtet deltok representanter fra arbeidsmedisinerne, bedriftssykepleierne, bedriftsfysioterapeutene, yrkeshygienikerne og ergoterapeutene. Videre deltok representanter fra godkjenningssenheten i møtet. SINTEF valgte å delta i møtet, fordi det var relevant for prosjektet å få innspill fra de foreningene som organiserer de mest vanlige yrkesgruppene innen BHT. Det å kunne treffe dem alle samtidig, var også en effektiv løsning for prosjektet.

3.7 Intervju med partene i arbeidslivet

Tidlig i datainnsamlingen gjennomført vi intervju med de største arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene, det vil si LO, Unio, YS, Akademikerne, NHO, Virke, Spekter og KS. Hensikten med intervjuene var å få innspill til datainnsamlingen og gjennomføringen av evalueringen, basert på de erfaringer og synspunkter partene i arbeidslivet har når det gjelder bruk av BHT i norsk arbeidsliv. Innspill fra disse intervjuene inngikk, sammen med de andre datakildene, i det grunnlaget som spørreskjema til virksomhetene og bedriftshelsetjenesten ble utviklet på grunnlag av.

Vi gir her en kort oppsummering av det som kom frem i intervjuene. Vi refererer ikke konkret til hva som ble sagt i møtet med den enkelte organisasjon, men betoner heller noen av de problemstillingene de var opptatt av. Et tema som begge parter var opptatt av, var innføringen av godkjenningsordningen i 2010. Blant arbeidstakerorganisasjonene var det generelt en oppfatning av at ordningen har bidratt til å styrke kompetansen og kvaliteten i BHT. Samtidig erkjente de at det er utfordringer, knyttet til å følge opp hvordan BHTene jobber i praksis. Kompetanse gikk også igjen som et nøkkelstikkord i disse intervjuene, og at denne må matche de utfordringene som virksomheter i ulike bransjer har.

I intervjuene med arbeidstakerorganisasjonene ble det ellers pekt på viktigheten av bransjekunnskap i BHT, og at psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø har blitt et stadig viktigere område. Psykososialt arbeidsmiljø ble beskrevet som viktig for BHTs arbeid, fordi det er en del av alle arbeidsmiljø, i alle bransjer. Samtidig ble det pekt på at samarbeid og innleie av ekstern kompetanse ikke trenger å være negativt for kompetansen og kvaliteten i BHT. Det viktige er uansett innholdet i tjenestene, og at dette responderer på virksomhetenes og de ansattes behov. Naturlig nok var arbeidstakerorganisasjonene også opptatt av at BHT må være tilgjengelig for de ansatte, og ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål.

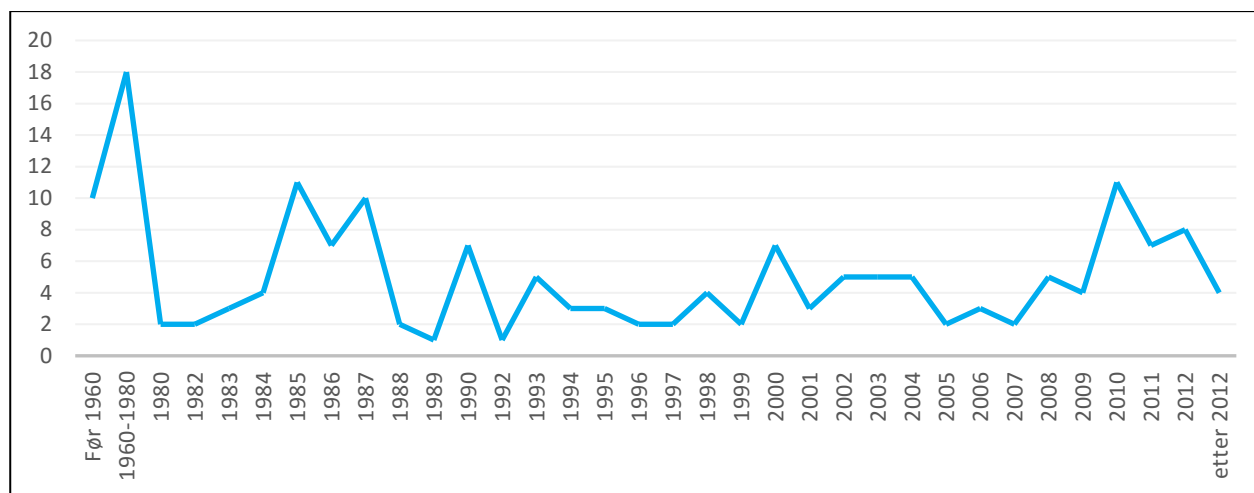
Blant arbeidsgiverorganisasjonene var det tre tema som skilte seg litt ut; markedsutviklingen, godkjenningsordningen og kravet om BHT-plikt. Når det gjaldt markedsutviklingen, så ble det uttrykt en skepsis til at enkelte aktører satser tungt på helse- og livsstilsrelaterte tjenester, fordi det oppleves å fortrenge fokuset på det som er viktig, nemlig arbeidsgivernes behov når det gjelder HMS og arbeidsmiljø. Når det gjaldt godkjenningsordningen, så var det en ganske unison tilbakemelding at den ikke fungerer godt nok med tanke på å sikre kvalitet i BHT. Det ble blant annet spilt inn at kompetansekravet i større grad bør sees i forhold til antall ansatte BHT skal betjene, og at det trengs en bedre oppfølging av måten BHTene jobber på. Det ble også pekt på at virksomhetenes og bransjenes reelle behov i større grad bør ligge til grunn for en beslutning om å tilknytte seg en BHT – fremfor en lovpålagt plikt, som oppleves som for lite finmasket.

4 Bedriftshelsetjenesten (BHT) i Norge – oppgaver, organisering og samarbeid

4.1 Kjennetegn ved BHTene

Vi starter med en kort gjennomgang av sentrale kjennetegn ved de BHTene som deltok i spørreundersøkelsen. Etableringsår, kundemasse (både antall virksomheter og ansatte som dekkes), antall ansatte i BHT samt type ordning kan alle ses på som rammevilkår, som har betydning for den jobben som BHTene skal gjøre.

Med en svarprosent på 59 og et utvalg som omfatter hele populasjonen av godkjente BHTer i Norge, antar vi at verdiene gir et godt bilde av bedriftshelsetjenesten i Norge generelt.



Figur 4.1 Når ble din BHT etablert? Antall (N=170)

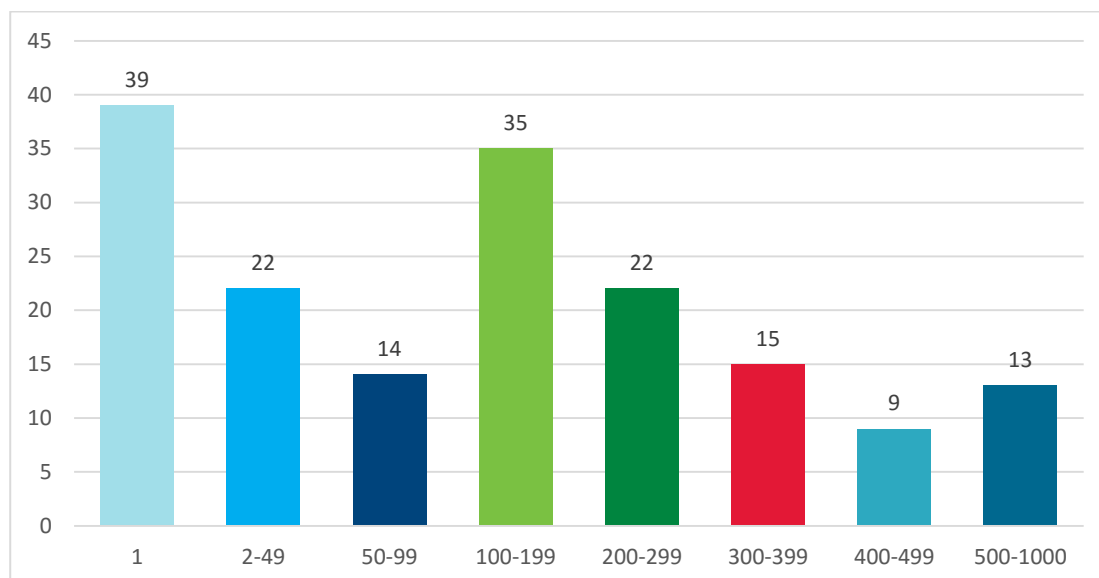
Figuren viser stor variasjon blant BHTene i utvalget når det gjelder tidspunkt for etablering. 28 av dem ble etablert i 1979 eller tidligere. Ellers ser vi at det er en relativt jevn spredning over hele 1980-, 1990- og 2000-tallet, med et lite oppsving i 2010 og påfølgende år. Det stemmer overens med det som kom frem i intervjuene med BHTene, om at flere BHTer ble etablert etter at godkjenningsordningen ble innført og bransjeforskriften utvidet i 2010.

Som ventet er et stort flertall av BHTene som svarte på spørreundersøkelsen godkjent. Tabell 4.1 viser godkjenningsstatus.

Tabell 4.1 Godkjente BHTer i utvalget, prosent

Status for godkjenning	Ja	Nei	Sum
Godkjent i 2010	61,2	38,8	100
Godkjent i 2015	67,1	33,9	100
Godkjent etter unntaksbestemmelse	2,4	97,7	100
Ikke godkjent (venter på tilbakemelding fra godkjenningssenheten)	0,6	99,4	100
Annet	14,1	85,9	100
N	170		

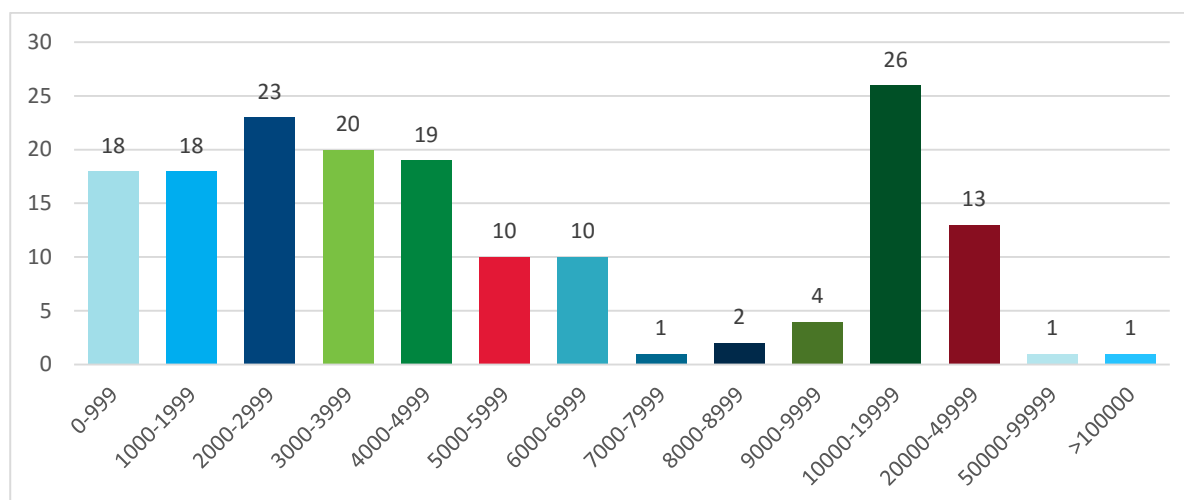
Tallene i tabell 4.1 indikerer at en stor andel av BHTene i utvalget var godkjent både i 2010 og i 2015. De neste to figurene viser antall virksomheter og antall ansatte som BHTene har i sin portefølje.



Figur 4.2 Hvor mange kunder har din BHT? Antall (N=170)

Antall kunder (virksomheter) varierer fra en (egenordning, som gjelder 39 av BHTene i utvalget) til 1000. Gjennomsnittet er 177 kunder, men tallet dras naturlig nok opp av noen store aktører. Tar vi ut egenordningene, så finner vi at 17 prosent av BHTene i utvalget har 2-49 virksomheter som kunder, mens 10,8 prosent har mellom 50-99 virksomheter. Vanligst er det å ha mellom 100-199; det gjelder for 27 prosent av BHTene. Samtidig er det 13 BHTer som har 500 virksomheter eller flere. Også på denne variabelen er det dermed stor variasjon i utvalget.

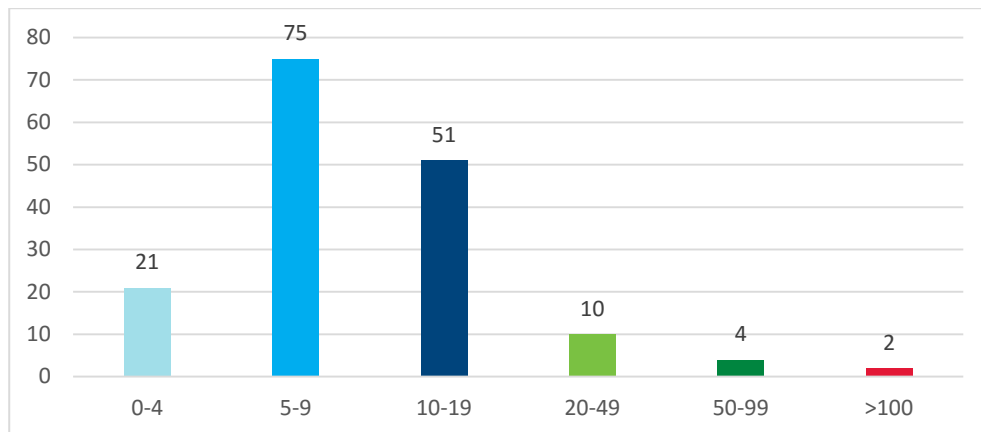
Vel så interessant som antall virksomheter, er antall ansatte disse virksomhetene består av. Figur 4.3 viser tall for dette.



Figur 4.3 Hvor mange ansatte har BHTene ansvar for å levere tjenester til? Antall (N=166)

35 prosent av BHTene har, gjennom sine avtaler, ansvaret for å levere bedriftshelsetjenester til et sted mellom en og 2999 ansatte. Blant de mindre BHTene er det mest vanlig å ha ansvaret for et sted mellom

2000 og 2999 ansatte. Flest BHTer oppgir at de har ansvaret for å yte tjenester til mellom 10 000 og 19 999 ansatte (gjelder for 26 BHTer – 16 prosent). Hver fjerde BHT i utvalget har et sted mellom 10 000 og 100000 ansatte i porteføljen.



Figur 4.4 Hvor mange ansatte har din BHT? Antall (N=163)

Til sammen har de 163 BHTene som besvarte dette spørsmålet 2106 ansatte, noe som gir et gjennomsnitt på 12,9 ansatte. Igjen er gjennomsnittet sterkt påvirket av noen store aktører, med mange ansatte. 96 av 163 (59 prosent) har ni ansatte eller færre.

En gjennomgang av dataene viser store variasjoner når det gjelder bemanningen i BHT, og antall virksomheter og ansatte som betjenes. Vi finner for eksempel en BHT med 60 ansatte, som betjener 160 virksomheter og 3000 ansatte, mens en annen BHT med 16 ansatte (13 årsverk), betjener 300 virksomheter med 20 000 ansatte. Begge er kommersielle BHTer. Den første er dessuten bransjespesifikk, mens den andre ikke er det. En tredje BHT, som også er kommersiell, har 18 ansatte (17 årsverk), og betjener 700 ansatte fordelt på 400 virksomheter, det vil si en rekke småbedrifter. Denne BHTen, som dekker 700 ansatte, har med andre ord flere ansatte enn den BHTen som dekker 20 000 ansatte. Flere lignende eksempler finnes i våre data, som viser liten grad av samsvar mellom bemanningen i BHT og antall virksomheter og ansatte som dekkes. Selv om type bransje og virksomhetsstørrelse vil ha betydning for hvordan BHTene jobber, og hvor mye de jobber, så er det påfallende store variasjoner når det gjelder forholdet mellom bemanning og antall kunder. Dette er for øvrig et spørsmål vi kommer nærmere tilbake til i sluttkapitlet.

Tabell 4.2 BHTer i utvalget etter type ordning, antall og prosent

Type ordning	Antall	Prosent
Intern BHT (egenordning)	38	22,4
Intern BHT – som i tillegg leverer tjenester til andre bedrifter (ekstern)	17	10,0
Ekstern leverandør til flere bedrifter – medlemseid BHT	44	25,9
Ekstern leverandør til flere bedrifter – kommersiell BHT	70	41,2
Annen tilknytning	1	0,6
<i>Totalt</i>	<i>170</i>	<i>100</i>

41,2 prosent av BHTene er eksterne leverandører til flere virksomheter, og av den kommersielle typen. Dette er BHTer som konkurrerer om kunder i markedet. Videre utgjør eksterne BHTer som definerer seg som medlemseid, 25,9 prosent. Typisk er dette BHTer som har en relativt fast kjerne med betalende medlemmer

(virksomheter). Imidlertid viser intervjuene at det er mer og mer vanlig også for disse BHTene å orientere seg mot markedet, og forsøke å få inn nye kunder (islett av kommersiell BHT). Videre definerer 22,4 prosent seg som interne BHTer, mens ti prosent definerer seg som interne BHTer som også tilbyr tjenester eksternt, til andre virksomheter.

Som beskrevet innledningsvis skjedde det to viktige endringer i 2010, med innføring av godkjenningsordning for BHT og utvidelsen av bransjeforskriften. En viktig del av evalueringen har vært å undersøke om dette kan tenkes å ha påvirket BHT-markedet i form av antall aktører og omfanget av sammenslåing, oppkjøp og annen omorganisering. Tallene viser at 22 BHTer har vært gjennom et oppkjøp i perioden 2010-2016, mens 35 har vært gjennom en sammenslåing i samme periode. Interessant nok har ingen gått fra å være intern til å bli eksternt. Summerer man alle tilfeller av endring, så finner vi at det blant BHTene i utvalget har vært 79 tilfeller med endring i årene 2010-2016. Et nærmere blick på dataene viser at noen BHTer har vært gjennom mer enn en type organisasjonsendring. Tallene gir uansett grunnlag for å hevde at det har skjedd mye på tilbydersiden i BHT-markedet siden 2010 når det gjelder organisering.

20 BHTer svarte at de har vært gjennom en "annen større omorganisering". En gjennomgang viste at det handlet om ulike varianter av fusjonering og sammenslåing med andre BHTer, men også nedbemanning samt overgang fra å være en medlemseid til å bli en kommersiell BHT (AS). Én BHT svarte "strategiendring, navnebytte, verdiprosess" for å beskrive omorganiseringen de hadde vært gjennom, mens en annen oppga "betydelig nedbemanning og endring av organisasjonsstruktur på grunn av tap av stor kunde" som årsak.

4.1.1 BHT som er en del av medisinsk klinikk eller helsehus

Et interessant utviklingstrekk de senere årene, og kanskje spesielt etter 2010, er at det har blitt mer vanlig at en BHT opprettes i tilknytning til en medisinsk klinikk, eller såkalte helsehus. I vårt intervjumateriale forklares det blant annet med innføringen av godkjenningsordningen, som hadde som konsekvens at det ble lettere å se hvilke krav som stilles for å bli godkjent som BHT. Fremveksten av BHTer som har klinikk i firmanavnet sitt, gjenspeiler at det som i utgangspunktet var medisinske klinikker, også har begynt å tilby bedriftshelsetjenester. Det kan være psykologklinikk, medisinske poliklinikker eller helsehus som tilbyr allmennlegetjenester. BHTer som er organisert som en del av en medisinsk klinikk, kan ofte tilby kort vei til medisinsk behandling og oppfølging. For å få oversikt over omfanget av helsehus og klinikker i dag ble følgende spørsmål stilt til BHTene: "Er din BHT del av en klinikk (helsehus) som tilbyr helsetjenester til private – annet enn som BHT?" 22,7 prosent, eller 30 BHTer, svarte bekreftende på spørsmålet. De som svarte ja, ble så bedt om å oppgi hvilke tjenester det var snakk om (flere svar mulig). Tabell 4.3 viser svarfordelingen.

Tabell 4.3 Hvilke helsetjenester tilbys ved helsehuset/klinikken? (Flere svar mulig)

Type tjeneste	Antall
Fysioterapi, ergoterapi og manuellterapi	22
Psykologtjenester	21
Fastlege/ allmennlege	18
Vaksinasjon/ reisevaksine	17
Ernæringsfysiologi/ kostholdsveiledning	16
Coaching og samtaler	16
Spesialisthelsetjenester	13
Akupunktur og massasje	8
Kirurgi	8
Annet	8
<i>N</i>	30

Som vi ser er det først og fremst behandlende tjenester som tilbys i de klinikkene som de aktuelle BHTene er en del av, som fysioterapi, ergoterapi, manuellterapi, psykologbistand og fastlegetjenester. Kategorien "annet" rommet blant annet følgende tilbud; samarbeid med fastleger og kiropraktor i samme hus, treningstilbud, testing av O₂ og arbeids-EKG, tilbud om jordmor, bistand i forbindelse med attester, samarbeid med legevakt som leverer legevaktjenester og tilbud om arbeidsrettet rehabilitering.

Den ene BHTen vi intervjuet var organisert som del av et helsehus. I tillegg hadde de avtale med yrkeshygienefirma. De bekreftet at de har helsefaglige ressurser i klinikken som kan trekkes inn etter behov. I tillegg beskrev de en fast avtale om innleie etter behov med en allmennpraktiserende lege. Selv mente de at det ikke svekket dem faglig, sammenlignet med om de skulle hatt en lege i en fast 30-prosentstilling. De bekreftet videre at de, gjennom å ha et lite team med faste ansatte i selve BHTen, har en billigere driftsmodell enn de mer tradisjonelle BHTene, som i større grad har kompetansen fast ansatt i BHTen. Som følge av sin plassering innenfor en større medisinsk klinikk kan de tilby lavere pris på tjenestene de leverer, fordi kostnadene er lavere. Selve BHT-teamet er lite, samtidig som de har stor fleksibilitet når det gjelder å benytte ressurser som er en del av klinikken; som lege, fysioterapeut, ergoterapeut og psykolog. Denne kompetansen trekker de inn ved behov, og de slipper dermed en del av de faste lønns- og driftskostnadene som andre BHTer har.

Flere refererte til erfaringer med at fokuset på pris er spesielt fremtredende ved offentlige anbud om kjøp av bedriftshelsetjenester, og spesielt når kommuner skal kjøpe tjenester. Enkelte informanter hadde en erfaring med at BHTer av den mer helseprofilerte typen ofte vinner slike anbud, fordi de er i stand til å tilby tjenester til en lavere pris enn andre aktører. BHTer som er en del av et større medisinsk miljø stiller sterkt i denne konkurransen, spesielt når de i tillegg har rendyrket sine funksjoner knyttet til anbud og søknader:

Vi har konkurranse fra tid til annen, og noe er fra de store aktørene. Det er kanskje helst i forhold til offentlig anbud. Og de har folk som sitter med og skriver anbud hele tiden, som er profesjonelle på det. Men vi har ikke vært så veldig opptatt av å sende inn offentlig anbud i det siste (Fellesordning A, medlemseid, informant B)

De selger seg vanvittig billig altså. Hvis vi skulle vinne et sånt anbud måtte vi legge oss så lavt i pris, og hvem er det som på en måte subsidierer det? Det er de andre bedriftene. Spesielt i det offentlige, der har det skjedd et eller annet. Ingen bedriftshelsetjeneste har mulighet til å gjøre en god jobb i forhold til de rammene der (Fellesordning A, medlemseid, informant A)

De velger jo veldig rimelig (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

En annen BHT pekte på det lukrative i at det som i utgangspunktet er medisinske klinikker, gjennom å etablere en virksomhet innenfor BHT, får enda en "sluse" inn til sitt behandlingsapparat, nemlig BHT og de ansatte i deres kundevirksomheter:

Det er litt dette med bukken og havresekken, og det å komme bort fra å presse folk inn i behandlingsopplegg, for vi skal egentlig ikke behandle. Vi kan godt gjøre det, men det er ikke vår primærvirksomhet. Vi kan diskutere om BHT i det hele tatt bør behandle, for i dag er det mange som bruker det, eller henviser til sitt eget medisinske senter (Fellesordning C, medlemseid)

Enda mer alvorlig er det ifølge noen informanter at forskjellene i måten BHTene har organisert seg på skaper ulike konkurransevilkår, og virker konkurransevidende. Som nevnt vil en BHT som er en del av en medisinsk klinikk gjerne ha lavere faste kostnader enn de tradisjonelle BHTene, som har organisert seg med faste stillinger i tråd med kompetansekravene i forskriften. Mange av de vi intervjuet, var svært kritisk til både det de opplever som en utvanning av BHTs tjenester, og en konkurranse på skjeve vilkår:

Vi får jo høre at en del av de konkurrentene vi har ikke tar ut lønn på bedriftshelsetjenesten sin. Det er bare på behandlingsklinikken, det sier jo litt om hvor mye av aktiviteten som genereres på BHT (Fellesordning D, medlemseid)

Det er sunt med konkurranse, men det må være under like forhold (Fellesordning E, medlemseid)

Jeg synes jo det er positivt med konkurranse, for det gjør at også vi løfter oss. Og at vi er nødt til å ta de der vanskelige diskusjonene på om skal vi være her, eller skal vi gjøre noe annet? Og det er noe jeg liker. Men det må være en fair konkurranse. Når de har en annen bransje i utgangspunktet, så kobler de på BHT i tillegg og driver og selger tjenester imellom, så får de jo selvfølgelig et større konkurransefortrinn. Det er vel i utgangspunktet noe man bare må akseptere, men vi ser jo at vi kan ha en liten ulempe der. De kan faktisk selge seg med tap som BHT, fordi de tar det inn på noe annet. Men sånn er markedet, det er en åpning og en nisje de har funnet (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

Basert på både intervju og spørreskjema er det tydelig at det er en skepsis blant de mer tradisjonelle BHTene til aktører som har en mer helse- og livsstilorientert profil. Hva mener så de mer helseprofilerte aktørene selv? Blant de ti BHTene vi intervjuet, kan to plasseres i denne kategorien. I sterk kontrast til det de andre BHTene ga uttrykk for, mente de selv at det er de som har tilpasset seg kravene og forventningene i dagens arbeidsliv, og at det er de som er rettvendt mot fremtiden:

Det er klart at hvis noen ansatte i kommunen har et problem, som en lettere psykisk lidelse, så kan vi stille med psykolog. Er det muskel og skjelett, så kommer fysioterapeut. Og har du annen sykdom eller noe annet relatert, så kan det komme en sykepleier. Og det å ha det spekteret å spille på, det gjør at man får mer troverdighet. At det kommer en psykolog som prater med deg, istedenfor at det er en lærer som har gått STAMI, og som ikke har den bakgrunnen. Så det er vi stolt av (Fellesordning F, kommersiell, del av helsehus/klinikk)

Den andre helseprofilerte aktøren hadde tilsvarende tanker rundt hva BHT bør være og hva man bør fokusere på fremover:

Arbeidslivet har vært i en enorm endring de siste 40 årene. Veldig mange bedrifter er jo kunnskapsbedrifter, de klassiske eksponeringsbedriftene er blitt mindre og mindre. Økning av andre forhold, som psykososialt arbeidsmiljø, ergonomi, ensidig belastning, dataarbeid etc. Og vi har også sett, som [navn på kollega] sier, at dette med folkehelsearbeid, er jo essensielt for at ansatte skal kunne fungere i jobben. Har du en god helse, basert på sunn livsstil, det vil si fysisk aktivitet, kosthold, negativt stress, tobakk, alkohol, søvn, da vil jo ansatte

ha en mye mer robust helse. Slik at det som tidligere var klassifisert som folkehelsearbeid, er jo egentlig også arbeidshelse. Vi skal selvfølgelig dekke alt av ordinært BHT-arbeid, men gir også bedrifter tilbud om å satse på livsstil. Og vi ser jo og at mange bedrifter er villige til å satse på noe mer enn ordinært BHT-arbeid. Vi har jo gråsoner på veldig, veldig mye (Fellesordning B, kommersiell)

Også Arbeidstilsynet, som er opptatt av at BHT skal levere tjenester innenfor de lovpålagte områdene (kartlegging, risikovurdering og forebyggende arbeidsmiljø- og HMS-arbeid), påpekte at det er en sammenheng mellom folkehelse og arbeidshelse:

Det er ingen tvil om at det er en glidende overgang mellom folkehelse og arbeidshelse noen ganger. Og man forebygger mye folkehelseproblematikk ved å forebygge på arbeidssiden. Sykefravær for eksempel. Vi vet at en BHT som fungerer ordentlig, vil kunne hjelpe med å redusere sykefraværet betraktelig (Arbeidstilsynet)

Selv om de helseprofilerte BHTene fokuserer mer på helse, trening og livsstil og har en mer aktiv tilrettelegging inn mot medisinsk behandling og oppfølging, var de to vi intervjuet tydelig på at det de kalte grunnmuren i BHT-arbeidet skal ha førsteprioritet. Men når dette er på plass, så mente de samtidig at bedriftene kan dra nytte av å satse mer på trening, kosthold og livsstil blant de ansatte. Videre pekte de på større bedrifter, og spesielt kunnskapsbedrifter, som virksomheter der det ikke nødvendigvis er innenfor de lovpålagte tjenestene at utfordringene og bistandsbehovet er størst, men kanskje heller på det som har med helse og livsstil å gjøre. Dette er et viktig poeng. Spørsmålet om hvor godt forskriften treffer ulike virksomheters utfordringer og behov på arbeidsmiljøområdet, kommer vi tilbake til senere i rapporten.

4.1.2 Bransjespesifikk eller bransjenøytral?

Ifølge bransjeforskriften er det virksomheter innenfor 16 bransjer på hovednæringsnivå (bokstav) som har plikt til å være tilknyttet en BHT. Disse er vist i tabell 3.4 på side 34. Plikten er basert på en erkjennelse av at dette er bransjer som har en arbeidsbelastning og en sykdoms- og skaderisiko som gjør at de trenger å være tilknyttet en BHT for å håndtere og redusere disse risikoene. Innenfor noen næringer er enkelte undernæringer fritatt fra plikten. Med utvidelsen av bransjeforskriften i 2010, ble følgende nye næringer inkludert: helse og sosialsektoren, frisører, fiskeoppdrett og klekkerier, gjenvinningsbransjen, vaktjenester, undervisningssektoren og kraft- og vannforsyning.

Spørsmålet om bransjekunnskap i BHT og betydningen av dette for kvaliteten på tjenestene, har stått sentralt i mange år. Med bransjekunnskap menes kunnskapen om hvilke arbeidsoppgaver og arbeidsbelastning som kjennetegner ulike yrker, samt kunnskap om risikofaktorer og strategier for å unngå skader og ulykker.

Et viktig spørsmål er hvordan BHTer i dag opplever at rammevilkårene for å satse bransjespesifikt er. Hvor vanlig er det at BHTene fokuserer på én eller noen få utvalgte bransjer, og hvordan har godkjenningsordningen og utvidelsen av bransjeforskriften eventuelt påvirket disse vurderingene? Har det blitt mer vanlig å orientere seg mot mange bransjer, eller finner vi at det fortsatt er mange som satser bransjespesifikt? Tabell 4.4 gir noen svar på dette.

Tabell 4.4 Er dere en bransjespesifikk BHT? Antall og prosent

	Antall	Prosent
Ja	17	12,9
Nei	91	69,0
Både og	21	15,9
Ikke relevant	3	2,3
<i>Total</i>	<i>132</i>	<i>100</i>

BHTer som definerer seg selv som bransjespesifikk, er i et klart mindretall i vårt utvalg. 13 prosent av lederne svarer at deres BHT er bransjespesifikk. Blant disse er det transport, overnatting samt helse- og sosial som er de vanligste næringene (ni BHTer), i tillegg til bygg og anlegg, varehandel og undervisning (åtte BHTer). 69 prosent av lederne oppgir at deres BHT ikke er bransjespesifikk, mens 16 prosent svarer "både og".

Tabell 4.5 Har dere kunder fra flere eller færre bransjer enn for noen år siden? Prosent

	Prosent
Vi har kunder/virksomheter fra flere bransjer i dag enn for noen år siden	45,8
Vi har kunder/virksomheter fra færre bransjer i dag enn for noen år siden	2,3
Vi har kunder/virksomheter fra de samme bransjene nå som før	45,8
Ikke relevant	6,1
<i>N</i>	<i>131</i>

Tabellen viser at nesten halvparten av BHTene har virksomheter fra flere bransjer i dag enn for noen år siden. Utvidelsen av bransjeforskriften i 2010, som førte til at flere bransjer fikk BHT-plikt, er trolig en årsak til dette. Spesielt helse- og sosialsektoren og undervisningssektoren, som er store sektorer målt i antall ansatte, representerte en betydelig utvidelse av markedsgrunnlaget for BHTene. Økonomiske og markedsmessige vurderinger er også viktige, og det at det oppleves som strategisk lurt å ha flere bransjer å operere i. Tilbakemeldingene på ett av de åpne spørsmålene i undersøkelsen, som vi kommer tilbake til om litt, bekrefter dette. En annen forklaring på tallene i tabell 4.5 er at BHTer som har blitt kjøpt opp av større BHTer, gjennom dette fikk flere bransjer "med på kjøpet" – uten at de selv nødvendigvis jobber med andre bransjer nå sammenlignet med tidligere. Tallene som viste sammenslåing/fusjon etc. støtter en slik forklaring.

Det er en relativt utbredt holdning blant BHTene at det ikke lønner seg å være bransjespesifikk i dagens marked. Det oppleves som lite strategisk, fordi det innebærer å velge bort potensielle kunder og markeder. Kundegrunnlaget blir fort veldig sårbart, mens flere bransjer per definisjon gir et større kundegrunnlag:

Tanken om å spesialisere seg er god, men kan vi overleve på det? Vi har veldig mange bransjer (Fellesordning C, medlemseid)

En annen mulig forklaring på tallene i tabell 4.5 er at det kan oppleves som mer faglig utfordrende å jobbe i en BHT som har virksomheter fra flere bransjer fordi det gir en større spennvidde i tematikk og faglige utfordringer, i tillegg til å stille krav til kompetanse om ulike bransjer. Samtidig er det mulig å snu en slik argumentasjon på hodet, gjennom å hevde at det er i en bransjespesifikk BHT ansatte vil ha best mulighet til faglig fordypning og til å utvikle spisskompetanse. Det er liten tvil om at økonomiske og strategiske hensyn veier tungt for mange BHTer, og at det oppleves som et tryggere alternativ å jobbe inn mot mange bransjer.

Tendensen til at BHTene orienterer seg mot mange bransjer, balanseres noe av at det har blitt etablert en del bransjespesifikke BHTer i løpet av de siste årene som har spesialisert seg på hotell og restaurant, barnehager og tannleger etc. Kanskje er dette et uttrykk for at det å være bransjespesifikk likevel kan være en nisje og en mulighet fremover, nettopp fordi det store flertallet av BHTer satser så generelt og bredt.

Det at nesten halvparten av BHTene oppgir å ha kunder fra flere næringer nå enn for noen år siden gjør uansett at man kan stille spørsmål ved hvilke rammevilkår bransjespesifikke BHTer har i dagens marked. Dersom stadig flere BHTer utvider sitt kunde- og bransjegrunnlag, vil også mer og mer av den bransjespesifikke kunnskapen forsvinne.

Et annet tegn på at mange BHTer i dag ikke legger spesiell vekt på bransje, er at de ikke fordeler kundene internt i BHTen ut fra bransje, men heller ut fra virksomhetsstørrelse, geografi og reiseavstander. Med en slik tilnærming er det vanskelig å utvikle en bransjekunnskap i BHT. Vi omtaler dette resultatet senere i kapitlet.

Tabell 4.6 Innenfor hvilke næringer er dere tilknyttet virksomheter? Hovednæringsnivå, prosent

Næring	Prosent	Lovpålagt BHT
Industri	73	✓
Bygge- og anleggsvirksomhet	71	✓
Helse- og sosialtjenester	68	✓
Transport og lagring	65	✓
Undervisning	64	✓
Overnattings- og serveringsvirksomhet	63	✓
Varehandel, reparasjon av motorvogner	59	✓
Vannforsyning, avløps- og renovasjonsvirksomhet	53	✓
Offentlig administrasjon og forsvar, og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	51	✓
Elektrisitets-, gass-, damp- og varmtvannsforsyning	49	✓
Informasjon og kommunikasjon	40	✓
Kulturell virksomhet, underholdning og fritidsaktiviteter	39	
Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	33	✓
Jordbruk, skogbruk og fiske	31	✓
Finansierings- og forsikringsvirksomhet	31	
Annen tjenesteyting	30	✓
Bergverksdrift og utvinning	29	✓
Forretningsmessig tjenesteyting	28	✓
Omsetning og drift av fast eiendom	20	
Internasjonale organisasjoner og organer	11	
Lønnet arbeid i private husholdninger	8	
Sum	169	

73 prosent av BHTene i utvalget har kunder innen industri, 71 prosent innen bygge- og anleggsvirksomhet og 68 prosent innen helse- og sosialtjenester. I tillegg til at dette er BHT-pliktige bransjer, er det snakk om store næringer, målt i antall virksomheter og ansatte. Av næringer som ikke omfattes av bransjeforskriften, ser vi at 39 prosent av BHTene har kunder innenfor kulturell virksomhet, underholdning og fritidsaktiviteter, 31 prosent innenfor finansierings- og forsikringsvirksomhet og 20 prosent innenfor omsetning og drift av fast eiendom.

Det er mye som tyder på at en bransjespesifikk kompetanse og tilnærming er positivt for kvaliteten på BHT, og en ansatt i Arbeidstilsynet mente at det var behov for å tenke mer spesialisering innen BHT:

Det kunne vært en svært god idé å oppmuntre til dannelse av spesialiserte bedriftshelsetjenester, det hadde vært svært gunstig for bransjene. Det eksisterer omtrent ingen bransjespesialiteter lengre (Arbeidstilsynet)

Samtidig er det ingen automatikk i at en bransjespesifikk tilnærming og inndeling av kunder er det beste i alle tilfeller. En av BHTene vi intervjuet kunne fortelle at de heller jobbet ut fra en inndeling etter virksomhetsstørrelse, fordi de har erfart at dette er en faktor som er veldig avgjørende for hvor langt ulike virksomheter har kommet når det gjelder HMS og arbeidsmiljø:

Flere avdelinger har jo dannet et SMB-segment, nettopp et segment for kundene som gjerne har færre enn 49 ansatte, som har behov for mye av den systematiske HMS-en, som ikke nødvendigvis skal ha mye annet, som skal ha det lovpålagte på plass, ikke sant. Så der har vi laget egne kundeansvarlige som sitter og jobber kun med den type kundeportefølje, nettopp for å kunne den kundemassen godt, for å vite hva de har behov for (Fellesordning B, kommersiell)

Samme BHT hadde også rigget seg med større team for å følge opp større kunder, for dermed å redusere risikoen for at den ene kontaktpersonens faglige bakgrunn i for stor grad definerer hvilke tjenester som blir levert:

Det vi så tidligere var at hvis en fysioterapeut var kundeansvarlig, ble det levert veldig mye ergonomi til denne bedriften. Så vi måtte passe på at bedriften fikk dekket det fulle behovet sitt, fordi kundeansvarlig kanskje ikke kunne se andre behov. Derfor har vi satt opp team, i hvert fall for de største kundene, sånn at ulike faggrupper er inne så man dekker hele bedriftens behov for bistand (Fellesordning B, kommersiell)

Tabell 4.7 viser BHTenes geografiske nedslagsfelt.

Tabell 4.7 Har dere en geografisk avgrensning når det gjelder kunder og marked? Antall og prosent (N=132)

	Antall	Prosent
Vi har kunder/virksomheter som er lokalisert innenfor fylket	44	33,3
Vi har kunder/virksomheter som er lokalisert innenfor en større region	51	38,6
Vi har kunder/virksomheter som er lokalisert over hele landet	30	22,7
Ikke relevant	7	5,3
Sum	132	100

Én av tre BHTer har kunder innenfor fylket, mens nær 40 prosent har kunder lokalisert innenfor en større region. 30 BHTer (23 prosent) oppgir at de har kunder lokalisert over hele landet. Av de 30 BHTene som oppgir å være en del av et helsehus eller medisinsk klinikk, svarer om lag tre av fire at de enten har kunder lokalisert innenfor en større region eller over hele landet. Blant de øvrige 102 som har svart på spørsmålet oppgir 58 BHTer det samme (56 prosent). Med andre ord kan det se ut som at det er mer vanlig at de helseprofilerte BHTene satser innenfor større geografiske områder, men her er tallene små.

4.2 Samarbeid og samarbeidsavtaler

4.2.1 Bruk av samarbeidsavtale med eksterne

Syv av ti BHTer bekrefter at de har samarbeidsavtale med noen utenfor egen BHT, det vil si aktører eller miljøer som ikke er en del av det faste teamet i BHTen. Tabell 4.8 viser hvor ofte det samarbeides med de eksterne aktørene og miljøene.

Tabell 4.8 Omtrent hvor ofte har dere kontakt med nærmeste samarbeidspartner(ne)?

	Antall	Prosent
Flere ganger i uka	33	28,4
En gang i uka	9	7,8
Flere ganger i måneden	31	26,7
En gang i måneden	22	19,0
1-2 ganger i året	18	15,5
Sjeldnere	3	2,6
<i>Total</i>	<i>116</i>	<i>100</i>

Tallene indikerer at samarbeidet er reelt; 73 BHTer oppgir at de samarbeider flere ganger i måneden eller oftere med sin(e) samarbeidspartner(e). Dette er en indikasjon på at det er et behov for samarbeidet, og at det ikke er en type samarbeid som kun eksisterer på papiret. Så bør man selvsagt se nærmere på *hvilke* tjenester samarbeidet bidrar til å dekke. Gjøres det for å ivareta lovpålagte tjenester på en bedre måte – eller gjøres det først og fremst for å dekke opp ulike typer tilleggstjenester? For å finne ut mer om dette samt hvilke typer samarbeid det er snakk om, ble følgende åpne oppfølgingsspørsmål stilt: "Beskriv hvilken type samarbeid dere har med ulike fagpersoner (f.eks. tilkallingsavtale med lege)".

Av de 114 BHTene som valgte å svare på det åpne spørsmålet, har rundt halvparten (58 enheter) avtale med psykolog, psykologspesialist, organisasjonspesikolog og psykologtjenester eller lignende. Psykologer er dermed den yrkesgruppen utenfor eget hus det er desidert mest vanlig å samarbeide med. Deretter kommer avtale med lege (lege, fastlege, legetjeneste, kommunelege, medisinsk senter, lege i annen BHT og annet). 29 BHTer oppga at de hadde et slikt samarbeid. Videre oppga 26 BHTer at de har samarbeidsavtale med yrkeshygieniker eller yrkeshygienefirma. I tillegg finner vi at det er ganske vanlig å ha samarbeidsavtale med fysioterapeuter utenfor egen BHT (gjaldt 22 BHTer), noe som typisk begrunnes med at man henviser til fysikalske institutter etc. utenfor egen BHT når det er snakk om behandling. Det kan også nevnes at noen BHTer oppgir å ha avtaler med rådgivere innenfor ledelse og organisasjonsutvikling, arbeidsrett og personaljuss, samt innenfor HMS-området.

Alle åpne svar ble systematisk gjennomgått og kategorisert. Mange svar på dette spørsmålet viste seg å ha mye til felles, og de kunne deles inn i to hovedkategorier; i) de som handler om økonomiske, praktiske og markedsmessige vurderinger og ii) det som går på tjenestene, og ønsket om å være en mest mulig komplett tjenesteleverandør overfor kundene, med god kompetanse på alle felt. Innenfor disse hovedkategoriene finner vi flere ulike begrunnelser:

1. Begrunnelser for samarbeid som handler om økonomi, drift og lønnsomhet

Svært mange av svarene dreide seg om kostnader, og at det er mer effektivt og lønnsomt å leie visse typer kompetanse enn å ha den i eget hus. Dette forklares for det første med at etterspørselen etter en del tjenester varierer. I tillegg oppgir mange BHTer at de er små, med et usikkert økonomisk grunnlag, og at de dermed har liten mulighet til å ansette dyr kompetanse som del av det faste teamet (eks: psykolog, yrkeshygieniker eller lege). Behovet for innleie forklares typisk med en kombinasjon av å være en liten BHT og ha et begrenset og kanskje usikkert kundegrunnlag. Her er noen svar (blant mange) som typisk viser hva disse BHTene la vekt på:

Ikke nok faste kunder til å tilsette noen (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Fordi vi er en liten bedriftshelsetjeneste, og dette er veldig praktisk og kostnadseffektivt. Det kan for eksempel gå måneder mellom hver gang vi har behov for jordmor eller yrkeshygieniker (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Vi har foreløpig ikke nok oppdrag og/eller økonomi til å ivareta denne kompetansen internt (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Praktiske og økonomiske hensyn (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Blir for kostnadskrevende å ansette (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Dette er fordi vi ikke har økonomisk mulighet til å ansette disse fagfolkene i en relativt liten BHT (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Økonomisk årsaker. Etterspørsel er uforutsigbar (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Behovet for fleksibilitet ble også trukket frem, og at det er varierende etterspørsel etter en del tjenester, spesielt tjenester og oppfølging som krever psykologbistand (krise, konflikthåndtering, beredskap). Samtidig er det et spørsmål om behovet for denne typen kompetanse er i ferd med å bli mer permanent, for eksempel for å ivareta det behovet for individuelle støtte- og mestringssamtaler som mange er opptatt av. Svarene viste ellers at behovet for fleksibilitet er nært knyttet til dette med kostnader:

Trenger bare bistand en sjelden gang (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Vi ser at markedet for BHT begynner å bli tøft, og vi må samarbeide med større leverandør, i tillegg til at vi blir et sterkt faglig nettverk gjennom dette samarbeidet. Vi trekker på disse samarbeidspartnere ved behov. I all hovedsak har vi ressurser selv til å dekke den daglige driften (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

For å redusere risiko i forhold til fast ansettelse og varierende behov (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

For å dekke toppen ved store forespørsler (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Fleksibilitet kan også ha andre sider, f.eks. at samarbeidsavtaler gir en type fleksibilitet som også kan gi nye muligheter i markedet. Dersom nye kunder kommer til, vil en avtale med noen utenfor eget hus kunne gi den ekstra bemanningen man trenger.

Dette med geografiske avstander var også nært knyttet til dette med lønnsomhet, drift og økonomi, og mange trakk frem store reiseavstander som begrunnelse for hvorfor de har inngått samarbeidsavtale med en eller flere aktører utenfor egen BHT. Dersom man har kunder som er spredt over store avstander (og kanskje hele landet), oppgis det at det er mer effektivt og praktisk å ha avtaler med lokale aktører enn at man skal reise rundt og besøke alle kundene selv. Her er fem utvalgte påstander som på en god måte illustrerer hva dette handler om:

BHT er liten med mest små og mellomstore bedrifter i et område med store avstander. Har prøvd å finne løsning hvor en har kompetansen en trenger når den trengs, og på en måte som bedriftene har råd til uten å få økonomiske problemer (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Store reiseavstander (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

For å yte enda bedre service overfor våre kunder. Vi har tilsvarende fagpersoner internt, men på grunn av geografi er det av og til hensiktsmessig å bruke eksterne samarbeidspartnere (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

På grunn av stort geografisk nedslagsfelt er det mer hensiktsmessig å benytte lokale leverandører i enheter som er lokalisert med stor avstand fra våre kontorer (Intern BHT, egenordning)

På grunn av lange avstander og liten BHT (Intern BHT, egenordning)

2. Begrunnelser for samarbeid som fokuserer på kompetanse, tjenester og ønsket om å yte helhetlig service til kundene

Flere begrunnet innleie og samarbeid med et ønske om å yte helhetlig service overfor kundene, spesielt på områder som man ikke har kompetanse på selv (ut fra kravene som stilles i forskriften), eller som man ikke ønsker å levere på (behandling). Det at mange samarbeidsavtaler involverer psykologer, leger og fysioterapeuter tyder også på at de primært skal dekke et *behandlingsbehov*. Flere ga uttrykk for at selv om de som BHT ikke ønsker å gi behandling, ønsker BHT likevel å legge til rette for at kundene kan få et slikt tilbud, ved å formidle til noen andre:

For å være en komplett leverandør av helsetjenester for våre kunder (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Bistår med gjennomføring av konsultasjoner på ettermiddagstid for arbeidstakere/arbeidsgivere som opplever ulike psykiske belastninger (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Vi vil tilby tjenester som ligger utenfor vårt kjerneområde for at vi selv skal konsentrere oss om våre kjerneområder. Å ha et bredt faglig profesjonsnettverk styrker oss i konkurranse med andre (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

For å kunne gi kundene et bredere tjenestetilbud. De fleste tjenester er veiledningstjenester til ansatte som står i fare for å bli sykmeldt (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Vi ønsker å gi våre medlemmer et best mulig tilbud (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Andre var ærlig på at samarbeidsavtaler er gunstig med tanke på rask behandling for ansatte i deres virksomheter, og at det er en viktig begrunnelse for hvorfor de har valgt å inngå samarbeid:

Ansatte får raskere behandling hos psykolog og kommer raskere tilbake i jobb, eventuelt unngår fravær fra jobb (Intern BHT, egenordning)

Fordi samarbeidsavtalene har høy brukerverdi for våre kunder. Alle avtalene innebærer en første konsultasjon innen 1-3 dager (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

En annen begrunnelse som gikk igjen hos flere BHTer, var at de er avhengig av å samarbeide med andre aktører for å dekke over egne kapasitetsproblemer når det gjelder å følge opp egne kunder. For noen oppstår behovet fordi de har for mye å gjøre, og at de dermed er avhengig av samarbeid for å kunne følge opp kundene på den måten de har forpliktet seg til:

For å ha nødvendige ressurser til å levere tjenester til enhver tid (Intern BHT, egenordning)

Kapasitetsproblemer (Intern BHT, men som i tillegg leverer tjenester til andre bedrifter)

Av kapasitetsgrunner. Ekstern leverandør utfører bestilte oppdrag det ikke er intern kapasitet til (Intern BHT, egenordning)

Andre BHTer oppga som viktigste begrunnelse at de driver med forebygging og ikke behandling. Samtidig har de ordnet seg med samarbeidsavtaler med eksterne aktører, for å kunne formidle folk til behandling, for på den måten å kunne tilby kundene det de ønsker – enten det er lovpålagte tjenester eller ikke:

Vi er tydelige på at vi jobber forebyggende, men har behandlende samarbeidspartnere som vi har tillit til (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

BHT er ikke behandlere – derfor benytter vi ekstern kompetanse (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Vi ønsker å benytte tiden til det lovverket omfatter (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Tilknytning til psykolog for klinisk behandling, som ikke er arbeidsrelatert, nettopp fordi vi ikke skal behandle personlige utfordringer. Egen psykolog tar seg av arbeidsrelaterte utfordringer (Intern BHT, egenordning)

En annen begrunnelse handlet om at en del BHTer opplever at de har behov for å styrke egne tjenester og egen faglighet, for å kunne tilby bedre tjenester til sine kunder. Dette er nært knyttet til bemanningssituasjonen generelt i BHTen. De det gjaldt var åpne på at de var avhengig av samarbeid, for å

kunne levere tjenester som holder det rette faglige nivået. Følgende to eksempler gir en pekepinn på hva dette handlet om:

Bedre fagkompetanse, bedre økonomi, mindre risiko (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

For å sikre gode leveranser (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

For å oppsummere så finner vi at økonomiske begrunnelser for samarbeid er svært vanlig blant BHTene i utvalget. Dette viser med all tydelighet hvor viktig hensynet til økonomi og drift er for hvordan BHTene velger å organisere sin virksomhet. Geografi nevnes også av mange, og det er nært knyttet til de økonomiske argumentene. Argumentet med geografiske avstander er synonymt med praktiske hensyn, da bruk av lokale samarbeidspartnere oppleves å gi en mer effektiv oppfølging av kundene. Alt i alt finner vi at økonomisk-praktiske argumenter er det som i størst grad begrunner samarbeid – og at de er mer dominerende enn de faglige begrunnelsene. Som en informant i en felleseid medlemsordning så treffende uttrykte det; *"hvis det er lønnsomt, så reiser vi dit"*.

Det er liten tvil om at innleie og samarbeid gir systemet en større fleksibilitet, som lettere lar seg justere ut fra etterspørsel og behov. Det er også forståelig at en del BHTer ikke ønsker å binde seg opp med fast kompetanse, som svinger mer i etterspørsel. Spesielt små BHTer vil nok føle at kompetansekravene ikke alltid slår helt riktig ut, når de for eksempel oppgir at de svært sjelden har behov for yrkeshygienisk kompetanse. Videre vil det for mange BHTer, spesielt på små steder, være vanskelig å rekruttere den kompetansen som trengs for å innfri kompetansekravene. Innleie blir derfor redningen.

Ønsket om å være en komplett tjenesteleverandør veier tungt for mange. Mange BHTer ønsker å tilby det virksomhetene ønsker, selv om de selv ikke besitter den nødvendige kompetansen. For å unngå å miste kunder – og for å tiltrekke seg nye – må BHTene dessuten være på tilbudssiden og tilby virksomhetene det de ønsker. I tillegg så vi at noen begrunnet samarbeidet med at de trenger å gjøre det for å levere faglig gode tjenester.

Også de interne BHTene benytter seg av samarbeid og innleie. Mangelfull kapasitet internt til å ivareta alle oppgaver, samt få muligheter for å ansette, er vanlige årsaker som oppgis av egenordningene. En sa det slik: "økonomiske restriksjoner og kommunens ønske om minst mulig binding til faste arbeidsavtaler". En annen interessant begrunnelse, gitt av en annen egenordning, var at det å benytte eksterne ressurser noen ganger er nødvendig for å sikre den nødvendige avstanden og uavhengigheten i enkelte spørsmål: "Dette for å få tilstrekkelig avstand fra oppdragsgiver til utfører. Arbeidsoppgavene gjennomføres sammen med interne ressurser". Det er i det hele tatt interessant å se at begrunnelsene som de interne BHTene oppgir for å samarbeide med eksterne, er veldig sammenfallende med det som de kommersielle BHTene oppgir (liten intern kapasitet, varierende etterspørsel etter enkelte tjenester og liten økonomisk handlefrihet).

Som vi har sett handler veldig mye av argumentasjonen om at innleie og samarbeid er praktisk og strategisk for BHTene. Videre kommer faglige argument som at det gjøres for å styrke egne kompetansehull og for å øke bredden i det de tilbyr kundene. Gjennomgangen av resultatene fra spørreundersøkelsen viser tydelig at innleie og samarbeid bidrar til å dekke både lovpålagte og ikke lovpålagte tjenester (alt fra diverse målinger og oppfølging av helseundersøkelser til medisinsk behandling og individuelle samtaler med psykolog). Samtidig må man spørre hvor forenlig en slik måte å gjøre ting på er ut fra målet om tverrfaglig jobbing og helhetlige bedriftshelsetjenester. Hvor bra kan tjenestene bli når antall hoder (og profesjoner) som leies inn i enkelte tilfeller er større enn det faste teamet i BHTen – og de tjenestene man leier inn for å dekke i tillegg er lovpålagt? Vi diskuterer dette nærmere i sluttkapitlet.

Fra figur 4.8 ser vi at det jobber relativt mange fysioterapeuter og manuellterapeuter i BHT. Likevel oppgir én av fem av de BHTene som har samarbeidsavtale med noen utenfor eget hus, at de har avtale med en eller flere fysioterapeuter. Noen bekrefter at dette handler om behandling og behandlingskapasitet, at de trenger det for å dekke opp det som har med behandling å gjøre. Enten for å ta av toppene, eller fordi de har tatt et valg om å ikke drive med behandling selv. Litt den samme mekanismen gjelder trolig for avtale med lege; trengs gjerne for "oppfølging av mer akutt henvendelser og bistand på helsesiden". En annen utdyper at de "kjøper tjenester fra lege til lovpålagte helsekontroller."

Intervjuet med virksomheten som var i en anbudsfasen der de skulle velge BHT, viste imidlertid at det kan stilles et stort spørsmål ved hvor reelt samarbeidet kan være, når enkelte aktører selger seg inn med prosentandeler hos flere aktører. Et problem informantene mente gjelder spesielt for yrkeshygienikere og leger, som det er en generell mangel på innen BHT og som de har sett er gjengangere i flere tilbud:

Jeg ser jo, når jeg ser mange tilbud ved siden av hverandre, at det er Tordenskiolds soldater på enkeltfag. Man skulle tro det var ett menneske i hele Norge som var yrkeshygieniker, og det gir meg ikke veldig trygghet. Vi har jo bedt om at de skal ha en forpliktende avtale om at de reelt disponerer ressursene, ikke bare på papiret (statlig virksomhet)

Informanten mente videre at det som muliggjør at en del aktører kan holde på slik, er at det er lite brukt i praksis. I tillegg forhåndsbetaler mange virksomheter for tjenestene fra BHT, og dersom de ender opp med å bruke BHT mindre enn planlagt, så vil det også være gunstig for samarbeidende aktører, fordi de da frigjør tid og beredskap til enda flere virksomheter.

De er lite brukt vet du, det er det som er. Fantastisk forretningside, i en bedriftshelsetjeneste hvor du forhåndsbetaler et abonnement som her. Jeg lurer på om noen har regnet på det, hvor mange som bruker over 40 prosent av det de betaler for. Det er faktisk en glimrende forretningside (statlig virksomhet)

4.2.2 Hva mener Arbeidstilsynet og godkjenningssenheten om innleie og samarbeid?

Hvilke tanker har så Arbeidstilsynet rundt dette med innleie og samarbeidsavtaler, som våre resultater viser har blitt svært vanlig blant BHTene? Tilbakemeldingene var todelt; på den ene side ble det uttrykt bekymring for at innleie ikke er forenlig med kravene til tverrfaglig samarbeid i BHT:

Det med at du kan leie inn, det synes jeg er uheldig. Altså, det basale i BHT er tverrfaglig samarbeid. Og jeg tenker at det å jobbe i en god BHT gjør at du lærer nytt fra andre fagområder hele tiden. Og har du en som bare blir leid inn ved behov til oppdrag, så får man jo ikke den gjensidige læringseffekten. Og det synes jeg er negativt (Arbeidstilsynet)

Det ble vektlagt at selve kjernen i BHTs arbeid er tverrfaglig samarbeid, og at dette vil være vanskelig å realisere når ulike faglige ressurser leies inn og ikke er en del av det faste teamet. Tilbakemeldingen var at man ideelt sett bør jobbe tett sammen for å oppnå gjensidig læring. Samtidig er det en forståelse for hvorfor det er slik, av økonomiske grunner. Samtidig åpnet ansatte i Arbeidstilsynet opp for at innleie overhode ikke trenger være synonymt med dårlig kvalitet i tjenestene:

Det kan fungere helt greit, hvis de bare får den hjelpen de skal ha gjennom disse avtalene. For så vidt helt greit om yrkeshygienikeren sitter i Tromsø og jobben skal være i Hammerfest. Det går jo helt fint (Arbeidstilsynet)

Bruk av innleie og samarbeid ble også tatt opp i intervjuene med godkjenningssenheten. Basert på oppfølgingsmøtene de gjennomfører med godkjente BHTer, opplever de at samarbeidet med innleide aktører er reelt og at det er et behov for å gjøre det på denne måten. Spørsmålet vi stilte var imidlertid om det er forenlig med målet om helhetlige og tverrfaglige tjenester i BHT. De ansatte i godkjenningssenheten ga uttrykk for at de ser en del utfordringer på dette området, og at de nå har forsøkt å stramme inn noe på kravene til hvordan samarbeidet skal foregå i praksis:

Vi har jo sett at det er vanskelig noen ganger, å få de som er på innleie til å fungere som et likeverdig medlem av det flerfaglige teamet. Så på dette har vi skrudd litt til i forhold til hvordan man utformer de avtalene, og at de skal delta i tverrfaglige møter. Kontrakt der er utfordrende (godkjenningssenheten)

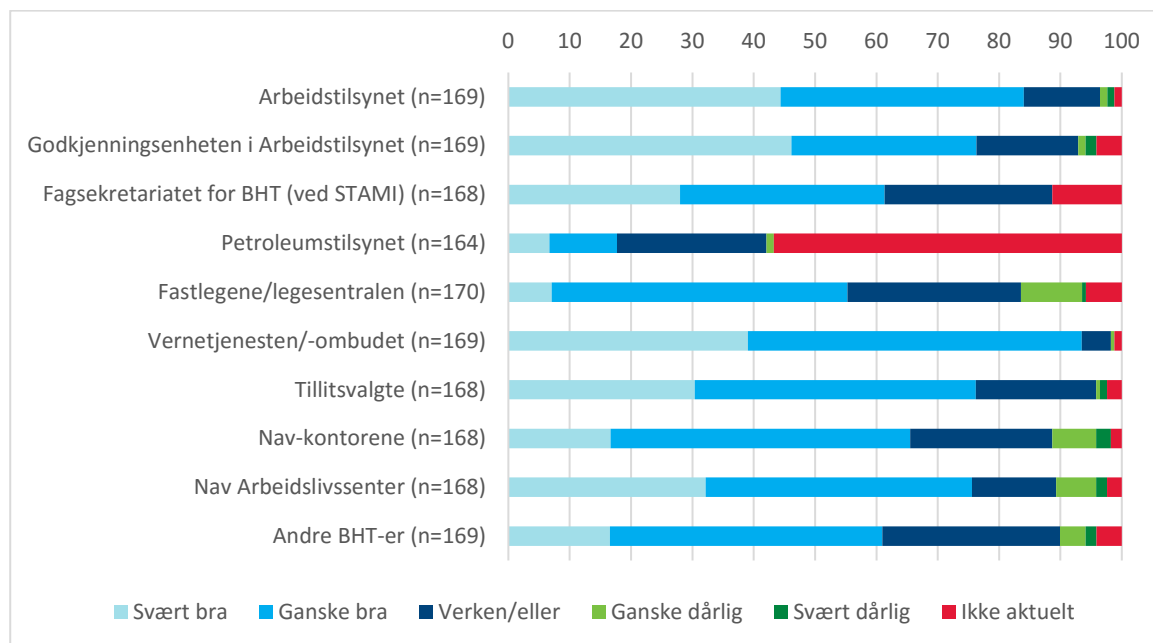
Det skal bære preg av ansettelse, man skal stå minimum 30 prosent, og de skal inngå i det tverrfaglige miljøet. Likevel gjør de nok kanskje ikke det, og det er derfor vi nå ser et behov for å gå litt dypere inn i det fagområdet som de har innleie på, nå i runde to. Blir de brukt? Vi har etterspurt dokumentasjon på utført arbeid, spesielt på de områdene (godkjenningssenheten)

Samtidig er det en erfaring i godkjenningssenheten at innleie kan gi bedre kvalitet enn alternativet, fordi en del BHTer på egen hånd ikke har de faglige ressursene de trenger for å levere gode tjenester. Fremfor at en verneingeniør med breddekunnskap lærer opp innen yrkeshygiene, så mener enheten at det kan være en god løsning å heller leie inn en relevant og spisset kompetanse.

4.2.3 BHTenes dialog og samarbeid med andre aktører

Karlsen (2010) beskriver bedriftshelsetjenesten som en av flere aktører som har en rolle i virksomhetenes HMS-arbeid (sammen med arbeidsgiver, arbeidstaker, verneombud, arbeidsmiljøutvalg, Arbeidstilsynet, tillitsvalgt og linjeleder). Det som er spesielt for bedriftshelsetjenestens rolle er at den skal bidra til å sikre hele HMS-strukturen i virksomheten. Bedriftshelsetjenestens viktigste oppgave i virksomhetene er å bidra til at arbeidsforholdene i virksomheten er forsvarlig med tanke på arbeidstakernes helse. Spesielt handler dette om å tilrettelegge forholdene i virksomheten på en slik måte at arbeidsskade- og sykdom kan unngås. Ifølge Karlsen (2010) er det viktig å huske på at bedriftshelsetjenesten skal fungere som medisinske eksperter og at de derfor ikke kan fungere som eksperter på alt. Selv om det kreves av BHT-ene at de har kunnskap om organisatoriske forhold for å kunne bli godkjent som BHT, så vil arbeidsgiver og verneombud, i kraft av sin nærhet til virksomheten, også fungere som eksperter på de organisatoriske forholdene på arbeidsplassen. Dette understreker viktigheten av at arbeidsgivere og verneombud utvikler et godt samarbeid med BHT, nettopp for å sikre at arbeidsmedisinske forhold blir sett i sammenheng med organisatoriske forhold i virksomheten.

I det følgende ser vi nærmere på hvordan BHTene vurderer samarbeidet med ulike aktører.



Figur 4.5 Hvordan vil du karakterisere dialogen/samarbeidet dere har med følgende aktører? Prosent

Av figuren ser vi at 32 prosent av BHTene karakteriserer sitt samarbeid med Nav Arbeidslivssenter som svært bra, mens 43,5 prosent svarer ganske bra. Samarbeidet med andre BHTer vurderes på en mindre positiv måte enn samarbeidet med Arbeidslivssenteret. 16,5 prosent vurderer samarbeidet med andre BHTer som svært bra, mens 44,4 prosent vurderer det som ganske bra. Resultatet underbygger inntrykket av at konkurranse er et mer fremtredende kjennetegn ved dagens BHT-marked enn samarbeid og faglig dialog.

På det åpne oppfølgingsspørsmålet var det flere som benyttet muligheten til å ta opp samarbeidet med Nav Arbeidslivssenter og med andre BHTer. Felles for mange var at de beskrev forholdet til Nav Arbeidslivssenter som *uavklart*, i og med at BHT og Nav Arbeidslivssenter til dels leverer de samme tjenestene, en problemstilling vi kjenner godt igjen fra evalueringen av IA-avtalen for tre år siden (Ose et al. 2013a). Typiske tilbakemeldinger var dette:

Nav Arbeidslivssenter betjener av og til våre kunder med oppgaver vi som BHT skulle ha bistått med. Hos oss koster det penger, men Nav leverer gratis, dette undergraver BHT. Ikke alltid Nav har god nok kompetanse heller (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Nav Arbeidslivssenter oppleves som en konkurrent som tilbyr gratistjenester av samme type tjenester som BHT tilbyr/skal tilby i henhold til forskriftene (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Har en grei dialog med Arbeidslivssenteret, men grensene mellom hva BHT skal bistå med og hva Arbeidslivssentrene skal bistå med er ikke tydelige nok. Arbeidslivssentrene tilbyr stadig nye kurs og tjenester som er typiske BHT-tjenester (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

IA-ordning som fungerer som "BHT-light" og skulle hatt et klart begrenset mandat de jobbet etter. Eller hatt krav på seg til å trekke inn BHT. I dag er det medisinske saker som tilfaller BHT, arbeidsmiljø ønsker mange kunder å bestille der det koster minst (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Arbeidslivssentrene hadde vi forventet skulle ha et tett samarbeid med BHT. Fra starten av opptrer de tilnærmet som egen profesjon, og ønsker ikke samarbeid i det daglige (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT). Figur 4.5 viste samtidig at det er mange BHTer som gir uttrykk for at de har et positivt samarbeid med Nav Arbeidslivssenter. Alle BHTer ser ikke på Arbeidslivssenteret som en konkurrent, men snarere som en aktør som kan supplere deres egne tjenester. Samtidig er det sannsynlig at type BHT-ordning (og hvilke avtaler man har med kundene) bidrar til å farge dette synet:

Som medlemsordning med pris per år per hode er det lettere å samarbeide med Arbeidslivssenteret. Vi er ikke konkurrenter, men ønsker det samme resultatet! (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Tror det er enklere for oss som er intern BHT å jobbe tett sammen med f.eks. Arbeidslivssentrene. Vi er glad for at vi kan benytte oss av deres kompetanse, vi utfyller hverandre, vi går på gratis kurs i IA-systemet etc. Vi ser ikke på de som en konkurrent, som vi ser at mange BHTer gjør (Intern BHT, men som i tillegg leverer tjenester til andre bedrifter)

Også i intervjuene var det flere som viste til at de hadde et avklart og godt samarbeid med Nav Arbeidslivssenter:

Når Arbeidslivssenteret har noe bra å tilby, det sitter kanskje en kommune som har en fullstendig skrapet kasse – hvorfor all verden skal ikke de da benytte seg av Arbeidslivssenteret og den kompetansen de har? På akkurat den biten der, så sitter vi sammen og avgjør "ja men, da blir det sånn da. Det er jo helt glimrende". Og det tror jeg også gir tillit, det at vi ikke sitter og bare skal selge oss inn (Fellesordning F, kommersiell, del av helsehus/klinikk)

Veldig avklart og greit forhold. Vi har også felles møter med de et par ganger i året. Vi har løpende kontakt i forhold til det vi holder på med i forbindelse med sykefraværsoppfølging, og det tar vi på dialogmøter og sånne ting. Er det noe vi lurte på kan vi ta kontakt med dem, og de er tilgjengelig stort sett til enhver tid. Vi har et fantastisk forhold til dem (Fellesordning E, medlemseid)

Figur 4.5 viser at samarbeidet med andre BHTer vurderes som mindre positivt enn samarbeidet med de fleste andre aktører. Her må vi være klar over at dette nok er en av de aktørene det samarbeides mest med (andre BHTer). Det kan også hende at forventningene til dette samarbeidet er større enn for mange av de andre aktørene. Svarene kan derfor være påvirket av det. Uansett ser de ut til å bekrefte det som kommer frem andre steder i rapporten, om at økt konkurranse om kunder har bidratt til at BHTene holder mer for seg selv (med unntak av de som har funnet sammen gjennom samarbeid). Mange var opptatt av dette i det åpne spørsmålet om samarbeid, og flere påpekte at samarbeidet med andre BHTer har blitt dårligere de siste årene:

Det er i liten grad samarbeid med andre BHT. Det blir vel konkurrenter. Det var nok annerledes for noen år tilbake. Vi samarbeider med andre BHT likevel, gjennom å være underleverandører for hverandre slik at man kan konkurrere med de landsdekkende kjedene, som Stamina (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

BHT-samarbeidet var svært bra før konkurransen tok av for alvor. Nå kan eller vil nesten ingen dele noe som helst lenger (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Konkurransehensyn gjør dessverre samarbeidet med andre BHTer mindre enn tidligere (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Tidligere hadde vi et godt samarbeid med andre BHT-er i vårt område. Dette er dessverre historie, noe som er svært beklagelig. Vi mener noe av forklaringen på dette er stor konkurranse i markedet (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Alt i alt viser våre resultater at det fortsatt er uavklarte grenseflater mellom BHT og Arbeidslivssenteret. Dersom noe skal skje her må myndighetene inn og definere enda tydeligere mandat for de to, og avgrense på en mer detaljert måte hva de skal og ikke skal drive med. Spesielt når det, som vi også hører eksempler om, er slik at Arbeidslivssenteret brukes til å følge opp arbeidsmiljøtematikk (fordi det er kostbart og de gjør det gratis), mens BHT blir sittende igjen med medisinske saker på individnivå.

Kommunen vi intervjuet fortalte at BHT og Arbeidslivssenteret overlapper hverandre på en del områder, men at deres erfaring likevel var at de har avklart rollene seg imellom på en god måte, og at de samhandler bra. De viste for eksempel til at begge deltar i AMU og på felles HMS-dager. Kommunen skrøt generelt mye av Arbeidslivssenteret, de fortalte at de benytte seg av tjenester fra dem – og at deres opplevelse er at det generelt har god kompetanse på viktige spørsmål, mens BHTen kan tilby kurs og innlegg som er enda mer tilpasset deres situasjon. De utelukket heller ikke at de kom til å benytte seg av Arbeidslivssenteret i enda større grad i fremtiden:

Da er vi inne på Nav Arbeidslivssenter sin støttefunksjon. Det har i utgangspunktet ikke noe med bedriftshelsetjenesten å gjøre, men hva Nav Arbeidslivssenter kan bistå oss med i arbeidet med sykefraværsoppfølging og forebygging. De sitter jo med et gedigent virkemiddelapparat, både på veiledning og kursing. De sitter på så mye at vi ikke rekker å bruke det. Vår oppfatning er at de begge kan levere, uten at de kommer borti noe konkurranseforhold i hverandre (kommune)

Enhetslederen i kommunen mente det var naturlig å se BHT og Nav Arbeidslivssenter i sammenheng, som to aktører som jobber for samme sak:

Man kan få så mye faglig støtte, og man kan få økonomisk støtte. Så det er utrolig viktig opp imot det å bruke BHT. Det er veldig fint å ha dem med seg inn i arbeidsmiljøet. Jeg ser nesten på de sammen, på et vis, jeg gjør det (kommune)

Forskjellen mente de gikk ut på at BHT har en mer spisset kompetanse enn Arbeidslivssenteret, på områder som er relevante for kommunen:

Jeg tror ikke at de (Arbeidslivssenteret) har så bred kompetanse som BHT. Det tror jeg ikke. For hvis man skal ha spesifikk kompetanse, så tror jeg ikke at de klarer å stille så godt med det. Men på den mest vanlige kompetansen som vi har bruk for, så klarer de det (kommune)

Personalsjef hadde samme oppfatning av at BHT kan gi bedre bistand på de mer spesifikke temaene:

Så med det spesifikke, så tror jeg at BHT leverer bedre enn Arbeidslivssenteret som har mer sånn ferdig kurspakker og litt lengre varighet. Til oss er det jo tilpasset bedriftene. Så det er en vesentlig faktor som vi må ta hensyn til. BHT har vel kanskje en litt bredere fagkompetanse enn Arbeidslivssenteret (kommune)

IA-virksomheter kan benytte seg av tjenester fra BHT som refunderes (via Nav), i tillegg til gratistilbud gjennom Arbeidslivssenteret. BHT-honorar blir gitt til IA-virksomheter som har utgifter til bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste i forbindelse med tidlig avklaring eller tilrettelegging for arbeidstakere som står i fare for å bli eller allerede er sykmeldte, eller i forbindelse med kartlegging av risikofaktorer og utredning av behov for forebygging og tilrettelegging på arbeidsplassen, slik at ansatte kan beholde eller komme tilbake til

arbeid. I kommunen vi intervjuet var det liten tvil om at de oppfattet dette som en grei løsning. De opplever å få gratis tjenester gjennom Nav Arbeidslivssenter, og tjenester som de kjøper av BHT, refunderes via Nav:

Sånn sett så er det en grei deal i dag. BHT leverer tilpasset vårt behov. Og vi finansierer tiltaket ved Nav Arbeidslivssenter. Det er jo en grei løsning for oss det (kommune)

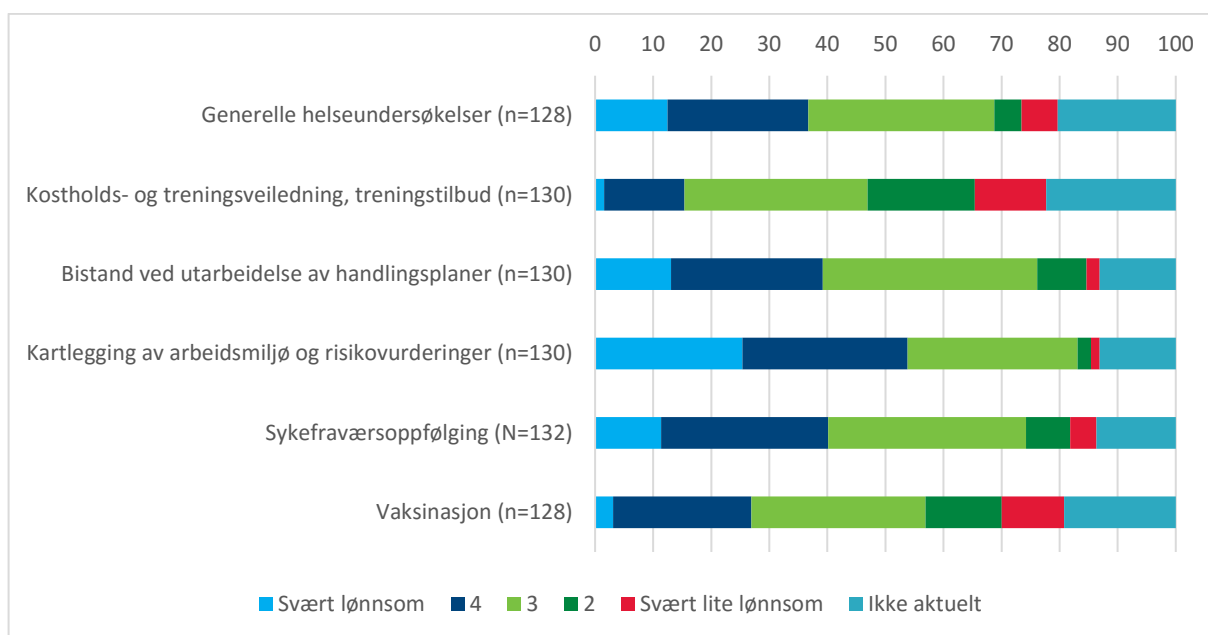
Ulempen med BHT-honoraret er at det ikke omfatter virksomheter som ikke har IA-avtale. Mange av disse er små virksomheter, som kunne hatt god nytte av bistand fra BHT. Intervjuene med BHTene bekrefter at det ofte er de små virksomhetene som trenger støtte når det gjelder forebygging og tilrettelegging.

4.3 BHT-markedet og konkurranseforhold

Det er det første spørsmålet man får hvis man anbefaler en vernesko eller en stol. "Hva koster det"? (Fellesordning E, medlemseid)

Et viktig spørsmål er hvordan bedriftshelsetjenesten vurderer sine rammevilkår for å levere kvalitativt gode tjenester på de lovpålagte områdene. Lie og Bjørnstad (2015) fant at det vanligste problemet bedriftshelsetjenestene rapporterer om er prisdumping, som følge av gjeldende anbudspraksis. Lie og Bjørnstads (2015) undersøkelse viste ellers at økonomien i bedriftshelsetjenesten stort sett er god; knapt halvparten av bedriftshelsetjenesten som svarte vurderte at økonomien var god eller veldig god, og rundt 45 prosent vurderte den til verken god eller dårlig. Vi har forsøkt å finne ut mer om hva som er status for BHTene i dag, når det gjelder økonomi, markedsposisjon og konkurranse med andre aktører.

Aller først ser vi nærmere på hvordan BHTene vurderer lønnsomheten i seks ulike tjenester, som vi valgte ut. Bakgrunnen for dette spørsmålet var et ønske om å få kunnskap om hvordan BHTene vurderer lønnsomheten i det de driver med. Seks ulike tjenester ble valgt ut, som dekket både lovpålagte tjenester og tilleggstjenester. Interne BHTer ble naturlig nok holdt utenfor dette spørsmålet.



Figur 4.6 Vurder følgende tjenester etter hvor lønnsomme de er for din BHT. Prosent

Kartlegging av arbeidsmiljø samt risikovurderinger vurderes som mest lønnsomt. Forståelsen av lønnsomhet er trolig ikke knyttet bare til inntekter i kroner og øre for å yte konkrete tjenester, men synliggjør nok også at dersom BHT blir brukt på dette viktige området så genereres det også mer aktivitet på andre områder (*direkte* og *indirekte* lønnsomhet). Lønnsomheten av arbeidsmiljø- og risikokartlegginger vil derfor i stor grad være knyttet til at det utløser andre behov og tjenester i virksomheten.

Kostholds- og treningsveiledning og treningstilbud er den tjenesten som vurderes som minst lønnsom. Over 20 prosent svarer samtidig "ikke aktuelt" på denne tjenesten, noe som mest sannsynlig gjenspeiler at det er noe de ikke driver med. Det at 13 prosent svarer "ikke aktuelt" på spørsmål om lønnsomheten av lovpålagte tjenester, som kartlegging av arbeidsmiljø og risikovurderinger samt bistand ved utarbeidelse av handlingsplaner, er også interessant å merke seg. Et nærmere blikk på dataene viser at dette gjelder for ni eksterne (medlemseide) BHTer og åtte interne BHTer (hvorav syv av de åtte var av typen som leverer tjenester til andre bedrifter). Det er mulig disse har svart "ikke aktuelt" fordi de ikke opplever spørsmål om lønnsomhet som relevant for det de driver med.

Et annet interessant spørsmål, som kom opp gjennom intervjuene, var at en del BHTer har profesjonalisert sitt arbeid med salg og tilbudsskriving, ved å ha egne dedikerte ansatte som kun jobber med dette. Vi ønsket å se på omfanget av dette, og stilte derfor følgende spørsmål i kartleggingen: Har dere egne ansatte som kun har ansvar for å utarbeide tilbud i forbindelse med anbudskonkurranser om kjøp av bedriftshelsetjenester? Svarfordelingen er vist i tabell 4.9.

Tabell 4.9 Har din BHT egne ansatte som kun jobber med å skrive tilbud? Antall og prosent

	Antall	Prosent
Ja	31	23,7
Nei	100	76,3
Total	131	100,0

Nesten én av fire BHTer (N=131, egenordninger ikke med) bekrefter at de har egne ansatte som kun har ansvar for å utarbeide tilbud i forbindelse med anbudskonkurranser om kjøp av bedriftshelsetjenester. På den ene side kan dette trolig ses som et utslag av at det er tøff konkurranse i dagens BHT-marked, og at det å rendyrke og profesjonalisere disse funksjonene ses på som nødvendig av flere. Offentlige anbud og konkurransen om disse oppdragene oppleves også å ha også styrket kompetansebehovet når det gjelder tilbud og innsalg.

Tabell 4.10 Har ansatte i din BHT deltatt i kurs i markedsføring og salg av bedriftshelsetjenester? Antall og prosent

	Antall	Prosent
Ja	40	30,5
Nei	89	68,0
Vet ikke	2	1,5
Total	131	100,0

Tabell 4.10 bekrefter at det er ganske vanlig blant dagens BHTer å fokusere på salgs- og markedsarbeid. Det virker i økende grad å være en naturlig side av det å jobbe i BHT. Dette bekreftes også gjennom intervjuene. Én BHT kunne fortelle at de jobber med å omstille seg – fra å være bare fagpersoner til også å bli selgere. Før tenkte de at de hadde et så godt produkt at de ikke trengte å gjøre noen innsats for å få kunder. I tillegg var kundene veldig stabile. Nå opplever de at kunder stadig vekk kapres av andre, og at de må jobbe mer strategisk med salgs- og markedsbiten. Dette var en BHT som beskrev seg som en BHT med høy faglig integritet og som er opptatt av å levere de riktige tjenestene – samtidig så de seg i økende grad nødt til å tilby visse tilleggstjenester for å nå opp i konkurransen. Pris kommer stadig mer i fokus, og BHT opplever i stadig

mindre grad å ha et produkt som selger seg selv. Mange opplever at de ikke har noe annet valg enn å tilby tilleggstenester, dersom de skal overleve i fremtiden.

Når det gjaldt kunder og marked, og spørsmålet om man har et antall kunder som på en god måte matcher bemanningen i BHTen, så oppga flere av de BHTene vi intervjuet at de hadde ledig kapasitet.

Vi vil jo gjerne ha andre og større kunder. Vi trenger jo å vokse litt (Fellesordning A, medlemseid)

Vi har mer enn nok å gjøre, men vi sier jo ikke nei takk til noen. Da ansetter vi heller flere. Så vi sier jo ja til de som ønsker å bli medlemmer, så vurderer vi fortløpende behovet for bemanning (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

Så merket vi gradvis, etter endringen som kom i 2010, med utvidelsen av bransjeforskriften, at konkurransen på en måte hardnet til i BHT-verden. Det kom andre, kanskje større og mer kommersielle BHT-er, og var aktivt ute etter kundene våre, og vi merket at det var trykk i forhold til anbud og priser (Fellesordning C, medlemseid)

Mange peker på at det har blitt et sterkere fokus på pris, og at det har blitt et stadig viktigere kriterium ved offentlige anbud. De fleste erkjenner samtidig at dette er noe som har kommet for å bli, og at det er noe man bare må forsøke å tilpasse seg best mulig til:

Samtidig tenker jeg at det har skjedd en endring i verden som vi ikke kan skru tilbake, så vi må henge med og endre oss selv, vi kan ikke lene oss tilbake og ønske oss fem eller ti år tilbake i tid. Da tenker jeg på konkurransesituasjonen, men ikke minst hva kundene våre krever. Og de er i en situasjon hvor de krever og bestiller mer, hvor vi for ti år siden kanskje styrte mer hva kunden skulle ha (Fellesordning C, medlemseid)

Ifølge samme informant har virksomhetenes krav og forventninger til tilgjengelighet og beredskap hos BHT vært økende gjennom flere år:

Det ser vi i anbud, er at de krever 24/7, og det har vi jo ikke mulighet til å levere, og da blir det eksterne avtaler som bedriftene må betale skjorta for. De har jo ikke behov for det, men det vil de gjerne ha for sine ansatte. Men vi har jo også fått telefoner klokka fem en fredagsettermiddag, om vi kan være helgebakvakt for noen som plutselig har mistet jobben. Så det er alt fra det, til ulykker som skjer i bedriften, til personlige kriser og skilsmisser. Mange gode grunner til å ringe BHT (Fellesordning C, medlemseid)

De erkjente samtidig at de bare må akseptere økt konkurranse, og at de som en medlemseid BHT nok har vært ganske beskyttet fra dette tidligere:

Vi må som BHT må finne oss i å bli konkurranseutsatt. Vi har nok vært nokså beskyttet, men jeg syns at når godkjenningsordningen kom, da var det en million flere ansatte som ble omfattet av bransjeforskriften. Så vi har vært forberedt på at det kom til å bli litt "Texas" i noen år, men vi opplever at det er noen som dumper prisene skikkelig. Og jeg tenker – hvordan kan de forsvare disse prisene rent faglig? (Fellesordning C, medlemseid)

Flere hadde den erfaringen at de som en lokalt forankret BHT, har vært litt skjermet fra konkurransen fra aktører som har hele eller store deler av landet som nedslagsfelt. Dette gjelder først og fremst i forhold til de små og mellomstore kundene, som det ikke er så stor konkurranse om. De store kjedene er, ifølge flere mest opptatt av å sikre seg de store virksomhetene, fordi det er der de store pengene ligger:

Mange av de bedriftene vi har er lite interessante for de store, for det er snakk om bedrifter med 5-6-10 ansatte. Det er jo ikke noe man tjener veldig mye på, når de skal ha et sånt kontingentsystem som de har. Uansett hvordan man snur og vender på det, så vil vi likevel sitte igjen med de små og mellomstore bedriftene uti her, uansett om det kommer inn store aktører (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

Noen av bedriftshelsetjenestene i området vil helst ikke ha de som har under ti ansatte. Altså, de setter en inngangspris som er basert på minimum ti ansatte. Så det er klart at en del av de små kommer nok til oss, fordi de vet at vi tar imot alle (Fellesordning A, medlemseid)

På den ene side er det positivt at en det er lite konkurranse om de små virksomhetene, fordi det bidrar til at det opprettholdes et lokalt forankret BHT-tilbud rundt omkring i landet. Utfordringen er likevel at også for de små BHTene, er store kunder viktige. Det er de som bærer store deler av driften. Dersom trenden med at større virksomheter rundt omkring i stadig større grad velger større landsdekkende BHTer (kjeder), så kan

konsekvensen være at man får et A- og et B-lag blant BHTene – der skillet går mellom dem som har store og attraktive kunder, kontra de lokalt forankrede som må nøye seg med små lokale virksomheter (som ingen konkurrerer med dem om). For en liten BHT vil det fort bli dramatisk om de mister den ene store virksomheten de har som kunde:

Når jeg startet i BHT i 2007, da hadde vi mer eller en mindre inntaksstopp, vi trengte ikke å ta imot flere kunder. Og det har jo endret seg dramatisk. Vi har ikke råd til å la kunder gå forbi. Ønsker de å melde seg inn er de hjertelig velkommen. Og vi får jo veldig mange småbedrifter, som vi opplever ikke alle vil ha BHT. Men hvis du mister en kunde med 500 ansatte på tre måneders varsel, så er det dramatisk, det skal litt til for å hente igjen (Fellesordning C, medlemseid)

Resultatene fra både intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen i BHT bekrefter at det er tøff konkurranse i dagens marked, og at den har blitt tøffere de senere årene. Mange BHTer lever på grensen av det som er økonomisk lønnsom drift, og det å miste en større kunde kan for små BHTer gi store konsekvenser for grunnlaget for å drive videre. Pris har fått økt betydning, samtidig som flere peker på økte forventninger blant arbeidsgiverne til BHTs tilgjengelighet og "akuttberedskap".

Et tema med direkte relevans for dette, er hvordan man vurderer egen BHT og hvorvidt den vil bestå i årene som kommer. Og dersom den består – vil den bestå i stort sett den samme formen, eller vil den bli sluset inn i noe annet? Tabell 4.11 viser vurderingene fra daglig leder på dette spørsmålet.

Tabell 4.11 Tror du at din BHT kommer til å bestå i sin nåværende form i løpet av de neste fem årene?

Svarkategori	Prosent
Ja, som i dag	22,4
Ja, men med flere ansatte	41,8
Ja, men med færre ansatte	7,1
Nei, kommer til å bli kjøpt opp	1,8
Nei, kommer til å bli slått sammen med andre	10,0
Nei, kommer til å avvikles	1,2
Nei, kommer til å gå fra intern til ekstern	1,8
Vet ikke	8,8
Annet	5,3
N	170

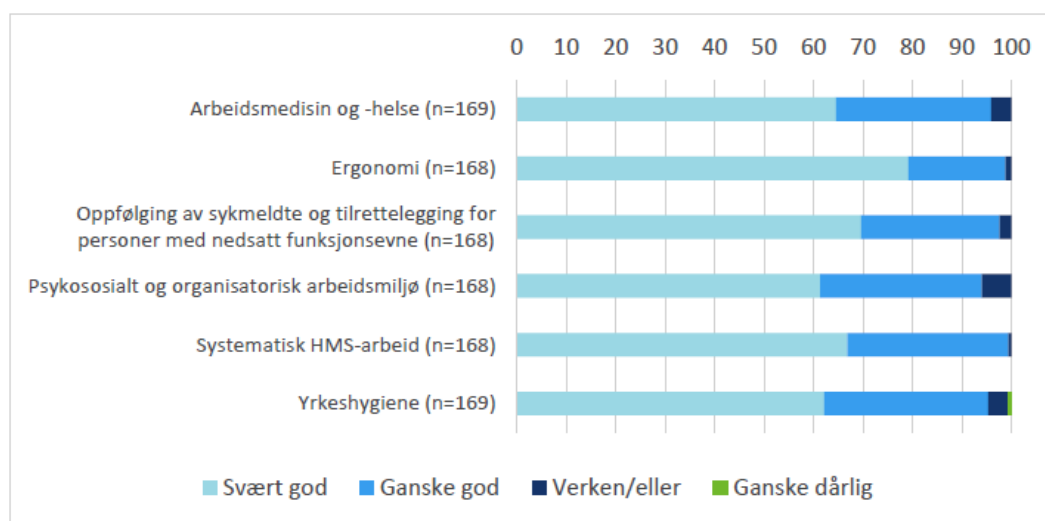
Tallene viser vel alt i alt en ganske stor optimisme blant BHTene på egne vegne. Over 60 prosent mener at de enten kommer til å bestå som i dag eller som i dag, men med flere ansatte. Når det gjelder de som svarte "annet", så var det flest interne BHTer, og flere av disse igjen spekulerte i om deres interne BHT kom til å bli endret eller avviklet i forbindelse med kommunereform og kommunesammenslåing.

Når det gjelder konkurransen mellom BHTene, så er det viktig å understreke at en konkurranse i markedet også har mange positive konsekvenser. Det påpekes blant annet av Arbeidstilsynet at økt konkurranse medfører at BHTene må jobbe enda mer for å få virksomhetene til å skjønne hva de skal brukes til. I tillegg må de levere relevante tjenester. Konkurranse fører til at de må spisse budskapet og produktet enda mer – og bli enda tydeligere på hva som er merverdien for virksomhetene av å bruke BHT. Samtidig er det et faktum at BHT står i en *kunderelasjon* til virksomhetene. De kan derfor ikke kreve noe. Dersom de presser kunden for mye, vil konsekvensen kunne bli at de mister kontrakten.

4.4 Kompetanse og faglig spissing i BHT

Jeg har jo erfart med kolleger at helt frem til i dag, så er det mange som ikke kjenner til internkontrollsystem. Vi har på en måte jobbet veldig med helsedelen, men ikke forstått systematikken (Fellesordning D, medlemseid)

Kompetanse og kompetanseutvikling har over flere år vært et sentralt tema når det gjelder BHT. Innføringen av godkjenningsordningen i 2010 skulle bidra til å kvalitetssikre kompetansen i BHTene gjennom å stille konkrete krav til stillingsandeler på ulike fagområder for å bli godkjent som BHT. Vi ønsket derfor å kartlegge hvordan rammebetingelsene er blant dagens BHTer, med tanke på å utvikle og opprettholde en forsvarlig kompetanse innenfor de lovpålagte tjenestene. Hva gjør de for å oppdatere og videreutvikle den kompetansen de har, og er det noen fagområder de ønsker å spisse fremover? Svarene på disse spørsmålene gjengis i det følgende. Figur 4.7 viser leders vurderinger av hvordan BHTens kompetanse er på seks sentrale fagområder for BHT.

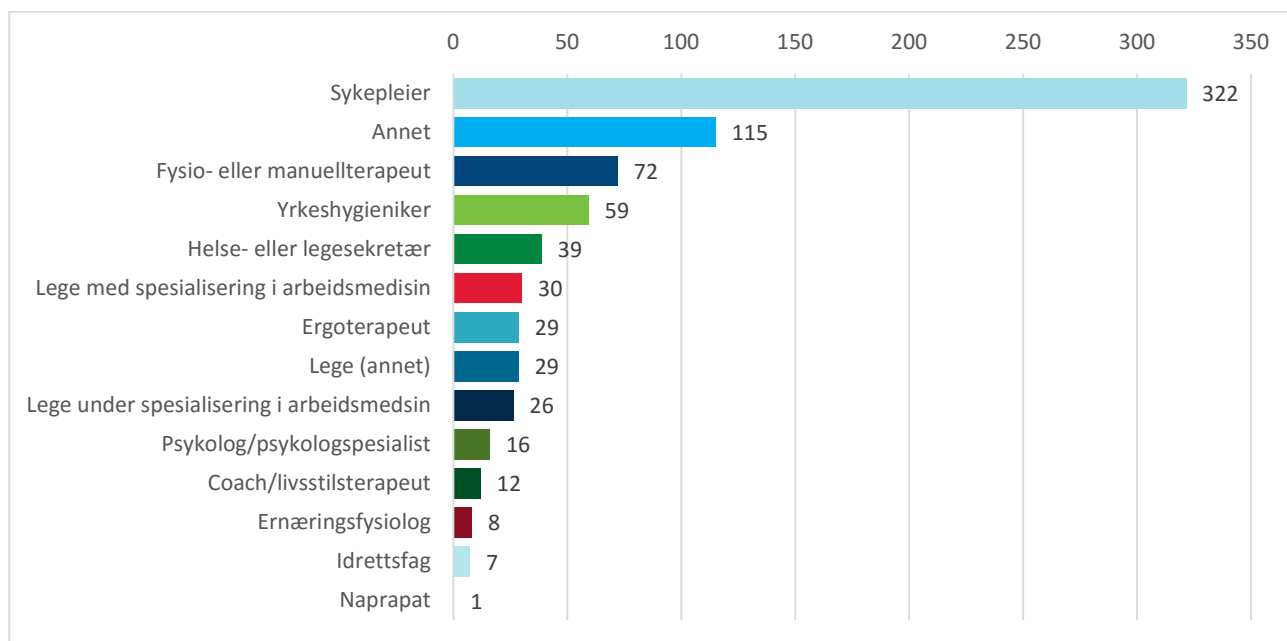


Figur 4.7 Hvordan vurderer du den faglige kompetansen i din BHT på de følgende områdene? Prosent

De daglige lederne vurderer egen BHTs kompetanse til å være best innen ergonomi, som er kunnskapen om hvordan arbeidsplasser kan utformes og tilrettelegges, slik at arbeidet kan gjennomføres på en effektiv måte og slik at yrkesskade eller yrkessykdom forebygges. Nær 80 prosent mener at den kompetansen de har innen ergonomi er svært god. Deretter følger oppfølging av sykmeldte og tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne (69 prosent), systematisk HMS-arbeid (67 prosent) og arbeidsmedisin og helse (64,5 prosent). Det kan fremstå som overraskende at en såpass stor andel vurderer egen BHTs kompetanse på psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø som svært god, når vi samtidig vet at dette er et område som mange ønsker å spisse seg på og som i stor grad ivaretas gjennom samarbeid i dag. En forklaring på dette er at psykologer ofte leies inn for å gjennomføre individsamtaler, mens mange BHTer vurderer at de selv har den kompetansen de trenger for å jobbe med psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø på systemnivå.

På spørsmål om hvordan de prioriterer systematisk faglig utvikling innenfor de samme fagområdene, svarte drøyt 40 prosent at de i svært stor grad prioriterer dette innenfor psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø. For de andre områdene lå tilsvarende andel mellom 33,7 (ergonomi) og 38,7 prosent (arbeidshelse). Selv om forskjellene her er små, ser vi at tallene samsvarer med det de oppga i forrige figur (der blant annet ergonomi fremsto som det fagområdet BHTene er best rustet på faglig sett).

Figur 4.8 viser fordelingen av årsverk etter fagprofesjon. Kun et par BHTer valgte å ikke svare på dette spørsmålet. Tilsammen har de som svarte på spørsmålet 766 årsverk.



Figur 4.8 Årsverk fordelt på yrke blant BHTene som deltok i undersøkelsen (totalt 766 årsverk)

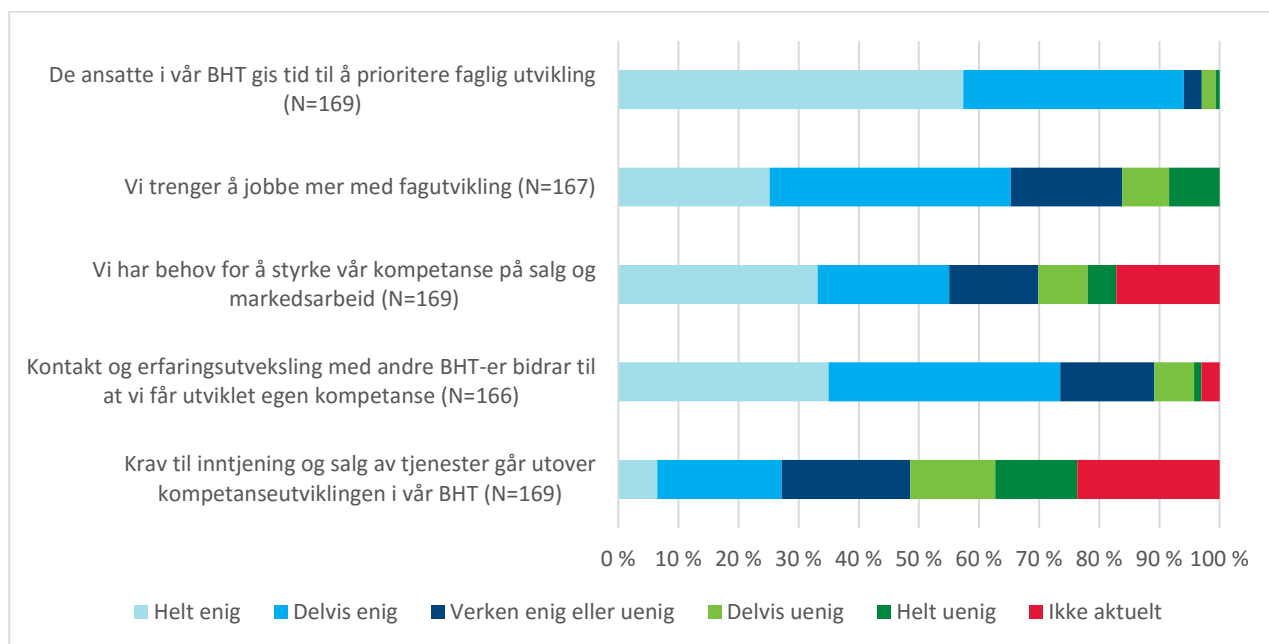
766 årsverk fordelt på 170 BHTer gir et gjennomsnitt på 4,5 årsverk. Når vi splitter på type fagbakgrunn, så ser vi at 322 av 766 årsverk (42 prosent) er innenfor sykepleie, mens 11 prosent av årsverkene er legeårsverk (alle kategorier). 9,4 prosent av årsverkene er innenfor fysio-/manuellterapi, mens 7,7 prosent er innen yrkeshygiene. Videre ser vi at 115 av alle årsverkene (15 prosent) er i kategorien annet. Eksempler på fagbakgrunn som ble nevnt i den kategorien er gestaltterapeut, jordmor og verneingeniør.

Når det gjelder psykolog/psykologspesialist, så ser vi at dette gjelder for 16 av i alt 766 årsverk. To prosent av alle årsverkene dekkes dermed av psykologer som er fast ansatte i *egen* BHT. Resultatet bekrefter det bildet vi ser ellers, som viser at dette er en kompetanse som i praksis dekkes opp gjennom eksternt samarbeid.

Selv om vi ikke kan sammenligne disse sumtallene med hvordan den enkelte BHT er sammensatt, så viser figuren en ganske stor skjevhet i hvordan årsverkene fordeler seg på ulike typer kompetanse. Et relativt lavt innslag av kjernekompetanse som yrkeshygiene og lege må først og fremst ses i sammenheng med kravet i godkjenningsordningen, som krever minst 0,3 årsverk for begge. Som vi har sett er det også en del BHTer som leier inn denne kompetansen.

Går vi nærmere inn i tallene og ser på årsverk fordelt på fagbakgrunn, så finner vi for leger at det er mest vanlig for en BHT å ha ett legeårsverk. Dette gjelder for alle de tre kategoriene av leger. Nest vanligst er det å ha 0,3 årsverk med lege i BHTen, det vil si nivået for kompetansekravet. Ser vi på yrkeshygiene, som er det andre fagområdet der det eksisterer et minimumskrav så har 41 prosent av BHTene mellom 1-1,9 årsverk. 13,3 prosent har 2-2,9 årsverk, mens ni prosent har 0,3 årsverk. Her må vi huske på at BHTene ble bedt om å oppgi antall årsverk innenfor de ulike fagbakgrunnene blant de som er fast ansatt i BHTen. Dersom spørsmålet hadde dekket samarbeidsavtaler i tillegg, ville trolig langt flere BHTer svart 0,3 årsverk på lege og yrkeshygiene, da dette trolig er en vanlig stillingsandel ved innleie. Ellers viser tallene at det for sykepleier og fysio-/manuellterapeut er vanligst å ha mellom 1-1,9 årsverk.

Figur 4.9 viser svarfordelingen på ulike påstander som omhandler kompetanseutvikling i BHT.



Figur 4.9 Ta stilling til følgende påstander om kompetanse og kompetanseutvikling i din BHT. Prosent

Over 90 prosent av lederne mener at de ansatte gis god tid til å prioritere faglig utvikling (helt eller delvis enig). Samtidig mener over 60 prosent (helt eller delvis enig) at de trenger å jobbe mer med fagutvikling. Tallene viser at det er et behov for faglig oppdatering og utvikling i BHTene. Det kan også sies å være et positivt resultat, fordi det viser et sterkt ønske om å utvikle BHTen faglig. Videre sier over halvparten seg enig i at de har behov for å styrke sin kompetanse på salg og markedsarbeid. Dette bekrefter andre funn i rapporten, som viser at mange opplever økende konkurranse i markedet, og at det å styrke seg på anbudprosesser og markedsarbeid oppleves som stadig viktigere av flere.

Ellers ser vi at over 70 prosent er enig i at kontakt og erfaringsutveksling med andre BHTer bidrar til at de får utviklet egen kompetanse. Resultatet er dermed en motsats til de andre resultatene, som fastslo at tøff konkurranse og lite samarbeid er det som preger BHT-markedet. Bildet her er nok todelt, og omfanget av samarbeidsavtaler og innleie er kanskje det som mest av alt viser at det foregår et samarbeid på tvers av BHTene (men også med andre aktører). Så er det selvsagt et spørsmål om hva som er de egentlige drivkreftene bak samarbeidet – og der ser vi at det nok er de økonomiske argumentene, og ikke de faglige, som veier tyngst. Tar vi bort de som svarte "ikke aktuelt" på siste påstand (de fleste trolig egenordninger), så bekrefter 35,7 prosent at krav til inntjening og salg av tjenester går utover kompetanseutviklingen i BHTen. En noenlunde lik andel på 36,4 prosent er uenig i påstanden.

Vi stilte også følgende åpne spørsmål om kompetanse i BHT: *Har du andre kommentarer til kompetansesituasjonen i din BHT?* Dette for at daglig leder på et fritt grunnlag skulle få vurdere hvilke sider rundt kompetanse i dagens BHT som er viktig å få frem. Hva fungerer, hva fungerer ikke, og hva er barrierene mot en mer aktiv kompetanseutvikling? Etter en gjennomgang kom vi frem til at tilbakemeldingene fra de 64 BHTene som svarte, kunne deles inn i tre tematiske kategorier, som utdypes i det følgende. Det er liten tvil om at svarene på dette spørsmålet bidrar til å nyansere det relativt positive bildet som kom frem i figur 4.9.

1. Økonomien begrenser mulighetene for faglig utvikling

Begrunnelser for mangelfull kompetanseutvikling som handlet om økonomi, var spesielt vanlig:

Bedriftens økonomi per i dag gir ikke rom for å ansette en ekstra person som kan utvikle sin kompetanse på det yrkeshygieniske området (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Vår størrelse og krav til avkastning gjør det utfordrende å drive med utstrakt kompetanseheving (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Med så vidt lite kundegrunnlag er det til dels vanskelig å skape bredde i samsvar med forskriften. Det forutsetter deltidstillinger og er følgelig vanskelig både i forhold til rekruttering og organisering. Vanskelig å rekruttere spisset fagkompetanse i distriktet (Intern BHT – men som i tillegg leverer tjenester til andre bedrifter)

Kompetanseutvikling er styrt av budsjett mer enn ønskelig (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Den er under sterkt press fra arbeidsgiver. Midlene som stilles til disposisjon til dette formålet kuttes hvert år. Uten føringer og krav til faglig vedlikehold og oppdatering fra offentlige myndigheter er det nå en reell fare for at kompetanseutvikling i BHT blir et forsømt område på grunn av budsjettkutt i årene fremover (Intern BHT, egenordning)

2. Trenger å styrke den psykososiale og organisatoriske kompetansen

Mange BHTer ga uttrykk for at de trenger mer kompetanse innen psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø:

Vi har verneingeniør, trenger ev. mer kompetanse på yrkeshygiene. Men de største utfordringer vi ser er i forhold til stress og psykisk helse. Vi ønsker å jobbe enda mer helsefremmende og ha fokus på folkehelse (Intern BHT, men som i tillegg leverer tjenester til andre bedrifter)

Ønsker å styrke det organisatoriske (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Vi har styrket kompetansen i veiledning av psykiske plager og kurs i mestring av stress (Intern BHT, egenordning)

Vi er i ferd med å bygge kompetanse på områder våre kunder har behov for innenfor f.eks. organisasjonsutvikling, nedbemanning, endring og omstilling, og sette dette inn i sammenhengen med ivaretagelse av helsefremmende arbeidsplasser (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Vi har for mye ressurser innen fysisk helse og for lite innen psykologi og arbeidsmiljø (Intern BHT, egenordning)

3. Manglende tid og kapasitet til å drive med fagutvikling

Andre hadde en erfaring med at kompetanseutvikling er krevende å få til, fordi de ikke har tid til å drive med det, noe som igjen ble forklart med bemanningssituasjon og mangel på tid og ressurser:

Få ansatte i en virksomhet med mange enheter og mange ansatte, fordelt over en stor bredde i faglige tilnærminger, gjør det krevende å få tilstrekkelig med tid til å bygge god nok bredde i kompetansen til den enkelte og til det enkelte fagområdet (Intern BHT, egenordning)

Vi er altfor små i forhold til de vi skal betjene. Vi har god kompetanse, men altfor liten kapasitet til å dekke behovet, etterspørselen og dermed til tider opplevelsen av å få gjort en god jobb. Dette er bekymringsfullt (Intern BHT, egenordning)

Det er viktig å lytte til tilbakemeldingene som tar opp vanskeligheter med å prioritere faglig utvikling. Først og fremst er det den økonomiske situasjonen som synes å sette begrensninger for mange BHTer. For andre er grunnen kapasitetsproblemer, og at de ikke finner tid til å prioritere det i en hektisk hverdag. Dette handler imidlertid også om økonomi og forpliktelser overfor kundene. Samtidig er det viktig å få frem at enkelte BHTer ga uttrykk for at dette er noe de jobber bra med (eksempler på tilbakemeldinger: "sterkt prioritert", "relativt høyt budsjett for kompetanseheving", "vi bruker mye tid på kompetanseheving både intern/ekstern" og "opplever at vi er et tverrfaglig godt team med flere spesialister").

Et annet bilde som tegnes er at det foregår en dreining over mot mer individualisert helserelatert oppfølging. Én måte dette kommer til uttrykk på, er at kompetanse som tradisjonelt ble brukt i forbindelse med problemstillinger knyttet til ergonomi og tilrettelegging på arbeidsplassen nå blir brukt mer til ren helseoppfølging (både på det fysiske og psykiske planet):

Vi ser at ergonomi/fysioterapi er det kompetanseområdet vi har endret mest. Vi ser at virksomheter i stor grad har fått tilrettelagt mye av arbeidet slik at det er blitt mer ergonomisk. Fysioterapeuten brukes mer innenfor psykososialt felt og bidrag inn mot helsepersonell (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Også godkjenningssenheten kunne bekrefte at personell med helsebakgrunn brukes mer og mer i forbindelse med organisatoriske og psykososiale problemstillinger. Problemet, slik de ser det, er at dette er et fagområde som ingen har det overordnede faglige ansvaret for:

Det vi i praksis ser der ute er at det er mange av de ordinære helsefolkene som jobber med det organisatoriske arbeidsmiljøet. Det er sykepleierne, det er fysioterapeutene og det er legene, uten at de har tatt ansvar for feltet (godkjenningssenheten)

Andre benyttet spørsmålet om kompetansesituasjonen i BHT til å uttrykke sin frustrasjon rundt dette med generelle helsekontroller og behandling; en utvikling flere opplever fører BHT bort fra det de egentlig skal drive med. Følgende svar kan illustrere denne oppfatningen, som flere ledere i BHT delte:

Vi ser at helsekontroller etterspørres i bedrifter. Mange har forståelse at BHT er helsekontroll. Det er en utfordring der virksomheter strengt tatt ikke har den type risiko som krever jevnlig helsekontroller. Det blir igjen en diskusjon om det faglige eller det økonomiske forholdet skal veie tyngst. Det krever at vi dels må veilede bedrifter godt slik at vi sikrer at de opplever at de får det som de har krav på og det som de trenger. Dette er en øvelse for oss i BHT (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Godkjenningssenheten var helt på linje med mange av BHTene på dette spørsmålet, og bekreftet det bildet som tegnes rundt bruk av generelle helsekontroller:

Vi opplever vel at den største utfordringen i forhold til tilleggstenester er utstrakt bruk av helsekontroller (godkjenningssenheten)

En annen viktig problemstilling når det gjelder kompetanse er om tilbudet når det gjelder kurs og videreutdanning for personer som har jobbet noen år i BHT, er godt nok. Enkelte pekte på at det ikke var tilfellet, og at det dessuten er problematisk at man ikke har en felles faglig plattform for de som jobber i BHT og som ønsker å styrke egen kompetanse. Det ble også problematisert at videreutdanningstilbudet for ansatte som har jobbet en del år i BHT ikke er godt nok. Enkelte tok til orde for at det må jobbes mer for å skape en felles forståelse av hva som skal være BHT-faget, også for å markere tydeligere hva BHT ikke skal drive med. Ett innspill som kom opp er at det er arbeidsmiljøloven som må være referansepunktet for BHT-faget.

Hvilken rolle og innflytelse har legene i dagens BHT? Å ha en 30 prosents stilling som lege i BHT er en ting – det avgjørende er om de bidrar på en måte som tilsvarer 30 prosent. Basert på våre data er det liten tvil om at bruken av leger i BHT er varierende. Ett skille går på de BHTene som benytter seg av innleieavtale og som benytter legen ved behov, kontra de BHTene der legen er fast ansatt i teamet. I to av de BHTene vi intervjuet beskrev de bruken av den innleide legen som relativt behovsstyrt, og gjennomføring og oppfølging av helsekontroller virket å være den viktigste tjenesten:

Vi bruker han litt ved behov, vi skal innrømme det. Bruker han mest til å sjekke resultater fra helsekontroller, skrive henvisninger, gjøre vurderinger på det som er helserelatert i forhold til eksponering. Vi har ikke brukt han mye til vanlige legetimer (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

Har en lege som er medisinsk ansvarlig, og som er den som følger opp alle helseundersøkelser, der det er behov (Fellesordning F, kommersiell, del av helsehus/klinikk)

I en av egenordningene problematiserte en av informantene at BHT ofte blir en arena for ferske turnusleger, som verken har forutsetninger eller interesse for BHT-faglige spørsmål:

Fra kursene jeg har vært på så er det mange BHTer som har helt ferske turnusleger, som ikke har peiling på hva de holder på med. De kommer der rett etter turnus og skal være bedriftslege, og har ikke noen tanker om hva de skal holde på med (Egenordning A, offentlig virksomhet)

Basert på det som kom frem gjennom intervjuene, men også det som kom frem om omfanget av innleie og samarbeidsavtaler i spørreundersøkelsen, mener vi det er grunn til å se nærmere på den faglige posisjonen som legene har i BHT i dag. I en del BHTer er den nok gjennomtenkt og forskriftsmessig, men med behovsstyrt innleie av legen, så skal det godt gjøres at legen får en ledende rolle for det arbeidsmedisinske feltet i BHTen. I tillegg beskrives en mangel på leger med spesialisering i arbeidsmedisin, og det har også konsekvenser for fagfeltets stilling i BHT. I BHT-intervjuene var imidlertid meningene delte om hvor viktig rolle legen faktisk har i BHT. På den ene siden sto de som mener at legen er avgjørende for det arbeidsmedisinske feltet i BHT, på den andre siden sto de som mente at legene i dag verken *vil* eller *trenger* å ha noen fremtredende rolle i BHT, og at deres ekspertise kan leies inn ved behov.

4.4.1 På hvilke områder ønsker BHTene å spisse seg mer fremover?

I tillegg til å kartlegge kompetansen i BHTene og hva som er utfordringene med å utvikle den kompetansen man ønsker, ønsket vi også å finne ut om BHTene hadde noen planer for å spisse seg mer faglig fremover. Resultatene viste at dette er noe mange BHTer har tanker om å gjøre.

Tabell 4.12 Vurderer dere å spisse dere mer faglig fremover? Antall og prosent

	Antall	Prosent
Ja	95	55,9
Nei	45	26,5
Vet ikke	30	17,6
<i>N</i>	<i>170</i>	<i>100</i>

95 BHTer (56 prosent) oppga at de vurderer å spisse seg mer faglig fremover. 26,5 prosent svarte nei, mens 17,6 prosent svarte "vet ikke". At såpass mange svarer "vet ikke" indikerer at en del BHTer er i tenkeboksen når det gjelder en mulig spissing i fremtiden. Uansett er det interessant at mer enn halvparten av BHTene vurderer å spisse seg mer faglig fremover. Hva handler dette om? For å finne ut mer om dette, ble de stilt følgende åpne spørsmål: *Hva planlegger dere å spisse dere på, og hvorfor ønsker dere å gjøre det?*

Hele 97 BHTer besvarte det åpne spørsmålet, og en gjennomgang av svarene viser at det området som klart flest ønsker å styrke seg på er psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø (gjaldt for 43 av 97 BHTer). Følgende svar illustrerer godt hva som lå bak BHTenes vurderinger på dette punktet:

Vi ser at utfordringer i arbeidslivet har endret seg, det er ikke så mye utfordringer i forhold til fysisk arbeidsmiljø i de bedrifter vi har. Vi ser at organisatorisk arbeidsmiljø, tidspress, stress og psykisk helse er store utfordringer. Samtidig ser vi at god ledelse er avgjørende for å få til et godt, systematisk og helsefremmende arbeidsmiljø. Derfor jobber vi også med å utvikle oss til å styrke ledelsen, parallelt ønsker vi jobbe med folkehelse/helsefremmende arbeid, i tillegg til det mer tradisjonelle BHT arbeidet (Intern BHT, men som i tillegg leverer tjenester til andre bedrifter)

Vi planlegger å spisse oss enda mere på det psykososiale området. Opplever dette som et økende behov hos våre kunder. Fokusområder er: Konflikthåndtering, vanskelige personalsaker, jus, organisasjonsutvikling (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

På grunn av etterspørsel fra kundene, stadig mer innen psykososialt arbeidsmiljø og livsstil (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Ser et økt behov innen psykososialt arbeidsmiljø - og at dette er utfordrende – både for individet og fordi det koster bedriftene mye å ha "problem" gående i organisasjonen (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Ønsket om å styrke seg på det psykososiale feltet gjelder uavhengig av om man er intern eller ekstern BHT. En del BHTer oppgir også at de trenger å styrke seg på konflikthåndtering og arbeidsrett (nettopp for å kunne bidra inn i konfliktsaker) samt ledelse, organisasjonsutvikling og bistand i forbindelse med omorganisering og nedbemanning. Etter det psykososiale feltet, er det behovet for å styrke seg innen yrkeshygiene som oftest nevnes av BHTene. Noen peker på at det er en økende etterspørsel etter tjenester på dette området, og at de ikke har god nok kapasitet eller kompetanse til å ivareta fagområdet på en bra måte på egen hånd.

For mange BHTer er det sammensatte årsaker til at de ønsker å spisse den faglige profilen. I mange tilfeller er det trolig snakk om en kombinasjon av faglige, økonomiske og markedsmessige vurderinger. For det første er det grunn til å tro at økende konkurranse, og mangel på kunder, hos en del BHTer virker inn. Det å skjerpe den faglige profilen vil gjøre BHTen tydeligere utad, mer synlig i konkurranse med andre og mer tydelig på hva man kan by på. Samtidig kan vi ikke se bort fra at det for andre handler om en mer faglig begrunnet motivasjon, og at man har et ønske om å bli faglig dyktigere og tydeligere på ett eller flere områder.

Det at en del BHTer ikke ser behovet for å spisse seg faglig, henger trolig sammen med at de ønsker å jobbe på den tradisjonelle måten – samtidig som det de ønsker å tilby av andre tjenester kan ivaretas gjennom samarbeid og innleie av kompetanse:

Å ha samarbeidspartnere innenfor behandlingsbiten. Du kommer raskere inn osv. Det er noe som ligger utenfor oss, men som vi kan henvise videre til. Så de får raskt hjelp. Men jeg synes jo det er litt synd at man skal være nødt til å finne på noe for at det skal bære seg. Det å tilby noe som er både nyttig og OK, det er jo helt greit. Men ikke bare for å sponse den andre biten. Da synes jeg vi er på feil spor (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

Samtidig var det en tydelig todeling blant som BHTene vi intervjuet, mellom de som på den ene side vil jobbe som før (og kun med lovpålagte tjenester) versus de som i økende grad tenker at ansatte på en arbeidsplass er 24-timersmennesker, og at bedriftshelsetjenesten må ta innover seg denne nye virkeligheten. Følgende to sitater illustrerer denne ulikheten i perspektiv og tilnærming:

Utgangspunktet er at vi ønsker å drive bedriftshelsetjeneste sånn som vi gjør det i dag, fordi at vi er hellig overbevist om at det er en sunn og 'fair' måte å drive bedriftshelsetjeneste på, uten å komme inn i konflikt med en del andre aktører i markedet. Da tenker jeg spesielt på legetjeneste, fastlegeordningen og for andre private aktører som driver med andre ting. Men jeg skjønner hvor du vil... Dersom det på en måte skulle bli en frivillig ordning å ha bedriftshelsetjeneste, om vi fortsatt vil drive bedriftshelsetjeneste, eller om vi vil begynne å selge sjelen for å tilby frukt, trening, livsstil, BMI og blodprøver og hva det måtte være. Det er en vurdering vi er nødt til å ta den dagen vi kommer dit. Enn så lenge, så ønsker vi å drive bedriftshelsetjeneste i tråd med de forskriftene som ligger til grunn for hvordan en bedriftshelsetjeneste skal være. Men det har vært en periode nå på fem-seks år hvor det har vært litt omstilling, for å få bedrifter til å se hva det er bedriftshelsetjenesten egentlig er. Det er ikke livsstilproblematikk bedriftshelsetjenesten skal ta seg av, i form av å ha slankekurs og

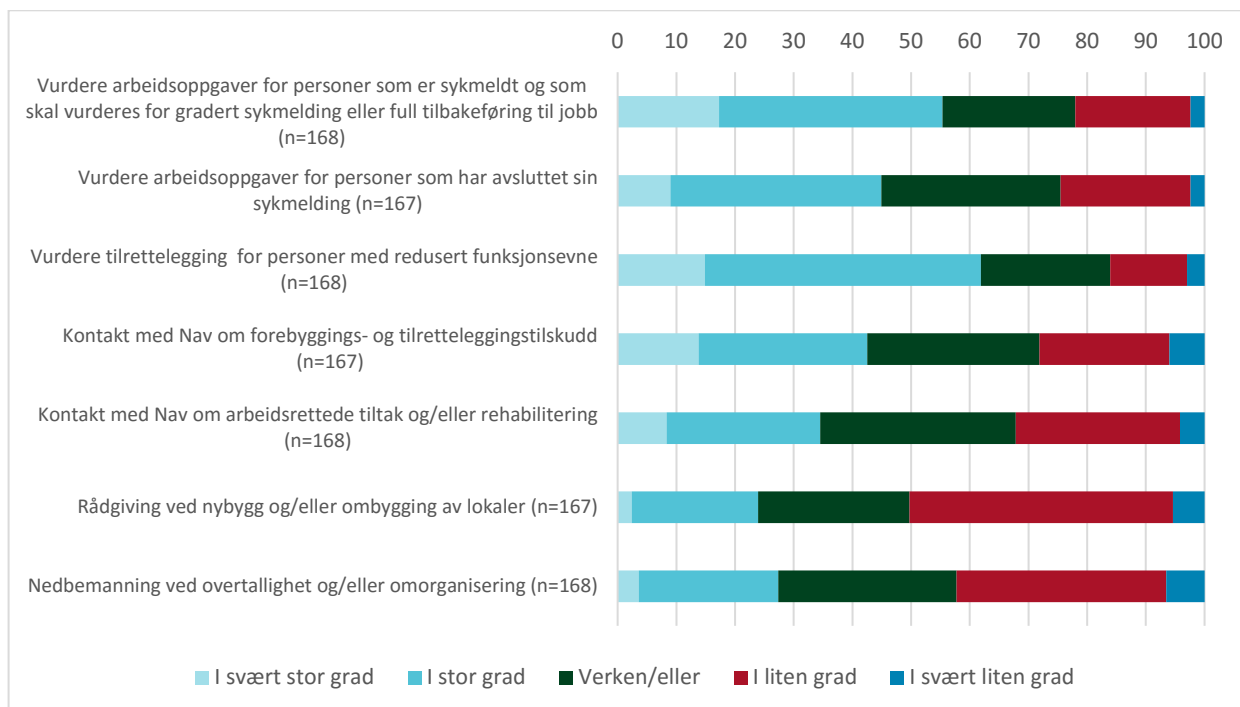
røykesluttkurs. Det er det vi merker med noen av de her store kjedene, som er ute og tilbyr tjenester som er langt forbi det som bedriftshelsetjenesten, etter forskriften, skal drive med. Og de klarer å vri det til et konkurransefortrinn. Noen ganger så er populistiske produkter litt lettere å selge inn enn en kjedelig vernerunde eller et HMS-system (Fellesordning E, medlemseid)

Så har vi sett denne vekslingen mellom mer klassiske eksponeringsbedrifter over til kunnskapsbedrifter, hvor BHT må utvikle seg i tråd med hvordan samfunnet utvikler seg. Og det er jo en av de tingene som vi i selskapet har fokusert på, også dette med fokus på livsstil, hvor fokus på fysisk aktivitet er en av hovedmilepælene. Vi bør påvirke ansatte til en sunnere livsstil, nettopp fordi vi er 24-timersmennesker. Så det at BHT endrer leveransene i takt med behov til våre virksomheter, som vi skal serve, det er jo essensielt for at vi ikke blir utdatert. Og den retningen har vi jo gått, den har vi tatt, og er veldig fornøyd med det valget (Fellesordning B, kommersiell)

Det er store forskjeller mellom BHTene, både når det gjelder organisering, økonomisk grunnlag og faglig kompetanse, men også når det gjelder vurderingene av hva de ønsker å være i fremtiden. Vi ser en del utviklingstrekk i markedet i dag som har kommet for å bli, og som muligens vil forsterke seg (samarbeid, økt konkurranse, mer kravstore kunder osv.). I et slikt lys er det helt nødvendig for alle BHTer å se egne tjenester og egen kompetanse opp mot de utfordringer og behov som arbeidslivet til enhver tid har. Som vi kommer tilbake til senere i rapporten, er det også avgjørende at lovverket retter oppmerksomheten mot de rette problemstillingene.

4.5 Bistand i forbindelse med sykefravær og tilrettelegging på arbeidsplassen

I forskrift om arbeidsgivers bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste og om godkjenning av bedriftshelsetjeneste fremgår det at BHT blant annet skal bidra til å fremme forslag om forebyggende tiltak som kan redusere risikoen for helseskade, samt bistå ved individuell tilrettelegging, herunder deltakelse i dialogmøter og utarbeidelse av oppfølgingsplan (§ 4). Vi ønsket derfor å finne ut mer om i hvilken grad BHTene jobber med oppfølging av sykefravær og tilrettelegging ved nedsatt funksjonsevne, som er områder som kan involvere både forebygging, tilrettelegging og oppfølgingsplaner.



Figur 4.10 I hvilken grad bistår dere virksomhetene med følgende oppgaver? Prosent

Det er mest vanlig å bistå med å vurdere arbeidsoppgaver for personer som er sykmeldt og som skal vurderes for gradert sykmelding eller full tilbakeføring til jobb (55 prosent bekrefter at dette er noe de gjør i svært stor eller i stor grad) og å vurdere tilrettelegging på arbeidsplassen for personer med nedsatt funksjonsevne (62 prosent bekrefter). Det er mindre vanlig å bistå virksomhetene med rådgivning ved nybygg og/eller ombygging av lokaler og nedbemanning ved overtallighet og/eller omorganisering.

I intervjuene fremkom det imidlertid at dette er områder en del BHTer ønsker å satse mer på, i tillegg til organisasjonsutvikling. Også spørreundersøkelsen viste at dette oppleves som et stadig viktigere satsingsområde for BHT:

Stadig flere av våre kundebedrifter etterspør tjenester med direkte relevans i forhold til bedriftens økonomi – f.eks. bistand i forbindelse med omstilling og nedbemanning (Ekstern leverandør til flere bedrifter – kommersiell BHT)

Vi ser at det etterspørres enda mer bistand på psykososialt arbeidsmiljø og jobbing i prosess med arbeidsmiljø, og bistand til organisasjonsutvikling i et helsefremmende perspektiv (Ekstern leverandør til flere bedrifter – kommersiell BHT)

Også i intervjuene kom det frem at organisasjonsutvikling og -endring er områder som BHTene opplever er i vekst:

Så har vi jo sett et nytt felt, som går på organisasjonsutvikling. Fordi vi ser at mye av utfordringene ligger i måten en del bedrifter er bygd opp på. Blant annet det her med uklare linjer, det her med "hvem er lederen min? Jeg har en leder på fag, og så har jeg kanskje en på prosjekt, og så har jeg en på personalansvar, og hvem skal jeg kontakte når?". Og så blir det sånn kaos for den arbeidstakeren som ikke helt vet det her, og så blir det etter hvert en utfordring som kan bli ganske stor. Vi har veldig mye barnehager blant annet, som vi har vært inne i, der det har vært veldig tydelig (Fellesordning F, kommersiell, del av helsehus/klinikk)

Og der ser jeg at vi blir brukt stadig mer, og at vi i fremtiden kommer til å være en viktig sparringspartner for kundene våre, ved strategiske endringer hos store selskaper, hvor de trenger støtte på hvordan de skal bevare godt arbeidsmiljø, hvordan skape motivasjon i endringsprosesser, den type utfordringer (Fellesordning B, kommersiell)

At BHT bistår virksomhetene i forbindelse med organisasjonsendring og utvikling, må sies å være i tråd med forskriften. I § 13-2 Arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten står det blant annet at "arbeidsgiver skal sørge for at bedriftshelsetjenesten: a) bistår med planlegging og gjennomføring av fysiske og organisatoriske endringer i virksomheten, herunder etablering, vedlikehold og tilrettelegging av arbeidsplasser, lokaler, utstyr og arbeidsprosesser, og d) fremmer forslag om forebyggende tiltak og sammen med virksomheten arbeider med tiltak som reduserer risikoen for helseskade".

4.6 Mestrings- og støttesamtaler – en naturlig oppgave for BHT?

Resultater tidligere i rapporten viste at det foregår mye samarbeid mellom BHTer, psykologer og psykologklinikker. Mye tyder på at dette blant annet gjøres for å ivareta såkalte støtte- og mestringsamtaler, der ansatte får mulighet til å snakke med en psykolog (eller andre) dersom de har behov for det. Det virker i liten grad å være noen restriksjoner på at individuelle problemer trenger å være arbeidsrelatert. Det er også noe som tilbys på tvers av ulike typer BHT-ordninger:

Mestringssamtaler er noe vi kjører ganske mye av. Vi har en del kommuner som kunder blant annet. Og da får vi og veldig godt innblikk i hvordan det ligger an i de enkelte enhetene. Det er klart at hvis vi gjennom en del samtaler avdekker at her kan det være andre ting som ligger til grunn for at behovet blir så stort, så har vi mulighet til å gå inn og komme med forslag til gruppeprosesser. Det er hele tiden den måten vi bygger på da, og vi opplever å få veldig god tilbakemelding (Fellesordning F, kommersiell, del av helsehus/klinikk)

Denne BHTen var opptatt av at slike individuelle støttesamtaler også kan være positive med tanke på den forebyggende og systemrettede innsatsen når det gjelder arbeidsmiljø og HMS, fordi de kan fungere som en kilde til informasjon om hva som rører seg på arbeidsplassen, i et større perspektiv. Individuelle støttesamtaler er med andre ord noe som kan være egnet til å avdekke forhold på organisasjonsnivå. De

omtalte videre mestringssamtaler som en form for *nærværarbeid*, som i neste omgang kan ha en forebyggende funksjon:

I tillegg så har vi en del sånne mestringssamtaler med folk som opplever ting i forbindelse med arbeid, men det kan også være andre livskriser. At de står i faresonen for å bli sykemeldt. Og så har de kanskje en leder som de har snakket med om det, og så sier lederen "da skal de få noen samtaler med bedriftshelsetjenesten, og så ser vi om det kan hjelpe". Og det har vi en god del av, som er forebygging (Fellesordning F, kommersiell, del av helsehus/klinikk)

Egenordningen i offentlig virksomhet bekreftet bildet av at det har vært en jevn økning i behovet på det psykososiale området:

De siste årene har det jo vært ansatt psykolog og psykiatrisk sykepleier, fordi man opplever at en del ansatte trenger det vi kaller støtte- og mestringssamtaler. Sorteringssamtaler (Egenordning A, offentlig virksomhet)

Samme egenordning bekreftet videre at mange av de som jobber i BHTen har veldig mye av jobben sin knyttet opp mot det psykososiale arbeidsmiljøarbeidet på gruppenivå. Også intervjuene med virksomhetene bekreftet det bildet som BHTene tegnet, av at individuelle samtaler har blitt et mye brukt tilbud når det gjelder BHT. Mange ulike navn brukes om disse samtalene; støttesamtaler, mestringssamtaler, sorteringssamtaler og ventileringsamtaler. Felles for dem er at de gir ansatte en mulighet til å ta opp ting som er vanskelig og utfordrende i livet – uavhengig av om det er jobbrelatert eller ikke:

Vi har også en slags "nødventil", en avtale om at alle ansatte kan ringe direkte dit hvis de har behov for å snakke med noen. Som en psykologtjeneste. Muligheten til å ha noen å snakke med, om konflikter og vanskelige ting, det kan hvem som helst av de ansatte gjøre. De kan ha den førstesamtalen, slik at de får den ventileringen og den anonyme samtalen. Alle ansatte har en stående avtale om at den muligheten er der, uansett hva det gjelder (kommunalt foretak)

Hvis vi kommer inn på det med mestringssamtaler, så har vel jeg brukt ganske mye på det. For å prøve å unngå sykmeldinger. Jeg har hatt veldig god nytte av det (kommune)

Personalsjefen i kommunen kunne videre fortelle at dette er en tjeneste som de ofte får refusjon fra Nav for å bruke, i og med at det brukes i individuelle saker som handler om tilrettelegging og forebygging. Som omtalt tidligere i rapporten, gis honorar for bruk av BHT til IA-virksomheter dersom de bruker BHT til å jobbe med avklaring, oppfølging og tilrettelegging for arbeidstakere som står i fare for å bli sykemeldt eller allerede er sykemeldt, eller dersom det må gjennomføres en risikokartlegging på arbeidsplassen. Det at denne typen samtaler er en tjeneste som man får dekket økonomisk, er trolig en forklaring på at dette er noe arbeidsgivere har lav terskel for å tilby i regi av BHT.

Meningene om hvor riktig det er at BHT bruker individuelle mestringssamtaler til å nøste opp i utfordringer på et mer organisatorisk nivå, vil nok være delte. Samtidig gir dette de individuelle mestringssamtalene en ekstra funksjon, fordi de kan danne grunnlag for forbedring i organisasjonen generelt dersom de brukes på en systematisk måte. Er det tilstrekkelig mange ansatte som i slike samtaler peker på de samme utfordringene og vanskelighetene, så er det positivt om det kan brukes i endringsøyemed på systemnivå.

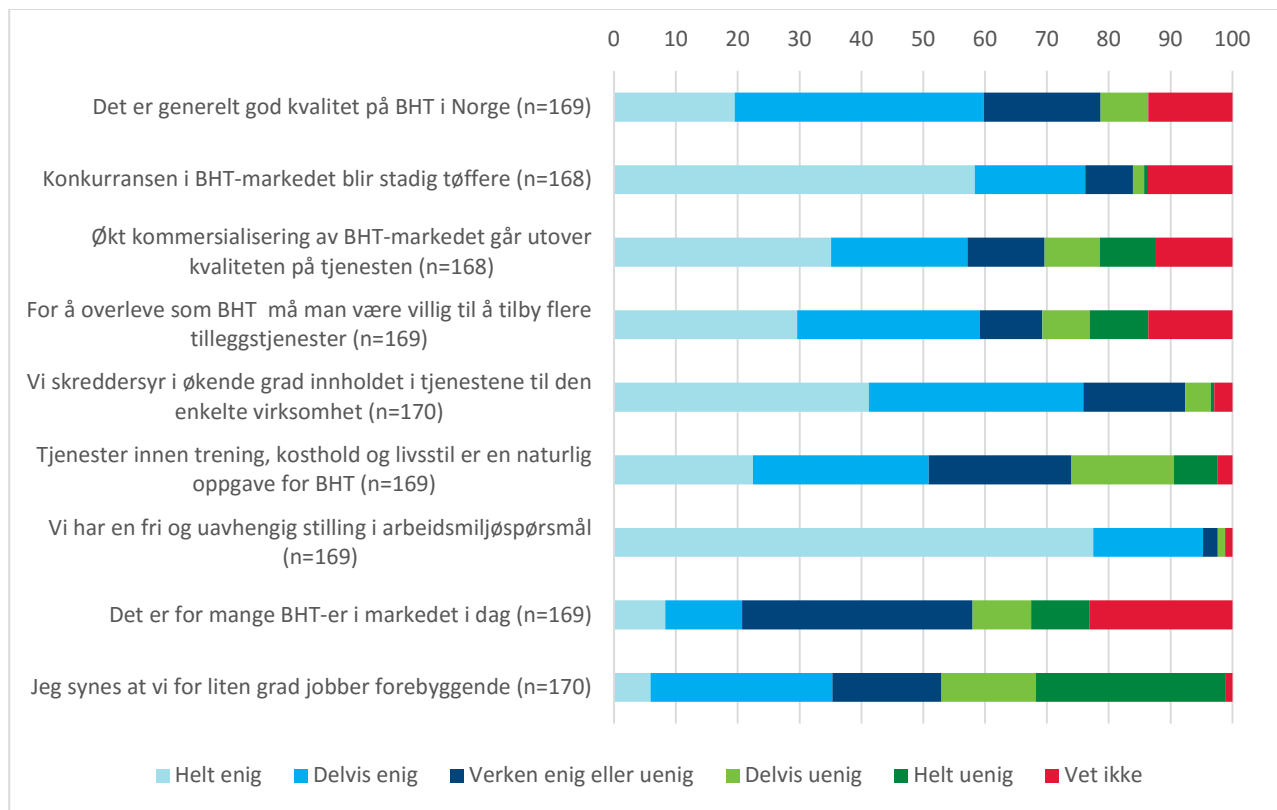
Den prinsipielle diskusjonen bør heller handle om riktigheten av at BHT bruker tid på å gjennomføre individuelle støttesamtaler med ansatte, enten problemene den enkelte opplever er arbeidsplassrelaterte eller ikke. Så lenge det fører til læring som kan brukes til systemrettet innsats er det positivt, men en må unngå at BHT blir en psykologpoliklinikk for virksomhetene. Virksomhetsintervjuene viser at dette er noe lederne har liten kontroll med (også på grunn av BHTenes taushetsplikt), derfor er det helt avgjørende at BHT sluser personer videre til helsevesenet, dersom annen oppfølging trengs.

4.7 Kvaliteten på BHT

I spørreskjemaet ble BHTene presentert for et sett påstander som handlet om kvalitetssystem og kvalitet i tjenestene. Resultatene viste at et klart flertall av BHTene har et kvalitetssystem som sikrer at de bistår virksomhetene på de områdene som forskriftene krever, og at systemet bidrar til å sikre kompetanseutvikling hos personalet (henholdsvis 96 og 92,4 prosent svarte at det stemmer for deres del). Et overveldende flertall

mener også at de jobber systematisk med kvaliteten på tjenestene (96 prosent), og at de dokumenterer alt arbeid de utfører på vegne av virksomheten (96,4 prosent). Andelen som bekrefter at de har et kvalitetssystem som sikrer kontinuerlig forbedring av tjenestene de leverer, og at de ansatte i BHTen har en egen kompetanseutviklingsplan ligger noe lavere (henholdsvis 87,7 og 84,7 prosent).

Neste figur presenterer svarfordelingene for andre påstander som omhandlet kvalitet i BHT.



Figur 4.11 Ta stilling til følgende påstander om måten dere jobber på. Prosent

Første påstand samsvarer godt med det vi finner i intervjumaterialet. Mange gir uttrykk for at det er mye forskjellig i denne bransjen og vurderingene av kvaliteten i markedet gjenspeiler dette. Kun 20 prosent er helt enig i at det er generelt god kvalitet på BHT i Norge, mens 40 prosent er delvis enig. 58 prosent sier seg helt enig i at konkurransen i BHT-markedet blir stadig tøffere. 18 prosent er delvis enig i påstanden, med andre er tre av fire daglige ledere av den oppfatning at konkurransen om kundene har blitt tøffere de siste årene.

Videre ser vi at mellom 55-60 prosent er enig i at økt kommersialisering av BHT-markedet går utover kvaliteten på tjenestene, og at for å overleve som BHT i fremtiden må man være villig til å tilby mer i kategorien tilleggstjenester. Det kan derfor fremstå som litt merkelig at andelen som mener det er for mange BHTer i markedet i dag, er vesentlig lavere. Ellers ser vi at drøyt 50 prosent er helt eller delvis enig i at det å yte tjenester innen trening, kosthold og livsstil er en naturlig oppgave for BHT.

Hva kan vi lese ut av dette? Det er liten tvil om at dagens BHT-marked er konkurransepreget og tøft. En stor andel opplever konkurransen som stadig tøffere, og at det skjer en økt kommersialisering og økt etterspørsel etter tilleggstjenester.

Også i intervjuene med godkjenningssenheter ble det, innlysende nok, brukt en del tid på å snakke om kvaliteten i BHT. Det er denne kvaliteten godkjenningssenheter har et viktig ansvar for å sikre, gjennom den ordningen de forvalter. Det sentrale er at tjenestene som BHT skal bistå arbeidsgiver med, skal være kvalitetssikret. Metoder og verktøy skal være kvalitetssikret, og arbeid som utføres skal dokumenteres. Det

generelle inntrykket til godkjenningssenheten er at fokuset på kvalitet og kvalitetssystemer har tatt seg veldig opp i årene etter 2010:

Et spennende utviklingstrekk som vi ser, det er at i starten, når godkjenningsordningen kom, så var dette med kvalitetssystem, det var for mange veldig fremmed. Helt på nybegynnernivå i forhold til utvikling. De hadde på en måte helt marginale tjenester som var kvalitetssikret, og der ser vi en god utvikling hos de aller fleste. Der er det virkelig jobbet godt (godkjenningssenheten)

Godkjenningssenheten er også tydelig på at noe av det som skiller BHTene fra hverandre, er i hvilken grad de har etablert gode kvalitetssystemer, og i tillegg rapporterer skriftlig på det de leverer:

Den største ulikheten der er jo hvor mye de har skriftliggjort i forhold til kvalitetssikringen av tjenestene sine. Altså, du kan ha jobbet kjempegodt i praksis, med gode fagpersoner i mange år, men de har vært små og ikke sett behovet for å utvikle kvalitetsdokumentasjon, som viser at de faktisk jobber kvalitetsmessig godt. Det er nok den store forskjellen, og der har vi nok veiledet litt i hva innebærer det i forhold til dokumentasjon som skal være der. Så har vi jo andre der dette har vært en helt naturlig ting gjennom mange år, ikke sant. Bygget opp et veldig godt og systematisk kvalitetssystem, som blir jevnlig revidert og gjennomgått av fagpersonene (godkjenningssenheten)

Godkjenningssenheten mener ellers at sammenslåing av mange BHTer har vært positivt for kvaliteten på BHT (større fagmiljøer, mer enhetlig kvalitetsarbeid/systemer osv.). I intervjuet utalte de at "det er ikke noen ulempe at det blir større enheter og kjeder, bare det fortsatt er noen konkurrenter til slutt". Samtidig var de opptatt av å understreke at det fortsatt finnes små BHTer, med få ansatte, som gjør en god jobb:

Det har jo også litt med geografien i landet å gjøre, for noen små BHTer er helt nødvendige, gjør en kjempejobb i grissgrendte strøk, og gjerne strøk med en spesiell konstellasjon av virksomheter, som de har skaffet seg en god relasjon til og sånne ting. Så det tror jeg ikke vil forsvinne (godkjenningssenheten)

For å oppsummere; kun én av fem BHTer er helt enig i at det generelt er god kvalitet på BHT i Norge, mens 40 prosent sa seg delvis enig. Videre mente et flertall at konkurransen om kundene har blitt tøffere de siste årene, og at økt kommersialisering av BHT-markedet går utover kvaliteten på tjenestene. Det er med andre ord mange forhold i dagens BHT-marked som setter kompetansen og kompetanseutviklingen under press.

Samtidig bekreftet en svært stor andel av BHTene at kvalitetssystemer og kompetanseplaner er noe de jobber med og har fått på plass. Tilsvarende svarte et overveldende flertall at de jobber systematisk med kvaliteten på tjenestene. Ser vi det i sammenheng med de andre resultatene presentert her, så er gode kvalitetssystemer og planer ikke nok for å sikre kvaliteten på tjenestene. Det kan gi en systematikk for hvordan man jobber, men kvaliteten på tjenestene vil være mer knyttet til om BHTene leverer i tråd med virksomhetenes behov, og om de har den rette kompetansen for å levere tjenestene. Dette er spørsmål vi utforsker nærmere i neste kapittel.

5 Bruk av bedriftshelsetjeneste i norsk arbeidsliv

I det følgende tar vi for oss bruken av og erfaringer med bedriftshelsetjeneste i norsk arbeidsliv, med hovedvekt på data fra virksomhetsundersøkelsen. Dataene er nærmere beskrevet i kapittel 3.4. Der ikke annet er oppgitt, består utvalget av alle eller nesten alle virksomhetene som svarte på undersøkelsen. Der kun et underutvalg av virksomhetene har svart (for eksempel på oppfølgingsspørsmål som ikke gjelder alle) er utvalgsstørrelsen N oppgitt. Der vi har data for både daglig leder og verneombud/ansattrepresentant er disse brukt. Daglig leder mottok imidlertid et mer omfattende skjema enn det verneombudene fikk, og et flertall av spørsmålene er det derfor bare daglig leder som har svart på.

Flere figurer viser svarfordeling etter næring. En oversikt over næringskodene finnes i tabell 3.4 på side 34.

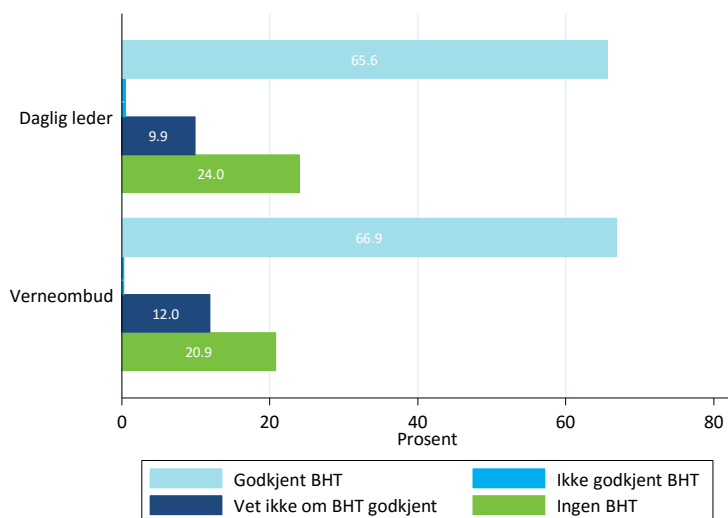
5.1 Virksomhetenes tilknytning til BHT

Innledningsvis ser vi på hva slags BHT de ulike virksomhetene er tilknyttet. Vi ser også på de som har gått fra å ha intern BHT til å bruke en ekstern tjenesteleverandør, og på kjennetegn ved de virksomhetene som ikke har BHT.

5.1.1 Hvor stor andel av virksomhetene er tilknyttet en godkjent BHT?

Knappt to av tre, både daglig leder og verneombud, oppgir at de er tilknyttet en godkjent BHT (figur 5.1). Rundt en av ti svarer at de er tilknyttet en BHT, men at de ikke vet om den er godkjent eller ikke, mens en av fire oppgir at de ikke er tilknyttet BHT. Ut fra undersøkelsen ser det altså ut til at rundt 75 prosent av virksomhetene med BHT-plikt er tilknyttet BHT. Hvordan denne fordelingen er i populasjonen av virksomheter i Norge, har vi ikke funnet tall for.

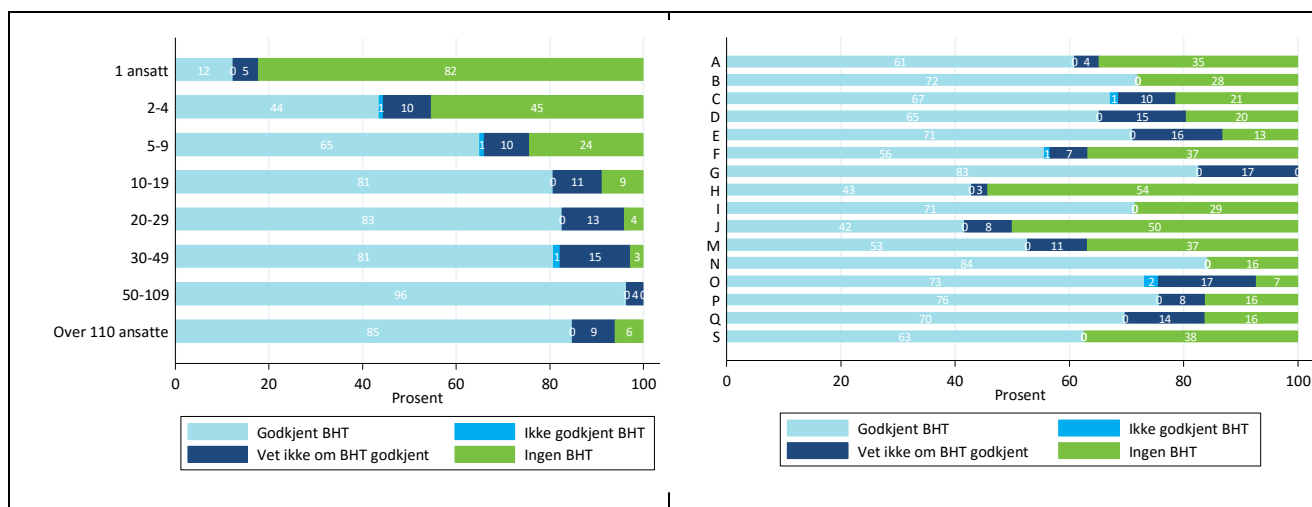
Av de virksomhetene som er tilknyttet en BHT, er det rundt 15 prosent som ikke vet om BHTen er godkjent eller ikke. Vi kan gå ut fra at virksomheter uten BHT har lavere svarprosent enn de som har BHT, og at den reelle andelen uten BHT derfor er høyere.



Figur 5.1 Virksomhetenes tilknytning til BHT, daglig leder og verneombud

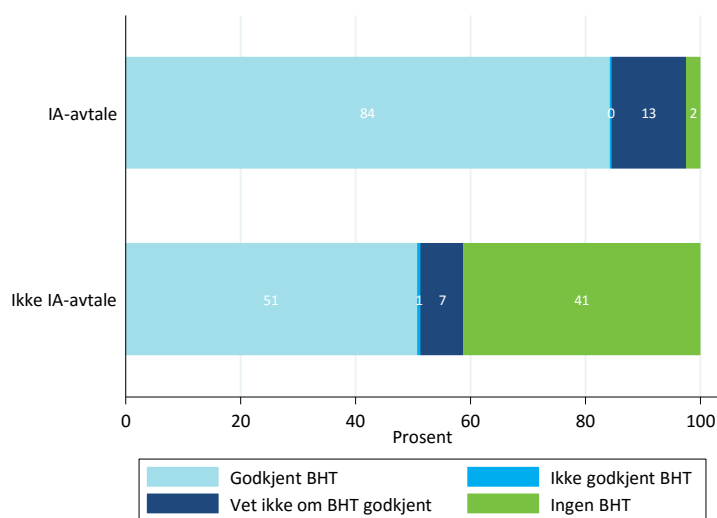
Ser vi videre på størrelse og næring blant virksomhetene, er det tydelig at sannsynligheten for å være tilknyttet BHT øker med virksomhetsstørrelse, og varierer en del etter næring (figur 5.2). Blant virksomheter med kun én ansatt svarer hele 82 prosent at de ikke har BHT, mot for eksempel 3 prosent i virksomheter med 30-49 ansatte. Næringer som har lavest andel virksomheter med BHT-avtale er transport og lagring (H),

informasjon og kommunikasjon (J), annen tjenesteyting (S), faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting (M) og bygge- og anleggsvirksomhet (F).



Figur 5.2 Virksomhetenes tilknytning til BHT, etter antall ansatte og hovednæringsnivå (daglig leder)

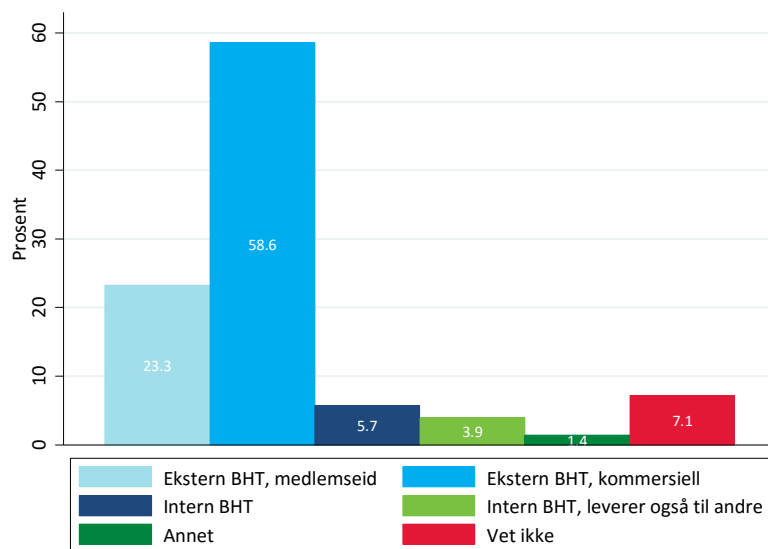
Andelen uten BHT er også klart høyere blant virksomheter som ikke har inngått avtale om inkluderende arbeidsliv (IA). Blant IA-virksomhetene er det bare to prosent som svarer at de ikke har BHT.



Figur 5.3 Virksomhetenes tilknytning til BHT, virksomheter med og uten IA-avtale (daglig leder)

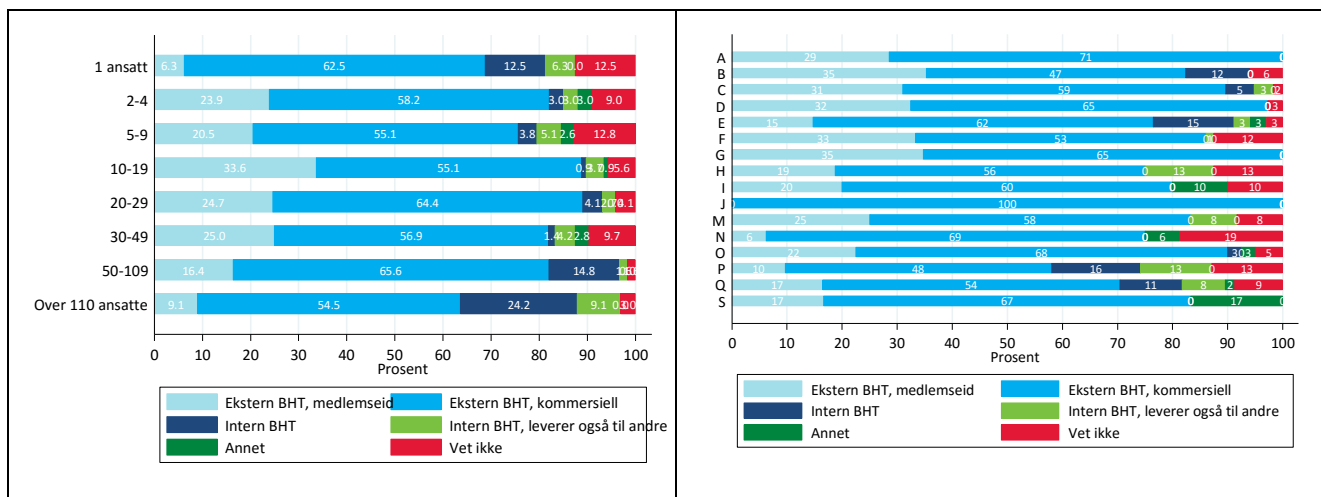
Hvilken type BHT er mest vanlig?

Den klart vanligste typen BHT er ekstern, kommersiell BHT, som omlag 60 prosent av virksomhetene oppgir at de har (figur 5.4). Knappt en av fire oppgir at de har ekstern, medlemseid BHT (også kjent som fellesordning), mens rundt 10 prosent har intern BHT. Halvparten av disse leverer også tjenester til andre virksomheter.



Figur 5.4 Type BHT-ordning blant virksomhetene i utvalget (daglig leder)

Intern BHT er klart mest vanlig i store virksomheter med mange ansatte (figur 5.5). Også en del virksomheter med én ansatt oppgir at de har intern BHT, noe som tyder på at de har misforstått spørsmålet eller ikke vet hva en intern BHT er. Intern BHT ser også ut til å være mer vanlig i enkelte næringer, som undervisning (P), bergverksdrift og utvinning (B), vannforsyning, avløp og renovasjon (E), og helse- og sosialtjenester (Q). Tilsvarende ser vi at ekstern, kommersiell BHT dekker hele eller store deler av næringer som informasjon og kommunikasjon (J), og jordbruk, skogbruk og fiske (A).



Figur 5.5 Type ordning, etter antall ansatte og hovednæringsnivå (daglig leder)

Intern BHT ser ellers ut til å være noe mer vanlig i virksomheter med IA-avtale (8 prosent mot 3 prosent), mens ekstern, medlemseid BHT ser ut til å være mer vanlig i virksomheter uten IA-avtale enn i virksomheter med avtale (29 prosent mot 19 prosent). Videre finner vi at 86 prosent av respondentene (daglig leder) oppgir at alle ansatte i virksomheten er omfattet av avtalen med BHT. Blant de øvrige svarer seks prosent at 80-99 prosent av de ansatte omfattes av avtalen, mens nesten fem prosent ikke vet. I utvalget totalt er det kun en håndfull virksomheter der ikke alle eller nesten alle ansatte omfattes av avtalen med BHT.

Ser vi på tall fra daglig leder, har omlag 10 prosent av virksomhetene gått fra intern til ekstern leverandør av BHT. Andelen som svarer at de har gått over til ekstern leverandør er noe høyere blant verneombudene (16 prosent). Ut fra spørreundersøkelsen virker det som at kun de færreste virksomhetene angrer på at de avvirket den interne BHTen (tabell 5.1). Mens 5 prosent av daglig leder svarer at de er mindre fornøyd, svarer 45 prosent at de er mer fornøyd med dagens BHT. Blant verneombudene/ansattrepresentantene er det en noe lavere andel som er mer fornøyd. Nesten en av tre svarer at de ikke vet.

Merk at siden en relativt liten andel av utvalget har gått fra intern til ekstern BHT, så er N lav for dette spørsmålet. Svarene må følgelig tolkes med en viss forsiktighet.

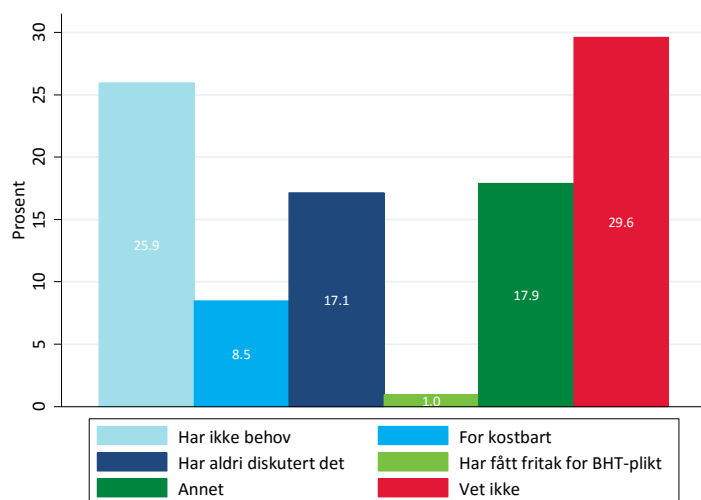
Tabell 5.1 Fornøyd med dagens BHT sammenlignet med tidligere intern BHT, daglig leder og verneombud

	Daglig leder	Verneombud
Mer fornøyd	45,0	39,4
Ingen forskjell	23,3	16,7
Mindre fornøyd	5,0	9,1
Usikker/ vet ikke	26,7	33,3
Prosent	100	100
N	60	66

5.1.2 Hva kjennetegner virksomhetene som ikke er tilknyttet BHT?

Som vi har sett svarte nesten en av fire virksomheter i utvalget at de ikke er tilknyttet BHT, selv om de tilhører en næring som har BHT-plikt. I det følgende ser vi nærmere på disse virksomhetene. Merk at utvalget er lite for disse spørsmålene (N=148).

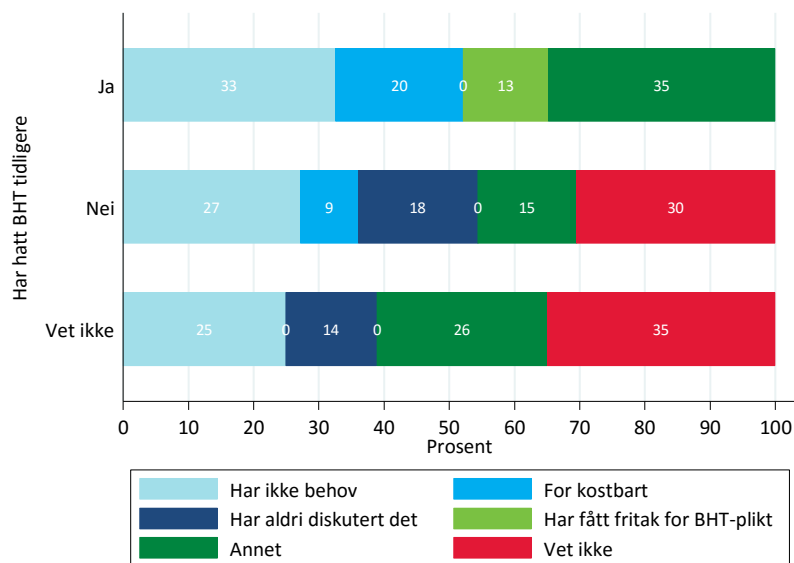
På spørsmål om hvorfor de ikke har BHT, svarer et flertall at de ikke har behov, eller at de ikke vet (figur 5.6). Kun én prosent oppgir å ha fått fritak. Kostnadsnivået virker ikke å være et stort problem; knapt ni prosent oppgir kostnader som viktigste årsak til at de ikke er tilknyttet en BHT.



Figur 5.6 Hvorfor er ikke virksomheten tilknyttet BHT? (Daglig leder)

Drøyt halvparten av virksomhetene som oppgir at de ikke har avtale med en BHT-leverandør i dag, svarer at de har hatt det tidligere. Vi ser at alle som oppgir at de har fått fritak for BHT-plikten, har hatt BHT tidligere

(figur 5.7). Virksomheter som har hatt BHT tidligere oppgir også i større grad at kostnadsnivået er en årsak til at de ikke er tilknyttet BHT i dag, og en noe større andel svarer at de ikke har behov for BHT.



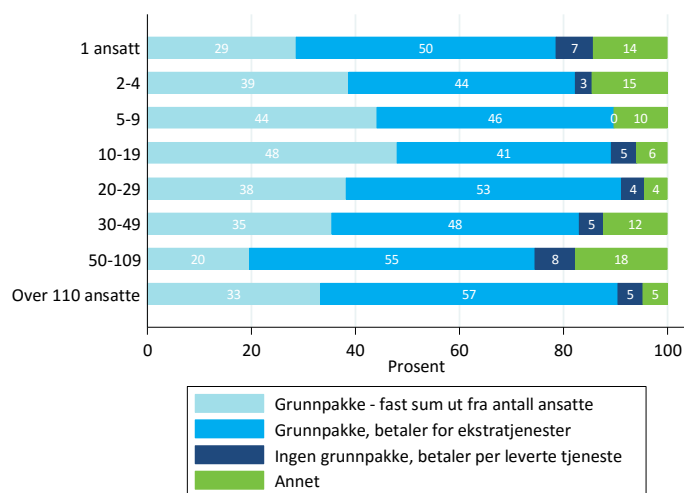
Figur 5.7 Hvorfor er ikke virksomheten tilknyttet BHT? Virksomheter som har hatt BHT tidligere og andre (daglig leder)

Blant virksomhetene som ikke har hatt BHT tidligere svarer flere at de ikke har diskutert det, eller at de ikke vet hvorfor de ikke har det, mens færre oppgir at de ikke har behov. Svarene tyder altså på at virksomheter som ikke har BHT og ikke har hatt det tidligere, i liten grad har reflektert over om dette er noe de burde ha.

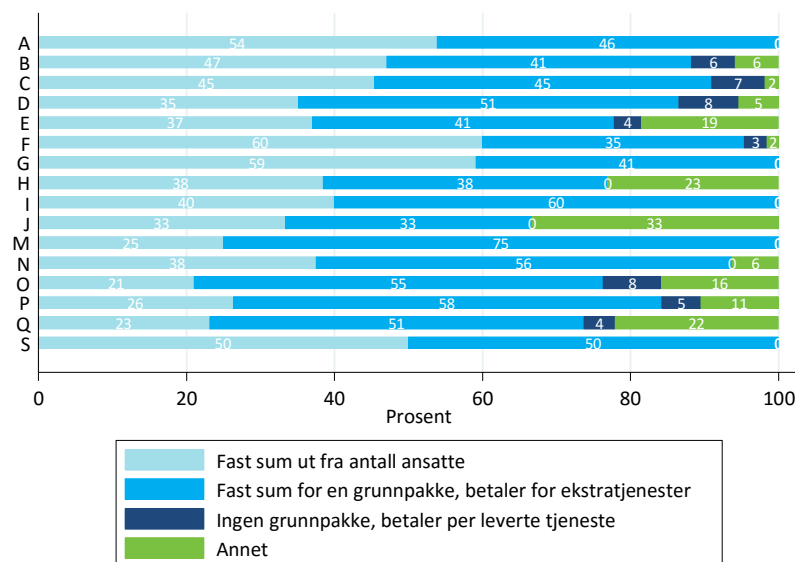
5.2 Avtaleform og økonomi

I det følgende ser vi nærmere på avtaleform og økonomi i virksomhetenes bruk av BHT. Ifølge virksomhetene er den vanligste avtaleformen en fast sum for en grunnpakke, der man i tillegg betaler for ekstratjenester som går utover det som er inkludert i grunnpakken (48 prosent). 38 prosent oppgir at de betaler for en fast pris ut fra antall ansatte. Kun et fåtall betaler per leverte tjeneste.

Igjen er det enkelte variasjoner etter antall ansatte i virksomheten og næringstilhørighet, men forskjellene er små.

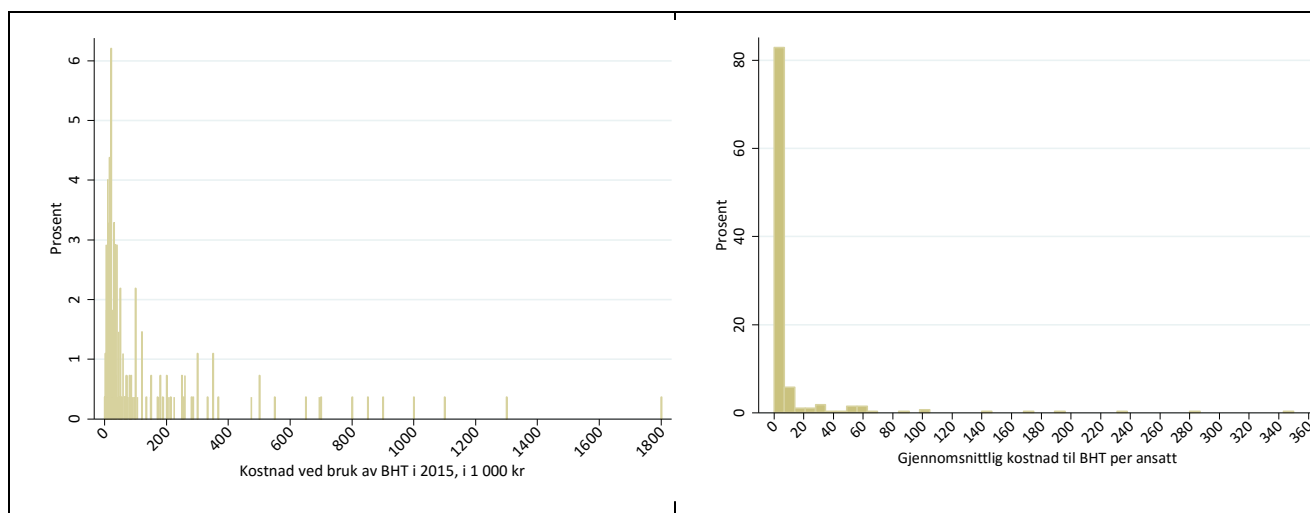


Figur 5.8 Avtaleform etter antall ansatte (daglig leder)



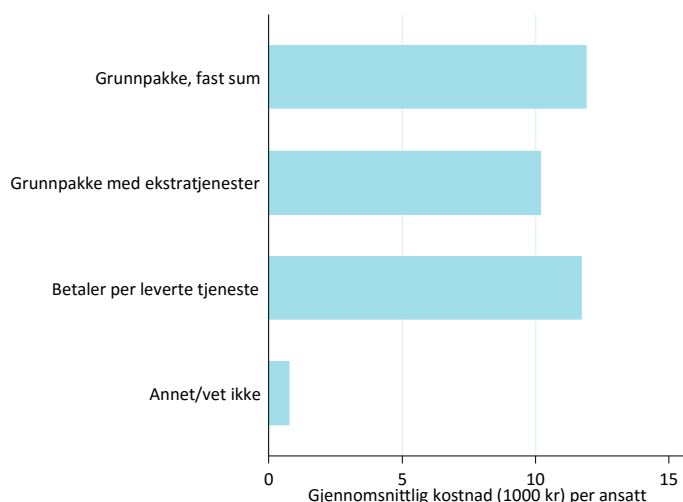
Figur 5.9 Avtaleform etter næring (daglig leder)

Figur 5.10 viser anslåtte kostnader i 1000 kroner ved bruk av BHT totalt og per ansatt i 2015. Som vi ser er det store variasjoner i hvor mye virksomhetene mener at de bruker på BHT. For enkelte virksomheter virker verdiene urealistisk høye. Noen få virksomheter oppgir å bruke over 200 000 kroner per ansatt per år, helt opp mot 350 000. Dersom vi tar ut de aller høyeste verdiene, er den årlige gjennomsnittskostnaden ved BHT per ansatt rundt 8000 kroner, mens medianverdien er drøyt 1000 kroner i året. Det er også verdt å merke seg at en relativt stor andel av respondentene ikke har helt oversikt over hvor mye de bruker på BHT. Knappt 20 prosent (207 respondenter) svarer at de ikke vet hvor mye de brukte i 2015.



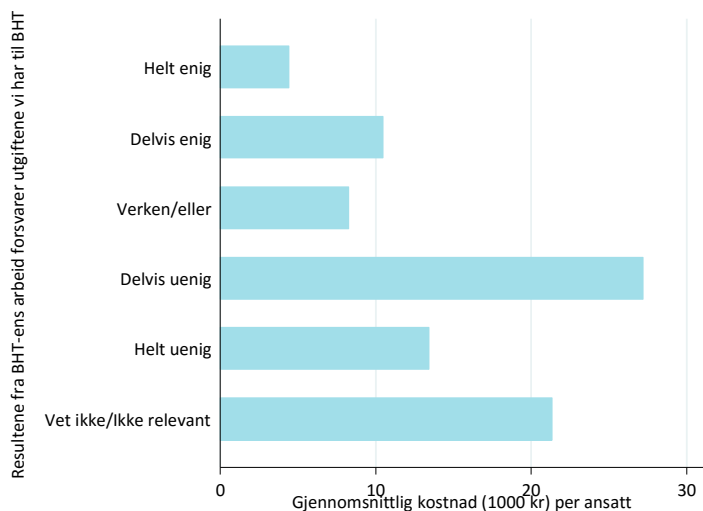
Figur 5.10 Antatte kostnader (i 1000 kr) ved bruk av BHT, totalt og per ansatt (daglig leder)

Det er interessant å se om anslåtte kostnader per ansatt varierer med avtaleform, siden enkelte informanter hevder at en fast grunnpakke er mer lønnsom for BHTene enn en løsning der virksomhetene betaler per leverte tjeneste. Som vi ser er det visse forskjeller, men disse er små (figur 5.11).



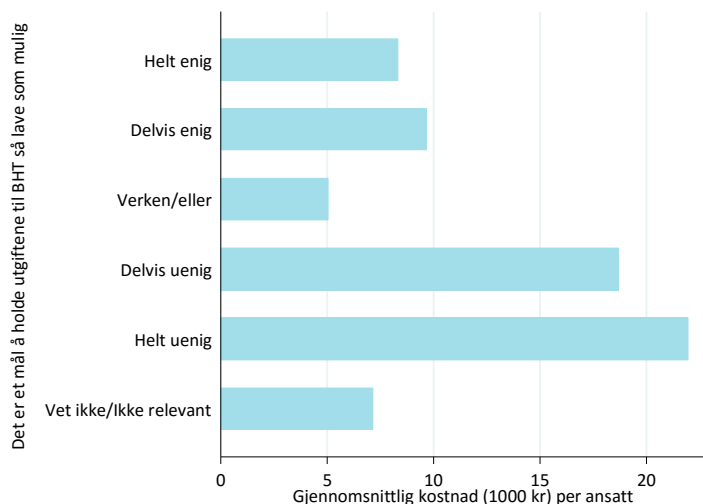
Figur 5.11 Gjennomsnittlig kostnad per ansatt, etter avtaleform (daglig leder)

Gjennomsnittlig kostnad per ansatt ser derimot ut til å samvariere med hvor fornøyd daglig leder er med hvor mye de får for pengene. Spørreskjemaet inneholdt en påstand om at "resultatene fra BHTens arbeid forsvare utgiftene vi har til BHT", som daglig leder skulle si seg enig eller uenig i. Figur 5.12 viser en tendens til at virksomheter med høyere anslått kostnadsnivå i mindre grad er enig i påstanden. Blant virksomhetene som er helt enig i at resultatene forsvare utgiftene, er også gjennomsnittskostnaden per ansatt mye lavere. Resultatene må likevel tolkes med forsiktighet, i og med at det er en del usikkerhet knyttet til anslått kostnadsnivå i virksomhetene.



Figur 5.12 Faktiske kostnader til BHT og vurdering av om resultatene står i samsvar til utgiftene (daglig leder)

Det ser også ut til at hvor mye bedriften bruker på BHT, i stor grad er et bevisst valg. Gjennomsnittlig kostnadsnivå per ansatt er mye høyere i virksomheter der daglig leder sier seg helt eller delvis uenig i en påstand om at det er et mål å holde utgiftene til BHT så lave som mulig (figur 5.13). Blant virksomheter som er helt enig i at de ønsker å holde kostnadsnivået lavt, er gjennomsnittskostnaden under 10 000 per ansatt, altså under halvparten av kostnadsnivået i de virksomhetene som ikke har et mål om å holde utgiftsnivået nede. Et høyt kostnadsnivå i virksomhetene ser dermed ut til å reflektere en holdning om at BHT er noe man prioriterer.



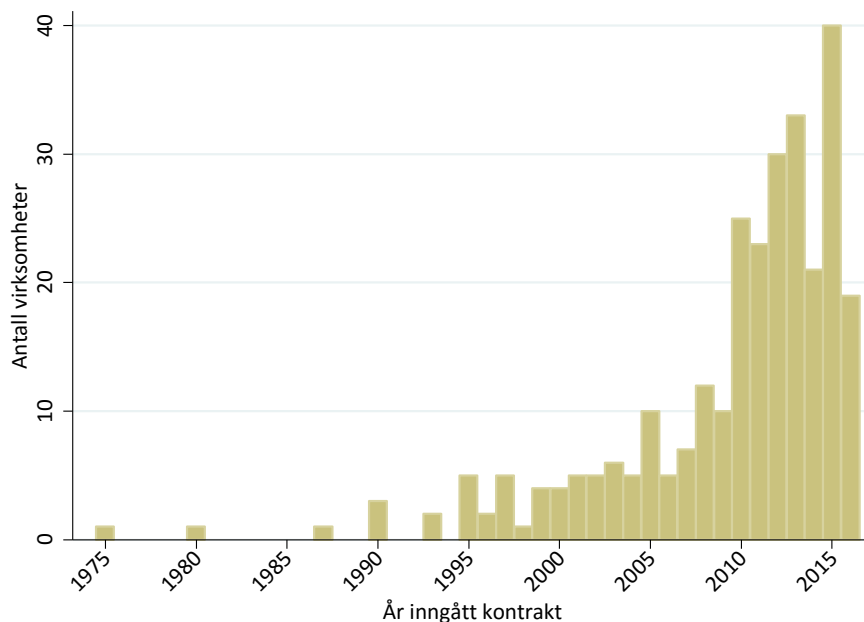
Figur 5.13 Faktiske kostnader til BHT og om det er et mål å holde utgiftene til BHT så lave som mulig (daglig leder)

5.3 Virksomhetenes valg av BHT

Både gjennom intervjuene og spørreundersøkelsen gir BHTene uttrykk for at markedet er preget av sterk konkurranse, der det kan være vanskelig å komme i posisjon til å yte gode og langsiktige tjenester. I det følgende ser vi på virksomhetenes valg av leverandør. Hva styrer virksomhetenes valg av BHT? Hvor trofaste er de mot BHTen de har avtale med, og i hvilken grad opplever de at tjenestene er preget av langsiktighet og kontinuitet?

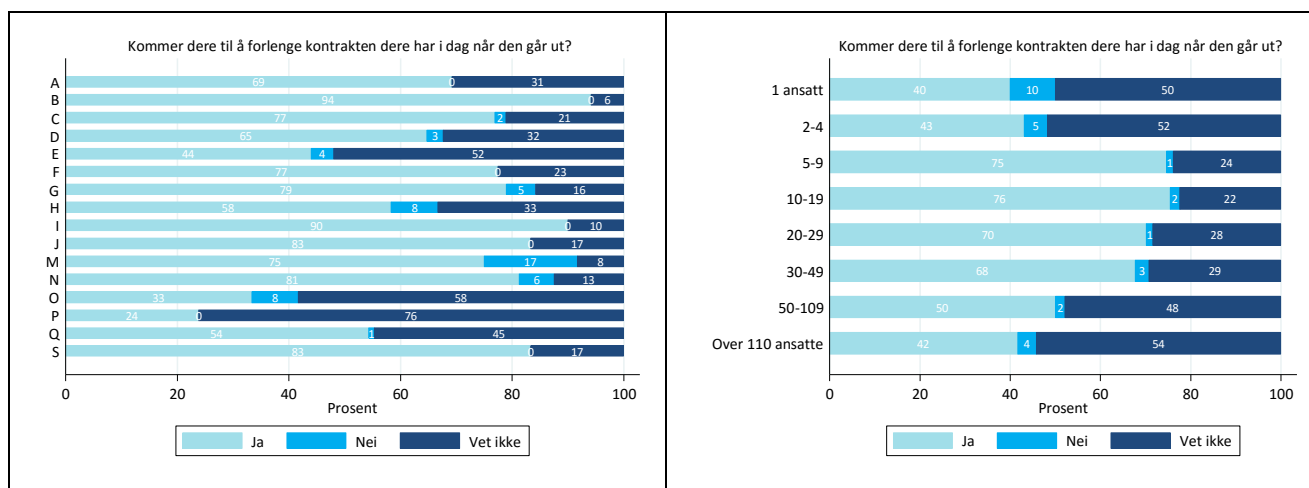
5.3.1 Kontinuitet i bruken av BHT

Figur 5.14 viser (første) år for kontrakt med nåværende leverandør av BHT, ut fra det daglig leder i virksomhetene har oppgitt. Merk at knapt én av tre virksomheter ikke vet når kontrakten med BHT ble inngått. Gjennomsnittsverdien faller her rundt 2009, med median i 2012. Kun fem prosent av virksomhetene har hatt avtale med samme BHT i over 20 år, mens 28 prosent har en avtale fra 2014 eller senere. Virksomhetsundersøkelsen støtter altså i stor grad opp om inntrykket fra BHTene selv om at langvarige kundeforhold ikke er spesielt vanlig.



Figur 5.14 År for inngått kontrakt med nåværende leverandør av BHT (daglig leder)

Samtidig oppgir 64 prosent, eller nesten to av tre daglig ledere, at de kommer til å forlenge kontrakten de har i dag når den går ut. Det er særlig små og mellomstore virksomheter (rundt 5 til 50 ansatte) som oppgir at de kommer til å forlenge dagens avtale. Resultatene kan tyde på at dette er virksomheter som, når de først har funnet en BHT de er fornøyd med, ønsker å fortsette med denne. Små og mellomstore virksomheter har ofte heller ikke egne ressurser innen HMS, arbeidsmiljø eller HR, og det å gå inn i en prosess med å skaffe en ny BHT, vil i seg selv kreve tid og administrative ressurser.



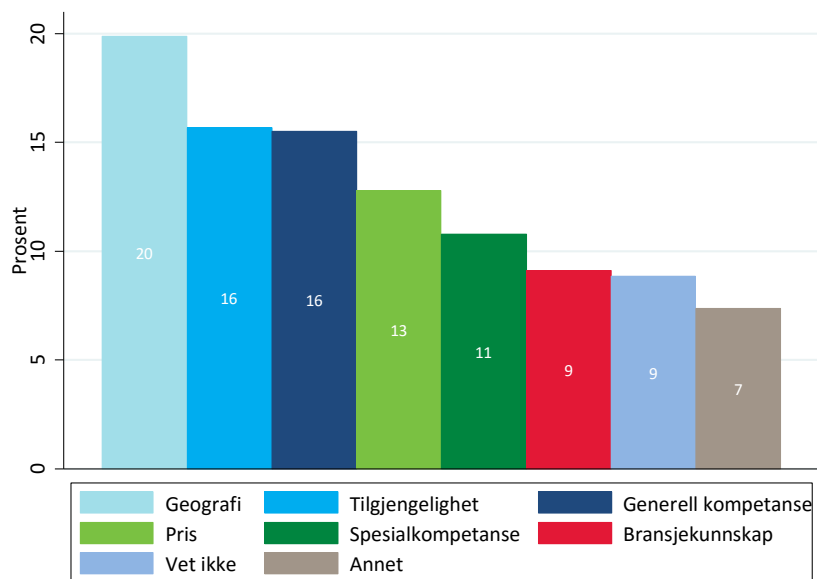
Figur 5.15 Om virksomheten kommer til å forlenge kontrakt med nåværende BHT når avtalen går ut, etter hovednæringsnivå og antall ansatte (daglig leder)

Daglig leder deler heller ikke bekymringen i BHT om manglende kontinuitet og langsiktighet (tabell 5.2). 69 prosent av respondentene var helt eller delvis enig i en påstand om at bistanden fra BHT preges av kontinuitet og langsiktighet, mot drøyt 10 prosent som var uenig.

Tabell 5.2 Bistanden fra BHT er preget av kontinuitet og langsiktighet (daglig leder)

	Prosent
Helt enig	45,3
Delvis enig	23,4
Verken/eller	12,6
Delvis uenig	5,3
Helt uenig	5,3
Vet ikke/ ikke relevant	8,1
Sum	100
N	492

En annen bekymring fra BHTene er at virksomhetene i stor grad går for det billigste alternativet, og at det å kunne konkurrere på pris er helt sentralt. Svarene fra virksomhetene nyanserer dette bildet noe (figur 5.16). På spørsmål om de viktigste grunnene til å ha valgt nåværende leverandør av BHT, peker svar som nærhet og tilgjengelighet seg ut. Virksomhetene kunne her velge inntil tre alternativer. En av fem svarte geografi og nærhet, 16 prosent svarte henholdsvis tilgjengelighet og generell kompetanse, mens 13 prosent svarte at pris var en av de viktigste grunnene, fulgt av spesialkompetanse (11 prosent) og bransjekunnskap (9 prosent).



Figur 5.16 Rangering av de viktigste grunnene for å ha valgt nåværende BHT (daglig leder)

Resultater fra virksomhetsintervjuene samsvarer godt med disse tallene. Selv om det på den ene side kom frem at pris er et viktig kriterium i valget av tilbydere, så kom det samtidig frem at det ikke kun handler om de rent økonomiske vurderingene. Eksempelvis ble det pekt på at tilbudene ofte er så like når det gjelder kompetanse og leveranser, at pris gjerne er det som skiller – spesielt i forbindelse med anbudsprosesser:

Det er innholdet og kvaliteten, referansene som de leverer, presentasjonen av de som jobber der, kontaktpersonene våre, vurdering av kompetansen deres, som betyr noe. Prisen har nok en god del å si, for ofte skårer de såpass likt på de andre tingene (kommunalt foretak)

Dette var en virksomhet som relativt nylig hadde valgt en ny tilbyder, men de kunne bekrefte at tjenestene de nå mottar er veldig lik det de hadde tidligere. I motsetning til BHTene selv, som understreker hvor viktig det er med langsiktighet og kontinuitet i BHT, så mente denne virksomheten at det var positivt for deres arbeidsmiljøarbeid å skifte BHT etter tre-fire år, for å få nye perspektiver og impulser inn. Deres oppfatning var at motivasjon og engasjement fort kan dabbe av, dersom man er tilknyttet den samme BHTen over for lang tid. Samtidig mente de at det at de har kjørt slike anbudsprosesser en del ganger, gjør dem godt i stand til å velge den tilbyderen som er riktig ut fra virksomhetens behov:

Vi har jo holdt på med dette i noen år, så vi har jo litt erfaring. Så vi tror vi greide å gjøre det rette valget. Men det er klart, det er jo et nytt firma, så vi ser jo litt i ettertid hva de faktisk leverer da. Og det er jo i realiteten nokså likt. De tilbudene, de ligner veldig (kommunalt foretak)

I kommunen vi intervjuet la de ikke skjul på at pris hadde vært viktig for valget av den tilbyderen de har i dag. Erfaringen med at mange BHTer er veldig like når det gjelder innhold og kompetanse, delte de også her:

Det er jo pris som er veldig avgjørende. Så jeg tror det var det som gjorde utslaget. Så vidt jeg husker så kom de likt de andre tilbyderne, men vant på pris. Men så er det flere faktorer, du har en vekting (kommune)

Den statlige virksomheten var mindre opptatt av pris, selv om også de ga uttrykk for at de ønsket mer kontroll med utgiftene til BHT. Samtidig var de i forbindelse med pågående anbudsprosess opptatt av å velge en BHT som kunne gi dem en bedre treffsikkerhet i forhold til den sikkerhetsprofilen de har, slik informanten uttrykte det. En utfordring var at den varierte og komplekse aktiviteten i virksomheten også fører til at det blir et "komplisert innkjøp" av bedriftshelsetjenester:

Det er et veldig komplekst innkjøp av bedriftshelsetjenester, kan du si. At alle får et godt tilbud for sin risikoprofil. Det er det som er utfordringen (statlig virksomhet)

Når det gjelder bransjekunnskap, så var det enkelte uttalelser i intervjuene som indikerte at dette er mer "kritisk" i noen bransjer enn andre. Typisk handlet dette om at noen bransjer er mer ulykkes- og skadeutsatt enn andre bransjer, og at en bransjespesifikk kunnskap i disse bransjene er helt avgjørende for at alvorlige risikofaktorer skal bli håndtert på riktig måte:

Jeg tror det handler litt om hva slags type virksomhet det er. Jo mer kompliserte arbeidsoperasjoner som utføres, og jo høyere risiko som er på arbeidsplassen, knyttet til helsefare, sikkerhet eller kanskje psykososialt arbeidsmiljø, desto viktigere (produksjons)virksomhet innenfor industri)

Budskapet i denne uttalelsen underbygger resultatene fra virksomhetsundersøkelsen, som viste ulike bruk og ellers ulike erfaringer og vurderinger av nytten av BHT, på tvers av næringer. Næringene er svært ulike i innhold og risikobilde, og det ser ut til å påvirke opplevelsen av hvor viktig det er å være tilknyttet en BHT. Samtidig er det interessant at informanten også trekker frem det psykososiale arbeidsmiljøet – som er noe som er til stede innenfor alle yrker og bransjer.

At virksomhetene velger en BHT som har kunnskap om de arbeidsoppgaver, behov og utfordringer de har, vil være positivt med tanke på de tjenestene som skal leveres. Dette er noe som trolig også har betydning for hvor mye BHT blir brukt. Er det gjort et valg av tilbyder basert på faglige vurderinger – eller er det andre vurderinger som har ligget til grunn? Dette var et tema som godkjenningssenheten var opptatt av:

Selv om alle BHTer skal kunne levere minimumstjenester på alle fagområder, så er det jo store forskjeller mellom de, for eksempel hvor gode de er på det psykososiale området eller på det yrkeshygieniske. Så det er jo det vi tenker bedriftene bør sjekke ut. Hvis de har spesielle utfordringer på det yrkeshygieniske, så er det jo naturlig at det sjekker ut hvilke tjenester og hvilken kompetanse BHTene har på det området. Det er vel nettopp dette de ikke er så flinke til (godkjenningssenheten)

Deres konkrete erfaring var at virksomhetene, i sitt valg av BHT, fokuserer mest på pris og geografisk nærhet, fremfor bransjekunnskap og faglig kompetanse:

Det er det som er problemet for en virksomhet. De går inn på lista over godkjente BHTer som ligger på Arbeidstilsynet.no, finner sitt fylke og ser hvilke som ligger nærmest dem (godkjenningssenheten)

Det at virksomheter har en BHT som har kunnskap om deres behov og utfordringer, er avgjørende for en vellykket bruk av BHT. I tillegg er det en tilbakemelding fra flere BHTer og virksomheter at god forankring i ledelsen i virksomhetene er helt avgjørende for å kunne oppnå en god bruk av BHT.

I kommunen vi intervjuet pekte de på at det er en varierende bruk av BHT på tvers av tjenesteområder – og at det primært kan forklares med variasjoner i ledelsens kunnskap om – og interesse for – HMS og arbeidsmiljøspørsmål. Den faktoren de trakk mest frem, som har størst betydning for bruken av BHT, var ledelse og lederskap. De mente å se forskjeller i bruken av BHT som de relaterte til den kunnskapen og oversikten lederne innenfor de ulike tjenesteområdene har når det gjelder eget arbeidsmiljø og egne utfordringer. Samtidig mente de at bruken av BHT kan knyttes til hvordan lederne utøver ledelse mer generelt:

Bruken av bedriftshelsetjenesten, men også Nav Arbeidslivssenter, der er det store variasjoner internt i kommunen. Og det er lederavhengig. Det at lederen har fokus og kunnskaper. Det har noe med lederskap å gjøre. Der er det kulturelle forskjeller mellom tjenestene (kommune)

5.4 Virksomhetenes bruk av BHT

I det følgende ser vi nærmere på den faktiske bruken av BHT. Et stort flertall av virksomhetene som har BHT har også utarbeidet samarbeidsavtale og handlingsplan for bruken av BHT. En samarbeidsavtale er selve kontrakten mellom virksomheten og BHT, om inngått tjeneste, mens en handlingsplan er en plan som utarbeides av BHT og virksomheten i fellesskap, og som beskriver og tidfester BHTs arbeid i virksomheten. Vi ser at samarbeidsavtale er noe vanligere enn handlingsplan.

Tabell 5.3 Samarbeidsplan og handlingsplan, daglig leder og verneombud, prosent

Har virksomheten ...	Samarbeidsavtale		Handlingsplan	
	Daglig leder	Verneombud	Daglig leder	Verneombud
Ja	79,4	76,4	72,0	67,9
Nei	8,7	4,1	19,7	15,1
Vet ikke	11,9	19,5	8,3	17,1
<i>Sum</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>N</i>	<i>496</i>	<i>318</i>	<i>468</i>	<i>305</i>

Videre finner vi at drøyt halvparten av virksomhetene (daglig leder) i vårt utvalg har et eget arbeidsmiljøutvalg (AMU). Av disse svarer knapt 60 prosent at representanter fra BHT møter fast. Mange av virksomhetene i våre data er ikke pålagt å ha AMU, fordi de er virksomheter med få ansatte. Regelverket på dette området sier at virksomheter med minst 50 ansatte har plikt til å opprette et arbeidsmiljøutvalg. Hvis en av partene krever det, skal også virksomheter med mellom 20 og 50 ansatte ha AMU. I tillegg kan Arbeidstilsynet bestemme at det skal være AMU i en virksomhet.⁵

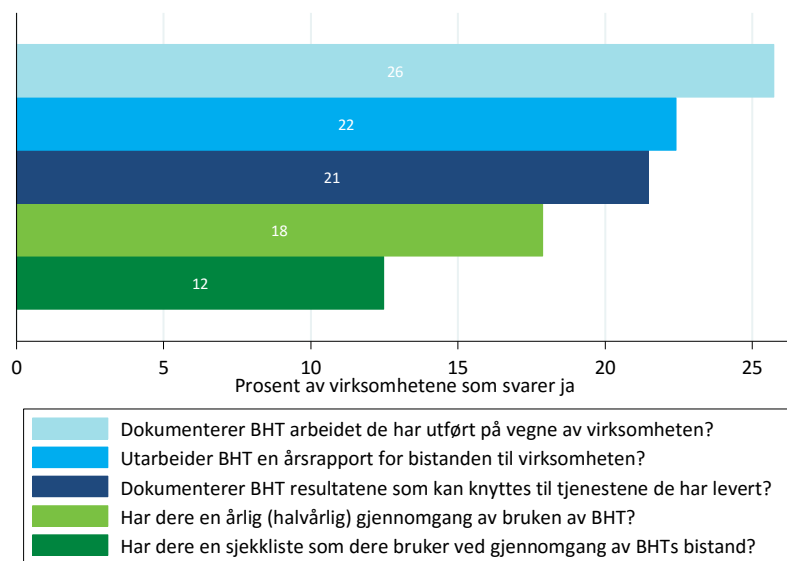
Videre oppgir 86 prosent av virksomhetene at de har gjort en risikovurdering av arbeidsmiljøet i løpet av det siste året. Drøyt en av tre virksomhetsledere rapporterer at BHT ikke var involvert, eller at de ikke vet om BHT var involvert, mens 26 prosent svarer at BHT var med både i planlegging og gjennomføring (tabell 5.4).

Tabell 5.4 Involvering av BHT i kartlegging av risikoforhold i arbeidsmiljøet, daglig leder

Deltok BHT i kartleggingen?	Prosent
BHT var med i planleggingen	26,4
BHT var med i gjennomføringen	10,3
BHT var med både i planlegging og gjennomføring	26,1
BHT var ikke involvert	30,4
Vet ikke	6,8
Sum	100
<i>N</i>	<i>398</i>

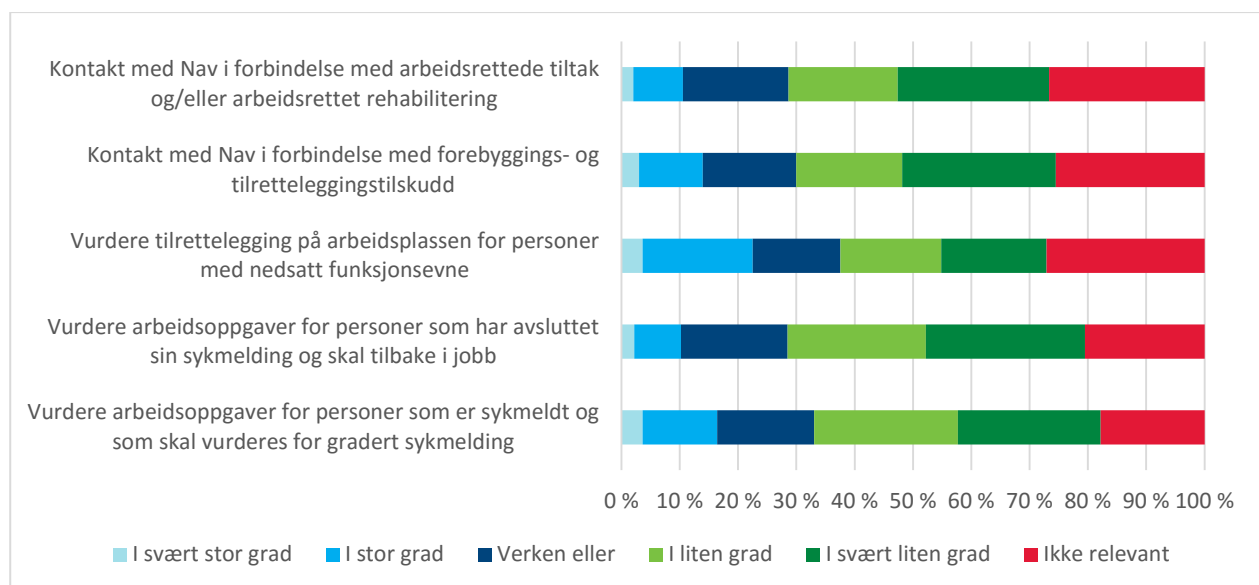
Videre svarer 26 prosent av virksomhetslederne at BHT dokumenterer arbeidet de utfører på vegne av virksomheten, 22 prosent at BHT utarbeider årsrapport for bistanden, og 21 prosent at BHT dokumenterer resultater som kan knyttes til tjenestene som er levert. Kun 18 prosent har regelmessig gjennomgang av bruken, mens bare 12 prosent har en sjekkliste som brukes ved gjennomgang av bistanden (figur 5.17). Alt i alt tyder svarene på at systematisk dokumentasjon og gjennomgang av bruken av BHT ikke er spesielt vanlig i norsk arbeidsliv.

⁵ Kilde: <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78950>



Figur 5.17 Dokumentasjon, rapportering og gjennomgang av bruk av BHT

I en tidligere rapport (Ose et al. 2012) fant SINTEF at ergonomi var den vanligste tjenesten BHT leverte, fulgt av kartlegging av arbeidsmiljø, inneklimamålinger samt sykefraværsforebyggende arbeid. I virksomhetsundersøkelsen finner vi at sykefraværsoppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen i liten grad er oppgaver som BHT benyttes til. Knappt 25 prosent svarer at det å vurdere tilrettelegging på arbeidsplassen for personer med nedsatt funksjonsevne er noe BHT brukes til i stor eller svært stor grad. Andre sykefraværrelaterte oppgaver er mindre vanlige, og mange oppgir også at det ikke er relevant.



Figur 5.18 Bruk av BHT i sykefraværsoppfølging, tilrettelegging og bistand inn mot Nav

Intervjuene med de fem virksomhetene viste imidlertid at oppfølging i forbindelse med sykefravær, samt fysisk tilrettelegging og mestringssamtaler, er et område der BHT kan bidra med viktige innspill. Intervjuene med virksomhetene bidro slik sett til å nyansere resultatene fra BHT-undersøkelsen på dette punktet. To av virksomhetene var spesielt opptatt av at de fremover skulle klare å jobbe enda mer proaktivt og

forebyggende med sykefravær på individnivå. Dette ønsket de å oppnå ved å få de ansatte til å ta den første "tilretteleggingssamtalen" med BHT, heller enn med fastlegen, fordi deres erfaring var at det gir økt sannsynlighet for at sykmelding kan unngås, eller at man får på plass en gradert sykmelding:

Hvis du får sykmelding fra lege, og det er knyttet til muskel- og seneplager, så blir du pålagt å ta kontakt med bedriftshelsetjenesten etterpå. Kan godt være at det ikke er noe mer å legge til, men vi vil at bedriftshelsetjenesten, som kjenner oss ganske godt og som kjenner vedkommende, skal ta en sjekk og høre hva det gjelder, og gi innspill hvis det er noe mer som kan gjøres. For en opplever jo veldig ofte at fastlegen har det fryktelig travelt og har vel mer tatt utgangspunkt i "hvor lang sykmelding trenger du?", enn å se på muligheten for gradert eller avventende sykmelding. Så vi har jo faktisk diskutert muligheten for å snu på det da, i forhold til den typen plager. At vi sier til våre at du skal starte hos bedriftshelsetjenesten. Så gjør de en vurdering, og så er det selvsagt sånn at en kan gå til fastlege etterpå, men da har de mulighet til å være med å gi et innspill til fastlegen i forhold til sykemeldingsgrad og tilrettelegging. Vi har erfaring med at de har kommet kjappere tilbake, etter å ha vært hos bedriftshelsetjenesten (bygge- og anleggsentreprenør)

Grunnen til at det er slik, er ifølge informanten at BHT er tettere på virksomheten, og i langt større grad kan gi innspill til mulig tilrettelegging. De understreket samtidig at ingen ansatte blir pålagt å gå til BHT istedenfor fastlegen, men at det er noe de oppfordrer til. Enhetslederen i kommunen vi intervjuet hadde lignende erfaringer med å bruke BHT på denne måten, for å komme tidligst mulig i inngrep med det som ellers kan utvikle seg til å bli et langtidssykefravær:

Samlivsbrudd, som et eksempel. Et eller annet som skjer ganske akutt. Da er det så ok å sette dem inn, og da ser jeg at jeg har forhindret sykmeldinger. I stedet for at de går til lege, og så får de sykmelding, og så blir de borte. Det er så vanskelig å få dem tilbake. Så det handler om hvordan vi bruker dem, og at vi bruker verktøy vi har rundt oss. Det er gode folk (kommune)

Bruk av helsekontroller var et annet tema som kom opp i mange intervju, både med virksomhetene og BHTene. For å kartlegge hvor vanlig det er å tilby helsekontroller ba vi daglig leder ta stilling til to påstander: "Vi tilbyr helsekontroll til alle ansatte" og "helsekontroll er den tjenesten vi benytter mest". Tabell 5.5 viser svarfordelingen.

Tabell 5.5 Bruk av helsekontroller (daglig leder), prosent

	Vi tilbyr helsekontroll til alle ansatte	Helsekontroll er den tjenesten vi bruker mest
Helt enig	54,3	29,0
Delvis enig	9,9	16,6
Verken enig eller uenig	3,4	13,2
Delvis uenig	4,1	8,7
Helt uenig	18,0	22,5
Vet ikke/ ikke relevant	10,3	10,1
<i>Sum</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>N</i>	<i>494</i>	<i>494</i>

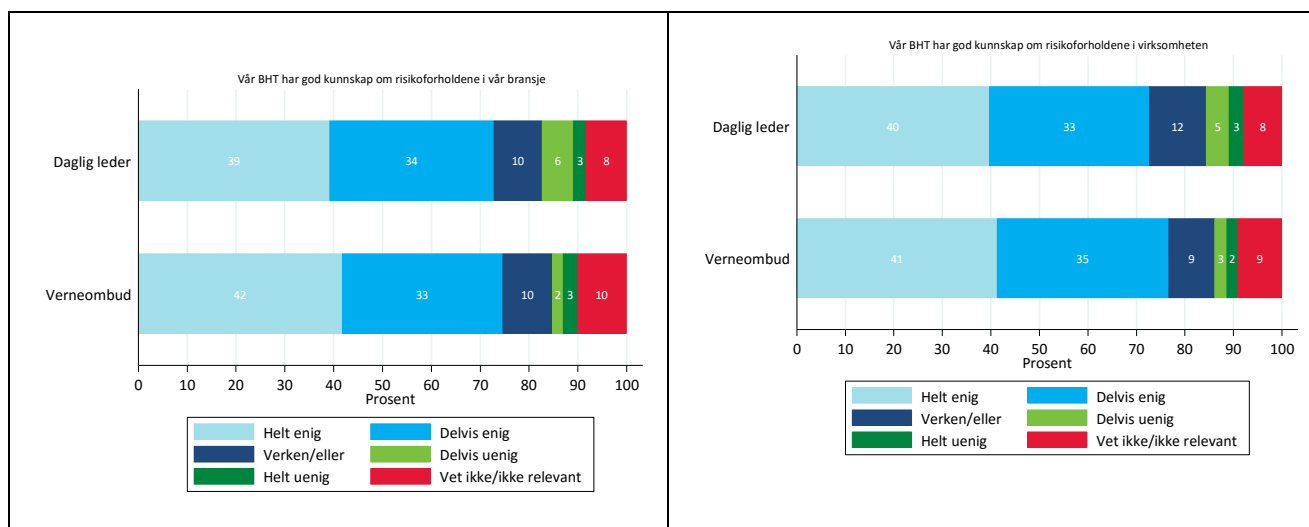
Resultatene bekrefter et stykke på vei det som kom frem gjennom intervjuene med BHTene, om at generelle helsekontroller ofte etterspørres av virksomhetene, og at det er en tjeneste som leveres i relativt stort omfang. 54 prosent av virksomhetene bekrefter at dette er et tilbud de gir til alle ansatte, mens 9,6 prosent sier seg delvis enig i at det er noe de tilbyr til alle ansatte. Rundt 45 prosent svarer at helsekontroll er den tjenesten de

bruker mest (helt eller delvis enig), mens 23 prosent avkrefter dette helt (helt uenig). Alt i alt viser tallene at generelle helsekontroller er en tjeneste det er relativt vanlig å benytte seg av i virksomhetene.

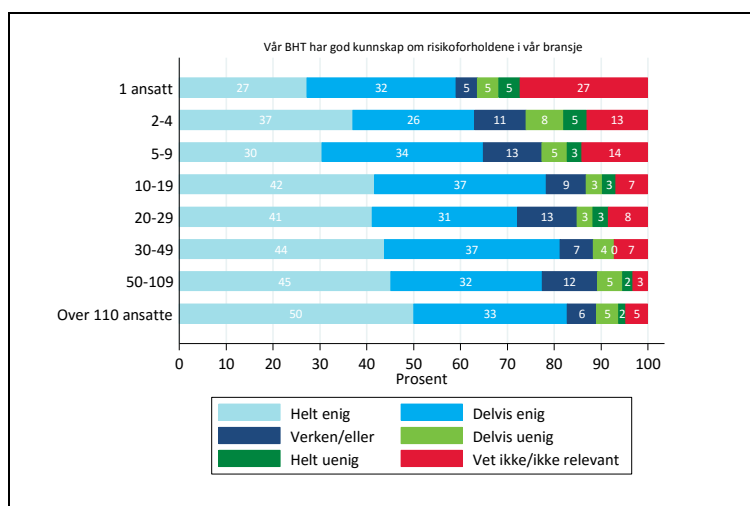
5.5 Virksomhetenes vurdering av BHTene

5.5.1 Kunnskap om risikoforhold i bransjer og virksomheter

Et viktig spørsmål i evalueringen har vært om virksomhetene opplever at BHTen de er tilknyttet, har kunnskap om risikoforholdene i bransjen de er en del av, og i selve virksomheten. Ifølge forskriften skal BHT blant annet bistå med løpende kartlegging av arbeidsmiljøet, foreta undersøkelser av arbeidsplassene og arbeidsprosessene, samt vurderer risiko for helsefare. I tillegg skal de komme med forslag om forebyggende tiltak som kan redusere risikoen for helseskade. Dersom BHTene har en kunnskap i bunnen om hvilke utfordringer og risikofaktorer som kjennetegner ulike næringer, så vil det kunne styrke dette arbeidet.

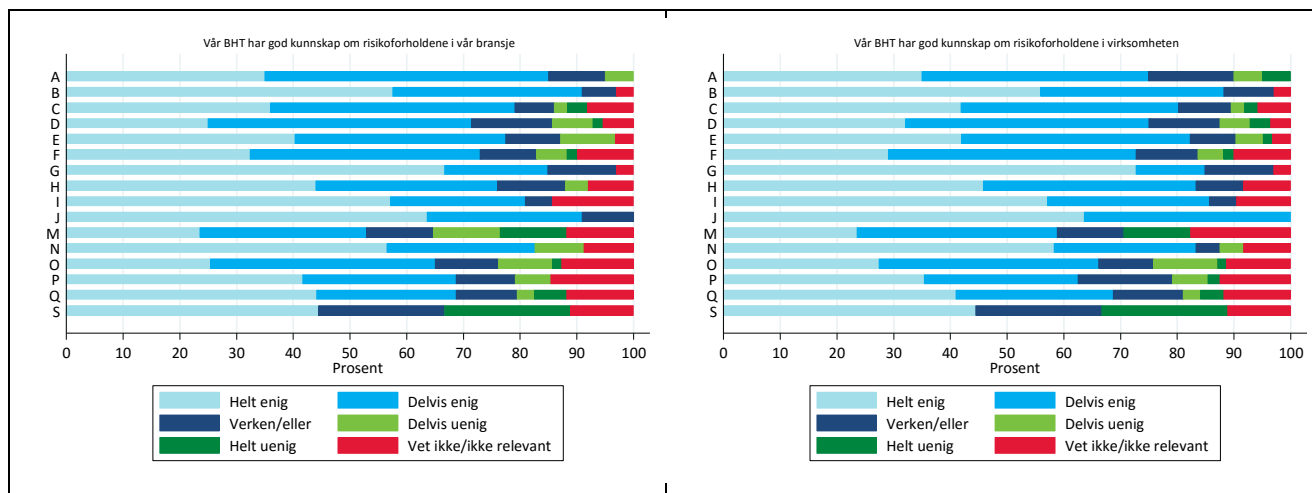


Figur 5.19 Vår BHT har god kunnskap om risikoforholdene i vår bransje generelt og i virksomheten, daglig leder og verneombud



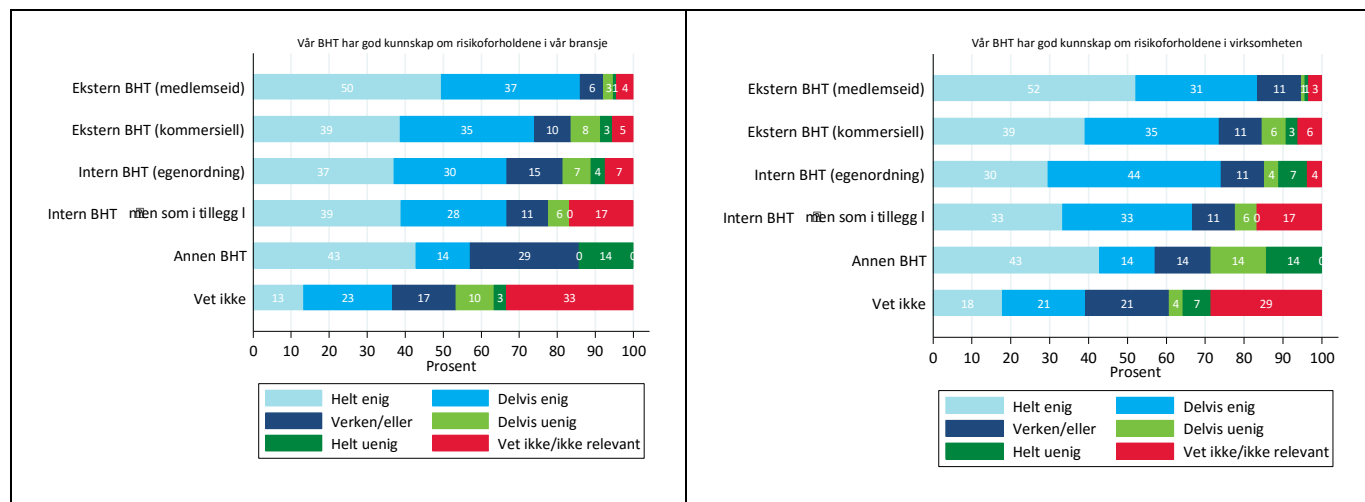
Figur 5.20 Vår BHT har god kunnskap om risikoforholdene i vår bransje, etter antall ansatte

Et klart flertall av virksomhetene, både daglig leder og verneombud, sier seg helt eller delvis enig i at BHT har god kunnskap om risikoforholdene i deres bransje generelt og i virksomheten. Andelen ligger mellom 70 og 80 prosent. Videre ser vi at andelen som er helt enig, øker noe med virksomhetsstørrelse. Dette kan skyldes flere forhold, for eksempel at større virksomheter i større grad vektlegger bransjekunnskap i sitt valg av BHT. Fra figur 5.5 så vi dessuten at intern BHT er mest vanlig blant større virksomheter (> 110 ansatte). Dette er en type BHTer som naturlig nok vil ha kunnskap om både bransje og virksomhet.



Figur 5.21 Vår BHT har god kunnskap om risikoforholdene i vår bransje generelt og i virksomheten, etter hovednæring

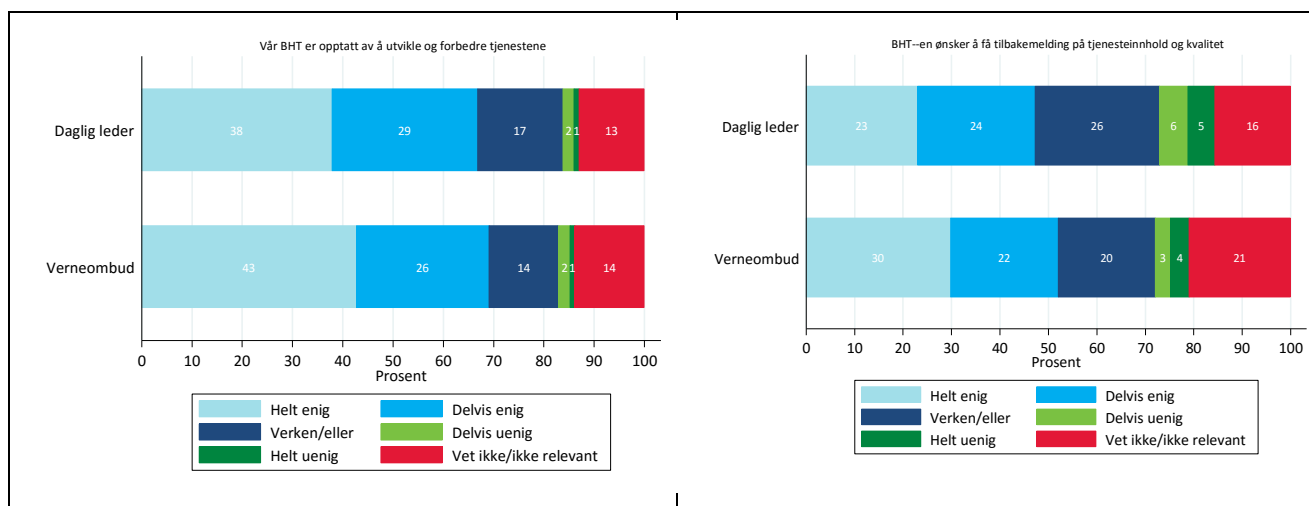
Når vi ser samme spørsmål i sammenheng med bransje, ser vi at det er relativt store forskjeller på tvers av bransje. De næringene som er mest enig i at deres BHT har god kunnskap om risikoforholdene i bransjen generelt, er bergverksdrift og utvinning (B), varehandel og reparasjon av motorvogner (G) og informasjon og kommunikasjon (J). De næringene der en lavest andel er helt enig er elektrisitets-, gass-, damp- og varmtvannsforsyning (D), faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting (M) samt offentlig administrasjon og forsvar (O). Ser vi figurene i sammenheng, ser vi at BHTs kunnskap om virksomheten vurderes veldig likt deres kunnskap om bransjen. Slik sett indikerer figurene at bransjekunnskap også betyr at BHTen har kunnskap om risikoforholdene på virksomhetsnivå.



Figur 5.22 Vår BHT har god kunnskap om risikoforholdene i vår bransje generelt og i virksomheten, etter type BHT

Dersom vi differensierer på type BHT-ordning, så ser vi at virksomheter med ekstern medlemseid BHT er de som i størst grad er enig i at BHT har god kunnskap om risikoforholdene i bransjen generelt og i virksomheten. Mest interessant er det imidlertid at virksomheter med intern BHT er de som i minst grad er helt enig i at deres BHT har god kunnskap om risikoforholdene i bransjen og virksomheten – spesielt når dette, av de interne BHTene selv, trekkes frem som et av de største fortrinnene de har, sammenlignet med eksterne BHTer. Mulige årsaker til hvorfor det er slik, kommer vi tilbake til i kapittel 8.

Neste figur viser i hvilken grad virksomhetene opplever at deres BHT er opptatt av å utvikle og forbedre tjenestene.



Figur 5.23 Vår BHT er opptatt av å utvikle og forbedre tjenestene, og ønsker tilbakemelding på tjenesteinnhold og kvalitet, daglig leder og verneombud

Blant daglig leder er 67 prosent av den oppfatning at BHTen er opptatt av å utvikle og forbedre tjenestene (helt eller delvis enig i påstanden). 69 prosent av verneombudene i virksomhetene som har deltatt i spørreundersøkelsen, er enig i samme påstand. Andelen som har erfaring med at BHT ønsker tilbakemelding på tjenesteinnhold og kvalitet, er en god del lavere. 47 prosent av lederne mener dette, mens 52 prosent av verneombudene er av en slik oppfatning. Resultatene indikerer at BHTene har noe å gå på, når det gjelder å kommunisere tydelig til virksomhetene at tilbakemeldinger på tjenesteinnhold og kvalitet, er noe de ønsker.

5.6 Virksomhetenes bestillerkompetanse og kunnskap om hvilke tjenester BHT kan levere

Virksomhetenes bestillerkompetanse er et viktig tema, og noe BHTene er opptatt av. Det bør ligge en kunnskap i bunnen hos virksomhetene, både om kravene til et godt og forsvarlig arbeidsmiljø, og på hvilken måte BHT kan bistå dem med å oppfylle disse kravene. Dersom virksomhetene ikke kjenner egne behov, og ikke ser hvordan BHT kan hjelpe dem med å få på plass et velfungerende HMS-system og et sunt arbeidsmiljø, så er det vanskelig for en BHT å få innpass i virksomheten, og å kunne jobbe forebyggende og systematisk. Arbeidstilsynets erfaring er at det virksomhetene ofte har behov for, er informasjon og veiledning om systematisk HMS-arbeid (Arbeidstilsynet 2015). Samtidig finner de at formålet med en bedriftshelsetjeneste ofte er ukjent for virksomhetene, også i bransjer med BHT-plikt.

Vi ønsket derfor å finne ut hvordan BHTene vurderer virksomhetenes kunnskap om forpliktelsene de har på arbeidsmiljøområdet – og om de opplever at virksomhetene har kunnskap om BHTs tjenestetilbud.

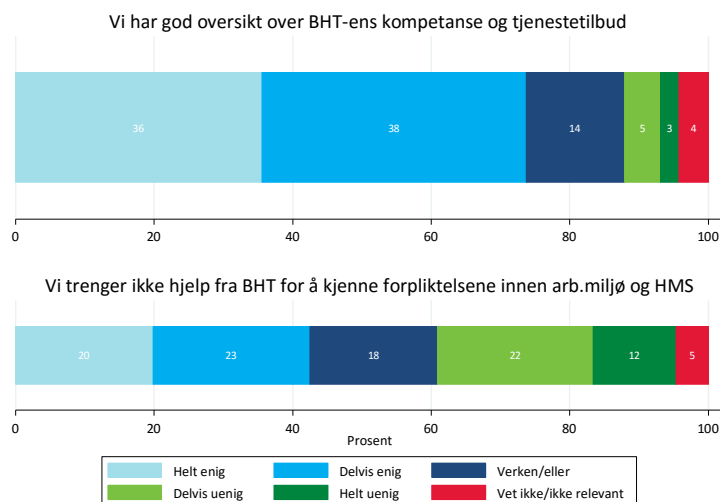
5.6.1 Virksomhetenes vurdering av egen bestillerkompetanse

God bruk av BHT forutsetter ikke bare at BHTene er flinke til å markedsføre relevante tjenester til virksomhetene, men også at virksomhetene må være bevisst sin bestillerfunksjon, og ha god kunnskap om hvilke tjenester bedriftshelsetjenesten tilbyr og hva de selv har behov for. Dette gjør det også enklere å

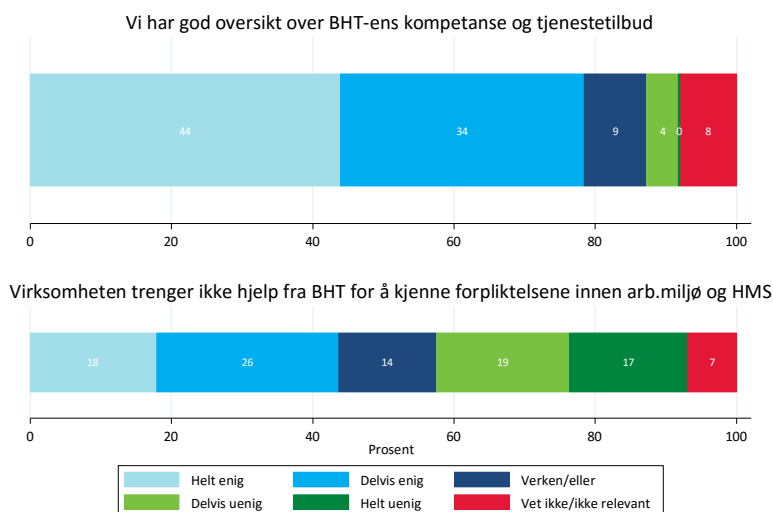
avklare forventninger hos begge parter når det gjelder hva som skal leveres. God bestillerkompetanse bygger på grundig og oppdatert kunnskap om virksomhetens egen arbeidsmiljøsituasjon, risikofaktorer og hvilke områder som har forbedringspotensial. Virksomhetenes bestillerkompetanse må med andre ord ses i sammenheng med kunnskap om egne arbeidsmiljøutfordringer.

Det er vanskelig å få virksomhetene selv til å vurdere bestillerkompetanse, nettopp fordi det kreves en viss innsikt for å se hva god bestillerkompetanse innebærer. En del av virksomhetene med lavest nivå kan dermed også være uvitende om hvor langt unna de er å kunne vurdere hva de har behov for og ikke.

I et forsøk på å få virksomhetenes vurdering av egen bestillerkompetanse, ba vi både daglig leder og verneombud om å ta stilling til to påstander: "Virksomheten trenger ikke hjelp fra BHT for å kjenne forpliktelsene innen arbeidsmiljø og HMS" og "Vi har god oversikt over BHTens kompetanse og tjenestetilbud". Figur 5.24 og 5.25 viser svarfordelingen blant daglig leder og verneombud i virksomhetene.



Figur 5.24 Daglig leders vurdering av bestillerkompetansen i virksomheten, prosent



Figur 5.25 Verneombudets vurdering av bestillerkompetansen i virksomheten, prosent

Et stort flertall både blant daglig leder og verneombud sier seg enig i at virksomheten har god oversikt over BHTens kompetanse og tjenestetilbud. Andelen som mener at de ikke trenger bistand fra BHT for å kjenne til sine forpliktelser når det gjelder arbeidsmiljø og HMS, er betydelig lavere; 43 prosent av lederne og 44 prosent av verneombudene er helt eller delvis enig i dette. Henholdsvis 34 og 36 prosent mener at de har behov for bistand fra BHT for å kjenne til hvilke forpliktelser de har.

Neste tabell viser at virksomhetene i liten grad har opplevd at BHTen markedsfører tjenester som de mener de ikke trenger. 20,6 prosent mener dette. Så er det selvsagt ikke slik at virksomhetene nødvendigvis har vurdert dette spørsmålet riktig, det vil si i tråd med hva de objektivt sett har behov for. En virksomhet kan for eksempel mene at verken yoga eller kjemikalieveiledning er noe de trenger, selv om det skulle vise seg at sistnevnte er noe de har et åpenbart behov for.

Ellers bekrefter 53 prosent av virksomhetene at de legger mest vekt på hva de selv mener virksomheten har behov for, når de bestiller tjenester fra BHT. Resultatet må sies å være i tråd med det som kom frem i BHT-intervjuene, om at det er virksomhetene selv som bestemmer hva de skal gå for av tjenester.

Tabell 5.6 Påstander om virksomhetenes bestilling av tjenester (daglig leder)

	Når vi bestiller tjenester fra BHT legger vi mest vekt på hva vi selv mener vi har behov for	BHTen markedsfører tjenester som vi mener vi ikke trenger
Helt enig	19,8	8,7
Delvis enig	32,8	11,9
Verken enig eller uenig	21,5	26,2
Delvis uenig	11,3	17,5
Helt uenig	6,5	23,2
Vet ikke/ ikke relevant	8,1	12,5
<i>Sum</i>	100	100
<i>N</i>	494	494

En annen indikator på bestillerkompetansen er om virksomhetene bestiller tjenester som BHT ikke ønsker å levere. Dersom mange virksomheter bestiller tjenester BHT ikke ønsker å levere, er det et tegn på at de ber om tjenester som ligger utenfor det en BHT skal utføre. Mens knapt 10 prosent svarer at det har vært tjenester BHT ikke har *ønsket* å levere, svarer 17 prosent at det har vært tjenester BHTen ikke har hatt *kompetanse* til å levere. Alt i alt ser det ut til at virksomhetene stort sett får levert de tjenestene de ønsker seg, og at de dermed sannsynligvis ikke bestiller tjenester som ligger klart utenfor BHTs ansvarsområde. Om de faktisk bestiller de tjenestene de har mest behov for, er imidlertid et annet spørsmål.

I det ene virksomhetsintervjuet kom det frem at det ikke bare er et spørsmål om virksomhetenes bestillerkompetanse, men også deres *bestillerkapasitet*. Med dette siktet informantene til at mange ledere ikke har tid eller kapasitet til å sette seg ned og bestille bedriftshelsetjenester på en god måte – og da får de heller ikke mulighet til å utvikle sin bestillerkompetanse. For å bli en god bestiller av bedriftshelsetjenester, kreves først og fremst kunnskap om HMS og arbeidsmiljø i egen virksomhet. Som en virksomhet uttalte:

Jo mer vi jobber med helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, desto mer hever vi vår bestillerkompetanse (produksjonsvirksomhet innenfor industri)

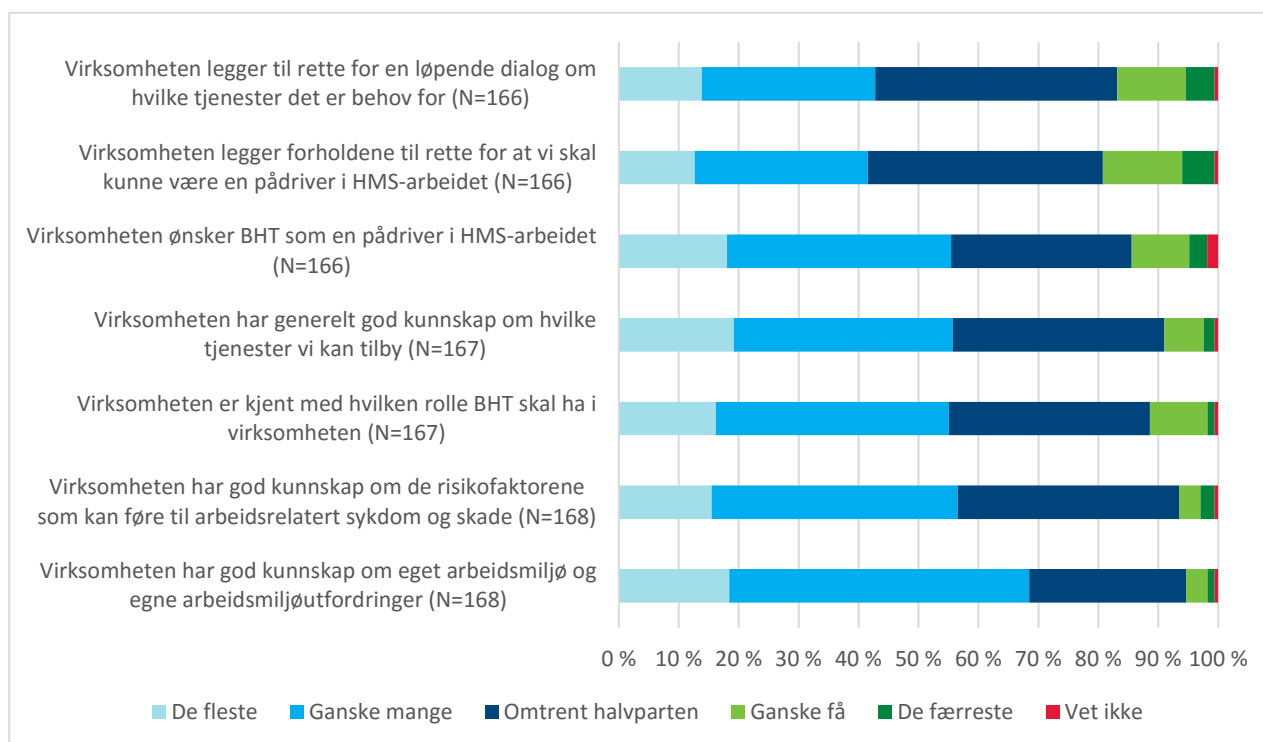
Personalsjefen i kommunen vi intervjuet tok ellers opp at det er mange aktører på dette området, som de opplever går i beina på hverandre. Dette gjør også bestillerfunksjonen ekstra krevende:

Det er noe med rollene. Vi har Nav Arbeidslivssenter som en aktør. Du har bedriftshelsetjenesten, og så har du støttefunksjonen i kommunen. Så har du personal, så har du lederen. Vernetjenesten. Det er noe med den samhandlingen. Hvem gjør hva og hvem bistår når? BHT og Nav Arbeidslivssenter kan jo være tilbyder på samme område, for eksempel på kurssiden. Det kan være det psykososiale arbeidsmiljøet, som bedriftshelsetjenesten kjører kurs på, men som også Nav Arbeidslivssenter kan kjøre kurs på. Jeg mister oversikten, og når jeg gjør det, så gjør rektoren på skolen det og (kommune)

Vi er overbevist om at denne informanten peker på noe viktig, som er spesielt aktuelt for virksomheter som har en variert aktivitet, og som gjennom IA-avtale har andre tilbud om bistand. Mulighetene og tilbudene kan bli så mange at landskapet blir litt uoversiktlig. BHT, som en tjeneste man betaler for, kan fort tape på dette.

5.6.2 BHTenes vurdering av virksomhetenes bestillerkompetanse

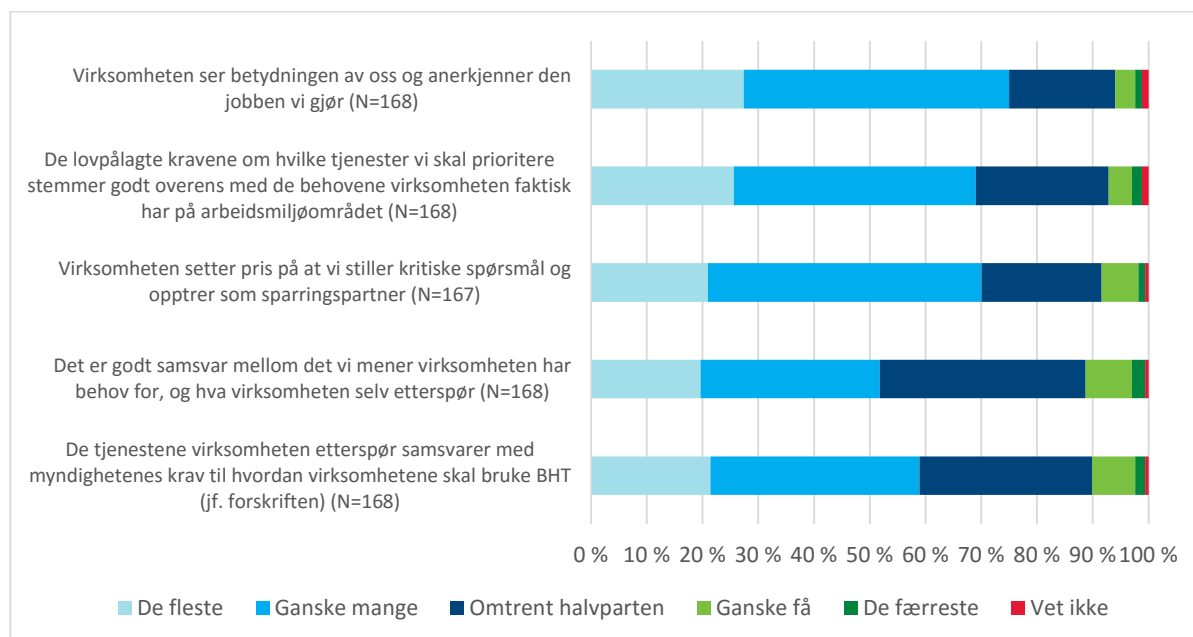
Figur 5.26 viser svarene fra BHT-undersøkelsen for en rekke ulike påstander om virksomhetenes kunnskap om eget arbeidsmiljø og bruken av BHT. For hver påstand ble BHTene bedt om å vurdere for en hvor stor andel av deres kunder den stemte.



Figur 5.26 BHTenes vurdering av virksomhetenes bestillerkompetanse og samhandlingen med dem. Prosent

Det BHTene vurderer i minst grad stemmer for deres kunder er de to første påstandene: "Virksomheten legger til rette for en løpende dialog om hvilke tjenester det er behov for" og "Virksomheten legger forholdene til rette for at vi skal kunne være en pådriver i HMS-arbeidet". Virksomhetenes kunnskap om egne arbeidsmiljøutfordringer og BHTs tjenester vurderes som litt bedre. Dette viser det vi også ser gjennom intervjuene, nemlig at mye av utfordringen for BHT fortsatt ser ut til å ligge helt i starten av kontakten med virksomheten – knyttet til å få til en dialog med virksomhetene og få innpass i virksomheten. Videre at virksomhetene spiller på lag med BHT, slik at den kan jobbe best mulig i virksomheten.

Figur 5.27 inneholder påstander som i enda større grad fokuserer på virksomhetenes relasjon til BHT, og i hvilken grad BHT opplever at virksomhetene spiller på lag med dem:



Figur 5.27 BHTenes vurdering av virksomhetenes bestillerkompetanse og samhandlingen med dem. Prosent

De påstandene som BHTene mener stemmer for de fleste av deres kunder, er disse to: "De lovpålagte kravene om hvilke tjenester vi skal prioritere stemmer godt overens med de behovene virksomheten faktisk har på arbeidsmiljøområdet" og "Virksomheten ser betydningen av oss og anerkjenner den jobben vi gjør". De påstandene som BHTene mener stemmer for færrest av deres kunder, er følgende: "Virksomheten legger forholdene til rette for at vi skal kunne være en pådriver i HMS-arbeidet" og "virksomheten legger til rette for en løpende dialog om hvilke tjenester det er behov for". Resultatene her samsvarer med forrige figur, som indikerte at de største utfordringene for god bruk av BHT i virksomhetene, ligger i samhandlingen mellom virksomhet og BHT.

At virksomhetene har tilstrekkelig bestillerkompetanse har gjennom mange år vært et tilbakevendende tema, og samtidig sett på som et premiss for en god bruk av BHT. I intervjuene kom det tydelig frem at bestillerkompetansen fortsatt er høyst varierende:

Veldig varierende. Og som det står der (forskriften), at arbeidsgiver skal sørge for at bedriftshelsetjenesten gjør det og det... Det er veldig sjelden sånn det fungerer. Det er veldig ofte sånn at vi går og sier til bedriften, skal vi ikke ha et planmøte nå? Eller så kan de ha ønsker. Det var en leder her en dag som spurte; "er det noe lovverket sier at vi burde gjort?" (Fellesordning A, medlemseid)

Det varierer i enorm grad. Noen bedrifter har jo en HMS-avdeling, og har høyt kompetente ansatte som vet nøyaktig hva de skal bestille, mens andre nesten ikke aner hva HMS er. Så vi møter alt. Men jeg har sett at bestillerkompetansen har økt de siste årene. Det syns jeg. Det er større fokus i samfunnet på HMS, og det merkes jo på bedriftene (Fellesordning B, kommersiell)

Jeg opplever det som veldig forskjellig (Fellesordning C, medlemseid)

En annen BHT snakket mye om at den viktigste jobben de har som BHT er å gjøre kravene i regelverket forståelig for virksomhetene, og at det er viktig for dem å se an "nivået" i virksomhetene, og i hvert fall unngå å sikte for høyt:

Rollen vår er å få dette ned på et konkret nivå. At de skjønner det. Mange er flinke på det, og de aller fleste tenker på HMS i hverdagen, men det er dette med dokumentasjon som er litt komplisert. Hvor vanskelig skal man gjøre ting, hva er bra nok. Det er der det ofte er en veilederrolle (Fellesordning H, medlemseid og kommersiell)

En annen BHT fortalte at de hadde utviklet det de beskrev som en *produktkatalog*, nettopp for å informere kundene best mulig om eget tjenestetilbud og samtidig dyktiggjøre dem som bestillere:

Det gjorde jo at vi begynte å lage en produktkatalog, som sier noe mer om tjenestene våre. Mye mer konkretisert i forhold til planlegging i bedriftene, ansvarliggjøring av hva ønsker dere, hva kan vi tilby? Og den diskusjonen der. Én-til-én-møter. Før så var det gjerne bare sendt ut et ark, kryss ut hva dere vil ha for året. Og det kunne jo være så ymse, om det i det hele tatt kom noe tilbake. Begynne den bevisste jobbingen inn mot innsalg, rett og slett. Gi dem det som så fint kalles bestillerkompetanse (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

Det å ha en slik katalog, som gir en tydelig beskrivelse av de ulike tjenestene, kan være positivt både for BHTen og for virksomhetene. Når det ellers var snakk om bestillerkompetanse i intervjuene, så pekte flere på at små virksomheter som regel har mindre kompetanse på dette enn større virksomheter. Små virksomheter har ofte dårlige forutsetninger for å kunne bestille tjenester fra BHT, grunnet mangel på ressurser og kompetanse. Samtidig ble det pekt på at også offentlige aktører har mye å gå på som bestillere i anbudsrunder:

Vi opplever at bestillerkompetansen er ganske begrenset, og spesielt i offentlige anbud (Fellesordning C, medlemseid)

Arbeidstilsynets erfaringer fra sin tilsynsvirksomhet var langt på vei sammenfallende med de erfaringene BHTene hadde på dette punktet. Især gjaldt dette erfaringen med at små virksomheter har spesielt store utfordringer når det gjelder kunnskap om hva de trenger bistand til. Følgende sitater fra tre forskjellige informanter i Arbeidstilsynet oppsummerer på en god måte hva dette handlet om for deres del:

Det er en stor utfordring med disse små virksomhetene. Men vi ser jo dårlig bestillerkompetanse også i store virksomheter, hvor de faktisk burde visst hva de kunne bruke dem til. Forskriftene våre sier jo ganske tydelig hva man skal bruke BHT til. Og vi ser jo at de færreste har lest forskriften (Arbeidstilsynet)

Småbedrifter har generelt vanskeligere for å se hvordan de skal bruke bedriftshelsetjenesten, enn de store. Og det går jo på kompetanse generelt. Store bedrifter har gjerne noen ansatte som leser litt HMS. Småbedrifter har ikke den samme tiden til å sitte og studere sånt (Arbeidstilsynet)

Det handler veldig mye om deres bestillerkompetanse. Hvis bedriftene skal lykkes med å bruke bedriftshelsetjenesten, så må de være villig til å bruke dem mye. At de trekker dem inn innenfor mange forhold for å få kartlagt og risikovurdert arbeidsmiljøet på en god måte. Suksessfaktoren er ofte at leder er "på", og vil bruke dem. Og at de utarbeider gode planer for bruk av bedriftshelsetjenesten (Arbeidstilsynet)

I tillegg til det som handler om virksomhetsstørrelse, så var Arbeidstilsynet opptatt av at virksomhetenes innsats når det gjelder arbeidsmiljø, i stor grad preges av "brannslukking", og ikke forebygging. Mange virksomheter ser problemene når de oppstår, og bestiller bistand i kjølvannet av det. Videre ble det pekt på at mange virksomheter jobber ut fra et korttidsperspektiv, og at det i virksomheter som har fokus rettet mot å etablere seg og overleve i et marked i løpet av de første to-tre årene, ikke er lett å selge inn bedriftshelsetjenester, som du ikke ser noen umiddelbar effekt av. Informantene fra Arbeidstilsynet var samtidig tydelig på at det er viktig å snakke med virksomhetene om gevinstene av HMS-arbeid og forebyggende arbeidsmiljøarbeid – men at det er helt avgjørende at det gjøres på det rette tidspunktet, og når den enkelte virksomhet er klar for det. I en bransje som f.eks. renholdsbransjen, hvor det er mange utfordringer knyttet til arbeidstid, lønn og kontrakter, så er det ikke så taktisk å presse på med krav til HMS-tiltak og forebyggende arbeidsmiljøarbeid.

Litt overraskende viste intervjuene at utfordringer med bestillerkompetanse også er noe som egenordninger kan slite med. De to egenordningene vi intervjuet, tilknyttet store virksomheter innenfor henholdsvis privat og offentlig sektor, problematiserte at det er ulik bruk av BHT også internt i deres virksomheter.

Egenordningen i offentlig virksomhet fortalte om store forskjeller på tvers av avdelinger, i forhold til om man i det hele tatt kommer i inngrep med ledelsen. Utfordringen er at mange mellomledere nærmest utelukkende fokuserer på økonomi og drift. Denne interne BHTen opplevde at de ble etterspurt for lite, og at dette dels handlet om en kombinasjon av manglende synlighet og dårlig bestillerkompetanse i ulike deler av organisasjonen.

Det å være en egenordning innenfor en offentlig virksomhet gir med andre ord ikke noe carte blanche til å jobbe på den måten man ønsker. Egenordningen innenfor det private hadde lignende erfaringer med at interessen for å bruke BHT, og med det bestillerkompetansen, varierer på tvers av en stor organisasjon.

En annen viktig tilbakemelding i intervjuene var opplevelsen av at HMS-fokuset i virksomhetene har styrket seg de siste årene. Flere av BHTene vi intervjuet viste til at virksomhetene har blitt mer opptatt av HMS, og å innfri de kravene de har på dette området. Årsakene er flere, blant annet vises det til strengere krav og reguleringer innenfor enkelte bransjer:

Det med HMS-fokus, det har det vært veldig endring på oppigjennom årene. Mye større fokus, og begrepene er mye klarere. Myndighetenes rolle, spesielt i risikoutsatte bransjer. Jeg opplever at det blir tatt på alvor (Fellesordning A, medlemseid)

I byggebransjen opplever jeg at det har blitt enklere, fordi det er flere kunder som krever at ting skal være i orden. Hvis jeg sammenlikner nå med ti-femten år siden, så er det mye høyere HMS-fokus nå, i bedriftene. Mye mer forståelse av at HMS-systemet faktisk kan være et hjelpemiddel som kan gjøre hverdagen enklere (Fellesordning B, kommersiell)

Jeg ser at det har skjedd store endringer på de fire årene jeg har jobbet her. Fra at det i den enkelte bedrift hovedsakelig var den lovpålagte helseovervåkingen som var i hovedfokus, til at de nå begynner å etterspørre undervisning, kurs, melder på ansatte både på såkalte verneombudskurs, lederkurs og sånne ting. Så jeg føler at det har skjedd utrolig mye på disse fire årene. Og hva som er årsaken til det... Om vi er mye mer på dem, om vi er mye mer fysisk ute i bedriftene, det er jo vanskelig å si. Men det har skjedd noe i positiv retning (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

Det er liten tvil om at dette er en utvikling som er viktig for BHTs innsats, og mulighetene til å jobbe med de lovpålagte tjenestene. Det er dette fokuset blant virksomhetene BHTene gjennom mange år har etterlyst. Når vi nå ser tegn til at det har vært en positiv utvikling de siste årene, så er det viktig at BHTene er "på" og utnytter denne muligheten til å jobbe mer med HMS og forebyggende arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene.

5.7 Samsvaret mellom tjenestene virksomhetene benytter seg av og behovet de har

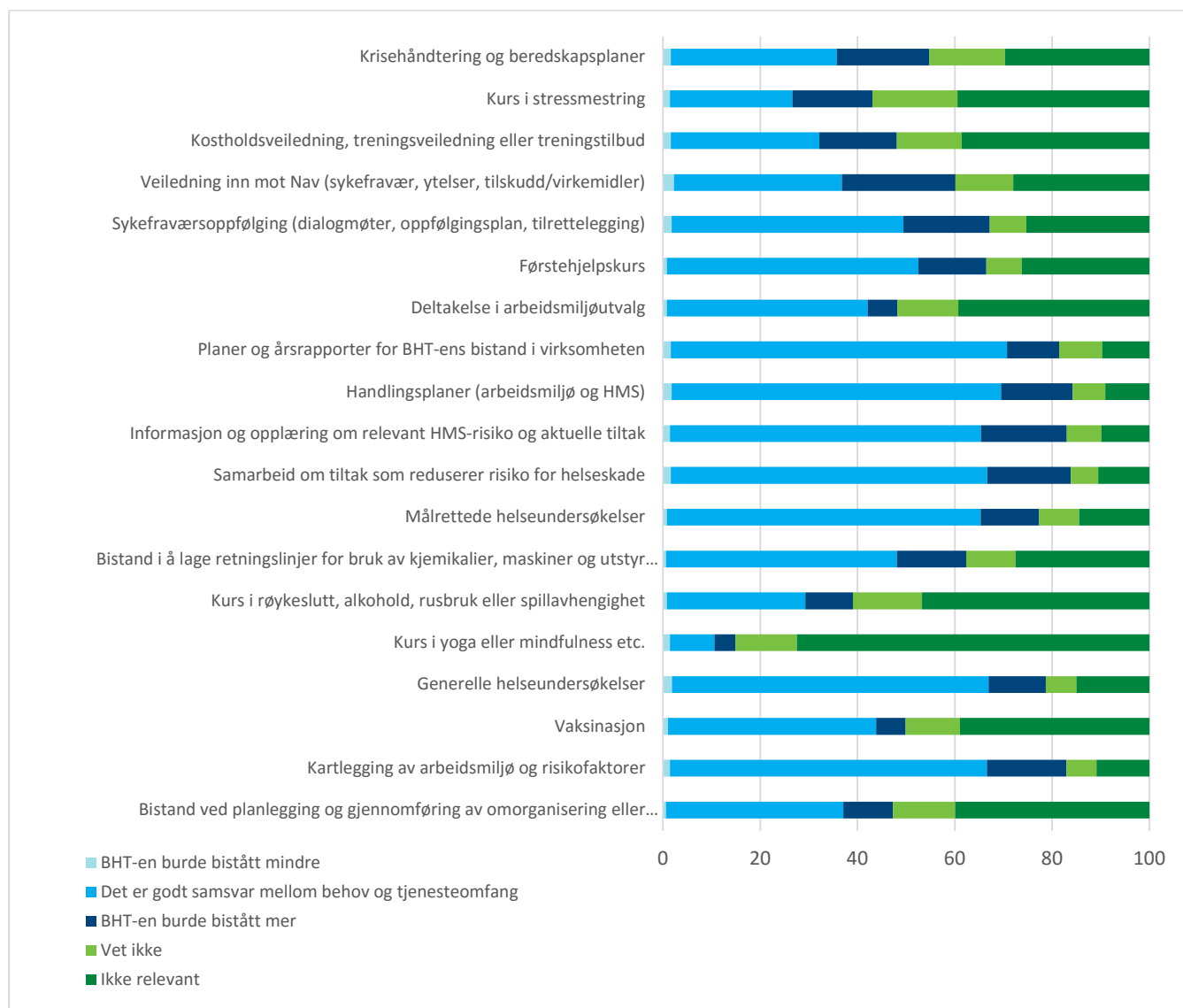
BHTene lider jo av at de ikke blir brukt. Mange BHTer er kjempefrustrerte fordi de ser problemer, men ikke får gjort noe med det (Arbeidstilsynet)

En viktig problemstilling når det gjelder bruken av BHT i arbeidslivet, er at det er virksomhetene selv som til syvende og sist bestemmer hva de vil bruke BHT til. Resultatene i tabell 5.6 bekreftet at dette i stor grad er tilfellet i virkeligheten. De tjenestene en virksomhet velger å benytte seg av, kan dermed avvike fra de behovene som BHTen vurderer at virksomheten har. For å kartlegge graden av samsvar mellom de tjenestene BHTene leverer til virksomhetene og behovet virksomhetene har for ulike tjenester, ble respondentene bedt om å vurdere graden av samsvar for ulike tjenester. Spørsmålet ble stilt i spørreundersøkelsen både til BHTene og til virksomhetene (både til daglig leder og verneombud/ansattrepresentant). Vi starter med resultatene fra virksomhetsundersøkelsen.

5.7.1 Virksomhetenes vurdering av samsvaret mellom behov og de tjenester de benytter seg av

I et sett med spørsmål ble daglig leder og verneombud bedt om å vurdere samsvaret mellom behovene i virksomheten og bruken av tjenester. Svaralternativene var "BHTen burde bistått virksomheten mindre", "Det er godt samsvar mellom behov og bidrag" og "BHTen burde bistått virksomheten mer". Som vi ser av de neste to figurene, er det stort sett godt samsvar i hvordan de to gruppene vurderer tjenestene, og hvilke

tjenester som burde benyttes mer. Imidlertid ser vi at verneombudene i større grad svarer at BHTen burde bistått virksomheten mer, også innenfor mange lovpålagte tjenester.

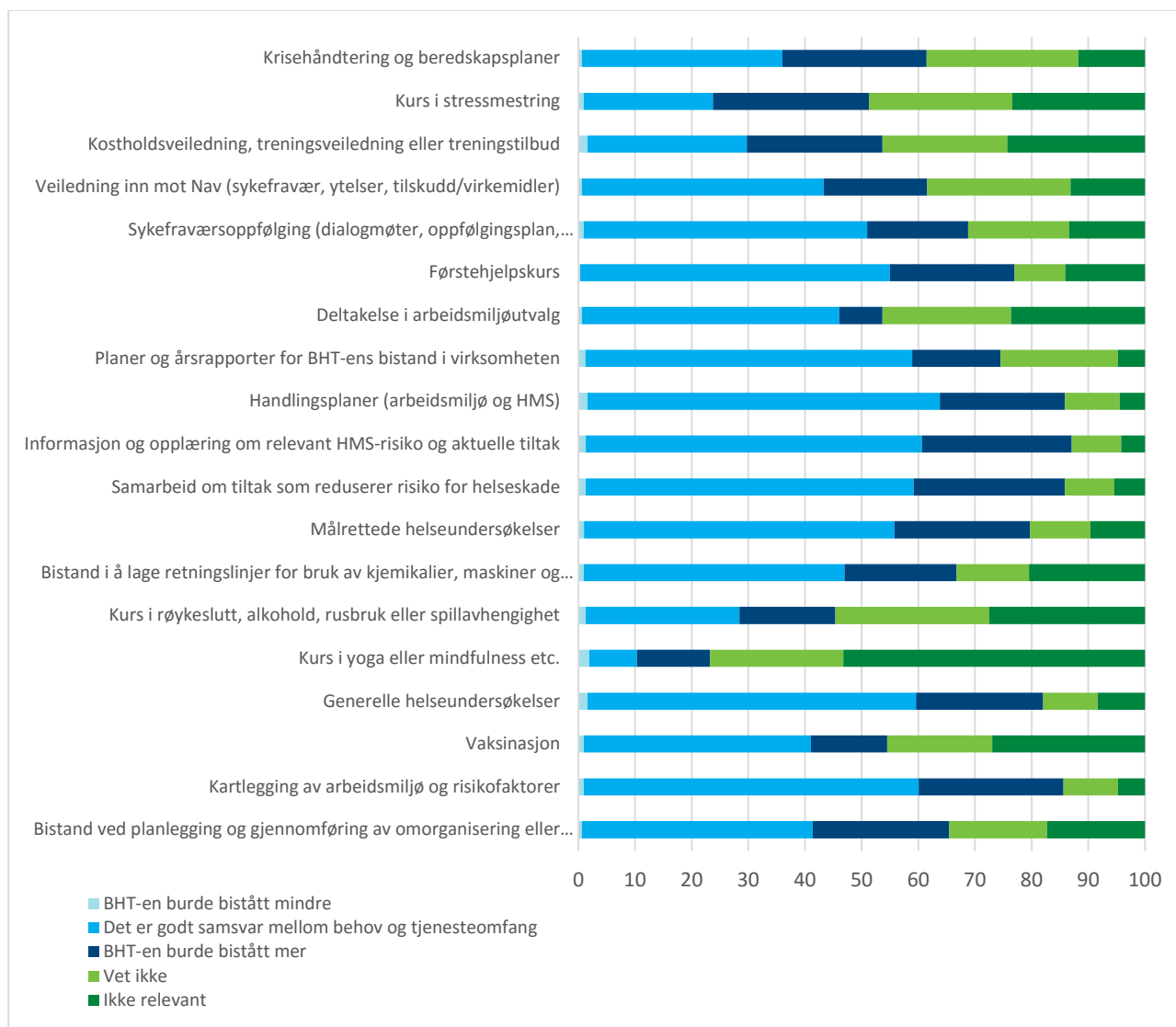


Figur 5.28 Samsvaret mellom det behovet virksomhetene opplever at de har, og omfanget på tjenestene BHT leverer (daglig leder), prosent

For både daglig leder og verneombud ser vi at samsvaret mellom behov og tjenesteomfang vurderes som best for mange av de lovpålagte tjenestene, slik som målrettede helseundersøkelser, samarbeid om tiltak som reduserer risiko for helseskade, informasjon og opplæring om relevant HMS-risiko og aktuelle tiltak, handlingsplaner (arbeidsmiljø og HMS), planer og årsrapporter for BHT-ens bistand i virksomheten, samt kartlegging av arbeidsmiljø og risikofaktorer. Andelen virksomheter (daglig leder) som mener at samsvaret er godt, ligger mellom 60 og 70 prosent.

Ellers svarer 19 prosent av daglig leder og 25 prosent av verneombudene at BHT burde bistått virksomheten mer med krisehåndtering og beredskapsplaner. Henholdsvis 16 og 24 prosent mener at BHT burde bistått mer med kostholdsveiledning, treningsveiledning eller treningstilbud, mens 17 og 27 prosent etterspør mer samarbeid om tiltak som reduserer risiko for helseskade. 16 og 25 prosent etterspør mer bistand til kartlegging av arbeidsmiljø og risikofaktorer. Den eneste tjenesten der en større andel virksomhetsledere enn

verneombud etterspør mer bistand, er veiledning inn mot Nav (sykefravær, ytelser, tilskudd/virkemidler), som 23 og 20 prosent av virksomhetslederne og verneombudene ønsker seg mer av. Dette skyldes nok at oppfølging av sykmeldte og rutiner og administrasjon rundt dette, er en lederoppgave. Stort sett er tjenestene det etterspørres mer av, tjenester som må sies å ligge i kjerneområdet for BHT.



Figur 5.29 Samsvaret mellom det behovet virksomhetene opplever at de har, og omfanget på tjenestene BHT leverer (verneombud), prosent

Også i intervjuene med de fem virksomhetene, som representerte en stor variasjon når det gjaldt type aktivitet, risikoforhold og virksomhetsstørrelse, ønsket vi å høre mer om i hvilken grad de opplever å få bistand innenfor de lovpålagte tjenestene, og om bistanden er i tråd med det behovet de opplever at de har. Det kom tydelig frem at mye av innsatsen er rettet mot individnivået i virksomhetene, og at den systemrettede forebyggende innsatsen kunne vært tydeligere. Mye bistand var knyttet til oppfølging og forebygging av sykefravær og det som ble omtalt som krevende konfliktsaker. Og akkurat som BHTene beskrev også virksomhetene det psykososiale området som stadig viktigere, og at det er et område som de benytter BHT for å ivareta. Virksomhetsintervjuene bekreftet i det hele tatt inntrykket av at BHTene utfører en del rene helseoppgaver på individnivå – både knyttet til psykisk og fysisk helse. På spørsmål om hvordan de bruker BHT, svarte den statlige virksomheten slik:

Det har vært mye på opplæring, på enkeltsaker og på psykososialt. Har ikke vært så veldig mye på systemsiden, ut fra det jeg har sett spor av i hvert fall. Jeg tror vi har noe å gå på, når det gjelder å bruke dem på systemsiden. Det er ofte litt krevende når det ikke er mye som drar i organisasjonen for å bygge opp systemer. Det er ikke sånn at ledelsen hopper rundt og har enorme forventninger til det. Det er liksom forventet at det skal gå av seg selv (statlig virksomhet)

På spørsmål om de opplever å få den bistanden de trenger, så var tilbakemeldingen blandet:

Ja og nei. På mange områder har de det. På alt dette løpende arbeidet, det med å delta i AMU og å holde kurs. Følge opp verneombudssamling. Vi er fornøyd med det. Rådgivning inn i de enkeltsakene har stort sett vært veldig godt mottatt. Så er det jo noen områder som vi har måttet pushe litt mer, for å få det vi egentlig trenger. Men der har vi prøvd å være bevisst nå da, på å skille mellom velferdsgoder og hva som er tjenestetilbud som vi skal ha, i forhold til risikoprofilen vi har. Frukt og trivsel er kjempefint, men man må først ta behovspyramiden og starte med det som er "basic". Det kunne jeg ønske at bedriftshelsetjenesten var litt mer bevisst og litt flinkere på. Flinkere til å fortelle hva vi må gjøre for å oppfylle kravene, og at det andre er ved siden av. Men det går litt imot deres måte å tjene penger på (statlig virksomhet)

Samme informant var ellers av den oppfatning at skade- og ulykkesforebygging er en kompetanse som er mangelfull og for lite vektlagt innenfor BHT. Mens kompetansen ellers oppleves å være veldig låst til de ulike profesjonene, så er dette en kompetanse som faller litt imellom. Det er en kompetanse som er relevant for deres del, men opplevelsen er at BHTene verken har kompetanse på det, eller fokuserer på det. Informanten hadde ønsket at flere markerte seg faglig på dette området, men mente at hovedproblemet er at folk i liten grad utdannes innen dette faget:

For å bli godkjent bedriftshelsetjeneste, så må du ikke ha noen kompetanse på sikkerhet og skadeforebygging. Det er en forferdelig dårlig ting. Min erfaring er at den kompetansen er vanskelig å få tak i. I stedet for, så vokser det fysioterapeuter på trærne. Samtidig er det nesten så man ikke finner noen som kan forebyggende prinsipper i forhold til personskade. Den kompetansen er du nødt til å besitte, mener jeg, for å kunne hjelpe bedriftene til å oppfylle de myndighetskravene som er. Og det er underspesifisert i forskriften. Vi kan ikke stille noen objektive kompetansekrav, og det er også en problemstilling oppi dette (statlig virksomhet)

Virksomheten vi intervjuet innenfor bygge- og anleggsnæringen kunne fortelle at tjenester på det psykososiale området, typisk individuelle støttesamtaler, er noe de i stor grad benytter BHT til:

For oss som har HMS-ansvaret her, så er de en fin diskusjonspartner i forhold til hva vi kan gjøre i de ulike situasjonene. Personalbiten, hvis noen sliter, sende de dit for en samtale for å skru av hodet og skru det på igjen. Veldig ofte så kan det jo være at grunnen til at folk strever eller at det blir konflikter på jobb, ikke har noe med jobben å gjøre. Trøbbel hjemme. Da betaler vi for at vedkommende tar en tur dit og bare snakker om ting. Det har vi jo faktisk sett etterhvert, at det gir økonomi det og. Beinbrudd er enkelt å forholde seg til, men når det går på det psykososiale, hvor det er forholdet mellom mennesker og hvor du kanskje selv også er en bit av det, da er det veldig greit å ha noen som ser det utenfra, og som har taushetsplikt. Det er jo ting som de synes er vanskelige å snakke direkte med arbeidsgiveren om. Og der har bedriftshelsetjenesten absolutt sin misjon (bygge- og anleggsentreprenør)

Intervjuet med produksjonsvirksomheten innenfor industri ga inntrykk av en mer bransjespesifikk bruk av BHT, i den forstand at de hadde en BHT som var i stand til å følge opp problemstillinger som er spesifikke for den aktiviteten de driver med. Målinger av støv og annen eksponering var et viktig område for denne bedriften:

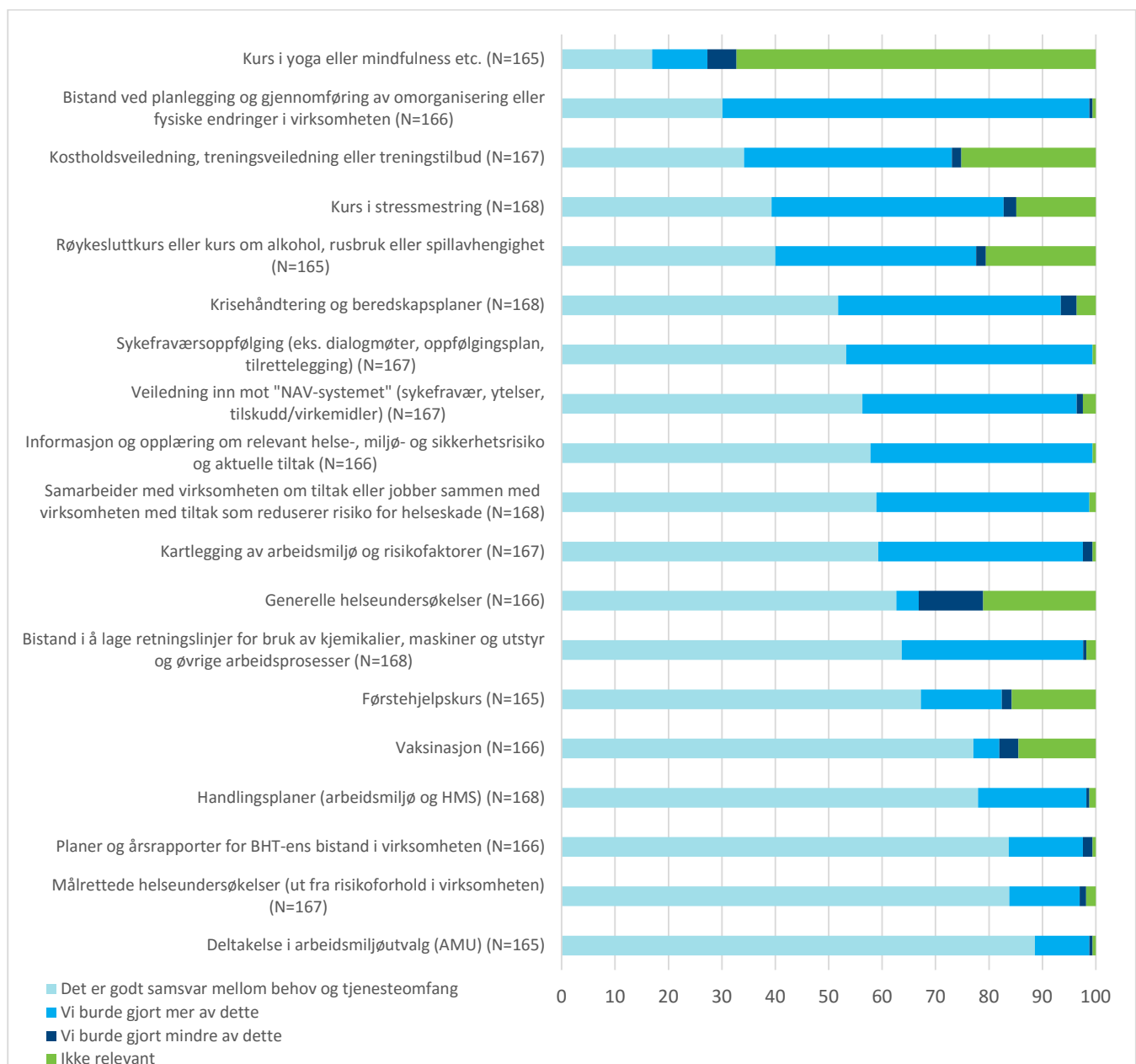
Vi må oppfylle kravene selv til å gjennomføre jevnlig risikovurderinger, innenfor det vi har fagkompetanse på. Men så dukker det jo hele tiden opp områder der vi ikke har den fagkompetansen. Senest nå, i forbindelse med noen nye produkter der vi har oppdaget koboltstøv. Da bruker vi BHT. Og muggsopp og dårlig innelima. Så det er yrkeshygiene vi bruker de til. I og med at vi er en industriarbeidsplass som har en del kjemikalier, så er den svært relevant for oss (produksjonsvirksomhet innenfor industri)

Samtidig kom det frem at de bruker BHTen til mye annet, både innenfor det tradisjonelle arbeidsmiljøarbeidet, men også for å følge opp utfordringer på det psykososiale området:

Helsekontroller av funksjonærer, helse- og arbeidsmiljøsamtaler for ansatte over femti år, målrettede helseundersøkelser, knyttet til risiko i arbeidsmiljøet. Deltagelse i AMU-møter og deltagelse i vernerundene. Mye knyttet til forebyggende sykefraværssarbeid, der har vi prøvd å bruke dem enda mer enn det vi har hatt tradisjon for før. Så BHT sitter sammen med oss nå, i et koordineringsmøte sammen med IA-kontakten, der vi drøfter de vanskelige sykefraværssakene. I tillegg til det jeg har nevnt nå, så bruker vi dem litt på organisasjonssiden. Får litt innspill i forhold til konflikthåndtering, for eksempel. Forebyggende konfliktsarbeid. Bruker dem som sparringspartner der òg (produksjonsvirksomhet innenfor industri)

5.7.2 BHTenes vurdering av samsvaret mellom behov og de tjenester virksomhetene benytter seg av

Som tidligere påpekt kan de tjenestene en virksomhet velger å benytte seg av, avvike fra de behovene som BHTen vurderer at virksomheten har. Resultatene i tabell 5.6 bekreftet blant annet at mange virksomheter selv bestemmer hvilke tjenester de ønsker å kjøpe. Vi har så langt sett på virksomhetenes vurdering av samsvaret mellom behov og de tjenestene som ytes. I det følgende ser vi nærmere på hvordan BHTene vurderer samsvaret mellom de tjenestene som leveres til virksomhetene, og behovet de vurderer at virksomhetene har for ulike tjenester. Figur 5.30 inkluderer alle verdiene på spørsmålet, men er sortert etter stigende rekkefølge på den ene verdien (godt samsvar).



Figur 5.30 Samsvaret mellom det behovet BHTen vurderer at kundene deres har og faktisk tjenestebruk. Prosent

Som vi ser vurderes samsvaret mellom tjenestene som ytes og kundenes faktiske behov som best innenfor flere av de lovpålagte tjenestene, slik som deltakelse i arbeidsmiljøutvalg (AMU), målrettede helseundersøkelser (ut fra risikoforhold i virksomheten) og planer og årsrapporter for BHTens bistand i virksomheten. Samsvaret vurderes som noe dårligere når det gjelder kartlegging av arbeidsmiljø og risikofaktorer; her mener 59 prosent av BHTene at det er et godt samsvar mellom behov og tjenesteomfang.

Ser man disse resultatene opp mot forskriften, så må dette sies å være positivt, fordi det viser at BHT i stor grad bistår med tjenester der de også vurderer at virksomhetene har behov. Så kan man selvsagt stille spørsmål ved hvor riktig det er å bruke BHT mye i AMU, noe denne BHTen ga en tilbakemelding på i kartleggingen:

BHTs rolle i AMU: Går med mye tid for yrkeshygieniker/daglig leder, siden det er mye yrkeshygieniker-temaer som behandles i lokale AMU-er. Lite målretta bruk av BHT i AMU (Intern BHT, egenordning)

At det er en lovpålagt oppgave trenger med andre ord ikke bety at det er en rasjonell og fornuftig oppgave for alle virksomheter, på tvers av alle bransjer. Som vi kommer tilbake til i diskusjonsdelen senere i rapporten, er det behov for å ta en diskusjon rundt regelverket, og hvor treffsikkert det er for de arbeidsmiljøutfordringene virksomheter innenfor ulike bransjer har i dag.

Innenfor hvilke tjenester er det så BHTene mener at de burde bistått virksomhetene *mer* – gitt vurderingen av faktisk tjenesteomfang målt opp mot virksomhetens behov? For å få frem dette enda tydeligere, har vi i neste figur tatt med andelen BHTer som mener at de burde gjort mer innenfor de ulike tjenestene.



Figur 5.31 For hvilke tjenester mener BHTene at de burde bistått virksomhetene mer, ut fra det behovet de vurderer at virksomhetene har? Prosent

En tjeneste peker seg klart ut, og det er bistand ved planlegging og gjennomføring av omorganisering eller fysiske endringer i virksomheten. Dette samsvarer med tilbakemeldingene fra kartleggingen for øvrig, der organisasjonsendring og -utvikling av mange BHTer trekkes frem som et område som etterspørres mer og mer. Det må også ses i sammenheng med det økte fokuset på psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø. Innenfor områder som omorganisering, stressmestring, krisehåndtering og psykososialt arbeidsmiljø generelt

ser det ut til å være mindre grad av samsvar mellom virksomhetens behov og de tjenester som faktisk ytes, og det forklarer trolig også hvorfor mange BHTer uttrykker et ønske om å styrke seg på disse områdene (jf. resultatene i kapittel 4.4 om faglig spissing i BHT).

Videre ser vi at sykefraværsoppfølging (dialogmøter, oppfølgingsplan, tilrettelegging) er et område der det er et relativt stort gap mellom det BHTene vurderer at virksomhetene har behov for, og omfanget av de tjenestene som faktisk ytes. Dette henger nok delvis sammen med at plikten til å ha med BHT på dialogmøte 1 ble fjernet i 2014, og at dette var et område som BHTene gjorde mer på tidligere. Samtidig kan det gjenspeile at de mener at de burde jobbe mer med dette, spesielt i virksomheter som har høyt sykefravær.

Et viktig funn er at BHTene i stor grad mener at de burde bistått mer på de lovpålagte tjenestene. Rundt 40 prosent mener at de burde gjort mer innenfor informasjon og opplæring i HMS, jobbe mer med å utvikle tiltak i virksomhetene samt når det gjelder kartlegging av arbeidsmiljø og risikofaktorer. Resultatene viser at det fortsatt er en vei å gå før BHTene yter de tjenestene som de mener at virksomhetene trenger – innenfor de lovpålagte tjenestene.

Ser vi nærmere på hvilke tjenester BHTene mener de burde gjort *mindre* av, så peker generelle helseundersøkelser seg ut. 12 prosent svarer at dette er noe de burde bistått kundene mindre med. Deretter kommer kurs i yoga eller mindfulness (5,5 prosent) og vaksinasjon (3,6 prosent). Det er med andre ord ingen tjenester som peker seg dramatisk ut, i den forstand at en stor andel av BHTene mener at de må yte mindre av dem. Funnene er definitivt tydeligere når man ser på hva de burde gjøre mer av.

48 BHTer valgte å svare på følgende åpne oppfølgingsspørsmål: *Har du kommentarer til samsvar mellom tjenestene dere leverer og behovet i virksomhetene?* Mange problematiserte at BHT fortsatt blir sett på som et innsparringsområde i mange virksomheter, heller enn en rådgivningspartner på tema som HMS og arbeidsmiljø. De opplever at virksomhetenes fokus og etterspørsel i stor grad styres av hva Arbeidstilsynet eventuelt har kommet med pålegg om, samt godt etablerte holdninger i en del virksomheter om at bruken av BHT skal holdes på et minimum:

Kundene har en tendens til å bruke BHT som en salderingspost. De velger vekk oppfølging enten på grunn av kostnader eller liten tid (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Altfor mange av våre kunder, spesielt små private aktører der kompetansenivået er lavt, ser ikke behovet for våre tjenester (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Svært mange kunder ser ikke behovet – eller vil ikke se det. Kundene er blitt mye mer opptatt av økonomi, de skyver ofte på lovpålagte tjenester for å spare (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Samtidig er det ikke bare et spørsmål om økonomien i virksomhetene:

Det er en utfordring at en del bedrifter ikke benytter seg av tjenestene vi anbefaler. Vi har kontrakter som ikke er begrenset av timer/omfang, slik at denne problemstillingen går på interesse i HMS-arbeid og arbeidshelse, og ikke på økonomi (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Utfordringen er ikke bare at virksomhetene bruker sparekniven. Ofte handler det vel så mye om å gjøre dem i stand til å se nytten og verdien av systematisk HMS- og arbeidsmiljøarbeid. Mange BHTer opplever at det er her den største barrieren mot en målrettet bruk av BHT ligger. HMS og forebyggende arbeidsmiljøarbeid er tungsolgte i mange virksomheter, og det krever tålmodighet og dedikasjon fra virksomhetenes side, dersom de skal lære seg og forstå dette. Det forutsetter at de må sette av tid – og allerede her ligger en stor barriere. Kanskje kjøper man BHT for å kjøpe seg fri fra nettopp dette, men er samtidig ikke klar over at selv når man kjøper BHT, så kreves det en kunnskap og en vilje i virksomheten til å jobbe med dette. Vi tror mye også handler om regelverkets utforming, og at en del virksomheter og bransjer ikke kjenner seg igjen i de tjenester og risikoområder som beskrives (forskriften). Vi diskuterer dette nærmere i kapittel 8.

Kjent er også tematikken med at virksomhetene først kontakter BHT når noe har utviklet seg til et større problem, noe som fører til at BHT ikke kommer tidlig nok inn for å jobbe forebyggende:

Jobber per i dag i stor grad reaktivt. Burde jobbet mer systematisk/planmessig og proaktivt (Intern BHT, egenordning)

Vi har generelt altfor lav kapasitet til å dekke det vi burde. Vi har liten mulighet til selv å være proaktive og rådgivende/veiledende for virksomheten. Jobber i for liten grad helsefremmende og primærforebyggende. Vi blir lett reaktive og ryddetjeneste for å berge eller rette opp. Dette er lite tilfredsstillende og meget ressurskrevende (Intern BHT, egenordning)

Generelt burde vi som BHT vært mer benyttet på det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Vi ser ofte at på grunn av økonomi og tidsressurser så jobber heller ikke de fleste bedriftene godt på disse områdene (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Virksomhetene ser ikke verdien av forebyggende arbeid. De kontakter oss når det "brenner". Vanskelig å selge inn forebyggende tjenester. Kommersiell BHT-aktører fokuserer på lave priser og papiravtaler med få/ingen tjenester inkludert. Alt koster ekstra, dette ødelegger markedet og gjør at bedrifter ikke bruker penger på forebyggende tjenester. En ikke-kommersiell aktør som oss blir etterhvert tvunget til å senke prisene og legge opp til tilsvarende prismodell som de store BHT aktørene (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Enkelte uttrykker seg også kritisk til sin egen bransje, og mener bedriftshelsetjenesten selv må ta et ansvar for at bransjen er som den er i dag, med stort innslag av tjenester som ikke er av den lovpålagte typen:

Er kritisk til den økte salgstrikset på mindfulness og stressmestring som retter seg mot enkeltpersoner og i liten grad virksomhetens utfordring. Det er enkelt for virksomheten å rekvirere et tiltak som blir utført for enkeltindividet, men som oftest er et virksomhetsproblem som individualiseres. Dette er en utfordring for fremtidens BHT, og også nå. Dette er en vanskelig sak for BHT, da mange ønsker å bidra konstruktivt inn mot å diskutere virksomhetsutfordringer og tiltak som bistår et arbeidsmiljø vs. de som automatisk svarer på å tilby medisin for enkeltindividet som er til liten hjelp for resten av organisasjonen, som også ofte lider (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Utfordringene er å fange opp de mindre interesserte slik at man unngår brannslukking, men faktisk forebygger. De mer aktive benytter våre tjenester regelmessig - både på ledernivå og blant de ansatte. Pris er en utfordring (mange selger svært billige kontrakter) (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

En del nevner videre at en mer grundig og systematisk kursing av ledere innenfor HMS ville vært positivt, både for virksomhetene selv, men også for det arbeidet som BHT skal gjøre:

Ett viktig tiltak for bedre HMS-forhold er å pålegge arbeidsgiver samme kurs som verneombud, nemlig grunnkurs/40-timerskurs. Vi ser at økende kunnskap gir større etterspørsel og motivasjon for HMS-arbeidet (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Mange er av den oppfatning at kravene til HMS-kursing av ledere burde være like strenge som for vernetjenesten, fordi bedre kunnskap på dette nivået er avgjørende for en riktig bruk av BHT. Når vi samtidig hører hvor krevende det er å få ledere til å delta på kurs som varer utover en dag eller to, så er nok ikke dette gjennomførbart i praksis. Det som først og fremst er viktig er at ledere innenfor risikoutsatte bransjer blir lært opp på en skikkelig måte. Opplæring i HMS må dimensjoneres – og målrettes – ut fra bransje og risikoforhold.

Intervjuene fikk i enda større grad frem bredden i de tjenestene som BHTene leverer til virksomhetene. Det kom frem at mye av arbeidet som gjøres er knyttet opp mot de lovpålagte tjenestene. Samtidig er det tydelig at innslaget av andre tjenester har blitt større. Følgende eksempel kan brukes for å illustrere hvordan en BHT jobber inn mot virksomhetene, for å balansere de lovpålagte og de ikke-lovpålagte tjenestene:

Jeg vil kanskje si at det er halvt om halvt der da, mellom de som har riktig fokus, og de som ikke har det. For det er jo klart at det er enkelte som ønsker ting som vi ikke kan stå for. Det møter vi. Og da må vi også gå litt i oss selv, skal vi tilby det tross alt, som en del gjør, eller skal vi si at "vet du, dette mener vi blir på siden". Det kan for eksempel være disse som er vant til behandling. Massasje for eksempel. Det er flott å kunne sørge for at folk holder seg i gang, men det er jo ikke primærforebyggende tiltak det (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

I en annen BHT vektla de at hvilke tjenester som er aktuelle og som til slutt blir levert, avhenger av type virksomhet, både i form av størrelse og bransje. Dette er for øvrig helt i tråd med resultatene fra virksomhetsundersøkelsen:

Spørsmål hvilken type virksomhet, tenker jeg sånn spontant. Er det et lite mekanisk verksted, så kan det jo være at de vil ha målt støyen eller sjekket luften eller få folk på helseundersøkelse. Er det en stor offentlig arbeidsgiver så tror jeg heller det går på systemrettet arbeid. Det er så mange nyanser i det, avhengig av størrelse, bransje og hvor de er i forhold til regelverket. Vi ser jo at store organisasjoner med HMS-ansvarlige, de har jo et helt annet ståsted. Det er jo heller ikke uvanlig at folk melder seg inn fordi Arbeidstilsynet har vært på besøk og gitt dem plikt om å tilknytte seg. Og det er klart, de vil jo helst ikke bruke oss noe særlig i det hele tatt. De har kanskje prøvd å holde seg unna. Noen sier vel bare at de vil ha hjelp, og vet ikke en gang hva de vil ha hjelp til, men at de har skjønnet at det er noe de bør få på stell (Fellesordning E, medlemseid)

Hvis vi ser på det fra vårt perspektiv, hva vi leverer mest av til kundene våre, så er det to områder som skiller seg ut, og det er systematisk HMS-arbeid og det er arbeidshelse. Det er de to områdene vi leverer mest på. Så kommer ergonomi på tredjeplass (Fellesordning B, kommersiell)

På spørsmål om hva virksomhetene selv, på eget initiativ etterspør, så kom det frem at generelle helseundersøkelser fortsatt er noe som etterspørres av mange virksomheter. Enkelte mener imidlertid å se en viss nedgang i etterspørselen etter generelle helsekontroller, men erfaringene var ulike:

En del bedrifter tenker at bedriftshelsetjeneste er lik helseundersøkelser. Men det har nok kanskje vært en utvikling hvor det er mindre og mindre fokus på at bedriftshelsetjeneste er lik helseundersøkelse, men jeg tror nok at mange av våre bedrifter tenker at det er en del av pakken (Fellesordning A, medlemseid)

Klassikeren som helsekontroll er jo der. Men det er ikke det de etterspør i så stor grad. Egentlig så begynner det å breie seg ut litt mer det og, synes jeg. De etterspør kursing som vi snakket om. De etterspør det på systematisk HMS-arbeid. De etterspør også psykososialt mange ganger. Enten kursing eller gruppesamtaler, der vi får jobbet med prosesser (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

En annen BHT kunne fortelle at noe de kalte livsstilkontroller har blitt mer populært blant deres kunder enn de tradisjonelle allmennhelsekontrollene. En livsstilkontroll inkluderte ifølge BHTen oppfølging rundt fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og alkohol, stress og søvn. De fortalte at de ofte kjører slike kontroller i forbindelse med livsstilstiltak i bedriften, for eksempel i forbindelse med "helsedager" på arbeidsplassen. Også en annen BHT påpekte at oppfølging rundt livsstil kan være et viktig tiltak for BHT, spesielt når den målrettes mot yrkesgrupper der det åpenbart er en viktig faktor for selve yrkesutøvelsen:

Jeg tenker at vi kan ta litt livsstil i forhold til for eksempel langtransport, det er målrettet (Fellesordning A, medlemseid)

Noe interessant vi merket oss i intervjuene var at de to hovedgruppene med BHTer, altså de tradisjonelle BHTene og de mer helse- og livsstilprofilerte BHTene, begge pekte på hverandre når de skulle beskrive hvem det er som selger og tjener penger på generelle helseundersøkelser. Det er velkjent at de tradisjonelle BHTene har en slik oppfatning av de BHTene som fokuserer på helse og gjerne er en del av et større helsehus. Intervjuene viste imidlertid at de helseprofilerte BHTene har en oppfatning av at det er de tradisjonelle BHTene som driver mest med generelle helsekontroller:

Det sitter fortsatt en del som forventer en tradisjonell BHT, hvor de kommer en gang i året og kjører en helsekontroll, for alle ansatte. Og det er den tjenesten de skal ha. Så kommer vi inn og så sier vi at "kanskje du har behov for å tenke litt annerledes, og bruke de midlene her på en annen måte. Bruk dem heller på å bygge et arbeidsmiljø, for eksempel. Fordi at det kan du ha mer igjen for, og dine ansatte kan ha de mye bedre på jobb.

Det er større sjanse for å få ned sykefraværet der enn om du får en helsekontroll som egentlig ingen andre enn den enkelte ansatte får vite noe resultat av" (Fellesordning F, kommersiell, del av helsehus/klinikk)

Om sine egne helsekontroller presiserte de i denne BHTen at de alltid er tilpasset den enkelte virksomhet, og at de er målrettet ut fra risiko i arbeidet:

Når vi kjører helsekontroller der vi gjør det, så er det veldig målrettet. Da er det veldig tilpasset den enkelte bedrift som vi er ute i, vi kjører egentlig aldri et sånn standardopplegg. Og vi ser av og til at i en del sammenhenger, så kan det være greit å kjøre den livsstilhelsekontrollen, hvor du får litt mer fokus på ernæring, trening, fysisk aktivitet og alt det her, og så se det i sammenheng med sikkerhet ved utførelse av arbeid. For eksempel i en kommune som driver med teknisk drift og vei etc. Vi har jo noen som har ønsket å ha helsekontroller for alle over førti år, men det har ikke noen hensikt (Fellesordning F, kommersiell, del av helsehus/klinikk)

Den helseprofilerte BHTen mente samtidig at det at de har en helsefaglig kompetanse og tilnærming i bunnen, faktisk kan bidra til å redusere fokuset på sykdom og behandling i de virksomhetene hvor de er inne:

Så er det klart at profilen vår er ganske tydelig. Vi har helsepersonell i bunn. Vi har også flere psykologer, som er tilknyttet bedriftshelsetjenesten. Vi kan komme ut og ufarliggjøre en del plager. Mange leger er flinke til å si at "du har truende prolaps", men forskningen er krystallklar; prolaps er helt ufarlig. Trekker seg tilbake av seg selv. Så jo raskere vi kan komme ut på en arbeidsplass, jo bedre. Informasjon og ufarliggjøring. Gjør sånn og sånn, tilrettelegge littegrann sammen med sjef ganske raskt, så slipper man sykefraværet. Og der har vi nok en helt klar forse, i forhold til at vi har en helseklinikk i bunn. Som vi rett og slett bare kan plukke folk fra, når vi trenger folk til å gjøre den type evaluering og hjelp (Fellesordning F, kommersiell, del av helsehus/klinikk)

Som vist tidligere i rapporten, er etterspørselen etter tjenester på det psykososiale og organisatoriske området noe av det som i størst grad definerer dagens bruk av BHT. Også i den ene egenordningen vi intervjuet, var det tydelig at denne typen problemstillinger hadde blitt mer aktuelt. De mente imidlertid at det også var et resultat av større åpenhet rundt slike spørsmål i organisasjonen, og større aksept for at denne typen problemstillinger er noe man kan løse i fellesskap:

Psykososialt arbeidsmiljø, konflikthåndtering, mobbing og trakassering, det har vi satt mye fokus på de siste årene. Det har blitt veldig godt kjent etter hvert da, at vi driver med det. Så vi får jo holde kurs i konflikthåndtering og konfliktforebygging. Vi blir involvert som en upartisk, nøytral enhet når det gjelder faktaundersøkelse ved påstått mobbing eller trakassering (Egenordning B, privat virksomhet)

Selv om dette var en virksomhet som tradisjonelt forbindes med fysisk arbeid og fokus på sikkerhet og ulykkesforebygging, så hadde de over tid erfart en dreining over mot andre arbeidsmiljøspørsmål. I tillegg til at det oppleves som mindre tabubelagt å ta opp denne typen problemstillinger i organisasjonen, forklarte de det også med at stadig flere av de ansatte nå jobber i funksjonærstillinger. Det at flere har kontorarbeidsplasser og flere jobber i prosjekter, er noe som medfører nye arbeidsmiljøutfordringer:

Det er så mye å ta tak i. Det er så innlysende. De småplagene med stol og bord, og lange arbeidsdager, det har det ikke vært så mye fokus på. Men vi ser jo at funksjonærene våre, de møter jo veggen de også, absolutt (Egenordning B, privat virksomhet)

Lederen for egenordningen var samtidig tydelig på at det over lengre tid har vært en utvanning av de tjenestene som bedriftshelsetjenesten generelt tilbyr. Spesielt på grunn av det økte tilbudet innen helse- og livsstilsrelaterte tjenester, så har man endt opp med å konkurrere med aktører som BHT – slik tjenesten er definert gjennom forskriften – egentlig ikke er en naturlig konkurrent av:

Så synes jeg mange bedriftshelsetjenester blander inn litt for mye annet, som andre godt kan ta seg av. De blander inn litt mye personalhelsetjeneste, som Arbeidstilsynet er veldig tydelige på at vi ikke skal gjøre. Det er en fastlegeoppgave. Og det å koble det til treningssentre og sånne ting, jeg synes det også blir litt feil, for da kobler du arbeidshelsen opp til et annet kommersielt område som du driver med (Egenordning B, privat virksomhet)

Tross forsøk fra en BHT på å overbevise en virksomhet om hva den trenger av bistand på arbeidsmiljøområdet, så er det ikke til å komme bort fra at det er virksomhetene selv som bestemmer hvilke

tjenester de vil benytte seg av. Resultatene i tabell 5.6 bekreftet dette et godt stykke på vei. Det er åpenbart at dette representerer en utfordring for BHT, når målet er å få virksomhetene til å benytte seg av tjenester som vektlegger forebygging, systematikk og langsiktighet. Samtidig kom det i intervjuene enkelte innrømmelser av at man fortsatt ikke er god nok til å informere kundene på en tydelig måte om tjenestene, og gjennom det sette dem i stand til å ta de rette valgene:

Kunden har alltid rett. Altså vi må bare prøve å levere det kunden sier at de vil ha. Og så er det jo kanskje opp til oss å prøve å informere. Men der ser jo vi også at vi har et stort forbedringspotensial. Det å klare å informere alle kundene våre om "hva er det dere har bruk for, av det vi kan tilby". Bare vise dem det, og så la de få lov til å bestemme om det er noe de vil benytte seg av eller ikke (Fellesordning F, kommersiell, del av helsehus/klinikk)

På spørsmål om det er lett å bli presset til å tilby tilleggstjenester, svarte en BHT slik:

Vi skal jo ha en fri og uavhengig stilling, og vi kommer med vårt faglige syn på saken, men vi har jo ingen myndighet. Så hvis bedriften ikke vil høre på det øret, eller vil ha noe annet, så må vi vurdere om det er noe vi kan tilby, eller om vi skal sende dem videre (Fellesordning C, medlemseid)

Et annet viktig innspill er at det er helt avgjørende at innsatsen som ytes inn mot en virksomhet, tilpasses virksomhetens størrelse og rammebetingelser for å kunne nyttiggjøre seg bistanden. At ting skjer i riktig tempo, og at det ikke legges for ambisiøse planer, ble fremhevet som helt essensielt for å lykkes med HMS-arbeidet. I motsatt fall risikerer man at virksomheten føler seg presset og får negative erfaringer, og dermed ønsker minst mulig bistand fra BHT. Det å ha ulike tilnærminger og strategier overfor små versus større virksomheter ble generelt beskrevet som viktig:

Vi har alt fra de som er fem ansatte til de som har flere tusen ansatte. Og vi har laget et segment som vi kaller SMB-segmentet, der vi har en egen løsning for hvordan vi håndterer de. Der er de mest opptatt av grovkartleggingen og handlingsplan, og der noe av det kanskje foregår på telefonmøte, fordi kunden har et ganske begrenset budsjett. Mest mulig effektivt for kunden. For store konsernkunder, eller interregionale kunder, har man prøvd å gjøre dette til en todelt prosess. Man har kartleggingsmøte med kunden, hvor man i forkant kartlegger ganske mye av behovene hos kunden. Mange av de store konsernkundene har en litt annen tilnærming. Det er ikke alltid bare det lovpålagte, der har vi ofte de som ønsker en sparringpartner på et litt annet nivå. Så det er litt mer todelt. Og så er det et forankringsmøte, hvor man spikrer mer planlagte aktiviteter, blant annet innenfor livsstilsegmentet, fordi disse bedriftene ser en tettere relasjon mellom arbeidshelse og hvordan man fungerer i arbeidslivet (Fellesordning B, kommersiell)

HMS, det kommer litt utenpå alt det med å tjene penger og å eksistere. Så skal vi komme til dem med masse ting som de skal gjøre, og hvis alt skal skje innen ett år, så blir det uoverkommelig. Heller legge små planer, hvor man har forståelse for hva man holder på med (Fellesordning C, medlemseid)

I denne BHTen hadde de også valgt en strategi der de jobbet med å vri HMS fra å være noe som er pålagt, til heller å handle om HMS-økonomi. Deres erfaring var at det da blir mer interessant for virksomhetene, fordi de lettere kan se det i sammenheng med virksomhetens drift og bunnlinje. Det som i utgangspunktet er et kjedelig tema for mange, får på den måten en annen relevans, fordi det knyttes mer opp mot kjente størrelser i virksomheten:

Det er i hvert fall det vi ser. Hvis vi klarer å vise til, i kroner og øre, hva tiltak kan spare dem for av penger, dersom de gjør sånn og sånn og sånn, så blir det lettere. Mange bedrifter oppfatter det som en ekstrautgift å jobbe forebyggende, i hvert fall hvis de ikke er inne på HMS-tankene. Derfor er det positivt å klare å vri det til HMS-økonomi (Fellesordning C, medlemseid)

Både gjennom spørreskjema og intervju kommer det frem at kursvirksomhet er et viktig tilbud og en viktig inntektskilde for BHTene, slik som grunnkurs i arbeidsmiljø og HMS-kurs for verneombud. Flere av de BHTene vi intervjuet fortalte om stor interesse rundt kursene, og fulle deltakerlister:

Så har vi dette med kurs da. Vi har firedoblet oss når det gjelder inntekter på kurs. Får veldig gode tilbakemeldinger. Nå sitter folk med en større kompetanse enn før, som vi kan bruke i HMS-arbeidet. Har flere å delegere på. Har flere som forstår. Arbeidet går lettere (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

Utrolig bra oppslutning. Stort sett hatt fulle kurs hver gang vi har hatt det (Fellesordning E, medlemseid)

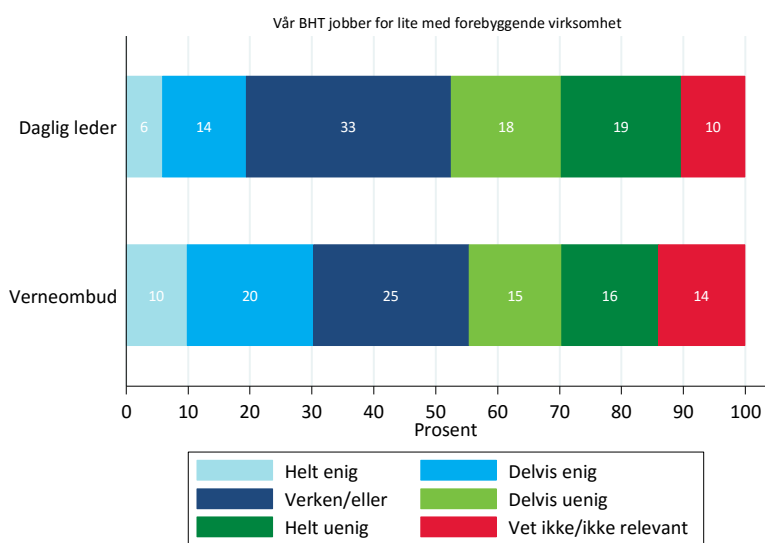
Det fremkom videre at kursene kan fungere som en døråpner når det gjelder kunnskap om HMS og forebyggende arbeid i virksomhetene. Mange av kursene er dessuten åpne for virksomheter som ikke er kunder, noe som gjør at kursene også kan fungere som en arena for å møte nye potensielle kunder for BHTene. Samtidig er det på dette området, nemlig kursing i arbeidsmiljø og HMS, at konkurransen med Nav Arbeidslivssenter oppleves som stor.

5.8 Forebyggende arbeid

Begge spørreundersøkelsene tok opp spørsmålet om BHTens forebyggende innsats. Resultatene så langt har vist at BHTene opplever ulike barrierer mot det å jobbe forebyggende og langsiktig i virksomhetene. Svarene i de to undersøkelsene tyder samtidig på at virksomhetene og BHTene vurderer dette spørsmålet noe ulikt.

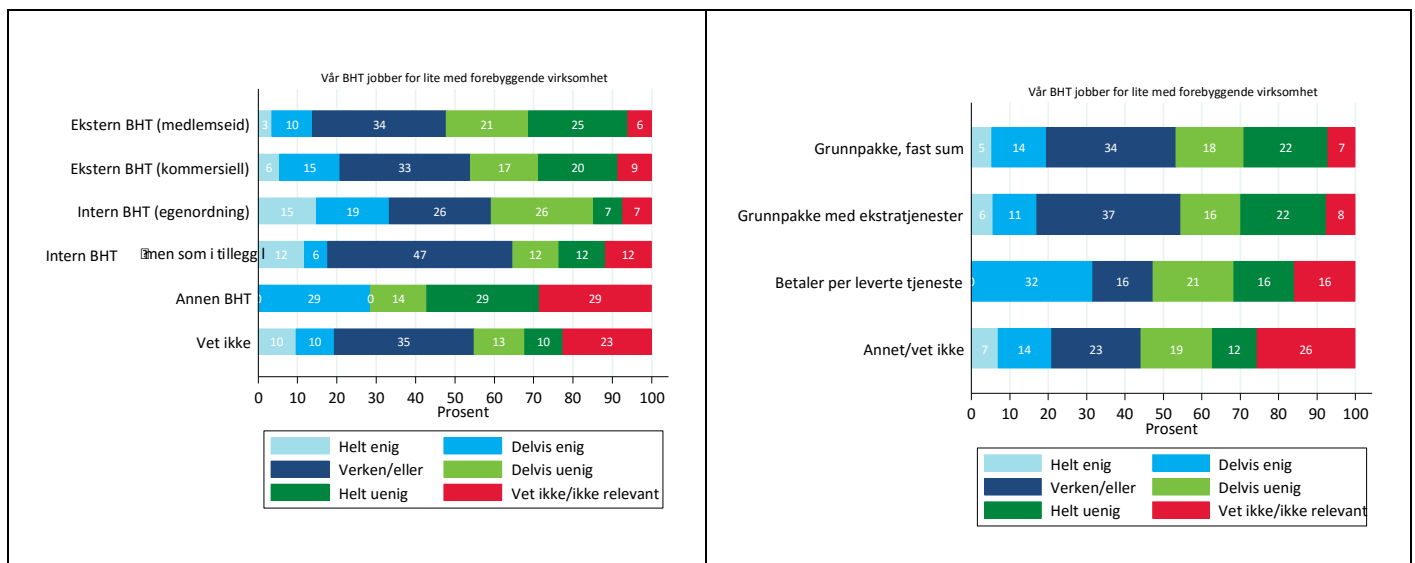
5.8.1 Virksomhetenes vurdering av BHTens forebyggende arbeid

Både daglig leder og verneombud virker i stor grad fornøyd med hvor stor del av BHTens innsats som er rettet mot forebygging. Blant lederne er det en større andel som mener at BHT jobber mye med forebyggende arbeid, enn at de jobber for lite med det. Verneombudene er i større grad av den oppfatning at BHT jobber for lite med forebyggende virksomhet. Figur 5.32 viser svarfordelingen.



Figur 5.32 Vurdering av BHTens forebyggende arbeid, daglig leder og verneombud. Prosent

Vi finner ellers at svarfordelingen varierer lite med virksomhetsstørrelse, men det er en del forskjeller mellom næringer. Neste figur viser at andelen som sier seg enig er størst blant virksomheter med intern BHT, og at den også er noe høyere blant virksomheter som betaler per leverte tjenester. Her sier 32 prosent seg delvis enig i påstanden.



Figur 5.33 Vår BHT jobber for lite med forebyggende virksomhet, etter type BHT og avtaleform

5.8.2 Hvorfor mener mange BHTer at de i for liten grad jobber forebyggende?

60 BHTer (35 prosent) sa seg enig (helt eller delvis) i følgende påstand: *Jeg synes vi i for liten grad jobber forebyggende.* Disse ble gitt en anledning til å utdype hvorfor det er slik, gjennom et åpent oppfølgingsspørsmål. 48 av BHTene valgte å gjøre det. Siden en forebyggende tilnærming og innsats representerer kjernen i BHTs jobbing, gjennomgikk vi alle svarene systematisk. Den viktigste begrunnelsen for at BHTene ikke får til å jobbe så forebyggende som de ønsker, er at de ikke kommer i posisjon til å jobbe forebyggende i virksomhetene. Dette handler på den ene side om synligheten av BHTs tjenester – samtidig handler det om at mange virksomheter er mer opptatt av kortsiktige (og synlige) gevinster enn av forebyggende arbeid. Følgende tilbakemeldinger illustrerer på en god måte hva dette dreier seg om:

I en del kundebedrifter har vi enda ikke klart å synliggjøre den reelle verdien av vårt arbeid - vi er enige med kunden at det er en verdi i å jobbe forebyggende, men fokus er i for stor grad på investeringskostnaden, timekostnaden og mangel på målbare effekter på intervensjonene. Bedrifter som ikke knytter seg til oss bare fordi de må, og hvor vi jobber over lang tid med god forankring særlig hos ledere, ser annerledes på denne nytteverdien. For oss er det først og fremst viktig med forankring i ledelsen i forhold til det systematiske HMS-arbeidet (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Vi er egenordning i en stor organisasjon som ofte kobler på BHT når problemet har oppstått. Vi jobber iherdig for å snu dette til at HMS-arbeidet blir mindre reaktivt og mer proaktivt (Intern BHT, egenordning)

Store deler av våre kunder vil bare bruke oss på det som blir påpekt av Arbeidstilsynet (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Virksomhetene er mest interessert i individuell oppfølging og behandling (Intern BHT, men som i tillegg leverer tjenester til andre bedrifter)

Ledelsen i vår virksomhet kutter i dette arbeidet fordi det krever kostnader (utgifter til BHT) som de ikke klarer å se eller beregne at de har noe igjen for. Virksomhetens ledelse måles på årsbudsjetter og resultater, mens helsefremmende arbeid, og resultater av dette, utvikles over tiår. Dette bidrar til å tvinge BHT til å arbeide med konkrete og målbare oppgaver, samt oppgaver som er konkrete i forhold til myndighetskrav, f.eks. målrettede helseundersøkelser o.l. (Intern BHT, egenordning)

En vanlig tilbakemelding fra BHTene er at virksomhetene selv ikke er opptatt av, eller ser nytten av, forebyggende innsats. Mange BHTer opplever at de kommer inn for sent, og knytter det til virksomhetenes fokus på kostnader. BHTene står dermed overfor den samme utfordringen som de har gjort i mange år,

nemlig å synliggjøre overfor virksomhetene hvorfor forebyggende arbeid er viktig. Spørsmålet er hvordan BHTene kan gjøre det bedre. Mulige svar på dette spørsmålet diskuteres mot slutten av rapporten.

Flere BHT-ledere mente at det tilbydermarkedet som er skapt, og den konkurranse som er i markedet, er en medvirkende årsak til at det å tilby tjenester til lavest mulig pris, er det som gjelder:

Dette har sammenheng med konkurranse mellom BHT og inntjening. En BHT i dag har høye krav til inntekt for å dekke opp kostnader med høy kompetanse, dette går på bekostning av kvalitet og den tid vi setter av til våre kunder (Intern BHT, egenordning)

Problemet er at vi slipper til i alt for liten grad. Markedet er nå blitt slik at man får BHT for null og niks. Man betaler intet, og får intet. Myndighetene lar dette passere, uten at noen gjør noe med det. Vi slipper således for lite til for å kunne ha en forebyggende effekt. Den eneste måten å gjøre noe med dette er om bedriftshelsetjenesten får en måte å rapportere på, slik at bedrifter som ikke samarbeider blir fanget opp uten at bedriftshelsetjenestene mister for mange kunder. Vi blir oppfordret av Arbeidstilsynet til å varsle, men det er dårlig kundepolitikk. Vi må få en ordning lik EU-kontroll av biler. Eventuelt at myndighetene skjerper inn, slik at det ikke går an å tilby BHT for null og niks. Sitte i Oslo og betjene Bergen, uten å noen gang besøke virksomheten. Slik det fungerer nå så virker det som det er en villet politikk å la det hele "råtne på rot" (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

5.9 Betalingsordninger – betydning for hvor tett det jobbes?

Mye kom frem rundt dette med betalingsordninger i intervjuene. Det er tydelig at dette er et område der det har vært en dreining i markedet generelt, fra årskontingentavtaler til mer timebaserte avtaler. Samtidig beskrives det som en faktor som legger føringer for måten BHT blir brukt på. En vanlig tilbakemelding var at insentivene for å bruke BHT åpenbart er forskjellige med en fastpris per ansatt, der man kan bruke BHT nærmest ubegrenset i løpet av et år, sammenlignet med en ordning der hver enkelt time betales for:

Så ser vi også at bedriftene er mye mer lydhøre hvis de har en pott, og vi foreslår hva vi bruker de timene til (Fellesordning C, medlemseid)

I forhold til betalingsordninger og sånn, så er det jo ulike måter å gjøre det på. Vi velger å holde oss til det vi kaller den gammeldagse måten vi da, med kontingent per person. For da ser vi at bedriftene bruker oss veldig mye, kontra at vi skulle hatt en veldig billig startpakke, og at de skal betale for alt mulig ekstra. Da kunne det blitt en stopp på pengesekken midt uti året. Og selv om behovet fortsatt er der, så kunne de sagt at nå har vi ikke råd, nå må vi vente. Det er noe som vi nok ville syntes var litt ubehagelig, i forhold til at vi ønsker at de skal nyte tjenestene når de trenger det (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

Samme BHT mente at grunnen til at mange av deres kunder fortsatt aksepterer en slik betalingsordning, i et BHT-marked stadig mer preget av prisfokus og fleksible tilknytningsavtaler, er at de har levert gode tjenester over lengre tid. Deres opplevelse var at dette har økt kundenes aksept for slike avtaler. Videre trakk de frem langsiktig bearbeiding av kundene, som handlet om å synliggjøre hva de får ut av godt forebyggende arbeid:

Vi har jobbet veldig godt med innsalg de siste 10 årene i hvert fall. Å forklare kunden hvordan de kan se en gevinst i den andre enden, med å bruke oss. Vi føler at vi har lyktes med det også, for det har skjedd en stor endring i bruken av oss som BHT. Kundene føler at de får nytte av det lovpålagte, fordi de ser at det gagnar dem. Da er det heller ikke vanskelig å selge det inn (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

Det er liten tvil om at en ordning med årskontingent er det mest optimale slik mange BHTer vurderer det, fordi det gir romsligere og mer forutsigbare rammer – både økonomisk og faglig sett:

Mange bedriftshelsetjenester har jo hengt igjen med at de har en hodepris, og mange er så lojale at de godtar det. Det er veldig trygt for bedriftshelsetjenesten, for da har du en fast pris som er vel så mye av det de bruker (Fellesordning D, medlemseid)

Hovedforskjellen er ofte at hvis det er en grunnpakke, så vet de at dette er en ramme som de vet at de kommer til å bruke. Kundene er da litt mindre tilbakeholdne med eksakt hva. Ofte handler det om hvem som har beslutningsmyndighet, eller bestillingsmyndighet, i bedriften. Med grunnpakker så ser vi at bestillingsmyndigheten, det vil si den i bedriften som har lov til å bestille leveranser fra oss, den kan ligge

ganske langt ned, der man har grunnpakker. Der man har volumpakker, så ser man at bestillingsmyndigheten ligger mye høyere oppe i bedriften (Fellesordning B, kommersiell)

Men samtidig virker det å være liten tvil om hvilken retning utviklingen går i:

Man vil ikke betale for noe før det er levert. Spesielt i mange offentlige virksomheter, så foregår en veldig stor del av arbeidet hos oss på det vi kaller volum (Fellesordning B, kommersiell)

Hvilken betalingsordning som passer best for den enkelte virksomhet bør ses i sammenheng med hvilke behov den har, virksomhetens størrelse og muligens også hvilken bransje den er en del av. I det hele tatt bør det være et samsvar mellom det man betaler for, og det behovet man har for tjenester på de lovpålagte områdene. Hvis dette samsvaret er dårlig, så vil det fort gå utover tilliten til BHT. Én av BHTene vi intervjuet mente i den forbindelse at bruk av timebaserte avtaler er bedre for kundene – fordi det sørger for at de ikke betaler for mer enn de faktisk bruker BHT til:

Vi dreier vårt fokus vekk fra såkalt pris per hode-ordning, som har vært veldig vanlig tidligere. Ni hundre tusen eller femten millioner, og så har man kanskje fått en helsekontroll. Betales ut fra hva dere bestemmer at dere vil bruke oss til. Med andre ord – de får det de betaler for. De betaler ikke en stor sum, og så må de kanskje begynne å betale ekstra. Ut fra mitt hode så er vi litt mer i 2016 enn i 1990 (Fellesordning F, kommersiell, del av helsehus/klinikk)

Videre mente de at en slik timebasert betalingsordning har en positiv effekt på deres eget arbeid og innsats, fordi det fordrer at de hele tiden må være skjerpet og levere best mulig tjenester. Ifølge informantene fører det til at de må ha et aktivt forhold til kvaliteten på de tjenestene de leverer. De la også vekt på at det var viktig for dem å levere på det som handler om synlighet og fysisk tilstedeværelse:

Så må vi være hos kunden. Kunden må faktisk føle at de har en bedriftshelsetjeneste som bryr seg, og ikke en som bare er et passivt medlem, og som de betaler femtitusen kroner for i året, og så ser de aldri bedriftshelsetjenesten (Fellesordning F, kommersiell, del av helsehus/klinikk)

Mye av det som kom frem i intervjuene med BHTene bekrefter resultatene fra virksomhetssurveyen, der vi blant annet fant at type betalingsordning samvarierte med hvorvidt BHTs innsats oppleves å støtte opp under HMS-arbeidet i virksomhetene, og om den bidrar til å styrke arbeidsmiljøet og arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsforhold. Virksomheter med ekstern, medlemseid BHT, og virksomheter som betaler en fast sum for en grunnpakke, var mer positive i sine tilbakemeldinger. Resultatene fra intervjuene indikerer at dette i stor grad er et spørsmål om hvilke økonomiske insentiver ulike betalingsordninger gir.

5.10 Samarbeidsavtale og handlingsplan – involvering av verneombud/vernetjeneste

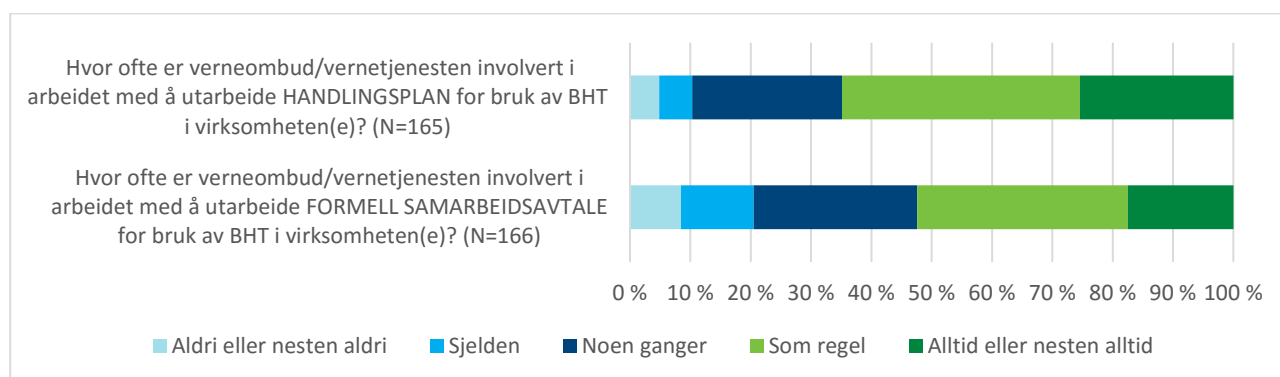
Som en indikator på forankringen av BHT i organisasjonen har vi sett nærmere på hvor vanlig det er at vernetjenesten eller ansattrepresentanter er involvert i utformingen av samarbeidsavtale og handlingsplan for bruk av BHT. Verneombud og ansattrepresentanter skal fritt kunne kontakte BHT når de føler behov for det, uten å involvere arbeidsgiver. I og med at verneombudet skal være med i virksomhetens HMS-arbeid, er det også naturlig at verneombud er med og planlegger bruken av BHT.

Vi ser først på andelen virksomhetsledere og verneombud/ansattrepresentanter som oppgir at vernetjenesten var involvert i utarbeidelsen av samarbeidsavtale og handlingsplan for bruk av BHT. Tabell 5.7 viser svarfordelingene. Som vi har sett tidligere er det ikke alle virksomheter som har utarbeidet samarbeidsavtale eller handlingsplan. Av de som har gjort det, oppgir drøyt halvparten av virksomhetslederne, og knapt halvparten av verneombudene, at vernetjenesten var involvert i arbeidet med å utforme samarbeidsavtale. En noe lavere andel oppgir at verneombud var involvert i arbeidet med å utforme handlingsplan; 41 prosent av lederne og 33 prosent av verneombudene svarte ja på dette spørsmålet.

Tabell 5.7 Involvering av verneombud/vernetjeneste i arbeidet med å utforme samarbeidsavtale og handlingsplan, daglig leder og verneombud. Prosent

Var verneombud involvert i arbeidet med å utforme...	Samarbeidsavtale		Handlingsplan	
	Daglig leder	Verneombud	Daglig leder	Verneombud
Ja	53,3	45,7	41,0	33,2
Nei	21,3	21,7	26,7	27,9
Vet ikke	12,0	24,0	16,9	32,3
Ikke relevant (har ikke)	13,4	8,6	15,3	6,7
Sum	100	100	100	100
N	490	316	484	313

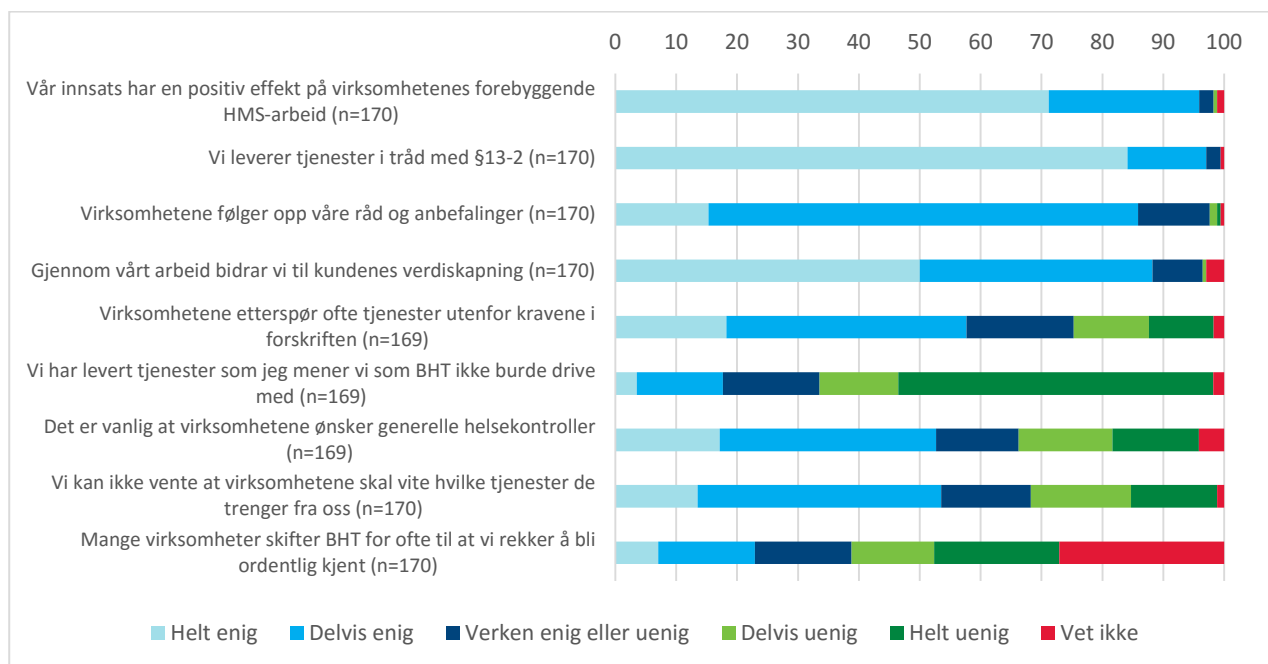
Tallene samsvarer brukbart med tilbakemeldingene fra BHTene, der over halvparten oppgir at vernetjenesten som regel eller alltid er med i utformingen av handlingsplan og samarbeidsavtale (figur 5.34). Forskjellen er imidlertid at BHTene i større grad svarer at verneombud er involvert i arbeidet med handlingsplanen enn med samarbeidsavtalen. Samtidig er det et resultat som kan tolkes positivt, fordi det er handlingsplanen som definerer hva som skal skje av aktiviteter etc. i virksomheten det kommende året.



Figur 5.34 BHTenes vurdering av verneombudets involvering i arbeidet med å utarbeide formell samarbeidsavtale og handlingsplan for bruk av BHT i virksomheten. Prosent

5.11 Hvordan er det å jobbe inn mot virksomhetene?

I spørreundersøkelsen til BHTene kartla vi hvilke erfaringer de har knyttet til det å jobbe i virksomhetene. I hvilken grad opplever de at de klarer å levere de tjenestene som virksomhetene har behov for, og i hvilken grad legger virksomhetene til rette for at BHT kan jobbe på en god måte? Og hvordan er samsvaret mellom det virksomhetene vil ha bistand til – og forskriftens krav til hva BHT skal drive med? Resultatene i figur 5.26 viste at mye av utfordringen for BHT fortsatt ser ut til å handle om dialogen og samhandlingen med virksomhetene, og at det generelt er vanskelig å få virksomhetene til å sette av tid til BHT. Figur 5.35 viser responsen på spørsmål som utforsker lignende problemstillinger.



Figur 5.35 Påstander om hvordan det er å jobbe inn mot virksomhetene. Prosent

84 prosent av lederne i BHTene er helt enig i at de leverer tjenester som er i tråd med forskriften. 71 prosent mener at BHTens innsats har positiv effekt på virksomhetens HMS-arbeid. Når det gjelder virksomhetenes oppfølging av de råd og anbefalinger som gis, er resultatene helt annerledes. Kun 15 prosent sier seg helt enig i at virksomhetene gjør det, mens 71 prosent er delvis enig i påstanden. Resultatene samsvarer slik sett med de tendensene vi så i figur 5.26.

Videre ser vi at nær 60 prosent er enig (helt eller delvis) i at virksomhetene ofte etterspør tjenester som er utenfor kravene i forskriften. Resultatet samsvarer godt med det som kommer frem ellers i figuren (og rapporten), for eksempel det at virksomhetene ofte ønsker generelle helsekontroller. Over 50 prosent svarer at dette, i en eller annen grad, er vanlig. Andelen som er enig i at de leverer tjenester til virksomheter som de mener de som BHT ikke burde drive med, er på den annen side lav; om lag 18 prosent mener dette. Andelen som avkrefter dette fullstendig (helt uenig) er på 52 prosent.

Ellers er det interessant at det er ganske stor uenighet rundt følgende påstand: "vi kan ikke forvente at virksomhetene skal vite hvilke tjenester de trenger fra oss". Hva BHTene mener om dette, tror vi kan være ganske bestemmende for hvilken tilnærming de har til virksomhetene, og hvilke forventninger virksomhetene har til BHT. En BHT som mener at det er deres oppgave å få virksomhetene til å forstå hvilke tjenester de har bruk for, vil trolig jobbe annerledes i virksomhetene enn en BHT som mener at det er virksomhetenes egen oppgave å finne ut hva de trenger og skal bestille av tjenester. Det er flere BHTer som mener at dette er BHT sitt ansvar, enn motsatt. Arbeidstilsynets holdning til dette er i hvert fall krystallklar:

Det er bedriftshelsetjenesten sin rolle å gjøre virksomhetene til gode bestillere. Det er jo også det vi veileder på når vi går i tilsyn (Arbeidstilsynet)

Både bransje og virksomhetsstørrelse trekkes frem som viktige faktorer for hvordan BHT blir brukt, og for måten det jobbes på. Betydningen av størrelse ble i kartleggingen omtalt blant annet på følgende måte:

Det er som kjent stor variasjon i bevisstheten mht. HMS i virksomhetene. Generelt kan vi si at de større virksomhetene har større bevissthet og jobber mer med HMS enn de små/mellomstore. Men: ingen hovedregel uten unntak! (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Andres erfaring var at forskjeller mellom små og store virksomheter kan forklares med at store virksomheter gjerne har egne fagpersoner innenfor HR, personal og HMS:

Det merker vi jo til dels på store bedrifter òg, at de har mer egenkompetanse på en del av de tingene vi kan gjøre (Fellesordning A, medlemseid)

Jeg synes ikke det er noe lettere eller vanskeligere å jobbe med det ene eller det andre. Men i de store bedriftene så har du kanskje noen flere ressurspersoner som både sitter med kunnskapen og tid til å jobbe med det, mens i de små må vi kanskje bidra mer for å få de til å gjøre ting, fordi de skal gjøre så mye annet (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

Blant BHTene vi intervjuet var det enkelte som viste til at de arrangerte en del felles opplæring for en del kunder, spesielt de små virksomhetene. Siden det ofte er vanskelig å komme inn i disse for å levere bedriftshelsetjenester, så var erfaringen at det kunne være mer effektivt og nyttig å samle flere virksomheter, fortrinnsvis i samme bransje, til felles opplæring og kursing. Terskelen for å delta i slike seanser kan også være lavere for en del små virksomheter, istedenfor at de skal ha BHT på besøk i selve virksomheten.

Det vi har snakket om litt på dette kontoret i hvert fall, er jo å prøve å kjøre noe undervisning bransjespesifikt. Vi har jo frisørsalonger med 2-3 ansatte, men vi har jo ganske mange av dem. Vi har også en del i restaurantbransjen der det er utenlandsk arbeidskraft. Så det å kjøre undervisning bransjespesifikt, det tror jeg både vi når flere med, og sparer vanvittig mye tid på (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

Når vi vet at det sannsynligvis er svært mange virksomheter med 1-3 ansatte innenfor pliktige bransjer som ikke er tilknyttet BHT, så er det interessant å se nærmere på det som er gjort her – nemlig å arrangere felles kursing og opplæring for de mindre aktørene (innenfor samme bransje). Kanskje er det slik det må legges opp, dersom målet er å nå ut til flest mulig småbedrifter. Alle henvendelsene vi fikk (per telefon) i forbindelse med gjennomføringen av virksomhetsundersøkelsen, bekreftet at BHT er noe mange små virksomheter ikke har, og som de heller ikke har planer om å tilknytte seg. Det å tenke felles opplæring og kursing, fremfor inngåelse av standard BHT-avtaler, kan være et alternativ når det gjelder små virksomheter.

5.11.1 Fordeler og ulemper med å være egenordning

Vi intervjuet to egenordninger, og det var interessant å høre deres erfaringer rundt involvering og bruk av BHT i virksomheten. For det første la de vekt på at en fordel med å være egenordning, er at de har noen referanser som er felles, og som gjelder for hele virksomheten. Det handler om felles normer, visjoner, verdier og mål for virksomheten – men også på virkemiddelsiden, når det gjelder HMS-system, planverk, rutiner og prosedyrer. Man unngår dermed at det stilles spørsmål ved legitimiteten til måten utfordringer og problemer blir håndtert på, så lenge det gjøres på en måte som er i tråd med virksomhetens vedtatte policy:

Det er felles prosedyreverk, det er felles politikk, det er felles mål og målsetninger, felles satsninger. Så det er lett for oss å vite hvor enhetene er til enhver tid. Dersom det er en konflikt, så kjenner alle til konflikthåndteringsprosedyrene. Vi har et felles mål om hvordan vi forholder oss til det. Du slipper å forholde deg til et sveiseverksted som ikke gjør det, eller en baker med helt egne prosedyrer. Felles HMS-system på det meste (Egenordning A, offentlig virksomhet)

Fordelen for oss er jo at vi kjenner [navn på bedriften]. Vi kjenner jo veldig godt ledelsen. Vi kjenner veldig godt til hovedtillitsvalgte, hovedverneombud og funksjonærforeningen. Vi vet hvem som har makt, og som det er viktig å påvirke på en god måte, og viktig å få informasjon fra. Det er veldig viktig å ha god kontakt med ledelsen for å spille inn de gode tingene. Det har vi. Og det er jo det som er forskjellen på å jobbe i en egenordning og en fellesordning, at da er du innenfor. Når du sitter i en fellesordning med 70 bedrifter i 40 bransjer, så er det ganske mye vanskeligere. Store bedrifter har etter min mening en kjempefordel av å ha en egenordning (Egenordning B, privat virksomhet)

Det å være en del av den virksomheten man skal fungere som BHT for, er positivt fordi man deler verktøy og prosedyrer for hvordan de problemstillingene som oppstår på arbeidsplassen skal adresseres og løses. Det kan derfor ikke reises innvendinger mot måten BHTen ønsker å løse en situasjon på, så lenge den er i tråd med retningslinjene i virksomheten. Dette til forskjell fra en ekstern BHT, som kanskje må bruke tid på å overbevise en kunde om at en bestemt rutine er det de trenger for å løse et gitt problem.

Bransjekunnskap og forståelse for arbeidet og bedriftskulturen oppleves også som viktig, og informantene mener det gir dem en faglig tyngde og troverdighet i møte med ledere og ansatte. Det gjør det også lettere å kunne identifisere mulige årsakssammenhenger, for eksempel når sykefraværet øker eller flere ansatte plages med vond rygg. Selv om man jobber i en egenordning, for én virksomhet, har man likevel hele spekteret av utfordringer, så det oppleves som faglig utfordrende – nettopp fordi det gjerne er store virksomheter som har egenordning:

I vår bedrift, så har vi egentlig alle mulige slags problemstillinger. Du har hele spekteret innenfor arbeidsmedisin og arbeidsmiljø. Og det er utfordrende og det er spennende. Vi har alt fra kjemisk, fysisk, ergonomisk og psykososialt. Alt har vi å bryne oss på, i perioder. Og det er jo noe som gjør det spennende (Egenordning B, privat virksomhet)

Videre fremhevet informantene det økonomiske aspektet, og det at de opplever å få ro til å jobbe langsiktig og kontinuerlig med HMS og arbeidsmiljø i virksomheten. Som egenordning er man typisk finansiert over virksomhetens driftsbudsjett, og trenger ikke forholde seg til timepriser og inntjening:

Jeg tror vi som egenordning har en fordel ved at vi ikke trenger å tilfredsstille kunden på samme måte. Vi trenger ikke selge oss inn, for ellers går de til en annen kunde. Vi kan faglig forsvare at hvis ikke dere ønsker å gjøre det sånn og sånn, for eksempel på målemetodikk, at "hvis dere ikke tar dere råd til det og det, så ønsker jeg ikke å være med". Jeg tror ikke en privat aktør, som er avhengig av inntekten, kan sette det faglige premisset som en brekkstang. Man må "please" litt mer (Egenordning A, offentlig virksomhet)

Dette betyr imidlertid ikke at de interne BHTene er "fritatt" fra den økonomiske biten. Den ene egenordningen vi intervjuet var nær ved å bli lagt ned for noen år siden, og også i den andre egenordningen bekreftet de at det har vært et fokus på driftskostnadene knyttet til det å ha en intern BHT. De følte seg på ingen måte skjermet og trygge. Samtidig etterlyste de mere ressurser, for bedre å kunne ivareta sine oppgaver. Forskjellen fra mange eksterne BHTer er imidlertid at de slipper det daglige fokuset på økonomi og resultater på individnivå.

Det å ha ryggdekning for tiltak og satsinger i ledelsen ble beskrevet som svært virkningsfullt for en intern BHT. Så lenge ledelsen er med, så vil tiltak og aktiviteter bli gjennomført. Informantene mente at det å oppnå en slik støtte fra lederhold, er enklere for dem enn det er for eksterne BHTer, fordi de er tettere på sin egen organisasjon og har et nærere forhold til ledelsen:

Vi er ekstremt trygge på at toppledelsen støtter oss. Så når vi møter på problemer ute, så står vi bare og sier "ja, men det er ikke vi som har sagt det, det er toppledelsen. Det er bare å ringe toppleren så får du høre at han støtter oss". Og det vet alle utover. Så det er det som redder oss. Det er ikke noe stort problem, altså (Egenordning B, privat virksomhet)

Samtidig kan det også for egenordninger være en utfordring å bli koblet inn tidlig nok, for å kunne jobbe forebyggende og preventivt. Akkurat her opplevde vi at egenordningene sliter med mange av de samme utfordringene som de eksterne BHTene gjør. På spørsmål om de mener at de jobber på den måten de bør jobbe på, så svarte den ene av dem slik:

Jeg vil si ja og nei. Jeg opplever i hvert fall at vi er tro mot BHT-tankegangen, og jobber med arbeidsmiljørelaterte ting. Men det er klart at det vi hele tiden kunne tenke oss er at vi i større grad kan jobbe med den helsefremmende biten, og mindre på gult eller rødt. At vi kan komme inn og jobbe mer forebyggende. Og det er ikke til å legge skjul på, at vi ofte kommer inn på knallrødt, enten det har vært konflikter eller noe annet, og vi tenker at vi kunne vært påkoblet tidligere. Vi vil gjerne jobbe mer på grønt, og noen ganger lykkes det, mens andre ganger er det gult, og en sjelden gang er det knallrødt (Egenordning A, offentlig virksomhet)

Når det gjelder det å skaffe seg en oversikt over det virksomheten driver med, og hvilke risikofaktorer og arbeidsmiljøutfordringer som eksisterer på tvers av organisasjonen, så står de interne BHTene overfor mange av de samme utfordringene som eksterne BHTer. Hovedgrunnen til det er at mange egenordninger er en del av store virksomheter, enten i privat eller offentlig sektor, med en bred og sammensatt oppgaveportefølje. Informantene viste til at det er en skjev bruk av bedriftshelsetjenesten på tvers av enheter og avdelinger

internt, og at de sliter med å bli synlig og få innpass i enkelte deler av organisasjonen. Spesielt gjaldt dette for egenordningen i offentlig sektor:

Det kan være veldig forskjellige arbeidskulturer og forskjellige eksponeringer. Jeg er litt opptatt av om vi kan få tak i dem som ikke henvender seg til oss, de som ikke gjør en bestilling. For vi vet fra litteraturen at ulike yrkesgrupper kan ha ulike utfordringer i arbeidslivet. Og er det vår rolle å oppdage de folkene? Det er jeg opptatt av, å oppdage de som ikke henvender seg til oss (Egenordning A, offentlig virksomhet)

Egenordningene vi intervjuet mente de har mange fordeler sammenlignet med de eksterne og kommersielle BHTene; nærhet til virksomheten, bransjekunnskap, at de kan jobbe langsiktig og kontinuerlig og at de ikke har noen økonomiske resultatkrav. Samtidig er det interessant at utfordringene som de to egenordningene beskriver, ligner mye på de utfordringene som BHTene som opererer i markedet, beskriver. Det handler om vanskeligheter med å nå inn med budskapet om HMS og forebygging, at det er ulik interesse for og bruk av BHT i en stor organisasjon, og at de fra tid til annen har opplevd å bli satt under lupen når det gjelder kostnader og økonomi. Resultatene fra kartleggingen viste dessuten at interne og eksterne BHTer opplever mange av de samme utfordringene når det gjelder kompetanseutvikling.

Selv om det er lett å se at interne BHTer kan ha noen fordeler sammenlignet med eksterne BHTer når det gjelder kunnskap om arbeidsplassen og det med felles mål, verdier og rutiner etc., så er det en fare for at interne BHTer opplever å være mer skjermet og trygg enn de eksterne BHTene, og i mindre grad kjenner på et press utenfra om å levere gode og konkurransedyktige tjenester. De er skjermet fra ekstern konkurranse, så lenge ledelsen ikke kommer til at kostnadene er for høye, og av den grunn ønsker å vurdere eksterne tilbydere. I tillegg er det et poeng at interne BHTer må passe på å ikke komme for nært på ledelsen og virksomheten for øvrig, for å kunne ivareta den nødvendige avstanden som rollen som en fri, uavhengig og kyndig BHT forutsetter. Dette var noe de var opptatt av i den ene egenordningen vi intervjuet, og det var liten tvil om at det var en ganske tett relasjon mellom BHT og virksomheten for øvrig i dette tilfellet. De mente samtidig at det først og fremst ga dem muligheter, mer enn at det utfordret deres uavhengighet og frie rolle.

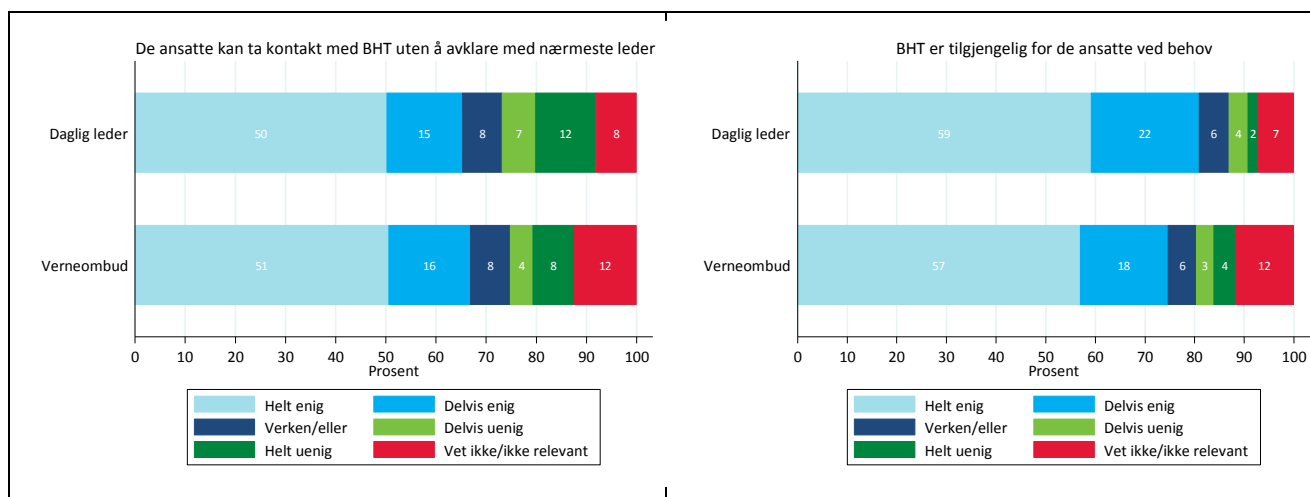
Resultater tidligere i rapporten viste at om lag 10 prosent av virksomhetene hadde gått fra intern til ekstern leverandør av BHT (N=60 for daglig leder). Av disse var det kun de færreste som så ut til å angre på at de avviklet den interne BHTen. Kun 5 prosent svarte at de er mindre fornøyd, mens 45 prosent svarte at de er mer fornøyd med den eksterne BHTen. Den andre halvparten svarte enten at det ikke er noen forskjell, eller at de ikke vet. Vi foretar en samlet vurdering av de interne BHTene i kapittel 8.

5.12 Tilgjengelighet og uavhengighet

5.12.1 Virksomhetenes vurdering av BHTs tilgjengelighet og uavhengighet

To påstander i virksomhetsundersøkelsen handlet om hvor tilgjengelig BHT er for de ansatte i virksomheten. Disse påstandene ble stilt til både daglig leder og verneombud, og var utformet slik: "De ansatte kan ta kontakt med BHT uten å avklare med nærmeste leder på forhånd" og "BHT er tilgjengelig for de ansatte etter behov". I tillegg skulle respondentene ta stilling til en påstand som handlet om BHTs uavhengighet i arbeidsmiljøspørsmål: "BHT har en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål". Vi presenterer først vurderingen av tilgjengelighet for de ansatte etter hvem som har svart, kjennetegn ved BHT-ordningen og type betalingsform, og ser deretter på uavhengighet i arbeidsmiljøspørsmål.

Figur 5.36 viser hvordan daglig leder og verneombud i virksomhetene vurderer tilgjengeligheten for de ansatte. Figurene viser at daglig leder og verneombud stort sett vurderer tilgjengeligheten likt. Omtrent halvparten er helt enig i påstanden om at de ansatte kan ta kontakt med BHT uten å avklare med nærmeste leder først, mens nesten 60 prosent er helt enig i at BHT er tilgjengelig for de ansatte etter behov.

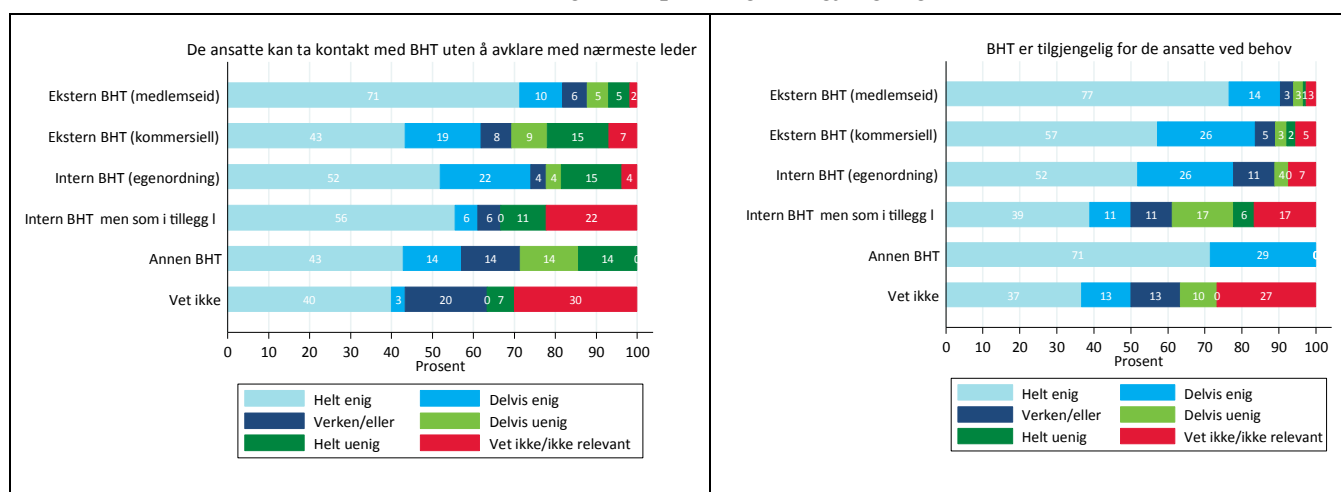


Figur 5.36 Vurdering av tilgjengelighet, daglig leder og verneombud. Prosent

Det er generelt små forskjeller mellom virksomheter av ulik størrelse, men det er en tendens til at tilgjengeligheten vurderes som noe dårligere i virksomheter med få ansatte, og spesielt i virksomheter med bare en ansatt. Dette ser i hovedsak ut til å skyldes at spørsmålet vurderes som mindre relevant.

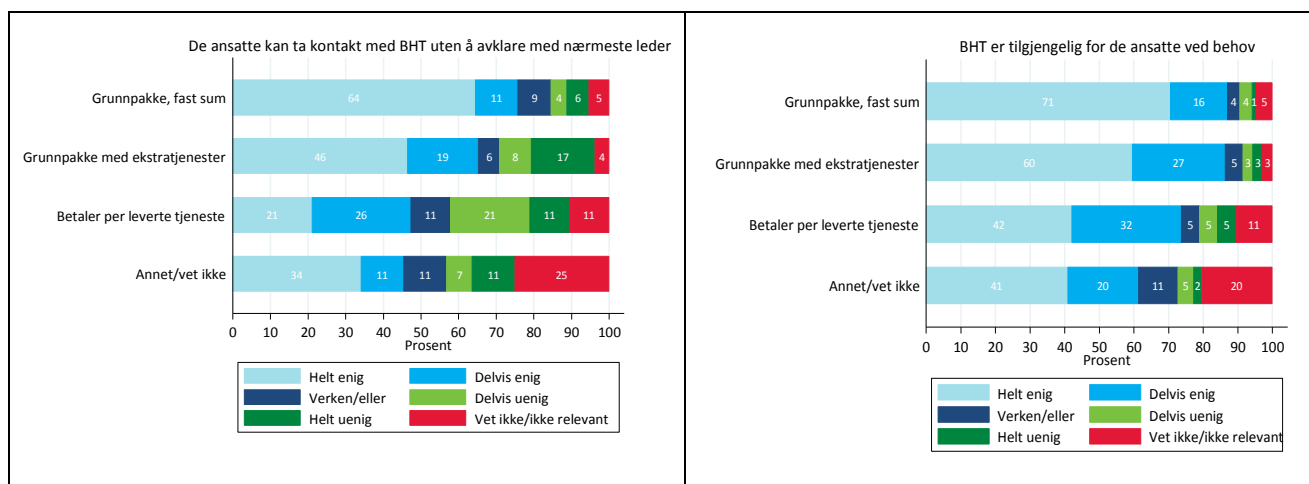
Tilgjengeligheten vurderes også som noe dårligere i enkelte næringer, spesielt innen undervisning (P).

Ser vi på tilgjengelighet etter type BHT, peker medlemseid, ekstern BHT seg ut med klart best tilgjengelighet (figur 5.37). Her sier 71 og 77 prosent av daglig leder seg helt enig i de to påstandene. Interessant nok utmerker ikke interne BHTer seg med spesielt god tilgjengelighet.



Figur 5.37 Vurdering av tilgjengelighet, etter type BHT (daglig leder)

Tilsvarende ser grunnpakke med et fast beløp ut til å være den avtaleformen som gir best tilgjengelighet, mens tilgjengeligheten vurderes som klart dårligst ved ordninger der virksomheten betaler per leverte tjeneste (figur 5.38). Dermed ser det ut til at tilgjengeligheten for de ansatte i stor grad er uavhengig av type virksomhet (størrelse, næring), men påvirkes både av type BHT og avtaleform.



Figur 5.38 Vurdering av tilgjengelighet, etter type avtale med BHT (daglig leder)

Også i de fem virksomhetsintervjuene stilte vi noen spørsmål om BHTs rolle i virksomhetene, og om de mener at BHT er et tilbud som er tilgjengelig for både ledelsen og de ansatte i virksomheten. Noen variasjoner var det, og kommunen skilte seg mest ut, ved å ikke ha en ordning der de ansatte fritt kunne kontakte BHT. For de andre virksomhetene var det det motsatte prinsippet som gjaldt – dog i litt ulike varianter:

Det skal være likt for alle, og like enkelt for alle å bruke tilbudet (statlig virksomhet)

Det er ingen her som sier "nei, nå har du brukt BHTen for mye". Har ikke vært borti noen slike saker. Skulle det komme en sak der en medarbeider plutselig bruker bedriftshelsetjenesten tjue timer, så det er jo klart at da må vi jo gå inn og vurdere det, men det er jo vi som arbeidsgiver som tar kontakt med bedriftshelsetjenesten for en medarbeider. Medarbeiderne ringer veldig sjelden selv (produksjonsvirksomhet innenfor industri)

Det er fritt i den forstand at hvis de har ting å ta opp, som de ikke synes er greit å ta opp med arbeidsgiver, så er det helt fritt. Du kan alltid gå til bedriftshelsetjenesten og ta opp ting som går på arbeidsforholdet, og som du har vansker for å ta opp med linjeledelsen. Der er det ingen grenser. Når det gjelder sånne timer som vi betaler til fysioterapi og sånn, så er førstetouchen grei. Ring gjerne og varsle, men det vil alltid være greit å ta førstetouchen der. Men så må en da spørre, hvis de skal avtale seks timer oppfølging (bygge- og anleggsentreprenør)

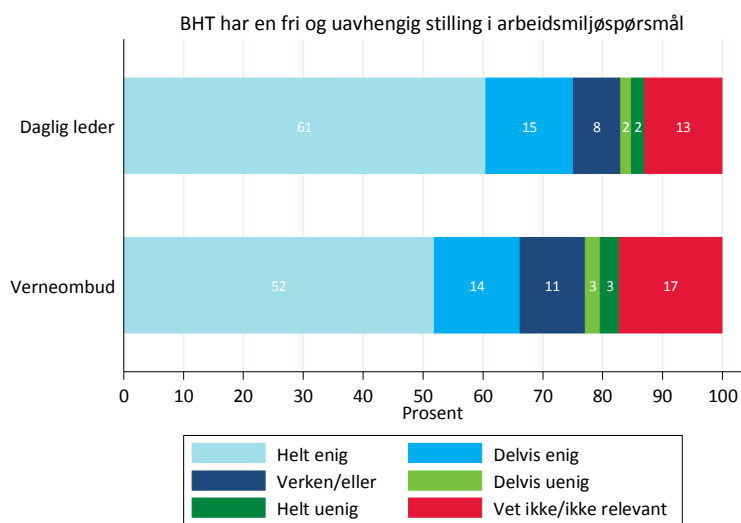
I kommunen kunne ikke de ansatte kontakte BHT på egen hånd, noe som føyer seg inn i det bildet som tegnes gjennom hele rapporten, av at kommunene har en bruk av BHT som i stor grad styres av økonomiske hensyn. Beslutningen om å ikke la de ansatte fritt kunne kontakte BHT, ble i denne kommunen imidlertid begrunnet på et litt annet vis:

Jeg synes det er greit at jeg har den muligheten til å få tilbakemelding på om det er noe jeg skal gjøre i arbeidsmiljøet. Det synes jeg er veldig greit. Og så tenker jeg på den dialogen. Jeg ønsker at den ansatte skal komme til meg når det er noe. Og det er klart at hvis det er noen som ikke har tillit til meg, så må jeg få en av de andre avdelingslederne til å ivareta det. Jeg synes det er veldig greit at det går gjennom leder. Ikke at det er noe kontrollbehov, men man kan ha litt oversikt, fordi det er så utrolig viktig for arbeidsmiljøet (kommune)

Samtidig ble den "linja" kommunen hadde lagt seg på, begrunnet med et behov for å unngå at BHT i for stor grad ble brukt til behandling:

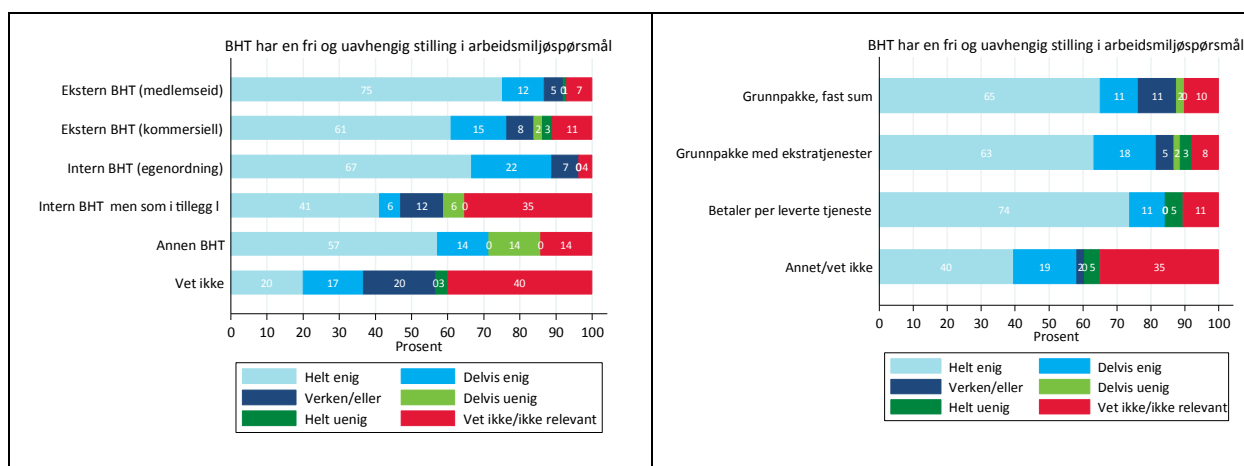
Men jeg er jo tydelig på at det ikke er behandling da. Og det tenker jeg at det kunne vært en utfordring, hvis alle kunne tatt kontakt (kommune)

Figur 5.39 viser responsen fra daglig leder og verneombud til påstanden "BHT har en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål". 61 prosent av daglig leder var helt enig i påstanden, mot 52 prosent av verneombudene, mens rundt 15 prosent av begge grupper sa seg delvis enig.



Figur 5.39 Vurdering av om BHT har en fri og uavhengig stilling, daglig leder og verneombud

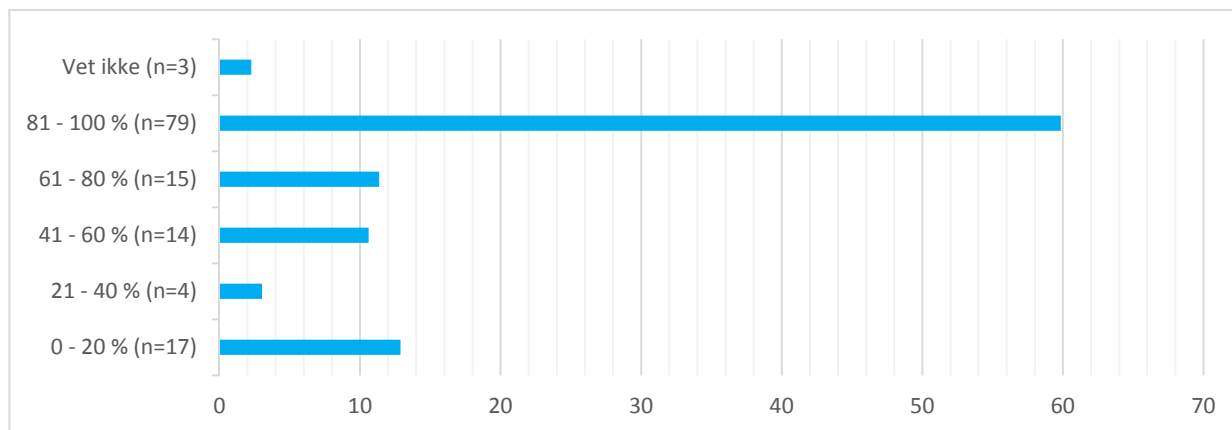
Dersom vi skiller etter type virksomhet (størrelse og næring) er det kun små forskjeller etter størrelse, men noe variasjon etter næring. Igjen er det større forskjell når vi skiller mellom type BHT og avtaleform, og ekstern, medlemseid BHT og en ordning der man betaler per leverte tjeneste peker seg ut som den organiseringen som gir størst uavhengighet, sett fra virksomhetenes ståsted (figur 5.40). Intern BHT og ekstern, kommersiell BHT peker seg ut som ordninger som gir BHT en noe mindre uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål, men forskjellene er små.



Figur 5.40 Vurdering av om BHT har en fri og uavhengig stilling, etter type BHT og avtaleform (daglig leder)

5.12.2 Bedriftshelsetjenestens vurdering av egen tilgjengelighet og uavhengighet

Spørsmål om tilgjengelighet ble også kartlagt i spørreundersøkelsen til bedriftshelsetjenesten, både gjennom spørreskjema og intervju. I spørreskjema til daglig leder ble de bedt om å svare på følgende spørsmål: Omtrent hvor stor andel av kundene/virksomhetene deres har en praksis der de ansatte kan kontakte BHT – uten å avklare med nærmeste leder først? Figur 5.41 viser svarfordelingen (egenordningene er naturlig nok tatt ut).



Figur 5.41 Omtrent hvor stor andel av kundene/virksomhetene deres har en praksis der de ansatte kan kontakte BHT – uten å avklare med nærmeste leder først? Prosent og antall (N=132)

60 prosent oppgir at mellom 81-100 prosent av deres kunder har en praksis der de ansatte kan kontakte BHT, uten å måtte avklare med nærmeste leder først. 15 BHTer svarer at dette er tilfelle for mellom 61-80 prosent av kundene, mens 14 svarer at det gjelder for 41-60 prosent av kundene. Videre ser vi at for 17 BHTer, så gjelder en slik praksis for mellom 0-20 prosent av alle kundene.

De kvalitative intervjuene ga noen forklaringer på hvorfor BHTs tilgjengelighet ivaretas så ulikt i praksis. En tilbakemelding var at avtaleform kan ha betydning for tilgjengelighet – men også på hvor lett eller vanskelig det er å opptre som en fri og uavhengig BHT. Konkret handler dette om at betalingsformer legger noen føringer på virksomhetenes insentiver for å bruke BHT:

Hvis du har timebank, så står ikke de ansatte fritt til å ta kontakt med bedriftshelsetjenesten. Du skal ha en fri og uavhengig stilling, men når du har sånn type kontingent, så kan du ikke bare rekvirere fra de ansattes side (Fellesordning A, medlemseid)

Vi skal jo ha en fri og uavhengig rolle som bedriftshelsetjeneste, og det er noe som vi også sier i bedriften, og det står på alle samarbeidsplaner hos oss også, at den enkelte på fritt grunnlag kan ta kontakt med bedriftshelsetjenesten. Det er på en måte ikke lov å si at det skal godkjennes av ledelsen først. Der vi har hatt noen tilfeller er i offentlig sektor, hvor de hadde sånne timetilknytninger, hvor de sa at den enkelte ansatte måtte klarere det med sin nærmeste leder før de tok kontakt med bedriftshelsetjenesten. Men det har ikke vært noe stort problem (Fellesordning E, medlemseid)

Vi er veldig opptatt av å være det i hvert fall. Og vi har nok fått prøvd oss på det i en god del tilfeller. Stort sett så har de fleste aksept for det både av arbeidsgiver og arbeidstakere, men det er noen få ledere som vi faktisk må forklare det for fortsatt (Fellesordning G, medlemseid og kommersiell)

Et annet spørsmål er hva som faktisk ligger i prinsippet om at de ansatte fritt skal kunne kontakte BHT, uten å måtte avklare med nærmeste leder først. Det er en forskjell på det å ta kontakt bare for å forhøre seg om noe, kontra det å ta kontakt for å bestille en time for samtale med psykolog:

I en BHT-avtale ligger det alltid en forståelse av at en ansatt, hvis det er arbeidsrelatert, har mulighet til å ringe og eventuelt få litt veiledning på hvordan man kan ta kontakt videre, eller hvordan man kan støtte videre. Men de færreste bedrifter har det sånn at ansatte kan ringe og bestille selv. De fleste bedrifter er restriktive med å si

at man kan ringe og bestille en psykologtime, eller sånne type ting, selv. De ønsker å ha en oversikt og kontroll. (Fellesordning B, kommersiell)

En annen skvis kan oppstå i situasjoner der ansattes behov for å kontakte BHT skyldes konflikt med leder. Om virksomhetene da har en praksis som krever at ansatte skal avklare bruk av BHT med leder, så vil BHT-avtalen i praksis være meningsløs. Et annet spørsmål er om virksomhetene har tillit til at BHTen foretar en god siling av de ansatte som tar kontakt, i den forstand at det ikke brukes mer timer på behandling og støttesamtaler enn det objektivt sett er grunnlag for. Det at mange BHTer har behandlingskapasitet (både somatisk og psykisk) i egen organisasjon, gjør at det generelt kan stilles litt spørsmål rundt dette:

En ansatt som har et sensitivt problem, ønsker jo ikke å informere ledere om dette. Arbeidstilsynet har jo lagt ut en føring om at ansatte skal ha rett til å oppsøke BHT, men vi har jo ofte en konflikt med leder i bedriften om at det ikke er ønskelig, for de vil ha kontroll med utgifter. Så vi forsøker jo å påvirke bedriftene til å være slakke, og ha tillitt til at vi vurderer de ansatte som oppsøker oss, at det skal være arbeidsrelatert og relevant. Så vi siler de som har et allmennmedisinsk problem til fastlegen. Det er det vi anmoder bedriftene til. Men vi har jo en rådgivende funksjon, vi kan ikke pålegge bedriftene å gjøre noe de ikke ønsker. Så av og til kommer vi i en del situasjoner der vi gjerne ville gjort mer for de ansatte, hvor vi egentlig blir fanget av bedriftens holdning (Fellesordning B, kommersiell)

Målet om en tilgjengelig BHT, som ansatte ved behov kan kontakte på eget initiativ, utfordres også av andre rutiner, for eksempel at BHTen fakturerer virksomheten for de timer som er brukt. Dette er noe som kan true de ansattes anonymitet. Dette er spesielt problematisk i situasjoner der anonymitet er et av de viktigste hensynene, for eksempel i forbindelse med konflikter, mobbing eller trakassering. En annen utfordring er knyttet til IA-virksomheter som søker om honorar for bruk av BHT. De må attestere de dokumentene som kommer fra BHT, og som skal sendes til Nav (for refusjon). En slik rutine vil gjøre det vanskelig å holde det anonymt hvem som har benyttet BHT, spesielt i små og mellomstore bedrifter.

Hva så med de interne BHTene i denne sammenheng? Gjennom intervjuene kommer det frem at den viktigste grunnen til at de opplever å være fri og uavhengig i arbeidsmiljøspørsmål, er at de ikke er avhengig av å selge inn flere tjenester til virksomheten. Det trekkes også frem at det for virksomheten ikke har noen økonomisk betydning hvor mye de bruker BHT. Dermed blir BHT i praksis et lavterskeltilbud, som alle fritt kan kontakte og benytte seg av.

Prisfokus hos virksomhetene, konkurransen i markedet og ønsket om å levere tjenester på en måte som er i tråd med det virksomhetene ønsker, ser ut til å ha som konsekvens at en ganske stor andel virksomheter har en restriksjon på bruken av BHT som er uheldig for målet om at BHT skal være tilgjengelig for både ledelsen og de ansatte i virksomheten. Selv om det er fullt forståelig at arbeidsgivere ønsker å ha en kontroll med hvor mye BHT blir brukt, så er det viktig for BHTs frie og uavhengige rolle at de er tilgjengelig. Vi ser også at enkelte rutiner rundt fakturering og refusjon for bruk av BHT på en mer direkte måte kan true ansattes anonymitet.

5.12.3 Betydningen av fysisk tilgjengelighet og tilstedeværelse

Jeg har vært på tilsyn flere ganger jeg, der det er første gangen virksomheten og BHT møter hverandre (Arbeidstilsynet)

Synlighet og fysisk tilstedeværelse i virksomhetene var noe alle informantene i BHT-intervjuene var enig om er positivt. Samtidig er det en opplevelse av at det ivaretas på ulike måter i praksis. Den kanskje viktigste grunnen til at BHTene bør legge vekt på synlighet i alle virksomheter, er at de skal være tilgjengelig for de som jobber i virksomheten – både ledere og ansatte. Det krever at alle vet hvem som jobber i BHTen, og hva de kan bistå med. To av BHTene sa følgende om hvordan de jobber for å bli synlige:

Vi er litt opptatt av det å ta en runde i produksjonen i en bedrift, for å vise at vi er der. Slik at den vanlige ansatte, og ikke bare lederen, ser oss. Vet at de har en BHT og at de kan ringe oss om det skjer noe. For det har vi jo og. Vanlige ansatte kan ringe oss når som helst, uten å måtte godkjenne det med leder først, i forhold til økonomi osv. Det er jo faktisk et pluss ser jeg. For det er noen som ikke har lyst til å fortelle lederne sine at de har lyst til å ta kontakt med oss (Fellesordning G, medlemseid)

Vi ønsker jo tett kontakt med bedriftene, og være synlige ute i deres hverdag. Det er jo det vi på en måte blir eksperter på. Så der andre fysioterapeuter har folk liggende på en benk eller kanskje i en sykehusseng, så vil jo jeg se personen i arbeid. Da må man ut av kontoret. De som ser oss mest, er de som er mest fornøyd med oss (Fellesordning E, medlemseid)

Noen hadde også erfaring med at kundene stiller større krav til fysisk tilstedeværelse nå enn tidligere, noe de så i sammenheng med økte forventninger generelt, til at BHT skal være tilgjengelig og ha høy beredskap. Samtidig ga flere uttrykk for at bedriftshelsetjenesten fortsatt har en vei å gå for å bli en tydelig aktør for virksomhetene. Virksomhetenes forventning om at BHT primært driver med medisinske kontroller, var noe flere viste til i denne sammenheng. At dette fortsatt er en utfordring var det flere som påpekte:

Vi opplever at det er mange som ikke vet hva bedriftshelsetjenesten er. Folk som ikke har vært med i bedriftshelsetjeneste, som tror at de får tappet en halv bøtte blod og så får de et stempel i pannen med at de er friske, og så skal de gå hjem (Fellesordning E, medlemseid)

Et annet poeng er at betingelsene for å kunne være synlig, varierer med virksomhetsstørrelse. I større virksomheter er det som regel flere naturlige treffpunkter mellom BHT og virksomheten, gjennom for eksempel AMU. I tillegg er holdningen til bruk av BHT gjerne mer positiv, enn det som er tilfellet i små virksomheter:

Når en bedrift har 300 ansatte, så er vi jo der på AMU-møter, du har helseundersøkelser, og du er med på undervisning. Så da er det jevnt over hele året. Mens i en bedrift som har to ansatte, så er det kanskje sånn at du ser dem kanskje én gang i året. De er kanskje med på kurs her. Det blir jo veldig forskjellig. Hvor ofte vi ser dem, er veldig varierende (Fellesordning A, medlemseid)

Litt av poenget er jo å gå inn og presentere hva bedriftshelsetjenesten egentlig er. Spesielt små bedrifter, med to-tre ansatte, de vet ikke helt hva det dreier seg om. Da blir det jo litt sånn at vi må berede grunnen. Fortelle hva vi er, hva vi kan gjøre og hva vi kan bistå med. Og da er det mange som får en sånn aha-opplevelse, at det her hadde de ikke tenkt i det hele tatt. At de må ha en risikovurdering og gjøre vernerunder og kartlegginger og hva det måtte være, ikke sant. Prøve å unngå at folk blir syk og skadet og blir borte fra arbeid, for det er de veldig opptatt av. Med en gang folk blir borte fra arbeid, så koster det penger for dem (Fellesordning E, medlemseid)

Det er fort å tenke at synlighet og det å få innpass i virksomhetene primært er en utfordring for de kundebaserte BHTene, som har mange virksomheter å følge opp, og at det er enklere for en intern BHT, som er en del av den virksomheten de skal følge opp. Intervjuet med den ene egenordningen viste at det ikke nødvendigvis er tilfellet. Deres erfaring var at synlighet og fysisk tilstedeværelse kan være krevende å få til – selv når man har en bestemt virksomhet man jobber inn mot:

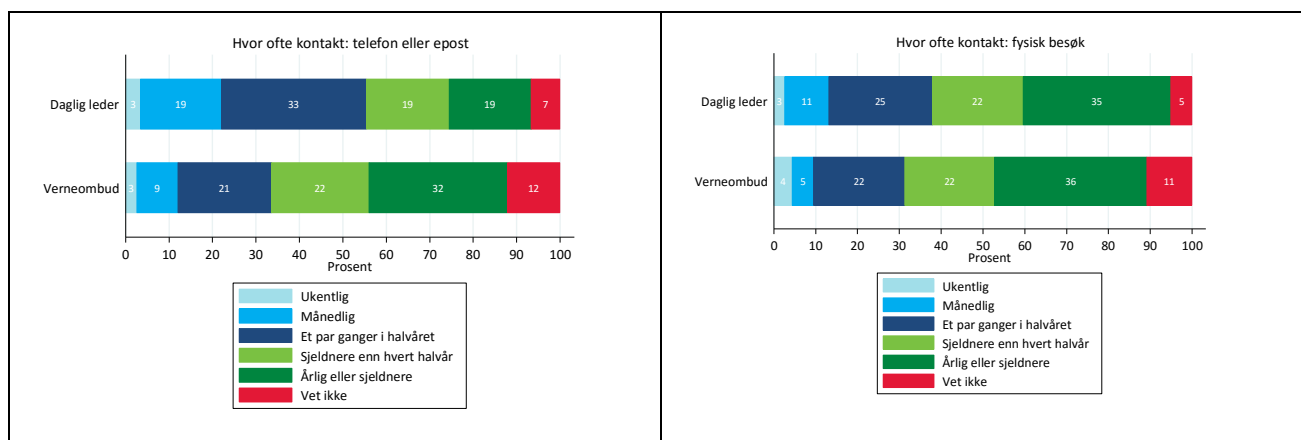
Jeg tror vi er kjempesynlige for ledere og verneombud, og så tror jeg vi sliter vi litt med "hvermannen". Informasjonen blir aldri god nok. I de enhetene vi er mye inne i, der kjenner alle oss, men så er det enheter som glipper litt, som kanskje ikke vet at de har en BHT. Å være kjent i enhetene er vår store utfordring. Det har det alltid vært, og vil sikkert fortsatt være det. Å være godt nok kjent (Egenordning A, offentlig virksomhet)

Tilbakemeldingene fra intervjuene viser at det fortsatt er utfordrende for mange BHTer å oppnå den synligheten de ønsker. Barrierene er velkjente; manglende kunnskap og interesse blant virksomhetene samt deres ønske om å bruke BHT så billig som mulig. På mange måter er dette en negativ selvforsterkende spiral for både virksomhetene og BHTene, fordi liten bruk og utfordringer med å komme på innsiden er det som fører til at virksomhetene heller ikke lærer mer om hva BHT kan bidra med, og hvilke utfordringer de har kompetanse til å håndtere.

5.12.4 Hvor ofte har virksomhetene kontakt med BHT?

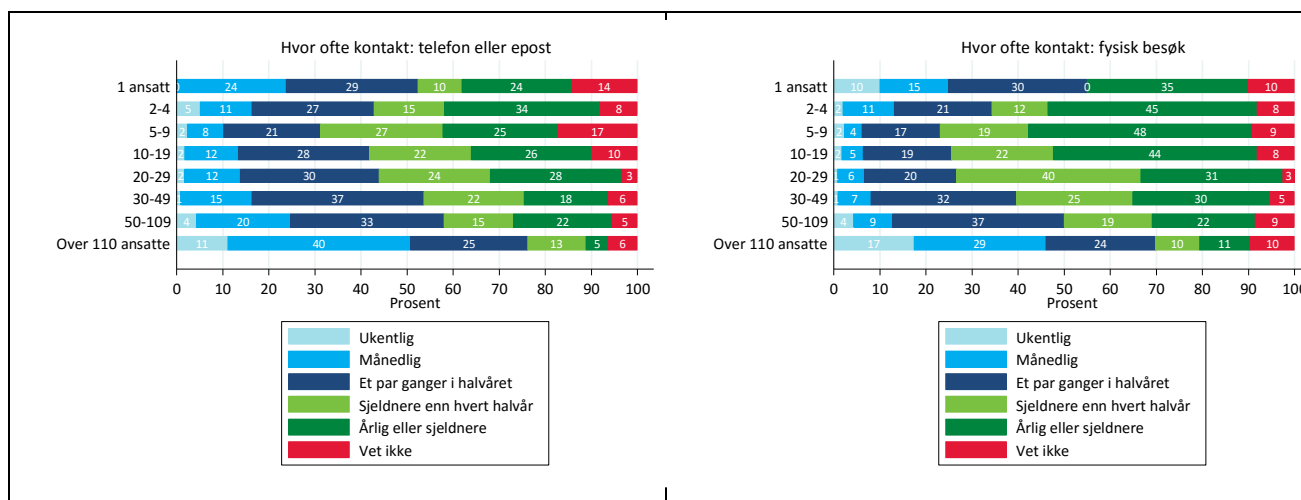
Resultater presentert i kapittel 5 har vist hvordan BHTene opplever ulike barrierer i sin samhandling med virksomhetene, barrierer som hindrer dem fra å få til en tett og god dialog med virksomhetene. I det følgende presenterer vi resultater som viser virksomhetenes vurdering av kontakten og samhandlingen med BHT.

Generelt rapporterer verneombudene om noe sjeldnere kontakt på telefon og epost enn lederne. Svarene til de to gruppene er mer lik når det gjelder fysiske besøk i virksomheten (figur 5.42). Det virker rimelig at verneombud i mindre grad er involvert ved kontakt på telefon eller epost, men i større grad blir invitert med, eller i det minste blir orientert, når BHT er på besøk. Svarfordelingene viser videre at bare rundt én av fem daglige ledere har telefon- eller epostkontakt med BHT månedlig eller oftere, og bare 14 prosent har fysisk besøk månedlig eller oftere. Den vanligste svarkategorien er kontakt "årlig eller sjeldnere" (telefon- eller epost: 32 prosent; fysisk besøk: 36 prosent)



Figur 5.42 Virksomhetenes kontakt med personell fra BHT, daglig leder og verneombud

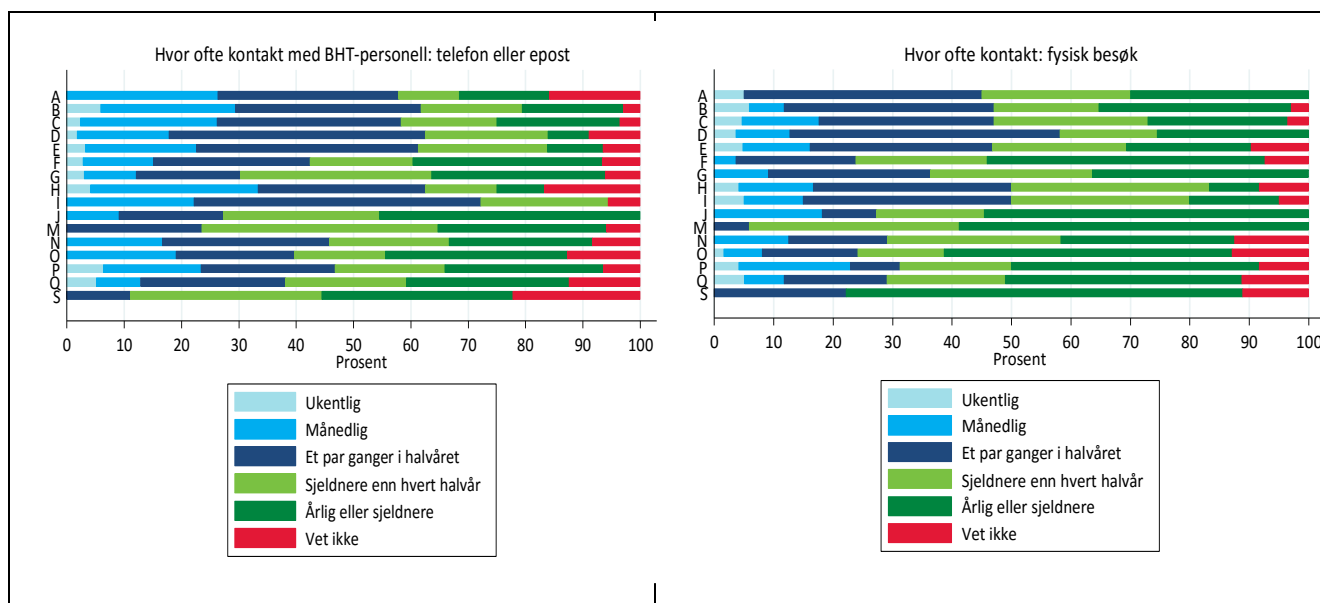
Svarene varierer imidlertid mye med virksomhetsstørrelse (figur 5.43) og dels også næring (figur 5.44). Ikke overraskende har virksomheter med mange ansatte hyppigere kontakt med sin BHT, både på telefon/epost eller ved fysisk besøk.



Figur 5.43 Hvor ofte kontakt med personell fra BHT, etter antall ansatte (daglig leder og verneombud)

Næringen annen tjenesteyting (S) peker seg ut med mindre hyppig kontakt, mens transport og lagring (H) og bergverk og utvinning (B) er de som oppgir å ha oftest kontakt på telefon eller epost. Spesielt for bergverk og utvinning er resultatene her i tråd med resultater presentert tidligere i rapporten, som viste at dette er en næring som opplever at BHT har kunnskap om risikoforholdene i bransjen generelt og i virksomheten. Det er

også en næring der mange virksomheter er positive til å ha BHT – selv uten BHT-plikt. Av figurene ser vi videre at undervisning (P) er en næring der fysiske besøk er mer vanlig enn i de andre næringene.



Figur 5.44 Hvor ofte kontakt med personell fra BHT, etter næring (daglig leder og verneombud)

Type BHT ser ut til å ha mindre å si for grad av kontakt, mens avtaler der virksomheten betaler per leverte tjeneste, ser ut til å gi noe sjeldnere kontakt.

Alt i alt viser tallene at det er vanlig for virksomhetene å ha lite kontakt med BHT; når 54 prosent av verneombudene og 38 prosent av lederne oppgir at de har kontakt med BHTen per epost eller telefon "sjeldnere enn hvert halvår" eller "årlig eller sjeldnere", så vitner det om lite regulær kontakt. De fysiske besøkene er enda mindre vanlig. 58 prosent av verneombudene og 57 prosent av lederne bekrefter at det forekommer "sjeldnere enn hvert halvår" eller "årlig eller sjeldnere". Med tanke på BHTs synlighet og tilstedeværelse, og ønsket om at BHT skal være "på" virksomhetene og jobbe for kontinuitet i tjenestene, så er det interessant at en såpass stor andel av virksomhetene har så lite dialog og samhandling med sin BHT. Selv om det er virksomhetene selv som i stor grad må åpne opp for denne samhandlingen, så er det liten tvil om at også BHTene har et ansvar for å sørge for at kontakten blir mer regelmessig.

5.13 Taushetsplikt, men ikke handlingsplikt

Et tema som kom opp i noen av virksomhetsintervjuene var opplevelsen av at BHT, gjennom individuelle samtaler med de ansatte og annen oppfølging, ikke er tydelig nok på å markere at de ikke har myndighet til å foreta endringer på arbeidsplassen. Erfaringen hos enkelte var at BHT, gjennom sin bistand, kan skape forventninger om endring og forbedring som ikke er reelle. Dels handler dette om at BHT har taushetsplikt når den gir helsehjelp til en ansatt, jf. helsepersonelloven § 27.⁶ Dette betyr at de ikke har anledning til å ta opp saker som angår de ansatte med ledelsen – med mindre det er snakk om aggregerte og anonymiserte erfaringer. Samtidig har ikke BHT handlingsplikt, som arbeidsgiverne har. Dersom noe kommer frem i forbindelse med en kartlegging av arbeidsmiljøet, så har ikke BHT plikt til å handle ut fra det. Arbeidsgiverne, derimot, er etter arbeidsmiljøloven forpliktet til å ta tak i forhold som ikke er bra for de ansattes helse og arbeidssituasjon:

⁶ Kilde: <http://sykmelderveileder.helsedirektoratet.no/samarbeid/taushetsplikt-personvern/bedriftshelsetjenesten/Sider/default.aspx>

Vi vet jo at folk er der og snakker med dem, men de har jo ikke handlingsplikt de da. De har jo taushetsplikt i forhold til de som kommer. Og jeg opplever noen ganger at det er litt frustrerende at ansatte kommer, og da har jo den ansatte en tro på at det skjer noe, sant. Men de har jo ikke noen muligheter, verken til å gi de fri eller permisjon eller til å sykmelde. Så det er liksom den rollen der, den er litt uklar. Som arbeidsgiver tenker jeg at det settes i gang noen prosesser her som er litt ute av kontroll. Folk tror at BHTen er i stand til å gjøre noe med det, hvis de er misfornøyde med jobben sin, ønsker et opprykk, ønsker mer utfordringer og ikke er fornøyd med ting og tang (kommunalt foretak)

Ifølge informanten er utfordringen at det hos enkelte skapes en forventning om at det kommer til å skje endringer i virksomheten – fordi BHTen ikke har vært tydelig nok på sin rolle og det de kan gjøre og ikke kan gjøre. Budskapet var at enhver BHT må være ryddig og tydelig på hva de har myndighet til å gjøre, og unngå å skape forventninger om endring blant de ansatte, som ikke kan oppfylles.

I kommunen vi intervjuet mente de at taushetsplikten for ansatte i BHT begrenser mulighetene de selv har til å ta tak i arbeidsmiljøproblemer på arbeidsplassen. Enhetslederen vi intervjuet sa det slik:

Der kunne det vært mye mer dialog. De trenger ikke å være noe redd for å bryte taushetsplikten, for de skal jo ikke si noe om det. Men det er jo helt sikkert ting jeg ikke har sett, og det er jo noe med at når du betaler for noe som skal være best mulig for den ansatte, så må du vite at de har fått det de skulle ha. Jeg kunne tenkt meg at det hadde vært enda mer åpenhet tilbake da. Hvis jeg hadde drevet egen bedrift, så hadde jeg krevd det på et vis. Da skulle jeg visst at de hadde gitt meg det jeg hadde betalt for til arbeidstakeren. Og det skal jeg jo gjøre som kommunalt ansatt og (kommune)

Informantene fra kommunen var i det hele tatt usikre på om det er slik at BHT skal gi tilbakemeldinger til ledelsen i kommunen, dersom det for eksempel i mestringsamtaler gis opplysninger som omhandler arbeidsmiljøet og ledelsen. Dette illustrerer at dette med taushetsplikt kan være vanskelig å forstå, og at dette er noe det må informeres om på en tydeligere måte. I virksomhetsintervjuene ble det problematisert at taushetsplikten i verste fall hemmer arbeidsgivers muligheter til å tilrettelegge arbeidssituasjonen for de ansatte, i saker der den ansatte kun henvender seg til BHT.

Det er lett å se at utveksling av informasjon om arbeidsmiljø og tilretteleggingsbehov mellom BHT og ledelsen i virksomheten er noe som kan bli hindret av taushetsplikten. Samtidig gjelder taushetsplikten kun i forbindelse med helseopplysninger og helsehjelp, og det er mange andre typer informasjon som er viktig for å ta tak i arbeidsmiljøet. Når vi samtidig hører at mange støttesamtaler på individnivå handler om private problemer, og ikke forhold på arbeidsplassen, så er taushetsplikten på sin plass. Men først og fremst er den viktig for at BHT skal kunne fungere som en fri og uavhengig aktør.

6 Myndighetenes rolle

I denne delen av rapporten ser vi nærmere på myndighetenes oppfølging av bedriftshelsetjenesten, med spesiell vekt på godkjenningsordningen og Arbeidstilsynets tilsynsrolle. Viktige spørsmål som skal besvares er:

- Har godkjenningsordningen bidratt til bedre kvalitet og til at bruken av bedriftshelsetjenesten er i tråd med forutsetningene?
- Bidrar myndighetenes tilsyn til god kvalitet og til riktig og relevant bruk av bedriftshelsetjenesten i virksomhetene?
- Er regelverket, både arbeidsmiljøforskriftene og forskriftene som regulerer godkjenning og bruk av BHT, treffende for de utfordringer og behov som kjennetegner dagens arbeidsliv?
- Hvilke erfaringer har lederne i BHT med STAMIs kurstilbud og veiledere?
- Er det behov for ytterligere regulering og standardisering av forskriftene når det gjelder hva BHT skal drive med, for å øke kvaliteten i tjenestene og sikre en mer lik praksis?

6.1 Arbeidstilsynet

Arbeidstilsynet er den offentlige myndigheten som har ansvaret for å følge opp at bruk av BHT i norsk arbeidsliv er i tråd med arbeidsmiljøloven og de aktuelle forskriftene. Dette skal gjøres som en del av de ordinære tilsynene som Arbeidstilsynet gjennomfører på norske arbeidsplasser. Etterlevelsen av BHT-plikten og om BHT brukes på en måte som samsvarer med forskriftene, er vurderinger som Arbeidstilsynet skal gjøre. I tillegg er det Arbeidstilsynet, gjennom godkjenningseenheten, som avgjør hvilke BHTer som skal godkjennes etter forskrift om godkjenning av BHT. Arbeidstilsynets kontroll med virksomhetenes BHT-plikt samt godkjenningsordningen var derfor tema i både spørreundersøkelsen og i intervjuene.

Vi starter med intervjuene som ble gjennomført med inspektører og rådgivere i Arbeidstilsynet.

6.1.1 Gjennomføring av tilsyn

Tilsynene som Arbeidstilsynet gjennomfører er todelt. De skal inneholde både veiledning og kontroll og det finnes i tillegg ulike tiltakspakker med ulikt omfang og tema. Arbeidstilsynet jobber etter strategiske områder, som rullerer over tid. De aller fleste tilsynene blir varslet til arbeidsgiver på forhånd, og Arbeidstilsynet ønsker at BHT ved meldte tilsyn deltar i møtet. Informantene er tydelig på at de opplever det som positivt at BHT deltar i møtet med Arbeidstilsynet, men at dette ikke er noe de kan kreve:

Jeg synes det er positivt for oss, og det er positivt for virksomheten. Det at virksomheten får hjelp til å forklare hva de driver med innenfor helse, miljø og sikkerhet, og bedriftshelsetjenesten kan fortelle om de aktivitetene som de har hatt det siste året. Så jeg opplever det som positivt. Det er også positivt fordi hvis vi da varsler pålegg og vedtar pålegg, så har bedriftshelsetjenesten hørt hva vi har sagt i tilsynet (Arbeidstilsynet)

Informantene mener videre at det er en tendens til at det er de store, og de som jobber godt med BHT som vanligvis lar BHT bli med når det er tilsyn:

Det gjør de veldig ofte. Men det er jo kanskje de flinke som gjør det mest. Når vi skriver ut et pålegg er det greit at bedriftshelsetjenesten har vært der og hørt diskusjonen. For da bør jo bedriften gå til sin bedriftshelsetjeneste og si at vi trenger hjelp med denne kartleggingen eller denne opplæringa. Dersom bedriftshelsetjenesten har vært med under tilsyn, så forstår de oppdraget veldig greit (Arbeidstilsynet)

I en annen region var den generelle erfaringen at BHT sjelden deltar:

Det er sjelden. Det skjer hvis vi har meldt det i tilsynet på forhånd (Arbeidstilsynet)

Det at BHT ikke er med på tilsynene som Arbeidstilsynet gjennomfører, skyldes ikke at BHTen selv ikke vil, men at de ikke blir invitert med av virksomhetene. Igjen ser vi hvordan spørsmålet om kostnader virker styrende for bruken av BHT. Virksomhetene tenker økonomi, de må betale (timepris) for å få BHTen med seg. Det blir da nedprioritert, spesielt av småbedrifter. Dette er uheldig, fordi felles deltakelse (med BHT

inkludert) i et slik møte med Arbeidstilsynet kan være positivt for mange små virksomheter, for å få en felles oppfatning og forståelse av hva som er oppdraget og hvordan BHT kan bistå.

Ifølge informantene er de opptatt av å informere om plikten til å bruke BHT når de gjennomfører tilsyn, og hva virksomhetene kan forvente av tjenester og bistand fra BHT. Dette gjelder både i virksomheter som er tilknyttet BHT, men også de som ikke er tilknyttet (men som ifølge bransjeforskriften skal være det). Arbeidstilsynet opplever at det er et behov for å informere om dette, fordi formålet med bedriftshelsetjenesten ofte er ukjent for virksomhetene. Derfor brukes det mye tid til veiledning i hvordan bedriftshelsetjenesten kan bistå virksomhetene i deres HMS- og arbeidsmiljøarbeid:

Ja, vi gir informasjon om hva hensikten med bedriftshelsetjeneste er og hva som står i regelverket (Arbeidstilsynet)

En del av denne veiledningen handler også om å få virksomhetene til å velge BHT ut fra hva de trenger og hvilken bransje de er en del av, men inspektørene opplever at det ikke er enkelt å veilede virksomhetene om dette:

Spør om bedriftshelsetjenesten har andre kunder innenfor samme bransje. Spør virksomheter du kjenner innenfor samme bransje om hvilken bedriftshelsetjeneste de bruker og om de er fornøyde. Vi prøver å gi dem så gode råd som mulig, fordi det er ikke så enkelt, ikke for de små i hvert fall. Og det er jo noen som i ettertid har sagt at det er tjenester som de ikke har bruk for (Arbeidstilsynet)

Dersom Arbeidstilsynet konkluderer med at en virksomhet må tilknyttes en BHT, enten de har plikt til det eller ikke (vurdert ut fra risikoforholdene), så krever de i etterkant å få tilsendt både handlingsplan og kontrakt for å få bekreftet at virksomheten har fulgt opp pålegget. Informantene er ellers tydelig på at Arbeidstilsynet, gjennom sine tilsyn, fungerer som en døråpner for BHT. Gjennom tilsynene avdekkes avvik og mangler, pålegg og sanksjoner blir gitt, og mange virksomheter er avhengig av bistand fra BHT for å følge opp dette.

Hva mener så ansatte i Arbeidstilsynet om kvaliteten på BHT? Opplever de at den har blitt bedre i løpet av de siste årene, og etter at godkjenningsordningen ble innført? Intervjuene avdekket ulike erfaringer med kvaliteten i BHT, både positive og mindre positive erfaringer, på tvers av stilling og region.

Jeg synes det tilbudet har blitt mye bredere og mye bedre. Faglig bedre også. Det er mitt inntrykk. Jeg diskuterte litt med en kollega her, og vi er helt enige om at det har virkelig skjedd en heving på det målet (Arbeidstilsynet)

Som vi sier, så har de et stykke å gå i veldig mange ordninger, og kanskje spesielt i vår geografi. Det er ikke så lett å få tak i fagfolk. Det er nok kanskje enklere i større og mer tettbygde områder (Arbeidstilsynet)

Stort sett så tenker jeg at det er ganske bra kvalitet på bedriftshelsetjenesten. Men det er forskjeller. Det er noen bedriftshelsetjenester der du har litt mer erfarent personale. Stort sett opplever vi at mange virksomheter er fornøyd med bruk av bedriftshelsetjenesten. Vi vil jo gjerne at de skal bruke bedriftshelsetjenesten som en mer nøytral part i en del saker (Arbeidstilsynet)

Samme informant uttrykte videre bekymring for tendensen blant enkelte BHTer til å tilby kortere kurs i HMS for verneombud enn de 40 timene kurset egentlig skal ha:

Det som vi ser i forhold til bedriftshelsetjenesten som ikke er så positivt, er at noen av dem har begynt å kjøre kortere kurs for verneombud. Det skal være førtitimers kurs for verneombud, og nå kjøres det en del kortversjoner. Og det har vi ikke sett at bedriftshelsetjenesten har kjørt før. Det har vært mer sånne useriøse aktører som har gjort det. Men nå ser vi også at det er noen bedriftshelsetjenester som selger kortere kurs (Arbeidstilsynet)

Samlet sett var likevel tilbakemeldingene fra informantene i Arbeidstilsynet mer positive enn negative, og det generelle inntrykket var at kvaliteten har bedret seg de siste årene.

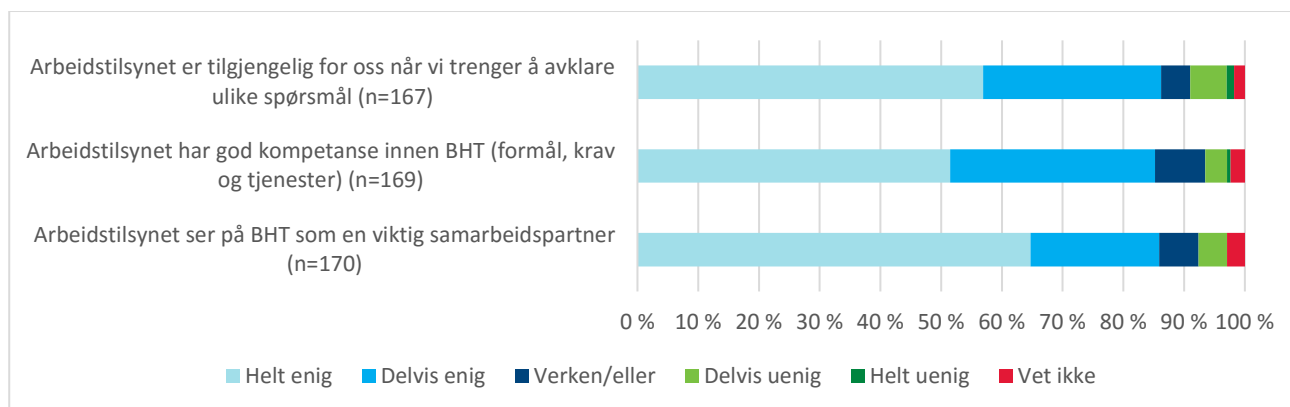
Samtidig uttrykker enkelte inspektører bekymring. Etter tilsyn skal BHT hjelpe virksomheten med å oppfylle krav og foreslå tiltak – og de er usikre på i hvilken utstrekning det faktisk skjer. BHT og Arbeidstilsynet skal gjøre virksomhetene til gode bestillere og her har det skjedd et løft, ikke minst fordi også Arbeidstilsynet har hatt et kompetanseløft. Samtidig er det langt fra alle virksomheter som får tilsyn, og ikke alle BHTer hjelper

virksomhetene med å bestille de tjenestene de bør ha. Å basere seg på at virksomheter i Norge skal få opp øynene for viktigheten av å bruke BHT gjennom Arbeidstilsynets tilsyn er ingen optimal løsning, all den tid de har ressurser og kapasitet til kun å besøke om lag fem til ti prosent av alle virksomheter i løpet av et år. Samtidig fremkommer det at tilsyn er noe av det som har størst effekt på tilknytning til og bruk av BHT.

På den annen side er det uheldig at behov og etterspørsel etter BHT først og fremst skal ivaretas gjennom tilsyn og pålegg. Den største utfordringen ligger fortsatt hos BHTene selv, i tillegg til og myndighetene, med å tydeliggjøre gevinsten og effekten av å bruke BHT overfor virksomhetene.

6.1.2 BHTenes erfaringer med Arbeidstilsynet

Hvilke erfaringer har BHTene med Arbeidstilsynet? Opplever de Arbeidstilsynet som en relevant samarbeidspart, og er det deres erfaring at Arbeidstilsynet opplever BHT som en samarbeidspart? Figur 6.1 gir noen svar på disse spørsmålene.



Figur 6.1 Ta stilling til følgende påstander om Arbeidstilsynet. Prosent og antall

Svarfordelingen tyder på at Arbeidstilsynet vurderes som en god samarbeidspartner av BHT. Et stort flertall (mellom 80-90 prosent) sier seg helt eller delvis enig i at Arbeidstilsynet ser på BHT som en viktig samarbeidspartner, at Arbeidstilsynet har god kompetanse innen BHT (formål, krav og tjenester) og at Arbeidstilsynet er tilgjengelig når de trenger å avklare ulike spørsmål. Alt i alt var det positive erfaringer med Arbeidstilsynet, noe som også ble bekreftet i intervjuene med BHTene:

Ellers så har vi faktisk hatt to årlige møter med Arbeidstilsynet for å diskutere litt og få litt informasjon. Hva slags satsningsområder har dere i tiden fremover, for de har jo ofte sånne fire-femårsplaner i forhold til det, som igjen legger grunnlag for hva slags kompetanseheving vi må gjøre internt her for å være beredt når de har fokus på de tiltakene sine. Vi har i utgangspunktet et veldig nært forhold til Arbeidstilsynet. De er veldig interessert i det vi gjør, og når de har vært på tilsyn ute i bedriftene, da ser de på hva slags rolle vi har i det her. Og er det noen ting som er mangelfullt, så får vi tilbakemelding om det, eller bedriften får tilbakemelding. I det store og hele synes jeg det samarbeidet går veldig bra. Vi har fått veldig mye positive tilbakemeldinger fra Arbeidstilsynet og måten vi driver bedriftshelsetjeneste på (Fellesordning E, medlemseid)

Arbeidstilsynet har de siste to årene hatt veldig fokus på at, før du gjør noe innenfor HMS, så skal det ligge en risikovurdering til grunn. Og det ligger også innenfor den nye ISO 9001-standarden, at ting skal risikovurderes. Jeg opplever mye mer fokus på at det skal ligge i bunn. Det har det vært før og, men Arbeidstilsynet har satt mye mer fokus på det. Og det tror jeg er positivt, for da får man det grunnleggende fra starten av, og det tvinger bedriftene til å se på sitt eget arbeidsmiljø (Fellesordning C, medlemseid)

Videre var det en klar tilbakemelding fra mange BHTer både i intervju og spørreskjema at pålegg fra Arbeidstilsynet er det som har størst effekt når det gjelder å få mange av de virksomhetene som er pålagt å ha BHT, men som ikke har det, til å tilknytte seg en BHT. Utfordringen er selvsagt at Arbeidstilsynet kun har mulighet til å gjennomføre tilsyn med et begrenset antall virksomheter i løpet av et år, slik at mange virksomheter ikke blir fanget opp på denne måten:

Det er det som er litt av utfordringen. Det er mye i lovverket som sier noe om hva bedriftene må ha. De skal ha på plass et system som fungerer i praksis, de skal gjøre risikovurdering og kartlegge psykososialt arbeidsmiljø. Men selv om bedriftene vet at de må gjøre det, så opplever vi en del bedrifter som velger å ikke prioritere det. Og da blir det vår jobb å forsøke å overtale dem, få dem til å se nytteverdien av det. Men vi ser i en del tilfeller at det er viktig at Arbeidstilsynet er der ved siden av oss. For vi har opplevd bedrifter som ikke er motivert for HMS-arbeid i det hele tatt, og så får de pålegg fra Arbeidstilsynet, da må de gjøre noe. Så det er dessverre slik at bedriftene trenger den pushen for å la oss slippe til (Fellesordning B, kommersiell)

Kartleggingen blant BHTene bekreftet at pålegg fra Arbeidstilsynet i mange tilfeller er det som må til, for at BHT skal bli brukt. Enkelte mente at Arbeidstilsynet ikke er strenge nok i tilsynet med BHT-plikten og i vurderingen av hvordan BHT brukes i virksomhetene. Dette kom blant annet til uttrykk slik:

Noen bedrifter ønsker ikke å foreta seg noe av det de bør gjøre, før det f.eks. foreligger et pålegg fra Arbeidstilsynet eller Fylkesmannen (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Etterspørselen etter BHTs tjenester er preget av minimumsløsninger. Det er et vedvarende press mot å utarbeide planer som tilfredsstiller Arbeidstilsynets krav til bruk av BHT, men samtidig minst mulig omfang og med lavest mulig kostnad. Behovet for bistand innen særlig det systematiske HMS-arbeidet er svært stort. Det samme innen det organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøet. Arbeidstilsynet er svært passive i forhold til kravene til bruk av bedriftshelsetjenesten (Intern BHT, egenordning)

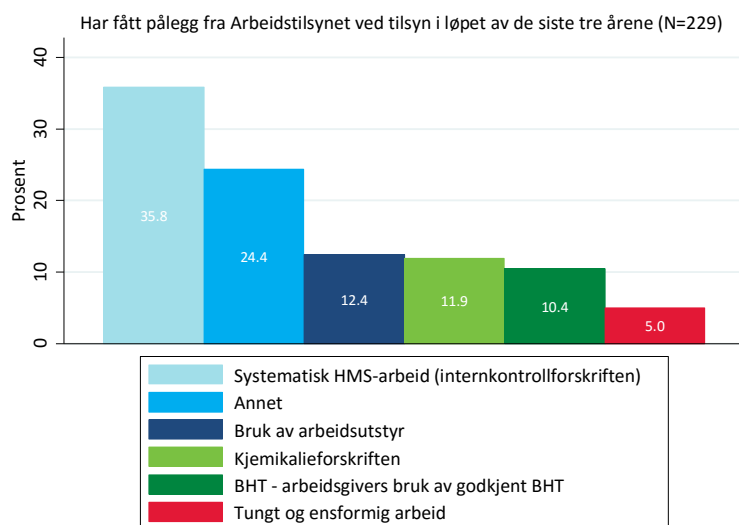
I det ene intervjuet ble det også problematisert at Arbeidstilsynet har et for sterkt fokus på regelverk, krav, prosedyrer og avvik og generelt snakker et språk som kan virke fremmedgjørende på virksomhetene. Det egentlige hovedmålet med all innsatsen på dette området, det vil si et sunt og helsefremmende arbeidsmiljø, kan dermed drukne litt i alt fokuset på å regulere, rapportere, lukke avvik og å revidere internkontrollsystemet. Det hele kan fort bli veldig "teknisk". Arbeidstilsynets praksis må imidlertid ses i sammenheng med hvordan regelverket er utformet, og hvilke krav som gjelder der. Dette er et tema vi drøfter nærmere senere i rapporten.

Når det ellers gjaldt bruk av BHT i virksomhetene, erkjente også Arbeidstilsynets inspektører at de i større grad bør gjennomføre tilsynene på en måte som retter oppmerksomheten mot hvordan BHT kan brukes og hvorfor, fremfor å kontrollere avvik og ting som ikke er ivaretatt. Følgende uttalelse illustrerer dette:

Arbeidstilsynet må spørre litt mer etter bruken av bedriftshelsetjenesten i tilsyn. Ikke bare spørre om de har, men gå litt mer inn i hvordan bedriftene bruker bedriftshelsetjenesten (Arbeidstilsynet)

6.1.3 Virksomhetenes erfaringer med Arbeidstilsynet

Mange virksomheter er også i kontakt med Arbeidstilsynet, og har erfaring med hvordan de håndhever BHT-plikten når de er på tilsyn. 45 prosent av virksomhetene ved daglig leder rapporterer at de har hatt tilsyn i løpet av de siste tre årene, noe som må sies å være en høy andel. Av disse rapporterer 66 prosent at de fikk pålegg fra Arbeidstilsynet i forbindelse med tilsynet. Figur 6.2 viser fordelingen av hvilke typer pålegg som ble gitt.



Figur 6.2 Type pålegg fra Arbeidstilsynet (flere svar mulig). Prosent

Vi ser at pålegg knyttet til systematisk HMS-arbeid (den såkalte internkontrollforskriften) er det vanligste pålegget virksomhetslederne rapporterer om. 36 prosent av virksomhetene som fikk tilsyn fikk et slikt pålegg. Bruk av arbeidsutstyr og pålegg knyttet til kjemikalieforskriften er også relativt vanlig, mens bare tolv prosent av de som fikk tilsyn, oppgir at de fikk pålegg knyttet til bruken av godkjent BHT.

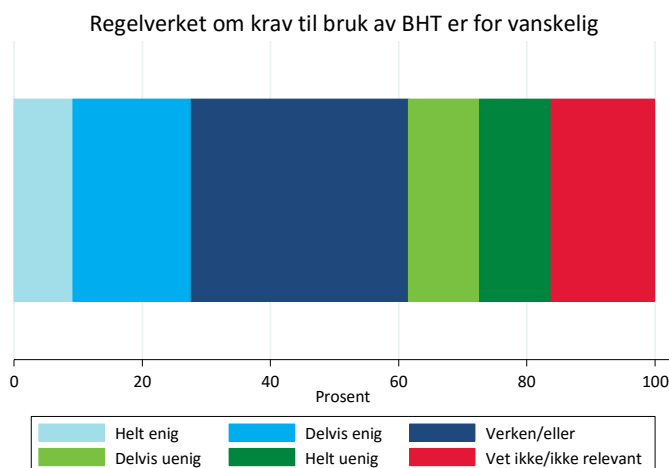
Daglig leder av virksomhetene fikk også spørsmål om det ble spurt om BHT som del av tilsynet, om de fikk veiledning i bruk av BHT og om de eventuelt kunne tenke seg (mer) veiledning fra Arbeidstilsynet i bruken av BHT. Tabell 6.1 viser svarfordelingene. Merk at virksomheter som ikke har hatt tilsyn de siste tre årene ikke har svart på spørsmålene, slik at N er noe lavere.

Tabell 6.1 Spørsmål om tilsyn med BHT-plikten og veiledning i bruk av BHT, prosent

	Ble spurt om BHT under tilsyn	Fikk veiledning i bruk av BHT under tilsyn	Ønsker mer veiledning i bruk av BHT
Ja	59,0	16,0	14,2
Nei	23,8	60,4	67,6
Vet ikke	17,2	23,6	18,2
Sum	100	100	100
N	226	225	225

59 prosent av daglig ledere oppgir at det ble spurt om bruk av BHT ved tilsynet, mens bare 16 prosent mener at de fikk veiledning i bruk av BHT som en del av tilsynet. Virksomhetslederne uttrykker imidlertid heller ikke noe stort ønske om mer veiledning. To av tre oppgir at de ikke ønsker (mer) veiledning i bruk av BHT. Sett i lys av at 15 prosent av virksomhetslederne ikke vet om BHTen deres er godkjent er det grunn til å vurdere om riktig bruk av (godkjent) BHT i større grad burde bli tatt opp som tema under tilsyn.

Svarene kan også ses i lys av hvordan virksomhetene vurderer regelverket om krav til bruk av BHT. Bare 28 prosent av virksomhetslederne sier seg helt eller delvis enig i en påstand om at regelverket om krav til bruk av BHT er for vanskelig, mens 22 prosent er helt eller delvis uenig (figur 6.3).

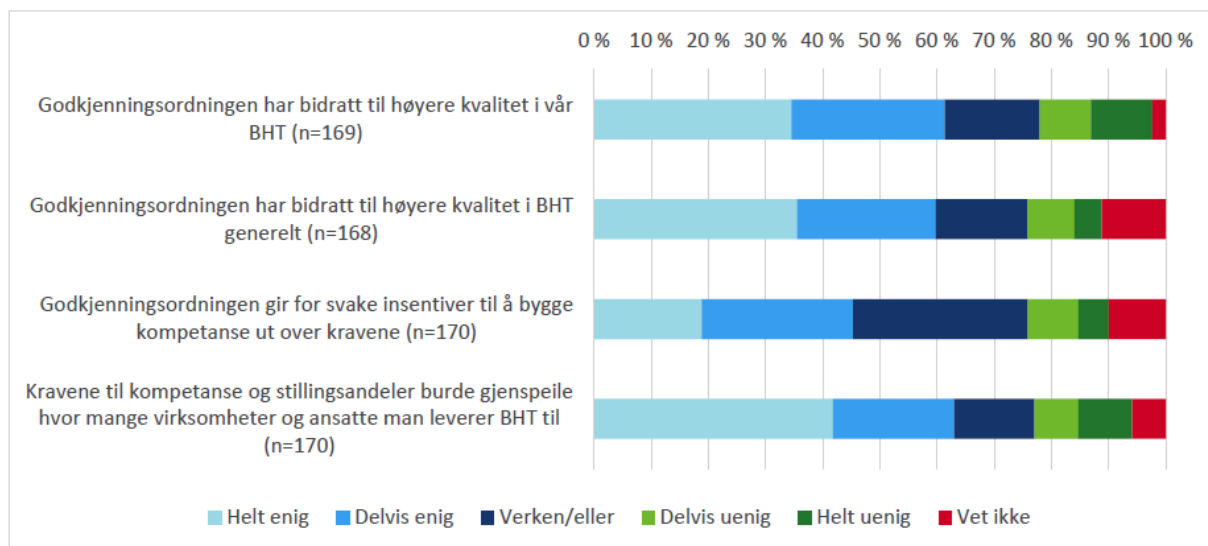


Figur 6.3 Vurdering av regelverket om krav til bruk av BHT (daglig leder)

6.2 Godkjenningssenheten for BHT

Godkjenningsordningen ble innført i 2010, samtidig med utvidelsen av bransjeforskriften. Mandatet for godkjenningssenheten er å godkjenne BHT i Norge og følge dem opp i godkjenningsperioden. Enheten skal håndtere endringer som skal følges opp underveis, samt gjennomføre fysiske besøk ute hos de BHTene som er godkjent. I disse møtene skal godkjenningssenheten følge opp og vurdere om BHTene jobber på en måte som samsvarer med det de oppga når de søkte om å bli godkjent. Selve søknaden om å bli godkjent er elektronisk. Godkjenningssenheten vurderer så kompetanse og tverrfaglighet etc. ut fra den dokumentasjon og de beskrivelser som den enkelte BHT har sendt inn. På grunnlag av dette gjøres det så en vurdering av om BHTen skal godkjennes eller ikke.

Tilbakemeldingene fra BHTene på spørsmål om hvordan godkjenningsordningen fungerer, er gjengitt i figur 6.4.



Figur 6.4 Påstander om hvordan godkjenningsordningen fungerer. Prosent og antall

Rundt 60 prosent av BHT-lederne er helt eller delvis enig i at godkjenningsordningen har bidratt til høyere kvalitet i egen BHT og i BHT generelt. Ellers ser vi at cirka 45 prosent er enig i at godkjenningsordningen gir for svake insentiver til å bygge en kompetanse i BHTen som går ut over minimumskravene. Rundt 63 prosent mener at kravene til kompetanse og stillingsandeler i større grad burde gjenspeile hvor mange virksomheter og ansatte BHT faktisk leverer tjenester til. Som vi kommer tilbake til, opplever mange det som urimelig at BHTer som er bygd opp som kjeder med underenheter flere steder, kun trenger å bli godkjent på ett sted.

Daglig leder fikk i spørreundersøkelsen anledning til å utdype hva han/hun mener om godkjenningsordningen, og hvordan den fungerer med tanke på målsetningen om økt faglig kvalitet i BHT. Mange hadde meninger om dette, og det var relativt mange kritiske tilbakemeldinger som ble gitt. De aller fleste er imidlertid enig om at det er positivt å ha en godkjenningsordning. Det vurderes som viktig for kvaliteten på BHT å ha en enhet som skal godkjenne de som søker etter bestemte kriterier. Samtidig er det noe med innretningen og gjennomføringen av godkjenningsordningen mange mener ikke er god og treffsikker nok. To hovedinnvendinger skiller seg ut; for det første at det er for lett å tilpasse seg godkjenningskravene og samtidig krevende for godkjenningssenheten å føre tilsyn med hvordan det jobbes i praksis; for det andre at det er manglende samsvar mellom krav til kompetanse og antall kunder og ansatte som serves, og at praksisen med "sentral godkjenning" er problematisk.

Her gjør vi nærmere rede for de to kategoriene med tilbakemeldinger, og eksemplifiserer med noen typiske tilbakemeldinger innenfor hver kategori.

1. Det er for lett å omgå og tilpasse seg godkjenningskravene gjennom samarbeid/innleie – og for vanskelig for godkjenningssenheten å føre tilsyn med hvordan det jobbes i praksis:

Godkjenningsordningen førte til at gode BHT-ordninger som har vært nøysomme, levert gode tjenester og satset på kvalitet og ærekjærhet, ble tvunget til å endre seg på grunn av at andre aktører kom til. Noen av disse aktørene oppleves som useriøse på grunn av sin satsing på mye innleie av arbeidskraft, uten faste stillinger og uten et tverrfaglig kompetansemiljø. Dette synes vi er uakseptabelt, spesielt med tanke på faget vi skal utøve og målene for dagens arbeidsliv. BHT har dermed bidratt til flere på kontrakt og til at færre tilhører et stabilt, godt arbeidsmiljøfelleskap. De useriøse har vokst og delvis løyet seg inn i markedet. Dette sammen med anbud i offentlig sektor, har ført til dårligere tjenester, mer innleie enn faste ansatte. De har sagt at de har lokale kontor, lokale psykologtjenester mm. i anbudsdokumentene, men dette blir ikke fulgt opp i leveransen. Men, de skjuler seg bak sin godkjenning (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Det faktum at det heller ikke finnes kvantitetskrav til BHT (arbeidsgiverkrav) gjør at godkjenningsordningen er blitt en byråkratisk ordning som "alle" har tilpasset seg, men som ikke har endret strukturelle usunne forhold i de offentlige og private egen- og fellesordningene (Intern BHT, egenordning)

Godkjenningsordningen har gitt åpning og motivasjon for mange helseklinikker til å søke godkjenning så lenge det å ha alle fagprofesjonene er tilstrekkelig til å bli godkjent. Etter vår mening er arbeidsmåten like viktig å vurdere for å vite om BHT-en er en god BHT og et virkemiddel til å gjøre virksomheten god på HMS-arbeid og til å bidra til tryggere og sunnere arbeidsplasser. Mange av våre "kolleger" tenker behandling og rask vurdering til behandler er forebyggende. Mange BHT-er har liten eller ingen kunnskap om systematisk HMS-arbeid, og også begrenset kunnskap om lovverket vi jobber ut fra. Mange BHT-er er først og fremst helsefolk (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

I intervjuene med BHTene kom det også frem en del negative erfaringer knyttet til måten godkjenningsordningen fungerer på i praksis:

Jeg opplevde egentlig at etter godkjenningsordningen var der, så var den ikke verdt papiret den var skrevet på. Nesten alt gikk gjennom. Og når det er anbud, så lenge man er godkjent BHT, så er man innenfor. Og så er det veldig stort sprik innenfor det. Jeg tenker at man kan sette større krav til BHT (Fellesordning C, medlemseid)

Den er egentlig ikke så veldig streng. Den er ganske enkel å få til. Men sånn er det med alle slags godkjenninger og sertifiseringer. Hvis du leser hva de spør om, så klarer du å besvare oppgaven (Egenordning B, privat virksomhet)

Gjennom intervjuene tegnes det også et bilde av at oppfølgingsmøtene med godkjenningssenheten har vært greie og hyggelige seanser, men det innrømmes samtidig at man ikke ble sjekket så inngående. Dette kan trolig forklares med at godkjenningssenheten ikke har så mye konkret de kan kontrollere ut fra, når de har møter med BHTene i godkjenningsperioden. Det de kan kontrollere er dokumenterbare forhold som kompetansekrav og stillingsbrøker. Det de i mindre grad har mulighet til å kontrollere er hvordan BHTene faktisk jobber, noe mange påpeker er det viktigste med tanke på kvalitet.

Ifølge godkjenningssenheten selv har kvalitetssikring av tjenestene vært et viktig kriterium i godkjenningen, og enhetens erfaring er at det i løpet av den første godkjenningsperioden har vært et løft i BHTenes kvalitetssikringsarbeid. Ifølge enheten ble det også gjennomført mange oppfølgingsmøter i den første treårsperioden, da forskriften hadde en overgangsordning som ga BHTene en mulighet til å bygge opp kompetansen. Enheten uttaler videre at den i den første godkjenningsperioden la mye vekt på å kontrollere at systemene i seg selv var oppe og gikk, mens de nå mener at de har en grundigere oppfølging av om kvalitetssikring av tjenestene etterleves i praksis. Et eksempel på dette er at godkjenningssenheten nå krever at rapporter på utført arbeid blir sendt inn, noe som da ses i sammenheng med kvalitetssystemet.

2. Sentral godkjenning og manglende samsvar mellom krav til kompetanse og antall kunder som betjenes

Flere mener det er både merkelig og urimelig at BHTer som har virksomhet flere steder, kan godkjennes på ett sted og at denne godkjenningen gjelder for alle avdelingene. At mange av de aktørene som opererer på denne måten i tillegg benytter seg mye av innleie (for å kompensere for geografiske avstander og for dermed å dekke lokale behov rundt omkring) gjør at mange er av den oppfatning at godkjenningssenheten her har lagt seg på en linje som er for liberal, målt opp mot kravene i godkjenningsforskriften:

Tenker at det ikke er riktig at store ordninger kan ha hvor mange kunder som helst, det burde vært satt et tak i forhold til stillinger. Det merkes jo på kvaliteten på tjenestene når en BHT har for mange kunder. Samtidig kreves det 30 prosent lege for oss, som er en liten BHT, på lik linje med en kjempestor BHT. Det burde finnes nyanser her (Intern BHT, men som i tillegg leverer tjenester til andre bedrifter)

Jeg syns det er rart at landsdekkende BHT-er kun blir godkjent sentralt. Jeg mener hvert kontor burde godkjennes. Det er helt feil å si at man har psykolog tilknyttet, når vedkommende jobber i Oslo og kontoret som sier de har dette, er i nord (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Det er ikke riktig at store kjeder skal få godkjenning hvis de har fagkompetanse tilgjengelig kun på nasjonalt nivå. Konkurranseskjevhet. Ressursene er ikke like tilgjengelig rundt om i landet. Små bedriftshelsetjenester har et strengere krav til å ha tilgjengelig kompetanse lokalt (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Selv om oppfatningen av at godkjenningssenheten har hatt en liberal godkjenningspraksis er relativt utbredt blant BHTene, mener godkjenningssenheten selv at den overgangsperioden på tre år som ble innført i forbindelse med godkjenningsordningen i 2010, kan ha hatt betydning for oppfatningen av hvor mange som "slapp gjennom" i første runde. Denne perioden ga eksisterende og nyetablerte BHTer en mulighet til å få godkjent en plan for hvordan de skulle innfri kravene i løpet av perioden. Ifølge godkjenningssenheten var det flere BHTer som ikke fikk godkjenning, eller som måtte slå seg sammen med andre for å oppnå godkjenning når overgangsperioden gikk ut 31.12.2012.

Ifølge godkjenningssenheten foregår oppfølgingen ved at de oppsøker alle godkjente BHTer, inkludert underavdelinger og gjennomfører et oppfølgingsmøte med dem. Et viktig formål med disse møtene er å følge opp at gode og tverrfaglige tjenester blir levert. Godkjenningssenheten vedgår samtidig at det er det som skjer

alle de 364 andre dagene i året som har betydning for kvaliteten på tjenestene, og det har de liten mulighet til å kontrollere. Det er liten tvil om at det er lett for BHTene å vise seg fra en god side når godkjenningssenheten kommer på sine meldte besøk.

Av andre tilbakemeldinger og innspill, så var det en del ledere i BHT som ga uttrykk for at godkjenningsordningen er for firkantet og for lite fleksibel når det gjelder de kriteriene den fokuserer på for faglighet. Her er noen av tilbakemeldingene som kom:

Ordningen virker litt firkantet. Det er ikke alltid kvalitet man vurderes etter (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Det virker som de ikke kjenner til daglig arbeidsliv i små og mellomstore bedrifter og disse bedrifters manglende interesse for systematisk HMS-arbeid. Det er en svært byråkratisk ordning med svak faglig kompetanse (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Også godkjenningssenheten selv åpnet opp for at dagens kriterier ikke fungerer bra nok i lys av de risikoforhold og krav som preger dagens arbeidsliv:

Det er klart at noen synes nok at noen fagområder mangler, at vi er gammeldags, at vi ikke gjør det helsefremmende aspektet som et krav. Sikkerhet er en del av HMS-begrepet, så det er mange ting som folk mener der ute, og som kanskje ikke er gitt et faglig løft (godkjenningssenheten)

Et annet innspill som kom opp i intervjuene med BHT-ansatte, var at kravene for å bli en godkjent BHT blir litt for generelle, fordi de ikke tar hensyn til hvilke bransjer den enkelte BHT har kunder innenfor. Flere mener det er for lett å få godkjenning, og at man i større grad burde se på hvilken kompetanse BHTene har – i lys av de bedrifter de skal betjene. Det ble problematisert at betydningen av bransjekunnskap undermineres med dagens godkjenningsordning, og at en del BHTer nøyer seg med å oppfylle kravene til stillingsandeler, men ikke ansetter den kompetansen de faktisk trenger for å kunne levere gode tjenester til alle sine kunder.

Hva mener så Arbeidstilsynet og godkjenningssenheten selv om ordningen med offentlig godkjenning av BHT? Fungerer den som et virkemiddel for å sikre økt kvalitet i BHT? Intervjuet med godkjenningssenheten ga interessant informasjon om hvordan de jobber, hva de legger vekt på og samtidig hvilke utfordringer de opplever å stå overfor i sin jobb med å godkjenne eller avvise de som søker om å bli godkjent BHT. Det er åpenbart at de må legge opp sitt arbeid etter det som står i forskriften, samtidig som de var åpen om at det også blir en skjønnsmessig vurdering, der de som jobber i enheten gjerne i fellesskap drøfter seg frem til om en BHT skal godkjennes ut fra kravene om kompetanse, volum, kvalitetssystemer og evnen til å yte helhetlig og tverrfaglig bistand.

Godkjenningssenheten var tydelig på at de i den pågående godkjenningsrunden har flere indikatorer å forholde seg til enn i 2010, hvor de ikke kunne være like bastante. Nå har man gjennom seks år hatt en standard for hva god(kjent) BHT skal være, og de opplever derfor at det nå er enklere å vurdere om de som søker om å bli godkjent leverer i tråd med kravene. Ett viktig parameter de fokuserer på er utvikling, og dette er noe de legger spesielt vekt på inn mot BHTer som kanskje har ligget i en vippeposisjon tidligere. Fra disse forventes utvikling:

Vi kan se at de har utviklet systemene, at de utfører relevante tjenester, vi innhenter en litt annen type dokumentasjon, denne gangen, som viser utført arbeid i perioden (godkjenningssenheten)

De mener ikke selv at de er strengere i sin praksis nå sammenlignet med i 2010, selv om de vedgår at det nok kan oppleves slik av en del BHTer. Ifølge enheten har saksbehandlingen av en del klagesaker i årene etter 2010 bidratt til å tydeliggjøre begrensningene når det gjelder antall samarbeidsavtaler en BHT kan inngå, samt hva som skal kreves når det gjelder etablering og utvikling av kvalitetssystemer. Godkjenningssenheten var derfor opptatt av å få frem at de har et bedre grunnlag i denne runden, for å vurdere om de som søker faktisk gjør det de oppgir at de gjør i søknaden. Årsrapporter og handlingsplaner er et viktig grunnlag for å avdekke dette, i tillegg til oppfølgingsmøtene som er gjennomført i godkjenningsperioden, der man går mer inn på spørsmål rundt arbeidsmetodikk og tverrfaglig jobbing:

Dette var jo satt som minimumskriterier for en BHT, og noen ligger jo skyhøyt over i kvalitet, både i forhold til volum, antall fagpersoner, kompetanse og kvalitetssystem, og noen lå veldig marginalt under, og de hadde en overgangsperiode hvor de kunne bygge seg opp, til å oppnå minimumskriteriene. Så det var veldig vanskelig også – du måtte jo ha et startpunkt, for hva du skulle hente inn og hvor god skulle du bli i første runde. Vi har signalisert, på alle arenaer og sammen med våre samarbeidspartnere, at i neste runde må vi jo forvente at det har vært en utvikling innenfor alle områder, og at det arbeidet som er gjort har vært i tråd med forskriften. Og det kan vi jo se nå, men vi kunne ikke ta det utgangspunktet i første runde. En del har fått avslag fordi de faktisk har dokumentert seg vekk fra en godkjenning, fordi årsrapportene er svært mangelfulle. Vi ser kanskje at det nesten utelukkende er helsekontroller som blir utført. De har ikke noe bredde, og det er ikke noe stort volum for hele bredden av tjenestespekteret. Så det er mye lettere å vurdere kvaliteten på arbeidet som blir utført i dag (godkjenningsenheten)

Godkjenningsenheten har ellers inntrykk av at sammenslåinger av en del BHTer har vært viktig for å øke kvaliteten i BHT:

Vi har jo allerede observert større og færre enheter innenfor BHT, og det har jo vi opplevd som kvalitativt bra, for de kan gå fra å være kanskje en fagperson på hvert fagområde til å være to og tre. De slår seg sammen, og blir større faglige enheter. Og det blir jobbet mer systematisk og godt med kvalitetssystemer, for nå må de jobbe mer enhetlig, når det er flere fagpersoner som skal jobbe med de samme tingene. Så det har vi sett kan være en positiv utvikling, for kvaliteten i BHT. De bittesmå enhetene var ikke alltid så veldig bra i utgangspunktet (godkjenningsenheten)

Omfanget av innleie og samarbeidsavtaler som vi viste resultater for i kapittel 4, bekrefter at godkjenningsenheten har en praksis der de i stor grad godkjenner BHTer som samarbeider med eksterne miljøer. Ifølge godkjenningsenheten har dette vært en nødvendig strategi, særlig på grunn av mangelfull tilgang på yrkeshygienikere og leger med arbeidsmedisinsk kompetanse i ulike deler av landet. For å kunne akseptere innleie innenfor minimumskriteriene ble det ifølge enheten satt et krav om at hovedandelen av fagpersonene i en BHT skal være fast ansatt. Videre påpeker de at maks to fagområder i forskriften kan dekkes av innleid personell, og at samarbeidet ellers skal være forpliktende på minimumsvolum og deltakelse i det tverrfaglige miljøet.

Likevel er det en utfordring at godkjenningskravene er veldig ulike. Mens noen er veldig konkrete og operative, som kravene til fagsammensetning og fagpersonale, så er det mer krevende å vurdere om en BHT er i stand til å levere *helhetlig* og *forebyggende* bistand i det systematiske HMS-arbeidet – og om de faktisk gjør det etter at de har blitt godkjent. Vi spurte derfor godkjenningsenheten om hvordan de går frem for å danne seg et inntrykk av dette:

Det er jo det de beskriver da, sammenhengen mellom antall fagpersoner og kvalifikasjoner, som gjør at vi kan si noe om både sammensetning og om det er sannsynlig at de jobber forebyggende. Det er ikke noe vi kan krysse av for, «ja det gjør de». Men når vi snakker med de ute i oppfølgingsmøtene, så får vi jo fort et inntrykk av om de gjør det, eller driver de rett og slett med fysiske behandlinger (godkjenningsenheten)

Dette viser noen av utfordringene med dagens godkjenningsordning. Vurderingene av hvordan BHTene jobber i det daglige, blir i stor grad en skjønnsmessig vurdering basert på den dokumentasjon som foreligger og det som kommer frem når enheten er på sine forhåndsvarslede besøk. De har verken ressurser eller mandat til å kunne kontrollere fullt ut hvordan BHTene jobber i det daglige.

Skjønnsmessige vurderinger har man også i vurderingen av hva det faktisk vil si å *bistå* en virksomhet. Godkjenningsenheten trekker frem forskriftens krav om at BHT *skal bistå*, men at det er veldig lite spesifisert hvilket volum som kreves på bistanden. Oppfatningen av hva det vil si å bistå (i reell forstand) vil derfor variere på tvers av BHTer.

Når det gjelder spørsmålet om i hvilken grad godkjenningsordningen har fungert etter intensjonen, så var informantene i Arbeidstilsynet opptatt av at det er viktig å ha en slik ordning, og at den har bidratt til å heve kvaliteten i bransjen gjennom å luke ut useriøse aktører (for eksempel enmanns legekontorer som drev BHT). På den ene siden var det enighet om at godkjenningsordningen er det viktigste virkemiddelet man har

for å sikre kvalitet i BHT. Samtidig stilte flere informanter spørsmål ved en del av utslagene som godkjenningsordningen har hatt for tilbydersiden i BHT-markedet:

Godkjenningssenheten valgte å være litt liberal i godkjenningen, for å ikke ekskludere for mange. Heller ha som plan at de da skulle opparbeide seg mer kompetanse og jobbe mer systematisk på sikt. Så har de begynt å stramme inn nå (Arbeidstilsynet)

De skal luke ut de her tilfellene, men jeg opplever at det ikke skjer. Vi opplever at mellomstore BHTer kan være minst like gode som de store. Fordi det er også et problem rent faglig, slik jeg ser det, at det er et par store kommersielle aktører som støvsuger hele markedet og legger inn under seg bedriftshelsetjenester rundt om i landet. Det er heller ikke noe gunstig, fordi de går på maksimal inntjening. De tilbyr fremdeles irrelevante tilbud og helsekontroller, som ikke er risikovurdert og pålagt, og irrelevante tilbud i form av trening, fysisk fostring og stressmestring. De er opptatt av å selge de også. Det er mange av de mellomstore som er svært proffe og har gode forebyggende perspektiver. Det har blitt flere kommersielle, bransjen er dominert av kommersielle, fordi det i enda sterkere grad er markedet som styrer bransjen (Arbeidstilsynet)

Det var en tydelig tilbakemelding fra flere i Arbeidstilsynet at de skulle ønske at godkjenningssenheten hadde en strengere praksis:

Personlig så vil jeg si at jeg skulle ønske de var litt strengere på kompetanse hos de som jobber i BHTene. Det er jo en del titler som ikke er beskyttede titler, og en sykepleier eller en lege som begynner i BHT uten å ha noen som helst BHT-erfaring, de kan ikke faget. Og da selger man ikke BHT, man selger helsetjenester. Så der skulle jeg ønske de var litt strengere. Og strengere på antall hoder per ansatt i BHT (Arbeidstilsynet)

Dette handler imidlertid ikke bare om å være i streng i vurderingen av om en BHT skal godkjennes eller ikke. Vel så viktig er det at godkjenningssenheten følger opp BHTene etter at de er godkjent, ved at de jobber på den måten de har sagt at de skal gjøre. Det er her de viktigste svarene ligger når det gjelder kvaliteten på tjenestene:

Jeg tenker at det er viktig at godkjenningssenheten har ressurser nok til å være "på" og gjøre tilsyn hos bedriftshelsetjenesten, for at vi skal få opp det faglige nivået. Eller øke det ytterligere, der det er for dårlig (Arbeidstilsynet)

Samme rådgiver tok samtidig selvkritikk gjennom å peke på at de som inspektører i Arbeidstilsynet ikke systematisk nok benytter den muligheten de har til å fremme kvalitet i BHT ved i større grad å underkjenne rapporter og planer fra BHT til virksomhetene som ikke holder mål faglig sett:

Vi som Arbeidstilsyn får jo også noen signaler, om at vi bør tørre å gjøre noe med det. Vi kan gi pålegg. Altså, hvis de får en rapport om vurdering av innemiljø eller kjemiske stoffer eller hva det måtte være, så kan jo vi underkjenne den rapporten, og be dem gjøre dette på nytt. Eller finne noen som er bedre til dette. Med våre virkemidler så kan vi på en måte styre det, sånn at de er nødt til å øke kompetansen (Arbeidstilsynet)

Det samme gjelder viktigheten av at Arbeidstilsynet varsler godkjenningssenheten etter tilsyn, dersom de avdekker at BHT ikke holder det rette faglige nivået eller jobber på en god måte. Heller ikke dette varsles på en systematisk måte i dag ifølge informanten:

Du kan si at vi gjør det av og til. Og så gjør vi det av og til ikke. Vi burde hatt bedre system på det. Det burde vært et enklere system, der vi kunne melde rett til godkjenningssenheten. Et avvik. Det kan hende at det er en litt for stor bøyg for mange, å ta kontakt med godkjenningssenheten. Jeg har gjort det. Men jeg vet også en del som ikke har gjort det, som burde ha gjort det (Arbeidstilsynet)

Godkjenningssenheten mente at de nok kan oppfattes som strengere i denne godkjenningsrunden, sammenlignet med første runde i 2010. Dette er på mange måter forståelig at det er slik, fordi de har et bedre vurderingsgrunnlag og mer erfaring denne gangen. Et viktig poeng for godkjenningssenheten var at de forventer utvikling over tid. I Arbeidstilsynet var imidlertid flere opptatt av at det er problematisk at de legger seg på en litt strengere linje nå enn de gjorde i 2010, når vi vet at forskriften er uforandret. Krav om kompetanseplaner, samt krav om at det skal ha vært en utvikling fra forrige godkjenning (det vil si for de som søker om godkjenning på nytt) er det som gir Godkjenningssenheten mulighet til å være litt strengere nå

når kompetanse- og volumkravene er de samme. Flere etterlyser samtidig at godkjenningssenheten må få større myndighet gjennom regelverket til å skille de gode fra de mindre gode BHTene:

Det er litt vanskelig når de først har godkjent med den kompetansen de har. Når man da etter noen år kan si at nå er de ikke godkjent lenger, med den samme kompetansen. Men det ligger i regelverket at vi skal ha kompetanseutviklingsplaner. Det burde man antagelig ha gjort litt regelarbeid på nå igjen. Hvordan kan vi gi godkjenningssenheten den myndigheten de må ha for å kunne stramme til? Kanskje burde vi se på regelverket nå, når det har virket i seks år (Arbeidstilsynet)

En annen inspektør var klar på at ordningen ikke fungerer godt nok med tanke på å luke ut useriøse aktører. Det er en frustrasjon blant inspektørene hun jobber sammen med, som hun deler, om at de kan rapportere om dårlige BHTer som de avdekker ved tilsyn i virksomhetene, men at de opplever at det ikke skjer noe fordi mandatet til godkjenningssenheten ikke er godt nok. De får i praksis ikke gjort noe med det, fordi de ikke har virkemidlene:

Vi har innkalt og forsøkt å få til en god del telefonsamtaler og fysiske møter med godkjenningssenhets personell, fordi det er mye frustrasjon knyttet til måten godkjenningssenheten jobber på. Vi har jo alle disse årene sendt bekymringsmeldinger på BHT, som vi mener opptre og fungerer useriøst. Da har vi sendt bekymringsmeldinger til godkjenningssenheten, og så har vi fått tilbakemelding om at de ikke har det mandatet som vi i [navn på region] forventet at de skulle ha. Vi har jo håpt at de useriøse bedriftshelsetjenestene blir fulgt opp på en mye tydeligere måte. Det opplever vi at ikke skjer (Arbeidstilsynet)

Informanten mente videre at det er et problem at godkjenningsordningen kun drar på meldte tilsyn rundt omkring i BHTene, og at heller ikke disse møtene gjennomføres på en grundig nok måte. Flere av godkjenningene mente informanten er direkte feil, basert på egne erfaringer fra tilsyn:

Vi har vært innom mange som ikke burde vært godkjent (Arbeidstilsynet)

Enkelte informanter i Arbeidstilsynet problematiserte at forskriften i for stor grad åpner opp for skjønn i vurderingen av at BHT skal være helhetlig og forebyggende, og at de skal ha et tilfredsstillende kvalitetssystem. Godkjenningskravene til BHT oppleves som krevende å operasjonalisere, og en tilbakemelding i intervjuene er at godkjenningssenheten har lagt seg på en praksis som ikke formidles godt nok ut til BHTene. Forskriften åpner for en stor grad av skjønn – derfor er det viktig at vedtakene på en tydelig måte forklarer hvordan kriteriene blir vurdert og hva de skjønnsmessige vurderingene dreier seg om. For de som skal søke om å bli offentlig godkjent er det viktig at kravene er godt kjent og at praktiseringen av dem er forutsigbar.

For å oppsummere så er det en relativt stor enighet blant BHTene om at det er positivt med en godkjenningsordning for BHT. Det mange er kritisk til er kravene og kriteriene som legges til grunn for vurderingene samt måten oppfølgingen av BHTene gjøres på. En gjennomgående tilbakemelding er at godkjenningspraksisen er for romslig, og at godkjenningssenheten har for svake virkemidler for å følge opp hvordan BHTene faktisk jobber. Mange i BHT mener at det er for lett å omgå kravene til faglig kompetansesammensetning og tverrfaglighet og at det er spesielt to forhold som beviser dette; omfanget av innleie og samarbeidsavtaler for å dekke lovpålagte områder (og geografiske avstander) og at det holder å bli godkjent ett sted for BHTer som har avdelinger flere steder. Selv om godkjenningssenheten oppgir at samarbeid og innleie aksepteres som en del av en godkjenning *med vilkår*, så tyder omfanget av dette på at det har fått en mye mer permanent plass i dagens bedriftshelsetjeneste enn det som opprinnelig var ment.

Hensikten med godkjenningsordningen er å "sikre at bedriftshelsetjenestene har tilfredsstillende ressurser, kompetanse, kvalitet og fagutvikling, slik at de kan bistå virksomhetene i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet."⁷ En svakhet ved dagens ordning slik vi ser det, er de manglende mulighetene til å følge opp hvordan BHTene jobber i praksis. De oppfølgingsmøtene som beskrives legger vekt på at det var hyggelige og greie møter, og at gode forberedelser fra BHTens side førte til at møtet nærmest var en

⁷ "Godkjenning av bedriftshelsetjeneste – Veiledning til søkere"
(<http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=250265>)

formalitet. Flere mener at godkjenningssenheten er for romslig, både når de godkjenner, men også når de følger opp BHTene. Vi tror det handler vel så mye om at de har for svake verktøy for å følge opp kvaliteten. For at dette ikke skal bli en papirgodkjenning så kreves det tett oppfølging av BHT i godkjenningsperioden, når det gjelder arbeidsmetodikk, tverrfaglighet og samarbeid. Da er ikke et forhåndsvarslet oppfølgingsmøte tilstrekkelig. Enheten trenger sterkere verktøy for å følge opp kvalitet. Godkjenningsordningen drøfter vi nærmere kapittel 8.

6.3 Fagsekretariatet for BHT (STAMI)

En viktig del av evalueringen har vært å kartlegge myndighetenes rolle. Mens Arbeidstilsynet er den myndigheten som håndhever regelverket innenfor BHT (gjennom godkjenning og tilsynsvirksomhet), så kan Fagsekretariatet for BHT (ved STAMI) sies å ha en faglig premissgiverrolle for BHT i Norge. Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten svarer på spørsmål om bedriftshelsetjeneste og faglige spørsmål om forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid. Det ble opprettet av Arbeids- og sosialdepartementet som et virkemiddel for å legge til rette for en bedre bedriftshelsetjeneste. Fagsekretariatet skal sørge for faglig veiledning til landets BHTer og formidle relevant informasjon fra myndighetene.

I spørreskjema ble lederne i BHT spurt om i hvilken grad de hadde deltatt i kurs i regi av STAMI, og hvordan de har opplevd nytten av kursene. Tabell 6.2 viser svarene på det første spørsmålet (tallene presentert i synkende rekkefølge).

Tabell 6.2 Har ansatte fra din BHT deltatt på kurs arrangert av STAMI de siste to årene? (Flere valg mulig)

Kurs	Prosent
Kurs for arbeidsmedisinere	62,3
Grunnkurs for BHT-ansatte	46,4
Kurs for bedriftssykepleiere	45,7
Kurs for fysioterapeuter og ergoterapeuter	42,0
Kurs for yrkeshygienikere	38,4
Kurs om psykososialt arbeidsmiljø	30,4
Annet	8,0
<i>N</i>	<i>138</i>

Tabell 6.3 Hvor fornøyd er du med kurstilbudet fra STAMI?

Navn	Prosent
Svært fornøyd	29,5
Ganske fornøyd	57,1
Verken/eller	9,0
Ganske misfornøyd	0,6
Svært misfornøyd	0,0
Ikke relevant	3,8
<i>N</i>	<i>156</i>

Selv om tabell 6.2 er avgrenset til de siste to årene, så er ikke deltakelsen i kursene veldig stor. En viktig forklaring er selvsagt at de ikke er obligatoriske. Vi kommer inn på andre forklaringer om litt. Når det gjelder tilbakemeldingene på kursene og kvaliteten på disse, så ser vi at cirka 30 prosent er svært fornøyd, mens 57 prosent svarer at de er ganske fornøyd. Gitt at deltakelse i disse kursene både koster tid og penger for mange BHTer (i tillegg til reisekostnader), så burde tilbakemeldingene helst vært litt mer positive.

For å finne ut mer hva dette handlet om, ble følgende åpne spørsmål stilt: *har du andre kommentarer til kurstilbudet fra STAMI?* 44 BHTer besvarte spørsmålet. Blant disse var det mange som ga tilbakemelding på at STAMI gjennomfører gode og nyttige kurs. Samtidig mente flere at det er et problem at det kun tilbys kurs i Oslo, og at det ikke finnes et kurstilbud rundt omkring i landet (selv om kurs også er tilgjengelig via web). Kostnader med å delta (kursavgift, reise og hotell), samt den tiden som medgår ble trukket frem som en barriere mot å delta. Flere mente derfor at STAMI og myndighetene må se nærmere på hva som kan gjøres for å gjøre kurs og opplæring mer tilgjengelig rundt omkring i Norge.

Andre tilbakemeldinger gikk mer på hva som kunne gjøres for å forbedre det faglige nivået på BHT. Én BHT foreslo for eksempel at det må jobbes mer med en beste praksis-metodikk for hvordan BHT bør jobbe ut mot bedriftene, der kursene kunne vært lagt opp mer som gruppearbeid der erfaringer fra BHT blir trukket mer inn. Det ble pekt på at opplæringstilbudet fra STAMI bør utvikles videre, og de ulike tilbudene i utdanningen burde vært obligatorisk for å legge bedre til rette for en mer lik praksis i BHT. En annen tok til orde for at STAMIs tilbud om grunnkurs burde være obligatorisk også for legene, som i dag nesten ikke deltar på grunnkursene der.

Av andre innspill ønsker vi å trekke frem behovet for kurs og opplæring som går mer i dybden, og som fanger opp behovet for kompetanseheving for personell som har jobbet en del år innenfor BHT. Det virker som om dette er en gruppe som faller litt mellom to stoler, når det gjelder kurs og faglig tilbud. Som en påpekte: "I begynnelsen av karrieren er slike kurs fine for å få en oversikt over BHT-faget/fagområdene, etter hvert oppstår det et større behov for å gå i dybden". Flere lignende innspill kom om at kurs- og opplæringstilbudet for ansatte som har noen års erfaring med å jobbe i BHT ikke er godt nok i dag.

I intervjuene kom det uttalelser om at Fagsekretariatet for BHT er en "viktig faglig aktør" og at de "har veldig mye bra". I intervjuet med den ene interne BHTen ble for eksempel følgende sagt om STAMI og fagsekretariatets rolle:

STAMI har vi selvsagt et forhold til, vi får kjempegode råd, jeg er kjempefornøyd med dem – også som rådgivere i enkeltsaker (Egenordning A, offentlig virksomhet)

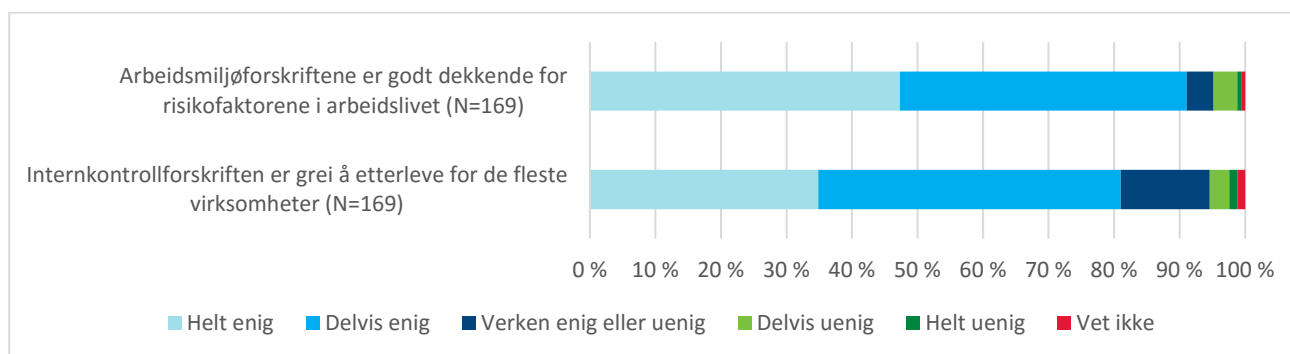
Andre hadde andre erfaringer, som for eksempel at Fagsekretariatet er for opphengt i hvordan BHT har vært tidligere, og i for liten grad fokuserer på *hva* og *hvor* BHT bør være i dagens arbeidsliv:

Det er litt det samme inntrykket jeg kan få av STAMI og av og til, at de holder veldig fast på det som har vært, på en måte. Jeg har jo jobbet i det private så lenge at jeg vet at vi må snu oss. Vi må hele tiden utvikle oss. Nå er situasjonen her, og så må vi tenke fremover. Vi kan ikke hele tiden ønske oss tilbake til det som var, fordi det var så mye bedre (Fellesordning F, kommersiell, del av helsehus/klinikk)

Ingen BHTer gir uttrykk for at de er direkte misfornøyd med kurstilbudet til STAMI. Samtidig indikerer resultatene at det er en del å gå på når det gjelder nytte og relevans, i og med at 57 prosent svarer at de er ganske fornøyd med tilbudet. Ut fra tilbakemeldingene kan dette handle om at kursene i for liten grad oppleves å være oppdatert i henhold til dagens arbeidsliv, og at tilbudet for de som har jobbet en del år i BHT er for dårlig. Dersom de ulike kursene skal bli et mer obligatorisk tilbud, så er man nødt til å ha en gjennomgang av dem, med tanke på nytte, relevans og treffsikkerhet – sett opp mot innhold og krav i dagens arbeidsliv. Enkelte tilbakemeldinger tyder videre på at deltakelse i kursene til en viss grad styres av BHTenes økonomiske situasjon og geografiske avstander etc., noe som i så fall er uheldig.

6.4 Er arbeidsmiljøforskriftene og internkontrollforskriften tilpasset utfordringene og risikoforholdene i dagens arbeidsliv?

Internkontrollforskriften skal gjennom krav om systematisk gjennomføring av tiltak, bidra til å fremme et forbedringsarbeid i virksomhetene innenfor arbeidsmiljø og sikkerhet, forebygging av helseskade samt vern av det ytre miljø slik at målene i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen oppnås. Når det gjelder arbeidsmiljøforskriftene, så inneholder disse blant annet detaljkrav når det gjelder ulike eksponeringsområder, samt hvordan man skal jobbe systematisk med disse områdene for å unngå helseskade. Som figuren viser, er 47 prosent av lederne i BHT helt enig i at arbeidsmiljøforskriftene er godt dekkende for risikofaktorene i arbeidslivet, mens nesten 44 prosent er delvis enig. Andelen som mener at internkontrollforskriften er grei å etterleve for de fleste virksomheter, ligger noe lavere.



Figur 6.5 Synspunkter på arbeidsmiljøforskriftene og internkontrollforskriften blant BHTene i utvalget. Prosent

Svarene på et åpent oppfølgingsspørsmål (*har du andre kommentarer til hvordan arbeidsmiljøloven, internkontrollforskriften og/eller arbeidsmiljøforskriftene fungerer?*) ga oss mer innsikt i hva dette egentlig handler om. Blant de som svarte på spørsmålet var det flere som mente at det er noe med forskrifter og regelverk som bidrar til et litt uheldig fokus målt opp mot det som regelverket egentlig skal bidra til, nemlig et sunt og helsefremmende arbeidsmiljø. Ting blir fort veldig teknisk, og vinkles mye mot internkontroll, avvik, prosedyrer og krav. Slik sett kan forskriftene minne mer om et prosedyre- og avviksregelverk enn et regelverk som har som overordnet hensikt å fremme et godt arbeidsmiljø:

Internkontroll bygger på en teknisk innretning til arbeidsmiljø, med krav, dokumentasjon og avvik. Når den i sin tid kom var man redde for at den blir for teknisk og for spesialiststyrt, til at medvirkningsperspektivet blir litt borte. Det blir en umyndiggjøring av vanlige ansatte og at kjernespmålene i arbeidsmiljøarbeidet blir borte. HMS og arbeidsmiljø blir lik vernerunder og internkontroll. Det er det jeg er skeptisk til, og hvorfor jeg synes HMS som begrep er litt avleggs. Miljøarbeidet skal være et samarbeidsprosjekt og det er det viktig å hegne om! (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Mange virksomheter gjør tolkninger i forhold til forskriftene og synes det er vanskelig å forstå hvordan de skal fungere. Noe er for generelt (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Det er fortsatt mange som oppfatter at regelverket må etterleves for myndighetene sin del - og ikke ser fordelene for egen drift. Teksten er jo ganske negativ, med arbeidsgivers forpliktelser og de ansattes ansvar for etterlevelse og medvirkning vektlegges litt lite. AML er komplisert i tekst, er gammeldags i tankegang og er preget av hastverksarbeid. Den gjenspeiler ikke godt nok det moderne arbeidslivet vi har i dag (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Internkontrollforskriften til arbeidsmiljøloven burde også presenteres på en enklere måte (i arbeidsmiljøsammenheng). Den største utfordringen her er imidlertid at forskriften ikke følges opp av mange

ledere, og at en del i Arbeidstilsynet selv ikke er tilstrekkelig kompetente for å vurdere hva som er forskriftens krav (Intern BHT, egenordning)

En annen mente at internkontrollforskriften er god, men at den i praksis hemmes av en forståelse ute i virksomheten av at dette er noe en *må gjøre*, og ikke noe en primært gjør for å skape en bedre arbeidsplass:

Internkontrollforskriften er svært god etter min mening, men dessverre er det for mange bedriftsledere som ser på dette som et krav og ikke som en måte å redusere kostnader gjennom mindre sykefravær og ulykker. Her skulle det vært laget en kampanje for å få folk til å forstå at dette er et viktig verktøy for lederen (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Videre ble det pekt på at det å forstå og etterleve regelverket er ekstra krevende for små virksomheter. Det er trolig overlappende årsaker til at regelverket av en del virksomheter oppleves som utilgjengelig, og at de heller ikke ser nytteverdien av å bruke BHT. Virksomhetenes oppmerksomhet rundt både arbeidsmiljøregelverket og BHT oppstår først når tiltak trengs på arbeidsplassen:

Jeg tror det handler om at virksomheter blir obs på arbeidsmiljøet når det er behov for tiltak. BHT har ikke helt kommet ut av det tradisjonelle synet. De fleste virksomheter i Norge er små, og kompetansen på BHT er ikke den største. Det å få alle til å forstå at BHT og arbeidsmiljø er sammenfallende, er ikke alltid like lett. HMS blir stående som noe utenfor virksomheten; det er rutiner og prosedyrer. Jeg er nærmest blitt motstander av HMS-begrepet, det er stivt og gammeldags. Tenker at vi må ha fokus på virksomhetsutvikling og gode arbeidsplasser, og at det er BHTs fremste kompetanse. Det er det økonomi i for virksomhetene, og ikke kun en utgift (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Andre tilbakemeldinger til regelverket var at det i for liten grad anerkjenner betydningen av faktorer som er mindre målbare enn f.eks. eksponering, slik som psykososialt arbeidsmiljø og ansattes trivsel. Andre mente at innholdet burde gjøres mer bransjespesifikt, slik at virksomheter i ulike bransjer i større grad ser relevansen av regelverket:

Arbeidsmiljøforskriften dekker kun 30 prosent av det som er årsak til helseplager som fører til fravær og frafall fra arbeidslivet. Selv om arbeidsmiljøloven har fokus på helsefremming, opplever vi ofte at tilsynsmyndigheter stiller spørsmål ved en tilbudsvidning i retning av helse og livsstil (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Hadde ønsket at man lovfestet at man også skulle kartlegge friskfaktorer i arbeidslivet, på lik linje med at man skal kartlegge risikofaktorer. Vi har gjort det en del, og det er nytt og spennende (Intern BHT, men som i tillegg leverer tjenester til andre bedrifter)

Kanskje noe mer konkretisering i forskriftene opp mot de ulike bransjene. Dette vil gjøre det lettere for arbeidsgiver (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Kort oppsummert så er det en del tilbakemeldinger om at regelverkets utforming ikke er optimalt, verken med tanke på å formidle og skape forståelse for betydningen av et systematisk arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene eller med tanke på BHTs synlighet og innpass i virksomhetene. Å selge inn et regelverk som assosieres med rutiner og prosedyrer vil aldri skape begeistring hos arbeidsgivere. Spørsmålet er om regelverket er for omfattende. Vi har en forskrift som gjelder både for oljeplattformen, bygge- og anleggsplassen og frisøren på hjørnet. Det store spørsmålet er hvordan alle virksomheter, ulike som de er, skal klare å gjøre det til *sitt*. Og hva kan gjøres for å vri det hele i en mer positiv retning. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 8.

7 Hva er nytteverdien av å bruke BHT?

7.1 Virksomhetenes syn

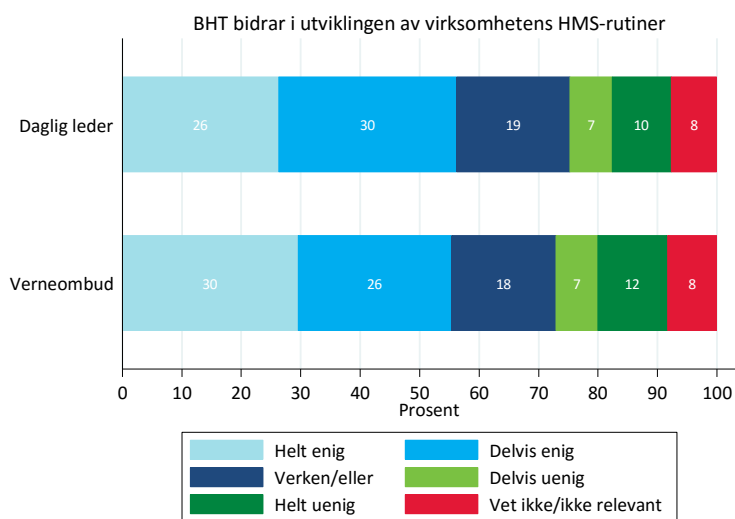
For å undersøke virksomhetenes opplevde nytte av å ha BHT ble et sett med påstander lagt inn i spørreskjema til daglig leder og verneombud:

- BHT bidrar i utviklingen av virksomhetenes HMS-rutiner
- Bruken av BHT har bidratt til å styrke fokuset på arbeidsmiljø i virksomheten
- Vår BHT samarbeider godt med virksomhetens egne ressurser innen HMS/HR/personal
- BHT styrker arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsforhold

I tillegg ble verneombudene bedt om å ta stilling til påstanden "BHT er en støtte for meg i min rolle som verneombud/ansattrepresentant". Daglig leder ble også bedt om å vurdere sannsynligheten av at virksomheten ville vært tilknyttet en BHT dersom den ikke var pliktig til det.

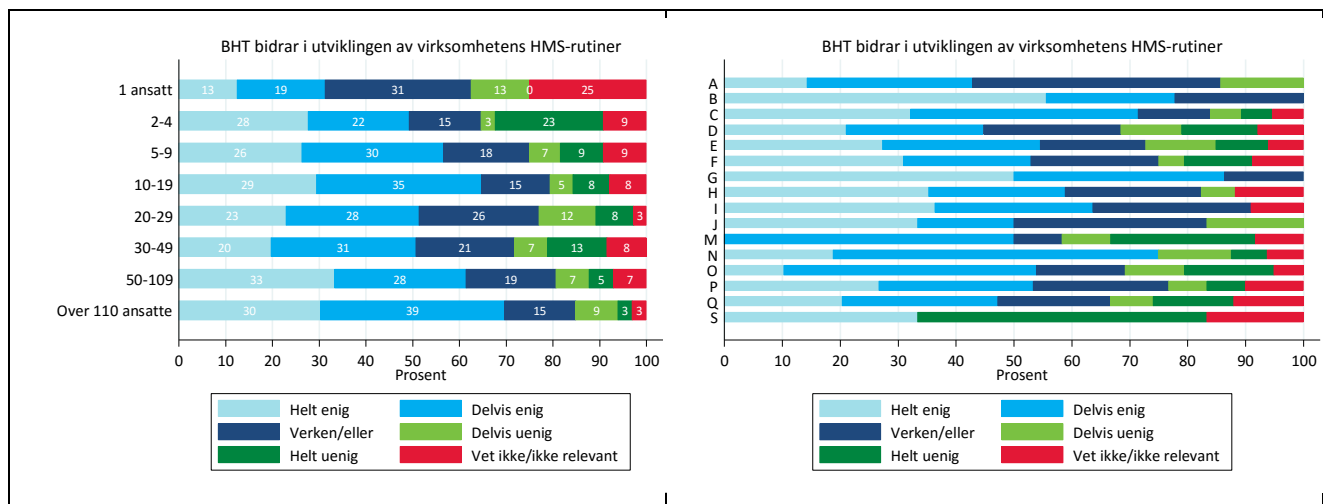
Svarene presenteres her fordelt etter type BHT og tilknytningsform. Innledende analyser viste enkelte forskjeller etter kjennetegn ved virksomheten (størrelse og næring), men forskjellene er små og lite systematiske. Vi har derfor valgt å bare vise enkelte av disse fordelingene.

Figur 7.1 viser at daglig leder og verneombudene stort sett er enige i sin vurdering av om BHT bidrar i utviklingen av HMS-rutinene i virksomheten. Knappt 60 prosent av begge grupper sier seg helt eller delvis enig i påstanden.



Figur 7.1 Bidrar BHT i utviklingen av virksomhetens HMS-rutiner? Daglig leder og verneombud

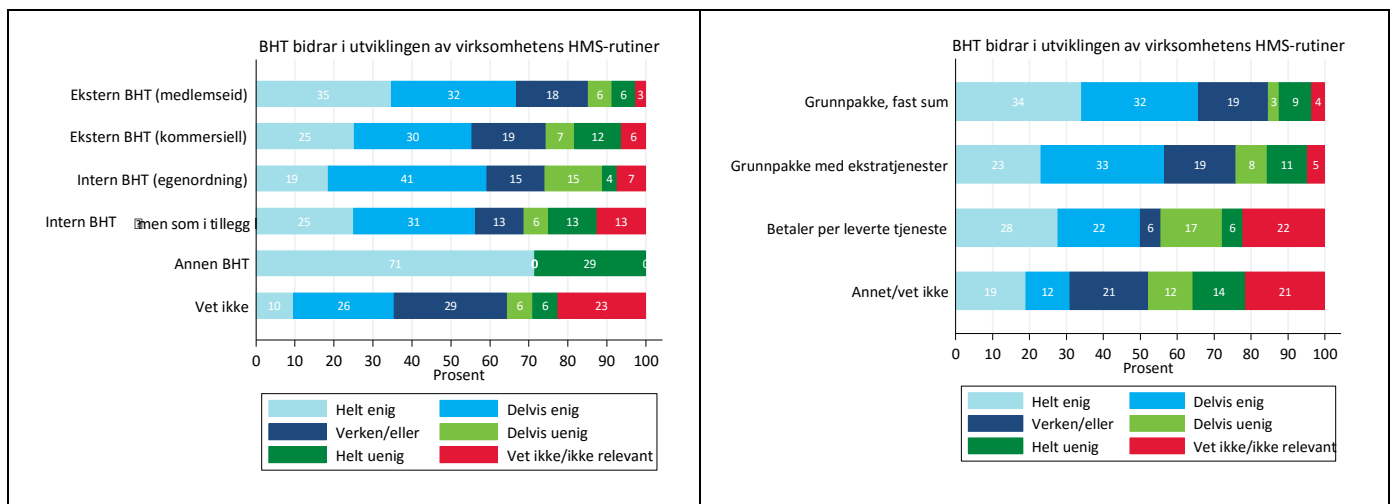
Det ser ikke ut til å være en systematisk sammenheng mellom bidrag i utviklingen av HMS-rutiner og virksomhetens størrelse, men en del forskjeller mellom hvordan ulike næringer opplever bidraget (figur 7.2).



Figur 7.2 BHT bidrar i utviklingen av virksomhetens HMS-rutiner, etter antall ansatte og næring (daglig leder)

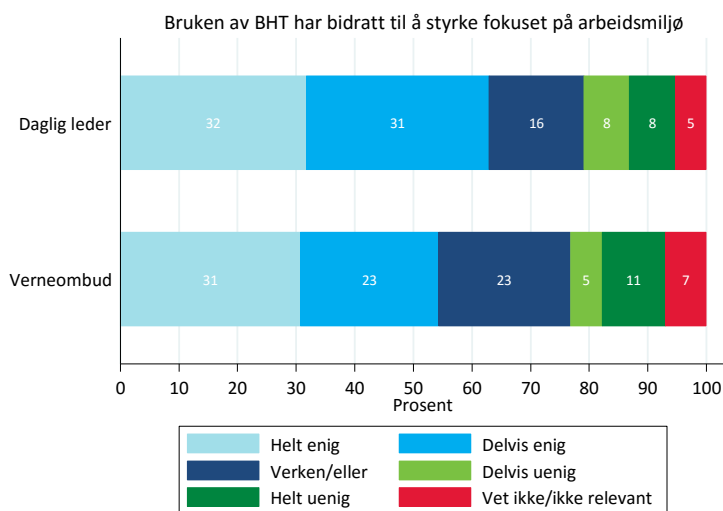
Det er virksomhetene innenfor bergverksdrift og utvinning, industri, varehandel og reparasjon av motorvogner samt forretningsmessig tjenesteyting som i størst i grad er enig i at BHT bidrar i utviklingen av virksomhetens HMS-rutiner. Som vi har sett tidligere, er det enkelte av disse som også skiller seg ut på mange av de andre spørsmålene som omhandler BHTs bidrag når det gjelder HMS, arbeidsmiljø og risikovurderinger. Resultatene kan skyldes flere forhold, eksempelvis at virksomheter innenfor disse næringene jobber mye med HMS-spørsmål, og at BHT brukes til nettopp dette.

Ekstern, medlemseid BHT og varianten med en fast grunnpakke peker seg igjen ut som ordninger der daglig leder i stor grad er fornøyd med tjenestene (figur 7.3).



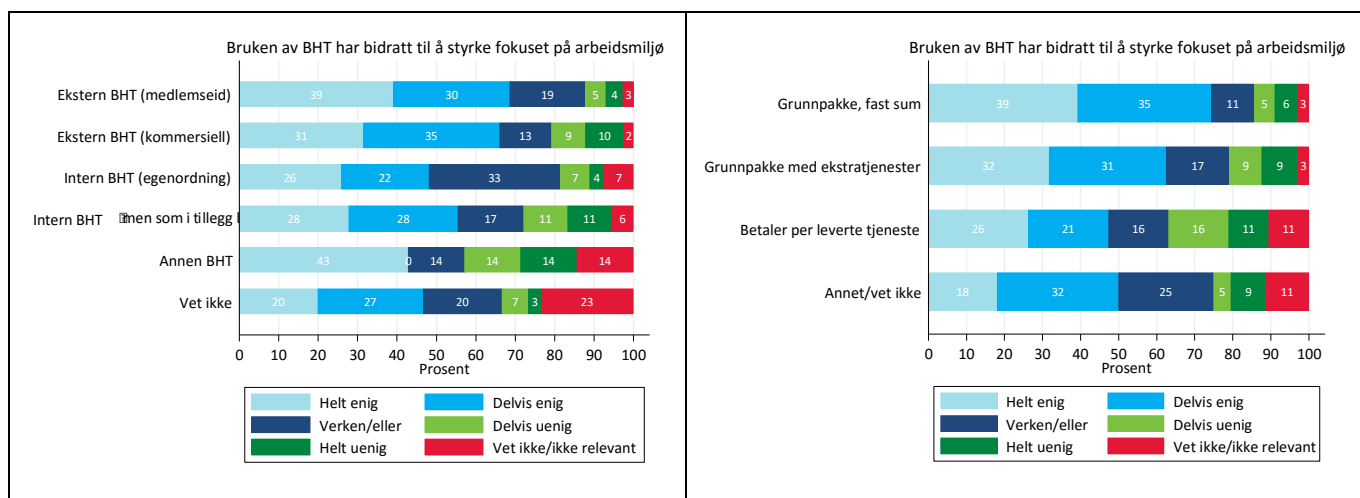
Figur 7.3 BHT bidrar i utviklingen av virksomhetens HMS-rutiner, etter type BHT og avtaleform (daglig leder)

Daglig leder og verneombud er stort sett enig i vurderingen av at bruken av BHT har bidratt til å styrke fokuset på arbeidsmiljø, men daglig leder er noe mer positiv enn verneombudene (figur 7.4).



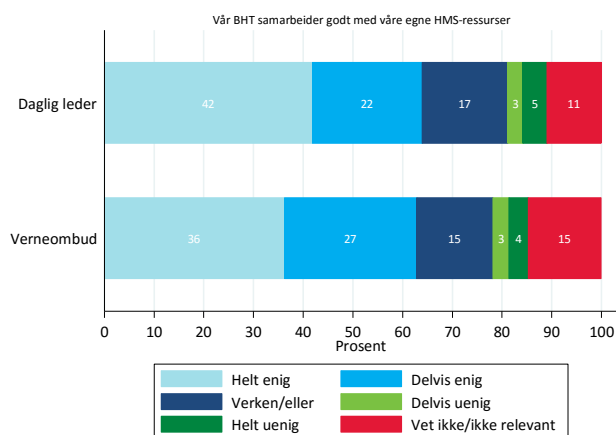
Figur 7.4 Bruken av BHT har bidratt til å styrke fokuset på arbeidsmiljø i virksomheten, daglig leder og verneombud

Daglig leder i virksomheter med ekstern BHT, både medlemseid og kommersiell, er i noe større grad enig i at bruken av BHT har bidratt til å styrke fokuset på arbeidsmiljø (figur 7.5). Virksomhetsledere med en grunnpakke med fri bruk er også i større grad enig i påstanden, mens de som betaler per tjeneste i mindre grad er enig.



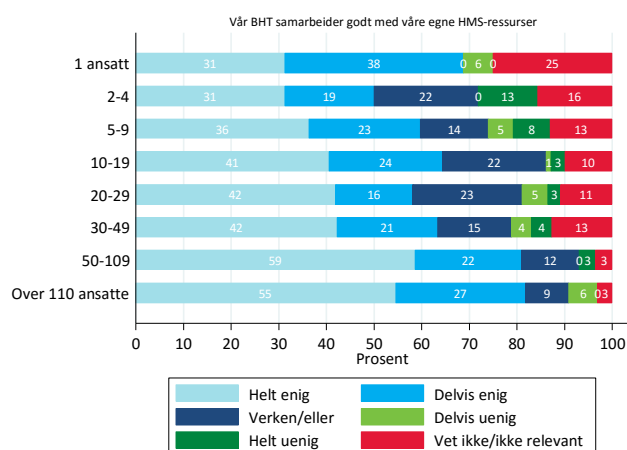
Figur 7.5 Bruken av BHT har bidratt til å styrke fokuset på arbeidsmiljø i virksomheten, etter type BHT og avtaleform (daglig leder)

Drøyt 60 prosent, både blant daglig leder og verneombud, sier seg helt eller delvis enig i påstanden om at BHTen samarbeider godt med virksomhetens egne HMS-ressurser (figur 7.6).



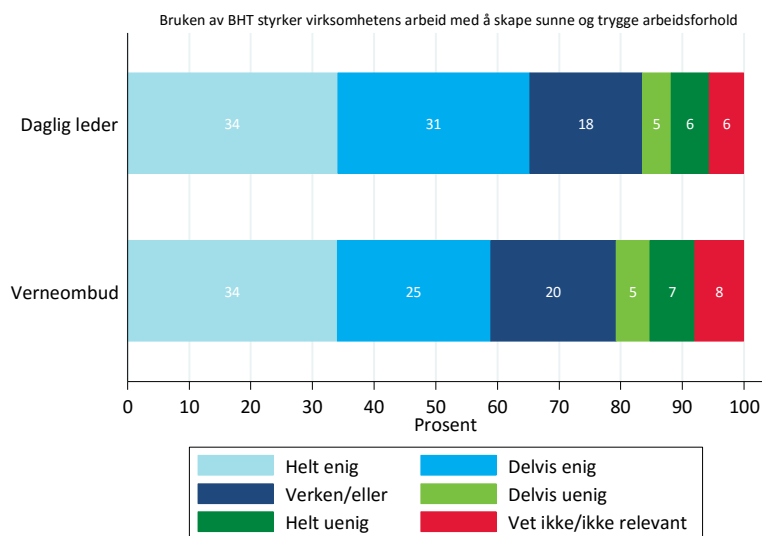
Figur 7.6 Vår BHT samarbeider godt med våre egne HMS-ressurser, daglig leder og verneombud

Andelen som er enig øker med virksomhetsstørrelse. I de største virksomhetene sier over 80 prosent seg helt eller delvis enig. Dette virker rimelig, i og med at større virksomheter også i større grad har utbygd støttefunksjoner for personal og HMS. Det er også enkelte forskjeller mellom næringer. Svarfordelingene varierer derimot mindre med type BHT og avtaleform (resultater ikke vist).



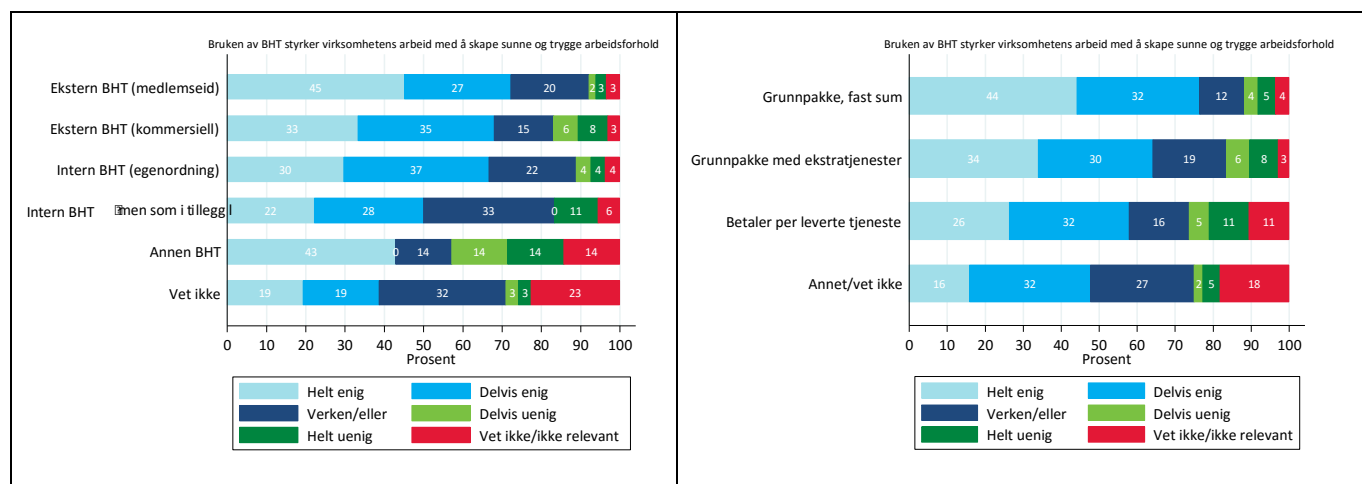
Figur 7.7 Vår BHT samarbeider godt med våre egne HMS-ressurser, etter antall ansatte (daglig leder)

Et flertall av både daglig leder og verneombud, eller knapt to av tre, sier seg også enig i at bruken av BHT styrker virksomhetens arbeid med å skape sunne og trygge arbeidsforhold. Det er en tendens til at typiske industrinæringer, som bergverksdrift og utvinning, industri og elektrisitets-, gass-, damp-, og varmtvannsforsyning i større grad er enig i påstanden. Det samme gjelder større virksomheter.



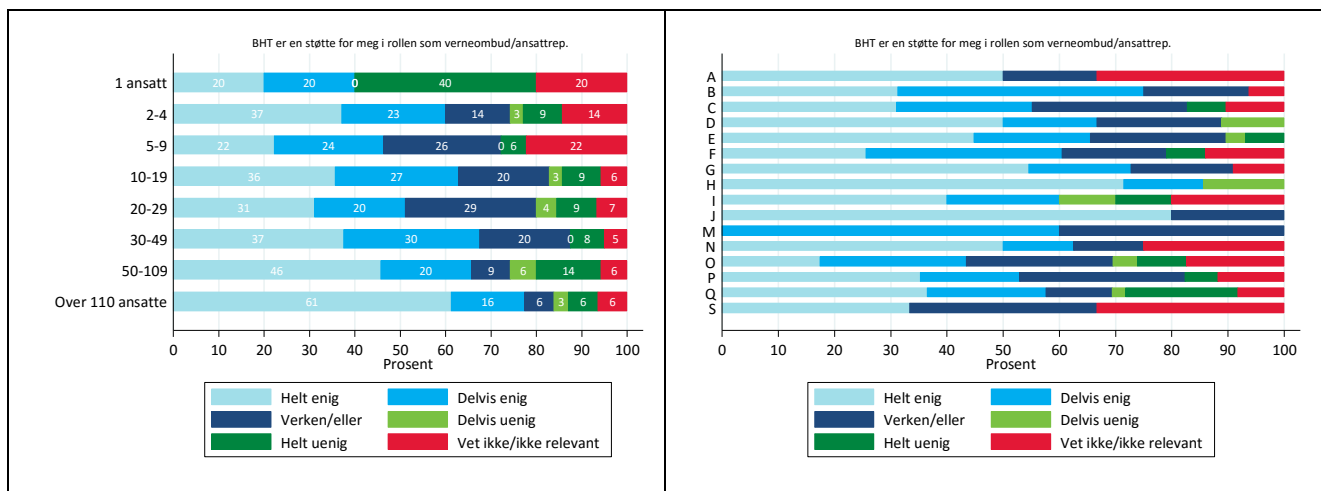
Figur 7.8 BHT styrker arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsforhold, daglig leder og verneombud

Som tidligere peker virksomheter som er tilknyttet ekstern, medlemseid BHT seg positivt ut. Det samme gjør virksomheter som betaler en fast sum for fri bruk. Intern BHT som i tillegg leverer tjenester til andre virksomheter, og ordninger der man betaler per tjeneste kommer mindre godt ut.



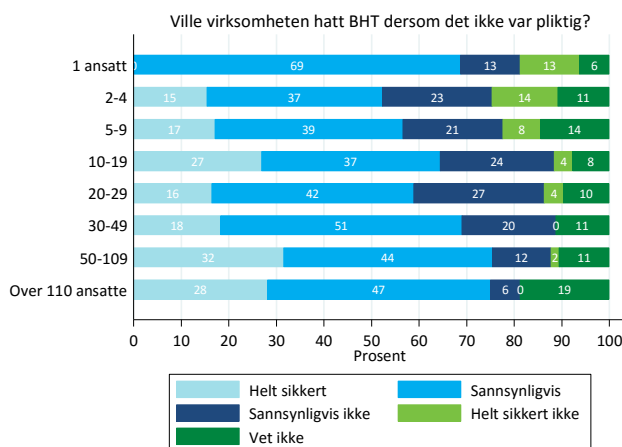
Figur 7.9 BHT styrker arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsforhold, etter type BHT og avtaleform (daglig leder)

BHT ser også ut til å spille en rolle i å trygge verneombud/ansattrepresentanter i sine oppgaver. 62 prosent sier seg helt eller delvis enig i påstanden "BHT er en støtte for meg i rollen som verneombud/ansattrepresentant". Denne funksjonen ser ut til å være særlig viktig i større virksomheter (se figur 7.10). Enkelte næringer peker seg også spesielt ut, nemlig bergverksdrift og utvinning (B), transport og lagring (H) og informasjon og kommunikasjon (J).



Figur 7.10 BHT er en støtte for meg i rollen som verneombud/ansattrepresentant, etter antall ansatte og næring (daglig leder)

Avslutningsvis ser vi på hvor mange av virksomhetslederne som oppgir at de ville vært tilknyttet BHT dersom det ikke var pliktig. Dette kan ses på som kanskje den beste indikatoren for om virksomheten opplever BHT som en nyttig tjeneste, og ikke bare noe de er pålagt å ha. På dette spørsmålet svarer 21 prosent av virksomhetslederne "helt sikkert" og 43 prosent "sannsynligvis". Kun 25 prosent svarer "sannsynligvis ikke" eller "helt sikkert ikke", mens elleve prosent er usikre. Figur 7.11 viser svarfordelingene etter antall ansatte i virksomhetene. Andelen som svarer at de sannsynligvis eller helt sikkert ville hatt BHT ser ut til å øke med virksomhetsstørrelse. Blant virksomheter med 30 ansatte eller mer er det ingen som svarer at de helt sikkert ikke ville hatt BHT dersom BHT-plikten ble opphevet.



Figur 7.11 Andel virksomheter som ville vært tilknyttet BHT uten BHT-plikt, etter antall ansatte (daglig leder)

Vi finner også enkelte forskjeller mellom ulike næringer. Innenfor informasjon og kommunikasjon (J) svarer alle at de helt sikkert eller sannsynligvis ville hatt BHT. Andelen som er positiv til å ha BHT også uten BHT-plikt er også svært høy innenfor jordbruk, skogbruk og fiske (A), bergverksdrift og utvinning (B), elektrisitets-, gass-, damp- og varmtvannsforsyning (D) og varehandel og reparasjon av motorvogner (G).

Også i intervjuene med virksomhetene spurte vi om hva de mener er nytteverdien for dem av å bruke BHT. I en virksomhet var svaret at kanskje den viktigste effekten av å ha BHT, handler om den *påminnelsen* og *bevisstgjøringen* det bidrar til, om at arbeidsgiver har noen forpliktelser når det gjelder arbeidsmiljø og HMS.

Uten en BHT som deltar i AMU og som involverer seg i kartlegging av arbeidsmiljø og risikoforhold, ville ikke denne effekten vært der ifølge informanten.

Bevisstgjøring. Det er en påminnelse om at det finnes et regelverk der, og en påminnelse om at en del ting krever kompetanse som vi ikke har. Det tror jeg er veldig bra. Så tror jeg det er en del som føler en viss trygghet også. Dersom det oppstår vanskeligheter og konflikter, så har man på en måte en ekstern hjelp, men også i forbindelse med ulykker. At det er veldig godt å ha en helsefaglig støttespiller, som er der, som kjenner oss og som vi har tillit til. Den tilliten er enormt viktig (statlig virksomhet)

For denne virksomheten var dette også knyttet til regelverket på arbeidsmiljøområdet, og at det opplever det som krevende og komplekst. Informanten fortalte at de over lengre tid har foretatt risikokartlegging av hele sin virksomhet, og forsøkt å definere og operasjonalisere HMS-arbeidet i lys av dette. Informanten vedgikk at dette har vært en stor jobb. Informanten mente videre at dersom de ikke skulle vært tilknyttet en BHT, så ville alternativet for virksomheten vært å bygge opp egen kompetanse på området. Informanten anså imidlertid dette som et lite sannsynlig alternativ. Gitt de forpliktelsene som ligger i regelverket i dag, så mente informanten dermed at BHT er nødvendig, for at de skal kunne innfri de forpliktelsene de har på arbeidsmiljøområdet:

En av grunnene til at det er viktig er at det koster penger. Hvis jeg skulle gått her alene som en skygge og ordnet opp i alt, så blir du veldig usynlig. Når du i tillegg har en aktør inn som du må betale for årlig, så blir det enda mer synlig at dette er faktisk noe vi må jobbe med, og som vi er pålagt. Hvis jeg skulle sittet igjen alene og ikke hatt noen støttespillere i BHT, så ville jeg druknet i enkeltsaker. Og det er ikke min rolle. Jeg jobber med systemet. Forebygging og beredskap (statlig virksomhet)

Også bygge- og anleggsentreprenøren vi intervjuet var opptatt av at de ville hatt problemer med å ivareta sine forpliktelser på HMS- og arbeidsmiljøområdet uten å ha BHT å støtte seg på – så lenge både arbeidsmiljøregelverket og reguleringene innenfor deres bransje er som de er i dag. I et slikt perspektiv er det dog litt interessant at noe av det de virker å bruke BHTen mest til, er støttesamtaler på individnivå. På spørsmål om de ville vært tilknyttet BHT dersom de ikke hadde hatt plikt til det, så var svaret fra virksomheten slik:

Hvis kravet for øvrig i bransjen i forhold til helse, miljø og sikkerhet hadde vært de samme, så tror jeg absolutt det ja. Hvis verden hadde sett helt annerledes ut, så tør ikke jeg å påstå, men jeg tror det. Men hvis det ikke hadde vært plikt, så ville vi kanskje selv ha definert hva som skulle være innholdet i større grad. Det koster oss noen kroner i året, i hvert fall sånn som vi bruker det nå, men jeg synes vi får mye tilbake for det. Og hvis vi ikke hadde det, så måtte vi gjort mer arbeid selv (bygge- og anleggsentreprenør)

Også det kommunale foretaket argumenterte for at nytte for deres del i stor grad handler om at BHTen tar hånd om saker som virksomheten selv ikke har kapasitet eller kompetanse til å håndtere, og som de eventuelt måtte bygd opp kompetanse på selv dersom de ikke hadde hatt avtale med en BHT:

I form av kapasitet for eksempel, så har jo vi til daglig mye å holde på med, og er opptatt av vårt, så det å kjøpe seg hjelp, kjøpe seg ut av tidsklemma på et vis... Der stiller de opp. Ellers måtte vi bemannet oss opp for å ha tatt av de høydene. Har vi et ekstremt tilfelle eller en nødsituasjon, så kjøper vi hjelp. Og det er en veldig trygghet å ha det. Vi bruker dem ikke ofte, men den tryggheten på at de stiller opp ved behov, det gjør noe med oss (kommunalt foretak)

Problemet med en slik motivasjon for å være tilknyttet BHT er at BHT brukes primært for å avlaste egen organisasjon og for å slippe å bygge opp egen kompetanse. BHT kan fort bli sett på som noe som "rydder opp", og som følger opp tema og saker i virksomhetene som de selv er glad for å slippe å bruke tid på, og som de kanskje har forsømt tidligere. Spørsmålet er hva en slik innfallsvinkel til BHT gjør med innstillingen og viljen til å bruke BHT. Brukes BHT primært for å tette de hullene som virksomheten selv ikke klarer å tette? Hvordan går det med læring og kunnskapsoverføring mellom BHT og virksomhet, dersom det er dette som er motivasjonen for å bruke BHT?

Hva ville så situasjonen vært i virksomhetene dersom de ikke hadde vært tilknyttet en BHT? Interessant nok ga intervjuene mange ulike svar på dette:

Vi hadde jo vært litt mer ribbet, på et vis, med at vi ikke hadde hatt noe behandling (statlig virksomhet)

Vi har ganske store risikofaktorer i vårt arbeidsmiljø, så vi ville ikke kunne tilby den helseoppfølgingen som vi mener vi skal gjøre, som arbeidsgiver, på bakgrunn av risikovurderingene. Så det vil være veldig uheldig for oss. Sånn som jeg ser det nå, er det helt uaktuelt. Det er ikke et valg (produksjonsvirksomhet innenfor industri)

Jeg anser at bedriftshelsetjenesten fungerer for oss, og at det er en bra ting. Vi er ennå ikke der vi ønsker å være i forhold til målene for sykefravær og sånt, men jeg tror ikke det er noen tvil om at det hadde vært enda verre, hvis vi ikke hadde hatt dem å sparre med (bygge- og anleggsentreprenør)

Vi tror jo det er nyttig da. Vi tror jo at det er positivt, og at vi får noe igjen for pengene. Også i forhold til mer konkrete saker, eller personalsaker. De kan være en samtalepartner. Og det er de for enkelte her (kommunalt foretak)

Kommunen gjentok nok en gang at kompetansen i BHT er helt avgjørende for nytteverdien, og for deres evne til å forstå situasjonen i virksomheten og se etter de rette tingene i arbeidsmiljøet:

Det har noe med hvilken fagkompetanse bedriftshelsetjenesten har. Det er jo helt avgjørende for nytteverdien, har jeg erfart. Hvor bredt sammensatt de er, og hvor trygge de er, de som jobber der. De kan være observatør utenfra som ser at "her må dere gå inn og gjøre nærmere analyse. Her er det noe dere må få sjekket ut eller her må dere kjøre en prosess". Så selger de samtidig inn en tjeneste, men jeg tror vi har behov for den (kommune)

Det er interessant å se hvor ulike svar som gis på spørsmålene om nytte og hva situasjonen ville vært uten BHT. Det gjenspeiler trolig både ulik bruk, og at de intervjuede virksomhetene befinner seg innenfor ulike bransjer. Som resultatene fra virksomhetssurveyen viste, er det mye som tyder på at BHT brukes bredere og i større grad på lovpålagte områder, i bransjer som har klart identifiserte risikoer (slik som bergverksdrift og utvinning, industri og bygg og anlegg).

7.2 Hva mener BHTene er nytteverdien av bistanden de leverer?

Helt til slutt i spørreskjemaet til BHTene ble følgende åpne spørsmål stilt: "Hva er den viktigste nytteverdien for virksomheten av den bistanden som din BHT yter?" Mange BHT-ledere tok seg tid til å svare på dette spørsmålet, og selv om ulike oppfatninger av nytteverdi nok kan knyttes til hvilke bransjer BHTene har kunder innenfor og den faglige sammensetningen i BHT, så var det interessant å notere seg hvor ulikt BHTene oppsummerte nytteverdien for sine kunder. En gruppe med tilbakemeldinger pekte på nytteverdi i form av et bedre arbeidsmiljø gjennom forebygging av skade og sykdom, økt produktivitet i virksomhetene og bedre psykososialt arbeidsmiljø. Dette er det som ligger tettest opp til forskriften. Andre hadde en mer helsepreget tilnærming, og knyttet nytteverdien i større grad til de ansattes generelle helse og til helsefremming og nærværarbeid. Den tredje gruppen tilbakemeldinger pekte på at nytteverdien for virksomhetene først og fremst dreier seg om å få prosedyrer og planverk på plass.

I det følgende gir vi en mer detaljert gjennomgang av tilbakemeldingene innenfor de tre kategoriene, og illustrerer med noen typiske eksempler innenfor hver.

1. Nytteverdi knyttet opp mot det lovpålagte (bistand i forbindelse med HMS-system, risikovurdering og arbeidsmiljøkartlegging)

HMS-kartlegginger utfordrer og trygger bedriftene. Forebyggende arbeid er med å senke sykefraværet (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Forebygging av skader og sykdom i arbeid gjennom risikovurdering og handlingsplaner. Kunnskapsformidling omkring helse og arbeidsmiljøfaktorer, dialog og bedret evne til å ta vare på egen helse i arbeid (Intern BHT, men som i tillegg leverer tjenester til andre bedrifter)

Bistand til virksomhetenes eget HMS-arbeid er med på å gi bedre arbeidsmiljø og dermed bedre lønnsomhet. Vi må jobbe for å formidle dette til virksomhetene på en god måte (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

2. Nytteverdi knyttet opp mot helsefremming, økt jobbnærver og bedre helse generelt

Økt nærvær og friske ansatte (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Jobbe mot helsefremmende arbeidsplasser. Bistå virksomhetene i dette arbeidet etter hva de har behov for, for å nå dette målet (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

Friske ansatte som trives gir mindre fravær og bedre jobbinnsats. Det er bra for den ansatte og for bedriften. Kort ventetid på poliklinikken gir rask hjelp (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

3. Nytteverdi knyttet opp mot virksomhetenes behov for å ha rutiner og systemer i orden

Etablere HMS-handlingsplaner. Holde trykk på vernerunder og risikovurderinger av arbeidsoperasjoner (Ekstern leverandør til flere bedrifter, kommersiell BHT)

Risikoeier får oversikt og kontroll på arbeidsmiljørisiko og istandsettes til å håndtere denne (Intern BHT, egenordning)

Rådgiver for bedriftene i vanskelige saker, hjelper med dokumentasjon og opparbeiding av rutiner og prosedyrer for å oppfylle krav i lovverket (Ekstern leverandør til flere bedrifter, medlemseid BHT)

I sistnevnte kategori ser vi at nytteverdien knyttes til ivaretagelse av krav, rutiner, prosedyrer og avvik, og det å sette virksomheten i stand til å ha orden på dette. BHTs viktigste oppgave blir å sørge for at virksomhetene har det formelle de trenger, på plass. Det som andre vil mene er verktøy (HMS-system, planer og prosedyrer) for å oppnå et større hovedmål (positiv og helsefremmende arbeidsmiljø), ser for disse BHTene ut til å være et hovedmål i seg selv. Dersom BHT skal være noe mer enn noe som er pålagt og som har som sin viktigste funksjon å sørge for at virksomhetene har papirer og permer i orden (i tilfelle de blir kontrollert), så er det for BHTene viktig at nytteverdien ikke assosieres i for stor grad med dette. Svarene på spørsmålet viser at en del BHTer har en noe avgrenset definisjon av nytteverdi – der målet er nådd når systemer og rutiner er på plass. Målet om at BHTs bistand skal sette virksomhetene i stand til å jobbe frem et sunt og positivt arbeidsmiljø, underkommuniseres dermed.

Når informantene i intervjuene skal forsøke å beskrive nytten av å bruke BHT, så er mange tydelige på at det er vanskelig å si noe konkret om. Enkelte tyr til den kontrafaktiske utviklingen for å illustrere nytte og effekt; hva ville situasjonen på arbeidsplassen vært uten BHT? Dette blir imidlertid spekulasjoner rundt hva som ville vært status for HMS- og arbeidsmiljøarbeidet dersom BHT ikke var involvert:

Samtidig tror jeg bedriften hadde vært lenger fra det som er intensjonen i både arbeidsmiljølov og forskrifter, hvis vi ikke hadde hjulpet dem på veien. Men det ambisjonsnivået er jo ganske høyt i norsk regelverk, og jeg føler jo at vi bistår med å lukke det gapet litt, for det er jo ganske runde formuleringer om tilstrekkelig, egnet og hensiktsmessig. Hva er så det? Der tror jeg noen føler at vi har en nytteverdi. Vi hjelper dem å navigere litt i det landskapet (Fellesordning E, medlemseid)

Du har en utfordring, når du ser at det ikke får en positiv effekt i det hele tatt. Du utfører masse forebyggende tiltak, men får ikke nødvendigvis en reduksjon i sykefravær. Men hvis du ikke hadde jobbet forebyggende, hva hadde skjedd da? Og det er jo en utfordring, for hvis du jobber forebyggende, så er det nettopp for å unngå økning eller forverring. Du forventer jo ikke nødvendigvis å få en kjempeeffekt av en risikovurdering, men hvis du jobber godt med det, så unngår du de negative effektene (Fellesordning B, kommersiell)

Siste uttalelse peker på noe viktig; nemlig at det ikke er alt BHT gjør som det er riktig å forvente skal bidra til bedre helse, økt produktivitet og bedre resultater i virksomhetene. Noen tiltak og intervensjoner handler rett og slett bare om å unngå at en tilstand inntreffer eller forverres, men nytten og effekten av *det* kan være krevende å synliggjøre overfor virksomhetene.

8 Drøfting

De viktigste resultatene fra evalueringen ble gjengitt innledningsvis i rapporten. I dette kapitlet drøfter vi noen av disse resultatene nærmere, og implikasjonene av dem. Vi presenterer også noen anbefalinger for veien videre.

Virksomhetene i spørreundersøkelsen er i stor grad fornøyd med BHTs tjenester

Virksomhetsundersøkelsen, både blant ledere og verneombud, viste at virksomhetene som er tilknyttet BHT i relativt stor grad er fornøyd med tjenestene de mottar. Rundt 60 prosent sa seg enig i at BHT bidrar i utviklingen av virksomhetens HMS-rutiner, og at bruken av BHT har bidratt til å styrke fokuset på arbeidsmiljø. Nesten 70 prosent var enig i at bruken av BHT bidrar til å styrke virksomhetens arbeid med å skape sunne og trygge arbeidsforhold. Resultatene tyder på at mange virksomheter opplever at det er nyttig for dem å bruke BHT, fordi det gjør dem bedre i stand til å møte de forpliktelser de har når det gjelder arbeidsmiljø, HMS og forebygging på arbeidsplassen. På spørsmål om virksomheten ville hatt BHT dersom det ikke var pliktig, svarte 25 prosent "sannsynligvis ikke" eller "helt sikkert ikke". Blant virksomhetene i vårt utvalg ser det dermed i liten grad ut til å være slik at BHT er noe man er tilknyttet – kun fordi det foreligger en plikt til det. Resultatene indikerer heller at mange virksomheter jobber mer systematisk med arbeidsmiljø og HMS enn de ville gjort uten å være tilknyttet en BHT. Så lenge arbeidsgiverne har de forpliktelsene de har iht. arbeidsmiljølov og forskrifter, vil mange virksomheter være avhengig av bistand fra BHT for å kunne imøtekomme kravene.

Som drøftet i metodekapitlet, er det imidlertid en mulighet for at det er en seleksjonseffekt knyttet til næring i virksomhetsundersøkelsen. Vi ser blant annet en tendens til at næringer som tradisjonelt har vært forbundet med risiko, og der HMS-spørsmål må antas å spille en rolle, har en høyere svarprosent enn mange andre næringer (eks: industri, elektrisitets-, gass-, damp- og varmtvannsforsyning, vannforsyning, avløps- og renovasjonsvirksomhet samt transport og lagring). Samtidig så vi at det var en relativt høy svarprosent innen offentlig administrasjon og forsvar, og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning og undervisning. Uansett viser resultatene at det er forskjeller på tvers av bransjer, og at BHT, HMS, risikovurderinger og arbeidsmiljøarbeid er en tematikk som ulike næringer i varierende grad identifiserer seg med. Her ligger også en av de viktigste utfordringene for myndighetene og BHTene fremover. Hvordan skal man klare å tilpasse HMS-tenkningen og det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet til behovene og utfordringene i ulike bransjer? Som vi kommer tilbake til, er regelverkets utforming og ordlyd trolig et viktig moment her.

Det er variasjoner i bruk av BHT på tvers av bransje

De bransjespesifikke BHTene, og den bransjespesifikke tenkningen, er under press fra flere hold. Dette understøttes av flere funn i rapporten. Bransjekunnskap er noe som i relativt liten grad etterspørres av virksomhetene, og det vurderes som mindre viktig enn andre kriterier når virksomhetene skal velge en BHT. Videre viste BHT-undersøkelsen at nær halvparten av BHTene har kunder fra flere næringer i dag enn for noen år siden. Intervjuene bekreftet også at hverdagen handler mye om å sikre en lønnsom drift. For mange BHTer gjøres dette gjennom å ha et stort nedslagsfelt, både geografisk og når det gjelder bransjer. Det er med andre ord flere forhold ved BHT-markedet i dag, spesielt konkurransen om kundene, som gjør at mange opplever det som sårbart og lite strategisk å satse bransjespesifikt. Noen BHTer argumenterte også for at de har en type metodikk og kompetanse i sitt arbeid som har universell gyldighet, og som i liten grad trenger å tilpasses bransjer. Noen mente også at virksomhetsstørrelse er en viktigere markør for HMS- og arbeidsmiljøtilstanden i virksomhetene enn hvilken bransje de er en del av. Eksempelene viser med andre ord at det ikke bare er bransje som brukes for å forstå virksomhetenes utfordringer og behov.

Samtidig viser våre resultater at det er en del forskjeller på tvers av bransje, både når det gjelder bruk av BHT og om denne oppleves å bidra i utviklingen av HMS-rutiner og i arbeidsmiljøarbeidet. Når vi i tillegg vet at plikten til å ha BHT i bestemte bransjer er basert på en erkjennelse av at bransjene er ulike, så skulle

man tro at det å ha god kunnskap om ulike bransjer er viktig for å levere gode og helhetlige tjenester, og at det kan representere et konkurransefortrinn. Forskjellen i resultater på tvers av bransje gjenspeiler trolig det faktum at det *er* forskjeller mellom bransjene når det gjelder arbeidsinnhold, arbeidsbelastning og sykdoms- og skaderisiko. For eksempel fant vi en tendens til at typiske industrinæringer som bergverksdrift og utvinning, industri og elektrisitets-, gass-, damp, og varmtvannsforsyning i større grad var enig i påstanden om at BHT styrker arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsforhold. Videre fant vi at virksomheter innenfor bergverksdrift og utvinning og varehandel, reparasjon av motorvogner i størst i grad bekreftet at BHT bidrar i utviklingen av virksomhetens HMS-rutiner.

Det er ikke overraskende at mer risikoutsatte bransjer har utviklet et tett samarbeid med BHTene i arbeidet med å skape trygge og sunne arbeidsforhold. De mer risikoutsatte bransjene som har erfaring med å bruke BHT i arbeidsmiljøarbeidet, har allerede et godt samarbeid med BHT. Det kan også lettere overføres til nye krav som BHT kan bistå med å fylle. Utfordringen er altså ikke å få de tradisjonelle bransjene til å benytte BHT mer, men heller å få de nye bransjene som ikke har den samme tilknytningen til å etablere et grunnleggende samarbeid med BHTene, basert på de utfordringene som ligger i arbeidsforholdene i disse virksomhetene.

Også når det gjaldt vurderingen av BHTs kunnskap om risikoforholdene i bransjen generelt og i virksomheten spesielt, fant vi relativt klare forskjeller på tvers av næring. Næringer som skilte seg positivt ut på disse spørsmålene var bergverksdrift og utvinning, varehandel og reparasjon av motorvogner samt informasjon og kommunikasjon. Videre fant vi at andelen som helt sikkert eller sannsynligvis ville hatt BHT, selv uten BHT-plikt, var høyest i næringer som informasjon og kommunikasjon (J), jordbruk, skogbruk og fiske (A), bergverksdrift og utvinning (B), elektrisitets-, gass-, damp- og varmtvannsforsyning (D) og varehandel og reparasjon av motorvogner (G). Næring ser dermed ut til å ha betydning for hvor nyttig bruken av BHT oppleves, men dette kan igjen skyldes flere forhold; at virksomheter innenfor disse næringene jobber mye med HMS-spørsmål, og at BHT brukes til nettopp dette. Det kan også handle om at HMS-perspektivet, samt det å jobbe systematisk med HMS og forebyggende arbeidsmiljøarbeid, oppleves som mer relevant av virksomheter i noen bransjer enn andre. Trolig gjenspeiler det også en variasjon med tanke på hvor langt ulike næringer har kommet i å operasjonalisere og tilpasse HMS-begrepet og den forebyggende tenkningen til de aktuelle utfordringene i sin virksomhet.

Individuelle støtte- og mestringssamtaler har blitt et vanlig tilbud i regi av BHT

Flere funn fra intervju og spørreskjemaundersøkelsen viser at individuelle mestrings- og støttesamtaler har blitt en vanlig oppgave for mange BHTer, enten de ivaretar det gjennom egen kompetanse eller ved innleie av eksterne ressurser. Det foregår i det hele tatt mye samarbeid mellom BHTer, psykologer og psykologmiljøer, blant annet for å fylle en etterspørsel etter såkalte individuelle mestrings- og støttesamtaler. Dette fremstår som et tilbud til den enkelte, betalt av arbeidsgiver, der man kan "lette på trykket", enten det er snakk om private eller jobbrelaterte problemer.

Når vi ser hvor vanlig det har blitt å tilby individuelle mestrings- og støttesamtaler på arbeidsplassen i regi av BHT, så dukker følgende spørsmål opp: leveres dette for å svare på et reelt behov, eller har markedet og tilbyderne vært med på å skape dette behovet? Og er det naturlig at BHT driver med dette? Som nevnt peker mange på utfordringer på det psykososiale området, og slike samtaler kan være et egnet virkemiddel for å håndtere dem. I tillegg synes det å være en klar holdning blant mange arbeidsgivere at dette er en mulighet de ansatte skal kunne benytte seg av – uavhengig av om problemet er jobbrelatert eller ikke. Mange arbeidsgivere opplever det nok også som tilfredsstillende å kunne gi de ansatte et konkret og individuelt tilbud.

Problemet slik vi ser det, er at når mange BHTer ender opp med å tilby og formidle til behandling (om det er massasje, fysisk behandling eller individuelle støttesamtaler), så har de fjernet seg en god del fra det som er kjernen i BHTs definerte arbeid, nemlig å bistå i gjennomføringen av kartlegging av arbeidsmiljøet og undersøkelser og vurderinger av risiko. Det er en fare for at mer systemiske årsaker til uheldig belastning på

arbeidsplassen individualiseres når fokuset i stor grad rettes mot å følge opp enkeltindivider – enten det er psykisk eller somatisk. Det kan føre til en mer individrettet jobbing på bekostning av det systemrettede.

Utfordringen blir forsterket av at BHT har taushetsplikt overfor forhold som kommer fram gjennom disse individuelle samtaler, noe som kan hindre at viktige forhold på arbeidsplassen ikke kommer fram til arbeidsgiver, som på sin side har plikt til å handle. Dette kan balanseres noe dersom BHT klarer å jobbe forebyggende med det psykososiale arbeidsmiljøet, for eksempel ved at man klarer å aggregere informasjon fra de individuelle samtaler i situasjoner der flere ansatte peker på de samme forholdene. Videre, dersom man gjennom slike samtaler kommer tidligere i dialog med ansatte som sliter på ulike plan, så kan det brukes til å forebygge sykefravær og mer langvarig utstøting. Likevel er det viktig å holde et øye med denne utviklingen for å unngå at fokuset på individuelle støttesamtaler fører til at viktige arbeidsmiljøutfordringer som bør adresseres på systemnivå, kun blir håndtert på individnivå.

BHTene bør bistå mer med de lovpålagte tjenestene

Resultatene fra BHT-undersøkelsen viste at rundt 40 prosent av BHT-ene mener at de bør bistå kundene mer innenfor lovpålagte tjenester, som informasjon og opplæring i HMS, utvikling av tiltak i virksomhetene og i forbindelse med kartlegging av arbeidsmiljø og risikofaktorer. Resultatene stemmer godt med tallene fra virksomhetsundersøkelsen. Den viste at, til tross godt samsvar mellom behov og tjenesteomfang innen mange lovpålagte tjenester, trengs det fortsatt mer bistand på mange viktige områder. 17 prosent blant de daglige lederne og 27 prosent av verneombudene mente for eksempel at det er behov for mer samarbeid om tiltak som reduserer risiko for helseskade, mens henholdsvis 16 og 25 prosent etterlyste mer bistand til kartlegging av arbeidsmiljø og risikofaktorer. Stort sett fant vi at de tjenestene det etterspørres mer av, er tjenester som må sies å ligge i kjerneområdet for BHT. Resultatene viser dermed at det fortsatt er en vei å gå før BHTene yter lovpålagte tjenester i et omfang som samsvarer med virksomhetenes behov, slik BHT-ene selv vurderer behovet. Gjennom intervjuene og de åpne spørsmålene i spørreskjemaet gis mange forklaringer på hvorfor det er slik. Forklaringer som gikk igjen var kunder som fokuserer på pris, at det er krevende å skape forståelse i virksomhetene for hva de trenger bistand til og at BHTen ofte kobles inn for sent ("brannslukking").

BHTene mener virksomhetene er mest opptatt av pris, men virksomhetene selv mener tilgjengelighet og kompetanse er viktigere

Resultatene fra BHT-undersøkelsen viste at det har blitt mer vanlig med fleksible avtaler der virksomhetene betaler for hver time de benytter seg av. Tidligere var det mer vanlig med en årskontingent beregnet ut fra en fastpris per ansatt. Dette var også mer økonomisk gunstig for BHTene, som kunne levere tjenester innenfor en større ramme, og ikke time for time. Det beskrives en utvikling i retning av sterkere fokus på pris de siste årene, og pris er gjerne den enkeltfaktoren som vipper et offentlig anbud i den ene eller andre retningen. Kommunene beskrives som en aktør som legger spesielt mye vekt på pris i anbudskonkurranser.

Flere BHTer har erfaring med at betaling time for time genererer mye administrativt arbeid, og at virksomhetene blir mer måteholdne i sin bruk av BHT sammenlignet med kontingentavtaler. Det blir også lite forutsigbart for BHTen, både med tanke på det økonomiske, og når det gjelder planlegging og dimensjonering av tjenestene gjennom året. Resultatene fra virksomhetsundersøkelsen bygger opp under dette bildet; andelen som var enig i at BHT bidrar i utviklingen av virksomhetenes HMS-rutiner og dermed bidrar til å styrke fokuset på arbeidsmiljø i virksomheten, var høyere i virksomheter med ekstern, medlemseid BHT og noe lavere blant virksomheter med egenordning. Andelen var også høyere blant virksomheter som betaler en fast sum for en grunnpakke. Også når det gjaldt BHTs bidrag med å skape sunne og trygge arbeidsforhold, var virksomheter med ekstern, medlemseid BHT og virksomheter som betaler en fast sum for en grunnpakke, mer positive. Organisering og finansieringsmodell kan altså spille en rolle for kvalitet og omfang på tjenestene som leveres.

BHTene gir videre uttrykk for at virksomhetens fokus på pris og kostnader representerer en av de fremste barrierene mot en systematisk bruk av BHT. Resultatene fra virksomhetsundersøkelsen støttet imidlertid bare delvis opp om dette; nesten halvparten av virksomhetslederne sa seg helt eller delvis uenig i en påstand om at det er et mål å holde utgiftene til BHT så lave som mulig. Hvor mye virksomhetene bruker på BHT per ansatt varierte også mye fra bedrift til bedrift. For mange ser nærhet, tilgjengelighet og generell kompetanse ut til å være viktigere enn pris når de skal velge leverandør av BHT. At virksomhetene kun er opptatt av å betale minst mulig, er med andre ord en sannhet med modifikasjoner.

Resultatene fra virksomhetsundersøkelsen viste en samvariasjon mellom type avtale og tilfredshet med BHT, ved at de som betaler mest også bruker BHT mest, og er mest fornøyd. Gitt mandatet for BHT, som involverer store og komplekse problemstillinger knyttet til HMS, forebygging, arbeidsmiljø og risikohåndtering på arbeidsplassen, er det sannsynlig at en høyere årskontingent og en relativt fri bruk i større grad bidrar til den nødvendige kontinuiteten og langsiktigheten som et langsiktig arbeid på disse områdene krever. Samtidig kom det gjennom intervjuene frem at mange BHTer nok har nytt godt av romslige avtaler, der mange virksomheter heller ikke har brukt BHTen i det omfang de har betalt for på forhånd. At mange virksomheter nå ønsker billigere og mer fleksible BHT-avtaler, er noe vi kan komme til å se mer av fremover, ikke minst som følge av den konjunkturedgangen enkelte næringer har vært inne i siden sommeren 2014. Samtidig kan slike nedgangstider åpne nye muligheter for BHTene, fordi det trengs rådgivning innen organisasjonsendring, omstilling og nedbemanning. Som våre data viste er dette områder som mange BHTer mener blir viktigere fremover. Det er også et område som BHTene *skal* drive med i henhold til forskriften.⁸

Må se på samsvaret mellom bemanningen i BHT og antall virksomheter og ansatte som betjenes

Et nærmere blikk på dataene fra spørreundersøkelsen blant BHTene viste store forskjeller når det gjelder forholdet mellom størrelsen på BHT og antall virksomheter og ansatte som betjenes. Eksempler på dette ble gitt i kapittel 4, men flere lignende eksempler kunne observeres i dataene. Funnene viser at det i liten grad er noe samsvar mellom størrelsen på BHTen (ansatte og årsverk) og kundemasse (målt både som antall virksomheter og ansatte som dekkes). Eksempelene viser hvor ulikt BHTene innretter seg og driver sin virksomhet, samtidig som de har det til felles at de alle er offentlig godkjente BHTer. Samtidig viser de hvor lite kontroll det er med denne delen av BHTenes virksomhet. Det er ikke noe som regulerer hvor mange kunder man kan levere tjenester til i lys av bemanningen i BHT. Etter vårt syn er det all grunn til å se nærmere på forholdet mellom bemanning og antall virksomheter som betjenes, og hvordan dette eventuelt kan reguleres. Er antallet kunder og ansatte for høyt i forhold til bemanningen, så er det vanskelig å levere gode og helhetlige tjenester. En innvending mot et slikt forslag er imidlertid at virksomhetenes art, størrelse og risikoutfordringer vil variere, noe som kan gjøre det vanskelig å regulere dette på en enkel måte. Vi mener uansett at det er nødvendig å se nærmere på forholdet mellom bemanning og antallet kunder.

En annen utfordring, som flere har tatt opp, er at enkelte fagpersoner, spesielt yrkeshygienikere og leger, selger seg inn hos flere BHTer samtidig, og i en samlet stillingsandel som overstiger 100 prosent. Noen informanter viser også til erfaringer med at enkelte kan ha navnet sitt skrevet inn i søknader fra ulike BHTer – i forbindelse med den samme utlysningen. Vi kjenner ikke til omfanget av dette, men mener uansett det er en praksis man må se nærmere på, fordi det ikke er forenlig med godt faglig samarbeid og helhetlige bedriftshelsetjenester. Etikken i det kan også diskuteres. Det trengs noen begrensninger for hvor mange BHTer man kan selge inn sin kompetanse til samtidig.

⁸ Forskrift om arbeidsgivers bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste og om godkjenning av bedriftshelsetjeneste (§ 4a)

Type betalingsordning og prisfokus kan true BHTs tilgjengelighet

Tall fra virksomhetsundersøkelsen tyder på at eksternt, medlemseid BHT og en fast årskontingent er de ordningene som i størst grad legger til rette for at de ansatte kan ta kontakt med BHT ved behov, uten å avklare med nærmeste leder på forhånd. Virksomheter med eksternt, medlemseid BHT sa seg også i noe større grad helt enig i at BHT har en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål.

En vanlig oppfatning blant de BHTene vi intervjuet var at type betalingsordning har betydning for målet om fri og uavhengig BHT. Resultatene samsvarer med det som kom frem i virksomhetssurveyen, som viste at det er vanskeligere for ansatte å ta direkte kontakt med BHT dersom virksomheten har en avtale der bistand kjøpes time for time. Dersom målet for virksomheten med en slik betalingsordning er å ha kontroll på pengebruken, og det i tillegg kombineres med en praksis der de ansatte må gå via ledelsen for å kontakte BHT, så vil ansattes muligheter til å kontakte BHT på egen hånd, i praksis være ikke-eksisterende. En slik BHT-avtale har liten verdi, og den bryter med prinsippet om at BHT skal være tilgjengelig for både ledere og ansatte. Også spørreundersøkelsen blant BHTene bekrefter at målet om at BHT skal være tilgjengelig for alle i virksomheten, ikke etterlevs i stor nok grad. En ganske stor andel BHTer har kunder der de ansatte ikke fritt kan kontakte BHT.

Mens tilgjengelighet handler om at BHT skal være tilgjengelig for ledelsen, den enkelte ansatte og verneombud i virksomheten, så handler BHTs frie og uavhengige stilling om at BHT skal gjøre seg opp en egen mening i faglige spørsmål, som ikke kan "overprøves" av arbeidsgiver. BHT skal være en rådgiver for ledelsen i virksomheten – men samtidig bistå de ansatte, verneombud og AMU ved behov. Selv om tilgjengelighet og uavhengighet i utgangspunktet reflekterer to ulike sider av BHTs innsats i virksomhetene, så ser vi at det er noen koblinger mellom dem.

Psykososialt arbeidsmiljø og organisasjonsutvikling – områder mange BHTer ønsker å spisse seg på

Et flertall av BHTene i spørreundersøkelsen svarte at de går med tanker om å spisse seg mer faglig fremover. På åpent spørsmål om hva de ønsker å spisse seg på, så var det klart vanligste svaret psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø. Dette beskrives også som det området som er mest i "vekst", og med økende aktualitet i arbeidslivet (stress, mobbing, konflikthåndtering etc.). Utvidelsen av bransjeforskriften i 2010 kan trolig også bidra til å forklare hvorfor det har blitt økt oppmerksomhet rundt det psykososiale området, i og med at næringer som har stress, mobbing, konflikthåndtering og vold og trusler om vold som sine primære arbeidsmiljøutfordringer da ble tatt inn (helse- og sosialsektoren og undervisning). Når det gjaldt begrunnelser og motivasjon for å spisse den faglige profilen, så var økonomiske og strategiske hensyn åpenbart viktig. Mange ser at psykososialt arbeidsmiljø er noe som kommer mer og mer, og det å spisse seg faglig på dette området oppleves som nødvendig for å kunne møte kundenes behov.

Organisasjonsendring og -utvikling var et annet område som mange BHTer ønsker å spisse seg faglig på. Dette ble begrunnet med at det er et viktig felt, og at det er et område som flere ønsker å jobbe mer proaktivt og forebyggende med. Helst ønsker de å bli koblet inn før ledelsen i virksomheten har vedtatt en omstilling. Med økonomisk nedgang og omstilling i enkelte bransjer er det liten tvil om at dette kan være et viktig område for BHT.

Samarbeid og innleie – gjøres for å dekke både lovpålagte og ikke lovpålagte tjenester

Resultatene fra spørreundersøkelsen viste at det er svært vanlig å ha samarbeidsavtale med eksterne aktører. Hele syv av ti BHTer bekreftet at de har slikt samarbeid, og det gjøres for å ivareta både lovpålagte tjenester og tilleggstjenester. Psykologer er den gruppen det er klart mest vanlig å samarbeide med, deretter kommer lege og yrkeshygieniker. Vanlige begrunnelser som oppgis er kostnader, reiseavstander og ønske om å yte en helhetlig service overfor kundene, for eksempel når man ikke dekker alt selv. Praktiske hensyn, tett knyttet til geografiske avstander og hensynet til effektive reiseplaner, gikk også igjen.

Omfanget av samarbeidsavtaler og innleie viser at dette har blitt en vanlig måte å organisere seg på i mange BHTer. Videre finner vi at det er noe alle typer BHT-ordninger benytter seg av, også de interne. Resultatene viste samtidig at samarbeidet virker å være reelt, i den forstand at de ofte har kontakt med samarbeidspartnere. Spørsmålet er hva som ligger i å ha kontakt. Det er en forskjell på å ha kontakt via epost kontra det å treffes fysisk for å jobbe sammen.

Med dagens kompetansekrav og ønsket om at det skal være en god geografisk dekning av BHT i hele landet, er innleie og samarbeid trolig uunngåelig. Nøkkelpotensial kan være umulig å rekruttere mange steder (eks: lege og yrkeshygieniker). I et slikt perspektiv kan innleie og samarbeid både sørge for at en del BHTer i det hele tatt kan eksistere og at de kan levere den bredden i tjenester som forskriften krever. Det skal heller ikke undervurderes at en del BHTer som har hatt det samme personalet gjennom mange år, kan få nye impulser og læring gjennom slikt samarbeid. Samarbeid med eksterne aktører kan med andre ord ha en del positive effekter.

Mange BHTer har erfart at det ikke er nok å tilby kompetanse på de lovpålagte områdene. For å sikre seg kunder må man i økende grad være villig til å tilby noe ekstra. Samarbeid med eksterne gjøres for at BHTene ønsker å gjøre seg mer attraktiv overfor kunder og marked, både for å holde på eksisterende kunder, men også for å tiltrekke seg nye. Samtidig er det åpenbart at samarbeid og innleie også bidrar til å dekke et behandlingsbehov – enten det nå er avtale med lege, fysioterapeut, kiropraktor eller naprapat det er snakk om. En del BHTer er opptatt av å skille mellom forebygging og behandling. Mens det første er noe de driver med, så er det andre noe de henviser til. Selv om de ikke ønsker å levere enkelte tjenester selv, så er de likevel opptatt av å tilby en helhetlig service til sine kunder. Derfor har de ordnet seg med eksterne samarbeidspartnere.

Slik vi ser det er det avgjørende spørsmålet hva det eksterne samarbeidet betyr for kvaliteten på tjenestene og det løpende tverrfaglige samarbeidet i BHTene. Det er derfor viktig at man jobber videre for å følge opp avtaler om samarbeid og innleie, og hvordan de gjennomføres i praksis.

Flere BHTer mener at konkurransen om kundene foregår på skjeve vilkår

I intervjuene pekte flere informanter på at BHTer som er en del av et helsehus eller en medisinsk klinikk, har mulighet til å selge seg inn med lavere priser (og kanskje i realiteten et tap), fordi de tjener det inn på behandlingssiden. Flere var kritiske både til det de opplever som en utvanning av BHTs tjenester, og det de omtalte som en konkurranse på skjeve vilkår. Dersom enkelte aktører tilbyr lavere oppstartspris og kan tillate seg å gå med tap på BHT-virksomheten fordi det tjenes inn gjennom behandling, så minner dette om konkurranse på skjeve vilkår. Siden våre opplysninger om dette er basert på det som kom frem i intervjuene med BHTene, så er det ikke noe vi kan fastslå er tilfelle. Vi mener uansett det er såpass viktig at det bør ses nærmere på.

BHTer som er en del av en medisinsk klinikk har nok kommet for å bli – og det skjerper konkurransen, noe som på mange måter er positivt. Basert på intervjuene er det dessuten liten tvil om at de gjør mye bra, og at de selv opplever å ha en mer tydelig profil utad (helse og livsstil), enn mange av de tradisjonelle BHTene, som har en mer generell profil. Imidlertid er inntrykket blant mange BHT-ansatte at de mer helseprofilerte aktørene fokuserer mye på generelle helsekontroller og behandling. Ved å etablere en BHT-virksomhet, så får de en ny strøm av pasienter fra virksomhetene inn i klinikken. Dette betyr et større pasientgrunnlag for de medisinske klinikkene. Utfordringen er å følge opp at BHTene leverer tjenester i riktig rekkefølge, det vil si at det lovpålagte kommer først. Vi mener det er spesielt viktig at Arbeidstilsynet i sine tilsyn også kontrollerer hvordan virksomhetene bruker BHT. Dersom Arbeidstilsynet finner at BHTens tjenester ikke er forenlig med kravet om en helhetlig og forebyggende bistand i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (jf. arbeidsmiljøloven § 3-3 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kapittel 13), så må det gis tilbakemelding både til BHTen og godkjenningssenheten. Intervjuene med ansatte i Arbeidstilsynet avdekket videre at de selv mener at de bør bli flinkere til å informere virksomhetene om

hvordan BHT kan brukes og hvorfor. Kun 16 prosent av virksomhetene oppga at de har fått veiledning i bruk av BHT i forbindelse med tilsyn.

Overlapp mellom Nav Arbeidslivssenter og BHT, men BHTenes kompetanse er mer spisset

Det er kjent fra tidligere forskning (Ose et al. 2012) at det er overlapp og uklare grenseflater mellom BHT og Nav Arbeidslivssenter. Samtidig kom det frem noen nyanser rundt dette i virksomhetsintervjuene som også demonstrerer det motsatte, nemlig at det er en klar forskjell mellom BHT og Nav Arbeidslivssenter. Dette handler om at mens BHT oppleves å ha en spisset kompetanse, som er mer skreddersydd for den enkelte virksomhet (eks: målinger, eksponering og håndtering av farlige kjemikalier), så beskrives Arbeidslivssenterets kompetanse som mer generell. Nav Arbeidslivssenter har heller ikke kompetanse til å foreta kartlegginger av det fysiske arbeidsmiljøet i en virksomhet. Så lenge arbeidsmiljøregelverket har den utformingen det har, så er det BHTene som innehar den kompetansen som trengs for å gjøre virksomhetene i stand til å oppfylle lovkravene. Nav Arbeidslivssenter er dessuten fortsatt et virkemiddel som er forbeholdt IA-virksomheter, i motsetning til BHT som er en tjeneste som alle virksomheter har tilgang til.

Imidlertid er det liten tvil om at det er en utfordring knyttet til mandatet til de to aktørene. Arbeidslivssenteret kan bistå med å sette gode mål og tiltak for å bedre arbeidsmiljøet i virksomheten, gjennom å styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. I dette ligger det også å håndtere krevende enkeltsaker, drive med forebyggende og helsefremmende arbeid, samt psykisk helse i arbeidslivet. I tillegg tilbys tjenestene gratis. Tilsvarende ser vi av forskriften at BHT skal bistå med løpende kartlegging av arbeidsmiljøet, fremme forslag om forebyggende tiltak og sammen med virksomheten jobbe med tiltak som reduserer risikoen for helseskade, samt bistå med individuell tilrettelegging, herunder deltagelse i dialogmøter og utarbeidelse av oppfølgingsplan (i henhold til arbeidsmiljøloven § 4-6). På disse områdene er det stor grad av overlapp – og vi tror også fremveksten av det psykososiale feltet kan ha bidratt til å øke den konkurransen mellom Arbeidslivssenteret og BHT som mange beskriver, fordi det er et område som ser ut til å falle naturlig innenfor Arbeidslivssenterets oppgaver.

Regelverket fokuserer mye på systemer, rutiner og avvik – behov for å styrke det positive budskapet

I enkelte av BHT-intervjuene ble det problematisert at Arbeidstilsynet, gjennom det regelverket de forvalter, har et for sterkt fokus på regelverk, krav, prosedyrer og avvik og generelt snakker et språk som kan virke fremmedgjørende på virksomhetene. Det egentlige hovedmålet med all innsatsen på området, som er et sunt og positivt arbeidsmiljø, havner fort i skyggen av alt fokuset på å regulere, rapportere, lukke avvik og å revidere internkontrollsystem etc. Vi ser også at en del BHTer har en veldig teknisk-instrumentell tilnærming til nytteverdien av sin egen innsats. For disse handler nytteverdien først og fremst om å bistå virksomhetene med å få papirene, permene og systemene i orden.

En utfordring er at regelverket innen arbeidsmiljø og HMS-området springer ut av behovene i industrien og oljenæringen. Stadig flere arbeidsplasser, også innenfor industri og bygg og anlegg, har de siste par tiårene fått endret sine arbeidsoppgaver og måter å gjøre ting på, blant annet som følge av ny teknologi og automatisering. Dessuten førte utvidelsen av bransjeforskriften i 2010 til at en rekke nye næringer fikk BHT-plikt, næringer som har et helt annet innhold og risikoprofil enn andre næringer så som helse og sosialsektoren, frisører, fiskeoppdrett og klekkerier, gjenvinningsbransjen, vaktjenester, undervisningssektoren og kraft- og vannforsyning. Næringene er ulike i innhold, utfordringer og behov. Derfor vil vi hevde at det trengs en mer spesifikk forståelse av hva HMS skal bety i de ulike bransjene. Mange bransjer har ikke kommet langt når det gjelder å definere HMS og forebyggende arbeidsmiljøarbeid ut fra sine behov og utfordringer. En annen utfordring med BHT-plikten er at den blir litt grovmasket fordi den ikke tar høyde for at det kan være store forskjeller på virksomheter også innenfor enkeltbransjer. Virksomheter med vidt forskjellig risikoprofil skal implementere og operasjonalisere det samme regelverket.

Når en del ansatte i BHT synes at HMS-begrepet er problematisk og gammeldags, så er det heller ikke rart at det er krevende å forstå for arbeidsgiverne. En må komme bort fra at det er et regelverk som må etterleves fordi virksomheten er pålagt det, til heller å bli et regelverk som støtter opp under virksomhetsutvikling og arbeidet med å få til sunne arbeidsplasser. Kanskje representerer HMS-begrepet en barriere i seg selv? At det er behov for å gjøre innholdet i regelverket mer relevant i ulike bransjer, for eksempel gjennom å konkretisere kravene mer opp mot de ulike bransjene fremstår i hvert fall som klart.

Godkjenningsordningen – tanken er god, men mye misnøye med utslagene ordningen har fått

Hensikten med godkjenningsordningen er å "sikre at bedriftshelsetjenestene har tilfredsstillende ressurser, kompetanse, kvalitet og fagutvikling, slik at de kan bistå virksomhetene i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet". Det er en klar tilbakemelding på tvers av ulike datakilder at ordningen burde vært praktisert strengere. Blant BHTene er det en utbredt oppfatning at det er for lett å komme under unntaksbestemmelser, og at det er for lett å ordne seg gjennom innleie eller samarbeidsavtaler – også på fagområder som er viktig for utøvelsen av lovpålagte tjenester.

Andelen BHT-ledere som mener at godkjenningsordningen har bidratt til økt faglig kvalitet i egen BHT og i BHT generelt, lå på rundt 60 prosent (helt eller delvis enig). Videre mente om lag 45 prosent at godkjenningsordningen gir for svake insentiver til å bygge en kompetanse som går ut over minimumskravene i forskriften. Selv om mange mener at det er positivt å ha en slik ordning, så ble det pekt på flere utfordringer: Det er manglende samsvar mellom krav til kompetanse og antall kunder og ansatte som betjenes, det er vanskelig for godkjenningsenheten å følge opp godkjente BHTer på en systematisk måte, og det er for lett å komme seg rundt godkjenningskravene. Mange ga også uttrykk for at de synes det er urimelig at BHTer som er bygd opp som kjeder, med underenheter flere steder, kun trenger å bli godkjent på ett sted.

Dagens praksis for godkjenning av BHT må åpenbart ses i sammenheng med det regelverket som ligger til grunn, som blant annet åpner opp for samarbeid med eksterne aktører. Det er en utfordring med dagens regelverk at vurderingene av samarbeid, helhetlige tjenester, tverrfaglighet og kvalitet i en eller annen grad er nødt til å bli en skjønnsmessig vurdering, basert på den dokumentasjon som foreligger og de drøftingene godkjenningsenheten gjør internt. Dette kom frem i intervjuet vi gjennomførte med godkjenningsenheten. Etter vårt syn er det behov for en gjennomgang av kravene i forskriften, for å se på mulighetene for konkretisering – eller om noen av kravene bør justeres eller endres.

Ser vi resultatene fra BHT-undersøkelsen og intervjuene i sammenheng, så er det liten tvil om at mange har en oppfatning av at godkjenningsordningen slik den er innrettet i dag ikke fungerer godt nok med tanke på å sikre at BHTene har de ressurser og den kvalitet som trengs for å kunne bistå virksomhetene i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Spesielt tydelig er tilbakemeldingene på spørsmålet om at kravene til kompetanse og stillingsandeler i større grad burde gjenspeile hvor mange virksomheter og ansatte BHT faktisk leverer tjenester til. Rundt 63 prosent av BHT-lederne var av en slik oppfatning.

Interne BHTer står overfor mange av de samme utfordringene som andre BHT-ordninger

Intervjuene som ble gjennomført med de to interne BHTene synliggjorde at interne BHTer kan ha en rekke fordeler i sitt arbeid, sammenlignet med eksterne, kommersielle BHTer. Det ble pekt på at interne BHTer har en nærhet til, og kunnskap om både virksomhet og bransje. Videre oppleves det som en fordel å ha noen grunnleggende rutiner og verktøy som de deler med resten av virksomheten. Resultatene fra virksomhetssurveyen og BHT-kartleggingen viste imidlertid at interne BHTer ser ut til å stå overfor mange av de samme utfordringene som andre typer BHTer.

Blant de virksomhetene som har gått fra intern til ekstern BHT, var det en langt høyere andel som var mer fornøyd enn mindre fornøyd med den nye BHTen. Kun de færreste virksomhetene virket å angre på at de hadde avvirket den interne BHTen. Videre bekreftet svarene på spørsmål om BHTs tilgjengelighet ("de

ansatte kan ta kontakt med BHT uten å avklare med nærmeste leder på forhånd" og "BHT er tilgjengelig for de ansatte etter behov") at de interne BHTene ikke utmerket seg med spesielt god tilgjengelighet. I tillegg viste spørsmålet om BHT har en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål, at interne ordninger ikke var assosiert med en spesielt uavhengig stilling.

Nærhet til både virksomhet og bransje er et annet fortrinn som ofte fremheves ved de interne BHTene. Våre resultater viste imidlertid at virksomheter med intern BHT var de som i minst grad var enig i at deres BHT har god kunnskap om risikoforholdene i bransjen og i virksomheten.

Alt i alt finner vi at de interne BHTene står overfor mange av de samme utfordringene som andre typer BHTer gjør, knyttet til ressurser, kompetanseutvikling, synlighet i organisasjonen og utfordringer med å få gjennomslag for en forebyggende tenkning når det gjelder HMS og arbeidsmiljø. Resultatene fra BHT-kartleggingen viste at opplevelsen av å jobbe "i etterkant" er relativt utbredt blant interne BHTer. Interne BHTer må også være bevisst på å ikke komme for tett på ledelse og stab. Det er derfor viktig med tydelige avklaringer rundt hva som skal være BHTs oppgaver og hvilke oppgaver som skal ligge hos HMS- og HR-funksjonene i virksomheten.

Må se på andre løsninger for de små virksomhetene

Vi ser ellers at det er grunnlag for å tenke annerledes når det gjelder små virksomheter og bruk av BHT. For BHTene er det lite å hente økonomisk på de små virksomhetene, og selv ser de ikke behovet for å være tilknyttet en BHT fordi de er så små. Mye tyder på at mange virksomheter i denne gruppen ikke har avtale med BHT, og det er lite realistisk å tro at alle små virksomheter kommer til å inngå egne avtaler med BHT selv om de har plikt til det. En mulig strategi for denne gruppen er å tenke mer i retning av "fellesløsninger", der man for eksempel samler virksomheter innenfor et område for å gi dem felles opplæring i temaer som er viktig for det de driver med. For at dette skal være et målrettet og nyttig tilbud må det imidlertid være basert på en vurdering av at virksomhetene har utfordringer og risikofaktorer som de trenger bistand til å håndtere. Kanskje kan dette organiseres i form av bransjevisse seminarer, der budskapet er spisset mot den aktuelle bransjen. I intervjuene med BHTene hørte vi eksempler på at dette er noe som gjennomføres allerede, og at det er en måte å nå ut til små virksomheter som ellers ikke vil ha noe med BHT å gjøre.

En annen mulighet er å innføre en ordning med refusjon for bruk av BHT som skal dekke virksomhetenes utgifter til bruk av BHT i en tidlig fase. Dette vil kunne bidra til at virksomhetene i større grad kommer forbi den usikre oppstartsfasen, ved at insentivene for å bli kjent med BHTen og sette av tid til dette endres. En slik ordning kan bidra til å lette oppstartsfasen og fungere som en stimuli for at virksomhetene skal komme forbi barrieren med at de ikke ser behovet, og derfor velger å gå for en minimumsløsning eller ingen BHT i det hele tatt. Dette kan være spesielt relevant for små virksomheter, hvorav mange ikke har BHT, selv om de har plikt til det. For denne gruppen med virksomheter hjelper det lite at man har en refusjonsordning for bruk av BHT som er forbeholdt IA-virksomheter, når vi vet at andelen IA-virksomheter er lavest i denne gruppen.

Det kan også stilles spørsmål ved hvorfor det fortsatt er slik at refusjon for bruk av BHT er forbeholdt IA-virksomheter. I dag er det slik at BHT-refusjon blir gitt til IA-virksomheter som har utgifter til bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste i forbindelse med tidlig avklaring, oppfølging eller tilrettelegging for arbeidstakere som står i fare for å bli, eller allerede er sykmeldt. Videre gis det i forbindelse med kartlegging av risikofaktorer og utredning av behov for forebygging og tilrettelegging av arbeidsplassen, slik at ansatte med nedsatt funksjonsevne kan beholde eller komme tilbake til arbeid. Dette er utfordringer som alle virksomheter har, og kostnader ved bruk av BHT burde dekkes, uavhengig av om virksomheten har IA-avtale eller ikke. Spesielt for mindre virksomheter vil dette være et positivt virkemiddel.

Det må jobbes mer med å definere hva BHT-faget skal være

Et innspill som kom opp i BHT-intervjuene var at det ikke er tydelig nok hva som skal være den felles faglige plattformen for de som jobber i BHT. Samtidig er det blant flere en opplevelse av at det egentlige

BHT-faget utfordres av markedet, hensynet til økonomi og drift og en generell *individualisering* av tjenestetilbudet gjennom et styrket fokus på helse, folkehelse, behandling, trening og kosthold. Flere mener altså at den faglige kjernen og plattformen er uavklart. Det at man ikke er pålagt noen kurs eller sertifisering om man skal jobbe i BHT, bidrar heller ikke til å styrke den faglige identiteten og bevisstheten.

Dersom det ikke gjøres en jobb fremover med å tydeliggjøre BHT-faget, så er det en fare for at BHT vil fjerne seg mer og mer fra det som er intensjonen med ordningen. Den faglige diskusjonen av hva som skal ligge i BHT-faget fremover bør derfor, etter vår mening, intensiveres. En slik diskusjon ble etterlyst fra BHT-ansatte, både i intervju og spørreskjema. Det overordnede spørsmålet som bør løftes fram i en slik faglig diskusjon er følgende: Hvilke faglige perspektiver og metoder er det *alle* BHTer skal ha til felles? Den klare tilbakemeldingen her er at det er arbeidsmiljøloven som må danne utgangspunktet og rammeverket for BHTs arbeid.

Mangelen på en felles faglig bevissthet henger trolig også sammen med at videreutdanningstilbudet for personer som har jobbet i BHT en del år, blant en del oppleves å være for dårlig. Selv om alle profesjonsgrupper gjerne har egne muligheter for spesialisering og videreutdanning, så etterlyses det et kurs- og utdanningstilbud som er felles for ansatte som jobber i BHT. Kompetansen oppleves i dag å være veldig låst til de ulike profesjonene.

Selv om godkjenningsordningen skal innebære en kvalitetssikring av BHTene ut fra kompetanse og tverrfaglighet, så bør man også se nærmere på om det ikke bør innføres en form for sertifisering for å kunne starte opp en BHT. Kanskje bør det innføres tydeligere (og obligatoriske) krav til opplæring og kursing i arbeidsmiljø og HMS for å styrke den felles fagligheten, og for å unngå at den enkelte kun jobber ut fra sin egen fagbakgrunn.

Kontrollerte studier nødvendig for å finne ut mer om effekten av BHT på arbeidsplassen

Som redegjort for innledningsvis, har vi ikke i denne evalueringen hatt som mål å identifisere effekter av bruken av BHT. Verken data eller design har gitt anledning til det. Det store spørsmålet når det gjelder bruken av BHT, nemlig hva som er *effekten* av ordningen, står dermed fortsatt ubesvart. For å komme nærmere svaret på dette spørsmålet, trengs det en randomisert kontrollert studie, som gjør det mulig å måle effekten av en intervensjon (bistand fra BHT) på en gruppe virksomheter, mens en annen gruppe med virksomheter fungerer som en kontrollgruppe. Det er en krevende øvelse, men kun på denne måten kan man komme nærmere svaret på spørsmålet om BHT har en effekt på ulike parametere i virksomhetene.

9 Konklusjon

Prosjektet har hatt følgende hovedproblemstilling: I hvilken grad yter bedriftshelsetjenesten i Norge tjenester som er tilpasset virksomhetenes behov, og som er innenfor de kravene som er definert i lovverket? Resultatene viser at det er et relativt godt samsvar mellom de behovene virksomhetene har på mange av de lovpålagte områdene og det omfanget tjenestene leveres i. Vi finner at både virksomhetene og BHTene vurderer samsvaret som best for flere av de lovpålagte tjenestene. Et flertall av virksomhetene oppgir i tillegg at BHT bidrar i utviklingen av virksomhetenes HMS-rutiner, til å styrke fokuset på arbeidsmiljø i virksomheten og til å styrke arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsforhold. I de virksomheter hvor BHT yter tjenester som er tilpasset virksomhetenes behov og som samtidig er i samsvar med regelverket, vil BHT fungere som et treffsikkert virkemiddel på HMS- og arbeidsmiljøområdet. Resultatene fra virksomhetsundersøkelsen viser at dette i en eller annen grad er tilfellet for en ganske stor andel av virksomhetene i spørreundersøkelsen. I disse virksomhetene bistår BHTene arbeidsgivere og arbeidstakere på en måte som er i tråd med regelverket. Funnene tyder på at virksomhetene gjør en bedre jobb når det gjelder HMS og arbeidsmiljø enn de ville gjort uten BHT.

Noe av det viktigste som fremkommer i rapporten er at det er forskjeller på tvers av bransje, både når det gjelder bruk av BHT, og om denne oppleves å bidra i utviklingen av HMS-rutiner og i arbeidsmiljøarbeidet. Forskjellene mellom bransjer gjenspeiler for det første at det *er* forskjeller mellom dem når det gjelder arbeidsinnhold, arbeidsbelastning og sykdoms- og skaderisiko. Dette fører også til at det jobbes ulikt med denne typen problematikk, og tilsvarende oppleves også relevansen og nytteverdien av BHT som et virkemiddel ulikt. En del næringer utmerket seg på flere av spørsmålene (enten i den ene eller andre retningen), og det indikerer at behovene, utfordringene og risikobildet varierer på tvers av næring.

En av de største utfordringene fremover blir dermed å klare å definere og operasjonalisere HMS og forebyggende arbeidsmiljøarbeid på en måte som oppleves som relevant og nyttig i alle næringer. Spesielt viktig er dette for mange av de nye næringene som fikk BHT-plikt i 2010, hvorav flere har et annet risikobilde og andre behov enn det vi finner i mange andre næringer. Hvorvidt dagens regelverk i for stor grad retter oppmerksomheten mot prosedyrer, systemer og avvik – på bekostning av det grunnleggende, som handler om et sunt og positivt arbeidsmiljø – er også et spørsmål som må diskuteres i en slik sammenheng.

10 Referanser

Arbeidstilsynet (2015). *Årsrapport*.

Arbeidstilsynet (2016). *Godkjent bedriftshelsetjeneste – en god hjelper for din bedrift*. Arbeidstilsynets publikasjoner best.nr. 578.

Bjørnstad, O, A Lie, K Sletmo og S Høiback (2009). *Bedriftshelsetjenestens rolle og innsats i virksomhetene*. STAMI-rapport 10 (3). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.

Holte, KA, T Lie og C Bratt (2013). *Bedriftenes behov og bruk av bedriftshelsetjenesten*. IRIS-rapport 2013/129. Stavanger: IRIS Samfunnsforskning.

Karlsen GR. (2010). *Det regulerte arbeidsmiljø: implementering av HMS i et differensiert organisasjonslandskap*. Oslo: Universitetsforlaget

Lie, A og O Bjørnstad (2015). *Kvalitet i bedriftshelsetjenesten*. STAMI-rapport 16 (1). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt

Lie, T, JE Karlsen og JE Tharaldson (1999). *Evaluering av verne- og helsepersonale i virksomhetene*. RF-1999/007. Stavanger: Rogalandsforskning.

Lie, A, O Bjørnstad og IH Gudding (2011). *Kvalitet i bedriftshelsetjenesten*. STAMI-rapport nr. 4. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.

Ose, SO, AM Bjerkan, I Pettersen, KG Hem, A Johnsen, J Lippestad, B Paulsen, TO Mo og PØ Saksvik (2009). *Evaluering av IA-avtalen (2001-2009)*. SINTEF-rapport A11947. Trondheim: SINTEF.

Ose, SO, SL Kaspersen, S Haus-Reve, R Mandal R, H Jensberg og J Lippestad (2012). *Sykefravær – gradering og tilrettelegging*. SINTEF-rapport A223973. Trondheim: SINTEF.

Ose, SO, K Dyrstad, R Slettebak, J Lippestad, R Mandal, I Brattlid og H Jensberg (2013). *Evaluering av IA-avtalen (2010-2013)*. SINTEF-rapport A24444. Trondheim: SINTEF.

Ose, SO, K Dyrstad, I Brattlid, R Slettebak, H Jensberg, R Mandal, J Lippestad og I Pettersen (2013). *Oppfølging av sykmeldte -fungerer dagens regime?* SINTEF-rapport A24297. Trondheim: SINTEF.

.



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no