
Går vi mot en ny vri på fastlegeordningen?

KRONIKK

JOHANNES BJØRNSTAD TYRIHJELL

jbt@osloeconomics.no

Johannes Bjørnstad Tyrihjell er samfunnsøkonom og manager i Oslo Economics.

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

KINE PEDERSEN

Kine Pedersen er ph.d., helseøkonom, samfunnsøkonom, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo og senior manager i Oslo Economics.

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

SUSANNE GERDA VÆRNØ

Susanne Gerda Værnø er siviløkonom i Oslo Economics. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GEIR GODAGER

Geir Godager er ph.d., cand.oecon og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo.

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

TOR IVERSEN

Tor Iversen er professor emeritus ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JON HOLTE

Jon Holte er ph.d. og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BIRGIT ABELSEN

Birgit Abelsen er professor og forskningsleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANDREAS PAHLE

Andreas Pahle er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Bolteløkka legesenter. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar fra Oslo Economics i tilknytning til Helsedirektoratets oppdrag om følgeevaluering av tiltak i allmennlegetjenesten.

LIV AUGESTAD

Liv Augestad er ph.d., lege i spesialisering i allmennmedisin, fastlege ved Marienlyst legesenter og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar fra Oslo Economics i tilknytning til Helsedirektoratets oppdrag om følgeevaluering av tiltak i allmennlegetjenesten og reisestøtte fra EuroQol Group for å delta på EuroQol-møte.

IVAR SØNBØ KRISTIANSEN

Ivar Sønbo Kristiansen er professor emeritus ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar fra Oslo Economics i tilknytning til Helsedirektoratets oppdrag om følgeevaluering av tiltak i allmennlegetjenesten.

ERIK MAGNUS SÆTHER

Erik Magnus Sæther er samfunnsøkonom, ph.d. og partner i Oslo Economics. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

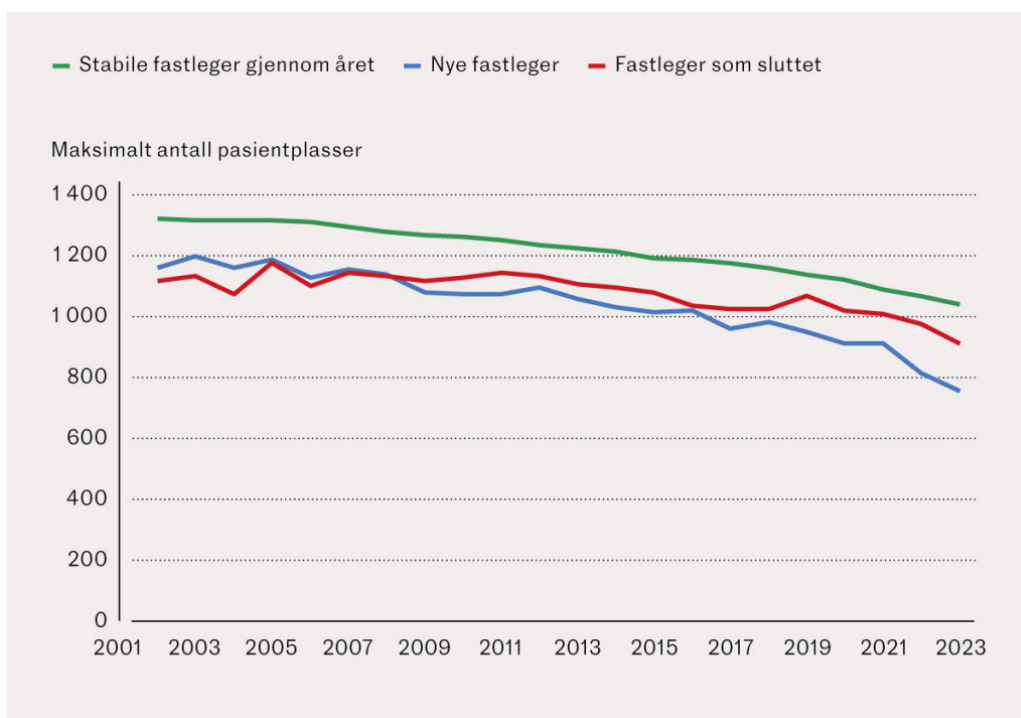
Det er gledelig med flere plasser på fastlegelistene i Norge. Men hvor er vi på vei når stadig flere fastleger har færre pasienter og kommunal ansettelse, med dertil høyere kostnadsnivå for fastlegeordningen?

I 2023 snudde flere av de negative utviklingstrendene i fastlegeordningen. Flere enn noen gang tidligere startet som fastlege, og for første gang siden 2017 økte det totale antallet listeplasser ([1, s. 14 og 21](#)). Samtidig ser vi en utvikling i retning av flere kommunalt ansatte fastleger og færre pasienter per fastlege – med konsekvenser for offentlige utgifter til fastlegeordningen. Kapasiteten i fastlegeordningen i form av samlet antall plasser på fastlegelister har vært fallende siden 2017, og siden 2021 har det vært færre plasser på fastlegelister enn det er innbyggere i Norge ([1, s. 14](#)).

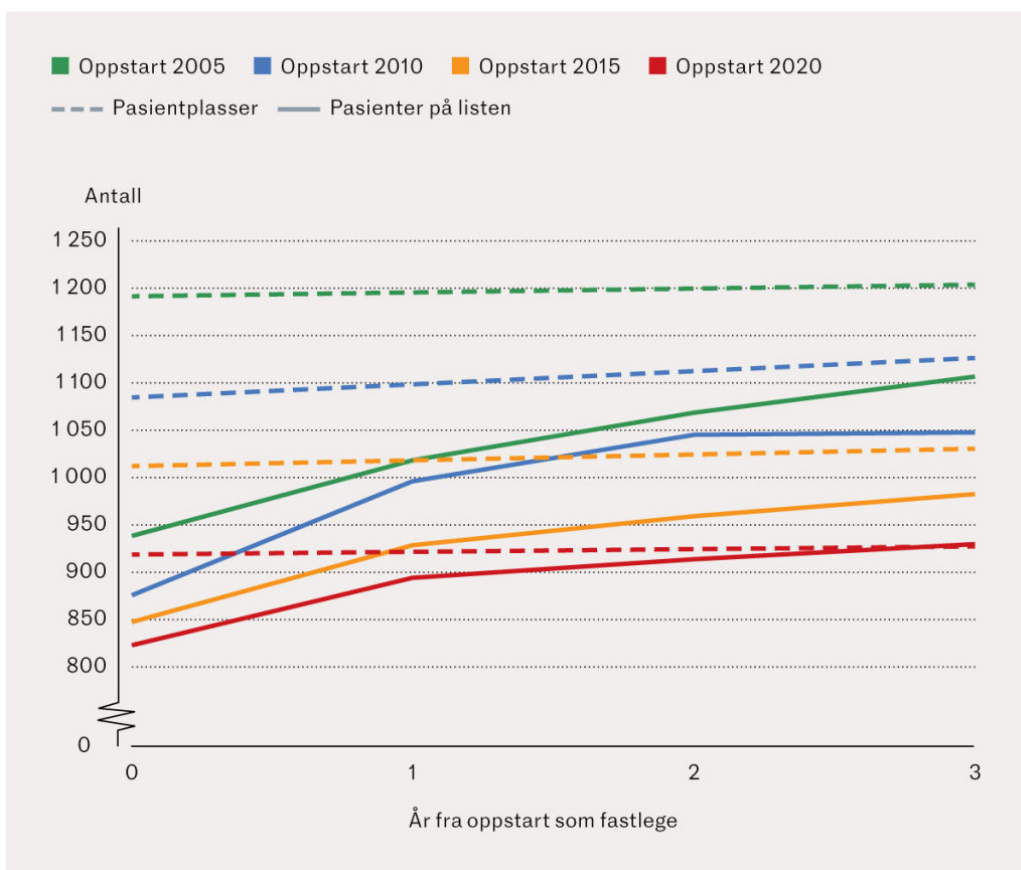
Kortere lister

I motsetning til hva man kan få inntrykk av fra media ([2–4](#)), skyldes ikke den reduserte kapasiteten mangel på fastleger. Antall fastleger per innbygger har økt hvert eneste år, og det har aldri vært flere fastleger per innbygger enn akkurat nå. I 2023 fikk vi en etterlengtet økning i kapasiteten i fastlegeordningen. Økningen skyldes imidlertid utelukkende en rekordhøy vekst i antallet fastleger, ettersom antallet pasienter på den enkelte fastleges liste ble redusert i større grad enn noen gang tidligere.

I gjennomsnitt hadde hver fastlege i 2023 ansvar for mer enn 50 færre pasienter enn for to år siden, og 100 færre enn for seks år siden. Særlig har nye fastleger kortere pasientlister enn før. Frem til 2016 hadde nye fastleger mellom 1 000 og 1 100 plasser på listen. De som startet i 2021, hadde litt over 900 plasser, og de som startet i 2023, hadde i gjennomsnitt 760 plasser på listen (figur 1) ([1](#)). Vi har fulgt ulike kohorter av nye fastleger over tid, og finner at nye fastleger ikke bare har kortere lister ved oppstart, men listene er kortere også ett, to og tre år senere, sammenlignet med tidligere år (figur 2) ([1](#)). Det er derfor ikke grunn til å tro at listelengdene vil øke med det første.



Figur 1 Gjennomsnittlig maksimalt antall pasientplasser på listen for nye fastleger, fastleger som sluttet og stabile fastleger i årene 2001–23 (1).



Figur 2 Gjennomsnittlig maksimalt antall pasientplasser (stiplede linjer) og antall pasienter på listen (heltrukne linjer) de første tre årene for fastleger med startår i 2005, 2010, 2015 og 2020 (1).

«I gjennomsnitt hadde hver fastlege i 2023 ansvar for mer enn 50 færre pasienter enn for to år siden, og 100 færre enn for seks år siden»

Kortere pasientlister har trolig flere forklaringer. Krav til spesialisering i allmennmedisin fra 2017 er én av dem. I tillegg har fastlegene fått stadig flere oppgaver over tid. Samhandlingsreformen fra 2012 medførte at en rekke oppgaver ble flyttet ut av sykehusene og til primærhelsetjenesten. Dokumentasjonskravet har også økt, slik at samme arbeidsoppgaver i dag krever mer administrativt arbeid enn tidligere. En 28 % økning i basistilskuddet (fastlegenes betaling per innbygger på listen) i 2023 har også muliggjort kortere lister uten tap av inntekt (1, s. 50–51).

Etterspørselen etter fastlegetjenester har også økt. I 2023 ble det gjennomført 3,0 fastlegekonsultasjoner per innbygger, mot 2,7 i 2018 og 2,6 i 2013 (5). Økt etterspørsel skyldes både eldre pasienter med flere sykdommer, men også økte forventninger i befolkningen, redusert terskel for å ta kontakt med helsetjenesten og økt tilgang til fastlegen i form av e-konsultasjoner (6, s. 16 og 37). Samtidig kan fastlegenes muligheter til å prioritere ha blitt mindre. E-konsultasjoner og timebestilling på nett senker terskelen for å bestille legetime og reduserer muligheten for å anbefale «å vente og se». Fastlegene har fem dagers frist på å svare ut e-konsultasjoner, noe som også reduserer muligheten til å prioritere mellom henvendelser.

I tillegg har trolig legenes preferanser endret seg i tråd med samfunnet for øvrig. Samfunnet er mer likestilt mellom kjønn, med forventninger om likere bidrag i hjemmet. Den nye generasjonen fastleger kan tenkes å være mer opptatt av forutsigbare rammer, mindre økonomisk risiko og mer fritid enn tidligere generasjoner.

Flere er kommunalt ansatt

Parallelt har kommunal ansettelse blitt stadig mer vanlig blant fastlegene. Selvstendig næringsdrift har vært hovedmodellen i fastlegeordningen, men rekrutteringsutfordringer har over tid ført til at mange kommuner har sett seg nødt til å tilby andre betingelser til nye fastleger. Mange unge leger har ikke ønske om å være selvstendig næringsdrivende, og tilbud om kommunal ansettelse kan synes å virke rekrutterende. I ALIS-Nord-prosjektet måtte flere kommuner tilby kommunal ansettelse for å fylle stillingene (7).

«Mange unge leger har ikke ønske om å være selvstendig næringsdrivende, og tilbud om kommunal ansettelse kan synes å virke rekrutterende»

I dag er det mer enn 1 000 kommunalt ansatte fastleger (tilsvarende én av fem fastleger), dobbelt så mange som i 2017. Særlig blant nye fastleger er det mange som er kommunalt ansatt. De to siste årene er halvparten av nye fastleger

kommunalt ansatte, opp fra 25 % i 2017.

I motsetning til selvstendig næringsdrivende fastleger får ikke fastleger som er ansatt i kommunen, mer i inntekt ved å øke antallet pasienter på listen eller gjennomføre flere konsultasjoner per dag. Ulike insentivordninger kan likevel bidra til å øke aktiviteten. De siste årene har aktivitetsbaserte bonusordninger blitt vanligere blant kommunalt ansatte fastleger, og dette kan gi lignende insentiver som ved næringsdrift. Ved utgangen av 2023 hadde over 60 % av de kommunalt ansatte fastlegene en bonusordning, mot i underkant av halvparten i 2021 (1, s. 44) (8, s. 48).

I en studie undersøkte man fastleger som hadde vært både næringsdrivende og kommunalt ansatte. Som næringsdrivende hadde fastlegene signifikant flere pasienter på listen, flere konsultasjoner per dag, en større andel lange konsultasjoner og flere behandlinger innenfor hver konsultasjon (9). Det er ikke funnet tegn til at dette går utover kvaliteten på behandlingen som gis. Tvert imot tyder den samme studien på at det å ha en næringsdrivende fastlege gir lavere sannsynlighet for sykehusinnleggelse og bruk av legevaktjenester (kontrollert for andre faktorer).

Større etterspørsel

Vi er på vei mot nye utfordringer for fastlegetjenesten. Befolkningen blir stadig eldre. Pasientene vil følgelig ha flere sykdommer, samtidig som tilgangen på arbeidskraft blir knappere (10, s. 12). Fastlegetjenesten står sentralt i fremtidens helsetjeneste, både med ansvar for flere behandlingsområder, koordinering av tjenester og som portvokter for kostbare offentlige spesialisthelsetjenester og ulike velferdsgoder.

Tidligere fremskrivninger har anslått at etterspørselen etter allmennlegetjenester vil øke med 4 600 årsverk frem mot 2040 (11, s. 28). Samtidig vil andre samfunnsområder ha økt behov for både personell og penger. Den nylig vedtatte langtidsplanen for Forsvaret medfører 611 milliarder ekstra kroner til forsvar de neste 12 årene (12). Omstilling til et lavutslippssamfunn og utbygging av fornybar industri er også ventet å kreve betydelige ressurser (13). Det vil derfor være et økende behov for å utnytte ressursene i helsetjenesten effektivt og i enda større grad prioritere mellom helsetiltak.

Tverrfaglighet og oppgavedeling

Både Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024 (fra 2019), Ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten (fra 2023) og Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 (fra 2024) viser til tverrfaglighet på fastlegekontoret som en del av løsningen. Samtidig viser våre undersøkelser at både fastlegene og øvrig personell på fastlegekontorene i stor grad er fornøyd med dagens organisering og at de ikke ønsker større organisatoriske endringer (1, s. 64–66). Det synes med andre ord å være en motsetning mellom politiske

målsettinger og personellens ønsker. Samtidig viser erfaringer fra utprøving av primærhelseteam at felles interesse og motivasjon samt mulighet til lokale tilpasninger er en forutsetning for å dra nytte av teamarbeidet [\(14\)](#).

Fastlegekapasiteten videre

Utfordringene med en eldre befolkning og medfølgende sykdomsbyrde og helsetjenestebruk kan føre til at tjenesten bør organiseres slik at pasienter med sammensatte sykdomsbilder behandles tverrfaglig på fastlegekontoret med større involvering og koordinering mellom ulike deler av helsetjenesten. I så fall vil det være viktig å utrede om kommunal ansettelse kan passe bedre enn selvstendig næringsdrift. Ettersom fastlegetjenester, alt annet likt, er billigere enn spesialisthelsetjenester, vil en utbygging av fastlegetjenesten i teorien kunne være besparende. Å bygge ut kapasiteten i fastlegetjenesten vil også være i tråd med LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå), som tilsier at medisinske utfordringer skal løses på laveste nivå [\(15\)](#).

«Ettersom fastlegetjenester er billigere enn spesialisthelsetjenester, vil en utbygging av fastlegetjenesten i teorien kunne være besparende»

Samtidig tilsier forskjeller i antall konsultasjoner per dag, mengden behandling per konsultasjon og antall pasienter på listen, at det trengs om lag 1,5–2 kommunalt ansatte fastleger for å dekke samme tilbud som én næringsdrivende fastlege. I tidligere kartlegginger fant man at kommunene i gjennomsnitt har 590 000 kroner i merkostnader per kommunalt ansatte fastlege (omregnet til 2024-kroneverdi) [\(16\)](#). De siste fem årene har om lag 1 200 næringsdrivende fastleger gått ut av fastlegeordningen. Dersom vi for enkelhets skyld legger disse tallene til grunn fremover, vil det kreve 1 800–2 400 nye kommunalt ansatte fastleger for å opprettholde disse legenes tjenestetilbud. Det vil medføre betydelige merutgifter for samfunnet. Unge fastleger har kortere lister enn legene som går ut av ordningen, slik at de avtroppende legene trolig må erstattes av et høyere antall nye fastleger også når disse er næringsdrivende.

Kommunalt ansatte fastleger har i dag færre konsultasjoner per pasient på listen per år enn næringsdrivende (2,5 mot 3,1) [\(17\)](#). Med færre konsultasjoner per fastlege må enten antallet fastleger økes eller pasientenes tilgang på fastlegetjenester rasjoneres. Det synes imidlertid lite realistisk å redusere antall konsultasjoner i et slikt omfang nasjonalt, gitt at så mange allerede er misfornøyde med ventetiden på å få time [\(18\)](#).

Med lav egenbetaling og frikortgrense vil økt tilbud av helsetjenester føre til at innbyggerne etterspør stadig flere helsetjenester, samtidig som de har høyere forventninger til tjenesten. En styrket portvokterfunksjon kan avlaste spesialisthelsetjenesten, som sliter med økende ventetider [\(19\)](#). På den annen side kan økt kapasitet i fastlegetjenesten fange opp flere pasienter som også må følges opp i sykehus. For stor kapasitet i fastlegetjenesten kan dermed bidra til mindre effektiv bruk av offentlige ressurser. Det er viktig at politiske tiltak

forener utfordringene tjenesten står overfor med ulike hensyn blant helsepersonellet, samtidig som man sikrer at utformingen av helsetjenesten både er økonomisk bærekraftig og i tråd med langsiktige samfunnsbehov.

Oslo Economics, Universitetet i Oslo og Nasjonalt senter for distriktsmedisin mottar honorar fra Helsedirektoratet for oppdrag om følgeevaluering av tiltak i allmennlegetjenesten.

REFERENCES

1. Oslo Economics. Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten – Evalueringsrapport III. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2024/05/HPA-evalueringsrapport-III-2024-%E2%80%93-oppdateret.pdf> Lest 9.7.2024.
2. Dommerud T, Neegaard DP. Alle er bekymret for fastlegeordningen. Aftenposten 19.5.2022. <https://www.aftenposten.no/norge/i/5G7Wbb/alle-er-bekymret-for-fastlegeordningen> Lest 13.6.2024.
3. Enghaug SH, Akre S. Håper de kommer tilbake. TV2 21.9.2022. <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/haper-de-kommer-tilbake/15121512/> Lest 13.6.2024.
4. Lederartikkel. Krise for fastleger. VG 21.5.2022. <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/x8ByoV/krise-for-fastleger> Lest 13.6.2024.
5. Tabell SSB. 10141 Allmennlegetjenesten. <https://www.ssb.no/statbank/table/10141> Lest 13.6.2024.
6. Helsedirektoratet. Handlingsplan for allmennlegetjenesten – årsrapport 2022, inklusive status per mai 2023. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2022-inklusive-status-per-mai-2023> Lest 9.7.2024.
7. Holte JH. Følgestudie: ALIS-Nord. Fafo-notat 2020:10. <https://www.ks.no/contentassets/222f4b6fa78045a2a265d76a0e004534/Fafo-notat-2020-Folgestudie-ALIS-Nord.pdf> Lest 9.7.2024.
8. Oslo Economics. Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 – Evalueringsrapport I, 2022. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2022/05/HPA-evalueringsrapport-2022.pdf> Lest 9.7.2024.
9. Brekke KR, Holmås TH, Monstad K et al. How does the type of remuneration affect physician behavior? Fixed salary versus fee-for-service. Am J Health Econ 2020; 6: 104–38. [CrossRef]
10. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2023:4. Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/> Lest 9.7.2024.

11. Jia Z, Kornstad T, Stølen NM et al. Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040. SSB rapport 2023/2. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040/_/attachment/inline/487396fo-0469-49de-8b79-092941ac346f:9861focf62d33b5643028f02e0e8f7c22f80a709/RAPP2023-02.pdf Lest 9.7.2024.

12. Regjeringen. Historisk enighet om langtidsplanen for Forsvaret. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/enighet-om-regjeringens-langtidsplan/id3043564/> Lest 13.6.2024.

13. Klima- og miljødepartementet. NOU 2023: 25. Omstilling til lavutslipp. Veivalg for klimapolitikken mot 2050. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-25/id3006059/> Lest 9.7.2024.

14. Oslo Economics. Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport 2018 – 2023 (Statusrapport VI). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt/evaluering-av-forsok-med-primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-statusrapport-vi.pdf/_/attachment/inline/8bc3d315-3753-4ecf-be69-d4c17ad47779:aa3447a2a9a1b2080f33c1eb2bd9bbcbcb2532f1e/Evaluering%20av%20fors%C3%B8k%20med%20prim%C3%A6rhelseteam%20og%20alternative%20finansieringsordninger%20%E2%80%93%20statusrapport%20VI.pdf Lest 9.7.2024.

15. Sosialdepartementet. Meld. St. 9 (1974-1975). Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117> Lest 9.7.2024.

16. Ipsos. Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – fjerde oppfølgingsundersøkelse. <https://www.ks.no/contentassets/4f50d5531cb84fb2807ac8e2243c703c/Rapport-KS-Finansiering-fastlegeordningen-2022.pdf> Lest 9.7.2024.

17. Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten. Gjennomgang av allmennlegetjenesten. https://www.regjeringen.no/contentassets/092e9ca0af5e49f39b55c6aded2cf18d/230418_ekspertutvalgets_rapport_allmennlegetjenesten.pdf Lest 9.7.2024.

18. Norman RM, Bjertnæs ØA, Danielsen K et al. Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2021/2022. <https://www.fhi.no/contentassets/b0321dceba9f4761b7889b6dc3e140e4/pa>

sienterfaringer-med-fastlegen-og-fastlegekontoret-i-2021-22.pdf Lest
9.7.2024.

19. Regjeringen. Helse- og omsorgsministeren presenterte regjeringens
ventetidsløfte.<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helse-og-omsorgsministeren-presenterte-regjeringens-ventetidslofte/id3038500/> Lest
13.6.2024.

Publisert: 29. august 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0339

Mottatt 14.6.2024, første revisjon innsendt 27.6.2024, godkjent 9.7.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. februar 2026.