
Vi må rekruttere de riktige fastlegene

DEBATT

ØYSTEIN SETH FISKÅ

oysteinfiska@gmail.com

Øystein Seth Fiskå er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Østmarka legekantor. Han jobber også på helsestasjon for ungdom i Oslo kommune.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter, utover at han som allmennlege honoreres via normaltariffen.

Mange fordeler med dagens fastlegeordning er underkommunisert. En utvanning av ordningen kan føre til lavere effektivitet, dårligere helsetjenester og dårlig arbeidsmiljø.

Fastlegeordningen er under press. En talefør del av fastlegene klager høyt, og nyutdannede leger ønsker i liten grad å bli allmennleger. Det er vanskeligere å besette ledige hjemler. Derfor arbeides det nå fra flere hold med å gjøre allmennmedisin til en mer attraktiv karrierevei for leger. Handlingsplanen som nylig er publisert for allmennlegetjenesten [\(1\)](#) er betimelig, men er tiltakene som foreslås de rette for å redde fastlegeordningen?

Emla-krem på næringsmodellen

Tiltakene som med velvilje kan oppfattes som relevante for krisen eller for å gjøre det mer attraktivt å bli allmennlege, handler om å redusere ubehaget ved å kjøpe seg inn i en fastlegepraksis, å påse at utdanningsløpet (gjennom ALIS-ordningen, allmennleger i spesialisering) blir mer som på sykehus, og å sørge for at legene kan tjene det samme som nå med færre listepasienter. Kort sagt forsøker man å smøre rikelig med Emla-krem på de stedene der noen yngre leger synes næringsmodellen stikker smertefullt. Det kan få konsekvenser for hvem man rekrutterer til allmennmedisin, og hvordan disse eventuelt praktiserer sitt virke.

Hva var det som i sin tid gjorde fastlegeordningen populær og funksjonell for pasienter og myndigheter? De viktigste faktorene var nok kontinuitet og kostnadseffektivitet (2). Begge disse kan imidlertid være en ulempe for mange leger. Likevel må vi huske på at problemene vi nå opplever, er ganske nye – det er ikke mer enn noen år siden det var stor konkurranse om å få fastlegehjemler i sentrale strøk. Det var også lettere å besette stillinger i utkantstrøk enn hva man ville forvente ut ifra en generell samfunnsutvikling.

Attraktivt for lyse hoder

Fra legenes ståsted skyldes noe av fastlegeordningens suksess at man tilbød produktive og autonome leger en mulighet til å styre sin egen «butikk», både i faglig og økonomisk forstand.

«En primærhelsetjeneste bygget på en fastlønnsmodell vil svekke de to faktorene som har bidratt til at fastlegeordningen har fungert såpass godt som den har: kontinuitet og produktivitet»

Jeg tror at allmennpraksis fortsatt bør «selges inn» som et bra valg nettopp for dem som ønsker å arbeide selvstendig, som tør og trives med å stå alene, som liker effektivitet, og som trives med en provisjonsbasert lønnsmodell. Disse legene vil få en variert og spennende arbeidsdag. Hvis de greier å forholde seg til normaltariffen og arbeider alle ukedager, kan de forvente en svært tilfredsstillende inntekt.

Jeg er viss på at det finnes mange nyutdannede leger med en realistisk oppfatning av seg selv som effektive, selvstendige og besluttsomme som kan passe til en slik jobb. Problemet er snarere at vi ikke har lyktes i å nå ut med informasjon om de mange fordelene dagens fastlegeordning har, og at det relativt ensidige og negative bildet som tegnes, forsterker problemet med rekrutteringen til allmennpraksis og i liten grad er berettiget.

Høy produktivitet er en forutsetning

Dette betyr ikke at det bare skal være kapitalistisk orienterte menn uten (reelt) ansvar for egne barn som skal arbeide i allmennmedisin. Rekrutteringsbasen for fastleger, som for leger for øvrig, må bli romsligere, fordi det trengs flere av oss. Jeg ser mange gode eksempler på leger som velger allmennmedisin nettopp fordi de liker fleksibilitet og muligheten til å jobbe mindre enn en normal arbeidsuke i en fase av livet. De som får dette til å fungere, har svært høy produktivitet de timene de er på jobb.

Imidlertid tror jeg man risikerer å ødelegge det som holder fastlegeordningen i gang, og å svekke muligheten for å rekruttere yngre leger som vil være mest fornøyd med å arbeide som fastlege, om man fokuserer på å tekkes de som uansett ikke vil være fornøyd med næringsmodellen. En primærhelsetjeneste bygget på en fastlønnsmodell vil svekke de to faktorene som har bidratt til at

fastlegeordningen har fungert såpass godt som den har: kontinuitet og produktivitet. Mindre kostnadseffektive kommunale kontorer har ofte vesentlig mer gjennomtrekk av leger og vil være sårbare for konkurranse fra effektive helprivate aktører.

Næringsmodellen er attraktiv

Ja, det er et løft å ta opp lån for å kjøpe praksis, og ja, det er uvant å lede et kontor. Og nei, vi har ikke fått noen utdanning i dette. Likevel mener jeg ordningen slik den er i dag, fremdeles er svært attraktiv. Fordelene med å være næringsdrivende er på de fleste områder sterkt underkommunisert, f.eks. hvor mye mer penger den mest produktive halvparten av fastleger tjener sammenlignet med sykehusleger.

Jeg mener at nyutdannede leger fortjener å høre at de kan få et meningsfullt og godt betalt arbeid på legekontor – forutsatt at de trives med høyt arbeidspress og varierte oppgaver.

Politikere og Legeforeningen bør i større grad jobbe for å videreutvikle konseptet med næringsdrivende allmennleger, og gjøre det attraktivt for de legene som kan tenkes å trives i fastlegeordningen, snarere enn å svekke de delene som faktisk fungerer, og å forsøke å rekruttere leger som uansett ikke vil trives i fastlegeordningen slik den er i dag.

REFERENCES

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert. 2020–2024.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf> Lest 28.2.2022.
2. Iversen HH, Bjertnæs ØA, Holmboe O. Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19. PasOpp-rapport 2019: 1. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/pasienterfaringer-med-fastlegen-og-fastlegekontoret-i-2018-19.pdf> Lest 28.2.2022.

Publisert: 4. april 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0140
Mottatt 17.2.2022, første revisjon innsendt 25.2.2022, godkjent 2.3.2022.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. februar 2026.