

Seniorleger – som folk flest?

De store legekullene fra 1960-årene blir pensjonister i dette tiåret. Undersøkelser viser at leger vil ha et liv som folk flest. Det betyr redusert vaktbelastning for dem over 55 år, lavere pensjonsalder og mer fleksible ordninger for leger som vil fortsette i legegjerningen etter fylte 67 år.



Nyheter og reportasjer

Ifølge Senter for seniorpolitikk er man definert som senior ved fylte 45 år (1). Begrepet livsfaseorientering er innført de senere år, trolig for å gi strategi for å mestre yrkeskarrieren i godt voksen alder en mer nøytral valør. I så måte inkluderer man dem over middagshøyden som stadig vil være yrkesaktive, men som ønsker redusert vaktbelastning.

Legenes faktiske pensjonsalder har vært synkende fra 70 år i 1973, da ordinær pensjonsalder ble 67 år, til 68 år i dag. Samtidig utgjør pensjonistene en betydelig arbeidskraftsreserve, de besitter en betydelig erfaring og kompetanse. Høyere yrkesaktivitet blant eldre leger vil også kunne bety mindre arbeidspress for yngre leger.

Men hva vil legene selv? To undersøkelser fra 1990-årene viser at legenes pensjonsringsmønster og ønsker for seniortilværelsen likner stadig mer på det som ellers er vanlig i samfunnet (3, 4). Fjorårets spørreundersøkelse blant Legeforeningens medlemmer om

behov for seniorpolitikk, synes å bekrefte tendensen (2).

Vaktfri tjeneste

En arbeidsgruppe nedsatt av Legeforeningens sentralstyre har i samarbeid med Legeforeningens forskningsinstitutt gjennomført en spørreundersøkelse om medlemmenes oppfatning om og behov for seniorpolitikk (2).

871 yrkesaktive sykehusoverleger og avdelingsoverleger (58 år eller eldre) deltok i undersøkelsen, 14 % av dem var kvinner. Median tjenesteplan var 45,5 timer per uke, noe lavere hos kvinner og psykiatere. De fleste gikk i femdelt vakt, i underkant av 400 deltok i vaktordning som innebærer hjemmevakt mens anestesileger hadde suverent flest tilstedevakter (30 %).

På spørsmål om den viktigste hensikten med en seniorpolitikk oppgav 48 % økt livskvalitet, mens 26 % hadde forebygging av eget helseproblem/utbrenthet som førsteprioritet. På spørsmål om hva som vil være den beste kvantitative endring som skal til, svarer hele 45 % vaktfri tjeneste.

Ønsker mer fritid

Median årsinntekt var 550 000 kroner for kvinnene i undersøkelsen, 600 000 kroner for mennene. 58,5 % aksepterer inntektsnedgang dersom optimale seniortiltak ikke påvirker pensjonsutbetalingen. 41,5 % avviser å gå ned i lønn før pensjonsalderen. I dette spørsmålet er det ingen signifikante forskjeller mellom «ja» og «nei» i forhold til kjønn, alder og spesialisitet.

Forutsatt tilfredsstillende kompensasjon, er det mer fritid som står øverst på prioriteringslisten (59 %). Ut fra dagens situasjon ønsker 36 % mer samlet avspasering, mens 29 % tror løsningen består i flere spredte avspasering dager og kortere daglig arbeidstid (23 %).

Skal det gjøres endringer i nåværende arbeid på dagtid, ønsker 27 % mer vekt på klinisk sykehusarbeid. 22 % tror det beste vil være mer undervisning og veiledning, mens 19 % lar forskning og fagutvikling få førsteprioritet.

12 % av de spurte mener at seniorpolitikk ikke har noen hensikt. Blant de 724 som oppgav å ha interesse av dette feltet, oppgir 42 % at de ønsker eller har planer om førtidspensjonering.



36 % svarer at det som skal til for å velge et senere pensjonstidspunkt, er redusert/fleksibel arbeidstid. Lønnsjusteringer, avspaseringsmuligheter, vaktjusteringer og bedre mulighet til å styre egen arbeidsdag skårer omtrent likt (12–14 %).

Urimelig belastning

Mindre belastende arbeidsforhold for leger nær pensjonsalderen vil trolig øke yrkesaktiviteten, konkluderte Anne Hensrud & Ivar Sønbo Kristiansen i 1994 (3). Inntil de publiserte sin undersøkelse fantes det liten dokumentasjon som viste hvordan variablene kjønn, helse, pensjonsytelser og arbeidsbelastning virker inn på legenes pensjonsrønsker.

Undersøkelsen inkluderte 2 117 norske leger over 55 år. Den viste at gjennomsnittlig pensjonsalder da var 68,5 år, noe høyere blant primærleger og lavere blant kvinner og psykiatere. Halvparten av alle legene oppgav at de ønsket å utføre en eller annen form for legearbeid etter pensjonering fra hovedstilling. Andelen var større blant menn enn blant kvinner. Ønsket pensjonsalder for de yrkesaktive legene var 67,3 år, men 65,1 år hvis førtidspensjonering ikke medfører redusert pensjon. Lavest pensjonsalder var ønskelig blant de yngste legene, blant kirurger og leger med stor vaktbelastning (firedelt vakt eller hyppigere).

Deltakerne svarte at de opplevde gjeldende vaktbelastning som urimelig belastende, og foreslo rett til fritak for vaktplikt fra 60 års alder. Fordi rett til fritak ikke var hjemlet i tariffavtalene, fortsatte mange å ha vakt fordi de ville tape økonomisk på å gå ut

av ordningen eller fordi det ikke fantes kolleger til å dekke vaktene.

Ønsker vaktfritak

To år senere ble resultatet av nok en spørreskjemaundersøkelse lagt frem, denne gang blant 1 265 medlemmer i Norsk anesthesiologisk forening, Norsk barnelegeforening, Norsk Gynekologisk Forening og Norsk kirurgisk forening (4).

Hele 70 % oppgav at de ønsket redusert arbeidstid etter fylte 60 år. Gruppen under 40 år ønsker dette sterkest. I 1996 er ønsket pensjonsalder redusert til 62 år uavhengig av spesialitet, og lavest hos anestesilogene som gjennomsnittlig ønsker å gå av ved 60 år.

Med grunnlag i disse tallene anbefalte utvalget som stod bak undersøkelsen, at Legeforeningens politiske organer skulle prioritere nedtrapping fra vaktarbeid (aktivt eller passivt mellom kl 22–07) fra fylte 55 år. Videre at alle leger som ønsker det, og senest fra fylte 60 år, skal gis adgang til fritak fra særlig belastende vakter (også bakvakter) uten vesentlig lønnsreduksjon. Et annet tiltak var at eldre leger bør tilbys pasientrettet arbeid på ettermiddag/kveldstid som kompensasjon for å slippe vaktarbeid og at de tillitsvalgte skulle videreføre arbeidet med å innføre valgfri pensjonsalder fra fylte 62 år for leger med særlig belastende vaktordninger.

Legeforeningens forhandlingsavdeling opplyser at det ikke finnes dokumentasjon som viser legers bruk av avtalefestet pensjon (AFP), men at inntrykket er at ordningen hittil er lite benyttet av yrkesgruppen.

– Kari Ronge, *Tidsskriftet*
kari.ronge@legeforeningen.no

— fakta —

Leger over 60 år i Norge

– 9,4 % av Legeforeningens yrkesaktive medlemmer er 60 år eller eldre. 14,8 % av denne gruppen er kvinner. Grad av yrkesaktivitet fremgår ikke.

– 1 495 av Legeforeningens til sammen 20 207 medlemmer (inkludert utlandet) er 67 år eller eldre, 353 er i alderen 67–69 år.

– 209 leger i gruppen 67 år og eldre er registrert som yrkesaktive i Norge, 131 av disse er over 67 år, hvorav 19 kvinner. Fem yrkesaktive er 72 år eller eldre, den eldste er 85 år.

– 58 av de yrkesaktive over 67 år er overordnet sykehuslege, dernest følger privatpraktiserende leger/spesialister og leger i vitenskapelig stilling.

– 240 av 910 leger over 75 år har lisens, hvorav 17 kvinner.

Kilde: Helsepersonellregisteret per 7.6. 2001.

Litteratur

1. <http://www.seniorpolitikk.no> (12.6.2001).
2. Aasland OG. Seniorpolitikk for sykehusleger. Arbeidsrapport 2001. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt, 2001.
3. Hensrud A, Kristiansen IS. Yrkesaktivitet og pensjonering blant norske leger over 55 år. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3093–6.
4. Den norske lægeforening. Utvalg til å utrede pensjonsalder for sykehusleger i særlig belastende spesialiteter. Rapport. Oslo: Den norske lægeforening, 1996.

Haster med seniorpolitikk i Legeforeningen

– **Legeforeningen trenger uten tvil en seniorpolitikk. Det haster, og har hastet i mange år allerede, mener Jannicke Mellin-Olsen i Norsk anesthesiologisk forening.**

Hun leder en spesialforening hvor belastningen på legene er ekstra stor. I Norsk overlegeforenings spørreundersøkelse om seniorpolitikk (1) oppgir 30 % av anestesilegene over 58 år at de har primærvakt/tilstedevakt. Ifølge Mellin-Olsen er det anestesileger ved mindre sykehus som er mest belastet.

– Dette er leger som befinner seg i stressede situasjoner hvor liv og død står på spill, sier Mellin-Olsen. – Paradokset er at det som trekker folk til spesialiteten; tempoet, spenningen, også er det som knekker en. Som en tilleggsbelastning til den fortvilelse man opplever dersom noe har gått galt, kommer samfunnets søkelys på legefeil. Det er selvsagt bra at omverdenen har et blikk på oss,

men det sliter, sier Mellin-Olsen.

– Den akkumulerte belastningen er veldig stor. Når man har gått i tilstedevakt/primærvakt i krysningspunktet mellom liv og død i 25–30 år, må man få kunne slippe vaktbelastning når man har passert 58 år uten å miste pensjonspoeng. Det er et tankekors at dette ikke er mulig i dag, mener hun.

Mindre vaktbelastning for eldre leger er en gjenganger på Anesthesiologforeningens sakskart. Jannicke Mellin-Olsen så helst at det var mulig å få mindre belastende vaktordning fra fylte 55 år, men tror at det er mer realistisk å arbeide for vaktreduksjon fra 58 år i første omgang. Mellin-Olsen peker videre på at spørsmålet om vaktreduksjon for eldre anestesileger også handler om rekruttering til spesialiteten.

– Vi vet at vaktbelastningen skremmer mange potensielle anestesiloger, og at flere



Jannicke
Mellin-Olsen

yngre kolleger er skeptiske til om det er et slikt yrkesliv de vil ha.

Anesthesiologforeningen er i kontakt med Norsk Gynekologisk Forening for å ta et felles løft for å fremme krav om redusert vaktbelastning i neste forhandlingsperiode.

– Forhåpentligvis får vi støtte av Norsk barnelegeforening også, sier Jannicke Mellin-Olsen.

– Ingrid M. Høie, *Tidsskriftet*
ingrid.hoie@legeforeningen.no

Litteratur

1. Aasland OG. Seniorpolitikk for sykehusleger. Arbeidsrapport 2001. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt, 2001.