



Norsk arbeidsmedisinsk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



Norsk forening for
arbeidsmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

Legeforeningen, her

Oslo, 6. september 2021

Høring – Forslag om tiltak for en forenklet og mer målrettet bedriftshelsetjenesteordning

Det vises til brev datert 22. juni 2021

Styret i Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf) og Norsk Forening for Arbeidsmedisin (NFAM) avgir med dette vårt høringssvar i fellesskap. Vi har lest prosjektgruppens rapport og høringsnotatet med stor interesse og har diskutert forskjellige sider av rapportens temaer både i styremøter og i ulike samlinger med lokaltillitsvalgte og øvrige medlemmer.

Namf/NFAMs budskap

Vi er spesielt opptatt av hvordan vi kan sikre oss at det norske arbeidsliv skal ha tilgang til og sikres bruken av en bedriftshelsetjeneste (BHT) som utfører oppgaver som bygger god helse og godt arbeidsmiljø. En spesialist i arbeidsmedisin har en spesialisert og unik utdanning og kompetanse innen bedriftshelsetjenestens kjerneoppgaver. Arbeidsmedisineren bør derfor lede det faglige arbeidet og prioriteringene i bedriftshelsetjenestens tjenestelevering mot virksomhetene. Spesialist i arbeidsmedisin har høyere og mer allsidig/helhetlig kompetanse enn andre faggrupper i BHT, og spesialiteten er i tillegg en standardisert kompetanse som er offentlig godkjent.

Tverrfaglig samarbeid med andre kompetente faggrupper i bedriftshelsetjenesten vil danne grunnlag for en målrettet bedriftshelsetjenesteordning med høy kvalitet. F.eks er arbeidsmedisineren avhengig av yrkeshygieniker for å vurdere kartlegginger og målinger. Vi mener dette tverrfaglige samarbeidet burde komme tydelig frem i anbefalingene for å nå målet om en mer målrettet bedriftshelsetjenesteordning.

Under følger Namf/NFAMs kommentarer og vurderinger av enkelte elementer i rapporten

Bakgrunn (Høringens punkt 2)

Det er blant annet forskriftsfestet at en rekke bransjer med utgangspunkt i arbeidsmiljørisiko har plikt til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste. Denne "bransjeforskriften" omfatter i dag ca. 50 bransjer/sektorer og 95 000 virksomheter med ca. 1 600 000 arbeidstakere, dvs. litt under 60 prosent av arbeidstakerne i Norge (Oslo Economics 2018). Ca. 75 prosent av de virksomhetene som har plikt til å ha bedriftshelsetjeneste, oppfyller dette kravet.

Ca ¼ av bedriftene har ikke BHT-tilknytning tross forskriftskravet. Arbeidstilsynet må få betydelig styrket kapasitet til å føre tilsyn med at virksomheter overholder forskriftens krav om BHT-tilknytning. For å sikre en målrettet og effektiv BHT-ordning for små virksomheter bør det lages ordninger for små bedrifter som er inkludert i henhold til bransjeforskriften, slik at disse får tilgang til kompetent BHT. Dette støttes også i rapporten fra ekspertgruppen i 2018 i kapittel 13.5.3.4. Ansvaret for å lage en

ordning for små virksomheter kan f.eks legges til Arbeidstilsynet, og med dette ansvaret må det følge tilhørende ressurser. Ved å sikre at ansatte i små bedrifter får tilgang til BHT, og spesielt arbeidsmedisinsk kompetanse, vil HMS-standard for ansatte i små bedrifter få et betydelig løft nasjonalt. Så lenge innsatsen er målrettet og risikobasert, vil dette kunne være positivt både for den enkelte arbeidstakers helse, virksomhetens bunnlinje og for samfunnsøkonomien i Norge, jfr. funn i rapporten fra Oslo Economics 2018.

Vurdering av risiko (Høringens punkt 4.1.1)

Namf/NFAM støtter at bedriftshelsetjenestene skal arbeide ut fra et risikobasert grunnlag. Risiko bør imidlertid defineres bredt og omfatte problemstillinger som speiler dagens endrede samfunn, som har en annen risiko enn tidligere. Koronopandemien er et eksempel på en slik endret risiko, med utfordringer rundt hjemmekontor og psykososiale forhold. Vi registrerer at området innen psykososiale arbeidsmiljøforhold er vektlagt i høringen, det støttes fra arbeidsmedisinsk hold. Vi mener alle bransjer har en eller flere former for arbeidsmiljørisiko. Spesielt ser vi at risikoforhold omkring det psykososiale arbeidsmiljøet og stadige endringer i arbeidslivet gir utfordringer for mange, og vi ser viktigheten av økt fokus på det forebyggende og sekundærforebyggende arbeidet innen disse områdene.

Kriterier for krav om utbygging (Høringens punkt 4.1.2)

Namf/NFAM mener at det er viktig at Arbeidstilsynet fortsatt har forvaltningsansvar for BHT. Arbeidstilsynet forankrer alle sine beslutninger / regelverksendringer gjennom partsamarbeid. På denne måten er Rådet for Arbeidstilsynet og Regelverksforum sentralt. Namf/NFAM støtter gjennomgang hvert 6. år av bransjeforskriften som beskrevet. Namf/NFAM foreslår i tillegg at også representanter fra Namf/NFAM, BHT Bransjeforening og andre relevante yrkesforeninger bør få mulighet til å bli med på gjennomgangen av bransjeforskriften hvert 6. år.

Dispensasjon - krav tilpasset ulik HMS-standard i virksomheter (Høringens pkt. 4.1.3)

Departementets forslag til lov- og forskriftsendringer lyder som følger:

§ 13-1 Plikt til å knytte bedriftshelsetjeneste til virksomheten nytt fjerde og femte ledd skal lyde:

Arbeidstilsynet kan gi dispensasjon fra plikten til å knytte virksomheten til godkjent bedriftshelsetjeneste når virksomheten kan dokumentere:

- a) at de ikke har de risikoforholdene som har utløst plikten i bransjen, og i tillegg har et godt dokumentert HMS-system, eller*
- b) at de har nødvendig intern kompetanse til å håndtere risikoforholdene i virksomheten, eventuelt at de tilknytter seg flere eksterne fagfolk som samlet sett oppfyller kravene til en godkjent bedriftshelsetjeneste*

Ad a) Namf/NFAM tillater seg å sette spørsmål ved om virksomheter som "ikke har de risikoforholdene som har utløst plikten i bransjen" er plassert i riktig bransje. Namf/NFAM savner kriterier for hva "et godt dokumentert HMS-system" skal inneholde. I tillegg mener vi at etterlevelsen av dette HMS-systemet alltid må kontrolleres av Arbeidstilsynet i en slik prosess.

Ved en eventuell søknad om dispensasjon fra BHT-plikten bør det være et kriterium at virksomhetens arbeidsmiljøutvalg (AMU) (der det finnes) stiller seg bak en slik dispensasjonssøknad.

Ad b) Vi stiller spørsmål rundt hva som ligger til grunn for "intern kompetanse for å håndtere risikoforholdene....". Dette mener vi vil være vanskelig å dokumentere. Dersom virksomheter tilknytter seg eksterne fagfolk, forutsettes at de eksterne fagfolkene samarbeider og at helheten ivaretas av virksomheten. Det kan være utfordrende. Det blir lett at enkeltstående konsulenter trekkes inn på enkeltoppdrag, noe som verken sikrer kontinuitet eller samhandling. Vi mener for øvrig at grunnlaget for ønske om dispensasjon for bransjer og virksomheter kan motvirkes av god kompetanse i BHT, som yter målrettede tjenester som resulterer i godt arbeidsmiljø i bedriften.

Bedriftshelsetjenester skal ihht lovverket være en fri og uavhengig faglig rådgiver. Dette er etter vår mening et av de viktige poengene med en rådgiver innen arbeid og helse. Både eksterne og interne BHT'er har sin rolle som fri og uavhengig definert i AML §3-3 som sier at "Bedriftshelsetjenesten skal ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål."

Interne aktører som ikke defineres som BHT vil ikke automatisk kunne betraktes som frie og uavhengige, og den interne tilknytningen kan dermed farge råd og tiltak innen forebyggende helsearbeid, spesielt med hensyn til økonomiske konsekvenser av rådgivningen. Det at bedriftshelsetjenestene kjenner de ulike virksomhetene godt gir også et betraktelig sikrere grunnlag for riktigst arbeidsmedisinsk rådgivning, og rådene er ikke farget av økonomiske interesser. I tillegg kreves det flerfaglig kompetanse (arbeidsmedisinere, yrkeshygienikere med flere) i godt forebyggende HMS-arbeid. Godkjente bedriftshelsetjenester er pålagt å ha alle fagpersoner, noe som uten tvil vil gi et samlet og bedre faglig tilbud enn konsulenter eller andre innen hvert fagområde. Spesielt fremhever vi her arbeidsmedisineren med unik kunnskap omkring helse og arbeid, en ekspert få eller ingen bedrifter har internt. Det vises for eksempel til lovpålagte krav med hensyn til blant annet arbeidsrelatert sykdom, hva angår identifisering, vurdering, registrering og melding til aktuelle instanser, her kreves lege med kompetanse innenfor arbeidsmedisin kombinert med kunnskap om virksomhetens risikoforhold.

Namf/NFAM mener at unntak fra BHT-plikten etter pkt b) bør vurderes meget strengt av Arbeidstilsynet for å sikre at virksomhetens "interne kompetanse" både dekker alle de medisinskfaglige oppgavene som risikobildet tilsier, og at rollen til de interne ressursene skriftlig gis en fri og uavhengig rolle på linje med kravet i AML §3-3. Overholdelse av kravet til dokumentasjon av helsepersonellets kontakt med arbeidstakere i et godkjent og sikret medisinsk journalsystem, må også kunne dokumenteres før unntak kan godkjennes av Arbeidstilsynet.

Namf/NFAM ønsker følgende utvidelse av punkt b)

b) at de har nødvendig intern kompetanse til å håndtere risikoforholdene i virksomheten, eventuelt at de tilknytter seg flere eksterne fagfolk som samlet sett oppfyller kravene til en godkjent bedriftshelsetjeneste. «Virksomheten må i tillegg ha et godt dokumentert HMS-system, sikre at intern kompetanse og innleide eksterne fagfolk har en fri og uavhengig rolle overfor arbeidsgiver i arbeidsmiljøspørsmål, og sikre at virksomheten har godkjente rutiner og systemer for håndtering av medisinske opplysninger om de ansatte»

Krav til bedriftshelsetjenestens bistand og dokumentasjon av arbeidsmetodikk (Høringens punkt 4.2.2.1)

Namf/NFAM støtter i stor grad vurderingene som er fremført under dette punktet. Vi mener det er svært viktig at det bedriftshelsetjenesten leverer i virksomhetene er i samsvar med den risikovurderingen som i utgangspunktet har utløst plikten.

Namf/NFAM vil i denne sammenheng peke på viktigheten av at risikovurderinger i virksomhetene samsvarer med eksponeringsrealiteten. Vi mener at bedriftshelsepersonell, og da spesielt arbeidsmedisinere og yrkeshygienikere er viktige fagpersoner som både kan og bør bistå bedriftene i dette arbeidet.

Namf/NFAM er enig i at det må tydeliggjøres hva som er bedriftshelsetjenestens kjerneoppgaver, og at disse må utføres før annen bistand kan gis.

Det er beskrevet i forslaget fra Departementet: «Det bør tydeliggjøres i kommentar at dersom arbeidsgiver på frivillig basis ønsker å tilby arbeidstakerne generelle helsetiltak eller annen individuell oppfølging, må bedriftshelsetjenesten informere om at dette ikke inngår i bedriftshelsetjenestens lovpålagte oppgaver og klart må avgrenses fra bedriftshelsetjenestens arbeid.» Vi tolker dette til å gjelde tilleggstjenester som faller klart utenfor primær- og sekundærforebyggende arbeidshelsearbeid.

Imidlertid er det viktig å vurdere hva som tenkes definert som «annen bistand».

Individuell bistand mht arbeidsrelatert sykdom, skadehåndtering for forebyggende tiltak videre og sykefraværarbeid, er eksempler på tjenester som vi mener faller naturlig innenfor målrettet bedriftshelsearbeid jf. forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 13-2 bokstavene e) og f). Erfaring tilsier at god håndtering og veiledning tidlig i sykefraværperiode kan og vil gi redusert fravær og bedre helse både for enkeltarbeidstaker og for andre, da det settes inn forebyggende tiltak basert på vurderinger gjort på risikoforhold som har forårsaket den aktuelle skaden eller sykefraværet. Også god faglig bistand fra kompetent BHT-personell med kjennskap til virksomheten og risikoforhold på alle plan, inkl det psykososiale, vil kunne bidra til raskere løsning av f.eks en konfliktsituasjon og derav godt både primær – og sekundærforebyggende arbeid for å unngå negativt arbeidsmiljø med mulig påfølgende uhelse.

Namf/NFAM vil også i denne sammenheng påpeke psykososiale risikofaktorer som en like viktig utfordring i dagens arbeidsliv som andre mer tradisjonelle risikofaktorer. Dette har høringen tatt høyde for i sin diskusjon, noe vi mener må komme frem også under dette avsnittet.

Godkjenningsordningen (Høringens punkt 4.3)

Namf/NFAM støtter videreføring av godkjenningsordningen. Vi mener det imidlertid bør stilles strengere krav til både kvalitet/kompetanse og volum. Kravet om at arbeidsmedisin må være dekket med minimum 30 % av et årsverk, har medført at legedelen ofte blir redusert til et minimum og at lege bare benyttes til helsekontroller. For det første er det ikke mulig å gjennomføre «egnet helseundersøkelse» iht. forskriften, uten å ha kjennskap til bedrift og eksponeringer, noe som krever at legen også må ha tid til å være ute i bedriften og delta på vernerunder m.m. For det andre er det vanskelig å utdanne seg til spesialist i arbeidsmedisin med en 30% stilling. Vi mener kravet om at arbeidsmedisin må økes til 50% av et årsverk.

Det vises for øvrig til avsnittet under for utfyllende diskusjon rundt krav til opplæring og kompetanseutvikling i BHT.

Krav til opplæring/kompetanseutvikling i bedriftshelsetjenesten (Høringens punkt 4.3.1)

I høringen foreslår departementet «en ny § 2-3 i forskriften om administrative ordninger hvor det stilles krav om et minimum av obligatorisk opplæring som skal bidra til en bedre forståelse av bedriftshelsetjenestens roller og oppgaver som et forebyggende arbeidsmiljøtiltak. Dette kravet bør omfatte alle som skal arbeide i bedriftshelsetjenesten, også innleid personell. Kravet om obligatorisk opplæring vil komme i tillegg til dagens krav om kompetanseutvikling blant bedriftshelsetjenestens personale. Det kan være tilstrekkelig at denne obligatoriske opplæringen legges opp som et digitalt kurs.»

Namf/NFAM støtter at det skal stilles krav til tverrfaglighet og kompetanse i ordningen, og et kurs som beskrevet kan fylle noe av dette kravet.

Vi mener at det er viktig at alle faggrupperinger innen BHT har spesialiseringer og god fagkompetanse, yrkeshygienikere har egen sertifiseringsordning og Norsk Sykepleierforbund og Landsgruppen av bedriftssykepleiere har stort fokus på bedriftssykepleiernes spesielle kompetanse og videreutdanning for å møte kravene i en god BHT.

Vi finner det imidlertid besynderlig at høringsnotatet ikke nevner at det finnes en egen spesialistutdanning i arbeidsmedisin for leger, som sørger for at leger får kompetanse i form av kunnskap og ferdigheter som er nødvendig for de oppgaver de har ansvar for i en BHT. Dette er noe helt annet enn «opplæring og kompetanseutvikling gjennom universiteter og høyskoler og profesjonsforeningene», som er nevnt i høringsnotatet og som gjelder andre faggrupper i BHT.

Ny spesialistutdanning for alle legespesialiteter, deriblant arbeidsmedisin, ble innført i 2019. Spesialistforskriften (forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger) definerer hvilke læringsmål en lege skal ha oppnådd for å bli godkjent spesialist innenfor hver enkelt av totalt 46 legespesialiteter. For arbeidsmedisin er det fastsatt 120 læringsmål, og til hvert av læringsmålene er det knyttet ulike læringsaktiviteter. Når en lege har gjennomført alle læringsaktiviteter og oppnådd alle læringsmål til spesialiteten, kan legen søke Helsedirektoratet om å bli godkjent spesialist. Spesialistutdanningen tar minst 5 års relevant arbeid etter gjennomført turnustjeneste (nå kalt LIS1).

En del læringsmål i arbeidsmedisin kan bare oppnås gjennom arbeid i BHT, mens andre må gjennomføres ved en arbeidsmedisinsk avdeling, og atter andre læringsmål kan/skal gjennomføres begge steder. For å bli spesialist i arbeidsmedisin, må en lege altså arbeide både i en BHT og ved en arbeidsmedisinsk avdeling. For at arbeidet i BHT skal telle til spesialiteten, må BHT være godkjent av Arbeidstilsynet og registrert som utdanningsvirksomhet hos Helsedirektoratet (jf. spesialistforskriften). Dette skal sikre at spesialistutdanningen gir god kvalitet. For spesialiteten allmenntilleggsmedisin kreves det at leger som ansettes i eller inngår avtale med en kommune, må være spesialist i allmenntilleggsmedisin eller under spesialisering (jf. forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, § 3). Det er ikke noe tilsvarende krav om at en lege i BHT skal være spesialist eller under spesialisering i arbeidsmedisin.

Namf/NFAM støtter det styrkede fokuset på kompetanse i BHT. Namf/NFAM mener imidlertid at det i forskriften skal kreves at leger i BHT skal være spesialist i arbeidsmedisin eller være under spesialisering i arbeidsmedisin, og da fortrinnsvis i 100% stilling. For leger under spesialisering i arbeidsmedisin gjelder følgende: «For leger i spesialisering tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter, skal utdanningen gjennomføres på heltid. En registrert utdanningsvirksomhet som skal ansette leger eller inngå avtale med leger som skal gjennomføre spesialistutdanning, skal påse at spesialistutdanningen gjennomføres på heltid. Spesialiseringen kan likevel gjennomføres på deltid dersom dette ikke er i veien for at legen kan gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene». For allmenntilleggsmedisin er det satt en nedre grense på minst 50 prosent av heltid, og tilsvarende regler som for allmenntilleggsmedisin, gjelder vanligvis for arbeidsmedisin og samfunnsmedisin, uten at det er uttrykkelig presisert.

Godkjenningseenheten bør kunne gjøre unntak og vurdere individuelt dersom legen kan dokumentere lang erfaring fra BHT-arbeid fra tidligere. Det må være et krav at nyansatte leger i BHT skal begynne sitt spesialistløp innen 6 mnd. etter ansettelse.

Økonomiske og administrative konsekvenser (Høringens punkt 5)

I dette avsnittet er økonomiske betydninger og gevinster av forebyggende tiltak diskutert, bl.a med referanse til Oslo Economics beregninger.

Namf/NFAM mener også det er store økonomiske gevinster knyttet til godt forebyggende arbeid innen arbeidsmiljø og arbeidshelse.

Vi leser at «Departementet foreslår en tiltakspakke for å sikre at bedriftshelsetjenestens innretning og virksomhet er i tråd med oppgaven, dvs at den bidrar målrettet og effektivt til virksomhetenes forebyggende arbeidsmiljøarbeid» Namf/NFAM ønsker offentlig finansieringstiltak velkommen, og da som tilskudd til bedriftshelsetjenester som driver målrettet forebyggende bedriftshelsearbeid.

6 Forslag til lov- og forskriftsendringer (Departementets forslag)

6.1 Krav rettet mot arbeidsgiver

6.1.1 Endringer i arbeidsmiljøloven

I Lov 17. Juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. gjøres følgende endring:

§ 3-3 andre ledd skal lyde:

(2) Bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å skape trygge arbeidsforhold som fremmer god arbeidshelse.

Denne endringen støttes av Namf/NFAM

6.1.2 Endringer i forskrift om organisering, ledelse og medvirkning

I forskrift 06. desember 2011 nr. 1355 om organisering, ledelse og medvirkning gjøres følgende endringer:

§ 13-1 Plikt til å knytte bedriftshelsetjeneste til virksomheten nytt fjerde og femte ledd skal lyde:

Arbeidstilsynet kan gi dispensasjon fra plikten til å knytte virksomheten til godkjent bedriftshelsetjeneste når virksomheten kan dokumentere:

- a) at de ikke har de risikoforholdene som har utløst plikten i bransjen, og i tillegg har et godt dokumentert HMS-system, eller
- b) at de har nødvendig intern kompetanse til å håndtere risikoforholdene i virksomheten, eventuelt at de tilknytter seg flere eksterne fagfolk som samlet sett oppfyller kravene til en godkjent bedriftshelsetjeneste,
- c) eventuelt andre forhold av betydning.

Listen over næringsgrupper i andre ledd skal gjennomgås og oppdateres hvert sjette år.

Namf/NFAM viser til argumentasjonen over under punktet «Dispensasjon - krav tilpasset ulik HMS-standard i virksomheter (Høringens pkt. 4.1.3)»

Namf/NFAM ønsker følgende utvidelse av punkt b) *at de har nødvendig intern kompetanse til å håndtere risikoforholdene i virksomheten, eventuelt at de tilknytter seg flere eksterne fagfolk som samlet sett oppfyller kravene til en godkjent bedriftshelsetjeneste.* «Virksomheten må i tillegg ha et godt dokumentert HMS-system, sikre at intern kompetanse og innleide eksterne fagfolk har en fri og uavhengig rolle overfor arbeidsgiver i arbeidsmiljøspørsmål, og sikre at virksomheten har godkjente rutiner og systemer for håndtering av medisinske opplysninger om de ansatte»

§ 13-2 Arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten skal lyde:

Arbeidsgiver skal sørge for at bedriftshelsetjenesten

- a) bistår med løpende kartlegging av arbeidsmiljøet, foretar undersøkelser av arbeidsplassene og arbeidsprosessene og vurderer risiko for helsefare
- b) fremmer forslag om forebyggende tiltak og sammen med virksomheten arbeider med tiltak som reduserer risikoen for helseskade forårsaket av arbeidet
- c) bistår med planlegging og gjennomføring av fysiske og organisatoriske endringer i virksomheten, herunder etablering, vedlikehold og tilrettelegging av arbeidsplasser, lokaler, utstyr og arbeidsprosesser
- d) bistår med utarbeidelse og endring av retningslinjer for bruk av kjemikalier, maskiner, og utstyr og øvrige arbeidsprosesser
- e) bistår i arbeidet med å overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse under hensyn til arbeidssituasjonen og foretar nødvendig oppfølging, i de tilfeller dette følger av lov eller forskrift, er begrunnet ut fra et arbeidshelseperspektiv, eller når virksomhetens risikovurdering

tilsier det

f) bistår med individuell tilrettelegging, herunder med bistand i henhold til arbeidsmiljøloven § 4-6

g) bistår med informasjon og opplæring om relevant arbeidshelse-, arbeidsmiljø- og sikkerhetsrisiko og aktuelle tiltak.

h) bistår ved henvendelser fra arbeidstaker, verneombud og arbeidsmiljøutvalg

Namf/NFAM støtter endringsforslagene.

Namf/NFAM poengterer at lege med spesialisering i arbeidsmedisin er rett fagperson til risikobasert overvåkning, kontroll og oppfølging av arbeidstakernes helse, jfr bokstav e.

Det fremgår tydelig av forskrift om utførelse av arbeid, i paragrafene som omhandler krav om helseundersøkelse av arbeidstakere som utsettes for ulike eksponeringer, at dette krever spesialkompetanse. Se f.eks forskriften § 3-20. Helseundersøkelse av arbeidstakere som kan utsettes for farlige kjemikalier, der det står at «arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstaker gjennomgår egnet helseundersøkelse hvis arbeidstaker kan utsettes for farlige kjemikalier på en slik måte at det kan forårsake helseskade. Egnet helseundersøkelse skal kunne påvise sykdom eller helseeffekt forårsaket av de aktuelle kjemikaliene og gi grunnlag for forebyggende tiltak i virksomheten eller andre tiltak som kan redusere arbeidstakerens risiko for helseskade».

Det er nødvendig med spesialkompetanse i arbeidsmedisin for å kunne overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse under hensyn til arbeidssituasjonen og foreta nødvendig oppfølging i hht regelverket, noe vi mener må komme tydelig frem i tiltakene for en mer målrettet bedriftshelsetjeneste.

6.2 Krav rettet mot bedriftshelsetjenesten

6.2.1 Endringer i forskrift om administrative ordninger

I forskrift 06. desember 2011 nr. 1360 om administrative ordninger på arbeidsmiljølovens område gjøres følgende endringer:

§ 2-2 Krav for å bli godkjent skal lyde:

For å bli godkjent må bedriftshelsetjenesten:

a) samlet sett være i stand til å gi en helhetlig, forebyggende og risikobasert bistand i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, jf. arbeidsmiljøloven § 3-3 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kapittel 13

b) ha et kvalitetssystem som sikrer at bedriftshelsetjenesten bistår arbeidsgiver som beskrevet i forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kapittel 13 på tilfredsstillende måte

d) ha et kvalitetssystem som sikrer kompetanseutvikling for bedriftshelsetjenestens personale
e) ha en sammensetning og et faglig personale som er i stand til å gi rådgivning innen følgende kompetanseområder: arbeidsmedisin/arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid

f) ha et faglig personale som dekker minimum tre årsverk. De enkelte fagområder (arbeidsmedisin, yrkeshygiene, ergonomi og psykososialt-organisatorisk) må være dekket med minimum 30 % av et årsverk.

Arbeidstilsynet kan i særlige tilfeller godkjenne en bedriftshelsetjeneste som ikke oppfyller samtlige krav i første ledd bokstav e) og f) § 2-3.

Det bemerkes at litra c er falt ut i oppregningen. Videre er det henvist til § 2-3 e) og f), mens det trolig menes § 2-2 e) og f) – som, når litra c tas med blir til d) og e).

Namf/NFAM støtter i store trekk de foreslåtte endringer.

Vi ønsker å presisere at arbeidsmedisin ikke er det samme som arbeidshelse, noe man kan få inntrykk av slik dette er formulert, både i gjeldende forskrift og i endringsforslaget. Arbeidsmedisin er en egen legespesialitet. Namf/NFAM foreslår en liten endring i punkt e) for å presisere denne forskjellen (sette arbeidsmedisin og arbeidshelse som to av flere kompetanseområder):

«e) ha en sammensetning og et faglig personale som er i stand til å gi rådgivning innen følgende kompetanseområder:
arbeidsmedisin, arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid»

Namf/NFAM mener i tillegg det må stilles krav til at lege i BHT skal være spesialist i arbeidsmedisin eller under spesialisering, og at fagområdet arbeidsmedisin må dekkes av minimum 50% av et årsverk (ikke 30% som foreslått videre)

§ 2-3 Krav til obligatorisk opplæring om bedriftshelsetjenestens formål og rolle skal lyde:

Bedriftshelsetjenesten skal sørge for at bedriftshelsetjenestens personale, herunder innleid personale og selvstendige, får obligatorisk opplæring om bedriftshelsetjenestens formål og rolle. Opplæringen skal

a) gi bedriftshelsetjenestens personale forståelse for det juridiske grunnlaget for bedriftshelsetjenesten

b) gi bedriftshelsetjenestens personale forståelse for bedriftshelsetjenestens oppdrag og kjerneoppgaver

Annen utdanning eller opplæring med tilsvarende innhold kan erstatte den obligatoriske opplæringen.

Namf/NFAM viser til kommentarer og innspill ovenfor under høringens punkt 4.3.1

«Krav til opplæring/kompetanseutvikling i bedriftshelsetjenesten» hvor vi presiserer viktigheten av de ulike fagområders og profesjoners spesialkompetanse.

Dersom det innføres obligatorisk opplæring som beskrevet bør det vurderes om dette utløser ressurser fra det offentlige, slik at BHTene får dekket kursavgift etter gjennomført kurs, evt at kurset gjøres gratis for alle deltagerne.

Ny § 2-4 Krav til bedriftshelsetjenestens bistand skal lyde:

Bedriftshelsetjenesten plikter å innrette sin bistand til virksomheten med utgangspunkt i de risikoforhold i virksomheten som har utløst plikt til bedriftshelsetjeneste. Bedriftshelsetjenestens samlede bistand skal ha fokus på det forebyggende arbeidshelse-, arbeidsmiljø- og sikkerhetsarbeidet. Bedriftshelsetjenestens bistand skal være i samsvar med bestemmelsen om arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjeneste i §§ 13-2 og 13-3, herunder å bistå arbeidsgiver med de forhold som er listet opp i § 13-2 a) – h) og i samarbeid med arbeidsgiver bistå med å utarbeide den dokumentasjonen som følger av § 13-3 a) – c).

Bedriftshelsetjenesten skal kunne dokumentere at den bistand som er gitt oppfyller ovennevnte krav, herunder dokumentere hvordan de prioriterer bistanden rettet mot det forebyggende risikobaserte arbeidet i virksomhetene.

Tjenester utover det som følger av første, andre og tredje ledd utgjør tilleggstjenester og må skilles ut som dette. Omfanget av tilleggstjenester skal dokumenteres i skriftlige beskrivelser av leveranser, eventuelt også i kontrakter og fakturaer.

Bedriftshelsetjenestens bistand skal være i samsvar med bestemmelsen om arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjeneste i §§ 13-2 og 13-3, herunder å bistå arbeidsgiver med de forhold som er listet opp i § 13-2 a) – h) og i samarbeid med arbeidsgiver bistå med å utarbeide den dokumentasjonen som følger av § 13-3 a) – c).

Vi ønsker legge inn henvisning til aktuell forskrift i siste avsnitt av forslaget til ny paragraf:

«*Bedriftshelsetjenestens bistand skal være i samsvar med bestemmelsen om arbeidsgivers bruk av*

bedriftshelsetjeneste i §§ 13-2 og 13-3,(forskrift om organisering, ledelse og medvirkning) ...»

For øvrig viser Namf/NFAM til argumentasjon under aktuelt punkt ovenfor «Krav til bedriftshelsetjenestens bistand og dokumentasjon av arbeidsmetodikk (Høringens punkt 4.2.2.1)» Vi ønsker også her å rette fokus på psykososiale arbeidsmiljøfaktorer, slik at disse medregnes på lik linje med mer tradisjonelle risikofaktorer, og bistand innen dette området dermed regnes inn under BHTs «forbyggende risikobaserte arbeid i virksomhetene».

Ny § 2-5 Tilsyn og varighet av godkjenning skal lyde

Arbeidstilsynet fører tilsyn med at bedriftshelsetjenesten oppfyller kravene i §§ 2-2, 2-3 og 2-4.

Arbeidstilsynet gir godkjenning for en periode på fem år. Arbeidstilsynet kan trekke godkjenningen tilbake dersom kravene ikke lenger er oppfylt, eller hvis de ikke oppfylles innen en fastsatt frist.

Namf/NFAM støtter forslaget til ny paragraf vedr tilsyn og varighet av godkjenning.

Med vennlig hilsen

Norsk arbeidsmedisinsk forening
Laila Torp, leder

Norsk forening for arbeidsmedisin
Kjersti Skantze, leder

Elektronisk signert