

Prosjekt for vurdering av den videre oppfølging av bedriftshelsetjenesten

Rapport 1. september 2007



**ARBEIDS- OG
INKLUDERINGSDEPARTEMENTET**

Innholdsfortegnelse:

Sammendrag og forslag.....	3
1. Bakgrunn for prosjektet.....	4
2. Mandat for prosjektet	5
3. Bedriftshelsetjenestens roller, ansvar og oppgaver	6
4. Myndighetenes oppfølging.....	9
5. Bedriftshelsetjenesten i øvrige nordiske land.....	11
6. Bedriftshelsetjenestens rolle i arbeidet med tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte	12
7. Vurdering av dagens bransjeforskrift og utbyggingskrav	16
8. Vurdering av behovet for kvalitetskrav eller godkjenningsordning rettet mot bedriftshelsetjenesten	30
9. Økonomiske og administrative konsekvenser.....	35
10. Merknader fra referansegruppen	39

Sammendrag og forslag

Rapporten har tre hoveddeler. Den første omhandler bedriftshelsetjenestens roller, ansvar og oppgaver. Den neste hoveddelen inneholder vurdering og forslag til utvidelse av forskrift om hvilke virksomheter som skal ha knyttet til seg verne- og helsepersonale (bransjeforskriften), og den siste delen drøfter hensiktsmessigheten av, og muligheten for, å innføre kvalitetskrav eller godkjenningsordning rettet mot bedriftshelsetjenesten.

Bedriftshelsetjenesten er et arbeidsmiljøtiltak som skal drive forebyggende arbeid i virksomhetene. Med sin arbeidsmiljø- og helsefaglige kompetanse er ordningen en viktig ressurs for utviklingen av et helsefremmende, forebyggende og attføringsrelaterte tiltak i arbeidslivet. Bedriftshelsetjenesten har også fått en sentral rolle i sykefraværsoppfølgingen, ved bl.a. deltakelse på dialogmøter. Rapporten beskriver regelverket og rammebetingelser for bedriftshelsetjenesten, skisserer Arbeidstilsynets rolle og erfaring i forhold til tilsyn med tilknytning til, og bruk av, bedriftshelsetjeneste, og omtaler også forholdet mellom bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssentrene.

Under vurderingen av dagens bransjeforskrift drøftes hensiktsmessigheten av å endre dagens bransjeinndeling slik at for eksempel yrke eller gjennomgående risikoforhold blir kriterium for kravet om tilknytning til bedriftshelsetjeneste. Det konkluderes med at en fortsatt bransjeinndeling er den beste løsningen, og vurderingen av hvilke bransjer som skal omfattes av forskriften baserer seg på kunnskap om arbeidsmiljørisiko i ulike bransjer, data om konsekvenser av arbeidsmiljøforhold og erfaringsbaserte kunnskaper og vurderinger fra Arbeidstilsynet. Det foreslås en utvidelse av bransjeforskriften, slik at følgende nye bransjer omfattes: Helse- og sosialsektoren, frisørbransjen, fiskeoppdrett og klekkerier, gjenvinningsbransjen, vaktjenesten, undervisningssektoren og kraft – og vannforsyning. Utgangspunktet skal imidlertid fortsatt være at plikten til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste baseres på en konkret risikovurdering. Bransjeforskriften representerer risikovurderinger som allerede er foretatt.

Rapporten vurderer deretter behovet for kvalitetskrav eller godkjenningsordning rettet mot bedriftshelsetjenesten. I Innst. O. nr. 100 (2004-2005) mente flertallet i kommunalkomiteen at departementet må arbeide videre med tiltak for å styrke kvaliteten på bedriftshelsetjenesten, herunder vurdere godkjenningsordninger eller ytterligere kvalitetskrav. Formålet med godkjenningsordning er å sikre høyere kvalitet på ordningene og lette avgrensningen mot ”useriøse” ordninger som kaller seg bedriftshelsetjeneste. En godkjenningsordning vil gjøre det enklere for Arbeidstilsynet å samarbeide med virksomhetene og å få gjennomført forbedringskrav fordi etaten vet at virksomheten har tilgang på den nødvendige arbeidsmiljøfaglige kompetanse. Rapporten konkluderer med et forslag til innføring av obligatorisk godkjenningsordning, slik at alle virksomheter som har plikt til bedriftshelsetjeneste må knytte til seg en godkjent ordning. Det vil hovedsakelig stilles krav til ordningenes arbeid, innhold, størrelse og kompetanse. En godkjenningsordning skal imidlertid ikke redusere eller svekke de krav som stilles til arbeidsgiver vedrørende bl.a. bruk av bedriftshelsetjeneste. Disse kravene foreslås presisert og tydeliggjort i forskrift om verne- og helsepersonale. Arbeidstilsynets tilsyn skal effektiviseres og fortsatt rettes mot virksomhetene.

Rapporten inneholder også beregninger av økonomiske konsekvenser av en utvidelse av bransjeforskriften, samt innføring av en godkjenningsordning.

Rapporten inneholder således følgende forslag:

1. Utvidelse av bransjeforskriften med syv nye bransjer.
2. Innføring av en godkjenningsordning rettet mot bedriftshelsetjenesten
3. Konkretisering av arbeidsgivers plikter i forskrift om verne- og helsepersonale

1. Bakgrunn for prosjektet

Iht arbeidsmiljøloven § 3-3 skal virksomhetene knytte til seg bedriftshelsetjeneste dersom risikoforholdene tilsier det. Vurderingen av om en slik plikt forligger skal foretas som ledd i gjennomføringen av det systematiske HMS-arbeidet.

I forskrift av 8. juni 1989 om hvilke virksomheter som skal ha knyttet til seg verne- og helsepersonale (bransjeforskriften) er det foretatt risikoanalyser av en rekke næringer. Næringene er vurdert slik at det innenfor hver av disse nesten alltid vil være nødvendig å gjennomføre særlig overvåking av arbeidsmiljøet eller helsekontroll med arbeidstakerne. Bransjeforskriften er ikke uttømmende. Dette innebærer at også andre virksomheter kan ha plikt til å ha bedriftshelsetjeneste etter loven, men da etter en konkret risikovurdering av den enkelte virksomhet. Det har vært reist kritikk mot bransjeforskriften fordi bransjer som av mange anses svært belastende ikke er tatt med i forskriften, herunder helse-, pleie- og omsorgssektoren. Arbeidslivslovutvalget, jf. innstilling NOU 2004:5, og flere høringsinstanser til denne anbefalte derfor at gjeldende bransjeforskrift revideres.

Et samlet Arbeidslivslovutvalg mente at bedriftshelsetjenestens basisoppgaver bør være som i dag, med hovedvekt på forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Utvalget pekte også på at bedriftshelsetjenesten i økende grad bør være en viktig ressurs i virksomhetenes arbeid med tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte. Utvalget mente derfor at det bør vurderes et nærmere samarbeid mellom virksomheten/bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten/fastlegen. Tilskudd til virksomhetene for bedriftshelsetjenestens arbeid med oppfølging og tilrettelegging ift. sykmeldte og arbeidssøkere med redusert funksjonsevne i IA-bedrifter er ett av de aktive virkemidlene innenfor IA-avtalen.

Departementet er også bedt om å arbeide videre med tiltak for å styrke kvaliteten på bedriftshelsetjenesten, og herunder vurdere godkjenningsordninger eller ytterligere kvalitetskrav. En videre vurdering av hva som skal være bedriftshelsetjenestens rolle og ansvar, hvor risikoen er størst, hvilke som vil bli de største faglige utfordringene og behovet for å styrke kvaliteten på bedriftshelsetjenesten gjennom ev. kvalitets/kompetansekrav eller godkjenningsordning henger tett sammen

Departementet besluttet på denne bakgrunn å gjennomføre et prosjekt for vurdering av bedriftshelsetjenestens rolle og ansvar, utbyggingskrav og behov for ev. kvalitetskrav eller godkjenningsordning. Det er samarbeidet tett med Arbeidstilsynet, og det er innhentet faglig støtte og innspill underveis fra bl.a. ressurs- og kompetansemiljøer og øvrige myndigheter.

Partene i arbeidslivet og andre relevante aktører har vært sikret påvirkningsmuligheter gjennom deltagelse i en referansegruppe som er blitt forelagt konkrete vurderinger og forslag for drøfting underveis.

2. Mandat for prosjektet

Prosjektet omfatter en vurdering av følgende:

1. Bedriftshelsetjenestens roller, ansvar og oppgaver

Bedriftshelsetjenesten hovedoppgave er forebyggende arbeidsmiljøarbeid. For at bedriftshelsetjenesten i større grad skal kunne bidra med sin kompetanse og være en samarbeidspartner i det praktiske arbeidet med tilrettelegging for/oppfølging av den enkelte sykmeldte arbeidstaker, skal prosjektet konkretisere og tydeliggjøre disse oppgavene og funksjonene, samt vurdere mulighetene for et nærmere samarbeid mellom bedriftshelsetjenesten og primærhelsetjenesten /fastlegen i dette arbeidet. Herunder må vurderes ulike problemstillinger knyttet til gjennomføringen av et slikt samarbeid, som for eksempel forskjellig kompetanse og prioriteringer, ulikt regelverk som ligger til grunn for arbeidet (som helsepersonelloven og arbeidsmiljøloven) mv.

Denne avklaringen av bedriftshelsetjenestens roller og oppgaver i IA-arbeidet skal også omfatte en avgrensning mot arbeidslivssentrene's ansvar.

Departementet legger til grunn at det i denne sammenheng vil være aktuelt å innhente erfaringer fra de øvrige nordiske land, som også har pågående prosesser med vurderinger av bedriftshelsetjenestens rolle mv.

2. En gjennomgang av dagens bransjeforskrift/utbyggingskrav som skal omfatte vurderingen av både:

- hvilke kriterier som skal legges til grunn for om en virksomhet skal ha plikt til å etablere bedriftshelsetjeneste,
- om kravene fremdeles bør rettes mot konkrete bransjer og hvilke bransjer som eventuelt skal omfattes,
- om kravene kan utformes mer med utgangspunkt i kunnskap om «gjennomgående» risikoforhold.

Som grunnlag for arbeidslivslovutvalgets drøftinger om bedriftshelsetjenestens rolle i det lokale arbeidsmiljøarbeidet, ble det i regi av DNV Consulting gjennomført et prosjekt som beskriver tre ulike modeller for fremtidens bedriftshelsetjeneste. En av disse er en videreføring av dagens oppgaver for bedriftshelsetjenesten, men uten et krav om utbygging i alle virksomheter. Det vurderes hvordan det kan foretas en gradvis utbygging med utgangspunkt i en risikovurdering. Spesielt vurderes det hvilke faktorer som bør legges til grunn for en risikovurdering. Selve modellen innebærer således på sett og vis en revisjon, ev. videreutvikling av "bransjeforskriften". Det er spesielt vurdert om det er risikofylte kvinnedominerte bransjer eller yrker som bør pålegges å ha bedriftshelsetjenesten. Det vurderes også om det er andre kriterier enn bransje som skal legges til grunn for risikovurderinger, f. eks. gjennomgående arbeidsmiljøproblemer (ergonomiske, organisatoriske e.a.). Det legges til grunn at DNVs rapport vil utgjøre et viktig grunnlagsmateriale for prosjektet.

Prosjektgruppens arbeid skal bl.a. munne ut i et konkret forslag til revidert bransjeforskrift eller annen operasjonalisering av arbeidsmiljølovens krav til hvilke risikoforhold som tilsier at arbeidsgiver har plikt til bedriftshelsetjeneste.

3. Vurdering av behovet for kvalitetskrav eller godkjenningsordning rettet mot bedriftshelsetjenesten

På bakgrunn av hva som skal være bedriftshelsetjenestens rolle og oppgaver, og hvilke faglige utfordringer som følger av prioritering av ev risikobransjer eller arbeidsmiljøproblemer, skal hensiktsmessigheten av og utformingen av en ev godkjenningsordning eller særskilte kvalitetskrav for bedriftshelsetjenesten vurderes nærmere. Arbeidsgruppen skal ev utarbeide konkrete skisser til godkjenningsordning eller kvalitetskrav/forskrift.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget

Utredning og vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser skal foretas i nært samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet.

3. Bedriftshelsetjenestens roller, ansvar og oppgaver

3.1. Regelverk og rammebetingelser

3.1.1 Bedriftshelsetjenestens oppgaver

Bedriftshelsetjenesten er et arbeidsmiljøtiltak som skal drive forbyggende arbeid i virksomhetene. Med bedriftshelsetjeneste menes personale som bistår virksomheten med det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, samt med oppfølging av arbeidstakere og bedriftsintern attføring. Aktuelle yrkesgrupper i denne sammenheng kan være lege, sykepleier, fysioterapeut, verneingeniør, yrkeshygieniker, sikkerhetsingeniør, psykolog, og lignende. Med sin arbeidsmiljø- og helsefaglige kompetanse er ordningen en viktig ressurs for utvikling av helsefremmende, forebyggende og attføringsrelaterte tiltak i arbeidslivet. Som sådan kan bedriftshelsetjenesten bidra til å hindre og redusere effekten av helseskader arbeidstakerne påføres gjennom arbeidet, og også til økt verdiskapning og lønnsomhet i virksomhetene. Det har således vært stor grad av enighet mellom myndighetene og partene i arbeidslivet om at den videre utvikling av bedriftshelsetjenesten vil være et sentralt virkemiddel i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i fremtiden. Det er videre enighet om at bedriftshelsetjenestens hovedoppgave fremdeles skal være forebyggende arbeidsmiljøarbeid.

I arbeidsmiljøloven § 3-3 presiseres at risikovurderingen mht plikten til å etablere bedriftshelsetjeneste skal gjennomføres som ledd i det systematiske HMS-arbeidet. Formålet med dette er først og fremst å synliggjøre den åpenbare sammenhengen mellom bestemmelsene om bedriftshelsetjeneste og systematisk HMS-arbeid. Kjernen i kravene til systematisk HMS-arbeid er nettopp å identifisere risiko og iverksette tiltak for å redusere denne. Bedriftshelsetjenesten vil dels kunne fungere som en bidragsyter til selve risikovurderingen, dels som et tiltak til å redusere identifisert risiko.

Bedriftshelsetjenesten er et virkemiddel for virksomhetene, og det er arbeidsgiver som er pliktsubjekt. Siden det i dag ikke stilles krav direkte til bedriftshelsetjenesten, styres tjenestens virksomhet heller ikke direkte gjennom noe overordnet myndighetsorgan. All myndighetspåvirkning av bedriftshelsetjenesten skjer indirekte via tilsyn og pålegg til virksomhetene eller ved frivillig samarbeid mellom de enkelte bedriftshelsetjenestene og myndighetene.

Forskrift 21. april 1994 om verne- og helsepersonale gir nærmere regler om de oppgaver verne- og helsepersonalet (bedriftshelsetjenesten) skal utføre i tilknytning til arbeidet med overvåking av arbeidsmiljøet i virksomheten og kontroll med arbeidstakernes helse. Forskriften retter seg mot arbeidsgiver. Etter § 6 i forskriften skal arbeidsgiver sørge for at verne- og helsepersonalet bistår med planlegging av HMS-arbeidet, fremmer forslag om løpende kartlegging, fremmer forslag om forebyggende tiltak, overvåker og kontrollerer arbeidstakernes helse i forhold til arbeidssituasjonen, bistår med å tilpasse arbeidet for den enkelte, bistår med informasjon og opplæring samt bistår med bedriftsintern attføring. Arbeidsgiver skal samarbeide med verne- og helsepersonalet om å utarbeide dokumentasjon som skal inngå som en del av virksomhetens totale planarbeid. Det stilles også krav om at arbeidsgiver må påse at bedriftshelsetjenesten kan dokumentere relevant utdanning og kompetanse og gjennomfører nødvendig videre- og etterutdanning i forhold til de helse-, miljø- og sikkerhetsmessige forhold som skal overvåkes i virksomheten. Det rettes således krav til arbeidsgiver om bedriftshelsetjenestens oppgaver og kompetanse, men ikke om ordningenes organisering eller tilknytningsform. Det har vært bred enighet om at arbeidsgiver i utgangspunktet må kunne velge fritt den mest hensiktsmessige tilknytningsformen, hvis bare tjenesten oppfylder lovens krav. Dette er i tråd med prinsippene i arbeidsmiljølovgivingen, om at kravene rettes mot arbeidsgiver og om et systematisk HMS-arbeid som skal være tilpasset behovene og risikoforholdene i den enkelte virksomhet.

Som oppfølging av Sykefraværsutvalgets forslag høsten 2006, er det gjennomført endringer i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven fra 1. mars 2007 som bl.a. innebærer skjerping av arbeidsgivers ansvar for å utarbeide oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker, jf. Ot.prp. nr. 6 (2006-2007). For å komme raskere i gang med det konkrete oppfølgingsarbeidet på arbeidsplassen er det bl.a. etablert en ny møtearena i form av et lovpålagt dialogmøte senest etter 12 uker sykmelding hvor arbeidsgiver og arbeidstaker, samt bedriftshelsetjenesten (i de virksomheter som har bedriftshelsetjeneste), skal delta. Legen/sykmelder skal delta dersom arbeidsgiver og arbeidstaker eller arbeidstaker alene ønsker det. Hensikten med dialogmøtet er å sørge for en bedre samhandling mellom berørte aktører og å ansvarliggjøre disse til å ha et større fokus på alternative muligheter fremfor 100 pst. sykmelding. I møtet skal aktørene gjennomgå og arbeide videre med oppfølgingsplanen og hva arbeidstakeren kan gjøre på arbeidsplassen og hvordan arbeidsgiver skal tilrettelegge for å få dette til, herunder avklare mulighetene for gjennomføring av bedriftsinterne tiltak. Bakgrunnen for at det pekes særskilt på bedriftshelsetjenesten i denne sammenheng, er at virksomheter som har plikt til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste, skal sørge for at bedriftshelsetjenesten bistår med å tilpasse arbeidet for den enkelte arbeidstaker og med bedriftsinternt tilretteleggingsarbeid. Det presiseres nå at dette innebærer bl.a. å delta konkret i arbeidet med utarbeiding og oppfølging av oppfølgingsplan for enkelte sykmeldte mv. Denne presiseringen er således i seg selv en konkretisering og tydeliggjøring av bedriftshelsetjenestens oppgaver og funksjoner i denne sammenheng. Det stilles videre krav om at dersom både arbeidsgiver og arbeidstaker, eller arbeidstaker alene ønsker det, skal legen eller annen sykmeldende behandler også delta i dialogmøtet.

3.1.2 Taushetsplikt, informasjon mv

Iht. regelverket har bedriftshelsetjenesten en selvstendig plikt til å informere arbeidsgiver, arbeidstakere og deres representanter om risikofaktorer på arbeidsplassen. Informasjon og råd som bedriftshelsetjenesten gir skal utelukkende bygges på en faglig vurdering av arbeidsmiljøforholdene i virksomheten. Dette gjelder i alle sammenhenger, enten

bedriftshelsetjenesten opptrer som sakkyndig for virksomheten eller det dreier seg om oppfølging i forhold til en enkelt arbeidstaker.

Etter arbeidsmiljøloven § 5-3 skal enhver lege gi skriftlig melding til Arbeidstilsynet om alle tilfeller av arbeidsrelatert sykdom. Hvis arbeidstaker gir samtykke skal også arbeidsgiver underrettes om sykdommen.

Bedriftshelsetjenesten vil, særlig i forbindelse med oppfølging og tilrettelegging ift. enkeltarbeidstakere motta informasjon om den enkeltes helse uten at det foreligger en behandlingssituasjon. Bedriftshelsetjenestepersonell er helsepersonell med rettigheter og plikter som annet helsepersonell. Arbeidstakerne vil ha de samme rettighetene i forhold til bedriftshelsepersonell som de som følger av pasientrettighetsloven. Det innebærer blant annet at bedriftshelsetjenestepersonell har taushetsplikt og journalplikt, og arbeidstakerne har innsynsrett og adgang til å kreve retting og sletting av informasjon i journal.

Taushetsplikten skal beskytte den enkeltes personlige forhold og private sfære, og er et element i pasientens personvern. Det er imidlertid en rekke unntak fra hovedregelen i helsepersonelloven § 21 om at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. De mest praktiske unntakene i bedriftshelsetjenestesammenheng er kanskje § 22 i helsepersonelloven om samtykke fra den opplysningene gjelder, § 23 om blant annet anonymiserte opplysninger og § 27 om opplysninger som bedriftshelsetjenestepersonell mottar som sakkyndig. Bedriftshelsetjenesten vil ofte opptre som sakkyndig for virksomheten.

3.2 Status for arbeidet i bedriftshelsetjenesten

Arbeidslivslovutvalget (NOU 2004:5) viser til en rekke studier som peker på at bedriftshelsetjenesten i dag i hovedsak arbeider med de oppgavene som er definert i regelverket. I henhold til Rogalandsforskning (1999)¹ er bistanden fra bedriftshelsetjenesten i store trekk i samsvar med forskriftene, men med en vektlegging av kjerneaktiviteter som helsekontroller og kartlegging av arbeidsmiljøet. Dette kan gå på bekostning av andre primærforebyggende oppgaver. Det er mange indikasjoner på at bedriftshelsetjenesten oppleves som en nyttig bidragsyter i det forebyggende HMS-arbeidet. Rogalandsforskning har vist at bedriftshelsetjenesten har en positiv innvirkning på den systematiske forbedring av helse, miljø og sikkerhet. Større virksomheter med en klar risikoprofil utnytter denne ressursen på en noe bedre måte enn andre. SINTEF IFIM (1994)² viste gjennom evalueringen av partenes sykefraværprosjekt 1991-1993, at de virksomheter som lykkes i å redusere sitt sykefravær, har gjort dette ved en bred, systematisk arbeidsmiljøtilnærming. Oppslutning fra bedriftshelsetjenesten og arbeidsledelse og medvirkning fra arbeidstakerne var av spesielt stor betydning.

I Arbeidslivslovutvalgets innstilling vises det allikevel til at bedriftshelsetjenesten som arbeidsmiljøtiltak ser ut til å være et stykke fra å nå myndighetenes opprinnelige, ambisiøse og brukerrettede målsettingen om forebyggende helseforbedring på arbeidsplassene, og kvaliteten på ordningene varierer sterkt. Mange virksomheter mangler den nødvendige kompetanse til å be om bistand fra bedriftshelsetjenesten og til å vurdere kvaliteten på

¹ Lie mfl: Evaluering av verne- og helsepersonale i virksomhetene, Rogalandsforskning 1999 (RF-1999-007)

² SINTEF IFIM 1994: Sykefraværprosjektet 1991-1993. Erfaringer fra bransjer i LO/NHO-området.

bedriftshelsetjenestens arbeid. Grimsmo og Hilsen (2000)³ har vist at bare 30 prosent av arbeidstakerne opplever at bedriftshelsetjenesten i stor eller noen grad er en aktiv aktør i forhold til å skape et godt arbeidsmiljø. SINTEF Ny praksis⁴ viste tilsvarende i 2001 at få arbeidstakere oppfatter bedriftshelsetjenesten som initiativtakere (12 prosent) eller deltagere (15 prosent) i det interne forbedringsarbeidet.

Det synes uklart i hvilken grad bedriftshelsetjenesten i dag bistår virksomhetene i sykefraværarbeidet, og i hvilken grad det samarbeides med primærhelsetjenesten om oppfølging/tilrettelegging ift den enkelte. Stami gjennomførte i 2004 en kartlegging blant bedriftshelsetjenester av i hvilken grad de mener å bidra til et inkluderende arbeidsliv⁵. De viktigste konklusjonene var at bedriftshelsetjenesten har engasjert seg i IA-arbeidet og bidrar med sin kompetanse. IA ser ut til å bli et viktig område for bedriftshelsetjenesten, men har så langt ikke gått ut over det forebyggende HMS arbeidet. Resultatene tyder på at samhandlingen mellom virksomheter, bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssentrene går ganske bra de fleste steder. Det fremgår imidlertid ikke om det er etablert samarbeid opp mot primærhelsetjenesten i dette arbeidet. Det kan fremstå som at bedriftshelsetjenesten i større grad enn før bidrar til tilrettelegging for enkeltarbeidstakere, men at dette i stor grad sees som ledd i det interne forebyggende arbeidet uten at dette skjer i samarbeid med øvrige ”hjelpere” rundt arbeidstaker/pasient.

Norsk arbeidsmedisinsk forening (NAMF) har fått tilbakemelding fra medlemmer om manglende initiativ fra fastlegene til et samarbeid innen sykefraværsoppfølging. Enkelte fastleger som har god kontakt med bedriftshelsetjenester lokalt gir også tilbakemelding om god hjelp til oppfølging. Effekten av bedriftshelsetjenester som kjenner den enkeltes arbeidsplass og dermed muligheter for tilpassing og tilrettelegging beskrives som betydelig. Med ett ben i arbeidslivet og ett ben i helsevesenet har bedriftslegene/bedriftshelsetjenesten en unik posisjon for å kunne bidra positivt i oppfølgingen av arbeidstakeren.

For å supplere og oppdatere vurderingen av status etter Arbeidslivslovutvalgets redegjørelse i 2004, har Arbeidstilsynet høsten 2006 foretatt en avgrenset kartlegging av status mht bedriftshelsetjenestens oppgaver, funksjon, roller og samspill med andre relevante aktører. Denne gjennomgangen tyder på at bedriftshelsetjenestens arbeid fortsatt grovt sett samsvarer med oppgavedefinisjonene i forskriften om verne- og helsepersonale. Nettverkssøk over 105 bedriftshelsetjenester viste at bedriftshelsetjenestene i hovedsak tilbyr oppgaver knyttet til:

- sykefravær, tilrettelegging og attføring
- kartlegginger av og arbeid med risikoforhold knyttet til ulike sider ved arbeidsmiljøet, spesielt ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø
- HMS-systematikk, deltakelse i AMU, AKAN, rusproblematikk og konflikthåndtering
- kursvirksomhet.

4. Myndighetenes oppfølging

Arbeidstilsynet skal føre tilsyn med at virksomhetene oppfyller sine plikter etter arbeidsmiljøregelverket. Herunder skal etaten følge opp at virksomheter som har plikt knytter til seg bedriftshelsetjeneste, og at denne har relevant kompetanse og utfører de oppgaver som

³ Grimsmo og Hilsen: Arbeidsmiljø og omstilling. Arbeidsforskningsinstituttet 2000.

⁴ SINTEF Ny Praksis 2001: HMS-tilstanden i Norge 2001.

⁵ Lie, Gudding, Bjørnstad og Aasnæss 2004: Bedriftshelsetjenestens rolle i det inkluderende arbeidsliv, STAMI-rapport nr. 2 2004.

er beskrevet i forskrift om verne- og helsepersonale. Arbeidstilsynets hjemler for å pålegge en virksomhet å knytte til seg bedriftshelsetjeneste er arbeidsmiljøloven § 3-3 eller bransjeforskriften. Det vises til nærmere redegjørelse for regelverket i pkt. 3.1 og 7.1. I bransjeforskriften er det gitt en dispensasjonshjemmel i § 4. Det fremgår her at ”Det lokale arbeidstilsynet skal gi dispensasjon fra kravet om verne- og helsepersonale når dette finnes verne- og helsemessig forsvarlig”.

Ved tilsyn med virksomheter som omfattes av plikt til bedriftshelsetjeneste skal det kontrolleres om denne plikten er oppfylt. Det skal også kontrolleres at virksomheten bruker bedriftshelsetjenesten i tråd med kravene i forskrift om verne- og helsepersonale. Hvis plikten(e) ikke er oppfylt, skal det reageres med pålegg som eventuelt følges opp med tvangsmulkt.

4. 1 Arbeidstilsynets erfaringer med tilsyn etter bransjeforskriften

Arbeidstilsynet har i stor grad ført tilsyn med virksomhetenes plikt til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste. Bransjeforskriften er blant de 10 mest brukte hjemlene, og har gjennomgående vært et tema ved tilsynet. Postale tilsyn, hvor spesielle bransjer ble gjennomgått mht oppfyllelse av plikten til å være tilknyttet bedriftshelsetjeneste, har vært gjennomført i deler av etaten, og dette har ført til mange innmeldinger. Arbeidstilsynet får erfaringsmessig mange henvendelser fra bedriftshelsetjenestepersonell i kjølvannet av slike aksjoner, der de rapporterer om stor pågang. I kampanjer i bransjer omfattet av plikten til bedriftshelsetjeneste har dette nesten alltid vært tilsynstema. Både kvantitet og kvaliteten av tjenestene blitt kontrollert. Kontrollen er i kampanjene ofte begrenset til bruk av bedriftshelsetjeneste i forhold til de tema kampanjen har fokus på.

Etaten har også muligheter til å ilegge en enkeltvirksomhet pålegg etter § 3-3 arbeidsmiljøloven, selv om virksomheten ikke tilhører en av bransjene som er pliktig. Antall pålegg som er hjemlet direkte i loven er relativt lavt.

I tillegg til at Arbeidstilsynet fører tilsyn med virksomhetenes etterlevelse av plikten til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste, har etaten også en veiviserrolle i forhold til bedriftshelsetjeneste.

4.2 Arbeidstilsynets praksis i forhold til dispensasjoner fra plikten til å tilknytte seg bedriftshelsetjeneste

Selv om det i dispensasjonshjemmelen i bransjeforskriften legges opp til at Arbeidstilsynet skal gi dispensasjon, gis slike dispensasjoner i realiteten ganske sjelden. Etaten får relativt få søknader om dispensasjon fra plikten til bedriftshelsetjeneste, og det er få søknader som innvilges. Dispensasjon gis kun dersom arbeidsgiveren i søknad kan godtgjøre at de spesielle risikofaktorer som vanligvis forekommer i næringen ikke er tilstede og at det ellers er verne- og helsemessig forsvarlig å innvilge dispensasjon. Arbeidstilsynet er varsom med å gi dispensasjoner fra plikten til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste, og eventuelle dispensasjoner skal være tidsbegrensede. De få som har fått dispensasjon, er vanligvis meget små virksomheter (1-2 ansatte, gjerne familiebedrifter) der arbeidsmiljøforholdene er oversiktlige og kommunikasjonslinjene korte mellom leder og ansatt.

4.3 Arbeidstilsynets erfaringer med tilsyn med forskrift om verne- og helsepersonale

Statistikk fra Arbeidstilsynets Virksomhets- og yrkesskaderegister (VYR), viser at forskrift om verne- og helsepersonale er blant de 10 mest brukte hjemlene for pålegg. For å illustrere etatens påvirkningsmuligheter vises til tabell 4.1 nedenfor som viser økningen i oppfyllingen av kravene fra første til andre tilsyn i virksomhetene i forbindelse med etatens kjemikaliekampanje.

Tabell 4.1: Resultater etter to omganger med tilsyn

Parameter iht. sjekkliste	1. gangs tilsyn			2. gangs tilsyn		
	Ja %	Nei %	n	Ja %	Nei %	N
05 bilverksted – periodisk plan med BHT	50,7	49,3	706	82	18	102
04 grafisk – BHT med yrkeshygienisk kompetanse	72,1	28,9	215	77,8	22,2	27
05 grafisk – periodisk plan med BHT	50,0	50,0	214	76,9	23,1	26
04 verksted – BHT med yrkeshygienisk kompetanse	75,9	24,1	586	81,7	18,3	109
05 verksted – periodisk plan med BHT	61,0	39,0	569	76,4	23,6	106
05 GUP – periodisk plan med BHT	53,4	46,6	88	26,7	73,3	15

Kjemikaliekampanjen viste at de som hadde ”tradisjonell” bedriftshelsetjeneste i stor grad greide å etterkomme Arbeidstilsynets pålegg om risikovurdering, kartlegging, substitusjon etc. bedre enn de som ikke hadde bedriftshelsetjeneste eller hadde utradisjonelle ordninger. Likevel ble det klarlagt at også de tverrfaglige bedriftshelsetjenesteordningene ikke fikk gjort en optimal jobb før etter at Arbeidstilsynet hadde øvd påtrykk på virksomhetene.

4.4 Oppsummering

Arbeidstilsynet har gode muligheter til å påvirke at virksomheter som er pliktig til å ha bedriftshelsetjeneste, faktisk har det. Arbeidstilsynet har bidratt til at dekningsgraden er relativt god ved å ha gitt mange pålegg over en årrekke. Forskriftene om bedriftshelsetjeneste er blant etatens mest brukte hjemler. Høy dekningsgrad synes å forutsette et aktivt tilsyn. En viktig begrensning ligger i at det ikke er mulig for etaten å nå mange virksomheter med tilsyn (verken postalt eller fysisk) av ressurs hensyn. Andre viktige begrensninger ligger i at Arbeidstilsynet bare er en av flere faktorer som påvirker virksomhetenes tilknytning til og bruk av bedriftshelsetjeneste. Andre viktige faktorer er bedriftshelsetjenesten selv og det som skjer internt i bedriftshelsetjenesten av organiseringer og prioriteringer, i markedet ved etablering av Arbeidslivssentre og private konsulenter, i forskrift- og regelverk og ikke minst i virksomhetenes etterspørselskompetanse, oppfattede behov for og kjøp av bedriftshelsetjenester.

5. Bedriftshelsetjenesten i øvrige nordiske land

Flere land har ordninger med bedriftsleger og/eller bedriftshelsetjenester. Imidlertid er det bare de nordiske ordningene som i hovedsak er innrettet mot arbeidsmiljøarbeidet i virksomhetene. Et lands bedriftshelsetjeneste kan imidlertid ikke ses isolert, men må ses i sammenheng med struktur for den øvrige helsetjenesten, historie og struktur for arbeidsmarkeds- og myndighetsforhold og historie for utviklingen av bedriftshelsetjenesten. Både i Finland, Sverige og Danmark ble det i løpet av 2001 laget utredninger om den

nasjonale bedriftshelsetjenesten. Etter Arbeidslivslovsutvalgets omtale av bedriftshelsetjener i de andre nordiske land fra 2004 har det skjedd store endringer i Danmark. Både organiseringen av og plikten til bedriftshelsetjeneste er endret ved arbeidsmiljøreformen i 2005. Siden denne reformen har antallet bedriftshelsetjenester og antall virksomheter som har avtale med bedriftshelsetjeneste blitt redusert. I Sverige er det også færre virksomheter som har avtale med en bedriftshelsetjeneste. Samtidig er situasjonen svært uavklart når det gjelder bedriftshelsetjenesten organisering og statlige regulering. Det nye lovforslaget om företagshälsovård (SOU 2004:113 "Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder") er ikke trådt i kraft og Arbetslivsinstitutet som iht. SOU'en burde ha en sentral rolle i planlegging av kompetanseheving av bedriftshelsepersonell, er besluttet lagt ned pr. 1. juli 2007. Forholdene for bedriftshelsetjenesten i Finland er stabile og myndighetene der arbeider for å utvide ordningen slik at den omfatter alle arbeidstakere, samt å styrke kvaliteten på tjenestene.

I Sverige diskuteres det om bedriftshelsetjenesten skal få en større rolle i arbeidet med sykefraværsoppfølging og tilrettelegging for sykmeldte arbeidstakere på arbeidsplassen. I Danmark kan arbeidsmiljørådgiverne gi råd om hvordan virksomheten kan arbeide for å få ned sykefraværet. Flere firma som nå er arbeidsmiljørådgivere var bedriftshelsetjeneste før arbeidsmiljøreformen i 2005, med lang erfaring i arbeidsmiljørådgivning. Når markedet for denne typen tjenester slippes fri ved at plikten for bedriftshelsetjeneste avvikles fram mot 2008, stiller arbeidsmiljørådgivernes bransjeorganisasjon seg spørrende til om arbeidsmiljørådgivning byttes ut med tjenester som virksomhetsutvikling (www.bstforeningen.dk). I Finland er bedriftshelsetjenesten innrettet mot kurative tjenester og sykefraværsoppfølging. Det er samarbeid mellom primærhelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten, blant annet ved at arbeidstaker skal kontakte bedriftshelsetjenesten tre dager etter sykemelding for å få bistand.

6. Bedriftshelsetjenestens rolle i arbeidet med tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte

6.1 Dagens rammeverk og utfordringer

Vi har i utgangspunktet et godt og funksjonelt regelverk og et avklart myndighetsansvar knyttet til oppfølging av sykmeldte. Legen skal vurdere om det er tungtveiende medisinske grunner til at en person skal være borte fra arbeidet. Gradert sykmelding skal være første alternativ, før aktiv sykmelding eventuelt vurderes. Arbeidsgiver og arbeidstaker skal senest etter seks uker utarbeide en oppfølgingsplan for å få den sykmeldte raskest mulig tilbake til arbeid. Det er innført nye krav om gjennomføring av dialogmøter som møtearenaer for å vurdere bl.a. gjennomføring av oppfølgingsplanene. Det er presisert i forskriften om verne- og helsepersonale at arbeidsgiver skal sørge for at bedriftshelsetjenesten bistår med å tilpasse arbeidet til enkelte arbeidstaker, og bistår med bedriftsintern attføringsarbeid. Er en arbeidstaker fortsatt sykmeldt, skal Arbeids- og velferdsetaten senest etter 12 uker etterspørre oppfølgingsplanen som arbeidsgiveren iht. arbeidsmiljøloven har plikt til å utarbeide i samarbeid med arbeidstakeren. Dersom arbeidsgiver ikke fremlegger en slik oppfølgingsplan, kan Arbeids- og velferdsetaten ilegge en tvangsmulkt.

Bedriftshelsetjenestens rolle i denne sammenheng er ikke behandling, men vil først og fremst være å bistå arbeidsgiver med å tilrettelegge arbeidssituasjonen for den enkelte arbeidstaker. Dette er en naturlig og viktig del av virksomhetenes systematiske og forebyggende HMS-

arbeid. Gjennom IA-avtalen ytes det særlig honorar for arbeid med sykmeldte arbeidstakere og arbeidstakere som står i fare for å bli sykmeldt. Fra 1. juni 2007 utbetales dette honoraret til virksomhetene for bruk av bedriftshelsetjenesten i denne sammenheng, bl.a. til bedriftshelsetjenestens deltagelse i dialogmøtene. Det er avsatt nærmere 20 mill kroner pr. år til dette honoraret, i 2006 ble bare ca 14 mill kroner benyttet. Det er videre ønskelig med et nærmere samarbeid mellom primærhelsetjenesten/ fastlegen og bedriftshelsetjenesten som ”virkemiddel” i arbeidsgivers tilretteleggingsarbeid. Dette vil kunne bidra til tidligere, bedre og mer helhetlig oppfølging av den enkelte sykmeldte arbeidstaker og bedre bistand til virksomhetene i det konkrete tilretteleggingsarbeidet, samt lette fastlegens og bedriftshelsetjenestens arbeid med vurdering av funksjonsevne mv.

6.2 Fastlegens rolle – gjennomføring av Legeprogrammet

Fra 1.7.2004 ble det innført en aktivitetsplikt for alle sykmeldte så tidlig som mulig og senest innen 8 uker. Etter gjeldende regler skal legen vurdere om det er tungtveiende medisinske grunner til at en person skal være borte fra arbeidet, både ved førstegangs og senere sykmeldinger. Dersom legen mener at sykmelding er nødvendig, skal gradert sykmelding være første alternativ, før aktiv sykmelding eventuelt vurderes. Fra 01.03.07 skal sykemeldende lege delta i dialogmøte 1 om oppfølgingsplanen mellom arbeidsgiver og sykemeldt arbeidstaker dersom arbeidsgiver og arbeidstaker, eller arbeidstaker alene ønsker det. Dersom det er hensiktsmessig skal legen også delta i dialogmøte 2, som Arbeids- og velferdsetaten har ansvaret for. Legen er således den viktigste premissleverandør ved sykmelding og har stor betydning for sykmeldingspraksis og sykefravær. Legen er tillagt en portvokterrolle, i tillegg til sitt ansvar for den medisinske behandlingen. Samtidig legitimerer legen at en person kan være borte fra arbeid pga. sykdom. Fokus skal vris både hos lege og arbeidstaker fra hvilke begrensninger sykdommen eller tilstanden innebærer, til hvilke muligheter den sykmeldte har til å være i aktivitet.

For å styrke legenes forutsetninger for å løse disse oppgavene på en god måte, har trykdeetaten og Legeforeningen i samarbeid gjennomført et fagutviklingsprogram for allmennpraktiserende leger: ”Legen i det inkluderende arbeidsliv 2004-2005”. Det videre IA-arbeidet må først og fremst foregå lokalt og fortrinnsvis forankres i allmennlegeutvalgene i samarbeid med NAV-kontorene. Det planlegges to møter pr år som en lokal arena for informasjonsutveksling og diskusjon om prinsipielle, generelle og lokale problemstillinger som er relevante for fastleger og arbeidsmedisinere i distriktene og NAV ift tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte. Målgruppen er allmennleger, arbeidsmedisinere, og NAV lokalt. I tillegg inviteres bedriftshelsetjenesten til møter der dette er relevant. Det er utarbeidet underlagsmateriale for diskusjonen i gruppene, som bl.a. har egen omtale av temaene ”Allmennlege og bedriftslege – felles innsats for et inkluderende arbeidsliv” og ”Taushetsplikt og personvern i sykefraværarbeidet”⁶. Dette vil være en god arena for felles diskusjoner på systemnivå, i tillegg til det konkrete samarbeidet om oppfølging av sykmeldte arbeidstakere.

⁶ Arbeids- og velferdsetaten og Den norske lægeforening 2006: Legen i det inkluderende arbeidsliv.

6.3 Forholdet mellom bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssentrene – avgrensning av roller og oppgaver

6.3.1 Rammeverk rundt Arbeidslivssenteret

Arbeidslivssentrene er etablert i hvert fylke i tilknytning til Arbeids- og velferdsetaten, som et særlig virkemiddel i tilknytning til IA-avtalen. Arbeidslivssentrene har gjennom Intensjonsavtalens mandat et viktig oppdrag i å støtte opp under virksomhetenes egen innsats for å forebygge sykefravær og overgang til passive trygdeordninger. Arbeidslivssentrene skal aktivt bistå virksomhetene i dette arbeidet. Arbeids- og velferdsetatens rolle overfor IA-virksomheter er å bistå i forbindelse med ivaretagelse av enkeltansatte og systemer for redusert sykefravær, videre å yte rekrutteringsbistand og sørge for formidling av personer med rett kompetanse.

Konkret skal kontaktpersonene ved arbeidslivssenteret gjennom et tett samarbeid med lokale NAV-kontor og hjelpemiddelsentral sørge for at samarbeidet med etaten skjer mest mulig effektivt og hensiktsmessig. Om nødvendig vil kontaktpersonen også koordinere aktuelle tjenester fra andre offentlige etater. Kontaktpersonen hjelper også med å arbeide målrettet og resultatorientert med utvikling av en mer inkluderende arbeidsplass. Basert på virksomhetens behov og planer, vil kontaktpersonen formidle nødvendig kompetanse og personell fra hele arbeidslivssenteret. Leveransene kan være å gi eller fremskaffe informasjon, å formidle kontakt mellom aktører eller å gi råd eller bistand.

Det er utarbeidet særlige retningslinjer for samarbeid mellom bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssentrene: I samarbeidsavtalen til IA-avtalen fremgår det at arbeidslivssenteret skal samarbeide med IA-virksomhetenes bedriftshelsetjeneste. Arbeidslivssenteret skal samarbeide med og være et supplement til virksomhetenes eller bedriftshelsetjenestenes arbeid der det er nødvendig og ønskelig. I samhandling mellom bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssenteret må det sørges for å avklare hva bedriftshelsetjenesten gjør og hva arbeidslivssentrene gjør. Målet er å få til et samarbeid slik at en vet ”hvem gjør hva” i det enkelte tilfelle og dermed sikre at bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssentrene utfyller hverandre til beste for virksomhetene.....

6.3.2 Erfaringer fra samarbeidet mellom bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssentrene.

I STAMIs kartleggingsundersøkelse ”Bedriftshelsetjenestens rolle i det inkluderende arbeidsliv” (2004) tyder resultatene på at samhandlingen mellom virksomheter, bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssentre går ganske bra de fleste steder. Det store flertallet av bedriftshelsetjenester rapporterte om et godt samarbeid med arbeidslivssentrene, og at sentrene er en aktiv pådriver overfor virksomhetene. Imidlertid har det ved flere anledninger vært påpekt at det er uklare grensesnitt mellom bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssentrene. Servicebedriftenes Landsforening (SBL) gjennomførte i 2005 en spørreskjemaundersøkelse blant bedriftshelsetjenesten om forholdet mellom bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssentrene. Resultatene av denne kartleggingen kan tyde på at en del bedriftshelsetjenester opplever arbeidslivssentrene som konkurrenter i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, og at de mister ”kunder” og oppgaver til arbeidslivssentrene.

6.3.3 Klargjøring av retningslinjer

Det foreligger retningslinjer og forsøk på avgrensningene av arbeidslivssentrene og bedriftshelsetjenestens oppgaver ift. virksomhetene i denne sammenheng. Disse retningslinjene, som er utarbeidet av Arbeids- og velferdsetaten i samarbeid med bedriftshelsetjenestesekretariatet ved STAMI, kan fremstå som noe uklare. Departementet ba derfor Arbeids- og velferdsdirektoratet, Arbeidstilsynet og STAMI om i fellesskap om å vurdere en revisjon og klargjøring av de foreliggende retningslinjene for bedriftshelsetjenestens og arbeidslivssentrene respektive roller og oppgaver overfor virksomhetene, samt for samarbeidet dem imellom. Formålet var en klargjøring av roller og ansvar i lys av dagens regelverk om bedriftshelsetjenesten og retningslinjene for arbeidslivssentrene i IA-avtalen, og ikke forslag til alternativ organisering eller krav på dette området. Etatenes forslag foreligger i notat av 20. februar 2007.

Etatene viser til at bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssentrene begge har en viktig rolle i IA-arbeidet. Det vises til utredninger som tyder på at deres felles bestrebelser gir resultater på sykefraværet. Samarbeidet mellom arbeidslivssenteret og bedriftshelsetjenesten fungerer bra mange steder, men samtidig opplever mange bedriftshelsetjenester arbeidslivssenteret også som en konkurrent som leverer gratis tjenester av samme type som bedriftshelsetjenesten må ta seg betalt for. Bildet av dette er imidlertid ikke entydig. Etatene peker videre på at bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssentrene til dels har overlappende roller og oppgaver, og det derfor verken er hensiktsmessig eller mulig å forsøke å finne fram til et helt presist grensesnitt mellom disse.

For å bedre samhandlingen innenfor dagens rammer er etatene enige om at følgende bør vektlegges i det videre arbeidet:

- Dagens retningslinjer vurderes som gode og formålstjenlige hvis de blir fulgt. STAMI og NAV må i større grad sørge for at retningslinjene blir kjent og legges til grunn for samhandlingen.
- Det bør synliggjøres at retningslinjene gjelder for både bedriftshelsetjenestene og de ulike enhetene i NAV. I tillegg til arbeidslivssentrene kan retningslinjene være aktuelle for NAV-kontorer og Hjelpemiddelsentraler.
- Det er utviklet en modell for godt samarbeid av arbeidslivssenteret i Oslo/Akershus og bedriftshelsetjenesten, og rapporten fra dette arbeidet kan leses som en operasjonalisering av retningslinjene. Erfaringene fra programmet bør spres slik at modellen gjøres kjent for bedriftshelsetjenestene og arbeidslivssentrene.
- I 2002 ble det opprettet fora for samhandling mellom arbeidslivssenteret og bedriftshelsetjenesten. Det er ønskelig med videreføring av disse. Dagens retningslinjer anbefaler faste samlinger mellom arbeidslivssentrene og bedriftshelsetjenesten. Disse bør vies større oppmerksomhet og tydeliggjøres. I hvert fylke bør det etableres en gruppe som representerer arbeidslivssenteret, bedriftshelsetjenesten og Arbeidstilsynet.. Et slikt forum kan være arena for gjensidig informasjonsutveksling, samt ta opp til diskusjon generelle og prinsipielle spørsmålsstillinger for nærmere avklaring.

De foreliggende retningslinjer for forholdet/samarbeidet mellom arbeidslivssentrene og bedriftshelsetjenesten oppleves således av berørte aktører som tilstrekkelige. NAV, STAMI og Arbeidstilsynet må i større grad sørge for informasjon om og implementering av retningslinjene, og for at det gjennomføres et godt samarbeid i praksis.

6.4 Oppsummering

Utgangspunktet er således at bedriftshelsetjenestens hovedoppgave fremdeles skal være forbyggende arbeidsmiljøarbeid, jf. bl.a. Arbeidslivslovutvalgets innstilling. I bred forstand omfatter dette arbeidet også forebygging av utstøting av arbeidstakere som står i fare for å støtes ut av arbeidslivet. Systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær er en viktig del av virksomhetenes systematiske HMS-arbeid, jf. arbeidsmiljøloven § 3-1. Kravene til virksomhetenes oppfølging av sykmeldte og bruk av bedriftshelsetjenesten i denne sammenheng er skjerpet, jf. Ot.prp. nr. 6 (2006-2007). Det kan derfor legges til grunn at virksomhetenes behov bistand fra bedriftshelsetjenesten i dette arbeidet vil øke, selv om det ikke skal fortrenge det øvrige primærforebyggende arbeidet.

Vi har en klar rollefordeling og et godt rammeverk rundt sykefraværsoppfølgingen generelt. Kravene retter seg mot virksomhetene, arbeidsgiver og arbeidstaker. Disse kravene er som oppfølging Sykefraværsutvalgets forslag blitt skjerpet fra 1. mars 2007 gjennom endringer i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven. Fastlegen har klare plikter knyttet til sykmeldingsrutiner, og det er iverksatt tiltak i regi av myndighetene og Legeforeningen for å kvalifisere og motivere fastlegene i denne sammenheng. Arbeidsgiver skal sørge for at bedriftshelsetjenesten bistår med å tilpasse arbeidet for den enkelte arbeidstaker og med bedriftsintern attføring/tilrettelegging.

Det er et godt utgangspunkt at øvrige aktører, som fastlegene, Arbeids- og velferdsetaten og arbeidsgiverne peker på bedriftshelsetjenesten som en viktig medspiller i dette tilretteleggings/oppfølgingsarbeidet. Det finnes lokale eksempler på "best practise", der bedriftshelsetjenesten samarbeider med NAV og fastlegen om tilretteleggings/oppfølgingsarbeid. En del virksomheter får også tilskudd via IA-virkemidlene for bruk av bedriftshelsetjenesten i tilretteleggingsarbeidet. Gjennom det nye kravet om at bedriftshelsetjenesten skal delta i dialogmøte senest etter 12 uker, har ordningene også fått en tydeligere definert rolle i oppfølgingen av sykmeldte.

7. Vurdering av dagens bransjeforskrift og utbyggingskrav

7.1 Regelverk:

Iht. arbeidsmiljøloven § 3-3 har arbeidsgiver plikt til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste dersom risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Virksomheten skal foreta vurderingen av om en slik plikt foreligger ifm. det systematiske HMS-arbeidet, dvs. i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte. Det stilles ikke krav til bedriftshelsetjenestens organisering, men det er fastsatt en forskrift om hvilke oppgaver den skal utføre. Det foreligger også en forskrift om hvilke (ca 20) bransjer som uten en nærmere vurdering har plikt til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste (bransjeforskriften). Myndighetene har tidligere satt mål for utbygging av bedriftshelsetjenesten som har vist seg vanskelig å gjennomføre på tross av høy prioritet fra myndighetenes side.

7.2 Status for utbygging

Som grunnlag for Arbeidslivslovutvalgets drøftinger om denne saken, gjennomførte Det Norske Veritas i 2002 en vurdering av status for utbygging av bedriftshelsetjenesten og

konsekvenser av ulike modeller for videre utbygging⁷. Iht. Levekårsundersøkelsen 2003 arbeider 62 pst. av arbeidstakerne i virksomheter med bedriftshelsetjenestetilknytning. Dekningsgraden for bedrifter og arbeidstakere som omfattes av bransjeforskriften er anslått å være mellom 74 og 90 pst. Ved en full utbygging vil plikten utvides med ca. 800 000 ut over de som har bedriftshelsetjeneste i dag. Dersom kostnaden pr. arbeidstaker i fremtiden er den samme som i dag (ca 1100 kroner pr år), vil kostnaden øke med nær 900 millioner kroner årlig. Økningen i behovet for bedriftshelsetjenestepersonell vil ved full utbygging være i størrelsesorden 1 700 til 2 600 årsverk. Det vil i gjennomsnitt si et behov for ca. 215 nye årsverk pr. år gitt en implementeringsfase på ti år.

Arbeidstilsynet har besøkt ca. 50 % av de virksomhetene som har plikt til bedriftshelsetjeneste (se tabell 1) i løpet av de siste 6-7 år.

Tabell 7.1: BHT-status for pliktige bedrifter (rapport juli 06)

BHT Status	Antall virksomheter	Ansatte - sum
Ingen BHT-ordning	4790	31099
Personallege	934	12297
Medlem av fellesordning	13721	331185
Egen ordning	1189	107726
Annen ordning	713	11382
Ukjent/ikke vurdert	4211	33538
Ikke besøkt	24163	136075
Sum	49721	663302

Kilde: Arbeidstilsynets virksomhets- og yrkesskaderregister (VYR)

Denne rapporten henter ut siste registrerte status for tilknytning til bedriftshelsetjeneste. Mange av de registreringene i Arbeidstilsynet Virksomhets- og yrkesskaderregister (VYR) som disse tallene baserer seg på, kan imidlertid være flere år gamle. VYR har ikke noe historisk register. Det er bare virksomhetens siste registrerte status som kommer med.

I henhold til VYR-data, har 61 % av virksomhetene som har plikt til å tilknytte seg bedriftshelsetjeneste, oppfylt plikten. Disse virksomhetene sysselsetter til sammen ca 80 % av de ansatte som omfattes av plikten. Dekningsgraden avtar med minkende virksomhetsstørrelse slik:

Tabell 7.2: Andel virksomheter og ansatte som er tilknyttet BHT ut fra virksomhetsstørrelse

Antall ansatte	Andel av virksomhetene som er tilknyttet BHT	Andel av de ansatte er dekket av BHT
> 50 ansatte	94 %	96 %
20 – 49	87 %	88 %
10 – 19	79 %	79 %
1-9	51 %	60 %

Arbeidstilsynets registreringer samsvarer godt med DNV Consultings beregninger. Denne rapporten stipulerer gjennomsnittlig dekningsgrad i virksomheter med plikt til bedriftshelsetjeneste til å ligge mellom 74 % og 90 %. Arbeidstilsynet finner imidlertid at gjennomsnittstallene skjuler store bransjevise variasjoner.

⁷ Rognstad m.fl. Modeller for fremtidens bedriftshelsetjeneste, Det Norske Veritas 2002.

7.3 Forslag og vurderinger fra Arbeidslivslovutvalget og Stortinget

Bedriftshelsetjenestens rolle i det lokale arbeidsmiljøarbeidet ble drøftet særskilt i Arbeidslivslovutvalget og i Ot.prp. nr. 49 (2004-2005). Flertallet i Arbeidslivslovutvalget foreslo å videreføre dagens system, hvor plikten til å ha bedriftshelsetjeneste knyttes til en vurdering av risiko i virksomheten. LO, YS og Unio gikk inn for obligatorisk bedriftshelsetjeneste for alle arbeidstakere i alle virksomheter. Departementet fremholdt i Ot.prp. nr. 49 (2004-2005) at en omfattende utbygging av bedriftshelsetjenesten vil ha vesentlige administrative og økonomiske konsekvenser, både for virksomhetene og for samfunnet for øvrig. Så lenge bedriftshelsetjenestens kvalitet og nytte ikke er bedre dokumentert, vil det være mest hensiktsmessig å målrette aktiviteten dit behovet er størst, fremfor å gjøre den obligatorisk i alle virksomheter. Departementet mente imidlertid at det er behov for en gjennomgang og revisjon av dagens bransjeforskrift om bedriftshelsetjeneste, og at et slikt arbeid vil bli iverksatt i samarbeid med Arbeidstilsynet, partene i arbeidslivet og sentrale forskningsmiljøer. I Innst. O. nr. 100 (2004-2005) understreker også Kommunalkomiteen på behovet for å gjennomgå bransjeforskriften. Flertallet (Ap, H, SV, KrF, Sp) mener for øvrig at det må være et langsiktig mål å utvide kravet om bedriftshelsetjeneste til å omfatte alle arbeidstakere.

7.4 Skal kravene om virksomheters plikt til bedriftshelsetjeneste rettes mot bransjer, yrker eller gjennomgående problemstillinger?

Bransjetilhørighet har i mange år vært benyttet som kriterium for hvilke virksomheter som skal ha bedriftshelsetjeneste. Alternativt har det vært foreslått å bruke yrkestilhørighet eller gjennomgående risikoforhold.

Felles for slike kriterier er at de aldri kan skille skarpt mellom virksomheter med og uten behov for bedriftshelsetjeneste. Det vil alltid forekomme ”feilklassifisering” av noen virksomheter og derav uenighet om virksomheten er pliktig til å ha bedriftshelsetjeneste eller ikke.

7.4.1 Bransje

I dag benyttes SSBs standardkoder for ”bransjer” (Standard for næringsgruppering, SN2002). Kodene er ikke utarbeidet med tanke på arbeidsmiljø eller helserisiko, og virksomhetene får ikke tildelt sin kode på basis av egenskaper ved arbeidsmiljøet. Det forekommer derfor at virksomheter med koder som er tatt inn i ”bransjeforskriften” i praksis har lite behov for bedriftshelsetjeneste. Det kan for eksempel gjelde salgsenheter i et stort selskap, som geografisk befinner seg et annet sted i landet enn produksjonsenhetene. Begge enhetene har fått samme næringsgrupperenummer. Omvendt forekommer det at virksomheter i bransjer som man normalt ikke forbinder med store arbeidsmiljøproblemer eller helserisiko, i underavdelinger arbeider med forhold som har utløst krav om bedriftshelsetjeneste for andre bransjer. Slike underavdelinger har da behov for bedriftshelsetjeneste. I begge tilfeller kan Arbeidstilsynet avgjøre saken etter å ha hørt virksomhetens og de ansattes oppfatning og etter en konkret vurdering. Arbeidstilsynet kan også gi pålegg om bedriftshelsetjeneste uavhengig av bransjeforskriften.

7.4.2 Yrke

Bransje anses å være et bedre kriterium for bedriftshelsetjenestebehov enn yrke. De gjeldene yrkeskodene er (som bransjekodene) ikke primært utarbeidet for å karakterisere individets

arbeidsmiljøproblemer eller risiko. Også for den enkelte kan det være viktigere hvilken bransje man arbeider i enn hvilket yrke man har. En sveiser i verkstedet er utsatt for sveiserøyk og sveiseblink, men beskyttes med maske og briller. Hjelparbeideren eller lærlingen som står ved siden av, eller vedlikeholdsarbeideren som er i samme lokale uten verneutstyr, er ofte mer utsatt for å pådra seg skade.

Den viktigste grunnen til at yrke er mindre egnet som kriterium, er imidlertid at bedriftshelsetjenesten skal arbeide forebyggende overfor virksomheten, bistå med risikovurdering og foreslå tiltak for å fjerne eller modifisere risikoforhold. Psykososiale arbeidsmiljøproblemer er knyttet til arbeidsorganiseringen og arbeidsfellesskapet, gruppen av ansatte og ledere. Fysiske arbeidsmiljøproblemer er knyttet til lokalene og det geografiske området der arbeidet utføres. Forebyggende tiltak må vanligvis rettes mot virksomheten, arbeidsorganisasjonen, avdelingen osv., ikke mot utvalgte enkeltansatte med spesielle yrkestitler.

7.4.3 "Gjennomgående" risikoforhold

"Gjennomgående" risikoforhold (arbeidets innebygde risiko) kan være et kriterium for å stille krav til virksomheten om bedriftshelsetjeneste. Arbeidsgiver vil ha problemer med å vurdere risiko der det er kjemisk helsefare, smitterisiko, radioaktiv stråling eller risiko for fosterskader, hvis han eller hun ikke kan få bistand fra helsefaglig personale. Det samme vil gjelde ved bruk av vibrerende verktøy, støybelastning, ensidig muskelbelastning osv. Hvis kriterier basert på "gjennomgående" risikoforhold skal brukes alene, vil det imidlertid som oftest måtte presiseres hvor stor støybelastning som tilsier behov for bedriftshelsetjeneste, hvor omfattende kjemisk helserisiko osv. Det kan derfor bli komplisert å bruke "gjennomgående" risikoforhold som hovedkriterium. Problemet med gråsoner og tvilstilfeller vil være det samme, om ikke større enn ved bruk av "bransje" som kriterium. Allikevel vil "gjennomgående" risikoforhold være et nyttig supplement til vurderingen av om det trengs bedriftshelsetjeneste i enkeltvirksomheter. Særlig vil dette gjelde for virksomheter i bransjer som ikke i utgangspunktet vurderes å ha behov for bedriftshelsetjeneste.

7.4.4 Gjennomgående kriterier som sykefravær og utstøting

Sykefraværsprosent er et kriterium som har vært foreslått. Sykefraværsprosenten vil ofte være sterkt preget av alders- og kjønnsfordelingen innen den enheten man vurderer (virksomhet/bransje). Den kan derfor vanskelig brukes ukritisk alene til å avdekke behov for bedriftshelsetjeneste. Eksempelvis vil mange moderne industrivirksomheter ha høy grad av mekanisering og en relativt ung, mannlig arbeidsstyrke som går skift. Fraværet kan derfor være relativt lavt. De er likevel inkludert i dagens "bransjeforskrift" på grunn av arbeidets innebygde risiko og bør fortsatt ha bedriftshelsetjeneste.

Utsøtingsrisiko er et annet kriterium. Forskjellige aspekter ved utstøting kan ses i uføretrygding, gjennomsnittlig alder ved avgang fra yrke og turnover. Liknende forhold som for sykefravær gjør det vanskelig å bruke utstøting ukritisk og alene som hovedkriterium for å bestemme behovet for bedriftshelsetjeneste.

Det anbefales på denne bakgrunn å holde fast ved bransjetilhørighet som hovedkriteriet for krav om bedriftshelsetjeneste. Ved utvelgelse av bransje, vil man både kunne ta hensyn til kunnskap om gjennomgående risikoforhold og til konsekvensmål som utstøting og sykefravær i bransjen.

7.5 Vurdering av hvilke risikokriterier som bør legges til grunn for plikten til å ha bedriftshelsetjeneste

Det er vanlig å definere risiko som en funksjon av sannsynlighet for en uønsket tilstand/hendelse og konsekvensene av at en slik tilstand/hendelse oppstår. Risiko registreres og framstilles ofte i form av konsekvenser som skade- og ulykkestall, sykefraværstall og helseplager av forskjellig art.

Konsekvensregistrering kan også ses som en registrering av svikten i forebyggende tiltak. Der et godt forebyggende arbeid gjennomføres, vil etter hvert hyppigheten av uønskede tilstander/hendelser reduseres, og tilsvarende vil omfanget av konsekvensene reduseres også der det fortsatt er store arbeidsmiljørisikofaktorer i det arbeidet som utføres. Det vil imidlertid fortsatt være behov for et kontinuerlig arbeid for å holde risikoen lav. I arbeidet med å vurdere behovet for bedriftshelsetjeneste, vil det derfor være nødvendig å ha kriterier både på risikofaktorene i arbeidsoppgavene og arbeidssituasjonen og på konsekvensene av at forebyggende tiltak ikke har virket – registrering av uønskede tilstander/hendelser.

I rapporten fra DNV Consulting (2002) fokuseres det hovedsaklig på de uønskede hendelsene – konsekvenssiden – som indikatorer for bransjenes behov for bedriftshelsetjeneste. Dette er naturlig fordi det er her det foreligger tallmateriale det er mulig å forholde seg til. I den nedenstående vurderingen av kriterier for en bransjes plikt til å ha bedriftshelsetjeneste, vil både forebyggende og konsekvensreducerende kriterier og indikatorer bli inkludert. Generelt kan man si at der konsekvensene i praksis viser seg å være store, vil behovet for faglig bistand i form av bedriftshelsetjeneste være entydig. I virksomheter (bransjer) hvor konsekvensene er under gjennomsnittet, men arbeidsmiljørisikoen er stor, vil man ha å gjøre med risikobedrifter som jobber godt forebyggende eller som har en spesiell ”heldig” sammensetning av arbeidsstokken. Det kan være viktig også for disse bedriftene å ha tilgang på bedriftshelsetjeneste for å kunne vedlikeholde og beholde sine gode resultater. F.eks. har vi smelteverksindustrien der det fortsatt er stor fare for ulykker forbundet med jobben, men hvor antall skader mange steder er meget lavt pga. god kontroll med farene, selv om farene i seg selv ikke er eliminert. Andre bransjer som jordbruk og byggindustrien har ennå ikke klart å forebygge arbeidets potensial for skader, ulykker og uhelse. Det samme kan sies om mange av bransjene som i dag ikke er pliktige til å ha bedriftshelsetjeneste.

En viktig bakgrunn for ønsket om revisjon av bransjeforskriften er at den eksisterende etter fleres oppfatning er sterkt preget av industri og mannsarbeidsplasser med liten eller ingen åpning for det som betegnes som utfordringene i det nye arbeidslivet med organisatoriske, psykososiale arbeidsmiljørisikofaktorer og sykefravær og utstøting på konsekvenssiden. Eksisterende bransjeforskrift baserer seg i stor grad på ulykkesrisiko og derfor skadetall og fysiske arbeidsmiljøfaktorer.

I forslaget til revidert forskrift er det tatt utgangspunkt i en helhetsvurdering basert på risikopotensial ved utførelse av arbeidsoppgavene og i arbeidssituasjonen og på registrerte konsekvenser. På konsekvenssiden er det lagt vekt på kriterier som utstøting og sykefravær, som er å anse som dagens store arbeidsmiljøutfordringer. Valg av bransjer avspeiler en større vekt på både kjemiske, biologiske, ergonomiske og organisatoriske og psykososiale kriterier. Både arbeidsbetingelser, opplevd belastning og andre tallfestede konsekvenser er vurdert.

Vurderingen av hvilke virksomheter som bør ha plikt til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste baserer seg derfor på:

1. Kunnskaper om arbeidsmiljørisikoer i forskjellige bransjer og arbeidsaktiviteter der slike foreligger (fysiske-, kjemiske-, biologiske-, ergonomiske-, psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøforhold)
2. Data om konsekvenser av arbeidsmiljøforholdene der slike foreligger (sykefravær, utstøting/uføretrygding, arbeidsulykker, arbeidsrelaterte sykdommer, og lignende)
3. Erfaringsbaserte kunnskaper og vurderinger fra Arbeidstilsynets inspektører som kjenner bransjer og virksomheter fra tilsyn. Arbeidstilsynets kompetansenettverk har gitt innspill både om risikoforhold og om konkrete forslag til hvilke bransjer man ser bør ha bedriftshelsetjeneste.

7.6 Begrunnelser for valg av konkrete bransjer

7.6.1 Bransjer med plikt i henhold til dagens forskrift skal fortsatt ha bedriftshelsetjeneste

Bransjene som er pålagt plikt til bedriftshelsetjeneste i følge dagens forskrift er vurdert, og foreslås med ett unntak fortsatt underlagt forskriften. Unntaket gjelder ren operatør/handelsvirksomhet i telebransjen.

Den eksisterende bransjeforskriften er i stor grad bygd opp rundt risikokriterier som skader og ulykker og er derfor industritung. De bransjene som i dag er underlagt bransjeforskriften, har fortsatt et stort risikopotensial og fortsatt skårer høyt på skader og ulykker. Dette tilsier at oppfølging og vedlikehold fortsatt er nødvendig. I tillegg skårer de også høyt på ”nye” risikokriterier som sykefravær og utstøting. Det at bransjene i dagens forskrift fortsatt skal være pliktig til å ha bedriftshelsetjeneste, er også i samsvar med konklusjonen i rapporten til DNV Consulting.

7.6.2 Opprydding i næringskoder

Ved gjennomgang av bransjene ble det tydelig at det var nødvendig med en opprydding. Behovet for denne oppryddingen skyldes først og fremst at næringskodene ikke er laget med hensyn på arbeidsmiljøklassifiseringer.

Yrkesaktiviteter med noenlunde samme eksponeringsforhold, kan derfor finnes spredt under diverse hovedgrupperenumre. Noen av disse hovedgruppene kan ha bedriftshelsetjenesteplikt – andre ikke. Det er imidlertid helt avgjørende at det er yrkesaktivitetene som virksomheten har, som må utløse kravet om bedriftshelsetjenesteplikt – ikke hvilket næringsgrupperenummer virksomheten ”samlet sett” får. Deler av en virksomhet må derfor kunne få bedriftshelsetjenesteplikt, selv om ikke hovedvirksomheten har det.

I Arbeidstilsynets overgang fra gamle SN grupper til SN 94/NACE virker det som om en del grupper som en klart ville mene skulle ha bedriftshelsetjeneste (sammenlignet med andre grupper som fikk kravet opprinnelig) – er ”falt bort” (se f eks forholdene i gruppe 35). En slik opprydding som nå foreslås, vil gjøre det enklere for virksomhetene å vite om de har plikt til bedriftshelsetjeneste.

7.6.3 Nye bransjer ut fra nye og gamle kriterier

Forslaget til ny revidert bransjeforskrift innebærer i hovedsak følgende endringer:

- a) ”opprydding” i forhold til næringskodene som medfører inkludering av noen undergrupper
- b) forslag om følgende syv nye bransjer: helse- og sosialsektoren, undervisningssektoren, frisørbransjen, fiskeoppdrett og klekkerier, gjenvinning, vaktjenester og kraft- og vannforsyning.

Både helse- og sosial- og undervisningssektoren har store arbeidsmiljøutfordringer og er kvinnedominerte bransjer til forskjell fra de bransjene som inngår i dagens bransjeforskrift. **Helse- og sosialsektoren** peker seg ut ved at den skårer høyt på nesten alle risikokriterier. Den ligger høyt på uføretrygding, sykefravær, tunge løft og selvrapportert muskel/skjelettplager, dårlig inneklima, opplevelse av tidspress/ikke tid til å gjøre arbeidet skikkelig, selvrapportert utsatthet for vold og trusler og på smitteutsatthet. I tillegg er bransjen preget av skiftarbeid, inkludert natt, noe som i seg selv er en belastning.

Det kan for øvrig nevnes at blant personer registrert som yrkeshemmet i Arbeids- og velferdsetaten har det tradisjonelt vært en stor andel med bakgrunn fra industri. Denne gruppens andel av det samlede antall yrkeshemmede er imidlertid redusert fra 26% i 2000 til 19% i 2004. Det er nå en økende andel yrkeshemmede med bakgrunn fra helse-, pleie-, og omsorgsykker og annet servicearbeid. I 2004 utgjorde disse to gruppene henholdsvis 16 og 17 % av alle yrkeshemmede.

Belastningene i sykehus og pleie- og omsorgssektoren er godt dokumentert både gjennom offentlig statistikk og gjennom Arbeidstilsynets kampanjer som ”Rett hjem” og ”God vakt”. Når det gjelder sosialsektoren er den preget av relasjonelt og emosjonelt arbeid med stort potensial for konflikter og vanskelige klientsituasjoner. Store deler av sektoren er preget av skiftarbeid og lange skift. Det er i den forbindelse nok å nevne asylmottak, barnevernsinstitusjoner og institusjoner for psykisk utviklingshemmede. Også sosialkontorer har sine utfordringer, spesielt her er vold/trusler om vold. Arbeidstilsynet mener det er godt dokumentert både statistisk og på andre måter at sektoren har høy arbeidsmiljørisiko. Arbeidstilsynet har mindre kjennskap til sosialsektoren i den forstand at etaten ikke har hatt noen stor kampanje rettet mot denne sektoren. Arbeidstilsynet mener imidlertid at det er godt nok dokumentert både statistisk og på andre måter at sektoren har høy arbeidsmiljørisiko. Helse- og sosialsektoren er stor og har også hatt den største veksten i sysselsettingen med en økning på 86 000 fra 1996 til 2005. Tilsvarende økte sysselsettingen i varehandel, hotell og restaurant med 32 000 i samme periode. I tillegg til store arbeidsmiljøutfordringer er det derfor også mange som berøres. Ut fra Arbeidstilsynets vurdering er det derfor høyst påkrevd at helse- og sosialsektoren kommer innunder bransjeforskriften ved denne revisjonen.

Frisørbransjen er preget av luftveisproblemer, allergier, tungt arbeid og muskel/skjelettplager. Arbeidstilsynets frisørkampanje viste et sammenfall av mange risikoforhold og en lav avgangsalder fra yrket. Ut fra Arbeidstilsynets vurdering er derfor ”frisering og annen skjønnhetspleie” en bransje som bør ha plikt til bedriftshelsetjeneste.

Fiskeoppdrett og klekkerier er preget av risikofylt alenearbeid, kaldt og tungt arbeid som gir risiko for muskel/skjelettplager, stor kjemikaliebruk, varierende fysiske værforhold mv., og har i følge Veritasrapporten høy skadefrekvens. Dette er en næring i sterk vekst og utvikling.

Gjenvinningsbransjen er også en vekstbransje av relativt ny dato. De jobber med forurenset materiale, med kutting og brenning med potensial for frigjøring av stoffer ved varmt arbeid, de kan eksponeres for biologiske faktorer og støv. I følge Veritasrapporten er den også preget av høy frekvens av rapporterte ulykker og skader samt høyt sykefravær. Arbeidstilsynet

gjennomførte i 2004-2005 en koordinert kampanje innen gjenvinning, også dette ga kunnskaper som begrunnet behov for bedriftshelsetjeneste.

Vaktjeneste er preget av vold, relasjonelt og emosjonelt arbeid med overrepresentasjon av konfliktfylte situasjoner. Dette er en ny næring under vekst.

Undervisningssektoren kjennetegnes ved mange uheldige arbeidsbelastninger. Resultater fra flere studier viser at inn klimaet ser ut til å være dårligere i skolen enn på andre arbeidsplasser i landet. Støyproblemer er dokumentert både i barnehage og skole. I skolen rapporteres det også at plassforholdene er dårlige. Undervisningssektoren skårer også høyt på opplevelsen av tidspress/oppfatning av at de ikke får tid til å gjøre arbeidsoppgavene skikkelig. Sykefraværet ligger over gjennomsnittet og bare 10 % av lærerne står i jobben til fylte 67 år mot 24 % i yrkeslivet for øvrig.

Kraft- og vannforsyning, er bransjer som driver ulike former for arbeid: De har utearbeidere (arbeid på overføringsnett) som i stor grad har samme risikoforhold som anleggsbransjen, de har produksjonsavdelinger med mye mekanisk utstyr og kjemikalier, men de har også rene merkantile avdelinger/virksomheter. Elektrisitetsforsyningsbransjen preges av arbeidet på linjenettet med fysisk tungt arbeid, vanskelige ergonomiske forhold ved arbeid i høyden av ledningsmastene, risiko for el-og andre ulykker og at de ansatte blir utsatt for all slags vær og vind. Spesielt for bransjen er risikoforholdene ved oppryddings- og gjenopprettingsarbeidene etter klimaskader på ledningsnettet. I produksjonslokalene er arbeidsforholdene sammenliknbare med mekanisk industri, hovedsaklig kjemisk og teknisk skadepotensiale. Bransjen har hatt skadefrekvens over gjennomsnitt, og et ekstra stort behov for systematisk HMS-arbeid og fokus på arbeidsorganisering pga. risiko for el- og andre ulykker. Vannforsyningsbransjen er preget av drift og vedlikehold av anlegg og forsyningsnett. Drift av anleggene medfører håndtering av reaktive kjemikalier. Arbeid på forsyningsnettet er sammenlignbart med aktivitetene i bygg og anlegg. Varmtvannsforsyning som fjernvarme vil sannsynligvis være en vekstnæring fremover. Vedlikeholdet av disse anleggene er sammenlignbare med aktivitetene i bygg og anleggsbransjen. Plikten til bedriftshelsetjeneste bør omfatte produksjonsdelen av virksomheten, ikke de rene merkantile deler av bransjen som for eksempel de som kun kjøper/selger kraft.

7.7 Bør plikten til å ha bedriftshelsetjeneste knyttes til plikten til helseundersøkelser?

Under utredningen har det blitt diskutert hvorvidt plikten til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste burde være knyttet til plikten til helsekontroll. En rekke forskrifter har bestemmelser om helsekontroll, noe som i mange tilfeller også er et krav i det bakenforliggende EU-direktivet. Eksempel på forskrifter som inneholder bestemmelser om helsekontroll for arbeidstakere er støyforskriften, vibrasjonsforskriften, kjemikalieforskriften, asbestforskriften og forskrift om arbeid med ioniserende stråling. Forskriftsbestemmelsene om helsekontroll har til dels svært ulik ordlyd – enkelte stiller krav om helsekontroll ved en viss målt eksponering (for eksempel støyforskriften), mens andre baserer plikten til helseundersøkelser på en konkret risikovurdering i det enkelte tilfelle. Noen bestemmelser krever at arbeidsgiver skal gi arbeidstakerne *tilbud om* helsekontroll, mens andre krever at arbeidsgiver skal *sørge for* at arbeidstakerne *faktisk gjennomfører* helsekontrollene.

Bakgrunnen for bestemmelsene om helsekontroll er at arbeidet anses som risikofylt (arbeid med støy, vibrasjoner, asbest osv.). Helsekontrollene skal være spesifikt rettet mot mulige helseskader etter de ulike eksponeringene.

Hovedargumentet for å kreve bedriftshelsetjeneste i virksomheter hvor arbeidstakere er underlagt en lov- eller forskriftsbestemmelse om helsekontroll er at bedriftshelsetjenesten skal gi støtte i det forebyggende arbeidet for å minske den uheldige arbeidsmiljøeksponeringen som er lovgivers grunn for kravet om helsekontroll. Samtidig vil de aller fleste virksomheter som driver arbeid som omfattes av krav til helsekontroll *allerede ha plikt* til bedriftshelsetjeneste etter bransjeforskriften.

På grunn av at bestemmelsene om helsekontroll er svært ulikt utformet, vil det å knytteplikten til bedriftshelsetjeneste opp mot disse bestemmelsene kunne skape en hel del tolkningstvil i forhold til når plikten til bedriftshelsetjeneste egentlig slår inn. En forskriftsbestemt plikt til å ha bedriftshelsetjeneste når man utfører arbeid som er underlagt bestemmelser om helsekontroll, vil dessuten ikke harmonere med bransjeforskriftens øvrige bestemmelser, som linker plikten til bedriftshelsetjeneste til *bransjetilhørighet*. Dersom man knytter kravet om bedriftshelsetjeneste til plikter i en rekke *andre forskrifter* – som dessuten har til dels svært ulik ordlyd - vil man skape en uoversiktlig rettstilstand, både for brukere og rettshåndhevere. En slik forskriftsendring synes også lite hensiktsmessig tatt i betraktning at de aller fleste virksomheter som er omfattet av forskriftsbestemmelser om helsekontroll, *allerede har plikt* til å ha bedriftshelsetjeneste i kraft av sin bransjetilhørighet. Man vil derfor tilsynelatende vinne lite med å innføre en slik bestemmelse, samtidig som man skaper grunnlag for en rekke nye juridiske tolknings spørsmål.

De arbeidstakerne som utsettes for uheldig eksponering for støy, asbest, kjemikalier etc. vil dessuten få de helseundersøkelser som er nødvendige for å kartlegge om eksponering fører til eller kan føre til helseskade. Det er ikke nødvendigvis slik at hele virksomheten bør knytte til seg bedriftshelsetjeneste, selv om en eller flere arbeidstakere skal ha helsekontroll på grunn av eksponering for ulike arbeidsmiljørisiki.

På denne bakgrunn anses det derfor ikke hensiktsmessig å knytte plikten til bedriftshelsetjeneste til bestemmelser om helsekontroll i andre forskrifter.

7.8 Forslag til hvilke bransjer som bør omfattes av plikten til bedriftshelsetjeneste

På denne bakgrunn forslås at følgende bransjer omfattes av revidert bransjeforskrift om bedriftshelsetjeneste.

Tabell 7.1 Forslag om næringsgrupper med plikt til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste

Tallkode	Hovedgruppenavn	Undergrupper der bare deler av hovedgruppen får plikt til bedriftshelsetjeneste
2	Skogbruk og tjenester tilknyttet skogbruk	
5	Fiske, fangst og fiskeoppdrett. Tjenester tilknyttet fiske, fangst og fiskeoppdrett	Pliktig til bedriftshelsetjeneste: 05.02 Fiskeoppdrett og klekkerier
10	Bryting av steinkull og	

	brunkull. Utvinning av torv	
11	Utvinning av råolje og naturgass. Tjenester tilknyttet olje- og gassutvinning	
12	Bryting av uran og thoriummalm	
13	Bryting av metallholdig malm	
14	Bergverksdrift ellers	
15	Produksjon av næringsmidler og drikkevarer	
16	Produksjon av tobakksvarer	
17	Produksjon av tekstiler	
18	Produksjon av klær. Beredning og farging av pelsskinn	
19	Beredning av lær. Produksjon av reiseeffekter, salmakerartikler og skotøy	
20	Produksjon av trelast og varer av tre, kork, strå og flettematerialer, unntatt møbler	
21	Produksjon av papirmasse, papir og papirvarer	
22	Forlagsvirksomhet, grafisk produksjon og reproduksjon av innspilte opptak	Pliktig til bedriftshelsetjeneste: 22.2 Grafisk produksjon og tjenester tilknyttet grafisk produksjon
23	Produksjon av kull- og petroleumsprodukter og kjernebrensel	
24	Produksjon av kjemikalier og kjemiske produkter	
25	Produksjon av gummi- og plastprodukter	
26	Produksjon av andre ikke-metallholdige mineralprodukter	
27	Produksjon av metaller	
28	Produksjon av metallvarer, unntatt maskiner og utstyr	
29	Produksjon av maskiner og utstyr	Også våpenproduksjonen skal inkluderes
30	Produksjon av kontor- og datamaskiner	
31	Produksjon av andre elektriske maskiner og apparater	
32	Produksjon av radio-,	

	fjernsyns- og annet kommunikasjonsutstyr	
33	Produksjon av medisinske instrumenter, presisjonsinstrumenter, optiske instrumenter, klokker og ur	
34	Produksjon av motorkjøretøyer, tilhengere og deler	
35	Produksjon av andre transportmidler	
36	Produksjon av møbler. Annen industriproduksjon	
37	Gjenvinning	
40	Elektrisitet-, gass-, damp- og vannforsyning	40.110 produksjon av elektrisitet (på alle typer anlegg) 40.120 drift av overføringsnett 40.130 Distribusjon og handel med elektrisitet. (innkluderer drift og vedlikehold av kraftledningsnett) 40.210 Produksjon av gass (på alle typer anlegg) 40.220 Distribusjon og handel med gass igjennom ledningsnett (gassrørledningsnett) 40.300 Damp og varmtvannsforsyning (produksjon og distribusjon av fjernvarme og kjølevann)
41	Oppsamling, rensing og distribusjon av vann	(vannforsyning generelt)
45	Bygge- og anleggsvirksomhet	
50	Handel med, vedlikehold og reparasjon av motorkjøretøyer og motorsykler. Detaljhandel med drivstoff til motorkjøretøyer og motorsykler	Pliktig til bedriftshelsetjeneste: Aktiviteten i bransjen som involverer reparasjon, vedlikehold og klargjøring Ikke pliktig: Ren handelsvirksomhet i bransjen
55	Hotell- og restaurantvirksomhet	Ikke pliktig: 55.2 Annen overnatting
60	Landtransport og rørtransport	
63	Tjenester tilknyttet transport og reisebyråvirksomhet	Pliktig til bedriftshelsetjeneste: 63.11 Lasting og lossing 63.12 Lagring 63.211 Drift av gods og transportsentraler 63.212 drift av parkeringsplasser og

		<p>parkeringshus</p> <p>63.213 drift av bomstasjoner</p> <p>63.219 Tjenester tilknyttet landtransport ellers som drift av jernbanestasjoner, busstasjoner, vinteroppbevaring av campingvogner med mer</p> <p>63.221 Drift av havne og kaianlegg</p> <p>63.223 Redningstjeneste</p> <p>63.224 Drift av forsyningsbaser for olje og gass industrien</p> <p>63.229 tjenester tilknyttet sjøtransport, for drift av sluser, kanaler med mer</p> <p>63.23 Andre tjenester tilknyttet lufttransport som drift av lufthavner, flynavigasjonstjeneste med mer</p>
64	Post og telekommunikasjoner	<p>64.1 Posten har bedriftshelsetjeneste</p> <p>Tele: Pliktig til bedriftshelsetjeneste: Aktivitetene i bransjen som involverer anleggsarbeid, drift og vedlikehold av faste installasjoner</p> <p>Ikke pliktig: Ren operatør/handelsvirksomhet i bransjen</p>
71	Utleie av maskiner og utstyr	<p>Pliktig til bedriftshelsetjeneste:</p> <p>71.1 bilutleie</p> <p>71.21 utleie av annet landtransportmateriell</p>
74	Annen forretningsmessig tjenesteyting	<p>Plikten gjelder følgende grupper:</p> <p>74.7 rengjøringsvirksomhet</p> <p>74.6 Etterforsknings og vaktjenester Gjelder vaktjenester</p>
75	Offentlig administrasjon, forsvar og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	<p>Pliktig til bedriftshelsetjeneste:</p> <p>75.23 Retts og fengselsvesenet – bare for fengselsvesenet.</p> <p>75.24 politi- og påtalemyndighet – bare for politiet</p>

		75.25 Brannvern
80	Undervisning	<p>Pliktig til bedriftshelsetjeneste:</p> <p>80.1 Førskole og grunnskoleundervisning</p> <p>80.2 Videregående skole</p> <p>80.3 Universitets og høyskolenivå - for laboratorievirksomheten.</p>
85	Helse- og sosialtjenester	<p>Pliktig til bedriftshelsetjeneste:</p> <p>85.111 Alminnelige somatiske sykehus</p> <p>85.112 Somatiske spesialsykehus</p> <p>85.113 Somatiske spesialsykehjem</p> <p>85.114 Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner</p> <p>85.115 Andre somatiske spesialinstitusjoner</p> <p>85.116 Institusjoner for voksenpsykiatri</p> <p>85.117 Institusjoner for barne- og ungdomspsykiatri</p> <p>85.118 Somatiske sykehjem</p> <p>85.151 Rusmiddelinstitusjoner innen spesialhelsetjenesten</p> <p>85. 123 Somatiske poliklinikker</p> <p>85.125 Voksenpsykiatriske poliklinikker bør ha bedriftshelsetjeneste</p> <p>85.126 Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker</p> <p>85.127 Rusmiddelpoliklinikker</p> <p>85.141 Hjemmesykepleie</p> <p>85.146 Medisinske laboratorier</p> <p>85.147 Ambulansetjenester</p> <p>85.311 Institusjoner for barne- og ungdomsvern</p> <p>85.312 Institusjoner for rusmisbrukere</p>

		85.313 Omsorgsinstitusjoner for eldre og funksjonshemmede 85.319 Omsorgsinstitusjoner ellers 85.321 Hjemmehjelp 85.322 Boliger/Bokollektiv for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell 85.323 Barnevernstjenester 85.324 Sosialtjenester for rusmisbrukere utenfor institusjon 85.325 Familieverntjenester 85.326 Kommunale sosialtjenester 85.327 Barnehager 85.328 Barneparker 85.331 Skolefritidsordninger 85.332 Fritidsklubber for barn og ungdom 85.333 Aktivitetssentra for eldre og funksjonshemmede 85.335 Varig vernet arbeid 85.337 Asylmottak
90	Kloakk- og renovasjonsvirksomhet	
93	Annen personlig tjenesteyting	Pliktig til bedriftshelsetjeneste: 93.01 Vaskeri og renserivirksomhet 93.02 Frisering og annen skjønnhetspleie

Det foreslås at Arbeidstilsynet ”kan” gi dispensasjon fra kravene dersom det foreligger særlige grunner, det er sikkerhets- og helsemessig forsvarlig, og det ikke strider mot EØS-avtalen. Dette forslaget til dispensasjonshjemmel avviker fra gjeldende dispensasjonshjemmel, som sier at Arbeidstilsynet ”skal” dispensere, dersom dette er verne- og helsemessig forsvarlig. Bakgrunnen for endringen er dels at den gjeldende bestemmelsen i realiteten ikke ble benyttet som en ”skal” bestemmelse, siden Arbeidstilsynet nok har vært mer restriktiv i bruken enn ordlyden skulle tyde på. Dels foreslås det en endring i den nye

forskriftsstrukturen i Arbeidstilsynets regelforenklingsprosjekt, hvor det legges opp til generelle dispensasjonshjemler i alle forskriftene. Disse dispensasjonsbestemmelsene er ment å skulle fungere som sikkerhetsventiler. I realiteten er det ikke sikkert at en endring i ordlyden vil føre til vesentlig endret tilsynspraksis med bestemmelsen. Det vil fremdeles være slik at eventuelle dispensasjoner skal gjøres med begrunnelse i at det er forsvarlig å dispensere etter en vurdering av risikoforholdene i virksomheten. Det vil opprettholdes at det er arbeidsgiver som må godtgjøre dette i eventuell søknad om dispensasjon.

7.9 Oppsummering

Det anbefales å gjennomføre en revisjon av bransjeforskriften som i hovedsak omfatter at:

- det holdes fast ved bransjetilhørighet som kriterium for krav om bedriftshelsetjeneste.
- forskriften utvides til å omfatte syv nye bransjer, herunder helse- og sosial- og undervisningssektoren.
- de bransjer som ligger under forskriften i dag, i all hovedsak fremdeles skal omfattes.
- Det foretas en opprydding ift. næringskoder.

8. Vurdering av behovet for kvalitetskrav eller godkjenningsordning rettet mot bedriftshelsetjenesten

8.1 Dagens ordning:

Siden det i dag ikke stilles krav direkte til bedriftshelsetjenesten (jf. pkt. 3.1), styres tjenestens virksomhet heller ikke direkte gjennom noe overordnet myndighetsorgan. All myndighetspåvirkning av bedriftshelsetjenesten skjer indirekte via tilsyn og pålegg til virksomhetene eller ved frivillig samarbeid mellom de enkelte bedriftshelsetjenestene og myndighetene. Dette er i tråd med prinsippene i arbeidsmiljølovgivingen, om at kravene rettes mot arbeidsgiver og om et systematisk HMS-arbeid som skal være tilpasset behovene og risikoforholdene i den enkelte virksomhet.

8.2 Tidligere drøftinger i Arbeidslivslovutvalget og Stortinget

Mange bedriftshelsetjenester i dag opplever å miste kunder/medlemmer til "useriøse" tjenester som ikke arbeider med forebyggende arbeidsmiljøarbeid, og det er i flere sammenhenger uttrykt ønske om en godkjenningsordning. Arbeidslivslovutvalgets mindretall (arbeidstakerorganisasjonene) foreslo en obligatorisk godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten. Utvalgsflertallet mente at det eventuelt kan vurderes å stille kvalitetskrav rettet mot ordningene selv og ikke bare mot arbeidsgiver som i dag, men stilte seg tvilende til hvilke gevinster en offentlig godkjenningsordning vil ut over dette. Flertallet pekte også på at en godkjenningsordning kan virke konserverende i den forstand at bedriftshelsetjenester som har fått godkjenning for en viss periode, vil ha mindre motivasjon for å utvikle ny relevant kompetanse og kvalitet. I Innst. O. nr. 100 (2004-2005) understreker Kommunalkomiteen at kvaliteten på bedriftshelsetjenesten må styrkes. Flertallet i komiteen (Ap, H, Frp, KrF, Sp) mente at departementet må arbeide videre med tiltak for å styrke kvaliteten på bedriftshelsetjenesten, herunder vurdere godkjenningsordninger eller ytterligere kvalitetskrav. Medlemmene fra SV ba departementet utarbeide en offentlig godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten.

8.3 Oppfølging videre

Når det gjelder det videre arbeidet for å bedre bedriftshelsetjenesten kvalitet, er det grovt sett tre alternativer:

8.3.1 Styrking av myndighetenes oppfølging av bedriftshelsetjenesten, i tråd med dagens regelverk

Arbeidstilsynet fører tilsyn med at regelverket knyttet til bedriftshelsetjenesten håndheves. Etaten skal følge opp at virksomheter som har plikt knytter til seg bedriftshelsetjeneste, og at denne har relevant kompetanse og utfører de oppgaver som er beskrevet i forskrift om verne- og helsepersonale. Etaten har utarbeidet og implementert egne retningslinjer for arbeidet med oppfølging av bedriftshelsetjenesten. Retningslinjene fastslår at ved alt tilsyn med virksomheter som omfattes av plikt til bedriftshelsetjeneste skal det kontrolleres om denneplikten er oppfylt. Ved alle tilsyn i de samme virksomheter, skal det også kontrolleres at virksomheten bruker bedriftshelsetjenesten i tråd med kravene. Hvis plikten(e) ikke er oppfylt, skal det reageres med pålegg som eventuelt følges opp med tvangsmulkt.

Forskriftene om bedriftshelsetjeneste er blant Arbeidstilsynets mest brukte hjemler, jf. pkt 4.3. Arbeidstilsynets erfaring er imidlertid at det er ikke nok å undersøke om virksomhetene har bedriftshelsetjenesten eller om de har relevante yrkesgrupper ansatt. Etaten må konkret etter spørre resultater og kontrollere at bedriftshelsetjenesten jobber på måter som gir bedre HMS-resultater. Også gjennom veivising kan Arbeidstilsynet påvirke til bedre kvalitet på ordningene. Veivising kan brukes både overfor bedriftshelsetjenesten, virksomheter, bransjer og andre. Med større fokus på bedriftshelsetjenestens oppgaver, kan Arbeidstilsynet bidra til bedre kvalitet på deres arbeid. Etter Arbeidstilsynets oppfatning er det imidlertid behov for metodeutvikling mht. hvordan kontrollere og inspisere frem kvalitet.

Arbeidstilsynets oppfølging av bedriftshelsetjenestens kvalitet er også satt særskilt på dagsorden den siste tiden. Som oppfølging av Sykefraværsutvalgets rapport er det vedtatt å styrke Arbeidstilsynets tilsynsfunksjon knyttet til sykefraværsproblematikk, jf. St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006-2007). En større del av tilsynet skal målrettes direkte mot bransjer og virksomheter med høyt fravær. Hensikten vil være både en styrking av den forebyggende innsatsen mot forhold i arbeidsmiljøet som fører til uhelse og fravær, og bedre tilsyn med virksomhetenes oppfølging av tilretteleggingsplikten. Denne satsingen skal også omfatte en styrking av myndighetenes oppfølging av virksomhetenes bruk av bedriftshelsetjenesten i denne sammenheng. I dette ligger både kontroll med at de virksomhetene som har plikt til å ha bedriftshelsetjeneste benytter seg av kvalitativt gode ordninger, og veiledning/veivising til virksomheter og bedriftshelsetjenester om riktig bruk av bedriftshelsetjenesten. Bedre oppfølging av bedriftshelsetjenestene ift. veiledning, koordinering, formidling mv. er m.a.o. viktig, og det er etablert et nært samarbeid mellom Arbeidstilsynet og STAMI (Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten) i denne sammenheng.

Arbeidstilsynet og STAMI/Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten vil samarbeide om bl.a:

- dialog og kontakt med bedriftshelsetjenesten, både faglig til bedriftshelsetjenesten og formidling av synspunkter/ideer fra bedriftshelsetjenesten til Arbeidstilsynet
- data og rapporter om bedriftshelsetjenesten på nasjonalt og regionalt nivå om antall bedrifter og ansatte som betjenes, om størrelse og profesjonsfordeling for bedriftshelsetjenesten m.m., trender innenfor bedriftshelsetjenesten nasjonalt o.a.
- forankring av prosjekter og målrettede innsatser i profesjonsforeningene innenfor bedriftshelsetjenesteområdet. Fagsekretariatet kan bistå Arbeidstilsynet i en slik forankringsprosess.

- Utvikling av metoder for å vurdere kvalitet på bedriftshelsetjenestens arbeid. STAMI har utviklet verktøyet "God BHT", dette kan videreutvikles
- andre forhold

8.3.2 Krav rettet mot bedriftshelsetjenesten

Flertallet i Arbeidslivslovutvalget gikk ikke inn for en godkjenningsordning, men mente at det bør vurderes å fastsette krav mot bedriftshelsetjenesten selv. Slike bestemmelser (forskrift) bør ev. omfatte krav til faglighet og kompetanse, ut fra hvilke oppgaver bedriftshelsetjenesten skal utføre for virksomheten. Utvalget mente at dette kan bidra til å lette virksomhetenes og tilsynsmyndighetens vurdering av hva som er tilfredsstillende bedriftshelsetjeneste i det enkelte tilfellet.

8.3.3 Godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten

Formålet med en godkjenningsordning er ev. å sikre høyere kvalitet på ordningene og lette avgrensningen mot "useriøse" ordninger som kaller seg bedriftshelsetjeneste. Arbeidsgruppen som Kommunal- og regionaldepartementet nedsatte i 2001 for å vurdere den videre utvikling av bedriftshelsetjenesten anbefalte at det lages en godkjenningsordning for bedriftshelsetjeneste for å sikre en høyere og jevnere kvalitet på tjenestene. Flertallet i gruppen mente at godkjenningsordningen bør være pålagt. Som grunnlag for ALLUs drøftinger vurderte Norsk Akkreditering i 2002 de praktiske mulighetene for og konsekvensene av å etablere en godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten i Norge. Mulighetene for å etablere en slik ordning gjennom et uavhengig akkrediteringsorgan ble ansett som gode. Dette innebærer bl.a. at det stilles krav til bedriftshelsetjenestenes arbeid og innhold (tværfaglighet og forebyggende tilnærming) og kompetanse (antall og faglig bakgrunn). Bedriftshelsetjenesten må betale gebyr for de undersøkelser og kontroller som gjennomføres for å vurdere om bedriftshelsetjenesten fyller kravene til godkjenning. Norsk Akkreditering anslo på det tidspunkt at omkostningene for en godkjenningsordning vil være: første godkjenning ca. kr. 60 000, hvert oppfølgingsbesøk ca. kr. 45 000, hvilket årlig vil bli ca. kr. 20-25 000 årlig for en bedriftshelsetjeneste over en 5 års periode. Dette tilsvarte da ca. 1 % av omsetningen til en vanlig bedriftshelsetjeneste. For større bedriftshelsetjenester med flere underavdelinger vil prisen bli høyere. Fordelt på de virksomheter som en bedriftshelsetjeneste betjener, medfører godkjenningsordningen ikke noen vesentlig økning av virksomhetenes utgifter til bedriftshelsetjeneste.

Erfaringer fra frivillige godkjenningsordninger er ikke gode. Det er derfor forelått at ordningen bør være obligatorisk. Dette vil innebære at virksomheter med plikt til å etablere bedriftshelsetjeneste bare kan anses å ha oppfylt denne plikten dersom de knytter seg til en offentlig godkjent tjeneste. Krav om godkjenning kan bygge på forskrift hjemlet i arbeidsmiljøloven.

8.4 Vurdering

Departementet har vurdert saken i samråd med Arbeidstilsynet. Som nevnt er oppfølging av virksomhetenes bruk av bedriftshelsetjenesten høyt prioritert i etaten. Likevel registrerer Arbeidstilsynet at dette samlet sett ikke gir de ønskede resultater. Altfor få virksomheter knytter seg på egenhånd til bedriftshelsetjeneste og altfor få virksomheter med bedriftshelsetjeneste bruker denne etter forutsetningene i regelverket. Det er heller ikke alltid nok at bedriftshelsetjenesten har aktuell kompetanse, den blir ofte ikke brukt av virksomheten med mindre Arbeidstilsynet fører tilsyn og etterspør resultater. Etatens erfaring på området er at man ikke kan inispisere seg til et mer dekkende omfang og en mer riktig bruk av

bedriftshelsetjenesten som en sentral aktør av forebyggende arbeidsmiljøtjenester. Det er tvilsomt om innføring av egne krav i en forskrift rettet mot bedriftshelsetjenesten er tilstrekkelig til å avhjelpe denne situasjonen.

Det antas at bedriftshelsetjenestens faglighet og kompetanse kan sikres på en bedre måte gjennom en godkjenningsordning. En godkjenningsordning vil gjøre det enklere for Arbeidstilsynet å samarbeide med virksomhetene og å få gjennomført forbedringskrav fordi etaten vet at virksomheten har tilgang på den nødvendige arbeidsmiljøfaglige kompetanse. En godkjenningsordning vil forhåpentligvis også føre til at de useriøse ordningene får dårligere kår. Arbeidsmiljømyndighetene er derfor enige om å anbefale innføring av en godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten i Norge.

Arbeidsgiversiden har bemerket at en godkjenningsordning kan komme i konflikt med arbeidsgivers styringsrett når det gjelder valg bedriftshelsetjenesteordning. Arbeidstilsynet har imidlertid i dag full anledning til å overprøve en arbeidsgivers vurdering av hva som er ”godt nok” når det gjelder bedriftshelsetjenesteordninger, enten det dreier seg om bedriftsinterne eller eksterne ordninger. Forskrift om verne og helsepersonale oppstiller krav til arbeidsgiver når det gjelder bruk av bedriftshelsetjeneste, og dersom Arbeidstilsynet etter en konkret vurdering kommer til at den aktuelle bedriftshelsetjenesteordning for eksempel ikke har tilstrekkelig kompetanse til å kunne oppfylle kravene i regelverket, vil de kunne reagere med pålegg til arbeidsgiver. Dette er ikke i strid med arbeidsgivers styringsrett. Dersom en disposisjon er i strid med regelverket er den pr. definisjon utenfor styringsretten.

Innføring av en godkjenningsordning vil således ikke innskrenke styringsretten, siden en godkjenningsordning i praksis vil være en juridisk manifestering av de kravene Arbeidstilsynet allerede stiller til hva som er ”godt nok” for at arbeidsgiver skal kunne oppfylle sine juridiske plikter i forhold til bruk av bedriftshelsetjeneste. En bedriftshelsetjenesteordning som ikke oppfyller kravene etter en fremtidig godkjenningsordning vil heller ikke i dag kunne møte kravene som må være tilfredsstillt for at arbeidsgiver skal kunne oppfylle sine lov- og forskriftsfestede plikter i forhold til bedriftshelsetjeneste.

På bakgrunn av så langt dårlige erfaringer med frivillige godkjenningsordninger, legges det til grunn at en godkjenningsordning for bedriftshelsetjenester bør være obligatorisk. Dette innebærer at det forskriftsfestes at alle virksomheter med plikt til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste må knytte til seg en godkjent ordning. Et slikt forskriftskrav forutsetter også en ny hjemmel i arbeidsmiljøloven. Arbeidsgiver kan fritt velge mellom godkjente bedriftshelsetjenester, men bestemmelsen sikrer at myndighetene vet at virksomheter som trenger det har knyttet til seg en bedriftshelsetjeneste som i utgangspunktet er kompetent til å levere de tjenestene de skal til virksomhetene.

En godkjenningsordning må imidlertid ikke erstatte eller organiseres slik at arbeidsgivers ansvar for et helhetlig HMS-arbeid i virksomheten bortfaller eller reduseres. Dagens pliktkrav overfor arbeidsgiver, både når det gjelder tilknytningsplikten og plikten til å sørge for at bedriftshelsetjenesten fungerer ift. de aktuelle HMS-oppgaver i virksomheten, må videreføres. Arbeidstilsynets tilsyn skal fortsatt rettes mot virksomhetene. En endring av dette vil både gripe inn i den etablerte systematikken om ansvarliggjorte arbeidsgivere og arbeidsgivers styringsrett, samt trolig øke risikoen for en pulverisering av ansvaret for HMS og vanskeliggjøre arbeidet i betydelig grad. Det er derfor viktig at arbeidsgivers ansvar/plikter presiseres og tydeliggjøres dersom det iverksettes en godkjenningsordning, og herunder bør

forskriften om verne- og helsepersonale bearbeides med henblikk på å konkretisere arbeidsgivers plikter. En godkjenningsordning vil normalt stille krav om løpende kompetanseforbedring i hele godkjenningsperioden (ofte 5 år) og bedriftshelsetjenestene vil bli kontrollert av godkjenningsorganet i godkjenningsperioden. Dette kan motvirke faren for at en godkjenningsordning skal virke konserverende, jf. Arbeidslivslovutvalgets betenkeligheter.

8.5 Skisse til godkjenningsordning

I det følgende skisseres de rammer som ut fra et faglig ståsted bør legges til grunn for en godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten.

8.5.1 Hvilke krav skal stilles til den enkelte bedriftshelsetjeneste?

Sentralt i godkjenningsordningen er hvilke krav en bedriftshelsetjeneste må oppfylle for å kunne bli godkjent. Det presiseres at med bedriftshelsetjeneste menes personale som bistår virksomheten med det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, samt med oppfølging av arbeidstakere og bedriftsintern attføring. Aktuelle yrkesgrupper i denne sammenheng kan være lege, sykepleier, fysioterapeut, verneingeniør, yrkeshygieniker, sikkerhetsingeniør, psykolog, og lignende. Opplistingen er ikke uttømmende.

En godkjenningsordning skal bidra til økt kvalitet og fagutvikling i ordningene, og til å trekke grensen mot useriøse aktører i markedet. Ordningen må således stille krav til både kompetanse og kompetanseutvikling, til volum på tjenestene og til et kvalitetsstyringssystem for bedriftshelsetjenestene.

Bedriftshelsetjenesten må samlet sett være i stand til å ivareta en helhetlig og forebyggende rådgivning på områder som går under arbeidsmiljøloven, spesielt lovens kapittel 4. Detaljene rundt hvilke konkrete krav som må stilles for å sørge for dette må diskuteres nærmere, men det legges til grunn at enkelte forutsetninger må oppfylles:

- personalet må samlet sett være i stand til å ivareta en helhetlig og forebyggende rådgivning innen hele kompetanseområde: Arbeidsmedisin/arbeidshelse (autorisert helsepersonell med tilleggskompetanse), yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid generelt
- ordningen må ha en faglig sammensetning og tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre oppgavene som skal utføres av en bedriftshelsetjeneste
- ordningen må ha en plan for etter- og videreutdanning for å opprettholde og videreutvikle kompetansen
- der bedriftshelsetjenesten mangler tilstrekkelig kompetanse må det foreligge det en plan for å skaffe seg den nødvendige kompetansen innen 3 år. I mellomtiden kan bedriftshelsetjenesten knytte til seg kompetansen ved et forpliktende samarbeid med en annen bedriftshelsetjeneste

For å sikre at bedriftshelsetjenesten er en helhetlig tjeneste, anser arbeidsmiljømyndighetene at det må stilles krav til volum på tjenestene. Hvordan dette kravet endelig skal utformes må vurderes nærmere, men det anslås at en bedriftshelsetjeneste bør ha minimum tre årsverk knyttet til den faglige virksomheten. De enkelte fagområder bør være dekket med minimum 30 pst av et årsverk. En bedriftshelsetjeneste med mindre enn tre årsverk knyttet til faglig virksomhet kan få godkjenning under visse vilkår. Det fast tilsatte fagpersonalet bør blant annet dekke minst to av fagområdene. De øvrige fagområdene kan dekkes ved avtale om innleid assistanse ved behov fra andre bedriftshelsetjenester. Det må foreligge en forpliktende avtale mellom de to bedriftshelsetjenestene.

En bedriftshelsetjeneste må for å bli godkjent etablere og vedlikeholde et kvalitetsstyringssystem som sikrer at de kravene som stilles blir ivaretatt, og at det skjer en kontinuerlig kvalitetsforbedring. Systemet skal som et minimum omfatte områdene som beskrives i forskrift om verne- og helsepersonale, plan for kontinuerlig kompetanseutvikling av medarbeidere og årlig rapport om gjennomførte aktiviteter.

8.5.2. Prinsipper for gjennomføring av en godkjenningsordningsordning

En bedriftshelsetjeneste skal være godkjent av et godkjenningsorgan (for eksempel Norsk Akkreditering) etter retningslinjer for godkjenning av bedriftshelsetjenester.

Godkjenning gis for en periode på 5 år. Etter denne tid faller godkjenningen bort dersom den ikke fornyes. Dersom en bedriftshelsetjeneste ikke helt oppfyller kravene kan det gis godkjenning for et begrenset tidsrom.

Skjer det endringer i forutsetningen for godkjenningen, skal bedriftshelsetjenesten melde dette til godkjenningsorganet

En gang i løpet av godkjenningsperioden kontrollerer godkjenningsorganet, etter fastsatte retningslinjer om den godkjente bedriftshelsetjenesten fortsatt oppfyller betingelsene for å være godkjent. Godkjenningsorganet kan kreve alle de opplysningene de trenger for å kunne vurdere om bedriftshelsetjenesten oppfyller kravene til godkjenning.

En godkjenning kan tilbakekalles dersom betingelsene for godkjenningen ikke lenger er til stede, eller dersom vilkår satt for å opprettholde godkjenningen ikke er oppfylt innen fastsatt frist.

Bedriftshelsetjenesten betaler gebyr for de undersøkelser og kontroller som gjennomføres.

8.6 Oppsummering

- For å oppnå det ønskelige og nødvendige faglige løft av bedriftshelsetjenesten, forslås det en sterkere prioritering av Arbeidstilsynets tilsyn og rettleing/veiledning rettet mot virksomhetenes bruk av bedriftshelsetjenesten kombinert med en offentlig godkjenningsordning i tråd med prinsippene som er skissert i pkt 8.5.
- Dagens krav om arbeidsgivers ansvar for et helhetlig HMS-arbeid, og herunder bruk av bedriftshelsetjenesten, opprettholdes og presiseres gjennom en revisjon av forskriften om verne- og helsepersonale.

9. Økonomiske og administrative konsekvenser

9.1 Konsekvenser av forslaget til revidert bransjeforskrift

Konsekvenser av forslaget til revidert bransjeforskrift er knyttet til virksomhetenes kostnader til bedriftshelsetjeneste og til behovet for personell i ordningene. Et anslag over konsekvenser fremgår av tabellen nedenfor.

Tabell 9.1: Beregning av kostnader ved foreslått utvidet plikt til å ha bedriftshelsetjeneste

Kode	Næring	Sysse- satte 4. kv. 2005 og 2.kv 07 for gr 40.110- 41.000	Anslag antall med BHT i dag	Nye sysse- satte med BHT- plikt	Laveste anslag kostnader	Beste anslag kostnader	Høyeste anslag kostnader
85.11	Sykehustjenester	184 378	108 783	75 595	52 538 511	88 899 696	105 001 427
85.123	Somatiske poliklinikker	115	68	47	32 769	55 448	65 491
85.125	Voksenpsykiatriske poliklinikker	1 766	1 042	724	503 222	851 495	1 005 719
85.126	Barne- og ungdompsykiatriske poliklinikker	1 159	684	475	330 257	558 823	660 039
85.141	Hjemmepsykepleie	15 179	8 956	6 223	4 325 256	7 318 707	8 644 289
85.146	Medisinske laboratorier	879	519	360	250 471	423 819	500 582
85.147	Ambulansetjenester	2 745	1 620	1 125	782 188	1 323 529	1 563 250
85.31	Sosialtjenester i institusjon	20 660	12 189	8 471	5 887 067	9 961 426	11 765 663
85.32	Sosialtjenester utenfor institusjon	115 969	68 422	47 547	33 045 367	55 915 613	66 043 186
05.02	Fiskeoppdrett	4 275	0	4 275	2 971 125	5 027 400	5 937 975
37	Gjenvinning	1 160	0	1 160	806 200	1 364 160	1 611 240
74.6	Vaktjeneste	9 415	0	9 415	6 543 425	11 072 040	13 077 435
93.02	Frisører	15 523	0	15 523	10 788 485	18 255 048	21 561 447
40.110	Produksjon av elektrisitet	6677	0	6 677	4 640 515	7 852 152	9 274 353
40.120	Overføring av elektrisitet	3437	0	3 437	2 388 715	4 041 912	4 773 993
40.130	Distribusjon og handel med elektrisitet	3126	0	3 126	2 172 570	3 676 176	4 342 014
40.210	Produksjon av gass	9	0	9	6 255	10 584	12 501
40.220	Distribusjon og handel med gass gjennom ledningsnett	77	0	77	53 515	90 552	106 953
40.300	Damp- og varmtvannsforsyning	492	0	492	341 940	578 592	683 388
41.000	Oppsamling, rensing og distribusjon av vann	1262	0	1 262	877 090	1 484 112	1 752 918
85.327	Barnehager	64 603	27 133	37 470	26 041 469	44 064 414	52 045 469
80 101	Førskoleundervisning	62	35	27	18 960	32 081	37 892
80 102	Grunnskoleundervisning	88 313	49 455	38 858	27 006 115	45 696 679	53 973 373
80 103	Spesialskeoleundervisning for funksjonshemmede	2 237	1 253	984	684 075	1 157 513	1 367 165
80 104	Kompetansesentra og spes. undervisning	1 413	791	622	432 095	731 143	863 569
80 105	PP-tjeneste	2 310	1 294	1 016	706 398	1 195 286	1 411 780
80 210	Undervisning i allmennfag	15 310	8 574	6 736	4 681 798	7 922 006	9 356 860

80 220	Undervisning i tekniske og andre yrkesrettede fag	23 289	13 042	10 247	7 121 776	12 050 660	14 233 305
SUM		585 840	303 858	281 982	195 977 629	331 611 067	391 673 276
	Beregnet antall nye årsverk i bedriftshelsetjenesten				427	722	853

Kilde: Registerbasert sysselsettingsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

Beste anslag på en årlig kostnad ved plikt til bedriftshelsetjeneste i næringene i tabellen er på 331,6 millioner 2006-kroner. Dette forutsetter at antall sysselsatte i næringene er som i 4. kvartal år 2005, 2. kvartal 2007 for sektorer innen elektrisitet mm, samt en medlemsavgift til bedriftshelsetjenesten på 1176 kroner pr sysselsatt (jf. DNV 2002). Anslaget over antatt sysselsatte med bedriftshelsetjeneste i dag i helse- og sosialtjenester, undervisning og barnehager er basert på SSBs levekårsundersøkelse fra 2003.

9.2 Konsekvenser av forslag til godkjenningsordning

Norsk Akkreditering vurderte i 2002 at bedriftshelsetjenestens utgifter til godkjenning ville ligge på ca. 1 % av omsetningen. En annen måte å betrakte utgiftene på, er å beregne utgifter pr. ansatt pr. år i medlemsbedriftene. Gjennomsnittsprisen for en bedriftshelsetjenesteordning pr. ansatt i 2007 er ca. 1200 kr. 1 % av dette tilsvarer 12 kr. pr. ansatt pr. år.

Arbeidstilsynet har innhentet oppdaterte tall fra Norsk Akkreditering som viser at første godkjenning koster ca. 66 000 kr. Et oppfølgingsbesøk er beregnet til ca. 40 000 kr. I følge opplysninger fra Fagsekretariatet for bedriftshelsetjeneste finnes det i dag ca. 300 ordninger som har flere enn to årsverk som omfatter til sammen 854 000 ansatte, jf. tabell 9.2. Første godkjenning kommer da til å koste ca. 23 kr. pr. ansatt. For den neste godkjenningen blir kostnadene 15 kr. pr. ansatt.

I tillegg kommer reiseutgiftene som godkjenningsorganet får i forbindelse med besøk til de enkelte bedriftshelsetjenestene. I gjennomsnitt vil utgiftene til reisetid og reiseutgifter i følge Norsk Akkreditering ligge i området 6 til 8.000,- kr.

Tabell 9.2 Registerdata 2005 fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten

Antall årsverk totalt i BHT		Antall ansatte	Antall bedrifter
<1	N	70	70
	% of Total Sum	2,7%	3,6%
	Sum	25799,00	683,00
1-2	N	92	92
	% of Total Sum	6,2%	8,7%
	Sum	58598,00	1645,00
2-2,99	N	46	46
	% of Total Sum	5,7%	4,6%
	Sum	53433,00	870,00
3-6,99	N	161	161
	% of Total Sum	35,4%	45,3%

Antall årsverk totalt i BHT		Antall ansatte	Antall bedrifter
	Sum	332533,00	8560,00
7 og over	N	82	82
	% of Total Sum	49,9%	37,7%
	Sum	467878,50	7121,00
Total	N	451	451
	% of Total Sum	100,0%	100,0%
	Sum	938241,50	18879,00

Dette materialet viser at ved krav om minst 3 årsverk i en bedriftshelsetjeneste vil 85% av ansatte og 83% av virksomhetene fortsatt ha en bedriftshelsetjeneste. Kravet vil imidlertid føre til at nesten halvparten av bedriftshelsetjenestene i registeret vil forsvinne, dvs små ordninger med 1-2 ansatte. Disse dekker til gjengjeld mesteparten av volumet. Dette må ses som en tilsiktet konsekvens av ønsket om en kvalitets- og kompetanseheving av bedriftshelsetjenesten.

Signaler Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten har fått kan også tyde på at mange små bedriftshelsetjenester er forberedt på at de må gjøre en god del organisatoriske endringer for å bli godkjent. Fagsekretariatets oppfatning er at de bedriftshelsetjenestene som ønsker å drive seriøst er villige til å gjøre nødvendige tilpasninger, men at dette vil kunne ta noe tid. For å sikre en lempelig innføring av det nye systemet for bedriftshelsetjenesten og ivareta de små ordningenes behov for tilpasninger, må det i det nye regelverket legges til rette for en rimelig overgangsordning. For de største bedriftshelsetjenestene vil en godkjenningsordning innebære få endringer i forhold til dagens situasjon.

9.3 Nødvendige endringer i regelverket

Innføring av en godkjenningsordning vil atskille seg fra eksisterende regelverk vedrørende bedriftshelsetjeneste, ved at plikter og ansvar vil rettes mot bedriftshelsetjenesteordningen og ikke mot arbeidsgiver. Arbeidsgivers ansvar for tilfredsstillende bruk av bedriftshelsetjenesteordningen skal imidlertid forbli uforandret, selv om det innføres en egen godkjenningsordning.

Arbeidsmiljøloven har i dag ingen klar hjemmel for forskrifter som retter plikter og ansvar mot bedriftshelsetjenesteordningen. Arbeidsmiljøloven (aml.) § 3-3 (4) gir departementet adgang til å gi forskrifter om bl.a. ”hvilke faglige krav som skal stilles til tjenesten og hvilke oppgaver den skal utføre”. Denne typen bestemmelser finner vi i Forskrift 21. april 1994 nr. 333 om verne- og helsepersonale. Arbeidsmiljøloven § 3-3-(4) er ikke ment å hjemle forskrifter rettet mot bedriftshelsetjenesten, og forskriftsbestemmelser om med krav om godkjenning krever derfor en spesifikk lovhjemmel. Det vil være naturlig at denne innføres om en del av aml. § 3-3, enten som et nytt femte ledd eller som en utvidelse av fjerde ledd.

Bestemmelser om godkjenningsordning fastsettes i forskrift, enten som et eget kapittel i forskrift om verne- og helsepersonale (for å tydeliggjøre at bestemmelsene retter seg mot et annet ansvarssubjekt enn de øvrige delene av forskriften), eller i en ny forskrift om godkjenning av bedriftshelsetjenesteordninger.

Innføring av en godkjenningsordning vil kunne skape usikkerhet om arbeidsgivers plikter og ansvar. Det vil derfor bli foretatt en gjennomgang av Forskrift 21. april 1994 nr. 333 om verne- og helsepersonale med sikte på presisering av arbeidsgivers fortsatte ansvar for tilfredsstillende bruk av bedriftshelsetjenesten.

En utvidelse av hvilke bransjer som alltid skal være tilknyttet bedriftshelsetjeneste, krever en tilsvarende utvidelse av næringsgruppene i Forskrift 1. januar 1990 om hvilke virksomheter som skal ha knyttet til seg verne- og helsepersonale (bedriftshelsetjeneste). Det legges imidlertid ikke opp til øvrige endringer i forskriften.

10. Merknader fra referansegruppen

Prosjektet har vært gjennomført i samarbeid med en referansegruppe med medlemmer fra arbeidslivets parter av andre berørte myndigheter og aktører. Det er gjennomført fem møter med referansegruppen, hvor arbeidsgruppens utkast til drøfting og forslag til oppfølging har vært presentert og diskutert. Det er kommet følgende merknader til sluttrapporten fra deltagere i referansegruppen:

LO, UNIO og YS

LO, Unio og YS anser at den foreliggende rapporten bidrar til en viktig videreutvikling av bedriftshelsetjenesten, både gjennom forslag om utvidelse av "bransjeforskriften" og gjennom forslag om en obligatorisk godkjenningsordning slik at bare de som tilfredsstillende myndighetenes kriterier kan kalle seg bedriftshelsetjeneste.

Disse organisasjonene mener imidlertid at det, i samsvar med merknadene fra flertallet i kommunalkomiteen, jf Innst. O. nr 100 2004-2005, er et langsiktig mål å bygge ut bedriftshelsetjenesten slik at den omfatter alle arbeidstakere. LO, Unio og YS mener at dette innebærer at Norge bør ratifisere ILO- konvensjon nr 161 1985 om bedriftshelsetjeneste.

LO har gitt innspill om flere bransjer som vi mener burde inkluderes i bransjeforskriften nå, men ikke alle av dem har kommet med. Butikkhandel med bredt vareutvalg med hovedvekt på nærings- og nytelsesmidler var på et tidspunkt inne på listen over nye bransjer (som prioritet 2), men ble tatt ut. LO, Unio og YS mener at denne bransjen bør inkluderes i listen over de som er pliktig til å ha bedriftshelsetjeneste. Dette fordi bransjen preges både av ensidig gjentagende arbeid, tunge løft og utstrakt kundekontakt som vi vet kan være belastende. Det er også et betydelig innslag av deltidsarbeidende, noe som vanskeliggjør arbeidsmiljøarbeidet i disse virksomhetene. Innenfor varehandel er engroshandelen også en bransje som er utsatt for betydelig sikkerhetsrisiko, blant annet pga fare for fallende gjenstander.

Andre bransjer som ikke har kommet med i utvidelsen av bransjeforskriften, men som disse organisasjonene mener bør inkluderes nå, er:

- Jordbruk, inkludert gartneri og avløserer i jordbruk.
Jordbruket dekkes i dag, i alle fall tildels, av landbrukets HMS- tjeneste. Avløserer er antagelig ikke omfattet av ordningen og bør inkluderes i et utvidet bransjeforskrift. Avløsererne opplever samme risikoforhold som bøndene, men har ikke den enkelte bonden som arbeidsgiver.
Gartneri er ikke omfattet av landbrukets HMS- tjeneste, og bør derfor inkluderes i bransjeforskriften - særlig på grunn av fare for eksponering for skadelige kjemikalier.

- IKT-bransjen. I denne bransjen er arbeidstakerne særlig utsatt for stress, store krav til effektivitet og resultater, og har generelt lavt fokus på arbeidsmiljø. De har ofte uregelmessig arbeidstid, stor utskifting av ansatte og innslag av useriøse arbeidsgivere.
- Musikere i symfoniorkestre, Den Norske Opera, kringkastingsorkesteret, forsvarets musikkorps og dansere ved Den Norske Opera. Hos disse yrkesgruppene har omfanget av belastningsskader og hørselsskader har vært økende. De fysiske forholdene, ofte trange lokaler og uregelmessig arbeidstid er også en del av de sammensatte problemstillingene som utgjør disse yrkesgruppens arbeidsmiljø. Hos dansere ved Den Norske Opera er belastningslidelser og akutte skader et betydelig problem.

HSH:

1. Spørsmål om utvidelse av bransjeforskriften

HSH er prinsipielt imot en utvidelse av bransjeforskriften. Dette bygger vi bl.a. på at det i arbeidsmiljøloven § 4-1 fremgår at arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig og i § 3-3 fremgår det at arbeidsgiver plikter å knytte bedriftshelsetjeneste til virksomheten dersom risikoforholdene i virksomheten tilsier det.

En viktig forutsetning for å pålegge bruk av bedriftshelsetjeneste er at det finnes tilbydere som har kunnskap og erfaring for å identifisere risikofaktorer herunder å kunne gi råd om veiledning vedrørende forebygging. For å få effekt av BHT er høy faglig kompetanse hos BHT, og god bransjekunnskap i forhold til målgruppen/aktuelle virksomheter/arbeidsplasser avgjørende nødvendig. Dette tilsier at en reserverer pålegg om bedriftshelsetjeneste til områder som er særlig utsatt.

Vi mener at eksisterende lovverk i tilstrekkelig grad forplikter arbeidsgiver på HMS-området. Momenter som underbygger dette er:

1. Små virksomheter spredt ut over i landet har minimal mulighet til å knytte seg til BHT som fyller ovennevnte krav. Spesielt bransjekunnskap blir det mangel på. Ved pålegg om BHT for disse virksomhetene, får de erfaringsmessig svært lite igjen for de kostnadene pålagt BHT innebærer. Lederne for disse virksomhetene har også som regel liten kunnskap om hva de kan kreve fra "sin" BHT, "bestillerkompetanse", og de kan ikke evaluere om deres BHT har effekt på arbeidsmiljøet. Kostnadene til arbeidsmiljøtiltak kan da "spises opp" av utgifter til pålagt BHT, og brukes ikke til tiltak som har betydning for de ansatte.
2. En virksomhet som har risikoområder på spesielle områder, må kunne kjøpe seg hjelp til å få løst sine spesielle problemer. De skal ikke måtte betale for generell BHT, og risikere at den BHT de har mulighet for å tilknytte seg, ikke har kompetanse på deres spesielle utfordringer. (Mange BHT både sentralt og i distriktene har problemer med å rekruttere personell med spesifikk kompetanse, og de har ofte stor turn over innenfor helsepersonell, spesielt leger).
3. Det er nok et langt mer tjenelig virkemiddel for en rekke virksomheter/bransjer ved behov å kunne kjøpe spesialkompetanse til å bistå med å identifisere felles risikoområder for bransjen, og utforme overvåkingskriterier og tiltak som så kan gjennomføres av egnet innleid personell eller av virksomhetsleder selv. Behovet for en slik målrettet aktivitet løses ikke ved å pålegge BHT.
4. Sykefravær og utstøting kan henge sammen med arbeidsmiljøforhold eller spesielle risikoforhold, men oppfølgingskompetanse og holdninger hos ledere har sannsynligvis mye større betydning. Her bør det satses på råd og veiledning mot ledere og

tillitsvalgte. En lokal BHT kan ha begrensede kunnskaper på dette området, og den pedagogiske evnen til å lære fra seg hos de tilsatte i BHT kan være liten. Oppfølging av sykefravær og tilpasninger av arbeidsoppgaver må være lederoppgaver, og er ikke noe som kan "eksporteres" til en BHT. Her må Arbeidslivssentrenes rådgivere og andre offentlige instanser (NAV) bistå lederne og de tillitsvalgte med råd og opplæring. Rådgivning og hjelp til livsstilsendringer og fysisk aktivitet vises i forskningsundersøkelser å ha betydelig større effekt enn mange av de tiltakene som har vært forsøkt eller gjennomført på arbeidsplasser.

5. Når det gjelder arbeidsforhold innen sosial- og helsetjenesten, er årsaksforholdene for de påpekte problemstillingene mangesidige og komplekse. Mange sykehus av en viss størrelse har hatt BHT i mange år, men det har ikke (såvidt vi vet) vært gjort en evaluering av effekten av tjenesten. Ut fra det vi kjenner til, har mange av disse sykehusene bygget ned sine BHT-tjenester. Hvis disse tjenestene hadde hatt en synlig og dokumentert effekt, er det lite sannsynlig at en slik nedbygging hadde vært tilfellet. Det mangler så mye på å dokumentere hva som virker, at det virker lite hensiktsmessig å gå inn på et generelt pålegg om BHT uten at man har gått inn og vurdert effekten av eksisterende ordninger med BHT innenfor helsetjenesten.
6. Når det gjelder Arbeidstilsynets forslag om å utvide bransjeforskriften til også å gjelde butikkhandel med bredt vareutvalg, mener vi at dette verken er godt nok utredet eller dokumentert. Varehanden i Norge dekker et vidt spekter av butikker med et sortement som har til dels betydelige forskjeller i bredde og dybde. Prinsipielt atskiller imidlertid ikke varehandelen seg fra hvordan den var organisert tidligere med selvstendige og til dels spesialiserte butikker med alt fra bakervarer, kjøtt, fisk, delikatesse (ost, pålegg m.m) til hermetikk tørrvarer og mineralvann. Noen driver frittliggende, mens andre er samlokalisert i kjøpesentre. Selv om det i dag er en rekke butikkjeder, dekker organisering og eierform et vidt spekter. HSH er opptatt av konkurransenøytrale vilkår slik at dagligvare må sammenlignes med annen butikkdrift. Det vil lett bli vilkårlige grensdragninger dersom en søker å skille i forhold til vareutvalg som i dag egentlig er spørsmål om salgsprofil.
7. Helseundersøkelser bør i hovedsak knyttes til spesielle eksponeringer, og bør kunne beskrives så spesifikt av de kan gjennomføres i den ordinære helsetjenesten. Generelle helsekontroller har vist seg å ha uakseptabelt kost/nytte forhold.

Generell kommentar:

- Bedriftshelsetjenestene må bygge opp sin kompetanse til å bistå arbeidslivet med de oppgavene som arbeidslivet har på arbeidsmiljøområdet, og selge "pakkeløsninger" som det er dokumentert har effekt for de oppgavene som foreligger.
- Andre instanser innenfor det offentlige, som Arbeidstilsynet og Arbeidslivssentrene, må tilby sin kompetanse til virksomhetene i form av råd og veiledning, spesielt rettet mot ledere og tillitsvalgte/verneombud.
- Det må oppleves et samsvar mellom nytte og kostnad for virksomhetene. For å få en tilstrekkelig kommunikasjon mellom aktørene (BHT, arbeidsgiver og arbeidstaker), er det helt nødvendig med tillit og gode kommunikasjonsforhold. De områdene som kommer inn under denne konstallasjonen er ofte kompliserte, følsomme og kan være konfliktfylte. Uten nødvendig respekt, tillit og åpenhet er det vanskelig å få til noe. Hvis arbeidsgiver har en formening om at BHT er pålagt, koster mye mer enn det smaker, og ikke bidrar forbedringer i virksomheten, er grunnlaget for kommunikasjonen, og dermed for nytteverdien, minimal.

- Dersom bransjeforskriften utvides, må det være en forutsetning at det etableres overgangsordninger, slik at det ved knapphet på BHT, må være anledning til å benytte BHT kun til de vesentlige risikoområdene (til spesifikke arbeidstakere, og ikke til hele virksomheten), og kun betale for dette.
- Dersom bransjeforskriften utvides, må det legges opp til en omfattende evaluering da det pr i dag ikke foreligger god dokumentasjon på at BHT har den ønskede effekt. Det hjelper ikke å gjøre mer av noe så lenge man ikke har bedre dokumentasjon på effekten.

2) Spørsmål om innføring av en obligatorisk godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten

Bedriftene vil i utgangspunktet stole på de råd de får fra en bedriftshelsetjeneste. En må unngå at useriøse bedriftshelsetjenester opererer på markedet. En obligatorisk godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten kan være svar på dette behov. Dette må imidlertid ikke medføre at små og gode bedriftshelsetjenester forsvinner på grunn av tung og rigid administrasjon. En må også unngå at prisene for BHT-tjenester øker mye for virksomhetene.

Det som imidlertid er viktig er at tilbyderne kan dokumentere hvilke bransjeområder de har spesiell og inngående kjennskap til, hvilke risikoforhold de har særlige forutsetninger for å vurdere, samt hvilke spesifikk kompetanse de har. På denne måten vil bedriftshelsetjenesten både i sin markedsføring og i tilbud til virksomheter måtte innestå for om de har de særlige forutsetninger som virksomheten har behov for. Slik sett kan et kvalitetsbehov ivaretas uten en formell godkjenningsordning gitt at en skjerper opplysningsplikten.”

NHO og Geir Riise (Posten)

Innledningsvis vil vi gi uttrykk for at prosjektet for vurdering av den videre oppfølging av bedriftshelsetjenesten har vært både nødvendig og viktig. Vi håper arbeidet vil bidra til en avklaring av tjenestens rolle, ansvar og krav til kompetanse i det systematiske HMS-arbeidet.

Støtter revisjon av bransjeforskriften

Vi støtter departementets forslag til revisjon av bransjeforskriften og synes denne gir en fornuftig plattform for en utvidelse av bedriftshelsetjenestetilbudet.

Sterkt bekymret for det skisserte forslaget til en mulig godkjenningsordning

Samtidig vil vi gi uttrykk for vår bekymring for det skisserte forslaget om en mulig godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten. Vi er meget skeptiske til en ordning som så sterkt knyttes opp til krav om et visst antall ansatte i bedriftshelsetjenesten. Departementets forslag om minimum 3 årsverk i den faglige virksomheten vil bety en sanering av mange gode, mindre bedriftshelsetjenester. Konsekvensvurderingen i forslaget fra departementet viser at nesten halvparten av dagens bedriftshelsetjenester da vil forsvinne, det gjelder både egenordninger og fellesordninger. Dette vil igjen uvegerlig føre til at mange arbeidstakere ikke får det arbeidsmedisinske tilbudet de har krav på.

Departementets forslag vil innebære betydelige problemer for en utvidelse av bransjeforskriften når så mange bedriftshelsetjenester ikke blir i stand til å møte myndighetenes krav til antall ansatte. Det er en innebygd selvmotsigelse i at tilbudet skal utvides til å omfatte flere arbeidstakere, samtidig som antallet leverandører av bedriftshelsetjenester skal reduseres kraftig.

Bransjespesifikke kvalitetskriterier

Vi vil i stedet framheve og gjenta, at et kvalitetssikringssystem for bedriftshelsetjenesten bør være knyttet opp til spesifikke kvalitetskriterier som er utarbeidet av bransjene selv, i samarbeid mellom arbeidstaker- og arbeidsgiversiden. Slik vil bedriftshelsetjenesten som leveres passe inn i det systematiske og forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i brukervirksomhetene.

Det er videre viktig at en slik ordning kan tilfredsstillende de krav som arbeidsgiver også vil stille til en bedriftshelsetjeneste, slik at arbeidsgiver helt og fullt kan ta det ansvar som ligger i arbeidsmiljøloven. I tillegg til at spesifikke bransjekrav skal imøtekommes, bør en kvalitetssikringsordning slik den vi foreslår, også inneholde mer generelle krav om hva en god bedriftshelsetjeneste skal inneholde.

Arbeidstilsynet skal ved tilsyn påse at bedriftshelsetjenesten arbeider i henhold til disse krav og kriterier. Ved avvik skal tilsynet kunne gi pålegg om nødvendige endringer i tjenestetilbudet, slik at kvalitetskravene oppfylles. Hvis dette viser seg vanskelig å gjennomføre, kan bedriftshelsetilbudet bli å anse som ikke en ikke tilfredsstillende ordning i forhold til bransjeforskriften.

Konklusjon

Vi mener at en eventuell godkjenningsordning ikke bør ha innebygde krav til antall ansatte i bedriftshelsetjenesten. I stedet bør generell kompetanse, spisskompetanse på relevante arbeidsmiljøområder, relasjonell kompetanse og geografisk nærhet til kundevirksomheten, være viktige stikkord for de krav som skal settes til en kvalitetssikret bedriftshelsetjeneste.

Vi står gjerne til disposisjon for en videre diskusjon om hvordan en slik ordning kan utformes med basis i viktige kvalitetsindikatorer.

KS

KS finner departementets prosjekt for gjennomgang av bedriftshelsetjenesten riktig og viktig, med tanke på de store endringene i arbeidslivet som er skjedd siden Forskrift om bedriftshelsetjeneste kom i 1989. Dette stiller imidlertid krav til bedriftshelsetjenestens kompetanse og samarbeidsevne slik at det blir et hensiktsmessig virkemiddel for å møte andre arbeidsmiljøutfordringer enn i tradisjonelle industribedrifter.

Det er heller ikke gitt at de arbeidsmiljøutfordringer de ulike næringer står overfor best løses ved hjelp av bedriftshelsetjeneste. Eksempler på dette er bl.a. ”tidspress” og ”trusler og vold” i hjemmetjenesten, som etter Arbeidstilsynets kampanje ”Rett hjem” arbeidet med utfordringene i hovedsak i dialog mellom arbeidsgiver og medarbeidere.

En utvidelse av forskriften om bedriftshelsetjeneste vil derfor måtte være en avveining av om hvordan ressursene best kan benyttes, til bedriftshelsetjeneste eller for eksempel utbedring av inneklima i skoler.

Rapporten belyser problemstillinger omkring kriterier for vurdering av risikofaktorer som må utløse en ekstra overvåkning av arbeidsmiljøet i form av spesiell kompetanse satt opp mot arbeidstilsynets behov for lett kunne kontrollere om lovens/forskriftenes krav er fulgt. Problemet med å knytte bedriftshelsetjeneste opp mot hele næringsgrupper er at en rekke enkeltvirksomheter som ikke scorer høyt på de indikatorer som er oppgitt også pålegges ordninger som kanskje ikke er hensiktsmessige for deres behov.

Primært ville et system for bedriftshelsetjeneste bygde på risikoprofil og kompetanse/ressurser i den enkelte virksomhet være mest målrettet. I et slikt system ville bedriftshelsetjenestens tilbud tilpasses den enkelte virksomhets behov, både når det gjelder fagkompetanse og kapasitet.

Da vi imidlertid ser at dette kan være et vanskelig system å innføre, aksepteres at risikovurdering ut fra næringsgruppe videreføres. Det vil da være en samlet vurdering av næringens risikoforhold som vil avgjøre behovet for bedriftshelsetjeneste, ikke en konkret vurdering av den enkelte virksomhet.

For å sikre legitimitet i et slikt system vil det være av vesentlig betydning at kriteriene gjøres så objektive som mulig, og at for de ulike næringer foreligger. Slik begrunnelsene for å utvide plikten til bedriftshelsetjeneste foreligger i rapporten finner jeg ikke at den nødvendige legitimitet sikres, spesielt gjelder dette begrunnelse for å omfatte så store deler av undervisningssektoren av plikten til bedriftshelsetjeneste. Det blir her trukket fram ”utstøting”, dvs. at kun en liten andel ansatte blir såtende i arbeid til fylte 67 år. For sammenligningsgrunnlagets skyld bør avgangsalderen for pedagogisk personale sammenliknes med andre grupper som har mulighet for AFP, og ikke grupper som uten denne fremforhandlede ordningen. Hvorvidt avgang med AFP er utstøting eller ønsket avgang vil nok variere, men KS har i ulike undersøkelser vist at tiltak for å forlengede yrkeskarrierer kan være:

- Kortere arbeidstid (30%)
- Arbeidsgiver ønsker at du fortsetter (27%)
- Mer fleksible arbeidsordninger (24%)
- Andre arbeidsoppgaver (20%)
- Tilrettelegging av det fysiske arbeidsmiljøet (20%)
- Kurs og videreutdanning (9%)

Dvs. tiltak som først og fremst kan ivaretas av et tett samarbeid mellom leder og medarbeider.

KS er enige i at det er behov for et kvalitetssikringssystem for bedriftshelsetjenester, og ser at et godkjenningssystem kan stimulere til økt kvalitet og fagutvikling blant utøvere i faget, samt at det kan luke ut de useriøse aktørene i markedet

Når det gjelder kvalitetskrav til bedriftshelsetjenesten vil vi fremheve behov for kompetanse knyttet til bedriftshelsetjenestens oppgaver, dvs. vurdering av risikoforhold i virksomheten, forebyggende arbeid og bistand ved oppfølging av sykmeldte/attføring. Dette må ses i forhold til virksomhetens egen kompetanse.

I henhold til det skisserte forslaget til godkjenningsordning ser vi det problematiske både i forhold til gjennomføring og hensiktmessighet av at det stilles konkrete krav til antall ansatte, stillingsstørrelse mv. Slik vi ser det vil dette begrense de mulighetene for finne hensiktsmessige, lokale løsninger, og en kan risikere at en rekke gode, mindre bedriftshelsetjenester vil opphøre.

Den foreslåtte ordningen innebærer et stort, rigid og arbeidskrevende byråkrati. Det synes å bli en kostbar ordning som vil gi virksomhetene dyrere bedriftshelsetjeneste, og vi frykter at et stort antall egen- og fellesordninger med spisskompetanse vil forsvinne grunnet krav til størrelse og kompetansebredde og at dermed mange bedriftshelsetjenesteordninger i distriktene vil utraderes ettersom spesialister i arbeidsmedisin ikke finnes.

I mange tilfeller vil det være mer hensiktsmessig med en tjeneste med god lokalkjennskap (som kan innhente spesialkompetanse når det trengs) fremfor en spesialisert tjeneste som er lokalisert langt unna og hvor samarbeidet virksomhet/bedriftshelsetjeneste begrenses av praktiske hindringer/transportkostnader.

Vi vil isteden foreslå at det innføres en todelt godkjenningsordning::

1. En del som stiller krav til at bedriftshelsetjenesten må kunne dokumentere at de innehar kompetanse om setter dem i stand til å bistå virksomhetene med kartlegging av arbeidsmiljøet, risikovurdering og bistand til utvikling av planer for å redusere arbeidsmiljømessig risiko. Det vil si kompetanse med hensyn til kartlegging, rådgivning og systematikk.
2. En del som inneholder spesifikke kompetansekrav i forhold til den enkelte virksomhet/næring.. Den må stille krav til hvilken kompetanse en bedriftshelsetjeneste må inneha for å kunne gi god rådgivning innenfor en enkelte virksomhets arbeidsmiljøutfordringer. Det bør imidlertid ikke stilles krav til at en bedriftshelsetjeneste trenger å inneha en slik komplett kompetanse, men kan benytte samarbeidspartnere eller underleverandører for å kunne tilfredsstille kravene. Det bør da stilles krav til dokumentasjon til hvordan de kartlegger kvaliteten hos sine samarbeidspartnere og /eller underleverandører.

I utgangspunktet bør denne godkjenningsordningen være frivillig, men ved innføring av obligatorisk godkjenningsordning kan dette begrenset til pkt 1 over, dvs. at bedriftshelsetjenesten dokumenterer kompetanse på risikovurdering, kartlegging og systematikk.

Del 2 over vil være egnet for mer næringsspesifikke krav. I arbeidet med å utarbeide slike spesifikke krav må en bygge på næringens egne utfordringer og erfaringer.

Sluttkommentar:

Slik rapporten konkluderer vil det medføre betydelige økte kostnader for kommunal sektor uten at det p.t. er gitt at bedriftshelsetjeneste er det best egnede virkemiddel for å løse de ulike næringers arbeidsmiljøutfordringer. Det forutsettes at bedriftshelsetjenestenes innhold og innretning tilpasses de ulike næringers behov før en eventuell forskriftsfesting.

Arbeidsgiverforeningen Spekter

Utvidelse av bransjeforskriften

Spekter støtter ikke forslaget om utvidelse av bransjeforskriften. Vi mener at det er en reell vurdering av risikoforholdene i en virksomhet som bør ligge til grunn for en vurdering om det er riktig å pålegge en virksomhet obligatorisk BHT og ikke hvilken bransje virksomheten tilhører.

Vi kan heller ikke se at forskning eller statistikk kan påvise at det å pålegge en bransje BHT i seg selv har ført til at sykefravær eller helsemessige belastninger i denne bransjen har blitt redusert.

På bakgrunn av dette går vi i mot at bransjeforskriften skal utvides til å gjelde sosial- og helsetjenesten.

Vurdering av behovet for kvalitetskrav eller godkjenningsordning rettet mot bedriftshelsetjenesten (pkt. 3 i mandatet)

Arbeidsgiverforeningen Spekter er enig i at det er behov for et kvalitetssikringssystem. Vi er langt på vei helt enig med NHO i deres kommentarer. En godkjenningsordning kan bidra til å:

- Stimulere til økt kvalitet og fagutvikling blant utøvere i faget
- Luke ut de ”useriøse” aktørene i markedet

Vi er videre enig i NHO sine kommentarer til departementets forslag til ordning:

- Den foreslåtte ordningen innebærer et stort, rigid og arbeidskrevende byråkrati
- Det synes å bli en kostbar ordning, som vil gi bedriftene dyrere BHT-tjenester
- Et stort antall egen- og fellesordninger med spisskompetanse vil forsvinne grunnet krav til størrelse og kompetansebredde
- Svært mange ordninger i distriktene vil utraderes ettersom spesialister i arbeidsmedisin ikke finnes

Forslag til ordning

Vi foreslår at det innføres en ordning som er 2 deler:

- En del som stiller krav til at bedriftshelsetjenesten må kunne dokumentere at de innehar kompetanse som setter dem i stand til å bistå bedrifter med kartlegging av arbeidsmiljøet og å bistå bedriftene med utvikling av planer for å redusere arbeidsmiljømessig risiko (Jfr. AML § 3.1 2c). Det vil si kompetanse mht til kartlegging, rådgivning og systematikk.

Dette vil innebære at BHT må kunne framvise at de har kartleggings- og rådgivningskompetanse.

- En del 2 som er en generell kravsspesifikasjon til alle BHT. Den må stille krav til hvilken kompetanse en BHT må inneha for å kunne gi virksomheter god rådgivning innenfor HMS-feltet. Det bør imidlertid ikke stilles krav til at en BHT-ordning trenger å inneha en slik komplett kompetanse på egenhånd, de kan benytte samarbeidspartnere eller underleverandører for å kunne tilfredsstille kravene. Det bør da stilles krav til dokumentasjon for hvordan de kartlegger kvaliteten hos sine samarbeidspartnere og/eller underleverandører.

I utgangspunktet mener Arbeidsgiverforeningen Spekter at det ikke er behov for en obligatorisk godkjenningsordning. Vi tror at dersom det gjøres kjent at det finnes en frivillig godkjenningsordning av BHT så vil bedriftene etterspørre BHT-er som kan vise til at de er godkjent. Men dersom man likevel ender opp med at det blir en obligatorisk løsning, mener vi at det er tilstrekkelig at del 1 i forslaget over gjøres obligatorisk. Del 2 vil da kun være retningsgivende.

NHO foreslår at det bør utformes spesielle krav for hver bransje. Arbeidsgiverforeningen Spekter ser at det kan være spesielle kompetansebehov som må ivaretas av BHT-er som arbeider innenfor spesifikke bransjer. Vi ser imidlertid ikke behov for at dette stilles som krav for godkjenning. De bransjene som har behov for spesielle tjenester eller spesiell kompetanse

fra BHT, må da kunne utarbeide forslag til kravspesifikasjoner som bedriftene kan benytte i forbindelse med at de inngår avtaler med BHT. Her bør de arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene som har bedrifter innenfor bransjen kunne samarbeide om å utvikle slike kravspesifikasjoner på vegne av sine medlemmer.