



Samfunnsnyttan av bedriftshelsetjenesten

Utredning for Arbeids- og sosialdepartementet (ASD)

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk. Vi har bred erfaring med utredning innen arbeidsliv, helse og velferd.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Nytte-kostnadsanalyser

Oslo Economics tilbyr samfunnsøkonomisk utredning for departementer, direktorater, helseforetak og andre virksomheter. Vi har kompetanse på samfunnsøkonomiske analyser i henhold til Finansdepartementets veileder og rundskriv.

Innenfor samfunnsøkonomiske analyser har vi erfaring med nytte-kostnadsanalyser der vi identifiserer, vurderer og sammenstiller virkninger av det aktuelle tiltak. Vi prissetter nyttevirkninger og kostnader, eller vurderer virkninger kvalitativt dersom prissetting ikke lar seg gjøre. Vi har tilsvarende erfaring fra analyser basert på gjeldende veiledere for helseøkonomiske analyser.

Samfunnsnyttan av bedriftshelsetjenesten

© Oslo Economics, 27. mai 2018

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192

Innhold

Sammendrag	4
1. Behov for informasjon om bedriftshelsetjenestens samfunnsnytte	8
1.1 Utredning av fremtidens BHT-ordning	8
1.2 Samfunnsnyttan av BHT	8
1.3 Data og metode	8
2. Bedriftshelsetjenesten som virkemiddel for forebygging	10
2.1 Om bedriftshelsetjenesten	10
2.2 Bedriftshelsetjenesten i endring	13
3. Virkninger av BHT i eksempler på virksomheter med BHT	15
3.1 Eksempel: Mekanisk verksted	15
3.2 Eksempel: Anleggsvirksomhet med intern BHT	15
3.3 Eksempel: Barnehage	16
3.4 Eksempel: Hjemmesykepleie	17
3.5 Eksempel: Frisør	17
3.6 Eksempel: Skoforretning (ikke BHT-pliktig)	18
4. Kostnader ved ikke-optimalt arbeidsmiljø	19
4.1 Ikke-optimalt arbeidsmiljø i Norge	19
4.2 Kostnader for samfunnet	21
4.3 Kostnader for virksomhetene	25
4.4 Potensial av forebygging	25
5. Kostnader ved og nyttevirkninger av BHT-ordningen	26
5.1 Kostnader ved BHT-ordningen	26
5.2 Nyttvirkninger ved BHT-ordningen	29
5.3 Samfunnsnyttan av BHT-ordningen i Norge	31
6. Diskusjon	34
7. Referanser	35
Vedlegg	37

Sammendrag

Bedriftshelsetjeneste er en rådgivende tjeneste som skal bistå arbeidsgivere og arbeidstakere med det forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i virksomhetene. Formålet med tjenesten er å forebygge sykdommer, skader og psykiske belastninger på arbeidsplassen. Kostnadene ved et ikke-optimalt arbeidsmiljø er betydelig, men vanskelig å anslå. Våre anslag tilsier årlige kostnader for samfunnet på 75 (30 – 110) milliarder kroner årlig. Gjennom bistand til virksomheters systematiske forebyggende arbeidsmiljøarbeid kan en bedriftshelsetjeneste bidra til å unngå helsetap, øke yrkesdeltakelse og redusere sykefravær, øke produktivitet og spare helsetjenestekostnader. Det er stor variasjon i hvilken grad bedriftshelsetjenesten tilbyr tjenester i henhold til intensjonen ved ordningen og mange virksomheter er ikke tilknyttet en godkjent bedriftshelsetjeneste. Bedre og mer relevante tjenester, kombinert med økt dekningsgrad, kan redusere kostnadene ved et ikke-optimalt arbeidsmiljø og øke samfunnsnyttan av tjenesten.

Samfunnsnyttan av bedriftshelsetjeneste

Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) har nedsatt et ekspertutvalg for å vurdere bedriftshelsetjenesteordningen. Oslo Economics er engasjert for å utrede samfunnsnyttan og kostnaden av bedriftshelsetjeneste (BHT) som et virkemiddel for forebygging.

Bedriftshelsetjenesten er en rådgivende tjeneste som skal bistå arbeidsgivere og arbeidstakere med det forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i virksomhetene. Formålet med tjenesten er å forebygge sykdommer, skader og psykiske belastninger på arbeidsplassen. En BHT består av tverrfaglig kompetanse innen arbeidsmiljø, for eksempel leger, yrkeshygienikere, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og organisasjonspsykologer.

Av arbeidsmiljøloven § 3-3 fremgår det at arbeidsgiver plikter å knytte virksomheten til en godkjent bedriftshelsetjeneste når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. For en rekke bransjer, der arbeidsmiljørisikoen anses å være høy, er det fastsatt i forskrift at de plikter å knytte til seg en BHT. En godkjent BHT skal tilby tjenester innen:

- Systematisk HMS-arbeid – arbeid med helsevern, miljøvern, arbeidsmiljø, sikkerhet og trygghet
- Arbeidsmedisin/arbeidshelse – målrettet helsekontroll av arbeidstakere med særskilte eksponerings- og risikoforhold og sykefraværsoppfølging
- Ergonomi – vurdere arbeidsteknikker og bistå med tiltak og løsninger ved ergonomiske utfordringer
- Yrkeshygiene – kartlegge fysiske, kjemiske og biologiske forhold og utarbeide arbeidsinstruksjoner
- Organisatorisk arbeidsmiljø – utarbeide retningslinjer og gi informasjon om organisatoriske forhold
- Psykososialt arbeidsmiljø – gjennomføre spørreundersøkelser, bistå ved konflikthåndtering, veilede ledere

I tillegg til disse kjerneområdene tilbyr noen BHT-er tjenester som retter seg mot individuell helse og livsstil (f.eks. generelle helsekontroller, individtilpassede treningsprogram m.m.), men disse tjenestene omfattes ikke direkte av lovverket for BHT-ordningen, og studier har pekt på den manglende samfunnsnyttan av slike kontroller (1).

Figur 1-1: Oversikt over hvilke typer tjenester som tilbys av BHT-ene etter kjerneområde og type aktivitet

	Kartlegging og risikovurdering	Retningslinjer og dokumentasjon	Informasjon og opplæring	Annet
Systematisk HMS-arbeid	Internkontroll Vurdering av arbeidsmiljørisiko	Avvikssystem Handlingsplan HMS	Lederopplæring HMS Verneombudskurs HMS-kurs	Deltagelse i AMU, vernerunder og andre HMS-fora
Arbeidsmedisin / arbeidshelse	Helseovervåking; Målrettet helsekontroll Eksponeringsvurdering	Rapporteringsplikter ved sykdom og skade	Førstehjelpskurs Kurs om helseeksponering	Sykefraværsoppfølging Rus og avhengighet Poliklinisk virksomhet
Ergonomi	Vurdere arbeidsplass og arbeidsteknikker Vernerunder	Retningslinjer om ergonomiske forhold (eks. ved nybygg/innkjøp)	Arbeidsteknikk og organisering av arbeidet	Tiltak og løsninger ved ergonomiske utfordringer
Yrkeshygiene	Fysiske, kjemiske og biologiske forhold (eks. vibrasjon, støy, støv)	Arbeidsinstrukser Håndtering av kjemikalier Bruk verneutstyr	Kjemisk og biologisk helsefare, stoffkartotek, renhold	Tiltak for bedre yrkeshygiene (eks. ulykkesforebygging)
Organisatorisk arbeidsmiljø	Organisatoriske forhold	Organisatoriske forhold (eks. arbeidsavtaler, varsling, arbeidstid)	Arbeidsgivers plikter, medvirkning, omstilling, nyansatte.	Forebyggende tiltak (eks. ved omstilling)
Psykososialt arbeidsmiljø	Spørreundersøkelser eller andre undersøkelser på gruppe/individnivå	Konflikthåndtering, vold og trusler, krisehåndtering	Konflikthåndtering, stressmestring, lederveiledning	Bistå ved og følge opp konflikter, vold og trusler, mobbing og trakassering
Helse og livsstil	Tiltak for å fremme ansattes totalhelse (eks. generelle helsekontroller, trenings- og kostholdsveiledning)			

Illustrasjon Oslo Economics. Figuren illustrerer hvilke typer tjenester BHT-ene faktisk tilbyr (inkludert tjenester som ikke er pålagt).

Ikke-optimalt arbeidsmiljø medfører betydelige kostnader for samfunnet

Med et ikke-optimalt arbeidsmiljø menes at det er forhold med arbeidsmiljøet som forhindrer arbeidstakerne å produsere det de ellers kunne ha gjort eller som utsetter arbeidstakerne for skade og sykdom. Anslag på kostnaden forbundet med et ikke-optimalt arbeidsmiljø kan synliggjøre det maksimale nyttepotensialet ved forebygging. De samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til ikke-optimalt arbeidsmiljø er beregnet til 75 (30 – 110) milliarder kroner årlig (Tabell 1-1). Den årlige kostnaden for virksomhetene er beregnet til 30 (15 – 45) milliarder kroner.

Tabell 1-1: Anslag for konsekvenser av ikke-optimalt arbeidsmiljø

Type virkning	Konsekvenser av ikke-optimalt arbeidsmiljø (årlige anslag)
Økt helsetap	50 arbeidsskadedødsfall (1700 tapte leveår) 100 000 arbeidsskader
Redusert yrkesdeltakelse og økt sykefravær	5 millioner sykefraværsdager (20% av alle 25 millioner sykefraværsdager anslås å være arbeidsrelatert)
Redusert produktivitet	Ansatte arbeider 0,5% mindre produktivt enn hva de ellers kunne gjort
Økte helsetjenestekostnader	30 000 arbeidsrelaterte skader behandles i spesialisthelsetjenesten 50 000 arbeidsrelaterte skader behandles på legekontor/legevakt

Kostnaden av BHT for virksomhetene og samfunnet

De samlede kostnadene av BHT-ordningen avhenger av enhetsprisen (pris per ansatt) og antall ansatte som berøres av ordningen. Kostnaden av BHT-tjenester per ansatt avhenger særlig av risikoforhold og innholdet i tjenesten, størrelsen på og risikoforholdene i virksomheten, og hvordan den organiseres, herunder om det er ekstern eller intern BHT. Vi har beregnet at den totale kostnaden per ansatt for BHT-tjenester under dagens praksis utgjør 1 400 kroner. Økt omfang av risikoeksponering (særlige behov) gir økte enhetskostnader. Større virksomheter har lavere enhetskostnader.

En rekke virksomheter mottar ikke BHT-tjenester «i henhold til intensjonen» (2), enten minimumsløsninger eller tjenester med stor vekt på generelle helsekontroller med begrenset samfunnsnytte (1). Vi har anslått at forventet

kostnad for en «beste praksis»-BHT for henholdsvis små og store virksomheter med lav-moderat risiko og høy risiko, vil variere fra ca. 1 200 til 2 600 kroner per ansatt per år.

Antall ansatte som mottar BHT-tjenester i Norge er usikkert, men utgjør i størrelsesorden 1 500 000 (1 250 000 – 1 700 000) personer. Til sammen har vi estimert de årlige kostnadene forbundet med BHT-ordningen (dagens praksis for virksomheter som benytter BHT i dag) til 2,1 (1,7-2,5) milliarder kroner.

Dersom alle virksomheter tar i bruk BHT-tjenester blir kostnaden 3,7 (3,3-4,0) milliarder kroner med dagens enhetskostnad, og 4,5 (4,1-4,9) milliarder kroner dersom man antar at beste praksis oppnås.

Eksempel på virkninger av BHT

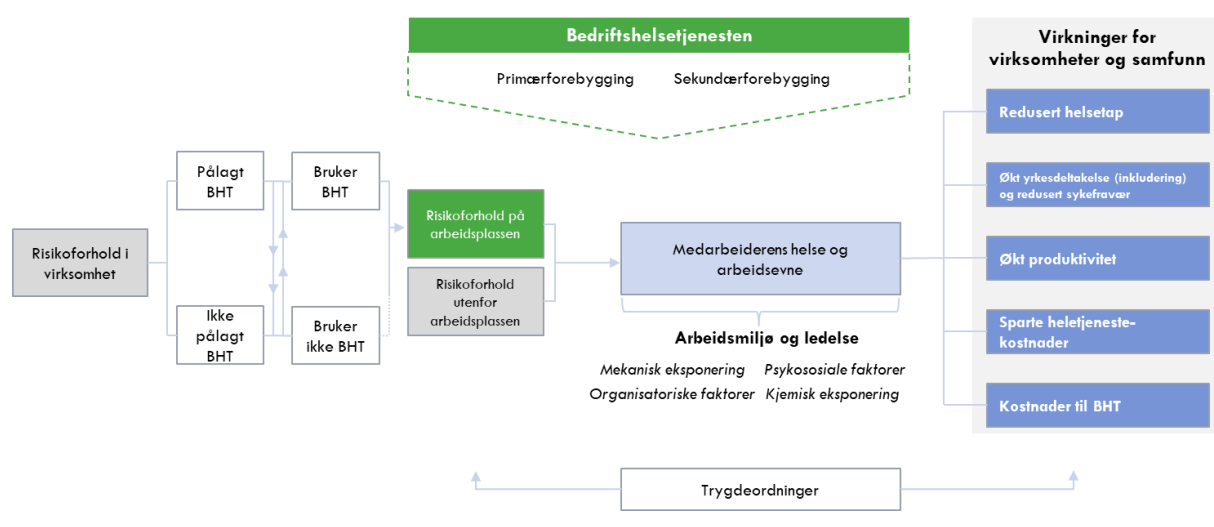
BHT-ordningen er mest kjent for sitt arbeid innen tradisjonell industri med fysisk eksponering. I kapittel 3 har vi illustrert virkninger av BHT-tjenester i eksempler på ulike virksomheter med BHT. Et av disse eksemplene er barnehage. Arbeid i barnehage er fysisk og psykiske krevende, og bransjen er preget av utfordringer med muskel- og skjelettplager og høyt sykefravær. Ansatte i barnehage utsettes for uheldige arbeidsstillinger i form av arbeid på huk og knær, ubekvemme løft, støy og biologisk materiale. Mange ansatte opplever arbeidet som mentalt krevende på grunn av press om å ha full tilstedeværelse og arbeide pedagogisk til enhver tid. Disse eksponeringene kan bidra til at mange barnehager har høyt sykefravær på grunn av muskel- og skjelettplager, emosjonelle krav og økt risiko for sykdomssmitte. En BHT kan bistå barnehagen med kartlegging av de ansattes arbeidsstillinger og gi ergonomisk veiledning og videre bistå med kompetanse innen yrkeshygiene for å kartlegge og vurdere tiltak for å redusere støy og smittefare. Endelig kan en BHT bistå med kompetanse innen psykososialt arbeidsmiljø og gi veiledning håndtering av emosjonelle krav (f.eks. stressmestring).

Samfunnsnyttan av BHT-ordningen

BHT-ordningen gir virkninger for virksomheter og samfunnet ved å påvirke risikoforhold på arbeidsplassen og således påvirke ansattes helse og arbeidsevne (Figur 1-2). Det er i utgangspunktet en vurdering av risikoforholdene i virksomhetene som danner grunnlaget for pålegg om å tilknytte seg til en godkjent BHT. Likevel er det noen virksomheter som er pålagt BHT som ikke bruker BHT, og i motsatt fall noen virksomheter som ikke er pålagt BHT som likevel velger å knytte seg til en godkjent BHT. Ansattes helse og arbeidsevne påvirkes av risikoforhold både på og utenfor arbeidsplassen, med røyking som et eksempel på ikke-arbeidsrelatert risiko. Videre kan også institusjonelle forhold (f.eks. hvordan trygdeordninger er utformet) også påvirke virksomhetenes og de ansattes atferd.

En BHT kan bidra med både primær- og sekundærforebygging ved å kartlegge risikoforhold og iverksette tiltak for å bedre ansattes helse og arbeidsevne. Virkningene av BHT-ordningen for virksomheter og samfunnet innebærer redusert omfang av helsetap, økt yrkesdeltakelse og redusert sykefravær, økt produktivitet, og sparte helsetjenestekostnader. Virkningene vil imidlertid avhenge av risikoforholdene, om BHT-en har en hensiktsmessig tjenesteprofil og virksomhetens øvrige HMS-arbeid.

Figur 1-2: Hvordan BHT gir virkninger for virksomhetene og samfunnet



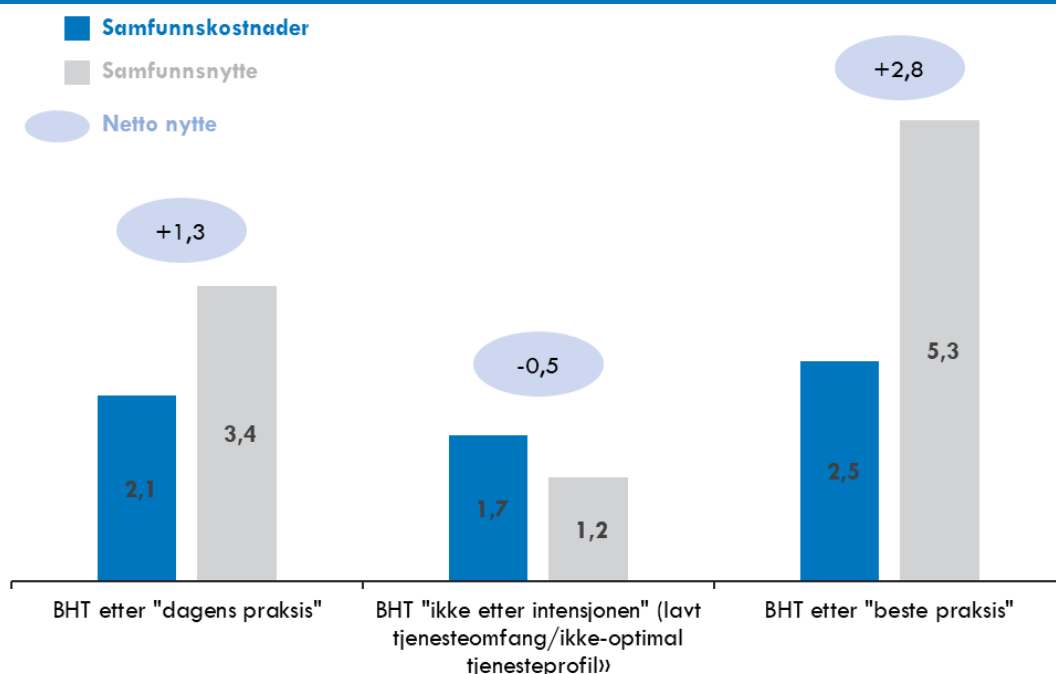
Illustrasjon Oslo Economics

Basert på ulike forutsetninger om hvor stor andel av det ikke-optimale arbeidsmiljøet en BHT kan forebygge har vi beregnet samfunnsnyttene av BHT-ordningen. For BHT-ordningen slik den fungerer med dagens praksis har vi beregnet at de totale samfunnskostnadene beløper seg til 2,1 milliarder kroner, mens verdien av den samlede nytten utgjør 3,4 milliarder kroner. Netto samfunnsnytte er 1,3 milliarder kroner. Anslagene er usikre og vi har søkt å benytte konservative anslag.

For å ta høyde for usikkerheten knyttet til disse anslagene har vi også beregnet samfunnsnyttene av BHT-ordningen under forutsetning om at BHT-ene ikke fungerer etter intensjonen, der vi har beregnet de totale samfunnskostnadene til 1,7 milliarder kroner og nyttevirkningene til 1,2 milliarder kroner. En BHT-ordning som ikke fungerer etter intensjonen medfører dermed en netto samfunnskostnad på 0,5 milliarder kroner. Endelig har vi beregnet at en BHT-ordning der BHT-ene fungerer etter beste praksis medfører en kostnad på 2,5 milliarder og gir nyttevirkninger verdsatt til 5,3 milliarder. En BHT-ordning som fungerer etter beste praksis er altså anslått til å ha en samfunnsnytte på 2,8 milliarder kroner.

En alternativ fremgangsmåte er å anslå hvor mye nytte BHT-ordningen må gi for å dekke sine kostnader. Våre analyser tilsier at dette utgjør omlag 3 prosent av kostnadene av dagens kostnader ved et ikke-optimalt arbeidsmiljø. Da har man ikke tatt hensyn til forebyggingsgevinsten som allerede er oppnådd.

Figur 1-3: Samfunnsnyttene av BHT i Norge, milliarder 2018-kroner



Illustrasjon Oslo Economics

Utfordringer og forbedringspotensialer ved dagens BHT-ordning

En utfordring ved BHT-ordningen er at det ofte ikke er samsvar mellom de tjenester som tilbys og den risikoen som virksomheten kjennetegnes av. I tillegg har mange virksomheter manglende bestiller-kompetanse når det gjelder bruk av BHT og mange etterspør tradisjonelle personalegjeter med generelle helsekontroller som i liten grad har dokumentert virkning (1). De eksterne BHT-ene peker på sin side på at mange virksomheter har liten betalingsvillighet for forebyggende arbeid og velger anskaffelsesmodeller som presser tjenestens innhold til et minimum. En optimalisering av dagens ordning kan styrke nytten for virksomhetene og samfunnet.

1. Behov for informasjon om bedriftshelsetjenestens samfunnsnytte

Arbeidsmiljøet har stor innvirkning på ansattes trivsel, helse og yteevne. Uønskede forhold på arbeidsplassen kan medføre arbeidsskader og arbeidsrelaterte sykdommer, noe som kan innebære en betydelig kostnad for virksomhetene og samfunnet generelt. Bedriftshelsetjenesten (BHT) er et sentralt virkemiddel i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Det er ønskelig å belyse samfunnsnyttene (nytte og kostnader) av BHT, både slik den praktiseres i dag og hvis potensialet for forebygging realiseres i større grad.

1.1 Utredning av fremtidens BHT-ordning

Av arbeidsmiljøloven § 3-3 fremgår det at arbeidsgiver plikter å knytte virksomheten til en godkjent bedriftshelsetjeneste når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. For en rekke bransjer, der arbeidsmiljørisikoen anses å være høy, er det fastsatt i forskrift at de plikter å knytte til seg en BHT.

Tidligere evalueringer av bedriftshelsetjenesten i Norge peker på at en rekke næringer opplever BHT som et viktig virkemiddel for å utvikle og styrke arbeidsmiljøarbeidet (2). Samtidig pekes det på at kostnadene for virksomhetene er betydelige.

Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) utnevnte i februar 2017 en uavhengig ekspertgruppe for å gjennomgå og vurdere bedriftshelsetjenesten i Norge. Ekspertgruppen fikk i oppgave å foreta en vurdering av bedriftshelsetjenesten, med sikte på å identifisere hensiktsmessige endringer og forenklinger. Ekspertgruppen fikk i oppgave å vurdere følgende:

- Om det fortsatt bør stilles krav om BHT som i dagens modell eller om det bør gis rådgivning som målrettet bistand i det forebyggende HMS-arbeidet (og eventuelt omfanget av slik rådgivning)
- Om det bør stilles krav om hvordan tjenestene organiseres og om godkjenningsordningen bør videreføres
- Hva som bør være myndighetenes rolle hva gjelder tilsyn og godkjenning
- Hvordan man kan forbedre og kvalitetssikre de tjenester som tilbys

- Hvordan man kan forbedre virksomhetenes målrettede bruk av tjenestene
- Hvordan det kan tas hensyn til særskilte utfordringer for små virksomheter

1.2 Samfunnsnyttene av BHT

Som del av ekspertgruppens arbeid med å vurdere BHT-ordningen i Norge har ASD engasjert Oslo Economics for å utrede nåværende og mulig fremtidig nytte og kostnader av BHT-ordningen. Konkrete spørsmål som skal belyses er:

- Hva koster dagens BHT-ordning?
- Hva er kostnadene (for samfunnet og virksomhetene) knyttet til ikke-optimalt arbeidsmiljø i Norge?
- Hva er det det maksimale potensialet for forebygging av arbeidsrelaterte plager og lidelser (for samfunnet og virksomhetene) i Norge inkl. økonomianslag (sykefravær mm), og hva er kostnadsbildet knyttet til realistisk forebyggbart potensial?
- Hva er forventet økt effektivitet/produktivitet (for samfunnet og virksomhetene) ved å lykkes med arbeidsmiljøarbeidet, og hvilken økonomisk gevinst følger av dette?
- Hvor stor andel av potensialet for forebygging og produktivitetsfremming må BHT-ene bidra med for at kostnader og nytteverdi for BHT-tjenestene balanseres, og hva er vurdert maksimalt økonomisk potensial?
- Hva er konsekvensene for virksomheter og samfunnet av mulige tiltak på området?

1.3 Data og metode

Analysen er utarbeidet på bakgrunn av norsk og internasjonal forskning, offentlige rammeverk for analyse, intervjuer med sentrale interessenter, tilgjengelig statistikk og egne vurderinger.

I en samfunnsøkonomisk utredning vurderer man normalt virkningene av et tiltak, i dette tilfellet eventuelle lovendringer eller andre tiltak for å styrke det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i virksomhetene. I denne utredningens første del har vi kun analysert virkninger av BHT-ordningen slik den fungerer i dag for å øke forståelsen for verdien av BHT-ordningen. Vi har også undersøkt kostnadene knyttet til ikke-optimalt arbeidsmiljø og det maksimale potensialet av forebygging, samt i hvilken grad BHT-ordningen kan bidra til å realisere dette potensialet.

Analysene bygger på retningslinjene gitt i DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser (3) og Finansdepartementets rundskriv R-109/14 (4).

Utredningen er blitt gjennomført i perioden januar til mars 2018.

1.3.1 Analyser av forebyggende tiltak

Det er generelt svært krevende å gjøre kost-/nyttevurderinger av ulike forebyggingstiltak. Dette er påpekt i Regjeringens strategi for forebygging, hvor det blant annet fremgår at det er mangel på systematisert kunnskap om samfunnsøkonomiske virkninger av forebygging på ulike samfunnsområder – og om mulige synergieffekter (5).

Analysen av investeringer i forebyggende tiltak, herunder BHT, har noen særskilte utfordringer:

- Kostnadene ved forebygging kommer med én gang, mens gevinstene ofte ikke viser seg før etter lang tid. Det kan også være behov for en ekstra ressursinnsats gjennom hele livsløpet for å kunne realisere langsiktige gevinster.
- Kostnader og gevinster sitter ofte ikke på samme hånd. Arbeidsgiver, helseforetak eller kommunen kan bære investeringskostnadene, mens en annen virksomhet, individet eller storsamfunnet får gevinsten.
- Virkningen av forebyggende tiltak er ofte vanskelig å fastslå. Dette gjør at det som regel er en betydelig usikkerhet knyttet til hvorvidt forventet gevinst står i forhold til ressursinnsatsen som tiltakene krever. Det er blant annet krevende å gjennomføre randomiserte kontrollerte studier som i større grad kan avdekke årsakssammenhenger.

Helsedirektoratet¹ peker på at det foreligger flere oppsummeringer av samfunnsøkonomiske beregninger av forebyggende tiltak. I 2013 ga WHO ut en slik gjennomgang i samarbeid med OECD og European

Observatory of Health System and Policies. Et viktig poeng i rapporten er at mange vurderinger baserer seg på modelleringer av antatte langtidsvirkninger og ikke på observerte langtidsvirkninger. Det betyr at det er en del usikkerhet og forutsetninger om vedvarende virkninger som ligger til grunn for mange av beregningene.

1.3.2 Datakilder

Foruten diskusjoner med ekspertgruppen og ASD, har vi gjennomført dybdeintervjuer med ansatte i Arbeidstilsynet, Godkjenningssenheten for BHT, og sentrale arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner. Vi har også gjennomført intervjuer med representanter for interne og eksterne BHT-er. Opplysningene vi har fått gjennom disse intervjuene inngår som bakgrunnsinformasjon i utredningen. Alle konklusjoner og vurderinger i analysen er våre egne. Vi vil gjerne takke informantene for deres bidrag til utredningen.

Vi har foretatt en gjennomgang av relevant forskningslitteratur og utredningsrapporter. Se referanselisten for en oversikt.

Relevante rapporter inkluderer SINTEFs evaluering av bedriftshelse i Norge (2), SINTEFs evaluering av kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader (6), IPSOS sin evaluering av bedriftshelsetjenesten med fokus på pris og kontakt (7), og STAMIs faktabok om arbeidsmiljø og arbeidshelse (8).

1.3.3 Generelt om beregningene

Kostnadsestimater er hentet fra ulike kilder og år. Vi har justert alle tall etter konsumprisindeksen slik at de reflekterer 2018-kostnader.

Det er knyttet usikkerhet til anslagene. Alle tall presenteres med beste anslag og et usikkerhetsspenn som reflekterer høy og lav kostnad/virkning.

¹<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/964/Samfunnsokonomiske-beregninger-av-tiltak-innen-kosthold-og-fysisk-aktivitet-IS-2273.pdf>

2. Bedriftshelsetjenesten som virkemiddel for forebygging

Bedriftshelsetjenesten er en rådgivende tjeneste som skal bistå arbeidsgivere og arbeidstakere med det forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i virksomhetene. Formålet er å forebygge sykdommer, skader og psykiske belastninger på arbeidsplassen. I dag er omtrent 95 000 virksomheter, eller ca. 50 prosent av virksomhetene i Norge med en eller flere ansatte, pålagt å være tilknyttet en godkjent bedriftshelsetjeneste. Bransjeforskriften regulerer hvilke virksomheter dette gjelder, mens godkjenningsordningen skal sørge for at alle BHT-er har en minimumsstandard hva gjelder kvalitet og kompetanse. Om lag 1,6 millioner arbeidstakere jobber i virksomheter med BHT-plikt.

2.1 Om bedriftshelsetjenesten

Bedriftshelsetjeneste er en rådgivende tjeneste innen forebyggende arbeid relatert til arbeidsmiljø. Formålet med BHT-ordningen er å bistå arbeidsgivere og arbeidstakere med det forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i virksomhetene. En BHT består av tverrfaglig kompetanse innen arbeidsmiljø, herunder leger og legespesialister i arbeidsmedisin, yrkeshygienikere, sykepleiere, organisasjonspsykologer og andre yrkesgrupper. Det er flere forskriftskrav som berører utbredelse, organisering og arbeidsgivers bruk av BHT.

2.1.1 Lov om BHT

Arbeidsmiljøloven § 3-3 regulerer arbeidsgivers plikter til å tilknytte seg en godkjent BHT. Av loven fremgår det at²:

1. Arbeidsgiver plikter å knytte virksomheten til en bedriftshelsetjeneste godkjent av Arbeidstilsynet når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Vurderingen av om slik plikt foreligger skal foretas som ledd i gjennomføringen av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet.
2. Bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å skape sunne og trygge arbeidsforhold.

3. Bedriftshelsetjenesten skal ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål.
4. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om når og i hvilken utstrekning arbeidsgiver plikter å knytte til seg bedriftshelsetjeneste, om hvilke faglige krav som skal stilles til tjenesten og om hvilke oppgaver den skal utføre.
5. Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om at bedriftshelsetjeneste må godkjennes av Arbeidstilsynet og om det nærmere innholdet i en slik godkjenningsordning.

Kravene om bedriftshelsetjeneste er således rettet mot virksomhetene. Arbeidstilsynet skal føre tilsyn med at virksomhetene oppfyller sine plikter etter arbeidsmiljøregelverket. Gjennom godkjenningsordningen settes det også krav til bedriftshelsetjenesten.

Av Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning (FOR-2011-12-06-1355) § 13-2 fremgår det at arbeidsgiver skal sørge for at bedriftshelsetjenesten:

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

Videre fremgår det av § 13-3 at arbeidsgiver i samarbeid med bedriftshelsetjenesten skal utarbeide

² Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven), LOV-2005-06-17-62.

følgende dokumentasjon som skal inngå i virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid:

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

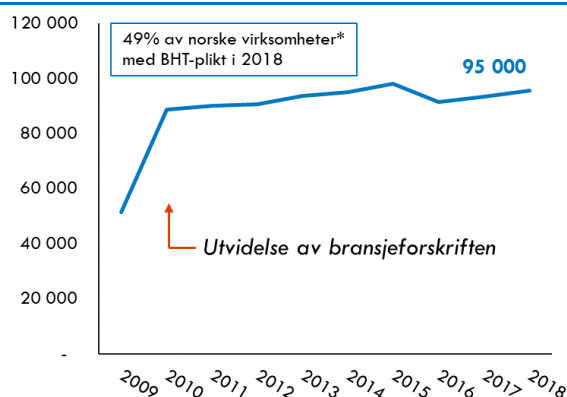
Endelig reguleres virksomheters krav om systematisk HMS-arbeid av Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften, FOR-1996-12-06-1127). Forskriften pålegger virksomheter internkontroll, definert som «Systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetenes aktiviteter planlegges, organiseres, utføres, sikres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen».

2.1.2 Virksomheter som er pålagt BHT

Av arbeidsmiljøloven § 3-3 fremgår det at arbeidsgiver plikter å knytte virksomheten til en godkjent BHT når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Virksomheter i bransjer som preges av mer risikofylt arbeidsmiljø (større risiko for sykdom, skader og psykiske belastninger) enn andre er pålagt å være tilknyttet en godkjent bedriftshelsetjeneste. Eksempler er ulike produksjonsbransjer, bygg og anlegg og rengjøringsvirksomhet. Hvilke bransjer som er pålagt BHT reguleres av Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning (FOR-2011-12-06-1355) Kapittel 13, §13-1. Bransjeforskriften ble i 2010 utvidet til også å inkludere blant annet undervisning, helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester i institusjon.

Med utgangspunkt i data fra Statistisk sentralbyrå (SSB) har vi estimert hvor mange virksomheter som omfattes av dagens BHT-plikt. I 2018 omfatter bransjeforskriften omtrent 95 000 virksomheter, fordelt på rundt 60 næringer. Dette innebærer at om lag 50 prosent av virksomhetene i Norge med en eller flere ansatte omfattes av plikten. Utvidelsen av bransjeforskriften i 2010 innebar at omtrent 40 000 nye virksomheter ble omfattet av ordningen. Det er imidlertid ikke alle virksomheter som omfattes av plikten som faktisk er tilknyttet en godkjent BHT.

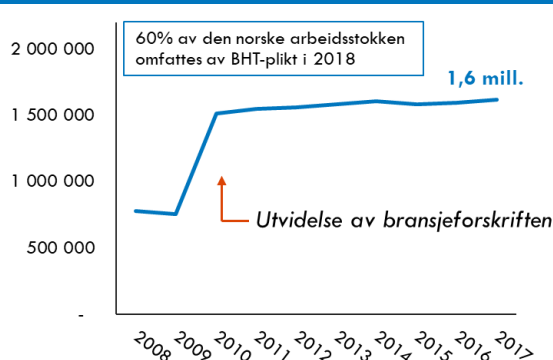
Figur 2-1: Antall virksomheter* med pålegg om BHT, 2009-2018



Datakilde: Statistisk sentralbyrå og Proff Forvalt. Analyse Oslo Economics. Endringer i rapportering og datagrunnlag kan påvirke antallet år for år. *Virksomheter med én eller flere ansatte.

Ser vi derimot på antall ansatte som berøres av ordningen utgjorde den i 2018 omtrent 60 prosent av den norske arbeidsstokken, eller 1,6 millioner mennesker (Figur 2-2). Utvidelsen av bransjeforskriften i 2010 innebar omtrent en doubling av antall ansatte som jobbet i en virksomhet med BHT-plikt.

Figur 2-2: Antall ansatte i virksomheter med pålegg om BHT, 2008-2018



Datakilde: Statistisk sentralbyrå. Analyse Oslo Economics.

Dersom vi ser på fordelingen av antall virksomheter og antall ansatte etter størrelsen på virksomheten finner vi at nesten halvparten av virksomhetene som omfattes av BHT-plikt har færre enn 5 ansatte (Tabell 2-1). Nærmere 40 prosent av antall ansatte i virksomheter med BHT-plikt jobber i virksomheter med 10-49 ansatte.

Tabell 2-1: Antall virksomheter* med BHT-plikt og antall ansatte etter virksomhetsstørrelse

Virksomhetsstørrelse	Antall virksomheter* (%)		Antall ansatte (%)	
1-4 ansatte	42 000	44 %	96 000	6%
5-9 ansatte	18 000	19 %	143 000	9%
10-49 ansatte	29 000	30 %	597 000	37%
50-99 ansatte	4 000	4 %	310 000	19%
Flere enn 99 ansatte	2 000	2 %	467 000	29%
Sum	95 000	100 %	1 613 000	100%

Datakilde: Statistisk sentralbyrå og Proff Forvalt. Analyse Oslo Economics. *Virksomheter med én eller flere ansatte.

2.1.3 Godkjenningsordningen

I 2010 ble det igangsatt en godkjenningsordning som innebærer at alle leverandører av bedriftshelse-tjenester skal være godkjent av Godkjenningsenheten i Arbeidstilsynet. Godkjenningsenheten jobber med systematisk kvalitetsutviklingsarbeid og har til hensikt å styrke fagmiljøene og tverrfaglighet i BHT ved å sikre et minimumsnivå på kompetanse, volum og kvalitetssikring. Enheten jobber for å sikre at godkjente BHT-er i hovedsak tilbyr tjenester som er forebyggende og innenfor arbeidsgivers ansvar. Ordningen har bidratt til å sikre en høyere minimumsstandard på BHT-ene ved å luke ut useriøse aktører.

De konkrete godkjenningskriteriene stiller krav til at BHT-ene må ha kompetanse innen arbeidsmedisin/ arbeidshelse, yrkeshygiene, systematisk HMS-arbeid, ergonomi, samt organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø. Det stilles videre krav om minst 3 årsverk faglig personale, med krav om 30 prosent av et årsverk for hver av de fire fagområdene lege, yrkeshygiene, ergonomi og psykososialt-organisatorisk.

En undersøkelse gjennomført av STAMI i 2015 konkluderte med at Godkjenningsordningen har ført til «bedre kvalitetssikring av tjenestene BHT leverer, bedre kompetanse på personalet i BHT, økt tverrfaglighet og bedre samarbeid med virksomhetene» (9). I forbindelse med intervjuene kom det frem at ordningen har bidratt til å utvide tjenestetilbudet på flere fagområder og øke volumet av BHT-innsats i Norge, samt gi bedre oversikt over bransjen.

I tillegg til at Godkjenningsordningen arbeider med å godkjenne BHT-er utfører Arbeidstilsynet tilsyn der det kontrolleres om virksomheten er tilknyttet en godkjent BHT, om det er utarbeidet plan for BHT-ens bistand i virksomheten, og om det er utarbeidet en årsrapport for BHT-ens bistand i virksomheten.

2.1.4 Arbeidet i BHT

Hensikten med BHT er å bistå arbeidsgivere i det forebyggende arbeidet. Som en del av dette

arbeidet gjennomføres ulike prosesser hvor systematisk forebyggende arbeid skal bidra til å bedre forholdene på arbeidsplassen.

Figur 2-3: BHT-enes arbeidsprosess



Generelt kan prosessene illustreres som i Figur 2-3. Bedriftshelsetjenesten spiller en viktig rolle i å kartlegge relevante risikoforhold i virksomhetene og gjøre kvalifiserte risikovurderinger. På bakgrunn av dette utarbeides ofte en handlingsplan eller tiltak for å ta hensyn til identifiserte risikoforhold på den enkelte arbeidsplassen. Bedriftshelsetjenesten spiller også en viktig rolle i arbeidet med å evaluere tiltakene.

BHT-ordningen omfatter tjenester som skal bistå virksomhetene i deres forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, og tjenester som tilbys kan kategoriseres ofte i følgende kjerneområder:

- Systematisk HMS-arbeid
- Arbeidsmedisin/arbeidshelse
- Ergonomi
- Yrkeshygiene

- Organisatorisk arbeidsmiljø
- Psykososialt arbeidsmiljø

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Helse, miljø og sikkerhet (HMS) er en samlebetegnelse på arbeid med helsevern, miljøvern, arbeidsmiljø, sikkerhet og trygghet for ansatte. Hensikten med HMS-arbeidet er å forebygge skader og miljøforstyrrelser, samt å sikre et sunt og godt arbeidsmiljø for virksomhetens ansatte.

Andre BHT-tjenester

BHT-er skal i tillegg til det systematiske HMS-arbeidet tilby tjenester innen arbeidsmedisin (f.eks. målrettede helsekontroller, eksponeringsvurdering, og sykefraværsoppfølging), ergonomi (tiltak mot muskel- og skjelettplager), og yrkeshygiene tiltak knyttet til

fysiske, kjemiske og biologiske forhold på arbeidsplassen. Endelig skal en BHT bistå med tiltak i virksomhetenes arbeid med organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø. Eksempler på slike tiltak kan være utarbeidelse av retningslinjer for varsling og arbeidstid, samt håndtering av konflikter, vold og trusler.

I tillegg til disse kjerneområdene tilbyr noen BHT-er tjenester som retter seg mot individuell helse og livsstil (f.eks. treningsprogram), men disse tjenestene omfattes ikke direkte av lovverket for BHT.

En nærmere beskrivelse av de ulike aktivitetene som utføres innenfor hvert kjerneområde er beskrevet i Figur 2-4.

Figur 2-4: Oversikt over hvilke typer tjenester som tilbys av BHT-ene etter kjerneområde og type aktivitet

	Kartlegging og risikovurdering	Retningslinjer og dokumentasjon	Informasjon og opplæring	Annet
Systematisk HMS-arbeid	Internkontroll Vurdering av arbeidsmiljørisiko	Avvikssystem Handlingsplan HMS	Lederopplæring HMS Verneombudskurs HMS-kurs	Deltagelse i AMU, vernerunder og andre HMS-fora
Arbeidsmedisin / arbeidshelse	Helseovervåking; Målrettet helsekontroll Eksponeringsvurdering	Rapporteringsplikter ved sykdom og skade	Førstehjelpskurs Kurs om helseeksponering	Sykefraværsoppfølging Rus og avhengighet Poliklinisk virksomhet
Ergonomi	Vurdere arbeidsplass og arbeidsteknikker Vernerunder	Retningslinjer om ergonomiske forhold (eks. ved nybygg/innkjøp)	Arbeidsteknikk og organisering av arbeidet	Tiltak og løsninger ved ergonomiske utfordringer
Yrkeshygiene	Fysiske, kjemiske og biologiske forhold (eks. vibrasjon, støy, støv)	Arbeidsinstrukser Håndtering av kjemikalier Bruk verneutstyr	Kjemisk og biologisk helsefare, stoffkartotek, renhold	Tiltak for bedre yrkeshygiene (eks. ulykkesforebygging)
Organisatorisk arbeidsmiljø	Organisatoriske forhold	Organisatoriske forhold (eks. arbeidsavtaler, varsling, arbeidstid)	Arbeidsgivers plikter, medvirkning, omstilling, nyansatte.	Forebyggende tiltak (eks. ved omstilling)
Psykososialt arbeidsmiljø	Spørreundersøkelser eller andre undersøkelser på gruppe/individnivå	Konflikthåndtering, vold og trusler, krisehåndtering	Konflikthåndtering, stressmestring, lederveiledning	Bistå ved og følge opp konflikter, vold og trusler, mobbing og trakassering
Helse og livsstil	Tiltak for å fremme ansattes totalhelse (eks. generelle helsekontroller, trenings- og kostholdsveiledning)			

Illustrasjon Oslo Economics. Figuren illustrerer hvilke typer tjenester BHT-ene faktisk tilbyr (inkludert tjenester som ikke er pålagt).

2.2 Bedriftshelsetjenesten i endring

BHT-ordningen har siden den ble innført vært i stadig utvikling. Flere bransjer har blitt omfattet av ordningen og antall virksomheter og ansatte som berøres har økt. Over tid har det også vært endringer i tjenestens innhold.

De siste årene har flere små BHT-er slått seg sammen til større enheter, og det har vokst frem noen store aktører. Flere virksomheter har valgt å benytte ekstern BHT. Dels kan endringene skyldes et sterkere krav til faglig kompetanse, dels kan det skyldes at flere private aktører har sett potensialet for utvikling av større konsern.

Enkelte peker på at fremveksten av store kommersielle aktører har bidratt til at tjenestespekteret som enkelte BHT-er tilbyr har blitt utvidet, med en særlig økning i omfanget av tjenester som ikke direkte følger av loven.

For eksempel opplever flere at det har blitt større fokus på generelle helsekontroller for enkeltindivid (personallegetjenester) enn bedrifts- og gruppeorientert forebygging av uheldige arbeidsmiljørelaterte utfall enn tidligere. En slik utvikling vil kunne gå på bekostning av det målrettede forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Andre opplever at det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet nettopp er styrket i de senere årene.

Det kan for enkelte innkjøpere være krevende å orientere seg i tjenestetilbudet og ha oversikt over hvilke tjenester de er pålagt å kjøpe og hvilke tjenester de ikke er pålagt. For innkjøperne er det ofte krevende å vurdere og sammenligne kvaliteten mellom tilbyderne, noe som har bidratt til at pris ofte blir vektlagt i større grad da dette er enklere å måle.

Innkjøpspraksis har også endret seg over tid, hvor flere bestillere i større grad benytter seg av anbudsrunder for å velge leverandør. Konkurransen i markedet har de siste årene blitt tøffere, og flere BHT-er opplever at de i større grad konkurrerer på pris enn tidligere.

Spørsmålet om hvor vidt omfattende og lite målrettet bruk av ressurser mot den friskeste delen av

befolkningen er riktig har bidratt til behovet for å utrede fremtidens organisering av BHT-ordningen. SINTEFs evaluering fra 2016 og øvrige tilbakemeldinger om erfaringer fra BHT-ordningen har ført til at Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) har stilt spørsmål ved i hvilken grad BHT-ordningen i tilstrekkelig grad fungerer som et målrettet, treffsikkert og godt virkemiddel, sett i forhold til ressursbruken i helsetjenesten og virksomhetene.

Andre peker på at generelle helsekontroller for enkeltindividene (personallegetjenester) har vært en tjeneste som er tilbudt over tid og at det er vanskelig å gå vekk fra å tilby denne type tjenesten ettersom virksomhetene selv etterspør tjenesten, til tross for at nytteeffekt av slike tiltak er usikker.

3. Virkninger av BHT i eksempler på virksomheter med BHT

Samfunnsvirkningene av en bedriftshelsetjeneste vil variere med bransje og den enkelte virksomhetens risikoforhold, innholdet i tjenestene, ledelsens holdning til BHT og en rekke andre forhold. For å illustrere virkningene av BHT vil vi i dette kapittelet belyse virkningene for noen eksempelvis virksomheter.

Vi har utformet seks tenkte eksempler på bruk av BHT i ulike virksomheter, inspirert av faktiske tilfeller. Eksempelene er utformet for å vise at virkningene av BHT avhenger av risikoforholdene i virksomhetene og deres bruk av BHT. Eksempelene sikter på å dekke ulike bransjer, størrelser på virksomheter og organisering av BHT:

- Mekanisk verksted
- Anleggsvirksomhet med intern BHT
- Barnehage
- Hjemmesykepleie
- Frisør
- Skoforretning (ikke BHT-pliktig)

Eksposeringen og helseutfall i de ulike bransjene er basert på tall fra Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø (NOA) (10). Databasen angir relativ risiko for selvrapperte arbeidsmiljøeksponeringer og helseutfall for den aktuelle yrkesgruppen/bransjen sammenliknet med alle yrkesaktive.

3.1 Eksempel: Mekanisk verksted

3.1.1 Om virksomheten og risikoforhold

I Norge er det omtrent 700 mekaniske verksteder. Et mekanisk verksted er et eksempel på en tradisjonell industribedrift som plikter å være tilknyttet godkjent BHT. De fleste verkstedene er små virksomheter og er derfor som oftest tilknyttet en ekstern BHT.

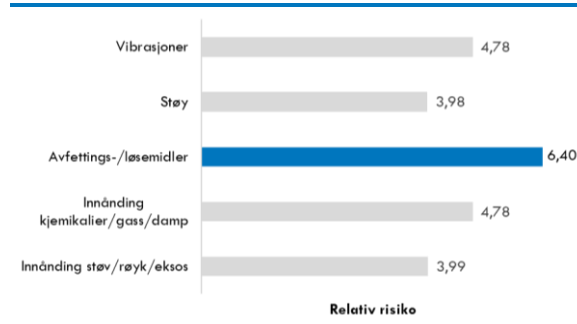
Mekanikere jobber med små og store maskiner. Arbeidsoppgavene innebærer vedlikehold, reparasjon og forbedring av mekanisk utstyr. Arbeidet er fysisk krevende.

3.1.2 Eksposering

I følge NOA er mekaniske verksteder særlig eksponert for avfettings- og løsemidler og innånding av støv, røyk og eksos samt kjemikalier, gass og damp (Figur 3-1). Disse eksponeringene gjør at mekanikere er særlig utsatt for hudplager sammenliknet med andre yrkesgrupper. Andre viktige eksponeringer er vibrasjoner og støy fra verktøy, maskiner og annet utstyr. Mekanikere er derfor utsatt for økt risiko for

nedsett hørsel og andre arbeidsskader som følge av feil bruk av utstyret.

Figur 3-1: Arbeidsmiljøeksponeringer for yrkesgruppen mekanikere



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013). Figuren angir relativ risiko for yrkesgruppen sammenliknet med alle yrkesaktive.

3.1.3 Tiltak

En BHT kan bistå virksomhetene med tiltak for å håndtere den særskilte eksponeringen for biologiske, fysiske og kjemiske faktorer som mekanikere utsettes for. For å bidra til at ansatte bruker maskiner og utstyr på en sikker og forsvarlig måte kan en BHT for eksempel bistå verkstedet med å utarbeide rutiner for arbeidsprosesser og bruk av verneutstyr, samt bistå ledelsen i tilknytning til opplæringen av nye ansatte. BHT-en kan også delta i vernerunder og kartlegge arbeidsprosesser og utfordringer for den enkelte ansatte. Andre tiltak rettet mot støy og vibrasjoner der BHT kan bistå er målrettede helsekontroller (f.eks. hørselstest).

3.1.4 Virkninger av BHT

Bedre rutiner og opplæring for arbeidsprosesser og bruk av verneutstyr kan forebygge skader og sykdom (og sykefraværet knyttet til dette).

Målrettede helsekontroller kan fange opp hørselsskader og skader som følge av vibrasjoner på et tidlig tidspunkt og forebygge alvorlige skader som følge av disse eksponeringene.

3.2 Eksempel: Anleggsvirksomhet med intern BHT

3.2.1 Om virksomheten og risikoforhold

I Norge er det omtrent 1200 anleggsvirksomheter med til sammen 25 000 ansatte. Bransjen omfattes av BHT-plikt. Anleggsvirksomheter er ofte store virksomheter der det kan være aktuelt med en intern BHT. Vi vil i det følgende ta utgangspunkt i en anleggsvirksomhet som benytter intern BHT.

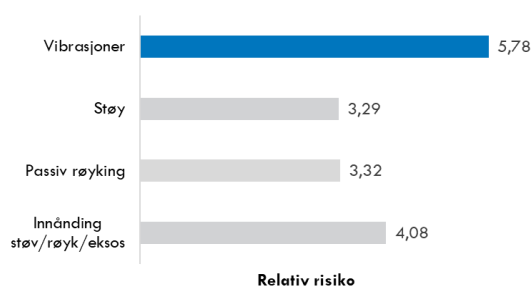
Anleggsarbeidere bygger og utfører ulike typer vei-, vann- og avløpsarbeid, samt vedlikeholder veier, vann og avløp. Arbeidet er fysisk krevende og innebærer bruk av anleggsmaskiner.

3.2.2 Eksponering

De viktigste eksponeringene for anleggsvirksomheter er ifølge NOA vibrasjoner og støy fra anleggsmaskiner, innånding av støv, røyk, og eksos, samt passiv røyking (Figur 3-2). Disse eksponeringene bidrar til at anleggsarbeidere er særlig utsatt for uheldige helseutfall som nedsatt hørsel, hudplager og øyepplager.

Videre er det en utfordring for anleggsvirksomheter at arbeidet krever full funksjonsevne. Ansatte som har midlertidige funksjonsnedsettelse (f.eks. muskel- og skjelettplager) blir derfor ofte sykemeldes 100 prosent selv om de fortsatt kunne ha utført deler av arbeidet.

Figur 3-2: Arbeidsmiljøeksponeringer for yrkesgruppen anleggsarbeidere



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013). Figuren angir relativ risiko for yrkesgruppen sammenlignet med alle yrkesaktive.

3.2.3 Tiltak

En intern BHT kan bidra til et godt arbeidsmiljø gjennom bred kjennskap til virksomheten og langsiktig relasjon til både ledelsen og ansatte. BHT-en kan bistå virksomheten med å lære opp anleggsarbeiderne i bruk av maskiner og verneutstyr til beskyttelse mot støv, røyk og eksos. I tillegg kan BHT-en gjennomføre målrettede helsekontroller for å fange opp helseproblemer relatert til hørsel, hud og syn.

BHT-en kan videre bistå med tilrettelegging av arbeid for ansatte med muskel- og skjelettplager. Et eksempel som har blitt nevnt er etablering av team på anleggsplassen, der personer med enkelte midlertidige funksjonsnedsettelse kan med lav terskel henvende seg til andre team-medlemmer for å få hjelp til å utføre enkelte deloppgaver (f.eks. enkelte tunge løft ved ryggplager).

3.2.4 Virkninger av BHT

Bedre rutiner og opplæring for arbeidsprosesser og bruk av verneutstyr kan bidra til å forebygge skader og sykdom (og sykefraværet knyttet til dette).

Målrettede helsekontroller og risikokartlegging på anleggsplassen kan bidra til å forebygge hørsels-, hud- og synsplager.

Etablering av arbeidsteam på anleggsplassen kan bidra til å redusere sykefraværet ved at ansatte samarbeider om å løse oppgaver slik at personer med enkelte funksjonsnedsettelse fortsatt kan stå i jobb. Bedre samarbeid kan dessuten bidra til å øke trivselen og redusere stress blant de ansatte.

3.3 Eksempel: Barnehage

3.3.1 Om virksomheten og risikoforhold

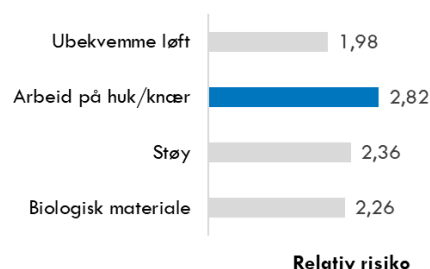
I Norge er det omtrent 6000 barnehager med tilsammen 100 000 ansatte og 300 000 barn. Barnehager plikter å være tilknyttet godkjent BHT. De fleste barnehager er små virksomheter og er derfor som oftest tilknyttet en ekstern BHT.

Arbeid i barnehage er fysisk og psykiske krevende; de ansatte er tett på mange barn og voksne hele dagen, og både tempo og støynivå er høyt. Mange ansatte opplever arbeidet som mentalt krevende på grunn av press om å ha full tilstedeværelse og arbeide pedagogisk til enhver tid. Bransjen er preget av store utfordringer med muskel- og skjelettplager og høyt sykefravær. Konsekvenser av et ikke-optimalt arbeidsmiljø i barnehager rammer både ansatte, barna i barnehagen og deres foreldre, og samfunnet for øvrig.

3.3.2 Eksponering

I følge NOA er de viktigste eksponeringene som ansatte i barnehage utsettes for uheldige arbeidsstillinger i form av arbeid på huk og knær, ubekvemme løft, støy og biologisk materiale (Figur 3-3). Disse eksponeringene er med på å bidra til at mange barnehager har høyt sykefravær på grunn av muskel- og skjelettplager som følge av tunge løft og krevende arbeidsstillinger. I tillegg er barnehageansatte utsatt for økt risiko for sykdomssmitte (f.eks. influensa og omgangssyke).

Figur 3-3: Arbeidsmiljøeksponeringer for yrkesgruppen barnehage-/skoleassistent



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013). Figuren angir relativ risiko for yrkesgruppen sammenlignet med alle yrkesaktive.

3.3.3 Tiltak

En BHT kan bistå barnehagen med kartlegging av de ansattes arbeidsstillinger og gi ergonomisk veiledning til virksomheten og de ansatte for å redusere uheldige arbeidsstillinger og ubekvemme løft i løpet av arbeidsdagen. BHT kan dessuten bistå med individuell oppfølging av ansatte ved behov, f.eks. treningsveiledning for å forebygge muskel- og skjelettplager.

For å redusere eksponering for støy kan en BHT bistå med kompetanse innen yrkeshygiene for å kartlegge og vurdere tiltak for å redusere støy og smittefare. Et mulig tiltak kan for eksempel være å legge tepper innendørs for å redusere støy.

Når det gjelder eksponering for biologisk materiale kan en BHT bistå med vaksinasjon og andre tiltak for å redusere smittefare.

3.3.4 Virkninger av BHT

Ergonomiske tiltak kan bidra til å redusere muskel- og skjelettplager og sykefraværet tilknyttet til dette. Det kan dessuten bidra til å økt produktivitet ved at de ansatte får økt utholdenhet, noe som kan bidra til mer fornøyde foreldre og barn.

Videre kan bedre håndtering av støy bidra til økt trivsel for både ansatte og barn. Vaksinasjon og andre tiltak for å redusere smittefare kan bidra til at sykefraværet grunnet sykdom reduseres og barnehagen er bedre rustet i influensasesong.

3.4 Eksempel: Hjemmesykepleie

3.4.1 Om virksomheten og risikoforhold

I Norge er det omtrent 25 000 ansatte i hjemmesykepleien. Hjemmetjenesten plikter å være tilknyttet godkjent BHT. Hjemmesykepleien er ofte organisert i små virksomheter og er derfor som oftest tilknyttet en ekstern BHT.

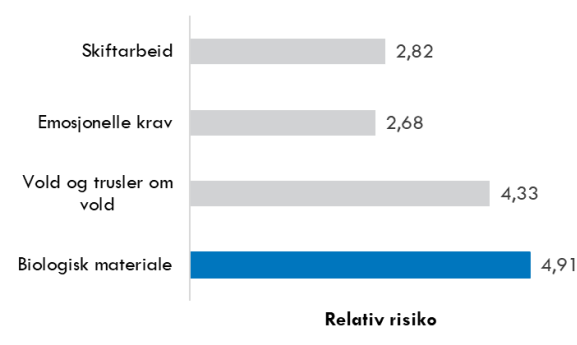
Hjemmesykepleien gir hjelp og veiledning til eldre, syke eller personer med funksjonsnedsettelse som bor hjemme. Ansatte i hjemmetjenesten arbeider stort sett alene ved å kjøre rundt til brukerne av tjenesten, og det er ofte mangel på en felles møteplass for hjemmesykepleierne. Dette, kombinert med at arbeidet er både fysisk og psykisk krevende, gjør at arbeidshverdagen er krevende og bransjen preges av et høyt sykefravær.

3.4.2 Eksponering

I følge NOA er de viktigste eksponeringene som ansatte i hjemmesykepleien utsettes for biologisk materiale, vold og trusler om vold, emosjonelle krav og skiftarbeid (Figur 3-4). Økt smittefare ved eksponering for biologisk materiale, samt eksponering

for flere psykososiale faktorer, er blant årsakene til det høye sykefraværet i hjemmesykepleien.

Figur 3-4: Arbeidsmiljøeksponeringer for yrkesgruppen pleie- og omsorgsarbeider



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013). Figuren angir relativ risiko for yrkesgruppen sammenlignet med alle yrkesaktive.

3.4.3 Tiltak

En BHT kan bistå virksomheten med smittevern gjennom poliklinisk virksomhet (f.eks. vaksinasjon) samt opplæring innen forebyggende tiltak (f.eks. generelle hygienetiltak) for ansatte. Videre kan BHT-en bistå med kartlegging av psykososiale forhold gjennom for eksempel spørreundersøkelser eller møter med de ansatte.

3.4.4 Virkninger av BHT

Forebygging av smittsomme sykdommer kan bidra til å redusere sykefraværet knyttet til dette, som f.eks. bruk av influensavaksine for å forebygge influensa.

Samtaler i gruppe eller individuelt med BHT-en kan bidra til at ansatte bedre håndterer konflikter, trusler og vold, og forebygge helsetap og sykefravær knyttet til psykiske helseutfordringer som følge av slike hendelser. Ved å legge til rette for samtaler om forhold på arbeidsplassen kan en BHT skape en møteplass for de ansatte som de ellers mangler, og således bidra til økt trivsel.

3.5 Eksempel: Frisør

3.5.1 Om virksomheten og risikoforhold

I Norge er det omtrent 3500 frisørsalonger. Disse er pålagt BHT, og knytter seg ofte til ekstern BHT ettersom de fleste frisørsalonger er små virksomheter.

Arbeidshverdagen i en frisørsalong preges av stående arbeid og gjentakende arbeidsstillinger. De ansatte mye arbeid med hender i vann, samt er mye i kontakt med kjemikalier i forbindelse med farge-behandling.

3.5.2 Eksponering

Etter det vi kjenner til inneholder ikke NOA noen oversikt over eksponeringer for frisørbransjen. Gjennom dybdeintervjuer har vi fått innspill på at

viktige eksponeringer i frisørvirksomheter er vått arbeid og fuktige hender, kjemikalier, samt ensidig, gjentakende og stående arbeid. Uheldige arbeidsstillinger fører til økt forekomst av muskel- og skjelettplager. Daglig eksponering for en rekke kjemikalier fører til at mange frisører utvikler håndeksem.

3.5.3 Tiltak

En BHT kan bistå salongene med arbeidsprosesser og utstyr for å forebygge eksem og andre hudplager. BHT-en kan også bistå med ergonomiske tiltak som kan gi de ansatte bedre arbeidsstillinger og avlastning i løpet av arbeidsdagen.

3.5.4 Virkninger av BHT

Tiltak mot eksponering av vann og kjemikalier kan bidra til å forebygge hudplager og behandlingskostnader knyttet til dette. Videre kan ergonomiske tiltak forebygge muskel- og skjelettplager og redusere sykefraværet knyttet til dette.

3.6 Eksempel: Skoforretning (ikke BHT-pliktig)

3.6.1 Om virksomheten og risikoforhold

Skoforretninger er ofte små virksomheter. Skoforretninger og andre virksomheter innen vare- og detaljhandelen er ikke pålagt BHT, men har likevel særskilte arbeidsmiljøeksponeringer som en BHT kan bistå virksomheten med å kartlegge og utarbeide tiltak mot.

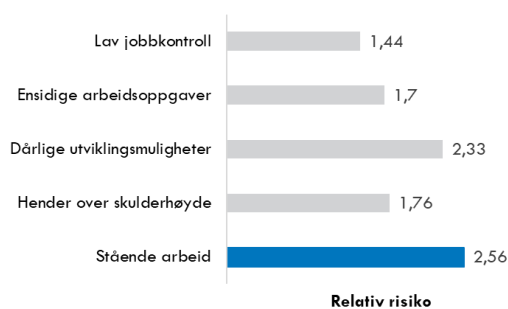
Arbeid i skoforretning kan være både fysisk og psykisk krevende. Ansatte eksponeres for en hektisk arbeidshverdag som innebærer lange stående perioder, kombinert med ubekvemme arbeidsstillinger (på huk/knær) samt ubekvemme løft og hender over skulderhøyde. Mange kunder i butikken samtidig kan medføre høyt støynivå, samt stress og mas ved lange ventetider. Det hender at ansatte utsettes for utrivelige bemerkninger eller trusler fra kunder.

3.6.2 Eksponering

I følge NOA er de viktigste eksponeringene for butikkmedarbeidere stående arbeid og uheldige

arbeidsstillinger (f.eks. hender over skulderhøyde) og ubekvemme løft som kan gi muskel- og skjelettplager. Andre eksponeringer som utpeker seg er dårlige utviklingsmuligheter, ensidige arbeidsoppgaver og lav jobbkontroll. Disse psykososiale og organisatoriske faktorene kan medføre psykiske helseutfordringer og tilknyttet helsetap/sykefravær.

Figur 3-5: Arbeidsmiljøeksponeringer for yrkesgruppen butikkmedarbeidere



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013). Figuren angir relativ risiko for yrkesgruppen sammenlignet med alle yrkesaktive.

3.6.3 Tiltak

BHT kan bistå med kartlegging av ergonomiske forhold og utforming av forretningen, f.eks. tilrettelegge for bruk av avlastningsmatter. Andre ergonomiske tiltak kan være løfteteknikk eller anbefale utstyr (f.eks. stige, sekketralle) som gjør det enklere å håndtere varemottak og lagerarbeid.

Videre kan en BHT bistå med kartlegging av og tiltak for å håndtere psykososiale og organisatoriske utfordringer. Eksempler på slike tiltak er stressmestringskurs, lederveiledning og konflikthåndtering.

3.6.4 Virkninger av BHT

Ergonomiske tiltak kan bidra til å redusere muskel- og skjelettplager og sykefraværet knyttet til dette. Tiltakene gir også økt utholdenhet for de ansatte noe som kan gi utslag i økt salg og inntjening for virksomheten. Endelig kan psykososiale og organisatoriske tiltak bidra til at de ansatte trives bedre på jobb.

4. Kostnader ved ikke-optimalt arbeidsmiljø

Et ikke-optimalt arbeidsmiljø medfører kostnader for virksomheter og samfunnet generelt. Forhold på arbeidsplassen kan medføre tapte leveår og tapt livskvalitet (helsetap) som følge av sykdom og skader. Flere studier viser at en vesentlig del av sykefraværet kan skyldes forhold på arbeidsplassen, noe som bidrar til redusert yrkesdeltakelse i samfunnet. Videre kan et ikke-optimalt arbeidsmiljø medføre lavere produktivitet, ved at arbeidstakere ikke jobber like effektivt som de ellers kunne gjort. Arbeidsrelaterte skader og sykdom bidrar også til en høyere belastning for helse- og omsorgstjenesten (helsetjenestekostnader).

De samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til et ikke-optimalt arbeidsmiljø er beregnet til 75 (30 – 110) milliarder kroner årlig, og den årlige kostnaden for virksomhetene er beregnet til 30 (15 – 45) milliarder kroner årlig.

4.1 Ikke-optimalt arbeidsmiljø i Norge

Med et ikke-optimalt arbeidsmiljø menes at det er forhold med arbeidsmiljøet som forhindrer arbeidstakerne å produsere det de ellers kunne ha gjort eller som utsetter arbeidstakerne eller virksomhetene for noe uønsket (eks. skader og sykdom).

Kostnaden forbundet med et ikke-optimalt arbeidsmiljø sier noe om potensielle gevinster ved forebyggende arbeid. Norge er i verdenstoppen når det gjelder godt arbeidsmiljø, og tall fra Levekårsundersøkelsen viser at 9 av 10 arbeidstakere er tilfreds med jobben. Arbeidsmiljø omhandler imidlertid mer enn jobbtilfredshet, og det forekommer årlig arbeidsrelaterte dødsfall, sykdom og skader, og tilhørende sykefravær og uførhet. Forebyggende arbeidsmiljøtiltak kan bidra til å redusere helsetapet, produksjonstap og helsetjenestekostnadene forbundet med ikke-optimalt arbeidsmiljø.

For å belyse kostnadene av et ikke-optimalt arbeidsmiljø, og omfanget av disse, har vi tatt utgangspunkt i en rapport fra 2016 om kostnader ved arbeidsrelatert sykdom og skader (6). Rammeverket i denne rapporten bygger på den overordnede

fremgangsmåten i Helsedirektoratets rapport om samfunnskostnader ved sykdom og ulykker (11). Kostnadene beregnes som summen av helsetap, produksjonstap og behandlingskostnader.

Det er metodisk utfordrende å etablere sikre sammenhenger mellom forhold på arbeidsplassen og sykdom og skade. Det er likevel liten tvil om at arbeidsskader og arbeidssykdommer medfører kostnader, både for virksomheter og samfunnet.

4.1.1 Økt helsetap

I perioden 2011 til 2014 var det totalt 182 arbeidsskadedødsfall i det landbaserte arbeidslivet i Norge (6). Av næringene med flest arbeidsskadedødsfall finner vi bygge- og anleggsvirksomhet, jordbruk og skogbruk og transport og lagring. Basert på Arbeidstilsynets Register for arbeidsskadedødsfall har SINTEF beregnet antall tapte leveår som følge av arbeidsskadedødsfall til om lag 1 700 per år. I tillegg til dødsfall som skyldes skader kommer arbeidsrelaterte dødsfall forbundet med sykdom. The Global Burden of Disease Study 2013 (GDB) anslår at det i alt var 590 arbeidsrelaterte dødsfall i Norge i 2013. Lungekreft, mesothelioma og kols utgjorde 516 av disse dødsfallene.

Studier fra Finland og Sverige finner at arbeidsrelaterte dødsfall i liten grad er anerkjent som en bidragsyter til den totale dødeligheten (12) og at forebyggende tiltak for å redusere arbeidsrelaterte dødsfall særlig bør vurdere faktorer knyttet til hjerteinfarkt, som for eksempel arbeidsbelastning, skiftarbeid og eksosgasser fra kjøretøy og forbrenningsprodukter (13).

Både mekaniske og psykososiale faktorer på arbeidsplassen kan øke risikoen for arbeidsrelaterte skader og sykdom. Anstrengelse, rollekonflikter og følelsesmessige krav er vist å medføre økt risiko for ulykker på arbeidsplassen (14) og yrkesmessig eksponering mot luftbårent støv kan øke risikoen for at arbeidstakere utvikler respiratoriske symptomer (15). Høye jobbkrav og lav jobbkontroll, og mekaniske eksponeringer som stående arbeid, ubehagelige løft og bøyning/knelling, er vist å føre til ryggmerter (16) og nakke- og skulderplager (17). Tørt innelima og eksponering for vaskeprodukter og vann er også assosiert med utviklingen av hudproblemer (18).

Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) anslår antallet ikke-dødelige arbeidsskader til å utgjøre om lag 12 prosent av alle skadetilfeller i Norge, tilsvarende 105 000 arbeidsskader årlig (8).

Arbeidsrelaterte skader og sykdom representerer en kostnad for samfunnet som ofte omtales som et helsetap. Helsetapet dekker både tapte leveår grunnet premature dødsfall, samt tappt livskvalitet grunnet skade eller sykdom. GDB har anslått det totale arbeidsrelaterte helsetapet i Norge til 31 236 DALY (uførejusterte leveår, disability adjusted life years).

4.1.2 Redusert yrkesdeltakelse og økt sykefravær

Arbeidsrelaterte helseproblemer er svært vanlig. Ved helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO-studien) rapporterte ca. 60 % at de hadde hatt helseproblemer som skyldtes arbeidsforhold den siste måneden (19).

Flere studier tyder på at en vesentlig del av sykefraværet kan skyldes sykdom forårsaket av arbeidsforhold (19), (20), (21), og (22)). Tungt fysisk arbeid, belastende arbeidsstillinger og liten kontroll over arbeidssituasjonen er faktorer som er spesielt viktige (19). Aagestad mfl. (2014) anslår at om lag 15 prosent av langtidssykefraværet i den norske arbeidsstokken kan forklares av høy eksponering mot rollekonflikter, følelsesmessige krav og lav støtte fra

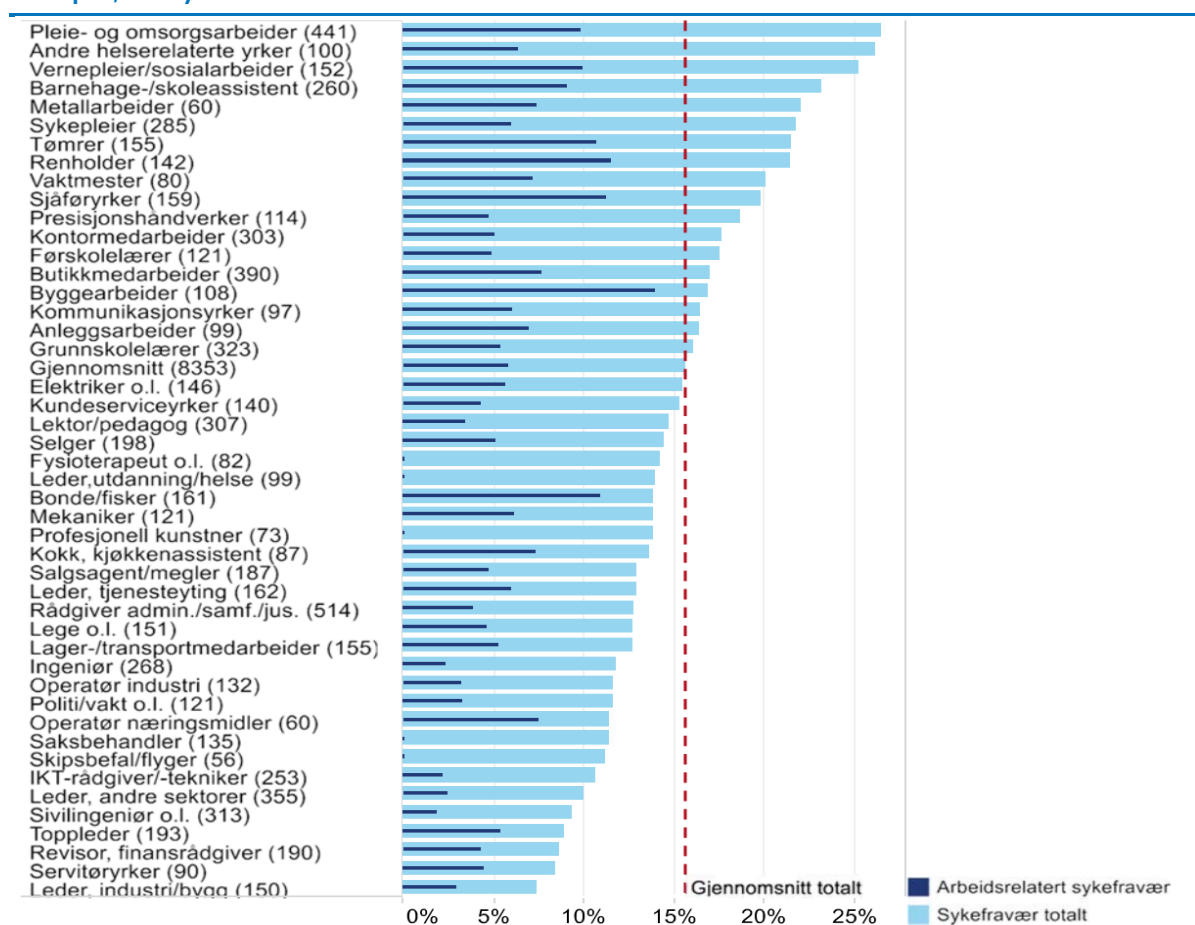
ledelsen. Yrkesmessig hudeksponering har også betydning for langtidsykemeldinger (22).

Som det fremgår av Figur 4-1 er yrker som byggearbeider og bonde/fisker langt mer utsatt for arbeidsrelatert sykefravær enn fysioterapeuter, saksbehandlere og ledere innen helse/utdanning.

Samfunnet påføres et produksjonstap som følge av at arbeidstakere er uføre og av tappt arbeidskraft grunnet sykefravær. I analysen til SINTEF pekes det på at 10 705 personer mottok uføretrygd på grunn av godkjent yrkesskade eller yrkessykdom i 2014, mens de har estimert antall fraværsdager som skyldes forhold på arbeidsplassen til 5 millioner dager. Som anslag har de lagt til grunn at 20 prosent av langtids (legemeldt) sykefravær er relatert til arbeidet (6).

Tiltak på arbeidsplassen som forebygger arbeidsrelatert sykdom, vil også forebygge deler av sykefraværet. Mehlum (2011) peker på at sykefravær som skyldes ubalanse mellom individuelle ressurser og jobbkrav, ofte kan forebygges eller forkortes ved tiltak på arbeidsplassen, uansett hva som er årsaken til denne ubalansen.

Figur 4-1: Prosentandel som oppgir at de har hatt minst ett sykefravær på mer enn 14 dager siste året før intervjuet, etter yrke



Kilde: Figur hentet fra SINTEF-rapport A27430. Merk at tallene i figuren ikke er justert for alder og kjønn.

4.1.3 Redusert produktivitet

En potensielt betydelig kostnad forbundet med et ikke-optimalt arbeidsmiljø er knyttet til redusert produktivitet. Med dette mener vi at dagens arbeidsforhold, av ulike grunner, ikke legger til rette for at arbeidstakere kan være så produktive som de kunne vært om forholdene var optimale. Det at arbeidstakere er mindre produktive enn hva de ellers kunne vært innebærer en kostnad for samfunnet.

Forholdet mellom arbeidsmiljø og produktivitet er studert i ulike sammenhenger. I en rapport utarbeidet for Nordisk Ministerråd søker forfatterne å klargjøre hvordan arbeidsmiljø påvirker produktiviteten i selskaper i Norden (23). De finner at det er en positiv sammenheng mellom arbeidsmiljø og medarbeiderens trivsel og virksomhetenes produktivitet. Videre peker de også på den negative sammenhengen mellom sykefravær og produktivitet.

4.1.4 Økte helsetjenestekostnader

Av data fra Norsk pasientregister (NPR) fremgår det at i overkant av 10 000 arbeidsrelaterte skader ble behandlet ved sykehus i Norge i 2014 (6). For nevnte år hadde NPR kun detaljer om 38 prosent av skadene.

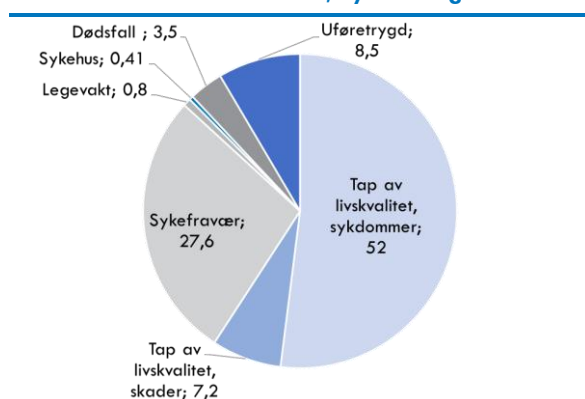
Ved å dividere på 0,38 får vi et estimat på i underkant av 30 000 arbeidsskader behandlet i spesialisthelsetjenesten i 2014. Videre har SINTEF også anslått antallet behandlede arbeidsskader på legekontor/legevakt til 53 000 årlig (6).

4.2 Kostnader for samfunnet

Det er tidligere anslått at arbeidsskader og arbeidsykdommer koster samfunnet 30 milliarder årlig (6). 63 prosent av kostnadene i denne studien var forbundet med tapte leveår og livskvalitet (helsetap), mens de direkte kostnadene til behandling, uførepensjon og tapt produksjon utgjorde 37 prosent (Figur 4-2).

I våre beregninger har vi tatt utgangspunkt i anslaget på 30 milliarder. Anslaget er oppdatert og justert for å synliggjøre samfunnskostnadene forbundet med et ikke-optimalt arbeidsliv. Anslaget på 30 milliarder kroner er benyttet som et minimumsanslag. I det følgende presenterer vi årlige kostnader av ikke-optimalt arbeidsmiljø i 2018-kroner. For de ulike utfallene har vi beregnet kostnader basert på beste anslag, samt angitt et usikkerhetsspenn.

Figur 4-2: Prosentvis fordeling av årlige kostnader ved arbeidsrelaterte dødsfall, sykdom og skader.



Kilde: (6)

4.2.1 Økt helsetap

I tillegg til prisjustering har vi justert tidligere anslag for samfunnskostnadene forbundet med helsetap med følgende forhold:

- Verdien av et leveår er satt i samsvar med Finansdepartementets anslag på verdien av et statistisk liv
- Et anslag for helsetapet forbundet med arbeidsrelaterte psykiske lidelser er inkludert
- Vi har trukket ut tapte leveår som følge av arbeidsrelatert lungekreft i vårt beste anslag

For beregning av tapte leveår som følge av arbeidsrelatert sykdom og skade baserer SINTEF seg på estimater fra databasen Global Burden of Disease Study 2013. I sin rapport benytter de Helse- direktoratets verdi av et tapt leveår tilsvarende 612 000 kroner (11). I en tilsvarende rapport utgitt av Helse- direktoratet i 2016 ble det antatt en verdi på et tapt leveår på 1 120 000 kroner (2012-kroner), i henhold til Finansdepartementets anslag på verdien av et statistisk liv (24). Vi har basert våre beregninger på dette anslaget, og har justert verdien basert på vekst i BNP per innbygger slik at den tilsvarer 1 235 000 2018-kroner.

Vi har estimert helsetapet av arbeidsskadedødsfall til 1 708 tapte leveår per år. Verdien av disse leveårene tilsvarer 2,1 (1,0 – 2,1) milliarder kroner.

Tapt livskvalitet (inkludert død) på grunn av arbeidsrelatert sykdom og skade (justert for uførhet og eksklusive drukning og arbeidsskadedødsfall) utgjorde 29 079 tapte leveår. Etter å ha trukket ut lungekrefttilfeller sitter vi igjen med 22 484 tapte leveår. Verdien av disse leveårene utgjorde 27,8 (17,8 – 35,9) milliarder kroner. Her er tapt livskvalitet på grunn av lungekreft trukket ut, selv om dette også kan skyldes eksponering på arbeidsplassen. Dødsfallene knyttet til lungekreft i dag er i stor grad påvirket av eksponeringen på arbeidsplassene for

mange år siden. Omfanget av eksponeringer som fører til lungekreft i norsk arbeidsliv har falt, og det er grunn til å tro at antall arbeidsrelaterte lungekreftdødsfall i fremtiden vil reduseres betydelig.

Estimatene fra Global Burden of Disease Study 2013 inkluderer ikke psykiske lidelser. Psykiske lidelser utgjør en betydelig del av helsetapet og Helse- direktoratet har estimert dette helsetapet i 2013 til om lag 180 000 DALY. Hvilken andel av dette helsetapet som er arbeidsrelatert er usikkert, og vi kjenner ikke til noen studier hvor dette er undersøkt. I 2016 var imidlertid 6 prosent av meldingene til Arbeidstilsynet knyttet til psykiske lidelser, og statistikk fra NAV viser at psykiske lidelser en viktig årsak til uførhet (35%) og legemeldt sykefravær (20%). Dersom vi legger til grunn Finansdepartementets anslag på verdien av et statistisk liv og at 5 prosent av helsetapet er arbeidsrelatert utgjør dette en kostnad på om lag 11,3 (0 – 22,7) milliarder kroner. Det er knyttet stor usikkerhet til hvilken andel av helsetapet som forårsakes av forhold på arbeidsplassen. Vi har derfor lagt til grunn det vi mener er et konservativt anslag (5 prosent).

Det samlede helsetapet forbundet med ikke-optimalt arbeidsmiljø er anslått til 41,2 (18,8 – 60,7) milliarder kroner. Vårt beste anslag for kostnader forbundet med tapte leveår og tapt livskvalitet er betydelig høyere enn anslaget presentert i SINTEF-rapporten (vårt 'lavt anslag') fordi vi har justert verdien av et tapt leveår og inkludert helsetapet forbundet med psykiske lidelser.

Tabell 4-1: Estimat for helsetap forbundet med et ikke-optimalt arbeidsmiljø, mrd. 2018-kroner.

	Beste anslag	Lavt anslag	Høyt anslag
Arbeidsskadedødsfall	2,1	1,0	2,1
Tapt livskvalitet (inkl. død) pga. arbeidsrelatert sykdom/skade (ikke psykiske lidelser)	27,8	17,8	35,9
Anslag for arbeidsrelatert helsetap forbundet med psykiske lidelser	11,3	0	22,7
Samlet helsetap	41,2	18,8	60,7

Merknad: Lavt anslag reflekterer beregninger gjort av SINTEF. Høyt anslag inkluderer tapte leveår som følge av arbeidsrelatert lungekreft, samt at 10% av helsetapet forbundet med psykiske lidelser er arbeidsrelatert.

4.2.2 Redusert yrkesdeltakelse og økt sykefravær

SINTEF har beregnet de årlige samfunnskostnadene forbundet med arbeidsrelatert sykefravær og uføretrygd til 10,8 milliarder (2014-kroner). Anslaget

tar utgangspunkt i tidligere beregninger av bedriftsøkonomiske kostnadene ved sykefravær ((25) og (26)). Den siste undersøkelsen fra 2011 finner at en ukes sykefravær koster bedriften i alt kr 13 000, eller kr 2 600 per arbeidsdag (26). Disse kostnadene, på bedriftens hånd, består bl.a. av produksjonstap, utgifter til vikar og overtid, eksternt kjøp av tjenester, administrative kostnader, økt belastning på de gjenværende arbeidstakere, redusert produkt- eller tjenestekvalitet og ytterligere sykefravær. Av disse kostnadselementene er det ikke alle som kan regnes som rene samfunnsøkonomiske kostnader, bl.a. vil vikarutgifter og overtid gi noen en økt inntekt. Som et (konservativt) utgangspunkt anser SINTEF at produksjonstapet (og evt. kvalitetsreduksjon) representerer de rene samfunnsøkonomiske kostnadene. Denne er i en tidligere undersøkelse beregnet til å utgjøre 60 prosent av de bedriftsøkonomiske kostnadene (25). Vi har benyttet samme forutsetninger ved beregning av kostnader ved sykefravær og uførhet.

I SINTEF sitt anslag for de årlige samfunnskostnadene forbundet med arbeidsrelatert sykefravær og uføretrygd inngår slik vi forstår det ikke det arbeidsrelaterte produksjonstapet forbundet med psykiske lidelser som medfører uførhet. Disse kostnadene er krevende å beregne fordi det er knyttet usikkerhet både til hvor stor andel av uførheten som skyldes psykiske lidelser, og hvor stor andel av dette som kan knyttes til forhold på arbeidsplassen.

Tall fra NAV viser at psykiske lidelser utgjorde 35 prosent av årsakene til uføretrygd i 2014. Vi har beregnet årlige kostnader knyttet til uføretrygd som skyldes en psykisk lidelse basert på denne andelen og kostnader avsatt til uføretrygd i Statsbudsjettet 2018.

Videre har vi antatt at andelen av uførhet på grunn av psykiske lidelser som skyldes ikke-optimalt arbeidsmiljø utgjør 5 prosent, noe som tilsvarer andelen arbeidsrelatert uførhet for ikke-psykiske lidelser. Vi anser dette som et konservativt anslag. Kostnadene forbundet med psykososialt arbeidsrelatert uførhet er beregnet til 1,5 (0 – 3,0) milliarder kroner.

Det samlede produksjonstapet forbundet med ikke-optimalt arbeidsmiljø er anslått til 12,9 (10,8 – 18,8) milliarder kroner.

Tabell 4-2: Estimat for produksjonstap forbundet med et ikke-optimalt arbeidsmiljø, mrd. 2018-kr.

	Beste anslag	Lavt anslag	Høyt anslag
Arbeidsrelatert sykefravær	8,6	8,2	12,9
Arbeidsrelatert uføretrygd	4,3	2,6	5,8
Samlet produksjonstap	12,9	10,8	18,8

Merknad: I beregningene av produksjonstap forbundet med psykososialt arbeidsrelatert uførhet har vi antatt at 0-10% av uførhet som skyldes psykiske lidelser er arbeidsrelatert.

4.2.3 Redusert produktivitet

Størrelsen på kostnaden som skyldes redusert produktivitet er svært usikker og vi kjenner ikke til noen studier hvor denne er forsøkt beregnet. Likevel oppleves den som så sentral at den bør belyses. Vi har derfor, som en illustrasjon, forsøkt å si noe om hvilken størrelsesorden den kostnaden kan ha.

Den samlede produksjonen i Norge, målt som brutto nasjonalprodukt (BNP), var i 2017 omtrent 3 200 milliarder, eller 620 000 kroner per innbygger. Dersom vi antar at alle arbeidstakere i gjennomsnitt hadde blitt en halv prosent mer produktive som følge av at forholdene på arbeidsplassen hadde vært optimale, ville den samlede produksjonen vært 16,2 milliarder høyere enn hva den er i dag. Tabell 4-3 illustrerer at tapt produktivitet som følge av ikke-optimalt arbeidsmiljø kan ha en betydelig kostnad, selv om andelen produktivitetstap som skyldes forhold på arbeidsplassen er lav (fra 0 til 5 prosent).

Tabell 4-3: Verdien av redusert produktivitet som følge av ikke-optimalt arbeidsmiljø, mrd. 2018-kroner

Antatt redusert produktivitet (%)	Tapt produktivitet (mrd. 2018 kroner)
0 (lavt anslag)	-
0,1	3,2
0,3	9,7
0,5 (beste anslag)	16,2
1,0 (høyt anslag)	32,3
2,0	64,6
3,0	96,9
4,0	129,2
5,0	161,6

Datakilde: SSB. Analyse Oslo Economics

4.2.4 Økte helsetjenestekostnader

I 2014 ble det i alt behandlet 53 000 arbeidsrelaterte skader ved legevakter og legekantor. 28 934 arbeidsrelaterte skader ble behandlet i spesialisthelsetjenesten. Dette tilsvarer en samlet kostnad på om lag 350 millioner kroner (6), som utgjør 386 millioner 2018-kroner. I vår analyse har vi benyttet dette anslaget, med et usikkerhetsspenn på 350 – 450 millioner kroner.

4.2.5 Andre samfunnskostnader

Behandling av arbeidsrelatert sykdom og skade på legevakt og i spesialisthelsetjenesten medfører en kostnad i form av tapt arbeidstid (reise til og fra behandlingssted, ventetid og behandlingstid) og en reisekostnad. Vi har antatt et produksjonstap per kontakt med legevakt eller spesialisthelsetjenesten på 1 650 kroner basert på gjennomsnittslønn for arbeidstakere i Norge og 150 arbeidstimer i måneden, gitt at en kontakt med helsetjenesten tar opp 4 arbeidstimer av den ansattes tid. Det totale produksjonstapet forbundet med tapt arbeidstid utgjør dermed 135,5 millioner kroner. Videre har vi antatt en reisekostnad på 220 kroner per behandling (27), hvilket utgjør 18 millioner kroner.

I samfunnsøkonomisk analyse tilkommer en skattefinansieringskostnad ved bruk av midler fra offentlig budsjetter. Skattefinansieringskostnaden er den marginale kostnaden ved å hente inn en ekstra skattekrone og er av Finansdepartementet satt til 20

øre per krone (4). Sykefravær og uføretrygd, samt ca. 80% av helsetjenestene, finansieres av offentlige budsjetter og en økning i disse utgiftene medfører også en skattefinansieringskostnad. Vi har beregnet at den samlede skattefinansieringskostnaden knyttet til ikke-optimalt arbeidsmiljø utgjør 2,6 (0-2,9) milliarder kroner.

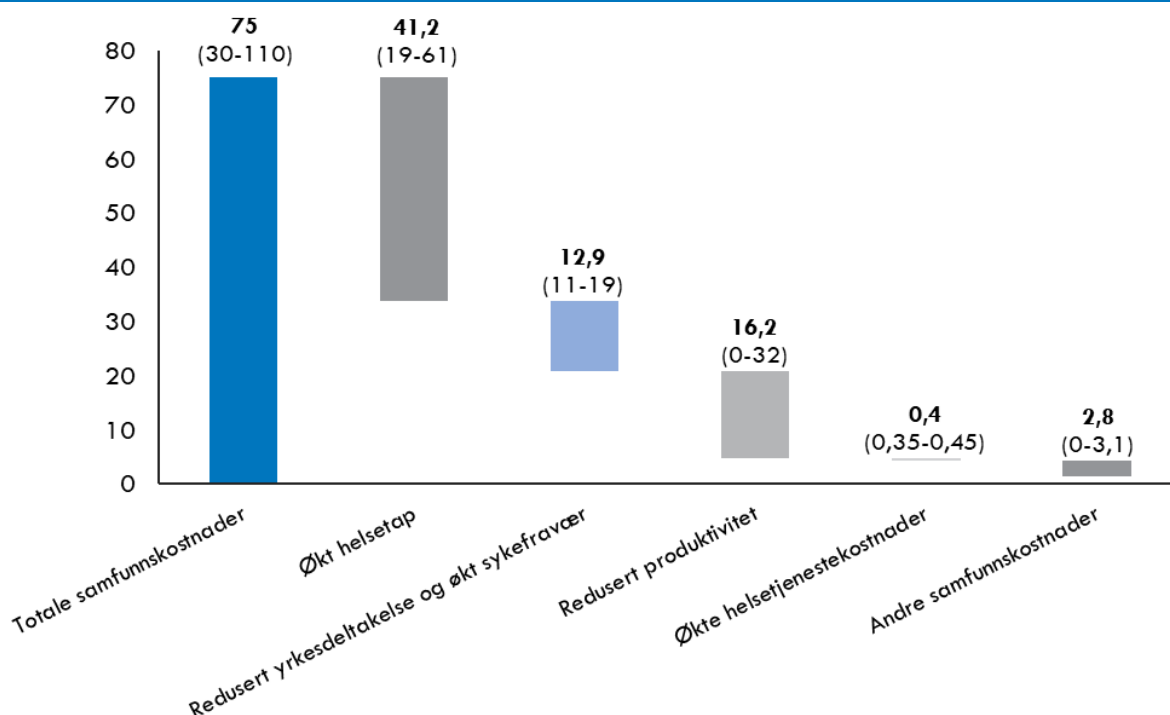
Endelig påvirkes pårørende også av at deres nære blir rammet av sykdom, skader eller for tidlig død som følge av forhold på arbeidsplassen. Dette medfører et helsetap (i form av tapt livskvalitet) og produksjonstap for noen som følge av fravær fra jobb for å ta vare på sine nære som er syke. Disse kostnadene er imidlertid ikke hensynstatt i vår analyse. Samlet har vi beregnet at andre samfunnskostnader utgjør 2,8 (0-3,1) milliarder kroner.

4.2.6 Samlede kostnader for samfunnet forbundet med et ikke-optimalt arbeidsmiljø

Tidligere har vi identifisert virkningene av et ikke-optimalt arbeidsmiljø og synliggjort kostnadene forbundet med dette. Denne øvelsen er krevende, og det er knyttet stor usikkerhet til en rekke av anslagene. Det er imidlertid grunn til å tro at tidligere anslag (30 mrd. kr.) er svært konservativt, da enkelte sentrale samfunnskostnader ikke er inkludert.

Vi har anslått de totale samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til ikke-optimalt arbeidsmiljø til 75 (30 – 110) milliarder kroner.

Figur 4-4-3: Oppsummering av kostnader knyttet til et ikke-optimalt arbeidsmiljø, mrd. 2018-kroner



Merknad: Kostnader knyttet til de ulike komponentene er beskrevet nærmere i kapittel 4.2.1-4.2.5.

4.3 Kostnader for virksomhetene

Kostnader for virksomhetene knyttet til ikke-optimalt arbeidsmiljø inkluderer kostnader av sykefravær (både fysisk og psykososialt) og kostnader av redusert produktivitet. Når det gjelder kostnadene forbundet med sykefravær viser beregninger som SINTEF har gjort at samfunnskostnadene utgjør om lag 60% av bedriftens kostnader. Når vi tar hensyn til dette utgjør virksomhetenes kostnad av sykefravær som følge av ikke-optimalt arbeidsmiljø 14,3 milliarder kroner.

Virksomhetene påføres også et tap som følge av at de ansatte ikke er like produktive som de ellers kunne vært. Ulike studier (23) og (28) peker på den positive sammenhengen mellom et godt arbeidsmiljø og prestasjonene til virksomhetene. Til tross for store svakheter i studiene er det grunn til å tro at det er en sammenheng mellom arbeidsmiljø og arbeidsforhold, arbeidstakernes produktivitet og virksomhetenes evne til å levere avkastning på investert kapital. Tidligere har vi anslått produktivitetstapet som følge av et ikke-optimalt arbeidsmiljø til omtrent 15 milliarder kroner årlig. Dette estimatet er svært usikkert, men illustrerer at virksomhetenes kostnader forbundet med et ikke-optimalt arbeidsmiljø er betydelig. I teorien vil trolig

ikke hele dette produktivitetstapet tilfalle virksomheten (noe påføres den enkelte ansatte gjennom lavere lønninger), men for enkelhets skyld har vi antatt at hele kostnaden er en kostnad for virksomhetene.

Gitt forutsetningene nevnt over vil de samlede kostnadene for virksomhetene knyttet til ikke-optimalt arbeidsmiljø utgjøre 30 (15 – 45) milliarder kroner.

4.4 Potensial av forebygging

I dette kapitlet har vi anslått den totale kostnaden av ikke-optimalt arbeidsmiljø for samfunnet og for virksomhetene. Det er svært usikkert hvor stor andel av disse kostnadene som kan forebygges dersom man lykkes med det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. I teorien kunne man tenke seg at alle kostnader knyttet til ikke-optimalt arbeidsmiljø kan forebygges. I praksis er nok andelen som kan forebygges lavere.

Det er dessuten viktig å skille mellom generelt arbeidsmiljøarbeid og hva som kan forebygges ved hjelp av en god BHT. I det følgende kapitlet vil vi diskutere kostnader ved og nyttevirkninger av BHT-ordningen.

5. Kostnader ved og nyttevirkninger av BHT-ordningen

Å være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste medfører kostnader for virksomhetene, men kan bidra til å redusere arbeidsrelaterte dødsfall, skader og sykdommer. Ved å unngå slike hendelser reduseres arbeidsrelatert helsetap og helsetjenestekostnadene forbundet med dette. Videre kan en bedriftshelsetjeneste bidra til å redusere sykefraværet og øke produktiviteten til de ansatte. Dette kan potensielt gi store gevinster, både for den enkelte virksomhet og for samfunnet som helhet. I hvilken grad slike effekter realiseres avhenger i stor grad av tjenestenes innhold, det vil si om det er de riktige tjenestene som tilbys, og dekningsgrad.

I våre analyser av kostnader ved og nyttevirkninger av BHT-ordningen har vi skilt mellom anslag på faktiske kostnader i henhold til «dagens praksis», og anslag på kostnader for BHT med tjenester i henhold til intensjonen (lovverket) – «beste praksis». Det første anslaget («dagens praksis») representerer BHT-tjenester for ulike virksomheter slik BHT-ene fungerer i dag, der noen av tjeneste ikke følger direkte av lovverket (f.eks. generelle helsekontroller). «Beste praksis» representerer BHT-tjenester dersom BHT-ene fungerer etter intensjonen (dvs. tilbyr tjenester som direkte følger av lovverket). Vi har lagt til grunn at en «beste praksis»-BHT også utøver et bredere omfang av tjenester, slik at både kostnaden og nytten blir noe høyere enn «dagens praksis»-BHT.

5.1 Kostnader ved BHT-ordningen

De samlede kostnadene av BHT-ordningen avhenger av enhetsprisen (pris per ansatt) og antall ansatte som berøres av ordningen. I det følgende vil vi se nærmere på kostnaden av BHT-tjenester per ansatt og antall ansatte i Norge som er ansatt i en virksomhet med BHT. Endelig vil vi presentere våre beregninger av de totale kostnadene ved BHT-ordningen. Alle kostnader oppgis eksklusiv merverdiavgift.

5.1.1 Kostnad av BHT-tjenester per ansatt

Kostnaden av BHT-tjenester per ansatt avhenger av ulike forhold. Særlig viktig er innholdet i tjenesten, størrelsen på virksomheten, og type BHT (dvs. om det benyttes ekstern eller intern BHT).

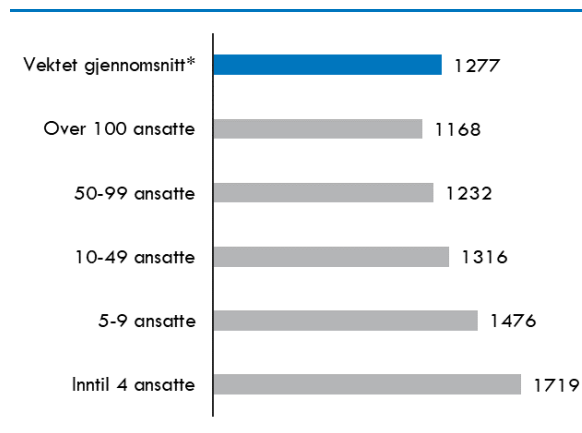
Virksomhetsstørrelse

En spørreundersøkelse utført av IPSOS på vegne av Arbeids- og sosialdepartementet viser at virksomhetenes gjennomsnittlige kostnad per ansatt for bruk av og tilknytning til BHT var høyere for små enn for store virksomheter (7). For å beregne gjennomsnittskostnaden av BHT-tjenester per ansatt har vi benyttet estimatene fra IPSOS for de ulike virksomhetsstørrelsene (

Figur 5-1) og vektet disse med antall ansatte i de ulike kategoriene for bransjer som omfattes av BHT-plikt. Estimaten tar utgangspunkt i virksomheter som benytter ekstern BHT.

Av dette fremkommer en gjennomsnittskostnad per ansatt på 1 277 kroner. Vi har i tillegg antatt at BHT-ordningen medfører en administrasjonskostnad på 100 kroner per ansatt, herunder vurdering av tilbydere, planleggings- og oppfølgingsmøter med BHT-en, og annet forefallende arbeid som følge av å ha en BHT. Den totale kostnaden per ansatt for BHT under dagens praksis utgjør dermed 1 377 kroner.

Figur 5-1: Kostnad ved BHT per ansatt (2018-kroner).



Blå stolpe: Analyse Oslo Economics: *Vektet etter antall ansatte i virksomheter innenfor de ulike kategoriene ovenfor og prisjustert til 2018-kroner. Grå stolper: Anslag fra IPSOS (7). Tallene fra IPSOS baserer seg på kostnader for virksomheter som benytter ekstern BHT. Kostnadsanslagene for de ulike virksomhetsstørrelsene er derfor lavere enn IPSOS sitt anslag for gjennomsnittskostnaden for alle virksomheter med BHT (ekstern og intern). Våre undersøkelser tyder på at IPSOS sitt anslag på kostnader for interne BHT-er er for høyt. Inkludert administrasjonskostnader anslår vi at dagens gjennomsnittskostnad for alle BHT-er er 1400 kroner per ansatt.

Innholdet i tjenesten

Det er ulike prisingsmodeller for BHT-tjenester. Noen virksomheter betaler en årlig sum som gir virksomhetene tilgang til grunnleggende BHT-tjenester. Utover dette kan virksomhetene betale for eventuelle

tilleggstjenester eller enkeltprosjekter. Det er heller ikke uvanlig at virksomhetene benytter en anbudsprosess for å tilknytte seg en BHT. Slike prosesser fører vanligvis til at prisen per ansatt presses ned.

Hvilke tjenester en virksomhet har behov for vil avhenge av risikoforholdene, noe som vil variere mellom ulike bransjer. Noen bransjer, som f.eks. offshore, er preget av betydelige risikoforhold og stort behov for HMS-tjenester. Kostnaden per ansatt i slike virksomheter er derfor ofte betydelig høyere enn gjennomsnittsvirksomheten.

Type BHT

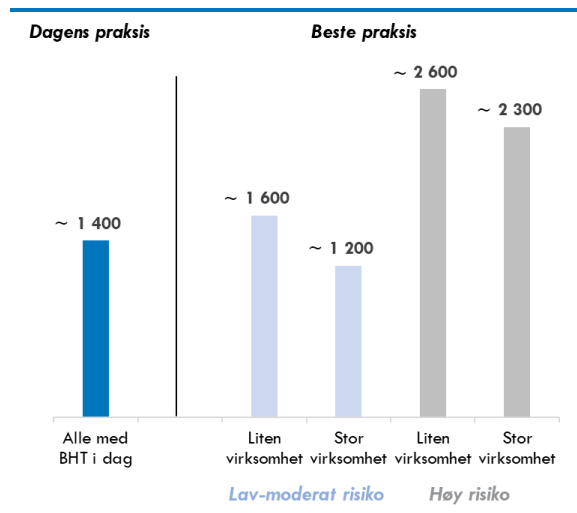
Kostnaden av BHT-tjenester varierer imidlertid ikke bare med størrelsen på virksomheten, men også med organisering av tjenesten (f.eks. om BHT-en er en intern eller ekstern tilbyder). Gjennom våre dybdeintervjuer har vi fått innspill på at kostnaden av BHT varierer mellom interne og eksterne BHT-er. En intern BHT kan ha særlig høy kvalitet og dermed en høyere kostnad enn gjennomsnittet. Dette samsvarer med en tidligere studie som har beregnet kostnaden av intern BHT til å være høyere enn ved ekstern BHT (7). Imidlertid er virksomheter med intern BHT ofte store virksomheter, noe som kan gi effektivitets- og stordriftsfordeler og dermed en lavere kostnad per ansatt.

Anslag for kostnad per ansatt

Basert på data fra IPSOS har vi beregnet at dagens gjennomsnittskostnad (per ansatt) til 1 400 kroner («dagens praksis»). Dette anslaget inkluderer en administrasjonskostnad på 100 kroner per ansatt. Kostnaden varierer med virksomhetsstørrelse, risikoforhold og innholdet i tjenesten og type BHT som drøftet over.

Vi har videre utarbeidet anslag på kostnadene av en «beste praksis»-BHT (inkludert administrasjonskostnad) for henholdsvis små og store virksomheter med lav-moderat risiko og høy risiko. Anslagene spenner fra ca. 1 200 til 2 600 kroner (Figur 5-2).

Figur 5-2: Kostnad for BHT-tjenester per ansatt for ulike virksomheter, 2018 kroner

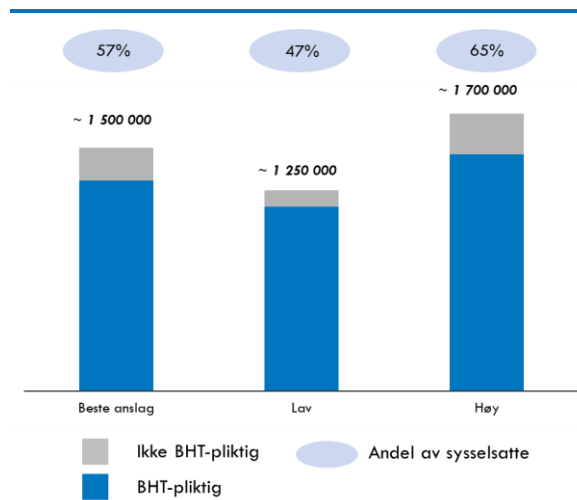


Merknad: Kostnadene for «dagens praksis»-BHT er basert på et vektet gjennomsnitt for kostnader til BHT-tjenester for ulike virksomheter slik BHT-ene fungerer i dag. «Beste praksis» angir kostnader for BHT-tjenester dersom BHT-ene fungerer etter intensjonen, hos virksomheter med ulik risiko og størrelse. Liten virksomhet er definert som virksomheter med under ti ansatte.

5.1.2 Antall ansatte tilknyttet BHT

For å beregne antall ansatte som er tilknyttet BHT har vi tatt utgangspunkt i antall sysselsatte i Norge (ca. 2 600 000 personer) og antall ansatte i virksomheter innen bransjer som omfattes av BHT-plikten (ca. 1 600 000 personer).

Figur 5-3: Anslag på antall ansatte i virksomheter med BHT (med og uten BHT-plikt)



Kilde: Levekårsundersøkelsen, SSB (tabell 07850 og 07984).

Vi har antatt at 80% (70-90%) av ansatte i virksomheter med BHT-plikt faktisk er tilknyttet BHT, og at 20% (10-25%) av ansatte i virksomheter uten BHT-plikt mottar BHT-tjenester. Antall ansatte som mottar BHT-tjenester i Norge utgjør dermed ca. 1 500 000 (1 250 000 – 1 700 000) personer.

5.1.3 Samlede kostnader av BHT

Basert på estimerte enhetskostnader og antall sysselsatte med og uten BHT-tilknytning har vi beregnet kostnaden ved «dagens praksis» og to alternative scenarier. Kostnadsanslagene er definert ved:

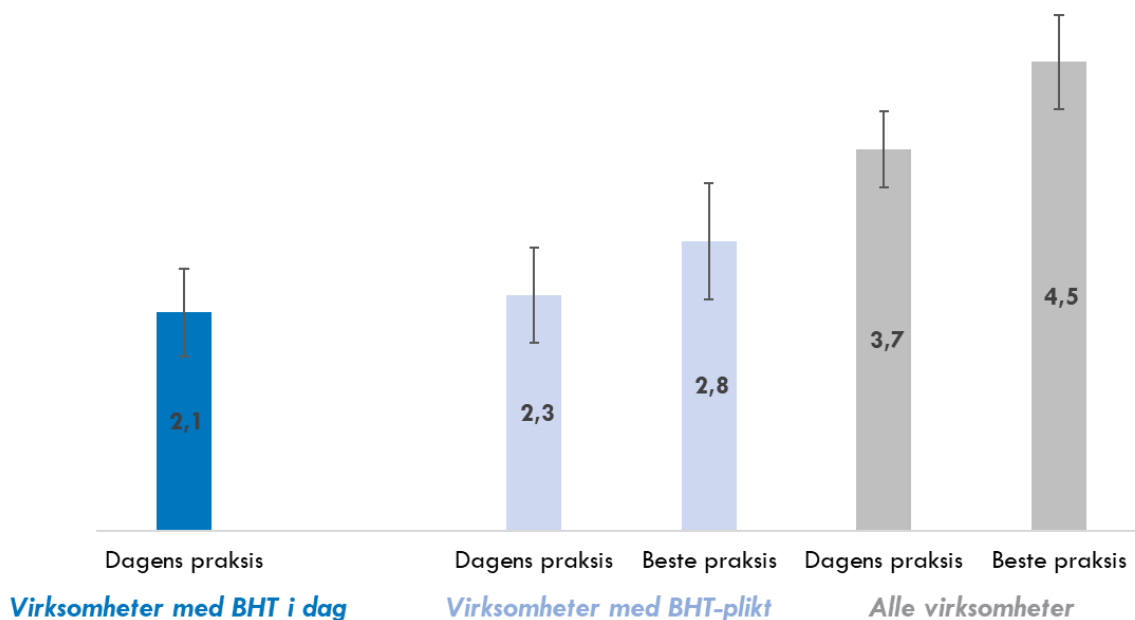
- Kostnaden ved dagens praksis basert på antall ansatte i virksomheter med BHT i dag og en gjennomsnittskostnad basert på dagens praksis
- Kostnadene dersom alle virksomhetene med BHT plikt faktisk etterlever plikten og med enhetskostnad som reflekterer dagens praksis og beste praksis
- Kostnadene dersom alle virksomheter i Norge tar i bruk BHT og med enhetskostnad som reflekterer «dagens praksis» og «beste praksis»

Siden det er usikkerhet knyttet til både enhetskostnad og antall ansatte i de ulike scenariene har vi antatt et 20 prosent usikkerhetsspenn i kostnadene for scenario 1 og 2, og 10 prosent usikkerhetsspenn for scenario 3. Usikkerheten er lavere i scenario 3 fordi det i dette scenariet ikke er knyttet usikkerhet til antall ansatte som berøres.

For virksomheter som benytter BHT i dag, med dagens praksis, utgjør kostnaden av BHT både kostnader de betaler for BHT-tjenestene (enten den er ekstern eller intern) og oppfølging for øvrig virksomhet (administrasjonskostnad). For samfunnet tilkommer i tillegg kostnader i forvaltningen. Vi har lagt til grunn årsverkene i Godkjenningseenheten samt noen årsverk i forvaltningen. Som et skjønnsmessig anslag har vi lagt til grunn at de totale kostnadene knyttet til forvaltning av BHT-ordningen utgjør 10 millioner kroner. Det er verdt å merke seg at en andel av denne kostnaden trolig ville påløpt uavhengig av om vi hadde en lovpålagt BHT-ordning. Dette fordi deler av arbeidet trolig ville tilfalt Arbeidstilsynets øvrige virksomhet.

Til sammen har vi estimert de årlige kostnadene forbundet med BHT-ordningen (dagens praksis for virksomheter som benytter BHT i dag) til 2,1 (1,7-2,5) milliarder kroner. Dersom alle virksomheter benytter BHT, med tilsvarende enhetskostnad, blir kostnaden 3,7 (3,3-4,0) milliarder kroner under dagens praksis, og 4,5 (4,1-4,9) milliarder kroner dersom man antar at beste praksis oppnås (Figur 5-4).

Figur 5-4: Totale samfunnskostnader av BHT-ordningen, mrd. 2018-kroner



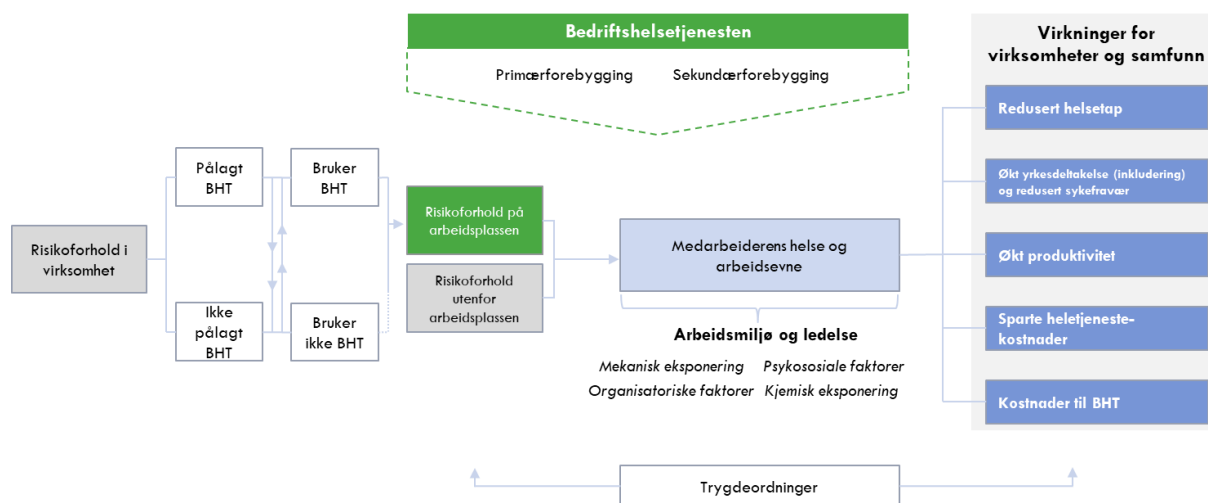
Merknad: Den sorte linjen i hver stolpe illustrerer et usikkerhetsspenn. For de tre stolpene til venstre har vi lagt til grunn +/- 20% for å ta hensyn til usikkerheten i enhetskostnad og antall berørte. For de to stolpene til høyre er spennet satt til +/- 10% fordi det ikke er noen usikkerhet knyttet til antall ansatte som omfattes av BHT.

5.2 Nyttevirkninger ved BHT-ordningen

BHT-tjenester bidrar til primær- og sekundærforebygging av uheldige arbeidsmiljørelaterte utfall i virksomhetene (Figur 5-5). Potensielle samfunnsvirkninger av dette er *reduisert helsetap* (tape leveår og tapt livskvalitet som følge av arbeidsskadedødsfall og arbeidsrelaterte sykdommer og skader), *økt yrkesdeltakelse* og *reduisert sykefravær* (unngått sykefravær og uførhet), *økt produktivitet* (ansatte i virksomhetene jobber mer effektivt) og *sparte helsetjenestekostnader* (unngåtte skader og sykdom som krever behandling av helsepersonell). I tillegg kommer *andre samfunnsvirkninger* som redusert tids- og reisekostnad for arbeidstakere i forbindelse med behandling av arbeidsrelaterte skader og sykdom og redusert skattefinansieringskostnad.

I en utredning som Arbeidstilsynet foretok våren 2017 sammenlignet de pålegg om forhold som er viktige i et systematisk HMS-arbeid blant virksomheter som er tilknyttet BHT med virksomheter som ikke er tilknyttet BHT. Av virksomheter med BHT-plikt hadde 73 prosent av virksomhetene det ble ført tilsyn med tilknytning til godkjent BHT. Arbeidstilsynet fant at virksomheter som er tilknyttet BHT får færre pålegg om sentrale HMS-forhold enn virksomheter som ikke er tilknyttet BHT,

Figur 5-5: Hvordan BHT-ordningen gir nytte (fordeler) og kostnader (ulemper)



Illustrasjon Oslo Economics

5.2.1 Redusert helsetap

BHT-ordningen kan bidra til redusert helsetap for samfunnet ved å redusere antallet arbeidsrelaterte skader og sykdom. Antallet arbeidsskadedødsfall i Norge har gått betydelig ned i et lengre tidsperspektiv, men nedgangen ser ut til å ha flatet ut det siste tiåret (8). Gjennom bistand til en virksomhets

hvilket tyder på at virksomheter som er tilknyttet BHT jobber mer systematisk med HMS-arbeid. For eksempel fikk bare 9 prosent av virksomhetene med BHT-tilknytning pålegg om at arbeidsgiver må gjennomgå opplæring i HMS-arbeid, sammenlignet med 46 prosent av virksomhetene uten BHT-tilknytning.

Utredningen fant dessuten at det var liten forskjell mellom pliktige og ikke-pliktige virksomheter (53% av ikke-pliktige virksomheter var tilknyttet godkjent BHT), og at det avgjørende for systematisk HMS-arbeid er om virksomheten er tilknyttet BHT eller ikke. Dette kan imidlertid skyldes at det blant de ikke-pliktige virksomhetene er de med høyest antatt risiko som plukkes ut for tilsyn.

I det følgende vil vi presentere beregninger vi har gjort for å anslå nytteeffektene av BHT og verdien av disse. Vi vil presentere anslag for BHT-ordningen slik den fungerer i dag («dagens praksis»), samt et usikkerhetsspenner der vi både reflekterer en BHT-ordning som ikke fungerer etter intensjonen (lavt tjenesteomfang/ ikke-optimal tjenesteprofil) og en BHT-ordning som fungerer etter «beste praksis». Beregningen tar utgangspunkt i anslagene for kostnader knyttet til ikke-optimalt arbeidsmiljø som presentert i kapittel 4.2.6 og antatt andel av dette som kan forebygges av BHT.

systematiske HMS-arbeid kan en BHT bidra til å forebygge mindre skader og ulykker på arbeidsplassen. I en studie av kostnadseffektiviteten av et ergonomitiltak hos en tekstilprodusent i Canada finner forfatterne at tiltaket blant annet bidro til en reduksjon i antall førstehjelpshendelser (29). En systematisk litteraturstudie av 26 «occupational safety and health»-intervensjoner peker også på hvordan

flere av disse intervensjonene bidrar til færre arbeidsrelaterte skader (30). Av studiene de har gjennomgått pekes det blant annet på at intervensjonene bidrar til reduksjon i antall ryggskader, muskelskader, senebetennelser og risikoen for karpaltunnelsyndrom (smerter/svakhet i hånden/håndleddet).

Tall fra SINTEF viser at det forekommer ca. 40 arbeidsskadedødsfall hvert år (6). Som et konservativt anslag har vi lagt til grunn at BHT-ordningen kan bidra til å forebygge under én prosent av dødsfallene, noe som innebærer mellom 0 og 1 dødsfall hvert tredje år. Dette vil redusere kostnadene forbundet med arbeidsskadedødsfall med 0,8 (0-1,3) prosent. Verdien av dette er beregnet til 16,3 (0-27,1) millioner kroner.

I studiene i nevnte oversiktsartikkel rapporteres en reduksjon i ulike typer arbeidsrelaterte skader fra 5 til 50 prosent (30). Vi har som estimat lagt til grunn at BHT-ordningen kan bidra til å forebygge 5 (2-7,5) prosent av kostnaden av tapte leveår på grunn av arbeidsrelatert sykdom og skade, tilsvarende 1 426 (570,5 – 2139,2) millioner kroner. Det finnes så langt vi vet ingen gode studier som kvantifiserer denne sammenhengen, og det er knyttet betydelig usikkerhet til dette anslaget.

Samlet utgjør verdien av redusert helsetap som følge av BHT-ordningen 1 442,4 (570,5 – 2166,3) millioner kroner.

Tabell 5-1: Verdien av redusert helsetap som følge av BHT-ordningen, millioner 2018-kroner.

	Dagens praksis	Ikke etter intensjonen	Beste praksis
Dødsfall	16	0	27
Skader og sykdom	1425	570	2 140
SUM	1 440	570	2 170

Merknad: Dagens praksis = slik BHT fungerer i dag. Ikke etter intensjonen = lavt tjenesteomfang/ ikke-optimal tjenesteprofil. Beste praksis = en velfungerende BHT tilsvarende de beste i dag.

5.2.2 Økt yrkesdeltakelse og redusert sykefravær

BHT-ordningen kan bidra til økt produksjon i samfunnet gjennom å redusere sykefraværet og uførheten som følge av unngåtte skader og unngått fysisk og psykisk sykdom. I tillegg til å ha en verdi for samfunnet er dette en gevinst for virksomhetene ettersom det reduserer deres kostnader i forbindelse med sykemeldinger. Nevnte oversiktsartikkel peker også på at en rekke studier finner en positiv sammenheng mellom arbeidsmiljøtiltak og redusert sykefravær (30).

Effekten av arbeidsmiljøtiltak på arbeidsdeltakelsen er usikker, og ulike studier rapporterer forskjellige effekter. Oude Hengel mfl. (2014) finner i en randomisert kontrollert studie at implementeringen av et forebyggingsprogram reduserte antall sykefraværsdager med 8,5 dager i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (31). Vi har lagt til grunn at 5 (2 – 7,5) prosent av kostnaden forbundet med arbeidsrelatert uførhet kan forebygges ved bruk av BHT. Videre har vi antatt at BHT-tjenester kan bidra til å forebygge 10 (4 – 15) prosent av kostnaden forbundet med det arbeidsrelaterte sykefraværet. Årsaken til at vi antar en høyere virkning av forebyggingen på sykefraværet enn uførhet er at en BHT ikke bare bidrar til å forebygge skader og sykdommer, men også å bistå med oppfølging av sykemeldte og tilrettelegging for at sykemeldte kan komme tilbake i jobb.

Basert på disse antakelsene har vi estimert at verdien av redusert sykefravær er 885 (350 - 1330) millioner kroner. Tilsvarende er verdien av økt produksjon som følge av redusert uførhet beregnet til 230 (80 - 360) millioner kroner.

Den samlede verdien av økt produksjon som følge av BHT-ordningen er beregnet til 1 115 (430-1 690) millioner kroner.

Tabell 5-2: Verdien av økt produksjon som følge av BHT-ordningen, millioner 2018-kroner.

	Dagens praksis	Ikke etter intensjonen	Beste praksis
Redusert sykefravær	885	350	1 330
Redusert uførhet	230	80	360
SUM	1 115	430	1 690

Merknad: Dagens praksis = slik BHT fungerer i dag. Ikke etter intensjonen = lavt tjenesteomfang/ ikke-optimal tjenesteprofil. Beste praksis = en velfungerende BHT tilsvarende de beste i dag.

5.2.3 Økt produktivitet

En BHT kan bidra til økt produktivitet i form av at ansatte arbeider mer effektivt. Tompa (2013) finner at innføringen av et ergonomitiltak på en tekstilfabrikk bidro til at intervensjonsgruppen (de berørt av tiltaket) jobbet langt mer effektivt enn kontrollgruppen, noe som resulterte i at de klarte å produsere flere skjorter (29). Andre studier rapporterer en produktivitetsvekst mellom 3 og 40 prosent (30). Et godt arbeidsmiljø kan videre bidra til bedre kunnskapsdeling og samarbeid i virksomheten slik at de ansatte bruker mindre tid på å løse arbeidsoppgavene. I Norge har vi generelt et godt arbeidsmiljø og forbedringspotensialet er derfor

begrenset sammenlignet med andre land med generelt dårligere arbeidsmiljø.

Som et konservativt anslag har vi antatt at en BHT med dagens praksis kan bidra til at de ansatte øker produktiviteten sin så mye at produktivitetstapet knyttet til et ikke-optimalt arbeidsmiljø (ca. 1,5 mrd.) reduseres med 2,5 prosent, og at en BHT med beste praksis vil kunne bidra med å redusere tapet med 5 prosent. Dette vil for eksempel innebære at en virksomhet med 50 ansatte vil øke sin produksjon (gjennom å være mer effektive) tilsvarende 10 timer i året (dagens praksis), eller tilsvarende 20 timer i året (beste praksis).

Gitt disse forutsetningene vil verdien av den økte produktiviteten være 400 millioner for «dagens praksis»-BHT og 800 millioner for «beste praksis»-BHT. For BHT med lavt tjenesteomfang/ikke-optimal tjenesteprofil har vi ikke lagt til grunn noen produktivitetsgevinst.

Tabell 5-3: Verdien av økt produktivitet som følge av BHT-ordningen, millioner 2018-kroner.

	Dagens praksis	Ikke etter intensjonen	Beste praksis
Verdi	400	0	800

Merknad: Dagens praksis = slik BHT fungerer i dag. Ikke etter intensjonen = lavt tjenesteomfang/ ikke-optimal tjenesteprofil. Beste praksis = en velfungerende BHT tilsvarende de beste i dag.

5.2.4 Sparte helsetjenestekostnader

BHT-ordningen kan også bidra til å redusere kostnadene i helsetjenesten ved å forebygge skader og sykdom. Som diskutert tidligere kan systematisk HMS-arbeid og bedre arbeidsmiljø bidra til å redusere arbeidsrelaterte skader og sykdom.

I nevnte oversiktsartikkel rapporteres en reduksjon i ulike typer arbeidsrelaterte skader fra 5 til 50 prosent (30). Vi har som for helsetapet lagt til grunn at BHT-tjenester kan bidra med å forebygge 5 (2 – 7,5) prosent av de arbeidsrelaterte skadene. Dette innebærer at BHT-er med dagens praksis bidrar til å forebygge omtrent 500 skader i året. Verdien av dette er beregnet til 19,3 (7,7 – 28,9) millioner kroner.

Tabell 5-4: Verdien av sparte helsetjenestekostnader som følge av BHT-ordningen, millioner 2018-kroner.

	Dagens praksis	Ikke etter intensjonen	Beste praksis
Verdi	19,3	7,7	28,9

Merknad: Dagens praksis = slik BHT fungerer i dag. Ikke etter intensjonen = lavt tjenesteomfang/ ikke-optimal tjenesteprofil. Beste praksis = en velfungerende BHT tilsvarende de beste i dag.

5.2.5 Andre nyttevirkinger

Ved å redusere behovet for behandling av sykdom og skade i helsetjenesten bidrar BHT-ordningen dermed også til å redusere arbeidstiden som går tapt når arbeidstakere søker behandling og reisekostnaden forbundet med dette. Kostnadsbesparelsene knyttet til dette utgjorde 7,7 (3,1 – 11,5) millioner kroner. Videre vil redusert sykefravær og uførhet som følge av BHT-ordningen kunne medføre en redusert skattefinansieringskostnad tilsvarende 200 (82 – 310) millioner kroner.

Tabell 5-5: Verdien av andre nyttevirkinger som følge av BHT-ordningen, millioner 2018-kroner.

	Dagens praksis	Ikke etter intensjonen	Beste praksis
Redusert tids- og reisekostnad	7,7	3,1	11,5
Redusert skattefinansieringskostnad	200	82	310
SUM	210	85	320

Merknad: Dagens praksis = slik BHT fungerer i dag. Ikke etter intensjonen = lavt tjenesteomfang/ ikke-optimal tjenesteprofil. Beste praksis = en velfungerende BHT tilsvarende de beste i dag.

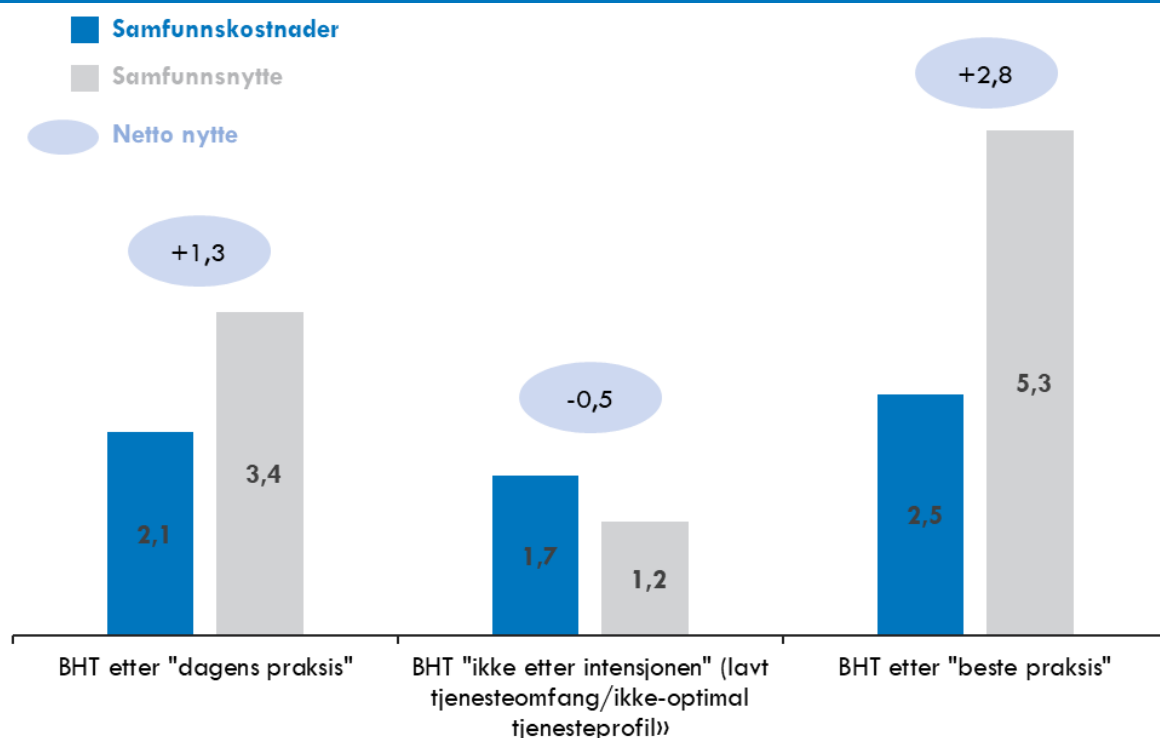
5.3 Samfunnsnyten av BHT-ordningen i Norge

BHT-ordningen gir både nyttevirkinger (fordeler) og kostnader (ulempes) for virksomhetene og samfunnet generelt. Med utgangspunkt i nytte- og kostnadsberegningene beskrevet i kapittel 4 og 5.1-5.2 har vi utarbeidet anslag for netto samfunnsnytte av BHT-ordningen.

5.3.1 Prissatte virkninger

For BHT-ordningen slik den fungerer med dagens praksis har vi beregnet at de totale samfunnskostnadene beløper seg til 2,1 milliarder kroner, mens verdien av den samlede nytten utgjør 3,4 milliarder kroner. Netto samfunnsnytte er da 1,3 milliarder kroner. For en BHT-ordning der BHT-ene ikke fungerer etter intensjonen har vi beregnet at de totale samfunnskostnadene er 1,7 milliarder kroner. Nytttevirkingene er beregnet til 1,2 milliarder kroner. En BHT-ordning med BHT-er som ikke fungerer etter intensjonen medfører dermed en netto samfunnskostnad på 0,5 milliarder kroner. Endelig har vi beregnet at en BHT-ordning med BHT-er som fungerer etter beste praksis medfører en kostnad på 2,5 milliarder og gir nyttevirkinger verdsatt til 5,3 milliarder. En BHT-ordning som fungerer etter beste praksis er altså anslått til å ha en samfunnsnytte på 2,8 milliarder kroner.

Figur 5-6: Samfunnsnytten av BHT-ordningen i Norge, milliarder 2018-kroner



Merknad: Dagens praksis = slik BHT-ene fungerer i dag. Ikke etter intensjonen = lavt tjenesteomfang/ ikke-optimal tjenesteprofil. Beste praksis = velfungerende BHT-er tilsvarende de beste i dag.

5.3.2 Ikke-prissatte virkninger

I tillegg til nyttevirkningene av BHT-ordningen knyttet til forebygging av sykdom og skade som nevnt ovenfor, bidrar BHT-ordningen også med andre positive virkninger for samfunnet.

BHT-ordningen gir en helsegevinst for pårørende i form av unngåtte skader og sykdom som ellers ville ha medført en belastning for de pårørende.

Videre medfører BHT-tjenester og forebyggende arbeidsmiljøarbeid et redusert behov for øvrige helse- og omsorgstjenester både ved å unngå sykdom og skade i utgangspunktet, men også ved å forebygge at sykdom og skade utvikler seg til mer alvorlige tilstander.

I dybdeintervjuene vi gjennomførte fikk vi innspill på at BHT-ene er en av de viktigste hjelperne i praktisk arbeidsmiljøarbeid i Norge, og at ordningen på mange måter fungerer som Arbeidstilsynets forlengede arm. Arbeidstilsynet utøver tilsyn og kan gi pålegg til virksomheter som ikke følger kravene i arbeidsmiljøloven, og har også en rådgivningsfunksjon når det gjelder forebyggende arbeidsmiljøtiltak. Uten BHT-ordningen ville det vært behov for at Arbeidstilsynet, i større grad enn i dag, måtte veilede virksomheter med arbeidsmiljøarbeid.

Endelig har vi fått innspill på at BHT-ordningen bidrar til å styrke kompetansemiljøet i Norge innen arbeidsmiljø og arbeidsmedisin.

Tabell 5-6: Ikke-prissatte virkninger av BHT-ordningen

Virkning	Beskrivelse
Helsegevinst pårørende	Pårørende opplever redusert belastning som følge av at færre arbeidstakere rammes av arbeidsrelatert sykdom eller skade.
Redusert behov for øvrige helse- og omsorgstjenester	Redusert behov ved å unngå sykdom og skade og ved å forebygge at sykdom og skade utvikler seg til mer alvorlige tilstander.
Viktig hjelper i praktisk arbeidsmiljøarbeid i Norge	Bidrar til å redusere arbeidsmengden til Arbeidstilsynet.
Styrke kompetansemiljøet i Norge på arbeidsmiljø og arbeidsmedisin	Styrker kompetansen i virksomheter, blant ansatte og samfunnet generelt.

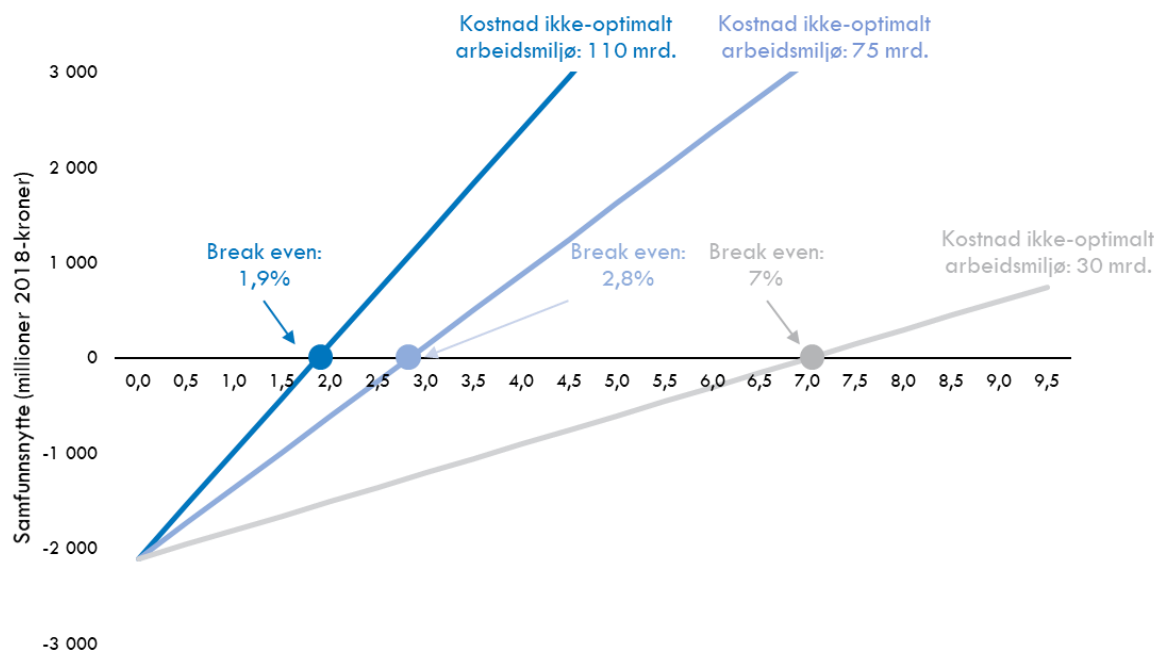
5.3.3 Følsomhetsanalyse

Anslagene for nytte- og kostnadsvirkninger av BHT-ordningen er beheftet med betydelig usikkerhet. For å synliggjøre dette har vi beregnet samfunnsnyttene av BHT-ordningen under ulike scenarier der BHT-ene fungerer etter dagens praksis, ikke etter intensjonen, og etter beste praksis. Vi gjorde en rekke antakelser for hva kostnadene av et ikke-optimalt arbeidsmiljø er, og hvor stor andel av kostnadene en BHT kan

forebygge. Vi har i tillegg foretatt en break-even analyse der vi har beregnet hvor stor andel av potensialet for forebygging og produktivitetsfremming BHT-ene må bidra med for at kostnader og nytteverdi for BHT-tjenestene balanseres.

Vi har beregnet at BHT-ene må bidra med 2,8 (1,9 – 7,0) prosent av det forebyggbare og produktivitetsfremmende potensialet (Figur 5-7).

Figur 5-7: Samfunnsnytte av BHT-ordningen for ulike nivåer av samfunnskostnader av ikke-optimalt arbeidsmiljø og forebyggbart potensial – følsomhetsanalyse.



Merknad: Grafene angir samfunnsnyttene (millioner 2018-kroner) av BHT-ordningen etter prosentandel av kostnadene knyttet til ikke-optimalt arbeidsmiljø som BHT-ene kan forebygge, under ulike antakelser om kostnadene knyttet til ikke-optimalt arbeidsmiljø (beste anslag, lav/høy kostnad). Break-even angir den prosentandel BHT-ene må bidra til for at kostnader og nytteverdi for BHT-tjenestene balanseres.

6. Diskusjon

BHT-ordningen bidrar til å styrke virksomhetenes arbeidsmiljøarbeid gjennom tverrfaglig kompetanse på arbeidsmiljø. Bransjeforskriften bidrar til å sikre et minimum av forebyggende tjenester til bransjer som kjennetegnes av særlig risikofylt arbeidsforhold, og godkjenningsordningen sikrer at tjenestene som tilbys er av en viss kvalitet. Likevel pekes det på utfordringer knyttet til manglende risikovurderinger tjenestens profil, tilbydernes kompetanse, uhensiktsmessige anskaffelsesprosesser og manglende dekningsgrad.

En utfordring ved BHT-ordningen er at det ofte ikke er samsvar mellom de tjenester som tilbys og den risikoen som virksomheten kjennetegnes av. I tillegg har virksomheter manglende bestillerkompetanse og mange etterspør generelle helsekontroller som normalt er fastlegens ansvar. Flere peker på at BHT-er tilbyr tjenester utover det som er lovpålagt, men at det er krevende å forstå for bestiller hva som bør inngå. De eksterne BHT-ene peker på sin side på at mange virksomheter har liten betalingsvillighet for forebyggende arbeid og velger anskaffelsesmodeller som presser tjenestens innhold til et minimum.

Både flere virksomheter, bedriftshelsetjenester og spesialistmiljøer peker på viktigheten av systematisk arbeid over tid, og at de opplever en uheldig utvikling med manglende oppfølging av virksomhetene over tid og at det er en dreining fra gruppebaserte til individrettede tiltak. Disse individrettede tiltakene omfatter særlig tiltak som retter seg mot egen helse og livsstil, og som ikke omfattes av lovverket for BHT. Mange peker på at denne uklare grensen mellom folkehelse og arbeidshelse bør tydeliggjøres.

Selv om flertallet av BHT-er opplever at de samarbeider godt med NAV/Arbeidslivssentrene, opplever enkelte BHT-er en utfordring i at tjenestene de tilbyr delvis overlapper med gratistjenester fra NAV/Arbeidslivssentrene. Disse BHT-ene opplever at det ikke er godt nok avklart hva som skal være forskjellen mellom de to aktørene. Noen av oppgavene som Arbeidslivssentrene har er i prinsippet de samme og i direkte konkurranse med tjenester som virksomhetene er pålagt å sørge for at BHT-ene yter bistand til.

Eksempler på mulige tiltak for å styrke BHT-ordningen og den tilhørende nytten for virksomheter og samfunn kan være:

- Juridiske tiltak: f.eks. bedre oppfølging av om arbeidsmiljøloven etterleves og endrede regler for å gi økt/riktigere dekningsgrad hos virksomhetene.
- Økonomiske tiltak: avklaring knyttet til tilskuddspraksis
- Organisatoriske tiltak: Avklaringer knyttet til anbudsmodeller og forvaltningens organisering
- Kompetansetiltak: styrke kompetansen hos virksomhetene og BHT-ene. Dette kan både bidra til å sikre en riktigere risikovurdering og til at tiltakene som etterspørres og tilbys i større grad er i trå med lovverket, tilpasset virksomhetenes behov og at man unngår generelle helsekontroller.
- Informasjonstiltak: bedre informasjon om tjenestens intensjon, innhold og nytteverdi

7. Referanser

1. **Krogsbøll, LT, et al.** General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 345, 2012.
2. **SINTEF.** *Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge.* Trondheim : SINTEF, 2016.
3. **DFØ.** *Veileder i samfunnsøkonomiske analyse.* Oslo : Direktoratet for økonomistyring, 2014.
4. **Finansdepartementet.** Finansdepartementets rundskriv R-109/14.
5. **Justis- og beredskapsdepartementet.** Regjeringens strategi for forebygging Fellesskap - trygghet - utjevning. Oslo : s.n., 2009.
6. **SINTEF.** *Kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader, SINTEF-rapport A27430, 2016-03-07.* Trondheim : SINTEF, 2016.
7. **IPSOS.** *Bedriftshelsetjenesteordningen - pris og kontakt.* Oslo : IPSOS, 2017.
8. **STAMI.** *FAKTABOK OM ARBEIDSMILJØ OG HELSE 2015.* Oslo : STAMI, 2015.
9. —. *Kvalitet i Bedriftshelsetjenesten 2015.* s.l. : STAMI, 2015. ISSN nr. 1502-932.
10. —. *Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø.* Tilgjengelig på: <https://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/arbeidsmiljoprofiler/>. 2018.
11. **Helsedirektoratet.** *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker. Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer.* Oslo : Helsedirektoratet, 2015.
12. **Nurminen, M og Karjalainen, A.** Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. *Scand J Work Environ Health*. 27(3) Juni 2001, ss. 161-213.
13. **Järholm, B, Reuterwall, C og Bystedt, J.** Mortality attributable to occupational exposure in Sweden. *Scand J Work Environ Health*. 39(1) Jan 2013, ss. 106-11.
14. **Johannessen, HA, Gravseth, HM og Sterud, T.** Psychosocial factors at work and occupational injuries: A prospective study of the general working population in Norway. *Am J Ind Med*. 58(5) Mai 2015, ss. 561-7.
15. **Krzyzanowski, M, Jedrychowski, W og Wysocki, M.** Factors associated with the change in ventilatory function and the development of chronic obstructive pulmonary disease in a 13-year follow-up of the Cracow Study. Risk of chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis*. 134(5) November 1986, ss. 1011-9.
16. **Sterud, T og Tynes, T.** Work-related psychosocial and mechanical risk factors for low back pain: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Occup Environ Med*. 70(5) Mai 2013, ss. 296-302.
17. **Sterud, T, Johannessen, HA og Tynes, T.** Work-related psychosocial and mechanical risk factors for neck/shoulder pain: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Int Arch Occup Environ Health*. 87(5) Juli 2014, ss. 471-81.
18. **Alfonso, JH, et al.** Self-reported occupational exposure to chemical and physical factors and risk of skin problems: a 3-year follow-up study of the general working population of Norway. *Acta Derm Venereol*. 95(8) November 2015, ss. 959-62.
19. **Mehlum, IS, et al.** Self-reported work-related health problems from the Oslo Health Study. *Occup Med (Lond)*. 56(6) September 2006, ss. 371-9.
20. **Sterud, T.** Work-related mechanical risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Eur J Public Health*. 24(1) Februar 2014, ss. 111-6.
21. —. Work-related psychosocial and mechanical risk factors for work disability: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Scand J Work Environ Health*. 39(5) September 2013, ss. 468-76.
22. **Alfonso, JH, et al.** Self-reported Occupational Skin Exposure and Risk of Physician-certified Long-term Sick Leave: A Prospective Study of the General Working Population of Norway. *Acta Derm Venereol*. 96(3) Mars 2016, ss. 336-40.
23. **Foldspang, Lars, et al.** *Working environment and productivity - A register-based analysis of Nordic enterprises.* København : Nordic Council of Ministers, 2014.
24. **Helsedirektoratet.** *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker. Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer.* Oslo : Helsedirektoratet, 2016.
25. **Hem, Karl-Gerhard.** *Økonomiske konsekvenser av sykefravær.* Oslo : SINTEF , 2000.

26. —. *Bedriftens kostnader ved sykefravær*. Oslo : SINTEF, 2011.

27. **Moger, Tron Anders og Kristiansen, Ivar Sønbo.**

Direct and indirect costs of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. . *Health Economics Research Programme Working Papers*. 3 2012.

28. **Fabius, Raymond, et al.** Tracking the Market Performance of Companies That Integrate a Culture of Health and Safety - An Assessment of Corporate Health Achievement Award Applicants. *J Occup Environ Med*. Jan 2016, s. 58.

29. **Tompa, E, Dolinschi, R og Natale, J.** Economic evaluation of a participatory ergonomics intervention in a textile plant. *Appl Ergon*. 44(3) Mai 2013, ss. 480-7.

30. **Verbeek, J, Pulliainen, M og Kankaanpää, E.** A systematic review of occupational safety and health business cases. *Scand J Work Environ Health*. 35(6) Desember 2009, ss. 403-12.

31. **Oude Hengel, KM, et al.** Prevention program at construction worksites aimed at improving health and work ability is cost-saving to the employer: results from an RCT. *Am J Ind Med*. 57(1), 2014.

32. **Brage, Søren og Nossen, Jon Petter.** Sykefravær på grunn av psykiske lidelser - Utvikling siden 2003. . *Arbeid og velferd*. 2 2017, ss. 77-88.

33. **Agestad, C, et al.** Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *J Occup Environ Med*. 56(8) August 2014, ss. 787-93.

Vedlegg

Tabell 0-1: Oversikt over hvilke typer tjenester som inngår i BHT

Hovedkategori	Type tjenester
Systematisk HMS-arbeid	Kartlegging og dokumentasjon av arbeidssituasjon, organisering og utfordringer knyttet til HMS Risikovurdering, handlingsplan/tiltak, oppfølging/evaluering, revisjon/gjennomgang internkontroll Undervisning: Lederopplæring HMS, verneombudskurs, andre HMS-kurs Undervise i og etablere rutiner for beredskap og krisehåndtering
Arbeidsmedisin	Helsekontroller (når arbeidssituasjoner tilsier det); f.eks. eksponeringsvurdering, arbeidstakerutvalg, målrettet helsekontroll, ulike rapporteringsplikter, henvisning til arbeidsmedisinsk utredning, meldinger til NAV og Arbeidstilsynet Sykefraværsoppfølging: Forebygging og oppfølging av sykefravær, f.eks. dialogmøter, kontakt med fastlege/behandlingsapparat/NAV Rus og avhengighet Arbeidsmedisinsk poliklinikk (f.eks. vaksinasjoner, småskader, henvisninger)
Ergonomi (muskel- og skjelettplager)	Bistå i utarbeidelse av retningslinjer om ergonomiske forhold, for eksempel ved nybygg, ombygninger, innkjøp, renhold. Kartlegging/vurdering av arbeidsplass, arbeidsteknikker, og den enkelte arbeidstakers fysiske funksjonsevne Foreslå tiltak og løsninger ved ergonomiske utfordringer, for eksempel dataarbeidsplassen, logistikk, organisering av lager, håndtering av maskiner/utstyr, kontorlandskap, belysning, vibrasjoner. Undervisning, trening og individuelt tilpassede øvelser
Yrkeshygiene	Bistå i utarbeidelse av retningslinjer og dokumentasjon innenfor området yrkeshygiene, for eksempel kjemikaliehåndtering, stoffkartotek, arbeidsinstrukser og bruk av verneutstyr. Kartlegging og risikovurdering av fysiske, kjemiske og biologiske forhold, vibrasjon, støv, støv og stråling. Forslag til tiltak, for eksempel håndtering av maskiner og utstyr, innelima, ventilasjon, substitusjon og ulykkesforebygging. Informasjon og opplæring om kjemisk og biologisk helsefare, stoffkartotek, renhold etc.
Organisatorisk arbeidsmiljø	Bistå i utarbeidelse av rutiner og retningslinjer om organisatoriske forhold, som arbeidsavtaler, arbeidsplaner, medvirkning, omstilling, kontrolltiltak, varsling, opplæring, alenearbeid, arbeidstid, påseplikt, stillingsbeskrivelser, arbeidsinstrukser og oppsigelse. Bistå i kartlegging og risikovurdering av organisatoriske forhold. Gi forslag til forebyggende tiltak, for eksempel i forbindelse med omstillingsprosesser, organisering av arbeidet og helsefremmende arbeidsplasser. Informasjon og opplæring om arbeidsgivers plikter, medvirkning, omstilling, kontrolltiltak, varsling, arbeidstid, introduksjon av nyansatte, opplæring av fremmedspråklige, organisering av arbeidet, ansvarlinjer og påseplikt.
Psykososialt arbeidsmiljø	Bistå med å utarbeide forebyggende retningslinjer om psykososiale forhold, for eksempel om konflikthåndtering, håndtering av vold og truende hendelser, krisehåndtering og debriefing. Kartlegging og risikovurdering av psykososiale forhold, bistå i spørreundersøkelser, eller andre undersøkelser på gruppe/individ nivå. Bistå med konflikthåndtering, oppfølging av vold og truende hendelser, oppfølging ved mobbing og trakassering, krisehåndtering og debriefing/defusing Informasjon og opplæring om konfliktforebygging, vold, emosjonelt arbeid, psykiske belastninger, påregnelig adferd, stressmestring og lederveiledning.
Livsstil og helse	Tiltak for å fremme ansattes totalhelse (eks. generell helsekontroll)

Kilder: <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/roller-i-hms-arbeidet/bht/dette-skal-bedriftshelsetjenesten-hjelpe-arbeidsgiver-med/>. E2 Helse og Stamina

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo



Samfunnsnyttan av bedriftshelsetjenesten