
Fastlegeordningen 2001–26

INVITERT KOMMENTAR

METTE BREKKE

mette.brekke@medisin.uio.no

Mette Brekke er spesialist i allmennmedisin, tidligere fastlege og professor emerita ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SVEIN STEINERT

Svein Steinert er spesialist i allmennmedisin, tidligere fylkeslege i Troms, leder av ALIS Nord og leder av fastlegeforsøket i Tromsø.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

På 25 år har fastlegeordningen gått fra suksess til krise. Er suksessen nå på vei tilbake, eller er tvert imot hele ordningen truet?

1. juni 2001 fikk norske innbyggere sin egen faste allmennlege, og legen fikk sin unike pasientliste. Samarbeidende instanser visste hvilken lege brukerne hadde, og sykehuset fikk en adresse for epikrisen. Dette var en vinn-vinn-situasjon!

Veien dit gikk gjennom fastlegeforsøk i fire kommuner i perioden 1993–96 og harde faglige og politiske dragkamper i og utenfor Legeforeningen. Den første tiden var preget av stor tilfredshet. I 2005 hadde 98,5 % fått plass hos en fastlege. Over halvparten av listene var åpne, og overkapasiteten var omkring 10 %. I brukerundersøkelser var fastlegen på topp når det gjaldt tillit og tilfredshet. Etter hvert minket tilfredsheten hos både pasienter og leger, og for et tiår siden gikk vi inn i det vi kjenner som «fastlegekrisen». Fastlegeordningen var blitt et offer for sin egen suksess. Hva hadde skjedd?

Problemene økte for alvor etter samhandlingsreformen i 2012 [\(1\)](#). Den skulle sikre rett behandling på rett sted til rett tid. Kommunene var dårlig forberedt og manglet kapasitet både i omsorgstjenesten og hos fastlegene da et stort antall såkalt utskrivningsklare pasienter skyllet inn over dem fra første dag.

«De første 15 årene økte ikke ressursene i takt med oppgavene. Å jobbe mer for mindre er ingen vinneroppskrift, og mange fastleger sluttet eller ønsket å slutte»

En rekke reformer medførte oppgaveoverføringer til fastlegen, slik som ny fastlegeforskrift, akuttmedisinforskrift, førerkortforskrift, fraværsgrænse i videregående skole og annet. Digitalisering bidro til at terskelen for å ta kontakt med fastlegen ble lavere, både for pasienter og de mange samarbeidspartnerne. De første 15 årene økte ikke ressursene i takt med oppgavene. Å jobbe mer for mindre er ingen vinneroppskrift, og mange fastleger sluttet eller ønsket å slutte.

VGs kartlegging av fastlegeordningen våren 2017 gjorde det tydelig at fastlegekrisen ikke lenger kunne gå upåaktet hen i styrende organer (2). I et stortingsvedtak i 2018 ble regjeringen bedt om å øke antall fastleger, redusere listelengden, etablere en nasjonal utdanningsordning for ALIS-leger (allmennlege i spesialisering) og bedre legevaktsordningen.

Flere tiltak ble satt i verk. Vi fikk Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–24, der regjeringen ville styrke allmennlegetjenesten med 1,6 mrd. kroner (3). Legeforeningen lanserte sin Utviklingsplan for fastlegeordningen 2019 (4). Anbefalingene dreide seg blant annet om flere ALIS- og LIS1-stillinger, listereduksjon fra 1 500 til 1 000 pasienter, styrket finansiering og bedre muligheter til å ansette annet helsepersonell på legekontoet. Det hurtigarbeidende ekspertutvalget leverte sin rapport våren 2023 (5). Det gikk inn for økt basisfinansiering og flere leger på fastlønn. Ikke minst gikk utvalget inn for at en rekke faggrupper skulle inn på fastlegekontoet. *Meld. St. 23 (2024–2025) Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* (6) fulgte våren 2025. Den lanserte tverrfaglige legekantor, profesjonsnøytrale takster, egne «netteleger» og økt basisfinansiering som veien videre.

Men bidrar så alle disse tiltakene virkelig til å redde fastlegeordningen? Eller fører de til så store endringer at kjerneverdiene – den personsentrerte og livsviktige kontinuiteten i lege–pasient-forholdet – uthules og fastlegeordningen i stedet ødelegges?

«Noen skjær i sjøen må unngås hvis dagens 25-åring skal bli en sprek 50-åring. Det gjelder både arbeidsbetingelser, tilgjengelighet og faglig kvalitet»

Den negative utviklingen er snudd, og mye går i riktig retning. Antallet innbyggere uten fastlege er fallende, og økonomien i ordningen har fått et sårt tiltrengt løft. Listene er kortet ned til i underkant av 1 000 pasienter i snitt. En nasjonal ALIS-ordning er sikret. Mange kommuner tilbyr fleksible og trygge ansettelsesvilkår. Innbyggerne blir igjen mer fornøyde, og flere fastleger ønsker å bli værende.

Noen skjær i sjøen må unngås hvis dagens 25-åring skal bli en sprek 50-åring. Det gjelder både arbeidsbetingelser, tilgjengelighet og faglig kvalitet. Økt andel basistilskudd og lavere takster, samt flere leger på fastlønn, vil redusere den økonomiske uttellingen ved mange konsultasjoner og egen utførelse av prosedyrer. Vi kan frykte at det går ut over tilgjengelighet og kvalitet. Samtidig kan den digitale

tilgjengeligheten bli for god og føre til overbelastning hos legene, med et stort antall e-konsultasjoner og meldinger som må tas på «hjemmekontoret» utover kvelden. Det er ikke bærekraftig i lengden.

Tverrfaglighet er viktig når det trengs, men ikke som en hovedregel. Vi stiller oss sterkt tvilende til om mange profesjoner bør inn på fastlegekontoret. Vi frykter at fastlegene får mindre pasientkontakt og i større grad en rolle som «bakvakt» for andre faggrupper. En innføring av offentlige «nettleger» mener vi også utgjør en kvalitetsrisiko og en alvorlig uthuling av ordningen.

Vi ser derfor to avgjørende forutsetninger for at fastlegeordningen skal fortsette å være den bærebjelken den er i dag. Fastlegen trenger forutsigbarhet, ro og trygge rammer, ikke revolusjon og stadige brå endringer. Samtidig må vi ta vare på det som virker, uttrykt gjennom allmennmedisinens kjerneverdier (7): Pasienten i sentrum, kontinuitet i lege-pasient-forholdet, kloke valg med vekt på bærekraft, helhetstenkning og ansvar.

LITTERATUR

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---lovpaagte-samarb/id661886/> Lest 5.2.2026.
2. Sæther AS, Nære AF, Johannessen BR et al. Kampen om fastlegene. VG 2.8.2017. <https://www.vg.no/spesial/2017/fastleger/> Lest 2.3.2026
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/id2701926/> Lest 5.2.2026.
4. Legeforeningen. Utviklingsplan for fastlegeordningen. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/88a40e68b11e44ea9d0853f7d1a3fdfb/utviklingsplan-fastlegeordningen-varuke-2019-full.pdf> Lest 5.2.2026.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2971896/> Lest 5.2.2026.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding 23 (2024-2025). Fornye, forsterke, forbedre. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3096890/?ch=1> Lest 5.2.2026.
7. Stavdal A, Sigurdsson JA, Goodyear-Smith F. red. Core Values in Family Medicine. Boca Raton, FL: CRC Press, 2025.

Publisert: 28. mai 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0110
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. juli 2026.