
Organisering av legevakt

FRA FORENINGEN

HANS PETTER AARSETH

president

Norsk primærmedisin rekrutterer ikke. Denne kjensgjerning er dokumentert om og om igjen. Det kan være uenighet om hva som er årsakene, men ett element er det bred enighet om: Belastningen ved hyppige legevakter i utkantkommunene er en sterkt medvirkende årsak både til at de unge leger ikke lenger vil dit og til at leger med lang fartstid søker seg bort. Mangelfulle tilbud på dagtid har også ført til at flere pasienter bruker legevakten som sitt førstevalg. En slik utvikling er uønsket sett fra et faglig perspektiv.

Det såkalte legevaktutvalget under ledelse av Gunnar Ramstad, avgav sin innstilling i april 1998. For å tilfredsstille krav til faglig kvalitet, arbeidsmiljø og sikkerhet samt vaktbelastning, anbefalte utvalget legevakt med utgangspunkt fra bemannet vaktsentral i større vakt-distrikter. Høringsinstansene og sentralstyret gav sin tilslutning til dette. Det ble iverksatt forsøksmodeller, hvorav den mest kjente er den såkalte Namdalsmodellen. Det ble lagt inn meget politisk prestisje og statlige midler for å få dette prosjektet i gang, men evalueringen har vært entydig positiv for de berørte parter. De pengene staten hadde lagt inn i ordningen, sparte de inn igjen med reduserte utgifter for folketrygden.

En permanent omlegging av legevaktordningen krevde endringer i avtaleverket. Krav om dette ble fremsatt i forbindelse med normaltarifforhandlingene i 1999. Staten og Kommunenes Sentralforbund (KS) ville imidlertid ha mer erfaring før de kunne gå med på en omlegging i full skala. I en protokolltilførsel ble partene enige om å nedsette et utvalg som skulle se på de praktiske og økonomiske konsekvenser av en omlegging, blant annet basert på erfaringene fra Namdals-prosjektet. Dersom utvalget kom frem til at ordningen kunne gjennomføres innenfor akseptable økonomiske rammer, var det enighet om at partene kunne avtale det som var nødvendig for at de kommuner som ønsket det kunne etablere slike nye vaktordninger eventuelt fra nyttårsskiftet.

Utvalget gjorde sitt arbeid, men kom ikke til enighet om økonomien. Det var likevel grunnlag for forhandlinger hvor Legeforeningen fremmet krav om ny legevaktorganisering for tiden mellom kl 23 og kl 8 basert på fast timegodtgjøring uavhengig av arbeidsbelastning. Det ble på et tidlig tidspunkt klart at denne forutsetning var uakseptabel fra statens og KS' side. De kunne ikke forsvare at en lege

som de facto kunne sove det meste av natten skulle ha like godt betalt som en som var i fullt arbeid. (I Namdals-prosjektet var det 0–1 pasientkontakt per natt i de fem ukedagene.)

Legeforeningen hadde to målsettinger med forhandlingene: få til redusert vaktbelastning og få vesentlig bedre betalt for nattvakt i utkantdistriktene. Begge disse mål kunne ikke nås, vi måtte foreta et valg. Etter at et samstemt landsråd i Alment praktiserende lægers forening (Aplf) hadde åpnet for differensierte satser, valgte sentralstyret å prioritere redusert vaktbelastning. På dette grunnlag ble forhandlingene videreført i forbindelse med forhandlingene om normaltariff og særavtale for kommunelegene i årets inntektsoppgjør.

Forhandlingsresultatet innfrir ikke medlemmenes forventninger, og sentralstyret kan med rette kritiseres for å ha spent forventningene for høyt. Avtalen om legevakt bør likevel vurderes ut fra det faktiske resultat. For de aller fleste kommuner vil det være mulig å inngå i legevaktsentral som medfører til dels betydelig redusert vakthypighet. For de minste vaktentralene vil en spesialist i allmenmedisin for de ni timene få vel 3 000 kroner (inkl. feriepenger) med rett til fri fire timer dagen etter, mens i de største vaktdistriktene vil privatpraktiserende lege tilsvarende få 6 700 kroner og mulighet for å ta fri dagen etter uten trekk i lønn eller driftstilskudd. Siden betalingen er lønnsinntekt, vil det også være lønn under sykdom, og det er innført et system med vakansvakter som gir 25 % tillegg til ovennevnte dersom det varsles mindre enn fire dager før vekten. For de kommuner som av en eller annen grunn ikke kan delta i en vaktentral, fortsetter den nåværende ordning. Beredskapsgodtgjøringen for disse, og for beredskap bak vaktentral, økes det med 25 %.

Leger som inntil nå har gått tredelt vakt vil tape økonomisk på at de eventuelt heretter bare får en nattevakt i måneden. Det kan likevel ikke være slik at god inntjening på nattarbeid skal være det som rekrutterer til utkantkommunene. Det skal en god totalinntekt og en lav vaktbelastning bidra til. Legevaktavtalen gir halve løsningen. Den andre delen må finnes gjennom andre avtaler.

Publisert: 10. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.