
Seniorpolitikk – inklusjon eller eksklusjon?

KOMMENTAR

ODD JOHAN FRISVOLD

Email: Odd.Johan.Frisvold@smr.no
Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal
6026 Ålesund

Honnørordet seniorpolitikk har vært brukt en del de siste årene. Dessverre viser virkeligheten at det stort sett har virket ekskluderende. Det later til at Legeforeningen nå viser større forståelse og engasjement, ikke minst gjennom de utmerkede seniorseminarene. Det bør likevel gjøres atskillig mer konkret med sikte på å forbedre de eldre legenes kår både før og etter avsluttet yrkesaktivitet.

Det latinske ordet ”senior” betyr ganske enkelt ”eldre”. Som man vil vite er dette ikke noe entydig begrep. Bl.a. betyr det i idretten en voksen utøver, oftest over 18 – 20 år, i motsetning til junior. Grensen mellom å bli betraktet som eldre i motsetning til ung synes også å være nokså flytende, sterkt avhengig av eget ståsted og særlig egen alder. Dette kan illustreres med at en gruppe forskere i en oppdragsrapport til Kommunal Landspensjonskasse (KLP) viste at offentlige arbeidstakere selv mente at de sluttet å bli regnet som yngre arbeidstakere mellom 40 og 53 år. De yngre angir noe lavere alder enn de eldre. Det er altså et langt sprang opp til Norges offisielle gjennomsnittlige pensjonsalder på 67 år. I folketrygden er til og med alderen satt til 70 år!

Offentlige utredninger viser i sterk motsetning til dette at det gjennomsnittlige og reelle pensjoneringstidspunktet ligger omtrent ti år lavere. Tidligst for dem med ”fysisk belastende yrker”, lav utdanning og liten kontroll over egen arbeidssituasjon. Vår yrkesgruppe har tidligere utmerket seg ved mindre sykmeldingsfravær, høy pensjonsalder og stor grad av yrkesaktivitet etter oppnådd pensjon. Dette er i ferd med å endre seg drastisk. Leger flest er på vei til å bli mer lik den øvrige befolkning, og mange velger å tre tilbake tidlig, enten med avtalefestet pensjon (AFP) eller så snart de kan ta ut full pensjon, dvs. for mange fra 65 års alder. Dette later i hvert fall til å gjelde for leger i fremskutt arbeidssituasjon, enten det er i medisinsk virksomhet eller lederstillinger. Unntaket synes for meg gjennom personlige meddelelser/anekdotisk å

være de akademiske stillingene/professorene. Disse svarer ofte på spørsmålet om når de planlegger å slutte: ”Når jeg fyller 70, for da *må* jeg slutte.” Jeg har ikke sosiologisk kompetanse til å tolke disse forskjellene, men nevner det til ettertanke.

Det er kanskje disse historiske egenhetene ved legene, dvs. tendensen til å ville arbeide lengst mulig som lege i en eller annen form, som har medført påfallende liten interesse for eldre legers kår i vår forening. Også dette er i ferd med å endre seg, bl.a. gjennom etableringen og veksten av Eldre legers forening og de nytilkomne seniorseminarene. Grunnen til at jeg skriver denne artikkelen er for øvrig at jeg lovet kurslederene å skrive en kommentarartikkel rundt temaet. Jeg vil gi ubetinget ros til tiltaket, til arrangør og gjennomføring – kurset er til udelt og stor nytteverdi for dem som er så heldige å få delta.

Ventelistene til seminarer har vært lange, selv om mange sikkert har følt som jeg og kanskje heller ikke har søkt. Slike kurs vil i ubehagelig grad konkretisere den alder man er kommet i og den livsfasen som ubønnhørlig nærmer seg. Jeg må innrømme at jeg ved mottak av meldingen om at jeg endelig hadde fått tilbud om plass, skrev et brev der jeg beklaget å måtte melde forfall grunnet andre mer prioriterte gjøremål. Heldigvis besnnet jeg meg og sendte ikke brevet. Jeg stålsatte meg, selv om jeg innerst inne nærmest følte at deltakelsen kunne bli en slags første forberedelse til fasen frem mot egen begravelse. Jeg tror det er viktig for oss at noen tør sette ord på disse følelsene. Derfor betrodde jeg meg også til kurslederen samtidig med at jeg gav ros til ham og alle deltakere på seminaret. Seminaret anbefales på det varmeste fordi det i meget stor grad gir mulighet for realitetsorientering sammen med positivt syn på fremtiden også i denne fasen av livet.

Vår tid har vært preget av det man kan kalle en ungdomskultur, særlig uttalt i den såkalte jappetiden. Erfaringen fra denne tiden er ikke gode, og mye av fiaskoen kan nok tilskrives mangel på perspektiv og historisk erfaring. Dette kommer bl.a. til uttrykk i det som kan leses i dagspressen: ”Norske og svenske organisasjonsekspertar tar kraftig oppgjør med styrer og sjefer som fyller opp bedriften med ledere i 35 – 45-årsalderen og mener at alt annet er for gammelt.” Bl.a. skriver de også at 35-åringene vegrer seg mot omstilling, de vil helst bevare det bestående – i større grad enn andre aldersgrupper (1). Jeg har i min artikkel ikke rom for dyptpløyende analyse av aldersgruppens relative styrke og svakhet, men mener at det foreligger god dokumentasjon for at det neppe er gjennomgripende forskjeller utelukkende basert på alder for friske individer. Dette er viktige fakta for at aldersgruppene kan opprettholde gjensidig respekt i et arbeidsfellesskap. Videre at diskriminering på basis av alder, enten det er ungdom eller alderdom, bør være bannlyst som usaklig. Alle bør ha krav på individuell bedømmelse. Dette tilsier også at Legeforeningen sørger for at det åpenbart aldersdiskriminerende lisenstapet ved 75 år blir fjernet (2).

Noe av paradokset i vår moderne vestlige livsførsel synes å være at den enkelte føler at arbeidet tar mer og mer tid, samtidig med at arbeidsandelen beviselig er blitt vesentlig redusert. Samtidig er arbeidsplassen for mange blitt den viktigste og dominerende arena for sosial utfoldelse. Dette kan bl.a. illustreres gjennom en ingress i en avis: ””Privatlivet er oppskrytt,” sa en kollega og småbarnsfar, med alvor bak fleipen. Når barna er levert i barnehagen, puster man lettet ut – endelig på jobben.” Som er interessant og spennende. På jobben får vi bekreftelse og anerkjennelse” (3). For legegruppen later disse holdningene til å være enda mer uttalte. I en undersøkelse av NIS fra Nord-Trøndelags-sykehusene ble det beskrevet som en travelhetskultur. Legene

var stadig på jakt etter noe å engasjere seg i. Et lite avbrekk utløste øyeblikkelig vandring i korridorene, til overvåkingsavdeling, til sykeposten, røntgenavdelingen, laboratoriet, der man kunne bli engasjert i nye oppgaver.

I motsetning til i våre naboland Sverige og Danmark har det hos oss vært få personlige bekjennelser fra leger i overgang fra aktivt arbeid til pensjonistrollen. Gjennom personlige samtaler med venner og kolleger synes det åpenbart at vi som leger har en særlig og sterk følelse av at vår identitet som menneske er knyttet til det å være lege. Kanskje gjelder dette særlig for oss som måtte være lege døgnet rundt i en tid da antallet leger var en firedel av dagens? Jeg synes at en svensk kollega i et innlegg som hun har kalt *Pensionstraumat – en identitetskris* beskriver dette meget godt: ”Min läkarroll har varit en stor del av mig själv och den har gett stor tillfredsställelse. Skall jag nu sugas in i en kvinnoroll, som alltid kants trång och ofri? Det infinner sig många kanslor . . . Rädsla för att bli bortglömd, bli nedlåtande behandlad, att vara utanför infinner sig” (4). Vi er likevel på vei også i Norge, noe som bl.a. kommer frem i et intervju med en 85 år gammel kollega som kaller seg budbringer for en forsømt gruppe, nemlig de eldre legene over 70 år. ”Vi er mer enn 1 400 pensjonerte leger i dette landet. Jeg mener definitivt at Legeforeningen og samfunnet har en oppgave overfor denne gruppen” (5).

Når det gjelder tiltakene som Legeforeningen kan og bør sette i gang, mener jeg at disse kan deles i to, med flytende overgang mellom dem. Den ene tiltakspakken bør omfatte leger fra ca. 55 års alder frem mot pensjoneringstidspunkt og den andre de egentlige pensjonistene. Begge gruppene har hittil vært relativt stemoderlig behandlet.

La oss for å ha en romslig definisjon kalle den første gruppen de som er over sin første ungdom og som bør ha hatt sin andel av fremskutt arbeid med nattevakter og tunge rutiner. I dagens tariffsystem medfører avlastning for disse nesten ubønnhørlig store reduksjoner i lønn, noe som gjennom oppheving av knekkpunktet også vil medføre lavere pensjon. Den rent timelønnsbaserte lønnsberegningen virker grovt urettferdig og diskriminerende ved at oppnådd erfaring og ansiennitet nesten ikke gir uttelling. I Norge tilhører det sjeldenhetene at f.eks. en avdelingsoverlege etter lang tjeneste får beholde totallønn inkludert tilleggene ved fratreden som leder. Langt mindre får man beholde vakttilleggene, selv etter 40 års tung vaktjeneste! For mange betyr dette bortimot halvert totallønn. Forholdene er annerledes i nabolandene og stort sett ellers i verden også. Hvis Legeforeningen ikke gjør noe med dette, vil jeg forutse masseflukt ut av stillingene ved tidligste pensjonsmulighet. Dette vil samfunnet ikke ha råd til, ved det massive tapet av spesialistarbeidskraft som det vil medføre. Legeforeningen *kan*, men må ville det for å kunne oppnå noe.

Det bør gjøres attraktivt å fortsette i arbeid så lenge som mulig. Jeg har foran nevnt avlønningselementet. Like viktig er det å skape gode arbeidssituasjoner, der alle gis mulighet til å yte i forhold til eget potensial. Dette krever bl.a. forståelse for og bistand til smidige omstillinger når man går over fra e...n rolle til en annen innen helsetjenesten. Lederstillingene for leger fører ofte til liten tid til faglig arbeid og vedlikehold, og man kan ved tilbakegang til klinisk arbeid risikere å starte på laveste trinn med postarbeid, utskrivninger, resepter, sykmeldinger og til dels bli satt til arbeidsoppgaver som man er inkompetent til å utføre. Også dette er opp gjennom årene flere ganger beskrevet i Läkartidningen, men synes å være et godt skjult problem hos oss. Jeg vil derfor foreslå at man skolerer våre tillitsvalgte til å være oppmerksomme og gi bistand til å forhindre disse nedverdiggende situasjonene som enkelte høyt fortjente

kolleger kan ha blitt utsatt for på slutten av sin tjeneste. Den legesosiale tilhørighet ville også kunne styrkes mye ved støtte til opprettelse av lokalavdelinger av Eldre legers forening. Som en parallell til dette kan jeg nevne at en av de store bankene gjennom mange år og meget vellykket har organisert månedlige samlinger for sine pensjonerte ledere.

Mange leger har både lyst og evne til å arbeide i flere år etter å ha tatt ut pensjon. Den som fratrer 65 år gammel, vil i årene frem til fylte 67 år ha mulighet for å arbeide inntil 13 t/uke i KLP-systemet uten fradrag i pensjonen (bruttogarantiregelen). For årene mellom 67 og 70 har det vært motstridende opplysninger. Etter 70 kan man tjene det man vil uten fradrag. Forutsatt at man har innbetalt aktuarberegnet dekning for egen pensjon, synes det vanskelig å forstå disse forskjellene. Jeg vil anta at Legeforeningen, ut fra den store mangel på spesialister, bør ha gode kort på hånden til å forhandle frem smidigere og mer fornuftspregede ordninger. I tillegg til at kolleger kan få en smidigere og mykere overgang til ren pensjonisttilværelse burde samfunnet tjene stort på å holde oss yrkesaktive lengst mulig.

Jeg har antydnet en del problemområder og en del mulige tiltak for å snu utviklingen fra det jeg vil kalle overveiende ekskluderende seniorpolitikk til inklusjon i arbeidslivet for de som vil og kan så lenge som mulig. ”Men alt må jo ta en ende – det hjelper ikke å skyve på det,” som en kollega sa til meg nylig da han hadde bestemt sitt pensjonstidspunkt. Hva som kommer etterpå, dvs. når man har kuttet all faglig aktivitet, er kanskje en annen sak. Til trøst for oss alle har jeg nesten til gode å få negative karakteristikker av tilværelsen fra en som har falt til ro som pensjonist. Praktisk talt alle sier at de har det så bra at de angreir på at de ikke trakk seg tilbake tidligere.

De fleste av oss vil nok alltid innerst inne være leger og bære dette med oss til vår siste stund, men vi bør kunne unne oss den luksus å kunne gå over i en mer allsidig og reflekterende rolle. Kanskje vi kan si med den danske trubaduren: ”Livet er ikke det verste du har – om litt er kaffen klar.”

LITTERATUR

1. Ottesen G. Når sjefen er for ung. DN-magasinet 24./25.6. 2000: 28 – 9.
2. Husom N. Før var jeg lege, nå er jeg tegner Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 522.
3. Stokke O. Det oppskrytte privatlivet. Aftenposten 11.5. 1999: 17.
4. Staltfelt AM. Pensionstraumat – en identitetskris. Läkartidningen 2000; 97: 730 – 1.
5. Gislerud G, Claussen B, Bruusgaard D. Lisens for eldre leger Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 246 – 7.

Publisert: 10. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.