



# **SENIORPOLITIKK FOR LEGER I OG UTENFOR SYKEHUS**

En veileder for tillitsvalgte og medlemmer



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

2010



# INNHold

<b>1</b>	<b>Om veilederen</b>	4
<b>2</b>	<b>Sammendrag</b>	5
<b>3</b>	<b>Generelt om seniorer i arbeidslivet</b>	8
3.1	Innledning	8
3.2	Politiske signaler	8
3.3	Signaler fra andre aktører	10
<b>4</b>	<b>Aktuelle bestemmelser fra lov og avtaleverk som danner grunnlag for seniorpolitiske tiltak</b>	11
4.1	Arbeidsmiljøloven	11
4.2	Ferieloven	12
4.3	IA-avtalen – Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009	13
<b>5</b>	<b>Seniorpolitikk og leger</b>	14
5.1	Generelt	14
5.2	Undersøkelse blant leger vedrørende tilrettelegging av arbeidet	17
5.3	Helseforetak og sykehus	20
5.4	Kommunehelsetjenesten og privat praksis	30
5.5	Statlig sektor – forskning og forvaltning	36
5.6	Bortfall av autorisasjon og lisens	39
	<b>VEDLEGG 1 Arbeidsmiljøloven – aktuelle paragrafer</b>	42
	<b>VEDLEGG 2 Ferieloven – aktuelle paragrafer</b>	45
	<b>VEDLEGG 3 Intensjonsavtale om inkluderende arbeidsliv – utdrag</b>	46

# 1. Om veilederen

Legeforeningen har vurdert tiltak som kan bidra til at legene kan fortsette å arbeide i helsetjenesten utover de muligheter som finnes til pensjonering. De senere år har vi registrert en del utfordringer for å kunne oppnå god tilrettelegging for å være i arbeid, men det oppleves nå som om flere ser nødvendigheten av seniorpolitiske tiltak. I tillegg har Legeforeningen foreslått heving av aldersgrensen for å opprettholde autorisasjon for å kunne tilrettelegge for at leger over pensjonistalder skal kunne nyttiggjøre sin kompetanse i helsetjenesten.

I dag finnes det ordninger som er avtalt individuelt og i tariffavtaler. Det seniorpolitiske perspektiv synes så ha modnet. Sentrale aktører signaliserer at seniorpolitikk skal prioriteres, og man har opparbeidet et godt erfaringsgrunnlag med ulike seniorpolitiske tiltak.

Legeforeningens har vært aktive for å utvikle seniorpolitikk, noe som kommer til uttrykk i flere avtaler der Legeforeningen er part. Legeforeningen har også fulgt med på hva myndighetsinstanser og store arbeidslivsaktører i alle sektorer generelt avtaler og vedtar, generelt og innenfor helsesektoren spesielt. Veilederen presenterer et bilde av status i arbeidslivet generelt, og for legene spesielt.

Veilederen vil i sin nåværende form være et beskrivende og rettleidende dokument for våre medlemmer og tillitsvalgte i forhold til status i dag, med gjennomgang av seniorpolitikkenes ulike utviklingsfaser:

- Grunnleggende lov- og forskriftsarbeid
- Implementering og oppdatering av IA-avtalen
- Offentlige utredninger om pensjonering og seniorenens vilkår i arbeidslivet
- Innføring av tariffavtalte seniorrettigheter i de store offentlige tariffområdene
- Innføring av tariffavtalte seniorrettigheter i forbundsvis og lokale tariffavtaler
- Prosesser hos Akademikerne og i Legeforeningens forhandlingsutvalg i forbindelse med utarbeiding av seniorpolitiske krav i ulike tariffavtaler
- Forhandlingsforløp og implementering - hvilke seniorpolitiske tiltak som har blitt prioritert og akseptert, og hva de reelle konsekvensene kan sies å være av de implementerte rettighetene

Innspill fra Legeforeningens arbeidsgruppe, oppnevnt 17.10.2006, er innarbeidet i veilederen. Gruppens mandat var å vurdere seniorpolitiske tiltak for leger i og utenfor sykehus. Arbeidsgruppen skulle ha en representant fra hver av yrkesforeningene og en representant fra Eldre legers forening.

Veilederen består av to hoveddeler. Første del viser til politiske signaler vedrørende seniorpolitikk, og redegjør for lov- og avtaleverk som danner grunnlag for å fremforhandle seniortiltak ved sentrale -, lokale - eller individuelle avtaler.

Andre del angir eksempler på hva som faktisk er fremforhandlet i ulike tariffområder sentralt og lokalt. Dette for å vise til hva som har vært mulig å oppnå innen de ulike tariffområdene, og for å synliggjøre løsninger som kan synes hensiktsmessige generelt og på den enkelte arbeidsplass.

Det er skissert utfordringer for Legeforeningen knyttet til de forskjellige hovedpunktene i veilederen. Veilederen inneholder også en del statistikk som blant annet går på aldersfordeling mellom ulike legegrupper, samt innspill fra yrkesforeninger og Eldre legers forening vedrørende seniorpolitiske tiltak.

Veilederen inneholder ikke bestemmelser om pensjonsvilkår. Selv om dette kan trekkes inn som en del av problemkomplekset, vil det måtte være gjenstand for en egen utredning.

## 2. Sammendrag

### Politiske signaler

Det har de senere år vært rettet stadig større fokus på at sysselsettingen blant personer over 60 år har gått ned både for menn og kvinner. I St.meld. nr. 6 (2006-2007) - Om seniorpolitikk følger det at Regjeringen i tråd med Soria Moria erklæringen blant annet vil arbeide for en seniorpolitikk som fører til at eldre blir oppfattet som en positiv ressurs for arbeidslivet. Målet er å få flere til å stå lenger i arbeid og derved øke reell pensjoneringsalder. Arbeidsgivere i privat og offentlig sektor har et hovedansvar for å holde på og trekke til seg seniorer.

Et bærekraftig pensjonssystem er et sentralt grunnlag for seniorpolitikken; særlig reglene knyttet til tidlig- og uførepensjonering, gir sentrale rammer for når arbeidstakere pensjonerer seg. Pensjonssystemet må oppmuntre til høy arbeidsdeltakelse, enten på fulltid eller deltid. Samarbeidet mellom partene i arbeidslivet er viktig for seniorpolitikken.

### SSP - Senter for seniorpolitikk

Senter for seniorpolitikk er en organisasjon som er styrt av partene i arbeidslivet og finansiert av Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Formålet er å spre informasjon og påvirke holdninger og skaffe fram ny kunnskap om seniorenene. Virksomheten ble styrket gjennom Krafttak for seniorer i perioden 2001-2005.

### Statens seniorråd 2006-2009

Statens seniorråd er opprettet som et rådgivende organ for myndighetene i spørsmål som gjelder levekår for seniorer og eldre. Statens seniorråd gir råd om tiltak som kan fremme høy yrkesdeltakelse for seniorer.

### Arbeidsmiljøloven

Flere bestemmelser i loven danner grunnlag for seniorpolitiske tiltak, ved at de på ulike måter setter krav til tilrettelegging av arbeidsforholdet. Dette gjelder generelle krav til arbeidsmiljøet, arbeidsgivers tilretteleggingsplikt, arbeidstid, diskriminering og vern ved oppsigelse. Arbeidsmiljøloven inneholder grunnleggende rettigheter knyttet til tilrettelegging og muligheter for fri, men sier ingenting om praktiske konsekvenser eller kompensasjon dersom slike tiltak skal iverksettes. Dette må forhandles i tariffavtaler.

### Ferieloven

Også ferieloven inneholder bestemmelser som er av betydning for seniorpolitiske tiltak. Loven omtaler blant annet ekstraferie for arbeidstakere over 60 år, herunder varsel, fastsetting, avvikling, samt beregning av feriepenger for denne delen av ferien.

Arbeidsgiver gis etter ferieloven adgang til å begrense feriepengegrunnlaget for den ekstra ferieuken for arbeidstaker over 60 år til 6G. Ferielovens bestemmelser kan ikke fravikes til skade for arbeidstaker, men det er full adgang til å avtale bedre bestemmelser. Dette er gjort ved enkelte arbeidststeder. Legeforeningen har fremmet kravet ved sentrale forhandlinger innen flere ulike tariffområder, men har ikke fått gjennomslag for dette foreløpig.

### A-avtalen - Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-200

Intensjonsavtalen skal bidra til at en får et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og samfunnet, at sykefravær og antall uføretrygdede reduseres, samt at den enkeltes ressurser og arbeidsevne utvikles og benyttes i aktivt arbeid. Partene i arbeidslivet har gjennom IA-avtalen blant annet forpliktet seg til å arbeide for et godt arbeidsmiljø med vekt på toleranse og mangfold, samt bevisstgjøring ved ansettelse for å forebygge diskriminering for eksempel begrunnet i kjønn, alder, etnisitet eller funksjonsevne.

IA-avtalen legger generelle forpliktende føringer på den enkelte virksomhet og arbeidet med å gjøre virksomhetene mer inkluderende skal skje i tett og regelmessig dialog mellom arbeidsgivere og de tillitsvalgte.

### Seniorpolitikk og leger

Dette kapitlet inneholder statistikk som blant annet viser antall leger fordelt på tariffområder, samt en undersøkelse av sykehuslegers preferanser i forhold til behov for tilrettelegging av arbeidet foretatt av Legeforeningens forskningsinstitutt i 2004. Undersøkelsen avdekket blant annet at andelen leger som prioriterer mer fritid er vesentlig høyere enn andelen som først og fremst ønsker endret/tilrettlagt vaktordning eller dagarbeid. Vaktfritak fremstår som viktig for legene. 45 % av legene prioriterer vaktfri tjeneste fremfor reduksjon i vaktens hyppighet, belastning eller lengde. Redusert eller fleksibel arbeidstid er det virkemiddel som prioriteres høyest av flest leger når det gjelder tiltak som kan bidra til å utsette pensjoneringstidspunktet.

### Seniorpolitikk pr tariffområde - helseforetak og sykehus

Her vises blant annet til aldersfordeling innen ulike spesialiteter. Stillingsgruppen "overleger" er i klart flertall når det gjelder andel blant seniorer i alle legegrupper totalt, og de representerer 38 % av alle leger i senioralder

For helseforetakene er det ingen regulering av seniorpolitiske tiltak i hovedavtalen eller overordnet tariffavtale - det vil si i overenskomstens del A (protokoll innledende forhandlinger) eller del A1 (sosiale bestemmelser). I sentral forbundsvis avtale (A2) og lokale avtaler (B) mellom Legeforeningen og Spekter er fremforhandlede bestemmelser om seniorpolitikk referert i i kapittel 5.4.1.

En skjønsmessig inndeling av lokale avtaler sammenliknet med de sentrale minstebestemmelsene viser følgende:

Antall HF med avtale omtrent som A2	Antall HF med noe bedre bestemmelser enn i A2	Antall HF med vesentlig bedre bestemmelser enn i A2
13	12	3

### Seniorpolitikk i HSH-HUK

Protokoll til sentrale overenskomster HSH-HUK 2009-2009 viser til at arbeidsgiver har ansvaret for at det i løpet av perioden utvikles en seniorpolitisk plattform for virksomheten. Partene skal i den forbindelse drøfte konkrete seniorpolitiske tiltak tilpasset lokale behov og forutsetninger. Slike virkemidler kan være tilpasset arbeidstid, tilpassede arbeidsoppgaver, tjenestefri med lønn, økonomiske insitamenter eller lignende.

Tilsvarende formuleringer er tatt inn i sentral protokoll til særavtalen i HSH for perioden 2009-2011.

### Seniorpolitikk i kommunehelsetjenesten og privat praksis

Stillingsgruppene i kommunehelsetjenesten og privat praksis representerer samlet 33 % av alle leger i senioralder. Allmennleger utgjør flertallet, ca 18 %.

Kommunen/fylkeskommunen/virksomheten skal utvikle virkemidler for å motivere arbeidstakere til å stå lenger i arbeid. Slike virkemidler kan være tilpasset arbeidstid, tilrettelegging av arbeidsoppgaver, tjenestefri med lønn, kronetillegg, kontant utbetaling e.l. Arbeidsgiver kan avtale virkemiddelbruk med den enkelte arbeidstaker.

Fritak for legevakt gis til leger som har fylt 60 år dersom de ønsker det.

Vedrørende avtalespesialister, har lege over 60 år rett til å få dele sin praksis med henblikk på nedtrapping dersom RHF ønsker å opprettholde hjemmelen. Legen (senioren) forplikter seg da til å fratre senest ved fylte 70 år, med mindre RHFet samtykker i noe annet.

Det finnes eksempler på fremforhandlede bestemmelser i kapittel 5.6.1.

### **Seniorpolitikk i statlig sektor – forskning og forvaltning**

Seniorene i statlige stillinger representerer samlet sett 6 % av alle leger i senioralder. Seniorandelen i tariffområdet er 39 % (347 av 888). Stillinger kategorisert under forskning/utdanning utgjør et flertall, og senioren i disse stillingene alene representerer 25 % av tariffområdets seniorer (226 av 888). Administrative stillinger i staten har en seniorandel på hele 65 % (121 av 185).

For å motivere arbeidstakere som har fylt 62 år til å stå lenger i arbeid, og på denne måten bidra til et mer inkluderende arbeidsliv, kan arbeidsgiver blant annet inngå avtale med den enkelte arbeidstaker hvor det kan gis tjenestefri med lønn en arbeidsdag pr. kalendermåned eller kronetillegg dersom arbeidstaker utsetter fratreden til et nærmere avtalt tidspunkt.

Eksempler på fremforhandlede avtaler i virksomhetene finnes i kapittel 7.1

### **Om bortfall av autorisasjon og lisens**

Legeforeningen har flere ganger anmodet Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om å endre bestemmelsen om tidsbegrenset lisens til leger over 75 år. HOD har vurdert forskriftsendring, men finner at dagens regelverk ikke er aldersdiskriminerende. HOD forutsetter at alder alene ikke skal utgjøre vurderingsgrunnlag for innvilgelse av lisens etter fylte 75 år, men kun være avgjørende i forhold til lisensperiodens lengde. Det er i dag ca 900 leger over 75 år i Norge. Det antas å være ca. 150 leger over 75 år som er innvilget forlenget lisens.

Aldersgrenser og kriterier må tilpasses demografisk utvikling. Legeforeningen vil vurdere fortløpende om det er grunn til å fremme nye forslag om å heve aldersgrensen i takt med utvikling av befolkningens alder og helse-tilstand. Legeforeningen vil derimot på nåværende tidspunkt ikke ta til orde for å fjerne gjeldende krav om at man må godtgjøre en pasientrettet virksomhet for å få forskrivningsrett.

Etter anmodning fra Legeforeningen har HOD vurdert om øyeblikkelig hjelp som ytes av leger over 75 år uten lisens burde berettige til dekning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) i skadetilfellene. HOD har kommet til at dette ikke er hensiktsmessig, idet leger over 75 år som ikke har lisens, heller ikke anses omfattet av helsepersonellovens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Den generelle hjelpeplikten i straffeloven § 387, som gjelder alle borgere, vil derfor inntre, og leger over 75 år uten lisens vil i denne type situasjoner måtte bedømmes på lik linje med alle andre borgere.

## 3. Generelt om seniorer i arbeidslivet

### 3.1 Innledning

Det har de senere år vært rettet stadig større fokus på at sysselsettingen blant personer over 60 år har gått ned både for menn og kvinner; herunder hvilke tiltak som må iverksettes for å gjøre det attraktivt å stå lenger i arbeidslivet og derved øke reell pensjoneringsalder.

Arbeidsgivere i privat og offentlig sektor har et hovedansvar for å holde på og trekke til seg seniorer. Personalpolitikken både i offentlig og privat virksomhet må i større grad prioritere seniorennes arbeidssituasjon og kompetanseutvikling, samtidig som seniorenne har ansvar for å beholde og videreutvikle sin kompetanse gjennom yrkeslivet og klargjøre ønsker og behov overfor arbeidsgiver.

Det er viktig at seniorenne verdsettes som ressurspersoner på den enkelte arbeidsplass, og tar del i kompetanseutvikling på like fot som yngre ansatte, også dersom man er i en situasjon med gradvis nedtrapping og med større grad av fleksibilitet i arbeidsforholdet. For å motivere ansatte til å fortsette utover det tidspunkt når pensjonsuttak er mulig, må pensjonssystemet stimulere til arbeid og åpne opp for hensiktsmessige kombinasjoner av arbeid og pensjon.

### 3.2 Politiske signaler

Her vises det blant annet til Innstilling S nr. 222 om fordeling av inntekt og levekår i Noreg, St.meld. nr. 6 (2006-2007) – Om seniorpolitikk, samt Dok 8:47 (2006-2007) Om forslag om endring i forskrift – utbetaling av pensjon uavhengig av inntekt.

#### 3.2.1 Innst. S nr. 222 om fordeling av inntekt og levekår i Noreg

Stortinget behandlet våren 2000 Innst. S. nr. 222 (1999-2000), jf. St.meld. nr. 50 (1998-1999) om fordeling av inntekt og levekår i Noreg (utjamningsmeldinga). Under kapittel 4.2 hadde en samlet sosialkomité følgende merknad:

«Komiteen er kjent med at sysselsettingen blant personer over 60 år har gått ned både for menn og kvinner. De aller fleste som slutter i alderen 60-66 år går av med AFP-pensjon eller uførepensjon. Mange arbeidstakere over 60 år er slitne og utbrente og har gode grunner til å avslutte et langt arbeidsliv som tidligpensjonist. Det er likevel et faktum at det stadig blir flere 60-åringene som ikke har vært så lenge i arbeidslivet, fordi de startet sin yrkeskarriere senere i livet, blant annet pga. utdanning. Komiteen mener at det for disse gruppene må åpnes for spesielle tiltak som gjør at det blir attraktivt å stå lenger i arbeidslivet dersom en ønsker det. Komiteen mener det må legges opp til ordninger som belønner de som gjerne vil arbeide noe lenger enn det som er vanlig i dag. Komiteen mener også det er viktig at ikke pensjonsordningene utformes slik at de unødige stimulerer til at folk forlater arbeidslivet. Komiteen er enig i at det bør legges opp til ordninger som belønner dem som gjerne vil arbeide noe lenger enn det som er vanlig i dag, gjerne utover pensjonsalderen på 67 år. Komiteen ser denne delen av arbeidsstokken som besittere av nyttig erfaring og kunnskaper som bør kunne komme samfunnet til gode. Dagens situasjon med mangel på arbeidskraft gjør det viktig å la denne gruppen stille sine kunnskaper og kapasitet til rådighet dersom de ønsker det.»

Et samlet storting var innstilt på at det skulle legges opp til ordninger som belønner også personer over 67 år, som fortsatt ønsket å gjøre en innsats i arbeidslivet.



### **3.2.2 St.meld. nr. 6 (2006-2007) - Om seniorpolitikk**

Det følger av denne stortingsmeldingen at Regjeringen i tråd med Soria Moria-erklæringen blant annet vil arbeide for en seniorpolitikk som fører til at eldre blir oppfattet som en positiv ressurs for arbeidslivet. Målet er å få flere til å stå lenger i arbeid og derved øke reell pensjoneringsalder. Arbeidsgivere i privat og offentlig sektor har et hovedansvar for å holde på og trekke til seg seniorer. Personalpolitikken både i offentlig og privat virksomhet må sette seniorennes arbeidssituasjon og kompetanseutvikling høyere på dagsorden enn nå, samtidig som seniorenne har ansvar for å beholde og videreutvikle sin kompetanse gjennom yrkeslivet og klargjøre ønsker og behov overfor arbeidsgiver.

Et bærekraftig pensjonssystem er et sentralt grunnlag for seniorpolitikken; særlig reglene knyttet til tidlig- og uførepensjonering, gir sentrale rammer for når arbeidstakere pensjonerer seg. Pensjonssystemet må oppmuntre til høy arbeidsdeltakelse, enten på fulltid eller deltid. Samarbeidet mellom partene i arbeidslivet er viktig for seniorpolitikken.

Eldre arbeidstakere kan måtte avslutte yrkeslivet før vanlig pensjonsalder på grunn av dårlig helse eller fordi man ikke finner en arbeidsgiver som vil tilsette dem. Utstøting fra arbeidslivet kan imidlertid også være et resultat av utdatert kompetanse. Muligheter for livslang læring, er viktig for at flere kan stå lenger i arbeid.

Forskning viser at svekket fysikk som følge av øket alder kan kompenseres av erfaring knyttet til lengre tid i arbeid. Unntakene her er jobber som setter store krav til fysisk styrke og arbeidstempo.

#### **Stortingsmeldingen summerer opp seniorpolitikken i følgende hovedpunkter:**

- » Seniorer er en ressurs for virksomhetene og samfunnet.
- » Arbeid og aktivitet skal være ledetråden i seniorpolitikken. Det er viktig for samfunnsutviklingen at seniorenne blir værende lenger i arbeidslivet.
- » Et bærekraftig og godt pensjonssystem som stimulerer til arbeid og åpner for å kombinere arbeid og pensjon, er sentralt i seniorpolitikken.
- » Like nødvendig er det å sikre et godt arbeidsmiljø, ikke-diskriminering av seniorer, utjevning av helseforskjeller mellom grupper og løpende kompetanseutvikling for den enkelte.
- » Ledere må signalisere tydelig til den enkelte senior at innsatsen blir verdsatt.
- » Tidligavgangskultur på arbeidsplassene må motarbeides.
- » Gradvis nedtrapping av arbeidsinnsats bør i større grad bli mulig. Mange av fordelene med å være pensjonist kan oppnås gjennom redusert arbeidstid.
- » Statlige og private arbeidsgivere må legge til rette for de som ønsker nedtrapping eller mer fleksibel arbeidstid.
- » Seniorenne må selv ta ansvar for å tilpasse kompetanse og stilling til arbeidsevne. Det bør bli vanligere for seniorer å bytte arbeidsoppgaver g jobb.
- » Både offentlige organer, arbeidsgivere og arbeidstakere må ha fokus på at grunnlaget for yrkesdeltakelse i seniorperioden, i stor grad blir lagt i årene før en blir senior.

### **3.2.3 Dok 8:47 (2006-2007) Om forslag om endring i forskrift - utbetaling av pensjon uavhengig av inntekt**

Det ble fremsatt et forslag fra stortingsrepresentantene Kenneth Svendsen, Robert Eriksson og Gjermund Hagesæter om at arbeidstakere over 67 år får utbetalt full opptjent pensjon uavhengig av hvor mye de har i arbeidsinntekt.

Bakgrunnen for dette var at det har vært en sterk økning i antall sysselsatte i Norge som har resultert i reell mangel på kvalifisert arbeidskraft innen enkelte næringer. Delvis skyldes dette at den yrkesaktive perioden er blitt kortere blant annet fordi mange tar høyere utdanning med lang utdanningstid. Tendensen til førtidspensjonering, særlig for aldersgrupper over 60 år, er økende. Muligheter for enkelte grupper av arbeidsstokken til å gå av tidlig med avtalefestet pensjon (AFP) har gjort at store grupper har valgt denne løsningen.

Forslagsstillerne ønsket et system der folketrygdens alderspensjoner gjøres mer fleksible i forhold til aldersgrensen og pensjonens størrelse, slik at de som ønsker det, for eksempel kan gå av etter fylte 60 år med en lavere pensjon tilpasset opptjeningsgrunnlag, innbetalt premie og arbeidsperiodens lengde.

### **3.2.4 Annet**

#### **Arbeidsmarkedspolitik**

Seniorer som blir arbeidsledige bruker ofte lang tid på å komme tilbake på jobb. Langtidsarbeidsledige er en prioritert gruppe ved tildeling av tiltak. Det er også enkelte særregler for de eldste arbeidssøkerne knyttet til nivået på dagpengene og lengden på dagpengeperioden. De eldste arbeidssøkerne kan være lokale arbeidssøkere og slippe å flytte for å ta nytt arbeid.

#### **Seniorpolitikk i statlige virksomheter**

Fornyings- og administrasjonsdepartementet arbeider for å øke den seniorpolitiske bevisstheten i statlige virksomheter. Departementet har blant annet laget retningslinjer for personalpolitikken og satt av midler til kompetansetiltak. I tariffavtalen i staten er det innført tjenestefri med lønn for seniorer og åpnet for å avtale ytterligere reduksjon i arbeidstiden i lokale forhandlinger.

## **3.3 Signaler fra andre aktører**

### **3.3.1 NAV - Arbeids- og velferdsforvaltningen**

I NAVs rapport Arbeid og velferd 02/2007 viser til at pensjoneringsalderen holder seg på et jevnt høyt nivå i Norge. I løpet av de siste par årene har forventet pensjonsalder økt, og mest har den økt blant menn. Forventet pensjoneringsalder ved fylte 50 år er i dag på samme nivå som i perioden 1987-1990 til tross for at AFP-ordningen isolert sett reduserte den reelle pensjonsalderen med om lag ett år.

Det er en klar tendens i arbeidsmarkedet at flere velger å kombinere jobb og pensjon. Andelen som fortsetter i arbeid etter uttak av AFP har vært økende for begge kjønn de siste årene. Det gjelder både i offentlig og privat sektor. To av ti tar ut gradert pensjon i offentlig sektor, mens én av ti benytter denne muligheten i privat sektor. Gruppen hvor forventet pensjoneringsalder faktisk har gått ned er de mellom 18 og 30 år. Her har man gått fra 61 år i 2001 til 59,5 år i 2006. Det er særlig økt uførepensjonering før fylte 30 år som trekker pensjoneringsalderen ned.

### **3.3.2 Senter for seniorpolitikk**

Senter for seniorpolitikk er en organisasjon som er styrt av partene i arbeidslivet og finansiert av Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Formålet er å spre informasjon og påvirke holdninger og skaffe fram ny kunnskap om seniorene. Virksomheten ble styrket gjennom Krafttak for seniorer i perioden 2001-200

### **3.3.3 Statens seniorråd 2006-2009**

Statens seniorråd er opprettet som et rådgivende organ for myndighetene i spørsmål som gjelder levekår for seniorer og eldre. Statens seniorråd gir råd om tiltak som kan fremme høy yrkesdeltakelse for seniorer.

## 4. Aktuelle bestemmelser fra lov og avtaleverk som danner grunnlag for seniorpolitiske tiltak

I det følgende refereres relevante bestemmelser i lov og avtaleverk som danner et generelt fundament for seniorpolitiske tiltak. Fra arbeidsmiljøloven og ferieloven har vi omtalt konkrete bestemmelser som er av særlig betydning, mens IA-avtalen beskrives mer generelt.

Fullstendige bestemmelser i arbeidsmiljø- og ferielov, samt relevante deler av IA-avtalen fremgår av vedlegg 5.

### 4.1 Arbeidsmiljøloven

Flere bestemmelser i loven danner grunnlag for seniorpolitiske tiltak, ved at de på ulike måter setter krav til tilrettelegging av arbeidsforholdet. Bestemmelsene er spredd i flere paragrafer, og vi har i denne rapporten av praktiske grunner valgt å samle de mest aktuelle som grunnlag for argumentasjon/krav fra den enkelte lege, tillitsvalgtapparatet og Legeforeningens øvrige organisasjon. Dette gjelder generelle krav til arbeidsmiljøet, arbeidsgivers tilretteleggings-plikt, arbeidstid, diskriminering og vern ved oppsigelse.

- **§ 4 Krav til arbeidsmiljøet**

Denne paragrafen omhandler generelle krav til arbeidsmiljøet, krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling, samt krav til det psykososiale og fysiske arbeidsmiljøet. Paragrafen omhandler også arbeidsgivers tilretteleggingsplikt ved for arbeidstakere med redusert arbeidsevne.

- **§ 10 Arbeidstid**

Arbeidsmiljølovens § 10 regulerer arbeidstidsordninger, herunder rett til ulike ordninger. Dette kan være ordninger knyttet til nattarbeid, behov for fleksibilitet og i forhold til reduksjon av arbeidstid. § 10.2 (4) omtaler særskilte rettigheter for arbeidstakere som har fylt 62 år, og som har behov for arbeidstidsreduksjon.

- **§ 13 Diskriminering – forbud og unntak fra forbud**

Paragrafen setter forbud mot ubegrunnet forskjellsbehandling. I § 13-1 (1) (Forbud mot diskriminering) fremgår det at direkte og indirekte diskriminering på grunn av politisk syn, medlemskap i arbeidstakerorganisasjon, seksuell orientering, funksjonshemming eller alder er forbudt.

- **§ 15 Oppsigelse – frister og vern**

Paragrafen regulerer arbeidstakers vern i forbindelse med oppsigelse. § 15-3 (3) omtaler særskilte frister knyttet til arbeidstakers alder og ansettelsestid, mens § 15-7 (4) angir rettigheter ved oppsigelse eller fratreden etter fylte 66 år.

### Utfordringer for Legeforeningen knyttet til arbeidsmiljøloven

Arbeidsmiljøloven inneholder grunnleggende rettigheter knyttet til tilrettelegging og muligheter for fri, men sier ingenting om praktiske konsekvenser eller kompensasjon dersom slike tiltak skal iverksettes.

For mange leger vil en tilrettelegging av arbeidssituasjonen i forhold til rett til vaktfritak, ofte ha som praktisk konsekvens at det blir for få kolleger igjen å fordele vekten på. For den enkelte lege kan det være ønskelig å jobbe deler av en vakt. Dette setter krav til at øvrige kolleger tar på seg større vaktbelastning, eller ekstraressurser på annen måte.

Antall stillinger/hjemler er en begrensende faktor i sykehus. Det er kjent at enkelte helseforetak har satt av midler til særskilte seniorhjemler. Helse- og omsorgsdepartementet har imidlertid i brev av 14.12.2007 påpekt både at de regionale helseforetakene må kunne løse sine behov innen den tildelte kvoten og at praksisen med erstatningsstillinger må avvikles.

Konsekvensene av redusert inntekt – for eksempel som følge av redusert vakt – er viktig for mange leger med tanke på pensjonsvilkårene. Hvorvidt legens kompetanse kan benyttes til andre formål når man går ut av vakt, er et viktig forhandlingstema; i særlig grad lokalt.

## 4.2 Ferieloven

Også ferieloven inneholder bestemmelser som er av betydning for seniorpolitiske tiltak. Loven omtaler blant annet ekstraferie for arbeidstakere over 60 år, herunder varsel, fastsetting, avvikling, samt beregning av feriepenger for denne delen av ferien.

### Utfordringer for Legeforeningen knyttet til ferieloven

Det vises til ferieloven, hvor arbeidsgiver gis adgang til å begrense feriepengegrunnlaget for den ekstra ferieuken for arbeidstaker over 60 år. Begrensningen gjelder hvis man har et feriepengegrunnlag over 6 G (G = 72.256, 6G utgjør da en inntekt på ca. 437.000 p.t.). For arbeidstaker som har feriepengegrunnlag på kr. 840.000, vil dette beløpet (full lønn) legges til grunn for beregning av feriepenger for fem ordinære ferieuker (12 %), mens feriepengegrunnlaget for den sjettede uken utgjør om lag halvparten (2,3 % ekstra kun opp til 6 G).

Effekten av et eventuelt krav om fulle feriepenger for alle ferieuker fremgår i beregningene nedenfor:

<i>1. Ved fulle feriepenger for alle ferieukene</i>		
Feriepengeopptjening i % av årslønn	14,3 %	
Grunnlag for feriepenger - årslønn	840 000	
<b>Feriepengeopptjening i kroner</b>	<b>120 120</b>	
<i>2. Dagens beregning</i>		
Feriepengeopptjening i % av årslønn	12,0 %	2,3 %
Grunnlag for feriepenger - årslønn og 6 G	840 000	437 286
Feriepengeopptjening for alle 6 uker	100 800	10 058
<b>Sum feriepengeopptjening i kroner</b>	<b>110 858</b>	
<b>1 - 2 Differanse:</b>	<b>9 262</b>	
<b>Differanse i %</b>	<b>8,4 %</b>	
Differanse i % refererer til %-vis økning i utbetalte feriepenger i forhold til dagens situasjon med forhøyet feriepengeopptjening kun opp til 6 G		
<i>Grunnlag for beregninger</i>	Grunnlag	
G	72 881	
6 G	437 286	
Full lønn	840 000	
Lønn over 6 G	402 714	

Det fremgår av dette at en endring vil utgjøre vesentlig forbedrede vilkår for uttak av den 6. ferieuken. Økningen i forhold til dagens totale feriepengeutbetaling er på 8,4 %. Dette viser at økonomien i et slikt krav vil kunne være av betydning for den enkeltes leges faktiske ferieuttak – og dermed også for muligheten til å stå lenger i arbeid.

Ferielovens bestemmelser kan ikke fravikes til skade for arbeidstaker, men det er full adgang til å avtale bedre bestemmelser. Dette er gjort ved enkelte arbeidstasjoner. Rikshospitalet HF har i Overenskomstens lokale del (B-avtalen) nedfelt at forhøyet feriepengesetning også ytes for den del av feriepengegrunnet som overstiger 6 G.

Legeforeningen har fremmet kravet ved sentrale forhandlinger innen flere ulike tariffområder, men har ikke fått gjennomslag for dette foreløpig. Kravet er støttet av Akademikerne, men ikke øvrige hovedsammenslutninger. Det er grunn til å tro at begrensninger i forhold til gjennomslag for kravet først og fremst ligger på at bestemmelsen naturlig hører inn under avaler som er felles for alle forbundene/sammenslutningene, samtidig som det motarbeides – eller prioriteres svært lavt – av de andre hovedsammenslutningene. Kravet bør likevel fremmes på nytt ved kommende sentrale forhandlinger, slik at det omfatter alle tariffområder. I tariffområder hvor man har mulighet for lokale forhandlinger, bør det også fremmes.

### **4.3 IA-avtalen - Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009**

Intensjonsavtalen skal bidra til at en får et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og samfunnet, at sykefravær og antall uføretrygdede reduseres, samt at den enkeltes ressurser og arbeidsevne utvikles og benyttes i aktivt arbeid.

Partene i arbeidslivet har gjennom IA-avtalen blant annet forpliktet seg til å arbeide for et godt arbeidsmiljø med vekt på toleranse og mangfold, samt bevisstgjøring ved ansettelse for å forebygge diskriminering for eksempel begrunnet i kjønn, alder, etnisitet eller funksjonsevne.

IA-avtalen legger generelle forpliktende føringer på den enkelte virksomhet, og partene erkjenner gjennom avtalen at forankringen på den enkelte arbeidsplass må forsterkes i det videre samarbeidet, og dessuten at organisasjonene i arbeidslivet har et spesielt ansvar for å komme med konkrete forslag til hvordan arbeidstaker- og arbeidsgiversiden kan sikre en bedre forankring av intensjonene bak IA-avtalen ned på den enkelte arbeidsplass.

Arbeidet med å gjøre virksomhetene mer inkluderende skal skje i tett og regelmessig dialog mellom arbeidsgivere og de tillitsvalgte/arbeidstakernes representanter.

#### **Utfordringer for Legeforeningen knyttet til IA-avtalen**

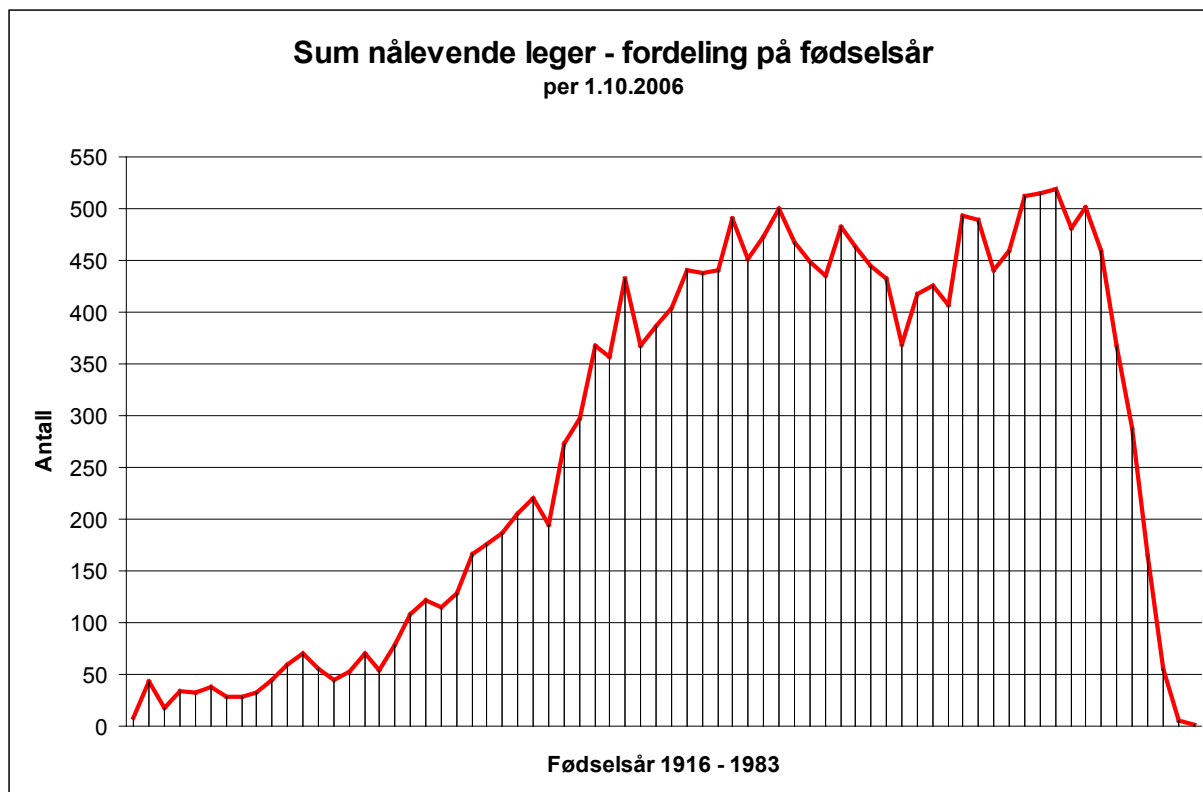
Det er flere arbeidsplasser i helsesektoren som er IA-bedrifter. Desto mer beklagelig er det at man fra Legeforeningens side i flere tilfeller registrerer en motvilje for eksempel ved sykehusavdelinger når det gjelder å tilrettelegge for at leger som har vært sykemeldt skal kunne komme gradvis tilbake til arbeidsplassen.

En særlig utfordring er knyttet til stillingshjemmelsystemet for sykehusleger som flere ledere påpeker som en hindring for fleksible løsninger, både i forhold til yrkeshemmede arbeidstakere og for iverksettelse av ulike seniorpolitiske tiltak.

## 5. Seniorpolitikk og leger

### 5.1 Generelt

#### 5.1.1 Antall leger og fordeling mellom tariffområdene



Per mars 2007 var det totalt ca 19.000 yrkesaktive leger under 70 år i Norge, og av disse var 62 % over 40 år, mens 31 % (ca 6.000) var over 55 år.

<i>2007 Yrkesaktive leger - antall og fordeling</i>	<b>40-69 år</b>	<b>&lt; 40 år</b>	<b>SUM</b>
Yrkesaktive leger under 70 år i Norge	11 713	7 228	18 941
Andel av total	62 %	38 %	100 %
<i>2007 Yrkesaktive leger - antall og fordeling</i>	<b>55-69 år</b>	<b>&lt; 55 år</b>	<b>SUM</b>
Yrkesaktive leger under 70 år i Norge	5 959	12 982	18 941
Andel av total	31 %	69 %	100 %

Dersom vi definerer seniorer som registrerte leger mellom 55 og 72 år på talletidspunktet (fødselsår 1952-1935), viser datainnsamling fra Legeforeningens register følgende fordeling av seniorer på de ulike tariffområdene (fordeling i henhold til registrert stillingsgruppe):

<b>Leger pr. 9.10.2006, etter fødselsår, kjønn og stillingsgruppering i henhold til Dnlf's legeregister</b>												
<i>Variabel v6 Kjønn og v118 Aktuar</i>												
År	Over- lege	LIS	All- menn- lege	Komm.- lege med praksis	Privat spes.	Bedrifts- lege	Adm. fylke /kom- mune	Adm. stat	Forskn. /utd	Annet	Pensj/ ufør	SUM alle grupper
ALLE år ->	5 435	4 784	3 934	472	890	207	213	185	703	340	1 921	19 084
1935	1										127	128
1936	13		4		6		2	2	1		138	166
1937	31		9	4	15		1	5	6	3	102	176
1938	35		17	1	22	1	1	2	6	1	100	186
1939	65		22	3	23	2		4	7	1	79	206
1940	75		36	4	33	4	3	2	15	3	45	220
1941	78		38	6	33	2	3	2	8	8	16	194
1942	140	2	34	4	33	5	8	4	17	4	22	273
1943	144	2	50	7	37	5	10	7	12	4	19	297
1944	184	2	65	6	44	6	9	8	20	4	20	368
1945	182	3	75	6	38	12	6	3	13	5	14	357
1946	218	4	81	6	41	8	14	17	13	17	14	433
1947	167	7	78	8	45	8	6	12	28	3	6	368
1948	177	5	92	11	44	7	5	18	17	8	3	387
1949	189	4	103	4	48	6	6	11	15	10	8	404
1950	181	10	134	13	43	4	12	6	17	12	8	440
1951	200	12	129	6	38	7	8	9	16	9	4	438
1952	193	8	125	8	36	15	11	9	15	15	5	440
<b>SUM 55+</b>	<b>2 273</b>	<b>59</b>	<b>1 092</b>	<b>97</b>	<b>579</b>	<b>92</b>	<b>105</b>	<b>121</b>	<b>226</b>	<b>107</b>	<b>1 208</b>	<b>5 959</b>
<b>Andel av gruppe</b>	<b>42 %</b>	<b>1 %</b>	<b>28 %</b>	<b>21 %</b>	<b>65 %</b>	<b>44 %</b>	<b>49 %</b>	<b>65 %</b>	<b>32 %</b>	<b>31 %</b>	<b>63 %</b>	<b>31 %</b>
<b>Andel av total 55+</b>	<b>38 %</b>	<b>1 %</b>	<b>18 %</b>	<b>2 %</b>	<b>10 %</b>	<b>2 %</b>	<b>2 %</b>	<b>2 %</b>	<b>4 %</b>	<b>2 %</b>	<b>20 %</b>	<b>100 %</b>

42 % av alle yrkesaktive overleger er over 55 år, og av alle leger i senioralder (over 55 år) utgjør overlege gruppen den største - 38 % av alle leger over 55 år er overleger.

Allmennlegene utgjør den nest største gruppen målt i andel av alle leger i senioralder - 18 %. Denne gruppen har imidlertid en relativt moderat seniorandel - 28 % av alle allmennleger er over 55 år.

Private spesialister og leger i administrasjon innen stat har den klart høyeste andel leger i senioralder - for begge grupper utgjør denne aldersgruppen 65 % av legene.

Bedriftsleger og administrasjon i fylker og kommuner har også høy seniorandel - nesten halvparten av disse legene er over 55 år (henholdsvis 44 % og 49 %).

Kommuneleger med praksis og leger innen forskning og utdanning utgjør henholdsvis 2 % og 4 % av alle leger over 55 år - til sammen 323 leger. Seniorandelen i disse gruppene er henholdsvis 21 % og 32 %.

## 5.1.2 Pensjoneringstidspunkt for leger

Gjennomsnittlig pensjoneringsalder Dnlf 2009			
		<u>- Spesialiteter</u>	<u>Alder</u>
<u>- Kjønn</u>	<u>Alder</u>	Radiologi	66,5
Kvinner	68	Ortopedisk kirurgi	67,5
Menn	68,5	Generell kirurgi	68
		Allmenntmedisin	68
<u>- Yrkesforening</u>	<u>Alder</u>	Barnesykdommer	68
Af	68	Anestesiologi	68
LSA	68	Samfunnsmedisin	68
Namf	68	Fordøyelsesykdommer	68
Of	68	Øre-nese-halssykdommer	68
LVS	70	Indremedisin	69
PSL	70	Psykatri	69
		Hjertesykdommer	69
<u>- Spesialister</u>	<u>Alder</u>	Fødselshjelp og kvinnesykdommer	69,5
Ikke-spesialister	68	Øyesykdommer	70
Spesialister	68,5	Barne- og ungdomspsykiatri	70
1. Med pensjoneringsalder menes den faktiske alderen (regnet i fylte år) hvor man er registrert enten som fullt uføretrygdet eller som alderspensjonist i Legeforeningens lege/medlemsregister.			
2. Tallene gjelder legemedlemmer i Legeforeningen i Norge (dvs medlem av en lokalforening, altså ekskl. den fiktive lokalforeningen utlandet). Tallene er basert på et øyeblikksbilde fra lege/medlemsregisteret - og refererer den laveste alderen hvor det er like mange eller flere som står registrert som uføretrygdet eller som alderspensjonist, enn antallet som ikke gjør det.			

Uttrekk fra legeregisteret i 2009 bekrefter oppfatningen om at leger står lenge i arbeid, og at det er liten forskjell mellom ulike legegrupper.

Det ser ut til at pensjoneringsalderen er høyest blant medlemmer av PSL, i øyesykdommer og i barne- og ungdomspsykiatri. Medlemmer av LVS har også høy gjennomsnittlig pensjoneringsalder.

Pensjoneringsalderen er lavest i radiologi, ortopedisk kirurgi og fordøyelsesykdommer, men populasjonene - og forskjellene er små.

Det er en svak tendens til at pensjoneringsalderen er litt høyere for menn enn for kvinner, og litt høyere for spesialister enn for ikke-spesialister.

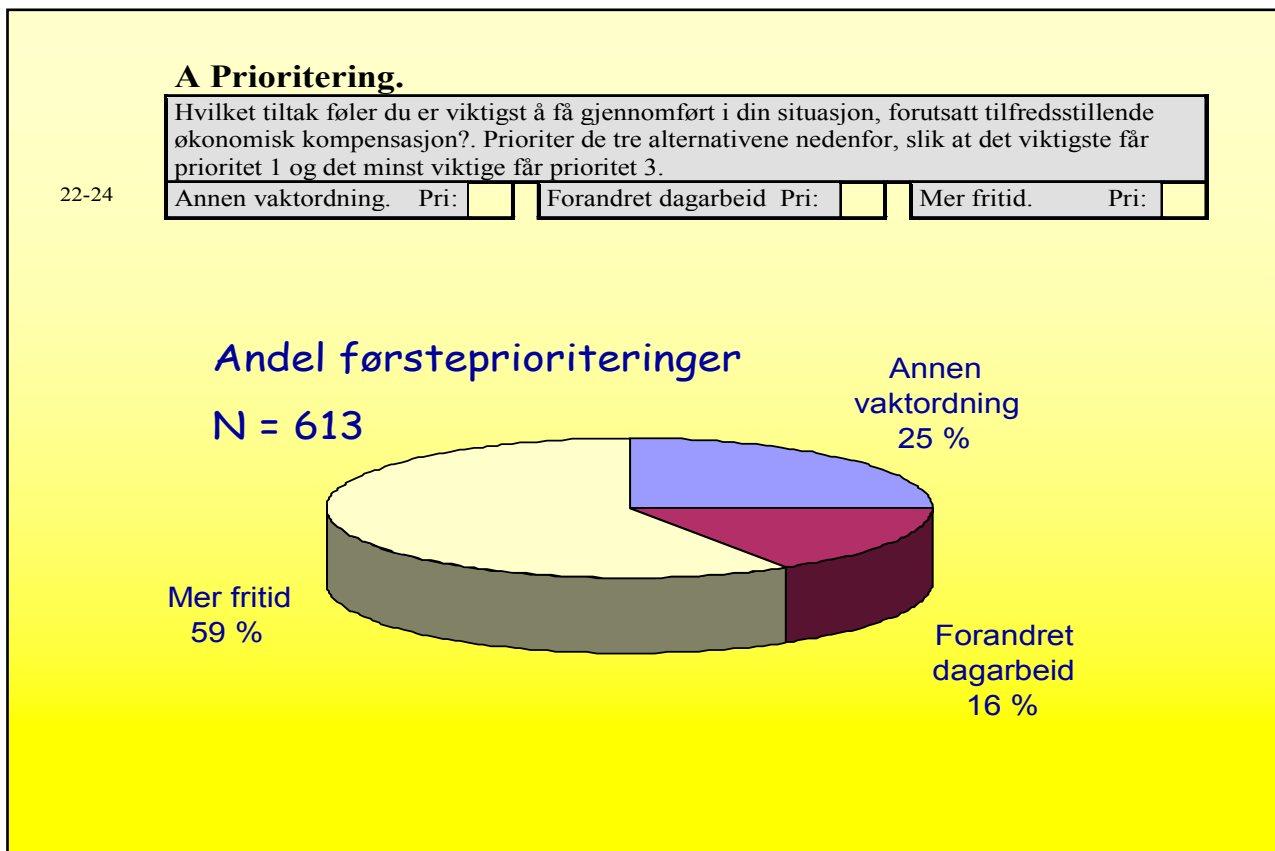


## 5.2 Undersøkelse blant leger vedrørende tilrettelegging av arbeidet

Legeforeningens forskningsinstitutt gjennomførte i 2004 en undersøkelse av sykehuslegers preferanser i forhold til behov for tilrettelegging av arbeidet. Undersøkelsen om legers preferanser avdekket følgende for legene totalt:

- A. Andelen leger som prioriterer mer fritid er vesentlig høyere enn andelen som først og fremst ønsker endret/tilrettlagt vaktordning eller dagarbeid – 59 % ønsker mer fritid, mot henholdsvis 25 % og 16 % som ønsker annen vaktordning eller forandret dagarbeid.
- B. Vaktfritak fremstår som viktig for legene. 45 % av legene prioriterer vaktfri tjeneste fremfor reduksjon i vaktens hyppighet, belastning eller lengde (henholdsvis 19 %, 11 % og 4 %). 21 % av de spurte oppgir at de ikke ønsker noen endring.
- C. For kvantitative og kvalitative endringer på dagarbeid fordeler svarene seg relativt jevnt mellom flere alternativer. Mer samlet avspasering prioriteres av noe fler enn spredte avspaseringsdager og kortere daglig arbeidstid, men bildet er ikke entydig. Av foreslåtte kvalitative endringer er faglig nisjearbeid, undervisning/veiledning og forskning og fagutvikling prioritert klart høyere enn mulighet for å vektlegge privat virksomhet og poliklinikk
- D. Redusert eller fleksibel arbeidstid er det virkemiddel som prioriteres høyest av flest leger når det gjelder tiltak som kan bidra til å utsette pensjoneringstidspunktet – 36 % av legene har dette som sitt førstevalg. Deretter følger lønnsjusteringer (14 %), avspaseringsmuligheter (13 %), og økt innflytelse på egen arbeidsdag og vaktjusteringer (begge 12 %).

Nedenfor følger en grafisk fremstilling av besvarelsene i undersøkelsen.

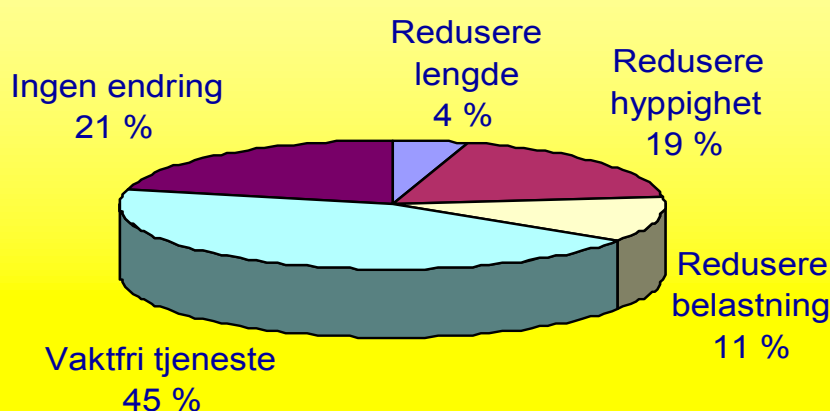


## B Vakter

Hvilken **forandring i vaktsystemet** ville være den beste for deg, forutsatt tilfredsstillende økonomisk kompensasjon? Prioriter alternativene nedenfor slik de synes *viktigst for deg i din konkrete situasjon nå*: (Prioriter fra 1 til 5)

25	Redusere vaktens lengde – oppdeling av døgnet	
26	Redusere vaktens hyppighet – sjeldnere vakt	
27	Redusere arbeidsbelastning på vakt – "bakerste" vakt eller lignende	
28	Vaktfri tjeneste	
29	Vakter som før, ingen endring	

### Andel førsteprioriteringer (N = 524)

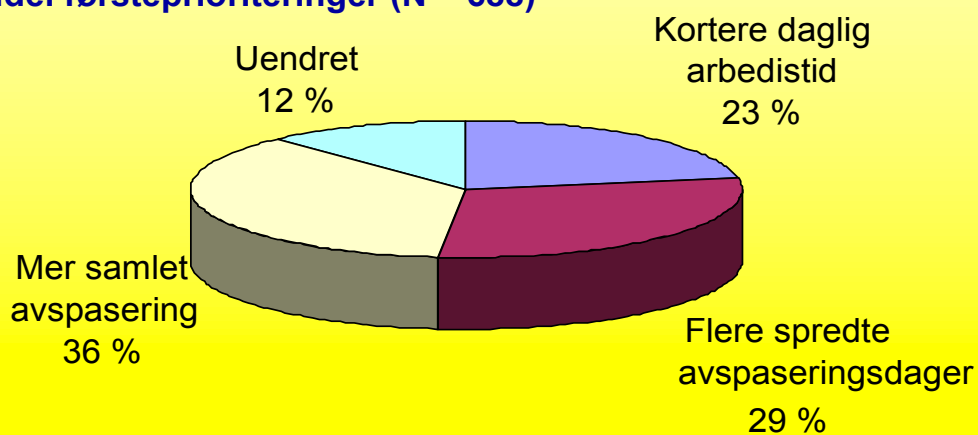


## C Dagtid

**Kvantitet:** Hvilken kvantitativ forandring av arbeid på ordinær dagtid ville være den beste for deg, forutsatt tilfredsstillende økonomisk kompensasjon? Prioriter alternativene nedenfor slik de synes *viktigst for deg i din konkrete situasjon nå*: (Prioriter fra 1 til 4)

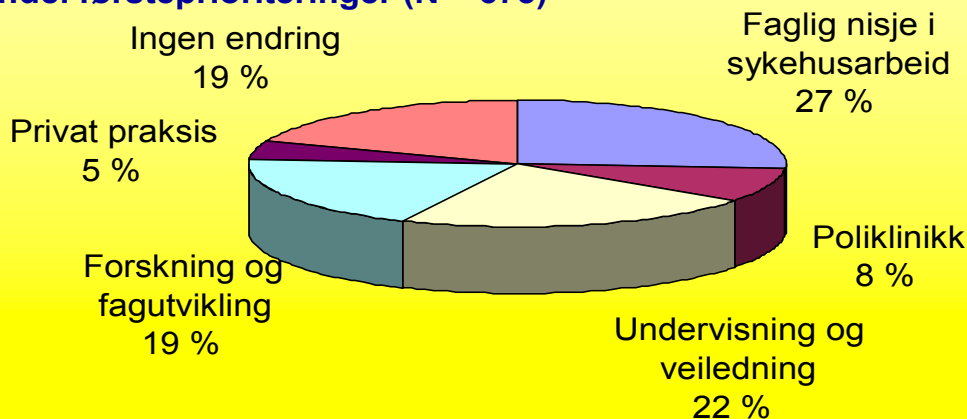
30	Kortere daglig arbeidstid	
31	Flere spredte avspaseringsdager	
32	Mer avspasering samlet opp i lengre perioder	
33	Uendret arbeidstid ville være det beste	

### Andel førsteprioriteringer (N = 688)

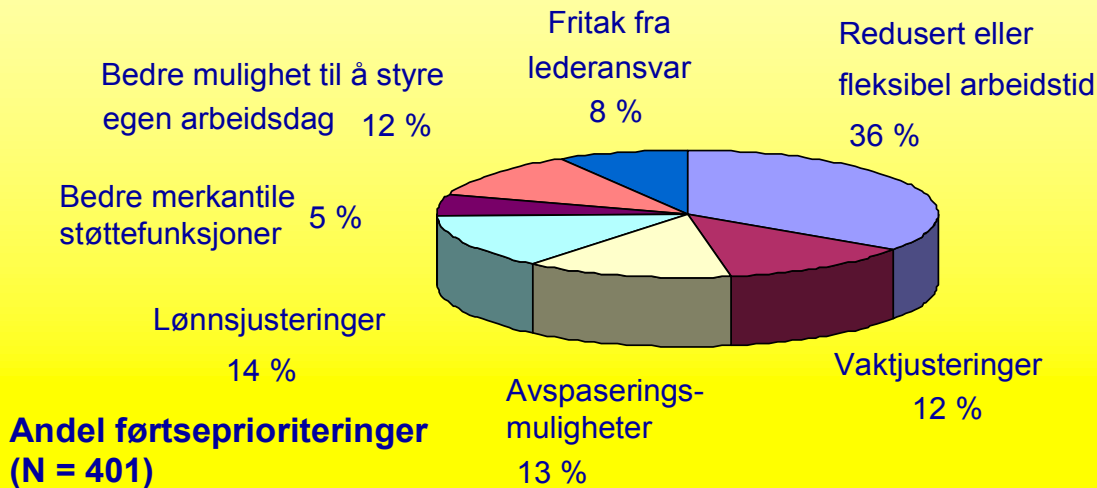


<b>Kvalitet:</b> Hvilken kvalitativ endring av arbeid på dagtid ville være den beste for deg? Prioriter alternativene nedenfor slik de synes viktigst for deg i din konkrete situasjon nå (Prioriter fra 1 til 6)	
34	Mer vekt på klinisk sykehusarbeid innen en spesiell nisje
35	Mer vekt på poliklinikk
36	Mer vekt på arbeid rettet mot undervisning, supervisjon og opplæring
37	Mer vekt på forskningsoppgaver og fagutvikling
38	Mer vekt på faglig virksomhet i privat regi
39	Ingen endring i daglige arbeidsoppgaver er ønskelig

**Andel førsteprioriteringer (N = 675)**



Hva kan få deg til å velge et senere pensjonstidspunkt? Prioriter alternativene nedenfor fra 1 til 8.	
	Redusert eller fleksibel arbeidstid.
	Vakt-justeringer
	Avspaseringsmuligheter
	Lønnsjusteringer
	Bedre støttefunksjoner, merkantilt og annet hjelpepersonell
	Bedre mulighet til å styre egen arbeidsdag
	Fritak fra lederansvar
	Annet



### 5.3 Helseforetak og sykehus

For stillingsgrupper i helseforetak og private sykehus (tariffområdene Spekter og HSH-HUK henholdsvis) har vi følgende fordeling av seniorer (over 55 år):

År	Over- lege	LIS	SUM alle grupper
ALLE år ->	5 435	4 784	19 084
1935	1		128
1936	13		166
1937	31		176
1938	35		186
1939	65		206
1940	75		220
1941	78		194
1942	140	2	273
1943	144	2	297
1944	184	2	368
1945	182	3	357
1946	218	4	433
1947	167	7	368
1948	177	5	387
1949	189	4	404
1950	181	10	440
1951	200	12	438
1952	193	8	440
<b>SUM 55+</b>	<b>2 273</b>	<b>59</b>	<b>5 959</b>
<b>Andel av gruppe</b>	<b>42 %</b>	<b>1 %</b>	<b>31 %</b>
<b>Andel av total 55+</b>	<b>38 %</b>	<b>1 %</b>	<b>100 %</b>

Stillingsgruppen "overleger" er i klart flertall når det gjelder andel blant seniorer i alle legegrupper totalt, og at de representerer 38 % av alle leger i senioralder (2.273 av 5.959). Seniorandelen blant overleger er 42 % (2.273 av 5.435), mens andelen seniorer av alle leger ved helseforetak og private sykehus (overleger og LIS) er 23 % (2.332 av totalt 10.219).

Avtalene for sykehusene inneholder bestemmelser som omtaler særlig belastende fag, og det er da relevant å se på fordeling av leger på spesialitetene. Følgende tabell viser utvikling siden 2000 og andel av total i 2007 for hver enkelt spesialitet når det gjelder antall leger

### 1. Rangert etter spesialitetenes størrelse i 2007:

<i>Spesialiteter</i>	<b>2000*</b>	<b>2007</b>	<b>% økning</b>	<b>Andel av total i 2007</b>
Allmenntidrett	2 298	2 456	6,9 %	19,2 %
Indremedisin	1 134	1 338	18,0 %	10,5 %
Psykisk	828	1 076	30,0 %	8,4 %
Generell kirurgi	895	876	-2,1 %	6,9 %
Anestesiologi	510	654	28,2 %	5,1 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	444	530	19,4 %	4,2 %
Barnesykdommer	399	485	21,6 %	3,8 %
Radiologi	369	481	30,4 %	3,8 %
Samfunnsmedisin	507	453	-10,7 %	3,5 %
Ortopedisk kirurgi	266	389	46,2 %	3,0 %
Øyesykdommer	288	329	14,2 %	2,6 %
Nevrologi	197	286	45,2 %	2,2 %
Øre-nese-halssykdommer	253	280	10,7 %	2,2 %
Hjertesykdommer	212	263	24,1 %	2,1 %
Arbeidsmedisin	185	226	22,2 %	1,8 %
Barne- og ungdomspsykiatri	125	189	51,2 %	1,5 %
Gastroenterologisk kirurgi	132	185	40,2 %	1,4 %
Fordøyelsesykdommer	156	183	17,3 %	1,4 %
Patologi	131	166	26,7 %	1,3 %
Lungesykdommer	135	155	14,8 %	1,2 %
Onkologi	105	147	40,0 %	1,2 %
Fysisk medisin og rehabilitering	104	140	34,6 %	1,1 %
Hud- og veneriske sykdommer	122	137	12,3 %	1,1 %
Revmatologi	108	131	21,3 %	1,0 %
Urologi	106	125	17,9 %	1,0 %
Plastikkirurgi	67	99	47,8 %	0,8 %
Nyresykdommer	79	97	22,8 %	0,8 %
Medisinsk mikrobiologi	87	92	5,7 %	0,7 %
Karkirurgi	93	86	-7,5 %	0,7 %
Geriatric	74	81	9,5 %	0,6 %
Infeksjonssykdommer	65	81	24,6 %	0,6 %
Medisinsk biokjemi	92	75	-18,5 %	0,6 %
Endokrinologi	51	68	33,3 %	0,5 %
Blodsykdommer	43	60	39,5 %	0,5 %
Thoraxkirurgi	65	58	-10,8 %	0,5 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	50	55	10,0 %	0,4 %
Nevrokirurgi	44	54	22,7 %	0,4 %
Nukleærmedisin	0	44		0,3 %
Klinisk farmakologi	28	37	32,1 %	0,3 %
Medisinsk genetik	24	35	45,8 %	0,3 %
Klinisk nevrofysiologi	18	25	38,9 %	0,2 %
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	24	22	-8,3 %	0,2 %
Barnekirurgi	16	15	-6,3 %	0,1 %
<b>SUM yrkesakt. &lt; 70 år i Norge</b>	<b>10 929</b>	<b>12 764</b>	<b>16,8 %</b>	<b>100,0 %</b>
* Tallene gjelder per 5.5.2000. For de øvrige årene gjelder tallene per 1.1. hvert år.				
- Tabellen gjelder alle spesialistgodkjenninger, ikke personer.				
- Gjennomsnittlig antall spesialistgodkjenninger per spesialist er 1,25 per 1.1.2007.				

## 2. Rangert etter vekst i antall leger fra 2000 til 2007:

<i>Spesialiteter</i>	<b>2000*</b>	<b>2007</b>	<b>% økning</b>	<b>Andel av total i 2007</b>
Barne- og ungdomspsykiatri	125	189	51,2 %	1,5 %
Plastikkirurgi	67	99	47,8 %	0,8 %
Ortopedisk kirurgi	266	389	46,2 %	3,0 %
Medisinsk genetikk	24	35	45,8 %	0,3 %
Nevrologi	197	286	45,2 %	2,2 %
Gastroenterologisk kirurgi	132	185	40,2 %	1,4 %
Onkologi	105	147	40,0 %	1,2 %
Blodsykdommer	43	60	39,5 %	0,5 %
Klinisk nevrofysiologi	18	25	38,9 %	0,2 %
Fysikalsk medisin og rehabilitering	104	140	34,6 %	1,1 %
Endokrinologi	51	68	33,3 %	0,5 %
Klinisk farmakologi	28	37	32,1 %	0,3 %
Radiologi	369	481	30,4 %	3,8 %
Psykiatri	828	1 076	30,0 %	8,4 %
Anestesiologi	510	654	28,2 %	5,1 %
Patologi	131	166	26,7 %	1,3 %
Infeksjonssykdommer	65	81	24,6 %	0,6 %
Hjertesykdommer	212	263	24,1 %	2,1 %
Nyresykdommer	79	97	22,8 %	0,8 %
Nevrokirurgi	44	54	22,7 %	0,4 %
Arbeidsmedisin	185	226	22,2 %	1,8 %
Barnesykdommer	399	485	21,6 %	3,8 %
Revmatologi	108	131	21,3 %	1,0 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	444	530	19,4 %	4,2 %
Indremedisin	1 134	1 338	18,0 %	10,5 %
Urologi	106	125	17,9 %	1,0 %
Fordøyelsesykdommer	156	183	17,3 %	1,4 %
Lungesykdommer	135	155	14,8 %	1,2 %
Øyesykdommer	288	329	14,2 %	2,6 %
Hud- og veneriske sykdommer	122	137	12,3 %	1,1 %
Øre-nese-halssykdommer	253	280	10,7 %	2,2 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	50	55	10,0 %	0,4 %
Geriatrici	74	81	9,5 %	0,6 %
Allmennmedisin	2 298	2 456	6,9 %	19,2 %
Medisinsk mikrobiologi	87	92	5,7 %	0,7 %
Generell kirurgi	895	876	-2,1 %	6,9 %
Barnekirurgi	16	15	-6,3 %	0,1 %
Karkirurgi	93	86	-7,5 %	0,7 %
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	24	22	-8,3 %	0,2 %
Samfunnsmedisin	507	453	-10,7 %	3,5 %
Thoraxkirurgi	65	58	-10,8 %	0,5 %
Medisinsk biokjemi	92	75	-18,5 %	0,6 %
Nukleærmedisin	0	44		0,3 %
<b>SUM yrkesakt. &lt; 70 år i Norge</b>	<b>10 929</b>	<b>12 764</b>	<b>16,8 %</b>	<b>100,0 %</b>
* Tallene gjelder per 5.5.2000. For de øvrige årene gjelder tallene per 1.1. hvert år.				
- Tabellen gjelder alle spesialistgodkjenninger, ikke personer.				
- Gjennomsnittlig antall spesialistgodkjenninger per spesialist er 1,25 per 1.1.2007.				

## Status - tiltak og bestemmelser

### Sentrale bestemmelser om seniorpolitikk i tariffområdet Spekter.

For helseforetakene er det ingen regulering av seniorpolitiske tiltak i hovedavtalen eller overordnet tariffavtale - det vil si i overenskomstens del A (protokoll innledende forhandlinger) eller del A1 (sosiale bestemmelser).

I sentral forbundsvis avtale (A2) og lokale avtaler (B) mellom Legeforeningen og Spekter/helseforetakene har vi følgende bestemmelser (gjennomstreket og kursiv tekst reflekterer endringer i 2008):

Sentral avtale A2	<p><b>§ 3.5.4 Fritak for vakt</b> Overordnet lege kan be seg fritatt for plikt til tilstedevakt ved fylte 58 år og for hjemnevakt ved fylte 60 år. For overordnet lege i særlig belastende fag, kan det avtales fritak ved lavere alder. Alder og hva som regnes som særlig belastende fag, avtales mellom partene i det enkelte helseforetak.</p>
	<p><b>§ 8.6 Seniorpolitikk/eldre arbeidstakere.</b> Det seniorpolitiske perspektiv må integreres i helseforetakenes personalpolitikk. Ulike virkemidler og tiltak bør tas i bruk for å nyttiggjøre seg eldre legers kunnskap og erfaring best mulig, samtidig som eldre leger sikres mulighet for faglig fornyelse og utvikling. <i>Arbeidstidsordninger bør tilpasses den enkeltes alder og helse.</i></p>
<b>Seniorpolitikk ved helseforetakene i henhold til lokal avtale</b>	
<b>Helse Sør-Øst</b>	
Aker	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene
AHUS	<p><b>B. Livsfasepolitikk</b> Partene er <del>enige om forplikter seg til</del> å nedsette et partssammensatt utvalg for å utvikle en <del>seniorpolitikk livsfasepolitikk for leger</del> som på den ene siden vil medvirke til at foretaket kan beholde erfaren arbeidskraft så lenge som mulig, og på den andre siden ivaretar den enkeltes behov for tilrettelegging av arbeidssituasjonen. <del>Partene er opptatt av forhold knyttet til</del> <i>Utvalget skal spesielt se på belastninger som følger av døgkontinuerlig vaktarbeid og alternative jobbmuligheter i foretaket. Et slikt utvalg skal formaliseres innen 01.10.2008 og forventes å avgi en rapport innen 01.06.09. Resultatet vil bli bakt inn i Ahus sitt dokument om livsfasepolitikk.</i></p>
Asker og Bærum	<p><b>§ 3.5.2 Fritak for vakt</b> <i>Følgende spesialiteter er partene enige om er særlig belastende fag: gynekologi, kirurgi og anestesi. Det kan i disse spesialitetene gis fritak fra fylte 55 år.</i></p> <p><b>§ 8.6 Seniorpolitikk/eldre arbeidstakere</b> Partene er enige om en personalpolitikk som også har fokus på seniorpolitikk. Målet er å sikre arbeidstakere som er ansatt i foretaket en mulighet til å bruke sin faglige og personlige kompetanse i arbeidet. Dette for at arbeidstakeren skal ha en meningsfylt arbeidssituasjon de siste yrkesaktive år. Det bør legges til rette for tilpassede løsninger avhengig av den enkeltes behov og arbeidsgivers muligheter.</p>
Østfold	<b>Protokoll pkt. c.</b> SØ HF vil sammen med fagorganisasjonene arbeide med seniorpolitikk og vurdere tiltak som tar hensyn til den enkelte arbeidstaker iht arbeidsoppgaver, arbeidstid og arbeidsplass.
Innlandet	<b>§ 3.5.4</b> Overordnet lege kan be seg fritatt for plikt til tilstedevakt ved fylte 58 år og for hjemnevakt ved fylte 60 år. Lege som får fritak fra vakt etter denne bestemmelsen skal få individuelt tillegg i lønn som fullt ut kompenserer for tapet av vaktlønn på det tidspunkt de går ut av vakt. Lege som fortsetter i vakt kan gis kompensasjon.
Sunnaas	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene
Ullevål	<b>§ 3.4.2</b> Overordnet lege kan be seg fritatt for plikt til tilstedevakt fra fylte 58 år. Samme aldersgrense skal gjelde overlege med forvakt i hjemmet. For overlege med hjemnevakt for øvrig er aldersgrensen 60.
Blefjell	<p><b>§ 3.5.4</b> Ref A2 § 3.5.4. Også utover de angitte aldersgrenser i A II, kan den enkelte overordnede lege be seg fritatt for, eller be om redusert vaktjeneste, med begrunnelse i særlige og tungtveiende forhold i dennes livssituasjon. Ved vurderingen må det også tas hensyn til vaktbelastningen på de gjenværende i vaktssystemet.</p> <p><b>§ 8.6</b> Ref A2 § 8.6. Blefjell sykehus HF ønsker å utvikle retningslinjer og virkemidler for livsfasepolitikk som vil bli nedfelt i et eget personalreglement.</p>

Psykiatrien i Vestfold	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene <b>Protokoll:</b> Partene er enige om at det i perioden skal arbeides med mulige tiltak for å redusere sykefravær i legegruppen. ... Det bekreftes at generelle seniortiltak som gjelder alle ansatte i PIV HF også omfatter leger.
Rikshospitalet	<b>§3.6.4</b> Som A2 § 3.5.4 <b>§ 11 FERIE</b> 11.1 Beregningsgrunnlag for ferie – arbeidstakere over 60 år Feriepenger ytes også for den del av feriepengegrunnlaget som overstiger 6 ganger grunnbeløpet i folketrygden, jf. Ferieloven § 10 nr 3 og nr 6. <b>§ 15 SENIORPOLITIKK</b> Foretaket vil fokusere på en livsfaseorientert personalpolitikk som sikrer at leger ansatt i foretaket skal ha en meningsfylt arbeidssituasjon de siste yrkesaktive år. Dette innebærer blant annet at når en lege ber seg fritatt for å gå i vaktordninger, eller arbeidssituasjonen på annen måte tilsier endringer, skal det gjennomføres en utviklingssamtale med den enkelte lege og det skal foretas en individuell vurdering med sikte på et tilpasset opplegg. Følgende virkemidler kan være aktuelle: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En viss fleksibilitet i forhold til innretning av arbeidsdagen</li> <li>• Tilpasning av arbeidsplan med større aktivitet på dagtid</li> <li>• Etablering av individuelle planer og arbeidstidsordninger</li> </ul>
Ringerike	<b>§ 3.2</b> Alminnelig arbeidstid: ... Partene er enige om at arbeidssituasjonen skal legges til rette ut i fra hvilken livsfase den enkelte lege er i. Den enkeltes behov må veies opp mot foretakets behov. Ved fordeling av arbeidstid skal spesielle sosiale, omsorgsmessige og helsemessige forhold ivaretas for enkeltpersoner.
Buskerud	<b>§ 3.5.4</b> Overordnet lege i særlig belastende fag kan be seg fritatt for plikt til tilstedevakt ved fylte 55 år og for hjemmevakt ved fylte 58 år. Med særlig belastende fag menes: Fag som har hyppige vakter (tilstede eller hjemmevakt) og som jevnlig har arbeid/utrykning på natt. <b>§ 8.11</b> Livsfaseorientert arbeidsgiverpolitikk: Sykehuset Buskerud HF skal søke å legge forholdene til rette slik at arbeidstakerens kapasitet og kompetanse kan nyttiggjøres best mulig. Flexibilitet og tilrettelegging i den enkeltes livsfase vil være viktige elementer. Dette innebærer bl. annet at når en lege ber seg fritatt for å gå i vaktordninger eller arbeidssituasjonen på en annen måte tilsier endringer, skal det foretas en individuell vurdering med sikte på et tilpasset opplegg. <del>Partene er enige om at det nedsettes et partsammensatt utvalg for å utarbeide nærmere retningslinjer. 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 .</del>
Telemark	<b>§ 3.4.5</b> Fritak for vakt følger bestemmelsene i A2 § 3.5.4. <b>§ 8.5</b> Seniorpolitikk: Sykehuset Telemark vil fokusere på en livsfaseorientert personalpolitikk som sikrer at leger ansatt i foretaket skal ha en meningsfylt arbeidssituasjon de siste arbeidsaktive år. Dette innebærer bl a at når en lege ber seg fritatt for å gå i vaktordninger eller arbeidssituasjonen på en annen måte tilsier endringer, skal det foretas en individuell vurdering med sikte på et tilpasset opplegg.
Vestfold	<b>Protokoll pkt 6.</b> De lokale parter nedsetter et utvalg som skal se på muligheter for å legge til rette for at overleger som ønsker å fritas for vakter etter bestemmelsen i A 3.5.2 kan fritas for vakter evt andre kompensierende tiltak. Flexibilitet og tilrettelegging i ft den enkeltes livsfase er viktig. <b>§ 7.6 Seniorpolitikk</b> SiV vil fokusere på en livsfaseorientert personalpolitikk som sikrer at leger ansatt i foretaket skal ha en meningsfylt arbeidssituasjon de siste yrkesaktive år. Dette innebærer blant annet at når en lege ber seg fritatt for å gå i vaktordninger, eller arbeidssituasjonen på annen måte tilsier endringer, skal det foretas en individuell vurdering med sikte på et tilpasset opplegg.



Helse Vest	
Sørlandet	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene
Stavanger	<p><b>§ 3.1</b> Alminnelig arbeidstid ... Leger som ved fylte 55/60 år går ut av vaktordninger i henhold til punkt 3.6.4 beholder den alminnelige arbeidstiden som gjelder for den vaktordning de har arbeidet i størstedelen av de siste 4 årene. ...</p> <p><b>§ 3.6.4</b> Fritak for vakt Overordnet lege kan be seg fritatt for plikt til tilstedevakt ved fylte 55 år og for hjemmevakt ved fylte 60 år. Lønnskompensasjon forhandles individuelt.</p> <p><b>§ 8.9</b> Seniorpolitikk/eldre arbeidstakere Det skal utarbeides et dokument vedrørende seniorpolitikk for legegruppen ved Helse Stavanger HF. Foretaket skal, på bakgrunn av eksisterende generelle retningslinjer og dokumenter, utarbeide forslag til tiltak spesielt tilpasset de utfordringer legegruppen står overfor i forhold til ivaretagelse av og kompetanseoverføring fra seniorlegene .</p>
Fonna	<p><b>§ 4.5.2</b> Vaktplikt ... Fritak for vakt - Det vises til A2 § 3.5.4. Fritak for vakt kan avtales som individuell ordning ved lavere alder enn 58 hhv 60 år i særskilt belastende fag. Som særskilt belastende fag regnes i dag anestesi og gynekologi/obstetikk.</p>
Bergen	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene <b>Protokoll s.4, pkt.3</b> : Videreføre arbeid i gruppe – levere innstilling innen 1. des. 2005.
Førde	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene
Helse Midt-Norge	
Nordmøre og Romsdal	<p><b>3.5.4</b> Fritak for vakt Overleger som velge fritak fra vakt ved fylte 58/60 år iht. A2 § 3.5.4, kan søke om å beholde en alminnelig arbeidstid på 38 timer som en personlig ordning. Arbeidsgiver avgjør søknaden.</p>
Nord-Trøndelag	<p><b>§ 3.5.4</b> Som A2 § 3.5.4 + belastende fag spesifiseres ikke – drøftes i hvert enkelt tilfelle</p> <p><b>§ 8.6</b> Det seniorpolitiske perspektiv skal integreres i Helse Nord-Trøndelag HF's personalpolitikk. Denne skal sikre at leger ansatt ved Helse Nord-Trøndelag HF har en meningsfylt arbeidssituasjon de siste arbeidsaktive år. Dette innebærer blant annet at når en lege ber seg fritatt for å gå i vaktordninger eller arbeidssituasjonen på en annen måte tilsier endringer, skal det foretas en individuell vurdering med sikte på et tilpasset opplegg. Slike forhold skal gå frem av den individuelle tjenestekontrakten. Følgende virkemidler kan være aktuelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mer tid avsatt til veiledning, fagutvikling og forskning</li> <li>- Omdefinering av stillinger til senioroverlegestillinger (kompetansestillinger)</li> <li>- Deltakelse på kurs, hospiteringsordninger og lignende som gir personlig og faglig stimulans og fornyelse.</li> </ul> <p>Egen samtale med seniormedarbeidere som et ledd i planlegging av senkarrieren (utvidet medarbeidersamtale, milepælsamtale).</p>
Sunnmøre	<p><b>§ 3.5.4</b> Fritak for vakt Som A2, men med følgende tillegg: Overleger vil etter fylte 60 år få en arbeidstid pr. uke på 35,5 timer pr uke (38 timer pr uke jf § 3.3) (lå tidligere i protokoll)</p> <p><b>§ 8.6</b> Seniorpolitikk/eldre arbeidstakere - som A2</p>

St. Olav	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene <b>Protokoll pkt.6:</b> Fokus på livsfaseorientert personalpolitikk som del av helhetlig arbeidsgiverpolitikk. Helhetlig arbeidsgiverpolitikk utredes – sendes ut for høring og drøfting. <b>Ensidig protokolltilførsel Dnlf:</b> ... anbefaler legeföreningen at helseforetaket gjennomfører et arbeid med seniorpolitikk også for leger. Dette er av særlig betydning for å ivareta tilgang på og videreføring av avansert kunnskap/avanserte ferdigheter, samt for å ivareta kompetent bemanning i rekrutteringssvake spesialiteter. Følgende tiltak foreslås (listen er ikke utfyllende): a. Overleger som velger fritak for vakt ved fylte 58/60 år i henhold til A2 § 3.5.4 bør beholde en alminnelig arbeidstid på 38 timer/uke. b. I forbindelse med utbetaling av feriepengar for den sjettede ferieuken, bør det legges det til grunn samme beregning av feriepengar per dag som første til femte ferieuke. c. Overleger som velger å fortsette i vakt etter fylte 58/60 år, kan fritas fra pålegget om fast utvidelse av den alminnelige arbeidstiden på 2,5 time. d. Arbeidstaker over 60 år som velger å gå ut av vakt, kan gis et seniortillegg på i 10 % av basislønn som kompensasjon. Tillegget trenger ikke inngå i basislønn.
<b>Helse Nord</b>	
Helgeland	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene § 3.5.4 Fritak for vakt - kun gravide omtales. § 8.6 Seniorpolitikk Helseforetaket vil fokusere på en livsfaseorientert personalpolitikk som sikrer at leger ansatt i foretaket skal ha en meningsfylt arbeidssituasjon de siste yrkesaktive år.
Finmark	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene <del>§ 8.6 Seniorpolitikk Fokusere på livsfaseorientert personalpolitikk. Skal nedsettes et utvalg som har som mål å sikre (alle) ansatte meningsfylt arbeidssituasjon de siste yrkesaktive år. Aktuelle virkemidler: Fleksibilitet i arb-dagen, flere timer på dagtid, tid til veiledning, fagutvikling og forskning, omdefinering til senioroverlegestillinger (kompetanse)stillinger, kurs og hospiteringsordninger.</del>
Nordland	§ 8.4 Livsfasepolitikk Etter fylte 55 år skal arbeidstaker gis anledning til å drøfte egen arbeidssituasjon med tanke på endring av arbeidssituasjon/arbeidsbelastning. Eventuelle kompensasjonsordninger ved tap av lønn, vurderes og avgjøres av sykehusets ledelse i hvert enkelt tilfelle.
UNN	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene
Hålogaland	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene (del av UNN, men med egen prolongert B-del)

I det sentrale avtaleverket - A2 - for helseforetakene beskrives altså dels en konkret rettighet til tilrettelegging (§ 3.5.4), og dels generelle intensjoner om at "ulike virkemidler og tiltak bør tas i bruk" (§ 8.6). § 3.5.4 angir en rettighet til å tre ut av vaktordninger ved 58 eller 60 år (tilstedevakt og hvilende vakt henholdsvis). Dette er lavere alder (og således en forbedret rettighet) enn det som er angitt i arbeidsmiljøloven (62 år), men bestemmelsen gir ingen rett til kompensasjon av tapt inntekt som følge av at man slutter å gå vakter.

En grovinndeling av de lokale avtalene når man sammenlikner med de sentrale minstebestemmelsene viser følgende:

Antall HF med avtale omtrent som A2	Antall HF med noe bedre bestemmelser enn i A2	Antall HF med vesentlig bedre bestemmelser enn i A2
13	12	3

Følgende helseforetak har vilkår som betegnes som vesentlig bedre enn A2:

- Innlandet – tap av vaktlønn kompenseres, eller gis som senior-tillegg ved fortsatt vaktjeneste
- Rikshospitalet – fulle feriepenger for den 6. ferieuken
- Buskerud – fritak for vakt ved lavere alder, samt beholder samme reduserte arbeidstid som man hadde i vaktordningen.

### Sentrale bestemmelser om seniorpolitikk i HSH-HUK

Det er ingen reguleringer av seniorrettigheter i hovedavtalen (parallellavtale). Det er heller ingen reguleringer av seniorrettigheter i de sentrale overenskomstene for spesialisthelsetjenesten, virksomheter, helse og sosiale tjenester, høyskoler, museer eller barnehager. I overenskomst for utdanning, kapittel 3.2 (Lokal lønnspolitikk - 3.2.4 Seniorpolitiske tiltak) fremgår at virksomheten skal utvikle virkemidler for å motivere arbeidstakere til å stå lenger i arbeid. Slike virkemidler kan være tilpasset arbeidstid, tilrettelegging av arbeidsoppgaver, tjenestefri med lønn, kronetillegg, kontantutbetaling e.l. Arbeidsgiver kan avtale virkemiddelbruk med den enkelte arbeidstaker. Arbeidsgiver drøfter med de tillitsvalgte alternative virkemidler og orienterer om inngåtte avtaler.

Øvrige sentralt avtalte seniorrettigheter i tariffområdet:

<b>HSH-HUK - Seniorpolitikk</b>	
Protokoll til sentrale overenskomster HSH-HUK 2008-2010	<b>Pkt 6. Seniorpolitikk</b> Arbeidsgiver har ansvaret for at det i løpet av perioden utvikles en seniorpolitisk plattform for virksomheten. Partene skal i den forbindelse drøfte konkrete seniorpolitiske tiltak tilpasset lokale behov og forutsetninger. Slike virkemidler kan være tilpasset arbeidstid, tilpassede arbeidsoppgaver, tjenestefri med lønn, økonomiske insitammenter eller liknende.
Sentral protokoll særavtalen HSH 2009-2010	<b>Pkt 5. Seniorpolitikk</b> Det vises til pkt 6 i protokoll fra sentral overenskomstforhandlingene 2008, om revisjon av blant annet Landoverenskomst for spesialisthelsetjenesten, hvor følgende fremgår: "Arbeidsgiver har ansvaret for at det i løpet av perioden utvikles en seniorpolitisk plattform for virksomheten. Partene skal i den forbindelse drøfte konkrete seniorpolitiske tiltak tilpasset lokale behov og forutsetninger. Slike virkemidler kan være tilpasset arbeidstid, tilpassede arbeidsoppgaver, tjenestefri med lønn, økonomiske insitammenter eller liknende."
Sentral særavtale HSH 2009-2010	<b>§ 3.5.4 Fritak for vakt</b> Overordnet lege kan be seg fritatt for plikt til tilstedevakt ved fylte 58 år og for hjemnevakt ved fylte 60 år. For overordnet lege i særlig belastende fag, kan det avtales fritak ved lavere alder. Alder og hva som regnes som særlig belastende fag, avtales mellom partene i den enkelte virksomhet.

## Lokale bestemmelser vedrørende seniorrettigheter:

<b>Lokale avtaler - Seniorpolitikk ved HSH-virksomhetene:</b>	
Betanien, Bergen	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene Pågående arbeid for alle grupper
Borgestadklinikken	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene Personlig ordning for to leger om fritak fra vakt uten bortfall av vakttillegg og én fridag pr mnd (seniordag).
Diakonhjemmet	<b>Protokoll 2008, pkt 3:</b> Ansiennitetstillegg på kr.15.000,- etter 20 års tjenestetid. <b>Protokoll 2008, pkt.5:</b> Intensjonserklæring om å jobbe videre med seniorpolitiske virkemidler ved oppgjøret i 2009. <b>§ 3.5.3:</b> Leger over 60 år som går i vakt kan gå hjem dag etter vakt kl.12 uten trekk i lønn. Leger over 60 år som har aktiv tilstedevakt får en ekstra friuke pr år.
Glittreklinikken	<b>§ 3.5.3:</b> Leger 62 år og over som går i tilstedevakt kan gå hjem dag etter vakt kl.12 uten trekk i lønn. Kan be seg fritatt fra 58/60 år med mulighet for at personlige tillegg i lønn kan drøftes ved bortfall av vaktlønn. <b>§ 5.12:</b> Vaktulempetillegg for overleger som velger å fortsette i tilstedevakt etter fylte 58 år - 0,019 % av basislønn. <b>§ 8.4.2:</b> Livsfaseorientert personalpolitikk - nyttiggjøre eldre legers kunnskap og erfaring best mulig...
Haraldsplass	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene Det er nedsatt et utvalg som skal utrede tiltak.
HSR - Haugesund	Ingen særskilte seniorrettigheter for legene spesielt. Har utarbeidet standardisert avtale om mulighet for tilretteleggingstilskudd på 16.000/år og/eller opptjening av sluttbonus på henholdsvis 12/24/36/48/60 fra fylte 63 til 67 år.
Jæren DPS	<b>§ 3.5</b> Overordnet lege kan be seg fritatt for vakt ved fylte 58 Legen lønnes fortsatt gjennomsnittlig timetall de siste 4 årene. <b>§ 4.5</b> Ansiennitetstillegg - for tjeneste ved virksomheten og total ansiennitet som overlege - satser fra 2 til mer enn 12 år.
Martina Hansens Hospital	<b>Protokoll 2008 - Seniorpolitikk:</b> Leger over 62 år har redusert kveldspoliklinikk med 1/3 og en avspaseringsuke ekstra pr. år. Leger over 65 år har redusert kveldspoliklinikk med 2/3 og 2 avspaseringsuker ekstra pr. år.
Modum bad	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene
Oslo Hospital	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene
Revmatisme-sykehuset Lillehammer	Leger over 60 år som går i vakt kan gå hjem dag etter vakt kl.12 uten trekk i lønn. Seniordokument - generelle tiltak for alle grupper utarbeidet i 2006 - gir mulighet for å velge bort ubekvem arbeidstid og likevel beholde 50 % av ubekvemstillegg, 1,5 time reduksjon i den ukentlige arbeidstiden, samt lønnskompensasjon ved å ikke benytte ovennevnte på 5 % og 7,5 % av basislønn ved hhv 62 og 65 år.
Viken senter	Ingen avtalte seniorrettigheter ut over de sentrale minimumsrettighetene

### Innspill fra yrkesforeningene - Of

Hovedmålsetting for Pensjonsreformen om at eldre skal kunne stå lenger i arbeid vil også gjelde leger. Leger har tradisjonelt valgt å pensjonere seg langt senere enn det som er vanlig i arbeidslivet, og det har vært vanlig blant overleger å være i fullt arbeid til man er blitt mellom 67 og 70 år.

De siste år har legenes faktiske pensjonsalder vært synkende, og det har ved spørreundersøkelser blitt vist at viktige forutsetninger for å utsette pensjonering er redusert vaktbelastning og mer fleksible og tilpassede arbeidsordninger. Samtidig ønsker ikke legene at disse "lettelsene" skal medføre vesentlig nedgang i lønn eller pensjon. Målet for seniorpolitiske tiltak må være å stoppe eller endog reversere tendensen til at leger pensjonerer seg tidligere enn før. Dessuten bør forholdene legges til rette for at de som er pensjonister kan fortsette å praktisere om enn i mer begrenset grad enn før, til eget og samfunnets beste

Det er positivt at bestemmelser om fritak for vakt er kommet inn i de sentrale avtaler. Mange kolleger opplever likevel nåværende avtale som lite tilfredsstillende. I de mest belastede spesialitetene (eksempelvis anesthesiologi, gynekologi og pediatri) oppleves tilstedevakt frem til 58 år som urimelig krevende, og i alle fall for disse spesialitetene bør grensen settes til maksimalt 55 år. Dette er ved enkelte helseforetak nedfelt i lokale avtaler.

Også hjemmevaktordninger med høy tilkallelshyppighet oppleves som svært belastende. Disse vaktordningene bør, etter nærmere fastsatte kriterier, behandles på samme måte som tilstedevaktordninger.

Begrensninger grunnet antall stillingshjemler tildelt av Nasjonalt Råd, kan bety økt vaktbyrde for de leger som ikke kan kreve å gå ut av vaktordning. Ved noen sykehus har ledelsen tilsynelatende vært lite innstilt på å legge forholdene til rette for eldre lege både økonomisk og arbeidsmessig. Disse forhold har gjort at leger har kviet seg for å gå ut av vakt, selv om alder/helse/arbeidskapasitet tilsier at de burde gjort det. Leger som velger å fortsette i vakt etter den alder hvor de kunne fått fritak, kan tilstå kompensasjon i form av økt vakttillegg eller eksempelvis fri dagen før og/eller etter vakt.

For mange år utgjør vakttillegg og den utvidede arbeidstid (UTA-timer) opparbeidet ved vaktarbeid en stor del av inntekten. Deres økonomiske situasjon vil bli vesentlig dårligere uten vakt. Dette gjelder medarbeidere som har gjort en tung vaktinnsats i mange år. Noen har valgt å jobbe litt utvidet dagarbeidstid da dette har vært langt mindre belastende enn vakt. Dermed har man kunnet beholde flere timer på tjenesteplane og dermed unngå en større reduksjon i inntekt.

### *Tilrettelegging av arbeid*

I tillegg til redusert/opphevet vaktbelastning, kan en rekke andre tilpasninger være aktuelle for at den eldre legen skal ha tilfredsstillende av å være i arbeid og for at arbeidsgiver/pasienter skal ha størst mulig nytte av legens kunnskaper og erfaringer. Det vil her være svære individuelle forskjeller og det er vanskelig å trekke opp faste retningslinjer. For noen vil undervisning og veiledning av yngre kolleger være riktig, andre vil trives best i en "nisje", atter andre vil foretrekke rent pasientarbeid. Det viktige er at det legges opp til en individuell utforming av seniorennes arbeid, i nøye samarbeid mellom arbeidsgiver og lege. Det vises i den sammenheng til den tilretteleggingsplikt som følger av arbeidsmiljøloven.

## **Utfordringer for Legeforeningen knyttet til seniorpolitikk i helseforetak og sykehus**

### ***A. Utfordring overfor arbeidsgiver og forhandlingsmotpart – sentral eller lokal regulering av seniorpolitikk***

Legeforeningen har i forhandlinger både innen HSH-HUK og Spekter-området forsøkt å få inntatt sentrale seniorbestemmelser. Siktemålet har vært konkrete rettigheter som kan bidra til at seniorleger reelt sett kan få en tilpasset arbeidstid ved behov. Kravene har eksempelvis vært ekstra ferie, fulle feriepenger for den 6. ferieuken og redusert vaktbelastning uten trekk i lønn. Det har vært krevende å få gehør for denne type krav ved sentrale forhandlinger. Hovedbegrunnelsen fra motparten er at dette må reguleres lokalt. Det er fra Legeforeningens side uttrykt forståelse for dette, men det forutsetter at det lokalt er fokus på denne type rettigheter. Som vi ser av oversikten over lokale avtaler er det ikke mange sykehus som har implementert gode legespesifikke tiltak. Balansen mellom et reelt behov for lokal tilpasning og sentrale minimumsbestemmelser må ivaretas i det videre arbeidet.

### ***B. Utfordringer på arbeidsplassen – ulike behov mellom leger og legegrupper***

Det er viktig med fokus på tilpassede ordninger og individuelle løsninger. Dette vil også måtte ta utgangspunkt i særskilte behov for leger innen den enkelte spesialitet.

Forpliktende formuleringer i avtaleverket som baserer seg på arbeidsgivers plikt til individuelle vurderinger av den enkelte seniors muligheter for tilrettelegging av arbeidssituasjonen, må være en målsetning hvor dette ikke allerede finnes.

## 5.4 Kommunehelsetjenesten og privat praksis

For stillingsgrupper innen kommunehelsetjenesten og privat praksis har vi følgende fordeling av seniorer (over 55 år):

År	All-menn-lege	Komm.-lege med praksis	Privat spes.	Bedrifts-lege	Adm. fylke /kommune	SUM alle grupper
ALLE år ->	3 934	472	890	207	213	19 084
1935						128
1936	4		6		2	166
1937	9	4	15		1	176
1938	17	1	22	1	1	186
1939	22	3	23	2		206
1940	36	4	33	4	3	220
1941	38	6	33	2	3	194
1942	34	4	33	5	8	273
1943	50	7	37	5	10	297
1944	65	6	44	6	9	368
1945	75	6	38	12	6	357
1946	81	6	41	8	14	433
1947	78	8	45	8	6	368
1948	92	11	44	7	5	387
1949	103	4	48	6	6	404
1950	134	13	43	4	12	440
1951	129	6	38	7	8	438
1952	125	8	36	15	11	440
<b>SUM 55+</b>	<b>1 092</b>	<b>97</b>	<b>579</b>	<b>92</b>	<b>105</b>	<b>5 959</b>
<b>Andel av gruppe</b>	<b>28 %</b>	<b>21 %</b>	<b>65 %</b>	<b>44 %</b>	<b>49 %</b>	<b>31 %</b>
<b>Andel av total 55+</b>	<b>18 %</b>	<b>2 %</b>	<b>10 %</b>	<b>2 %</b>	<b>2 %</b>	<b>100 %</b>

Stillingsgruppene i kommunehelsetjenesten og privat praksis representerer samlet 33 % av alle leger i senioralder (1.965 av 5.959). Allmennleger utgjør et stort flertall, og representerer alene 18 % (1.092 av 5.959). Private spesialister er nest størst, og utgjør 10 % (579 av 5.959). Andelen seniorer blant alle aldersgrupper i disse stillingsgruppene er 34 % (1.965 av 5.716).

## Status - tiltak og bestemmelser

Tariffavtalene i KS og Oslo kommune

KS	<b>3.2.3 Seniorpolitiske tiltak</b> Kommunen/fylkeskommunen/virksomheten skal utvikle virkemidler for å motivere arbeidstakere til å stå lenger i arbeid. Slike virkemidler kan være tilpasset arbeidstid, tilrettelegging av arbeidsoppgaver, tjenestefri med lønn, kronetillegg, kontant utbetaling e.l. Arbeidsgiver kan avtale virkemiddelbruk med den enkelte arbeidstaker. Arbeidsgiver drøfter med de tillitsvalgte alternative virkemidler og orienterer om inngåtte avtaler.
Oslo Kommune	Overenskomsten del B – Generelle særbestemmelser <b>8. Seniorpolitikk</b> Kommunens virksomheter skal innenfor gjeldende avtaleverk og kommunens tiltaksplan for seniorpolitikk etablere tiltak for å motivere seniormedarbeidere til å stå lenger i arbeid.

## Andre avtaler

### Særavtale, SFS2305, Dnlf-KS, § 7 Legevakt

7.4 Fritak gis til leger som har fylt 60 år dersom de ønsker det.

### Fra Rammeavtale KS/Dnlf – Vedrørende allmennleger

#### 10.7 Listestørrelse

Legen har rett til reduksjon av listen når dette skyldes

legens helsetilstand

at legen er over 60 år

at legens liste er særlig arbeidskrevende

#### 10.8 Deleliste

Lege over 60 år har rett til å dele sin fastlegeliste med henblikk på nedtrapping og overføring av praksis til annen lege. Legen forplikter seg da til å fratruke senest ved fylte 67 år. Legene må drive praksisen i samme legesenter. Lege med over 50 % varig uførhet har rett til å dele sin liste med annen lege på samme vilkår.

### Fra Rammeavtale RHF/Dnlf – Vedrørende avtalespesialister

#### §13 Seniorpolitikk.

Lege over 60 år har rett til å få dele sin praksis med henblikk på nedtrapping dersom RHF ønsker å opprettholde hjemmelen. Legen (senioren) forplikter seg da til å fratruke senest ved fylte 70 år, med mindre RHFet samtykker i noe annet. Nedtrappingsperioden kan ikke overstige 5 år. Legene må drive praksisen i samme lokaler.

Ved etablering av slik ordning gjelder reglene i denne avtalen vedrørende kunngjøring, tildeling, avtaleinngåelse (§3) og opphør (§11) samt § 9.5 siste ledd. Seniorens vurderinger mht hvilken lege som skal få tilbud om hjemmel, skal tillegges stor vekt, så lenge senioren har lagt vekt på saklige kriterier i sin vurdering, Jf §3.2 Senior kan trekke tilbake sitt ønske fram til tildeling har skjedd.

## Tiltak i enkeltkommuner

Fra KS' nettsider 14.11.2008:

### Seks kommuner om seniorpolitikk

*I «Livsfaseprosjektet - der erfaring og visdom teller», har kommunene Molde, Nedre Eiker, Ringerike, Skedsmo, Stord og Sørumsund deltatt. Disse har erfaring med seniorpolitisk arbeid og kan vise til resultater og gode effekter.*

Konkrete tiltak og effekter av disse fremkommer i disse kommunenes dokumenter knyttet til prosjektet. Tiltakene er beskrevet i tabellen nedenfor. I tillegg er seniorpolitiske tiltak i Stavanger kommune inntatt.

KS - utvalgte kommuner		
Kommune	Tiltak	Effekt av tiltak
Stord	<p>Frå fylte 62 år har arbeidstakarar, som ikkje tek ut AFP, rett til å få tilrettelagt arbeidsvilkår innafor ein sum på kr. 10.000,- pr. år i 100 % stilling. Arbeidstakarar som har teke ut delvis AFP er ikkje med i dette tiltaket.</p> <p>Sluttvederlag: Når arbeidstakarane går heilt ut av teneste, får alle eit sluttvederlag utrekna pr. årsverk slik:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ved fylte 63 år kr. 12.000,- 100 % stilling</li><li>• ved fylte 64 år kr. 24.000,-</li><li>• ved fylte 65 år el. meir kr. 36.000,-</li></ul> <p>Tilsette som har teke ut delvis AFP-pensjon eller går i deltidsstilling får sluttvederlaget redusert tilsvarende</p>	<p>Reduksjon av arbeidsgjevaravgift for arbeidstakarar over 62 år frå 01.07.02 med 4 %, saman med redusert utgift til AFP, dekker utgiftene til seniortiltaka. Med bakgrunn i den aktive seniorpolitikken og eit lågare uttak av AFP, målt opp mot uttak i KLP, har Stord kommune 100 % ansvar for AFP-utbetalingane for dei 3 årskulla 62 – 64 år. Det reduserte uttaket av AFP for årskulla 62-64 år utgjorde til dømes i 2003 ca. 7 årsverk. Dette gav ei redusert utgift til AFP på ca. 1.050.000.- for dette året.</p>
Stavanger	<ul style="list-style-type: none"><li>- Seniorvederlag på kr. 18 000 pr år i 100 % stilling, og</li><li>- tilretteleggingstilskudd fra kr.15 000,- til 35 000,- pr år i 100 % stilling.</li><li>- Avtalen inngås med hver enkelt senior - fornyes hvert år.</li><li>- Tilretteleggingstilskudd kan brukes for eksempel til innleie av vikar, kompetansebygging eller ekstra fridager.</li><li>- Seniortilskuddene varer til fylte 67 år - begrenset slik fordi ansatte kan kombinere uttak av full pensjon fra folketrygden og arbeidsinntekt mellom 67 og 69 år.</li></ul>	



KS - utvalgte kommuner		
Kommune	Tiltak	Effekt av tiltak
Molde	<p>Ansatte med rettigheter i KLP har tre veivalg:</p> <p>A) Pensjonsgivende lønnsøkning på kr 12 000 pr år ved fylte 62, 63 og 64 år. En forplikter seg for ett år i gangen</p> <p>B) Redusert stilling med opprettholdelse av lønn; for ansatte i full stilling: 10 ekstra fridager ved fylte 62 år, 90 % stilling ved fylte 63 år og 80 % stilling ved fylte 64 år.</p> <p>C) Individuell tilpasning innenfor rammen på kr 12 000.</p> <p>Veivalgene er en mulighet, ikke en betinget rett og det skal gjøres individuelle vurderinger på den enkelte arbeidsplass.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansatte med rettigheter i SPK har redusert leseplikt fra 58 og 60 år (hhv. 5,8 % og 12,5 %) og lønnstillegg med kr 12 000 pr år (ved fylte 62, 63, 64 og 65 år) som en del av lokal lønnspolitikk.</li> <li>- Det er gitt tilbud om dataopplæring til alle ansatte over 55 år, og</li> <li>- ansatte over 58 år skal ha tilbud om seniorsamtale. Det er utarbeidet egen mal for seniorsamtalen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ordningen med ny seniorpolitikk i Molde kommune ble gjort gjeldende fra 1. juli 2005.</li> <li>I 2002 ble det gjennom lønnspolitisk plan etablert en ordning der ansatte som fylte 62 år og med rettigheter i KLP fikk tilbud om kr 10 000 pr år mot at de ikke tok ut AFP det nærmeste året. Det var således allerede etablert en ordning med lønnstillegg for å stå i arbeid etter fylte 62 år.</li> <li>- Etter at den nye ordninga trådte i kraft fra 1. juli 2005, hadde mange, etter hvert som de fylte 62 år, allerede bestemt seg for å gå av med AFP. Andre har vært langtidssykmeldt og går ut i uføretrygd.</li> <li>- Av de som har valgt seniorordning, har de aller fleste (14) valgt lønnstillegg (veivalg A), bare 2 har valgt mer fritid (veivalg B).</li> <li>- Ingen har valgt veivalg C med individuell tilpasning.</li> </ul>
Nedre Eiker	<p>Tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fra fylte 55 år, tiltak innenfor virksomhetens rammer: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilrettelegging av arbeidsoppgaver og arbeidstid</li> <li>- Tilbud om to medarbeidersamtaler i året</li> </ul> </li> <li>• Fra fylte 62 år, tiltak som gir økonomiske konsekvenser: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Redusert stilling med opprettholdelse av full lønn (inntil 10 % reduksjon de som går i 90-100%)</li> <li>- Kontantutbetaling på NOK 12.000 pr. år for alle som er i full jobb når de fyller 63 til 67 år (Kan kombineres med AFP)</li> <li>- Pensjonsgivende lønnsøkning og bonusordning. NOK 2.500 pr. år fra 63 til 65 år. Deretter over på bonusordning med NOK 12.000 pr år. (Kan kombineres med AFP)</li> </ul> </li> <li>• For virksomheter med ansatte over 62 år, tiltak som gir økonomiske konsekvenser: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilretteleggingstilskudd (inntil NOK 10.000 for den enkelte senior)</li> <li>- Trivselstiltak – inntil kr. 10.000 for hele virksomheten.</li> </ul> </li> </ul> <p>Trivselstiltak skal komme alle ansatte til gode.</p>	<p>Forutsetninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Betingelse at senioren har vært ansatt i Nedre Eiker kommune de siste 5 år.</li> <li>- Inngåelse og oppfølging av avtaler ligger hos den enkelte virksomhetsleder.</li> <li>- Personalseksjonen administrer utbetalinger, og setter av midlene som finansierer de økonomiske tiltakene.</li> <li>- Dette blir finansiert med den reduserte arbeidsgiveravgiften for alle over 62 år (4 %).</li> </ul>
Sørums	<p>2001: To lønnstrinn i personlig tillegg til de som fylte 62 år i 100 % stilling når leder og medarbeider var enige om dette.</p> <p>2002: Endret til kr 10 000 i 100 % stilling som personlig tillegg – utvidet til å gjelde også ved fylte 63 og 64 år.</p> <p>2005: Seniortillegget kan også gis ved lokale forhandlinger i det året medarbeideren fyller 65 og 66 år.</p> <p>Seniorkurs over 2 dager på et hotell for medarbeidere fra 58 år og oppover hvert andre år.</p> <p>Seniorrådgiver har ansvar for å følge opp livsfasepolitikken.</p>	<p>2001: 26 % av de som fylte 62 år fortsatte å jobbe.</p> <p>2004 og 2005: 85 % av de som fylte 62 år fortsatte å jobbe.</p> <p>2001: 18 personer på AFP. 15 medarbeidere mellom 62 og 64 år i arbeid</p> <p>2005: 5 personer på AFP. 29 medarbeidere mellom 62 og 64 år i arbeid.</p> <p>Gjennomsnittsalderen har økt fra 43 år i 2001 til 45 år i 2005. Dette gir ca 450 000 kroner i redusert arbeidsgiveravgift per år i tillegg til ca 600.000 kroner i reduserte AFP-utgifter per år.</p>

KS - utvalgte kommuner		
Kommune	Tiltak	Effekt av tiltak
Ringerike	<p>1. Lederopplæring - Seniorpolitikk må integreres i lederopplæringen. Ledere må få kunnskap om aldring og læring, myter og fakta etc.</p> <p>2. <i>Arbeidsmiljøet</i> - Årlig kartlegging av arbeidsmiljøet. Dette kan gjennomføres som en spørreskjemaundersøkelse på intranett. Stikkord: Oppnå resultater, ledelse og trivsel.</p> <p>3. <i>Milepælsamtale</i> - Milepælsamtale er en utviklingsamtale der medarbeiders yrkeskarriere noen år fremover står i fokus. I tiden som kommer er det ikke minst viktig for arbeidsgiver/leder å få oversikt over hvordan medarbeidere i alderen 45-62 år tenker om sin videre yrkeskarriere. ... Egne utarbeidete skjemaer for disse samtalen benyttes. Disse samtalen trekker perspektiv 2-5 år fremover i tid.</p> <p>4. <i>Kompetanse</i> - Den enkelte medarbeider, ung eller eldre, har selv hovedansvar for å beholde og utvikle sin kompetanse, for å være kvalifisert for den jobben som skal utføres. Likevel må leder ha rutiner som ikke minst sikrer at seniorene har relevant kompetanse for årene som kommer.</p> <p>5. <i>Permisjon og stipend i forbindelse med kompetanseutvikling</i> Medarbeidere og ikke minst seniorene oppfordres til å søke på permisjons og stipendordninger...</p> <p>6. <i>Fleksibilitet</i> - Leder praktiserer en arbeidsgiverpolitikk som oppleves som løsningsorientert ved å finne fram til individuelle, fleksible arbeidsordninger.</p> <p>7. <i>Mobilitet</i> - Tilrettelegge for økt mobilitet internt i organisasjonen.</p> <p>8. <i>Egenkontroll</i> - Kontroll over egen arbeidssituasjon er en viktig faktor for trivsel og arbeidsglede.</p> <p>9. <i>Senior</i> - Tittel senior kan eventuelt knyttes til yrkestittelen</p>	<p>- Effekten av de seniorpolitiske tiltakene har vært god, målt mot forventet uttak av AFP og alders og uføretrygd for 2004. Evalueringstall for 2005 er ennå ikke klare.</p> <p>- MÅL: "Legge til rette for at medarbeidere i kommunen som har muligheter for det velger å fortsette i jobb ut over 62 år - og fram mot pensjonsalder 67-70 år"</p> <p>- Mål for den enkelte enhet - innen 1.1.2005:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Øke den gjennomsnittlige avgangsalderen i Ringerike kommune med 2 år</li> <li>• Øke deltakelse i opplæringstiltak for medarbeidere 50 +</li> <li>• Alle ansatte skal ha nødvendig datakunnskap til å utføre jobben sin</li> </ul> <p>- Mål for Ringerike kommune - innen 1.1.2005:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall ansatte som går over på AFP skal være lavere i Ringerike kommune enn det KLP regner som gjennomsnitt i norske kommuner.</li> </ul> <p>- Som ekstra motivasjon for både ledere og ansatte blir det avsatt kr. 10.000,- som skal benyttes til tilrettelegging av arbeidsplassen til alle som har fylt 62 år. Tilskuddet utbetales kun en gang per ansatt. Det utarbeides skriftlig avtale mellom arbeidsgiver og arbeidstaker om bruken av tilskuddet.</p>
Skedsmo	<p>- <i>Tiltak 1 – 80 % arbeidstid – 100 % lønn fra fylte 62 år:</i> Arbeidstidsreduksjonen kan tas ut på ulike måter (for eksempel ved reduksjon av daglig arbeidstid, ukedag fri, lengre fri i forbindelse med ferie).</p> <p>- <i>Tiltak 2 – fleksibilitet/justering av arbeidsoppgaver:</i> Ledere har en plikt til å forsøke å finne løsninger som ivaretar fleksibilitet/justering av arbeidsoppgavene ut fra seniorens behov – sett i forhold til helsetilstand, kompetanse, motivasjon</p> <p>- <i>Tiltak 3 – tildeling av midler til tiltak etter søknad:</i> Det settes av midler på hver sektor for andre/øvrige tiltak som kan bidra til å realisere de seniorpolitiske målene. Midlene har en maksimalramme på kr.25.000,- pr. person pr. år og skal kunne tildeles enheter i sektoren til helt konkrete tiltak. Tiltak kan være for eksempel å "kjøpe fri" arbeidstaker(e) for helgevakter, ta inn ekstrahjelp for avlastning, gi ekstra fridager. Dette skal være et økonomisk virkemiddel som motiverer den enkelte enhet til å gjennomføre tiltak (tilrettelegging etc.) for å beholde ansatte ut over 62 år – og som ikke benytter seg av AFP.</p>	<p>Pr januar 2006 har 38 inngått senioravtale. 34 på 80-100 ordningen, 4 bruker tiltak 3: tildeling av midler til tiltak (25.000) Midlene er brukt til frikjøp fra helgevakter og til kurs, datautstyr, ekstra feriedager. 1 ansatt har avtale om at reisetid er arbeidstid (arbeider på toget) pga sykdom og lang reisevei.</p> <p>Det kan se ut til at ordningen "slo inn" mht AFP spesielt i 2004 da dette var nytt i organisasjonen. AFP-tallene er – fra 02 – 05: 17, 21, 7, 12 – så av de 4 årene har vi de 2 laveste AFP-tall etter 80-100-ordning, tross stigende antall "potensielle AFP-ere". Intervjudata tyder også på at en del "avstår" fra AFP pga 80-100. Det er for tidlig å si noe om nedgangen i antall uføre er en mer varig tendens.</p>

## **Innspill fra yrkesforeningene - Af**

### *Seniorpolitikk og allmennlegene*

Det er erfaring blant fastleger at legen eldes sammen med listen sin. Dette gjelder særlig for fastleger som har sittet i samme praksis i mange år. Eldre fastleger har flere eldre og tunge pasienter på listen sin, fastlegen har høyere gjennomsnittsalder på listen sin. Eldre fastleger er slik sett en ressurs som ikke eller i for liten grad "belønnes" for å ha en liste som er særlig arbeidskrevende.

Avtaleverket i denne sammenheng Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene har to bestemmelser som berører seniorpolitikk.

### *10.7 Listestørrelse*

Legen har rett til reduksjon av listen når dette skyldes  
legens helsetilstand  
at legen er over 60 år  
at legens liste er særlig arbeidskrevende

### *10.8 Deleliste*

Videre har lege over 60 år rett til å dele sin fastlegeliste med henblikk på nedtrapping og overføring av praksis til annen lege. Legen forplikter seg da til å fratruke seg ved fylte 67 år. Legene må drive praksisen i samme legesenter. Lege med over 50 % varig uførhet har rett til å dele sin liste med annen lege på samme vilkår.

Oppsummert er det flere eldre og tunge pasienter som eldre fastleger skal dekke med legetjenester. Eldre fastleger er slik sett en ressurs. Det gis ingen eller bare liten økonomisk kompensasjon for en særlig arbeidskrevende og tung liste. Delingsmodellen gir fastleger over 60 år rett til å dele sin liste med henblikk på nedtrapping og overføring av praksis til annen lege. Prinsippet om deling av listen er bra, men dagens regler er for stivbente. Legen må forplikte seg til å fratruke seg ved fylte 67 år. Generelt er fastleger glad i yrket sitt, mange ønsker å arbeide til 70 års alder forutsatt at det er lagt til rette med en rimelig arbeidsbelastning. Plikten til å fratruke bør derfor settes til senest 70 års alder.

Det er, eller begynner å etablere seg en praksis generelt i samfunnet at seniorer får redusert arbeidstid med lønnskompensasjon (for eksempel 80 % stilling med 90 % lønn). Dette skjer også for sykehusleger ved lokale avtaler ved en del helseforetak. Det bør være rimelig at også fastleger får en tilsvarende ordning med økonomisk kompensasjon.

Eldre fastleger har som nevnt flere eldre og tunge pasienter på listen sin med større arbeidsbyrde uten at dette belønnes økonomisk. Slik økonomisk kompensasjon kan gis for eksempel ved at eldre pasienter "vektes" ved økning i pr capitatilskudd.

## **Innspill fra yrkesforeningene - PSL**

PSL viser til at leger som har full avtale er forpliktet til å arbeide 44 uker pr år. De resterende 6 uker fordeles på ferie og etterutdanning/møteaktiviteter. Denne brøken endres ikke når man blir seniorer. Det vil si at man ikke får anledning til å øke antall ferieuker på linje med andre i samfunnet. Manglende tilgang på vikarer er et stort problem. Selv om det er mye byråkrati for å få lov til å ta inn vikar, er det mangel på egnede vikarer som gjør det vanskelig å være borte fra praksisen.

## Utfordringer for Legeforeningen i kommunal sektor / privat praksis

De inneholdte opplysningene refererer til tiltak som ikke nødvendigvis er direkte overførbare til legenes arbeidssituasjon eller avtalestruktur. Det foreligger imidlertid en rekke prinsipielle føringer og konkrete tiltak som bør legges til grunn i det videre arbeidet med seniorpolitiske tiltak for leger – både sentralt og lokalt.

Spesielle utfordringer gjelder for leger som driver privat praksis. Her er det begrensninger knyttet til både avtalestruktur og finansieringssystemene. Tiltak for disse legene må fremforhandles/forankres på mange ulike nivåer (ulike aktører, ulike avtaler). Hvem skal forhandle frem og finansiere tiltak på arbeidsgiversiden?

## 5.5 Statlig sektor - forskning og forvaltning

For stillingsgrupper innen det statlige tariffområdet har vi følgende fordeling av seniorer (over 55 år):

År	Adm. stat	Forskning/ utdanning	SUM alle grupper
ALLE år -->	185	703	19 084
1935			128
1936	2	1	166
1937	5	6	176
1938	2	6	186
1939	4	7	206
1940	2	15	220
1941	2	8	194
1942	4	17	273
1943	7	12	297
1944	8	20	368
1945	3	13	357
1946	17	13	433
1947	12	28	368
1948	18	17	387
1949	11	15	404
1950	6	17	440
1951	9	16	438
1952	9	15	440
<b>SUM 55+</b>	<b>121</b>	<b>226</b>	<b>5 959</b>

Tabellen viser at seniorene i statlige stillinger samlet representerer 6 % av alle leger i senioralder (347 av 5.959), og at seniorandelen i tariffområdet er 39 % (347 av 888). Stillinger kategorisert under forskning/utdanning utgjør et flertall, og seniorene i disse stillingene representerer alene 65 % av tariffområdets seniorer (226 av 347), og har en seniorandel på 32 % (226 av 703). Administrative stillinger i staten har en seniorandel på 65 % (121 av 185).

## Status - tiltak og bestemmelser

Hovedtariffavtalen i stat:

Stat	<p><b>5.9 Seniorpolitiske tiltak</b></p> <p><b>5.9.1 Staten</b></p> <p>Arbeidsgiverne i staten må legge til rette for at arbeidstakerne kan stå lenger i arbeid. Seniorpolitiske tiltak er viktig for å få arbeidstakerne til å utsette sin fratreden. For å motivere eldre arbeidstakere til å stå lenger i arbeid, gis tjenestefri med lønn tilsvarende:</p> <p>Fra 62 år:</p> <p>a) åtte dager pr. år fra det kalenderåret man fyller 62 år <i>[2 dgr fra 62 år og 5 dgr fra 65 år]</i></p> <p>b) de lokale partene kan i tillegg avtale inntil seks dager pr. år.</p> <p>Kommer de lokale partene ikke til enighet, kan tvisten ikke ankes. Arbeidsgivers siste tilbud skal da gjelde. Deltidstilsatte arbeidstakere får rett til fridager forholdsmessig. Uttak av tjenestefri med lønn foretas enten som hele dager eller som redusert arbeidstid etter avtale med arbeidsgiver. Alternativt kan det avtales at dagene godtgjøres med lønn, jf. § 2, nr. 1. Uttaket etter denne bestemmelsen kan ikke overføres.</p> <p><b>5.9.2 Statlige grunn- og videregående skoler</b></p> <p>For undervisningspersonale over 60 år reduseres den ukentlige gjennomsnittlige leseplikten i grunnskole og videregående skole med en basisprosent lik 7 %. Reduksjonen gjennomføres. Leseplikten vil innebære en omfordeling av arbeidsoppgaver innenfor det totale årsverk. Den frigjorte tiden benyttes til oppgaver tilknyttet tilrettelegging og oppfølging av undervisning. Arbeidsgiver fastsetter hvilke arbeidsoppgaver som kan løses innenfor den omfordelte arbeidstid.</p>
------	--

### Tiltak i enkeltvirksomheter i stat

Det refereres her til undersøkelse gjennomført av Juristforbundet pr e-post i februar 2009. I undersøkelsen tas det sikte på å kartlegge hvordan seniorbestemmelsene i den statlige tariffavtalen (se over) praktiseres. De tillitsvalgte i departementene og underliggende virksomheter (eksempelvis Skatt Øst, H.dir, Oljeskattkontoret, Forbrukertvistutvalget, Regionkontor Kriminalomsorgen, Post- og Teletilsynet) ble bedt om å svare på følgende spørsmål:

1. Hvordan praktiseres hovedtariffavtalens seniorpolitiske tiltak på din arbeidsplass, jf HTA punkt 5.9?
2. Kjenner du til at det er inngått lokal avtale som det gis anledning til etter 5.9.1 bokstav b)?
3. Hvis ja på spørsmål 2, hvordan praktiseres den?

Svarene viser at 59 % av virksomhetene har lokalt avtalte rettigheter som gir ekstra fridager i forhold til hovedtariffavtalen. Videre viser undersøkelsen at 21 % av virksomhetene åpner for at fridager kan tas ut som lønn. Resultatene av undersøkelsen er her kategorisert og oppsummert i tabells form:

Undersøkelse i statlige virksomheter - referert Juristforbundet - totalt 39 virksomheter		
Fridager	Antall	%
Minimum, det vil si 8 dager - som i 5.9.1 a)	16	41 %
Utvidelse med inntil 6 dager i henhold til hta 5.9.1 b)	23	59 %
Sum antall virksomheter	39	100 %
Fridager kan utbetales som lønn		
De 8 fridagene, men ikke eventuelle ekstra fridager, kan utbetales som lønn	3	8 %
Utvidelse med inntil 6 dager i henhold til hta 5.9.1 b) og mulighet for å ta det ut som lønn	5	13 %
Sum antall virksomheter	8	21 %

## **Innspill fra yrkesforeningene - LVS hovedpunkter**

### *Alder til besvær*

Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS) har i 2007 i alt 507 medlemmer under 70 år. Gjennomsnittsalder for medlemmene er relativt høy, spesielt i professorgruppen med gjennomsnittlig alder på 57,7 år blant 220 leger i professorstillinger i medisin (Legeforeningens register). Levekårsundersøkelsen foretatt av LVS i 2005 viste en gjennomsnittlig alder på 52 år blant alle legeforskere i hovedstilling (n= 304) og 57 år blant professorene i hovedstilling (n= 128). Aldersfordelingen blant LVS medlemmer per 1.4.2007 viser at 192 leger i vitenskapelige stillinger vil pensjonere seg i løpet av de nærmeste 10 år, svarende til 38 % av dagens yrkesaktive forskere, mens 103 leger vil nå pensjonsalderen allerede om 5 år, svarende til 20 % av alle. Den høye andelen av leger i vitenskapelige stillinger som vil bli pensjonister i løpet av de nærmeste 10 år skaper bekymring. Dette fordi det er blitt stadig vanskeligere å rekruttere leger til medisinsk forskning og undervisning gjennom de siste 10-20 år.

Pensjonerte forskere vil i fremtiden kunne representere en forskningsressurs som det vil være viktig å utnytte både som velkvalifiserte forskningsveiledere og prosjektrådgivere. At mange legeforskere ønsker å fortsette med vitenskapelig arbeid som pensjonister vises godt fra besvarelser i LVS levekårsundersøkelse. Mer enn halvparten av pensjonerte legeforskere som svarte på undersøkelsen i 2005 var aktive forskere og hadde fått tilbud fra sin tidligere arbeidsgiver om videre forskningssamarbeid (Artikkel av A. Gulsvik; Tidsskriftet DNLF, 2006).

### *Seniortiltak ved de medisinske fakulteter*

Etter henvendelse til dekaner og administrasjonen ved de 4 medisinske fakulteter i Oslo, Trondheim, Bergen og Tromsø er det kommet inn følgende orientering om seniorpolitikken for ansatte ved Det medisinske fakultet i Trondheim. Ansatte som nærmer seg 67 år skal blant annet ha en samtale med leder for å diskutere videre tilsetningsforhold, eventuelt pensjoneringstidspunkt og avslutning av tilsetningsforholdet. De mottar også informasjon om hvor de skal henvende seg i forhold til pensjon, tidsfrister etc.

Ved DMF, og NTNU for øvrig, skal det gjennomføres årlige medarbeidersamtaler med nærmeste leder. Planer for de siste årene som ansatt ved DMF inngår i denne samtalen.

Statens Pensjonskasse tilbyr kurs til alle ansatte ved DMF som har passert 60 år: Seniorskurs - forberedelse til pensjonisttilværelsen. Dette er et todagers gratis kurs som tilbys til ansatte i alle stillingsgrupper.

Dekani vedtak 09-04 gir retningslinjer for fortsatt tilknytning til DMF for pensjonister etter fratreden. Retningslinjene følger vedlagt.

### Dekani vedtak 009-04

- Som ved øvrig fratreden i stilling kan ikke fakultetets ansatte som går av med pensjon lenger påregne å inneha kontorplass og fortsatt tilgang til fakultetets infrastruktur - f.eks. sekretær, datatilknytning, e-post, brukerstøtte.
- Etter søknad sendt tjenestevei kan fakultetsdirektøren innvilge fortsatt tilgang til fakultetets areal- og infrastruktur for flere periode på inntil 1 år av gangen.
- Fakultetsdirektøren innvilger imidlertid slik søknad kun under forutsetning av at instituttet kan anvise ledig kontorplass og at vedkommende i perioden har tilknytning som f.eks. timelærer/veileder. Det er ønskelig at vedkommende får kontorplass annet sted enn i sitt opprinnelige arbeidsmiljø, og at han/hun ikke skal inneha de samme roller som i sin opprinnelige stilling

Vedrørende seniorpolitikk ved fakultetene i Oslo, Bergen og Tromsø fremkommer det at ikke alle fakulteter har et formalisert regelverk angående tilbudet til pensjonerte legeforskere. Tilbud om kontorfasiliteter vurderes ut fra søknad, avhengig av ledig kapasitet og er tidsbegrenset. Forskningsmidler må skaffes eksternt eller fra den gruppen den pensjonerte legeforsker hører til. Tilgang på institusjonens infrastruktur og elektroniske nettverk krever søknad til arbeidsgiver og ble behandlet individuelt. Det forekom unntaksvis individuelle avtaler om undervisning.

### **Pensjonsforhold for bistilling**

Etter flere runder med juridiske avklaringer med Statens pensjonskasse, ble det i 2003 fattet vedtak om at bistillingens lønn skulle godskrives i pensjonsgrunnlaget. Denne avklaringen har resultert i en vesentlig forbedring av pensjonsforhold for leger i vitenskapelige stillinger med klinisk bistilling i sykehusene.

### **Utfordringer for Legeforeningen i statlig sektor**

Erfaringer og tallmateriale viser at leger i statlig sektor ønsker å stå lenge i arbeid og/eller å kunne kombinere pensjon med fortsatt tilknytning til fasiliteter og fagmiljø. Formaliserte rettigheter knyttet til tilknytning til arbeidsplassen i forbindelse med hel eller delvis pensjonering kan vurderes. Dette må imidlertid ses i sammenheng med konsekvensene av ny pensjonsordning i folketrygden, samt eventuelle endringer i tjenestepensjonsordningene.

## **5.6 Bortfall av autorisasjon og lisens**

### **Kort oversikt over gjeldende rett**

Autorisasjonen som lege bortfaller automatisk ved fylte 75 år, jfr. helsepersonelloven (hpl) § 54 (1) jfr. § 48 (2). Det følger av hpl § 49 (1) at helsepersonell som ikke har rett til autorisasjon etter § 48 kan gis lisens etter søknad. Lisens kan iht. samme bestemmelse bare gis til helsepersonell som er "skikket ut fra lisensens art og omfang". Ordningen med lisens etter søknad er nærmere regulert i forskrift om lisens til helsepersonell av 21. desember 2000 nr. 1379, kap 2 Lisens til helsepersonell over 75 år.

Det følger av forskriftens § 6 at helsepersonell over 75 år etter søknad kan gis lisens for å utøve virksomhet og at lisensen gis for et nærmere bestemt tidsrom av inntil 2 år av gangen, etter fylte 80 år for inntil 1 år av gangen. Lisensen kan iht § 6 jfr hpl § 49 (3) også begrenses i tid, til en bestemt stilling, til visse typer helsehjelp eller på annen måte. Av § 7 om krav til søknaden fremgår bl.a. at søknaden skal vedlegges legeattest som bekrefter at lisenssøker er psykisk og fysisk i stand til å ivareta slik virksomhet som det søkes lisens for.

Etter § 8 gjelder følgende vilkår for tildeling av lisens:

"Ved tildeling av lisens, skal søkerens egnethet vurderes i forhold til art og omfang av den virksomheten det er søkt om lisens for. Det skal legges stor vekt på hvordan helsepersonellet har holdt og vil holde seg faglig oppdatert. For dem det gjelder, kan lisens for å drive organisert pasientrettet virksomhet av et visst omfang, gis med full forskrivningsrett. Lisens for å drive pasientrettet virksomhet som ikke omfattes av første punktum, kan gis uten forskrivningsrett for A og B-preparater. Lisens for å drive pasientrettet virksomhet som kun omfatter familie, venner og andre nærstående, samt lisens som ikke skal benyttes til pasientrettet virksomhet, gis uten forskrivningsrett".

Leger som etter fylte 75 år ikke kan dokumentere at de driver pasientrettet virksomhet utover behandling av familie, venner og bekjente, får altså ikke forskrivningsrett (de kan innvilges lisens, men får ikke forskrivningsrett).

### **Innspill fra yrkesforeningene - Elf**

Bestemmelsen om at legers autorisasjon og lisens opphører ved fylte 75 år kom inn som § 6 i Lov om leger av 13. juni 1980. Denne § 6 lyder:

#### *§ 6 (Aldersgrense)*

*Autorisasjon og lisens opphører å gjelde når legen fyller 75 år. En lege som godtgjør at han er skikket til fortsatt å utøve legevirkosomhet etter fylte 75 år, kan gis tidsbegrenset lisens i samsvar med reglene i § 3.*

Begrunnelsen for å innføre denne aldersgrense angis å ha vært knyttet til et par forhold. Det ble for det første angivelig anført kjennskap til enkelttilfeller med mala praksis hos eldre leger. Videre ble det angivelig angitt at eldre leger skulle være mer villige til å forskrive vanedannende medikamenter enn yngre leger (noe som verken da eller senere er dokumentert).

Den tidsbegrensede lisens som lovens § 6 nevner kunne gis i henhold til forskrift av 15. mars 1982 fra Sosialdepartementet. Etter søknad kunne lisens gis for inntil 3 år ad gangen, etter fylte 80 år for inntil 2 år ad gangen. Søknaden sendes fylkeslegen (stadsfysikus i Oslo) som treffer avgjørelsen. Forskriften hadde relativt detaljerte bestemmelser om søknadens innhold, fremgangsmåte ved søknad, klageadgang med mer. Et problem i den perioden dette regelsettet virket var at man opplevde uensartethet i fylkeslegenes avgjørelser (slik at det i enkelte fylker var lettere å oppnå midlertidig lisens enn i andre fylker).

Fra januar 2001 inntrådte en vesentlig endring, idet Lov om leger ble erstattet med Lov om helsepersonell (av 2. juli 1999, med endringer av 21. desember 2000).

Departementet har etter dette gitt forskrifter for søknad om bibeholdt lisens etter fylte 75 år. Søknad skal etter dette rettes til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell som treffer avgjørelse. Eventuell lisens gis nå for 2 år ad gangen, etter fylte 80 år for 1 år ad gangen.

Etter en revisjon av forskriftene angis det nå at for å få full lisens må vedkommende ha "klinisk virksomhet av et visst omfang". Er den kliniske virksomhet mindre enn dette, gis det ikke lisens med full rett til forskrivning.

Fra Eldre lægers forening er det gjort en rekke fremstøt for å få til endring av betingelsene for lisens med forskrivningsrett etter fylte 75 år, både gjennom et såkalt dokument 8 forslag i Stortinget i 2002 og gjennom flere kontakter med politisk ledelse i Helsedepartementet.

Det er i dag ca 900 leger over 75 år i Norge. Vår erfaring er at omtrent halvparten er interessert i å beholde sin lisens. Det er noe slikt som 150 leger over 75 år som er innvilget forlenget lisens.

### **Legeforeningens arbeid med lisens- og forskrivningsspørsmål**

Da forskrift om lisens til helsepersonell i 2004 ble endret slik at leger som etter fylte 75 år ikke kan dokumentere at de driver pasientrettet virksomhet utover behandling av familie, venner og bekjente, ikke får forskrivningsrett, motsatte Legeforeningen seg forslaget. Legeforeningen uttalte i den forbindelse følgende:

#### **Krav til virksomhetens art og omfang**

*Etter Legeforeningens vurdering er det positivt at det klargjøres i forskriften at vurderingen av lisenssøknaden er konkret og skjønnsmessig. Det er uheldig når forvaltningen gir avslag på søknader alene fordi legen ikke kan dokumentere et visst antall timer med regelmessig pasientrettet arbeid. Slik Legeforeningen forstår foreliggende forslag skal legen som hovedregel innvilges lisens dersom vedkommende kan dokumentere fysisk og psykisk skikkethet, og har holdt seg faglig oppdatert. Dette er i tråd med Legeforeningens syn, og burde ha kommet klarere til uttrykk i merknaden til § 8.*

#### **Forskrivningsrett- forholdet til forsvarlighetskravet**

*Etter Legeforeningens syn er det ikke godtgjort at det er behov for særlige begrensninger i forskrivningsretten for leger som har fylt 75 år. Det finnes en rekke leger over 75 år som holder seg fullt faglig oppdatert uten å drive utstrakt grad av pasientrettet virksomhet. Legeforeningen er ikke kjent med at det er dokumentert en større grad av uforsvarlig virksomhet for pensjonerte leger mellom f.eks 67 og 75 år enn hva som er tilfellet for yrkesaktive leger. Leger som har nådd en alder av 75 år, og som søker om fortsatt lisens, vil som regel ha drevet legevirksomhet i noen grad, om enn på rent pro- bono grunnlag. Det er en forutsetning at denne virksomheten skal ha vært drevet i henhold til de normer som oppstilles av lovgivningen - både når det gjelder kravet til oppdatering, forsvarlighet i selve behandlingen, dokumentasjon, uavhengighet osv. Leger under aldersgrensen vil ha fulle rettigheter, uten at det stilles krav til pasientrettet virksomhet eller at*



skikkethet for øvrig er gjenstand for prøving underveis i yrkeskarrieren. Legeforeningen kan ikke se gode grunner til regler om ulik forskrivningsrett for f.eks. en femti år gammel lege som de siste jule år har fungert i en administrativ stilling uten pasientrettet virksomhet, og en lege på 75 år som frem til pensjonsalder har drevet klinisk virksomhet. Legeforeningen er dermed uenig i departementets forslag om at det bare skal gis full forskrivningsrett til leger over 75 år som kan dokumentere organisert, pasientrettet virksomhet, og at det bare skal gis begrenset forskrivningsrett til de som må kunne påregnes å drive noe pasientrettet virksomhet utover behandling av familie, venner og bekjente.

### **Dokumentasjon av skikkethet**

Det følger av Legeforeningens syn ovenfor at skikkethetsvurderingene etter fylte 75 år blir særdeles viktig for vurderingen av om legen skal beholde fulle rettigheter. Dette gjelder både vurderingen av fysisk/psykisk skikkethet, og vurderingen av hvordan legen holder seg faglig oppdatert. Legeforeningen støtter forslaget om at det skal kreves legeattest, og ikke bare egenerklæring som dokumentasjon for fysisk og psykisk skikkethet ifm søknad om lisens.

### **Forskriftsendringen ble vedtatt, til tross for Legeforeningens innvendinger.**

Legeforeningen reiste i brev til HOD av 24. oktober 2007 spørsmål om alder i seg selv er et moment som kan vektlegges og medvirke til at lisens ikke innvilges. Bakgrunnen for henvendelsen var at Legeforeningen hadde sett eksempler på at leger ikke ble innvilget begrenset lisens – selv om vilkårene var oppfylt på en slik måte at leger under 75 år ville fått innvilget slik begrenset lisens. I svar av 28. februar 2008 tilbakeviste HOD at alder alene skal kunne begrense muligheten for lisens, ut over det tidsrommet lisensen innvilges for. HOD så ikke behov for å foreta endringer i forskriften, og avviste at forskriftsbestemmelsen kunne skape uforutsigbarhet i forhold til innvilgelse av lisens. Legeforeningen tilskrev på nytt Helse- og omsorgsdepartementet 6. november 2008 og tok opp spørsmålet om aldersgrense for bortfall av autorisasjon for leger. I svarbrev av 23. april 2009 ga departementet uttrykk for at man vurderte saken på nytt, men "har ikke funnet grunn til å foreslå endringer i verken helsepersonelloven § 54 om at autorisasjonen faller bort ved fylte 75 år, eller i forskrift om lisens til helsepersonell som i kapittel 2 regulerer nærmere vilkårene for å få lisens etter fylte 75 år." Departementet anser at det faktisk at det må søkes lisens annethvert år etter fylte 75 år er en god sikring av at de som gis lisens etter fylte 75 år er psykisk og fysisk i stand til å ivareta slik virksomhet som det er søkt lisens for. Departementet avviste på denne bakgrunn Legeforeningens forespørsel om å avholde et møte for å diskutere saken.

Legeforeningen har også reist spørsmål om hvordan leger over 75 år uten lisens skal forholde seg i situasjoner hvor det er behov for øyeblikkelig hjelp, og om det er behov for å regulere denne situasjonen i forskriften. Det ble påpekt at lege uten lisens blant annet står uten ansvarsforsikring og kan risikere straff og erstatningskrav dersom det ytes slik hjelp. Til dette har HOD i brev av 23. april 2009 bemerket at leger over 75 år uten lisens ikke anses som helsepersonell etter helsepersonelloven § 3. Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter § 7 kommer derfor ikke til anvendelse. Ettersom helsepersonelloven § 7 ikke kommer til anvendelse, vil det ikke være aktuelt med tilsynsreaksjon i aktuelle tilfeller. For øvrig har departementet påpekt at den generelle hjelpeplikten i straffeloven § 387 - som gjelder alle borgere - vil inntre, og at leger over 75 år uten lisens i slike situasjoner vil bli å bedømme på lik linje med alle andre borgere som har plikt til å yte hjelp. Departementet er av den oppfatning at det etter dette ikke er grunn til at personer som tidligere har hatt autorisasjon som lege skal være omfattet av noen særskilte ordninger, så som Norsk pasientskadeerstatning.

### **Utfordringer for Legeforeningen knyttet til bortfall av autorisasjon og lisens**

Manglende adgang til forskrivning er ikke kun et spørsmål om aldersdiskriminering. Derimot er det tale om en regulering som også har til hensikt å skille mellom rollen som privatperson og profesjonell utøver. Autorisasjonsordningen er i hovedsak begrunnet i hensynet til pasientsikkerhet i forbindelse med yrkesutøvelse som lege. For autoriserte leger etablerer ikke autorisasjonen noe klart skille mellom jobb og fritid – autorisasjonen og for eksempel retten til å forskrive, har legen uavhengig av om vedkommende er på jobb, og uavhengig av om man for tiden ikke har stilling som lege overhodet. Imidlertid viser det seg at skillet mellom yrke og privatliv – mellom rollen som behandler og pårørende – skaper problemer. Dette gjelder saker knyttet til forskrivning av B- preparater. Helsehjelp til venner og familie kan i en del tilfeller være dårlig dokumentert, da det sjelden føres journal i slike tilfeller. På denne bakgrunn vil Legeforeningen, på det nåværende tidspunkt, ikke ta til orde for å fjerne den begrensning som ligger i forskriften ved at man må godtgjøre en pasientrettet virksomhet for å få forskrivningsrett. Aldersgrenser og kriterier må imidlertid tilpasses demografisk utvikling. Det vil derfor måtte vurderes fortløpende om det er grunn til å fremme forslag om å heve aldersgrensen i takt med utvikling av befolkningens alder og helsetilstand.

## **VEDLEGG 1: Arbeidsmiljøloven – aktuelle paragrafer.**

### **§ 4-1. Generelle krav til arbeidsmiljøet**

(1) Arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Standarden for sikkerhet, helse og arbeidsmiljø skal til enhver tid utvikles og forbedres i samsvar med utviklingen i samfunnet.

(2) Ved planlegging og utforming av arbeidet skal det legges vekt på å forebygge skader og sykdommer. Arbeidets organisering, tilrettelegging og ledelse, arbeidstidsordninger, teknologi, lønssystemer mv. skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger og slik at sikkerhetshensyn ivaretas.

### **§ 4-2. Krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling**

(2) I utformingen av den enkeltes arbeidssituasjon skal det legges til rette for at arbeidstaker gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeid, arbeidet organiseres og tilrettelegges under hensyn til den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger, det legges vekt på å gi arbeidstaker mulighet til selvbestemmelse, innflytelse og faglig ansvar, arbeidstaker så langt som mulig gis mulighet til variasjon og for å se sammenheng mellom enkeltoppgaver, det gis tilstrekkelig informasjon og opplæring slik at arbeidstaker er i stand til å utføre arbeidet når det skjer endringer som berører vedkommendes arbeidssituasjon.

### **§ 4-3. Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet**

(1) Arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas.

(2) Arbeidet skal søkes utformet slik at det gir mulighet for kontakt og kommunikasjon med andre arbeidstakere i virksomheten.

(3) Arbeidstaker skal ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden.

### **§ 4-4. Krav til det fysiske arbeidsmiljøet**

(1) Fysiske arbeidsmiljøfaktorer som bygnings- og utstyrmessige forhold, inneklima, lysforhold, støy, stråling o.l. skal være fullt forsvarlig ut fra hensynet til arbeidstakernes helse, miljø, sikkerhet og velferd.

(2) Arbeidsplassen skal innredes og utformes slik at arbeidstaker unngår uheldige fysiske belastninger. Nødvendige hjelpemidler skal stilles til arbeidstakers disposisjon. Det skal legges til rette for variasjon i arbeidet og for å unngå tunge løft og ensformig gjentakelsesarbeid. Ved oppstilling og bruk av maskiner og annet arbeidsutstyr skal det sørges for at arbeidstaker ikke blir utsatt for uheldige belastninger ved vibrasjon, ubekvem arbeidsstilling o.l.

## **TILRETTELEGGINGSPLIKT VED REDUSERT ARBEIDSEVNE**

### **§ 4-6. Særlig om tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne**

(1) Hvis en arbeidstaker har fått redusert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje e.l., skal arbeidsgiver, så langt det er mulig, iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få et passende arbeid. Arbeidstaker skal fortrinnsvis gis anledning til å fortsette i sitt vanlige arbeid, eventuelt etter særskilt tilrettelegging av arbeidet eller arbeidstiden, endringer i arbeidsutstyr, gjennomgått attføring e.l.

(2) Dersom det i medhold av første ledd er aktuelt å overføre en arbeidstaker til annet arbeid, skal arbeidstaker og arbeidstakers tillitsvalgte tas med på råd før saken avgjøres.

(3) Arbeidsgiver skal i samråd med arbeidstaker utarbeide oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid i forbindelse med ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Arbeidet med oppfølgingsplan skal starte så tidlig som mulig, og planen skal være utarbeidet senest når arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet i seks uker. Oppfølgingsplanen skal inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne. Planen skal også inneholde aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi, aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene og plan for videre oppfølging.

(4) Arbeidsgiver skal innkalle arbeidstaker til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen senest innen tolv uker etter at arbeidstaker har vært helt borte fra arbeidet som følge av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Bedriftshelsetjenesten skal være representert i møtet. Dersom både arbeidsgiver og arbeidstaker, eller arbeidstaker alene ønsker det, skal legen eller annen sykmeldende behandler delta i møtet, jf. folketrygdloven § 25-5 første ledd andre punktum. Arbeidsgiver skal gi skriftlig melding om dialogmøtet til Arbeids- og velferdsetaten.

-----

### **§ 10-2. Arbeidstidsordninger**

(1) Arbeidstidsordninger skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger, og slik at det er mulig å ivareta sikkerhetshensyn.

(2) Arbeidstaker som regelmessig arbeider om natten har rett til fritak fra den arbeidstidsordning som gjelder for arbeidstakergruppen, dersom vedkommende av helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrunner har behov for det og fritaket kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten.

(3) Arbeidstaker har rett til fleksibel arbeidstid dersom dette kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten.

(4) Arbeidstaker som har fylt 62 år eller som av helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrunner har behov for det, har rett til å få redusert sin arbeidstid dersom arbeidstidsreduksjonen kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten. Når avtalt periode med redusert arbeidstid er over, har arbeidstaker rett til å gå tilbake til tidligere arbeidstid. Under ellers like forhold har arbeidstaker med redusert arbeidstid fortrinnsrett til å øke sin arbeidstid når stilling blir ledig i virksomheten, forutsatt at stillingen helt eller i det vesentlige er tillagt de samme arbeidsoppgavene.

-----

### **§ 13.1 Forbud mot diskriminering**

(1) Direkte og indirekte diskriminering på grunn av politisk syn, medlemskap i arbeidstakerorganisasjon, seksuell orientering, funksjonshemming eller alder er forbudt.

### **§ 13-3. Unntak fra forbudet mot diskriminering**

(1) Forskjellsbehandling som har et saklig formål, ikke er uforholdsmessig inngripende overfor den eller de som forskjellsbehandles og som er nødvendig for utøvelse av arbeid eller yrke, anses ikke som diskriminering etter loven her.

(2) Forskjellsbehandling som er nødvendig for å oppnå et saklig formål og som ikke er uforholdsmessig inngripende overfor den eller de som forskjellsbehandles er ikke i strid med forbudet mot indirekte diskriminering, diskriminering på grunn av alder eller diskriminering av arbeidstaker som arbeider deltid eller er midlertidig ansatt.

### **§ 15-3. Oppsigelsesfrister**

(3) Blir arbeidstaker sagt opp etter minst 10 års sammenhengende ansettelse i samme virksomhet, skal oppsigelsesfristen være minst fire måneder dersom den finner sted etter at arbeidstakeren er fylt 50 år, minst fem måneder etter fylte 55 år og minst seks måneder etter fylte 60 år. Arbeidstakeren kan si opp arbeidsavtalen med en oppsigelsesfrist på minst tre måneder.

#### § 15-7. Vern mot usaklig oppsigelse

(1) Arbeidstaker kan ikke sies opp uten at det er saklig begrunnet i virksomhetens, arbeidsgivers eller arbeidstakers forhold.

4) Oppsigelse med fratreden før fylte 70 år som alene skyldes at arbeidstaker har nådd pensjonsalder etter folketrygdloven, skal ikke anses å være saklig begrunnet. Etter at arbeidstaker er fylt 66 år, men ikke senere enn seks måneder før pensjonsalderen inntreffer, kan arbeidsgiver skriftlig spørre om arbeidstaker ønsker å fratre sin stilling ved nevnte pensjonsalder. Forespørselen må besvares skriftlig senest tre måneder før arbeidstaker når pensjonsalderen. Dersom det uttrykkelig er gjort oppmerksom på det i forespørselen, medfører oversittelse av svarfristen at oppsigelsesvernet etter dette ledd faller bort.

## **VEDLEGG 2 Ferieloven - aktuelle paragrafer**

### **§ 5. Feriefritidens lengde**

(2) *(Ekstraferie for arbeidstakere over 60 år)*

Arbeidstaker som fyller 60 år innen 1 september i ferieåret, skal gis ekstraferie på 6 virkedager. Deles ekstraferien, kan arbeidstaker bare kreve å få fri så mange arbeidsdager som vedkommende normalt har i løpet av en uke.

### **§ 6. Feriefastsetting, endring og erstatning**

(1) *(Hvem som bestemmer tiden for ferie)*

Arbeidstaker over 60 år bestemmer selv tiden for avvikling av ekstraferien, med mindre annet er avtalt. Ekstraferien kan tas samlet eller med en eller flere dager om gangen.

(2) *(Underretning)*

Arbeidstaker over 60 år skal gi arbeidsgiver minst 2 ukers varsel før avvikling av ekstraferie.

### **§ 10. Beregning av feriepenger**

(3) *(Forhøyet prosentsats for arbeidstakere over 60 år)*

For arbeidstaker over 60 år med rett til ekstraferie etter § 5 nr. 2 forhøyes prosentsatsen med 2,3 prosentpoeng. Feriepenger etter første ledd ytes ikke for den del av feriepengegrunnlaget som overstiger 6 ganger folketrygdens grunnbeløp. Ved beregningen skal det regnes med det grunnbeløp som gjaldt 31. desember i opptjeningsåret. Fratrer arbeidstaker i opptjeningsåret, skal det regnes med det grunnbeløp som gjaldt på fratredelsestidspunktet.

## **VEDLEGG 3: Intensjonsavtale om inkluderende arbeidsliv - utdrag**

### **Bakgrunn og overordnede mål slik det fremgår av avtalen**

#### **Innledning**

Utviklingen de senere årene med stadig flere som går ut av arbeidslivet på langvarige trygdeordninger er problematisk både for individer, virksomheter og samfunnet. Sykefravær, uføretrygd og tidlig pensjon bidrar også til å svekke tilgangen på arbeidskraft til alle deler av arbeidslivet. Partene er enige om at IA-avtalen er et tjenlig virkemiddel for å få et mer inkluderende arbeidsliv og forebygge overgang fra arbeid til trygd og styrke arbeidslinjen i arbeidslivet.

Intensjonsavtalen skal bidra til:

at en får et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og samfunnet  
reduksjon i sykefravær og uføretrygd at den enkeltes ressurser og arbeidsevne utvikles og benyttes i aktivt arbeid

#### **Overordnede mål for samarbeidet**

Avtalen har i liten grad bidratt til å bedre situasjonen for personer som står utenfor arbeidslivet. Partene og myndighetene er derfor enige om at det i det videre samarbeidet skal være et større fokus på inkludering og rekruttering av personer som ikke har et arbeidsforhold.

### **Konkretisering av mål og særlige utfordringer**

#### **Konkretisering av målene/operative mål**

Partene er enige om å videreføre delmålene om å øke den gjennomsnittlige avgangsalderen fra arbeidslivet og å få tilsatt langt flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne. Et inkluderende arbeidsliv stiller krav ikke bare til inkludering av personer med redusert funksjonsevne, men også til inkludering av andre grupper som har problemer med å få innpass i arbeidslivet.

Et godt arbeidsmiljøarbeid som fokuserer løpende og systematisk på forebygging og tilrettelegging er en forutsetning for å fange opp arbeidstakere som er i ferd med å utvikle et helseproblem og hindre at disse faller ut av arbeidslivet. Den reelle pensjoneringsalderen har gått ned siden IA-avtalen ble inngått i 2001. Dette til tross for målet om at denne skal økes. Bakgrunnen for nedgangen i pensjoneringsalderen er sammensatt, og det er ikke mulig å si hvor mye som skyldes fokus, holdninger mv. på den enkelte arbeidsplass.

### **Partenes forpliktelser**

#### **Avtalepartenes forpliktelser**

- Å bidra til at flest mulig virksomheter slutter seg til IA-avtalen
- Å arbeide for et godt og målrettet arbeidsmiljøarbeid med vekt på toleranse og mangfold
- Å arbeide aktivt for at enkeltvirksomheter i økt utstrekning stiller opplærings- og arbeidstreningsplasser til rådighet for personer som ikke har et arbeidsforhold.
- Å arbeide for bevisstgjøring ved ansettelse for å forebygge diskriminering for eksempel begrunnet i kjønn, alder, etnisitet eller funksjonsevne.

Den enkelte arbeidsplass

#### **Arbeidet på den enkelte arbeidsplass**

Den enkelte arbeidsplass er den viktigste arenaen i arbeidet med å forebygge sykefravær, hindre "utstøting", styrke rekrutteringen og å få flere med redusert funksjonsevne i arbeid. Partene er enige om at forankringen på den enkelte arbeidsplass må forsterkes i det videre samarbeidet.

Organisasjonene i arbeidslivet har et spesielt ansvar for å komme med konkrete forslag til hvordan arbeidstaker- og arbeidsgiversiden kan sikre en bedre forankring av intensjonene bak IA-avtalen ned på den enkelte arbeidsplass.

Partene er enige om at det er nødvendig med større grad av forpliktende målsettinger på den enkelte virksomhet som kan bidra til å nå de nasjonale målene.

Arbeidet med å gjøre virksomhetene mer inkluderende skal skje i tett og regelmessig dialog mellom arbeidsgivere og de tillitsvalgte/arbeidstakernes representanter.

## **PM 2007-07 - Statlig arbeidsgiverpolitikk for et mer inkluderende arbeidsliv (IA)**

*Dato: 04.06.2007*

*Til: Statsforvaltningen og Riksrevisjonen*

*Gjelder: Statens personalhåndbok pkt. 9.19*

*Fornyings- og administrasjonsdepartementet (FAD) viser til intensjonsavtale av 14. desember 2005 med tillegg 6. juni 2006, 6. november 2006 og 15. mai 2007.*

*Innledning*

*Regjeringen prioriterer arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv. Hovedgrunnen er et økende behov for arbeidskraft, og at det kreves en felles dugnad for å møte utfordringene i IA-arbeidet, som det er viktig at statlige arbeidsgivere tar aktivt del i. Regjeringen vil at staten skal gå foran i arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv. Det forventes derfor at forvaltningen legger en betydelig innsats i arbeidet med å realisere de ambisjonene som er lagt i den nye IA-avtalen, som gjelder fram til 31.12.2009.*

*Den nye IA-avtalen har to overordnede mål:*

- Å forebygge sykefravær, øke fokus på jobbnærvær og hindre "utstøting" fra arbeidslivet.*
- Å øke rekrutteringen til arbeidslivet av personer som ikke har et arbeidsforhold. Antall personer som mottok sykepenger, rehabiliterings-, attførings- og uføreytelser utgjorde pr. 31.12.2005 vel 18 prosent av alle i Norge mellom 16 og 66 år. Det er et samlet mål for IA-arbeidet at denne andelen skal reduseres.*

*Målene i den nye IA-avtalen på nasjonalt nivå*

*De målene som skal gjelde for det statlige tariffområdet, reflekterer målene som er satt på nasjonalt nivå:*

*Delmål I*

*Redusere sykefraværet med 20 prosent i forhold til nivået i 2. kvartal 2001.*

*I det statlige tariffområdet er også målet å redusere sykefraværet med 20 prosent i den samme perioden. Hvis dette målet nås, vil summen av legemeldt og egenmeldt fravær i det statlige tariffområdet da være fire prosent i 2. kvartal 2009. Det er et ambisiøst mål, fordi sykefraværet i 2. kvartal 2006 var 5,3 prosent i hele staten 1.*

*FAD informerer om og følger opp utviklingen av den kvartalsvise sykefraværstatistikken fra Statistisk sentralbyrå overfor departementene.*

*Delmål II*

*Tilsette langt flere med redusert funksjonsevne. Med det menes personer*

- a) i virksomheten som har eller får redusert funksjonsevne, og som virksomhetene har et hovedansvar for å ivareta, med støtte fra myndighetenes virkemidler*
- b) utenfor virksomheten som har redusert funksjonsevne, og som det i hovedsak er myndighetenes ansvar å ivareta, med bistand fra virksomhetene I tilleggsavtale til IA-avtalen av 14. desember 2005 som ble inngått 15. mai 2007, har partene og myndighetene avtalt mål for:
  - i) å redusere antall personer som går fra arbeid til passive ytelser*
  - ii) å øke andelen langtidssykemeldte som starter opp yrkesrettet (ekstern) attføring i sykemeldingsperioden*
  - iii) å øke andelen med redusert funksjonsevne som går fra trygdeytelse og over til arbeid.**

*Resultatene på disse tre delmålene registreres av NAV.*



Det er på arbeidsplassen at resultatene skapes også på disse målene. FAD anmoder de statlige virksomhetene om å bidra til en slik nasjonal måloppnåelse.

Vi minner i denne sammenhengen om Regjeringens tiltaksplan som har som mål at minst fem prosent av nytilsetninger i staten skal være av en person med nedsatt funksjonsevne. Informasjon om denne tiltaksplanen finnes på FAD's nettside om inkluderende arbeidsliv.

#### *Delmål III*

*Å øke forventet pensjoneringsalder for personer over 50 år med minimum 6 måneder for perioden 2001 – 2009.*

Også i det statlige tariffområdet er målet å øke pensjoneringsalderen med minimum 6 måneder i denne perioden. FAD viser til Hovedtariffavtalen for perioden 2006 – 2008 (se PM 2006-14, 18 og 2007-1). Her legges det vekt på ulike virkemidler som virksomhetene kan ta i bruk.

FAD følger opp utviklingen hvert kvartal gjennom statistikk fra Statens pensjonskasse. Styringsvirkemiddel i det statlige tariffområdet

I den nye IA-avtalen er virksomhetene utfordret til å sette egne, konkrete aktivitets- og resultatmål<sup>2</sup>. Lederne i virksomhetene har et særlig ansvar for å sette slike mål, og få i stand rutiner og aktive tiltak i samarbeid med de tillitsvalgte for at målene i IA-satsingen skal nås. Departementene vil følge opp dette gjennom tildelingsbrev, lederkontrakter og i styringsdialogen med virksomhetene.

*Erfaringer fra IA-arbeidet hittil i de statlige virksomhetene*

En kartlegging av IA-arbeidet i staten som er gjennomført av Synovate MMI viser at:

- mange virksomheter nå prioriterer oppfølging av sykefravær
- individuelle oppfølgingsplaner og samtaler med den enkelte sykemeldte er tiltak som statlige ledere venter vil gi stor effekt.

Det er store og positive forventninger blant statlige arbeidsgivere til at følgende tiltak vil gi effekt på sykefraværet::

- o tettere og mer systematisk kontakt mellom lege, arbeidsgiver og arbeidstaker
  - o kjøp av helsetjenester for å få sykemeldte raskere tilbake i arbeid
  - o aktiv bruk av bedriftshelsetjenesten for å tilrettelegge arbeid for sykemeldte
  - o tilretteleggingstilskudd for ansatte med spesielle behov
  - o selv om det legges størst vekt på målene om å redusere sykefraværet, har mange av virksomhetene også
  - o gjennomført konkrete, planlagte tiltak for å ansette flere personer med nedsatt funksjonsevne (43 prosent av virksomhetene)
- og
- o gjennomført konkrete, planlagte tiltak for å få eldre ansatte til å stå lenger i jobb (68 prosent av virksomhetene).

#### *Styrket IA-innsats*

IA-arbeidet skal særlig legge vekt på at oppfølgingen ved sykefravær kommer tidlig i gang.

Virkemidler i sykefraværarbeidet som er operative fra 1. mars 2007er:

- Oppfølgingsplaner
- Økt bruk av gradert sykemelding.
- Legenes rolle: Det er bevilget midler for at legene skal kompenseres når de deltar på dialogmøter med virksomhetene.
- Oppfølging ved langtids sykefravær er strammet inn og presisert (se tillegg til IA-avtalen).



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

Postboks 1152 Sentrum , 0107 Oslo  
Telefon 23 10 90 00 Faks 23 10 90 10  
[www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)

April 2010

ISBN-978-82-8070-081-0