

FoU-rapport nr. 5/2002

Ta styringen på bedriftshelse- tjenesten

Håndbok i økonomistyring

Liv Bente Hannevik Friestad og May-Linda Magnussen

Tittel	Ta styringen på bedriftshelsetjenesten. Håndbok i økonomistyring
Forfattere	Liv Bente Hannevik Friestad og May-Linda Magnussen
Rapport	FOU-rapport nr. 5/2002
ISBN-nummer	82-7602-075-5
ISSN-nummer	0808-8198
Trykkeri	Edgar Høgfeldt, 4626 Kristiansand
Pris	

Bestillingsinformasjon

Utgiver

Agderforskning
Serviceboks 415,
N-4604 Kristiansand

Telefon	38 14 22 00
Telefaks	38 14 22 01
E-post	post@agderforskning.no

Hjemmeside	http://agderforskning.no
------------	---

L:\UTKO\FoU\1-Projektsamling til ks.no (ikke
flyttes)\Rapporter\2001\011009_BHT-rapport KS.doc

Forord

Den foreliggende håndbok er utarbeidet i som et resultat av prosjektet: "Bedriftshelsetjenesten i kommunene - optimal ressursbruk. En sammenlikning av BHT i 4 utvalgte kommuner". Formålet med prosjektet har vært å frem-skaffe styringsdata slik at kommunene skulle bli bedre i stand til å utforme en mer optimal BHT. Dette har man søkt oppnådd ved at 1 til 2 representanter fra hver kommune har deltatt i en arbeidsgruppe hvor formålet med arbeidet var at deltakerne skulle:

- få kunnskap om omfang av og kostnader knyttet til BHT i egen og andre kommuner,
- tilegne seg kunnskap om nytte/kvalitet knyttet til ulike modeller for BHT,
- lære seg en metode som også kan anvendes ved tilsvarende vurdering av andre tjenester.

Prosjektet hadde også som formål å lage den foreliggende håndbok for vurdering av BHT i kommunene basert på kunnskaper og erfaringer fra prosjektarbeidet.

Fokus i håndboken er hvordan man skal kunne vurdere den bedriftstjenesten man til enhver tid har med hensyn til om nytten står i forhold til kostnadene. Vi har utviklet og testet ut et forslag til hvordan et slikt arbeid konkret kan gjennomføres. På basis av en konkretisering av hvordan de ulike deltjenester i BHT kan måles, hva som er kostnadene knyttet til de ulike deltjenestene og en systematisk innhenting av ansattes og lederes vurdering av nytten av de ulike deltjenester, har man et informasjonsgrunnlag som kan brukes i styringen av bedriftshelsetjenesten i kommunene. Metoden som brukes for å vurdere kostnader og organisering opp mot hva man får igjen for pengene, kan også brukes for tilsvarende vurderinger av andre tjenesteområder innenfor offentlig eller privat virksomhet.

Kommunenes Sentralforbund har finansiert prosjektet. Radøy, Fjell, Tysvær og Klepp kommuner har deltatt og bidratt i prosjektet med data, kunnskaper, tid og reiseutgifter for representantene i prosjektgruppen. Fra kommunene har følgende personer deltatt i prosjektgruppen: Personalkonsulent Margunn Landro og hovedverneombud Roy Erik Hansen fra Fjell kommune, personalsjef Jan Arvid Børnes og økonomisjef Viggo Johansen fra Klepp kommune, personal- og organisasjonssjef Lars Furlund fra Tysvær kommune og

personalkonsulent Kjetil Morken fra Radøy kommune. I tillegg har personal-sjef Ivar Sandgren fra Fjell kommune og HMS-leder Anne Tone Salte Andersen fra Tysvær kommune deltatt i noen av prosjektgruppemøtene. Agderforskning har gjennomført det faglige arbeidet i prosjektet. Liv Bente Hannevik Friestad, forsker og samfunnsøkonom, har vært prosjektleder. May-Linda Magnussen, forsker og sosiolog, har vært prosjektmedarbeider og har gjennomført fokusgruppene. Kapittel 7 er skrevet av henne, det øvrige av Liv Bente H. Friestad. Karl Robertsen, 1. amanuensis ved Høgskolen i Agder, har vært kvalitetssikrer for prosjektet.

Håndboka er skrevet slik at sammendraget i kapittel 1 kan brukes som mal for kommuner eller andre virksomheter som ønsker innspill for å etablere egne systemer og rutiner for vurdering av og oppfølging av bedriftshelsetjenesten. Kapittel 2 omhandler prosjektets bakgrunn og formål. Det gis en kort presentasjon av de kommunene som har vært med i prosjektet samt hvordan de har organisert bedriftshelsetjenesten. kapittel 1 refererer noe av regelverket knyttet til verne- og helsepersonale i virksomhetene. I kapittel 1 finnes det teoretiske grunnlag for prosjektet samt en drøfting av hvilke styringsmessige utfordringer kommunene og andre virksomheter står overfor med hensyn til utforming og oppfølging av bedriftshelsetjenesten. I dette prosjektet har man brukt Benchmarking som metode ved vurdering av nytte og kostnader. Kapittel 1 gir en kort beskrivelse av denne metoden. I kapittel 6 og 7 finnes en praktisk tilnærming til hvordan kommunene kan finne fram til konkrete kunnskaper om kostnader og nytte. I kapittel 1 gis en oppsummering fra samtaler med en gruppe ansatte (fokusgrupper) i de fire kommunene. Alle deltakerne i disse samtalene har lest gjennom det som er referert fra samtalene og gitt sin tilslutning til at dette kan publiseres. Kapittel 1 gir tips om forhold som må vurderes ved bestilling av bedriftshelsetjenester og forhold som bør være med i en konkret avtale om levering av bedriftshelsetjenester fra en ekstern eller en internt BHT-leverandør.

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	I
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	III
TABELLOVERSIKT	IV
FIGURLISTE	IV
1 Å UTFORME EN MER OPTIMAL BHT – EN OPPSUMMERING	1
1.1 Styringsmessige utfordringer	2
1.2 Om deltjenester og kostnadene - en praktisk tilnærming.....	6
1.3 Om nytten av BHT	8
1.4 Om forholdet til BHT leverandøren.....	10
2 BAKGRUNN OG FORMÅL	13
2.1 De fire kommunene i prosjektet.....	14
3 BEDRIFTSHELSETJENESTEN	17
3.1 Tre modeller for BHT	18
4 STYRINGSMESSIGE UTFORDRINGER I BEDRIFTSHELSETJENESTEN.....	21
4.1 Deltjenestene i BHT.....	21
4.2 Styringsmessige utfordringer på tilbudssiden	27
4.3 Styringsmessige utfordringer på etterspørselssiden	30
4.4 Oppsummering - optimal utforming av bedriftshelsetjenesten...	32
5 BENCHMARKING	37
5.1 Benchmarkingsprosessen.....	37
6 DELTJENESTER OG KOSTNADER.....	39
6.1 Bedriftshelsetjenestens deltjenester.	39
6.2 Kommunenes deltjenester og kostnader	41
6.3 Totale og fordelte kostnader	43
7 NYTTE AV TJENESTENE	49
7.1 Ulike metoder for innhenting av informasjon om nytten.....	49
7.2 Vårt metodevalg: fokusgrupper	53
7.3 ”Resultatene” fra fokusgruppene	57
7.4 Nytte?.....	66
8 PRAKTISK UTFORMING OG OPPFØLGING AV BEDRIFTSHELSETJENESTEN	69
LITTERATURLISTE	73
FOU INFORMASJON.....	75

Tabelloversikt

Tabell 6-1: Deltjenester i kommunene, høsten 2001.	42
Tabell 6-2: Kommunenes utgifter til BHT i 2001 i 1000 kroner fordelt etter deltjeneste, og om tjenesten er produsert internt eller kjøpt eksternt....	43
Tabell 6-3: BHT-utgifter per ansatt i kroner, 2001.....	45

Figurliste

Figur 4-1: Bedrifthelsetjenesten, deltjenester og karakteristika.....	22
Figur 4-2: Optimal tilpasning intern BHT	24
Figur 4-3: Optimal tilpasning eksternt kjøpte deltjenester.....	26

1 Å utforme en mer optimal BHT – en oppsummering

Dette prosjektet startet opp som en konsekvens av at en kommune hadde stilt spørsmål ved sin egen bedriftshelsetjeneste. Konkret var spørsmålet: Står nytten av vår bedriftshelsetjeneste i forhold til kostnadene? En metode for å vurdere bedriftshelsetjenesten ble etterlyst og fordi problemstillingen viste seg å ha generell interesse ble et prosjekt satt i gang. Formålet med prosjektet var å fremskaffe styringsdata slik at kommunene kan bli i stand til å utforme en mer optimal bedriftshelsetjeneste. Radøy, Fjell, Tysvær og Klepp kommuner har deltatt i prosjektet. Ved prosjektstart valgte man følgende metode for å nå dette målet:

1. 1 til 2 representanter fra hver kommune deltar i en arbeidsgruppe.
2. Deltakerne tilegner seg kunnskap om omfang og kostnader knyttet til BHT i egen og andre kommuner.
3. Deltakerne tilegner seg kunnskap om nytte/kvalitet knyttet til ulike modeller for BHT.
4. Det lages en håndbok for BHT i kommunene basert på kunnskaper og erfaringer fra prosjektarbeidet. Det er et praktiske siktemål i prosjektet å øke bestillerkompetansen hos de i kommunen som har ansvar for bedriftshelsetjenesten.

De fire kommunene representerte ved prosjektstart tre prinsipielt ulike måter å organisere bedriftshelsetjenesten på. Tysvær hadde, og har fortsatt, en internt organisert bedriftshelsetjeneste, i Tysvær kalt HMS. Fjell kommune hadde, og har fortsatt, en avtale med en ekstern BHT-leverandør om leveranse av tjenester innenfor en avtalt budsjettamme. Alle ansatte både i Fjell og Tysvær omfattes av ordningen. Klepp og Radøy kommuner kjøpte ved prosjektstart bedriftshelsetjenester fra en ekstern BHT-leverandør og betalte et avtalt beløp per innmeldt ansatte. I Klepp var alle ansatte innmeldt i ordning, I Radøy var kun de innmeldt som skulle ha tjenesten etter forskriften (FOR 1989-06-08 nr. 914). Fra 1/1-2002 har begge disse kommuner gått over til en tilsvarende ordning som Fjell kommune.

I denne sammenhengen analyserer vi bedriftshelsetjenesten som en tjeneste bestående av en rekke deltjenester, for eksempel pålagte helseundersøkelser, kurs i løfteteknikk og AKAN-arbeid. Til sammen utgjør de ulike deltjenestene kommunens bedriftshelsetjeneste.

1.1 Styringsmessige utfordringer

Enten bedriftshelsetjenesten kjøpes eksternt eller er organisert internt, er det hensiktsmessig å se på tilbud og etterspørsel etter tjenestene som en bestiller - utfører relasjon. Bestillerrollen kan innehas av personalavdeling, personal-sjef, rådmann eller andre. Utfører-rollen har den eksterne BHT-leverandør eller en intern avdeling. Både for eksternt og internt organisert bedriftshelsetjeneste er det noen styringsmessige utfordringer knyttet til utformingen av tjenesten. Dette er utfordringer knyttet til utformingen av "bestillingen", det vil si styringsmessige utfordringer på etterspørselssiden, og det er styringsmessige utfordringer knyttet til tilbudet av bedriftshelsetjenester. Disse siste gjelder i første rekke for de virksomheter som har ansatt eget verne- og helsepersonale, men problematikken er også tilstede hos eksterne tilbydere og det kan være nyttig for kommunene å ha kunnskaper om den.

1.1.1 Utfordringer på etterspørselssiden

På etterspørselssiden, bestillers side, er utfordringen primært knyttet til følgende forhold: For det første kan deltjenester som leveres av bedriftshelsetjenesten ha en karakter av normale private goder. Ettersom bedriftshelsetjenester normalt tilbys gratis til de ansatte, kan etterspørselen fra de ansatte etter noen av deltjenestene være høyere enn det som er optimalt for kommunen. Dette medfører at man får et styringsmessig problem med hensyn til å holde igjen på etterspørselen etter slike deltjenester.

Et motsatt problem er det dersom etterspørselen fra de ansatte er mindre enn det som anses som optimalt fra ledelsens side. Da vil styringsproblemet være knyttet til å finne egnede virkemidler for å oppnå den ønskede bruk av bedriftshelsetjenesten. Det kan for eksempel være aktuelt å ta i bruk pålegg om deltakelse eller belønningssystemer.

Det tredje styringsproblemet på etterspørselssiden er knyttet til at de som bestiller tjenesten har gode og relevante kunnskaper om behovet for bedriftshelsetjenester og nytten av dem. Å framskaffe slike kunnskap, og ikke minst sikre at den eller de som har bestillerfunksjonen bruker den optimalt, er en stor styringsmessig utfordring. I praksis vil gjerne de ansatte i bedriftshelsetjenesten, enten den er intern eller ekstern, være rådgivere i utformingen av tjenesten. Dette kan for eksempel skyldes at bedriftshelsetjenesten er en ekspertdefinert tjeneste (Johnsen, 1997). Det vil si at man må inneha visse kvalifikasjoner for å kunne vurdere tjenestens kvalitet, for eksempel være lege eller fysioterapeut. Dette åpner muligheten for informasjonsasymmetri mellom bestiller og utfører med hensyn til kvaliteten på eller nytten av de ulike deltjenestene. Utfører av tjenesten kan ha incentiver til å øke omfanget av

tjenesten, og også budsjettet, uten at bestiller har de nødvendige forutsetninger for å avsløre at omfanget av tjenesten blir større enn det som er optimalt. Dette gjelder ved internt organisert BHT men kan også forekomme ved forhandlinger om endringer i kontrakt med ekstern BHT. Også her kan samarbeid og sammenlikninger mellom kommuner hjelpe den bestillende kommune til å stille spørsmål ved tjenestens utforming og innhold.

Styringsmessige utfordringer på etterspørselssiden:

1. *Etterspørsel fra ansatte etter en eller flere deltjenester kan være større enn det som er optimalt for kommunen dersom deltjenester er normale, private goder.*
2. *Etterspørselen fra ansatte etter en eller flere deltjenester kan være mindre enn det som anses å være optimalt for kommunen.*
3. *Det finnes et informasjonsproblem. Optimal utforming av bedriftshelsetjenesten forutsetter at ledelsen har korrekt og tilstrekkelig informasjon om nytten av de ulike deltjenester for de enkelte ansatte, grupper av ansatte og arbeidsmiljø totalt sett.*

1.1.2 Utfordringer på tilbudssiden

På tilbudssiden vil de styringsmessige utfordringene være avhengig av om tjenesten produseres internt eller kjøpes eksternt. Dersom tjenesten er organisert internt i kommunen er det styringsmessige utfordringene knyttet til at det kan forekomme X-ineffektivitet i produksjonen (Leibenstein, 1978). X-ineffektivitet er definert som at de faktiske kostnadene er høyere enn de teoretiske minimumskostnadene for en gitt produksjon. X-ineffektivitet kan blant annet være en konsekvens av manglende konkurranse og av opportunistisk adferd fra tjenesteprodusentens side. Opportunistisk adferd er knyttet til utførers mulighet til å holde informasjon om innsatsen i produksjonen skjult for bestiller og det forhold at bedriftshelsetjenesten er en ekspertdefinert tjeneste, det vil si at man må ha arbeidsmedisinske kunnskaper for å kunne vurdere tjenesten fullt ut.

Dersom det er få eksterne leverandører av BHT-tjenester, og konkurransen dermed er liten, kan det også forekomme X-ineffektivitet hos eksterne leverandører. Dette er selvsagt et styringsproblem for den eksterne leverandøren og ikke for kommunen. Det kan imidlertid være hensiktsmessig for kommunen å være klar over at selv om en ekstern leverandør ikke har store overskudd, kan det være forsøket verd å forhandle om pris. Man kan for eksem-

pel henvise til priser som oppnås andre steder i landet, og dermed presse eller motivere den eksterne leverandør til å redusere en eventuell X-ineffektivitet.

Dersom den eksterne leverandøren har mulighet til å skjule informasjon om omfanget av eller kvaliteten på de leverte tjenester for kommunen, er muligheten tilstede for at leverandøren kan ta ut såkalt informasjonsrente (Milgrome and Roberts, 1992). Informasjonsrente er overskudd som bedriften kan ta ut som en konsekvens av informasjonsasymmetri mellom leverandør og mottaker av tjenesten. Det er således en styringsmessig utfordring for kommunen å være presis i forhold til omfang og innhold i tjenesten ved kontraktsinngåelse og dessuten å kontrollere at man mottar tjenester i henhold til avtalen.

Styringsmessige utfordringer på tilbudssiden:

Ved intern organisering av tjenesten er de styringsmessige utfordringer knyttet til:

1. *Muligheten for X-ineffektivitet i produksjonen av de ulike deltjenestene. Særlig ved mulighet for informasjonsasymmetri mellom bestiller (prinsippal) og leverandør (agent) og ved at bestiller ikke alltid har de faglige kvalifikasjoner for å vurdere tjenesten (ekspertvurdert tjeneste).*

Ved kjøp av bedriftshelsetjenester fra eksterne leverandører:

2. *Det kan forekomme X-ineffektivitet i produksjonen. Dette er ikke et styringsproblem for kommunen, men det kan være nyttig å vite om ved kontraktsforhandlinger.*
3. *Det kan forekomme informasjonsrente dersom det er liten konkurranse i markedet.*

Bedriftshelsetjenesten kan oppfattes som en tjeneste bestående av et sett av deltjenester. Deltjenestene er for eksempel helsekontroller, forebyggende virksomhet utført av fysioterapeuter og kursing i løfteteknikk. En optimal bedriftshelsetjeneste forutsetter at de ulike deltjenester leveres til lavest mulig kostnad og at man innenfor et gitt budsjett ikke kan redusere bruken av en deltjeneste og øke bruken av en annen deltjeneste, uten at nytten reduseres. Maksimal nytte for det gitte budsjett har man når grensenytten av den siste krone brukt på hver deltjeneste er lik for alle deltjenester. Ut fra økonomisk teori er det grensekostnadene og grensenytten som er av interesse ved utformingen av en optimal bedriftshelsetjeneste. Grensekostnadene er kostnadene for en ekstra enhet av deltjenesten og grensenytten er ekstranyt-

ten for en enhet til av tjenesten. Dette gir føringer for hvilke data og hvilken informasjon som må være tilgjengelig for kommunene i styringen av bedriftshelsetjenesten.

En mer optimal utforming av bedriftshelsetjenesten forutsetter:

1. *At man har informasjon om de deltjenester som leveres, både med hensyn til innhold i og omfang av deltjenestene.*
2. *Kunnskaper om grensekostnadene eller kostnadsstrukturen for de ulike deltjenester.*
3. *Kunnskaper om grensenytten eller preferansestruktur (totalnytte) for de ulike deltjenester, inklusiv ekspertvurderinger.*

Å finne korrekte grensekostnader og korrekt grensenytte er ikke alltid enkelt. Man må derfor gjøre noen tilpasninger med hensyn til å anvende teorien i en praktisk virkelighet. For den praktiske utforming av en mer optimal bedriftshelsetjeneste kan en sammenlikning av kostnader/priser og innhold i tjenesten fra ulike tilbydere av bedriftshelsetjenester, enten de er eksterne eller interne, være hensiktsmessig. Et alternativ til sammenlikning av ulike tilbydere av bedriftshelsetjenester er å sammenlikne kostnadene for bedriftshelsetjenestene i egen kommune med tilsvarende i andre kommuner. Det har vi valgt i dette prosjektet fordi det også er av interesse å sammenlikne kostnadene for ulike måter å utforme bedriftshelsetjenesten på.

Å utforme en optimal bedriftshelsetjeneste er neppe mulig. Å utforme en mer optimal bedriftshelsetjeneste ved å øke kunnskapen om både kostnadene og nytten av de ulike deltjenester, tror vi er mulig. Kunnskaper om kostnader og en systematisk evaluering av hva man får igjen for de midler man bruker på de ulike deltjenester, er en forutsetning for styring i retning av en mer optimal bedriftshelsetjeneste. Behovene for de ulike deltjenester endres over tid, og arbeidslivsforskningen resulterer i ny kunnskap om fare for yrkesskader og muligheter for å forebygge slike. Disse forhold vil igjen føre til at sammensetningen av deltjenester som er optimalt innenfor en gitt budsjett-ramme kan endres. En jevnlig evaluering av nytte i forhold til kostnader for de ulike deltjenester er derfor nødvendig, og kanskje kommer nye deltjenester til. I det følgende presenteres, med utgangspunkt i de tre punkter innrammet over, en praktisk tilnærming til en slik jevnlig evaluering og oppfølging av bedriftshelsetjenesten.

1.2 Om deltjenester og kostnadene - en praktisk tilnærming

Utforming av en mer optimal bedriftshelsetjeneste forutsetter definisjon av hva bedriftshelsetjenesten inneholder av deltjenester og kostnadene knyttet til disse. Sammenlikning av kostnader for deltjenester med tilsvarende kostnader i andre kommuner eller hos andre eksterne leverandører, kan gi indikasjon med hensyn til om tjenestene kan produseres til lavere kostnader. Ut fra teorien er det grensekostnader som er relevante for utformingen av en mer optimal bedriftshelsetjeneste. Fordi det kan være vanskelig å finne fram til hvordan grensekostnadene endres med endringer i tjenesteomfang, har vi gjort en praktiske tillemping og bruker gjennomsnittskostnader¹, samt en vurdering av om gjennomsnittskostnadene er fallende, stigende eller konstante. Arbeidet med å definere deltjenester og fremskaffe kostnadsdata om bedriftshelsetjenesten kan deles i 5 trinn:

Trinnene i kostnadsanalysen:

1. Hva er deltjenestene? Bedriftshelsetjenesten deles opp i deltjenester som det siden skal knyttes både kostnader og nytte til.
2. Hvordan måle deltjenestene? Leveres deltjenestene som antall timer, antall besøk, antall konsultasjoner, antall rapporter eller hvordan?
3. Total og gjennomsnittskostnader. De totale kostnadene fordeles på de ulike deltjenester. Dersom man har data for omfanget av de ulike deltjenester kan gjennomsnittskostnader beregnes.
4. Hva påvirker kostnadene? Neste trinn vil være å drøfte hvilke forhold eller aktiviteter som påvirker kostnadene for de ulike deltjenester og eventuelt splitte kostnadene for de ulike deltjenester på disse
5. Grensekostnader. Det bør drøftes om gjennomsnittskostnadene er konstante eller om en ekstra enhet av en deltjeneste vil koste mer eller mindre enn gjennomsnittet av de forrige. Dersom gjennomsnittskostnaden ikke er konstant bør grensekostnad, kostnad for den (de) neste enhet(er), beregnes.

I en sammenlikning av kostnader mellom kommunene er det viktig at alle kostnader tas med enten tjenesten er intern eller ekstern. Det gjelder både det som betales til eksterne BHT-leverandører og alle kostnader som påløper internt. Også kostnader knyttet til utlysning av anbud, inngåelse av avtale med

¹ Dette er i tråd med hvordan man også har tillempet teorien til praksis i Kostra (Høverstad og Fürst, 2001) og ASSS-prosjektet (Andresen mfl., 2001).

leverandør av bedriftshelsetjenestene og oppfølging av kontrakten må tas med. Slike kostnader kalles for transaksjonskostnader (Marsh 1998).

Underveis i prosjektet har de fire kommunene gjennomført de fem punktene i rammen over samt samlet inn informasjon om nytten av bedriftshelsetjenesten. Når det gjelder punkt 1 over, hva er deltjenestene, drøftet kommunene seg fram til at følgende deltjenester inngår i bedriftshelsetjenesten:

Deltjenester i bedriftshelsetjenesten

- *Medspiller i kartlegging, psykososialt, risikofaktorer*
- *Oppfølging av kartlegging*
- *Informere om risikofaktorer*
- *Ergonomi på den enkelte arbeidsplass*
- *Forebygging, av dette:*
 - *Fysisk - eks. løfteteknikk - i forhold til enkeltpersoner, kurs/oppfølging/kvalitetssikring og lignende*
 - *Psykisk - i forhold til enkeltpersoner*
 - *Kursing - i forhold til grupper, f. eks. 40 timers verneombuds-kurs, 1. helps kurs, Ergonomikurs*
- *Pålagte helseundersøkelser*
- *Ikke pålagte helseundersøkelser,*
- *Akan - arbeid*
- *Individuelle behov mht. hjelp v/arb. relaterte skade/sykdom/belastninger (fysiske og psykiske)*
- *Støttespillere i org. utvikling*
- *Lederopplæring*
- *Attføring*
- *Trening - på siden av BHT? Fysioterapi, annen terapi?*

Omfanget av de fleste deltjenestene valgte man å måle i antall timer. I et forsøk på å knytte kostnader til de ulike deltjenestene viste det seg at det var kun Fjell kommune som kunne knytte kostnader til de ulike deltjenester, og det var kun utgifter til den eksterne bedriftshelsetjenesten som kunne fordeles. Det var også bare Fjell kommune som hadde informasjon om omfanget av de ulike deltjenestene. Som indikator for gjennomsnittskostnader ble

BHT-kostnader per ansatt og per medlem i BHT beregnet. De viste til dels store forskjeller mellom kommunene.

1.3 Om nytten av BHT

Nytten av ulike deltjenester og bedriftshelsetjenesten som helhet kan ikke måles på noen presis måte. I en konkret beslutningssituasjon knyttet til omfanget av de ulike deltjenester må man imidlertid gjøre en vurdering av hvor kronene gir mest nytte. Kunnskaper om nytten av deltjenestene og endringer i disse bør de som skal ta beslutningene tilegne seg. Hensikten med de analysene/vurderingene av nytte som vi foreslår her er ikke å finne et eksakt mål for ”nyttensnivå” i den enkelte kommune. Formålet er mer å få indikasjoner om hvordan bedriftshelsetjenestens deltjenester oppfattes av de ansatte, av ledelsen og ikke minst få signaler på områder som kan prioriteres opp eller ned eller forbedres i framtiden. Nytte er her individers oppfatning av de ulike deltjenesters betydning for arbeidsmiljø, egen helse, risiko for yrkesskader/plager og lignende, pluss ekspertvurderte elementer.

Informasjon om nytten av bedriftshelsetjenesten kan kommunen få ved hjelp av ulike metoder, hvorav noen er nevnt under:

Metoder for innhenting av informasjon om nytten:

- *Forskning om effekt av ulike deltjenester.*
- *Målestokker for å vurdere kvaliteten på BHT (f eks ”God BHT”)*
- *Indikatorer/nøkkeltall for arbeidsmiljø*
- *Spørreskjemaundersøkelser blant de ansatte*
- *Intervjuer/samtaler med ansatte*
- *Fokusgrupper. Samtale med en gruppe ansatte og/eller ledere*

En kan se på den forskningen på arbeidsmiljøproblematikk som allerede foreligger og benytte eksisterende målestokker for å måle kvaliteten på bedriftshelsetjenesten (f eks ”God BHT” – www.stami.no). En kan også få supplerende informasjon om nytten av BHT ved å vurdere nøkkeltall for sykefravær totalt og fordelt på kortere og lengre fravær, ”turn-over”, og andre forhold opp mot ulike tiltak og omfang av deltjenestene.

Metodene nevnt over kan brukes som et utgangspunkt for en mer grundig og representativ spørreskjemaundersøkelse blant de ansatte i kommunen. Fordeelen med en slik kvantitativ tilnærming er at man forhåpentligvis får generali-

serbare data. Samtidig kan det være lettere for ansatte å si hva de mener om bedriftshelsetjenesten i en anonym undersøkelse enn i en ansikt-til-ansikt relasjon. En ulempe ved å bruke denne metoden kan være at man ikke spør om de tingene de ansatte mener er viktige og at man ikke lager dekkende svaralternativer.

Kvalitativ metode, som legger mer vekt på utdypende informasjon enn på representativitet, kan også benyttes for å belyse nytten av BHT. Intervju/samtale og fokusgrupper er eksempler på slike metoder. Kommunene kan f.eks. kontakte enkeltpersoner med spesiell kunnskap i forhold til BHT (f.eks. verneombud) til et uformelt intervju/samtale om denne tjenesten. Dette kan ha som fordel at en får gått i dybden på denne enkeltpersonens meninger og opplevelser med ordningen. En ulempe kan være at ens egen rolle som arbeidsgiver kan gjøre det vanskelig for informanten å si hva hun eller han mener.

Fokusgruppe er en annen kvalitativ metode, og den metoden vi valgte for å vurdere nytten av BHT i de 4 kommunene. En fokusgruppe innebærer at man samler en del personer som kan være med på å gi informasjon om og innsikt i f.eks. BHT. Fordelen med denne måten å hente inn data på, er at man kan sette sammen en gruppe som har forskjellige roller i forhold til BHT og få tilgang til meningsutveksling mellom disse. I tillegg er det en metode som er effektiv og rimelig å utføre. Ulemper med metoden kan være at ikke alle kommer til orde i gruppen og at man ikke får generaliserbare opplysninger. Under ses de viktigste fordelene og ulempene ved å bruke fokusgrupper:

Fordeler ved å bruke fokusgrupper	Ulemper ved å bruke fokusgrupper
• kan gi dybdeinformasjon om temaer • kan være mer på informantenes premisser • kan fokusere på interaksjonen mellom ulike deltakergrupper • rimelig og effektiv metode • kan være et utgangspunkt for representative undersøkelser	• gir ikke representativitet • gir et bilde av virkeligheten sett fra en bestemt gruppe • må brukes med forsiktighet i sammenligninger • kvaliteten på informasjonen er helt avhengig av om man får med de "riktige" personene og at selve gjennomføringen av gruppen går greit

At man benytter en av metodene ovenfor, utelukker ikke at man også kan bruke andre. Tvert om bruker en ofte flere metoder for å belyse samme problemstilling for å kunne dra nytte av de positive aspektene ved de ulike måtene å hente inn informasjon på. En spørreundersøkelse blant ansatte vil kunne brukes separat, men informasjonsverdien kan bli større dersom man supplerer med samtaler med enkeltindivider eller fokusgrupper. På samme måte kan forskning på sammenhenger mellom ulike tiltak og helse og/eller arbeidsmiljø gi informasjon om forventet nytte av tiltak og det kan være korrektiv til egne oppfatninger eller allmenne oppfatninger blant de ansatte.

Alt i alt viste bruken av fokusgrupper i de 4 kommunene seg som en god metode for å få et helhetsperspektiv på kommunenes og de ansattes nytte av de ulike bedriftshelsetjenestene. Gruppene viste seg også å være nyttige for arbeidsgiverne i kommunen fordi de fikk tilbakemeldinger på hvordan BHT fungerte og hva det var viktig å prioritere fremover.

1.4 Om forholdet til BHT leverandøren

Dersom bestiller har vært en lite krevende kunde eller det er liten konkurranse i markedet for bedriftshelsetjenester, er mulighetene til stede for høye kostnader i forhold til mengde og kvalitet. Et første skritt på veien for å få et bedre forhold mellom kostnad/pris, kvalitet og mengde kan være å inngå en avtale med utfører om hva som konkret skal leveres til hvilken kostnad. Det gjelder enten tjenesteutfører er ekstern eller intern. Det vil si at man må presisere omfang av og kvaliteten på deltjenestene. Jo bedre man spesifiserer bedriftshelsetjenesten i deltjenester, og deltjenestenes innhold og omfang, jo større mulighet har man for å kontrollere at det som er avtalt faktisk blir utført.

Dersom kommunen velger å kjøpe bedriftshelsetjenester fra en ekstern BHT-leverandør, vil man vanligvis inngå kontrakt for en visse tidsperiode. Kostnader knyttet til utlysning av anbud, utforming av kontrakt og oppfølging av denne er såkalte transaksjonskostnader (Marsh 1998). Dette er kostnader som ikke er direkte knyttet til tjenestens innhold eller omfang, men som må være med i en vurdering av fordeler, ulemper, nytte og kostnader knytte til de ulike modellene for BHT. Dersom bedriftshelsetjenesten er intern kan man i prinsippet tenke på samme måte med hensyn til hva som skal leveres til hvilken kostnad. Personalavdelingen kan innta en bestillerrolle og definere hva som skal leveres målt i mengde og kvalitet innenfor et spesifisert budsjett. I rammen under er det laget en oppsummering av hvordan en avtale kan følges opp og hva man bør tenke på ved utforming av avtalen.

I forkant av en kontraktsinngåelse kan man sette i verk ulike tiltak for å skaffe til veie mer informasjon om kostnader og nytte. Man kan utlyse en anbudskonkurranse hvor man ber ulike eksterne bedriftshelsetjenesteleverandører, evt. sammen med den interne, gi pristilbud på en viss mengde og kvalitet av ulike deltjenester. Alternativt kan man be om tilbud på omfang og kvalitet innenfor en gitt budsjettramme. Dersom det er få BHT-tilbydere, eller det er mistanke om en form for samarbeid eller forståelse mellom tilbyderne, kan det være hensiktsmessig med en sammenlikning av de ulike tilbud med andre kommuners eller virksomheters BHT slik vi har gjort i dette prosjektet.

Trinn på veien mot en mer optimal bedriftshelsetjeneste:

A: Skaffe oversikt over bedriftshelsetjenestens innhold, omfang og kostnad. Vurdering av nytte mot kostnad for alle deltjenester. NB kriteriet for optimal sammensetning av deltjenestene: Nytten av siste krone skal være lik i alle anvendelser. Praktisk framgangsmåte for å skaffe nødvendig informasjon for vurderingen:

1. Lage en liste over deltjenestene som inngår i BHT.
2. Drøft hvordan deltjenestene kan telles eller måles, for eksempel i timer, og finn ut hvor mye av de ulike tjenester kommunen bruker per år.
3. Fordel kostnader til de ulike deltjenester og beregn gjennomsnittskostnader. Beregn også om mulig grensekostnad for de ulike deltjenester. Det vil si kostnad for en definert økning i deltjenesten.
4. Innhent informasjon om nytten av de ulike deltjenester, og hvordan nytten forventes endret dersom omfanget av deltjenesten endres.

B: Om oppfølging av ekstern eller intern bedriftshelsetjeneste:

1. Dersom avtalen med ekstern eller intern BHT-leverandør ikke er spesifisert med hensyn til omfang, kostnader og kvalitet for de ulike deltjenester, sørg for at dette blir praktisert i fortsettelsen.
2. Avtal jevnlig tilbakemelding om hva som er levert av bedriftshelsetjenester og i hvilket omfang. Kontroller at dette stemmer.
3. Innfør jevnlig intern vurdering av kostnader og nytte av de ulike deltjenester og bedriftshelsetjenesten som helhet.

C: Ved inngåelse av avtale ved ekstern BHT leverandør bør/kan avtalen i tillegg inneholde:

1. Hvor lenge avtalen gjelder.
2. Hvordan man eventuelt skal håndtere en situasjon hvor en av partene ønsker å gå ut av avtalen.
3. Pris per time, rapport, kurs, og lignende.
4. Total ramme for avtalen. Hva som er innenfor rammen og hva som eventuelt kommer i tillegg.
5. Hvordan en eventuelt prisjustering skal skje.
6. Hvilke typer personell som skal utføre bedriftshelsetjenestene i kommunen.
7. Hvilke deltjenester som skal leveres og i hvilket omfang.
8. Hvordan tilbakemelding skal skje og når.

2 Bakgrunn og formål

Kommunenes opplevelse av stram økonomi og krav om stadig bedre utnyttelse av knappe budsjetter, har ført til at noen kommuner har rettet søkelyset mot utgifter til bedriftshelsetjenesten og hva man får igjen for de utlegg man har. Dette har man også gjort i Klepp kommune. Gjennom et innspill til KS Rogaland ønsket man å sette fokus på bedriftshelsetjenesten (verne- og helsepersonale) i kommunene. Kommunene er pålagt å ha bedriftshelsetjeneste (BHT) for en del av sine ansatte, men det er vanlig at kommunene har langt flere innmeldt i BHT. Man stilte spørsmål ved om man bruker de økonomiske ressurser til bedriftshelsetjenesten på en riktig (optimal) måte, om man kjøper de tjenester man har behov for og om ressurser og kompetanse som kommunene selv har utnyttes på en god måte.

På denne bakgrunn ble det satt i gang et prosjekt med formål å fremskaffe styringsdata slik at kommunene blir i stand til å utforme en mer optimal bedriftshelsetjeneste. Ved prosjektstart valgte man følgende metode for å nå dette målet:

1. 1 til 2 representanter fra hver kommune deltar i en arbeidsgruppen.
2. Deltakerne tilegner seg kunnskap om omfang av og kostnader knyttet til BHT i egen og andre kommuner.
3. Deltakerne tilegner seg kunnskap om nytte/kvalitet knyttet til ulike modeller for BHT.
4. Det lages en håndbok for BHT i kommunene basert på kunnskaper og erfaringer fra prosjektarbeidet. Det er et praktiske siktemål i prosjektet å øke bestillerkompetansen hos de i kommunen som har ansvar for bedriftshelsetjenesten.

Arbeidsgruppen i prosjektet var en viktig del av metoden i prosjektet. Arbeidsgruppen møttes 3 ganger i løpet av prosjektet. Man valgte ut 4 kommuner som representerte ulike måter å organisere bedriftshelsetjenesten på. Representanter fra de 4 kommunene inngikk i en arbeidsgruppe som fungerte som en benchmarking-gruppe. Kommunene kunne utveksle erfaringer, drøfte fordeler og ulemper ved ulike modeller for BHT og dermed få ideer og inspirasjon til å bedre egen utnyttelse av bedriftshelsetjenesten. Arbeidsgruppen var sentral i arbeidet med inndelingen av bedriftshelsetjenesten i deltjenester/aktiviteter og den var sentral i innhenting av data fra kommunene. Kommunene er jo i den heldige situasjon at de ikke konkurrerer med hverandre, og de kan dermed ha gevinster av et samarbeid uten risiko for at det også kan medføre tap utover kostnadene knyttet til deltakelse i prosjektet.

2.1 De fire kommunene i prosjektet

De fire kommunene som har deltatt i prosjektet er Radøy, Fjell, Tysvær og Klepp kommune.

Radøy kommune

Radøy kommune er den minste av de 4 kommunene i prosjektet. Kommunen har 4600 innbyggere, sysselsetter om lag 400 personer som til sammen utfører omtrent 300 årsverk.

Kommunen har kun hatt bedriftshelsetjeneste for de som etter loven har krav på det. I år 2001 var det 21 ansatte. Disse 21 ansatte var renholdsarbeidere, utarbeidere, snekkere og noen tilsatte i vaskeri. I tillegg fantes en egen ordning for brannmannskap.

Bedriftshelsetjenesten omfattet helsesjekk hvert andre år, gjennomgang av belastningsfaktorer med de innmeldte medarbeidere, opplæring i bruk av verneutstyr og deltakelse i samlinger med utarbeidere og renholdere. I tillegg var bedriftshelsetjenesten interessert i å delta i arbeidsmiljøutvalgets arbeid og møter. Ansatte fra Radøy har også hatt tilbud om å delta i kurs og opplæring som bedriftshelsetjenesten har arrangert.

For år 2001 betalte Radøy kommune omtrent 29 700 for den eksterne bedriftshelsetjenesten. Kommunen ønsker en sterkere fokusering på forebyggende arbeid, og at man er mer "i forkant" i forhold til arbeidsmiljøbelastninger. Fra 2002 har Radøy kommune derfor inngått en avtale med bedriftshelsetjenesten som gjør at de kan benytte bedriftshelsetjenesten til alle sine ansatte. Det blir avtalt en fast årlig ramme og kommunene blir fakturert for den tiden de faktisk bruker. Dersom hele rammen ikke brukes et år overføres det resterende til neste år. Rammen for 2002 er kr. 60 000.-.

Fjell kommune

Fjell kommune har rundt 19000 innbyggere. Kommunen er en nabokommune til Bergen, og er en vekstkommune med stram økonomi, mange unge innbyggere og stort press på infrastruktur. Det er rundt 1200 ansatte i kommunen og disse utfører rundt 840 årsverk. Kommunen er tradisjonelt organisert med hensyn til etater/tjenesteområder.

Kommunen er tilsluttet en ekstern bedriftshelsetjeneste. Innmeldingsordningen til denne ble endret i 1999. Før 1999 hadde man en ordning hvor kun de ansatte som skulle ha bedriftshelsetjeneste etter loven var innmeldt i ordningen. Man følte i kommunen at man fikk lite igjen for pengene. Man øns-

ket en ordning hvor alle ansatte var inkludert, men med den gamle ordningen ville dette koste 1,5 mill. kroner. Man gikk derfor inn på en ordning hvor alle i prinsippet er innmeldt og der det legges vekt på forebyggende arbeid. Årlige helsekontroller for de ansatte gjennomføres ikke ut over de lovpålagte.

Årsrammen for den eksterne bedriftshelsetjenesten er kr. 300 000.- . Innenfor denne rammen lages det årlige handlings-/aktivitetsplaner med tilhørende timeanslag. Aktiviteten evalueres hver halvår. Tjenesten inkluderer blant annet bedriftslege, bedriftssykepleier, yrkeshygieniker, sikkerhetsingeniør og bedriftsfysioterapeut.

Tysvær kommune

Tysvær kommune har ca. 9000 innbyggere og kommunen har ca. 990 ansatte. Til sammen utfører disse rundt 640 årsverk. I 1993-94 forsøkte man å etablere en felles bedriftshelsetjeneste i Tysvær. Dette lyktes ikke da man ikke greide å tilsette kvalifisert personell. Alternativet for kommunen var å enten melde seg inn i en annen ordning, eller etablere en egen ordning. Medlemsavgiften i fellesordningen var kr. 1000 per person. Kommunen valgte å gå inn for en egen intern ordning som også gjelder i 2001.

Kommunen tilsatte en HMS-leder med bakgrunn som helsesøster, til å se seg av de oppgaver som ligger inn under oppgavene for verne- og helsepersonale i virksomhetene. HMS-leder har knyttet til seg en lege en dag per måned og en sekretær i 30 % stilling. I tillegg kan man leie inn en fysioterapeut. Arbeidsmiljøutvalget styrer virksomheten. Ordningen gjelder for alle ansatte.

Klepp kommune.

Klepp kommune er en kommune som vokser raskt. Kommunen har rundt 14 000 innbyggere og ca 840 ansatte. De ansatte var frem til nyttår 2002 innmeldte i en ekstern bedriftshelsetjeneste, som i 2001 kostet kommunen kr. 805 000.-.

Den nåværende bedriftshelsetjenesten oppfattes som dyr i forhold til hva man får igjen for den. Det var derfor ønskelig å vurdere andre ordninger. Kommunen sa høsten 2001 opp avtalen med den eksterne bedriftshelsetjenesten og det ble sendt ut forespørsel om tilbud til 6 BHT-leverandører. Kommunen har fra 1. jan 2002 inngått en avtale med en av disse. Alle ansatte er omfattet av avtalen og rammen for 2002 er kr. 308 000.-.

3 Bedriftshelsetjenesten

Bedriftshelsetjenesten er en lovpålagt oppgave som blant annet er hjemlet i arbeidsmiljølovens §1 og §30. I arbeidsmiljølovens § 30 står det:

1. Når det er nødvendig å gjennomføre særlig overvåking av arbeidsmiljøet eller helsekontroll med arbeidstakerne, skal det være verne- og helsepersonale ved virksomheten.
2. Verne- og helsepersonalet skal bistå arbeidsgiveren, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalget og verneombudet i deres arbeid for å skape sunne og trygge arbeidsforhold. Verne- og helsepersonalet skal samarbeide med og bistå Arbeidstilsynet.
3. Verne- og helsepersonalet skal ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål.
4. Kongen kan gi nærmere regler om når, og i hvilken utstrekning, det skal være verne- og helsepersonale ved virksomheten, om hvilke faglige krav som skal stilles til slikt personale, og om hvilke oppgaver de skal utføre.

Etter forskriftene er det noen ansatte i kommunene man må ha bedriftshelsetjeneste for. Det gjelder for eksempel renholder, nattevakter, utarbeidere (dvs. personer som har hovedtyngden av sitt arbeid utendørs, for eksempel i ingeniørvesenet), brannmenn og snekkere med mer enn 15 timer per uke (FOR 1989-06-08 nr. 914).

Ifølge Forskrift om verne- og helsepersonale (FOR 1994-04-21 nr. 333) § 6 står det at "arbeidsgiver skal sørge for at verne- og helsepersonalet:

1. bistår med planlegging og gjennomføring ved etablering, vedlikehold og endring av arbeidsplasser, lokaler, utstyr og produksjonsmetoder og utarbeidelse av retningslinjer for bruk av kjemikalier, maskiner og utstyr,
2. bistår med en løpende kartlegging av arbeidsmiljøet, foretar arbeidsplass-undersøkelser og vurderer risiko for helsefare,
3. fremmer forslag om forebyggende tiltak og arbeider aktivt for tiltak som fjerner sykdomsfremkallende faktorer og farer for ulykker,
4. overvåker og kontrollerer arbeidstakernes helse i forhold til arbeidssituasjonen og foretar nødvendig oppfølging,
5. bistår med å tilpasse arbeidet for den enkelte arbeidstaker,
6. bistår med å gi informasjon om opplæring på områdene arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi og generelt verne- og miljøarbeid,

7. gir informasjon om helse- miljø og sikkerhetsrisiko til arbeidsgiver og arbeidstaker,
8. bistår med bedriftsintern attføringsarbeid."

I tillegg så kreves det at arbeidsgiver i samarbeid med verne- og helsepersonalet utarbeider tre typer dokumentasjon (§7) Disse er:

1. Periodevise planer for verne- og helsepersonalets arbeid i virksomheten. Disse skal inngå som en del av virksomhetens totale planarbeid.
2. Periodevise meldinger eller årsrapporter som inneholder presentasjoner av kartlegging, risikovurderinger, forslag til forebyggende tiltak og resultater.
3. Rapporter, måleresultater og lignende som beskriver helsefarlige arbeidsforhold.

Kommunene kan, som andre virksomheter, velge ulikt med hensyn til både organisering og omfang av bedriftshelsetjenesten. Noen kommuner velger å inkludere alle sine ansatte i tjenesten, andre velger å inkludere ansatte med en viss stillingsstørrelse, atter andre velger å kun inkludere de som etter forskriftene har krav på tjenesten.

Det kan også være ulikheter med hensyn til omfanget av og innholdet i tjenesten. Mens det tidligere var vanlig at bedriftshelsetjenesten primært var en jevnlig helsekontroll av de ansatte, er fokus den senere tid dreiet mer i retning av forebyggende arbeid av ulikt slag. Arbeidsgruppe for vurdering av den videre utvikling av bedriftshelsetjenesten (AAD, 2001) fokuserer i sin rapport at helsepersonalet både skal verne og fremme arbeidstakernes helse i forhold til arbeidssituasjonen, og de uttaler at det er ønskelig at helsefremmende arbeid fokuseres mer i forskriften.

3.1 Tre modeller for BHT

De fire kommunene representerte ved prosjektstart tre prinsipielt ulike måter å organisere bedriftshelsetjenesten på. Disse er vurdert i prosjektet og de er:

- Egen organisert BHT, Tysvær kommune (i Tysvær benevnt HMS).
- Ekstern BHT, fast totalpris, alle ansatte er omfattet av tjenesten, Fjell kommune.
- Ekstern BHT, pris per innmeldt ansatt, Klepp og Radøy kommuner.

For hver av disse modellene kan man tilby bedriftshelsetjeneste for alle ansatte eller kun for dem man har plikt til å ha tjenesten for etter forskriftene (FOR 1989-06-08 nr 914). Av de fire kommunene i prosjektet hadde Radøy bedriftshelsetjeneste kun for de ansatte som skal ha det etter forskriftene. De øvrige tre kommunene hadde alle sine ansatte med i tjenesten.

Om det i praksis er noen forskjell mellom de to variantene av eksternt kjøpt tjeneste vil være avhengig av hvordan innholdet i bedriftshelsetjenesten fastsettes i avtalen mellom kommunen og den eksterne leverandør av tjenesten. I de tilfeller hvor det er en pris per innmeldt ansatt har man i større grad knyttet bedriftshelsetjenesten til den enkelte ansatte, gjerne ved at alle ansatte blir kalt inn til årlig helsekontroll. I modellen hvor man betaler en fast totalpris og tjenesten skal omfatte alle ansatte, er bedriftshelsetjenesten løsere tilknyttet den enkelte ansatte. De to variantene gir således uttrykk for ulik utforming av tjenesten.

4 Styringsmessige utfordringer i bedriftshelsetjenesten

Alle kommuner, enten de er store eller små, har trange budsjetter eller noe mer romslige budsjetter, har som hovedutfordring å disponere og fordele sine budsjetter på en slik måte at innbyggernes velferd blir størst mulig på kort og lang sikt. For at midlene skal nå lengst mulig, er det nødvendig å nøye vurdere nytte i forhold til kostnad. Så også for bruken av midler til interne forhold som bedriftshelsetjenesten. Ulike preferanser og andre ulikheter i kommunene kan gi ulik konkret utforming av tjenesten, men de styringsmessige utfordringer og prinsippene som må ligge til grunn for utformingen av bedriftshelsetjenesten vil være de samme.

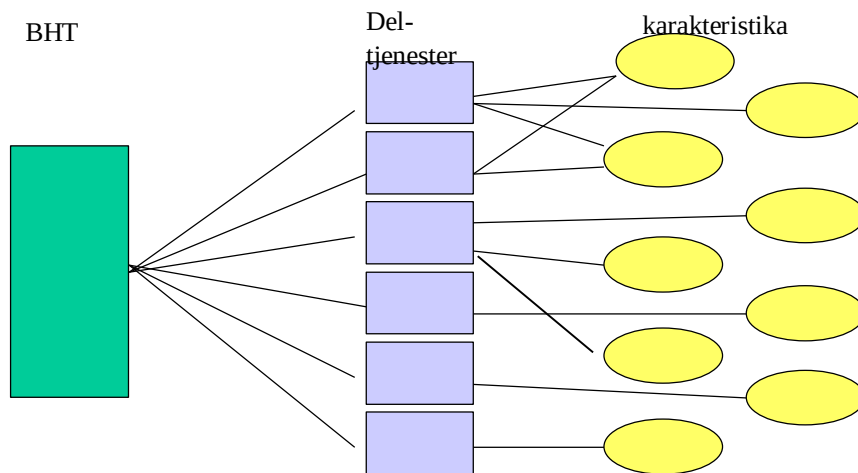
Bedriftshelsetjenesten er en tjeneste for de ansatte i kommunene, og er ikke knyttet direkte til kommunenes tjenesteutøvelse overfor innbyggerne i kommunene. Bedriftshelsetjenesten inngår som sådan som en innsatsfaktor i den kommunale tjenesteproduksjon, men kostnadene kan bare i begrenset grad henføres til de ulike kommunale tjenester. Kostnadene til BHT vil dermed inngå i de indirekte kostnader for kommunens tjenester til innbyggerne. I denne sammenheng skal vi imidlertid drøfte bedriftshelsetjenesten som en separat tjeneste som enten fremstilles internt i kommunen eller kjøpes fra eksterne leverandører.

Som et utgangspunkt for å drøfte hvilke styringsproblemer man kan stå overfor ved utformingen av bedriftshelsetjenesten i en kommune, eller i en annen virksomhet, skal vi bruke en modell hvor vi forutsetter at produksjonen skjer til de lavest mulige kostnader. Vi forutsetter også at de personer som har ansvar for å utforme bedriftshelsetjenesten har fullkommen informasjon om nytten av de ulike deltjenester for de enkelte ansatte og for arbeidsmiljøet som helhet. I tillegg forutsettes det at de som står for kommunens etterspørsel ikke har egne interesser knyttet til utformingen av bedriftshelsetjenesten. Denne enkle modellen skal vi dernest bruke som et utgangspunkt for å drøfte forhold, styringsutfordringer, som kan medføre at optimal tilpasning ikke nås.

4.1 Deltjenestene i BHT

I kapittel 3 ble bedriftshelsetjenestens oppgaver, slik de er beskrevet i forskriften (FOR 1994-04-21 nr. 333), gjengitt. Vi fikk illustrert at bedriftshelsetjenesten kan oppfattes som en tjeneste som har flere formål eller elementer og hvor de ulike formål kan dekkes på ulike måter. Slik sett kan vi opp-

fatte de ulike elementer i bedriftshelsetjenesten, forebygging, kontroll, rådgivning, m.v., som ulike tjenestekarakteristika. (Lancaster, 1991). De ulike karakteristika kan kombineres på ulike måter. Et eksempel kan være en undersøkelse hos lege hvor man kan fokusere på fysisk og psykisk helsetilstand og i tillegg, i samme konsultasjon, fokusere på tiltak som kan forebygge arbeidsrelaterte helseskader. Den forebyggende delen av legetjenesten kan alternativt leveres av en fysioterapeut for eksempel i forbindelse med et kurs eller en runde i virksomheten for å se på risikofaktorer. Slik kan samme karakteristika forekomme i ulike deltjenester. Dette er illustrert i figur 1.



Figur 4-1: Bedriftshelsetjenesten, deltjenester og karakteristika

Styringsproblemet vil være å kombinere karakteristika og deltjenester på en slik måte at nytten av bedriftshelsetjenesten for et gitt budsjett blir størst mulig. Vi skal imidlertid forenkle dette og kun forholde oss til deltjenester.

For enkelthets skyld antar vi at deltjenestene kan skilles klart fra hverandre, at de er uavhengige av hverandre i produksjonen (separable) og at de kan måles i antall enheter, timer eller på annen måte. I praksis er det ikke nødvendigvis slik. Man kan tenke seg at det i praksis er vanskelig å skille deltjenester fra hverandre. Det kan også være vanskelig å skille kostnader for de ulike deltjenester fra hverandre. For eksempel at det kan forekomme en type stordriftsfordeler ved å tilby flere deltjenester samtidig (economics of scope/breddefordeler) (Hagen, 2000). De ulike deltjenester inngår som elementer i en vektor, og til sammen utgjør de bedriftshelsetjenesten.

$$(1) \quad X = X_1, X_2, \dots, X_i \quad i = \text{antall deltjenester}$$

Vi antar videre at det finnes en person eller en gruppe personer som har som ansvar å utforme en mest mulig hensiktsmessig bedriftshelsetjeneste for de ansatte og for kommunen, innenfor det regelverk som gjelder for verne- og helsepersonale i virksomhetene. Vi benevner dette som etterspørselssiden og vi vil analysere dette som at kommunen har preferanser for de ulike deltjenester innen bedriftshelsetjenesten. Vi forutsetter også at de individene som skal utforme kommunens etterspørsel etter de ulike deltjenester ikke har egeninteresse knyttet til utformingen av bedriftshelsetjenesten. Kommunens nyttefunksjonen, som gir uttrykk for kommunens preferanser for deltjenestene er illustrert i likning 2

$$(2) \quad U = U(X_1, \dots, X_i)$$

For hver av deltjenestene finnes en kostnad for kommunen. For intern organisering av tjenesten er totalkostnaden summen av kostnadene for de enkelte deltjenestene. Kostnaden for en enhet av en deltjeneste er avhengig av mengden av deltjenesten, X_i , som igjen selvsagt er avhengig av de faktorer som må til for å frembringe tjenesten samt prisen på disse. Sammenhengen mellom kostnad og mengden av deltjenestene er illustrert i likning 3, og B er kommunens budsjett til bedriftshelsetjenester. Vi forutsetter at hele budsjettet brukes slik at kostnadene er lik B.

$$(3) \quad B = K_1(X_1) + K_2(X_2) + \dots + K_i(X_i) \quad K_i(X_i) \text{ er kostnad for deltjeneste } i$$

Dersom man kjøper bedriftshelsetjenesten eksternt er kostnaden for kommunen prisen på en enhet av en deltjeneste multiplisert med mengden av deltjenesten, summert for alle deltjenester, som i likning 4.

$$(4) \quad B = P_1 X_1 + P_2 X_2 + \dots + P_i X_i \quad P_i \text{ er pris for deltjeneste } j$$

4.1.1 Optimal tilpasning - intern BHT

For å illustrere prinsippene for den økonomiske tilpasningen skal vi i fortsettelsen forutsette at vi kun har 2 deltjenester i bedriftshelsetjenesten. Deltjenestene er X_1 og X_2 . Kommunens utgifter til bedriftshelsetjenesten er lik budsjettet B. Vi antar at budsjettet er like stort enten man har en intern bedriftshelsetjeneste eller man kjøper tjenesten eksternt. Dersom man har en intern bedriftshelsetjeneste vil kostnaden være som i likning 5.

$$(5) \quad B = K_1(X_1) + K_2(X_2)$$

Kostnadssiden benevner vi i fortsettelsen som tilbudssiden. Maksimeringsproblemet man står overfor i utformingen av bedriftshelsetjenesten er å maksimere nytten av bedriftshelsetjenesten gitt det budsjett man har til rådighet. Maksimeringsproblemet er altså:

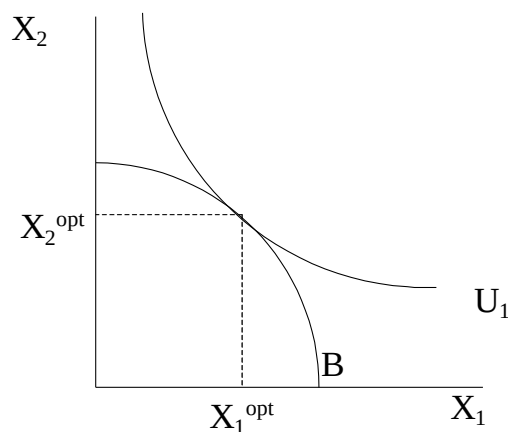
$$(6) \text{ Maks } U = U(X_1, X_2) \text{ gitt } B = K_1(X_1) + K_2(X_2)$$

Det generelle resultatet av (6) er at man har nyttemaksimum når grensenytten av siste krone brukt på X_1 er lik grensenytten av siste krone brukt på X_2 , eller i matematiske termer:

$$(7) U'(X_1)/K_1'(X_1) = U'(X_2)/K_2'(X_2)$$

Figuren under illustrerer optimal tilpasning for intern bedriftshelsetjeneste under forutsetningene som er beskrevet over samt:

- Grensekostnader og gjennomsnittskostnader for produksjonen av begge deltjenestene er stigende. Dette illustreres av den krumme produksjonsmulighetskurven, B, som avgrensar de mulig kombinasjoner av deltjenestene som kan produseres for budsjettet B.
- Deltjenestene fremstilles til de lavest mulige kostnadene. Det vil si at produksjonen forutsettes å skje langs den krumme produksjonsmulighetskurven B.
- De som står for etterspørselen har full informasjon om nytten av alle deltjenester for individer, grupper av individer og bedriften som helhet og avveier disse korrekt mot hverandre.



Figur 4-2: Optimal tilpasning intern BHT

Under disse forutsetninger vil den optimal utforming av bedriftshelsetjenesten i henhold til (6) være mengden X_1^{opt} av deltjeneste X_1 og X_2^{opt} av deltjenesten X_2 som vist i figuren der indifferenskurven tangerer produksjonsmulighetskurven B. I dette punktet oppnår man maksimal nytte for det budsjettet, B, man har til rådighet. Enhver endring i mengden av X_1 eller X_2 innenfor samme budsjett vil altså gi lavere nytte.

4.1.2 Optimal tilpasning - ekstern BHT

Ved eksternt kjøp av bedriftshelsetjenester til en fast pris per enhet av en deltjeneste vil budsjettbetingelsen (kostnaden) for kommunen være som i likning 8.

$$(8) \quad B = P_1 X_1 + P_2 X_2$$

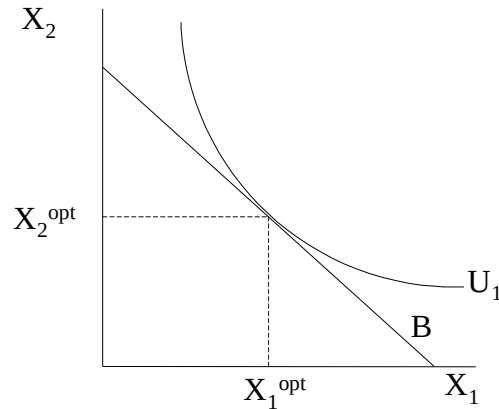
Det forutsettes i denne sammenheng at prisene på de ulike deltjenester er uavhengige av kvantum. Derfor er budsjettlinjen rett. Det forutsettes at budsjettlinjen er alle de kombinasjoner som kan oppnås av de to deltjenestene for budsjettet B. Nyttmaksimeringsproblemet blir tilsvarende som for internt organisert tjeneste,

$$(9) \quad \text{Maks } U = U(X_1, X_2) \text{ gitt } B = P_1 X_1 + P_2 X_2$$

og betingelsen for optimal tilpasning blir også her at grensenytten av hver krone skal være lik i alle anvendelser.

$$(10) \quad U'(X_1)/P_1 = U'(X_2)/P_2$$

Figur 3 illustrerer optimal tilpasning for kommunen under de samme forutsetninger som tidligere.



Figur 4-3: Optimal tilpasning eksternt kjøpte deltjenester.

Den optimale tilpasning for kommunen vil være der indifferenskurven U_1 tangerer budsjettlinjen. Det vil si med mengde X_1^{opt} av deltjeneste X_1 og X_2^{opt} av deltjeneste X_2 . Det finnes ingen andre kombinasjoner av X_1 og X_2 som kan gi høyere nytte gitt det budsjett man har til rådighet. En hver annen kombinasjon av de to deltjenestene vil gi lavere nytte.

Det vil være den samme prinsipielle løsning enten man har en bedriftshelsetjenester hvor budsjettet fastsettes som ett beløp og tjenesten omfatter alle ansatte eller budsjettet fastsettes som en pris per ansatt og det er kun de ansatte som er med i tjenesten som omfattes av tjenesten. I praksis kan de ulike valg med hensyn til disse to variantene dels gjenspeile ulike preferanser for deltjenestene, dels kan kommunene i forhandling med BHT-leverandør, om hvilke deltjenester som skal leveres og i hvilket omfang, ha gitt utformingen av bedriftshelsetjenestene ulik grad av oppmerksomhet.

I tillegg til de kostnader som er knyttet til de ulike deltjenester og til bedriftshelsetjenesten som helhet, kommer kostnader knyttet til utforming av anbudsinnbydelse, utforming av kontrakt, oppfølging av kontrakt og av at de avtalte tjenester leveres i avtalt omfang. Disse kostnadene kalles transaksjonskostnader (Marsh, 1998), og de må også tas med i totalvurderingen av nytte og kostnader ved ulik utforming av tjenesten. Det gjelder enten bedriftshelsetjenestene kjøpes eksternt eller organiseres som interne tjenester.

Vi skal i det videre drøfte ulike årsaker til at produksjonen ikke alltid skjer til minimumskostnader og at det er problemer knyttet til nyttesiden i figuren. Disse forhold fører til at kommunens faktiske tilpasning ikke blir i tråd med den optimale som er illustrert i figurene over, men det oppnås en lavere nytte selv om hele budsjettet B anvendes. Det vil i figurene tilsi at tilpasningen i

praksis ikke skjer i optimumspunktet men på et annet punkt langs eller innenfor budsjettlinjen/produksjonsmulighets-kurven.

4.2 Styringsmessige utfordringer på tilbudssiden

I gjennomgangen av den enkle, generelle modellen antok vi at det finnes en teoretisk minimumskostnadsfunksjon for de ulike deltjenestene og for bedriftshelsetjenesten som helhet. De styringsmessige utfordringene er knyttet til om disse minimumskostnader nås. Vi skal drøfte noen forhold som indikerer at de kostnader vi observerer ikke nødvendigvis er disse minimumskostnadene. Når de styringsmessige utfordringer er identifisert, vil utfordringen for de som skal utforme bedriftshelsetjenesten i kommunene være å arbeide for en utforming av bedriftshelsetjenestetilbudet som gir lavest mulige enhetskostnader.

4.2.1 Internt organisert bedriftshelsetjeneste

Når bedriftshelsetjenesten er organisert som en intern tjeneste i kommunen, står vi overfor noen utfordringer med hensyn til å frembringe de ulike tjenester til en lavest mulig kostnad. I et optimalt fungerende marked ville kostnadene knyttet til produksjonen blitt minimalisert. I en situasjon uten konkurranse, har man få eller ingen incentiver til å minimalisere kostnadene for en gitt produksjon. Man kan få såkalt X-ineffektivitet (Leibenstein, 1978). X-ineffektivitet kan defineres som differansen mellom den teoretiske minimumskostnad og den faktiske kostnad for en gitt produksjon. Leibenstein (1975) oppsummerer følgende forhold som kan føre til X-ineffektivitet: 1) X-ineffektivitet kan forekomme som et resultat av lave krav til prestasjoner fra omgivelsene, for eksempel ved monopol eller liten konkurranse. 2) Selv under konkurranse kan man ha situasjoner hvor bedrifter ikke er i stand til eller dyktige nok til å organisere virksomheten eller utnytte teknologien slik at kostnadene blir minimalisert. 3) Firmaer kan være beskyttet av offentlige reguleringer eller være i situasjoner som gir rom for større kostnader enn de minimale. 4) Lavt press på virksomheter fra omgivelser kan forekomme som et resultat av konsumentenes manglende evne til å vurdere varene eller tjenestene. For eksempel ved ulike helsetjenester hvor individene ikke har kunnskaper nok til å vurdere om behandlingen var god nok i forhold til kostnad. 5) Forekomsten av informasjonsasymmetri mellom arbeidstaker og eier/sjef, mangelfull informasjon om resultater og dårlige eller manglende incentiver. Det vil si en prinsippal - agent problematikk som kan gi opphav til opportunistekostnader. 6) Selv om det er mange selgere og kjøpere i markedet kan manglende incentiver fra entreprenører til å gå inn i markedet medvirke til at kostnadene i markedet blir høyere enn de teoretisk kunne vært.

I forhold til bedriftshelsetjenesten kan man tenke seg at man kan stå overfor flere av disse årsakene til X-ineffektivitet. Vi trekker særlig fram muligheten for forekomst av opportunistekostnader. Opportunistekostnader er kostnader knyttet til at den som leverer tjenesten, agenten, handler i egeninteresse i stedet for i bestillerens, prinsipalens, interesse. Muligheten for denne typen adferd er knyttet til informasjonsasymmetri mellom den som leverer tjenesten og den som bestiller og betaler den. Opportunistekostnader kan forekomme når prinsipalen ikke kan observere alle forhold i en arbeidsprosess, og resultatet av virksomheten avhenger både av agentens innsats og av forhold som verken agenten eller prinsipalen kan kontrollere². Overført til bedriftshelsetjenesten: Kommunene kan ha begrenset mulighet for å observere bedriftshelsetjenestens faktiske arbeidsinnsats enten den er ekstern eller intern, og det vil i mange sammenhenger være mulig å begrunne høye kostnader eller lav produksjon med uforutsette hendelser. Særlig dersom avtalen mellom kommunen og leverandøren av bedriftshelsetjenester er lite konkret med hensyn til innholdet i og omfanget av deltjenestene, kan opportunistisk adferd være mulig for BHT-leverandøren (Milgrom and Roberts, 1992). I praksis vil ansatte i bedriftshelsetjenesten, enten den er intern eller ekstern, ofte være rådgivere i utformingen av tjenesten. Dette kan skyldes at bedriftshelsetjenesten er en ekspertdefinert tjeneste (Johnsen, 1997) og at man må inneha visse kvalifikasjoner for å kunne vurdere tjenestens kvalitet. For eksempel vil man måtte inneha visse medisinske kvalifikasjoner for å kunne vurdere kvaliteten på medisinsk behandling. Ulikhet i ekspertkunnskap mellom bestiller og utfører åpner muligheten for informasjonsasymmetri mellom bestiller og utfører med hensyn til kvaliteten på eller nytten av de ulike deltjenester. Utfører av tjenesten kan ha incentiver til å øke omfanget av tjenesten, og også budsjettet, uten at bestiller har de nødvendige forutsetninger for å avsløre at omfanget av tjenesten blir større enn, eller kvaliteten bedre enn, det som er optimalt. Dette gjelder ved internt organisert BHT, men kan også forekomme ved forhandlinger om endringer i kontrakt med en ekstern BHT.

Relatert til figur 2 vil opportunistekostnader føre til at man bruker hele budsjettet, B , men den faktiske fremstilling av deltjenestene X_1 og X_2 skjer ikke langs produksjonsmulighetskurven men innenfor denne. Det innebærer at den nytte som kan oppnås er lavere enn det optimale nyttenivået U_1 . Alternativt kan man kutte kostnader og opprettholde samme nyttenivå.

² Et klassisk eksempel er landeieren (prinsipalen) som forpakter bort jorda og betaler forpakteren (agenten) en gitt sum per år for arbeidet. Inntekten av avlingen går til landeieren. Med en slik avtale har forpakteren ingen egeninteresse av å arbeide for å gjøre avlingen så stor som mulig. Han velger derfor å ikke maksimere sin arbeidsinnsats. Samtidig har landeieren liten mulighet for å observere at forpakterens arbeidsinnsats er dårlig. Når avlingen ikke svarer til forventningene kan forpakteren skyldes på været eller andre ukontrollerbare forhold. Opportunistisk adferd fra forpakterens side fører til at kostnadene per enhet av avlingen blir høyere og inntektene for landeieren mindre enn de kunne ha vært.

4.2.2 Eksternt kjøpt bedriftshelsetjeneste

Vi har i dette prosjektet med to eksempler på betalingssystem når bedriftshelsetjenester kjøpes fra en ekstern leverandør. Man betaler en fast pris per innmeldte ansatte eller man betaler en pris per time av de ulike deltjenester innenfor en avtalt budsjettramme.

Hva som skal leveres innenfor den avtalte pris per ansatt er gjerne avtalt i en kontrakt, men ofte har det vært slik at avtalen har gitt betydelig rom for slakk. Man har ikke forhandlet helt konkret om hvilke tjenester som skal leveres i hvilket omfang innenfor totalrammen. Rogalandsforsknings undersøkelse i private bedrifter indikerer at bedriftene betaler mye i forhold til hva de får igjen (Lie, Karlsen og Tharaldsen, 1999), og det er liten grunn til å tro at dette ikke også gjelder for kommunene.

Dersom det i avtalen mellom BHT-bedriften og kommunene ikke er gjort avtale om omfang eller pris på deltjenestene, om en slik avtale ikke blir fulgt opp fra kommunens side, eller om det er liten konkurranse i markedet for BHT, vil de private leverandører av bedriftshelsetjenesten kunne ta ut såkalt informasjonsrente³ (Milgrome and Roberts, 1992) og/eller ha X-ineffektivitet i sin produksjon. Store overskudd i en virksomhet kan være indikasjon på at det er lite konkurranse i markedet og at leverandøren av tjenestene tar høyere pris for sine tjenester enn grensekostnaden. Lave eller manglende overskudd er imidlertid ikke noen indikasjon på at man leverer tjenestene til lavest mulig kostnad. I de private bedrifter kan de samme former for X-ineffektivitet forekomme som i offentlig virksomhet. Dette er i og for seg ikke et styringsproblem for kommunene som kjøper bedriftshelsetjenester. I forhandlinger om priser og kvantum kan det imidlertid være hensiktsmessig for kommunen å være klar over at selv om eventuelle leverandører av tjenestene ikke har store overskudd i sin virksomhet, kan det være potensiale for å forhandle om lavere priser.

For kommunene ligger det en styringsmessig utfordring i den mulighet den eksterne leverandør av BHT har til å holde opplysninger om omfang av og/eller kvaliteten på tjenesten skjult for kjøperen av tjenesten. Dersom kommunen er en lite krevende kunde og bedriften som leverer tjenestene har mulighet til å holde omfanget av tjenesteleveransene skjult, gir dette også mulighet for de samme problemene med hensyn til opportunistekostnader som man hadde i tilfellet over. Muligheten for å skjule informasjon kan bli ytterligere forsterket dersom kommunene som kjøper tjenesten har gjort eller

³ Informasjonsrente er en benevnelse som brukes om overskudd som bedriftene kan ta ut som en konsekvens av at de sitter på informasjon som andre ikke har, privat informasjon.

gjør en dårlig jobb i forhold til å forhandle om hva den eksterne BHT faktisk skal levere for den avtalte pris per ansatt. På et vis kan man tenke seg at forholdet mellom BHT-leverandør og kommunen har form av et spill hvor tapet for leverandøren ved å bli oppdaget veies mot gevinsten ved å ta ut informasjonsrente (se note s. 29) eller drive med for høye kostnader.

Styringsmessige utfordringer på tilbudssiden:

Ved intern organisering av tjenesten er de styringsmessige utfordringer knyttet til:

1. *Muligheten for X-ineffektivitet i produksjonen av de ulike deltjenestene. Særlig muligheten for informasjonsasymmetri mellom bestiller (prinsipal) og leverandør (agent) og ved at bestiller ikke alltid har de faglige kvalifikasjoner for å vurdere tjenesten (ekspertdefinert kvalitet).*

Ved kjøp av bedriftshelsetjenester fra eksterne leverandører er det hensiktsmessig for kommunens beslutningstakere å vite at:

2. *Det kan forekomme X-ineffektivitet i produksjonen.*
3. *Det kan forekomme informasjonsrente dersom det er liten konkurranse i markedet.*

4.3 Styringsmessige utfordringer på etterspørselssiden

I forutsetningene om at det er kommunen som etterspør de ulike deltjenester, ligger noen styringsmessige utfordringer i BHT skjult. For det første kan det være forskjell mellom det som er de ansattes etterspørsel etter deltjenester og arbeidsgivers etterspørsel etter de samme tjenester. For det andre er det utfordringer knyttet til å få tak i og vurdere informasjon om nytten av de ulike deltjenester for de ansatte og for arbeidsgiver.

Noen av deltjenestene kan være normale individuelle goder som etterspørres av de ansatte. Hvis slike tjenester tilbys gratis til arbeidstakerne, kan man få en etterspørsel fra de ansatte som er større enn den etterspørsel som er optimal sett fra kommunens synsvinkel. Dette gjelder under forutsetning om at grensekostnaden for tjenesten er større enn null og at etterspørselen er elastisk i forhold til pris på tjenesten. Helseundersøkelse hos lege kan være et eksempel på et slikt gode. Fordi det tilbys arbeidstakerne gratis, mens de alternativt må betale for en undersøkelse hos sin fastlege, vil det være en tendens til at slike undersøkelser etterspørres av de ansatte i et større omfang enn hva som er optimalt for arbeidsgiver. Dette innebærer at arbeidsgiver ikke nødvendigvis skal oppfylle ansattes ønsker med hensyn til tjenesteomfang

eller -innhold. I så fall bør arbeidsgiver ha en strategi for å håndtere en slik ”overskuddsetterspørsel”. Det kan for eksempel skje ved klargjørende informasjon til alle ansatte om hva arbeidsgiver vil med bedriftshelsetjenesten og hva den enkelte ansatte kan forvente av bedriftshelsetjenesten.

Det motsatte tilfellet, at de ansatte etterspør for lite av en deltjeneste, er ikke nødvendigvis et styringsmessig problem, men det kan være det. Det er arbeidsgiver, eventuelt i samarbeid med bedriftshelsetjenesten, som bestemmer omfanget av de ulike deltjenester og hvem av de ansatte som skal motta deltjenestene. Dersom de ansatte ikke har egen etterspørsel etter deltjenesten, kan arbeidsgiver pålegge delaktighet fra den ansatte. Dersom ansatte ikke vil følge opp slike pålegg, kan det vurderes å ta i bruk insentiver for å motivere de ansatte til den ønskede deltakelse eller aktivitet.

I nyttefunksjonen slik vi har forutsatt den, ligger en forutsetning om at lederne som skal utforme bedriftshelsetjenestetilbudet til de ansatte har informasjon både om nytten for de enkelte arbeidstakere, for arbeidsmiljøet og for kommunen. I dette ligger også en forutsetning om at disse beslutningstakerne har mer informasjon enn de i praksis har. Det er derfor en styringsmessig utfordring knyttet til informasjon om effekten av deltjenestene, samt en utfordring knyttet til å gi disse lederne insitamentet til å utforme en optimal sammensetning av BHT.

Utfordringen knyttet til informasjonsproblemet forhindrer ikke at ledelsen i kommunen bør være interessert i nytten av ulike deltjenester. Om man har mangelfull informasjon kan likevel noe informasjon være langt bedre enn ingen informasjon. Ulike undersøkelser om arbeidsmiljø og effekt av ulike tiltak for å redusere fysiske og psykiske belastninger finnes, og nye kommer stadig til. Disse vil kunne gi kunnskaper om hvilke tiltak som med fordel også kan prioriteres i egen virksomhet. Dessuten vil en systematisk evaluering av arbeidsmiljø og bedriftshelsetjenestens rolle kunne gi informasjon til bruk i utformingen av hvilke deltjenester bedriftshelsetjenesten skal prioritere framover, og i hvilket omfang. I en slik systematisk evaluering bør det være et samarbeid mellom ledelsen, bedriftshelsetjenesten, ulike grupper ansatte, verneombud og andre tillitsvalgte i kommunen.

Dersom man antar at ledelsen, som skal utforme bedriftshelsetjenesten i kommunen, har korrekt informasjon om nytten av alle deltjenester og at ledelsen er i stand til å veie nytte for ulike individer mot hverandre, vil ennå en utfordring være å avgjøre i hvilket omfang de ulike deltjenester skal inngå i bedriftshelsetjenesten. Dersom kommunen har et gitt budsjett til rådighet til bedriftshelsetjenesten er den generelle regel fra økonomisk teori at nytten av

siste krone skal være lik i alle anvendelser. Det er altså ikke slik at nytten av alle deltjenester skal være lik, men nytten av den siste krone brukt i hver deltjeneste skal være lik. Man skal altså ikke kunne omdisponere midler fra en deltjeneste til en annen og oppnå høyere nytte totalt sett. Dersom man mener at den siste krone brukt på en deltjeneste ikke er lik nytten av den siste krone brukt på en annen deltjeneste, har man ikke disponert budsjettet slik at nytten totalt sett blir maksimalt. Det bør da gjennomføres en omdisponering.

De styringsmessige utfordringer på etterspørselssiden er uavhengige av hvilken modell kommunen har valgt med hensyn til bedriftshelsetjenesten. I det følgende skal vi se at ulike utforminger av bedriftshelsetjenesten vil gi ulike utfordringer med hensyn til styring på tilbudssiden.

Styringsmessige utfordringer på etterspørselssiden:

1. *Etterspørsel fra ansatte etter en eller flere deltjenester kan være større enn det som er optimalt for kommunen dersom deltjenester er normale, private goder.*
2. *Etterspørselen fra ansatte etter en eller flere deltjenester kan være mindre enn det som anses å være optimalt for kommunen.*
3. *Det finnes et informasjonsproblem. Optimal utforming av bedriftshelsetjenesten forutsetter at ledelsen har korrekt og tilstrekkelig informasjon om nytten av de ulike deltjenester for de enkelte ansatte, grupper av ansatte og arbeidsmiljø totalt sett. Slik informasjon har man ikke.*

4.4 Oppsummering - optimal utforming av bedriftshelsetjenesten

Når det gjelder styringen av bedriftshelsetjenesten i kommunen har gjennomgangen over vist at det finnes en rekke styringsmessige utfordringer. På etterspørselssiden har vi fokusert tre styringsmessige utfordringer. Man står overfor den utfordring at de ansatte kan ha en annen vurdering av deltjenestene enn det ledelsen i kommunen har. Det kan lede til at de ansatte etterspør deltjenester i større eller mindre omfang enn hva ledelsen oppfatter som optimalt. Dette er særlig et styringsproblem dersom de ansatte etterspør et større omfang av en deltjeneste enn det som ledelsen oppfatter som optimalt, men også lav etterspørsel kan gi styringsmessige utfordringer. Den tredje utfordringen er knyttet til at man forutsetter at ledelsen har informasjon om nytten av de ulike deltjenester, og at de har informasjon som gjør dem i stand

til å foreta en korrekt avveining mellom de ulike deltjenester for individer, arbeidsmiljø og kommunen som tjenesteproduserende virksomhet.

På tilbudssiden eller produksjonssiden er de styringsmessige utfordringer knyttet til mulighetene for informasjonsrente og X-ineffektivitet, og vi har særlig fokusert mulighetene for opportunistekostnader. I forhold til styring av en virksomhet med det formål å arbeide seg i retning av en mer optimal tilpasning, vil det være nødvendig å unngå eller i det minste redusere disse forhold. Dette kan for eksempel skje gjennom å utsette den interne virksomhet for konkurranse. Metoder som kan benyttes i den sammenheng er for eksempel Benchmarking, fritt brukervalg med stykkprisfinansiering eller kjøp av tjenesten/deltjenestene fra private leverandører (Robertsen, 1999).

Dersom kommunen kjøper tjenesten hos en ekstern leverandør vil graden av konkurranse ha betydning for om man betaler kostnadseffektive priser. Dersom det er liten konkurranse i markedet kan det medføre X-ineffektivitet og/eller informasjonsrente hos leverandøren av tjenestene. I en slik situasjon er den styringsmessige utfordring for kommunen å være presis i forhandlingene om priser, kvantum og kvalitet, samt i kontroll av at de avtalte deltjenester faktisk blir levert, både med hensyn til omfang og kvalitet. I tillegg vil det være avgjørende å ha kunnskaper om andre leverandørers priser, tjenestesammensetning og tjenestekvalitet. Det gjelder enten man betaler tjenesten i form av en medlemsavgift per ansatte eller i form av en total budsjettramme.

Enten bedriftshelsetjenesten kjøpes eksternt eller er organisert internt, illustrere gjennomgangen over noen viktige momenter for oss:

Optimal utforming av bedriftshelsetjenesten forutsetter:

1. *At man har informasjon om de deltjenester som leveres, både med hensyn til innhold i og omfang av deltjenestene.*
2. *Kunnskaper om grensekostnadene eller kostnadsstrukturen for de ulike deltjenester.*
3. *Kunnskaper om preferansestruktur (totalnytte) eller grensenytten av de ulike deltjenester.*

Vi vil neppe noen gang komme dit hen at vi kan slå fast at man har en optimal produksjon og fordeling av en tjeneste. En nest-best løsning vil være å komme dit hen at produktiviteten stadig bedres og fordeling av deltjenestene

medfører en bevegelse i retning av en mer optimal tilpasning. Det vil si høyere nytte for et gitt budsjett.

Vi har sett at utforming av en optimal bedriftshelsetjeneste krever kunnskaper både om grensenytte og grensekostnader for de ulike deltjenester. I et optimalt fungerende marked vil prisene som dannes være bærere av informasjon om konsumentenes (kjøperes) grensenytte og produsentenes grensekostnader. Når markedet mangler eller når markedene ikke fungerer optimalt, for eksempel ved få tilbydere og/eller få etterspørrere av tjenestene, kreves annen informasjon om kostnader og nytte. Situasjonen for de 4 kommunene i dette prosjektet er at det er relativt få tilbydere av BHT i deres nærhet. Man kan derfor ikke uten videre regne med at de priser som man finner for bedriftshelsetjenester avspeiler deltjenestenes grensekostnader og grensenytte. I praksis vil kommunene i beste fall ha noe kunnskap om hvordan kostnader og nytte endres med omfanget av tjenestene. I tillegg kommer at både grensenytte og grensekostnader vil endres over tid. Endrede behov for deltjenestene samt ny forskning om arbeid og helse, risikofaktorer og forebyggende virksomhet kan over tid føre til endringer i nytten og grensenytten av de ulike deltjenester. Grensekostnadene for de ulike deltjenester kan for eksempel endres som en følge av endringer i omfang av tjenesten, lønnskostnader eller organisatoriske endringer.

For de enkelte kommuners utforming av bedriftshelsetjenesten må vi altså finne en praktisk tilnærming til problemet. De teoretiske resultatene kan være nyttige veivisere i en praktisk tilnærming til problemet og ikke minst vil teoretiske kunnskap være nødvendig ballast i bruken av de data og den informasjon man kan skaffe til veie. I praksis vil vi gjerne ha gjennomsnittskostnader og ikke grensekostnader, og man vil sjeldent eller aldri kunne vite sikkert om de kostnader man observerer er minimumskostnader. I tillegg er det å "måle" nytte vanskelig. Informasjon om kostnader knyttet til deltjenester og innhenting av informasjon både om hvordan deltjenestene oppfattes av de ansatte og ulike undersøkelser av arbeidsmiljø og helse vil gi informasjon som kan gi en mulighet til å utforme en mer optimal bedriftshelsetjeneste enn den man vil kunne utforme uten slik informasjon. At både nytte og kostnader endres over tid innebærer at vurdering av hva som er optimal utforming av bedriftshelsetjenesten må være en vurdering som gjentas med jevne mellomrom, for eksempel en gang per år. Det innebærer også at man må finne en praktisk tilnærming til oppfølgingen av og vurderingen av bedriftshelsetjenesten slik at man kan gjøre en slik vurdering med så liten ressursbruk som mulig.

Når det gjelder særlig de kostnadmessige forhold kan benchmarking være et brukbart verktøy for å framskaffe grunnlag for å vurdere egen tjeneste. Et nettverkssamarbeid med andre kommuner, eller andre virksomheter, kan også gi nyttige innspill til prosessen med å utforme en mer optimal bedriftshelsetjeneste.

I dette prosjektet har vi valgt benchmarking for å sammenlikne organisering og kostnader for de ulike deltjenester. Når det gjelder nytten av bedriftshelsetjenesten i kommunene, drøftes flere ulike metoder for å skaffe slik kunnskap til veie, og vi har testet ut fokusgrupper. Sammenlikning av nytte mellom kommunene er vanskeligere enn å sammenlikne kostnader blant annet fordi brukernes opplevelse av nytte kan ha sammenheng med de ansattes forventninger til tjenesten og hvordan den har vært ”markedsført” i kommunen.

5 Benchmarking

Det finnes ikke noen fullgod norsk oversettelse av begrepet benchmark. Imidlertid har begrepene "benchmark" og "benchmarking" etter hvert blitt godt innarbeidede "norske" begreper. Benchmarking brukes om det som skjer når en virksomhet, offentlig eller privat, måler sine prestasjoner mot andres prestasjoner. I Andersen og Pettersen (1995) defineres benchmark slik: "Et benchmark er et prestasjonsnivå anerkjent som det beste for en forretningsprosess (best-in-class) og som kan tjene som referanse for sammenlikninger." Dette kan tolkes som måling av egne prestasjoner mot prestasjoner som ansees som de best oppnåelige. I praksis er det imidlertid vel så vanlig å måle mot noen som er bedre enn en selv. Det vil si at man måler mot den beste observerte praksis i et utvalg som man sammenlikner seg mot. Benchmarking handler altså om å lære av andre for selv å bli bedre.

Benchmarking kan skje som en engangsforeteelse, men kan også gjennomføres som en kontinuerlig prosess. Gjennom tiden er det etablert flere nettverk som utveksler nøkkeltall for benchmarking. Eksempler på slike innenfor offentlig sektor er KOSTRAs nøkkeltall (Høverstad og Fürst, 2001; <http://odin.dep.no/krd/norsk/prosjekt/kostra/index-b-n-a.html>) og ASSS-nettverket (Andresen m. fl. 2001) som for tiden omfatter 9 store kommuner. For bedrifter finnes store nasjonale og internasjonale nettverk hvor man får tilgang til nøkkeltall fra ulike typer virksomhet mot å selv levere tilsvarende nøkkeltall (eks.: <http://www.benchnet.com/>).

Innenfor offentlig virksomhet vil benchmarking vanligvis kunne gjennomføres enklere enn innenfor andre virksomheter fordi det vanligvis ikke er konkurranse mellom kommuner eller ulike deler av offentlig virksomhet. Kommuner konkurrerer ikke om markedsandeler og kunder slik som privat virksomhet gjør. Utveksling av erfaringer og data er derfor ikke belagt med restriksjoner slik man kan oppleve mellom konkurrerende, profittmaksimerende virksomheter. Manglende markedssignaler i offentlig virksomhet som vanskeliggjør optimalisering av produksjonen og optimal produktsammensetningen kan avhjelpes noe ved en aktiv bruk av benchmarking fra ledelsens side.

5.1 Benchmarkingsprosessen

I "Benchmarking, en praktisk håndbok" (Andersen og Pettersen, 1995) deles gangen i en benchmarkingsprosess i 5 etapper. Disse er:

1. **Planlegg:** Velg og dokumenter prosessen som skal benchmarkes og identifiser måleparametre.
2. **Søk:** Finn benchmarkingspartnere. Hvem utfører den prosess som skal benchmarkes best?
3. **Observer:** Kartlegg og forstå partnernes prosess, både prestasjonsnivå og praksis.
4. **Analysér:** Identifiser gap i prestasjonsnivå, praksis og forutsetninger. Det er viktig å identifisere hva som faktisk er ulikheter for eksempel i produktivitet og hva som er ulikheter forårsaket av ulikheter i forutsetninger.
5. **Tilpass:** Velg "beste praksis" og tilpass til egen virksomhets betingelser. Det vil si implementering av forbedringstiltak i egen virksomhet.

I dette prosjektet har vi valgt å sammenlikne 4 kommuner med ulike modeller for bedriftshelsetjenester. Kommunene har ulik dokumentasjon om omfanget av den bedriftshelsetjenestene de faktisk får for de midler som brukes til formålet. Benchmarkingen vil derfor omfatte sammenlikninger så langt det er mulig av de faktiske forhold med hensyn til nivå på tjenestene. I tillegg vil benchmarkingen også gi innspill til hvordan kommunene som ikke er kommet så langt som den med "beste praksis", kan definere og måle tjenesteomfang.

Med hensyn til de 5 stadier i benchmarkingsprosessen i vårt konkrete prosjekt ble punkt 1 definert av Klepp kommune i prosjektinitiering og prosjektforspørsel. Fase 2 ble gjennomført før prosjektoppstart ved at kommuner som man anså som interessante å sammenlikne seg med ble invitert med i prosjektet. Fase 3 og 4 gjennomføres i selve prosjektet og fase 5 må kommunene hver for seg stå for.

6 Deltjenester og kostnader

Vi har i teorikapittelet sett at for å kunne gjøre en god avveining mellom nytte og kostnader, er det nødvendig å fremskaffe og systematisere kostnadsinformasjon for de ulike deltjenester. En forutsetning for dette er at de ulike deltjenester er identifisert og at det er mulig å kvantifisere dem. I dette kapitlet skal vi drøfte hvordan man kan gå fram for å identifisere deltjenestene og knytte kostnader til dem.

6.1 Bedriftshelsetjenestens deltjenester.

Bromwich og Bhimani (1994) omtaler to steg i arbeidet for å definere kostnader knyttet til ulike produktattributter. De bruker begrepet attributt synonymt med Lancasters begrep karakteristika, og henviser også til Lancaster. Vi vil derfor i fortsettelsen bruke begrepet karakteristika. Det første steget er å identifisere de karakteristika som har verdi for konsumenten av godet. Deresom det ikke lar seg gjøre å identifisere alle karakteristika, kan det være tilstrekkelig å identifisere hva man kan kalle kjernekarakteristika for hvert gode. Det andre steget er å identifisere ulike typer kostnader knyttet til de ulike karakteristika. Disse kan med fordel splittes i kostnader knyttet til volum, aktiviteter eller liknende. Det vil si at man forsøker å identifisere kostnader knyttet til ulike faktorer hvis endring medfører at totalkostnaden for karakteristikumet øker. Man forsøker altså å identifisere en slags kostnadsfunksjon for de ulike karakteristika.

I praksis vil det være vanskelig å tilordne kostnader til de ulike karakteristika. For praktiske formål vil vi derfor anvende tankesettet og fremgangsmåten fra Bromwich og Bhimanis produktattributt tilnærming, men relatere dette til deltjenester som vi kan definere som elementer av bedriftshelsetjenesten. De ulike deltjenester kan, som illustrert i figur 1, igjen ha ulike karakteristika. Vi følger den tilnærming vi valgte i den teoretiske drøftingen og velger deltjenester som analyseenheter.

Trinnene i det praktiske arbeidet kan være som følger:

1. Hva er deltjenestene? For sammenlikninger mellom kommuner må kommunene bli enige om hvordan bedriftshelsetjenesten kan splittes i deltjenester. Det kan i den sammenheng være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i det som sies i forskrifter og lignende om bedriftshelsetjenestens oppgaver og hva som måtte finnes i kommunene av etablerte inndelinger av bedriftshelsetjenesten i deltjenester.
2. Hvordan måle deltjenestene? Når deltjenestene er spesifisert er neste skritt å drøfte hvordan man kan telle eller måle deltjenestene. Leveres deltjenestene som antall timer, antall besøk, antall konsultasjoner, antall rapporter eller hvordan? De ulike deltjenester kan telles/måles ulikt! Omfang av de ulike deltjenester oppsummeres.
3. Total- og gjennomsnittskostnader. Nå skal de totale kostnadene fordeles på de ulike deltjenester. Dersom man har data for omfanget av de ulike deltjenester kan gjennomsnittskostnader beregnes.
4. Hva påvirker kostnadene? Neste trinn vil være å drøfte hvilke forhold eller aktiviteter som påvirker kostnadene for de ulike deltjenester og å splitte kostnadene for de ulike deltjenester på disse. Ettersom bedriftshelsetjenesten tross alt er en relativt begrenset utgiftspost i de kommunal budsjetter, bør kostnaden knyttet til det å forsøke å tilordne kostnader til volum, aktiviteter og liknende for hver deltjeneste vurderes mot hva man får igjen for et slikt arbeid. Vi tror at en slik vurdering ofte vil ende med at denne oppsplitting utelates. En drøfting av hva som medfører kostnadsendringer og hvordan kostnaden endres bør imidlertid ikke utelates.
5. Grensekostnader. Det bør drøftes om man kan regne med at gjennomsnittskostnadene er konstante eller om en ekstra enhet av en deltjeneste vil koste mer eller mindre enn gjennomsnittet av de forrige. Dersom gjennomsnittskostnaden ikke er konstant bør grensekostnad, kostnad for neste (de neste) enhet(er), beregnes.

6.2 Kommunenes deltjenester og kostnader

6.2.1 Deltjenester

Basert på forskriftens (FOR 1994-04-21 nr. 333) liste over verne- og helsepersonals oppgaver og de faktiske forhold i kommunene, definerte arbeidsgruppen i prosjektet følgende deltjenester i sin bedriftshelsetjeneste:

Deltjenester i bedriftshelsetjenesten i de 4 kommunene

- Medspill i kartlegging, psykososialt, risikofaktorer
- Oppfølging av kartlegging
- Informere om risikofaktorer
- Ergonomi på den enkelte arbeidsplass
- Forebygging, av dette:
 - Fysisk - eks. løfteteknikk - i forhold til enkeltpersoner, kurs/oppfølging/kvalitetssikring og lignende
 - Psykisk - i forhold til enkeltpersoner
 - Kursing - i forhold til grupper, f. eks. 40 timers verneombudskurs, 1. helps kurs, Ergonomikurs
- Pålagte helseundersøkelser
- Ikke pålagte helseundersøkelser
- Akan - arbeid
- Individuelle behov mht. hjelp v/arb. relaterte skade/sykdom/belastninger (fysiske og psykiske)
- Støttespillere i org. utvikling
- Lederopplæring
- Attføring
- Trening - på siden av BHT? Fysioterapi, annen terapi?

Der er noen forskjeller mellom kommunene med hensyn til hvilke av deltjenestene man hadde i kommunen. Tabellen under viser en oversikt over hvilke av disse tjenester man hadde i de 4 kommunene høsten 2001. For Radøy gjelder tjenestene de ansatte som er innmeldte i bedriftshelsetjenesten.

Tabell 6-1: Deltjenester i kommunene, høsten 2001.

Deltjeneste	Har tjenesten i kommunen			
	Klepp	Tysvær	Fjell	Radøy
Medspiller i kartlegging, psykososialt, risikofaktorer	x	x	x	x
Oppfølging av kartlegging	1)	x	x	x
Informere om risikofaktorer	x	x	x	x
Ergonomi på den enkelte arbeidsplass	x	x	x	x
Forebygging: Fysisk - eks. løfteteknikk - i forhold til enkeltpersoner, kurs/oppfølging/kvalitetssikring og lignende	x	x	x	
Forebygging: Psykisk - i forhold til enkeltpersoner	x	x	x	
Forebygging: Kursing - i forhold til grupper, f. eks. 40 timers verneombudskurs, 1. helps kurs, Ergonomikurs	x	x	x	x
Pålagte helseundersøkelser	x	x	x	x
Ikke pålagte helseundersøkelser, Akan	x	x	x	
Individuelle behov mht. hjelp v/arb. relaterte skade/sykdom/belastninger (fysiske og psykiske)	x	x	x	x
Støttespillere i org. utvikling	1)	x	x	
Lederopplæring	1)	x	x	
Attføring	x	x	x	
Trening - på siden av BHT? Fysioterapi, annen terapi?		x	x	

1) BHT hadde et tilbud, men Klepp kommune benyttet det ikke fordi de vurderte det som f or dårlig.

6.2.2 Hvordan kan man telle deltjenestene?

En vurdering av hvordan man kan måle de ulike deltjenester gav som konklusjon at de fleste av deltjenestene var det mest hensiktsmessig å måle i timer. For noen av deltjenestene, for eksempel "oppfølging og kartlegging", kan det også vurderes å telle tjenesten i antall rapporter. Hvordan man skal måle omfanget av deltjenestene vil også være et spørsmål om hva som avtales med leverandøren av tjenestene. I Fjell kommune, som var den eneste av de 4 som hadde tall for omfanget av deltjenestene, brukes timer som måleenhet. Man kan imidlertid tenke seg at man både avtaler en timeramme for en deltjeneste og spesifiserer hva som skal utføres innenfor denne rammen i form av rapporter, besøk, kurs og lignende.

6.3 Totale og fordelte kostnader

Kommunene hadde høsten 2001 i ulik grad informasjon om kostnadene/utgiftene knyttet til de ulike deltjenestene. I dette konkrete prosjektet har vi ikke hatt som mål å tilordne kostnader til de ulike tjenester. Målsettingen har snarere vært å drøfte hvordan dette kan gjøres slik at man i forhandlinger med eksterne BHT leverandører kan bli mer presise i forhold til å spesifisere hva slags deltjenester og i hvilket omfang disse skal leveres. Og for dem med intern BHT, legge et grunnlag for fremtidig kostnadsregistrering som muliggjør en fordeling av kostnader på deltjenester.

Tabellen under viser i hvilken grad de 4 kommunene har vært i stand til å splitte BHT-kostnadene på de ulike deltjenester. Et X i tabellen signaliserer at man har tjenesten, men at man ikke kan identifisere kostnaden.

Tabell 6-2: Kommunenes utgifter til BHT i 2001 i 1000 kroner fordelt etter deltjeneste, og om tjenesten er produsert internt eller kjøpt eksternt.

Deltjeneste	Klepp		Tysvær		Fjell		Radøy	
	Eks-ternt	Internt	Eks-ternt	Internt	Eks-ternt	Internt	Eks-ternt	Internt
Medspiller i kartlegging, psykososialt, risikofaktorer	x			x	35,0		x	
Oppfølging av kartlegging	1)			x	11,7		x	
Informere om risikofaktorer	x			x	11,7		x	
Ergonomi på den enkelte arbeidsplass	x			x	64,1		x	
Forebygging: Fysisk - eks. løfteteknikk - i forhold til enkeltpersoner, kurs/oppfølging/kvalitets sikring og lignende	x			x	25,7			
Forebygging: Psykisk - i forhold til enkeltpersoner	x			x	17,5			
Forebygging: Kursing - i forhold til grupper, f. eks. 40 timers verneombudskurs, 1. hjelps kurs, Ergonomikurs	30			x	29,2		x	
Pålagte helseundersøkelser	x			x	8,7		x	6,0
Ikke pålagte helseundersøkelser,				x	23,3		x	
Akan	x			x	5,8			

	Klepp		Tysvær		Fjell		Radøy	
Deltjeneste	Eks-ternt	Internt	Eks-ternt	Internt	Eks-ternt	Internt	Eks-ternt	Internt
Individuelle behov mht. hjelp v/arb. relaterte skade/sykdom/belastninger (fysiske og psykiske)	x			x	23,3		x	
Støttespillere i org. utvikling	1)			x	26,2			
Lederopplæring	1)			x	5,8			
Utgifter som ikke er fordelt					12,0			
Sum utgifter BHT	805				300		29,7	
Attføring	x	120		2)	x	300		2)
Trening - på siden av BHT? Fysioterapi, annen terapi?				x		76		
Sum utgifter BHT inkl attføring og trening	805	120		658*	300	376	29,7	6

For Radøy gjelder kryssene i tabellen kun for de ansatte som er innmeldt i bedriftshelsetjenesten, for 2000 var det 21 personer. Utgiftene for pålagte helseundersøkelser gjelder for ansatte som ikke er medlem i BHT-ordningen.

* Intern attføring er med i utgiftstallene.

X - kommunene har deltjenesten, men kan ikke identifisere kostnadene knyttet til den.

1) BHT hadde et tilbud, men Klepp kommune benyttet det ikke fordi de vurderte det som for dårlig.

2) Disse kommunene har en annen ordning for hvordan intern attføring kostnadsføres og kan ikke skille ut tallene.

Vi ser at det kun er Fjell kommune av de fire som vet hvor mye ressurser som brukes til de ulike deltjenestene. De øvrige kommuner har stort sett kun tall for de totale kostnadene. Vi ser også at det er noen forskjeller mellom kommunene med hensyn til innholdet i bedriftshelsetjenesten. Det er også noe usikkerhet i tallene knyttet til at grenseoppgangen mellom BHT og andre oppgaver kan være uklare. I tillegg kan det være vanskelig å fordele kostnadene korrekt. Bedriftsintern attføring er en slik deltjeneste hvor det helt klart er forskjeller mellom kommunene med hensyn til om kostnader registreres som bedriftsintern attføring eller inngår i de ordinære regnskapsposter for de tjenesteområder hvor de aktuelle ansatte arbeider.

At det kun er Fjell kommune som kan knytte kostnader til de ulike deltjenester, betyr ikke nødvendigvis at de andre kommunene helt mangler kontroll med hva de får igjen av bedriftshelsetjenester for de midler de bruker, men dokumentasjon mangler. Manglende dokumentasjon av kostnader og resultater, og dermed gjerne manglende oppfølging og kontroll, gir imidlertid tjenesteleverandørene mulighet for X-ineffektivitet i produksjonen og/eller informasjonsrente. Denne muligheten er ikke fullstendig borte selv om timer

brukt til ulike deltjenester dokumenteres. Det er imidlertid grunn til å tro at en systematisk oppfølging og kontroll av hva som leveres av deltjenester gir mindre mulighet for slike forhold blant annet fordi muligheten for informasjonsasymmetri mellom kommunen og tjenesteleverandør vil minske. På sikt vil systematisk oppfølging også gi kommunene bedre mulighet til å inngå avtaler hvor man legger inn insentiver som medvirker til at tjenesteleverandører i større grad vil ha egen nytte/gevinst av å levere avtalte deltjenester i avtalt omfang.

Fordi det kun var Fjell kommune som hadde oversikt over omfanget av deltjenestene i form av timer og kostnader, har det ikke vært mulig å beregne gjennomsnittskostnader for de ulike deltjenester. Man kunne beregnet kostnad per time, men det er lite hensiktsmessig i vårt tilfelle da det kun er mulig for Fjell og timeprisen er kjent. Som en indikator for gjennomsnittskostnader har vi derfor beregnet utgift per ansatt i tabellen under.

Tabell 6-3: BHT-utgifter per ansatt i kroner, 2001.

	Klepp	Tysvær	Fjell	Radøy
Antall ansatte	840	990	1200	400
Medlemmer i BHT	840	990	1200	21
Medspiller i kartlegging, psykososialt, risikofaktorer	x	x	29,2	x
Oppfølging av kartlegging	1)	x	9,8	x
Informere om risikofaktorer	x	x	9,8	x
Ergonomi på den enkelte arbeidsplass	x	x	53,4	x
Forebygging: Fysisk - eks. løfteteknikk - i forhold til enkeltpersoner, kurs/oppfølging/kvalitetssikring og lignende	x	x	21,4	
Forebygging: Psykisk - i forhold til enkeltpersoner	x	x	14,6	
Forebygging: Kursing - i forhold til grupper, f. eks. 40 timers verneombudskurs, 1. hjelps kurs, Ergonomikurs	35,7	x	24,3	x
Pålagte helseundersøkelser	x	x	7,3	15
Ikke pålagte helseundersøkelser,		x	19,4	x
Akan	x	x	4,8	
Individuelle behov mht. hjelp v/arb. relaterte skade/sykdom/belastninger (fysiske og psykiske)	x	x	19,4	x
Støttespillere i org. utvikling	1)	x	21,8	
Lederopplæring	1)	x	4,8	
Utgifter som ikke er fordelt			10,0	
Sum utgifter BHT	958,3		250,0	74,3

	Klepp	Tysvær	Fjell	Radøy
Attføring	142,9	x	250,0	
Trening - på siden av BHT? Fysioterapi, annen terapi?	0	x	63,3	
Sum utgifter BHT inkl attføring og trening	1101,2	664,6	563,3	89

Radøy: Kostnad per helsesjekk (pålagte) er kr. 315,-. Det betales kr. 1200 per medlem i BHT per år.

X indikerer at tjeneste finnes i kommunen, men det er ikke mulig å fordele kostnadene korrekt

1) BHT hadde et tilbud, men Klepp kommune benyttet det ikke fordi de vurderte det som for dårlig.

Vi ser at gjennomsnittskostnad per ansatt var høyest i Klepp kommune, atskillig lavere i Tysvær og Fjell og naturlig nok lavest i Radøy siden det der er kun 21 ansatte som var innmeldt i BHT. Radøy betalte i 2001 kr. 1200.- per medlem i BHT og det er det naturlig å tro at dette også er de grupper av ansatte som krever de dyreste deltjenestene. I de øvrige kommuner er utgiftene til denne typen personale jevnet ut av de mange ansatte som krever en mindre kostbar BHT.

Både på grunnlag av tallene over og ut fra øvrige kunnskaper om hvordan bedriftshelsetjenesten arbeider i de 4 kommunene, er det grunn til å stille spørsmål ved om bedriftshelsetjenesten i Klepp er uforholdsmessig dyr i forhold til i de øvrige kommuner. Dette samstemmer også den opplevelse av tjenesten som var utgangspunktet for dette prosjektet. Vi kan imidlertid ikke konkludere med at det ikke finnes potensiale for bedring også i de øvrige kommuner.

6.3.1 Hvordan endres kostnadene?

I den teoretiske gjennomgangen fant vi at det er kunnskaper om grensekostnadene og ikke gjennomsnittskostnadene som er avgjørende for en mer optimal utforming av bedriftshelsetjenesten, med mindre grensekostnadene er konstante og lik gjennomsnittskostnadene.

Ved kjøp av bedriftshelsetjenestene fra eksterne tilbydere vil grensekostnaden for kommunen ved økning i mengden av de ulike deltjenestene være lik prisen på en ekstra enhet av deltjenesten, og denne vil gjerne være lik for alle enheter av deltjenesten. For den interne bedriftshelsetjenesten er ikke nødvendigvis grensekostnaden lik gjennomsnittskostnaden. For en konkret endring i omfanget av de ulike deltjenester bør man derfor gjøre en vurdering av hvilke kostnadsmessige konsekvenser dette vil få. Det kan tenkes at det er stordriftsfordeler i den interne bedriftshelsetjenesten. Det vil si at en ekstra time (enhet) av tjenesten har en lavere kostnad enn gjennomsnittet av alle timer (enheter). Det kan også tenkes at kapasitet i intern bedriftshelsetjeneste bygges ut trinnvis slik at det enten kan være ledig kapasitet, som vil gi lav

grensekostnad, eller at en økning i tjenesteomfanget vil utløse et nytt "trinn" og således vil medføre en relativt høy grensekostnad.

I prosjektet har vi ikke forsøkt å beregne kostnadsøkninger som en følge av at omfanget av ulike deltjenester øker. Kommunene har imidlertid gjort noen vurderinger av hvilke forhold som fører til at behovet for bedriftshelsetjenesten kan øke. For de fleste deltjenester nevnes antall ansatte som den vesentlige faktor, mens for noen deltjenester nevnes antall organisatoriske enheter slik som skoler, sykehjem, avdelinger og lignende som den faktor som fører til at behovet øker. Dette gjelder særlig for deltjenestene "medspiller i kartlegging, psykososialt, risikofaktorer", "oppfølging av kartlegging" og "informere om risikofaktorer". I tillegg til disse forhold nevner kommunene at en mer presset arbeidssituasjon kan gi et økt behov for BHT og at forebygging vil redusere behovet.

For de fire kommunene vil en økning i antall ansatte gi ulike utslag i kommunens utlegg til bedriftshelsetjenester. Dersom man har en bedriftshelsetjeneste lik den Fjell kommune har, vil en ekstra ansatt ikke medføre umiddelbar økning i utgiftene til bedriftshelsetjenesten. For Klepp kommune vil en økning i antall ansatte medføre en økning i utleggene til bedriftshelsetjenesten som er lik medlemsavgiften multiplisert med det økte antallet ansatte. For Radøy kommune vil en eventuell utgiftsøkning være avhengig av om den ansatte som kommer til har en stilling som krever jevnlig helseundersøkelser, dvs. er omfattet av "Forskrift om hvilke virksomheter som skal ha knyttet til seg verne- og helsepersonale (bedriftshelsetjeneste)" (FOR 1989-06-08 nr 914). For Tysvær kommune vil kriteriene for budsjettildeling til HMS-avdelingen være avgjørende for om kommunens utgifter til bedriftshelsetjenestene øker når antallet ansatte øker.

7 Nytte av tjenestene

I kapittel 3 viste den økonomiske teorien at en optimal utforming av bedriftshelsetjenesten krever informasjon både om pengemessige forhold, kostnadene, og nytten av bedriftshelsetjenesten. I dette kapitlet skal vi se på hvordan vi kan innhente informasjon om nytten av bedriftshelsetjenesten og konkret se litt på hvilken nytte kommunen og de ansatte har av tjenesten i de fire kommunene. Nytte kan ikke registreres i kroner slik kostnader kan. Nytte er i denne sammenheng individers oppfatning av de ulike deltjenesters betydning for arbeidsmiljø, egen helse, risiko for yrkesskader/-plager og lignende. Mener brukerne at de får noe igjen for BHT eller er det noe som ikke vedgår dem? Hvor fornøyde brukerne er med tjenesten henger ikke nødvendigvis sammen med hvor mye (eller lite) penger som faktisk brukes til dette formålet.

I kapittel 1 ble det nevnt noen styringsmessige utfordringer på etterspørselsiden i kommunene, og disse er aktuelle her. Det kan for det første være forskjell mellom de ansattes etterspørsel etter ulike deltjenester og arbeidsgivernes etterspørsel. For det andre kan det være vanskelig for både arbeidsgivere og arbeidstakere å få en oversikt over hvilken nytte de ulike deltjenestene har for brukerne og for arbeidsmiljøet. Dette henger igjen sammen med informasjonsproblemer. Har de ansatte oversikt over hva BHT skal brukes til og dermed hva de kan forvente av tjenesten?

Hensikten med de analysene/vurderingene av nytte som vi foreslår her er ikke å finne et eksakt mål for nyttenivå i den enkelte kommune. Formålet er mer å få indikasjoner om hvordan bedriftshelsetjenestens deltjenester oppfattes av de ansatte, av ledelsen og ikke minst få signaler på områder som kan prioriteres opp eller ned eller forbedres i framtiden. I dette kapitlet vil vi gå nærmere inn på hva kommuner eller andre virksomheter kan gjøre for å få vite mer om de ansattes nytte av BHT. Vi vil se på litt forskjellige metoder å ”samle inn data” om dette på, for så å gå nærmere inn på den metoden vi valgte å bruke i dette prosjektet; fokusgrupper.

7.1 Ulike metoder for innhenting av informasjon om nytten

Innenfor samfunnsforskningen opererer man med to måter å samle inn data på; kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitative data samles i stor grad inn ved hjelp av spørreskjemaer, og resultatene presenteres ofte som statistikk. Her er formålet å få en oversikt og å kunne generalisere. Kvantitativ metode

er hensiktsmessig å bruke dersom man ønsker å få vite ”litt om mye”. Noen av kommunene som deltar i dette prosjektet, bruker f.eks. egne spørreskjemaundersøkelser for å kunne følge med kvaliteten på arbeidsmiljøet eller for å finne ut hva de ansatte mener om BHT. Eksempler på slike skjema kan man blant annet finne i Statens Arbeidsmiljøinstitutt's erfaringsdatabase (<http://www.stami.no/fagsek/erfaringsdatabasen.html>). En annen mulighet er å bruke ”God BHT”, (<http://www.stami.no/fagsek/godBHT.htm>). ”God BHT” et vurderingssystem som primært er utviklet for at ulike bedriftshelsetjenester skal kunne vurdere seg selv men som også kan brukes av kommuner (og bedrifter) som et hjelpemiddel for å vurdere den bedriftshelsetjenesten kommunen har. ”God BHT” kan brukes som en veileder for en mer kvalitativ vurdering for eksempel som struktur for samtalen i en eller flere fokusgrupper, eller den kan brukes som et utgangspunkt for en mer kvantitativ undersøkelse hvor et utvalg av eller alle ansatte besvarer spørsmålene. I tillegg er det mulig å benytte kvantitative undersøkelser andre har gjennomført for å kunne belyse sin egen situasjon.

I kvalitativ metode er fokus et annet. Her er formålet å kunne gå i dybden på enkelte områder – å få vite ”mye om litt”. De mest brukte måtene å samle inn slike data på er intervju og observasjon. Å ha ferdig lagde spørreskjemaer med faste svaralternativer kan medføre at man ikke får med det informantene selv mener er sentralt i forhold til et tema, noe man lettere kan unngå ved hjelp av kvalitative metoder. Om man benytter seg av kvalitative metoder, kan man ikke generalisere, men man får forhåpentligvis, tilgang til god og utfyllende informasjon på en del områder.

En annen fordel med å bruke kvalitativ metode er at man direkte i datainn-samlingssituasjonen kan avklare misforståelser eller be informantene om å gå mer i dybden på enkelte temaer. Dataene skapes på den måten i en samhandlingssituasjon mellom de man ønsker informasjon fra og de som ønsker denne informasjonen. Denne nærheten mellom forsker og informant kan selvfølgelig også by på problemer, i og med at meningen produseres i samhandlingssituasjonen og dermed påvirkes av forholdet mellom forsker og informant. Dette kan være lettere i en anonym spørreskjemaundersøkelse.

Under skisseres de metodene vi anser for å være aktuelle når kommuner eller andre virksomheter ønsker å sette søkelys på nytten av BHT:

Forskning om effekt av ulike deltjenester

Særlig med hensyn til nytten av de ulike deltjenester i forhold til å forebygge yrkesskade, rehabilitering, og tiltak for å lindre yrkesrelaterte plager, vil spørreundersøkelser eller vurderinger gjort i kommunen ha begrenset verdi.

En slik vurdering av nytte krever gjerne en eller annen form for ekspertise, og man vil være avhengige av forskningsmessige undersøkelser for å kunne si noe om nytte av ulike typer tiltak. På statens arbeidsmiljøinstituttets hjemmesider finnes oversikt over en rekke undersøkelser om sammenheng mellom yrkesskader og arbeidsmiljø, hvordan yrkesskader kan forebygges og en rekke andre problemstillinger knyttet til bedriftshelsetjenestens utforming og innhold (<http://www.stami.no>). På nettsiden finnes også lenker til en rekke andre nyttige nettsider, for eksempel arbeidstilsynet (<http://www.arbeidstilsynet.no>).

Spørreskjemaundersøkelser

Her lager man spørsmål de ansatte i kommunene blir bedt om å krysse av på. Disse distribueres ut til de det gjelder, og bør sendes tilbake i ferdig adressert og evt. frankerte konvolutter. Man kan lage ja/nei spørsmål eller sette opp påstander og la de ansatte krysse av for i hvilken grad de er enige eller uenige. I de "temperaturmålerne" noen av kommunene i vår undersøkelse bruker, blir de ansatte bedt om å vurdere arbeidsmiljøet i forhold til grønt, gult eller rødt lys. Rødt lys er da et signal om at det her må gjøres noe konkret i forhold til å forbedre arbeidsmiljøet. Informasjonen kan gi innspill til utformingen av bedriftshelsetjenesten i fortsettelsen, for eksempel for neste år. En tilsvarende undersøkelse kan utformes for også å få de ansattes tilbakemeldinger på bedriftshelsetjenestens innsats i virksomheten generelt eller i forhold til spesifiserte problemstillinger.

I spørreskjemaer er det ofte lurt å også gi informantene mulighet til å krysse av for "annet" dersom de fastsatte kategoriene ikke passer med det informanten mener – og at det gis anledning for at vedkommende kan spesifisere hva han eller hun mener med "annet". Dersom en har med ja/nei- spørsmål, er det viktig å også ha med kategorien "vet ikke", slik at en ikke presser informanten til å ta stilling til f.eks. BHT dersom de egentlig er usikre eller ikke har gjort seg opp noen mening. Ved utforming av spørsmål må man forsøke å gjøre dem nøytrale i språket og ikke ledende. Om man lager påstander de ansatte skal ta stilling til, kan man ha et mindre nøytralt språk.

I spørreskjemaundersøkelser er det viktig å bevare anonymiteten til de som svarer, noe som kan være vanskelig i små kommuner – spesielt dersom man ønsker å gå ned på arbeidsplassnivå. Skjemaene må ikke kunne knyttes til enkeltpersoner. Det er også viktig at man presiserer at det er frivillig å svare på spørreskjemaer, slik at ingen føler seg presset til å delta. Før en kommune initierer en slik undersøkelse, f.eks. om arbeidsmiljøet i kommunen, er det viktig at en er innstilt på å gjøre noe med eventuelle problemer som skulle

komme frem. Noe annet er ikke riktig overfor de som svarer på skjemaet og stiller spørsmål ved formålet med en slik undersøkelse.

Når man får inn ferdig besvarte spørreskjemaer, er det viktig å få en oversikt over hvor mange på de enkelte arbeidsplassene som har svart, slik at man kan si noe om representativiteten. Når eventuelle resultater presenteres, er det igjen viktig å tenke på anonymiteten til de ansatte.

Intervjuer/samtaler

Det kan være aktuelt for kommunen å kontakte enkeltpersoner med spesiell kunnskap i forhold til BHT (f eks verneombud) til et uformelt intervju/samtale om denne tjenesten. Dette kan ha som fordel at en får gått i dybden på denne enkeltpersonens meninger og opplevelser med ordningen, og at en unngår det konformitetspresset som kan oppstå ved gruppeintervjuer (et press om at alle skal være enige). På den annen side kan det være lettere for ansatte i kommunen å si hva de mener til ledelsen dersom det er flere ansatte til stede - som i fokusgrupper.

Semistrukturerte intervjuer er det mest brukte, og betyr at man har en del spørsmål man ønsker å gå inn på i løpet av samtalen, men at rekkefølgen på disse ikke er viktige. Slike intervjuer skjer også i en viss grad på informantens premisser – han eller hun kan fokusere mer på noen ting enn på andre, og i en viss grad være med på å styre intervjuet. Den som utfører intervjuet, bør på forhånd lage en liste over ting han eller hun ønsker å spørre om. En bør i slike situasjoner være bevisst hvordan en ordlegger seg, og forsøke å ikke lede informanten i den ene eller andre retningen.

Indikatorer for arbeidsmiljø

Det kunne være ønskelig å måle effekten av bedriftshelsetjenestens innsats ved hjelp av konkrete nøkkeltall. Man kunne tenke seg at endringer i nøkkeltall for sykefravær totalt og fordelt på kortere og lengre fravær, ”turn-over”, og andre forhold kunne vurderes opp mot ulike tiltak og omfang av deltjenestene. Slike nøkkeltall vil imidlertid ha liten verdi på et så aggregert nivå som for hele kommunen. Fravær og turn-over kan ha så mange ulike forklaringer at dersom slike nøkkeltall skal brukes for å vurdere effekten av ulike deltjenester i bedriftshelsetjenesten, må de brukes på en mye lavere organisasjonsnivå enn hele kommunen, og de må tolkes i lys av andre faktorer som kan påvirke dem. Ved rett bruk kan imidlertid endringer i slike nøkkeltall gi god supplerende informasjon til den man kan få ved spørreskjemaundersøkelser og ulike former for samtaler med ansatte og ledere.

Fokusgrupper

En fokusgruppe (eller gruppeintervju) innebærer at man samler en del personer som kan være med på å gi informasjon om og innsikt i BHT. En person har ansvaret for å ”styre” gruppen ved å stille spørsmål, påse at deltakerne holder seg noenlunde til temaene og ved å sørge for at samtalen drives fremover. Denne personen har på forhånd utarbeidet en intervjuguide, som sier hvilke temaer en skal innom i løpet av den tiden en har. Den som ”intervjuer” får ofte en mer tilbaketrukket rolle i fokusgrupper, fordi samtalen lettere går av seg selv (dette varierer selvsagt etter hvilke personer som deltar). Det er også her viktig å sikre at ikke personer føler seg presset til å delta. Senere vil vi gå nærmere inn på fokusgruppe som metode, og bruke vårt eget undersøkelsesopplegg som eksempel. En viktig fordel med denne metoden er at man kan sette sammen en gruppe som har forskjellige roller i forhold til BHT og få tilgang til meningsutveksling mellom disse.

Metoder for innhenting av informasjon om nytte

- *Forskning om effekt av ulike deltjenester*
- *Spørreskjemaundersøkelser*
- *Intervjuer/samtaler*
- *Indikatorer for arbeidsmiljø*
- *Fokusgrupper*

At man benytter seg av en av metodene ovenfor, utelukker ikke at man også kan bruke andre. Tvert om bruker en ofte flere metoder for å belyse samme problemstilling, for å kunne dra nytte av de positive aspektene ved de ulike måtene å hente inn informasjon på. Dersom man gjennomfører en spørreskjemaundersøkelse og finner misnøye med arbeidsmiljøet et spesifikt sted, kan det være fruktbart å ha samtaler med enkelte utvalgte personer for å kunne gå nærmere inn på problemene. I en slik situasjon må en være varsom med å samle eventuelle parter i en konflikt i en fokusgruppe – i alle fall i begynnelsen. I så fall må personer med spesiell kompetanse inn i situasjonen.

7.2 Vårt metodevalg: fokusgrupper

Kvantitative og kvalitative metoder har altså hver sine bruksområder, svakheter og styrker, og som sagt kan de gjerne kombineres for å få flere innfallsvinkler til samme problemstilling. I vårt prosjekt falt valget på kvalitativ

metode – nærmere bestemt fokusgrupper. Dette er en metode som har vært brukt mye i forhold til markedsføring, men som i de senere år har blitt mer og mer populært innenfor samfunnsvitenskap. Her vil vi gå nærmere inn på hva som spesielt kjennetegner fokusgrupper som metode og hvorfor vi valgte å bruke fokusgrupper i vårt prosjekt. Vi vil også gå gjennom prosessen med å planlegge og gjennomføre fokusgrupper, og bruke vårt eget forskningsopplegg som eksempel.

Hovedårsaken til at vi valgte kvalitativ metode når vi ville se nærmere på BHT i de ulike kommunene, var at vi kort sagt ønsket ”innsikt” fremfor ”oversikt”. Det viktigste var ikke å få kartlagt hvor stor andel som mente hva om BHT, men å kunne grave litt grundigere i hva slags nytte de ansatte hadde av tjenesten. Prosjektet hadde et utforskende utgangspunkt, og da kan kvalitative metoder være fruktbare. Selv om en ikke får ut generaliserbart materiale, skal en ikke undervurdere den muligheten kvalitativ metode gir for å få tak i rik og grundig informasjon. De fokusgruppene som ble gjennomført i løpet av prosjektet, kan være nyttige for kommunene dersom de i etterkant skulle velge å utføre en spørreskjemaundersøkelse: Nå har de ansvarlige i kommunen fått en pekepinn på hvilke ting det kan være interessant å gå nærmere inn på. Samtidig er det viktig å påpeke at fokusgruppene står helt på egne ben som metode.

Ovenfor skrev jeg at fokusgrupper også kan kalles gruppeintervjuer. Mer korrekt er det å kalle det for en variant av gruppeintervju. Det som skiller dem, er at det i fokusgruppene ikke er forholdet mellom intervjuer og informant som er det sentrale, men *interaksjonen* mellom de ulike informantene (Morgan 1988). Fokusgrupper er altså spesielt fruktbart for å se på det som skjer og hvilke meninger som utveksles mellom de ulike deltakerne. Dersom det er mulig at ulike grupper har forskjellige holdninger i forhold til noe – som f.eks. arbeidsgivere og arbeidstakere i forhold til BHT – er fokusgrupper et bra valg av metode. Eventuelle uenigheter kan virke engasjerende på deltakerne og dermed gjøre sitt til at samtalen drives videre. Fokusgrupper kan også være tidsbesparende for kommunene, som istedenfor en rekke individuelle samtaler kan samle informantene til en felles ”samtale”.

For at en fokusgruppe skal være vellykket, er det viktig at deltakerne er engasjerte mennesker og at de vet nok om temaet som skal diskuteres (Morgan 1988). I vårt tilfelle ga vi arbeidstakersiden selv ansvaret for å plukke ut sine egne representanter. Vi presiserte at dette burde være personer som turde å hevde sine meningers rett. Ved at de selv fikk velge representanter, unngikk vi også at arbeidsgiverne kunne legge føringer på dette valget. Et problem med å ha arbeidsgivere og arbeidstakere i samme gruppe, kunne vært at ar-

beidstakerne ikke turde si det de mente om den BHT deres arbeidsgivere har ansvaret for. Nå virket de ikke som om dette var et problem i de fokusgruppene vi gjennomførte.

Vi hadde statusforskjellen mellom arbeidsgivere og arbeidstakere i bakhodet da vi bestemte å ta med 4 representanter for arbeidstakerne og 3 fra arbeidsgiverne. At arbeidstakerne får det tallmessige ”overtaket” kan gjøre det lettere for arbeidstakerne å si hva de mener. Vi hadde altså 7 deltakere i våre fokusgrupper, og det vanlige er å ha mellom 6 og 10 deltakere (Morgan 1988). Dersom gruppen blir for liten, kan det være vanskelig å holde samtalen i gang, samtidig som en for stor gruppe fører til at deltakerne kan ha vanskelig for å få frem sitt syn.

Jeg nevnte også at deltakerne i fokusgruppen må ha nok kunnskaper om det temaet en skal diskutere i fokusgruppen. Det er samtidig viktig at deltakerne får vite hvilke deltemaer en vil være opptatt av. I vårt tilfelle skrev vi et informasjonsbrev til deltakerne, med en liste over ting de kunne tenke gjennom før selve fokusgruppen (se vedlegg). Det ble presisert at listen over temaer ikke var noe som skulle følges slavisk under gjennomføringen av gruppen, men mer et redskap for å ikke glemme noe en er opptatt av. Under selve gjennomføringen ble ikke listen viktig, men kunne av og til få samtalen i gang igjen. Ellers er en fokusgruppe mest vellykket om den ”går av seg selv” og deltakerne snakker om det de er opptatt av (og ikke er opptatt av lister en skal gå gjennom).

”Styreren” (i vårt tilfelle forskeren) i en slik gruppe har en viktig rolle – spesielt om samtalen ikke går så lett, eller om en merker at bare en sides syn kommer frem i saken. Det er viktig å gi personer verbal og ikke-verbal tilbakemelding på det som blir sagt, å kunne komme inn med spørsmål om samtalen stopper opp og å prøve å dra inne alle parter i diskusjonen. Om gruppen går greit av seg selv, kan styreren ha en mer tilbaketrukket rolle. I vårt tilfelle var den som styrte fokusgruppene en ekstern person med kompetanse innen samfunnsvitenskapelig metode. En kan også få andre personer til å ta på seg denne rollen, samtidig som det helt klart er positivt med en person som kan se situasjonen utenfra og som i tillegg vet hva som er viktig for å få tak i gode ”data”.

Når det gjelder selve gjennomføringen av fokusgruppene, er det hensynsmessig at ”styreren” i begynnelsen snakker litt om hva som er formålet med undersøkelsen og hvem som er oppdragsgivere. En introduksjonsrunde er viktig, slik at alle parter er inneforstått med de andres bakgrunn. En god måte å komme i gang med diskusjonen, er først å spille ballen over til de i

kommunen som har mest med BHT å gjøre, og så la de andre komme til etter hvert. Den som styrer gruppen, må underveis notere hva som blir sagt og av hvem. Det er i tillegg lurt å ta samtalen opp på bånd – dersom en i etterkant tviler på hva som faktisk ble sagt eller av hvem. På grunn av lyd kvaliteten på båndet, må fokusgruppen gjennomføres uten bakgrunnsstøy og ved at deltakerne sitter ganske tett rundt et bord. Vår erfaring er at litt mat og drikke underveis kan være med på å gjøre stemningen mer åpen og uformell, noe som er bra for kvaliteten på dataene.

I neste kapittel ser vi i praksis hvordan man kan oppsummere og analysere fra fokusgrupper. Det er viktig å begynne dette arbeidet med en gang fokusgruppene er ferdige, fordi man da har inntrykkene friskt i minne. Under oppsummeres kort noen fordeler og ulemper med å anvende fokusgrupper som metode:

Fordeler ved å bruke fokusgrupper	Ulemper ved å bruke fokusgrupper
• <i>kan gi dybdeinformasjon om temaer</i> • <i>kan være mer på informantenes premisser</i> • <i>kan fokusere på interaksjonen mellom ulike deltakergrupper</i> • <i>rimelig og effektiv metode</i> • <i>kan være et utgangspunkt for representative undersøkelser</i>	• gir ikke representativitet • gir et bilde av virkeligheten sett fra en bestemt gruppe • må brukes med forsiktighet i sammenligninger • kvaliteten på informasjonen er helt avhengig av om man får med de "riktige" personene og at selve gjennomføringen av gruppen går greit

I dette prosjektet har vi brukt fokusgrupper både for å si noe om nytten av BHT i de enkelte kommunen og for å kunne sammenligne ulike kommuner med hverandre. I boksen over står det at data fra fokusgrupper må brukes med forsiktighet i forhold til sammenligninger. Hver fokusgruppe er forskjellig – i forhold til deltakerne og deres bakgrunn, hvilke temaer som vektlegges, gruppedynamikk, styrerens involvering og så videre - og man må være bevisst på at den informasjonen man får tak avhenger av en del slike faktorer. På bakgrunn av dette er det allikevel fruktbart å vurdere en fokusgruppe i lys av de andre.

Til sist her må det nevnes at fokusgrupper ikke nødvendigvis er et bra metoderedskap dersom man har en liten, intern bedriftshelsetjeneste. Tilbakemeldingen fra Tysvær kommune var at metoden fungerte bra fordi HMS-lederen følte seg trygg på sin egen innsats, men at det allikevel medførte en del ubehag for vedkommende. Det er klart at når HMS-arbeidet er så nært knyttet til en enkeltperson, så kan en diskutere om fokusgruppe som metode er etisk forsvarlig. Det kan da være mer riktig å snakke med representanter fra ulike grupper på tomannshånd.

7.3 "Resultatene" fra fokusgruppene

I vårt prosjekt gjennomførte vi altså 4 fokusgrupper. Disse gruppene brukes til sammenligninger, men også for å se på hva som er utfordringene i hver enkelt kommune i forhold til BHT. Vi har altså ett stort case med 4 fokusgrupper – samtidig som hver fokusgruppe ses som et eget case.

7.3.1 Radøy kommune – kommune og BHT på defensiven

Radøy kommune er den kommunen i undersøkelsen som har hatt minst med sin bedriftshelsetjeneste å gjøre. Bare de som etter loven skal være tilknyttet BHT, har vært innmeldt i ordningen, og disse har hovedsakelig vært til helsesjekk. Radøy kommune har en ekstern bedriftshelsetjeneste hvor de betaler en fast pris per innmeldt.

Fra arbeidsgiversiden i Radøy kom det, allerede før fokusgruppen var formelt i gang, frem at kommunen ikke var fornøyd med den ordningen de hadde hatt. Hovedårsaken til dette er at kommunen får veldig lite tjenester igjen for pengene. Delt på antall innmeldte betaler kommunen ca 1200 koner per innmeldte ansatt for et tilbud som omtrent bare består av helsesjekk hvert andre år. Bedriftshelsetjenesten er lite aktiv i forhold til kommunen og har flere ganger forskjøvet planlagte aktiviteter. Deltakerne i fokusgruppen i Radøy var fra arbeidsgiversiden personalkonsulent, spesialkonsulent og rektor, og fra arbeidstakersiden hjelpepleier i hjemmesykepleien, lærer/hovedverneombud, oppsynsmann for vann, vei og kloakk og barne- og ungdomsarbeider/hovedtillitsvalgt i NKF.

Av deltakerne var det faktisk bare oppsynsmannen som var innmeldt i bedriftshelsetjenesten. De andre hadde ingen direkte erfaring fra ordningen, men rektoren hadde en del renholdere som var innmeldt. De andre i fokusgruppen skulle bidra til å belyse det å ikke ha et tilbud om BHT. Radøy kommune skal i løpet av 2002 få en ny BHT-ordning hvor alle ansatte i kommunen skal være innmeldt og man bare skal betale for de timene man bruker, og det var i den forbindelse viktig å diskutere hva man ønsket at den

nye ordningen skulle tilby de ansatte. Bakgrunnen for å få en ny ordning, er at kommunen mener at man har betalt mye for lite, samtidig som holdningen er at alle ansatte bør ha et tilbud om BHT.

Den ene personen i gruppa som faktisk var tilknyttet BHT, ga inntrykk av at det først og fremst var i forbindelse med helsesjekken han var i kontakt med tjenesten. Han mente at de ansatte ikke har oversikt over hva de faktisk har krav på i forhold til lovgivningen på området, og pekte dermed på at informasjonen fra kommunen var for dårlig på dette punktet. De ansatte er ifølge oppsynsmannen fornøyde med de tjenestene de har fått – som helsesjekk og førstehjelpskurs.

Det kom frem at blant lærerne, som til nå ikke har vært innmeldt i noen BHT og dermed ikke har fått legesjekk, har fått helsesøsteren på skolen til å ta f.eks. hørselskontroll og andre mindre ting. Her har de ansatte hatt noen på arbeidsplassen å henvende seg til, men det er allikevel ikke spesielt arbeidsrelaterte forhold som tas opp. Hjelpepleieren har ikke opplevd å ha noe behov for BHT. Hun var innmeldt i forbindelse med en annen jobb tidligere, og syntes det var greit med legesjekken de fikk. Det må presiseres at de som jobber innenfor helse og omsorg har brukt interne fysioterapeuter til behandling og massasje, og at disse dermed har tilfredsstilt en del behov som kunne vært dekket av en BHT. Det kommer altså frem at ulike arbeidsgrupper i kommunen har brukt annen intern kompetanse i mangel av en bedriftshelsetjeneste.

Fra skolehold hevdes det at en selv er flinke til å takle personalkonflikter, og at en ikke trenger den psykososiale kompetansen en BHT kan tilby. Samtidig kommer det frem at det kunne vært nyttig med noen som kunne hjelpe lærere som opplever konflikter mellom elever eller mellom de selv og enkelte elever. Lærere har en jobb hvor de opplever stress i forhold til en del elever, og det kommer i løpet av fokusgruppen frem at også hjelpepleieren ser behovet for hjelp til å takle vanskelige forhold til brukere. Inntrykket er at behovet for BHT i begynnelsen av gruppen ble vurdert som lite eller ikke-eksisterende, men at en del etter en stund kan se nytten av en slik ordning. Det er kanskje manglende oversikt over hva bedriftshelsetjenesten kan tilby som gjør at de ansatte mener de ikke har det store behovet for tilbudet?

I Radøy kommune prøver arbeidsgiverne å komme bort fra den obligatoriske helsesjekken, og heller bruke BHT til andre ting. Det kommer imidlertid frem at en del av arbeidstakerne synes at det er greit med en helsesjekk gjennom jobben, spesielt for eldre arbeidstakere. Det blir nevnt at det sjelden blir til at en selv tar initiativ til en slik sjekk. I forbindelse med fokusgruppen ble

det også diskutert en del områder hvor det kunne vært greit å bruke kompetanse fra den nye ordningen, og arbeidsgiverne mener man må prøve å kartlegge hva arbeidstakerne ser som viktig.

På spørsmål om hvorvidt kommunen noen gang har vurdert å organisere en intern BHT, kommer det frem at en slik ordning ikke ville bli nøytral – for eksempel i arbeidskonflikter. De ansvarlige i kommunen innrømmer at de ikke har vært flinke nok til å etterspørre ulike tjenester fra BHT. Samtidig har ikke BHT vært flinke til å markedsføre seg og ta tak i ting – heller ikke de har vært pådrivere for HMS-arbeid i kommunen. Både kommunen og BHT må dermed ta sin del av ansvaret for at resultatet ble lite tjenester for pengene.

Hvis vi skal oppsummere det som kom frem under fokusgruppen med Radøy kommune, ser det ut som om:

- de tjenestene kommunen har fått, har både arbeidsgivere og ansatte vært fornøyde med,
- men arbeidsgiverne mener at en har fått for lite igjen for pengene.
- kommunen har ikke vært flink nok til å bestille inn tjenester,
- samtidig som BHT har vært defensive og prøvd å utsette avtalte aktiviteter.
- det virker ikke som om BHT har klart å ”personifisere” seg – verken for arbeidsgivere eller arbeidstakere. Det har forblitt noe utenfor kommunen, og som ikke har vedrørt dem.
- verken de som har vært innmeldte i BHT eller de andre ansatte vet hva tjenesten kan brukes til, og den lave etterspørselen må ses på bakgrunn av det.
- den lave etterspørselen må også ses i sammenheng med at ulike grupper har fått tilfredsstilt ”BHT-behov” internt i kommunen.

7.3.2 Fjell kommune – ”alltid noe som kan bli bedre”

Av de kommunene som har en ekstern BHT, er Fjell kommune den som har den mest velfungerende ordningen. BHT er inne på mange ulike områder og er aktive i HMS-arbeidet i kommunen. Her er det stort sett perfeksjonering som skal til, men selv om både arbeidsgivere og arbeidstakere er enige i at ordningen fungerer bra, er det som kjent alltid noe som kan bli bedre.

I Fjell kommune var altså holdningene til BHT mye mer positive enn i Radøy. Fjell kommune har også den typen organisering som Radøy skal inn på –

hvor alle i kommunen er innmeldt og man betaler for det man bruker. Det å kun betale for det en bruker av kompetanse er kanskje i seg selv med på å gjøre en mer bevisst på pengebruk og kvalitet på produktet en kjøper? I Fjell kommune var følgende personer med i fokusgruppen: Fra arbeidsgiversiden deltok personalkonsulent, personal- og organisasjonssjef i kommunen og leder for bu- og servicesenteret i kommunen. Fra arbeidstakerne deltok hovedverneombud, 2 hjelpepleiere og hovedstillitsvalgt for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Fokusgruppen startet med et kort historisk tilbakeblikk på den ordningen kommunen hadde frem til 1999 – hvor de betalte en fast pris for de gruppene som var innmeldte. Dette var ifølge personalkonsulenten en dyr ordning i forhold til det som ble ytt av tjenester – noe som også her hang sammen med at kommunen ikke var flink nok til å bestille tjenester. Kommunen mente at nye grupper burde inn i BHT, og har altså i dag et opplegg hvor alle ansatte i kommunen er med. Med det nye opplegget får kommunen dokumentasjon på det de får igjen for pengene, de får kontroll over det de kjøper og de kan lettere evaluere produktet. De har beholdt samme leverandør som tidligere, noe som tyder på at det ikke var noe å si på det som ble levert – men mer på omfanget.

På spørsmål om hvorvidt det noen gang ble vurdert å bygge opp en intern BHT, kommer det frem at det ble vurdert, men at en eksternt organisert tjeneste i større grad blir nøytral. En av de ansatte nevner at det gikk lang tid før en del av de ansatte visste at en hadde fått ny BHT, noe som tyder på at informasjonsflyten fra arbeidsgiver til arbeidstaker kunne vært bedre.

Den nye ordningen stiller større krav til kommunen, fordi de nå selv bestiller inn de tjenestene de ønsker å benytte seg av. Mens arbeidstakerne har formidlet at de var fornøyde med helsesjekkene og føler en trygghet ved det, ønsker ikke kommunen å bruke opp midlene på dette. De føler at det kommer veldig lite ut av disse kontrollene. Noen av de ansatte synes at bedriftslegen kunne vært litt mer fleksibel når en er der med konkrete arbeidsrelaterte problemer – at han f.eks. også kunne tatt en blodprøve for å få et bedre helhetsbilde. Noen ansatte synes også at det er tungvint å dra inn til Bergen for å gå til bedriftslegen, og det blir diskutert hvorvidt de kan komme ut til kommunen istedenfor. Det blir også diskutert hvorvidt det er mulig å heller gå til sin egen fastlege for å få f.eks. rekvisisjon til fysioterapeut, og at en så heller fikk flere gratis slike behandlinger.

Siden de ansatte i denne fokusgruppen var fra pleie- og velferdsektoren, var mye av deres møte med BHT knyttet til fysioterapeut – både i forhold til be-

handling og tilknyttet forebyggende aktiviteter som kurs i løfteteknikk. Mange steder er fysioterapeuten det de forbinder med BHT. Dette tilbudet er de ansatte veldig fornøyde med, og de ser gjerne at tilbudet utvides/gjøres enda rimeligere. I tillegg skulle noen av dem ønske at kommunen kunne sponset medlemsskap på treningssenter, noe kommunen vil vurdere opp mot andre tiltak. Det blir også nevnt at trim på de forskjellige avdelingene kunne vært positivt.

Leder for bu- og servicesenteret har i tillegg savnet et tilbud om psykolog ved psykososiale problemer. De ansvarlige i kommunen er enige, men presiserer samtidig at det aller viktigste for arbeidsmiljøet er å ha en arbeidsplass som selv arbeider aktivt i forhold til dette. Hovedstillitsvalgt er enig i at det burde være et større fokus på hva de ansatte innenfor helse- og omsorgssektoren utsettes for av både psykiske og fysiske belastninger og at det kunne vært fint med litt ekstern hjelp til dette.

I det hele tatt blir mye av tiden med fokusgruppen i Fjell kommune brukt til å diskutere hvordan bedriftshelsetjenesten i kommunen kunne bli enda bedre. Systemet er på plass og fungerer bra – nå er det bare opp til kommunene å få bestilt inn de tjenestene de ansatte har behov for og på den måten optimalisere ordningen. Kommunen har god oversikt over arbeidsmiljøene på de ulike arbeidsstedene ved hjelp av en såkalt ”temperaturmåler”, men trenger altså bedre informasjon om hvilke tilbud de ansatte helt konkret trenger fra BHT. Kommunene har også sagt ifra til BHT at de må gi tilbakemelding om de ser at skoen trykker noen steder.

Når det gjelder den konkrete bedriftshelsetjenesten Fjell kommune bruker, virker det som om de jevnt over gjør en god jobb. De ansatte har et nært forhold til fysioterapeuten og er fornøyd med det arbeidet hun gjør. Det blir også nevnt eksempler hvor både arbeidsgiverne i kommunen og BHT har tatt tak i rapporterte problemer. Siden hele arbeidstakersiden i fokusgruppen i Fjell kommune kom fra helse- og omsorgssektoren, er det viktig å også få belyst behovene i andre sektorer.

Som en oppsummering fra fokusgruppen i Fjell kommune, kan vi si at:

- de har en velfungerende ordning hvor systemet er på plass,
- men hvor enkelte ting kan bli bedre ved at man får bedret informasjonslinjene mellom de ansatte og de personalansvarlige i kommunen.
- den konkrete bedriftshelsetjenesten er i alle fall i noen grad personifisert for de ansatte, og får stort sett gode skussmål.

- det bildet av BHT som kommer frem, er noe ensidig siden alle arbeidstakerne er fra pleie og velferd.

7.3.3 Tysvær kommune – ”en propell i maskineriet”

Tysvær er den eneste kommunen i dette prosjektet som har en internt organisert bedriftshelsetjeneste – eller HMS-avdeling som de selv kaller det. En bedriftssykepleier er ansatt full tid som leder, en fysioterapeut er også tilknyttet avdelingen, samtidig som andre tjenester kan bestilles eksternt. Avdelingen har også egen sekretær. Overskriften for Tysvær viser til hva en av deltakerne i fokusgruppen kalte HMS-lederen i kommunen. Denne lederen er selve personifiseringen av HMS-arbeidet i kommunen, og alle parter er veldig fornøyde med arbeidet hun gjør. Alt i alt fremstår Tysvær som den kommunen som er mest fornøyde med sin bedriftshelsetjeneste.

De som var med på fokusgruppen i Tysvær kommune, var fra arbeidsgiversiden rådmann, personal- og organisasjonssjef og fagansvarlig i rehabiliteringsavdelingen i seksjon botiltak. Fra arbeidstakersiden deltok brannsjef, røykdykker, verneombud i PU-tjenesten og lærer /hovedverneombud.

Også i Tysvær kommune startet fokusgruppen med at arbeidsgiversiden gikk litt inn på historien bak den HMS-avdelingen de har i dag. Det å etablere en intern ordning er en bevisst vurdering som må ses på bakgrunn av at kostnadene med en interkommunal ordning ble høye. Den ordningen kommunen har i dag, ble vedtatt i 1994. Det som fremheves som den største styrken ved en intern HMS-avdeling, er tilgjengeligheten. Lederen for HMS-avdelingen har kontor på rådhuset, og er med på alt som er relevant for hennes arbeid. En trenger derfor ikke å tilpasse seg eksterne personer og deres timeplaner. Det blir imidlertid nevnt at en bakdel med den ordningen de har nå, er at det er veldig personavhengig. HMS-lederen jobber veldig fritt, og alle personer ville sikkert ikke gjort en like god jobb.

Fra de ansattes side er man også veldig fornøyde med det arbeidet som blir gjort, og det nevnes kun positive opplevelser i møtet med HMS-avdelingen i kommunen. For de ansatte innenfor helse og omsorgssektoren nevnes arbeid i forhold til langtidssykemeldinger, psykososialt arbeid og innføring i løfte-teknikker som positivt. Veien til HMS-avdelingen beskrives som veldig kort, og terskelen er tydeligvis lav for å ta kontakt – enten ved å stikke innom på kontoret eller ved å ta en telefon. For hovedverneombudet, som er ny i stillingen, har HMS-lederen blitt en slags veileder. En ekstern tjeneste hadde hovedverneombudet kun brukt dersom hun måtte, mens de nå er i ukentlige møter. Ombudet mener det er betegnende at HMS-avdelingen er de eneste i

sin korridor som har døra på gløtt: De ønsker å være tilgjengelige. Det kommer i løpet av fokusgruppen frem at HMS-avdelingen i Tysvær er inne på mange flere områder enn de eksterne bedriftshelsetjenestene, og dette kan naturlig nok bidra til at arbeidstakerne er så fornøyde som de er. På bakgrunn av det er ikke ”produktet” til denne interne bedriftshelsetjenesten det samme som for de eksterne tjenestene, noe en må være oppmerksom på ved sammenligninger.

Verneombudet i Tysvær er også fornøyd med det arbeidet som blir gjort, og mener HMS-leder følger godt opp og gjør noe med akutte problemer. I forhold til HMS-arbeidet generelt skulle hun sett at en hadde flere møter mellom ledelse og verneombudene de ulike stedene i kommunen. Hun ser også at informasjonen om verneombudet kunne vært bedre på enkelte arbeidsteder. At det kan være vanskelig å være verneombud steder hun ikke selv jobber, kommer også fram. Dette er en utfordring for kommunen og HMS-avdelingen.

På spørsmål om ikke en ekstern person kunne vært mer objektiv – slik de andre kommunene har nevnt – mener arbeidsgiverne at HMS-lederen er veldig tydelig på at hun har en fri og uavhengig stilling i forhold til kommunen. Det påpekes også at ekstern hjelp kan kjøpes ved f.eks. arbeidsmiljøproblemer.

Også i Tysvær kommune er de ansatte mer opptatt av helsesjekker enn arbeidsgiverne. Heller ikke her er arbeidsgiverne enige i at ressursene skal brukes til dette formålet, og det blir gitt uttrykk for at legesjekker er veldig tradisjonelt og en ubetydelig del av HMS-arbeidet. Arbeidsgiverne er enige om at det er bortkastet å bruke penger på slike overflatiske sjekker.

Alt i alt går mye av fokusgruppen i Tysvær kommune med til å gi positiv tilbakemelding på det arbeidet HMS-lederen gjør i kommunen, og det er tydelig at denne personen virkelig er en ”propell” i kommunens maskineri. I Fjell kommune var de også fornøyde med ordningen de hadde, men kunne allikevel se potensiale for bedring og optimalisering av ordningen. Dette er ikke tilfelle i Tysvær kommune, selv ikke på oppfordring. Dette tyder antakeligvis på at det arbeidet som blir gjort er veldig bra. Samtidig betyr det at HMS-arbeidet er veldig tett knyttet opp til en person alle synes å like veldig godt at det kanskje ikke så lett å komme med tanker om hva som kunne vært gjort annerledes eller ting man kunne lagt mer vekt på.

Hovedinntrykket fra Tysvær kommune er:

- at HMS-arbeidet fungerer veldig bra,

- og at det kun er små uenigheter og utfordringer i forhold til dette.
- at alle er positive til å ha en intern HMS-avdeling og spesielt fremhever den tilgjengeligheten dette gir.
- at HMS-lederen som person har mye av æren for at systemet fungerer så godt som det gjør,
- og at ordningen dermed er sårbar for utskiftninger i personalet.
- at utfordringen for ansatte og arbeidsgivere er å ”løsrive” HMS-arbeidet fra den personen som nå gjør arbeidet, slik at det blir lettere å se eventuelle mulige forbedringer av dagens opplegg.
- at HMS-avdelingen i Tysvær er inne på mange flere områder enn det de eksterne bedriftshelsetjenestene er, noe som vanskeliggjør enkle sammenligninger med de andre kommunene.

7.3.4 Klepp kommune – kommune og BHT inne i en negativ spiral

Klepp kommune var initiativtakeren til dette prosjektet, og bakgrunnen var at de var misfornøyde med den bedriftshelsetjenesten de hadde. At ledelsen i kommunen kanskje over tid har formidlet en misnøye med ordningen, kan selvfølgelig bidra til at fokusgruppen starter med dette negative utgangspunktet, og at en dermed står i fare for en overfokusering på det som var galt – en situasjon som i så fall ville være helt motsatt av den i Tysvær kommune. Selv om alle var enige i at den totale kvaliteten i beste fall kunne betegnes som varierende, formidlet en del av arbeidstakerne å være fornøyde med enkelte deltjenester, samtidig som kommunen tok selvkritikk for selv å ha vært for passive i forhold til BHT. Dette tyder på at deltakerne i fokusgruppen var i stand til å se nyansert på saken.

Klepp har nettopp inngått en avtale med en ny leverandør av HMS-tjenester, hvor de har avtalt å i alle fall betale for 400 timer for 2002. De kan også bruke mer om det er ønskelig. De har altså beveget seg over til et opplegg som likner Radøys nye ordning og den ordningen de har i Fjell (å betale for det en bruker av tjenester), men Klepp er den eneste av dem som har forpliktet seg til å kjøpe et visst antall timer. Deltakerne i Klepp kommune var fra arbeidsgiverne personalsjef, assisterende opplæringssjef og leder i heimetjenesten. Fra arbeidstakersiden deltok hovedverneombud, sykepleier/hovedtillitsvalgt i NSF, konsulent fra kulturetaten og lærer /tillitsvalgt i UF.

Arbeidsgiverne innledet fokusgruppen med å gå inn på årsakene til misnøyen med den bedriftshelsetjenesteordningen de hadde tidligere. Den vik-

tigste årsaken var at denne ordningen var veldig dyr og at man derfor begynte å spørre seg hva en fikk igjen for pengene – på samme måte som i Radøy kommune. Ifølge personalsjefen fikk ikke kommunen tjenester de betalte for, samtidig som man på en del området heller brukte egen kompetanse.

Hovedverneombudet er enig i at den gamle ordningen gav lite igjen for pengene, og mener også at bedriftshelsetjenesten ikke markedsførte seg selv overfor kommunen eller tok initiativ til f.eks. kurs eller andre aktiviteter. Samtidig tar han selvkritikk på at han selv og de andre ansvarlige i kommunen ikke i tilstrekkelig grad har etterspurt tjenester. Det kommer frem at kunder som i større grad har etterspurt tjenester, også har fått mer oppfølging fra BHT. I en spørreundersøkelse kommunen har hatt blant ansatte i kommunen, scorer BHT stort sett bra på den individuelle oppfølgingen av de ansatte, men dårlig på resten. Både ansatte og arbeidsgivere er altså enige om at ordningen ikke er god.

Fra arbeidstakersiden kommer det videre frem at det frem til nå har vært for lett å bli sykemeldt over lengre tid, og dette er noe man er misfornøyd med på enkelte arbeidsplasser. Arbeidsgiverne sier seg enige i dette, og mener at BHT har gjort feil i å bare fokusere på individnivå – istedenfor å se på de psykososiale utfordringene som ligger på systemnivå. Arbeidsgivere på ulike arbeidsplasser har blitt fratatt virkemidler fordi BHT sykemelder nøkkelpersoner i en konfliktsituasjon. Ifølge de ansvarlige i kommunen burde de istedenfor hatt mer realkompetanse om arbeidskonflikter og en mer pro-aktiv holdning til psykososiale problemer.

Selv om enkelte ansatte oppgir å ha hatt positive opplevelser i forhold til BHT, har samtidig enkelte ansatte også hatt negative erfaringer med tjenesten. Det nevnes en episode hvor BHT kom inn for å gjøre noe med en arbeidskonflikt, foretok en arbeidsmiljøundersøkelse og fikk masse ting opp til overflaten, og så ikke klarte å ordne opp i de problemene de fikk synliggjort. Dette resulterte i at det psykososiale miljøet ble mye dårligere enn det var før BHT kom inn i situasjonen. Personene tilknyttet BHT ble oppfattet som lite profesjonelle, noe som har gjort at både enkelte arbeidsplasser og kommunen generelt har fått mindre lyst til å bruke dem i slike situasjoner. Fra arbeidsgiversiden blir det klart at det også lenge før denne episoden var et dårlig samarbeidsklima mellom kommunen og bedriftshelsetjenesten, og erfaringene fra denne konkrete konflikten gjorde ikke situasjonen bedre. Kommunen og BHT var inne i en negativ spiral : Tilliten til tjenesten var borte og et skifte av BHT var etter hvert ikke til å komme utenom. Det blir tatt selvkritikk på at man i denne tiden fokuserte på problemer istedenfor løsninger. Det må imidlertid presiseres at det fra kommunenes side ikke var den varierende

kvaliteten som var utgangspunktet for å bytte ordning, men heller at man følte man fikk lite igjen for pengene.

Når det gjelder de ansattes kunnskap om BHT, kommer det frem at mange ansatte ikke har noe forhold til tjenesten i det hele tatt. Her har kommunen en jobb å gjøre, selv som det også blir tatt selvkritikk på at heller ikke arbeidstakerne har brukt BHT til arbeidsrelaterte ting. Blant de ansatte er det store forventninger til den nye ordningen, og hovedverneombudet mener den nye ordningen vil bli mye bedre fordi det nå er snakk om et aksjeselskap der noen har interesse av at driften skal gå bra. Nå skal kommunen ”shoppe” på helsemarkedet, og flere uttrykker undring over at kommunen ikke har skiftet leverandør tidligere. Alle synes det er positivt med en ekstern BHT, slik at en ved behov kan bruke utenforstående personer som kan se begge sider av en sak.

I Klepp kommune ser det ut som at:

- utgangspunktet for misnøyen med ordningen var at den var for dyr.
- den gamle ordningen har hatt en varierende kvalitet på sine tjenester,
- og at en del faktisk har hatt direkte negative opplevelser med BHT-ansatte.
- kommunen ikke har vært flinke til å bestille tjenester,
- men at BHT samtidig har vært passive overfor kommunen.
- kommunen og BHT var inne i en negativ spiral der skifte av leverandør etter hvert ble uunngåelig.
- de ansatte og arbeidsgiverne stort sett er enige i forhold til BHT og hva som må gjøres fremover.

7.4 Nytte?

Det overordnede temaet for denne kvalitative bolken er som tidligere nevnt nytte – nærmere bestemt om de ansatte føler at de får noe igjen for å bruke bedriftshelsetjenesten. Det er også viktig å se på hvordan de ansatte føler at de kan få større nytte av tjenesten. Hvorvidt de ansatte vet hva de kan kreve og forvente av BHT, er også viktig å få belyst her.

Radøy og Klepp kommune har minst nytte av sin BHT. I Radøy kommune har bare et fåtall vært innmeldt i tjenesten. Den ene personen som har direkte erfaring fra BHT, sier at helsesjekkene er ”greie”, og gir ikke uttrykk for at han har savnet noe. De som ikke har vært tilknyttet BHT, gir i begynnelsen

uttrykk for at de ikke har savnet denne tjenesten, men det kommer etter hvert frem at dette i stor grad bunner i at de ansatte i kommunen ikke har oversikt over hva de kan forvente seg av BHT og hva disse kan tilby. De som vet hva BHT egentlig skal tilby kommunen, arbeidsgiverne, er på sin side veldig misfornøyde med ordningen og mener at kommunen får veldig lite nytte ut av det.

En annen årsak til at de ansatte i Radøy, i alle fall i begynnelsen av intervjuet, ikke mener at de har et behov for BHT, er sannsynligvis at noen ansatte i kommunen får tilfredsstilt f.eks. behovet for fysikalsk behandling av fysioterapeuter som er ansatt i kommunen. Her kan vi snakke om en skjult etterspørsel etter tjenester fra BHT. For å få økt nytten av denne tjenesten i Radøy kommune, må arbeidsgiverne få mer tjenester igjen for de pengene de betaler. Det er også viktig at de ansatte får informasjon om hva BHT kan tilby – slik at de bedre kan vurdere sine behov.

Situasjonen i Klepp kommune er på flere punkter ganske lik beskrivelsene fra Radøy ovenfor. Heller ikke her har de ansatte oversikt over hva de kan forvente seg av BHT. Arbeidsgiverne er også her de som er mest negative i forhold til ordningen, av samme grunn som i Radøy kommune. BHT har vært mer på banen i Klepp, samtidig som erfaringene med tjenesten her er mer varierende. For å få økt nytten av BHT i Klepp kommune, må kvaliteten på de tjenestene som tilbys, bli jevnere og bedre. Også her må man få et tilbud av tjenester som samsvarer bedre med det man betaler for., samtidig som de ansatte må få bedre oversikt over hva BHT kan og ikke kan brukes til. Radøy og Klepp har nå begge skiftet BHT-leverandør, og skal betale for de tjenestene de kjøper. Dette har selvsagt sammenheng med et ønske om høyere nytte.

I Fjell og Tysvær kommune har de ansatte høy nytte av sine bedriftshelsetjenester (i Tysvær benevnt HMS-arbeid). I Fjell kommune kan nytten bli enda bedre om informasjonslinjene mellom arbeidsgivere og arbeidstakere blir bedre, for her er arbeidsgiverne opptatt av å vite hvilke tjenester arbeidstakerne har behov for. De ansatte mangler også her informasjon om hva BHT kan tilby dem. I Tysvær var det vanskelig for de ansatte å foreslå forbedringer, noe som hovedsakelig henger sammen med at HMS-arbeidet i kommunen er et eksempel til etterfølgelse for andre kommuner. Det som er utfordringen for Tysvær kommune, er å holde kvaliteten på samme høye nivå og samtidig prøve å se etter mulige forbedringer. Selv om kvaliteten totalt sett er veldig god, er det heller ikke sikkert at alle arbeidsgrupper i kommunen føler det samme. Det må her igjen presiseres at den høye nytten arbeidstakerne i Tysvær kommune opplever, nok henger sammen med at den interne bedriftshel-

setjenesten er inne på langt flere områder enn de eksterne tjenestene, og at vi derfor i noen grad sammenligner ulike produkter.

Stort sett er arbeidsgiverne og arbeidstakerne i de ulike kommunene enige i vurderingene av BHT – hva som ikke er bra og hva som eventuelt kan gjøres bedre. Det er imidlertid tydelig at arbeidstakerne jevnt over ser mer nytte i helsesjekkene enn det arbeidsgiverne gjør. Som diskutert tidligere i rapporten er dette en tjeneste arbeidstakerne alternativt må betale for hos sin egen lege, noe som lett kan føre til et etterspørselsoverskudd. Om arbeidsgiverne hadde informert de ansatte om formålet med BHT og hvilke tjenester en ønsker å benytte i den sammenheng, kan de ansattes etterspørsel stå mer i forhold til hvilke deltjenester kommunen ønsker å kjøpe.

Den kommunen hvor de ansatte er mest fornøyde med bedriftshelsetjenesten, er i Tysvær, hvor man har en internt organisert HMS-avdeling. Det kan være interessant å diskutere nytte opp mot skillet ekstern/intern BHT, og spørre seg hvorvidt de andre kommunene ville få enda mer ut av tjenesten dersom de hadde organisert en intern tjeneste. Tilgjengeligheten ved en intern tjeneste blir understreket i Tysvær, og det er sannsynlig at faste personer som bare jobber med HMS-arbeid i kommunen gjør at dette arbeidet blir veldig synlig i hverdagen. Bakdelen er selvfølgelig at kvaliteten på dette arbeidet blir veldig personavhengig: Har man gode personer ansatt, kan en intern BHT være det beste for de ansatte. Har man en ekstern tjeneste, har man imidlertid gardert seg mot den veldige personavhengigheten, samtidig som man kan dra fordeler av folk som kan komme utenfra og være upartiske i eventuelle konfliktsituasjoner.

Som vi ser, er BHT så mangt – fra å stort sett bety enkle helsesjekker og til å være en tilstedeværende partner i arbeidshverdagen. Det siste er selvfølgelig det som virkelig gir nytte for arbeidstakerne i kommunen – og dermed for kommunen som helhet. Kommunene har en jobb å gjøre i forhold til å bestille inn de tjenestene deres ansatte får mest igjen for – kvaliteten på tilbudet er både kommune og BHT medansvarlige for. At flere kommuner går over til å betale for de tjenestene de faktisk bruker, er positivt fordi det setter et større fokus på hva en faktisk ønsker å bruke penger på og dermed gjør kommunene til mer kritiske kjøpere. Alternativt har vi sett at riktige personer på riktig sted kan tale for en internt organisert BHT.

8 Praktisk utforming og oppfølging av bedriftshelsetjenesten

Enten bedriftshelsetjenesten kjøpes eksternt eller den tilbys internt kan man se på tilbud og etterspørsel etter tjenestene som en bestiller - utfører relasjon. Bestillerrollen kan innehas av personalavdeling, personalsjef, rådmann eller andre og utfører er den eksterne BHT-leverandør eller en intern avdeling. Bestiller og leverandør kan ha dels motsatte målsetninger. En ekstern BHT kan for eksempel ha profittmaksimum som målsetning, og kun være interessert i å levere BHT-tjenestene i et omfang og med en kvalitet som er god nok til at bestiller ikke avbryter kontrakten. Det samme kan gjelder for en intern organisert BHT, men "profitten" tas for eksempel ut i "slakk". Bestillers, kommunens, interesse antas å være å få så stort omfang av tjenesten som mulig, med så god kvalitet som mulig, innenfor et gitt budsjett.

Dersom bestiller har vært en lite krevende kunde eller det er lite konkurranse i markedet for bedriftshelsetjenester, er mulighetene til stede for høye kostnader i forhold til mengde og kvalitet. Et første skritt på veien for få et bedre forhold mellom kostnad/pris, kvalitet og mengde kan være å inngå en avtale med utfører om hva som konkret skal leveres til hvilken kostnad. Dersom man allerede har en avtale kan man ta den opp til vurdering og presisering. Det gjelder enten tjenesteutfører er ekstern eller intern. Det vil si at man må presisere omfang av og kvaliteten på deltjenestene. Jo bedre man spesifiserer bedriftshelsetjenesten i deltjenester og deltjenestenes innhold og omfang, jo større mulighet har man for å kontrollere at det som er avtalt faktisk blir utført.

Dersom kommunen velger å kjøpe bedriftshelsetjenester fra en ekstern BHT vil man vanligvis inngå kontrakt for en visse tidsperiode. I kontrakten bør man spesifisere hvor lenge avtalen gjelder, og hvordan man skal forholde seg dersom en av partene ønsker å bryte kontrakten før perioden er utløpt. Man må spesifisere hvilke tjenester som skal leveres og i hvilket omfang, samt til hvilken pris. Det kan være hensiktsmessig å avtale en øvre total ramme per år, og hvordan denne eventuelt skal prisreguleres. Det må videre spesifiseres hvordan og hvor ofte tilbakemelding til bestiller skal skje, og hva som skal tilbakemeldes. Kostnader knyttet til utlysning av anbud, utforming av kontrakt og oppfølging av denne er såkalte transaksjonskostnader (Marsh 1998). Dette er kostnader som ikke er direkte knyttet til tjenestens innhold eller omfang, men som også må være med i en vurdering av fordele, ulemper, nytte og kostnader knytte til de ulike modellene for BHT. Dersom bedriftshelsetjenesten er intern kan man i prinsippet tenke på samme

måte med hensyn til hva som skal leveres til hvilken kostnad. Personalavdelingen kan innta en bestillerrolle og definere hva som skal leveres målt i mengde og kvalitet innenfor et spesifisert budsjett.

I forkant av en slik kontraktsinngåelse kan man sette i verk ulike tiltak for å skaffe tilveie noe mer informasjon om kostnader og nytte. Man kan for eksempel utlyse en anbudskonkurranse hvor man ber ulike eksterne bedriftshelsetjenester, evt. sammen med den interne, gi pristilbud på en viss mengde og kvalitet av ulike deltjenester, eller tilbud om omfang og kvalitet innenfor en gitt budsjettramme. Dersom det er få BHT-tilbydere, eller det er mistanke om en form for samarbeid eller forståelse mellom tilbyderne, kan det være hensiktsmessig med en sammenlikning av de ulike tilbud med andre kommuners eller virksomheters BHT slik vi har gjort i dette prosjektet.

I rammen under finnes en opplisting av momenter som bestiller av tjenesten bør tenke på og ta stilling til ved utformingen av bedriftshelsetjenesten.

Trinn på veien mot en mer optimal bedriftshelsetjeneste:

A: Skaffe oversikt over bedriftshelsetjenestens innhold, omfang og kostnad og vurdere nytte mot kostnad for alle deltjenester. NB kriteriet for optimal sammensetning av deltjenestene: Nytten av siste krone skal være lik i alle anvendelser. Praktisk framgangsmåte for å skaffe nødvendig informasjon for vurderingen:

1. Lage en liste over deltjenestene som inngår i BHT.
2. Drøft hvordan deltjenestene kan telles eller måles, for eksempel i timer, og finn ut hvor mye av de ulike tjenester kommunen bruker per år.
3. Fordel kostnader til de ulike deltjenester og beregn gjennomsnittskostnader. Beregne også om mulig grensekostnad for de ulike deltjenester. Det vil si kostnad for en definert økning i deltjenesten.
4. Innhent informasjon om nytten av de ulike deltjenester, og hvordan nytten forventes endret dersom omfanget av deltjenesten endres.

B: Om oppfølging av ekstern eller intern bedriftshelsetjeneste:

5. Dersom avtalen med ekstern eller intern BHT-leverandør ikke er spesifisert med hensyn til omfang, kostnader og kvalitet for de ulike deltjenester, sørg for at dette blir praktisert i fortsettelsen.
6. Avtal jevnlig tilbakemelding om hva som er levert av bedriftshelsetjenester og i hvilket omfang. Kontroller at dette stemmer.
7. Innfør jevnlig intern vurdering av kostnader og nytte av de ulike deltjenester og bedriftshelsetjenesten som helhet.

C: Ved inngåelse av avtale med ekstern BHT leverandør bør/kan avtalen i tillegg inneholde:

8. Hvor lenge avtalen gjelder.
9. Hvordan man eventuelt skal håndtere en situasjon hvor en av partene ønsker å gå ut av avtalen.
10. Pris per time, rapport, kurs, og lignende.
11. Total ramme for avtalen. Hva som er innenfor rammen og hva som eventuelt kommer i tillegg.
12. Hvordan en eventuelt prisjustering skal skje.
13. Hvilke typer personell som skal utføre bedriftshelsetjenestene i kommunen.
14. Hvilke deltjenester som skal leveres og i hvilket omfang.
15. Hvordan tilbakemelding skal skje og når.

Litteraturliste

- Andersen, Bjørn og Pettersen, Per Gaute (1995): *Benchmarking, en praktisk håndbok*. Tano.
- Andresen, Kenneth, Jørn Cruickshank, Liv Bente H. Friestad og Åge Johnsen(2001): *Sammenliknbare data i storkommuner: Sluttrapport fra ASSS IV*. FoU-rapport nr. 7/2001. Kristiansand, Agderforskning
- Arbeidsmiljøloven
- Bromwich, M and Bhimani, A (1994): *Management accounting. Pathways to Progress*. The Chartered Institute of Management Accountants (CIMA), 1994.
- FOR 1989-06-08 nr 914: *Forskrift om hvilke virksomheter som skal ha knyttet til seg verne- og helsepersonale (bedriftshelsetjeneste)*. Kommunal og regionaldepartementet, Dir. for arbeidstilsynet 1989.
- FOR 1994-04-21 nr. 333: *Forskrift om verne- og helsepersonale* Kommunal og regionaldepartementet, Dir. for arbeidstilsynet 1994.
- Hagen, Kåre P. (2000): *Økonomisk politikk og samfunnsøkonomisk lønnsomhet*. Cappelen akademisk forlag
- Høverstad, Lillian og Fürst, Roland (2001): *Håndbok i bruk av KOSTRA-nøkkeltall*. Kommunaldepartementet.
- Johnsen, Hans Chr. Garmann (1997): *Tjenestekvalitet. Hvordan bedre kvaliteten på offentlige tjenester?* Høyskoleforlaget, Kristiansand.
- Lancaster, K (1991): *Modern Consumer Theory*. Edvars Elgar Publishing Limited, 1991
- Leibenstein, Harvey (1975): *Aspects of the X-Efficiency Theory of the Firm*. Bell Journal of Economics. No. 6. Side 580 - 606.
- Leibenstein, Harvey (1978): *On the basic Proposition of X-Efficiency Theory*. American Economic Review. Vol. 68 No. 2. Side 328 - 334.
- Lie, T, Karlsen, J. E. og Tharaldsen, J. E. (1999): *Evaluering av verne- og helsepersonale i virksomhetene*. Rogalandsforskning 1999.
- Marsh, Alex (1998): *Local Governance: The Relevance of Transaction Cost Economics*. Local Government Studies. Vol. 24. No. 1. Side 1 - 18.
- May, Tim (1993): *Social Research. Issues, Methods and Process*. Buckingham: Open University Press.
- Milgrom, Paul and John Roberts (1992): *Economics, organization, and management*. Prentice-Hall
- Morgan, David L. (1988) *Focus Groups as Qualitative Research*. Newbury Park: Sage Publications.
- Robertsen, Karl (1999): *Konkurransetsetting av offentlig virksomhet*. Magma. Årgang 2 Nr.1.

- Smithson, Janet (2000) "*Using and analysing focus groups: limitations and possibilities*". International Journal of Social Research Methodology, 2000, vol 3, no 2, 103-119.
- Stewart, David W. og Prem N. Shamdasani (1990) *Focus Groups. Theory and Practice*. Newbury Park: Sage Publications.
- Thagaard, Tove (1998) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Wilkinson, Sue (1998): "*Focus group methodology: a review*". International Journal of Social Research Methodology, 1998, vol 1, no 3, 181-203
- AAD (2001): *Rapport fra Arbeidsgruppe for vurdering av den videre utvikling av bedriftshelsetjenesten*. Arbeids- og administrasjonsdepartementet 2001

Internett henvisninger.

<http://www.stami.no/fagsek/godBHT.htm>
<http://www.stami.no/fagsek/erfaringsdatabasen.html>
<http://www.stami.no>
<http://www.arbeidstilsynet.no>

Fou informasjon

Tittel:	Ta styringen på bedriftshelsetjenesten. Håndbok i økonomistyring		
Prosjektnr	82001170		
Prosjektleder	Liv Bente Hannevik Friestad		
Forfattere	Liv Bente Hannevik Friestad og May-Linda Magnussen		
Oppdragsgiver	Kommunenes	Sentralforbund	v/Klepp kommune
Rapport type	FOU-rapport		
Rapport nr	FOU-rapport nr. 5/2002		
ISSN-nummer	0808-8198		
Tilgjengelighet til rapporten:	Åpen		
4 emneord	Bedriftshelsetjeneste, økonomistyring,		

Sammendrag

Den foreliggende håndbok er et resultat av at en kommune stilte spørsmål ved om den nytten man hadde av bedriftshelsetjenesten stod i forhold til kostnadene. Kommunen fikk finansiering av KS for å gjennomføre et prosjekt med det formål å finne fram til kunnskaper og data som kan gjøre kommunene bedre i stand til å utforme en bedriftshelsetjeneste som er best mulig gitt de midler man har til rådighet. I prosjektet har 4 kommuner med ulik organisering av bedriftshelsetjenesten deltatt. Ved hjelp av økonomisk teori drøftes forhold på tilbuds- og etterspørselssiden som kan medføre at forholdet mellom nytte og kostnad ikke er optimalt. Derne st gis eksempler på hvordan kommuner og andre virksomheter kan vurdere bedriftshelsetjenesten ved hjelp av nøkkeltall og systematisk vurdering av bedriftshelsetjenesten, samt forhold som arbeidsgivere bør tenke på ved kontraktsinngåelse og -oppfølging.

