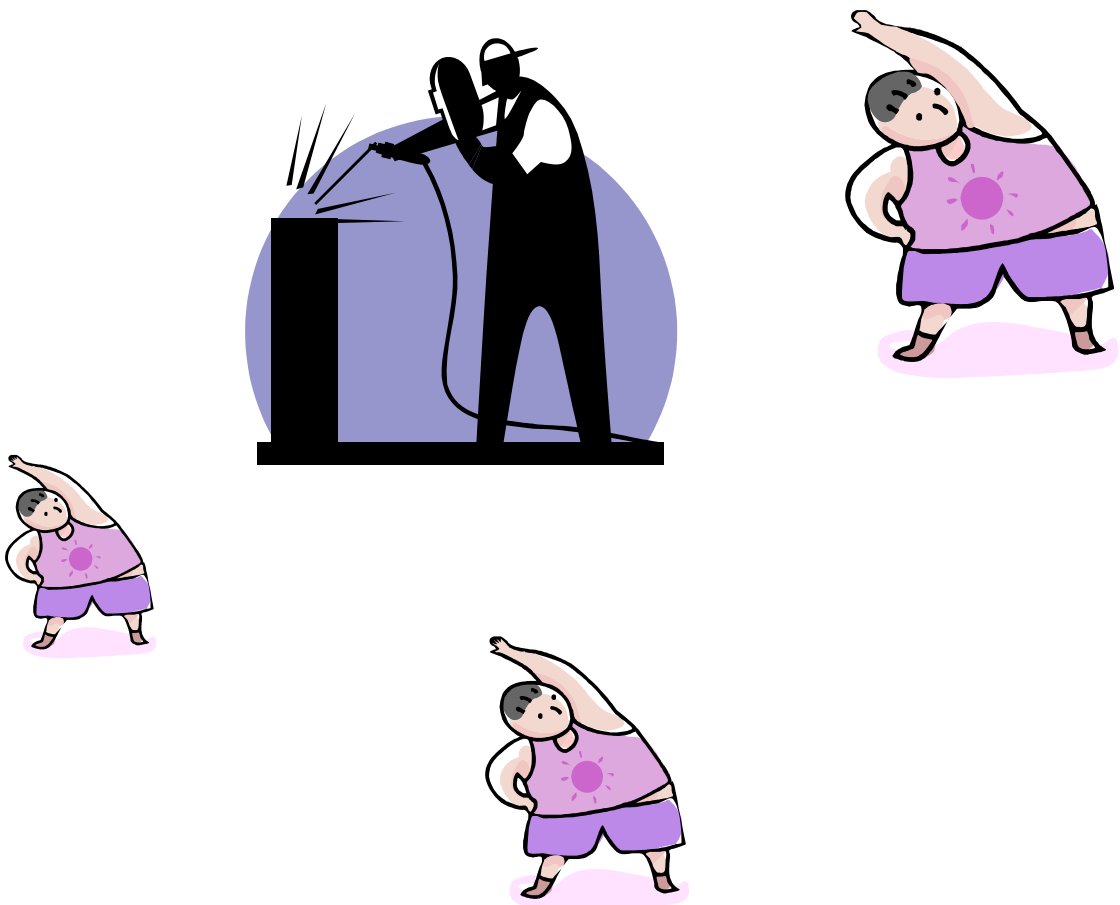


# Bedriftshelsetjenesten og helsearbeid i virksomheter

Et fokus på tjenester til bedriftene  
innen områdene  
ernæring, fysisk aktivitet, røyking, alkohol





## Bedriftshelsetjenesten og helsearbeid i virksomheter

Et fokus på tjenester til bedriftene innen områdene ernæring, fysisk aktivitet, røyking og alkohol.

**Forfatter:** Odd Bjørnstad

**Prosjektleder:** Odd Bjørnstad, seniorrådgiver/fysioterapeut/siv.ing

**Dato:** 20.05. 2005

**Serie:** STAMI-rapport Årg. 6, nr. 2 (2005) ISSN:1502-0932

---

### Sammendrag:

Ved bruk av spørreskjema til alle bedriftshelsetjenestene (BHT ordninger) i Stamis BHT-register (513 ordninger) er det gjort en kartlegging av tjenester innen områdene ernæring, fysisk aktivitet, røyking og alkohol. 339 ordninger responderte. Svarprosent 77. Det ble også gjennomført intervju med 8 BHT ordninger. Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, Den norske kreftforening samt Arbeidstilsynet er kontaktet for å få innspill og synspunkter om disse tjenestene.

Resultatene viser at et stort flertall av BHT ordninger leverer tjenester rettet mot livsstilsområdene. Syttifire prosent leverer tjenester rettet mot ernæring, 92 prosent rettet mot fysisk aktivitet, 86 prosent rettet mot røyking og 87 prosent rettet mot alkohol. Kun 6 prosent leverer ingen av disse tjenestene.

Førti prosent melder tilbake at tjenestene utgjør opptil 10 prosent av alle BHT tjenestene ordningen leverer. Førti prosent melder at de utgjør mellom 10 og 30 prosent av alle tjenestene.

Informasjonsmateriell fra Norges mosjons- og bedriftsidrettsforbund, Den norske kreftforening, Sosial- og helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og Det nasjonale folkehelseinstitutt brukes av 20 til 30 prosent av BHT ordningene.

Sykepleiere og leger er oftest involvert i rådgivningstjenester rettet mot ernæring med henholdsvis 64 og 41 prosent. De er videre involvert i tjenester rettet mot røyking med 66 og 51 prosent og tjenester rettet mot alkohol med 70 og 46 prosent.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter er involvert i rådgivning innen fysisk aktivitet med henholdsvis 67 og 50 prosent.

BHT ordningene har også krysset av om de ulike tjenestene påvirker en friskfaktor eller en riskfaktor.

Undersøkelsen la til grunn en modell for å påvirke arbeidshelsen hvor både forholdene og den ansattes atferd på arbeidsplassen vurderes. Her kan ernæring, fysisk aktivitet, røyking og alkohol med relasjon til arbeidsmiljøforholdene trekkes inn.

### Stikkord:

bedriftshelsetjeneste, BHT, arbeidshelse, folkehelse, livsstil, livsstilsfaktorer, friskfaktor, riskfaktor

### Key terms:

occupational health services, OHS, occupational health, public health, lifestyle, nutrition, physical activity, tobacco, alcohol

### Utgitt av:

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)

Arbeidsmedisinsk seksjon

Pb 8149 Dep

N-0033 OSLO, Norway

Tel: + 47 23 19 51 00

Fax: + 47 23 19 52 02

[www.stami.no](http://www.stami.no)



# Innholdsbetegnelse

Side

---

1	Innledning .....	9
2	Modell arbeidshelse .....	10
2.1	Friskfaktorer og riskfaktorer .....	11
2.2	Forhold på arbeidsplassen .....	11
2.3	Atferd på arbeidsplassen .....	11
2.4	Valg og prioriteringer .....	12
3	En hypotese .....	13
4	Metode .....	14
4.1	Spørreskjema til BHT .....	14
4.2	BHT - intervju .....	15
5	Resultater .....	16
5.1	Svar på spørreskjema .....	16
5.2	Omfang av tjenestene .....	17
5.3	Prosentvis del av tjenester .....	19
5.4	Bruk av materiell fra helsemyndigheter og frivillige organisasjoner .....	21
5.5	Ernæring .....	22
5.5.1	Råd om kosthold, slanking m.m. (Ernæring råd kost) .....	22
5.5.2	Arbeide for å få en sunnere kantinemat ( Ernæring kantine) .....	24
5.6	Fysisk aktivitet .....	26
5.6.1	Råd om fysisk aktivitet, mosjon, trim m.m. (Fysisk råd) .....	26
5.6.2	Arbeide for et treningstilbud/trimrom (Fysisk trimrom) .....	28
5.6.3	Utarbeide treningsprogram (Fysisk tren program) .....	29
5.6.4	Lede trening (Fysisk lede trening) .....	31
5.7	Røyking .....	33
5.7.1	Råd og informasjon om røykeslutt ( Røyk råd) .....	33
5.7.2	Tilrettelegge/organisere røykeslutt kurs (Røyk organ kurs) .....	35
5.7.3	Lede/gjennomføre røykeslutt kurs (Røyk lede kurs) .....	36
5.8	Alkohol .....	38
5.8.1	Råd om og informasjon om alkohol/narkotik (Alkohol råd) .....	38
5.8.2	Undervise om alkohol/narkotika (Alkohol undervise) .....	40
5.9	Oversikt over profesjonsdeltakelse .....	42
5.10	Intervju / samtaler .....	43
5.10.1	BHT ordningene .....	43
5.10.2	Arbeidstilsynet .....	44
5.10.3	Helse- og omsorgsdepartementet .....	44
5.10.4	Sosial- og helsedirektoratet, avdeling fysisk aktivitet .....	45
5.10.5	Den norske kreftforening .....	45
6	Nordiske vurderinger .....	47



7	Diskusjon .....	49
7.1	Tjenester rettet mot ansattes livsstil .....	49
7.2	Omfanget av tjenester .....	50
7.3	Informasjonsmateriell .....	50
7.4	De enkelte tjenester rettet mot livsstil.....	50
8	Konklusjon.....	52
9	Referanseliste.....	53
10	Vedlegg.....	57





# 1 Innledning

Halve Norges befolkning arbeider i snitt 34 timer i uken (1). Arbeidet utgjør en viktig arena for våre liv hvor vi får lønn og utfordringer men også eksponeres for ulike arbeidsmiljøfaktorer. Arbeidsplassen kan påvirke vår helse i positiv retning – eller innebære en negativ påvirkning og skade vår fysiske og psykiske helse.

## Helse

Helse er et vanskelig begrep og mange har forsøkt seg med helsedefinisjoner:

- Aaron Antonovsky sier helse dreier seg om å forstå sammenhengen – en opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (2).
- Verdens helseorganisasjon sier at helse handler om fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom (3).
- Peter F. Hjort sier at helse handler om å mestre hverdagens krav (4).
- I sin folkehelsemelding legger Helse- og omsorgsdepartementet til grunn at god helse er nødvendig for å kunne leve et godt liv, på linje med trygge lokalsamfunn og meningsfullt arbeid. Helse er en investeringsfaktor for det gode liv (5).

## Folkehelse - arbeidshelse

Helsearbeid har tradisjonelt vært knyttet til et helsedepartement og handlet om kurative tjenester og folkehelsestjenester.

Arbeidshelse er knyttet til arbeidsplass og arbeidssituasjonen og myndighetsinstansen er tradisjonelt et arbeidsdepartement. Begrepet arbeidshelse omtales ofte i litteraturen i forbindelse med eksponering og risiko for skade. Det er vanskelig å finne presise definisjoner på begrepet.

I dette prosjektet har jeg valgt følgende forståelse:

*Arbeidshelsen er ansattes helse som påvirkes av ulike arbeidsmiljøfaktorer og systemer samt ansattes atferd. Den kan påvirkes ved å fremme og bygge opp gode sider og ved å forebygge og fjerne forhold som gir skade og sykdom ved arbeidsmiljøet og den ansattes atferd.*

Helse- omsorgsdepartementet sier at folkehelsearbeid handler om å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse. De negative påvirkningsfaktorene virker helsenedbrytende, enten det er ting vi spiser og drikker, eller de befinner seg i det sosiale eller fysiske miljøet rundt oss. De positive faktorer handler blant annet om styrkende faktorer i miljøet rundt oss, om vårt forhold til våre nærmeste og de nettverk vi inngår i, og i hvilken grad livet oppleves å ha mening og være forutsigbart og håndterbart. Dette kan kalles beskyttelses- eller mestringsfaktorer og gir individer og grupper bærekraft og slitestyrke (5).

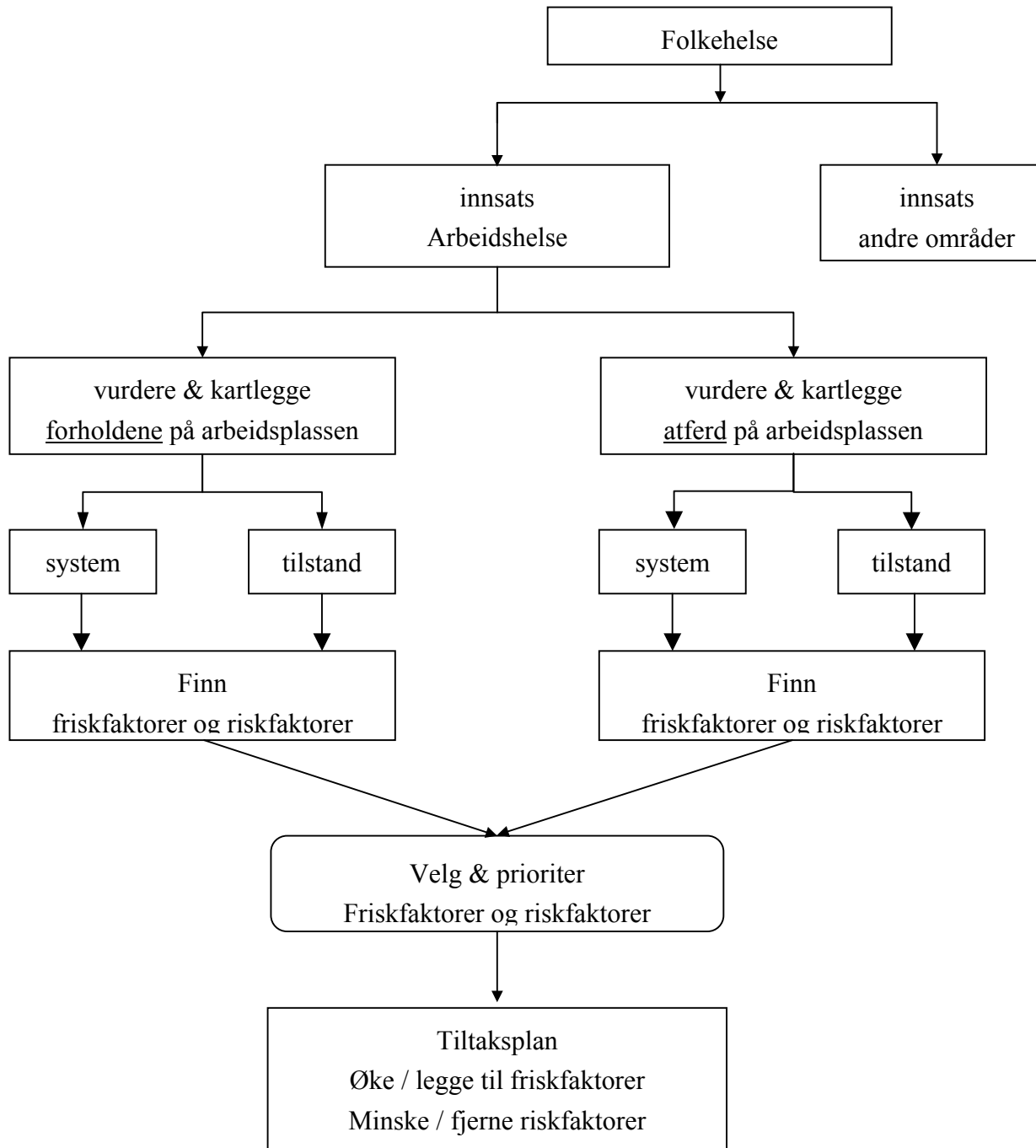
Jon Gunnar Mæland skiller mellom tre ulike oppfatninger av helsebegrepet på bakgrunn av at befolkningen ofte bruker begrepet i mer enn én betydning. Helse blir oppfattet som fravær av sykdom, som en ressurs eller som uttrykk for et velbefinnende. Det er viktig å være klar over dette når begrepet helse brukes i undersøkelser og kartlegginger (6)

## 2 Modell arbeidshelse

Ut fra samtaler med kollegaer og egne erfaringer har jeg satt opp en mulig strategisk modellen for arbeidshelse hvor både den tradisjonelle innsatsen rettet mot arbeidsmiljøet og virksomheten – og en innsats rettet mot ansattes atferd er med. Ut fra modellen ser vi at arbeidshelsen er et av innsatsområdene for å bedre folkehelsen. Andre innsatsområder kan være å påvirke helsen til barn og unge, eldre eller innvandreregrupper.

En bedring av arbeidshelsen vil kreve en kartlegging og vurdering av forholdene på arbeidsplassen hvor en ser på systemene og den faktiske tilstanden. Det vil da være mulig å finne fram til friskfaktorer og riskfaktorer knyttet til arbeidsmiljøet.

På samme måte må atferden for ansatte vurderes og kartlegges. Også her vil det være mulig å finne



Figur 1: Modell bedre arbeidshelse

## 2.1 Friskfaktorer og riskfaktorer

Målet for innsatsen på arbeidsplassen må være å fremme ansattes helse. Da må vi styrke og legge til faktorer som bygger den opp. Dette er de såkalte friskfaktorene eller de salutogene faktorene. Men også forhold eller atferd som kan skade eller true helsen må kartlegges og vurderes – de såkalte riskfaktorene – eller patogene faktorer. Frisk- og riskfaktorene påvirker derfor de ansattes helse på jobben. Vi sier de påvirker arbeidshelsen.

Når vi skal søke etter faktorene blir det viktig å ta utgangspunkt i situasjonen og i atferden for den enkelte ansatte. Et arbeidskrav eller en atferd kan innebære en risikofaktor for en ansatt og en riskfaktor for en annen.

En innsats for å bedre ansattes arbeidshelse handler om å lage systemer og iverksette tiltak som skaper gode friskfaktorer og begrenser forhold som kan medføre skade og sykdom – redusere og fjerne risikofaktorene.

## 2.2 Forhold på arbeidsplassen

Forholdene på arbeidsplassen kan deles i følgende områder:

- fysiske
- kjemiske
- biologiske
- organisatoriske
- administrative
- sosiale

Tilstanden for hver av disse kan bestemmes gjennom kartlegging og vurdering. Men det er også svært viktig å se på hvilke systemer som ligger bak. Utformingen av disse vil være førende for hvordan tilstanden er. Vi må ha et fokus på begge deler dersom vi skal finne fram til aktuelle friskfaktorer og riskfaktorer.

## 2.3 Atferd på arbeidsplassen

Atferden på arbeidsplassen er knyttet til ansatte – enten som enkeltpersoner eller som grupper.

Vi kan snakke om atferd knyttet til

- sikkerhet
- bruk av verneutstyr
- oppfølging sikkerhetsrutiner
- arbeidsmåte og bevegelser
- livsstil relatert til arbeidsplass
  - ernæring
  - fysisk aktivitet
  - røyking
  - alkohol

Også når det gjelder atferd på arbeidsplassen blir det viktig å se på systemene i virksomheten og ikke bare den faktiske tilstanden når vi skal gjøre kartlegging og vurdering.

Fastsetting av aktuelle friskfaktorer og riskfaktorer må gjøres i dialog med de ansatte.

## 2.4 Valg og prioriteringer

Når tiltak skal utformes vil det være svært viktig å gjøre en helhetlig vurdering av både forhold og atferd. Hvilke frisk- og riskfaktorer blir viktige når arbeidshelsen for de ansatte skal bedres? Når systemmessige og faktiske tilstander på arbeidsplassen bør endres må vi kanskje også se på ansattes atferd?

Når kartleggingen av forholdene viser høye verdier av røyk i arbeidsatmosfæren og atferden viser høy røykefaktor blant ansatte kan tiltak handle om forbedring av ventilasjon – og igangsetting av røykeslutt-kurs.

### 3 En hypotese

Det tradisjonelle sykdoms- og skadeforebyggende arbeidsmiljøarbeidet har fokus på arbeidsmiljøforholdene. Forskriftene samt kurs og etterutdanning for ledere og verneombud har alltid hatt denne vinklingen. Likeledes bedriftshelsetjenesten som skal bistå ledere med råd og veiledning innen arbeidsmiljø.

Partene i arbeidslivet samt berørte myndigheter som departement og Arbeidstilsyn har også sagt at de skal drive et sykdoms- og skadeforebyggende arbeid innen område arbeidsmiljø (7).

Ut fra dette skulle bedriftshelsetjenester ikke ha noe fokus rettet mot ansattes livsstil. Slike tjenester skulle heller ikke være relevant i arbeidet for en bedre arbeidshelse. Men når vi ser på hva som gjøres ute i virksomhetene, synes det som om innsatsen på område livsstil er stor og at bedriftshelsetjenestene er involvert.

Ut fra den skisserte modellen for arbeidshelse i foregående kapittel kommer tjenester rettet mot livsstil inn som et element. Jeg ønsket å undersøke hvilket omfang dette har i bedriftshelsetjenestene.

Dette kan settes opp som en hypotese

Bedriftshelsetjenester i Norge

leverer i betydelig grad tjenester innen område livsstil

til sine virksomheter.

## 4 Metode

For å undersøke den oppsatte hypotesen har jeg henvendt meg til bedriftshelsetjenestene (BHT ordningene) med:

- spørreskjema
- intervju

I tillegg har sentrale aktører innen folkehelseområdet og arbeidsmiljøområde blitt kontaktet for å få synspunkter og innspill om bedriftshelsetjeneste, arbeidsmiljø og tjenester rettet mot livsstil.

Erfaringer fra våre naboland Danmark og Sverige er hentet inn gjennom samtaler med nordiske kollegaer – og ved å gå på internett å søke etter publikasjoner og dokumenter som handler om folkehelse – arbeidshelse.

### 4.1 Spørreskjema til BHT

Spørreskjema (se vedlegg 1) har avkrysningsrubrikker for følgende tjenester

- ernæring
  - Råd om kosthold, slanking m.m.
  - Arbeide for å få sunnere kantinemat
- fysisk aktivitet
  - Råd om fysisk aktivitet, mosjon, trim m.m.
  - Arbeide for et treningstilbud / trimrom
  - Utarbeide treningsprogram
  - Lede trening
- røyking
  - Råd og informasjon om røykeslutt
  - Tilrettelegge/organisere røykeslutt kurs
  - Lede/gjennomføre røykeslutt kurs
- alkohol/narkotika
  - Råd og informasjon om alkohol/narkotika
  - Undervise om alkohol/narkotika

For hver av tjenestene skulle det krysses av hvem som utfører den, hvor mange virksomheter som får den samt om tjenesten svekker/fjerner forhold som kan true helsen (påvirke en risk-faktor) – eller om de styrker/fremmer forhold som kan bedre helsen (påvirke en frisk-faktor).

Det skulle også krysses av hvor stor prosentdel tjenestene innenfor område livsstil utgjør av alle tjenestene BHT leverer. Valgene var:

- 0 prosent
- opptil 10 prosent
- opptil 30 prosent
- opptil 40 prosent
- opptil 50 prosent
- over 50 prosent

Det var ønskelig å finne ut om det brukes materiell fra organisasjoner og myndigheter som arbeider innenfor den tradisjonelle folkehelseområdet.

Følgende muligheter var satt opp:

- Norges mosjons- og bedriftsidrettsforbund
- Den norske kreftforening
- Sosial- og helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet
- Nasjonalt folkehelseinstitutt

Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten har etablert et BHT-register. Spørreskjemaet ble sendt ut til alle BHT ordningene i registeret – totalt 513 ordninger.

I samme brev ble register-dataene for de enkelte ordninger lagt ved og de ble bedt om en tilbakemelding og eventuell rettelse av innestående opplysninger.

Registeret gjorde det mulig å hente fram opplysninger om den enkelte ordning som var nødvendig når data analyser skulle gjennomføres:

- type BHT ordning
- hvilke profesjoner / hvor mange av hver i den enkelte ordning

## **4.2 BHT - intervju**

Intervju / samtaler ble gjennomført med 8 utvalgte BHT ordninger i Oslo/Akershus område. Disse ble valgt fordi jeg kjente ordningene og visste at de arbeidet i tråd med lov og forskrift – og at de kunne gi meg faglige innspill om:

- begrepene folkehelse og arbeidshelse
- tjenester rettet mot ansattes livsstil

Det var 1 egenordning og 7 fellesordninger. Intervjuet/samtalen varte 1 time og forløp som en faglig dialog. Jeg tok stikkordsmessig notater underveis.

Hensikten med intervjuet/samtalen var å få inn noen faglige synspunkter og kommentarer fra kollegaer ute i praksisfeltet.

## 5 Resultater

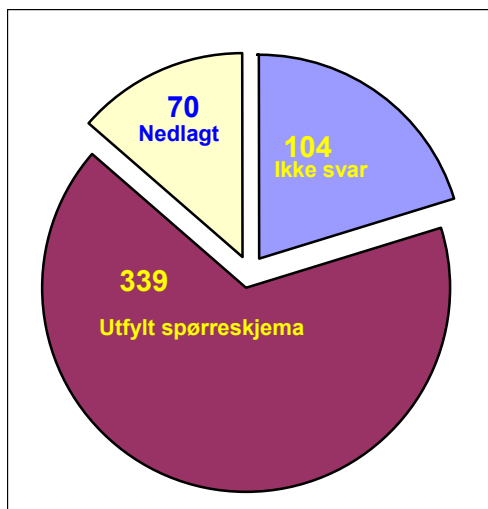
### 5.1 Svar på spørreskjema

Det ble sendt ut brev med spørreskjema til alle de 513 BHT ordningene som lå inne i BHT-registeret. I utsendingen lå også en oversikt over gjeldende registerdata og som vi ønsket en ajourføring av. Det var 2 år siden forrige ajourføring og erfaringsmessig vet vi at det skjer endringer. Etter 1 purring kom det til sammen 399 svar.

	AS ordning	Egenordning	Fellesordning	Totalt
Antall som svarte	24	156	159	339
Antall som ikke svarte	19	44	41	104
Total	43	200	200	443
Prosent som svarte	<b>56</b>	<b>78</b>	<b>80</b>	<b>77</b>

**Tabell 1: Svar respons ut fra type BHT ordning**

78 prosent av BHT egenordningene, 80 prosent av BHT fellesordningene og 56 prosent av AS-ordningene svarte på spørreskjemaene. Svarprosent for hele gruppen ble 77.

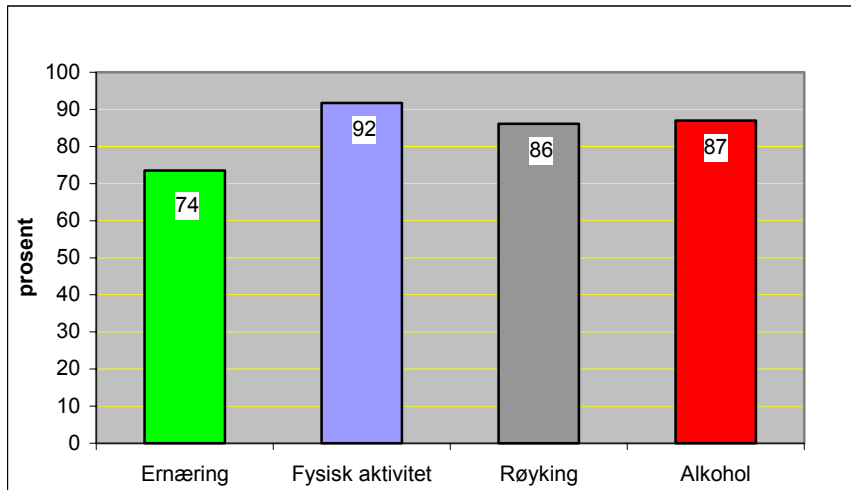


**Figur 2: Antall svar på utsending av spørreskjema. N=513**

Vi fikk melding om at 70 BHT ordninger var nedlagt og disse er derfor ikke tatt med i tallmaterialet videre. At så mange ordninger viste seg å være nedlagt er et uttrykk for at det tidligere ikke er gjennomført en så grundig gjennomgang av registeret siden etableringen i 1998. Nedleggelse kan derfor være skjedd de siste 7 år.



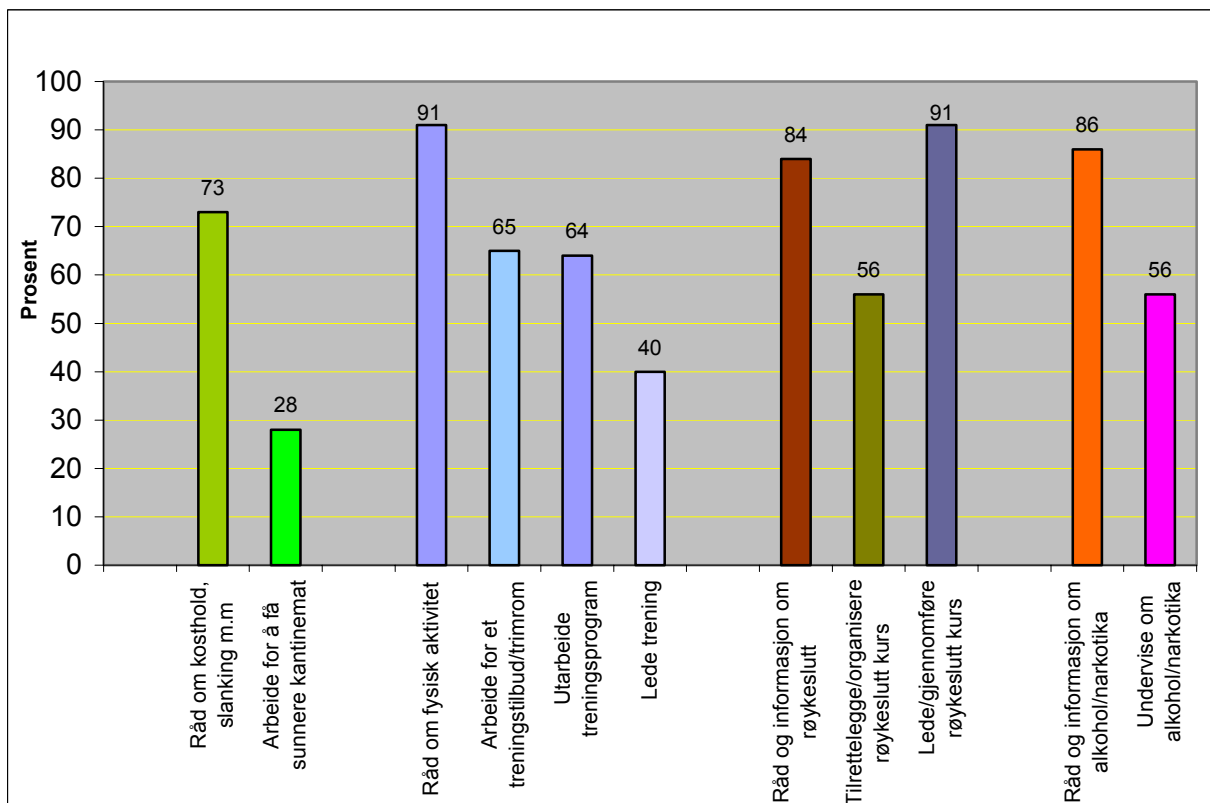
## 5.2 Omfang av tjenestene



**Figur 3: Prosent av BHT ordninger som leverte tjenester livsstil**

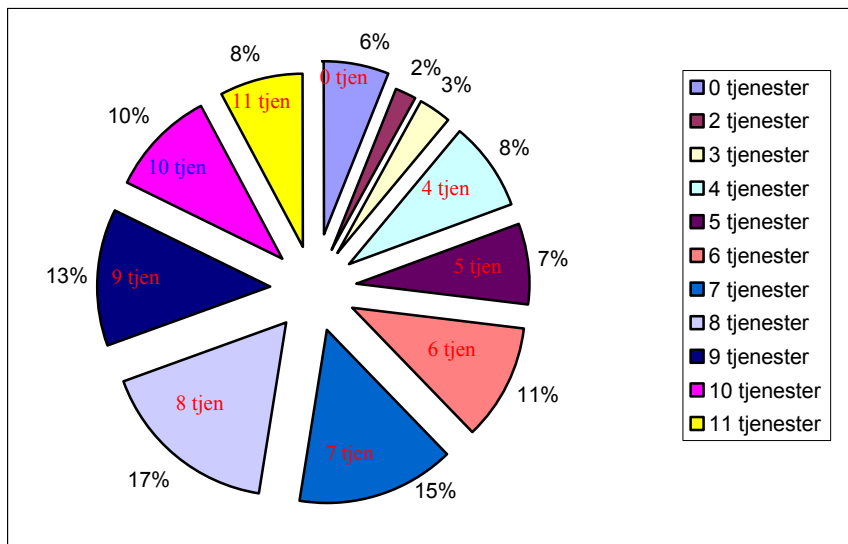
Figuren viser hvor stor prosent av BHT ordningene som leverte en av tjenestene innenfor de 4 hovedgruppene ernæring, fysisk aktivitet, røyking og alkohol.

Gruppen fysisk aktivitet kommer ut med de 92 prosent. Så følger områdene alkohol, røyking og ernæring med henholdsvis 87, 86 og 74 prosent.



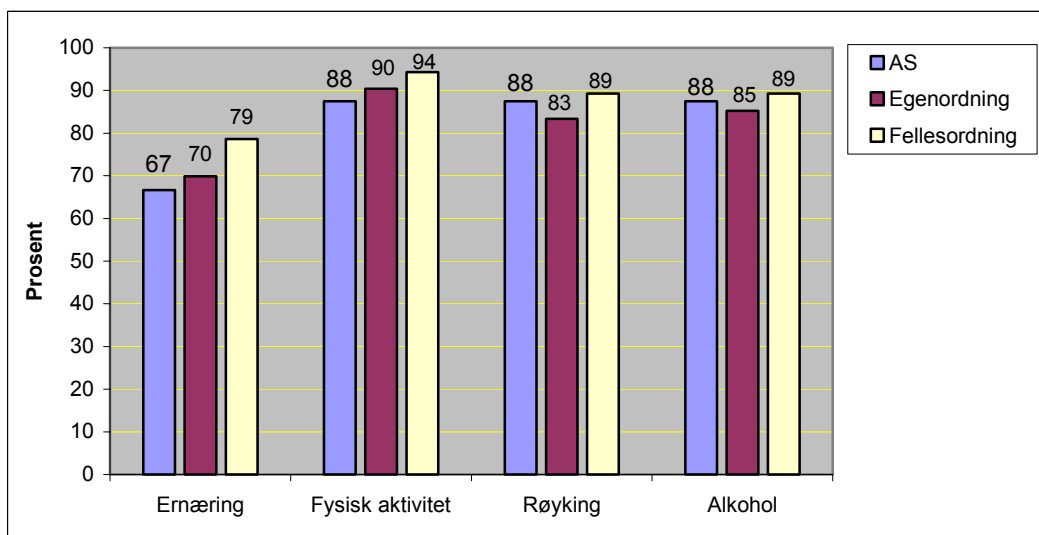
**Figur 4: Prosent av BHT ordninger som leverte tjenester livsstil – alle svarmuligheter**

Når vi ser på levering av de enkelte tjenester innenfor hovedområdene ernæring, fysisk aktivitet, røyking og alkohol kommer rådgivning høyt opp for alle med henholdsvis 73, 91, 84 og 86 prosent. For fysisk aktivitet ligger tjenester vedrørende etablering av trimrom, utarbeide treningsprogram og lede trening høyt med henholdsvis 65, 64 og 40 prosent. Kurs og undervisning innen røyking og alkohol ligger begge på 56 prosent.



**Figur 5: Prosent av BHT ordninger som leverer ulike antall tjenester livsstil**

Kun 22 BHT ordninger eller 6 prosent leverer ingen tjenester innenfor området livsstil. 48 prosent leverer mer enn 7 tjenester. Tjenester totalt er 11.



**Figur 6: Prosent av ulike typer BHT ordninger og deres levering av tjenester livsstil**

Det finnes i hovedsak 3 typer BHT ordninger:

- egenordning
- fellesordning
- fellesordning registrert som AS

Fellesordningene leverer i større grad tjenester livsstil med prosentene 79, 94, 89 og 89 for henholdsvis ernæring, fysisk aktivitet, røyking og alkohol. Som nummer 2 kommer egenordningene med ernæring og fysisk aktivitet og AS-ordningene med røyking og alkohol.

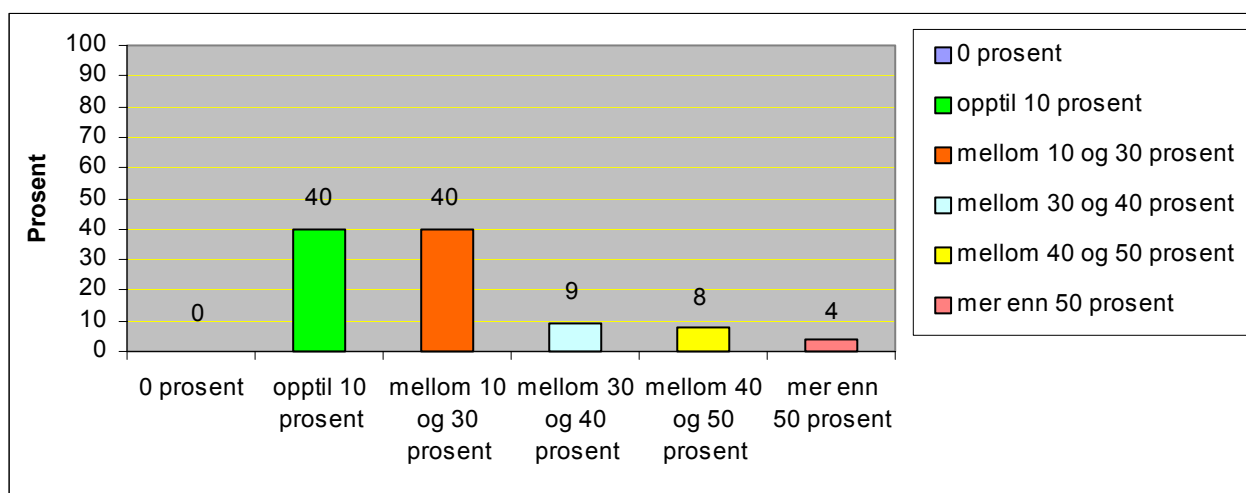
### 5.3 Prosentvis del av tjenester

Det var av interesse å se hvor stor del tjenestene innenfor område livsstil utgjorde av alle tjenestene som ble levert av BHT ordningene.

Jeg spurte: Hvor stor del utgjør tjenester livsstil av alle BHT tjenestene dere leverer?  
Svarene ble oppfattet som følger.

En markering av

- opptil 30 prosent ble oppfattet som mellom 10 og 30 prosent
- opptil 40 prosent ble oppfattet som mellom 30 og 40 prosent
- opptil 50 prosent ble oppfattet som mellom 40 og 50 prosent

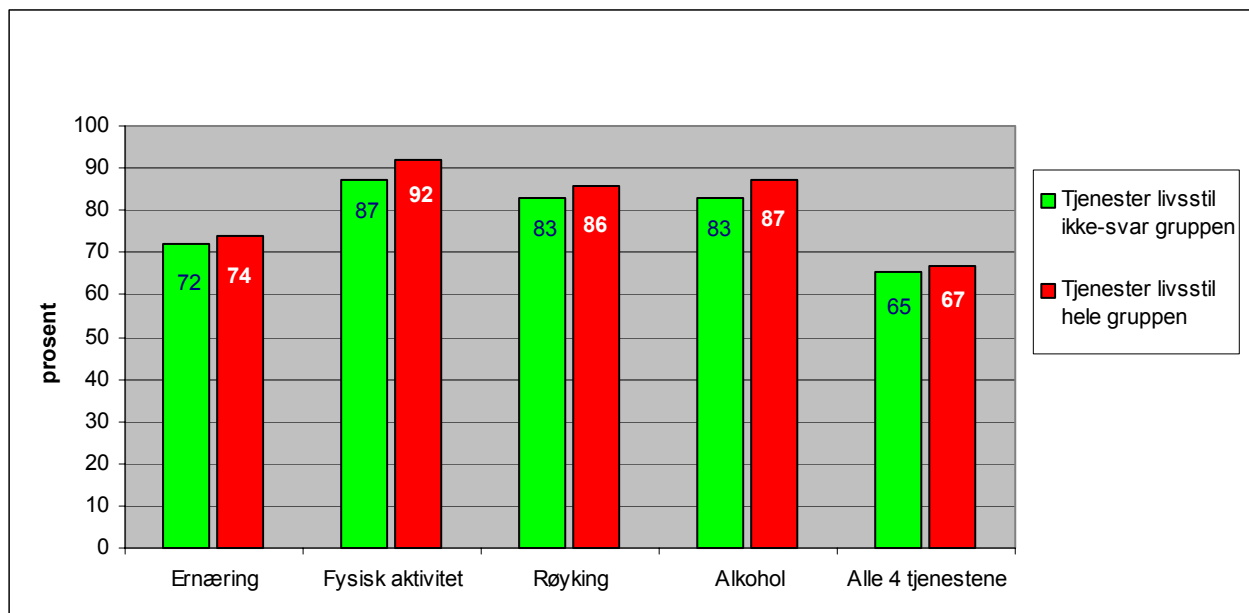


**Figur 7: Omfang av tjenester område livsstil. N=166**

40 prosent av BHT ordningene svarte at tjenester livsstil utgjør 10 prosent av alle tjenestene ordningen leverer. 40 prosent sier de utgjør mellom 10 og 30 prosent.

173 ordninger ("ikke-svar" gruppen) av 339 fylte ikke ut dette spørsmålet i skjemaet. Men de har likevel krysset av på neste spørsmål om ulike tjenester innen område livsstil. Forklaringen kan være at det var vanskelig å anslå et omfang.

En annen grunn kan være plasseringsmessige forhold på spørreskjemaet. Spørsmålet om omfang var satt opp nederst på side 1 – mens hovedmengden av spørsmål var på side 2. Det kan derfor ha blitt oversett.



**Figur 8: Tjenester område livsstil for gruppen som svarte og hele gruppen**

Figuren viser hva ”ikke-svar” gruppen (N=173) hadde markert innen tjenestene ernæring, fysisk aktivitet, røyking og alkohol og hva hele gruppen (N=339) hadde markert.

Vi ser at ”ikke-svar” gruppen likevel har rapportert tjenester livsstil med henholdsvis 72, 87, 83 og 83 prosent. Dette er i nesten like stor grad som hele gruppen.

## 5.4 Bruk av materiell fra helsemyndigheter og frivillige organisasjoner

Myndighetene og ulike organisasjoner lager materiell som leveres ut til virksomheter – og bedriftshelsetjenester.

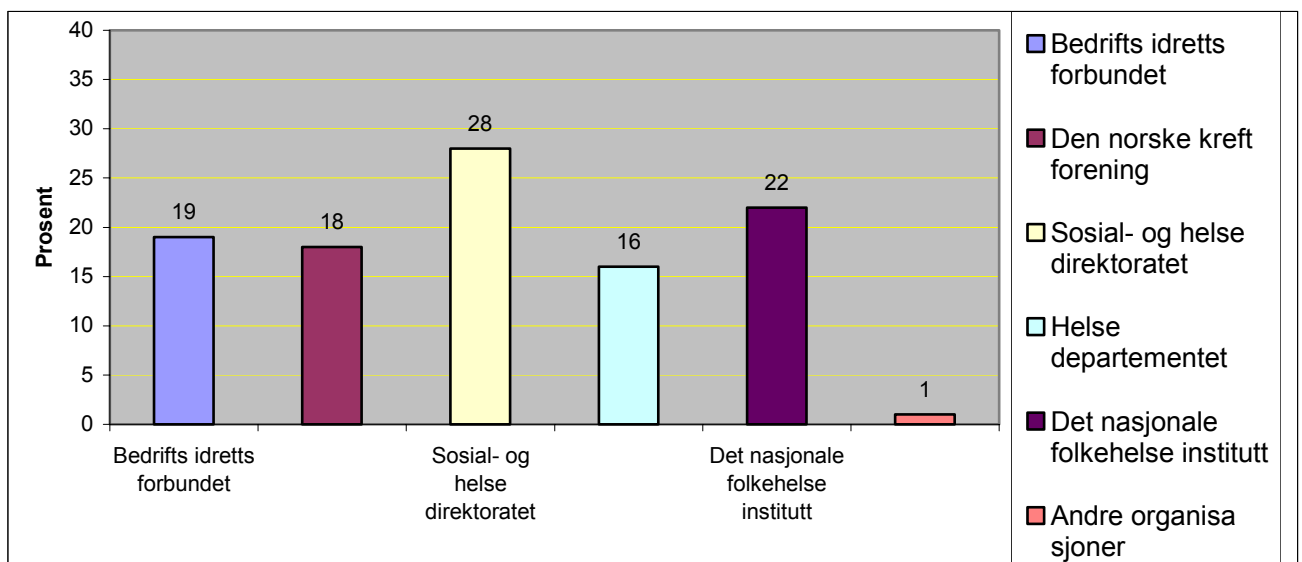
Vi har spurt om materiell fra følgende organisasjoner brukes:

- Norges mosjons- og bedriftsidrettsforbund (forkortet Bedriftsidrettsforbundet)
- Den norske kreftforening
- Sosial- og helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet
- Det nasjonale folkehelseinstitutt

	Antall	Prosent
Bruker ikke materiell	206	61
Bruker materiell fra 1	27	8
Bruker materiell fra 2	38	11
Bruker materiell fra 3	32	9

	Antall	Prosent
Bruker materiell fra 4	23	7
Bruker materiell fra 5	13	4
Bruker materiell fra minst en organisasjon	133	39
Totalt	339	100

**Tabell 3: Bruk av materiell fra ulike organisasjoner**



**Figur 9: Bruk av materiell fra ulike organisasjoner**

61 prosent har ikke tatt dette materiell i bruk. 39 prosent bruker materiell fra minst en av organisasjonene.

28 prosent av BHT ordningene bruker materiell fra Sosial- og helsedirektoratet og 22 prosent fra Det nasjonale folkehelseinstituttet. Materiell fra andre organisasjoner brukes i liten grad.

## 5.5 Ernæring

Området ernæring omfatter tjenestene

- Råd om kosthold, slanking m.m. (forkortet Ernæring råd kost)
- Arbeide for å få en sunnere kantinemat (forkortet Ernæring kantine)

Svarene i spørreskjema viser at ofte er flere profesjoner involvert i de enkelte tjenestene.

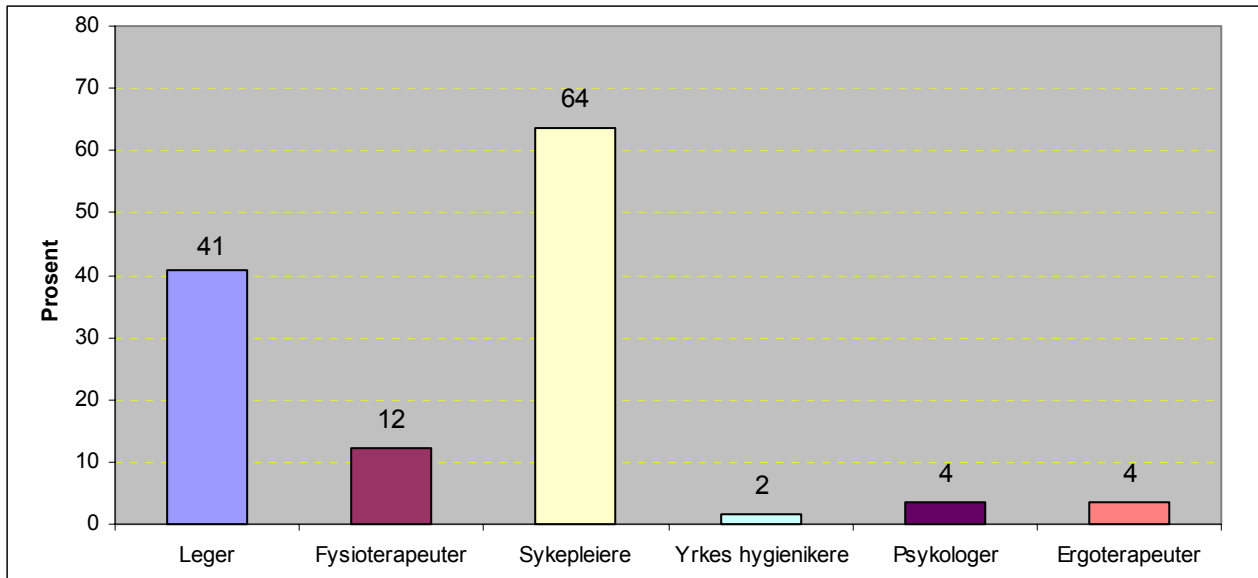
### 5.5.1 Råd om kosthold, slanking m.m. (Ernæring råd kost)

	Antall BHT	Prosent
Ja	246	73
Nei	93	27
Total	339	100

**Tabell 4: Leveranse tjenesten Ernæring råd**

Profesjon	Ant tilfeller	Antall BHT med profesjonen	Årsverk profesjon	Antall profesjon
Leger	119	291	234	438
Fysioterapeuter	28	230	190	306
Sykepleiere	183	287	473	583
Yrkeshygienikere	2	129	129	151
psykologer	1	28	18	33
ergoterapeuter	1	28	24	28

**Tabell 5: Yrkesgrupper involvert i Ernæring råd kost**



**Figur10: Ulike profesjoners medvirkning i tjenesten Ernæring råd kost**

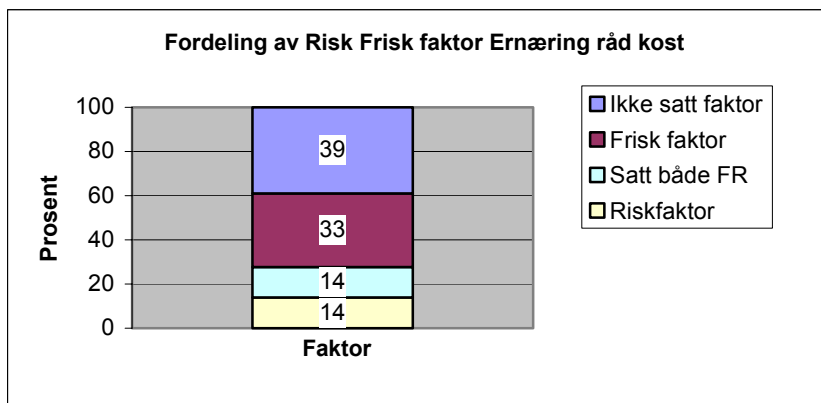
73 prosent av BHT ordningene leverte denne tjenesten.

Når vi ser på ordninger som har minst 1 av den aktuelle profesjon, viser det seg at i 64 prosent er sykepleierne involvert i tjenesten, 41 prosent av legene og 12 prosent av fysioterapeutene.

#### Frisk / Risk – faktor Ernæring råd kost

Spørreskjema ba bedriftshelsetjenesten vurdere om ”Ernæring råd kost” påvirket et forhold som innebar en riskfaktor eller en friskfaktor.

39 prosent hadde ikke satt opp faktor. 33 prosent mente tjenesten påvirket en friskfaktor – og 14 prosent mente en riskfaktor. 14 prosent hadde krysset av på både risk- og friskfaktor.



**Figur 11: Risk- og friskfaktor for Ernæring råd kost**

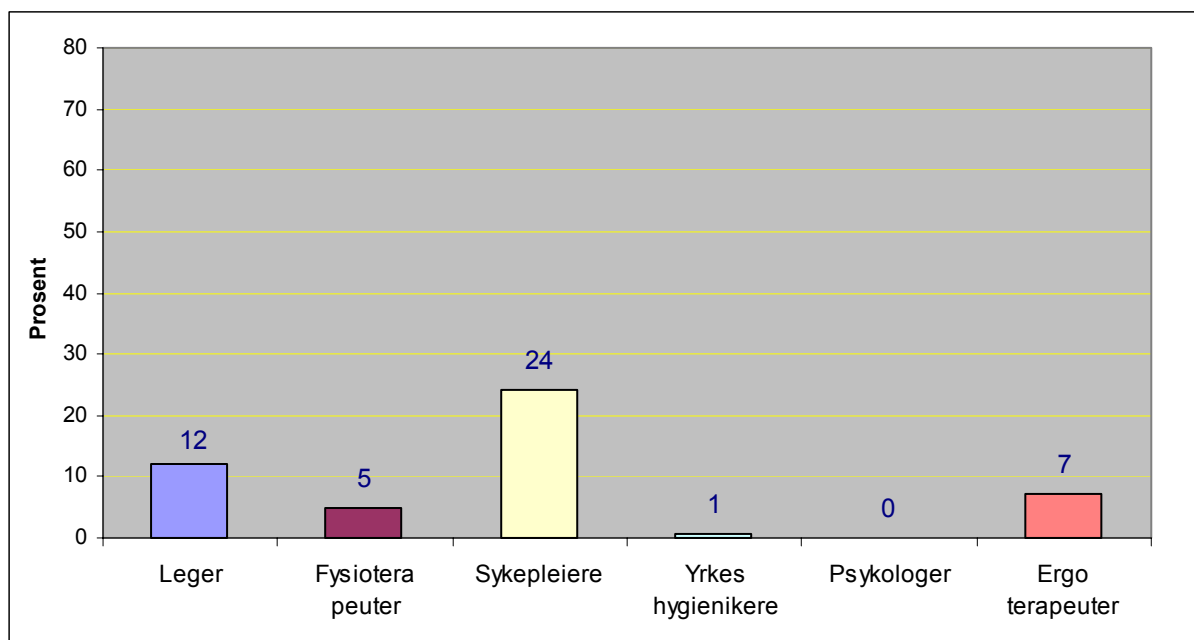
### 5.5.2 Arbeide for å få en sunnere kantine ( Ernæring kantine)

	Antall	Prosent
Ja	95	28
Nei	244	72
Total	339	100

**Tabell 6: Leveranse tjenesten Ernæring kantine**

Profesjon	Ant tilfeller	Antall BHT med profesjonen	Årsverk profesjon	Antall profesjon
Leger	35	291	234	438
Fysioterapeuter	11	230	190	306
Sykepleiere	69	287	473	583
Yrkeshygienikere	1	129	129	151
psykologer	0	28	18	33
ergoterapeuter	2	28	24	28

**Tabell 7: Yrkesgrupper involvert i tjenesten Ernæring**



**Figur 12: Ulike profesjoners medvirkning i tjenesten Ernæring kantine**

28 prosent av BHT ordningene leverte denne tjenesten.

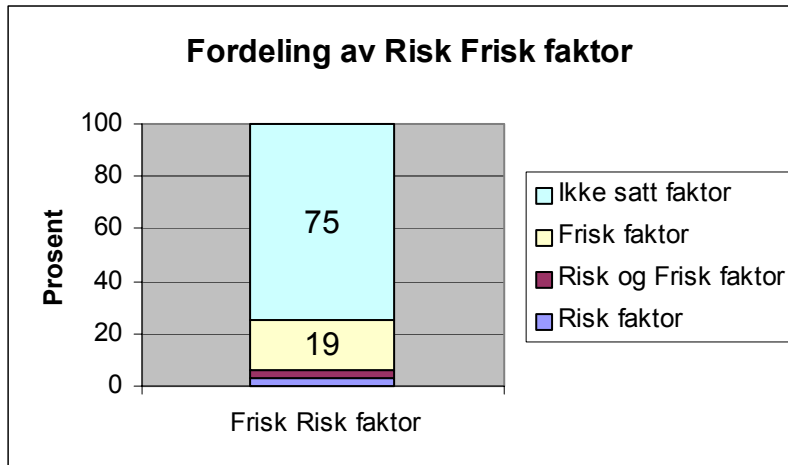
Når vi ser på ordninger som har minst 1 av den aktuelle profesjon, viser det seg at i 24 prosent er sykepleierne involvert i tjenesten, 12 prosent av legene og 7 prosent av fysioterapeutene.



## Risk Frisk faktor Ernæring kantine

Spørreskjema ba bedriftshelsetjenesten vurdere om Ernæring kantine påvirket et forhold som innebar en riskfaktor eller en friskfaktor.

75 prosent hadde ikke satt opp faktor. 19 prosent mente tjenesten påvirket en friskfaktor.



**Figur 13: Risk- og friskfaktor for Ernæring kantine**

## 5.6 Fysisk aktivitet

Området ernæring omfatter tjenestene

- Råd om fysisk aktivitet, mosjon, trim m.m. (forkortet Fysisk råd)
- Arbeide for et treningstilbud/trimrom (forkortet Fysisk trimrom)
- Utarbeide treningsprogram (forkortet Fysisk trenprogram)
- Lede trening (forkortet Fysisk lede trening)

Gjennomgående ser vi at flere profesjoner utøver disse tjenestene.

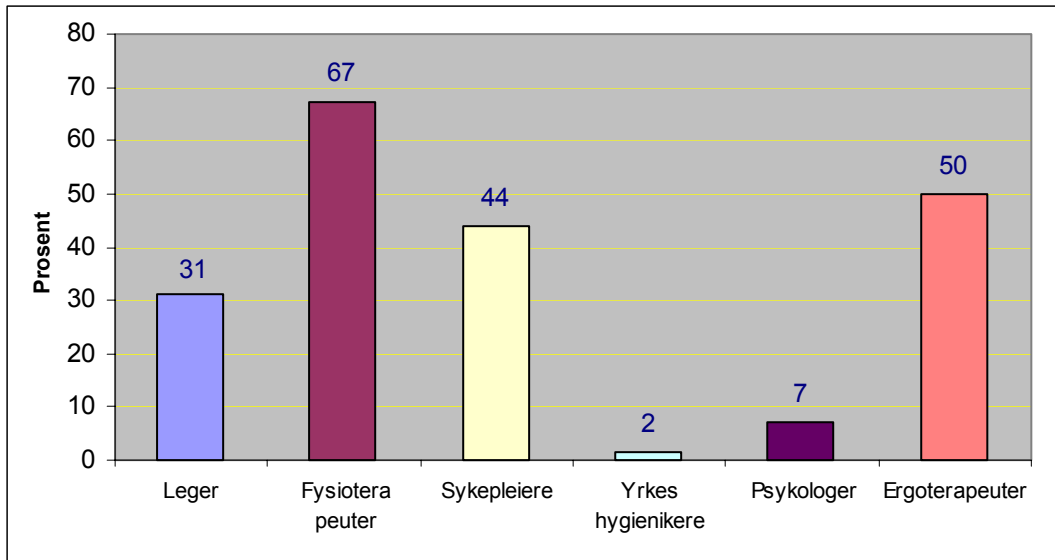
### 5.6.1 Råd om fysisk aktivitet, mosjon, trim m.m. (Fysisk råd)

	Frekvens	Prosent
Ja	307	91
Nei	32	9
Total	339	100

**Tabell 8: Leveranse tjenesten Fysisk råd**

Profesjon	Ant tilfeller	Antall BHT med profesjonen	Årsverk profesjon	Antall profesjon
Leger	35	291	234	438
Fysioterapeuter	11	230	190	306
Sykepleiere	69	287	473	583
Yrkeshygienikere	1	129	129	151
psykologer	0	28	18	33
ergoterapeuter	2	28	24	28

**Tabell 9: Yrkesgrupper involvert i Fysisk råd**



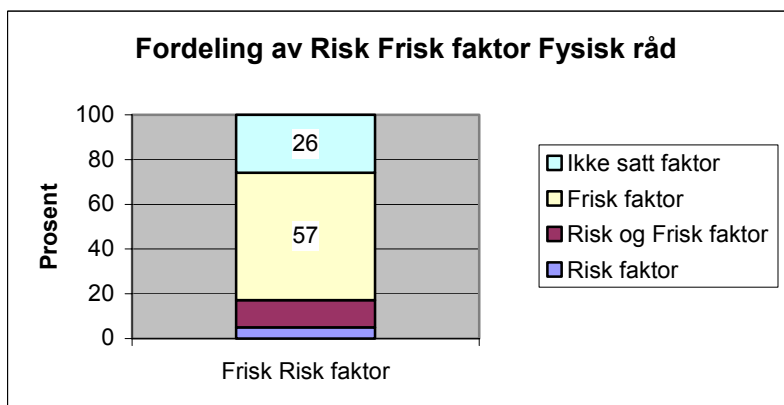
**Figur 14: Ulike profesjoners medvirkning i Fysisk råd**

91 prosent av BHT ordningene leverte denne tjenesten.

Når vi ser på ordninger som har minst 1 av den aktuelle profesjon, viser det seg at i 67 prosent er fysioterapeutene involvert i tjenesten, 50 prosent av ergoterapeutene og 44 prosent av sykepleierne.

#### Frisk / Risk – faktor Fysisk råd

Spørreskjema ba bedriftshelsetjenesten vurdere om Fysisk råd påvirket et forhold som innebar en riskfaktor eller en friskfaktor. 57 prosent mener tjenesten påvirker en friskfaktor.



**Figur 15: Risk- og friskfaktor for Fysisk råd**

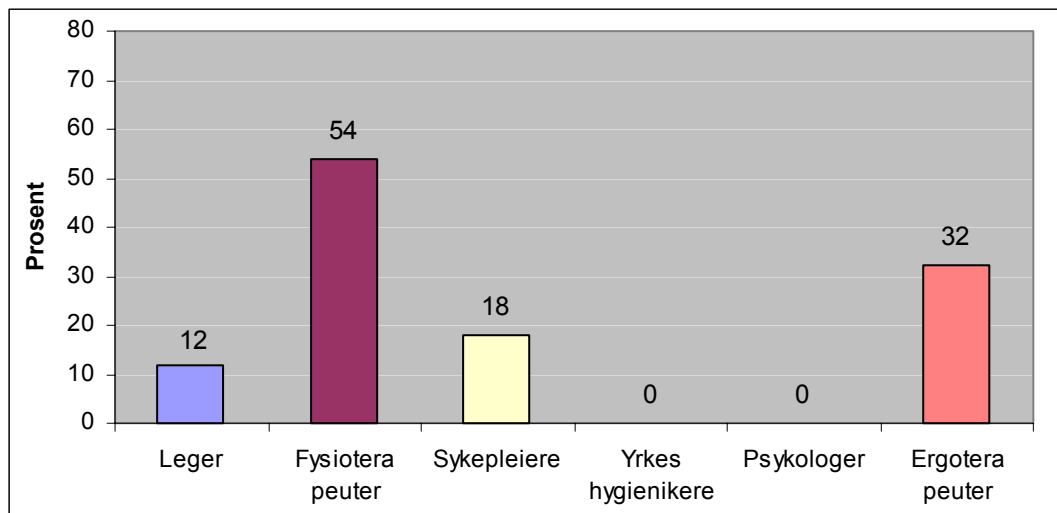
## 5.6.2 Arbeide for et treningstilbud/trimrom (Fysisk trimrom)

	Frekvens	Prosent
Ja	221	65
Nei	118	35
Total	339	100

**Tabell 10: Leveranse tjenesten Fysisk trimrom**

Profesjon	Ant tilfeller	Antall BHT med profesjonen	Årsverk profesjon	Antall profesjon
Leger	35	291	234	438
Fysioterapeuter	124	230	190	306
Sykepleiere	51	287	473	583
Yrkeshygienikere	0	129	129	151
psykologer	0	28	18	33
ergoterapeuter	9	28	24	28

**Tabell 11: Yrkesgrupper involvert i Fysisk trimrom**



**Figur 16: Ulike profesjoners medvirkning i Fysisk trimrom**

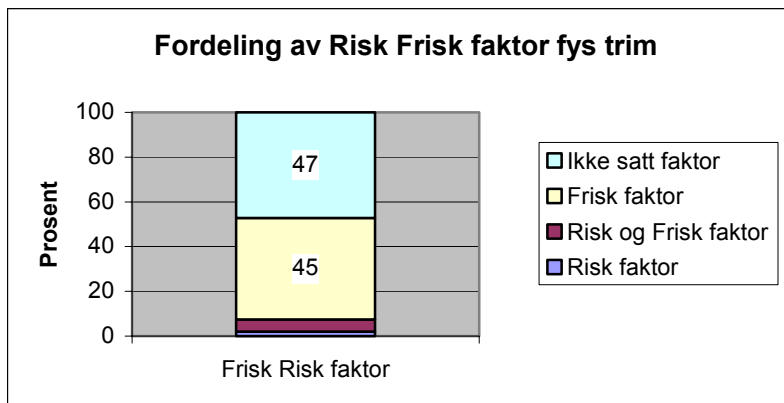
65 prosent av BHT ordningene leverte denne tjenesten.

Når vi ser på ordninger som har minst 1 av den aktuelle profesjon, viser det seg at i 54 prosent er fysioterapeutene involvert i tjenesten, 32 prosent av ergoterapeutene og 18 prosent av sykepleierne.

## Frisk / Risk – og friskfaktor Fysisk trim

Spørreskjema ba bedriftshelsetjenesten vurdere om Fysisk trim påvirket et forhold som innebar en riskfaktor eller en friskfaktor.

47 prosent satte ikke faktor. 45 prosent mente tjenesten påvirket en friskfaktor.



**Figur 17: Risk- og friskfaktorer i Fysisk trim**

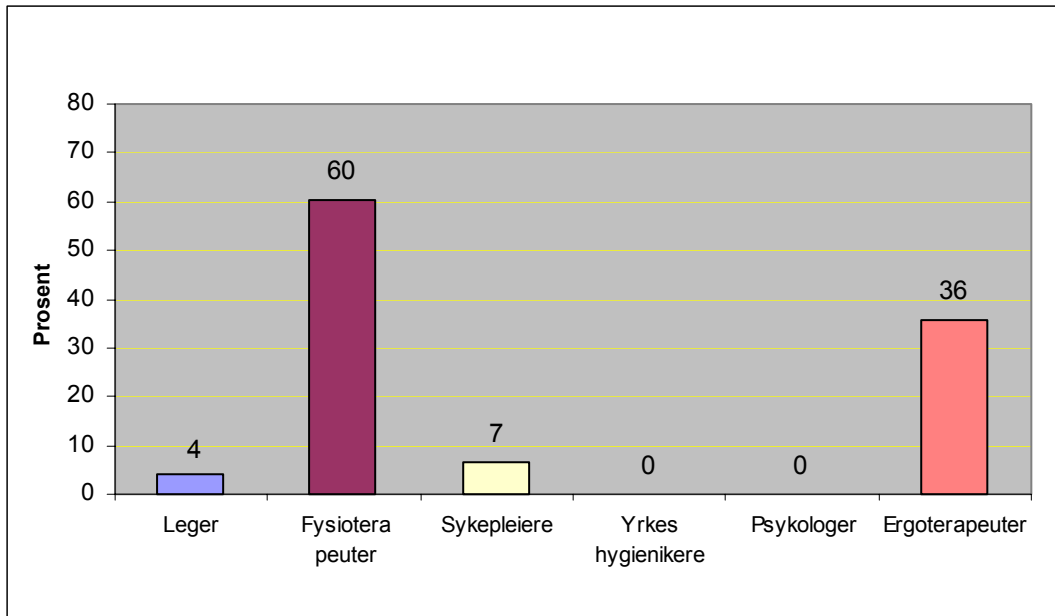
### 5.6.3 Utarbeide treningsprogram (Fysisk tren program)

	Frekvens	Prosent
Ja	216	64
Nei	123	36
Total	339	100

**Tabell 12: Leveranse tjenesten Fysisk tren program**

Profesjon	Ant tilfeller	Antall BHT med profesjonen	Årsverk profesjon	Antall profesjon
Leger	12	291	234	438
Fysioterapeuter	139	230	190	306
Sykepleiere	19	287	473	583
Yrkeshygienikere	0	129	129	151
psykologer	0	28	18	33
ergoterapeuter	10	28	24	28

**Tabell 13: Yrkesgrupper involvert i Fysisk tren program**



**Figur 18: Ulike profesjoners medvirkning i Fysisk tren program**

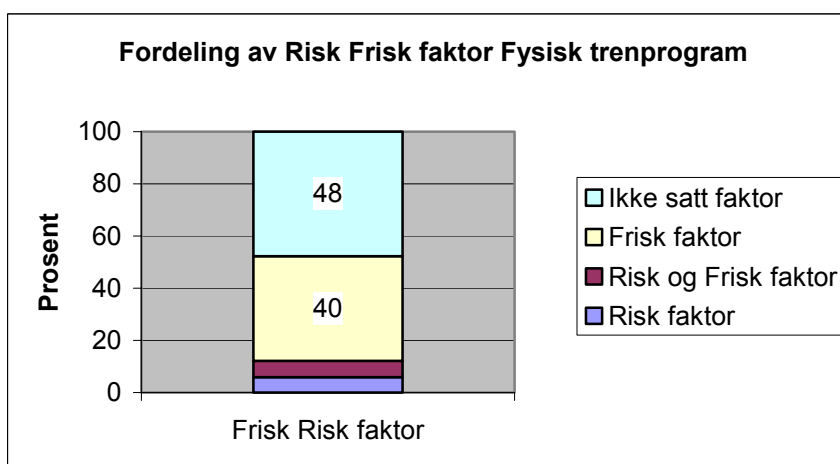
64 prosent av BHT ordningene leverte denne tjenesten.

Når vi ser på ordninger som har minst 1 av den aktuelle profesjon, viser det seg at i 60 prosent er fysioterapeutene involvert i tjenesten, 36 prosent av ergoterapeutene og 44 prosent av sykepleierne.

#### Frisk / Risk – faktor Fysisk trenprogram

Spørreskjema ba bedriftshelsetjenesten vurdere om Fysisk trenprogram påvirket et forhold som innebar en riskfaktor eller en friskfaktor.

48 prosent satte ikke faktor. 40 prosent mente tjenesten påvirket en friskfaktor.



**Figur 19: Risk- friskfaktor for Fysisk tren program**

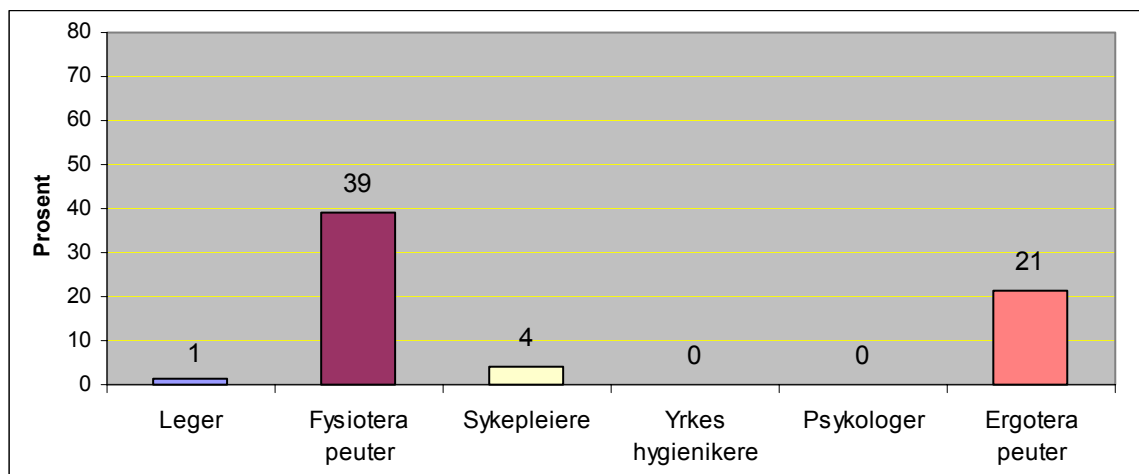
#### 5.6.4 Lede trening (Fysisk lede trening)

	Frekvens	Prosent
Ja	136	40
Nei	203	60
Total	339	100

**Tabell 14: Leveranse tjenesten Fysisk lede trening**

Profesjon	Ant tilfeller	Antall BHT med profesjonen	Årsverk profesjon	Antall profesjon
Leger	4	291	234	438
Fysioterapeuter	90	230	190	306
Sykepleiere	12	287	473	583
Yrkeshygienikere	0	129	129	151
psykologer	0	28	18	33
ergoterapeuter	6	28	24	28

**Tabell 15: Yrkesgrupper involvert i tjenesten Fysisk lede trening**



**Figur 20: Yrkesgrupper involvert i Fysisk lede trening**

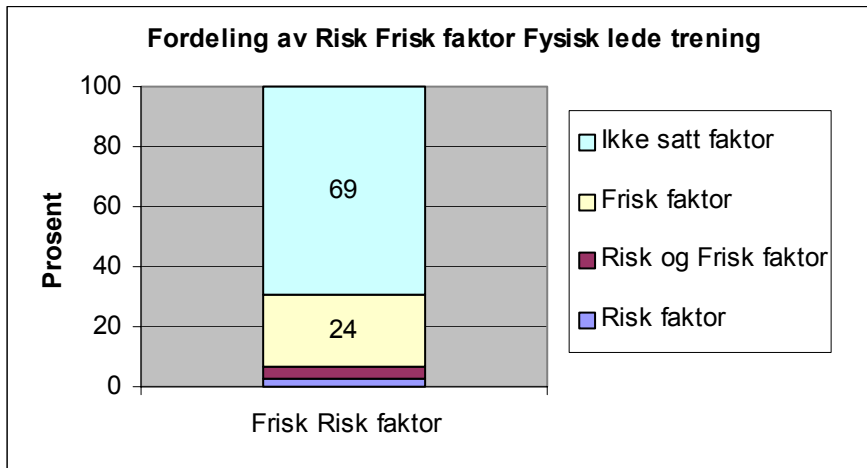
40 prosent av BHT ordningene leverte denne tjenesten.

Når vi ser på ordninger som har minst 1 av den aktuelle profesjon, viser det seg at i 39 prosent er fysioterapeutene involvert i tjenesten, 21 prosent av ergoterapeutene og 4 prosent av sykepleierne.

## Frisk / Risk – faktor Fysisk lede trening

Spørreskjema ba bedriftshelsetjenesten vurdere om Fysisk lede trening påvirket et forhold som innebar en riskfaktor eller en friskfaktor.

69 prosent satte ikke faktor. 24 prosent mente tjenesten påvirket en friskfaktor.



**Figur 21: Risk- friskfaktor for Fysisk lede trening**



## 5.7 Røyking

Området røyking omfatter tjenestene

- Råd og informasjon om røykeslutt (forkortet Røyk råd)
- Tilrettelegge/organisere røykeslutt kurs (forkortet Røyk organ kurs)
- Lede/gjennomføre røykeslutt kurs (forkortet Røyk lede kurs)

Gjennomgående ser vi at flere profesjoner utøver disse tjenestene.

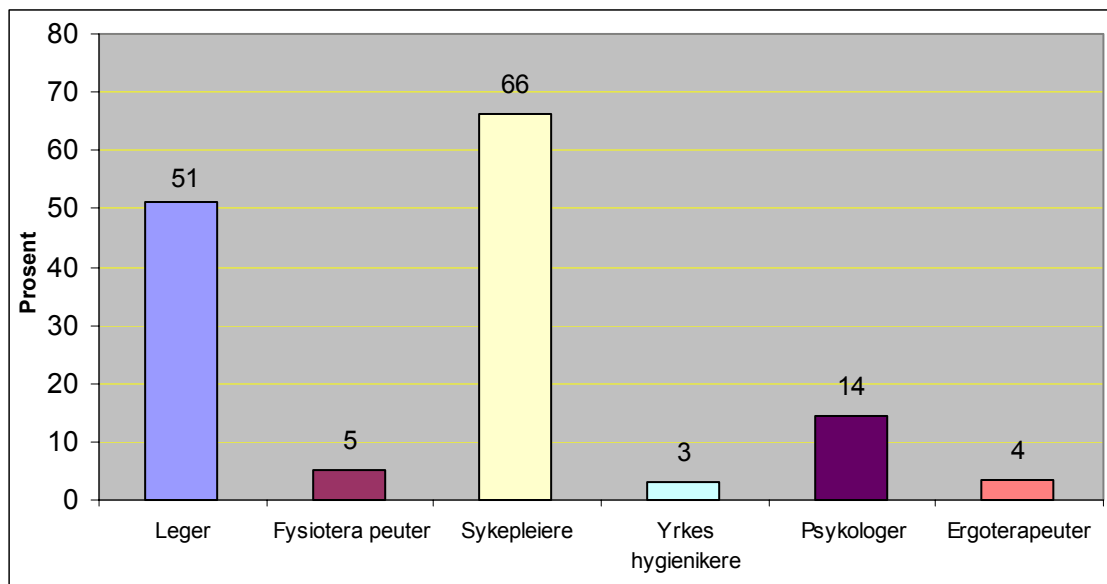
### 5.7.1 Råd og informasjon om røykeslutt ( Røyk råd)

	Frekvens	Prosent
Ja	284	84
Nei	55	16
Total	339	100

**Tabell 16: Leveranse tjenesten Røyk råd**

Profesjon	Ant tilfeller	Antall BHT med profesjonen	Årsverk profesjon	Antall profesjon
Leger	149	291	234	438
Fysioterapeuter	12	230	190	306
Sykepleiere	190	287	473	583
Yrkeshygienikere	4	129	129	151
psykologer	4	28	18	33
ergoterapeuter	1	28	24	28

**Tabell 17: Yrkesgrupper involvering i tjenesten Røyk råd**



**Figur 22: Ulike profesjoners medvirkning i Røyk råd**

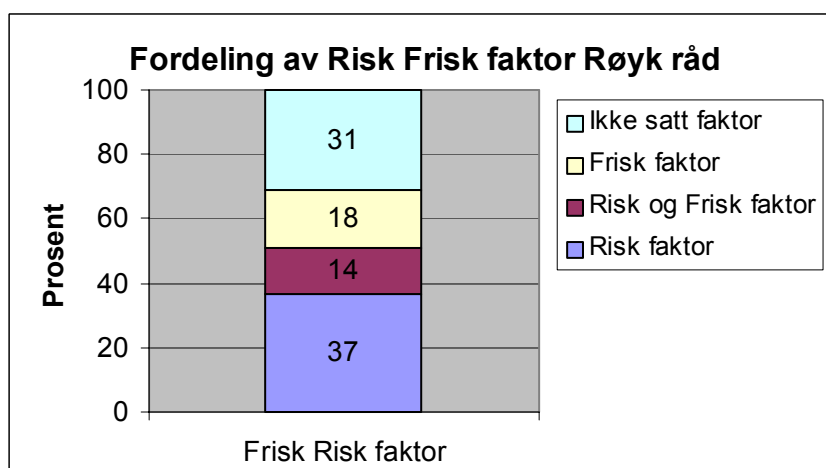
84 prosent av BHT ordningene leverte denne tjenesten.

Når vi ser på ordninger som har minst 1 av den aktuelle profesjon, viser det seg at i 66 prosent er fysioterapeutene involvert i tjenesten, 51 prosent av legene og 14 prosent av psykologene.

### Frisk / Risk- og friskfaktor for Røyk råd

Spørreskjema ba bedriftshelsetjenesten vurdere om Røyk råd påvirket et forhold som innebar en riskfaktor eller en friskfaktor.

31 prosent satte ikke faktor. 37 prosent mente tjenesten påvirket en riskfaktor, 31 prosent en friskfaktor. 14 prosent mente begge deler.



**Figur 23: Risk- og friskfaktor for Røyk råd**

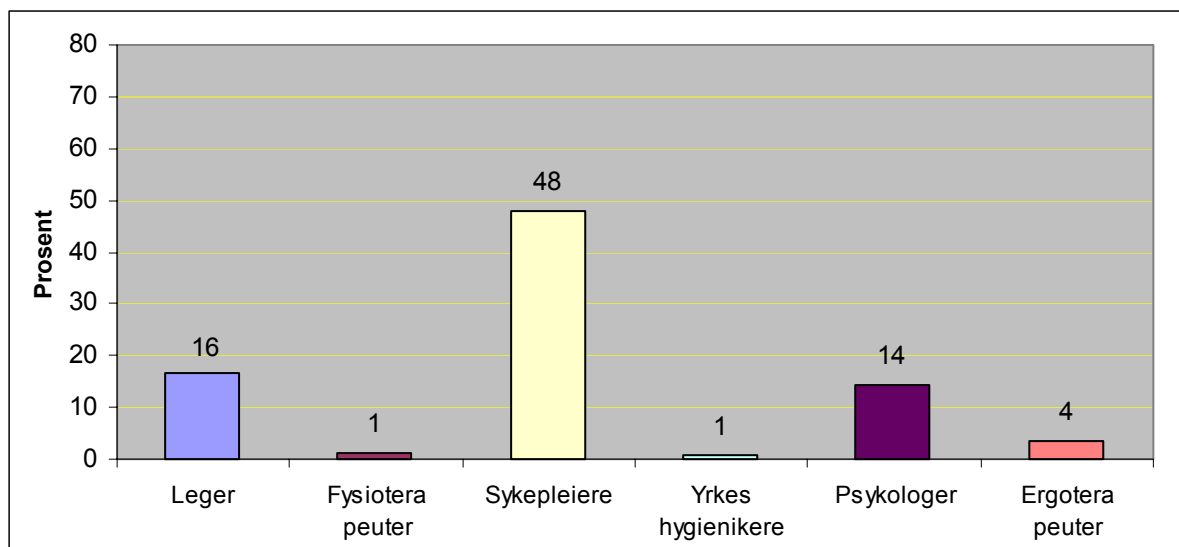
### 5.7.2 Tilrettelegge/organisere røykeslutt kurs (Røyk organ kurs)

	Frekvens	Prosent
Ja	191	56
Nei	148	44
Total	339	100

**Tabell 18: Leveranse tjenesten Røyk organ kurs**

Profesjon	Ant tilfeller	Antall BHT med profesjonen	Årsverk profesjon	Antall profesjon
Leger	48	291	234	438
Fysioterapeuter	3	230	190	306
Sykepleiere	137	287	473	583
Yrkeshygienikere	1	129	129	151
psykologer	4	28	18	33
ergoterapeuter	1	28	24	28

**Tabell 19: Yrkesgrupper involvert i tjenesten Røyk organ kurs**



**Figur 24: Ulike profesjoners medvirkning i Røyk organ kurs**

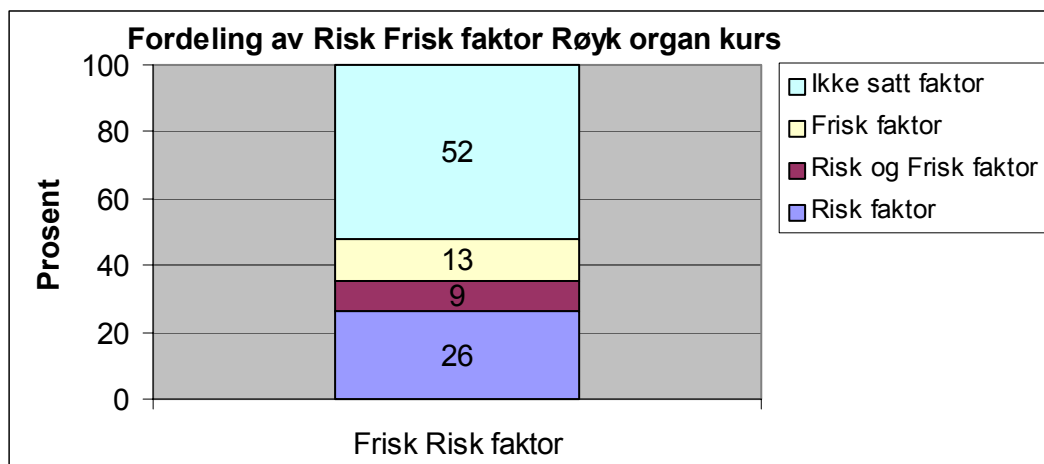
56 prosent av BHT ordningene leverte denne tjenesten.

Når vi ser på ordninger som har minst 1 av den aktuelle profesjon, viser det seg at i 48 prosent er sykepleierne involvert i tjenesten, 16 prosent av legene og 14 prosent av psykologene.

## Frisk / Risk – og friskfaktor for Røyk organ kurs

Spørreskjema ba bedriftshelsetjenesten vurdere om Røyk røyk organ kurs påvirket et forhold som innebar en riskfaktor eller en friskfaktor.

52 prosent satte ikke faktor. 26 prosent mente tjenesten påvirket en riskfaktor, 13 prosent en friskfaktor. 9 prosent mente begge deler.



Figur 25: Risk- og friskfaktorer for Røyk organ kurs

### 5.7.3 Lede/gjennomføre røykeslutt kurs (Røyk lede kurs)

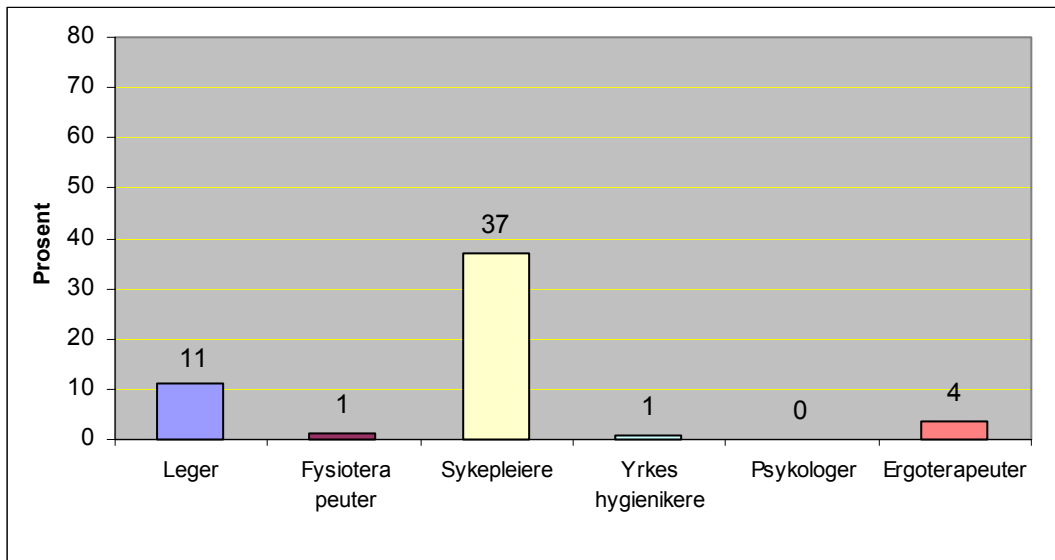
	Frekvens	Prosent
Ja	307	91
Nei	32	9
Total	339	100

Tabell 20: Leveranse tjenesten Røyk lede kurs

I 34 prosent av BHTene har sykepleierne vært involvert i Røyk lede kurs. Prosent av årsverkene for sykepleierne, legene og psykologene er henholdsvis 25, 16 og 16.

Profesjon	Ant tilfeller	Antall BHT med profesjonen	Årsverk profesjon	Antall profesjon
Leger	33	291	234	438
Fysioterapeuter	3	230	190	306
Sykepleiere	106	287	473	583
Yrkeshygienikere	1	129	129	151
psykologer	0	28	18	33
ergoterapeuter	1	28	24	28

Tabell 21: Yrkesgrupper involvert i Røyk lede kurs



**Figur 26: Ulike profesjoners medvirkning i Røyk lede kurs**

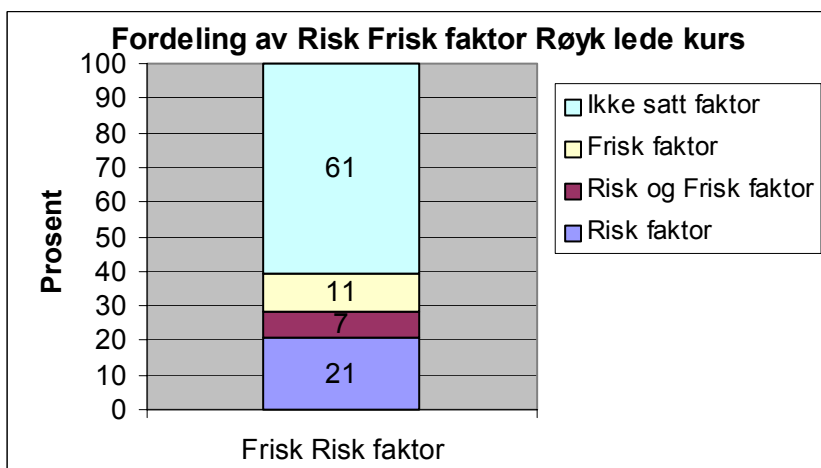
91 prosent av BHT ordningene leverte denne tjenesten.

Når vi ser på ordninger som har minst 1 av den aktuelle profesjon, viser det seg at i 67 prosent er fysioterapeutene involvert i tjenesten, 50 prosent av ergoterapeutene og 44 prosent av sykepleierne.

### Risk- og friskfaktor for Røyk lede kurs

Spørreskjema ba bedriftshelsetjenesten vurdere om Røyk lede kurs påvirket et forhold som innebar en riskfaktor eller en friskfaktor.

61 prosent satte ikke faktor. 21 prosent mente tjenesten påvirket en riskfaktor, 11 prosent en friskfaktor. 7 prosent mente begge deler.



**Figur 27: Risk- og friskfaktorer i Røyk lede kurs**

## 5.8 Alkohol

Området alkohol omfatter tjenestene

- Råd og informasjon om alkohol/narkotika (forkortet Alkohol råd)
- Undervise om alkohol/narkotika (forkortet Alkohol undervise)

Gjennomgående ser vi at flere profesjoner utøver disse tjenestene.

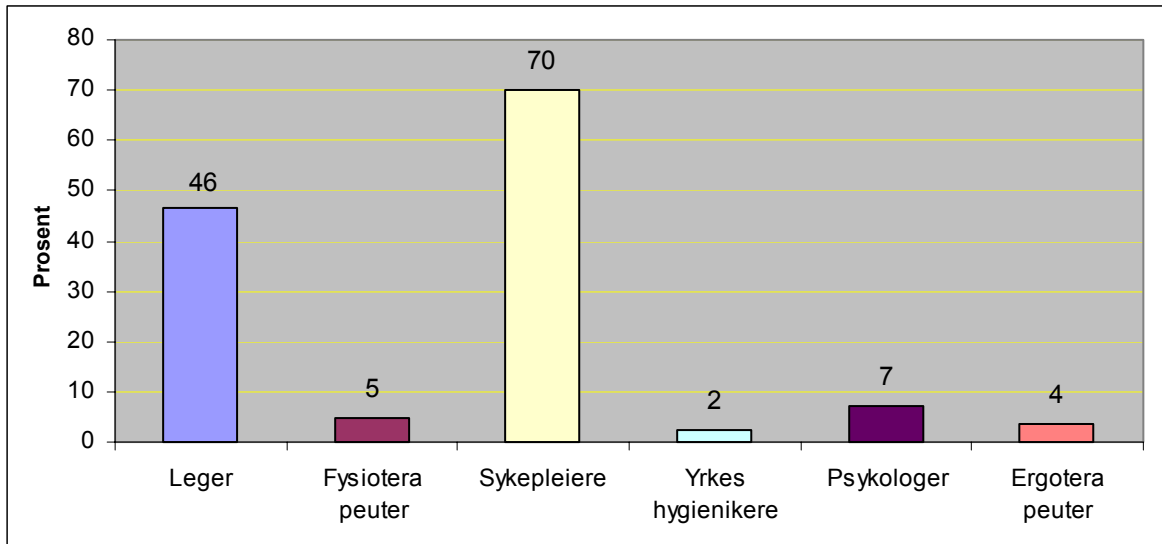
### 5.8.1 Råd om og informasjon om alkohol / narkotika (Alkohol råd)

	Frekvens	Prosent
Ja	292	86
Nei	47	14
Total	339	100

**Tabell 22: Leveranse tjenesten Alkohol råd**

Profesjon	Ant tilfeller	Antall BHT med profesjonen	Årsverk profesjon	Antall profesjon
Leger	135	291	234	438
Fysioterapeuter	11	230	190	306
Sykepleiere	201	287	473	583
Yrkeshygienikere	3	129	129	151
psykologer	2	28	18	33
ergoterapeuter	1	28	24	28

**Tabell 23: Yrkesgrupper involvert i Alkohol råd**



**Figur 28: Ulike profesjoners medvirkning i tjenesten Alkohol råd**

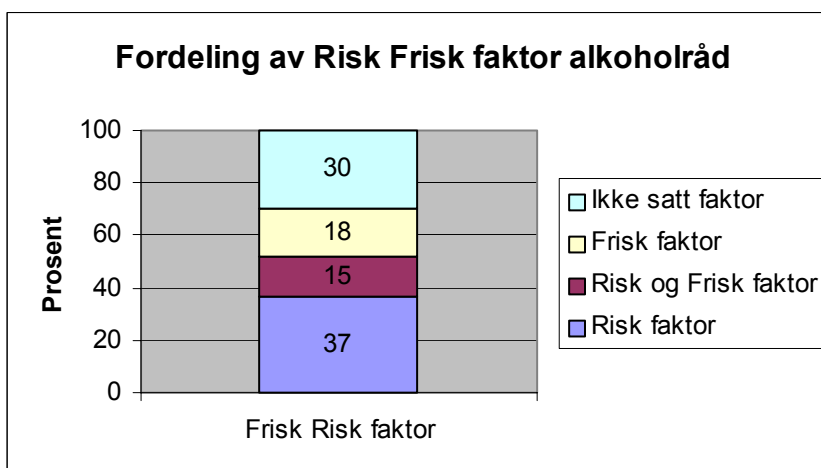
86 prosent av BHT ordningene leverte denne tjenesten.

Når vi ser på ordninger som har minst 1 av den aktuelle profesjon, viser det seg at i 70 prosent er sykepleierne involvert i tjenesten, 46 prosent av legene og 7 prosent av psykologene.

#### Risk- og friskfaktor Alkohol råd

Spørreskjema ba bedriftshelsetjenesten vurdere om Alkohol råd påvirket et forhold som innebar en riskfaktor eller en friskfaktor.

30 prosent satte ikke faktor. 37 prosent mente tjenesten påvirket en riskfaktor, 18 prosent en friskfaktor. 15 prosent mente begge deler.



**Figur 29: Risk- og friskfaktor for Alkohol råd**

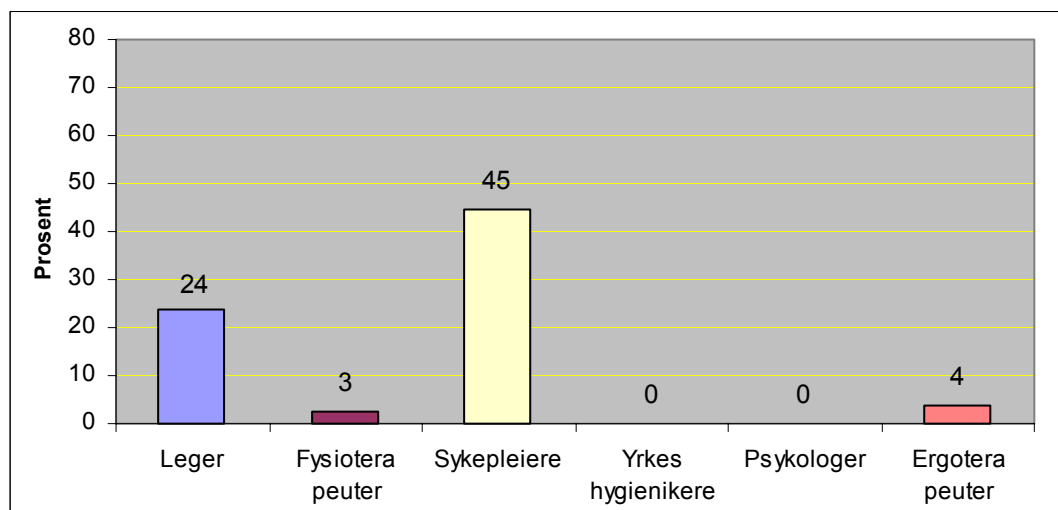
## 5.8.2 Undervise om alkohol / narkotika (Alkohol undervise)

	Frekvens	Prosent
Ja	191	56
Nei	148	44
Total	339	100

**Tabell 24: Leveranse tjenesten Alkohol undervise**

Profesjon	Ant tilfeller	Antall BHT med profesjonen	Årsverk profesjon	Antall profesjon
Leger	69	291	234	438
Fysioterapeuter	6	230	190	306
Sykepleiere	128	287	473	583
Yrkeshygienikere	0	129	129	151
psykologer	0	28	18	33
ergoterapeuter	1	28	24	28

**Tabell 25: Yrkesgrupper involvert i Alkohol undervise**



**Figur 30: Ulike profesjoners medvirkning i tjenesten Alkohol undervisning**

56 prosent av BHT ordningene leverte denne tjenesten.

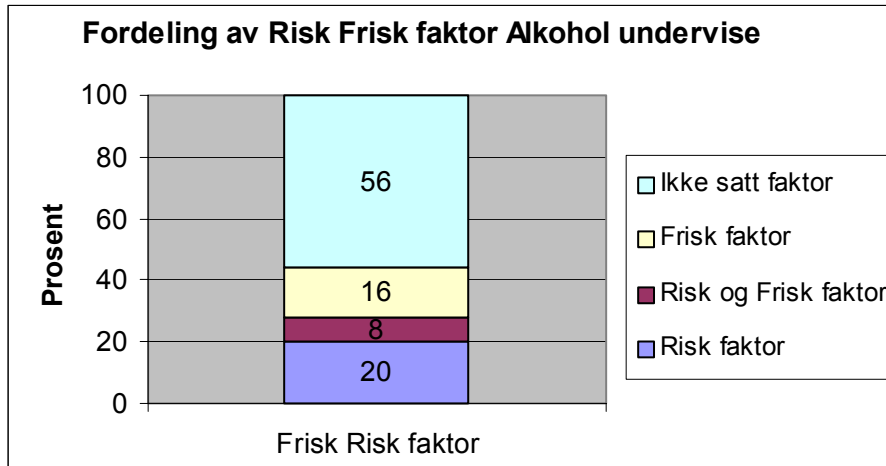
Når vi ser på ordninger som har minst 1 av den aktuelle profesjon, viser det seg at i 45 prosent er sykepleierne involvert i tjenesten, 24 prosent av legene og 4 prosent av ergoterapeutene.



## Risk- og friskfaktorer for Alkohol undervise

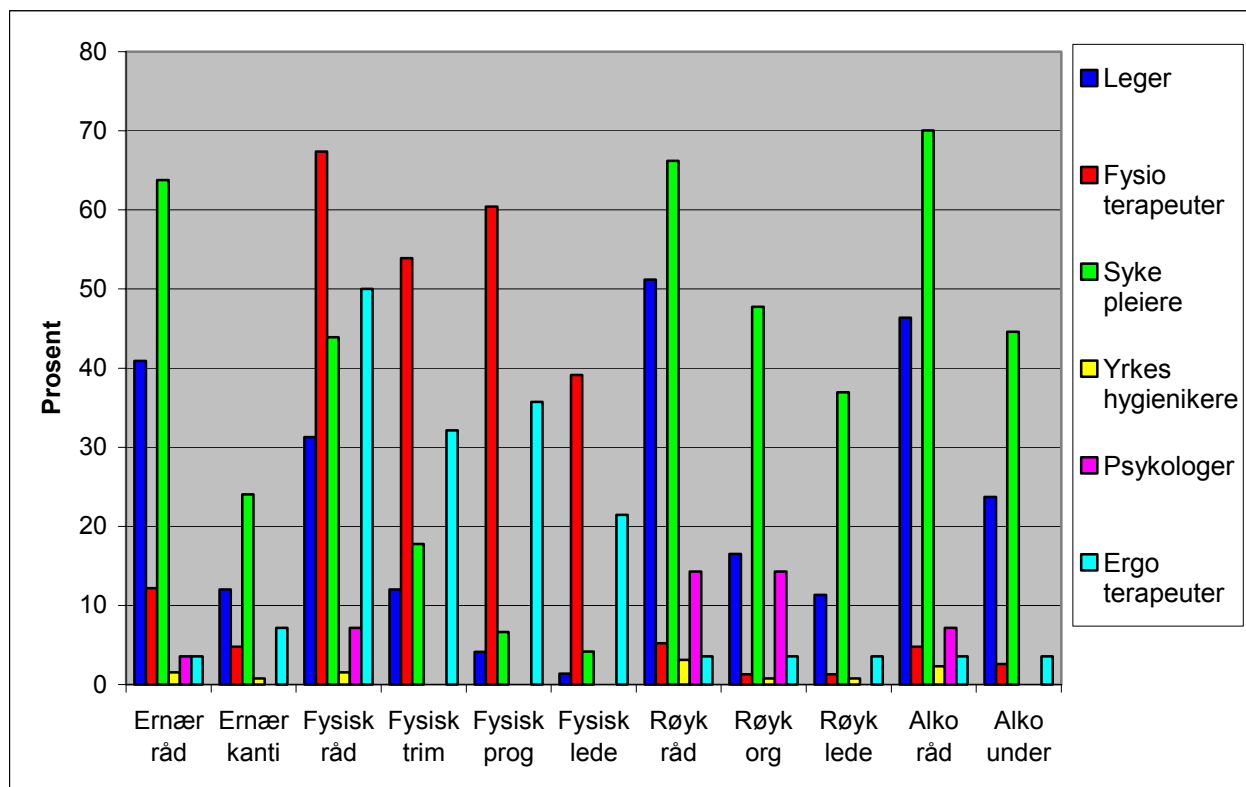
Spørreskjema ba bedriftshelsetjenesten vurdere om Alkohol undervise påvirket et forhold som innebar en riskfaktor eller en friskfaktor.

56 prosent satte ikke faktor. 20 prosent mente tjenesten påvirket en riskfaktor, 16 prosent en friskfaktor. 8 prosent mente begge deler.



**Figur 31: Yrkesgrupper involvert i Alkohol undervise**

## 5.9 Oversikt over profesjonsdeltakelse



**Figur 32: Yrkesgruppers involvering i de ulike tjenestene rettet mot livsstil**

Figur 32 viser en oversikt over yrkesgruppenes deltakelse i de ulike tjenestene rettet mot livsstil. Som vist tidligere er leger og sykepleiere mest aktive for ernæring, røyking og alkohol mens fysioterapeuter og ergoterapeuter dominerer for fysisk aktivitet.

## 5.10 Intervju / samtaler

Det ble gjennomført samtaler med

- 8 BHT ordninger
- Arbeidstilsynet
- Helse- og omsorgsdepartementet
- Sosial- og helsedirektoratet
- Den norske kreftforening

Intervjuene / samtalene ble gjennomført som en dialog og utveksling av meninger og vil bli presentert i generelle vendinger. Målet var å få fram ulike synspunkter om og rådende praksis for tjenester rettet mot ansattes livsstil.

### 5.10.1 BHT ordningene

En times samtale ble gjennomført med 8 BHT ordninger i Oslo-området. Temaene var begreper som helse, folkehelse og arbeidshelse samt tjenester rettet mot ansattes livsstil. Alle ordningene hadde svart at de leverte slike tjenester på de utsendte spørreskjemaene.

#### Arbeidshelse

Alle pekte på at arbeidshelse var knyttet til ansatte og deres tilknytning til jobben. Den primære faglige jobben handlet om å vurdere arbeidsmiljøet og faktorer som innebar en risiko for helsen samt forebygge yrkesrelaterte skader og sykdommer.

Men de så også BHT ordningen som en aktør som skulle fremme helsen ved å finne fram til og styrke positive arbeidsmiljøfaktorer.

Det var enighet om at en bedring av arbeidshelsen ville bidra til en bedre folkehelse. Ved å redusere risiko for sykdom og skader og styrke de positive helsefaktorer ville den generelle helsen i befolkningen bedres.

#### Tjenester rettet mot livsstil

BHT ordningene framholdt at hovedfokuset var på arbeidsmiljøet og dets fysisk/kjemiske, organisatoriske og psykososiale forhold. De leverte tjenester i form av faglige råd og støtteaktiviteter til ledere og ansattes representanter. Tjenester rettet mot livsstil var aktuelt når forhold i arbeidsmiljøet sammen med ansattes levemåte innebar økt risiko for sykdom og skader.

Ingen ønsket at arbeidsplassen skulle bli en arena for generelle folkehelsetjenester. En av ordningene formulerte det slik: ”Bedriftene velger ikke oss fordi vi skal levere generelle livsstiltjenester. De ønsker hjelp i sitt helse-, miljø og sikkerhetsarbeid.”

3 ordninger rapporterte om et øket press fra ledere og ansatte for at BHT ordningene skulle levere tjenester som trim og trening, slanking, yoga m.m. Dersom disse anmodningene i liten grad kunne knyttes til arbeidsmiljø forhold og dermed ikke kunne prioriteres kunne en løsning være å bistå virksomheten med å finne fram til seriøse eksterne leverandører.

En BHT ordning mente det ideelle ville være at arbeidet med livsstil ble tatt hånd om av nasjonale folkehelseaktører og helsevesen/primærhelsetjenesten. Så kunne BHT ordningene samle seg om arbeidsmiljø og viktige påvirkningsfaktorer der. Men situasjonen er ikke slik. Helsevesenet klarer ikke følge opp alle individer og derfor må også BHT ordningen ta tak i den ansattes livsstil der dette sammen med aktuelle arbeidsmiljøeksponeringer innebærer en øket risiko.

## Risk- og friskfaktorer

Det var usikkerhet om begrepene risk- og friskfaktorer og sammenhengen mellom disse. Kan en friskfaktor for en ansatt være en riskfaktor for en annen? Dersom en riskfaktor reduseres vil det da skapes en friskfaktor? Avkrysningen på spørreskjema om de ulike tjenestene påvirket en riskfaktor eller friskfaktor var derfor vanskelig.

Flere ordninger mente at de kunne finne fram til og vurdere riskfaktorene i arbeidsmiljøet ut fra sitt faglige ståsted. Friskfaktorer var et videre begrep og aktører fra andre fagområder var kanskje mer relevante.

Alle mente likevel at friskfaktorer var et viktig begrep og at BHT ordningene burde ta mer tak i dette område og være mer aktiv overfor lederne med råd og innspill. En ordning framholdt at BHT med sin faglige plattform og langsiktige tilknytning ville være en bedre rådgiver enn eksterne konsulenter/leverandører.

### 5.10.2 Arbeidstilsynet

Etatens oppgave er å føre tilsyn med at virksomhetene følger arbeidsmiljølovens krav. Kravene retter seg mot arbeidsmiljøet og ikke mot den enkeltes livsstil.

Deler av røykeloven skal de også føre tilsyn med. Men fokuset er en arbeidsatmosfære uten tobakksrøyk. Målet er å hindre en uheldig eksponering av ansatte som kan få helseskader ved passiv røyking.

BHT ordningene har en viktig rolle som rådgiver i arbeidsmiljøspørsmål. Denne oppgaven må prioriteres og derfor kan en oppmerksomhet og aktivitet mot generelle folkehelseiltak være uheldig.

### 5.10.3 Helse- og omsorgsdepartementet

Departementet ble kontaktet og svarte på følgende 4 spørsmål:

Spørsmål 1:

Hva tenker departementet om begrepene arbeidshelse og folkehelse?

Svar:

Med folkehelse forstår vi befolkningens helsetilstand, herunder hvordan helse er fordelt i ulike grupper i befolkningen.

Med arbeidshelse forstår vi arbeidsstokkens helsetilstand, og den er av stor betydning for folkehelsen.

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som bidrar til bedre helse og trivsel, og å svekke faktorer som medfører helserisiko, ref. side 6 i St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*.

Spørsmål 2:

Hvordan ser departementet på at bedriften med sine ansatte – og sitt arbeidsmiljø blir en arena for folkehelse-tjenester som går på ernæring, fysisk aktivitet, røyking og alkohol?

Svar:

Iht. Arbeidsmiljøloven er det arbeidsgivers plikt å sørge for et godt arbeidsmiljø. Arbeids- og sosialdepartementet og partene i arbeidslivet er sentrale aktører for å bidra til dette.

Den enkelte bedrift som arbeidsgiver har i samarbeid med arbeidstakerne ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø. Dette arbeidet er først og fremst et ledelsesansvar ved den enkelte bedrift og må derfor ha forankring i ledelsen. Arbeidet må også involvere arbeidstakerne, bl.a. i utforming av tiltak for å skape et godt arbeidsmiljø som fremmer trivsel og helse. I dette samarbeidet kan

ernæring som for eksempel sunn kantine, fysisk aktivitet som for eksempel aktivitetstilbud, røykeavvenningskurs og AKAN-arbeid inngå som velferdstiltak. Slike tiltak vil kunne påvirke arbeidshelse og dermed bidra til bedre folkehelse.

Spørsmål 3:

Hvordan ser departementet på at mange bedriftshelsetjenestene er involvert i en eller flere av de individrettede tjenester ernæring, fysisk aktivitet, røyking og alkohol?

Svar:

Bedriftshelsetjenesten er et arbeidsmiljøtiltak og skal i første rekke ha oppgaver av forebyggende art. Slik vi ser det kan bedriftshelsetjenesten være en viktig bidragsyter til å fremme helse, trivsel og velferd på arbeidsplassen, herunder gi råd om livsstil og helse til arbeidstakerne.

Videre er bedriftshelsetjenesten blant de viktigste virkemidlene bedriften har for å gi individuelt tilpassede tilretteleggingstiltak på arbeidsplassen med sikte på å redusere sykefravær og hindre utstøting. Dette er viktig for bedriftens evne til å følge opp intensjonen om et inkluderende arbeidsliv.

Spørsmål 4:

Ser du for deg en utvikling hvor arbeidsmiljøarbeidet også fokuserer på livsstilsforhold og relaterer dette til aktuelle arbeidsmiljøfaktorer?

Svar:

Arbeidsmiljølovens sterke fokus på risiko, beskyttelse og negative påvirkningsfaktorer har bidratt til at mye er oppnådd for å beskytte arbeidstakere mot fysiske risikofaktorer. Kanskje har mulighetene arbeidslivet har for å fremme helse kommet litt i skyggen av dette?

Slik det også er omtalt i St. meld. nr. 16 (2002-2003), ser vi for oss en utvikling videre der det settes et skarpere søkelys på de positive faktorene i arbeidsmiljøet som bidrar til å holde folk funksjonsfriske og i arbeid, og at disse faktorene blir en tydeligere del av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Velferds- og livsstilstiltak som for eksempel fysisk aktivitet vil være naturlig å vurdere i en slik sammenheng. Dette arbeidet vil kunne bidra til bedre arbeidshelse og dermed til bedre folkehelse.

#### 5.10.4 Sosial- og helsedirektoratet, avdeling fysisk aktivitet

Avdelingen har utarbeidet en handlingsplan for fysisk aktivitet - "Sammen for fysisk aktivitet" (8). Her framheves arbeidsplassen som en arena hvor store deler av den voksne befolkning oppholder seg. Videre heter det at fysisk aktivitet og god fysisk form har gunstig effekt på arbeidsmiljø og produktivitet og at vurdering av fysisk aktivitet bør bli en del av virksomhetens helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

Handlingsplanen er underskrevet av 6 departement. Arbeidsgivers plikt til å vurdere fysisk aktivitet er også lagt inn i Regjeringens forslag til ny arbeidsmiljølov (9).

#### 5.10.5 Den norske kreftforening

Kreftforeningens delstrategi for forebyggende innsats 2005 – 2007 sier at de skal samarbeide med frivillige organisasjoner og bedrifter i folkehelsearbeidet for å avdekke kreftfarlige produkter, et arbeidsmiljø som kan bidra til kreft og kreftfarlig menneskelig atferd

Viktige satsingsområder er: tobakk, kosthold og fysisk aktivitet.

Tobakk i arbeidslivet er nevnt under prioriterte tiltak. "Opptur" er et nettbasert tilbud for bedrifter om hjelp til å slutte å røyke. Det vil bli gjort en evaluering av tilbudet.

Konkrete tilbud rettet mot fysisk aktivitet er enda ikke utarbeidet men foreningen ønsker å utvikle tilbud i samarbeid med andre frivillige og offentlige organisasjoner.

Kreftforeningen sitter inne med kunnskap om hva som kan gi økt risiko for kreft. Med dette som utgangspunkt ønsker de å bistå bedriftene og deres rådgivere som for eksempel BHT ordninger med relevant informasjon og støttetiltak.

Når arbeidsatmosfæren representerer en uheldig eksponering og røyking forsterker dette forhold, kan de hjelpe med kurs og informasjon om hvordan aktuelle ansatte kan kutte røyken.

## 6 Nordiske vurderinger

Det kan være av interesse å se på hvordan våre naboland bruker og arbeider med begrepene folkehelse og arbeidshelse.

### Danmark

I Danmark kom begrepet sundhet inn i arbeidsmiljølovgivningen i 1975 men først i 1999 fikk det konsekvenser. Da ble en arbeidsmiljøsertifisering av virksomheter introdusert og for å få en slik sertifisering må de i handlingsplanen sette opp en vurdering av mulige tiltak innen sunhetsfremme/livsstil (10). Det er ikke krav om bestemte tiltak men i Arbeidstilsynets veiledning om sunhetsfremme på arbeidsplassen pekes det på sund mat i kantinen, mosjonstilbud og røykesluttkurs som eksempler på tiltak som virksomheten kan iverksette (11).

Arbeidstilsynet har gjennomført en rekke bransjeinnsatser hvor forhold rundt livsstil er tatt opp. De har konstatert en positiv effekt av å koble arbeidsmiljø og livsstil sammen og har besluttet å ta med spørsmål om livsstil også i framtidige bransjeinnsatser hvor dette er relevant (12).

I det danske folkesundhetsprogrammet (13) ble det tatt et initiativ for å integrere 3 områder som tidligere har vært isolert:

- livsstilsinnsats
- arbeidsmiljøinnsats
- virksomhetenes sosiale ansvar

Det framheves i programmet at det tradisjonelle skille mellom arbeidsmiljø og livsstil ikke er hensiktsmessig fordi vilkårene i arbeidslivet har innflytelse på den enkeltes muligheter for å velge en sund livsstil. Og omvendt vil den enkeltes sårbarhet overfor en rekke risikofaktorer i arbeidsmiljøet være påvirket av individets livsstil.

Programmet understreker at det er et stort potensial i å kombinere innsats innenfor arbeidsmiljø med livsstil for å bedre de ansattes helbreds- og sunhetsforhold. Det nevnes dessuten, at arbeidsplassvurderinger kan spille en viktig rolle for å integrere disse områdene.

Gjennom utprøvningsprosjekter i ulike virksomheter oppsummeres blant annet følgende erfaringer:

- De ansatte trives bedre – de opplever å få mer energi, overskudd og arbeidsglede
- De ansatte får sundere vaner – de slutter å røyke, går ned i vekt, får sundere kostvaner, blir bedre til å takle stress og blir mer fysisk aktive.
- Arbeidsmiljøet forbedres
- Sykefraværet faller
- Samarbeidet og omgangstonen på virksomheten blir bedre, og fellesskapsfølelsen øker
- Kulturen endrer sig, idet man begynner å snakke om sunhet og andre emner som før ikke ble tatt opp

Det presiseres at betingelsen for at overordnede mål kan oppfylles og gevinsten av en integrert sunhetsfremmende innsats kan høstes vil være at både ledelse og ansatte tar et aktivt ansvar for tiltakene og prosessene.

### Sverige

I Sveriges har Regjeringen fremmet proposisjonen ”Den nya folkhälsopolitiken” (14). De ønsker å skape et samfunn med forutsetninger for en god helse på like vilkår for hele befolkningen.

11 målområder er satt opp for det samlede folkehelsearbeid. Målområde 4 heter: ”Ökad hälsa i arbetslivet” og der fremholdes det at arbeidslivet har en avgjørende betydning for folkehelsen. Arbeidsmiljøarbeidet må derfor være en sentral og prioritert del av folkehelsearbeidet.

De svenske bedriftshelsetjenestene har i mange år og i stigende grad tilbudt tjenester som retter seg

mot livsstil til tross for at dette ikke er omtalt i arbeidsmiljølov eller forskrift.

Det handler blant annet om mosjon, slankekurs, forelesninger om stress og kosthold, røykesluttkurs. Begrepet ”friskvård” brukes som et samlebegrep på disse tjenestene.

Økonomiske gevinster av satsninger innen dette området forespeiles virksomhetene i presse og bokutgivelser. Et eksempel er boken ”Effektiv friskvård” hvor det vises til effekter i form av mindre fravær, øket arbeidsinnsats, minsket utstøting og bedre kvalitet dersom ”friskvård” settes i gang i virksomheten (15).



## 7 Diskusjon

### 7.1 Tjenester rettet mot ansattes livsstil

Omfanget av tjenester innen område livsstil er stort. Når vi ser på hovedgruppene ernæring, fysisk aktivitet, røyking og alkohol kommer vi opp med svært høye prosentener.

At fysisk aktivitet var så sentral for mange BHT ordninger, var overraskende. Men de siste årene har det vært mye snakk om fysisk aktivitet, trening og trim i virksomhetene. Vi husker alle at utenriksminister Jagland gikk ut på 90-tallet og anbefalte dette som et virkemiddel for et lavere sykefravær og et godt arbeidsmiljø. Det har vært en faglig debatt rundt fysisk aktivitet og trening som en innsatsfaktor i virksomhetenes arbeidsmiljøarbeid. Vitenskapelig dokumentasjon for at den har en forebyggende eller reparerende effekt på arbeidsrelaterede muskel-skjelett skader er mangelfull men aktuelle studier har vært upresise om hva slags skader og hva den aktuelle fysiske aktiviteten eller treningen har handlet om. Derfor vil det være viktig å forske mer på dette området.

Fysisk aktivitet og trening for å forebygge eller bedre ryggplager har vært tatt opp både på nasjonalt og europeisk nivå. Nasjonalt ryggnettverk ble etablert i august 1999 for å spre vitenskapelig informasjon om rygglidelser til blant annet helsepersonell. Det er også utarbeidet europeiske retningslinjer for hvordan rygglidelser skal håndteres (16). Anbefalingene sier at generell fysisk aktivitet er et fornuftig tiltak.

Regjeringen har lagt fram et forslag til ny Arbeidsmiljølov hvor fysisk aktivitet kommer med som en del av det tradisjonelle helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. I paragraf 3 avsnitt 4 sies det at arbeidsgiver skal vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant arbeidstakerne. Det sies lite om hvilke tiltak departementet tenker på men muligheten er stor for at henvendelsene om tjenester om fysisk aktivitet til BHT ordningene øker.

Bakgrunnen for formuleringene i denne paragrafen finner vi i handlingsplanen for fysisk aktivitet som Regjeringen har lagt fram (17). Det er interessant at strategier og tiltak fra folkehelse-siden kommer inn i lov og forskrift som handler om arbeidsmiljø og virksomheter.

Tjenester rettet mot ernæring kommer også høyt ut i spørreundersøkelsen. Mye oppmerksomhet har vært rettet også mot denne livsstilsfaktoren. Kolesterol, diabetes og glykemisk indeks er begreper som har fått stor omtale i både den kulørte presse og i faglige debatter. Fedon Lindberg har vært fremtredende i mediabildet – og som en stor aktør på det kommersielle markedet. På hans websider introduseres blant annet ”helsecoaching”. Alt dette gir en økt etterspørselen etter tjenester rettet mot ernæring fra ledere og ansatte.

Tjenester rettet mot alkohol handler for mange om AKAN arbeid med utvalgsarbeid og oppfølging og bistand av enkeltpersoner og et prosenttall på 87 kan nok forklares ut fra dette.

Også gruppen Røyking har tradisjoner innen virksomhetene. Dette henger sammen med det tradisjonelle arbeidsmiljøfokuset på kjemisk helsefare og arbeidsatmosfære som inneholder skadelige stoffer. Men røyking har også vært et aktuelt tema i mange år innen det generelle forebyggende helsearbeid både nasjonalt og internasjonalt og dermed gitt legitimitet for å sette i gang tiltak i virksomhetene. Dette er antagelig årsaken til at mange har markert denne tjenesten i spørreskjemaet.

Tobakksskadeloven kom allerede i 1973 (18) og satte begrensninger for røyking hvor andre kunne bli utsatt for passiv røyking. Dette omfattet blant annet offentlige lokaler, arbeidslokaler og transportmidler. Røyking har også hatt stor faglig oppmerksomhet de siste årene med en økende dokumentasjon for helseskade både for passive og aktive røykere. Røykelovens forbud har involvert virksomhetene og skapt behov for hjelp og råd fra BHT ordningene vedrørende røyking.

Regjeringens utvidelse av Røykeloven til også å omfatte serveringssteder (19) skapte stor debatt og stor mediaoppmerksomhet. Argumentet Helse- og omsorgsdepartementet framførte for en slik endring var at arbeidsmiljøet for ansatte på serveringsstedene ble uheldig på grunn av passiv røyking og derfor måtte loven utvides. Dette punktet var også en del av handlingsplanen i Regjeringens folkehelsemelding.

Når vi ser på ulike typer BHT ordning og deres rapportering om tjenester rettet mot livsstil synes det ikke å være store forskjeller. Fellesordningene ligger høyest og dette er naturlig fordi hver ordning har gjennomsnittlig 35 virksomheter og dermed økt mulighet for etterspørsel av tjenester i en av disse.

## **7.2 Omfanget av tjenester**

Det er av interesse å vite hvor stor del tjenestene rettet mot område livsstil utgjør av alle tjenestene BHT ordningene leverer til sine virksomheter. Derfor var dette tatt med som et spørsmål i spørreskjemaet. 40 prosent av ordningene svarte at disse tjenestene utgjorde opptil 10 prosent av alle tjenestene og 40 prosent at de utgjorde mellom 10 og 30 prosent. Dette er høye tall ut fra at slike tjenester som tidligere nevnt ikke er satt opp i lov eller forskriftstekst og i liten grad drøftes i faglige sammenheng.

I en spørreundersøkelse blant 25 BHT ordninger i Vestfolk fylke (20) svarte 61 prosent av de ansatte at de alltid/ofte engasjerte seg i folkehelsearbeid. Oppfatningen av hva dette arbeidet innebar varierte i de ulike profesjonene, men sykepleiere og fysioterapeuter tilkjennega at det i stor grad handlet om å påvirke livsstilsfaktorer.

Å svare på dette spørsmålet er selvfølgelig vanskelig for den enkelte ordning. De ulike tjenestene som leveres til den ene og den andre virksomheten går om hverandre og anslaget om hvor stor prosent tjenestene rettet mot livsstil gjøres i liten grad ut fra faktiske registreringer men ut fra en tror. Men svarene kan likevel gi en indikasjon på situasjonen vedrørende tjenestene.

## **7.3 Informasjonsmateriell**

39 prosent bruker informasjons- og veiledningsmateriell fra sentrale institusjoner innenfor folkehelsesiden. Sosial- og helsedirektoratet kommer høyest ut med 28 prosent. Denne institusjonen arbeider mye med områdene vi her snakker om og gir jevnlig ut informasjonsmateriell.

Intervjuene med de 8 BHT ordningene gir inntrykk av at materiellet ikke har en sentral plass når de leverer tjenester mot området livsstil. De forteller at det har blitt tilsendt uoppfordret og brukes gjerne som generelt info-materiell som står i hyller og er tilgjengelig for ledere og ansatte som kommer til BHT ordningens lokale. Men enkelte ganger tas det med ut i bedriftene når livsstil er på agendaen.

Samtaler med organisasjonene som produserer og leverer ut materiellet viser et ønske om en tettere dialog med arbeidslivet og BHT ordningene om deres behov og ønsker. Kanskje den manglende dialogen er årsaken til at materiellet har en form og et innhold som ikke aktiverer mottakerne?

## **7.4 De enkelte tjenester rettet mot livsstil**

Vi ba om en tilbakemelding om hvem av profesjonene som leverte de ulike tjenestene. Et gjennomgående trekk er at flere profesjoner innen samme BHT ordning er involvert. I denne rapporten har jeg ikke gått spesielt inn på hvilke som var sammen men kan likevel si at leger og sykepleiere oftest samarbeidet om tjenester innen ernæring, tobakk og alkohol.

BHT ordningene ble spurt om den aktuelle tjenesten påvirket en faktor eller et forhold som kunne karakteriseres som en såkalt friskfaktor eller riskfaktor. Var den en fremming av arbeidshelsen skulle det krysses av på friskfaktor og var den en trussel var det en riskfaktor

Mange hadde vanskeligheter med å sette en faktor for de ulike tjenestene. Men gjennomgående ble områdene ernæring og fysisk aktivitet krysses av som friskfaktor og røyking og alkohol som en riskfaktor.

### **Ernæring**

Hos 64 prosent av BHT ordninger med sykepleier er denne profesjon involvert i rådgivning om ernæring. Legene gir tilsvarende råd hos 41 prosent. Ifølge intervjuene med de 8 BHT ordningene gjøres dette i hovedsak når ansatte er inne til helsekontroll eller helsesamtale.

33 prosent har krysses av på at råd om ernæring påvirker en friskfaktor. Men hele 39 prosent har

ikke satt noe markering. Dette viser at mange har vært usikker på hvilken faktor ernæring innebærer.

Når vi ser på innsats for å få til sunnere kantine mat ligger presenten mye lavere men også her skårer disse profesjoner høyest. For denne tjenesten har hele 75 prosent unnlatt å svare på spørsmål om frisk- eller riskfaktor.

### **Fysisk aktivitet**

Fysioterapeutene og ergoterapeutene dominerer for denne gruppen med henholdsvis 67 og 50 prosent for råd om fysisk aktivitet, mosjon, trim m.m. Sykepleiere og leger er også involvert med henholdsvis 44 og 31 prosent. Dette viser at denne tjenesten er sentral for den enkelte BHT ordning med deltakelse fra mange profesjoner. Hele 57 prosent har satt opp at dette handler om en friskfaktor. Det er den største prosentverdien av alle tjenestene.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter kommer ut med de høyeste prosentverdiene for å arbeide for treningstilbud/trimrom, utarbeide treningsprogram og lede treningen. Omfanget av sistnevnte er overraskende stort. Å lede trening handler om mange timer gjennom et år og det kan stilles spørsmål om dette er en fornuftig bruk av fysioterapeuter og ergoterapeuter i en BHT ordning.

### **Røyking**

Sykepleiere og leger gir råd i størst grad med henholdsvis 66 og 51 prosent. Også psykologene er aktive med 14 prosent. 37 prosent har markert røykeråd som påvirkning av en riskfaktor.

Dette er som forventet og rådgivningen er ifølge BHT intervjuene knyttet til helsekontroll / helsesamtale. Hvilke arena psykologene bruker for sin rådgivningstjeneste er mer usikkert.

Når det gjelder å organisere og lede kurs (røykeslutt kurs) dominerer sykepleierne med henholdsvis 48 og 37 prosent. Tjenestene har tradisjonelt blitt tatt hånd om av denne profesjonsgruppen gjennom mange år.

### **Alkohol**

Sykepleiere og leger er også her de største aktørene med 70 og 46 prosent for rådgivning og 45 og 24 prosent for undervisning.

Alkohol som et virkeområdet i virksomhetene har vært knyttet til AKAN (21) - et trepartssamarbeid mellom LO, NHO og staten etablert i 1963. I lokale partssammensatte AKAN-utvalg i virksomhetene har fagpersoner fra BHT ordninger deltatt som ressurs- og rådgivningspersoner og bistått med rådgivning, informasjon og kursopplegg. Disse fagpersoner har gjennomgående vært sykepleiere og leger og er nok bakgrunnen for de høye prosentverdiene.

20 prosent har satt opp undervisning om ulike sider ved alkohol som en tjeneste som påvirker en riskfaktor. Men hele 56 prosent har unnlatt å velge faktor. Dette er overraskende. En skulle tro at intuitivt ville det være lett å krysse av for riskfaktor.

## 8 Konklusjon

Et stort flertall av BHT ordninger lever tjenester rettet mot området livsstil.

De tradisjonelle helseprofesjonene innen BHT ordningene er sentrale i disse tjenestene. Leger og sykepleiere leverer tjenester innenfor ernæring, røyking og alkohol mens fysioterapeutene og ergoterapeutene kommer inn når det er snakk om fysisk aktivitet.

Fastsetting av riskfaktor og friskfaktor er vanskelig og dette preger tilbakemeldingene. Flertallet mente at rådgivning om fysisk aktivitet innebar å styrke en friskfaktor mens rådgivning om røyking og rådgivning om alkohol innebar å svekke en riskfaktor. For de øvrige hadde et flertall ikke markert noe faktor.

Intervjuene med BHT ordninger tyder på at tjenestene mange ganger relateres til forhold ved arbeidsmiljøet og eksponering av ansatte.

## 9 Referanseliste

- 1 Kristiansen, Jan Erik (2005)  
*Halve folket i arbeid*  
Dette er Norge. Statistisk Sentralbyrå  
<http://www.ssb.no/norge/arbeid> (mai 2005)
- 2 Antonovsky, Aaron (1987)  
*Unravelling the mystery of health*  
San Francisco, Jossey-Bass cop.
- 3 WHO (1948)  
*Health definition*  
<http://www.who.int/about/definition/en> (mai 2005)
- 4 Hjort, P.F. (1994)  
*Helse for alle*  
Foredrag og artikler 1974-93. Utredningsrapport nr. U1  
Afdeling for samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo
- 5 *St.meld.nr.16 (2002-2003)*  
*Resept for et sunnere Norge*  
Helse- og omsorgsdepartementet  
<http://odin.dep.no/hod/norsk/tema/folkehelse/bn.html>
- 6 Mæland, J.G. (1999)  
*Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis*  
Tano Aschehoug
- 7 Arbeidstilsynet (2004)  
*Bedriftshelsetjenesten - en god hjelper for din bedrift*  
<http://www.arbeidstilsynet.no/publikasjoner/brosjyrer/full578.html> (mai 2005)
- 8 Regjeringens handlingsplan for fysisk aktivitet (2003)  
*Sammen for fysisk aktivitet*  
Departementene  
[http://odin.dep.no/filarkiv/231922/FA-handlingsplan\\_2005-2009.pdf](http://odin.dep.no/filarkiv/231922/FA-handlingsplan_2005-2009.pdf) (mai 2005)
- 9 Arbeids- og sosialdepartementet  
*Om lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v.*  
<http://odin.dep.no/asd/norsk/dok/regpubl/otprp/046001-050009> (mai 2005)
- 10 Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen (2004)  
*Sundhedsfremme på arbejdspladsen*  
Manual til rådgivning om sundhedsfremme på arbejdspladsen og om indførelse av  
sundhedspolitik  
<http://www.ncsa.dk> (mai 2005)

- 11 Arbejdstilsynet (2003)  
*Sundhedsfremme på arbejdspladsen*  
At-vejledning  
<http://www.at.dk/sw5854.asp> (mai 2005)
- 12 Informasjonsbrosjyre (2003)  
*Sunde kontorer - arbeidsmiljø og livsstil*  
Arbejdstilsynet  
<http://www.at.dk/sw5702.asp> (mai 2005)
- 13 Regjeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008 (1999)  
*Et handlingsorientert program for sundere rammer i hverdagen*  
Sundhedsministeriet  
<http://www.folkesundhed.dk/?id=50> (mai 2005)
- 14 Ågren,Gunnar (2004)  
*Den nya folkhälsopolitiken*  
Nationella mål för folkhälsan  
Statens folkhälsoinstitut  
[http://www.fhi.se/templates/Page\\_1233.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page_1233.aspx) (mai 2005)
- 15 Andersson,Gunnar.Malmgren,Sture (2005)  
*Effektiv friskvård*  
Prevent  
[http://www.prevent.se/tema/friskfaktorer/friskfakt\\_merattlasa.asp](http://www.prevent.se/tema/friskfaktorer/friskfakt_merattlasa.asp) (mai 2005)
- 16 European commission research directorate general (2005)  
*Europeiske retningslinjer for ryggplager*  
Low back pain: Guidelines for its management  
<http://www.backpaineurope.org> (mai 2005)
- 17 Departementene (2005)  
*Sammen for fysisk aktivitet*  
Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009  
[http://odin.dep.no/filarkiv/231922/FA-handlingsplan\\_2005-2009.pdf](http://odin.dep.no/filarkiv/231922/FA-handlingsplan_2005-2009.pdf) (mai 2005)
- 18 Arbeids- og sosialdepartementet  
*Lov av 9. mars 1973 om vern mot tobakksskader*  
Tobakkskadeloven  
<http://www.arbeidstilsynet.no/regelverk/lover/lov7525.html> (mai 2005)
- 19 Arbeidstilsynet (2005)  
*Røyking på serveringssteder*  
Faktaside  
<http://www.arbeidstilsynet.no/info/tema/royks.html> (mai 2005)
- 20 Østmann,Dag (2001)  
*Folkehelsearbeid i bedriftshelsetjenesten*  
Vestfold fylkeskommune BHT

**21** AKAN

*Om AKAN*

Faktaside

<http://www.akan.no/> (mai 2005)

**22** Bjørnstad, Odd (2005)

*Arbeidsmiljø + livsstiltjenester = sant*

Ramazzini nr. 2, 2005





## **10 Vedlegg**

Brev og spørreskjema utsendt til BHT ordningene (se neste side)



Kjære leder for  
(navnet på bedriftshelsetjenesten)



Oslo 1. september 2004

Dette er en henvendelse som gjelder forhold:

1. ajourføring av BHT-registeret (se lenger ned på denne siden)
2. informasjon om BHT tjenester som utføres (side 3)

*Dersom dere vil ligge inne i vårt BHT-register med riktige data må dere sende oss et svar.*

*Samtidig ber vi om opplysninger vedrørende BHT tjenester som berører ernæring, fysisk aktivitet, røyking, alkohol, egenutvikling/mestring (område individ – se nedenunder).*

### Ajourføring av BHT-registeret.

Fagsekretariatet ved Statens arbeidsmiljøinstitutt har ansvar for et register over bedriftshelsetjenester i Norge. Registeret ligger tilgjengelig på Internett for alle med navn, adresse, telefon, telefaks, epost, hjemmeside-adresse. Nettadressen er: [http://www.stami.no/BHT-sekretariatet/BHT\\_register/](http://www.stami.no/BHT-sekretariatet/BHT_register/)

Registeret er svært nyttig for fagsekretariatet og instituttet - og for andre som ønsker å få en oversikt over bedriftshelsetjenestene i Norge eventuelt i et område.

Det er viktig at opplysningene vi har er riktige. Derfor ber vi periodevis om en bekreftelse på det vi har registrert. Nå er tiden inne til en ny sjekk.

På den andre siden av dette arket har vi satt opp informasjon som finnes i registeret om din bedriftshelsetjeneste. Dersom alt er riktig kan du sette et kryss i boksen til høyre:

Finner du feil, må du streke over det som er galt og sette opp det riktige ved siden av. Skriv tydelig så vi klarer å lese rettingen og få den riktig inn i registeret.

---

Gå videre til side 3. Svar på spørsmålene 1 og 2 – og kryss av i tabellen på side 4.

Disse opplysningene vil bli anonymisert og det vil ikke framkomme i sluttrapporten for denne undersøkelsen hva den enkelte BHT har svart.

---

Vi ber dere svare så fort som mulig. Returner innen 14. september

- riktig påførte register opplysninger (ark 1 – side 2)
- svar på spørsmål 1, 2 og utfylt tabell om tjenester for området individ (ark 2 side 3 og 4)

Adresse for svar:

Odd Bjørnstad  
Fagsekretariatet  
Statens arbeidsmiljøinstitutt  
pb8149 Dep. - 0033 Oslo

tlf.23195100 (sentralbord)  
epost: odd.bjornstad@stami.no

Vennlig hilsen  
Odd Bjørnstad

***Vend arket !***

Vi har følgende informasjon i vårt register om (*navnet på bedriftshelsetjeneste*)

Navn	
Adresse	
Postnummer	
Poststed	
Telefon	
Telefaks	
e-post	
hjemmeside	
ordning	
Antall personer BHT dekker	
Antall bedrifter BHT dekker	
Antall avd kontorer BHT har	

	Årsverk	Antall
Fysioterapeuter		
Leger		
sekretærer		
sykepleiere		
yrkeshygieniker		
psykologer		
ergoterapeuter		
Andre		
Totalt antall ansatte og antall årsverk		
Synlig på Internett med navn og adresse		

*Returneres innen 14. september med eventuelle rettinger.*

## **Informasjon om BHT tjenester**

Fagsekretariatet vil sette fokus på arbeidshelsen og hvordan bedriftshelsetjenester bidrar til å påvirke den. Alle opplysninger som oppgis vil bli anonymisert i forhold til den enkelte bedriftshelsetjeneste.

Arbeidshelsen sier vi er relatert til personen og arbeidet.

Den er tilknyttet sider ved arbeidsmiljøet (arbeidssituasjon, arbeidsplass, arbeidstid m.m.) og vil kunne påvirkes ved ulike intervensjoner / tiltak.

Dersom målet er å skape forhold som vil bedre arbeidshelsen kan en strategi være å

- svekke/fjerne faktorer som kan true arbeidshelsen (risk-faktorer)
- styrke/fremme faktorer som kan bedre arbeidshelsen (frisk-faktorer)

Faktorer som påvirker arbeidshelsen kan være knyttet til :

<b>området miljø</b>	<b>området individ</b>
fysiske / tekniske forhold	ernæring
klima forhold	fysisk aktivitet
kjemiske forhold	røyking
organisatoriske forhold	alkohol / narkotika
administrative forhold	egenutvikling/ mestring
psykososiale forhold	

Fagsekretariatet ønsker å få mer kunnskap om det vi kaller **området individ** og hvilke tjenester som her leveres av bedriftshelsetjenestene. Vi vil også gjennomføre intervju med myndigheter og partene i arbeidslivet om tanker de har om disse tjenestene. Resultatene vil bli presentert i en sluttrapport. Vi håper dette kan starte en fagdiskusjon om hvordan vi skal prioritere å arbeide med **området individ** i norsk bedriftshelsetjeneste.

Disse tjenestene er ikke omtalt i arbeidsmiljølov eller forskrift slik som tjenester under **området miljø** men kommet i stand ut fra et ønske hos ledere og ansatte i bedriftene. Fagsekretariatet tror det er viktig å få en faglig diskusjon. Derfor trenger vi denne informasjonen fra dere.

Skjemaet på side 4 (vend arket) ber om følgende informasjon:

- hvilke ulike tjenester leverer BHT på **området individ**
- hvilken fagperson utfører i hovedsak denne tjenesten
- hvor mange bedrifter får levert denne tjenesten (gjelder fellesordninger)
- vil du plassere denne tjenesten slik din BHT utfører den
  - som en innsats for å svekke/fjerne risk-faktorer (da må du skrive R i kolonnen)
  - eller for å styrke/fremme frisk-faktorer (da må du skrive F i kolonnen)

Vi ber deg også svare på spørsmålene under:

1. Hvor stor del utgjør disse tjenestene av alle BHT-tjenestene dere leverer:  
( 0 – opptil 10 – opptil 30 – opptil 40 – opptil 50 – over 50) prosent

Strek under aktuell prosent !

2. Bruker dere informasjons- og/eller kursmateriell fra disse organisasjoner:

Norges bedriftsidrettsforbund – Den norske kreftforening – Sosial-og helsedirektoratet – Helsedepartement – Nasjonalt Folkehelseinstitutt?

Strek under aktuelt materiell!

***Vend arket!***

**Obs – har dere svart på spørsmål 1 og 2 på forrige side om hvor mange prosent tjenestene utgjør – og bruk av materiell!**

**Området individ**

Tjenester knyttet til	Beskrivelse av tjenesten / innsatsen	Sett et kryss dersom din BHT leverer denne tjenesten til bedriften/ bedriftene!	<u>Hvilke fagpersoner i din BHT leverer primært denne tjenesten?</u>	Gjelder fellesordninger:  Hvor mange bedrifter får denne tjenesten?	Tenk over om tjenesten svekker/fjerner et forhold som kan true helsen  (skriv R for riskfaktor) eller om den styrker/fremmer et forhold som bedrer helsen  (skriv F for friskfaktor).  For enkelte tjenester kan det kanskje passe med både R og F. Prøv likevel å gjøre et valg – tenk over hvordan dere velger å bruke tjenesten.
Ernæring	Råd om kosthold, slanking m.m.				
	Arbeide for å få en sunnere kantinemat				
Fysisk aktivitet	Råd om fysisk aktivitet, mosjon, trim m.m.				
	Arbeide for et treningstilbud /trimrom				
	Utarbeide treningsprogram				
	Lede trening				
Røyking	Råd og informasjon om røykeslutt				
	Tilrettelegge/organisere røykeslutt kurs				
	Lede/gjennomføre kurs røykeslutt kurs				
Alkohol /narkotika	Råd og informasjon om alkohol/narkotika				
	Undervise om alkohol/narkotika				
Egenutvikling	Undervise om avspenning				
	Undervise om stressmestring				

Returneres innen snarest sammen med svar på spørsmålene 1 og 2 på side 3! Husk også BHT-register skjemaet side 2

