

Seniorpolitikk ved helseforetakene – hva er egentlig oppnådd?

Arbeidet med seniorpolitikk for leger har hittil bare ført til én tariffestet rettighet slik det er dokumentert i den nylig utgitte veilederen. Dette kan skyldes at Legeforeningen og særlig arbeidsgiver hevder at seniorpolitikk for leger i størst mulig grad bør forhandles lokalt. Likevel har bare fire helseforetak etablert ytterligere ytelser. Som signal om et økt fokus på seniorpolitikk bør Legeforeningen ved neste korsvei kreve at disse ytelsene gjennomføres ved alle landets helseforetak.

Dag Bratlid

dag.brattlid@ntnu.no

Institutt for laboratoriemedisin,
barne- og kvinnesykdommer
Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7489 Trondheim
og
Barne- og ungdomsklinikken
St. Olavs hospital

Det har i de senere år vært rettet stadig mer oppmerksomhet mot at sysselsettingen blant personer over 60 år har gått ned selv om forventet levealder stadig øker. Alle prognoser viser at behovet for helsepersonell inkludert leger vil være sterkt økende. Samtidig utgjør eldre leger en stor del av dem som i dag er yrkesaktive. Ved en gjennomgang av Legeforeningens lege-register i 2007 (1) fant man at 42 % av alle yrkesaktive overleger var over 55 år. Tilsvarende tall for privatpraktiserende spesialister var 65 % og for allmennleger 28 %. Samtidig viste undersøkelsen at leger også er yrkesaktive svært lenge.

Legeforeningens engasjement i seniorpolitikken

På denne bakgrunn har også Legeforeningen vært aktiv for å utvikle en god seniorpolitikk. I 2006 ble det oppnevnt en arbeidsgruppe med mandat til å vurdere seniorpolitiske tiltak for leger i og utenfor sykehus. Dette arbeidet har resultert i en veileder for tillitsvalgte og medlemmer som ble offentliggjort i april 2010 (1).

Innholdet i denne veilederen ble gjennomgått og kommentert ved Legeforeningens seniorkurs på Soria Moria i november 2010. På kurset redegjorde blant andre generalsekretær Geir Riise om foreningens engasjement i seniorpolitikken og hva som hadde vært tatt opp i og oppnådd ved forhandlingene med Spekter, samtidig som direktør Arild Bryde i Spekter kommenterte situasjonen fra arbeidsgivers

side. På tross av sitt engasjement synes Legeforeningen i liten grad å ha lyktes med konkrete avtaler eller rettigheter for seniorene. Inntrykket av Spekters holdning var like klart at arbeidsgiverne ikke ønsket felles seniorpolitiske tiltak for leger. Begrunnelsen var at de seniorpolitiske virkemidlene må utvikles i den enkelte virksomhet på grunn av ulikheter og forskjeller på de fleste relevante områder. Holdningen synes å være at siden seniorer er forskjellige, må de også behandles individuelt.

Dessverre synes da også veilederen å gjenspeile at det hittil har skjedd lite på dette området. Siden det er relativt kort tid siden den ble offentliggjort og innholdet derfor er ukjent for mange, kan det være av interesse å peke på noen av de viktigste forholdene veilederen omhandler. Siden min egen hverdag er knyttet til arbeid i helseforetakene (sykehus), vil jeg konsentrere meg om situasjonen der.

Tariffestede rettigheter for eldre leger

Man har faktisk bare oppnådd én tariffestet rettighet som omfatter alle eldre leger, nemlig § 3.5.4 i den sentrale A2-avtalen, som sier at overordnet lege er fritatt for plikt til tilstedevakt ved fylte 58 år og for hjemmevakt ved fylte 60 år. I tillegg kan det i særlig belastende fag avtales fritak ved lavere alder, uten at dette er konkretisert med henblikk på alder eller hva som regnes som særlig belastende fag. I tillegg har A2-avtalen i § 8.6 en generell bestemmelse om at det seniorpolitiske perspektiv må integreres i helseforetakenes personalpolitikk. Her nevnes bl.a. tiltak for å nyttiggjøre seg eldre legers kunnskap og erfaring best mulig, tiltak som sikrer eldre leger mulighet for faglig fornyelse og utvikling samt at arbeidstidsordninger bør tilpasses den enkeltes alder og helse.

På bakgrunn av § 8.6 peker Legeforeningen på at selv om også arbeidsmiljøloven inneholder grunnleggende rettigheter knyttet til tilrettelegging av arbeid og muligheter for fri, sier heller ikke den noe

om praktiske konsekvenser eller kompensasjon dersom slike tiltak iverksettes. For mange eldre leger vil en tilrettelegging av arbeidssituasjonen, for eksempel fritak fra vakt, kunne ha som praktisk konsekvens at det blir for få kolleger igjen å fordele vaktene på. Dette setter krav til at øvrige kolleger tar på seg større vaktbelastning eller at arbeidsgiver må sette inn ekstra ressurser på annen måte. Det er kjent at enkelte helseforetak på denne bakgrunn har satt av midler til slike særskilte seniorhjemler (2). Et annet forhold er dessuten at redusert arbeidstid, og da særlig som følge av redusert vakt eller fritak for vakt, vil føre til betydelig redusert lønn. Det kan igjen ha konsekvenser for pensjonsvilkårene, dersom lønnen kommer under 12 G og dette dermed fører til redusert pensjon. I veilederen pekes det også på at det ikke synes å være noen sentral prosess omkring mulighetene til å benytte eldre legers kompetanse på andre områder dersom man går ut av vakt, og at dette derfor blir overlatt til den enkelte leges initiativ samt sykehusets eller avdelingens eventuelle interesse.

Veilederen peker også på et spesielt forhold i ferieloven som kan ha konsekvenser for eldre legers uttak av ferie. Arbeidsgiver har anledning til å redusere feriepengesatsen fra 14,3 % til 12 % av det grunnlaget som overstiger 6 G (grunnbeløpet) for den sjette ekstra ferieuken for arbeidstakere over 60 år. Dette medfører at de fleste med lønn > 6 G i praksis må betale ganske mange tusen kroner for å ta ut denne ekstra ferieuken, siden samlet lønnstrekk for den sjette ferieuken da vil bli større enn feriepengene.

Hvilke seniorpolitiske tiltak prioriterer legene selv?

Legeforeningens forskningsinstitutt gjennomførte i 2004 en undersøkelse av eldre sykehuslegers preferanser i forhold til A2-avtalens intensjoner om tilrettelegging av arbeidet for eldre arbeidstakere (1). Undersøkelsen viste at andelen leger som ønsket mer fritid, var vesentlig høyere enn andelen



Illustrasjon Stein Løken

leger som ønsket endret/reduisert vaktordning eller dagarbeid, hhv. 59%, 25% og 16%. Likevel fremstår vaktfri som et høyt prioritert tiltak – ved at 45% oppga at de ville prioritere vaktfri tjeneste fremfor reduksjon i vakthypighet, vaktbelastning eller lengde.

Når det gjaldt kvantitative og kvalitative endringer på dagarbeidet, fordelte svarene seg relativt jevnt mellom de ulike svaralternativene. Mer samlet avspasering ble prioritert av noen flere enn spredte avspaseringsdager eller kortere dagarbeidstid, men bildet var ikke entydig. Det var imidlertid en klar preferanse for økt faglig nisjearbeid, som for eksempel undervisning/veiledning, forskning og fagutvikling, fremfor privat virksomhet og poliklinisk arbeid. Når det gjaldt tiltak særlig rettet mot det å kunne stå lenger i stillingen, ble redusert eller fleksibel arbeidstid prioritert fremfor lønnsjusteringer og avspaseringmuligheter.

Hva er oppnådd ved lokale forhandlinger?

Veilederen gir en oversikt over hva som er oppnådd av seniorpolitiske tiltak i det enkelte foretak, slik det fremkommer i B-avtalene. I tillegg må det nevnes at flere

foretak har innført seniorpolitiske tiltak (for eksempel fridager) som omfatter alle ansatte. Disse gir veilederen ingen oversikt over.

Generelt synes B-avtalene å inneholde positive formuleringer om at man skal komme frem til konkrete tiltak i henhold til A2-avtalens § 8.6 og som går utover det som finnes i A2-avtalens § 3.5.4 om vaktfritak. Eksempler på dette er at flere foretak angir at leger i fagene gynekologi, kirurgi og anestesi kan få vaktfritak fra lavere alder enn i A2-avtalen (Asker og Bærum, Fonna), selv om dette ikke er formulert som noen rettighet. Mange avtaler har også intensjoner om redusert arbeidstid samt økonomisk kompensasjon for dette, uten at det gis konkrete løfter eller rettigheter. Etter å ha gjennomgått opplysningene i veilederen synes det imidlertid bare å være fire foretak der man i B-avtalen konkret har oppnådd bedre betingelser som rettigheter for seniorenne:

- Sykehuset Innlandet: Lege som får fritak fra vakt i henhold til A2-avtalens § 3.5.4 skal få individuelt tillegg i lønn som fullt ut kompenserer for tapet av vaktlønn på det tidspunkt de går ut av vakt.
- Rikshospitalet: Feriepenger ytes også

fullt ut for den delen av feriepengegrunnlaget som overstiger 6 G.

- Sykehuset Buskerud: Leger i særlig belastende fag (hyppige vakter med jevnlig utrykning/arbeid på natt) kan be seg fritatt for tilstedevakt ved fylte 55 år og for hjemmevakt fra fylte 58 år. Når leger går ut av vakt i henhold til overenskomstens bestemmelser, skal legen som hovedregel beholde den alminnelige arbeidstid som gjelder for vaktordningen legen har arbeidet i de foregående to årene.
- Stavanger universitetssykehus: Fritak for tilstedevakt kan kreves fra fylte 55 år. Dessuten vil leger som ved fylte 55/60 år går ut av vaktordninger, beholde den alminnelige arbeidstiden som gjelder for den vaktordningen de har arbeidet i størstedelen av de siste fire årene.

Veien videre?

Av i alt 28 helseforetak som er omtalt i veilederen, er det altså bare i fire man har oppnådd konkrete avtaler som gir legene noen seniorpolitiske rettigheter som går utover A2-avtalen. Det er ikke mye å sole seg i. Etter min oppfatning er en av de viktigste årsakene til dette den uttrykte holdningen om at siden leger (og seniorer) er så

ulike, kan man ikke lage regler som gjelder for alle. En slik strategi blir nærmest sett på som noe som vil være til skade for en god seniorpolitikk. For så vidt kan man ideelt sett være enig i dette, skreddersyde løsninger for den enkelte er jo i utgangspunktet det beste. Jeg er likevel redd for at denne holdningen er blitt en unnskylding for Spekter for ikke å gå nærmere inn på konkrete sentrale seniorpolitiske tiltak, og samtidig et alibi for Legeforeningen sentralt for å overlate dette problemet til lokale tillitsvalgte. I samfunnet for øvrig er jo regelen ellers at alle i størst mulig grad skal likebehandles, og særordninger er det vanligvis svært vanskelig å få aksept for.

Vi skal likevel være svært fornøyd med at de tillitsvalgte i noen helseforetak har klart å fremforhandle betingelser som går lenger enn det som finnes i A2-avtalen. Imidlertid er jo alle helseforetakene eid av staten og finansiert av et felles helsebudsjett. Det er derfor etter min oppfatning ingen logikk i at noen helseforetak skal kunne bruke ressurser på seniortiltak mens andre ikke kan, siden dette jo spiser av alle helseforetakenes samlede ressurser. Enda vanskeligere blir det å akseptere slike for-

skjeller når man ser at de også kan finnes mellom avdelinger i det samme foretak.

Fremforhandlede rettigheter er det vanligvis vanskelig å fjerne. Legeforeningen bør derfor ved neste forhandlingsrunde kreve at de ordningene som er blitt akseptert og innført ved de fire foretakene som er nevnt over, tas inn i A2-avtalen og blir gjennomført ved samtlige helseforetak, dvs. lønnskompensasjon som ved Sykehuset Innlandet, arbeidstidsordning som ved Sykehuset Buskerud og/eller Stavanger universitetssykehus, og særordning med hensyn til alder når det gjelder fritak for vakt i svært belastende fag som ved Sykehuset Buskerud. I tillegg bør alle helseforetak beregne fulle feriepenge også for lønn på over 6 G, slik som ved Rikshospitalet. Deretter kan man konsentrere seg om skreddersøm når det gjelder den individuelle tilretteleggingen av dagarbeidstiden slik at denne utnytter kompetanse og ønsker i relasjon til avdelingens behov.

Trenger vi egne tillitsvalgte for eldre leger?

Min erfaring, også som tillitsvalgt, er at tillitsvalgte i liten grad er opptatt av eldre legers problemer og ønsker. Dette er sann-

synligvis også en av årsakene til at det hittil er oppnådd så lite konkret på dette området. På bakgrunn av at eldre leger er en dominerende gruppe i helseforetakene, ville det være naturlig at disse hadde egne tillitsvalgte på linje med det som er tilfellet for de yngre legene. Legeforeningen bør kanskje se nærmere på om dette ville være hensiktsmessig, eller om eldre legers behov og ønsker kan sikres representasjon på andre måter i de fora der ansatte og arbeidsgiver møtes til diskusjon omkring foretakenes drift og personalets faglige utvikling (3).

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Seniorpolitikk for leger i og utenfor sykehus. En veileder for tillitsvalgte og medlemmer. Oslo: Den norske legeforening, 2010. www.legeforeningen.no/asset/48572/1/48572_1.pdf (10.1.2011).
2. Berg E, Kolloen G. Momenter til en seniorpolitikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1398.
3. Frisvold OJ. Hva med legegjenstandene? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1036.

Mottatt 17.12. 2010, første revisjon innsendt 10.1. 2011, godkjent 13.1. 2011. Medisinsk redaktør Are Breen.