

Hva bør skje med BHT?

– En fremtidsrettet bedriftshelsetjeneste med fokus på kjerneoppgaver

Rapport fra en uavhengig ekspertgruppe
25. mai 2018



Til Arbeids- og sosialdepartementet

Arbeids- og sosialministeren besluttet på nyåret 2017 å sette ned en ekspertgruppe for å gjennomgå og vurdere bedriftshelsetjenesten i Norge. Arbeidsmiljøloven har en bestemmelse om bruk av bedriftshelsetjeneste som et særskilt virkemiddel i det helsefremmende og forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i virksomheter med særlig risikofylt arbeidsmiljø.

Mandatet sier at det fortsatt skal være et krav om at virksomheten må innhente råd og bistand til helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Ekspertgruppen er bedt om å vurdere hvorvidt gjeldende bedriftshelsetjenesteordning fungerer etter hensikten, og om det er en treffsikker og målrettet ordning. Ekspertgruppen er bedt om å vurdere hvorvidt virksomhetenes behov for bistand på arbeidsmiljøfeltet ivaretas på en tilstrekkelig måte og om kvaliteten på tjenestene er god nok. Ekspertgruppen er på denne bakgrunn bedt om å skissere og vurdere ulike modeller som alternativer til dagens bedriftshelsetjenesteordning. Ekspertgruppen er bedt om blant annet å foreslå en forenklet og målrettet modell som er i tråd med lovgivers intensjon, men med en mer effektiv ressursbruk.

Ekspertgruppen har innhentet fakta og kunnskap på området og sett på erfaringer i andre land. Det er blitt avholdt en rekke innspillmøter med sentrale aktører på feltet som har gitt viktig underlagsinformasjon for ekspertgruppens arbeid, og vi har brukt god tid på å innhente informasjon innledningsvis i arbeidet. Det er også blitt bestilt to uavhengige rapporter fra Ipsos og Oslo Economics for å skaffe til veie ekstra kunnskapsgrunnlag på feltet, og som er blitt lagt til grunn for ekspertgruppens vurderinger.

Ekspertgruppen har med støtte i den internasjonale kunnskapsfronten vurdert de vanligste hovedmodellene for innretning av BHT-ordninger sett opp mot norske forhold. For den hovedmodellen som er blitt vurdert som mest relevant og effektiv for Norge, sett i lys av både behov, kvalitet og kostnader, er det blitt utarbeidet forslag til tre varianter med kontrast. Vi mener dette i sum burde utgjøre et godt faglig underlagsmateriale for gode beslutningsprosesser videre gjennom dialog med arbeidslivets parter og andre interessenter.

Dagens bedriftshelsetjenesteordning i Norge fremstår som blant de beste ordningene internasjonalt. Ekspertgruppen mener like fullt at det foreligger et betydelig forbedrings- og effektiviseringspotensial, først og fremst knyttet til innretning på tjenestene med fokus på risikoutløste kjerneoppgaver innenfor arbeidsmiljøet, og virksomhetenes bestillerkompetanse på BHT-tjenester. Videre bør myndighetene være tydelige på BHT-ordningens intensjon, innhold og nytteverdi. Dette vurderes som viktig for Norge i en tid hvor arbeidslivet er i endring og arbeidsmiljøforhold så langt har utgjort et norsk konkurransefortrinn som bør søkes opprettholdt.

Ekspertgruppen har hatt den glede av å ha et solid sekretariat i ryggen, som på en forbilledlig måte har lagt til rette for vårt arbeid fra start til mål. Vi er imponert over arbeidet sekretariatet har nedlagt og er svært takknemlige for dette.

Vi takker Arbeids- og sosialdepartementet for oppdraget, og legger med dette frem vår rapport.

Oslo 25. mai 2018

Pål Molander
leder

Hege R. Eriksen
Ken Sletmo

Astrid L. Grasdal

Jens Jensen

Tanya Marie Samuelsen
sekretariatsleder
Synne Dokka
Sture Len Bye

Innhold

1	Sammendrag og oversikt over rapporten	7
1.	Sammendrag	9
2.	Oversikt over rapporten	10
2	Bakgrunn	13
3.	Kort beskrivelse av status og utvikling på arbeidsmiljøfeltet	14
3.1	Det norske arbeidsmarkedet	14
3.2	Nye eller forventede utviklingstrekk i arbeidslivet	15
3.3	Arbeidsmiljøtilstanden i Norge	16
3.4	Arbeidsmiljø som virkemiddel i arbeidslinja	17
3.5	Kort om sammenhengen mellom arbeidsmiljø og produktivitet	19
3.5.1	Innvirkning på virksomhetsnivå	20
3.5.2	Innvirkning på samfunnsnivå	20
4.	Aktørene på arbeidsmiljøområdet	21
4.1	Virksomhetene	21
4.2	Myndighetene	22
4.3	Bedriftshelsetjenesten	24
4.4	Konsulenter	24
5.	Kort beskrivelse av dagens bedriftshelsetjenesteordning – rammebetingelser	25
5.1	Lov og forskrift mv.	25
5.2	Kort beskrivelse av utviklingen av BHT i Norge	28
5.3	Kjernevirksomheten i dagens BHT	30
5.4	Rammebetingelser	31
6.	Tilsyn og veiledning fra Arbeidstilsynet	33
6.1	Forebyggende arbeidsmiljøarbeid	33
6.2	Tilsyn	33
6.2.1	Hva kontrolleres?	34
6.2.2	Spørsmål om bedriftshelsetjeneste under tilsyn	34
6.2.3	Tilsyn i perioden 2013 til 2016	34
6.2.4	Tilsyn med tilknytning og bruk av BHT	34
6.2.5	Tilsyn med pliktige og ikke-pliktige virksomheter	35
6.2.6	Virksomhetens størrelse	35

7. Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse ved STAMI	36
8. Utredninger om BHT	38
8.1 Evaluering av bedriftshelsetjenesten – SINTEF-rapport	38
8.1.1 Innledning	38
8.1.2 BHT-plikt og tilknytning blant virksomhetene	38
8.1.3 Kontakt mellom BHT og virksomhetene	38
8.1.4 Kompetanse	39
8.1.5 Kvalitet og effekt av BHT	40
8.1.6 Tilsyn	41
8.1.7 Godkjenningsordningen	41
8.1.8 Kostnader	41
8.2 Bedriftshelsetjenesteordningen – pris og kontakt – rapport fra Ipsos	42
8.2.1 Innledning	42
8.2.2 Kostnader	42
8.2.3 BHTs kontakt med virksomhetene	43
8.2.4 Lovpålagte versus ikke-lovpålagte tjenester	44
8.3 Samfunnsnyttan av bedriftshelsetjenesten – rapport fra Oslo Economics	44
8.3.1 Innledning	44
8.3.2 Kostnader ved ikke-optimalt arbeidsmiljø	45
8.3.3 Kostnader ved og nyttevirkninger av BHT-ordningen	47
9. BHT-ordninger i andre land	50
9.1 Sverige	50
9.1.1 Lov og forskrift	50
9.1.2 Utviklingen i bransjen	50
9.2 Danmark	51
9.2.1 Lov og forskrift	51
9.2.2 Utviklingen i bransjen	52
9.3 Finland	53
9.3.1 Lov og forskrift	53
9.3.2 Utviklingen i bransjen	53
9.4 Nederland	54
9.4.1 Lov og forskrift	54
9.5 Kort beskrivelse av BHT i enkelte andre land	54
10. Kort beskrivelse av ulike modeller for organisering av bedriftshelsetjenesten	57
10.1 Hovedmodeller	57

11. Innspill fra sentrale aktører	59
11.1 Innledning	59
11.2 Innspill fra arbeidstakerorganisasjonene	59
11.3 Innspill fra arbeidsgiverorganisasjonene	60
11.4 Innspill fra profesjonsforeningene	61
11.5 Innspill fra BHT-bransjen	61

3 Ekspertgruppens vurderinger **63**

12. Hvordan fungerer bedriftshelsetjenesteordningen i Norge?	64
12.1 Ekspertgruppens overordnede vurderinger	64
12.1.1 Innledning	64
12.1.2 Styrker ved dagens bedriftshelsetjenesteordning	64
12.1.3 Svakheter ved dagens bedriftshelsetjenesteordning	66
12.1.4 Uklarheter i regelverket mv.	69
12.1.5 Manglende rød tråd i BHT-ordningen?	71

4 Ekspertgruppens forslag **75**

13. Ekspertgruppens forslag til ulike modeller	76
13.1 Innledning	76
13.2 Forsikringsbasert modell	77
13.2.1 Innledning	77
13.2.2 Virkemidler i en lovbasert forsikringsordning	78
13.2.3 Vurdering	79
13.3 Markedsbaserte modeller	79
13.3.1 Markedsmodell	79
13.3.2 Blandet modell	80
13.3.3 Vurdering – markedsmodell	81
13.3.4 Vurdering – blandet modell	82
13.4 Partsbasert modell	83
13.4.1 Innledning	83
13.4.2 Vurdering	83
13.5 Lovbasert modell	84
13.5.1 Innledning	84
13.5.2 Vurdering	84
13.5.3 Generelle virkemidler i en lovbasert BHT-modell	85
13.5.4 Forslag til ulike varianter av en lovbasert BHT-modell	102
13.5.5 Oppsummerende vurdering av BHT-modeller og varianter	110

13.6	Økonomiske og administrative konsekvenser	114
13.6.1	Virksomheter som er omfattet og antall ansatte	114
13.6.2	Tydeliggjøre kjernevirksomheten i BHT	115
13.6.3	Kunnskapsbasert BHT-tjeneste og bransjespesifikke risikoguides	116
13.6.4	Kompetanse- og opplæringskrav	116
13.6.5	Særlige tiltak overfor små virksomheter	116
13.6.6	Risikoutløste tjenester og spesifiserte fakturaer	117
13.6.7	Endring av Godkjenningens mandat og kontrolloppgaver	118
13.6.8	Kompetansekrav hos BHT-personell	118
13.6.9	Innføring av rapporteringsplikt	118
13.6.10	Standardkontrakter og innkjøpsveiledere	118
13.6.11	Bransjeforening for BHT	119
13.6.12	Økt tilsynsaktivitet	119
13.6.13	Potensial for mindre forebygging	119
13.6.14	Nytte for virksomheter og samfunn	119

Sammendrag og oversikt over rapporten

1



1. Sammendrag

I denne rapporten oppsummerer ekspertgruppen sine vurderinger av bedriftshelsetjenesteordningen i Norge, og foreslår mulige innretninger på en fremtidsrettet og revitalisert ordning. Ekspertgruppen er bedt om å foreslå forskjellige modeller for dette som grunnlag for departementets videre arbeid med saken. Ekspertgruppen har derfor belyst en forsikringsbasert, en markedsbasert, en partsbasert og tre varianter av en lovbasert modell, i lys av norske forhold og behov. Det har vært et mål å bidra til en enklere og mer effektiv og treffsikker innretning på bedriftshelsetjenesten, uten at dette skal gå på bekostning av tjenestekvalitet og et mål om at Norge skal opprettholde sin attraktive posisjon i den internasjonale arbeidsmiljøfronten i fremtiden.

Til tross for at den norske bedriftshelsetjenesteordningen vurderes som en av de bedre ordningene internasjonalt, og hvor mye fungerer godt, er det utfordringer særlig knyttet til innretning på deler av tjenestene og lav bevissthet på dette sett opp mot myndighetenes risikobaserte intensjon med ordningen. Denne lave bevisstheten synes å foreligge både i deler av bedriftshelsetjenesten og hos kundene, og kaller på tiltak som i sum skal bidra til mer treffsikre og kostnadseffektive tjenester. Dette er svært viktig da den norske velferdsmodellen med rette legger opp til at arbeidslivet skal ta et stort ansvar på arbeidsmiljøområdet, og fordi gode arbeidsmiljøforhold er et norsk konkurransefortrinn i en stadig mer globalisert verden.

Ekspertgruppens vurderinger av modeller og varianter, supplert med forslag til overgripende tiltak, er vurdert i lys av å skape en mer treffsikker innretning på ordningen. Ekspertgruppens hovedvurdering er at en lovbasert tilnærming står seg best opp mot norske behov og forhold, og at en slik modell kan innrettes på et stort antall måter med kombinasjoner av virkemidler. Selv om intensjonen med, og utfallet av, forskjellige varianter kan være sammenfallende, er det store økonomiske og administrative forskjeller mellom ulike innretninger. Ekspertgruppen har søkt å belyse dette ut fra både kvalitet, effektivitet og økonomiske forhold, for å legge best mulig til rette for en god beslutningsprosess på dette området. Ekspertgruppen fremmer videre forslag om en særskilt ordning for små virksomheter.

2. Oversikt over rapporten

Rapporten er inndelt i fire hoveddeler.

Del I Innledning

I kapittel 1 *Sammendrag* gis en oversikt over ekspertgruppens vurderinger og forslag.

Kapittel 2 *Oversikt over rapporten* er tatt med for å gi en kort oversikt over rapportens innhold og gjøre det enklere å finne frem til de ulike punktene i utredningen.

Del II Bakgrunn

I kapittel 3 *Kort beskrivelse av status og utvikling på arbeidsmiljøfeltet* gis det et overblikk over det norske arbeidsmarkedet samt nye eller forventede utviklingstrekk i arbeidslivet. Det redegjøres for arbeidsmiljøtilstanden i Norge og arbeidsmiljø som virkemiddel i arbeidslinja. Det beskrives videre kort om sammenhengen mellom arbeidsmiljøinnsats og produktivitet, både på virksomhets- og samfunnsnivå.

I kapittel 4 *Aktørene på arbeidsmiljøområdet* gis det en oversikt over aktørene og hvilken rolle disse har i arbeidsmiljøarbeidet. Aktører i den enkelte virksomhet som beskrives er arbeidsgivere, HMS-avdelinger, arbeidstakere og deres representanter som verneombud, arbeidsmiljøutvalg og tillitsvalgte. Myndighetsaktører som beskrives er Arbeidstilsynet, Petroleumstilsynet, Godkjenningssenheten for BHT, STAMI og NAV Arbeidslivssenter. I tillegg gis det en kort omtale av bedriftshelsetjenesten og konsulenter.

I kapittel 5 *Kort beskrivelse av bedriftshelsetjenesten – rammebetingelser* gis det en oversikt over aktuelle lovbestemmelser, forskrifter, internasjonale avtaler og tariffavtaler. Det gis en kort beskrivelse av utviklingen av BHT i Norge og kjernevirksomheten i dagens BHT. Videre gis det en oversikt over rammebetingelser for BHT, herunder ulike måter å organisere BHT på (intern eller ekstern BHT), bedriftshelsetjenestens frie og uavhengige stilling, og legers taushetsplikt og meldeplikt om arbeidsrelatert sykdom mv.

Kapittel 6 *Tilsyn og veiledning fra Arbeidstilsynet* redegjør for tilsynets generelle arbeid med det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, og det vises til at dette har vært og er grunnbjelken i etatens innsats. Det gis en oversikt over tilsyn, hva som kontrolleres og hvilke spørsmål som stilles knyttet til bedriftshelsetjenesten. Det gis videre en oversikt over tilsyn med tilknytning og bruk av BHT, tilsyn med pliktige og ikke-pliktige virksomheter, og hvordan slike BHT-tilsyn varierer med virksomhetens størrelse.

Kapittel 7 *Det nasjonale overvåkingssystemet for arbeidsmiljø og -helse ved STAMI* gir en oversikt over arbeidet Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) ved STAMI gjør for å systematisere, produsere og formidle kunnskap om arbeidsmiljø og -helse.

I kapittel 8 *Utredninger om BHT* gjennomgås rapportene «Evaluering av bedriftshelsetjenesten» fra SINTEF, «Bedriftshelsetjenesteordningen – pris og kontakt» fra Ipsos og «Samfunnsnyttene av bedriftshelsetjenesten» fra Oslo Economics. Rapportene følger også som elektroniske vedlegg, se del V.

I kapittel 9 *BHT-ordninger i andre land* beskrives ordningene i Sverige, Danmark, Finland og Nederland. Videre gis det kort beskrivelse av BHT i enkelte andre land.

I kapittel 10 *Kort beskrivelse av ulike modeller for organisering av bedriftshelsetjenesten* gis det en oversikt over hvordan systemer for arbeidsmiljørådgivning kan inndeles i hovedmodeller. Ekspertgruppen tar utgangspunkt i denne inndelingen når de ulike modellene for en fremtidig BHT i Norge vurderes, jf. kapittel 13.

I kapittel 11 *Innspill fra sentrale aktører* omtales innspill ekspertgruppen har fått fra ulike arbeidstakerorganisasjoner, arbeidsgiverorganisasjoner, profesjonsforeninger og BHT-bransjen.

Del III Ekspertgruppens vurderinger

I kapittel 12 *Hvordan fungerer bedriftshelsetjenesten i Norge?* gjøres det rede for hvilke overordnede vurderinger ekspertgruppen har gjort. Ekspertgruppen beskriver styrkene og svakhetene ved dagens bedriftshelsetjeneste. Videre pekes det på at utformingen av regelverket kan føre til misforståelser rundt hva som er kjernen i bedriftshelsetjenestens samfunnsoppdrag, som primært er å bidra med rådgivning til virksomheter og arbeidsgivere knyttet til det forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Ekspertgruppen mener derfor at det er uklarheter i regelverket som bør gjennomgås med tanke på klargjøring, uavhengig av modell som velges. Ekspertgruppen stiller videre spørsmål ved om det mangler en rød tråd i BHT-ordningen.

Del IV Ekspertgruppens forslag

I kapittel 13 *Ekspertgruppens forslag til ulike modeller* vurderer ekspertgruppen følgende fire mulige hovedmodeller for organisering av bedriftshelsetjenesten; en forsikringsbasert, en markedsbasert, en partsbasert og en lovbasert ordning.

Ekspertgruppen vurderer at en lovbasert ordning er mest aktuell, men viser til at en slik ordning kan utformes på forskjellige måter, med ulike virkemidler og med forskjellig innretning. Ekspertgruppen vurderer følgende generelle virkemidler som de mener er aktuelle uansett hvordan en lovbasert ordning utformes; behov for å tydeliggjøre kjernevirksomheten i BHT, særlige grep for å sikre en kunnskapsbasert BHT-tjeneste, kompetansekrav og obligatorisk opplæring i BHT, endringer i godkjenningsordningen, endrede krav for å bli godkjent, rapporteringsplikt i offentlig register, standardkontrakter og innkjøpsveiledere, partsinvolvering og bransjeforening. I tillegg mener ekspertgruppen at det bør vurderes særlige tiltak overfor små virksomheter.

Ekspertgruppen vurderer følgende ulike ordninger innenfor lovbasert ordning; variant A (frivilling ordning med bistand fra kompetent aktør), variant B (dynamisk ordning) og variant C (virksomhetstilpasset generell ordning).

I punkt 13.6 gir ekspertgruppen sine vurderinger knyttet til de økonomiske og administrative konsekvensene av de lovbaserte variantene som ekspertgruppen har vurdert.

Del V Vedlegg

I vedlegg 1 gis det en oversikt over ekspertgruppens mandat og arbeid. Det er inntatt en oversikt over elektroniske vedlegg som følger rapporten, herunder SINTEFs evaluering av bedriftshelsetjenesten, Ipsos' vurdering av bedriftshelsetjenesteordningen og Oslo Economics' rapport om samfunnsnyttan av bedriftshelsetjenesten.

I vedlegg 2 er det inntatt relevant regelverk og kommentarer til disse, herunder lovbestemmelser fra arbeidsmiljøloven og forskrifter om bedriftshelsetjenesten.

Bakgrunn

3. Kort beskrivelse av status og utvikling på arbeidsmiljøfeltet

3.1 Det norske arbeidsmarkedet

I 2017 var antallet personer i arbeidsstyrken i underkant av 2,7 millioner.¹ 66 prosent av befolkningen i aldersgruppen 15 til 74 var i arbeid, og andelen av befolkningen som er i arbeid er dermed blant den høyeste i OECD-området.

I internasjonal sammenheng er sysselsettingen i Norge relativt sett særlig høy blant kvinner og eldre. I tillegg har vi noe kortere arbeidstid, mer deltidsarbeid (27 prosent i Norge mot 17 prosent i EU), samt en generelt lavere arbeidsledighet, enn i de fleste sammenliknbare land. I Norge er også en større andel med nedsatt funksjonsevne i arbeid (43 prosent) enn i de fleste land det er naturlig å sammenlikne seg med, selv om sysselsettingsandelen for denne gruppen er rundt 31 prosentpoeng lavere enn i hele yrkesbefolkningen. Av ikke-sys-selsatte med funksjonsnedsettelse er det en stor andel som ønsker seg i arbeid (28 prosent).

Etter EU-utvidelsene i 2004 og 2007 har Norge hatt en sterk vekst i arbeidsstyrken grunnet arbeidsinnvandring. Ved inngangen til 2017 hadde i underkant av 400 000 sysselsatte inn-vandrerbakgrunn, og i tillegg var om lag 80 000 sysselsatte på korttidsopphold.

I 2017 var det i gruppen sysselsatte i alderen 15 til 74 år nær 1,8 millioner sysselsatte i privat sektor og offentlig eide foretak, mens det i offentlig sektor var 800 000 sysselsatte fordelt på vel 530 000 og i underkant av 300 000 i henholdsvis kommunal og fylkeskommunal forvaltning og statlig sektor. Samlet har sysselsettingen i Norge over tid hovedsakelig flyttet seg fra primærnæringene til de tjenesteytende næringene.

Næringslivet i Norge består i stor grad av små og mellomstore virksomheter. I 2017 var det ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB) rundt 415 000 foretak i Norge (unntatt offentlig forvaltning og primærnæringene). Om lag 275 000, eller 65 prosent, av disse hadde ingen ansatte. Av de 140 000 foretakene med ansatte hadde nærmere 80 prosent under ti ansatte. I offentlig sektor er det altoverveiende betydelig større virksomheter, og det forventes fremover større enheter gjennom blant annet virkningene av kommune- og regionsreformene.

Til tross for at vi er et lite land reflekter arbeidslivet vårt en demografisk bredde på linje med langt større land. Bredden i arbeidslivet innebærer også en bredde i risikobildet på arbeidsmiljøområdet. Utfordringen for bedriftshelsetjenesten (BHT) blir å møte disse på en effektiv og faglig måte, gjennom å kunne utgjøre en forskjell innenfor de rådende rammer. Dette krever både bredde og tyngde på kunnskapssiden, solid og bred bransjekunnskap, samt et tjenestetilbud som når ut til usentrale strøk.

¹ Statistisk sentralbyrå (SSB). Statistikkbanken 2017.

3.2 Nye eller forventede utviklingstrekk i arbeidslivet

Vi er inne i en fase hvor teknologiutviklingen skjer raskt, noe som påvirker arbeidsmarkedet.² I takt med at mange arbeidsoppgaver og yrker vil forsvinne, vil nye jobber skapes og eksisterende jobber vil få nytt innhold. Endringer i teknologi, næringsstrukturer og yrkesbefolkningens sammensetning vil påvirke både arbeidsinnhold og arbeidsmiljø. Dette vil skape nye utfordringer og kunnskapsbehov på arbeidsmiljøområdet.

I en rapport fra 2018 utgitt fra OECD påpekes det på den ene side at Norge er det landet i verden hvor færrest jobber fremover vil forsvinne på grunn av automatisering og robotisering (7 prosent). Bakgrunnen for dette er at man i Norge har vært i front når det gjelder automatisering av mange av de utsatte arbeidsoppgavene, og at det norske arbeidslivet i stor grad er høykompetent og bygger på forhold som det er vanskeligere å automatisere, som samarbeid, kreativitet og innovasjon.³ På den annen side anslår andre forskere at antall jobber i Norge vil kunne reduseres med 33 prosent sett opp mot dagens nivå i løpet av de neste 20 årene.⁴ Uansett utfall vil det pågående teknologiske paradigmeskiftet omfatte mye mer enn utvikling av kunstig intelligens og digitalisering med potensiale for robotisering og automatisering av mange av dagens arbeidsoppgaver. Utviklingen vil i like stor grad omfatte bioteknologi og helsevitenskap, miljøteknologi og materialvitenskap med mer. Det vil være et stort potensiale for å skape nye arbeidsplasser, slik erfaringene er fra de tidligere industrielle revolusjonene. Både arbeidsoppgaver og yrker som fremover vil kunne bli automatisert eller digitalisert, vil kunne veies opp av nye oppgaver som vil kreve menneskelig kompetanse og ressurser.

Arbeidslivet er også inne i en globaliseringsperiode, hvor digitaliseringen har åpnet for både mer global konkurranse og samarbeid. Blant annet er plattformøkonomien i fremvekst, og det vokser frem nye måter å drive handel og tjenesteproduksjon på.⁵ Nye tilknytningsformer kommer til, noe som utfordrer måtene vi har organisert arbeidslivet på og skaper press på organisasjonsgraden. I et velregulert arbeidsmarked som det norske, hvor samarbeid og tillit har vært nøkkelerverdier som har preget og utviklet arbeidslivet i produktiv retning, kan slike endringer treffe hardere enn i mange andre land.⁶

I enkelte bransjer har det også de senere år vært fremvekst av arbeidslivskriminalitet og sosial dumping. Dette gjelder spesielt bransjer med en høy andel arbeidsinnvandrere og gjestearbeidere. Til tross for stor aktivitet fra myndighetene på området, er dette fortsatt et betydelig problem i mange bransjer. Slike forhold virker konkurransevridende for seriøse aktører, og bidrar til uverdige arbeidsforhold og -betingelser for de som arbeider i slike virksomheter.⁷

Arbeidsmiljøtilstanden i Norge er, og har vært, høy sammenliknet med de aller fleste land. I et stadig mer globalisert og digitalisert arbeidsliv med økende internasjonal konkurranse har gode arbeidsmiljøforhold utgjort en konkurransefordel for norske virksomheter. Dette skyldes først og fremst at det i Norge stilles høyere krav til arbeidstakerne enn i de

² Mandatet til et offentlig utvalg som skal analysere sysselsettingen i Norge (Sysselsettingsutvalget). Utvalget ble oppnevnt 12. januar 2018.

³ OECD (2018): OECD Social, Employment and Migration Working Papers: *Automation, skills use and training*. OECD publishing.

⁴ Statistisk sentralbyrå (2016).

⁵ Plattformøkonomi eller delingsøkonomi er forretningsmodeller som er basert på transaksjoner mellom privatpersoner, formidlet gjennom digitale plattformer.

⁶ Dølvik, J. E. og K. Jesnes (2018): Nordic labour market and the sharing economy. Rapport fra TemaNord 2018:516.

⁷ Regjeringens strategi mot Arbeidslivskriminalitet (2018).

fleste land Norge konkurrerer med. Og at det skjer på en bærekraftig måte som bidrar til jobbengasjement og jobbtilhørighet gjennom å gi høy grad av autonomi til arbeidstakerne.⁸ Et høykostland som Norge er avhengig av mer effektive arbeidsprosesser for å kunne være konkurransedyktig.

Det vil være av avgjørende betydning å opprettholde det konkurransefortrinnet som arbeidsmiljøforhold har utgjort så langt for norsk arbeidsliv. Dersom arbeidslivet endrer seg, vil arbeidsinnhold og arbeidsmiljø endre seg i takt med dette. Dette vil kreve en aktiv tilnærming og høy bevissthet i arbeidsmiljøarbeidet fremover. Dette vil også stille nye og høyere krav til bedriftshelsetjenesten sin kompetanse og arbeidsform.

3.3 Arbeidsmiljøtilstanden i Norge

Norge har et velutviklet arbeidsmiljøregelverk hvor betydningen av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø fremheves, og hvor arbeidet også skal være utviklende for den enkelte og bidra til god helse. Det er bred enighet om hovedlinjene i arbeidsmiljøpolitikken på tvers av partipolitiske skiller og partsinteresser. Det er arbeidsgivers plikt å kontinuerlig utvikle og forbedre arbeidsmiljøet og legge til rette for den enkelte medarbeider, og arbeidstakerne har rett og plikt til å medvirke til et godt arbeidsmiljø. I sum utgjør lover, forskrifter og veiledninger på dette området et godt utgangspunkt for å kunne utvikle gode arbeidsmiljøforhold i virksomhetene i Norge.

Sammenliknede internasjonale undersøkelser slår også fast at arbeidsmiljøstandarden i Norge er høy sammenliknet med de fleste andre land i Europa. Samtidig ser vi at Norge scorer høyere enn gjennomsnittet på noen faktorer som i enkelte sammenhenger kan assosieres med belastede arbeidsmiljøforhold, blant annet knyttet til arbeidskrav og omskiftninger. I Norge har vi imidlertid tradisjonelt vært dyktige på å balansere slike risikofaktorer med andre modererende arbeidsmiljøfaktorer, som høy grad av autonomi, egenkontroll og fleksibilitet, slik at dette risikopotensialet ikke i særlig grad har blitt realisert.⁹

Datagrunnlaget fra Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) viser utvikling og trender i arbeidsmiljøforhold i Norge over tid. Dette datagrunnlaget gir solid støtte for at vi hovedsakelig har gode arbeidsmiljøforhold på de fleste arbeidsplasser i Norge.¹⁰ Ni av ti norske yrkesaktive oppgir at de er fornøyd med jobben sin.

Til tross for høy grad av trivsel hos de aller fleste norske arbeidstakere er dette nødvendigvis ikke ensbetydende med at arbeidsmiljøet er risikofritt eller at eksponeringsbildet er fraværende. De altoverveiende gode arbeidsmiljøforholdene må også tilskrives arbeidslivets evne til å identifisere og håndtere risiko med kunnskapsbaserte tilnærminger innenfor rammene av et solid lovverk og godt trepartssamarbeid.¹¹ Enkelte yrker som scorer høyt på trivsel er også blant de yrkene som er assosiert med flest yrkeseksponeringer med potensiale for arbeidsrelaterte plager og ulykker, for eksempel bønder og fiskere. Det er også store forskjeller mellom bransjer og yrker når det gjelder yrkeseksponeringer. Data fra NOA viser

⁸ STAMI (2017): Arbeidsmiljø i Norge og EU – en sammenlikning. Basert på data fra European Working Conditions Survey (EWCS).

⁹ Ibid.

¹⁰ Nasjonal statistikk om arbeidsmiljø og -helse (NOA): NOAs faktabok 2015.

¹¹ STAMI (2017): Arbeidsmiljø i Norge og EU – en sammenlikning. Basert på data fra European Working Conditions Survey (EWCS).

at det er en stor bredde i eksponeringsbildet, inkludert psykososiale og organisatoriske, mekaniske, fysiske, kjemiske og biologiske eksponeringer. Dette stiller store krav til bredde og kunnskap i bedriftshelsetjenesten.

De største helseutfordringene i Norge både når det gjelder omfang og kostnader i form av redusert helse, sykefravær og uførhet er knyttet til muskelskjelettlidelser og psykiske plager. Årsakene til sykdom og plager er ofte sammensatte (multifaktorielle), og det kan være utfordrende å identifisere de arbeidsrelaterte bidragene til negative helseutfall. På basis av et omfattende datagrunnlag, og i tråd med anerkjente internasjonale vitenskapelige metoder, har NOA beregnet utvalgte arbeidsmiljøfaktorerens betydning for ulike helseutfall gjennom såkalte tilskrivbare risikoer. Disse beregnede tilskrivbare risikoene illustrerer det maksimalt forebyggbare potensialet for disse helseutfallene knyttet til arbeidsmiljøfaktorer. Beregningene viser at det er et stort utnyttet potensiale i å arbeide med forebyggende arbeidsmiljøarbeid på arbeidsplassene i Norge. Eksempelvis viser beregningene at 38 og 26 prosent av avgangene fra jobb før pensjonsalder er knyttet til henholdsvis mekaniske yrkeseksponeringer og psykososiale arbeidsforhold. Om lag 40 prosent av norske yrkesaktive med langtidssykefravær oppgir arbeidsforhold som helt eller delvis medvirkende årsak til sykefraværet.¹²

Arbeidsrelaterte luftveisplager er mindre utbredt enn for 20 år siden, men fortsatt skyldes om lag 20 prosent av all lungekreft blant menn i Norge, og mellom 10 og 20 prosent av KOLS-tilfellene, eksponeringer i arbeidet. Hudplager er like utbredt i dag som for 20 år siden, og om lag 7 prosent av disse er arbeidsrelaterte, mens støyskader, til tross for reduserte støyeksponeeringer i arbeidslivet over lengre tid, fortsatt er den arbeidsrelaterte sykdom som oftest rapporteres til Arbeidstilsynet.

Arbeidstilsynet oppgir at arbeidsskader antas å utgjøre om lag 12 prosent av alle skadetilfeller i Norge, og det er særlig høy skaderisiko blant unge menn og arbeidsinnvandrere. Tallet på arbeidsskader har blitt kraftig redusert over en lengre tidshorison, men ser ut til å ha flatet ut det siste tiåret. Det ble registrert 45 dødsulykker i arbeidslivet i 2016.

Til tross for at Norge er blant de landene i verden med best arbeidsmiljøforhold foreligger det et betydelig potensiale for forebygging av arbeidsrelaterte sykdommer, plager, skader, samt frafall fra arbeidslivet i form av langtidssykefravær og uførhet. I Norge er BHT et hovedvirkemiddel for å bistå virksomhetene i dette arbeidet, og det er derfor avgjørende for å lykkes på dette området at BHT har relevant kompetanse og en innretning på sine tjenester som støtter opp under dette viktige samfunnsoppdraget.

3.4 Arbeidsmiljø som virkemiddel i arbeidslinja

Den norske velferdsstaten forutsetter at produktivitetsveksten holdes oppe. Produktivitetsveksten har falt de siste årene, og trendveksten er historisk lav. Oljenæringen er ikke forventet å skulle være den samme vekstmotoren som før. Handlingsrommet i offentlige finanser vil gradvis reduseres, også fordi Norge står overfor et gradvis skifte fra en yngrebølge til en eldrebølge. Den demografiske utviklingen har bidratt til økt sysselsetting og økte inntekter i en lang periode, men omslaget til en sterk økning i antall eldre kommer snart. Flyktningesituasjonen, grønn omstilling og en høyere andel eldre vil påvirke økonomien. Vi er avhengige av å skape nye og flere arbeidsplasser fremover, og

¹² Nasjonal statistikk om arbeidsmiljø og -helse (NOA): NOAs faktabok 2015.

ny vekst bør primært skapes i nye næringer i form av et skifte fra en ressursøkonomi til en kunnskapsøkonomi.¹³

Arbeidslinja står sentralt i den norske arbeidslivspolitikken, og Perspektivmeldingen 2017 redegjør tydelig for behovene for økt fremtidig sysselsetting for å kunne opprettholde bærekraften i våre godt utviklede velferdsordninger.¹⁴ IA-avtalen er det norske hovedgrepet for bygge opp under arbeidslinja, og de tre delmålene i avtalen adresserer behovene for å redusere sykefravær og uførhet, bidra til forlengede yrkeskarrierer og å inkludere flere med nedsatt funksjonsevne eller som av andre grunner står utenfor arbeidslivet. Forebyggende arbeidsmiljøarbeid står sentralt i dette arbeidet, og å bedre arbeidsmiljøet er et av punktene som gjengis i hovedmålet for avtalen. Underveisevalueringen av avtalen for perioden 2014 til 2018, viste til at det foreligger et tydelig forbedringspotensial, særskilt knyttet til det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet.¹⁵

Forebyggende arbeidsmiljøarbeid blir oftest forbundet med primærforebyggende aktiviteter knyttet til reduksjon av arbeidsrelaterte risikoforhold med formål om å redusere arbeidsrelatert sykefravær og uførhet. Arbeidsmiljøfaktorer er imidlertid også av stor betydning for sekundærforebygging og rehabilitering av personer som har stått utenfor arbeidslivet i lengre perioder grunnet helseutfordringer,¹⁶ og også for arbeidstakers beslutning om pensjoneringstidspunkt og muligheter for å kunne stå lenger i arbeid.¹⁷ Arbeidsmiljøforhold vil også kunne være av avgjørende betydning for å kunne lykkes bedre med å inkludere flere i arbeidslivet.¹⁸

Forebyggende arbeidsmiljøarbeid er derfor et svært viktig virkemiddel i arbeidet med å styrke arbeidslinja i Norge. Hvordan dette arbeidet innrettes og tilpasses særskilte utfordringer på den enkelte arbeidsplass vil være viktig for å kunne opprettholde høy yrkesdeltakelse. Dette vil stille krav til behovsprøvde, kunnskapsbaserte, og systematiske tiltak som i utgangspunktet vil kunne være forskjellige fra arbeidsplass til arbeidsplass. Bedriftshelsetjenestens arbeid skal ha en klar forebyggende profil med helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende funksjoner. Bedriftshelsetjenesten har med det en viktig ekspertrolle overfor virksomhetene i arbeidslivet. Dette er viktig da den norske velferdsmodellen legger opp til at arbeidslivet skal ta et stort ansvar på arbeidsmiljøområdet, og fordi gode arbeidsmiljøforhold er et norsk konkurransefortrinn i en stadig mer globalisert verden.

¹³ NOU 2016: 3 Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi – Produktivitetskomisjonens andre rapport.

¹⁴ Meld. St. 29 (2016–2017). Perspektivmeldingen 2017.

¹⁵ Rapport fra oppfølgingsgruppen for IA-avtalen (2016): Underveisevaluering av IA-avtalen 2014–2018.

¹⁶ Rapport fra prosjektgruppe ved Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) 2012): Det store TTA-prosjekt; *Proses-, effekt- og økonomisk evaluering*.

¹⁷ Böckerman, P. og P. Ilmakunnas (2017): Do Good Working Conditions Make You Work Longer? *Evidence on Retirement Decisions Using Linked Survey and Register Data*.

¹⁸ Schafft, A. og Ø. Spjelkavik (2014): Arbeidsgiverperspektiver på inkludering: *Hva er god inkluderingskompetanse?* Rapport fra Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) 5/2014.

3.5 Kort om sammenhengen mellom arbeidsmiljø og produktivitet

Arbeidsmiljøloven er en vernelov, og lovens krav er ikke begrunnet i økonomiske forhold. Arbeidsmiljøarbeidet er avledet av ønsket om å verne om, og utvikle helse, etikk og menneskeverd. Til tross for dette er det klare sammenhenger mellom arbeidsmiljøinnsats og økonomi, både på samfunns- og virksomhetsnivå.¹⁹

Perspektivmeldingen 2017 viser tydelig at humankapitalen i form av nåverdien av fremtidig arbeidsinnsats er det viktigste bidraget til nasjonalformuen. Produktivitetskommisjonens innstilling peker på mange forslag for å kunne maksimere avkastningen av humankapitalen fremover. Fremtidig høy sysselsetting og effektive arbeidsprosesser er derfor svært viktig, og arbeidsmiljøforhold er en vesentlig underliggende faktor for dette arbeidet.

Gjennomsnittlig arbeidstid i Norge ligger under gjennomsnittet i EU. Dette må ses i sammenheng med sysselsettingen i Norge med flere i deltidsstillinger og betydelig flere kvinner i arbeid. I praksis arbeider vi derfor mer per familie i Norge enn i EU og fordeler arbeidstiden, og omsorgs- og husholdningsoppgaver, på flere.²⁰ Like fullt krever dette at vi må være særskilt effektive på arbeid i Norge, særlig som en følge av vårt høye lønnsnivå i en stadig mer globalisert verden. I Norge har vi derfor over tid utviklet en arbeidskultur og arbeidsmiljøer med rom for å kunne stille høye krav, og hvor arbeidstakerne får større ansvar og muligheter til å ta del i beslutninger i arbeidsprosessene.²¹ Dette medvirker til mer effektive arbeidsprosesser som kan gi norske virksomheter konkurransefordeler internasjonalt. Økt produktivitet og økt sysselsetting handler ikke kun om å skape nye arbeidsplasser i næringslivet og sektormobilitet. Det handler i like stor grad om å skape et rom for å kunne inkludere flere med nedsatt arbeidsevne eller andre personlige utfordringer i arbeidslivet. Disse vil på mange måter være mer sårbare enn de som allerede er i arbeid, og de skal i tillegg inkluderes i et effektivt arbeidsliv hvor det stilles høyere krav enn i mange av landene vi konkurrerer med. Arbeidsmiljøvirkemidler er et av få virkemidler vi har til rådighet i dette arbeidet, og som derfor vil være av stor betydning for produktivitetsutvikling i Norge fremover.

Det finnes solid vitenskapelig dokumentasjon på at gode arbeidsmiljøforhold bidrar positivt på mikro- og makronivå, og dermed også til produktivitet.²² Et fåtall av norske virksomheter har denne kompetansen selv. Bedriftshelsetjenesten er arbeidsmiljømyndighetenes hovedvirkemiddel for å sikre at norske virksomheter får tilgang på denne kompetansen. Virksomheter i bransjer med vurdert høyere risiko er gjennom en egen bransjeforskrift pålagt å knytte til seg en bedriftshelsetjeneste.²³ Bedriftshelsetjenesten har derfor et stort ansvar for at deres arbeidsinnsats skal innrettes på en måte som sikrer fokus på behovsprøvde, kunnskapsbaserte og systematiske tiltak. Dette er selve grunnlaget for bedriftshelsetjenestens funksjon, og myndighetenes klare begrunnelse for å regulere bedriftshelsetjenestemarkedet, både i form av lov- og forskriftsfastsatte krav til bedriftshelsetjenestenes arbeid og kompetanse, samt bedriftshelsetjenesteplikt for virksomheter i enkelte bransjer.

¹⁹ Oslo Economics (2018): Samfunnsnyttan av bedriftshelsetjenesten.

²⁰ STAMI (2017): Arbeidsmiljø i Norge og EU – en sammenlikning. Basert på data fra European Working Conditions Survey (EWCS).

²¹ Ibid.

²² Foldspang, L. et al. (2014): Working environment and productivity. A register-based analysis of Nordic enterprises. Rapport fra TemaNord 2014:546.

²³ Forskrift 12. juni 2011 nr. 1355 om organisering, ledelse og medvirkning, kapittel 13.

3.5.1 Innvirkning på virksomhetsnivå

Effektive arbeidsmiljøtiltak er avhengige av at tiltakene retter seg mot arbeidsmiljøforhold som er av betydning for virksomheten. Risikovurderinger og systematiske kartlegginger er nødvendig for å avdekke disse forholdene. Arbeidsmiljøforhold er tett knyttet til det arbeidet som utføres, og kan derfor ses på som et av flere ledd i å optimalisere produksjonen i virksomhetene. Forebyggende tiltak som iverksettes må være kunnskapsbaserte, og de må implementeres og vedlikeholdes på en systematisk måte. For at tiltak skal ha positiv effektiv og bidra til å realisere et økonomisk merpotensial både i virksomhetene og for samfunnet, er det avgjørende at alle disse forutsetningene er oppfylt.

Det er solid vitenskapelig dokumentasjon som viser økonomisk gevinst av arbeidsmiljøtiltak på virksomhetsnivå.²⁴ For eksempel viser en større studie som omfattet 337 virksomheter i 19 land en positiv økonomisk forebyggingsgevinst av arbeidsmiljøtiltakene på 220 prosent.²⁵ Studier fra forskere ved Karolinska Institutet i Stockholm har vist et produksjonsbortfall på 30 til 40 prosent per uke blant personer som opplever arbeidsmiljøproblemer.²⁶ Studiene viser også til at arbeidstakere som har arbeidsmiljøutfordringer selv påpeker at dårlig arbeidsmiljø har større påvirkning på prestasjonen enn helsen. De viser også til at kombinasjonen av helseproblemer og arbeidsmiljøproblemer har spesielt negativ påvirkning på produksjon og arbeidsevne.

3.5.2 Innvirkning på samfunnsnivå

Mens økonomiske effekter av godt arbeidsmiljøarbeid på virksomhetsnivå først og fremst vil gi utslag i produksjonsgevinster, vil man når disse aggregeres på makroøkonomisk nivå se en sammenheng mellom gode arbeidsmiljøforhold gjennom velferd og produktivitet.²⁷ I Norge har SINTEF,²⁸ med en konservativ tilnærming, beregnet samfunnskostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader til 30 milliarder norske kroner årlig. Oslo Economics har i en rapport vurdert økonomiske virkninger av arbeidsmiljøforhold på både samfunns- og virksomhetsnivå. I deres konservative beregninger anslås kostnadene knyttet til ikke-optimale arbeidsmiljøforhold i Norge til 75 milliarder kroner per år. Av disse er 16,9 og 12,2 milliarder knyttet til henholdsvis produktivitetstap og produksjonstap.²⁹ STAMI har i flere vitenskapelige studier beregnet at mellom 15 og 25 prosent av sykefraværet kan forebygges gjennom å eliminere mekaniske og psykososiale arbeidsmiljøeksponeringer.³⁰ Det er derfor solid dokumentasjon for at godt arbeidsmiljøarbeid genererer betydelige gevinster for samfunnet gjennom bedre helse, økt produksjon og produktivitet.

²⁴ van Dongen, J. M m.fl. (2014): Trial-Based Economic Evaluations in Occupational Health. *Principles, Methods, and Recommendations*. JOEM 56:6:2014.

²⁵ German Social Accident Insurance (2013): Calculating the International Return on Prevention for Companies: *Costs and Benefits of Investments in Occupational Safety and Health*.

²⁶ Karlsson, M. L., H. Busch, E. Aboagye og I. Jensen (2015): Validation of a measure of health-related production loss: *construct validity and responsiveness - a cohort study*. BMC Public Health 15:1148.

²⁷ Verbeek, J., M. Pulliainen og E. A. Kankaanpää (2009): A systematic review of occupational safety and health business cases. SJWEH 2009;35(6).

²⁸ Hem, K-G., Ø. Dahl, T. Rohde og A. Øren (2016): Kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader. SINTEF A27430.

²⁹ Oslo Economics (2018): Samfunnsnyten av bedriftshelsetjenesten.

³⁰ Nasjonal statistikk om arbeidsmiljø og -helse (NOA): NOAs faktabok 2015.

4. Aktørene på arbeidsmiljøområdet

4.1 Virksomhetene

ARBEIDSGIVER

Det er et grunnleggende prinsipp at ansvaret for et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i samsvar med arbeidsmiljøloven ligger hos arbeidsgiver. Alle i virksomheten skal bidra til dette, men ansvaret er ulikt og avhenger av hvilken rolle man har i virksomheten. Arbeidsgivers ansvar innebærer blant annet å gjennomføre et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS-arbeid) på alle plan i virksomheten. Arbeidsgiver skal også gjennomgå opplæring i HMS-arbeid, og sørge for at arbeidstakere som leder eller kontrollerer andre arbeidstakere har nødvendig kompetanse til å føre kontroll med at arbeidet blir utført på en helse- og sikkerhetsmessig forsvarlig måte. HMS-arbeid forutsetter et utstrakt samarbeid mellom ledelsen og de ansatte, og som ansvarlig for arbeidsmiljøet er det arbeidsgivers ansvar å involvere de ansatte i arbeidet.

HMS-AVDELINGER

I større virksomheter er det vanlig å ha egne HMS-avdelinger, med bedriftens rådgivere innen helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, og de skal gi råd både til ledelsen og til vernetjenesten. Det vil normalt være HMS-avdelingen som leder og gjennomfører risiko- og beredskapsanalyser. I enkelte virksomheter med egne HMS-avdelinger kan disse utføre mange av de samme oppgavene som en lovpålagt bedriftshelsetjeneste skal utøve på et faglig uavhengig grunnlag.

ARBEIDSTAKERE OG DERES REPRESENTANTER

I tråd med arbeidsmiljølovens krav til samarbeid mellom ledelsen og de ansatte, har arbeidstakere både rett og plikt til å medvirke i HMS-arbeidet, både som enkeltindivider, og kollektivt. Ansatte skal medvirke til og delta i både utforming, gjennomføring og oppfølging av det systematiske HMS-arbeidet. Den kollektive medvirkningen kan skje gjennom verneombud (VO), arbeidsmiljøutvalg (AMU), tillitsvalgte eller andre ansatte. For å kunne ivareta sine plikter skal arbeidstakere gis tilstrekkelig opplæring.

VERNEOMBUD OG ARBEIDSMILJØUTVALG

I alle virksomheter skal det som hovedregel velges verneombud. Dersom virksomheten har færre enn ti ansatte, kan arbeidsgiver og arbeidstakerne avtale en annen ordning. Verneombudet er arbeidstakernes representant i verne- og arbeidsmiljøspørsmål og skal se til at arbeidet blir utført på en slik måte at hensynet til arbeidstakernes sikkerhet, helse og velferd er ivaretatt. Alle virksomheter med minst 50 ansatte har plikt til å opprette et arbeidsmiljøutvalg (AMU) der både arbeidsgiver, arbeidstakerne og bedriftshelsetjeneste er representert. Dersom en av partene krever det, skal også virksomheter med mellom 20 og 50 ansatte ha AMU. Arbeidstilsynet kan også bestemme at det skal være AMU i en virksomhet.

Både verneombud og medlemmer av AMU har krav på nødvendig opplæring. I utgangspunktet skal opplæringen være på minst 40 timer, men partene i den enkelte virksomhet kan i spesielle tilfeller avtale kortere opplæringstid. Opplæringen skal gi kunnskap om hvordan

verne- og miljøarbeid skal drives. Viktige områder for AMU-representantene er å kunne identifisere faktorer som hemmer eller fremmer et godt psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø i virksomheten. AMU-representantene må ha kunnskap om betydningen av god kommunikasjon, ledelse, medvirkning, personvern og rusforebyggende arbeid. Deltakerne skal også ha kjennskap til hvordan håndtere konflikter, stress, mobbing, trakassering, vold og trusler. I tillegg skal opplæringen gi innføring i arbeidsmiljøloven og annet relevant regelverk. For dem som sitter som arbeidsgivers representant i AMU, er grunnopplæringen obligatorisk.

TILLITSVALGTE

Arbeidsmiljøloven gir tillitsvalgte mange ulike oppgaver, og ikke alle er direkte knyttet til HMS, som for eksempel spørsmål knyttet til arbeidstid, oppsigelser, større omorganiseringer, lønnspolitikk og lønnsforhandlinger mv. Dette er også viktige forhold ved virksomhetene og forhold som kan ha betydning for arbeidsmiljøet. I store virksomheter er det vanlig at tillitsvalgte er medlem av AMU.

4.2 Myndighetene

ARBEIDSTILSYNET

Oppgaven til tilsynsmyndigheter som Arbeidstilsynet er å påvirke virksomhetene slik at de ivaretar arbeidsgiveransvaret i henholdsvis landbasert virksomhet og petroleumsvirksomhet. Arbeidet består av tilsyn, informasjons- og kunnskapsdeling, veiledning og samarbeid, samt regelverksutvikling. Veiledning og kunnskapsformidling er viktig, både som del av tilsyn og som egen aktivitet, for å oppnå best mulig effekt i det forebyggende arbeidet. Dette for å gi virksomhetene bedre forståelse for regelverket og hva som gir et helsefremmende arbeidsliv, slik at de aktuelle virksomhetene selv kan iverksette nødvendige tiltak. I tilsynenes tilsynsoppgaver inngår å undersøke at virksomheter som har plikt til det, faktisk knytter til seg bedriftshelsetjeneste.

Arbeidstilsynets tilsynsansvar omfatter om lag 180 000 virksomheter i privat og offentlig sektor og om lag 60 000 enheter i landbruket. I 2017 hadde Arbeidstilsynet 675 ansatte. Samme år ble det gjennomført nær 14 000 tilsyn og mer enn 1 500 selvstendige veiledninger. I 2017 var antall tilsyn per 100 virksomheter på om lag sju. Utvelgelse av tilsyn er basert på kunnskap om risikoforhold i de ulike næringene, jf. Arbeidstilsynets årsrapport 2017.

PETROLEUMSTILSYNET

Petroleumstilsynets tilsynsansvar omfatter petroleumsvirksomheten på hele den norske kontinentalsokkelen, i tillegg til åtte petroleumsanlegg på land og tilhørende rørledningssystemer. Petroleumstilsynet har i tillegg en rolle ved at de gir ulike samtykker og godkjenninger i petroleumsnæringen, noe som er et viktig element i oppfølgingen av næringen. Petroleumstilsynet hadde 170 ansatte i 2016, og over halvparten av ressursbruken var rettet mot revisjoner og verifikasjoner, et arbeid som er ressurskrevende og som pågår over tid. Virksomheten til Petroleumstilsynet er med andre ord ikke direkte sammenliknbar med Arbeidstilsynets.

Både Arbeidstilsynet og Petroleumstilsynet har fullmakt til å treffe enkeltvedtak om gjennomføring av arbeidsmiljøloven og tilhørende forskrifter. Varsel om pålegg og illeggelse av pålegg er den klart mest vanlige reaksjonen ved brudd på arbeidsmiljøloven og forskrifter.

Tilsynene kan også pålegge en virksomhet å stanse arbeidet, eller ilegge overtredelsesgebyr eller tvangsmulkt. Politianmeldelse kan også være aktuelt i særskilte tilfeller.

GODKJENNINGSENHETEN FOR BHT

Det er en egen godkjenningssenhet i Arbeidstilsynet som gir veiledning, godkjenner og fører kontroll med BHT-ene. Det stilles forskriftsfestede krav til kompetanse og kvalitet hos leverandører av BHT-tjenester som skal gi råd til virksomheter med BHT-plikt. Dersom forskriftskravene er oppfylt vil Godkjenningssenheten treffe vedtak om godkjenning for en periode på fem år. Godkjenningen kan trekkes tilbake dersom vilkårene ikke lenger er oppfylt, eller dersom de ikke oppfylles innen en fastsatt frist.

STAMI

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) er det nasjonale kunnskapsorganet innenfor arbeidsmiljø- og arbeidshelse, og er organisert under Arbeids- og sosialdepartementet. STAMI er et forskningsinstitutt, men har også mange forvaltningsnære oppgaver som omfatter rådgiving til og direkte dialog med norsk arbeidsliv. For eksempel har instituttet en egen avdeling som arbeider med arbeidsmiljøovervåking, kartlegger miljø- og helseforhold, vurderer risiko og kommer med forslag til forebyggende tiltak på arbeidsplassene (NOA). Statens arbeidsmiljøinstitutt har dessuten et faglig koordineringsansvar for BHT-ene, og har et kompetansesenter for bedriftshelsetjenesten som arbeider med å bedre kvaliteten på bedriftshelsetjenestene i Norge. En av oppgavene er å utdanne og dyktiggjøre bedriftshelse- og vernepersonell.

NAV ARBEIDSLIVSSENTER

NAV Arbeidslivssenter ble opprettet i 2002 som et virkemiddel under Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Det er etablert arbeidslivssentre i alle fylker. Hovedoppgaven er å bistå IA-virksomhetene i det langsiktige, systematiske og forebyggende HMS- og IA-arbeidet. Alle virksomheter som har inngått IA-avtale får en fast kontaktperson ved NAV Arbeidslivssenter. Sentrene skal understøtte og dyktiggjøre IA-virksomhetene i deres arbeid med å nå de målene virksomhetene setter seg for eget IA-arbeid. Et av virkemidlene i IA-avtalen er et forebyggings- og tilretteleggingstilskudd. Tilskuddet skal stimulere arbeidsgivere til forebyggende og tilretteleggende tiltak, slik at ansatte i IA-virksomheter kan være i arbeid til tross for helseproblemer. Et av tiltakene IA-virksomheter kan få tilskudd til er bistand fra en BHT. Tilskuddet forvaltes av NAV Arbeidslivssenter.

Både NAV Arbeidslivssenter og BHT skal bistå virksomheter innen HMS og arbeidsmiljøarbeid. Det har i noen sammenhenger vært reist spørsmål om deres oppgaver og ansvarsområder overlapper på en uheldig måte. Det er blant annet pekt på at bedriftshelsetjenester konkurrerer med offentlige tjenester som ytes fra arbeidslivssentrene, og at dette sammenfaller med tjenester som inngår i bedriftshelsetjenestens lovpålagte tjenestetilbud. Denne grenseflateproblematikken har tidligere vært adressert av myndighetene, og NAV har utarbeidet et rolledokument der blant annet grenseoppgangen mot BHT er forsøkt trukket opp.³¹

³¹ Det er ikke gjort selvstendige studier av forholdet mellom BHT og NAV Arbeidslivssenter, men grenseflateutfordringene er berørt i tre rapporter siden 2013. I en evaluering av IA-avtalen fra 2013 fremgår det at arbeidsfordelingen i noen fylker er dårlig avklart, uten at dette nødvendigvis betyr store samarbeidsproblemer. I en rapport fra 2015 mente 80 prosent av virksomhetene i undersøkelsen (som hadde BHT eller liknende interne ressurser) at det var viktig for dem å samarbeide med NAV Arbeidslivssenter. Kun få av disse virksomhetene uttalte at det var usikkerhet om de skulle benytte seg av tjenester fra BHT eller NAV Arbeidslivssenter. SINTEFs evaluering av BHT fra 2016 konkluderer med at det fortsatt er uavklarte grenseflater, selv om 75,5 prosent av BHT-ene i undersøkelsen karakteriserer samarbeidet med arbeidslivssentrene som bra, eller ganske bra.

4.3 Bedriftshelsetjenesten

Bedriftshelsetjenesten skal være en fagkyndig og rådgivende tjeneste innen forebyggende HMS-arbeid, og skal bistå arbeidsgiver og arbeidstakere med å følge opp arbeidsmiljøet i virksomheten. Bedriftshelsetjenesten kan være en intern ordning som er organisert som en egen enhet i virksomheten, det kan være en medlemsfinansiert fellesordning eller en ekstern privat aktør.

Arbeidsgiver plikter å knytte virksomheten til en godkjent bedriftshelsetjeneste dersom risikoforholdene tilsier det. Arbeidstilsynet kan pålegge enhver virksomhet å knytte til seg en godkjent BHT dersom de ser et særlig behov for overvåking av arbeidsmiljøet eller kontroll av helsen til de ansatte i virksomheten. Enkelte bransjer har et mer risikofylt arbeidsmiljø enn andre, med større risiko for sykdommer, skader og psykiske belastninger. Alle virksomheter innenfor disse særlig risikoutsatte bransjene er i en egen forskrift pålagt å knytte til seg en godkjent bedriftshelsetjeneste (bransjeforskriften). Rundt 60 prosent av alle arbeidstakere i Norge er i dag ansatt i en virksomhet som har plikt til å ha bedriftshelsetjeneste.

4.4 Konsulenter

I tillegg til bedriftshelsetjenesten, er det enkelte private konsulenter og firmaer som tilbyr arbeidsmiljørådgivning. Hvor mange aktører dette dreier seg om er uklart. Konsulentselskapet Menon undersøkte imidlertid rådgivernæringens størrelse og betydning i Norge i 2017.³² Rapporten, som undersøker alt fra juridiske til tekniske rådgivningstjenester, viser at tre av bransjene kan tenkes å tilby arbeidsmiljørådgivning. Disse bransjene defineres som HR og rekruttering, bedriftsrådgivere og andre forretningsrådgivere. Til sammen utgjør disse bransjene om lag ti prosent av rådgivernæringen, og de omsetter for 26 milliarder i året. Hverken HMS, forebygging eller arbeidsmiljø er imidlertid omtalt i rapporten, og det er liten grunn til å tro at dette utgjør noen stor del av rådgivernæringen i Norge.

³² Menon Economics (2017): Verdien av gode råd – Rådgivernæringens størrelse og betydning i Norge. Menon-publikasjon nr. 64/2017.

5. Kort beskrivelse av dagens bedriftshelsetjenesteordning – rammebetingelser

5.1 Lov og forskrift mv.

Grunnlaget for bedriftshelsetjenestens virksomhet i Norge følger av arbeidsmiljøloven. Arbeidsmiljøloven § 3-3 stiller krav om at en virksomhet skal være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste godkjent av Arbeidstilsynet når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Det er arbeidsgiver som skal foreta denne vurderingen som en del av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS-arbeidet). Bruk av bedriftshelsetjeneste er et særskilt virkemiddel i det forebyggende HMS-arbeidet i Norge. Det følger av bestemmelsen at bedriftshelsetjenesten skal ha en faglig fri og uavhengig stilling. Dette innebærer at BHT ikke skal være underlagt arbeidsgivers instruksjonsmyndighet i arbeidsmiljøspørsmål. Bedriftshelsetjenesten skal utelukkende basere sine vurderinger på faglig grunnlag, og skal stå til rådighet for både arbeidsgiver, arbeidstaker, arbeidsmiljøutvalg og verneombud og gi råd og veiledning i arbeidsmiljøspørsmål.

Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 13-1 fastsetter at visse virksomheter plikter å være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste godkjent av Arbeidstilsynet.³³ Bakgrunnen for dette er at myndighetene erfarer at mange arbeidsgivere i praksis synes det er problematisk å vurdere hvorvidt risikoforholdene i egen virksomhet er av en slik art at de bør få faglig bistand fra en bedriftshelsetjeneste. Dette er virksomheter som erfaringsmessig har et mer risikofyllt arbeidsmiljø enn andre, med større sjanser for sykdommer, skader og psykiske plager. Virksomhetene er definert i tråd med SSBs næringskoder. Dersom en virksomhet som er pålagt å ha bedriftshelsetjeneste, likevel ikke har slike risikoforhold som tilsier slik rådgivning, kan arbeidsgiver søke Arbeidstilsynet om dispensasjon, jf. forskriften § 1-5. I praksis er det relativt sjeldent Arbeidstilsynet innvilger slike søknader.

Så lenge hovedaktiviteten i en virksomhet faller inn under en angitt næringskode med plikt til å ha bedriftshelsetjeneste, vil alle ansatte i virksomheten omfattes av plikten, slik at bedriftshelsetjenestens aktiviteter gjelder alle ansatte. Bedriftshelsetjenesten skal bistå virksomhetens ledelse med å oppfylle arbeidsmiljølovens krav på HMS-området. HMS-begrepet i denne sammenheng omfatter både det fysiske, organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøet.

Manglende etterlevelse av plikten til å etablere bedriftshelsetjeneste kan føre til pålegg fra Arbeidstilsynet, jf. arbeidsmiljøloven § 18-6. Brudd på bestemmelsen er straffesanksjonert. En sak fra Høyesterett er et eksempel på at en arbeidsgiver ble pålagt straffeansvar for manglende overholdelse av arbeidsmiljøreglene.³⁴ I denne saken ble en administrerende direktør idømt en bot på 20 000 kroner for ikke å ha sørget for at arbeidstakerne i virksomheten var knyttet til en bedriftshelsetjeneste.

³³ Forskrift 12. juni 2011 nr. 1355 om organisering, ledelse og medvirkning.

³⁴ Rt. 1994 s. 800.

Bedriftshelsetjenesten skal først og fremst ha en rådgivende funksjon. BHT skal kunne utrede og vurdere arbeidsmiljøproblemer innenfor ulike fagområder og utarbeide et grunnlag for å kunne ta standpunkt til hvilke tiltak som bør iverksettes. Det fremgår av forskriften om organisering, ledelse og medvirkning § 13-2, på hvilke områder arbeidsgiver skal bruke bedriftshelsetjeneste. Bestemmelsen lister opp en rekke forhold og områder hvor arbeidsgiver skal sørge for at BHT bistår i arbeidsmiljøarbeidet. De mest sentrale områdene er kartlegginger av det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet, vurderinger av mulige årsaker og sammenhenger mellom arbeidsrelaterte helseplager og arbeidsmiljø, inkludert forslag til tiltak.³⁵

Andre sentrale områder er ergonomi, støy, lys, inneklima, kjemiske stoffer og støv. I særlige tilfeller kan det være nødvendig å foreta målrettede helseundersøkelser, for eksempel i virksomheter hvor man arbeider med asbest eller arbeidssituasjoner med støy. Forskriften § 14-1 fastsetter i hvilke situasjoner arbeidsgiver skal sørge for helsekontroller, som for eksempel arbeid med farlige kjemikalier og mekaniske vibrasjoner. BHT kan bistå arbeidsgiver med å gjennomføre pålagte helsekontroller etter forskriften, men BHT skal ikke utføre generelle helsekontroller. Det er strenge rammer for hva arbeidsgiver kan pålegge av kontrolltiltak overfor arbeidstakere, jf. arbeidsmiljøloven § 9-4. Bestemmelsen setter vilkår for når arbeidsgiver kan kreve medisinske undersøkelser. Arbeidstakers samtykke til gjennomføring av slike undersøkelser er ikke tilstrekkelig.

Arbeidsgiver skal i samarbeid med bedriftshelsetjenesten utarbeide handlingsplaner for BHTs arbeid i virksomheten. Planen skal inngå som en del av virksomhetens systematiske HMS-arbeid. Det skal utarbeides en årsrapport med oversikt over BHTs bistand i virksomheten. BHT kan også bidra i arbeidet med andre rapporter og måleresultater som beskriver helsefarlige arbeidsforhold, forslag til forebyggende tiltak mv. I virksomheter med minst 50 ansatte skal det opprettes et arbeidsmiljøutvalg hvor BHT er representert, i tillegg til arbeidsgiver og arbeidstakerne.

Forskrift om administrative ordninger på arbeidsmiljølovens område har bestemmelser om godkjenning av bedriftshelsetjenester, se kapittel 2. Det følger av § 2-1 at Arbeidstilsynet skal godkjenne bedriftshelsetjenestene som skal bistå virksomheter som har BHT-plikt. Tilbydere av bedriftshelsetjenester til virksomheter med BHT-plikt må etter forskriften § 2-2 oppfylle krav til kvalitet, kompetanse og personalkapasitet (minst tre årsverk). BHT skal videre ha en fagsammensetning innenfor kompetanseområdene arbeidsmedisin og arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid. I særlige tilfeller kan en BHT med to årsverk bli godkjent, dersom det dokumenteres at bedriftshelsetjenesten har et samarbeid med relevante fagmiljøer som de selv ikke har.

BHT må samlet sett være i stand til å gi helhetlig og forebyggende bistand i det systematiske HMS-arbeidet. BHT må videre ha et kvalitetssikringssystem som bidrar til at arbeidsgiver til enhver tid får tilfredsstillende faglig bistand. Bedriftshelsetjenesten må derfor sikre kontinuerlig kompetanseutvikling av eget personale. Når vilkårene for godkjenning er oppfylt vil Arbeidstilsynet ved Godkjenningssenheten som hovedregel gi godkjenning for en periode på fem år. BHT-ene må være forberedt på oppfølgingsbesøk fra Arbeidstilsynets Godkjenningssenhet i løpet av godkjenningsperioden. Arbeidstilsynet har utarbeidet et

³⁵ Forskrift 12. juni 2011 nr. 1355 om organisering, ledelse og medvirkning. Når forskriften § 13-2 bokstav e) sier at BHT skal bistå med forebyggende tiltak som reduserer risikoen for helseskader hos arbeidstakerne, så menes det at BHT skal bidra med kartlegginger og risikovurderinger på organisatorisk nivå, jf. forskriftens kapittel 7 Risikovurderinger.

eget godkjenningssmerke som de godkjente BHT-ene kan benytte i sin profilering og markedsføring.

Internkontrollforskriften bør også nevnes i denne sammenheng.³⁶ Forskriften fastsetter at den som er ansvarlig for virksomheten plikter å sørge for systematisk oppfølging av krav som fremgår av en rekke helse-, miljø- og sikkerhetslover, herunder arbeidsmiljøloven. Formålet er å sikre et systematisk forbedringsarbeid når det gjelder det forebyggende HMS-arbeidet. Med internkontroll menes systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres, sikres og vedlikeholdes i samsvar med ulike krav i lovgivningen. Kontrollen som gjennomføres internt skal tilpasses virksomhetens art, aktivitet, risikoforhold og størrelse, og skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig.

I petroleumsbransjen er det regulert i forskrift at arbeidsgiver skal sikre at virksomheten er tilknyttet BHT, jf. aktivitetsforskriften § 5.

ILO-KONVENSJON NR. 161

ILO-konvensjon nr. 161 fra 1985 om bedriftshelsetjeneste stiller krav til medlemslandene som har ratifisert konvensjonen om at de skal gjennomføre en gradvis innføring av bedriftshelsetjenesten for alle arbeidstakere. Dersom medlemslandet ikke kan innfri kravet ved ratifikasjonen, skal det utarbeides planer for utvidelse av dekningsgraden av BHT slik at den på sikt vil gjelde for alle virksomheter. Slike planer skal utarbeides sammen med de mest representative arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene. I konvensjonen er bedriftshelsetjenesten definert som en tjeneste som først og fremst er tillagt forebyggende funksjoner, og som har ansvar for å gi råd til arbeidsgivere og arbeidstakere på helse-, miljø- og sikkerhetsområdet.

Norge har ikke ratifisert denne ILO-konvensjon. Regjeringen la i den forbindelse vekt på at tilbudet om bedriftshelsetjeneste bør være risikovurdert i forhold til arbeidsmiljøfaktorer, og at det derfor ikke er nødvendig med et bedriftshelsetjenestetilbud til alle arbeidstakere i Norge. I og med at alle norske innbyggere har tilgang til en fastlegetjeneste, anses behovet for en supplerende tjeneste i arbeidslivet ikke like påkrevet.

EUs RAMMEDIREKTIV

EUs rammedirektiv 89/391/EØF omhandler iverksettelse av tiltak til forbedring av arbeidstakernes sikkerhet og sunnhet i arbeidet. Rammedirektivet artikkel 7 nr. 3 stiller krav om at arbeidsgiver skal benytte kvalifiserte eksterne tjenester eller personer dersom verne- og forebyggingstiltak ikke kan tilrettelegges internt på grunn av manglende kvalifisert personale i virksomheten. ESA (EFTAs overvåkingsorgan) har så langt gitt tilbakemelding om at de norske reglene om verneombud og vernetjeneste er tilstrekkelig for å oppfylle dette punktet i direktivet.³⁷

³⁶ Forskrift 12. juni 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter.

³⁷ NOU 2004: 5 Arbeidslivslovutvalget – Et arbeidsliv for trygghet, inkludering og vekst, punkt 11.2.2.5.

IA-AVTALEN

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) skal bidra til å styrke arbeidslinjen ved å få flere til å stå lengre i arbeid. Målet er å skape et mer inkluderende arbeidsliv og forebygge utstøting og frafall fra arbeidslivet. I underkant av 30 prosent av virksomhetene i Norge har IA-avtale i dag. I all hovedsak er det store virksomheter og virksomheter innen offentlig sektor som er omfattet av avtalen. Dette dekker nærmere 60 prosent av alle arbeidstakere i Norge, og utgjør dermed en betydelig del av norsk arbeidsliv.

Arbeidsplassen er den viktigste arenaen for et inkluderende arbeidsliv. Å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefraværet, redusere bruken av uføretrygd samt få flere seniorer til å stå lengre i arbeid, er viktige målsettinger i IA-arbeidet. Større vekt på det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet er en hovedsatsing i IA-avtalen for perioden 2014 til 2018. Virksomheter som inngår IA-avtale kan søke om å få refundert utgifter til bedriftshelsetjeneste, når disse benyttes i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet eller ved å få sykmeldte tilbake i arbeid. Dette må ses i sammenheng med det arbeidet bedriftshelsetjenesten skal utføre, basert på krav i lov og forskrift som er omtalt over.

Siden den første IA-avtalen ble inngått mellom myndighetene og hovedsammenslutningene i arbeidslivet i 2001, har avtalen blitt fornyet tre ganger. HMS og forebyggende arbeidsmiljøarbeid har vært tema i alle avtaleperiodene, men har fått sterkere fokus i inneværende avtaleperiode. Det overordnede målet i IA-avtalen (2014–2018) er «å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet». IA-avtalen utløper i 2018, og det er igangsatt sonderinger mellom avtalens parter om oppfølgingen etter 2018.

HOVEDAVTALEN MELLOM LO OG NHO

Landsorganisasjonen i Norge (LO) og Næringslivets hovedorganisasjon (NHO) har en egen bestemmelse i Hovedavtalen (2018–2021) § 6-3 om bedriftshelsetjeneste, noe som understreker hvor viktig det forebyggende arbeidet med arbeidsmiljø og -helse er. Bestemmelsen innebærer at virksomheter som har plikt til å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste, skal la seg bistå av slikt personale. Dersom et slikt tilbud ikke finnes, skal virksomheten og de tillitsvalgte arbeide aktivt for å opprette ordninger som tilfredsstiller kravene som fremgår av lov og forskrift. Bedriftshelsetjenestens arbeid skal fremgå av virksomhetens dokumentasjonskrav etter internkontrollforskriften. Bestemmelsen i hovedavtalen går ikke utover kravene i lovgivningen, men understreker betydningen av det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet.

5.2 Kort beskrivelse av utviklingen av BHT i Norge

I 1656 ble den første legen ansatt ved sølvgruvene i Kongsberg, og i bergverksloven av 1683 ble det fastsatt bestemmelser om sykelønn og legehjelp for skadede bergmenn. Helsetjeneste knyttet til arbeid i Norge har eksistert i lang tid, og leger var tilknyttet flere av arbeidsplassene så tidlig som i 1770-årene. Arbeidet var da og fremover mot moderne tid hovedsakelig behandlende (kurativt). I 1911 kom lov om sykeforsikring, noe som førte til at det mer forebyggende arbeidet begynte å tre frem til fordel for det kurative arbeidet.

I 1916 ble landets første forebyggende bedriftslegetjeneste opprettet ved Freia fabrikker i Oslo, og mot slutten av krigen startet et arbeid med å etablere bedriftslegetjeneste for flere virksomheter i Norge. I 1946 inngikk Norsk Arbeidsgiverforening (NAF, nå NHO), Landsorganisasjonen (LO) og Lægeföreningen en avtale om samarbeid for å utvikle en bedriftslegeordning. Ordningen ble i 1974 utvidet og omdøpt til bedriftshelsetjeneste. Før

1977 var utviklingen av bedriftshelsetjenesten basert på frivillig samarbeid mellom LO og NAF og avtaler mellom arbeidslivets organisasjoner og Lægeforeningen.

Norge fikk sin første arbeidervernlovgivning i 1892, noe som også førte til etableringen av Arbeidstilsynet. Den første tiden var det stort sett vern mot ulykker som stod i fokus for lovgivers oppmerksomhet, og arbeidervernloven fra 1936 kan sies å være den første reelle arbeidervernlov. Denne ble etterfulgt av en ny arbeidervernlov i 1956 som blant annet hadde regler om organisert vernarbeid på arbeidsplassene, legek kontroll av arbeidstakere og et utvidet arbeidsgiveransvar. I arbeidervernloven av 1956 stod det i § 8 om legek kontroll at «Der det finnes nødvendig av hensyn til arbeidernes liv og helse, kan Direktoratet for arbeidstilsynet påby at det ved bedrift skal være bedriftslege etter godkjente regler, eller at det skal foretas legetilsyn på annen godkjent måte». Bestemmelsen hadde ifølge forarbeidene kun vært brukt for grupper av arbeidstakere med spesiell helseerisiko, blant annet ved silikose og asbesteksponering og for dykkere.³⁸

I 1974 startet en revisjon av arbeidervernlovgivningen som dannet grunnlaget for lov om arbeidervern og arbeidsmiljø mv. (arbeidsmiljøloven) som ble vedtatt i 1977. Allerede i 1976 ble det diskutert om ansatte innen jordbruk burde ha tilgang til bedriftslege, men man mente den gang at næringer som sjøfart, fangst, fiske og jordbruk hadde så særegne problemer at det systemet som BHT ble bygd opp etter ikke ville være hensiktsmessig for disse. Næringene var også unntatt fra arbeidervernlovens bestemmelser. Når man ser tilbake på hvordan BHT ble bygget opp på 70- og 80-tallet med stiftelsesbaserte fellesordninger, er det forståelig at noen av de mest ulykkesutsatte næringene ikke ble omfattet. Etter 1977 har utbyggingen av bedriftshelsetjenesten for en stor del vært hjemlet i arbeidsmiljøloven og forskrifter. 1977-loven fikk en ny bestemmelse i § 30 som stilte krav om verne- og helsepersonell i virksomhetene (Bedriftshelsetjeneste). Bedriftshelsetjenesten skulle bistå arbeidsgiveren, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalget og verneombudet i deres arbeid for å skape sunne og trygge arbeidsforhold. I samme bestemmelse ble det fastslått at BHT skulle ha en fri og uavhengig rolle i arbeidsmiljøspørsmål. BHTs oppgaver ble inndelt i tre hoveddeler; forebyggende tiltak, utføring og behandling.

Etableringen av BHT i Norge skjedde i hovedsak i første del av 80-tallet, en periode hvor flere fellesordninger ble etablert. Mot slutten av 1980-tallet så de første kommersielle BHT-ene dagens lys. Direktoratet for Arbeidstilsynet utarbeidet en fremdriftsplan i tre deler for gjennomføring av bedriftshelsetjeneste etter arbeidsmiljøloven i perioden 1980 til 1986. Dette arbeidet førte blant annet til utarbeidelsen av en forskrift om hvilke virksomheter som har plikt til å knytte til seg verne- og helsepersonale. Den første bransjeforskriften ble fastsatt av Direktoratet for Arbeidstilsynet 8. juni 1989. Forskriften omfattet virksomheter innenfor om lag 20 næringsgrupperinger. Hva som menes med arbeidsrelatert risiko har vært diskutert flere ganger. Tradisjonelt sett har man i yrkessammenheng vektlagt kjemisk og fysisk risiko, noe som gjenspeiles i de opprinnelige næringene som ble plukket ut i bransjeforskriften med plikt om å knytte seg til en bedriftshelsetjenesteordning. De senere årene har man også hatt mer fokus på organisatoriske forhold, som ergonomisk og psykososial risiko. Disse hensynene lå blant annet til grunn for utvidelsen av bransjeforskriften i 2010. Det har ikke vært noen revisjon av næringsgruppene i bransjeforskriften fra 1989 frem til forskriften ble utvidet i 2010. Bestemmelsene i arbeidsmiljøloven § 30 gjaldt imidlertid uavkortet, det vil si at alle arbeidsgivere hadde plikt til å knytte til seg verne- og helsepersonale når arbeidsmiljø-situasjonen tilsa det. Dette gjelder fortsatt og fremgår av dagens arbeidsmiljølov § 3-3 første

³⁸ NOU 1976: 48 Bedriftshelsetjenesten. Om den fremtidige organisering av bedriftshelsetjenesten.

ledd. Da arbeidsmiljøloven ble revidert i 2004 ble begrepet «verne- og helsepersonale» erstattet med begrepet «bedriftshelsetjeneste».³⁹

Andre milepæler for bedriftshelsetjenesten var oppretting av Institutt for bedriftsmedisin ved Universitetet i Bergen i 1990 og fagsekretariatet for BHT ved STAMI i 1998. Den siste store milepælen var innføringen av godkjenningsordning for BHT hjemlet i forskrift om arbeidsgivers bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste i 2010. I 2013 ble bestemmelsene om godkjenningsordningen en del av forskrift om organisering, ledelse og medvirkning og forskrift om administrative normer på arbeidsmiljølovens område.

Det har blitt utarbeidet flere offentlige utredninger om BHT, blant annet NOU 1976: 48 Bedriftshelsetjenesten og NOU 1992: 2 Bedriftshelsetjenesten i fremtiden. Fra 1960-tallet har det i tillegg blitt gjennomført en rekke evalueringer av bedriftshelsetjenesten. Hovedproblemstillinger i flere av utredningene er om BHT er et helsetiltak eller et arbeidsmiljøtiltak og om kostnader ved bruk av tjenesten står i forhold til nytteverdien.

5.3 Kjernevirksomheten i dagens BHT

Bedriftshelsetjenesten skal ha generell kompetanse om forebyggende arbeidsmiljøarbeid og aktuelle arbeidsmiljøforhold og være godt kjent i den enkelte virksomheten. Det er arbeidsgivers ansvar å be BHT om råd. BHT skal også på selvstendig grunnlag informere arbeidsgiver, arbeidstakere og deres tillitsvalgte om risikofaktorene på arbeidsplassen. Rådene som gis skal utelukkende gis på faglige uavhengige grunnlag. BHT skal ha et kvalitetssikrings-system som sikrer at den bistår arbeidsgiver på en tilfredsstillende måte, og skal også sikre faglig kompetanseutvikling for personalet i BHT-en. En BHT skal ha en sammensetning og et faglig personale som er i stand til å gi rådgiving innen følgende kompetanseområder:⁴⁰

- *Systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS-arbeid):*
 - Dette innebærer oversikt over arbeidsmiljørisiko, avvikshåndtering, handlingsplan for HMS-arbeid og plan over hva BHT bistår med, deltakelse i arbeidsmiljøutvalg og andre arenaer for HMS-arbeid, deltakelse i verneunder, gjennomføre lederopplæring i HMS-arbeid, verneombudskurs og andre HMS-kurs.
- *Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø:*
 - Bistå med å utarbeide forebyggende retningslinjer om psykososiale og organisatoriske forhold, slik som for eksempel organisering av arbeid, arbeidsavtaler, arbeidsplaner, arbeidstid, alnearbeid, medvirkning, omstilling, påseplikt mv.
 - Kartlegging og risikovurdering av organisatoriske og psykososiale forhold, bistå i spørreundersøkelser og andre undersøkelser på gruppe- og individnivå.
 - Bistå med rådgiving rundt mobbing og trakassering, varsling, konflikthåndtering, oppfølging av hendelser og krisehåndtering.
 - Informasjon og opplæring om konfliktforebygging, vold, emosjonelt arbeid, psykiske belastninger, påregnelig atferd, stressmestring og lederveiledning.
- *Arbeidsmedisin og arbeidshelse:*
 - Helsekontroller – helseovervåking når arbeidssituasjonen tilsier det. Noe som blant annet betyr eksponeringsvurdering, arbeidstakerutvalg, målrettet helsekontroll, ulike

³⁹ Ot.prp. nr. 49 (2004–2005), punkt 25 merknader til § 3-3 Bedriftshelsetjenesten.

⁴⁰ Arbeidstilsynets nettsider. Lest 15. september 2017.

- rapporteringsplikter, henvisning til arbeidsmedisinsk utredning, melding til NAV og Arbeidstilsynet.
- Sykefraværsoppfølging – bistå med forebygging på organisasjons- og individnivå, blant annet med oppfølgingsprosjekt over kort og lang sikt, foreslå forebyggingstiltak og helsefremmende organisatoriske tiltak samt bistå med individuell oppfølging og tilrettelegging.
 - Rus og AKAN-arbeid – bistå med å utarbeide retningslinjer, testing og individoppfølging samt lederveiledning.
 - Arbeidsmedisinsk poliklinikk – bistå med vaksinasjoner, småskader, lettere oppfølging eller henvisning til egen lege, spesialist eller arbeidsmedisinsk avdeling, informasjon og opplæring, førstehjelpskurs samt informasjon om helseeffekter av ulike eksponeringer, rus og sykefraværarbeid, generelt helsearbeid som generelle helsekontroller, livsstiltiltak og all form for behandling hører ikke til BHTs oppgaver.
 - *Yrkeshygiene:*
 - Bistå i utarbeidelse av retningslinjer og dokumentasjon innenfor området yrkeshygiene – slik som kjemikaliehåndtering, stoffkartotek, arbeidsinstrukser og bruk av verneutstyr.
 - Kartlegging og risikovurdering av fysiske, kjemiske og biologiske forhold, vibrasjon, støy, støv og stråling.
 - Forslag til tiltak – for eksempel håndtering av maskiner og utstyr, inneklime, ventilasjon, bytte av arbeidsutstyr og ulykkesforebygging.
 - Informasjon og opplæring om kjemisk og biologisk helsefare, stoffkartotek og renhold.
 - *Ergonomi:*
 - Bistå i utarbeidelse av retningslinjer om ergonomiske forhold, kartlegging og risikovurdering av ergonomiske forhold, foreslå tiltak og løsninger, informasjon og opplæring – også knyttet til vibrasjoner, manuell håndtering, arbeidsteknikk, organisering av arbeid, forflytning, tungt og ensformig arbeid.

5.4 Rammebetingelser

ULIKE MÅTER Å ORGANISERE BHT PÅ

Arbeidsmiljøloven stiller ikke krav til hvordan virksomhetene organiserer en bedriftshelsetjenesteordning. En arbeidsgiver står fritt til å organisere BHT som en intern ordning ved å selv ansette helsepersonellet (egenordning), bli medlem i en fellesordning som enten er ideell eller som også selger tjenester eksternt, eller kjøpe tjenester fra en selvstendig bedriftshelsetjeneste i det private markedet (kommersiell ordning).

BEDRIFTSHELSETJENESTENS FRIE OG UAVHENGIGE STILLING

Bedriftshelsetjenestens frie og uavhengige stilling er forutsatt i ILO-konvensjon nr. 161 om bedriftshelsetjeneste og i etiske retningslinjer for bedriftshelsepersonell utarbeidet av Den internasjonale kommisjonen for arbeidshelse (ICOH).⁴¹

I forarbeidene til arbeidsmiljøloven av 1977 er bestemmelsen om bedriftshelsetjenestens frie og uavhengige stilling fremhevet som prinsipielt viktig. Bedriftshelsetjenesten skal på eget initiativ informere arbeidsgiver, arbeidstakerne, verneombud og tillitsvalgte om risikofaktorer på arbeidsplassen. Slike råd og veiledninger skal utelukkende bygges på faglige

⁴¹ International Commission of Occupational Health (ICOH) er en frivillig og ikke-statlig organisasjon med formål å fremme kunnskap om arbeidsmiljø og sikkerhet. Fra Norge deltar STAMI.

vurderinger av arbeidsmiljøforholdene i virksomheten. Den frie og uavhengige stillingen gjelder også når bedriftshelsepersonalet er ansatt i virksomheten.

LEGERS TAUSHETSPLIKT OG MELDEPLIKT OM ARBEIDSRELATERT SYKDOM MV.

Bedriftshelsetjenesten vil, til tross for at de primært skal arbeide forebyggende, motta mye informasjon om enkeltansattes helse, dette selv om det ikke foreligger noen behandlingssituasjon mellom for eksempel bedriftslege og ansatt. Helsepersonell ansatt i en bedriftshelsetjenesteordning har de samme rettigheter og plikter som annet helsepersonell, og arbeidstakerne har samme pasientrettigheter som andre pasienter. Regler om taushetsplikt for helsepersonell og regler om journalplikt gjelder på samme måte som i helsevesenet, og arbeidstaker har samme krav til innsyn i saken, samme adgang til å kreve retting og sletting av opplysninger i pasientjournal mv.

Disse personvernrettighetene skal være på linje med alle andre pasientgrupper etter helsepersonelloven. Taushetsplikten skal beskytte den enkeltes personlige forhold og private sfære. Det fremgår av hovedregelen om taushetsplikt i helsepersonelloven § 21 at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om personers sykdomsforhold eller andre personlige forhold. Det er gitt enkelte unntak fra denne bestemmelsen. Pasienten kan selv samtykke i at opplysningene gis videre, jf. helsepersonelloven § 22. Det er videre et unntak fra taushetsplikten for anonymiserte opplysninger i § 23 og for opplysninger som BHT mottar som sakkyndig i § 27.

Etter arbeidsmiljøloven § 5-3 plikter enhver lege å skriftlig melde fra om alle tilfeller av arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet. Dersom arbeidstaker samtykker skal også arbeidsgiver varsles om sykdommen.

6. Tilsyn og veiledning fra Arbeidstilsynet

6.1 Forebyggende arbeidsmiljøarbeid

Arbeidstilsynets årsrapport for 2016 slår fast at «Det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet rettet mot tradisjonelle utfordringer i arbeidslivet har vært og er grunnbjelken i etatens innsats». I årsrapporten for 2017 viser Arbeidstilsynet til to store hovedutfordringer i arbeidslivet; arbeidslivskriminalitet og manglende HMS-arbeid. Arbeidstilsynets samlede erfaring fra 2017 viser at det fortsatt er mange virksomheter som ikke har grunnleggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på plass, og at de derfor ikke i tilstrekkelig grad klarer å forebygge arbeidsrelaterte skader og sykdommer. Dette innebærer at virksomhetene ikke kartlegger arbeidsmiljøet for å forebygge arbeidsrelaterte skader og sykdommer. For å nå dette målet har Arbeidstilsynet prioritert veiledning og tilsyn rettet mot næringer med særlig stor forekomst av enkelte arbeidsmiljøproblemer som ulykker, kjemisk eksponering, vold og trusler samt oppfølging av sykmeldte. I 2017 ble det særskilt lagt til rette for veiledning som et selvstendig virkemiddel, og da særlig rundt det forebyggende og systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet.

Det følger videre av Arbeidstilsynets strategi for 2017 til 2019 at etatens visjon og målbilde for perioden blant annet er at færre mennesker skal dø, bli syke eller skadet som følge av sitt arbeid, og at virksomhetene i større grad skal arbeide forebyggende med eget arbeidsmiljøarbeid.

Arbeidstilsynet bruker i dag ulike kriterier for prioritering av arbeidsmiljøproblemer. Disse er alvorlighet, omfang og forebyggingspotensiale. De samme kriteriene kan brukes i vurderingen av hvilke virksomheter som bør tilknyttes BHT i en fremtidig ordning. I tillegg benyttes erfaringsbasert kunnskap for å identifisere små grupper av arbeidstakere som har høy risiko, men som ikke nødvendigvis blir synlige i nasjonale statistikker. Arbeidstilsynet samarbeider med NOA på dette feltet.

Våren 2018 gjennomførte Arbeidstilsynet en nasjonal satsing i industrinæringen. Det er i denne næringen tilsynet vil sette inn mest ressurser i 2018 og 2019. Industribedrifter har mange registrerte skader og ulykker, og de fleste skjer i forbindelse med bruk og vedlikehold av maskiner og utstyr. Arbeidstilsynet fant brudd på regelverket i tre av fire tilsyn. Arbeidstilsynet stanset bruken av en eller flere maskiner i 29 virksomheter. Dette viser at det også finnes arbeidsmiljøutfordringer innenfor virksomheter som tradisjonelt har jobbet godt med det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet.

6.2 Tilsyn

Arbeidstilsynet gjennomfører om lag 17 000 tilsyn med norske virksomheter hvert år.⁴² Tilsynsaktiviteten er i stor grad aktivitetsbasert, det vil si at det på forhånd er definert hvilke temaer som skal kontrolleres. Dette er igjen risikobasert, det vil si at det er foretatt vurderinger sentralt av hvilke næringer og tema som bør følges opp. Ett enkelt tilsyn vil begrense seg til enkelte tema, avhengig av aktivitet og avsatt tid. Arbeidstilsynets inspektører som fører tilsyn med virksomhetene har med seg sjekklistor med forhåndsdefinerte spørsmål

⁴² Oversikt utarbeidet av Arbeidstilsynet på bakgrunn av bestilling fra ekspertgruppen.

og kontrollpunkter, som det skal vurderes om virksomheten har oppfylt. Sjekklistene som inspektørene benytter er tilpasset formålet med tilsynet, og er utarbeidet av fagpersoner i etaten. I møte med virksomheten skal inspektørene kontrollere forholdene som sjekklisten beskriver, og i tillegg legges det stor vekt på at inspektørene skal veilede virksomheten om disse forholdene. Det er også rom for at inspektørene kan kontrollere og veilede om andre forhold dersom det i tilsynene viser seg at dette er nødvendig.

6.2.1 Hva kontrolleres?

Hvilke temaer som kontrolleres i et tilsyn avhenger av hovedformålet med tilsynet. Når det gjelder organisatoriske arbeidsbetingelser, så sjekkes følgende forhold: om virksomheten har bedriftshelsetjeneste, medvirkningsapparatet inkludert verneombud og arbeidsmiljøutvalg, arbeidsavtale, arbeidstid og opplæring. I tillegg gjennomgås virksomhetens systemer for kartlegging, risikovurdering og tiltak som en del av det systematiske HMS-arbeidet. Følgende tema kan være aktuelle: kjemiske, biologiske og fysiske forhold, ergonomiske forhold, psykososiale forhold, tekniske forhold og ulykkesrisiko. Arbeidstilsynet tilpasser tilsynet til virksomhetens utfordringer og innholdet i tilsynet til det som avdekkes underveis i møtet med virksomheten. Inspektøren skal alltid vurdere hvorvidt det er nødvendig å ilegge pålegg, jf. arbeidsmiljøloven § 18-6 første ledd.

6.2.2 Spørsmål om bedriftshelsetjeneste under tilsyn

Spørsmål om bedriftshelsetjeneste er inkludert som et fast kontrollpunkt i mange av Arbeidstilsynets tilsyn. Dette fordi bedriftshelsetjenesten kan tilby virksomheten nødvendig støtte i det systematiske HMS-arbeidet.

Det er i hovedsak tre kontrollpunkter om bedriftshelsetjenesten:

1. Er virksomheten tilknyttet godkjent bedriftshelsetjeneste?
2. Er det utarbeidet plan for bedriftshelsetjenestens bistand i virksomheten?
3. Er det utarbeidet årsrapport for bedriftshelsetjenestens bistand i virksomheten?

Spørsmål 1 avdekker om virksomheten har avtale med BHT, men sier ikke noe om i hvor stor grad de faktisk benytter seg av tjenestene. Dette dekkes av spørsmål 2 og 3. Plan- og årsrapport skal beskrive planlagte aktiviteter som bedriftshelsetjenesten skal gjennomføre for en gitt tidsperiode, mens årsrapporten skal oppsummere aktiviteter gjennom ett år.

6.2.3 Tilsyn i perioden 2013 til 2016

Arbeidstilsynet har i perioden 2013 til 2016 gjennomført til sammen 62 891 tilsyn med en rekke ulike tema og næringer. I denne perioden er det ført 41 500 tilsyn med virksomheter som har BHT-plikt. Dette utgjør 66 prosent av totalt antall tilsyn i perioden. Det er ført flest tilsyn med BHT-pliktige virksomheter i næringene bygge- og anleggsvirksomhet, industri, overnatting og servering, helse- og sosialtjenester, transport og lagring. Dette fordi disse skårer høyt på en rekke arbeidsmiljøeksponeringer og har en overhyppighet av arbeidsrelaterte sykdommer og skader.⁴³ De øvrige 21 391 tilsynene er ført med virksomheter som ikke har BHT-plikt, med flest tilsyn i varehandel. Dette begrunnes med at varehandel er en næring som sysselsetter mange unge arbeidstakere som er særlig risikoutsatte.

6.2.4 Tilsyn med tilknytning og bruk av BHT

Arbeidstilsynet erfarer gjennom tilsyn at de virksomhetene som har fått pålegg om å tilknytte seg BHT, mangler en del sentrale elementer i sitt systematiske HMS-arbeid. Rundt

⁴³ Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA).

45 prosent av disse virksomhetene fikk pålegg om manglende verneombud og opplæring av verneombud. I 50 prosent av disse virksomhetene hadde arbeidsgiver ikke kartlagt farer arbeidstakerne kan utsettes for eller vurdert risiko for skade på arbeidstakeres helse og sikkerhet. For 36 prosent hadde arbeidsgiver ikke gjennomført nødvendige tiltak eller utarbeidet en plan som beskriver tiltak for å fjerne eller redusere farer og problemer i arbeidet. Arbeidsgiver hadde i 47 prosent av virksomhetene gjennomgått opplæring i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

Avvikene er betydelig lavere for virksomheter som er tilknyttet BHT. Her hadde 10 prosent fått pålegg grunnet manglende verneombud og 14 prosent fikk pålegg om manglende opplæring av verneombud. I disse virksomhetene ble det avdekket mangler knyttet til risikovurderinger og kartlegginger i 23 prosent av tilsynene. For 22 prosent av virksomhetene hadde arbeidsgiver ikke gjennomført nødvendige tiltak eller utarbeidet en plan som beskrev tiltak for å fjerne eller redusere farer og problemer i arbeidet. Arbeidsgiver hadde i 9 prosent av virksomhetene gjennomgått opplæring i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

Virksomheter som er tilknyttet BHT får sjeldnere pålegg om andre sentrale forhold i HMS-arbeidet sammenliknet med virksomheter som har fått pålegg om BHT. Disse funnene indikerer at virksomheter som er tilknyttet BHT i større grad jobber systematisk med HMS-arbeid enn virksomheter som ikke har BHT.

6.2.5 Tilsyn med pliktige og ikke-pliktige virksomheter

Det ble gjennomført 41 500 tilsyn i perioden 2013 til 2016 i virksomheter som tilhører næringer som er pliktige til å være tilknyttet godkjent BHT. Arbeidstilsynet kontrollerte om virksomheten var tilknyttet BHT i 22 914 av disse tilsynene.

I 73 prosent av tilsynene var virksomheten tilknyttet godkjent bedriftshelsetjeneste, i 23 prosent av tilsynene var virksomheten ikke tilknyttet godkjent bedriftshelsetjeneste og virksomheten ble ilagt pålegg. I 4 prosent var virksomheten ikke tilknyttet godkjent bedriftshelsetjeneste, men virksomheten ble ikke ilagt pålegg.

Andel vedtak om pålegg for sentrale kontrollpunkter varierer for de pliktige virksomhetene som har BHT, sammenliknet med de pliktige virksomhetene som har fått pålegg om tilknytning til BHT. Det er betydelig lavere andel pålegg for de pliktige virksomhetene som er tilknyttet BHT sammenliknet med de som ikke er tilknyttet BHT (men som tilhører en næring som har plikt til BHT). Andel vedtak om pålegg for sentrale kontrollpunkter varierer for de ikke-pliktige virksomhetene som har BHT sammenliknet med de ikke-pliktige virksomhetene som har fått pålegg om tilknytning til BHT. Tilsvarende som for de pliktige virksomhetene som er omtalt ovenfor, er det betydelig lavere andel pålegg for de ikke-pliktige virksomhetene som er tilknyttet BHT sammenliknet med de som ikke er tilknyttet BHT. Også disse funnene indikerer at virksomheter som er tilknyttet BHT i større grad jobber systematisk med HMS-arbeid enn virksomheter som ikke har BHT.

6.2.6 Virksomhetens størrelse

En gjennomgang av tilsynene fordelt på ulike virksomheters størrelser viser at pålegg om manglende BHT i størst grad ble gitt til små virksomheter. 88 prosent av påleggene ble gitt til virksomheter med færre enn 20 ansatte. Andel tilsyn med pålegg for alle kontrollpunkt generelt var høyere i virksomheter med 1 til 19 ansatte enn virksomheter med flere enn 20 ansatte.

7. Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse ved STAMI

2

Myndigheter, parter og andre aktører i arbeidslivet, inkludert bedriftshelsetjenesten, har behov for god oversikt over hvilke faktorer som påvirker arbeidsmiljøforholdene og deres betydning for helse, slik at faktabaserte, forebyggende tiltak kan iverksettes på en mest mulig effektiv og treffsikker måte. Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) ble etablert ved STAMI i 2007 og formålet er å bidra til at kvalitetssikret fakta om arbeidsmiljøforholdene på norske arbeidsplasser tas i bruk av myndigheter, partene, bedriftshelsetjenesten og virksomhetene. Det norske overvåkingssystemet inneholder i dag kvalitetssikrede arbeidsmiljøindikatorer som dekker ulike forhold i norsk arbeidsliv som eksponering, risikoforhold, beskyttende faktorer, arbeidsrelaterte helseplager og sykdom, arbeidsskader og demografiske utviklingstrekk. Tett faglig samarbeid mellom NOA og forskningsavdelingene ved STAMI er en viktig forutsetning for kvalitet og videreutvikling av overvåkingssystemet.

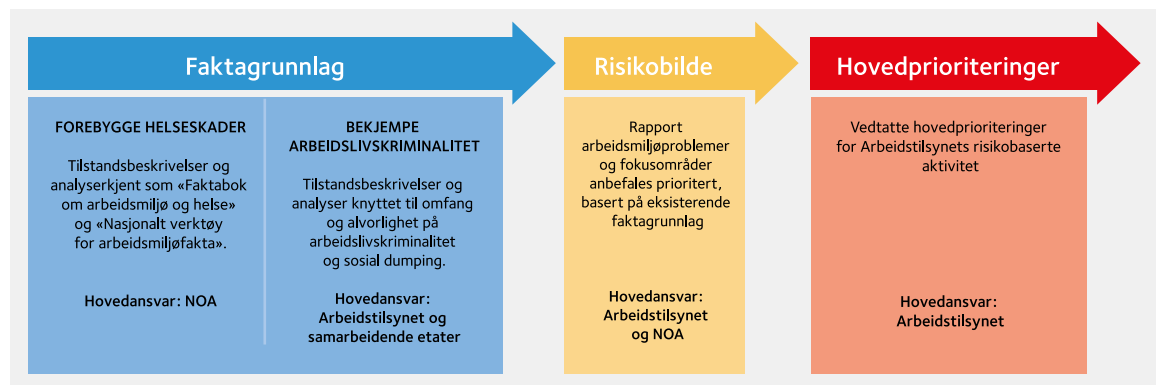
NOA har som primær oppgave å følge med på, sammenstille og formidle kunnskap om arbeidsmiljø og -helse i ulike næringer og yrker. Dette gjøres ved å analysere data fra tilgjengelige nasjonale datakilder av relevans for arbeidsmiljø og -helse (landsrepresentative spørreundersøkelser, diverse helseregistre, nasjonal statistikk fra SSB, NAV og tilsynsmyndighetene mv.). Hvert tredje år publiseres en nasjonal rapport «Faktabok om arbeidsmiljø og helse» med oppdatert statistikk, utviklingstrekk og analyser av hvor risikofaktorer i arbeidsmiljøet og helseskader er særlig utbredt.⁴⁴ I tillegg presenteres et temabasert oppslagsverk av alle indikatorene i overvåkingssystemet på nettsiden «Nasjonal statistikk om arbeidsmiljø og -helse» (noa.stami.no). På nettsiden er det også lagt ut omtale av et kvalitetssikret oppslagsverk av litteratur, samt yrkes-, nærings-, alders- og utdanningsprofiler som viser hvordan ulike grupper av arbeidstakere rapporterer eksponeringsfaktorer eller helseplager i forhold til gjennomsnittet for alle yrkesaktive. Risikoprofilene gir et oversiktsbilde av utfordringene i ulike grupper. Alle figurer på nettsiden er nedlastbare og kan fritt anvendes i brukerens egen formidling. Det er også utviklet en funksjonalitet som gjør det mulig å lagre en samling av utvalgte figurer og fritt legge til egen tekst. Indikatorene og risikoprofilene kan brukes av bedriftshelsetjenesten som grunnlag for å vurdere behov for kartlegging og risikovurdering av arbeidsmiljøet i bedriftene.

NOA samarbeider med Arbeidstilsynet om utvikling og produksjon av tilstandsbeskrivelser og beslutningsunderlag knyttet til arbeidsmiljø- og helseforhold i Norge. Arbeidsprosessen er beskrevet i en egen samarbeidsrapport og gjengitt i figur 7.1. Målet med dette samarbeidet er å sikre en kobling fra det nasjonale faktagrunnlaget til tilsynsprioriteringer. Anbefalingene som fremgår av rapporten «Risikobilde» (se figur 7.1) er basert på analyser som presenteres i Faktaboka, supplert med analyser av Arbeidstilsynets egne data og tilsynserfaringer, samt øvrig forskningslitteratur og analyser som foreligger på området. «Risikobildet» revideres årlig, og diskuteres med partene i Arbeidstilsynets råd.⁴⁵

⁴⁴ Nasjonal statistikk om arbeidsmiljø og -helse (NOA).

⁴⁵ Se omtale i STAMIs årsrapport 2017 om «Særskilt om samarbeidsaktiviteter og arbeidslivets parter».

Figur 7.1



Kilde: STAMI (2017)

Innholdet i NOAs overvåkingssystem, gjennom Faktaboka og overvåkingsverktøyet, er godt egnet for mer omfattende og systematisk bruk av bedriftshelsetjenesten i deres innledende arbeid med risikoidentifisering i virksomhetene. Fordelen med dette vil også være at det er det samme fakta grunnlaget som Arbeidstilsynet bygger sine prioriteringer på. I Danmark er det blitt utviklet såkalte «risikoguiden» i utvalgte bransjer som arbeidsmiljørådgiverne må forholde seg til i deres tjenesteyting i virksomhetene, på basis av tilsvarende overvåkingskunnskap. NOAs overvåkingsverktøy kan utgjøre et dynamisk system hvor man på tilsvarende måte kan finne frem til typiske risikoforhold knyttet til yrker og bransjer, samt deres eventuelle relasjoner til arbeidsrelaterte helseplager, som bør ligge til grunn for det innledende arbeidet med risikoidentifisering hos kundene.



8. Utredninger om BHT

8.1 Evaluering av bedriftshelsetjenesten – SINTEF-rapport

8.1.1 Innledning

SINTEF gjennomførte i 2016 en evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge.⁴⁶ Formålet med evalueringen var å få en uavhengig vurdering av treffsikkerheten og effekten av BHT som virkemiddel på arbeidsmiljøfeltet. Rapporten bygger på intervjuer med ti BHT-er, spørreundersøkelse blant BHT-er i Norge, analyserte dybdeintervjuer 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. Svarprosenten i undersøkelsen blant virksomhetene var relativt lav (henholdsvis om lag 23 prosent for daglige ledere og om lag 16 prosent for verneombud). SINTEF påpeker at en svakhet ved undersøkelsen er at svarprosenten varierer mye etter næring. Nedenfor følger en gjennomgang av de mest sentrale funnene i evalueringen.

8.1.2 BHT-plikt og tilknytning blant virksomhetene

Minst 25 prosent av norske virksomheter med BHT-plikt er ikke tilknyttet en BHT. Sannsynligheten for tilknytning til en BHT varierer med bransje og virksomhetsstørrelse. Flertallet av virksomhetene som ikke oppfyller plikten er små virksomheter med færre enn fem ansatte. Virksomheter som har inngått IA-avtale er i all hovedsak tilknyttet BHT. For virksomheter som ikke oppfyller plikten ser manglende bevissthet eller opplevd behov ut til å være viktigere enn kostnadsnivå.

Den vanligste avtaleformen mellom en virksomhet og BHT er å betale en fast sum for en grunnpakke, og at man i tillegg betaler for ekstratjenester som går utover det som er inkludert i grunnpakken (48 prosent). 38 prosent oppgir at de betaler en fast pris ut fra antall ansatte, mens bare et fåtall betaler per leverte tjenester. Et flertall av virksomhetene har relativt nye kontrakter med BHT. Bare 1 av 20 virksomheter har hatt samme BHT i mer enn 20 år.⁴⁷

I spørreundersøkelsen SINTEF gjorde blant BHT, svarte om lag 67 prosent av BHT-ene at de er organisert som eksterne ordninger. Om lag 40 prosent av disse er medlemseide BHT-er, mens om lag 60 prosent er organisert som kommersielle ordninger. Det er vanlig at også de medlemseide BHT-ene orienterer seg mot markedet og forsøker å få inn nye kunder, og slik har islett av kommersiell karakter. Om lag 32 prosent av BHT-ene svarte at de er organisert som interne ordninger. 30 prosent av disse tilbyr også tjenester eksternt, til andre virksomheter.

8.1.3 Kontakt mellom BHT og virksomhetene

Det er vanlig blant virksomhetene å ha lite kontakt med BHT. Over halvparten av virksomhetene har fysisk besøk sjeldnere enn hvert halvår, mens noen færre oppgir å ha e-post eller telefonkontakt sjeldnere enn hvert halvår.

⁴⁶ Mandal, R., K. Dyrstad, L. Melby og T. Midtgård (2016): Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge. SINTEF-rapport A27819.

⁴⁷ Ibid. s. 11.

8.1.4 Kompetanse

ANSATTE OG INNLEIE AV PERSONELL

SINTEF har undersøkt hva slags kompetanse de ansatte som arbeider i BHT har. Undersøkelsen viser at 42 prosent er sykepleiere, 11 prosent leger, om lag 9 prosent fysioterapeuter og manuellterapeuter og knappe 8 prosent er yrkeshygienikere. Om lag 2 prosent er psykologer og psykologspesialister. 15 prosent av de ansatte er i kategorien «annet», for eksempel gestaltterapeut, jordmor og verneingeniør. Legene er fordelt ganske likt på spesialist i arbeidsmedisin, lege i spesialisering i arbeidsmedisin og annen lege.

I tillegg til egne ansatte er det svært vanlig for BHT-er å samarbeide med eksterne aktører. Sju av ti BHT-er har samarbeidsavtale med noen utenfor egen BHT. Det er klart mest vanlig å samarbeide med psykologer, deretter kommer leger, tett fulgt av yrkeshygienikere. Videre er det også relativt vanlig å ha samarbeidsavtaler med fysioterapeuter.

Innleie og samarbeid bidrar både til å dekke lovpålagte og ikke-lovpålagte oppgaver. Det begrunnes med at det er for dyrt å ansette, reiseavstander, varierende etterspørsel etter en del tjenester (særlig når det gjelder psykososialt arbeidsmiljø) og et ønske om å gi et helhetlig tilbud til kundene.

LEGERS ROLLE I BHT

Når det gjelder legers rolle i BHT, fremgår det at både bruken av leger og kompetansen deres varierer. Det påpekes at det går et skille mellom BHT-er som har innleieavtale med lege, og benytter ham/henne ved behov, og BHT-er der legen er ansatt i BHT.⁴⁸ SINTEF skriver: «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 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.»⁴⁹

VURDERING AV KOMPETANSE OG UTVIKLINGSBEHOV

BHT-ene vurderer egen kompetanse som best innenfor ergonomi (80 prosent). Deretter følger systematisk HMS-arbeid (67 prosent) og arbeidsmedisin og helse (64,5 prosent). BHT-ene vurderer å ha svakest fagkompetanse på oppfølging av sykmeldte og tilrettelegging.

Over 90 prosent av lederne i BHT-ene mener de ansatte gis god tid til å prioritere faglig utvikling. Samtidig mener over 60 prosent at de trenger å jobber mer med faglig utvikling. Mer enn halvparten av BHT-ene oppgir at de ønsker å spisse seg mer faglig i tiden fremover. Det fleste BHT-er ønsker å styrke seg på, er psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, deretter yrkeshygiene.

BHT-KURS OG VIDEREUTDANNING

En annen viktig problemstilling når det gjelder kompetanse er om tilbudet om kurs og videreutdanning til BHT-ansatte er godt nok. Enkelte informanter mente 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 pekt på at videreutdanningstilbudet for ansatte som har jobbet en del år i BHT ikke er godt nok.

⁴⁸ Ibid. s. 66.

⁴⁹ Ibid. s. 67.

8.1.5 Kvalitet og effekt av BHT

VURDERINGER AV BHTs KVALITET

I SINTEF-rapporten uttrykker både BHT-ene og Godkjenningssenheten at en svært stor andel av BHT-ene har kvalitetssystemer og kompetanseplaner på plass, og at de jobber systematisk med kvaliteten på tjenestene. Samtidig påpekes det at gode kvalitetssystemer ikke er et tilstrekkelig mål på om kvaliteten er god.⁵⁰ Rapporten gir inntrykk av at det fortsatt er potensiale for bedre kvalitet i BHT. Bare 20 prosent av BHT-ene er helt enig i at det generelt er god kvalitet på BHT i Norge, mens 40 prosent er delvis enig.

VURDERINGER FRA VIRKSOMHETENE RUNDT BHTs EFFEKT OG NYTTEVERDI

En hensikt med evalueringen til SINTEF var å måle effekten av BHT som virkemiddel i virksomhetenes forebyggende arbeidsmiljøarbeid. I rapporten påpekes det at det generelt er vanskelig å identifisere effekter av forebyggende arbeid. SINTEF har likevel forsøkt å kartlegge hva BHT-ene og virksomhetene selv opplever som effekt og nytteverdi av BHT.

Rapporten viser at virksomhetene som har tilknyttet seg BHT i relativt stor grad er fornøyd med tjenestene de mottar. Om lag 60 prosent blant ledere og verneombud er enig i at BHT bidrar i utviklingen av virksomhetens HMS-rutiner og styrker fokuset på arbeidsmiljø.⁵¹ SINTEF fremhever dette som et av de viktigste funnene i evalueringen, ettersom dette ifølge forskriften utgjør kjernen i BHTs arbeid. En indikator på om virksomhetene opplever BHT som viktig eller ikke er om de ville valgt å ha BHT dersom de ikke hadde plikt til det. Her svarer bare 25 prosent at de helt sikkert ikke eller sannsynligvis ikke ville hatt BHT.

SINTEF fant klare forskjeller i bruk og nytte av BHT på tvers av bransje. Det kan virke som de mer risikoutsatte bransjene har utviklet et tett samarbeid med BHT. Det er særlig typiske industrinæringene som synes BHT styrker arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsforhold. SINTEF beskriver her at utfordringen ikke er å få de tradisjonelle bransjene til å bruke BHT mer, men å få de nye bransjene til å etablere et grunnleggende samarbeid med BHT.

SINTEF finner også forskjeller på tvers av virksomhetsstørrelse når det gjelder bruk og opplevd nytte av BHT. Større virksomheter oppgir at de har bedre nytte av BHT enn små. På spørsmål om virksomheten ville hatt BHT om de ikke hadde hatt plikt til det, var det vanligere for de små virksomhetene å svare negativt på dette enn de store.

VURDERINGER FRA BHT AV EGEN EFFEKT OG NYTTEVERDI

Også BHT mener at deres innsats overfor virksomhetene har positiv effekt på HMS-arbeidet. Et flertall av lederne i BHT er dessuten helt enige i at de leverer tjenester som er i tråd med forskriften. Samtidig er det flere funn som er med å nyansere dette positive bildet.

Det er en relativt utbredt oppfatning blant BHT-ene at de i for liten grad jobber forebyggende. 40 prosent av BHT-ene i SINTEFs undersøkelse mener de burde bistått kundene mer innenfor ulike lovpålagte tjenester, som informasjon og opplæring i HMS, utvikling av tiltak i virksomhetene og i forbindelse med kartlegging av arbeidsmiljø og risikofaktorer. BHT-ene mener stort sett at virksomhetene ofte etterspør tjenester som er utenfor kravene i forskriften. Både generelle helsekontroller og individuelle støtte- og mestringsamtaler er blitt vanlige oppgaver for mange BHT-er. I denne sammenheng er det også interessant å merke seg

⁵⁰ Ibid. s. 73.

⁵¹ Ibid. s. 152.

at drøyt 50 prosent av BHT-ene er helt eller delvis enig i at tjenester innen trening, kosthold og livsstil er en naturlig oppgave for BHT.⁵²

Mange BHT-ledere peker på at mange virksomheter fortsatt ser på BHT som et innsparingsområde, og ikke en rådgiver innen HMS og arbeidsmiljø. Dette beskrives som den største barrieren mot en god og systematisk bruk av BHT. Rapporten slår fast at en av de største utfordringene for god bruk av BHT i virksomhetene ligger i å få til en god dialog og samarbeid mellom virksomheten og BHT.

8.1.6 Tilsyn

I SINTEF-rapporten uttrykker informanter fra Arbeidstilsynet at de fungerer som døråpner for BHT. BHT mener at pålegg fra Arbeidstilsynet er det som har størst effekt når det gjelder å få virksomheter som er pålagt å ha BHT, men ikke har det, til å knytte seg til en BHT. Videre at avvik, mangler, pålegg og sanksjoner som kommer i forbindelse med tilsyn, fører til at mange virksomheter blir avhengig av å bruke BHT for å følge dette opp.

8.1.7 Godkjenningsordningen

Godkjenningsordningen vurderes som en viktig ordning ifølge rapporten. Om lag 60 prosent av BHT-lederne er helt eller delvis enige i at godkjenningsordningen har bidratt til økt kvalitet i BHT generelt. Om lag 20 prosent mener den har bidratt til økt kvalitet i deres egen BHT.

Samtidig som det vurderes som grunnleggende positivt å ha en godkjenningsordning, er det på tvers av ulike datakilder kritiske synspunkter til både innretningen og gjennomføringen av ordningen. Om lag 45 prosent av BHT-ene mener for eksempel at godkjenningsordningen gir for svake insentiver til å bygge kompetanse utover minimumskravene, og om lag 63 prosent mener kravene til kompetanse og stillingsandeler i større grad burde gjenspeile hvor mange virksomheter og ansatte BHT faktisk leverer tjenester til. Mange BHT-ledere opplever det også som urimelig at BHT-er som er bygd opp som kjeder med underenheter flere steder bare trenger godkjenning et sted. På åpent spørsmål til BHT-ene om godkjenningsordningen kom det mange innvendinger. Det ble blant annet pekt på at det er manglende samsvar mellom krav til kompetanse og antall kunder og ansatte som betjenes, og at Godkjenningsenheten ikke har sterke nok virkemidler for å følge opp godkjente BHT-er på en systematisk måte i godkjenningsperioden. Det er videre for lett å omgå og tilpasse seg godkjenningskravene gjennom innleie og samarbeidsavtaler. Disse oppfatningene harmonerer godt med uttalelser inspektører fra Arbeidstilsynet kommer med i rapporten. Fra denne gruppen pekes det også på at godkjenningspraksisen ikke er streng nok, og videre at oppfølgingen av allerede godkjente BHT-er ikke er tilfredsstillende fordi mandatet til Godkjenningsenheten er for svakt.⁵³

8.1.8 Kostnader

SINTEF anslår at gjennomsnittsprisen for å være tilknyttet BHT ligger på 8 000 kroner per ansatt per år, men det fremgår at det er usikkerhet knyttet til dette tallet. Medianen er på drøyt 1 000 kroner.

BHT-ene og virksomhetene er uenige om hvor viktig prisen er i valg av BHT. BHT mener virksomhetene er mest opptatt av pris, mens bare 13 prosent av virksomhetene oppga pris som en av de tre viktigste grunnene for valg av nåværende BHT. Isteden oppgir de geografi,

⁵² Ibid. s. 72.

⁵³ Ibid.

tilgjengelighet og generell kompetanse som de viktigste grunnene for å ha valgt nåværende leverandør av BHT-tjenester. Rapporten trekker imidlertid frem at pris ofte er avgjørende i offentlige anbudsrunder, og særlig kommuner beskrives som en aktør som legger spesielt stor vekt på dette i valg av BHT.

8.2 Bedriftshelsetjenesteordningen – pris og kontakt – rapport fra Ipsos

8.2.1 Innledning

SINTEFs evaluering av bedriftshelsetjenesteordningen utgjør en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for ekspertgruppens arbeid. Rapporten ble møtt med reaksjoner fra ulike aktører, særlig knyttet til følgende to forhold; de anslåtte gjennomsnittlige kostnadene for bruk og tilknytning til en BHT, og omfanget av kontakt mellom virksomhetene og BHT. Både representanter fra næringen, profesjonsforeninger og myndigheter mente at særlig gjennomsnittsprisen for BHT ikke kunne stemme. Det ble også uttrykt skepsis til om kontakten mellom BHT og virksomhetene kunne være så lav som anslått. Ekspertgruppen fikk derfor utført en ny undersøkelse, denne gangen av Ipsos.⁵⁴

Ipsos' undersøkelse er basert på analyserende dybdeintervjuer med seks BHT-er og en spørreundersøkelse via e-post til alle godkjente BHT-er. Formålet var å kartlegge virksomhetenes kostnader for bruk og tilknytning til en BHT, og BHTs kontakt med virksomhetene målt gjennom tidsbruk. De ble også bedt om å undersøke i hvilken grad BHT tilbød henholdsvis lovpålagte og ikke-lovpålagte tjenester.

Ipsos mottok 137 svar i undersøkelsen, noe som tilsvarer en svarprosent på 65 prosent. Nedenfor følger en gjennomgang av de mest sentrale funnene i undersøkelsen.

8.2.2 Kostnader

Ledere i BHT-ene anslår virksomhetenes gjennomsnittlige kostnader per ansatt for bruk av eller tilknytning til BHT-en til om lag 1 900 kroner i 2016. Bak dette gjennomsnittstallet ligger det betydelige variasjoner i kostnadene.⁵⁵ Gjennomsnittskostnaden for virksomheter som har en egenordning er på 3 940 kroner, og dermed høyere enn gjennomsnittskostnaden for fellesordninger (tilknytning til ekstern BHT) på 1 200 kroner. Ipsos anslår medianverdien til 1 200 kroner. 27 prosent av lederne i BHT-ene vet ikke hvor store disse kostnadene er. Virksomhetenes gjennomsnittlige kostnader per ansatt for bruk av eller tilknytning til BHT synker ved økende virksomhetsstørrelser.⁵⁶ Gjennomsnittskostnadene er dermed høyere for små virksomheter enn for store. Dette spørsmålet er ikke stilt til BHT-ene med egenordning, ettersom Ipsos har gått ut fra at disse kun betjener én virksomhet, og at spørsmålet om differensiering på virksomhetsstørrelser dermed ikke gir mening. BHT-er som betjente virksomheter med inntil fire ansatte hadde gjennomsnittskostnader i underkant av 1 700 kroner. For BHT-er som betjener virksomheter med fem til ni ansatte er gjennomsnittlige kostnader per ansatt rett under 1 500 kroner. Gjennomsnittskostnaden er på rundt 1 300 kroner i virksomheter med 10 til 49 ansatte, mens kostnadene er noe lavere i virksomheter

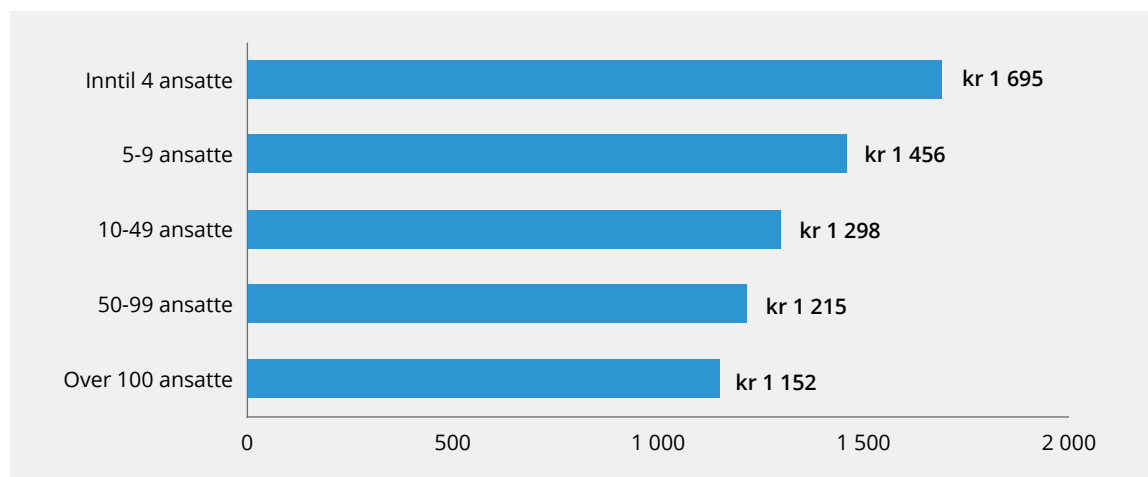
⁵⁴ Ipsos (2017): Bedriftshelsetjenesteordningen – pris og kontakt.

⁵⁵ Ibid. s. 3.

⁵⁶ Ibid. s. 3.

med 50 til 99 ansatte. Når det gjelder de største virksomhetene er gjennomsnittlige kostnader 1 152 kroner per ansatt for bruk av eller tilknytning til BHT-en.⁵⁷

Figur 8.1 Basert på følgende spørsmål til BHT: «Du har svart at din bedriftshelsetjeneste betjente virksomheter med inntil 4 ansatte/5-9 ansatte, 10-49 ansatte/50-99 ansatte/over 100 ansatte i 2016. Hvor store var gjennomsnittlige kostnader i kroner per ansatt for bruk av/tilknytning til din bedriftshelsetjeneste for virksomheter med inntil 4 ansatte/5-9 ansatte, 10-49 ansatte/50-99 ansatte/over 100 ansatte i 2016?»



*Basert på filterbruk har BHT-ene kun fått spørsmål for relevante størrelser.⁵⁸

Kilde: Ipsos

Ipsos viser at til sammenlikning fant SINTEF i sin undersøkelse blant virksomhetsledere at den årlige gjennomsnittskostnaden ved bruk av BHT per ansatt var om lag 8 000 kroner, mens medianverdien var om lag 1 000 kroner i året (2015). 20 prosent svarte at de ikke visste hvor mye de brukte på BHT. Kostnadsanslaget i Ipsos' kartlegging er med andre ord vesentlig lavere enn SINTEFs anslag.

8.2.3 BHTs kontakt med virksomhetene

I Ipsos' undersøkelse fremgår det at BHT-ene brukte gjennomsnittlig 59 prosent av tiden på direkte kontakt (som telefon, e-post eller fysiske besøk) per virksomhet i 2016. Medianverdien var 65 prosent. Alt i alt anslår BHT-ene gjennomsnittlig forbruk i tid per ansatt i virksomhetene til 3 timer i 2016. Medianverdien var 1,3 timer. Hele 50 prosent av BHT-ene svarer at de ikke kjenner denne størrelsen. Gjennomsnittlig forbruk i tid per ansatt avtar ved økende virksomhetsstørrelser som BHT-ene betjener, frem til kategorien 10 til 49 ansatte. Deretter er tidsforbruket likt uavhengig av antall ansatte i virksomhetene.

SINTEF finner at det er vanlig blant virksomhetene å ha lite kontakt med BHT. Over halvparten av virksomhetene oppgir at fysiske besøk forekommer sjeldnere enn hvert halvår. Kontakt per e-post eller telefon forekommer litt oftere. Spørsmålene i de to undersøkelsene er ikke direkte sammenliknbare ettersom SINTEF har kartlagt kontakthypighet og Ipsos har undersøkt tematikken via spørsmål om tidsbruk.⁵⁹

⁵⁷ Ibid. s. 13.

⁵⁸ Ibid. s. 13.

⁵⁹ Ibid. s. 3.

8.2.4 Lovpålagte versus ikke-lovpålagte tjenester

Bedriftshelsetjenesten er ment å være et arbeidsmiljøtiltak som skal bistå virksomhetene. Å tilby lovpålagte tjenester fremstår i Ipsos' undersøkelse som BHT-enes klart viktigste oppgave. Undersøkelsen viser at den gjennomsnittlig fordeling BHT-ene leverer, utgjør 83 prosent lovpålagte tjenester og 17 prosent ikke-lovpålagte tjenester. Gjennomsnittlig 81 prosent av det totale tidsforbruket brukes på lovpålagte tjenester. Når lederne i BHT-ene blir bedt om å ta stilling til hvor enige eller uenige de er til påstanden «De ikke-lovpålagte tjenestene gir min bedriftshelsetjeneste høyere inntjening enn de lovpålagte tjenestene», er kun 15 prosent enig. Fire av ti er uenig, mens drøyt en av tre vet ikke eller vurderer ikke påstanden som aktuell for sin BHT.⁶⁰

8.3 Samfunnsnyttan av bedriftshelsetjenesten - rapport fra Oslo Economics

8.3.1 Innledning

Oslo Economics har utredet nåværende og mulig fremtidig samfunnsnytte og kostnad av BHT som virkemiddel for det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i norsk arbeidsliv.

I rapporten, som ble ferdigstilt i april 2018, oppsummerer de sine funn slik: «Kostnadene ved et ikke-optimalt arbeidsmiljø er betydelig, men vanskelig å anslå. Våre anslag tilsier årlige kostnader for samfunnet på 75 (30–110) milliarder kroner årlig. Gjennom bistand til virksomheters systematiske forebyggende arbeidsmiljøarbeid kan en bedriftshelsetjeneste bidra til å unngå helsetap, øke yrkesdeltakelse og redusere sykefravær, øke produktivitet og spare helsetjenestekostnader. Det er stor variasjon i hvilken grad bedriftshelsetjenesten tilbyr tjenester i henhold til intensjonen med ordningen og mange virksomheter er ikke tilknyttet en godkjent bedriftshelsetjeneste. Bedre og mer relevante tjenester, kombinert med økt dekningsgrad, kan redusere kostnadene ved et ikke-optimalt arbeidsmiljø og øke samfunnsnyttan av tjenesten.»⁶¹

Analysen til Oslo Economics er basert på norsk og internasjonal forskning, offentlige retningslinjer for samfunnsøkonomisk analyse, intervjuer med sentrale interessenter, tilgjengelig statistikk og Oslo Economics' egne vurderinger. I analysen fastsettes først størrelsen av de samlede kostnadene for samfunnet forbundet med å ha et ikke-optimalt arbeidsmiljø. Bedriftshelsetjenesten skal gjennom sitt forebyggende arbeid bidra til arbeidsmiljøforbedringer som reduserer disse kostnadene. Dette beregnes som en nyttevirkning av BHT som holdes opp mot virksomhetenes og samfunnets samlede kostnader forbundet med å ha en BHT-ordning. Det foreligger ikke erfaringsbasert forskning hverken fra Norge eller andre land som isolerer og tallfester en bedriftshelsetjenestes faktiske bidrag til forbedring av arbeidsmiljøet. I den samfunnsøkonomiske beregningen er derfor gevinsten forbundet med selve BHT-ordningen anslått basert på en antakelse om at ordningen samlet sett bidrar til arbeidsmiljøforbedringer som gir lavere kostnader knyttet til et ikke-optimalt arbeidsmiljø. Oslo Economics har anlagt en konservativ tilnærming i sine beregninger, og illustrerer usikkerheten bak beregningen ved også å presentere intervaller for anslagene som benyttes i analysen.

⁶⁰ Ibid. s. 3.

⁶¹ Oslo Economics (2018): Samfunnsnyttan av bedriftshelsetjenesten, s. 4.

8.3.2 Kostnader ved ikke-optimalt arbeidsmiljø

Til tross for at Norge er i verdenstoppen når det gjelder godt arbeidsmiljø forekommer det årlig arbeidsrelaterte dødsfall, sykdom og skader, med tilhørende sykefravær og uførhet. Forebyggende arbeidsmiljøtiltak kan bidra til å redusere helsetapet, produksjons- og produktivitetstapet og helsetjenestekostnadene forbundet med ikke-optimalt arbeidsmiljø. Anslaget på kostnadene forbundet med et ikke-optimalt arbeidsmiljø har til hensikt å synliggjøre maksimalt potensiale for gevinster for samfunnet ved forebygging.

Oslo Economics understreker at det er metodisk utfordrende å etablere sikre sammenhenger mellom forhold på arbeidsplassen og sykdom og skade, slik det er for all forebyggende innsats, men påpeker at det likevel er liten tvil om at arbeidsskader og arbeidssykdommer medfører kostnader, både for virksomheter og samfunnet. SINTEF gjorde i 2016 en evaluering av kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader. Som utgangspunkt for beregningene av kostnadene knyttet til et ikke-optimalt arbeidsmiljø, har Oslo Economics oppdatert anslagene til SINTEF fra 2016, og lagt til anslag for kostnader for virksomhetene.⁶² For å få frem usikkerheten i tallene opererer Oslo Economics med et beste anslag, samt et usikkerhetsintervall som angir minimums- og maksimumsanslag basert på en konservativ tilnærming. Virkningene av ikke-optimalt arbeidsmiljø omfatter helsetap forbundet med ulykker, skader og slitasje, produksjonstap operasjonalisert som redusert yrkesdeltakelse og økt sykefravær, redusert produktivitet og økte helsetjenestekostnader. Virkningene er beskrevet i tabell 8.1, og kostnadene, med intervall som tar høyde for usikkerheten knyttet til kostnadene, er oppsummert i figur 8.2.

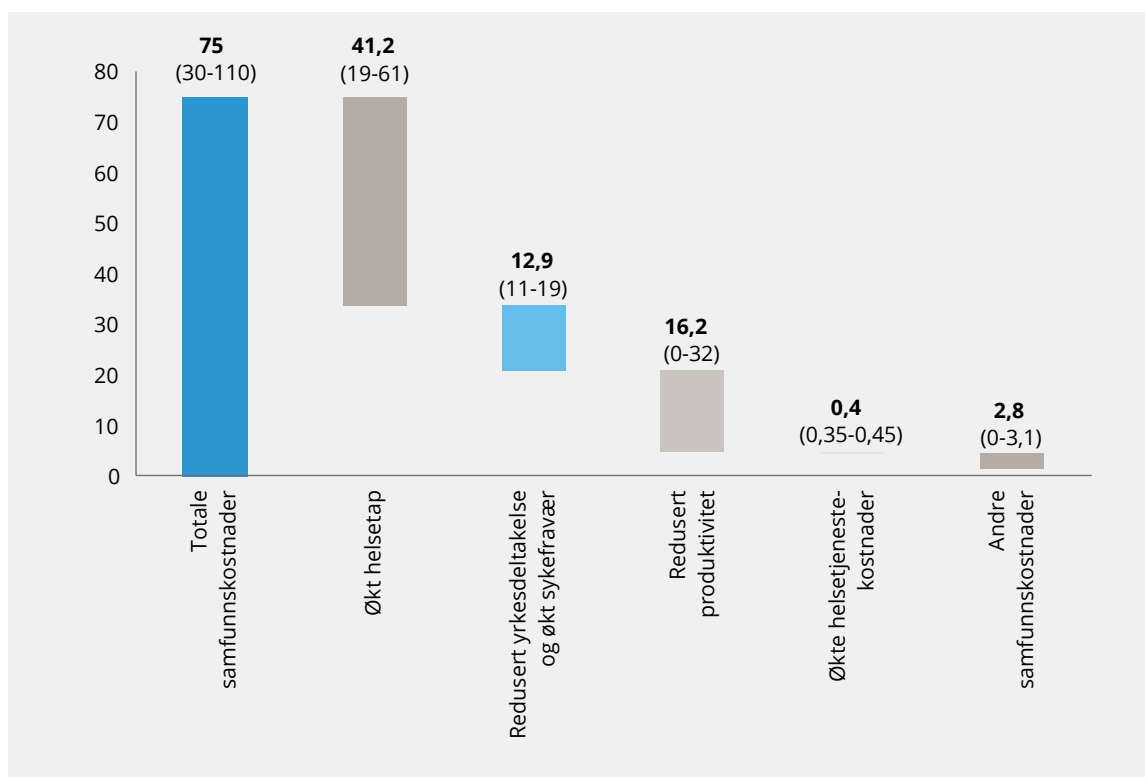
Tabell 8.1 Anslag for konsekvenser av ikke-optimalt arbeidsmiljø

Type virkning	Konsekvenser av ikke-optimalt arbeidsmiljø (årlige anslag)
Økt helsetap	50 arbeidsskadedødsfall (1700 tapte leveår) 100 000 arbeidsskader
Redusert yrkesdeltakelse og økt sykefravær	5 millioner sykefraværsdager
Redusert produktivitet	Ansatte arbeider 0,5% mindre produktivt enn hva de ellers kunne gjort
Økte helsetjenestekostnader	30 000 arbeidsrelaterte skader behandles i spesialisthelsetjenesten 50 000 arbeidsrelaterte skader behandles på legekontor/legevakt

Kilde: Oslo Economics

⁶² SINTEF (2016): Kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader. SINTEF-rapport A 27 430, 2016-03-07.

Figur 8.2 Oppsummering av kostnader knyttet til et ikke-optimalt arbeidsmiljø, mrd. 2018-kroner



Kilde: Oslo Economics

Til sammen beregner Oslo Economics de samfunnsøkonomiske kostnadene som kan tilskrives et ikke-optimalt arbeidsmiljø til 75 (30–110) milliarder kroner årlig. I beregningen er det samlede helsetapet forbundet med ikke-optimalt arbeidsmiljø anslått til 41,2 (18,8–60,7) milliarder kroner. Inkludert i tallet er arbeidsskadedødsfall, tapt livskvalitet (inkludert død) på grunn av arbeidsrelatert sykdom/skade, samt anslag for arbeidsrelatert helsetap for psykiske lidelser. Det nedre anslaget for kostnader forbundet med tapte leveår og tapt livskvalitet er betydelig høyere enn SINTEFs anslag. Dette primært fordi verdien av et tapt leveår er justert i tråd med nye retningslinjer fra Helsedirektoratet og fordi helsetap forbundet med psykiske lidelser er medregnet.

Produksjonstapet, målt ved redusert yrkesdeltakelse og økt sykefravær, er anslått til 12,9 (10,8–18,8) milliarder kroner. SINTEFs anslag på 10,8 milliarder kroner er lavere fordi de ikke hadde beregnet produksjonstap forbundet med psykiske lidelser som medfører uførhet. Disse kostnadene er krevende å beregne fordi det er knyttet usikkerhet både til hvor stor andel av uførheten som skyldes psykiske lidelser, og hvor stor andel av dette som kan knyttes til forhold på arbeidsplassen. Oslo Economics har beregnet disse kostnadene til 1,5 (0–3,0) milliarder kroner.

Et alternativt, og ofte anvendt mål på produksjonstapet forbundet med helserelatert fravær fra jobb er arbeidsgivers samlede kostnad forbundet med å ha arbeidskraften sysselsatt, kvantifisert som brutto lønn pluss sosiale kostnader. Denne verdsettingen kan begrunnes med at dette er hva arbeidsgiver er villig til å betale, og dermed et uttrykk for hva som oppfattes å være verdien av den gitte arbeidskraften. Ved heller å benytte utgifter til sykefravær og uføretrygd som grunnlag for å anslå verdien av produksjonstapet har Oslo Economics

valgt en betydelig mer nøktern tilnærming i sin verdiberegning av produksjonstapet forårsaket av et ikke-optimalt arbeidsmiljø.

Når det gjelder produktivitet anslås det at arbeidstakere i gjennomsnitt hadde blitt en halv prosent mer produktive med et optimalt arbeidsmiljø. I så fall ville samlet produksjon vært 16,2 milliarder kroner høyere enn i et ikke-optimalt arbeidsmiljø.

I 2014 ble det til sammen behandlet 53 000 arbeidsrelaterte skader ved legevakter og legekontor. 28 934 arbeidsrelaterte skader ble behandlet i spesialisthelsetjenesten. Dette tilsvarer en samlet kostnad på om lag 386 millioner 2018-kroner. Dette anslaget er benyttet i analysen, med et usikkerhetsspenn på 350 til 450 millioner kroner.

Også andre samfunnskostnader kan knyttes til ikke-optimalt arbeidsmiljø. Disse har Oslo Economics beregnet til å utgjøre til sammen 2,8 (0-3,1) milliarder kroner. I dette tallet inngår tapt arbeidstid og reisekostnader i forbindelse med behandling av arbeidsrelatert sykdom, samt skattefinansieringskostnaden ved brukt av midler fra offentlige budsjetter. Det er ikke tatt hensyn til konsekvenser for pårørende.

8.3.3 Kostnader ved og nyttevirkninger av BHT-ordningen

KOSTNADEN VED BHT PER ANSATT

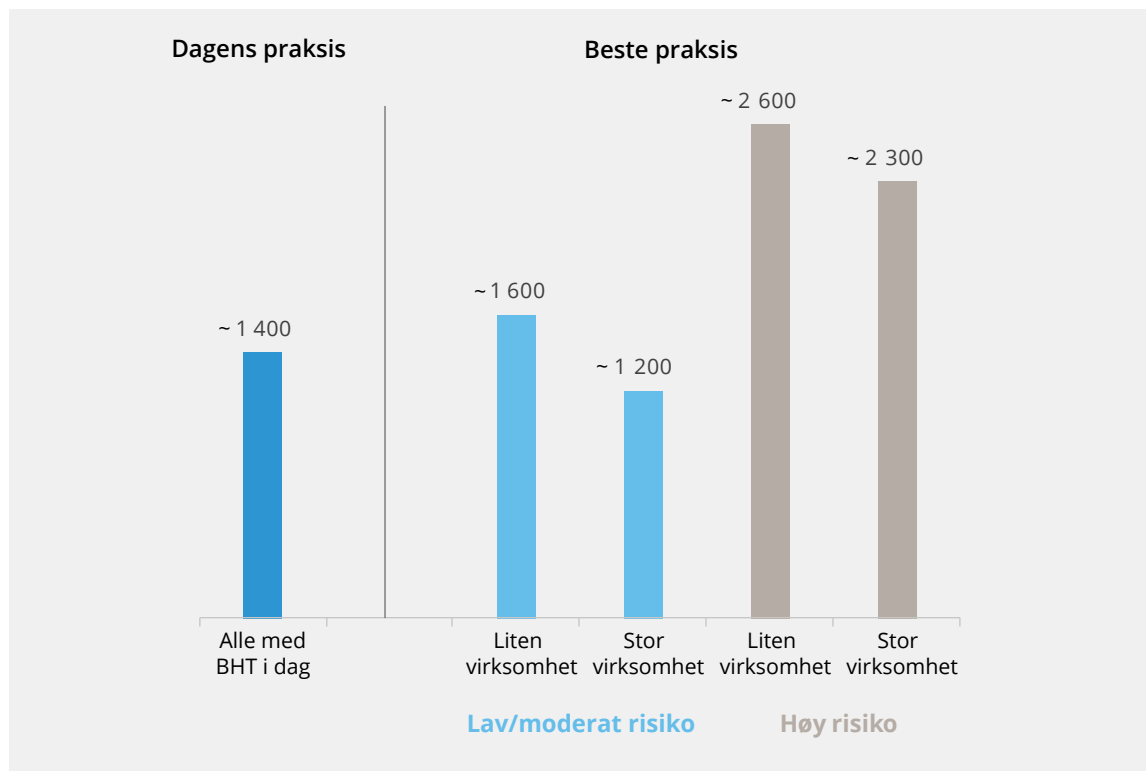
De samlede kostnadene ved BHT-ordningen avhenger av pris per ansatt og antall ansatte som berøres av den. I tillegg kommer kostnader forbundet med forvaltningen av ordningen.

Oslo Economics har beregnet kostnaden for BHT for virksomhetene med utgangspunkt i Ipsos' undersøkelse fra 2017.⁶³ Anslagene til Ipsos for ulike virksomhetsstørrelser er vektet med antall ansatte i de ulike bransjene som omfattes av BHT-plikt. Oslo Economics har valgt å ikke inkludere beløpet Ipsos har beregnet for kostnad per ansatt ved bedriftsintern BHT. Deres anslag for gjennomsnittskostnad per ansatt på 1 400 kroner er derfor noe lavere enn anslaget til Ipsos på 1 900 kroner per ansatt.

Kostnadsanslagene over bygger på dagens praksis i BHT. Tilbakemelding etter møter med både mottakere av BHT-tjenester og BHT-leverandører tyder på at mange virksomheter ikke mottar BHT-tjenester som samsvarer med intensjonen i ordningen og som følger av lov og forskrift. I analysen av kostnader og nyttevirkninger av BHT legger derfor Oslo Economics til grunn at en forventet kostnad for en «beste praksis» for henholdsvis små og store virksomheter med lav/moderat risiko og høy risiko, vil variere fra om lag 1 200 til 2 600 kroner per person per år.

⁶³ Ipsos (2017): Bedriftshelsetjenesteordningen – pris og kontakt.

Figur 8.3 Kostnad for BHT-tjenester per ansatt for ulike virksomheter, 2018 kroner



Kilde: Oslo Economics

SAMLEDE KOSTNADER AV BHT

Det anslås at omtrent 95 000 virksomheter, eller rundt 50 prosent av virksomhetene i Norge med en eller flere ansatte er pålagt å være tilknyttet en godkjent BHT. Rundt 1,6 millioner arbeidstakere jobber i virksomheter med BHT-plikt.

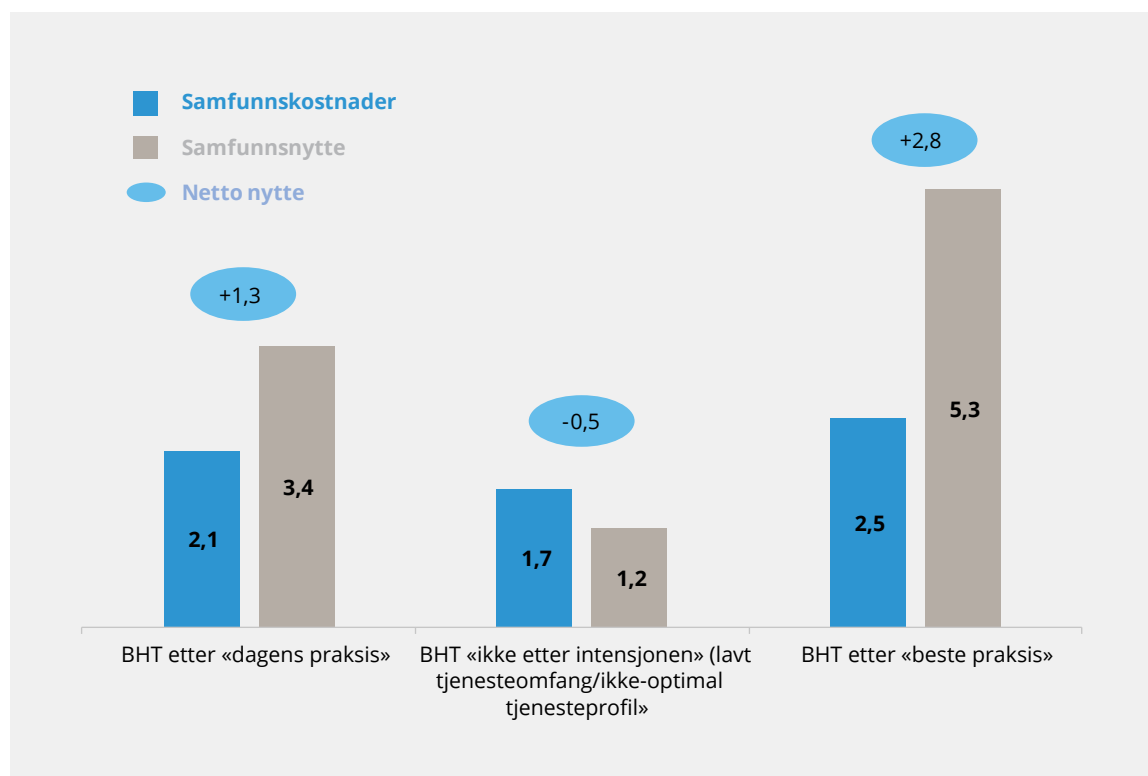
Antall ansatte som mottar BHT-tjenester i Norge er usikkert, men utgjør omtrent 1 500 000 (1 250 000–1 700 000) personer. Til sammen har Oslo Economics anslått de årlige kostnadene forbundet med BHT-ordningen slik den fungerer etter dagens praksis for de virksomheter som benytter BHT i dag til 2,1 milliarder 2018-kroner. Dersom alle virksomheter med BHT-plikt tar i bruk BHT-tjenester blir kostnaden 2,3 milliarder kroner med dagens enhetskostnad, eller 2,8 milliarder kroner dersom man også antar et tjenestetilbud der «beste praksis» oppnås. I den endelige beregningen sammenliknes dagens praksis med «beste praksis» og dagens dekningsgrad når det gjelder oppfyllelse av BHT-plikten. I dette alternativet er de totale kostnadene for virksomheter og samfunn anslått til 2,5 milliarder kroner.

NYTTEVIRKNINGER VED BHT-ORDNINGEN

Oslo Economics' beregninger for å anslå nyttevirkinger av BHT tar utgangspunkt i BHT-ordningen slik den fungerer i dag, samt et usikkerhetsspenn som både reflekterer en BHT-ordning som ikke fungerer etter intensjonen (lavt tjenesteomfang/ikke-optimal tjenesteprofil) og en BHT-ordning som fungerer etter «beste praksis». Med utgangspunkt i beregningene av kostnader knyttet til et ikke-optimalt arbeidsmiljø anslås hvor mye lavere eller høyere disse ville vært dersom BHT fungerte etter beste praksis/ikke-optimal tjenesteprofil.

Med dagens praksis og kostnader forbundet med et ikke-optimalt arbeidsmiljø blir det anslått at verdien av den samlede nytten BHT ordningen genererer i form av forbedret arbeidsmiljø beløper seg til 3,4 milliarder kroner. Sammenliknet med dette anslås en BHT-ordning som fungerer etter «beste praksis» å forbedre arbeidsmiljøet ytterligere og med det bidra til en større reduksjon i årlige kostnader forbundet med et ikke-optimalt arbeidsmiljø. Denne gevinsten omfatter redusert helsetap, økt produksjon, økt produktivitet, sparte helseutgifter og reduserte tidskostnader forbundet med reise til og mottak av helse-tjenester. En BHT-ordning der BHT-ene fungerer etter beste praksis vil medføre en kostnad på 2,5 milliarder kroner og gi nyttevirksomheter tilsvarende 5,3 milliarder kroner. Dette gir en samfunnsnytte som netto beløper seg til 2,8 milliarder kroner, sammenliknet med dagens praksis der nettogevinsten anslås til 1,3 milliarder kroner.

Figur 8.4 Samfunnsnyttene av BHT i Norge, milliarder 2018-kroner



Kilde: Oslo Economics

Oslo Economics understreker at anslagene for nytte- og kostnadsvirkninger av BHT-ordningen er heftet med betydelig usikkerhet. For å synliggjøre dette har de beregnet samfunnsnyttene av BHT-ordningen under ulike scenarier der BHT-ene fungerer etter dagens praksis, ikke etter intensjonen, og etter beste praksis. Det er gjort en rekke antakelser for hva kostnadene av et ikke-optimalt arbeidsmiljø er, og hvor stor andel av kostnadene en BHT kan forebygge.⁶⁴

⁶⁴ Den årlige nettogevinsten forbundet med endringer som bidrar til en samlet forbedring av BHT-arbeidet i retning av «beste praksis» er anslått til 1,5 milliarder kroner, det vil si differansen mellom 1,3 milliarder kroner etter dagens praksis og 2,8 milliarder kroner ved «beste praksis». Oslo Economics har valgt nøkterne anslag for produktionsverdien forbundet med å unngå arbeidsrelaterte ulykker, skader og slitasje. Ekspertgruppen finner derfor ikke grunn til å trekke i tvil at gevinsten for samfunnet forbundet med foreslåtte tiltak for å forbedre arbeidsmiljørådgivningen i BHT vil være positiv.

9. BHT-ordninger i andre land

9.1 Sverige

9.1.1 Lov og forskrift

Det følger av den svenske arbeidsmiljøloven at arbeidsgiver skal se til at virksomheten har tilgang til egnet bedriftshelsetjeneste (företagshälsovård) når arbeidsmiljøforholdene i virksomheten tilsier det.⁶⁵ Det fremgår videre av loven at bedriftshelsetjenesten er en uavhengig «ekspertressurs» innenfor områdene arbeidsmiljø og rehabilitering. Loven har ikke nærmere kriterier for hva som anses å være en ekspertressurs, men det følger av loven hvilken innretning bedriftshelsetjenesten skal ha. Bestemmelsen innebærer at BHT særskilt skal arbeide for å forebygge og forhindre helserisiko på arbeidsplassen samt ha kompetanse til å identifisere og beskrive sammenhengen mellom arbeidsmiljø, organisasjon, produktivitet og helse. Bestemmelsen i arbeidsmiljøloven suppleres med forskrifter. Forskriftene er generelle og angir blant annet når arbeidsgiver har plikt til å benytte seg av bedriftshelsetjeneste samt at forskriftene setter krav til bedriftshelsetjenestens kompetanse og ressurser. Rammene i det svenske lovverket er vidt og gir rom for å utforme BHT på ulike måter ut fra arbeidslivets behov. Det er praksis i stor grad avtalebasert mellom arbeidsmarkedets parter hvem som skal ha tilgang til BHT og selve innholdet i tjenesten. Det er inngått bransjeavtaler og avtale om bedriftshelsetjeneste for statsansatte, kommunalt ansatte samt ansatte i fylker (landsting). I privat sektor er det opp til hvert enkelt forbund å inngå avtale om BHT med sin arbeidsgivermotpart. Vi kan si at man i Sverige har en kombinasjon av et lovbasert og avtalebasert system, hvor også forsikringsordninger i visse tilfeller bidrar med tilskudd til rådgivningen.

9.1.2 Utviklingen i bransjen

På 1970 og 1980-tallet var det et samarbeid mellom myndighetene, virksomhetene og fagorganisasjonene om å etablere bransjeorienterte BHT-er (innen bygg, transport, landbruk mv.). I 1993 falt den statlige støtten til virksomhetene bort. Antallet bedriftsleger ble halvert, og dekningsgraden for BHT ble raskt redusert fra 80 til 70 prosent, som nå opererte på markedsvilkår. Fra 2000-tallet har det vært vanskelig å konkurrere med kvalitet på BHT-tjenesten. Det har skjedd en gradvis uthuling av det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, med et stadig økende individfokus (livsstilsvaner og forebygging).⁶⁶ Det er en stadig synkende dekningsgrad knyttet til sosioøkonomiske faktorer. Blant ledere på høyt nivå og arbeidstakere med høyere utdanning har fire av fem tilgang til BHT. Tilgangen til BHT er svært lav for kvinner i servicesektoren og for menn innen jakt, fiske og skogbruk, hvor en av tre har BHT-tilgang.⁶⁷

Det finnes ingen formelle kompetansekrav eller liknende for hvem som kan kalle seg bedriftshelsetjeneste. Det finnes heller ikke noen melde- eller registreringsplikt eller sertifiseringsordning for de svenske bedriftshelsetjenestene. På denne bakgrunn er det vanskelig å si noe sikkert om hvor stor andel av sysselsatte som har tilgang til BHT, men ifølge den siste nasjonale arbeidsmiljøundersøkelsen oppgir drøyt seks av ti arbeidstakere at de har tilgang til BHT. Utviklingen har gått fra en dekningsgrad på 86 prosent av alle ansatte på 1980-tallet til 65 prosent i 2009.

⁶⁵ Arbetsmiljölagen (1977:1160) 3 kapittel 2c§.

⁶⁶ SOU 2011: 63. Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder.

⁶⁷ Professor Marie Albin ved Karolinska institutet, i møte med ekspertgruppen 14. august 2017.

I Sverige finnes det to typer bidrag arbeidsgiver kan søke om når virksomheten har koblet seg til en bedriftshelsetjeneste. Bedriftene kan søke om få dekket omkostninger til arbeidsplassnære støttetiltak for arbeidstakere som er i faresonen for å falle ut av arbeidslivet, og de kan søke støtte til kjøp av medisinske tjenester. For å få disse økonomiske bidragene må bedriftshelsetjenesten eller annen liknende aktør være godkjent av den svenske Försäkringskassan og gjennom det oppfylle visse kompetansekrav og andre vilkår fastsatt av forsikringsbransjen.

OVERORDNET ANSVAR FOR BEDRIFTSHELSETJENESTEN

I perioden 1995 til 2007 hadde det svenske Arbetslivsinstitutet hovedansvaret for bedriftshelsetjenesten og ansvaret for utdanningen av bedriftsleger (arbeidsmedisiner). Det ble innført en ny spesialistutdanning for leger innen arbeids- og miljømedisin i 2006, ved at man slo sammen spesialiseringene innen henholdsvis bedriftshelsetjeneste og yrkes- og miljømedisin. Hensikten var blant annet å få flere leger til å utdanne seg innen denne retningen. I perioden 2009 til 2011 ble det igangsatt et forsøksprosjekt med statlig finansiering av utdanningen for å påvirke flere leger å velge arbeidsmiljøspesialisering. I 2015 ble spesialistutdanningen omdøpt til «arbeidsmedisin». Fra 2016 har regjeringen satt av særskilte midler for å styrke kompetansenivået hos företagshälsovården (bedriftshelsetjenesten). Midlene har blitt tildelt bransjeforeningen Föreningen Sveriges företagshälsor, som blant annet har utarbeidet en modell for organisering av utdanningen for bedriftsleger og spesialistutdanningen innen arbeidsmedisin. Sveriges Företagshälsor organiserer om lag 115 bedriftshelsetjenester som tilsvarer om lag 98 prosent av omsetningen i bransjen. 35 prosent av virksomhetene er integrerte BHT-ordninger (egenordninger) og 65 prosent er en del av det frie BHT-markedet. Det er om lag 4 200 ansatte i bransjen som omsetter for om lag 4,1 milliarder svenske kroner per år.

Etter at Arbetslivsinstitutet ble nedlagt i 2007, har man i Sverige manglet en overordnet myndighet for bedriftshelsetjenesten. Arbeidslivsforskningen og bedriftshelsetjenesteutdannelsen ble flyttet til universiteter og høyskoler og det svenske Arbetsmiljöverket fikk i oppdrag å følge arbeidet med företagshälsovården og dens utvikling. Høsten 2017 besluttet den svenske regjeringen å opprette en «ny myndighet för arbetsmiljökunskap» med oppstart 1. juni 2018. Den nye institusjonen får i oppdrag å sammenfatte og gjøre tilgjengelig kunnskap om arbeidsmiljø samt kommunisere dette på en måte som er tilpasset relevante målgrupper. Formålet er å støtte det praktiske arbeidsmiljøarbeidet på arbeidsplassene. Den nye virksomheten skal også overvåke og analysere arbeidsmiljøpolitikken og støtte regjeringen i det internasjonale arbeidsmiljøarbeidet. Virksomheten skal også arbeide med spørsmål som gjelder företagshälsovården (bedriftshelsetjenesten).

9.2 Danmark

9.2.1 Lov og forskrift

Danmark fikk en egen bestemmelse om bedriftssundhetstjeneste (BST) i arbeidsmiljøloven i 1975. Fra 1978 fant det sted en gradvis utbygging av BST. Utvidelsen skjedde med utgangspunkt i arbeidsmiljøbelastninger i ulike bransjer. Den danske BSTs hovedoppgave var å gi råd til bedriftenes sikkerhetsorganisasjoner og HMS-avdelinger. Bestemmelsen i arbeidsmiljøloven innebar at det var obligatorisk for arbeidsgiver innenfor de arbeidsmiljøbelastede bransjene å betale for BST-ordningen, men det var frivillig å benytte seg av den. Det var en relativt kostbar ordning som ble besluttet avvirket i 2002. På det tidspunkt omfattet BST-ordningen om lag 60 prosent av arbeidstakerne. BST-ordningen i Danmark ble faset ut i perioden 2002 til 2005.

9.2.2 Utviklingen i bransjen

I 2005 innførte man i Danmark en rådgivningsordning på markedsvilkår. Formålet med den nye ordningen var at alle som hadde behov for arbeidsmiljørådgivning skulle be om det. Ordningen innebar at det var virksomhetenes etterspørsel etter arbeidsmiljørådgivning som ble styrende for omfanget. Den nye ordningen ble supplert med et påbudsbasert system, der Arbejdstilsynet på visse vilkår kunne gå inn å pålegge bruk av arbeidsmiljørådgivning når arbeidsgiver ikke gjorde dette på eget initiativ. Arbejdstilsynet har rettslig hjemmelsgrunnlag til å ilegge påbud i tre situasjoner: 1) ved alvorlige og komplekse arbeidsmiljøproblemer, 2) når det er mange (fem eller flere) arbeidsmiljøproblemer på samme arbeidsplass og 3) påbud om å undersøke arbeidsmiljøforholdene på det psykososiale eller kjemiske området. Hensikten med å pålegge arbeidsgivere å benytte arbeidsmiljørådgivere er å sikre at arbeidsgiver blir i stand til å forebygge og løse arbeidsmiljøproblemer samt styrke det generelle arbeidsmiljøarbeidet.

Arbeidsgiver som får et rådgivningspåbud plikter å inngå skriftlig avtale med et autorisert rådgivningsfirma, og skal seks uker etter rådgivningspåbudet melde tilbake til Arbejdstilsynet at det er inngått avtale og med hvem. Arbeidsgiver skal også melde til Arbejdstilsynet når rådgivningspåbudet og de underliggende forhold er fulgt opp. Manglende oppfyllelse av Arbejdstilsynets påbud kan straffes. De første årene ble det gitt fra 1 000 til 2 000 rådgivningspåbud i året. De senere år er dette tallet gått stadig nedover. I 2013 ble det gitt om lag 1 500 påbud og i 2016 om lag 700 påbud. Begrunnelsen skyldes i hovedsak redusert aktivitet fra Arbejdstilsynet.

AUTORISASJONSORDNING

Det er et krav at virksomheter som har fått et arbeidsmiljørådgivningspåbud benytter seg av en rådgivningsvirksomhet som er autorisert av Arbejdstilsynet. En arbeidsmiljøvirksomhet kan bli autorisert på ett eller flere arbeidsmiljøområder, og autorisasjonen varer for fire år. For å bli autorisert skal rådgivningsvirksomheten ha rådgivere med en relevant utdanning av minst tre års varighet på det gjeldende rådgivningsområde, samt minst to års praktisk erfaring med rådgivningsarbeid. Den praktiske arbeidserfaringen skal ikke ligge lenger tilbake i tid enn fem år, og må relatere seg både til arbeidsmiljørådgivning innenfor området det søkes autorisasjon for, samt mer generell rådgivning i arbeidsmiljøarbeid. Arbejdstilsynet foretar minst én kontroll i løpet av autorisasjonsperioden, og sjekker hvorvidt de konkrete rådgivningsoppgavene lever opp til krav i lovgivningen, og om rådgiverne har den nødvendige erfaringen for å utføre den konkrete oppgaven. Kontrollen tar utgangspunkt i rådgivningsfirmaets skriftlige materiale.

EVALUERING AV RÅDGIVNINGSORDNINGEN

Rådgivningsvirksomhetene i Danmark skal bistå ved løsningen av de angitte arbeidsmiljøproblemer. De skal bidra med konkrete initiativer som vil virke forebyggende, slik at tilsvarende arbeidsmiljøproblemer ikke oppstår på nytt, samt gi råd om metoder for utarbeidelse og anvendelse av arbeidsplassvurderinger. Rådgivningsvirksomheten skal utarbeide en redegjørelse som beskriver den gjennomførte rådgivningsprosessen.

Det er gjennomført to eksterne evalueringer av rådgivningsordningen i Danmark, en i 2009 og en i 2015.⁶⁸ Begge studiene konkluderer med at i virksomheter som mottar arbeidsmiljørådgivning forbedres både virksomhetens arbeidsmiljø samt dens konkrete arbeid med arbeidsmiljøet. Det er i tillegg etablert et dialogprosjekt med arbeidsmarkedets parter for

⁶⁸ Hasle, P., Aalborg Universitet København, i møte med ekspertgruppen 14. august 2017.

å diskutere sterke og svake sider ved selve autorisasjonsordningen. En rekke indikatorer i dansk arbeidsliv peker på behov for mer rådgivning. Det er de store virksomhetene som kjøper arbeidsmiljørådgivning, de små gjør det ikke. Rådgivningsomfanget er blitt kraftig redusert etter overgangen til en markedsbasert ordning. Sammenliknet med andre land er arbeidsmiljørådgivningen i Danmark av et meget beskjedent omfang, samt at den påbudsbaserte rådgivningen fra Arbejdstilsynet har et begrenset omfang. I en dansk utredning om arbeidsmiljørådgivning fremgår det at det danske systemet innebærer at man har gått fra forebygging (langvarig rådgivningsforhold) til brannslukking.⁶⁹

9.3 Finland

9.3.1 Lov og forskrift

Finland har en egen lov om bedriftshelsetjeneste som pålegger alle arbeidsgivere å ha BHT. Loven ble sist revidert i 2001. Formålet med loven er at man gjennom et samarbeid mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og bedriftshelsetjenesten skal forebygge arbeidsrelaterte sykdommer og ulykker, fremme arbeidstakernes helse, arbeids- og funksjonsevne, og arbeide for et godt arbeidsmiljø og sikkerhet på arbeidsplassen. Loven angir at det skal jobbes forebyggende i virksomhetene basert på arbeidsplassvurderinger. Det skal gjennomføres helseundersøkelser i risikoutsatte bransjer samt der helserisiko oppdages. Det er egne forskrifter som setter krav til hvordan bedriftshelsetjenesten skal utføre og skriftlig dokumentere sitt arbeid. Det stilles kvalifikasjonskrav til yrkesgruppene som arbeider i bedriftshelsetjenesten og i hvilke tilfeller det skal gjennomføres risikobaserte helseundersøkelser. Arbeidshelseinstituttet i Finland har utviklet en egen modell (Pira-modellen) som beskriver hvordan små og mellomstore virksomheter sammen med bedriftshelsetjenesten kan gjennomføre risikovurderinger og arbeidsplassvurderinger samtidig.

9.3.2 Utviklingen i bransjen

Det er arbeidsgiver som har ansvaret for å sikre at de ansatte har tilgang til en bedriftshelsetjenesteordning. Det er et fleksibelt system der arbeidsgiver kan velge å ha en egen intern bedriftshelsetjeneste, kjøpe en markedsbasert tjeneste eller kjøpe leveranser fra en såkalt helsesentral. Arbeidsmiljømyndighetene overvåker og fører tilsyn med at arbeidsgiver overholder sine forpliktelser. Arbeidsgiver får refundert mellom 50 og 60 prosent av utgiftene til bedriftshelsetjenesten fra det offentlige (Folkepensionsanstalten).

Bedriftshelsetjenesten i Finland er en del av primærhelsetjenesten og er sterkt legebasert. Fra 1990 ble bedriftshelsetjenesten utvidet med et arbeidsmarkedspolitisk og sosialpolitisk siktemål. Fra et noe snevert helsefokus dreies arbeidet nå også mot arbeidsevnebegrepet. Bedriftshelsetjenesten fikk som oppgave å sikre arbeidstakernes arbeidsevne samt forebygge tap av arbeidsevne. Arbeidet er rettet både mot den enkelte arbeidstaker og som et forebyggende arbeid i den enkelte virksomhet. Om lag 75 prosent av arbeidsstyrken har tilgang til bedriftshelsetjeneste i Finland.⁷⁰ Det er manglende dekning av BHT for ansatte i små virksomheter.

⁶⁹ Hasle, P., N. Møller, H. S. Hvidt, R. Seim og V. K. Scheller (2015). Hvidbog om arbejdsmiljørådgivning.

⁷⁰ Rantanen et al. (2017): A global survey on occupational health services in selected international commission on occupational health (ICOH) member countries. BMC Public Health.

9.4 Nederland

9.4.1 Lov og forskrift

Regler om helse og sikkerhet på arbeidsplassen følger av den nederlandske arbeidsloven fra 1999, The Working Conditions Act, med forskrifter.⁷¹ I tillegg har mange bransjer utarbeidet HMS-veiledninger som inneholder gode eksempler og standarder for forebygging, samt praktiske håndbøker knyttet til ulike risikoer. Det er det nederlandske Arbeidstilsynet som vurderer og godkjenner disse veiledningene.

Det følger av loven at arbeidsgiver og arbeidstaker skal samarbeide om virksomhetens retningslinjer for det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, blant annet ved å opprette et arbeidsråd eller annet organ for ansattrepresentasjon. Arbeidsgiver har plikt til å inngå en avtale med en sertifisert helse- og sikkerhetstjeneste (BHT) eller sertifisert bedriftslege. Virksomheter med 25 ansatte eller færre har ikke denne plikten, dersom de gjennomfører en risikovurdering og følger lovbestemte krav for hvordan det skal arbeides med helse og sikkerhet. Bedriftshelsetjenesten skal arbeide tett med de som representerer de ansatte med sikte på å forbedre retningslinjene for det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet.

Den som har ansvaret for helse og sikkerhet på arbeidsplassen skal bistå arbeidsgiver i vurderingen og utførelsen av helse- og sikkerhetsarbeidet, herunder utarbeide risikovurderinger. En annen viktig oppgave er å hjelpe sykmeldte slik at vedkommende kommer raskt tilbake i arbeid. I Nederland er trygdesystemet utformet slik at det er arbeidsgiver som betaler lønnen til en sykmeldt de to første årene, det er derfor svært kostbart for arbeidsgiver med sykmeldte arbeidstakere. En viktig oppgave for den nederlandske BHT-ordningen er derfor å forebygge sykefravær.

9.5 Kort beskrivelse av BHT i enkelte andre land

I en undersøkelse fra 2017 er det foretatt en internasjonal sammenlikning av bedriftshelsetjenester.⁷² Formålet har vært å kartlegge bedriftshelsetjenestene i et utvalg av land fra alle kontinenter for å anslå hvor tilgjengelig tjenesten er for å nå målene og standardene fra en rekke internasjonale organisasjoner. Bakgrunnen er målene som FNs generalforsamling (UNGA), den internasjonale arbeidsorganisasjonen (ILO) og Verdens helseorganisasjon (WHO), Den internasjonale kommisjonen for arbeidshelse (ICOH) og EU har satt for å styrke bedriftshelsetjenesten i medlemslandene, det vil si å bedre arbeidshelsen og -evnen i befolkningen.

Det ble med utgangspunkt i blant annet ILO-konvensjon nr. 161 utarbeidet et spørreskjema om de viktigste egenskapene ved en bedriftshelsetjeneste.⁷³ Spørreskjemaet ble sendt til 58 land, og 49 land har svart, noe som gir en svarprosent på 84,5. I undersøkelsen er det blant annet sett på hvordan bedriftshelsetjenesten lovmessige er forankret og organisert, hvilke internasjonale konvensjoner de enkelte land har ratifisert, yrkessammensetning av de som arbeider i tjenesten og hvilken utdanningsbakgrunn de har, hva ordningen dekker, hvor mange i arbeidsstyrken som har en bedriftshelsetjeneste og hvordan ordningen finansieres.

⁷¹ EU-OSHA.

⁷² Rantanen et al. (2017): A global survey on occupational health services in selected international commission on occupational health (ICOH) member countries. BMC Public Health.

⁷³ ILO-konvensjon nr. 161 om bedriftshelsetjeneste (1988).

I undersøkelsen trekkes det frem at Den internasjonale kommisjonen for arbeidshelse (ICOH) kan bidra som eksperter når det gjelder bedriftshelsetjenesten i det enkelte land. I Norge er det STAMI som deltar i dette arbeidet og dermed har denne rollen. Det konkluderes med at de internasjonale instrumentene, som blant annet FNs strategi for bærekraftig utvikling, kan gi god veiledning når det gjelder utviklingen av bedriftshelsetjenesten på nasjonalt nivå. Det vises til at det å gi alle arbeidstakere tilgang til bedriftshelsetjeneste anses å støtte den sosioøkonomiske utviklingen i landene og at det også er nødvendig for å blant annet forebygge de årlige arbeidsrelaterede dødsfallene i verden (2,3 millioner).

Undersøkelsen viser at det i to tredeler av landene er et stort gap mellom politiske mål når det gjelder bedriftshelsetjenesten og gjennomføringen i praksis. Dette gapet fører til at et flertall av arbeidstakerne er uten en bedriftshelsetjeneste. Det er anslått at dekningsgraden av bedriftshelsetjeneste på verdensbasis er 18,8 prosent. I undersøkelsen er dekningsgraden anslått til 24,8 prosent, men varierer fra 0,5 til 100 prosent i det enkelte land. For eksempel er dekningsgraden i Estland og Spania 100 prosent, i Frankrike er den om lag 90 prosent, i Nederland om lag 80 prosent og i Tyskland om lag 45 prosent. I Norge er dekningsgraden om lag 60 prosent.

Rapporten viser at bedriftshelsetjenesten i de ulike landene organisatorisk er underlagt ulike departementer. 37 prosent oppgir at ordningen er underlagt arbeidsdepartementet og 20 prosent helsedepartementet, 37 prosent oppgir at ordningen underlagt begge disse departementene i felleskap og 6 prosent oppgir at den er underlagt et annet organ. Undersøkelsen viser at dekningsgraden er høyere der ordningen er underlagt helsedepartementet (58 prosent) enn der ordningen er underlagt arbeidsdepartementet (21 prosent), eller helse- og arbeidsdepartementet i felleskap (20 prosent).

Undersøkelsen viser at de fleste landene har retningslinjer, strategier eller programmer for en bedriftshelsetjeneste, men at det kvalitative innholdet i ordningene varierer. Det er blant annet mangel på tverrfaglige eksperter. Undersøkelsen viser også at det er kvantitativ mangel på ekspertise. Både de kvalitative og kvantitative manglene er hindre for å oppnå full dekning av bedriftshelsetjeneste.

Landene ble spurt om bakgrunnen til de som arbeider i bedriftshelsetjenesten. Det fremgår at bedriftsleger og ingeniører med sikkerhetskompetanse utgjør de største yrkesgruppene, etterfulgt av sykepleiere og yrkeshygienikere. Antall psykologer og ergonomer var svært lav. 82 prosent av landene rapporterte at de hadde tverrfaglige team med fire til sju eksperter, og 18 prosent rapporterte at de hadde team med færre enn fire ekspertkategorier. Tverrfaglige team med flere enn fire eksperter var tilgjengelig i 70 prosent av landene som hadde organisert bedriftshelsetjenesten under helsedepartementet, 94 prosent der ordningen var underlagt arbeidsdepartementet og 78 prosent der ordningen var underlagt helse- og arbeidsdepartementet i felleskap. Det er dermed større andel av tverrfaglig team der bedriftshelsetjenesten er underlagt arbeidsdepartementet.

Det følger av ILOs prinsipper at det er arbeidsgivers hovedansvar å finansiere bedriftshelsetjenesten. Dette kan for eksempel skje ved direkte finansiering eller gjennom en forsikringsordning eller en kombinasjon av disse. 33 prosent oppgir at ordningen finansieres av arbeidsgiver alene. Det fleste landene i undersøkelsen oppgir at ordningen finansieres gjennom flere kilder (63 prosent). Ingen av landene oppgir at bedriftshelsetjenesten finansieres av det offentlige alene.

I undersøkelsen ble landene spurt om å oppgi tre til fem fremtidige utviklingsmål for bedriftshelsetjenesten. 90 prosent svarte på spørsmålet, og 154 ulike utviklingsmål ble skissert. De målene som flest rapporterte var blant annet å oppdatere bedriftshelsetjenesten i tråd med utviklingen i arbeidslivet, utvikle infrastrukturen, utvikle informasjonssystemer og opplæring av ekspertkompetanse.

10. Kort beskrivelse av ulike modeller for organisering av bedriftshelsetjenesten

10.1 Hovedmodeller

Det finnes ulike systemer for arbeidsmiljørådgivning i alle velutviklede industriland. Dette er systemer som har utviklet seg over mange år, og som er preget av velferds- og arbeidsmarkedssystemet i det enkelte land.⁷⁴ Et felles referansepunkt for de ulike europeiske ordningene er EUs rammedirektiv artikkel 7 nr. 3.⁷⁵ Systemene i de ulike europeiske landene er meget forskjellige og av den grunn også vanskelige å sammenlikne. Ut fra internasjonale studier er det identifisert fire typologier eller idealtyper av rådgivningssystemer. Modellene kan kombineres på mange forskjellige måter. Det er ikke dokumentasjon for at en modell er bedre enn en annen. Landene i EU har utviklet systemer som på ulik måte kombinerer disse idealtypene. Disse hovedtypologiene kan kategoriseres på følgende måte:

- Lovbasert ordning: Det er satt krav i nasjonal lovgivning til at virksomheter sikrer seg arbeidsmiljørådgivning
- Forsikringsbasert ordning: Virksomheten betaler for rådgivningen gjennom en forsikring
- Partsbasert ordning: Partene i arbeidslivet har inngått avtaler om arbeidsmiljørådgivning
- Markedsbasert ordning: Virksomhetene kjøper rådgivning etter eget ønske

LOVBASERT MODELL

Fordeler med et statlig styrt system hvor lovgivningen fastsetter hvordan ordningen skal styres, finansieres, organiseres og hvilke oppgaver den skal ha, og til en viss grad faglig innhold, er at det i stor grad sikrer uavhengighet i rådgivningen. Et slikt rådgivningssystem understøtter samfunnets interesser i et godt arbeidsmiljøarbeid og sikrer like konkurransevilkår for virksomhetenes arbeidsmiljøarbeid. Arbeidsmiljøarbeidet blir ikke konjunkturavhengig eller avhengig av klimaet mellom partene. Evalueringer viser at et lovgivningsbasert system tvinger virksomhetene til nødvendig rådgivning, også de som ikke søker rådgivning på eget initiativ. Mulige svakheter ved et slikt system er at arbeidsmiljørådgiverne ikke har tilstrekkelig kontakt med og kunnskap om virksomheten de skal gi råd til, og at virksomhetene kan oppfatte rådgivningen som irrelevant. Det kan videre være en risiko for at rådgivningssystemet blir for selvgående og selvrådende, og upåvirkelig av ønsker og behov virksomhetene har.

FORSIKRINGSBASERT MODELL

En forsikringsbasert ordning er som oftest utgangspunktet når store deler av sosiale utgifter dekkes gjennom arbeidsgiverbaserte forsikringsordninger. Styrken ved et slikt system er at rådgivningssystemet skaper insitamenter som forener arbeidsgivernes, arbeidstakernes og forsikringselskaperens interesse i å redusere antallet arbeidstakere som faller ut av arbeids-

⁷⁴ Hasle, P., N. Møller, H. S. Hvidt, R. Seim og V. K. Scheller (2015). Hvidbog om arbeidsmiljørådgivning.

⁷⁵ I rammedirektivet (89/391/EØF) står det i artikkel 7 nr. 3 dansk versjon: «Hvis personalet i virksomheden og/eller institusjonen ikke er tilstrækkelig kompetent med henblik på tilrettelæggelsen af disse aktiviteter til beskyttelse og forebyggelse, skal arbejdsgiveren henvende sig til kompetent sagkundskab (personer eller serviceorganer) uden for virksomheden og/eller institutionen.»

2

livet for kortere eller lengre perioder grunnet arbeidsmiljøutfordringer. Et aktivt arbeid med arbeidsmiljøforbedringer vil redusere utgiftene for forsikringsnæringen, arbeidsgivernes forsikringspremie og arbeidstakernes risiko for å bli utsatt for arbeidsmiljøproblemer. Gjennom en lovbasert forsikringsordning sikrer man at alle bransjer er tilsluttet en form for rådgivning. En svakhet ved en forsikringsbasert ordning er blant annet at selskapenes innsats vil styres av områdene hvor innsparingsmuligheten er størst. Forsikringsselskapene vil kunne prioritere forebyggende arbeid knyttet til arbeidsulykker som kan være svært kostbare. Dette vil kunne gå på bekostning av langsiktig arbeid rettet mot forhold som kan fremkalle helseproblemer over i tid samt forebyggende arbeid med det psykososiale arbeidsmiljøet, selv om dette er viktige områder med potensielt store helsemessige konsekvenser.

PARTSBASERT MODELL

En avtalebasert ordning skaper tillit mellom rådgiver og virksomhet, og kan stimulere til oppsøkende virksomhet. Styrken ved et partsbasert system kan være nærhet og kunnskap knyttet til enkelte bransjeavtaler. Det vil inngi tillit og troverdighet at både arbeidsgiverorganisasjoner og fagforeninger står inne for den rådgivning som gis. Det kan etableres en lærende dialog mellom virksomhet og rådgiverne, og de som gir råd vil hele tiden måtte bryne seg på ønsker og utfordringer som partene spiller inn. Ulempen med dette er at man kun får fokus på områdene som partene bestemmer seg for er et problem, og rådgivningen vil ikke alltid kunne løfte frem den samfunnsmessige interessen som ligger i et godt arbeidsmiljø. Det er en svakhet ved et partsbasert system at kun det organiserte arbeidslivet tar del i rådgivningen. I bransjer med lav organisasjonsgrad vil slike partsbaserte rådgivningssystemer ikke slå inn, selv om behovet for rådgivning kan være stort. Denne utfordringen har økende relevans med et stadig mer internasjonalt arbeidsliv.

MARKEDSBASERT MODELL

En markedsbasert ordning fungerer best og får størst effekt i virksomheter som har forståelse for egne arbeidsmiljøutfordringer og prioriterer dette arbeidet. Når virksomheten ikke har kompetanse eller ressurser til å løse problemene selv kontaktes relevante aktører i markedet for bistand. For å hjelpe virksomhetene med å finne de beste og mest relevante rådgiverne kan det utformes et autorisasjonssystem og en anbefaling eller pålegg om å benytte autoriserte rådgivere. Fordelen med et slikt system er at rådgivningen som oftest anses som relevant da den tar utgangspunkt i virksomhetens egen definisjon av arbeidsmiljøutfordringer som det bør arbeides med. I tillegg vil konkurransen i rådgivningsmarkedet kunne bidra til at rådgiverne konstant utvikler kvaliteten og prisen på tjenestene. Svakheten i et slikt system er at virksomhetene ofte ikke kjenner sine egne behov for arbeidsmiljørådgivning. Ofte er det også slik at virksomheten ikke har fagkompetanse på arbeidsmiljøfeltet og dermed heller ikke tilstrekkelig bestillerkompetanse. En annen ulempe ved et slikt system kan være at det kun er virksomheter med god økonomi og som prioriterer arbeidsmiljø som vil oppsøke rådgivning.

11. Innspill fra sentrale aktører

11.1 Innledning

Ekspertgruppen har gjennom flere møter våren 2017 fått innspill fra en rekke aktører på BHT-feltet. Ulike aktører har gitt kvalifiserte innspill og synspunkter om hvordan bedriftshelsetjenesten bør videreutvikles og forbedres. Ekspertgruppen hadde i mai 2017 møter med partene i arbeidslivet, ulike myndighetsaktører og profesjonsforeningene innen BHT, som ettersendte skriftlige innspill. Det ble videre arrangert et åpent innspillsmøte med bransjen i juni 2017. Nedenfor følger en overordnet fremstilling av noen av synspunktene og innspillene som har fremkommet i dialogen mellom ekspertgruppen og aktørene på BHT-feltet.

11.2 Innspill fra arbeidstakerorganisasjonene

Flere av arbeidstakerorganisasjonene anser BHT som et av flere viktige virkemidler for å få til et godt arbeidsmiljø. Arbeidstakersiden mener det er viktig at BHT-enes kjerneaktivitet knyttes til forebyggende arbeidsmiljøtiltak, og ikke en lang rekke individrettede tiltak. Det er ikke BHTs oppgave å tilby tjenester knyttet til fysisk aktivitet, røykeavvenningskurs mv. Et systematisk helsefremmende arbeid skal resultere i god organisasjons-helse som fremmer engasjement, arbeids glede og mestring. Det bør være slik at anbudene ved kjøp av BHT-tjenester kun omfatter krav som fremgår av lov og forskrift, og som er av arbeidsmiljøforebyggende karakter.

Det kan, slik arbeidstakersiden ser det, stilles spørsmål ved om gjeldende regelverk i for stor grad peker på prosedyrer, systemer og avvik, på bekostning av det grunnleggende arbeidsmiljøarbeidet. De største helseutfordringene og sykefraværsgrunnene er i dag relatert til muskel- og skjelettplager samt psykiske helseplager. Dette er områder hvor BHT må ha kunnskap og være kvalifiserte for å bistå arbeidsgivere i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Videre bør det gjøres en vurdering av regelverkets krav til fagkompetanse og stillingsbrøker i bedriftshelsetjenesten. Det kan vurderes å innføre krav om en 50 prosent stilling innen arbeidsmedisin. Kravet til tre årsverk og 30 prosent stilling innenfor øvrige fagområder kan gjøres mer fleksibelt og kan erstattes med tydelige kvalitetskrav til tjenesteleveransen. Det bør vurderes en norm for minimum antall årsverk i en BHT som skal kunne bistå per hundre ansatte i den enkelte virksomheten. Kravet kan for eksempel være to til fire timer legearbeidstid per uke per hundre ansatte i bedriften. Fagkompetansen bør være kunnskapsbasert, og det er et ønske om mer forskning på effekt av individ- og systemrettede bedriftshelsetiltak. Det bør videre utredes et opplegg for obligatorisk utdanning og etterutdanning for å sikre kvaliteten på tjenestene.

Det er stor grad av enighet på arbeidstakersiden om at godkjenningsordningen bør gjennomgås og videreutvikles. Kriteriene for å bli godkjent som BHT bør evalueres. Godkjenningenshetens handlingsrom bør presiseres og utvides. Enheten bør bli forelagt handlingsplaner, samarbeidsavtaler om grunnbemanning, kontrakter, årsrapporter samt plan for etter- og videreutdanning for å kunne føre tilstrekkelig tilsyn med kvaliteten på tjenestene. Godkjenningensheten bør få økte ressurser for å sikre en tettere oppfølging av BHT-ene, samt en lovfestet myndighet til å føre kontroll med kvaliteten på tjenesten.

For å få bedre tjenester og økt arbeidsmiljøeffekt bør det dessuten vurderes ulike økonomiske tiltak. Intensiver som kan vurderes er refusjonsordninger, skattefritak, redusert

forsikringspremie, forebyggingsspakker og ti timer gratis rådgivning til små og mellomstore virksomheter.

De ulike aktørenes roller og ansvarsområder på feltet bør gjennomgås og tydeliggjøres.

11.3 Innspill fra arbeidsgiverorganisasjonene

Det er bred enighet på arbeidsgiversiden om at godt HMS-arbeid er lønnsomt for virksomhetene, og at mange norske virksomheter har god tradisjon for å arbeide kontinuerlig og systematisk med HMS og forebyggende arbeid.

Arbeidsgiversiden har delte meninger om hvorvidt utvidelsen av bransjeforskriften i 2010 var et riktig grep. Dette knytter seg til utvidelsen av virkeområdet for bransjeforskriften og oppretting av Godkjenningsenheten. Enkelte av arbeidsgiverorganisasjonene mener at forskriftsendringene som ble gjennomført ikke har hatt ønsket effekt og ikke ført til forbedringer av HMS-arbeidet.

Et forslag enkelte på arbeidsgiversiden fremmer er at godkjenningsordningen bør gjøres frivillig. Det legges til grunn at markedet vil etterspørre godkjente BHT-er, så lenge slike er tilgjengelige. Dette bør suppleres med et kvalitetssikringssystem for å utelukke useriøse aktører.

I og med at det er den enkelte arbeidsgiver som har det juridiske ansvaret for arbeidsmiljøforholdene i virksomheten, bør arbeidsgiver kunne styre kjøp av de tjenestene de selv vurderer de har behov for. Enkelte aktører mener at det bør være en reell vurdering av risikoforholdene i den enkelte virksomhet som legges til grunn for BHT-plikten. Andre mener man bør revurdere hvilke bransjer som omfattes av BHT-plikten. Virksomhetene bør gis større grad av fleksibilitet slik at virksomheter innenfor risikoutsatte bransjer som arbeider tilfredsstillende innenfor HMS-området kan fritas fra BHT-plikten.

Enkelte av bransjene som fikk pålegg om BHT-plikt i 2010 har meldt om misnøye til sine arbeidsgiverorganisasjoner. Det hevdes at BHT-ene har manglende bransjekunnskap, arbeidsmiljøkunnskap samt manglende kunnskap om arbeid med risikovurderinger. Misnøyen knyttet seg videre til BHT-enes mangelfulle veiledning om hva BHT-ene kan bidra med overfor virksomhetene. Det påpekes også at alminnelige helsekontroller og andre helsetjenester aktivt selges inn som risikovurderinger og forebyggende arbeidsmiljøtiltak. Andre aktører på arbeidsgiversiden støtter en lovpålagt BHT-ordning som idag. BHT-ene bør også bistå med å synliggjøre de økonomiske innsparingene gode HMS-rutiner og kunnskapsbasert forebyggende arbeidsmiljøarbeid kan bidra til i den enkelte virksomhet.

Enkelte på arbeidsgiversiden har påpekt behovet for en gjennomgang av regelverket for BHT, og da særlig forskriftsbestemmelsene. Det er ønskelig med et tydeligere skille mellom hva som er arbeidsgivers ansvar og hva som er BHTs ansvar. Arbeidsgivere bør i større grad kunne benytte seg av interne krefter og kompetanse når det vurderes mest hensiktsmessig. Det bør bli mer fleksibelt hva slags fagsammensetning, kompetanse og volum BHT-ene skal ha. Det påpekes i den forbindelse at ikke alle virksomheter har behov for yrkesgrupper som yrkeshygienikere eller arbeidsmedisinere. Det bør videre vurderes hvorvidt det bør være et ufravikelig krav om at BHT skal delta i AMU-møter, da dette ikke alltid er den mest hensiktsmessig bruk av BHT-ressursene. Ved utforming av ny BHT-ordning bør det dessuten tas hensyn til behovene hos små virksomheter.

11.4 Innspill fra profesjonsforeningene

Profesjonsforeningene representerer yrkesgruppene BHT-ene er pålagt for å bli godkjent som BHT (arbeidsmedisinere, bedriftssykepleiere, ergoterapeuter og yrkeshygienikere). Profesjonsforeningene mener at BHT er en unik aktør i arbeidslivet, og at det er viktig med høyt kvalifisert bedriftshelsepersonale med god kompetanse på bedriftens utfordringer. Rådgivningen BHT skal bistå med bør klargjøres og presiseres for å hindre at supplerende tilleggstjenester blir dominerende. Regelverket og rammebetingelsene må forbedres slik at forebygging stimuleres og omfanget av ikke arbeidsmiljørettede helsekontroller og behandlende (kurativ) virksomhet tones ned. BHT blir noen ganger valgt bort, blant annet fordi Arbeidslivssentrene tilbyr mange av de samme tjenestene gratis, og dette er et problem som bør følges opp. Profesjonsforeningene er opptatt av den frie og uavhengige stillingen BHT skal ha i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, og frykter at den stadig vil komme under press når BHT i en konkurransesituasjon må forhandle pris med kunden. Videre mener profesjonsforeningene at tjenesten bør bli mer kunnskapsbasert, og det bør forskes mer på effektene av BHT-tiltak.

11.5 Innspill fra BHT-bransjen

Flere av aktørene i bransjen peker på at det synes som at mange har mistet av syne hva som er formålet med BHT. Intensjonen med BHT er å bistå i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, sett opp mot potensiell risiko i den enkelte virksomhet. Årsaken kan til dels skyldes at BHT-ordningen er blitt kommersialisert, og at virksomhetene har lav risikoforståelse slik at de kjøper feil tjenester. Det fremstår som det er en manglende forståelse i bransjen om at BHT er et arbeidsmiljøtiltak, det vil si et virkemiddel for arbeidsgiverne for å oppfylle arbeidsmiljølovens krav. BHT skal ikke være et helsetiltak, noe enkelte BHT-er har utviklet seg i retning av. Det er ønsket at BHTs rolle som et viktig arbeidsmiljøtiltak igjen blir førende for tjenesteleveransen.

Enkelte aktører påpeker at det både er best og rimeligst å forebygge, og da særlig innenfor feltet arbeidshelse. BHT skal jobbe for å fange opp sykdom før sykdom utvikler seg, det vil si arbeide forebyggende i virksomhetene. Dette gjøres i praksis ofte på individuelt nivå, men basert på vurderinger og kunnskap om grupperisiko. Det påpekes at det er et klart behov for en lovregulert ordning som sikrer at det forebyggende HMS-arbeidet tas på alvor i en presert økonomisk hverdag. Lovregulering er spesielt viktig, særlig tatt i betraktning at effekten av det forebyggende arbeidet som gjøres kan ligge langt frem i tid og være vanskelig å måle. Ekspertgruppen erfarer også at en del BHT-er mener at også mer generelle helsetiltak er viktige tjenester som BHT bør bistå arbeidsgivere med. Enkelte hevder at BHT bør få utvidet ansvar for forebyggende folkehelsearbeid.

Det bør stilles strengere krav til grunnbemanning og kompetanse i BHT-ene, da bransjen bør ha et visst volum og økonomi for å kunne utvikle et godt faglig miljø og sikre kontinuerlig faglig utvikling. Ideelt sett burde en BHT ikke bestå av færre enn fem til seks medarbeidere for å kunne tilby tilfredsstillende og tverrfaglige tjenester. Volumkravet bør ha en norm, og bør ligge på en til to personer per 1 000 til 1 200 ansatte i virksomhetene som betjenes. Dersom kravet om minimum tre årsverk videreføres, bør det innføres et krav om faste ansettelser i BHT, uten mulighet for å knytte disse medarbeidere til seg som oppdragstakere eller liknende.

BHT-ene har fortsatt behov for tverrfaglig kompetanse, men dette kan gjøres mer fleksibelt enn i dagens regelverk, hevder enkelte bransjeaktører. Kravene til faglig sammensetning bør ikke være så spesifikke som i dag, men knyttes mer opp mot risikoprofil og behov i

den enkelte bransje. Enkelte aktører påpeker likevel at behovet for arbeidsmedisinere står sentralt i et tverrfaglig miljø, da arbeidsmedisineren har den nødvendige oversikt og breddekunnskap innen feltet arbeidshelse.

Enkelte aktører har pekt på at det er manglende samsvar mellom hva bedriftene etterspør, hva Godkjenningssenheten stiller krav om og hva forskningen viser gir effekt på arbeidsmiljøfeltet. Av den grunn bør Godkjenningssenheten kunne stille andre og strengere krav til BHT-ene enn i dag. Regelverket bør sikre at BHT-ene først arbeider med kjernevirksomhet, og at dette arbeidet ikke bør gå på bekostning av tilleggstjenester. Det pekes særlig på at kvaliteten på tjenestene bør følges opp på en bedre måte. Godkjenningssenheten bør besøke BHT-ene hyppigere enn i dag. I tillegg bør BHT-ene få pålegg om å rapportere om arbeidet som er gjennomført i virksomhetene i form av at handlingsplaner og årsrapporter rapporteres inn til Altinn. Rapporteringen vil også kunne bidra til mer målrettede tilsyn fra Arbeidstilsynet, med bedre mulighet for kontroll og oppfølging av virksomhetene. Det pekes videre på at lover og forskrifter på området bør oppdateres i tråd med det forskningen viser fungerer i arbeidsmiljøarbeidet. Gjeldende forskrifter synes noe utdatert i så måte.

Mange BHT-aktører peker på at kommersialiseringen har hatt en uheldig effekt. Dette har særlig rammet de små virksomhetene, da det primært er hos disse bestillerkompetansen er lav. For å kunne jobbe godt med det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet er det viktig med nærhet mellom virksomhet og BHT. Det bør fokuseres mer på samspillet mellom BHT og virksomheten, for å oppnå bedre effekt av tjenestene som leveres. Videre er det viktig med langsiktig bistand, og at rollen som en fri og uavhengig aktør respekteres og videreføres. Det er viktig for BHT å skape tillit over tid, både hos lederne og hos de ansatte i virksomheten. BHT bør kjenne kulturen, miljøet, næringen og menneskene de jobber med og for. Dette settes under press i hyppige anskaffelsesrunder. Det bør på denne bakgrunn vurderes om det basert på forskning og kunnskap om hva som virker av arbeidsmiljøarbeid, bør utformes veiledere som sikrer økt bestillerkompetanse og bedre innkjøp. For eksempel kan Difi få ansvaret for å utarbeide standardmaler for henholdsvis anskaffelsesprosesser og tjenesteleveransekontrakter på BHT-feltet.⁷⁶

⁷⁶ Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi).

Ekspertgruppens vurderinger

3



12. Hvordan fungerer bedriftshelsetjenesteordningen i Norge?

12.1 Ekspertgruppens overordnede vurderinger

12.1.1 Innledning

Ekspertgruppen har gjennomført en rekke møter med partene i arbeidslivet på sentralt nivå, forbundsvis nivå, på bransjenivå og virksomhetsnivå. Ekspertgruppen har også arrangert et innspillsmøte med bransjen hvor en rekke aktører fra bedriftshelsetjenesten i Norge deltok og kom med synspunkter på styrker og svakheter ved dagens ordning. Ekspertgruppen har også vurdert bedriftshelsetjenestetilbudet i andre sammenliknbare land, samt satt seg inn i norske og internasjonale rapporter om bedriftshelsetjeneste. På denne bakgrunn har ekspertgruppen gjort noen overordnede vurderinger av status for dagens bedriftshelsetjenesteordning i Norge.

12.1.2 Styrker ved dagens bedriftshelsetjenesteordning

HOVEDVIRKEMIDDEL I DET FOREBYGGENDE ARBEIDSMILJØARBEIDET

Det er slik ekspertgruppen oppfatter det, en innarbeidet holdning i norsk arbeidsliv at bedriftshelsetjenesten eller tilsvarende ordninger er et hensiktsmessig virkemiddel i arbeidsmiljøarbeidet. Bedriftshelsetjenesten er vel etablert og nyter i hovedsak stor tillit fra både virksomheter, organisasjoner og tilsyn. Tjenesten bidrar til å tydeliggjøre kravene til arbeidsmiljøarbeidet som gjelder ute i virksomhetene. Det fremstår som at partene i arbeidslivet har et felles ønske om at det skal arbeides mer med forebyggende arbeidsmiljø i virksomhetene, med fokus på tiltak det er behov for og som har dokumentert effekt. Det fremstår som et felles ønske om at en BHT eller en liknende ordning skal bistå virksomhetene i dette arbeidet. Ekspertgruppen oppfatter også at det er Arbeidstilsynets klare vurdering at BHT har en stor nytteverdi i dagens arbeidsliv. Dette bildet samsvarer med hovedlinjene i SINTEFs evaluering av bedriftshelsetjenesten i 2016.

Bedriftshelsetjenesten er en aktør som oppfattes som en viktig samarbeidspartner i arbeidsmiljøarbeidet både for arbeidsgivere og arbeidstakere i virksomhetene. Dette i motsetning til for eksempel Arbeidstilsynet, hvor terskelen kan være høyere for at arbeidsgiver eller arbeidstaker skal ta kontakt for råd og veiledning. BHT fremstår dermed som et viktig og kompetent lavterskeltilbud. Etter det ekspertgruppen erfarer er det dessuten slik at bedriftshelsetjenesten letter Arbeidstilsynets tilsynsarbeid i risikoutsatte virksomheter. Det ser videre ut til at bedriftshelsetjenesten samarbeider godt med Arbeidstilsynet i de tilfellene dette er nødvendig.

FAGLIG UAVHENGIG OG GODT KVALIFISERT

Ekspertgruppen har fått inntrykk av at mange av aktørene på feltet opplever bedriftshelsetjenestene som uavhengige av ledelsen i virksomhetene, og at dette vurderes som viktig. Samtidig er det ekspertgruppens inntrykk at arbeidsgivere også i hovedsak har et godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten.

Det at bedriftshelsetjenesten bidrar til et bedre HMS-arbeid i virksomhetene er viktig, men det kan være behov for å påpeke at fokuset primært skal være rettet mot forebygging av arbeidsmiljørisiko og arbeidsmiljørådgivning for å fremme bedre arbeidsmiljø og arbeids-helse. En viktig forutsetning for dette arbeidet er at både arbeidsgiver og arbeidstaker ser at de har en uavhengig rådgiver i arbeidsmiljøarbeidet i virksomheten. Det kan imidlertid synes som om enkelte aktører i arbeidslivet er av den oppfatning at formålet med tjenesten er der for å ivareta de ansattes helse på generelt grunnlag. Dette er ikke er formålet med ordningen, noe som bør ha oppmerksomhet i det videre arbeidet.

Ekspertgruppen mener at bedriftshelsetjenesten i hovedsak består av godt kvalifiserte fagfolk, selv om det er et inntrykk at det er kompetanseutfordringer og kompetansemangler i enkelte deler av bransjen. Den tverrfaglig kompetansen i dagens bedriftshelsetjeneste er både bra og viktig for å kunne yte god bistand til virksomhetene i et mangfoldig arbeidsliv. BHT fremstår som et virksomhetsområde med meget engasjerte og dedikerte medarbeidere, noe som vurderes som en klar styrke. BHT-bransjen har dessuten sterke fagprofesjoner som gir nødvendig tillit og autoritet. Det er likevel slik at mange BHT-er og andre aktører ønsker at det skal stilles enda strengere krav til kvalitet på de tjenestene BHT leverer, for å bidra til ytterligere kvalitetsheving i BHT i takt med utviklingen i arbeidslivet.

Ekspertgruppen vurderer det slik at formålet med godkjenningsordningen er god og at ordningen har hatt en klar positiv effekt ved at antallet useriøse aktører med lav faglig kompetanse og sviktende fokus i bransjen har blitt betydelig redusert etter innføringen av ordningen. Det er likevel slik at godkjenningsordningen kan oppleves som for statisk og at den ikke har tilstrekkelige virkemidler i sitt godkjenningsarbeid.

RIMELIG TILTAK

Ekspertgruppen har også registrert med interesse at flere hevder at BHT-ordningen er dyr for virksomhetene. Rapportene Ipsos og Oslo Economics har utarbeidet for ekspertgruppen viser imidlertid at kostnadene til BHT per ansatt ikke er særlige store sammenliknet med andre utgifter og goder som arbeidsgivere velger å prioritere. Det er derfor ekspertgruppens klare vurdering at BHT ikke er en spesielt kostbar ordning for bedriftene. At ordningen er lovpålagt har en klar positiv effekt sett opp mot dekningsgrad. Dette er av stor samfunns-messig betydning, da gode arbeidsmiljøforhold er viktig både i et bedrifts- og samfunnsøkonomisk perspektiv. Lovforankring sikrer også at virksomheter som ikke håndterer arbeidsmiljørisiko på en tilfredsstillende måte risikerer å få pålegg fra Arbeidstilsynet om å knytte seg til en godkjent BHT. Særlig sett opp mot hva det koster en virksomhet å ha en sykemeldt arbeidstaker, herunder kostnader forbundet med vikarbruk, så anser ekspertgruppen at bruk av BHT fremstår som et meget rimelig tiltak.

DEN NORSKE BHT-ORDNINGEN STÅR SEG GODT SAMMENLIKNET MED ANDRE LAND

Ekspertgruppen har med interesse satt seg inn i BHT-ordningene i mange andre sammenliknbare land. Erfaringen fra dette arbeidet er at det finnes utfordringer med de fleste ordninger, og at løsningene i de forskjellige landene henger tett sammen med hvordan andre land har organisert arbeidsmarkedet og velferdssystemene. Ekspertgruppen er likevel av den oppfatning at det ikke finnes løsninger i andre land som i særlig grad fungerer bedre eller mer kostnadseffektivt enn det norske systemet, snarere tvert om. Det foreligger etter ekspertgruppens syn ikke en tydelig «gullstandard» på dette området vi kan tilpasse oss. I et slikt perspektiv fremstår den norske ordningen som en av de beste, og som et godt innarbeidet virkemiddel i et arbeidsliv som skiller seg ut som internasjonalt ledende på

arbeidsmiljøområdet. Like fullt er det liten tvil om at bedriftshelsetjenesteordningen i Norge har et betydelig forbedrings- og effektiviseringspotensial.

12.1.3 Svakheter ved dagens bedriftshelsetjenesteordning

MANGLENDE BEVISSTHET KNYTTET TIL SAMFUNNSOPPDRAGET

Arbeidslivet er i endring, for eksempel ved at ny teknologi muliggjør at mange arbeidstakere arbeider andre steder enn der arbeidsgiver er formelt lokalisert, eller ved at endrede konkurransevilkår fører til hyppige omstillinger og nye eierformer i næringslivet. En viktig utfordring blir da hvordan man kan sikre god nok kompetanseutvikling i BHT til å følge med på de hurtige endringene i arbeidslivet, endringer som fører til endring i arbeidsmiljø og som kan gi nye forebyggingsbehov.

Det fremstår for ekspertgruppen som noe usikkert hvorvidt BHT som samlet bransje har stor nok bevissthet knyttet til det viktige samfunnsoppdraget de er gitt. Bedriftshelsetjenesten opererer i et pseudoregulert marked, og tjenestene som skal tilbys er risikoutløst. BHT-ene som skal bistå arbeidsgiverne er i lov og forskrift pålagt å primært bistå kundene på et organisatorisk nivå knyttet til arbeidsmiljørisikoforebygging og -rådgivning. Likevel opplyses ekspertgruppen fra mange hold om mange leverandører som tilbyr tjenester som har et klart individrettet preg rettet mot den enkelte arbeidstaker. Eksempelvis generelle helsekontroller knyttet til forhold som ikke er relatert til den vurderte arbeidsmiljørisiko som har utløst BHT-plikten.

Ekspertgruppen er av den oppfatning at det er en manglende kollektiv bevissthet rundt denne uthulingen av ordningen, og at mange av aktørene peker på hverandre i denne sammenhengen. Det kan synes som om flere aktører velger å tilby slike tilleggstjenester, som hel eller delvis erstatning for risikoutløste tjenester som er i tråd med ordningens klare intensjon, og at begrunnelsen for dette er at «andre aktører tilbyr dette så vi må også gjøre det for å overleve i et tøft marked». Det blir også antydnet fra aktører i markedet at det er kundene selv som ønsker disse tilleggstjenestene, nærmest på tross av faglige råd fra bedriftshelsetjenesten, og at bakgrunnen for dette er svak bestillerkompetanse. Samtidig hevder en del av bedriftene at de opplever press fra BHT om å kjøpe tilleggstjenester.

MANGLENDE FOKUS PÅ KJERNEVIRKSOMHET

Det fremstår som uklart om BHT bidrar vesentlig til risikovurderinger og -håndtering i alle virksomheter de betjener, og dermed i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Det kan synes som BHT-ene selv ikke har en tilstrekkelig klar oppfattelse av grensen mellom lovpålagte tjenester og tilleggstjenester, og at bevisstheten knyttet til formålet med ordningen ikke er god nok på tvers av bransjen. Det kan se ut til at det er behov for virkemidler som differensierer mellom lovpålagte kjerneytelser og andre ytelser, og at det særskilt reguleres hvordan kjerneytelsene skal gjennomføres og dokumenteres. Det er etter ekspertgruppens vurdering trolig et behov for mer styring og kontroll med BHT-ene, som i for stor utstrekning tilbyr tjenester som ikke samsvarer med BHT-plikten. Ekspertgruppen mener å ha identifisert dette som hovedankepunktet til de som har uttalt seg kritisk om dagens system, men at disse samtidig stiller seg bak et ønske om en faglig sterk bedriftshelsetjeneste med et klart forebyggende arbeidsmiljøfokus.

Det fremstår også som et tydelig felles ønske i bransjen og blant aktørene på feltet om å få etablert et sterkere fokus på kjernevirksomhet i form av risikovurdering og forebygging av

arbeidsmiljørelaterte forhold, men at dagens virkemidler ikke i god nok grad sikrer en slik innretning på tjenestene. Dette handler på den ene siden om virksomhetenes bestillerkompetanse, men også om BHT-enes egen evne til å jobbe innenfor intensjonen med ordningen og forståelse for og lojalitet til samfunnsoppdraget. Dette er viktig da den norske velferdsmodellen legger opp til at arbeidslivet skal ta et stort ansvar på arbeidsmiljøområdet, og fordi gode arbeidsmiljøforhold er et norsk konkurransefortrinn i en stadig mer globalisert verden.

I lys av at mange bedriftshelsetjenester både tilbyr og selger tjenester langt utover det som er lovpålagt, kan det stilles spørsmål om integritet på dette området. Spesielt dersom tilleggstjenestene utgjør en vesentlig hovedinntektskilde. Dersom dette er relatert til kundenes ønsker, til tross for en risikoutløst BHT-plikt, kan man med rette stille spørsmål om BHT har en reell fri og uavhengig rolle. Ekspertgruppen vurderer at den frie og uavhengige stillingen, som vurderes som viktig, potensielt vil kunne settes ytterligere under press i et fritt marked. Det er slik ekspertgruppen ser det viktig å videreføre BHT-enes uavhengighet for at ordningen skal ha tillit hos de ulike aktørene på feltet.

I et slikt perspektiv bør krav til både tjenesteomfang, kompetanse og fleksibilitet hos BHT-ene belyses kritisk. I denne vurderingen bør det også tas noe hensyn til geografiske forhold og den demografiske utviklingen vi står overfor.

I et hypotetisk perspektiv hvor en større del av arbeidsgiverne kan få plikt til å la seg bistå av BHT, uavhengig av beliggenhet og befolkningstetthet, bør kravene som stilles ikke være av et slikt omfang og art at det undergraver muligheten for å kunne tilknytte seg en BHT-tjeneste som kan bistå virksomhetene på en hensiktsmessig måte. Både geografi og kontakt med kunde i form av arbeidsplassbesøk og bransje- og virksomhetskunnskap er vesentlige suksesskriterier.

STYRKING AV VIRKSOMHETENES BESTILLERKOMPETANSE

Det synes med dagens ordning å være en utfordring å tilpasse BHT-enes kvalifikasjoner fullt ut til virksomhetenes behov, slik at ordningen virker i tråd med lovgivers intensjon. Det kan argumenteres for at man i denne sammenheng bør fokusere på å styrke virksomhetenes bestillerkompetanse, slik at de får mer kunnskap og en bedre forståelse for eget behov for arbeidsmiljørådgivning og bakgrunnen for hvorfor de er omfattet av en BHT-plikt. På den annen side er de pålagt dette gjennom bransjeforskriften nettopp fordi de er vurdert til å ha risiko som det ikke er forventet at de har god nok kompetanse til å håndtere på egenhånd. Det er derfor å forvente at mange virksomheter har svak bestillerkompetanse. Det påhviler derfor BHT-ene et stort ansvar for å sikre god innretning på tjenestetilbudet. Mye tyder på at særlig mange av de små virksomhetene mangler kompetanse på dette feltet og at det er store variasjoner i kunnskapsbehovet knyttet til det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. På denne bakgrunn mener ekspertgruppen at det er behov for enda tydeligere fokus på kompetanse i BHT gjennom kvalifikasjonskrav, og ikke minst tjenesteinnretning, og at dette i større grad enn i dag blir gjenstand for både vurdering og kontroll.

BEHOV FOR SÆRSKILTE TILTAK OVERFOR SMÅ VIRKSOMHETER

De små virksomhetene utgjør en stor del av dagens arbeidsmarked, og det synes usikkert om BHT-enes tilnærming til disse er god nok. Det er uklart for ekspertgruppen om BHT i dag har mulighet til å utgjøre noen avgjørende forskjell for de minste virksomhetene. BHT som tilbyr står overfor svært ulike virksomheter, og det kan være vanskelig å gi treffsikker og rett bistand til alle. Ekspertgruppen mener det er behov for særskilte tilnærminger for å sikre at BHT-enes betjening og rådgivning av små virksomheter med en til ti ansatte

skal ha positiv effekt og være formålstjenlig. Ekspertgruppen er blitt opplyst om at flere BHT-er ikke anser slike virksomheter som kunder det er rom for å utrette mye innenfor de rådende økonomiske rammer. De små virksomhetene har ofte behov for direkte kontakt med BHT-tjenesten, og de kan ha behov for en mer langvarig avtalehorisont og bygging av tillitsforhold. Ekspertgruppen mener, i lys av de mange små virksomhetene i Norge, og det faktum at det i slike virksomheter ofte er en forebyggbar arbeidsmiljørisiko, at det er behov for en særskilt innretning på tjenestetilbudet rettet mot små virksomheter. Dette for å sikre både et tilstrekkelig omfang og innretning av tjenestetilbudet.

VIDEREUTVIKLE GODKJENNINGSORDNINGEN

Ekspertgruppen mener at godkjenningsordningen bør videreutvikles. De fleste aktørene ekspertgruppen har vært i kontakt med mener at godkjenningsordningen har fungert positivt. Men det er et ønske at enheten bør ha mer fokus på og utvikles i retning av å i større grad vurdere og etterprøve den reelle innretningen på tjenestetilbudet. Dette som et tydeligere supplement til vurdering av hvilken utdanning og kompetanse ansatte i BHT-ene har. Godkjenningseenheten bør derfor få et tydeligere mandat til å kunne vurdere hvorvidt BHT-ens fagkompetanse og tjenesteinnretning er kvalitativt god nok. Enheten bør dessuten få en utvidet kontrollfunksjonen til å omfatte kvaliteten på BHT-leveransene, for eksempel ved å gjennomføre revisjoner av kvaliteten på tjenestene som leveres. Det er ekspertgruppens formening at BHT-ene ikke har vært dyktige nok til å etterleve disse forpliktelsene selv, enten det skyldes press fra kunder eller egne valg, og at dagens tilnærming bør strammes noe inn.

Det synes å være et ønske om stor grad av fleksibilitet for virksomhetene ved bruk av arbeidsmiljørådgivning fra bedriftshelsetjenesten, samtidig som mange savner tydeligere krav til bransjen. Ekspertgruppen har for eksempel fått innspill om det bør innføres normer for hva som er rimelig tetthet av BHT-timeverk per ansatt i virksomheten. Forholdet mellom kvalitet og pris vurderes også som en utfordring, spesielt sett opp mot små virksomheter. Men ekspertgruppen har også blitt informert om at dette er særlig kritisk når BHT betjener kommunene. Det kan se ut til at enkelte kommuner setter pris foran kvalitet på tjenesten, gjennom anbudsprosesser som oppleves som utfordrende for BHT-ene.

Ekspertgruppen mener videre at en uheldig virkning av innføringen av godkjenningsordningen førte til at enkelte små bedriftsinterne ordninger, med solid bransje og virksomhetskompetanse, opphørte fordi de i sum ikke ville oppfylle volumkravene. Dette til tross for at antall BHT-timeverk per ansatt ofte var betydelig høyere enn ved kjøp av eksterne tilbydere. Omfanget av dette er uklart, men antas å være noe begrenset. Ekspertgruppen ser det som en fordel at BHT har mest mulig bransje- og virksomhetskunnskap, og ser positivt på at større virksomheter søker å ha bedriftsinterne ordninger, såfremt disse sikres en fri og uavhengig rolle.

Det vil etter ekspertgruppens syn, uavhengig av system, fortsatt være behov for tilsyn, oppfølging og dokumentasjon av den konkrete bruken av BHT i virksomhetene. Erfaringer fra andre land viser med all tydelighet dette. I denne sammenheng vil det også være naturlig å se kritisk på godkjenningsordningen, og å vurdere å opprette en bransjeforening for BHT.

DYNAMISK BRANSJEFORSKRIFT

Dersom en bransjeforskrift skal opprettholdes, ser ekspertgruppen også fordeler med å innrette denne i en dynamisk retning i takt med utviklingen i arbeidslivet og risikobildet, med jevnlig revideringer med fast intervall. Det kan synes som at utvelgelsen av bransjer

som omfattes av BHT-plikt gjennom bransjeforskriften har vært lite systematisk og ikke etter en klar og faglig kvalitetssikret prosess. Det ligger bedre til rette for dette i dag enn forrige gang bransjeforskriften ble endret og fikk utvidet dekningsgrad.

UKLAR GRENSEFLATE MOT ARBEIDSLIVSSENTRENE

Det kan være en utfordring i dag at det eksisterer flere aktører med delvis overlappende profil, som opererer på det samme området. Dette gjelder først og fremst forholdet mellom bedriftshelsetjenesten og Arbeidslivssentrene. Arbeidslivssentrene er virkemidler tilgjengeliggjort for virksomheter som har inngått en avtale om inkluderende arbeidsliv. I den siste IA-avtalen er arbeidsmiljøperspektivet løftet betydelig, og underveisevalueringen av denne viser til et enda tydeligere behov for dette. Ekspertgruppen har fått opplyst at det i enkelte områder av landet er et utmerket samarbeid mellom BHT-ene og Arbeidslivssentrene, mens de i andre deler av landet oppfattes som konkurrenter. Ekspertgruppen mener det er behov for å vurdere nærmere hvordan man kan få frem synergier mellom BHT, Arbeidslivssentrene, NAV, Arbeidstilsynet og Godkjenningssenheten. En slik vurdering bør skje både på bransjenivå og virksomhetsnivå, og man bør se på hvordan grenseoppgangen mellom BHT og NAV Arbeidslivssenter best kan trekkes opp. Dersom arbeidsmiljøperspektivet løftes ytterligere i en eventuell fremtidig IA-avtale, synes det å være et behov for å foreta en grenseoppgang av Arbeidslivssentrenes portefølje på arbeidsmiljøområdet, når de betjener virksomheter med BHT-plikt. Dette for å sikre at man oppnår positive synergier i samarbeid med BHT. Det ligger utenfor ekspertgruppens mandat å gå videre med dette.

12.1.4 Uklarheter i regelverket mv.

BEGREPET «BEDRIFTSHELSETJENESTE»

Ekspertgruppens oppfatning er at selve navnet *Bedriftshelsetjeneste* kan synes noe misvisende, da det kan gi assosiasjoner til at dette er en *bedriftslege*ordning som skal tilby alminnelige helsetjenester. I tråd med at ekspertgruppen foreslår et tydeligere fokus på kjernevirksomhet utløst av intensjonen med ordningen, med et organisasjonsfokus snarere enn individfokus, mener ekspertgruppen at det kan være grunn til å vurdere et annet navn på ordningen. Dette for på en bedre måte å reflektere at tjenesten skal ivareta et systematisk forebyggende arbeidsmiljøarbeid knyttet til arbeidsmiljøet og de ansattes arbeidshelse.

HELSEFREMMEDE OG MENINGSFYLT ARBEIDSSITUASJON

Ekspertgruppen mener at gjeldende regelverk kan bidra til å skape misforståelser rundt hva som er kjernen i bedriftshelsetjenestens samfunnsoppdrag. I dialogen med bransjen har ekspertgruppen erfart at det er enkelte formuleringer i regelverket som kan synes å bli tolket i en annen retning enn hva ekspertgruppen legger til grunn at er formålet med ordningen. BHT skal primært bidra med rådgivning til virksomheter og arbeidsgivere knyttet til det forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Etter det ekspertgruppen erfarer viser blant annet noen av BHT-ene til arbeidsmiljølovens formålsbestemmelse som grunnlag for sitt arbeid, en bestemmelse som sier at loven skal sikre en «helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger». Det fremgår videre av loven at det er arbeidsgiver i den enkelte virksomhet som har ansvar for at arbeidsmiljøet er «fullt forsvarlig» jf. arbeidsmiljøloven § 4-1 første ledd. Det følger av samme bestemmelse at arbeidsgiver skal ha kontroll og oversikt over faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes «fysiske og psykiske helse og velferd».

Dette er viktige bestemmelser med gode intensjoner, men de har også en ulempe sett i forhold til det som skal være BHT-enes samfunnsoppdrag om å bidra i det forebyggende

arbeidsmiljøarbeidet. Begrepene som ekspertgruppen her peker på, kan bidra til at fokuset i arbeidsmiljøarbeidet flyttes fra et systematisk og kollektivtrettet forebyggende arbeid som skal sikre god arbeidshelse over mot individrettede tiltak uten relevans for arbeidet. Hensiktsmessigheten av disse begrepene kan det med fordel ses nærmere på, selv om dette ligger utenfor ekspertgruppens mandat. Det anbefales å vurdere om begrepet arbeidshelse bør innarbeides i arbeidsmiljøloven. En slik gjennomgang kan trolig også bidra til å klargjøre og avgrense tydeligere både hva som er arbeidsgivers og hva som er BHT-enes arbeids- og ansvarsområder.

SUNNE OG TRYGGE ARBEIDSFORHOLD

Et annet forhold som kan bidra til å skape klarhet i BHT-oppgaven er ordlyden i arbeidsmiljøloven § 3-3 andre ledd hvor det står at BHT skal bistå arbeidsgiver med å skape «sunne» og trygge arbeidsforhold. Hva som ligger i begrepet «sunne» kan oppfattes ulikt, og kan bidra til at fokuset forskyves fra forebyggende arbeidsmiljøarbeid på organisatorisk nivå til individrettede tiltak som for eksempel ernærings- og livsstilsrådgivning mv. Det følger av folkehelseloven hvem som har ansvaret for å ivareta den allmenne folkehelsen i det norske samfunnet. Folkehelsearbeidet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, kommuner, fylkeskommuner og kommunelegene. Ekspertgruppen mener det er viktig at arbeidsgivers ansvar for de ansattes helse, samt plikten til å benytte BHT som rådgiver i denne sammenheng, avgrenses til det som er relatert til arbeidssituasjonen og som kan defineres som arbeidshelse. Dette er spesielt viktig når det kun er virksomheter med vurdert arbeidsmiljørisiko gjennom en bransjeforskrift som pålegges BHT.

FYSISK AKTIVITET

Det er videre ekspertgruppens vurdering at arbeidsmiljøloven § 3-4, som sier at arbeidsgiver skal vurdere «fysisk aktivitet» i forbindelse med det systematiske HMS-arbeidet, kan ha bidratt til at BHT-ene innretter tjenestetilbudet mot treningstilbud eller liknende. På noen arbeidsplasser organiserer BHT trening i arbeidstiden, uten at arbeidet innebærer særskilte utfordringer som fordrer spesiell fysisk aktivitet. Ekspertgruppen mener at dette kan være et godt tilbud til de ansatte, og at det kan gi viktige bidrag til folkehelsearbeidet, men ser ikke at dette er et bistandsområde som ligger innenfor BHTs kjerneområde slik det er definert i dagens forskrift. Dette er derfor å anse som en tilleggstjeneste. Ekspertgruppen mener at også denne formuleringen i arbeidsmiljøloven med fordel kan vurderes, all den tid den bidrar til å skape et rom som er egnet for uthuling av formålet med bedriftshelsetjenesteordningen.

HELSEOVERVÅKING

Slik ekspertgruppen ser det kan det videre oppstå uklarheter rundt «BHT-oppgaven» basert på formuleringer i gjeldende forskrifter. I forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 13-2 reguleres arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten. I bestemmelsen listes det opp en rekke områder hvor arbeidsgiver kan få bistand fra BHT. Etter ekspertgruppens vurdering er det på den ene siden uheldig at bestemmelsen fremstår som en «skal»-bestemmelse, da dette skaper for liten grad av fleksibilitet i arbeidsgivers bruk av BHT. På den annen side kan enkelte formuleringer bidra til klar tolkning av arbeidsområdet til BHT, og dermed skape et rom for tjenester som ligger utenfor formålet med ordningen. Hele § 13-2 bør derfor slik ekspertgruppen ser det gjennomgås og strammes opp. Det bør særlig vurderes om det er behov for justeringer av ordlyden i bokstav e) som sier at BHT skal bistå i arbeidet med å overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse under hensyn til arbeidssituasjonen. Bestemmelsen kan bidra til at BHT-ene gis legitimitet til i for stor grad å gjennomføre gene-

relle helseundersøkelser, snarere enn å begrense seg til helseundersøkelser relatert til særlige utsatte gruppene som listes opp i forskriften kapittel 14. Det er mulig at en henvisning i § 13-2 til forskriften § 14-1 er tilstrekkelig for å tydeliggjøre hva som er BHT-enes oppgave. Videre mener ekspertgruppen at forskriften § 13 bokstav f) som sier at BHT skal bistå med individuell tilrettelegging, herunder deltakelse i dialogmøter, er misvisende. Det kommer klart frem av arbeidsmiljøloven § 4-6 fjerde ledd at dette er en kan-bestemmelse, og at BHT ikke lenger plikter å delta i alle dialogmøter.⁷⁷ BHT skal imidlertid delta dersom arbeidsgiver eller arbeidstaker ønsker dette.

12.1.5 Manglende rød tråd i BHT-ordningen?

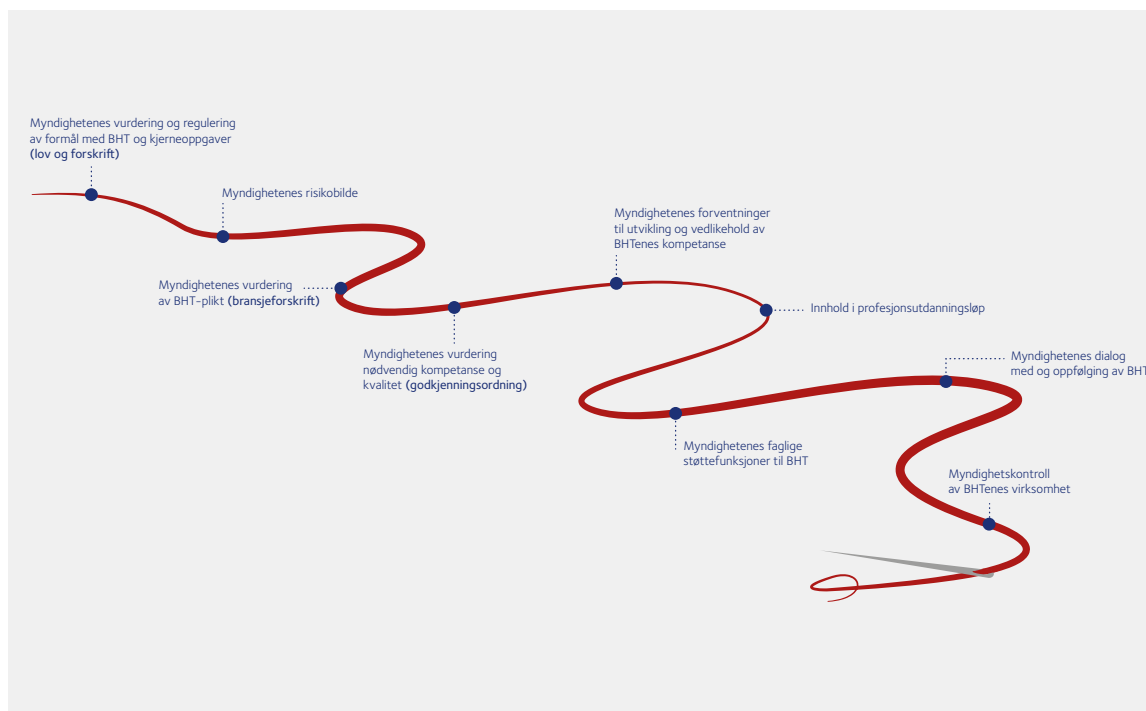
Som det er redegjort for i rapportens innledende deler er det en rekke virkemidler, tiltak og initiativer, gitt i blant annet lov og forskrift, som er ment å skulle regulere bedriftshelsetjenesten og støtte opp under deres arbeid. Det kan hevdes at bedriftshelsetjenesten er arbeidsmiljømyndighetenes hovedvirkemiddel for å bidra til og å skape et godt arbeidsmiljø som forebygger sykdom og skade, og fremmer helse og produksjon i norske virksomheter. Like fullt kan det fremstå som om virkemidlene, tiltakene og initiativene på dette området i kun begrenset grad er koordinert og sett i sammenheng med hverandre. Ekspertgruppen mener at det foreligger et betydelig merpotensial gjennom samspillseffekter ved å legge til rette for bedre og mer helhetlig tilnærming til og forvaltning av de ulike tiltakene og virkemidlene på det forebyggende arbeidsmiljøområdet. Blant annet kan det å avpasse prosesser som NOAs kunnskapsgrunnlag (Faktaboka) og revisjon av relevante forskrifter gi mer treffsikker effekt. Videre kan det bli bedre samarbeid mellom de ulike myndighetsaktørene på feltet. Den røde tråden som skal binde virkemiddelapparatet i bedriftshelsetjenesten sammen fremstår som i begrenset grad å være anvendt som et strategisk virkemiddel på tvers av prosesser og ansvarlige aktører.

Den samlede effekten av disse virkemidlene kan beskrives som at de i sum skal bidra til at virksomheter med en kvalitetssikret faglig vurdering av arbeidsmiljørisiko, og på et nivå som tilsier at det er formålstjenlig for både samfunnet og virksomheten, skal bistås i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet av en kompetent aktør. Denne kompetente aktøren skal ha relevant kompetanse, både generelt arbeidsmiljøfaglig men også bransjespesifikt, som virksomheten selv ikke kan forventes å ha, i kraft av både risikoidentifisering, risikovurdering og risikohåndtering. Den kompetente aktøren skal kunne dokumentere faglig kvalitet og bredde i sin tilnærming som sikrer at de kan bistå i et bredt arbeidsmiljøspekter, i form av komplementær kompetanse, og de skal utvikle sin kompetanse. Videre er det en klar forventning til at bedriftshelsetjenesten skal levere forebyggende tjenester som kan redusere det arbeidsmiljø- og sikkerhetsrisikopotensialet som har utløst behovet for bistand. Alle disse forholdene skal utvikles i takt med endringer i arbeidslivet og i de enkelte virksomheter gjennom dynamisk prosesser.

I dagens bedriftshelsetjenesteordning er slike virkemidler, tiltak og initiativer flere, eksempelvis lov og forskrift, godkjenningsordning, kurs- og opplæring, faglige støttefunksjoner forøvrig, spesialistutdanningsløp, myndighetskontakt og oppdatering av risikobilder, som ekspertgruppen har sammenfattet og illustrert i figur 12.1.

⁷⁷ Prop. 102 L (2013–2014).

Figur 12.1 Virkemidler i dagens BHT-ordning som i begrenset grad utgjør en samlet rød tråd for regulering og utvikling av BHT-tjenestene



Kilde: Ekspertgruppen

Ekspertgruppen mener å ha belegg for å kunne hevde at disse forholdene i bare liten grad følges opp helhetlig, og at prosessene i all hovedsak løper som selvstendige virkemidler uten å få realisert det betydelige merpotensialet som ligger i en koordinert og helhetlig tilnærming. Uten en slik helhetlig tilnærming er det også vanskeligere å identifisere ytterligere supplerende tiltak som vurderes som avgjørende for å kunne utvikle bedriftshelsetjenesten i en positiv retning. Og ikke minst vil en lite samordnet og koordinert oppfølging på dette området kunne gi grobunn for at bedriftshelsetjenestene i for stor grad selv kan definere hva kjerneoppgavene bør utgjøre, uavhengig av arbeidsmiljømyndighetenes opprinnelige formål med ordningen. Siden arbeidsplassen for mange også er blitt en attraktiv arena for blant annet livsstils- og folkehelseiltak, kan bedriftshelsetjenesten oppleve en målkonflikt dersom det ikke er bevissthet rundt dette. Siden bedriftshelsetjenesten altoverveiende opererer i et pseudoregulert marked gjennom en myndighetspålagt BHT-plikt utløst av arbeidsmiljørisiko, mener ekspertgruppen at det er av stor betydning at bedriftshelsetjenesten fokuserer på de lovpålagte tjenestene.

Ekspertgruppens informasjonsinnhenting i den innledende delen av arbeidet understøtter dette tydelig, og ble adressert av flere aktører. Dette er særlig problematisk i en tid hvor bedriftshelsetjenesten i større grad enn tidligere har gått i en markedsretning og behovene for kontroll av etterlevelse av deres tjenestetilbud ikke fremstår som tilstrekkelig godt nok dekket gjennom Arbeidstilsynets Godkjenningssenhets virkemidler. Særlig etter utvidelsen av bransjeforskriften i 2010 er dette spesielt viktig. Da ble det innførte BHT-plikt for en rekke bransjer hvor det ble lagt vekt på risiko i form av mer generelle psykososiale og organisatoriske arbeidsforhold. Dette er forhold, som i større grad er relevant i de fleste bransjer og sektorer, sammenliknet med eksempelvis mange kjemiske og fysiske eksponeringer. I et pseudoregulert BHT-marked hvor BHT-plikt i enkelte bransjer og sektorer er utløst på grunn-

lag av psykososiale forhold, og hvor det ikke er BHT-plikt for virksomheter i andre bransjer og sektorer hvor slike risikoforhold er vurdert til å være mindre omfattende men like fullt ikke kan sies å være fullstendig fraværende, er det av konkurransevridende årsaker svært viktig at BHT-tjenestetilbudet er innrettet mot de lovpålagte tjenestene og de risikoutløste faktorene.

Ekspertgruppen har en oppfatning om at bevisstheten rundt dette samfunnsoppdraget ikke er stor nok i BHT-bransjen, og at virkemidlene slik de i dag forvaltes, i hovedsak enkeltvis, ikke får ut sitt fulle potensiale. Det foreligger derfor et klart behov for en tydeligere presisering av myndighetenes formål med bedriftshelsetjenesteordningen. Forventningene til bedriftshelsetjenestene som myndighetenes hovedvirkemiddel i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet bør tydeliggjøres i regelverket. Dette kan forbedres gjennom bedre samspill på virkemiddelsiden samt eventuelle supplerende tiltak.

Risikopotensialet vil i et fremtidig arbeidsliv kunne endres, og i et system hvor BHT-plikt reguleres gjennom en bransjeforskrift basert på vurderte forskjeller i risiko, hviler systemet tungt på at en slik bransjeforskrift jevnlig revideres. Likeledes er det svært viktig at prosessene knyttet til vurdert risiko er transparente og hviler på et solid faglig fundament. I Norge ligger det godt til rette for en slik prosess gjennom det nasjonale overvåkings-systemet for arbeidsmiljø og -helse (NOA) ved STAMI, som har en hovedoppdatering hvert tredje år. Arbeidstilsynets risikobilde som grunnlag for deres prioriteringer i den forebyggende innsatsen bygger på dette faktagrunnlaget, og forankres gjennom partsdialog i Rådet for Arbeidstilsynet. Ekspertgruppen mener at dersom en bransjeforskrift skal opprettholdes bør denne få en dynamisk innretning basert på jevnlig revisjon på basis av dette faktagrunnlaget.

Dersom en BHT-godkjenningsordning skal opprettholdes bør denne også gjennomgå jevnlig og samtidig med slike revisjoner. Dette for å sikre best mulige tjenesteleverandører med kompetansekrav som gjør at de er i stand til å levere tjenester i tråd med de risiko-utløste behovene. Ekspertgruppen er kjent med at godkjenningsordningen som ble innført i 2010 ble vurdert å være et første steg i en slik prosess, hvor listen ble lagt relativt lavt for å sikre en myk overgang for de fleste seriøse BHT-aktørene. Det ligger derfor godt til rette for å kunne tilpasse disse kravene i tråd med skiftende behov i markedet, og i takt med endringer i arbeidslivet og risikobildet. Videre kan det vurderes om Godkjenningsetheten etter noe tid i drift i større grad bør fokusere på kontroll av BHT-enes innretning på kjerneoppgaver og tjenesteproduksjon snarere enn å ha hovedfokus på kompetansekrav.

STAMI har ansvaret for å gi relevante kurs- og undervisningsopplegg tilpasset ansatte i bedriftshelsetjenesten. Det vurderes som viktig at også dette kurstilbudet er i tråd med utviklingen i arbeidslivet og risikobildet, og at BHT-personell dyktiggjøres for å sikre relevant og oppdatert kompetanse. STAMI oppgir å revidere sine kurs jevnlig, med fokus på data fra NOAs overvåkingsverktøy, men det er ingen rutiner som sikrer at dette skal utføres i sammenheng med andre prosesser som Arbeidstilsynets regelendringer mv. Profesjonsforeningene har også en rekke kurs og utdanningstilbud. Det ser heller ikke ut til å at disse i særlig grad utvikles i tråd med de andre forholdene som her er belyst. Eksempelvis arbeider Helsedirektoratet i disse dager med nye krav til profesjonsutdanningen i arbeidsmedisin, som er svært sentral for bedriftshelsetjenesten, uavhengig av arbeidet til ekspertgruppen.

Ekspertgruppen har også gjennom sitt arbeid opplevd det som utfordrende å gå i dialog med BHT-bransjen, all den tid det ikke finnes noe samlende organ i form av for eksempel en bransjeforening. Ekspertgruppen er av den formening at det vil være en fordel for alle parter med en bemyndiget bransjeforening som myndighetenes kontaktpunkt. Alle bedriftshelsetjenester burde se en fordel av at de i fellesskap utvikler bedre felles retningslinjer og kursvalg, og gjennom dette sikrer at de opererer i tråd med myndighetenes formål med ordningen og gjennom dette støtter opp under sitt eget marked og samfunnsoppdrag.

En tydeligere definert prosess som ivaretar at disse virkemidlene ses i sammenheng, og som sikrer bedre samordning av virkemidler og tiltak inkludert forbedret samarbeid mellom de sentrale aktørene på området, vil kunne utgjøre en stor forskjell for å få bedre effekt av de allerede omfattende virkemidlene på BHT-området.

3

Ekspertgruppens forslag

13. Ekspertgruppens forslag til ulike modeller

13.1 Innledning

Det er mulig å skissere fire teoretiske hovedmodeller for organiseringen av bedriftshelsetjenesten:

- Lovbasert
- Partsbasert
- Markedsbasert
- Forsikringsbasert.⁷⁸

Dagens lovbaserte bedriftshelsetjenesteordning er nedfelt i arbeidsmiljøloven. Alle norske arbeidsgivere plikter å la seg bistå av BHT dersom risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Ordningen har imidlertid også tatt opp i seg forhold som vanligvis kjennetegnes i et markedsbasert system. Det er i dag flere virksomheter som velger å kjøpe BHT-tjenester i det private BHT-markedet, og enkelte virksomheter som har egenordninger, vurderer å gå over til å kjøpe disse tjenestene i markedet. Like fullt er modellen i Norge i hovedsak lovbasert.

Et særtrekk ved Norge er at vi har en velferdsordning som i all hovedsak baserer seg på at sosiale sikringsytelser dekkes av det offentlige. Likevel er det slik at vi har innbakt et forsikringselement ved at alle norske arbeidsgivere plikter å tegne en yrkesskadeforsikring for sine ansatte som skal dekke eventuell erstatning ved yrkesskade og yrkessykdom. Yrkesskadeforsikringsloven gjelder ved personskader som blir påført arbeidstakere hos arbeidsgivere. Loven suppleres av reglene om yrkesskadedekning i folketrygdloven, og til sammen skal disse reglene sikre at den skadelidte får full erstatning forbundet med yrkesskade.

Videre har enkelte tariffavtaler bestemmelser om bedriftshelsetjeneste. Hovedavtalen LO-NHO (2018–2021) § 6-3 slår fast at virksomheter som er pålagt å ha BHT, plikter å la seg bistå av BHTs fageksperter på arbeidsmiljø- og sikkerhetsområdet. Dersom det ikke finnes et BHT-tilbud, skal partene i avtalen arbeide aktivt for å opprette ordninger som oppfyller kravene myndighetene har fastsatt.

Med dette bakteppet har ekspertgruppen vurdert om forsikringsnæringen bør overta forvaltningen av bedriftshelsetjenesteordningen (forsikringsbasert modell), om den skal gjøres enda mer markedsbasert (markedsbasert modell), om det bør overlates til partene i arbeidslivet å avtaleregulere bruken av BHT (avtalebasert modell) eller om BHT bør videreutvikles slik den er i dag (lovbasert modell).

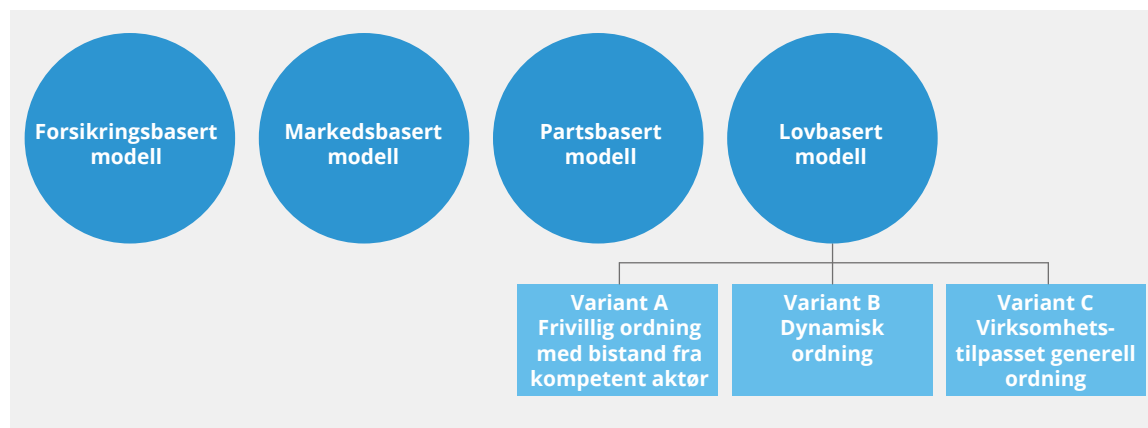
Ekspertgruppen har utarbeidet noen overordnede modellforslag for å vurdere hvilke alternativer det vil være mest hensiktsmessig å gå videre med, sett opp mot norske forhold. Ekspertgruppen har vektlagt å hente inn erfaringer fra andre land, i lys av hvilke modeller og varianter som brukes, og søkt å vekte disse opp mot erfaringene med dagens norske system og muligheter for forbedringer og justeringer. I dette arbeidet har ekspertgruppen vektlagt behov, kvalitet og kostnader, med et ønske om å finne frem til en god innretning som fore-

⁷⁸ Hasle, P., N. Møller, H. S. Hvidt, R. Seim og V. K. Scheller (2015). Hvidbog om arbejdsmiljørådgivning.

ner ønsket om kvalitet og samfunnsøkonomisk gevinst med en treffsikker, kostnadseffektiv og mest mulig forenklet innretning.

I figur 13.1 gis en oversikt over ulike modeller og varianter av modeller som ekspertgruppen har vurdert.

Figur 13.1 Modeller ekspertgruppen har vurdert



Kilde: Ekspertgruppen

13.2 Forsikringsbasert modell

13.2.1 Innledning

Enkelte land har en samfunnsmodell der store deler av de sosiale utgiftene dekkes av arbeidsgiverbaserte sosialforsikringer. En arbeidsgiverbasert forsikringsordning som skal finansiere de tjenestene BHT tilbyr er dermed en mulig modell. Den passer imidlertid ikke like godt inn i den norske velferdsmodellen hvor staten i betydelig grad dekker utgiftene til en rekke ordninger som arbeidsledighetstrygd, alders- og uførepensjon, sykepenger mv.

I en norsk kontekst kunne en forsikringsbasert ordning for eksempel vurderes innlemmet som et element i den lovpålagte yrkesskadeforsikringen regulert i yrkesskadeforsikringsloven. Alle norske arbeidsgivere har plikt til å tegne yrkesskadeforsikring for sine ansatte. Yrkesskadeforsikringen skal dekke inntektstap, utgifter og eventuell menerstatning i forbindelse med sykdom eller skade som er påført i arbeidssammenheng. Ordningen er, sammen med yrkesskadefordelene i folketrygdloven, ment å gi den skadelidte full erstatning forbundet med yrkesskade.

Forsikringsselskapenes insitamenter for forebyggende arbeidsmiljørådgivning vil avhenge av inntektene på den ene siden og mulige innsparinger på den andre. Dersom forsikringsnæringen finner at BHT har et forretningspotensiale, og får et bredt mandat utover det som kun knytter seg til yrkesskade og -sykdom, vil næringen trolig være interessert i å tilby en forsikringsbasert løsning på BHT-området. Ekspertgruppen har i møte med enkelte representanter fra forsikringsnæringen og Finans Norge fått bekreftet at næringen kan være interessert i å forvalte en forsikringsbasert BHT. Det ville gå langt utenfor ekspertgruppens rammer å foreta en fullstendig analyse av hvordan en forsikringsbasert modell ville kunne fungere i Norge. Det vil i en slik modell måtte utredes nærmere på hvilken måte forsikringsnæringen skulle kunne overta ansvaret for den forebyggende arbeidsmiljørådgivning.

gen i Norge. Ekspertgruppen vil på denne bakgrunn kun gi noen overordnede vurderinger av en forsikringsbasert modell i en norsk kontekst.

13.2.2 Virkemidler i en lovbasert forsikringsordning

ØKONOMISK INSITAMENT

Forsikringsnæringen har lang tradisjon for å drive forebyggende arbeid. Et effektivt skadeforebyggende arbeid vil kunne føre til færre skader, og derfor være økonomisk lønnsomt for selskapene. Selskapene har jevnlig kontakt med forsikringstakerne (arbeidsgiverne), og har derfor anledning til å sette skadeforebygging på dagsorden. Forsikringsselskapene kan gi premierabatt til virksomheter som gjennomfører skadeforebyggende tiltak, og vil kunne stimulere til økt forebyggende innsats i virksomhetene. I en slik modell kan det legges til rette for langsiktighet i rådgivningen og oppfølgingen i virksomheten, forutsatt langvarige kontrakter mellom virksomhet og forsikringsselskap.

UTARBEIDELSE AV STATISTIKK SOM KUNNSKAPSRUNNLAG FOR RISIKOARBEIDET

Forsikringsselskapene skal registrere krav som følger av yrkesskade og yrkessykdom samt utarbeide årsstatistikker, jf. yrkesskadeforsikringsloven § 9. Siden 1991 har flere forsikringsselskaper levert data til et felles register (DAYSY) som administreres av Finans Norge. DAYSY-registeret inneholder oversikt over yrkesskader, antall skader og erstatningsbeløp, og sier noe om årsak og type skade innenfor ulike næringer og yrkesgrupper. Mange av skadene som registreres er ikke alvorlige, det vil si at også mindre skader blir registrert. Formålet med DAYSY-registeret er at det kan gi kunnskap om hvilke forhold som leder frem til ulykke og sykdom. Dette er statistikk som kan benyttes i det skadeforebyggende arbeidet. Det er da viktig at skadestatistikken gjøres tilgjengelig og åpen for alle, herunder ulike forskningsmiljøer. Mindre selskaper som selger egne forsikringer har egne lokale registre for å oppfylle lovens krav, og disse bør også bli en del av kunnskapsgrunnlaget for risikovurderinger.

BRANSJETILPASSET

En forsikringsbasert ordning vil kunne bidra til bransjetilpasset rådgivning, fordi forsikringsnæringen allerede arbeider målrettet overfor ulike bransjer. Det samme gjelder utenlandske selskaper som tegner yrkesskadeforsikring i Norge. Hvordan kunnskapsgrunnlaget kan bli tilstrekkelig for også å kunne omfatte BHT-tjenester må utredes nærmere.

AUTORISASJONSORDNING

For å sikre kunnskapsbasert arbeidsmiljørådgivning bør det settes krav til kompetanse eller autorisasjon i rådgivningstjenesten forsikringsselskapene skal forvalte. Dette kan for eksempel skje via et offentlig godkjent kompetansesenter som setter standard for utdanning og kursing i arbeidsmiljørådgivning, eller gjennom et uavhengig akkrediterings- eller sertifiseringsorgan som blir tillagt denne myndigheten. Dette bør utredes nærmere.

ØKONOMISKE STØTTEORDNINGER TIL SMÅ VIRKSOMHETER

Det kan videre vurderes om det bør innføres vilkår om økonomisk støtteordning for små virksomheter og geografisk usentrale virksomheter. Dette for å sikre at også slike virksomheter faktisk får arbeidsmiljørådgivning. Prising av tjenesten (forsikringspremien) vil være avhengig av omfang av tjenesten og etterlevelse av rådgivning. Dette bør utredes nærmere.

13.2.3 Vurdering

En forsikringsbasert modell passer best inn i en samfunnsmodell hvor de sosiale støtteordningene finansieres gjennom arbeidsgiverbaserte forsikringsordninger. Arbeidsmiljørådgivning kan utformes og løses på mange ulike måter.⁷⁹ I Spania er det private helsesentre som eies og drives av forsikringsnæringen som leverer arbeidsmiljørådgivningstjenester, og i en slik kontekst kan en forsikringsordning være hensiktsmessig. Slik ekspertgruppen ser det vil det ikke være like godt tilrettelagt for en slik tilnærming med den norske samfunnsmodellen.

Et hovedargument mot en forsikringsbasert modell er at det er stor risiko for at mange virksomheter ikke vil ha det nødvendige fokuset på forebyggende aktiviteter knyttet til langtidspåvirkninger og eksponeringer, herunder forebyggende arbeid knyttet til psykososiale forhold. Det er skader og ulykker med stort kostnadsbesparende potensiale som vil bli prioritert i en slik modell, og ikke forhold som vil kunne gi helseplager på lang sikt.

En bedriftshelsetjeneste i en forsikringsbasert modell, vil også potensielt kunne svekke sitt uavhengige faglige ståsted. Det ville også bli vanskeligere å sette krav til kompetanse og volum på tjenestene i en forsikringsbasert ordning, da ekspertgruppen legger til grunn at en myndighetsstyrt godkjenningsordning ikke vil være et egnet virkemiddel i en forsikringsbasert modell. En autorisasjonsordning måtte eventuelt opprettes i stedet, og dette ville trolig bli kostbart. Dette vil være en meget omfattende omlegging av systemet, som antakeligvis også vil kreve andre omfattende endringer av hvordan Norge har organisert arbeidsmiljøarbeidet for kunne virke optimalt. I lys av at mye fungerer godt i arbeidsmiljøarbeidet ser ikke ekspertgruppen noen stor gevinst i en slik stor omlegging. Ekspertgruppen vil blant annet på denne bakgrunn ikke foreslå at det arbeides videre med en forsikringsbasert ordning i Norge.

13.3 Markedsbaserte modeller

13.3.1 Markedsmodell

Det sentrale i en markedsbasert modell er at det er opp til hver enkelt virksomhet å definere eget behov for arbeidsmiljøarbeid. Den enkelte arbeidsgiver vil gå til innkjøp av eksterne tjenester når virksomheten selv ikke har ressurser eller kunnskap til å gjennomføre nødvendig forebyggende arbeidsmiljøarbeid. En slik ordning vil få størst effekt og virke best når virksomheten har forståelse for egne arbeidsmiljøutfordringer og prioriterer dette arbeidet. I en norsk kontekst vil en markedsbasert modell kunne innebære at arbeidsmiljøloven § 3-3 som fastsetter bruk av bedriftshelsetjenesten blir opphevet, eller endret i retning av en mer generell regel som fastslår at arbeidsgiver må innhente råd og bistand på arbeidsmiljøområdet når risikoforholdene tilsier det, uten å knytte det til BHT. Det vil med andre ord bli opp til markedet å levere disse tjenestene.

Enkelte aktører som ekspertgruppen har snakket med, har pekt på at de ønsker seg en større grad av frihet til å velge en løsning som er mer tilpasset virksomhetens behov. En markedsbasert modell ville kunne imøtekomme dette. Det kan være ulike innretninger på en markedsbasert modell, og konsekvensene av en fullverdig markedsmodell bør utredes nærmere dersom en slik løsning skulle foretrekkes.

⁷⁹ Hasle, P., N. Møller, H. S. Hvidt, R. Seim og V. K. Scheller (2015). Hvidbog om arbejdsmiljørådgivning.

13.3.2 Blandet modell

13.3.2.1 Innledning

Ekspertgruppen har vurdert en modifisert markedsbasert modell som et alternativ. Dette vil være en form for hybrid-ordning mellom en markedsbasert og lovbasert modell, hvor bransjeforskriften videreføres. Ordningen kan eksempelvis innrettes slik at virksomheter som bekrefter at de er ISO-sertifisert i henhold til en arbeidsmiljøstandard, vil kunne søke om fritak fra krav om å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste. For å sikre partsinvolvering kunne man fastsette at et fritak fra BHT-plikten, herunder myndighetskontroll på arbeidsmiljøområdet, forutsatt at virksomhetene avtalte dette med arbeidstakerorganisasjonene. I virksomheter uten tillitsvalgte kunne tilsvarende avtale inngås med vernetjenesten.

13.3.2.2 Virkemidler i en blandet modell

STANDARD FOR GODT ARBEIDSMILJØ

Med bakgrunn i ISO-standarder utviklet for å sikre produktutvikling og kvalitet i industribedriftenes produksjonskjeder, ble det i siste del av 1990-årene utformet tilsvarende standarder for å sikre et godt arbeidsmiljø. Standarden på arbeidsmiljøområdet kjennetegnes av et systematisk, strukturert vedvarende arbeid med riskostyrte tiltak. En rekke land, inkludert Norge, tilbyr nå akkreditert sertifisering av en slik ledelsesstandard (HS 18001). I 2005 var om lag 20 norske virksomheter sertifisert etter den britiske HS 18001 «Standard for arbeidsmiljø». I dag er ifølge nettsidene til Kvalex om lag 240 virksomheter sertifisert etter denne standarden.

ISO 45001 skal overta etter HS 18001. Det er inngått en avtale mellom ILO og ISO som regulerer ILOs rolle inn i dette arbeidet. Den endelige versjonen av ISO 45001 ble tilgjengelig våren 2018, og tar blant annet for seg følgende temaer som virksomhetene skal arbeide med:

- Identifisere interne og eksterne forhold som påvirker arbeidsmiljøet
- Risikovurderinger
- Politikk og mål for arbeidsmiljøarbeidet
- Bestemme hvilke prosesser som er nødvendige i arbeidsmiljøarbeidet og hvordan disse kan virke sammen
- Ressursbehov
- Planlegging og gjennomføring av tiltak og evaluering av disse
- Krav om kontinuerlig oppfølging av arbeidsmiljøarbeidet og forbedringsaktiviteter.

Det er Standard Norge AS som utgir og selger de om lag 20 ulike ISO-standardene som finnes på markedet. Standard Norge opplyser at ved bruk av ISO-standarden for arbeidsmiljø kan den enkelte virksomhet bygge opp et ledelsessystem basert på internasjonal forskning og metode. Det er opprettet norske speilkomiteer for å tilpasse standardene til norske forhold. Ledelsessystemet ISO 45001 er blant annet et nyttig verktøy for å kunne innfri kravene i den norske internkontrollforskriften. Ifølge Standard Norge fungerer ISO-standardene for alle typer virksomheter uavhengig av sektor, bransje og størrelse. ISO 45001 understreker behovet for arbeidstakermedvirkning for å få ledelsessystemet til å fungere, og krever at virksomhetene sørger for at medarbeiderne har nødvendig kompetanse til å utføre pålagte arbeidsoppgaver på en sikker måte.

En virksomhet kan velge å bli sertifisert i ledersystemet eller kun bruke standarden som et hjelpemiddel. Det er egne sertifiseringsorganer som gjennomfører sertifiseringen og utsteder sertifikater. Fullstendig oversikt over slike sertifiseringsorganer finner man på hjemmesiden til Norsk Akkreditering.

REGISTRERINGSPLIKT

Det bør i en slik modell vurderes å innføre en meldeplikt i et offentlig register, slik at det kan genereres oversikt over hvilke virksomheter som er blitt sertifisert.

13.3.3 Vurdering – markedsmodell

Slik ekspertgruppen ser det ligger det trolig ikke godt til rette for å foreslå en fullt ut markedsbasert arbeidsmiljørådgivning i Norge. Det vesentlige forhold at vi Norge har et godt utbygd velferdssystem hvor det offentlige bærer de sosiale utgiftene, tilsier at insentivene for å jobbe godt med det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet trolig ikke vil bli tilstrekkelig ivarettatt i en markedsbasert modell. Det er videre en meget begrenset rådgivernæring som tilbyr tjenester på arbeidsmiljøområdet i dag, og disse ville per nå ikke kunne møte behovet i et fritt marked. BHT-ene vil selvsagt kunne gå inn i dette markedet, men det finnes en god del medlemsfinansierte fellesordninger (om lag 26 prosent) som tilbyr ideelle BHT-tjenester. Disse vil trolig ikke overleve i et konkurranseutsatt marked. Det er videre en risiko at arbeidsgivere vil nedskalere det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. I Danmark så man at den strategiske, langsiktige og organisatoriske forebyggingen kom under press ved overgangen til en mer markedsrettet modell. Det langsiktige forebyggende perspektivet vil kunne komme under press i en slik modell. Videre er det en risiko for at oppgaveprofilen endres enda mer i retning av tilleggstjenester.

MANGLENDE BESTILLERKOMPETANSE HOS ARBEIDSGIVER

Det er kommet tydelige signaler fra flere aktører på BHT-feltet at det er et generelt problem at virksomhetene ikke innehar tilstrekkelig bestillerkompetanse innen det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Dette er en sentral problemstilling når man fra et samfunnsperspektiv ønsker en rådgivningstjeneste som kan bistå arbeidsgivere i dette arbeidet. Gjeldende BHT-plikt har som forutsetning at arbeidsgivere ikke nødvendigvis har tilstrekkelig forebyggende arbeidsmiljøkunnskap, slik at ekstern ekspertise fra BHT er nødvendig. Dette kan være innenfor fagområdene ergonomi, yrkeshygiene og arbeidsmedisin mv. Slik ekspertgruppen ser det er denne forutsetningen fortsatt relevant. Ekspertgruppen kan ikke se at det er grunnlag for å forlate grunntanken om et rådgivningsbehov på det forebyggende arbeidsmiljøområdet på basis av nasjonale behov. Det finnes selvsagt store og seriøse virksomheter som kunne fungert godt i en fri markedsmodell, men dette vil trolig være mer unntaket enn hovedregelen. Etter ekspertgruppens vurdering vil ikke små og mellomstore virksomheter ha tilstrekkelig kunnskap, kapasitet eller ressurser til å kartlegge, prioritere og bestille nødvendig og påkrevet arbeidsmiljørådgivning.

BEHOV FOR ØKT TILSYNSAKTIVITET OG AUTORISASJONSORDNING

Slik ekspertgruppen ser det vil en markedsbasert modell kreve betydelig større grad av tilsynsaktivitet fra Arbeidstilsynet enn i dag. Ekspertgruppen viser til endringen som ble gjennomført i Danmark på 2000-tallet, og som er omtalt tidligere i rapporten. Danmark innførte en ordning som i hovedsak kan karakteriseres som en markedsbasert ordning, som skulle følges opp med relativt omfattende tilsyn fra det danske Arbeidstilsynet. Når antallet tilsyn etter noen år ble redusert, gikk bruken av private arbeidsmiljørådgivere kraftig ned, noe som ikke samsvarer med redusert behov i form av forbedret arbeidsmiljøstandard. Ekspertgruppen ser dette som en klar indikasjon på at høy tilsynsaktivitet, eller andre insentiver som sikrer høyt arbeidsgiverfokus på arbeidsmiljøarbeidet, er en forutsetning for at et slikt system skal fungere optimalt.

Etter ekspertgruppens vurdering vil man etter norske forhold ikke nødvendigvis kunne påregne oppjustering av tilsyn fra Arbeidstilsynet overfor private aktører. Et alternativ ville

da være å sette i system en autorisasjonsordning, for å sikre en viss grad av kvalitet og omfang på tjenesten. Dette ville være en økonomisk driver som trolig vil veltes over på kunden, noe som innebærer at virksomhetene antakelig ville få en dyrere rådgivningstjeneste enn i dag. En markedsbasert løsning vil dermed også kunne virke kostnadsdrivende, og dette er uheldig da ekspertgruppen legger til grunn at virksomhetene ikke har stor betalingsvillighet på dette området. Det at et flertall av virksomhetene er små eller mellomstore, peker i samme retning. Dette er hensyn som taler imot en markedsbasert modell.

13.3.4 Vurdering – blandet modell

Ekspertgruppen har videre vurdert hvorvidt en mellommodell i form av en modifisert markedsmodell kunne være et godt alternativ. I en slik ordning ville mer initiativ og ansvar kunne legges over på virksomhetene, hvor de i noe større grad skal kunne påvirke hvilke løsninger de anser som mest hensiktsmessig å benytte seg av på arbeidsmiljøfeltet. Det ville fortsatt gjelde en bransjeforskrift i en slik ordning. En modifisert markedsmodell, i kombinasjon med lovbaserte elementer, bør være gjennomgående og gjelde for både store og små virksomheter med BHT-plikt. I en slik modell vil imidlertid dagens BHT-marked trolig bli utfordret og på den måten kunne påvirkes til å fokusere mer på kjerneområdene i arbeidsmiljøarbeidet.

En ISO-sertifisering ville kunne bekrefte at bedriften har et godt ledelsessystem som sikrer systematisk, målrettet og vedvarende arbeid for å forebygge skader og fravær. Det bør i en slik modell utredes nærmere på hvilken måte og til hvem virksomhetene i så fall skulle melde fra til når sertifisering var gjennomført. Dette kan tenkes gjennomført på ulike måter ved at dette enten registeres via Altinn til en offentlig etat som Arbeidstilsynet eller til en privat aktør som Norsk Akkreditering.

Ekspertgruppen vurderer at det fortrinnsvis er store virksomheter med gode interne arbeidsmiljøsystemer som en slik løsning vil være mest egnet for. Flere slike virksomheter har i dialog med ekspertgruppen gitt uttrykk for tilfredshet med dagens BHT-ordning, og har lagt vekt på sin egen bestillerkompetanse som suksesskriterium. Slike virksomheter synes å ha funnet en god balanse mellom intern arbeidsmiljøkompetanse og ekstern bistand fra BHT. Denne ordningen vil også kunne bli meget byråkratisk dersom det forutsettes at det ikke gis et mer generelt fritak for disse, men at Arbeidstilsynet ved Godkjenningseenheten ville måtte behandle mange dispensasjonssøknader. Dette vil kreve flere ressurser til Arbeidstilsynet, og bli et fordyrende element.

I den generelle arbeidsmiljødebatten i Norge de senere år har flere stilt spørsmål ved hvor egnet kvalitetsstandarder og internkontrollsystemer er for å løse de mer relasjonelle sidene i arbeidsmiljøarbeidet, eksempelvis psykososiale arbeidsmiljøutfordringer. Det er lett å forestille seg at slike standarder vurderes som enklest å implementere for å håndtere «harde» arbeidsmiljøutfordringer som oppstår regelmessig som følge av en produksjonsprosess eller liknende. Slike utfordringer slår tungt ut i mange små virksomheter, som ikke vurderes å kunne ha interne ressurser til å kunne innføre kvalitetsstandarder på dette nivået.

Etter en totalvurdering har ekspertgruppen kommet til at det ikke vurderes som hensiktsmessig å innføre en modifisert markedsbasert modell, da kun et fåtall store virksomheter som i dag vurderes som særlig relevante for en slik tilnærming. De utfordringene vi har med dagens ordning vil dermed kun i begrenset grad møtes gjennom en slik omlegging, som også vil kunne ha betydelige omkostninger.

13.4 Partsbasert modell

13.4.1 Innledning

Organisasjonsgraden i norsk arbeidsliv viser at alle hovedorganisasjonene på arbeidstakersiden har økt sitt medlemstall det siste tiåret.⁸⁰ Tall fra arbeidskraftsundersøkelsen (AKU 2016) viser en organisasjonsgrad på 52 prosent, mens 47 prosent av lønnstakerne oppgir at de ikke er organisert. Organisasjonsgraden varierer mellom ulike sektorer i arbeidsmarkedet. Det er store forskjeller mellom privat og offentlig sektor, men også innad i privat sektor. I offentlig sektor er 80 prosent av arbeidstakerne medlem av et fagforbund, mens i privat sektor gjelder det samme for 38 prosent. Organisasjonsgraden innen vareproduksjon, det vil si industri, bygg, olje og bergverk mv. er høyere (46 prosent) enn innen tjenesteyting (35 prosent). Mens organisasjonsgraden på arbeidstakersiden i offentlig sektor i hovedsak har vært stabil over tid, har det vært en nedgang i privat sektor. Denne utviklingen har fortsatt i 2016, og kan blant annet forklares med nedgangen i antall industriarbeidsplasser. Organisasjonsgraden er lavest innen handel og overnattings- og serveringsvirksomhet. Det er også lav organisasjonsgrad innen primærnæringene. I privat sektor varierer organisasjonsgraden med virksomhetens størrelse. Jo større virksomheten er, jo høyere er organisasjonsgraden. I virksomheter med 200 ansatte er 58 prosent av arbeidstakerne organisert. I virksomheter med under fem ansatte er 25 prosent organisert.

Det at Hovedavtalen LO-NHO har en bestemmelse om det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, herunder bruken av BHT, kunne tilsa at myndighetene vurderte å overlate ansvaret for det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet og BHT til partene i arbeidslivet. I Sverige har man tidligere hatt en partsbasert ordning, men forlot dette systemet i 1992. Selv om den norske ordningen er lovbasert, har partene i arbeidslivet likevel stor innflytelse på rådgivningens innhold og kvalitet. Den norske trepartsmodellen tilsier at det fortsatt bør være stor grad av partsinvolvering knyttet til innretningen på bedriftshelsetjenesten.

13.4.2 Vurdering

I Sverige var det tidligere et omfattende arbeidsmiljøsystem basert på avtaler mellom partene i arbeidslivet. Ordningen ble delvis finansiert av de lovpliktige sosialforsikringene. Dette regimet ble som nevnt opphevet i 1992. Siden den gang har rådgivningssystemet i Sverige også blitt definert som markedsstyrt, selv om lovgivningen fastslår at arbeidsgiver har en plikt til å sikre seg tilgang til kvalifisert arbeidsmiljølovgivning dersom virksomhetene ikke selv har en slik kompetanse. I Norge er det tradisjon for at partene samarbeider om det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i virksomhetene. Derfor vil partssamarbeidet være sentralt i alle modeller for innretning av BHT. Men selv om vi i de nordiske landene har svært godt utviklede systemer for partsamarbeid, og hvor trepartssamarbeidet er svært viktig for samfunnsutviklingen, viser erfaringene fra Sverige at en slik rendyrket modell vanskelig vil slå positivt ut sett opp mot dagens ordning, verken for virksomhetene eller for samfunnet. Basert på norske forhold, erfaringer fra andre land, og særlig innspillene ekspertgruppen har fått om både den tidligere og den nåværende svenske ordningen, ser ikke ekspertgruppen det som hensiktsmessig å anbefale å gå videre en partsbasert ordning.

⁸⁰ Nergaard, K. (2018): Organisasjonsgrader i norsk arbeidsliv 2016. Fafo-notat 2018:04.

13.5 Lovbasert modell

13.5.1 Innledning

En lovbasert BHT-ordning innebærer at ett eller flere av de sentrale virkemidlene i ordningen er lovforankret. En slik modell kan imidlertid også kombineres med elementer som typisk inngår i de andre modellene. Det er derfor et stort handlingsrom, med et vidt spekter av virkemidler, innenfor rammene av en lovbasert modell.

Den norske velferds- og arbeidsmarkedsmodellen, som BHT-systemet skal operere innenfor rammene av, er en veltilpasset hovedinnretning basert på en lovbasert tilnærming. Spesielt de mange små og mellomstore virksomhetene i Norge, samt de gode velferdsordningene som i hovedsak finansieres av staten, bygger opp under behovene for en eller annen form for myndighetsstyrt tilnærming gjennom en lovbasert modell. En slik ordning vil gjennom myndighetsstyrte grep bidra til å sikre en hensiktsmessig dekningsgrad av forebyggende arbeidsmiljørådgivning fra en kompetent aktør i norske virksomheter når risikoforholdene tilsier det.

I Norge er det tradisjon for at partene samarbeider om det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i virksomhetene. Det er videre et viktig fundament at samarbeidet knytter seg til arbeidsrelatert risiko, og forebygging knytter seg til kartlegginger, risikoanalyser og forebyggende tiltak. En lovbasert ordning vil dessuten kunne ivareta behovet for en bedriftshelsetjeneste som har en fri og uavhengig stilling, noe som er prinsipielt viktig for at de ulike aktørene som bruker BHT skal kunne ha nødvendig tillit til ordningen.

13.5.2 Vurdering

Slik ekspertgruppen ser det, er det ut fra norske forhold mest hensiktsmessig å gå videre med en lovbasert modell. Dette er en modell som blant annet vil være mer konjunkturuavhengig enn de andre modellene. Nylige erfaringer fra petroleumsnæringen, som har vært internasjonalt kjent for sin høye HMS-standard og svært velutviklede partssamarbeid, har vist at selv robuste og ressurssterke bransjer kan oppleve at partssamarbeid og prioriteringer i arbeidsmiljøsammenheng kan bli nedprioritert i nedgangstider.⁸¹

På bakgrunn av de mange og gode innspillene ekspertgruppen har fått gjennom sitt arbeid, fremstår det som relativt tydelig at det fortsatt er behov for en lovforankret BHT-plikt i Norge, og med en bred partsmedvirkning i ulike prosesser. Ekspertgruppens gjennomgang av forskjellige ordninger i andre land har heller ikke avdekket tilnærminger som fungerer bedre enn det norske systemet slik det er i dag, snarere tvert om. Evalueringsrapporten fra 2016 som gjennomgår den norske bedriftshelsetjenesteordningen, og som altoverveiende gir en positiv fremstilling av ordningen, harmonerer godt med dette.⁸²

På den annen side har det gjennom ekspertgruppens arbeid blitt avdekket forhold som i sum helt klart viser at det norske systemet har et betydelig forbedringspotensial og behov for oppstramminger. Ekspertgruppen er av den formening at dette best kan gjøres innenfor rammene av et lovbasert system, for å sikre en mest mulig treffsikker, kostnadseffektiv og kvalitetsmessig god ordning.

⁸¹ Meld. St. 12 (2017–2018) Helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten.

⁸² Mandal, R., K. Dyrstad, L. Melby og T. Midtgård (2016): Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge. SINTEF-rapport A27819.

En lovbasert ordning vil kunne innrettes dynamisk for å sikre at BHT til enhver tid har den nødvendige kunnskap og kompetanse som er nødvendig for å kunne gi kvalifisert rådgivning knyttet til et arbeidsliv i stadig endring. Ekspertgruppen mener at et fornyet og modifisert lovbasert system også er best egnet til å utvikle et enklere system som treffer bedre enn dagens løsning, og gjennom dette bidra til forenkling og effektivisering.

Det fremgår av rapporten fra Oslo Economics at et ikke-optimalt arbeidsmiljø er lite produktivt for virksomhetene og meget kostbart for samfunnet. BHT-tjenester bidrar til både primær- og sekundærforebygging av et uheldig arbeidsmiljø. Virkningen for virksomhetene og samfunnet relaterer seg blant annet til redusert helsetap, økt yrkesdeltakelse og redusert sykefravær, økt produktivitet og sparte helsetjenestekostnader. Oslo Economics beregnet også samfunnsnyttan av BHT-ordningen basert på ulike forutsetninger om hvor stor andel av det ikke-optimale arbeidsmiljøet en godt fungerende BHT-ordning kan forebygge. Anslagene er usikre og konservative, men Oslo Economics antyder at en netto samfunnsnytte av BHT vil kunne utgjøre 1,3 milliarder kroner per år.

Ekspertgruppen vektlegger også at Oslo Economics tydelig viser at en forutsetning for at BHT-ordningen samfunnsmessig skal gå i pluss, er betinget av at BHT-ene har en innretning mot primærforebyggende aktiviteter knyttet til forebygging av negative arbeidsmiljøforhold. Formålet med forebyggende arbeidsmiljøarbeid handler imidlertid om langt mer enn kost/nytte-betraktninger. Men, i dette tilfellet sammenfaller en innretning på BHT-arbeidet som sikrer økt samfunnsøkonomisk og bedriftsøkonomisk nytte, med hovedformålet om å sikre et trygt arbeidsmiljø som forebygger sykdom og skade og fremmer god arbeidshelse.

Ekspertgruppen er derfor av den oppfatning at det fortsatt er et grunnleggende behov for et regelverk som sikrer at det arbeides forebyggende på arbeidsplassene i Norge. Dette er viktig for å sikre arbeidslinja i norsk arbeidsliv på lang sikt, noe som er av stor betydning for fremtidig norsk økonomi. En lovbasert ordning kan likevel utformes på forskjellige måter og med ulike virkemidler. Ekspertgruppen vil nedenfor angi tre mulige hovedinnretninger på lovbaserte varianter med ulikt innhold, hvor formålet er å trekke opp løsningsforslag som ivaretar ulike behov. Det er imidlertid verdt å merke seg at flere av tiltakene som beskrives og anvendes i en eller flere av variantene, i praksis utgjør en helhet av tiltak som kan tilpasses i nivå til mange forskjellige varianter av lovbasert modeller. De tre variantene som ekspertgruppen diskuterer kan derfor med enkle grep modereres eller utbygges, og tiltakene kan kombineres til alternative varianter. Felles for alle variantene er likevel grep knyttet til forhold som ekspertgruppen mener å ha avdekket at ikke fungerer optimalt i dagens system.

13.5.3 Generelle virkemidler i en lovbasert BHT-modell

Ekspertgruppen vil, før den drøfter forskjellige mulige varianter av innretninger innenfor en lovbasert modell, først beskrive noen generelle virkemidler. Disse bør, etter ekspertgruppens syn, være elementer som inngår i en lovbasert ordning uavhengig av innretning. Disse elementene er sentrale, og ekspertgruppen mener at virkemidlene kan forbedres eller være viktige nye grep for å sikre en bedre, mer effektiv og treffsikker bedriftshelsetjeneste. Ikke minst vil et bedre samspill mellom og koordinert oppfølging av disse virkemidlene være viktig i innretningen av et modernisert BHT-system. Det vises til ekspertgruppens vurdering av om det mangler en rød tråd i innretningen av BHT-systemet i Norge.

13.5.3.1 Behov for å tydeliggjøre kjernevirksomheten i BHT

Ekspertgruppen har gjennom innspillsmøter med sentrale aktører fått tydelige signaler om at mange bedriftshelsetjenester ikke har godt nok fokus på kjerneoppgaver innen det forebyggende arbeidsmiljø- og sikkerhetsarbeidet. Mange bedriftshelsetjenester tilbyr en rekke tilleggstjenester som er preget av generell helsefremmende karakter.

Det fremstår som om flere BHT-er i mange sammenhenger ikke har et bevisst nok forhold til sammenhengen mellom de risikoforholdene som har utløst BHT-plikten, og de tjenestene som virksomheten har blitt pålagt å adressere gjennom å knytte seg til en BHT. Slik ekspertgruppen vurderer det, er dette hovedankepunktet til flere av aktørene som med tydelighet har uttrykt misnøye med deler av dagens BHT-system. Ekspertgruppen deler dette synet og påpeker at BHT-ene opererer innenfor et pseudoregulert marked definert av myndighetene, og derfor legger tydelige føringer og begrensninger knyttet til tjenestene. Det kan synes som om dette markedet over tid ikke har vært godt fulgt opp, verken knyttet til virksomhetene som gjennom manglende bestillerkompetanse ønsker tjenester som ikke harmonerer med risikopotensialet, eller BHT-er som fronter slike tjenester inn mot kundene.

Ekspertgruppen mener det bør vurderes en inndeling i regelverket, hvor kravet til BHT-ene skjerpes for de virksomhetene som har BHT-plikt. I disse virksomhetene plikter BHT å ha et særskilt fokus på kjernevirksomhet og sikre at disse tjenestene gjennomføres først, og at tilleggstjenester kun utgjør et frivillig supplement som kan kjøpes i et uregulert marked. I virksomheter uten BHT-plikt bør det være større adgang til å velge andre tjenester, selv om det fra ekspertgruppens ståsted vurderes som en klar fordel for en virksomhet å velge en BHT med en tydelig profil på kjernevirksomhet knyttet til arbeidsmiljøkompetanse.

Ekspertgruppen vil anbefale myndighetene å revidere forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 13-2, som definerer arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten. Formålet må være å tydeliggjøre og bidra til at BHT-ene fokuserer på det som er deres sentrale kjerneoppgaver. Ekspertgruppen mener at samfunnsoppdraget til bedriftshelsetjenesten bør tydeliggjøres innledningsvis i forskriften. Det bør videre vurderes om det kan fremgå klarere av bestemmelsen hva som er formålet med bedriftshelsetjenesten. Det kan også vurderes hvorvidt det i forskriften bør være en henvisning til arbeidsmiljøloven § 3-3, for å ytterligere styrke koblingen til lovens krav om at BHTs arbeid i all hovedsak skal være risikobasert.

Ekspertgruppen har i innspillsmøter fått høre at det er enkelte arbeidsgivere som ikke ønsker involvering fra BHT i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, til tross for at det er forhold som tyder på at det foreligger et behov for bistand relatert til risikoforhold i virksomheten. Dette er uheldig og bidrar til at BHT-fokuset da blir på tilleggstjenester. Ifølge Arbeidstilsynet er det også 25 prosent av virksomhetene med BHT-plikt som ikke oppfyller plikten. Det bør derfor vurderes om forskriften på en klarere måte kan legge til rette for at BHT faktisk får anledning til å jobbe risikobasert knyttet til arbeidsprosessene i virksomheten. Arbeidsgiver har en slik plikt allerede i dag, da forskriften § 13-2 sier at «arbeidsgiver skal sørge for at bedriftshelsetjenesten» bistår innenfor de opplistede bistandsområdene i bokstavene a) til h). Dette kan vurderes formulert på en annen og tydeligere måte, for eksempel ved at det inntas en formulering i forskriften om at arbeidsgiver plikter å legge til rette for at BHT skal bistå i virksomheten med det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet.

Det bør videre vurderes om det er behov for å lage en egen bestemmelse (et eget ledd i forskriften) som pålegger bedriftshelsetjenesten å bistå arbeidsgiver med arbeidsmiljørelaterte kjerneoppgaver før annen bistand kan gis. Det bør i den forbindelse vurderes om det er

behov for ulike elektroniske bransjeveiledere som angir fire til fem relevante risikobaserte sjekkpunkter. Dette har man laget i Danmark i form av bransjerettede risikoguides og sjekklister. I Norge kan dette for eksempel enkelt utvikles på bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget som utarbeides av NOA. En veileder kan også gi BHT-ene råd om hvordan de bør gå frem for å sikre at BHT bistår med kjerneoppgaver først.

Ekspertgruppen har følgende innspill i forbindelse med en eventuell revidering av forskriften:

Formålet med BHT bør komme tydeligere frem:

- Formålet med bedriftshelsetjenesten er å bistå arbeidsgiver, arbeidstakere, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å fremme arbeidsmiljø og sikkerhet gjennom kunnskapsbaserte råd og tiltak.

BHT må få anledning til å bistå virksomhetene relatert til potensielle risikoforhold i virksomheten:

- Arbeidsgiver plikter å legge til rette for at bedriftshelsetjenesten kan utføre sine oppgaver i tråd med formålet.

Kjernevirksomheten i BHT bør spisses og prioriteres:

Bedriftshelsetjenesten skal bistå virksomhetene med:

- informasjon om tjenestens intensjon, innhold og nytteverdi
- å identifisere og vurdere arbeidsrelatert risiko i tråd med utviklingen av arbeidsmiljømyndighetenes kunnskapsgrunnlag
- å foreslå forebyggende tiltak
- å planlegge, gjennomføre og følge opp forebyggende tiltak
- å styrke kompetansen hos virksomhetene for å sikre bedre risikovurderinger og tiltaksprofil
- å gjennomføre målrettede helsekontroller utløst av særskilte arbeidsrelaterte eksponerings- og risikoforhold i arbeid, jf. forskriften kapittel 14
- å tilrettelegge for arbeidstakere med redusert arbeidsevne dersom arbeidsgiver eller arbeidstaker ønsker det, jf. arbeidsmiljøloven § 4-6
- å delta i dialogmøter i regi av arbeidsgiver dersom arbeidstaker eller arbeidsgiver ønsker det, jf. arbeidsmiljøloven § 4-6
- råd og bistand innen psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer og deres effekt på helse, funksjon og sikkerhet mv., jf. læringsmålene i spesialiteten arbeidsmedisin
- å utarbeide kvalitetssikret dokumentasjon over det gjennomførte arbeidsmiljø- og sikkerhetsarbeidet.

13.5.3.2 Særlige grep for å sikre en kunnskapsbasert BHT-tjeneste

Kunnskap om risikoforhold og forebyggende tiltak er kjernen i BHT-arbeidet. Selve grunnlaget for at virksomheter i enkelte bransjer med særlig vurdert risiko har en BHT-plikt, er knyttet til at risikoforhold i form av risikokartlegging, -vurdering og -håndtering krever særlig kompetanse man ikke kan forvente at virksomhetene selv har fullt ut. De har derfor behov for bistand fra en særlig kompetent aktør i dette viktige arbeidet med å redusere risikoen relatert til arbeid og helse i virksomheten.

Ekspertgruppen legger til grunn at virksomheter med BHT-plikt, enten gjennom bransjeforskrift, egenvurdering av risikoforhold eller pålegg fra Arbeidstilsynet, først og fremst har behov for bistand med det forebyggende arbeidet, og at slike oppgaver bør utgjøre kjernen i den lovpålagte BHT-tjenesten.

I den innledende fasen av ekspertgruppens arbeid ble det lagt særlig vekt på å innhente informasjon fra mange parter som forholder seg til BHT, blant andre arbeidslivets parter, arbeidsmiljømyndighetene og BHT-aktører. Ekspertgruppens inntrykk etter disse samtalen er at flere av aktørene peker på at det er en for svak sammenheng mellom det vurderte risikopotensialet som har utløst en BHT-plikt, og de tjenestene som BHT faktisk leverer. Mange pekte på det store omfanget av tilleggstjenester og mer individrettede helsekontroller mv. Videre påpekte flere at det var krevende å opparbeide seg god nok bransjekunnskap for BHT-ene, gitt både omfanget av tjenestene og mulighetene til å sikre dette innenfor foreliggende rammer og arbeidsformer. Ekspertgruppen vurderer det derfor som viktig at BHT-ene styrker sitt risikobaserte arbeid, og at hva som ligger i de lovpålagte tjenestene spisses og tydeliggjøres.

I Danmark har myndighetene utviklet bransjespesifikke risikoguides for 36 bransjer og 85 sjekklister målrettet mot små virksomheter som arbeidsmiljørådgiverne skal bruke i sine tjenester. Dette er et grep fra myndighetene som sikrer både en målretting og kvalitetssikring av virksomhetenes arbeidsmiljøarbeidet og bruken av risikobaserte tjenester. Deler av kunnskapen om særskilte risikoforhold i spesifikke bransjer er dermed adressert fra myndighetshold, basert på vitenskapelige data om arbeidsmiljøforholdene i Danmark. Med bakgrunn i utviklingsarbeidet som Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) ved STAMI utfører, ligger det i Norge spesielt godt til rette for en dynamisk og skreddersydd tilnærming for BHT-ene i og med at de enkelt kan benytte seg av dette kunnskapsgrunnlaget. I sum gir materialet fra NOA en unik mulighet for en kompetent aktør, som BHT skal være, til å utarbeide et risikobilde knyttet til hver enkelt virksomhet de betjener innenfor aktuelle bransjer og yrkesgrupper. Sammen med annen kompetanse, BHT-enes egne kvalitetssystemer og verktøy, samt deres bransjekunnskap for øvrig kan dette anvendes i en dynamisk og harmonisert risikobasert tilnærming. Det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet vil skje på basis av det samme faktagrunnlaget som Arbeidstilsynet bygger sine risikobetraktninger og prioriteringer på, i kombinasjon med veiledninger utarbeidet av Arbeidstilsynet samt en integrering av BHT-enes egne verktøy og metoder. Dette vil i sum sikre en godt kvalitetssikret prosess.

Ekspertgruppen vurderer at det er nødvendig å pålegge BHT-ene en slik tilnærming, og mener at dette kan realiseres gjennom de kvalitetsstandarder og myndighetskrav til arbeidsmetodikk som kan stilles til BHT-aktører som ønsker å tilby tjenester til kunder med BHT-plikt. Ekspertgruppen anbefaler derfor at kravgrunnlaget for BHT-virksomheter skal omfatte en slik arbeidsmetodikk som skal sikre en risikofokusert tilnærming i samsvar med det risikopotensialet som har utløst BHT-plikten. Et slikt relativt enkelt virkemiddel kan langt på vei løse flere av de innvendingene som flere informanter har gitt uttrykk for knyttet til kvaliteten på BHT-tjenestene. Med et slikt arbeidsmetodikk-krav sikrer myndighetene at BHT jobber med sin kerneleveranse, at de leverer på myndighetenes og arbeidslivets nasjonale prioriteringer, og at BHTs arbeid bygger på god risikoforståelse. Det vil samtidig sikre at det arbeides dynamisk med løpende oppdatering av risikobildet for virksomhetene knyttet til kvalitetssikrede risikoindikatorer på virksomhetsnivå, samt at en kompetent aktør bistår kundene med å omsette dette i praktiske, kunnskapsbaserte og risikoreducerende tiltak på den enkelte arbeidsplass.

13.5.3.3 Kompetansekrav og obligatorisk opplæring i BHT

13.5.3.3.1 Kompetanseutviklende tiltak i BHT

Universitets- og høyskolesektoren (UoH) har ikke et kurstilbud som dekker bredden i kompetanse som er påkrevet for BHT-personell. BHT-personell har i praksis en akademisk grunnutdanning innenfor et relevant fag, men denne grunnkompetansen er sjelden rettet inn mot BHT-relevante forhold. Et eksempel er at mange yrkeshygienikere har en generell utdanning som kjemiingeniør. Det er derfor behov for å ytterligere spisse kompetansen, i tillegg til kunnskap om relevante lover, forskrifter og veiledninger. Enkelte UoH-miljøer tilbyr i noen grad enkelte kurs og programmer av stor relevans for BHT-personell, men det er ingen som prioriterer overbygging og helhet. Bredden i disse fagene spenner seg fra medisin, ergonomi og andre helsevitenskaplige fag til juss, tekniske fag og realfag. En helhetlig tilnærming på dette området vil fordre krevende samarbeid og koordinering på tvers av institutter og fakulteter. Volumet av personell som over tid ønsker et slikt tilbud, forsvarer ikke at UoH-sektoren ikke prioriterer dette. I tillegg er det en del aktiviteter knyttet til sertifiseringer, spesialisering og liknende i regi av profesjonsforeningene.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), som er arbeidsmiljømyndighetenes nasjonale kompetanseorgan og forskningsinstitutt på arbeidsmiljø- og helseområdet, har derfor blitt tillagt rollen med å utvikle og gi undervisning som er særskilt relevant for BHT-personell. De gir både grunnkurs og videreutdanningskurs for BHT-personell, i tillegg til enkeltkurs rettet mot de særskilte kompetansekravene i BHT. STAMI har de senere årene hatt et strategisk samarbeid med NTNU (Norges Teknisk-naturvitenskaplige universitet) om eksamensordning og kvalifisering til akademiske studiepoeng for disse kursene, men samarbeidet opphørte fra og med 2017 da NTNU på grunn av endringer i stab og strategi ikke lenger ønsket å prioritere dette. STAMI opplyser at de nå utreder andre mulige samarbeidskonstellasjoner slik at de kan opprettholde tilbudet om at kursene skal gi akademisk uttelling i form av eksamensordning og studiepoeng. Ekspertgruppen ser på dette som positivt.

Ekspertgruppen vurderer at det er behov for etterutdanning og kompetansehevende tiltak for bedriftshelsepersonell, og at dette er et opplegg som bør gjelde for nyansatte i BHT. Formålet med BHT følger av lov og forskrift, noe som også krever et særskilt fokus på juridisk forståelse. I lys av at BHT-ordningen er et av de viktigste virkemidlene for myndighetene på arbeidsmiljøområdet, er det sentralt at det er en sammenheng mellom myndighetenes formål med og føringer for ordningen og BHT-enes prioriteringer og aktiviteter på den enkelte arbeidsplass. Det er derfor viktig at dette også fremgår i undervisningen på området.

Siden STAMI er en underliggende etat av Arbeids- og sosialdepartementet, med klare strategiske oppgaver knyttet til å legge til rette for kunnskapsbaserte prioriteringer i tilsynsetatene, mener ekspertgruppen at STAMIs rolle som kurstilbyder til BHT er strategisk viktig. Ekspertgruppen vurderer det derfor som viktig at STAMI fortsatt får et tydelig ansvar for å ivareta undervisningstilbudet på området, og at de utvikler dette i takt med lovverket, myndighetenes behov og utviklingen i arbeidslivet. Kurstilbudet ved STAMI er et frivillig kompetansehevende tilbud til selvkost, hvor hovedkostnaden for arbeidsgiver først og fremst er knyttet til tidsbruk for den ansatte. STAMI kan legge til rette å harmonisere faglige og strategiske forhold i hele virkemiddelapparatet innenfor arbeidsmiljøsektoren, med en tydelig linje fra arbeidsmiljømyndighetenes formål og ambisjoner med BHT-ordningen. Videre bør deler av kurstilbudet være obligatorisk for BHT-personell. I en tid med rask utvikling innenfor digitalisering og IKT-systemer, bør det også vurderes om eventuelle pålagte kurs for BHT-personell kan være digitale og kostnadsfrie for bruker. STAMIs rolle

som underliggende etat legger godt til rette for at et slikt tilbud kan finansieres over deres bevilgning fra departementet. Det vurderes at kostnaden for dette vil være beskjeden, sett opp mot potensialet i forslaget. Ekspertgruppen vil i det etterfølgende beskrive kurstilbud ved STAMI som bør utredes.

13.5.3.3.2 *Kurs for BHT-virksomhetsledere*

Lederen for BHT-virksomheter har et særlig ansvar for drift og innretning, og det vurderes som særlig kritisk at disse har solid kunnskap om formålet med ordningen og forventningene til bedriftshelsetjenesten. I en tid hvor flere BHT-er har fusjonert eller blitt kjøpt opp, og hvor mange BHT-virksomheter er blitt betydelig større, vil lederoppgavene i økende grad kunne knyttes opp til mere finansielle og ledelses-/management-baserte aktiviteter. I et pseudoregulert marked, hvor BHT-ene skal utføre et viktig samfunnsoppdrag i tråd med myndighetenes intensjon, vurderes det som viktig at BHT-virksomhetsledere har fordypning og god forståelse for dette. Slik ekspertgruppen oppfatter det, er mange av motforestillingene fra informantene knyttet til innretningen på deler av BHT-tjenestene, og at innretningen har en lite tydelig forankring til risikoforholdene som har utløst en BHT-plikt. Det kan vurderes et digitalt lederkurs, og at det ikke har omfang utover en til to arbeidsdager.

13.5.3.3.3 *Opplæring i egen arbeidsmetodikk for små virksomheter*

Ekspertgruppen foreslår at BHT-virksomheter som ønsker å levere tjenester til små virksomheter med BHT-plikt, skal ha særlige krav til kvalitetssikret arbeidsmetodikk med fokus på risikovurdering og -håndtering. Som et ledd i disse kravene foreslår også ekspertgruppen at det bør tas initiativ til et obligatorisk kurs ved STAMI knyttet til arbeidsmetodikk for BHT-personell som skal levere tjenester til denne gruppen. Kurset bør ha særlig fokus på forhold som er viktige for mindre virksomheter, og som svarer på og korresponderer med kravene myndighetene stiller til BHT-personell som skal levere tjenester til små virksomheter.

Ekspertgruppen foreslår en enkel, digital og dynamisk innretning på opplæringen. NOA sikrer unik og oppdatert tilgang på risikodata på yrkes- og bransjenivå, med et enkelt brukergrensesnitt. Dette faktagrunnlaget er det samme som Arbeidstilsynet bygger sine risikoanalyser på, samt arbeidslivets parter har som grunnlag for sine prioriteringsdiskusjoner på området. Det vil være en styrke om også BHT-ene forholder seg systematisk til det samme faktagrunnlaget i sin tilnærming til virksomhetene, supplert med egen bransje- og risikokunnskap. Arbeidstilsynet arbeider også med enkle digitale risikovurderingsverktøy, hvor enkelte også er bransje- og yrkesspesifikke. Opplæring i disse verktøyene, samt en generell tilnærming til arbeidsmetodikk og særlige utfordringer knyttet til små virksomheter bør stå sentralt i kurset. Det kan vurderes et digitalt kurs, og at det ikke har omfang utover en til to arbeidsdager.

13.5.3.3.4 *Modulbasert kurs i kunnskapsbaserte BHT-tjenester*

Ekspertgruppen vurderer at dagens grunnkurs og videreutdanningskurs rettet mot BHT-personell også bør ses i nytt lys. Dagens grunnkurs, som gis til selvkost, har likevel et omfang som vil kunne være økonomisk belastende for mange BHT-er om det pålegges alle ansatte i BHT-virksomheter. Dersom kurset derimot deles opp i tre sammenhengende moduler, kan enkelte deler av kurset, og særlig de deler som omfatter myndighetenes intensjon med BHT-ordningen og lovverket, vurderes å være obligatorisk for personell som arbeider i BHT-er, og kurset kan for eksempel gis som et kort digitalt kurs.

13.5.3.3.5 Særskilte fagkurs og seminarer knyttet til spesifikke kunnskapsbehov

Ekspertgruppen vurderer det som viktig at STAMI også opprettholder fokuset på relevante fagkurs som i dag. Kursene bør tilbys til selvkost for kursdeltakerne, og STAMI bør fortløpende vurdere tematikk for disse i tråd med arbeidslivets utvikling, kunnskapen på feltet og BHT-enes behov.

13.5.3.4 Særlige tiltak overfor små virksomheter

13.5.3.4.1 Særskilte utfordringer

I mandatet er ekspertgruppen bedt om å vurdere hvordan det eventuelt kan tas hensyn til særskilte utfordringer for små virksomheter.

Det europeiske observatoriet for risikoovervåking, EU-OSHA, gjennomførte fra 2014 til 2017 prosjektet «Better occupational safety and health in micro and small enterprises» med formål om blant annet å beskrive strategier og praktiske løsninger til forbedringer av sikkerhet og helse i mikro og små virksomheter i Europa. Prosjektet finner blant annet:

- At den svake økonomien i mange små og mellomstore virksomheter resulterer i begrensede investeringer i HMS
- At den begrensede kunnskapen, oppmerksomheten og kompetansen hos virksomhetseierne både når det gjelder arbeidsmiljø (HMS) og lovmessige krav, resulterer i svak innsats
- At det er begrenset kapasitet til et systematisk arbeidsmiljøarbeid
- At deres holdning og prioritering, sett i lys av de begrensede ressurser og kampen for virksomhetens økonomiske overlevelse, bare gir liten oppmerksomhet til arbeidsmiljøarbeidet.⁸³

I rammen av dette prosjektet publiserte EU-OSHA i 2016 en litteraturstudie der det fremgår at det samlet sett er betydelige forskjeller på arbeidsmiljøet i små og store virksomheter.⁸⁴ I sammendraget fremgår det at det på tross av betydelige usikkerheter i datagrunnlaget, som gjør sammenliknende studier vanskelig, likevel er godt belegg for å hevde at forekomsten av alvorlige skader og dødsfall er forholdsmessig større i små virksomheter enn i store. De mener det er god grunn til bekymring rundt «arrangements for health and safety» i en stor andel av mikro og små virksomheter. Dette er problemer man finner i større eller mindre grad i alle EUs medlemsstater.

I 2007 kom en undersøkelse som med utgangspunkt i danske datasett så på forskjeller mellom små og store virksomheter når det gjelder arbeidsmiljørisiko og HMS-systemer.⁸⁵ I sammendraget heter det at: «Ownership structure is an important factor. For independent enterprises, the ergonomic, physical and chemical work environment is more hazardous in small enterprises than in large ones. For enterprises that are part of a larger organization, the work environment tends to be more hazardous in large enterprises when controlling for the same factors. For the psychosocial factors, the trend is different – better in small than in larger enterprises independent of ownership». Det fremgår videre at «In all enterprises, both public and private, the quality of health and safety management systems and workplace assessment are remarkably higher in large than in small enterprises».⁸⁶

⁸³ European Agency for Safety and Health at Work (2016): Contexts and arrangements for occupational safety and health in micro and small enterprises in the EU – SESAME project. European Risk Observatory / Literature Review. Luxemburg.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Sørensen, O.H, P. Hasle og E. Bach, (2007): Working in small enterprises – Is there a special risk? Safety Science 45, Issue 10, s. 1004 til 1059, Elsevier.

⁸⁶ Ibid.

SINTEFs evalueringsrapport fra 2016 peker også på utfordringer knyttet til små virksomheter og BHT og anbefaler at det tenkes nytt knyttet til disse problemstillingene.⁸⁷ Arbeidstilsynet viser også til erfaringer som kan tyde på at små virksomheter har større HMS-utfordringer enn større virksomheter. Som det er beskrevet tidligere i rapporten viser en gjennomgang av tilsynene fordelt på ulike virksomheters størrelser at pålegg om manglende BHT i størst grad gis til små virksomheter. 88 prosent av påleggene er gitt til virksomheter med færre enn 20 ansatte. Andel tilsyn med pålegg for alle kontrollpunkt er generelt høyere i virksomheter med 1 til 19 ansatte enn i virksomheter med flere enn 20 ansatte.⁸⁸

I konklusjonen til EU-OSHA-prosjektet heter det at arbeidsmiljøpolitikken rettet mot mikro og små virksomheter må bygge på så mange dimensjoner og aktører som mulig, inkludert regulering, informasjon og insentiver. Når det gjelder innretningen på arbeidsmiljørådgivningstjenester overfor mikro og små virksomheter, anbefales det at kvaliteten på disse tjenestene må sikres. Det bør videre utvikles skreddersydd rådgivning for mikro og små virksomheter, for eksempel gjennom regelverkskrav.⁸⁹ Det vises til at flere studier, inkludert denne, peker på at personlig støtte er en effektiv strategi for å nå mikro og små virksomheter. Studien peker på en rekke faktorer som viktige i denne sammenheng:

- Gratis rådgivning er viktig for en positiv holdning og bruk av rådgivningen
- Personlig møte eller kontakt med rådgiveren er viktig for mange virksomheter, da disse virksomhetene ofte ikke er fortrolige med å benytte skriftlig materiale om arbeidsmiljø
- Rådgiverne er aktive i sektorer som er risikoutsatt og hvor arbeidsmiljø er et viktig tema, og det prioriteres å forebygge arbeidsrelaterte skader
- Rådgiverne har god kunnskap om sektoren de gir råd til
- Rådgiverne gir tilpasset råd og informasjon knyttet til behovene og forholdene i mikro og små virksomheter
- Rådgiverne kommer ofte tilbake til de samme virksomhetene, noe som støtter utviklingen av tillit
- Rådgivningen er ofte konkret og hjelper mikro og små virksomheter å løse konkrete problemer
- Rådgiveren er tilgjengelig og kan gi råd om et behov oppstår. På den måten kan rådgiveren være av stor verdi for en reaktiv arbeidsmiljøstrategi, noe som er vanlig i mikro og små virksomheter.⁹⁰

13.5.3.4.2 Særskilte løsninger

Ekspertgruppen mener at en egen løsning rettet mot små virksomheter bør vurderes. I 2017 var det ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB) om lag 415 000 foretak i Norge (unntatt offentlig forvaltning og primærnæringene). Om lag 275 000, eller 65 prosent, av disse, hadde ingen ansatte. Av de 140 000 foretakene med ansatte hadde nærmere 80 prosent under ti ansatte.

⁸⁷ Mandal, R., K. Dyrstad, L. Melby og T. Midtgård (2016): Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge. SINTEF-rapport A27819.

⁸⁸ Oversikt utarbeidet av Arbeidstilsynet på bakgrunn av bestilling fra ekspertgruppen.

⁸⁹ European Agency for Safety and Health at Work (2017): Safety and health in micro and small enterprises in the EU: From policy to practice: policies, strategies, programmes and actions supporting OSH in micro and small enterprises. Risk Observatory. Luxemburg, s. 84.

⁹⁰ Ibid s. 43.

Flere av faktorene som EU-OSHA-prosjektet peker på som viktig for å sikre god arbeidsmiljørådgivning for mikro og små virksomheter, kan vurderes i en slik ordning. Ekspertgruppen ser at dette kan bli kostbart, og særskilte ordninger for små virksomheter bør derfor vurderes nøye. Det er forskjeller i behov hos en liten drosjebedrift med to til tre ansatte og et lite malerfirma som utfører ulike tjenester, gjerne som ledd i en lengre kontraktskjede.

Ekspertgruppens forslag til BHT-løsning for små virksomheter gjelder virksomheter med under ti ansatte. Dette er den samme grensen som gir virksomheter anledning til å avtale at det ikke skal være verneombud i virksomheten. I slike virksomheter kan BHT spille en særlig viktig rolle. For det første er det viktig at de små virksomhetene faktisk knytter til seg en BHT, og for det andre at BHT fungerer etter formålet. Det siste punktet har to dimensjoner, det vil si at BHT tilbyr de riktige tjenestene, og at de gjør det på en måte som fungerer for virksomhetene.

TILTAK FOR Å SIKRE AT BHT FUNGERER ETTER FORMÅLET I SMÅ VIRKSOMHETER

Ekspertgruppen mener det er svært viktig at BHTs førsteprioritet når det gjelder bistand til virksomhetene, hvilket er særlig kritisk overfor små virksomheter, er risikoutløste tjenester. Tjenestene skal være arbeidssituasjonsrelaterte, rette seg mot det organisatoriske nivået og mot forebygging av arbeidsrelaterte forhold i tråd med formålet med BHT-ordningen. I tillegg skal BHT gjennomføre målrettede helseundersøkelser der det er krav om dette.

Det bør videre vurderes om det skal utarbeides veiledende satser for antall timer slike tjenester bør utgjøre årlig per ansatt. Dette kan brukes som grunnlag i en eventuell tilskuddsordning, jf. omtale nedenfor. BHT kan også tilby andre tjenester til de små virksomhetene som kan være nyttige, men som ikke er strengt risikoutløste. Eksempler på dette er sykefraværsoppfølging, konflikthåndtering og arbeid med å forebygge rus/spillavhengighet.

Ekspertgruppen anbefaler også at det vurderes å pålegge BHT at det fremgår klart av fakturagrunnlagene et tydelig skille mellom risikoutløste tjenester og eventuelle andre tjenester. Dersom fakturaangivelser for de risikoutløste tjenestene er lavere enn hva som er normal prissetting for denne tjenesten, vil det kunne være en indikasjon på at risikoen i virksomheten er lav. Om virksomheten mottar støtte fra en eventuell tilskuddsordning for små virksomheter jf. omtale nedenfor, skal disse kun brukes på risikoutløste tjenester. Andre tjenester må virksomhetene eventuelt finansiere selv.

EGEN ARBEIDSMETODIKK RETTET MOT SMÅ VIRKSOMHETER

Små virksomheter kan ofte ha mindre kunnskap om HMS og dårlige systemer for sitt arbeid med HMS. BHT sin rolle i arbeidsmiljøarbeidet kan derfor bli avgjørende i slike virksomheter. Det er derfor særlig viktig at BHT er dyktige på å skape en god relasjon og komme i en god dialog med virksomhetene. Dialogen må være direkte, og ha fokus på virksomhetens risiko-profil og aktuelle forebyggende tiltak, tilpasset virksomhetens opplevelse av risiko, karakter og behov. Dette bør sikres gjennom et krav om personlig kontakt for BHT i virksomheten, fortrinnsvis gjennom personlig oppmøte. Ekspertgruppen er klar over at geografien i noen deler av landet gir til dels store avstander mellom BHT og virksomheter, og at dette kan gjøre personlig oppmøte vanskelig eller dyrt. Det bør ses nærmere på hvordan man kan løse dette. Mulige løsninger kan for eksempel være reisetilskudd, digitale løsninger, fritak for BHT-plikt kombinert med ekstra tilsynsinnsats fra Arbeidstilsynet. I forkant av møtet med virksomhetene må BHT foreta en første foreløpig risikovurdering ut fra bransjeprofil og yrkesgrupper i virksomheten, med utgangspunkt i det allerede eksisterende overvåkingsverktøyet fra NOA/STAMI. BHT bør bistå i en enkel risikovurdering av arbeidsmiljøforhold, som skal resultere i enkle risikohåndteringsmål for oppfølging, med korte og enkle fokusområder.

PERSONLIG KVALIFISERING

BHT-ansatte som skal jobbe med små virksomheter bør ha en egen kvalifisering for dette. Dette kommer i tillegg til vanlig godkjenning av BHT-en de jobber i, og bør administreres av Godkjenningssenheten i Arbeidstilsynet. Ansatte som skal arbeide med små virksomheter, må være fagpersoner med dokumentert generalistkompetanse på arbeidsmiljø, både når det gjelder erfaring og bredde. Fagkompetansen må ligge innen et av dagens kompetanseområder for BHT-personell. Slikt personell må også ha avlagt obligatorisk metodekurs for arbeid rettet mot små virksomheter ved STAMI (se tidligere forslag). Fokus for kursene bør være hvordan man som BHT skal komme i god, faglig dialog med de små virksomhetene.

Ekspertgruppen ser at en slik innretning rettet mot de minste virksomhetene vil kunne oppleves som kostnadskrevenende, selv om effekten av ordningen mest sannsynlig vil ha positiv effekt i et mer langsiktig kost-nytte perspektiv. Ekspertgruppen skisserer i det følgende noen virkemidler som kan vurderes for å redusere de små virksomhetenes kostnader knyttet til forslaget, og som sikrer at de kan knytte seg til en BHT.

TILTAK FOR Å SIKRE AT SMÅ VIRKSOMHETER OPPFYLLER BHT-PLIKTEN

Virksomheter med under tre ansatte kan eventuelt unntas fra kravet om BHT, alternativt at det gis et BHT-fritak de to første årene etter at en virksomhet har startet opp. Dette er imidlertid kun et kostnadsbesparende forslag, da det ikke er faglig hold for å hevde at slike virksomheter har lavere arbeidsmiljørisiko.

- Tilskuddsordning

Videre kan det vurderes en egen tilskuddsordning for små virksomheter med under ti ansatte. I løpet av ekspertgruppens arbeid har det i møter med ulike BHT-er blitt uttalt at det finnes en nedre grense, en minimumspris, for hva en BHT må ha betalt for å kunne utgjøre en forskjell i en virksomhet. Det har videre vært antydnet at grensen i dag ligger rundt 15 000 kroner per virksomhet. En tilskuddsordning for små virksomheter kan ta utgangspunkt i denne summen og et gjennomsnittstall for hva BHT koster per ansatt. Ordningen kan for eksempel dekke differansen mellom minimumssummen på om lag 15 000 kroner og snittkostnaden multiplisert med antall ansatte. For en virksomhet som mottar tilskudd, skal ikke tilskuddssummen kunne brukes på andre tjenester enn de som er risikoutløste.

- Rapporteringsplikt

Avhengig av variant av BHT-modell bør BHT og virksomhetene pålegges dokumentasjonskrav av henholdsvis kundeforhold og gjennomført risikovurdering. Dette vil være særlig viktig for små virksomheter, ettersom det er grunn til å tro at de i dagens ordning i mindre grad enn andre virksomheter knytter til seg en BHT når de har plikt til det.

13.5.3.5 Godkjenningsordning

13.5.3.5.1 Fortsatt myndighetsstyrt godkjenningsordning

En godkjenningsordning kan være myndighetsstyrt gjennom Arbeidstilsynet som etter dagens regelverk. En lovpålagt godkjenningsordning kan være obligatorisk for alle BHT-er eller den kan gjøres frivillig. Det er også mulig å ha en privat godkjenningsordning knyttet til en ISO-standard eller liknende. Det er videre en mulighet å ikke ha noen godkjenningsordning selv innenfor en lovbasert ordning, og da vil dagens regler om dette måtte oppheves.

Ekspertgruppen er av den oppfatning at det fortsatt bør være en myndighetsstyrt godkjenningsordning rettet mot BHT-ene, og at en ytterligere forbedring av denne ordningen vil

være et av de grepene som best kan sikre bedre og mer effektive tjenester fremover. Denne vurderingen bygger på at BHT-er i dag leverer tjenester til kunder med BHT-plikt som det ikke kan forsvares at disse skal pålegges fra myndighetshold basert på en risikotilnærming. En større bevissthet på dette vil sikre bedre og mer effektive tjenester.

Godkjenningssenheten vil ha behov for et bredt mandat for å kunne følge opp BHT-ene på en tilfredsstillende måte. En privat aktør vil trolig ha behov for et mer spesifisert oppdrag, og i en privat ordning vil det kunne være vanskelig å stille krav om en spesiell arbeidsmetodikk overfor BHT-ene. En effektiv og strømlinjeformet myndighetsstyrt ordning vil etter ekspertgruppens formening dessuten bli rimeligere for kundene enn en privat ordning, da kostnaden i forbindelse en privat ordning trolig vil belastes BHT-ene, som igjen vil fakturere kundene.

Ekspertgruppen har i sitt arbeid vurdert hvorvidt Arbeidstilsynets rolle med en adskilt godkjenningssenheter bør videreføres eller ikke. Innspillene ekspertgruppen har fått viser at det fortsatt er behov for en godkjenningssordning som skal følge opp BHT-ene, og at innføring av godkjenningssordningen har bidratt til en betydelig kvalitetsheving blant BHT-ene. Mye tyder imidlertid på at det fortsatt er et betydelig forbedringspotensial. Den tydelige utviklingen mot flere større og kommersielle BHT-aktører, blant annet gjennom kjededannelser og oppkjøp, og som utvilsomt også har positive effekter, taler imidlertid for å se på godkjenningsskriteriene med nye øyne. Ordningen bør utvikles i en mer treffsikker retning og ses i sammenheng med andre virkemidler. Det fremgår av SINTEFs rapport som er omtalt tidligere i rapporten at om lag 45 prosent av BHT-ene mener at Godkjenningssenheten har for svake insentiver til å bygge kompetanse utover minimumskravene som følger av forskrift om administrative ordninger på arbeidsmiljølovens område § 2-2 bokstav d), og 63 prosent mener at kravene til kompetanse og stillingsandeler i større grad burde gjenspeile hvor mange virksomheter og ansatte BHT faktisk leverer tjenester til.

13.5.3.5.2 Endret organisatorisk plassering

Ekspertgruppen ser at dagens organisering av Godkjenningssenheten i Arbeidstilsynet, plassert på laveste nivå i organisasjonen, kan være utfordrende med dagens organisasjonsmodell i Arbeidstilsynet. Godkjenningssenheten var opprinnelig tillagt en av regiondirektørens personlige ansvar, og dermed en sentral oppgave underlagt toppledelsen i tilsynet. I dag er regionsdirektørens ansvarsområde annerledes, og Godkjenningssenheten er derfor organisert fjernt fra Arbeidstilsynets ledelse. I en myndighetsstyrt ordning vil et utvidet mandat, samt en annen organisasjonsmessig plassering, kunne åpne for en forbedret bruk og strategisk utvikling av enheten. Her har ekspertgruppen vurdert, og vil anbefale, at Godkjenningssenhetens plassering vurderes nøye, og fortrinnsvis organiseres som en selvstendig enhet direkte underlagt Arbeidstilsynets direktør. Enheten kan være lokalisert der den ligger i dag. Å løfte enheten organisatorisk samsvarer med den betydning som Arbeidstilsynet i møter med ekspertgruppen oppgir at Godkjenningssenheten har, som et hovedvirkemiddel i tilsynets prioritering av det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. I en tid hvor Arbeidstilsynet i økende grad prioriterer aktiviteter knyttet til arbeidslivskriminalitet, vurderes dette som et særskilt viktig strategisk grep.

En slik organisering åpner for å fortsatt kunne benytte Direktoratet for Arbeidstilsynet som klageinstans når BHT-er klager på avslag om godkjenning, samtidig som at Godkjenningssenheten gis den nødvendige strategiske tyngde og oppmerksomhet fra toppledelsen. Det er videre viktig å ha et prinsipielt skille mellom Arbeidstilsynets arbeid som tilsynsorgan overfor virksomhetene og Godkjenningssenhetens arbeid rettet mot

BHT-ene, slik dagens organisering kan skape noe usikkerhet om. Slik ekspertgruppen ser det bør det videre vurderes å øke ressursene til Godkjenningssenheten noe, slik at Godkjenningssenheten får den nødvendige slagkraft og kan følge opp BHT-ene tettere enn i dag. Godkjenningssenheten bør ha nok ansatte til å kunne gi løpende veiledning og oppfølging av BHT-ene. Det bør videre tydeliggjøres blant annet hva slags strategisk samarbeid Godkjenningssenheten bør ha med de BHT-støttende funksjonene i STAMI, for å sikre et bedre samarbeid.

13.5.3.5.3 Endrede krav for å bli godkjent – økt fokus på kjernevirksomhet i BHT mv.

Ekspertgruppen er kjent med en sak hvor Godkjenningssenheten ikke ville godkjenne en BHT med den begrunnelse at den aktuelle BHT-en hadde for stort fokus på tilleggstjenester. Direktoratet kom i klagesaken til motsatt resultat, se boks 13.1.

Slik ekspertgruppen ser det handler denne saken i realiteten om hva som bør defineres som lovpålagte kjerneoppgaver som BHT skal bistå arbeidsgivere med. Det blir en stor utfordring for Godkjenningssenheten å følge opp at BHT-ene prioriterer det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet når Direktoratet for arbeidstilsynet legger til grunn en så vid definisjon av dette begrepet slik de gjør i denne klagesaken.

Boks 13.1 Klagesak om godkjenning av BHT

Saken gjelder et BHT-selskap hvor Godkjenningssenheten for BHT (GE) trakk tilbake en tidligere godkjenning, og hvor selskapet påklagde vedtaket. Det aktuelle selskapet tilbyr både bedriftshelsetjeneste og privat helsetjeneste, det vil si både forebyggende bistand og kurative (behandlende) tjenester. Sentralt i saken var hvorvidt tilleggstjenestene som selskapet tilbød ikke var tilstrekkelig avgrenset mot BHT-bistanden.

Regelverket innebærer at en BHT som skal bistå arbeidsgiver må innhente godkjenning av Arbeidstilsynet. Kravene for å bli godkjent følger av arbeidsmiljøloven § 3-3, jf. forskrift om administrative ordninger på arbeidsmiljølovens område § 2-2. GE behandler søknader om godkjenning, og det er Direktoratet for Arbeidstilsynet som tar stilling til eventuelle klager.

I klagesaken kom GE til at kravene i forskriften § 2-2 bokstav b ikke var oppfylt. Denne bestemmelsen innebærer at BHT må «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». Kravet om kvalitetssikringssystem skal sikre at bistanden er faglig tilfredsstillende, og kravet må ses i sammenheng med de oppgavene BHT skal ha (positivt definert). Det fremgår av Arbeidstilsynets kommentar til § 13-1 at «Bedriftshelsetjenestens virkeområde må avgrenses mot kurativ virksomhet» (negativt avgrenset).¹ Begrepet «tilleggstjenester» anvendes om tjenester som BHT ikke er pålagt å tilby etter reglene, det vil si tjenester som ligger utenfor det arbeidsgiver har ansvar for.

GE mente at systematikken i selskapets kvalitetssikringssystem ikke sikret tilfredsstillende kvalitet på tjenestetilbudet, og understreket at det er sentralt at det i all hovedsak skal arbeides med forebyggende arbeidsmiljøbistand, og det må være et klart skille mot kurative tjenester som for eksempel individrettede tiltak som ligger utenfor arbeidsgivers ansvar.

Direktoratet for arbeidstilsynet vurderte de ulike tilleggstjenestene, som blant annet gjaldt formtesting, helsekontroll, kroppssammensetningsanalyse og kostholdsveiledning. Direktoratet ga uttrykk for at disse tjenestene kunne være av forebyggende karakter og fant også at de ikke var av en slik karakter at de klart gikk på bekostning av bistanden som selskapets BHT-avdeling er klart forpliktet å gi. Direktoratet presiserte at avgrensningen mot kurativ virksomhet ikke er til hinder for at BHT også kan tilby slike tjenester. Direktoratet mente selskapets basisoppgaver var det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, og at tilleggstjenestene var tilstrekkelig avgrenset mot kurativ virksomhet. Direktoratet fant at selskapet oppfylte kravet til et tilfredsstillende kvalitetssikringssystem. GEs vedtak om å trekke tilbake godkjenningen ble på denne bakgrunn opphevet, og Direktoratet godkjente selskapet som BHT for en periode på fem år.

Denne saken illustrer at grensen mellom BHTs lovpålagte tjenester og tilleggstjenester skaper utfordringer. Tilbud om helsekontroll har også en side mot arbeidsmiljøloven § 9-4 som begrenser arbeidsgivers rett til å kreve medisinske undersøkelser av arbeidssøkere og arbeidstakere.

¹ Arbeidstilsynets nettsider (lest 1. september 2017)

Som ekspertgruppen har poengtert tidligere, mener den at det er et klart behov for å knytte tjenestetilbudet tydeligere til arbeidsmiljørisikoen som har utløst en BHT-plikt, og at kriteriene for dette er ikke er klare nok i dag. Dette er et ansvar som i dag forvaltes av Arbeidstilsynet.

Det er derfor etter ekspertgruppens syn grunnlag for å se nærmere på formuleringene i forskrift om administrative ordninger § 2-2 og kravene som stilles for å bli godkjent BHT. Forskriften bør utformes slik at godkjenning av BHT knyttes bedre opp mot at BHT i virksomheter med BHT-plikt arbeider risikobasert i tråd med formålet med ordningen. Det vil si at BHT primært skal arbeide med forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Videre at eventuelle tilleggstjenester kun kan selges som en ordinær konsulenttjeneste i et åpent marked som må komme i tillegg til, og ikke som erstatning for, primær oppgavene.

Virksomheter som ikke har BHT-plikt, kan kjøpe hvilke tjenester de selv ønsker, selv om fritak fra BHT-plikt ikke nødvendigvis innebærer at arbeidsmiljørisiko ikke eksisterer. I slike situasjoner bør imidlertid ikke Godkjenningssenheten stille samme krav som overfor BHT-er som leverer tjenester til virksomheter med BHT-plikt. I praksis vil dette riktignok fort bli kun av teoretisk betydning. Ekspertgruppen kjenner ikke til BHT-er som kun betjener kunder uten BHT-plikt, og dette markedet vurderes som svært begrenset.

I sum bygger dette oppunder å tydeliggjøre Godkjenningssenhetens mandat til å kunne sanksjonere mot BHT-er med et for tydelig fokus på tilleggstjenester, og særlig når disse tjenestene selges som et ledd i å oppfylle BHT-plikten. Ekspertgruppen vurderer det som et bedre alternativ for BHT-kunder med BHT-plikt, men som er uten opplagte forbedringsbehov i arbeidsmiljøarbeidet, å heller begrense innkjøp av BHT-tjenester i en slik situasjon. Dette kan bidra til en mer effektiv og treffsikker BHT-ordning.

Videre mener ekspertgruppen at bestemmelsen på en tydeligere måte bør sikre at godkjenningen avhenger av at kvaliteten på de pålagte tjenestene som leveres holder høy kvalitet, samt sette vilkår som reduserer adgangen til å leie inn personale der man mangler kompetanse selv. Dersom dette skulle være problematisk for mindre BHT-er kan man heller av distriktspolitiske hensyn gi dispensasjon fra dette for enkelte BHT-virksomheter, snarere enn å legge listen veldig lavt for alle slik den opprinnelig er blitt lagt. Dette vil gjøre det langt enklere for Godkjenningssenheten å kunne følge opp og kvalitetssikre tjenestene BHT utfører.

13.5.3.5.4 *Kompetansekrav hos BHT-personell*

Forskrift om administrative ordninger på arbeidsmiljølovens område stiller krav til både faglig utdanning og hvilke kompetanseområder man må ha kunnskap om i BHT. Etter ekspertgruppens vurdering bør disse kompetansekravene endres i tråd med endringer og nye kunnskapsbehov i arbeidslivet. Det kan for eksempel gjennomføres i form av evalueringer og endringsforslag knyttet opp mot NOAs fremleggelse av Faktaboka hvert tredje år. Eller det kan skje i samme prosess som når en eventuell bransjeforskrift revideres (se lovbasert variant B nedenfor i punkt 13.5.4.3), noe som innebærer at kompetansekravene revideres hvert sjette år. Det er slik ekspertgruppen ser det naturlig at ansvaret for revisjon av forskriften ligger hos Arbeidstilsynet og foretas i samarbeid med STAMI/NOA. Partene bør involveres og få anledning til å komme med sine innspill.

SÆRLIG OM KOMPETANSEOMRÅDET ARBEIDSMEDISIN OG ARBEIDSHELSE

Forskrift om administrative ordninger på arbeidsmiljølovens område stiller krav om at BHT kan gi rådgivning innen blant annet kompetanseområde «arbeidsmedisin og arbeidshelse». I kommentaren til forskriften fremgår det at «bedriftshelsetjenesten må kunne vurdere arbeidsmiljøet i virksomheten fra aktuelle fagvinklinger som arbeidsmedisin eller arbeidshelse». Det følger videre av kommentaren til forskriften at «faglig personale som utgjør fagområdet arbeidsmedisin, må ha autorisasjon som lege». Etter ekspertgruppens syn bør det vurderes hvorvidt et pålegg om lege i BHT bør stå i selve forskriften.

Ekspertgruppen har i møter med representanter fra Legeforeningen, Arbeidstilsynet og Helsedirektoratet fått informasjon om den nye utdanningen av arbeidsmedisinere som var på høring i 2017. Det fremgår av høringssaken at det i den nye spesialiseringen innen arbeidsmedisin settes flere og omfattende læringsmål knyttet til psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøutfordringer. På denne bakgrunn synes det mer fornuftig enn tidligere å formalisere et krav om arbeidsmedisinere i BHT. I dag er om lag elleve prosent av de ansatte i BHT leger. Det bør utarbeides et løp som innarbeider bruk av arbeidsmedisinere i BHT i takt med det nye utdanningsløpet som er under utarbeidelse.

Slik ekspertgruppen ser det bør det i en fremtidig BHT-ordning stilles krav om minimum 50 prosent legestilling med spesialiteten arbeidsmedisin, alternativt at legen er under spesialisering. I forbindelse med den nye spesialiteten arbeidsmedisin vil BHT-ene også pålegges et veilederansvar med et nytt og utvidet ansvarsområde. BHT-en må godkjennes for utdanning, og det må utarbeides individuelle utdanningsplaner, samt at BHT må sørge for gjennomføringen av utdanningen. Det må settes av tid og ressurser i BHT-ene fremover for å ivareta disse oppgavene.

De nye læringsmålene stiller krav til kunnskap om risikoutsatte bransjer, og disse samsvarer ikke med bransjene som er omfattet av bransjeforskriften, for eksempel er jordbruk og varehandel omfattet av læringsmålene i det nye utdanningsløpet for arbeidsmedisinere. Her er det etter ekspertgruppens formening behov for en tettere og bedre samkjøring mellom helsemyndighetene og arbeidsmiljømyndighetene.

Faget arbeidsmedisin har dessuten over tid fått liten oppmerksomhet i grunnutdanningen av legestudenter, noe som er et argument for også tettere samarbeid med Kunnskapsdepartementet. Forebyggende arbeidsmiljøarbeid på systemnivå og arbeidshelseproblematikk er svært viktig på samfunnsnivå, og det forundrer ekspertgruppen at ikke fagfeltet prioriteres sterkere i grunnutdanningen av leger.

13.5.3.5.5 BHT bør beskrive hvordan samfunnsoppdraget skal løses

Slik ekspertgruppen ser det er det behov for tydeligere forventninger fra myndighetene til BHT-ene om hva som skal være deres oppgave. Ekspertgruppen har vurdert de øvrige kravene til kompetanse og stillingsvolum, og er kommet til at disse bør videreføres. De fleste arbeidsgivere vil fortsatt ha behov for bistand innenfor kompetanseområdene yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt, organisatorisk og systematisk HMS-arbeid. Det bør fortsatt stilles krav som sikrer tverrfaglighet og bredde i kompetansemiljøet.

Etter ekspertgruppens vurdering bør regelverket imidlertid på en tydeligere måte kreve at BHT-ene beskriver for Godkjenningssenheten hvordan de skal betjene sin kundemasse, basert på antall ansatte og den fagkompetansen disse har. Dette vil sikre et dynamisk system hvor kompetansekravene utgjør et reelt minimumskrav, og hvor BHT-er som betjener et

bredt spekter av kunder eller ett stort antall kunder med mange ansatte må sannsynliggjøre at de har den riktige kompetanse for å kunne betjene disse, både i volum og kvalitet. Ekspertgruppen vurderer at Godkjenningssenheten har best kompetanse til utarbeide velfungerende retningslinjer for dette som et ledd i godkjenningsprosessen.

Det bør videre vurderes hvordan man kan tydeliggjøre Godkjenningssenhetens revisjons- og oppfølgingsoppgaver rettet mot BHT, slik at enheten kan rette sitt arbeid mot innhold og kvalitet på tjenestene som leveres. Etter at man i en tidlig fase av arbeidet har fokusert på å godkjenne BHT-er gjennom to omganger, og hvor trenden er at langt flere BHT-er slår seg sammen enn opprettes, vurderer ekspertgruppen tiden som moden for å i større grad rette blikket mot det reelle innholdet i tjenestene og formålet med ordningen. Dette underbygges i særlig grad av konklusjonene fra Oslo Economics-rapporten som tallfester tydelige forskjeller i nytteverdi mellom BHT-er som jobber i tråd med formålet sammenliknet med de som ikke gjør det i like stor grad.

Som det fremgår av eksempelet foran i rapporten (boks 13.1), skaper grensen mellom lovpålagte tjenester og tilleggstjenester problemer. Etter ekspertgruppens vurdering bør regelverket gjøres klarere slik at det tydelig fremgår at Godkjenningssenheten har adgang til å avslå godkjenning når de finner at BHT-en tilbyr utilstrekkelig bistand knyttet til de lovpålagte tjenestene.⁹¹ Det bør videre vurderes å endre forskriften slik at enheten kan kreve at BHT-ene følger en arbeidsmetodikk som sikrer at de først gjennomfører kjerneoppgaver, før de eventuelt supplerer med tilleggstjenester i det frie markedet. Det bør fremgå at slike tilleggstjenester ikke skal utgjøre en del av BHT-plikten.

13.5.3.6 Rapporteringsplikt i offentlig register

Et annet viktig tiltak for å sikre at bedriftshelsetjenesten arbeider etter lovgivers intensjon er etter ekspertgruppens syn å innføre en plikt for BHT-er til å rapportere inn kundene de betjener. Rapporteringsplikten kan gjennomføres i et offentlig register gjennom Altinn. Ekspertgruppen vil ut i fra effektivitetshensyn foreslå at det er BHT-ene som pålegges en slik plikt, da ekspertgruppen vurderer at virksomhetenes rapporteringsplikt til diverse offentlige instanser allerede er omfattende. BHT bør registrere samtlige kundeforhold, eventuelt supplert med en enkel og overordnet selverklæring om at man på en kvalitetsmessig god måte har bistått kunden med lovpålagt risikoidentifisering, -vurdering og -håndtering.

Senere i rapporten vil ekspertgruppen belyse muligheter for lettelse i BHT-plikt mot at virksomheten selv kan dokumentere at de arbeider kvalitetsmessig godt med HMS-arbeidet og har mindre behov for bistand. I slike situasjoner vil det kunne være hensiktsmessig at virksomheten selv registrerer og dokumenterer dette gjennom Altinn. Virksomheten kan da få innsparinger knyttet til reduserte BHT-tjenester. Nærmere beskrivelse av ulike mulige lovbaserte varianter beskrives senere i rapporten.

13.5.3.7 Standardkontrakter og innkjøpsveiledere

Ekspertgruppen vurderer at virksomhetenes bestillerkompetanse for BHT-tjenester ikke alltid er god nok, noe som også følger av at virksomhetene med BHT-plikt er vurdert å ikke kunne håndtere dette arbeidet selv på en fullt ut god måte. Det vurderes også at mange virksomheter ikke er godt nok kjent med grunnlaget for og bakgrunnen for at de er pålagt en BHT-plikt, noe som også begrenser mulighetene for en god innkjøpsprosess. Det fore-

⁹¹ Forskrift 12. juni 2011 nr. 1360 om administrative ordninger på arbeidsmiljølovens område (forskrift om administrative ordninger) § 2-2.

ligger derfor et betydelig effektiviseringspotensial i å sette virksomheter bedre i stand til å kjøpe kvalitetsmessige gode BHT-tjenester på riktig nivå. Dette vil også, sammen med andre foreslåtte virkemidler, begrense BHT-enes mulighet til å kunne selge tjenester som ikke er pliktige med mindre kunden selv tydelig gir uttrykk for dette.

Ekspertgruppen vil derfor anbefale at det utarbeides veiledere og standard anbudsdokumenter som BHT-ene plikter å bruke, og som sikrer at virksomhetene kjøper de riktige tjenestene fra bedriftshelsetjenesten. Det bør videre utarbeides standardkontrakter som regulerer innholdet i tjenestene som BHT skal bidra med overfor virksomhetene. Dette er viktige tiltak for å sikre at formålet med BHT oppfylles. Dette er et arbeid som kan vurderes tillagt Arbeidstilsynet, som har det utøvende myndighetsansvaret for bedriftshelsetjenesten. Med dette kan man gjennom digitale kanaler samle all relevant informasjon knyttet til BHT på en brukervennlig og lett tilgjengelig måte, inkludert materialet ekspertgruppen omtaler her. Dette er et veldig enkelt tiltak som ekspertgruppen mener vil kunne bidra vesentlig til en spissing av tjenesten i riktig retning.

Det er imidlertid i den forbindelse nødvendig at arbeidsmiljømyndighetene tydeliggjør hvilke tjenester BHT skal bistå med. Det fremstår for ekspertgruppen som BHT-ene i dag muligens har forventninger knyttet til seg, fra både Arbeidstilsynet og også andre myndighetsorganer innenfor andre sektorer, for flere og andre forhold enn dem som fremgår av dagens forskrift. Som det fremgår tidligere i rapporten under opplistingen av gjeldende kjerneoppgaver på Arbeidstilsynets nettsider, oppgis et slikt utvidet fokus. Eksempelvis oppgis det at BHT skal bistå med å se på arbeidskontrakter. Ekspertgruppen kan ikke se at dette, som jo er en juridisk oppgave, er noe som naturlig faller inn under bedriftshelsetjenestens ansvarsområde. Forventninger fra helsemyndighetene knyttet til livsstilsfaktorer og individfokus er tilsvarende eksempler. Dette bidrar til en uthuling av formålet med BHT. Utarbeidelse av standardkontrakter og innkjøpsveiledere kan derfor bidra til en ytterligere opprydding. Utarbeidelsen og tilgjengeliggjøring av slike virkemidler er også oppgaver en eventuell bransjeforening burde kunne ivareta, i dialog med arbeidsmiljømyndighetene.

13.5.3.8 Partsinvolvering

I tråd med den norske modellen bør det sikres bred partsinvolvering på et så viktig felt som det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Organisasjonene i arbeidslivet har betydelig erfaring og kunnskap på feltet som det er viktig å bygge på. Involvering av arbeidslivets parter vil kunne skje på ulike arenaer og ulikt nivå. Involveringen vil for eksempel knytte seg til både utviklingen av kunnskapsgrunnlaget av arbeidsmiljøforholdene i Norge og revisjoner av relevante forskrifter knyttet til det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Naturlige arenaer for disse prosessene vil være i Rådet for Arbeidstilsynet og i STAMIs fagråd.

13.5.3.9 Bransjeforening for BHT

Ekspertgruppen har lagt mye arbeid i å være i dialog med BHT-bransjen. Det har i dette arbeidet vært krevende å finne en samlet stemme for bransjen, og virkelighetsbeskrivelsen og utfordringsbildet har variert i betydelig grad avhengig av hvem man har snakket med. Ekspertgruppen mener det er en utfordring at bransjen i dag ikke har en felles stemme og et kontaktpunkt, all den tid den er et hovedvirkemiddel for arbeidsmiljømyndighetenes arbeid og derfor opererer i et marked hvor alle parter er tjent med dialog og oppfølging. Gjennom et samspill med Arbeidstilsynet og STAMI og andre aktører på feltet, kan en bransjeforening bidra med kvalitetsutvikling på arbeidsmiljøområdet.

Per i dag er det ingen som snakker for bransjen som helhet, og bransjen kan fremstå som til dels fragmentert og til en viss grad uoversiktlig. Et lite mindretall BHT-er er organisert i NHO Service og Handel, og andre BHT-er er organisert i Hovedorganisasjonen Virke, men først og fremst som arbeidsgivere. I tillegg finnes det profesjonsforeninger som søker å samarbeide, innenfor yrkesgruppene ergonomi, yrkeshygiene, bedriftssykepleie og arbeidsmedisin. Det mangler imidlertid et organ med fullmakt og kompetanse til å representere bransjen på strategisk nivå, særlig sett opp mot dialog med myndighetene.

4 Ekspertgruppen ser behovet for at det etableres en uavhengig interesseorganisasjon med fullmakt til å representerer BHT-bransjen. Hovedbegrunnelsen for en bransjeorganisasjon slik ekspertgruppen ser det, er særlig behovet for en forening som kan påse at BHT-ene har en bedre samfunnsmessig tilnærming i tjenesteleveransen. Etter det ekspertgruppen erfarer, peker mange av aktørene i bransjen i dag på hverandre når det gjelder fokuset på kjerneoppgaver versus tilleggstjenester. Det hevdes at man indirekte tvinges til å tilby tilleggstjenester for å vinne anbudskonkurranser siden andre aktører gjør dette. Dette uthuler formålet med ordningen og reduserer samfunnsnyten. Over tid vil dette bidra til å svekke markedsposisjonen til alle i aktører i bransjen, all den tid man operer i et pseudoregulert marked som betinger fokus på kjerneoppgavene. Sviktende fokus i bransjen legitimerer spørsmål om nytteverdien av hele BHT-systemet i en lovpålagt variant. På denne bakgrunn synes det som det kan være behov for en organisasjon som arbeider aktivt for at aktørene i fellesskap kan utarbeide en forpliktende og felles kurs samt strategi på dette området.

Det er ikke opp til ekspertgruppen å beskrive nærmere hvordan en slik forening bør etableres og hvilken form, omfang eller funksjon den skal ha, utover å påpeke et opplagt behov. Dette bør bransjen selv vurdere å ta initiativ til. Et hovedformål bør imidlertid være å sikre en utvikling av bedriftshelsetjenesten som en faglig og mest mulig nyttig aktør i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Foreningen kan for eksempel utarbeide etiske regler for bransjen, samt retningslinjer som kan bidra til sikre en klar oppfyllelse av samfunnsoppdraget. Foreningen kan videre arbeide for å øke bestillerkompetansen hos kundene i tråd med formålet med ordningen, gjennom å utarbeide standardkontrakter og veiledere knyttet til innkjøp av BHT-tjenester.

13.5.4 Forslag til ulike varianter av en lovbasert BHT-modell

13.5.4.1 Innledning

Det fremgår av ekspertgruppens mandat at det fortsatt bør stilles krav om at virksomhetene må innhente veiledning i arbeidsmiljøarbeidet når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Dette kan som ekspertgruppen har redegjort for ivaretas på ulike måter gjennom forskjellige modeller, hvor forskjellige varianter av en lovbasert modell etter ekspertgruppens syn utgjør den beste tilnærmingen til en effektiv og treffsikker ordning. Det presiseres at det er et stort handlingsrom innenfor ulike lovbaserte ordninger, og utformingen vil påvirke omfanget og innretningen på tjenesten.

Ekspertgruppen presiserer at det er mange muligheter for å kombinere virkemidlene i lovbaserte varianter og at bildet langt fra er statisk. Ekspertgruppen vil i det følgende skissere tre forskjellige varianter med ulik innretning og virkemiddelbruk. Det er forsøkt å utarbeide og tilpasse varianter slik at de svarer på svakhetene med dagens ordning som ekspertgruppens arbeid har avdekket, og med bakgrunn i at ekspertgruppen ikke har funnet ordninger i andre land som fungerer bedre enn den norske. Det foreligger derfor et godt utgangspunkt for ytterligere forbedringsarbeid, noe som også er ekspertgruppens begrunnelse for å bygge videre på en lovbasert modell. Ekspertgruppen har hatt som utgangspunkt

for alle ordningene at tjenesteomfanget ikke skal overstige dagens nivå, og snarere gjennom å presisere og spisse ordningen kunne bidra med mer kostnadseffektive tjenester i virksomheter som i dag prioriterer arbeidsmiljøarbeidet.

De tre variantene som ekspertgruppene presenterer er:

- Variant A (Frivillig ordning med bistand fra kompetent aktør)
- Variant B (Dynamisk ordning)
- Variant C (Virksomhetstilpasset generell ordning)

13.5.4.2 Variant A (Frivillig ordning med bistand fra kompetent aktør)

13.5.4.2.1 Virkemidler

KUNNSKAPSBASERT RISIKOARBEID I DEN ENKELTE VIRKSOMHET

En mulig lovbasert ordning kan baseres på at plikten til å knytte seg til en BHT utløses på virksomhetsnivå, snarere enn gjennom en bransjeforskrift som i dag. Det vil i en slik ordning være viktig at virksomhetene får kunnskap om og aktivt bruker myndighetenes kunnskapsgrunnlag, herunder det nasjonale faktagrunnlaget som NOA ved STAMI utarbeider. NOAs kvalitetssikrede arbeidsmiljøindikatorer dekker ulike forhold i norsk arbeidsliv som ekspone- ring, risikoforhold, beskyttende faktorer, arbeidsrelaterte helseplager og sykdom, arbeids- skader og demografiske utviklingstrekk. Dette faktagrunnlaget utarbeides i samarbeid med Arbeidstilsynet, og partene er også involvert i utarbeidelsen av dette.

FORMKRAV TIL RISIKOARBEIDET

I en frivillig ordning hvor virksomhetene selv vurderer om de har risikofaktorer som tilsier bistand fra BHT, bør det i regelverket fastsettes et tydeligere krav til hva en risikovurdering skal inneholde. Videre hvordan denne skal gjennomføres og dokumenteres, noe som vil kunne variere fra bransje til bransje. Det bør være krav om hvor ofte risikovurderinger skal gjennomføres, for eksempel hvert tredje år i tråd med NOAs revisjon av kunnskapsgrunn- laget for arbeidsmiljøarbeidet. Dette kan for eksempel gjøres ved å revidere og revitalisere internkontrollforskriften.

PARTSSAMARBEID

Et virkemiddel som kan støtte opp under et godt risikoarbeid i virksomhetene er om det opprettes bransjeråd i form av nettverk som kan gi HMS-rådgivning til virksomheter som har behov for det. Bransjerådene kan for eksempel utarbeide bransjerelaterte risikoveiledninger basert på kunnskapsgrunnlag innen arbeidsmiljø som NOA utarbeider. Bransjerådene bør organiseres av arbeidsgiverorganisasjonene, gjerne i samarbeid med arbeidstakerorganisa- sjonene. Disse nettverkene bør også kunne benyttes av virksomheter som ikke har BHT.

I Norge er det etablert treparts bransjeprogrammer i renhold, uteliv og for deler av trans- portbransjen mellom myndighetene og partene i arbeidslivet. Formålet er å fremme bedre arbeidsforhold i utsatte bransjer. I byggenæringen er det også etablert et trepartssamarbeid for å få ned antall ulykker i næringen. Prosessen munnet ut i «HMS-Charter for en skadefri bygge- og anleggsnæring» som ble signert i 2014. Det er også samarbeid mellom myndig- heter og partene om tiltak innen helse, -miljø og sikkerhet som har som mål å bidra til en sikker petroleumsnæring. Ekspertgruppen viser til at det kan vurderes om også BHT kan kobles inn i disse programmenes forebyggende arbeidsmiljøarbeid.

Ser man til de danske bransjerådene, er disse partssammensatt og ledervervet går på omgang. Veiledningsmateriale som utarbeides forelegges for Arbeidstilsynet, slik at de kan kvalitetssikre at materialet er i tråd med gjeldende regelverk. Dette innebærer at det er en

viss myndighetspåvirkning i risikoveiledningene som virksomhetene får råd om. I Danmark får bransjerådene statlig støtte. Ekspertgruppen tenker ikke at det skal gis statlige tilskudd til bransjeråd i Norge.

RAPPORTERINGSPLIKT MV.

På bakgrunn av at ordningen er frivillig, bør det stilles noen særskilte dokumentasjonskrav. For det første bør det stilles krav om at virksomhetene kan dokumentere at det er gjennomført en risikovurdering, og at dette kan fremlegges for Arbeidstilsynet i forbindelse med tilsyn. Virksomhetene bør dessuten pålegges å registrere i Altinn når de har gjennomført en risikovurdering, slik at de kan dokumentere at det ikke er behov for å knytte seg til en BHT. Virksomheter som ikke registrerer at det er foretatt en risikoanalyse vil automatisk få pålegg fra Arbeidstilsynet om å knytte seg til en BHT. I tillegg bør samtlige BHT-er pålegges å registrere sine kundeforhold i Altinn. På denne bakgrunn vil Arbeidstilsynet kunne koble sammen virksomhetenes registreringer knyttet til risikovurderinger og BHT-enes registrering av kundeforhold. Denne oversikten og vil kunne effektivisere Arbeidstilsynets tilsynsstrategi.

ØKT TILSYNSAKTIVITET

En frivillig ordning på virksomhetsnivå forutsetter at myndighetene følger opp med økt tilsynsaktivitet. Arbeidstilsynet bør antakelig gjennomføre årlige tilsyn med BHT-plikten for å sikre at virksomhetene faktisk prioriterer det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Økt tilsynsaktivitet vil føre til at mange virksomheter risikerer å få pålegg om å knytte seg til en BHT. Arbeidstilsynet vil kunne benytte seg av registerinformasjon fra Altinn som viser hvilke virksomheter hvor BHT bistår med risikovurderinger og hvilke virksomheter som ikke bruker BHT.

13.5.4.2.2 Vurdering

TILLITSBASERT ORDNING

Dette er en ordning med stor tiltro til virksomhetenes evne og vilje til å sikre et godt arbeidsmiljø. Det er en utpreget tillitsbasert ordning, med liten grad av byråkrati. En BHT-ordning på virksomhetsnivå vil være forenklede ved at bransjeforskriften bortfaller, og virksomhetene vil få færre regler å forholde seg til.

Fordelen med en ordning på virksomhetsnivå er at den enkelte arbeidsgivers ansvar for det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet tydeliggjøres. Arbeidsgiver skal ikke kunne lene seg tilbake og argumentere med at man er en del av en «risikofri» bransje, hvor det ikke er nødvendig med kartlegginger og risikovurderinger. En frivillig ordning på virksomhetsnivå hviler tungt på at det gjennomføres kvalitativt gode risikovurderinger og oppfølgende forebyggende tiltak i virksomheten. Dette innebærer at de som kan dokumentere at de er i stand til dette på egenhånd, ikke får en plikt til å knytte seg til en BHT. Alle andre virksomheter får en BHT-plikt.

En mulig utfordring knyttet til en frivillig ordning på virksomhetsnivå er forståelsen av begrepene risiko og risikohåndtering. Slik ekspertgruppen ser det mangler mange virksomheter bestillerkompetanse på det forebyggende arbeidsmiljøområdet, og også kompetanse både på risikoforhold og kunnskapsbaserte tiltak med forebyggende effekt. Dette blir kritisk i et arbeidsmarked med en stor overvekt av små virksomheter. Dette er et forhold som indikerer at behovene for bistand på feltet vil bli stort, og at det i hovedsak er større virksomheter med egne HMS-avdelinger som denne varianten i hovedsak vil treffe best. Det er derfor

en mulighet for at denne varianten vil kunne utvikle seg til en mer omfattende og dyrere ordningen enn dagens ordning.

FLEKSIBEL BRUK AV RÅDGIVNINGSTJENESTER

I en ordning med BHT på virksomhetsnivå vil arbeidsgivere stå friere til å vurdere hvilken kompetanse som er nødvendig i det konkrete forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Virksomhetene kan i stedet bygge opp interne HMS-enheter som bidrar i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, og de kan få bistand fra eventuelle bransjeråd. Det bør poengteres at interne HMS-enheter og bransjeråd ikke vil ha den samme frie og uavhengige stillingen som BHT-ene. Slike bransjeråd vil dessuten kun bistå det organiserte arbeidslivet da det er arbeidsgiverorganisasjonene som bør stå bak opprettelsen. Ordningen vil dermed ikke være så treffsikker sett hen til den reelle risikoen i arbeidslivet.

En annen ulempe i en slik ordning er at det ikke bygges opp en trygg, tillitsbasert og langvarig relasjon mellom virksomhetene og BHT. Det vil kunne føre til en utvikling der BHT-bransjen får et mer konsulenttjenestepreg, ved at arbeidsgivere kun kjøper inn tjenester ved konkrete behov. Dette er mekanismer som vil kunne dra BHT-ene i retning av tilleggstjenestefokus som markedsstrategi. BHT-ene vil kunne miste langvarig kjennskap til og kunnskap om virksomheten, og miste et verdifullt kunnskapsgrunnlag som basis i sitt rådgivningsarbeid.

POTENSIAL FOR MINDRE FOREBYGGING

En mulig konsekvens av en frivilling ordning er at færre virksomheter vil knytte til seg en BHT. Dette ble som tidligere nevnt erfaringen i Danmark. Det er vanskelig å si noe sikkert om hvor mange virksomheter som vil utvikle bruken av BHT dersom de ikke lenger skal ha BHT-plikt. SINTEF-rapporten fra 2016 gir likevel et anslag. Der oppgir 21 prosent av virksomhetene at de helt sikkert ville hatt BHT selv om det ikke var pålagt, mens 45 prosent sier de sannsynligvis ville hatt det. 25 prosent sier de sannsynligvis eller helt sikkert ikke ville hatt BHT om det ikke var pålagt. Det er imidlertid etter ekspertgruppens syn god grunn til å ikke legge for stor vekt på disse tallene. Man bør heller legge til grunn de danske erfaringene. Bransjeforeningen for arbeidsmiljørådgiverne i Danmark ga klart uttrykk for at deres medlemmer nå opererer i et svært krevende marked langt under kritisk nivå. En mulig fordel med en slik variant er likevel at virksomheter med BHT-plikt i dag, og som i kraft av egen kompetanse har god kontroll på både risiko og håndteringen av denne, slipper unødige kostnader ved BHT-plikt eller feil innretning på tjenestene.

ØKT TILSYNSBEHOV TILSIER EN KOSTBAR ORDNING

Det er også viktig å være klar over at det er krevende for virksomhetene å foreta risikovurderinger, og at det er en viss mulighet for at dette arbeidet ikke vil bli prioritert. Det er også en risiko for at enkelte virksomheter vil melde til Altinn at en risikovurdering er gjennomført, uten at dette gjenspeiler reelle forhold. Økt tilsyn fra Arbeidstilsynet vil være et viktig virkemiddel, og fungere som et «ris bak speilet» i en frivillig ordning. Etableringen av bransjeråd ville kunne redusere tilsynsbehovet noe, da disse rådene trolig ville kunne bidra til et større omfang av forebyggende arbeidsmiljøarbeid ute i virksomhetene.

Da den danske BST-ordningen på 2000-tallet ble lagt om til en mer markedsbasert ordning med arbeidsmiljørådgivning, supplert med et påbudsbasert system der Arbeidstilsynet på visse vilkår kunne gå inn og pålegge bruk av arbeidsmiljørådgivning når arbeidsgiver ikke gjorde dette på eget initiativ, var det en forutsetning for at ordningen skulle fungere at den ble fulgt opp fra myndighetshold. Det ble bevilget betydelige økonomiske midler over flere

år for å styrke det danske Arbeidstilsynet. Dette ble ansett nødvendig for å sikre at virksomhetene som faktisk trengte bistand fikk det. Etter en årrekke opphørte denne tilleggsbevilgningen til Arbeidstilsynet, noe som førte til at andelen virksomheter med tilknytning til arbeidsmiljørådgivere gikk sterkt tilbake. På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at en BHT-løsning med risikovurdering på virksomhetsnivå vil kunne ha behov for styrket tilsyn og økte bevillinger for å kunne fungere tilfredsstillende. Økt tilsynsaktivitet behøver nødvendigvis ikke innebære at man gjør tilsyn i alle virksomheter, slik det ble gjort i Danmark. Det er mulig å utforme en tilsynsstrategi som retter seg mot de bransjer og virksomheter som har størst risiko. Det er imidlertid etter ekspertgruppens syn en klar ulempe at ordningen forutsetter omfattende tilsynsvirksomhet fra Arbeidstilsynets side. Økt tilsynsaktivitet innebærer også et kostnadselement som i praksis vil kunne gjøre ordningen langt dyrere enn de øvrige utarbeide variantene av lovbaserte ordninger.

13.5.4.3 Variant B (Dynamisk ordning)

13.5.4.3.1 Virkemidler

DYNAMISK BRANSJEFORSKRIFT

Plikten til BHT vil i denne varianten gjelde i noen utpekte bransjer som omfattes av en bransjeforskrift. Det kommer stadig ny kunnskap om arbeidsmiljø. Det bør derfor foretas jevnlige revisjoner av hvilke bransjer som skal ha plikt til BHT. På en slik måte åpnes det for at virksomheter kan fritas for plikten når risikoforholdene tilsier det, mens andre vil kunne få BHT-plikt dersom risikoutviklingen går i den retning. Det bør utarbeides en bestemmelse i forskriften om organisering, ledelse og medvirkning § 13-1 som sikrer at det foretas en revisjon av hvilke bransjer som omfattes av BHT-plikten hvert sjette år. Revisjon bør skje i takt med utarbeidelse av NOAs faktagrunnlag. Ansvar for forskriftsarbeidet kan tillegges Arbeidstilsynet med bistand fra STAMI.

INVOLVERING AV ARBEIDSLIVETS PARTER

Det vil være naturlig å trekke inn partene i en revisjonsprosess av bransjeforskriften. Partene kan involveres i arbeidet via Rådet for Arbeidstilsynet, som er et råd hvor partene og myndighetene samarbeider om sentrale arbeidsmiljøspørsmål. Partene er også representert i STAMIs fagråd, hvor de gir innspill til utarbeidelse og omtale av det nasjonale faktagrunnlaget på arbeidsmiljøområdet. Rådet for Arbeidstilsynet er den naturlige arenaen for å diskutere grunnlaget for revisjonen av bransjeforskriften. Arbeidet bør ses i sammenheng med utviklingen i arbeidslivet samt løpende kunnskapsutvikling og tilsynserfaringer knyttet til risiko i ulike bransjer. Åpenhet om dette arbeidet er viktig. Det innebærer at vurderingene som ligger til grunn for de bransjene som har, eller får, BHT-plikt er transparente.

STANDARDKONTRAKTER OG SPESIFISERTE FAKTURAER

I en slik ordning bør det være en veiledende anbefaling at det inngås BHT-kontrakter for en periode på mellom tre til seks år for å sikre tilstrekkelig gode og tillitsbaserte relasjoner mellom BHT og virksomhetene. Dette gir BHT-ene reell mulighet til å opparbeide seg mer finmasket kunnskap om risikoforholdene i virksomhetene. Det bør utarbeides standardkontrakter som bidrar til å sikre at BHT-ene fokuserer på kjerneoppgaver utløst av kvalitets-sikret vurdert risiko, med minst mulig fokus på tilleggstenester. Det kan også i en slik modell stilles krav om spesifiserte fakturaer for å tydeliggjøre kjerneoppgavene til BHT og hva kostnadene til disse utgjør.

FORENKLET TILSYN

BHT-ene bør også i en slik ordning pålegges en rapporteringsplikt om sine kundeforhold i Altinn. Dersom denne rapporteringen effektivt utføres av BHT-ene, noe som kan ha

stordriftsfordeler, vurderes dette tiltaket å ikke utgjøre noen vesentlig arbeidsbyrde for BHT-ene. Det vil dermed heller ikke virke fordyrende for kundene. På denne bakgrunn kan Arbeidstilsynet få kunnskap om hvilke virksomheter som ikke har BHT-tilknytning, og ut fra dette velge ut tilsynsobjekter i bransjer med vurdert risiko. BHTs lister over kundeforhold i Altinn vil kunne sammenholdes med oversikter over virksomheter som har BHT-plikt etter forskriften. Tilsynet vil kunne få oversikt over hvilke virksomheter som ikke oppfyller BHT-plikten. Det kan også innføres krav om «egenerklæring» fra BHT i Altinn, hvor BHT registrerer bistand knyttet til risikovurdering og risikoreduserende tiltak som er gjennomført hos kunden. Dette kan gi et grunnlag for Arbeidstilsynets tilsynsarbeid, selv om ekspertgruppen ikke anbefaler dette.

13.5.4.3.2 Vurdering FLEKSIBEL ORDNING

Dette er en ordning som harmonerer godt med arbeidsmiljølovgivningens filosofi om risiko-basert arbeidsmiljøarbeid. Det er en dynamisk, fleksibel og kunnskapsbasert ordning som revideres i samråd med partene i arbeidslivet. Fordeler med denne løsningen er at den kan bidra til at flere som reelt sett har behov for BHT og som har en plikt, faktisk i større grad enn i dag knytter til seg en BHT. Videre vil de som er vurdert på bransjenivå til ikke å trenge bistand fra BHT, slippe å knytte seg til en BHT med mindre de på individuelt grunnlag er vurdert å inneha et slikt risikopotensial. Det er likevel en viss mulighet for at virksomheter som ikke omfattes av forskriften om BHT-plikt vil oppfatte ordningen slik at de ikke har behov for å arbeide forebyggende med arbeidsmiljøet. Dette er tilsvarende som i dag.

En svakhet med dagens bransjeforskrift er at den i praksis er blitt statisk. Mange av ekspertgruppens informanter har gitt uttrykk for at det er lite rom for diskusjoner knyttet til å revidere forskriften utover et utvidelsesperspektiv. En annen ulempe er at det faglige grunnlaget for inkludering i bransjeforskriften ikke er godt dokumentert. Eksempelvis utarbeider Arbeidstilsynet i dag sitt risikobilde på en mye mer kvalitetssikret måte på basis av overvåkingsmateriale fra NOA ved STAMI. Denne arbeidsformen var ikke etablert da bransjeforskriften ble revidert i 2010. I dag ligger det derfor mye bedre til rette for en bedre faglig prosess knyttet til dynamisk revideringen av bransjeforskriften. En slik revidering kan skje i takt med utviklingen i norsk arbeidsliv, og med en bedre harmonisering med Arbeidstilsynets prioriteringer som en betydelig merverdi.

ØKT FOKUS PÅ KJERNEVIRKSOMHET

En fordel med ordningen er at den kan bidra til å sikre at BHT i større grad enn i dag arbeider etter intensjonen med ordningen. I dag føres det i liten grad kontroll med hva BHT-ene faktisk bidrar med ute i virksomhetene, og BHT-ene og deres kunder er vist stor tillit knyttet til innholdet i tjenestene. Ekspertgruppen vurderer at mye av bakgrunnen for misnøyen med dagens ordning er knyttet til enkelte BHTs innretning på tjenestetilbudet i retning av generelle og individrettede tilleggstjenester på bekostning av virksomhetsspesifikt forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Dette har vært spesielt utfordrende for små virksomheter i enkelte bransjer, virksomheter som har begrenset bestillerkompetanse. Frisørbransjen er en av de bransjene som ofte er blitt nevnt i denne sammenhengen. En tydeligere innretning på tjenestene vil kunne bidra til en mer hensiktsmessig arbeidstilnærming. Forslaget om at det innføres standardkontrakter og spesifiserte fakturaer for å tydeliggjøre kjerneoppgavene til BHT vil kunne bidra konstruktivt. I tillegg vil standardkontrakter kunne føre til økt fokus på kjerneoppgaver, noe som vil bidra til et lavere volum på tjenestene hos virksomheter som arbeider godt med interne arbeidsmiljøforhold. Det samme vil gjelde i tilfeller hvor

risikoutløst BHT-plikt på bransjenivå utløst utløser BHT-plikt i virksomheter der det ikke er et særskilt behov for dette.

Ekspertgruppen vurderer at slike forhold, i kombinasjon med et utvidet mandat for Godkjenningssenheten til å kontrollere aktivitetene i BHT-ene, vil være enkle og svært viktige grep for å sikre at BHT-enes innretning er i tråd med intensjonene.

MER EFFEKTIVT TILSYN

Per i dag anslås det at om lag 25 prosent av virksomhetene som er omfattet av påbudet om å ha BHT ikke oppfyller plikten. Rapporteringer fra BHT til Altinn vil kunne sikre et enklere og mer effektivt arbeid for Arbeidstilsynet. Dette kan også innebære lavere tilsynsbyrde for virksomheter som benytter BHT på en god måte.

MULIGE UTILSIKTEDE KONSEKVENSER

En ulempe ved ordningen er at Arbeidstilsynet vil kunne få et utvidet ansvar ved å bli mottaker av omfattende informasjon om potensielt manglende utført risiko- og forebyggingsarbeid. Her bør det utredes nærmere hvilke ansvarsbetingelser dette innebærer for tilsynet. Dette ville i så fall være en utilsiktet og uønsket effekt.

13.5.4.4 Variant C (Virksomhetstilpasset generell ordning)

13.5.4.4.1 Virkemidler

ENKEL HOVEDREGEL

En løsning med BHT-plikt for hele arbeidslivet vil være forvaltningsmessig enkel å håndtere. Ved en full utbygging vil plikten til å ha BHT gå fra dagens nivå på dekning for 60 prosent til 100 prosent av den norske arbeidsstokken. Antall arbeidstakere som får tilgang til BHT vil øke fra om lag 1,5 til om lag 2,7 millioner arbeidstakere. En slik løsning kan blant annet begrunnes med tilstedeværelse av risiko i alle virksomheter, for eksempel knyttet til psykososiale- og organisatoriske forhold. BHTs kjerneoppgaver vil dessuten kunne utvides noe mer enn i dag uten å virke konkurransevridende. BHT-ene kunne bistå med tjenester knyttet til samfunnsmessige viktige mål, som eksempelvis generell sykefraværsoppfølging, tilrettelegging og inkludering og rusproblematikk mv. Dette er imidlertid oppgaver som også kan tenkes overlatt til andre aktører som NAV, Arbeidslivssentrene eller liknende. BHT-ene bør også i denne ordningen pålegges å rapportere i Altinn om kundeforhold og årlige gjennomførte risikovurderinger.

BEHOV FOR UNNTAK

Det er i en slik ordning behov for en unntaksregel for virksomheter som ikke har risikoutfordringer som tilsier BHT-plikt. En mulighet er en generell unntaksregel som lar alle virksomheter med under tre ansatte unntas fra BHT-plikt. Alternativt kan man lage en stegvis ordning, med en tilnærming som innebærer at virksomheter som kan dokumentere at de jobber godt med HMS, og som har vurdert håndterbar risiko, skal kunne slippe å ha BHT. Eventuelt at disse kun skal benytte BHT til å dokumentere at de ikke har et løpende behov for BHT. En slik løsning kan ha en innretning som sikrer bistand fra BHT i en kortere periode, eksempelvis en treårsperiode. Virksomheter med større behov må ha løpende, virksomhetstilpassede tjenester. Virksomheter som velger å benytte BHT gjennom god dokumentasjon av ikke-eksisterende behov, eller velger å ha en stegvis løsning bør registrere dette hos Arbeidstilsynet gjennom Altinn.

En slik meldeplikt gjennom Altinn kan tenkes gjennomført på ulike måter:

- Virksomheten vurderer selv om arbeidsmiljøforholdene tilsier fritak fra BHT-plikten, melder om dette selv, og bekrefter at de har utarbeidet god dokumentasjon som bygger opp under dette arbeidet.
- BHT har vurdert risikoforholdene i virksomheten og sett at de håndteres tilfredsstillende. Som en konsekvens av dette skal BHT ikke bidra med videre rådgivning i virksomheten. BHT melder dette på vegne av virksomheten.
- BHT vurderer at det er behov for bistand for å følge opp risikoforhold i virksomheten og registrerer i Altinn at BHT-tjenestene vil være løpende som dagens standard.
- BHT fastslår at det er risikoforhold i virksomheten, men at virksomheten ikke ønsker bistand, med den konsekvens at BHT trekker seg ut. Det kan i slike situasjoner vurderes om BHT bør pålegges en tilleggsplikt om å varsle direkte til Arbeidstilsynet om manglende risikoarbeid.

LANGE KONTRAKTSLØP OG SPESIFISERTE FAKTURAER

Det er viktig med gode og tillitsbaserte relasjoner over tid for å kunne arbeide godt med det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Ordningen bør derfor ha en anbefaling om en kontraktssyklus på eksempelvis fem år. Ved hver ny kontraktsinngåelse bør det foretas en ny risikovurdering fra BHTs side. Det bør være fakturaer hvor tjenester knyttet til kjernevirksomhet blir spesifisert. BHT skal kun fakturere for det arbeidet som faktisk gjøres i virksomheten.

13.5.4.4.2 *Vurdering*

En generell ordning med en hovedregel om at alle virksomheter skal ha BHT-plikt, vil kunne gi en signaleffekt om at arbeidsmiljøarbeid er viktig for alle virksomheter. Med en slik ordning vil det være mulig å ratifisere ILO-konvensjon nr. 161, som enkelte av ekspertgruppens informanter har vært opptatt av. Ekspertgruppen har vurdert ulike forslag til stegvise løsninger for å sikre en viss fleksibilitet i BHT-plikten, og det finnes mange slike muligheter. På den ene siden kan man se for seg at muligheten til å slippe BHT, eller til å ha syklisk tilknytning til BHT, kan virke motiverende for virksomhetenes HMS-arbeid. På den annen side viser rapporten fra Ipsos over kostnader knyttet BHT-bruk at disse tross alt er relativt begrenset. Medianen er på om lag kroner 1 200 per ansatt. Sett opp mot andre ansattutgifter eller goder som virksomheter velger å prioritere, eksempelvis private helseforsikringer, fremstår likevel ikke kostnadene knyttet til BHT som høye. Når forskningsbasert kunnskap også viser at det er lønnsomt for virksomhetene å prioritere arbeidsmiljøarbeid, virker en sammenheng mellom økt motivasjon for prioritet av arbeidsmiljøarbeid knyttet til en mulighet for å slippe BHT som et relativt svakt insitamant.

UNØDIG OMFATTENDE ORDNING

Dette er en ordning som etter ekspertgruppens vurdering vil bli omfattende sammenliknet med dagens system. Det vil genereres et dokumentasjonsbehov hos virksomheter med lav arbeidsmiljørisiko som i dag er bransjer uten BHT-plikt. Selv med en stegvis ordning, som vil være krevende å administrere og kontrollere, vil dette være en fordyrende løsning sammenliknet med dagens ordning og behovene i norsk arbeidsliv.

Det nasjonale kunnskapsgrunnlaget på arbeidsmiljøområdet tilsier ikke at det er grunnlag for å pålegge alle virksomheter i Norge en BHT-plikt. Tvert imot vil en generell BHT-plikt med en dokumentasjonsbyrde knyttet til fritak eller et stegvis, redusert tjenesteløp kunne drive innretningen mot flere tilleggstjenester. Særlig i virksomheter med lave forebyggingsbehov og som ikke finner det hensiktsmessig å dokumentere at virksomheten ikke har behov for

BHT-bistand, vil dette kunne bli utfallet. De mange små virksomhetene i Norge sannsynliggjør ytterligere et slikt mulig scenario, noe som kan uthule BHT-ordningen.

Det er videre slik at den norske fastlegeordningen ikke tilsier et behov for en så omfattende bedriftshelsetjeneste, sammenliknet med andre land som ikke har en fastlegeordning, som eksempelvis Finland.

ENKEL HOVEDREGEL MEN KOMPLISERT UNNTAKSREGEL

Fordelen med ordningen er at den på den ene siden er relativt enkel å administrere, da det ikke er behov for å utforme og vedlikeholde en forskrift med BHT-plikt på bransjenivå. Bransjeforskriften kan dermed oppheves. En mulig begrunnelse for en generell ordning er at alle virksomheter har risiko for arbeidsmiljøutfordringer. Det kan enkelt gjøres unntak for de helt små virksomhetene som opplagt vil kunne ha praktiske problemer med å etterleve dokumentasjonskravene for fritak. Dette kan gjøres ved å utforme en unntaksregel for virksomheter med tre ansatte eller færre. Ekspertgruppen viser til at det imidlertid ikke finnes godt faglig grunnlag for lavere arbeidsmiljørisiko i små virksomheter, snarere tvert om. En slik generell unntaksregel vil dermed ikke være å anbefale.

En stegvis tilnærming hvor de som kan dokumentere fullt ut forsvarlige arbeidsmiljøforhold i virksomheten får fritak, vurderes som en bedre løsning. Dette er imidlertid også et system hvor det vil være ressurskrevende å følge opp, også i form av potensielt betydelig økt behov for ressurser fra myndighetene.

I tillegg vil det kreve ressurser knyttet til at virksomheter på en kvalitetssikret måte kan dokumentere overfor myndighetene at de arbeider i tråd med god praksis og at risikoforholdene i virksomheten er på et nivå som tilsier ingen eller et lavt behov for BHT-bistand. I et slik perspektiv kan man vise til det danske systemet hvor myndighetene har utarbeidet risikoguiden og sjekklister som virksomhetene skal forholde seg til i det forebyggende arbeidet. Det norske NOA-systemet legger godt til rette for en slik tilnærming på en dynamisk måte, men vil være ressurskrevende å følge opp. En annen mulig begrensning er imidlertid at godt forebyggende arbeidsmiljøarbeid bør utvikles på grunnlag av reell risiko på virksomhetsnivå, og at bransjetilnærminger kan ha opplagte svakheter sett opp mot dette. Det er kompetansekrevende å gjøre slike vurderinger på virksomhetsnivå.

I lys av arbeidsmiljøstandarden i Norge vil det potensielt være mange virksomheter som kvalifiserer til et stegvis og redusert BHT-løp, og det vil antakeligvis nedlegges mye ressurser i dokumentasjon av dette for virksomheter som i dag ikke er omfattet av BHT-plikt. Dette vil kreve unødig tid og ressurser hos virksomhetene. Ekspertgruppen vil ikke anbefale en slik ordning.

13.5.5 Oppsummerende vurdering av BHT-modeller og varianter

Det følger av ekspertgruppens mandat at den skal drøfte flere mulige innretninger for BHT-modeller, og at dette kan være et grunnlag for videre drøftinger mellom departementet, partene i arbeidslivet og eventuelt andre interessenter. Videre er det et ønske om et enklere og mer effektivt system, som også skal være fremtidsrettet og egnet for å kunne ivareta fremtidige behov i et skiftende arbeidsliv.

Ekspertgruppen har lagt til grunn at det er godt dokumentert at forebyggende arbeidsmiljøinnsats, såfremt den er behovsprøvd, kunnskapsbasert og systematisk innført, er kostnads effektivt både for virksomheter og samfunnet. Videre er det lagt til grunn at det fortsatt er

et betydelig potensial for ytterligere forebyggende arbeidsmiljøinnsats i norsk arbeidsliv. En siste forutsetning som har preget ekspertgruppens vurderinger er at dagens BHT-ordning fremstår som en av de mest vellykkede ordningene i et internasjonalt perspektiv, og at den heller ikke fremstår som urimelig dyr.

Ekspertgruppen ser likevel tydelig at innretningen på ordningen i Norge har et betydelig forbedringspotensial knyttet særlig til innretningen på BHT-enes leveranser og tjenestetilbud. Dette gjelder i retning av større fokus på risikoutløste tjenester i tråd med ordningens formål, kundenes bestillerkompetanse og deres forståelse av formålet med ordningen og grunnlaget for hvorfor det foreligger en BHT-plikt, samt bedre koordinering og samspill mellom virkemidlene i ordningen. Det er dessuten et stort behov for bedre tydelighet knyttet til BHT-ordningens formål, innhold og nytteverdi. En revitalisert BHT-ordning bør ha en innretning som søker å rette dette, uten at dette fører til en mer omfattende, krevende eller dyrere ordning.

Ekspertgruppen har gjennomgått og vurdert følgende hovedinnretninger på BHT-modeller:

- Forsikringsbasert
- Partsbasert
- Markedsbasert
- Lovbasert

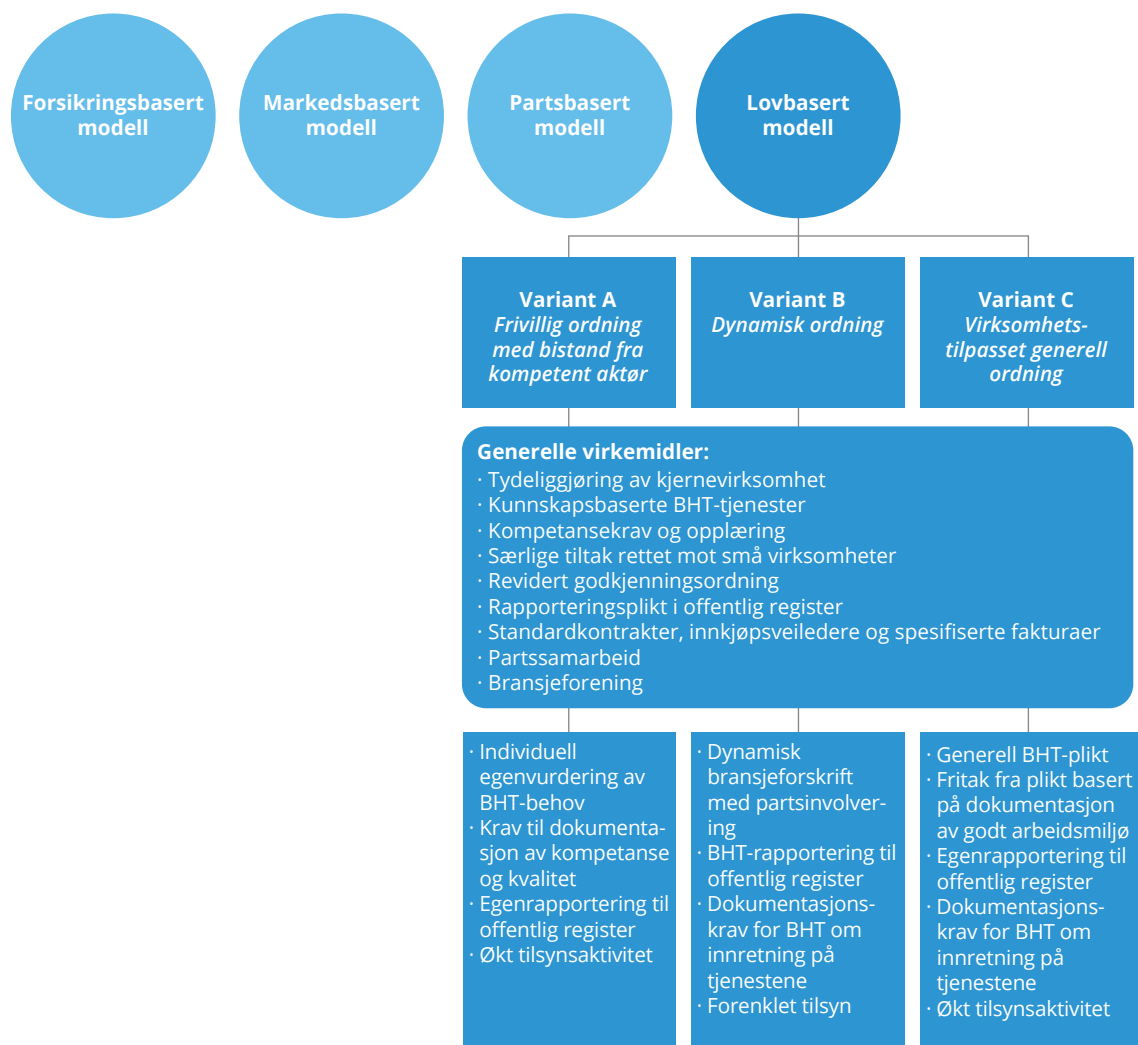
Ekspertgruppen finner at en videreutvikling av en lovbasert modell er det som vurderes å utgjøre den mest treffsikre og attraktive hovedinnretningen på et revitalisert norsk BHT-system. En slik innretning samspiller også best med den øvrige virkemiddelbruken på arbeids- og velferdsområdet i Norge. Det ligger også et betydelig mindre investeringsbehov i det å videreutvikle og optimalisere en lovbasert modell, snarere enn å skifte hovedinnretning på modellen. Det er imidlertid viktig å påpeke at innretningene på hovedmodellene i noen grad kan kombineres, og at den norske BHT-modellen også innehar elementer som er typiske for markedsbaserte modeller. En fortsatt lovbasert tilnærming vil likevel gi et stort handlingsrom knyttet til virkemiddelbruk og nivå på tjenestene, som understøtter myndighetenes intensjon med ordningen.

Norske virksomheter har store fordeler av å kunne ta del i de velutviklede norske velferdsordningene. Dette legitimerer i stor grad at norske myndigheter kan forvente særskilt innsats fra virksomhetenes side i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, og at dette skal skje gjennom bistand fra en kompetent aktør i en lovbasert modell. Ekspertgruppen har med utgangspunkt i en lovbasert tilnærming søkt å belyse tre forskjellige mulige varianter av en lovbasert modell:

- Variant A (Frivillig ordning med bistand fra kompetent aktør)
- Variant B (Dynamisk ordning)
- Variant C (Virksomhetstilpasset generell ordning)

I tillegg er det blitt beskrevet generelle variant-uavhengige virkemidler som det bør vurderes å implementere for å sikre en mer rendyrket og treffsikker BHT som er bedre integrert med de øvrige HMS-tiltakene og –virkemidlene. De fleste av disse generelle tiltakene vurderes som enkle og lite kostnadskrevede. Dette med unntak av tiltaket rettet mot små virksomheter, hvor en realisering av forslaget om en støtteordning til små virksomheter vil utgjøre en betydelig samfunnskostnad som vil måtte veies opp mot gevinstpotensialet. Ekspertgruppen vurderer imidlertid at dette er et tiltak som i et lengre tidsperspektiv vil være samfunnsøkonomisk attraktivt.

Figur 13.2 En skjematisk oppsummering av modeller, varianter og virkemidler som har inngått i ekspertgruppens utredningsarbeid



Kilde: Ekspertgruppen

Alle de tre lovbaserte variantene har som hovedformål å snevre inn det som av flere er blitt oppfattet som en for lite målrettet tjenesteproduksjon blant BHT-ene sett opp mot formålet med ordningen. Det foreligger et betydelig effektiviserings- og forenklingspotensial ved å innrette tjenestene bedre i tråd med formålet bak ordningen, som er å pålegge BHT i virksomheter i spesifikke risikoutsatte bransjer. En slik innstramming vil også i betydelig grad svare på hovedtyngden av kritikken som ekspertgruppen har oppfattet er rettet mot bransjen.

Variant A har som hovedmål å gjøre BHT-ordningen frivillig for de virksomhetene som kan dokumentere at de har svært liten eller fullt ut håndterbar HMS-risiko, mot at disse selv dokumenterer dette overfor myndighetene. De øvrige virksomhetene plikter å knytte seg til en BHT. I utgangspunktet er dette en tillitsbasert og svært attraktiv variant for virksomhetene. Ordningen ville i utgangspunktet medført en betydelig forenkling på regelverkssiden. For at vari-

anten skal medføre en reell forenkling og innsparing, forutsettes det imidlertid at virksomhetene fullt ut er i stand til å gjøre kvalitetsmessige gode vurderinger av dette selv, og at ingen faller for fristelsen til å undervurdere sitt eget forbedringspotensial på arbeidsmiljøsidene. Ekspertgruppen viser til at erfaringer fra andre land hvor man har innført slike tillitsbaserte ordninger taler for at dette ikke er noe man kan forvente. En slik ordning bør derfor følges opp med betydelig økte tilsynsressurser. Dersom formålet om å opprettholde en høy arbeidsmiljøstandard i Norge skal ligge til grunn, vil innsparingene for virksomhetene dekket opp av økte utgifter for myndighetene. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved om variant A i praksis vil medføre en forenkling og en mer effektiv tjenesteinnretning i et helhetsperspektiv.

Variant C innebærer å gi BHT-plikt for alle virksomheter, men med mulighet for unntak. I denne varianten kan regelverket og arbeidet med å vedlikeholde dette, i betydelig grad forenkles ved i utgangspunktet å pålegge alle virksomheter en BHT-plikt. Varianten kan utarbeides på forskjellige måter som sikrer at virksomheter med svært liten eller fullt ut håndterbar HMS-risiko kan få BHT-fritak eller nedskalerte stegvise tjenester. Dette vil imidlertid kreve både et dokumentasjonsarbeid og myndighetskontroll. For å opprettholde et høyt HMS-nivå forutsetter varianten derfor betydelig økte tilsynsressurser. Som for modell A har ekspertgruppen få indikasjoner som tyder på at et stort flertall av norske virksomheter vil være i stand til dette på en kvalitetsmessig god måte. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved om også variant C i praksis vil medføre en forenkling og en mer effektiv tjenesteinnretning i et helhetsperspektiv.

Variant B er den som i størst grad bygger på dagens ordning, men som søker å rette opp i de mangler og den praksis som i størst grad hefter ved denne. Tiltaket om en dynamisk innretning av bransjeforskriften, med partsinvolvering, vil sikre et system hvor BHT-plikt i størst mulig grad er knyttet til myndighetenes risikobilde, og som vil være i takt med utviklingen i arbeidslivet. I kombinasjon med en tydelig innstramming av innretning på BHT-arbeidet mot risikoutløste tjenester, vil selv virksomheter med BHT-plikt, og hvor den reelle risikoen i realiteten viser seg å være liten eller håndtert, kunne redusere ressursene til BHT. Virksomheter i den motsatte enden av skalaen vil kunne få økte utgifter, men samtidig mer treffsikre tjenester. Det er hold i forskningen for at slike virksomheter likevel vil kunne realisere et økonomisk merpotensial dersom de setter inn kunnskapsbaserte tiltak. Denne varianten er den som i størst grad også vil kunne få ut et betydelig merpotensial i kombinasjonen med de øvrige generelle tiltakene som er foreslått i en lovbasert modell. Det ligger svært godt til rette for å kunne foreta denne innstrammingen med relativt enkle virkemidler til lave kostnader for myndighetene. Innsparingene og forenklingene for virksomhetene kan bli betydelige, med størst potensial for de virksomhetene som arbeider best med arbeidsmiljøtiltak.

Variant A, B og C er tre mulige innretninger for en lovbasert modell, og disse er utdypet for å vise kontraster mellom innretningene. Ekspertgruppen påpeker at det finnes et stort antall mulige kombinasjoner. Ekspertgruppens arbeid med å vise til forbedringspunkter, belyse viktige virkemidler og sette sammen kombinasjoner av disse for å søke å skape en mer effektiv og treffsikker BHT-ordning som passer til norske forhold, burde legge godt til rette for departementets videre arbeid på dette området. Det finnes flere kombinasjoner av disse virkemidlene som kan gi enklere og bedre tjenester, først og fremst gjennom bedre treffsikkerhet på det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i tråd med intensjonen med ordningen og den nasjonale målsetningen om å styrke arbeidslinja. Etter ekspertgruppens vurdering vil BHT bli et stadig viktigere virkemiddel i arbeidsmiljøarbeidet, særlig i lys av at Arbeidstilsynet retter mer av sin innsats mot arbeidslivskriminalitet.

13.6 Økonomiske og administrative konsekvenser

I dette kapitlet beskrives ekspertgruppens vurderinger av de forventede økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene.⁹² Det er i beskrivelsene tatt utgangspunkt i de tre ulike variantene av en lovbasert BHT-modell.⁹³

Konsekvensene av de øvrige hovedmodellene (markedsbasert, avtalebasert og forsikringsbasert) er ikke utredet nærmere. Årsaken er at de enten bygger på andre samfunnsmodeller eller at de innebærer behov for vesentlige reformer og administrative tiltak. Slike omfattende endringer synes ikke å stå i forhold til de tross alt begrensede utfordringer dagens ordning har.

Intensjonen bak de foreslåtte tiltakene er å vri aktiviteten over til BHT-tiltak som har dokumentert effekt, unngå at virksomheter uten vesentlig risiko pålegges unødvendige tjenester eller rapportering, samtidig som alle virksomheter med vesentlig risiko fanges opp. Slik kan man redusere kostnadene ved et uhensiktsmessig arbeidsmiljø på en mest mulig kostnads-effektiv måte. Det forventes derfor at virksomhetene selv vil ha fordeler av tiltakene, og at disse vesentlig vil overstige kostnadene.

13.6.1 Virksomheter som er omfattet og antall ansatte

Antall virksomheter og antall ansatte som omfattes av de generelle virkemidlene og de konkrete tiltakene som foreslås, avhenger av hvilken ordning som velges. I dag er det om lag 80 000 virksomheter med 1 500 000 ansatte som er tilknyttet en godkjent BHT.⁹⁴

En frivillig ordning hvor virksomhetene selv velger om de skal knytte seg til en BHT (variant A) forventes å medføre en reduksjon i antall virksomheter med BHT, sammenliknet med dagens situasjon. I en evaluering av BHT-tjenesten svarte 25 prosent av virksomhetene at de sannsynligvis eller helt sikkert ikke ville hatt BHT dersom det ikke var pålagt.⁹⁵ Det er grunn til å tro at dette i særlig grad gjelder mindre virksomheter. I tillegg er det allerede 25 prosent av dem som er pålagt ordningen som ikke har det i dag. Det anslås at om lag 60 000 virksomheter og 1 250 000 arbeidstakere i beste fall vil omfattes av ordningen dersom den blir frivillig. Dette forutsetter en vesentlig styrking av tilsynsvirksomheten fra Arbeidstilsynet. Dersom en slik kontrollvirksomhet ikke opprettholdes over tid, antas det at antall virksomheter vil kunne bli lavere enn 40 000. Dette er erfaringen fra Danmark.

Innføringen av en dynamisk ordning (variant B) forventes i utgangspunktet å omfatte 95 000 virksomheter og 1 600 000 ansatte som i dag. Som følge av de foreslåtte regelmessige revisjonene av bransjeforskriften (forslagsvis hvert sjette år) kan dette endres over tid. Det kan bli en reduksjon i antall berørte ved at virksomheter med lav risiko unntas fra BHT-plikten, eller en økning som følge av at bransjeforskriften utvides til å inkludere flere bransjer. Hvor mange som vil omfattes over tid vil avgjøres av utviklingen i arbeidsmiljøtilstanden på bransjenivå. Det forventes over tid en økt etterlevelse av BHT-plikten, ettersom det vil være enklere å føre tilsyn med virksomheter som ikke har BHT som følge av BHT-enes innrapportering av hvilke virksomheter de betjener. I beregningene er det derfor lagt til grunn 85 000 virksomheter, mot dagens 80 000. Gitt at det trolig er de minste virksomhetene som det er mest problematisk å nå, antas dette å gi en økning i dekningsgrad fra 1 500 000 til 1 550 000 arbeidstakere med BHT.

⁹² For mer informasjon om samfunnsnyttan av BHT vises det til utredning fra Oslo Economics.

⁹³ Ekspertgruppen har fått bistand fra Oslo Economics i dette arbeidet.

⁹⁴ Oslo Economics (2018): Samfunnsnyttan av bedriftshelsetjenesten.

⁹⁵ Mandal R., K. Dyrstad, L. Melby og T. Midtgård (2016): Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge. SINTEF- rapport A27819.

En virksomhetstilpasset generell ordning (variant C) vil i utgangspunktet innebære at alle virksomheter og sysselsatte i Norge omfattes av ordningen. Dette tilsvarer om lag 200 000 virksomheter og om lag 2,6 millioner ansatte.

Mindre virksomheter har andre behov for oppfølging enn de store. Dersom virksomheter med færre enn tre ansatte blir unntatt BHT-plikten, innebærer det at om lag 70 000 virksomheter og anslagsvis 100 000 ansatte fritas i variant C. Dersom tilsvarende ordning innføres i variant B anslås det at 25 000 virksomheter og anslagsvis 35 000 ansatte fritas. I variant A antas det at virksomheter med færre enn tre ansatte i utgangspunktet ikke vil velge å tilknytte seg en BHT.

Som et alternativ under variant C vurderes en unntaksregel i form av en stegvis tilnærming, det vil si at virksomheter som kan dokumentere at de jobber godt med HMS og har vurdert håndterbar risiko, fritas BHT-plikten. Hvor mange virksomheter og ansatte som berøres ved en stegvis tilnærming avhenger av hvordan denne utformes. Som overordnet anslag er det lagt til grunn at man over tid ender i samme situasjon som i variant A, det vil si 60 000 virksomheter, gitt omfattende tilsyn fra Arbeidstilsynet, og færre enn 40 000 dersom kontrollen bortfaller.

Tabell 13.1

	Antall virksomheter	Antall ansatte
Dagens modell	80 000	1 500 000
Variant A (Frivillig ordning med bistand fra kompetent aktør)	60 000	1 250 000
Variant B (Dynamisk ordning)	85 000	1 550 000
– Med unntak for < 3 ansatte	60 000	1 515 000
Variant C (Virksomhetstilpasset generell ordning)		
– Uten unntak	200 000	2 600 000
– Med unntak for < 3 ansatte	130 000	2 500 000
– Stegvis tilnærming (fritak hvis dokumentert HMS-arbeid og håndtert risiko)	60 000	1 250 000

Kilde: Oslo Economics

13.6.2 Tydeliggjøre kjernevirksomheten i BHT

Ekspertgruppen ønsker gjennom forslagene å styrke fokus på kjerneoppgavene innen det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Ekspertgruppen foreslår å endre forskriftsbestemmelser slik at de på en tydeligere måte definerer innholdet i BHT-tjenestene med vekt på primærforebygging. Dette i kombinasjon med ulike tiltak som hever kompetansenivået i virksomhetene og i BHT, samt å styrke Arbeidstilsynet der det anses nødvendig for å få variantene til å virke optimalt.

For virksomheter med lav risiko som mottar omfattende tjenester i dag, inkludert tjenester som ikke er utløst av formålet med BHT-plikten, forventes den direkte BHT-kostnaden i snitt å bli lavere. For virksomheter som får en svært begrenset tjeneste fra BHT i dag, men som har et risikopotensial, forventes kostnaden per ansatt å øke. Det er usikkert hva den samlede effekten vil kunne utgjøre. Som en illustrasjon vil en endring i gjennomsnittskostnad for BHT fra 0 til 200 kroner per ansatt medføre en samlet økning fra 0 til 300 millioner for de 80 000 virksomhetene som i dag omfattes av ordningen. Dette må ses i sammenheng med virksomhetenes egen nytte av en reduksjon i kostnadene knyttet til uheldig arbeidsmiljø, som forventes å overstige utgiftene virksomheten bruker på BHT.

I tillegg kommer BHT-kostnadene og tilhørende nytte for de virksomhetene som i dag ikke etterlever plikten. Dersom bedre rapportering og kontroll medfører at antall virksomheter med BHT øker fra 80 000 til 85 000, innebærer dette at om lag 50 000 flere ansatte jobber i virksomheter med BHT. Dette tilsvarer omtrent halvparten av ansatte i virksomheter med BHT-plikt som i dagens system ikke oppfyller lovkravet. Dette innebærer en direkte BHT-kostnad for virksomhetene på om lag 70 til 80 millioner kroner, men også en betydelig nytteeffekt for virksomhetene og samfunnet.

13.6.3 Kunnskapsbasert BHT-tjeneste og bransjespesifikke risikoguides

Ekspertgruppen vurderer det som viktig at BHT-ene styrker sitt risikobaserte arbeid, og at innholdet i de lovpålagte tjenester tydeliggjøres. For å styrke BHT-enes bransjekunnskap og stimulere til en mer kunnskapsbasert inngang til risikoarbeidet i virksomhetene, anbefales det å legge det nasjonale overvåkingsystemet for arbeidsmiljø og -helse (NOA) ved STAMI til grunn i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Her er allerede det meste av utviklingsjobben gjort, og det ligger godt til rette for å gi BHT-ene tilgang til digitale risikoprofiler over yrker og bransjer. Systemet er i dynamisk utvikling, men det vil kreve noe ekstra ressurser til denne tilretteleggingen, samt å kunne veilede BHT-ene i verktøyet. Det anslås at dette tiltaket til sammen vil kreve ett ekstra årsverk ved NOA.

13.6.4 Kompetanse- og opplæringskrav

Et kompetanse- og opplæringskrav vil innebære en styrking av undervisningstilbudet på området, samt at flere kurs blir obligatorisk. For virksomhetsledere i BHT anbefales et spesifikt obligatorisk kurs. Det samme foreslås for personell som skal levere tjenester til små virksomheter. Det foreslås digitale kurs med omfang på en til to arbeidsdager. Videre anbefales det også et modulbasert kurs for alle BHT-ansatte i tre moduler, basert på dagens grunnkurs og videreutdanningskurs ved STAMI. Mange ansatte i BHT har allerede tatt disse kursene. Første del av dette kurset foreslås å gjøres obligatorisk for alle ansatte i BHT. Det foreslås at modul 1 av kurset skal være gratis for BHT-ansatte. Modul 2 og 3, samt andre særskilte fagkurs og seminarer, forventes å være som i dag.

Det er utarbeidet følgende overordnede anslag forbundet med økt kursaktivitet. Anslaget viser eksempler med 30, 40 og 300 ansatte og hvor opplæringskostnaden er anslått til 7 500 kroner per ansatt.

Tabell 13.2

Kurs	Anslått årlig kostnad (kr) for virksomhetene
Generelt kurs (virksomhetsledere i BHT-ene)	BHT-ene: $30 \times 7\,500 = 225\,000$ kr.
Obligatorisk kurs for arbeid med små virksomheter for BHT	BHT-ene: $40 \times 7\,500 = 300\,000$ kr.
Modul 1 (alle ansatte i BHT)	BHT-ene: $300 \times 6\,000 =$ om lag 2 mill. kr
Økt undervisningskapasitet	STAMI: 2-3 årsverk

Kilde: Oslo Economics

13.6.5 Særlige tiltak overfor små virksomheter

Det er i dag en bekymring for at rammeverket ikke ivaretar mindre virksomheters behov på en tilstrekkelig måte. Nedenfor skisseres ekspertgruppens foreslåtte tiltak.

EGEN METODIKK RETTET MOT SMÅ VIRKSOMHETER

Ekspertgruppen foreslår at det bør være jevnlig kontakt, i form av en personlig relasjon, med de små virksomhetene. Et krav om personlig kontakt for BHT i de små virksomhetene forventes å medføre en kostnad på 20 til 140 millioner kroner per år, avhengig av antall virksomheter som pålegges BHT og kontaktformen. I et moderne arbeidsliv kan dette skje også via andre kanaler enn personlig oppmøte. Anslaget er basert på at BHT-ene må kontakte dobbelt så mange små virksomheter som i dag, og en gjennomsnittlig økt tidsbruk på to timer.

Et tiltak nært knyttet til dette er forslaget om personlig kvalifisering når BHT skal bistå med tjenester i små virksomheter. Kostnaden forbundet med dette forslaget er inkludert i anslagene for kompetanse- og opplæringsvirksomhet. Forslaget om egen arbeidsmetodikk rettet mot små virksomheter vil kunne inneha et kostnadselement som lett kan veltes over på virksomheten. Siden forslaget har potensial for betydelige kostnader knyttet til seg, har ekspertgruppen foreslått to ytterligere grep som eventuelt kan vurderes i sammenheng med tjenestetilbudet til små virksomheter: tilskuddsordning og unntak fra BHT-plikt for de aller minste virksomhetene, for eksempel de med under tre ansatte.

TILSKUDDSORDNING

En offentlig tilskuddsordning kan bidra til å dekke differansen mellom minimumsummen for at en BHT skal kunne gjøre en forskjell i en virksomhet (15 000 kroner) og gjennomsnittskostnaden multiplisert med antall ansatte. Dersom vi legger til grunn et gjennomsnittlig tilskudd på 7 500 kroner og om lag 60 000 virksomheter med en til ni ansatte utgjør dette om lag 450 millioner kroner per år.

UNNTAK FOR BHT-PLIKTEN

Virksomheter med under tre ansatte (mikro) foreslås subsidiært unntatt fra kravet om BHT, alternativt et BHT-fritak de to første årene etter at en virksomhet har startet opp.

Dersom virksomheter med færre enn tre ansatte blir unntatt plikten innebærer det at om lag 70 000 virksomheter og anslagsvis 100 000 ansatte automatisk fritas i variant C. Dersom tilsvarende ordning innføres i variant B anslås det at 25 000 virksomheter og anslagsvis 35 000 ansatte fritas. Dersom de betaler en gjennomsnittskostnad på 1 400 kroner per ansatt innebærer dette en redusert BHT-kostnad på henholdsvis 140 og 50 millioner kroner. Samtidig øker ulempene ved en potensielt redusert arbeidsmiljøstandard i disse virksomhetene.

Et slikt unntak vil også innebære at omfanget av utbetalingen forbundet med tilskuddsordningen reduseres. Dersom vi legger til grunn at 30 000 virksomheter fritas, utgjør dette 225 millioner i redusert støtte.

13.6.6 Risikoutløste tjenester og spesifiserte fakturaer

Ekspertgruppen anbefaler å pålegge BHT-ene at det skal fremgå av spesifikasjoner på fakturagrunnlaget hva som anses som lovpålagte tjenester, og hva som utgjør andre tjenester. En bedre risikokartlegging forventes å motivere til et økt omfang av risikoutløste tjenester. Som en illustrasjon utgjør én time per virksomhet en kostnad på 2 til 15 millioner, avhengig av hvor mange virksomheter som omfattes. Samtidig forventes økt kompetanse og spesifiserte fakturaer å redusere omfanget av ikke lovpålagte tjenester og redusere kostnadene tilsvarende. Det er usikkert hva nettoeffekten vil kunne utgjøre.

13.6.7 Endring av Godkjenningseenhetens mandat og kontrolloppgaver

Det anbefales at ordningen med en myndighetsstyrt godkjenningsordning videreføres. Godkjenningseenheten foreslås styrket for bedre å kunne etterprøve at BHT-enes virksomhet skjer i tråd med lovgivers intensjon. Det anslås at to årsverk (om lag 2 til 2,5 millioner kroner inkludert sosiale kostnader mv.) er tilstrekkelig for dette. Videre foreslås det at Godkjenningseenheten organiseres som en enhet direkte underlagt Arbeidstilsynets direktør. Enheten kan ligge samme sted som i dag. Det forventes ikke vesentlige økonomiske konsekvenser som følge av dette. Det legges til grunn forskriftsendringer som setter krav til arbeidsform og kompetanse hos BHT-ene, og at dette gjøres innenfor dagens budsjett.

13.6.8 Kompetansekrav hos BHT-personell

Ekspertgruppen foreslår å innføre krav om arbeidsmedisiner eller lege i spesialisering for å bli arbeidsmedisiner. Per i dag fordeler legene i BHT seg om lag med en tredjedel hver i gruppene spesialist i arbeidsmedisin, leger i spesialisering og leger uten spesialisering. Helsedirektoratet arbeider for tiden med en ny spesialistutdanning innen arbeidsmedisin som kan medføre flere oppgaver og økt veilederansvar for BHT-ene. Det vises i den sammenheng til Helsedirektoratets pågående arbeid og økonomiske modeller for dette.

13.6.9 Innføring av rapporteringsplikt

Ekspertgruppen anbefaler at BHT pålegges å rapportere kundeforhold og gjennomførte risikovurderinger. Kostnadene for BHT-ene anslås til 0,5 til 5 millioner kroner, avhengig av ordningens innretning. Dersom man bruker fem minutter per virksomhet tilsvarer dette en tidsbrukskostnad på om lag 4 millioner kroner fordelt på alle BHT-ene.

I tillegg kommer økte kostnader for Arbeidstilsynet for tjenester fra Altinn. Det anslås en merkostnad på 100 000 til 500 000 kroner som følge av økt antall transaksjoner avhengig av annen aktivitetsvekst i Arbeidstilsynet. I tillegg vil det være kostnader til utvikling og forvaltning av tjenesten. Forslagene som foreligger tilsier at det trolig blir lite omfattende.

I variant A og C der virksomhetene selv rapporterer via Altinn, mot at de slipper eller får redusert BHT-plikt, anslås det ved en tidsbruk på 0,5 timer per virksomhet og 200 000 virksomheter å tilsvare en tidsbrukskostnad på opptil 80 millioner kroner per år. I tillegg kommer kostnader som slike virksomheter vil ha i tilknytning til å utvikle kvalitetssystemer og HMS-praksis som muliggjør dokumentasjon av BHT-fritak. Kostnadene for virksomhetene i tilknytning til dette er vanskelige å anslå, men anses i hovedsak å allerede være inkorporert i utvikling og drift av dagens HMS-systemer.

Det forventes at rapporteringskravet til BHT (variant B) vil føre til en mer målrettet og kostnadseffektiv oppfølging fra Arbeidstilsynet av virksomheter som ikke etterlever BHT-plikten. For variantene hvor virksomhetene selv skal rapportere (A og C) er utfallet noe mer usikkert.

13.6.10 Standardkontrakter og innkjøpsveiledere

For å styrke virksomhetenes bestillerkompetanse anbefales det at det utarbeides veiledere og standard anbudsdokumenter som sikrer at virksomhetene kjøper de riktige tjenestene fra BHT. I tillegg anbefales det at det utarbeides standardkontrakter som regulerer innholdet i tjenestene BHT skal bidra med, slik at dette bygger bedre opp under lovgivers formål med ordningen. Det er foreslått å legge oppgaven til Arbeidstilsynet, og det antas at dette kan løses innenfor gjeldende budsjett. Et slikt system vurderes som svært fordelaktig for Arbeidstilsynet, og vil kunne effektivisere tilsynsarbeidet.

13.6.11 Bransjeforening for BHT

Etableringen av en uavhengig interesseorganisasjon forventes å koste 0,5 til 2 millioner kroner per år, avhengig av formen som velges. I Sverige dekkes oppgaven av ett til tre årsverk i tillegg til partenes tid.

13.6.12 Økt tilsynsaktivitet

En frivillig ordning innebærer økt tilsynsaktivitet. Erfaringer fra Danmark tilsier at det bør settes av betydelige midler for oppfølging av en frivilling ordning. Der ble det over flere år bevilget betydelige midler for å sikre en omfattende styrking av det danske Arbeidstilsynet. Etableringen av bransjeråd vil kunne redusere tilsynsbehovet noe. Det anslås et behov for om lag 100 årsverk i Arbeidstilsynet (om lag 100 millioner kroner inkludert sosiale kostnader mv.) for å få variant A og C til å kunne fungere etter intensjonen.

13.6.13 Potensial for mindre forebygging

En frivillig ordning eller en liberal fritaksordning forventes å medføre mindre forebygging som følge av at færre virksomheter vil knytte til seg en BHT, og en motsvarende ulempe i form av en mindre reduksjon i et ikke-optimalt arbeidsmiljø. Styrket krav til rapportering fra virksomhetene og en omfattende kontroll fra Arbeidstilsynet kan motvirke dette.

13.6.14 Nytte for virksomheter og samfunn

Bedre risikokartlegging og forebyggingsarbeid forventes å redusere kostnader ved ikke-optimalt arbeidsmiljø. Det fremgår som nevnt av rapporten fra Oslo Economics at et ikke-optimalt arbeidsmiljø er lite produktivt for virksomhetene og meget kostbart for samfunnet. BHT-tjenester bidrar til både primær- og sekundærforebygging av et uheldig arbeidsmiljø.

Hele eller deler av kostnadene som er beskrevet over kan dermed oppveies av lavere kostnader for virksomhetene og samfunnet. Virkningen for virksomhetene og samfunnet relaterer seg blant annet til redusert helsetap, økt yrkesdeltakelse og redusert sykefravær, økt produktivitet og sparte helsetjenestekostnader. Oslo Economics antyder at en netto samfunnsnytte av BHT slik ordningen fungerer i dag utgjør 1,3 milliarder kroner årlig. Dersom man i større grad lykkes med arbeidsmiljøarbeidet forventes det enda større samfunnsnytte av ordningen. En ytterligere reduksjon i kostnadene ved ikke-optimalt arbeidsmiljø på en prosent anslås til å utgjøre en gevinst på 750 millioner kroner.

Forslaget om en særskilt ordning for små virksomheter, og som er tenkt som en gjennomgående ordning i alle variantene, innebærer et delforslag om en tilskuddsordning. Isolert sett er en slik ordning å anse som en overføring (fra staten til virksomhetene) og medfører dermed ingen kostnad for samfunnet, utover skattefinansieringskostnaden. Finansdepartementet anslår at denne kostnaden for samfunnet utgjør 20 prosent av tiltaksbeløpet.

Omfattende rapporteringskrav og tiltak som rammer virksomheter med lav risiko vil gi økte kostnader, men begrenset nytteeffekt. På den annen side vil tiltak som klarer å nå virksomheter med høy risiko og unngå unødige tjenester, gi høy samfunnsnytte. I praksis vurderes variant A og C som mer ressurskrevende for forvaltningen å følge opp. I variant A er det en bekymring for at virksomheter med vesentlig arbeidsmiljørisiko ikke vil knytte til seg BHT, såfremt dette ikke pålegges gjennom tilsyn. Variant B synes å kunne styrke utbredelsen av BHT blant de som har pålegg om dette allerede. Dette sikres gjennom BHT-enes rapporteringsplikt, styrket primærforebygging som følge av en klarere forskrift, samtidig som man ikke krever omfattende oppbemanning av Arbeidstilsynet.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Ekspertgruppens mandat og arbeid

Ekspertgruppens mandat

Ekspertgruppe for gjennomgang av bedriftshelsetjenesten

BAKGRUNN

Når risikoforholdene i virksomheten tilsier det, plikter arbeidsgiver å knytte virksomheten til en bedriftshelsetjeneste godkjent av Arbeidstilsynet, jf. arbeidsmiljøloven § 3-3. Bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å skape sunne og trygge arbeidsforhold. Det er flere forskriftskrav knyttet til utbygging, organisering og arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten.

Det er fastsatt i forskrift at en rekke bransjer med utgangspunkt i arbeidsmiljørisiko har plikt til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste uten en nærmere vurdering. Bransjeforskriften omfatter i dag ca. 50 bransjer/sektorer og 103 000 virksomheter med ca. 1 550 000 arbeidstakere, dvs. litt under 60 pst. av arbeidstakerne i Norge. Myndighetene anslår at 75 pst. av de virksomheter som har plikt til å ha bedriftshelsetjeneste, faktisk oppfyller dette kravet.

Det stilles egne forskriftskrav til arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjeneste. Bedriftshelsetjenesten skal bistå virksomhetene i forbindelse med gjennomføringen av det systematiske HMS-arbeidet: planlegging og gjennomføring av endringer i arbeid og arbeidsmiljø, retningslinjer for arbeidsprosesser, kartlegging av arbeidsmiljøet, forebyggende tiltak, helseovervåking av arbeidstakere med særlig arbeidsrelatert helserisiko, tilrettelegging mv. Det er arbeidsgivers ansvar å sørge for at bedriftshelsetjenesten bistår i dette arbeidet.

Kravene om bedriftshelsetjeneste er således rettet mot virksomhetene. Arbeidstilsynet skal føre tilsyn med at virksomhetene oppfyller sine plikter etter arbeidsmiljøregelverket. Herunder skal etaten følge opp at virksomheter som har plikt til det knytter til seg bedriftshelsetjeneste, og om bedriftshelsetjenesten brukes som forutsatt, dvs. til å bistå med oppfølging av aktuelle arbeidsmiljøutfordringer.

Virksomheter som er pålagt å ha bedriftshelsetjeneste, må knytte seg til en ordning som er godkjent av Arbeidstilsynet. Denne obligatoriske godkjenningsordningen ble innført i 2010. Kriteriene for godkjenning er bl.a. tverrfaglig kompetanse og fagutvikling (innen HMS, ergonomi, arbeidsmedisin/arbeidshelse, yrkeshygiene og psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø), kvalitetssikrede tjenester innen spesifikke bistandsområder og et faglig personale som i utgangspunktet dekker minst tre årsverk. Det er de samme minimumskriterier for alle bedriftshelsetjenester, uavhengig av hvordan ordningen er organisert eller hvor mange virksomheter eller arbeidstakere den dekker.

Pr. i dag er det godkjent ca. 250 bedriftshelsetjenester i Norge. Noen små bedriftshelsetjenester har slått seg sammen til større enheter, og det har vokst frem noen store aktører. Noen små egenordninger er blitt avviklet pga. godkjenningskravene, men virksomhetene har også hatt anledning til å søke dispensasjon der en særlig tilpasset egenordning gir en verne- og helsemessig forsvarlig løsning.

VURDERINGER AV BEDRIFTSELSETJENESTEN

Bedriftshelsetjenesten har vært ansett som et sentralt virkemiddel for virksomhetene og myndighetene i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, samtidig som virksomhetenes plikt til å etablere bedriftshelsetjeneste er omfattende og ressurskrevende. Arbeids- og sosialdepartementet gjennomførte i 2016, i regi av SINTEF, en uavhengig vurdering av bedriftshelsetjenesten som virkemiddel, herunder bedriftshelsetjenestens arbeid og tilbud til virksomhetene, virksomhetenes bruk av bedriftshelsetjenesten og myndighetenes oppfølging. Formålet med gjennomgangen var å få nærmere kunnskap om bedriftshelsetjenestens treffsikkerhet og effekt. I gjennomgangen inngikk også en spørreundersøkelse rettet mot bedriftshelsetjenestene og deres kunder.

Pga. lav svarprosent på SINTEFs spørreundersøkelse bør resultatene tolkes med noen grad av forsiktighet. I følge rapporten oppgir mange virksomheter (60 pst.) at bedriftshelsetjenesten bidrar til fokus på HMS og arbeidsmiljø. Det pekes også på at mange virksomheter (en av fire, de fleste små) ikke oppfyller kravet til pliktig bedriftshelsetjeneste. For bedriftshelsetjenestene er det lite å hente økonomisk på de små virksomhetene, og virksomhetene selv ser ikke behov for å være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste fordi de er så små. Det er også et viktig funn i undersøkelsen at det er forskjeller på tvers av bransjer når det gjelder bruk av bedriftshelsetjenesten og om denne oppleves å bidra i utviklingen av HMS- og arbeidsmiljøarbeidet. Det er tendens til at det er typiske industrinæringer, som har høyere risiko og tradisjon for å fokusere på HMS, som mener at bedriftshelsetjenesten styrker arbeidet med å utvikle HMS-rutiner og skape sunne og trygge arbeidsforhold. For øvrig fremgår det av undersøkelsen at bedriftshelsetjenesten generelt i stor grad tilbyr og brukes til individuell oppfølging av arbeidstakere, slik som generelle helsekontroller og støtte- og mestringssamtaler. SINTEF viser også til at mange virksomheter sjelden har kontakt med bedriftshelsetjenesten. Nær 60 pst. oppgir at de har besøk av bedriftshelsetjenesten «sjeldnere enn hvert halvår» eller «årlig eller sjeldnere».

SINTEF peker også på flere utfordringer knyttet til den obligatoriske godkjenningsordningen for bedriftshelsetjenesten. Ordningen vurderes i seg selv som viktig, men ser bl.a. ut til å ha påvirket til etablering av store kommersielle ordninger og ha ført til vridning av konkurransevilkårene for virksomheter som tilbyr bedriftshelsetjenester. Det er også pekt på at godkjenningseenheten i liten grad følger opp allerede godkjente virksomheter.

Pga. mange ulike finansieringsmåter, er virksomhetenes utgifter til bedriftshelsetjeneste vanskelig å anslå. SINTEF anslår utgiftene til gjennomsnittlig ca. 8 000 kroner pr. ansatt pr. år. En relativt stor del av virksomhetene (20 pst.) har ikke oversikt over hvor mye de bruker på bedriftshelsetjenesten.

I forkant av og parallelt med dette evalueringsprosjektet, har departementet fått en rekke tilbakemeldinger om erfaringene med bedriftshelsetjenesten. Det er pekt på bedriftshelsetjenesten som et viktig virkemiddel i arbeidsmiljøarbeidet, men også på at kravene knyttet til bedriftshelsetjeneste er omfattende og kostnadskrevende, og at ordningen i mange tilfeller ikke fungerer etter intensjonen. Dette gjelder særlig i små virksomheter, og i offentlige virksomheter/sektorer som fikk plikt til å etablere bedriftshelsetjeneste i 2010. Det er pekt på at konkurranseutsetting og utvikling av store kommersielle bedriftshelsetjeneste-

ordninger har ført til dårligere kvalitet og at tjenester som tilbys i mange tilfeller er individrettet på generell helseoppfølging fremfor bistand til målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Det er også stilt spørsmålsteget ved omfattende og lite målrettet bruk

av helseressurser mot den friskeste delen av befolkningen, dvs. de som er i arbeidslivet. De nordiske landene har valgt ulike tilnæringer til bedriftshelsetjenesten, og Danmark har de senere år gjort endringer/tilpasninger i sin ordning.

På bakgrunn av funn i SINTEFs undersøkelse og øvrige tilbakemeldinger om erfaringer med bedriftshelsetjeneste mener Arbeids- og sosialdepartementet at det kan stilles spørsmål ved hvilken grad bedriftshelsetjenesten i tilstrekkelig grad fungerer som et målrettet, treffsikkert og godt virkemiddel, sett i forhold til de omfattende og ressurskrevende krav som stilles til bransjer og virksomheter på dette området. Det bør derfor foretas en gjennomgang og vurdering av bedriftshelsetjenesten i Norge, med sikte på hensiktsmessige endringer og forenklinger.

Departementet nedsetter en uavhengig ekspertgruppe for gjennomgang og vurdering av ovennevnte problemstillinger. Forslagene fra ekspertgruppen danner grunnlag for et videre arbeid om forenklinger og endringer i bedriftshelsetjenesteordningen, bl.a. med partene i arbeidslivet og berørte myndigheter.

OPPDRA OG INNHOLD

Departementet legger til grunn at det fortsatt bør stilles krav om at virksomheter må innhente råd/bistand til HMS-arbeidet når risikoforholdene tilsier det. Ekspertgruppen skal vurdere hvordan en slik ordning i fremtiden kan utformes på en treffsikker og hensiktsmessig måte.

Problemstillinger som må diskuteres er:

- Om det fortsatt bør stilles krav om bedriftshelsetjeneste med utgangspunkt i dagens modell, eller ev. rådgiving som målrettet bistand i forebyggende HMS-arbeid?
- I så fall, i hvilket omfang? Bør det for eksempel fortsatt stilles krav på bransjenivå, ev. etter hvilke kriterier og hvilke bransjer, eller med utgangspunkt i en faktisk vurdering av situasjonen i den enkelte virksomhet?
- Og i så fall, på hvilke måte – bør det stilles krav om hvordan tjenestene organiseres, for eksempel gjennom en godkjenningsordning?
- Hvordan forbedre og sikre kvalitet på de tjenester som tilbys?
- Hvordan forbedre og målrette virksomhetenes bruk av tjenestene?
- Hvordan kan det ev. tas hensyn til særskilte utfordringer for små virksomheter?
- Hva bør være myndighetenes rolle og oppfølging gjennom tilsyn og evt. godkjenning?

Ekspertgruppen skal på denne bakgrunn skissere og vurdere ulike modeller som alternativer til kravene i dagens bedriftshelsetjenesteordning, bl.a.:

- En forenklet og målrettet ordning med utgangspunkt i dagens bedriftshelsetjeneste –men slik at kvalitet og virksomhetenes behov ivaretas og ordningen fungerer etter hensikten med en mer effektiv ressursbruk.
- En forenklet ordning med et mer åpent utgangspunkt i at virksomheter må innhente råd/bistand til HMS-arbeidet når risikoforholdene tilsier det.

Det må i vurderingene sees hen til ordninger og erfaringer med rådgiving/ bedriftshelsetjeneste i andre land som det er naturlig å sammenligne seg med. Vurderingen må også omfatte kost-nyttevurderinger av de skisserte modellene, inkludert evt. konsekvenser for øvrige helse- og omsorgstjenester.

ORGANISERING

Det nedsettes en uavhengig ekspertgruppe med relevant faglig bakgrunn og erfaring fra arbeidsmiljø, helse, samfunnsøkonomi mv. Ekspertgruppen ledes av direktør Pål Molander og har sitt eget sekretariat.

Ekspertgruppen skal innhente synspunkter i saken fra partene i arbeidslivet, relevante myndigheter og ev. andre relevante miljøer.

Ekspertgruppen skal legge frem sin anbefaling innen 1. mai 2018. Ekspertgruppens anbefalinger skal deretter diskuteres med partene i arbeidslivet før saken følges opp videre.

Ekspertgruppens arbeid

ORGANISERING

Ekspertgruppen ble nedsatt av Arbeids- og sosialdepartementet 10. februar 2017, og har bestått av følgende fem medlemmer:

- Direktør Pål Molander, STAMI (leder).
- Konsulent Jens Jensen, tidligere direktør i det danske Arbejdstilsynet.
- Førsteamanuensis Astrid L. Grasdahl, Universitetet i Bergen.
- Seniorskattejurist Ken Sletmo, Skatteetaten.
- Professor Hege R. Eriksen, Høgskulen på Vestlandet.

Gruppens medlemmer har utført arbeidet med utredningen ved siden av sine ordinære stillinger eller som oppdrag.

Ekspertgruppens arbeid har vært støttet av et sekretariat, som har bestått av:

- Seniorrådgiver Tanya Marie Samuelsen, Arbeids- og sosialdepartementet (sekretariatsleder).
- Rådgiver Synne Dokka, Arbeids- og sosialdepartementet.
- Kommunikasjonsdirektør Sture Bye, STAMI (10 prosent).

I slutfasen har sekretariatet fått bistand fra seniorrådgiver Bente Helene Torstensen fra Arbeids- og sosialdepartementet.

EKSPERTGRUPPENS ARBEIDSFORM

Det første møtet i ekspertgruppen ble avholdt 31. mars 2017. Totalt er det avholdt elleve heldagsmøter, hvorav fire har vært to-dagersmøter. Det er i tillegg avholdt en rekke særmøter med ulike aktører på feltet. Siste ekspertgruppemøte ble gjennomført 4. mai 2018.

KUNNSKAPSGRUNNLAG

SINTEF utarbeidet i 2016 på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet rapporten «Evaluering av bedriftshelsetjenesten».¹ Rapporten har vært et utgangspunkt for ekspertgruppens arbeid. Rapporten er tatt inn som elektronisk vedlegg.

¹ Mandal, R., K. Dyrstad, L. Melby og T. Midtgård (2016): Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge. SINTEF-rapport A27819.

I tillegg har ekspertgruppen gjennomført følgende kunnskapsinnhenting:

a) Åpent innspillsseminar og møter med enkeltaktører

15. juni 2017 gjennomførte ekspertgruppen et åpent halvdags innspillsseminar i Oslo med representanter for BHT-bransjen og andre interessenter.

Ekspertgruppen har også hatt enkeltmøter med to virksomheter med intern bedriftshelsetjenesteordning; Veidekke og Statoil, i tillegg til to møter med en av de store kommersielle bedriftshelsetjenestene, Stamina.

Ekspertgruppen har videre hatt møte med seniorrådgiver Andreas Wedervang-Resell, seniorrådgiver Kjell Maartmann-Moe og prosjektleder Heidi Stien fra Helsedirektoratet, og blant annet fått informasjon om forslag til nytt utdanningsløp for arbeidsmedisinere.

b) Dokumentstudier

Ekspertgruppen har gått igjennom flere evalueringer og rapporter, offentlige utredninger (NOU'er) og annen relevant litteratur.

c) To supplerende rapporter

Som et supplement til SINTEFs rapport «Evaluering av bedriftshelsetjenesten» fikk ekspertgruppen utført en ny vurdering av Ipsos «Bedriftshelsetjenesten – pris og kontakt».² Rapporten er tatt inn som elektronisk vedlegg.

I tillegg bestilte ekspertgruppen en samfunnsøkonomisk analyse av bedriftshelsetjenesten fra Oslo Economics, «Samfunnsnyttan av bedriftshelsetjenesten». Formålet var å undersøke nåværende og mulig fremtidig samfunnsnytte og kostnad av bedriftshelsetjenesten som virkemiddel for forebygging, herunder særlig potensiell nytte ved bedre tilrettelegging for at BHT bidrar i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Rapporten er tatt inn som elektronisk vedlegg.

d) Kost-nytte analyse av ekspertgruppens forslag

Oslo Economics har bistått med analyse av de økonomiske og administrative konsekvensene av de ulike modellene til lovfestet ordning i ekspertgruppens rapport.

² Ipsos (2017): Bedriftshelsetjenesteordningen – pris og kontakt.

e) Presentasjoner og foredrag i ekspertgruppemøtene

Ekspertgruppen har avholdt elleve heldagsmøter, fire av dem over to dager. I disse møtene har ulike fagpersoner, forskere, BHT-er, forsikringsselskaper, konsulenter og myndighetspersoner vært invitert for å belyse ulike temaer knyttet til mandatet. Under følger en oversikt over bidragsyterne.

OVERSIKT OVER EKSTERNE OG INTERNE BIDRAG TIL EKSPERTGRUPPEMØTER

31. mars 2017 (Oslo)

«Introduksjon om BHT-ordningen: historisk gjennomgang, og gjennomgang av gjeldende regler på BHT-området» ved overlege Tone Eriksen, Arbeidstilsynet.

«Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge» – presentasjon av rapport fra 2016 ved forsker Roland Mandal, SINTEF.

23. og 24. mai 2017 (Oslo)

Ekspertgruppen møtte i løpet av disse to dagene representanter fra:

- Arbeidslivets parter (LO, Unio, Akademikerne, NHO, KS, Virke og Spekter).
- Legeforeningen/Allmennlegeforeningen og profesjonsforeningene (NSFs landsgruppe av bedriftssykepleiere, Ergonomigruppen i Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Yrkeshygienisk Forening, Norsk Ergoterapeutforbund og Norsk arbeidsmedisinsk forening).
- Arbeidsmedisinsk avdeling ved Oslo universitetssykehus.
- Myndighetene (Arbeidstilsynet, Petroleumstilsynet, NAV Arbeidslivssenter).
- STAMIs kompetansesenter for BHT.

22. juni 2017 (Bergen)

«BHT-ordningen i Nederland» ved direktør Judith K. Sluiter, The Amsterdam Public Health Research Institute.

Innspill fra International SOS ved Director Working Environment Knut Grove, Medical Director Norway Lars Sætersdal og HMS-rådgiver Ingri Litleskare.

Gjennomgang av to notater fra Arbeidstilsynet ved overlege Tone Eriksen og avdelingsdirektør Monica Seem, Arbeidstilsynet.

14. og 15. august 2017 (København)

Ekspertgruppen møtte representanter for myndigheter, bransjen og forskningsmiljøer i Danmark, Sverige og Finland, som holdt presentasjoner over følgende temaer:

Om företagshälsovärden i Sverige

«Svensk företagshälsovård» ved professor Maria Albin, Karolinska Institutet, Institut för miljömedicin.

«Företagshälsovärden – bransjeperspektiv» ved VD Peter Munck af Rosenschöld, Sveriges Företagshälsovård (bransjeorganisasjon for företagshälsovärden).

«Företagshälsovärden - arbetsmiljömyndighetenes perspektiver» ved departementssekretære Angelica Kautz, departementssekretære Victoria Larsson samt departementssekretære Viktoria Bergstrøm (alle fra Arbeidsmarknadsdepartementet).

Om arbeidsmiljørådgivningen i Danmark

«Arbeidsmiljørådgivning i Danmark – hva er det?» ved arbeidsmiljøchef i Dansk Industri, Anders Just Pedersen.

«Dansk arbeidsmiljørådgivning – betydningen for danske arbeidsmiljø sett fra et myndighetsperspektiv» ved direktør Søren Kryhmand, kontorchef Anette Lerche og Anne Marie Knudsen (alle fra Arbejdstilsynet).

«Omleggingen fra BST til arbeidsmiljørådgivning. Får virksomheter og arbeidstakere god nok bistand med dagens ordning?» Arbeidstakersidens perspektiv ved konsulent Niels Sørensen, Landsorganisasjonen i Danmark, Arbeidsgiversidens perspektiv ved chefkonsulent Lena Søby, Dansk Arbejdsgiverforening.

«Arbeidsmiljørådgivning i Danmark – bransjeperspektivet» ved direktør Arne Helgesen, Arbeidsmiljørådgiverne (bransjeorganisasjon som tidligere organiserte de danske bedrifts-sundhetstjenestene, nå arbeidsmiljørådgiverne).

«Omleggingen fra BST til arbeidsmiljørådgivning; Erfaringer med og konsekvenser av omleggingen for arbeidsmiljø og arbeidshelse fra et forskerperspektiv» ved professor Peter Hasle (Ålborg Universitet Center), professor og avdelingsleder Jens Peter Bonde (Den arbeidsmedisinske klinikken i København), direktør Inger Schaumburg og seniorforsker Pete Kines (begge fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø).

Om arbeidsmiljørådgivning/bedriftshelsetjeneste i Europa og Finland

«Overordnet blick på arbeidsmiljørådgivningstjenester i Europa» ved forsker og professor II Timo Leino (Finnish Institute of Occupational Health – FIOH, og Universitetet i Helsinki).

«Bedriftshelsetjeneste – erfaringer med den finske ordningen» ved overlege Riitta Sauni (arbetarskyddsavdelingen i STM, det finske Sosial- og helsedepartementet).

6. september 2017 (Oslo)

Presentasjon av innholdet i tre europeiske rapporter om BHT-ordninger med fokus på små og mellomstore virksomheter ved konsulent Jens Jensen.³

11. og 12. oktober 2017 (Oslo)

Møte med Finans Norge ved fagsjef og advokat Øyvind Flatner og representanter fra forsikringselskapene If, Gjensidige og Storebrand.

Møte med Godkjenningssenheten (Arbeidstilsynet) ved administrativ leder Jørn Fougner med flere.

5. og 6. desember 2017 (Bergen)

Presentasjon av BHT-kurs ved STAMI ved leder for kurs og undervisning ved rådgiver Ragna Ugedal, STAMI.

³ EU-OSHA (2014-2017): Better occupational safety and health in micro- and small enterprises.

Presentasjon av GOD BHT ved avdelingsdirektør Karl-Christian Nordby, STAMI.

Innholdet i ny spesialisering innen arbeidsmedisin ved overlege Tor Erik Danielsen, Arbeidstilsynet.

Presentasjon av «Bedriftshelsetjenesteordningen – pris og kontakt» ved seniorkonsulent Lene Rathe, Ipsos.

15. februar 2018 (Oslo)

Presentasjon av skisse for arbeidet med samfunnsnyttene av BHT ved Erik Magnus Sæther og Christoffer Bugge, Oslo Economics.

6. april 2018 (Oslo)

Presentasjon av rapportutkast om samfunnsnyttene av bedriftshelsetjenesten ved Christoffer Bugge og Kine Pedersen, Oslo Economics.

Presentasjon av NOA; STAMIs avdeling for Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse ved avdelingsdirektør Berit Bakke, NOA/STAMI.

Oversikt over elektroniske vedlegg

- [Mandal, R., K. Dyrstad, L. Melby og T. Midtgård \(2016\): Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge. SINTEF-rapport A27819.](#)
- [Ipsos \(2017\): Bedriftshelsetjenesteordningen – pris og kontakt.](#)
- [Oslo Economics \(2018\): Samfunnsnyttene av bedriftshelsetjenesten.](#)

Vedlegg 2 – Relevant regelverk og kommentarer

Arbeidsmiljølovens bestemmelse om bedriftshelsetjeneste

§ 3-3. Bedriftshelsetjeneste

(1) 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.

(2) Bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å skape sunne og trygge arbeidsforhold.

(3) Bedriftshelsetjenesten skal ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål.

(4) 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.

(5) Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om at bedriftshelsetjeneste etter denne paragraf må godkjennes av Arbeidstilsynet og om det nærmere innholdet i en slik godkjenningsordning.

Forarbeidene

I forarbeidene fremgår følgende merknader til arbeidsmiljøloven § 3-3:

«Bestemmelsen tilsvarer arbeidsmiljøloven § 30. Begrepet «verne- og helsepersonale» er erstattet med «bedriftshelsetjeneste» som ledd i en klargjøring av begrepsbruken. Endringen innebærer formelt en innskrenking av bestemmelsen, fordi den i prinsippet ikke lenger omfatter andre som har spesielle oppgaver knyttet til arbeidsmiljøspørsmål, som for eksempel verneledere. Disse inngår imidlertid som regel i linjeledelsen i virksomheten, og har således i praksis heller ikke en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål.

Som tidligere knytterplikten til å etablere bedriftshelsetjeneste seg til en vurdering av risiko i virksomheten. Det er tatt inn en presisering i første ledd om at arbeidsgiver skal foreta denne vurderingen som ledd i gjennomføringen av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, jf. § 3-1. For å synliggjøre at arbeidsgiver er pliktsubjekt etter bestemmelsen, videreføres ikke regelen i gjeldende lov § 30 nr. 2 andre ledd om at helsepersonalet skal samarbeide med Arbeidstilsynet.»¹

¹ Ot.prp. nr. 49 (2004–2005).

Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning

§ 13-1. Plikt til å knytte bedriftshelsetjeneste til virksomheten

Arbeidsgiver plikter å knytte godkjent bedriftshelsetjeneste til virksomheten dersom risikoforholdene i virksomheten tilsier det, jf. forskrift om administrative ordninger kapittel 2.

Virksomheter innenfor følgende næringsgrupperinger skal være tilknyttet bedriftshelsetjeneste som er godkjent av Arbeidstilsynet:

Næringskode	Hovedgruppe eller undergruppe der bare deler av hovedgruppen er omfattet
02	Skogbruk og tjenester tilknyttet skogbruk
03	03.2 Fiskeoppdrett og klekkerier
05	Bryting av steinkull og brunkull
07	Bryting av metallholdig malm
08	Bryting og bergverksdrift ellers
09	09.9 Tjenester tilknyttet annen bergverksdrift
10	Produksjon av nærings- og nytelsesmidler
11	Produksjon av drikkevarer
12	Produksjon av tobakksvarer
13	Produksjon av tekstiler
14	Produksjon av klær
15	Produksjon av lær og lærvarer
16	Produksjon av trelast og varer av tre, kork, strå og flettematerialer, unntatt møbler
17	Produksjon av papir og papirvarer
18	18.1 Trykking og tjenester tilknyttet trykking
19	Produksjon av kull- og raffinerte petroleumsprodukter
20	Produksjon av kjemikalier og kjemiske produkter
21	Produksjon av farmasøytiske råvarer og preparater
22	Produksjon av gummi- og plastprodukter
23	Produksjon av andre ikke-metallholdige mineralprodukter
24	Produksjon av metaller
25	Produksjon av metallvarer, unntatt maskiner og utstyr
26	26.1 Produksjon av elektroniske komponenter og kretskort 26.2 Produksjon av datamaskiner og tilleggsutstyr 26.3 Produksjon av kommunikasjonsutstyr 26.4 Produksjon av elektronikk til husholdningsbruk 26.51 Produksjon av måle-, kontroll- og navigasjonsinstrumenter 26.6 Produksjon av strålingsutstyr, elektromedisinsk- og elektroterapeutisk utstyr 26.7 Produksjon av optiske instrumenter og fotografisk utstyr 26.8 Produksjon av magnetiske og optiske media
27	Produksjon av elektrisk utstyr
28	Produksjon av maskiner og utstyr til generell bruk, ikke nevnt annet sted
29	Produksjon av motorvogner og tilhengere

Næringskode	Hovedgruppe eller undergruppe der bare deler av hovedgruppen er omfattet
30	30.1 Bygging av skip og båter 30.200 Produksjon av lokomotiver og annet rullende materiell til jernbane og sporveier 30.300 Produksjon av luftfartøyer og romfartøyer og liknende utstyr 30.400 Produksjon av militære stridskjøretøyer 30.910 Produksjon av motorsykler 30.920 Produksjon av sykler og invalidevogner 30.990 Produksjon av transportmidler ikke nevnt annet sted
31	Produksjon av møbler
32	32.300 Produksjon av sportsartikler. Kun den del som gjelder gummi- og plastprodukter 32.400 Produksjon av spill og leker. Kun den del som gjelder gummi- og plastprodukter 32.500 Produksjon av medisinske og tanntekniske instrumenter og utstyr 32.990 Annen industriproduksjon ikke nevnt annet sted
33	33.110 Reparasjon av bearbejdede metallprodukter 33.120 Reparasjon av maskiner 33.130 Reparasjon av elektronisk og optisk utstyr 33.140 Reparasjon av elektrisk utstyr 33.150 Reparasjon og vedlikehold av skip og båter 33.160 Reparasjon og vedlikehold av luftfartøyer og romfartøyer 33.170 Reparasjon og vedlikehold av andre transportmidler 33.190 Reparasjon av annet utstyr 33.200 Installasjon av industrimaskiner og -utstyr
35	Elektrisitets-, gass-, damp- og varmtvannsforsyning
36	Uttak fra kilde, rensing og distribusjon av vann
37	Oppsamling og behandling av avløpsvann
38	Innsamling, behandling, disponering og gjenvinning av avfall
39	Miljørydding, miljørensing og lignende virksomhet
41	41.2 Oppføring av bygninger
42	Anleggsvirksomhet
43	Spesialisert bygge- og anleggsvirksomhet
45	45.2 Vedlikehold og reparasjon av motorvogner, unntatt motorsykler 45.403 Vedlikehold og reparasjon av motorsykler
46	46.77 Engroshandel med avfall og skrap
49	Landtransport og rørtransport
52	52.21 Andre tjenester tilknyttet landtransport 52.221 Drift av havne- og kaianlegg 52.223 Forsyningsbaser 52.229 Tjenester tilknyttet sjøtransport ellers 52.23 Andre tjenester tilknyttet lufttransport 52.24 Lasting og lossing
53	Post og distribusjonsvirksomhet
55	55.1 Hotellvirksomhet
56	56.101 Drift av kafeer og restauranter 56.290 Kantiner drevet som selvstendig virksomhet 56.3 Drift av barer
61	Telekommunikasjon
75	Veterinærtjenester
77	77.1 Utleie og leasing av motorvogner

Næringskode	Hovedgruppe eller undergruppe der bare deler av hovedgruppen er omfattet
80	80.1 Private vaktjenester 80.2 Tjenester tilknyttet vaktjenester
81	81.2 Rengjøringsvirksomhet
84	84.23 Retts- og fengselsvesenet – bare for fengselsvesenet 84.24 Politi- og påtalemyndighet – bare for politiet 84.25 Brannvern
85	Undervisning
86	Helsetjenester
87	Pleie- og omsorgstjenester i institusjon
88	Sosiale omsorgstjenester uten botilbud
95	95.230 Reparasjon av skotøy og lærvarer. Gjelder fottøy av gummi og plast 95.240 Reparasjon av møbler og boliginnredning 95.290 Reparasjon av andre husholdningsvarer og varer til personlig bruk. Gjelder varer av gummi og plast
96	96.01 Vaskeri og renserivirksomhet 96.02 Frisering og annen skjønnhetspleie. Gjelder bare frisering.

Arbeidstilsynet kan fastsette at virksomhet som etter sin hovedaktivitet faller utenfor første ledd, men som også driver aktivitet som nevnt her, likevel helt eller delvis skal være tilknyttet godkjent bedriftshelsetjeneste.

§ 13-2. Arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten

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,
- 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.

§ 13-3. Planer, årsrapporter og meldinger

Arbeidsgiver skal i samarbeid med bedriftshelsetjenesten utarbeide følgende dokumentasjon som skal inngå i virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid:

- a) planer og årsrapporter for bedriftshelsetjenestens bistand i virksomheten,
- b) periodevise meldinger og resultater av kartlegginger, risikovurderinger, målinger o.l. som beskriver helsefarlige arbeidsforhold, forslag til forebyggende tiltak og resultater,
- c) rutiner for utarbeidelse av oppfølgingsplaner og tilretteleggingstiltak.

Arbeidstilsynets kommentarer til forskrift om organisering, ledelse og medvirkning

Arbeidstilsynet har utarbeidet kommentarer til aktuelle forskrifter, og disse finnes på tilsynets nettsider.² I dette punktet inntas Arbeidstilsynets kommentarer til forskrift 12. juni 2011 nr. 1355 om organisering, ledelse og medvirkning.

Kommentar til forskriften § 13-1 om plikt til å knytte bedriftshelsetjeneste til virksomheten

Etter arbeidsmiljøloven § 3-3 må virksomheten tilknytte seg godkjent bedriftshelsetjeneste når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Se forskrift om administrative ordninger § 2-2 «Krav for å bli godkjent».

Der personale i bedriftshelsetjenesten er ansatt i virksomheten og samtidig har andre oppgaver i virksomheten, må virksomheten påse at ulike oppgaver eller roller ikke kommer i konflikt med bedriftshelsetjenestens frie og uavhengige faglige stilling. Se arbeidsmiljøloven § 3-3 tredje ledd.

Oversikt over godkjente bedriftshelsetjenester finnes på www.arbeidstilsynet.no.

Noen virksomheter kan ha aktiviteter som både faller innenfor og utenfor de næringsgrupperingene som er nevnt i første ledd. Så lenge hovedaktiviteten hos en virksomhet faller innunder listen av næringsgrupperinger, omfattes alle ansatte av kravet om bedriftshelsetjeneste.

I virksomheter som er forpliktet til å knytte til seg godkjent bedriftshelsetjeneste, må bedriftshelsetjenestens aktiviteter omfatte alle ansatte. Ved at bedriftshelsetjenesten vurderer hele virksomheten samlet, det vil si alle arbeidsbetingelsene for alle arbeidstakergruppene, får den bedre innsikt i arbeidsmiljøet i virksomheten, noe som kan være nødvendig for å kunne bistå slik forskriftens § 13-2 forutsetter.

Bedriftshelsetjenestens virkeområde må avgrenses mot kurativ virksomhet.

² Arbeidstilsynets nettsider.

Kommentar til forskriften § 13-2 om arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten

Til bokstav a

Arbeidsgiveren må sørge for at bedriftshelsetjenesten prioriterer forebyggende arbeid når den bistår arbeidsgiveren i å planlegge og gjennomføre endringer i virksomheten.

Allerede når endringer planlegges, bør forebygging være hovedstrategi. Forebygging skal gjenspeile seg i blant annet organisatorisk (organisering, ansvar, oppgaver), psykososialt (mellommenneskelige forhold), fysisk arbeidsmiljø (lokaler, utstyr), ergonomiske, kjemiske og biologiske forhold.

Til bokstav b

Dersom utførelse av arbeid kan medføre særlig fare for skade på liv eller helse, skal arbeidsgiveren sørge for skriftlig arbeidsinstruks, se forskriften her kapittel 11.

Retningslinjer som utarbeides og vedtas, bør inngå som en del av virksomhetens dokumentasjon på systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, se internkontrollforskriften § 5.

Til bokstav c

Bestemmelser om kartlegging og vurdering av arbeidsmiljøet, se forskriftens kapittel 7.

Til bokstav d

Bedriftshelsetjenesten må sammen med arbeidsgiver, arbeidstakere, verneombud og eventuelt arbeidsmiljøutvalget arbeide med tiltak som reduserer risikoen for helseskader, se arbeidsmiljøloven §§ 2-3, 6-2 og 7-2.

Bestemmelser om tiltak, se forskriftens § 10-1 «Planlegging og tilrettelegging av arbeidet».

Til bokstav e

Bestemmelser om helseundersøkelse, se forskriftens kapittel 14.

Arbeidstakerne må gjøres kjent med helseundersøkelsens betydning i det forebyggende arbeidet og hvilken rolle bedriftshelsetjenesten har i den forbindelsen. I forbindelse med helseundersøkelsene er bedriftshelsetjenesten å anse som sakkyndig. Arbeidstakeren må også gjøres kjent med resultatet av undersøkelsen.

Til bokstav f

Arbeidsgiveren må sørge for at bedriftshelsetjenesten bistår arbeidsgiveren, arbeidstakerne og deres representanter med å tilrettelegge for arbeidstakere med redusert arbeidsevne. Bedriftshelsetjenesten må bistå med individuell tilrettelegging uavhengig av om årsaken er ulykke, sykdom, slitasje i eller utenom arbeidet.

Til bokstav g

Informasjon og opplæring om risiko og tiltak må være tilpasset den konkrete virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Til bokstav h

Bedriftshelsetjenesten må være tilgjengelig slik at de kan bistå både arbeidsgiveren, arbeidstakerne, verneombud og arbeidsmiljøutvalg, se arbeidsmiljøloven § 3-3 andre ledd.

Arbeidstilsynets kommentar til § 13 -3 om planer, årsrapporter og meldinger

For krav til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, se arbeidsmiljøloven § 3-1. Dokumentasjonens omfang og form vil avhenge av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Til bokstav a)

Planer og årsrapporter må utformes slik at de fører til konkrete handlinger for å forebygge helseskader i virksomheten. De bør inneholde strategier og oppgaver for bedriftshelsetjenestens bistand til virksomheten i planperioden.

Bedriftshelsetjenesten må være en faglig støttefunksjon for virksomheten. Det er viktig at det er klare linjer for samarbeid og kontakt til virksomhetens ansvarlige, samtidig som bedriftshelsetjenesten må ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål, se arbeidsmiljøloven § 3-3 tredje ledd.

Årsrapporten må utarbeides på en slik måte at arbeidsgiveren får kjennskap til hva som er gjort og ugjort, hvilke tiltak som bedriftshelsetjenesten mener må eller bør iverksettes, og hvordan disse kan gjennomføres.

Til bokstav b)

Virksomhetens behov avgjør om og hvor ofte de periodevise meldingene må legges fram for virksomheten.

Forskrift 12. juni 2011 nr. 1360 om administrative ordninger på arbeidsmiljølovens område

Kapittel 2. Godkjenning av bedriftshelsetjeneste

§ 2-1. Plikt til å søke om godkjenning

Bedriftshelsetjeneste som skal bistå arbeidsgiver jf. forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kapittel 13, må innhente godkjenning av Arbeidstilsynet.

§ 2-2. Krav for å bli godkjent

For å bli godkjent må bedriftshelsetjenesten

- a) 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*
- b) 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*
- c) 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*
- d) ha et faglig personale som dekker minimum tre årsverk. De enkelte fagområder (arbeidsmedisin, yrkeshygiene, ergonomi og psykososialt-organisatorisk) må være dekket med minimum 30 % av et årsverk*
- e) I særlige tilfeller kan en bedriftshelsetjeneste hvor det faglige personale dekker to årsverk, likevel bli godkjent hvis det kan dokumenteres at bedriftshelsetjenesten har et samarbeid med ett eller flere relevante kompetansemiljøer som dekker manglende fagområder.*

§ 2-3. Varighet av godkjenning

Arbeidstilsynet 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.

Arbeidstilsynets kommentarer til forskrift om administrative ordninger

Arbeidstilsynet har utarbeidet kommentaret til aktuelle forskrifter, og disse finnes på tilsynets nettsider.³ I dette punktet inntas Arbeidstilsynets kommentarer til forskrift 12. juni 2011 nr. 1360 om administrative ordninger på arbeidsmiljølovens område.

Kommentar til forskriftens § 2-2 om krav for å bli en godkjent bedriftshelsetjeneste

Til bokstav a

Kravet om at bedriftshelsetjenesten samlet sett må være i stand til å gi en helhetlig og forebyggende bistand, innebærer at bedriftshelsetjenesten må være organisert i en tjeneste. Dette innebærer at det må være fastlagte samarbeidsformer mellom personalet i bedriftshelsetjenesten slik at personalet utgjør et fagmiljø og er i stand til å bistå med alle de forholdene som er beskrevet i forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 13-2.

Med helhetlig menes at bedriftshelsetjenesten må kunne vurdere arbeidsmiljøet i virksomheten fra aktuelle fagvinklinger som arbeidsmedisin eller arbeidshelse, sikkerhet, yrkeshygiene, ergonomi og organisatoriske og psykososiale forhold og hvordan disse samlet sett påvirker arbeidstakerne.

«Helhetlig og forebyggende» må ses i sammenheng med de øvrige kvalifikasjonskravene som stilles i bokstavene b–d.

Til bokstav b

Kravet om kvalitetssikringssystem må ses i sammenheng med de oppgavene bedriftshelsetjenesten skal ha, se forskrift om organisering, ledelse og medvirkning §§ 13-2 og 13-3. Kravet må også ses i sammenheng med de øvrige kvalifikasjonskravene som stilles i bestemmelsen. Dette innebærer at systemet som et minimum må omfatte områdene som beskrives i forskrift om organisering, ledelse og medvirkning §§ 13-2 og 13-3, plan for kontinuerlig kompetanseutvikling av bedriftshelsetjenestens personale og årlig rapport om gjennomførte aktiviteter.

Kvalitetssikringssystemet må dokumentere og sikre løpende kompetanseutvikling av bedriftshelsetjenestens personale. Dette innebærer at systemet skal sikre at bedriftshelsetjenestens bistand til enhver tid er faglig tilfredsstillende.

I forbindelse med søknad om godkjenning må det legges ved dokumentasjon som viser hvordan bedriftshelsetjenestens kvalitetssikringssystem sikrer at kravene i bestemmelsen etterkommes.

Forskriften stiller ikke krav om sertifisering av kvalitetssikringssystemet.

Til bokstav c

For å sikre at bedriftshelsetjenesten er i stand til samlet sett å gi en helhetlig og forebyggende bistand, stilles det her krav til sammensetningen av personalets kompetanse innen områdene som forskriften oppstiller.

³ Arbeidstilsynets nettsider.

Alt faglig personale i bedriftshelsetjenester bør ha kunnskap om:

- arbeidsmiljølovgivningen og arbeidsmiljøet som helhet
- systematisk HMS-arbeid
- grunnleggende organisasjonsforståelse
- generell kartlegging og risikovurdering
- kommunikasjon og formidling
- grunnleggende forskningsmetoder og hvor relevant kunnskap om fagområdene finnes

Aktuelle yrkesgrupper som kan utgjøre bedriftshelsetjenestens faglige personale er leger, sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, yrkeshygieniker og verneingeniør. Sammensetningen av personalets kompetanse vil være avgjørende for om den enkelte bedriftshelsetjenesten oppfyller kravet til «faglig personale». Det forutsettes at personalet samlet sett har kunnskap om årsakssammenhenger mellom arbeidsmiljøbetingelser, arbeidsmiljøeksponering og helseeffekter.

Kompetanseområdet systematisk HMS-arbeid innebærer særlig kunnskap om og forståelse av:

- hvordan innføre og utøve systematisk helse- miljø- og sikkerhetsarbeid
- oppbygning, vedlikehold og revidering av system for internkontroll HMS
- fortløpende kartlegginger og risikovurderinger av arbeidsmiljøet
- hvordan fremme forbedringsarbeid gjennom systematiske forebyggende tiltak
- system for registrering og håndtering av avvik

Kompetanseområdet organisatorisk arbeidsmiljø innebærer særlig kunnskap om og forståelse av:

- hvordan organisering og styring av virksomheter påvirker arbeid og helse
- hvordan virksomhetens arbeidsbetingelser som arbeidets art, organisering, teknologi, lønnsystem, arbeidstidsordninger, ledelse, medvirkning med mer påvirker virksomhetens arbeidsmiljø
- metoder for kartlegging og risikovurdering av ulike organisatoriske arbeidsmiljøforhold
- systematisk forebygging, håndtering og oppfølging av organisatoriske risikofaktorer
- organisatoriske endringer og omstillingsprosesser

Kompetanseområdet arbeidsmedisin/arbeidshelse innebærer særlig kunnskap om og forståelse av:

- hvordan fysiske, kjemiske, biologiske, psykiske og organisatoriske forhold i arbeidsmiljøet virker inn på individets helse
- toksikologi
- epidemiologi
- metoder for kartlegging og risikovurdering av uheldige arbeidsmiljøforhold
- hvordan utrede, undersøke og gi råd til arbeidstakere med arbeidsrelaterte sykdommer
- målrettet helseovervåkning

Kompetanseområdet yrkeshygiene innebærer særlig kunnskap om og forståelse av:

- kjemiske, fysiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer
- metoder for kartlegging og risikovurdering av ulike eksponeringer, samt vurdering av måleresultater og statistikk
- forebyggende tiltak for å redusere eksponering for helseskadelige agens, inkludert substitusjon og ventilasjonsteknikk
- personlig verneutstyr og bruk av dette
- vurdering av helsemessige konsekvenser ved eksponering for kjemiske, biologiske og fysiske agens

Kompetanseområdet ergonomi innebærer særlig kunnskap om og forståelse av:

- muskel- og skjelettapparatet, samt konsekvenser ved påvirkning av dette
- samspillet mellom mennesket og omgivelsene i arbeidsmiljøet
- årsaker til arbeidsrelaterede muskel- og skjelettplager og sykdom
- faktorer av betydning for ergonomi, som belysning, støy, vibrasjoner, mekanikk og fysiske krefter
- metoder for kartlegging og risikovurdering av uheldige ergonomiske forhold
- kartlegging av ansattes arbeidsevne som innebærer en funksjonsvurdering relatert til aktuelle arbeidskrav
- forebyggende tiltak og rådgivning til ansatte vedrørende muskel- og skjelettplager

Kompetanseområdet psykososialt arbeidsmiljø innebærer særlig kunnskap om og forståelse av:

- hvordan virksomhetens organisatoriske arbeidsbetingelser påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet
- metoder for kartlegging og risikovurdering av ulike psykososiale arbeidsmiljøforhold
- systematisk forebygging, intervensjon og oppfølging av psykososiale risikofaktorer
- betydningen av integritet og verdighet
- betydningen av kommunikasjon og mellommenneskelige relasjoner

Til bokstav d

Bestemmelsen oppstiller et volumkrav for det faglige personalet samlet sett i bedriftshelsetjenesten. I tillegg gir bestemmelsen anvisning på volumkrav for hvert av de enkelte fire fagområdene.

Innenfor disse fire fagområdene må personalet ha relevant formell og godkjent utdanning og fortrinnsvis minimum fullført utdanning på høgskolenivå. Faglig personale som utgjør fagområdet arbeidsmedisin, må ha autorisasjon som lege.

Til bokstav e

Bestemmelsen er en unntaksbestemmelse som bare kommer til anvendelse i særlige tilfeller. Unntaksbestemmelsen gjelder alle typer bedriftshelsetjenester.

Bestemmelsen gir åpning for at bedriftshelsetjenesten kan godkjennes selv om kravene i bokstav d ikke fullt ut blir oppfylt. Dette gjelder i særlige tilfeller hvor bedriftshelsetjenesten ikke selv klarer å oppfylle omfanget av fagområdene, men kan innhente relevant faglig kompetanse utenfra. Det er en forutsetning for godkjenning at kravene til å dekke fagområder er oppfylt.

Bedriftshelsetjenesten må dokumentere at den samarbeider med ett eller flere relevante kompetansemiljøer som dekker manglende fagområder.

Et særlig tilfelle kan være at bedriftshelsetjenesten er lokalisert i et område hvor det er lite kundegrunnlag, og hvor det ikke er mulig å få tak i personer med relevant fagkompetanse. De særlige tilfellene må være forhold som bedriftshelsetjenesten har liten eller ingen mulighet til å påvirke.

Det er ikke hjemmel til å gi dispensasjon fra denne bestemmelsen.

Kommentar til forskriftens § 2-3 om varighet av godkjenning

Arbeidstilsynets godkjenningsenhet kan kontrollere om bedriftshelsetjenesten oppfyller kravene for godkjenning både før godkjenning gis, og i løpet av de fem årene godkjenningen gjelder for.

Det følger av arbeidsmiljøloven § 18-6 sjette ledd at Arbeidstilsynet kan stille vilkår som anses nødvendig i forbindelse med at godkjenning gis. Arbeidstilsynet kan for eksempel sette vilkår for godkjenningen at bedriftshelsetjenesten må melde fra til Arbeidstilsynet dersom kravene for godkjenningen etter § 2-2 bortfaller eller endrer seg.



5

På vegne av ekspertgruppen bistår Arbeids- og sosialdepartementet med utgivelse av rapporten.

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 222 40 000
Publikasjonskode: A-0047 B
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon 5/2018 – opplag 300

