

Sol Skinnarland

Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Bærum kommune

Sol Skinnarland

Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Bærum kommune

© Fafo 2015

ISBN 978-82-324-0232-8

ISSN 0801-6143

Innhold

Forord	4
1 Innledning og bakgrunn	5
1.1 Problemstillinger	6
1.2 Metodisk tilnærming og gjennomføring	6
1.3 Gangen i rapporten	10
2 Bedriftshelsetjenesten i Bærum kommune	11
2.1 Kort om Bærum kommune	11
2.2 Hvordan bedriftshelsetjenesten er organisert i Bærum kommune	12
3 Erfaringer med bruk av bedriftshelsetjenesten	15
3.1 Generelt om bedriftshelsetjenesten	15
3.2 Organiseringen av bedriftshelsetjeneste	18
3.3 Samarbeid mellom Bærum kommune og bedriftshelsetjenesten	21
3.4 Rolleforståelse som fri og uavhengig	28
4 Resultater fra spørreundersøkelsen	32
4.1 De ansatte som brukere av bedriftshelsetjenesten	32
4.2 Ledernes bruk av bedriftshelsetjenesten	40
5 Bedriftshelsetjeneste i tre andre kommuner	50
5.1 Organisering av bedriftshelsetjenesten	50
5.2 Ressursbruk	51
6 Oppsummerende diskusjon	55
6.1 Konklusjon	59
Vedlegg 1 Intervjuguide	61
Vedlegg 2 Spørreundersøkelse brukere	61
Vedlegg 3 Spørreundersøkelse ledere	70

Forord

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Bærum kommune, ved strategi og utvikling. Bærum kommune skilte ut bedriftshelsetjenester fra HMS-arbeidet for cirka tre år siden og har derfor ønsket en evaluering av hvordan den nye bedriftshelsetjenesten i kommunen fungerer.

Vi vil rette en stor takk til alle informantene som tok seg tid til å la seg intervju. Dere ga verdifulle bidrag. Takk også til respondentene på spørreundersøkelsen. Vi vil særlig takke Helga H. Moen og Hege Fossum for god tilrettelegging for datainnsamling i prosjektet.

Kvalitetssikrer i prosjektet har vært Rolf Andersen, takk for gode innspill underveis.

Sol Skinnarland

Fafo, 23. juni 2015

1 Innledning og bakgrunn

Fafo har på oppdrag fra Bærum kommune ved strategi og utvikling evaluert bedriftshelsetjenesten i kommunen. Evalueringen er basert på en intern kvalitativ og kvantitativ kartlegging av kommunens ansatte og ledere sine erfaringer med tjenesten.

Norske arbeidsgivere har ansvaret for at arbeidsmiljøet i virksomheten er forsvarlig, og dette ansvaret er regulert i Arbeidsmiljøloven § 3 – 3. "Bedriftshelsetjeneste er definert som en del av det forebyggende helse- miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomhetene og derved som en del av arbeidsgivers ansvarsområde etter arbeidsmiljøloven." (NOU 1992: Bedriftshelsetjenesten i fremtiden). § 13-2 i forskrift om organisering, ledelse og medvirkning regulerer hvordan virksomheten skal bruke sin bedriftshelsetjeneste og intensjonen med loven er at bedriftshelsetjenesten (BHT) skal bistå arbeidsgiver og de ansatte med å følge med på arbeidsmiljøet og komme med forslag til forbedringer.¹

I noen bransjer er virksomheter pålagt å ha godkjent bedriftshelsetjeneste, mens arbeidsgiver i øvrige virksomheter skal knytte til seg godkjent bedriftshelsetjeneste ut fra en vurdering av virksomhetens risikoforhold.² Myndighetene innførte en godkjenningsordning fra 2010, samtidig ble plikten til å ha bedriftshelsetjeneste utvidet til nye bransjer. Statens arbeidsmiljøinstitutt har utarbeidet et verktøy for evaluering av bedriftshelsetjenesten, for å bidra til å kvalitetssikre bedriftshelsetjenesten i Norge (Stami, 2013). Evalueringsordningen har ført til bedre kvalitetssikring av tjenestene BHT leverer, bedre kompetanse på personalet i BHT, økt tverrfaglighet og bedre samarbeid med virksomhetene³. Evalueringen i dette prosjektet bygger dog ikke på dette evalueringsverktøyet.

Bedriftshelsetjenesten har eksistert lenge i Norge og har offisielt sitt utspring i en bedriftslegeordning som ble organisert gjennom en samarbeidsavtale mellom Den norske lægeforening, Arbeidernes faglige landsorganisasjon (LO) og Norsk Arbeidsgiverforening i 19464.

En statusrapport fra 2010 (Karlsen, 2010) viste at stadig flere virksomheter bruker profesjonelle leverandører av bedriftshelsetjeneste til å kartlegge og forbedre sin HMS-kvalitet. I dag finnes det flere landsdekkende aktører med bedriftshelsekontorer. Selv om en del virksomheter har egne BHT-ordninger, hvor personalet er ansatt i bedriften, velger de aller fleste virksomheter å kjøpe BHT-tjenestene fra ulike fellesordninger (Karlsen, 2010).

Bedriftshelsetjenesten er en faglig rådgiver og virksomhetene bruker tjenestene der de har behov for det. Det er Arbeidstilsynet som godkjenner BHT-ene, likevel har arbeidsgiver ansvaret for å avklare om BHT har riktig kompetanse og kapasitet til å yte riktige råd og gi

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

² <http://www.regelhjelp.no/Etatenes-sider/Arbeidstilsynet/Kravlister/Undervisning---arbeidsmiljo/Bedriftshelsetjeneste---undervisning/>

³ <https://stami.no/et-flertall-mener-bedriftshelsetjenesten-har-blitt-bedre-med-godkjenningsordning/>

⁴ <http://arbeidsmedisin.net/index.php/elbok-i-arbeidsmedisin/bedriftshelsetjenesten>

effektiv bistand. Bærum kommune har en intern BHT-ordning. I denne rapporten gir Fafo et kunnskapsgrunnlag for en beslutningsprosess om hvordan bedriftshelsetjenesten i Bærum kommune kan organiseres i framtiden.

1.1 Problemstillinger

Bærum kommune ga Fafo i oppdrag å evaluere bedriftshelsetjenesten i kommunen. Bedriftshelsetjenesten er en egen organisatorisk enhet som i 2012 inngikk avtale med Rådmannen i Bærum kommune om levering av bedriftshelsetjenester til kommunens tjenestesteder og enheter. Formålet med evalueringen har vært tredelt:

1. Evaluere hvordan bedriftshelsetjenesten fungerer i dag
2. Evaluere om bedriftshelsetjenesten fungerer etter hensikten
3. Evaluere om det er behov for å gjennomføre endringer

Vi har belyst problemstillinger knyttet til a) kommunens behov, b) ledere og ansatte sine erfaringer og c) en sammenlikning med andre kommuner.

For å kunne evaluere hvordan bedriftshelsetjenesten fungerer i dag har vi tatt utgangspunkt i en vurdering av hvilke behov Bærum kommune sine ansatte og ledere har for en bedriftshelsetjeneste. I tillegg til erfaringene med de lovpålagte oppgavene har vi sett på andre tilleggstenester, servicenivå og dimensjonering av tjenesten som en del av vurderingen av hvilke behov kommunen har.

Vi har evaluert erfaringene med bedriftshelsetjenesten på ulike nivåer i kommunens organisasjon. Her har følgende blitt vurdert: kostnader, bestillingsprosedyrer, responstid, kapasitet, kompetanse, samarbeidsforhold, service og rolleforståelse. Erfaringene med bedriftshelsetjenesten reflekterer ulike brukergrupper, som strategisk ledelse, tjenesteledere/enhetsjefer/avdelingsledere, medarbeidere med individuell oppfølging, vernetjenesten og tillitsvalgte.

Oppdragsgiver ønsket en benchmarking av bedriftshelsetjenestens tilbud mot utvalgte sammenliknbare kommuner hvor bedriftshelsetjenesten er organisert annerledes.

1.2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Dette forskningsoppdraget er en summativ evaluering av en innsats som ytes, i dette tilfellet bedriftshelsetjeneste i Bærum kommune. I motsetning til en formativ evaluering (prosessevaluering), som har til hensikt å påvirke den pågående prosessen, tar den summative evalueringen (Christensen, 2010) utgangspunkt i spesifikke krav og forventninger, og vurderer innsatsen, eller her bedriftshelsetjenesten som er gitt, opp mot disse (Christensen, 2010). I dette oppdraget har vi brukt ulike metoder for å framskaffe de dataene som utgjør grunnlaget for evalueringen. Datagrunnlaget for evalueringen er basert på kvalitative intervjuer, spørreundersøkelser og en dokumentgjennomgang.

I stedet for eller i tillegg til datagrunnlaget i denne evalueringen kunne en fullstendig evaluering av bedriftshelsetjenesten også vært gjort i lys av lovverket bedriftshelsetjenesten er satt til å forvalte. Det er dog utenfor mandatet i denne evalueringen, som heller har basert seg på et internt datagrunnlag.

Intervjuer

Vi gjennomførte kvalitative intervjuer med ansatte på ulike nivåer i Bærum kommune samt med ansatte i bedriftshelsetjenesten. Syv av intervjuene var individuelle intervjuer med varighet på mellom 30 og 70 minutter, de fleste omkring 60 minutter. Tre intervjuer ble gjennomført som gruppeintervjuer med varighet på rundt 90 minutter. Ett intervju var et telefonintervju med en varighet på 60 minutter. Til alle intervjuene benyttet vi en semistrukturert intervjuguide, se vedlegg til rapporten. Til sammen ble 18 personer intervjuet, fordelt slik:

- fire ansatte i bedriftshelsetjenesten
- fire fra den strategiske ledelsen
- tre tjenesteledere/enhetssjefer/avdelingsledere med personalledelse
- tre ansatte med individuell oppfølging av bedriftshelsetjenesten
- tre fra vernetjenesten, hovedverneombud og verneombud fra to tjenestoområder
- én hovedtillitsvalgt

Oppdragsgiver valgte ut informanter til intervjuene med noe hjelp fra BHT. Utvalgsstrategien var å få en fordeling på informanter fra ulike organisatoriske nivåer og fra ulike virksomhetsområder. Når vi valgte å legge særlig vekt på å intervju ansatte med personalansvar og ansatte som har fått oppfølging, var det basert på en antakelse om at disse gruppene også har mest direkte erfaring med bedriftshelsetjenesten.

Spørreundersøkelse

Det ble gjennomført to nettbaserte spørreundersøkelser, en til medarbeidere og en til ledere i kommunen. Fafo utarbeidet utkast til spørreskjema, ett til medarbeiderne og ett til lederne, som ble oversendt til oppdragsgiver for innspill og kommentarer. Også bedriftshelsetjenesten ga innspill til utkastene. Den tekniske gjennomføringen stod Bærum kommune for selv. Fafo har mottatt og analysert datamaterialet.

Spørreundersøkelsen til medarbeiderne ble lagt ut som lenke på kommunens intranett i en periode på 14 dager. Av personvern hensyn ble løsningen med lenke på intranett, og i noen tilfeller distribusjon fra leder, valgt framfor å sende ut til de som har fått hjelp av bedriftshelsetjenesten.

Totalt har 348 av alle ansatte i kommunen (ca 12000) svart på spørreundersøkelsen. I tillegg har 26 gitt noen svar, men ikke fullført utfylling av skjema. Antall respondenter (N) kan derfor være høyere enn 348 på noen av spørsmålene. De som har svart kan ha fått individuell oppfølging fra bedriftshelsetjenesten, men ikke nødvendigvis. Alle ansatte kunne svare på undersøkelsen, også verneombud og tillitsvalgte. Vi har heller ingen garanti for om noen har svart flere enn en gang.

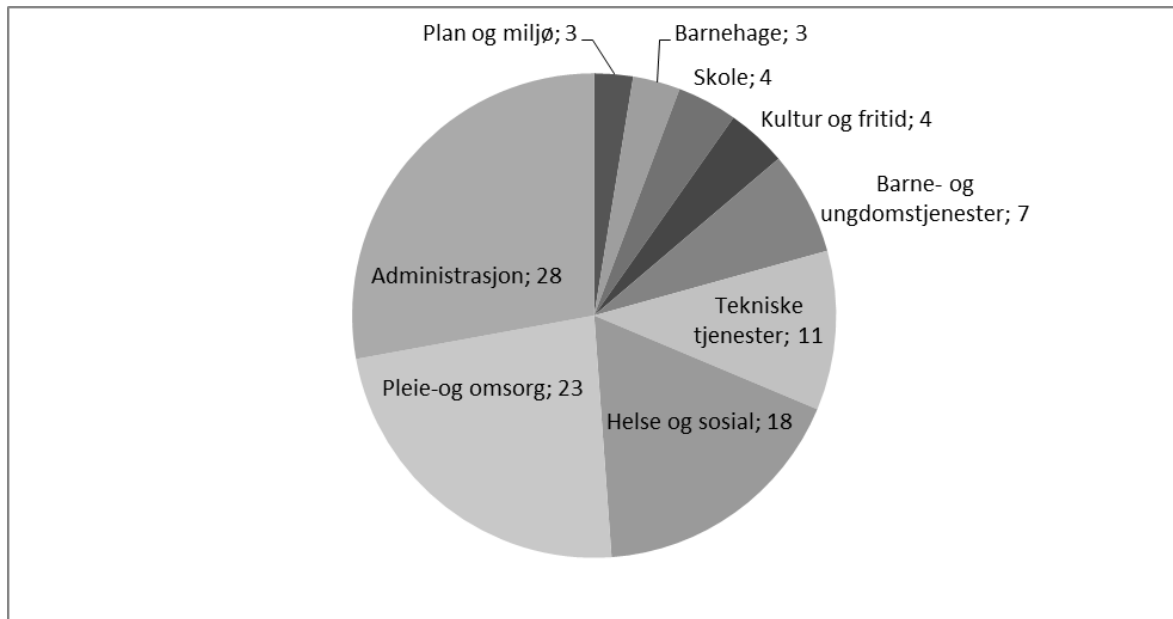
Gjennomføringen av undersøkelsen innebærer at man på ingen måte kan innfri forskningsmetodiske krav til representativitet, men undersøkelsen kan gi et inntrykk.

Respondentene fordelte seg på henholdsvis 23 prosent menn og 77 prosent kvinner. Ansatte i alderen 51–60 år utgjorde 34 prosent av respondentene, mens det var færrest respondenter under 30 år. Når det gjelder alder er respondentene i undersøkelsen eldre enn den faktiske aldersfordelingen av medarbeidere i kommunen. Kjønnfordelingen i utvalget er lik faktisk kjønnfordelingen av medarbeidere. Uten at vi har tilgang på fullstendig sammenliknbare tall kan det synes som at respondenter fra helse og sosial, pleie og omsorg, og administrasjon, er overrepresentert i vårt datamateriale i forhold til faktisk fordeling.

Når det gjelder tjenesteområde, fordelte respondentene seg med flest ansatte fra helse og sosial, pleie og omsorg, og administrasjon og færrest respondenter fra plan og miljø, skole og barnehage. Nærmere 50 prosent av respondentene hadde 16 år eller lengre ansiennitet i Bærum kommune.

I figur 1. ser vi at de tre tjenesteområdene med flest respondenter er administrasjon, pleie og omsorg og helse og sosial. 69 prosent av respondentene er ansatt ved en av disse tre tjenesteområdene.

Figur 1. Fordeling tjenesteområde. Angitt i prosent. N = 348



Spørreundersøkelsen til lederne ble sendt til samtlige ledere i kommunen, til sammen 463 personer. Det betyr at både mellomledere (avdelingsledere og tjenesteledere) og toppledere (strategisk ledelse) har fått tilsendt undersøkelsen. 269 personer besvarte undersøkelsen, 19 personer svarte på deler av undersøkelsen, mens fem frafalt. Det gir en svarprosent på 53 prosent. Kvinner utgjorde tre fjerdedeler av respondentene, og den høyeste andelen av respondentene befinner seg i aldersgruppen 41–50 år. 60 prosent av lederne som har deltatt i spørreundersøkelsen, er avdelingsledere, mens 36 prosent er tjenesteledere. En fjerdedel har vært ansatt i 16 år eller mer, mens andelen respondenter med ansiennitet i kommunen med 1–5 år og 6–15 år har lik fordeling, en tredjedel på hver. Øvrige respondenter, 7 prosent, har vært ansatt mindre enn ett år i kommunen. De to tjenesteområdene som i størst grad er representert i undersøkelsen, er skole og pleie og omsorg.

Benchmarking mot andre kommuner

For å kunne evaluere om det er behov for å gjennomføre endringer, analyserte vi data fra intervjuene og spørreundersøkelsene. I tillegg foretok vi en begrenset benchmarkingsstudie⁵

⁵ Det må understrekes at denne delen av evalueringen ikke representerte en full benchmarking.

av tre kommuner som kunne sammenliknes med Bærum kommune med hensyn til størrelse, og som ellers tilbyr bedriftshelsetjeneste. Dette omfatter både bedriftshelsetjeneste etter liknende og andre modeller enn den Bærum kommune har etablert.

Utgangspunktet for benchmarkingsundersøkelsen var bedriftshelsetjenestens ressursbruk, kompetansesammensetning og hvilket tjenestespekter som leveres. Datafangsten til denne delen av evalueringen var primært basert på strukturerte telefonintervjuer med ledere for bedriftshelsetjenesten og strategisk ledelse i de tre utvalgte kommunene.

For å få kunnskap om hvordan bedriftshelsetjenesten arbeider, ba vi om dokumenter som kunne gi slik kunnskap. Vi har sett på rapporter fra tiltak, årsrapporter, avtale mellom kommunen og bedriftshelsetjenesten, handlingsplaner osv. for å danne oss en grunnforståelse av samspillet, slik at vi også kunne være bedre i stand til å forstå sammenhenger som ble belyst i intervjumaterialet.

Begrensninger i datamaterialet

Det er svakheter ved datamaterialet som setter begrensninger for gyldigheten med hensyn til å kunne generalisere. Antall intervjuer er få, men går i dybden og får i sum fram mange perspektiver og vinklinger på våre problemstillinger. Likevel er det en svakhet med lavt antall, samtidig som det er en svakhet at det er kommunen som i samarbeid med bedriftshelsetjenesten har valgt ut informanter til intervju. Denne utvalgsprosedyren kan teoretisk gi et inntrykk av bedriftshelsetjenesten som ikke gjenspeiler populasjonens oppfatning av den.

Også i spørreundersøkelsen er det svakheter. Først og fremst er det svakheter ved undersøkelsen som gikk til medarbeiderne. Fafo har ikke oversikt over hvor mange medarbeidere som har vært i kontakt med BHT totalt i kommunen. Det er derfor en svakhet at vi ikke vet om undersøkelsen er representativ, og den kan derfor ikke brukes for å si noe om hva ansatte i kommunen generelt mener om BHT. Det kan være ansatte som mener det motsatte av det som kommer fram her og en må derfor være forsiktig når svarene brukes, slik at de ikke gis for stor tyngde med hensyn til generaliserbarhet.

Når enkelte ledere videresendte lenken til sine medarbeidere kan det innebære at personer i disse tjenesteområdene er overrepresenterte. Det er også en svakhet ved slike nettbaserte undersøkelser at kun de medarbeiderne som har tilgang, og som har en arbeidssituasjon som innebærer at de kan ha vært på intranettet i den aktuelle perioden hvor lenken til undersøkelsen lå ute, kan besvare den. Dessuten er det en svakhet at respondentene er selvrekruttert, noe som kan føre til en overvekt av respondenter som er særlig interessert i BHT.

Til tross for svakheter har dataene likevel verdi som grunnlag for analyser og evaluering av tjenesten. Formålet med evalueringen var å «bidra til å gi et kunnskapsgrunnlag som kan legges til grunn for beslutningsprosessen om eventuelle tiltak og anbefalinger til videre prosess i forhold til organisering av en bedriftshelsetjeneste for framtiden i Bærum kommune.» Et rikt intervjumateriale har bidratt til å belyse dette kunnskapsgrunnlaget, og dessuten er det godt samsvar mellom funn fra den kvalitative og den kvantitative delen som bidrar til å styrke troverdigheten til analysene.

1.3 Gangen i rapporten

I kapittel 1 har vi gjort rede for rammene for evalueringsprosjektet og sagt litt om bakgrunnen for oppdraget og hvilken forskningsmetodisk tilnærming vi har benyttet. I kapittel 2 beskriver vi kort bedriftshelsetjenesten og hvordan den er organisert i Bærum kommune. I kapittel 3 presenterer vi så erfaringene med bruk av bedriftshelsetjenesten, før vi i kapittel 4 presenterer funn fra spørreundersøkelsen. I kapittel 5 gjør vi rede for hvordan bedriftshelsetjenesten er organisert i tre andre kommuner, før vi avslutter med en oppsummerende diskusjon og konklusjon i kapittel 6.

Bruk av sitater i rapporten er omfattende. For å ivareta informantenes anonymitet oppgis følgende kategorier av informanter i forbindelse med sitater:

Ansatt	Medarbeidere, verneombud og tillitsvalgte
Mellomleder	Enhetsledere og tjenesteledere
Toppleder	Kommunaldirektør og kommunalsjefer

2 Bedriftshelsetjenesten i Bærum kommune

I dette kapitlet vil vi presentere avtalen som foreligger mellom Bærum kommune og bedriftshelsetjenesten.

2.1 Kort om Bærum kommune

Bærum kommune har om lag 120 000 innbyggere. Kommunen som arbeidsgiver skal i henhold til arbeidsmiljøloven og bransjeforskriften⁶ være tilknyttet en offentlig godkjent bedriftshelsetjeneste. Kommunen er per dato organisert i ti virksomhetsområder (programområder) med kommunalsjefer som øverste ledere. Disse er:

- administrasjon
- barnehager
- barn og ungdom
- eiendom
- helse og sosial
- kommunalteknisk
- kultur
- plan og miljø
- pleie og omsorg
- skole (barneskoler og ungdomsskoler)

Bærum kommune hadde i 2014 9344 fast ansatte i heltids- eller deltidsstillinger. I tillegg var det 3023 timelønnede, til sammen 12367 personer. Dette utgjorde 7288 årsverk. Alle ansatte skal, etter vedtak i kommunens arbeidsmiljøutvalg, omfattes av bedriftshelsetjenesten. Timelønnede kan inkluderes i særlige tilfeller.

Det har de siste årene vært gjennomført flere endringer i organisasjonsstrukturen med sammenslåinger i tjenesteområdene. Innenfor hvert virksomhetsområde (se oversikt over) er det en rekke tjenesteområder. For eksempel er helse og sosial et virksomhetsområde som ledes av en kommunalsjef. I sin ledergruppe har han tjenesteledere som er ansvarlige for sitt tjenesteområde, for eksempel seniorsentrene, helsetjenester, psykisk helse og rus, bolig osv. Under hvert av tjenesteområdene er det enheter med avdelingsledere, eller enhetsledere. For eksempel er det enhetsledere ved hver bolig. Endringen det refereres til over gjelder endringer i antall enheter og avdelinger under hvert av tjenesteområdene. I hovedsak gjelder det sammenslåinger av tjenesteområder. Det har gitt til dels store tjenesteområder med opp til i overkant av 200 ansatte. Selv om mye av arbeidsmiljøoppfølgingen og også personalansvaret ligger til avdelingsleder- eller enhetsnivået, er det tjenestelederne (altså lederne for tjenesteområdene) som har fullmakter til å ta beslutninger om videre arbeidsmiljøprosesser. Tjenestelederne må dermed sette seg inn i mange enkeltsaker og saker på avdelingsnivå.

⁶ Forskrift om Organisering, ledelse og medvirkning. Fastsatt 6. desember 2011 nr. 1355. Sist endret ved forskrift av 22. desember 2014 nr. 1884. § 13-1, plikt til å knytte bedriftshelsetjeneste til virksomheten. Se <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=237742>

Bærum kommune ble i 2011 godkjent som bedriftshelsetjeneste av Arbeidstilsynet. Godkjenningen har fem års varighet fram til 2016.

2.2 Hvordan bedriftshelsetjenesten er organisert i Bærum kommune

I samsvar med krav fra Arbeidstilsynet tilbyr Bærum kommune en offentlig godkjent bedriftshelsetjenesteordning for sine tjenestesteder og enheter. Bedriftshelsetjenesten er organisert som en egen stabs-enhet i Bærum kommune, der enhetsjefen rapporterer til direktøren for område HR og service. Bedriftshelsetjenesten bør i følge Arbeidstilsynet ha en tverrfaglig personalsammensetning som gjør at den kan hjelpe virksomheten i det forebyggende arbeidet og bidra til å skape trygge og sunne arbeidsforhold⁷. Det betyr at den skal ha en kompetanse som ivaretar generell HMS, arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi og organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø. I avtalen heter det at bedriftshelsetjenesten «skal ha en bemanning som er i stand til å ivareta sine bestilte rådgivningsoppgaver overfor den kommunale organisasjonen».

Avtalen mellom Bærum kommune og bedriftshelsetjenesten stadfester BHT sin rolle i å bistå Bærum kommune som arbeidsgiver i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Det innebærer at BHT skal bistå kommunen i arbeid knyttet til endringer, retningslinjer, kartlegginger, forebygging, kontroller, tilrettelegging og generelle henvendelser. En rekke arbeidsoppgaver er lovpålagte oppgaver på systemnivå. I følge kommunens avtale om BHT skal Bedriftshelsetjenesten bistå kommunen med følgende lovpålagte oppgaver⁸ der de blir bedt om det:

- Arbeidsmiljørådgivning innen alle bedriftshelsetjenestens kompetanseområder (arbeidshelse/ arbeidsmedisin, organisatorisk/psykososialt arbeidsmiljø, ergonomi, yrkeshygiene (fysisk, kjemisk, biologisk arbeidsmiljø) til ledere, ansatte, verneombud og tillitsvalgte
- Bistand ved kartlegginger, risikovurderinger og sårbarhetsanalyser innen arbeidsmiljø og arbeidshelse
- Bistand ved omstillinger og organisasjonsendringer
- Helserådgivning og helseinformasjon
- Oppfølging av lovpålagte helsekontakter for særlige arbeidstakere/grupper
- Deltakelse på dialogmøte 1 i samsvar med handlingsplanene på programområdene og etter bestilling fra tjenestestedene
- Deltakelse på eventuelle dialogmøter 2 og 3 der dette bestilles fra tjenestestedene
- Samarbeid med Arbeidstilsynet
- Samarbeid med NAV
- Saksbehandling for, og deltakelse i, hoved-AMU og eventuelle kommunalsjefenes medbestemmelsesmøter (område-AMU'er)
- Årsrapportering til AMU og Arbeidstilsynet

Ikke lovpålagte oppgaver kan komme på bestilling fra kommunens hovedarbeidsmiljøutvalg (hoved-AMU), eventuelle område-AMU, HR-enhetene, programområdene, tjenestestedene,

⁷ <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=77754>

⁸ Arbeidsgiver har ansvaret for å gjennomføre lovpålagte oppgaver i henhold til Arbeidsmiljøloven. Der arbeidsgiver finner det nødvendig eller hensiktsmessig ber de om bistand fra bedriftshelsetjenesten til å utøve sitt ansvar.

vernetjenesten og de tillitsvalgte. Mulige områder det i følge avtalen mellom Bærum kommune og bedriftshelsetjenesten kan samarbeides om er:

- Bistand til planarbeid i kommunen, som for eksempel
 - o Handlingsprogrammet
 - o Plan for helsefremmende arbeidsplasser/Friskvernsplan
 - o Plan for kjemikaliehåndtering
 - o Plan for lovpålagt helseoppfølging
- Oppfølging av gravide arbeidstakere
- Rådgivning innen sykefraværsoppfølgingen
- Bistand ved yrkesrettet rehabilitering og attføring (arbeidsavklaring)
- Bistand ved oppfølging og tilrettelegging for yrkeshemmede (funksjonshemmede)
- AKAN-oppfølging
- Oppfølging av yrkesskader og -ulykker
- Oppfølging av sykefraværdata
- Avviksoppfølging på arbeidsmiljø- og arbeidshelseområdet
- Oppfølging av konflikter, mobbing, vold og trusler
- Kriseberedskap og krisehåndtering
- Varsling iht Aml
- Oppfølging av krav (pålegg) fra Arbeidstilsynet – bistand til programområdene og tjenestestedene
- Bistand i fm. oppfølging av stoffkartotek
- Bistand i fm. opplæring av AMU og HVO
- Bistand i fm. opplæring av ledere innen HMS
- Rådgivning i fm. byggesaker
- Informasjon til ansatte (bl.a webredaksjon)
- Eventuell utarbeidelse av regler, veiledninger og prosedyrer til HMS-systemet (faglige innspill etter bestilling fra arbeidsgiver)
- Bistand ved behov i personalsaker – arbeidsmiljøkartlegging
- Deltakelse i nødvendige møter hvor arbeidsmiljøet diskuteres
- Annen oppfølging etter avtale

Rådmannen og vernetjenesten i Bærum kommune utarbeider en overordnet plan for prioriteringene av bedriftshelsetjenestens arbeid. Det er denne planen som danner grunnlaget for de årlige handlingsplanene. Det skal utarbeides og godkjennes årlige handlingsplaner for bedriftshelsetjenestens arbeid som beskriver områder, oppgaver og tiltak partene ønsker å benytte bedriftshelsetjenestens kompetanse på i den aktuelle perioden. De årlige handlingsplanene utarbeides av hver virksomhetssjef (kommunalsjef). Enkelte kommunalsjefer har systematisert et bredt samarbeid med bedriftshelsetjenesten omkring denne utarbeidelsen, mens andre i mindre grad benytter bedriftshelsetjenesten i dette arbeidet. Handlingsplanene skal behandles av programområdets/kommunalsjefens medbestemmelsesmøte (område AMU). De endelige og samlede handlingsplanene godkjennes av AMU.

Bedriftshelsetjenestens rolle i Bærum kommune

Bedriftshelsetjenesten hører organisatorisk til under HR-direktøren. Selv om den plassert i kommuneorganisasjonen er det ingen som kan overprøve de vurderingene som BHT tar. De er med andre ord en fri og selvstendig enhet og er således heller ikke underlagt andre ledd i

organisasjonen i faglige spørsmål. Bedriftshelsetjenesten er medlem uten stemmerett i kommunens arbeidsmiljøutvalg og i eventuelle område-AMU som opprettes innenfor kommunens programområder. Fra utredninger om arbeidsmiljøspørsmål utarbeider bedriftshelsetjenesten skriftlige rapporter. Rammer for driften av bedriftshelsetjenesten revideres årlig. Bedriftshelsetjenesten er altså både en del av det kommunale systemet, samtidig som de skal stå fritt faglig.

Bedriftshelsetjenesten hadde ved utgangen av 2014 tolv hel- og deltidsansatte. Dette utgjorde 8,85 årsverk rettet mot faglige oppgaver og ett årsverk knyttet til kontorarbeid.

Personal- og fagsammensetningen i bedriftshelsetjenesten er fordelt på arbeidshelse, organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø, ergonomi, yrkeshygiene og ledelse. Av fagbakgrunn spenner BHTs ansatte fra bedriftssykepleier, jordmor, filosof, yrkeshygieniker og fysioterapeut til personer med utdanning innenfor ernæring, helse og miljøfag, helsefremmende arbeid og offentlig helse.

3 Erfaringer med bruk av bedriftshelsetjenesten

3.1 Generelt om bedriftshelsetjenesten

Hovedinntrykket fra intervjurunden er at ansatte og ledere er fornøyde med servicen og leveransen de har fått når de har vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten.

Suksessområder som trekkes fram, er generell bistand til tjenesteledere ved arbeidsmiljøutfordringer og tiltak for å forbedre det psykososiale arbeidsmiljøet. Opplegget bedriftshelsetjenesten har for smitteforebyggende tiltak, mener mange er bra. I tillegg er det mye positiv tilbakemelding på arbeidet med gravide. Risikokartlegginger og -vurderinger oppfattes også som positive.

Flere ledere trekker fram dynamikken i samarbeidet som positivt. Særlig har samarbeidet blitt bedre som følge av etablering av hovedkontaktpersoner hos bedriftshelsetjenesten. Som en mellomleder uttrykte det:

«Samarbeidet med bedriftshelsetjenesten fungerer godt, og har fungert bedre og bedre de tre siste årene». (Mellomleder)

Prosessene rundt og utarbeidelsen av handlingsplaner for helse, miljø og sikkerhetsarbeidet, HMS-arbeidet, virker å være den grunnleggende drivkraften og utgangspunktet for det meste av samarbeidet mellom Bærum kommunes ansatte og ledere og bedriftshelsetjenesten.

Servicenivå

Servicenivået blir betegnet som bra, de ansatte i bedriftshelsetjenesten anses imøtekommende på telefonen og oppleves som fleksible og med kort responstid.

«Det er klart de gjør prioriteringer de også, men hvis det haster så føler jeg at de er på banen med en gang, de er ganske raske til å rydde plass til å gi oss bistand.» (Mellomleder)

Informantene trekker fram bedriftshelsetjenestens teamjobbing som positiv, den gjør at saksbehandlerne utfyller hverandre faglig og bidrar til andre typer innspill, kritiske spørsmål og et helhetlig blikk.

«Jeg synes de har gode betraktninger og bra innspill til prosessen vår, de utfyller hverandre godt faglig, jeg har veldig gode erfaringer med dem.» (Mellomleder)

Bedriftshelsetjenesten bekrefter at de jobber tett og tverrfaglig sammen, og at det bortsett fra i individsaker ikke er mange saker de ikke er sammen om. Dette beskriver de selv som ressurskrevende, men tverrfagligheten gir bedre løsninger og dermed bedre leveranse. Ofte foregår det tverrfaglige arbeidet mer internt i form av at de konsulterer hverandre, enn at flere møter ansatte og ledere.

Andre informanter setter et spørsmålstejn ved nettopp graden av tverrfaglig teamjobbing når det gjelder gevinst versus ressursbruk. En av topplederne stiller seg spørsmål om merverdien av å stille med et tverrfaglig team kan forsvares med positive resultater fra bistanden som er gitt.

«Et område hvor jeg mener bedriftshelsetjenesten har et forbedringspotensial er at de bruker mye ressurser. Når det er to til tre personer som stiller opp for å kjøre et kurs på en enhet, så undrer vi oss jo litt over ressursbruken og om de sånn sett greier å utnytte ressursbruken sin godt nok.» (Toppleder)

Det kommer fram i intervjuene at særlig tjenesteledere mener de bruker BHT til det de oppfatter som riktige og viktige oppgaver, men at de bruker dem for lite.

«Når vi først bruker dem, så synes jeg de gir veldig bra service.» (Mellomleder)

Rådgiverne får ros for sin bistand. Tjenestelederne referer også til sine avdelingsledere som skal ha fortalt at de opplever at de føler seg sett og forstått som ledere i slitsomme faser av saker. Bedriftshelsetjenesten klarer dermed å ha to tanker i hodet på en gang, både hvordan man løser enkeltsaker, som for eksempel kan handle om belastninger i arbeidsmiljøet, som konflikter, og hvordan den enkelte leder kan bistås.

Ledere trekker fram at bedriftshelsetjenesten er gode veiledere og rådgivere som også evner å se lederne i prosessene lederne står i, og gir konkrete tilbakemeldinger om deres rolle som ledere. Samtidig som tjenestelederne opplever en tilfredsstillende kvalitet på tjenestene BHT leverer, er de tydelige på det arbeidsgiveransvaret de selv har som tjenesteledere i arbeidsmiljøaker. BHT er dermed kun en rådgivende instans. Bedriftshelsetjenesten tar ikke over saker, det er eier (f.eks. en tjenesteleder) som må fullføre tiltaket eller prosjektet. Likevel roser lederne bedriftshelsetjenesten for støtte og oppfølging og for ikke å kople seg av pågående prosesser og tiltak før lederne opplever at ting er blitt løst.

Bedriftshelsetjenesten har en sammensatt kompetanse som tilfredsstillende krav til godkjenning fra Arbeidstilsynet. Informantene trekker fram som positivt at bedriftshelsetjenesten dekker et bredt kompetansespekter og har god innsikt i kommunen som organisasjon og vet hvilke ressurser de kan dra nytte av både internt i kommunen og blant eksterne leverandører av tjenester. Flere påpeker at BHTs kunnskap om lover og regler gjør dem trygge på at de som ledere handler innenfor lovverket.

«Vi trenger råd i forhold til lovgrunnlaget, de er dyktige på arbeidsmiljøloven og forvaltningen av den. Der har jeg god erfaring med dem [BHT].» (Mellomleder)

Bedriftshelsetjenesten har ifølge informantene også kompetanse som gjør det meningsfylt å oppsøke dem, fordi de er gode på de menneskelige sidene. De ser den ansatte som både ansatt og menneske. Dessuten innehar bedriftshelsetjenesten god sosialfaglig kompetanse til å sette seg inn i saker som handler om kommunikasjon, roller og organisasjon.

Tjenestelederne opplever at BHT hjelper dem til å tenke mer helhetlig for hele avdelingen, der de som ledere selv har en tendens til å tenke individnivå. De får dermed verdifull generell veiledning som ledere, også utover veiledning knyttet til enkeltsaker med ansatte.

«De [bedriftshelsetjenesten] ser det fra ulike sider, og får også oss som ledere til å se klarere hva som trengs, selv om vi vet det innerst inne, så blir vi ofte litt for ettergivende overfor ansatte, vil jo være fleksible og at de ansatte skal ha det koselig. Men det er jo ikke alltid det beste da, og da kommer de [bedriftshelsetjenesten] inn og gjør det klarere hva vi må gjøre. De får oss til å tenke litt mer helhetlig, og gir oss andre strategier.» (Mellomleder)

«Vi får god veiledning som ledere og det er bra for vi går ofte i samme spor og tankegang.» (Mellomleder)

«Det blikket og den kunnskapen på hva må vi gjøre og hva kan vi gjøre, og prosessen på hvordan gjøre det er det flere av rådgiverne i bedriftshelsetjenesten som har og som jeg har samarbeidet veldig godt med.» (Mellomleder)

Hva ansatte og ledere ønsker mer av

Det informantene har fått bistand til omtales som bra, likevel framheves det at bedriftshelsetjenesten kunne jobbet mer med forebyggende tiltak. Informantene opplever at BHT blir litt usynlige i det forebyggende arbeidet. Med andre ord ønsker noen informanter et tettere samarbeid med BHT også omkring forebyggende tiltak.

«Bedriftshelsetjenesten har nok ikke vært tydelig nok på hva de gjør for å jobbe forebyggende.» (Mellomleder)

Slike ønsker må da gjenspeiles i de årlige bestillingene til bedriftshelsetjenesten. Informantene refererer til ulike tiltak de ønsker hjelp fra BHT til å gjennomføre. Ett område handler om nærvær i motsetning til fravær fra arbeidet, og om hva som kan bidra til at ansatte i større grad velger å være på jobb framfor egenmeldt fravær. Informantene beskriver et ønske om at BHT i større grad kan bidra til å øke nærværsprosenten blant ansatte.

Et annet tiltak det refereres til er rettet mot ansatte som kan være utsatt for trusler og vold. Det er relativt få tilfeller av trusler og vold, men flere av informantene ser det som sannsynlig at slike tilfeller kan komme til å øke. Ifølge intervjuet med ansatte i BHT arbeider BHT med dette temaet som et forebyggende tiltak. Arbeidet med forebygging mot vold og trusler følges tett opp av tjenesteledere for ansatte som er særlig utsatt for dette, gjennom jevnlig øvinger på håndtering av situasjoner. Det ligger i handlingsplanene at BHT kan bistå med å utarbeide kurstilbud, og undersøke omfanget av enheter som har behov for relevant kursing. Dette er forebyggende tiltak som tjenestelederne ønsker mer bistand fra BHT til. Eksempler på kurs kan være håndtering av stress og bistand i konfliktsaker, HMS-kurs for ledere, kurs for verneombud og for nattarbeidende.

Et tredje område der informanter etterlyser større engasjement fra bedriftshelsetjenesten er oppfølging av gravide. Dette handler dels om tilrettelegging av arbeidsinnhold, men mest om å snu tankegangen fra oppfatninger om at arbeidet medfører risiko for abort, til at det er trygt å jobbe innenfor tilrettelagte rammer.

«De gravide må bli trygge på at de blir ivaretatt og trygge på at tilretteleggingen er sånn at det ikke er farlig for dem, og den tryggheten bidrar bedriftshelsetjenesten til å gi dem.» (Mellomleder)

Tjenesteledere ønsker at bedriftshelsetjenesten i enda større grad skal bidra til å unngå 100 prosent sykmeldinger ved å gjøre den gravide trygg på at hun med tilrettelegginger kan bli værende i jobb lenger. Det har med andre ord med holdninger å gjøre og også med å gi gravide kvinner kunnskap om at det er trygt å være på jobb. Dette tiltaket anses som viktig hvis det får gravide arbeidstakere til å stå lenger i jobb, noe flere av lederne fortalte de hadde oppnådd. For lederne selv var prosjektet også bevisstgjørende med tanke på hva leder kan gjøre for å legge til rette.

Informantene meddeler at de opplever at bedriftshelsetjenesten har drevet mindre proaktivt arbeid de siste årene. En mulig årsak til dette kan være omorganiseringen mot en større grad av profesjonell utførerrolle. I dette ligger det at mest mulig av bistand som ytes av BHT skal være basert på en bestilling fra kommunalsjefene gjennom sine handlingsplaner for HMS, eller som ad hoc bestillinger fra tjenestestedene. Dermed har kommunen en rolle som bestiller og bedriftshelsetjenesten en rolle som utfører.

3.2 Organiseringen av bedriftshelsetjeneste

Fra juni 2012 ble bedriftshelsetjenesten organisatorisk adskilt fra HMS-funksjonen og etablert som egen enhet. Det ble da inngått en formell avtale om arbeidsgivers bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste mellom rådmannen og leder av BHT, som regulerer hvilket ansvar og hvilke oppgaver BHT skal ha. Hver kommunalsjef inngår årlige avtaler om arbeidsgivers bruk av BHT. Da skillet var et faktum ble fem ansatte i den tidligere enheten overført til HR-enheten. Dette omfattet én stilling til HR-utvikling og fire stillinger til personalenheten. Av disse fire stillingene var to innrettet mot arbeid med sykefravær og to til å arbeide med kommunens HMS-systemer (Internkontroll). Tidligere arbeidet de ansatte i HMS-enheten både med HMS-oppgaver og oppgaver knyttet til bedriftshelsetjenesten.

Ordningen er fortsatt relativt ny, og ikke alle er like fornøyde med den. Noen av informantene tok i intervjuene til orde for at det var uheldig å skille HMS-funksjonen fra bedriftshelsetjenesten, og at HMS-funksjonen ikke opptrer like nøytralt som tidligere og anses i større grad som en arbeidsgiverpart.

«Er du en del av personal, så blir du fort en del av arbeidsgivers system. Det å være en nøytral part har sklidd mer ut, så de blir oppfattet som arbeidsgiver.» (Ansatt)

I tillegg ble det argumentert med at BHT ikke bør ligge under HR-direktøren, men i staben hos Rådmannsdirektøren. Skepsisen mot delingen kom til uttrykk slik:

«Jeg tror også at å redusere bedriftshelsetjenestens innflytelse var en av årsakene til at HMS ble skilt ut.» (Ansatt)

Det hersker usikkerhet blant både ansatte og ledere om hva som ligger i de organisatoriske endringene med hensyn til bedriftshelsetjenesten og HMS-funksjonen, og informantene

opplever å få begrenset med oppklarende informasjon om skillet, noe følgende sitat fra ansatte vitner om:

«Det er fryktelig dårlig informasjon ute til oss ansatte om hvordan tingene henger sammen, så det er lett å tenke: Hva skal vi med HMS-avdeling når vi har bedriftshelsetjeneste, og hva skal vi med bedriftshelsetjeneste når vi har HMS-avdeling?» (Ansatt)

Basert på intervjuene hersker det usikkerhet omkring hva bedriftshelsetjenesten gjør, og hva deres rolle innebærer. Bedriftshelsetjenesteordningen har vært i endring de siste tre årene, og det er med slike organisatoriske endringer mye som skal falle på plass før ordningen fungerer optimalt for alle den omfatter, både dem som leverer, og dem som mottar tjenestene. Ifølge enkelte tjenesteledere rapporterer deres avdelingsledere om en opplevelse av økt avstand mellom dem og bedriftshelsetjenesten. Dette tilskriver avdelingslederne selv bestillerollen, fordi det oppleves som vanskelig å vite hvordan de skal bestille, og om de kan bestille tjenester. Dette beskrives nærmere senere i kapitlet. Samtidig har andre elementer omkring samarbeidet falt mer på plass fordi det er gjort grep for å forbedre samarbeidsprosessene mellom kommunens ansatte og ledere og bedriftshelsetjenesten, mer om også dette litt senere i kapitlet.

«Det har vært litt uklart for meg dette med bedriftshelsetjenesten, HR-avdelingen og personal, og at det har vært litt uklart hvem som ... det skillet mellom hvem som skal gjøre hva, det er litt uklart.» (Ansatt)

De ansatte savner informasjon som klarere definerer hva de kan få hjelp til av BHT. Informantene etterlyser informasjon og føringer fra øverste ledelse på rådmannsnivå.

Også tjenestelederne opplever det av og til som vanskelig å vite hva man skal bruke HR til, og hva man skal bruke BHT til. De framholder at det er vanskelig å vite hvor skillet går mellom å bruke HR og BHT. De opplever mange gråsonesaker og saker hvor de selv oppfatter at de kunne ha brukt begge.

«Det oppleves til tider litt vanskelig å skille.» (Mellomleder)

Tjenestelederne tenderer til å bruke HR-avdelingen når det oppstår vanskelige personalsaker som konflikter og avskjedssaker, men hevder samtidig at de like gjerne kunne brukt bedriftshelsetjenesten i slike saker. Tjenesteleder mener både BHT og HR har mye kompetanse om HMS. En av tjenestelederne vi intervjuet, oppfattet at HMS og BHT fortsatt var samorganisert. Det er feil, men viser mangelen på kjennskap til ordningen.

I kontakt med BHT opplever tjenestelederne at BHT er dyktige til å tydeliggjøre skillet mellom hva de kan gjøre, og hva de mener HR bør ta. Dessuten samsnakker tjenestelederne og rådfører seg med hverandre.

Det er altså avdekket et forbedringspotensial når det gjelder å synliggjøre BHT sine tjenester til ansatte og ledere på alle nivåer i kommunen. Informantene etterlyser en mer synlig BHT i kommunen.

«Alle er jo litt usikre på hva bedriftshelsetjenesten driver med.» (Mellomleder)

Det kom fram i intervjuene at økt synlighet ikke kun handler om at bedriftshelsetjenesten må bli flinkere til å markedsføre seg og bistanden de yter. Tjenesteledere og kommunalsjefer tar samtidig selvkritikk og sier at de også selv må etterspørre mer informasjon. Tjenestelederne ser det for eksempel som viktig å bevisstgjøre avdelingsledere mer på at BHT kan følge opp sykmeldinger.

«Vi kunne nok ha brukt dem mer, for det første så er nok ikke vi flinke nok til å invitere dem med inn, og for det andre så er ikke de flinke nok til å markedsføre seg.» (Mellomleder)

Informantene peker på flere grep som de anser som viktige for at bedriftshelsetjenesten skal bli bedre kjent ute i organisasjonen. Ved siden av tilgjengelig informasjon, må bedriftshelsetjenesten være flinkere til å presentere seg og tilbudet de har. Ledere på sin side bør invitere bedriftshelsetjenesten i fora der det er relevant med slik informasjon. Ved at BHT informerer ute i organisasjonen og ledere blir flinkere til å etterspørre tjenester, kan de lære hverandre å kjenne.

I dag synes kontakten mellom bedriftshelsetjenesten og mellomlederne å være noe tilfeldig, svært lite systematisert og ulikt fordelt mellom kommunalområdene. Informantene etterspør møteplasser for systematisk presentasjon fra BHT.

Bedriftshelsetjenesten på sin side uttrykker et ønske om ressurser til nettopp å være mer ute på tjenestestedene. De har god erfaring med deltakelse på tjenesteledersamlinger, hvor de får innpass til å presentere seg selv og hva BHT kan bistå med, og å gi informasjon og spre kunnskap som er relevant for tjenestelederne. Fra deres side er det ønskelig med drahjelp fra toppledernivå i kommunen i form av at ledelsen retter oppmerksomheten mot HMS og formidler en forventning nedover i organisasjonen til innsats og måloppnåelse.

Mange av forklaringene om begrenset eller manglende kontakt med eller kjennskap til bedriftshelsetjenesten peker mot manglende føringer og klargjøringer fra toppledelsen om hva bedriftshelsetjenesten kan brukes til og ikke brukes til, hvordan lederne skal bestille, og prosessene omkring bruk av BHT. Konsekvensene av ikke å ha klare føringer fra toppledelsen er ifølge informantene at de ikke bruker bedriftshelsetjenesten, men heller kontakter HR-avdelingen eller ordner opp på egen hånd og prøver å gjøre det beste ut av situasjonen.

I følge noen av informantene bør den koordinerte innsatsen i HMS-arbeidet, og dermed behovet for bistand fra BHT, i større grad forankres i toppledelsen og derfra legge press på ledelsesnivå lenger ute i organisasjonen.

«Leder har svikta bedriftshelsetjenesten litt.» (Ansatt)

Bedriftshelsetjenesten i kommunen har ikke en intern legeordning. Selv om enkelte informanter ga uttrykk for at de kunne ønsket seg en intern personallegeordning var det imidlertid bred enighet om at ordningen med eksternt tilknyttet rådgivende lege i BHT fungerer tilfredsstillende.

Tidligere hadde de ansatte tilbud om årlige legesjekker, men nå henvises de i stedet til sin fastlege for slike kontroller. Dette er en vurdering som er gjort av rådmannen og AMU når det gjelder ressursbruk. Blant informantene er det i hovedsak enighet om at dette er en løsning som fungerer tilfredsstillende for å redusere ressursbruken. Rådgiverne i bedriftshelsetjenesten som jobber med arbeidshelse samarbeider tett med eksterne leger.

«Vi får mer arbeidskraft og leveranser ut av å leie inn den kompetansen enn å ha den her.»
(Ansatt, BHT)

«Vi har en samarbeidsavtale med et lokalt legesenter. Det opplever jeg fungerer greit, de har flere leger. I tillegg har vi faste møter med en arbeidsmedisiner som vi diskuterer saker med.»
(Ansatt, BHT)

De ansatte bruker altså egne fastleger, men samtidig samarbeider bedriftshelsetjenesten med noen leger som de rådfører seg med. Rådgiverne opplever ordningen med tilknytning til eksterne medisinske fagmiljøer som en trygghet og en mulighet for å få kvalitetssikret og diskutert sine opplegg.

3.3 Samarbeid mellom Bærum kommune og bedriftshelsetjenesten

Vi har spurt informantene om å beskrive samarbeidet og hva de samarbeider om. I denne delen skal vi se nærmere på samarbeidsområder og hva slags bistand de ansatte og ledere som faktisk bruker bedriftshelsetjenesten får. Som vi har vist ovenfor er de som bruker bedriftshelsetjenesten i hovedsak fornøyde, men det er mange som ikke bruker den og er usikker på hva BHT kan tilby av bistand.

Områdene de samarbeider om, favner bredt, fra lovpålagte oppgaver og ikke-lovpålagte oppgaver (se side 11 og 12).

Andre samarbeidsområder er holdningsskapende tiltak rettet mot ansatte med moderate plager. Muskel- og skjelettplager oppgis som største årsak til fravær. Derfor handler det om å ufarliggjøre det å være på jobb. Lederne uttrykker at noen ansatte nok føler at plagene er et privat anliggende, og de ønsker ikke å bli fortalt at de skal gå på jobb med dårlig rygg. Lederne opplevde foredrag fra BHT som nyttige i seg selv fordi kursene bidro til at ansatte kunne reflektere rundt viktigheten av søvn, ernæring og aktivitet. I tillegg ga det lederne støtte i det å si til ansatte at de kunne gå på jobb med vond rygg, fordi selv med moderate smerter er det viktigst å være i aktivitet.

Bedriftshelsetjenesten, som en del av virksomhetenes HMS-arbeid, skal kunne bistå virksomhetene i deres arbeid på individnivå. Forslag til forebyggende tiltak og deltakelse på dialogmøter har vært viktige oppgaver (Lien, 2013). Det er ikke lenger lovpålagt at bedriftshelsetjenesten deltar i dialogmøter. Sykefraværet er det tjenesteleder eller avdelingsleder som har ansvaret for å følge opp. Enkelte tjenesteledere velger likevel å invitere bedriftshelsetjenesten med i slike møter for å fortelle og informere om hva de kan bistå med i forbindelse med for eksempel tilrettelegging.

«Vi kunne nok brukt [bedriftshelsetjenesten] mer der vi tviler eller er usikre på om vedkommende skal tilbake i jobb.» (Mellomleder)

Når vi ser på hva lederne bruker BHT til mest er det oppfølging av sykemeldte. Lie (2008) viste i en studie til at et godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten betyr mye for sykefraværet i virksomheten. Virksomheter som rapporterte om godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten hadde rundt 3 prosent lavere sykefravær enn de som rapporterte at de hadde et dårlig samarbeid med bedriftshelsetjenesten (Lien, 2013). Drøpping og

Midtsundstad (2003) finner at bruk av aktiv sykemelding har økt som følge av bedriftshelsetjenestens intensiverte engasjement i oppfølging av sykefravær.

Mens tillitsvalgte synes å ha en mer direkte kontakt med bedriftshelsetjenesten omkring enkeltsaker som berører deres medlemmer, er samarbeidet mellom vernetjenesten og bedriftshelsetjenesten ofte knyttet til ledelsen. Vernetjenesten kan for eksempel gi innspill til handlingsplaner. Det kom fram i intervjuene at kontakten mellom vernetjenesten og bedriftshelsetjenesten til en viss grad avhenger av hvorvidt forståelsen for vernetjenestens og bedriftshelsetjenestens rolle som fri og uavhengig er forankret hos ledelsen på tjenesteområdet. Det handler med andre ord om i hvilken grad kommunalsjefen anerkjenner rollen til vernetjenesten om å påse at loven følges, og rollen til BHT som fagekspert som skal foreta uavhengige faglige vurderinger. Anerkjennelsen fra ledelsen er avgjørende for samarbeidet mellom vernetjenesten og BHT fordi bestillingene av bistand jo går gjennom ledelsen, og ikke vernetjenesten. Informanter fra vernetjenesten trekker fram samarbeidet med bedriftshelsetjenesten som avgjørende for å innfri egen rolle:

«Jeg vet ikke hvordan jeg skulle gjennomført vervet mitt på en forsvarlig måte, som jeg mener jeg gjør nå, uten at jeg hadde brukt bedriftshelsetjenesten.» (Ansatt)

Når det gjelder konfliktsaker, oppfatter informanter at bedriftshelsetjenesten er koplet på slike saker i mindre grad enn tidligere. Forklaringen påstår informanter ligger i at tjenestelederne tar slike saker direkte til personalavdelingen, som en informant uttrykte det:

«Tjenestelederne har fått klar beskjed om å gå linja.» (Ansatt)

Dersom det er en konfliktsak der vernetjenesten er koplet inn, kan det hende vernetjenesten rådfører seg med BHT, men heller ikke her vil det være direkte samarbeid omkring enkeltsaker. Med andre ord handler samarbeidet mellom bedriftshelsetjenesten og vernetjenesten og tillitsvalgsapparatet i første rekke om å søke råd og veiledning fra BHT.

Hvem tar kontakt om samarbeid?

Bestillingsordningen går ut på at hvem som helst i kommunen kan ta kontakt for å få råd og veiledning, men at det er ledere som bestiller bistand fra bedriftshelsetjenesten. I praksis er det altså slik at det stort sett er ledere som tar kontakt, og ikke ansatte. Det er ulike måter å ta kontakt på, som e-post og telefon. Det oppleves ikke vanskelig verken å ta eller oppnå kontakt.

Likevel kommer det fram i intervjuene at avstanden mellom bedriftshelsetjenesten og avdelingslederne har økt som følge av endringene i BHT ordningen de siste årene. Følelsen av økt avstand knyttes til kommunens bestillerrolle og BHTs utførerrolle, som noen av informantene oppfatter gjorde at BHT ble litt fjernere og litt vanskeligere å forstå i starten. Alle bestillinger skulle gå gjennom leder. Tidligere kunne tjenesteleder henvende seg direkte til en rådgiver i bedriftshelsetjenesten, i dag kan saker varsles på telefon direkte til rådgiver, men dersom henvendelsen resulterer i ønske om bistand, sendes det en mer formell bestilling. Informantene uttrykker forståelse for at bestillingsordningen bidrar til å strukturere behov og bistand, og at ordningen gir BHT ryddige prosesser for saker og bistand og kan forvalte sine ressurser.

«Likevel har de [bedriftshelsetjenesten] ikke vært tydelige nok på hvordan de skal kommunisere dette [om bestillingsordningen] ut til omverdenen.» (Mellomleder)

Avdelingsledere kan ta kontakt, og gjerne etter samtale med tjenesteleder. Likevel kommer det fram at det hersker litt uklarhet omkring kommunikasjonen mellom avdelingslederne og bedriftshelsetjenesten, noe følgende sitat belyser:

«Det har nok ikke vært like tydelig ut i organisasjonen at avdelingslederne kan serves, eller at de har hatt god nok kunnskap om bedriftshelsetjenestens innhold og ansvarsområde.» (Mellomleder)

Avdelingslederne har i møter med sin tjenesteleder gitt uttrykk for at det oppleves som vanskelig å vite hvordan de skal bestille, og når de skal be om hjelp når de står midt oppe i vanskelige saker. Tjenestelederen antyder at mange avdelingsledere nok unnlater å ta kontakt med bedriftshelsetjenesten fordi bestillingsprosedyren kan oppleves som en ekstra byrde, og da bistår tjenesteleder med bestilling. Tjenesteledere tar til orde for at også avdelingslederne bør oppleve at de kan ta direkte kontakt med BHT. Et grep som foreslås, er at BHT kan være mer offensive og initierende med å ta kontakt på enhetsnivå, noe som ville vært bra både for ledere og ansatte. En slik direkte kontakt ville nok ha bidratt til at det ble lettere for både ledere og ansatte å ta direkte kontakt med bedriftshelsetjenesten når det oppstod behov.

«Hvis bedriftshelsetjenesten blir litt tydeligere i sin rolle og hva de kan bistå med, så senker vi nok også noens terskler til å ta kontakt.» (Mellomleder)

Et annet interessant moment som kom fram, var at noen mellomledere oppfatter det som drastisk å kople inn bedriftshelsetjenesten, som sitatet under viser:

«Jeg har inntrykk av at det er litt drastisk å kople inn bedriftshelsetjenesten, så det gjør du ikke hvis det ikke er skikkelig krise. Det er vanskelig å komme over den terskelen at du skal kople inn bedriftshelsetjenesten.» (Mellomleder)

Samtidig påpeker informanter at det er et lederansvar på tjenesteledernivå å informere om hvor høy terskelen skal være for at avdelingslederne skal bruke bedriftshelsetjenesten.

En av tjenestelederne oppfatter at terskelen for å ta kontakt med bedriftshelsetjenesten er ulik blant tjenestelederne, noe som tilskrives erfaring, altså når en leder først har brukt bedriftshelsetjenesten til bistand, er det lettere å ta kontakt igjen. Det bidrar til å senke terskelen for å ta kontakt og gir økt trygghet. En informant gir også et eksempel på det motsatte, at når lederkollegaer ikke har hatt ønsket nytteeffekt av samarbeid med bedriftshelsetjenesten, fører det til at blir terskelen for selv å ta kontakt blir høyere.

En endring i organiseringen av kontakten med bedriftshelsetjenesten går ut på at det har blitt opprettet en hovedkontakt med hvert kommunalområde. Denne ordningen anser lederne på alle nivåer som en positiv ordning, fordi det er viktig å slippe å forholde seg til nye saksbehandlere hele tiden, og samme kontakt over en lengre periode gir kontinuitet i samarbeidet.

Et gjentakende tema i de fleste av intervjuene var at bedriftshelsetjenesten trekkes inn i saker for sent. Informantene tror ikke nødvendigvis at de kunne oppnådd bedre løsninger ved å kople inn BHT tidligere, men at de kunne oppnådd raskere løsninger. Informantene peker på flere forklaringer på dette.

Mange mellomledere ønsker å klare å løse situasjonen selv, og de har dermed høy terskel for å ta kontakt. Og det understrekes i intervjuene at mange ledere håndterer vanskelige situasjoner selv også. Avdelingsledere og tjenesteledere med lang fartstid er vant med å klare sykeoppfølging på egen hånd.

«Det er jo lurt å be om hjelp, å få inn noen som ser med andre øyne, ser andre muligheter. Bedriftshelsetjenesten ser ting fra andre innfallsvinkler.» (Mellomleder)

Ansatte gir eksempler på at ledelsen kunne løst konfliktsaker tidlig, men opplevde at de i stedet ble henvist til å løse det selv.

«Det er ikke godt nok kjent hva vi kan bruke bedriftshelsetjenesten til, vi skal klare oss selv og feie ting under teppet. Det har vært sånn alltid, det nytter ikke å si noe.» (Mellomleder)

Å feie ting under teppet oppleves som en ukultur i deler av organisasjonen, med ansatte som ikke tør å stå opp mot tjenesteleder som hevder sin styringsrett. Informanter forteller om hendelser der de har ønsket å kople inn bedriftshelsetjenesten i saker, men hvor leder da har sagt at de kan løse saken på egen hånd uten å kople inn BHT.

Bedre informasjon om hva bedriftshelsetjenesten kan bistå med, trekkes fram som viktig for å redusere omfanget av slike situasjoner. Dessuten er det ressurskrevende å jobbe i konflikter. Det ligger i konfliktens natur, partene håper det går over, så går tiden, og forhold ligger og ulmer.

«Det humper og går, men hadde vi fått dem inn tidligere, kunne vi fått gode råd, fått diskutert litt.» (Mellomleder)

Så hvem sitt ansvar er det å sørge for at bedriftshelsetjenesten kommer tidligere inn i saker der det viser seg å være nødvendig? Informantene pålegger både ledelsen og bedriftshelsetjenesten ansvar for å gjøre BHT kjent.

«Det er nok ikke deres [bedriftshelsetjenesten] skyld, for å si det sånn, det er nok egentlig heller vår egen skyld.» (Mellomleder)

Samarbeid om handlingsplaner

Handlingsplanen for arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten - også kalt Handlingsplanen for BHT, er en juridisk bindende plan, en avtale mellom kommunalsjef og bedriftshelsetjenesten. Dette er en årlig plan for HMS - arbeidet innen hvert kommunalområde. En seksjon i handlingsplanen for BHT angir hva kommunalområdene ønsker av bistand fra bedriftshelsetjenesten.

Prosessen med handlingsplaner starter med et overordnet søkelys på HMS. Et eksempel på hvordan prosessen omkring utarbeidelse av handlingsplaner foregår, er at tjenesteområdene

jobber med sin HMS-plan og sender en liste med ønskede tiltak til sin kommunalsjef. Deretter oversendes innspillene til bedriftshelsetjenesten, som gir faglig tilbakemelding. Det sikrer en dialog begge veier, både mellom tjenestestedene og BHT. Denne dialogen, og det at bedriftshelsetjenesten involveres i utarbeidelsen av handlingsplaner i stedet for kun å bli en mottaker av dem, anses som en styrke i prosessen med handlingsplanene.

Rådmannens overordnede HMS-plan legger føringer på hva kommunalsjefene skal bruke bedriftshelsetjenesten til. Ett eksempel er hva slags bistand kommunalsjefene kan hente inn, for eksempel når det gjelder sykefravær over tolv prosent. Men noen opplever prosessen med å utarbeide en handlingsplan som utfordrende. Spesielt opplever noen det som vanskelig å utforme bestillinger for kommende år flere måneder i forveien. Det er vanskelig å tidfeste hvor stort behovet for bistand er.

«Bedriftshelsetjenesten er på en måte et resultat av HMS, for HMS-planene for tjenesteområdene angir behov for assistanse fra BHT, og det er dette behovet som er grunnlaget for handlingsplanen og bestillingen til bedriftshelsetjenesten. Vårt område har jobbet mye med HMS, og det har blitt mer i tiden at du tenker sikkerhet, og derfor har behovet økt for det via HMS, og dermed så har BHT-planen automatisk fulgt på det. Så de henger sammen disse to systemene.» (Toppleder)

Kommunalsjefen for dette området hevdet at responsen blant flere av sine ledere var at de ikke hadde bruk for de planlagte tjenestene og heller ønsket tilført økonomiske ressurser til daglig oppfølging av personalsaker. Dette var i følge informanten tjenesteledere på områder hvor de ikke opplevde det akutte behovet for bistand til tiltak.

«[Bedriftshelsetjenesten] er jo på sett og vis en del av byråkratiet, og ikke bare en utøvende tjeneste. Jeg tror at for de som ikke har så akutte HMS-situasjoner, så blir det mer en del av byråkratiet. Så er det ganske stort, det brukes ganske mye tid til å diskutere planverk [...] det blir kanskje veldig mye fokus på administrasjonen rundt det.» (Toppleder)

Noen ledere er ikke så aktive i å utarbeide handlingsplaner og hevder at det ikke er lett å prioritere dette arbeidet. En tjenesteleder uttrykte følgende som gir et bilde av flere ledere sine utfordringer knyttet til arbeidet med handlingsplaner:

«Jeg vet jeg har vært med å utarbeide handlingsplan, men i en hektisk arbeidshverdag så blir det en av mange oppgaver som skal utføres, og jeg er ikke sikker på hvor gjennomtenkt det blir.» (Toppleder)

Ett forslag som kom fram til en måte å forbedre denne situasjonen på var å samarbeide tettere med bedriftshelsetjenesten om å utarbeide felles satsingsområder for kommende periode, for nettopp å sørge for en mer forpliktende gjensidighet mellom tjenesteområdenes ledelse og bedriftshelsetjenesten. Det kunne ifølge informanter i tillegg innebære at bedriftshelsetjenesten i større grad tok initiativ til hva slags tiltak de ønsker å nå ut til tjenesteområdene med.

«Tiltakene som bedriftshelsetjenesten yter bistand til kunne vært litt mer enhetlig og koordinert på tvers av kommunalsjefområdene, så kunne vi brukt de ressursene våre samlet litt annerledes.» (Toppleder)

En forklaring som kom fram når det gjaldt ledernes manglende engasjement i utarbeidelsen av handlingsplaner, var resignasjon basert på at kolleger hadde fått avslag fra bedriftshelsetjenesten på bestilling av bistand til tross for at det var satt av ressurser. Uavhengig av årsaken til avslag, om det ligger i kapasitetsmangel hos bedriftshelsetjenesten eller i prioriteringer gitt fra sentral ledelse, vil slike oppfatninger bidra til at enkelte nedprioriterer arbeidet med handlingsplaner.

«Det setter seg et bilde, det hjelper ikke å ta kontakt, vi får ikke noe hjelp likevel.» (Mellomleder)

Med andre ord kan avslag fra bedriftshelsetjenesten om bistand være basert på en beslutning tatt fra sentral ledelse, uten at denne beslutningen gjøres kjent for de ansatte. Dermed kan det oppstå misoppfatninger om at det er bedriftshelsetjenesten alene som prioriterer ressursbruken.

Etter inngåelse av avtaler om bedriftshelsetjenester er det dialog rundt statusgjennomganger og revideringer. Et bedre samarbeid på kommunalsjefnivået medfører dessuten at planene blir mer og mer relevante.

«Det blir faktiske arbeidsmiljøspørsmål som står i de planene.» (Toppleder)

Likevel er det et ønske fra BHT om ytterligere deltakelse i fora som samlinger og medbestemmelsesmøter for å legge grunnlaget for planlagt og systematisk HMS-arbeid. Det å ha faste møter understrekes som en god hjelp til å rette oppmerksomheten mot HMS-arbeid i en travel hverdag. Flere av rådgiverne i BHT forteller at de arbeider aktivt for å styrke samarbeidet omkring utarbeidelse av handlingsplaner også ut til tjenestenivået. En direkte kontakt med små avdelinger er ressurskrevende og ikke lett å få til utover lovpålagte oppgaver. Her ligger det dessuten en utfordring i at planene, og dialogen med BHT omkring de årlige planene for bedriftshelsetjeneste, hovedsakelig ligger på kommunalsjefnivå, mens selve tiltakene ofte utføres på avdelingsnivå eller tjenestenivå.

De siste årene har bedriftshelsetjenesten i større grad hatt dialog med tjenestelederne omkring utarbeidelsen av sine planer. Informantene rapporterer om god utvikling i samarbeidet om utarbeidelse av handlingsplanene. Det gjelder både det å få innspill via samarbeidsmøter mellom kommunalsjef og BHT, gjennomgang av avdelingenes HMS-planer og rådgivning i forbindelse med utvelgelse av områder for bistand. Informantene peker på at en av hovedårsakene til forbedringene er nettopp prosessene omkring dette arbeidet, som beskrevet over. Planene oppleves å ha blitt bedre, og de kommer tidligere på plass. Det gjør at kommunalsjefområdene og bedriftshelsetjenesten kan tenke mer langsiktig og jobbe mer forebyggende. En av informantene peker i tillegg på at samarbeidet fører til trygghet for at arbeidsmiljøloven blir fulgt, fordi det er en tettere kopleing fra HMS-planer til utførelse av tiltak.

Et annet grep som er gjort er å gå over til toårige handlingsplaner i stedet for årlige. Denne beslutningen ble tatt i AMU. Det rasjonelle grunnlaget for å gå over til å lage planer for to år er at det er vanskelig å få gjennomført alle tiltak på ett år, men samtidig er det viktig å signalisere at man er i gang med arbeidet. Tjenestelederne har ansvaret for å ivareta daglig drift, samtidig som de skal ivareta pågående HMS-prosesser. Endringen fra ett til to års perspektiv på handlingsplanene betraktes av mange informanter som fornuftig, fordi det bidrar til å strukturere det langsiktige HMS-arbeidet.

CRM – et tidsregistreringssystem for bedriftshelsetjenesten

CRM står for Customer Relations Management. Det er et kundeoppfølgingssystem hvor både tidsbruk, oppgaver og mye annet registreres. Systemet er tilpasset behov Bedriftshelsetjenesten har og BHT i Bærum kommune har brukt systemet i to år. Systemet bidrar i følge informantene fra bedriftshelsetjenesten til økt effektivitet. Systemet gir gode data på hva kommunen har brukt BHT til. I CRM er det også enkelt å dokumentere og synliggjøre ressursbruk i forbindelse med forberedelse, bearbeiding og skriving av rapporter. CRM gjør at bedriftshelsetjenestens arbeid blir mer synlig for ledelsen i virksomhetsområdene.

I Bedriftshelsetjenestens CRM-system foreligger det et stort antall rapportmuligheter. Dette kan for eksempel være handlingsplaner for alle virksomhetsområdene i kommunen, oppdragsrapporter og prosjektrapporter, rapporter på enkeltoppdrag, BHTs årsrapporter og årsrapport om legemeldt sykefravær. I tillegg framkommer timeforbruk per virksomhetsområde, fordelt på fastpriser innenfor en handlingsplan, eller som mersalg utenfor handlingsplanen, altså direktebestillinger i tillegg til bestillinger gjennom handlingsplanen. De ansatte i bedriftshelsetjenesten betegner systemet som godt, fordi det gir muligheter for dokumentasjon av innsatsen de yter.

«Vi må registrere hva vi gjør hos kunden. Både for å kunne dokumentere, og gi tilbakemeldinger på hva vi har brukt tiden vår til. Det er veldig nyttig for de ute, fordi det gir veldig gode data ut på hva vi har blitt brukt til og det kan være et godt grunnlag enten når vi skal revidere en plan eller tenke ny plan.» (Ansatt, BHT)

Rådgiverne i bedriftshelsetjenesten opplever at det kan stilles spørsmål om hva de bruker tiden til og ser systemet som et godt verktøy for å vise tidsbruk, som følgende sitat viser:

«Vi har sett at det kan være spørsmål rundt hva det er vi bruker tiden vår til, og da kan vi faktisk vise. For eksempel et inneklimateoppdrag som vi driver med, så ser de oss ute på en skole at vi setter opp noen apparater, men det er jo ekstremt mye mer med bearbeiding og skriving av rapporter og det er jo et stort arbeid. Så det er noe med for vår del å få synliggjort tidsbruken vår.» (Ansatt, BHT)

Strategiske/formelle møteplasser for samarbeid

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) beskrives av flere av informantene som et organ under utvikling. I AMU er arbeidstaker- og arbeidsgiversiden representert med fem personer fra hver side. Arbeidstakersiden og arbeidsgiversiden bytter på å ha ledervervet i AMU og sitter for to år om gangen. Bedriftshelsetjenesten stiller i AMU som en selvstendig enhet med uttalerett og gir faglige innspill, men uten stemmerett. De presenterer årsmeldinger og tar opp generelle bekymringer. BHT oppfattes av enkelte likevel å ha en sentral rolle i AMU.

«Det er i hvert fall ikke noen tvil om at bedriftshelsetjenesten tar mye større plass i vårt AMU enn de tradisjonelt gjør.» (Toppleder)

Kommentaren fra denne lederen var et uttrykk for at BHT opptrådte for dominerende, mens andre sentrale ledere, selv om de var enige i utsagnet, ikke anså BHTs engasjement i AMU som negativt.

I 2002 ble medbestemmelsesmøter (MBM) innført som en prøveordning som står for tur for en evaluering. MBM er et forum for ledelse, tillitsvalgte og vernetjenesten som erstatter AMU i kommunalområdene. Alle tjenestesteder skal ha regelmessige medbestemmelsesmøter (MBM) med fokus på arbeidsmiljøet. Kommunalområdet pleie og omsorg har et eget AMU, mens de øvrige kommunalområdene i stedet altså har MBM. Saker som er programoverskridende, løftes til hoved-AMU. MBM fungerer som lokale AMU på kommunalsjefområdene og det er således ingen formelle forskjeller mellom AMU og MBM. I MBM behandles alle typer saker, som forhandlingstemaer, ansettelsesaker og økonomi. Dersom det er arbeidsmiljø saker, skal disse også behandles i dette møtet. I MBM-møtene har bedriftshelsetjenesten ennå ikke funnet noen naturlig plass, bl.a. fordi de oppfatter at det har vært vanskelig å få kommunalsjefene og tjenestelederne til å invitere BHT til disse møtene.

Mens BHT i henhold til loven skal delta i AMU-møter, opplever de altså at de ikke alltid inviteres til å delta i MBM.

«Der må vi invitere oss inn selv. Noen bruker oss, og vi blir mer og mer invitert inn i medbestemmelsesmøtene.» (Ansatt, BHT)

Bedriftshelsetjenesten har arbeidet aktivt med å bevisstgjøre i handlingsplaner at de bør delta der arbeidsmiljø saker diskuteres, som i MBM. Det understrekes av flere informanter som et forbedringspunkt å systematisere BHTs deltakelse i MBM i arbeidsmiljø saker og at strategisk ledelse legger press på kommunalsjefene til å invitere BHT med i MBM når det gjelder arbeidsmiljø saker.

3.4 Rolleforståelse som fri og uavhengig

Det er lovfestet at bedriftshelsetjenesten skal ha en fri og uavhengig rolle i sitt arbeid. Det betyr at de skal behandle og forholde seg til arbeidsmiljø saker på en nøytral og upartisk måte. I praksis skal den uavhengige rollen utøves i et landskap hvor henholdsvis arbeidstaker- og arbeidsgiversiden har sine behov og forventninger til BHT som støttespillere.

Ifølge informanter i bedriftshelsetjenesten er rollen som fri og uavhengig en rolle de må kjempe for, noe som kan være krevende. Det innebærer nødvendige avklaringsrunder når de for eksempel opplever seg tatt til inntekt for ledelsens argumenter. I organisasjonen opplever BHT en del rolleklarhet som gjør at de ofte må innlede samtaler med en oppklaring av sin rolle som upartisk og understreke at de forholder seg til lovverket. I konfliktsaker kan ansatte møte med en forventning om at BHT skal løse deres sak, men også her er det nødvendig å avklare.

Mange av informantene uttrykker at de opplever at bedriftshelsetjenesten er bevisst sin rolle som uavhengig, noe som kommer til uttrykk gjennom det de sier til ledere og ansatte.

Likevel kom det også fram i intervjuene at det er noe personavhengig, og det ble referert til enkeltstående konfliktsaker der bedriftshelsetjenesten i noen grad ble oppfattet som å agere som arbeidsgiver.

«Akkurat da opplevde jeg at bedriftshelsetjenesten lå i leders hånd, de var ikke selvstendige nok til å stille seg spørsmål om er vi på rett vei, har vi løst dette her?» (Ansatt)

Den eksterne stemmen

Arbeidsmiljø saker skal søkes løst i linja, og noen av lederne vi intervjuet, definerte terskelen for å involvere bedriftshelsetjenesten som når en sak, for eksempel en konflikt, har eskalert slik at store deler av arbeidsmiljøet blir berørt, og hvor det må igangsettes tiltak. Som en tjenesteleder uttalte:

«Da ønsker jeg utenforblikket. Får de inn som gode informasjonsleverandører. Den gode utenforstemmen. Når flere er involvert, er min terskel.» (Mellomleder)

I intervjuene ble det sagt at BHT hadde nødvendig distanse til sakene og var flinke til å være kritiske og foreslå løsninger som ledere ellers ikke ville tenkt på. Ledere bruker mye tid på å følge opp sykefravær og opplever et press fra øverste ledelse om å rette søkelyset mot sykefravær arbeidet. De opplever at BHT tør å sette krav til den sykmeldte og forklare saken tydelig slik at den sykmeldte forstår det.

«I noen av de siste sakene har det vært en alvorlig konflikt, hvor den ansatte opplever at det er tryggest å ha med seg en tillitsvalgt, eller hovedtillitsvalgt noen ganger, og da har bedriftshelsetjenesten vært der og utjevnet noe og klart å se begge perspektivene, både på individnivå og hele totaliteten på arbeidsmiljøet, og klart å komme med gode innspill og råd.» (Mellomleder)

Tjenesteledere og avdelingsledere kan oppleve å sitte for tett oppi saker over lang tid, noe som gjør det vanskeligere å finne gode løsninger, og de ser det som positivt at de får litt bistand fra bedriftshelsetjenesten til å løfte saken litt ut og opp med ovenfraperspektivet. Flere informanter påpeker at BHT har god kompetanse på nettopp å være den eksterne stemmen.

Bedriftshelsetjenesten som initiativtaker

Mens rollen som bestillingsmottaker kan tolkes som en form for reaktiv rolle, er initiativtakerrollen mer proaktiv.

Enkelte av informantene gir uttrykk for at bedriftshelsetjenesten godt kan være litt mer proaktive og ta mer initiativ til kontakt overfor enhetsnivået. Et eksempel som trekkes fram, og som ble positivt mottatt, er et initiativ der bedriftshelsetjenesten bistod i et prosjekt som handlet om oppfølging av fravær, og der de tilbød sin kompetanse i tillegg til informasjon.

Et moment som kom fram i intervjuene, var hvorvidt initiativ fra bedriftshelsetjenesten var en beslutning BHT hadde tatt selv, eller om det lå overordnede føringer for initiativene fra sentral ledelse. Med andre ord om det er BHT etter eget initiativ igangsetter tiltak, eller om det er kommunens sentrale ledelse som ber BHT om å prioritere tiltak.

Noen av mellomlederne uttrykte at de opplevde at det hadde vært mindre proaktivt fra bedriftshelsetjenesten de siste par årene, altså færre initiativ og færre besøk. En av informantene sa det slik:

«Skulle ønske de kom av seg selv.» (Mellomleder)

Argumentene for en mer proaktiv linje fra bedriftshelsetjenestens side handlet om informasjonsutveksling og relasjonsbygging. En tettere kontakt påvirker BHTs evne til å håndtere saker når de blir kjent med aktuelle problemstillinger. Informantene understreker betydningen av å ikke isolere seg fra det som foregår i enhetene. Det å ha en fri og selvstendig rolle må ikke innebære at BHT blir helt avkoplet, fastholder informantene, som ikke tror utenforblikket blir dårligere selv om bedriftshelsetjenesten er mer oppdatert på hva som foregår i tjenesteområdene.

Rollekonflikt mellom strategisk ledelse og bedriftshelsetjenesten

Det kom fram i intervjuene at det hersker en noe uavklart rolleforståelse mellom øverste ledernivå i henholdsvis kommunen og bedriftshelsetjenesten, som handler om forventninger om leveranser til ledelsen på den ene siden og BHT som pådriver på arbeidsmiljøområdet på den andre siden. Denne rollekonflikten oppfattes og omtales også av øvrige informanter.

Ledelsen gir uttrykk for at de opplever en rolleutydelighet når det gjelder aktiv utøvelse på bakgrunn av fagautoritet versus observatørrolle, dernest handler det om BHTs objektivitet og profesjonalitet i interne dialoger.

«Vi har en selvstendig og ambisiøs bedriftshelsetjeneste.» (Toppleder)

«Det er alltid et spørsmål om hvor mye ekstra vil dette tiltaket gi i forhold til det du allerede har?» (Toppleder)

En av lederne på kommunalsjefnivået stilte også spørsmål om hvorvidt kommunen har gode prosesser for å lage avtaler med bedriftshelsetjenesten.

Selv om det kan tyde på at det hersker noen grad av tillitsbrudd og skepsis til BHT fra den øverste ledelsen i kommunen, uttrykker også dette ledelsesnivået at de ansatte i bedriftshelsetjenesten er dyktige folk, som gyver løs på oppgaver.

Kostnader

Netto driftsutgifter til bedriftshelsetjenesten i 2013 var kr. 7358000, som var kr. 769000 mindre enn budsjettet. I 2014 var netto driftsutgifter til bedriftshelsetjenesten kr. 8496000. Også i 2014 var det et underforbruk i forhold til budsjettet som var på kr. 8634000. Det er nok ulike årsaker til dette underforbruket, men en hovedårsak ser ut til å være at lederne ikke makter å igangsette alle tiltak i tråd med planer, slik at noen av bestillingene utsettes.

Samlet eksternt konsulentkjøp utgjorde i 2013 kr. 215000, mens det opprinnelig var budsjettet med kr. 400000. I 2014 utgjorde eksternt konsulentkjøp kr. 289000 mot kr. 450000 budsjettet. Det var altså en økning i innkjøp av eksterne konsulenttjenester fra 2103 til 2014, men fortsatt i mindre skala enn hva budsjettene tilsa.

Vi har ikke sammenlikningsgrunnlag fra de andre kommunene for å kunne si noe om nivået på driftsbudsjett til bedriftshelsetjenesten. Heller ikke data fra intervjuene gir noen entydige konklusjoner på om dette kostnadsnivået er for høyt eller for lavt. Ledere som ikke

bruker BHT antyder at kostnadsnivået ligger for høyt. Andre tar til orde for at det burde vært tilført mer ressurser til bedriftshelsetjenesten.

Nedenfor følger en punktvis oppsummering av kapitlet

- Hovedinntrykket er at ledere og ansatte er fornøyd med BHTs leveranser
- Bra servicenivå; kort responstid og fleksible rådgivere
- BHTs teamjobbing gir tverrfaglig gode løsninger og leveranser, ser helhet
- BHT dekker et bredt kompetansespekter og har god innsikt i organisasjonen og lovverket
- Ønsker at BHT jobber mer forebyggende
- Fornuftig å skille HMS og BHT, men vanskelig å forstå skillet
- Ønsker bedre synliggjøring av BHTs tjenester i alle ledd i organisasjonen
- Kontakten mellom BHT og ledere tilfeldig, ulik og lite systematisert
- Ønsker sterkere føringer på bruk av BHT fra toppledelsen
- Fornuftig med formalisert bestillingsordning, samtidig skaper den større avstand til BHT
- Mange opplever høy terskel for å kontakte og bestille bistand fra BHT
- Ønsker at BHT blir tydeligere på hva de kan bistå med
- Opprettelse av hovedkontakter er positivt
- BHT trekkes ofte inn for sent i saker, må legges føringer på dette fra sentralt hold
- Mange ledere opplever godt samarbeid med BHT, særlig rundt handlingsplaner
- Ønsker større grad av felles satsingsområder for HMS-arbeid
- Ledere og ansatte opplever at BHT er bevisst sin rolle som fri og uavhengig
- BHT flinke til å løfte saker; godt utenforblikk og ser saker fra større perspektiv
- Ønsker at BHT er mer initiativtakere overfor enhetsnivået; handler om relasjonsbygging
- Utydelig rolleforståelse og uavklarte forventninger på toppledernivå i kommunen og BHT

4 Resultater fra spørreundersøkelsen

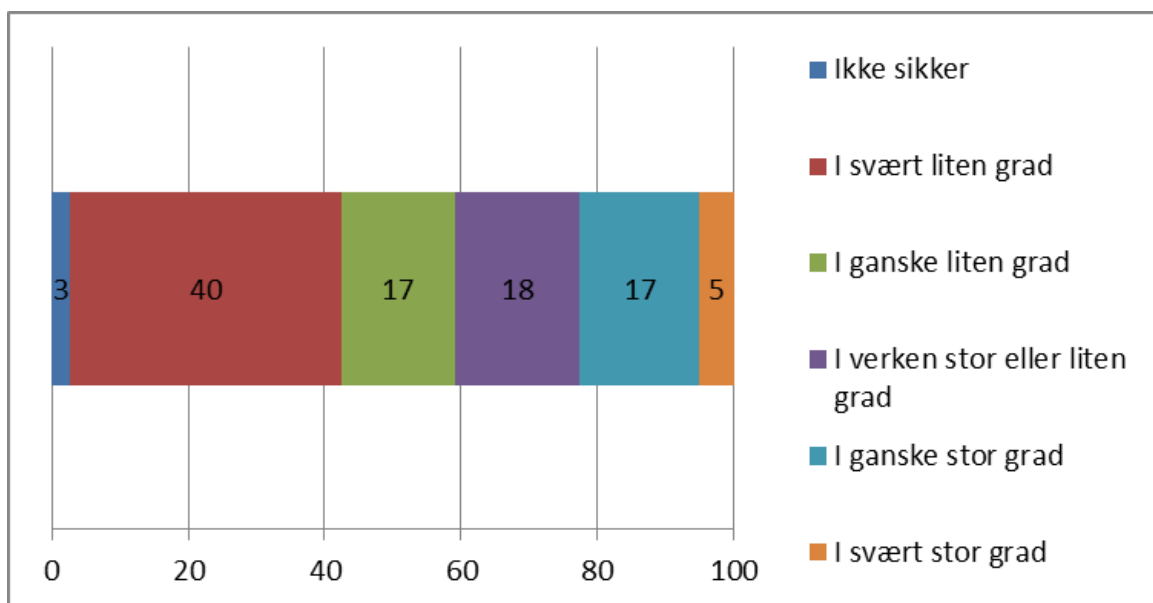
I dette kapitlet presenterer vi funn fra spørreundersøkelsen blant ansatte og ledere i Bærum kommune. Vi vil først ta for oss svarene fra de ansatte, deretter svarene fra lederne.

4.1 De ansatte som brukere av bedriftshelsetjenesten

Intervjuene tyder i store trekk på at kjennskapen til bedriftshelsetjenesten og hva den kan bistå med, er begrenset. Også i spørreundersøkelsen var vi opptatt av i hvilken grad de ansatte er kjent med hvilke typer tjenester bedriftshelsetjenesten yter.

Figur 2. viser at 57 prosent av de ansatte i ganske liten eller svært liten grad opplever at de er kjent med hvilke typer tjenester bedriftshelsetjenesten yter. 23 prosent oppgir at de i svært stor eller ganske stor grad opplever at de er kjent med hvilke typer tjenester bedriftshelsetjenesten yter, mens 18 prosent oppgir kjennskap i verken stor eller liten grad. Tallene viser at de ansatte har liten kjennskap til hva BHT tilbyr av tjenester. Når fire av 10 medarbeidere i svært liten grad kjenner til BHT sine tjenester tyder det på at informasjon om hva BHT kan bidra med er sterkt underkommunisert til de ansatte.

Figur 2. I hvilken grad opplever du at du er kjent med hvilke typer tjenester bedriftshelsetjenesten yter? Angitt i prosent. N = 372



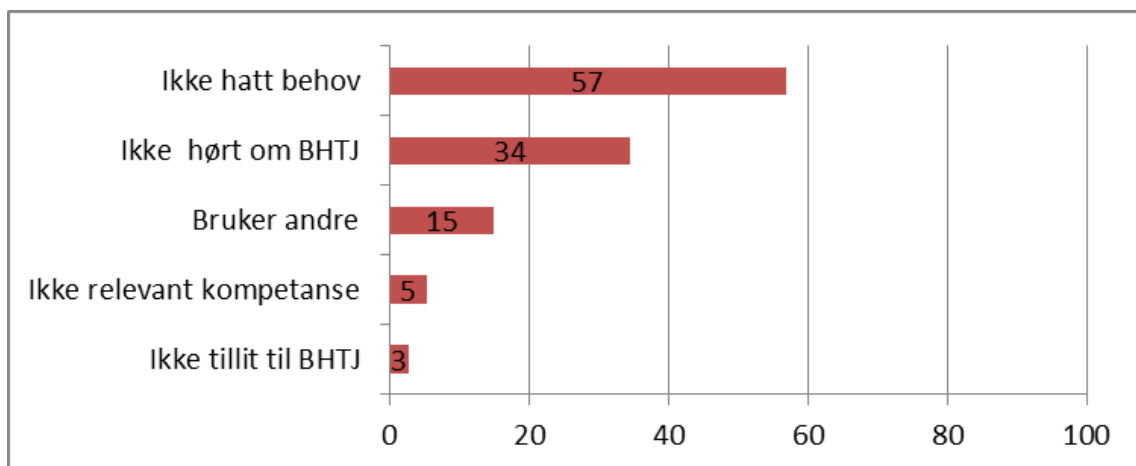
«Ble litt usikker på bedriftshelsetjenesten ... Hva er nå det, og hvem er nå det?»
(Medarbeider)

Enkelte av informantene hevder at de opplevde bedriftshelsetjenesten som tydeligere før, mens det nå er få ansatte som vet hva BHT driver med. På tjenesteledernivå hørte vi i

intervjuene at de er fornøyd der bedriftshelsetjenesten har ytt bistand, men at lederne generelt vet for lite om BHT. Det kom fram i intervjuene at bedriftshelsetjenesten sjelden oppleves som et tema. Øverste ledelse opplyser i liten grad om hva BHT kan bidra med, og informantene savner omtale av BHT som et personaltilbud. Også ansatte synes ifølge enkelte informanter at det er vanskelig å vite hva BHT kan bidra med, og at de heller snakker med vernetjenesten dersom det oppstår saker og behov for bistand.

I spørreundersøkelsen ble de ansatte som oppga å ikke ha brukt bedriftshelsetjenesten, spurt om å angi de viktigste årsakene til at de ikke hadde vært i kontakt med dem. Som det framgår av figur 3., er hovedårsaken at de ansatte ikke hadde hatt behov for slik kontakt. 57 prosent oppga ikke å ha hatt behov, mens 15 prosent oppga at de bruker andre. 34 prosent av respondentene hadde ikke hørt om bedriftshelsetjenesten. Henholdsvis 5 prosent og 3 prosent oppga manglende relevant kompetanse eller manglende tillit som årsak til at de ikke hadde vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten. Det er altså én av tre ansatte i kommunen som svarer at de ikke har hørt om bedriftshelsetjenesten. Dette bygger igjen opp under intervjumaterialet som også fastslår at de ansatte i liten grad kjenner til bedriftshelsetjenesten. Det er altså ikke først og fremst trekk ved BHT som gjør at medarbeidere ikke bruker dem. Manglende tillit og relevant kompetanse oppgis av svært få som årsak til ikke å ha vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten. At nær seks av 10 oppgir at de ikke har hatt behov, kan bero på at situasjoner i stor grad løses i linja, bruk av egen fastlege, eller at det ikke har vært situasjoner som tilsier behov for slik kontakt.

Figur 3. Hva er de viktigste årsakene til at du ikke har vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten? Angitt i prosent. N = 264



De fleste, 45 prosent av dem som hadde vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten i forbindelse med arbeidsmiljøutfordringer i løpet av de siste 24 månedene, oppga å ha benyttet bedriftshelsetjenesten én gang. 33 prosent hadde benyttet seg av bedriftshelsetjenesten to til tre ganger, mens 22 prosent hadde benyttet bedriftshelsetjenesten fire ganger eller mer. Det området flest hadde vært i kontakt med BHT i forbindelse med var arbeidsmiljøet generelt. Færrest hadde vært i kontakt med BHT i forbindelse med mobbing og trakassering og vold og trusler.

Tabell 1. Antall henvendelser til bedriftshelsetjenesten fordelt på årsak.

Vold og trusler	4
Mobbing/trakassering	5
Graviditet	10
Psykologibistand	11
Muskel/skjelett	14
Konflikthåndtering	16
Kurs/opplæring	24
Annet	37
Arbeidsmiljøet generelt	51

Deretter ble de som hadde vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten, spurt om i hvilken grad de opplevde å ha fått hjelp. 53 prosent svarte at de i svært stor eller ganske stor grad hadde fått hjelp. 26 prosent svarte i verken stor eller liten grad, 13 prosent svarte i ganske liten eller svært liten grad, mens 8 prosent ikke var sikre. Også dette tallmaterialet støtter opp under intervjudataene som sier at de som faktisk har vært i kontakt med BHT opplever å få hjelp. Et tydelig trekk er at ansatte og ledere som har tatt kontakt med og fått bistand fra BHT, bruker dem igjen. Relasjonsbygging virker altså å være en avgjørende faktor for bruk av BHT. Jo mer de brukes, desto mer blir de brukt.

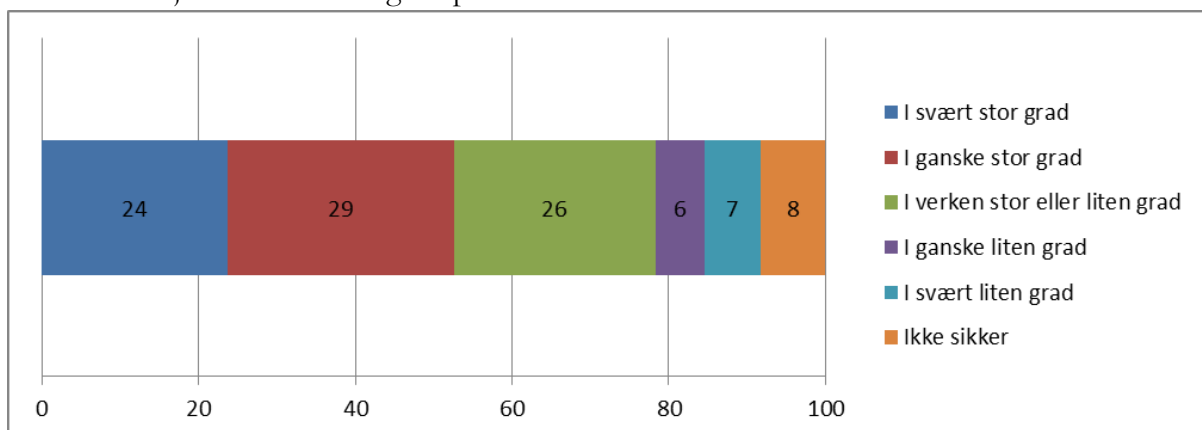
«Jeg føler at jeg har blitt flinkere til å bruke dem [bedriftshelsetjenesten] etter som jeg får mer kunnskap om hva de kan bidra med.» (Mellomleder)

«Jeg har glede av en aktiv bedriftshelsetjeneste og har tatt den muligheten til å bruke dem.» (Mellomleder)

Dette bekreftes også av bedriftshelsetjenesten, som forklarer at enheter bruker dem mer og mer etter hvert som de blir kjent med dem og trykke på hva de kan levere.

Det er altså kun en svært liten andel som oppgir at de i liten grad har fått hjelp når de har vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten.

Figur 4. I hvilken grad opplever du at du har fått hjelp til det du har vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten for? Angitt i prosent. N = 97

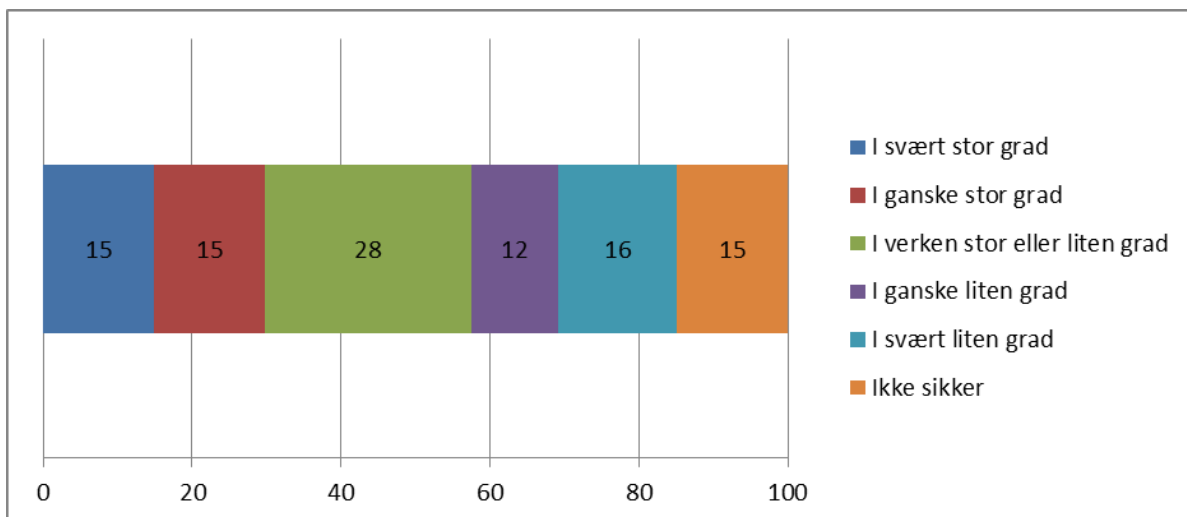


Tabell 2. Prosentandel og faktisk antall respondenter på spørsmål om de har fått hjelp til det du har vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten for.

	Prosentandel	Faktisk antall
I svært stor grad	24	23
I ganske stor grad	29	28
I verken stor eller liten grad	26	25
I ganske liten grad	6	6
I svært liten grad	7	7
Ikke sikker	8	8
		97

Ifølge figur 5. var det tilnærmelesvis lik fordeling mellom respondenter som oppga at de opplevde at bedriftshelsetjenesten hadde bidratt til at deres arbeidshverdag ble tilrettelagt i svært stor eller ganske stor grad, og i ganske liten eller svært liten grad. Omtrent samme andel respondenter svarte i verken stor eller liten grad, og 15 prosent var ikke sikre. Tilrettelegging av arbeidssituasjon var tema også i intervjuene og inntrykket fra intervjumaterialet var nok litt mer positivt enn det tallene i figur 5. viser. Her oppgir nærmere tre av 10 medarbeidere at de i liten grad opplever at bedriftshelsetjenesten har bidratt til å få tilrettelagt arbeidssituasjonen sin. Det er samtidig vanskelig å vite om bedriftshelsetjenesten har forsøkt og bidratt, eller om svarene heller kan tolkes dithen at arbeidssituasjoner har vært tilrettelagt uten bistand fra bedriftshelsetjenesten.

Figur 5. I hvilken grad opplever du at bedriftshelsetjenesten har bidratt til at din arbeidssituasjon er tilrettelagt? Angitt i prosent. N = 94

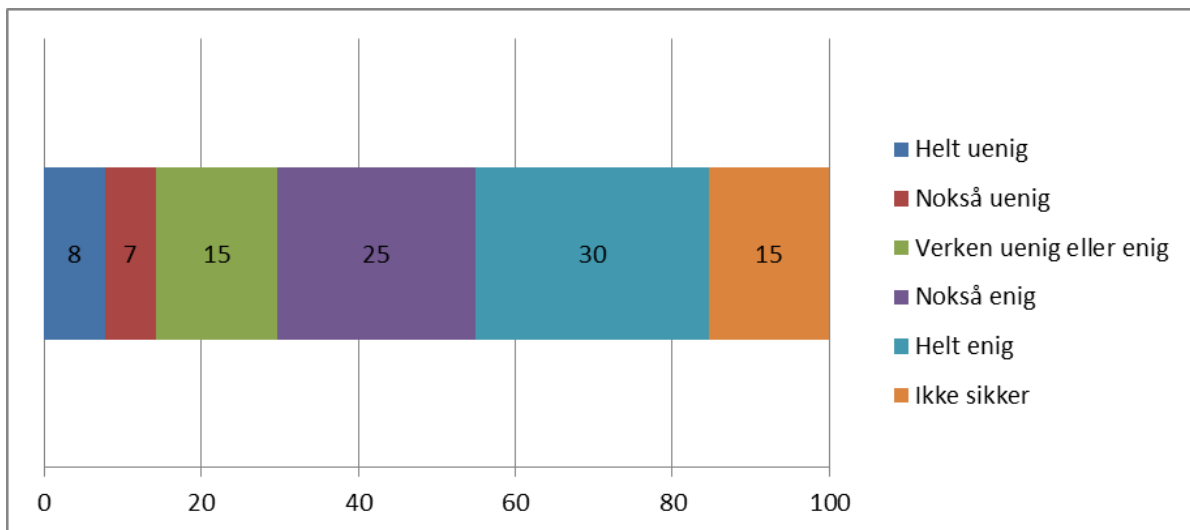


Tabell 3. Prosentandel og faktisk antall respondenter på spørsmål om bedriftshelsetjenesten har bidratt til at deres arbeidssituasjon er tilrettelagt.

	Prosentandel	Faktisk antall
I svært stor grad	15	14
I ganske stor grad	15	14
I verken stor eller liten grad	28	26
I ganske liten grad	12	11
I svært liten grad	16	15
Ikke sikker	15	14
		94

To holdningsspørsmål ble stilt til de ansatte, det ene handlet om oppfatning om bedriftshelsetjenestens frie og uavhengig rolle, mens det andre handlet om oppfatning om bedriftshelsetjenestens kompetanse. Figur 6. viser at 55 prosent av respondentene er nokså eller helt enige i utsagnet «Bedriftshelsetjenesten har en fri og uavhengig rolle, det vil si at bedriftshelsetjenesten er partsnøytral i arbeidsmiljø saker». 14 prosent er helt uenige eller nokså uenige, 15 prosent er verken uenige eller enige, og like mange, 15 prosent, er ikke sikre.

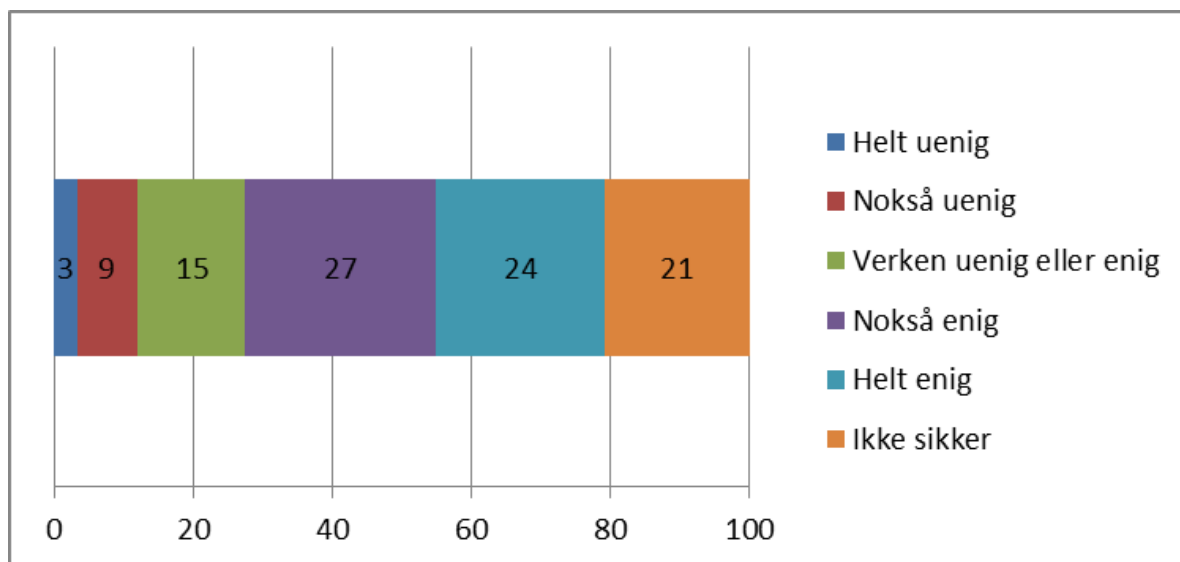
Figur 6. Bedriftshelsetjenesten har en fri og uavhengig rolle, dvs. at bedriftshelsetjenesten er partsnøytrale i arbeidsmiljø saker. Angitt i prosent. N = 91



Tabell 4. Prosentandel og faktisk antall respondenter på spørsmål om bedriftshelsetjenesten har en fri og uavhengig rolle, dvs. at bedriftshelsetjenesten er partsnøytrale i arbeidsmiljø saker.

	Prosentandel	Faktisk antall
Helt uenig	8	7
Nokså uenig	7	6
Verken uenig eller enig	15	14
Nokså enig	25	23
Helt enig	30	27
Ikke sikker	15	14
		91

Figur 7. Bedriftshelsetjenesten har en god samlet kompetanse til å bistå meg i de behovene jeg har som medarbeider. Angitt i prosent. N = 91



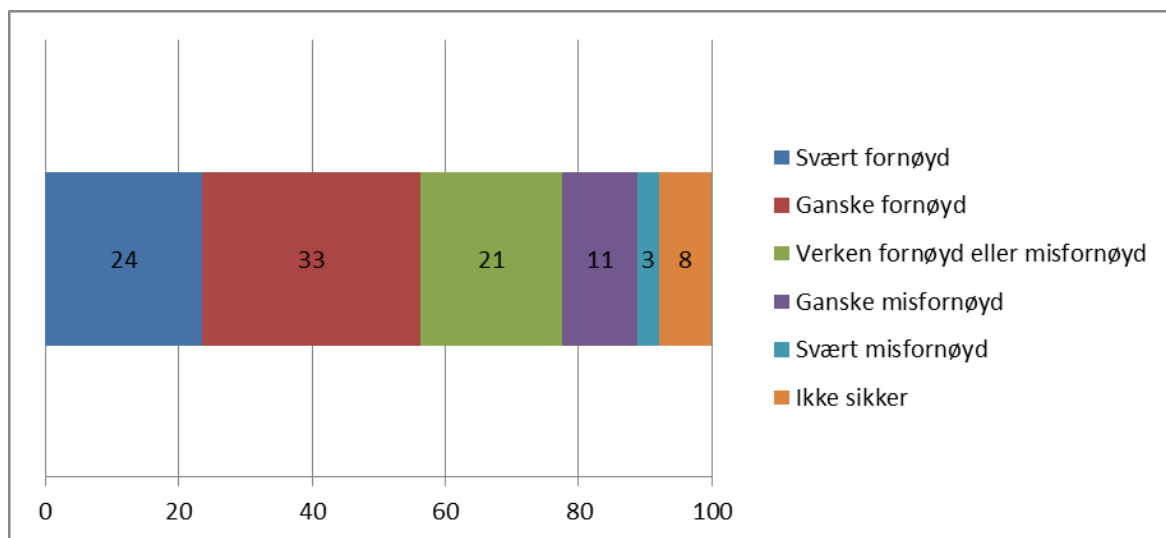
Tabell 5. Prosentandel og faktisk antall respondenter på spørsmål om bedriftshelsetjenesten har en god samlet kompetanse til å bistå meg i de behovene de har som medarbeidere.

	Prosentandel	Faktisk antall
Helt uenig	3	3
Nokså uenig	9	8
Verken uenig eller enig	15	14
Nokså enig	27	25
Helt enig	24	22
Ikke sikker	21	19
		91

Også på spørsmålet om bedriftshelsetjenesten oppfattes å ha en god samlet kompetanse for å bistå ved behov medarbeideren har, er drøyt halvparten av respondentene nokså enige eller helt enige i utsagnet. Andelen «ikke sikker» er omtrent to av ti respondenter, mens 12 prosent er helt uenige eller nokså uenige i utsagnet, og 15 prosent verken uenige eller enige.

Til sist i spørreundersøkelsen spurte vi: «Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med den bistanden du har fått fra bedriftshelsetjenesten?» Figur 8. viser at 56 prosent av respondentene oppgir at de er svært fornøyd eller ganske fornøyd med den bistanden de har fått fra bedriftshelsetjenesten, 21 prosent er verken fornøyd eller misfornøyd, 15 prosent er ganske misfornøyd eller svært misfornøyd, mens 8 prosent svarer «ikke sikker».

Figur 8. Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med den bistanden du har fått fra bedriftshelsetjenesten? Angitt i prosent. N = 89



Tabell 6. Prosentandel og faktisk antall respondenter på spørsmål om alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er de med den bistanden de har fått fra bedriftshelsetjenesten

	Prosentandel	Faktisk antall
Helt uenig	24	21
Nokså uenig	33	29
Verken uenig eller enig	21	19
Nokså enig	11	10
Helt enig	3	3
Ikke sikker	8	7
		89

Tallene fra spørreundersøkelsen til de ansatte tyder på at kjennskapen til bedriftshelsetjenesten og tjenestene er begrenset blant medarbeiderne i kommunen. Omtrent halvparten av respondentene svarer at de viktigste årsakene til at de ikke har vært i kontakt

med bedriftshelsetjenesten er enten at de ikke har hørt om dem eller at de bruker andre. I intervjuene ble det konkludert med at å spre kunnskap om bedriftshelsetjenesten ut i organisasjonen er et ansvar som påhviler både ledere og BHT selv. Det kan derfor synes som om det er en utfordring å sørge for at kunnskap om BHTs tjenester når ut til de ansatte. Spesielt kan det være hensiktsmessig når vi også ser at medarbeidere som har vært i kontakt med BHT opplever å ha fått hjelp i sin situasjon. Kun et fåtall av respondentene har i liten grad oppgitt å ha fått hjelp til det de har vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten for.

Når det gjelder i hvilken grad respondentene opplever at bedriftshelsetjenesten har bidratt til å få sin arbeidssituasjon tilrettelagt, peker tallene i flere retninger. Samtidig som tre av 10 oppgir at BHT har bidratt til tilrettelegging av arbeidssituasjon, oppgir omtrent like mange at BHT i mindre grad har bidratt. Her er det vanskelig å konkludere fordi vi ikke vet om svarene (respondentene som oppgir at BHT i mindre grad har bidratt) skyldes at BHT ikke har gitt slik bistand, eller om de har gitt bistand til tilrettelegging og at respondentene ikke er helt fornøyde.

Det trekkes fram at BHT gir gode råd i saker som handler om tilrettelegging av arbeidsplass, og informantene forteller om ansatte som klarer å stå i jobb fordi de har fulgt råd fra BHT med hensyn til tilrettelegging av arbeidsplass.

«Vi hadde en ansatt med behov for tilrettelegging på grunn av dårlig rygg, og da hadde vi en inne fra bedriftshelsetjenesten som ga gode råd til hva vi kunne gjøre for at hun [medarbeider] kunne være på jobb. Hun [medarbeider] syntes jo det var kjempebra og hun fungerer jo absolutt nå i en viss prosentandel. Så når vi først bruker dem så synes jeg de gir veldig bra service.» (Mellomleder)

Holdningsspørsmålene viser at kun 15 prosent er uenige i påstanden om at bedriftshelsetjenesten har en fri og uavhengig rolle, dvs. at bedriftshelsetjenesten er partsnøytral i arbeidsmiljø saker. Selv om BHT i henhold til lovverket skal være og opptre partsnøytral er det et viktig signal at det overveiende flertallet av medarbeiderne også oppfatter at BHT faktisk opptre partsnøytral i arbeidsmiljø saker. Også intervjumaterialet tyder på at BHT oppleves å ikke være en part, men heller en aktør som ser situasjoner fra begge sider (arbeidstaker og arbeidsgiver), og gir helhetlige råd og anbefalinger. Det er også kun en liten andel av respondentene som oppgir at de er uenige i at bedriftshelsetjenesten har en god samlet kompetanse til å bistå i de behovene de har som medarbeider. Det er altså en overveiende positiv oppfatning av BHT sitt kompetansegrunnlag blant medarbeiderne i denne undersøkelsen.

Det siste spørsmålet, se figur 8., forsøker å fange opp hovedinntrykket respondentene har av bedriftshelsetjenesten sin bistand. Alt i alt, er flertallet fornøyd med den bistanden de har fått fra bedriftshelsetjenesten, og kun en liten andel, 14 prosent, er misfornøyd. Igjen er det et signal om at bistanden BHT oppfattes som positiv.

Sett svarene blant medarbeiderne under ett må vi kunne konkludere med at mange er fornøyd med bistanden de har fått fra bedriftshelsetjenesten, men at for mange av medarbeiderne vet for lite om BHT og hvilken bistand de kan gi. Dette er også i tråd med dybdeintervjuene.

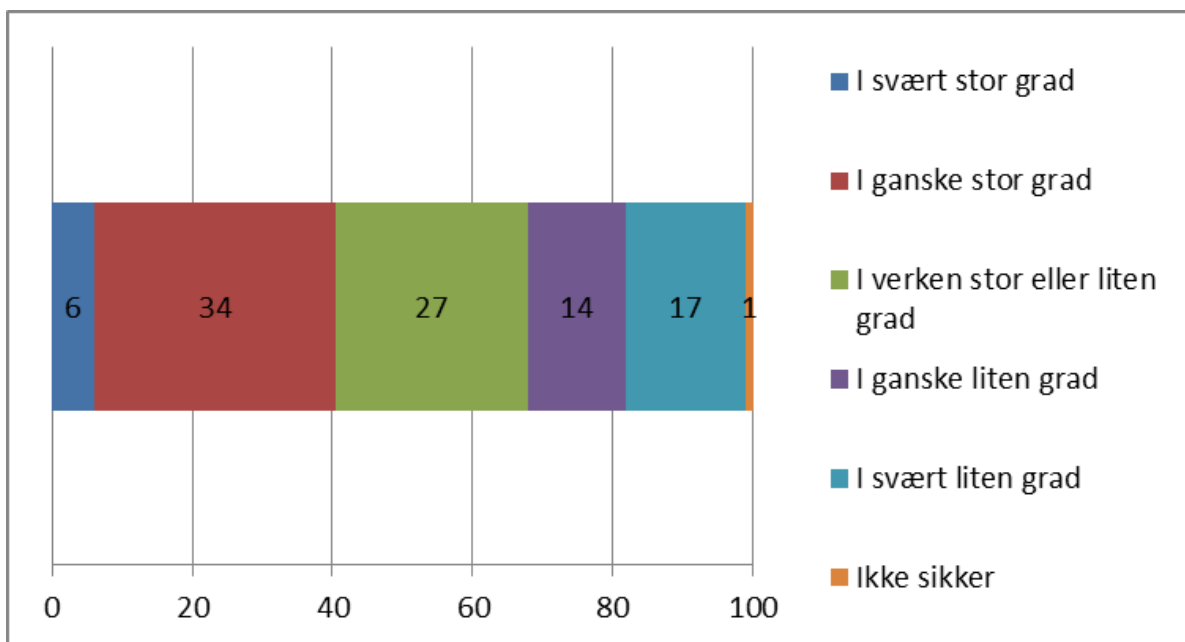
Som vi beskrev i metodekapitlet må det presiseres at det er begrensninger i datamaterialet. Antall respondenter i figurene 4. til 8. over er veldig lav, se tabell under hver figur som angir det faktiske antall respondenter. Det innebærer at feilmarginene i disse figurene blir

vesentlige. Den lave svarprosenten gir svært høy usikkerhet, svært liten nøyaktighet og har begrenset pålitelighet når det gjelder å kunne si noe om populasjonen. Denne delen av undersøkelsen kan dermed kun bidra med indikative funn. I tillegg er det en markert skjevhet blant respondentene i forhold til antall ansatte på virksomhetsområdene.

4.2 Ledernes bruk av bedriftshelsetjenesten

I dette kapitlet presenterer vi resultatene fra spørreundersøkelsen blant lederne i Bærum kommune. Lederne ble også spurt om sin kjennskap til hvilke typer tjenester bedriftshelsetjenesten yter. Figur 9. viser at fire av ti ledere er kjent med tjenestene i svært stor eller ganske stor grad, 27 prosent oppgir i verken stor eller liten grad, mens 31 prosent i ganske liten eller svært liten grad kjenner til typer tjenester bedriftshelsetjenesten yter. Det er for stor andel som ikke er kjent med hvilke tjenester BHT tilbyr. Og i tillegg er dette ledere i kommunen. Det bidrar til å forklare den lave andelen av respondenter blant medarbeiderne som ikke er kjent med BHT sine tjenester.

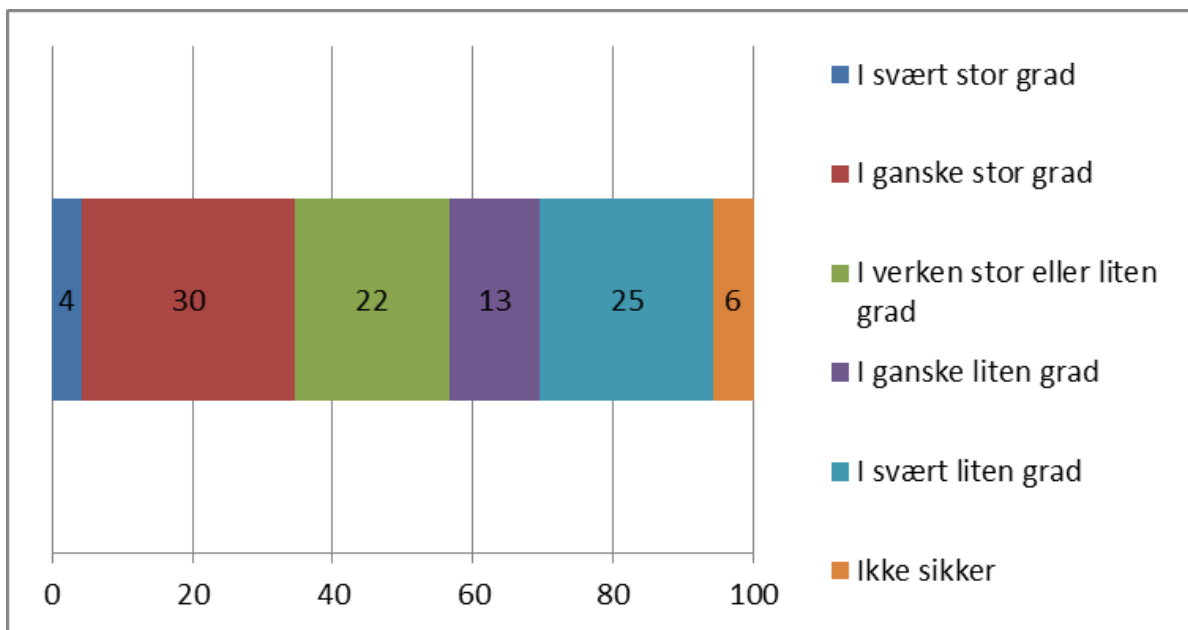
Figur 9. I hvilken grad opplever du at du er kjent med hvilke typer tjenester bedriftshelsetjenesten yter? Angitt i prosent. N = 264



64 prosent av lederne i undersøkelsen har vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten i løpet av de siste 24 måneder i kraft av å være leder. Lederne ble spurt om i hvilken grad de har brukt bedriftshelsetjenesten når de har hatt behov for det. Som vi ser av figur 10., svarer 34 prosent av lederne at de har brukt BHT i svært stor eller ganske stor grad, flere, nær fire av ti ledere, oppgir å ha brukt BHT i ganske liten eller svært liten grad, 22 prosent i verken stor eller liten grad, mens 6 prosent er ikke sikre. Her ser vi altså at 40 prosent svarer at de ikke har benyttet BHT selv om de mener de har hatt behov for bistand. Dette er det viktig å finne ut av årsakene til. Intervjuene med lederne indikerer at det ligger forventninger om å heller forsøke å løse situasjoner i linja, heller enn å benytte bedriftshelsetjenesten. Dette kan være en forklaring på at de ikke bruker BHT. Dersom vi undersøker sammenhengen mellom hvor

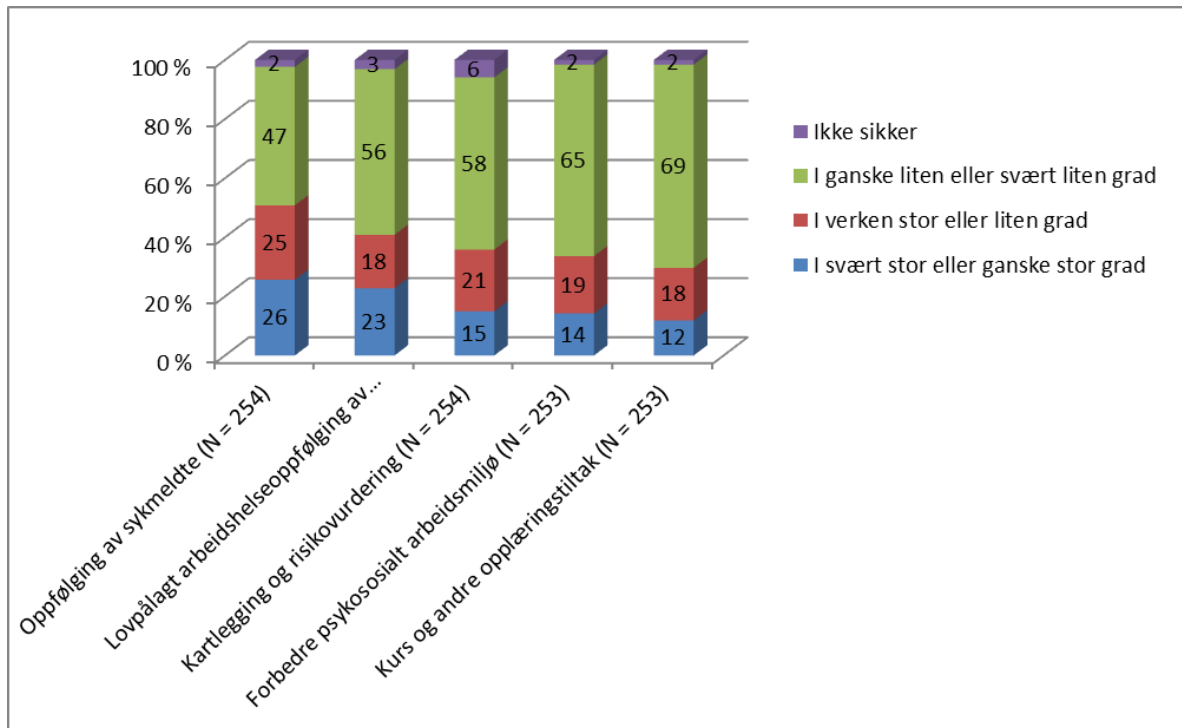
godt kjent lederne er med hvilke typer tjenester bedriftshelsetjenesten yter, og i hvilken grad de har brukt bedriftshelsetjenesten når de har hatt behov for bistand, ser vi at 64 prosent av lederne som svarer at de har god kjennskap til BHT også bruker BHT i stor grad ved behov. 15 prosent av lederne som har god kjennskap til BHT bruker dem likevel lite. På den andre siden ser vi at 72 prosent av lederne som er lite kjent med BHT, også bruker BHT i liten grad. Kjennskap til BHT kan med andre ord være den viktigste forklaringen på hvorfor så mange som 40 prosent av lederne totalt sett svarer at de ikke har benyttet BHT selv om de mener de har hatt behov for bistand.

Figur 10. I hvilken grad har du brukt bedriftshelsetjenesten når du har hatt behov for bistand? Angitt i prosent. N = 263



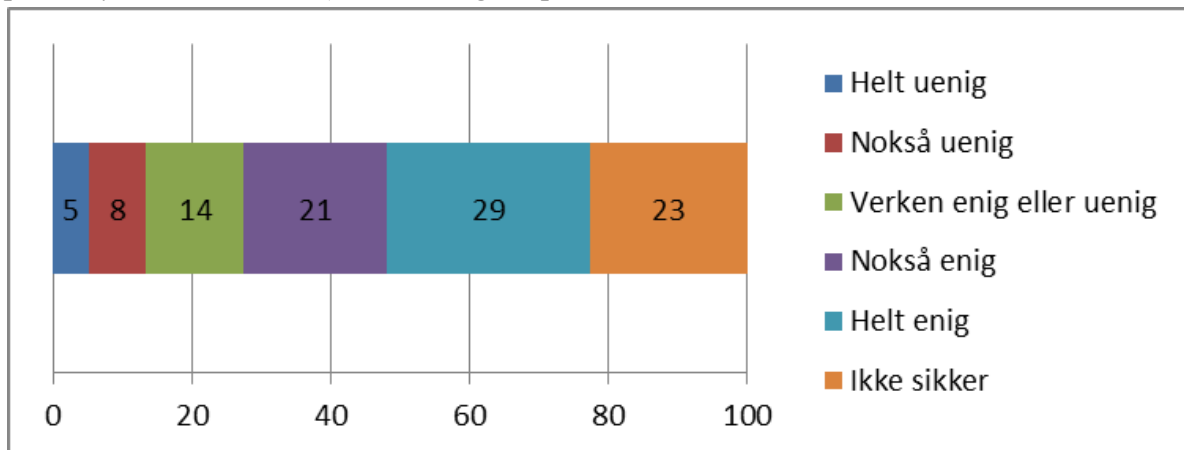
Lederne ble spurt om i hvilken grad de bruker bedriftshelsetjenesten til oppgaver knyttet til spesifikke temaer, som lovpålagt helseoppfølging av ansatte, oppfølging av sykmeldte, kartlegging og risikovurdering, forbedring av det psykososiale arbeidet og kurs og andre opplæringstiltak knyttet til arbeidsmiljø. Figur 11. viser at flertallet kun i ganske liten eller svært liten grad bruker bedriftshelsetjenesten til disse oppgavene. Unntaket er oppfølging av sykmeldte hvor flertallet av respondentene svarer at de bruker bedriftshelsetjenesten i svært stor eller ganske stor grad, eller i verken stor eller liten grad.

Figur 11. I hvilken grad bruker du bedriftshelsetjenesten til ... Angitt i prosent. (N = se figur)



Respondentene ble bedt om å angi på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) hvor enige de var i en rekke holdningspåstander. Med holdningsspørsmålene ønsket vi å finne ut hvordan lederne vurderer bedriftshelsetjenesten, som igjen kan gi et inntrykk av hvilken motivasjon lederne har for å bruke eller ikke bruke bedriftshelsetjenesten. Den første påstanden respondentene skulle ta stilling til, var «Bedriftshelsetjenesten har en fri og uavhengig rolle, det vil si at bedriftshelsetjenesten er partsnøytral i arbeidsmiljø saker». Halvparten av lederne svarer at de er nokså enige eller helt enige i påstanden. 23 prosent er ikke sikre, mens 13 prosent er helt uenige eller nokså uenige. 14 prosent er verken enige eller uenige. Som medarbeiderne, svarer altså over halvparten av lederne at bedriftshelsetjenesten er partsnøytral i arbeidsmiljø saker. Det viser at BHT i stor grad anses å ivareta sin lovpålagte rolle som partsnøytral i arbeidsmiljø saker, noe som også er viktig for å opprettholde legitimitet som rådgivende instans. Dersom vi ser på disse tallene i lys av om ledere faktisk har vært i kontakt med BHT siste 24 måneder, ser vi at dobbelt så mange av lederne som har vært i kontakt med BHT svarer at de er enige i påstanden, i forhold til ledere som ikke har vært i kontakt med BHT. Det er også lederne som ikke har vært i kontakt med BHT som i størst grad svarer at de ikke er sikre.

Figur 12. Bedriftshelsetjenesten har en fri og uavhengig rolle, dvs. at bedriftshelsetjenesten er partsnøytrale i arbeidsmiljøsaker. Angitt i prosent. N = 247



Figur 13. viser at nærmere halvparten av lederne opplever at bedriftshelsetjenesten gir relevante faglige råd om arbeidsmiljøet. 15 prosent er helt uenige eller nokså uenige, mens nær to av ti ledere verken er enige eller uenige. Samme andel svarer at de ikke er sikre. Igjen viser tallene at mange har positive oppfatninger om BHT. Ikke mange er negative. Samtidig kan det være verdt å merke seg at fire av ti verken er enig eller uenig, eller ikke sikker. Det utgjør mange ledere og det kan derfor være et hensiktsmessig grep å finne ut mer om hva som skal til for at disse skal helle mot en mer positiv svarkategori. Her får vi heller ikke mye hjelp fra de kvalitative intervjuene til å forstå hva som ligger i at ledere enten ikke er sikker eller at de verken er enig eller uenig. Det skal også understrekes at den siste svarkategorien (verken er enig eller uenig) ikke innebærer misnøye, men at respondentene er nøytrale til spørsmålet.

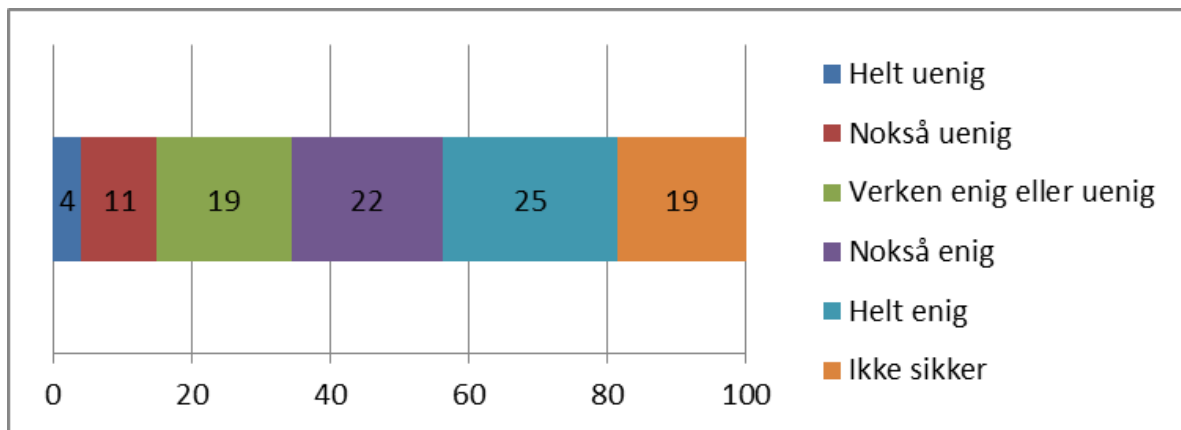
Også her ser vi at det i hovedsak er lederne som har vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten i løpet av de siste 24 måneder som er mest enige i påstanden om at bedriftshelsetjenesten gir relevante faglige råd om arbeidsmiljøet. Fem ganger flere ledere som ikke har vært i kontakt med BHT de siste 24 månedene svarer at de ikke er sikre. Ledere bruker bedriftshelsetjenesten som rådgivere og veiledere når de ønsker å løse egne saker. Flere informanter forteller at de tar kontakt for å få råd, uten at hensikten alltid er å ta BHT fullt og helt inn i saker.

«Jeg har lav terskel på å ringe dem [bedriftshelsetjenesten] og bare høre dem ut noen ganger også.» (Mellomleder)

Flere ledere vektlegger at de selv holder regien og bestiller BHT inn etter behov.

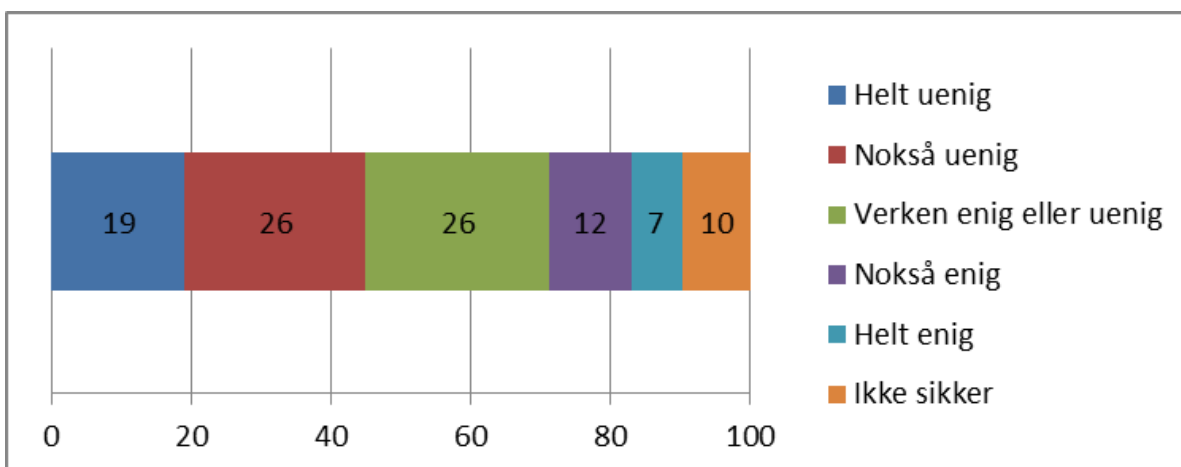
«De kom inn der som vi følte at det passet inn.» (Mellomleder)

Figur 13. Bedriftshelsetjenesten gir relevante faglige råd om arbeidsmiljøet. Angitt i prosent. N = 247



Så ble lederne bedt om å ta stilling til om bedriftshelsetjenesten informerer om og synliggjør godt sine tjenester i kommunen. Vi ser av figur 14, at andelen av respondentene som er helt uenige eller nokså uenige, er 45 prosent, en fjerdedel av lederne er verken enige eller uenige, mens kun to av ti ledere er nokså enige eller helt enige. 10 prosent er ikke sikre. Her ser vi altså at alt for få ledere oppfatter at bedriftshelsetjenesten informerer om og synliggjør sine tjenester godt. Dette er i tråd med det vi fant i det kvalitative materialet. Lederne ønsker at BHT skal være mer ute på enhetene/avdelingene og gjøre seg kjent med situasjonen der. Det ønsker for så vidt BHT sine egne ansatte også. Samtidig er dette et ressurs spørsmål, fordi det er krevende å skulle være så mye til stede ute, gitt de økonomiske rammene BHT har i dag. Dermed må slik informering og synliggjøring i større grad heller gjøres i andre sammenhenger. Noen av lederne var godt fornøyd med tettere samarbeid omkring handlingsplaner og bruk av rådgiverne i BHT på samlinger med enhetene.

Figur 14. Bedriftshelsetjenesten informerer om og synliggjør godt sine tjenester i kommunen. Angitt i prosent. N = 247

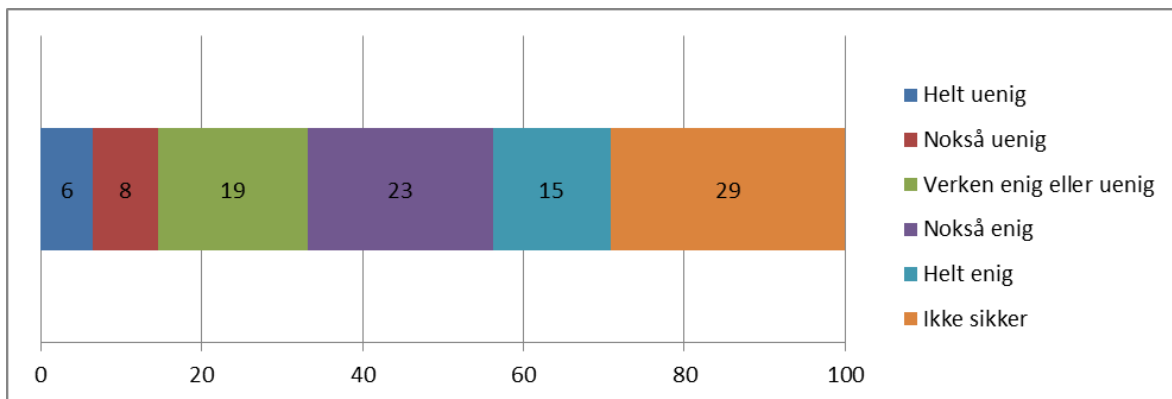


Vi sammenholdt også her mot lederes bruk av bedriftshelsetjenesten de siste 24 måneder, og finner at også når det gjelder oppfatning om BHTs informering og synliggjøring av sine

tjenester i kommunen, er det sammenheng mellom enighet i påstanden og bruk av tjenesten. Lederne som har brukt BHT er, ikke overraskende, mer positive til påstanden enn lederne som ikke har brukt BHT.

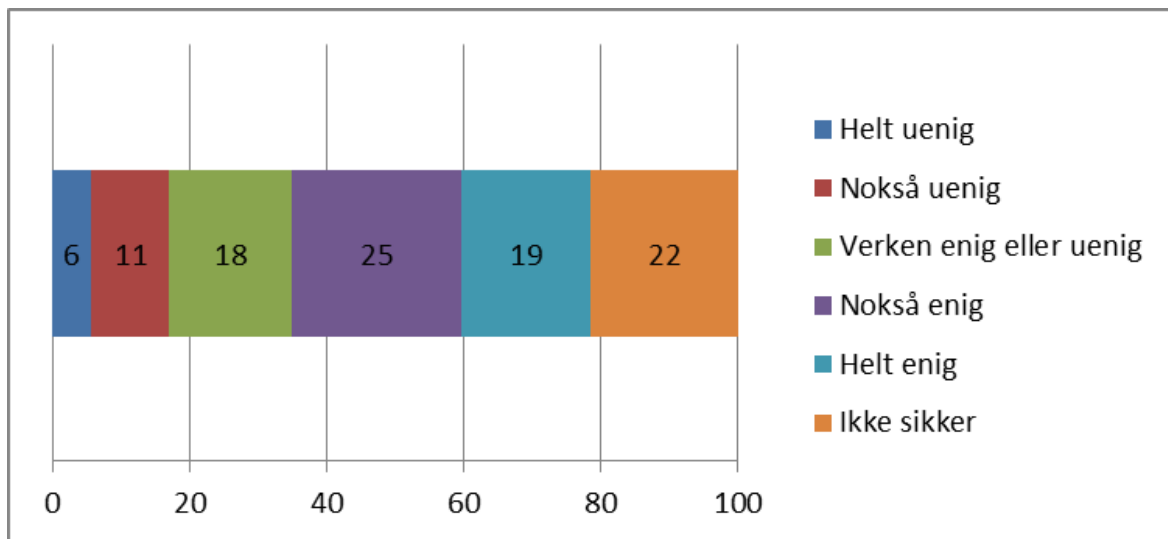
Bildet blir mer positivt når vi ser på neste påstand (figur 15.) om kompetansen til bedriftshelsetjenesten til å bistå i behov som leder. Her oppgir nærmere fire av ti at de er nokså enige eller helt enige i påstanden, mens kun 15 prosent er helt uenige eller nokså uenige. Nærmere tre av ti respondenter er ikke sikre. Også lederne er med andre ord rimelig godt fornøyd med den samlede kompetansen til BHT, selv om det er verdt å merke seg at tre av 10 er usikre. Lederne som har brukt BHT mener i større grad at BHT har god kompetanse enn de som ikke har brukt dem. I kategorien ikke sikker er det overveiende flertall av ikke-brukere.

Figur 15. Bedriftshelsetjenesten har en god samlet kompetanse til å bistå meg i de behovene jeg har som leder. Angitt i prosent. N = 247



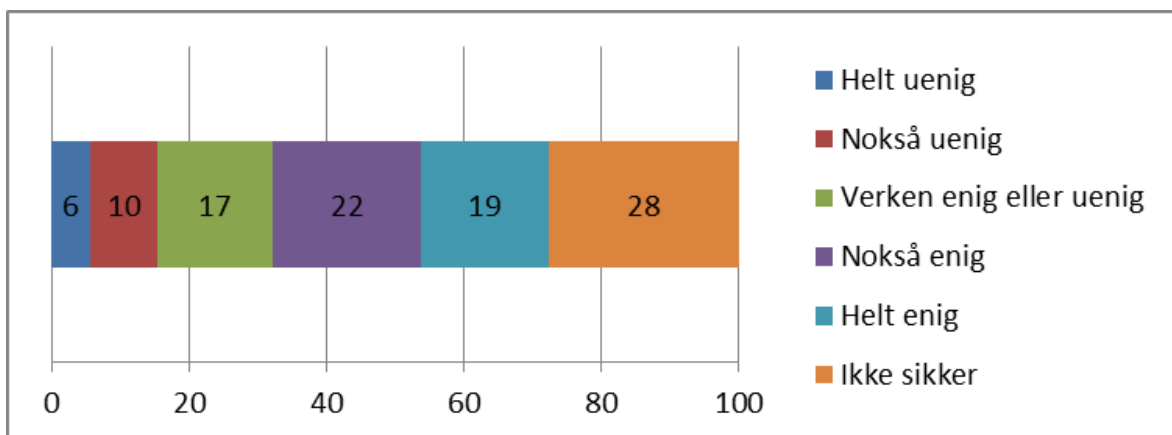
Lederne ble spurt om å ta stilling til påstanden om at bedriftshelsetjenesten er tilgjengelig når de som ledere har behov for råd og veiledning. Som figur 16. viser, er 44 prosent nokså enige eller helt enige i påstanden, 17 prosent er helt uenige eller nokså uenige, omtrent to av ti er verken enige eller uenige, det samme gjelder for kategorien «ikke sikker». At flere ledere er enige enn uenige er i samsvar med funn fra intervjuene. Siden tilgjengelighet også var et tema i intervjuene var det interessant å gjøre en analyse på hvorvidt det er forskjeller i oppfatning om tilgjengelighet mellom tjenesteledere og avdelingsledere. Våre analyser viser at det ikke er vesentlige forskjeller, altså er det rimelig lik fordeling langs enighetsskalaen mellom de to ledernivåene.

Figur 16. Bedriftshelsetjenesten er tilgjengelig når jeg som leder har behov for råd og veiledning. Angitt i prosent. N = 246



I figur 17. ser vi at 40 prosent av lederne svarte at de er nokså enig eller helt enig i påstanden om at responstiden fra leder tar kontakt til svar på henvendelse fra bedriftshelsetjenesten er tilfredsstillende. 15 prosent er helt uenige eller nokså uenige i påstanden, 17 prosent er verken enig eller uenig, mens nærmere 3 av 10 svarer ikke sikker. Også her så vi nærmere på om det var forskjellige oppfatninger mellom tjenesteledere og avdelingsledere. Når det gjelder responstid kan det synes som om tjenesteledere i noe grad er mer enige i påstanden om tilfredsstillende responstid enn avdelingsledere, i tillegg svarer avdelingsledere i større grad enn tjenesteledere at de er ikke sikker.

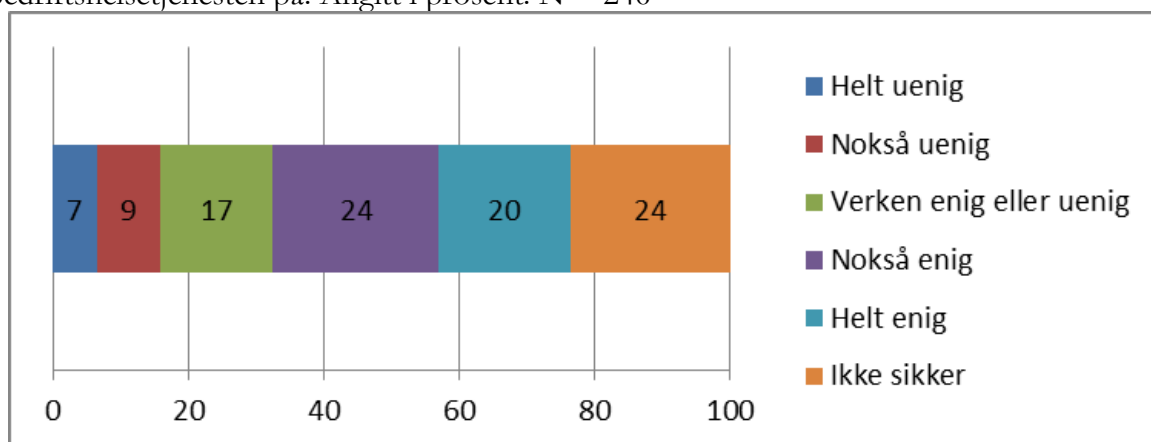
Figur 17. Responstiden fra jeg som leder tar kontakt med Bedriftshelsetjenesten til jeg får svar på min henvendelse er tilfredsstillende. Angitt i prosent. N = 246



Lederne ble så bedt om å ta stilling til en påstand om tilfredshet som gjaldt måter man kan bestille bistand fra bedriftshelsetjenesten på. Figur 18. viser at 44 prosent er nokså enige eller helt enige i påstanden, 16 prosent er helt uenige eller nokså uenige, 17 prosent er verken enige eller uenige, mens ikke sikker-kategorien teller 24 prosent. Dette viser at lederne i stor grad gir sin oppslutning til at bestillinger er blitt mer formalisert enn de var tidligere. I dag kan

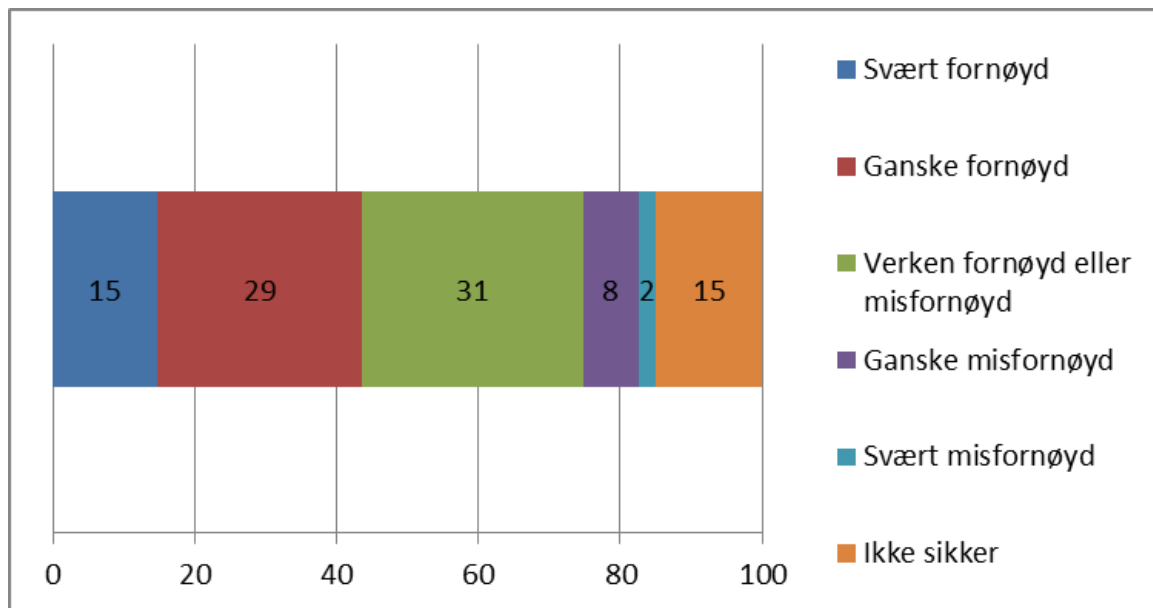
lederne foreta en første henvendelse på telefon for å få råd. Dersom henvendelsen ender i bestilling om bistand må dette gjøres skriftlig per e-post. Svarene i figur 18. kan forstås som at denne framgangsmåten for å bestille bistand stort sett oppfattes som tilfredsstillende. Videre analyser viser at både avdelingsledere og tjenesteledere er overveiende positive til påstanden, det er ingen markante forskjeller mellom de to stillingskategoriene. Noe andel flere avdelingsledere enn tjenesteledere svarer at de er ikke sikker. Både på spørsmålet om responstid og måter å bestille bistand på er altså avdelingsledere noe mer usikre enn tjenesteledere. Det kan bety at det i større grad er tjenesteledere som tar kontakt og har kontakt med BHT, slik at de i større grad enn avdelingslederne har fått en relasjon til kontaktene blant rådgiverne i BHT og kjenner rutiner med hensyn til bestillingsrutiner og responstid.

Figur 18. Jeg er fornøyd med måtene jeg som leder kan bestille bistand fra bedriftshelsetjenesten på. Angitt i prosent. N = 246



Til sist ble respondentene bedt om å angi grad av tilfredshet på en skala fra 1 (svært fornøyd) til 5 (svært misfornøyd) på følgende: «Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de tjenestene som bedriftshelsetjenesten tilbyr?» Vi ser av figur 19. at 43 prosent av lederne er svært fornøyde eller ganske fornøyde med tjenestene som bedriftshelsetjenesten tilbyr. Én av ti er ganske misfornøyd eller svært misfornøyd, mens tre av ti er verken fornøyd eller misfornøyd, og 15 prosent er ikke sikre. Også her ser vi, som vi gjorde for medarbeiderne, at lederne i svært liten grad er misfornøyd. En stor andel av respondentene er nøytrale, men nærmere halvparten er altså fornøyd, alt i alt. (Tjenesteledere oppgir i noe grad at de er mer fornøyd enn avdelingsledere, selv om begge stillingskategoriene er overveiende fornøyd med tjenestene bedriftshelsetjenesten tilbyr.) Dersom vi ser på ledere som har brukt BHT de siste 24 månedene i forhold til de som ikke har det, ser vi tydelige forskjeller. Mens seks av 10 ledere som har brukt BHT er svært eller ganske fornøyd, alt i alt, svarer kun én av 10 ledere som ikke har brukt BHT det samme. Fire av 10 ledere som ikke har brukt BHT svarer i tillegg ikke sikker.

Figur 19. Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de tjenestene som bedriftshelsetjenesten tilbyr? Angitt i prosent. N = 246



Oppsummert vil vi fremheve at et overveiende flertall av lederne er fornøyd med bedriftshelsetjenesten, men vi ser forskjeller både med hensyn på bruk av tjenestene og på ulike stillinger. Tjenestelederne er gjennomgående noe mer fornøyd enn enhetslederne, noe som kan skyldes at de er i mer kontakt med BHT. Dette viser også intervjudataene, og det har kommet fram forslag om at BHT bør komme i mer direkte inngrep med avdelingslederne.

Vi ser også at det er markante forskjeller mellom lederne som bruker bedriftshelsetjenesten og de som ikke gjør det. Mange av lederne som ikke bruker BHT svarer «ikke sikker» på spørsmålene. Gjennomgående er lederne som bruker BHT vesentlig mer fornøyd enn de som ikke bruker dem. Det støtter funn fra intervjuene om at når BHT først blir brukt, så brukes de igjen, altså at relasjonsbygging mellom lederne og bedriftshelsetjenesten styrker bruken og inntrykket av tjenesten.

Nedenfor følger en punktvis oppsummering av kapitlet

- Begrenset kjennskap blant medarbeidere om hva BHT tilbyr av tjenester
- Medarbeidere som ikke bruker BHT har ikke hatt behov, eller har ikke hørt om BHT
- Få medarbeidere tar kontakt vedrørende vold og trusler og mobbing og trakassering
- Over halvparten av medarbeiderne får hjelp når de tar kontakt, kun svært få får ikke hjelp
- Tre av ti opplever at BHT i liten grad bidrar til tilrettelegging av arbeidssituasjon
- Et drøyt flertall av medarbeiderne oppfatter BHT som partsnøytral i arbeidsmiljø saker
- Over halvparten opplever at BHT har en god samlet kompetanse til å bistå ved behov
- Flesteparten av medarbeiderne er alt i alt godt fornøyd med bistanden de får fra BHT
- For stor andel av lederne i kommunen er ikke kjent med tjenestene BHT tilbyr
- For mange av lederne bruker ikke BHT selv om de har behov for det
- De fleste lederne som bruker BHT i gjør det i oppfølging av sykemeldte

- BHT anses i stor grad å ivareta sin lovpålagte rolle som partsnøytral i arbeidsmiljøsaker
- Oppfatning blant ledere om partsnøytral BHT øker når de faktisk bruker BHT
- Ledere som har brukt BHT mener de får relevante faglige råd om arbeidsmiljøet
- Alt for få ledere mener at BHT informerer om og synliggjør sine tjenester godt
- Lederne er rimelig godt fornøyde med den samlede kompetansen til BHT
- Både enhets - og tjenesteledere oppfatter BHT som tilgjengelige
- Fire av ti ledere er fornøyd med responstiden fra de tar kontakt til BHT svarer
- Leder gir i stor grad sin oppslutning til formaliserte bestillingsprosedyrer
- Kun én av 10 ledere er misfornøyde med BHT sine tjenester, alt i alt, og mange er nøytrale
- Markante forskjeller i oppfatning av BHT mellom ledere som bruker/ikke bruker dem

5 Bedriftshelsetjeneste i tre andre kommuner

Evalueringen la opp til en tilleggsundersøkelse som gikk ut på å finne ut hvordan andre kommuner som det på grunnlag av kommunestørrelse er naturlig å sammenlikne med, har organisert sin bedriftshelsetjeneste. Undersøkelsen var basert på i alt seks strukturerte telefonintervjuer med strategisk leder og leder av bedriftshelsetjenesten i tre kommuner.

5.1 Organisering av bedriftshelsetjenesten

To av kommunene har i dag en intern ordning med bedriftshelsetjeneste, mens den tredje kjøper tjenesten fra en ekstern tjenesteleverandør.

Intern bedriftshelsetjeneste

I to av kommunene (kommune A og kommune B) har de valgt en ordning med en intern bedriftshelsetjeneste, men som er organisert noe ulikt. I kommune A har de hatt den samme ordningen de siste 20 årene, og her utgjør HMS og BHT én enhet. De ansatte i denne enheten veksler på rollene. I kommune A beskrives det som positivt at BHT har kort leveringstid og manglende «taksameter». Et viktig prinsipp i kommune A er at bedriftshelsetjenesten skal oppleves som et lavterskeltilbud. Bedriftshelsetjenesten brukes til å rette oppmerksomheten mot viktige faktorer for psykososialt arbeidsmiljø når de deltar i personalmøter. De kan også bistå som meklere i konflikter.

Det er interessant at kommune A så tydelig uttaler en målsetning med sin BHT-tjeneste om å være et lavterskeltilbud. I våre intervjuer har det gjennomgående vært pekt på at man savner nettopp en slik føring for hva kommunen ønsker med sin BHT. Det er riktignok uvisst hvordan prinsippet om et lavterskeltilbud kommuniseres ut til og forstås av organisasjonen i kommune A, men dette er uansett et godt eksempel på et sterkt signal fra ledelsen.

I kommune B er det HMS-avdelingen som ivaretar HMS-oppgaver og bedriftshelsetjenester. En HMS-sjef leder hele enheten. Her deles det mellom BHT-oppgaver og HMS-oppgaver, men det gjennomføres felles avdelingsmøter. Samtidig har BHT egne møter. Kommune B innfører nå en stegvis omorganiseringsmodell der BHT skal bli en egen fagenhet, som blir delt i 1) HR støtte og 2) HR utvikling. BHT vil ligge i HR støtte. Omleggingen skal bidra til å tydeliggjøre roller og ansvar i organiseringen. HR utvikling får en premissgiverrolle, mens HR støtte får en rolle som utfører og rådgiver. Informantene i kommune B gir uttrykk for et behov for å rydde i roller og ansvar, blant annet fordi brukerne har gitt tilbakemelding på at de synes det er uklart hvilken rolle bedriftshelsetjenesten har.

Tilpasningen de er i ferd med å gjøre i kommune B kan likne på det som er blitt gjort i Bærum med å skille ut BHT-enheten for å tydeliggjøre roller og for å profesjonalisere en form for bestiller- og utførerrolle. Utfordringen som beskrives over, med brukere som synes det var vanskelig å vite hvilken rolle BHT har, er den samme som informantene har opplyst om i Bærum.

Ekstern organisering

Kommune C kjøper bedriftshelsetjeneste fra en ekstern leverandør, på basis av en fireårig rammeavtale. I denne kommunen styres alt samarbeid med bedriftshelsetjenesten gjennom en kravspesifikasjon som omfatter lovpålagte tjenester, og føringer i arbeidsmiljøloven og forskrifter. Deretter kan bedriftshelsetjenesten gi innspill til hvordan de kan bistå innenfor rammene som settes i anbudet. Utover denne rammen er kontakten med bedriftshelsetjenesten behovsprøvd og foregår på individuell basis. Denne delen tilleggsfaktureres. Alle virksomheter tilknyttet kommune C kommune kan ta selvstendig kontakt med bedriftshelsetjenesten.

I kommune C har de en egen HR avdeling med totalt 12 ansatte som bistår virksomhetene i kommunen. I avdelingen er det et eget HMS-team med fire ansatte. Disse jobber overordnet og i tett kontakt med bedriftshelsetjenesten. Mens HMS-teamet organiserer og legger til rette for tiltak er det BHT, som fagekspert og spesialister, som er utfører av tiltakene. De lovpålagte oppgavene ligger hos BHT. BHT er rådgivere for HMS-teamet og de kan ta kontakt for å diskutere og drøfte saker.

Rollen til bedriftshelsetjenesten i kommune C styres av hva som ligger i avtalen mellom kommunen og bedriftshelsetjenesteleverandøren. Handlingsplaner lages for hvert kommunalsjefområde for ett til tre år. Den eksterne leverandøren har en portefølje på cirka 300 bedrifter, deriblant en rekke kommuner. De har en hovedkundeansvarlig per bedrift/kommune, og en kundeansvarlig på et nivå under, for eksempel en skole. Utover denne kontaktpersonen har leverandøren ulike fagpersoner, og det er kundeansvarlig som kopler på riktig kompetanse. Bestillerrollen er tydelig i kommune C, og det er en tydelig rollefordeling med hensyn til at kommunens ansatte gjennomfører prosjekter og tiltak, mens bedriftshelsetjenesten blir rådgivere i dette arbeidet.

Også i Bærum har kommunens bestillerrolle og BHTs utførerrolle blitt forsøkt profesjonalisert de siste par årene. En større del av tjenestene skal kanaliseres gjennom handlingsplaner med tjenesteområdene. Å framdyrke en slik profesjonalisering har likhetstrekk med ordningen i kommune C, med en ekstern leverandør. Fordelen med å profesjonalisere rollene kan være at innsatsen som gjøres blir mer systematisert og gir en bedre mulighet til å fordele ressurser. Ulempen kan være, slik enkelte av informantene i Bærum tar til orde for, at enkelte opplever en distansering fra BHT gjennom bestillingsordninger og – rutiner.

5.2 Ressursbruk

Fordi tjenestene til bedriftshelsetjenesten i kommune A og B er organisert til dels overlappende med HMS-oppgavene, er det knyttet noe usikkerhet til antall årsverk i bedriftshelsetjenesten. I kommune B er anslagsvis 6,5 årsverk av 10,8 årsverk i HMS-avdelingen knyttet til bedriftshelsetjenester. Kommunen har 9500 ansatte. Bedriftshelsetjenesten i kommune A har 5,1 årsverk, derav en sekretær i halv stilling. I kommune C, hvor de har en ekstern leverandør av bedriftshelsetjenester, kan man regne ut at summen de bruker til slike tjenester, tilsvarer 2,5 til tre årsverk. I tillegg har de en intern HMS-enhet med fire ansatte. I HR-avdelingen, som også innbefatter HMS, er det tolv ansatte.

Handlingsplanene i kommune C legger beslag på omtrent 60-70 prosent av de totale utgiftene til BHT. Resten er ad-hoc bestillinger som gjøres av virksomhetene. Alle de 12 ansatte i HR bistår virksomheter, og avdelingen innbefatter også et arbeidsrettsteam som

arbeider med arbeidsmiljø saker. Informanten resonnerer at kommunen aldri ville kunne dekke den totale BHT-kompetansen med tre årsverk og få samme tjeneste som de i dag får av den eksterne leverandøren. Ordningen anses som en rimelig anretning for kommunen.

Bærum kommune på sin side har 8,85 faglige årsverk tilknyttet bedriftshelsetjenesten. I tillegg har de ett årsverk merkantile tjenester. I kommunen er det rundt 7300 årsverk i 2014. Det er vanskelig å sammenlikne ressursbruken mellom de fire kommunene, fordi flere av kommunene har overlappende organisering mellom HMS og BHT. Likevel kan det se ut som Bærum ligger på et rimelig høyt nivå med hensyn til ressurser til BHT. Ressursbruk må dessuten ses i forhold til resultater, for eksempel for endringer i sykefravær, for at det skal kunne være mulig å trekke bastante konklusjoner om hva som er riktig nivå. Datagrunnlaget i denne evalueringen rettfærdiggjør ikke en slik konklusjon.

Kommune C har en rammeavtale med en leverandør og utover bestillinger innenfor denne avtalen kan virksomhetene i kommunen bestille oppdrag direkte fra bedriftshelsetjenesten. Eventuelt kan de bestille oppdrag fra andre tilbydere enn den kommunen har rammeavtale med. Kommunen har en sentral pott for bestillinger av BHT-oppdrag, og informanten vurderer det som en svakhet at ikke virksomhetene har et eget budsjett. Alle virksomhetene kan i utgangspunktet be om midler til BHT-tjenester, og får det gjerne også. Ordningen skaper i følge informanten urettferdighet fordi den fører til en skjevfordeling av midler til slike tjenester og det blir tilfeldig hvordan den totale potten fordeles. De som kjenner BHT bestiller igjen, mens andre virksomheter ikke vet at de kan bruke BHT. Det er stor forskjell i kunnskap om BHT, samtidig som virksomhetsledere beskrives å være i press i daglig drift, og heller vet ikke hva HR kan hjelpe med. Dessuten kan det være vanskelig for lederne i de lokale virksomhetene å definere behov som de kunne få bistand fra BHT for å løse. Informanten tenker seg en løsning som kan innebære en mer lik fordeling gjennom å systematisere rullerende planer for virksomhetene.

En informant i kommune A oppgir at de har arbeidet mer enn ønsket med planer på virksomhetsnivå, noe som har krevd mye ressurser. Arbeidet med handlingsplaner er også sentralt i Bærum kommune. Arbeidet med å utvikle og systematisere gode handlingsplaner for tjenesteområdene har vært viktig, og det har vært et økende samarbeid med bedriftshelsetjenesten både omkring selve utarbeidelsen av planene og oppfølgingen av dem. Også informanter i Bærum forteller at dette arbeidet er ressurskrevende. Samtidig gir bedre systematikk omkring utarbeidelse av planer både bedre og mer langsiktige planer.

I kommune C viser intervjuobjektene til utfordringen med å gjøre bedriftshelsetjenesten kjent ute i organisasjonen. Det fører i følge informanten til ulik bruk av BHT. Dette er også en kjent situasjon blant ledere og ansatte i Bærum. Til og med på kommunalsjefnivå er det store variasjoner i bruken av BHT. Mens noen bruker dem mye og systematisk i sitt HMS-arbeid, har andre et mer distansert forhold til BHT. Dette kan selvsagt skyldes ulike behov i organisasjonen. Samtidig kan det være et uttrykk for manglende sentrale signaler på hva kommunen ønsker med sin BHT. Utfordringen med å gjøre BHT kjent i organisasjonen er uansett kjent i også andre kommuner og et interessant dilemma er hvorvidt større kjennskap og kanskje dermed lavere terskel til å ta kontakt med BHT, kan skape en etterspørsel som budsjettmessig ikke er ønsket. Vi skal ikke her driste oss til å spekulere i om slike hensyn eksisterer, men det er åpenbart et element som kan påvirke ønsket nivå på slike tjenester. Uavhengig av om det er intern eller ekstern ordning vil slike tjenester være gjenstand for en viss form for tilbud og etterspørsel, og som informanter har vært innom både i Bærum og i de andre kommunene, så er det et spørsmål om når nivået (og ressursbruken) er bra nok. Hva

er nødvendig nivå, og når overskrides det nødvendige nivået? Og hva er gode parametere til å bestemme et slikt nivå?

Rolle

BHT i kommune C er en ekstern tilbyder av tjenester som beskrives å være en passiv utfører og bidragsyter på bestilling. Den eksterne tilbyderen får ingen naturlig plass i organisasjonen som de kunne fått om de var en del av organisasjonen. Informanten beskriver at som ekstern privat tilbyder av tjenester må BHT selge inn sine tjenester og stiller seg selv av og til spørsmål om tiltak er nødvendig eller om det kan være et konstruert behov.

Selv om BHT har en passiv utførerrolle mer enn en intern pådriverrolle, betegnes samarbeidet mellom BHT og HMS-teamet som godt fordi HMS-teamet er mye ute i virksomhetene og fanger opp behov og bestiller så BHT til å bistå. Dermed blir BHT likevel en tett samarbeidspartner inn også i det forebyggende arbeidet.

Flere og flere saker dreier bort fra muskel- og skjelettplager over mot psykososiale forhold. Kompetansen til HMS-teamet i kommune C er ifølge informanten blitt bedre på dette området som følge av tett samarbeid med BHT. Det har også gjort at teamet nå tar flere av disse henvendelsene selv. Informanten er tydelig på at de bruker BHT til det de ikke greier selv og at BHT blir et supplement. Kommunens HMS-team beskrives å jobbe en del overlappende med BHT, likevel presiserer informanten at kommunen ikke ville greie å erstatte BHT og at det heller ikke er et ønske å utføre flere av oppgavene selv. De er tydelige på hva de selv gjør og hva de behøver av bistand fra BHT.

BHT klarer i følge informanten å ivareta rollen som fri og uavhengig på en god måte. Mens HMS-teamet alltid oppleves som lederstøtte er erfaringen at BHT oppleves som nøytral. Dette forklarer informanten med at BHT er en ekstern aktør uten tette relasjoner i organisasjonen.

I kommunene med interne ordninger beskriver informantene at BHT har en mer delaktig rolle i som pådriver i HMS-arbeidet. I Bærum ser vi at selv om ordningen er lagt om til å bli mer lik en ekstern ordning mer bestiller- og utførerrolle, har BHT en rolle også som pådriver i HMS-arbeidet. En stor del av denne pådriverrollen utøves gjennom samarbeid om handlingsplanene.

Når det gjelder rollen som fri og uavhengig aktør er det interessant at kommunen med ekstern ordning (kommune C) argumenterer for at nettopp denne løsningen gjør at BHT kan være nøytrale. Dette fordi de står utenfor organisasjonen og ikke har tette bånd til hverken ledere eller medarbeidere i organisasjonen. Et motargument kan selvsagt være at selv om eksterne leverandører ikke er en del av organisasjonen vil de likevel være bundet til oppdragsgiver fordi de ønsker å forlenge rammeavtalen. Argumentet fra informanten kommune C er i strid med det enkelte informanter forteller i Bærum. Der hevder enkelte at en ekstern løsning vil føre til at rollen som nøytral aktør vil være vanskelig og at BHT da lett vil bli leders forlengede arm. Heller ikke i kommunene med intern bedriftshelseordning oppleves det som noe problem med rollen som fri og uavhengig aktør.

Et element som trekkes fram i kommune C er kompetansespekteret som den eksterne leverandøren er i stand til å levere. Ulempen vil kanskje være at de ikke bygger opp kompetanse internt i organisasjonen. Samtidig har BHT mye ressurser som gjør at riktig kompetanse kan sette inn tidlig ved behov. I Bærum besitter bedriftshelsetjenesten hovedsakelig lovpålagt kompetanse selv. Dersom det er behov for annen type kompetanse bestilles dette fra eksterne leverandører. Det har ikke kommet fram i noen av intervjuene at

det oppleves å være mangler ved det totale tilbudet når det gjelder kompetanse. Tvert i mot roses BHT for å inneha bred og god kompetanse, og at denne benyttes tverrfaglig som fører til at saker blir belyst godt og helhetlig.

Det er vanskelig å konkludere hva som er best av interne og eksterne ordninger for bedriftshelsetjeneste. Studien er basert på intervju med seks informanter og gir ikke fullstendig grunnlag for å trekke slike slutninger. Det kommer likevel fram interessante funn. Uavhengig av ordning, intern eller ekstern, oppleves samme utfordringer med å spre kunnskap om BHT sine tjenester og oppnå en rettferdig og lik bruk av tjenesten. Vi ser en mer systematisk bruk av handlingsplaner og forsøk på tydeliggjøring av organisering av HMS og BHT aktiviteter.

Nedenfor følger en punktvis oppsummering av kapitlet

- Sammenliknet med de tre kommunene kan det synes som om Bærum kommune ligger i et øvre sjikt når det gjelder ressurser til bedriftshelsetjenesten. Samtidig er det vanskelig å konkludere fordi kommunene har ulike modeller og ressurser for sine samlede funksjoner innen BHT, HMS og HR. Det kan innebære en vesentlig overlapp i roller og oppgaveløsning som gjør at det ikke nødvendigvis lar seg gjøre å trekke ut og sammenlikne ressursene som kun brukes til BHT.
- De to kommunene med intern BHT ordning har noenlunde tilsvarende kompetansesammensetning som Bærum, den ene dog noe mer begrenset. Alle kommunene kjøper ekstern ekspertbistand på områder de selv ikke har kompetanse. Kommunen med ekstern BHT har tilgang til et bredt spekter av kompetanse fra sin leverandør. Selv om det er noe variasjon mellom de fire BHTene med hensyn på kompetansesammensetning peker ikke intervjumaterialet i noen retning med hensyn til en optimal sammensetning. Tilgangen på kompetanse synes å være lik, uavhengig av om den finnes internt eller kjøpes eksternt.
- Det er ingen vesentlige forskjeller i tjenestespekteret som leveres av BHT i de fire kommunene. Tjenestespekteret som leveres av BHT synes likevel å avhenge av to ting. For det første av bruken av handlingsplaner og dermed hva som bestilles av tjenester. Gjennom systematisk bruk av handlingsplaner kan for eksempel forebyggende arbeid få en større plass. For det andre av hvilken rolle BHT har i kommunen. Dersom BHT gis en rolle kun som utfører av bestilte oppdrag er det lederne som styrer hvilke tjenester som gis. Dersom BHT gis en rolle som pådriver og initiativtaker kan det på sin side delvis styre tjenestespekteret.

6 Oppsummerende diskusjon

Hvordan fungerer bedriftshelsetjenesten i Bærum kommune i dag?

Vi oppsummerer med utgangspunkt i bedriftshelsetjenestens samarbeid med kommunens ledere og ansatte, selve ordningen og rolleforståelse.

På enhetsleder- eller tjenesteledernivå rapporteres det om et godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten. Men det er lite systematikk i hvordan og hva det samarbeides om. De som først har begynt å bruke bedriftshelsetjenesten, har blitt bedre kjent med den, noe som fører til at de bruker den igjen.

Ett område det er blitt mer systematikk på, er samarbeid om og oppfølging av handlingsplaner. Igjen varierer det mellom kommunalområdene hvor godt prosessene omkring handlingsplanene fungerer, men der det fungerer bra, kan det tyde på at BHT deltar i utformingen, og ikke bare tar imot bestillinger.

Samarbeidsområdene favner vidt, og selv om hvem som helst i prinsippet kan ta kontakt med bedriftshelsetjenesten for råd og bistand, er det i realiteten enhetsledere og tjenesteledere som tar kontakt for bistand. Bestillingsordningen har ført til mer ryddige og profesjonelle prosesser for bedriftshelsetjenesten og bedre planlegging av ressursforvaltning. Samtidig har bestillingsordningen en negativ side som går ut på at den bidrar til å fremmedgjøre og skape større avstand mellom den enkelte leder og BHT. En ordning er innført med faste kontakter i BHT, noe som anses som et skritt i riktig retning. Det bidrar til større grad av kjennskap til både bedriftshelsetjenestens innhold og til tjenesteområdenes virke og utfordringer.

Bedriftshelsetjenesten blir i følge informantene brukt til å bistå i oppgaver som er viktige for ledere og ansatte i kommunen, fordi deres innsats bidrar til å løse arbeidsmiljøutfordringer og er et verktøy for lederne i deres arbeid med forebyggende helse, miljø og sikkerhet jamfør krav i arbeidsmiljøloven. Av ulike årsaker bruker lederne BHT i for liten grad. En av forklaringene er knyttet til at ordningen er lite kjent blant ledere og ansatte. Samtidig har vi sett at de som først har begynt å bruke bedriftshelsetjenesten, bruker den igjen og igjen, med andre ord ser vi at relasjonsbygging skaper samarbeid. Vi ser også at bedriftshelsetjenesten ofte blir koplet for sent inn i saker, noe som kan forlenge tiden det tar å finne gode løsninger.

Selv om samarbeidet har økt og blitt mer systematisert omkring utarbeidningen av handlingsplaner, er det samtidig et potensial her dersom mange ikke kjenner til tjenesten. I dag er det i større grad enn tidligere dialog omkring problemstillinger, satsingsområder osv. også i forkant av selve bestillingen av bedriftshelsetjenester. Gangen i prosessen med handlingsplaner er altså blitt mer systematisert, men igjen viser datamaterialet at også denne måten å samarbeide på varierer mellom programområdene og fra leder til leder. Mange ledere synes det er vanskelig å estimere timer og innhold i bestillingene, og arbeid med handlingsplanene oppleves som en byrde i en krevende hverdag. Dialogen omkring utarbeidelse av handlingsplaner er et skritt i riktig retning, med samarbeidsmøter i forkant – og oppfølgingsmøter i planperioden – som skaper mer langsiktighet. Det vises til god utvikling på dette området de siste tre årene, noe som også har resultert i at planer er på plass tidligere og med bedre kvalitet.

Intervjumaterialet tyder på at det oppleves som en uavklart ansvarsfordeling mellom HR og HMS og bedriftshelsetjenesten. Skillet mellom disse enhetene og oppgavene som ligger til dem, oppleves som vanskelig å forstå for mange ledere og ansatte. Et klart uttrykt behov var at bedriftshelsetjenesten må være mer synlige ute i organisasjonen, helt ned på enhetsnivået.

Selv opplever informanter i bedriftshelsetjenesten at de må kjempe for en fri og uavhengig rolle. Det gjør de ved stadig å avklare sin rolle når de går inn i nye saker. Det er bred enighet blant informantene om at den eksterne stemmen, «utenforstemmen», som bedriftshelsetjenesten har, er verdifull fordi de har kompetanse og erfaring til å kunne se saker fra ulike sider. Av de fleste oppfattes representantene fra BHT som upartiske og nøytrale, og i den grad de oppleves å opptre på vegne av enten arbeidstaker- eller arbeidsgiversiden, kan det tyde på at det ligger noen forventninger om at de skal «se saken fra ens egen side», som ikke innfris.

Et tema i intervjuene var hvorvidt bedriftshelsetjenesten bør få en rolle som bare mottaker av bestillinger, eller selv ta initiativ til saker og tiltak. Når det gjelder enhetsnivået, var tilbakemeldingene at bedriftshelsetjenesten godt kunne ta mer initiativ overfor dette nivået. De siste par årene har det sågar blitt mindre proaktiv jobbing fra bedriftshelsetjenesten, noe som delvis kan forklares med endret ordning i form av en profesjonalisering av bestiller- og utførerroller.

Det kan tyde på at nettopp forventningene til bestiller- og utførerrollen versus rollen som pådriver for og forsvarer av arbeidsmiljø saker på toppledernivå, bidrar til å skape usikkerhet omkring bruken av bedriftshelsetjenesten også nedover i organisasjonen.

Så hvordan fungerer bedriftshelsetjenesten i Bærum kommune i dag? Vi har i denne rapporten beskrevet erfaringene med bedriftshelsetjenesten på ulike nivåer i kommunens organisasjon. Her gir vi en punktvis sammenfatning som svar på spørsmålet:

- Godt samarbeid mellom ledere og BHT
- Lite systematikk i hvordan og hva det samarbeides om
- Ledere som bruker BHT, bruker dem igjen
- BHTs tjenester relativt lite kjent, også blant ledere
- Det er blitt bedre samarbeid rundt handlingsplaner og oppfølging av dem
- Stort sett enhetsledere og tjenesteledere som tar kontakt
- Bestillingsordningen gir ryddige og profesjonelle prosesser men kan skape avstand
- Ordning med faste kontakter er bra
- BHT verktøy for lederne i deres arbeid med forebyggende helse
- Av ulike årsaker bruker lederne BHT i for liten grad
- Uavklart ansvarsfordeling mellom HR og BHT
- BHT må være mer ute i organisasjonen
- BHT anses å utøve en fri og uavhengig rolle

Punktene over tyder på at selv om det er forbedringspotensial så fungerer bedriftshelsetjenesten i Bærum kommune bra.

Fungerer bedriftshelsetjenesten etter hensikten?

Hva er suksesskriterier for å bedømme om bedriftshelsetjenesten fungerer etter hensikten? Ett slikt kriterium er å undersøke forholdet mellom tiltak og samarbeid og utviklingen i sykefraværet. Her skal man være varsom, fordi sykefraværet selvsagt også kan påvirkes av en rekke andre forhold. Ett eksempel på koplingen mellom sykefraværsutvikling og samarbeid med bedriftshelsetjenesten ble gitt der et virksomhetsområde i økende grad hadde samarbeidet med bedriftshelsetjenesten de tre siste årene, og hvor sykefraværet i samme periode hadde blitt redusert og nå var historisk lavt. Over tid vil det vise seg om sykefravær i ett område kan forklares med langsiktig samarbeid med BHT, eller om det vil oppstå svingninger i sykefraværstallene som gjør at forklaringen svekkes.

Et annet kriterium for om BHT fungerer etter hensikten, er naturlig nok å undersøke rapporter og kommunikasjon mellom bedriftshelsetjenesten og Arbeidstilsynet. Arbeidstilsynet påser at bedriftshelsetjenesten oppfyller visse krav som leverandør av bedriftshelsetjenester, uavhengig av om det er en ekstern eller intern ordning. Bedriftshelsetjenesten i Bærum kommune får gode tilbakemeldinger fra Arbeidstilsynet, som underbygges med at det jobbes systematisk og profesjonelt.

Et viktig kriterium for om bedriftshelsetjenesten fungerer etter hensikten, er hvorvidt lederne, som brukere av tjenestene, opplever at de får god veiledning når det gjelder sykefravær og arbeidsmiljø, at de opplever å få den støtten de har behov for. Når ledere oppgir at de ofte føler at de står litt alene som leder i arbeidsmiljø saker, styrkes nettopp samarbeidet med bedriftshelsetjenesten som et viktig suksesskriterium. I Bærum kommune, selv om samarbeidet med og bruken av bedriftshelsetjenesten varierer stort mellom og innen de ulike kommunalsjefområdene, er tilbakemeldingene at lederne vurderer samarbeidet med bedriftshelsetjenesten som et verdifullt redskap til å utføre sin lederrolle på en god måte og innenfor lovverket.

I denne evalueringen var en av hovedproblemstillingene å kartlegge hva som er kommunens behov for en bedriftshelsetjeneste. Oppfyller ordningen de behov som kommunen har? Med andre ord; fungerer bedriftshelsetjenesten etter hensikten?

Erfaringene blant ansatte og ledere er kartlagt både med hensyn til lovpålagte tjenester og tilleggstjenester. Vi har vurdert servicenivå og dimensjonering av tjenesten. Ut fra tilbakemeldingene fra intervjuer og spørreundersøkelser kan vi dermed si noe om bedriften fungerer etter hensikten.

BHT bistår kommunen i lovpålagte oppgaver. For eksempel yter de arbeidsmiljørådgivning innen arbeidshelse, organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø, ergonomi og yrkeshygiene. De gir også bistand ved kartlegginger og risikovurderinger, og bistår i tiltak rettet mot særlige arbeidstakere. Hovedfunnet relatert til å bistå kommunen i lovpålagte oppgaver er nok den store ulikheten i hvem som bruker BHT. Her vil selvsagt ulike nivå på behov være en faktor, men likevel kan det synes som om ulikheten i bistand til lovpålagte tjenester og andre tjenester vel så mye skyldes ulik kjennskap til BHT og manglende føringer om bruken av BHT fra toppledelsen i kommunen.

Servicenivået er i følge intervjumaterialet vårt tilfredsstillende. Likevel er det avdekket en utfordring med hensyn til å få enhetsledere og avdelingsledere til å ta kontakt. Mye skyldes nok her omleggingen til en mer profesjonalisert bestillingsordning, som kan bidra til å heve terskelen for å få flere mellomledere til å ta kontakt med BHT ved behov.

Når det gjelder dimensjonering av tjenesten synes den å være tilfredsstillende. Selv om det er eksempler i intervjumaterialet på avslag på bestillinger, er hovedinntrykket at de som ber

om bistand får det. Noen av informantene tok til orde for at BHT la beslag på for store ressurser som ellers kunne vært kanalisert til virksomhetenes egen innsats for HMS. Andre igjen mente BHT ble brukt for lite. Et interessant dilemma som kom fram var om økt synlighet bidrar til større etterspørsel av BHT-tjenester, som igjen bidrar til økt dimensjonering av tjenesten. Og vil økt synlighet i så fall skape reelle behov?

Med utgangspunkt i datamaterialet i denne evalueringen må vi kunne konkludere med at dimensjonen på tjenestene er tilfredsstillende.

Er det behov for å gjennomføre endringer?

Denne evalueringen har tatt utgangspunkt i ledere og ansatte sine erfaringer med og oppfatning av bedriftshelsetjenesten i kommunen. Det er pekt på områder med positiv utvikling og samtidig på en del utfordringer som må løses for å få en enda bedre ordning med bedriftshelsetjeneste i kommunen for morgendagen.

Et hovedelement handler om behovet for en mer samkjørt bedriftshelsetjeneste, med andre ord om forankring av ordningen blant toppledelsen i kommunen. Vi tolker datamaterialet dithen at det er en pågående rollekonflikt mellom toppledelsen og BHT. Det vil være hensiktsmessig om partene foretok en forventningsavklaring og forsøkte å komme fram til en enighet om hva bedriftshelsetjenesten skal brukes til, og hvordan prosessene omkring samarbeidet kan styrkes. I dag er det til og med mellom ledere på virksomhetsnivået stor variasjon i hvordan de omtaler holdninger til og bruken av bedriftshelsetjenesten. Det er naturlig da at holdninger fra det øverste ledernivået bidrar til å legge føringer på nødvendigheten av godt HMS-arbeid og forventninger til dette arbeidet på lavere ledernivå i organisasjonen. Mellomlederne opplever delvis at de sitter på hver sin tue, og en mer sentral beslutning om bruken og informasjon utover i organisasjonen om dette ville bidra til å klargjøre hvem som kan be om hvilken type bistand, og også bidra til å gjøre bedriftshelsetjenesten mer kjent i organisasjonen. Her kan også bedriftshelsetjenesten, gitt visse rammer, bidra til å gjøre seg selv mer kjent ute i enhetene og slik påvirke til at flere bruker tjenestene.

Både intervjumaterialet og spørreundersøkelsene blant ansatte og ledere i kommunen viser at BHT er altfor lite kjent i kommunen, og at det gjenspeiler seg i den ulike bruken av tjenestene. Det fører nok også til at mange ledere ikke kopler inn BHT i vanskelige arbeidsmiljø saker før det har gått lang tid og situasjonen har fått utvikle seg til å bli mer alvorlig. Det er ulike barrierer for lederne for å ta kontakt, men det kan tyde på at både tiltak for å gjøre bedriftshelsetjenesten bedre kjent og større grad av samkjørte føringer fra toppledelsen for bruk av bedriftshelsetjenesten, kan bidra til at terskelen for å kople inn bedriftshelsetjenesten blir lavere.

Det er mye godt arbeid på gang, som bør fortsette. Det gjelder for eksempel systematisering av prosesser omkring utarbeidelse av handlingsplaner. Lederne som rapporterer om gode prosesser og god dialog med bedriftshelsetjenesten på dette området, er mer fornøyde med handlingsplanene sine som et nyttig verktøy i HMS-arbeidet enn det de som ikke har slikt samarbeid, er. Dette er derfor et arbeid som toppledelsen bør vurdere å knytte forventninger til blant lederne.

Den siste hovedproblemstillingen i evalueringen var; hvordan er alternative organisasjonsformer i sammenlignbare kommuner? I en begrenset benchmarkingsstudie har vi kartlagt og beskrevet ressursbruk, kompetansesammensetning og tjenestenivå i tre sammenliknbare kommuner. Er det så behov for å gjennomføre endringer i ordningen med

BHT i Bærum kommune, basert på de interne erfaringene og benchmarkingen mot de andre kommunene? Det er ikke grunnlag for å trekke slutninger om behov for å gjennomføre endringer i ordningen, men vi har pekt på en rekke forhold som helt klart kan forbedres.

6.1 Konklusjon

Ordningen med bedriftshelsetjeneste i Bærum kommune, slik den er organisert i dag, er ennå relativt ny. Siden inngåelsen av avtalen med kommunen, en avtale som trådte i kraft i 2012, har det vært gjennomført grep for å forbedre ordningen, som egne kontaktpersoner og tettere samarbeid om handlingsplaner.

I samme periode har det skjedd endringer for lederne, både på toppledernivå og blant enhets- og tjenesteledere, med omorganiseringer med hensyn til tjenesteområder osv. Dette er et viktig bakteppe å ta med seg, og det styrker behovet for å foreta nødvendige forventningsavklaringer på toppledernivå og signalisere tydelig ut i organisasjonen hva Bærum kommune vil og skal med sin bedriftshelsetjeneste.

Selv om evalueringsoppdraget var spesifikt rettet mot bedriftshelsetjenesten, er dette en ordning som ikke fungerer isolert sett. Bedriftshelsetjeneste fungerer i relasjon til noe (rammer, forventninger osv.) og noen (ledere og ansatte). Da er det naturlig at evalueringen også drøfter hvilke premisser for utøvelse av bedriftshelsetjenester som ligger i *noe* og *noen*. Vi har derfor pekt på forhold og innsatsområder bedriftshelsetjenesten bør forbedre, og samtidig pekt på forhold som ligger mer hos premissgiverne, spesielt med hensyn til forankringen på toppledernivå.

En vurdering av hvorvidt kommunen bør videreføre en intern bedriftshelsetjenesteordning eller kjøpe eksterne tjenester, ligger utenfor mandatet til denne evalueringen. Likevel kan det sies at undersøkelsen av erfaringer og synspunkter med henholdsvis eksterne og interne ordninger i tre andre kommuner i så måte ikke peker i noen retning. Også i disse kommunene er det utfordringer knyttet til det å gjøre ordningen kjent blant ansatte og ledere, og tematikken omkring BHTs frie og uavhengige rolle er like aktuell, uansett type ordning. Kommunene med interne ordninger framhever BHTs kjennskap til organisasjonen og dens utfordringer som positivt, mens kommunen med ekstern ordning på sin side hevder å ivareta dette hensynet gjennom langsiktige avtaler med leverandører.

Referanser

- Christensen, G. (2010). Evaluering af evalueringer. *Dansk Universitetspædagogisk Tidsskrift*, 5, 42-49.
- Drøpping, J. A. & Midtsundstad, T. (2003). *Forskning og utredning med relevans for Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv*. Fafo-rapport 417.
- Karlsen, J. E. (2010). *Systematisk HMS-arbeid. Ledelse for organisatorisk bærekraft*. Høyskoleforlaget.
- Lie, A., Gudding, I. H., Bjørnstad, O. & Aasnæss, S. (2004). *Bedriftshelsetjenestens rolle i det inkluderende arbeidsliv*. Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Lien, L. (2013). «Saman om» sykefravær – en kunnskapsstatus. Fafo-notat 2013:02.
- Moen, B. E. (2003). *Håndbok for bedriftshelsetjenesten*. Arbeidsmiljøforlaget.
- Natvig, H. (1979). *Bedriftshelsetjenesten i Norge. Nå og i fremtiden*. Oslo: Tiden.
- Natvig, H. & Thiis-Evensen, E. (1989). *Arbeidsmiljø og helse. Yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge*.
- NOU 1992: 2. *Bedriftshelsetjenesten i fremtiden*.
- Statens arbeidsmiljøinstitutt (2013). *God BHT. Verktøy for evaluering av bedriftshelsetjenesten*. Oslo: Stami.

Vedlegg 1 Intervjuguide

Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Bærum kommune

Anonymitet – alle intervjuer

Dette intervjuet inngår som en del i Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Bærum kommune. Informasjon gitt i intervjuet vil bli behandlet konfidensielt og informanter anonymiseres i rapportering fra forskningsprosjektet.

Hensikt

Kartlegge behov

For å kunne evaluere hvordan bedriftshelsetjenesten fungerer i dag vil vi ta utgangspunkt i en vurdering av hvilke behov Bærum kommune har for en bedriftshelsetjeneste. Herunder er bedriftshelsetjenestens lovpålagte oppgaver, som helseoppfølging, kartlegginger, bistand i organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø, helseundersøkelser osv. I tillegg til de lovpålagte oppgavene vil vi vurdere andre tilleggstjenester, servicenivå og dimensjonering av tjenesten.

Kartlegge erfaringer

Vi vil evaluere erfaringene med bedriftshelsetjenesten på ulike nivå i kommunens organisasjon. Her vil følgende bli vurdert; kostnader, bestillingsprosedyrer, responstid, kapasitet, kompetanse, samarbeidsforhold, service og rolleforståelse. Det legges opp til at erfaringene med bedriftshelsetjenesten reflekterer ulike brukergrupper, som strategisk ledelse, tjenesteledere/enhetsjefer/avdelingsledere, medarbeidere med individuell oppfølging, vernetjenesten og tillitsvalgte.

Spørsmål på individnivå

Medarbeidere med individuell oppfølging

1. På hvilke måter kan du i dag bestille time til BHTJ?
 - a. Tilfredsstill disse måtene ditt behov for å bestille time?
2. Hvordan ble du kjent med BHTJ tilbud?
 - a. Tok du eller din leder kontakt med BHTJ (også web)
3. Har du fått hjelp av BHTJ til å løse det du tok kontakt for?
4. Hvor raskt fikk du time til behandling etter at du meldte ditt behov?
5. Har BHTJ etter ditt syn hatt riktig kompetanse?
6. Hvordan vil du vurdere servicen du fikk fra BHTJ?

7. Har du vært i kontakt med flere ansatte i BHTJ (ev. også BHTJ samarbeidsparter) for å løse det du tok kontakt for?
8. Hvordan opplever du i så fall at de samarbeider om å løse det du tok kontakt for?
9. Hva var hovedgrunnen til at du tok kontakt med nettopp BHTJ?
10. Er det kostnadmessig en fordel for deg å benytte innleide leger i BHTJ i stedet for egen fastlege?
 - a. Er kostnad en avgjørende faktor når du skal velge tjenesteyter?
11. BHTJ har ikke egne leger; hvordan vurderer du løsningen med innleide leger i BHTJ?
12. Opplever du at BHTJ er opptatt av deg som arbeidstaker?
 - a. Har BHTJ bidratt til å legge til rette i din arbeidssituasjon?
13. Oppfatter du at BHTJ handler uavhengig av arbeidsgiver?

Spørsmål på systemnivå til sentrale ledere og øvrige ledere med personalansvar

1. Hvor kjent er du/dere med BHTJ sine tjenester?
2. Vet du hva BHTJs lovpålagte oppgaver er?
 - a. Hvordan har BHTJ etter deres syn ivaretatt de lovpålagte oppgavene overfor kommunens ansatte?
 - b. Hva har du fått hjelp til?
 - c. Hvordan vurderer du balansen mellom oppgaver knyttet til lovpålagte oppgaver/ andre?
3. Hvordan vil du karakterisere servicen som BHTJ yter generelt?
 - a. Er det områder hvor de yter spesielt god service?
 - b. Er det områder de kunne ytt bedre service?
 - c. Bestillingsrutiner
 - a. Hva gjorde at medarbeidere/ ledere tok kontakt?
 - b. Hvor lang tid tar det fra meldt behov til igangsetting av tjeneste?
 - d. Hvordan vil du karakterisere BHTJ tilstedeværelse i HMS-arbeidet?
 - e. Hvordan opplever du det delte ansvaret mellom HR og BHTJ som innebærer at BHTJ ikke driver HMS?
4. Har du som leder fått den bistanden du mener er tilstrekkelige god (kvalitet)?
 - a. (Har de greie på BHTJ og kompetansekrav som stilles i eks AML slik at de kan vurdere kompetansesammensetningen?)
 - b. Mener du at BHTJs kompetanse i bistanden har vært tilstrekkelig (volum og kapasitet)?
 - c. Har BHTJs bistand vært levert av tilstrekkelig kompetent personale (riktig leveranse)?
 - d. (BHTJ har ikke egne leger; hvordan vurderer du løsningen med innleide leger i BHTJ?)

5. Er det områder av BHTJs arbeid hvor dere har lykket godt med samarbeidet?
 - a. *Hvorfor lykkes dere så godt, tror du?*
6. Er det områder av BHTJs arbeid hvor dere har lykket mindre godt med samarbeidet?
 - a. *Hvorfor lykkes dere mindre godt, tror du?*
7. Tar BHTJ initiativ til områder dere bør jobbe med?
 - a. *På hvilken måte vil du si at BHTJ bidrar til å gjøre jobben din bedre?*
 - b. *Opplever du BHTJ som pådriver og en enhet du gjerne benytter som leder. (eller oppfattes BHTJ som for uavhengig og opererer for fritt?)*
 - c. *Er det bra at BHTJ har en fri og uavhengig rolle/stilling?*
8. Har det oppstått situasjoner/saker hvor dere har vært uenige med BHTJ om løsninger?
 - a. *Kan du gi et eksempel? Har du tatt beslutninger i motstrid med råd fra BHTJ?*
9. Hvordan vil du beskrive det generelle samarbeidsforholdet du har med BHTJ?
 - b. *Har ditt kommunalsjefområde utarbeidet handlingsplan?*
10. Har BHTJ arbeidet med områder, oppgaver og tiltak beskrevet i handlingsplan for ditt område?
 - a. *Hvordan vil du vurdere BHTJs arbeid i forhold til planene?*
 - b. *Var det riktig prioritering?*
 - c. *I hvilket omfang vil du si at du bestiller BHTJ til å utføre oppgaver som ikke er inkludert i planene?*
 - d. *Er eventuelt ikke-planlagt BHTJ tjenester i stedet for eller i tillegg til planlagte oppgaver?*

Spørsmål til vernetjenesten og tillitsvalgte

1. Oppfatter du at det er klare ansvarsområder og roller mellom verneombud, TV og BHTJ?
2. På hvilke områder samarbeider dere?
 - a. *Hvordan vil du karakterisere det generelle samarbeidet med BHTJ?*
 - b. *Kurs og opplæring*
3. Hvordan vil du vurdere BHTJs arbeid for arbeidsmiljøutvalget?
4. Hvordan vil du vurdere BHTJs saksforberedelser til møtene og oppfølging etter møtene?
5. Har BHTJ bistått med rådgivning ifm utvalgets møter?
6. Det er gjennomført nærværs-/fraværsanalyser, hvordan vurderer du disse analysene?
 - a. *I hvilken grad er analysene/rapportene fra BHTH nyttige som grunnlag for videre arbeid?*
7. Hvis du sitter i AMU, har du fått bistand som utvalgsmedlem?

Forskning viser at konflikter og samarbeidsutfordringer er hyppig forekommende og utgjør en betydelig årsak til sykefravær og ubehag. BHTJ mottar imidlertid kun et begrenset antall henvendelser vedrørende bistand.

8. Hva mener du er årsaken til det begrensede antall henvendelser i konflikter og samarbeidsutfordringer?

Verneombudet/ene i BK har rett til fritt å kunne henvende seg til BHTJ ved behov for bistand. Det samme gjelder for tillitsvalgte og ansatte i kommunen. Ledelsen ved BK og dets tjenestesteder skal normalt orienteres om slike henvendelser snarest mulig.

9. Har verneombud/TV og ansatte henvendt seg til BHTJ med behov om bistand?

a. Oppfatter du det som korrekt at ledelsen skal orienteres om henvendelser?

10. I tråd med vedtak i AMU har BHTJ ikke egne leger; hvordan vurderer du denne løsningen?

a. Burde kommunen ha fast ansatt lege?

Gruppeintervju Bærum kommune, (strategisk) ledelse

1. Hva har fungert godt og hva har fungert mindre godt i samarbeidet med BHTJ?

2. Hvor viktige er gode underlagsdokumenter for samarbeidet med BHTJ?

a. Kan handlingsplaner forbedres/konkretiseres?

3. I hvilken grad styrer kommunalsjefsområdenes HMS-handlingsplaner arbeidet til BHTJ?

a. Er de nyttige?

4. Oppfatter dere som ledere BHTJ som medspillere i HMS arbeid?

5. I hvilken grad er BHTJ en kritisk samarbeidspartner?

6. Tar BHTJ egne initiativ?

a. Og er den nyttig for kommunen? (omfang, prioriterte oppgaver osv.)

7. Hvilken rolle mener du BHTJ bør ha ift HMS arbeid i kommunen?

8. Hvordan oppleves rollen BHTJ har som uavhengig part i helsefremmende arbeid?

a. Kritisk

b. Samme lag

9. Hvilke forventninger hadde/har sentral ledelse til BHTJ?

10. Har bistanden til rådmannen og HR-direktør skjedd i samsvar med gjeldende handlingsplan?

11. BHTJ kom i årsrapport for 2014 med en rekke anbefalinger om tiltak, har disse tiltakene fått prioritet i 2015?

a. Var det riktig prioritering i utgangspunktet?

b. Er anbefalingene rimelige/hensiktsmessig innenfor rammene av det som er mulig å få til?

12. Hva er de viktigste grepene BHTJ bør prioritere for å redusere sykefraværet i kommunen?

13. Hvordan vil du vurdere BHTJ arbeid innenfor følgende områder?

- a. *Arbeidsmiljøtiltak og prosjekter i regi av BHTJ*
- b. *Opplæring*
- c. *Lovpålagt helseoppfølging*
- d. *Organisatorisk og Psykososialt arbeidsmiljø*
- e. *Fysisk og teknisk arbeidsmiljø*
- f. *Akan*
- g. *Varsling*
- h. *Andre ikke lovpålagte oppgaver, gi eksempler*

14. BHTJ har ikke egne leger; hvordan vurderer du løsningen med innleide leger i BHTJ?

Gruppeintervju BHTJ

1. Hvilke generelle forventninger har BHTJ til samarbeidet med BK ved inngåelse av avtale?

- a. *Er forventningene innfridd?
Hvorfor/ - ikke?*
- b. *Hva er konsekvensen for deres arbeid av (ikke) innfridd forventninger?*

2. Hvordan vurderer dere deres rolle som BHTJ?

- a. *Mottaker av oppdrag vs. initiere oppdrag?*
- b. *Uavhengighet / selvstendighet / frihet?*
- c. *Rolle i ft andre som arbeider med HMS (VO, TV)?*

3. Manglende eller sent utformede handlingsplaner, hvordan påvirker det (sam)arbeidet?

- a. *Hvilke konsekvenser får det for samarbeidet og BHTJ arbeid når områder ikke utarbeider handlingsplaner?*

4. I hvilken grad opplever BHTJ at anbefalinger gitt legges til grunn for prioriteringer fra kommunens side?

5. Hvordan oppleves rollen som uavhengig part i helsefremmende arbeid?

- a. *Kritisk*
- b. *Samme lag*
- a. *Hvordan ser dere linken mellom dere og BK?*

6. BHTJ har ikke egne leger; hvordan vurderer dere ordningen med innleide leger i BHTJ?

- a. *Hvor godt integrert er disse legene i BHTJs daglige arbeid?*
- b. *Hvilke andre faggrupper leies inn og hva er omfanget?*

7. BHTJ kommer i årsrapport 2014 med en rekke anbefalinger, er disse tatt til etterretning i 2015?

8. Hva er hovedårsaken til at f eks kartlegging og risikovurdering og lederopplæring har vært gjennomført i mindre skala enn planlagt?

- a. *Det kan tyde på at det er et gap mellom faktisk og ønsket bistand til gravide arbeidstakere, hva skyldes det?*
- b. *Hvorfor ønsker dere en økning av dagens 40 timers kurs?*

9. Hvilke tiltak og prosjekter har dere lykket mest med/ minst med?

10. Hva er de viktigste grepene BHTJ bør prioritere for å redusere sykefraværet i kommunen?

Forskning viser at konflikter og samarbeidsutfordringer er hyppig forekommende og utgjør en betydelig årsak til sykefravær og ubelse. BHTJ mottar imidlertid kun et begrenset antall henvendelser vedrørende bistand.

11. Hva mener du er årsaken til det begrensede antall henvendelser i konflikter og samarbeidsutfordringer?

12. Utfører BHTJ oppgaver som kunne vært lagt til HR-enheten?

Intervju med strategisk ledelse i tre kommuner

1. Hvordan er BHTJ ordningen organisert i din kommune?

- a. *Hvor lenge har dere hatt ordningen?*
- b. *Hvis noe annet inntil nylig, hva forkastet dere?*
- c. *Hvordan har dere fordelt HMS og arbeidsmiljø?*
- d. *Er dere fornøyd med dagens ordning?*
- e. *På hvilken måte bidrar ordningen til å redusere sykefravær?*
- f. *På hvilken måte bidrar ordningen til å forbedre arbeidsmiljøet?*

2. Bruker dere CRM? (Customer Relationship Management)

3. Hvilken rolle har BHTJ i arbeidsmiljøarbeidet?

4. Hvilke oppgaver bruker dere mest tid på?

5. Hvor mange ansatte/årsverk er det i BHTJ?

6. Hvor høyt er sykefraværet i kommunen?

7. Har dere årlige handlingsplaner som legger føringer på hva BHTJ skal arbeide med?

8. Hvilke tjenesteområder ligger inn under BHTJ?

9. Noe om forholdet mellom lovpålagte og ikke-lovpålagte oppgaver

10. På skala fra 1 – 10 hvor godt fornøyd er du med BHTJ ordningen i dag?

- a. *(hvorfor så høyt/lavt)*

11. Har du tilgang på Bedriftshelsetjenestens totaltall for registrert arbeid i årets første kvartal?

12. Har kommunen du tilhører gjennomført evalueringer av Bedriftshelsetjenesten blant kommunens ledere? Hva var resultatet?

Intervju med leder i bedriftshelsetjenesten i tre kommuner

1. Hvordan er BHTJ ordningen organisert i din kommune?
2. Bruker dere CRM? (Customer Relationship Management)
3. Hvilken rolle har BHTJ i arbeidsmiljøarbeidet?
4. Hvilke oppgaver bruker dere mest tid på?
5. Hvor høyt er sykefraværet i kommunen?
6. Hvor mange ansatte/årsverk er det i BHTJ?
7. Hvilken faglig bakgrunn har de ansatte i BHTJ?
8. Forholder dere dere til årlige handlingsplaner som legger føringer på hva BHTJ skal arbeide med?
9. Hvilke tjenesteområder ligger inn under BHTJ?
10. Noe om forholdet mellom lovpålagte og ikke-lovpålagte oppgaver
11. På skala fra 1 – 10 hvor godt fornøyd er du med BHTJ ordningen i dag?
 - a. (hvorfor så høyt/lavt)
12. Har du tilgang på Bedriftshelsetjenestens totaltall for registrert arbeid i årets første kvartal?
13. Har kommunen du tilhører gjennomført evalueringer av Bedriftshelsetjenesten blant kommunens ledere? Hva var resultatet?

Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Bærum kommune

I denne rapporten evalueres bedriftshelsetjenesten i Bærum kommune. Evalueringen er basert på kvalitative intervjuer og nettbaserte spørreundersøkelser til medarbeidere og ledere i kommunen. Følgende problemstillinger belyses:

- Hvordan fungerer bedriftshelsetjenesten i dag?
- Hvilket behov har kommunens ansatte for bedriftshelsetjeneste?
- Er det behov for å gjennomføre endringer i dagens ordning?