
Den nye legevaktavtalen er farlig for allmennmedisinen i Norge

KOMMENTAR

TORBJØRN MÅSEIDE

6065 Ulsteinvik

For 34 år siden hadde jeg turnustjeneste i distrikt hos en særdeles inspirerende distriktslege. Resultatet var at jeg endte opp som distriktslege og senere kommuneoverlege og helsesjef på overgangsbetingelsene. En travel, men også en svært trivelig arbeidssituasjon, der legevaktene etter hvert er blitt det som virker mest slitsomt, og som nok er hovedårsaken til den manglende rekrutteringen til allmennmedisinen. Dette regnet jeg med at den nye legevaktavtalen ville rette på.

Jeg har vært prosjektleder for et av legevaktprosjektene som har støtte fra Sosial- og helsedepartementet siste året. Vi har arbeidet for å slå sammen tre legevaktdistrikter på fra 3 000 til vel 11 000 mennesker til ett distrikt på rundt 23 000 mennesker med bemannet kommunal legevaktsentral fra kl 15 – 08 hverdager og kl 08 – 08 lørdag, søndag og helligdager. Legene i regionen har vært innstilt på en slik løsning. Forutsetningen har imidlertid vært at den nye legevaktavtalen ville gi rom for å avspasere dagen etter legevakt, og at avlønningen for legevaktarbeidet var slik at avspasering ikke gav rent tap. Bakgrunnen for dette var at langvarige registreringer i legevaktdistriktene viste at man ville få 35 – 40 konsultasjoner på en hverdagsvakt fra 15 – 08, og rundt 60 konsultasjoner på 24-timersvakter lørdag, søndag og helgedager. Fire av konsultasjonene vil være i perioden 23 – 08. Ca. 65 % av vaktkonsultasjonene ville være kontorkonsultasjoner, 25 % telefoner og 10 % sykebesøk. Liknende arbeidsbelastning går igjen i sammenliknbare legevaktdistrikter (K. Slinning, Karmøy legevakt Statistikk for 1999, personlig meddelelse). Legene i vår region mener at en slik arbeidsbelastning ikke er forenlig med tilstrekkelig søvn til å gå på vanlig arbeid neste dag. Og 16 av 19 leger i regionen er erfarne kommuneleger og allmennpraktiserende leger, alle spesialister i allmennmedisin, som har arbeidet i de samme tre største kommunene i 8 – 27 år!

Hva er så min konklusjon etter at vi har fått en ny legevaktavtale?

- – Jeg ser ingen mulighet for å få til felles legevakt i vår region.
- – Legeforeningen, Norske kommuners sentralforbund og Staten har ikke forstått at arbeidet på legevakt er hovedårsaken til at nyrekruttering til kommunelegetjenesten er stoppet helt opp, – og at mange av dem som arbeider i kommunelegetjenesten forlater den.
- – De samme instansene har heller ikke skjønt at den offentlige styrte delen av kommunelegetjenesten nå står ved et veiskille. Det er svært kort vei bort fra den offentlige tilknytningen for legene i kommunene til en rent privat allmennlegetjeneste. Og da blir det få leger til legevakt og samfunnsmedisinske funksjoner. I beste fall blir det på konsulentbasis til andre takster og betingelser enn det som gjelder i dag.
- – Jeg har ment at fastlegeordningen vil være en god ordning som langt på vei blir omtrent den samme ordningen som eksisterer i landkommuner i Norge, med rimelig stabil legetjeneste i dag. Nå har jeg helt mistet tilliten til at Legeforeningen kan forhandle frem akseptable arbeidsforhold i et fastlegesystem, – og jeg vil stemme imot innføringen av fastlegeordningen når dette kommer opp.

Til slutt vil jeg skissere en enkel løsning på hvorledes allmennpraktiserende leger kan krisemaksimere forholdet rundt legevakt slik at myndighetene blir tvunget til å ta opp igjen forhandlingene: Man organiserer en oppsigelse av driftstilskuddet i 10 – 20 % av norske kommuner. Leger uten driftstilskudd har ingen plikt til å delta i legevakt, og legevakten i disse kommunene vil momentant bryte sammen. De som sier opp driftstilskuddet har fortsatt rett til refusjon etter normaltariiffen, og rett til å delta i fastlegeordningen når denne eventuelt blir innført. De har også rett til å ta inn inntektstapet etter bortfall av driftstilskudd ved å legge på egenandelen for pasienter med 50 – 100 kroner.

Slik jeg ser det, er det også enkle løsninger for dem som vil stå utenfor en fastlegeordning: Legene i et etablert legesenter inviterer befolkningen til en rent privat fastlegeordning. Hver lege tar ansvar for 1 000 pasienter til en fast årskontingent på 500 kroner. I denne kontingenten inngår fri telefonkonsultasjon, reseptfornyning og fornying av sykmeldinger. Årsavgiften dekker de årlige kostnadene som legen har til sin praksis. Med et konsultasjonshonorar på 250 – 350 kroner + ev. materialkostnader og 3 – 3,5 konsultasjoner per person per år, (som er det man har funnet gjelder i Norge), vil de økonomiske betingelser være minst like gode som dem det offentlige kan tilby. Og for pasientene vil en slik ordning føre til en årlig utgift til legetjeneste på 1 000 til 1 500 kroner. Systemet gir også rom for justering av honoraret slik at man både kan ta hensyn til pasienter med behov for hyppige konsultasjoner, til barn og til eldre. Jeg tror ikke en slik ordning vil føre til så store ekstra kostnader for pasientene at legene i et slikt system blir arbeidsledige. I alle fall ikke dersom disse legene representerer stabiliteten i kommunene og byene. Velger mange nok leger slike ordninger, vil det dessuten ikke være nok leger til en offentlig fastlegeordning på mange år ennå!

Hovedforeningen vår ser ut til å mangle evne eller vilje til å gjøre det som er nødvendig for å få til akseptable arbeidsordninger for legevakt. Alment praktiserende legers forening bør derfor etter min mening ta initiativet til en

organisert oppsigelse av driftstilskuddet og kommunelegestillingene, og til
boikott av legevakten i minst 10 % av de norske kommunene.

Publisert: 20. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. januar 2026.