

Heidi Hiller Hoftun

Bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring

Masteroppgave i Organisasjon og ledelse Innovasjon og
endringsledelse

Veileder: Per Morten Schiefloe

Mars 2019

Heidi Hiller Hoftun

Bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring

Masteroppgave i Organisasjon og ledelse Innovasjon og endringsledelse
Veileder: Per Morten Schiefloe
Mars 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Forord

Masteroppgaven er nå levert. Det har vært en lang og til tider kronglete vei, men du verden så spennende! Jeg har lært mye om organisasjonsteoriens verden og lest mange spennende historier fra bedriftshelsetjenesten sin opprinnelse og utvikling i Norge.

Først vil jeg rette en stor takk til informantene mine. Jeg setter stor pris på at dere tok dere tid til å bidra til mitt lille, «store» prosjekt. Vi har hatt mange interessante samtaler om temaer jeg brenner veldig for. Dere har gitt meg mye nyttig og relevant informasjon til min oppgave. Dere har vært rause og delt deres tanker om bedriftshelsetjenesten. Takk for det!

Det er mange jeg vil takke for gode innspill og støtte underveis i arbeidet med oppgaven. Per Morten Schiefloe har vært min veileder og også foreleser i flere av spesialiseringsfagene. Per Morten har gitt meg mange gode råd underveis og ikke minst gitt meg kunnskap om den allsidige Pentagonmodellen!

Jeg må også få takke min tålmodige arbeidsgiver, som har gitt meg muligheten til å gjennomføre dette studiet. Jeg må rette en stor takk til mine kollegaer for gode innspill og diskusjoner underveis i oppgaven.

Tilslutt vil jeg takke familie og venner for å holde ut med en litt mindre sosial, litt mer rotete, litt mindre gjestfri og litt mer nevrotisk utgave av meg selv. Og sist, men ikke minst, tusen takk til min kjære ektemann Øystein. Du har vært tålmodigheten selv, en fantastisk korrekturleser (gjennom hele studiet og sene nattetimer), motivator, pådriver og ikke minst tatt seg av de tre smårollingene vi har. Uten deg har ikke dette gått!

Sammendrag

Temaet i denne oppgaven er å se nærmere på bedriftshelsetjenesten som bransje og hvordan bransjen kan tilpasse seg et arbeidsliv i endring. Bedriftshelsetjenesten er en godt etablert, lovpålagt ordning for virksomheter som har arbeidsmiljørisiko som gjør at de har behov for bistand. I løpet av de siste årene har bedriftshelsetjenesten blitt evaluert flere ganger. I evalueringene har det kommet frem utfordringer knyttet til deler av tjenesten.

Oppgaven er fenomenologisk i sin tilnærming. Jeg har gjennomført kvalitative gruppeintervju med ansatte i bedriftshelsetjenesten. I tillegg har jeg hatt individuelle intervju med kunder av bedriftshelsetjenesten. Den tematiske analysen av datamaterialet avdekket tre hovedtemaer. Det er «synspunkter om dagens bedriftshelsetjeneste», «synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden» og «synspunkter om ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten».

Problemstillingen i oppgaven er som følger: Bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring. Gitt problemstillingen, hvordan påvirker dette kunden sitt forhold til bedriftshelsetjenesten og hvordan påvirker det de ansatte i bedriftshelsetjenesten?

Under empiri og teori presenterer jeg resultatet av evalueringene av bedriftshelsetjenesten. Jeg vil deretter redegjøre for de to systemteoretiske perspektivene, som er organisasjonen som en organisme og «contingency teori», og et utvalg av rolleteori. I resultatdelen går jeg gjennom funnene fra intervjuene med kundene og ansatte i bedriftshelsetjenesten. Under diskusjonen oppsummerer jeg resultatene i forhold til den valgte empiriske og teoretiske tilnærmingen, og gjør en vurdering opp imot oppgavens problemstilling.

Resultatene fra intervjuene avdekket flere faktorer som er utfordrende for bedriftshelsetjenesten som bransje. De to viktigste faktorene som pekte seg ut er behovet for en bransjeforening for bedriftshelsetjenestene og behovet for å gå gjennom og revidere lov og forskrift førende for bedriftshelsetjenesten sin bistand til virksomhetene.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	
Sammendrag	
1. Innledning.....	1
1.1 Hensikt.....	1
1.2 Problemstilling	3
1.3 Kontekst.....	3
1.3.1 Hva er bedriftshelsetjeneste?	3
1.3.2 Bedriftshelsetjenesten i et historisk perspektiv.....	4
1.4 Oppgavens struktur	5
2. Empiri og teori	6
2.1 Evaluering av bedriftshelsetjenesten	6
2.1.1 Evaluering av bedriftshelsetjenesten 2016.....	6
2.1.2 Evaluering av bedriftshelsetjenesten 2018.....	7
2.2 «Contingency teori» og organisasjon som organisme	13
2.2.1 «Contingency teori»	13
2.2.2 Organisasjonen som en organisme	15
2.3 Rolleteori	18
3. Metode	20
3.1 Valg av metode	20
3.1.1 Utvalg.....	21
3.2 Datainnsamling	22
3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju	23
3.2.2 Intervjuguide.....	23
3.2.3 Gjennomføring av intervjuene	24
3.2.4 Transkribering	25
3.3 Etske betraktninger	25
3.3.1 Informert samtykke og frivillig deltakelse	26
3.3.2 Konfidensialitet og anonymisering.....	26
3.4 Analysemetode og analyseprosess	26
3.4.1 Analysemetode	27
3.4.2 Analyseprosess.....	27
3.5 Metodediskusjon.....	30
3.5.1 Forskerrollen og forforståelse.....	30
3.5.2 Reliabilitet og validitet.....	31

4.Resultater	32
4.1 Presentasjon av den tematiske analysen	32
4.2 Synspunkter om dagens bedriftshelsetjeneste.....	33
4.2.1 Ansattes synspunkter om kjernevirksomhet	33
4.2.2 Kundenes synspunkter om kjernevirksomhet.....	35
4.2.3 Ansattes synspunkter om bransjeforskriften.....	37
4.2.4 Kundenes synspunkter om bransjeforskriften	38
4.2.5 Ansattes synspunkter om bestillerkompetanse.....	38
4.2.6 Kundenes synspunkter om bestillerkompetanse	39
4.2.7 Oppsummering av synspunkter om dagens bedriftshelsetjeneste.....	41
4.3 Synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden	43
4.3.1 Ansattes synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden.....	43
4.3.2 Kundenes synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden.....	45
4.3.3 Oppsummering av synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden.....	46
4.4 Synspunkter om ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten	47
4.4.1 Ansattes synspunkter om ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten	47
4.4.2 Kundenes synspunkter om ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten	49
4.4.3 Oppsummering av synspunkter om ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten	51
5.Diskusjon	52
5.1 Dagens bedriftshelsetjeneste	52
5.1.1 Kjernevirksomheten i bedriftshelsetjenesten.....	53
5.1.2 Bransjeforskriften.....	56
5.1.3 Bestillerkompetanse.....	57
5.2 Bedriftshelsetjenesten i fremtiden	59
5.2.1 Eksisterende og fremtidige arbeidsmiljørisikoer.....	59
5.2.2 Aktuelle utviklingsområder for bedriftshelsetjenesten.....	61
5.3 Ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten.....	63
5.3.1 Ansattes rolle som fri og uavhengig rådgiver.....	63
5.3.2 Rolleforståelse og rolleavklaring	64
5.3.3 Relasjonen mellom kunde og ansatte i bedriftshelsetjenesten.....	65
5.4 Er det behov for å endre bedriftshelsetjenesten?	66
5.5 Bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring	67
5.5.1 Miljøet til bedriftshelsetjenesten.....	68
5.5.2 Delsystemene strategisk, strukturelt og menneskelig/kulturelt.....	69
5.5.3 Kjennetegn i analysemodellen «Profile of Organizational Characteristics».....	71
5.5.4 Bedriftshelsetjenesten i et utviklingsperspektiv	72

6. Konklusjon	75
7.Referanser	76
8. Vedlegg.....	80
8.1 Vedlegg 1: Informasjonsskriv informanter intervju 2018 og samtykkeerklæring.....	80
8.2 Vedlegg 2: Intervjuguide HMS/HR bedrift.....	83
8.3 Vedlegg 3: Intervjuguide gruppeintervju bedriftshelsetjeneste	86

1. Innledning

1.1 Hensikt

I denne oppgaven vil jeg nærmere på bedriftshelsetjeneste som bransje og hvordan bransjen kan tilpasse seg et arbeidsliv i endring. «Hvordan kan bedriftshelsetjenesten best møte et arbeidsliv i stor endring?» spør arbeids- og sosialminister Anniken Hauglie i et seminar om bedriftshelsetjenesten 5. juni 2018. (Regjeringen, 5:02). «Det er enighet om at arbeidsmiljøstandarden er høy i Norge, men at vi samtidig fortsatt har utfordringer, og at det er potensial for bedre samarbeid om forebygging på arbeidsplassene» (Hauglie, 2018, s.5). Den norske bedriftshelsetjenesten vurderes som en av de bedre bedriftshelsetjenesteordningene internasjonalt. Molander et al. (2018) påpeker imidlertid at det er utfordringer knyttet til deler av tjenesten og lav bevissthet sett opp mot myndighetenes risikobaserte intensjon med ordningen. Det er gjennomført to evalueringer av bedriftshelsetjenesten, i henholdsvis 2016 og 2018. Begge er bestilt av Arbeids- og sosialdepartementet. Den siste evalueringen ble gjennomført av et ekspertutvalg der direktør for Statens Arbeidsmiljøinstitutt, Pål Molander, ledet arbeidet.

Dersom risikoforholdene i virksomheten tilsier det, ifølge Arbeidsmiljøloven § 3-3(1), er arbeidsgiver pliktig til å knytte virksomheten til en bedriftshelsetjeneste godkjent av Arbeidstilsynet. Etter en utvidelse i 2010 består bransjeforskriften, som pålegger virksomheter i visse bransjer å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste, i dag av 50 bransjer/sektorer med 103 000 virksomheter med 1 550 000 ansatte. I omfang er dette ca. 60 % av alle arbeidstakere i Norge. Bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalg og verneombud i å skape sunne og trygge arbeidsforhold, jfr. Arbeidsmiljøloven §3-3(2). Ifølge Molander et al. (2018) bør bransjen ta grep for å rydde opp i egne rekker og arbeide i henhold til det mandatet bransjen er gitt i Arbeidsmiljølov og forskrifter. Mange faktorer, i den siste og foregående evaluering, tyder på at bransjen både beveger seg i gråsoner og utenfor dette mandatet.

«Til tross for at Norge er blant de landene i verden med best arbeidsmiljøforhold foreligger det et betydelig potensial for forebygging av arbeidsrelatert sykdommer, plager, skader, samt

frfall fra arbeidslivet i form av langtidssykefravær og uførhet» (Molander et al., 2018, s.17). Hovedvirkemiddelet for å bistå bedrifter i dette arbeidet i Norge er bedriftshelsetjenesten. For at bedriftshelsetjenesten skal være i stand til å løse dette samfunnsoppdraget er det, ifølge Molander et.al (2018), «...viktig at bedriftshelsetjeneste har relevant kompetanse og en innretning på sine tjenester» (s.17).

Produktivitetskommisjonen påpeker at produktivitetsvekst er en forutsetning for å opprettholde velferdsstaten her i landet. Veksten har imidlertid falt de siste årene og det samme har skjedd i de land vi handler med. Oljenæringen har hatt en nedgang de siste årene og selv om den er på full fart opp igjen, tvinger det storsamfunnet til å tenke nytt. I tillegg vil det bli en økning i antall eldre de nærmeste år. Dette vil minske handlingsrommet til våre offentlige finanser. Kommisjonen påpeker at den viktigste forutsetningen for å øke produktivitetsveksten er at fremtidens næringer vil i økende grad være kunnskapsbaserte (NOU 2018:3, s.6). For å opprettholde veksten er vi avhengig av å skape nye og flere arbeidsplasser i kunnskapsbaserte næringer, ifølge Molander et al. (2018). Videre viser Perspektivmeldingen til at høy sysselsetting er en hjørnestein i den norske velferdsstaten og dersom vi skal klare å opprettholde høy sysselsetting i fremtiden må flere i arbeid. Økt kunnskap og kompetanse i arbeidslivet er nødvendig for at flere skal kunne delta i arbeidslivet. Kunnskapen arbeidstakeren besitter må være «omstillingsbar» slik at det er mulig å endre innholdet i eksisterende jobb eller enkelt å komme seg over i ny jobb (Finansdepartementet, 2017).

Bedriftshelsetjenesten har, ifølge Molander et al. (2018) en viktig rolle i dette arbeidet, spesielt i primærforebyggende bistand, i form av reduksjon av arbeidsrelaterte risikoforhold for å redusere arbeidsrelatert sykefravær og uførhet. Sekundærforebyggende bistand, som for eksempel det å få ansatte til å stå lenger i jobb og hjelpe arbeidstakere som har stått utenfor arbeidslivet tilbake i jobb, er også viktig. Molander et al. (2018) påpeker at: «Bedriftshelsetjenestens arbeid skal ha en klar forebyggende profil med helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende funksjoner. Bedriftshelsetjenesten har med det en viktig ekspertrolle overfor virksomhetene i arbeidslivet» (s.18). Videre hevder ekspertutvalget at gode arbeidsmiljøforhold er et konkurransefortrinn for oss ute i verden.

1.2 Problemstilling

Hva tenker kunder av bedriftshelsetjenesten og ansatte i bedriftshelsetjenesten om bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring? Jeg har gjennomført intervju med ansatte i tre bedriftshelsetjenester og tre kunder av bedriftshelsetjenesten. Informantene ble spurt om hva som fungerer godt og hva som er utfordringer med dagens bedriftshelsetjenesteordning? De ble også spurt om hvordan en fremtidig bedriftshelsetjeneste kan organiseres for på best mulig måte ivareta fremtidens arbeidsliv og arbeidsmiljøutfordringer. Bedriftshelsetjeneste som bransje er i fokus i denne oppgaven.

Problemstillingen min er som følger: bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring.

Det er valgt to tema. Gitt problemstillingen, hvordan påvirker dette:

- Kunden sitt forhold til bedriftshelsetjenesten?
- Ansatte i bedriftshelsetjenesten?

1.3 Kontekst

I dette kapitlet vil jeg fortelle litt om hva bedriftshelsetjenesten er og hva som er formålet med tjenesten. Deretter ønsker jeg å sette bedriftshelsetjenesten inn i et historisk perspektiv. Til slutt ønsker jeg å redegjøre for oppgavens struktur.

1.3.1 Hva er bedriftshelsetjeneste?

Bedriftshelsetjenesten er en fagkyndig og rådgivende tjeneste innen forebyggende HMS-arbeid, ifølge Arbeidstilsynet. Noen bransjer har et mer risikofyllt arbeidsmiljø enn andre og arbeidsgiver plikter å knytte virksomheten til en bedriftshelsetjeneste når risikoforholdene i virksomheten tilsier det, jf. Arbeidsmiljøloven §3-3(1) (2005). Risikoforhold det her er snakk om kan både være av fysisk eller psykisk karakter. bedriftshelsetjenesten sin lovpålagte oppgave, jf. Arbeidsmiljøloven §3-3(2), er å bistå arbeidsgiver, arbeidstakere, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å skape sunne og trygge arbeidsplasser (2005). En moderne bedriftshelsetjeneste skal først og fremst være et kompetansesenter for

virksomhetens helse, miljø og sikkerhetsarbeid, ifølge Arbeidsmiljølovens kommentarer (2015). Som tidligere nevnt er 50 bransjer/sektorer pålagt å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste og det innebærer at 60 % av alle arbeidstakere i Norge er tilknyttet (Mandat for ekspertgruppe bedriftshelsetjeneste, 2017). Ifølge evalueringen av bedriftshelsetjenesten (Molander et al, 2018) er hele 66 prosent av befolkningen i aldersgruppen 15-74 år i Norge i arbeid. Sysselsettingen er særlig høy blant kvinner og eldre i Norge sammenliknet med andre land. Små og mellomstore virksomheter dominerer næringslivet i Norge. I 2017 hadde vi 417 000 foretak i Norge, ifølge Statistisk Sentralbyrå. 140 000 av disse hadde under 10 ansatte. (Molander et al., 2018).

Ifølge Arbeidstilsynet (2018) er det ulike former for tilknytning til bedriftshelsetjenesten. Større virksomheter har gjerne en egenordning, som vil si at de etablerer en egen bedriftshelsetjeneste internt i virksomheten. Store kommuner, som for eksempel Trondheim Kommune eller store selskaper som Kværner, er eksempler på dette. Den andre formen for tilknytning, som er vanlig for små og mellomstore virksomheter, er ekstern leverandør eller fellesordning. Ordningene kan være bransjerettet, det vil si at de tilbyr tjenester for en spesifikk bransje eller innenfor et geografisk bestemt område. En fellesordning leverer tjenester til ulike bransjer, derav navnet fellesordning.

1.3.2 Bedriftshelsetjenesten i et historisk perspektiv

Natvig og Thiis Evensen (1989) viser til at vi finner beskrivelser fra arbeidsmiljø og helse langt tilbake i historien. Papyruskifter fra Faraoenes tid (ca. 2000 år f.Kr.) forteller om de egyptiske håndverkeres harde hverdag:

«Metallarbeideren koker i gapet på sin ovn. Mureren står der naken utsatt for alle vinder, arbeidet sliter ut hans armer, hans mat blandes med støv og avfall og hans brød er så knapt at han neppe kan livnære seg. Veveren sitter sammenkrøpet med knærne mot magen og kan nesten ikke ånde. Fargeren stinker av råtne skalldyr, hans øyne er angrepne og hans hender hviler aldri». (s. 15).

Videre pekte Platon (427-347 f. Kr) på hvordan håndverkerens kropp ble deformert under arbeidet og Hippokrates (ca. 460- ca.370 f.Kr) skildrer som den første om blyets giftighet i forbindelse med et tilfelle av blykolikk.

Ifølge Natvig og Thiis Evensen (1989) har vi også i Norge lange tradisjoner for fokus på arbeidsmiljø og arbeidshelse. Bergverkene var først ut med å knytte faste leger til seg, de såkalte berg- og gruvelegene som var forløpere til vår tids bedriftsleger. Allerede fra 1656 ble det opprettet en «berglægepost», for alle bergverk i landet, men først og fremst for sølvgruvene. I 1659 ble «den første bedriftslegestillingen i Norge» opprettet i Sølvverket. Natvig og Thiis Evensen (1989) beskriver at:

«Henric Rosted ble ansatt som «bergmedicus» ved Kongsberg Sølvverk i 1792 og han beskrev at: De sygdomme som finde Sted paa Kongsberg ere for det meste en Følge af Bergarbejdernes Levemaade og Beskjeftigelse, da selve Stedet efter dets naturlige Beskaffenhed med Grund bør regnes iblant Norges sundeste Opholdssteder» (s. 26).

Dette er opprinnelsen til vår tids bedriftshelsetjeneste. Dagens arbeidshverdag og arbeidsmiljørisikoer i Norge er i dag av en annen art.

1.4 Oppgavens struktur

Denne oppgaven er delt opp i følgende fem hovedkapitler: Empiri og teori, metode, resultat, diskusjon og konklusjon. I den empiriske og teoretiske tilnærmingen viser jeg til teori og tidligere forskning, relevante for problemstillingen i oppgaven. Jeg går gjennom to evalueringer av bedriftshelsetjenesten, gjennomført i 2016 og 2018. Deretter vil jeg beskrive systemteoretiske perspektiver og utdrag av rolleteori. I metoddelen går jeg gjennom de metodiske valgene jeg har tatt i forhold til innsamling og analyse av datamaterialet. Resultatdelen beskriver temaene valgt i den tematiske analysen. Til slutt diskuterer jeg aktuelle temaer i forhold til empirisk og teoretiske tilnærming for å si noe om bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring.

2. Empiri og teori

I dette kapitlet vil jeg gå gjennom den empiriske og teoretiske tilnærmingen jeg har valgt i denne oppgaven. Jeg vil først presentere to evalueringer av bedriftshelsetjenesten som ble gjennomført i 2016 og 2018. Deretter vil jeg redegjøre for de to systemteoretiske perspektivene, som er organisasjonen som en organisme og «contingency teori». Til slutt vil jeg beskrive et utvalg av rolleteori.

2.1 Evaluering av bedriftshelsetjenesten

2.1.1 Evaluering av bedriftshelsetjenesten 2016

I 2015 gjennomførte SINTEF, på oppdrag fra Arbeids og Sosialdepartementet, en evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge (Mandal et al., 2016). Målet med evalueringen var å undersøke hvordan bedriftshelsetjenesten fungerte som et virkemiddel for å bistå virksomheter og myndigheter i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Evalueringen skulle se hvorvidt bedriftshelsetjenesten i Norge tilbyr tjenester som er tilpasset virksomhetenes behov og som er innenfor kravene definert i lovverket. Resultatene i rapporten peker i retning av at det er relativt godt samsvar mellom behovene virksomhetene har på de lovpålagte områdene og det omfanget tjenestene leveres i. I tillegg påpeker flere virksomheter at bedriftshelsetjenesten bidrar til å utvikle virksomhetens helse, miljø og sikkerhetsrutiner, samt å styrke fokuset for å skape sunne og trygge arbeidsforhold. Utvidelsen av bransjeforskriften i 2010 medførte at flere bransjer fikk pålegg om å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste. I rapporten kommer det frem at bruken av bedriftshelsetjenesten er ulik i de forskjellige bransjene og hvorvidt de ulike bransjene opplever bedriftshelsetjenesten sin bistand som relevant og nyttig. Hovedutfordringen er, ifølge evalueringen, å definere og operasjonalisere HMS og forebyggende arbeidsmiljøarbeid, slik at alle virksomheter pålagt bedriftshelsetjeneste opplever et relevant og nyttig tjenestetilbud. Evalueringen påpeker også at det i dagens regelverk er for stort fokus på systemer, prosedyrer og avvik. Det burde isteden vært større fokus på sunt og positivt arbeidsmiljø.

2.1.2 Evaluering av bedriftshelsetjenesten 2018

I 2017 ble en ny evaluering av bedriftshelsetjenesten bestilt av Arbeids- og sosialdepartementet. Evalueringen ble gjennomført av et ekspertutvalg ledet av Pål Molander, direktør i Statens Arbeidsmiljøinstitutt. Evalueringsrapporten ble publisert 25.mai 2018 (Molander et al., 2018). Ekspertutvalgets mandat (2017) la til grunn at det fortsatt skal være et krav om at virksomhetene må innhente råd og bistand til helse, miljø og sikkerhetsarbeidet når risikoforholdene tilsier det. Videre ga mandatet ekspertutvalget oppdrag om å vurdere om dagens bedriftshelsetjenesteordning fungerer etter intensjonen og om det er en treffsikker og målrettet ordning. Utvalget skulle også se på om kvaliteten på tjenestene er tilfredsstillende og om virksomhetenes behov for bistand i arbeidsmiljøarbeidet ivaretas. Til slutt skulle ekspertutvalget beskrive og vurdere alternativer modeller til dagens ordning.

Denne evalueringen er viktig for bedriftshelsetjenesten som bransje og vil kunne føre til endringer i bedriftshelsetjenesteordningen. Derfor vil jeg i det neste kapitlet gå gjennom noe av innholdet i denne evalueringen. Først vil jeg redegjøre for kjernevirksomheten til bedriftshelsetjenesten, deretter nye og forventede utviklingstrekk i arbeidslivet, så vil jeg si noe om arbeidsmiljøtilstanden i Norge. Deretter vil jeg redegjøre for styrker og svakheter i dagens bedriftshelsetjenesteordning, manglende rød tråd i bedriftshelsetjenesteordningen og tilslutt ekspertutvalgets anbefalinger om veien videre.

2.1.2.1 Kjernevirksomhet i bedriftshelsetjeneste

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for kjernevirksomheten til bedriftshelsetjenesten, som ble beskrevet i evalueringen. Dette er Arbeidstilsynet sin beskrivelse av bedriftshelsetjenestens rolle og ansvar i arbeidsmiljøarbeidet (Molander et al., 2018). Generell kompetanse om forebyggende arbeidsmiljøarbeid og arbeidsmiljøforhold er en viktig del av bedriftshelsetjenestens kjernevirksomhet. Det er helt grunnleggende at bedriftshelsetjenesten er godt kjent i virksomheten den bistår. En av bedriftshelsetjenestens sine viktigste oppgaver er å rådgi arbeidsgiver, arbeidstaker og deres tillitsvalgte om risikofaktorer i arbeidsmiljøet og hvordan virksomheten kan forebygge disse. bedriftshelsetjenesten skal gi råd på et faglig uavhengig grunnlag. Dette innebærer at selv om arbeidsgiver betaler for bistanden

bedriftshelsetjenesten gir, så skal den faglige rådgivingen være uavhengig.

Bedriftshelsetjenesten skal være sammensatt av faglig kompetente ansatte som blant annet skal dekke fagområdene systematisk HMS-arbeid, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, arbeidsmedisin og arbeidshelse, yrkeshygiene og ergonomi (Molander et al. 2018).

2.1.2.2 Nye eller forventede utviklingstrekk i arbeidslivet

Bruken av teknologi endrer seg raskt i Norge i dag og dette påvirker arbeidsmarkedet. Det er forventet at yrker og arbeidsoppgaver vil forsvinne, samtidig som yrker vil få nytt innhold og nye jobber vil vokse frem. Næringsstrukturer vil endres, det samme vil skje med yrkesbefolkningens sammensetning. Dette vil igjen påvirke både arbeidsinnhold og arbeidsmiljø, som igjen vil skape nye utfordringer og kunnskapsbehov på arbeidsmiljøområdet. Molander et al. (2018) beskriver at: «Det norske arbeidsliv er i stor grad høykompetent og bygger på forhold som er vanskelig å automatisere, som samarbeid, kreativitet og innovasjon» (s. 15). Norge har allerede hatt en stor utvikling med tanke på automatisering og robotisering av arbeidsoppgaver. Gode arbeidsmiljøforhold er en konkurransefordel for norske virksomheter i et stadig mer globalisert og digitalisert arbeidsliv med økende internasjonal konkurranse. I Norge opplever arbeidstakere høy grad av autonomi sammenliknet med arbeidstakere i andre land. Dette skaper som kjent jobbengasjement og jobbtilhørighet. Etersom Norge er et høykostland har det også tvunget frem effektive arbeidsprosesser for å konkurrere i et globalt marked.

2.1.2.3 Arbeidsmiljøtilstanden i Norge

Ni av ti arbeidstakere i Norge er fornøyd med egen jobb viser datagrunnlag fra Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø og -helse (NOA, 2015). Det at ansatte trives godt betyr ikke at arbeidsmiljøet er fritt for eksponering som kan medføre risiko. Ifølge Molander et al. (2018) er muskel og skjelettlidelser og psykiske plager de største helseutfordringene i Norge. I 40 prosent av langtidssykefraværet er arbeidsforholdene helt eller delvis medvirkende årsak til fraværet. Av de som går av med tidlig pensjon er årsaken mekaniske yrkeseksponeringer, for eksempel tungt fysisk arbeid, i arbeidslivet for 38 prosent og psykososiale arbeidsforhold for 26 prosent. Arbeidstilsynet opplyser at det i 2016 ble registrert 45 dødsulykker i Norge. Av

alle skadetilfeller i Norge utgjør arbeidsskader 12 prosent. Disse tallene viser at Norge har et betydelig potensial for forebygging av arbeidsrelaterte plager, skader og sykdommer og forhindre frafall fra arbeidslivet i form av langtidssykefravær og uførhet.

2.1.2.4 Styrker og svakheter med dagens bedriftshelsetjenesteordning

Ekspertgruppen skisserer en rekke styrker og svakheter med dagens ordning (Molander et al., 2018). Styrkene med dagens ordning er:

- Hovedvirkemiddel i forebyggende arbeidsmiljøarbeid: En styrke ved dagens ordning er at den norske bedriftshelsetjenesten er godt etablert og at den nyter stor tillit i virksomheter, organisasjoner og tilsyn. SINTEF sin evaluering fra 2016 underbygger dette standpunktet. bedriftshelsetjenesten ansees for å være et av hovedvirkemidlene i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Tiltak som settes i verk skal være kunnskapsbaserte, behovsprøvde og systematiske. Partene i arbeidslivet ønsker mer forebyggende arbeidsmiljøarbeid, men det må være mer rettet mot det reelle behovet. Bedriftshelsetjenesten blir også sett på som et lavterskeltilbud med god kompetanse i arbeidsmiljøspørsmål.
- Faglig uavhengig og godt kvalifisert: En annen viktig styrke, som ekspertgruppen påpeker, er at bedriftshelsetjenesten er faglig uavhengig av ledelsen i virksomheten og at ansatte i bedriftshelsetjenesten er godt kvalifisert til å utføre jobben de skal gjøre. Arbeidsgivere sier samarbeider godt med bedriftshelsetjenesten. Noen aktører i arbeidslivet mener at bedriftshelsetjenesten skal ivareta ansattes helse på generelt grunnlag. Dette er ikke lovgivers formål med ordningen, ifølge Molander et al. (2018). Arbeidstakerorganisasjonene påpeker: «Det er ikke bedriftshelsetjenesten sin oppgave å tilby tjenester knyttet til fysisk aktivitet, røykeavvenningskurs mv. Et systematisk helsefremmende arbeid skal resultere i god organisasjonshelse som fremmer engasjement, arbeidshelse og mestring» (Molander et al., s.59). Anbudsprosesser for kjøp av bedriftshelsetjeneste-tjenester, skal ifølge evalueringen være i henhold til de krav som ligger i lov og forskrift. Videre sier utvalget at selv om bedriftshelsetjenesten består av godt kvalifiserte fagfolk, er det kompetanseutfordringer i deler av bransjen. Den tverrfaglige sammensetningen av fagprofesjoner fremheves derimot også som en styrke. For å henge med i utviklingen i

arbeidslivet, mener både bransjen selv og andre at kvaliteten på tjenestene som bedriftshelsetjenesten leverer må bli bedre.

- Rimelig tiltak: Flere aktører hevder at bedriftshelsetjenesteordningen er kostbar for virksomhetene, men dette stemmer ikke. Ekspertutvalget har gjennomført flere undersøkelser og de tyder på det motsatte. Dette er ikke en kostbar ordning for virksomhetene sammenlignet med andre tiltak og goder som arbeidsgivere prioriterer. Det er heller ikke kostbart i forhold til hva sykefravær koster virksomhetene. En rapport fra Oslo Economics anslår at en fungerende bedriftshelsetjeneste (beste praksis i Norge) koster 2,5 milliarder, men gir en nytteverdi på 5,5 milliarder. Ettersom dagens samfunnsnytte er beregnet til 1,3 milliarder er potensialet for en økning til stede (Molander et al., 2018)

Ekspertutvalget (Molander et al., 2018) påpeker også en rekke svakheter med bedriftshelsetjenesteordningen slik den fungerer i dag:

- Manglende bevissthet knyttet til samfunnsoppdraget: Arbeidslivet er i endring. Det er hyppige omstillinger, nye arbeidsplassarenaer enn det tradisjonelle kontoret, nye eierformer i næringslivet, rask teknologiutvikling. Dette utfordrer bedriftshelsetjenesten i utvikling av kompetanse. Tjenestene skal være risikoutløst og i forebyggende øyemed. Den skal bistå på organisatorisk nivå med arbeidsmiljørisikoforebygging og rådgiving. Det som imidlertid har vist seg er at mange bedriftshelsetjenester leverer individrettede tjenester, som for eksempel generelle helsekontroller som ikke har sammenheng med risikoen i arbeidsmiljøet. Det er en manglende bevissthet rundt samfunnsoppdraget og det uthuler ordningen, ifølge Molander et al. (2018). Bedriftshelsetjeneste-aktørene skylder på hverandre: «Når andre aktører tilbyr dette så må vi også gjøre det for å overleve i et tøft marked».
- Manglende fokus på kjernevirksomhet: Ekspertgruppen (Molander et al., 2018) er i tvil om bedriftshelsetjenesten faktisk bidrar til det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i virksomhetene de betjener. Bedriftshelsetjenesten mangler bevissthet rundt formålet med bedriftshelsetjenesteordningen, og dermed bevissthet rundt grenseoppgangen mellom lovpålagte tjenester og tilleggstjenester. Den manglende bevisstheten mange

bedriftshelsetjenester har er, ifølge Molander et al. (2018), hovedproblemet med dagens ordning. «Det fremstår som et tydelig felles ønske i bransjen og blant aktørene på feltet å få etablert et sterkere fokus på kjernevirksomhet i form av risikovurdering og forebygging av arbeidsmiljørelaterte forhold, men at dagens virkemidler ikke i god nok grad sikrer en slik innretning på tjenestene» (s.66). Salg av tilleggstjenester har gjort at mange aktører har stilt spørsmål ved bedriftshelsetjenestens integritet. Utvalget stiller spørsmål om hvor fri og uavhengig bedriftshelsetjenesten er når kunder som bestiller tilleggstjenester får disse, på tross av at virksomheten har arbeidsmiljørisiko som burde vært prioritert.

- **Bestillerkompetanse:** Molander et al. (2018) påpeker at det til en viss grad ikke er samsvar mellom virksomhetenes behov og kvalifikasjoner i bedriftshelsetjenesten. Dette kan føre til at virksomheten ikke får nødvendig hjelp. Utvalget stiller spørsmål om bedriftens bestillerkompetanse bør styrkes eller om det bør stilles tydeligere krav til kvalifikasjoner, kunnskap og tjenesteinnretning i bedriftshelsetjenesten. Når en virksomhet er pålagt å benytte en bedriftshelsetjeneste, er risikoen i arbeidsmiljøet av en slik art, at det ikke kan forventes at virksomheten selv har denne kompetansen.
- **Særskilte tiltak for små virksomheter:** Utvalget mener at mange virksomheter, ofte små, mangler kompetanse om forebyggende HMS-arbeid. De økonomiske rammene gjør det ofte vanskelig for bedriftshelsetjenesten å gjøre en god jobb for de små virksomhetene. Derfor mener ekspertutvalget at det bør vurderes tiltak for oppfølging av de små virksomhetene. Et tiltak som vurderes er fritak for bedriftshelsetjeneste for virksomheter med færre enn 3 ansatte. Et annet tiltak som også vurderes er tilby en tilskuddsordning slik at bedriftshelsetjenesten også kan benyttes for de små virksomhetene.

2.1.2.5 Manglende rød tråd i bedriftshelsetjenesteordningen

Molander et al. (2018) viser til at bedriftshelsetjenesten er arbeidsmiljømyndighetenes hovedvirkemiddel for å bistå til et godt arbeidsmiljø. Bekymringen i forhold til dagens bedriftshelsetjenesteordning er at bedriftshelsetjenesten selv har fått lov å definere sine kjerneområder. Det er behov for et bedre samarbeid mellom bedriftshelsetjenesten og

myndighetene, samt behov for å revidere relevante forskrifter slik at bedriftshelsetjenesten sin bistand til virksomhetene blir treffsikker. Ekspertutvalget mener at bedriftshelsetjenesten har beveget seg i en markedsstyrt retning som ikke er regulert i lovverket. Arbeidstilsynets godkjenningssenheter har ikke hatt tilstrekkelig ressurser eller virkemidler til å føre kontroll om bedriftshelsetjenestens tjenestetilbud samsvarer med lovverket. Dette er særlig viktig etter utvidelse av bransjeforskriften i 2010 der flere bransjer med en generell risiko i forhold til psykososiale og organisatoriske arbeidsforhold fikk pålegg om å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste. De fleste bransjer i Norge har en slik risiko i større eller mindre grad, og siden ikke alle er pålagt å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste, er det av konkurransevridende årsaker spesielt viktig at bedriftshelsetjenesten leverer de risikoutløste tjenestene og ikke tilleggstenester. I fremtidens arbeidsliv vil risikobildet endres og det er derfor viktig at bransjeforskriften jevnlig revideres og at den hviler på et solid faglig fundament. Ekspertutvalget peker også på at det er vanskelig å gi i dialog med bedriftshelsetjenesten som mangler en bransjeforening.

2.1.2.6 Anbefalinger videre fra ekspertutvalget

Ekspertutvalget anbefaler å gå videre med en lovbasert modell. En slik modell innebærer at en eller flere av de sentrale virkemidlene i bedriftshelsetjenesteordningen er lovforankret. «Ekspertutvalget mener at et fornyet og modifisert lovbasert system også er best egnet til å utvikle et enklere system som treffer bedre enn dagens løsning, og gjennom dette bidra til forenkling og effektivisering» (Molander et al., 2018, s. 85). Årsaker til at utvalget ønsker å gå videre med den lovbaserte modellen er blant annet at ordningen har fungert bra i den norske velferds- og arbeidsmarkedsmodellen som den opererer innenfor. Det er fortsatt et behov for partsmedvirkning og samarbeid i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i virksomhetene. En lovbasert ordning ivaretar den frie og uavhengige stillingen bedriftshelsetjenesten har. I tillegg sikrer myndighetene at norske virksomheter innhenter arbeidsmiljørådgiving fra en kompetent aktør. Molander et al. (2018) foreslår en rekke tiltak i forhold til den lovbaserte modellen. Tydeliggjøring av kjernevirksomheten i bedriftshelsetjenesten, særlig grep for å sikre en kunnskapsbasert bedriftshelsetjeneste, kompetanse og obligatorisk opplæring i bedriftshelsetjenesten, særlige tiltak for små virksomheter, forbedringer av godkjenningssystemet og en rekke andre aktuelle tiltak.

2.2 «Contingency teori» og organisasjon som organisme

I dette kapitlet vil jeg gå gjennom systemteoriene «contingency teori» og organisasjon som organisme.

Burns & Stalker (1966) presenterte i sin bok «The Management of Innovation» skillet mellom den mekaniske og den organiske organisasjon. Burns og Stalker sitt hovedfunn var at endringer i omgivelser rundt organisasjonen, teknologisk eller markedsmessige endringer, stiller organisasjonen overfor utfordringer. Utfordringene må adresseres med åpne og fleksible former for organisasjon og ledelse. Morgan (2004) beskriver organisasjonsteoriens utvikling ut ifra tanken om at organisasjonen går fra å være en maskin til at organisasjonen blir en organisme. Dette har gitt teoretikerne nye perspektiver. Disse perspektivene kan beskrive organisasjonen som et åpent system, med tilpasning til sitt miljø, livsløp. Dette er forhold som påvirker hele organisasjonens helse og sunnhet. «Arbeidstakere er mennesker med svært sammensatte behov. Disse må tilfredsstilles hvis menneskene skal leve sunt og være effektive på arbeidsplassen, hevdes å være organisasjonsteoriens utgangspunkt i den biologiske orienteringen» (Morgan, s.46). Burns & Stalkers forskning var forløperen til «contingency teori» og organisasjoner som organisme.

2.2.1 «Contingency teori»

«Hovedtanken bak contingency tilnærmingen er at alle organisasjoner håndtere et antall muligheter og disse mulighetene vil igjen forme organisasjonens design når organisasjonen tilpasser seg dem» (Clegg et al., s.520). Donaldson (2001) sin beskrivelse av «contingency teori» er: «Organisatorisk effektivitet resulterer fra tilpasning av organisasjonens særpreg, som for eksempel dens struktur, til muligheter som reflekterer situasjonen i organisasjonen» (s.1). Clegg et al. (2011) beskriver videre at muligheter oppstår via rutiner istedenfor krisesituasjoner. Som en del av det organisatoriske livet må disse mulighetene anerkjennes og håndteres. Endringer i omgivelser, teknologi og størrelse er muligheter som er viktige å kunne håndtere i alle organisasjoner. Donaldson (2001) presenterte SARFIT modellen (structural adjustment to regain fit) i 1987. SARFIT beskrives som: «siden alle organisatoriske design, i

perioder, ikke vil klare å tilpasse seg omstendighetene er det nødvendig med en strukturell endring for igjen å tilpasse seg omstendighetene og da spesielt miljøet» (Donaldson, 2001).

Donaldson beskriver åtte nøkkelfaktorer som signaliserer behovet for endring (Clegg et al., 2011). Følgende fire faktorer kan medføre funksjonell endring eller mulighet til å tilpasse seg endring:

1. Endringer forårsaket av økonomiske opp og nedturer i bransjen
2. Konkurransen, som fører til økende eller minkende markedsandel
3. Nivå på gjeld
4. Divisjonsrisiko, noen divisjoner oppfylder ytelsesmål, mens andre ikke gjør det

Følgende fire faktorer kan medføre dysfunksjon, nedsatt funksjon, som i mangel av tilpasning:

5. Diversifisering, det vil si interessediversifisering, kan jevne ut markeder og gjøre endringer mindre nødvendig
6. Divisjonalisering kan spre risiko utover porteføljen av produkter
7. Investeringsavvikling kan bety at produkter blir eliminert, sammen med de strukturer som støtter de, dersom de ikke slår gjennom
8. Ledere på lavere nivå kan oppdage risiko og gi råd om hvordan redusere mislykkede prestasjoner

Donaldson hevder at en organisasjon med en portefølje med produkter vil tilpasse strukturen rundt de ulike funksjonene som er nødvendig. Når organisasjonen vokser og produserer varer til nye markeder, vil ikke eksisterende struktur være tilpasset de endrede omstendighetene. Pugh and Hickson (Clegg et al. 2011) hevder det vil bli et misforhold mellom oppgaver og struktur, slik at resultatet kan bli svakere. Organisasjonen må da gjøre en strukturell endring for å gjenopprette balansen.

2.2.2 Organisasjonen som en organisme

Åpen systemtilnærming bygger på en tanke om at: «organisasjoner, som biologiske organismer, er «åpne» for sine omgivelser. De må være på bølgelengde med sitt miljø for å overleve» (Morgan, 2004, s. 51). Miljøet, som organisasjonen er en del av, er en viktig faktor i denne tilnærmingen. Med en åpen systemtilnærming tenker man at «oppgave- og forretningsmiljøet» bestemmes av organisasjonens konkurrenter, leverandører, kunder og myndigheter, dette er det interessant å undersøke dette nærmere. Samtidig er det også viktig å få oversikt over endringer i miljøet utenfor dette, altså totalmiljøet, som Morgan (2004) beskriver det. Ved å undersøke og få oversikten over endringer vil organisasjonen kunne håndtere sine begrensninger og være i stand til å opptre strategisk og driftsmessig.

Åpen systemtilnærming viser også til et annet perspektiv, som ifølge Morgan (2004) er å se «organisasjonen i lys av dens delsystemer» (s.51). Systemene ansees som helheter innen større helheter. Organisasjonen kan tenkes som et system og de lavere nivåer som subsystem. Et av disse systemene kan være et åpent system som betegnes som en kontinuerlig tilførsel, intern omforming, ytelse og tilbakemelding. Samhandlingen med miljøet danner grunnlaget for organisasjonens overlevelse. Det er en link mellom disse systemene gjennom et mønster eller en forbindelseslinje. For at en organisasjon skal kunne overleve må den tilfredsstillende behovene i omgivelsene og i forretningsprosessene, ifølge Morgan (2004).

Generell systemteoretisk forskning beskriver gjerne fem subsystemer (Morgan, 2004, Burrell & Morgan, 1979, og Schiefloe, 2018). Disse fem systemene er strategisk kontroll subsystem, det operasjonelle subsystem (teknologiske), det menneskelige og kulturelle subsystem, det strukturelle subsystem og til slutt det administrative system. Subsystemene beskrives slik:

- Strategisk kontroll subsystem: For å tilpasse seg omgivelsene må organisasjonen gjennomføre strategisk veiledning, ifølge Burrell & Morgan (1979). I veiledningen settes mål og kurs for organisasjonen og setter i gang interne mekanismer som skaper balanse mellom subsystemene.
- Det operasjonelle subsystem (teknologiske): Håndterer transformasjon av «input» og «output» i organisasjonen. Dette subsystemet består av produkter og arbeidsprosesser. «Den dominerende formen for arbeid, alt fra rutinearbeid og lav status roller til

kompliserte og høy status roller, kan karakterisere teknologien som benyttes». (Schiefløe, 2018, s.11).

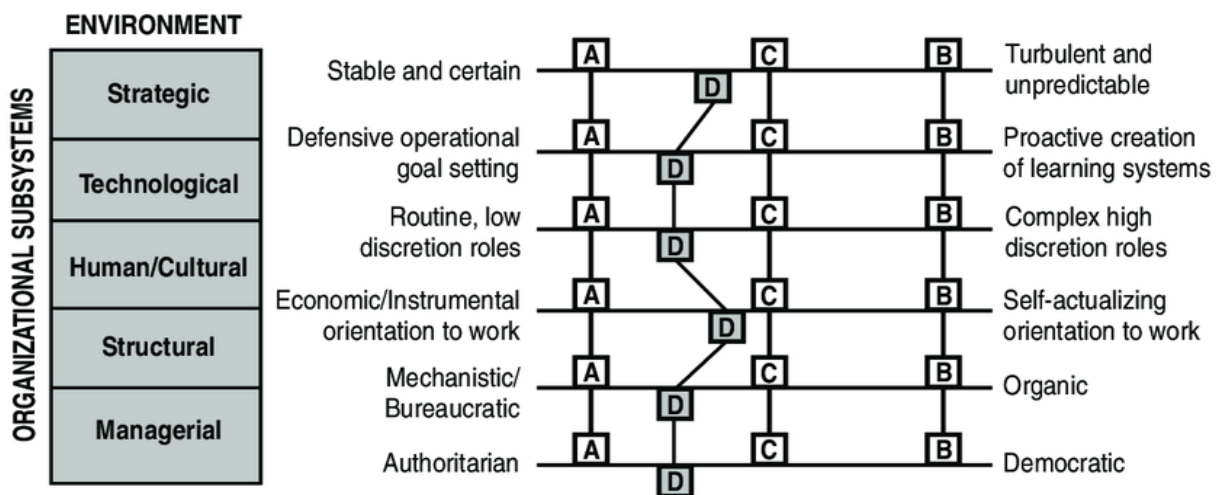
- Det menneskelige og kulturelle subsystem: Subsystemet består av mennesker med ulike behov, preferanser og motivasjon i forhold til jobben sin. Utvides med Schiefloe (2018) sin beskrivelse av kultur i Pentagonmodellen: Hva slags språk og kompetanse har de ansatte?
- Det strukturelle subsystem: Subsystemet beskriver hvordan den formelle strukturen er bygd opp og fungerer. Utvider forståelsen av begrepet struktur med formell struktur (Schiefløe, 2018) Hvordan er organisasjonen bygd opp, hvordan er ansvarsfordeling internt, hvilke lover, forskrifter og prosedyrer organisasjonen er underlagt.
- Det administrative system: Organisasjonen kontrolleres ved hjelp av interne mekanismer som intern struktur og relasjoner.

Morgan (2004) stiller flere spørsmål om hvordan organisasjonen systematisk kan tilpasse seg sitt miljø, tilpasse seg et endret miljø og sikre seg at interne relasjoner er balanserte og tilstrekkelige. Et utvalg av Morgans spørsmål er som følger:

- Hva skjer i omgivelsene organisasjonen lever i? Er eventuelle endringer av stor betydning, skjer de raskt, er de komplekse eller er omgivelsene stabile? Er endringene trigget av politikk eller av fagforeninger, eller er de trigget av teknologiske, økonomiske, eller markedsmessige forhold?
- Har virksomheten en strategi og hvordan tilpasser denne strategien seg endringer? Er det gjort SWOT-analyse av interne og eksterne muligheter og trusler? Har virksomheten et bestemt produkt eller en nisje den må beskytte?
- Hva er den dominerende kulturen i virksomheten og hva slags type ansatte jobber i virksomheten? Er ansatte engasjerte og tar de utfordringer? Hvilke verdier ligger til grunn og hvordan defineres bedriftskulturen?
- Hvordan er organisasjonen bygd opp og hvilken ledelsesfilosofi er styrende? Er organisasjonen byråkratisk eller av mer organisk karakter? Er det det sikre og faste som fremheves eller det nyskapende og risikovillige?

Spørsmålslisten til Morgan (2004), nevnt ovenfor, «kan brukes når man vil finne frem til de viktigste kjennetegnene ved en organisasjon og klarlegge forholdet mellom de ulike elementene» (Morgan, 2004, s 68). Ifølge Morgan består en organisasjon av delsystemer: strategisk, teknologisk, menneskelig/kulturelt, strukturelt og administrativt. I en organisasjon er delsystemene gjensidig avhengig av hverandre og de må være tilpasset miljøet rundt organisasjonen. Figur 1, nedenfor, viser analysemodellen «Profile of Organizational Characteristics» (Burrell & Morgan, 1979, s.177). Ved å sette svarene til Morgans spørsmål (2004) inn i figur 1 vil det være mulig å avdekke samsvar og uoverensstemmelser mellom de organisasjonsmessige delsystemene. Morgan (2004) påpeker at analysemodellen «Profile of Organizational Characteristics» kan benyttes i hele organisasjonen, men kan i tillegg også benyttes i deler av organisasjonen, slik at man kan finne samsvar og uoverensstemmelser. Dermed er det mulig å avdekke behov for justering. «Oppgaven å få til vellykket organisasjonsendring og utvikling vil ofte være påvirket av vår evne til å bringe de viktigste størrelsene nærmere hverandre. Det vil som oftest være en forutsetning at man klarer å gjøre organisasjonen skikket til å møte utfordringer i sitt miljø» (Morgan, 2004, s.71).

Profile of Organizational Characteristics



Organizations A, B, and C illustrate congruent, and D illustrates incongruent relations among systems and environment

Figur 1 – Profile of Organizational Characteristics (Burrell & Morgan, 1979, s.177)

2.3 Rolleteori

«Sosiologi er vitenskapen om mennesker og samfunn. På den ene side spør vi hvordan samfunnet er bygd opp og fungerer, og hvordan og hvorfor det forandres. På den andre siden er vi opptatt av å forstå menneskene og deres situasjon og atferd som medlemmer i dette samfunnet» (Schiefløe, 2011, s.21). «Sosial struktur er et ordnet mønster av sosiale elementer, som på forskjellige måter plasserer mennesker i forhold til hverandre og gir føringer, muligheter og begrensninger for atferd og tilpasning» (Schiefløe, 2011, s.201). Følgende tre sentrale mekanismer styrer dette: Den første mekanismen er ordninger for arbeids- og ansvarsfordeling. Dette er tilordninger av posisjoner med tilknyttede plikter, rettigheter og forventninger. Ordninger for fordeling av makt, prestisje og materielle goder er den andre mekanismen. Til slutt kommer mekanismen lover og regler som regulerer samhandling og relasjoner.

Strukturen i samfunnet er bygd opp av lover, regler, formelle og uformelle sosiale systemer, roller og posisjoner. Schiefløe (2011) viser til at: «den sosiale strukturen eksisterer i samspill med sosiale prosesser som vedlikeholder eller forandrer de strukturelle komponenter».

Posisjoner og relasjoner bygger sosiale strukturer. Schiefløe (2011) beskriver en posisjon som en plass i den sosiale strukturen som innehas av en person. Vi kan skille mellom ulike posisjoner. En spesiell posisjon defineres i et avgrenset, bestemt sosialt system, som en organisasjon. En generell posisjon, som kan være en plassering i samfunnets overordnede sosiale struktur. Som menneske kan vi inneha flere posisjoner samtidig. Personen, Siri, kan være ansatt i en virksomhet, hun kan være gift og i tillegg studere deltid på universitet. Samtidig kan hun også være noen sin søster og datter. Summen av alle disse posisjonene betegnes som et posisjonssett. Gjennom livets løp endres naturlig nok dette posisjonssettet.

Schiefløe (2011) sier at en posisjon kan både være tilskrevet og ervervet. Den tilskrevne posisjonen tildeles på grunnlag av hvem vi er, for eksempel som en datter eller en søster. Den ervervede posisjonen kommer som følge av noe vi oppnår eller erverver. I tillegg bruker vi

betegnelsen hovedposisjon. Det er den posisjonen individet og samfunnet betrakter som den viktigste posisjonen. Dette er ofte yrket vedkommende har.

Når man har en posisjon følger det også med forventninger fra andre i forhold til atferd og holdninger. En sosial rolle defineres ut fra settet av systematiske forventninger, med hensyn til atferd, som er rettet mot en posisjonsinnehaver (Schiefløe, 2011). I jobb er rollen vår tydelig definert gjennom en arbeidskontrakt, som sier noe om oppgaver, plikter og rettigheter. Rollen kan i tillegg være styrende for hvordan vi opptrer. Rollen formes av den som innehar rollen. I arbeidslivet utformes rollen i forhold til rammene som gjelder, samtidig som den også defineres ut fra kompetanse og personlighet den ansatte har med seg.

Enhver rolle møter et sett med forventninger. Schiefløe (2011) sier at ulike forventninger fra ulike aktører kan møte en rolleinnehaver. Samtidig kan en rolleinnehaver også ha ulike roller i en bestemt posisjon. Dette kalles rollesett. I et rollesett kan det oppstå rollestress eller intrarollekonflikt. Det betyr at det er konflikt innenfor en rolle. Rollestresset kan relateres til rolleatferden. Rollestress kan oppstå dersom du ikke klarer å møte de ulike forventningene fra de rundt deg i jobb og familie. Motstridende rolleforventninger kan oppstå når vi har flere posisjoner samtidig. Dette kan igjen medføre en rollekonflikt i forhold til de ulike rollene.

3. Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for metoden jeg har benyttet for å finne ut hvordan bedriftshelsetjenesten som bransje kan tilpasse seg i et arbeidsliv i endring. Jeg vil først forklare hvorfor kvalitativ metode er en riktig fremgangsmåte for å kunne svare på problemstillingen i oppgaven. Deretter vil jeg beskrive prosessen i datainnsamlingen. Videre vil jeg gå gjennom de etiske vurderingene som ble gjort i forbindelse med denne oppgaven og vil redegjøre for valg av analysemetode og analyseprosess. Jeg vil avslutte med metodediskusjon.

3.1 Valg av metode

Ved gjennomføring av en undersøkelse må det ifølge Johannessen et al. (2016) tas mange valg. Forskeren må bestemme seg for hvem og hva som skal undersøkes og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. Dette kalles forskningsdesign og det omhandler «alt» det som knytter seg til en undersøkelse. Problemstillingen er utgangspunktet for undersøkelsen og forskeren må bestemme seg for hvordan undersøkelsen skal gjennomføres (Johannessen et al., 2016). Tidlig i prosessen bestemte jeg meg for å benytte kvalitativ metode i denne oppgaven. Det greske «methodos», nærmere bestemt metode, betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Johannessen et al, 2016).

I denne oppgaven har jeg benyttet fenomenologisk tilnærming som forskningsdesign. Dette er et kvalitativt design. Fenomenologisk tilnærming vil si «å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med og forståelse av et fenomen» (Johannessen et al., 2016, s.78).

Fenomenologisk tilnærming tar utgangspunkt i subjektiv opplevelse. Jeg ville undersøke hvilke synspunkter kunder av bedriftshelsetjenesten og ansatte i bedriftshelsetjeneste hadde på en bedriftshelsetjeneste i et arbeidsliv i endring. Kvalitativt intervju ble benyttet for å samle inn data. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at fenomenologien bygger på en underliggende antakelse om at den virkelige virkeligheten er den virkeligheten mennesker oppfatter.

Kvalitativt intervju er en samtale med struktur og formål, ifølge Kvale og Brinkmann (2009), og egner seg når vi skal studere meninger, holdninger og erfaringer.

Det finnes ikke mye forskning på bedriftshelsetjeneste som bransje. Jeg har funnet få publiseringer innenfor mitt tema, som er bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring. Det var derfor nødvendig å innhente informasjon fra andre kilder. Informantene var kilde til kunnskap og innsikt om problemstillingen. Ifølge Johannessen et. al. (2016) og Malterud (2011) er kvalitativ metode nyttig når fenomener vi ikke kjenner så godt skal undersøkes og når kunnskapsgrunnlag er mangelfulle. I følge Malterud (2011) spiller forskerens posisjon og perspektiv en stor rolle i forhold kunnskap som belyses i et forskningsprosjekt. Det at jeg som forsker er en del av bransjen jeg undersøker, er både en fordel og en ulempe i forhold til for forståelsen jeg kommer inn med.

Evalueringene av bedriftshelsetjenesten, som ble gjennomført i 2015 og 2018, benyttet jeg som en empirisk referanseramme. Dette baserte jeg mine undersøkelser på. I tillegg benyttet jeg systemteoriene organisasjonen som organisme og «contingency teori», samt rolleteori.

3.1.1 Utvalg

Jeg valgte å gjennomføre tre en til en intervju med HR/HMS-ansatte i bedrifter som er kunder av en bedriftshelsetjeneste. I tillegg gjennomførte jeg tre gruppeintervju med ansatte i utvalgte bedriftshelsetjenester. Malterud (2011) hevder at det er viktigere å skaffe et relevant utvalg av informanter enn mange informanter. Jeg sendte en mail med forespørsel om deltakelse og informantene fikk i mailen informasjon om prosjektet og hva det ville innebære å delta.

De tre HR/HMS-ansatte kommer fra ulike virksomheter med tanke på størrelse. De to første informantene kommer fra private virksomheter, med henholdsvis 8000 internasjonalt ansatte og 5000 ansatte i Norge. Disse to informantene jobber begge i mindre avdelinger med 120 og 30 ansatte. Den siste informant jobber i en offentlig virksomhet med ca. 700 ansatte i Norge. Av disse er 200 ansatt i avdelingen som informantene tilhører.

Til gruppeintervjuene valgte jeg tre ulike bedriftshelsetjenester som var godt etablert, med lang erfaring og god kunnskap om bransjen. Når forskeren har bestemt seg for å gjennomføre

gruppesamtaler er det to ting som må avgjøres, ifølge Johannesen et al. (2016), nemlig hvor mange gruppesamtaler som skal gjennomføres og hvor mange informanter det skal være i gruppene. I hvert gruppeintervju valgte jeg ut 3 til 5 informanter fra den enkelte bedriftshelsetjeneste. De utvalgte bedriftshelsetjenestene er ulike i størrelse. Den første bedriftshelsetjenesten har ca. 30 ansatte, mens de to andre har ca. 10 ansatte. De to første bedriftshelsetjenestene er såkalte fellesordninger, det vil si at de tilbyr tjenester til ulike bransjer og er egne selskaper. Den siste bedriftshelsetjenesten er en såkalt egenordning, det vil si at virksomheten har en egen bedriftshelsetjeneste internt i virksomheten. Virksomheten er et stort konsern i Norge og er delvis statlig eid. Utvalget av bedriftshelsetjenester i denne oppgaven representerer mangfoldet av bedriftshelsetjenester i Norge, ettersom både felles- og egenordninger er med, samt private og statlige. I tillegg har jeg tatt med små, mellomstore og store bedriftshelsetjenester.

Ved å gjøre dette utvalget av informanter ville jeg få et godt grunnlag for å kunne svare på problemstillingen i oppgaven. Malterud (2011) viser til at et strategisk utvalg bør være sammensatt ut fra den målsetting om at dataen skal gi oss et potensial til å belyse den problemstillingen vi søker kunnskap om i størst mulig grad. Tidlig i prosessen hadde jeg gjort meg noen tanker om hvem som kunne være aktuelle informanter til å delta i denne studien. Bransjekjennskap og bransjekunnskap var to klare utvalgsriterier jeg hadde. Årsaken til at jeg rekrutterte informanter både innen bedriftshelsetjenesten og som kunder av bedriftshelsetjenesten, var fordi jeg ønsket et bredere spekter med ulike synspunkt og nyanser i datamaterialet.

3.2 Datainnsamling

I dette kapitlet vil jeg beskrive datainnsamlingen i prosjektet. Jeg kommer innom temaer som kvalitativt forskningsintervju, intervjuguide og hvordan intervju og transkribering ble gjennomført. Avslutningsvis vil jeg si hvordan jeg bearbeidet data.

3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju

«Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?» (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 19). «Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et mål» (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 21). I dette prosjektet er informantenes erfaringer og opplevelser en viktig kilde til kunnskap, spesielt ettersom det ikke er forsket mye på min problemstilling, som er bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring, tidligere. Jeg har valgt å benytte et semistrukturert intervju med intervjuguide. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver at «et forskningsintervju er et håndverk som læres ved å praktisere intervjuer» (s.105).

3.2.2 Intervjuguide

Ifølge Dalland (2012) skal en intervjuguide lede deg gjennom intervjuet og hjelpe deg som forsker å huske de tema som skal tas opp. Mine to intervjuguides ble utarbeidet forholdsvis tidlig i forskningsprosessen og ble endret underveis etter hvert som fikk kunnskap om den empiriske og teoretiske referanserammen. De to intervjuguides, for henholdsvis en-til-en-samtalen og gruppeintervjuet, er vedlagt denne oppgaven. Se vedlegg 2 og 3.

Jeg har valgt en deduktiv tilnærming i min intervjuguide. Johannessen et al. (2016) beskriver deduktiv tilnærming «fra teori til empiri». Deduktiv tilnærming vil si at forskeren utleder fra det generelle til det konkrete. Under utarbeidelsen av intervjuguiden benyttet jeg den empiriske og teoretiske referanserammen som jeg har lagt til grunn i teorikapitlet, ved utarbeidelse av spørsmål til intervjuguiden. Mange av spørsmålene jeg har utarbeidet har utspring fra evalueringen av bedriftshelsetjenesten fra 2018 (Molander et al.). Et eksempel fra intervjuguiden: Hvordan kan en fremtidig bedriftshelsetjenesteordning organiseres for, på best mulig måte, ivareta fremtidens arbeidsliv og arbeidsmiljøutfordringer?

En intervjuguide kan brukes både i gruppeintervju og i intervju av enkeltindivid, ifølge Johannessen et al. (2016). Jeg valgte en semistrukturert tilnærming i intervjuguiden. I forkant av intervjuene gjennomførte jeg et pilotintervju for å teste ut den aktuelle intervjuguiden.

Gjennom pilotintervjuet erfarte jeg at det var viktig at intervjuet ikke ble for langt og datamaterialet for stort. I tillegg så jeg at en åpen intervjusituasjon kunne føre til mer spontane og ærlige svar. Samtidig gjør en strukturert intervjusituasjonen det lettere å bearbeide analyse data, hevder Dalland (2012). Jeg har ikke mye erfaring i å intervju og så derfor nytten av å ha en semistrukturert intervjuguide. Dette viste deg å stemme i pilotintervjuet. Intervjuguiden hjalp meg å huske tema og spørsmål. Etter pilotintervjuet gjorde jeg noen endringer i oppsett og i selve spørsmålsformuleringene.

Johannessen et al. (2016) viser til at intervjuguide brukes både til en-til-en samtaler og gruppesamtaler. Jeg utarbeidet en semistrukturert intervjuguide som var tilnærmet lik for både en-til-en intervjuet og gruppesamtalen. Jeg startet med en innledningsdel og faktaspørsmål der informantene kunne svare på en del generelle spørsmål om BHT og om egen karriere. Disse spørsmålene gir grunnlag for å snakke informantene «varme», samt å skape tillit mellom informant og intervjuer, ifølge Dalland (2012). Spørsmålene som ble benyttet i denne delen var for eksempel: Hvilken fagbakgrunn har dere? Hva tenker du når du hører ordet bedriftshelsetjeneste? Når denne delen av intervjuet var gjennomført kom jeg til mine nøkkelspørsmål, altså hovedfasen av intervjuet. Dette er tema og spørsmål som er knyttet til problemstillingen. Det var viktig for meg å finne en god balanse mellom det å lytte og det å spørre, som også Thagaard (2013) peker på som en mulig utfordring. En forutsetning for et vellykket intervju er at intervjuer viser oppriktighet og engasjement. Dette tenkte jeg på før det første intervjuet. Etersom jeg selv også jobber i bedriftshelsetjenesten var ikke manglende engasjement noe problem fra min side. Jeg prøvde å bruke «stillheten» som et virkemiddel til å la informantene få tenke. I gruppeintervjuene derimot, tok informantene ofte ordet og det ble få pauser i samtalen. Jeg avsluttet intervjuene med å spørre informantene om de hadde noe de ville tilføye. Dette ble gjort for å hindre at viktige poenger ble oversett. Dette mener Johannessen et al. (2016) er vesentlig å gjøre.

3.2.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjort ved informantenes arbeidssted. Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at de første par minutter av et intervju er viktige og et intervju bør innledes med å gi informasjon om selve prosjektet. Jeg delte ut og gikk gjennom informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen, som tidligere var sendt ut på epost. Informasjonsskrivet inneholder

blant annet en beskrivelse av prosjektet og problemstillingen. For å se informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen, se vedlegg 1. Deretter informerte jeg om at samtaler ble tatt opp på lydopptaker. Informantene ble også bedt om å gi samtykke til lydopptak og de signerte den utdelte samtykkeerklæringen. Til slutt opplyste jeg at intervjuene ville vare i 1 til 1,5 timer.

3.2.4 Transkribering

En vanlig måte å bearbeide intervju på er, ifølge Dalland (2012), å skrive ned ord for ord det som er sagt. Dette kalles transkribering. Formålet med en transkribering er, ifølge Malterud (2011), «å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele» (s. 76). Jeg transkriberte de seks gjennomførte intervjuene selv. Dette var et tidkrevende arbeid, men det var viktig at jeg gjorde jobben selv. Hvis jeg hadde satt bort transkriberingen til noen andre, som ikke hadde deltatt på intervjuet, ville sannsynligvis viktig informasjon gå tapt. Intervjuene ble gjennomført i løpet av kort tid, dermed rakk jeg ikke å transkribere forrige intervju før det neste. Dette var utfordrende ettersom verdifull informasjon, spesielt visuelt og uttrykksmessig, kunne gå tapt. Heldigvis noterte jeg stikkord om andre aspekter underveis og dette fikk jeg bruk for senere i analysearbeidet. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver at «transkripsjon som en bastard, en hybrid der den muntlige diskursen som foregikk over tid, ansikt til ansikt i en levende situasjon, hvor det som blir sagt, var rettet mot en bestemt person som var tilstede og en skriftlig tekst som er ment for et allment, ikke tilstedeværende publikum» (s. 200).

3.3 Etiske betraktninger

I forbindelse med denne oppgaven har det vært nødvendig med etiske betraktninger rundt relasjonen til informantene. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for informert samtykke og frivillig deltakelse. Videre vil jeg si litt om konfidensialitet og anonymisering. Thagaard (2013) påpeker at all vitenskapelig virksomhet krever at forskeren forholder seg til etiske prinsipper som gjelder både internt i forskningsmiljøet, men også i relasjon til omgivelsene.

3.3.1 Informert samtykke og frivillig deltakelse

Informert, frivillig samtykke betyr, ifølge Dalland (2012), at de som er involvert i forskning gjør dette med viten og vilje på et fritt og selvstendig grunnlag. Informanten må informeres slik at de selv kan avgjøre om man ønsker å delta eller ikke i prosjektet. Jeg sendte ut et informasjonsskriv til informantene som deltok i intervjuene i forkant av intervjuene. Alle som ble spurt om å delta takket ja. I informasjonsskrivet er formålet og bakgrunnen for oppgaven beskrevet. I tillegg opplyses det om hva deltakelsen innebærer og ikke minst understrekes det at informantene kan trekke seg som deltaker når som helst og uten å oppgi årsak. Før intervjuet startet signerte informantene samtykkeerklæringen. Dalland (2012) beskriver at hensikten med et informert samtykke er at man prøver å beskytte informanten mot å bli ført bak lyset eller at vedkommende utsettes fra press fra forskeren.

3.3.2 Konfidensialitet og anonymisering

Prinsippet om konfidensialitet innebærer, ifølge Thagaard (2013) at «de som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon de gir, blir behandlet konfidensielt» (s. 28). Dette innebærer at forskeren må anonymisere sitt datamateriale og samtidig behandle og lagre opplysningene som er gitt, på en forsvarlig måte. I dette prosjektet har det vært viktig å forsikre informantene om at omtalte enkeltpersoner eller virksomheter ikke vil bli gjengitt i oppgaven. Anonymiseringen av materialet ble gjort i transkriberingen. Prinsippet om konfidensialitet gjelder også i forhold til lagring av informasjon, ifølge Thagaard (2013). Lydopptakene, som ble foretatt med en app på min private mobil, ble passordbeskyttet og deretter slettet etter at transkriberingen var ferdig. Thagaard (2013) påpeker at det er viktig å begrense dataens lagringstid. I informasjonsskrivet ble det presisert at lydopptaket av intervjuet vil bli slettet når prosjektet er ferdigstilt.

3.4 Analysemetode og analyseprosess

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for analysemetoden og analyseprosessen jeg har valgt å benytte i denne oppgaven.

3.4.1 Analysemetode

Jeg har valgt å benytte analysemetoden tematisk analyse beskrevet av Braun & Clarke (2006). Braun & Clarke (2006) sin tematiske tilnærming er en fleksibel analysemetode som «identifiserer, analyserer og rapporterer mønster i datamaterialet» (s. 79). Mason (2002) kaller denne metoden «cross-sectional eller categorical indexing» (s.151). Dette betyr at forskeren må utvikle et enhetlig system av kategorier for å organisere dataene systematisk og konsistent. Fleksibiliteten i metoden er årsaken til at jeg valgte denne tilnærmingen. I tillegg beskriver metoden analyseprosessen steg for steg og dette var nyttig for meg som uerfaren forsker. I intervjuene fikk informantene, dvs. både ansatte i bedriftshelsetjenesten og kunder av bedriftshelsetjenesten, stort sett de samme spørsmålene og det er en av grunnen til jeg valgte å benytte metoden tematisk analyse. Hovedpoenget med en slik temasentrert analytisk tilnærming, som Thagaard (2013) kaller en tilsvarende metode, er å sammenlikne informasjon fra ulike informanter og da er det vesentlig at vi har informasjon fra alle informantene om det samme temaet. Jeg hadde informasjon fra alle informanter om samme tema og det var spennende å se nyansene i svarene de ga.

Det at en tematisk analyse ikke ivaretar et helhetlig perspektiv er, ifølge Thagaard (2013), noe av kritikken mot metoden. Små tekstdeler kan tas ut av sin sammenheng og faren for å miste helheten er tilstede. I analysearbeidet var jeg opptatt av å lese intervjuet av informanten flere ganger slik at det valgte utdraget som ble valgt gjenspeilet riktig kontekst. En annen fordel med å velge tematisk analyse er at det gir en mulighet for å kunne gå dypere inn i enkelttemaer.

3.4.2 Analyseprosess

Malterud (2011) beskriver at «analysen skal bygge en bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet» (s.91). I dette kapitlet vil jeg redegjøre for Braun & Clarke (2006) sin tematiske analyse, steg for steg, og vise hvordan jeg gikk frem i analyseprosessen i de forskjellige stegene. Analysen er delt inn i følgende 6 faser: Bli kjent med datamaterialet, generere de første kodene, søk etter tema, revidere tema, definere og navngi tema og produsere rapport.

- **Fase 1. Bli kjent med datamaterialet:** Jeg gjennomførte og transkriberte alle de seks intervjuene selv. Dermed ble godt kjent med datamaterialet og fikk et bra helhetsinntrykk. Under transkriberingen gjorde jeg meg, som Braun & Clarke (2006) anbefaler, noen betraktninger som jeg senere benyttet i analysen.
- **Fase 2. Generere de første kodene:** Kode er et element av rådata som trekkes ut av datamaterialet. I denne fasen skal de første kodene genereres. Dette skjer etter at fase 1 er gjennomført. Braun & Clarke (2006) beskriver at kodingen til en viss grad er avhengig av om prosessen er datadrevet eller teoridrevet. Jeg valgte en deduktiv tilnærming fra «teori til empiri». Under gjennomgangen av de transkriberte intervjuene trakk jeg ut rådata og gav dem koder. Disse ble deretter samlet i et eget skjema til videre analysearbeid. Braun & Clarke (2006) påpeker at det er viktig at konteksten i tekstutdragene beholdes. Etter endt analyse endte jeg opp med 21 koder. I denne fasen var det viktig å tenke på at «koder er et middel og organiseringsprinsipp, ikke et mål» (Malterud, 2011, s. 104). Se figur 2 for eksempel på tekstutdrag med kode.

Tekstutdrag/meningsbærende element	Kode
«Et lovkrav kan i seg selv virke demotiverende for kundene våre. Vi har konkurrenter som leverer bedriftshelsetjeneste på «falske» premisser, det vil si med høyt fokus og eneste løsning på individnivå, samt lav egenforståelse for hva som er bedriftshelsetjeneste og hvordan man jobber systematisk med HMS som verktøy. Men de er gode selgere, så vi må bare bli enda bedre».	8. Kjernevirksomhet

Figur 2 - Eksempel på tekstutdrag med kode

- **Fase 3. Søk etter tema:** Etter at alle kodene var identifisert kunne jeg se på sammenhengen mellom kodene og organisere de i aktuelle tema. Dette er noe Braun & Clarke (2006) anbefaler. Før jeg startet kodingen hadde jeg noen tanker rundt temaer, men jeg oppdaget nye temaer underveis i denne fasen. I denne fasen benyttet jeg dermed både deduktiv og induktiv tilnærming. Braun & Clarke (2006) sier at denne fasen er ferdig når tema, undertema og tekstutdrag har blitt kodet. Organiseringen av kodene løste jeg ved å opprette et dokument med tema og undertema, der jeg markerte riktig kode i riktig tema. I denne fasen er det viktig å ikke forkaste noen av temaene.

Når jeg var ferdig med denne fasen hadde jeg avdekket fire temaer og fire undertemaer.

- **Fase 4: Revidere tema:** I fase 4 er det viktig å vurdere om temaer og undertemaer skal beholdes eller revideres. De kan revideres ved å kombinere, separere eller forkaste dem, ifølge Braun & Clarke (2006). Jeg vurderte temaene og undertemaene opp mot problemstillingen og den empiriske og teoretiske tilnærmingen jeg hadde valgt. Braun & Clarke (2006) anbefaler også to kriterier for revidering. Det er intern homogenitet og ekstern heterogenitet. Dataene i det enkelte tema skulle henge sammen på en måte som gir mening og dette beskrives som intern homogenitet. Ekstern heterogenitet betyr at det skulle være markante forskjeller mellom de ulike temaene. Når jeg var ferdig med denne fasen hadde jeg redusert omfanget til tre temaer og tre undertemaer.
- **Fase 5: Definere og navngi tema:** I fase 5 skal temaene defineres og raffineres, det vil si å finne essensen for hvert enkelt tema, ifølge Braun & Clarke (2006). Jeg gikk gjennom de valgte temaene og undertemaene fra fase 4 for å kvalitetssikre utvalget. Jeg gjorde en omfattende gjennomgang i fase 3 og 4, så jeg var trygg på at mitt utvalg var riktig. De tre hovedtemaene fikk følgende navn: «Synspunkter om dagens bedriftshelsetjeneste», «synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden» og «synspunkter om ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten».
- **Fase 6: Produsere rapport:** I den avsluttende fasen i en tematisk analyse skal man skrive en rapport som beskriver alle temaene i analysen. «Det å «skrive ut» prosjektet består i å fortelle den kompliserte historien om dine data på en måte som overbeviser leseren din om merittene og validiteten i analysen» (Braun & Clarke, 2006, s. 93).

Metoden tematisk analyse tillater at man beveger seg frem og tilbake i en rekursiv prosess, mellom datamaterialet og de kodede utdragene og selve analysen av data som produseres (Braun og Clarke, 2006). Denne fleksibiliteten fungerte veldig bra i mitt analysearbeid. Analyseprosessen med de seks fasene var til stor hjelp for å komme frem til de utvalgte temaene.

3.5 Metodediskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere min egen rolle som forsker med tanke på at jeg selv jobber i bedriftshelsetjenestebransjen. Avslutningsvis vil jeg si litt om reliabilitet og validitet.

3.5.1 Forskerrollen og forforståelse

Dalland (2011) hevder at vi ikke starter med «blanke ark» når vi går løs på en oppgave og det stemmer også for denne oppgaven. Jeg har valgt å studere bransjen jeg selv jobber i. Det er både fordeler og ulemper knyttet til det å kjenne bransjen jeg skal studere godt. Jeg tar med meg førforståelse i form av forhistorie, oppfatning og kunnskap om bransjen med inn i prosessen. Dette må vurderes metodisk. Forståelseshorizonten til forskeren kan ifølge, Johannessen et al. (2016), påvirke både forskeren i forhold til hva som observeres og hvordan disse observasjonene i etterkant tolkes. Jeg har jobbet i denne bransjen i 12 år og dette gjør at jeg har meninger og oppfatninger om tilstanden i bransjen. Denne kunnskapen benytter jeg som et «filter» i min analyse av datamaterialet. «Informasjonen «siles» altså gjennom et filter av forhåndsoppfatninger om hva det er interessant å se etter» (Johannessen et al., 2016, s.35). Som Malterud (2011) også påpeker: «Spørsmålet er ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan» (s.38).

Det er flere fordeler med å forske på egen bransje. Engasjementet rundt temaet for oppgaven, forståelse av kontekst og kultur og det å kjenne seg igjen i det informantene forteller, er fordelaktig. Den sosiale avstanden reduseres som en konsekvens av å være en del av miljøet man forsker på, ifølge Thagaard (2013). Forskeren må imidlertid alltid ha en målsetning om at de empiriske data gjenspeiler informantenes mening og erfaring sier Malterud (2011). Kvale og Brinkmann (2009) viser til at forskeren må være klar over spenningsfeltet mellom profesjonell distanse og vennskap. Jeg intervjuet blant annet kollegaer og andre jeg har hatt kontakt med gjennom jobb.

3.5.2 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet knyttes, ifølge Thagaard (2013), til «spørsmålet om kritisk vurdering av prosjektet gir inntrykk av at forskningen er gjennomført på en pålitelig og tillitsvekkende måte» (s. 201). Spørsmålet jeg som forsker må stille meg er om forskningsprosessen er transparent for leseren. En transparent prosess styrker reliabiliteten i prosjektet, ifølge Thagaard (2013). Denne transparensen omhandler også min relasjon til informantene. Det er viktig å kunne beskrive valgt strategi i forhold til forskningen og analysemetoder, slik at leseren er i stand til å vurdere prosessen trinn for trinn. I metodekapitlet har jeg redegjort for valgene jeg har tatt i oppgaven. I tillegg har jeg hatt fokus på å skille mellom informasjon jeg har fått gjennom intervjuene, og mine tolkninger av informasjonen.

«Validiteten handler om gyldigheten av de tolkningene undersøkelsen fører til» (Thagaard, 2013, s.194). Det er altså viktig at forskeren er kritisk til egne tolkninger av datamaterialet. Forståelsen jeg har opparbeidet meg gjennom arbeidet med oppgaven er viktig for validiteten av resultatene. Som forsker må jeg vurdere om resultatene av undersøkelsen representerer virkeligheten jeg har studert, ifølge Silvermann (Thagaard, 2013). En god analyseprosess er viktig for validiteten og ved å velge en tematisk analysemetode sikrer jeg at validiteten i prosjektet er ivaretatt. Informantene svarte på de samme spørsmålene og ved hjelp av den tematiske analysen kunne jeg gå dypere inn i hvert enkelt tema for å sammenlikne synspunkter fra informantene. Dette mener jeg styrker validiteten for at prosjektet representerer den virkelighet jeg undersøker.

4.Resultater

I dette kapitlet vil jeg gå gjennom resultatene fra intervjuene jeg gjennomførte. Jeg starter med å presentere den tematiske analysen av datamaterialet. Den tematiske analysen resulterte i tre hovedtemaer. Disse hovedtemaene, som er «synspunkter om dagens bedriftshelsetjeneste», «synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden» og «synspunkter om ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten», vil jeg se nærmere på i de påfølgende kapitlene.

4.1 Presentasjon av den tematiske analysen

Den tematiske analysen resulterte i følgende tre hovedtemaer, med tilhørende undertemaer:

1. Synspunkter om dagens bedriftshelsetjeneste?
 - Kjernevirksomhet
 - Bransjeforskrift
 - Bestillerkompetanse
2. Synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden
3. Synspunkter om ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten

Hvert tema vil bli belyst i form av sitater og utdrag fra intervjuene. Ved å intervjuje både ansatte i bedriftshelsetjenesten og kunder av bedriftshelsetjenesten ønsket jeg å få frem mangfoldet i temaene og ulike vinklinger i svarene. Disse temaene vil jeg analysere ut ifra informantenes ståsted, de ansattes perspektiv og til slutt kundenes perspektiv. Resultatene er delt opp i synspunkter fra henholdsvis ansatte i bedriftshelsetjenesten og kunder av bedriftshelsetjenesten. Heretter vil jeg omtale ansatte i bedriftshelsetjenesten som «ansatte» og kunder av bedriftshelsetjenesten som «kunder».

Etter gjennomgangen av resultatene for hvert hovedtema gjør jeg en oppsummering av synspunktene.

4.2 Synspunkter om dagens bedriftshelsetjeneste

Det første temaet i den tematiske analysen er «synspunkter om dagens bedriftshelsetjeneste». Et av målene med intervjuene var å finne ut hva ansatte i bedriftshelsetjenesten og kunder av bedriftshelsetjenesten mener om kjernevirksomhet, bransjeforskrift og bestillerkompetanse.

Med kjernevirksomhet menes de lovpålagte oppgavene en bedriftshelsetjeneste skal bistå virksomhetene med. Bransjeforskriften pålegger risikoutsatte bransjer å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste. Bestillerkompetanse handler om det er virksomheten som skal øke sin kompetanse for å bestille forebyggende og risikobaserte HMS-tjenester fra bedriftshelsetjenesten eller om bedriftshelsetjenesten fortsatt skal være den som gir faglige råd om hvilke tjenester virksomheten bør kjøpe. I de påfølgende kapitlene vil jeg gå gjennom synspunkter om undertemaene kjernevirksomhet, bransjeforskrift og bestillerkompetanse.

4.2.1 Ansattes synspunkter om kjernevirksomhet

I intervjuene påpeker ansatte at det er viktig med rammer og lovverk førende for kjerneaktivitetene til bedriftshelsetjenesten. Samtidig sier de at det er utfordringer med både tjenester innenfor og utenfor kjerneaktivitetene. «Lovkrav gir en «ryddighet» i forhold til hvor vi skal ha fokus og hvilke tjenester som vi tilbyr», mener en ansatt. Det som fungerer bra i dagens bedriftshelsetjeneste, ifølge en ansatt, «er at utvalgte bransjer er lovpålagt å ha bedriftshelsetjeneste». En annen ansatt mener derimot at krav i lovverket kan ha en negativ effekt på kundene:

Et lovkrav kan i seg selv virke demotiverende for kundene våre. Vi har konkurrenter som leverer bedriftshelsetjeneste på «falske» premisser, det vil si med høyt fokus og eneste løsning på individnivå, samt lav egenforståelse for hva som er bedriftshelsetjeneste og hvordan man jobber systematisk med HMS som verktøy. Men de er gode selgere, så vi må bare bli enda bedre.

En bekymring som blir nevnt av flere ansatte er at det selges tilleggstjenester, det vil si tjenester som ikke er en del av bedriftshelsetjenestens kjernevirksomhet og ikke dekket av lovtekst. En ansatt mener at salg av tilleggstjenester handler om: *«Profitt? Norge/Norden blir stadig mer individfokusert. Individfokus er lettere å selge inn til kunden og det gir fornøyde ansatte og ledere, men det gir ikke en bedre systematisk HMS»*. *«I hvert fall ikke kalle det [tilleggstjenester] for bedriftshelsetjeneste, mener en annen ansatt. Videre sier ansatte at «det med salg av tilleggstjenester er en uthuling av bedriftshelsetjeneste, det blir diffust hva som er bedriftshelsetjeneste. Flere ansatte er bekymret for fagkompetansen, når salget av tilleggstjenester overtar for kjernevirksomhet: «De [andre BHT-er] glemmer hva som er vårt mandat i utgangspunktet, som risikovurderinger, bistand i systematisk HMS-arbeid og går over til moderne ting[tilleggstjenester] som de mener er viktigere...da mister jo BHT litt den fagtyngden»*. En annen ansatt beskriver at *«det er litt den gråsoneproblematikken med hva som er forebyggende og behandlende. Det er vanskelig å navigere i synes jeg»*.

Aktører som i utgangspunktet driver med behandling, ser muligheter for å starte bedriftshelsetjeneste i tillegg. De finnes også mange eksempler på bedriftshelsetjenester som tilbyr behandling i tillegg til det forebyggende tilbudet. Hva gjør dette med habiliteten i forhold til den frie og uavhengige stilling BHT skal ha? En ansatt forteller:

Også har du behandlingsinstitusjoner som har blitt bedriftshelsetjeneste-er, ifølge bedriftshelsetjeneste-ansatt. Det er vel kanskje det jeg stiller mest spørsmålstegn med, enten de driver i utgangspunktet med psykologtjenester sånn som Coperio-sentret eller de driver mer med fysiske tjenester eller annet...da blir det veldig lett å henvise til folk til nabokontoret eller til seg selv. Og da tenker jeg i forhold til den frie og uavhengige stillingen og habiliteten oppi det...siden mange aktører ønsker å tjene penger på dette, er det ikke sikkert bedriften får de faglige rådene de trenger.

I eksemplene under forteller ansatte om hva som er innenfor og utenfor kjerneaktivitetene:

Mitt hjertesukk er at vi må fortsette å være et lavterskel tilbud og ikke at vi må være for ihjelstyrt av våre egne regler om hva vi skal røre og ikke røre. Det er noen

gråsoner her. Og heller være på tilbudssiden enn å ikke være det. Hva som er arbeidsrelatert eller ikke, eller hva som påvirker arbeid eller ikke? Ikke nødvendigvis om det kommer av arbeid men hvis det påvirker deg i arbeid så mener jeg at da er det innenfor [at BHT bistår].

Hyppighet av helsesamtaler og kontroller vil gjerne noen bedrifter, uten spesiell risiko, ha årlig. Gjerne fordi et Oslo-firma får sånn og at det kommer med ei smørbrøddliste fra en [bedrifts-]lege i Oslo og vil ha det samme. Hvis vi er underleverandører så må vi følge hovedleverandør, for det er jo en bestilling fra en annen bedriftshelsetjeneste. Er det vår bedrift, så prøver vi å se sammen med bedriften om det er noe som kan være mer forebyggende i forhold til arbeidsrelaterte plager?

Noen ting kan vi gjøre for at det tar så lite av tiden vår, tar noen få minutter, forteller en ansatt i BHT. Hvis det er indikasjon på det et blodsukker i en helsekontroll, men det er fordi det tar oss 1 ½ minutt av den lovpålagte helseovervåkingen og vi ser at hvert år så avdekker vi noen som kan ha blitt langtidssyk eller ført til død eller alvorlige skader og der det ville vært et problem for dem selv, bedriften og samfunnet for øvrig fordi disse går aldri til lege.

Disse utsagnene viser at ansatte opplever usikkerhet om hva som er innenfor og utenfor kjerneaktivitetene. Empirien viser også at dette er et av de sentrale spørsmålene ved den siste evalueringen av bedriftshelsetjenesten. Det har oppstått en «gråsoner» ved salg av tilleggstjenester. Hva ligger utenfor lovregulerte oppgaver bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver med?

4.2.2 Kundenes synspunkter om kjernevirksomhet

En kunde forteller om en anbudsprosess for anskaffelse av bedriftshelsetjeneste, der utfordringer i bedriftshelsetjenesten som bransje kommer frem:

En av flere grunner til at vi valgte å gå ut for å få en BHT-ordning for vår mange tusen ansatte, det var jo å få fokus på kjerneaktivitetene. Det som man i forskriften er forpliktet til å levere fra BHT. Vi ønsket den kompetansen som rendyrket kjerneaktivitetene. Når vi hadde ut en stor anbudskonkurranse der så fikk vi veldig få som ville svare på den...Ja det kom overraskende og vi valgte også å ikke vektlegge pris så mye, for kvaliteten på å være treffsikker på kjerneaktivitetene var viktigst for oss og det er vanskeligere å få kjøpt for penger enn man skulle tro...mye ekstratilbud, veldig mye frukt og trening og personlig trening og massasje. Det som rapporten[evalueringsrapporten] er inne på her at det har vært et mellomsegment hvor det er penger å tjene på det som man ikke er pålagt å levere [fra BHT].

Mellomsegmentet eller gråsonen, som kunden omtaler, handler om at bedriftshelsetjenesten tjener penger på tjenester som ikke er en del av de lovpålagte oppgaver. Det er overraskende at kunden fikk få svar på anbudet basert på lovpålagte kjerneaktiviteter, ettersom anbudet omfatter en virksomhet på flere tusen ansatte.

En annen kunde mener derimot at det er viktig at bedriftshelsetjenesten bør levere tilleggstjenester som svarer til utfordringene i folkehelsen:

Fra arbeidsgivers ståsted har jeg noen klare tanker om at bedriftshelsetjenesten må endre seg i takt med folkehelsen. Det er fornuftig at livsstil blir definert som tilleggstjeneste, men jeg tenker at arbeidsgiver kan ha ansatte som har livsstils problematikk...kosthold, overvekt...spillavhengighet. Da forventer jeg at vi som arbeidsgiver kan kontakte bedriftshelsetjeneste for råd og veiledning. Samme kunde mener også: interessant ut fra et forretningsmessig perspektiv dersom vi skal begynne å snevre inn bedriftshelsetjeneste sin rolle i forhold til eventuelt at det ikke er lov å tilby tilleggstjenester lenger, så skjønner jeg ikke hvordan dere skal klare å konkurrere i markedet.

Synspunktene nevnt ovenfor viser at det er en diskusjon rundt hva som er kjernevirksomheten til en bedriftshelsetjeneste. I utsagnene kommer det frem at kundene har ulike oppfatninger

om hva slags type tjenester en bedriftshelsetjeneste bør levere, skal det kun være oppgaver innenfor eller utenfor lovverket eller begge deler.

4.2.3 Ansattes synspunkter om bransjeforskriften

Bransjeforskriften er viktig for mange bransjer ifølge en ansatt: «Bygg og anlegg og virkelig der det foregår ting som går utover helsen og sikkerheten altså». Det påpekes også at: «Jeg håper jo på et vis at vi blir lovpålagt for de som trenger det, for jeg tror at det er den eneste måten vi klarer å komme i kontakt med og følge opp de som virkelig trenger det».

Bransjekodene bør evalueres ifølge ansatt: «..så burde de kanskje oftere inn og vurdere disse bransjekodene for hvem som pålagt og ikke, kanskje burde de se mer på innholdet der. Samtidig så skal vi hele tiden jobbe for at kundene fortsatt skal være tilknyttet oss selv om det ikke ble lovpålagt». En kritikk mot bransjeforskriften er ifølge en ansatt:

det er jo greit at det er lovpålagt bedriftshelsetjeneste men det er ikke lovpålagt hvor mye man skal bruke BHT....vi har jo mange bedrifter vi som vi ikke får innpass i så betaler de et sånt lavt beløp for å være medlem men de bruker oss ikke på en måte der de får noen som helst effekt av det. Det er mer en byråkratisk ordning.

Det finnes også mange virksomheter som ikke er pålagt å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste gjennom bransjeforskriften, men som allikevel inngår en avtale. Enkelte ansatte er i tvil hvordan bedriftshelsetjenesten skal forholde seg til disse kundene:

...at det å forholde seg til så mange forskjellige[virksomheter] der hvor noen styres av forskriften og noen ikke styres av forskriften. Der noen kan kjøpe det de vil av produkter, siden de ikke har et krav om bedriftshelsetjeneste egentlig og de kommer til deg for å spørre om du kan hjelpe de med noe som kanskje ikke er det mest faglige du har å tilby, men vi trenger en kunde og de pengene de bringer til bords er viktig.

4.2.4 Kundenenes synspunkter om bransjeforskriften

Bransjeforskriften er viktig ifølge kundene, men noen av kundene mener at den er for statisk og dermed ikke tilpasset et arbeidsliv i kontinuerlig endring:

Dersom vi lager en bransjeforskrift, så vet vi at det tar 2-3 år før den blir operativ og det er ikke alle som kan den da heller, også endrer arbeidslivet seg så fort. Bransjeforskriften blir for statisk, så det må baseres på risiko. Det er egentlig to sider av samme sak, men at det er mer fleksibelt og dynamisk.

I intervjuene kom vi inn på noen momenter som kundene hadde fått med seg fra evalueringen av bedriftshelsetjeneste fra 2018. Forslaget om at små virksomheter skal være fritatt for plikten til å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste, er uheldig ifølge en av kundene:

Rapporten [den siste evalueringsrapporten av BHT] sier jo litt at små virksomheter har andre behov enn de store også og ser også på det helt hårreisende forslaget at små virksomheter skal være unntatt. Det mener jeg er helt oppsiktsvekkende at de i det hele tatt har tenkt tanken. Snakk om diskriminering. Hvis det er noen som har behov for det så er det små virksomheter... at livet til en som jobber i en mindre virksomhet skal være mindre verdt enn en som jobber i en stor virksomhet er oppsiktsvekkende at man kan si høyt altså. Så at det kan være annen type kompetanse som er rettet mot små eller mellomstore virksomheter, det kan jeg gå med på, men at de skal være fritatt. Jeg er målløs.

4.2.5 Ansattes synspunkter om bestillerkompetanse

Bør bestillerkompetansen økes i virksomhetene eller bør bedriftshelsetjenesten fortsatt være den faglige rådgiveren? En ansatt i bedriftshelsetjenesten mener følgende:

Vi snakker om denne bestiller kompetansen, altså å hjelpe bedrifter å bruke penger på akkurat de oppgaver som gagnar dem i forhold til lovverk, intensjoner og målsetting. Jeg mener at de ikke trenger noen hvis de har en bedriftshelsetjeneste de er i dialog med, er lydhør overfor og snakker åpent med, så må det være vår oppgave å hjelpe de å se hvor og hvordan vi skal jobbe. Bedriftene skal ikke være utdannet innen HMS. Det er derfor de har en bedriftshelsetjeneste.

«Gå på gode grunnkurs», påpeker en ansatt som samtidig mener at: «bedriften må vite hva de jobber med, ha grunnleggende kunnskap om produktene og om de risikoene i arbeidsforholdet sitt. De må jo ha en grunnleggende HMS-forståelse og i forhold til lovverk og hva de skal gjøre». En annen ansatt er også av samme oppfatning: «Kunnskapen kan de jo få hos oss, men noen i bedriften må ha det[kunnskap]. De må vite hva de skal bestille. Vi må snakke det språket som kunden forstår. Hvis vi kommer med fagbrillene på oss og snakker som en fagnerd så skjønner de det ikke».

I stedet for at bedrifter trenger så mye kompetanse på bestillingen, så er det noe med holdning hos bedriften som er viktigere, ifølge ansatt i bedriftshelsetjenesten. Og så tror jeg hos bedriftshelsetjeneste-ene, det er der det er viktig med kompetanse litt utover HMS-faget også. Det er noe med å snakke språket til en industri bedrift og til en kontorbedrift og vi i bedriftshelsetjeneste kan snakke om HMS så mye vi vil men hvis de ikke får en forståelse av at vi vet hva de jobber med da blokkerer de.

En annen ansatt påpeker: *«De kundene som bruker oss jevnlig. Da kjenner vi bedriften godt og blir den HMS-ekspertisen vi skal tilføre virksomheten».*

4.2.6 Kundenenes synspunkter om bestillerkompetanse

Hvilken kunnskap eller kompetanse bør en virksomhet ha for å kunne bestille forebyggende og risikobaserte HMS-tjenester av bedriftshelsetjenesten? En av kundene viser til tre viktige faktorer: *«Vi må ha kjennskap til hva vi driver med selv, vi må ha grunnopplæringen som er*

pålagt og gjerne litt til, også må vi ha en bedriftshelsetjeneste som klarer å levere de tjenestene i utgangspunktet».

En annen kunde påpeker derimot:

Det er ikke bestandig enkelt heller, dersom en virksomhet ikke har så mye intern kompetanse på det så vil en del av det usynlige HMS være vanskelig å selge inn, som ofte kan være dyr også. Som støvmålinger og vibrasjonsmålinger, som ikke er så pop bestandig heller...det at folk vet hva de skal etterspørre og at bedriftshelsetjeneste er bevisst både på hva de tilbyr og på å si fra om at dette er du pålagt.

Kunden presiserer også: «Hvis du ikke har den bestiller kompetansen, så vet du ikke at du skal bestille noe... Og for små virksomheter tror jeg det er en kjempeutfordring». Kunden mener at virksomhetene selv bør ha en viss kunnskap, samt at bedriftshelsetjenesten bør være rådgiveren som lovverket stiller krav om.

En kunde snakker også om rollen til den som har «bestiller kompetansen» i virksomheten og om den som har denne rollen har tilstrekkelig kunnskap:

...Man kan også lære opp folk som har en HR-hatt men det er noe med rollene her som fort kan bli...jeg måtte tegne veldig firkanten rundt i forhold til min integritet i forhold til rollen[HMS-ansvarlig], så det ikke skulle bli vanskelig. Men hvem som helst kan man jo lære opp til å ha bestiller kompetanse, men kunnskap om [HMS]rollene er kanskje viktigere. Det er noe med å vite hva som er kjerneaktivitetene. Man må kunne noe mer enn 40 timers kurset om HMS. Men det er ikke sånn at man skal ha doktorgrad på det her for å kunne bestille altså.

Flere av kundene fremhever bedriftshelsetjenestens kompetanse som en styrke.: «vi skal kjøpe tjenesten fra noen som kan det faget og som kan det faget godt...viktig at arbeidsgiver vet

hvor de skal henvende seg. Jeg er bekymret for at folk ikke forstår at arbeidsmedisin og arbeidshelse og alle de profesjonene som hører hjemme der er et eget fag og det må vi ha den dypeste respekt for». En annen kunde viser også til den gode relasjonen til bedriftshelsetjenesten, som er etablert med over tid:

...en BHT som kjenner bedriften og bransjen og som gjør at vi har stor mulighet til å få faglige råd og bistand fra noen som kjenner oss...en annen fordel er også at de har et visst sammenlikningsgrunnlag med andre bedrifter, kanskje ikke i samme bransje ...som gjør at BHT kan dra med seg det grunnlaget.

En annen styrke ved bedriftshelsetjenesten, er ifølge en av kundene, det tverrfaglige samarbeidet: *«veldig viktig at dere jobber tverrfaglig og i tverrfaglige team. Gjør alt dere kan for å unngå profesjonskamp. For det er ikke noe å trakte etter. Tenk at dere skal utfylle hverandre alle sammen og dele kunnskap med hverandre».*

4.2.7 Oppsummering av synspunkter om dagens bedriftshelsetjeneste

Dagens bedriftshelsetjeneste fungerer stort sett veldig bra, ifølge informantene, men de peker også på noen utfordringer som er interessante å diskutere videre. Dette gjelder blant annet salg av tjenester som ligger utenfor de lovpålagte oppgavene og kjernevirksomheten til bedriftshelsetjenesten. En annen utfordring er bransjeforskriften. Den oppleves som viktig av informantene, men statisk i et arbeidsliv i endring. Det er også utfordringer i forhold til bestillerkompetanse. Virksomhetene bør ha et minimum av HMS-kunnskap for å kunne bestille riktige tjenester fra bedriftshelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten bør fortsatt være den faglige rådgiveren.

Resultatene peker på en sentral utfordring i forhold til at bedriftshelsetjenester leverer BHT på «falske premisser», med høyt fokus på individnivå, det kan være tjenester som ligger utenfor de lovpålagte tjenestene og kjernevirksomheten til bedriftshelsetjeneste. Disse tjenestene, som er tilleggstjenester, er ofte individrettet og har gjerne fokus på folkehelse- og livsstilsutfordringer. Det hevdes at dette fører til en uthuling av bedriftshelsetjenesteordningen

og at det blir uklart hva en bedriftshelsetjeneste egentlig skal drive med. Samtidig mister bedriftshelsetjenesten fagtyngden i forhold til de lovpålagte oppgavene. Videre viser resultatene at ansatte i bedriftshelsetjenesten har utfordringer med å navigere i gråsonene, omtalt som mellomsegmentene, mellom tjenester som involverer forebygging, behandling og tilleggstjenester. Det finnes flere eksempler på virksomheter som i utgangspunktet driver med behandling, men som ser potensialet i det å levere bedriftshelsetjeneste. Det er også mange eksempler på bedriftshelsetjenester som også tilbyr behandling. Det er en risiko for at disse virksomhetene ikke har nok fokus på skillet mellom de forebyggende og behandlende tjenestene de driver. Dette kan sette den frie og uavhengige stillingen under press. Enkelte informanter mener imidlertid at det bør være rom for å selge tilleggstjenester. Ansatte er redd for at bedriftshelsetjenesten blir «ihjelstyrkt av egne regler» for hva som er innenfor og utenfor lovverket. En kunde hevder at det vil bli vanskelig for bedriftshelsetjenesten å overleve dersom tjenesten ikke lenger kan tilby tilleggstjenester.

Når det gjelder bransjeforskriften viser analysen at kunder og ansatte mener at bransjeforskriften er viktig, spesielt for risikoutsatte virksomheter. Et lovpålegg fører til at kundene må ha bistand fra en bedriftshelsetjeneste. Uten et lovpålegg ville terskelen for å søke bistand vært høyere for kundene, ifølge ansatte. Det er en utfordring at virksomheter med pålegg om tilknytning, ikke benytter seg av bedriftshelsetjenesten sine tjenester i tilstrekkelig grad. Analysen avdekker at det er behov for en gjennomgang av bransjekodene og innholdet i disse, slik at virksomhetene som faktisk er risikoutsatte får et pålegg og de som ikke er risikoutsatt slipper. Analysen viser også at bransjeforskriften oppleves som statisk. I arbeidslivet er det endringer som krever en mer fleksibel og dynamisk tilnærming til risiko.

For bestillerkompetanse er det ifølge ansatte, viktig at bedriftshelsetjenesten har selve HMS-kunnskapen, mens virksomhetene må nok kompetanse til å kunne bestille tjenestene de trenger. Kundene på sin side mener at virksomhetene skal ha kjennskap til sine egne arbeidsmiljørisikoer og ha grunnleggende HMS-kunnskap. Dersom virksomheten har et godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten er det ikke nødvendig å øke virksomhetenes bestillerkompetanse. Bedriftshelsetjenesten bør også formidle HMS-kunnskapen på en mer forståelig måte, ifølge ansatte. Analysen avdekker også utfordringer med bestillerkompetanse for små virksomheter. For kunder med manglende HMS-kunnskap kan det være utfordrende å

selge inn de mest omfattende og kostbare HMS-tjenestene. Analysen avdekker videre at flere av kundene opplever at kompetansen og spesielt det tverrfaglige samarbeidet internt i bedriftshelsetjenesten er en styrke for tjenesten.

4.3 Synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden

Det andre temaet i den tematiske analysen er «synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden». Bedriftshelsetjenesten i fremtiden handler om hvordan bedriftshelsetjenesten kan organisere seg for å ivareta fremtidens arbeidsliv og om hvilke tjenester bedriftshelsetjenesten skal tilby.

4.3.1 Ansattes synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden

«Hadde vi visst svaret på det [hvordan bedriftshelsetjeneste kan organisere seg for å ivareta fremtidens arbeidsliv] hadde vi blitt rik... Det ideelle er jo at kunnskapen sitter hos de som styrer virksomhetene. Egentlig skal vi jo være overflødig...Det er det ultimate målet vårt» ifølge bedriftshelsetjeneste-ansatt.

Ansatte beskriver sine tanker om et arbeidsliv i endring:

...når risikoen i arbeidslivet endrer seg da må jo vi også endre oss. Det å være tilpasningsdyktig, det å være litt i forkant av samfunnet og hvor det går. Det med innleie av arbeidskraft, sosial dumping, være i forkant hva det vil medføre av problemer, risikoer teknologi. Da er vi litt tilbake til dette med at vi deler faglighet på tvers.

Aktuelle tiltak for å møte fremtidens arbeidsliv kan ifølge en ansatt være: *Også tror jeg etter hvert vi kan selge virksomhetene systemer, skjeletter på HMS-system, tekniske løsninger. Arbeidsmarkedet er jo mer i endring... hvor man sitter mer i næringscluster. bedriftshelsetjeneste kunne vært utleid som HMS-rådgiver i en virksomhet». Større*

bedriftshelsetjenesteenheter og mer bruk av digitalisering i bedriftshelsetjenesten er foreslåtte tiltak for fremtiden: *«Den rapporten snakker vel om større fellesordninger som rendyrker bedriftshelsetjeneste-biten[kjernevirksomheten], og egenordninger der bedriften tåler å ha dette. Vi er jo veldig opptatt av digitalisering. Det er mye lettere i større enheter».*

Digitalisering og robotisering er på full fart inn i arbeidslivet og vil også påvirke bedriftshelsetjenesten ifølge en annen ansatt. Samtidig hevdes det at det mellommenneskelige ikke kan erstattes:

Det er de som mener at det vi leverer gjør google om noen år, det er denne digitaliserings, at vi kan stille et hvilket som helst spørsmål og du får svar. Du har roboter som du kan føre en samtale med, så har vi en utfordring tenker jeg. Jeg tror vi må belage oss på en del nye arbeidsmetoder i fremtiden. Men det relasjonelle, så lenge du har med folk å gjøre så tror jeg ikke vi blir arbeidsledig i forhold til det. For det kan du ikke bytte ut med en robot.

Flere ansatte foreslår en alternativ finansieringsform for bedriftshelsetjenesten:

«Kostnadene som er brukt på IA som viser seg å ikke hatt så mye effekt. De har betalt BHT for alle bedrifter i Norge frem i tid. Hvis Staten i stedet for å bruke penger på IA-arbeidet har gitt alle bedrifter så så mye støtte per ansatte de hadde meldt inn i en BHT så hadde det vært billigere og jeg tror det hadde vært mye mer effektivt».

En annen ansatt støtter dette synspunktet: *«Det er de statlige midlene som NAV har da. Jeg føler i mange møter at de [Arbeidslivssentret] leverer det samme som oss. De leverer de samme tjenester gratis».*

4.3.2 Kundenes synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden

En kunde forteller om fremtidige arbeidsmiljørisikoer:

Skal ikke undervurdere søvn for folk reiser mye, har møter seint på kvelden, noen sitter i en annen tidssone. Jeg tror at globaliseringen påvirker bedrifter med norske eiere ...de må forholde seg til utenlandske kjøpere, de må forholde seg til andre risikoforhold knyttet til dette. Grunnleggende [for bedriftshelsetjeneste] med en organisasjonsforståelse på hvordan organisasjoner er bygd opp og fungerer. Mer konsulentvirksomhet fremover, at du kjøper mer tjenester fra sånne næringskluster...vi har ikke faste ansatte, men vi deler f.eks. en forskerstilling eller to med en nabobedrift og betaler for de sammen. Men i det øyeblikket det begynner å dukke opp utfordringer, hvem har ansvaret da?

En annen kunde delte bekymringen rundt et fremtidig arbeidsliv med lavere andel av fast ansettelse:

Et annet utviklingstrekk i arbeidslivet nå er at det blir mer løse tilknytninger til arbeidslivet ... mye mer freelancing, mye mer konsulenter, et kontorfellesskap med 10 stykker og du jobber kanskje 20 % der eller 30 % der og kanskje er du ikke fast ansatt heller. De som faller ut og ikke blir fanget opp av BHT da, av disse småbedriftene, de er jeg bekymret for. Hvis ikke disse små bedriftene blir pålagt. Herreminhatt.

Det ble også pekt på et nytt behov innen HMS-feltet som tidligere ikke har vært sentralt i tjenestetilbudet til bedriftshelsetjenesten:

Det er en ting som lyser når man går gjennom de fem punktene med kjerneaktiviteten i forskriften og det er det kompetansehullet som er stort og gapende i godkjenningsordningen. Der står det ingenting om ulykkesforebyggende/personskadeforebyggende. Vi er ikke født med en chip i ryggmargen med å vite noe om hvordan man forebygger altså og det skriker mot meg som en mangel i hvert fall.

Behov for digitalisering i bedriftshelsetjenesten ble nevnt i intervjuene med kundene:

Vi lever i en mer digital verden. Kunne dere [BHT] ha brukt fancy verktøy, for eksempel kunne dere ha sendt rapporter på en app. Nå kan vi jo bestille togbilletter på NSB på app så må BHT opp og gå i den retningen på et tidspunkt. Jeg har full forståelse for at dere ikke er det enda. Det handler om økonomi, men dit må dere komme.

En alternativ finansieringsordning ble også foreslått av en kunde:

Det er jo at andre profesjoner som får statlige tilskudd og honorar og driftstilskudd også videre fra kommune eller stat...dersom alle bedriftshelsetjenester som er godkjent kunne ha fått en form for støtte for å utvikle faget og så kunne man ha tatt det fra noen andre driftstilskudd og stønader... for at bedriftshelsetjeneste skal overleve fremover så må noe gjøres for å finansiere og bygge opp videre kompetanse og hvis du ikke kan få lov å finansiere driften din på litt jogging oppi Granåsen og sånne livsstilsprosjekt og kanskje også sånn «sykehusdrift», så må det gjøres på annet vis.

4.3.3 Oppsummering av synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden

Analysen av synspunkter om bedriftshelsetjenesten i fremtiden peker på flere aktuelle temaer for videre diskusjon. Analysen viser til eksisterende og fremtidige arbeidsmiljørisikoer som bedriftshelsetjenesten må forberede seg på. I tillegg beskriver informantene aktuelle utviklingsområder og mulige tiltak.

En av de ansatte mener at bedriftshelsetjenesten må være tilpasningsdyktig og i forkant av samfunnsutviklingen. Analysen peker både på eksisterende og nye arbeidsmiljørisikoer som bedriftshelsetjenesten må fokusere på fremover. Innleie av arbeidskraft, sosial dumping og teknologiske risikoer blir pekt på som områder der det finnes potensielle arbeidsmiljørisikoer. Videre kan globalisering i arbeidslivet være en utfordring, ved at utenlandske selskap kjøper

norske virksomheter og nye risikoforhold kan oppstå, ifølge en kunde. Et annet moment er om små virksomheter skal bli fritatt fra plikt om å tilknytning til bedriftshelsetjenesten. Kunnskap om arbeidsmiljørisiko, i forhold til hvordan organisasjoner er bygd opp og fungerer, er også vesentlig for det bedriftshelsetjenesten skal bistå med.

I resultatene kommer det også frem områder og tiltak som er aktuelle for bedriftshelsetjenesten i et fremtidsperspektiv. Større bedriftshelsetjenesteenheter og egenordninger er en tilpasning til fremtidens arbeidsmarked ifølge en ansatt. Større enheter vil også gjøre digitaliseringen i bedriftshelsetjenesten mulig. Mellommenneskelige kontakt vil fortsatt være viktig, ifølge en ansatt, selv om digitalisering og robotisering vil øke i virksomhetene. Nye tjenester foreslås også for bedriftshelsetjenesten, som for eksempel salg av HMS-system og utleie av en bedriftshelsepersonell som konsulenter ute i virksomhetene.

Alternative finansieringsformer for tjenesten ble også nevnt som et muligheter for fremtiden. Bedriftshelsetjenesten kan i fremtiden bli finansiert via statlig tilskudd eller via driftstilskudd fra kommunene.

4.4 Synspunkter om ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten

Det siste temaet i den tematiske analysen er «synspunkter om ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten». Ansatte sin rolle i bedriftshelsetjenesten, som opererer både innenfor og utenfor lovverket, er interessant. Spørsmålet rundt ansattes rolle er spesielt interessant sett i lys av Arbeidsmiljøloven sin definisjon av rollen, i §3-3(2), der lovverket slår fast at bedriftshelsetjenesten skal ha en fri og uavhengig rolle i arbeidsmiljøspørsmål.

4.4.1 Ansattes synspunkter om ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten

En ansatt beskriver hvor vanskelig det er å være fri og uavhengig i et konkurranseutsatt marked: *«det er jo fint at det står fri og uavhengig [i lovteksten] for da er man ikke i tvil, men*

samtidig så hvordan kan vi være uavhengig når vår største kunde...når de sier opp kontrakten...da ryker det arbeidsplasser. Kan vi være uavhengig da?».

Et eksempel på at rådgivingen fra bedriftshelsetjenesten ikke alltid blir fulgt:

Vi hadde jo en virksomhet som sa opp kanskje med det med dråpen som bikket det over, der leder ville ha en bestemt tjeneste, en anonym arbeidsmiljøkartlegging i en kjent konflikt. Virksomheten fikk ikke det [bedriftshelsetjeneste ville ikke levere denne tjeneste da det ikke var faglig tilrådelig] og da ble de ikke så fornøyd. Vi prøvde å forklare årsaken og at det ikke var så lurt for noen av partene og at de ville ikke komme noen vei med det. Det er jo kanskje et sånt eksempel. Det hadde jo vært fristende å bare gi virksomheten det de ville ha, men når du vet det blir så feil så hadde vi gjort en dårlig jobb.

En ansatt påpeker: «vi skal jo gi ærlige tilbakemeldinger til både ledere og ansatte basert på våre helsefaglig/faglige bakgrunn og det skal ikke påvirkes av hvem som betaler for våre tjenester». Videre forteller en annen ansatt at: «Folk tror at vi skal være nøytral, har glemt det med fri og uavhengig. Den må kanskje vektlegges litt mer da. For det er ikke nøytral vi er. Vi har lov til å ha tydelige meninger om ting også». Noen andre påpeker at:

Det er en ekstremt viktig rolle [fri og uavhengig] som vi kanskje ikke snakker nok om og...en sånn rolle kan påvirkes av dersom man skal ut å selge andre ting. Hvis man på en måte har fått en sånn tilleggstjeneste/salgsoppdrag så er du plutselig ikke så fri og uavhengig.

Rolleavklaring er viktig for utøvelsen av rollen for ansatte i bedriftshelsetjenesten, i møte med ansatte og ledere i virksomheten: «Vi har jobbet veldig mye i forhold til å skjønne rollen vår. For mange har jo oppfattet helse og arbeidsmiljøpersonell som de ansattes tillitsvalgte...det at vi er litt upartisk. Men det å balansere at vi skal rådgi linja og ansatte og vi skal rådgi verneombud og hjelpe de å håndtere saker godt».

Et eksempel på en utfordring i forbindelse rolleavklaring kan ifølge en ansatt være:

Ansatte [i virksomheten] ønsker å få oss på lag når de klager på noe, så ønsker de å ha bedriftshelsetjeneste bak seg. Vi skal være veldig tydelig når de kommer inn og skal ha en samtale med oss om ett eller annet hva vår rolle er...der du kjenner ledelsen og HR så godt så kan det tippe litt den andre veien også at du må beholde den nøytrale rollen din i forhold til HR og ledelse også.

Eksemplet ovenfor viser at den frie og uavhengige rollen er under press. Ansatte i bedriftshelsetjenesten mener det er viktig verne om rollen som fri og uavhengig.

Gode relasjoner til ansatte og ledere i virksomhetene er viktig for ansatte i bedriftshelsetjenesten: «Greier vi å bygge opp gode relasjoner med ledelsen og gode relasjoner med de ansatte, så vet begge at de kan bruke oss og begge vet at vi kan bli brukt som sparringspartner av den andre og de synes det er greit...fra vårt ståsted som HMS-rådgiver og da tåler begge parter at vi er enig og uenig med dem». Flere ansatte nevner at de opplever stor tillit fra kundene og gode relasjoner utvikles over tid: «Mange tenker jo at vi er de som passer på dem, at det er godt å ha oss i hus. Vi er tett på og vi har et godt forhold. Mye tillit. En av våre store bedrifter sier at vi er sånn lavterskeltilbud for dem».

4.4.2 Kundenes synspunkter om ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten

Rolleforståelse og rolleavklaring er viktig både hos kundene og hos bedriftshelsetjenesten. En av kundene hevder at:

BHT trenger også å styrke seg på det med rolleforståelsen. Når skal man pushe og si at denne målingen må dere gjøre og når er det bare du skal gi råd. Da kommer man opp i den rollen at man er ikke fra Arbeidstilsynet når man er fra BHT heller. Men man har en viss forpliktelse men hvor langt går den?

Noen ganger har ansatte i bedriftshelsetjenesten blitt vel tydelig i sin rådgiverrolle. En kunde forteller: «Vi har jo hatt personer som har jobbet tidligere i bedriftshelsetjeneste som har vært veldig tydelig og nesten tatt på seg direktør hatten... det kunne være litt sånn at det gikk for langt, for da kom bedriftshelsetjeneste inn og skulle diktere oss». Også en annen kunde forteller om erfaringer med rolleklarhet:

Noen avgrensninger mot HR. Det er ikke alle bedriftshelsetjeneste-er som er like krystallklare, på å forstå HR sin rolle kontra HMS sin rolle eller AMU sin rolle. Det er mange steder hvor man har «HR-hatten». Da er det perspektivet ... det er ikke alltid sammenfallende interesser da i enkeltsaker for eksempel.

Innimellom klarer ikke kunden å prioritere forslagene fra bedriftshelsetjenesten. Ifølge en kunde bør bedriftshelsetjenesten: «... være bevisst på at kundene deres har noen avveininger som ikke er helt i tråd med deres faglige anbefalinger». Dette støttes også av flere:

BHT har gitt ledelsen veldig tydelige råd på at nå må dere gjøre sånn eller sånn og det er veldig investeringstungt, så har det blitt nei. Da går det litt på kompromiss med den faglige integriteten[til BHT-ansatt]. Vi har ikke råd på årets budsjett.

Flere kunder påpeker at det å ha ansatte i bedriftshelsetjenesten, som en samtalepartner, er nyttig:

Jeg kjenner litt i den stillingen som jeg har som leder så er det nesten bare dere [BHT] jeg kan snakke med. Når det virkelig blåser opp...så da er den sikkerheten at her er det taushetsplikt...Jeg har fått veldig klare råd i forhold til...er dette mitt ansvar eller er det ikke mitt ansvar.

4.4.3 Oppsummering av synspunkter om ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten

Når det gjelder ansattes roller er det tre temaer som skiller seg ut. Det første temaet er rollen som fri og uavhengig rådgiver i bedriftshelsetjenesten. Andre interessante temaer er rolleforståelse og rolleavklaring for de ansatte i bedriftshelsetjenesten og relasjonen mellom kunde og ansatte i bedriftshelsetjenesten.

I resultatene kommer det frem at ansatte ser utfordringer med rollen som fri og uavhengig. I noen tilfeller kan det være vanskelig å være fri og uavhengig rådgiver samtidig som et godt kundeforhold skal opprettholdes. Salg av tilleggstjenester kan gå på bekostning av det å være en fri og uavhengig rådgiver.

Kunden sier at rolleforståelse og rolleavklaring er viktig, både internt i virksomhetene og hos ansatte i bedriftshelsetjenesten. Ansatte understreker også dette. For å unngå uklarheter i samarbeidet med virksomhetene forventes det at en ansatt har kunnskap om de ulike HMS-rollene internt i virksomheten. Det er viktig at den ansatte er bevisst sin rolle som rådgiver og også i forhold til hvordan det tydelige rådet formidles. Noen ganger kan det bli vel tydelig ifølge en av kundene. Kunden prioriterer noen ganger annerledes enn det bedriftshelsetjenesten foreslår. For den ansatte i bedriftshelsetjenesten kan dette oppleves utfordrende.

Kundene sier også at det er nyttig å ha bedriftshelsetjenesten som samtalepartner. Spesielt det å få faglige og tydelige råd oppleves betryggende. Generelt sett sier ansatte i bedriftshelsetjenesten at de har gode relasjoner til kundene og kundene har tilsvarende tillit til bedriftshelsetjenesten. Til slutt kan det nevnes at både ansatte og kunder mener at bedriftshelsetjenesten er å betrakte som et lavterskeltilbud.

5.Diskusjon

I dette kapitlet skal jeg samle trådene. Jeg vil oppsummere resultatene i forhold til den valgte empiriske og teoretiske tilnærmingen, og gjøre en vurdering opp imot oppgavens problemstilling. Jeg vil drøfte kundenes og ansatte i bedriftshelsetjenesten sine synspunkter i forhold til temaene som ble avdekket under analysen.

Jeg begynner med å diskutere dagens bedriftshelsetjeneste. Bedriftshelsetjenesten i fremtiden og ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten er neste tema. Deretter vil jeg se på om det er behov for endring i bedriftshelsetjenesten. Til slutt ønsker jeg å diskutere bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring og for å gjøre det vil jeg benytte analysemodellen «Profile of Organizational Characteristics» (Burrell & Morgan, 1979).

Også i dette kapitlet vil jeg omtale ansatte i bedriftshelsetjenesten som «ansatte» og kunder av bedriftshelsetjenesten som «kunder».

5.1 Dagens bedriftshelsetjeneste

I evalueringen av bedriftshelsetjenesten fra 2018 blir det slått fast at den norske bedriftshelsetjenesten er godt etablert og at den nyter stor tillit både blant virksomheter, organisasjoner og tilsyn (Molander et al.). I tillegg kommer det, som tidligere nevnt, også frem en del kritikk i evalueringen av bedriftshelsetjenesten. Er kritikken berettiget eller fungerer bedriftshelsetjenesten godt, gitt tilliten fra relevante aktører? Informantene jeg snakket med bekreftet flere av utfordringene nevnt i evalueringen. Spesielt tre utfordringer peker seg ut i analysen. Den første utfordringen er salg av tjenester utenfor de lovpålagte oppgaver. Det at bransjeforskriften oppleves noe statisk i et arbeidsliv i endring er en annen utfordring. Når det gjelder den siste utfordringen er spørsmålet om bedriftshelsetjenesten er i stand til å gi gode faglige råd til virksomhetene når det gjelder å benytte de riktige risikobaserte tjenestene. Jeg vil nå diskutere kjernevirksomhet, bransjeforskrift og bestillerkompetanse.

5.1.1 Kjernevirksomheten i bedriftshelsetjenesten

Som arbeidsmiljømyndighetenes hovedvirkemiddel i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet skal bedriftshelsetjenesten bistå virksomhetene med å skape sunne og trygge arbeidsplasser. Bedriftshelsetjenesten i Norge blir vurdert som en av de bedre ordningene internasjonalt og er også en velfungerende ordning her til lands, ifølge Molander et al. (2018). Både i evalueringen av bedriftshelsetjenesten fra 2018 og i SINTEF sin evaluering fra 2016 blir dette denne vurderingen bekreftet. En bekymring er at imidlertid at dagens bedriftshelsetjenesteordning selv har fått lov å definere sine kjerneområder. Dette har utviklet seg over tid på grunn av manglende samordning og koordinering fra arbeidsmiljømyndighetenes side (Molander et al., 2018). Informantene som jeg benyttet i intervjuene deler også denne bekymringen.

Gjennom kjernevirksomheten skal bedriftshelsetjenesten ha en generell kompetanse om forebyggende arbeidsmiljøarbeid og arbeidsmiljøforhold. Bedriftshelsetjenesten skal gi råd til arbeidsgiver, arbeidstaker og tillitsvalgte om risikofaktorer i arbeidsmiljøet og ikke minst hvordan virksomheten kan forebygge for risikoene (Molander et al. 2018). Informantene hevder at det har oppstått gråsoneproblematikk eller et mellomsegment der tilleggstenester, som ligger utenfor kjernevirksomheten, selges. Flere ansatte deler oppfatningen om: *«Det med salg av tilleggstenester er en uthuling av bedriftshelsetjenesten og det blir diffust hva som er en bedriftshelsetjeneste»*. Lov og forskrift er helt tydelig på hvilke tjenester bedriftshelsetjenesten skal bistå virksomhetene med. Det har derimot ikke fått noen konsekvenser når bedriftshelsetjenesten, i stor utstrekning, også tilbyr tjenester som ikke er relevant i forhold til arbeidsmiljørisikoen. Så lenge det kalles tilleggstenester, så mener en av kundene jeg snakket med, at de som arbeidsgiver forventer råd og veiledning fra bedriftshelsetjenesten i forhold til tilleggstenesten. Et eksempel på en slik tilleggsteneste er livsstilsutfordringer. En av kundene lurer på hvordan bedriftshelsetjenestene skal kunne overleve uten å selge tilleggstenester. Molander et al. (2018) beskriver at den manglende bevissthet mange bedriftshelsetjenester har for grenseoppgangen mellom lovpålagte tjenester og tilleggstenester, er hovedkritikken til dagens ordning. *«Det fremstår som et tydelig felles ønske i bransjen og blant aktørene på feltet å få etablert et sterkere fokus på kjernevirksomhet i form av risikovurdering og forebygging av arbeidsmiljørelaterte forhold, men at dagens virkemidler ikke i god nok grad sikrer en slik innretning på tjenestene»* (s.66). Flertallet av

informantene, både blant ansatte og kunder, mener at salg av tilleggstenester er en utfordring for bransjen. Noen få mener derimot at det er helt naturlig at disse tjenestene leveres av en bedriftshelsetjeneste så lenge de er definert som en tilleggsteneste.

Videre hevder en ansatt at: *«Individfokus er lettere å selge inn til kunden og det gir fornøyde ansatte og ledere, men det gir ikke en bedre systematisk HMS»*. Ifølge Molander et al. (2018) leverer mange bedriftshelsetjenester individrettede tjenester, som for eksempel generelle helsekontroller, som ikke har sammenheng med risikoen i arbeidsmiljøet. En ansatt forteller om et oppdrag med helsekontroller for en virksomhet, der den ansattes bedriftshelsetjeneste er underleverandør for en større bedriftshelsetjeneste i Oslo. Hovedleverandøren har solgt en smørbrødtype med helseundersøkelser, som den ansatte skal gjennomføre. Ettersom virksomheten ikke har arbeidsmiljørisiko, som faller inn under kravene til helsekontroll i lovverket, er denne helsekontrollen en unødvendig tilleggsteneste som underleverandøren føler seg forpliktet til å levere. Et annet eksempel på individrettede tjenester er helseaktører, som normalt driver med behandling, i tillegg starter med bedriftshelsetjeneste og forebygging. Flere bedriftshelsetjenester driver også på samme måten, ved at de i tillegg til å levere forebyggende tjenester også har et behandlingstilbud. Noen bedriftshelsetjenester driver faktisk «små sykehus». Det å både behandle og forebygge er i og for seg ikke et problem, men det er problematisk når den forebyggende enheten henviser til kollegene som driver med behandling på nabokontoret. En slik praksis gjør det relevant å stille følgende spørsmål: Er bedriftshelsetjenesten fri og uavhengige som den opprinnelig var tiltenkt? Hva er forebyggende arbeid og hva er behandling? Arbeidstilsynets godkjenningssenheter for bedriftshelsetjenester har ikke ressurser eller virkemidler til å kontrollere om tjenestetilbudet samsvarer med lovverket, ifølge Molander et al. (2018). Mange aktører har stilt spørsmål ved bedriftshelsetjenestenes integritet, i forhold til salg av disse tilleggstenestene, ifølge Molander et al. (2018). Hva hvis en virksomhet har en kjent arbeidsmiljørisiko, men isteden blir tilleggstenestene prioritert? I et slikt tilfelle er det på sin plass å stille spørsmål om bedriftshelsetjenesten er fri og uavhengige.

«Vi har konkurrenter som leverer bedriftshelsetjeneste på «falske» premisser, det vil si med høyt fokus og eneste løsning på individnivå, samt lav egenforståelse for hva som er bedriftshelsetjeneste og hvordan man jobber systematisk med HMS som verktøy» ifølge en

ansatt i bedriftshelsetjenesten. «Andre aktører tilbyr dette så må vi også gjøre det for å overleve i et tøft marked» uttalte en bedriftshelsetjenesteaktør til ekspertutvalget (Molander et al., 2018, s.66). I forhold til å levere tilleggstenestene skylder aktørene i bedriftshelsetjenesten på hverandre, det er helt tydelig. Det hjelper uansett ikke bransjen å skyldte på hverandre og uten en bransjeforening er det opp til den enkelte bedriftshelsetjeneste å gjøre som de vil. Ekspertutvalget (Molander et al., 2018) peker på at det er vanskelig å gå i dialog med bedriftshelsetjenesten ettersom de ikke har en bransjeforening. Skal det være opp til den enkelte bedriftshelsetjeneste eller burde en bransjeforening si noe om bedriftshelsetjenestens fokus fremover? Jeg støtter evalueringen fra 2018 sin konklusjon om at det er på tide å få plass en bransjeforening for bedriftshelsetjenesten.

Det er også utfordringer knyttet til kjernevirksomhet og anbudsprosesser. En kunde beskriver anbudsprosessen for anskaffelse av bedriftshelsetjeneste til en virksomhet med mange tusen ansatte: «...*Det som man i forskriften er forpliktet til å levere fra bedriftshelsetjeneste ...vanskeligere å få kjøpt for penger enn man skulle tro... det var mye ekstratilbud, veldig mye frukt og trening og personlig trening og massasje... det har vært et mellomsegment hvor det er penger å tjene på det som man ikke er pålagt å levere [fra bedriftshelsetjeneste]*». Molander et al. (2018) slår fast at det ikke er lovgivers formål at bedriftshelsetjenesten skal ivareta virksomhetens ansattes helse på generelt grunnlag, slik enkelte aktører i markedet ønsker. Arbeidstakerorganisasjonen er også svært klar på at det ikke er bedriftshelsetjenesten sin oppgave å tilby tilleggstenester som for eksempel fysisk aktivitet og røykeavvenningskurs. Anbudene bør følge kravene som ligger i lovverket og være av forebyggende karakter, ifølge arbeidstakerorganisasjonene (Molander et al., 2018). Anbudsprosessen, som nevnt i eksemplet ovenfor, viser at bedriftshelsetjenesten som bransje må få større fokus på kjernevirksomhet og lovpålagte oppgaver.

Molander et al. (2018) påpeker at bistand fra bedriftshelsetjenesten, i forhold til arbeidsmiljørisikoforebygging og rådgiving, primært skal fokusere på virksomhetens organisatoriske nivå. Når flere bedriftshelsetjenester først og fremst leverer tjenester på individnivå, kan det gå på bekostning av tjenestene bedriftshelsetjenesten egentlig skal bistå med. Dette har det sannsynligvis gjort i mange virksomheter. Det er en manglende bevissthet rundt samfunnsoppdraget er en uthuling av ordningen, ifølge Molander et al. (2018). Det er

ikke vanskelig å se hvorfor denne gråsonen mellom de lovpålagte oppgavene og tilleggstenestene er hovedkritikken til dagens ordning. Denne uklare praksisen kommer også frem i mine resultater fra intervjuene.

5.1.2 Bransjeforskriften

Bransjeforskriften pålegger visse bransjer å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste, når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Ettersom bransjeforskriften pålegger 60 % av alle arbeidstakere, i 103 000 norske virksomheter, å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste er det viktig at den fungerer etter forutsetningene. Ansatte og kunder som jeg snakket med er enige i at det er viktig at utvalgte bransjer er lovpålagt å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste. Andre mener at bransjeforskriften er for statisk for et arbeidsliv i endring. Informantene påpeker at det er behov for å evaluere bransjekodene i forskriften, slik at myndigheten kan sikre at virksomheter med en reell arbeidsmiljørisiko blir pålagt bedriftshelsetjeneste. En kunde påpeker at bransjeforskriften trenger en: *«mer fleksibel og dynamisk tilnærming til risiko»*. Molander et al. (2018) forteller at risikobildet vil endre seg i fremtidens arbeidsliv og det er behov for en dynamisk og godt faglig forankret bransjeforskrift som revideres med jevne mellomrom.

SINTEF sin evaluering av bedriftshelsetjenesten i 2015 viste at det var en forskjell på tvers av bransjene når det gjelder bruken av bedriftshelsetjenesten og om de opplevde bistanden som nyttig og relevant. Ifølge SINTEF er hovedutfordringen det å definere og operasjonalisere HMS og forebyggende arbeidsmiljøarbeid slik at det er i tråd med det virksomheten spør etter. Evalueringen av bedriftshelsetjenesten fra 2018 peker på at det fortsatt er en utfordring med manglende samsvar mellom virksomhetenes behov og kvalifikasjonene i bedriftshelsetjenesten. Ved utvidelsen av bransjeforskriften i 2010 var det flere bransjer, med en generell risiko i forhold til psykososiale og organisatoriske faktorer, som ble pålagt å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste. Ekspertutvalget i 2018 hevder at noen virksomheter fikk pålegg, mens andre ikke fikk, selv om risikobildet ikke var veldig ulikt. Denne ulike praksisen fører til en uheldig konkurransevidning i markedet. Ekspertutvalget sier også at det er viktig at tjenestetilbudet for de som fikk et pålegg var rettet mot de aktuelle risikoforhold. Noen kunder som ikke er pålagt en bedriftshelsetjeneste velger likevel å kjøpe tjenester. Dette

kan i noen tilfeller være en utfordring for bedriftshelsetjenesten ifølge en ansatt: «...*det å forholde seg til så mange forskjellige[virksomheter] der hvor noen styres av forskriften og noen ikke styres av forskriften. Der noen kan kjøpe det de vil av produkter, siden de ikke har et krav om bedriftshelsetjeneste egentlig...*». Virksomheter som er pålagt å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste, men som ikke benytter seg av tjenestene, er også utfordrende ifølge en ansatt. Mitt inntrykk er at det er få konsekvenser for disse virksomhetene når de ikke benytter tjenestene. En konsekvens kan være at Arbeidstilsynet, gjennom tilsyn, gir pålegg om at virksomheten må søke bistand fra den tilknyttede bedriftshelsetjenesten.

Når en virksomhet må knytte seg til en bedriftshelsetjeneste, så vil risikoene være av en slik art at man ikke kan forvente at virksomheten har denne kompetansen selv, ifølge Molander et al. (2018). I evalueringen i 2018 foreslås det at virksomheter med færre enn tre ansatte fritas plikten til å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste. Dette mener en av kundene er et «hårreisende» forslag og sier: «...*Hvis det er noen som har behov for det så er det små virksomheter... at livet til en som jobber i en mindre virksomhet skal være mindre verdt enn en som jobber i en stor virksomhet er oppsiktsvekkende at man kan si høyt*». Fritaket for plikten til å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste er ett av flere forslag som den siste evalueringen presenterer som tiltak for små virksomheter. Bakgrunnen for at det må gjøres tiltak for de små virksomhetene, er bedriftshelsetjenestens utfordringer med å følge opp denne kundegruppen. Ekspertutvalget mener at mange virksomheter, spesielt de små, mangler kompetanse om forebyggende HMS-arbeid (Molander et al, 2018). De små virksomhetene har få ansatte og lite tid til å etterspørre og følge opp bistand fra bedriftshelsetjenesten. For små virksomheter er det helt klart et behov for å vurdere hvordan bistanden organiseres.

5.1.3 Bestillerkompetanse

Molander et al. (2018) påpeker at det er en utfordring at det ikke er samsvar mellom virksomhetenes behov og kvalifikasjoner i bedriftshelsetjenesten. Kundene fremhever at fagkunnskapen i bedriftshelsetjeneste er viktig: «*vi skal kjøpe tjenesten fra noen som kan det faget og som kan det faget godt...viktig at arbeidsgiver vet hvor de skal henvende seg*». Molander et al. (2018) understreker at bedriftshelsetjenesten består av faglig kvalifiserte ansatte, men kompetanseutfordringene i deler av bransjen er bekymrende. Det er derfor

naturlig at det stilles spørsmål om bedriftens bestillerkompetanse bør styrkes eller om det bør stilles tydeligere krav til kvalifikasjoner, kunnskap og tjenesteinnretning i bedriftshelsetjenesten. Det at spørsmålet om å øke bedriftens bestillerkompetanse i det hele tatt stilles sier noe om den manglende tillitten til at bedriftshelsetjenesten er i stand til å ivareta behovene virksomhetene har for bistand. Den tverrfaglige sammensetningen av fagprofesjoner i en bedriftshelsetjeneste fremheves også som en styrke av Molander et al. (2018). Dette understrekes også av en kunde: «... veldig viktig at dere jobber tverrfaglig og i tverrfaglige team...». Bedriftshelsetjenesten skal være sammensatt av faglig kompetente ansatte som blant annet skal dekke fagområdene systematisk HMS-arbeid, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, arbeidsmedisin og arbeidshelse, yrkeshygiene og ergonomi (Molander et al., 2018). En kunde forteller at: «Jeg er bekymret for at folk ikke forstår at arbeidsmedisin og arbeidshelse og alle de profesjonene der... er et eget fag». Tverrfagligheten innad i bedriftshelsetjenesten er en styrke, men samtidig pekes det på at deler av bransjen har kompetanseutfordringer. Kundene jeg snakket med fremhever at den faglige bistanden oppleves som nyttig. Et annet moment som ansatte snakker om er at bedriftshelsetjenesten formidler HMS-kunnskap på et språk som kunden forstår: « Vi må snakke det språket som kunden forstår. Hvis vi kommer med fagbrillene på oss og snakker som en fagnerd så skjønner de det ikke».

Bedriftshelsetjenesten skal ha en generell kompetanse om forebyggende arbeidsmiljøarbeid og aktuelle arbeidsmiljøforhold. En kunde påpeker: «...en bedriftshelsetjeneste som kjenner bedriften og bransjen og som gjør at vi har stor mulighet til å få faglige råd...». En ansatt hevder:

Vi snakker om denne bestiller kompetansen, altså å hjelpe bedrifter å bruke penger på akkurat de oppgaver som gagnar dem i forhold til lovverk, intensjoner og målsetting. Jeg mener at de ikke trenger noen hvis de har en bedriftshelsetjeneste de er i dialog med...Bedriftene skal ikke være utdannet innen HMS. Det er derfor de har en bedriftshelsetjeneste.

Ekspertutvalget (Molander et al, 2018) er av samme oppfatning. Virksomheter som er pålagt å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste har vanligvis risikoer i sitt arbeidsmiljø, av en slik art, at

det ikke kan forventes at virksomheten skal sitte med nødvendig kompetanse internt i virksomheten, ifølge Molander et al. (2018). Samtidig er det krav i lovverket om at arbeidsgiver skal ha kunnskap om HMS-krav. En ansatt viser til at: *«bedriften må vite hva de jobber med, ha grunnleggende kunnskap om produktene og om de risikoene i arbeidsforholdet sitt. De må jo ha en grunnleggende HMS-forståelse og i forhold til lovverk og hva de skal gjøre»*. «En av kundene er av samme oppfatning: *«Vi må ha kjennskap til hva vi driver med selv, vi må ha grunnopplæringen som er pålagt og gjerne litt til, også må vi ha en bedriftshelsetjeneste som klarer å levere de tjenestene i utgangspunktet»*.

En kunde gjør noen refleksjoner om intern bestillerkompetanse i virksomheten: *«...hvem som helst kan man jo lære opp til å ha bestiller kompetanse, men kunnskap om [HMS]rollene er kanskje viktigere. Det er noe med å vite hva som er kjerneaktivitetene. Man må kunne noe mer enn 40 timers kurset om HMS. Men det er ikke sånn at man skal ha doktorgrad på det her for å kunne bestille altså»*. For å øke kompetansen hos kundene er grunnleggende HMS-opplæring et viktig tiltak, hevder både kunder og ansatte. Informantene jeg snakket med deler ekspertutvalgets synspunkt om at bedriftshelsetjenesten bør være den faglige rådgiveren i HMS-spørsmål. De deler også ekspertutvalgets vurderinger om at virksomheten skal fortsatt ha en grunnleggende kunnskap om virksomhetens arbeidsmiljørisiko og ansvar for å følge den opp.

5.2 Bedriftshelsetjenesten i fremtiden

I dette kapitlet vil se nærmere på bedriftshelsetjenesten i et fremtidsperspektiv. Først vil jeg diskutere eksisterende og fremtidige arbeidsmiljørisikoer som bedriftshelsetjenesten må forberede seg på. Deretter vil jeg vurdere aktuelle utviklingsområder for bedriftshelsetjenesten.

5.2.1 Eksisterende og fremtidige arbeidsmiljørisikoer

«Hadde vi visst svaret på det [hvordan bedriftshelsetjeneste kan organisere seg for å ivareta fremtidens arbeidsliv] hadde vi blitt rik...», ifølge en ansatt. Produktivitetskommisjonen

(NOU 2018:3, s.6) påpeker at den viktigste forutsetningen for å øke produktivitetsveksten er at fremtidens næringer vil i økende grad være kunnskapsbaserte. Molander et al. (2018) hevder at det må skapes nye arbeidsplasser i kunnskapsbaserte næringer, for å opprettholde produktivitetsveksten. Prognosene for fremtiden indikerer endringer i næringsstrukturer, teknologi og yrkesbefolkningens sammensetning, noe som vil påvirke arbeidsinnhold og arbeidsmiljø (Molander et al, 2018). Økt kunnskap om nye utfordringer og aktuelle risikoer i arbeidsmiljøområdet bør være en del av strategiplanene til bedriftshelsetjenestene. Hyppige endringer i arbeidslivet utfordrer bedriftshelsetjenesten som bransje og det krever at kompetansen i bedriftshelsetjenesten utvikles, ifølge Molander et al. (2018). En ansatt mener: «... når risikoen i arbeidslivet endrer seg da må jo vi også endre oss. Det å være tilpasningsdyktig, det å være litt i forkant av samfunnet og hvor det går». Informantene jeg snakket med har meninger om hvordan bedriftshelsetjenesten bør organisere seg for å kunne møte fremtidens arbeidsliv og hvilke tjenester som er aktuelle nå og i fremtiden. Molander et al. (2018) viser til at både yrker og arbeidsoppgaver vil forsvinne, nye yrker vil oppstå og noen yrker får et annet innhold. Dette vil påvirke hvilke tjenester bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver med fremover.

Økt globalisering i arbeidsmarkedet er et eksempel på en arbeidsmiljørisiko som vil øke i fremtiden: «Jeg tror at globaliseringen påvirker bedrifter med norske eiere...de må forholde seg til utenlandske kjøpere, de må forholde seg til andre risikoforhold knyttet til dette». Gode arbeidsmiljøforhold og høy grad av autonomi, som igjen skaper engasjement og tilhørighet til jobben, er en konkurransefordel for norske virksomheter i et globalisert marked (Molander et al., 2018). Vil økt globalisering være en trussel mot det gode norske arbeidsmiljøforholdet? Utenlandske eiere må forholde seg til norske lov, men har de et tilfredsstillende HMS-fokus? Informantene jeg snakket med er bekymret for sosial dumping i arbeidslivet. Løserer forbindelser til arbeidslivet øker gjennom bruk konsulenter og vikarer: «Mer konsulentvirksomhet fremover, at du kjøper mer tjenester fra sånne næringskluster...vi har ikke faste ansatte, men vi deler f.eks. en forskerstilling ...med en nabobedrift». En annen kunde viser nok en gang til bekymringen knyttet til små virksomheter og hva som vil skje dersom disse ikke blir pålagt å knytte seg til bedriftshelsetjenesten. Bedriftshelsetjenesten har, ifølge en kunde, behov for «organisasjonsforståelse på hvordan organisasjoner er bygd opp og fungerer». Her sikter kunden til store matriseorganisasjoner og aktuelle arbeidsmiljørisikoer for de som jobber her.

I resultatene skisseres det flere tiltak for å møte fremtidens arbeidsmarked for bedriftshelsetjenesten. En av informantene mener at bedriftshelsetjenestene bør gå sammen og danne større enheter: *«Den rapporten snakker vel om større fellesordninger som rendyrker bedriftshelsetjeneste-biten[kjernevirksomheten], og egenordninger der bedriften tåler å ha dette»*. Etter utvidelsen av bransjeforskriften har det, etter min mening, vært en dreining mot større enheter og landsomdekkende aktører i bedriftshelsetjenesten. De små og lokale bedriftshelsetjenestene forsvinner. Enkelte i bransjen mener at det er et kvalitetstegn ettersom flere av de mindre bedriftshelsetjenestene manglet fagkompetanse. Andre mener at lokalkunnskapen som bedriftshelsetjenesten har om virksomhetene blir dårligere når sentraliserte bedriftshelsetjenesteaktørene oppstår.

5.2.2 Aktuelle utviklingsområder for bedriftshelsetjenesten

I Norge er det en stor grad av automatisering og robotisering av arbeidsoppgaver sammenliknet med andre land (Molander et al., 2018). En ansatt hevder: *«... Jeg tror vi må belage oss på nye arbeidsmetoder i fremtiden. Men det relasjonelle, så lenge du har med folk å gjøre så tror jeg ikke vi blir arbeidsledig ... For det kan du ikke bytte ut med en robot.*

Molander et al. (2018) viser til at: *«Det norske arbeidsliv er i stor grad høykompetent og bygger på forhold som er vanskelig å automatisere, som samarbeid, kreativitet og innovasjon»*. Digitalisering blir av flere informanter fremhevet som et viktig tiltak i bedriftshelsetjenesten: *«Vi lever i en mer digital verden. Kunne dere [bedriftshelsetjeneste] ha brukt fancy verktøy, for eksempel kunne dere ha sendt rapporter på en app»*. En ansatt i en egenordning forteller: *«Vi er jo veldig opptatt av digitalisering. Det er mye lettere i større enheter»*. En av kundene mener også at dårlige økonomiske rammebetingelser i bedriftshelsetjenesten gjør digitalisering vanskelig. Dette er uheldig, ettersom digitalisering er nødvendig også i bedriftshelsetjenesten. Norge er et høykostland og derfor er det nødvendig å effektivisere arbeidsprosessene, ifølge Molander et al. (2018).

I de lovpålagte oppgavene til en bedriftshelsetjeneste mangler det ifølge en kunde en viktig tjeneste: *«Det er en ting som lyser når man går gjennom de fem punktene med*

kjerneaktiviteten i forskriften og det er det kompetanseshullet som er stort godkjenningsordningen. Der står det ingenting om ulykkesforebyggende og personskadeforebyggende». Arbeidstilsynet opplyser at det i 2016 ble registrert 45 dødsulykker i Norge og av alle skadetilfeller utgjør arbeidsskader 12 prosent. Potensialet for å forebygge arbeidsrelaterte plager, skader og sykdommer og dermed redusere frafallet i arbeidslivet er stort, ifølge Molander et al. (2018).

Finansiering av bedriftshelsetjenesten opptar både kunder og ansatte. Informantene foreslår alternativ finansiering. Molander et al. (2018) forteller at flere aktører hevder at bedriftshelsetjenesteordningen er kostbar for virksomhetene. Dette tilbakevises av evalueringen fra 2018. Undersøkelsene Oslo Economics foretok i forbindelse med evalueringen i 2018 viser at bedriftshelsetjenesten er et rimelig tiltak for virksomhetene. Sammenlignet med arbeidsgivers kostnader i forbindelse med sykefravær og generelle goder er utgiftene til bedriftshelsetjenesten små. Det at kundene foreslår alternativ finansiering av bedriftshelsetjenesten er overraskende. Samtidig viser det at kundene ser behov mer midler til å utvikle av bedriftshelsetjenesten. Flere ansatte foreslår at: *«De kostnadene som er brukt på IA [NAV Arbeidslivssenter] viser seg å ikke hatt så mye effekt. Kostnadene brukt på IA kunne betalt for bedriftshelsetjeneste for alle bedrifter i Norge frem i tid.»* Dersom bedriftshelsetjenesten ikke lenger skal selge tilleggstjenester, kan statlige tilskudd, som for eksempel driftstilskudd, finansiere tjenesten mener en kunde:

... for at bedriftshelsetjeneste skal overleve fremover så må noe gjøres for å finansiere og bygge opp videre kompetanse og hvis du ikke kan få lov å finansiere driften din på litt jogging oppi Granåsen og sånne livsstilsprosjekt og kanskje også sånn «sykehusdrift», så må det gjøres på annet vis.

Flere av informantene stiller spørsmål om bedriftshelsetjenesten burde fått statlig støtte? Både ansatte og kunder mener at dette kan utvikle tjenesten. Molander et al. (2018) foreslår at bedriftshelsetjenesten ikke lenger skal få lov til å selge tjenester utenfor de lovpålagte oppgavene. Hvordan vil det påvirke de økonomiske rammebetingelsene i bedriftshelsetjenesten fremover?

5.3 Ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten

I dette kapitlet vil se nærmere på ansattes rolle i bedriftshelsetjenesten. Først vil jeg vurdere ansattes rolle som fri og uavhengig rådgiver for virksomhetene. Deretter vil jeg diskutere rolleforståelse og rolleavklaring. Til slutt vil jeg se nærmere på relasjonen mellom kunde og ansatte i bedriftshelsetjenesten.

5.3.1 Ansattes rolle som fri og uavhengig rådgiver

En av bedriftshelsetjenesten sine viktigste oppgaver er å gi råd til virksomhetene. Bedriftshelsetjenesten skal gi råd til arbeidsgiver, arbeidstaker og deres tillitsvalgte om forebygging og det å håndtere risikofaktorer i arbeidsmiljøet. (Molander et al., 2018). En ansatt beskriver: *«vi skal jo gi ærlige tilbakemeldinger til både ledere og ansatte basert på våre helsefaglig/faglige bakgrunn ...»*. I kapitlet rolleteori under teoridelen forklarer jeg hva sosial struktur er med et sitat (Schiefløe, 2011): *«Sosial struktur er et ordnet mønster av sosiale elementer, som på forskjellige måter plasserer mennesker i forhold til hverandre og gir føringer, muligheter og begrensninger for atferd og tilpasning»* (s.201). Mellom bedriftshelsetjenesten og virksomhetene er det en sosial struktur. Ansatte i bedriftshelsetjenesten og virksomhetene plasseres i forhold til hverandre og legger føringer, muligheter og begrensninger for atferd og tilpasning, slik Schiefloe (2011) beskriver det. Sentrale mekanismer styrer dette. Den første mekanismen er ordninger for arbeids- og ansvarsfordeling som består av posisjoner med tilknyttede plikter, rettigheter og forventninger. Den neste er lover og forskrifter som regulerer samhandling og relasjoner. Jeg vil se nærmere på disse mekanismene i dette kapitlet.

Arbeidsmiljøloven slår fast at bedriftshelsetjenesten skal gi råd på et faglig uavhengig grunnlag og denne regulerer samhandlingen med virksomheten. Dette innebærer at rådgivningen skal være uavhengig, selv om arbeidsgiver i virksomheten betaler for bistanden fra bedriftshelsetjenesten. *«Folk tror at vi skal være nøytral, har glemt det med fri og uavhengig. Den må kanskje vektlegges litt mer da. For det er ikke nøytral vi er. Vi har lov til å ha tydelige meninger om ting også»* ifølge en ansatt. Molander et al. (2018) hevder at det er en styrke for bedriftshelsetjenesten at den er faglig uavhengig av ledelsen i virksomheten. En

ansatt i bedriftshelsetjenesten er en rådgiver og denne rollen er definert ut fra systematiske forventninger, med hensyn til atferd. Rollen til den ansatte i bedriftshelsetjenesten er styrt gjennom arbeidskontrakten, men styres også av lov og forskrift. Utover dette er det den ansatte som selv former rollen. En ansatt forteller at hos dem har de jobbet mye med å forstå hva det innebærer å ha en fri og uavhengig rolle. Dette støttes av annen ansatt som sier at rollen som fri og uavhengig er ekstremt viktig for bedriftshelsetjenesten og er noe bransjen ikke fremhever nok. Utfordringen i hverdagen beskrives godt:

«Ansatte ønsker å få oss på lag når de klager på noe, så ønsker de å ha bedriftshelsetjeneste bak seg. Vi skal være veldig tydelig når de skal ha en samtale med oss hva vår rolle er...der du kjenner ledelsen og HR så godt så kan det tippe litt den andre veien også at du må beholde den nøytrale rollen din i forhold til HR og ledelse også».

I resultatene kommer det frem at rollen som fri og uavhengig utfordres, Dette skjer i tilfeller der det er fare for at rådgivingen kan føre til oppsigelse av kontrakten med virksomheten. «... hvordan kan vi være uavhengig når vår største kunde ... når de sier opp kontrakten... da ryker det arbeidsplasser. Kan vi være uavhengig da?» spør en ansatt i bedriftshelsetjeneste. Det at ansatte også selger tilleggstenester utfordrer habiliteten til ansatte i bedriftshelsetjenesten: «...en sånn rolle kan påvirkes av dersom man skal ut å selge andre ting. Hvis man på en måte har fått en sånn tilleggsteneste/salgssoppdrag så er du plutselig ikke så fri og uavhengig».

5.3.2 Rolleforståelse og rolleavklaring

I analysen kommer det frem at flere av kundene opplever utfordringer med manglende rolleforståelse og rolleavklaringer hos ansatte fra BHT: «*Bedriftshelsetjeneste trenger å styrke seg på rolleforståelsen. Når skal man si at denne målingen må dere gjøre og når er det du skal gi råd. Da kommer man opp i den rollen at man er ikke fra Arbeidstilsynet når man er fra bedriftshelsetjeneste heller*».

Kunder forteller om situasjoner der ansatte fra bedriftshelsetjeneste har gått for langt: «...som har vært veldig tydelig og nesten tatt på seg direktør hatten... det kunne være litt sånn at det gikk for langt, for da kom bedriftshelsetjeneste inn og skulle diktere oss». Kundene mener at ansatte i bedriftshelsetjeneste også må: «... være bevisst på at kundene deres har noen avveininger som ikke er helt i tråd med deres faglige anbefalinger». Det kan være flere årsaker til at virksomheten ikke følger bedriftshelsetjeneste sin rådgiving, som for eksempel at andre oppgaver prioriteres høyere. «Da går det litt på kompromiss med den faglige integriteten [til BHT-ansatt]», ifølge kunden. Dette viser at det kan være ulike forventninger til hvordan rådgiverrollen utøves og det er ikke alltid at disse forventningene blir innfridd. I den posisjonen ansatt har som rådgiver følger det noen plikter, rettigheter og forventninger. Det at kunden og den ansatte i bedriftshelsetjenesten har ulike forventninger om hvordan rollen som rådgiver skal utøves, kan være problematisk. Når motstridende forventninger oppstår kan den ansatte oppleve det som kalles for rollestress.

Det at ansatte har manglende kunnskap om de ulike HMS-rollene i en virksomhet skaper utfordringer, ifølge en kunde. For å gi råd til virksomhetene er det nødvendig at bedriftshelsetjenesten vet hva forskjellen på AMU-, HR-, HMS-rollen. Manglende kunnskap om de ulike HMS-rollene er tilfelle også i virksomhetene og dette kan også skape utfordringer i samarbeidet med bedriftshelsetjenesten.

Den lovbaserte ordningen, som Molander et al. (2018) foreslår å videreføre, vil ivareta den frie og uavhengige stillingen bedriftshelsetjeneste har. Analysen viser at ansatte i bedriftshelsetjenesten er enige i dette, men viser samtidig til at utøvelsen av rollen til tider også er utfordrende.

5.3.3 Relasjonen mellom kunde og ansatte i bedriftshelsetjenesten

Det at det er gode relasjoner mellom kunden og den ansatte er viktig:

Greier vi å bygge opp gode relasjoner med ledelsen og gode relasjoner med de ansatte, så vet begge at de kan bruke oss og begge vet at vi kan bli brukt som

sparringspartner av den andre og de synes det er greit...fra vårt ståsted som HMS-rådgiver og da tåler begge parter at vi er enig og uenig med dem.

Kundene har tillit til bedriftshelsetjenesten og betrakter den som et lavterskeltilbud. Dette understreker også Molander et al. (2018): «Bedriftshelsetjenesten anses også som et lavterskeltilbud med god kompetanse i arbeidsmiljøspørsmål. En ansatt forteller: «*Mange [kunder] tenker jo at vi er de som passer på dem, at det er godt å ha oss i hus. Vi er tett på og vi har et godt forhold. Mye tillit. En av våre store bedrifter sier at vi er sånn lavterskeltilbud for dem*». En av kundene beskriver de gode relasjonene slik:» *Jeg kjenner litt i den stillingen som jeg har som leder så er det nesten bare dere [bedriftshelsetjeneste] jeg kan snakke med. Når det virkelig blåser opp...så da er den sikkerheten at her er det taushetsplikt...*». Det understrekes fra informantene at det er gode relasjoner og høy tillit mellom bedriftshelsetjenesten og virksomhetene. Kundene opplever at bedriftshelsetjenesten er lett å ta kontakt med og det er også intensjonen, ifølge ekspertutvalget (Molander et al., 2018).

5.4 Er det behov for å endre bedriftshelsetjenesten?

Er det behov for å endre bedriftshelsetjenesten? Hvilke muligheter og utfordringer kan skape endring? Endringer i omgivelser i organisasjonen, teknologiske eller markedsmessige endringer, utfordrer organisasjonen, ifølge Burns og Stalker (1966). Ekspertutvalget fra 2018 hevder at bransjen er ute av kurs og anbefaler at bransjen tar grep for å rydde opp i egne rekker. Donaldson (2011) peker på at omstendigheter og utfordringer må anerkjennes og håndteres. Alle organisasjoner går gjennom strukturelle endringer i perioder. Når en virksomhet er ute av kurs må balansen gjenopprettes i forhold til sine omgivelser.

Flere av Donaldson (2011) sine åtte nøkkelfaktorer, som signaliserer behovet for endring, er relevante for bedriftshelsetjenesten. Jeg vil nå gå gjennom fire av nøkkelfaktorene. Den første nøkkelfaktoren beskriver endring forårsaket av økonomisk opp eller nedtur. Etter utvidelsen av bransjeforskriften i 2010, som påla virksomheter i visse bransjer å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste, har det vært en økonomisk opptur i bransjen. 60 % av arbeidstakere i Norge jobber i en bransje som er pålagt å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste. Dette har ført til at nye og større aktører har etablert seg i markedet. Med større markedsandeler tilgjengelig

har også konkurransen blitt tøffere. Økt konkurranse har ført til at mange av de minste aktørene i bransjen ikke har overlevd. Dette stemmer med den andre nøkkelfaktoren.

Ekspertgruppen ved Molander et al. (2018) har vist til at bedriftshelsetjenesten beveger seg i en markedsstyrt retning. Ettersom dette ikke er regulert i lovverket er det en uheldig utvikling. Noen kunder mener det har oppstått et mellomsegment med salg av tilleggstenester, mens andre kunder hevder at tilleggstenestene er relevante for virksomhetene. Ansatte er bekymret for utviklingen av salget av tilleggstenester. Bedriftshelsetjenestene skylder på hverandre, ifølge Molander et al. (2018): «Når andre aktører tilbyr dette så må vi også gjøre det for å overleve i et tøft marked». Dette stemmer med den femte nøkkelfaktoren, som omtaler interessedivisjon. Denne interessedivisjonen har jevnet ut markedet, men samtidig medført en dysfunksjon ettersom noen aktører tilbyr tilleggstenester i stor skala, mens andre ikke gjør det i det hele tatt. Ekspertutvalget fra 2018 foreslår å stramme inn salg av produktet tilleggstenester. Produktet blir eliminert, ikke på grunn av at det ikke selger, men at salg av produktet kan gå på bekostning av de lovpålagte produktene. Dette omtales som investeringsavvikling og er nøkkelfaktor sju. Som nevnt signaliserer fire av de åtte nøkkelfaktorene at det er behov for endring i bedriftshelsetjenesten som bransje

Donaldson (2001) beskriver hva som kan skje med en organisasjon i vekst. Den eksisterende strukturen i virksomheten er ikke tilpasset de endrede omstendighetene. Misforhold mellom oppgaver og struktur kan oppstå og dermed kan prestasjonene i organisasjonen bli svekket. For bedriftshelsetjenesten sin del anbefales det å foreta en strukturell endring slik at balansen i virksomheten kan gjenopprettes.

5.5 Bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring

Problemstillingen i denne oppgaven er bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring. I dette kapitlet vil jeg se på hvordan bedriftshelsetjenesten kan tilpasse seg et arbeidsliv i endring. Jeg benytter Burrell & Morgan (1979) sin analysemodell «Profile of Organizational Characteristics» og deler av Schiefloe (2018) sin beskrivelse av delsystemene formell struktur og kultur. I forrige kapittel viste jeg behovet for å endre bedriftshelsetjenesten som bransje, presentert gjennom Donaldson (2011) sine nøkkelfaktorer.

En organisasjon består av delsystemer: strategisk, teknologisk, menneskelig/kulturelt, strukturelt og administrativt (Morgan, 2004). Disse delsystemene er gjensidig avhengig av hverandre og må være tilpasset miljøet rundt organisasjonen. For å finne de viktigste kjennetegnene ved en organisasjon og forholdet mellom organisasjons delsystemer vil jeg stille noen av Morgans spørsmål. Svarene på Morgans spørsmål vil jeg sette inn i Burrell og Morgan sin analysemodell. I tillegg har jeg valgt å benytte deler av Schiefloe sin beskrivelse av delsystemene kultur og formell struktur, i analysearbeidet. Analysemodellen «Profile of Organizational Characteristics» kan benyttes i hele organisasjonen og i deler av den. Jeg har valgt å se på bransjen bedriftshelsetjenesten som en organisasjon og i hovedsak fokusere på strategiske, strukturelle og det menneskelige/kulturelle delsystemer.

Jeg vil først si litt om miljøet bedriftshelsetjenesten er en del av. Videre vil jeg analysere i forhold til det strategiske, strukturelle og menneskelige/kulturelle delsystemet. Deretter vil jeg se på grad av sammenfall mellom de organisasjonsmessige delsystemene. Tilslutt diskuterer jeg bedriftshelsetjenesten i et utviklingsperspektiv.

5.5.1 Miljøet til bedriftshelsetjenesten

Utgangspunktet for denne analysen er bedriftshelsetjenestebransjens miljø. Det første Morgan spør om er om endringene i miljøet er av stor betydning eller om miljøet er stabilt. Morgan spør også om endringene er politisk, markedsmessig, økonomisk eller av teknologisk art.

I miljøet til bedriftshelsetjenesten er det for tiden store endringer. Dette gjelder for alle Morgans endringstyper, nevnt ovenfor. En generell trend i dag er at arbeidslivet er i stor endring og det er mange årsaker til at det skjer. Bruken av teknologi øker i arbeidslivet og det fører til at arbeidsmarkedet blir berørt. Yrker og arbeidsoppgaver vi har i dag vil forsvinne, samtidig som nye yrker med nytt innhold vokser frem. Næringsstrukturer endres og globalisering øker. Andre arbeidsplassarenaer oppstår. Løse forbindelser til arbeidslivet ved mer bruk av konsulenter og vikarer. Alt dette vil utfordre bedriftshelsetjenesten og det krever at bransjen endrer kompetanse og klarer å omstille seg.

Politiske beslutninger kan føre til endringer i lovpålagte tjenester. Ettersom bedriftshelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste vil politiske beslutninger påvirke miljøet til bedriftshelsetjenesten. På oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet, er bedriftshelsetjenesten blitt evaluert to ganger de siste årene. I evalueringene blir en rekke tiltak for bransjen foreslått. Ekspertutvalget, som gjennomførte evalueringen i 2018, kommer med tydelige anbefalinger for hvordan bedriftshelsetjenesten skal være organisert og hvilke tjenester bransjen skal tilby.

I bedriftshelsetjenesten har det vært og er store markedsmessige endringer. Utvidelsen av bransjeforskriften har ført til at flere bransjer har blitt pålagt å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste. I dag jobber 60% av alle arbeidstakere i Norge i virksomheter som må være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste. Et større marked har ført til økonomisk vekst i bedriftshelsetjenestebransjen. I tillegg har godkjenningseenheten i Arbeidstilsynet sørget for en «opprydning i bransjen». Nå er det formelle krav til hvilken fagkompetanse en bedriftshelsetjeneste skal ha.

Kjennetegn ved bedriftshelsetjenestens miljø kan beskrives på følgende måte:

- Endringene i arbeidslivet vil kreve at bedriftshelsetjenesten øker sin kompetanse og er i stand til å omstille seg
- Evalueringer av bedriftshelsetjenesten indikerer at det er et behov for endring i bedriftshelsetjenestebransjen
- Utvidet bransjeforskrift har ført til økte markedsandeler for bedriftshelsetjenestebransjen

5.5.2 Delsystemene strategisk, strukturelt og menneskelig/kulturelt

I dette kapitlet vil jeg se nærmere på delsystemene strategisk, menneskelig/kulturelt og strukturelt. Jeg vil benytte Morgans spørsmål for å finne de viktigste kjennetegnene for delsystemene. Deretter vil jeg plassere svarene på Morgans spørsmål inn i analysemodellen «Profile of Organizational Characteristics» (Burrell og Morgan, 1979). I tillegg har jeg valgt å

benytte deler av Schiefloe sin beskrivelse av delsystemene formell struktur og kultur, i analysearbeidet.

Morgan stiller følgende spørsmål for delsystemet strategi: Har bransjen en strategi og hvordan tilpasser den seg endringer? Bedriftshelsetjenesten har ingen egen bransjeforening. Hver enkelt bedriftshelsetjeneste kan dermed velge sin egen strategi tilpasset seg og sine kunder. Molander et al. (2018) mener det er uheldig at bransjen mangler en bransjeforening. Koordinering og samhandling med myndighetene er utfordrende uten en bransjeforening og uten å ha en felles plattform er det vanskelig å vite hvilke områder bransjen skal fokusere på fremover. I mangel av en bransjeforening finnes det heller ingen enhetlig strategi for endring. Et kjennetegn ved dette delsystemet er at bedriftshelsetjenesten ikke har etablert en bransjeforening.

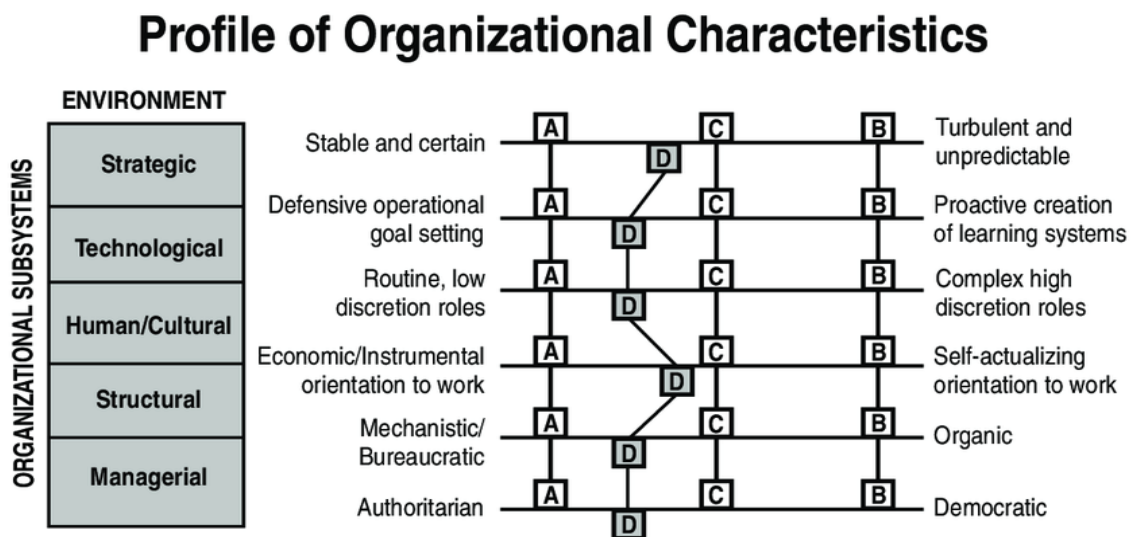
For delsystemet menneskelig/kulturelt vil jeg også benytte Morgans spørsmål. I tillegg har jeg valgt å utvide delsystemet med faktoren kultur fra Schiefloe (2018) sin Pentagonmodell (s.50). Hva er den dominerende kulturen i virksomheten og hva slags type ansatte jobber i virksomheten? Hva slags kompetanse har de ansatte i bedriftshelsetjenesten? Både informantene og ekspertutvalget (Molander et al., 2018) fremhever at fagkunnskapen og det tverrfaglige samarbeidet som en styrke for bedriftshelsetjenesten. Videre opplever kundene at bedriftshelsetjenesten er et lavterskeltilbud, noe som er positivt, og det er gode relasjoner og tillitt mellom kunder og ansatte i bedriftshelsetjenesten. Ekspertutvalget peker også på at det er kompetanseutfordringer i deler av bransjen. Kjennetegnene i dette delsystemet er god fagkunnskap, tverrfaglig samarbeid og gode relasjoner og tillit.

For det strukturelle delsystemet vil benytte har jeg valgt å utvide delsystemet med faktoren formell struktur, fra Schiefloe (2018) sin Pentagonmodell (s.50). I denne sammenhengen er følgende spørsmål relevante: Hvilke lover, forskrifter og prosedyrer må organisasjonen følge? Bedriftshelsetjenestens arbeid styres av lover og forskrifter. Som tidligere nevnt er salg av tilleggstjenester en av de største utfordringene i bedriftshelsetjenesten. Både i intervjuene og i evalueringen av bedriftshelsetjenesten (Molander et al, 2018) kommer det frem at kjernevirksomheten, bransjeforskriften og de lovpålagte oppgavene er viktige for bransjen.

Derimot hevdes det at bransjeforskriften er for statisk og lite tilpasset endringer i arbeidslivet og risikoforhold. Bransjeforskriften og de lovpålagte tjenestene er grunnlaget for bedriftshelsetjenesten sin eksistens. Gråsonene/mellomsegmentene som har oppstått når det gjelder tilleggstjenestene, er utenfor lovverket. Dette er en uheldig utvikling, ifølge informantene. Ekspertutvalget (Molander et al., 2018) mener at bedriftshelsetjenesten har beveget seg i en markedsstyrt retning som er lite regulert i lovverket. Et annet viktig moment er at bedriftshelsetjenesten sin rolle som fri og uavhengig rådgiver er under press. Kjennetegnene i dette delsystemet er statisk bransjeforskrift, salg av tilleggstjenester og rollen som fri og uavhengig rådgiver.

5.5.3 Kjennetegn i analysemodellen «Profile of Organizational Characteristics»

I de to foregående kapitlene har jeg kommet frem til kjennetegnene for miljø og delsystemene strategisk, strukturelt og menneskelig/kulturelt. Jeg vil se grad av sammenfall mellom kjennetegnene for delsystemene, sett opp imot kjennetegnene for miljø. Dette vil jeg gjøre ved hjelp av analysemodellen «Profile of Organizational Characteristics» (Burrell og Morgan, 1979). Se figur 3.



Organizations A, B, and C illustrate congruent, and D illustrates incongruent relations among systems and environment

Figur 3 - Profile of Organizational Characteristics

Kjennetegnene for miljøet til bedriftshelsetjenesten kan beskrives som turbulent og uforutsigbart. De markedsmessige endringene har vært positive for bransjen. Store endringer i arbeidslivet krever at bedriftshelsetjenesten er omstillingsdyktig og holder seg oppdatert. Bedriftshelsetjenesten må også ha et større fokus på kjernevirksomheten fremover og det er et behov for å stramme inn dagens regelverk når det gjelder hvilke tjenester bedriftshelsetjenesten skal tilby. Dette fremheves både i de gjennomførte evalueringene og i mine resultater.

Når det gjelder de strukturelle forholdene er statisk bransjeforskrift og et uklart lovverk aktuelt å nevne. Bedriftshelsetjenesten opererer i mange tilfeller utenfor lovverket og i strid med det som var intensjonen med bedriftshelsetjenesten. Menneskelig/kulturelt delsystem viser at det er høy tillit og gode relasjoner mellom ansatte og kunder, det er god fagkunnskap i bransjen og det tverrfaglige samarbeidet er svært positivt. Når det gjelder delsystemet strategi så mangler bransjen en bransjeforening og dermed også en strategisk plattform for videre utvikling og samhandling i bransjen og for en felles dialog med myndighetene.

Analysen indikerer at det ikke er et sammenfall mellom de organisasjonsmessige delsystemene og det er heller ikke et sammenfall i forhold til et turbulent og uforutsigbart miljø. Det at den strategiske posisjonen og de strukturelle forholdene ikke er tilpasset miljøet eller det menneskelige/kulturelle delsystemet, gjør at bransjen ikke fungerer optimalt. Det er behov for å gjennomføre strukturelle endringer for å kunne gjenopprette balansen til miljøet og mellom delsystemene.

5.5.4 Bedriftshelsetjenesten i et utviklingsperspektiv

I dette kapitlet vil jeg foreslå nødvendige strukturelle endringer for bedriftshelsetjenestebransjen. Deretter vil jeg knytte de foreslåtte endringene opp imot problemstillingen i oppgaven: Bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring.

Morgan (2004) beskriver: «Oppgaven å få til vellykket organisasjonsendring og utvikling vil ofte være påvirket av vår evne til å bringe de viktigste størrelsene nærmere hverandre. Det vil

som oftest være en forutsetning at man klarer å gjøre organisasjonen skikket til å møte utfordringer i sitt miljø». Størrelsene, som Morgan viser til, er delsystemene beskrevet i analysemodellen «Profile of Organizational Characteristics».

For at bedriftshelsetjenesten skal kunne tilpasse seg endringene i miljøet og oppnå sammenfall i forhold til de ulike delsystemene, er det aktuelt med to strukturelle tiltak.

Det første tiltaket som skiller seg er behovet for en bransjeforening. Det å opprette en bransjeforening vil hjelpe til med å bringe delsystemene strategisk, strukturelt og menneskelig/kulturelt nærmere hverandre. Dermed vil bedriftshelsetjenesten kunne møte utfordringene i sitt miljø. Nå er det opp til hver enkelt bedriftshelsetjeneste å definere dette.

Det andre tiltaket er å gå gjennom og revidere lov og forskrift, som definerer bedriftshelsetjenesten. Bransjeforskriften er lite fleksibel, lovverket er vagt og intensjonen med bedriftshelsetjenesteordningen er ikke lenger oppfylt. Gitt dagens situasjon er det helt klart nødvendig å gjøre en gjennomgang. Ved å gjøre en strukturell endring i delsystemene, strategisk og strukturelt, vil det være mulig å oppnå sammenfall mellom dem og dermed gjenopprette balansen i forhold til miljøet.

Problemstillingen i denne oppgaven er som følger: Bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring og hvordan dette påvirker ansatte og kunder i bedriftshelsetjenesten. Informantene i denne oppgaven, ansatte og kunder, blir påvirket av at bedriftshelsetjenesten har sitt virke i et arbeidsliv i endring. De beskriver forhold som fungerer bra og utfordringer. Informantene beskriver gode relasjoner og tillit mellom kunder og ansatte. Bedriftshelsetjenesten oppleves som et lavterskeltilbud i forhold til oppfølging på HMS-området. Kundene opplever at bedriftshelsetjenesten har god fagkunnskap og fremhever det tverrfaglige samarbeidet mellom fagprofesjonen internt i tjenesten som positivt. Kunder og ansatte peker spesielt på utfordringer når det gjelder bedriftshelsetjenesten sin bistand til virksomhetene, som beveger seg innenfor og utenfor lovverket. Gråsonerområdene eller mellomsegmentet når det gjelder salg av tilleggstjenester, som ligger utenfor den bistand som er definert i lovverket, defineres som den største utfordringen for bransjen av kunder og ansatte. Dette henger tett sammen med

en bransjeforskrift som oppleves lite fleksibel og ikke tilpasset et arbeidsliv i endring. Rollen som fri og uavhengig rådgiver fra bedriftshelsetjenesten er også under press i forhold til salg av tilleggstjenester. Kundene beskriver tilfeller der det har vært utfordringer med manglende rolleforståelse hos den ansatte i bedriftshelsetjenesten i forhold til rollen som fri og uavhengig rådgiver. Funnene i denne oppgaven støtter i store deler opp under den empiriske tilnærmingen som er valgt i forhold til evalueringer av bedriftshelsetjenesten fra 2016 og 2018. Molander et al. (2018) understreker at hovedvirkemiddelet for å bistå bedrifter i dette arbeidet i Norge er bedriftshelsetjenesten. For at bedriftshelsetjenesten skal være i stand til å løse dette samfunnsoppdraget er det: «...viktig at bedriftshelsetjeneste har relevant kompetanse og en innretning på sine tjenester» (s.17).

Hovedutfordringen er at det er et manglende fokus på samfunnsoppdraget bedriftshelsetjenesten er satt til å forvalte. De uklare grenseoppgangene i forhold til lov, forskrift og kjernevirksomhet er også problematisk. Det å opprette en bransjeforening og det å gå gjennom og revidere lov og forskrift er nødvendige tiltak for at bedriftshelsetjenesten som bransje skal kunne tilpasse seg et arbeidsliv i endring.

6. Konklusjon

Temaet i denne oppgaven er å se nærmere på bedriftshelsetjeneste som bransje og hvordan bransjen kan tilpasse seg et arbeidsliv i endring. Resultatene i denne oppgaven støtter delvis opp under teori og empiri i forhold til ansattes og kundenes synspunkter på et arbeidsliv i endring.

Problemstillingen i denne oppgaven er bedriftshelsetjenesten i et arbeidsliv i endring og hvorvidt dette påvirker ansatte og kunder i bedriftshelsetjenesten. Informantene i denne oppgaven, ansatte og kunder, blir påvirket av at bedriftshelsetjenesten fungerer i et arbeidsliv i endring. Informantene beskriver flere faktorer som fungerer bra, blant annet gode relasjoner og tillit mellom virksomheter og bedriftshelsetjeneste, samt at ansatte i bedriftshelsetjenesten har god fagkunnskap. Den største utfordringen, som kunder og ansatte peker på, er salg av tjenester som ligger utenfor de lovpålagte oppgaver som bedriftshelsetjenesten skal bistå virksomheten med.

Hovedutfordringen, som pekes på i denne oppgaven, er det manglende fokus på samfunnsoppdraget bedriftshelsetjenesten er satt til å forvalte. En utfordring for bransjen er de uklare grenseoppgangene i forhold til lov, forskrift og kjernevirksomhet. Et nødvendig tiltak som skisseres, vil være å opprette en bransjeforening. I tillegg er det nødvendig med en gjennomgang og revisjon av lov og forskrift for at bedriftshelsetjenesten som bransje skal kunne tilpasse seg et arbeidsliv i endring.

7.Referanser

Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern. (LOV-2005-06-17-62) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Arbeidstilsynet (14.desember, 2018) bedriftshelsetjeneste (bedriftshelsetjeneste). Hentet fra <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/roller-i-hms-arbeidet/bedriftshelsetjeneste/>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Hentet fra: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1191/1478088706qp063oa>

Burrell, G. and Morgan, G. (1979) *Sociological Paradigms and Organizational Analysis*. Great Britain: Heinemann Educational Books

Burke, W.W (2014) *Organization Change Theory and Practice*. USA: SAGE Publications, Inc.

Burns, T. & Stalker, G. M. (1966). *The Management of Innovation* (3.utg). London: Tavistock Publications Limited

Clegg, S., Kornberger, M. og Pitsis, T. (2011) *Managing & Organizations. An Introduction to Theory and Practice*. (3.utg). London: SAGE Publications Ltd

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving* (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademiske

Donaldson, L. (2001) *The Contingency Theory of Organizations*. California, USA: SAGE Publications, Inc.

Finansdepartementet. (2017). Perspektivmeldingen 2017 (Meld. St. 29 (2016-2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-29-20162017/id2546674/sec1>

Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning (2011). Forskrift av 2011 hefte 1. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.

Hauglie, A. (2018). Arbeidsmiljø på dagsorden. *Arbeid og Helse*, Årsmagasinet 2018, s.5

Johannessen, A., Tufte, P. A., og Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern MV. (Arbeidsmiljøloven). (2015). *Lov av 17.juni 2005* (7.utg.). Oslo: Gyldendals Akademiske

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS

Mandal, R., Dyrstad, K., Melby, L., Midtgård, T. (2016) *Rapport Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge*. SINTEF. Arbeids og sosialdepartementet

Mason, J. (2002) *Qualitative Researching*. (2nd edition). London: SAGE Publications Ltd.

Molander, P., Grasdahl, A. L., Eriksen, H. R., Sletmo, K., Jensen, J. (2018) *Hva bør skje med bedriftshelsetjeneste? En fremtidsrettet bedriftshelsetjeneste med fokus på kjerneoppgaver. Rapport fra uavhengig ekspertgruppe*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/asd/org/nemnder-styrer-rad-og-utvalg/midlertidige-nemnder-rad-og-utvalg/ekspertgruppe-for-bedriftshelsetjenesten-bedriftshelsetjeneste-i-norge/id2602220/>

Morgan, G. (2004) *Organisasjonsbilder. Innføring i organisasjonsteori*. (1.utg). Oslo. Gyldendal Akademisk

Natvig, H. og Thiis-Evensen sen., E. (1989). *Arbeidsmiljø og helse. Yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge* (2.utg.). Oslo: a.s Joh. Nordahls Trykkeri

Nasjonal Statistikk om arbeidsmiljø og -helse (2015): *NOAs faktabok 2015*. Hentet fra: <https://stami.no/arbeidsmiljo-og-helse-i-norge-2015/>

NOU 2016: 3. (2016). *Ved et vendepunkt. Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi. Produktivitetskommisjonens andre rapport*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-3/id2474809/>

Rathe, L., Andersson, S.T & Holbæk-Hanssen, J. (2017) *bedriftshelsetjenesteordningen- pris og kontakt* (Ipsos Rapport) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/bedriftshelsetjenesteordningen--pris-og-kontakt/id2581480/>

Regjeringen (2018,14. desember) Nett-tv: Seminar om bedriftshelsetjenesteordningen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/onsker-bedre-treffsikkerhet-i-bedriftshelsetjenesten/id2603565/>

Regjeringen (2017) Pressemelding: Vil gjennomgå bedriftshelsetjenesteordningen. Mandat for ekspertgruppen for gjennomgang av bedriftshelsetjenesten.

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/vil-gjennomga-bedriftshelsetjenesteordningen/id2538419/>

Schiefloe, P.M. (2011) *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*. (2.utg)
Bergen: Fagbokforlaget

Schiefloe, P. M. (2018). *Analyzing and developing organizations: The Pentagon approach*.
Trondheim: NTNU Social Research - Studio Apertura. NTNU Samfunnsforskning AS.

Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (4.utg).
Bergen: Fagbokforlaget

8. Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Informasjonsskriv informanter intervju 2018 og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet ” bedriftshelsetjenesten i endring”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Formålet er å se på utfordringer og muligheter for bedriftshelsetjenesten. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Forskningsspørsmål

Dette er en kvalitativ studie i forbindelse med en mastergrad i organisasjon og ledelse ved NTNU. Jeg tar en spesialisering i innovasjon og endringsledelse.

Mine forskningsspørsmål er som følger: Hvordan kan bedriftshelsetjenesten organisere seg, nå og fremover, for best å tilpasse seg norsk arbeidsliv? Hvilke oppgaver skal ansatte i bedriftshelsetjenesten prioritere, og hva slags tilbud er det ønskelig at de gir?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for sosiologi og statsvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å snakke med deg enten fordi du jobber i en bedriftshelsetjeneste eller fordi du er virksomhetens kontaktperson mot bedriftshelsetjenesten. Jeg har i denne studien valgt gjennomføre gruppeintervju i tre bedriftshelsetjenester i Trondheim og individuelle intervjuer med 3 kontaktpersoner (HR/HMS/Personal etc.) i virksomheter som er medlem i bedriftshelsetjenesten.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dette er en kvalitativ studie der jeg har valgt å bruke intervju som metode. Intervjuene vil gjennomføres på opptil 1 time for de individuelle intervjuer og noe lengre max 1, 5 time for gruppeintervju. Jeg vil benytte lydopptak og gjøre notater under intervjuene.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli fjernet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrevet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun meg som student og min veileder Per Morten Schiefloe ved institutt for sosiologi og statsvitenskap som vil ha tilgang på dette materialet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes februar 2019. Lydopptak og skriftlig materiale vil da bli slettet.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Student

Heidi Hiller Hoftun

heidihillerhoftun@gmail.com

Mob: 99 53 46 79

Veileder

Per Morten Schiefloe

per.morten.schiefloe@ntnu.no

Professor i sosiologi

Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*bedriftshelsetjenesten i endring*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. februar 2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervju med HMS/HR bedrift

Før intervjuet starter

- Takker så mye for deltagelse
- Introduksjon av meg selv og prosjektet
- Bruk av båndopptaker - er det i orden?
- Det er frivillig å delta, og du kan la være å svare på det du vil. Du kan når som helst trekke deg uten å forklare hvorfor.
- Konfidensialitet – svarene vil bli aidentifisert slik at verken person eller bedrift blir kjent igjen i den ferdige oppgaven. Kun jeg og veileder som har tilgang til personidentifiserbar informasjon.
- Gi ut informasjonsskrivet og be om underskrift. - Er det noe informantene lurer på før intervjuet starter?
- Intervjuet er tenkt å vare ca. 1 time.

Innledning:

Introduksjonsspørsmål:

- 1) Hva tenker du når du hører ordet bedriftshelsetjeneste?
- 2) Kjenner du til evalueringene som nylig er gjennomført i forhold til bedriftshelsetjeneste ordningen?

Fakta spørsmål:

- 3) Hvor lenge har du jobbet med HMS/HR-relaterte oppgaver?
- 4) Hvor godt kjenner du til bedriftshelsetjenesten og den bistand vi kan gi?
- 5) Hvor lenge har bedriften hatt avtale med bedriftshelsetjenesten?

Overgangsspørsmål:

- 6) Hvilke utfordringer opplever du at din bedrift har i forhold til HMS?
- 7) Opplever du/dere at bedriftshelsetjeneste leverer relevante og nyttige tjenester i forhold til deres behov?
- 8) Hvilken bistand/tjenester benytter eller har dere benyttet dere av hos bedriftshelsetjeneste?

Nøkkelspørsmål:

Hva er erfaringene med dagens bedriftshelsetjeneste-ordning?

- 9) Hva fungerer godt med dagens ordning?
- 10) Hvilke utfordringer har dagens ordning?
- 11) Er tjenestene som tilbys relevante sett ut fra et forebyggingsperspektiv?
- 12) Hva slags kompetanse trenger virksomhetene(dere) for å kunne bestille risikobaserte og forebyggende tjenester og tiltak fra bedriftshelsetjeneste?

Rolle

- 13) Bedriftshelsetjenesten skal ha en fri og uavhengig rolle i sin bistand til virksomheten. Er dette viktig?
- 14) Hvordan opplever du rollen til bedriftshelsepersonell som bistår dere i virksomheten?
- 15) Har du noen ganger opplevd utfordringer i forhold til utøvelse av denne rollen i virksomheten?
- 16) Hva tenker du i forhold til ansvarsforholdet mellom virksomhet(arbeidsgiver) og bedriftshelsetjeneste slik det fungerer i dag?
- 17) Hvilken rolle mener du dere som virksomhet bør ha i forhold til å bruke bedriftshelsetjenesten og følge opp samarbeidet?
- 18) I en evaluering av bedriftshelsetjenesten som nylig er gjennomført har bedriftshelsetjenestene i Norge blitt kritisert for at vi tilbyr generelle helsetjenester og tilleggstjenester? Hva tenker dere om det?

Bedriftshelsetjenesten i fremtiden

- 19) Hvordan kan en fremtidig bedriftshelsetjeneste-ordning organiseres for på best mulig måte ivareta fremtidens arbeidsliv og arbeidsmiljøutfordringer? (stikkord: Teknologisk utvikling, hyppige omstillinger, effektivisering(høykostland), robotisering/automatisering).
- 20) Hvilke typer oppgaver skal bedriftshelsetjeneste ivareta i fremtiden? (ekspertutvalget peker på en økt risiko i forhold til psykisk helse i tillegg til de fysiske som muskel og skjelettplager)
- 21) Forslag til en "ny/annen" organisering av bedriftshelsetjeneste i fremtiden?

Avsluttende spørsmål

- Er det noe du vil legge til som du føler er relevant for det vi har snakket om?
- Har du noen spørsmål om det vi har snakket om eller noe annet i forbindelse med intervjuet?

Intervjuguide gruppeintervju bedriftshelsetjenesten

Før intervjuet starter

- Takker så mye for deltagelse
- Introduksjon av meg selv og prosjektet
- Bruk av båndopptaker - er det i orden?
- Det er frivillig å delta, og du kan la være å svare på det du vil. Du kan når som helst trekke deg uten å forklare hvorfor.
- Konfidensialitet – svarene vil bli aidentifisert slik at verken person eller bedrift blir kjent igjen i den ferdige oppgaven. Kun jeg og veileder som har tilgang til personidentifiserbar informasjon.
- Gi ut informasjonsskrivet og be om underskrift. Er det noe informanten lurer på før intervjuet starter?
- Intervjuet er tenkt å vare max 1,5 timer

Åpningsfasen:

- 1) Hvor lenge har dere jobbet i bedriftshelsetjenesten?
- 2) Hvilken fagbakgrunn har dere? Og hva jobber dere med nå?

Introduksjonsfasen:

- 3) Kjenner dere til evalueringene som er gjort av bedriftshelsetjenesteordningen? Hva tenker dere om denne?

Nøkkelspørsmål:

Hva er erfaringene med dagens bedriftshelsetjeneste-ordning?

- 4) Hva fungerer godt med dagens ordning?
- 5) Hvilke utfordringer har dagens ordning?
- 6) Er tjenestene som tilbys relevante sett ut fra et forebyggingsperspektiv?

- 7) Er det samsvar mellom de risikoforhold som utløser bedriftshelsetjeneste-plikten og de tjenester som leveres innenfor den lovpålagte rammen? Gi gjerne eksempler som taler for og imot samsvar mellom risiko og bedriftshelsetjeneste-plikten
- 8) Hva er i så fall årsakene til at bedriftshelsetjeneste-ene tilbyr slike supplerende tjenester/tilleggstjenester?
- 9) Hva slags kompetanse trenger virksomhetene for å kunne bestille risikobaserte og forebyggende tjenester og tiltak fra bedriftshelsetjeneste?

Er det forhold som kan bli bedre i dagens bedriftshelsetjeneste-ordning?

- 10) Har dere forslag til tiltak og endringer som vil kunne gi bedre tjenester og effekt?
- 11) Er det forhold ved dagens bedriftshelsetjeneste-ordning og praksis som det vil være uhensiktsmessig og evt. kontraproduktivt å endre?

Rolle

- 12) Hvordan opplever dere rollen som en representant for bedriftshelsetjenesten ute i virksomhetene?
- 13) I hvilken grad føler dere at dere håndterer rollen som fri og uavhengig aktør i vår bistand i virksomhetene?
- 14) Er det noen utfordringer i forhold til denne rollen?
- 15) Har dere reflektert over vår rolle i forhold til ekspertgruppen sin bekymring rundt salg av tilleggstjenester og generelle helsekontroller?
- 16) Hva tenker dere om vår rolle mot virksomhetene i fremtiden. Bør den endres? Bør vi fortsatt være fri og uavhengig?
- 17) Hva tenker dere om ansvarsforholdet mellom virksomheten(arbeidsgiver) og bedriftshelsetjenesten

Bedriftshelsetjeneste i fremtiden-hvordan kan vi organisere oss?

- 18) Hvordan kan en fremtidig bedriftshelsetjeneste-ordning organiseres for på best mulig måte ivareta fremtidens arbeidsliv og arbeidsmiljøutfordringer? (stikkord: Teknologisk utvikling, hyppige omstillinger, effektivisering(høykostland), robotisering/automatisering).

19) Hvilke typer oppgaver skal bedriftshelsetjeneste ivareta i fremtiden? (risikoer i det fysiske arbeidsmiljøet er fortsatt svært fremtredende i forhold til muskel og skjelettplager, men risikoer i forhold til psykisk helse og psykososialt arbeidsmiljø er også en utfordring i mange virksomheter)

20) Forslag til en "ny/annen" organisering av bedriftshelsetjeneste i fremtiden?

Avsluttende spørsmål

- Er det noe du vil legge til som du føler er relevant for det vi har snakket om?
- Har du noen spørsmål om det vi har snakket om eller noe annet i forbindelse med intervjuet?

