



Høringsvar: «Forslag om tiltak for en forenklet og mer målrettet bedriftshelsetjenesteordning»

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling (AMA), HLK, UNN har en ren regionsfunksjon som landsdelens kompetansesenter for arbeid, miljø og helse. Tjenesten er en 2. linjetjeneste, der bedriftshelsetjenestene (BHT) i Nord-Norge er 1. linjetjenesten for arbeid og helse. En viktig oppgave for AMA er å bidra til at BHT fungerer godt. Det gjøres gjennom opplæring/utdanning av personale til BHT og faglig bistand i konkrete saker BHT jobber med. Vi ser at det er store forskjeller på hvor godt de ulike BHTene er i stand til å levere gode faglige tjenester. Noen av utfordringene går på rekruttering, turn-over og opplæring. Andre styres i større grad av rammene for BHT. For det siste er høringens tema vesentlig. Vi mener derfor å ha et godt grunnlag for å gi innspill.

Innledning

Vi er opptatt av hvordan samfunnet kan sikre at arbeidslivet har tilgang til og bruker BHT som utfører oppgaver som bygger god arbeidshelse og godt arbeidsmiljø. Vi ser det derfor som klart positivt at rammene for BHT har blitt utredet og nå ender opp i konkrete forslag. Vi slutter oss til vesentlige deler av det som foreslås. I det følgende vil vi gå inn på noen forhold. En liten bemerkning: vi tillater oss å stille spørsmål ved om hvorfor kompetansen ved de arbeidsmedisinske fagmiljøene ved de regionale helseforetakene, som fungerer som spesialisthelsetjeneste for bedriftshelsetjenestene, i liten grad har vært benyttet underveis i arbeidet. Disse har stor lokal kunnskap om arbeidslivsutfordringene i de ulike regionene, BHTene og er også tungt involvert i de helsemessige konsekvensene av utilstrekkelig arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene.

Punkt 2

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

Ca. 25 % av bedriftene har altså ikke BHT-tilknytning tross forskriftskravet. Arbeidstilsynet må få betydelig styrket kapasitet til å føre tilsyn med at virksomheter overholder forskriftens krav om BHT-tilknytning. For å sikre en målrettet og effektiv BHT-ordning for små virksomheter, bør det lages ordninger for små bedrifter som er inkludert i henhold til bransjeforskriften, slik at disse får tilgang til kompetent BHT. Dette støttes også i rapporten fra ekspertgruppen i 2018 i kapittel 13.5.3.4. Ansvaret for å lage en ordning for små virksomheter kan f.eks. legges til Arbeidstilsynet, og med dette ansvaret må det følge tilhørende ressurser. Ved å sikre at ansatte i små bedrifter får tilgang til BHT, og spesielt arbeidsmedisinsk kompetanse, vil HMS-standarden for ansatte i små bedrifter få et betydelig løft nasjonalt. Så lenge innsatsen er målrettet og risikobasert, vil dette kunne være positivt både for den enkelte arbeidstakers helse, virksomhetens bunnlinje og for samfunnsøkonomien i Norge, jfr. funn i rapporten fra Oslo Economics 2018.

4.1.1 Vurdering av risiko

Vi støtter at BHT skal arbeide ut fra et risikobasert grunnlag. Risiko bør imidlertid defineres bredt og omfatte problemstillinger som speiler dagens endrede samfunn, som har en annen risiko enn



tidligere. Koronapandemien er et eksempel på en slik endret risiko, med utfordringer rundt hjemmekontor og psykososiale forhold. Vi registrerer at området innen psykososiale arbeidsmiljøforhold er vektlagt i høringen, det støttes. Vi mener alle bransjer har en eller flere former for arbeidsmiljørisiko. Spesielt ser vi at risikoforhold omkring det psykososiale arbeidsmiljøet og stadige endringer i arbeidslivet gir utfordringer for mange, og vi ser viktigheten av økt fokus på det forebyggende og sekundærforebyggende arbeidet innen disse områdene.

Aml. §3-3 1) er her sentral: *Arbeidsgiver plikter å knytte virksomheten til en bedriftshelsetjeneste godkjent av Arbeidstilsynet når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Vurderingen av en slik plikt foreligger skal foretas som ledd i gjennomføringen av det systematiske, helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet.*

I høringen beskrives at kravet om bedriftshelsetjeneste må vurderes på bakgrunn av:

- *Om eksponeringsforhold eller iboende egenskaper ved selve arbeidet eller hvordan arbeidet organiseres medfører risiko for helseskader eller sykdom.*
- *Omfanget/alvorlighetsgrad av risiko og konsekvensene.*
- *Virksomhetens egen kompetanse til å håndtere risikoen, behovet for ekspertbistand.*

En utfordring er at virksomhetene ikke nødvendigvis selv innehar kompetanse til å vurdere disse forholdene. Dette kan møtes dels gjennom å utvikle virksomhetenes kompetanse, dels ved bruk av eksternt kompetanse og dels ved i Arbeidstilsynets oppfølging.

4.1.2 Kriterier for krav om utbygging

Det er viktig at Arbeidstilsynet fortsatt har forvaltningsansvar for BHT. Arbeidstilsynet forankrer sine beslutninger og regelverksendringer gjennom partsamarbeid. På denne måten er Rådet for Arbeidstilsynet og Regelverksforum sentralt. Vi støtter en gjennomgang hvert 6. år av bransjeforskriften, som beskrevet. Vi foreslår også at representanter fra fagmiljøet gis inkluderes på en passende måte i disse gjennomgangene, f.eks. BHT Bransjeforening, Norsk Forening for Arbeidsmedisin, Norsk Yrkeshygienisk Forening og andre relevante faglige foreninger og fagmiljøer.

4.1.3 Dispensasjon – krav tilpasset ulike HMS-standard i virksomheter

Departementets forslag til lov- og forskriftsendringer lyder som følger:

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

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

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

Det kan være vanskelig å dokumentere hva som ligger til grunn for *intern kompetanse for å håndtere risikoforholdene.....* Dersom virksomheter tilknytter seg eksterne fagfolk, forutsettes at de eksterne fagfolkene samarbeider og at helheten ivaretas. Enkeltstående konsulenter kan trekkes inn på begrensede oppdrag, noe som verken sikrer kontinuitet eller samhandling. Både eksterne og interne BHT'er har sin rolle som fri og uavhengig definert i Aml. §3-3 som sier at *Bedriftshelsetjenesten skal ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål*. Interne aktører som ikke defineres som BHT vil ikke automatisk kunne betraktes som frie og uavhengige, og den interne tilknytningen kan dermed



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

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

Dette kan løses ved utvidelse av punkt b):

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

4.2 Bedriftshelsetjenestens rolle og innhold

4.2.1 Uklarheter i dagens regelverk

Vi støtter at det er forskjell på arbeidsmiljølovens bredde og det som skal definere BHTs oppgaver. På denne bakgrunn støtter vi de klargjøringene som foreslås innenfor Aml. § 3-3 og §13-2 i forskriften.

4.2.2 Krav rettet mot bedriftshelsetjenesten

Vi vil klart støtte de vurderinger som fremgår her. Det bør både være klare krav til arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten og til hvordan bedriftshelsetjenesten arbeider og utfører tjenester i virksomhetene. En slik plikt må da sees i sammenheng med at risikovurderingene og eksponeringskartleggingen samsvarer med eksponeringsrealiteten i virksomhetene. Det bør eksempelvis kreves at relevant fagpersonell, som arbeidsmedisinere og yrkeshygienikere, bør bistå virksomhetene i denne type vurderinger.

Vi støtter også at andre helsetiltak, eller individuell oppfølging som ikke inngår i arbeidshelse, klart skilles fra BHTs pålagte oppgaver. Om en BHT ønsker å tilby dette som f.eks. personalmessig velferdstilbud må det i så fall gjøres som en helt separat del fra bedriftshelsetjenestens bistand på lik linje med andre private helsetilbud i markedet. Vi er videre enig i høringens forslag om at et slik skille må f.eks. gjøres på fakturaer og i organiseringen, helst som to separate selskap i så måte.

4.3 Godkjenningsordningen



Godkjenningsordningen bør fortsettes. Det er imidlertid klart nødvendig å stille strengere krav til både kvalitet/kompetanse og volum. F.eks. har kravet om at arbeidsmedisin må være dekket med minimum 30 % av et årsverk medført at legedelen ofte blir redusert til et minimum og at lege langt på vei kun benyttes til helsekontroller. Det er ikke mulig å gjennomføre *egnet helseundersøkelse* iht. forskriften uten å ha kjennskap til de konkrete bedriftene og eksponeringene, noe som krever at legen også må ha tid til å være ute i bedriften og delta på vernerunder m.m. Videre er arbeidsmedisinsk kompetanse nødvendig også for andre BHT oppgaver. I praksis er knapt mulig å utdanne seg til spesialist i arbeidsmedisin i kun 30 % stilling. Vi mener kravet til arbeidsmedisin minst må økes til 50 % av et årsverk. Det vises for øvrig til avsnittet lenger ned for utfyllende diskusjon rundt krav til opplæring og kompetanseutvikling i BHT.

I høringen foreslår departementet *en ny § 2-3 i forskriften om administrative ordninger hvor det stilles krav om et minimum av obligatorisk opplæring som skal bidra til en bedre forståelse av bedriftshelsetjenestens roller og oppgaver som et forebyggende arbeidsmiljøtiltak. Dette kravet bør omfatte alle som skal arbeide i bedriftshelsetjenesten, også innleid personell. Kravet om obligatorisk opplæring vil komme i tillegg til dagens krav om kompetanseutvikling blant bedriftshelsetjenestens personale. Det kan være tilstrekkelig at denne obligatoriske opplæringen legges opp som et digitalt kurs.* Vi støtter at det stilles krav til tverrfaglighet og kompetanse i ordningen, og et kurs som beskrevet kan fylle noe av dette kravet. Kurset bør kunne tilbys av ulike leverandører, med krav til hvilke læringsmål som skal dekkes, f.eks. slik verneombudskurs er organisert i dag. Imidlertid skjer de langt viktigste delene av kompetansebyggingen gjennom mer fagspesifikke ordninger.

Det er overraskende at høringsnotatet ikke nevner spesialistutdanningen i arbeidsmedisin for leger. Denne sørger for at leger får kompetanse i form av kunnskap og ferdigheter som er nødvendig for de oppgaver de har ansvar for i en BHT. Dette er noe helt annet enn *opplæring og kompetanseutvikling gjennom universiteter og høyskoler og profesjonsforeningene*, som er nevnt i høringsnotatet og som gjelder andre faggrupper i BHT. Reglene for spesialistutdanningen og godkjenning av ferdige spesialister gjøres av Helsedirektoratet, altså av en offentlig institusjon.

Ny spesialistutdanning for alle legespesialiteter, deriblant arbeidsmedisin, ble innført i 2019. Spesialistforskriften (forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger) definerer hvilke læringsmål en lege skal ha oppnådd for å bli godkjent spesialist innenfor hver enkelt av totalt 46 legespesialiteter. For arbeidsmedisin er det fastsatt 120 læringsmål, og til hvert av læringsmålene er det knyttet ulike læringsaktiviteter. Spesialistutdanningen krever minst 5 års relevant arbeid etter gjennomført LIS 1 (tidligere turnustjeneste).

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

Basert på det som er anført over, inkludert at det foreligger en spesialtilpasset og omfattende formalkompetanse, mener vi at det skal kreves at lege i BHT er spesialist i arbeidsmedisin eller er



under spesialisering i arbeidsmedisin. For leger under spesialisering i arbeidsmedisin angir Helsedirektoratet: *For leger i spesialisering tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter, skal utdanningen gjennomføres på heltid. En registrert utdanningsvirksomhet som skal ansette lege eller inngå avtale med lege som skal gjennomføre spesialistutdanning, skal påse at spesialistutdanningen gjennomføres på heltid. Spesialiseringen kan likevel gjennomføres på deltid dersom dette ikke er i veien for at legen kan gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene.* For allmennmedisin er det satt en nedre grense på minst 50 prosent av heltid, og tilsvarende regler som for allmennmedisin, gjelder vanligvis for arbeidsmedisin og samfunnsmedisin, uten at det er uttrykkelig presisert. Det kan være et krav at nyansatte leger i BHT skal begynne sitt spesialistløp f.eks. innen 6 mnd. etter ansettelse. Vi vil presisere at det å påbegynne en legespesialisering ikke krever kompetanse utover LIS 1 (tidligere turnustjeneste). Dermed vil det være det eneste kravet som begrenser antall leger som potensielt kan søke bedriftslegestilling og således ikke være et uhensiktsmessig hinder for rekruttering landet rundt. Godkjenningssenheten bør kunne gjøre unntak og vurdere individuelt dersom legen kan dokumentere å inneha omfattende erfaring fra BHT-arbeid.

Også for de andre faggruppene er det viktig at tilstrekkelig kompetanse oppnås. Her kan f.eks. nevnes at det for yrkeshygienikere er en egen sertifiseringsordning, samt at Norsk Sykepleierforbund og Landsgruppen av bedriftssykepleiere har stort fokus på bedriftssykepleiernes særlige kompetanse på fagfeltet. I og med at det kun er for legene at det foreligger en spesifikk offentlig godkjenningsordning, er det foreløpig bare denne yrkesgruppen det er naturlig å forskriftsfeste krav til formalkompetanse for. Det bør vurderes å etablere offentlige godkjenningsordninger for kompetansen til øvrige yrkesgrupper.

Forslag til hvordan dette kan formuleres i forskriften:

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

For å bli godkjent må bedriftshelsetjenesten:

.....

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

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

Kan endres til:

"e) ha en sammensetning og et faglig personale som er i stand til å gi rådgivning innen følgende kompetanseområder: arbeidsmedisin/arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid. For lege stilles det krav om fullført eller pågående spesialistutdanning i arbeidsmedisin.

f) ha et faglig personale som er dimensjonert og kvalifisert slik at virksomhetene kan få tilstrekkelig bistand. De enkelte fagområder (arbeidsmedisin, yrkeshygiene, ergonomi og psykososialt-organisatorisk) må være dekket med minimum 50 % av et årsverk og ordningen må ha minimum 3 årsverk."

Punkt 5 Økonomiske og administrative konsekvenser



I dette avsnittet er økonomiske betydninger og gevinster av forebyggende tiltak diskutert, bl.a. med referanse til Oslo Economics beregninger. Det er viktig å få fram at det er betydelige økonomiske gevinster knyttet til godt forebyggende arbeid innen arbeidsmiljø og arbeidshelse.

Departementet foreslår en tiltakspakke for å sikre at bedriftshelsetjenestens innretning og virksomhet er i tråd med oppgaven, dvs. at den bidrar målrettet og effektivt til virksomhetenes forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Offentlige finansieringstiltak vil være nyttige, bl.a. som tilskudd til BHTer som driver målrettet forebyggende og helsefremmende bedriftshelsearbeid.

Punkt 6 Forslag til lov- og forskriftsendringer (Departementets forslag)

I tillegg til de forslagene som er kommentert over, støtter vi forslagene:

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

Bedriftshelsetjenesten plikter å innrette sin bistand til virksomheten med utgangspunkt i de risikoforhold i virksomheten som har utløst plikt til bedriftshelsetjeneste. Bedriftshelsetjenestens samlede bistand skal ha fokus på det forebyggende arbeidshelse-, arbeidsmiljø- og sikkerhetsarbeidet.

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

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

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

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

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

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

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

§ 13-2 Arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten skal lyde:

Arbeidsgiver skal sørge for at bedriftshelsetjenesten

a) bistår med løpende kartlegging av arbeidsmiljøet, foretar undersøkelser av arbeidsplassene og arbeidsprosessene og vurderer risiko for helsefare

b) fremmer forslag om forebyggende tiltak og sammen med virksomheten arbeider med tiltak som reduserer risikoen for helseskade forårsaket av arbeidet

c) bistår med planlegging og gjennomføring av fysiske og organisatoriske endringer i virksomheten, herunder etablering, vedlikehold og tilrettelegging av arbeidsplasser, lokaler, utstyr og arbeidsprosesser

d) bistår med utarbeidelse og endring av retningslinjer for bruk av kjemikalier, maskiner, og utstyr og øvrige arbeidsprosesser



- e) bistår i arbeidet med å overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse under hensyn til arbeidssituasjonen og foretar nødvendig oppfølging, i de tilfeller dette følger av lov eller forskrift, er begrunnet ut fra et arbeidshelseperspektiv, eller når virksomhetens risikovurdering tilsier det*
- f) bistår med individuell tilrettelegging, herunder med bistand i henhold til arbeidsmiljøloven § 4-6*
- g) bistår med informasjon og opplæring om relevant arbeidshelse-, arbeidsmiljø- og sikkerhetsrisiko og aktuelle tiltak.*
- h) bistår ved henvendelser fra arbeidstaker, verneombud og arbeidsmiljøutvalg*

Vi vil her bemerke at lege med spesialisering i arbeidsmedisin er riktig fagperson for risikobasert overvåkning, kontroll og oppfølging av arbeidstakernes helse, jfr. bokstav e. Det fremgår tydelig av forskrift om utførelse av arbeid, i paragrafene som omhandler krav om helseundersøkelse av arbeidstakere som utsettes for ulike eksponeringer, at dette krever spesialkompetanse. Se f.eks. forskriften § 3-20. Helseundersøkelse av arbeidstakere som kan utsettes for farlige kjemikalier, der det står at *arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstaker gjennomgår egnet helseundersøkelse hvis arbeidstaker kan utsettes for farlige kjemikalier på en slik måte at det kan forårsake helseskade. Egnet helseundersøkelse skal kunne påvise sykdom eller helseeffekt forårsaket av de aktuelle kjemikaliene og gi grunnlag for forebyggende tiltak i virksomheten eller andre tiltak som kan redusere arbeidstakerens risiko for helseskade.* Det er nødvendig med spesialkompetanse i arbeidsmedisin for å kunne overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse under hensyn til arbeidssituasjonen og foreta nødvendig oppfølging i hht. regelverket, noe vi mener må komme tydelig fram i tiltakene for en mer målrettet bedriftshelsetjeneste.