



Rikslønnsnemnda

RIKSLØNNSNEMNDAS KJENNELSE

SAK 01/2020

TVISTEN MELLOM DEN NORSKE LEGEFORENING OG KS I FORBINDELSE MED HOVEDTARIFFOPPGJØRET 2020.

AVSAGT 11.06.2021

RIKSLØNNSNEMNDAS SAMMENSETNING:

Sorenskriver Liv Synnøve Taraldsrud, leder

Seniorforsker Erling Barth

Professor Bjørnar Borvik

2. nestleder Roger Heimli, LO

Avdelingsdirektør Margrethe Meder, NHO

Leder Allmennlegeforeningen og medlem Legeforeningens sentralstyre Nils Kristian Klev,
Den norske legeforening

Avdelingsdirektør for avdelingen jus- og arbeidsliv Lars Duvaland, Den norske legeforening

Avdelingsdirektør Forhandling Hege Mygland, KS

Advokat Hege Torvbråten, KS

1 Innholdsfortegnelse

2	GENERELT	3
2.1	NEMNDAS SAMMENSETNING	3
2.2	SAKSGANG	4
3	KJENNELSE	4
3.1	SAKSGANGEN FREM TIL BEHANDLING I RIKSLØNNSNEMNDA.....	4
3.1.1	Partsforhandlinger og mekling	4
3.1.2	Omfang og virkninger av konflikten	4
3.2	PARTENES PÅSTANDER.....	7
3.2.1	Den norske legeforening	7
3.2.2	KS.....	8
3.3	PARTENES ANFØRSLER	10
3.3.1	Den norske Legeforenings skriftlige innlegg av 20. januar 2021.....	10
3.3.2	KS skriftlige innlegg av 20. januar 2021.....	29
3.4	PARTENES KOMMENTARER.....	45
3.4.1	Den norske legeforenings prosesskriv 3. februar 2021.....	45
3.4.2	KS prosesskriv 3. februar 2021	51
3.5	PARTENES AVSLUTTENDE BEMERKNINGER	57
3.5.1	Den norske legeforenings avsluttende skriftlige innlegg 17. februar 2021	57
3.5.2	KS avsluttende skriftlige innlegg 17. februar 2021.....	62
3.6	RIKSLØNNSNEMNDAS MERKNADER.....	63
3.6.1	Innledning.....	63
3.6.2	Ny Hovedtariffavtale	63
3.6.3	Rikslønnsnemndas kompetanse	63
3.6.4	Regulering av arbeidstid	66
3.6.5	Samfunnsmessig beredskap	67
3.6.6	Virkningstidspunktet	68
3.6.7	Justering av satsene i SFS 2305	69
3.7	SLUTNING	69

2 GENERELT

Rikslønnsnemnda har i sak 1/2020 behandlet arbeidstvisten mellom Den Norske Legeforening og KS i forbindelse med hovedtariffoppgjøret 2020.

2.1 NEMNDAS SAMMENSETNING

Nemnda har hatt følgende sammensetning:

Sorenskriver Liv Synnøve Taraldsrud, leder

Seniorforsker Erling Barth

Professor Bjørnar Borvik

2. nestleder Roger Heimli, LO

Avdelingsdirektør Margrethe Meder, NHO

Leder Allmennlegeforeningen og medlem Legeforeningens sentralstyre Nils Kristian Klev, Den norske legeforening

Avdelingsdirektør for avdelingen jus- og arbeidsliv Lars Duvaland, Den norske legeforening

Avdelingsdirektør Forhandling Hege Mygland, KS

Advokat Hege Torvbråten, KS

Etter lov 27. januar 2012 nr. 10 om lønnsnemnd i arbeidstvister (lønnsnemndloven) § 3 tredje ledd skal partene i den enkelte tvist hver utpeke to medlemmer av Rikslønnsnemnda. Når nemnda skal fatte beslutning, er det bare ett av medlemmene fra hver av partene som har stemmerett. Partene skal bestemme hvilket av medlemmene som har stemmerett, jf. lønnsnemndloven § 4 tredje ledd.

Den norske legeforening har utpekt Nils Kristian Klev og Lars Duvaland som sine representanter i nemnda. Nils Kristian Klev har hatt stemmerett.

KS har utpekt Hege Mygland og Hege Torvbråten som sine representanter i nemnda. Hege Mygland har hatt stemmerett.

Under hovedforhandlingen har advokat Nina Bergsted og advokatfullmektig Christine Palm Deighan vært prosessfullmektiger for Den norske legeforening. Advokat Øyvind Gjelstad har vært prosessfullmektig for KS.

Marit Hermansen møtte som partsrepresentant for Den norske legeforening. Tor Arne Gangsø fra KS hadde forfall til møtet i Rikslønnsnemnda og hans forklaring ble presentert av advokat Gjelstad.

Seniorrådgiver Helene Nødset Lang, rådgiver Mona Ekelund og seniorkonsulent Hilde Brenna har fungert som sekretærer for nemnda.

2.2 SAKSGANG

Partene har gjort rede for sine standpunkter ved skriftlige innlegg og kommentarer. Muntlig forhandling i nemnda var først berammet til 10. mars 2021, men ble på grunn av LO-leder Hans-Christian Gabrielsens bortgang omberammet til 9. juni 2021.

Etter rådslagning og stemmegivning ble det 11. juni 2021 avsagt slik

3 KJENNELSE

3.1 SAKSGANGEN FREM TIL BEHANDLING I RIKSLØNNSNEMNDA

3.1.1 Partsforhandlinger og mekling

Twisten har oppstått i forbindelse med hovedtariffoppgjøret 2020 og gjelder *Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og turnusleger/LIS1 i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen. 1.1.2020–15.9.2020*. Særavtalen regulerer blant annet samfunnsmedisin, legevakt og turnuslegers arbeidsforhold.

Torsdag 3. september 2020 startet Akademikerne kommune og KS hovedtariffoppgjøret. Forhandlingene omfattet også reforhandling av særavtalen. Akademikerne brøt forhandlingene 16. september. De øvrige arbeidstakerorganisasjonene i KS kom til enighet med arbeidsgiver.

Riksmekleren nedla forbud mot arbeidsstans 17. september og innkalte partene til mekling. Mekling ble gjennomført 12., 13. og 14. oktober. Akademikerne anbefalte meklingsresultatet til sine medlemsforeninger med svarfrist 23. oktober. Alle unntatt Legeforeningen aksepterte forslaget.

Legeforeningen aksepterte ikke resultatet fordi de ikke hadde kommet til enighet med KS om særavtalen som regulerer legevakt, samfunnsmedisin og arbeidsforhold for nyutdannede leger. Etersom Legeforeningen i utgangspunktet ble bundet av forhandlingssammenslutningens anbefaling kunne det ikke iverksettes streik før etter svarfristens utløp fredag 23. oktober.

Legeforeningen meldte plassfratredelse onsdag 21. oktober for 23 medlemmer med oppstart av streik mandag 26. oktober. Opptrapping ble varslet 27. oktober for 12 medlemmer med virkning fra mandag 2. november.

3.1.2 Omfang og virkninger av konflikten

Streikeuttaket 26. oktober omfattet 23 leger i 5 kommuner:

- Bergen kommune: 5 personer
- Narvik kommune: 5 personer
- Stavanger kommune: 4 personer
- Tromsø kommune: 5 personer
- Trondheim kommune: 4 personer

Flere av legene som ble tatt ut i streik er privatpraktiserende leger som er deltidsansatt i kommunene for det arbeidet de utfører i legevaktordningen. Det var altså bare arbeid tilknyttet legevakt som var omfattet av streiken for disse. Videre var i all hovedsak legene som ble tatt ut i streik ikke satt opp på legevakt den første uken av konflikten. Konsekvensene var derfor små.

Statens helsetilsyn vurderte situasjonen slik at det ikke var fare for liv og helse, senest i sin vurdering onsdag 28. oktober hvor de skrev:

«Vi har ikke mottatt informasjon fra fylkesmennene som indikerer at streiken medfører konsekvenser for liv og helse.

Statens helsetilsyn vurderer at det i dag ikke er fare for liv og helse som følge av legestreiken.»

Legeforeningen varslet 27. oktober at streiken fra 2. november ville trappes opp med ytterligere 12 leger i 7 kommuner:

- Karasjok kommune: 2 personer
- Kautokeino kommune: 2 personer
- Hasvik kommune: 1 person
- Herøy kommune: 3 personer
- Vang kommune: 2 personer (er også ansatt i Nord-Aurdal kommune)
- Nord-Aurdal kommune: 2 personer (er også ansatt i Vang kommune)
- Sirdal kommune: 2 personer

Utvidelsen omfattet mindre kommuner med få leger. Det ble fra arbeidsgiversiden søkt om dispensasjoner for flere av legene, men kun to av disse ble innvilget.

Helsetilsynet ble av Helse- og omsorgsdepartementet bedt om å gjøre en forhåndsvurdering av hvilke konsekvenser den varslede utvidelsen av streiken ville få. I sin vurdering fredag 30. oktober skrev Helsetilsynet:

«Statens helsetilsyn har vurdert om det er fare for liv og helse som følge av den pågående konflikten mellom partene i arbeidslivet på arbeidstakersiden Den norske legeforening og på arbeidsgiversiden KS (Kommunesektorens organisasjon).

Legeforeningen tok den 26. oktober 2020 ut 23 leger i streik i de fem bykommunene; Stavanger, Bergen, Trondheim, Narvik og Tromsø. Streiken berører de kommunale legetjenester, i hovedsak kommunenes legevaktsordning. De 23 legene som ble tatt ut i streik har imidlertid ikke hatt legevakt i aktuelle periode og streiken har forløpt uten konsekvenser for liv og helse.

Den 27. oktober 2020 varslet Legeforeningen opptrapping av streiken med ytterligere 12 leger i 7 nye kommuner med virkning fra arbeidsdagens begynnelse 2. november 2020.

Den varslede opptrappingen berører små kommuner med få leger. Denne situasjonen vil umiddelbart påvirke helsetjenesten i de berørte kommunene og det vil oppstå problemer i flere kommuner allerede i løpet av mandagen.

I en av de berørte kommunene er to av tre leger tatt ut i streik. Kommunen har fått avslag på søknad om dispensasjon for begge legene. Kommunen håndterer øyeblikkelig hjelp på dagtid via de tre legene i deres funksjon som fastlege. De aktuelle legene er tatt ut i streik i alle sine legefunksjoner, dvs. som ansatt fastlege, legevaktslege, tilsynslege og kommuneoverlege. Mandag 2. november er den ene legen, som ikke er tatt ut i streik, fraværende. Det vil derfor ikke være noen leger tilgjengelig i kommunen fra mandag morgen kl. 08.00. Dette medfører at befolkningen i kommunen står uten legetjeneste, både for øyeblikkelig hjelp og for ordinær legehjelp fra kl. 08.00 mandag 2. november 2020.

Statens helsetilsyn vurderer på denne bakgrunn at det vil oppstå fare for liv og helse ved iverksettelse av opptrappingen av konflikten den 2. november 2020 kl. 08.00.»

På bakgrunn av Helsetilsynets vurdering innkalte Arbeids- og sosialministeren partene til møte søndag 1. november kl. 16.15. Partene bekreftet på møtet at de ikke så noen mulighet for å komme til enighet. I lys av dette og Helsetilsynets rapport informerte statsråden partene om at Regjeringen ville gripe inn med tvungen lønnsnemnd i konflikten. På anmodning fra statsråden sa Legeforeningen seg villig til å avblåse streiken umiddelbart og gjenoppta arbeidet.

Med grunnlag i Helsetilsynets vurdering og den fastlåste situasjonen vurderte Arbeids- og sosialdepartementet at hensynet til liv og helse gjorde det nødvendig å løse arbeidstvisten mellom Den norske legeforening og KS uten ytterligere arbeidskamp.

Det ble overlatt til Rikslønnsnemnda å avgjøre tvisten. Det følger av lønnsnemndloven § 2 andre ledd at en avgjørelse av Rikslønnsnemnda har samme virkning som en tariffavtale. Dette gjelder enten saken frivillig er brakt inn for nemnda av partene, eller gjennom vedtak om tvungen lønnsnemnd.

I forslaget til lov § 1 fremkommer det at tvisten skal avgjøres av Rikslønnsnemnda. Nemnda må for å kunne avgjøre hele den aktuelle tvisten ha den samme kompetansen som partene til å fastsette innholdet i tariffavtalen.

Rikslønnsnemnda spiller en sentral rolle i det norske tariffsystemet. Skal nemnda fullt ut kunne fylle sin rolle som et effektivt tvisteløsningsorgan, må den kunne behandle alle sider ved tvisten. Det gjelder også spørsmål om å fastsette unntak fra bestemmelser i lov når partene er gitt kompetanse til å inngå tariffavtale om det, innenfor de rammer som følger av EØS-retten.

Norge har ratifisert flere ILO-konvensjoner som verner organisasjonsfriheten og streikeretten (konvensjon nr. 87, 98 og 154). Slik konvensjonene har vært tolket av ILOs organer, stilles det strenge krav for inngrep i streikeretten, men det åpnes likevel for inngrep dersom streiken setter liv, helse eller personlig sikkerhet for hele eller store deler av befolkningen i fare. Sosialpakten under Europarådet har i artikkel 6 nr. 4 en tilsvarende bestemmelse som verner streikeretten. Artikkel 6 må imidlertid ses i sammenheng med artikkel G, som åpner for at det ved lov kan foretas begrensninger i streikeretten som er nødvendige i et demokratisk samfunn til vern av andre menneskers frihet og rettigheter, eller til vern av offentlige interesser, den nasjonale sikkerhet og moral i samfunnet.

Arbeids- og sosialdepartementet var av den oppfatning at et vedtak om tvungen lønnsnemnd i den omhandlede arbeidstvisten er innenfor rammen av de konvensjoner Norge har ratifisert. Dersom det skulle påvises motstrid mellom internasjonale konvensjoner og Norges bruk av tvungen lønnsnemnd, mener Arbeids- og sosialdepartementet at det under enhver omstendighet var nødvendig å gripe inn i konflikten.

Arbeids- og sosialdepartementet kom med følgende tilrådning:

1. Arbeids- og sosialdepartementet

tilrår:

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om lønnsnemndbehandling av arbeidstvisten mellom Den norske legeforening og KS i forbindelse med hovedtariffoppgjøret 2020.

Vi HARALD, Norges Konge,

stadfester:

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om lønnsnemndbehandling av arbeidstvisten mellom Den norske legeforening og KS i forbindelse med hovedtariffoppgjøret 2020 i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om lønnsnemndbehandling av arbeidstvisten mellom Den norske legeforening og KS i forbindelse med hovedtariffoppgjøret 2020

§ 1

Tvisten mellom Den norske legeforening og KS i forbindelse med hovedtariffoppgjøret 2020 skal avgjøres av Rikslønnsnemnda.

§ 2

Det er forbudt å iverksette eller opprettholde arbeidsstans, jf. lov 27. januar 2012 nr. 9 om arbeidstvister (arbeidstvistloven) § 1 bokstav f) og g) for å løse tvisten.

Reglene i lov 27. januar 2012 nr. 10 om lønnsnemnd i arbeidstvister (lønnsnemndloven) får tilsvarende anvendelse.

§ 3

Loven trer i kraft straks. Loven opphører å gjelde når Rikslønnsnemnda har avsagt kjennelse i tvisten.

Ved lov av 18. desember 2020 nr. 141 om lønnsnemndsbehandling av arbeidstvisten mellom Den norske legeforening og KS i forbindelse med hovedtariffoppgjøret 2020 bestemte Stortinget at Rikslønnsnemnda skulle avgjøre arbeidstvisten.

Loven har følgende ordlyd:

§ 1

Tvisten mellom Den norske legeforening og KS i forbindelse med hovedtariffoppgjøret 2020 skal avgjøres av Rikslønnsnemnda.

§ 2

Det er forbudt å iverksette eller opprettholde arbeidsstans, jf. lov 27. januar 2012 nr. 9 om arbeidstvister (arbeidstvistloven) § 1 bokstav f) og g) for å løse tvisten.

Reglene i lov 27. januar 2012 nr. 10 om lønnsnemnd i arbeidstvister (lønnsnemndloven) får tilsvarende anvendelse.

§ 3

Loven trer i kraft straks. Loven opphører å gjelde når Rikslønnsnemnda har avsagt kjennelse i tvisten.

3.2 PARTENES PÅSTANDER

3.2.1 Den norske legeforening

Den norske legeforening har nedlagt slik påstand:

3.2.1.1 Påstand for Hovedtariffavtalen mellom KS og Den norske legeforening

Hovedtariffavtalen:

Meklingsresultatet slik det fremgår av meklers forslag med vedlegg side 2-11 og side 15-21, inntatt i Riksmeklers møtebok sak 2020-034 mellom Akademikerne kommune og KS for tariffrevisjonen 2020 – kommuneoppgjøret legges til grunn.

Lokale lønnsforhandlinger:

Prinsipalt:

1. Enighet i lokale protokoller legges til grunn og eventuelle avgjørelser fra lokale nemndsbehandlinger legges til grunn, inkludert virkningstidspunkt for lønnsoppgjør.

2. Der lokale parter eller lokal nemnd ikke har fastsatt virkningstidspunkt for lokale lønnsforhandlinger fastsettes virkningstidspunktet til 01.05.2020

Subsidiært:

1. Enighet i lokale protokoller legges til grunn og eventuelle avgjørelser fra lokale nemndsbehandlinger legges til grunn, inkludert virkningstidspunkt for lønnsoppgjør.

2. Der lokale parter eller lokal nemnd ikke har fastsatt virkningstidspunkt for lokale lønnsforhandlinger fastsettes virkningstidspunktet til 17.06.2020

3.2.1.2 Påstand for SFS 2305 – Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening

Prinsipielt:

1. Bilag 6 legges til grunn som ny SFS 2305 med virkning fra 1.1.2021, med unntak av § 3.1, der endringene i 2.- 5. ledd trer i kraft 1.9.2021.
2. Satsene i særavtalen justeres med 1.7% med virkning fra 1.1.2021.

Subsidiært:

1. Særavtale SFS 2305 prolongeres til 31.12.2021
2. Satsene i særavtalen justeres med 1.7% med virkning fra 1.1.2021.
3. Protokolltekst som fremgår av meklers forslag, pkt IV bokstav C side 12-14, tas inn som protokolltekst med de endringer som fremgår nedenfor:

"Avvikling av unntaket fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser for legevakt

Det nedsettes et partssammensatt utvalg som skal utrede mulighet for, konsekvenser av og praktisk gjennomføring av en avvikling av unntaket i særavtalen fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. En avvikling vil innebære at de ordinære vernebestemmelsene i arbeidsmiljøloven og hovedtariffavtalen vil komme til anvendelse for legevakt. ~~For at kommunen skal sikre innbyggerne en forsvarlig legevakt, vil det uansett være nødvendig med en overgangsordning før en eventuell avvikling gjennomføres. Med mindre partene er enige om noe annet bortfaller unntakene fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser fra 31.12.2021. Bestemmelsene som bortfaller på nevnte dato er §§ 3.2, 3.3, 3.4, og følgende ledd i § 7.4: 3. ledd (annen setning), og 4.-6. ledd. Ledd 7-9 i § 7.4 ledd videreføres kun for selvstendig næringsdrivende leger.~~

Utvalget nedsettes med følgende sammensetning: 3 representanter oppnevnt av Legeforeningen og 3 representanter og 1 sekretær oppnevnt fra KS. Rapport fra utvalget skal foreligge innen ~~30.~~ 1. oktober 2021 slik at rapporten inngår i grunnlaget for forhandlingene om ny særavtale. Arbeidet må ses i sammenheng med tiltaket i handlingsplanen for allmennlegetjenesten om nedsettelse av en ekspertgruppe.

3.2.2 KS

KS har nedlagt slik påstand:

3.2.2.1 Påstand for Hovedtariffavtalen mellom KS og Den norske legeforening

1. Ny Hovedtariffavtale mellom KS og Legeforeningen fastsettes etter endelige tilbud fremsatt av KS til Akademikerne den 16. september 2020 klokken 01.00. punkt I, II og III samt vedlegg 1.

2. Virkningstidspunktet for lokale lønnsforhandlinger etter HTA kapittel 3 og 5, gjennomført høsten 2020, men ikke iverksatt, settes til arbeidets gjenopptakelse.

I prosesskriv 3. februar 2021 korrigerer KS påstandens punkt 2 til:

2. Virkningstidspunktet for lokale lønnsforhandlinger etter HTA kapittel 3 og 5, gjennomført høsten 2020, men ikke iverksatt, settes til 17.6.2020 for alle de lokale forhandlingene mellom kommunene og Legeforeningen i 2020 med fastsatt virkningsdato 1.5.2020. For lønnsoppgjør med andre fastsatte virkningstidspunkt, forskyves (utsettes) disse med 1 ½ måned.

3.2.2.2 Påstand for SFS 2305 – Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening

1. Prinsipalt:

Særavtale SFS 2305 – Kommunelegeavtalen, prolongeres til 31.12.2021.

2. Subsidiært:

Særavtale SFS 2305 – Kommunelegeavtalen, prolongeres til 31.12.2021 med følgende protokolltilførsel:

«Avvikling av unntaket fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser for legevakt

Det nedsettes et partssammensatt utvalg som skal utrede mulighet for, konsekvenser av og praktisk gjennomføring av en avvikling av unntaket i særavtalen fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. En avvikling vil innebære at de ordinære vernebestemmelsene i arbeidsmiljøloven og hovedtariffavtalen vil komme til anvendelse for legevakt. For at kommunene skal sikre innbyggerne en forsvarlig legevakt, vil det uansett være nødvendig med en overgangsordning før en eventuell avvikling gjennomføres.

Utvalget nedsettes med følgende sammensetning: 3 representanter oppnevnt av Legeforeningen og 3 representanter og 1 sekretær oppnevnt fra KS. Rapport fra utvalget skal foreligge innen 30. oktober 2021 slik at rapporten inngår i grunnlaget for forhandlingene om ny særavtale. Arbeidet må ses i sammenheng med tiltaket i handlingsplanen for allmennlegetjenesten om nedsettelse av en ekspertgruppe.»

3. Atter subsidiært:

SFS 2305 §§ 7, 8 og 9 bortfaller dersom unntaket i SFS 2305 punkt 3.2 om at arbeidsmiljøloven § 10 ikke gjelder i forbindelse med legevakt, ikke videreføres uendret.

4. Satsene i SFS 2305 justeres per 1.1.2021 med 1,7 %.
5. Øvrige krav tas ikke til følge.

3.3 PARTENES ANFØRSLER

Anførselene bygger på partenes egne fremstillinger i de skriftlige innlegg til Rikslønnsnemnda.

3.3.1 Den norske Legeforenings skriftlige innlegg av 20. januar 2021

3.3.1.1 INNLEDNING

3.3.1.1.1 HVA HANDLER TVISTEN OM?

I dag kan fastleger pålegges et ubegrenset antall timer legevakt, som kommer i tillegg til arbeidet på fastlegekontoret på dagtid. Det sentrale spørsmålet i forhandlingene mellom KS og Legeforeningen har vært om det skal innføres et minimumsvern for disse legene. Legeforeningens hovedkrav i forhandlingene var å få etablert en ytre skranke for hva legene kunne pålegges av maksimal ukentlig arbeidstid.

Fastlegene har en forskriftsfestet plikt til å gå legevakt. Det er en tilleggsoppgave, som kommer på toppen av full arbeidsuke som fastlege. Totalbelastningen for den enkelte lege kan derfor bli veldig høy. Særlig i små kommuner, der det er få leger å dele legevakten på.

Kommunal legevakt har alltid vært basert på omfattende unntak fra arbeidsmiljølovens vernebestemmelser. I motsetning til de fleste andre arbeidstakere i Norge, har legene ingen begrensning av ukentlig arbeidstid. Antall timer legevakt den enkelte kan pålegges er i prinsippet ubegrenset. Endringene i tjenestene og legenes arbeidshverdag har imidlertid vært omfattende. Dette har over tid gitt en uholdbar utvikling i legenes arbeidssituasjon. De omfattende unntakene i tariffavtalen må begrenses for å unngå at den enkelte lege får en uforsvarlig høy arbeidsbelastning. Problemet er adressert gjentatte ganger (over år) i forhandlinger med KS. KS erkjenner utfordringen og at legene jobber for mye, men har ikke vist vilje til å gå inn på reelle diskusjoner om konkrete begrensninger av arbeidstiden. KS viser stadig til at dette ikke løses uten at staten komme på banen, samt behov for mer overordnede politiske prosesser. Også dette er budskap fremført gjennom mange år, uten at KS kan vise til konkret handling for å få dette på plass. Legeforeningen deltar gjerne i en overordnet dialog om fremtidens legevakt, men situasjonen i fastlegeordningen tilsier at det ikke er tid eller rom for å avvente en slik prosess. Det er helt nødvendig å innføre begrensninger i arbeidsbelastningen nå, for å adressere den kritiske situasjonen og skape rom for et reelt arbeidstidsvern og lokale prosesser for å sikre en forsvarlig arbeidsbelastning.

3.3.1.1.2 VIDERE FREMSTILLING

I hovedoppgjøret var både Hovedtariffavtalen og særavtalen tema i forhandlingene. Ved avslutningen av meklingen var det kun innholdet i særavtalen det var uenighet om. Når det gjelder Hovedtariffavtalen kan Legeforeningen akseptere meklers forslag til løsning slik den fremgår av Riksmeklers møtebok. Hovedtariffavtalen vil derfor kun omtales i korthet.

I den videre fremstillingen har Legeforeningen fokus på særavtalen og hovedsakelig særavtalens arbeidstidsbestemmelser. Når det gjelder justering av de økonomiske satsene i særavtalen kan Legeforeningen akseptere meklers forslag til løsning slik den fremgår av Riksmeklers møtebok. Økonomiske krav vil derfor ikke omtales nærmere i det skriftlige innlegget.

Av hensyn til oversikten gis en kort beskrivelse av avtalestruktur og forhandlingsystem i tariffområdet i punkt 3.3.1.2. I punkt 3.3.1.3 gis en oversikt over særavtalens historikk og sentrale innhold. I punkt 3.3.1.4 omtales særavtalens bestemmelser om organisering av legevakt og legenes arbeidstid. I punkt 3.3.1.5 gis en oppsummering av hovedoppgjøret 2020 og en nærmere beskrivelse av Legeforeningens krav i forhandlingene og for nemnda. I punkt 3.3.1.6 redegjøres for

Legeforeningens syn på Rikslønnsnemndas kompetanse i tvisten. Problemstillinger knyttet til virkningstidspunkt omtales i punkt 3.3.1.7. I punkt 3.3.1.8 angis Legeforeningens påstander.

3.3.1.2 AVTALESTRUKTUR OG FORHANDLINGSSYSTEM I KS

3.3.1.2.1 Parter

Legeforeningen er profesjons- og fagforening for norske leger med 37 657 medlemmer pr 14.1.2021. 94,2 % av alle yrkesaktive leger i Norge under 70 år er medlemmer. Legeforeningen er representativ for leger i alle sektorer i arbeidslivet, herunder kommunehelsetjenesten. Legeforeningen er tilsluttet hovedsammenslutningen Akademikerne.

KS er arbeidsgiverorganisasjon for landets kommuner (og fylkeskommuner). KS er overordnet sentral tariffpart og forhandler på vegne av sine medlemmer i de sentrale tariffoppgjørene.

3.3.1.2.2 Forhandlingsordning

Det er inngått en egen avtale om forhandlingsordningen i KS i del A i Hovedavtalen (HA). I tråd med forhandlingsordningen representeres Legeforeningen som hovedregel av Akademikerne kommune som opptretr som forhandlingssammenslutning ovenfor KS i forhandlinger om Hovedtariffavtalen (HTA), jf HA §§ 4-2, jf 1-5. HTA er likevel en avtale mellom KS og Legeforeningen som selvstendige parter, jf HA § 1-2.

3.3.1.2.3 Hovedtariffavtalen og sentral forbundsvis avtale (SFS 2305)

Hovedtariffavtalen regulerer generelle lønns- og arbeidsvilkår, grunnleggende sosiale bestemmelser, lokale lønnsforhandlinger, pensjon mv. Legeforeningen og KS har i tillegg inngått en forbundsvis særavtale med KS (SFS 2305), som inneholder særskilte bestemmelser som kun gjelder for leger.

Forhandlinger om sentrale forbundsvise særavtaler skjer direkte mellom KS og den enkelte arbeidstakerorganisasjon, og gjennomføres i utgangspunktet uavhengig av forhandlinger om HTA, jf HA §§ 4-3 jf 1-3.

Sentral særavtale som er lovlig sagt opp og ikke reforhandlet faller bort, jf HA § 4-3. Etter samme bestemmelse har partene gjensidig forhandlingsplikt dersom den annen part krever forhandlinger. Fører forhandlingene ikke til enighet kan hver av partene bringe tvisten inn for sentral nemnd som avgjør tvisten. Nemndas avgjørelse har samme virkning som sentral særavtale, jf HA § 6-1. Dersom en av partene krever det skal nemndas avgjørelse bare gjelde til Hovedtariffavtalens utløpstid, jf § 6-1.

3.3.1.2.4 Lokale lønnsforhandlinger

Hovedandelen av Legeforeningens medlemmer er ansatt i stillingskode 8527. Stillingskoden er plassert i HTA kap. 5. Lønnsfastsettelsen for stillinger i kap. 5 foregår i sin helhet lokalt, jf HTA pkt 5.1. Det er forhandlinger uten noen sentralt avtalt ramme eller avsetning. Lokale lønnsforhandlinger gjennomføres (som hovedregel) i etterkant av de sentrale forhandlingene og føres mellom de lokale parter (tillitsvalgte og kommunene). De lokale parter forhandler både om rammen for lønnsoppgjøret og virkningstidspunktet for lønnsoppgjøret. Med mindre partene lokalt er enige om noe annet, er virkningsdato for de årlige lønnsforhandlingene etter HTA kap. 5, 1. mai, jf HTA pkt 5.1. Det settes opp protokoll fra de lokale forhandlingene. Oppnås det ikke enighet i de lokale forhandlingene kan hver av partene bringe uenigheten inn for tvistebehandling ved lokal nemnd, jf HTA pkt 5.1 jf HA del A § 6-2.

Hva gjelder særskilt for honorar på legevakt er dette regulert i særavtalen SFS 2305, jf nedenfor.

3.3.1.3 SÆRAVTALEN MELLOM LEGEFORENINGEN OG KS – SFS 2305

3.3.1.3.1 Avtalens sentrale innhold

Særavtalen regulerer lønns- og arbeidsvilkår for leger ansatt i kommunehelsetjenesten. Den gjelder i utgangspunktet for alle ansatte leger uavhengig av stilling, for eksempel turnusleger / LIS1, kommuneleger, legevaksleger og sykehjemsleger.

Vilkår for leger som deltar i kommunens legevaktordning er en sentral del av avtalen. Disse gjelder både for leger som er ansatt i kommunen og for næringsdrivende fastleger når de går legevakt. Legevaksarbeidet er for øvrig organisert som et ansettelsesforhold i kommunen, også for næringsdrivende fastleger. Dette innebærer bl.a. at godtgjøringen som er lønn inngår i syke- og foreldrepengegrunnlaget.

De viktigste spørsmålene som er regulert i særavtalen kan oppsummeres slik:

- Arbeidstidsbestemmelser med omfattende unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser for arbeid på legevakt.
- Organisering av legevakt på dagtid (kl. 08.00-16.00).
- Organisering av legevakt og interkommunal legevakt etter kontortid (kl. 16.00 - 08.00).
- Særlige vilkår for arbeid i interkommunale legevaktsentraler på natt (kl. 23.00-08.00).
- Vilkår og satser for praksiskompensasjon til næringsdrivende fastleger (praksiskompensasjon er kompensasjon for fravær fra egen praksis, for å utføre offentlig legearbeid for kommunen).
- Lønn og andre særskilte bestemmelser for turnusleger /LIS1.
- Samfunnsmedisin (vilkår for kommunens medisinskfaglige rådgiver / kommuneoverlegefunksjonen).
- Rett til utdanningspermisjon.

3.3.1.3.2 Særavtalens historikk og utvikling

Reguleringen i særavtalen har sin opprinnelse i tariffavtaler fra 1960-tallet mellom Den norske lægeforening og daværende Norges Byforbund – Norges Herredsforbund.

Kommunehelsetjenesteloven ble innført i 1984 (nå avløst av helse- og omsorgstjenesteloven). Ved innføring av loven gjennomførte kommunene samtidig en større reform av kommunehelsetjenesten. Særavtalen ble betydelig endret og utvidet i forbindelse med reformen.

I 2001 kom fastlegereformen. Særavtalen ble videreført med enkelte tilpasninger. Med endringene av fastlegeforskriften i 2013, ble flere av elementene som særavtalen tidligere regulerte, overført til fastlegeforskriften. Særavtalen ble betydelig revidert det samme året. Særavtalen ble deretter reforhandlet i 2015 og 2017. I store trekk er likevel innretningen i avtalen uforandret siden 1984.

I særavtalen gir Legeforeningen et meget omfattende unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Unntaket har i praksis vært uforandret gjennom reformering av både fastlegeordning og arbeidsmiljølovgivning gjennom de siste 30-40 år. Unntaksbestemmelsen, slik vi

kjenner den i dag, ble inntatt i 2004, men var å anse som en presisering av gjeldende bestemmelse. Endringer i tjenestene avtalen regulerer, og legenes arbeidshverdag, har imidlertid vært omfattende. Det samme gjelder både samfunnets og den enkelte arbeidstakers oppfatning av hva som er akseptable arbeidstidsordninger. Legeforeningen har derfor i dialogen med KS i økende grad problematisert unntaket, og de ulemper det medfører for våre medlemmer.

3.3.1.3.3 Særlig om fastlegeforskriften

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og innebar en lovfesting av at pasienter skulle ha rett til en fast allmennlege i kommunen. Ordningen var forankret i lov. Enkelte overordnede forhold ble forskriftsfestet, men det var likevel et viktig prinsipp at ordningen i størst mulig grad skulle etableres og utvikles gjennom et avtalesamarbeid mellom de sentrale partene: Legeforeningen, KS og Staten. Det innebar at plikt til å delta i legevakt og andre allmennlegeoppgaver ble regulert i sentrale avtaler.

I 2013 ble fastlegeforskriften revidert som følge av samhandlingsreformen. Dette var en svært kontroversiell prosess. En rekke av forslagene som hadde vært på høring ble endret etter massiv motstand fra Legeforeningen og fastlegene.

Flere av legenes plikter ble overført fra det sentrale avtaleverket til fastlegeforskriften. Det gjaldt også legevaktforpliktelsen for fastleger. Legeforeningen påpekte den gang det problematiske i at "avtalelinjen ble brutt". Flytting av en så omfattende forpliktelse til forskrift innebar svekkede muligheter for å se rettigheter og plikter i sammenheng og stille krav til den kommunale organiseringen. Den gjorde det med andre ord enklere for kommunen å ta legens plikt til å bidra i legevakt for gitt – uavhengig av tilrettelegging, organisering og arbeidsbelastning.

Kommunens mulighet til å pålegge legevaktarbeid for fastlegene sammenholdt med den utviklingen av arbeidsbelastningen vi ser på både legevakt og fastlegene generelt, gjør at premissene for et så vidt unntak fra arbeidsmiljøloven ikke lenger er til stede.

3.3.1.4 LEGEVAKT - ORGANISERING OG ARBEIDSTID

Som nevnt innledningsvis er det sentrale tvistepunktet arbeidstid på legevakt.

For at Rikslønnsnemnda skal kunne vurdere vårt krav er det nødvendig å gi en kort innføring i organiseringen av legevakt i kommunehelsetjenesten og avtalens regulering av arbeidstid på legevakt. Dette beskrives nærmere i underpunktene nedenfor.

3.3.1.4.1 Organisering av kommunenes legevaktstjeneste

Kommunen har ansvar for å organisere kommunens legevaktstjeneste. Dette er et lovpålagt ansvar som følger av helse- og omsorgstjenesteloven.

Kommunens fastleger er forpliktet til å delta i kommunens legevaktstjeneste etter fastlegeforskriften § 13. Kommunen kan også pålegge fastlegene å utføre andre allmennlegeoppgaver i inntil 7,5 timer per uke etter fastlegeforskriften § 12. Mange næringsdrivende fastleger deltar både i legevakt og utfører annet offentlig legearbeid for kommunen i tillegg til at de har ansvar for sin fastlegepraksis på dagtid.

Deltidsstillingene og legevaktarbeidet organiseres som ansettelsesforhold og reguleres av SFS 2305, mens betingelsene i fastlegepraksisen reguleres av annet regelverk.

Selv om hovedordningen for fastleger er næringsdrift, har stadig flere kommuner også fast ansatte fastleger. Disse har et todelt ansettelsesforhold der de fungerer som ordinære fastleger på dagtid og

i tillegg er tilknyttet kommunens legevakttjeneste eller interkommunal legevaksordning. Også turnusleger /LIS1, og andre leger som er ansatt i kommunen, deltar i legevakt.

Særavtalen skiller mellom legevakt på dagtid i fastlegenes kontortid (08.00-16.00) og utenfor ordinær åpningstid (16.00-08.00). Det er bestemmelsene som regulerer legevakt utenfor ordinær åpningstid, dvs. kveld, natt og helg, tvisten i forhandlingene dreier seg om. De ulike reguleringene omtales nærmere nedenfor.

3.3.1.4.2 Legevakt på dagtid (08.00-16.00) – særavtalen § 6

Alle fastleger har en liste med pasienter de har ansvar for. Har noen på pasientlisten behov for øyeblikkelig hjelp i fastlegekontorets åpningstid (08.00-16.00), er det fastlegen som har ansvar for å ta imot og vurdere pasienten, jf fastlegeforskriften § 22.

Kommunen har i tillegg ansvar for at alle som oppholder seg i kommunen har tilgang til nødvendige legetjenester. Det må derfor være en form for legevakt også på dagtid, slik at tilreisende som midlertidig oppholder seg i kommunen og innbyggere uten fastlege sikres tilgang til øyeblikkelig hjelp på dagtid.

Kommunene plikter altså å organisere en legevaktberedskap hele døgnet. På dagtid kan beredskapen ivaretas på ulike måter, for eksempel ved at kommunen ansetter egne leger for denne oppgaven, eller ved en organisering der fastlegene etter en nærmere plan er tilgjengelig for grunnberedskap i form av nødnettradio, jf særavtalen § 6, jf fastlegeforskriften § 13.

3.3.1.4.3 Legevakt utenfor ordinær åpningstid (16.00-08.00)- særavtalen §§ 7, 8 og 9

Legevakt utenfor åpningstiden organiseres svært ulikt i landets kommuner. I enkelte kommuner har legene hjemmevakt, og er tilgjengelig for telefonhenvendelser og utrykninger ved behov. Andre steder er legene til stede for mottak av pasienter på et legekontor, eller i større legevaktssentraler som også bemannes med annet helsepersonell. Slike større legevaktssentraler kan også være interkommunale.

3.3.1.4.4 SÆRAVTALENS ARBEIDSTIDSBESTEMMELSER

3.3.1.4.4.1 Innledning

Som nevnt inneholder særavtalen omfattende unntak fra arbeidsmiljøloven og enkelte vernebestemmelser som er ment å ramme inn det omfattende unntaket fra arbeidsmiljøloven som er gitt i særavtalen.

Legeforeningen har over flere forhandlingsrunder forsøkt å oppnå en bedre innramming av unntaket fordi de mener at de gjeldende vernebestemmelsene er utilstrekkelige. Avtalens vernebestemmelser er i hovedsak veiledende, og derfor ikke egnet til å sikre den enkelte et tilstrekkelig vern mot en uforsvarlig høy arbeidsbelastning. Legeforeningens sentrale krav i forhandlingene, som omtales nærmere i punkt 3.3.1.5.3.2 var derfor en innstramning i dagens vernebestemmelser.

De mest sentrale bestemmelsene i gjeldende SFS 2305 om arbeidstid på legevakt er:

- § 3.2 - unntak fra daglig og ukentlig arbeidstid med hjemmel i aml. § 10-12(4).
- § 7.4 (3) og (4) - unntak fra aml. § 10-8 om daglig og ukentlig hviletid.
- § 8.1 flg. – angir antall leger legevaktbelastningen bør fordeles på.

For å gi en oversikt over unntaksbestemmelsene er det satt opp et hjelpedokument med en tabell som viser de mest sentrale bestemmelsene i arbeidsmiljøloven (og Arbeidstidsdirektivet) det er gjort unntak fra i særavtalen.

Avtalens unntak og vernebestemmelser beskrives nærmere nedenfor.

3.3.1.4.4.2 Unntak – ingen øvre ramme for daglig og ukentlig arbeidstid

Særavtalen § 3.2 gir unntak fra arbeidsmiljøloven §§ 10-4, 10-5 og 10-6, som alle begrenser daglig og ukentlig arbeidstid på ulike måter.

For at legevakten skal kunne bemannes av leger som i tillegg har full jobb på dagtid, gir særavtalen et vidtrekkende unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Det fremgår av særavtalen § 3.2 at vilkårene i avtalen *"samlet sett innebærer at arbeidsmiljølovens bestemmelser om daglig og ukentlig arbeidstid mv., jf arbeidsmiljøloven kap 10, ikke gjelder i forbindelse med legevakt ..."* Etter bestemmelsen har legene ingen øvre ramme for daglig eller ukentlig arbeidstid.

Unntakene og særavtalens vernebestemmelser omtales nærmere nedenfor.

3.3.1.4.4.3 Unntak – ingen absolutte krav til daglig og ukentlig fritid / hviletid

Særavtalens § 7.4 gir unntak fra arbeidsmiljøloven § 10-8. Etter arbeidsmiljøloven er det et krav at arbeidstakerne skal *"ha minst 11 timer sammenhengende arbeidsfri i løpet av 24 timer"* og *"en sammenhengende arbeidsfri periode på minst 35 timer i løpet av 7 dager"*.

I særavtalen § 7.4 legges det til grunn *"at arbeidsplanen skal være forsvarlig og sikre legen tilstrekkelig hvile."* Videre skal legen som *"hovedregel sikres minst 8 timer fri mellom to arbeidsperioder"* og *"bør ha en sammenhengende arbeidsfri periode på minst 28 timer i løpet av sju dager"* [Legeforeningens understrekning].

Særavtalen gir i tillegg rett til inntil 8 timer fri etter legevakt ved arbeid etter kl. 23.00, forutsatt utrykning i beredskapsvakt eller tilstedeplikt. Reglene er noe ulikt uformet avhengig av om legen er næringsdrivende eller fastlønnet på dagtid.

Etter unntaket i særavtalen gjelder det altså ingen absolutte krav til minimum daglig eller ukentlig hviletid.

Ansatte leger har rett til fri uten trekk i lønn etter legevakt (ved arbeid etter kl. 23), jf særavtalen § 7.4. Næringsdrivende fastleger har også rett til fri dagen etter legevakt. I en slik situasjon beholder de basistilskudd fra kommunen og kan få utbetalt praksiskompensasjon som er ment å veie noe opp for tapt inntekt ved fravær fra egen praksis, men er betydelig lavere enn det reelle inntektstapet. Dersom næringsdrivende leger velger å ta fri, taper vedkommende aktivitetsbasert inntekt (i form av takster fra Helfo og egenandeler fra pasienter).

Tilbakemeldingen fra våre medlemmer er at få fastleger benytter retten til fri fordi det fører til store ulemper både for pasienter og legen selv. En beredskapsvakt er uforutsigbar, og det er derfor vanskelig å planlegge behovet for fri dagen etter. Legen vet ikke om det vil komme en utrykning etter kl. 23.00. Tar legen fri må derfor pasienttimene kanselleres på svært kort varsel, noe som er uheldig for pasientene. Legeforeningen har påpekt denne svakheten i avtalen flere ganger og har tidligere forsøkt å få inn en bestemmelse som gir ubetinget rett til fri hel eller halv dag etter beredskapsvakt på natt. KS har avvist kravet. Legeforeningen nevner dette for å tydeliggjøre vanskelighetene de har

hatt med å oppnå forståelse for at vernebestemmelsene må styrkes og for at hverdagen til legene som deltar i legevakt skal bli mer håndterbar.

3.3.1.4.4.4 Vernebestemmelser knyttet til vaktklasser

Særavtalen har også et sett med vernebestemmelser basert på inndeling i såkalte vaktklasser. Avtalebestemmelsene har ingen parallell i arbeidsmiljøloven.

Etter særavtalens system avgjør antatt aktivitetsnivå i løpet av vekten hvordan legevakten organiseres og godtgjøres. Det er regulert i avtalens § 8 og gjelder kun for legevakt utenom ordinær åpningstid (fra 16.00-23.00).

Særavtalen har fire vaktklasser inndelt etter gjennomsnittlig aktivitetsnivå. Aktiviteten er lavest i vakt-klasse 1, og høyest i vaktklasse 4. Hovedregelen er at vaktklasse 1-3 organiseres som beredskapsvakt, mens vaktklasse 4 er tilstedevakt. I vaktklasse 1, er det i gjennomsnitt 0-10 minutter aktivt arbeid per klokke. Plassering i vaktklasse baseres på registrering av aktivt arbeid under vakt i en representativ periode. Normalt er det lavest aktivitet i kommuner med lave innbyggertall og få fastleger.

Det gjelder ulike vernebestemmelser for de forskjellige vaktklassene /aktivitetsnivåene.

Det er til sammen 128 timer som må dekkes av kommunens legevaktstjeneste utenom ordinær åpningstid / fastlegenes kontortid hver uke. De særskilte vernebestemmelsene gir føringer for hvor mange leger denne vaktbelastningen bør fordeles på, dvs. hvor mange leger det som et minimum bør være i vaktordningen (normtall). Det er også gitt enkelte tilleggsrettigheter for den enkelte vaktklasse.

Vernebestemmelsene for hver vaktklasse fremgår av særavtalen §§ 8.1 og 8.2. En mer skjematisk oversikt gis i tabellen nedenfor:

Kl.	Antatt aktivitet per time:	Føring ant. leger:	Tilleggsrettigheter:
1:	0-10 min	ca. 4-6	Skal organiseres som beredskapsvakt. Rett til 2 uker fri hvis 3-delt eller færre.
2:	11-25 min	ca. 6-7	Skal organiseres som beredskapsvakt (Det kan avtales tilstedevakt, jf særavtalen § 8.2 fjerde ledd). Helgen må deles på to, rett til 1 uke fri hvis 5 eller færre leger i vaktordningen. (Kommune og leger kan avtale vakt med tilstedeplikt.)
3:	26-45 min	ca. 7-8	Kommunen bestemmer om det skal være beredskapsvakt eller tilstedevakt (Tilstedevakt krever minst 10 leger.) Helgen må deles på to, rett til 1 uke fri hvis 7 eller færre leger i vaktordningen.
4:	over 45 min.	minst 12	Organiseres som tilstedevakt, den enkelte vakt skal ikke overstige 9 timer uten samtykke fra den enkelte

Føringene for antall leger som bør / skal delta i vaktordningen er ment å sikre at belastningen på den enkelte lege ikke blir for høy. Bestemmelsene suppleres av § 7.4 om at vaktene skal "søkes" jevnt fordelt mellom deltakerne.

En svakhet ved disse bestemmelsene er at de, i likhet med hviletidsbestemmelsene, i stor grad er veiledende. Kravene til antall leger i vaktordningen er i hovedsak "bør-bestemmelser". Det gir ikke tilstrekkelig vern i situasjoner der kommunene ikke sørger for tilstrekkelig bemanning, eller reell beskyttelse mot høy arbeidsbelastning. Antall timer den enkelte lege kan pålegges er i prinsippet ubegrenset.

Det er videre en svakhet ved bestemmelsene at de baserer seg på sannsynlig belastning vurdert ut fra registrert aktivitet i en representativ periode. Det gjør bestemmelsene dårlig egnet til å gi vern i perioder som avviker fra "normen". En tredje utfordring er at kommunene i vaktklasse 1 kan ha færre utrykninger, men de kan ofte være langvarige. I disse kommunene er det gjerne lang vei til sykehus og /eller dårlig fremkommelighet og lange avstander. Legevakten vil derfor ofte kunne få ansvar for sykere pasienter, som må ses over lengre tid, og som andre steder ville blitt sendt direkte til sykehus.

3.3.1.4.4.5 Særlig om vaktbelastning i vaktklasse 1

Vaktbelastningen er særlig høy i de lavere vaktklassene.

Bestemmelsen som gjelder vaktklasse 1 omtales særskilt for å vise bestemmelsenes veiledende karakter. Bestemmelsen i § 8.1 krever at "*belastningen med legevakt normalt ikke bør være større enn en 4-delt vakt*" og at det skal "*tilstrebes*" at legevaktbelastningen skal deles på minst 6 leger. Med 4-delt vakt menes at det er 4 leger i vaktordningen.

Som nevnt ovenfor må kommunens leger dekke 128 timer legevaktjeneste utenom ordinær åpningstid. I en 4-delt vaktordning tilsvarer det 32 timer legevakt (beredskapsvakt) hver eneste uke for den enkelte lege. Siden legevaksarbeidet er en tilleggsoppgave, som normalt kommer på toppen av full arbeidsuke i hovedstillingen som fastlege, er totalbelastningen høy. Legeforeningen vet også at normalarbeidstiden på dagtid som fastlege ofte ligger svært langt over det som regnes som en ordinær arbeidsuke.

Særavtalen har heller ingen nedre grense for hvor få leger vaktbelastningen kan fordeles på. Legeforeningens erfaring er at det finnes legevakter der det gjennomgående er færre enn 4 leger i vaktordningen. Særlig kan det skje i perioder med fravær, rekrutteringsutfordringer mv. Vaktbelastningen øker da dramatisk for de øvrige legene. Tilbakemeldingen Legeforeningen får fra sine medlemmer er at fastlegene her blir overlatt til seg selv og at det anses som en forpliktelse (forskrift) og et kollektivt ansvar for legene å dekke opp for hverandres fravær. For øvrig fører fravær gjerne til dobbelt belastning for legene. I tillegg til økt legevaktbelastning må de gjenværende legene ofte ivareta pasientene til legen som er fraværende også på dagtid.

I praksis ser vi at mange kommuner i realiteten baserer seg på tre leger i vaktstjett i vaktklasse 1 fordi kommunen ikke henter inn vikar ved fravær, permisjon, ferier mv. Det innebærer at det er svært høy vaktbelastning på den enkelte lege i disse ordningene. Når det kun er 3 leger i vaktordningen øker vaktbelastningen fra 31 til 42 timer pr uke (beredskapsvakt).

Legeforeningen kjenner også til eksempler der det i perioder kun er én lege som sitter alene med ansvaret for kommunens legevaktstjeneste døgnet rundt hele uken. Særavtalen gir i slike situasjoner rett til ekstra godtgjøring etter § 8.8, men inneholder ingen vernebestemmelser som sikrer at arbeidsbelastningen ikke blir for høy for den enkelte i den aktuelle perioden.

3.3.1.5 HOVEDOPPGJØRET MELLOM KS OG AKADEMIKERNE (HERUNDER LEGEFORENINGEN) I 2020

3.3.1.5.1 Prosess i forkant av hovedoppgjøret - forhandlinger om særavtalen i 2019

Legeforeningen og KS gjennomførte forhandlinger om særavtalen høsten 2019 uten å komme til enighet. Det sentrale tvistepunktet, og grunnlaget for bruddet i forhandlingene var også i 2019 – i likhet med to år tidligere - særavtalens arbeidstidsregulering for legevaksarbeid.

Legeforeningen gikk inn i forhandlingene i 2019 med et alvorlig bakteppe. Fastlegeordningen var i en mer kritisk fase enn noen gang. Det var et akutt behov for tiltak som fremmet rekruttering og stabilisering av legearbeidskraft i kommunehelsetjenesten. Det høye arbeidspresset legene opplevde var en viktig del av dette bildet. Legeforeningen var derfor opptatt av å finne løsninger som kunne ta ned presset og den ukontrollerbare tilførsel av oppgaver legene opplevde. Etablering av en ytre ramme for legevaktbelastningen ble ansett som et viktig virkemiddel.

Det helt sentrale kravet fra Legeforeningen var også i disse forhandlingene en innstramming av vernebestemmelsene, og kravet var i store trekk liklydende med kravet som ble fremmet i forhandlingene i 2020. Legeforeningen foreslo utsatt iverksettelse av de nye vernebestemmelsene slik at kommunene ville ha ca. et halvt år på seg til å planlegge og gjennomføre nødvendige endringer. Legeforeningen foreslo også at vi som sentrale parter kunne bistå de lokale partene med å finne lokale løsninger i kommuner med særlige utfordringer. Legeforeningen presiserer at den har fremmet krav om å styrke legenes rettigheter i vernebestemmelser gjennom flere forhandlingsrunder de siste årene. Legeforeningens opplevelse er at KS ikke har vært villige til å gå inn i reelle diskusjoner om mulige alternative løsninger i forhandlingene.

KS var ikke villige til å imøtekomme kravet på annen måte enn å opprette et partssammensatt utvalg for å se på legenes arbeidsbelastning, og avviste ellers Legeforeningens krav totalt. For Legeforeningen var det uaktuelt å videreføre et generelt og omfattende unntak fra vernebestemmelsene i arbeidsmiljøloven, slik dagens situasjon i fastlegeordningen er. Forhandlingene endte derfor med brudd i desember 2019.

3.3.1.5.2 Gangen i forhandlingene i 2020

Etter bruddet i forhandlingene høsten 2019, skulle tvisten vært behandlet i sentral nemnd etter HA § 6-1, 16. mars 2020. På grunn av den akutte samfunnssituasjonen med utbrudd av covid-19, ble nemndsbehandlingen i første omgang utsatt. Da det viste seg at den ekstraordinære situasjonen kom til å bli langvarig, ble KS og Legeforeningen enige om å forlenge særavtalen til utløpet av Hovedtariffavtalen. Etter avtale mellom KS og forhandlingssammenslutningene ble også utløpet av Hovedtariffavtalen forskjøvet fra 30.4.2020 til 15.9.2020.

Den 3. september 2020 startet forhandlingene av Hovedtariffavtalen mellom Akademikerne og KS (hovedoppgjøret), som særavtalen var en del av. Det var på forhånd avtalt mellom KS og Akademikerne at særavtalen skulle bli behandlet i en arbeidsgruppe bestående av representanter fra KS og Legeforeningen parallelt som forhandlingene av Hovedtariffavtalen pågikk. Det ble avtalt to møtedager for arbeidsgruppen, 4. og 9. september. Legeforeningen oversendte sitt krav 1 til KS mandag 31. august, dvs. fire dager før det første møtet i arbeidsgruppen, for å legge til rette for en effektiv bruk av den avsatte tiden.

I møtet 4. september, redegjorde Legeforeningen muntlig for sine krav. KS ga deretter tilbakemelding om at de ikke så for seg å gi et tilbud før 9. september. KS oversendte imidlertid sitt tilbud 1 til Legeforeningen på kvelden tirsdag 8. september. Det ble avholdt et kort møte i arbeidsgruppen 9. september før Legeforeningen oversendte sitt krav 2 samme ettermiddag. Torsdag 10. september kontaktet KS Legeforeningen med beskjed om at partene stod for langt fra hverandre til at det var behov for flere møter. Denne tilbakemeldingen ble også gjentatt i møtet mellom

forhandlingslederne til KS og Legeforeningen den 11. september. Den 16. september mottok Akademikerne et siste tilbud fra KS. Tilbudet omfattet også SFS 2305 som tilsvarte KS' tilbud 1. Uavhengig av tvisten mellom KS og Legeforeningen, vurderte Akademikerne at KS sitt siste tilbud i hovedforhandlingene ikke kunne aksepteres. Konsekvensen var at Akademikerne, herunder Legeforeningen brøt forhandlingene med KS.

Mekling av tvisten mellom Akademikerne, herunder Legeforeningen, og KS ble gjennomført 13. og 14. oktober 2020. Formelt var det Akademikerne som meklet særavtalen som en del av hovedoppgjøret, men av praktiske årsaker ble det på forhånd avtalt at SFS 2305 skulle behandles i arbeidsgruppe bestående av representanter fra KS og Legeforeningen. KS og Akademikerne kom til enighet i meklingen for den delen som gjaldt hovedtariffavtalen/hovedavtalen, mens Legeforeningen ikke kom til enighet med KS om særavtalen.

Når det gjelder Akademikernes, herunder Legeforeningens, krav til hovedtariffavtalen så kan Legeforeningen akseptere meklerens forslag til løsning slik det fremgår av Riksmeklerens møtebok (se også punkt 3.3.1.1.2 om dette). Slik Legeforeningen ser det, er det derfor kun tvisten om særavtalen det er uenighet om. I det videre redegjøres derfor bare om KS og Legeforeningens uenighet om særavtalen.

3.3.1.5.3 Legeforeningens prinsipale krav under forhandlingene og meklingen

3.3.1.5.3.1 Innledning

Legeforeningen hadde flere krav i forhandlingene høsten 2020. Krav 1, som ble oversendt KS 31.8.20, baserte seg i stor grad på vårt siste krav fra forhandlingene i 2019. Dette kravet var også Legeforeningens prinsipale påstand til nemndsbehandlingen som var planlagt i mars 2020.

Krav 1 inneholdt bl.a. krav om at kommunen skulle holde oversikt over hvor mye den enkelte lege arbeider på legevakt, krav om større fleksibilitet knyttet til godtgjøring på legevakt og krav om fast timelønn på legevakt med tilstedeplikt i tidsrommet 23-08. I tillegg hadde Legeforeningen krav vedrørende arbeidstid på legevakt og om samfunnsmedisinernes oppgaver knyttet til samfunnsmedisinsk beredskap. Det er de siste to kravene som Legeforeningen videreførte som krav inn i meklingen og som per i dag er de sentrale tvistepunktene.

Det følger av Riksmeklerens møtebok s. 12-14 at meklerens forslag var en prolongering av særavtalen med justering av de økonomiske satsene samt enighet om å opprette partssammensatte grupper. Arbeidsgruppene skulle bl.a. se nærmere på løsninger for å redusere vaktbelastningen for leger på legevakt samt utrede mulighet for, konsekvensene av og praktisk gjennomføring av en avvikling av unntaket i særavtalen fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser.

Situasjonen for legene på legevakt og for samfunnsmedisinene er svært vanskelig. Utfordringene Legeforeningen opplever om legenes arbeidstid på legevakt, samt ivaretagelsen av samfunnsmedisinernes arbeidsvilkår, er temaer som på ulike måter er tatt opp i forhandlingene med KS de siste ti årene. Legeforeningen opplever at KS ikke har tatt våre bekymringer og behov for regulering av dette alvorlig. Det var derfor ikke mulig for Legeforeningen å gå med på løsningsforslaget til riksmekleren.

I tillegg til kravet knyttet til arbeidstid på legevakt og regulering av samfunnsmedisinsk beredskap, har Legeforeningen krav om justering av de økonomiske satsene. Disse kravene samsvarer med vårt krav 2 fra forhandlingene, men av hensyn til å få en konsentrert behandling av tvisten, har Legeforeningen valgt å frafalle enkelte krav til justeringer i avtalen før behandlingen av tvisten i Rikslønnsnemnda.

I fremstillingen nedenfor redegjør Legeforeningen nærmere for sine aktuelle krav:

- Punkt 3.3.1.5.3.2; kravet om arbeidstid på legevakt
- Punkt 3.3.1.5.3.3; kravet knyttet til samfunnsmedisin
- Punkt 3.3.1.5.3.4; kravet om justering av de økonomiske satsene

3.3.1.5.3.2 Kravet om arbeidstid

3.3.1.5.3.2.1 Kravets ordlyd

Dagens tariffavtalte unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser er tilnærmet altomfattende. Det inneholder ingen timebegrensninger eller andre "harde endepunkter". Legeforeningen oppfatter at unntaket slik utviklingen har vært, rettslig sett er problematisk. Kjernen i Legeforeningens krav er å skape en innramming for legens forpliktelser som innebærer at arbeid utover rammene må avtales. Etter deres oppfatning gir kravet likevel rause rammer for arbeidstid, er fleksibelt og gir vide muligheter for videreføring av dagens ordninger. Det er et ansvarlig krav.

Kravet tar utgangspunkt i dagens særavtale § 3.1. For å markere vårt krav, er dette vist i fet skrift.

"Arbeidstiden er 37,5 timer per uke. Ved full tids kurativ praksis kan det ikke stilles vilkår om listeansvar ut over 1500 innbyggere.

For leger som har allmenntilleggs kurativ praksis i kommunen samt turnusleger/LIS1, gjelder følgende. Arbeid på legevakt utover 7 timer i gjennomsnitt pr. uke, beregnet over en periode på høyst 4 uker, krever samtykke fra den enkelte. Timer på beredskapsvakt (hjemmevakt) regnes med i arbeidstiden 1:4.

Avtaler om unntak fra samtykkekrav etter andre ledd inngås for inntil to år av gangen, med en gjensidig oppsigelsestid på 6 måneder.

Legen skal følge arbeidsplanen som er utarbeidet i henhold til punkt 7.4. Eventuelle bytter av vakter skal foretas i samsvar med lokale retningslinjer, som skal fastsettes i samråd med legenes tillitsvalgte. Legen skal skriftlig meddele kommunen om bytte av vakt så snart som mulig.

Det skal foreligge en oversikt som viser hvor mye den enkelte lege har arbeidet på legevakt utenom ordinær åpningstid, jf. § 7, herunder fordeling av beredskapsvakt og tilstedevakt. Oversikten skal være tilgjengelig for legenes tillitsvalgte."

For ordens skyld presiserer Legeforeningen at bestemmelsens fjerde ledd fremkom av KS sitt tilbud. (Dog slik at Legeforeningen har lagt til at retningslinjene skal fastsettes i samråd med legenes tillitsvalgte samt at Legeforeningen fjernet KS sin formulering om at kommunen skal meddeles skriftlig om bytte "senest en uke før bytte skal finne sted".) KS stilte dette som vilkår for at de kunne bli enige om den nye bestemmelsens femte ledd, slik som også beskrevet over.

3.3.1.5.3.2.2 Bakgrunn for kravet

Kommunens ansvar å organisere legevakten

Det er kommunens ansvar å "sørge for" at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder legevakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 (1) nr. 3 bokstav a jf. 3-1 (1). Legevakten er en bærebjelke i kommunens ivaretagelse av pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp, og er tilgjengelig hele døgnet. Legeforeningen mener at

allmennleger har den beste kompetansen til å ivareta legevaktarbeidet, og vil fortsette å legge til rette for at legevakten ivaretas av leger, og i hovedsak av fastleger.

De aller fleste kommuner baserer legevakten på at fastleger ivaretar dette ved siden av sitt arbeid på dagtid. Arbeidsbelastningen blant fastleger har økt i lang tid og er svært høy. For leger i kommunehelsetjenesten viste Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse fra 2018 at gjennomsnittlig arbeidstid for fastleger er 55,6 timer per uke¹. Den samme undersøkelsen viste at fastleger som deltar i legevaktordningen i gjennomsnitt arbeider 19,5 timer legevakt per uke, arbeid som kommer i tillegg til dagjobb som fastlege. Videre følger det av Helsedirektoratets undersøkelse at leger i mindre kommuner i snitt jobbet 37,7 timer legevakt per uke, enten i form av tilstedevakt, hjemmevakt eller bakvakt. Dette gjør de altså i tillegg til full jobb på fastlegekontoret. En fjerdedel av legene hadde mer enn 52,8 timer legevakt i uken og 1 av 10 jobbet 100 timer legevakt eller mer per uke. Den høye arbeidsbelastningen i kommunehelsetjenesten er en hovedgrunn til at mange nyutdannede leger ikke ønsker å bli fastleger.²

Tilbakemeldingene fra medlemmene er at legevaktarbeid er en stor belastning for fastlegene, særlig i distriktene. De mener særavtalens vernebestemmelser ikke gir ikke et tilstrekkelig vern mot en uforsvarlig høy arbeidsbelastning. Dette gjelder selv om legevakten i distriktene som regel organiseres som hjemmevakt, og aktivitetsnivået forutsettes å være lavt. Vaktene legger likevel klare begrensninger på legenes bevegelsesfrihet og mulighet til å utnytte sin egen fritid slik de ønsker. Siden det er svært få leger å fordele vaktene på, binder det opp en stor andel av legenes fritid. En forsvarlig utrykningstid begrenser også legens mulighet til å bevege seg noe særlig utenfor hjemmet. Uforutsigbarheten gjør det også vanskelig å planlegge hverdagen de dagene man har vakt. Denne bekymringen har Legeforeningen tatt opp med KS gjentatte ganger, og siden forhandlingene i 2013 har Legeforeningen lagt frem konkrete forslag for å avhjelpe situasjonen, blant annet krav om flere leger inn i vaktsjiktet i de mest utsatte vaktklassene 1 og 2. Legeforeningen opplever at bekymringene deres ikke blir tatt på alvor, og at KS har forholdt seg passiv som avtalepart. For ordens skyld nevner Legeforeningen at det i forhandlingene i 2015 ble enighet om at det i vaktklasse 1 "skal tilstrebes en belastning med minst 6-delt vakt" mens det i vaktklasse 2 skal "tilstrebes en belastning med minst 7-delt vakt". Tilbakemeldingene de får av sine medlemmer er at denne tilføyelsen ikke er tilstrekkelig for å sikre at vaktbelastningen i disse vaktklassene faktisk går ned.

Det er også forventet at vaktbelastningen vil øke fremover. Kommunens forpliktelse til å tilby en legevaksordning til sine innbyggere krever at minst en lege må være tilgjengelig for legevakt hele døgnet, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 (1) bokstav a jf. særavtalen § 5.2. Fra 1.1.2020 ble det i tillegg innført kompetansekrav til leger som skal gå vakt, jf. akuttmedisinforskriften § 7. Mange leger i kommunehelsetjenesten oppfyller ikke kompetansekravene, og kan derfor ikke ha vakt alene. Skal de kunne gå legevakt må en annen lege, som oppfyller kompetansekravene, ha bakvakt samtidig. Det nye kravet vil føre til at vaktbelastningen for legene i kommunen øker ytterligere. Legeforeningen fremmet i forhandlingene i 2019 et krav om en arbeidsgruppe for å se nærmere på bakvakt. Dette kravet ble avvist. Partene har hatt en viss dialog om utfordringer rundt bakvakt, men har ikke kommet videre med noen løsninger rundt bakvaktorganiseringsen.

Legevakt kan organiseres på ulike måter

KS viser i sin argumentasjon stadig til at løsningene på legevaktproblematikken må gjøres innenfor de rammene av antall leger som finnes i kommunen i dag. Legeforeningen mener at dette er helt feil

¹ [Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse](#) s. 13

² Yngre legers forening (Ylf) har gjennomført flere undersøkelser som viser dette. Disse har vært forelagt KS i tidligere forhandlingsrunder, og kan utleveres på forespørsel.

utgangspunkt å ha når partene skal finne løsninger på organiseringen av legevakten. Den tradisjonelle måten å organisere legevakt på, den som baserer seg på at fastlegene ivaretar legevaktarbeidet etter vanlig arbeidsdag, er kun en av flere handlingsalternativer kommunen har. Det er flere kommuner som har tatt enkle grep for å ivareta sine fastleger allerede ved at de sørger for et høyere antall leger i vaksjiktet enn minimumsnormen særavtalen viser til eller inngår et vaksamarbeid med nabokommuner. Andre kommuner har tatt mer drastiske tak og organisert legevakt på en mer utradisjonell måte for å sikre god legevaktdekning. Legeforeningen ser at flere av de største kommunene har ansatt leger i hel- og deltidstillinger på legevakten. Enkelte kommuner har innført en form for "nordsjøturnus" der legen arbeider i en intens periode på to uker, med påfølgende fire uker fri. Andre kommuner leier inn leger utenfra i perioder, for eksempel i helger.

Det er altså mulig å finne løsninger hvor legevaktbelastningen blir mindre i de kommunene som har behov for det. Dagens avtaleverk gir for svake insentiver til dette og tilrettelegger ikke for lokal dialog om arbeidsbelastning, vern og kompenserende tiltak.

Legeforeningen har forståelse for at det er de minste kommunene som får den største økonomiske belastningen ved slike tiltak. De anerkjenner at KS her er i en krevende posisjon. Dette er likevel et ansvar som ikke kan veltes over på den enkelte lege i distrikt. Legeforeningens opplevelse er at KS i årevis har avvist at kommunene skal ta disse kostnadene og peker på staten. Ansvarsfraskrivningen har ført til stillstand i rammebetingelsene for legevakt og rekrutteringssvikt til fastlegeordningen. KS tar de svært omfattende unntakene fra arbeidsmiljøloven for gitt og viser ingen reell forhandlingsvilje med tanke på endring.

Legeforeningens krav tar utgangspunkt i påleggsadgangen som ligger i fastlegeforskriften samt kommunens behov for å bruke fastleger til legevaktarbeid. Ved å avtale en påleggsadgang på inntil syv timer tilstedevakt, ev 28 timer beredskapsvakt, per uke, mener de at kommunens behov for organisering av legevakten ivaretas, samtidig som det legges til rette for en forsvarlig og mer overkommelig arbeidshverdag for den enkelte lege. I tillegg åpner de i sitt krav for at det lokalt kan inngås avtale om legevaktarbeid utover de nevnte rammene. Dette gir i prinsippet full avtalefrihet lokalt.

For å imøtekomme kommunens behov for forutsigbarhet, foreslår Legeforeningen at slike lokale avtaler kan inngås for en toårsperiode av gangen. Arbeidsbelastningen på legevakt er, og oppleves, ulikt for den enkelte lege. Mange leger ønsker å jobbe mye legevakt, mens det for andre er en stor belastning som må begrenses.

3.3.1.5.3.3 Samfunnsmedisinsk beredskap

3.3.1.5.3.3.1 *Kravets ordlyd*

Kravet tar utgangspunkt i dagens særavtale § 13.4. For å markere sitt krav, har Legeforeningen markert dette i fet skrift.

"For å sikre en definert arbeidstid for kommuneoverlegen, og for å definere kommunens ansvar for samfunnsmedisinske beredskapsoppgaver i forhold til akuttmedisinske katastrofer, alvorlige forurensninger, arbeid med tvungent psykisk helsevern og akutt smittevern, ~~kan~~ **skal** det etableres kommunal eller interkommunal beredskapsordning. **Det skal planlegges ordninger for beredskapsvakt og kompensasjon for mer- og overtidarbeid ved langvarige krisesituasjoner samt sikres nødvendige samfunnsmedisinsk kompetanse i krisen.**"

3.3.1.5.3.3.2 Nærmere om kravet

Legeforeningens krav inneholder flere elementer. For det første mener de det må bli obligatorisk å definere kommuneoverlegens ansvar, plikter og rettigheter i en kommunal beredskapsordning. I lys av pågående pandemi der de erfarer manglende systemmessig tilrettelegging har de også tilføyet et avsnitt spesielt rettet mot langvarige krisesituasjoner.

Det er kommunen som har ansvar for det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunen, herunder utarbeidelse av en beredskapsplan, og lovpålagt samfunnsmedisinsk beredskap. Ved nødvendig behov kan helsepersonell pålegges slikt arbeid, jf. helseberedskapsloven §§ 2-2 jf. 1-4 jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2.

I praksis opplever kommuneoverlegene at det i stor grad forventes at kommuneoverlegen er tilgjengelig i de tilfeller det oppstår situasjoner som haster som f.eks. legeundersøkelse av akutte selvmordstruede personer, akutt forurensing eller støy som kan føre til helseskade, større ulykker og andre smittevernutbrudd som hjernehinnebetennelse eller utbrudd av norovirus på sykehjem. Dette kan være situasjoner som oppstår utenfor ordinær arbeidstid hvor kommuneoverlegen likevel forventes å stille på kort varsel. Nasjonale myndigheter, både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, forventer at kommuneoverlegen skal være tilgjengelig også etter arbeidstid. For å bidra til en større forutsigbarhet for den enkelte kommuneoverlege, har Legeforeningen fremlagt krav om at det må lages en ordning for slik beredskap. Ulike kommuner har ulike lokale behov for samfunnsmedisinsk beredskap slik at Legeforeningen mener det skal være opp til de lokale parter å avtale omfanget og de nærmere kravene for en slik ordning.

KS avviste Legeforeningens krav med den begrunnelse at de ikke har mulighet til å legge føringer som overstyrer det kommunale selvstyret ved å pålegge forpliktelser som ikke følger av lovgivningen. Etter Legeforeningens syn handler dette om å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, samfunnsmedisinsk forsvarlighet og forutsigbarhet for kommuneoverlegen. Erfaringen viser at mange kommuner har utilstrekkelige reguleringer noe som, etter Legeforeningens vurdering, blant annet skyldes begrensede samfunnsmedisinske ressurser. Ved å stille mer konkrete krav til kommunenes planlegging ville disse svakhetene vært avdekket og kommunene ville med tydelighet ha kunne prioritert samfunnsmedisinsk beredskap på en annen måte. Legeforeningens krav innebærer en tariffrettslig forpliktelse for de lokale partene om å planlegge beredskapsordninger. Det stiller krav til avklaring av ansvar, rettigheter og plikter, men gir for øvrig ingen andre føringer eller begrensninger for kommunal organisering og tilpasning til den enkelte kommunes behov. KS' anførsler om at dette er ulovlig, stridende mot det kommunale selvstyret, mener Legeforeningen derfor er konstruert og uholdbart.

Legeforeningen mener videre at særavtalen må stille konkrete krav til kommunenes ordninger for beredskapsvakt. Slik det er i dag er dette i alt for liten grad avklart og legene har liten grad av forutberegnelighet. Det at kommunene er underlagt en overordnet pliktlovgivning om å ha beredskapsplan for helse- og omsorgstjenesten, kan umulig være til hinder for at man tariffavtaler de ansattes arbeidsvilkår. KS' tilnærming her er bekymringsfull.

Samfunnsmedisinerens viktige rolle er blitt særlig aktualisert under pandemitiden. Undersøkelser har vist at beredskapen i kommunene har vært for dårlig, noe som i stor grad skyldes for få ressurser av samfunnsmedisinere i kommunen. Legeforeningen har i flere forhandlingsrunder krevd at samfunnsmedisinerens stilling må styrkes ved å sørge for tilstrekkelige stillingsstørrelser i hver kommune. Pandemien viste at mange kommuner faktisk har lagt ansvaret for smittevernet i kommunen på en enslig kommuneoverleges skuldre. Dette er leger som ofte går i en deltidsstilling med flere andre tilleggsoppgaver inkludert legevakt, og som nå over flere måneder har jobbet mesteparten av døgnet, hver eneste dag. En kommuneoverlege kan ha beredskap for positive

prøvesvar alle dager i uken, uke etter uke, måned etter måned. Mange kommuneoverleger har brettet opp ermene og lojalt stilt opp for å sikre folkehelsen under pandemien i sin kommune med stor ansvarsfølelse og engasjement. Det meldes tilbake om stor slitasje og utfordringer med manglende kontinuitetsplanlegging for samfunnsmedisinsk beredskap i en krise som vil vare over lengre tid. En undersøkelse som ble gjennomført blant kommuneoverlegene denne sommeren, viste at 72,1 % av respondentene ikke har fått godtgjøring for merarbeidet de har utført.

Som nevnt utfører de fleste kommuneoverlegene sitt arbeid i en deltidsstilling. Dette gjør også at godtgjøring etter hovedtariffavtalens bestemmelser er lite hensiktsmessige. Etter Legeforeningens syn er det nødvendig å ha tillit til at de lokale parter kan finne gode og tilpassede løsninger for hvordan kommuneoverlegenes rett til en forsvarlig arbeidssituasjon, lønns- og arbeidsvilkår kan ivaretas i slike situasjoner.

3.3.1.5.3.4 Justering av særavtalens økonomiske satser

I sitt krav 1 ønsket Legeforeningen at de økonomiske satsene for 2021 skulle justeres i tråd med resultatet av forhandlingene i normaltariffen. KS avviste deres krav, og tilbød en justering tilsvarende 1,7 % med virkningstidspunkt 1. januar 2021. Legeforeningen aksepterer denne delen av tilbudet.

3.3.1.5.4 Legeforeningens subsidiære krav

Legeforeningen kan ikke akseptere at det vide unntaket fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser videreføres uten at det tas inn en begrensning av ukentlig arbeidstid i tråd med vårt krav.

Arbeidstid er et sentralt og viktig tema for Legeforeningens medlemmer. Legeforeningen har, som fagforening med innstillingsrett, avtalt unntak i særavtalen med hjemmel i arbeidsmiljøloven § 10-12 (4). Ved inngåelse og reforhandling av slike avtaler må Legeforeningen, som ansvarlig fagforening, kunne vurdere om unntakene som er avtalt fortsatt er forsvarlige. Før forhandlingene i 2019 og 2020 konkluderte Legeforeningen med at det ikke er forsvarlig å videreføre unntakene med mindre vernebestemmelsene skjerpes.

Den reelle grunnen til at det er behov for unntak, er at kommunene ikke har ansatt nok leger til å dekke kommunens behov for legetjenester. KS ønsker ikke å begrense den enkeltes arbeidsbelastning fordi det kan føre til at kommunene må ansette flere leger. Uten en slik begrensning skyves ansvaret for tilstrekkelige ressurser over på de enkelte legene i kommunen, som må dekke behovet for legevakt uavhengig av hvor få de er til å dele på denne vaktbelastningen. 128 timer legevakt på kveld, natt og helg må dekkes hver uke, uavhengig av om det er 5, 2 eller 1 lege tilgjengelig som kan dekke vakttimene. Legeforeningen mener det er et akutt behov for tiltak som motvirker det høye arbeidspresset legene opplever, og sikrer rekruttering og stabilisering av legearbeidskraft i kommunehelsetjenesten. Her er en begrensning av legevaktbelastningen sentral.

Slik ressursituasjonen i kommunehelsetjenesten er i dag, er det uaktuelt for Legeforeningen å videreføre et generelt og nærmest altomfattende unntak fra vernebestemmelsene i arbeidsmiljøloven. Legeforeningen mener det ikke er forsvarlig å videreføre unntakene uendret. Det mener de er en vurdering Rikslønnsnemnda hverken bør eller kan overprøve.

Arbeidsmiljøloven bygger på et system der fullmakten til å inngå de mest omfattende unntakene er forbeholdt store fagforeninger (med mer enn 10 000 medlemmer). Begrunnelsen er at foreningene har nødvendig kompetanse og oversikt til å vurdere om det er forsvarlig å avtale unntak, og nødvendige forutsetninger for å ivareta både vernemessige og sosiale hensyn dersom slike unntak avtales.

Om Rikslønnsnemnda skulle kunne tre inn i fullmakten fagforeningene har til å gi avkall på medlemmenes rett til grunnleggende vern etter arbeidsmiljøloven, vil det få store konsekvenser for arbeidstidsreguleringen i norsk arbeidsliv. Da ville man etablere en rettstilstand der fagforeninger ikke kan si opp / trekke tilbake unntak de en gang har avtalt, selv om situasjonen har utviklet seg slik at unntakene ikke lenger er forsvarlige. Det vil føre til at Legeforeningen og andre fagforeninger, i andre sektorer og yrkesgrupper, vil vegre seg mot å avtale unntak. Det vil være et grunnleggende tap for norsk arbeidsliv, der partene har god tradisjon for å finne frem til avtalebaserte, fleksible og godt tilpassede løsninger når det er behov for det.

Risikoen for slike ringvirkninger ble også fremhevet av medlemmene i arbeids- og sosialkomiteen, jf Innst. 124 L (2020-2021):

"Komiteen viser til at tvungen lønnsnemnd bør benyttes med varsomhet, men at hensynet til liv og helse, som var begrunnelsen i dette tilfellet etter anbefaling fra Statens helsetilsyn, har komiteens støtte. Komiteen vil likevel mene det er behov for å se på om avtalte unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, som Legeforeningen har inngått med KS, bør videreføres. En automatisk videreføring av en avtale med så utstrakt bruk av unntaksbestemmelsene under konflikt kan i ytterste konsekvens medføre at det senere blir vanskelig å få til smidige og gode løsninger. Komiteen viser til at det er en kjent problemstilling at enkelte leger, særlig i distriktene, har en svært stor arbeidsbelastning. Unntaksbestemmelsene bør etter komiteens syn gjennomgås, og det bør vurderes om det bør ligge ytre begrensninger for bruk av disse i nye avtaler. Problemstillingen hører ikke hjemme i Rikslønnsnemnda, men komiteen oppfordrer partene og regjeringen til å se nærmere på dette fremover."

Legeforeningen deler komiteens syn på at det er partene i fellesskap som må finne løsninger der det er behov for unntak fra lovens vernebestemmelser. Det hverken bør (eller kan) løses ved å delegere avtalekompetansen til Rikslønnsnemnda. Når det gjelder nemndas kompetanse til å fastsette slike unntak mot fagforeningens samtykke vises til punkt 3.3.1.6 nedenfor.

For å sikre en forsvarlig avvikling av unntakene kan Legeforeningen akseptere at unntakene forlenges en kortere periode. I perioden nedsettes en arbeidsgruppe som skal utrede konsekvenser av å avvike unntakene og vurdere hvordan dette bør gjennomføres i praksis. Legeforeningen mener begge parter er tjent med å finne frem til en omforent løsning om organisering av legevakt, noe de har mulighet til i perioden frem til unntakene bortfaller.

For det tilfelle at nemnda skulle komme til at Legeforeningen ikke gis medhold i det prinsipale kravet som redegjort for i punkt 3.3.1.5.3, krever Legeforeningen at gjeldende SFS 2305 prolongeres til 31.12.2020, og at det inntas en protokolltilførsel om bortfall av unntakene fra 31.12.2021. Protokolltilførselen er utformet med utgangspunkt i forslaget til protokolltilførsel i Riksmeklers møtebok om avvikling av unntakene side 12 til 14, , med følgende tilføyelse:

"Med mindre partene er enige om noe annet bortfaller unntakene fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser fra 31.12.2021. Bestemmelsene som bortfaller på nevnte dato er §§ 3.2, 3.3, 3.4, og følgende ledd i § 7.4: 3. ledd (annen setning), og 4.-6. ledd. Ledd 7-9 i § 7.4 ledd videreføres kun for selvstendig næringsdrivende leger."

Tilføyelsen og øvrige justeringer er markert med fet skrift i påstanden i punkt 3.2.1.

3.3.1.6 RIKSLØNNSNEMNDAS KOMPETANSE

I 3.3.1.5 redegjøres for Legeforeningens syn på hva Rikslønnsnemnda burde komme til, dvs. hva som vil være en god og rimelig løsning av tvisten. I dette punktet redegjøres for Legeforeningens syn på de formelle rammene for Rikslønnsnemndas materielle kompetanse i saken.

Arbeidstvister som ikke løses i forhandlinger mellom partene kan bringes inn for Rikslønnsnemnda på to grunnlag: Ved enighet mellom partene etter lønnsnemndsloven § 2(1), eller etter lovvedtak om tvungen lønnsnemnd. I denne saken utleder Rikslønnsnemnda sin kompetanse fra sistnevnte grunnlag. Stortinget besluttet ved lov av 18. desember 2020 nr. 141 at arbeidstvisten mellom Den norske legeforening og KS skulle løses ved tvungen lønnsnemnd. Som et ledd i sin behandling av tvisten må Rikslønnsnemnda ta stilling til hvilken kompetanse nemnda kan utlede av lovvedtaket.

3.3.1.6.1 Grunnlaget for Rikslønnsnemndas kompetanse - Lov av 18. desember 2020 nr. 141

I lovens § 1 er nemndas oppgave beskrevet på følgende måte: *"Tvisten mellom Den norske legeforening og KS i forbindelse med hovedtariffoppgjøret 2020 skal avgjøres av Rikslønnsnemnda."*

Lovens ordlyd gir ingen nærmere beskrivelse av nemndas kompetanse.

Omtalen av bestemmelsen i forarbeidene er også knapp. På side 3 (punkt 4) i Prop. 32 L (2020-2021) skriver departementet følgende:

"I forslaget til lov § 1 fremkommer det at tvisten skal avgjøres av Rikslønnsnemnda. Nemnda må for å kunne avgjøre hele den aktuelle tvisten ha den samme kompetansen som partene til å fastsette innholdet i tariffavtalen.

Rikslønnsnemnda spiller en sentral rolle i det norske tariffsystemet. Skal nemnda fullt ut kunne fyller sin rolle som et effektivt tvisteløsningsorgan, må den kunne behandle alle sider av tvisten. Det gjelder også spørsmål om å fastsette unntak fra bestemmelser i lov når partene er gitt kompetanse til å inngå tariffavtale om det, innenfor de rammer som følger av EØS-retten."

Proposisjonen inneholder ingen omtale av, eller redegjørelse for, hvilke rammer som følger av EØS-retten.

Under stortingsbehandlingen ble ikke forholdet til EØS-retten eller Arbeidstidsdirektivet kommentert.

3.3.1.6.2 Hvilke rammer gir EØS-retten? – Forholdet til Arbeidstidsdirektivet

Etter Legeforeningens syn må lovvedtaket og forarbeidene tolkes slik, at Rikslønnsnemndas kompetanse begrenses av de rammer som følger av EØS-retten. Det innebærer at Arbeidstidsdirektivet (direktiv 2003/88/EF) vil ha betydning for Rikslønnsnemndas kompetanse. Direktivet er innlemmet i EØS-avtalen og gjelder for Norge som en følge av forpliktelsene etter EØS-avtalen. Direktivet inneholder minimumsrettigheter som har til formål å forbedre arbeidstakernes arbeidsvilkår, og verne arbeidstakernes helse og sikkerhet, jf art 1. Bestemmelsene i direktivet setter rammer for den nasjonale handlefriheten.

Direktivet stiller blant annet krav til minimum hviletid per dag og uke (art. 3 og 5) og fastsetter et øvre tak for maksimal ukentlig arbeidstid (art. 6 jf art 16). Minimumsrettighetene i Arbeidstidsdirektivet er gjennomført i norsk lov i arbeidsmiljøloven kap. 10. Kap. 10 inneholder i tillegg en del arbeidstidsbestemmelser som ikke har noen parallell i direktivet, som for eksempel bestemmelser om overtid. Hjelpedokumentet i bilag 5 viser sammenhengen mellom noen av de sentrale bestemmelsene i Arbeidstidsdirektivet, arbeidsmiljøloven og særavtalen.

I tillegg til å fastsette minimumsrettigheter for arbeidstakerne har Arbeidstidsdirektivet egne bestemmelser som regulerer hvilke unntak nasjonalstatene kan gjøre. De såkalte derogasjonsbestemmelsene i direktivet, fastsetter hvilke konkrete minimumsrettigheter det kan fastsettes unntak fra, og hvem som har kompetanse til å fastsette slike unntak. Systemet for unntak er også innført i arbeidsmiljøloven kap. 10. Systemet i arbeidsmiljøloven gjenspeiler Arbeidstidsdirektivets unntaksadgang.

Derogasjonshjemlene er fastsatt i art 17, 18 (og 19). Det er særlig art 17 og 18 (og 19) som er relevante i denne saken. Art 17 regulerer myndighetenes unntaksadgang. Art 18 regulerer unntaksadgangen partene i arbeidslivet har. Arbeidstidsdirektivet bygger på en systematikk der partene i arbeidslivet gis en mer omfattende kompetanse til å fastsette unntak fra direktivets minimumsrettigheter enn nasjonalstatene selv har. Unntak myndighetene kan fastsette med hjemmel i art 17 må begrenses til bestemte typer virksomhet / situasjoner. Etter praksis fra EU-domstolen er det et tilleggskrav at unntakene begrenses til det som er strengt nødvendig.

Arbeidslivets parter er gitt en langt mer generell unntaksadgang etter art 18, enn myndighetene har etter art 17, og kan avtale unntak for alle typer virksomhet / situasjoner. Det innebærer at fagforeningens fullmakt til å gi avkall på arbeidstakernes minimumsrettigheter etter direktivet er mye videre, enn den adgangen nasjonalstatene har til å frata arbeidstakerne de samme minimumsrettighetene gjennom lov eller forskrift. Unntak etter art 18 må bygge på "*kollektive overenskomster eller aftaler mellom arbeidsmarkedets parter*". En avgjørelse fra Rikslønnsnemnda er ikke en tariffavtale og faller derfor utenfor unntaksadgangen i art 18, jf ARD-2017-29 premiss 116-117. Skal Rikslønnsnemnda fastsette tilsvarende unntak må vilkårene for unntak etter art 17 være oppfylt.

At forarbeidene til 2020-loven ikke inneholder noen drøftelse av dette (eller forholdet til art 18) tilsier at lovgiver anerkjenner begrensingene i Arbeidstidsdirektivet. I motsatt fall ville det være naturlig at dette ble kommentert særskilt, særlig i lys av Arbeidsrettens kritikk av forarbeidene til 2016-loven og departementets etterfølgende notat, jf ARD-2017-29 premiss 125 – 126, jf 110 - 113. Ett unntak fra begrensningen på ukentlig arbeidstid (art 6) kan for øvrig heller ikke fastsettes med hjemmel i hverken art 17 eller 18, men forutsetter at Norge benytter den såkalte "opt out" bestemmelsen i art 22. Dette er en omstridt bestemmelse i direktivet, som det ville være oppsiktsvekkende om benyttes uten at det kommenteres særskilt. I tillegg ville det være naturlig at forholdet til EØS-loven § 2 ble drøftet. Etter EØS-loven skal lovbestemmelser "*...som tjener til å oppfylle Norges forpliktelser...*" etter EØS-avtalen "*...i tilfelle konflikt gå foran andre bestemmelser som regulerer samme forhold*".

Legeforeningen legger etter dette til grunn at lov av 18. desember 2020 nr. 141 ikke gir Rikslønnsnemnda kompetanse til å videreføre de arbeidstidsbestemmelsene i særavtalen der Legeforeningen gir avkall på medlemmenes minimumsvern etter Arbeidstidsdirektivet, utover det Legeforeningen samtykker til. Konkret gjelder det følgende bestemmelser i særavtalen: §§ 3.2, 3.3, 3.4, og deler av § 7.4. Disse inneholder unntak fra direktivets art 3 (rett til daglig hvile), 5 (rett til ukentlig hvile) og 6 (rett til begrenset maksimal ukentlig arbeidstid). Det innebærer at nemnda enten kan videreføre særavtalen med det tillegg Legeforeningen ber om i tråd med sin prinsipale påstand, eller videreføre unntakene i en begrenset periode i tråd med sin subsidiære påstand.

3.3.1.6.3 Forholdet til Norges øvrige folkerettslige forpliktelser

Etter sykehusstreiken i 2016 slo Arbeidsretten fast at Rikslønnsnemnda ikke kunne fastsette unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, utover det Legeforeningen samtykker til etter arbeidsmiljøloven § 10-12(4) (ARD-2017-29).

Arbeidsretten peker i sin avgjørelse på Grunnloven og Norges internasjonale forpliktelser som forhold som tilsier at Stortinget bør være varsomme med å tildele et myndighetsoppnevnt organ fullmakt til å videreføre tariffbestemmelser, som fratar medlemmene det grunnleggende vernet lovgiver har innført ellers i arbeidslivet. Slik Arbeidsretten løste saken var det ikke nødvendig for retten å ta stilling til om vedtaket oppfylte kravene til et forholdsmessig inngrep etter blant annet Grunnloven § 101 og EMK art 11 nr. 2. I sine merknader konstaterer likevel Arbeidsretten at, ikke bare inngrepet i retten til bruk av streik, men også selve vedtaket om at partene skal få lønns- og arbeidsvilkår fastsatt av Rikslønnsnemnda, må oppfylle vilkårene for inngrep. Et slikt vedtak griper blant annet inn i fagforeningenes rett til å forhandle på vegne av medlemmene. Med henvisning til HR-2016-2554-P (Holship) legger Arbeidsretten til grunn at inngrepet i forhandlingsretten må ha hjemmel i lov, forfølge et legitimt formål og være forholdsmessig.

Et vedtak om at Rikslønnsnemnda skal gis fullmakt til å gi avkall på medlemmenes beskyttelse etter helt grunnleggende vernebestemmelser er etter vårt syn et langt mer inngripende tiltak enn å gripe inn i retten til streik. Slike tariffavtalebestemmelser er prinsipielt og grunnleggende annerledes enn ordinære lønns- og arbeidsvilkår, og stiller etter vårt syn andre krav til inngrepsvurderingen (og særlig forholdsmessighetsvurderingen). At forarbeidene ikke inneholder noen drøftelser av vilkårene for inngrep, lest i sammenheng med henvisningen til EØS-rettens rammer, taler for at loven ikke gir Rikslønnsnemnda kompetanse til å videreføre unntak fra de mest grunnleggende vernebestemmelsene i arbeidsmiljøloven som også implementerer Arbeidstidsdirektivets minimumsvern.

Proposisjonen inneholder de tradisjonelle (og noe overfladiske) bemerkningene om forholdet til Norges internasjonale forpliktelser (ILO-konvensjonene nr. 87, 98 og 154) og sosialpakten under Europarådet art 6 nr. 4), men drøftelsen knyttes til inngrepet i retten til bruk av streik, ikke Rikslønnsnemndas kompetanse.

3.3.1.7 VIRKNINGSTIDSPUNKT

3.3.1.7.1 For lokale lønnsforhandlinger etter HTA kap. 5

3.3.1.7.1.1 Lokale enigheter og nemndsavgjørelser legges til grunn

Legeföreningen legger til grunn, som utgangspunkt for påstandene i punkt 8 nedenfor, at der det er oppnådd enighet lokalt om virkningstidspunkt for lokale forhandlinger legges dette tidspunktet til grunn. Det samme gjelder der lokale parter ikke har kommet til enighet og det foreligger en avgjørelse fra lokal nemnd der virkningstidspunktet er fastsatt, etter HA del A § 6-2, jf § 5.1

Lokale forhandlinger etter HTA kap. 5 og eventuell anke til lokal nemnd er i hovedsak gjennomført etter at det var kjent for lokale parter at meklingen mellom Legeföreningen og KS endte med brudd. Det er derfor naturlig å legge til grunn den lokale enigheten / avgjørelse fra lokal nemnd. Videre har partene lokalt brukt ulike virkningstidspunkter, noe som gjør det vanskelig å overskue konsekvensene av et felles virkningstidspunkt fastsatt av rikslønnsnemnda. Legeföreningen gjør også oppmerksom på at det er snakk om lokale forhandlinger i 356 kommuner.

3.3.1.7.1.2 For øvrige lokale forhandlinger som ikke er avsluttet – 01.05.20

Legeföreningen er kjent med at finnes lokale forhandlinger som ikke er avsluttet, og hvor det dermed ikke er fastsatt noe virkningstidspunkt. For disse må Rikslønnsnemnda fastsette et virkningstidspunkt. Legeföreningen mener dette bør være 01.05.2020, som er virkningstidspunktet for hovedtariffavtalen.

3.3.1.7.1.3 Subsidiært virkningstidspunkt for ikke avsluttede lokale forhandlinger

Som beskrevet i punkt 3.3.1.7.1.1 mener Legeforeningen at det eneste rasjonelle når det gjelder avsluttede lokale forhandlinger, er å legge det avtalte virkningstidspunktet i det enkelte tilfellet til grunn.

Når det gjelder de ikke avsluttede lokale forhandlingene, vil Legeforeningen vise til at Rikslønnsnemndas tradisjonelle utgangspunkt ihht tidligere praksis har vært at virkningstidspunktet for lønnsoppgjøret settes til streikens avslutning, som var 1.11.2020.

2020 har imidlertid vært et spesielt år. Hovedoppgjøret skulle etter planen vært gjennomført i april 2020, men ble på grunn av den akutte situasjonen med utbrudd av koronaviruset forskjøvet til september 2020. Etter Legeforeningens syn er det ikke rimelig at medlemmene skal rammes særskilt økonomisk fordi arbeidsgiverforeningene og fagforeningene i hele det norske samfunnet ble enige om å utsette hovedoppgjøret av hensyn til den akutte samfunnssituasjonen. Dette var et grep som var tvunget fram av en ekstraordinær situasjon, og som var i alle parter interesse. Legeforeningen mener subsidiært at dersom Rikslønnsnemnda vurderer et senere virkningstidspunkt, bør virkningstidspunktet settes til det som antas å ville ha vært streikens avslutning i en normalsituasjon. Hovedoppgjøret ble forskjøvet med ca. fire måneder og to uker. Om tidspunktet for streikens avslutning forskyves tilsvarende tilbake, kan det legges til grunn at streiken trolig ville blitt avsluttet 17.6.2020. Legeforeningen mener subsidiært at dette tidspunktet settes som virkningstidspunkt for lønnsoppgjøret for de lokale forhandlingene hvor virkningstidspunktet ikke er fastsatt lokalt.

3.3.1.7.2 For Hovedtariffavtalen

Legeforeningen mener det er naturlig at virkningstidspunktet for øvrige bestemmelser i Hovedtariffavtalen fastsettes i tråd med meklers forslag. Hovedtariffavtalen er likelydende for samtlige forbund og det gir best sammenheng i systemet med likelydende virkningstidspunkt, også for kommende forhandlinger. Legeforeningen representeres normalt av Akademikerne som forhandlings sammenslutning i forhandlinger om Hovedtariffavtalen. Det var heller ingen uenighet mellom KS og Legeforeningen om innholdet i Hovedtariffavtalen ved meklings avslutning. I praksis har virkningstidspunktet begrenset økonomisk betydning siden det i liten grad er foretatt endringer i avtalen som får betydning for Legeforeningens medlemmer. Legeforeningen krever på denne bakgrunn at meklers forslag legges til grunn som angitt i punkt 3.2.1.1.

3.3.1.7.3 For SFS 2305

Legeforeningen krever at satsene i avtalen justeres med virkningstidspunkt 1.1.2021 med 1,7 % tilsvarende årslønnsvekstrammen i frontfaget i 2020. Dette er i tråd med forslaget til løsning i forslaget i Riksmeklers møtebok side 12. Virkningstidspunkt for øvrige bestemmelser er angitt i påstandene i punkt 3.2.1.2.

3.3.2 KS skriftlige innlegg av 20. januar 2021

3.3.2.1 INNLEDNING

3.3.2.1.1 KORT PRESENTASJON AV INTERESSETVISTEN

Twisten gjelder tariffrevisjonen 2020 om inngåelse av ny hovedtariffavtale (HTA), herunder ny Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforeningen om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen (SFS 2305).

Interessetvisten er først og fremst knyttet til SFS 2305 og spørsmål om videreføring av unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser for arbeid ved legevakta og opprettelse av samfunnsmedisinsk beredskapsvakt.

Legeforeningen setter som vilkår for å videreføre unntaket fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser at den enkelte lege må samtykke til legevaktarbeid utover syv timer per uke. Timer på beredskapsvakt (hjemmevakt) skal beregnes 1:4. KS krever at avtalen videreføres uendret på dette punktet. Dersom Legeforeningen får medhold i sitt krav, krever KS at avtalens bestemmelser om organisering og godtgjøring av legevakt i §§ 7, 8 og 9 bortfaller i sin helhet.

I tillegg krever Legeforeningen at det skal etableres kommunal eller interkommunal samfunnsmedisinsk beredskapsordning og ordninger for kompensasjon for mer- og overtidsarbeid ved langvarige krisesituasjoner. KS har ikke kunnet imøtekomme kravet. Kommunalt selvstyre som grunnlag for kommuneloven innebærer at kommunene må ha frihet til å organisere sine tjenester i tråd med lokale behov. Kommunens ansvar følger av helseberedskapsloven § 2-2 om at kommunene plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlig for. Kommunene skal også utarbeide beredskapsplan for sine oppgaver etter folkehelselovens kapittel 3. Kommuneoverlegene er ansatt i kommunen, og kompensasjon for merarbeid og overtid er regulert i hovedtariffavtalens kapittel 1 § 6 punkt 6.5. Ved behov for vaktordninger etableres dette og godtgjøres gjennom Hovedtariffavtalens kapittel 1 punkt 4.3.

Dette innlegget forutsetter at Rikslønnsnemnda kan legge til grunn det endelige tilbudet fremsatt av KS til Akademikerne den 16. september 2020 klokken 01.00 som ny Hovedtariffavtale mellom KS og Legeforeningen.

KS siste tilbud knyttet til ny Hovedtariffavtale gjelder punkt I, II og III samt vedlegg 1. Dette tilbudet ble akseptert av LO-Kommune, Unio og YS-Kommune under forhandlingene. Videre ble tilbudet akseptert av Akademikerne kommune under mekling da med unntak for Legeforeningen. Det legges til grunn at det er enighet mellom KS og Legeforeningen om at Rikslønnsnemnda kan legge dette tilbudet til grunn som ny Hovedtariffavtale også mellom KS og Legeforeningen.

Det anføres imidlertid fra KS at virkningstidspunktet for lokale lønnsforhandlinger etter HTA kapittel 3 og 5 gjennomført høsten 2020, men ikke iverksatt, settes til arbeidets gjenopptakelse. Dette i tråd med langvarig praksis fra Rikslønnsnemnda.

Videre forutsetter KS at Rikslønnsnemnda også kan legge til grunn at det ikke er uenighet mellom Legeforeningen og KS om regulering av de økonomiske satsene i SFS 2305. Det framgår av vedlegg 2 til KS siste tilbud til Akademikerne kommune, datert 16. september 2020, at satsene i avtalen justeres per 1.1.2021 med 1,7 %, tilsvarende årslønnsvekstrammen i frontfaget i inneværende år.

3.3.2.1.2 Kort om avtalen (SFS 2305)

Særavtalen regulerer vilkår for ansatte leger i kommunehelsetjenesten uavhengig av type legearbeid. Avtalen omfatter leger både i heltids- og deltidstillinger, og har blant annet bestemmelser om vilkår for turnusleger/LIS1, samfunnsmedisin, praksiskompensasjon (utgiftsdekning når næringsdrivende fastlege har fravær fra legekantoret for å utøve andre allmennlegeoppgaver på sykehjemmet, helsestasjonen mv.) og legevakt. En stor del av avtalen gjelder organisering og godtgjøring av legevakt på dagtid og utenom fastlegekontorenes åpningstid, herunder interkommunale legevaktssentraler, jf. SFS 2305 §§ 6, 7, 8 og 9. Grunnlaget for bestemmelsene om legevakt er

partenes avtalte unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser for legevakt, jf. SFS 2305 § 3 pkt. 3.2.

Avtalen bygger på at fastlegene er ment å skulle ivareta både legevakt og andre allmennlegeoppgaver i kommunene. Etter fastlegeforskriften § 13 er fastlegene forpliktet til å delta i legevakt og etter fastlegeforskriften § 12 kan fastlegene pålegges andre allmennlegeoppgaver i kommunen med inntil 7,5 timer per uke. I arbeidet på legevakt og med andre allmennlegeoppgaver vil legene som hovedregel være arbeidstakere, og dermed omfattet av SFS 2305.

3.3.2.1.3 Kort om interesseløst knyttet til arbeidstid på legevakt

Den sentrale interesseløst mellom KS og Legeforeningen dreier seg om det avtalte unntaket fra arbeidstidsbestemmelsene skal videreføres. Legeforeningen setter som en betingelse for unntaket at den enkelte lege kun kan gå legevakt i snitt 7 timer per uke, beregnet over en periode på høyst 4 uker. Arbeid utover dette krever samtykke fra den enkelte lege. Hjemmevakt skal regnes som arbeidstid 1: 4.

KS kan ikke gå med på kravet. Fastlegene er i hovedsak næringsdrivende, og vil i sin praksis ikke være omfattet av arbeidsmiljøloven. Kommunen har ingen mulighet til å påvirke legenes arbeidstid utover avtalt åpningstid i fastlegeavtalen, som for fulltids, kurativ praksis i snitt er 28 timer per uke, 44 uker i året. For fastlegene som går legevakt innebærer Legeforeningens krav dermed ikke et unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, men en innskrenkning av arbeidstidsbestemmelsene. Unntaket fra arbeidstidsbestemmelsene får dermed en annen betydning enn det partene forutsatte ved inngåelse av avtalen.

Partene har ansett unntaket nødvendig for å organisere legevakt basert på fastlegene. Ved en endring av forutsetningene vil det ikke lenger være behov for å regulere legenes arbeidstid i særavtale utover det som følger av arbeidsmiljøloven og Hovedtariffavtalen.

3.3.2.2 FASTLEGEORDNINGEN OG AVTALESTRUKTUREN

3.3.2.2.1 Innledning

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og ga alle som er bosatt i en norsk kommune rett til å ha en fastlege. Kommunen har ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, jf. 3-2. Dette innebærer blant annet tilbud om en fastlegeordning for innbyggerne, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c, samt legevakt og andre allmennlegeoppgaver.

3.3.2.2.2 Fastlegenes oppgaver i kommunen

Det følger av fastlegeforskriften at en fastlege har ansvar for tre forskjellige arbeidsoppgaver.

- Fastlegene har et ansvar for sine listepasienter, jf. fastlegeforskriften § 10. Listeansvaret dekker alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på fastlegens liste. Disse oppgavene utføres som hovedregel i legens egen fastlegepraksis.
- Fastlegen skal også håndtere andre allmennlegeoppgaver i kommunen som arbeid på sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjeneste mv. Kommunen kan pålegge fastlegen andre allmennlegeoppgaver med inntil 7,5 timer per uke, jf. fastlegeforskriften § 12.

- I tillegg har fastlegene plikt til å delta i kommunal eller interkommunal legevakt. Fastlegeforskriften § 13 regulerer også rett til fritak for legevakt. Legen har rett til fritak når legen er over 60 år, gravid i de siste tre måneder av svangerskapet, når graviditeten er til hinder for deltakelse, eller ammer barn som er under ett år. Etter SFS 2305 § 7 punkt 7.2 gis det også fritak når legen av andre helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. Det tas særlig hensyn til leger over 55 år.

3.3.2.2.3 Finansiering av fastlegenes oppgaver

Finansieringssystemet bygger på hovedmodellen om at fastlegene skal være næringsdrivende. Finansieringen av fastlegens listeansvar er regulert i statsavtalen (ASA 4301) inngått mellom staten, de regionale helseforetakene, KS og Legeforeningen. Fastlegene som næringsdrivende får inntekten sin fra tre kilder:

- Kommunen gir et basistilskudd basert på antall listepasienter. Kommuner under 5 000 innbyggere gir i tillegg et utjamningstilskudd, for å kompensere for at legene har færre pasienter på sin liste.
- Folketrygden (HELFO) gir legen refusjon basert på legens aktivitet. Det er fastsatt takster for hver prosedyre legen utfører.
- I tillegg betaler pasienten egenandel for å gå til legen.

Omtrent 70 prosent av finansieringen dekkes av folketrygderefusjon og pasientenes egenandeler, og omtrent 30 prosent dekkes av kommunenes utbetaling av basistilskudd og utjamningstilskudd. Hovedregelen er at fastlegen dekker driftsutgiftene for å drive sin fastlegepraksis. Driftsutgifter består av ansettelse av annet helsepersonell, lokaler, IKT-systemer, og så videre.

Når det gjelder utøvelse av andre allmennlegeoppgaver, skal fastlegen som hovedregel ansettes i en deltidsstilling med fastsettelse av lønn etter hovedtariffavtalen kapittel 5. Som kompensasjon for driftsutgifter i legepraksisen i tiden legen utfører andre allmennlegeoppgaver, er det fastsatt satser for praksiskompensasjon i SFS 2305 § 4 ut fra antall timer offentlig legearbeid i uka.

For arbeid på legevakta vil legen som hovedregel få beredskapsgodtgjøring per time fra kommunen, samtidig får legen beholde refusjoner og egenandeler. I interkommunale legevakter på natt, skal legen ha timelønn som fastsatt i SFS 2305 § 9 punkt 9.1. I legevaktordning med tilstedeværelse kan imidlertid partene lokalt avtale fastlønn etter hovedtariffavtalen kapittel 5, jf. SFS 2305 § 8 punkt 8.4. I disse tilfellene beholder kommunen refusjoner og egenandeler.

3.3.2.2.4 Avtalestrukturen

Leger ansatt i kommunehelsetjenesten er omfattet av Hovedtariffavtalen, Hovedavtalen og andre aktuelle sentrale særavtaler, og som gjelder så langt de passer, jf. SFS 2305 § 1 pkt. 1.1. Kommunen har et lovpålagt ansvar for å sørge for at innbyggerne får fastlegetjenester, andre allmennlegetjenester og legevakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, jf. 3-2.

I utgangspunktet er det opp til kommunen om legetjenestene skal ytes av egne ansatte, eller ved at kommunen inngår avtale med næringsdrivende leger, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 siste ledd. Som omtalt ovenfor om fastlegeordningen, er hovedmodellen for fastlegeordningen imidlertid

at fastlegene skal være selvstendig næringsdrivende, og at de også skal ivareta legevakt og øvrige kommunale legeoppgaver.

At fastlegene skal være næringsdrivende og har ansvar for de tre ovennevnte arbeidsoppgavene, er lagt til grunn for den lovgivning og sentrale avtaler som regulerer allmennlegetjenesten i kommunen. Dette gjelder statsavtalen (ASA 4301) som regulerer økonomien i ordningen, rammeavtalen inngått mellom KS og Legeforeningen om vilkår for næringsdrivende fastleger, og fastlegeforskriften som har tatt inn flere av rammeavtalens bestemmelser (ASA 4310), samt kommunelegeavtalen (SFS 2305). For å se på fastlegenes totale arbeidssituasjon, må man se på bestemmelsene både i fastlegeforskriften, rammeavtalen og kommunelegeavtalen. Fastlegenes rett til å redusere pasientlisten er blant annet sett i sammenheng med belastningen av andre allmennlegeoppgaver og legevakt, jf. ASA 4310 punkt 10.7.

Strukturelt er særavtalen SFS 2305 en avtale som er forankret i Hovedavtalen del A § 1-3, § 4-3 og § 6-1. Innenfor KS-tariffområde foreligger en rekke særavtaler av denne typen. Et kjennetegn for flere av disse er at de inneholder tariffregulerte unntak fra arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven det vil si 10-12 (4) avtaler. Til illustrasjon kan nevnes SFS 2404: Brann- og redningstjeneste og SGS 1010: Følge av pasient/klient/bruker/elev.

3.3.2.3 FORHANDLINGSLØPET OG NEMNDSBEHANDLING

3.3.2.3.1 Forhandlings- og meklingsforløpet

Særavtalen ble reforhandlet høsten 2019. Partene kom ikke til enighet og tvisten skulle avgjøres ved nemndsbehandling, jf. Hovedavtalen del A § 6-1. Dette er kommet til uttrykk i protokollen av 11. desember 2019. Saken ble forberedt for nemndsbehandling i mars 2020.

På grunn av koronapandemien ble det ingen nemndsbehandling. Partene ble enige om at KS' siste tilbud (tilbud nr. 3, 3.12 2019 kl. 18.20) skal legges til grunn uten nemndsbehandling. Virkningstidspunktet for ny avtale ble satt til 1.1.2020 og skulle gjelde til utløpet av hovedtariffavtalen den 15. september 2020. Pandemien hadde også ført til en utsettelse av hovedoppgjøret til september 2020 og hovedtariffavtalens virkningstid forlenget til 15. september 2020. Partene var gjennom dette enige om at særavtalen skulle være en del av hovedoppgjøret 2020.

Utgangspunktet for den interessetvisten Rikslønnsnemnda har til behandling er SFS 2305 for perioden 1. januar 2020 til 15. september 2020.

Oppstart for hovedoppgjøret var 3. september 2020. Akademikerne v/Legeforeningen la fram to krav til SFS 2305 og KS la fram sine tilbud.

KS fremsatte endelige tilbud til Akademikerne den 16. september 2020 klokken 01.00. Akademikerne brøt forhandlingene 16.9.2020 og bruddprotokoll ble signert.

De øvrige arbeidstakerorganisasjonene kom til enighet med KS. Riksmekleren nedla arbeidsstans 17. september 2020 og innkalte partene til mekling. Mekling ble gjennomført 12., 13. og 14. oktober 2020. Akademikerne aksepterte meklingsforslaget, men det gjorde ikke Legeforeningen. Meklingsforslaget framgår av riksmeklers møtebok.

Legeforeningen meldte plassfratredelse 21. oktober med oppstart av streik 26. oktober 2020. I Prop. 32 L (2020-2021) av 6. november 2020 fremmet Regjeringen forslag om at tvisten mellom partene skulle avgjøres av Rikslønnsnemnda. I Innst. 124 L (2020-2021) sluttet arbeids- og sosialkomiteen seg til forslaget. Ved lov av 10. desember 2020 nr. 43 ble det bestemt at tvisten mellom Legeforeningen og KS skulle avgjøres av Rikslønnsnemnda.

3.3.2.3.2 Kort om meklingsforslaget og igangsatte tiltak

I meklerens forslag til løsning av interessedvisten knyttet til SFS 2305 ble det til protokollen foreslått flere tiltak som etter KS' oppfatning adresserer flere av de utfordringer partene står overfor.

Forslaget tok utgangspunkt i følgende problembeskrivelse som KS kan slutte seg til:

«Tilgangen til gode og stabile legetjenester er viktig for innbyggernes liv og velferd. Evalueringen av fastlegeordningen viser at det har blitt vanskeligere å rekruttere nye leger inn i ordningen. Samtidig slutter flere fastleger enn før. Mange fastleger opplever arbeidsbelastningen som stor. Arbeidsbelastningen i legevakt er en ekstra stor utfordring, særlig i distriktene.

Regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten har tiltak for å møte flere av de mest aktuelle utfordringene som fastlegene og kommunene opplever. Men fortsatt bidrar kommunene stadig med ekstra økonomiske midler for å opprettholde et forsvarlig tjenestetilbud til innbyggerne.»

Kompetansekrav – bakvakt

Staten har innført kompetansekrav for leger. Leger som ikke oppfyller kravene, må ha en lege i bakvakt. Dette har gitt større vaktbelastning på de erfarne legene. For å illustrere problemstillingen kan det tas utgangspunkt i en distriktskommune med fire fastleger i legevaktordningen. En av legene oppfyller ikke kompetansekravet, og kommunen må fordele bakvaktstimer til tre leger. Antallet vakttimer for erfarne leger øker med rundt 30 prosent.

I distriktskommuner med få leger har dette gjort det enda mer krevende å organisere legevakt. KS har vært opptatt av å samarbeide med Legeforeningen for å se på mulig organisering av bakvaktordningen for å redusere den samlede vaktbelastningen.

I meklingsforslaget kommer følgende frem:

«KS og Legeforeningen er enige om at kompetansekravet i akuttmedisinforskriften bidrar til å øke vaktbelastningen for legene, og derfor bør endres. Partene mener at allmennleger som har gjennomført LIS1 har den nødvendige medisinskfaglige kompetansen til å kunne ha legevakt alene. Partene vil samarbeide om et felles innspill til Helse- og omsorgsdepartementet om denne problemstillingen.»

- Status: Problemstillingen er tatt opp i trepartsmøte mellom Staten, Legeforeningen og KS

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 – 2024

Regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 har en rekke tiltak som skal redusere legenes arbeidsbelastning. Handlingsplanen er en opptrappingsplan, og KS er opptatt av at legevakttiltak må prioriteres i handlingsplanen framover.

I handlingsplanen framkommer det i tiltak 7

"For å få et bedre beslutningsgrunnlag vil departementet, sammen med partene, nedsette en ekspertgruppe som skal kartlegge hvor høy arbeidsbyrden er og hvordan den fordeler seg på leger i legevakt og hvilke konsekvenser en eventuelt redusert belastning vil få for behovet for leger."

Ekspertgruppen nedsettes om kort tid. Mandatet er utarbeidet i samarbeid med Legeforeningen og KS. Arbeidet skal sluttføres innen 1. oktober 2021.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (2018) sin rapport om fastlegenes arbeidstid er ofte sitert. KS mener undersøkelsen har så store metodiske svakheter at den gir et skjevt bilde av fastlegenes arbeidsbelastning på legevakt. For det første har informantene selv valgt hvilken uke de vil rapportere arbeidstid på. Faren for at svarene ikke er representative for en gjennomsnittsuke er dermed stor. I rapporten regnes legevaktarbeid med som alminnelig arbeidstid 1:1, uavhengig om det er hjemmevakt, bakvakt eller tilstedevakt. I tillegg introduseres spørreundersøkelsen på en lite nøytral måte:

«Kjære fastlege. Alle er enige om at fastlegene arbeider mye, men hva går tiden med til?»

Etter KS mening er det ikke forsvarlig å gjøre endringer i tariffavtalen før det foreligger kunnskap om hvilke konsekvenser det kan få for kommunenes mulighet til å organisere en forsvarlig legevakt.

Det kan i tilknytning til dette også nevnes at det er igangsatt legevaktpiloter i Sogn og Fjordane og i Molde-regionen for å prøve ut alternative måter å organisere legevakt på. Målet med pilotprosjektene er å sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk tjeneste i distrikter der det er lang vei til ambulansetjeneste og legevaktstasjon. Hensikten er å bruke de samlede tilgjengelige ressursene på tvers av dagens skillelinjer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

KS har vært opptatt av at kommunene ikke må settes i en situasjon hvor de ikke klarer å sørge for at innbyggerne har en legevakt. KS er av den oppfatning at det eksisterende unntaket fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser er en forutsetning for at innbyggerne skal sikres en legevakt slik situasjonen er nå. En avvikling av unntaket, eller en innskrenkning av unntaket, må utredes nærmere. Det er ikke forsvarlig å utsette kommunene og innbyggerne for den risiko som ligger i å avvike eller innskrenke unntaket, uten en nærmere utredning. Det kan her vises til at det i meklerens forslag til løsning av tvisten om ny SFS ble det til protokollen nedfelt at det skulle nedsettes et partssammensatt utvalg som skulle:

«utrede mulighet for, konsekvenser av og praktisk gjennomføring av en avvikling av unntaket i særavtalen fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. En avvikling vil innebære at de ordinære vernebestemmelsene i arbeidsmiljøloven og hovedtariffavtalen vil komme til anvendelse for legevakt. For at kommunene skal sikre innbyggerne en forsvarlig legevakt, vil

det uansett være nødvendig med en overgangsordning før en eventuell avvikling gjennomføres.

Utvalget nedsettes med følgende sammensetning: 3 representanter oppnevnt av Legeforeningen og 3 representanter og 1 sekretær oppnevnt fra KS. Rapport fra utvalget skal foreligge innen 30. oktober 2021 slik at rapporten inngår i grunnlaget for forhandlingene om ny særavtale. Arbeidet må ses i sammenheng med tiltaket i handlingsplanen for allmennlegetjenesten om nedsettelse av en ekspertgruppe.»

3.3.2.4 NÆRMERE OM INTERESSETVISTEN

3.3.2.4.1 Arbeidstid for leger i legevakt

Legevaktarbeid er unntatt fra arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid, jf. SFS 2305 § 3 pkt. 3.2. Partene har inngått avtale etter arbeidsmiljøloven § 10-12 fjerde ledd om at arbeidsmiljølovens bestemmelser om daglig og ukentlig arbeidstid mv. ikke gjelder for legevakt. Legeforeningen ønsker ikke å videreføre gjeldende unntak fra arbeidstidsbestemmelsene. De krever at den enkelte lege må samtykke til legevakt utover 7 timer i gjennomsnitt per uke, beregnet over en periode på høyst 4 uker. Timer på beredskapsvakt utenfor arbeidssted (hjemmevakt) skal regnes med i arbeidstiden med 1:4. Endringen skulle tre i kraft fra 1. juli 2020.

Unntaket fra arbeidstidsbestemmelsene har vært ansett nødvendig av begge parter for at man skal kunne organisere legevaktordninger i hele landet. KS mener at situasjonen ikke er endret. Lov og avtaleverk som regulerer legevakt bygger på at fastlegene skal være bærebjelken i legevakta. Fastlegene har derfor plikt til å gå legevakt, jf. fastlegeforskriften § 13. At fastlegene er ment å ivareta legevakt er også et utslag av kravet om at lege som tiltrer en stilling ved legevakta som hovedregel skal være spesialist i allmennmedisin, under spesialisering i allmennmedisin eller godkjent allmennlege etter forskrift om veiledet tjeneste, jf. forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten § 3. For at en lege skal kunne gå legevakt alene er det oppstilt egne kompetansekrav i akuttmedisinforskriften § 7.

Dersom den enkelte fastlege kun skal delta i legevakt 7 timer per uke, vil mange kommuner ikke lenger klare å opprettholde en kommunal legevakt, og vil ikke være i stand til å oppfylle sitt lovpålagte ansvar om å tilby innbyggerne legevakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 bokstav a.

Kommunestørrelse, spesialistandel og gjennomsnittlig listelengde

	Antall	Andel fastleger som ikke er allmennspesialist	Andel fastleger med fastlønn	Listelengde gj.snitt
Alle kommuner	356	40	14,5	1 072
2000 - 4999 innb.	99	59	46,4	750
under 2000 innb.	75	64	81,9	520

Tall per sep.2020

Fastlegene i de minste kommunene har altså gjennomsnittlig listelengde på halvparten av landsgjennomsnittet.

Ifølge tall fra SSB-KOSTRA hadde 151 kommuner fire eller færre legeårsverk per 31.12.19. For å sikre gode legevaktordninger for innbyggerne, og for å redusere vaktbelastningen, er det vanlig med interkommunalt samarbeid. Lange reiseavstander kan imidlertid redusere muligheten for samarbeid.

KS gjennomførte en spørreundersøkelse i februar 2020. Den viste blant annet at 43 prosent av de kommunene som har legevaktordning uten samarbeid med andre, har fire eller færre leger i ordningen. Med unntak av to kommuner hadde alle under 5 000 innbyggere.

	Fire eller færre leger	5 – 8 leger	9 eller flere enn 9 leger
Kommunal ordning regulert i § 8 (N=91)	43 pst (39)	22 pst (20)	35 pst (32)
Interkommunal ordning regulert i § 8 (N=114)	Ingen	11 pst (13)	89 pst (111)
Interkommunal ordning i tiden 23-08 - § 9 (N=84)	2 pst (2)	7 pst (6)	91 pst (76)

Undersøkelsen viste også at 31 prosent av legene i små kommuner trenger kompetansebakvakt, de kan dermed ikke ha beredskapsvakt alene. Kommunen må sørge for at to leger har beredskap.

For en legevakt i vaktklasse 1 som skal organiseres som hjemmevakt, og med minst 4 leger i ordningen, jf. SFS 2305 § 8 pkt. 8.1, vil det være nødvendig med minst 5 leger. Det er en forutsetning at alle legene oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften § 7, slik at de kan gå legevakt alene. I tillegg må alle legene ha legevakt hver uke hele året. Det vil si at i praksis må minst seks fastleger inngå i legevaktordningen.

For en legevakt i vaktklasse 3 med tilstedevakt, som normalt skal ha minst 8 leger i ordningen, jf. SFS 2305 § 8 pkt. 8.1, vil det være nødvendig med minst 19 leger som kan gå legevakt alene. Legene vil også her måtte gå ukentlig legevakt gjennom hele året. Dersom enkelte av legene er turnusleger/LIS1 eller for øvrig ikke oppfyller kravene til å gå legevakt alene, vil det være nødvendig med ytterligere leger som har kompetanse til å være i bakvakt.

Legeforeningens krav innebærer behov for en kraftig økning av antall leger. KS har estimert et behov for 300-425 flere leger på landsbasis. Estimater tar utgangspunkt i følgende:

- Mellom 65 og 75 kommuner har i dag en legevaktordning med fire eller færre leger. Gitt Legeforeningens krav om gjennomsnittlig 28 timers beredskaps- eller bakvakt per uke, trenger kommunen seks leger i ordningen.
- Rundt 25 interkommunale legevakter har i dag gjennomsnittlig 11 fastleger i ordningen. Basert på tilstedevaktordning er det behov for minst 19 leger.

Slik fastlegeordningen er organisert, med grunnlag i at legen som hovedregel er selvstendig næringsdrivende, trenger den enkelte lege rundt 1200 pasienter på sin liste for å få et rimelig næringsgrunnlag. Legeforeningen har gitt uttrykk for at de fortsatt ønsker at næringsdrift skal være hovedmodell. I 2012 var om lag 95 prosent av fastlegene næringsdrivende. I den siste tiden har det blitt flere ansatte fastleger, men hovedtyngden er fortsatt næringsdrift. Dette innebærer at for mange kommuner er det et svært begrenset grunnlag for en økning av antall fastleger. Foruten i storbyene er det også ofte lite aktivitet på legevakta, slik at legevakt organiseres med hjemmevakter. For legevakter organisert med hjemmevakter, vil det heller ikke være en løsning å opprette egne legevaktstillinger.

KS kan ikke inngå en tariffavtale som forutsetter at distriktskommuner må basere sin legevaktordning på samtykke fra den enkelte lege. Kommunene må ha forutsigbare rammebetingelser for å kunne

organisere en forsvarlig legevakt. Dette gjelder både personellressurser og økonomi. Dette gjelder også i forhold til Legeforeningens nye krav pr 9. oktober 2020 om at «Avtaler om unntak fra samtykkekrav etter andre ledd inngås for inntil to år av gangen, med en gjensidig oppsigelsestid på 6 måneder.»

3.3.2.4.2 Avtalens vernebestemmelser og forskjellen til arbeidsmiljølovens hovedregler

3.3.2.4.2.1 Avtalens vernebestemmelser mv.

KS er opptatt av det skal være forsvarlige legevaksordninger. Dette er grunnen til at det er tatt inn vernebestemmelser i SFS 2305 §§ 7 og 8. Det er satt krav til et minimum antall leger i legevaktordningen. Kravet til bemanning beror på hvilke av de fire vaktklassene legevakta faller inn under. Vaktklassene er opprettet på bakgrunn av aktivt arbeid i snitt per vakttime, jf. SFS 2305 § 8 pkt. 8.1, jf. 8.3.

Videre er det egne bestemmelser om opprettelse av arbeidsplaner og hviletid, jf. SFS 2305 § 7 pkt 7.4. Legene skal som hovedregel sikres minst 8 timer fri mellom to arbeidsperioder og bør ha en sammenhengende arbeidsfri periode på minst 28 timer i løpet av sju dager. Etter KS sitt syn er det viktig både ut fra hensynet til legen og pasientsikkerheten, at legen får tilstrekkelig hvile. For å legge til rette for at næringsdrivende fastleger også kan få hvile, er det tatt inn bestemmelser om praksiskompensasjon for fri dag etter legevakt. Kommunene har imidlertid ingen innflytelse på næringsdrivende leges beslutning om å ta fri hele eller deler av dag etter legevakt.

For å sørge for en forsvarlig totalbelastning for den næringsdrivende legen, er det bestemmelser i rammeavtalen (ASA 4310) og fastlegeforskriften om legens listelengde. Ved inngåelse av avtale med næringsdrivende fastlege, skal det tas hensyn til de samlede arbeidsoppgaver legen er pålagt gjennom lov, forskrift og sentralt avtaleverk. Ved senere pålagte oppgaver har legen rett til forholdsmessig reduksjon av sin pasientliste, jf. ASA 4310 pkt. 10.7 og fastlegeforskriften § 34 om reduksjon av listetaket. Legen kan likevel til enhver tid velge å øke listen sin inntil 2500 personer. Listelengde må vurderes ut fra blant annet arbeidsbelastningen på legevakt.

At fastlegen har tre ansvarsområder, innebærer at det ikke er akseptabelt at legen definerer legevakt til å ha lavere prioritet enn sin egen fastlegepraksis. I stedet for fritak, kan kommunen gi legen tilbud om redusert liste, eventuelt i kombinasjon med redusert vaktbelastning, slik at den totale arbeidsbelastningen reduseres. KS har siden fastlegeordningen ble innført vært klar i sin rådgivning ovenfor kommunene om at legevakten ikke har «lavere» prioritet enn den enkelte leges fastlegepraksis. Til illustrasjon kan vises til de nedfelte kommentarene til avtaleverket utarbeidet av Arne Norum som hadde hovedansvaret i KS for innføring av fastlegeordningen:

«Det er overhodet ikke akseptabelt at legen definerer legevakt til å ha lavere prioritet enn den private praksisen, den er en minst like viktig oppgave/plikt. I stedet for fritak *kan* kommunen gi legen tilbud om redusert liste, eventuelt i kombinasjon med en redusert vaktplikt, slik at legens totale arbeidsbelastning reduseres.

Delvis sykemelding som kun omfatter legevakta er som hovedregel ikke akseptabelt. Det er heller ikke gitt at dette kvalifiserer til sykelønn fra kommunen, se nedenfor. Dersom slike løsninger unntaksvis skal velges må det gis en troverdig begrunnelse. Legen kan ikke sykmelde seg selv.

Noen leger begrunner sine fritakssøknader ved å påberope seg rett til redusert arbeidstid etter Aml § 10-2 (4). KS vil mene at arbeidstidens lengde for privatpraktiserende leger faller utenfor denne lovbestemmelsen, men tar til etterretning at Tvisteløsningsnemnda opprettet i medhold av Arbeidsmiljøloven behandler saker som vedrører legens *deltidsstilling* i kommunen, dvs det offentlige legearbeidet.»

3.3.2.4.2.2 Forskjellen mellom avtalens vernebestemmelser og arbeidsmiljølovens hovedregler
Om legevakten skal være hjemmevakt eller tilstedevakt, er avhengig av hvor mye aktivt arbeid det er i snitt per vakttime på legevakta. Ut fra dette er det delt inn i fire vaktklasser, jf. SFS 2305 § 8 pkt. 8.3. Hovedregelen er en hjemmevaktordning for alle vaktklassene med unntak av vaktklasse 4. Det er imidlertid åpnet opp for mulighet til stede vakt også i vaktklasse 2 og 3.

Det er angitt norm for antall leger i legevakta i de ulike vaktklassene.

- I vaktklasse 1 (aktivt arbeid inntil 10 minutter per vakttime) skal det være hjemmevakt med normalt 4 leger i ordningen, og tilstrebe minst 6 leger.
- I vaktklasse 2 (aktivt arbeid mellom 11 og 25 minutter per vakttime) skal det normalt være 6 leger i ordningen, og tilstrebe minst 7 leger.
- I vaktklasse 3 (aktivt arbeid mellom 26 og 45 minutter per vakttime) skal det normalt være 8 leger i ordningen
- I vaktklasse 4 (aktivt arbeid over 45 minutter per vakttime) skal det være minst 12 leger i ordningen.

I vaktklasse 3 og 4 må helgen deles på minst to leger, og i vaktklasse 4 kan en vakt ikke overstige 9 timer, uten samtykke fra den enkelte lege. Dette er i tråd med arbeidsmiljøloven § 10-4 (1) om at arbeidstiden som hovedregel skal være inntil 9 timer i løpet av 24 timer.

Arbeidsplaner skal settes opp i samsvar med tillitsvalgte og skal normalt være varslet legen minst to måneder før ikrafttredelse, jf. SFS 2305 § 7 pkt. 7.4 andre avsnitt. Etter arbeidsmiljøloven § 10-3 skal arbeidsplaner utarbeides i samarbeid med tillitsvalgte og drøftes senest to uker før ikrafttredelse. Legen vil vite om vaktene sine i god tid før vaktplanen trer i kraft, og er sikret bedre forutsigbarhet enn etter arbeidsmiljøloven.

Legeforeningen krever at hjemmevakt skal regnes 1:4 uavhengig av belastningen på legevakta. Grunnen til at SFS 2305 har et system med fire vaktklasser og ulike krav til antall leger i vaktklassene og lengde på vaktene, er store forskjeller på hvor mye aktivt arbeid i snitt det er per vakttime i de ulike legevaktene i landet.

Etter arbeidsmiljøloven § 10-4 (3) skal som hovedregel minst 1/7 av hjemmevakten regnes med i alminnelig arbeidstid, avhengig av hvor belastende vaktordningen er. Ved utrykning skal arbeidstaker som hovedregel ha minst 11 timer sammenhengende arbeidsfri i løpet av 24 timer, jf. arbeidsmiljøloven § 10-8 (1). Etter bestemmelsens tredje ledd kan arbeidsgiver og tillitsvalgte avtale kortere hvile inntil 8 timer.

Etter særavtalen har legen rett til fri åtte timer dag etter legevakt, det vil si fri neste arbeidsdag. Ved hjemmevakt er det en forutsetning at legen har hatt utrykning foregående dag etter kl. 23. Rett til fri åtte timer regnes ikke fra tidspunktet for avsluttet utrykning, som etter arbeidsmiljøloven. Eksempelvis vil en lege som er tilbake fra utrykning kl. 24.00, få hvile fra midnatt og til minst kl. 16.00 neste dag. Det vil si 16 timer. Det vil kun være snakk om mindre enn 11 timer hvile der legen har utrykning etter kl. 5.00 på morgenen, men aldri mindre enn 8 timer (legevaktens virketid er kl. 16-8 samt helger og høytider, jf. SFS 2305 § 7 pkt. 7.3).

Etter arbeidsmiljøloven skal legen ha minst 11 timer sammenhengende fri etter utrykning, jf. arbeidsmiljøloven § 10-8 (1). Det er også tilstrekkelig at legen har hatt fri før utrykning så lenge det er 11 timer sammenhengende fri i løpet av 24 timer. I eksempelet ovenfor skal legen være tilbake på jobb kl. 11 neste dag. Arbeidsgiver og tillitsvalgte har rett til å avtale redusert hviletid til 8 timer, jf. arbeidsmiljøloven § 10-8 (3).

Videre bør legen ha en sammenhengende arbeidsfri periode på minst 28 timer i løpet av sju dager, jf. SFS 2305 § 7 pkt. 7.4 siste avsnitt. Etter arbeidsmiljøloven § 10-8 (2) er hovedregelen 35 timer i løpet av sju dager. Arbeidsgiver og tillitsvalgte kan avtale en kortere periode ned til 28 timer. Som ovennevnt skal helgene deles på minst to leger i vaktklasse 2 og 3. Dette vil være med på å sikre lengre ukentlige hvileperioder.

3.3.2.4.3 Samfunnsmedisinsk beredskapsordning

Legeforeningen krever at det skal etableres kommunal eller interkommunal samfunnsmedisinsk beredskapsordning. Det skal planlegges ordninger for beredskapsvakt og kompensasjon for mer- og overtidarbeid ved langvarige krisesituasjoner, samt sikres nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse i krisen. Dette skal sikre en definert arbeidstid for kommuneoverlegene, og definere kommunens ansvar for samfunnsmedisinske beredskapsoppgaver i forhold til akuttmedisinske katastrofer, alvorlige forurensninger, arbeid med tvungent psykisk helsevern, og akutt smittevern.

KS har ikke kunnet imøtekomme kravet. Det følger av helseberedskapsloven § 2-2 at kommunene plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester de skal sørge for et tilbud av, eller er ansvarlig for. Kommunene skal også utarbeide beredskapsplan for sine oppgaver etter folkehelselovens kapittel 3. Kommunen er gitt dette ansvaret og må utarbeide disse planene i tråd med lokale behov. Kommuneloven legger opp til at kommunene har frihet til å organisere sine tjenester. Kommuneoverlegene er ansatt i kommunen, og kompensasjon for merarbeid og overtid er regulert i hovedtariffavtalens fellesbestemmelser kapittel 1 § 6 punkt 6.5. Ved behov for vaktordninger etableres dette, og godtgjøres gjennom Hovedtariffavtalens kapittel 1 punkt 4.3.

Arbeidstvistloven § 1 e definerer en tariffavtale til å være en avtale mellom en fagforening og en arbeidsgiver eller arbeidsgiverforening om arbeids- og lønnsvilkår, eller andre arbeidsforhold. Lønns- og arbeidsvilkår knyttet til en beredskapsordning vil falle inn under denne definisjonen. Det å tariffregulere en plikt til å opprette en beredskapsordning, ligger på siden av det som kan reguleres i form av en tariffavtale. Dette har spesiell betydning for kommunal sektor, hvor kommunene er medlemsbundet til de tariffavtaler som inngås mellom KS og arbeidstakerorganisasjonene. I kommuneloven § 5-15 har kommunen anledning til å gi KS fullmakt til å inngå tariffavtaler. Det har alle kommuner og fylkeskommuner, med unntak for Oslo kommune, gitt KS. Denne fullmakten til KS omfatter neppe at KS kan forplikte den enkelte kommune til å etablere en samfunnsmedisinsk beredskapsordning. Dette innebærer at heller ikke Rikslønnsnemnda kan forplikte kommunene til dette jf. Prop. 32 L (2020-2021) side 3:

«Nemnda må for å kunne avgjøre hele den aktuelle tvisten ha den samme kompetansen som partene til å fastsette innholdet i tariffavtalen.»

3.3.2.4.4 Rikslønnsnemndas kompetanse til å videreføre unntaket fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser jf § 10-12 (4).

I forarbeidene til loven om lønnsnemndbehandlingen av denne arbeidstvisten er uttrykkelig presisert at lovgiver har ment at Rikslønnsnemnda skal ha denne kompetansen Det vises her til Prop. 32 L (2020-2021) side 3:

«Rikslønnsnemnda spiller en sentral rolle i det norske tariffsystemet. Skal nemnda fullt ut kunne fylle sin rolle som et effektivt tvisteløsningsorgan, må den kunne behandle alle sider ved tvisten. Det gjelder også spørsmål om å fastsette unntak fra bestemmelser i lov når partene er gitt kompetanse til å inngå tariffavtale om det, innenfor de rammer som følger av EØS-retten.»

Det kan her også nevnes at KS og Legeforeningen har valgt å inngå en tariffavtale om organisering og godtgjøring av legevakt, basert på unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Dette innebærer at man også har avtalt at eventuelle tvister skal løses i henhold til Hovedavtalen. Etter Hovedavtalen del A § 6-1 skal uenigheten løses ved nemndsbehandling.

Det må understrekes at KS og Legeforeningen, gjennom Hovedavtalens nemndsløsning, har tariffavtalt at ny tariffavtale kan opprettes gjennom nemnd. En slik nemndsfastsatt unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser er fullt ut i samsvar med arbeidsmiljøloven § 10-12 fjerde ledd.

KS vil påpeke at SFS 2305 §§ 7, 8 og 9 er etablert og avtalt med den klare forutsetning at det foreligger avtale om unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Som nevnt ovenfor under punkt 3.3.2.4.2.1, er avtalebestemmelsene ment å ivareta legens behov, nettopp fordi det er avtalt unntak fra arbeidstidsbestemmelsene.

Dersom det ikke lenger skulle være noe unntak fra arbeidstidsbestemmelsene, eller en så omfattende innskrenkning i unntaket som Legeforeningens krav innebærer, faller grunnlaget for SFS 2305 §§ 7, 8 og 9 bort. Dette vil i så fall innebære at det ikke lenger er behov for de særskilte vernebestemmelsene i §§ 7, 8 og 9. Dersom unntaket fra arbeidsmiljøloven som er gitt i SFS 2305 punkt 3.2 ikke skulle bli videreført i Rikslønnsnemnda eller innskrenket slik Legeforeningen kraver, er det ikke lengre behov for de unntak fra arbeidstidsbestemmelsene som reguleres i § 7, 8 og 9. Rikslønnsnemnda bør da ta disse bestemmelsene bort slik at legene fullt ut vil være ivaretatt av arbeidsmiljøloven og Hovedtariffavtalen.

3.3.2.4.5 Øvrige krav/tilbud fremmet av Legeforeningen den 9. oktober 2020 og KS den 16. oktober 2020

3.3.2.4.5.1 Listelengde

Til punkt 3.1 fremmet Legeforeningen krav om at det ved full tids kurativ praksis ikke kan stilles vilkår om listeansvar ut over 1.000 innbyggere. Gjennom dette ble det krevd en reduksjon fra gjeldende maksimalterskel på 1.500.

I det endelige tilbudet av 16. oktober avviste KS dette kravet med følgende begrunnelse:

«Gjennomsnittlig listelengde er i underkant av 1100 listeinnbyggere. En av hensiktene med handlingsplanen for allmennlegetjenesten er at legene skal få redusert arbeidsbelastning i sin fastlegepraksis. Tiltakene i handlingsplanen har ikke fått tid til å virke.»

Dersom dette kravet fastholdes av Legeforeningen for Rikslønnsnemnda, vil KS be om at kravet ikke tas til følge. KS vil komme tilbake til en nærmere redegjørelse for dette standpunkt dersom Legeforeningen i sitt innlegg opprettholder kravet.

3.3.2.4.5.2 Arbeidsplan og oversikt over arbeid på legevakt

Til punkt 3.1 fremmet Legeforeningen følgende krav knyttet til nytt siste og nest siste avsnitt:

«Legen skal følge arbeidsplanen som er utarbeidet i henhold til punkt 7.4. Eventuelle bytte av vakter skal foretas i samsvar med lokale retningslinjer, som skal fastsettes i samråd med legenes tillitsvalgte. Legen skal skriftlig meddele kommunen om bytte av vakt så snart som mulig.»

«Det skal foreligge en oversikt som viser hvor mye den enkelte lege har arbeidet på legevakt utenom ordinær åpningstid, jf. § 7, herunder fordeling av beredskapsvakt og tilstedevakt. Oversikten skal være tilgjengelig for legenes tillitsvalgt.»

Til Legeforeningens krav om at det skulle tas inn et nytt avsnitt om at kommunen skal føre en oversikt over den enkelte leges arbeidstid på legevakten, anførte KS i det endelige tilbudet av 16. oktober følgende:

«KS kan imøtekomme kravet forutsatt at legene følger den til enhver tid gjeldende arbeidsplan, og at bytte av vakter kun kan foretas i tråd med lokale retningslinjer. Eventuelle bytte av vakter må skriftlig meddeles kommunen i god tid før bytte foretas. Det må skilles mellom legevakt på dagtid hvor legene vanligvis er næringsdrivende og legevakt utenom ordinær åpningstid hvor de er å anse som arbeidstakere.»

KS foreslår følgende nytt andre avsnitt:

«Legen skal følge arbeidsplanen som er utarbeidet i henhold til punkt 7.4. Eventuelle bytte av vakter skal foretas i samsvar med lokale retningslinjer. Legen skal skriftlig meddele kommunen om bytte av vekten så snart som mulig og senest en uke før bytte skal finne sted.»

«Det skal foreligge en oversikt som viser hvor mye den enkelte lege har arbeidet på legevakt utenom ordinær åpningstid, jf. § 7. Oversikten skal være tilgjengelig for legenes tillitsvalgte.»

Dersom dette kravet fastholdes av Legeforeningen for Rikslønnsnemnda, vil KS be om at kravet ikke tas til følge, eller at KS' forslag til nytt siste og nest siste avsnitt legges til grunn. KS vil komme tilbake til en nærmere redegjørelse for dette standpunkt dersom Legeforeningen i sitt innlegg opprettholder kravet.

3.3.2.4.5.3 Krav om at beredskapsgodtgjøring skal være minstebeløp

Til punkt 8.3 og punkt 9.1 fremmet Legeforeningen krav om at beredskapsgodtgjøringen i punkt 8.3 og timelønn i 9.1 ble endret til minimumssatser gjennom følgende endring i ordlyden (understreknet):

Til 8.3:

«Legen gis som et minimum beredskapsgodtgjøring per løpende time etter følgende skala:»

Til 9.1:

«Minimum timelønn i henhold til befolkningsgrunnlag»

I det endelige tilbudet av 16. oktober avviste KS disse kravene med følgende begrunnelse:

«Hensikten med tariffavtalen er at de sentrale parter forhandler landsdekkende satser og sørger for likebehandling av legene over hele landet.»

Dersom disse kravene fastholdes av Legeforeningen for Rikslønnsnemnda, vil KS be om at kravene ikke tas til følge. KS vil komme tilbake til en nærmere redegjørelse for dette standpunkt dersom Legeforeningen i sitt innlegg opprettholder kravene.

3.3.2.4.5.4 Bakvakt

KS fremmet følgende krav til § 8 punkt 8.5:

«Forutsetningen for at partene i 2016 ble enige om punkt 8.5 og størrelsen på godtgjøringsssatsene, var kravet om utrykningsplikt for lege i bakvakt for leger som ikke oppfylte kompetansekravene i akuttmedisinforskriften av 1.5.2015. Etter en forskriftsendring 1.1.2020 er det ikke lenger krav om utrykning. En bakvaktordning uten utrykningsplikt vil være mindre belastende enn en ordning med utrykningsplikt. Dette er i realiteten en ordning tilsvarende trygghetstillegget i punkt 12.3.

KS foreslår å erstatte punkt 12.3 med et nytt siste avsnitt i punkt 8.5:

«Dersom legen i bakvakt ikke må være tilgjengelig for tilstedeveiledning tilstås legen en beredskapsgodtgjøring på kr 470 per vakt døgn.»

Forslag til protokoll:

KS og Legeforeningen ønsker å redusere vaktbelastningen for legene. I de tilfeller hvor det ikke er behov for bakvaktlege som må være tilgjengelig for tilstedeveiledning, kan det være hensiktsmessig at flere kommuner samarbeider om en felles bakvaktordning. Det er en forutsetning at dette er en faglig forsvarlig ordning.»

Legeforeningens respons på dette kravet var å foreslå en protokolltekst med følgende:

«Protokolltekst:

Partene er enige om at de i avtaleperioden vil se på alternativ regulering av bakvakt og honorering for dette. Siktemålet for arbeidet er å bidra til redusert arbeidsbelastning for legene samt tilpasse reguleringen til akuttmedisinforskriftens gjeldende krav.»

KS er innstilt på ikke å opprettholde dette kravet om tilføyelse av tekst i punkt 8.5, samt protokolltekst. Påstanden i dette innlegget reflekterer dette. KS vil imidlertid avvende innlegget fra Legeforeningen før det tas endelig stilling til dette kravet.

3.3.2.5 KONKLUSJON

Det er etter KS' syn nødvendig med en videreføring av særavtalen som gjør det mulig for kommunen å levere kvalitativt gode tjenester i tråd med sitt lovpålagte ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven. Avtalen må åpne for fleksibilitet, særlig med hensyn til å velge organisering av legevakt ut fra lokale behov og tilgjengelige ressurser. En omfattende endring av selve grunnlaget for legevakt, krever en endring av lov og forskrifter som ligger til grunn for legevakta. Gjennom tiltak 7 i Regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, er det nedsatt en ekspertgruppe som skal kartlegge hvor høy arbeidsbyrden er, hvordan den fordeler seg på leger i legevakt, og hvilke konsekvenser en eventuelt redusert belastning vil få for behovet for leger. Før dette faktagrunnlaget foreligger, er det ikke forsvarlig å gjøre den type omfattende endringer i tariffavtalen, som opphevelse eller begrensinger i unntaket som er gjort i SFS 2305 punkt 3.2 om at arbeidsmiljøloven § 10 ikke gjelder i forbindelse med legevakt, utgjør.

KS ber derfor Rikslønnsnemnda prinsipalt om å prolongere SFS 2305 til 31.12.2021.

Dersom Rikslønnsnemnda skulle være av den oppfatning at unntaket som er gjort i SFS 2305 punkt 3.2, om at arbeidsmiljøloven § 10 ikke gjelder i forbindelse med legevakt, ikke bør videreføres, eller begrenses i tråd med Legeforeningens krav, ber KS om at det i så fall først bør gjøres på bakgrunn av en utredning hvor mulighet for, konsekvenser av, og praktisk gjennomføring av en avvikling, kartlegges. Etter KS' oppfatning er det ikke forsvarlig å oppheve eller begrense dette unntaket før det foreligger kunnskap om hvilke konsekvenser det kan få for kommunenes mulighet til å organisere en forsvarlig legevakt.

Under denne forutsetning ber derfor KS Rikslønnsnemnda om subsidiært å prolongere SFS 2305 til 31.12.2021 med en protokolltilførsel hvor det nedsettes et partssammensatt utvalg til blant annet å vurdere konsekvensene av en avvikling av unntaket i særavtalen fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser.

Særavtalen SFS 2305 paragrafene 7, 8 og 9 bygger på den forutsetning at avtalen i punkt 3.2 fastsetter at arbeidsmiljøloven § 10 ikke gjelder i forbindelse med legevakt. Paragrafene oppstiller lønns- og arbeidsvilkår som skal kompensere for at det er gjort unntak fra arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven. Dersom dette unntaket ikke videreføres av Rikslønnsnemnda, eller begrenses i tråd med Legeforeningens krav, vil også behovet for særreguleringene i paragrafene 7, 8 og 9 bortfalle. I så fall bør arbeidsforholdet på legevakten fullt ut reguleres av arbeidsmiljølovens bestemmelser, fastlegeforskriften og de lønns- og arbeidsvilkår som oppstilles gjennom hovedtariffavtalen.

Under denne forutsetning ber derfor KS Rikslønnsnemnda om atter subsidiært å fastsette at SFS 2305 §§ 7, 8 og 9 bortfaller, dersom unntaket i SFS 2305 punkt 3.2 om at arbeidsmiljøloven § 10 ikke gjelder i forbindelse med legevakt, ikke videreføres uendret.

Når det gjelder ny Hovedtariffavtale og virkningstidspunktet for lokale lønnsforhandlinger etter HTA kapittel 3 og 5, vises til fremstillingen ovenfor hvor påstanden er formulert i tråd med dette.

KS ber om at Rikslønnsnemnda ikke tar til følge øvrige krav, herunder krav til samfunnsmedisinsk beredskap og krav om at normative satser og timelønn skal gjøres om til minimumssatser.

3.4 PARTENES KOMMENTARER

3.4.1 Den norske legeforenings prosesskriv 3. februar 2021

Den norske legeforening kom i prosesskriv 3. februar 2021 med enkelte merknader til det skriftlige innlegget fra KS av 20. januar 2021:

3.4.1.1 Til punkt 3.3.2.1.3 Kort om interesselvisten knyttet til arbeidstid på legevakt

KS skriver at fastlegene i hovedsak er næringsdrivende og at KS i praksis har liten mulighet til å påvirke legenes arbeidstid ut over at det stilles krav til åpningstid. Det vises videre til at avtalt åpningstid for fulltids kurativ praksis (dvs. pasientbehandling) er 28 timer i snitt per uke, 44 uker i året. Det er behov for å supplere denne informasjonen.

For det første er det viktig å presisere at kravet til 28 timers åpningstid kun er et uttrykk for plikten til å være tilgjengelig for pasientkontakt/ konsultasjoner. Det er klart forutsatt i forarbeidene til fastlegeordningen at nødvendig tid til administrasjon av praksisen kommer i tillegg. Allerede fra innføringen av fastlegeordningen har det derfor vært en klar premiss at full tids kurativ praksis som fastlege innebærer en forpliktelse til (minst) et normalt ukeverk. Det er også lagt til grunn i særavtalen punkt 7.4 første ledd at fulltids kurativ praksis skal regnes som 40 timer pr uke.

Hovedutfordringen slik fastlegeordningen har utviklet seg er imidlertid at den *faktiske* oppgavemengden som følger av avtaleforpliktelsen har økt på grunn av forhold utenfor legens kontroll. Det har stadig tilflytt fastlegene nye arbeidsoppgaver / ansvarsområder. Legene har derfor også selv begrenset mulighet til å påvirke sin egen arbeidstid i fastlegepraksisen. At det heller ikke finnes noen øvre ramme for hvor mye legevakt som kan pålegges "på toppen" av dette gjør arbeidshverdagen enda mindre håndterbar.

Legeforeningens krav om at det fastsettes en øvre ramme for arbeidstid på legevakt tar høyde for at dette er arbeid som kommer i tillegg til full stilling på dagtid. Legeforeningen mener at det ikke er treffende å betegne kravet som en "innskrenkning" av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Selv om det settes en ramme for ukentlig arbeidstid videreføres samtidig unntaket fra hviletidsbestemmelsene, som isolert sett også er et omfattende unntak fra arbeidsmiljøloven som krever innstillingsrett (siden avtalen åpner for at legene kan ha mindre enn 8 timer hvile per døgn og mindre enn 28 timer per uke).

Når det gjelder de av legene som ikke er næringsdrivende fastleger, dvs. fast ansatte fastleger eller turnusleger / LIS1, åpner særavtalen fortsatt for at legevaksarbeid kan komme i tillegg til full uke i heltidsstilling på dagtid og gir en omfattende utvidelse av alminnelig ukentlig arbeidstid. Selv om det innføres en øvre ramme på 7 timer er det like fullt et vidtrekkende unntak som krever innstillingsrett etter arbeidsmiljøloven § 10-12 (4). Ordningen med at beredskapsvakt ikke inngår i ordinær arbeidstid videreføres også.

3.4.1.2 Til punkt 3.3.2.2.4 Avtalestrukturen

Som begrunnelse for å avvise vårt krav om regulering av arbeidet på legevakt viser KS til at det eksisterende lov- og avtaleverk bygger på at fastlegene skal ha ansvar for tre hovedoppgaver i kommunene: Fastlegetjenester, andre allmennlegeoppgaver og legevakt. Legeforeningen er ikke uenige i at legene normalt har ansvar for disse arbeidsoppgavene eller at det er en sammenheng mellom de ulike avtaleverkene. Det kan likevel ikke være slik at kommunene kan forvente at fastlegene skal ha et *ubegrenset* ansvar for å dekke alle tjenester kommunen har behov for innen disse områdene. Kommunen må ha et ansvar for å sørge for at kommunen har et tilstrekkelig antall leger til å ivareta dette på en forsvarlig måte. En ubegrenset påleggsadgang skyver kommunens ansvar over på den enkelte lege, som ikke kan si nei til legevaktarbeid, uavhengig av omfang.

Selv om det er en sammenheng i regelverket, er det legevaksarbeidet som er regulert i særavtalen (SFS 2305). Det er derfor denne Legeforeningen fremmer krav om endringer i og som er tema i saken for Rikslønnsnemnda. For ordens skyld presiseres at rammeavtalen for fastlegevirksomheten (ASA 4310) ikke er en "tariffavtale" i arbeidstvistlovens forstand. Den følger derfor ikke samme forhandlingsforløp eller tvisteløsning som særavtalen gjør.

At KS argumenterer for at forhandlinger om endringer i særavtalens vernebestemmelser må utsettes for å se på sammenhengen med annet regelverk, og mer overordnede rammer i fastlegeordningen, forsterker Legeforeningens opplevelse av behovet for endringer. Legeforeningen har adressert disse utfordringene overfor KS i mange år. Det vises stadig til mer overordnede prosesser, uten at KS som part i særavtalen er villig til å ta ansvar for situasjonen. Legeforeningen mener det er et akutt behov for å innføre konkrete tiltak som begrenser arbeidsbelastningen. Siden legevaksarbeidet er regulert i særavtalen (SFS 2305) må utfordringene løses i forhandlinger om avtalens vilkår. I vårt krav legger de også opp til at endringene ikke gjennomføres umiddelbart, men at det brukes noe tid på avvikling / endring. Legeforeningen mener det er et ansvarlig krav som tar høyde for KS sine bekymringer. Det de ikke kan være med på er å igjen videreføre unntaket uendret, uten et avklart endrings- eller bortfallstidspunkt. Mange av våre medlemmer har en uforsvarlig arbeidsbelastning. Legeforeningen kan ikke lenger stå inne for de unntak som er gitt i med hjemmel i arbeidsmiljølovens § 10-12 (4). Det må avklares nå. Selv om det nedsettes en arbeidsgruppe e.l. er det usikkert om det vil gi noen konkrete resultater som er egnet til å begrense legenes arbeidsbelastning.

3.4.1.3 Til punkt 3.3.2.3.2 Kort om meklingsforslag og igangsatte tiltak

KS skriver i sitt prosesskriv at det ikke er forsvarlig å gjøre endringer i tariffavtalen før konsekvensene av endringene er nærmere utredet. I den sammenheng viser de til manglende tillit til de undersøkelsene som allerede er blitt gjennomført som f.eks. Tidsbruksundersøkelsen (som ble bestilt av Helsedirektoratet).

Legeforeningen opplever at KS forsøker å skape et bilde av at det er for tidlig å gjøre noe, at man må utrede mer. Legeforeningen understreker at det er gjennomført flere landsomfattende undersøkelser som understøtter resultatene fra Tidsbruksundersøkelsen. Dette gjelder EY og Vistas omfattende [evaluering³ av fastlegeordningen](#) samt Legeforeningens undersøkelse [Fastlegeordningen 2.0⁴ Fastlegeundersøkelsen](#) fra 2018. Legeforeningen mener derfor at de har tilstrekkelig grunnlag å se hen til for å forstå at det nå er på høy tid å gjøre de nødvendige endringene i avtaleverket for at fastlegeordningen skal kunne bevares. Etter deres vurdering er en regulering av arbeidstiden på legevakt en sentral del for å bevare fastlegeordningen.

3.4.1.4 Til punkt 3.3.2.4.1 - Arbeidstid for leger i legevakt

3.4.1.4.1 Legevakt organisert som beredskapsvakt

Som redegjort for i tidligere prosesskriv skal 128 timer legevakt dekkes hver uke. Legeforeningens krav til begrensnings av ukentlig arbeidstid innebærer at beredskapsvakten må fordeles på minst 5 leger i en beredskapsvakt dersom hver fastlege pålegges inntil 28 timer beredskapsvakt per uke. For at legevaktordningen skal være noe mer robust f.eks. ved fravær eller andre tilleggsoppgaver som kompetansebakvakt, bør seks leger delta i vaktordningen. Legeforeningen understreker at deres krav likevel åpner for at det kan avtales legevaktarbeid utover dette med den enkelte lege.

Legevaktene som tilhører vaktklasse 1 er gjennomgående distriktskommuner med få fastleger og høy vaktbelastning. Vaktbelastningen bør "normalt ikke være større enn 4-delt vakt" og det "skal

³ [Møte 2 - Referansegruppe - 10.01.2019 KK.PPTX \(regjeringen.no\)](#)

⁴ [TUndersøkelse-2.pdf \(flo20.no\)](#)

tilstrebes en belastning på minst 6-delt vakt”, i disse kommunene jf. § 8.1. Merk at det ikke er absolutte krav til minimumsbemanning. Legeforeningen registrerer at tallene i KS sin undersøkelse viser at 43 % av respondentene i vaktklasse 1 har fire eller færre leger i ordningen. Når nærmest halvparten av kommunene har lagt seg på et minimum av antall leger i legevaktordningen, illustrerer det problematikken og sårbarheten i dagens avtaleverk og nødvendigheten av å sørge for en tydeligere regulering av arbeidsbelastningen. Legeforeningens krav som forutsetter at 5-6 leger deler vaktbelastningen er mer i tråd med særavtalens anbefalte /normerte bemanning.

3.4.1.4.2 Legevakt organisert som tilstedeplikt

Det er i hovedsak interkommunal legevakt (i tidsrommet 23-08), legevakt i vaktklasse 4 og eventuelt legevakt i vaktklasse 3 som er organisert med tilstedeplikt. Legeforeningens arbeidstidskrav vil for disse tilfellene kunne innebære at 19 leger må delta i vaktordningen, med mindre det inngås avtale med den enkelte lege om mer arbeid på legevakt enn det som kan pålegges. Dette er likevel legevakter med høy aktivitet og der legevakten som regel enklere kan tilknytte seg flere leger og / eller har flere fastleger å dele vaktbelastningen på.

KS skriver at en legevakt i vaktklasse 3, der kommunen velger å organisere legevakten med tilstedeplikt, må øke antall leger i ordningen fra 8 til 19. Legeforeningen presiserer at det etter dagens avtaleverk normalt skal delta minst 10 leger i vaksjiktet ved tilstedeplikt, og ikke 8 slik KS skriver, jf. særavtalen § 8.2 (4).

Legeforeningen ønsker også å påpeke at det av KS sin tabell under punkt 3.3.2.4.1 fremkommer at 9 % av de interkommunale legevaktene har færre enn 9 leger i vaktordningen. KS skriver videre i sitt andre kulepunkt at rundt 25 % av de interkommunale legevaktene (organisert etter særavtalen § 9) i gjennomsnitt har 11 fastleger i kommunen. Det understrekes fra Legeforeningens side at etter gjeldende særavtale skal vaktbelastningen i interkommunale legevakter ikke være større enn 12-delt, jf. særavtalen § 8.2(2). Forutsatt at resultatene som foreligger stemmer, er det svært uheldig at kommunene ikke fyller dagens minstekrav slik at belastningen på den enkelte lege blir høyere.

Som nevnt innledningsvis må 128 timer legevakt dekkes per uke. Om det er 9 eller færre leger i vaktordningen må de dekke minst 14 timer legevakt hver uke, i tillegg til fravær pga. ferie, sykdom mv.

3.4.1.5 Til punkt 3.3.2.4.2.1 Avtalens vernebestemmelser

KS viser til at det finnes bestemmelser om listelengde i rammeavtalen (ASA 4310) og fastlegeforskriften som skal sørge for en forsvarlig totalbelastning for de næringsdrivende fastlegene.

Dette er bestemmelser som (på samme måte som vernebestemmelsene i SFS 2305) gir få klare og konkrete rammer, som er egnet til å verne den enkelte mot for høy arbeidsbelastning.

Bestemmelsene i disse avtalene er for så vidt ikke en del av tvisten for Rikslønnsnemnda. Det er som nevnt heller ikke tariffavtaler, men rammeavtaler som regulerer fastlegenes næringsdrift på dagtid. Siden KS argumenterer for at særavtalen ikke kan endres fordi det er en sammenheng i regelverket, er det likevel nødvendig med en kort kommentar for å belyse hvorfor Legeforeningen mener at avtaleverket (uansett sammenheng) ikke er egnet til å sikre at arbeidsbelastningen på legevakt/total belastningen ikke blir for høy for den enkelte lege.

Av hensyn til Rikslønnsnemndas oversikt gis først en kortfattet oversikt over rammene for fastlegenes virksomhet på dagtid.

Det er kommunen som har ansvar for å sørge for tilstrekkelig fastlegedekning. Der fastlegene er næringsdrivende gjøres det ved at det opprettes fastlegehjemler. Nye og ledige fastlegehjemler

kunngjøres / lyses ut på landsbasis, slik at leger som ønsker å etablere seg som fastlege i kommunen kan søke om å få tildelt en fastlegehjemmel. I kunngjøringen skal det blant annet opplyses om listelengde (dvs. det antall pasienter legen vil få ansvar for). Kommunen behandler søknadene og velger ut legen som tildeles hjemmelen. Tildelingen er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2. Det inngås deretter en individuell avtale mellom legen og kommunen (fastlegeavtale) der blant annet listestørrelse skal avtales. Avtalt listestørrelse er ment som beskyttelse for legen og sikrer at kommunen vet hva de kan forholde seg til som et minimum i sin planlegging. Kommunen kan ikke ensidig kreve at legen åpner for et høyere listetak enn det om er avtalt, men legen kan selv velge å "åpne" listen og ta inn flere pasienter (inntil 2500). Ifølge Helsedirektoratets fastlegestatistikk var gjennomsnittlig listelengde på 1084 pasienter i slutten av 4. kvartal 2019. Legen bygger opp sin fastlegepraksis (næringsdrift) rundt pasientlisten (sørger for lokaler, journalsystem, ansetter hjelpepersonell mv.).

Legens arbeidsoppgaver er nærmere beskrevet og definert i den individuelle fastlegeavtalen, rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen (ASA 4310), og fastlegeforskriften. Legen skal være tilgjengelig for pasientene i åpningstiden og sørge for at de har tilgang til allmennt medisinske legetjenester (som legekonsultasjon, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp). Legen skal i tillegg delta i kollegiale fraværsordninger for å dekke opp for ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen. Legene kan også pålegges andre kommunale legeoppgaver (inntil 7,5 timer per uke).

Når det gjelder totalbelastningen er det for så vidt riktig som KS skriver, at det følger av rammeavtalen pkt 10.7 at det ved inngåelse av fastlegeavtalen *"skal tas hensyn til de samlede arbeidsoppgaver allmennlegen er pålagt gjennom lov, forskrift og sentralt avtaleverk"*.

Det er likevel slik at antall timer legevakt som vil kunne komme i tillegg som regel er ukjent for legen ved inngåelse av fastlegeavtalen. Legevaktbelastningen kan også endres i etterkant både på kort og lang sikt og det er i dag ikke gitt avtalemekanismer som sikrer forutsigbarhet for legen når det gjelder legevaktforpliktelsen. Legevaktforpliktelsen kan svinge stort i perioder, for eksempel ved fravær av andre leger eller rekrutteringsvansker. Fastlegekollegaer i kommunen kan også ha / få varig rett til fritak fra legevakt på grunn av alder, helsemessige årsaker el. Legevaktbelastningen øker da drastisk for de gjenværende legene. Å søke om listereduksjon (eller veksle mellom å redusere og øke listestørrelsen) er ikke egnet til å styre arbeidsbelastningen i en slik situasjon. Det er heller ikke en gunstig løsning for legenes pasienter. I tillegg gir bestemmelsen ikke noen konkrete rettigheter mtp hvor stor reduksjon som ev. kan kreves. Den legger heller ikke til rette for at reduksjon kan skje på kort varsel. Uansett er det ikke nødvendigvis noen klar og umiddelbar sammenheng mellom listelengde og legens faktiske arbeidsbelastning. Pasientenes behov for legehjelp varierer i stor grad. Sammensetningen av listen kan derfor ha vel så stor betydning som antallet pasienter på listen. Å fremme krav om listereduksjon er derfor et lite treffsikkert virkemiddel for å sikre en håndterbar arbeidshverdag, eller gi vern i belastende perioder.

Etter Legeforeningens syn er hovedutfordringen i mange kommuner at det rett og slett er for få leger tilknyttet kommunene totalt sett, til å løse alle legeoppgavene kommunehelsetjenesten har ansvaret for. Dette underbygges av de tall KS selv har lagt frem. Det er ikke manglende kontroll på de næringsdrivende legenes tidsbruk på dagtid som er problemet. I tallene KS har lagt frem fremkommer det at en stor andel av fastlegene i mindre kommuner ikke er næringsdrivende, men fast ansatte fastleger. Dvs. at de bemanner et kommunalt legekantor og kommunen har arbeidsgivermyndighet også på dagtid. Om utfordringen var mangel på kontroll over dagarbeidstiden, ville det i disse kommunene ikke være behov for unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser.

Det er fra legenes side ikke snakk om at de definerer legevakt som en arbeidsoppgave med "lavere prioritet" enn sin egen fastlegepraksis. Ønsket om å regulere hvor mye legevakt som kan pålegges i tillegg til fastlegearbeidet, er et utslag av en for høy arbeidsbelastning og manglende kontroll og forutsigbarhet over arbeidshverdagen.

Legeforeningen peker også på at kommunene kan avhjelpe mangel på leger til å dekke oppgavene på en rekke måter. De kan tilknytte seg flere fastleger dersom det er tilstrekkelig pasientgrunnlag, men de kan også benytte seg av vikarer, deltids-ansette leger som ellers jobber i spesialisthelsetjenesten, lage ordninger med såkalt "nordsjøturnus" for å gjøre det attraktivt med legevaksarbeid og liknende.

3.4.1.6 Til punkt 3.3.4.2.2 Forskjellen mellom avtalens vernebestemmelser og arbeidsmiljølovens hovedregler

KS viser til at en tilstedevakt etter SFS § 8.2 ikke skal overstige 9 timer uten samtykke fra den enkelte lege og at det er i tråd med arbeidsmiljøloven § 10-4 (1). Formuleringen gir et inntrykk av at særavtalen § 8.2 gir et vern på høyde med arbeidsmiljøloven § 10-4 (1). Det må korrigeres. Det er riktig at arbeidsmiljøloven inneholder en bestemmelse om at den alminnelige arbeidstiden som hovedregel ikke skal overstige 9 timer i løpet av 24 timer. Forskjellen er likevel at arbeid på legevakt kommer i tillegg til annet arbeid på dagtid. Bestemmelsen i SFS 2305 gir derfor ikke tilsvarende vern som arbeidsmiljølovens bestemmelse. En ansatt fastlege kan for eksempel arbeide fra 08.00-16.00 (8 timer) med pasienter på fastlegekontoret for å gå videre til en tilstedevakt ved legevakten (9 timer). Det gir en samlet arbeidstid på 17 timer i løpet av 24 timer. Selv om avtalens vernebestemmelse har samme utforming som arbeidsmiljølovens bestemmelse, gir den derfor ikke tilsvarende vern. Tilsvarende vil næringsdrivende få svært lange dager med 9 timer legevakt etter kontortid. Selv om tiden på fastlegekontoret ikke regnes som arbeidstid i arbeidsmiljølovens forstand er situasjonen i praksis den samme for legen. Det er også synliggjort ved bestemmelsen i særavtalen § 7.4 om at alt av arbeid for kommunen som næringsdrivende og ansatt tas med i beregningene for arbeidstid og som grunnlag for hvile.

KS viser i sin redegjørelse til at hovedregelen etter arbeidsmiljøloven § 10-4 (3) er at 1:7 av hjemmevakter skal medregnes i arbeidstiden, og at vårt krav om at arbeidstiden skal omregnes 1:4 uavhengig av vaktklasse ikke er rimelig. Legeforeningen mener en omregningsfaktor på 1:4 er rimelig for denne type vaktordninger. Dette er belastende vaktordninger, noe en omregningsfaktor på 1:7 ikke gjenspeiler. Legevakten håndterer øyeblikkelig hjelp og responstiden kan derfor være svært kort, utrykningene kan bli langvarige og det kan være hyppige tilkallinger (selv om det varierer). Det er ikke uvanlig å benytte 1:4 i slike ordninger. For eksempel har sykehusleger ved offentlig helseforetak 1:4 etter tariffavtalen mellom Legeforeningen og Spekter. For noen av legevaksordningene er det etter Legeforeningens syn snarere et spørsmål om arbeidstiden må regnes 1:1, fordi responstiden er for kort eller avbrytelsene for hyppige til at vaktordningen faller inn under arbeidsmiljøloven § 10-4(3).

KS viser videre til arbeidsmiljølovens § 10-8 (1) gir rett til 11 timer hvile "etter utrykning", og sammenligner denne bestemmelsen med rett til fri dagen etter legevakt i SFS 2305. KS legger til grunn at legen i deres eksempel (som har en utrykning kl. 24.00) skal være tilbake på jobb kl. 11 neste dag om arbeidsmiljølovens hovedregler legges til grunn. Fremstillingen gir et inntrykk av at det i særavtalen er avtalt en utvidet døgnhvile fra 11 til 16 timer som hovedregel, og sånn sett et bedre vern enn arbeidsmiljølovens hovedregel i § 10-8(1). Dette krever en presisering.

Etter arbeidsmiljøloven er hovedregelen at arbeidstaker skal "ha minst 11 timer sammenhengende hvile i løpet av 24 timer". Det er i tillegg et krav at den "arbeidsfrie perioden skal plasseres mellom to hovedarbeidsperioder". Bestemmelsen gir altså ikke rett til 11 timer fri "etter utrykning", men hvert

døgn. For å kunne praktisere bestemmelsen må det settes et døgnskille i arbeidsplanen. Når hviletiden må avvikles og om den kan utsettes avhenger av når døgnskillet er. Å forskyve oppstart neste dag til kl. 11 (som i eksemplet KS oppstiller) er det liten hjelp i om døgnskillet allerede har passert. Det foreligger da et brudd på bestemmelsen. Hvilen kan ikke avvikles i neste døgn med mindre det er avtalt unntak fra arbeidsmiljøloven § 10-8 (1). Er det avtalt unntak kan hvilen forskyves / tas igjen i neste døgn (kompenserende hvile). Det er dette som er regulert i særavtalen. Det er gjort i form av en sjablong med rett til fri hel dag ved utrykning etter kl. 23, fremfor en beregning kompenserende hvile time for time slik loven legger opp til om det avtales unntak. Hvordan det slår ut sammenlignet med lovens utgangspunkt vil variere ut ifra lengde og tidspunkt for utrykningen. Legen kan også risikere å få en langvarig utrykning og måtte være mer eller mindre aktiv hele natten frem til kl. 08.00, siden særavtalen ikke har noen absolutte krav til døgnhvile. Retten til hvile dagen etter nattevakt tar høyde for dette.

Etter hovedregelen i arbeidsmiljøloven er det heller ikke fri adgang til å legge beredskapsvakter i den arbeidsfrie perioden. Beredskapsvaktene må planlegges og organiseres slik at arbeidstaker er sikret 11 timer sammenhengende hvile hvert døgn. Lovens hovedregel gir derfor vesentlig strammere rammer for organisering av vaktordningene, enn særavtalen.

En ansatt fastlege har ofte en arbeidstidsordning der vedkommende er på jobb på legekantoret fra 08.00-16.00, legevakt (i beredskap som eneste lege i legevaktsdistriktet) fra 16.00 til 08.00 neste dag, på jobb på legekantoret fra kl. 08.00 (om det ikke er utrykning etter kl. 23.00 og legen har behov for fri dagen etter). En slik vaktordning må legges om dersom arbeidsmiljøloven § 10-8 (1) skal etterleves. Siden legen jobber fra 08.00-16.00 (dvs. 8 timer) og skal rekke å avvikle 11 timer sammenhengende hvile innen samme 24-timersperiode kan vedkommende ikke ha mer enn 5 timer beredskapsvakt samme døgn. Gitt at døgnskillet er satt til 08.00 innebærer det at legen i dette eksempelet må avslutte beredskapsvakten kl. 21.00.

For fastleger som er næringsdrivende vil beregningen bli annerledes siden de er næringsdrivende på dagtid. Behovet for hvile og vern er likevel i praksis det samme (både av hensyn til pasientene og legen selv). Det har derfor vært nødvendig med en bestemmelse i særavtalen som regulerer hviletiden særskilt for næringsdrivende fastleger. Etter vårt syn vil det fortsatt være behov for en slik regulering uavhengig av om unntaket ellers strammes inn / bortfaller. Grunnen til det er at legene fortsatt vil pålegges legevakt "på toppen" av dagarbeidet. For å sikre at fastlegene skal kunne kombinere næringsdrift i en av kommunens fastlegehjemler med legevakt og øvrige kommunale legeoppgaver mener Legeforeningen at det fortsatt vil være behov for å regulere dette i en sentral særavtale.

KS viser også til at hovedregelen etter arbeidsmiljøloven er at arbeidstaker skal ha fri minst 35 timer sammenhengende i løpet av syv dager (i særavtalen er det avtalt at ukefri bør være minst 28 timer). KS fremhever i forlengelsen av dette at bestemmelsen i SFS § 8.1 om at vakt i helgen skal deles på minst to leger vil være med på å sikre lengre ukentlige hvileperioder. Etter Legeforeningens syn er ikke bestemmelsen egnet til det. Kravet til hvile etter arbeidsmiljølovens hovedregel er på 35 timer. Legevakten må være bemannet hele helgen. Regner man kun lørdags- og søndagsdøgnet som "helg" er legevakt i helgen på 48 timer. Deles vekten på 2 er legen sikret fri i 24 timer den helgen, noe som er under særavtalens anbefaling på 28 timer.

3.4.1.7 Til punkt 3.3.2.4.4 Rikslønnsnemndas kompetanse til å videreføre unntaket fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser

KS viser i sin redegjørelse til at KS og Legeforeningen gjennom Hovedavtalens nemndsløsning, har tariffavtalt at ny tariffavtale kan opprettes gjennom nemnd. Legeforeningen deler ikke KS sitt syn på

dette. Dette er for øvrig et spørsmål Legeforeningen mener at ikke hører inn under Rikslønnsnemndas behandling av saken. Slik saken står for Rikslønnsnemnda er situasjonen at særavtaleforhandlingene ble "løftet ut" av dette systemet og var en del av hovedoppgjøret i 2020. Legeforeningen står nå ikke overfor en behandling i særskilt nemnd etter Hovedavtalen, men behandling i tvungen lønnsnemnd. Legeforeningen går derfor ikke nærmere inn på KS sin anførsel i denne sammenheng.

KS viser til at særavtalens bestemmelser i §§ 7, 8, og 9 er etablert og avtalt med den klare forutsetning at det foreligger unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser og krever at disse bestemmelsene bortfaller. Legeforeningen er ikke enige med KS om at unntakene fra arbeidstidsbestemmelsene har vært en klar forutsetning for avtalereguleringen. Legeforeningen kan heller ikke se at det foreligger en slik sammenheng mellom de nevnte bestemmelser at det er naturlig at bestemmelsene bortfaller. Bortfall av disse bestemmelsene har ikke vært tema i forhandlingene mellom partene, noe som tilsier at Rikslønnsnemnda ikke tar til følge et slik krav. Om Rikslønnsnemnda skal ta stilling til dette mener Legeforeningen uansett at det i utgangspunktet må være opp til KS å redegjøre for sammenhengen mellom de konkrete bestemmelsene, men det må påpekes at enkelte av bestemmelsene det vises til dels regulerer helt andre forhold. Som eksempler kan nevnes § 8.11 om kompensasjon fra kommunen til eier av privat legekantor for å benytte legens lokaler som legevakt, eller valg av tillitsvalgt i interkommunale ordninger etter § 9.7.

For det tilfelle at Rikslønnsnemnda skulle mene at det foreligger en slik sammenheng som KS hevder, slik at overnevnte bestemmelser bortfaller, vil godtgjørelsene ikke lenger være regulert. Legeforeningen legger da til grunn at legene ved inngåelse av arbeidsavtale med kommunen om arbeid på legevakten, samtidig avtaler lønn individuelt (som også senere reforhandles i lokale forhandlinger ihht HTA kap. 5 på ordinær måte). For øvrig følges arbeidsmiljøloven og Hovedtariffavtalens bestemmelser om overtid, vaktlønn mv. for alt av arbeid for kommunen. Legeforeningen legger videre til grunn at næringsdrivende leger som inngår fastlegeavtaler med kommunene fremover (etter tildeling av hjemmel), samtidig inngår en arbeidsavtale som regulerer lønn for arbeid på legevakten.

3.4.2 KS prosesskriv 3. februar 2021

KS kom i prosesskriv 3. februar 2021 med enkelte merknader til det skriftlige innlegget fra Den norske legeforening av 20. januar 2021:

3.4.2.1 *Arbeidsbelastning på legevakt*

Legeforeningens innlegg baserer seg gjennomgående på en forutsetning om at legevakt er en tilleggsoppgave som ligger utenfor legenes ansvarsområde som fastleger. KS må fremheve at fastlegen har tre ansvarsområder. Det er ansvar for egne listepasienter i fastlegepraksisen, andre allmennlegeoppgaver, som helsestasjon og sykehjem mv., og døgkontinuerlig legevakt, jf. fastlegeforskriften §§ 10, 12 og 13. At fastlegene har ansvaret for disse oppgavene, er lagt til grunn for lov og forskrifter, avtaleverk og for finansieringsordningen for fastlegeordningen. Lov og avtaleverk bygger også på at fastlegen er selvstendig næringsdrivende i sin fastlegevirksomhet. Når legen utfører legevaktarbeid og andre allmennlegeoppgaver, er legen å anse som arbeidstaker.

Det følger av fastlegeforskriften § 12 at kommunen kan pålegge fastlegen inntil 7,5 timer andre allmennlegeoppgaver per uke. Lovgiver har dermed begrenset fastlegens plikt til andre allmennlegeoppgaver til 7,5 timer i uken. Lovgiver har ikke funnet grunn til, eller behov for, å forskriftsfeste en tilsvarende begrensning i fastlegens plikt til legevaktarbeid. Etter fastlegeforskriften § 13 er det kun presisert at fastlegen har plikt til å delta i legevakt på dagtid og utenom legekantorets åpningstid. I tillegg er det regulert hvilke forhold som gir rett til fritak fra legevakt. Legeforeningens

krav om at fastlegen kun skal ha plikt til å gå legevakt inntil 7 timer per uke, innebærer et forsøk på, gjennom tariffavtale, å begrense legens lovpålagte plikt. Det må være en oppgave for lovgiver å foreta en eventuell endring i det forskriftsfestede ansvaret, herunder utrede hvilke konsekvenser det får for den samlede legetjenesten i kommunen, at fastlegens ansvar for legevakt begrenses på en slik måte.

Legeforeningen har begrunnet behovet for å begrense dette ansvaret ut fra hensynet til fastlegens samlede arbeidsbelastning. Dette er vinklet som et nødvendig grep for å begrense rekkevidden av SFS 2305 punkt 3.2, om unntak fra arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven kapittel 10. Legeforeningens krav om å begrense fastlegens ansvar for legevakten går lengre enn det som følger av arbeidsmiljølovens vernebestemmelser. Som selvstendig næringsdrivende i sin fastlegepraksis er ikke legen omfattet av arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven kapittel 10 og arbeidstidsdirektivet. For å balansere forholdet mellom de tre ansvarsområdene, har legen stor råderett over listelengden sin, og kommunen kan kun pålegge legen å ha legekantoret åpent inntil 28 timer per uke, jf ASA 4310 punkt 10.7 og 13.1.

Partene har også sett behov for en nærmere regulering av legevakt i tariffavtale SFS 2305. Dette gjelder blant annet bestemmelser som skal sørge for forsvarlige ordninger for både legene og pasientene. Vernebestemmelsene i SFS 2305 kapittel 7, 8 og 9 er for en stor del konstruert nettopp for å fungere i spennet mellom fastlegevirksomhet som næringsdrift og legevakt som arbeidstaker. Legen som selvstendig næringsdrivende er ikke underlagt noen «arbeidsgivers styringsrett» for å passe på at arbeidsbelastningen i næringsvirksomheten tilpasses det forsvarlige for den enkelte lege, og at legen faktisk benytter seg av retten til fri dag etter legevakt.

Legeforeningen har i sitt innlegg brukt tall fra tidsbruksundersøkelsen som NKLM (Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin) har utført på oppdrag av Helsedirektoratet. Undersøkelsen er ofte sitert, og har etterlatt et inntrykk av at det er vanlig å jobbe 140-150 timer i uka. Vi kan ta et eksempel:

Legeforeningen har gjennom høsten, og i innlegget, hevdet at *1 av 10 jobbet 100 timer legevakt eller mer per uke* i tillegg til full jobb på fastlegekontoret. Dette er feil eller i beste fall svært upresist. Tallene i undersøkelsen viser for det første at nær 40 prosent av fastlegene i små kommuner ikke hadde hatt legevakt i den uka de rapporterte for. Av de legene som hadde hatt legevakt (N=75) oppga 10 prosent (8 leger) at de hadde hatt minst 100 timer vakt, med hovedvekt på hjemme-/bakvakt. Undersøkelsen viser ikke sammenheng mellom listelengde og antall timer hjemme-/bakvakt i de minste kommunene.

Tidsbruksundersøkelsen er besvart av til sammen 1853 leger i hele landet.

En fastlege med behov for å redusere sin arbeidsbelastning må se alle tre ansvarsområder i sammenheng, ikke bare legevaktarbeidet.

KS har lenge sett utfordringer med organiseringen av legevakt. KS var pådriver for reetableringen av trepartssamarbeidet mellom staten, Legeforeningen og KS. På det første møtet i februar 2018, løftet KS fram finansieringsordningen og legevakt som de viktigste temaene det burde jobbes med. KS leverte et skriftlig innspill om legevakt og arbeidsbelastning 29. november 2019, der de ba om at trepartssamarbeidet diskuterer mulige løsninger som kunne legges fram i den kommende handlingsplanen.

KS har vært tydelig på at de ikke kan gå med på Legeforeningens krav, men har foreslått andre tiltak både på kort og lang sikt. KS mener blant annet at legevakttiltak bør være omfattet av de friske midlene i handlingsplanen fra 2022, jf. Riksmeklers møtebok s. 13

3.4.2.2 Samfunnsmessig beredskapsordning

Legeforeningen har for Rikslønnsnemnda opprettholdt kravet om å innføre en plikt for kommuner til å etablere en kommunal eller interkommunal beredskapsordning for å håndtere samfunnsmedisinske beredskapsoppgaver. Dette er behandlet i innlegget fra KS punkt 3.3.2.4.3, og Legeforeningens innlegg punkt 3.3.1.5.3.3.

Legeforeningens krav er ikke innrettet mot endring av legenes lønns- og arbeidsvilkår, men innrettet mot den enkelte kommunes dimensjonering av sine samfunnsmedisinske beredskapsoppgaver. Dette er et kommunalt prioriteringsspørsmål og/eller et lovgivningsspørsmål, ikke et tariffavtalespørsmål. Leger ansatt i kommunene for å ivareta kommunens ansvar for samfunnsmedisinske beredskapsoppgaver, er fullt ut omfattet av Hovedtariffavtalens vernebestemmelser. Det er mellom KS og Legeforeningen heller ikke avtalt noen særskilte unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser.

Det kan for øvrig nevnes at mange kommuneoverleger som håndterer samfunnsmedisinske beredskapsoppgaver har en ledende eller særlig uavhengig stilling jf. arbeidsmiljøloven §§ 10-12 (1) og 10-12 (2).

3.4.2.3 Øvrige krav/tilbud fremmet av Legeforeningen den 9. oktober 2020 og KS den 16. oktober 2020

Under innlegget fra KS punkt 3.3.2.4.5 ble det redegjort for de øvrige krav/tilbud fremmet av Legeforeningen den 9. oktober 2020 og KS den 16. oktober 2020.

Det konstateres at Legeforeningen ikke har opprettholdt sitt krav til listelengde og sine krav om at beredskapsgodtgjøring skal være minstebeløp. Det er derfor ikke nødvendig for KS å komme tilbake til en nærmere redegjørelse for sitt standpunkt til disse kravene. Det vises her til innlegget fra KS punkt 3.3.2.4.5.1 og 3.3.2.4.5.3.

I KS' innlegg punkt 3.3.2.4.5.4 ble det varslet at KS var innstilt på ikke å opprettholde kravet om tilføyelse av tekst i punkt 8.5, samt protokolltekst. Dette knyttet til bakvakt. KS ville imidlertid avvente innlegget fra Legeforeningen før det tas endelig stilling til dette kravet. På bakgrunn av innlegget til Legeforeningen vil KS ikke opprettholde krav til SFS 2305 punkt 8.5.

Legeforeningen har opprettholdt sitt krav til punkt 3.1 om arbeidsplan og oversikt over arbeid på legevakt. Under henvisning til innlegget fra KS punkt 3.3.2.4.5.2 vil KS be om at kravet ikke tas til følge, eller at KS' forslag til nytt siste og nest siste avsnitt legges til grunn.

3.4.2.4 Rikslønnsnemndas kompetanse

3.4.2.4.1 Rikslønnsnemndas kompetanse til å videreføre unntaket i SFS 2305 punkt 3.2

Rikslønnsnemndas kompetanse til å videreføre det unntaket fra arbeidsmiljølovens kapittel 10 som er tariffregulert gjennom SFS 2305 punkt 3.2, er behandlet i innlegget fra KS punkt 3.3.2.4.4 og i Legeforeningens innlegg punkt 3.3.1.6.

Det er for KS klart at lovgiver har ment å gi Rikslønnsnemnda samme adgang til å fravike arbeidsmiljøloven kapittel 10 som tariffpartene selv har. Det viser også innstillingen til Stortinget (Innst. 124 L) hvor følgende er gitt som merknad fra medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og fra Kristelig Folkeparti:

«Komiteen viser til at tvungen lønnsnemnd bør benyttes med varsomhet, men at hensynet til liv og helse, som var begrunnelsen i dette tilfellet etter anbefaling fra Statens helsetilsyn, har komiteens støtte. Komiteen vil likevel mene det er behov for å se på om avtalte unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, som Legeforeningen har inngått med KS, bør videreføres. En automatisk videreføring av en avtale med så utstrakt bruk av unntaksbestemmelsene under konflikt kan i ytterste konsekvens medføre at det senere blir vanskelig å få til smidige og gode løsninger. Komiteen viser til at det er en kjent problemstilling at enkelte leger, særlig i distriktene, har en svært stor arbeidsbelastning. Unntaksbestemmelsene bør etter komiteens syn gjennomgås, og det bør vurderes om det bør ligge ytre begrensninger for bruk av disse i nye avtaler. Problemstillingen hører ikke hjemme i Rikslønnsnemnda, men komiteen oppfordrer partene og regjeringen til å se nærmere på dette fremover. (Min understrekning).

I forarbeidene (Prop.32 L) er som nevnt presisert at Rikslønnsnemnda skal ha samme kompetanse til å fastsette unntak fra bestemmelser i lov som tariffpartene selv har kompetanse til å inngå tariffavtale om. Det er her på det rene at lovgiver sikter til den kompetanse tariffpartene har etter arbeidsmiljøloven § 10-12 (4), til å tariffavtale unntak fra arbeidsmiljøloven kapittel 10, jf. de siterte merknadene fra arbeids- og sosialkomiteen. Lovgiver har gitt Rikslønnsnemnda samme kompetanse til å gjøre unntak fra arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven som tariffpartene har «innenfor de rammer som følger av EØS-retten». I dette ligger en generell forutsetning om at Rikslønnsnemnda må holde seg innenfor de rammer som følger av EØS-retten.

Det er for KS klart at en avgjørelse fra Rikslønnsnemnda som eventuelt viderefører det unntaket som ligger i SFS 2305 punkt 3.2, vil ligge innenfor de rammer som følger av EØS-retten. Det mest aktuelle her er arbeidstidsdirektivet. Det følger av arbeidstidsdirektivet artikkel 17 nr. 3 c) jf. nr. 2 at lovgiver kan gi Rikslønnsnemnda samme kompetanse som tariffpartene har etter artikkel 18 til å gjøre unntak fra bestemte vernebestemmelser i direktivet. KS oppfatter ikke at det er uenighet om lovgivers kompetanse til dette. KS oppfatter innlegget fra Legeforeningen dit hen at Legeforeningen anfører at lovgiver ikke har brukt den kompetanse de har.

Det kan her vises til Ot.prp. nr. 91 (2005-2006) hvor følgende uttales under punkt 2.5.3 om arbeidstidsdirektiver:

«Arbeidstidsdirektivets artikkel 3 stiller krav om en sammenhengende daglig hviletid på 11 timer innenfor en periode på 24 timer og artikkel 5 et krav om en sammenhengende ukentlig periode på 35 timer. Partene har gjennom kollektive avtaler en generell adgang til å fravike kravet til daglig og ukentlig hvile, uten at det er fastsatt noen nedre grense for hvor kort hvilen kan avtales. Dersom adgangen benyttes skal arbeidstakerne sikres kompensierende hvile eller annet passende vern, jf. artikkel 18. Myndighetene har tilsvarende unntaksadgang bare for enkelte nærmere angitte sektorer, jf. artikkel 17 punkt 3.»

Med det utgangspunkt at Rikslønnsnemnda spiller en sentral rolle i det norske tariffsystemet, har lovgiver vurdert det som påkrevet at Rikslønnsnemnda har en slik kompetanse for fullt ut å kunne

fylle sin rolle som et effektivt tvisteløsningsorgan. I den grad det ut fra praksis fra EU-domstolen er et krav om «strengt nødvendig» for avgrensning av Stortingets kompetanse, er dette oppfylt her.

Innenfor helse- og sosialområdet kan det nevnes at Stortinget gjennom arbeidsmiljøloven § 10-12 (7), har gitt Arbeidstilsynet vid adgang til å fravike bestemmelser i arbeidsmiljøloven. Det vil si at Arbeidstilsynet her er gitt fullmakt innenfor de rammer som følger av EØS-retten.

De klare uttalelsene i forarbeidene gir grunnlag for den slutning at henvisningen i loven om lønnsnemndbehandling av arbeidstvisten mellom Den norske legeforening og KS i forbindelse med hovedtariffoppgjøret 2020, til lønnsnemndloven § 2 andre ledd, medfører at tariffavtale etter § 10-12 fjerde ledd omfatter avgjørelse av Rikslønnsnemnda, jf. forutsetningsvis i AR-2017-29 avsnitt 108 og 117. I alle fall for denne behandlingen i Rikslønnsnemnda, må da arbeidstvisten § 1 bokstav e tolkes i tråd med spesialloven. Således vil Rikslønnsnemnda her kunne etablere en tariffavtale innenfor direktivets artikkel 18. Direktivet har ingen nærmere definisjon av hva som menes med tariffavtale eller avtale mellom partene. Det følger av tolkningsuttalelse fra EU-kommisjonen at det er definisjonen av tariffavtale etter nasjonal rett og praksis, som er avgjørende, jf. AR-2017-29 avsnitt 116.

3.4.2.4.2 Rikslønnsnemndas kompetanse til å avgrense ansvar som følger av forskrift

Legeforeningen har fremmet følgende krav under SFS 2305 punkt 3.1:

«For leger som har allmenntilleggspraksis i kommunen samt turnusleger/LIS1, gjelder følgende. Arbeid på legevakt utover 7 timer i gjennomsnitt pr. uke, beregnet over en periode på høyst 4 uker, krever samtykke fra den enkelte. Timer på beredskapsvakt (hjemmevakt) regnes med i arbeidstiden 1:4.»

Det kan stilles spørsmål ved om dette er et krav knyttet til arbeids- og lønnsvilkår, eller andre arbeidsforhold jf. arbeidstvisten § 1 bokstav e). Dette fremstår i realiteten som et forsøk fra Legeforeningen på å benytte tariffavtaleformen som et middel for å oppnå en begrensning i fastlegens forpliktelser til legevaksarbeid nedfelt i fastlegeforskriften § 13. Tariffavtaleformen er et lite egnet virkemiddel for å begrense et preseptorisk ansvar som følger av lov og forskrift. Forskriften gir ikke hjemmel for å begrense dette ansvaret gjennom tariffavtale. Legeforeningens krav er ikke konkret knyttet til arbeidstid og begrensning i arbeidstidsbelastning, men innrettet for å fungere som en begrensning i det ansvaret som den enkelte fastlege har til legevakt.

Rikslønnsnemnda kan ikke gi Legeforeningen medhold i et slikt krav. Kravet forutsetter forskriftsendring, for eksempel slik at forskriften § 13 gis tilsvarende ordlyd som forskriftens § 12.

3.4.2.5 Virkningstidspunktet for lokale lønnsforhandlinger

De lokale lønnsforhandlingene ble som avtalt mellom partene gjennomført innen 15.10.2020, med andre ord rett før eller samtidig med meklingen mellom KS og Akademikerne, som hadde frist midnatt 14.10.2020.

At det ble gjennomført lokale forhandlinger på tross av forhandlingsbrudd ved hovedtariffoppgjøret, skyldes at KS, etter ønske fra Akademikerne, godtok at forhandlingene kunne finne sted under den klare forutsetning at resultatet ikke ble iverksatt før Hovedtariffoppgjøret 2020 var avgjort for berørte organisasjoner/Legeforeningen. Det å utsette iverksetting av lønnsendringer var nødvendig,

nettopp fordi virkningstidspunkt kunne bli et spørsmål som ville måtte finne sin avklaring etter en eventuell arbeidskamp.

KS undersøkelse om de lokale forhandlingene høsten 2020 viser at det i over 80 % av kommunene er lagt opp til ikke å fravike hovedtariffavtalens hovedregel om virkningstidspunkt.

Virkningstidspunkt	Kapittel 3.4.1	Kapittel 3.4.2	Kapittel 3.4.3	Kapittel 5.1	
01.01.2020	36	30	19	24	
01.04.2020	0	0	0	1	
01.05.2020	214	229	166	242	Kilde: Questback til KS, svar fra 302 av 356 kommuner
11.05.2020	1	0	0	0	
01.06.2020	0	0	0	1	
01.07.2020	0	1	0	1	
01.09.2020	35	37	27	32	
01.11.2020	1	1	1	1	
Ikke svart	18	10	98	5	

KS legger til grunn, som et sentralt prinsipp, at Rikslønnsnemnda fastsetter virkningstidspunkt for lokale lønnsforhandlinger som er ført mellom kommunene og Legeforeningen i medhold av jf. HTA kap. 5, pkt. 5.1 eller HTA kap. 3, pkt. 3.4. KS ser i utgangspunktet ingen grunn for Rikslønnsnemnda til å differensiere mellom forskjellige virkningsdatoer beroende av hva som vil kunne være fastsatt gjennom forhandlinger, nemndsavgjørelser, eller i kommuner der forhandlingene er avsluttet uten fastsatt virkningsdato.

KS følger imidlertid langt på vei Legeforeningens innsigelse om ikke å ramme berørte ansatte særskilt økonomisk, gitt den spesielle situasjonen som gjorde at gjennomføringen av hovedtariffoppgjøret 2020 ble utsatt. Dette prinsippet ivaretas av Legeforeningens resonnement om at dersom streiken hadde vært gjennomført i en normalsituasjon, ville den blitt avsluttet den 17.6.2020.

KS vil derfor anføre og korrigere påstanden slik at 17.6.2020 settes som virkningstidspunkt for lønnsoppgjøret for alle de lokale forhandlingene mellom kommunene og Legeforeningen i 2020, med fastsatt virkningsdato 1.5.2020. For lønnsoppgjør med andre fastsatte virkningstidspunkt, forskyves (utsettes) disse med 1 ½ måned.

KS ber Legeforeningen om å vurdere om ikke denne tilnærmingen fra KS, som et stykke på vei harmonerer med Legeforeningens subsidiære virkningstidspunkt (punkt 3.3.1.7.1.3), kan danne grunnlaget for begge parters anførsel for Rikslønnsnemnda. Dette slik at Rikslønnsnemnda kan legge til grunn at Legeforeningen og KS er enige om virkningstidspunktet for lokale lønnsforhandlinger.

3.4.2.6 Påstand

KS opprettholder påstandene som i innlegget til Rikslønnsnemnda, men med følgende korrigerende punkt 2 til Hovedtariffavtalen:

2. Virkningstidspunktet for lokale lønnsforhandlinger etter HTA kapittel 3 og 5, gjennomført høsten 2020, men ikke iverksatt, settes til 17.6.2020 for alle de lokale forhandlingene mellom kommunene og Legeforeningen i 2020 med fastsatt

virkningsdato 1.5.2020. For lønnsoppgjør med andre fastsatte virkningstidspunkt, forskyves (utsettes) disse med 1 ½ måned.

3.5 PARTENES AVSLUTTENDE BEMERKNINGER

3.5.1 Den norske legeforenings avsluttende skriftlige innlegg 17. februar 2021

Den norske legeforenings bemerkninger til KS prosesskriv av 03. februar 2021:

3.5.1.1 *Til punkt 3.4.2.1 Arbeidsbelastning på legevakt og punkt 3.4.2.4 Rikslønnsnemndas kompetanse til å avgrense ansvar som følger av forskrift*

KS skriver at "lovgever" ikke har funnet grunn til å begrense fastlegenes plikt til legevaktsarbeid etter fastlegeforskriften § 13. I forlengelsen av dette anfører KS at Legeforeningens krav om en øvre ramme for ukentlig arbeidstid for legevaktsarbeid er et "forsøk på, gjennom tariffavtale, å begrense legenes lovpålagte plikt". KS viser videre til at en slik begrensning må innføres av lovgiver. Tilsvarende argumentasjon gjentas og utdypes i punkt 3.4.2.4 om Rikslønnsnemndas kompetanse. KS viser til at Legeforeningens krav begrenser et "preseptorisk" ansvar og at det ikke er "hjemmel i forskriften" til å begrense et slikt ansvar.

Denne forståelsen av fastlegeforskriften og tolkningen av deres krav er Legeforeningen uenige i.

Bestemmelsen i fastlegeforskriften har følgende ordlyd:

"§ 13. Fastlegens plikt til deltakelse i legevakt

Fastlegen plikter å delta i:

- a) Kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid.*
- b) Kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.*

Deltakelse i kommunal legevakt eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid kommer i tillegg til andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegen å utføre, jf. § 12"

Bestemmelsen slår kun fast at legene har plikt til å delta i legevakt. Formålet med og bakgrunnen for bestemmelsen var å sikre at flere, og særlig erfarne leger deltok i legevaktordningene. Tidligere kunne kommunen, ved inngåelse av fastlegeavtalen, stille som vilkår at fastlegen skulle delta i kommunens legevakt (§ 12 i tidligere forskrift). En undersøkelse utført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NORCE) viste at kun omtrent halvparten av fastlegene gikk legevakt. Det var bakteppet for bestemmelsen som kom inn i forskriften i 2012.

Bestemmelsen sier ikke noe om omfanget av en slik forpliktelse. Det er ikke noe i ordlyden eller forarbeidene til forskriften som tilser at dette er ment som en blankofullmakt til å pålegge den enkelte lege et ubegrenset antall timer med legevakt. Forskriften kan heller ikke tolkes som noe generelt unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Unntak fra disse bestemmelsene baserer seg på tariffavtale med Legeforeningen, et omfattende unntak som krever innstillingsrett etter arbeidsmiljøloven § 10-12 (4). Når et slik unntak avtales må Legeforeningen også kunne kreve at det settes definerte rammer for unntaket. Eller sagt på en annen måte: Legeforeningen må selv kunne avgjøre hvor omfattende unntak det er forsvarlig å avtale. Dette er etter deres syn selvsagt og krever selvfølgelig heller ikke noen hjemmel i fastlegeforskriften. Avtales det ikke noe unntak fra arbeidsmiljøloven står KS fritt til å organisere legevakten innenfor rammene i arbeidsmiljøloven og gjeldende avtaleverk.

Det må også påpekes at det følger av fastlegeforskriften § 4 at kommunen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen. Det er derfor opp til kommunen å sørge for at den

totale kapasiteten i ordningen er stor nok til å sikre pasient- og brukerrettighetene – og stor nok til å sikre deltakende leger en forsvarlig arbeidsbelastning. Det er ikke slik at kommunen kan forvente at fastlegene skal dekke kommunenes behov for legetjenester uavhengig av kapasiteten i tjenesten. Her må kommunen, som alle andre arbeidsgivere, sørge for at det er en viss sammenheng mellom arbeidsoppgavene som skal løses og ressursene som stilles til rådighet.

I punkt 3.4.2.4 stiller KS også spørsmål ved om Legeforeningens krav om en øvre ramme for ukentlig arbeidstid kan defineres som et krav "*knyttet til lønns- og arbeidsvilkår eller andre arbeidsforhold*" etter arbeidstvistloven § 1 bokstav e. Det antas at KS med dette anfører at det ikke er adgang til å tariffavtale et slikt vilkår.

Arbeidstvistloven § 1 bokstav e definerer "*tariffavtale*" som "*en avtale mellom en fagforening og en arbeidsgiver eller arbeidsgiverforening om arbeids- og lønnsvilkår eller andre arbeidsforhold.*" Definisjonen er vidtrekkende. Det er etter Legeforeningens syn ikke tvilsomt at regulering av arbeidstid faller innenfor denne definisjonen. Når det gjelder unntak fra arbeidsmiljølovens kapittel 10 er det også et lovkrav at omfattende fravik (som de fastsatt i særavtalen) reguleres i tariffavtale, jf § 10-12 (4). Vilkår og rammer for unntaket er en naturlig del av en slik tariffavtale. At KS *ønsker* et tariffavtalt unntak fra loven uten noen øvre ramme for ukentlig arbeidstid er en annen sak. Det er et rent tariffkrav, som Legeforeningen ikke kan innfri.

3.5.1.2 Til punkt 3.4.2.4.1 om Rikslønnsnemndas kompetanse til å videreføre unntaket i SFS 2305 punkt 3.2

Legeforeningen er enig med KS i at det i forarbeidene til lovvedtaket ligger en generell forutsetning om at Rikslønnsnemnda må holde seg innenfor de rammer som følger av EØS-retten. Hva dette innebærer er de derimot uenige om.

Arbeidstidsdirektivets minimumsvern er implementert i arbeidsmiljøloven kapittel 10. Legeforeningen mener at forarbeidenes henvisning til "EØS-rettens rammer" innebærer at lovvedtaket ikke gir Rikslønnsnemnda hjemmel til å fastsette unntak som gir dårligere beskyttelse enn Arbeidstidsdirektivets minimumsvern. De mest sentrale bestemmelsene i minimumsvernet er følgende: Artikkel 3 (daglig hvile på minimum 11 timer), artikkel 4 (rett til pauser), artikkel 5 (ukentlig hvile på minimum 35 timer), artikkel 6 (gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid på 48 timer inkludert overtid, og artikkel 8 (begrenser nattarbeid). Det innebærer at særavtalens § 3.2, 3.4 og deler av § 7.4 ikke kan videreføres fordi de gir dårligere beskyttelse enn disse bestemmelsene.

Legeforeningen oppfatter KS slik at de mener at lovgiver med henvisning til EØS-rettens rammer har ment å tildele Rikslønnsnemnda kompetanse til å utnytte direktivets unntaksmuligheter fullt ut. Hvilke unntak som i så fall skal / kan benyttes er noe uklart.

KS legger i sin redegjørelse til grunn at det følger av Arbeidstidsdirektivet artikkel 17 nr. 3 bokstav c at lovgiver *kan* gi Rikslønnsnemnda samme kompetanse til å fastsette unntak fra bestemte vernebestemmelser i direktivet, som det tariffpartene har etter artikkel 18, og at lovgiver *har* gjort dette i lovvedtaket. Legeforeningen er enig med KS i at arbeid på legevakten etter sin art *kan* omfattes av artikkel 17 nr. 3 bokstav c. Legeforeningen er imidlertid uenige i 1) at lovgiver *har* innført et slikt unntak, 2) at artikkel 17 gir *tilsvarende* unntaksadgang som artikkel 18, og 3) at Arbeidstidsdirektivet åpner for at lovgiver tildeler Rikslønnsnemnda en slik derogasjonsadgang.

Når det gjelder første spørsmål mener Legeforeningen som nevnt at lovvedtaket ikke gir nemnda kompetanse til å fastsette unntak fra direktivets minimumsvern. Det mener Legeforeningen for øvrig lovgiver hverken har ment, eller har adgang til. En avgjørelse om å unnta Legeforeningens medlemmer fra Arbeidstidsdirektivets minimumsvern er dessuten et svært inngripende tiltak som må

ha en klar lovhjemmel. Det er kjernen i legalitetsprinsippet. For øvrig vises til Legeforeningens skriftlige innlegg 21.1.2021 punkt 6 (kjennelsens punkt 3.3.1.6.).

Når det gjelder det andre spørsmålet er Legeforeningens syn at artikkel 17 ikke gir tilsvarende unntaksadgang som artikkel 18.

Arbeidstidsdirektivet bygger på en systematikk der partene i arbeidslivet gis en videre kompetanse til å fastsette unntak fra direktivets minimumsvern i tariffavtaler enn det nasjonalstatene kan fastsette i lov eller forskrift. Denne systematikken er implementert i arbeidsmiljøloven § 10-12 (4).

Unntakskompetansen etter § 10-12 (4) er svært vid. I motsetning til øvrige bestemmelser i kapittel 10, som kun åpner for begrensede unntak fra enkeltbestemmelser, er § 10-12 (4) utformet som en generell unntakshjemmel med få begrensninger. Bestemmelsen gir fagforeninger med innstillingsrett en generell kompetanse til å fravike de preseptoriske minimumskravene i direktivet så langt artikkel 18, 19 og 22 åpner for. Det er et krav etter artikkel 18 og 19 at slike unntak fastsettes i tariffavtaler mellom arbeidslivets parter. Nasjonalstatene kan ikke benytte seg av eller overføre partenes avtaleadgang til andre. Rikslønnsnemnda kan derfor ikke fastsette unntak med hjemmel i disse bestemmelsene.

Nasjonalstatenes unntaksadgang er regulert i artikkel 17. Myndighetenes adgang til å fastsette unntak er avgrenset til visse særskilt angitte typer virksomhet, og rekkevidden skal begrenses til det som er strengt nødvendig. I tillegg vil det ha betydning for det materielle innholdet i unntaksbestemmelsene om de er avtalt mellom arbeidslivets parter eller fastsatt av nasjonalstatene.

Både artikkel 17 og 18 åpner for unntak fra artikkel 3 (daglig hvile), 4 (pauser), 5 (ukehvile), 8 (nattarbeid) og 16 (referanseperioder). Når det gjelder maksimal ukentlig arbeidstid er unntaksadgangen derimot ikke lik. Etter artikkel 6 skal gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid ikke overstige 48 timer. Gjennomsnittet kan beregnes over en periode på 4 måneder. Hverken artikkel 17 eller 18 åpner for direkte unntak fra 48-timersgrensen, men referanseperioden som benyttes for å beregne gjennomsnittlig uketimetall kan utvides (unntak fra artikkel 16). Ved å utvide referanseperioden åpnes det for økt komprimering av arbeidstiden, og lengre arbeidsintensive perioder. Etter artikkel 17 kan nasjonalstatene øke referanseperioden til 6 måneder (artikkel 16, jf 19 (1)). Partene i arbeidslivet har en videre unntaksadgang og kan utvide referanseperioden til 12 måneder (artikkel 18, jf 19 (2)). For øvrig følger det også av direktivet (artikkel 6 bokstav a) at nasjonalstatene plikter å sørge for at den ukentlige arbeidstiden begrenses.

I § 10-12 (4) har norske myndigheter i tillegg benyttet den såkalte "*opt out*" bestemmelsen i artikkel 22. Bestemmelsen åpner for at nasjonalstatene kan unnlate å innføre 48-timersbegrensningen i artikkel 6. Etter artikkel 22 kreves det i så fall individuelt samtykke fra den enkelte arbeidstaker. Hovedregelen er at samtykke må innhentes når gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid overstiger 48 timer i løpet av 4 måneder (artikkel 22 bokstav a, jf. 16 b). Som nevnt over åpner direktivet for tariffavtaler der ukentlig arbeidstid beregnes over en referanseperiode på 12 måneder, mens nasjonalstatene kun har adgang til å utvide referanseperioden til 6 måneder. Terskelen for samtykke vil derfor avhenge av grunnlaget for unntak.

Om Rikslønnsnemnda skulle komme til at lovvedtaket gir Rikslønnsnemnda klar hjemmel til å fastsette unntak med hjemmel i artikkel 17 bokstav c, må Rikslønnsnemnda i så fall ta selvstendig stilling til om det er "*strengt nødvendig*" å videreføre arbeidstidsunntakene på dagens nivå og i dagens form. KS skriver i pkt 3.4.2.4.1 at i "*den grad det ut fra praksis fra EU-domstolen er et krav om "strengt nødvendig" for avgrensning av Stortingets kompetanse er dette oppfylt her.*"

At praksis fra EU-domstolen oppstiller et slikt krav, fremgår blant annet av Jaegerdommen. Dommen er sitert i AR-2017-29 premiss 113. Som det fremgår av sitatet er det en forutsetning at rekkevidden på de konkrete unntakene begrenses til det som er "*strengt nødvendig*" for å ivareta de interesser unntaksadgangen / derogasjonsbestemmelsen er ment å beskytte. I sin konkrete vurdering (av lønnsnemndsloven av 2016) la Arbeidsretten til grunn at vurderingen lovgiver ved et eventuelt unntak måtte ha foretatt ville være om det var strengt nødvendig å videreføre unntakene uten den presisering Legeforeningen fremmet krav om (premiss 126).

Forarbeidene for lovvedtaket som danner grunnlaget for behandlingen av vår sak inneholder ingen spor av en slik vurdering, eller redegjørelse for konkrete omstendigheter som skulle tilsi at det er "*strengt nødvendig*" å videreføre unntakene i dagens form. Skal Rikslønnsnemnda fastsette avvikende arbeidstidsordninger som forutsetter slike vurderinger krever det i så fall god innsikt i ulike virksomheter, bransjer og arbeidsmåter. Innen helse- og omsorgssektoren måtte Rikslønnsnemnda for eksempel hatt tilstrekkelig oversikt til å kunne risikovurdere arbeidstidsordningene opp mot kravet til faglig forsvarlighet og brukerne / pasientenes behov. Etter Legeforeningens syn har Rikslønnsnemnda i liten grad tilstrekkelig oversikt eller kapasitet til å utrede eller vurdere disse faktorene. Rikslønnsnemnda måtte i så fall også, for å overholde direktivets formål, ta stilling til om det er forsvarlig å videreføre de avvikende arbeidstidsordningene av hensyn til arbeidstakernes helse- og sikkerhet. Det krever i tillegg til bransjekunnskap en viss fagkompetanse innen arbeidstid og HMS. Når de ansattes fagforening har vurdert dette og konkludert med at det ikke er forsvarlig å videreføre de avvikende arbeidstidsordningene, må det forventes at lovgiver vurderer om det er "*strengt nødvendig*" å videreføre unntakene og eventuelt i hvilket omfang.

Etter Legeforeningens oppfatning er det ikke tjenestens karakter, som i dag gjør at det er nødvendig med omfattende unntak fra arbeidstidsbestemmelsene. Behovet for unntak har nær sammenheng med en betydelig underbemanning av kommunehelsetjenesten. Et ønske om å basere driften på lav bemanning kan ikke begrunne unntak fra Arbeidstidsdirektivet. Da ville vernebestemmelsene være illusoriske. Det er forutsatt i EU-domstolens praksis at unntak fra direktivet skal tolkes strengt. Det er blant annet lagt til grunn i Pfeiffer mfl. (forenede sager C-397/01-C-403/01), premiss 52:

"Det fremgår således såvel af formålet med direktiv 89/391, nemlig at forbedre arbejdstagernes sikkerhed og sundhed under arbejdet, som af ordlyden af direktivets artikel 2, stk. 1, at direktivets anvendelsesområde skal fortolkes vidt. Følgelig må de undtagelser til direktivet, der er fastsat i artiklens stk. 2, første afsnit, fortolkes strengt"

At oppnåelse av direktivets formål er styrende for tolkningen av direktivets øvrige bestemmelser understrekes også i direktivets fortale pkt 4, der det fremgår at direktivets formål om forbedring av arbeidstakernes sikkerhetsmessige og helsemessige vilkår er et mål som "*ikke bør underordnes rent økonomiske vilkår*".

KS anfører i sin redegjørelse at nødvendighetsvilkåret må anses oppfylt fordi Rikslønnsnemnda må kunne fylle sin rolle som et effektivt tvisteløsningsorgan. Det er etter Legeforeningens syn ikke relevant i denne vurderingen. Behovet for å kunne fastsette unntak fra vernebestemmelsene ved tvungen voldgift for å løse en arbeidstvist er ikke en "interesse" som begrunner direktivets unntaksregler. For øvrig må Legeforeningen også påpeke at Rikslønnsnemnda etter deres syn vil være fullt ut i stand til å løse tvisten mellom KS og Legeforeningen også uten en slik kompetanse.

KS viser i sin redegjørelse til at Arbeidstilsynet er gitt en "*vid*" dispensasjonsadgang innen helse- og omsorgssektoren i § 10-12 (7). Til dette må påpekes at Arbeidstilsynets dispensasjonsadgang er begrenset til unntak fra døgn og ukehvile etter arbeidsmiljøloven § 10-8 og samlet daglig arbeidstid på 13 timer etter arbeidsmiljøloven § 10-5 (3). Arbeidsmiljølovens øvrige bestemmelser gjelder fullt

ut for disse arbeidstidsordningene. Det er et langt mer begrenset unntak enn særavtalen fastsetter. Det følger også av lovens forarbeider at Arbeidstilsynet bare kan gi samtykke dersom de ansatte selv ønsker å følge arbeidstidsordningen det søkes om godkjenning av, jf Prop 48L(2014-2015). Det må også nevnes at ordningen er omstridt.

Når det gjelder det tredje spørsmålet nevnt over, mener Legeforeningen at Arbeidstidsdirektivet ikke åpner for at myndighetene tildeler Rikslønnsnemnda kompetanse til å fastsette unntak etter artikkel 17 eller 18.

Spørsmålet for Rikslønnsnemnda er imidlertid først og fremst hvilken kompetanse Rikslønnsnemnda kan utlede av lovvedtaket. Å ta stilling til hvorvidt lovvedtaket er ugyldig fordi det er i strid med EØS-retten eller Norges øvrige internasjonale forpliktelser ligger i utgangspunktet utenfor rammene i denne saken. Lovgiver har imidlertid forutsatt i lovforarbeidene at Rikslønnsnemnda skal holde seg innenfor EØS-rettens rammer. Rikslønnsnemnda må derfor, som et ledd i sin avgjørelse, ta stilling til hva det innebærer i denne saken.

KS anfører at et vedtak fra Rikslønnsnemnda (i alle fall i denne saken) skal anses som en tariffavtale etter arbeidstvistloven § 1 bokstav e, og at Rikslønnsnemnda derfor kan fastsette unntak med hjemmel i artikkel 18. Dette er Legeforeningen uenige i. Etter deres syn er det ikke grunnlag for å tolke forarbeidene slik at Rikslønnsnemndas avgjørelse skal defineres som en tariffavtale. Forarbeidene beskriver nemndas materielle kompetanse. Rikslønnsnemndas avgjørelser har, som Arbeidsretten påpeker, samme virkning som en tariffavtale, men det er ikke en tariffavtale i arbeidstvistlovens forstand. Det er etter Legeforeningens vurdering ikke holdepunkter i forarbeidene for noen avvikende tolkning av arbeidstvistloven. Under enhver omstendighet vil Rikslønnsnemndas avgjørelser ikke kunne regnes som "*kollektive overenskomster eller aftaler mellom arbeidsmarkedets parter*" etter artikkel 18. Selv om direktivet i utgangspunktet overlater til medlemstatene å definere hva som menes med kollektive overenskomster, er det forutsatt at internasjonale krav som stilles til kollektive forhandlinger og kollektive avtaler overholdes, jf AR-2017-29. Det er med andre ord ikke tilstrekkelig å kalle dokumentet unntakene fastsettes i for en tariffavtale, når det ikke er det. Skulle det være fritt opp til medlemsstatene å definere dette ville direktivets vernebestemmelser uthules. Artikkel 18 angir positivt hvilke unntak arbeidslivets parter kan avtale. Denne unntakskompetansen kan myndighetene ikke overføre til Rikslønnsnemnda ved å definere en avgjørelse som fastsettes ved tvungen voldgift som en kollektiv avtale.

Etter Legeforeningens syn gir artikkel 17 heller ikke adgang til å fastsette unntak fra direktivets minimumsvern ved tvungen voldgift. Det må i alle fall konstateres at en slik ordning ikke er direkte omtalt i direktivet. Etter artikkel 17 nr. 2 kan nasjonalstatene fastsette unntak "*ved love eller administrative bestemmelser*". I den norske versjonen av direktivet er dette oversatt til at unntak kan "*gjerast ved lover og forskrifter*". Ordlyden her tilsier at direktivet ikke åpner for unntak fastsatt ved tvungen voldgift.

3.5.1.3 Til punkt 3.4.2.5 Virkningstidspunktet for lokale lønnsforhandlinger

KS har i sitt siste prosesskriv lagt ned påstand om at lokale lønnsforhandlinger som er gjennomført etter hovedtariffavtalen (HTA) kapittel 3 og 5 og har virkningsdato 1.5.2020, settes til 17.06.2020. Lokale lønnsforhandlinger som har andre fastsatte virkningstidspunkt, skal forskyves (utsettes) med 1 ½ måned.

Legeforeningen fastholder sitt prinsipale krav om at virkningstiden for både de avsluttede og de ikke-avsluttede lønnsforhandlingene mellom kommunen og Legeforeningen skal være 1.05.2020 med mindre partene lokalt har avtalt noe annet eller virkningstidspunkt er fastsatt av lokal nemnd. For en nærmere redegjørelse vises til prosesskriv av 20.1.2021 pkt. 7.1.1 og 7.1.2. Legeforeningen er kjent

med at Rikslønnsnemnda i sin tidligere praksis har lagt til grunn at virkningstidspunktet settes til streikens avslutning, men dette er en praksis som etter deres syn ikke bør videreføres.

For det tilfelle at Rikslønnsnemnda ikke er enige i det fastholder Legeforeningen sin subsidiære påstand om at virkningstidspunktet settes til 17.06.2020, med mindre partene lokalt har avtalt noe annet eller virkningstidspunkt er fastsatt av lokal nemnd. En nærmere redegjørelse om dette følger av prosesskriv av 20.1.2021 pkt. 7.1.3 (kjennelsens punkt 3.3.1.7.1.3).

I KS sin endrede påstand i tilsvaret av 3. februar 2021 legges det til grunn at lokale lønnsforhandlinger som har andre fastsatte virkningstidspunkt enn 1.5.2021 skal forskyves (utsettes) med 1 ½ måned. Det betyr at arbeidstakere som lokalt har avtalt virkningstidspunkt etter 17.6.2020, får en ytterligere forskyvning av sitt lønnsoppgjør. Legeforeningen mener at en slik forskyvning (utsettelse) er urimelig og ikke i tråd med Rikslønnsnemndas tidligere praksis.

For å illustrere urimeligheten i KS sin påstand, kan nevnes at arbeidstaker som lokalt har avtalt virkningstidspunktet 1.11.2020, ikke vil ha et lønnsoppgjør i 2020 dersom virkningstidspunktet skal forskyves med 1 ½ måned. Legeforeningen kan ikke se at det er noen grunn til at virkningstidspunktet skal forskyves for lønnsoppgjør der partene lokalt har fastsatt et virkningstidspunkt som ligger etter arbeidets gjenopptakelse.

3.5.2 KS avsluttende skriftlige innlegg 17. februar 2021

KS oppsummering og bemerkninger til Den norske legeforenings prosesskriv av 3. februar 2021:

3.5.2.1 *Unntaket fra arbeidstidsbestemmelsene for legevakt*

Som begge parter har bemerket i sine tidligere saksframlegg, er fastlegene som hovedregel selvstendig næringsdrivende. I tillegg har de en lovpålagt plikt til å gå legevakt, jf. fastlegeforskriften § 13. Fritaksgrunner er regulert i samme forskriftsbestemmelse. En eventuell innskrenkning iplikten, eller endringer i forutsetningen om at det er fastlegene som skal ivareta legevakta, er en oppgave som ligger til lovgiver.

Legeforeningen viser til at tall fra Helsedirektoratet viser at gjennomsnittlig listelengde fjerde kvartal i 2019 var på 1084 pasienter. Slik KS har forstått det, er det nødvendig med rundt 1200 pasienter på lista for å kunne ha et tilstrekkelig grunnlag for næringsdrift. Rundt halvparten av landets kommuner har færre enn 5000 innbyggere. Det vil si at det bare i omtrent halvparten av kommunene er næringsgrunnlag for rundt fem eller flere fastleger. I kommuner under 2000 innbyggere er gjennomsnittlig listelengde 520. I kommuner fra 2000 til 5000 innbyggere er gjennomsnittlig listelengde 750. Dette framgår av KS sitt saksframlegg av 20. januar 2021 under punkt 4.1 (se kjennelsens punkt 3.3.2.4.1). Arbeidstid for leger i legevakt. Det er derfor ikke grunnlag for en økning av antall fastleger, slik Legeforeningens krav innebærer. For disse kommunene er det også snakk om legevakter organisert som hjemmevakt på grunn av lav aktivitet, slik at ansettelse av egne legevaksleger ikke er aktuelt. Dette er grunnen til at KS har vært pådriver ovenfor Helse- og omsorgsdepartementet for å se på eventuelle endringer i regelverket for legevakt. Departementet har nedsatt en ekspertgruppe for å se på arbeidsbelastning og organisering av legevakt. Ekspertgruppen skal levere en foreløpig rapport 2. mai og endelig rapport 1. november 2021.

Legeforeningens krav, om at fastlegen ikke skal være forpliktet til å jobbe mer enn sju timer legevakt per uke, går lenger enn arbeidsmiljølovens bestemmelser. Dersom nemnda ikke finner å kunne videreføre unntaket fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, mener KS at legene må være omfattet av arbeidsmiljøloven og hovedtariffavtalens arbeidstidsbestemmelser på lik linje med andre kommunalt ansatte. Det er en så nær sammenheng mellom Legeforeningens krav og særavtalens

bestemmelser i §§ 7, 8 og 9 at Rikslønnsnemnda både har kompetanse til og bør benytte denne kompetansen til, å fjerne bestemmelsene i §§ 7, 8 og 9 dersom Rikslønnsnemnda ikke finner å videreføre unntaket i punkt 3.2.

Det kan nevnes at tillitsvalgtordningen er regulert i Hovedavtalen som gjør SFS 2305 punkt 9.7 unødvendig, dersom det ikke lengre skal være et unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser i avtaleforholdet. SFS 2305 punkt 8.11 regulerer privatrettslige forhold som ikke har en naturlig plass i en tariffavtale. Rikslønnsnemnda kan imidlertid videreføre denne bestemmelsen eller flytte den til § 4.

Bestemmelsene om godtgjøring for legevakt i SFS 2305 §§ 7, 8 og 9 er også knyttet opp mot unntaket fra arbeidstidsbestemmelsene og som følge av det, innføring av vernebestemmelser og særskilt krav til organisering. Eksempelvis er det i SFS 2305 § 8, pkt. 8.8, 8.9 og 8.10 gitt en høyere godtgjøringsats for uforutsette situasjoner som innebærer en merbelastning for legen, for eksempel pålagt ekstravakt på grunn av sykefravær. Dersom arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven og hovedtariffavtalen skal komme til anvendelse, vil legene få godtgjøring i henhold til hovedtariffavtalen. Dette innebærer blant annet godtgjørelse for overtidsarbeid og ulempe tillegg ved arbeid på kveld, natt og helg- og høytid, jf. hovedtariffavtalen kapittel 1 §§ 5 og 6.

3.5.2.2 Samfunnsmessig beredskapsvakt

KS vil understreke at partene ikke kan pålegge kommunene en plikt til å innføre en samfunnsmedisinsk beredskapsordning. Dette krever forankring i lov, og er ikke et tariffavtalespørsmål. Kommuneoverlegene er for øvrig omfattet av arbeidsmiljølovens og hovedtariffavtalens vernebestemmelser som andre ansatte i kommunen.

3.6 RIKSLØNNSNEMNDAS MERKNADER

3.6.1 Innledning

Til behandling for Rikslønnsnemnda er både Hovedtariffavtalen og Sentral forbundsvis særavtale mellom Den norske legeförening og KS – SF 2305.

For Hovedavtalen er virkningstidspunktet omtvistet. Dette henger også sammen med virkningstidspunktet for de lokale lønnsforhandlinger. For SF 2305 er det både spørsmål om avtalens regulering av arbeidstid og samfunnsmessig beredskap.

I tillegg skal det også foretas en justering av satsene i SF 2305.

3.6.2 Ny Hovedtariffavtale

Det er ingen uenighet om innholdet i ny hovedtariffavtale mellom KS og Legeföreningen. 16. september 2020 kl. 01.00 fremsatte KS endelig tilbud til Akademikerne om ny Hovedtariffavtale. Legeföreningen har akseptert dette forslaget til lösning. Selv om det ikke er samsvar mellom påstanden fra Legeföreningen og påstanden fra KS knyttet til dette punkt, er den faktiske og innholdsmessige konsekvensen av begge påstander lik. En samlet Rikslønnsnemnd legger derfor dette forslaget til grunn i sin kjennelse.

3.6.3 Rikslønnsnemndas kompetanse

Den norske legeförening har stilt spørsmål om Rikslønnsnemndas kompetanse knyttet til å gjøre unntak fra arbeidstidsbestemmelsene. Legeföreningen mener at verken lov 18. desember 2020 nr.

141 eller EØS-retten gir Rikslønnsnemnda adgang til å fravike arbeidstidsbegrensningene i arbeidsmiljøloven og Arbeidstidsdirektivet (direktiv 2003/88/EF).

Rikslønnsnemnda viser til lovens forarbeider i Prop. 32 L (2020-21) der departementet uttrykker:

Det overlates til Rikslønnsnemnda å avgjøre tvisten. Det følger av lønnsnemndloven § 2 andre ledd at en avgjørelse av Rikslønnsnemnda har samme virkning som en tariffavtale. Dette gjelder enten saken frivillig er brakt inn for nemnda av partene, eller gjennom vedtak om tvungen lønnsnemnd.

I forslaget til lov § 1 fremkommer det at tvisten skal avgjøres av Rikslønnsnemnda. Nemnda må for å kunne avgjøre hele den aktuelle tvisten ha den samme kompetansen som partene til å fastsette innholdet i tariffavtalen.

Rikslønnsnemnda spiller en sentral rolle i det norske tariffsystemet. Skal nemnda fullt ut kunne fylle sin rolle som et effektivt tvisteløsningsorgan, må den kunne behandle alle sider ved tvisten. Det gjelder også spørsmål om å fastsette unntak fra bestemmelser i lov når partene er gitt kompetanse til å inngå tariffavtale om det, innenfor de rammer som følger av EØS-retten.

Det fremgår videre av Innst. L 124 (2020-21):

K o m i t e e n viser til at tvungen lønnsnemnd bør benyttes med varsomhet, men at hensynet til liv og helse, som var begrunnelsen i dette tilfellet etter anbefaling fra Statens helsetilsyn, har k o m i t e e n s støtte. K o m i t e e n vil likevel mene det er behov for å se på om avtalte unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, som Legeforeningen har inngått med KS, bør videreføres. En automatisk videreføring av en avtale med så utstrakt bruk av unntaksbestemmelsene under konflikt kan i ytterste konsekvens medføre at det senere blir vanskelig å få til smidige og gode løsninger. K o m i t e e n viser til at det er en kjent problemstilling at enkelte leger, særlig i distriktene, har en svært stor arbeidsbelastning. Unntaksbestemmelsene bør etter k o m i t e e n s syn gjennomgås, og det bør vurderes om det bør ligge ytre begrensninger for bruk av disse i nye avtaler. Problemstillingen hører ikke hjemme i Rikslønnsnemnda, men k o m i t e e n oppfordrer partene og regjeringen til å se nærmere på dette fremover.

Rikslønnsnemndas flertall, Taraldsrud, Barth, Borvik og Mygland mener at nemnda har kompetanse til å gjøre unntak fra arbeidsmiljølovens bestemmelser.

Ut fra lovens ordlyd og forarbeider mener Rikslønnsnemndas flertall, i motsetning til hva som var tilfelle i Arbeidsrettens dom (AR-2017-29), at hjemmelsloven gir Rikslønnsnemnda kompetanse til å fastsette en ordning som gjør unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Ved denne vurderingen viser Rikslønnsnemndas flertall til de klare uttalelsene som er gitt om nemndas kompetanse, både av departementet, men også av en samlet komite i Stortinget. Særlig viser Rikslønnsnemndas flertall til at behovet for å ha den samme kompetansen som partene til å fastsette innholdet i tariffavtalen, er uttrykkelig uttalt i forarbeidene. Rikslønnsnemndas flertall tolker denne ytringen slik at Rikslønnsnemnda kan fastsette en ordning med samme innhold som det partene selv kan inngå en tariffavtale om. Rikslønnsnemndas flertall mener dette gir adgang til å gjøre samme unntak fra arbeidsmiljølovens bestemmelser som partene har anledning til å avtale.

Rikslønnsnemnda er bundet av de rammer som følger av EØS-retten. Dette er uttrykkelig presisert i hjemmelslovens forarbeider. Spørsmålet blir hvilken begrensning EØS-retten innebærer for Rikslønnsnemndas kompetanse.

Sentralt for denne delen av EØS-retten er Arbeidstidsdirektivet. Direktivet har krav til arbeidstidsbestemmelser. Særlig er de rettigheter som fremgår av artikkel 3 til 6 og artikkel 8 viktige bestemmelser for avtalen mellom KS og Legeforening. Direktivet har også bestemmelser som regulerer unntak som nasjonalstatene kan gjøre fra kravene til arbeidstidsbestemmelser. Det er særlig artikkel 17 og 18 som er av betydning for Rikslønnsnemnda. Artikkel 17 regulerer myndighetenes unntaksadgang. Artikkel 18 regulerer unntaksadgangen til partene i arbeidslivet.

Det følger av artikkel 17 nr. 2 at unntak fra direktivets bestemmelser kan gjøres på visse konkrete områder når dette er bestemt i lov eller forskrift. Legevakttjenesten omfattes etter Rikslønnsnemndas flertalls vurdering av artikkel 17 nr. 3 bokstav c.

Spørsmålet blir om Rikslønnsnemnda er gitt myndighet til å gjøre unntak fra direktivet gjennom lov 18. desember 2020 nr. 141. Ut fra de klare uttalelser som er komme i hjemmelsloven sammenholdt med samfunnsmessig behov for å løse tvisten, mener Rikslønnsnemndas flertall at det åpnes for å gi kompetanse etter hva som er «strengt nødvendig». Rikslønnsnemnda vil da kunne gjøre unntak hvis dette kan anses som «strengt nødvendig». Denne vurderingen må derfor gjøres konkret i forbindelse med Rikslønnsnemndas vedtak.

Rikslønnsnemndas medlem Nils Kristian Klev mener det er minstestandarden i EU/EØS lovgiver sikter til når det forutsettes i forarbeidene at nemndas avgjørelse skal ligge innenfor "EØS-rettens rammer". Det betyr at nemnda ikke har kompetanse til å fastsette arbeidstidsbestemmelser som fraviker Arbeidstidsdirektivets minimumskrav. Det gjelder bestemmelsene som fraviker ukentlig arbeidstid og daglig og ukentlig hviletid. Det vil si § 3.2, 3.3, 3.4, og deler av § 7.4 i særavtalen. Det samsvarer med Legeforeningens subsidiære påstand om bortfall av disse bestemmelsene.

Nemndas flertall legger til grunn at særavtalen kan videreføres med hjemmel i direktivets art. 17 stk. 3 bokstav c. Klev vil påpeke at derogasjon etter art. 17 uansett ikke er tilstrekkelig for å videreføre særavtalen. Art. 17 bokstav c åpner for unntak fra art. 3 til 8 og art. 16, men ikke for unntak fra art. 6. Etter art. 6 skal medlemsstatene sikre "at den ugentlige arbeidstid begrenses" og at "arbejdstiden ikke overstiger 48 timer, inklusive overarbejde". Art. 17 åpner kun for en mer fleksibel regulering ved å gjennomsnittsberegne arbeidstiden over en referanseperiode på 6 mnd., men ikke et generelt unntak fra bestemmelsen.

Særavtalen inneholder ingen begrensning av ukentlig arbeidstid. Det krever derfor et generelt unntak fra art. 6. Det krever at Rikslønnsnemnda benytter "opt out" etter art 22 stk. 1. Det er flere vilkår for å benytte art. 22, blant annet kan det ikke innføres arbeidstidsordninger med en arbeidstid som overstiger 48 timer i gjennomsnitt beregnet over en referanseperiode på 4 mnd. uten samtykke fra arbeidstaker.

Legeforeningen mener flere forhold taler mot at Rikslønnsnemnda er tildelt kompetanse til å videreføre bestemmelser som krever "opt out". "Opt out" er en politisk omstridt bestemmelse i EU/EØS fordi statene som bruker den unnlater å innføre en sentral del av den fellesskapsrettslige minimumsstandard for arbeidslivet.

Normalt er ikke det en posisjon Norge pleier å innta når det gjelder arbeidstakerrettigheter. Det ville derfor være oppsiktsvekkende om kompetanse til å benytte "opt out" delegeres til Rikslønnsnemnda uten at det kommenteres med ett ord i forarbeidene.

Å påtvinge legene arbeidstidsordninger som gir dårligere beskyttelse enn minstestandarden i europeisk arbeidsliv er et svært inngripende tiltak overfor Legeforeningen og legene i kommunehelsetjenesten. Det er et inngrep vi mener det må kunne kreves at har en klar lovhjemmel. Det er kjernen i legalitetsprinsippet.

Etter Legeforeningens syn vil det å videreføre et så omfattende unntak ved tvungen lønnsnemnd også være et uforholdsmessig inngrep i Legeforeningens kollektive forhandlingsrett som er beskyttet i EMK art. 11 og Grunnloven § 101.

Rikslønnsnemnda vil etter dette gå over til å vurdere sakens konkrete krav.

3.6.4 Regulering av arbeidstid

Det første kravet fra Legeforeningen gjelder regulering av daglig og ukentlig arbeidstid. Det følger av gjeldende tariffavtale at det ikke foreligger noe øvre ramme for daglig og ukentlig arbeidstid og unntak fra arbeidsmiljøloven § 10-8 for legevakt. Legeforeningen har prinsipielt fremsatt krav om en øvre ramme for arbeidstid pr. uke for legevakt og beredskapsvakt beregnet som et gjennomsnitt over 4 uker.

Rikslønnsnemnda har forståelse for at legevaktstjenesten og de unntak som er gjort fra arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven innebærer en stor belastning for legene i kommunehelsetjenesten. Særlig forstår Rikslønnsnemnda at dette oppleves som krevende for unge leger. Rikslønnsnemnda mener at ordningen også medfører problemer med rekrutteringen av leger i kommunehelsetjenesten. Rikslønnsnemnda finner at det er behov for en revisjon av de avtaler som finnes i dag. Samtidig viser Rikslønnsnemnda til at det er et stort samfunnsmessig behov å bemanne legevaktstjenesten i den enkelte kommune. Endring av dagens ordning vil trolig være forbundet med en mer omfattende og dyptgripende reform. Legeforeningen og KS synes å være enige om at det er nødvendig med en revisjon av dagens ordning, men er uenige om hvordan dette skal gjøres. Ved Stortingets behandling av hjemmelsloven var det bred politisk enighet om behovet for at avtalegrunnlaget for den kommunale legevaksordningen, bør gjennomgås. Rikslønnsnemndas flertall legger til grunn at en revisjon av avtalegrunnlaget om legevaktstjenesten i kommunene ikke bare vil ha en økonomisk side, men også vil kunne innebære behov flere leger. KS har estimert behovet for nye leger til mellom 300 og 425 leger på landsbasis.

Rikslønnsnemndas flertall, Taraldsrud, Barth, Borvik og Mygland, mener det vil være risiko for manglende legedekning dersom det fastsettes en ordning som bryter med dagens system uten samtidig å sikre at det er nok leger tilgjengelig.

Rikslønnsnemndas flertall mener derfor at det er "strengt nødvendig" å videreføre dagens ordning. Flertallet legger også vekt på at dagens unntak bygger på en framforhandlet løsning innenfor et samlet system og at det er behov for mer omfattende reformer som samtidig sikrer befolkningen en forsvarlig legevaktordning. Det vises i denne sammenheng til drøftelsen ovenfor. Rikslønnsnemndas flertall finner således at ordningen heller ikke kommer i strid med Grunnloven § 101 og EMK artikkel 11 nr. 2.

Rikslønnsnemndas flertall mener derfor at særavtale SFS 2305 – Kommunelegeavtalen skal prolongeres til 31. desember 2021.

Rikslønnsnemndas medlem Nils Kristian Klev mener det ikke er godtgjort at det er "strengt nødvendig" å videreføre dagens ordning. Kommunenes sørge- for ansvar kan ivaretas selv om

Legeforeningens krav imøtekommes. KS beregninger av behov for nye legeårsværk ser bort fra muligheten for avtaleinngåelser utover samtykkegrensen. Legeforeningens krav åpner for stor avtalefrihet lokalt og mulighet for legene og kommunene til å finne løsninger i langvarige avtaler, slik man normalt gjør i arbeidslivet.

Behovet for unntak har nær sammenheng med ressursituasjonen i kommunehelsetjenesten. Det er et hensyn som ikke alene kan begrunne unntak fra minimumskravene i direktivet. Da ville vernebestemmelsene være illusoriske. Et nødvendighetskrav må bety noe mer enn at arbeidsgiver har behov for døgntkontinuerlig drift, men ønsker å basere driften på lav bemanning. Det må kunne forventes at kommunen som alle andre arbeidsgivere sørger for at det er en sammenheng mellom arbeidsoppgavene som skal løses og ressursene som stilles til rådighet. I dette tilfellet har kommunene gjennom flere år kjent til det økende presset på arbeidstid og behovet for konkrete vernebestemmelser, men uten å gjøre tiltak.

Når Rikslønnsnemnda trer inn i den samtykkeretten som er gitt til fagforeningen og prolongerer avtalen, innebærer dette store konsekvenser for arbeidstidsreguleringen i norsk arbeidsliv. Dette innebærer at fagforeninger ikke kan si opp / trekke tilbake unntak de en gang har avtalt, selv om situasjonen har utviklet seg slik at unntakene ikke lenger er forsvarlige. Det vil føre til at Legeforeningen og andre fagforeninger, i andre sektorer og yrkesgrupper, vil vegre seg mot å avtale unntak. Det vil være et grunnleggende tap for norsk arbeidsliv, der partene har god tradisjon for å finne frem til avtalebaserte, fleksible og godt tilpassede løsninger når det er behov for det.

At legevakttilbudet til befolkningen skal være basert på pålegg overfor hardt pressede fastleger fremfor frivillige avtaleløsninger er uforsvarlig og ikke i tråd med den norske modellen. Med en slik konklusjon påtar staten seg et betydelig ansvar for forsvarligheten i ordningene, samtidig som det daglige ansvaret for, og belastningen ved, å bemanne legevaktene i betydelig grad skyves over på den enkelte arbeidstaker.

3.6.5 Samfunnsmessig beredskap

Legeforeningen har fremsatt krav om at det "skal" etableres en kommunal eller interkommunal beredskap for å sikre en definert arbeidstid for kommuneoverlegen og for å definere kommunens ansvar for samfunnsmedisinske beredskapsoppgaver i forhold til akuttmedisinske katastrofer, alvorlige forurensninger, arbeid med tvungent psykisk helsevern og akutt smittevern. Legeforeningen har videre krevd at det skal planlegges ordninger for beredskapsvakt og kompensasjon for mer- og overtidsarbeid ved langvarige krisesituasjoner samt ordning for å sikre nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse i krisen.

KS har vist til at kommunene er gitt ansvar for beredskap i ulik type lovgivning samt at Hovedtariffavtalen gir bestemmelser om plikt til å etablere vaktordninger og godtgjørelse for slike. KS mener dessuten at plikt til å opprette en beredskapsordning, ligger på siden av det som kan reguleres i form av en tariffavtale. Kommunen kan ikke gi fra seg fullmakt til å inngå avtaler på vegne av kommuner. KS kan ikke etablere en samfunnsmessig beredskap. Dette ligger utenfor det som ligger i en tariffavtale. Nemnda kan ikke gå ut over sin kompetanse ut fra hva partene har kompetanse til.

Rikslønnsnemndas flertall, Taraldsrud, Barth, Borvik og Mygland, mener at KS og Legeforeningen ikke kan inngå tariffavtale om noe som vil gi kommunen plikter ut over et som gjelder arbeids- og lønnsvilkår eller andre arbeidsforhold. Lønns- og arbeidsvilkår knyttet til en plikt til å opprette en beredskapsordning i kommunene vil omfattes av avtalefriheten i forbindelse med en tariffavtale.

Plikten til å opprette en beredskapsordning vil etter Rikslønnsnemndas flertalls oppfatning ikke omfattes av denne avtalefriheten. Det vil innebære noe annet og noe mer enn å regulere arbeids- og lønnsvilkår og andre arbeidsforhold.

Rikslønnsnemndas flertall er derfor enig med KS i at det ikke kan inngås en avtale med dette innhold mellom parten. Rikslønnsnemnda vil da heller ikke ha adgang til å fastsette en slik ordning. Det vises til Prop. 32 L (2020-2021) s. 3 der det heter:

Nemnda må for å kunne avgjøre hele den aktuelle tvisten ha den samme kompetansen som partene til å fastsette innholdet i tariffavtalen.

Dette definerer nemndas kompetanse. Legeforeningen kan derfor ikke gis medhold i sin påstand knyttet til kommunenes plikt til samfunnsmessig beredskap.

Rikslønnsnemndas medlem Nils Kristian Klev mener at det Legeforeningens krav ikke påfører kommunene nye forpliktelser, men er en konsekvens av de plikter som allerede ligger til samfunnsmedisinsk beredskap i dagens lovverk. Kommunene har ikke tatt det systemansvar som lovgivningen stiller, men overlatt dette til kommuneoverlegene selv å håndtere, uten særskilt regulering av vilkårene for å ivareta beredskapen.

Klev mener at det også er en utfordring at det mangler planer for samfunnsmedisinsk beredskap i langvarige krisesituasjoner. Han mener erfaringen fra pandemien har vist at beredskapen var for dårlig i mange kommuner. Det var for få samfunnsmedisinere til å håndtere utfordringene vi stod ovenfor. Og heller ingen planer for hvordan kommunen skulle sørge for å skaffe nok ressurser og kompetanse til å håndtere situasjonen. I tillegg er det også ofte sånn at kommuneoverlegene kun har deltidsstillinger med flere andre tilleggsoppgaver i kommunen. Mange har også flere legeroller i samme kommune eller i flere kommuner. Når det oppstod en krisesituasjon i alle deler av helsetjenesten samtidig, førte det til et helt ekstremt arbeidspress for mange.

Noen av legene forteller at de har vært på jobb mesteparten av døgnet hele perioden for å sikre folkehelsen under pandemien. Kommuneoverlegene har stor ansvarsfølelse og mye engasjement, men det meldes om enorm slitasje blant medlemmene.

Legeforeningen mener at det er viktig at vi tar lærdom av dette og at det må lages planer for langvarige krisesituasjoner som også ivaretar de som står på og jobber for å håndtere krisen.

3.6.6 Virkningstidspunktet

Rikslønnsnemndas flertall, Taraldsrud, Barth, Børvik og Mygland, viser til at fast praksis i Rikslønnsnemnda har vært å fastsette virkningstidspunktet for nemndas avgjørelse til arbeidets gjenopptakelse. I 2020 bestemte partene i arbeidslivet seg for å forskyve hovedoppgjøret til september 2020. Dersom tidspunktet for arbeidets gjenopptakelse etter tvungen lønnsnemnd legges til grunn, vil dette gi et urimelig resultat. Rikslønnsnemnda mener derfor forskyvingen av hovedoppgjøret må få betydning for virkningstidspunktet i denne konkrete saken. Hovedoppgjøret ble forskjøvet med ca. fire og en halv måned. Dersom tidspunktet for streikens avslutning forskyves tilsvarende, vil virkningstidspunktet for ny avtale settes til 17. juni 2020. Rikslønnsnemnda setter dette som virkningstidspunktet for ny ordning.

Rikslønnsnemndas medlem Nils Kristian Klev er ikke enig med flertallet. Han viser til Legeforeningens prinsipale påstand vedrørende virkningstidspunkt.

3.6.7 Justering av satsene i SFS 2305

Legeforeningen og KS er enige om at satsene i SFS 2305 skal justeres med 1,7 % med virkning fra 1. januar 2021. En samlet Rikslønnsnemnd treffer en avgjørelse i samsvar med dette.

3.7 SLUTNING

For Hovedtariffavtalen:

1. Ny Hovedtariffavtale mellom KS og Legeforeningen fastsettes etter endelige tilbud fremsatt av KS til Akademikerne 16. september 2020 kl. 01.00. punkt I, II og III samt vedlegg 1.
2. Virkningstidspunktet for lokale lønnsforhandlinger etter HTA kapittel 3 og 5, gjennomført høsten 2020, men ikke iverksatt, settes til 17. juni 2020 for alle de lokale forhandlingene mellom kommunene og Legeforeningen i 2020 med fastsatt virkningsdato 1. mai 2020. For lønnsoppgjør med andre fastsatte virkningstidspunkt, forskyves virkningstidspunktene med 1 ½ måned.

For Sentral forbundsvis særavtale mellom Den norske legeforening og KS - SFS 2305:

1. Satsene i SFS 2305 justeres med 1,7 % med virkning fra 1. januar 2021.
2. Særavtale SFS 2305 prolongeres til 31. desember 2021.

Signaturseite