
Ingen enighet om fastlegeordning

FRA FORENINGEN

HANS PETTER AARSETH

president

Etter langvarige forhandlinger med staten og Kommunenes Sentralforbund måtte sentralstyret si nei til sluttresultatet 4. september. Verken statsavtalen, som er den overordnede og også inneholder økonomiske elementer, eller rammeavtalen med kommunene som vil gi føringer for den individuelle fastlegeavtale mellom lege og kommune, var i nærheten av å oppfylle de krav Legeforeningen måtte få innfridd hvis landsstyrets forutsetninger skulle legges til grunn.

Fastlegereformen er av Sosial- og helsedepartementet karakterisert som en av de største helsereformer i vårt land. Legeforeningen har deltatt aktivt i forsøksordningen, i evalueringen og i forberedelsen av innføring av en fastlegeordning for hele landet.

Mange leger har ment at dette kunne være faglig riktig, men også en mulighet for å gi allmennmedisin et løft som sårt trengs. Det er en kjensgjerning at kommunenes interesse for allmennlegetjenesten er begrenset. Det avspeiler seg i manglende rekruttering, manglende vilje til å legge til rette for nye hjemler og manglende opprettelse av disse hjemlene. Til tross for de tiltak som er gjennomført de siste årene, er det fortsatt over 200 ledige hjemler i tillegg til 265 hjemler det er søkt om og som er innvilget i forbindelse med fastlegereformen. Noen kommuner har sagt klart fra at de vil komme med søknader senere. Det er fastlegereformen som har synliggjort dette behovet, men det har vært der hele tiden. Allmennlegene er overarbeidet, de etablerte rømmer fra faget og de unge rekrutteres ikke.

De forslag til avtaler som til slutt ble lagt frem i forhandlingene, vil ikke bidra til rekruttering, de vil vanskeliggjøre turnuslegeordningen og føre til en flukt av allmennleger fra distriktene til de befolkningsrike områdene.

Fastlegeordningen baseres på at legen skal være selvstendig næringsdrivende. Når kommunen ensidig kan endre rammebetingelsene, for eksempel ved å inndra en ledig hjemmel i en gruppepraksis, gir ikke dette den forutsigbarheten som forsvarer investeringer i millionklassen.

Avtalene legger liten vekt på kommunens plikter til tilrettelegging og velter mye av ansvaret og pliktene over på den enkelte lege selv om disse skal være selvstendig næringsdrivende. Muligheten for listereduksjon ved stor arbeidsbelastning er ikke ivarettatt tilfredsstillende og listetaket, det magiske tallet 1 500, kan i fremtiden fastsettes i forskrift og ikke etter avtale.

Kommunene får ingen plikt til å skaffe vikar, tvert imot er det den enkelte lege som skal ha en plan for vikarordning også ved uforutsett fravær utover åtte uker. Det stilles krav til legene i form av bedret tilgjengelighet og høyere kvalitet. Legen får også utvidede plikter, blant annet plikt til deltakelse i kommunens øyeblikkelig hjelp-ordning på dagtid uten godtgjøring, plikt til deltakelse i kommunale samarbeidsorganer og plikt til 7,5 timer offentlig allmennlegearbeid per uke. Det forventes at de privatpraktiserende leger skal inngå treårsavtaler om mottak og veiledning av turnuslege mens den praktiserende lege skal bære risikoen ved dekning av faktiske utgifter ved å ha kontor, hjelpepersonell og utstyr til turnuslegens praksis. Kommunen forbeholder seg også retten til ensidig å kunne inndra hjemler som er ledig og til å kunne si opp avtalehjemler med øyeblikkelig virkning ved blant annet «utilbørlig atferd» fra legens side.

Utjevningsordningen, som skulle bidra til å rekruttere leger til små kommuner hvor pasientlistene nødvendigvis blir korte, er helt utilstrekkelig. Den alternative fastlønnsmodellen, som i utgangspunktet skulle være konkurransedyktig, er ikke kommet på plass. 10 000 kroner etter sju års tjeneste er tilbudet. En alternativ modell med bonus for kurativ virksomhet vil kreve mer enn 3 000 konsultasjoner per år før legens regnskap går i balanse. Når man i tillegg krever en ufravikelighetsregel i avtalen som gjør andre ordninger enn de avtalte tariffstridige, vil mange av de lokale ordninger som i dag praktiseres med suksess, måtte frafalles.

I tillegg til dette er avtaleforslagene krydret med en rekke enkeltpunkter. Beskyttelsen mot legevaktfritak for dem mellom 55 og 60 år blir svekket. Vaktklasse skal ensidig bestemmes av kommunen, noe som hittil har vært avtalt. Det vil fortsatt være mulig å pålegge tredelt legevakt.

Utkastet til avtale mellom den enkelte lege og kommunen oppsummerer det hele: I denne avtalen er det oppramsing av legens plikter, ingen henvisning til legens rettigheter og ingen henvisning til kommunens plikter. Det sier i grunnen det meste.

Forslaget til avtaler vedrørende et fastlegesystem slik det fremstår vil virke derekrutterende og være distriktsfiendtlig. Slike avtaler kan ikke Legeforeningen ta et delansvar for.

Redaksjonen er avsluttet 14. september.

Publisert: 20. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. februar 2026.