

2001-2026



Fastlegeordningen 25 år

2001–2026



Allmennlegeforeningen

DEN NORSKE LEGEFORENING



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

ISBN 978-82-693251-1-9

Utgitt i 2026.

Utgiver: Norsk forening for allmennmedisin, org nr 990992142 og

Allmennlegeforeningen, org nr 971443782

Kontaktinfo: nfa@legeforeningen.no

Grafisk produksjon: BK Trondheim, bk.no

Denne boka er vernet av lov om opphavsrett til åndsverk, og avtaler om kopiering inngått med Kopinor. Ta kontakt med utgiver om du ønsker å gjengi deler av boka, uavhengig av medium.

Innhold

Forfatterne	4
Forord	5
Hva er, og hva gjør en fastlege?	7
Hva kjennetegner allmennmedisin?	7
Allmennmedisinens verdigrunnlag	8
Spesialiteten i allmennmedisin	10
Allmennmedisin som universitetsfag – undervisning og forskning	15
Helse for alle bygger på en god primærhelsetjeneste	16
Den lange historien om allmennlegene og allmennlegetjenesten – i korte trekk ..	17
Allmennlegetjenestens utvikling	20
Fagutvikling fram til etableringen av fastlegeordningen	21
Elektronisk datajournal/elektronisk pasientjournal (EPJ)	24
Diagnosekodesystem	26
Om internett-historien	26
E-helsetjenester	29
Fastlegeforsøket 1993–96	32
Veien fra fastlegeforsøk til innføringen av en nasjonal fastlegeordning	43
Var vi klare for endring?	46
Så ble det endelig en fastlegeordning!	49
Fastlegeordningen 2001–2026. Fra suksess til krise – og tilbake igjen?	49
Redningsforsøk	54
Hva kan ha virket?	58
Fastlegeordningen – veien videre	59
Vi ser noen skjær i sjøen	60
Betingelser for et 50-årsjubileum	61
Etterord	62
Refleksjoner fra lederne i fastlegeforeningene AF og NFA	63
Referanser	67



Forfattere

Mette Brekke, professor emerita, spesialist i allmennmedisin, pensjonert fastlege

John Leer, pensjonert fastlege, spesialist i allmennmedisin, veileder og tidligere distriktslege.

Svein Ragnar Steinert, MPH, spesialist i allmennmedisin, leder av fastlegeforsøket i Tromsø, leder av ALIS-Nord 2019–23.

Olav Thorsen, ph.d, spesialist i allmennmedisin, pensjonert fastlege.

Alle forfatterne har vært medlemmer i Fagutvalget i Allment praktiserende legers forening i perioden før innføringen av fastlegeordningen.

Forord

**Fastlegeordningen i Norge fyller 25 år og fortjener et festskrift!
Målgruppen er fastleger, politikere, byråkrater og «folk flest».**

Vi beskriver de store historiske linjene for derved å pirre nysgjerrigheten hos leseren til selv å søke seg fram til detaljer om viktige hendelser, grupper og personer. Våre oppdragsgivere, Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin, har gitt oss gode rammer, innspill og konstruktive tilbakemeldinger.

I siste kapittel har styrelederne i foreningene skrevet litt om dagens situasjon. Samtidig som vi feirer 25-årsjubileum gjennomfører myndighetene en rekke endringer i både helsetjenesten generelt og fastlegeordningen spesielt. Hvilken rolle kan legene selv spille i den prosessen? Kan erfaringene som beskrives i denne boken brukes til å påvirke utviklingen slik at legetjenesten blir bedre – uten å ødelegge det vi har oppnådd de siste tiårene?



Foto: Helsebiblioteket

Hva er, og hva gjør en fastlege?

Allmennlegen arbeider i helsetjenestens førstelinje – i Norge vanligvis innen kommunehelsetjenesten. Dette gjelder sykehjemsleger, legevaktsleger, leger på helsestasjoner, skoleleger, fengselsleger o.a. Utover i landet er det vanlig at fastleger også dekker slike funksjoner.

Fastlegen

En fastlegeordning innebærer at hver innbygger velger sin faste allmennlege – som da kalles fastlege. Hver fastlege får dermed sin unike pasientliste. Pasienten har mulighet til å skifte fastlege inntil to ganger per kalenderår. Fastlegen utøver faget allmennmedisin. Allmennmedisin er et klinisk fag og en egen spesialitet med et spesifikt kunnskapsgrunnlag som er tilpasset de medisinske problemstillinger og de samfunnsmessige rammebetingelser som fastlegen møter [1].

Hva kjennetegner allmennmedisin?

Allmennlegen møter alle slags plager og sykdommer, ofte i en tidlig og uklar fase. Allmennmedisin bedrives i fastlegepraksis og i sykehjem, legevakt, helsestasjoner, skoler, fengsler, flyktningmottak og i privat regi utenfor den offentlige helsetjenesten. Arbeidet på fastlegekontorene utgjør det klart største volumet. Egne allmennlegestillinger i andre tjenester har blitt vanligere med årene, særlig i store kommuner, men det er fortsatt slik at de fleste allmennlegetjenester utføres av fastleger som «andre allmennmedisinske oppgaver» eller bistillinger. Disse andre delene av allmennmedisinen har ikke en sentral plass i dette dokumentet.

Fastlegeordningen er en organisasjonsform for åpen, uselektert praksis, et organisatorisk grep for å sikre hele befolkningen likeverdig tilgang til gode allmennlegetjenester. Sentrale kjennetegn ved fastlegeordningen skal være god tilgjengelighet og lav terskel for pasienten til å ta kontakt. Fastlegen arbeider pasientsentrert for å utrede og behandle pasientens helseplager, dvs. tar utgangspunkt i det pasienten forteller og bekymrer seg for.

Kjennskap til pasientens tidligere helsetilstand og livssituasjon – dvs. kontinuitet – er nyttig og viktig [2]. Ofte har pasienten en rekke sykdommer som kan virke inn på hverandre, og fastlegen holder oversikt og ser det hele i en sammenheng. Fastlegen handler kunnskapsbasert, men pragmatisk, dvs. søker å unngå unødvendige utredninger og tiltak [3]. Fastlegen er såkalt portvakt – eller portåpner – dvs. er den som forvalter henvisning av pasienten til andre deler av helsetjenesten hvis det trengs. Fastlegen samhandler med andre behandlere og er opptatt av helsefremmende tiltak som kan være nyttig for pasienten. Det store flertall pasienter kan fastlegen utrede og behandle selv [4].

Allmennedisinens verdigrunnlag

Begrepet **KOPF** ble lansert i Norge på 1970-tallet og var et ideal for god allmennmedisin fram mot år 2000. Akronymet står for idealene *kontinuerlig, omfattende, personlig* og *forpliktende*. KOPF-idealet fikk etter hvert kritikk for å legge et for stort ansvar på allmennlegen.

Ved innføring av fastlegeordningen i 2001 lanserte Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) **Sju teser for allmennmedisin** [5]. Disse angir følgende verdier og idealer for god fagutøvelse:

1. Hold lege-pasientforholdet i hevd!
2. Gjør det viktigste!
3. Gi mest til dem som har størst behov!
4. Bruk ord som fremmer helsa!
5. Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling!
6. Beskriv praksiserfaringene!
7. Ta ledelsen!

Nesten 20 år senere presenterte den nordiske allmennlegeforeningen Nordic



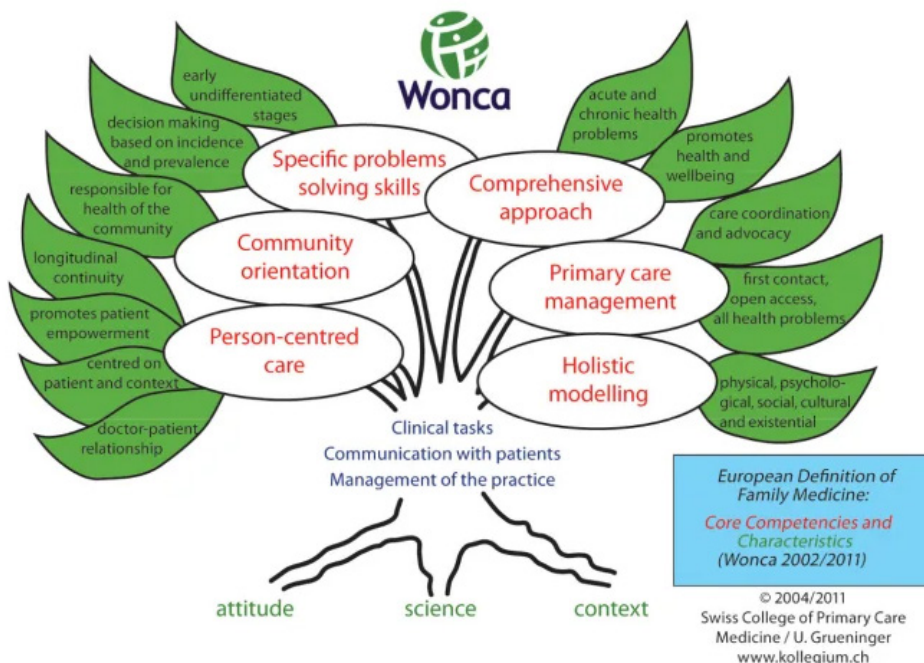
Tegning: Iben Sandemose



Federation of General Practice (NFGP) også sju punkter som et sett av **kjerneverdier (Core Values)** for god allmennmedisin [6].

Disse er delvis overlappende med NSAMs teser: Vi ser at *kontinuitet*, *'kloke valg'*, og *prioritering* er videreført. Likedan er den pasientsentrerte metode og en bio-psyko-sosial sykdomsforståelse fremhevet, i tillegg til verdien av videreutdanning, forskning og fagutvikling.

I 2023 oppdaterte WONCA (World Organization of Family Doctors) sin definisjon av allmennmedisin. Som det kommer fram av illustrasjonen, er det særlig lagt vekt på One Health, Planetary Health og Sustainability. Det betyr at miljøhensyn og bærekraft i et globalt perspektiv anses som avgjørende for å beholde og fremme god helse [7].

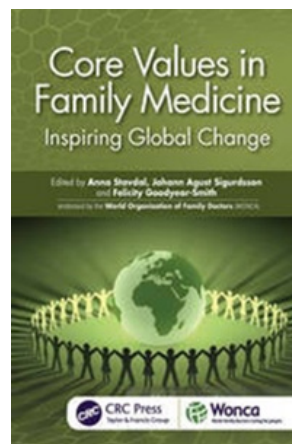


The Wonca tree representing the European definition of family medicine.

I 2025 utkom boka «Core Values in Family Medicine», redigert av Anna Stavdal, Johan August Sigurdsson og Felicity Goodyear-Smith. Boka fokuserer på betydningen av kjerneverdiene lokalt, regionalt og globalt [8].

Spesialiteten i allmennmedisin

Spesialiteten i allmennmedisin ble godkjent i 1985. Dermed ble også allmennmedisin en fullverdig medisinsk spesialitet med krav om fem års videreutdanning etter 18 måneders turnustjeneste: fire år i allmennpraksis og ett år i sykehus, 400 kurstimer hvorav fire obligatoriske grunnkurs der det ene omhandler forskning i allmennpraksis, samt to år i veiledningsgruppe. Spesialistgodkjenning i allmennmedisin må fornyes med dokumentert etterutdanning hvert femte år.



En forløper for spesialiteten var ordningen med *Allmennpraktiker Dnlf*. Den ble etablert av Legeforeningen i 1973 og var et viktig utgangspunkt for å etablere allmennmedisin som en egen spesialitet. Formålet var å sikre et visst nivå av kompetanse hos allmennlegene. Arbeidet med etableringen startet allerede på 1960-tallet og fikk finansielt grunnlag fra Den norske lægeforenings fond for videre- og etterutdannelse av leger (Utdanningsfond I) i 1967 [9].

Legeforeningen hadde ansvaret for spesialistutdanningen fra 1985 til 2017, da ansvaret ble overtatt av staten ved Helsedirektoratet [10]. En viktig endring fra 2017 var at autorisasjon som lege ble gitt etter grunnutdanningen, og at den tidligere turnustjenesten ble første del av spesialistutdanningen, 12 måneder i spesialisthelsetjenesten og 6 måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (LIS1). Total utdanningstid i alle spesialiteter er i dag minst 6,5 år. Legeforeningen er fortsatt den dominerende aktøren for kurstilbud i spesialistutdanningen, og Legeforeningens spesialitetskomiteer kan gi faglige råd til Helsedirektoratet i saker om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning.

Helt fra starten har det vært søkelys på at allmennmedisin skal læres i allmennpraksis. Etter hvert ble praksis fra andre deler av primærhelsetjenesten også godkjent som tellende med inntil to år av det allmennmedisinske praksiskravet.

I dag skal alle leger med individuell fastlegeavtale være spesialister i allmennmedisin eller ha påbegynt spesialisering. For leger utenfor fastlegeordningen er kravet fra 1. januar 2026 at de skal ha «relevant spesialisering» eller være «under relevant spesialisering i spesialistutdanningens andre eller tredje del». Dette gjelder f.eks. for faste legestillinger i kommunale sykehjem der også spesialistutdanning i indremedisin og geriatri er relevant. Noen ønsker å utvikle egen spesialistutdanning for alders- og sykehjemsmedisin, men har ikke fått gjennomslag for det. Norsk primærhelsetjeneste står dermed fortsatt med tre spesialiteter: allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin.

Et viktig krav er minst to årsverk i åpen uselektert allmennpraksis som skal gjennomføres under veiledning og supervisjon av lege som er spesialist i allmennmedisin og tilsvare minimum 42 timer per år i den tid allmennlege i spesialisering (ALIS) har praktisk tjeneste i registrert utdanningsvirksomhet.

Gruppeveiledningen i allmennmedisin er nært knyttet til uselektert allmennpraksis, med krav om at minst 12 av de 24 månedene i veiledningsgruppe tas parallelt med slik praksis. Hovedfokus er allmennpraksis og problemstillinger fra den kliniske hverdagen på legekontoret. Samtidig vil mange deltakere i en veiledningsgruppe en del av tiden være i en annen praksis enn på et legekontor. Det betyr at de må hente sine eksempler og erfaringer fra andre arenaer.

At Helsedirektoratet overtok ansvaret for all spesialistutdanning av leger fra 2017 medførte betydelige endringer for den enkelte lege og for utdanningsvirksomhetene. Utdanningen gikk fra å telle tjenestetid og utdanningspoeng til oppnåelse av eksplisitte læringsmål godkjent av en personlig veileder under arbeid i godkjent eller registrert utdanningsvirksomhet (fastlegekontor, legevakt, sykehjem, helsestasjon m.m.). Et læringsmål er knyttet til institusjons-



tjeneste, og oppnås vanligvis i spesialisthelsetjenesten. Fundamentet i utdanningen er at ALIS skal oppnå nødvendig kompetanse i 112 læringsmål. 88 av dem gjelder kun for allmennmedisin, de resterende 25 er felles for alle spesialiteter. Mens alle læringsmål i spesialisthelsetjenesten var klart definert i 2017, ble de først klare i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin i 2019.

Kommunene fikk gjennom den nye spesialistforskriften ansvar for utdanning av spesialister i allmennmedisin og samfunnsmedisin fra 1. mars 2019. Tidligere var spesialistutdanning i allmennmedisin frivillig og i stor grad styrt av den enkelte utdanningslege. Nå var den utdanningen blitt obligatorisk, og kommunen må sende søknad til Helsedirektoratet om å bli registrert utdanningsvirksomhet. I søknaden skal kommunen vise til at den kan tilby et helhetlig utdanningsløp som bl.a. inneholder en offentlig tilgjengelig plan for spesialistutdanningen. Videre har kommunen ansvar for å:

- Sørge for at ALIS har en individuell utdanningsplan for hele utdanningsløpet.
- Tildele individuell veileder og sørge for at ALIS får nødvendig supervisjon.
- Sørge for vurdering av læringsmål.
- Utstede bekreftelse på gjennomført tjeneste og oppnåelse av læringsmål.

Kommunen skal søke om ALIS-tilskudd gjennom tilskuddsordningen *Nasjonal ALIS og veiledning*.

De seks regionale ALIS-kontorene som er lokalisert i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand, Ringsaker og Oslo har ansvar for å gi veiledning til kommuner, veiledere og ALIS i sitt område [11]. De er også ansvarlige for å utdanne individuelle veiledere, arrangere nettverksmøter, seminarer og årlige konferanser, og de er et viktig bindeledd mellom kommunene og Helsedirektoratet.

Individuelle veiledere må ha følgende kompetanse:

- Flere års erfaring som fastlege
- Som hovedregel være spesialist i allmennmedisin

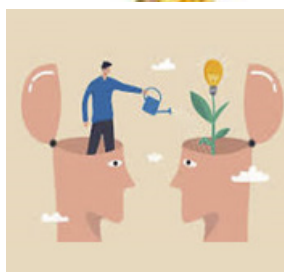
- Ha deltatt på veilederkurs om læringsmål, kompetanseportalen og veiledningspedagogikk.
- Spesialister i allmennmedisin som nylig er pensjonert fra fastlegestillingen, men har forskerstilling, kommunelegestilling eller annen relevant erfaring kan også fungere som veileder for ALIS.

Den nye spesialistutdanningen i allmenn- og samfunnsmedisin påla kommunen et stort ansvar og medførte et betydelig merarbeid som kommunen i liten grad var forberedt på.

Utdanning av gruppeveiledere

I spesialistutdanningen i allmennmedisin er det obligatorisk å gjennomføre to år i veiledningsgruppe med regelmessige møter over totalt 120 timer. Det første kullet med gruppeveiledere startet utdanningen i 1985, det samme året som spesialiteten ble opprettet. Veilederutdanningen ga en introduksjon til veiledningsmetoder, og den første håndboka for veiledningsgrupper ble utarbeidet til det første kurset. En ny og utvidet håndbok ble utgitt i 1996, og fra 2004 har det kommet flere oppdaterte versjoner [12]. Organiseringen av veiledningsgrupper og utdanning av nye gruppeveiledere ble drevet og drives stadig av Legeforeningens veilederkoordinatorer som selv er fastleger og gruppeveiledere.

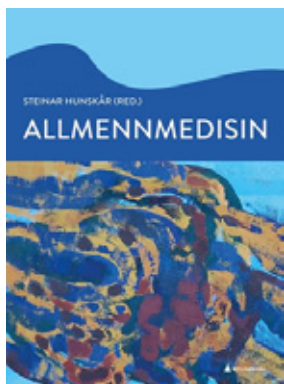
Veiledernes rolle skal være å vurdere og gi tilbakemeldinger som fremmer læring og refleksjon. De skal legge til rette for at deltakerne i veiledningsgruppen gjennomfører nødvendige læringsaktiviteter for å oppnå alle læringsmål, der veiledet praksis er det viktigste [12].



Allmennmedisin som universitetsfag – undervisning og forskning

I Norge har allmennmedisin vært et universitetsfag helt siden 1968. Da ble Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo etablert, som et av de første i verden, etter en donasjon fra Legeforeningen. Deretter fulgte institutter i Bergen (1972), Tromsø (1973) og Trondheim (1975) [13]. Senere kom **Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)** og **Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin** (2005) samt **Antibiotikasenteret for primærmedisin** og fire **allmennmedisinske forskningsenheter** (AFEr, 2006).

I dag er allmennmedisin et klinisk hovedfag for studentene ved de fire medisinske fakultetene. Organisering av undervisningen varierer mellom studiestedene, men alle steder har studentene en lengre praksisperiode hos en fastlege. IRETHOS (Forskriftom nasjonale retningslinjer for medisინutdanningen) heter det at minst ti praksisuker nå bør gjennomføres i primærhelsetjenesten. Det er da ønskelig med praksis også i sykehjem, på legevakt, på helsestasjon o.a. I hvilken grad disse målene er oppnådd varierer mellom studiestedene.



Den første læreboka i allmennmedisin kom i 1997 og boka foreligger nå i 4. utgave [1].

Offentlig finansiering av allmennmedisinsk forskning utgjør bare en liten brøkdel av finansieringen som går til forskning i spesialisthelsetjenesten. At **Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF)** [14] ble etablert i 2007 har vært avgjørende for at forskning i allmennmedisin likevel har vært i framgang de senere år. AMFF skal fremme forskning på allmennmedisinens premisser. Per høsten 2025 hadde 73 stipendiater disputert med finansiering fra AMFF, mens flere er i gang med sin doktorgrad. 25–30 doktorgradprosjekter pågår til enhver tid. Norsk forening for allmennmedisin lyser også ut stipender på inntil seks månedsverk.

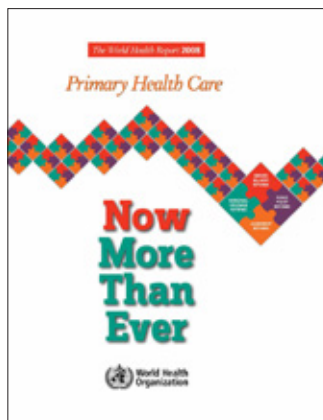
Nasjonal forskerskole i allmennmedisin (NAFALM, 2013) har som mål å heve kvaliteten på ph.d.-utdanningen i allmennmedisin. Siden oppstart har 149 ph.d.-stipendiater benyttet seg av tilbudet (per høsten 2025).

Praksisnett (2018) er et nasjonalt infrastrukturprosjekt som legger til rette for uthenting av data fra fastlegejournaler til bruk for forskere. Ca. 10 % av norske fastleger er tilsluttet Praksisnett.

Det er en økende forståelse for at allmennmedisinens kunnskapsgrunnlag skal være basert på forskning som er gjort i allmennpraksis. De fleste pasienter behandles i primærhelsetjenesten og resultater av forskning gjort på høyselekterte sykehuspasienter lar seg sjelden overføre til det sykdomspanoramaet fastleger jobber i. Dessverre har kommunene fortsatt ikke et 'sørge-for-ansvar' for forskning, slik helseforetakene har det. Ca. 2 % av fastlegene har en doktorgrad, mot ca. 10 % av sykehusleger. Her er det betydelig rom for forbedring!

Helse for alle bygger på en god primærhelsetjeneste

Alma Ata-deklarasjonen [15] framhevet så langt tilbake som i 1978 primærhelsetjenesten som en nøkkel til å oppnå målet om «helse for alle i år 2000» – både globalt og innad i det enkelte land. Deklarasjonen beskriver helse som en grunnleggende menneskerett og slår til med den mye kritiserte definisjonen av helse som: «A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity».



Deklarasjonen satte mål om utjevning av helseulikheter og universell tilgang til helsetjenester på den internasjonale politiske agendaen for første gang. Selv om vi ikke definerer helse så vidt, er det lett å være enige om at «helse for alle»-målet langt fra er oppnådd, verken globalt eller nasjonalt.



Foto: getty.com

30 år senere kom WHO med publikasjonen: *The World Health Report 2008: Primary health care – Now more than ever*. Den slår igjen fast at en god primærhelsetjeneste er den beste, mest rettferdige og mest kostnadseffektive måten å organisere et helsetjenestesystem på og at all erfaring tilsier at en god og velfungerende primærhelsetjeneste fører til bedre resultater, lavere utgifter og også til bedre brukertilfredshet [16]. Rapporten kommer med kraftig kritikk av mindre vellykkede former for helsetjeneste, særlig de som betrakter helse-tjeneste som en vare som kan kjøpes og selges. Markedskreftene vil sjelden bidra til positive løsninger, men vil føre til unødvendige prøver og prosedyrer, lengre sykehusopphold, høyere kostnader og eksklusjon av folk som ikke kan betale for seg.

At det kan påvises at dette er mer enn løse påstander ble oppsummert slik av Barbara Starfield [17]: *‘Det er massiv evidens for at et godt forhold til en selvvalgt allmennlege – helst over flere år – er assosiert med bedre behandling, bedre helse og mye lavere kostnader.’* Allmennleger kan ta seg av de fleste tilstander med god kvalitet og lav ressursbruk – i henhold til det såkalte LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgsnivå).

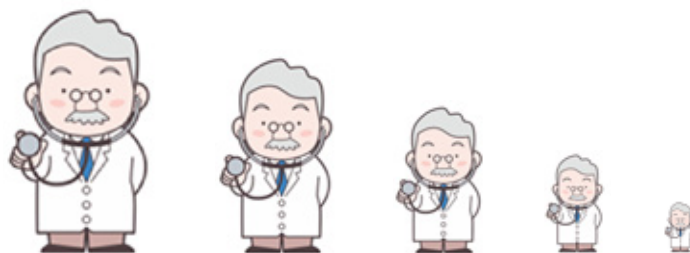
Den lange historien om allmennlegene og allmennlegetjenesten – i korte trekk

I 1277 ble det første sykehuset i Norge, Trondhjem Hospital, etablert [18]. På 1500-tallet utviklet staten et helsevesen ved å ansette en universitetsutdan-

net lege, (en medicus eller physicus) i hvert av stiftene i Danmark-Norge og i kommunene. Det ble opprettet offentlige stillinger for jordmødre og for leger over hele Norge. Medici hadde bare tillatelse til å behandle «innvortes sykdommer». Chirurgici, som kunne utføre kirurgiske inngrep, var opplært i håndverkstradisjonen «mester-og-lærling». De ble kalt badskjær eller felt-skjær. Fram til begynnelsen av 1800-tallet var feltskjær en egen offentlig etat, slik legeetaten også var fram til de to etatene ble slått sammen i 1814 [19]. Etter hvert ble de offentlige legestillingene besatt med leger utdannet ved Universitetet i Oslo. I 1900 var det 890 leger i Norge [20]. I 1918 opprettet Legeforeningene de 13 første legespesialitetene. Det var da omkring 1300 leger i Norge.

Distriktslegen var statsansatt med ansvar for allmennpraksis, helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen. Tittelen distriktslege ble offisiell i 1836 og ordningen ble utvidet til å gjelde hele landet i 1860.

- I 1848 ble distriktslegene ved lov pålagt å kontrollere de sinnssyke.
- I 1856 fikk distriktslegene i «spedalske distrikter» i oppgave å opprette sunnhetskommisjoner og føre tilsyn med leprapasienter.
- I 1860 ble pålegget om å opprette sunnhetskommisjoner utvidet til å gjelde i hele landet. Kolera, syfilis og tuberkulose var viktige årsaker til at vi fikk **Sunnhetsloven** i 1860 [21]. Denne loven preget utviklingen av både forebyggende og kurativt arbeid til langt opp i vår tid. Dårlige sanitære forhold og infeksjonssykdommer var dominerende på midten av 1800-tallet, spesielt i byene.
- I 1912 ble det innført et system med amtsleger (senere fylkesleger) som et ledd mellom medisinaldirektøren og distriktslegene.





Professor Aina Schiøtz tok i sin monografi om distriktslegeinstitusjonens historie for seg distriktslegens plass i den samtidige litteraturen. Særlig pekte hun på at bildet av den heroiske og alltid hjelpende distriktslege sjelden ble gjenspeilet i datidens realistiske litteratur. Dette er en liten, men betydningsfull indikasjon på at det bør utvises forsiktighet ved å spikre fast det idealiserte bildet av «gammeldoktoren».

Tidligere fylkeslege i Hedmark, Hans Petter Schjønshy (f.1936), har skrevet innsiktsfullt og underholdende «Om distriktsleger og hvordan de hadde det» [21].

Hogne Sandvik, spesialist i allmennmedisin dr. med, gir i Tidsskrift for den norske legeforening et historisk overblikk på distriktslegetjenesten [22].

Den statlige distriktslegeordningen ble avviklet i Norge i 1984 og kommunene overtok arbeidsgiveransvar og ansettelsen av «kommunelegene».

Kommunehelseloven av 1982 har lagt grunnlaget for den nåværende strukturen i helse- og omsorgstjenesten. I 1984 fikk kommunene ansvar for forebyggende helsearbeid som miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjenesten. Loven medførte at ansvaret for allmennlegene ble flyttet fra staten til kommunene. De somatiske sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunene til kommunene fra 1988, mens spesialsykehjemmene forble fylkeskommunalt ansvar til utpå 1990-tallet.

I 1991 ble HVPU-reformen gjennomført. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) hadde som målsetting å forbedre tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.



Foto: getty.com

Allmennlegetjenestens utvikling

Det ble etter hvert flere privatpraktiserende allmennleger i byene og i mange av landkommunene. De hadde etablerings-/driftsavtale med kommunen, men dette innebar ingen formell forpliktelse eller binding til spesielle pasientgrupper. Folk valgte selv legen de ville konsultere – hvis det da fantes en lege. Mange av de allmennpraktiserende legene hadde kommunale bistillinger som helsestasjons- og skolelege, lege på sykehjem og eventuelt andre kommunalt drevne institusjoner. Mange hadde også deltidsavtaler som bedriftsleger og leger på private rehabiliteringsinstitusjoner. Det kunne altså være mangslungne og interessante arbeidsoppgaver i kommunene.

Legevakt i landkommunene ble organisert og drevet av allmennlegene i samarbeid med distriktslegene og de senere kommunelegene. Legene sto selv for telefonvakt, etter hvert med egne (gigantiske) mobiltelefoner og ellers hva som trengtes for å gjennomføre vaktberedskap. I mange små og mellomstore kommuner kunne vaktene være tredelt – hvis det var nok leger til å gjennomføre en slik vaktordning – og det var ganske vanlig å ha helgevakt sammenhengende fra fredag ettermiddag til mandag morgen. Som regel kjørte legene på vaktoppdrag og i sykebesøk i sin private bil.

Solopraksis var den vanligste driftsformen fram til omkring 1975. Akutt hjelp på dagtid var som regel ikke organisert på annet vis enn at pasientene henvendte seg til den legen de kunne få kontakt med. Enkelte kommuner bygget så, fra midten av 1970-tallet og særlig i forbindelse med innføringen av Kommunehelseloven av 1982, legesentre med plass til to til fem allmennleger hvor legene hadde leieavtale. Det var forskjellige avtalemønstre; for eksempel at legene bare betalte husleie og selv ansatte hjelpepersonale og holdt nødvendig utstyr og laboratorium. Eller det kunne være kommuner som holdt lokaler og utstyr og ansatte hjelpepersonell. Legen betalte da en månedlig leiesum som ble forhandlet fram med kommunen.

Legenes inntekter besto av det statlige og senere kommunale driftstilskuddet, en liten egenandel fra pasientene og refusjoner fra Folketrygden med oppgjørsavtale via det lokale Trygdekontoret, og i henhold til et utarbeidet og forhandlet takstsystem som var langt mer omfattende og detaljert enn hva vi er vant til i dag.

Antall fastlønnsleger var på sitt høyeste på slutten av 80-tallet og utgjorde da omtrent 40 % av allmennlegene. Både før og etter innføringen av kommunehelseloven var det mange fastlønnsleger i primærhelsetjenesten. Dette er interessant når vi ser de senere årenes økning av antall fastlønnsstillinger og spesielt blant unge allmennleger.

Fagutvikling fram til etableringen av fastlegeordningen

Aplf ble konstituert i Det Norske Medicinske Selskab i desember 1938 som «Oslo almindelig praktiserende lægers forening». Denne forløperen fikk raskt en nasjonal profil og ble til Alment praktiserende lægers forening. Detaljene fra 1938 viser at det ble valgt et fagutvalg på fem medlemmer, et råd på tre. 50 medlemmer signerte. Formålet var ifølge vedtektene «å fremme medlemmenes dugelighet i praktisk og sosial medisin» og «å utdype de kollegiale forhold».

1968 var et år for viktige samfunnsendringer, også i medisinen. Allmennmedisinen kom inn i universitetsvarmen, og måten det skjedde på var høyst uvanlig, skriver Jørund Straand i en kronikk i Dagens Medisin i 2018 [23]:

«Senhøsten 1967 fremmet Legeforeningen et gavetilbud til Det medisinske fakultet i Oslo: Et eget institutt for allmennmedisin, der Legeforeningen skulle stå for istandsetting og leie av lokaler, lønn til professor i fem år, driftsmidler samt en gruppepraksis tilpasset studentundervisningen. Ikke overraskende takket universitetet ja. Sent på høsten 1968 sto instituttet klart med kontorer, konferanserom, et moderne legesenter med studentkontorer og laboratorium. Den 27. november 1968 var det høytidelig åpning av Institutt for allmennmedisin ved UiO. Hendelsen satte Norge på verdenskartet. Instituttet var nemlig det tredje i sitt slag i verden. Da Christian F. Borchgrevink (f. 1924 – død 2024) rykket opp fra legeforeningsstipendiat til professor i allmennmedisin i 1969, ble han samtidig verdens fjerde professor i faget.»

Utposten ble startet i distriktslegeboligene på Aukra og Midsund i 1972 av Harald Siem, Per Wium og Tore Rud [24]. De startet et medisinsk amatørblad som har blitt til en viktig samfunnsmedisinsk og allmennmedisinsk pådriver i norsk helsetjeneste. Etter de første fem årene ga de tre pionerene stafettpinnen



til Martin Holte og Aage Bjertnæs på Risvolla legesenter i Trondheim, og i årene siden har det kommet nye redaksjonskomiteer med fem til åtte medlemmer hvert fjerde-femte år, alle allmennleger og leger i samfunnsmedisinske stillinger.

Utposten har vært og er et dugnadsprosjekt. Det kommer åtte nummer av bladet hvert år nå. Utposten har en nettutgave, og det finnes et komplett digitalt arkiv som gir et spennende innblikk i politiske og kulturelle strømninger som har formet den allmenn- og samfunnsmedisinske diskursen.

Som en kuriositet må vi nevne at 30 års utgivelser av Utposten, skinninnbundet, ble overrakt til biblioteket i Alexandria i 2002 – her på bildet med Elisabeth Swensen fra redaksjonen [25].

Utposten er i dag å regne som et viktig fagblad for allmenn- og samfunnsmedisin. Bladet presenterer forskning, prosjekter, kasuistikker og tips, og har en lettere, mer tilgjengelig stil enn tradisjonelle vitenskapelige tidsskrifter, og den har ikke tradisjonell fagfelleevaluering.



I 1978 kom «Den lille grønne», eller «Tanker om morgendagens primærhelsetjeneste». Dette var et betydningsfullt lite hefte utgitt av Legeforeningen, og det har vært et viktig ideologisk fundament for allmennlegene fram til vår tid med de fire stikkordene: Kontinuerlig, Omfattende, Personlig og Forpliktende, forkortet «KOPF».

Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) ble stiftet 17. februar 1983 på et møte i Medicinsk Selskap i Oslo. Selskapet ble godkjent som en spesialforening i Legeforeningen bare to måneder etter stiftelsen [26].

Elektronisk Pasientjournal (EPJ)

EPJ brukes til:

Dokumentasjon: Samler all nødvendig informasjon om pasientens helse, diagnoser og behandlinger.

Informasjonsdeling: Muliggjør utveksling av informasjon mellom ulike helseaktører, noe som forbedrer samhandling og pasientbehandling.

Integrasjon: Mange systemer integreres med e-resept og nasjonale løsninger som Kjernejournal for å sikre helhetlig tilgang til pasientinformasjon.

Effektivitet: Bidrar til mer effektive arbeidsprosesser og bedre saksbehandling i helsetjenestene.

Norske allmennleger var aktive og tidlig ute med å ta i bruk og delta i utviklingen av elektroniske verktøy i sine praksiser [27].

EPJ-programmene som norske allmennleger var med i utviklingen av, med tusenvis av dugnadstimer, millioner av kroner og stort engasjement, har vært av stor betydning for hvordan allmennmedisinsk praksis utviklet seg og ble formet.

Vi nevner noen av de EPJ-programmene som fikk stor utbredelse og mye omtale: Balsfjordprosjektet i 1980. WinMed. Infodoc i 1979. ProfDoc 1985.



Dagens skepsis, både i Norge og andre nordiske land, til innkjøp av overveldende og ganske enorme (amerikanske) kommersielle EP-journalprogram hadde ikke vært så klar og vel fundert uten bakgrunnen, historien og utviklingen som startet her hjemme på 1970-tallet. Norske allmennleger tok i bruk nye digitale verktøy lenge før resten av helse- og omsorgstjenestene, og mye av samfunnet ellers.

I 1990 hadde 20 % av legekantorene EPJ. I 1993 brukte halvparten av legekantorene EPJ, og ved årtusenskiftet hadde mer enn 90 % gått over til elektroniske journaler. Et særtrekk ved den utviklingen har vært en sterk forankring til praksismiljøene og deltakelsen av allmennlegene i referansegrupper og brukergrupper.

Først laboratorium kom først med elektronisk overføring av laboratoriesvar til allmennlegekantorene via modem og telefonlinje. Helse Bergen, Haukeland Universitetssykehus tilbød tilsvarende svarservice noen år etter Først.

Tilgjengeligheten av elektroniske laboratoriesvar har utviklet seg over tid,



og spesielt med innføringen av et nasjonalt system for utveksling av helseopplysninger og elektroniske pasientjournaler. Mens de første elektroniske systemene for helseopplysninger ble implementert i Norge tidlig på 2000-tallet, ble utveksling av laboratoriesvar på tvers av institusjoner standardisert gjennom Norsk helsenett som ble grunnlagt i 2009.

Diagnosekodesystem

ICPC-2 (International Classification of Primary Care, versjon 2) er den internasjonale klassifikasjonen for helseproblemer, diagnoser og andre årsaker til kontakt med primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet vedlikeholder denne og nettsiden der den oppdaterte internasjonale utgaven av ICPC-2 (English version, ICPC-2e-English) publiseres på vegne av WONCA International Classification Committee (WICC). I Norge har vi også etablert kobling (mapping) mellom ICPC-2 og ICD-10. Denne tar utgangspunkt i en internasjonal mapping som er utviklet på bakgrunn av behov for å registrere mer detaljert helseinformasjon i primærhelsetjenesten. [28]. ICPC-3 er senere utviklet, men så langt ikke tatt i bruk i Norge.



Om Internett-historien

ARPANET (Advanced Research Projects Agency Network) ble etablert i 1968 og er forløperen til dagens Internett. Nettverket ble utviklet for å knytte sammen amerikanske universiteter og føderale organer, og var ett av de første nettverkene basert på pakkesvitsjing. Pakkesvitsjing var et nytt og viktig konsept innen datakommunikasjon. Tradisjonelle telefonforbindelser benytter linjesvitsjing, hvor en linje reserveres for den tiden en samtale varer. Med pakkesvitsjing deles en melding som skal overføres opp i en serie av selvstendige adresserte «pakker».

Før ARPANET ble utviklet besto datasystemer av en stor computer med direkte kablet tilknytning fra arbeidsstasjoner. Dette er LAN (Local Area Network)

ARPA ville bygge et nettverkssystem som kunne brukes over hele USA. Første fase var en beskjedne sammenkobling av fire lokasjoner med eksisterende telefonlinjer og fire IMP (Interface Message Processor). Høsten 1969 ble data-maskiner ved fire universitets- og forskningsinstitusjoner på vestkysten av USA knyttet sammen via en 56 kbit/s datalinje. Nettet vokste deretter hurtig med stadig flere tilknytninger over hele landet.

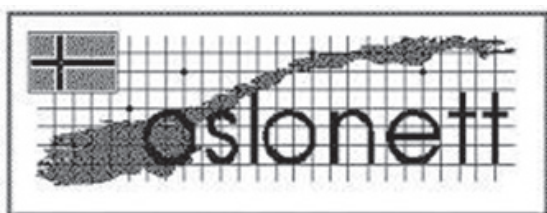
Remote login (fjernoppkobling) fikk navnet Telnet og flytting av filer fram og tilbake i nettverket ble en del av FTP (File Transfer Protocol). De fire opprinnelige nodene i ARPANET var University of California, Los Angeles, Stanford Research Institute, University of California, Santa Barbara og University of Utah.

NORSAR-linken på Kjeller i Lillestrøm kommune var den første internasjonale forbindelsen til ARPANET. Tilknytningen skjedde i 1973, rett før en forbindelse fra University College London ble etablert. Norge var dermed det første landet utenfor USA som ble tilknyttet det som senere ble kjent som Internett.

Kommunikasjonsprotokollene TCP/IP (Transmission Control Protocol/ Internet Protocol) ble utviklet for ARPANET og ble tatt i bruk i 1983.



I 1991 lanserte Tim Bernes Lee og hans medarbeidere ved CERN (Den europeiske organisasjonen for kjernefysisk forskning) «World-Wide-Web». Rent teknisk likner internett ganske mye på telegrafi, der en binær kode sendes over store avstander. «Webben» har vært en katalysator for nasjonale satsinger på informasjons- og kommunikasjons-teknologi (IKT) i helsesektoren, og har bidratt til at helseinformasjon kan følge pasienten gjennom hele forløpet.



Velkommen til Oslonett A/S. Her finner du informasjon om [gjennsettstilbudet](#) til firmaet, men også linker til en mengde spredt rundt på Internettet.

- De siste nyhetene i denne WWW serveren
- Oslonetts dokumentarkiv
- Oslonett Markedsplansen
- Jobbannonser
- Oslonetts Gopher tjeneste
- NORWEB og grafisk kart over norske WWW servere.



Nasjonalbiblioteket: Da internett-feberen kom til Norge [29]

I internettets spede begynnelse satt vi på «hjemmekontoret» med 14 Kb/s-modem tilkoblet via kobber-telefonlinje og «surfet» og kommuniserte (!) Det gikk tregt, men du verden for en ny og skjellsettende opplevelse.

Den første utgaven av nettleseren Mosaic ble publisert den 23. januar 1993, og gjorde www tilgjengelig for massene. Nettleseren satte dype spor etter seg, selv om populariteten var kortvarig. Netscape Navigator tok over etter Mosaic og så følger historien med nye nettlesere.

Det er lett å tenke at internett var noe som ble importert fra USA, ferdig utviklet. Slik var det ikke. Internett og internett-tjenester ble utviklet gjennom dialog mellom ulike fagmiljøer, på tvers av landegrenser.

«Oslonett» ble stiftet i 1991, og i 1993 satte firmaet opp Norges første kommersielle nettsted: «[www.oslonett.no](#)» (ikke lenger aktiv web).

«Oslonett fikk nordmenn på nett under OL på Lillehammer i 1994».



Foto: getty.com

E-helsetjenester

Webben har lagt grunnlaget for utviklingen av en rekke e-helsetjenester, som elektronisk sykmelding og e-konsultasjoner, og bidratt til en enklere og sikrere håndtering av legemidler gjennom e-resept.

Forbedret pasientforløp: Ved å la helseopplysninger følge pasienten mellom ulike helsetjenester, bidrar webben til et mer sammenhengende og helhetlig tjenestetilbud.

Økt effektivitet: Digitaliseringen og de nye kommunikasjonskanalene som webben muliggjør, bidrar til mer effektiv arbeidsflyt og reduserer unødvendig papirarbeid.

Sentralisert styring: Webben har bidratt til behovet for nasjonal strategisk styring av e-helse, noe som førte til etablering av Direktoratet for e-helse; en statlig etat som hadde ansvaret for å utvikle digitale løsninger for helse- og omsorgssektoren i Norge. Direktoratet for e-helse var underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, som det ble skilt ut ifra ved opprettelsen i 2016. Det ble i 2024 integrert i Helsedirektoratet.



Foto: getty.com

Norsk helsenett SF (NHN) er et statsforetak etablert og eid av Helse- og omsorgsdepartementet. NHNs oppdrag er å levere og videreutvikle nasjonal IKT-infrastruktur for samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren.

Hordalandsmodellen

HE-nett, Nasjonalt nødnett, AMK-sentral og kommunale Legevaktsentraler

Hordalandsmodellen var et pionerprosjekt for akuttmedisinske tjenester med helse, politi og brann som brukte frekvenser i det eksisterende manuelle VHF-radionettet med tilhørende basestasjoner (Offentlig Landmobil Telefoni – OLT – etablert i 1966) som ble ledige da Televerket bygget ut et nytt og automatisert mobilnett (NMT-450) i 1981 (se *NOTE). Modellen ble senere videreutviklet til **det nasjonale Nødnettet**.

Når ble AMK en realitet i Norge?

Nødmeldetjenesten slik vi kjenner den i dag ble utviklet på begynnelsen av 1980- tallet med helsetjenesten som pådriver og politi, brann og daværende Televerket som viktige medspillere. Landets første akuttmedisinske kommunikasjonsentral (AMK-sentral) ble etablert ved Haukeland sykehus i



Det er nå 94 legevaktssentraler i Norge:

www.norceresearch.no/prosjekter/nasjonaltlegevaktregister

mai 1984 og Stortinget fulgte opp ved å vedta det som i dag danner rammene for medisinsk nødmeldetjeneste med Ot.prp. 26-1988/89

Akutt helsehjelp, legevaktssentral og legesentre

Etablering av kommunale og interkommunale legevaktssentraler innebærer at kommunen må organisere en døgnkontinuerlig legevaktssentral som håndterer henvendelser på det nasjonale legevaktnummeret 116117. Sentralen skal

*NOTE. Hordalandsmodellen var en radikal samordning som gjorde det mulig for lege, ambulanse, jordmor og helikopter (kanal 16) å kommunisere med hverandre, og skapte et helhetlig system for koordinering mellom nødetatene, sykehus og legevakt.

Det startet med en ny og genial bruk av et eksisterende radiosystem, og førte til en effektiv samordning av akutt-tjenestene: helse, politi og brann. Det ble mulig for nødetatene å kommunisere sømløst, noe som forbedret beredskap og respons ved akutte hendelser.

Hordalandsmodellen var unik og vakte stor interesse også fra utlandet for å lære om virkemåten. Det var overlege Paul Forstrønen ved HuS i Bergen som «fant opp» og så utviklet Hordalandsmodellen sammen med styringsgruppen som var tverrfaglig sammensatt med representanter fra de samarbeidende etatene og fra Televerket.

ha utstyr for nødnett, lyd-logging og prioritering av pasienter, og personellet må ha tilstrekkelig opplæring i bruk av nødnett og medisinsk akuttbehandling. I tillegg kreves det at kommunen sørger for egnete lokaler med nødvendig utstyr for undersøkelse og behandling, samt at det finnes rutiner for utrykning og sykebesøk.



Fastlegeforsøket 1993–1996

Forsøk med fastlegeordning (listepasientsystem) ble gjennomført i Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes i perioden fra 18. mai 1993 til 17. mai 1996 [30,31]. Forsøksmodellen med bl.a. 50 % basistilskudd og en egen refusjonstariiff ble forlenget i alle forsøkskommunene fram til innføringen av den nasjonale fastlegeordningen 1. juni 2001.

Bakgrunn

Fastlegeforsøket var ledd i videreutvikling av allmennlegetjenesten med utgangspunkt i de erfaringer som var gjort etter innføringen av kommunehelseloven i 1984. I forarbeidene til kommunehelseloven ble det fra flere hold foreslått å organisere legetjenesten etter et listepasientsystem der hver innbygger hadde sin «huslege». Listepasientmodellen hadde mange forkjempere i det allmennmedisinske fagmiljøet på 1960- og 70-tallet. Modellen hadde i mange år vært et viktig grunnlag for organiseringen av primærhelsetjenesten i Danmark, England og Nederland. I Ot.prp. nr. 36 (1980-81) gikk departementet likevel inn for at alle grupper helsepersonell i kommunene skulle organiseres ut fra en modell med distriktsansvar. Denne modellen ble anbefalt uavhengig av kommunestørrelse.

I 1989 sluttførte Tor Inge Romøren sin rapport om «Kommunehelsetjenestens fem første år» (Rapport til Sosialdepartementet 1989). På tross av mange positive erfaringer med reformen ble det pekt på flere alvorlige svakheter, bl.a.

manglende statlig styring av primærhelsetjenesten. Rapporten anbefalte først og fremst at staten utvikler framtidsrettede styringsmidler som er tilpasset den nye arbeidsdelingen mellom velferdsstat og velferdskommune. Mens gårsdagens styringsmidler het regler, normer og refusjoner, heter morgendagens kanskje overvåkning, veiledning og påvirkning, hevdet Romøren. Videre mente han at de sentrale helsemyndighetene må framføre et budskap som får alle ansatte i kommunehelsetjenesten til å orientere seg etter et sett av basale verdier som kan virke overordnet i hverdagen. I dette budskapet bør hensynet til brukerne stå sentralt.

Rapporten dokumenterte i tillegg behov for økt innsats på flere enkeltområder. Et av disse områdene var de alvorlige problemene i storbyenes primærhelsetjeneste. For å løse disse problemene ble det foreslått at Sosialdepartementet burde ta initiativ til et utviklingsprogram, og han mente det var naturlig å starte med innføringen av en fastlegeordning.

I «Røynslemeldinga» (St. meld. nr. 36 1989-90) blir denne ideen ført videre [32]. Departementet fastslår her at allmennlegetjenesten er hjørnesteinen i helse-tjenesten, og foreslår «utprøving av listepasientsystem som eit tiltak for å gjere legetjeneste meir tilpassa brukarane sine behov».

Stortinget vedtok i 1991 (Ot.prp. nr. 64 1990-91) at det skulle settes i gang et forsøk i fire kommuner. I forarbeidene til «Lov om forsøk med listepasientsystem i kommunehelsetjenesten» formulerte departementet følgende overordnede mål for en fastlegeordning:

- å utvikle en legetjeneste som er bedre tilpasset brukerne, særlig de grupper som har et stort behov for legetjenester
- å legge forholdene til rette for at en fastlege ved behov kan samarbeide med annet personell og koordinere tiltak for sine pasienter i helsetjenesten
- effektiv ressursutnyttelse og bedre økonomistyring for stat, fylkeskommune og kommune ved bl.a. å bidra til en mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten.



Foto: Helsebiblieket

Stortinget var i tillegg opptatt av om og eventuelt hvordan en fastlegeordning kunne bidra til å nå andre viktige mål for helsepolitikken:

- bedre helsetjeneste for svake grupper
- bedre betingelser for forebyggende arbeid
- bedre kvalitetssikringssystemer
- bedre legedekning i utkantstrøk

Av landets 451 kommuner meldte 21 sin interesse for å delta i fastlegeforsøket. Departementet besluttet våren 1992 at forsøk med fastlegeordning skulle gjennomføres i Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes. En viktig årsak til at Tromsø ble valgt var at denne kommunen hadde flere av de problemene staten ønsket å påvirke (dårlig telefontilgjengelighet, lang ventetid for legetime, stor ustabilitet i kommunale fastlønnstillinger, stort forbruk av legevakt m.m.)

Legene i Tromsø var delt i to grupper med veldig forskjellige arbeids- og lønnsvilkår. Fastlønnte kommuneleger utgjorde den største gruppen (19,4 årsverk), mens det var 14,2 årsverk med privatpraktiserende leger som hadde avtale med kommunen, og ingen leger uten avtale. Ikke-kurativt legearbeid (lege i sykehjem, fengsel, helsestasjon osv.) var i hovedsak tillagt kommunelegene i Tromsø, og noen av disse legene hadde inntil 50 % av sin stilling knyttet til slike oppgaver. I Trondheim, Lillehammer og Åsnes var det nesten bare privatpraktiserende allmennleger før fastlegeforsøket startet, også noen uten avtale

med kommunen. Det ble fra flere hold reist kritikk mot at ingen typisk liten distriktskommune var blant forsøkskommunene. Åsnes kommune hadde ca. 8000 innbyggere på begynnelsen av 1990-tallet.

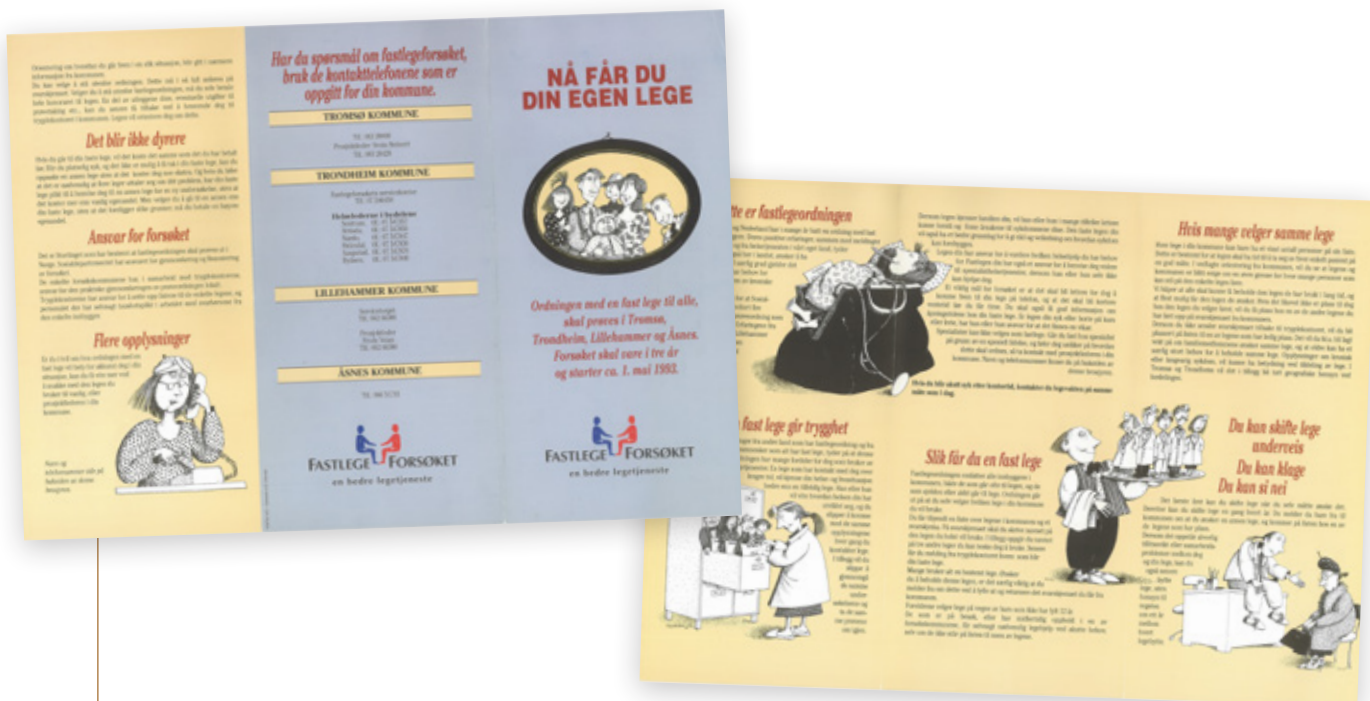
Organisering

Fastlegeforsøket ble fra starten ledet av Sekretariatet for modernisering og effektivisering (SME) i Sosialdepartementet med direktør Trine Normann og prosjektkoordinator Knut J Lunde som hovedansvarlige. I hver av forsøkskommunene ble det ansatt en prosjektleder med ansvar for planlegging, organisering og oppfølging av forsøket lokalt. Det var i tillegg en prosjektleder i Rikstrygdeverket, direktør Inger Lund. Mens stillingen som sentral prosjektkoordinator i SME var besatt av fire forskjellige personer fra 1992 til 1996, var de fire prosjektlederne i forsøkskommunene stabile i hele forsøksperioden: Trygdesjef Søren Idland i Åsnes, kommuneoverlege Frode Veian i Lillehammer, seniorforsker Bård Paulsen i Trondheim og allmennlege Svein Steinert i Tromsø.

Kontinuiteten blant de lokale prosjektlederne var trolig av avgjørende betydning for framdriften i prosjektet. Det var også av stor betydning at departementets eksterne rådgiver Niels Bentzen, professor i allmennmedisin ved universitetet i Odense, var aktiv veileder i forsøket fra 1992 til 1996. Fra siste halvdel av 1995 inntok byråsjef Andreas Diesen i Sosialdepartementet en mer aktiv rolle i oppføringen av fastlegeforsøket.

I tråd med forskriften for forsøket ble det etablert et rådgivende samarbeidsutvalg med representanter for politikerne, brukerne og legene i alle forsøkskommunene. I departementet ble det oppnevnt en sentral referansegruppe med representanter fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Sosialdepartementet, Finansdepartementet, Den norske Lægeforening, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Kommunenes sentralforbund og Rikstrygdeverket.

Rikstrygdeverket var ansvarlig for å utarbeide et system for legevalg, månedlig oppdatering av legenes lister, beregning av basistilskudd, og utbetaling av



refusjoner i tråd med den nye fastlegetariffen. Månedlig ajourføring av legenes lister ble utført av de lokale trygdekontorene.

Hovedpunkter i forsøksordningen

Før oppstart fikk alle innbyggere over 12 år tilsendt en informasjonsbrosjyre om fastlegeordningen, og tilbud om å velge en av legene som drev kommunal eller privat praksis i kommunen.

De som allerede hadde en fast lege, ble oppfordret til å velge denne dersom de ønsket det. Barn under 12 år fikk bruke samme lege som en av foreldrene. Innbyggerne ble oppfordret til å ta stilling til om man ønsket en lege nær arbeidsplassen eller nær hjemmet. For pasienter med kroniske sykdommer og sammensatte problemer ble det gitt informasjon om at en fastlege nær hjemmet kunne lette samarbeidet med andre deler av kommunehelsetjenesten, f.eks. hjemmesykepleien. Det ble gitt anledning til å bytte lege etter ett år, eventuelt tidligere hvis det var nødvendig eller sterkt ønskelig. Pasienter som gikk til en annen lege uten «legitim grunn» måtte betale høyere egenandel og de måtte også betale legens refusjonsdel for eventuelle prøver og behandlinger. Refusjonsdelen ble tilbakebetalt av trygdekontoret i kommunen.



Det viktigste var at legenes ansvar for pasientene ble tydeligere og avgrenset. Legene mottok basistilskudd for hver innbygger på listen i stedet for driftstilskudd for avtaleleger. Det ble gitt høyere basistilskudd for de første 500 personene, for alle over 75 år, og for personer som var tilknyttet et utekontor (Tromsø). Det ble innført en ny listetariff som var lavere enn normaltariffen fordi basistilskuddet skulle utgjøre ca. 50 % av bruttoomsætningen i praksis. Normaltariffen skulle imidlertid fortsatt gjelde ved legevakt. Legevaktene ble derfor drevet som tidligere i forsøkskommunene.

For kommunene omfattet fastlegeforsøket hovedsakelig det kurative legearbeidet. Andre legetjenester skulle fortsatt organiseres i samsvar med gjeldende avtaleverk. Det ble imidlertid oppfordret til å utvikle samarbeidsmodeller med skolehelsetjenesten, helsestasjon, hjemmesykepleien, sykehjem, spesialisthelsetjenesten mm. For å sikre nødvendig kontinuitet og forsvarlig faglig kvalitet ble det satt en nedre grense for listestørrelse på 500 og en øvre grense på 2500 innbyggere. Det ble åpnet for avvik fra hovedregelen.

Det ble også åpnet for at eksisterende fastlønnsordning kunne videreføres under forutsetning av at det personlige listeansvaret ble synliggjort for lege og pasient. Ingen av fastlønnslegene i Tromsø kommune benyttet seg av denne muligheten. Alle ønsket å bli privatpraktiserende leger i den nye modellen.

Staten ved SME dekket alle utgifter til prosjektet, dvs. utgifter til forprosjektet for å lage en lokal prosjektplan, prosjektledelse og gjennomføring av hovedprosjektet. Det var et overordnet mål at utgifter til legetjenesten for kommunene og staten ikke skulle øke på grunn av fastlegeordningen. Staten ville imidlertid dekke den enkelte prøvekommunes merutgifter til allmennlegetjenesten dersom de skulle overskride utgiftene før forsøksstart.

Evaluering

Det ble lagt stor vekt på løpende intern evaluering av forsøket fra de lokale prosjektlederne i kommunen, Rikstrygdeverket og lokale trygdekontor. Prosjektlederne hadde regelmessige møter med Sosialdepartementet både i Oslo og i alle forsøkskommunene. I tillegg ble det gjennomført en omfattende ekstern evaluering under ledelse av Norges forskningsråd [33]. Fem etablerte forskningsmiljø med forskjellig kompetanse fikk ansvar for å utarbeide del- og sluttrapporter fra forsøket:

- Arbeidsforskningsinstituttet i Oslo ved ansvarlig Hanne Heen
- Universitetet i Oslo, Senter for helseadministrasjon ved Tor Iversen
- Norsk institutt for sykehusforskning, SINTEF/NIS i Trondheim ved Tone Opdahl Mo
- NORUT Samfunnsforskning A/S, Tromsø ved Elin Johnsen
- Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø ved Toralf Hasvold

Under forsøket var det regelmessig kontakt mellom de lokale prosjektlederne og forskningsmiljøene. Det ble også arrangert årlige erfaringskonferanser i

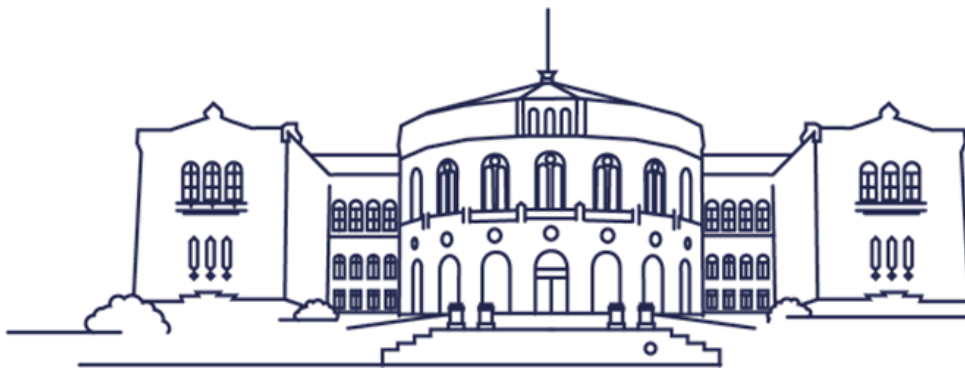


prosjektkommunene. Dette bidro til å justere og forbedre den opprinnelige prosjektplanen. Løpende erfaringer fra forsøket ble presentert av prosjektlederne og forskerne på Primærmedisinsk uke, Nidaroskongressen, Nordisk kongress i allmenntillegisin, årsmøter i Legeforeningen og ved en rekke faglige møter og kurs i fylkene.

Erfaringer fra fastlegeforsøket

I innst. S. nr. 215 (1996–97) fikk stortingspolitikkerne presentert disse erfaringene [34]:

- Det viste seg fullt mulig å tilpasse et listepasientsystem også i Norge. De aller fleste innbyggerne fikk fast lege og brukte denne. Legene skaffet vikar ved fravær.
- De fleste brukerne var godt fornøyd med ordningen og følte seg trygge på at de fikk hjelp ved behov. Dette gjaldt også menneskene med stort behov for legetjenester, men for disse var det av avgjørende betydning at de fant den «rette» legen. Restriksjonene som ble lagt på mulighetene til å bytte lege, ble opplevd som for store.
- Et flertall av legene var fornøyd med ordningen og ønsket at den skulle bli permanent. Ordningen bedret mulighetene for å planlegge praksisen og gi pasientene på egen liste et godt tilbud. Men ikke alle legene var like fornøyd. Noen – særlig kvinnelige leger – opplevde at arbeidsbyrden og ansvaret økte, og noen leger syntes det var vanskelig å skulle stille vikar ved fravær.
- Noen av legenes samarbeidspartnere i kommunene mente samarbeidet om den enkelte pasient hadde bedret seg. Andre mente at det grupperettede samarbeidet led når legene gikk over fra å være fastlønnte til selvstendig næringsdrivende.
- Spesialisthelsetjenesten opplevde at samarbeidet over forvaltningsgrensene ble bedre.
- Forsøkskommunene var stort sett fornøyd med ordningen. Det ga dem bedre muligheter for planlegging, styring og oppfølging av legetjenesten.
- Det var liten mulighet for «doctor shopping». Legevaktforbruket gikk noe ned.



- De fleste legene ble avlønnet ut fra ett avlønningssystem, og de fleste fikk bedre inntekt. Ordningen ble dermed totalt sett dyrere for det offentlige.
- Blant annet fordi refusjonskomponenten i legenes avlønning var redusert, fikk staten reduserte utgifter, mens kommunen fikk økte. Kommunenes økte utgifter ble imidlertid i forsøket kompensert med statlige overføringer.

Departementet konkluderte med at fastlegeordningen slik den ble utprøvd i forsøket, kunne bidra til å løse mange problemer, men at en ordning nøyaktig lik den som ble prøvd ut, ikke var aktuell å innføre på landsbasis.

Konklusjoner fra komitébehandlingen i Stortinget

Et flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti, trakk fram følgende relevante konklusjoner fra forsøket:

- Fastlegeordningen ser ut til å skape større trygghet for at man får legehjelp når man trenger det.
- Samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten om psykiatriske pasienter og rusmisbrukere synes å ha blitt styrket som følge av ordningen, bl.a. er allmennlegeansvaret klart ved sammensetningen av ansvarsgrupper rundt den enkelte pasient.
- Akutttilbudet til psykiatriske pasienter er også bedre ivaretatt fordi det nå er kjent hvilken allmennlege som har ansvar i akutte kriser.
- Prosjektlederne rapporterer at mennesker med kroniske lidelser og eldre med sviktende funksjoner ble bedre fulgt opp enn tidligere.

- Det er lettere å få time hos legen på kort varsel.
- Det har skjedd en viss bedring i telefontilgjengeligheten der hvor den ikke har vært god.
- Legevaktforbruket i Trondheim sank med 15 % og hjemmebesøktjenesten sank med 30 %.
- Det viste seg at det var vanskelig å justere listene opp eller ned når de først var etablert.
- Stabiliteten i legetjenesten har vært stor under forsøket, også der den tidligere ikke var det.

Våren 1996 ble synspunkter på fastlegeordningen hos de legene som deltok i forsøket kartlagt. Av samtlige spurte svarte 60 % at de alt i alt er «fornøyd» med fastlegeordningen. Sju prosent var «misfornøyd». 33 % krysset av for alternativet «både/og».

- Særlig i Trondheim var det mange kvinnelige leger som ga uttrykk for at deres arbeidssituasjon var blitt forverret. Det knyttet seg i særlig grad til at listene deres var for lange.
- Erfaringer fra Tromsø viste at det var enkelt å innpasse turnusleger i fastlegeordningen.
- Fastlegeforsøket var ikke spesielt innrettet mot reformer i det samfunnsmedisinske arbeidet.
- Allmennlegen var blitt synlig og kontaktbar. Fastlegens rolle som portvokter og koordinator ble tydeligere.
- Samarbeidet med legen i forbindelse med styrking av omsorgen for psykiatriske pasienter i kommunen var blitt meget bra på grunn av muligheten for ansvars plassering.
- Analyser tyder på at antallet inneliggende pasienter på sykehus har steget mindre i forsøkskommunene enn det som har vært tilfelle i sammenlignbare områder.

Dette flertallet (Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti) viser til at evalueringsutsagnene klart tydet på at en fastlegeordning oppleves som positiv både fra pasientenes og legens side.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet hadde imidlertid flere kritiske bemerkninger til forsøket og evalueringen:

- De påpekte at i de kommunene som deltok i forsøket var legedekning på forhånd rimelig god, slik at forsøket ikke viste noe om behovet for flere offentlig ansatte leger. Likevel viste forsøket at veksten i kommunale utgifter ble anslått til 59 %. Når en kompenserer for statlige refusjoner, ble total-effekten 12 % vekst i offentlige utgifter til allmennlegetjenesten. Dermed: Hernes' fastlegeordning «vil totalt sett bli langt dyrere enn den frie legeordningen vi har i dag».
- Disse medlemmene vil også understreke at antall avtalehjemler vil måtte styrkes kraftig i sentrale strøk, der antall pasienter per lege i dag er høyest. Det er dessuten i de største bykommunene at antallet avtaleløse leger er størst, slik at det er mer tvilsomt om en vil oppnå flere allmennleger tilgjengelig for utkantkommunene.
- Forsøket har heller ikke vist hvordan ordningen vil fungere for pasienter som befinner seg i kommuner der det er stor legesøkning over kommunegrensene, da dette ikke var tilfelle i noen av forsøkskommunene.
- I fastlegeforsøket var det heller ikke med noen utkantkommuner med lavt folketall.

Etter disse medlemmenes oppfatninger er det også en alvorlig innvending at avlønningssystemet i fastlegeforsøket ikke løser de problemene kvinnelige leger møtte. Det viser seg at kvinnelige leger ofte behandler kronikere og kvinnelige pasienter, som ofte har sammensatte og vanskelig diagnostiserbare tilstander. Det høye basistilskuddet (per capita tilskudd på ca. 50 %) gjør at leger med mange pasienter med sammensatte og kroniske tilstander, som ofte kommer til konsultasjon, ikke får betalt for innsatsen.

- En 50/50-fordeling mellom basistilskudd og refusjon/stykkpris gjør at det lønner seg å ha en lang liste med mange unge, friske innbyggere som sjelden oppsøker lege. Denne erfaringen har ført til at man i Danmark har redusert basistilskuddet til 30 %.

Dette mindretallet (Høyre og Fremskrittspartiet) mener derfor at det ikke går an å bruke den danske ordningen som et sannhetsvitne for at fastlegeordningen fungerer bra, når den norske fastlegeordningen skiller seg fra den danske på et så vesentlig punkt.

Veien fra fastlegeforsøk til innføringen av en nasjonal fastlegeordning, 1996–2001

Høsten 1997 var det økende uro og misnøye blant fastlegene i forsøkskommunene, særlig blant kvinnelige leger i Trondheim og Tromsø. Hovedårsaken var at de erfarte økende arbeidsmengde knyttet til fastlegelisten, og at det var vanskelig å få redusert listen. Flere leger truet med å si opp sine stillinger dersom ikke kommunene la bedre til rette for listereduksjon, bl.a. ved å opprette flere nye listehjemler [35]. I forsøksperioden ble det bare opprettet ett nytt legekontor i forsøkskommunene: Skansen legekontor i Tromsø høsten 1995. Pga. stor legemangel, kombinert med stor inn- og utflytting i kommunen, ble legenes lister fulltegnet i løpet av et drøyt halvår, og ytterligere en fastlege startet sin praksis på Skansen legekontor våren 1996. I Trondheim ble det ikke etablert nye legelister før i 1998.

Diskusjonene omkring en normering av listestørrelse i forhold til et kurativt årsverk toppet seg i Tromsø høsten 1996. Legene framsatte et krav om at et årsverk skulle normeres til 1500 innbyggere på listen, eller 300 for hver kurativ arbeidsdag. For en fastlege med individuell avtale som inkluderte 7,5 timer kommunalt arbeid per uke krevde legene at de ikke kunne pålegges en liste som var større enn 1200 innbyggere. Et samlet legeråd besluttet å avslutte fastlegeordningen i Tromsø og gå tilbake til en modell med driftstilskudd dersom ikke dette kravet ble innfridd. Før forsøket startet hadde legene i Tromsø framforhandlet en avtale der også de fast ansatte kommunelegene fikk rett til privat driftsavtale klasse III med kommunen, eller fastlønn, dersom fastlegeforsøket ble avsluttet uten at en nasjonal fastlegeordning ble innført (Svein Steinert, personlig meddelelse).



Foto: getty.com

17. januar 1997 skrev Kommunal Rapport følgende artikkel med overskrift:

«Fastlege-strid i Tromsø

Den vellykkede forsøksordningen med fastleger i Tromsø er i krise. Striden står om hvor mange pasienter hver lege skal ha ansvar for. Fastlegene i Tromsø vil ha et tak på 1 500 pasienter på hver leges liste, men kommunen mener tallet skal være 2 000. Ingen av partene vil gi seg, og det pågår intense forhandlinger om å redde ordningen. Begge parter ønsker en videreføring, men hvis de ikke blir enige kan fastlegeordningen bryte sammen. Legene ønsker ingen definitiv grense på 1500 pasienter, men vil ha avtalefestet retten til å reservere seg mot større lister. En av årsakene et stort arbeidspress på mange leger, som gjennomsnittlig har hatt 1880 pasienter i forsøksperioden. Kommunen frykter at færre pasienter per liste vil presse fram flere stillingshjemler. – Hvis vi gir oss betyr det at vi mister styringsretten, og denne vil kommunen ha. Vi kan ikke akseptere at legene skal bestemme taket på listene, sier kommunaldirektør Sigurd Beite i Tromsø til Kommunal Rapport. – Vi er villige til å ta inn en setning om at legene kan søke om et tak på 1 500, og at ønsket skal kunne vektlegges, sier Beite.»

Striden i Tromsø førte til at representanter for det sentrale trepartssamarbeidet (Staten, KS og Den norske legeforening) deltok i et lokalt forhandlingsmøte

i Tromsø i februar 1997. Resultatet var at legenes krav ble innfridd, og at fastlegeordningen i Tromsø og de andre forsøkskommunene fortsatte fram til den nasjonale innføringen av fastlegeordning 1. juni 2001. Normen på 1500 innbyggere per kurativt årsverk, og 300 per kurativ arbeidsdag per uke, ble den rådende normen også etter innføringen av nasjonal fastlegeordning.

Utkast til forskrift om fastlegeordning i kommunene

I regjeringen Bondeviks «Utkast til forskrift om fastlegeordning i kommunene» framkommer det flere viktige endringer i forhold til rammevilkårene i fastlegeforsøket for pasientene, legene og kommunene:

Viktige rettigheter for innbyggerne var bl.a. adgangen til å velge fastlege utenfor bostedskommunen, rett til å bytte lege to ganger per år, rett til ny vurdering hos en annen lege enn sin fastlege (second opinion). Barn under 16 år fikk samme lege som en av foreldrene.

Det ble foreslått at kommunen kunne stille følgende vilkår for inngåelse av en fastlegeavtale:

- At fastlegen påtar seg et listeansvar for inntil et nærmere bestemt antall personer. Fra januar 2001 fastsettes 1500 ved fulltids kurativ virksomhet. Ved deltidspraksis justeres øvre antall personer på listen.
- At fastlegen deltar i allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Slik deltakelse gir fastlegen rett til forholdsmessig avkortning av listelengden.
- At legen deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunenes organiserte øyeblikkelig hjelp – tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i Nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.
- At fastlegen deltar i veiledning av turnusleger

Ved innføring av ordningen har kommunen ansvar for at alle som er registrert bosatt i kommunen får tilbud om plass på en fastleges liste. Leger, som når ordningen trer i kraft, driver allmennpraksis som ansatt eller selvstendig næringsdrivende med eller uten avtale med kommunen, har rett til avtale som fastlege i den kommune der hans eller hennes hovedvirke er.

Dette var bakteppet da Legeforeningen arrangerte sitt årlige landsstyremøte på Royal Christiania Hotel i Oslo høsten 1999. Fastlegeordningen var den absolutt største saken på møtet, og valget av ny president og visepresident sto mellom Hans Petter Aarseth og Hans Kristian Bakke som støttet innføringen av en fastlegeordning, og Grethe Aasved og Kåre Reiten som var motstandere av en nasjonal fastlegeordning.

President Hans Petter Aarseth skriver bl.a. følgende i sin referatartikkel fra landsstyremøtet:

«Den siste tiden har det vært oppslag i pressen som kunne gi inntrykk av en splittet legeforening. Særlig har det vært usikkerhet omkring fastlegeordningen og hvordan vi skal forholde oss til den. Landsstyremøtet 1999 er vel i havn. Ved møtes slutt kan det konstateres at foreningen står samlet om de politiske mål. Den store saken på årets møte var utvilsomt fastlegeordningen. Fortsatt er det noen som tar prinsipiell avstand fra selve systemet ordningen bygger på. Både pasientene og legene mister sin frihet. Et overveldende flertall av landsstyredelegatene har en annen oppfatning: Fastlegeordningen kan gi grunnlag for en kvalitativt bedre allmennlegetjeneste.

Dette flertallet er derfor ikke opptatt av om vi skal ha en fastlegeordning, men hvordan den skal være for å fungere godt både for befolkningen og for legene. Sentralstyret



har fått fullmakt til å videreføre arbeidet, men det er stilt visse krav til ordningens innhold som må innfris. Det viktigste elementet er knyttet til den enkelte leges mulighet til å begrense sin arbeidsbelastning for derved å kunne ta ansvaret for forsvarlig virksomhet. Et listetak på 1 500 for fullt kurativt årsverk er et absolutt krav. Det vil være fullstendig uakseptabelt hvis dette kravet innfris ved innføring av ordningen og Regjeringen senere kommer med nye forskrifter som hever taket. I Odelstingsproposisjon nr. 99 (1998–99) har Regjeringen uttalt at fastlegeordningen skal innføres innenfor eksisterende

økonomiske rammer. Samtidig pekes det imidlertid på at flere legeårsverk vil føre til større utbetalinger fra folketrygden. Landsstyret legger til grunn at når allmennlegetjenesten skal tilføres 600 legeårsverk, når alle legene skal ha større ansvar og flere forpliktelser overfor pasientene og i sterkere grad rekrutteres til offentlig legearbeid, så forutsetter det et økonomisk løft for primærhelsetjenesten.»

Var vi klare for endring?

Før innføringen av fastlegeordningen oppga 67 % av befolkningen at de allerede hadde en fast allmennlege. I tillegg var det 10 % som anga at de ikke ønsket noen fastlege og foretrakk å kunne bruke flere ulike allmennleger. Det var likevel bare 0,5 % som valgte å stå utenfor fastlegeordningen.

Ikke alle var like begeistret for de endringene en fastlegeordning ville medføre for deres arbeidssituasjon, for eksempel distriktslegen i Hurdal [36].

«Innføring av fastlegeordning førte med seg store forandringer, samtidig som dataalderen kom og inntok legekontorer med skjemaer, skjermer og skrivere. Alt skulle være mer effektivt og gå så fort. Jeg følte meg gammel og var ikke effektiv nok, og dette sammen med økende mengde arbeid, gjorde at jeg valgte å slutte som lege ved oppnådd pensjonsalder. Jeg orket ikke mer av alt som jeg ikke fikk gjort tilfredsstillende lenger. Jeg har behandlet tre generasjoner Hurdølinger, og jeg har forsøkt å være en gammeldags huslege, en face-to-face-doktor, uten for mye bruk av dataskjerm og telefonkonsultasjoner. Jeg har likt meg i jobben, men ofte med engstelse for ikke å strekke til og for å gjøre feil. Det som har vært en god støtte og kilde til glede for legen, er alle gode tilbakemeldinger, omfavnelser, gode pasientsamtaler og takknemlige blikk. Takk fra Hurdals siste distriktslege»

Noen allmennleger begrunnet sin skepsis til en fastlegeordning med ansvaret det ville medføre for mange kroniske syke og krevende pasienter. Menslikforholdt det seg tross alt for relativt få leger. Det store flertallet av de privatpraktiserende allmennlegene og deltidsansatte kommunelegene gikk over til fastlegeavtale i sine kommuner med forventning, energi og engasjement. Fastlegeordningen ble

oppfattet som en vitamininnsprøytning for faget og for legenes arbeidsforhold. Riktignok må vi ikke glemme at det var mange og harde profesjonskamper og konflikter i forberedelsene og opptakten til Fastlegeordningen – både i og mellom fagforeningene våre og på det politiske plan.

Mange av oss har blitt fortalt, og sikkert har vi også bidratt til å fortelle heltehistorier om «gamle dager», «de gamle legene» og «den gang da vi selv var unge».

Nå er det andre tider!

«We're saying, no more, thank you very much! Enough of what you think we've lost. (...) We want to talk about now, what we actually have, not what we don't have, what we can hope for, about who's doing all the thinking now, not then!» [37].

Det er studenten Kevin Howard som i framtidas år 2130 i fortellingen av den britiske forfatteren Ian McEwan som holder dette protestinnlegget på vegne av studentene foran de to professorene i seminarrommet.



Foto: getty.com

Så ble det endelig en fastlegeordning – 1. juni 2001!



Fastlegeordningen var på mange måter svaret på flere av de utfordringene man den gang sto overfor, slik som manglende rekruttering til allmennlegevirksomhet i utkantene og bekymring for overetablering av leger i større byer. Innføringen skapte en bølge av entusiasme blant allmennlegene – som varte i bortimot ti år.

Fastlegeordningen 2001–2026. Fra suksess til krise – og tilbake igjen?



Tiden etter at fastlegeordningen ble innført var som sagt preget av stor tilfredshet. Innbyggerne visste hvem som var deres lege og legen kunne konsentrere seg om å følge opp pasientene de hadde på listen. Samarbeidsinstanser som NAV, hjemmetjenesten o.a. visste nå hvilken lege den enkelte bruker hadde og sykehusene fikk en adresse for epikrisen. Såkalt «doctor shopping» for vanedannende medisiner ble vanskelig. Det var i de større byene at disse endringene var mest merkbare, sammenliknet med små kommuner med en håndfull leger. De økonomiske vilkårene for å drive fastlegepraksis opplevdes akseptable og gjerne noe bedre enn de hadde vært i den tidligere ordningen.

I 2002 sa 60 % av fastlegene at de var tilfredse med listelengden, 20 % ønsket flere pasienter og 20 % ønsket færre. I juni 2005 hadde 98,5 % av befolkningen fått plass på listen hos en fastlege. Over halvparten av listene var åpne og overkapasiteten på listeplasser var ca. 10 %.

I årene som fulgte endret denne tilfredsheten seg gradvis til vi fikk det vi alle kjenner som ‘fastlegekrisen’. Hva hadde skjedd?

En ikke-bærekraftig fastlegeordning

Allerede i 2008 – altså etter bare sju år – skrev Helsedirektoratet i en rapport om utviklingstrekk i helsesektoren: «Det er i dag et kapasitetsproblem i fastlege-

ordningen som fører til et kvalitetsproblem for hele helsetjenesten». Problemene tiltok de nærmeste årene, men økte for alvor etter innføringen av Samhandlingsreformen 1. januar 2012 [38].

Samhandlingsreformen (rett behandling – på rett sted – til rett tid) var helseminister Bjarne Håkon Hanssens store prosjekt. I St. meld. Nr. 47 (2008–2009) skriver Hanssen bl.a. i forordet: *«I min første uke som helseminister reiste jeg landet rundt for å se og lytte og danne meg et bilde av dagens helse-Norge. Da jeg presenterte en ny helsereform – samhandlingsreformen – ble jeg møtt med veldig mange positive reaksjoner – fra brukere, pårørende, ansatte, KS, fagforeninger, partikolleger og folk flest. De var enige: Mye er veldig bra, men mange mennesker får ikke den hjelpen de trenger når de trenger den. Manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer, og psykisk syke blir tapere i dagens helse-Norge»*

Hvorfor ble ikke samhandlingsreformen den store suksessen for brukerne, pårørende, ansatte, helseforetakene og kommunene, inkludert fastlegeordningen?



Foto: getty.com

En viktig årsak var at Bjarne Håkon Hanssen overraskende trakk seg som helseminister allerede 1. oktober 2009. Andre fikk derfor ansvaret for et prosjekt han hadde drevet fram med stor entusiasme. Hovedårsaken var likevel at dette var en reform som i stor grad var styrt av Helseforetakene med liten medvirkning fra kommunene. Kommunene var dårlig forberedt, og de hadde i liten grad bygget opp kapasitet i omsorgstjenesten og fastlegeordningen da et stadig økende antall utskrivningsklare pasienter skyllet inn over kommunene fra første dag av reformen. Fastlegene og sykehjemslegene i kommunen ble sjelden involvert i vurderingen av når en pasient var utskrivningsklar. Definisjonsmakten lå hos helseforetakene, og de tok i liten grad hensyn til den enkelte kommunes kompetanse og kapasitet til å motta stadig mer behandlingskrevende pasienter.

I sammendraget fra Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen i 2016 leser vi bl.a.: «*Samhandlingsreformen og Helse- og omsorgstjenestelover forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler som ett av flere virkemidler for å bedre samarbeid om helse- og omsorgstjenester. Det er imidlertid små variasjoner i avtalene som er inngått, og kommunene har bare i liten grad benyttet det rom for lokale tilpasninger som lovgiver har gitt*» [39].



Behovet for økt kapasitet og kompetanse i fastlegeordningen ble, som ved tidligere kriser i allmennlegetjenesten, først tydelig i Nord-Norge, og spesielt i distriktskommunene. I Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) sin publikasjon i anledning konferansen '15 år med fastlege' høsten 2016 het det: «Fastlegeordningen er ikke bærekraftig med dagens belastning på legene. Vi kan frykte at ordningen bryter sammen i løpet av få år om ikke staten tar grep» [40].

Flere forhold hadde virket sammen for at en slik situasjon kunne oppstå [41]:

- a. Den demografiske utviklingen gikk i retning av flere eldre med behov for mer krevende medisinsk behandling.
- b. Medisinens utvikling gjorde at man kan leve lengre med alvorlige og/eller kroniske sykdommer, med derav økende krav til oppfølging.
- c. Politiske reformer hadde medført overføring av ansvar og oppgaver til fastlegene i tillegg til Samhandlingsreformen: ny Fastlegeforskrift, Akuttmedisinforskrift, Førerkortforskrift, Fraværgrense i den videregående skole og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

I tillegg til dette bidro den økte digitaliseringen til å øke fastlegenes arbeidsbelastning. Økt digitalisering ga bedre muligheter til å kommunisere med pasienter, apotek, NAV, sykehus og andre samarbeidende instanser og bidro selvsagt til å effektivisere fastlegens arbeid. På den annen side førte bedre digital tilgjengelighet til at terskelen for å ta kontakt med fastlegen ble lavere, både for pasienter og samarbeidspartnere. Og tar man først kontakt, venter man et snarlig svar.

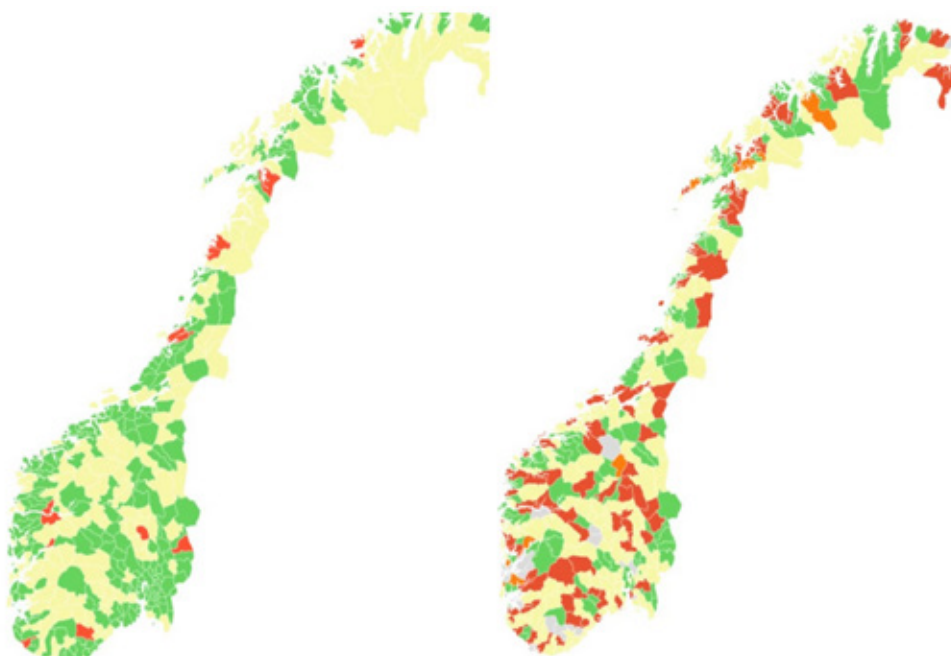
Når dagens siste pasient var gått, satt fastlegen igjen med en lang liste av meldinger fra hjemmesykepleiere, NAV o.a. samt fra pasienter som hadde booket e-konsultasjoner.

Legevakt var ikke en del av fastlegeforsøket, men er en del av fastlegeavtalen der legenes ansvar er regulert i Fastlegeforskriften. Legevakt er også regulert i Statsavtalen og Rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen. For mange

leger i distriktene var den store arbeidsbelastningen på legevakt en viktig del av fastlegekrisen.

Vi kan konkludere med at utviklingen de første 15 årene viste at fastlegeordningen ikke ble tilført ressurser i takt med økningen i oppgaver som ble pålagt legene [42].

VGs nasjonale kartlegging av fastlegeordningen våren 2017 var det som for alvor befestet begrepet fastlegekrise, ikke bare i kommunene, men i hele befolkningen, og det førte også til at det blinket røde lys i den sentrale helseforvaltningen. VG fant at *«helseledere i en rekke kommuner beskriver en hard kamp om både leger og vikarer. 198 av 425 kommuner melder om ulik grad av bekymring*



RØDT: I 2017 meldte ti kommuner om legekrise. De ga situasjonen fargen rød i VGs kartlegging. Nå har fastlegekrisen spredt seg til 83 kommuner. Til tross for utredninger, kartlegginger og handlingsplaner, sliter stadig flere kommuner med å rekruttere fastleger. Noen har begynt med kommunalt ansatte leger. Det er dyrt, men gir stabilitet. Blant disse kommunene er Porsanger og Åsnes. Foto: Datawrapper.

rundt legesituasjonen. Til sammen bor det litt over 1,9 millioner mennesker i kommuner som sier de opplever utfordringer med å skaffe fastleger. Kommuner som melder om at de er bekymret, finnes i hele landet – også sentralt på Østlandet, som tradisjonelt har hatt god legedekning. Flere kommuner har vært nødt til å lyse ut samme stilling flere ganger, på grunn av ingen eller få søkere.» [43].

I 2021 gjennomførte VG en ny kartlegging av fastlegeordningen. Under overskriften «Legepresidenten: Fastlegeordningen renner ut mellom fingrene på oss» [44], stod det: «Krisen i fastlegeordningen har nå spredd seg over hele Norge. Bare 57 av landets 356 kommuner melder om greie rekrutteringsprosesser. 83 kommuner melder at de har store problemer med å skaffe innbyggerne fastlege.»

Fastlegene reduserte listelengden hvis de kunne – likevel ble arbeidsdagene lengre. Ifølge SSB økte arbeidstiden i perioden 2014–19 med sju timer i uka. Legene jobbet i snitt 56 timer i uka og 25 % mer enn 62 timer. Økonomien – basert på basistilskudd, takster og egenandeler – holdt ikke tritt med denne økte arbeidsmengden. Å jobbe mer for mindre betaling er ingen vinneroppskrift! Mange fastleger sluttet, eller ønsket å slutte og vikarbruken økte. I 2015 var median varighet av fastlegenes avtaler 9,5 år, i 2024 var den bare 6,7 år [45]. Pasientene var fortsatt fornøyd med sin fastlege, men var i mindre grad fornøyd med tilgjengeligheten [46].

Redningsforsøk

At fastlegeordningen holdt på å rakne kunne ikke i lengden gå upåaktet hen i offentligheten og i de styrende organer. I et stortingsvedtak i 2018 ble regjeringen bedt om å øke antall fastleger, redusere listelengden, øke antall utdanningsstillinger, etablere en nasjonal ALIS-ordning og bedre legevaksordningen.

Forslaget om en nasjonal ALIS-ordning har sitt utspring i pilotprosjektene ALIS-Vest som startet i 2017 og ALIS-Nord som startet i 2019. I ALIS-Vest ble unge leger tilbudt fastlønte utdanningsstillinger i etablerte allmennlegekontor i Bergen og omkringliggende kommuner. De nye stillingene fikk mange



Illustrasjonen hentet fra Dnlf-AF-Nfa-publikasjonen: Utviklingsplan for fastlegeordningen 2015 – 2020 (side 7)

søkere og ble raskt en suksess. ALIS-Vest ble fra første stund grundig evaluert av Nasjonalt senter for distriktsmedisin, og resultatene ble presentert på årlige ALIS-konferanser.

Flere tiltak ble satt i verk. Vi fikk en **Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–24**, der regjeringen ville styrke allmennlegetjenesten med 1,6 mrd. kroner i planperioden og målsettingen var å trygge en 'attraktiv, kvalitetssikker og teambasert' tjeneste [47]. Hele 17 tiltak skulle bidra til dette, slik som endret og økt basisfinansiering, økt antall ALIS-avtaler med sikret veiledning, samt introduksjonsavtaler for leger under spesialisering. Videre: man ønsket å avlaste fastlegene for oppgaver, å øke bruken av e-konsultasjoner og å gjøre fastlegeordningen teambasert.

I 2018 startet et **pilotprosjekt med primærhelseteam** i fastlegepraksiser, med særlig søkelys på å sikre bedre oppfølging av brukere med kroniske sykdommer og sammensatte behov. Prosjektet var i regi av Helsedirektoratet og varte

til 2024 [48]. Teamet bestod av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer, og ble ledet av en av fastlegene. Prosjektet omfattet utprøving av to nye finansieringsmodeller for teamarbeidet: honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Utgangspunktet var Stortingsmelding 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste (Primærhelsemeldingen).

Legeforeningen lanserte sin **Utviklingsplan for fastlegeordningen (2019)** [49]. De ti anbefalte tiltakene for en framtidsrettet og bærekraftig fastlegeordning dreide seg bl.a. om flere ALIS- og LIS1-stillinger, listereduksjon fra 1500 til 1000, styrket finansiering for å sikre en håndterbar arbeidstid, bedre muligheter til å ansette annet helsepersonell på legekontoet samt nasjonal utrulling av SKIL (Senter for kvalitet i legekontoer).

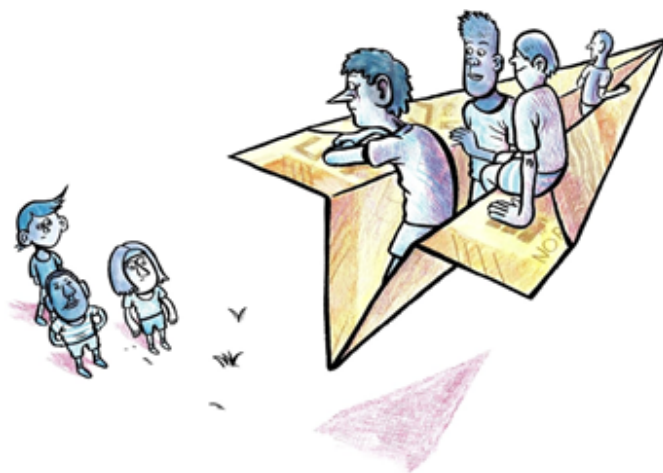
Det hurtigarbeidende **Ekspertutvalget** ble etablert i august 2022 med mandat til å gjøre allmennlegetjenesten mer bærekraftig. Utvalget leverte sin rapport våren 2023 [50]. Rapporten inneholdt forslag til hele 59 tiltak, samt en rekke anbefalinger. Utvalget ønsket bl.a. flere valgmuligheter enn det vi har i dag til å organisere fastlegetjenesten i kommunene, slik som 'fastlegeselskap' og kommunale legesentre. Det gikk også inn for økt basisfinansiering av næringsdriften samt ønsket flere leger på fastlønn. Og ikke minst gikk utvalget inn for en omfattende tverrfaglighet der en rekke faggrupper skulle komme inn på fastlegekontoet og at profesjonsnøytrale takster skulle gjøre dette mulig.

I Stortingsmelding nr. 9 (2023–24) **Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–27** er ett av hovedmålene en attraktiv og framtidsrettet allmennlegetjeneste [51]. Å legge til rette for tverrfaglige legekontoer med bredere faglig tilbud, profesjonsnøytrale takster og økt basisfinansiering lanseres som veien å gå. På grunn av de store demografiske endringene samfunnet står overfor, blir det også påpekt at kompetansen i alders- og sykehjemsmedisin bør styrkes.

Stortingsmelding 23 (2024–2025) **Fornye, forsterke og forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus** [52] kom våren 2025. Her heter det: Allmennlegetjenester er fundamentet for likeverdig

tilgang til legetjenester og en trygg akuttmedisinsk kjede. Det presiseres at den offentlige allmennlegetjenesten skal være innbyggernes førstevalg. Det heter også: Regjeringen vil utrede ytterligere regulatoriske og finansielle endringer for å fremme tverrfaglige og tilgjengelige fastlegekontorer og forenkle kommunens ledelse av næringsdrivende leger. Digitaliseringen skal styrkes, både i fastlegens kommunikasjon med pasienter og med samarbeidspartnere.

Her blir også forslaget om egne 'Nettleger' lansert. Man ønsker å prøve ut en løsning med offentlig nettlege i 10–20 kommuner. Hvis en innbygger ikke får time hos egen fastlege, eller timen ikke passer, skal det bli mulig å få en digital konsultasjon hos en annen lege som kommunen har avtale med, ønsker regjeringen. Legeforeningen trakk seg våren 2025 fra samarbeidet om regjeringens nettlege-pilot [53]. Et sentralt punkt i begrunnelsen var at man anså ordningen som en alvorlig trussel mot kontinuiteten mellom pasient og fastlege. Dette er fastlegeordningens formål og fremste styrke, og tiltak som direkte svekker denne må unngås. På tross av dette ble pilotforsøket rullet ut i de første kommunene sommeren 2025 og skal vare ut 2026, med Helsedirektoratet som ansvarlig. Kristiansand kommune var først ute med en foreløpig evaluering [54]. Her er nettlegen lagt til legevakten og avlaster først og fremst denne med henvendelser som ikke haster og som kan avklares uten frammøte.



Er krisen over?

Mye tyder på at utviklingen går i riktig retning. Innbyggerne blir igjen mer fornøyd med fastlegeordningen. Årets helsepolitiske barometer (2025) viser at 48 % var fornøyd med fastlegetilbudet på hjemstedet – mot 37 % to år tidligere. Det er igjen flere fastleger enn for noen år siden som rapporterer at de sannsynligvis vil forbli i ordningen [55,56].

Kapasiteten i fastlegeordningen er fortsatt for lav, men den negative utviklingen er snudd og antallet innbyggere uten fastlege er fallende. Per september 2025 hadde vi 5 563 fastleger i Norge [57]. Vi fikk 565 nye fastleger i 2024, hvilket er rekord, viser en fersk rapport fra Helsedirektoratet.

Ennå har ikke alle som ønsker det en egen fastlege, men også her er det en positiv utvikling. I september 2025 var 204 fastlegehjemler ubesatt og nærmere 123 000 innbyggere var uten fastlege, mot 228 000 to år tidligere [58]. I snitt mangler 2,2 % av befolkningen fastlege, men dette er ikke jevnt fordelt utover landet. I Oslo er tallet 0 %, mens i Finnmark er så mange som 8,6 % uten fastlege (per høsten 2025). Fortsatt er det for mange kommuner helt uten ledige plasser hos fastlege og ca. 300 000 innbyggere står på venteliste for å bytte.

Hva kan ha virket?

Den økende erkjennelsen av fastlegekrisens negative konsekvenser for innbyggerne, og for samhandlingen i helsetjenesten, har de siste årene ført til bedre samarbeid mellom hovedaktørene for utvikling av fastlegeordningen: HOD, KS og Legeforeningen. Krisen har også ført til et bredt tverrpolitisk engasjement for å styrke fastlegeordningen.



Økonomien i fastlegeordningen har blitt gitt et sårt tiltrengt løft. Våren 2023 ble det f.eks. overført ca. 700 millioner kroner i økt basisfinansiering. Listene er blitt kortere – en gjennomsnittlig fastlegeliste omfatter nå i underkant av

1000 pasienter. Dette betyr en mer overkommelig arbeidsmengde til en akseptabel inntekt.

En nasjonal ALIS-ordning er sikret der en statlig tilskuddsordning bidrar til å dekke kommunenes merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtale. Ordningen bidrar også til å dekke kommunenes utgifter til forskriftsfestet veiledning [59].

Med nasjonal ALIS har unge leger fått et utdanningstilbud i allmennmedisin som er like godt, eller bedre, enn utdanningstilbudet for unge leger i sykehus. Denne endringen, kombinert med mulighet til fast lønn i utdanningsperioden også i sentrale strøk, har vært avgjørende for økt rekruttering til allmennmedisin de siste årene.

Mange kommuner har tatt grep lokalt og gir økt basistilskudd, etableringstilskudd, gjenkjøpsgaranti, fraværskompensasjon o.a. Noen tilbyr mulighet for fastlønn eller 8.2.-avtale samt for en rotasjonsordning – såkalt nordsjøturnus [60] – for å sikre innbyggerne en stabil fastlegetjeneste. Fastlegeordningen skal i utgangspunktet være statlig finansiert, men kommunene angir i 2024 at de fortsatt «subsidierer» den med et milliardbeløp [61].

Interkommunale legevakter har betydd redusert vaktbelastning for fastlegene mange steder.

Det er i dag grunn til å hevde at fastlegekrisen, og innføringen av ny spesialistutdanning i allmennmedisin, har ført til større lokalpolitisk og administrativt engasjement omkring legetjenesten i kommunene. Økt interkommunalt samarbeid om rekruttering og utdanning av allmennleger har også styrket fastlegeordningen i flere deler av landet, f.eks. på Helgeland [62].

Fastlegeordningen – veien videre

I årene etter oppstarten i 2001 ble fastlegeordningen gradvis et offer for sin egen suksess. Slagordet *‘Alle trenger fastlegen’* viste seg å ha en bakside, og de

stadig flere oppgavene ble en belastning. Ressursene fulgte ikke med og krisen ble et faktum.

Noen grep er nå tatt. Listene er for første gang i snitt på under 1000 pasienter og fastlegeordningen har fått et tiltrengt økonomisk løft. Det ser i dag ut til at den verste krisen er over og at fastlegeordningen kan sies å være en relativt frisk 25-åring. Men alt er ikke så rosenrødt og det er mye å passe på framover hvis vi skal få se en virkelig sprekk 50-åring.

Et hovedmål må være at absolutt alle som ønsker det skal ha sin fastlege og at de som ønsker å bytte skal ha mulighet til å gjøre det. Derfor må ressursene fortsette å holde tritt med aktiviteten framover. Trygge rammer, regulert arbeidsmengde inklusive legevakt og kortere lister, vil føre til at det å bli fastlege framstår attraktivt og at legene også blir værende [63].

Kortere lister betyr at flere må bli fastleger. Rekruttering blir viktig. Det må være attraktivt å satse på fastlegejobben, og prosessen fram til egen liste og spesialitet må være smidig. Dette er ekstra viktig siden befolkningen bruker fastlegen stadig mer. I 2024 hadde vi over 17 millioner fastlegekonsultasjoner, altså i snitt mer enn tre konsultasjoner årlig per innbygger. For så kort tid siden som i 2019 var dette tallet 2,7. Den demografiske utviklingen fortsetter og vil øke behovet.

Vi ser noen skjær i sjøen

Stadig nye reformer: Det er grunn til å tro at Helse- og omsorgsdepartementet ønsker mer styring av fastlegene. For å få til dette er det foreslått en omlegging av finansieringen, med økt andel basis-tilskudd og lavere takster. Den økonomiske uttellingen for faktisk utført arbeid blir dermed mindre. Vi kan frykte at dette går ut over effektiviteten. Stadige 'reformer' og endringer i helsetjenesten medfører



ofte uro og utrygghet for fastleger. Hva vil f.eks. Helsereformutvalget komme med høsten 2026?

Tverrfagligheten tar over: En god nok tilgjengelighet er et ømt punkt og i kjølvannet av dette har tverrfaglighet og digitalisering blitt politiske honnørord. Å organisere fastlegetjenesten med store primærhelseteam på fastlegens kontor – slik Ekspertutvalget foreslår – ville bety en dramatisk omlegging av hele tjenesten, både faglig, organisatorisk og økonomisk. 'Sykepleiertakstene' som nylig er innført er et skritt i den retningen. Fastlegene jobber i dag i uttalt grad tverrfaglig med andre kommunale instanser, men vi stiller oss tvilende til om mange profesjoner bør inn på fastlegekontoret, slik at fastlegen blir en slags «bakvakt» for andre behandlere. I de fleste tilfeller tar fastlegen i dag avgjørelser alene – i front. Tverrfaglighet er viktig når det trengs, men ikke som en hovedregel.

Følger av økt digital tilgjengelighet: Fastleger har tradisjonelt vært tidlig ute med å ta i bruk digitale ressurser i pasientbehandling og i samhandling. Å gjøre fastlegens digitale tilgjengelighet for god kan imidlertid igjen føre til overbelastning hos legene – f.eks. med et stort antall e-konsultasjoner og meldinger fra samarbeidspartnere som må tas etter kontortid. Mange bruker sitt 'hjemmekontor' til dette utover kvelden. Dette er ikke bærekraftig i lengden.

Den foreslåtte innføring av offentlige «nettleger» som beskrevet over, blir sett som en alvorlig uthuling av fastlegens arbeid og av kontinuiteten i lege-pasientforholdet.

Betingelser for et 50-årsjubileum

Det er to helt avgjørende betingelser for at fastlegeordningen de neste 25 årene skal fortsette å være den bærebjelken i velferdsstaten som den er i dag:

1. Fastlegeordningen trenger forutsigbarhet og ro, ikke revolusjon. Rammene må være trygge og ikke bli utsatt for stadige brå endringer.

2. Vi må ta vare på det som virker, uttrykt gjennom allmennmedisinens kjerneverdier: Kontinuitet i lege-pasientforholdet, kloke valg med vekt på bærekraft, helhetstenkning og ansvar.

*Fastlegeordningen må og skal utvikles
videre innenfor disse rammene!*

Etterord fra forfatterne

Etter å ha arbeidet med denne teksten og lest artiklene og referansene, sitter vi igjen med inntrykk av at allmennlegene har vært lydhøre for kulturelle og politiske endringer på en måte som har vært viktig for utviklingen av faget, og for hvordan vi har utført og organisert arbeidet vårt. Fastlegene har vist en stor grad av samfunnsansvar og forståelse for den kontekst vi utøver faget vårt i. At vi har fått en så bra fastlegeordning kan sees som et resultat av dette. Vi må håpe at slike holdninger fortsetter å prege oss.

Refleksjoner fra lederne i fastlegeforeningene AF og NFA

Når fastlegeordningen skal utvikles for å bli en sprek 50-åring til nytte for pasientene, er det viktig å ha med historien. Dette må skje på en måte som ikke overbelaster legene. Det er viktig å ha med historien, som vi har fått hjelp til å beskrive med denne boken. Gjennom 25 år har fastlegeordningen vokst fram som en bærebjelke i norsk helsevesen. Ordningen har gitt befolkningen kontinuitet og trygghet gjennom langvarige lege-pasient-relasjoner.

Fra etableringen i 2001 og de første årene var FLO en virkelig suksess. Befolkning, myndigheter og leger var alle fornøyde. Myndighetene valgte etter noen år å avslutte trepartssamarbeidet. Sett i ettertid, kan det godt tenkes at dette var starten på en lengre periode hvor det begynte å gå i feil retning for FLO. I 2012 kom samhandlingsreformen, men den hjalp egentlig lite for fastlegene. Noen vil kanskje hevde at den gjorde ting verre. Fastlegene kjente utfordringene i hverdagen. Det ble vanskelig å levere gode helsetjenester. Arbeidspresset og oppgavene som ble skubbet over til fastlegene ble til slutt uoverkommelig. Flere sluttet, de orket ikke lenger å bli værende i den jobben de egentlig elsket. Fastlegekrisen var et faktum. Likevel skulle det ta lang tid fra Legeforeningen varslet første gang, til myndighetene ville innse alvor.

Det ble etter hvert satt inn tiltak. Ordningen var åpenbart underfinansiert. Vi er avhengige av forsvarlige rammer for å kunne utøve god allmennmedisin. Økningen i basistilskudd var avgjørende viktig, men vi mener fortsatt at den persontilpassede innretningen ikke treffer etter formålet, og treffer urettferdig for fastlegene der ute. Rekrutteringen ble bedre med ALIS tilskudd. Det har vært viktig. Krisen er ikke over, men dersom utviklingen fortsetter som nå, vil den nok bli det innen få år. AF og NFA arbeider tett opp mot myndighetene for å påvirke endringer i riktig retning. Vi har fått gjennomslag for mye, mens andre endringer gjennomføres mot foreningenes vilje. Det gjelder for eksempel at andelen basisfinansiering skal økes fra 30 % opp mot 50 %. Det vil potensielt føre til økt belastning for hele helsetjenesten. Vi er også på vakt overfor nye endringer som kan komme og sier tydelig ifra når det lanseres svakt begrunnede forslag som kan ha uheldig virkning for leger og pasienter.

Er FLO den beste organiseringen av norsk primærhelsetjeneste?

Vi er overbevist om det, og vi må holde fast på hovedelementene: En kontinuerlig, personlig, omfattende og forpliktende relasjon mellom den enkelte innbygger og legen. Vi vet at manglende kontinuitet er skadelig. Samtidig ser vi at ordningen ikke løser alt. Rekruttering i distrikt har alltid vært utfordrende og det har ikke endret seg med FLO. Uka har fortsatt 168 timer, og legevakt oppleves for mange leger like belastende som det alltid har vært. Leger vil ikke lenger stå i en helseskadelig arbeidsbelastning over tid. Derfor må FLO tilpasses lokale forhold. Det er blitt gjort, og mange steder med stor suksess. Rotasjonsstillinger og andre tilpasninger kan fungere, gjort på riktig måte.

Fastlegekontorene er små effektive enheter som leverer høy kvalitet til en svært lav samfunnsøkonomisk kost. De næringsdrivende kontorene drives nesten uten administrative kostnader. Organiseringen gjør at fastlegene kan levere svært fleksible tjenester tilpasset lokale forhold. Det så vi spesielt under pandemien. Fastlegene tok i bruk ny teknologi «over natten» og kunne fortsatt følge opp pasientene på en god måte. Samspillet med de øvrige kommunale tjenestene fungerte veldig godt. Dette er dimensjoner som ikke kan tallfestes, men som bør beskrives i beredskapsplaner fremover. Organiseringen i FLO gir et fantastisk potensial i beredskapsstrukturen i de kommunale helse-tjenestene.

Faget allmennmedisin er generalistkompetanse i en stadig mer spisset og fragmentert helsetjeneste. Informasjonstilgangen er stor og man kan ganske lett bli opinionsbærer med stor påvirkningskraft. Fastlegene har fortsatt tillit, men må forvalte den godt. Vårt virke blir utfordret. Vi må forholde oss til en stadig mer opplyst og informert befolkning, både på godt og vondt. Vi må moderere og veilede. Vi trenger enda mer kunnskap. Praksisnær forskning i primærhelsetjenesten må prioriteres.

Det er et økende krav om tilgjengelighet og tidvis en opplevelse av at myndighetene setter tilgjengelighet foran kvalitet og prioritering. Det vil ikke være bærekraftig. Digitaliseringen gir mulighet for økt tilgjengelighet, noe som

fører til økt bruk. Mye av dette er sannsynligvis unødvendig bruk. Vi må prioritere, gi mest til de som trenger det mest og begrense bruk av tjenester som gir lav eller ingen verdi. Dette gjelder også ved bruk av annet personell på legekontor. Den delegerte konsultasjonen som det nå er åpnet opp for, skal brukes der det er nyttig og gir en reell merverdi, ikke bare fordi det er blitt mulig.

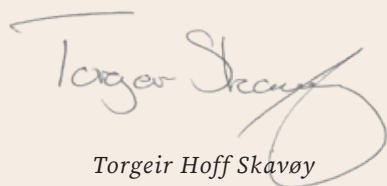
Teknologi som gjør jobben lettere eller mer effektiv har fastlegene alltid brukt. I dag er vi på vei inn i et paradigmeskifte i klinisk praksis med innføringen av kunstig intelligens. Her må fagmedisinske og fagforeningsinteresser snakke sammen med pasienter, regulatoriske myndigheter og politikere for å sikre en god implementering av teknologien.

Nå står vi ved et veiskille. Helse- og omsorgsdepartementet har i sommer løftet fram styringssignaler om å styrke fastlegeordningen med klarere ansvarsfordeling og økt lederkompetanse, men samtidig med økt tverrfaglighet inne på legekontoret. Helsereformutvalget skal levere sin rapport om organiseringen av hele helsetjenesten innen 1. november 2026, hvor utfallet ville være avgjørende for hvordan norsk allmennmedisin vil se ut i årene som kommer.

Den viktigste tverrfagligheten i allmennlegetjenesten ligger i samarbeidet mellom legekontoret og partnerne våre i kommuner og sykehus. Digitaliseringen har gitt rom for utstrakt samarbeid med så og si alle andre i helse-tjenesten, og det gjør fastlegene i dag. Når det nå er ønske om økende grad av tverrfaglighet inne på legekontorene, er vi bekymret for at det kan føre til store legekontor som krever mer administrasjon, mindre kontinuitet og mer fragmenterte tjenester for pasientene. Vi trenger å bruke alt helsepersonell på best mulig måte. Da må fastlegene få fortsatt være fastleger og levere gode sammenhengende tjenester for de i samfunnet som har behov for det, i et superspesialisert helsevesen. Det betyr at alle som er involvert må prioritere riktig, og fastlegenes portvokterrolle vil fortsatt være viktig for at helsetjenesten ikke skal bli overbelastet.

Vi må lære av historien. Trepertssamarbeidet er avgjørende viktig også i fremtiden, at politisk ledelse lytter til fagmiljøet. For sterk politisk endringsvilje, uten konsekvensvurdering og uten faglig forankring, kan potensielt være ødeleggende. De faglige og politiske rammebetingelsene er avgjørende for veien videre. Vi understreker at fastlegeordningen må bygge på forutsigbarhet, respekt for avtalefestede rettigheter og reell dialog mellom stat, kommune og lege. Rekruttering og bærekraft krever langsiktige løsninger med konkurranse-dyktige rammevilkår, faglig utvikling og lokalt lederskap slik at legestillinger er attraktive over tid.

Vi i Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen deler en visjon om at forholdet mellom pasienter og leger innenfor rammene av fastlegeordningen også de neste 25 årene skal være hjørnesteinen i et trygt, helhetlig og bærekraftig helsevesen. Vi ser optimistisk fremover. Gjennom dialog, tillit og felles løft skal vi bidra til at FLO fornyes og styrkes, slik at innbyggernes behov for kontinuitet, kvalitet og trygghet i helsetjenesten blir ivaretatt i årene som kommer.



Torgeir Hoff Skavøy
Styreleder, Norsk forening for allmennmedisin



Hans-Christian Myklestul
Styreleder, Allmennlegeforeningen

Referanser

- [1] Hunskaar S et al (red) Allmennmedisin. Gyldendal 2023 s. 26 – 29.
- [2] Sandvik H et al. Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. British Journal of General Practice 2022; 72(715): e-84-e90. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP:2021.0340>
- [3] Gjør kloke valg.
<https://www.legeforeningen.no/fag/Forskning-kvalitetsarbeid-og-innovasjon/ferdige-prosjekter/gjor-kloke-valg-pa-legekontor/>
- [4] Green L et al. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med, Vol. 344, No. 26 · June 28, 2001.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200106283442611>
- [5] Sju teser for allmennmedisin.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/e97de158553f430aad5171218eacafc4/7-teser-for-allmennmedisin.pdf>
- [6] Core Values and Principles of Nordic General Practice/Family Medicine.
<https://www.nfgp.org/about-nfgp/core-values-and-principles>
- [7] The European definition of general practice/family medicine. WONCA Europe 2023. <https://www.woncaeurope.org/kb/european-definition-gp-fm-2023>
- [8] Core Values in Family Medicine. Anna Stavdal, Johan A. Sigurdsson, Felicity Goodyear-Smith (ed). Taylor&Francis e-books 2025 DOI
<https://doi.org/10.1201/9781003542353>
- [9] Spesialitetsutdanningens historie. Einar Skoglund. Tidsskrift for den Norske Legeforening 2009 Utgave nr 11.
<https://tidsskriftet.no/2009/05/medisinsk-historie/spesialistutdanningens-historie>
- [10] Helsedirektoratet. Autorisasjon og spesialistutdanning. <https://www.helsedirektoratet.no/autorisasjon-og-spesialistutdanning>
- [11] Allmennleger i spesialisering (ALIS). www.alis.no.
- [12] Legeforeningen. Håndbok for veiledere i allmennmedisin. <https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Allmennmedisin/handboker/handbok-for-veiledningsgrupper-i-allmenn-medisin/>
- [13] Straand J.1975: Norge først i verden med allmennmedisin som universitetsfag ved alle medisinske fakulteter. Michael 2025; 22: 428–430 doi: 10.56175/michael.12765. <https://www.michaeljournal.no/article/2025/11/1975%20Norge%20f%C3%B8rst%20i%C2%A0verden%20med%C2%A0allmennmedisin%20som%20universitetsfag%20ved%20alle%20medisinske%20fakulteter>
- [14] Allmennmedisinsk forskningsfond.
<https://www.legeforeningen.no/om-oss/fond-og-legater/allmennmedisinsk-forskningsfond/>
- [15] WHO. Declaration of Alma-Ata.
<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
- [16] World Health Organization. (2008). The world health report 2008: Primary health care - now more than ever: Introduction and overview. World Health Organization.
<https://iris.who.int/items/25dce237-f075-4b06-9bc9-f89b992b704b>
- [17] The Barbara Starfield Collection.WONCA.
<https://www.globalfamilydoctor.com/InternationalIssues/BarbaraStarfield.aspx>
- [18] Trondhjem Hospital.
<https://hospitalet.no/hospitalet/historie/>

- [19] Det offentlige helsevesenets historie. Store Norske Leksikon. Marit Greve Ole B. Hovind Terje P. Hagen (Universitetet i Oslo).
https://snl.no/det_offentlige_helsevesenets_historie
- [20] Legeforeningen. Historisk legestatistikk
<https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/historisk-legestatistikk/#Historisk%20legestatistikk>
- [21] «Om distriktsleger og hvordan de hadde det». Michael 2007; 4:88–103. Hans Petter Schjønby.
<https://www.michaeljournal.no/article/2007/05/Om-distriktsleger-og-hvordan-de-hadde-det>
- [22] Distriktslegen. Hogne Sandvik. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:3160-1.
<https://tidsskriftet.no/2000/10/merkesteiner-i-norsk-medisin/distriktslegen-1836-1984>
- [23] En ektefødt sekstiatter på universitetet. Jørund Straand. Dagens Medisin 2018. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/en-ektefodt-sekstiatter-pa-universitetet/273963>
- [24] Utposten 1972 Nr1
<https://www.utposten.no/journal/1972/1>
- [25] Skinninnbundet Utposten til biblioteket i Alexandria. <https://tidsskriftet.no/2002/12/aktuelt/skinninnbundet-utposten-til-biblioteket-i-alexandria>
- [26] NSAM 10-årsjubileum. UTPOSTEN Nr 5 1993.
<https://www.utposten.no/asset/1993/1993-nr-5.pdf>
- [27] Fra da til nå - den lange historien om elektronisk pasientjournal i legekantor. Norsk forening for allmenntilleggsmedisin Referansegruppen for EPJ og elektronisk pasientjournal i legekantor. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/07ea51b33104483bac68f3522beda619/fra-da-til-na-den-lange-historien-om-elektronisk-pasientjournal-i-legekantor-2015.pdf>
- [28] Helsedirektoratet. Helsefaglige kodeverk. ICPC-2
<https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/helsefaglige-kodeverk/icpc>
- [29] Nasjonalbiblioteket: Da internett-feberen kom til Norge
<https://www.nb.no/historier-fra-samlingen/da-norge-fikk-internett/>
- [30] Framdrift i gjennomføring av fastlegeordningen
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/1999-2000/inno-199900-049/1/>
- [31] Legen i primærhelsetjenesten – en studie av bakgrunnen for innføringen av fastlegeordningen. Prosjektoppgave ved UiO - Ane Drougge Vassbotn
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/68612/Prosjektoppgave-Legen-i-prim-rhelse-tjenesten.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
Merknad: <https://www.ub.uio.no/om/aktuelle-saker/2025/duo-begrenset-tilgang.html>
- [32] St.meld. nr. 36, innst. S. nr. 219 for 1989-90 Rønslers med lova om helsetenesta i kommunane.
https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lese-visning/?p=1989-90&paid=3&wid=c&psid=DIVL377&pgid=c_0193
- [33] Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Norges forskningsråd.
<https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1144144503427.pdf>
- [34] Stortinget. Saker. Erfaringer fra fastlegeforsøket i Norge. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1996-1997/inns-199697-215/3/>
- [35] Paulsen B. Seks år med fastlegeordning – hva mener fastlegene? Tidsskr Nor Lægeforen 2000, 120: 788-91.
<https://tidsskriftet.no/2000/03/klinikk-og-forskning/seks-ar-med-fastlegeordning-hva-mener-fastlegene>
- [36] Den siste distriktslegen i Hurdal. Fra tidligere helseutstilling: Hurdal museum
Hulderhaugen Doktorvegen 16 2090 Hurdal.
<https://mia.no/hurdal/distrikstlege-i-hurdal>

- [37] Ian McEwan: «What We Can Know» 2025 Side 121-122)
https://en.wikipedia.org/wiki/What_We_Can_Know
- [38] Samhandlingsreformen. Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak Nasjonal veileder.
[Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)
- [39] Forskningsrådet. Evaluering av samhandlingsreformen. <https://www.forskningsradet.no/site-assets/publikasjoner/1254019340907.pdf>
- [40] 5 år med fastlege. NSDM.
https://nsdm.no/arkiv/filarkiv/File/konferanser/Fastlege2016_ferdig_web.pdf
- [41] Christiansen TW, Sandvik H. Fastlegeordningen forvitrer – hva nå? Tidsskr Nor Legeforen 2017 Vol. 137. doi: 10.4045/tidsskr.17.0856
<https://tidsskriftet.no/2017/11/kronikk/fastlegeordningen-forvitrer-hva-na>
- [42] Fastlegeordningen i krise. Hva sier tallene? MENON Economics. Rapport NR. 83/2018.
<https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/rapporter/fastlegeordningen-i-krise-hva-sier-tallene>
- [43] VG. Kampen om fastlegene.
<https://www.vg.no/spesial/2017/fastleger/>
- [44] VG 10. mai 2021: Legepresidenten: Fastlegeordningen renner ut mellom fingrene på oss.
<https://www.vg.no/nyheter/i/JJz2a8/legepresidenten-fastlegeordningen-renner-ut-mellom-fingrene-paa-oss>
- [45] Helsedirektoratet. Varighet på kommunens avtaler med fastleger. <https://www.helse-direktoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/avtalevarighet-pa-kommunenest-fastleger>
- [46] Vista analyse. Evalueringen av fastlegeordningen.]
<https://www.vista-analyse.no/no/publikasjoner/evaluering-av-fastlegeordningen>
- [47] Regjeringen. Handlingsplan for allmennlegetjenesten 20-24. <https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf>
- [48] Helsedirektoratet. Primærhelseteam. <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/fastlegeordningen-legevakt-og-andre-allmennlegetjenester/utvikling-og-digitalisering-av-tjenester-i-fastlegeordningen-legevakt-og-andre-allmennlegetjenester/primaerhelseteam-pilotprosjekt>
- [49] Legeforeningen. Utviklingsplan for fastlegeordningen.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/88a40e68b11e44ea9d0853f7d1a3fd9b/utviklingsplan-fastlegeordningen-varuke-2019-full.pdf>
- [50] Regjeringen. Rapport fra Ekspertutvalget. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2971896/>
- [51] Stortingsmelding nr 9 (2023-24) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-27.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594>
- [52] Stortingsmelding 23 (2024-2025) Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
[Meld. St. 23 \(2024-2025\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)
- [53] Dagens Medisin 21.5.2025. Legeforeningen trekker seg fra arbeidet med regjeringens nettlege-pilot. <https://www.dagensmedisin.no/digitalisering-fastlegeordningen-fastleger/legeforeningen-trekker-seg-fra-arbeidet-med-regjeringens-nettlege-pilot/690255>
- [54] Dagens Medisin 25.9.2025. Kristiansand er først ute med nettlege-pilot.
<https://www.dagensmedisin.no/fastlegeordningen-helsedirektoratet-innovasjon/kristiansand-er-forst-ute-med-nettlege-pilot-slik-er-erfaringene-sa-langt/706686>

- [55] Evaluering av tiltak i fastlegeordningen. Oslo Economics.no
<https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2024/05/HPA-evalueringsrapport-III-2024>
- [56] Sandvik H. Trivsel og stabilitet i fastlegeordningen. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0478.
<https://tidsskriftet.no/2025/09/invitert-kommentar/trivsel-og-stabilitet-i-fastlegeordningen>
- [57] Helfo. Fastlegestatistikk.
<https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk#fastlegestatistikkdashbord>
- [58] Innbyggere uten fastlege. Legeforeningen.no.
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/krisen-i-fastlegeordningen/lister-uten-fast-lege/>
- [59] Helsedirektoratet.no. Nasjonal ALIS og veiledning.
<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/nasjonal-alis-og-veiledning>
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppfolging-av-handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024-statusrapport-2.tertial-2022/spesialisering-i-allmennmedisin/tilskudd-til-nasjonal-alis-og-veiledning>
- [60] Brekke M. Roterende allmennleger. Tidsskr Nor Legeforen 2024 Vol. 144.doi: 10.4045/tidsskr.24.0548 <https://tidsskriftet.no/2024/11/invitert-kommentar/roterende-allmennleger>
- [61] Kraftig økning i kommunenes utgifter til fastleger.
<https://www.ks.no/pressemeldinger/kraftig-okning-i-kommunenes-utgifter-til-fastleger/>
- [62] Helgelandslegen.
<https://helgelandslegen.no/>
- [63] Stople Sivertsen Ø. Ramme alvor for fastlegene. Tidsskr Nor Legeforen 2025 Vol145.DOI: 10.4045/tidsskr.25.0243
<https://tidsskriftet.no/2025/04/leder/ramme-alvor-fastlegene>

Etablering av fastlegeordningen var en milepæl i norsk helsetjeneste. For det første sikret ordningen innbyggerne tilgang til lege, og myndighetene oversikt over at kommunene lyktes med å sikre tjenesten til alle i Norge. Fastlegene fikk bedre oversikt over helseutfordringene i populasjonen. Det er avgjørende for å kunne prioritere dem med størst behov. Man fant også en god balanse mellom innbyggerens frihet til å velge sin lege, og samtidig understøtte relasjonen mellom lege og pasient.

Medisin er ikke kun et teknisk håndverksfag. Når helsen skranter er det avgjørende å bli sett, forstått og tatt hensyn til som person. Det er verdifullt å ha en lege som kan samle informasjon etter hvert som livet, sykehistorien, funn og behandlinger legger seg lag på lag. Slik får fastlegen de beste forutsetninger for å gi gode, pasienttilpassede råd. Kontinuiteten i lege-pasient-relasjonen er vist å gi bedre helse. Hvis dette bevares har Norge de beste forutsetninger for å sikre befolkningen gode helsetjenester også i fremtiden.

ISBN 978-82-693251-1-9



9 788269 325119