
Eldre legers kår

REDAKSJONELT

SVABØ HM

Fafo-rapporten om levekår og livskvalitet (1) viser at et flertall av de eldre i Norge er tilfredse med tilværelsen. Overraskende er det at eldre bedret sin sosiale forankring fra 1984 og til i dag. Ikke uventet viser rapporten at eldre levers levekår varierer etter kjønn, alder, ekteskapsstatus og sosial klasse. Gode levekår på ett område opptrasker sammen med gode levekår på andre områder, f.eks. henger god økonomi sammen med god helse.

I rapporten understrekes at de eldre er en uensartet gruppe, og at samfunnets tendens til stereotyper gir lite konstruktivt for å belyse de eldre situasjoner.

To innlegg i dette nummer av Tidsskriftet gir oss en kjærkommen anledning til å spørre om situasjonen fortøner seg like positiv for eldre legekolleger (2, 3). Kåre Torp minner oss om det samme som Fafo-rapporten understreker; eldreleger er heller ikke noen ensartet gruppe (2). Med sans for effekter karakteriserer Torp de yrkesaktive enten som gammeldoktorene som fortsetter en avtrappet praksis opp mot 75 år eller mer, eller emeritene som får mulighet til honorær retrettaktivitet på sin tidligere arbeidsplass. I en formodentlig større gruppe finner vi de pensjonistene som gjør alt mulig annet enn å fortsette å være leger. Disse kollegenes hverdagsliv avspeiler ressurser og interesser som livet i legefrakken ikke gav mulighet for. Vi finner kanskje også dem som gjennom sitt legeliv var blitt klar over at de egentlig burde ha studert og blitt noe annet enn lege.

Særlig oppmerksomhet vekker Torps eremitter, eldre kolleger som i sin alderdom føler seg uten initiativ, utbrente og passé. Her melder det seg et ubehagelig spørsmål: om vi som kolleger og medmennesker er oppmerksomme på disse kollegers skjebne, om vi kunne ha gitt eller kan gi dem bedre assistanse og alternativer.

I forbindelse med spørsmålet om levevilkårene og tilfredsheten hos våre eldre kolleger, har Fredrik Mellbye en bitende kommentar til bestemmelsen i legelovens paragraf 6 fra 1980 om at legers autorisasjon og lisens opphører å gjelde når legen fyller 75 år (3). Denne bestemmelsen er aldersdiskriminering i sin mest bastante og rendyrkede form, mener Mellbye.

I de nye merknadene til bestemmelsene i forskrift om tidsbegrenset lisens for leger over 75 år, senest 25.10.1995, skiller det mellom to typer lisens. Full lisens med tilnærmet fulle rettigheter, og begrenset lisens for å drive leilighetspraksis; denne siste omfatter

ikke retten til å delta i legevakt, skrive ut sykmeldinger eller forskrivelegemidler i utskrivningsgruppe A og B. Fylkeslegens avgjørelse av om lisens skal gis, bygger på en helhetsvurdering der søkerens alder, praksiserfaring etter oppnådd aldersgrense, fysisk og psykisk helse, omfang og art av virksomhetensom aktes drevet i fremtiden, vektlegges. Fylkeslegen i Oslo understreker at utstedelse av midlertidig lisens er etledd i en kvalitetssikring som gir pasientene en rimelig grad av sikkerhet for at en lege som fortsatt driver åpenpraksis til tross for høy alder, kan utføre legegjerningen på en trygg måte. De nye merknadene til legelovensforskrifter fra oktober 1995 tilfredsstillende noen av de behovene våre kolleger har beskrevet.

Legeforeningens forskningsinstitutt undersøker for tiden levekårene for eldre kolleger. Ca. 20% av leger over 75 år driver privat praksis, gjennomsnittlig 11 timer per uke. Ca. 14% driver annen form for legevirksomhet. Det vil si attilnærmet en tredjepart av alle leger over 75 år i dag har lisens. To tredjeparter av disse har bakgrunn i privatpraksis, mens én tredjepart har tidligere sykehusbakgrunn. Hvor mange som har søkt om lisens og ikke fått, vet vi ikke sikkert, men tall fra fylkeslegen i Oslo fra 1994 indikerer at 15-20% får avslag.

Som Mellbye antyder i sin artikkel, synes Norge å være alene i EØS-området om å ha lovfestet at legeautorisasjon bortfaller ved en gitt alder og at en lege etter denne alder må vurderes med hensyn til skikket for å kunne få entidsbegrenset lisens.

Legeforeningen har fått bekreftet dette i Utenriksdepartementet. Noen land, bl.a. Belgia og Nederland, arbeider med spørsmålet om å begrense eldre legers rett til å praktisere.

Både i Mellbyes innlegg og i en henvendelse fra Eldre lægers forening er Legeforeningen blitt oppfordret til å ta etsyndelig initiativ for å få opphevet legelovens "aldersdiskriminerende bestemmelser". Sentralstyret drøftet spørsmålet på nytt i februar 1996, men fant ikke grunnlag for å foreslå endring av legelovens paragraf 6.

Sentralstyret beklaget imidlertid at mange eldre leger verken kan kalle seg lege eller forskrive legemidler til seg selv og sin nærmeste familie. Det synes også som om behandlingen av eldre kolleger i forbindelse med søknadene ommidlertidig lisens oppfattes som tilfeldig og enkelte ganger belastende. Sentralstyret ønsket derfor å medvirke til at Statens helsetilsyn sikrer en likeartet og saklig vurdering av søknader fra eldre leger. Sentralstyret ville også arbeide for at retten til å kalle seg lege ikke bortfaller når en lege fyller 75 år og ikke søker om fortsatt lisens.

Undersøkelsen som gjennomføres av Legeforeningens forskningsinstitutt om eldre legers subjektive velvære og livssituasjon, viser stort sett samme tilfredsstillende resultat som i den eldre del av befolkningen for øvrig. Våre eldre kolleger har det relativt sett bra. Den gruppen av leger som praktiserer i høy alder, synes å gi uttrykk for noe større tilfredshet i livet enn de som ikke praktiserer. Det er imidlertid ikke mulig å slå fast om dette skyldes at de har bibeholdt sin lisens eller om det skyldes andre faktorer.

I dagens samfunn ansees det ikke som en menneskerett å praktisere som lege i høy alder. Vår rett til å praktisere sees ikke på som samfunnsgagnlig i seg selv. Samfunnet krever kvalitetskontroll. De grunnleggende kriterier for kvalitetskontrollen i merknadene til legeloven, er ikke urimelige. Vi leger har vår lisens til vi er 75 år. De av oss som orker og som evner, kan fortsatt få lisens først i tre år, deretter i to år for så å kunne få tillatelse for ett år av gangen. Får vi kontrollinstansene til å håndheve reglene

med klokskap og medmenneskelig forstand, burde vi kunneleve med det. Andre grupper må også innstille seg på at retten til deres yrkesutøvelse begrenses med stigendealder.

Legeforeningen bør satse på et bredt faglig vedlikehold av sine medlemmer, både i ung og høy alder, slik at flestmulig av oss beholder den kvalitet og det livsengasjement som gjør at samfunnet ser seg tjent med å bruke oss så lengesom mulig.

Harry Martin Svabø

LITTERATUR

1. Dahl E, Vogt P. Ensom og ulykkelig? Levekår og livskvalitet blant eldre. Fafo-rapport 185. Oslo: Fafo, 1996.
2. Torp KH. Må en lege alltid være lege? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1120-1.
3. Mellbye F. Aldersgrense for licentia practicandi. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1137.
4. Medisinalmelding 1994. Oslo: Fylkeslegen i Oslo, 1994.

Publisert: 30. mars 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

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