

Arbeids- og administrasjonsdepartementet
Postboks 8004 Dep
0030 OSLO

ARB.- OG ADMINISTRASJONSDEPT.
ARKIVKODE 340.11
EKSP
- 9 JUNI 2004
SAKSB. AMÆ / HAM
SAKSNR. 20040660-72

Deres ref
200400660-/HAM

Vår ref.
ADM 200400167-4/008/TEK

Dato
09.06.2004

Vår saksbehandler: Hege Njaa Rygh, hnr@stami.no, tlf 23 19 51 64

Høringsuttalelse: NOU 2004:5 Arbeidslivslovutvalgets innstilling – Et arbeidsliv for trygghet, inkludering og vekst

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) har mottatt høringsbrev og NOU 2004: 5 og vil med dette avgi høringsuttalelse.

Innledende bemerkninger til Arbeidslivslovutvalgets innstilling

STAMIs hovedoppgave er å være premissleverandør av kunnskap om sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse i Norge. Som det nasjonale forskningsinstituttet på området arbeidsmiljø og helse mener instituttet det er nødvendig å utnytte den foreliggende kunnskap til arbeidstakernes og norsk arbeidslivs beste. En ny arbeidslivslov må regulere arbeidslivet slik at arbeidstakeres helse, sikkerhet og trygghet ivaretas.

STAMI er av den oppfatning at forslaget til ny arbeidslivslov langt på vei viderefører hovedelementene i dagens arbeidsmiljølovgivning. STAMI mener imidlertid at lovforslaget innebærer endringer som i noen grad vil gi nye rammer og utfordringer for både arbeidsgivere og arbeidstakere på enkelte områder. Lovforslaget slik det foreligger kan som rammelovgivning være egnet som en del av reguleringen av norsk arbeidsliv. STAMI vil likevel peke på områder der lovforslaget etter instituttets oppfatning ikke er tilstrekkelig.

STAMI forutsetter at loven på alle områder vil bli supplert med de nødvendige forskrifter som gjør det mulig å følge opp reglene og å føre tilsyn med virksomhetenes gjennomføring av dem.

Mangelfullt helseperspektiv

Arbeidslivslovutvalgets innstilling har fått tittel *Et arbeidsliv for trygghet, inkludering og vekst*. Selv om arbeidstakeres helse, sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse, og

arbeidervern er underliggende temaer i lovforslaget, etterlyser STAMI helseperspektivet som grunnleggende premisser for revisjon av loven.

Det mangelfulle helseperspektivet vises i Arbeidslivslovutvalget sammensetning. Ingen av utvalgets medlemmer har medisinsk fagbakgrunn eller representerer vitenskapelig kompetanse på området arbeid og helse. STAMI stiller seg kritisk til at et utvalg som utformer forslag til ny norsk arbeidsmiljølov ikke er satt sammen av utvalgsmedlemmer som sikrer medisinsk fagkunnskap. Betydningen av arbeidsforhold som har konsekvenser for helse er ikke tilstrekkelig vektlagt og lovforslaget blir mangelfullt på dette området.

STAMI mener at lovutvalget burde ha problematisert mulige helsekonsekvenser og foretatt en vurdering av eventuelle utilsiktede negative helsemessige virkninger som lovforslaget kan åpne for. Uten slike helsekonsekvensanalyser kan lovforslaget bidra til å åpne for utilsiktede virkninger for arbeidstakernes helse.

Grunnleggende utvidelse av målsetting

STAMI ser det som positivt at lovutvalgets mandat bygger på en målsetning om et "arbeidsmiljø med full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger" (kap. 1, side 18) og et inkluderende arbeidsliv, der det blir "plass til alle" (kap. 1, side 17). Det har imidlertid i tillegg vært andre begrunnelser for lovrevisjonen, blant annet et enklere regelverk og en bedre tilpasning til utviklingen i arbeidslivet.

Det er etter STAMIs oppfatning en grunnleggende utvidelse av målsetting som har skjedd gjennom det foreliggende lovforslaget. Mens tidligere arbeidsmiljølover har hatt arbeidervern og arbeidsmiljø som primært fokus, søkes det i det foreliggende lovutkastet en avveining mellom samfunnets, virksomhetenes og den enkelte arbeidstakers interesser. Samtidig som utvalget ønsker å sikre et godt arbeidsmiljø søker det også å ivareta hensyn til virksomhetenes behov. Dette kan innebære motstridende målsettinger.

Lovutvalget viser en uttalt vilje til ivaretagelse av "alles behov", men STAMI er likevel bekymret for at arbeid og helse i praksis ikke vil bli tilstrekkelig ivaretatt i lovforslaget i konkurranse med samfunnets og virksomhetenes behov. STAMI hadde ønsket en mer eksplisitt diskusjon av prioriteringer og vanskelige valg som må foretas i avveiningen mellom de forskjellige interessenters behov som ligger til grunn for ønsket om en lovrevisjon.

Forenkling av dagens lovverk

En viktig målsetting for utvalgets arbeid har vært å forenkle dagens lovverk. Det synes å være enighet om at en del av regelverket ikke har fungert optimalt i forhold til behovene i dagens arbeidsliv, og at det er behov for justeringer. Spørsmålet er imidlertid hvilke gruppers behov som skal ivaretas i situasjoner der for eksempel arbeidstakere og arbeidsgivere har forskjellige interesser, eller der de svakeste arbeidstakergruppene kan ha helt forskjellige interesser i forhold til de "unge og sterke".

Rammepreget regulering kan lett tjene den sterkeste parten, mens klare, detaljerte og kontrollerbare grenser vil tjene den svakeste. Et eksempel på overgang til rammepreget regulering er endringen i overtidsbestemmelsene som ble vedtatt allerede i 2003. Da fjernet man detaljerte bestemmelser om overtid. Dermed gjelder det nå mer allmenne regler om at arbeidstiden ikke må utsette folk for uheldig belastning, helse- eller sikkerhetsrisiko. Økt konkurranse gir krav om stor "overtidsvilje". I arbeidsmarkeder der kontrakter med tidsavgrensinger er vanlige kan kontraktsutsatte bli presset til arbeidstider som innebærer helse- og sikkerhetsrisiko. I mange bransjer vil forventninger om arbeid

utover vanlig arbeidstid kunne føre til at personer som av familiære eller helsemessige årsaker ikke kan følge opp kravene, støtes ut.

STAMI har som utgangspunkt at arbeidsforholdene skal være forsvarlige for alle, også for dem som ikke hele tiden kan yte maksimalt. Det har vært en lang tradisjon i norsk arbeidsliv at man stiller opp for og støtter hverandre. I pressede situasjoner kan den nye loven etter STAMIs oppfatning utilsiktet åpne for virkninger som er det motsatte av formålet "helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon". Dette vil stå i paradoksal motsetning til lovens klare målsetting om et inkluderende arbeidsliv - for alle.

Mangelfull grunnlagsdokumentasjon om arbeid og helse

STAMI registrerer at utvalget ikke refererer til internasjonalt anerkjent forskning om arbeid og helse. Utvalget har i innstillingen støttet seg på nasjonale rapporter uten at det er innhentet grunnleggende og anerkjente internasjonale forskningsresultater innen arbeidsmiljø og helse.

Dette går fram blant annet i forhold til spørsmål om kunnskap om arbeidsforhold som utgjør helserisiko. I innstillingen refereres det ikke til kunnskapen man har om hvilke arbeidsforhold som har betydning for helse. Dette illustreres også i valg av definisjoner og bruk av begreper, blant annet i tilknytning til organisatorisk arbeidsmiljø og psykososialt arbeidsmiljø (kap 5, side 88). I behandlingen av arbeidstid har utvalget lagt vekt på arbeidstidsordninger og arbeidstakernes preferanse, men har kun en overfladisk og utdatert beskrivelse av helseeffektene (kap 13, side 234). Nyere forskning som viser risiko ved overtidsarbeid er ikke med i utredningen.

STAMI ser det som uheldig at innstillingen ikke er basert på den internasjonale kunnskapsstatusen, og at utvalget ikke har innhentet internasjonale vitenskapelige forskningsresultater som bakgrunnsdokumentasjon og definisjonsgrunnlag for utarbeidelse av lovforslaget.

Se også eget vedlegg om nyere forskning på arbeidsmiljø og helserisiko:
Arbeidsforhold av betydning for helse.

Behov for nasjonalt overvåkingssystem

STAMI er for tiden i aktiv dialog med Direktoratet for arbeidstilsynet og arbeidsmiljømyndighetene forøvrig vedrørende etablering av et nasjonalt overvåkingssystem for arbeidsmiljø og helse. Uavhengig av de lovendringer som vedtas, vil det etter STAMIs syn være et sterkt behov for norske arbeidsmiljømyndigheter å få bedre oversikt enn i dag over arbeidsmiljø og arbeidsrelatert sykkelighet. Et slikt overvåkingssystem vil faktisk være en forutsetning for at en kan få en tilfredsstillende oversikt over utviklingen i arbeidsrelatert helse i den norske befolkning over tid i tilknytning til innføring av den nye loven.

STAMIs kommentarer til lovforslaget – innstillingens kapittel 22

Kapittel 1: Innledende bestemmelser

Formålsbestemmelsen i lovforslaget tar utgangspunkt i formålsbestemmelsen i dagens lovgivning og viderefører målet for arbeidsmiljøstandard. STAMI registrerer innføringen av de nye begrepene *helsefremmende og inkluderende arbeidsliv* i formålsparagrafen. Begrepene slik de her er brukt er ikke begrunnet i vitenskapelige dokumentasjon, men tar utgangspunkt i en mer allmenn forståelse og bruk av begrepene.

STAMI ser det som positivt at formålsparagrafen bygger opp om ideelle siktemål og at det er ønsket å legge mer likeverdig vekt på aspektene forebygging og positiv helseutvikling enn i dagens lovgivning.

STAMI er utpekt av Arbeids- og administrasjonsdepartementet som norsk representant i nettverket for helsefremmende arbeid i Europa: European Network Workplace Health Promotion. For å bygge opp gode definisjoner og konkrete tiltak i utviklingen av helsefremmende arbeidsplasser vil det kunne gi positive effekter at den norske arbeidslivslovgivningen har tatt begrepet helsefremmende med i formålsbeskrivelsen.

Kapittel 2: Arbeidsgivers og arbeidstakers plikter

STAMI ser det som nødvendig at *alle* som utfører arbeid for en arbeidsgiver er omfattet av arbeidsgivers plikt til å sørge for et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Samtidig er det viktig at den eller de som reelt sett påvirker arbeidsmiljøet i en virksomhet gjennom økonomiske rammer, bestillinger og krav til virksomheten har ansvar som arbeidsgiver. STAMI ser det derfor som positivt at arbeidsgiveransvaret tydeliggjøres i større grad i lovforslaget enn i dagens lovgivning, men stiller likevel spørsmål ved om dette er tilstrekkelig.

Kapittel 3: Virkemidler i arbeidsmiljøet

STAMI ønsker å presisere at det må være kunnskap om de forhold som øker risiko for helseproblemer som må bestemme valg av retning for det forebyggende arbeidet. STAMI vil understreke behovet for forskrifter som regulerer hvordan virksomhetene skal forholde seg til risikofaktorer.

Bedriftshelsetjenesten

Lovutvalget fjerner begrepet verne- og helsepersonale og erstatter dette med bedriftshelsetjeneste. Dette er en begrepsavklaring som vil ha positiv betydning fordi det har hersket forvirring om hva som egentlig har ligget i begrepet verne- og

helsepersonale, og fordi de fleste hele tiden har fortsatt å bruke begrepet bedriftshelsetjeneste.

Det går fram av lovutkastet at arbeidsgiver skal knytte en bedriftshelsetjeneste (BHT) til virksomheten dersom risikoforholdene tilsier det. STAMI mener at arbeidsgivers plikt til å knytte til seg en BHT etter egen vurdering av arbeidsmiljøet og behovet for rådgivning ikke er tilstrekkelig. Det viser seg i praksis at mange arbeidsgivere mangler kunnskap om eget arbeidsmiljø og risikoforhold på arbeidsplassen.

STAMI støtter mindretallets ønske om BHT-tilknytning for alle virksomheter
STAMI støtter mindretallet i utvalget som ønsker krav om BHT-tilknytning for alle virksomheter. STAMI foreslår at ILO-konvensjon nr 161 ratifiseres, noe som vil innebære at alle arbeidstakere på sikt skal være omfattet av en BHT-ordning. Det er flere begrunnelser for dette.

For det første forutsetter det moderne arbeidsmiljøarbeidet en kompetanse som de fleste virksomheter ikke har alene. Utviklingen av arbeidsmiljøregelverket til å bli mer rammepreget, med funksjonskrav framfor detaljerte og konkrete krav, fører også til at virksomhetene får større behov for å knytte til seg kompetanse innen helse, miljø og sikkerhet for i det hele tatt å forstå og følge regelverket. Når det ikke står konkret beskrevet i regelverket hva som er et "fullt forsvarlig arbeidsmiljø" og hva som er "nødvendige tiltak", trenger virksomhetene fagpersoner som kan rådggi dem om dette.

En undersøkelse foretatt for Arbeidstilsynet viste at bedriftene i liten grad var orientert om tilsynets informasjon om ergonomi som gjelder for dem. De som var orientert, hadde fått sin informasjon fra bedriftshelsetjenesten.

For det andre går risikofaktorer i dagens arbeidsliv som for eksempel ergonomiske belastninger, organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøproblemer på tvers av bransjene. Det blir dermed vanskelig å plukke ut bransjer som har behov for BHT. I forbindelse med IA-arbeid har dessuten BHT fått en sentral rolle ved funksjonsvurdering av sykmeldte arbeidstakere. Virksomheter uten BHT mangler denne sentrale ressursen.

Dersom ikke alle virksomheter skal ha BHT, vil det fortsatt være behov for en bransjeforskrift over de bransjer som har plikt til å ha dette. Det har vist seg, før innføringen av nåværende bransjeforskrift, at Arbeidstilsynet hverken har ressurser til å vurdere hver enkelt bedrifts behov for BHT eller til å gi og følge opp pålegg om at de skal knytte til seg en BHT.

Dagens bransjeforskrift tok først og fremst utgangspunkt i fysiske og kjemiske risikofaktorer i tradisjonell industri. Med dagens kunnskap om risikoforhold i arbeidslivet ser STAMI et stort behov for revisjon av en eventuell bransjeforskrift.

I dag har bare om lag 20 prosent av de bransjepålagte virksomhetene med mindre enn ti ansatte bedriftshelsetjeneste, mot ca. 80 prosent av dem med mer enn 50 ansatte. Samtidig er det kjent at det ofte er de minste virksomhetene som har det dårligste arbeidsmiljøet.

Mange små virksomheter ønsker ikke å ha bedriftshelsetjeneste, og mange bedriftshelsetjenester oppfatter små virksomheter som lite lønnsomme å arbeide med.

Utvalget tar ikke stilling til hvilke tiltak som vil øke små virksomheters mulighet til å knytte til seg en BHT. Slike tiltak bør etter STAMIs mening utredes nærmere.

Ønsker sertifiseringsordning

STAMI, med Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten, ønsker en godkjennings- eller sertifiseringsordning av BHT for å sikre bransjene og virksomhetene mot useriøse aktører og styrke og sikre det faglige tilbudet. Det foreligger ikke forslag om en slik sertifiseringsordning i lovutkastet. En sertifiseringsordning for BHT har vært drøftet i mange år og de faglige profesjonene har bedt om en slik ordning for å sikre et best mulig tilbud overfor virksomheter og brukere. I Sverige har man forsøkt en frivillig godkjenningsordning, men denne har fungert dårlig. Det viser seg at virksomhetene ikke er opptatt av HMS-arbeid, men i alle mulige andre tilbud, som massasje, treningsopplegg, m.m.

I utredningen argumenteres det *mot* en godkjenningsordning med den begrunnelse at det vil føre til mindre motivasjon for kompetanseutvikling blant BHT. Det er vanskelig å se at dette kan bli dårligere med en godkjenningsordning. STAMI mener tvert imot at med en godkjenningsordning vil man kunne luke ut en del useriøse aktører på markedet, slik tilfellet har vært i Danmark. Kvaliteten og kompetansenivået vil bli høyere. En godkjenningsordning vil dessuten kunne stille krav om opprettholdelse av kompetansen for fortsatt godkjenning.

Uten en slik godkjenningsordning vil det være behov for utdypende forskrifter når det gjelder hvilke faglige krav som skal stilles til BHT, hvilke oppgaver BHT skal utføre og i hvilket omfang arbeidsgiver skal bruke BHT.

Kapittel 4: Krav til arbeidsmiljøet

I Kapittel 4 i lovforslaget har utvalget begrenset kravet til forebygging av arbeidsrelatert sykdom ved å bare kreve at "det skal legges vekt på" og generelt "forebygge skader og sykdommer". Det er heller ikke her satt noen *standard* for hva forebygging skal innebære. Lovforslaget vil også her kreve klargjørende, praktiserbare og etterprøvbare forskrifter.

Krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling

Kravene til tilrettelegging, medvirkning og utvikling i dagens arbeidsmiljølov § 12 videreføres. STAMI ser det som positivt at arbeidsgivers plikter styrkes ved å innføre arbeidstakeres medvirkning i omstillingsprosesser, medbestemmelse i utforming av eget arbeid (kontroll, autonomi) og krav om nødvendig kompetanseutvikling for arbeidstakerne slik at de ikke støtes ut av arbeidslivet.

STAMI støtter mindretallets presisering om medvirkningsrett i omstillingsprosesser som har betydning for arbeidstakernes arbeidssituasjon.

Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet

Lovforslagets § 4-3 sier at "Arbeidet skal søkes utformet slik at det gir mulighet for kontakt og kommunikasjon med andre arbeidstakere i virksomheten". Videre nevnes "trakassering eller annen utilbørlig opptreden" og "vold, trusler om vold og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre", som forhold som arbeidstaker skal beskyttes mot eller ikke utsettes for.

Lovforslaget beskriver ikke forhold som er veldokumenterte risikofaktorer for helseplager. Slike risikofaktorene er først og fremst:

- lav kontroll over egen arbeidssituasjon
- liten sosial støtte fra nærmeste overordnede og medarbeidere
- liten grad av jobbtilfredsstillelse
- ubalanse mellom anstrengelser og belønning
- store kvantitative krav
- overtidsarbeid (over 60 timer pr uke)
- nedbemanning
- skiftarbeid

Se også vedlegget *Arbeidsforhold som har betydning for helse*.

Hvis loven skal peke ut spesifikke faktorer i arbeidet som har stor betydning for helseproblemer, bør den omtale alle forhold som er dokumentert å utgjøre betydelig arbeidsrelatert helsefare.

Krav om tilrettelegging av det fysiske arbeidsmiljøet

I § 4-4 bør tittelen være "Krav til det fysiske arbeidsmiljøet", jf. tittelen i § 4-3 "Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet". Slik tittelen er formulert gis det inntrykk av at kravene til det fysiske arbeidsmiljøet er mindre absolutte enn kravene til det psykososiale arbeidsmiljøet. Det er det etter STAMIs oppfatning ingen grunn til at de skal være.

Særlig om kjemisk og biologisk helsefare

STAMI støtter utvalgets vurdering om å opprettholde en egen bestemmelse for å tydeliggjøre kjemisk og biologisk helsefare, i lys av både det omfang og de alvorlige helsemessige konsekvenser slik eksponering fortsatt representerer i arbeidslivet.

§ 4-5 er betydelig forkortet sammenlignet med nåværende bestemmelse (arbeidsmiljøloven § 11) og framstår som mer oversiktlig og formålstjenlig enn dagens lovgivning.

Dette inntrykket forsterkes ved at deler av dagens lovgivning foreslås flyttet til den generelle HMS-bestemmelsen i lovforslagets § 3-1 og til den generelle tilsynsbestemmelsen i § 18-6. Samlet sett sikrer lovforslaget på dette området at dagens juridiske grunnlag opprettholdes.

STAMI ser det som positivt at substitusjonsplikten i lovforslaget også vil omfatte prosesser.

Kapittel 5: Registrering og melding av arbeidsulykker og arbeidsrelatert sykdom

Lovforslaget legger etter STAMIs oppfatning opp til en videreføring av et rapporteringssystem for sykdom og skader som ikke fungerer tilfredsstillende i dag.

STAMI mener det foreligger et sterkt behov for å etablere et nasjonalt overvåkingssystem for arbeidsmiljø og helse. Uavhengig av om lovforslaget slik det foreligger vedtas, er det etter STAMIs syn ønskelig at norske arbeidsmiljømyndigheter får bedre oversikt enn i dag over arbeidsmiljø og arbeidsrelatert sykkelighet. Et slikt overvåkingssystem vil være en forutsetning for at en kan få en tilfredsstillende kunnskap over utviklingen i arbeidsrelatert helse i den norske befolkning over tid i tilknytning til innføring av den nye loven.

STAMI er i dialog med Direktoratet for arbeidstilsynet og arbeidsmiljømyndighetene forøvrig, om dette spørsmålet.

Kapittel 8: Kontrolltiltak i virksomheten

Innhenting av helseopplysninger ved ansettelse

STAMI støtter en regulering av innhenting av helseopplysninger ved ansettelser, men mener at i de tilfeller helseopplysninger ved ansettelse blir avkrevd, bør dette angis konkret i utlysningen. Det kan være vanskelig for en arbeidssøker å skille mellom hva som er nødvendige og unødvendige opplysninger i forbindelse med et jobbintervju, og dermed vanskelig å la være å svare på direkte spørsmål om helseforhold, selv om opplysningene ikke er nødvendige for å utføre de arbeidsoppgaver som knytter seg til stillingen. Dersom utlysningen har informasjon om hvilke helseopplysninger som må oppgis, vil dette være enklere.

Medisinske undersøkelser av arbeidssøkere og arbeidstakere.

STAMI mener det er viktig å presisere at selv om arbeidsgiver kan kreve at det skal foretas medisinske undersøkelser, skal arbeidsgiver ikke ha generell tilgang til resultatene av undersøkelsen. Det er bare en eventuell konklusjon om hvilke konsekvenser resultatene medfører eller hvilke tiltak som er nødvendige eller at vedkommende er skikket/ikke skikket til å utføre det aktuelle arbeidet som arbeidsgiver skal ha rett til å få informasjon om.

Kapittel 10: Arbeidstid

Utvalget foreslår flere bestemmelser som har betydning for arbeidstakeres arbeidstid.

Flertallet i utvalget foreslår at hver arbeidstaker og arbeidsgiver kan avtale arbeid utover alminnelig arbeidstid, uten lovbestemt krav om overtidsbetaling. Arbeidstakeren skal ha rett til tilsvarende antall timer fri. Utvalget ønsker å legge opp til en tidskontoordning som er tilpasset arbeidsgivers og arbeidstakers behov.

Endringen av overtidsbestemmelsene som kom allerede i 2003, åpner for at overtid over 10 timer pr uke eller over 25 timer pr måned ikke lenger skal godkjennes av tillitsvalgte eller Arbeidstilsynet. Lovendringen kan gi økt innflytelse over egen arbeidstid for arbeidstakerne, men samtidig vil endringen kunne redusere de svakeste beskyttelse mot overtid og medføre risiko for helseskade.

STAMI er bekymret for at forslaget for arbeidstidsfastsettelse og overtid vil kunne føre til redusert egenkontroll blant arbeidstakerene og gi økt risiko for uhelse. Dette kan bidra til sterkere utnyttelse av arbeidskraften.

I arbeidsmarkeder der kontrakter med tidsavgrensning er vanlige som ved produksjon på oppdrag for eksempel i verftsindustrien, kan kontraktsansatte bli presset til arbeidstider som innebærer helserisiko.

I mange bransjer vil forventninger om arbeid utover vanlig arbeidstid, kunne føre til at personer som av familiære eller helsemessige årsaker ikke kan følge opp kravene, støtes ut.

Det er kjent at lange arbeidsøkter gir økt trøtthet og svekket reaksjonsevne. Dette er mest uttalt i yrker med stor fysisk eller psykisk belastning. Risiko for arbeidsulykker

øker med arbeidstidens lengde, og økningen er markert etter åtte - ni timer. Lange arbeidsdager kan også begrense søvnperioden. En våkenperiode på 17-19 timer (for eksempel mellom kl 06-23) kan ha samme virkning på reaksjonsevnen som 0,5 promille alkohol i blodet.

Det har også vært hevdet at høyt arbeidstempo og lange arbeidsdager (opp til 30 timer i strekk) i forbindelse med akrylamidskandalen i Romeriksporten bidro til de helse- og miljøskader som der oppsto.

Statistikken over trafikkulykker er for dårlig til å avdekke eventuelle effekter av økt overtidsbruk og lange skift. I en nylig publisert undersøkelse forekom det innslag av sovning/tretthet i 43 prosent av alle bilulykkene på en gitt veistreking i løpet av et år, men en mulig sammenheng med arbeidsreiser og arbeidstider ble ikke undersøkt.

Kapittel 14: Ansettelse m.m.

Svekket stillingsvern ved midlertidige ansettelser

Hovedregelen i dag er at midlertidige ansettelser bare kan avtales dersom "...arbeidets karakter tilsier det og arbeidet adskiller seg fra det som ordinært utføres i bedriften". Utvalget har ønsket å forenkle regelverket, men forslaget er også en kraftig liberalisering av bestemmelsene. Utvalget foreslår å gi en generell adgang til midlertidige ansettelser i seks måneder, uten at arbeidsgiver må begrunne dette ytterligere. Endringene i reglene for midlertidig ansettelser gir større fleksibilitet for arbeidsgiver.

STAMI ser at det vil bli enklere å ta inn medarbeidere etter behov i virksomheten. Samtidig er STAMI bekymret for misbrukspotensialet i forslaget. Arbeidsgiver kan spekulere i utnytting av reglene for midlertidige ansettelser for å unngå forpliktelsene som følger ved å ansette arbeidstakere i faste stillinger. Dette vil kunne føre til større utrygghet og vilkårlighet i arbeidssituasjonen, og gi et svekket stillingsvern og medføre negative helseeffekter.

I dag er de fleste med midlertidig ansettelse yngre (2/3 er under 35 år), og det er flere kvinner enn menn. Midlertidig ansettelse er et problem for kvinner ved graviditet (blant annet færre rettigheter og ingen jobb å gå tilbake til etter permisjonen). STAMI er bekymret for at økning i anledningen til midlertidige ansettelser vil kunne føre til at flere kvinner rammes i forbindelse med graviditet og fødsel.

Oppsummering

Det fremlagte lovutkastet kan som rammelovgivning være egnet til regulering av deler av norsk arbeidsliv, men bør korrigeres på enkelte områder som påpekt av STAMI i denne høringsuttalelsen.

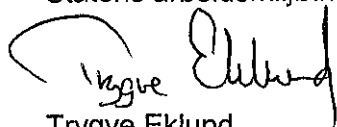
En svakhet ved Arbeidslivslovutvalgets innstilling er de manglende analysene av helsekonsekvenser. Det foreligger slik STAMI ser det et klart behov for utredning av eventuelle helsekonsekvenser som følge av lovforslaget.

I forhold til den generelle sammenheng mellom arbeid og helse ser STAMI det som vesentlig at det etableres nasjonale overvåkingssystemer og -registre som muliggjør kartlegging av denne sammenhengen. Mangel på slike registre gjør at Norge – i

motsetning til for eksempel våre nordiske naboland – har et utilstrekkelig grunnlag for å kunne gjennomføre kunnskapsbaserte vurderinger av arbeidslivsrelatert helse.

Statens arbeidsmiljøinstitutt ser med bekymring på at det tradisjonelle arbeidervernet har fått liten plass i lovutkastet. Tidligere lover har hatt arbeidervern som begrep i selve lovtittelen. Etter vårt syn er begrepet fremdeles aktuelt; både trygghet, helsesikkerhet og inkludering er verdier som utsettes for press i dagens samfunn. Disse verdier bør sikres gjennom tydeliggjøring i loven.

Med hilsen
Statens arbeidsmiljøinstitutt



Trygve Eklund
Direktør

Vedlegg:

Arbeidsforhold av betydning for helse

Vedlegg:**ARBEIDSFORHOLD AV BETYDNING FOR HELSE**

Helse er definert av WHO som: "en tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære". Imidlertid vil man ved lovgivning primært måtte konsentrere seg om å forebygge helseproblemer, dvs. subjektive plager og besvær og funksjonsnedsettelse og sykdom (objektive endringer).

For å vise at arbeidsfaktor (eller andre forhold) er årsak til helseplager, sykdom (eller andre effekter som motivasjon, produktivitet etc), må man vise at effekten følger etter årsaken i tid. Dessuten må man naturligvis kunne definere og måle både påvirkningsfaktorer og effekter med presise definisjoner, og pålitelige og gyldige måleinstrumenter. Man må også kjenne mekanisme for å konkludere om årsak. I praksis vil man oftest måtte nøye seg med prospektive longitudinelle undersøkelser hvor man påviser at de individer som er utsatt for et bestemt arbeidsforhold (eller diett eller annen påkjenning) ender opp med mer av en bestemt effekt (eks ryggmerter). Dette tillater konklusjoner om risikofaktorer uten at man kan si noe endelig om årsaksmekanismer. For oppsummering av problemer med forskningsmetoder for psykososialt arbeidsmiljø og helse, se Kompier (2002) og Taris og Kompier (2003).

De siste årene har man hatt flere systematiske gjennomganger av vitenskapelige undersøkelser om arbeid og helse. Det er klart at bare et fåtall av tidlige undersøkelser tilfredsstiller vitenskapelige krav til å trekke konklusjoner. Her skal gjengis de funnene som det på det nåværende tidspunkt finnes dokumentasjon for. Det er disse faktorene man bør legge vekt på ved tiltak for forebygging eller ved innsats for endringer.

Arbeidstid - overtidsarbeid

En rekke studier har vist negative effekter av lange arbeidstider. En Japansk undersøkelse (Liu og medarbeidere, 2002) fant økt risiko for hjerteinfarkt ved arbeidstider over 41 timer pr uke. Ved arbeidstid mer enn 60 timer pr uke var risiko mer enn fordoblet. Den samme undersøkelsen fant at søvnmengde mindre enn 5 timer pr natt eller hyppig søvnmangel (2 eller flere døgn pr uke med søvntid mindre enn 5 timer) økte risiko for hjerteinfarkt.

Nedbemanning

De siste årene er publisert undersøkelser av adekvat kvalitet som tillater at man kan trekke konklusjoner. Disse undersøkelsene viser temmelig entydig at nedbemanning utgjør en helsefare for *de ansatte som blir igjen*.

Trussel om oppsigelser

En industribedrift i Wiltshire, Storbritannia, møtte økonomiske problemer i 1980 og måtte gå til oppsigelser og permitteringer. Det er jo konvensjonell visdom og noe de fleste tar for gitt, at sykefravær går ned under økonomiske nedgangstider. Undersøkelsen ønsket å vise hvordan trussel om oppsigelser påvirket sykefravær (Beale & Nethercroft, 1988). Forskerne gjennomgikk allmennpraktiserende legers journaler og registre for de ansatte for den aktuelle bedriften og for ansatte i andre lignende bedrifter i samme område. De sammenlignet perioden 1976 – 1980 med perioden 1980 . 1982 (da bedriften måtte stenge). Dermed kunne de sammenligne både med den perioden bedriften gikk godt og med andre bedrifters ansatte. Alle heltidsansatte menn under 60 og kvinner under 55 inngikk i studien.

Undersøkelsen viste som ventet at kortvarig sykefravær falt, men bare hos dem under 40 år.

Det som var overraskende var at antall konsultasjoner av lege økte og at sykefraværperioder ble mer langvarige (særlig for menn).

Privatisering av offentlig virksomhet

Regjeringen i England gjennomførte systematisk privatisering og konkurranseutsetting ("outsourcing") på 1980- og 1990-tallet. Under ledelse av Sir Michael Marmot, har man i England over mange år gjennomført gode undersøkelser av engelske offentlig ansatte i London. Området der de offentlige kontorer ligger heter Whitehall, og disse studiene er blitt kjent internasjonalt som Whitehall-studiene (se www.ucl.ac.uk/epidemiology/white/white.html). Siden Whitehall-undersøkelsene følger de ansatte over mange år, kunne man også gå inn og analysere de ansatte som ble utsatt for privatisering. En slik avdeling var en eiendomsavdeling (Property Services Agency Projects). Diskusjoner om konkurranseutsetting varte en tid før endelig beslutning ble fattet og privatisering gjennomført. Forskerne undersøkte tiden før selve beslutningen ble fattet (fra 1985 til 1989) og sammenlignet de ansatte i denne avdelingen med ansatte fra 19 andre avdelinger. Selve beslutningen om konkurranseutsetting kom flere år senere, i 1992.

Det viste seg at selvrapporterte symptomer økte hos dem som var "truet" av privatisering (Ferrie og medarbeidere, 1995). Dessuten ble selvrapportert helsestatus forverret. Det er funnet at selvrapportert helsestatus er prediktor for dødelighet. Det vil si at de som rapporterer at de har dårlig helse, har økt risiko for tidlig død, uavhengig av om de har noen sykdom eller ikke. Man fant at disse virkningene på helse ikke skyldtes endringer i helserelatert atferd som f.eks. røyking.

Nedbemanning (organizational downsizing) - sykefravær

Under den økonomiske krisen på begynnelsen av 1990-tallet, reduserte finske kommuner bemanningen. En serie undersøkelser (Raiso-studiene; Vahtera og medarbeidere, 1997; Kivimäki og medarbeidere, 2001) har vist at nedbemanning har betydning for langtids sykefravær. De ulike gruppene ble delt inn etter graden av nedbemanning (<8%, 8-18%, >18%), og de ansatte som ble igjen ble fulgt over flere år. Kun fast ansatte inngikk i undersøkelsen. I avdelingene med størst nedbemanning økte langtids sykefravær med 16-31 %, mens korttids fraværet falt noe (14 %). Dette gjaldt både kvinner og menn, men var mest uttalt ved større arbeidsplasser.

En oppfølgingsundersøkelse fant at risiko for alvorlige muskelskjelettplager økte med mer enn 100% hos dem som var igjen i arbeid etter stor nedbemanning (> 18%). Risiko for sykefravær grunnet muskelskjelettplager økte med ca 400%.

Følgende faktorer bidro til økt risiko for sykefravær og plager: Økning i fysiske krav, lav kontroll over egen arbeidssituasjon, og jobb usikkerhet.

Uventet var det at medvirkning og røyking ikke hadde betydning for risiko.

Nedbemanning - død på grunn av hjertesykdom

En finsk undersøkelse fulgte 22 430 heltids kommuneansatte i fire byer i 7,5 år. Under den i årene 1991–1993 reduserte kommunene av økonomiske årsaker arbeidskraften med 11 prosent, mens servicen skulle opprettholdes. Undersøkelsen delte inn de ansatte etter graden av nedbemanning (< 8%, 8–18%, > 18%). Sykefraværet og dødelighet ble fulgt opp til slutten av år 2000.

I oppfølgingstiden på 7,5 år døde til sammen 347 ansatte; 79 av dem døde av hjerte- og karsykdommer. Personer i yrkeskategorier og arbeidsplasser der det ble gjort store nedbemanning hadde dobbelt så stor risiko for å dø av hjerte- og karsykdommer som de som jobbet der det var liten nedbemanning.

Dødeligheten var største de første årene etter nedskjærningene. Da var dødeligheten på grunn av hjerte- og karsykdommer femdoblet i gruppen med store nedbemanning i forhold til gruppen som hadde liten nedbemanning.

Psykologiske, sosiale og organisatoriske arbeidsforhold

Det har vært utført mye forskning i mange år for å påvise de arbeidsforhold som øker risikoen for muskel-skjelettplager. Imidlertid har det aller meste av denne forskningen hatt dårlig vitenskapelig kvalitet slik at det ikke har vært mulig å trekke konklusjoner om årsaker. De siste årene er det utført flere gode undersøkelser, slik at vi begynner å få kunnskap om risikoforhold ved arbeid.

Ryggsmerter:

Hoogendorn og medarbeidere (2000) gjennomgikk alle undersøkelser som ble publisert i perioden januar 1966 til november 1997. De fant hele 1363 undersøkelser, men bare 13 av disse hadde akseptabel kvalitet og kun 9 hadde høy kvalitet. På bakgrunn av disse undersøkelsene konkluderte man at vi kan si med stor sikkerhet at risiko for ryggsmerter øker ved:

- *lav kontroll over egen arbeidssituasjon*
- *lav støtte fra nærmeste leder og medarbeidere*
- *lav tilfredsstillelse med jobben*

Senere prospektive undersøkelser av akseptabel kvalitet:

En undersøkelse av industriarbeidere viste at "jobbtildfredsstillelse" målt som en sunnskåre av 25 spørsmål om arbeidsmiljø, økte risiko (van Poppel og medarbeidere, 1998).

Hoogendorn og medarbeidere (2001) viste at *lav sosial støtte, enten fra leder ("supervisor") eller medarbeidere, og lav kontroll over beslutninger* økte risiko for ryggsmerter. De fant "indikasjoner" på at høye kvantitative krav og konflikter mellom kravene kan ha betydning.

Eriksen, Bruusgaard og Knardahl (2004) fant at *mangel på sosial støtte fra nærmeste overordnede og kulturfaktoren "lite oppmuntrende og støttende sosialt klima"* øker risiko for ryggsmerter hos hjelpepleiere. Også hyppige *tunge løft og flytting av pasienter i seng* var risikofaktorer.

Nakkesmerter:

Ariëns og medarbeidere (2001) gjennomgikk alle undersøkelser som ble publisert i perioden januar 1966 til november 1997. De fant 1026 undersøkelser, men bare 20 av disse hadde akseptabel kvalitet og kun 5 hadde høy kvalitet. På bakgrunn av disse undersøkelsene konkluderte kan man si med noen grad av sikkerhet at risiko for nakkesmerter øker ved:

- *Lav kontroll over arbeidet*
- *Lav støtte fra medarbeidere*
- *Lav tilfredsstillelse med jobben*
- *Liten mulighet for å nytte sin egen kompetanse*

Senere prospektive undersøkelser av akseptabel kvalitet:

Eriksen og medarbeidere (1999) viste at *lav kontroll over arbeidssituasjonen* øker risiko for nakkesmerter i en normalbefolkning (Ullensaker kommune) som var smertefrie ved undersøkelsens start.

Ariëns og medarbeidere (2001) fant at *høye kvantitative krav og lav sosial støtte fra medarbeidere* var risikofaktorer for nakkesmerter. *Meget lav kontroll over beslutninger* var også risikofaktor.

Ariëns og medarbeidere (2002) fant at *lav kontroll over beslutninger* (og arbeid med nakken bøyet > 20 grader i mer enn 40 % av arbeidstiden) var risikofaktorer for sykefravær grunnnet nakkesmerter.

Hjerte- og karsykdommer:

En teori som hevder at *kombinasjonen av høye kvantitative krav og lav kontroll* ("decision latitude" og "skill discretion") øker risiko for hjertesykdom, er blitt bekreftet i mange undersøkelser av god kvalitet (eks Theorell og medarbeidere, 1998; Kivimäki og medarbeidere, 2002; Kuper & Marmot, 2003; se også Schnall og medarbeidere, 1994).

Det er også funn som viser at den samme kombinasjonen av arbeidsforhold øker risikofaktorer for hjertesykdom (serum LDL-kolesterol osv). Det finnes også undersøkelser som ikke har bekreftet denne sammenhengen, og en innvending mot teorien er at kontroll-dimensjonen er sammensatt av både autonomi og mulighet for å bruke sine evner. Sistnevnte kan for mange være kvalitative krav og ansvar, snarere enn kontroll. Folk i overordnede stillinger kan ha objektiv kontroll, men opplever at de likevel ikke kan styre arbeidsdagen sin slik de vil. Senere er teorien utvidet slik at man ofte tar med sosial støtte som en tredje faktor.

En stor undersøkelse viste at *negativ endring av kontroll* var en selvstendig risikofaktor (Theorell og medarbeidere, 1998). På den annen side fant Kuper & Marmot (2003) at høye jobbkrav utgjør en risiko for offentlig ansatte.

En teori som hevder at *ubalanse mellom anstrengelser og belønning* ("effort-reward imbalance") har også fått støtte i flere undersøkelser (eks Kivimäki og medarbeidere, 2002).

Psykiske helseproblemer:

Det synes å være sammenhenger mellom arbeid og psykiske helseproblemer. Man har særlig fokusert på virkninger av trakassering (mobbing) og konflikter i tillegg til faktorene nevnt overfor.

Dessuten synes oppsigelser og jobbusikkerhet (ansettelsesusikkerhet) å være risikofaktorer. Denne forskningen blir ikke referert her.

OPPSUMMERING AV FUNN

Følgende arbeidsfaktorer synes å være opphav til helseproblemer, dvs de går igjen som risikofaktorer for flere ulike helseproblemer:

- *Arbeidstid – overtid (> 60 timer pr uke fordobler risiko for hjertesykdom)*
- *Nedbemanning*
- *Lav kontroll over egen arbeidssituasjon (dvs lite autonomi, lav "decision latitude")*
- *Lav sosial støtte*
- *Kombinasjonen av høye kvantitative jobbkrav med lav kontroll og lav sosial støtte (krav-kontroll teorien)*
- *Belønning (lønn, anerkjennelse, avansement, jobbsikkerhet) som ikke samsvarer med den ansattes anstrengelser (anstrengelse-belønning ubalanse teorien)*
- *Kultur lite oppmuntrende og støttende sosialt klima*

Det kan også synes som om uro for omorganisering kan ha betydning (Szücs og medarbeidere, 2003, ikke publisert internasjonalt).

REFERANSER – ORIGINAL LITTERATUR

Ariens GA, Bongers PM, Hoogendoorn WE, Houtman IL, van der Wal G, van Mechelen W. (2001). High quantitative job demands and low coworker support as risk factors for neck pain: results of a prospective cohort study, *Spine*, 26, 1896-1901.

Ariens, G.A.M., Bongers, P.M., Hoogendorn, W.E., van der Wal, G., & van Mechelen, W. (2002). High physical and psychosocial load at work and sickness absence due to neck pain. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 28, 222-231.

Ariens, G.A.M., van Mechelen, W., Bongers, P.M., Bouter, L.M., & van der Wal, G. (2001). Psychosocial risk factors for neck pain: a systematic review. *American Journal of Industrial Medicine*, 39, 180-193.

Beale N & Nethercroft S, 1988, *British Medical Journal*, 296:1508-1510

Dallner M, Elo A-L, Gamberale F, Hottinen V, Knardahl S, Lindström K, Skogstad A & Ørhede E: *Validation of the General Nordic Questionnaire (QPS_{Nordic}) for psychological and social factors at work*. Nordic Council of Ministers, Nord 2000:12 (171 pages).

Eriksen J, Knudsen K, Mowinckel P, Guthe T, Holm JP, Brandtzaeg R, & Rodahl K. (1990). Blodtrykksøkninger hos industriarbeidere utsatt for stress. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 110, 2873-2877.

Eriksen W, Bruusgaard D, & Knardahl S (2003): Work factors as predictors of sickness absence. A three-month prospective study of nurses' aides. *Occupational & Environmental Medicine*. 60, 271-278.

Eriksen W, Bruusgaard D, & Knardahl S (2004): Work factors as predictors of intense or disabling low back pain; A prospective study of nurses' aides. *Occupational & Environmental Medicine*, 61: 398-404.

Eriksen, W., Natvig, B., Knardahl, S., & Bruusgaard, D. (1999). Job characteristics as predictors of neck pain. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41, 893-902.

Ferrie JE et al, 1995, *British Medical Journal*, 311:1264-1269

Hall, W. & Morrow, L. (1988). "Repetitive strain injury": an Australian epidemic. *Sociological Science in Medicine*. 27:646-649.

Hoogendorn, W.E., Bongers, P.M., de Vet, H.C.W., Houtman, I.L.D., Ariëns, G.A.M., van Mechelen, W., & Bouter, L.M. (2001). Psychosocial work characteristics and psychological strain in relation to low-back pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27, 258-267.

Hoogendorn, W.E., van Poppel, M.N.M., Bongers, P.M., Koes, B.W., & Bouter, L.M. (2000). Systematic review of psychosocial factors at work and in private life as risk factors for back pain. *Spine*, 25, 2114-2125.

House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison Wesley.

Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P, Snoek, J.D. & Rosenthal, R. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.

Kivimäki et al, 2001, *Occup Environ Med*, 58:811-817

Kivimäki M, Leino-Arjas -, Luukkonen R, Rihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 325:857.

Koegh E, Ellery D, Hunt C, Hannent I. (2001). Selective attentional bias for pain-related stimuli amongst pain fearful individuals. *Pain*; 91, 91-100.

Kompier M.(2002) The psychosocial work environment and health – what do we know and where should we go? (editorial), *Scand J Work Environ Health*, 28, 1-4.

Kuper H, Marmot M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology, Community, & Health*, 57, 147-153.

Liu Y, Tanaka H; Fukuoka Heart Study Group. (2002). Overtime work, insufficient sleep, and risk of non-fatal acute myocardial infarction in Japanese men. *Occup Environ Med*, 2002 59:447-51.

Malmivaara A, Häkkinen U, Aro T, et al. (1995). The treatment of acute low back pain - bed rest, exercises, or ordinary activity? *New England Journal of Medicine*, 332, 351-5.

Schein, E. (1990). Organizational culture. *American Psychologist*, 45, 2, 109-119.

Schnall, P.L., Landsbergis, P.A., & Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health*, 15, 381-411.

Smith, C.S., Tisak, J. and Schmieder, R.A. (1993). The measurement properties of the role conflict and role ambiguity scales: A review and extension of the empirical research. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 37-48.

Szücs S, Hemström Ö & Marklund S. (2003). Organisatoriska faktorers betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner. *Arbete och hälsa*, NR 2003:6.

Taris TW & Kompier M.(2003). Challenges in longitudinal designs in occupational health psychology. (editorial), *Scand J Work Environ Health*, 29, 1-4.

Theorell T, Tsutsumi A, Hallquist J, Reuterwall C, Hogstedt C, Fredlund P, Emlund N, Johnson JV, & the SHEEP Study Group. (1998). Decision latitude, job strain, and myocardial infarction: a study of working men in Stockholm. *American Journal of Public Health*, 88, 382-388.

Vahtera ,J Kivimäki M, & Pentti J,1997, *the Lancet*, 350:1124-1128

Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P, Ferrie JE. 2004, Organisational downsizing, sickness absence and mortality: the 10-Town prospective cohort study. *British Medical Journal*, 328:555-558.

van Poppel MNM, Koes BW, Deville W, Smid T, & Bouter LM (1998). Risk factors for back pain incidence in industry: a prospective study. *Pain*, 77, 81-86