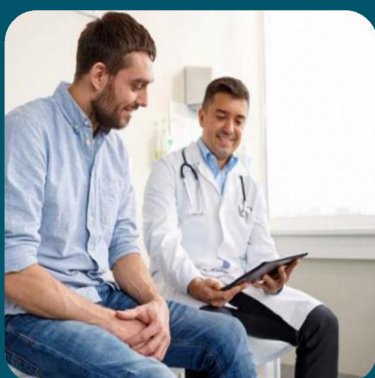


Arbeidet med allmennlegetjenesten

Helsedirektoratet

Årsrapport 2024 - Inklusive status per mai 2025



Innhold

HOVEDFUNN OG VURDERINGER	5
INNLEDNING	8
Bakgrunn	8
Om denne rapporten	9
Helsedirektoratets arbeid med allmennlegetjenesten i 2024	9
DEL 1	11
1 Rekruttering og stabilisering	12
1.1 Status: Rekruttering og stabilisering	12
1.2 Tiltak: Rekruttering og stabilisering	12
1.3 Endringer i kompetansekrav og spesialistutdanning	14
2 Kvalitet og tilgjengelighet	17
2.1 Status: Kvalitet og tilgjengelighet	17
2.2 Tiltak: Kvalitet og tilgjengelighet	17
3 Arbeidsdeling, ledelse og innovasjon	22
3.1 Status: Arbeidsdeling, ledelse og innovasjon	22
3.2 Tiltak: Arbeidsdeling, ledelse og innovasjon	22
DEL 2	27
4 Utgifter til allmennlegetjenesten	28
4.1 Samlede utgifter til allmennlegetjenesten	28
4.2 Utgifter til fastlegeordningen	30

4.3	Nærmere om basistilskudd, grunntilskudd og utjamningstilskudd	32
4.4	Utgifter til kommunalt ansatte LIS1-leger	35
4.5	Utgifter til legevakt	36
4.6	Andre utgifter tilknyttet allmennlegetjenesten	38
4.7	Utgifter per innbygger	39
5	Leger i kommunale helse – og omsorgstjenester	40
5.1	Legeårsverk i kommunene fordelt på avtaleform og KOSTRA-funksjon	41
5.2	Avtalte legeårsverk i kommunene per innbygger	43
5.3	Helprivate allmennlegetjenester	45
5.4	Legeårsverk i spesialisthelsetjenesten og i kommunene	46
5.5	Annet helsepersonell enn leger i allmennlegetjenesten	47
6	Leger i spesialisering	50
6.1	ALIS-tilskuddet bidrar til økt rekruttering	50
6.2	Antall og andel fastleger med spesialisering	52
6.3	Antall LIS1-stillinger øker	54
6.4	Leger som har gjennomført LIS1 eller tilsvarende	55
6.5	Kompetanseforskriftens krav til vikarer	56
7	Utvikling i fastlegeordningen	58
7.1	Nasjonale nøkkeltall	59
7.2	Fastleger og vikarer i fastlegeordningen	60
7.3	Lister uten fast lege og vikardekning	66
7.4	Antall nye innbyggere som venter på plass på en fastlegeliste	71
7.5	Bytte av fastlege, ventelister og ledige plasser	71
7.6	Listelengde	77
7.7	Utvikling i kommunal ansettelse og næringsdrift	79

8	Befolkningens bruk av fastlege og legevakt	83
8.1	Datagrunnlag og rapportering av aktivitet hos fastlege og legevakt.	83
8.1	Fastlege og legevakt samlet	84
8.2	Konsultasjoner med fastlege	87
8.3	Konsultasjoner hos legevakt	92
8.4	Øvrig aktivitet hos fastlege og legevakt	96
9	Nasjonale kvalitetsindikatorer	99
9.1	Ny indikator om konsultasjoner hos egen og mest brukte lege	99
9.2	Legemidler til eldre fra allmennlege	101
9.3	Legetjenester i sykehjem	104
9.4	Riktigere bruk av antibiotika	106
9.5	Svartider legevaktsentraler	108
9.6	Brukererfaringsundersøkelser legevakt	109
9.7	Kvalitetsindikatorer for legevakt	110
	VEDLEGG	113
	Vedlegg 1: Begrepsliste	113
	Vedlegg 2: Utfyllende tabeller og figurer	116

HOVEDFUNN OG VURDERINGER

Sterk vekst i antall fastleger

I 2024 var det en netto tilvekst på 249 fastleger. Dette er den sterkeste veksten siden innføringen av fastlegeordningen i 2001. Hele 565 leger startet som fastlege i 2024 og av disse var 90 prosent helt nye i fastlegeordningen. Veksten som startet høsten 2023 har fortsatt gjennom hele 2024 og videre inn i 2025. Den sterke veksten i fastleger har bedret kapasiteten i fastlegeordningen. Det er nå 1 fastlege per 1000 listeinnbygger. Stadig færre innbyggere står uten egen fastlege og det er lettere for flere innbyggere å bytte fastlege, men det er fortsatt stor variasjon mellom kommuner.

I parallell med den sterke veksten i antall fastleger så vi i 2024 rekordstor vekst i antall leger under spesialisering i allmennmedisin. Fra og med 2023 har også årlig antall godkjente spesialister økt betraktelig, og i 2024 ble det godkjent totalt 527 nye spesialister i allmennmedisin. Ved inngangen til 2024 var det totalt 1185 LIS1-stillinger. Gjennom statsbudsjettet for 2025 ble antallet LIS1-stillinger økt med ytterligere 33 fra og med 2025. Antallet LIS1-stillinger har da økt med over 25 prosent siden 2019. Den betydelige økningen i antall LIS1-stillinger kan ha bidratt til økt rekrutteringsgrunnlag ved at flere leger enn tidligere oppfyller kompetansekravene for å jobbe som fastlege.

Fram til 2022 var den prosentvise veksten i legeårsverk innen spesialisthelsetjenesten større enn innen kommunale helse- og omsorgstjenester, men etter 2022 har veksten vært størst innen kommunale legeårsverk.

God tilgang på vikarer er svært viktig for å dekke fastlegers fravær ved eksempelvis sykdom, permisjoner og for å betjene ubesatte fastlegelister. Omtrent 77 prosent av vikarårsverkene i 2024 gjaldt vikariater for fastleger, mens 23 prosent var dekning av ubesatte lister. Omkring 90 prosent av listene uten fast lege har vikaravtale. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten har tidligere vist at innbyggere på liste uten fast lege mottar omtrent like mye allmennlegetjenester som andre.

Arbeidsbelastningen går ned

Resultater fra evalueringsrapporten til Oslo Economics viser at andelen fastleger som er fornøyd med arbeidsbelastningen er økende og selvrapportert arbeidstid per uke blant fastleger har gått ned fra 2022 til 2025. Gjennomsnittlig listelengde fortsetter å synke, og trenden fra tidligere år fortsetter. I 2024 ble listelengden i gjennomsnitt redusert med 27 innbyggere per fastlegeliste til 978. For å ha god bærekraft og tilstrekkelig kapasitet i ordningen fremover er det viktig at listelengden ikke blir for

kort. Det vil derfor være viktig fremover å redusere arbeidsbelastningen også ved andre tiltak enn reduksjon i listelengde.

Fastlegeyrket har blitt mer attraktivt for yngre leger

Yngre leger har andre preferanser enn sine eldre kolleger når det gjelder rammebetingelser og økonomisk trygghet. Oslo Economics har på vegne av Helsedirektoratet gjennomført spørreundersøkelser rettet mot LIS1 og medisinstudenter henholdsvis i 2022 og 2025. Undersøkelsen viser at andelen respondenter som ønsker å være fastlege har økt betydelig, fra 29 prosent i 2022 til 43 prosent i 2025. Årets spørreundersøkelse viser også at flertallet blant respondentene i 2025, 66 prosent, er helt eller litt enig i at fastlegearbeid er en trygg og attraktiv karrierevei. Tilsvarende tall i 2022 var 32 prosent.

Ordningen med ALIS-avtaler og tilskudd, som skal bidra til forutsigbarhet og trygghet for legen i tiden spesialistutdanningen pågår, synes å ha hatt stor betydning for rekruttering av nye leger til allmennlegetjenesten. Hele 254 kommuner søkte om tilskudd for ca. 2400 tilknyttede ALIS. Også i 2024 ble tilskuddsordningen styrket, det ble innvilget ca. 147 mill. kroner mer i tilskudd enn året før, totalt 606 mill. kroner.

Andelen fastlegelister med leger på fast ansettelse økte også i 2024, og er per mai 2025 oppe i 21,7 prosent. I 2024 var det for første gang på mange år større netto tilvekst i næringsdrivende fastlegelister (+114 lister) enn fast ansettelse (+ 78). Andelen kvinner som søker seg til fastlegeyrket øker. Ved årsskiftet 2023/2024 var andelen kvinnelige fastleger 50,0 prosent.

Finansieringen er styrket

Utgifter til basisfinansiering, refusjoner og egenbetalinger i fastlegeordningen, utgjorde i 2024 15,3 mrd. kroner. Dette er en økning fra 2023 på 8,1 prosent i løpende priser og 4 prosent i faste priser (realvekst). Endringen er større enn befolkningsveksten, altså målt per innbygger. Basisfinansieringen, inkludert grunn- og utjamningstilskudd, økte med 12,5 prosent eller 7,9 prosent i faste priser. Hovedårsaken til den sterke veksten er helårsvirkning i 2024 av økningen i basistilskuddet fra 1. mai 2023. Basisfinansieringens andel av totale utgifter til fastlegeordningen økte med 1,3 prosentpoeng til 33,1 prosent fra 2023 til 2024. I spørreundersøkelser gjennomført av Oslo Economics oppgir kommunene at økningen i basistilskuddet, sammen med andre nasjonale og lokale tiltak, har bidratt til økt rekruttering.

Kommunene har betydelige utgifter til fastlegeordningen og øvrige allmennlegetjenester utover den statlige finansieringen og betalte egenandeler. Utgiftene er ofte et resultat av problemer med å rekruttere fastleger til kommunen. Dette kan eksempelvis knytte seg til tiltak som å tilby ansettelse til fastleger, inngåelse av 8.2-avtaler der kommunen bidrar med ansvar for annet personell og drift

av legekantoret, lokal økning i basistilskuddet, eller gjenkjøpsgaranti ved omsetting av fastlegepraksis.

Det har de siste årene vært gjort betydelige løft for å bedre situasjonen i allmennlegetjenesten, både økonomisk og gjennom andre tiltak. Vi ser nå en positiv utvikling både for leger og befolkning.

Nedgang i bruk av e-konsultasjoner hos fastlege

I 2024 var befolkningens bruk av fastlege og legevakt, målt per innbygger, på nivå med de to foregående årene. Det er lansert en ny nasjonal kvalitetsindikator som viser at andelen konsultasjoner hos egen fastlege og hos mest brukte lege har vært stabil og høy over tid, henholdsvis over 70 og over 80 prosent.

Hos fastlege fortsetter trenden etter pandemien med økt andel fysiske konsultasjoner og nedgang i e-konsultasjoner. For legevakten har fordelingen mellom konsultasjonstyper vært tilnærmet stabil. Tilnærmet åtte av ti konsultasjoner hos fastlege fysisk i 2024, mens nærmere ni av ti hos legevakt var fysisk.

Mål om en fornyet, forsterket og forbedret allmennlegetjeneste

Regjeringen peker i stortingsmelding 23 (2024-2025)¹ på 13 hovedgrep som skal bidra til en fremtidsrettet allmennlegetjeneste. Dette innebærer blant annet en stegvis innføring av ny finansieringsmodell for fastlegeordningen og endring i finansieringen for legevakt. Det foreslås å legge til rette for tverrfaglige fastlegekontorer og forbedret samarbeid med andre tjenester.

Videre ønsker regjeringen å stille krav til bruk og utprøving av nye digitale løsninger, utarbeide ny strategi for helsekompetanse i befolkningen og gjøre endringer i kompetansekrav for leger. I forlengelsen av dette vil det være viktig at vi får økt kunnskap om kvaliteten i tjenestene som gis, og effektene av endret finansiering, nye organisasjonsformer, økt tverrfaglighet og bruk av digitale løsninger.

Helsedirektoratet er opptatt av at organisasjonsformer, digitalisering og finansieringsordninger bidrar til en god arbeidsdeling mellom personellgrupper, til at det gjøres kloke valg, skaper gode fagmiljø og at det utvikles tjenester som er til pasientens beste. Allmennlegene har en enestående rolle ved at de møter innbyggerne gjennom hele livsløpet. Det gir mulighet for å drive både forebyggende tiltak og behandling. Befolkningen blir stadig eldre og mer mangfoldig, med ulike ferdigheter innen helse, språk og digital kompetanse. Dette fører til økt behov for helse- og omsorgstjenester, samtidig som helsepersonell må håndtere flere pasienter og brukere. Det er viktig at pasienter med størst behov blir prioritert. Utredning og behandling må ses i sammenheng med kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester, og skje på riktig nivå i helsetjenesten.

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3096890/>

Digitale løsninger er stadig i utvikling og er i økende grad en integrert del av allmennlegetjenesten og fastlegeordningen. Tilrettelegging for og bruk av digital samhandling mellom pasient og lege og mellom aktørene i helse-, sosial- og omsorgstjenestene vil framover være svært viktig. Dette vil i større grad kunne understøtte god kvalitet, tilgjengelighet og ressursutnyttelse.

Samlet har utviklingen i allmennlegetjenesten senere år vært positiv, men samtidig har kostnadene økt. Videre utvikling og tiltak må vurderes i lys av behovet for en bærekraftig helsetjeneste. For å vurdere om vi når målene om en fornyet, forsterket og forbedret allmennlegetjeneste er det viktig at arbeidet med utvikling av allmennlegetjenesten fortsetter, og at Helsedirektoratet sammen med andre fagmiljø følger med og evaluerer effekten av tiltak.

INNLEDNING

Bakgrunn

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024² ble lagt frem av Regjeringen Solberg i mai 2020 og var resultatet av et samarbeid med Legeforeningen og Kommunesektorens organisasjon (KS). De tre hovedmålområdene i handlingsplanen var; En trygg og aktiv karrierevei, God kvalitet til alle og Fremtiden er teambasert. Regjeringen Støre har videreført påbegynt arbeid, men også sett behov forsterket innsats på området. I tråd med dette er det etablert nye tiltak for å bygge en god allmennlegetjeneste for fremtiden.

Regjeringen satte i august 2022 ned Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten³ Rapporten som ble levert 18. april 2023 inneholdt 59 anbefalinger for en bærekraftig allmennlegetjeneste og omfattet blant annet områdene organisering, finansiering, tverrfaglighet, legevakt, innovasjon, forskning og kompetanse.⁴

1.mars 2024 la regjeringen fram Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027. Planen beskriver retning og målbildet for det videre arbeidet med allmennlegetjenesten. Befolkningen skal leve lange og gode liv med de helsemessige utfordringer de har. De skal kunne bo hjemme og så

² [Handlingsplan for allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

³ Heretter omtalt som Ekspertutvalget

⁴ Ekspertutvalgets rapport (2023) [Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

langt det er mulig få behandling og oppfølging i sitt nærmiljø. Regjeringen fremhever allmennlegetjenesten som et fundament for vår felles helse- og omsorgstjeneste. En god og tilgjengelig allmennlegetjeneste pekes på som ett av planens seks hovedgrep.

Arbeidet med allmennlegetjenesten har også det siste året vært et høyt prioritert område. Den 10. april 2025 la regjeringen frem stortingsmeldingen om Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. I meldingen som skal behandles av Stortinget denne våren, omtaler regjeringen en fornyet, forsterket og forbedret fastlegeordning, en tilgjengelig og sammenhengende akuttmedisinsk kjede, en modernisert allmennlegetjeneste for det digitale skiftet, folkehelse og forebygging og tjenester til personer med store og sammensatte behov og kompetanse og kunnskap.⁵

Om denne rapporten

Denne rapporten er den femte i rekken av Helsedirektoratets årsrapporter om allmennlegetjenesten. Rapporten beskriver Helsedirektoratets arbeid med allmennlegetjenesten og utviklingen i tjenesten gjennom 2024. I rapportens del 1, 'Tiltak, status og effekter' presenteres iverksatte tiltak og arbeid. Rapportens del 2, 'Allmennlegetjenesten 2024 i tall', dekker Helsedirektoratets følge-med-ansvar basert på eksisterende datakilder. Denne delen av rapporten sammenstiller statistikk og nasjonale kvalitetsindikatorer som viser utviklingen i tjenesten. Det er tatt med oppdaterte tall fra FLO ⁶ per mars 2024, og noen tall helt fram til mai 2024. Oppdatert fastlegestatistikk som kan komplettere rapporten finnes på Helfo sine sider.⁷

For nærmere beskrivelser av arbeidet vises til Helsedirektoratets tidligere utgitte årsrapporter og halvårsrapporter⁸ og til evalueringsrapporter fra følgeevalueringen som er utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.⁹

Helsedirektoratets arbeid med allmennlegetjenesten i 2024

Arbeidet med allmennlegetjenesten fortsatte gjennom 2024. Helsedirektoratet koordinerte, som tidligere år, arbeidet i et program på tvers av direktoratets avdelinger. Programmet koordinerer blant annet utredning, planlegging, gjennomføring og oppfølging av prosjekter og aktiviteter.

⁵ [Meld. St. 23 \(2024–2025\) - regjeringen.no](#)

⁶ [Helfo sitt system for administrasjon av fastlegeordningen](#)

⁷ [Fastlegestatistikk - Helfo - for helseaktører](#)

⁸ [Statistikk og rapporter om fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegetjenester - Helsedirektoratet](#)

⁹ [Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten | Oslo Economics](#)

Helsedirektoratet har i 2024 arbeidet med innspill til regjeringens stortingsmelding om fremtidens allmennlegetjeneste som ble lagt frem 10. april 2025. I oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet også i 2024 utredet og konkretisert innretningen på noen av forslagene fra Ekspertutvalget om endringer i organisering og finansiering av fastlegeordningen. En del av arbeidet knyttet til konsekvenser av høy aktivitetsbasert finansiering og kunnskap om fastlønn for fastleger, har vært løst i samarbeid med Folkehelseinstituttet.

Den bredt sammensatte referansegruppen for arbeidet med allmennlegetjenesten er videreført gjennom 2024. Utover dette er det gjennomført workshops, arbeidsmøter og dialog med en rekke aktører, herunder Legeforeningen, KS, Statsforvalter, fagorganisasjoner for helsepersonell, kommuner, ALIS-kontor, nasjonale fagråd, fagnettverk og andre.

Fastlegekonferansen ble arrangert av Helsedirektoratets onsdag 22.mai, og hadde 160 fysiske deltakere og ca. 110 som deltok digitalt. Hovedtema for konferansen var en bærekraftig fastlegeordning. Et variert program med mange engasjerende bidragsytere fikk fram ulike perspektiver og bidro til en vellykket konferanse.

Arbeidet med å følge med på allmennlegetjenesten omfatter rapportering, kvalitetssikring av data, videreutvikling av datagrunnlag og indikatorer og oppfølging. Det er fortsatt behov for økt kunnskap på flere områder innen allmennlegetjenesten, og pågår betydelig utviklingsarbeid i følge med prosjektet.

Følgeevalueringen av Handlingsplanen for allmennlegetjenesten er justert for å også innbefatte nye tiltak, heriblant pasienttilpasset basistilskudd og den endrede tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning. Evalueringsrapporten for 2024¹⁰ har, i tillegg til oppfølging av tidligere års fastlegeundersøkelser, særlig oppmerksomhet mot rekruttering og hvor den tidligere spørreundersøkelsen rettet mot medisinstudenter og LIS1 er gjentatt. Helsedirektoratet og evaluator har gjennom året hatt dialog om innretning av spørreundersøkelser, intervjuguider og behovet for registerdata.

¹⁰ [Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten, Evalueringsrapport III](#), 2024, Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn

DEL 1

Tiltak, status og effekter

1 Rekruttering og stabilisering

1.1 Status: Rekruttering og stabilisering

Leger skal oppleve allmennlegetjenesten og fastlegeyrket som en trygg, og samtidig faglig attraktiv, karrierevei. For å øke rekrutteringen til fastlegeyrket har det vært laget vellykkede profileringskampanjer. Den gode tilveksten av fastleger gjennom 2024 fortsetter så langt i 2025, og bidrar til en reduksjon i antall innbyggere som mangler fastlege. Det arbeides videre med flere oppdrag på kompetanse feltet. Dette innbefatter blant annet regelverket for tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning. Denne skal bidra til forutsigbarhet og trygghet for legen i tiden spesialistutdanningen pågår.

1.2 Tiltak: Rekruttering og stabilisering

1.2.1 ALIS-tilskuddet, forvaltning og videreutvikling

Antall ALIS avtaler og søknader om tilskudd har vokst betydelig gjennom 2024. Gjennom året er det arbeidet videre med revisjon av ALIS tilskuddet. Dette omfatter både endringer i regelverket for tilskuddsordningen og utvikling av sterkere støttestrukturer i forvaltningen av tilskuddet.

I 2024 ble det innført en avgrensing for ALIS ansatt i eller tilknyttet vikarbyrå eller annen privat kommersiell aktør innen medisinsk virksomhet. Uavhengig av om ALIS på deltid har kommunal avtale eller ansettelse i kommunen, mistet kommunene retten til ALIS-tilskudd for disse legene. Endringen gjaldt for nye ALIS-avtaler inngått fra og med 18.04.2024. Tilsvarende endring ble iverksatt for alle ALIS-avtaler fra og med 01.09.2024.

I forvaltningen av tilskuddsordningen samarbeider Helsedirektoratet tett med ALIS og SamLIS kontorene. Kontorene er viktige regionale støttestrukturer for kommunene i arbeidet med å styrke spesialistutdanningen i allmennmedisin, og utgjør et kompetent nettverk.

Videre har både kommuner og ALIS-kontor delt erfaringer og spilt inn konkrete tilbakemeldinger til Helsedirektoratet. Tilbakemeldingene tyder på at det fortsatt er behov for videreutvikling av tilskuddets innretning. Helsedirektoratet har med seg innspillene i arbeidet med fremtidige justeringer i tilskuddsregelverket.

I parallell med videreutviklingen av regelverket arbeides det med utskifting av direktoratets tilskuddssystem TIFO og tilrettelegging for videre datafangst. Endringer i tilskuddsordningen som berører ALIS og kommuner blir kunngjort i forbindelse med ny utlysning i mai.

1.2.2 Oppdrag om LIS1 stillinger

Forskriften er endret slik at tjenestene nå har mulighet til å opprette egenfinansierte LIS1-stillinger med hele LIS1-løp. Helsedirektoratet skal følge med på bruken av disse stillingene. Oppdraget om å følge med på egenopprettede LIS1-stillinger ble levert november 2024, og oppdraget om 30 nye LIS-stillinger ble levert i 2025.

1.2.3 Introduksjonsavtaler

Helsedirektoratet ga i 2022 tillatelse til 65 introduksjonsstillinger. Ikke alle stillingene ble tatt i bruk, slik at direktoratet har tildelt noen avtaler i etterkant, og tildeler fortsatt nye avtaler etter søknad/henvendelse fra kommuner. Status per 31. desember 2024 viser at 40 avtaler har vært i bruk og er avsluttet i perioden 2022-2024. Det er 45 aktive avtaler som går ut i perioden 2025 - 2028. I tillegg er det i underkant av 10 avtaler er ikke tatt i bruk ennå, men forventes aktive ila 2025. Det har ikke vært noen nye oppdrag om introduksjonsavtaler i 2024.

1.2.4 Profilerings av fastlegeordningen og allmennlegetjenesten

Høsten 2023 ble det gjennomført en kampanje for å rekruttere flere fastleger. Kampanjen ble laget i samarbeid med KS og Legeforeningen, og ble kjørt på nytt mai 2024 med gode resultat.

Målgruppa for kampanjen var medisinstudenter i Norge og i utlandet, samt unge leger tidlig i spesialisering, og ALIS- leger. Kampanjen viste fram en variert arbeidsdag, med faglige fellesskap og stor medisinsk variasjon, og et arbeidsliv der det er rom for både fleksibilitet og trygghet.

1.3 Endringer i kompetansekrav og spesialistutdanning

Helsedirektoratet har i 2024 arbeidet videre med utredninger knyttet til endringer i kompetansekrav og spesialistutdanning. Forslag til endringer i flere ulike forskrifter har vært ute på høring, men det er kun i spesialistforskriften endringsforslagene er ferdig behandlet og iverksatt.

Endringene i Spesialistforskriften innebærer blant annet at kravet til veiledning i allmennmedisin er endret fra tidligere å skulle gjennomføres i gjennomsnitt minst fire timer per måned i 10,5 av årets måneder, til at veiledningen skal ytes jevnlig, og i gjennomsnitt tilsvare minimum 42 timer per år i den tid lege i spesialisering har praktisk tjeneste i en registrert utdanningsvirksomhet.

Videre er kravet om at ALIS må jobbe i minimum 50 prosent-stilling i åpen uselektert praksis, for at den kan regnes som en del av spesialistutdanningstiden, fjernet. Utdanningen av leger i spesialisering skal i hovedsak gjennomføres på heltid, men kan likevel gjennomføres på deltid dersom dette ikke er i veien for at legen kan gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene.

Endringene åpner også opp for at kommuner og sykehus kan inngå avtale om opprettelse av stillinger i spesialistutdanningens første del (LIS1-stillinger) utover det antallet stillinger som er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

1.3.1 Utrede etterutdanning i allmennmedisin

Helsedirektoratet fikk som følge av Ekspertutvalgets rapport i oppdrag å vurdere fremtidig organisering og innhold i etterutdanningen for allmennleger. Ekspertutvalget anbefaler i sin rapport om allmennlegetjenesten at dagens krav om sentral godkjenning av detaljerte etterutdanningsaktiviteter, for å kunne opprettholde tilleggskost, kan vurderes avvirket. Utvalget argumenterer for at allmennleger selv og kommunen har ansvar for at legens kompetanse oppdateres, og foreslår i stedet at det kan legges til rette for økonomisk kompensasjon for faglig oppdatering.

Helsedirektoratet leverte i mai 2024 forslag til forenkling av søknads- og saksbehandlingsprosess for godkjenning av etterutdanningsprogram for spesialister i allmennmedisin. Disse endringene er av teknisk karakter og berører ikke de substansielle innholdet i etterutdanningen. Utviklingsarbeidet er godt i gang og det antas at første versjon av løsningen kan tas i bruk i løpet av 2025, men det forutsetter tilstrekkelig finansiering for videreutvikling og implementering.

Helsedirektoratets vil i 2025 gjennomgå og utrede det faglige innholdet i etterutdanningsprogrammet med tanke på modernisering og forenkling. I dette arbeidet vil Legeforeningen, KS, ALIS-kontor og andre relevante fagmiljø involveres.

1.3.2 Gruppeveiledning i allmennmedisin

I oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet i 2024 gjort en vurdering av hvordan gruppeveiledningen for ALIS bør organiseres. Dette innebar å sørge for at finansieringen og forvaltningen av ordningen med gruppeveiledningen innrettes i tråd med regelverk for offentlige anskaffelser og reglementet for økonomistyring i staten.

Dette arbeidet resulterte i at Helsedirektoratet fra januar 2025 overtok ansvaret for organisering av gruppeveiledning for leger i allmennmedisin, rammer for utdanningen av gruppeveiledere, gjennomføring av gruppeveiledningen samt krav og regelverk for gruppeveiledningen.

Selve utførelsen er videreført som oppgave til Legeforeningen som vil motta tilskudd fra Helsedirektoratet for gjennomføring av arbeidet. Rammer for gruppeveiledningen er gjennomgått og vil publiseres på Helsedirektoratets nettsider.

1.3.3 Podkast om læringsmål i LIS1

Kommunene utdanner spesialister i allmennmedisin, og spesielt har ny spesialistutdanning medført store endringer for kommunene sammenlignet med gammel ordning. For leger i spesialisering i del 1 (LIS1) finnes kliniske læringsmål, som er forskriftsfestet i spesialistforskriften vedlegg 2. Læringsmålene beskriver de generelle kravene til kompetanse som læringen skal resultere i. Hvert læringsmål inneholder krav til kunnskap og/eller ferdigheter, og spesifiserer også nivået på den kompetansen som skal oppnås.

Helsedirektoratet har laget en podkast som gir ALIS og veiledere en lett tilgjengelig informasjon og som bidrar til refleksjon om hvordan kliniske læringsmål i del 1 i kommune kan forstås i den kommunale hverdagen. Podkasten LISSN var ferdig 1.oktober 2024.

1.3.4 Spesialistutdanning for alders- og sykehjemsmedisin

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2024 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse hos leger som yter legetjenester i institusjon og til hjemmeboende brukere. Som del av oppdraget skulle det vurderes om legespesialitet i alders- og sykehjemsmedisin burde etableres, enten som egen spesialitet eller med en felles del 2 med allmennmedisin.

Bakgrunnen for oppdraget var å vurdere tiltak for at kompetansen hos legene som arbeider i primærhelsetjenesten er god nok i fremtiden til å håndtere en situasjon med demografisk endring med økende antall eldre, og samtidig færre yrkesaktive personer til å yte helsehjelp. Det er derfor viktig å legge til rette for at legene i fremtiden fortsatt kan gi god medisinsk faglig behandling og oppfølging til eldre i primærhelsetjenesten, uavhengig av om bostedet er egen bolig, omsorgsbolig eller institusjon.

Svar på oppdraget ble oversendt 31. januar 2024, og er til behandling i departementet.

1.3.5 Kompetanseportalen, videreutvikling

Utvikling av kompetanseportalen (KPHdir) skal bidra til dokumentasjon av læringsmål, veiledning og fremdrift i utdanningsløpet. Det jobbes kontinuerlig med å forenkle og effektivisere løsningen og hente inn data til følge-med-arbeidet, herunder API for rapportering. I 2024 er det utviklet en løsning for digital registrering av utdanningstid som tas i bruk våren 2025 for ASA-spesialitetene (allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin) og LIS1.

1.3.6 Nettbasert lederutdanning for allmennlegetjenesten

Lederkurs for allmennleger er en del av BIs etter- og videreutdanningstilbud og gir for 5 studiepoeng. I tillegg er utdanningen godkjent av Legeforeningen med til sammen 60 kurspoeng for videre- og etterutdanning innen allmennmedisin og 40 kurspoeng for spesialistenes etterutdanning innen samfunnsmedisin. Kurset går over ett semester, og har oppstart både høst og vår.

Kursets fokus er lagt på å øke bevissthet hos deltakerne om hva ledelse er, potensialet som ligger i ledelse og deltakernes egen rolle som ledere. All undervisning, med unntak undervisningen i forbindelse med modul 1, gjennomføres digitalt.

Evalueringen viser at utdanningen, med sitt beskjedne omfang, har bidratt til en økning i både kunnskap, ferdigheter og praksis innen ledelse. Videre har kurset inspirert flere deltakere til å gjøre konkrete endringer i egen atferd og på arbeidsplassen. Dette tyder med andre ord på at kurset til dels også har hatt effekter på organisasjonsnivå, og styrker tolkningen av at kurset har bidratt til å gi legene en verktøykasse for ledelse og samarbeid. I 2024 tok ca. 40 fastleger kurset. 20 valgte å fortsette videre på Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten.

2 Kvalitet og tilgjengelighet

2.1 Status: Kvalitet og tilgjengelighet

Likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester for alle er et viktig fundament og et grunnleggende mål for hele helse- og omsorgstjenesten. Allmennlegetjenestene må organiseres og finansieres på en måte som fremmer kvalitet, effektivitet, riktig bruk av kompetanse, arbeidsdeling og innovasjon. For å gi bærekraft i tjenesten vil det være avgjørende at undersøkelse og behandling av pasienter foretas på beste effektive nivå. Arbeidsdeling, teknologi og samhandling mellom helsepersonell og tjenestenivåer må bygge opp under dette. Annet helsepersonell og økt satsing på tverrfaglige team kan både avlaste og bidra til et faglig bredere tjenestetilbud.

For å vurdere om vi når målene om en kvalitativ god og allmennlegetjeneste vil det være avgjørende at vi får økt kunnskap om de sider ved tjenesten som vi i dag vet for lite om. Videreutvikling av datagrunnlag og statistikk, som grunnlag for analyser i fastlegetjenesten er fortsatt et prioritert område.

2.2 Tiltak: Kvalitet og tilgjengelighet

2.2.1 Tiltak for å redusere antall innbyggere uten fast lege

Antall innbyggere på liste uten fast lege var fortsatt høyt i 2024, og Helsedirektoratet fikk i oppdrag å utrede tiltak for å redusere antallet. Direktoratet oversendte sin oppdragsbesvarelse 30. september, med blant annet kommunikasjonstiltak rettet mot innbyggere (rettigheter og mulighet for hjelp av vikar) og leger for å øke rekruttering, tiltak for å låse opp fastlegelister og vurderinger av muligheten for justeringer i ALIS-tilskuddet.

2.2.2 Konsekvenser av høy aktivitetsbasert finansiering og kunnskap om fastlønn

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet fikk september 2024 oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utrede konsekvenser av høy aktivitetsbasert finansiering og få utvidet kunnskap om fastlønn for fastleger. Oppdraget ble løst i samarbeid med Folkehelseinstituttet som stod for en betydelig del av leveransen.

I leveransen til departementet undersøkte Folkehelseinstituttet hvordan høy andel takstfinansiering påvirker fastlegene som portvoktere. Deres funn viser at høy andel aktivitetsbasert finansiering bidrar til å svekke portvokterrollen, eksempelvis når det gjelder sykmeldinger, og forskrivning av antibiotika og vanedannende legemidler. I oppdraget om fastlønn for fastleger, har Folkehelseinstituttet gjort en vurdering av beregningene som ligger i en tidligere leveranse fra Helsedirektoratet, Oslo Economics og UiO til departementet i 2022, om kostnader og årsverksbehov dersom fastleger ansettes i kommunene. Folkehelseinstituttet har publisert innlegg om disse temaene i Dagens medisin og Aftenposten vinteren 2025.

2.2.3 Kunnskapsinnhenting om legetjenester i fengsel og sykehjem og om legekontorer med felleslister

I oppdrag fra Helse -og omsorgsdepartementet har Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) bistått Helsedirektoratet i å kartlegge og utarbeide en situasjonsbeskrivelse om legetjenester i sykehjem og fengsel. NSDM har også innhentet informasjon om legekontorer som i dag drives med felleslister knyttet til variasjon i driftsform, geografi, tverrfaglighet, organisering og ledelse. Rapportene ble levert Helsedirektoratet og er publisert på NSDM sine nettsider.^{11, 12, 13}

2.2.4 Kvalitetselementer

Helsedirektoratet har i forbindelse med utredninger knyttet til finansiering av fastlegetjenesten, også utredet eventuelle finansielle virkemidler som kan understøtte tilgjengelighet, tverrfaglighet, ledelse og kvalitet i tjenesten. NSDM har bidratt med kartlegging knyttet til grunntilskudd og utjamningstilskudd i finansieringen av fastlegetjenesten.

2.2.5 Kartlegge kommunenes utgifter knyttet til legevakt

Høsten 2023 ga Helsedirektoratet Statistisk Sentralbyrå (SSB) i oppdrag å kartlegge driftsutgifter til legevakttjenesten i alle landets kommuner. Kartleggingen skal synliggjøre hvor store utgifter kommunene samlet bruker på legevakttjenesten og fordelt etter ulike organiseringsformer av legevakten. Per i dag er det ikke mulig å skille ut utgifter til legevakttjenesten fra kommunenes årlige

¹¹ [Notat om sykehjemslegetjenesten i NSDM](#)

¹² [Notat om fengselshelsetjenesten i NSDM](#)

¹³ [Notat om felleslister i fastlegetjenesten i NSDM](#)

regnskapsrapportering via Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA), og kommunene rapporterer heller ikke årsverk i legevaktjenesten.

Formål med oppdraget er å innhente mer kunnskap om kommunenes samlede utgifter til legevaktjenesten. Kartleggingen skal også undersøke hvorvidt kommunene er i stand til å rapportere årlige data om utgifter knyttet til legevaktjenesten i regnskapsrapporteringen i KOSTRA dersom legevakt i fremtiden blir skilt ut som en egen utgiftfunksjon. SSB skal kartlegge og analysere kommunenes utgifter knyttet til legevaktjenesten, i tillegg til for landet totalt, langs flere dimensjoner, herunder kjennetegn ved kommuner (bl.a. fylke, kommunestørrelse målt i innbyggertall og sentralitet).

Skriftlig rapport ble levert i oktober 2024 og viste at Legevakt kostet om lag 4,8 mrd. kroner i 2023. Utgiftene til legevakt per innbygger for landet totalt var 858 kroner i 2023. I Finnmark var beløpet høyest med nær 2100 kroner. I de to andre nordligste fylkene, Nordland og Troms, var utgiftene på mer enn 1200 kroner per innbygger. Oslo hadde klart lavest utgifter til legevakt per innbygger, med 438 kroner.

SSB vil følge opp arbeidet ved å nedsette en arbeidsgruppe som skal utrede muligheten for å skille ut legevakt som en egen regnskapsfunksjon i KOSTRA.

2.2.6 Innspill stortingsmelding om akuttmedisinsk kjede

Helsedirektoratet har gitt innspill til endring av kompetansekravene til lege i legevakt, både til spesialistforskriften, kompetanseforskriften for lege i allmentjenesten og akuttmedisinforskriften. Endringsforslagene vil innebære en tydeliggjøring av kompetansekravene til leger i legevakt

I 2024 leverte Helsedirektoratet flere oppdrag knyttet til utfordringsbildet og status for de akuttmedisinske tjenestene, inkludert legevakt. Utredning av reisetid legevakt ble også levert og samlet anbefalinger og tiltak for den akuttmedisinske kjede.

2.2.7 Kvalitetsindikatorer og rapportering akuttmedisinske tjenester

Helsedirektoratet publiserte for andre gang resultatene for kvalitetsindikatorene for legevakt, som omfatter samhandling, triasering og tilgang til tolk på legevakt. I tillegg er svartid på legevaktssentral vist i et eget dashboard på helsedirektoratet.no.

2.2.8 Revisjon veileder for legevakt og legevaktssentral

Formålet med revisjonen er å oppdatere innholdet etter endringer i regulering og praksis på legevaktfeltet i perioden 2020 og frem til i dag. Det har også vært et mål forenkle og bedre

tilgjengeligheten ved å endre strukturen. Veilederen skal ikke overlapse andre normerende produkter, og det innebærer at tema som var viet plass i veilederen fra 2020 ikke er omhandlet i det reviderte utkastet. Tema som er bredere omtalt er styring og ledelse, kompetanse og beredskap. Dette har tydeliggjort roller og ansvar for legevakttjenesten i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Arbeidet har vært gjennomført med en ekstern arbeidsgruppe og høringsmøter med relevante aktører. Etter intern høring vil veileder bli sendt på ekstern høring våren 2025.

2.2.9 Tilskudd styrking av legevakt i distriktkommuner

Regjeringen etablerte en ny tilskuddsordning for styrking av legevakt i distriktkommuner på 50 millioner kroner i 2022 og ordningen ble videreført og i 2024 med 70 mill. kr. Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til bedre rekruttering og redusert vaktbelastning i kommunens legevaktordning, i kommuner med særlige rekrutteringsutfordringer. Målgruppe for ordningen er definert til å være distriktkommuner i sentralitetsklasse 5 og 6 med befolkning < 5 000 innbyggere. 59 kommuner fikk innvilget inntil 1,5 mill. kr. Tilskuddet ble brukt til Rekruttering av leger, sykepleiere og vikarer, ny organisering av vaktordning og kompetanseheving.

2.2.10 Rapportering, forvalte og videreutvikle

Som del av Helsedirektoratets oppdrag med Handlingsplan for allmennlegetjenesten inngikk et ansvar for en ekstern evaluering, samt etablering et følge-med-system for å kunne følge utviklingen på sentrale områder tett. Samlet gir dette et kunnskapsgrunnlag for å vurdere utvikling i tjenesten og effekt av tiltak som kan gi grunnlag for justeringer og nye tiltak. Helsedirektoratet har siden handlingsplanen ble igangsatt utarbeidet en årlig rapport som gir status for arbeidet med tiltak og viser statistikk for utvikling for allmennlegetjenesten.

De siste årene har Helsedirektoratet i betydelig grad styrket innsatsen for å få fram mer og bedre styringsinformasjon om allmennlegetjenesten. Arbeidet favner bredt, og inkluderer utvikling av tallgrunnlag og indikatorer for å følge med på ressursinnsats, rekruttering, kapasitet, kompetanse, tilgjengelighet og kvalitet. Helsedirektoratet har en bredt anlagt referansegruppe knyttet til arbeidet med allmennlegetjenesten hvor utvikling av styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer presenteres.

En sentral del av utviklingsarbeidet har vært å bedre utnyttelse av informasjon fra det administrative systemet for fastlegeordningen (FLO). I februar 2024 publiserte Helsedirektoratet i samarbeid med Helfo et Dashbord basert på FLO-data. Her kan man finne tall med informasjon om ulike kjennetegn ved fastleger, fastlegelister, fastlegekontorer og innbyggere i FLO, herunder også gjesteinnbyggere og ventelister. Dashbordet er i første rekke ment å være et verktøy for kommunene, men er også nyttig for mange andre aktører. Tallgrunnlag kan framstilles og lastes ned på kommunenivå,

fylkesnivå eller nasjonalt. Det arbeides med å inkludere bydeler i de største byene. Dashbordet ble testet i samarbeid med en rekke testkommuner før publisering.

Gjennom samarbeid med SSB er det framkommet ny informasjon om kommunenes ressursinnsats knyttet til legevakt. Dette innhentes som en del av KOSTRA. 2023 var andre året SSB samlet inn data som grunnlag for en vurdering av framtidig ny regnskapsrapportering i KOSTRA som skiller ut legevakt. Rapport ble publisert høsten 2024. Arbeidet med å videreutvikle datagrunnlaget for bedre kunnskap om utviklingen i allmennlegetjenesten fortsetter i 2025. Herunder arbeidet for økt kunnskap om allmennleger i spesialisering.

2.2.11 Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) om allmennlegetjenesten

Gjennom handlingsplanen for allmennlegetjenesten ble det i 2020 gitt et deloppdrag om å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer sammen med fagmiljøene. Offentlig publiserte kvalitetsindikatorer skulle gi mer informasjon, kunnskap og innsikt i kvaliteten i tjenestene, ned på kommunenivå, og kunne brukes til å sette inn tiltak og bidra til kvalitetsforbedring. I løpet av perioden er det gjennomført innspillmøter og møter i faggrupper og referansegruppen, og resultatet er utvikling av ni nye nasjonale kvalitetsindikatorer innen områder som belyser kontinuitet mellom innbygger og fastlege, spesialisering for fastleger, innbyggere uten fast lege, pasienterfaringer og forskrivning av legemidler med særlig uheldige bivirkninger.¹⁴

Sammen med annen statistikk og kvalitetsindikatorer om sykehjem, legevakt og antibiotikaforskrivning har de nye kvalitetsindikatorene bidratt til økt kunnskap og innsikt i allmennlegetjenestene, og data som kan brukes både på nasjonalt og lokalt/kommunalt nivå. Det har ikke vært ønskelig å publisere data ned på fastlegekontor, og resultater på lavere nivå enn kommunenivå må deles bak en påloggingsløsning. Dette har ikke vært en del av dette prosjektet.

Videre arbeid består i å årlig oppdatere kvalitetsindikatorene med resultater. I 2024 ble det lansert en ny kvalitetsindikator som viser andel konsultasjoner som utføres hos pasientens egen fastlege eller hos den mest brukte lege. Det uredes videre om indikatoren kan differensieres ytterligere på pasientgrupper

¹⁴Resultatene kan finnes her: [Nasjonale kvalitetsindikatorer - Helsedirektoratet](#) Se også nyhetssaken ved siste publisering: [Flest møter egen fastlege i Østfold - Helsedirektoratet](#)

3 Arbeidsdeling, ledelse og innovasjon

3.1 Status: Arbeidsdeling, ledelse og innovasjon

Det er en sentral målsetning å skape et faglig bredere og mer sammenhengende helse- og omsorgstilbud til innbyggerne. For å sikre en helhetlig og god oppfølging av pasientene, er det viktig at fastleger og annet helsepersonell samarbeider godt. Arbeidet på legekontoet må organiseres og utføres på en faglig forsvarlig og effektiv måte, og som legger til rette for en god oppgavedeling. Teknologiske fremskritt gir muligheter for nye samarbeids- og organisasjonsformer, både internt på fastlegekontorene og i samhandling med pasientene. Ny teknologi gjør det også mulig for innbyggerne å ta en mer aktiv rolle i å følge opp egen helsetilstand og mestre sykdom.

Ledelse er viktig for å etablere gode fag- og arbeidsmiljø, drive kvalitetsarbeid, ta i bruk nye verktøy, tilrettelegge for lokale forhold og sørge for effektiv ressursutnyttelse. Økt satsing på tverrfaglige team vil kreve tydelig ledelse med oversikt over helse- og omsorgspersonells ansvars- og kompetanseområder samt evnen til å identifisere kompetansebehov og følge opp mot rekrutterings- og opplæringstiltak. Systematisk og god ledelse i og av allmennlegetjenesten, vil derfor være avgjørende i arbeidet med økt tverrfaglighet og for å lykkes med en videre utvikling av tjenesten.

Sammenslåingen mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har lagt grunnlag for en enda tettere dialog i arbeidet med digitalisering av allmennlegetjenesten.

3.2 Tiltak: Arbeidsdeling, ledelse og innovasjon

3.2.1 Utredning og konkretisering av ekspertutvalgets forslag til endret organisering

I kjølvannet av rapporten fra Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede og konkretisere flere av forslagene til organisatoriske endringer, inkludert behov for lov- og forskriftsendringer. Helsedirektoratet leverte sine forslag i februar 2024.

3.2.2 Understøtte kommunenes rolle i å lede og utvikle allmennlegetjenesten

Arbeidet med å understøtte kommunenes rolle i å lede og utvikle allmennlegetjenesten fortsatte i 2024. Interaktiv fastlegestatistikk med mulighet for informasjon på kommunenivå er publisert på Helfo og Helsedirektoratets nettsider.^{15,16}

For å understøtte kommunens rolle i å lede og organisere fastlegeordningen og de øvrige allmennlegetjenestene, er en temaside for allmennlegetjenesten utarbeidet på Helsedirektoratet.no, *Ledelse av fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegetjenester*.¹⁷ I tillegg er pod-cast serien *Kommunens verktøykasse* laget i samarbeid med fagpersoner og ledere i kommunen. Målgruppen er ledere i og av allmennlegetjenesten. I 2024 ble det spilt inn 6 episoder.

3.2.3 Digital utprøving av triageringsverktøy for fastleger på Helse Norge

Planlegging og gjennomføringen av prosjektet *Triageringsløsning for fastleger på Helsenorge* startet i 2018 og ble avsluttet i 2024. Høsten 2024 var en skjemaløsning på Helsenorge ferdig utviklet og klar til bruk for e-konsultasjon. Løsningen vil etter hvert også kunne brukes for fysiske konsultasjoner, dersom EPJ-leverandørene har lagt til rette for det. Foreløpig er løsningen tilgjengelig på bokmål og nynorsk, med fremtidig planer om oversetting til engelsk og flere språk.

Etter prosjektets avslutning har NHN overtatt driften og forvaltningen av løsningen. Fra april 2025 er den tilgjengelig for alle fastleger som ønsker det. NHN oppdaterer de medisinske faglige skjemaene jevnlig. Løsningen vil få nytt navn fra 2025, fra *"Triageringsløsning for fastleger på Helsenorge"* til *"Kartleggingsverktøy for fastlege"*.

I tillegg til en ekstern evalueringsrapport fra Oslo Economics¹⁸, har prosjektet selv utarbeidet en sluttrapport med beskrivelse av prosessen med utredning, planlegging og gjennomføringen.

3.2.4 Videre utbredelse Digital hjemmeoppfølging

Som en del av Nasjonalt Velferdsteknologiprogram gjennomførte Helsedirektoratet i perioden 2022 til 2024 et prosjekt for å spre utbredelsen av digital hjemmeoppfølging. Formålet med spredningsprosjektet var å bidra til at kommuner, i samarbeid med fastleger og helseforetak, tar i bruk digitale verktøy for å sikre bedre oppfølging av pasienter med kroniske lidelser.

¹⁵ [Fastlegestatistikk - Helfo - for helseaktører](#)

¹⁶ [Månedssrapport – utvalgt fastlegestatistikk - Helsedirektoratet](#)

¹⁷ [Ledelse av fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegetjenester - Helsedirektoratet](#)

¹⁸ [Evalueringsrapport av digital triageringsløsning på fastlegekontor](#)

Digital hjemmeoppfølging skal bidra til et bedre tjenestetilbud med økt kvalitet til kronisk syke samt bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåer og sektorer. I spredningsprosjektet ble det satt som mål å etablere slike tilbud i alle 19 helsefellesskapene innen utgangen av 2024.

I løpet av prosjektperioden har Helsedirektoratet fulgt opp 17 prosjekter fordelt på alle helsefellesskapene. I 2024 fikk ytterligere fem prosjekt støtte til digital hjemmeoppfølging gjennom Helseteknologiordningen, og til sammen deltar rundt 200 kommuner i disse prosjektene. Prosjektene er forankret i de respektive helsefellesskap, og flere av prosjektene har fått rekrutterings- og samhandlingstilskudd for å styrke gjennomføringsevne. Per mars 2025 følges nesten 1400 personer opp med digital hjemmeoppfølging i 74 kommuner.

Flere prosjekter har nå digital hjemmeoppfølging i ordinær drift. Helsedirektoratet har utarbeidet et emnekurs for fastleger og helsepersonell fra kommuner og sykehus som arrangeres i samarbeid med de lokale prosjektene. Målet er å etablere en felles plattform lokalt og skape motivasjon til å ta tjenesten i bruk. Høsten 2024 ble det gjennomført seks kurs med til sammen rundt 300 deltakere. Evalueringen av kurset har vært svært positiv.

Erfaringer fra prosjektene og vurderinger fra brukerundersøkelser viser at digital hjemmeoppfølging gir pasientene økt trygghet, mestring og selvstendighet. Det gir økt helsekompetanse og hjelper til å fange opp tegn til forverring, slik at de kan håndteres tidlig. Dette har for mange ført til redusert behov for helsetjenester.

Det nasjonale spredningsprosjektet ble avsluttet i 2024, men satsning på digital hjemmeoppfølging videreføres i Helseteknologiordningen. I 2025 mottok Helsedirektoratet 24 søknader med en samlet søknadssum på 51,8 millioner kroner i kategorien digital hjemmeoppfølging, hvor totalt 176 kommuner var involvert. Totalt ble 17,7 millioner kroner tildelt, fordelt på 18 prosjekter.

3.2.5 EPJ-løftet

EPJ-løftet er et samarbeidstiltak mellom Legeforeningen, Norsk fysioterapiforbund, Norsk manuellterapiforening, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Hensikten er å forbedre de elektroniske pasientjournalssystemene (EPJ) til de representerte behandlergruppene.

EPJ-løftet ble lansert i 2014 og har blitt fornyet årlig gjennom normaltarifforhandlingene i juni. Helsedirektoratet deltar i styringsgruppen sammen med behandlergruppene og ivaretar sekretariatsfunksjonen. Arbeidet innebærer å samle helseaktørene og EPJ-leverandørene, kartlegge behov, spesifisere funksjonelle løsninger og gjennomføre offentlige anskaffelser av IKT-utstyr og løsninger.

Målet med EPJ-løftet er å levere ny og nyttig EPJ-funksjonalitet for fastlegers og privatpraktiserende spesialisters, slik at hverdagen blir enklere for både pasienter og helsepersonell.

Følgende tiltak inngår i EPJ-løftets hovedplan for brukergruppen fastleger og avtalespesialister i perioden 2024-2025:

- Digitale dialogtjenester på Helsenorge for fastlegene og avtalespesialister
- Legemidler SFM-integrasjoner
- FA A Digital Dialog Fastlege
- Digital skjemaløsning førerrett
- Strukturering av oppgaver i meldingsboksen – Oppgavekontroll
- Synkronisering av kritisk info
- Pasientens prøvesvar (strukturerte labdata)
- Mer avansert overføring av pasientjournal
- Innrapportering til SYSVAK

3.2.6 Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten

Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse publiserte høsten 2023 rapporten *"Nå snakker vi. Utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgssektoren"*.¹⁹

Helsedirektoratet koordinerer helsesektorens deltakelse i arbeidet, og fikk i 2024 oppdrag å følge opp anbefalingene fra rapporten i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet. I 2024, ble det arbeidet med tjenstedesignprosess for sykmeldinger, og NAV utarbeidet en ny strategi for informasjonsutveksling mellom sektorene. Strategien innebærer at NAV skal leverer funksjonalitet for sykemeldinger til helsesektoren. For at dette skal kunne brukes av legene må journalløsningene tilpasses. Anskaffelser rettet mot EPJ-leverandørene vil i være helsevirksomhetenes ansvar, men NAV vil bistå fastlegene i arbeidet med å få på plass nødvendig funksjonalitet.

3.2.7 Portaler for rapportering for helsepersonell

For helsepersonell innebærer registrering av helseopplysninger utenfor eget primære fagsystem (elektronisk pasientjournal) økt arbeidsbyrde. Det finnes en rekke egne portaler for innrapportering og utveksling av data mellom helsepersonell, registre, kommunene, statlige aktører og andre. Arbeidet i år har fulgt opp tidligere anbefalinger om forbedret informasjonsutveksling og redusert rapporteringsbyrde, med et særlig fokus inn mot fastleger.

¹⁹ [Nå snakker vi! Utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgssektoren. Oktober 2023.pdf](#)

I arbeidet med å utvikle et konsept for enklere rapportering ble det laget brukerhistorier som beskriver fastlegenes behov og illustrerte rapporteringsbyrden. Både fastleger, deres leverandører, og registereiere har vært involvert i arbeidet gjennom workshops, brukertesting og fagmøter. Dette har bidratt til en felles forståelse av hva som anses å være de viktigste tiltakene for enklere rapportering. Gjennom prosessen har det også kommet frem tydelige signaler om behov for økt gjennomføringskraft, bedre tilrettelegging for ny teknologi, for å fremskynde utvikling og tilgjengeliggjøring av nye løsninger.

Det anbefalte konseptet er å etablere en felles inngangsportal som øvrige løsninger og portaler knyttes opp mot for å understøtte bedre brukeropplevelse og sømløs arbeidsflyt. I tillegg vil Helsedirektoratet legge til rette for at aktørene i større grad kan ta i bruk tredjepartsapplikasjoner også for rapporteringsformål, og at leverandørene utvikler støtte for dette. Fastlegene har store forventninger til at en felles inngangsportal skal bidra til reel forbedring og forenkling av dagens situasjon.

3.2.8 Allmennlegetjenesten og Kunstig intelligens

Som en del av arbeidet med felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten arrangerte Helsedirektoratet, i samarbeid med samarbeid med Norsk Forening for Allmennmedisin den 5. november 2024 seminaret "*Kunstig intelligens i allmennpraksis – hva betyr KI for praksisen din – nå og i fremtiden*"²⁰. Seminaret belyste muligheter som ligger i KI, hvilke KI-verktøy som allerede er tilgjengelige, hvilke lover og regler som må følges. Rundt 400 fulgte seminaret digitalt eller fysisk, og rundt 360 har sett opptak i etterkant.

Helsedirektoratets KI-team har også gitt tekstlig innspill til omtalen av kunstig intelligens i stortingsmeldingen om fremtidens allmennlegetjenester (Meld. St. 23 (2024-2025)), herunder om status for KI-bruk hos fastleger og forskjellen på helseinformasjon og helsehjelp.

²⁰ [Kunstig intelligens i allmennpraksis: Kva betyr KI for praksisen din – no og i framtida? - Helsedirektoratet](#)

DEL 2

Allmennlegetjenesten i tall 2024

4 Utgifter til allmennlegetjenesten

Oppsummering

Beregnete statlige utgifter til allmennlegetjenesten utgjorde 17,7 mrd. kroner i 2024. Sammenlignet med 2023 er dette en økning på 7,9 prosent i løpende priser og 3,9 prosent i faste priser (realvekst). Utgifter til fastlegeordningen utgjorde 15,3 mrd. kroner, noe som er en økning på 8,1 prosent og 4 prosent i faste priser fra 2023. Basisfinansieringen, inkludert grunn- og utjamningstilskudd, økte med 12,5 prosent og 7,9 prosent i faste priser. Hovedårsaken til den sterke veksten er helårsvirkning i 2024 av økningen i basistilskuddet fra 1. juli 2023. Basisfinansieringens andel av totale utgifter til fastlegeordningen økte med 1,3 prosentpoeng til 33,1 prosent fra 2023 til 2024. Andre statlige utgifter til allmennlegetjenesten økte

4.1 Samlede utgifter til allmennlegetjenesten

Utgifter til allmennlegetjenesten omfatter utgifter til fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegetjenester i kommunene, inkludert sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjenester. Per i dag finnes det ikke tilgjengelig registerdata som viser alle utgifter for hele allmennlegetjenesten. Utgifter som det mangler sammenstilt informasjon om er blant annet:

- Kommunenes egenfinansiering av fastlegeordningen, det vil si kommunenes merutgifter utover basisfinansieringen
- Kommunenes utgifter for drift av legevaktstjenesten
- Kommunenes utgifter for LIS1-leger
- Utgifter for allmennlegetjenester i tilknytning til helsestasjoner, skolehelsetjeneste og eldreomsorg i kommunene

Utgiftene som presenteres i dette kapitlet er basert på tilgjengelige registerdata, blant annet fra FLO og KUHR.

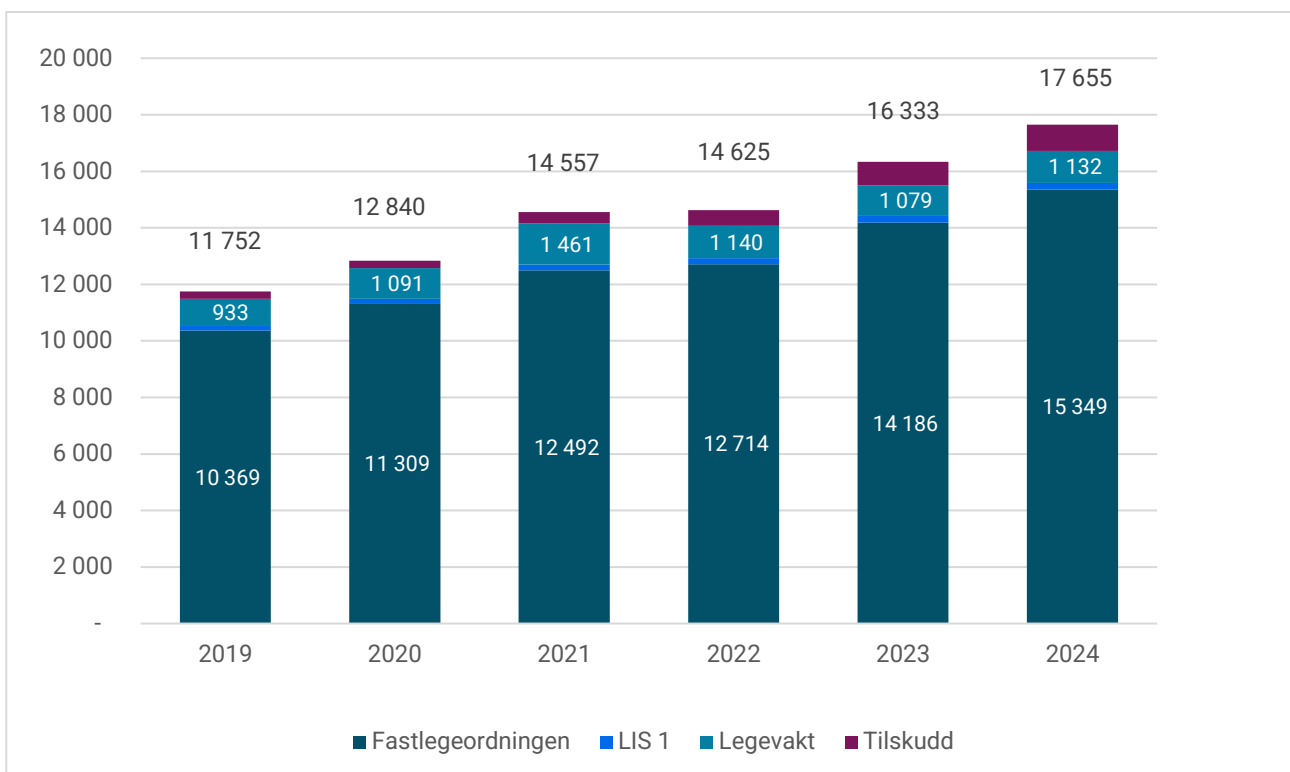
Beregnete utgifter til allmennlegetjenesten utgjorde 17,7 mrd. kroner i 2024 (Se tabell 4.1 og figur 4.1). Dette er en økning på 7,9 prosent sammenlignet med 2023. Hensyntatt lønn- og prisvekst²¹ var det en utgiftsøkning på 3,9 prosent fra 2023 til 2024. For utvikling i faste priser, se tabell V4.1 til V4.5 i vedlegg til kapittel 4.

Tabell 4.1 Utgifter for allmennlegetjenesten. Tall i mill. kroner, løpende priser. 2019 – 2024.

	Utgifter i løpende priser i mill. kroner						Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2023-2024	2019-2024
Fastlege-ordningen	10 369	11 309	12 492	12 714	14 204	15 349	8,1	48,0
LIS 1	189	175	204	215	232	243	4,7	28,9
Legevakt	933	1091	1461	1140	1082	1132	4,6	21,2
Tilskudd	261	266	400	557	836	931	11,3	256,6
Totalt	11 752	12 840	14 557	14 625	16 356	17 655	7,9	50,2

Kilde: FLO og KUHR.

Figur 4.1. Utgifter for allmennlegetjenesten 2019 - 2024. I løpende priser. Mill. kroner.



Kilde: FLO og KUHR.

²¹ Statistisk sentralbyrås prisindeks "06.2 Helsetjenester utenom institusjon" er benyttet for prisjustering

4.2 Utgifter til fastlegeordningen

Fastlegeordningen finansieres av staten gjennom folketrygdens takster, ved at kommunene yter tilskudd og pasientenes betaling av egenandeler. Hovedmodellen i fastlegeordningen er at kommunene dekker behovet for fastleger gjennom avtaleinngåelse med selvstendig næringsdrivende leger. Næringsdrivende leger mottar et tilskudd fra kommunen basert på pasientlistens sammensetning, takstrefusjoner fra staten og egenandeler og annen egenbetaling fra pasientene. Ettersom grunnlaget for ren privat næringsdrift varierer mellom kommunene, kan en kommune velge å tilby fast ansettelse eller andre økonomiske tiltak for å dekke behovet for fastleger. Alternativene til ren næringsdrift er:

- Kommunal drift med fastlege på fastlønn
- Næringsdrift med tilleggsfinansiering fra kommunen
- Kommunal drift med fastlege på fastlønn med aktivitetsavhengig bonusavtale

Ved kommunal drift og fastlege på fastlønn, vil kommunen motta takstrefusjoner og betalingen fra pasienter. Det foreligger i dag ingen samlet oversikt over hvilke kommuner som bidrar med tilleggsfinansiering, eller det økonomiske omfanget av tilleggsfinansieringen. Det finnes heller ingen oversikt over kommunenes faktiske kostnader ved kommunal drift, men det er grunn til å anta at kommunenes faktiske kostnader overstiger summen av basisfinansiering, takstrefusjoner og pasientbetalinger.

På oppdrag fra KS har NTNU Samfunnsforskning AS i samarbeid med SINTEF kartlagt kommunenes merkostnader til fastlegeordningen utover hovedmodellen. Kommunenes samlede merkostnader utover hovedmodellen er estimert til 1,2 mrd. kroner i 2023²².

Kostnadstall for kommunenes tilleggsfinansiering av næringsdrivende fastleger og faktiske kostnader ved kommunal drift er ikke tilgjengelig. Kostnadene presentert i tabell 4.2 må derfor sees på som et minimum anslag på totale kostnader for fastlegeordningen.

Utgifter til fastlegeordningen utgjorde 15,3 mrd. kroner i 2024. Dette er en økning på 8,1 prosent fra 2023. Målt i faste priser var det en økning i utgiftene på 4,0 prosent. Fra tabell 4.2 ser vi at basisfinansieringen økte med 12,5 prosent, refusjoner fra folketrygden økte med 5,7 prosent og egenandeler og egenbetaling fra pasienter økte med 6,9 prosent sammenlignet med 2023.

²² NTNU Samfunnsforskning AS og SINTEF, SØF-RAPPORT NR. 05/2024, *Variasjoner i kommunal finansiering av fastlegeordningen*.

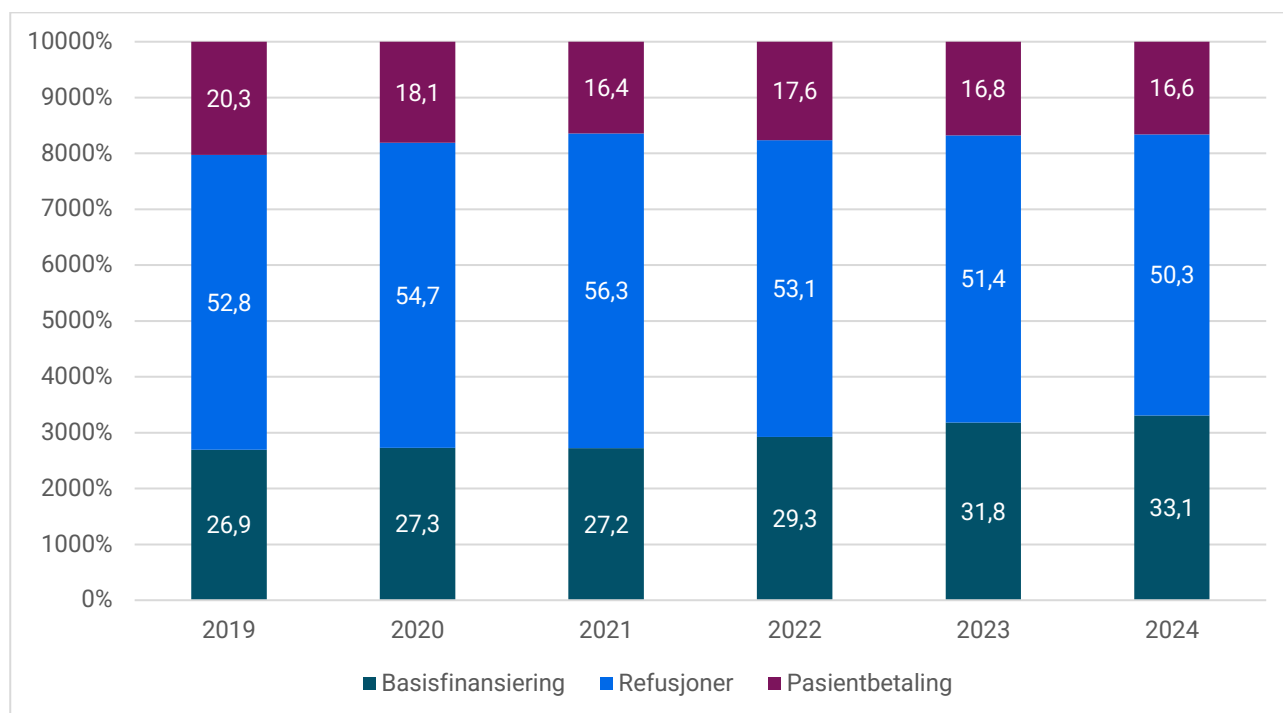
Tabell 4.2 Utgifter for fastlegeordningen. Tall i mill. kroner, løpende priser. 2019 – 2024.

	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner						Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2023-2024	2019-2024
Basisfinansiering								
Grunntilskudd og basistilskudd	2 633	2 930	3 227	3 522	4 261	4 760	11,7	80,8
Utjamningstilskudd	159	155	175	197	256	321	25,3	101,4
Sum basisfinansiering	2 792	3 085	3 402	3 719	4 516	5 080	12,5	81,9
Refusjoner								
Takstrefusjoner	3 947	4 334	4 814	4 691	5 298	5 697	7,5	44,3
Refusjon frikortegenandeler	817	939	1 218	1 057	1 139	1 144	0,4	40,0
Refusjon øvrige egenandeler	412	624	697	672	520	520	0,1	26,1
Refusjon L-takster NAV	299	284	308	332	349	362	3,7	21,2
Sum refusjoner	5 475	6 181	7 037	6 753	7 306	7 723	5,7	41,1
Pasientbetaling								
Egenandeler	1 947	1 906	1 916	2 102	2 234	2 388	6,9	22,7
Egenbetaling	154	137	136	140	147	157	6,4	1,7
Sum pasientbetaling	2 101	2 043	2 053	2 242	2 382	2 545	6,9	21,1
Sum totalt	10 369	11 309	12 492	12 714	14 204	15 349	8,1	48,0

Kilde: FLO og KUHR.

Med større vekst i basisfinansieringen enn i refusjoner og pasientbetaling fra 2023 til 2024, så ser vi av figur 4.2 at basisfinansieringens andel av totale utgifter til fastlegeordningen har økt med 1,3 prosentpoeng til 33,1 prosent av totale utgifter for fastlegeordningen.

Figur 4.2. Basisfinansiering, refusjoner og pasientbetaling som prosentvis andel av totale utgifter for fastlegeordningen. 2019 - 2024.



Kilde: FLO og KUHR.

4.3 Nærmere om basistilskudd, grunntilskudd og utjamningstilskudd

Hovedmodellen for drift i fastlegeordningen er basert på privat næringsdrift finansiert gjennom listeinnbyggertilskudd (basistilskudd) fra kommunene, refusjoner fra folketrygden og pasientbetaling. Listeinnbyggertilskuddene utbetales månedlig på grunnlag av listeinnbyggerne på den enkelte fastleges liste.

Pasienttilpasset basistilskudd ble innført 1. mai 2023. Fra samme tidspunkt ble basistilskuddet styrket vesentlig, og knekkpunkt i basistilskuddet ble avviklet.

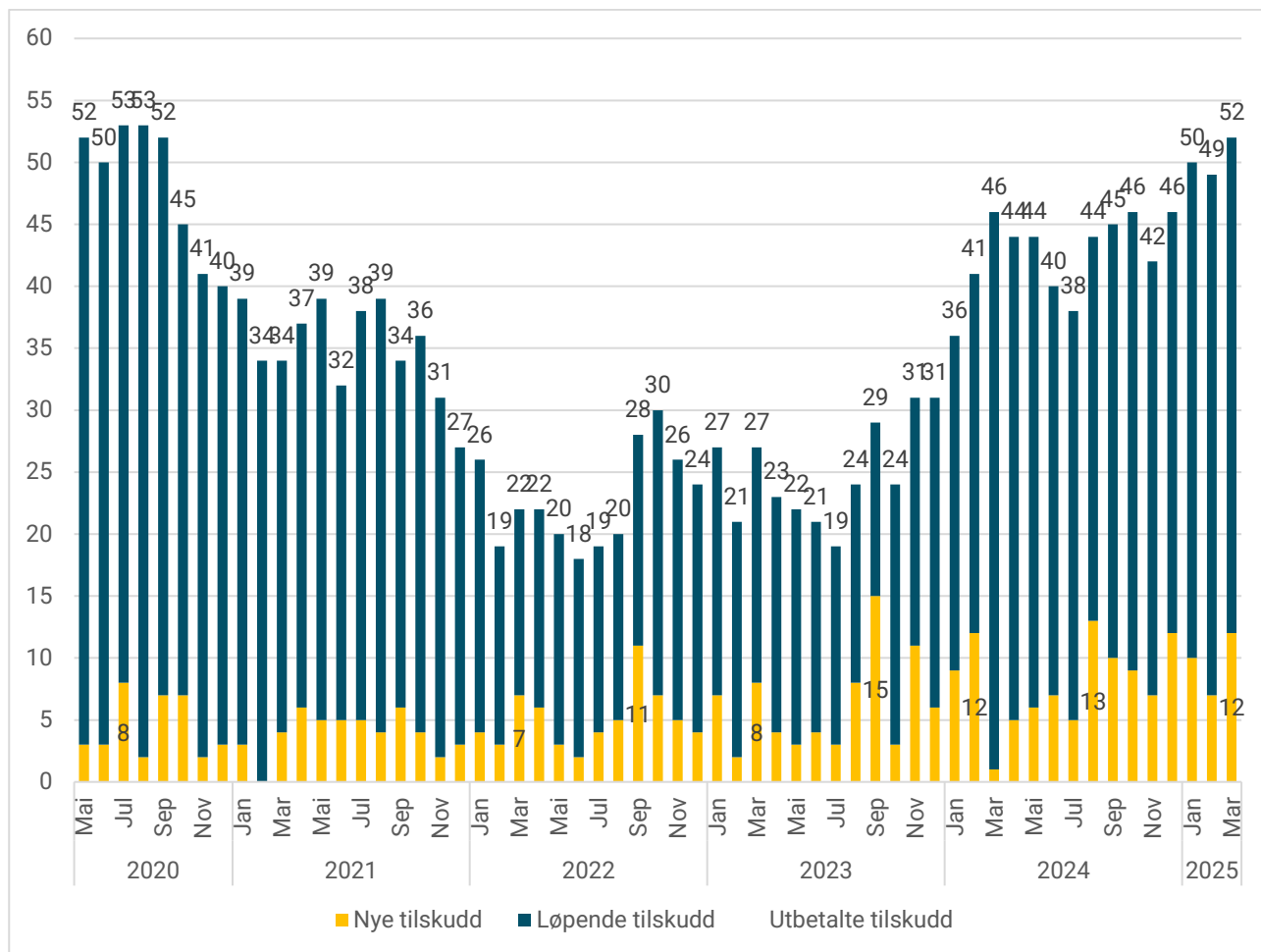
Basistilskudd ble fram til mai 2023 utbetalt med en høyere årlig sats per listeinnbygger for de 1000 første listeinnbyggerne på listen (knekkpunkt). Fra 1. juli 2024 ble den nasjonale gjennomsnittssatsen for basistilskuddet økt fra 841,80 kroner til 861,88 kroner per listeinnbygger. Denne satsen legges til grunn for beregning av basistilskudd, grunntilskudd og utjamningstilskudd.

Utjamningstilskudd og grunntilskudd skal være en økonomisk kompensasjon til næringsdrivende fastleger med ufrivillig korte pasientlister.

Utjamningstilskudd gis til fastleger i kommuner med under 5000 innbyggere og hvor gjennomsnittlig listelengde er mindre enn 1200 pasienter. Utjamningstilskuddet beregnes som basistilskudd for differansen mellom referanselisten på 1200 innbyggere og gjennomsnittlig listelengde i kommunen. Alle fastlegene i kommunen mottar samme beløp. Bare næringsdrivende fastleger vil få utbetalt tilskuddet, og for 2024 utgjør beregnet utjamningstilskudd 78,4 mill. kroner for lister med fast lege.

Grunntilskudd kan gis til næringsdrivende fastleger med listelengde under 500 listeinnbyggere, hvor listetaket er over 500 og fastlegeavtalen er inngått i løpet av siste to år. Grunntilskuddet beregnes da som basistilskudd for 500 listeinnbyggere. Ordningen med grunntilskudd ble innført med virkning fra mai 2020. I 2024 utgjorde grunntilskudd til næringsdrivende fastleger 18,2 mill. kroner. Figur 4.3 viser utviklingen i antall fastleger som kunne motta grunntilskudd i perioden mai 2020 til mars 2025. I mars 2025 var det 52 fastleger som kunne motta grunntilskudd.

Figur 4.3. Antall grunntilskudd til næringsdrivende fastleger.



Kilde: FLO.

Grunntilskudd kan utbetales i inntil 24 måneder etter dato for inngåelse av fastlegeavtale dersom pasientlisten ikke overstiger 500 listeinnbyggere. Per mars 2025 var det 147 næringsdrivende fastleger som kunne ha mottatt grunntilskudd i 24 måneder. I gjennomsnitt har hver av disse 147 fastlegene fått utbetalt grunntilskudd i 5,5 måneder, noe som er en reduksjon på 0,7 måneder fra 2023. Median månedlige utbetalte grunntilskudd er tre, mot fire måneder i 2023. Tabell 4.3 nedenfor viser antall fastleger per antall månedlige utbetalinger. Det er kun to fastleger hvor ikke pasientlisten har oversteget 500 listeinnbyggere i de to første årene etter avtaleinngåelse. 63 prosent har kunnet motta grunntilskudd i fire måneder eller mindre, og kun 12 prosent har kunnet motta grunntilskudd i mer enn ett år.

Tabell 4.3 Antall fastleger per antall månedlige utbetalinger.

Antall utbetalinger	Antall fastleger	Andel i prosent
1	31	21,1
2	26	17,7
3	17	11,6
4	18	12,2
5	6	4,1
6	6	4,1
7	7	4,8
8	5	3,4
9	8	5,4
10	3	2,0
11	3	2,0
13	2	1,4
14	3	2,0
15	1	0,7
16	1	0,7
17	1	0,7
18	2	1,4
20	2	1,4
23	3	2,0
24	2	1,4
Sum	147	100,0

Kilde: FLO.

Tabell 4.4 nedenfor viser de ulike elementene i basisfinansieringen fordelt på næringsdrivende og kommunalt ansatte fastleger, og om listen var med eller uten fast lege den måneden tilskuddet ble beregnet. Tilskuddene utbetales til næringsdrivende fastleger. Fastleger ansatt i kommunene mottar ikke disse tilskuddene.

Tabell 4.4. Basisfinansiering 2024 fordelt på næringsdrivende og fast ansatte fastleger, og lister med og uten fast lege. Tall i 1000 kroner.

	Liste med fast lege	Liste uten fast lege	Sum
Lister med fastlønnede leger			
Grunntilskudd	16 820	6 005	22 824
Delsum kjønn, alder bruk av fastlegetjenester	559 884	64 070	623 954
Delsum sentralitet	32 904	4 483	37 387
Delsum sosioøkonomi	29 429	3 169	32 598
Utjamningstilskudd	203 886	28 819	232 705
Sum fastlønnede	842 924	106 545	949 468
Lister med næringsdrivende leger			
Grunntilskudd	18 177	3 165	21 342
Delsum kjønn, alder bruk av fastlegetjenester	3 774 749	77 319	3 852 068
Delsum sentralitet	39 938	2 541	42 479
Delsum sosioøkonomi	124 186	2 842	127 028
Utjamningstilskudd	78 396	9 554	87 950
Sum næringsdrivende	4 035 446	95 421	4 130 867
Alle lister			
Grunntilskudd	34 996	9 170	44 166
Delsum kjønn, alder bruk av fastlegetjenester	4 334 633	141 389	4 476 022
Delsum sentralitet	72 842	7 024	79 866
Delsum sosioøkonomi	153 615	6 011	159 626
Utjamningstilskudd	282 282	38 372	320 655
Sum alle lister	4 878 369	201 966	5 080 335

Kilde: FLO.

4.4 Utgifter til kommunalt ansatte LIS1-leger

For leger i spesialisering del 1 (LIS1) inngår seks måneders tjeneste i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Lønn til LIS1 fastsettes gjennom forhandlinger med partene, og utbetales av kommunen. Takstrefusjoner og pasientbetaling tilfaller kommunen som legen er ansatt i. Kommunens eventuelle merkostnader knyttet til LIS1-stillinger vil avhenge av flere faktorer, blant annet den enkeltes LIS1-leges inntekter knyttet til takstrefusjoner og egenandeler, øremerkede tilskudd til kommunene, fravær fra praksis relatert til deltakelse på obligatoriske kurs, utgifter til lønn til veileder, utgifter til kontor med mer. Tall for kommunenes faktiske utgifter foreligger ikke. Det kan være behov å få mer kunnskap om kommunenes faktiske kostnader knyttet til LIS1-stillinger.

Refusjoner og pasientbetaling for LIS1-leger utgjorde 243 mill. kroner i 2024, noe som er en økning på 4,7 prosent fra 2023 (se tabell 4.5).

Tabell 4.5. Refusjoner og pasientbetaling for LIS1-leger. Tall i mill. kroner, løpende priser.

	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner						Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2023-2024	2019-2024
Refusjoner								
Takstrefusjoner	81	76	91	96	111	117	5,7	44,2
Refusjon frikortegenandeler	18	16	24	21	23	24	2,9	33,8
Refusjon øvrige egenandeler	17	19	23	20	18	19	6,7	11,8
Refusjon L-takster NAV	3	3	3	3	3	3	-2,9	19,9
Sum refusjoner	119	114	141	140	156	164	5,2	37,4
Pasientbetaling								
Egenandeler	65	56	59	70	72	75	3,7	15,2
Egenbetaling	5	4	4	4	4	5	6,1	3,5
Sum pasientbetaling	70	61	64	74	77	80	3,8	14,4
Sum totalt	189	175	204	215	232	243	4,7	28,9

Kilde: KUHR.

4.5 Utgifter til legevakt

Kommunene har ansvar for å tilby legevaktordning som sikrer behov for øyeblikkelig hjelp. Det er i dag er det ikke mulig å skille ut kommunenes utgifter til legevakttjenesten i kommunenes årlige KOSTRA-rapportering. SSB har på oppdrag fra Helsedirektoratet kartlagt kommunenes utgifter til legevaktstjenesten. Kartleggingen av kommunenes driftsutgifter til legevakt ble gjennomført for rapporteringsåret 2023.

På bakgrunn av kartleggingen har SSB estimert at kommunenes samlede netto utgifter til legevakttjenesten utgjorde i overkant av 3,6 mrd. kroner i 2023. I tillegg kommer statens og innbyggernes utgifter til legevaktstjenesten. I 2023 utgjorde statens utgifter i form av refusjoner og tilskudd 880 mill. kroner. Innbyggernes utgifter i form av egenandeler og annen egenbetaling utgjorde 265 mill. kroner. Samlede utgifter for legevaktstjenesten utgjorde nærmere 4,8 mrd. kroner i 2023. Kommunenes kostnader utgjorde om lag 76 prosent av de samlede kostnadene. Statens og innbyggernes utgifter utgjorde henholdsvis 19 og 5 prosent.

I tabell 4.6 nedenfor presenteres statens og innbyggernes utgifter i form av refusjoner, egenandeler og pasientbetaling for perioden 2019 til 2024. I 2024 utgjorde disse utgiftene 1,1 mrd. kroner. Samlet for refusjoner og pasientbetaling har det vært en utgiftsøkning på 4,6 prosent fra 2023 til 2024.

Tabell 4.6. Refusjoner og pasientbetaling for legevakt. Tall i mill. kroner, løpende priser.

	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner						Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2023-2024	2019-2024
Refusjoner								
Takstrefusjoner	501	541	672	587	609	638	4,8	27,4
Refusjon frikortegenandeler	76	71	92	92	96	105	9,4	37,8
Refusjon øvrige egenandeler	115	270	489	220	122	122	-0,3	6,5
Refusjon L-takster NAV	2	1	2	2	2	2	-6,1	-8,2
Sum refusjoner	693	885	1254	900	829	866	4,5	25,0
Pasientbetaling								
Egenandeler	224	191	192	225	238	249	4,7	11,0
Egenbetaling	16	15	15	15	16	16	4,4	1,0
Sum pasientbetaling	240	206	207	240	253	265	4,7	10,4
Sum totalt	933	1091	1461	1140	1082	1132	4,6	21,2

Kilde: KUHR.

Dersom legen er fastlønnet vil refusjoner og pasientbetaling tilfalle kommunen, og for næringsdrivende leger som har legevaktstjeneste vil refusjoner og pasientbetaling tilfalle legen med mindre annet er avtalt. I 2024 ble 48,7 prosent av refusjoner og pasientbetaling utbetalt til kommunene og 51,3 prosent til næringsdrivende leger. I 2023 utgjorde næringsdrivendes andel 54,1 prosent av refusjoner og pasientbetaling (se tabell 4.7).

Tabell 4.7. Utgifter legevakt fordelt mellom fastlønnede og næringsdrivende leger. Tall i mill. kroner.

	Utgifter 2024			Andel i prosent	
	Fastlønnet	Næringsdrivende	Totalt	Fastlønnet	Næringsdrivende
Refusjoner	412	454	866	47,5	52,5
Pasientbetaling	140	125	265	52,7	47,3
Totalt	552	580	1132	48,7	51,3

Kilde: Tall for refusjoner og pasientbetaling for legevakt er hentet fra KUHR-databasen.

4.6 Andre utgifter tilknyttet allmennlegetjenesten

Helsedirektoratet forvalter flere tilskuddsordninger som understøtter allmennlegetjenesten. Tabell 4.8 nedenfor viser utbetalt beløp for disse ordningene fra 2019 til 2024.

Som tabellen viser, ble det i 2024 ble det utbetalt 931 mill. kroner i tilskudd som gjelder allmennlegetjenesten til kommunene. Dette er en økning på 11,3 prosent fra 2023. Økningen skyldes i hovedsak en økning i tilskudd til ALIS-avtaler, økning i tilskudd til nye LIS1-stillinger i kommunene, samt nytt tilskudd til styrking av legevaktstjenesten i distriktskommuner.

Tabell 4.8. Andre tilskuddsordninger rettet mot kommunale allmennlegetjenester. Tall i mill. kroner.

Tilskuddsordning	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Reise- og flytteutgifter for leger (LIS1) og fysioterapeuter i turnus	1	1	2	2	2	2
Senter for Kvalitet i Legetjenester				8	17	9
Primærhelseteam	45	55	55	61	55	14
ALIS-kontor		10	22	44	41	41
Styrking av legevaktstjenesten i distriktskommuner					53	70
Kommuner som mottar lege i spesialisering del 1 (LIS1)	126	126	160	192	224	244
Nasjonal ALIS og veiledning				242	445	552
Pilot for utprøving av digitalt triageringsverktøy			1	2		
Pilotprosjekt på legevaktfeltet	7	11	9	6		
Allmennmedisin - veiledning av LIS3 i ny ordning	2	7	21			
ALIS-avtaler for fast ansatte fastleger og fastlegevikarer ansatt i kommunen utover et års varighet			42			
ALIS-avtaler for fastleger i næringsdrift og fastlegevikarer i næringsdrift utover et års varighet	10	16	88			
Veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon	6	1				
Rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker	64	38				
Sum tilskudd	261	266	400	557	836	931

Kilde: Utbetalinger fra direktoratets saksbehandlingssystem for tilskudd, TIFO.

4.7 Utgifter per innbygger

Tabell 4.9 og tabell 4.10 viser utgifter til allmennlegetjenesten per innbygger i henholdsvis løpende og faste priser. Fra 2019 til 2024 har utgiftene per innbygger økt med 44,2 prosent i løpende priser og 20,3 prosent i faste priser. Fra 2023 til 2024 var økningen på 6,8 prosent i løpende priser og 2,7 prosent i faste priser.

For fastlegeordningen har det vært en realvekst i utgifter per innbygger på 18,5 prosent fra 2019 til 2024, og på 2,9 prosent fra 2023 til 2024. Utgiftene til fastlegeordningen har altså økt mer enn befolkningsveksten skulle tilsi. Det er verdt å merke seg at endring i behov for fastlegetjenester som følge av endring befolkningssammensetningen, for eksempel større andel eldre og flere flyktninger, ikke er tatt hensyn til.

Tabell 4.9. Utgifter per innbygger. Tall i løpende priser.

	KPI i løpende priser						Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2022-2024	2019-2024
Fastlegeordningen	1 946	2 107	2 317	2 344	2 588	2 765	6,9	42,1
LIS 1	35	33	38	40	42	44	3,6	23,7
Legevakt	175	203	271	210	197	204	3,4	16,4
Tilskudd	49	50	74	103	152	168	10,1	242,3
Totalt	2 206	2 392	2 700	2 696	2 980	3 181	6,8	44,2

Kilde: FLO og KUHR.

Tabell 4.10. Utgifter per innbygger. Tall i faste priser.

	KPI i faste priser						Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2022-2024	2019-2024
Fastlegeordningen	2 333	2 436	2 552	2 510	2 689	2 765	2,9	18,5
LIS 1	42	38	42	42	44	44	-0,3	3,2
Legevakt	210	235	298	225	205	204	-0,5	-3,0
Tilskudd	59	57	82	110	158	168	6,0	185,5
Totalt	2 645	2 766	2 973	2 888	3 096	3 181	2,7	20,3

Kilde: FLO og KUHR

5 Leger i kommunale helse – og omsorgstjenester

Dette kapittelet beskriver utviklingen i årsverk, både for leger og andre yrkesgrupper i allmennlegetjenesten. Tallene er basert på KOSTRA-tall²³ og annen statistikk fra SSB. I kapittel 7 beskrives utvikling i antall fastleger basert på data fra Helfos system for administrasjon av fastlegeordningen (FLO), mens dette kapitlet inkluderer andre deler av allmennlegetjenesten i kommunene og teller avtalte årsverk.

Det innledes med å gi en overordnet oversikt over utviklingen i avtalte legeårsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som er basert på telling en bestemt uke i slutten av hvert år. Legevakt og fengselshelsetjenesten er ikke inkludert i dataene som danner grunnlaget for figurene som følger. Helsedirektoratet og SSB har samarbeidet for å framskaffe mer informasjon om kommunenes ressursinnsats knyttet til legevakt gjennom KOSTRA-rapporteringen.

I 2024 var det 7092 avtalte legeårsverk i kommunene. Dette er 210 flere enn året før og utgjør en økning på 3,1 prosent. Størst vekst har det vært for kommunalt ansatte leger med en vekst på 107 årsverk (5,2 prosent). For næringsdrivende fastleger har det vært en vekst på 91 årsverk, tilsvarende 2,1 prosent. Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere har økt fra 10,2 til 12,7 årsverk i perioden 2015 til 2024. Veksten i legeårsverk har altså vært større enn befolkningsveksten disse årene. Små kommuner har samlet sett flere legeårsverk per innbygger enn befolkningsmessig store kommuner. Små kommuner må ofte ha flere årsverk for å dekke opp legevakt og deltakelse i annet allmennmedisinsk arbeid, samtidig med å drive fastlegeordningen.

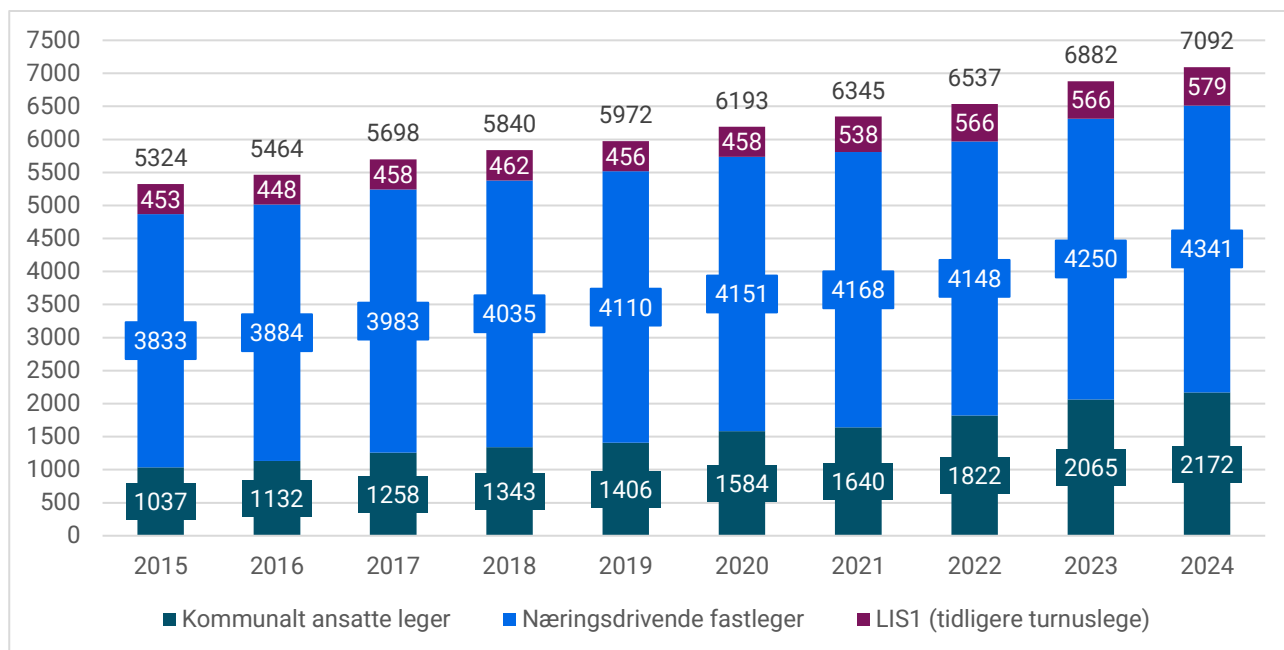
²³ Statistikken i kapittel 5 er blant annet basert på kommunenes KOSTRA-rapportering publisert av SSB 17. mars 2025. Ved denne publiseringen var det tre kommuner som ikke hadde rapportert. De aggregert tallene for landet, fylker og KOSTRA-grupper inneholder estimerte årsverkstall for de kommunene som ikke hadde rapportert

Fram til 2022 var den prosentvise veksten i legeårsverk innen spesialisthelsetjenesten større enn innen kommunale helse- og omsorgstjenester, men etter 2022 har veksten vært størst innen kommunale legeårsverk.

5.1 Legeårsverk i kommunene fordelt på avtaleform og KOSTRA-funksjon

Figur 5.1 nedenfor viser avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester fordelt på avtaleform.²⁴ Tallene for kommunalt ansatte leger inkluderer både fastlønnede fastleger og andre kommunalt ansatte leger. I 2024 var det 7092 avtalte legeårsverk i kommunene. Dette er 210 flere enn året før og utgjør en økning på 3,1 prosent. Det har vært en økning i avtalte årsverk for alle avtaleformer fra 2023 til 2024. Størst økning har det vært for kommunalt ansatte leger med 107 årsverk, tilsvarende 5,2 prosent. For næringsdrivende fastleger var det en økning på 91 årsverk, og for LIS1-leger var det en økning på 12 årsverk, noe som utgjør en økning på henholdsvis 2,1 og 2,2 prosent fra 2023 til 2024.

Figur 5.1 Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform, 2015-2024.

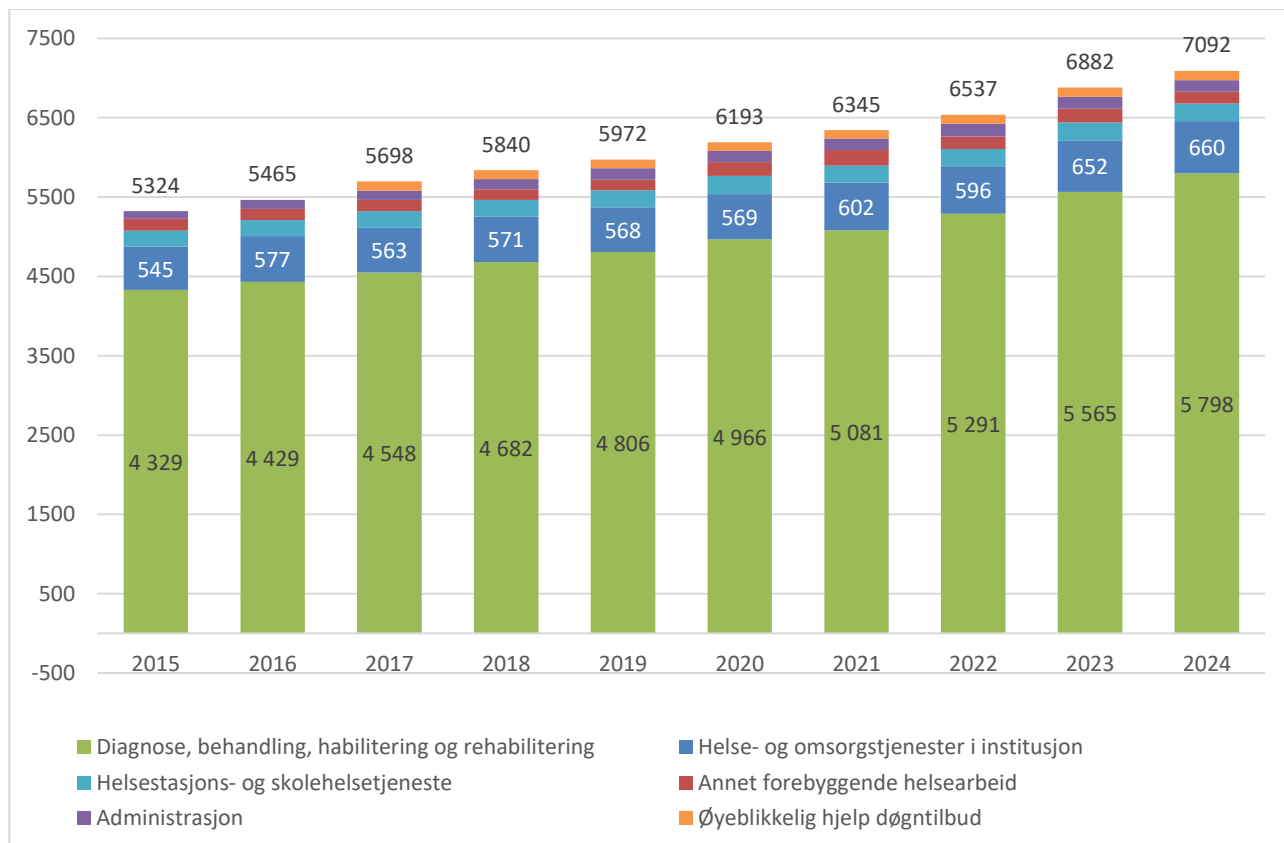


Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996.

²⁴ Beregning av timer per uke for næringsdrivende fastleger tar utgangspunkt i at en full hjemmel regnes som 37,5 timer per uke. Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen er holdt utenfor, da denne kategorien ikke var med i 2020-rapporteringen. Merk at noen få kommuner i 2020 kan ha rapportert noen næringsdrivende leger som er finansiert av kommunene, men som ikke er en del av fastlegeordningen, som kommunalt ansatte leger, men antallet vil være svært lavt.

Kommunene rapporterer legeårsverkene fordelt på KOSTRA-funksjoner.²⁵ Figur 5.2 nedenfor viser legeårsverkene fordelt på disse funksjonene. Fastlegene inngår i funksjonen "Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering". Årsverk i denne funksjonen utgjør i overkant av 80 prosent av legeårsverkene i kommunene.

Figur 5.2. Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter funksjon, 2015-2023.



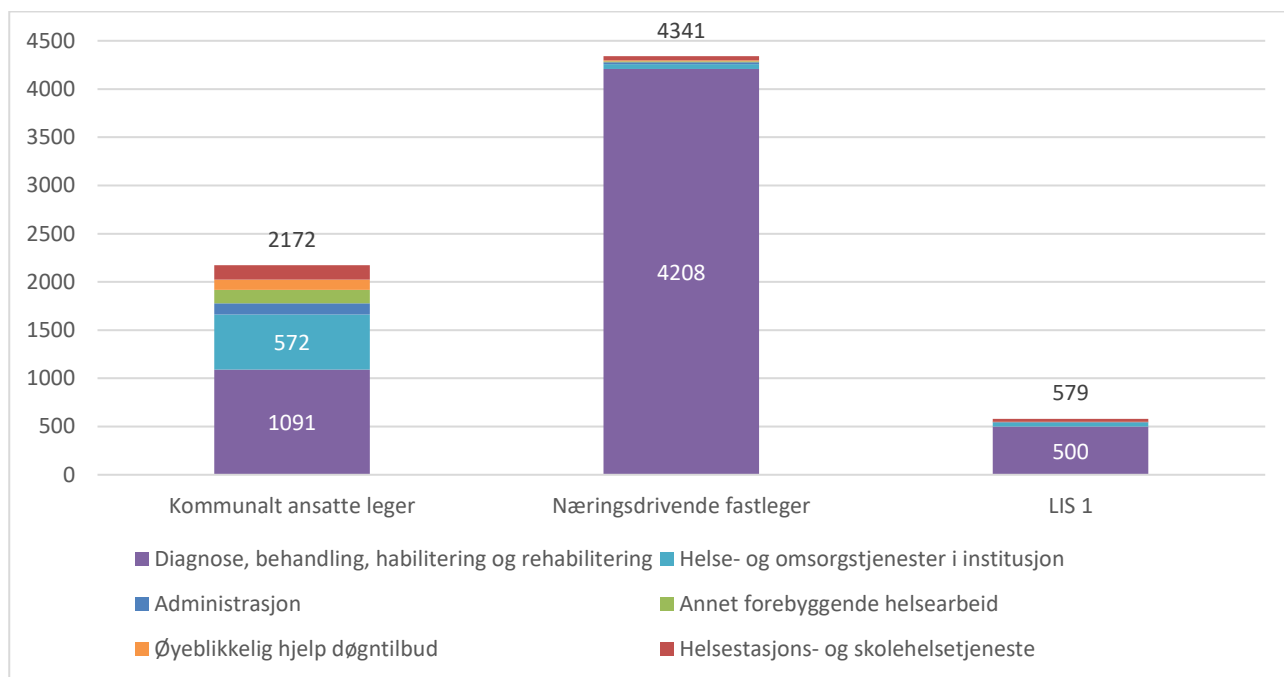
Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996.

Størst økning i antall årsverk siste år var for funksjonen "Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering", med 234 årsverk (4,2 prosent). Størst prosentvis endring i årsverk har det vært for funksjonen "Annet forebyggende helsearbeid" med en nedgang på 14,8 prosent (26 årsverk).

Figur 5.3 viser avtalte legeårsverk i 2024, fordelt på avtaleform og KOSTRA-funksjon. Figuren viser at kommunalt ansatte leger i langt større grad enn næringsdrivende fastleger har andre kommunale legeoppgaver. Merk at kommunalt ansatte leger omfatter mer enn bare fastlønnede fastleger.

²⁵ Funksjonen "øyeblikkelig hjelp døgntilbud" var ny i 2017 (tidligere var disse årsverkene trolig for det meste fordelt mellom funksjonene diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering og helse- og omsorgstjenester i institusjon).

Figur 5.3 Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, fordelt på avtaleform og funksjon, 2024.



Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996.

5.2 Avtalte legeårsverk i kommunene per innbygger

Tabell 5.1 viser at avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere har økt fra 10,2 til 12,7 årsverk i perioden 2015 til 2024. Veksten i legeårsverk har altså vært større enn befolkningsveksten disse årene. Det er samtidig viktig å huske at andelen eldre øker, og at eldre benytter fastlegen i større grad enn yngre.

Tabell 5.1. Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere i kommunene, 2015-2024.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Avtalte legeårsverk i kommunene per 10 000 innbyggere*	10,2	10,4	10,8	11,0	11,2	11,5	11,7	11,9	12,4	12,7

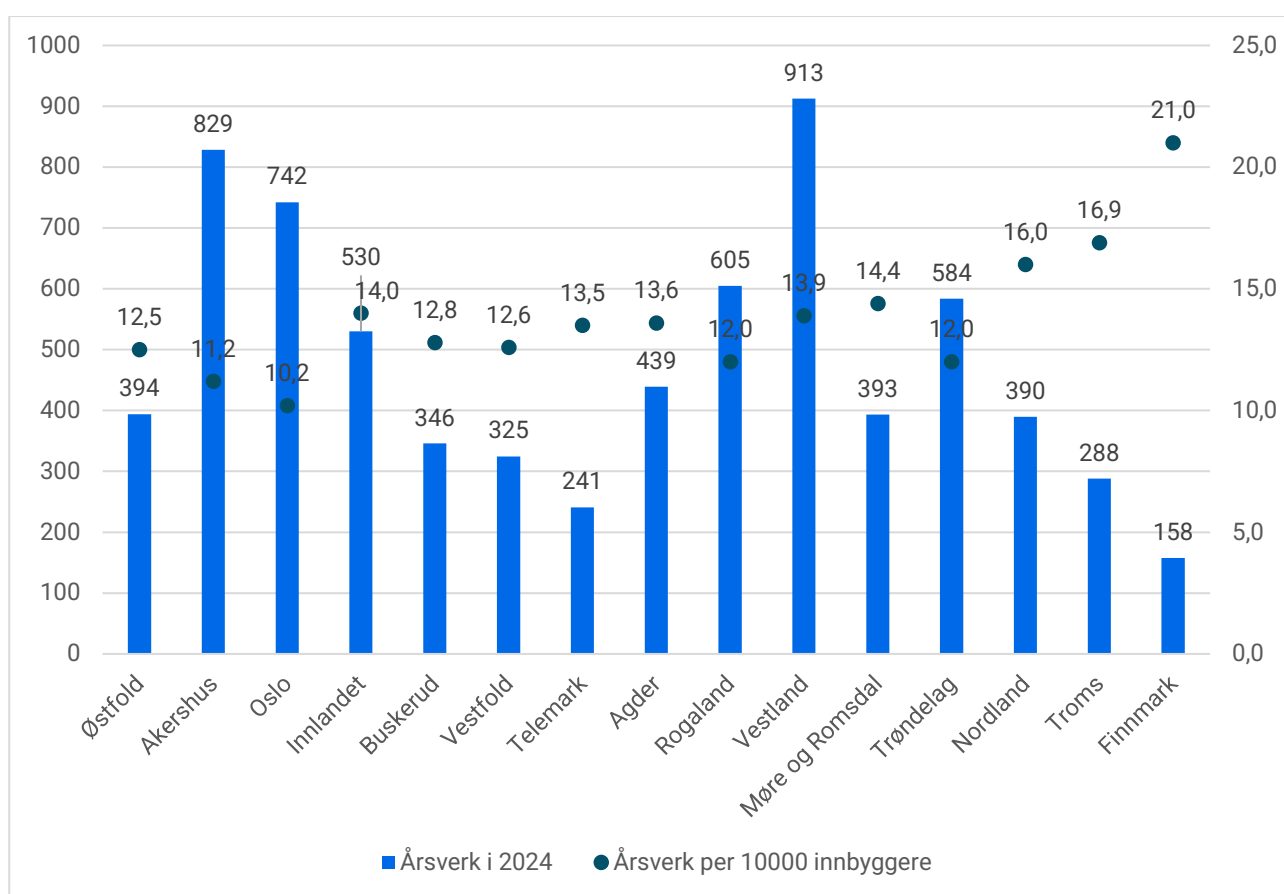
Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996.

* For å få sammenlignbare data, er private leger utenfor fastlegeordningen ikke tatt med ettersom disse ikke var inkludert i KOSTRA-rapporteringen for 2020. Dermed avviker tallene for 2015-2019 og 2021-2024 noe fra SSBs statistikkbank.

Figur 5.4 viser avtalte legeårsverk (søylene) og avtalte årsverk per 10 000 innbyggere (punktene), fordelt på fylker. Antallet varierer fra 10,2 årsverk per 10 000 innbyggere i Oslo til 21,0 i Finnmark. Forhold som kan bidra til forskjeller mellom fylkene er blant annet innslaget av små kommuner, befolkningssammensetning med flere eldre, generell helsetilstand og geografiske forhold.

Figur 5.5 viser at små kommuner samlet sett har flere legeårsverk per innbygger enn befolkningsmessig store kommuner.²⁶ Små kommuner må ofte ha flere årsverk for å dekke legevakt og deltakelse i annet allmennmedisinsk arbeid samtidig med å drive fastlegeordningen.

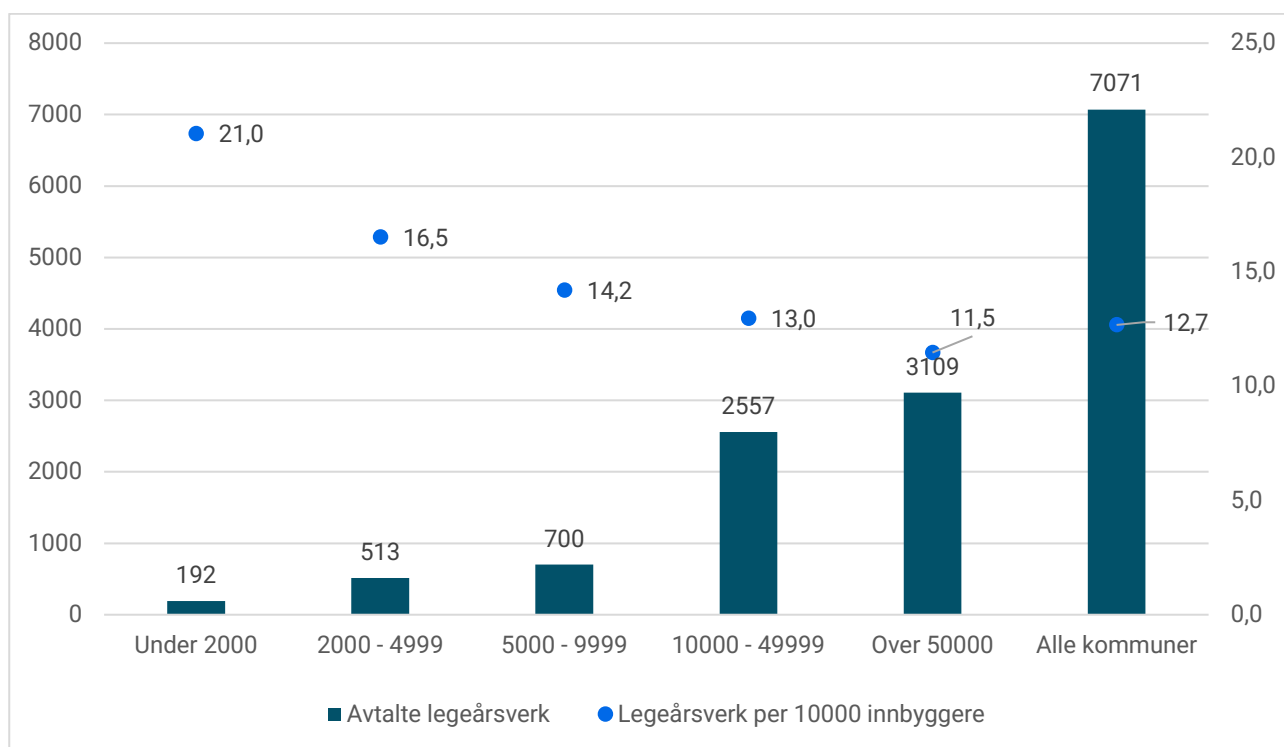
Figur 5.4. Avtalte legeårsverk og avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere, fordelt på fylker. 2024.



Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996.

²⁶ Figur 5.5 er basert på tall for kommunene som hadde rapportert til KOSTRA per 17. mars 2025. Dette gjelder samtlige kommuner, med unntak av kommunene Hareid, Rauma og Båtsfjord.

Figur 5.5 Avtalte legeårsverk og årsverk per 10 000 innbyggere etter kommunestørrelse. 2024²⁷.



Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996 og tabell 07459.

5.3 Helprivate allmennlegetjenester

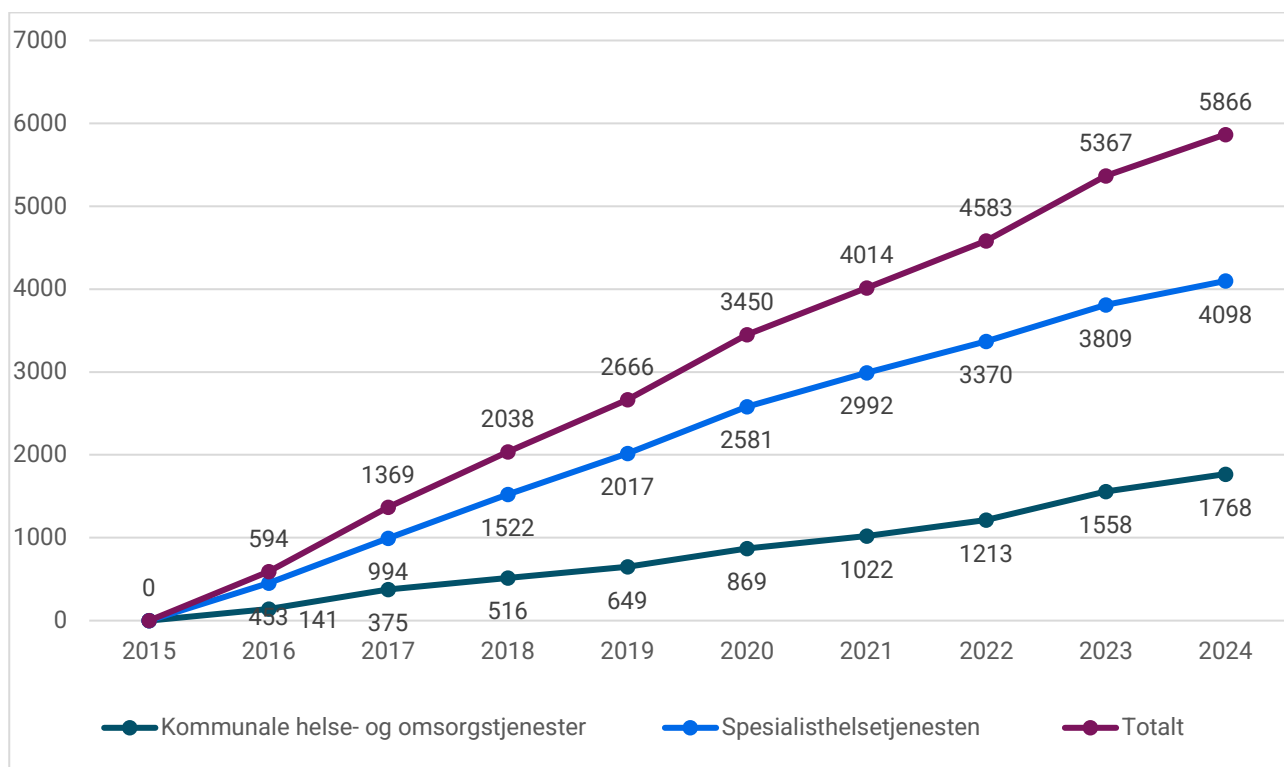
Det er en utbredt oppfatning at det helprivate allmennlegetilbudet er voksende, men kunnskapen om den helprivate allmennlegetjenesten er i dag begrenset. Vi mangler kunnskap om antall tilbydere, om hvilke tjenester som tilbys og om befolkningens bruk av helprivate allmennlegetjenester. Uten denne kunnskapen kan vi heller ikke vurdere hva slags betydning helprivate allmennlegetjenester har for det offentlige tilbudet og for befolkningens bruk av allmennlegetjenester.

Helsedirektoratet fikk i 2023 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å blant annet dokumentere status og utvikling i den helprivate allmennlegetjenesten. Kartleggingen Helsedirektoratet gjorde viste at det er mangelfulle datakilder som kan belyse omfang, hvilke tjenester som tilbys og kvaliteten på tjenestene i den helprivate allmennlegetjenesten. Kartleggingen ga indikasjoner på at omfanget har vokst både i antall virksomheter og i antall legeårsverk, men at omfanget er relativt beskjedent sammenlignet med den offentlige allmennlegetjenesten.

5.4 Legeårsverk i spesialisthelsetjenesten og i kommunene

Tabell 5.2 viser at 73 prosent av rapporterte legeårsverk til SSB for spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester er tilknyttet spesialisthelsetjenesten. Fra 2015 til 2024 har det vært en vekst på 33,2 prosent i kommunene og 27,0 prosent i spesialisthelsetjenesten. Av veksten på 5866 legeårsverk fra 2015 til 2024 kom 4098 i spesialisthelsetjenesten og 1768 i kommunenes helse og omsorgstjeneste. Siste år fra 2023 til 2024 økte antall årsverk i kommunene med 3,1 prosent, og med 1,5 prosent i spesialisthelsetjenesten. Målt i legeårsverk per 1000 innbyggere har det vært en større vekst i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene for perioden sett under ett. Dette ser man tydelig i figur 5.6 der gapet mellom årsverk for leger i de kommune helse- og omsorgstjenester og leger i spesialisthelsetjenester har økt over tid.

Figur 5.6. Endring i antall avtalte legeårsverk i spesialisthelsetjenesten sammenholdt med endring avtalte legeårsverk i kommunale helse og omsorgstjenester. 2015 til 2024.



Kilde: SSB Tabell 13953 og tabell 11996.

Tabell 5.2. Avtalte legeårsverk i spesialisthelsetjenesten sammenholdt med avtalte legeårsverk i kommunale helse og omsorgstjenester, 2015-2024.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2015-2024
Kommunale helse- og omsorgstjenester	Avtalte årsverk*	5324	5464	5698	5840	5972	6193	6345	6537	6882	7092	
	Endring		141	234	142	132	220	153	192	345	210	1768
	Prosentvis endring		2,6	4,3	2,5	2,3	3,7	2,5	3,0	5,3	3,1	33,2
	Årsverk per 1000	1,02	1,04	1,08	1,10	1,11	1,15	1,17	1,19	1,24	1,27	0,2
Spesialisthelsetjenesten	Avtalte årsverk	15189	15642	16183	16711	17206	17770	18181	18559	18998	19287	
	Endring		453	541	528	495	564	411	378	439	289	4098
	Prosentvis endring		3,0	3,5	3,3	3,0	3,3	2,3	2,1	2,4	1,5	27,0
	Årsverk per 1000	2,91	2,97	3,06	3,14	3,21	3,30	3,35	3,38	3,42	3,45	0,5
Totalt	Årsverk	20513	21106	21881	22551	23178	23963	24526	25096	25880	26379	
	Endring		594	775	670	627	784	564	570	784	499	5866
	Prosentvis endring		2,9	3,7	3,1	2,8	3,4	2,4	2,3	3,1	1,9	28,6

Kilde: SSB Tabell 13953 og tabell 11996.

*Ekskl. næringsdrivende utenfor fastlegeordningen

5.5 Annet helsepersonell enn leger i allmennlegetjenesten

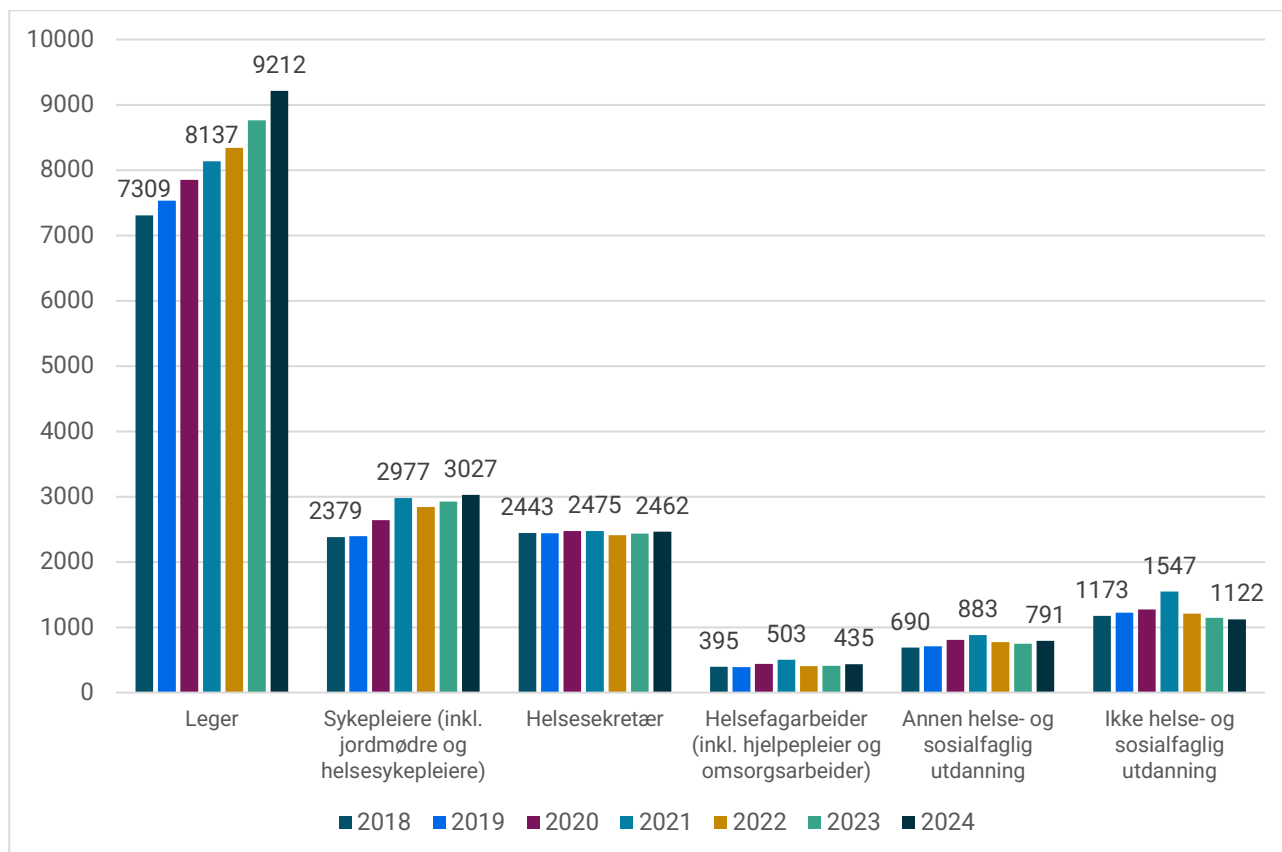
SSB fører registerbasert statistikk for ansatte i næringen *allmenn legetjeneste*. Næringen dekker mer enn fastlegeordningen, og omfatter også kommunal legevakt, medisinske sentre og private aktører innen allmennlegetjenester som ikke er en del av fastlegeordningen (eksempelvis Dr. Dropin og allmennpraksis hos Volvat og Aleris). Selv om fastleger utgjør flertallet av leger i denne næringskategorien, er statistikken mer omfattende enn det som inngår i KOSTRA-rapporteringen. Årsverkstallene er derfor ikke direkte sammenlignbare.

5.5.1 Årsverk for leger og annet helsepersonell

Figur 5.7 viser avtalte årsverk for næringskategorien "allmenn legetjeneste" fordelt etter utdanning. Med unntak for personell i kategorien "Ikke helse- og sosialfaglig utdanning" har det vært en økning i antall årsverk for alle utdanningsgrupper i perioden 2018 til 2024. I perioden har det vært størst

absolutt vekst for leger, mens den prosentvise veksten har vært noe større for sykepleiere. De største enkeltgruppene i samlekategori annen helse- og sosialfaglig utdanning, er fysioterapeuter med 129 årsverk og bioingeniører med 107 årsverk i 2024. Datagrunnlaget gir ikke mulighet for å skille ut avanserte kliniske allmennsykepleiere.

Figur 5.7. Avtalte årsverk i næringen "allmenn legetjeneste". 2018-2024.



Kilde: SSB. Basert på avtalte årsverk i allmennlegetjenesten (næringskode 86.211, registerdata, A-ordningen).

5.5.2 Yrkesgruppenes andel av årsverkene i allmennlegetjenesten

Legers andel av avtalte årsverk blant tilbyderne av allmenne legetjenester utgjorde 54,0 prosent av årsverkene i 2024. Avtalte årsverk for sykepleiere utgjorde 17,8 prosent og helsesekretærer utgjorde 14,4 prosent. Fra 2023 til 2024 har andelen for leger økt noe, og andelen for helsesekretærer har gått noe ned.

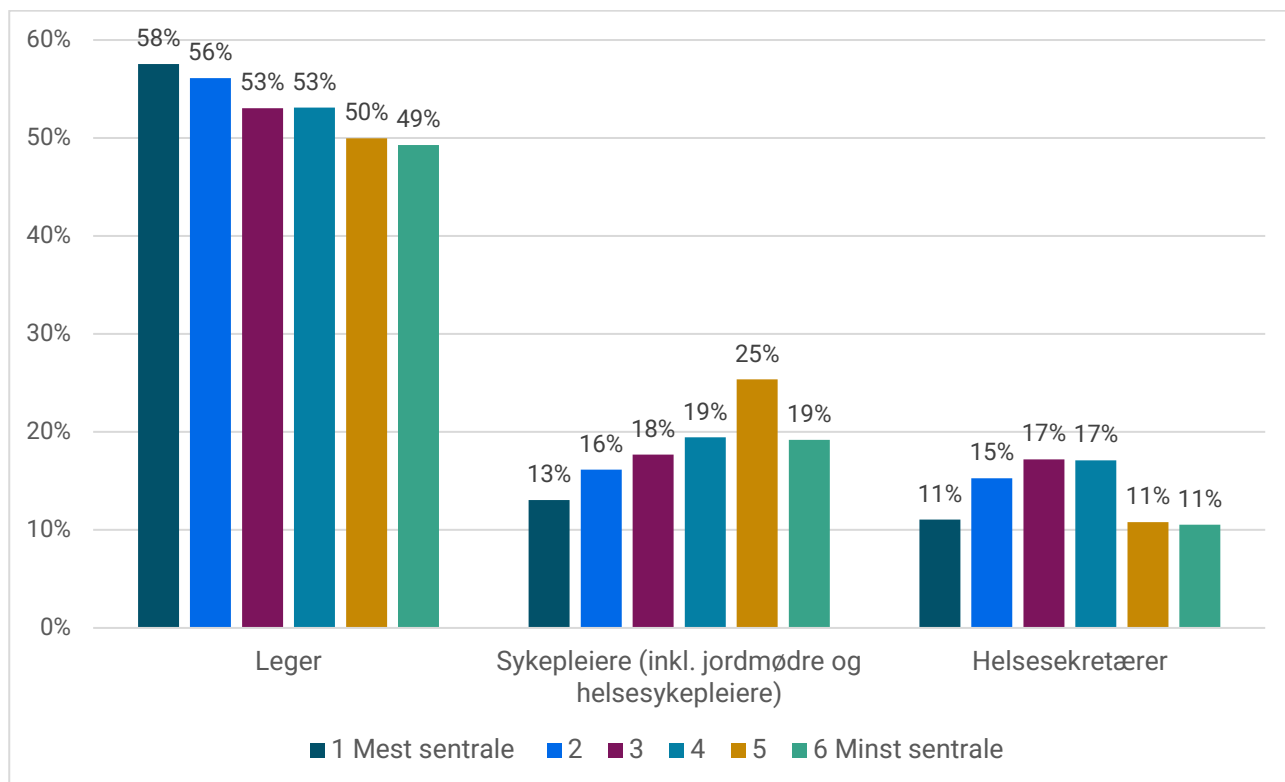
Tabell 5.3. Legers, sykepleieres og helsesekretærers andel av årsverkene i næringskategorien "allmenn legetjeneste". 2018-2024.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Leger	50,8 %	51,3 %	50,7 %	49,2 %	52,2 %	53,4 %	54,0 %
Sykepleiere (inkl. jordmødre og helsesykepleiere)	16,5 %	16,3 %	17,0 %	18,0 %	17,8 %	17,8 %	17,8 %
Helsesekretær	17,0 %	16,6 %	16,0 %	15,0 %	15,1 %	14,8 %	14,4 %

Kilde: SSB. Basert på avtalte årsverk i allmennlegetjenesten (næringskode 86.211, registerdata, A-ordningen).

Figur 6.8 viser at legenes andel av årsverkene er lavest i de minst sentrale kommunene. For sykepleiere er andelen lavest i de mest sentrale kommunene. For helsesekretærer er andelen lavest i den mest sentrale og de to minst sentrale kommunekategoriene.

Figur 5.8. Legers, helsesekretærers og sykepleieres andel av årsverkene i næringen "allmenn legetjeneste", fordelt på kommunens sentralitet. 2024.



Kilde: SSB. Basert på avtalte årsverk i allmennlegetjenesten (næringskode 86.211, registerdata, A-ordningen).

6 Leger i spesialisering

6.1 ALIS-tilskuddet bidrar til økt rekruttering

Som omtalt har tilveksten av nye leger til fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste vært betydelig de siste årene. I parallell med dette ser vi at også antallet leger som er under spesialisering i allmennmedisin er sterkt økende.

Tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning er en refusjonsordning som skal bidra til forutsigbarhet og trygghet for ALIS i tiden spesialistutdanningen pågår. Helsedirektoratets tall og erfaringer tilsier at ALIS tilskuddet har hatt stor betydning for den rekrutteringen av leger til allmennlegetjenesten.

Hele 254 kommuner søkte om tilskudd for ca. 2400 tilknyttede ALIS. Også i 2024 ble ordningen ytterligere styrket, og det ble innvilget ca. 147 mill. kroner mer i tilskudd enn året før, totalt 606 mill. kroner. Se tabell 6.1. nedenfor.

Tabell 6.1. Utvikling i budsjett, søknader og Antall ALIS avtaler per år fra 2022 – 2024

	2022	2023	2024
Samlet budsjett for ordningen	241,9 mill.	461,1 mill.	552 mill.
Sum søknadsbeløp for ordningen*)	241,9 mill.	458,4 mill.	606 mill.
Antall kommuner som har søkt om tilskudd	187	228	254
Antall leger med ALIS-avtale	1239	1813	2324
Antall leger med kun veiledning	355	88	105
Antall unike leger med tilskudd gjennom ordningen	1358	1871	2403
Årlig netto tilvekst i antall ALIS avtaler		513	532

Kilde: Helsedirektoratets system for tilskuddsforvaltning TIFO, Nøkkelinfo (data fra søknadsskjema for tilskuddsordningen)

Tabell 6.2 nedenfor viser fordelingen av tilskuddet på ulike grupperinger av leger for søknadsperioden som ble utlyst i 2024.

Tabell 6.2. Fordeling av ALIS tilskuddet i for 2024, antall fulle stillinger per stillingstype.

Stillingstype	Prosentvis andel 2024
Allmennlege i annet kommunalt arbeid	14,8
Fastlege	66,2
Fastlegevikar	17,6
Introduksjonslege	1,9
Total	100

Kilde: Helsedirektoratets datavarehus nøkkelinfo og data fra søknadsskjema for tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning.

Fordelingen av tilskuddet etter fylker og etter kommunes sentralitet er vist i tabellene nedenfor. En lege kan i løpet av søknadsperioden ha hatt avtale i flere kommuner/fylker, og de nasjonale tallene blir derfor noe lavere enn summeringen skulle tilsi.

Tabell 6.3. Fordeling av antall ALIS avtaler (unike leger) etter kommunens sentralitet.

Klasse	ALIS	Kun veiledning	Total
1	408	9	414
2	667	40	694
3	625	26	644
4	339	15	354
5	229	12	241
6	111	3	113
Total	2 328	105	2 403

Tabell 6.4. Fordeling av antall ALIS avtaler (unike leger) per fylke.

Fylke	ALIS	LIS3	Total
Agder	145	3	146
Akershus	304	8	309
Buskerud	111		111
Finnmark	44	3	47
Innlandet	149	10	158
Møre og Romsdal	105	1	106
Nordland	110	7	117
Oslo	295	9	291
Østfold	151	7	157
Rogaland	179	13	192
Telemark	82	2	84
Troms	100		100
Trøndelag	180	28	194
Vestfold	136	3	139
Vestland	291	11	302
Total	2 328	105	2 403

Det vises til delkapittel 1.2.1 for omtale av arbeidet med å videreutvikle tilskuddsordningen.

6.2 Antall og andel fastleger med spesialisering

Ifølge tall fra systemet for forvaltning av fastlegeordningen, FLO, var det per januar 2025 totalt 5 535 fastleger. Av disse var 35,6 prosent eller 1 968 av legene ikke spesialister. Utviklingen over tid er fremstilt i tabell 6.5 under.

Frem til 1. mars 2019 kunne leger, som hadde norsk autorisasjon og medisinerutdanning fra et annet EØS-land, starte i norsk spesialisering etter gammel ordning uten å ta turnus først. Leger som hadde påbegynt spesialistutdanning før 1. mars 2019, kan også bytte til en ny spesialitet etter 1. mars 2019 uten å måtte dokumentere læringsmål i del 1. Dette fremgår av spesialistforskriften § 37 siste ledd 28. Dette kan forklare hvorfor det var en høyere andel fastleger uten spesialitet i 2018 og 2019 enn i de senere årene.

Tabell 6.5. Utvikling i antall fastleger og antall og andel spesialister i allmennmedisin, 2018-2025.

Måned - År	Antall fastleger	Med spesialitet i allmennmedisin	Uten spesialitet i allmennmedisin	Andel med spesialitet	Andel uten spesialitet
01.12.2018	4 784	2 920	1 864	61,0	39,0
01.12.2019	4 858	3 019	1 839	62,1	37,9
01.12.2020	4 928	3 111	1 817	63,1	36,9
01.12.2021	4 961	3 169	1 792	63,9	36,1
01.12.2022	5 057	3 206	1 851	63,4	36,6
01.12.2023	5 268	3 336	1 932	63,3	36,7
01.03.2024	5 352	3 392	1 960	63,4	36,6
01.06.2024	5 401	3 421	1 980	63,3	36,7
01.09.2024	5 460	3 481	1 979	63,8	36,2
01.12.2024	5 517	3 556	1 961	64,5	35,5
01.01.2025	5 535	3 567	1 968	64,4	35,6

Kilde: FLO

I tillegg til fastlegene kan fastlegevikarer, introduksjonsleger og allmennleger utenfor FLO være berettiget til ALIS-tilskudd. Hvor mange allmennleger som jobber utenfor fastlegeordningen, har vi ingen god oversikt over, men erfaringstall fra de tre siste søknadsårene gir oss grunn til å tro at fastlegene utgjør ca. 60 prosent av alle leger som er under spesialisering i allmennmedisin.

²⁸ [Rundskrivnet til spesialistforskriften. Sist redigert 28. februar 2025](#)

6.2.1 Antall ALIS med utdanningsplan i Kompetanseportalen

Kompetanseportalen er et verktøy for LIS i gjennomføring av sin spesialistutdanning. Det er per i dag ikke stilt eksakte krav til LIS om tidspunkt for oppdatering, men hensikten er at systemet skal oppdateres fortløpende med dokumentasjon av oppnådd kompetanse.

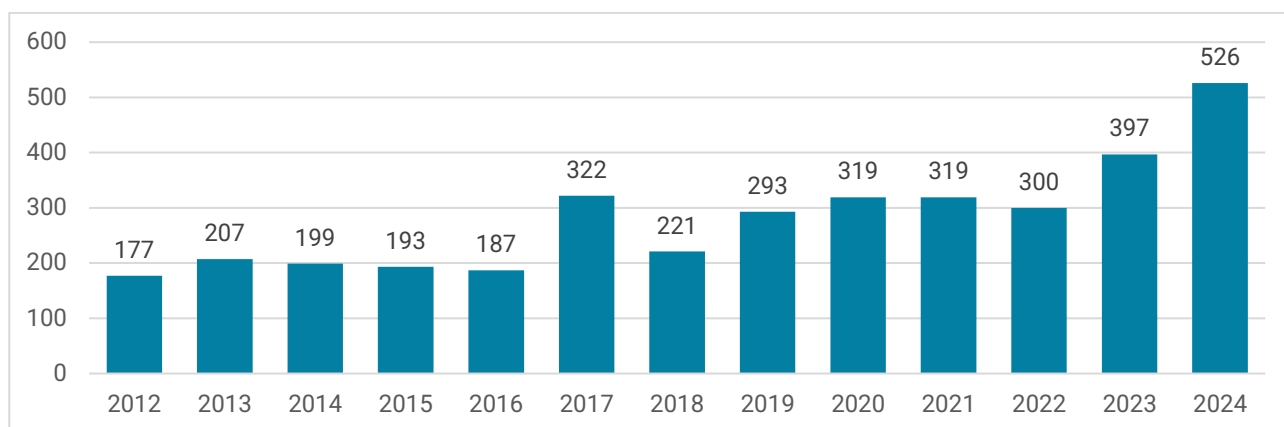
Tall fra kompetanseportalen tilsier at det per januar 2025 var ca. 2467 LIS som hadde en aktiv utdanningsplan i allmennmedisin. Videre at ca. 2247 leger hadde dokumentert gjennomføring av minst én læringsaktivitet eller fått kompetansevurdert ett eller flere læringsmål. Sammenlignet med de to foregående årene, falt antallet ALIS som fikk tildelt en læringsmålsplan noe i 2024. Tall for kompetanseportalen viser også at det gjennomsnittlig tar nesten ett år fra en læringsmålsplan tildeles til første læringsmål blir godkjent.

6.2.2 Antall godkjente spesialister i allmennmedisin

Antallet nye spesialistgodkjenninger i allmennmedisin lå fra 2019 til 2022 nokså stabilt på rundt 300 i året. Fra og med 2023 har antallet økt betraktelig, og i 2024 ble det godkjent hele 527 spesialistgodkjenninger i allmennmedisin. Dette antallet inkluderer allmennleger som er godkjent i både ny og gammel ordning for spesialistutdanning.

Helsedirektoratet har ingen oversikt over hvor mange ALIS som i løpet av sin spesialisering har konvertert fra gammel til ny ordning for spesialistutdanning, men mye tyder på at dette er et betydelig antall. Se figur 6.1.

Figur 6.1. Antall spesialistgodkjenninger per år.



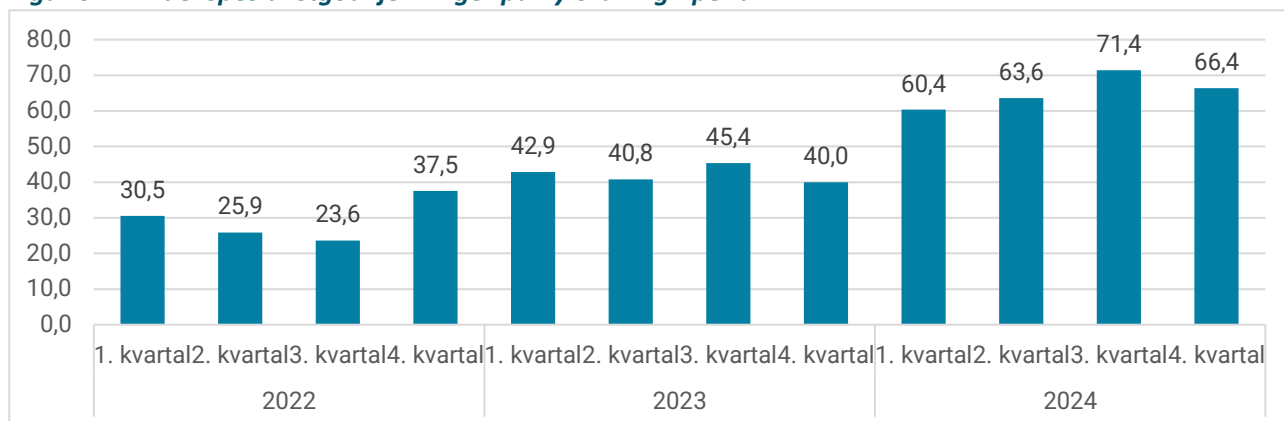
Kilde: HPR

6.2.3 Andel leger som søker spesialistgodkjenning over ny ordning

Andelen leger som søkte om spesialistgodkjenning i allmennmedisin over den nye ordningen for spesialistutdanning har, som forventet, vært sterkt økende. I fjerde kvartal 2022 var denne andelen

på 37,5 prosent, mens den i tilsvarende kvartal 2024 var på 71,1 prosent. Se figur 6.2. Fra og med 1.1.2027 skal alle spesialistgodkjenninger i allmennmedisin godkjennes over ny ordning.

Figur 6.2. Andel spesialistgodkjenninger på ny ordning - per år.



Kilde: HPR

6.3 Antall LIS1-stillinger øker

I 2024 var det totalt 1185 LIS1-stillinger hvorav 593 hadde oppstart 1.3.24 og 592 hadde oppstart 1.9.2024. I statsbudsjettet for 2025 ble det bevilget ytterligere 30 mill. kroner til LIS1-stillinger, slik at antallet kunne økes med 33 nye LIS1-stillinger i 2025. 1. mars 2025 var det oppstart for 606 nye LIS1, og et tilsvarende antall får oppstart 1. september 2025. Dette er en økning på over 25 prosent siden 2019, og målet om en økning på 200 nye LIS1-stillinger, anbefalt i Helsedirektoratets rapport fra 2019, vil dermed være oppfylt²⁹. Noen LIS1-stillinger blir reservert til LIS1 som kommer tilbake fra permisjoner, slik at antallet utlyste stillinger er noe lavere enn antallet opprettede stillinger.

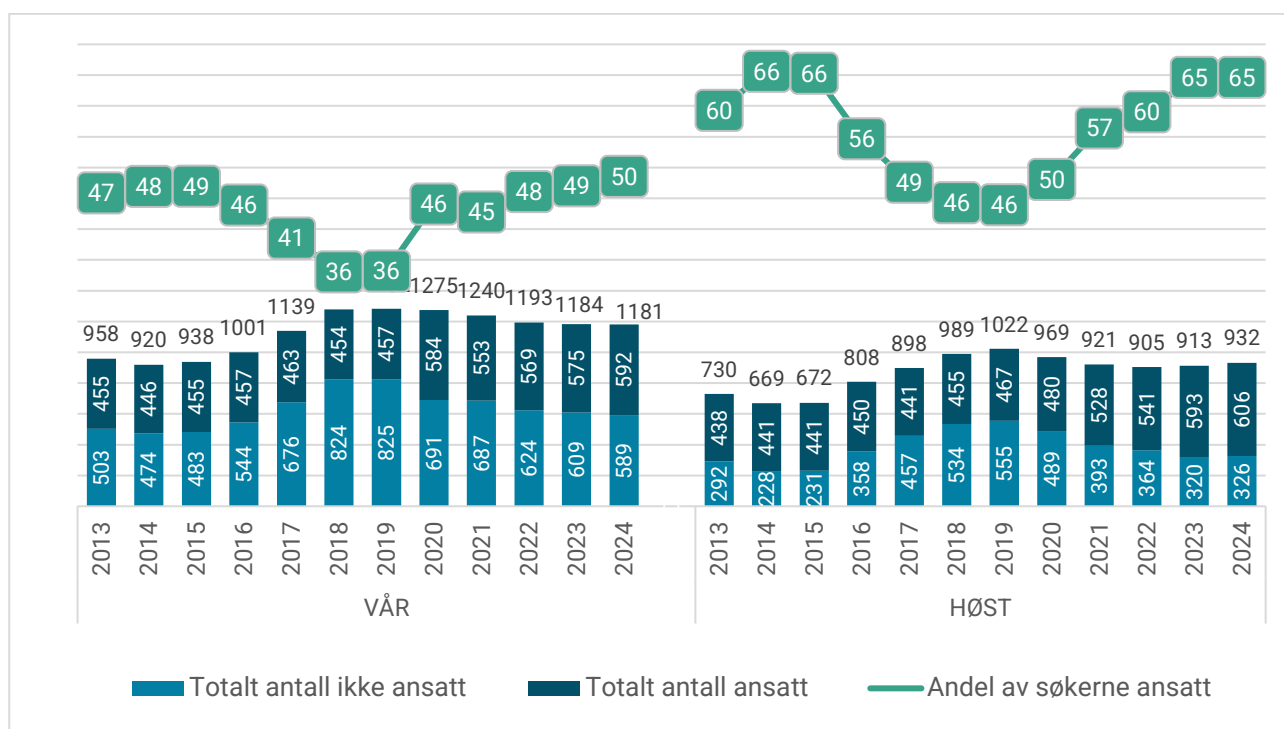
Figur 6.3 viser antall og andel ansatte i LIS1-stillinger i de felles utlysningss rundene fra våren 2013 til høsten 2024³⁰. Fordi det uteksamineres flere medisinstudenter i juni enn i januar, vil det alltid være flere søkere om våren enn om høsten. Søknads rundene vår og høst vises derfor hver for seg i figuren. Figuren viser at andelen ansatte var 50 prosent våren 2024 og 65 prosent høsten 2024. Vikariater, som lyses ut som reststillinger i Helsedirektoratets stillingsportal for LIS1-stillinger³¹, er ikke inkludert i tallmaterialet.

²⁹ [Vurdering av antall LIS1-stillinger, Rapport IS-2802 Helsedirektoratet 2019](#)

³⁰ [Leger i spesialisering – Statusrapporter for søknadsrunder - Helsedirektoratet](#)

³¹ [Helsedirektoratets stillingsportal for leger i spesialisering del 1](#)

Figur 6.3. Antall og andel ansatte i LIS1-stillinger fra søknadsrunden våren 2013 t.om. høsten 2024.



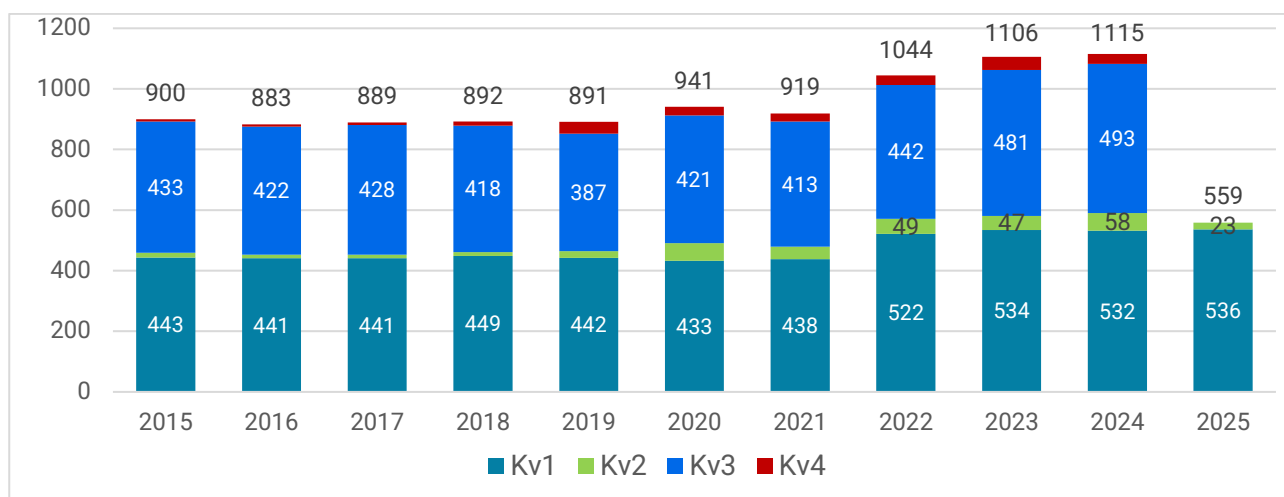
Kilde: Helseidrettsdirektoratets stillingsportal Webcruiter. *Merk at det benyttes en sekundær y-akse for prosentandelen som ansettes.

6.4 Leger som har gjennomført LIS1 eller tilsvarende

I 2024 var det 1115 leger som gjennomførte LIS1-tjeneste eller tilsvarende. Med "eller tilsvarende" menes gammel turnusordning for leger. I 2024 var det ingen leger som avsluttet gammel turnustjeneste, alle gjennomførte i LIS1-ordningen. Økningen i antallet LIS1-stillinger de siste årene har bidratt til at flere leger kan starte videre spesialisering som ALIS i kommunehelsetjenesten eller som LIS i spesialisthelsetjenesten.

De fleste leger avslutter LIS1-tjenesten i slutten av august eller i slutten av februar. Et stort antall foreldrepermisjoner medfører forlenget tjeneste for en del LIS1, og mange planlegger tilbakekomst i sin LIS1-stilling fra 1. september. Dette merkes særlig i forbindelse med fordeling av kommunestillinger, da vi normalt får behov for langt flere kommunestillinger om høsten enn om våren. Figur 6.4 viser at det er flere som avslutter LIS1-tjenesten i første kvartal enn i tredje kvartal. Det er også noen leger som har annen type fravær og som avslutter tjenesten etter gjennomført resttjeneste i andre og fjerde kvartal.

Figur 6.4. utvikling i leger som avslutter LIS1 eller tilsvarende (turnus), 2015-2025.



Kilde: Helsepersonellregisteret (HPR)

6.5 Kompetanseforskriftens krav til vikarer

Kompetanseforskriften³² stiller kompetansekrav til leger som skal jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hovedregelen er at legen skal være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering i allmennmedisin.

Leger som ansettes i vikariater har et unntak fra kompetansekravet. De kan jobbe i ett år uten å starte på spesialisering. I denne perioden vil legen få trygderefusjon uten at det stilles krav om LIS1 eller tilsvarende (turnus). Med grunnlag i rekrutteringsutfordringer i kommunene er perioden for unntaket for vikariater forlenget, og varer til og med 31. desember 2025.

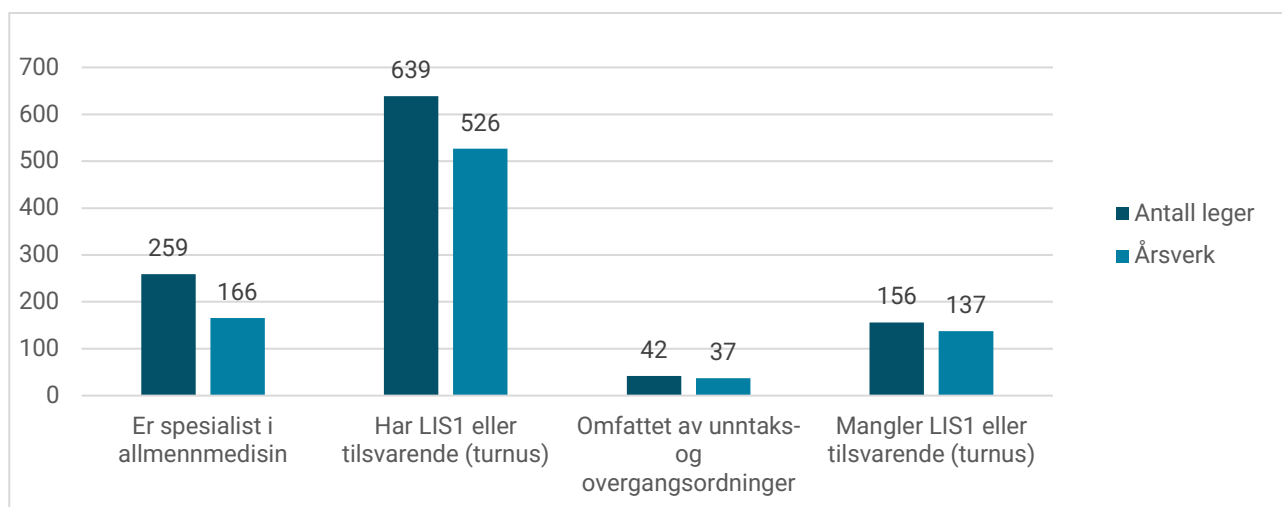
Da kompetanseforskriften trådte i kraft 1. mars 2017 ble det innført overgangsordninger for leger som hadde en fastlegehjemmel eller annen kommunal legestilling, eller hadde godkjenning som allmennlege eller avtale om veiledet tjeneste. Disse legene fikk unntak fra kravet om spesialisering.

Figur 6.5 under viser data for vikarer i fastlegeordningen per mai 2025. 24 prosent av vikarene i fastlegeordningen er spesialister i allmennmedisin, 4 prosent er omfattet av overgangsordningene og 58 prosent har gjennomført LIS1 eller tilsvarende. 14 prosent av alle vikarer i fastlegeordningen mangler LIS1 eller tilsvarende. Dette er en nedgang fra målingen per 31.12.2023. Da manglet 22 prosent av fastlegevirkarene LIS1 eller tilsvarende. Figur 6.5 viser også at mange vikarer jobber i

³²[Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

deltidsstillinger slik at det totale antall årsverk er lavere enn antall leger.

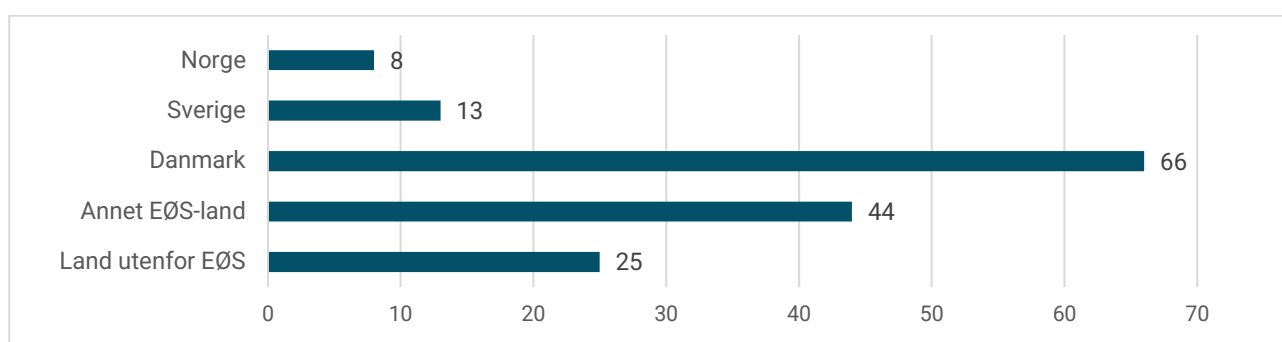
Figur 6.5. Vikarer i fastlegeordningen per mai 2025 fordelt på kravene i Kompetanseforskriften.



Kilde: FLO, Helsepersonellregistret (HPR) og Legestillingsregisteret (LSR)

På nåværende tidspunkt (mai 2025) er det til sammen 156 vikarer i fastlegeordningen som ikke har gjennomført LIS1 eller tilsvarende. Blant disse er det en stor andel med utdanning fra Danmark, Sverige og andre EØS-land. Dette er vist i figur 6.6 under. Fra 1.4.2027 vil disse legene ha krav om å begynne i spesialisering etter å ha brukt opp unntakene fra kravet om spesialisering, jf. endringer forskrift om kompetansekrav for leger datert 23.5.2025 som trer i kraft fra 1.1.2026³³.

Figur 6.6. Antall vikarer i fastlegeordningen som per mai 2025 ikke har gjennomført LIS1 eller tilsvarende fordelt etter utdanningsland.



Kilde: FLO, Helsepersonellregistret (HPR) og Legestillingsregisteret (LSR).

³³ [Forskrift om endring i forskrift 17. februar 2017 nr. 192 om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten \(forskrift om kompetansekrav for leger\) - Lovdata](#)

7 Utvikling i fastlegeordningen

Datagrunnlaget til dette kapittelet er basert på det administrative systemet for forvaltning av fastlegeordningen (FLO). Det omfatter blant annet informasjon om fastlegeavtaler, vikaravtaler, fastlegelister, ventelister og bytte av fastlege. Kapittelet starter med en tabell med nasjonale utviklingstall som gir en samlet oversikt. Deretter beskrives utviklingen tematisk og omtaler også forskjeller mellom fylker og kommuner gruppert etter sentralitetsklasser slik dette er definert av Statistisk sentralbyrå. Tabeller etter sentralitet og fylker og en kommunetabell finnes i vedlegg til kapittel 7.³⁴ Noen kommuner inngår ikke som egne kommuner i fastlegeordningen. Befolkningen får fastlegetjenester gjennom samarbeid med andre kommuner³⁵.

Rekrutteringen til fastlegeordningen er bedret. De siste årene har det vært en større netto tilvekst av fastleger enn tidligere år, og aller mest i 2024. Veksten har sikret økt legedekning til tross for ekstra stor innbyggervekst de siste årene. Langt flere innbyggere fikk fastlege og færre fastlegelister forble ubesatte gjennom 2024, noe som har fortsatt i 2025. Hver fastlege har i gjennomsnitt stadig færre innbyggere på listen sin. Dette bidrar til å bedre arbeidsbelastningen for fastlegene. Samtidig er listelengden viktig for den samlede kapasiteten i fastlegeordningen. Etablering av nye lister og god rekruttering har økt antallet tilgjengelige listeplasser slik at innbyggerne også har fått litt bedre muligheter for å bytte fastlege i løpet av 2024 og hittil i 2025 (mai). Det er fortsatt store forskjeller mellom enkeltkommuner og fylker i status og utvikling i fastlegeordningen.

³⁴ Mer informasjon om utvikling på området finnes på Helfos nettsider:

<https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk>

³⁵ Dette gjelder kommunene Rollag i Viken (samarbeid med Flesberg), Bygland (samarbeid med Evje og Hornnes), Evenes i Nordland (samarbeid med Tjeldsund), samt Lavangen, Dyrøy og Ibestad i Troms (interkommunalt med Salangen).

7.1 Nasjonale nøkkeltall

Tabell 7.1. Nasjonale nøkkeltall fra FLO (det administrative systemet for fastlegeordningen). Per desember hvert år (KV4), samt mai 2025.

	2021 Kv4	2022 Kv4	2023 Kv4	2024 Kv4	Endring 2024	Endring 2019-24	2025 mai	Endr. 2025
Antall								
Antall fastleger	4 961	5 057	5 268	5 517	249	659	5 609	92
Antall med spesialitet	3169	3206	3336	3556	220	537	3 681	125
Antall lister totalt	5 218	5 395	5 614	5 806	192	796	5 865	59
Ant lister med fast lege	4 997	5 085	5 292	5 546	254	662	5 635	89
Lister med kommunalt ansatte leger	859	1 053	1 233	1 311	78	585	1 340	29
Lister med næringsdrivende	4 359	4 342	4 381	4 495	114	211	4 525	30
Lister uten fast lege (ubesatt)	221	310	322	260	-62	134	230	-30
Antall lister ubesatt >1 år	91	100	129	110	-19	64	96	-14
Listeinnbygg. uten fast lege* i tusen	138	212	214	163	-51	87	138	-25
Listeinnb. m fast lege* i tusen	5 290	5 259	5 321	5 426	105	131	5 462	36
Antall vikarer	1 133	1 223	1 322	1 353	31	323	33	-189
Måltall								
Fastleger per 1 000 listeinnbygger	0,91	0,92	0,95	0,99	0,04	0,08	1,0	0,0
Andel fastleger er spesialist*	64	63	63	64	1,1	2,3	66	1,2
Andel fastleger er kvinner*	47	47	49	50	1,1	5,3	50	0,2
Andel komm ansatt, lister m fast lege*	16	18	20	21	1,3	7,2	22	0,3
Andel fast ansatt inkl ubesatte lister**	16	20	22	23	0,6	8,1	23	0,3
Gj.snitt listelengde- kun faste leger	1 059	1 034	1 005	978	-27	-106	969	-9,0
Gj.snitt listetak- kun faste leger	1 076	1 043	1 013	994	-19	-128	985	-9,7
Differanse gj.snitt. listetak-listelengde	18	9	8	16	8	-22	15	-0,7
Gj.snitt listelengde inkl. ubesatte lister	1 040	1 014	986	963	-23	-109	955	-7,8
Andel lister uten fast lege*	4,2	5,7	5,7	4,5	-1	2,0	3,9	-0,6
Andel aktive lister vært ubesatt >1 år	1,7	1,9	2,3	1,9	-0,4	1,0	1,6	-0,3
Andel listeinnbyggere uten fast lege*	2,6	3,9	3,9	2,9	-1,0	1,5	2,5	-0,5
Alle ledige plasser per1000 listeinn**	23	15	14	21	7	-20	19	-2,0
Ledige plasser per1000 hos fast lege	16	8	7	16	9	-19	15	-0,5
Ledige per1000 på åpen liste fast lege	25	16	14	18	4,3	-25	20	2,4
På venteliste per 1000 listeinnbygger	43	55	61	59	-2	41	61	-2,4

Kilde: FLO. *Endring prosentpoeng **Listetak minus listeinnbyggere på listen

7.2 Fastleger og vikarer i fastlegeordningen

7.2.1 Sterk vekst i antall fastleger i 2024

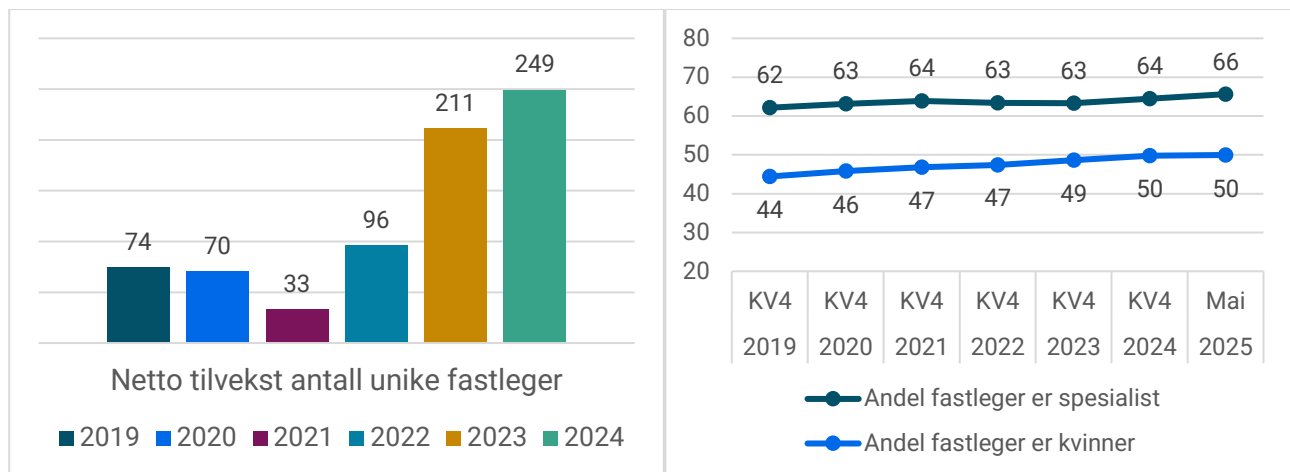
Ved utgangen av 2024 var det 5 517 fastleger i fastlegeordningen, 249 flere enn året før (+4,7 prosent). Nettotilveksten de to siste årene har vært større enn alle tidligere år siden ordningen startet, både i antall og i prosent årlig vekst. Den økte tilveksten i leger kan bidra både til å

- Redusere lister uten fast lege
- Etablere flere fastlegelister for å dekke opp for fortsatt reduksjon i gjennomsnittlig listelengde dekke opp for befolkningsvekst
- Øke totalkapasiteten i fastlegeordningen per innbygger (flere ledige plasser og økt rom for legebytte)

Dette belyses videre gjennom dette kapitlet.

66 prosent av fastlegene var spesialister i allmennmedisin per 1. mai 2025. På grunn av stor tilvekst av nye fastleger som er under spesialisering, har andelen med spesialitet ikke økt så mye, mens antallet fastleger med spesialitet økte med 7 prosent i 2024. Det blir stadig flere kvinner i fastlegeordningen, og det er nå omtrent like mange kvinnelige og mannlige fastleger.

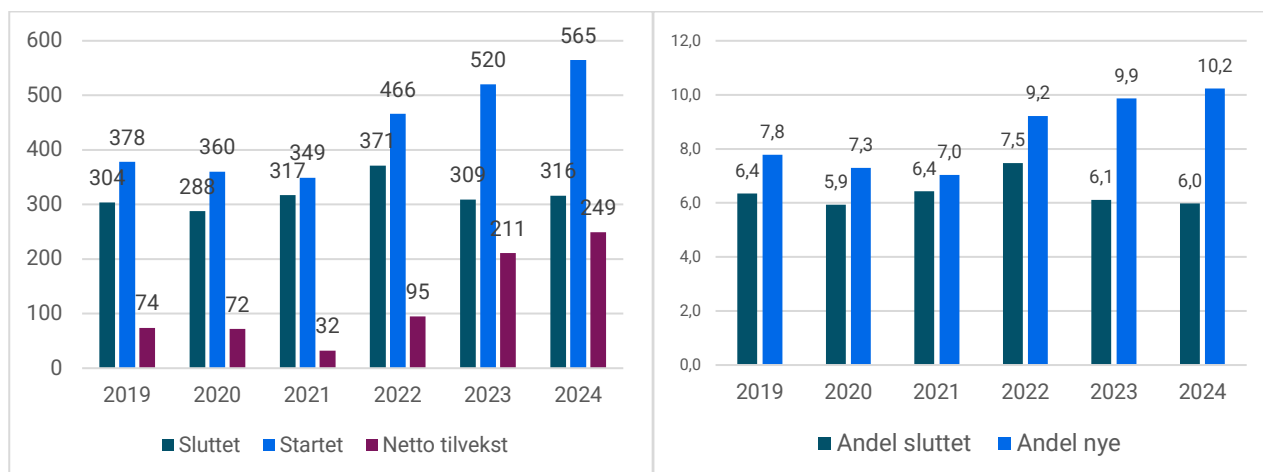
Figur 7.1. Årlig netto tilvekst av fastleger og Figur 7.2. Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin og andel kvinnelige fastleger. Per desember hvert år 2019-2024, samt per mai 2025.



Kilde: FLO

Figur 7.3 og 7.4 viser årlig endring i antall fastleger som starter og slutter i fastlegeordningen. 10 prosent av alle fastlegene som var i FLO i desember 2024 startet i løpet av 2024 (565 nye leger). 472 fastleger som startet i 2024 hadde fastlegeavtale for første gang.

Figur 7.3 Fastleger startet og sluttet og netto tilvekst i årene 2019 til 2024 og Figur 7.4 Andel leger sluttet og startet per år.

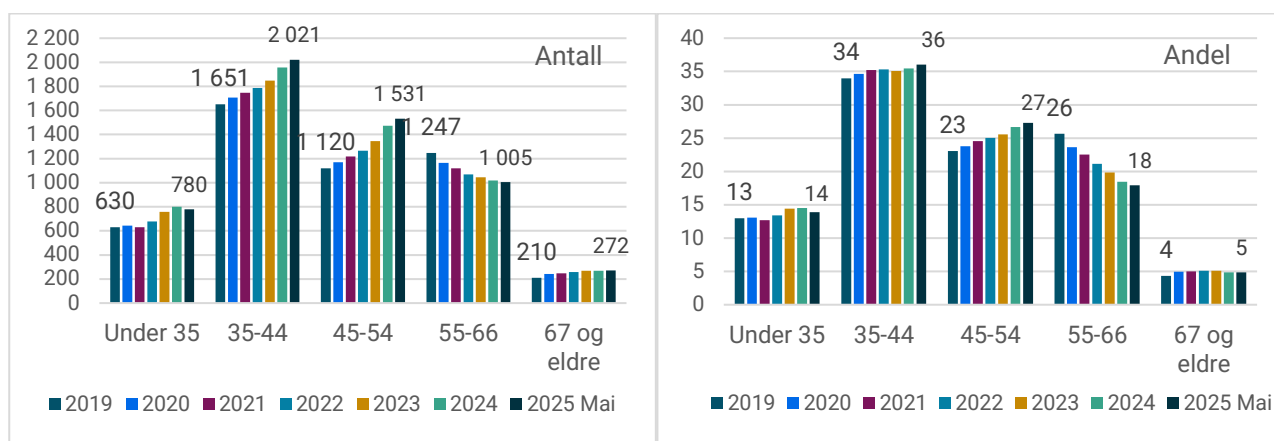


Kilde: FLO

7.2.2 Utvikling alderssammensetning for fastleger

Siden 2019 har det blitt flere fastleger i nesten alle aldersgrupper slik det er inndelt i figur 7.5 nedenfor. Unntaket er gruppen 55-66 år hvor det er færre. Veksten er størst i gruppen 45-54 år, både i perioden fra 2019 og i 2024 (+10 prosent og 126 flere leger).

Figur 7.5.og figur 7.6 Utvikling aldersfordeling fastleger. Antall (til venstre) og andel. Desember 2018-2024 og mai 2025.



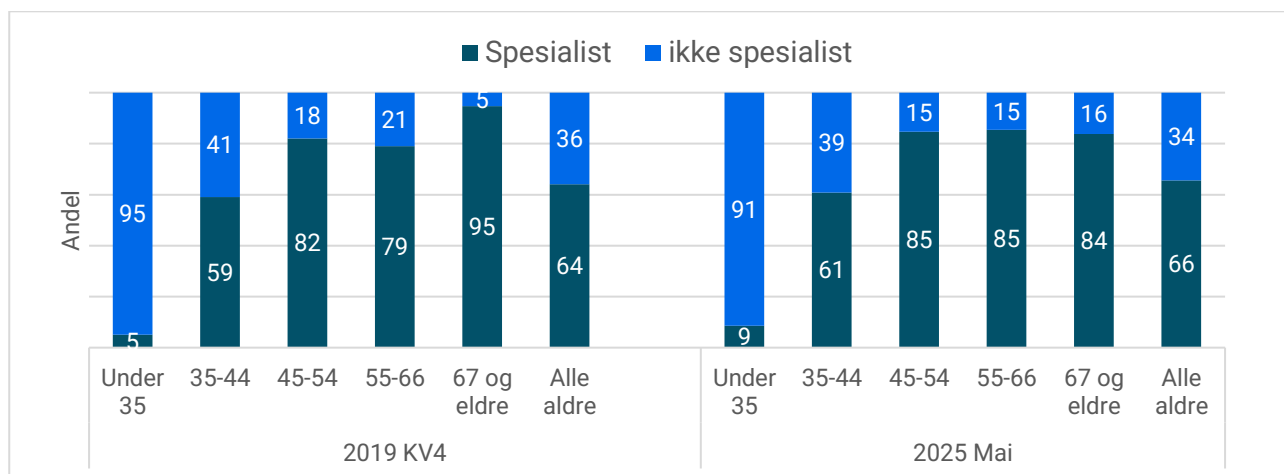
Kilde: FLO

Alderssammensetningen i fastlegeordningen påvirkes av tilvekst av nyutdannede leger, men også omfang av leger som skifter fra annen legejobb og omfang av leger fra andre land, og deres aldersprofil.

Blant de yngste fastlegene (under 35) er det få som er ferdige spesialister, mens det gjelder 41 prosent av fastlegene mellom 35 og 44 år. Omtrent 15 prosent av legene fra 45 år og over har ikke

spesialitet i allmennmedisin (per mai 2025). Stor tilvekst av nyutdannede leger forklarer at andelen spesialister blant de yngre legene ikke øker.

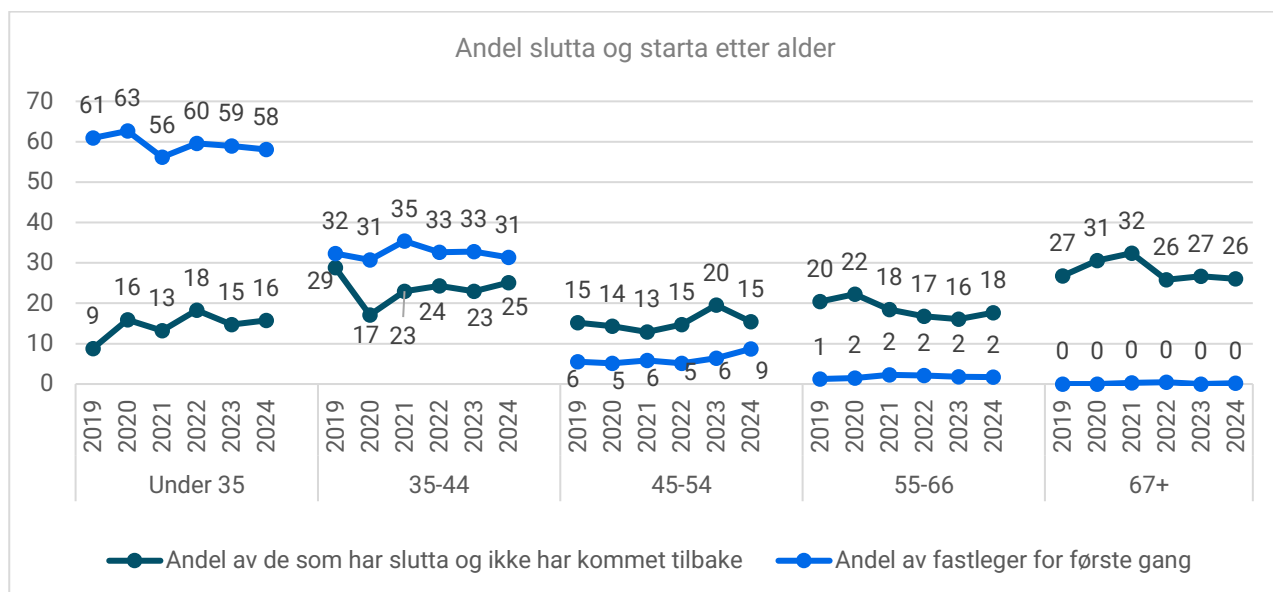
Figur 7.7. Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin. KV4 2019 og mai 2025.



Kilde: FLO

Omtrent 60 prosent av de som starter som fastleger for første gang (har fastlegeavtale) er under 35 år, mens omkring 30 prosent er mellom 35 og 44 år, og 8-10 prosent er eldre enn det. Av de som slutter og ikke er kommet tilbake, er det langt mer spredning i alder. Under 30 prosent er over 67 år, og rundt 40 prosent er under 45 år. Det kan være at noen av legene som sluttet i 2024 kommer tilbake i løpet av 2025 eller senere, og at denne effekten blir mindre desto lenger bakover i tid vi går.

Figur 7.8 Andel leger som er fastleger for første gang og fastleger som har sluttet og ikke kommet tilbake i fastlegeordningen per mai 2025. Fordelt etter aldersgruppe for årene 2019 til 2024.



Kilde: FLO

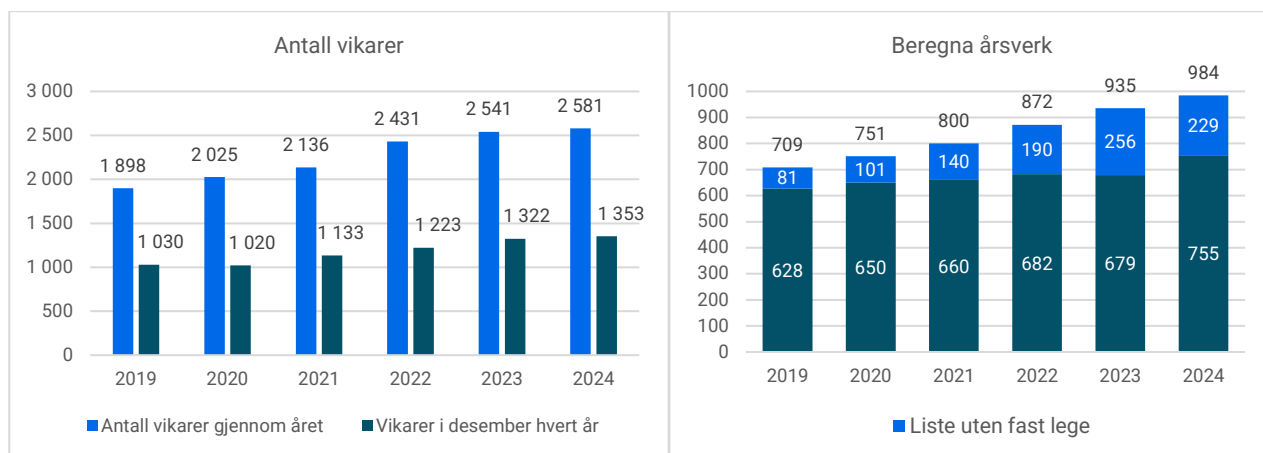
7.2.3 Vikarer i fastlegeordningen

I perioder kan fastlegen som alle andre yrkesaktive være syke, ha foreldrepermisjon, gå på kurs osv. Innbyggerne på listen har likevel den samme legen som fastlege. Ved kortvarig og ordinært fravær dekkes listen av kolleger (kollegial fraværdekning), eller man inngår avtale med en vikar. Vikarer trengs også hvis en fastlege avslutter sin fastlegeavtale (slutter), og listen blir stående ubesatt i kortere eller lengre tid (liste uten fast lege). Nesten 2 600 leger hadde vikaravtaler i fastlegeordningen i løpet av 2024. Per 1 desember var det 1 353 leger med aktive vikaravtale. Vikaravtalene kan være av svært kortvarig karakter, helt ned til en dag, eller ha en avtalt varighet på flere år.

For å få et grovt estimat på omfanget av vikarårsverk i fastlegetjenesten, beregnes antall vikardager og korrigeres for stillingsprosent³⁶. Det er viktig å understreke at vikaravtalene med angitt stillingsprosent også kan dekke arbeid utenfor fastlegekontoret.

Med dette som utgangspunkt ble det avtalt omtrent 980 vikarårsverk i 2024³⁷, en vekst på omtrent 49 årsverk fra 2023 (5,2 prosent).

Figur 7.9 Antall unike vikarer med vikaravtale, totalt gjennom året og per desember per år og Figur 7.10 Antall grovt estimerte vikarårsverk.



Kilde: FLO

77 prosent av vikarårsverkene gjelder vikariater for fastleger, mens 23 prosent gjelder vikardekning av lister som ikke har fast lege (ubesatte lister). I de foregående årene har veksten i vikarårsverk

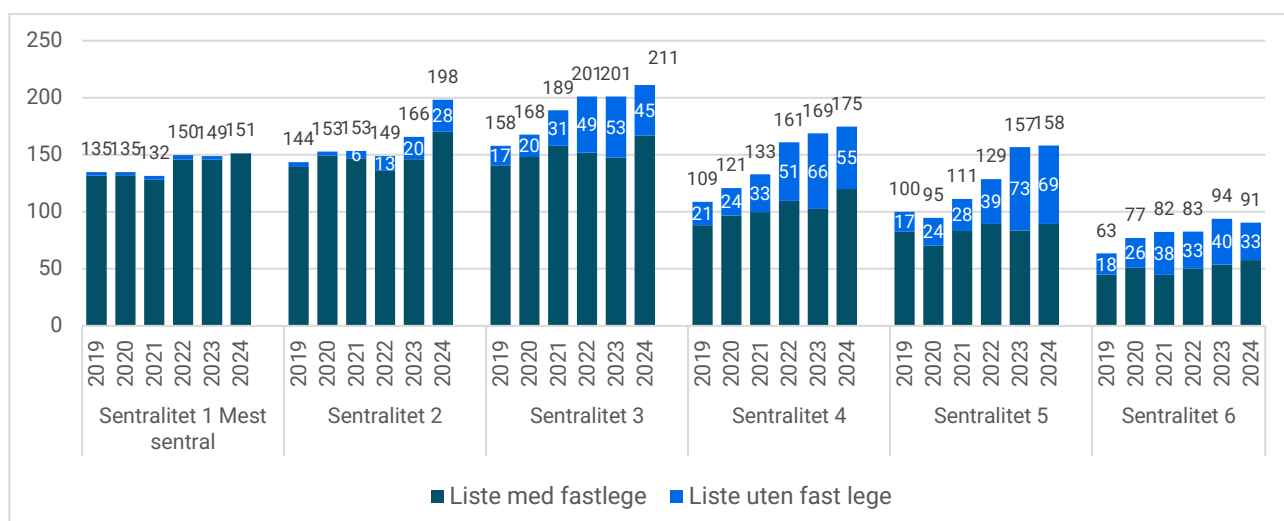
³⁶ Vikardager er her antall virkedager med vikar vektet for stillingsprosent og summert. Det er noe usikkerhet knyttet til forskjeller i praksis med hensyn til bruk av vikarer og hva som inngår i en 100% stilling som vikar. I noen tilfeller kan i tillegg flere vikarer dele på dekke funksjonene en fastlege vanligvis har. Vi har funnet at det er noe innslag av overlapp i datoer på vikaravtaler for samme person på samme liste som bidrar til en viss overestimering av vikardager. Det samme gjelder vikaravtaler hvor flere vikarleger roterer i stillingen, men hvor det kan være registrert høyere stillingsandel enn reell tilstedeværelse. Dette vil spesielt gjelde mindre kommuner i sentraltetsgrad 5 og 6. Det reelle antall vikarårsverk kan derfor være noe lavere i kommuner med slike avtaler.

³⁷ Kun avtalte dager i for gjeldende år inngår i beregningen for et gitt år, selv om avtalene kan gå på tvers av årene.

vært størst for ubesatte lister, mens det var vekst i vikarbruk for lister med fast lege i 2024 (+ 76 årsverk, 11 prosent), og nedgang i årsverk knyttet til betjening av ubesatte lister (-27 årsverk, -11 prosent). Dette følger utviklingen med færre lister uten fast lege og flere med fast lege.

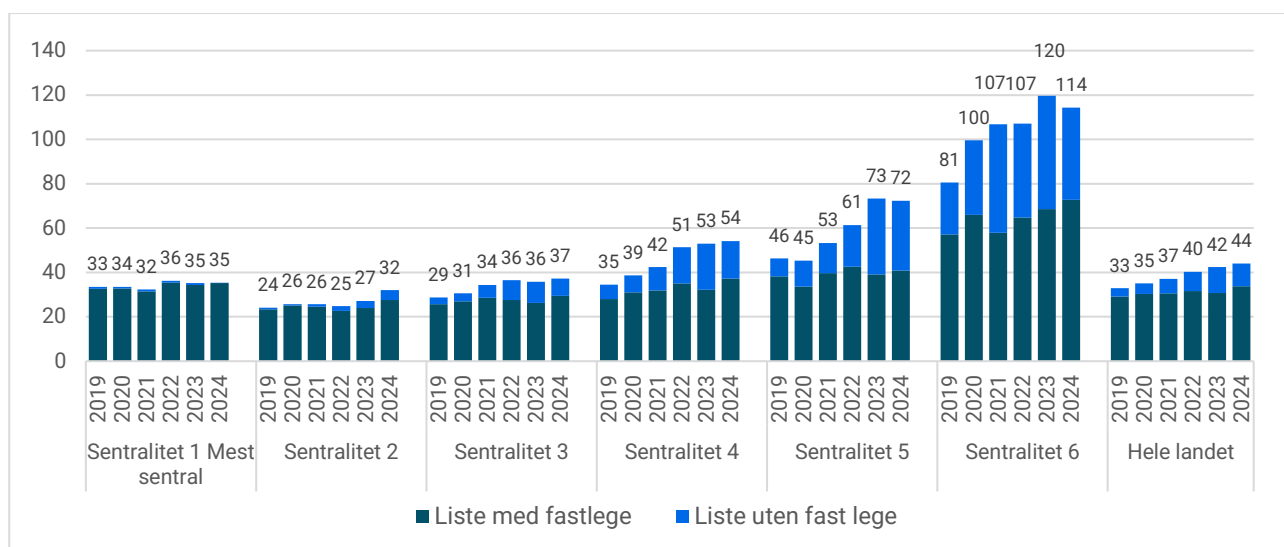
Figur 7.11 og figur 7.12 viser at det var en klar vekst i antall beregnede vikarårsverk i 2024 for kommunene i sentralitetsgruppe 2, både i faktiske tall og målt per listeinnbygger, mens det ellers var relativt små endringer.

Figur 7.11. Utvikling i beregna vikarårsverk etter kommunenes sentralitet, 2019 - 2024.



Kilde: FLO

Figur 7.12. Antall vikardager per 1000 listeinnbyggere fordelt etter kommunenes sentralitetsklasse, 2024.



Kilde: FLO

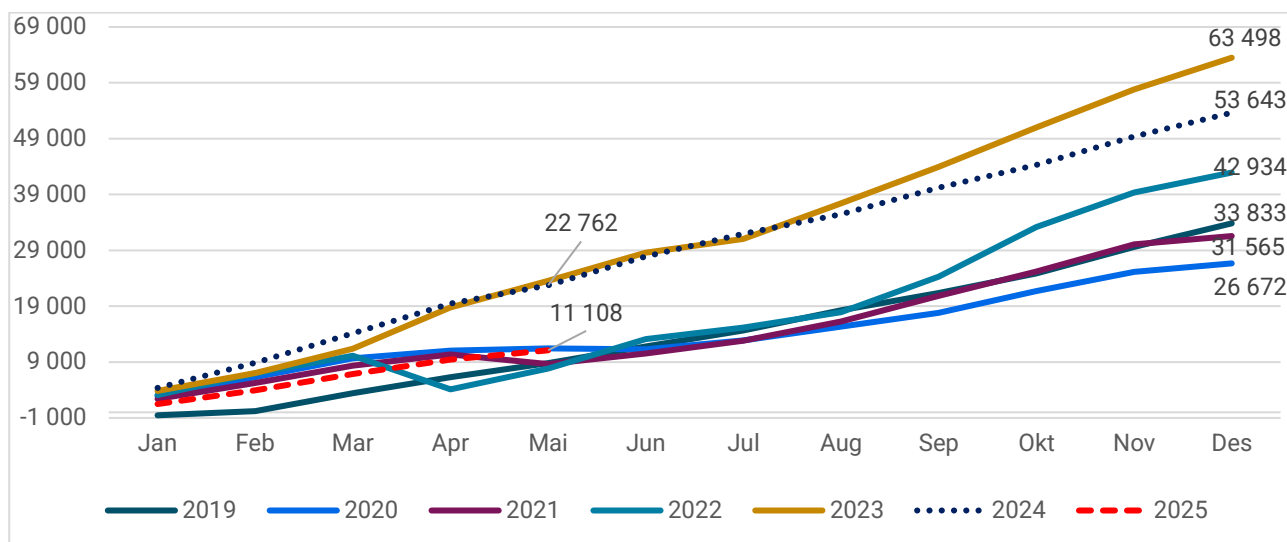
Geografiske variasjoner i antall vikarer, vikardager per liste (vikarer/lister) og vikardager per innbygger viser at vikarbruken variere med kommunenes sentralitet (se figur V7.1 i vedlegg). På gruppenivå er den relative vikarbruken større dess mer usentrale kommunene er. De tre nordligste fylkene hadde høyest vikarbruk i per mars 2025. Oslo har som før en litt avvikende profil enn andre fylker sør i landet ved at det er relativt høy verdi på vikarer per liste (i gjennomsnitt), men likevel ikke så høy verdi på vikardager per liste og per innbygger. Dette skyldes at de ofte har relativt lange vikaravtaler med lav stillingsprosent³⁸.

7.2.4 Antall fastleger per innbygger øker og flere har fast lege

En grunnleggende forutsetning for en god fastlegeordning er at innbyggerne har stabil fastlegedekning. Hvert år trengs flere fastleger for å opprettholde antall leger per innbygger. De første årene med krig i Ukraina økte antall listeinnbyggere mer enn tidligere år (figur 7.13) og ga behov for ekstra vekst i antall fastleger.

Siden desember 2018 har antall listeinnbyggere i FLO økt med over 260 000. Endring i listeinnbyggere avviker lite fra den generelle befolkningsveksten da det er ytterst få innbyggere som ikke er en del av fastlegeordningen³⁹. Hittil i 2025 er veksten i listeinnbyggere halvert sammenlignet med 2024.

Figur 7.13. Kumulativ vekst i listeinnbyggere etter måned hvert år. Fra 2019 til 2025 (desem. året før=0).



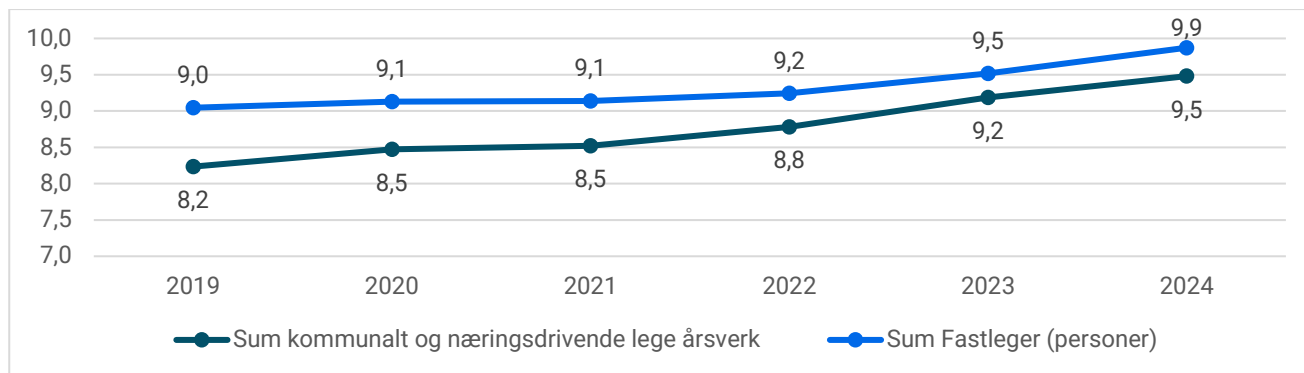
Kilde: FLO

³⁸ Helsedirektoratet 2024. Allmennlegetjenesten – årsrapport 2023, inklusive status per mai 2024.

³⁹ Det kan imidlertid være avvik i listeinnbyggere og befolkning som skyldes at det tar noe tid fra en person kommer til landet til hen får tildelt rett til fastlege, for eksempel flyktninger.

Legedekningen målt som fastleger per innbygger økte fra 0,95 til 0,99 fastleger per 1000 innbygger i 2024, og er per mai 2025 nådd 1 lege per 1000 (se tabell 7.1). Her teller vi personer, ikke årsverk. Sammenlignes veksten i antall fastleger med utvikling i *avtalte legeårsverk* i kommunene i 2024 (se kapittel 6) var veksten i årsverk lite grann lavere enn veksten i antall fastleger (personer)⁴⁰.

Figur 7.14. Utvikling antall fastleger (FLO) og antall avtalte legeårsverk i KOSTRA per 10 000 innbyggere.



Kilde: FLO

Det var en liten økning i leger per listeinnbygger i alle sentralitetsgrupper og fylker i 2024 (se tabell V7.1 i vedlegg til kapittel 7). Antall fastleger per innbygger er høyere i små usentrale kommuner enn i store og sentrale kommuner. Forskjeller i leger per innbygger sier ikke nødvendigvis noe om reelle forskjeller i tilgjengelighet i fastlegetjenesten, spesielt ikke når vi sammenligner kommuner samlet i sentralitetsklasser eller fylker. Fastleger i distriktet bruker vanligvis mer tid på oppgaver utenfor fastlegekontoret, og det er behov for flere leger for å få dekket alle legetjenestene og vaktordninger. Fylkene med størst innslag av distriktkommuner har flere leger per innbygger, spesielt fylkene i Nord-Norge.

7.3 Lister uten fast lege og vikardekning

Positiv utvikling gjennom hele 2024 og første del av 2025

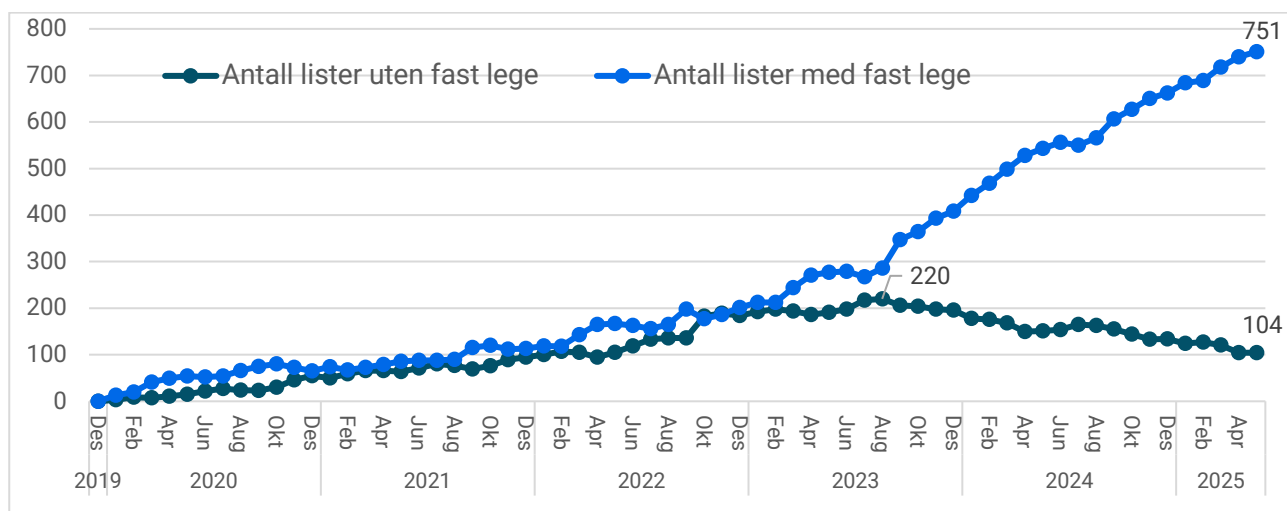
Når en fastlege slutter kan listen for kortere eller lengre perioder være ubesatt (liste uten fast lege). Dette medfører at listeinnbyggerne ikke har en navngitt fastlege (med fastlegeavtale) tilgjengelig. Listen betegnes da som en liste uten fast lege, og må dekkes av vikar hvis ikke kommunen avtaler med andre fastleger at de kan betjene listen for en viss tid. Ser vi på perioden etter desember 2018

⁴⁰ Avtalte legeårsverk innrapportert til KOSTRA under funksjonen "diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering" (funksjon 241)

økte antall lister uten fast lege like mye som veksten i lister med fast lege fram til høsten 2023, for deretter å reduseres. Gjennom 2024 ble antall ubesatte lister redusert med 20 prosent (-62 lister) og over 50 000 færre innbyggere sto på en liste uten fast lege ved utgangen av året (-24 prosent). Per mai 2025 sto 2,5 prosent eller omtrent 138 000 innbyggere på en slik liste.

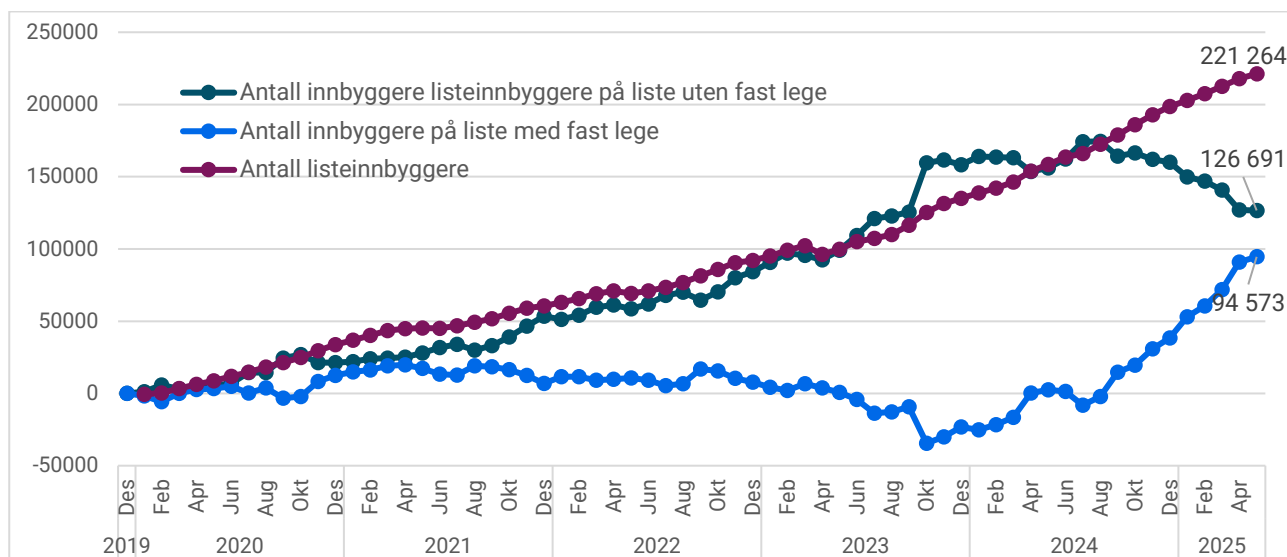
Det betyr at 97,5 prosent står på en liste med fast lege. Fra desember 2023 til desember 2024 økte antall innbyggere med fast lege med over 100 000. Veksten har fortsatt i 2025 (+36 000 per mai).

Figur 7.15. Kumulativ endring i antall lister med og uten fast lege fra desember 2019 (=0) til og med mai 2025.



Kilde: FLO

Figur 7.16. Kumulativ endring i antall listeinnbyggere med og uten fast lege fra desember 2019 (=0) til og med mai 2025, samt samlet endring i listeinnbyggere totalt.

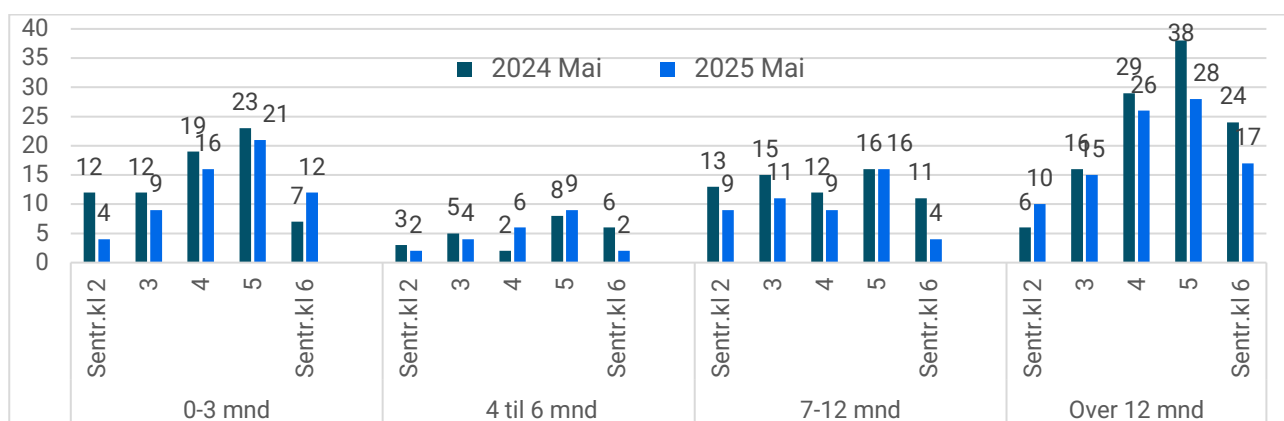


Kilde: FLO

7.3.1 Hvor lenge har aktive lister uten fast lege vært ubesatt?

Det varierer hvor raskt man får ny fastlege på plass ved et skifte av fastlege eller ved opprettelse av ny hjemmel. Andelen lister som har vært ubesatt over ett år har gått litt ned i 2024 og utgjør under 2 prosent av alle fastlegelister per mai 2025 (96 lister). Figur 7.18 nedenfor viser hvor lenge aktive lister per 1. mai 2024 og 2025 hadde stått ubesatt. Dette gjelder altså aktive lister og viser ikke den endelige tiden en liste står ubesatt. Listene er fordelt etter sentralitet. Ingen kommuner i sentralitetsklasse 1 hadde lister uten fast lege. I mai 2025 hadde 27 prosent av alle ubesatte listene vært ubesatt inntil 3 måneder og 42 prosent over 12 måneder. Det er blitt noe færre ubesatte lister i nesten alle tidskategoriene og etter sentralitet siden mai 2024.

Figur 7.17. Antall måneder listen har vært ubesatt på telletidspunktet. Antall aktive lister uten fast lege fordelt etter sentralitetsklasser per mai 2024 og mai 2025.



Kilde: FLO

7.3.2 Relativt stabil vikardekning på ubesatte lister nasjonalt

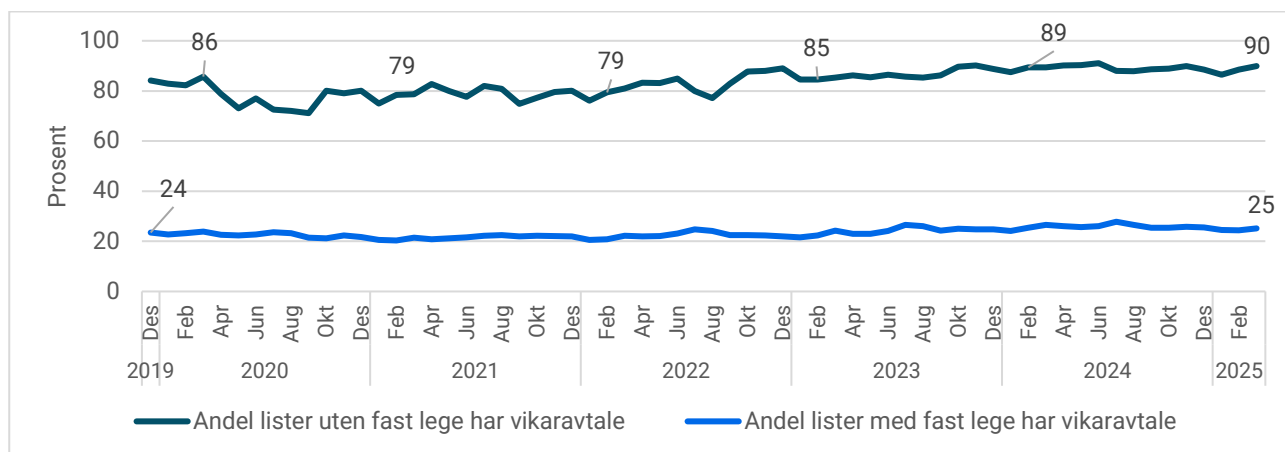
Storparten av innbyggere på liste uten fast har lege tilgang på vikar. For hele landet samlet har vikardekningen⁴¹ på ubesatte lister vært relativt stabil de siste par årene, og lå rundt 90 prosent i mars 2025. I tillegg til vikaravtaler kan, for en kortere periode, andre fastleger ta imot pasienter fra ubesatte lister, etter avtale med kommunen. Vi har ikke oversikt over dette.

Analysen fra rapporten fra Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten fra 2023 viste at innbyggere på lister uten fast lege hadde omtrent like mye kontakt med allmennlegetjenesten som andre innbyggere⁴².

⁴¹ Måler vikardekning per måned ved å angi om det har vært en vikaravtale knyttet til listen. Målet viser ikke hvor stor andel av måneden vikaravtalen dekker.

⁴² Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport 18. april 2023. Ny versjon 09.05.2023

Figur 7.18. Andel lister uten fast lege og med fast lege har vikaravtale knyttet til lista. Per måned fra desember 2019 til mars 2025.

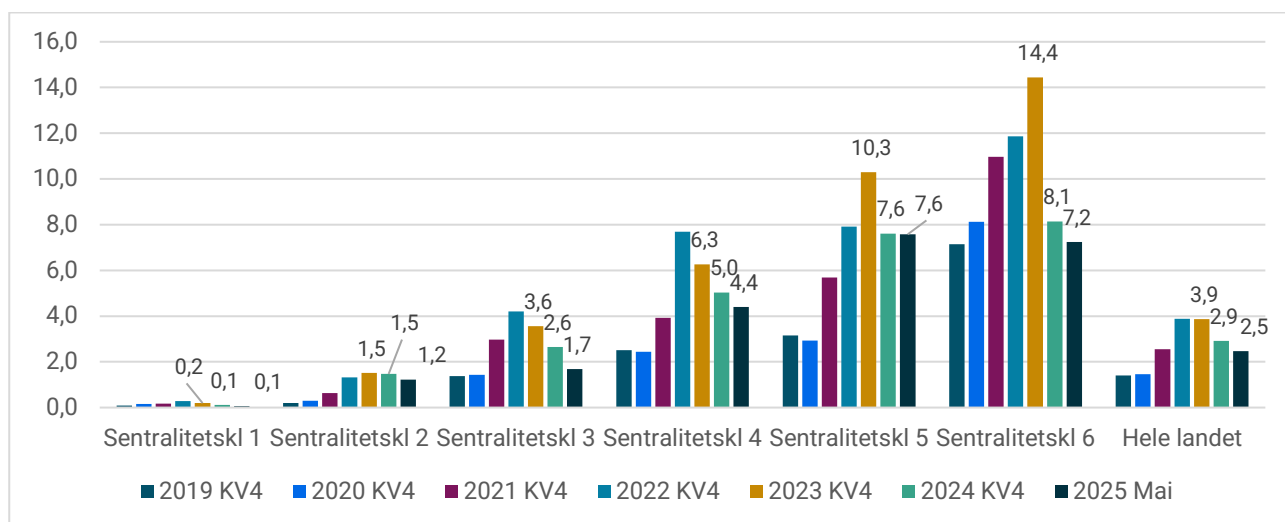


Kilde: FLO

7.3.3 Variasjon i ubesatte lister og vikardekning etter sentralitet og fylke

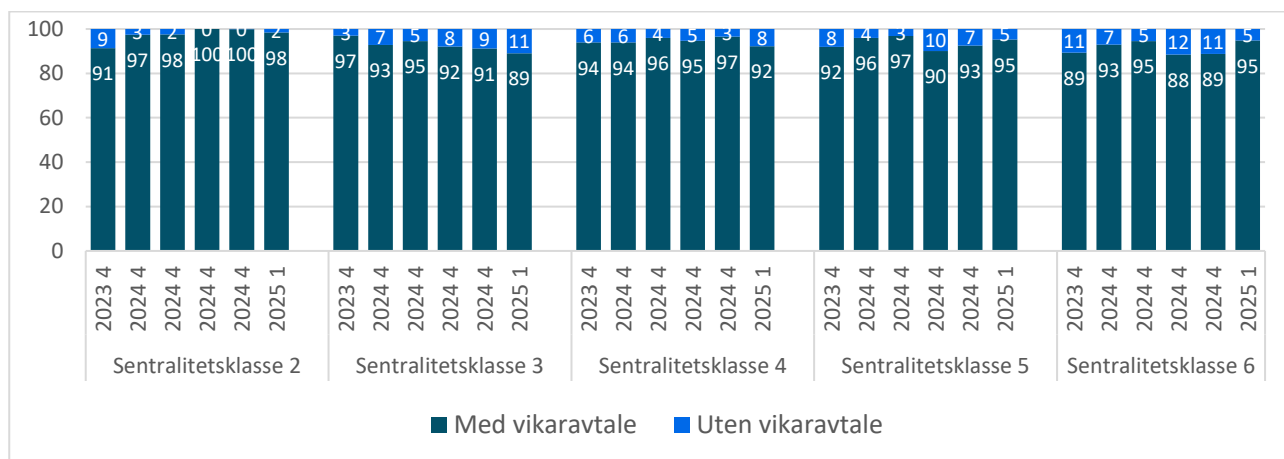
Det er som i tidligere år størst andel innbyggere på liste uten fast lege i kommuner med lav sentralitet. Figur 7.19 viser at andelen er redusert i alle sentralitetsgrupper i 2024 og hittil i 2025, og mest i sentralitetsgruppe 6. I faktiske tall er antall innbyggere på liste uten fast lege størst i sentralitetsgruppene 4 og 5. Figur 7.20 viser om det har vært en vikaravtale på listen innbyggerne er tilknyttet gjeldende måned og fordelt etter sentralitet. Vikardekningen går fra 89 til 98 prosent av innbyggerne fordelt etter sentralitet (se også figur V7.1 i vedlegg til kapittel 7 for andel lister dekket).

Figur 7.19. Utvikling i andel innbyggere på liste uten fast lege etter sentralitet (1 mest sentral til 6 minst sentral). Fra 2019 til 2024 (KV4 desember), samt per mai 2025.



Kilde: FLO

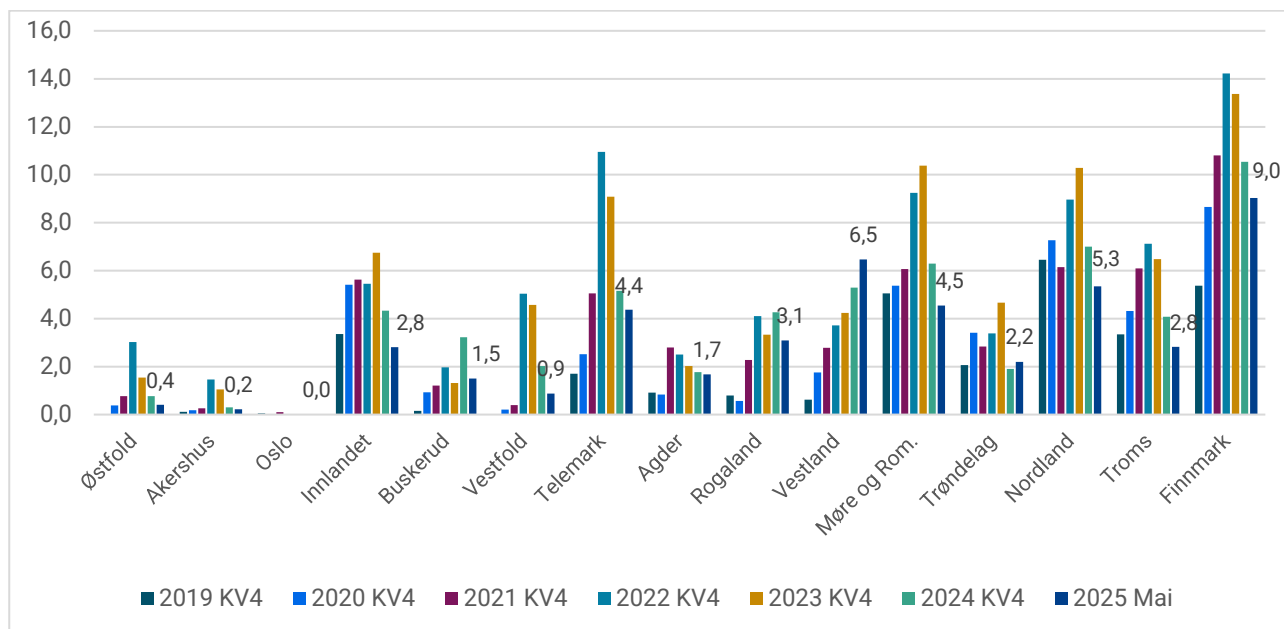
Figur 7.20. Utvikling i andel listeinnbyggere på liste med eller uten vikaravtale etter sentralitetsklasser*.
Kun lister uten fast lege inkludert. Per desember (KV4) samt per mars⁴³ 2025 (KV1).



* Sentralitetsklasse 1 inngår ikke da antallet innbyggere uten fast lege har vært minimalt og sporadisk. Kilde: FLO

På fylkesnivå ble andelen innbyggere på liste uten fast lege redusert eller uendret i 12 av 15 fylker i 2024, og reduksjonen fortsetter i 2025 (se figur 7.21 og tabell V7.2 i vedlegg). Sammenligner vi med tidspunktet når andelen var på sitt høyeste har reduksjonen vært størst i de nordligste fylkene, Møre og Romsdal, Telemark og Innlandet. Vestland fylke avviker fra den generelle utviklingen ved at andelen innbyggere uten fast lege gradvis øker. Per mai 2025 var det bare Finnmark som hadde en høyere andel.

Figur 7.21. Andel listeinnbyggere uten fast lege etter fylke. Per desember hvert år, samt april 2025.



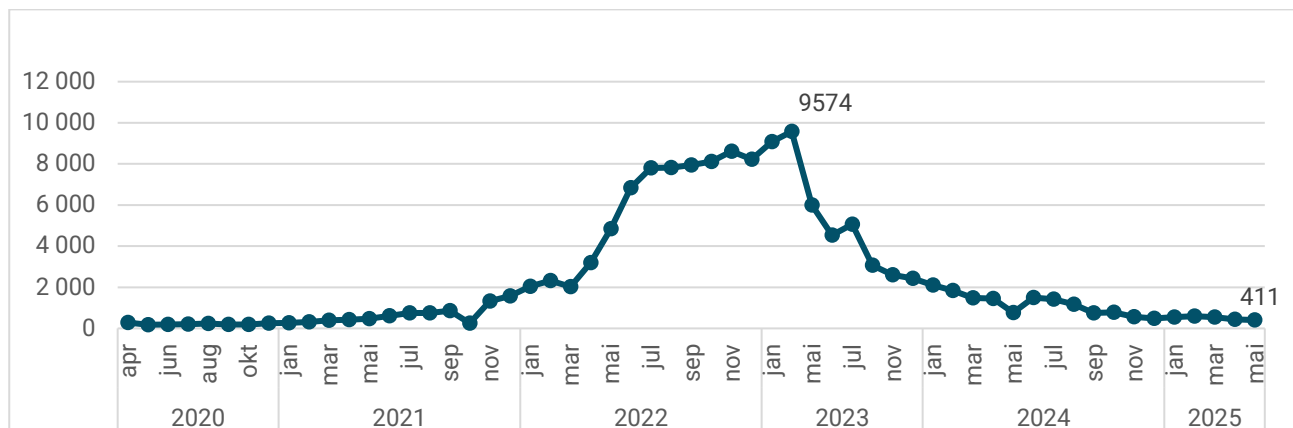
Kilde: FLO

⁴³ Det kan ta noe tid før alle vikaravtaler er meldt og inkludert i datagrunnlaget. Vi inkluderer derfor aktive vikardager fram til mars.

7.4 Antall nye innbyggere som venter på plass på en fastlegeliste

Flyktningstrømmen som følge av krigen i Ukraina har naturlig nok hatt en innvirkning på kapasiteten i fastlegeordningen gjennom årene fra krigen startet. Som vi ser av tabellen i figur 7.22 økte antall innbyggere som ventet på å få plass på en fastlegeliste frem mot mars 2023. Årsaken til at noen ikke fikk tildelt plass automatisk, var at listene i kommunene var fulle, eller de ble fylt opp fra venteliste så snart listene åpnet seg. I mars 2023 ble prioriteringsrekkefølgen endret slik at de uten fastlege ble prioritert fremfor de innbyggere som allerede har stått på en liste, men stod på venteliste for å bytte fastlege. Dette var nok en medvirkende årsak til at antall på venteliste økte og færre fikk tildelt fastlege etter å ha stått på venteliste i 2023.

Figur 7.22. Antall nye innbyggere med rett til fastlege som venter på å få plass på en fastlegeliste. Telling per måned fra april 2020 til mai 2025.



Kilde: FLO

7.5 Bytte av fastlege, ventelister og ledige plasser

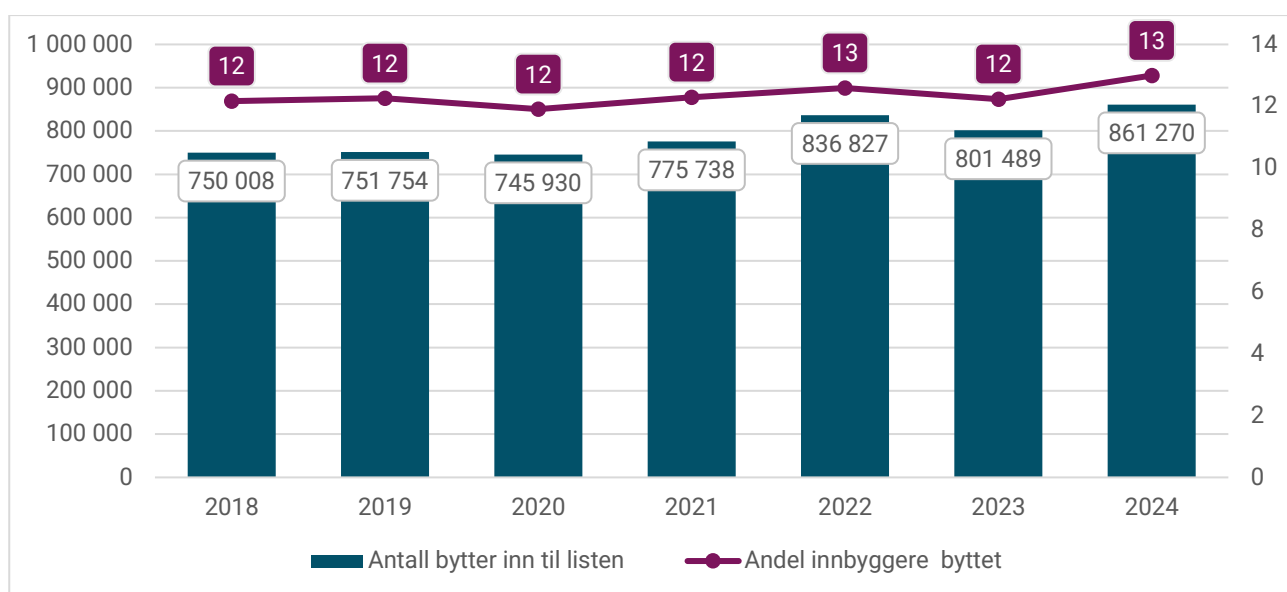
7.5.1 Over halvparten av fastlegebytter skjer fordi fastlegen slutter i sin praksis

Det er stor sirkulasjon inn og ut av fastlegelistene gjennom et år. Noen kommer helt nye inn i ordningen (nyfødte, tilflyttere fra andre land og bosatte flykninger), og noen går ut av ordningen fordi de flytter til et annet land, dør eller ønsker å reservere seg mot ordningen. Det siste gjelder veldig få (ca 3000 personer per mai 2025). Bytter mellom listene er selvvalgte eller ikke selvvalgte. De selvvalgte byttene er enten ved å bytte direkte når ønsket fastlege har ledig plass på åpen liste, eller å sette seg på venteliste dersom fastlegen ikke har ledig plass. Innbyggere kan foreta inntil 2 selvvalgte bytter per kalenderår. Mange av de selvvalgte byttene skyldes flytting mellom kommuner. De ikke selvvalgte byttene skjer enten ved at fastlegen ønsker å redusere listetaket sitt og Helfo

dermed flytter overtallige listeinnbyggere til andre lister gjennom randomisert uttrekk (listereduksjon), eller at fastlegen slutter og listeinnbyggerne flyttes til en eller flere andre lister av Helfo

Det ble gjennomført over 800 000 fastlegebytter i 2024 (i tillegg til at over 60 000 helt nye innbyggere i FLO fikk tildelt listeplass). Omtrent 13 prosent av alle listeinnbyggerne fikk ny fastlege minst en gang i 2024⁴⁴, og andelen har vært ganske stabil de siste fem årene. Dette inkluderer både selvvalgte og ikke selvvalgte bytter av fastlege.

Figur 7.23. Antall bytter inn til liste og andel innbyggere som har byttet fastlege minst en gang (selvvalgt og ikke selvvalgt).



Kilde: FLO

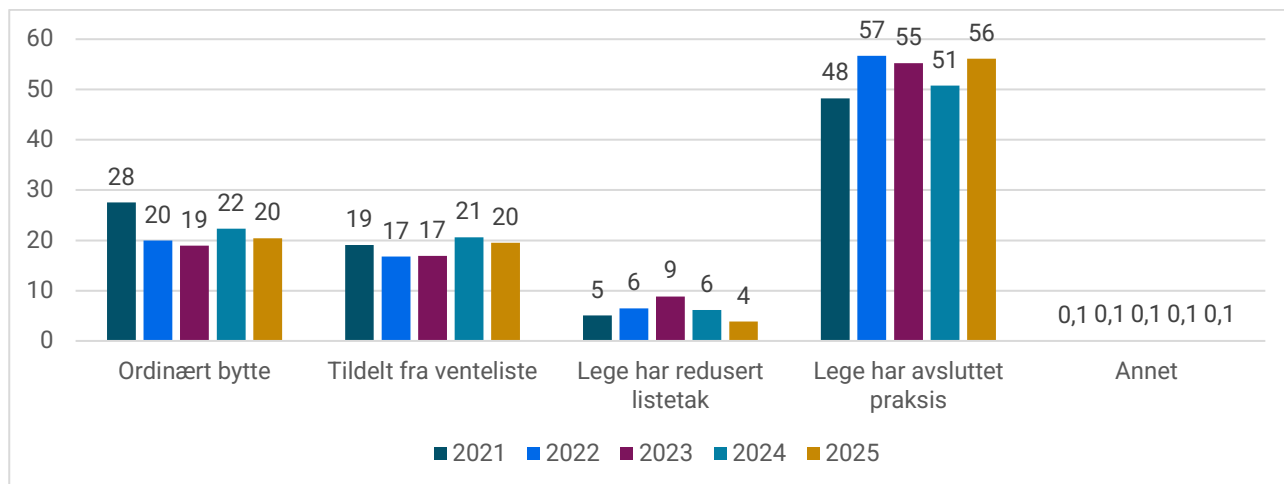
40 prosent av fastlegebyttene i 2024 var selvvalgte, det vil si skjedde etter eget ønske om å bytte (ordinært bytte eller tildelt fra venteliste). Omtrent halvparten av de selvvalgte byttene ble gjennomført ved direkte bytte til liste med ledig plass, og omtrent like stor andel av byttene skjedde ved tildeling fra venteliste.

De aller fleste bytter skyldes at fastlegen avslutter sin praksis (går av med pensjon, flytter til annen praksis eller skifter til annen type jobb mv.) Dette gjaldt 56 prosent av fastlegebyttene i 2024. En liten andel (4 prosent) av byttene skjer som følge av listereduksjoner etter avtale med kommunen.

⁴⁴ Listeinnbyggertall i slutten av året er brukt som nevner

Andel bytter som skjer gjennom tildeling fra venteliste har ikke endret seg veldig mye de siste fem årene. Gjennomsnittlig og median⁴⁵ tid for bytte av fastlege har imidlertid økt mye (se figur 7.26, og figur V7.2 i vedlegg) i samme periode.

Figur 7.24. Fordeling av årsaker til bytte av fastlege 2021 til 2024, og fram til og med april 2025.



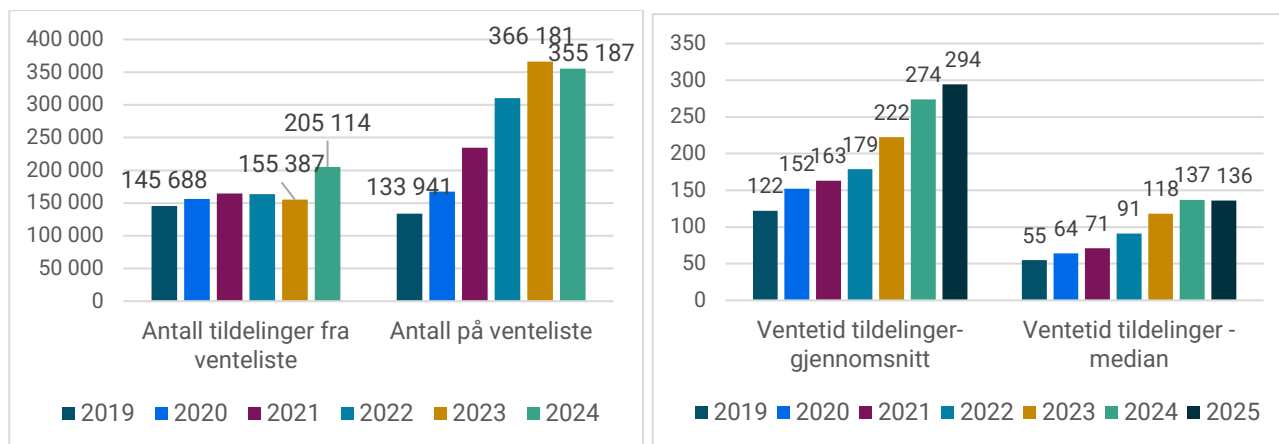
Kilde: FLO

Gjennomsnittlig ventetid økte fra 122 dager i 2019 til 274 dager i 2024, mens median dager på venteliste har økt fra 55 til 137 dager. Det er store forskjeller på gjennomsnitt og median ventetid, og det skyldes svært stor variasjon i ventetid på listenivå med en lang hale av innbyggere som har ventet svært lenge og "drar" opp gjennomsnittet. Andelen som ventet over ett og to år før tildeling har i tillegg økt fra 7 prosent i 2019 til 27 prosent i 2024 (se figur 7.27). Selv om tildelingstid generelt har økt over år fikk 57 prosent av innbyggere på venteliste byttet til ønsket fastlege innen et halvt år, og omtrent 30 prosent innen 2 måneder i perioden januar til april 2025.

Mens median tid på venteliste stabiliserte seg gjennom 2024 og inn i 2025, har gjennomsnittet fortsatt å øke. Figur 7.26 viser at antall tildelinger fra venteliste økte mye i 2024, men vi ser også at antall innbyggere på venteliste har økt svært mye hvert år fra 2020 til 2023. Vi ser samtidig at antall direkte bytter har gått ned i perioden. Ved tildeling av plass på fastlegelister blir nye innbyggere uten fastlege prioritert fremfor innbyggere på venteliste. Dette har også medvirket til at antall innbyggere på venteliste har økt i perioden med stor tilstrømming av bosatte flyktninger.

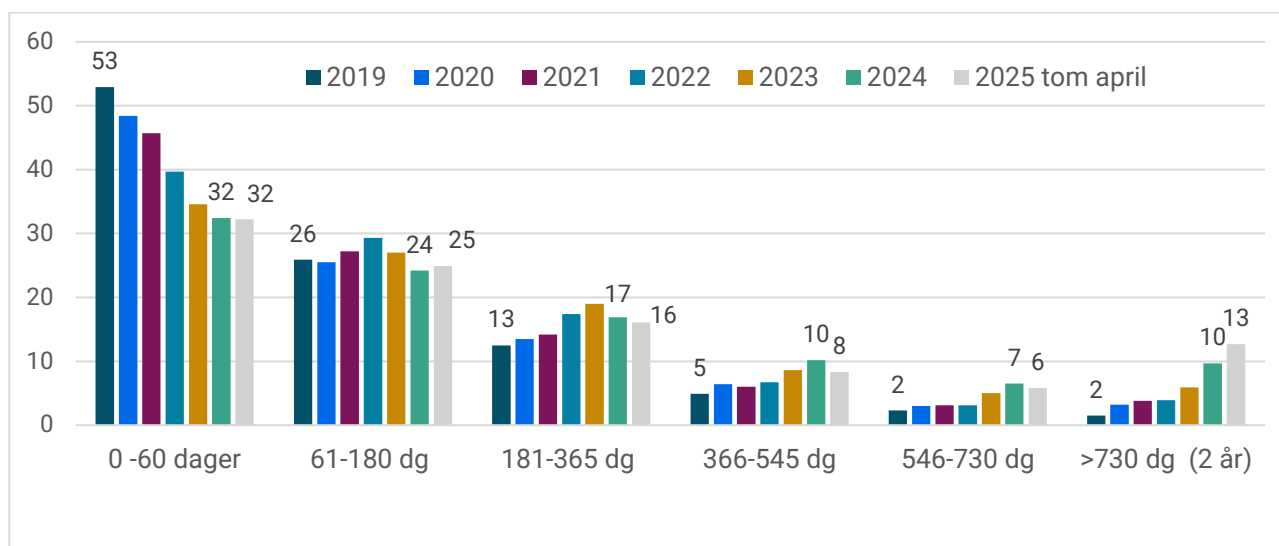
⁴⁵ Gjennomsnittsmål påvirkes av fordelingen av ventetid. Det kan derfor være informativt å beregne median dager i tillegg, som viser antall dager hvor halvparten av innbyggerne har ventet kortere og halvparten ventet lengre.

Figur 7.25. Utvikling i antall tildelinger fra venteliste (hele året), antall innbyggere på venteliste (desember), og figur 7.26 gjennomsnittlig og median antall dager før tildeling (ventetid til bytte). 2019 til 2024, samt januar til april 2025.



Kilde: FLO

Figur 7.27. Tid før tildeling fra venteliste gruppert. Per år 2019 til 2024, samt januar til april 2025.

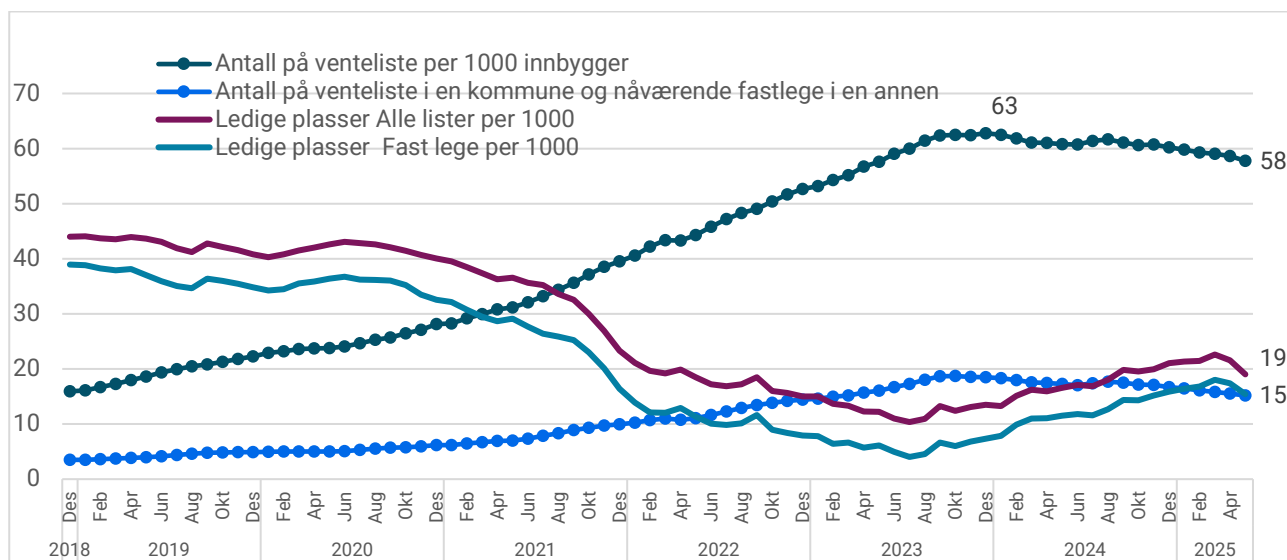


Kilde: FLO

7.5.2 Gradvis litt flere ledige plasser og færre på venteliste gjennom 2024 og inn i 2025

For at fastlegeordningen skal fungere godt må det være nok kapasitet til å kunne bytte fastlege, for eksempel når man flytter langt. Endringer i antall innbyggere på venteliste og ledige plasser er indikasjoner på endringer i kapasitet som påvirker mulighetene til å ta inn nye listeinnbyggere i FLO og bytte av fastlege.

Figur 7.28. Antall på venteliste og ledige plasser per 1000 listeinnbyggere. Fra desember 2018 til og med mai 2025.



Kilde: FLO

Målt per 1000 innbygger var det en økning i antall på venteliste, og samtidig en reduksjon i ledige plasser på fastlegelistene, i hele perioden fra 2019 til og fram til høsten 2023, da netto tilvekst av fastleger skjøt fart. Antall ledige plasser økte deretter noe, og antall på venteliste ble gradvis redusert høsten 2023 og gjennom 2024. Dette har fortsatt inn i 2025. Hva som er tilstrekkelig nivå på andel ledige plasser er ikke definert og kan variere på kommunenivå ut fra flyttemønstre, endringer i befolkning og geografisk plassering.

7.5.3 Åpne, lukkede og låste lister, og ledige plasser

Ledige plasser kan måles på flere måter. Når vi ser på den samlede kapasiteten nasjonalt, eller i en kommune, kan det beregnes som sum avtalt listetak⁴⁶ for alle fastlegelister minus sum listelengde (opptatte plasser). En del fastlegelister er "overtallige" ved at faktisk antall innbyggere på listen overstiger det avtalte listetaket. Sum ledige plasser går da i minus. Når en liste når listetaket, lukkes listen automatisk. Ved 10 ledige plasser åpnes den igjen. Helfo kan også i enkelte tilfeller manuelt låse en liste etter beskjed fra kommunen. Praksisen med låsing av lister har fått et større omfang enn hva intensjonene var, blant annet i forbindelse med den store tilstrømmingen av flyktninger. Praksisen er strammet inn, og fra juni 2025 vil det nesten ikke finnes låste lister.

I et innbyggerperspektiv er det viktigste å ha tilgang til åpne lister og antall plasser som er reelt valgbare for de som ønsker å bytte fastlege. Da telles kun antall ledige plasser på *åpne lister* på et gitt tidspunkt og de lukkede listene holdes utenfor. Per mai 2025 var kun 20 prosent av

⁴⁶ Listetak er maksimalt antall innbyggere på listen fastsatt i avtalen med kommunen

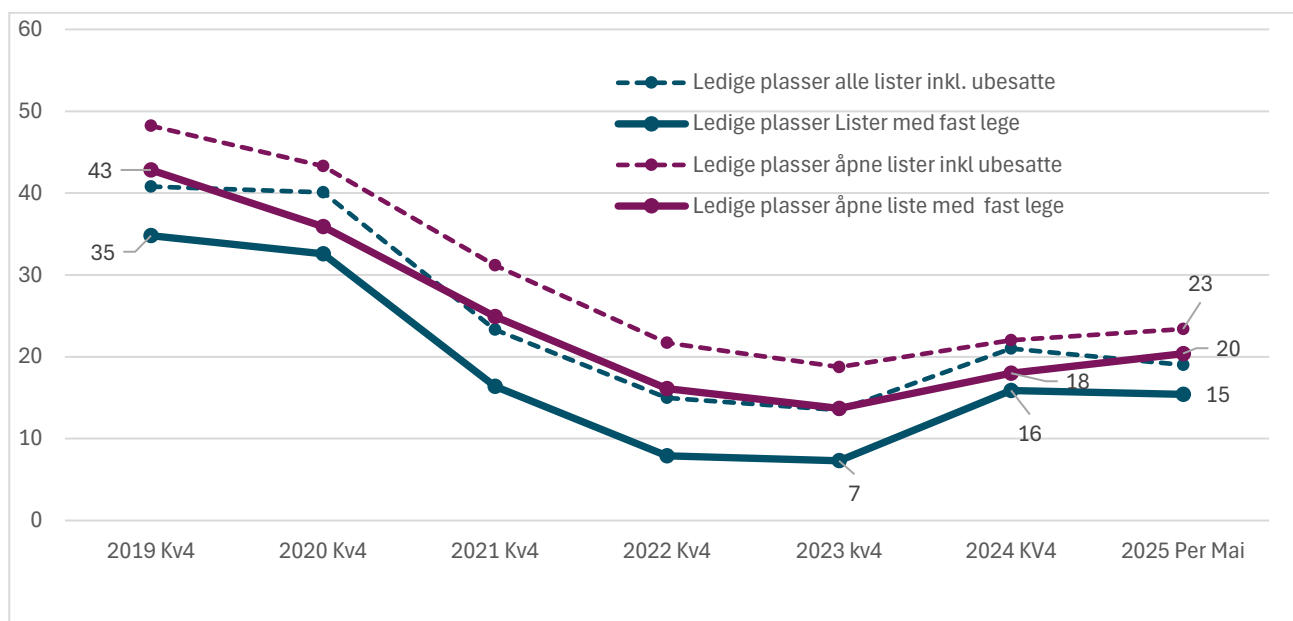
fastlegelistene åpne. På sitt laveste i første halvår i 2023 var andelen nede i 12-13 prosent (Se figur V7.3 i vedlegg). I figur 7.29 framstilles utvikling i ledige plasser per 1000 listeinnbygger basert på -

- a) Ledige plasser alle lister samlet = differanse mellom sum listetak og sum listelengde alle lister og
- b) Ledige plasser kun for åpne lister = differanse sum listetak og sum listelengde for åpne lister.

Antall ledige plasser for alle lister samlet gir et lavere tall enn når vi kun teller antall ledige plasser på åpne lister. Differansen utgjorde i desember 2024 2 plasser per 1000 listeinnbygger (lister med fast lege). Utviklingen fra utgangen av 2019 til 2024 er relativt lik uavhengig av hvilket mål vi ser på, men forskjellen mellom målene ble mindre gjennom 2024. Hittil i 2025 har antall ledige plasser på åpne lister gått litt opp målt per 1000 listeinnbygger, mens antallet går litt ned samlet for alle lister.

Lister som for kortere eller lengre tid ikke har fast lege kan også ha ledige plasser og er inkludert i de prikkede linjene i figuren. Det vil variere om listelengde og listetak endres når ny fastlege overtar en ubesatt liste.

Figur7.29. Ledige plasser per 1 000 listeinnbygger basert på to mål på ledige plasser, samt med og uten ubesatte lister på telletidspunktet. Per desember hvert år 2019-2024 (KV4), samt per mai 2025.



Kilde: FLO

7.5.4 Ledige plasser og ventelister etter sentralitet og fylker

Grupperes kommunene samlet etter sentralitet har de mest sentrale og minst sentrale kommunene flest ledige plasser målt per innbygger (se tabell V7.3 i vedlegg). Fylkene på Vestlandet (Rogaland og Vestland) og i Midt-Norge (Møre og Romsdal og Trøndelag) framstår med relativt sett lav tilgang på ledige plasser, men også Vestfold og Telemark har få plasser totalt, samtidig som de er opp mot gjennomsnittet i tilgang på plasser på åpne fastlegelister. Telemark, Rogaland og Vestland har også høyest antall på venteliste, men variasjonen er mindre mellom fylkene enn for ledige plasser. Bak

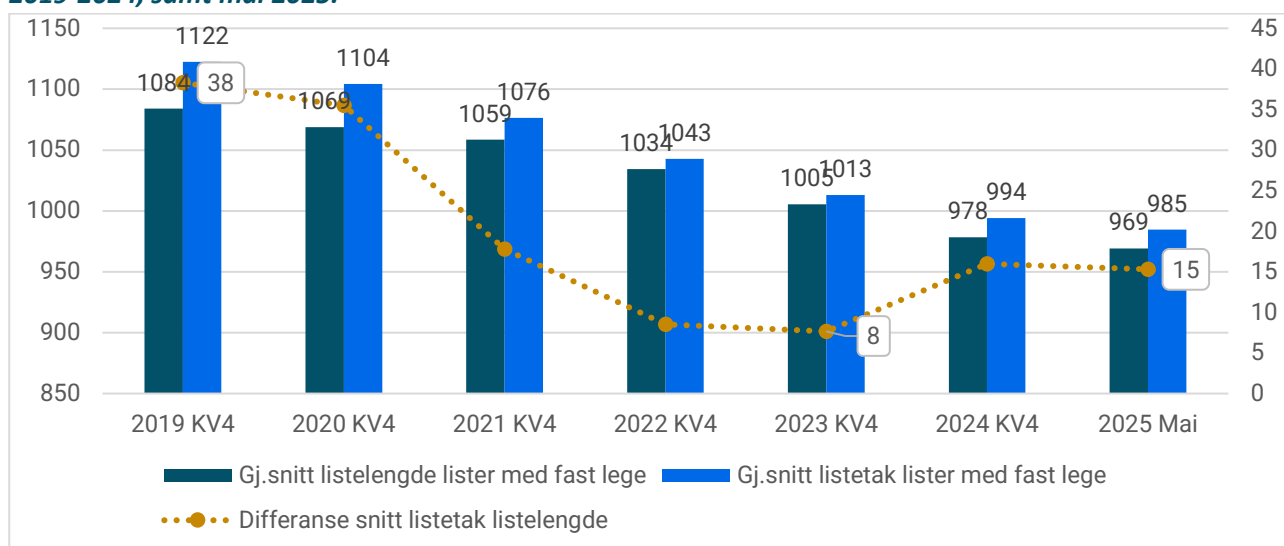
disse tallene kan det være stor variasjon mellom kommuner og mellom fastlegelister innen den enkelte kommune. 30 prosent av kommunene hadde ingen ledige plasser på åpne lister per mai. Store byer som Bergen, Stavanger, Trondheim, Sandnes, Arendal og Molde har ingen eller få ledige plasser samlet for alle lister, eller på åpne lister, per 1. mai 2025 (Se tabell V7.7 i vedlegg).

7.6 Listelengde

7.6.1 Betydelig reduksjon i listelengde også i 2024

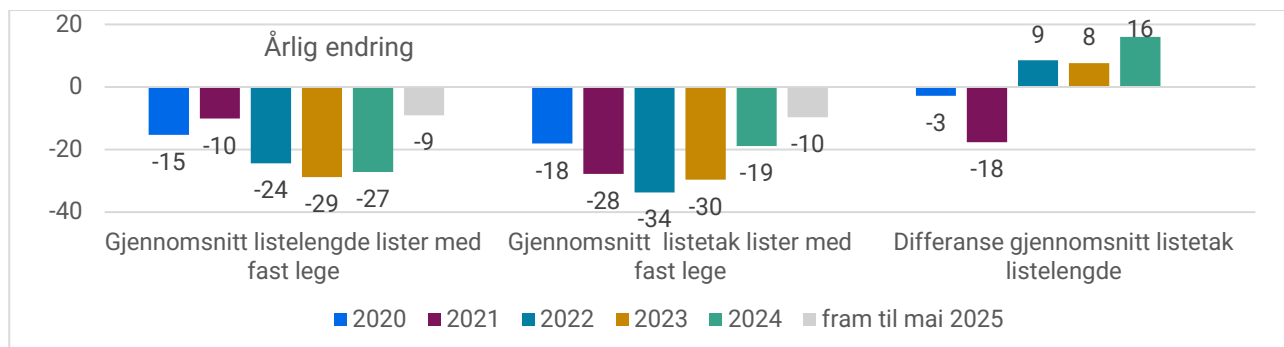
Antall innbyggere på fastlegelistene påvirker både fastlegenes arbeidssituasjon og kapasiteten i fastlegeordningen. Gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste (listelengden) ble redusert med 27 innbyggere i 2024, til 978 innbyggere (eksklusive ubesatte lister).

Figur 7.30. Utvikling i gjennomsnittlig listelengde og listetak, samt differansen mellom disse. Per desember 2019-2024, samt mai 2025.



Kilde: FLO

Figur 7.31. Årlig endring i gjennomsnittlig listelengde og listetak og differansen mellom gjennomsnitt listelengde og gjennomsnitt listetak det enkelte år 2020 til 2024.



Kilde: FLO

De siste årene har reduksjonen vært større enn tidligere år i fastlegeordningens historie. Listetaket ble i gjennomsnitt 19 plasser lavere i 2024, en noe mindre reduksjon enn de foregående tre årene. Differansen mellom listetak og listelengde definerer hvor mange plasser som er ledige. I 2024 økte differansen mellom listetak og listelengde, og indikerer at det i gjennomsnitt er noe bedre kapasitet til å ta imot nye listeinnbyggere eller bytte liste. Dette kan variere mye, og avhenger også av utviklingen i antall fastlegelister totalt.

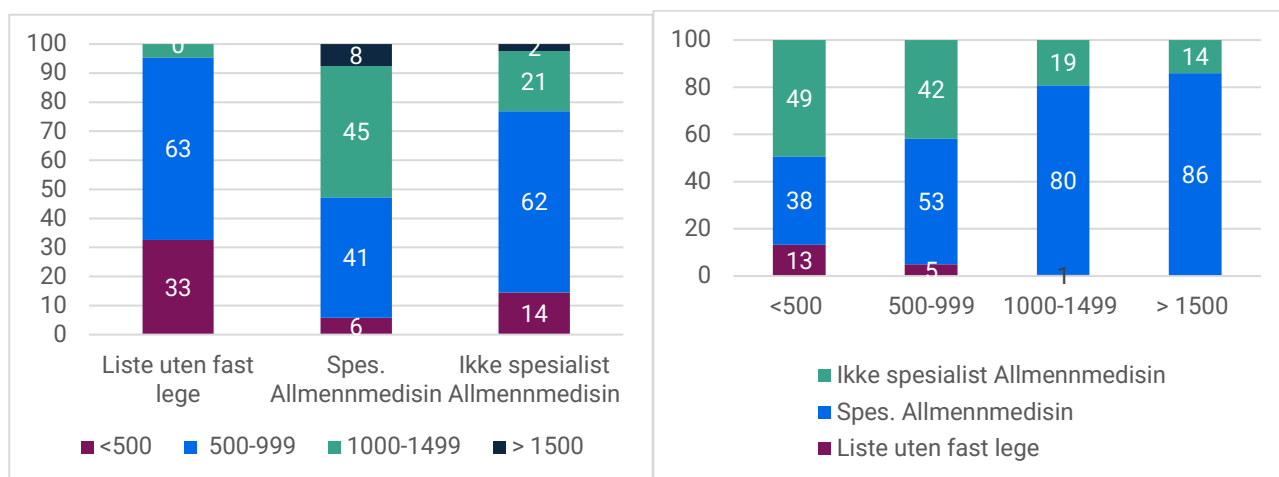
Per mai 2025 hadde 59 prosent av fastlegelistene under 1000 innbyggere på listen, og 10 prosent under 500. Bare 6 prosent av listene hadde mer enn 1500 innbyggere på listen (se vedleggstabell V7.4 i vedlegg).

7.6.2 Spesialister i allmennmedisin har lengre lister

En del av variasjonen i listelengde kan knyttes til kjennetegn ved kommunen hvor legen arbeider, og som korrelerer med sentralitet. Kjennetegn ved legen, som alder, i noen grad kjønn, og om legen er under spesialisering spiller også inn⁴⁷,

Alle nye leger i Fastlegeordningen må starte et spesialiseringsløp, og som de kan søke økonomiske kompensasjon for gjennom ALIS-tilskuddet. Figurene 7.32 viser at 76 prosent av fastleger uten spesialisering har lister med færre enn 1000 innbyggere, mot 47 prosent av allmennleger som er spesialister. Leger uten spesialitet utgjør stor andel av de med korte lister. Det gjelder 49 prosent av lister under 500 listeinnbyggere, og 42 prosent av lister med 500-999 listeinnbyggere.

Figur 7.32. Listelengde fordelt etter status for spesialisering og figur 7.33 Status for spesialitet fordelt etter listelengde gruppert. Fastlegelister per mai 2025.

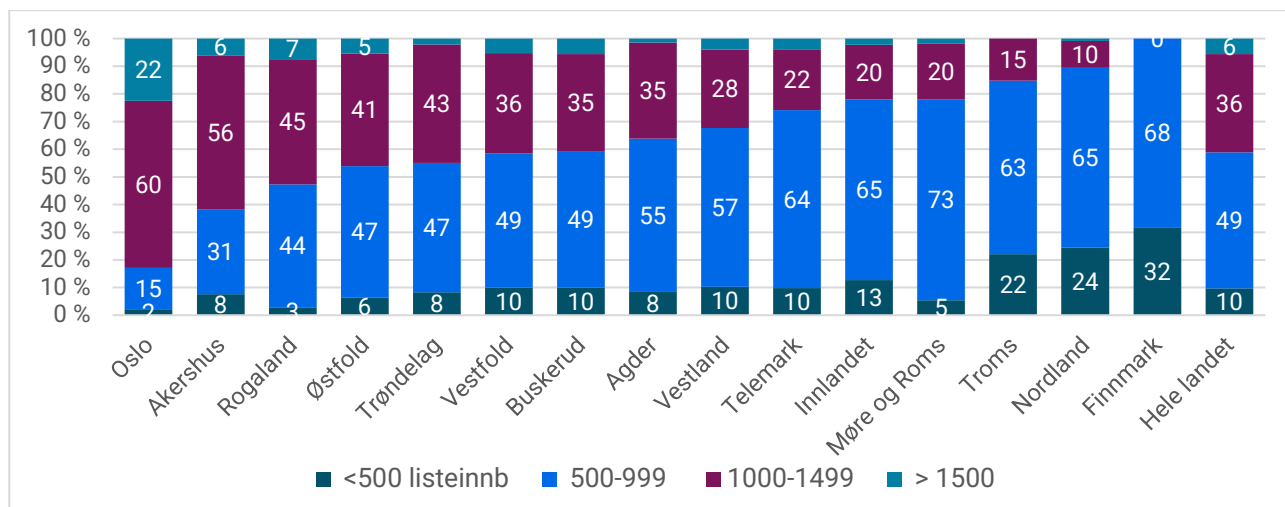


Kilde: FLO

⁴⁷ Se [Allmennlegetjenesten – statusrapport høsten 2023 - Helsedirektoratet](#)

Andelen fastlegelister med flere enn 1000 innbyggere øker med sentralitet, og gjelder 80 prosent av listene i sentralitetsklasse 1 (mest sentrale kommuner), mot kun 11 prosent av listene i sentralitetsklasse 6 (minst sentrale kommuner). Dette gjenspeiles i fylkene. I Oslo er innslaget av lister over 1500 definitivt størst med hele 23 prosent (se tabell V7.4 i vedlegg). Kun tre fylker har over 50 prosent lister med mer enn 1000 listeinnbyggere (Oslo, Akershus og Rogaland). I Finnmark har over 30 prosent av listene under 500 på listen, fulgt av Nordland (26 pst.) og Troms (22 prosent).

Figur 7.34. Andel lister fordelt etter fylker og gruppert listestørrelse. Sortert etter andel lister med over 1000 listeinnbyggere, per mai 2025.



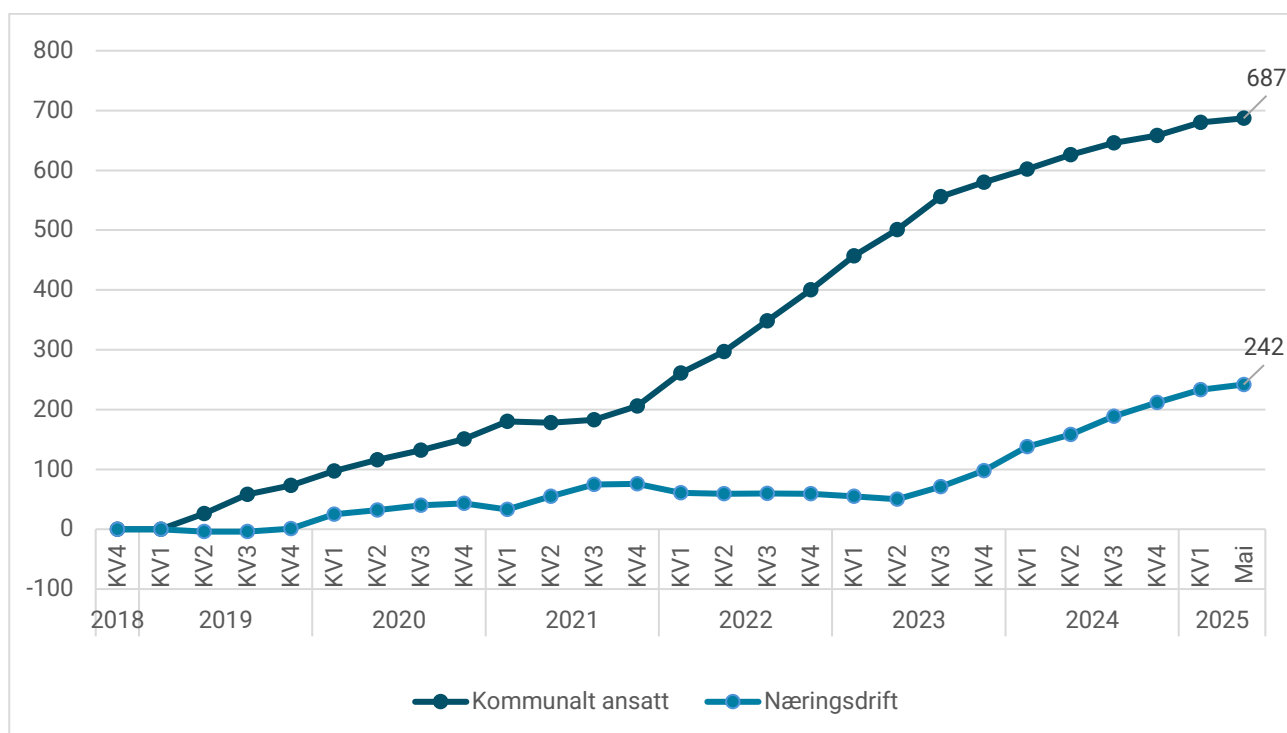
Kilde: FLO

7.7 Utvikling i kommunal ansettelse og næringsdrift

Vekst i næringsdrivende i sentrale kommuner og vekst i kommunalt ansatt i usentrale kommuner

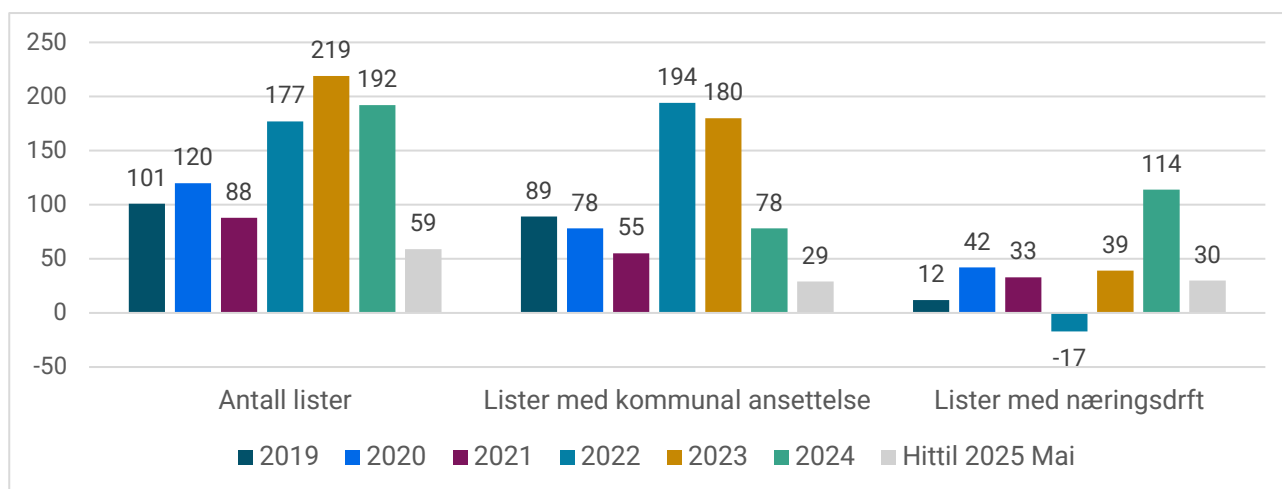
I desember 2024 var det 5 806 fastlegelister i Norge, en vekst på 3,2 prosent fra 2023 (192 lister). I fastlegeordningen er privat næringsdrift hovedmodellen angående driftsform, og omfattet per mai 2025 78 prosent av fastlegelistene. Siden slutten av 2019 har andel lister med kommunal ansettelse økt fra en andel på 14 til en andel på 22 prosent (+ 687 med kommunal ansettelse). I hvert av årene fra 2019 til 2023 var det målt i absolutte tall størst netto tilvekst av lister med kommunal ansettelse, men dette snudde i 2024 da det var størst tilvekst av lister med næringsdrift (114 versus 78, se figur 7.36).

Figur 7.35. Kumulativ endring i fastlegeavtaler etter driftsform fra utgangen av 2019(=0) til mai 2025.



Kilde: FLO

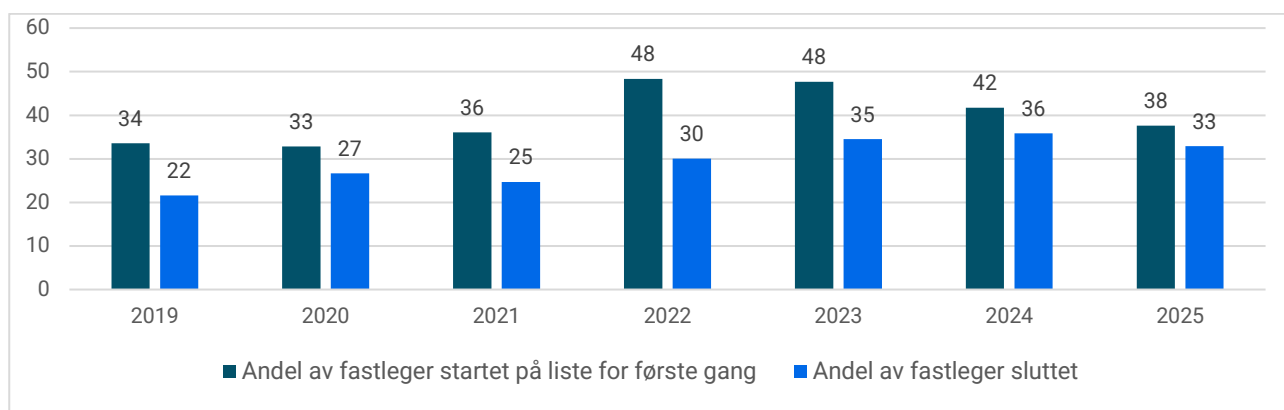
Figur 7.36. Netto årlig tilvekst av fastlegelister etter driftsform. 2019 til 2025, samt 2025 til og med mai.



Kilde: FLO

Av legene som startet som fastleger for første gang, økte andelen kommunal ansettelse fra 34 til 48 prosent fra 2019 til 2022, men ble noe redusert i 2024 til 42 prosent (se figur 7.37).

Figur 7.37. Andel med kommunal ansettelse. Fastleger i FLO for første gang og fastleger som har sluttet*.

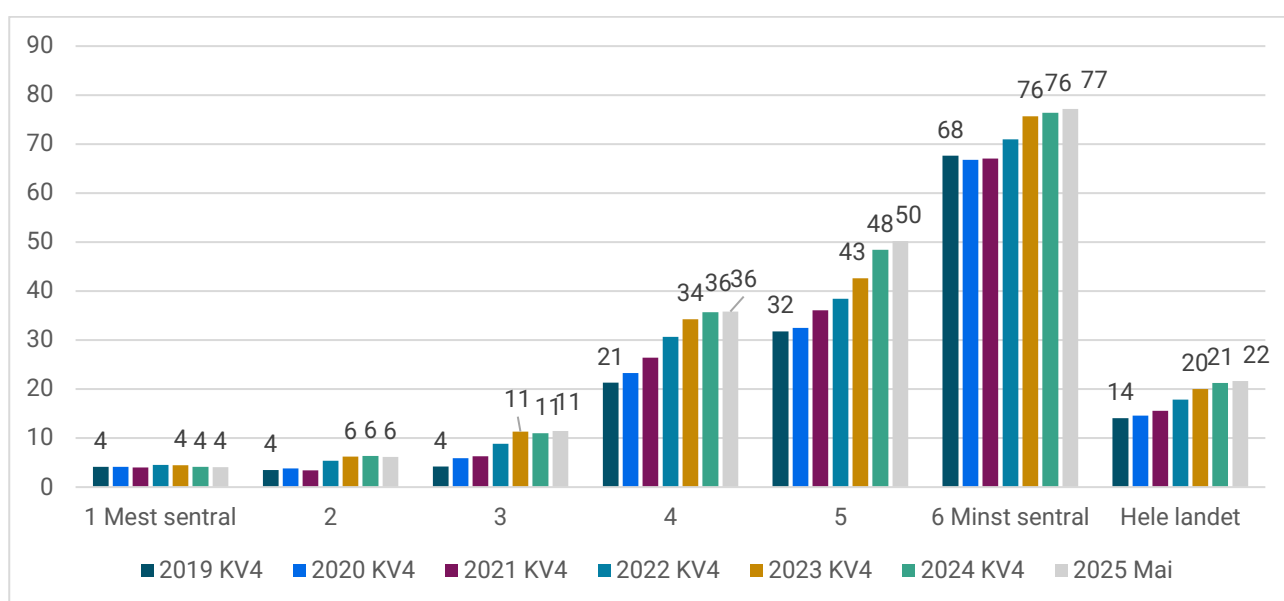


* Sluttet innbefatter her at leger som hadde fastlegeavtale ved slutten av et år ikke har avtale ved slutten av året etter. Kilde: FLO

Svarene på en spørreundersøkelse i forbindelse med følgeevalueringen av handlingsplan for allmennlegetjenester indikerer at nesten 40 prosent av fastlegeavtalene avviker noe fra den rene hovedmodellen med næringsdrift, ved at både næringsdrivende og kommunalt ansatte leger kan ha ekstra goder i sin avtale med kommunen (hhv såkalte 8.2 avtaler eller bonusavtaler).

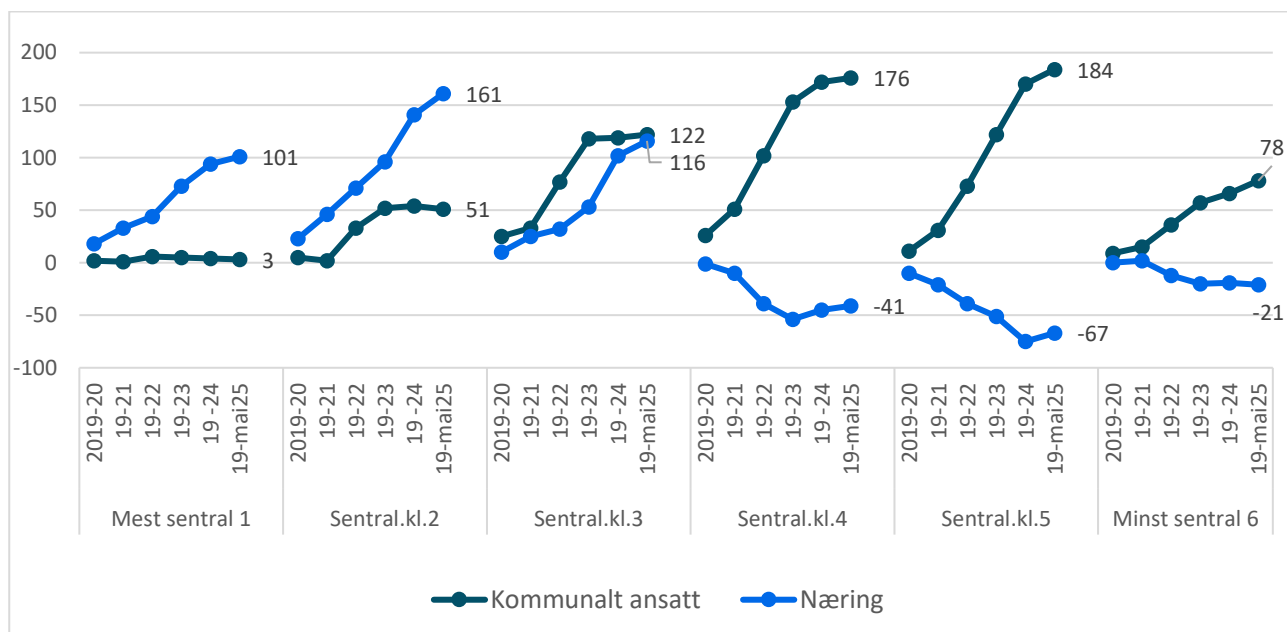
Andel lister med næringsdrivende leger øker med sentralitet. Skillet mellom sentralitetsklasser har blitt forsterket de siste fem årene (se figur 7.38 og 7.39). Tilvekst av lister med næringsdrift har i hovedsak skjedd i sentralitetsklasse 1 til 3 (mest sentrale). For mellomstore og små kommuner (sentralitetsklasse 4-6) var det stor vekst i kommunal ansettelse og nedgang i lister med næringsdrift i perioden 2019 til 2023, men med tegn til at reduksjonen i næringsdrift har stagnert etter dette.

Figur 7.38. Andel lister med kommunal ansettelse etter sentralitetsklasser fra kvartal 4 (desember) 2019 - 2024, samt mai 2025.



Kilde: FLO

Figur 7.39. Kumulativ endring i fastlegelister etter driftsform, årlig fra Kv4 2019 til Kv2024, samt mai 2025. Fordelt etter kommunenes sentralitetsklasse 1 (mest sentral) til 6 (minst sentrale).



Kilde: FLO

Tall for driftsform på fylkesnivå per mai 2025 finnes i tabell V7.5 i vedlegg. Finnmark og Nordland skiller seg ut med henholdsvis 73 og 63 prosent fastleger med kommunal ansettelse per mai 2025. De neste på lista er Troms (35%), Telemark (35%) og Innlandet (31%). I Oslo og Vestfold var kun 5 prosent av fastlegene kommunalt ansatt, fulgt av Østfold og Akershus (9%).

8 Befolkningens bruk av fastlege og legevakt

For 2024 ser man at befolkningens bruk av konsultasjoner hos fastlege og legevakt, målt som gjennomsnitt per innbygger, har vært nokså lik som de to foregående årene. Samtidig ser vi også at utviklingen, i form av hva slags type konsultasjon som gjennomføres, har vært ulik for fastlege og legevakt. Hos fastlege ser vi at trender fra tidligere år med interne forskyvninger i forholdet mellom fysiske og elektroniske konsultasjoner vedvarer. Fra utgangen av pandemien i 2022 ser man andelen e-konsultasjoner synker samtidig som andelen fysiske konsultasjoner øker. Dette er trender som vedvarer inn i 2024. På legevakt er fordelingen mellom de ulike konsulasjonstypene mer stabil.

8.1 Datagrunnlag og rapportering av aktivitet hos fastlege og legevakt.

Dette kapittelet presenter statistikk over befolkningens bruk av fastlege- og legevaktstjenester i perioden 2019 til 2024. For å gi et helhetlig bilde rapporteres det både i absolutte tall og bruk per innbygger. De absolutte tallene sier noe om det totale omfanget av tjenestene, mens tall per innbygger gir innsikt i om befolkningen bruker tjenester mer eller mindre enn før.

Kapittelet presenteres bruksmønstre for befolkningen samlet samt hvordan bruksmønstrene varier etter kjennetegn ved befolkningen, som alder og kjønn, og hvorvidt innbyggerne tilhører en kommune med få eller mange innbyggere. For analyse av aktivitet i 2024 benyttes befolkningstall per 1. januar 2025 fra Statistisk Sentralbyrå (SSB).

For en mindre andel av aktiviteten hos fastlege og legevakt mangler det informasjon om kjennetegn ved brukeren, som for eksempel alder eller bosted. Dette medfører at det kan oppstå noe avvik mellom det totale antallet registrerte aktiviteter og aktiviteter brutt ned på kjennetegn ved brukeren.

Datagrunnlaget er Kommunal pasient- og brukerregister (KPR), som blant annet inneholder data fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). KUHR registrer refusjonskrav fra leger med avtale med staten, basert på takster som utløses ved behandling av pasienter. Disse takstene kan grupperes inn i ulike kontakttyper og ligger til grunn for analysene av aktivitet hos fastlege og legevakt. Se tabell V8.1 for oversikt over hvilke takster som inngår i de ulike kontakttypene.

8.1 Fastlege og legevakt samlet

8.1.1 Stabil bruk av konsultasjoner blant innbyggerne samtidig som trender fra tidligere år vedvarer

En innbygger kan ha ulike former for kontakt med fastlege eller legevakt, der konsultasjoner utgjør den mest sentrale typen. En konsultasjon innebærer at legen gjør en medisinsk faglig vurdering for å stille diagnose, behandle eller gi råd. Den er journalpliktig og utløser egenandel inntil pasienten eventuelt oppnår frikort. Tradisjonelt har konsultasjoner foregått ved fysisk oppmøte på legekantor eller legevakt, eller gjennom sykebesøk. I løpet av det siste tiåret har digitale konsultasjoner – såkalte e-konsultasjoner – blitt en integrert del av allmennlegetjenesten. Siden mars 2020 omfatter e-konsultasjon skriftlig dialog, telefonkontakt og videokonsultasjon mellom lege og pasient.

Blant de to allmennlegetjeneste er fastlegetjenesten desidert viktigst. Majoriteten av konsultasjoner på feltet finnes sted hos fastlege. Når man ser fastlege og legevakt samlet, står fastlegekonsultasjoner for 92 prosent av det totale antallet. Denne fordelingen har vært stabil siden 2018.

Som vist i tabell 8.1 har det totale antallet konsultasjoner økt over tid – fra 16,226 millioner i 2019 til 18,560 millioner i 2024. Selv om befolkningen har vokst i perioden, har også bruken per innbygger økt. I 2019 hadde hver innbygger i snitt 3,02 konsultasjoner, mot 3,32 i 2024 – en økning på 10 prosent. Antallet steg under pandemien, men har de siste årene stabilisert seg. Det er ingen endring i gjennomsnittlig bruk fra 2023 til 2024.

Veksten i allmennlegetjenesten drives i hovedsak av fastlegekonsultasjoner. Dette kommer vi nærmere inn på i de respektive delene om fastlege og legevakt, men veksten skjer både fordi fastlegetjenesten er større enn legevakten i omfang, men også fordi fastlegekonsultasjonene har hatt større relativ vekst.

Bruksmønstrene, i form av hva slags konsultasjon som gjennomføres, har også endret seg i perioden 2019 til 2024. Den mest markante endringen gjelder forholdet mellom fysiske og elektroniske konsultasjoner. Før pandemien, i 2019, utgjorde e-konsultasjoner bare 3 prosent av alle konsultasjoner. Under pandemien økte bruken kraftig og nådde et toppnivå i 2021, da e-konsultasjoner stod for 24 prosent av det totale antallet. Siden da har andelen sunket, samtidig som

fysiske konsultasjoner har økt. I 2024 utgjorde e-konsultasjoner 17 prosent av det totale antallet. Sykebesøk, derimot, har holdt seg tilnærmet uendret gjennom hele perioden og utgjør en marginal del av aktiviteten på feltet.

Endringene i bruksmønstre henger særlig sammen med utviklingen i fastlegetjenesten. Både under og etter pandemien ser man at digitale konsultasjoner er langt vanligere med fastlege enn legevakt. Det betyr også at fysisk oppmøte for konsultasjon er vanligere på legevakt enn hos fastlege. Det er også tydelig forskjeller når det kommer til sykebesøk. Etter pandemien har antallet sykebesøk med legevakslege økt, mens antallet med fastlege har gått ned. Denne økning gjenspeiles dog ikke i gjennomførte sykebesøk per innbygger, der gjennomsnittet har vært stabilt de to siste årene.

Tabell 8.1. Antall konsultasjoner hos fastlege og legevakt samt antall konsultasjoner per 100 innbygger, 2019-2024.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Prosent endring fra siste år	Prosent endring fra 2019
Fysisk	15 617 552	13 129 975	13 176 918	14 011 409	14 588 732	15 183 382	4	-3
Per 100 innb.	291	244	243	255	263	271	3	-7
E-konsultasjon	445 093	3 613 778	4 535 009	4 202 407	3 653 997	3 209 461	-12	621
Per 100 innb.	8	67	84	77	66	57	-13	592
Sykebesøk	163 804	204 442	181 338	170 118	170 266	164 791	-3	1
Per 100 innb.	3	4	3	3	3	3	-4	-3
Total	16 226 449	16 948 195	17 893 265	18 383 934	18 412 995	18 557 634	1	14
Per 100 innb.	302	314	330	335	332	332	0	10

Kilde: KUHR

8.1.2 Pasientgrunnet er noe ulikt hos fastlege og legevakt

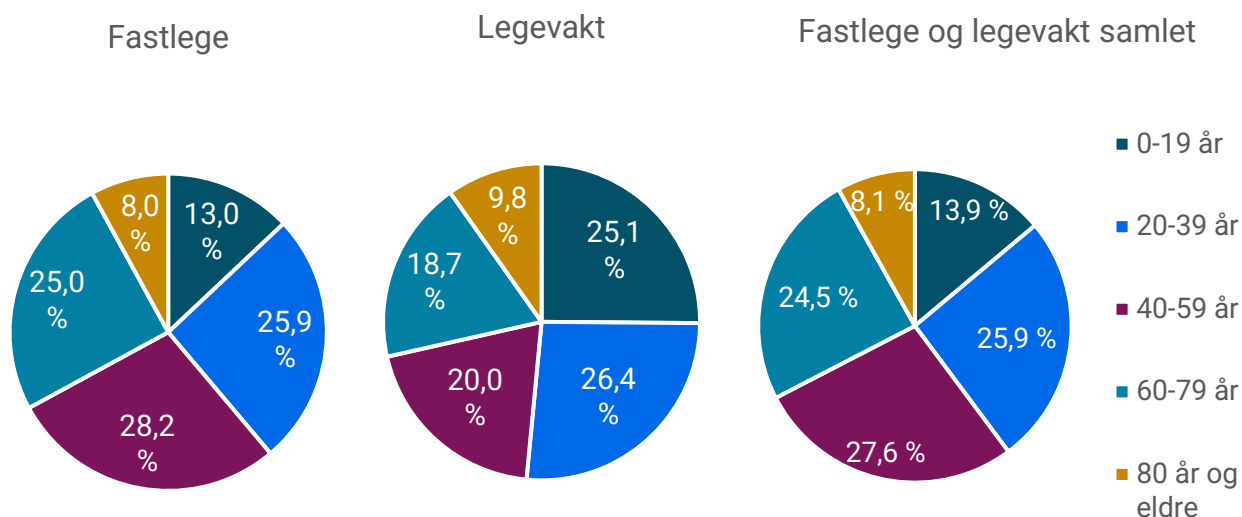
Figurene nedenfor (figur 8.1 og figur 8.2) viser at pasientgrunnet varierer noe mellom fastlege og legevakt.

Hos fastlegen domineres konsultasjonene av voksne og eldre. Personer over 40 år står for hele 61 prosent av konsultasjonene. Bildet er annerledes for legevakten. Her er pasientgrunnet noe yngre, der de under 40 år for står for 51 prosent av konsultasjonene.

Som vi kommer nærmere innpå i avsnittene om bruk av fastlege- og legevaktstjenester, har de eldste innbyggerne - altså de over 80 år – i gjennomsnitt flere konsultasjoner enn alle andre aldersgrupper.

I absolutte tall utgjør likevel den eldste aldersgruppen bare 8 prosent av totale antallet konsultasjoner hos fastlege og legevakt. Dette henger sammen med at de over 80 år utgjør en mindre andel av befolkningen sammenlignet med andre aldersgruppene.

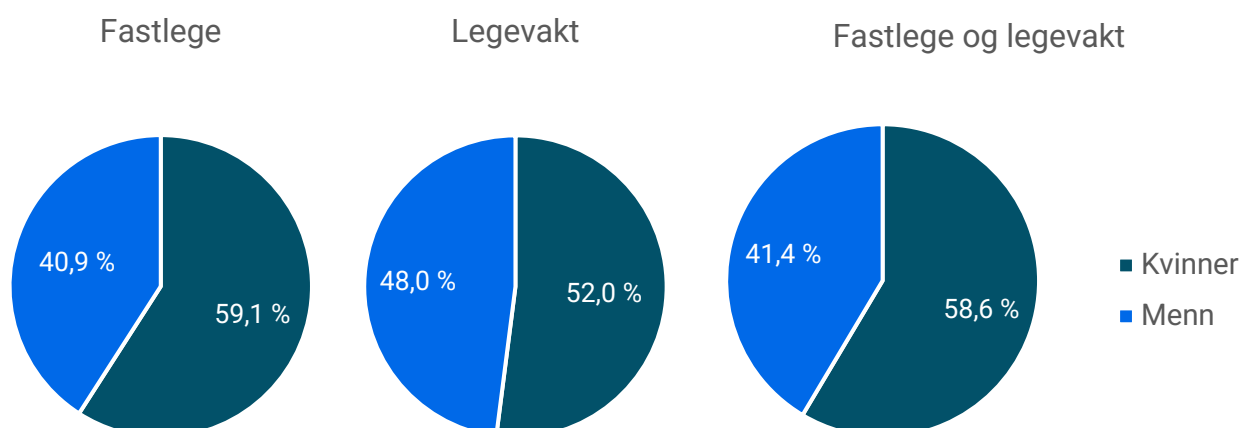
Figur 8.1. Andel konsultasjoner etter aldersgruppe 2024, prosent.



Pasientgrunnlaget varierer også ut fra kjønn (se figur 8.2). For både fastlege og legevakt er andelen konsultasjoner med kvinnelig pasienter høyere enn andelen med menn. Seks av ti konsultasjoner foregår med en kvinnelig pasient. Siden andelen kvinner og menn er nokså like ellers i populasjonen betyr det også at kvinner oftere er til konsultasjon hos fastlege eller legevakt enn menn.

På legevakten er kjønnsfordelingen mye jevnere. Her utgjør andelen konsultasjoner med menn (48 prosent) omtrent like stor som andelen konsultasjoner med kvinner (52 prosent).

Figur 8.2. Andel konsultasjoner etter kjønn 2024, prosent.



8.2 Konsultasjoner med fastlege

8.2.1 Stabil bruk av konsultasjoner siste år, samtidig som sammensetningen av konsultasjoner er i endring

Fastlegetjenestene står for 92 prosent av konsultasjonene i den offentlige allmennlegetjenesten og siden 2019 har man sett en tydelig vekst (se tabell 8.2). I omfang var det i 2019 14,826 millioner konsultasjoner og i 2024 17,120 millioner konsultasjoner. Det er en vekst på 15 prosent (2,293 millioner konsultasjoner). Denne veksten drives ikke bare frem av antallet innbyggere i landet øker, men også av innbyggerne oftere er til konsultasjon hos fastlege enn tidligere. I 2019 lå snittet konsultasjoner hos fastlege per innbygger på 2,76 ganger, i 2024 er det på 3,06 ganger – en økning på 11 prosent.

Selv om det er store endringer fra 2019 til 2024 vitner de to siste årene om en form for stabilisering. Selv om omfanget øker noe fra 2023 til 2024 (fra 16,987 millioner konsultasjoner til 17,120 millioner konsultasjoner), er det ingen endring i gjennomsnittlig antall konsultasjoner per innbygger. I både 2023 og 2024 lå det på 3,06 ganger per person.

I perioden ser vi også at sammensetningen av konsultasjonstype har endret seg, slik figur 8.3 viser. Mest markant er forholdet mellom elektroniske – og fysiske konsultasjoner. Riktignok utgjør fysiske konsultasjoner flertallet gjennom hele perioden, men hvor stort dette flertallet er har endret seg over tid. Pandemien satte fart på bruken e-konsultasjon, men etter utgangen av pandemien i 2022 har andelen e-konsultasjoner gått ned, mens andelen fysiske konsultasjoner igjen har blitt vanligere. Dette er trender som vedvarer inn i 2024.

Tabell 8.2. Antall konsultasjoner med fastlege samt antall konsultasjoner per 100 innbygger, 2019-2024.

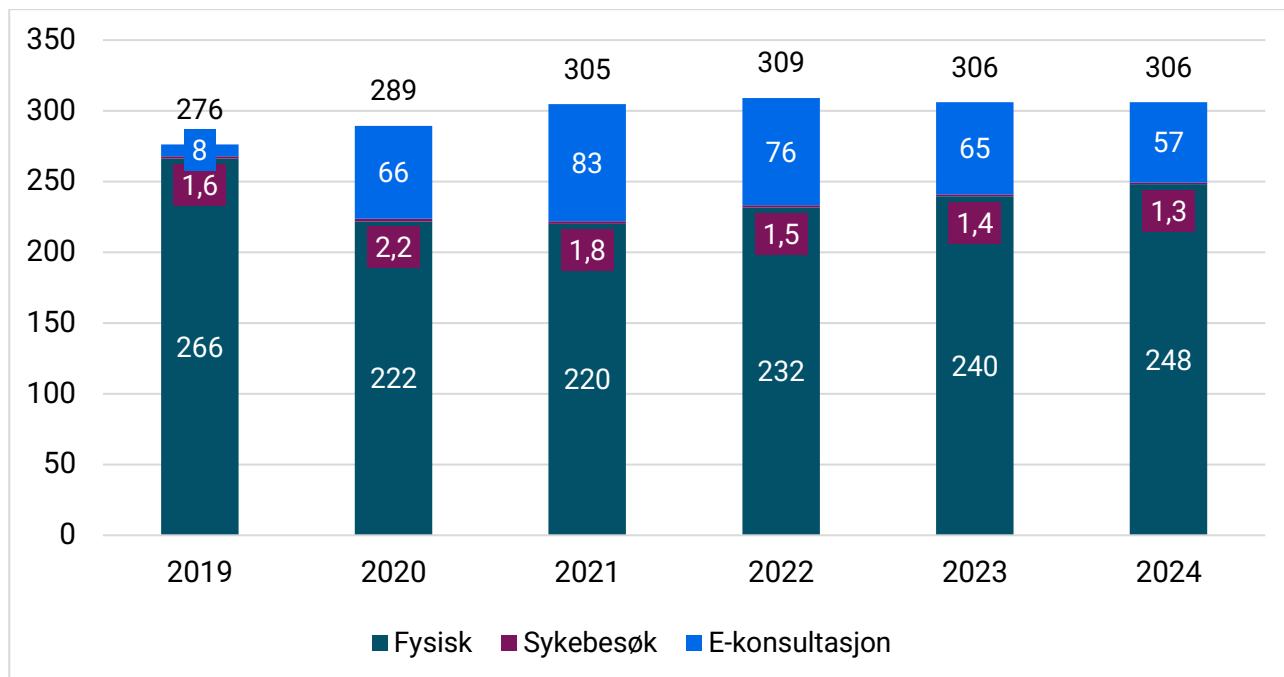
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Prosent endring siste år	Prosent endring fra 2019
Fysisk	14 292 722	11 949 567	11 944 753	12 719 254	13 296 097	13 879 268	4	-3
Per 100 innb.	266,3	221,6	220,2	231,7	239,6	248,1	4	-7
E-konsultasjon*	445 093	3 540 361	4 489 026	4 159 700	3 614 925	3 169 801	-12	612
Per 100 innb.	8,3	65,7	82,7	75,8	65,1	56,7	-13	583
Sykebesøk	88 519	116 501	97 127	81 052	75 127	70 436	-6	-20
Per 100 innb.	1,6	2,2	1,8	1,5	1,4	1,3	-7	-24
Total	14 826 334	15 606 429	16 530 906	16 960 006	16 986 149	17 119 505	1	15
Per 100 innb.	276,2	289,5	304,7	309,0	306,0	306,0	0	11

Kilde: KUHR

* Tallene for e-konsultasjoner er ikke helt sammenlignbare for hele perioden. I mars 2020 ble takstsystemet endret slik at e-konsultasjoner også kunne omfatte telefon- og videokonsultasjoner, i tillegg til skriftlig kontakt.

Bruken av sykebesøk med fastlege har falt jevnt over tid, både i omfang og bruk per innbygger. I 2024 utgjør sykebesøk en marginal del av fastlegekonsultasjonene – der kun fire av 1000 konsultasjon er sykebesøk.

Figur 8.3. Antall konsultasjoner hos fastlege per 100 innbygger, 2019 til 2024.



Kilde: KUHR

8.2.2 Bruk av fastlege variere etter alder og bosted: mer bruk blant eldre og mer bruk i store kommuner

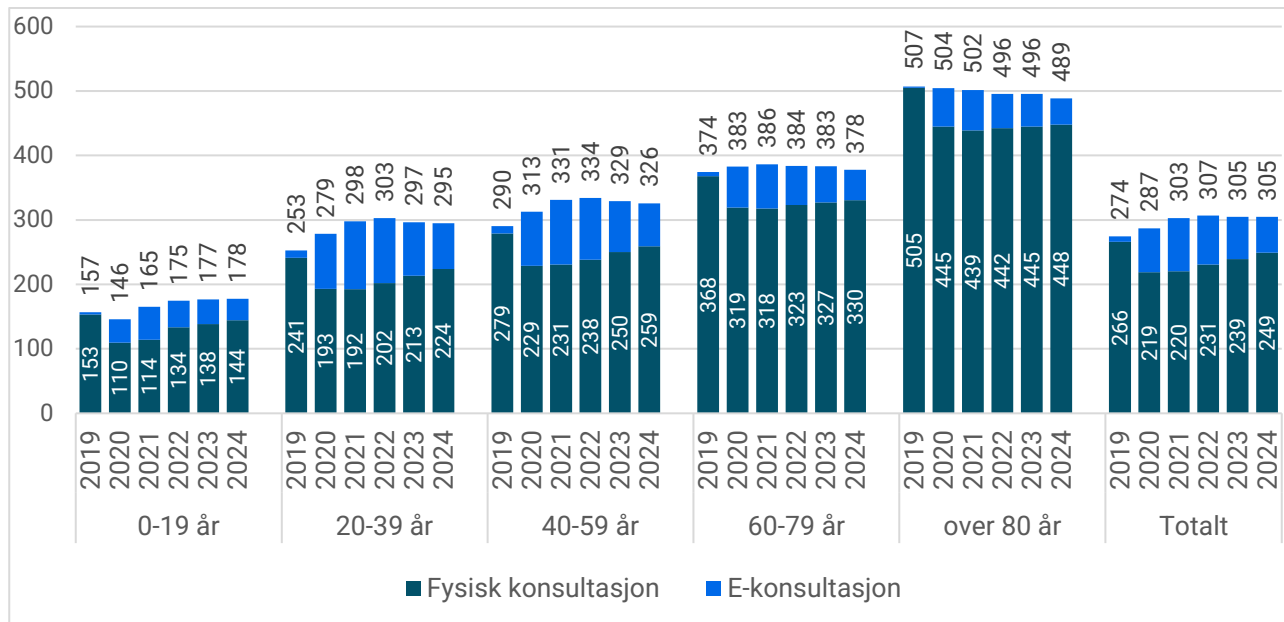
Figur 8.4 viser tydelige forskjeller i hvor ofte innbyggerne i ulike aldersgrupper oppsøker fastlegen. Konsultasjonsraten øker med alder: I 2024 hadde personer under 20 år i snitt 1,78 konsultasjoner, mens personer over 80 år i gjennomsnitt hadde 4,89.

Det er også klare aldersforskjeller i bruken av fysisk kontra e- konsultasjon. I 2024 ser vi at blant personer over 80 år utgjør e-konsultasjon kun 8,4 prosent av alle konsultasjoner og blant 60-79 åringene er andelen på 12 prosent. Den høyeste andelen e-konsultasjon finner vi i aldersgruppen 20-39 år (24 prosent), etterfulgt av 40-59 år (20 prosent) og de under 20 år (18 prosent).

Videre viser figur 8.4 at utviklingen i konsultasjonsrater per 100 innbyggere fra 2019 til 2024 varierer mellom aldersgruppene. For de voksne gruppene (20–39 år, 40–59 år og 60–79 år) var det et toppunkt i konsultasjonsraten under pandemien, etterfulgt av en nedgang i årene etter. De yngste og

eldste skiller seg noe fra dette mønsteret: For barn og unge under 20 år har antallet konsultasjoner økt siden 2020, mens det for personer over 80 år har vært en nedgang i samme periode.

Figur 8.4. Antall fysiske- og elektroniske konsultasjoner (sykebesøk ikke inkludert) med fastlege per 100 innbygger etter alder, 2019-2024.



Kilde: KUHR

En annen viktig faktor som påvirker befolkningens bruk av fastlegetjenester, er kommunestørrelse. Figur 8.5 viser at innbyggerne i gjennomsnitt bruker fastlegetjenestene mindre i små, lavt befolkede kommuner enn i store og mer folkerike kommuner. For eksempel er antallet konsultasjoner 227 per 100 innbyggere i kommuner med under 2 000 innbyggere, mens tilsvarende tall i de nest største og største kommunegruppene er henholdsvis 308 og 282.

Figuren viser også hvordan konsultasjonsraten mellom aldersgrupper avhenger av kommunestørrelse. For samtlige aldersgrupper ser man at bruken av fastlegetjenester øker med kommunestørrelse. Det betyr at både yngre og eldre i små kommuner går sjeldnere til fastlegen enn sine jevnaldrende i større kommuner. For eksempel er det registrert 151 konsultasjoner per 100 innbyggere i den yngste aldersgruppen i de minste kommunene, sammenlignet med 183 i de største kommunene. Det samme mønsteret gjelder for de eldste: blant personer over 80 år er det i gjennomsnitt 449 konsultasjoner per 100 innbyggere i små kommuner, mot 507 i de største.

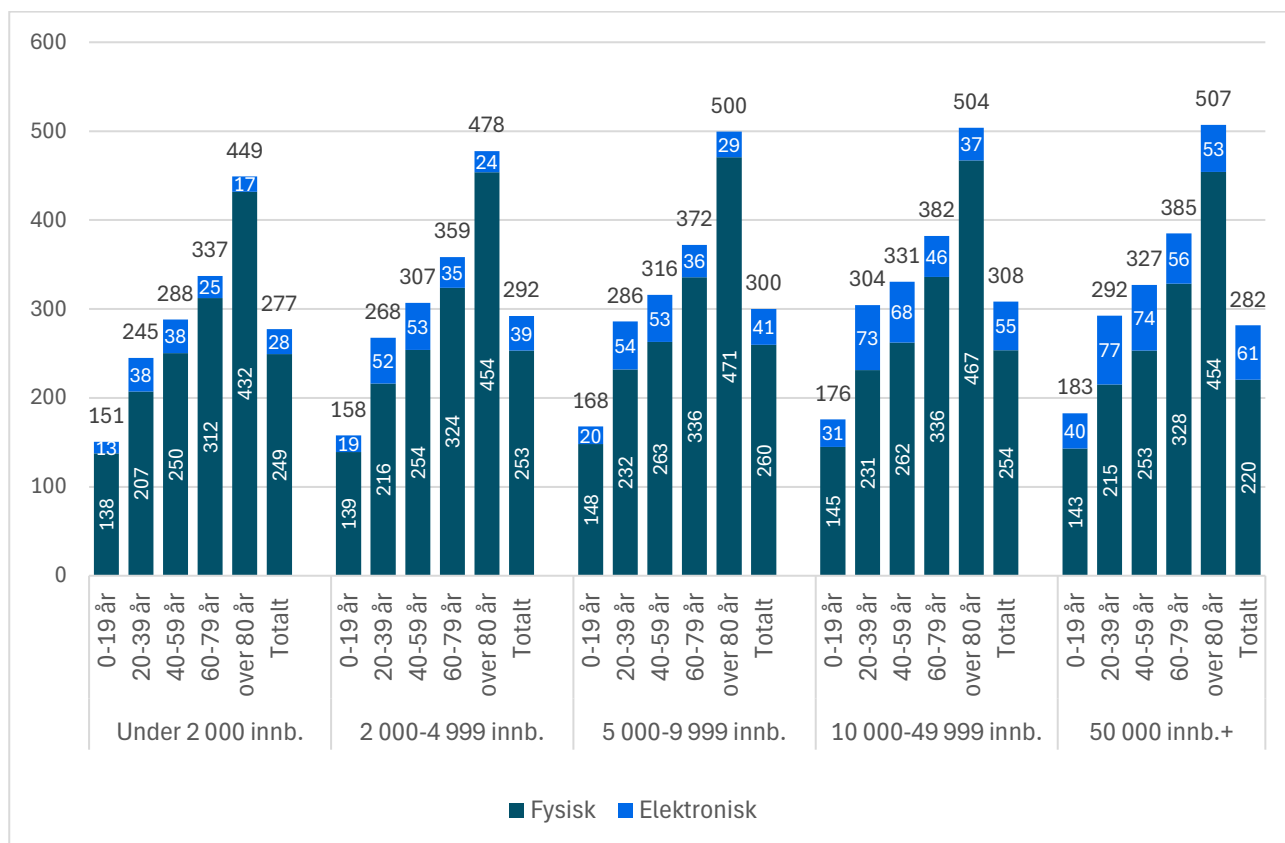
8.2.3 Elektroniske konsultasjoner er mer utbredt jo større kommunen er

Figur 8.5 belyser også hvordan bruken av elektroniske versus fysiske konsultasjoner varierer med kommunestørrelsen. Generelt øker bruken av elektroniske konsultasjoner jo større kommunen er.

Dette mønsteret gjelder både for antall konsultasjoner per 100 innbyggere og for andelen som skjer elektronisk.

I gjennomsnitt har små kommuner 249 konsultasjoner per 100 innbyggere, hvorav 28 er elektroniske. Til sammenligning har de største kommunene 282 konsultasjoner per 100 innbyggere, hvor 61 er elektroniske. De elektroniske konsultasjonene svarer til en andel på 10 prosent i de små kommunene, mot 22 prosent i de største.

Figur 8.5. Antall fysiske- og elektroniske konsultasjoner med fastlege per 100 innbygger etter alder og kommunestørrelse, 2024.

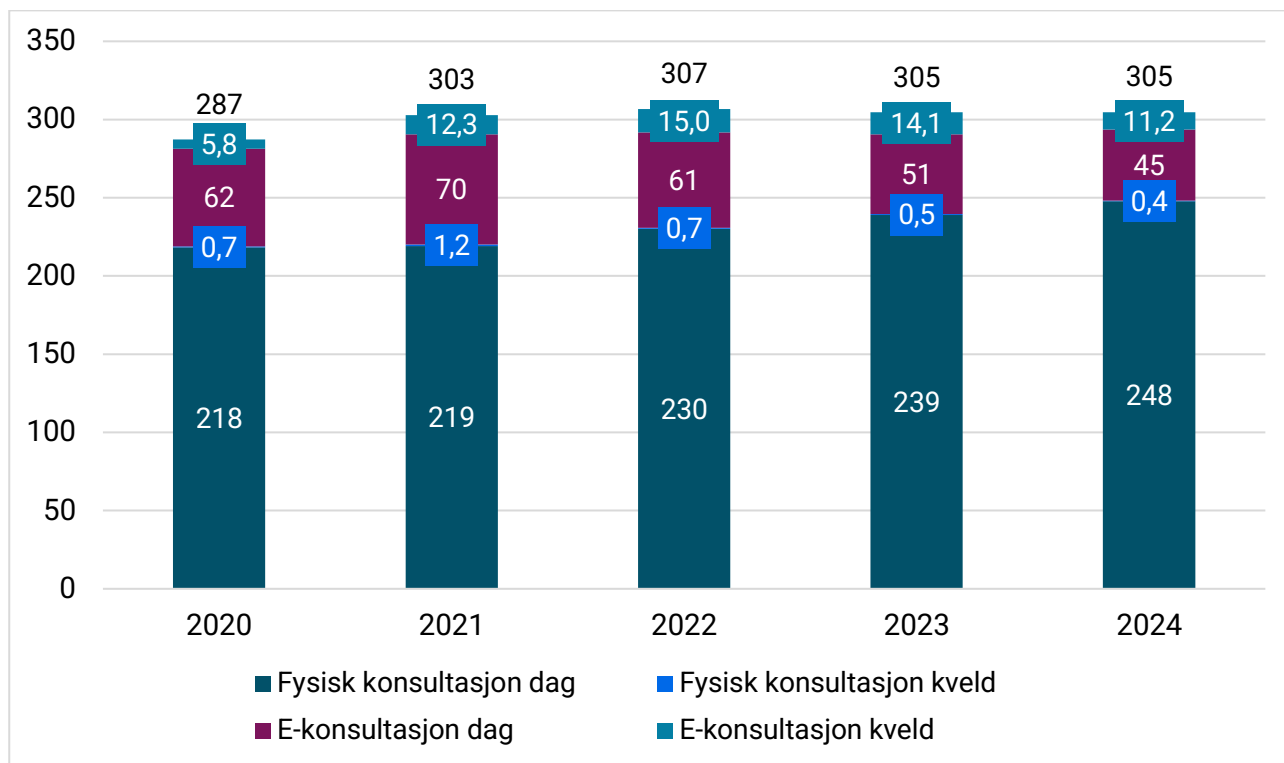


Kilde: KUHR

8.2.4 Noe mindre konsultasjoner på kveld med fastlege

Utviklingen i fastlegekonsultasjoner viser at antallet på kveldstid har vært avtakende de siste årene (figur 8.6). Både fysiske- og elektroniske konsultasjoner på kveld nådde en topp mot slutten av pandemien i 2022, men har siden vist en jevn nedgang. I 2024 utgjør kveldsarbeid kun en marginal andel av fastlegenes konsultasjonsaktivitet. Kveldskonsultasjoner står nå for under 4 prosent av alle konsultasjoner – det vil si omtrent én av 25. Videre viser figur 8.6 konsultasjoner på kveld, domineres av elektronisk kontakt.

Figur 8.6. Antall fysiske- elektroniske konsultasjoner dagen (sykebesøk ikke inkludert) hos fastlege per 100 innbygger etter tid på dagen, 2020-2024.

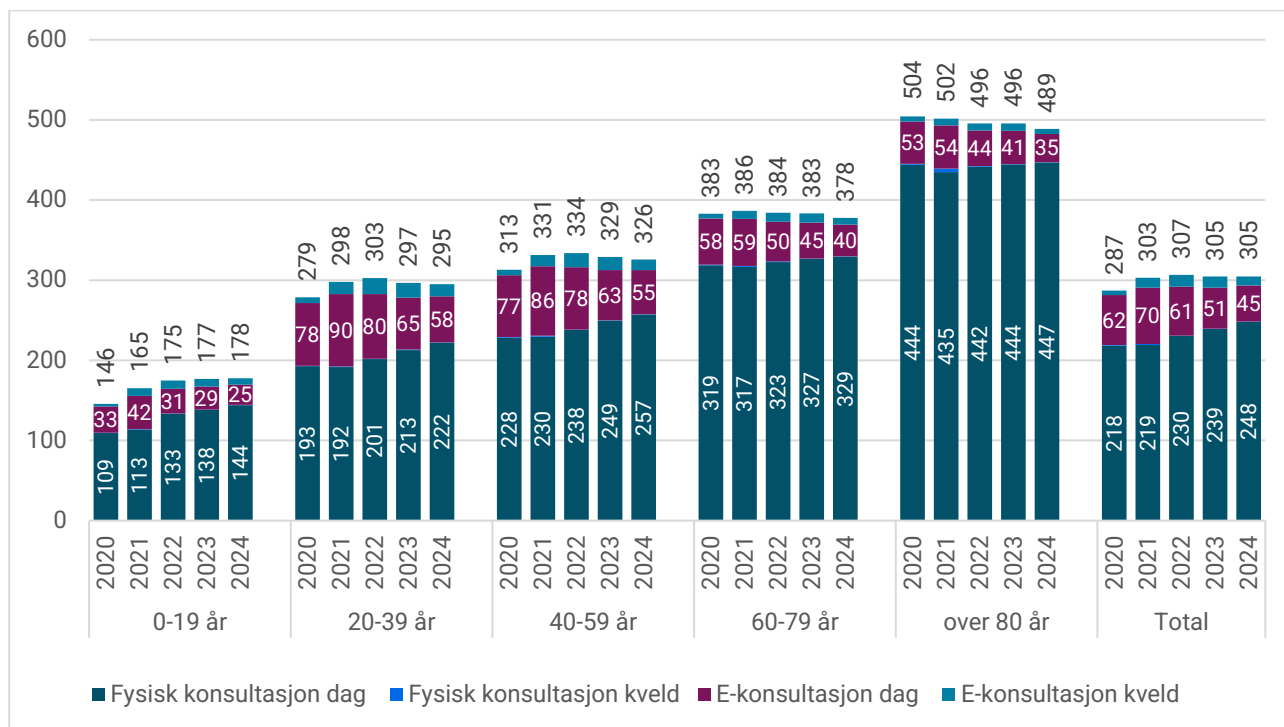


Kilde: KUHR

Figur 8.7 gir en mer detaljert oversikt over hvordan tidspunktet for konsultasjoner hos fastlegen varierer i perioden 2019 til 2024, fordelt på ulike aldersgrupper. Kveldskonsultasjoner utgjør gjennomgående en liten andel av den totale konsultasjonsaktiviteten, uavhengig av alder. I alle aldersgrupper er det også slik at kveldskonsultasjoner i hovedsak gjennomføres elektronisk.

Det er likevel noen forskjeller mellom gruppene når det gjelder omfanget av konsultasjoner på kveldstid. I 2024 utgjør kveldskonsultasjoner – både fysiske og elektroniske – rundt 5 prosent av alle konsultasjoner blant personer under 60 år (aldersgruppene 0–19, 20–39 og 40–59 år). For de over 60 år er andelen betydelig lavere: Blant personer i alderen 60–79 år er andelen nede i 2 prosent, mens den for personer over 80 år utgjør kun 1 prosent.

Figur 8.7. Antall fysiske- og elektroniske konsultasjoner hos fastlege per 100 innbygger etter tid på dagen og alder, 2019-2024.



Kilde: KUHR

8.3 Konsultasjoner hos legevakt

Tabell 8.3. Antall konsultasjoner med legevakt samt antall konsultasjon per 100 innbygger, 2019-2024.

Legevakt	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Prosent endring siste år	Prosent endring fra 2019
Fysisk	1 324 830	1 180 408	1 232 165	1 292 155	1 292 635	1 304 114	1	-2
Per 100 innb.	24,7	21,9	22,7	23,5	23,3	23,3	0	-6
E-konsultasjon	0	73 417	45 983	42 707	39 072	39 660	2	-46*
Per 100 innb.	0,0	1,4	0,8	0,8	0,7	0,7	1	-48*
Sykebesøk	75 285	87 941	84 211	89 066	95 139	94 355	-1	25
Per 100 innb.	1,4	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	-2	20
Totalt	1 400 115	1 341 766	1 362 359	1 423 928	1 426 846	1 438 129	1	3
Per 100 innb.	26,1	24,9	25,1	25,9	25,7	25,7	0	-1

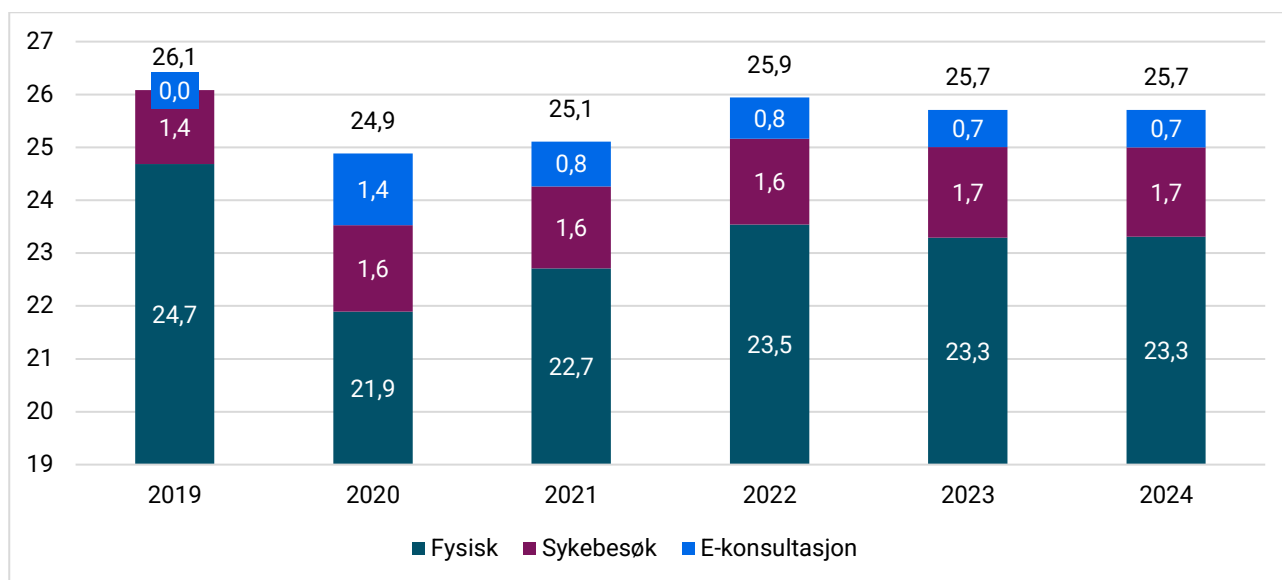
Kilde: KUHR, * Prosent endring siden 2020

8.3.1 Marginale endringer fra de to foregående årene

Tabell 8.3 viser at fra 2019 til 2024 økte det totale antallet legevaktkonsultasjoner noe, fra 1,400 millioner til 1,438 millioner, en vekst på 2,7 prosent. Denne økningen er langt mer moderat enn veksten i fastlegekonsultasjoner, som i samme periode steg med 15 prosent. Ser man dette i lys av befolkningsveksten, har antall legevaktkonsultasjoner per innbygger faktisk gått ned med 1 prosent. Nedgangen skjer hovedsakelig mellom 2019 og 2020, mens de påfølgende årene viser en relativt stabil bruk av legevakten per innbygger. For eksempel var antallet konsultasjoner per 100 innbyggere uendret mellom 2023 og 2024, og lå i begge år på 25,7.

Ser man på hva slags type konsultasjoner som gjennomføres med legevakt, peker tre forhold seg ut (se figur 8.8). For det første dominerer fysiske konsultasjoner (enten på fysiske på legevakt eller sykebesøk), i langt større grad enn hos fastlege. I 2024 var 97,2 prosent av alle legevaktkonsultasjoner fysiske, sammenlignet med 81,5 prosent hos fastlege. For det andre har fordelingen mellom konsulasjonstyper vært stabil over tid. Figur 8.8 viser at både fysiske konsultasjoner, e-konsultasjoner og sykebesøk har hatt tilnærmet uendret nivå målt i antall konsultasjoner per 100 innbyggere siden 2022. I 2024 var snittet legevaktkonsultasjoner per 100 innbygger på 25,7, hvorav 23,3 fysiske, 1,7 elektroniske og 0,7 sykebesøk. For det tredje, er andelen sykebesøk en langt vanligere konsulasjonsform med legevakt enn med fastlege.

Figur 8.8. Antall konsultasjoner med legevakt per 100 innbygger, 2019-2024.



Kilde: KUHR

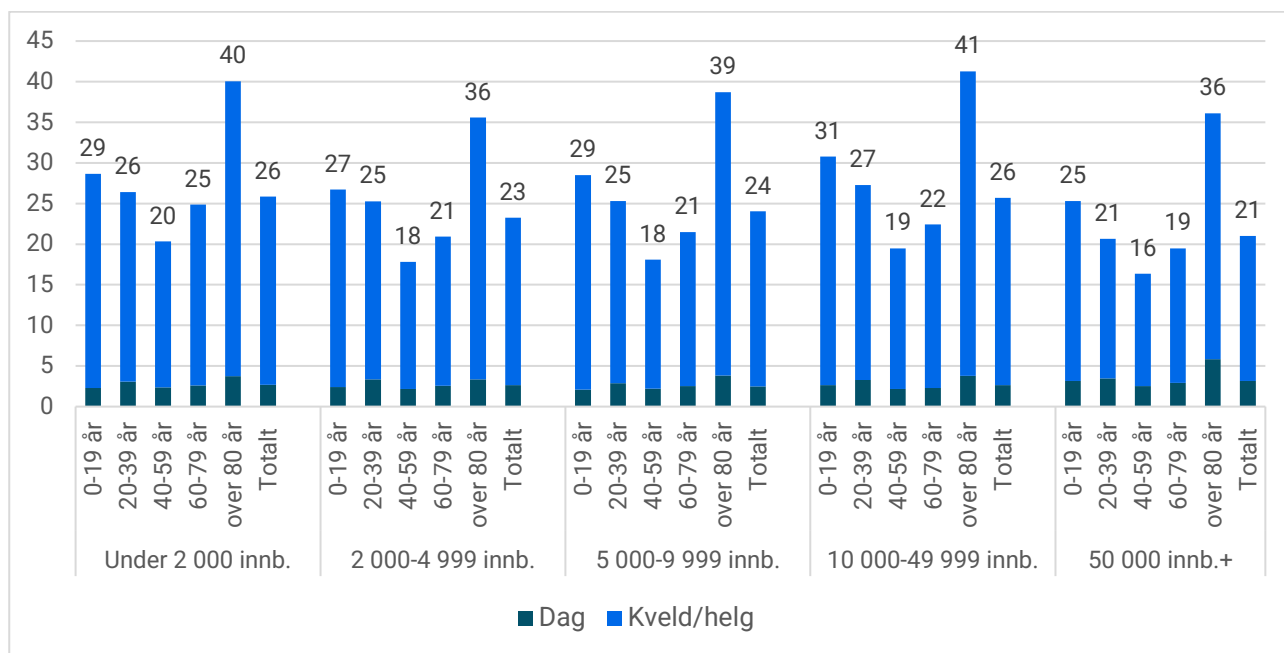
8.3.2 Legevaktkonsultasjoner varierer med alder og kommunestørrelse, men med andre mønstre enn hos fastlege

Figur 8.9 går nærmere inn på hvordan antallet legevaktkonsultasjoner varierer med alder og kommunestørrelse. Figuren peker særlig på tre forhold som kjennetegner bruken av legevakt – og som samtidig – skiller seg fra bruken av fastlege.

Det første gjelder alder. Figur 8.9 viser at alder og legevaktkonsultasjoner følger en såkalt "U-formet" kurve. Det innebærer at det er de yngste og eldste aldersgruppene som bruker legevakt mest, mens bruken er lavest blant personer i alderen 40–59 år og 60–79 år. Dette står i kontrast til fastlegebruken, hvor man ser at antallet konsultasjoner per 100 innbygger øker jevnt med alder.

Denne tendensen synes å være uavhengig av kommunestørrelse. For eksempel ser vi i kommuner med 5 000 til 9 999 innbyggere at konsultasjonsraten per 100 innbyggere starter på 28,5 i aldersgruppen 0–19 år, synker til 25,3 i gruppen 20–39 år, og videre ned til 18,1 i gruppen 40–59 år. Deretter øker bruken igjen: blant 60–79-åringene er raten 21,5, mens den stiger til 38,7 for personer over 80 år.

Figur 8.9. Antall konsultasjoner på dag eller kveld/helg med legevakt per 100 innbygger (sykebesøk ikke inkludert) etter alder og kommunestørrelse, 2024.



Kilde: KUHR

Det andre forholdet gjelder kommunestørrelse. Tallene viser at antallet legevaktkonsultasjoner per 100 innbyggerne er større i små enn store kommuner. Med andre ord: legevaktbruken avtar i takt

med økende kommunestørrelse. Dette står i kontrast til mønsteret for fastlegekonsultasjoner, der konsultasjonsraten er lavest i de minste kommunene og øker med størrelsen på kommunen.

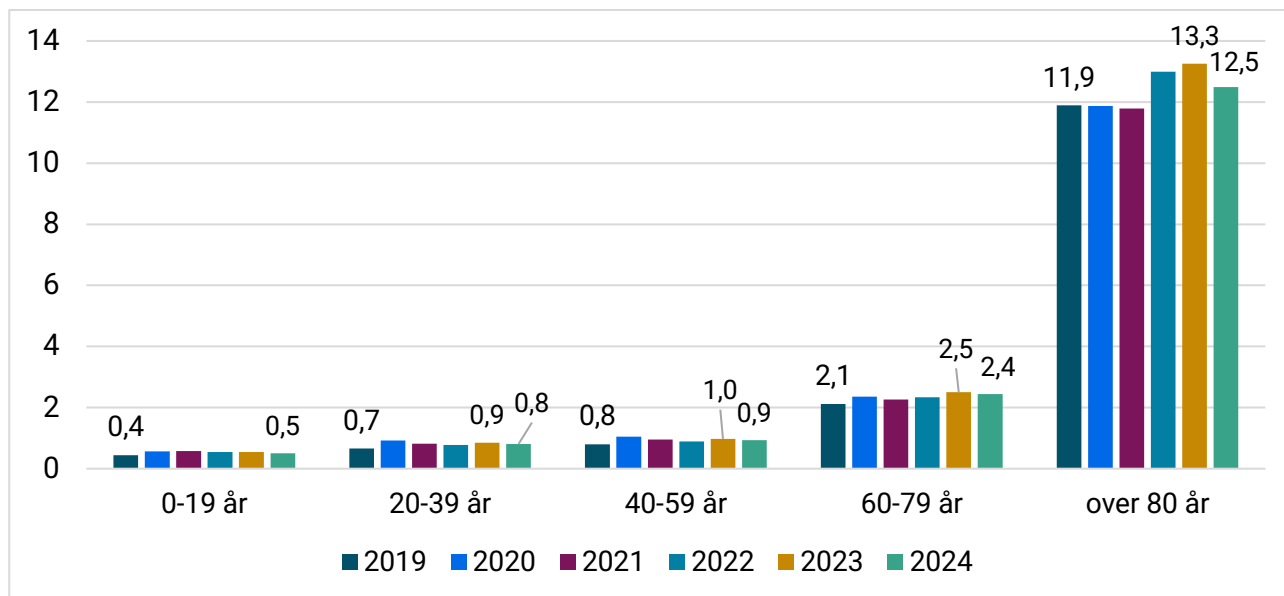
For det tredje bekrefter tallene at det finnes en tydelig "arbeidsdeling" mellom fastlege og legevakt. Legevakten er et døgnåpent tilbud som skal gi akutt helsehjelp når fastlegen ikke er tilgjengelig. Dette illustreres også i figur 8.9: Legevaktkonsultasjoner finner i stor grad sted på kveldstid og i helger – altså utenom fastlegens ordinære åpningstid. Arbeidsdelingen bekreftes også gjennom figur 8.7 der man ser at konsultasjoner hos fastlege i all hovedsak skjer på dagtid.

8.3.3 Sykebesøk av legevaktslege langt vanligere blant eldre i små kommuner

Som tidligere nevnt utgjør sykebesøk en betydelig større andel av konsultasjonene ved legevakt enn hos fastlege. Ved nærmere analyse av sykebesøkstallene ser vi at det først og fremst er eldre personer – særlig de over 80 år – som mottar denne typen helsehjelp.

Tabell 8.8 viser at antallet sykebesøk per 100 innbyggere har vært relativt stabilt siden 2020. Sammenlignet med året før, er det i inneværende år registrert en nedgang i sykebesøk per 100 innbygger på 2 prosent. Figur 8.10 viser nedgangen er mest markant i den eldste aldersgruppen, men det også er snakk om en svak reduksjon i de øvrige aldersgruppene.

Figur 8.10. Antall sykebesøk med legevaktslege per 100 innbygger etter alder, 2019-2024.



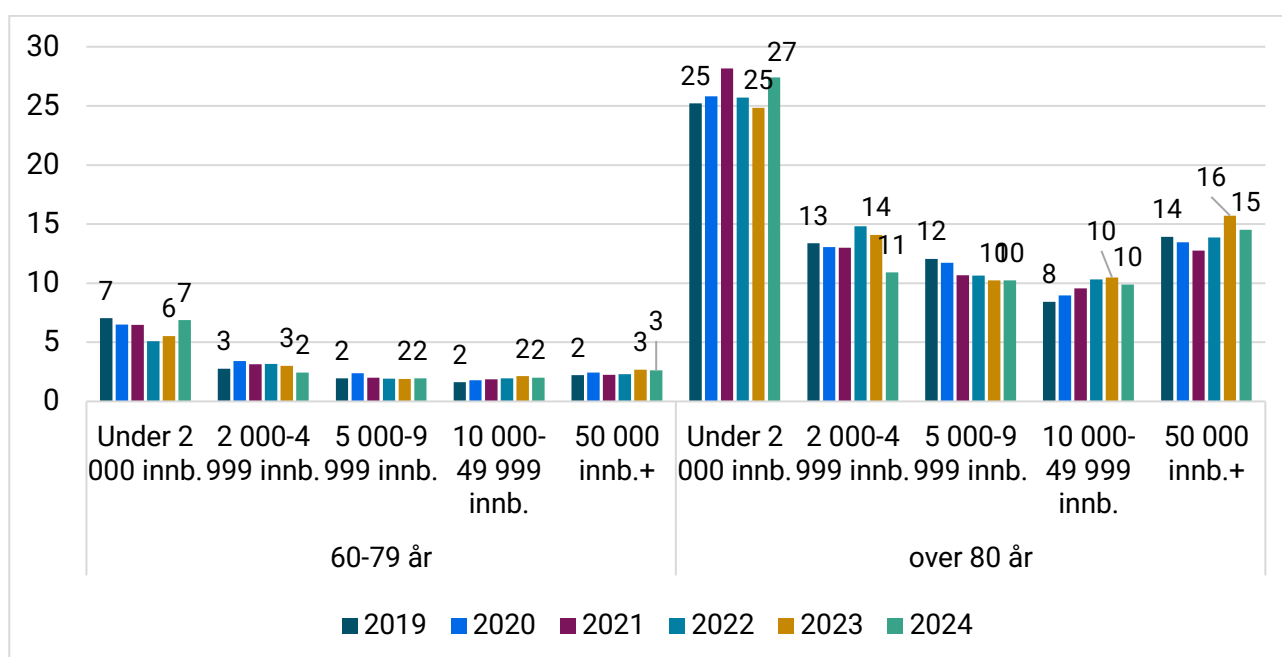
Kilde: KUHR

Figur 8.11 viser hvordan bruken av sykebesøk blant de to eldste aldersgruppene varierer med kommunestørrelse. Tjenesten benyttes særlig ofte av personer over 80 år som bor i de minste kommunene, det vil si med under 2 000 innbyggere.

Figuren viser også et tydelig skille i bruken av sykebesøk blant i innbyggerne som tilhører denne kommunestørrelsen og de øvrige, større kommunene. Blant kommuner med over 2 000 innbyggere er forskjellene i bruk av sykebesøk relativt små. I kontrast mottar eldre (60–79 år og 80 år og eldre) i de minste kommunene sykebesøk nesten dobbelt så ofte som sine jevnaldrende i de større kommunene.

Vi har vist forskjeller mellom kommuner på gruppenivå etter befolkningsstørrelse, men det kan i tillegg være variasjon mellom kommunene som inngår i gruppene.

Figur 8.11. Antall sykebesøk med legevakslege per 100 innbygger blant de eldste aldersgruppene etter kommunestørrelse, 2019-2024.



Kilde: KUHR

8.4 Øvrig aktivitet hos fastlege og legevakt

Selv om konsultasjoner utgjør den viktigste aktiviteten hos fastlege og legevakt, gir de alene ikke et fullstendig bilde av tjenestenes totale omfang. Aktiviteten er langt mer variert og omfattende, og kan – i tillegg til konsultasjoner – grupperes i tre hovedkategorier: (1) enkle kontakter med pasient, (2) kontakt med andre instanser om eller med pasient, og (3) administrativ kontakt. En fullstendig oversikt over definisjonen av kontakttypene, samt omfang og bruk per innbygger finnes i vedlegg V8.1, V8.2 og V8.3. I denne delen fokuserer vi imidlertid kun på det som omtales som "enkle kontakter".

Enkle kontakter omfatter enkel pasientkontakt, enten ved personlig oppmøte (for eksempel ved prøvetaking) eller via telefon, brev eller elektronisk kommunikasjon. Mange av disse skjer i tilknytning til konsultasjoner. I tabell 8.4 og tabell 8.5 presenteres imidlertid kun de enkle kontaktene som skjer uavhengig av konsultasjon.

8.4.1 Enkle kontakter øker med fastlege og avtar med legevakt

Sammenlignes tabell 8.4 (fastlege) og tabell 8.5 (legevakt), fremgår det at volumet av enkle kontakter er langt høyere hos fastlege. I 2024 ble det registrert 284 enkle kontakter per 100 innbyggere hos fastlege, mot 13 hos legevakt. Dette skyldes både at fastlegetjenesten er mer omfangsrik enn legevakten, og at fastleger har et særlig ansvar for kontinuitet i pasientoppfølging.

Figur 8.12 og figur 8.13, som viser antall enkle kontakter per 100 innbyggere hos fastlege og legevakt, illustrerer hvordan pandemien (2020–2022) førte til en kraftig økning i enkle kontakter, særlig i legevaktstjenesten. Fastlegetjenesten hadde også en økning under pandemien, men den var mer moderat sammenlignet med bruken foruten og etter pandemien.

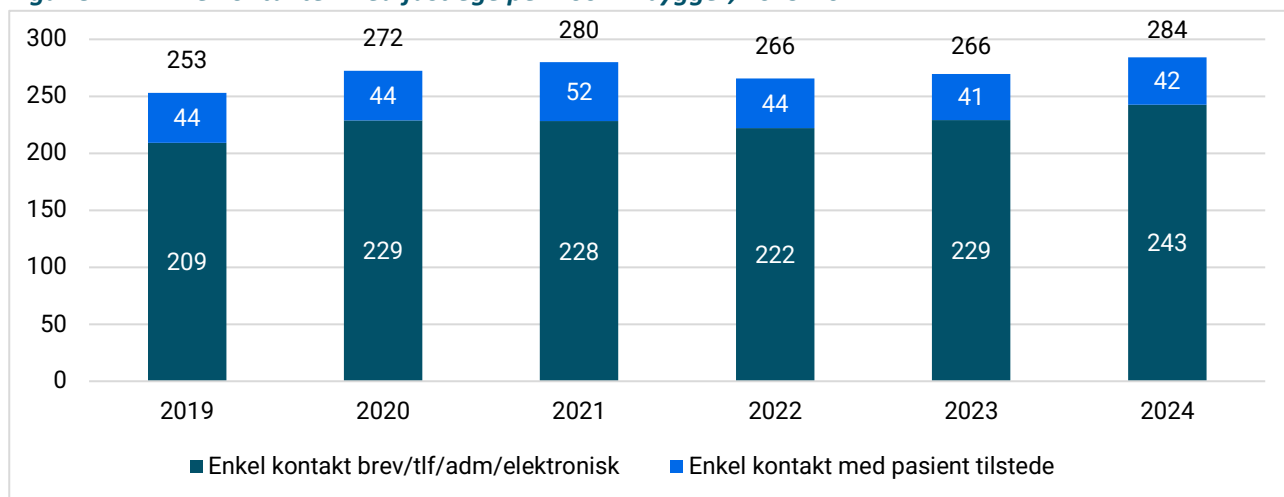
Etter pandemien, fra og med 2022, har utviklingen gått i ulik retning for fastleger og legevakter. Antall enkle kontakter per 100 innbyggere har økt hos fastleger, men gått ned hos legevakter. Mellom 2023 og 2024 økte antallet per 100 innbygger med 7 prosent hos fastleger, mens det sank med 8 prosent hos legevakter.

Tabell 8.4 Antall enkle kontakter hos fastlege samt antall enkle kontakter per 100 innbygger, 2019–2024.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Pro-sent endr. siste år	Prosent endring fra 2019
Enkel kontakt brev/tlf./adm./elektronisk	11 229 601	12 332 069	12 382 379	12 185 421	12 710 710	13 578 077	7	21
Per 100 innbygger	209	229	228	222	229	243	6	16
Enkel kontakt med pasient til stede	2 344 248	2 353 230	2 813 779	2 397 662	2 258 171	2 323 992	3	-1
Per 100 innbygger	44	44	52	44	41	42	2	-5
Total	13 575 868	14 687 319	15 198 179	14 583 083	14 968 881	15 902 069	6	17
Per 100 innbygger	253	272	280	266	266	284	7	12

Kilde: KUHR

Figur 8.12. Enkle kontakter med fastlege per 100 innbygger, 2019-2024.



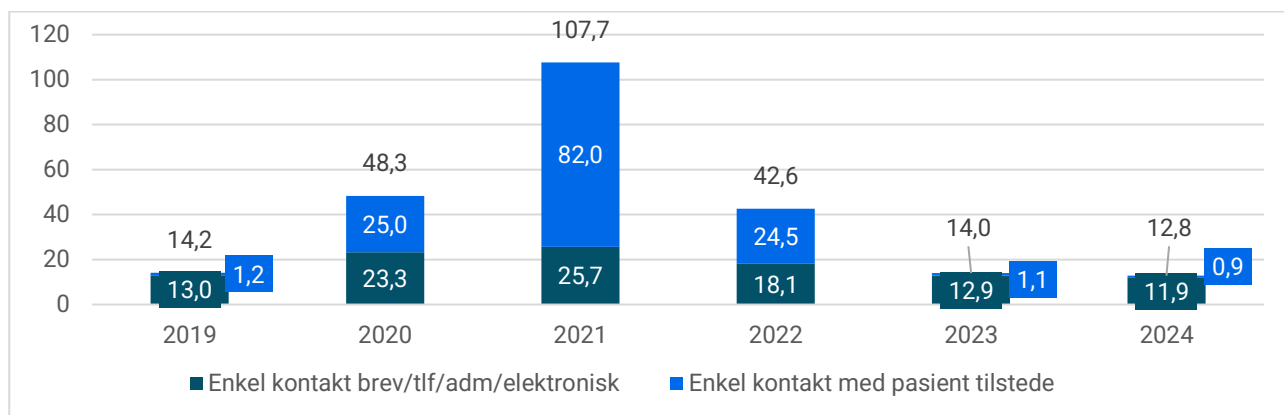
Kilde: KUHR

Tabell 8.5. Antall enkle kontakter med legevakt samt antall enkle kontakter per 100 innbygger, 2019-2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Pro-sent endring siste år	Prosent endring fra 2019
Enkel kontakt brev/ tlf. /adm. /elektronisk	724 717	1 273 250	1 397 551	991 018	713 339	664 670	-7	-8
Per 100 innbygger	13,0	23,3	25,7	18,1	12,9	11,9	-8	-9
Enkel kontakt med pasient til stede	63 228	1 347 953	4 447 712	1 344 877	62 298	53 016	-15	-16
Per 100 innbygger	1,2	25,0	82,0	24,5	1,1	0,9	-16	-21
Total	787 945	2 621 203	5 845 263	2 335 895	775 637	717 698	-7	-9
Per 100 innbygger	14,2	48,3	107,7	42,6	14,0	12,8	-8	-10

Kilde: KUHR

Figur 8.13. Enkle kontakter med legevakt per 100 innbygger, 2019-2024.



Kilde: KUHR

9 Nasjonale kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet publiserer 18 nasjonale kvalitetsindikatorer om allmennlegetjenesten. I tillegg publiseres fire indikatorer om bruk av antibiotika utenfor institusjon, som også gir innsikt i kvaliteten på tjenesten.

I 2024 ble det lansert en ny nasjonal kvalitetsindikator for kontinuitet i lege- pasientforhold. Indikatoren viser andel konsultasjoner siste året hos egen fastlege, og andel konsultasjoner siste år og siste to år hos pasientens mest brukte lege.

Dette kapittelet presenterer nasjonale resultater for 2023 for denne indikatoren, sammen med flere av de eksisterende indikatorer.⁴⁸ Resultater for 2024 publiseres på nett 19. juni 2025.

9.1 Ny indikator om konsultasjoner hos egen og mest brukte lege

For å kunne følge bedre med på kontinuitet i pasient-lege-forholdet ble det i 2024 lansert en ny nasjonal kvalitetsindikator. Evalueringen av fastlegeordningen har vist at kontinuitet og stabilitet i lege-pasient-forholdet er et viktig element for kvalitet i tjenesten. Forskning har også vist at kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient gir bedre samarbeid og større tilfredshet for begge parter. Kontinuitet gir bedre forebygging, bedre oppfølging og bedre behandling, og kan potensielt redusere behovet for legevaktbesøk og sykehusinnleggelser.

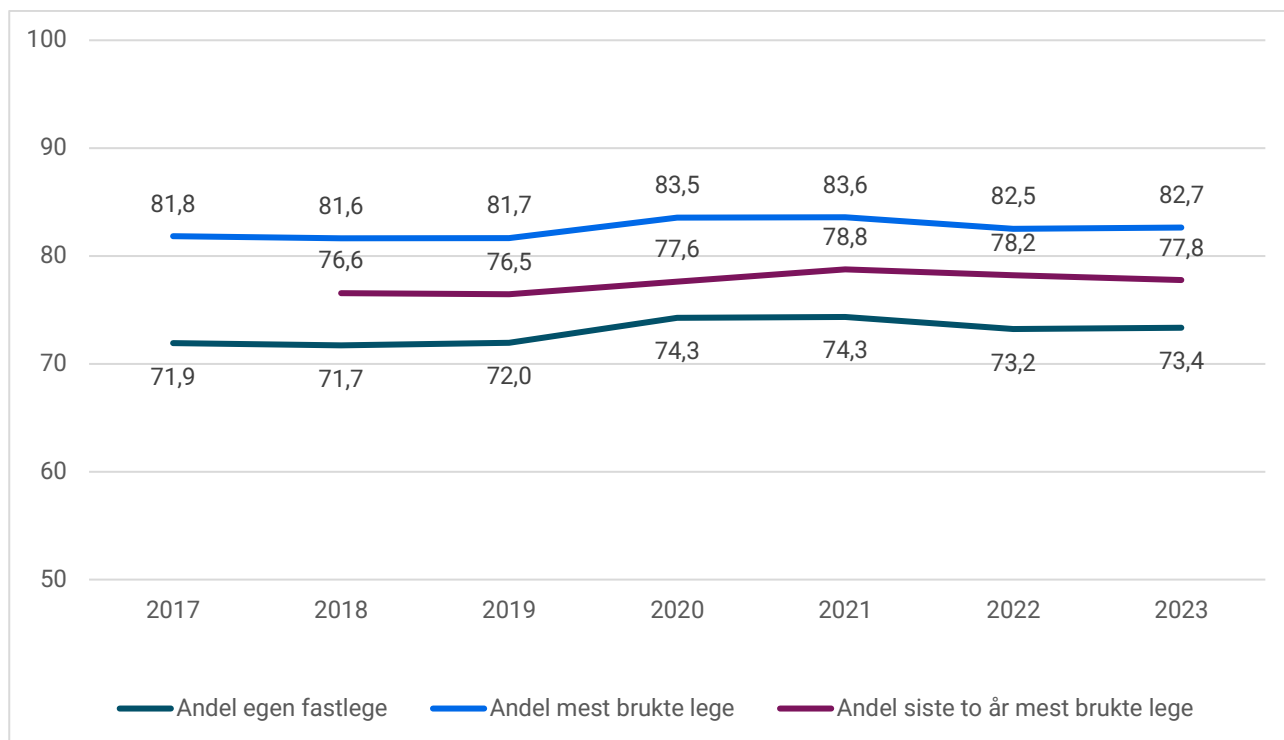
Den nye indikatoren måler hvor stor andel av alle fastlegekonsultasjoner, som var hos pasientens egen fastlege. I tillegg måles andel konsultasjoner siste år og siste to år hos mest brukte lege, det kan være pasientens fastlege, fastlegens vikar, en av de andre legene ved fastlegekontoret eller en lege ved et annet fastlegekontor. Indikatoren fanger kun opp kontinuitet innad i fastlegetjenesten,

⁴⁸ Dette kapittelet retter søkelyset mot utviklingen på nasjonalt nivå. For informasjon om indikatorenes oppbygning, resultater på fylkes- og kommunenivå, utvikling etter kommunistørrelse og befolkningssammensetning, se: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/alle-nasjonale-kvalitetsindikatorer-fordelt-pa-tema>

og inkluderer derfor kun konsultasjoner hos leger som er en del av denne ordningen. Konsultasjoner hos legevakt er ekskludert.

Hovedmålsettingen er høy kontinuitet i pasient-fastlege relasjonen, primært ved at pasienten benytter egen fastlege, sekundært ved at pasienten skal få legetjenester ved behov og kunne forholde seg til samme lege over tid. Figur 9.1 viser utvikling over tid for de tre måltallene på nasjonalt nivå.

Figur 9.1. Andel konsultasjoner hos egen og mest brukte lege, 2017- 2023.



Kilde: KPR og KUHR

På nasjonalt nivå har andelen konsultasjoner hos egen og mest brukte lege har holdt seg nokså stabilt i måleperioden. Andelen hos egen fastlege økte fra 71,9 prosent i 2017 til 73,4 prosent i 2023. Tilsvarende økte andelen konsultasjoner hos mest brukte lege det siste år fra 81,8 i 2017 til 82,7 prosent i 2023. Lignende utvikling ses når andel konsultasjoner hos mest brukte lege regnes ut for toårsperioder. Her har andelen økt fra 76,6 prosent i 2018 (første publiserte toårsperiode) til 77,8 prosent i 2023.

Samtidig som tallene er stabile på nasjonalt nivå, er det store variasjoner mellom fylkene. For samtlige tre måltall har fylkene i nord lavest andel, mens Vestfold, Østfold og Buskerud ligger høyest. I 2023 varierer andel konsultasjoner hos egen fastlege mellom 79,9 prosent i Østfold og 44,4 prosent i Finnmark, mens andel konsultasjoner hos mest brukte lege varierer mellom 86,4 prosent i Vestfold og 68,8 prosent i Finnmark. Andel konsultasjoner hos mest brukte lege siste to år varierer mellom 61,0

prosent i Finnmark og 81,9 prosent i Vestfold. Forskjellene mellom fylkene har vedvart i måleperioden.

Det er flere grunner til geografisk variasjon i resultatene. Hvor mange små kommuner det er i et fylke kan ha betydning for variasjonen vi ser på tvers av fylker. I små kommuner, med kun én eller to fastlegelister, vil for eksempel ubesatte lister eller fravær hos én lege ved for eksempel sykdom, utdannings- eller foreldrepermisjon, kunne få stor innvirkning på andelen konsultasjoner hos egen fastlege. Kollegial fraværdekning, samt bruk av ordninger med rotasjonsturnus og felleslister, vil også bidra til å trekke andelen ned.

Resultatene til en enkeltkommune sier derfor ikke noe om kvaliteten på arbeidet til fastlegene i kommunene, men vil kunne si noe om kontinuitet og tilgjengelighet i tjenesten. På fylkesnivå vil forskjeller blant annet gjenspeile omfang av små distriktskommuner.⁴⁹

9.2 Legemidler til eldre fra allmennlege

Det publiseres tre nasjonale kvalitetsindikatorer om rekvirering av legemidler til eldre fra allmennleger. På grunn av aldersrelaterte endringer i hvordan legemidler omsettes i kroppen, i tillegg til hyppigere forekomst av komorbiditet og polyfarmasi, er eldre særlig utsatt for uheldige bivirkninger. Indikatorene omfatter tre legemiddelgrupper med særlig risiko for alvorlige uheldige bivirkninger hos eldre. Dette er:

- Vanedannende legemidler
- Ikke steroide antiinflammatoriske midler (NSAIDs)
- Legemidler med betydelig antikolinerg effekt

Datagrunnlaget er levert fra Legemiddelregistret, som inneholder informasjon om reseptbelagte legemidler utlevert i apotek.

Vanedannende legemidler defineres som alle legemidler i gruppe A og B, både med og uten markedsføringstillatelse. Legemidler i reseptgruppe A og B omfatter sovemidler, angstdempende midler, sentralvirkende smertestillende midler (opioider), sentralstimulerende midler (ADHD), midler til behandling av opioidavhengighet, hostestillende midler, samt enkelte legemidler mot epilepsi og migrene, og anestesimidler. For vanedannende måles andel av den eldre befolkningen (over 65 år) som fått utlevert mye vanedannende legemidler på apotek, etter resept fra allmennlege.

⁴⁹ For mer informasjon, se

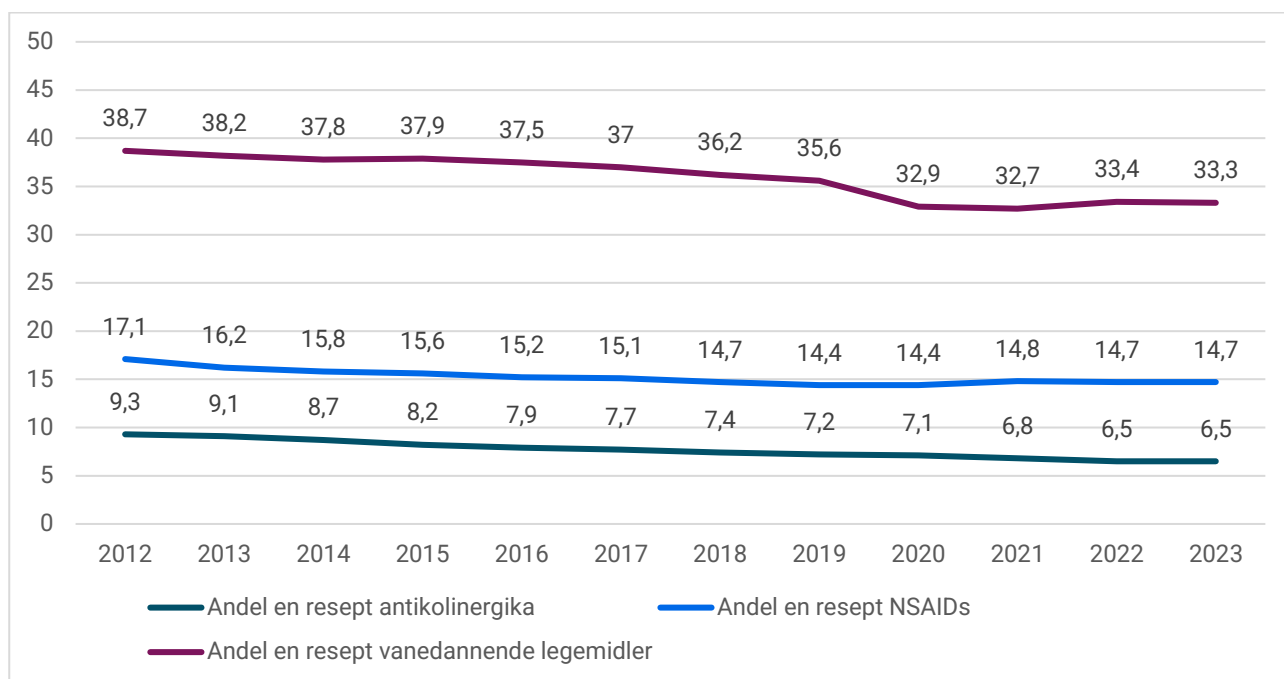
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/konsultasjoner-hos-egen-fastlege>

Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) er ikke-steroidholdige antiinflammatoriske legemidler. NSAIDs er betennelsesdempende og benyttes ved smertetilstander der symptomer som hevelse, ømhet, rødhet og bevegelsesinnskrenkning er betydelige. For NSAIDs og legemidler med betydelig antikolinerg effekt, måles andel eldre som har utlevert minst én resept av de utvalgte legemiddelgruppene på apotek etter resept fra allmennlege. Det skilles ikke mellom volum på rekvireringer. Begrunnelsen for dette er at all rekvirering av disse legemidlene til eldre kan gi uheldige utfall, og bør unngås dersom det er mulig.

Antikolinerge legemidler er legemidler som hemmer den parasympatiske delen av nervesystemet. Legemidlene brukes blant annet til behandling av Parkinson sykdom, inkontinens, kvalme, depresjon, psykose, allergi og kløe. Mange legemidler med antikolinerg effekt har utilsiktet virkning utover den primære tilsiktede virkningen. Økt grad av antikolinerg effekt øker risiko for bivirkninger.

Figur 9.2 viser at andel eldre som får foreskrevet vanedannende legemiddel, NSAIDs eller legemidler med betydelig antikolinerg effekt har gått ned i perioden 2012 til 2023. Nedgangen har imidlertid flatet ut de siste årene, særlig for vanedannende legemidler og NSAIDs.

Figur 9.2. Andel eldre med minst én resept på utvalgte legemiddelgrupper, 2012 - 2023.



Kilde: Legemiddelregistret

I 2023 fikk 33,3 prosent av alle eldre utlevert vanedannende legemidler etter resept fra allmennlege. Andelen ble gradvis redusert fra 2012 til 2019, etterfulgt av et fall i 2020. Andelen har vært så å si uendret i perioden 2020 til 2023. 14,7 prosent av alle eldre fikk utlevert NSAIDs på apotek etter resept fra allmennlege i 2023. Andelen ble gradvis redusert i perioden 2012 til 2019. Etter 2019 har det ikke vært ytterligere reduksjon, og andelen i 2023 er på samme nivå som i 2018. Andelen eldre som har

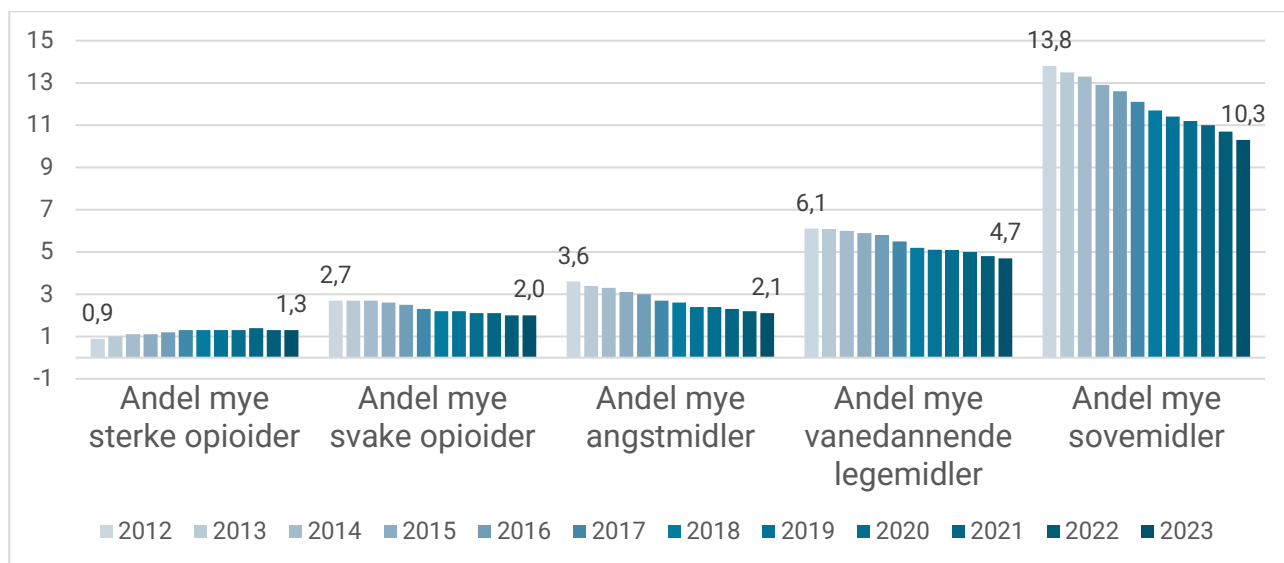
fått utlevert legemidler med betydelig antikolinerg effekt var på 6,5 prosent i 2023, som er uendret fra 2022. Andelen har blitt gradvis redusert i perioden 2012 til 2022. I 2012 var andelen 9,3 prosent.

Selv om indikatorene viser at det er en gradvis nedgang over tid i alle fylker, er det nokså store og vedvarende forskjeller mellom fylkene i rekvireringen av disse tre legemiddelgruppene til eldre. Resultatene viser også at enkelte fylker ligger henholdsvis høyt og lavt for samtlige tre indikatorer. I 2023 varierer andel eldre med minst en resept på vanedannende fra allmennlege mellom 38,1 prosent i Østfold og 26,7 prosent i Troms. Andelen eldre med minst én resept på NSAIDs var også høyest i Østfold i 2023 med 17,5 prosent, mens Troms lå lavest med 11,0 prosent. Andelen med minst én resept på legemidler med betydelig antikolinerg effekt varierte i 2024 mellom 8,7 prosent i Østfold og 5,1 prosent i Trøndelag.

Andel mye vanedannende

Vanedannende legemidler kan være riktig for den enkelte pasient, men høyt bruk vil ofte være problematisk. For vanedannende måles derfor også andel eldre (over 65 år) som har fått utlevert mye vanedannende legemidler, målt som minst 365 definerte døgndoser (DDD) i løpet av ett kalenderår på apotek, etter resept fra allmennlege. I tillegg måles høyt forbruk innen fire undergrupper separat; svake opioider (≥ 100 DDD/år), sovemidler (≥ 100 DDD/år), angstmidler (≥ 100 DDD/år) og sterke opioider (≥ 36 DDD/år). Figur 9.3 viser andel eldre (≥ 65 år) som har fått mye vanedannende legemidler fra allmennlege i løpet av ett år i perioden 2012 til 2023, både totalt og for de fire undergruppene separat.

Figur 9.3. Andel eldre med mye vanedannende legemidler, vanedannende totalt og undergrupper. 2012 til 2023.



Kilde: Legemiddelregistret

I 2023 fikk 4,7 prosent av eldre utlevert mye vanedannende legemidler på apotek etter resept fra allmennlege, som er en liten nedgang fra 4,8 prosent i 2022. Andelen har gått gradvis ned i perioden 2012 til 2023. For legemiddelgruppene sovemidler, angstmidler og svake opioider har andelen blitt gradvis redusert i løpet av måleperioden. Andelen med mye sovemidler er høyest. I 2023 fikk 10,3 prosent av alle eldre, utlevert minst 100 DDD sovemidler på apotek etter resept fra allmennlege. For legemiddelgruppen sterke opioider har andelen ikke blitt redusert over tid. De siste 7 årene har andelen eldre som har fått utlevert mye legemidler etter resept fra allmennlege holdt seg på rundt 1,3 prosent. I 2012 var andelen 0,9 prosent.

Andelen med mye vanedannende varierer mellom fylkene. I 2023 var andelen lavest i Troms med 3,0 prosent, mens andelen var høyest i Agder med 6,9 prosent. Den fylkesvise variasjonen har vedvart i måleperioden, men det har vært en nedgang over tid i alle fylker. Også for de ulike undergruppene av vanedannende legemidler er det en del variasjon.⁵⁰

9.3 Legetjenester i sykehjem

9.3.1 Legetjenester i sykehjem

Helsedirektoratet publiserer tre nasjonale kvalitetsindikatorer om legetjenester ved norske sykehjem. Resultatene til og med 2023 omtales nedenfor på nasjonalt nivå. Tabell 9.1 viser utvikling over tid for de tre indikatorene.

Tabell 9.1. Legetjenester i sykehjem per beboer, andel og gjennomsnitt, 2017- 2023.

Legetjenester i sykehjem	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Andel som er vurdert av lege siste 12 måneder	56,7	63,9	67,7	65,6	65,6	68,8	71,4
Andel med legemiddelgjennomgang siste 12 måneder ⁵¹	-	-	-	59,9	58,1	58,5	61,7
Gjennomsnittlig antall avtalte legetimer per beboer, per uke	0,55	0,56	0,55	0,56	0,61	0,62	0,67

Kilde: SSB og KPR

⁵⁰ For mer informasjon om variasjon på tvers av fylker, se <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/vanedannende-legemidler-til-eldre-fra-allmennlege>

⁵¹ Uttrekket for denne indikatoren ble revidert i forbindelse med publiseringen av tall for 2023. Tallene som omtales i denne rapporten kan derfor avvike noe fra det som er publisert tidligere. Historiske tall vises etter ny beregningsmetode. På nåværende tidspunkt er historiske tall kun tilgjengelige tilbake til 2020.

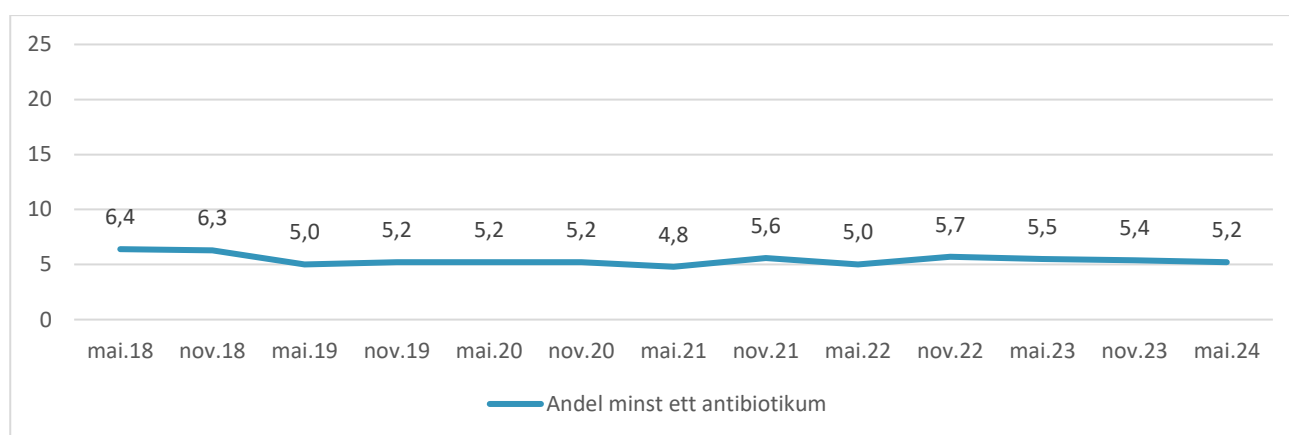
Resultatene i tabell 9.1 antyder en liten økning i legetjenester for beboere på sykehjem over tid. 71,4 prosent av sykehjemsbeboerne ble registrert som vurdert av lege i løpet av 2023, som er en økning fra 68,8 prosent i 2022. I 2017 var denne andelen på 56,7 prosent. 61,7 prosent av beboerne på sykehjem ble registrert med legemiddelgjennomgang i løpet av 2023. Det er en økning fra 58,5 prosent i 2022. For indikatoren som måler gjennomsnitt antall legetimer per uke per beboer i sykehjem har det vært en svak økning de siste årene, etter flere år med et gjennomsnitt på rundt 0,55 legetimer. I 2023 var gjennomsnittet nasjonalt på 0,67 timer per uke per beboer.

I tillegg varierer resultatene i tabell 9.1 mellom fylker og kommuner.⁵² Ulikheter mellom fylker og kommuner kan blant annet skyldes underrapportering, manglende eller feil dokumentering i journal, feil ved innsending av data og tekniske feil og mangler i kommunenes journalsystemer.

9.3.2 Antibiotikabruk i sykehjem

Helsedirektoratet publiserer i tillegg en nasjonal kvalitetsindikator om bruk av antibiotika på sykehjem. Indikatoren måler andel beboere som fikk minst ett antibiotikum på måletidspunktet. Indikatoren er basert på en prevalensundersøkelse i sykehjem som utføres to ganger i året, én dag på våren (mai) og én dag om høsten (november). Datakilden er Norsk overvåkningssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS).

Figur 9.5. Andel beboere på sykehjem med minst ett antibiotikum på måletidspunktet, mai 2018 til mai 2024.



Kilde: NOIS

⁵² For mer informasjon, se <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten>

Andelen sykehjemsbeboere som fikk minst en type antibiotikum (eksklusiv metenamin) var på 5,2 prosent i mai 2024. Andelen har holdt seg på rundt 5 prosent siden 2019. I mai 2024 varierte andelen mellom 8,1 prosent i Agder og 3,5 prosent i Vestfold.

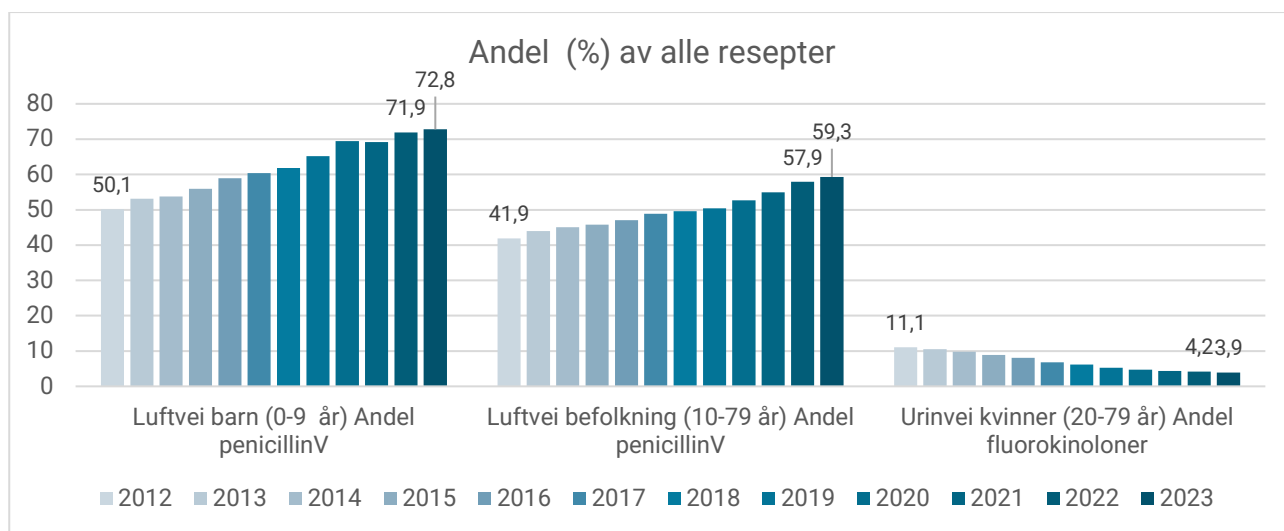
Prevalens er en relativt upresis registreringsmetode, og gir kun et øyeblikksbilde av situasjonen. Ved små tall vil den tilfeldige variasjonen være stor. I tillegg har kun halvparten av landets sykehjem levert data til NOIS i forbindelse med de siste målingene. Lav tilslutningsgrad påvirker datakvaliteten negativt og skaper usikkerhet rundt resultatene. Resultatene bør derfor tolkes med varsomhet.

9.4 Riktigere bruk av antibiotika

Det publiseres også flere nasjonale kvalitetsindikatorer om antibiotika som kan knyttes til kvaliteten i allmennlegetjenestene. Indikatorer om antibiotikabehandling utenfor institusjon er basert på tall fra Legemiddelregistret på resepter hentet ut på apotek. Det store flertallet av reseptene er rekvirert av fastleger og legevaktleger.

De nasjonale kvalitetsindikatorene for antibiotikabruk viser blant andelen utvalgte typer antibiotika blant samtlige antibiotikarespter. Ved behandling av luftveisinfeksjoner måles andelen resepter på fenoksymetylpenicillin – et smalspektret antibiotikum som i mindre grad bidrar til utvikling av resistens. Høy andel bruk av dette midlet anses som et kvalitetsmål. Ved urinveisinfeksjoner hos kvinner måles andelen antibiotikarespter som gjelder kinoloner, som er bredspektrede og mer resistensdrivende. Her er målsettingen å redusere bruken. I figur 9.6 vises utviklingen over tid for de utvalgte antibiotikatypene.

Figur 9.6. Andel fortrukken og ikke foretrukken type, 2012-2023.

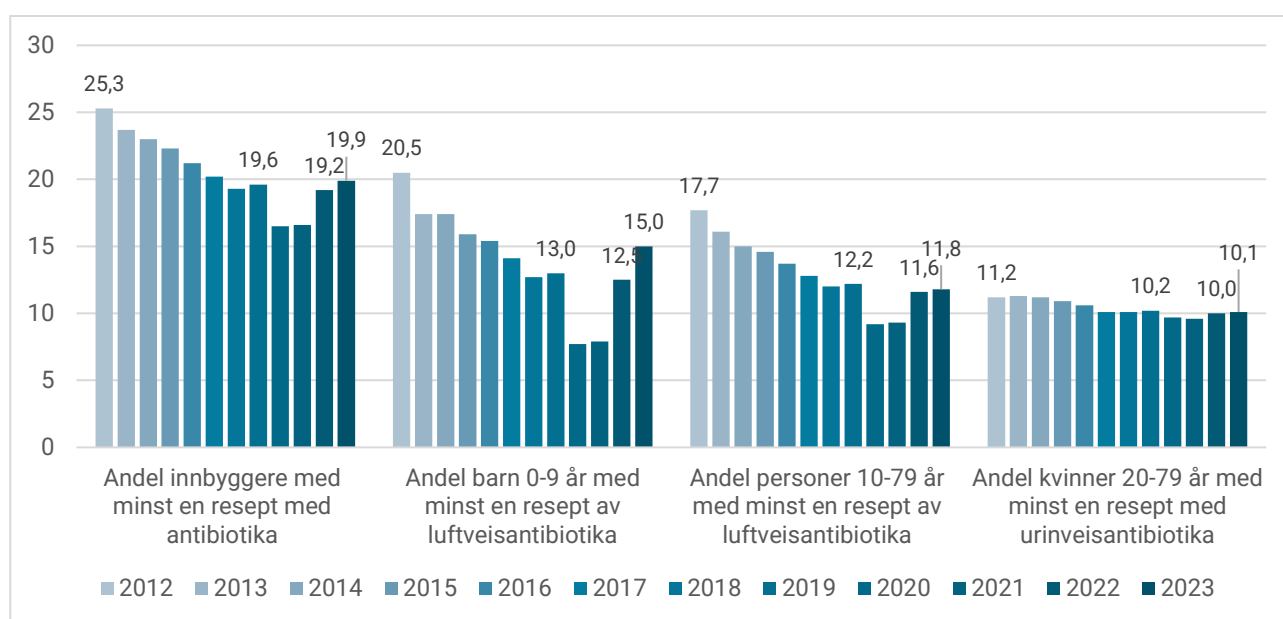


Kilde: Legemiddelregistret

Figur 9.6 viser en positiv utvikling fra 2012 til 2023. Fenoksymetylpenicillin brukes oftere i forbindelse med behandling av luftveisinfeksjoner av både barn (0- 9 år) og befolkningen 10-79 år. I samme periode har andel av resepter på kinoloner blitt redusert i behandlingen av urinveisinfeksjoner hos kvinner (20-79 år).

De nasjonale kvalitetsindikatorene viser også hvor stor andel av befolkningen som har hentet ut minst én resept på antibiotika i måleperioden. Resultatene vises både for alle resepter på antibiotika i befolkningen generelt, og fordelt på luftveisantibiotika til barn (0-9 år), befolkning (10-79 år) og urinvei kvinner (20-79 år).

Figur 9.7. Andel med minst én resept på antibiotika utenfor institusjon, 2012 – 2023.



Kilde: Legemiddelregistret

Resultatene viser at det har vært en økning fra 2022 til 2023 i andel barn som har fått minst en type luftveisantibiotika i perioden, og nivået i 2023 er høyere enn i 2019. Øvrige indikatorer viser en så å si uendret trend i rekvireringen av antibiotika i 2023, sammenlignet med året før. Forbruket i 2023 er på omtrent samme nivå som før pandemien. Under pandemiårene 2020 og 2021 var forbruket var på et uvanlig lavt nivå.

Som for øvrige indikatorer er det en del variasjon mellom og innad i de ulike fylkene.⁵³

⁵³ For mer informasjon om geografisk variasjon, se <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/legemidler>

9.5 Svartider legevaktsentraler

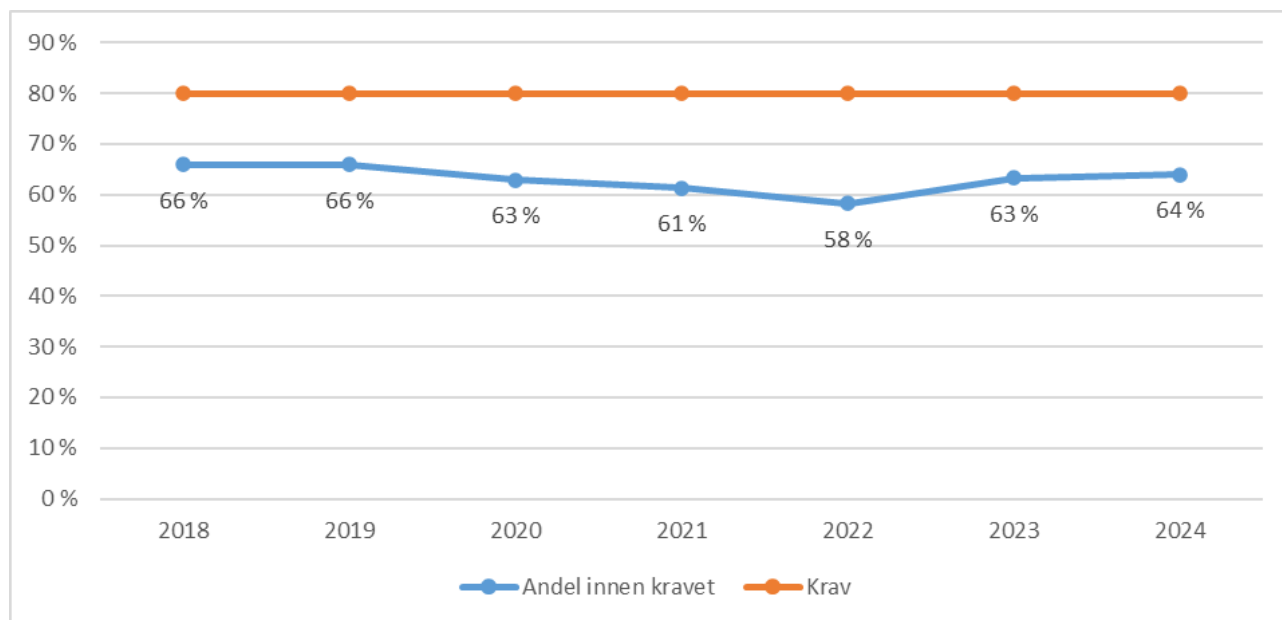
Under pandemien hadde Helsedirektoratet et ekstra fokus på svartidene ved akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) og legevaktsentralene i Norge. Legevaktsentraler er døgnåpne tjenester, som skal motta og håndtere henvendelser og sørge for at pasientene får riktig behandling til rett tid. De fungerer ofte som første kontaktledd og portvoktere i den akuttmedisinske kjeden.

Helsedirektoratet har en statistikkvisning over svartider ved legevaktsentraler, inkludert antall anrop, besvarte anrop og samtaletid. I visningen er det også en nasjonal kvalitetsindikator som måler andel besvarte henvendelser til det medisinske nødnummeret 116 117 og lokalt 8-sifert legevaktnummer som er besvart av operatør innen to minutter.

Det er 96 legevaktsentraler i Norge. I 2024 var det i underkant av 3,1 millioner anrop til disse sentralene via medisinsk nødnummer 116 117 og lokalt legevaktnummer. Antallet anrop har sunket hvert år i perioden 2021 til 2024.

I akuttmedisinforskriften er det stilt krav til legevaktsentralene om at 80 prosent av henvendelsene normalt skal besvares innen to minutter. Figur 9.8 viser at dette kravet ikke har vært nådd i perioden 2018-2024. I 2024 var andelen på 64 prosent.

Figur 9.8. Andel besvarte anrop innen 2 minutter i perioden 2018-2024.



9.6 Brukererfaringsundersøkelser legevakt

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har i tildelingsbrevet for 2025 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre en undersøkelse om pasienters erfaringer med legevakt i 2025. Undersøkelsen skal gjøres med støtte fra Folkehelseinstituttet (FHI). Legevaktundersøkelsen inngår i tiårsplanen for nasjonale pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser som Hdir utarbeidet på oppdrag fra HOD i 2024, og som HOD gav sin tilslutning til.

Formålet med undersøkelsen er å fremskaffe systematisk informasjon om pasienters erfaringer (PREMs) med legevakter. Undersøkelsen vil også inkludere pasientrapporterte utfallsmål (PROMs), som i økende grad brukes sammen med PREMs som nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer. Resultatene fra undersøkelsen skal i tråd med Hdirs formål brukes bredt:

- kvalitetsforbedring i tjenestene
- virksomhetsstyring
- offentlig innsikt
- gi grunnlag for valg av tjenestested (gi allmennheten innsikt i helsetjenestens ytelser)

Det er viktig at undersøkelsen gjennomføres i 2025, da den også vil være en baseline-undersøkelse for den kommende *Stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester* som etter planen skal komme i løpet av året, og for å følge med på om regjeringens tiltak bidrar til et bedre tilbud til gruppen.

Resultatene vil publiseres i tråd med Helsedirektoratets system for publisering. Det vil utarbeides en statistikkvisning, et såkalt dashboard, på Helsedirektoratets nettsider. Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å legge til rette for at resultatene av brukererfaringsundersøkelser tas i bruk i helsetjenestene som har deltatt. Dette inkluderer forslag til modeller for systematisk kvalitetsutviklingsarbeid.

Publisering i form av et dashboard vil være et viktig første steg i dette arbeidet. Den vil gjøre det mulig for den enkelte legevakt å identifisere områder med forbedringspotensial og sette i gang målrettet kvalitetsarbeid lokalt.

9.7 Kvalitetsindikatorer for legevakt

9.7.1 Samtrening

I akuttmedisinforskriften § 4 heter det; «Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden». Det er dermed et lovkrav at slike tjenester gjennomføre samtrening. Det er ønskelig at samtrening gjennomføres årlig, men det er ikke et lovkrav.

Systematisk samhandlingstrening er viktig i alle deler av den akuttmedisinske kjeden og hovedmålet er å styrke pasientsikkerheten. Måten treningen organiseres på må tilpasses lokale forhold. Treningen er i første rekke beregnet på personell i legevakt og ambulansetjenesten, men bør omfatte bredden av aktører som involveres i håndteringen av akuttmedisinske hendelser lokalt. Flere forskergrupper har nylig evaluert forholdet mellom teamtrening og pasientsikkerhet. Forhold ved teamarbeid, som situasjonsforståelse, kommunikasjon, lederskap og tillit henger sammen med kliniske resultater.

På landsbasis deltok 28,0 prosent av sykepleiere/annet helsepersonell (utenom leger) i akuttmedisinsk samtrening med ambulanse i 2023. Det er en økning fra i 2021, da andelen var på 18,5 prosent. Samtreningsaktiviteten kan i 2021 være påvirket av arbeidet med covid-19. 65 legevakter har i 2024 oppgitt at de ikke har sykepleiere/annet helsepersonell enn leger ved legevakten (39,9 prosent). Fire legevakter har ikke besvart spørsmålet. På fylkesnivå er andelen høyest i Troms og Finnmark med 60,6 prosent. Lavest andel samtrening hadde Oslo med 0 prosent i 2023.⁵⁴

Andelen som har hatt samtrening kan variere mellom år, avhengig av når legevakten gjennomfører samtrening. Noen legevakter kan gjennomføre samtrening for alt personell ett år og ingen året etter, mens andre fordeler treningen over flere år. For å få et mer pålitelig bilde av omfanget av samtrening i legevaktene, bør indikatoren følges over tid.

På aggregert nivå, både fylkes- og nasjonalt nivå, kan legevaktpersonell som har deltatt i samtrening ved flere legevakter telles flere ganger. Det vil eventuelt utgjøre en svært liten andel.

⁵⁴ [Legevakt - Samtrening sykepleiere/annet helsepersonell i legevakt - Helsedirektoratet](#)

Data som viser omfanget av samtrening blant leger i legevakt, foreligger ikke for 2023. Dette skyldes at 85 prosent av legevaktene ikke har besvart spørsmålet.

9.7.2 Triagering

Legevaktordningen skal vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp (Jmfør akuttmedisin-forskriften § 6 a1). Med *triage* menes å bestemme prioriteringsrekkefølgen av pasienter basert på grad alvorlighet og hastegraden av deres medisinske tilstand, når ressurssituasjonen er utilstrekkelig til å kunne behandle alle på samme tid.

Legevakter som betjener en stor populasjon, som for eksempel storbylegevakter, kan oppleve stor pågang. Det gjelder både pasienter som møter direkte uten forhåndskontakt med legevaktsentralen, og pasienter som kommer etter å ha vært i kontakt med sentralen. Store legevakter kan dermed ha mange pasienter som oppholder seg på et venterom over lengre tid før de får tilsyn av lege. For å sikre at de mest alvorlige tilfellene får hjelp først benyttes triagering. I veilederen for legevakt anbefales det at legevaktene med samtidighetskonflikter har et standardisert triageverktøy for pasienter som møter opp.

Av legevaktene, hvor triagering er aktuelt, har 72,9 prosent et triageringsverktøy i 2024. 32 av 165 legevaktene (to legevakter har ikke besvart spørsmålet), 19,4 prosent, har oppgitt at det ikke er aktuelt med triagering fordi legevakten sjelden eller aldri har samtidighetskonflikter.

9.7.3 Tolketjeneste

Det er et mål at helsepersonell på legevakt har døgntilgang til kvalifisert tolketjeneste når de opplever språkbarrierer i kommunikasjon med pasienter og brukere. Legevakten bør ha rutiner og prosedyrer for bruk av kvalifisert tolk.

Kommunen har ansvar for å sikre at pasient og bruker mottar informasjon de har rett på (jf pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 og helse og omsorgstjenesteloven § 4-2 a.)

Ved språkbarrierer plikter helse- og omsorgspersonell å vurdere behovet for, og eventuelt skaffe tolk med nødvendige kvalifikasjoner. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Dette medfører at legevakten må benytte tolk ved behov, for eksempel overfor minoritetsspråklige pasienter og brukere.

Indikatoren måler om kommunen, legevakten eller legevaktene som inngår i den interkommunale legevakten har tilgang til døgntilgang til tolketjenester. Med døgntilgang menes det at

tjenesten tilbys innen få timer og kan ikke vente til neste dag. Tolketjeneste kan tilbys via telefon eller digital løsning.

Tolketjeneste for døve, hørselhemmede og døvblinde er ikke inkludert i beregningen av denne indikatoren, da tolketjenester for disse gruppene er tilgjengelige for alle legevaktene via NAV.

Av 166 legevakter (en legevakt har ikke besvart spørsmålet) har 88 prosent tilgang til døgnskategorisk tolketjeneste på flere språk i 2024. I fem fylker har alle legevaktene døgnskategorisk tolketjenesten. I resterende seks fylkene varierer andelen mellom 71,4 til 90,9 prosent.⁵⁵

⁵⁵ For mer informasjon om variasjon på tvers av fylker og kommuner, se <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus/legevakt-tilgang-til-tolketjeneste-pa-legevakt>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Begrepsliste

ALIS: Allmennlege i spesialisering.

ALIS-avtale: En avtale mellom kommune og lege i spesialisering i allmennmedisin om særskilte tiltak, tilrettelegging og oppfølging i spesialiseringsløpet utover det legen har krav på som følge av dagens avtale- og regelverk. Helsedirektoratet har utarbeidet en mal for ALIS avtaler som skal benyttes ved søknad om tilskudd gjennom Nasjonal ALIS og veiledning.

ALIS-kontor: Et ALIS-kontor skal gi råd og bistå kommunene i planlegging, etablering og oppfølging av spesialistutdanningen. Gjennom dette skal kontoret bidra til rekruttering og tilrettelegging for spesialisering, og til trygghet for legen gjennom spesialiseringsforløpet.

Allmennlege: Lege som utøver allmennmedisinsk virksomhet. Fra 1. mars 2017 må leger som ansettes eller inngår avtale med kommunen være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering.

8.2-avtale: Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv. Kurativt arbeid etter denne avtalen er selvstendig næringsvirksomhet. Dersom legen mottar ytelser fra kommunen i form av hjelpepersonell, lokaler, utstyr, forbruksvarer osv., skal legen refundere kommunens utlegg i sin helhet, med mindre kommunen og legen av rekrutteringshensyn o.a. skriftlig avtaler redusert innbetaling for en tidfestet periode.

Basistilskudd: Tilskudd som utbetales legene per registrerte person per år på legens liste.

E-konsultasjon: Er en legetime som gjennomføres elektronisk ved bruk av lyd, video eller tekst-samtale.

EPJ: Elektronisk pasient journal.

Fastlege: Kommunalt ansatt (fastlønnet) eller næringsdrivende lege med en eller flere avtaler om fastlegetjeneste med en eller flere kommuner.

Fastlegeliste: Liste over innbyggere som er knyttet til den enkelte fastlegeavtale. Fastlegelisten oppdateres den første i hver måned. En fastlegeliste kan være med eller uten en fast lege (se «liste uten fast lege»), og kan ha flere vikarer knyttet til seg.

FLO: Brukes her som angivelse av datagrunnlag hentet fra Helfo sitt system for administrasjon av fastlegeordningen.

Grunntilskudd: Tilskudd for fastlegeavtaler med en liste under 500 listeinnbyggere forutsatt at listetaket for avtalen er 500 eller flere listeinnbyggere. Grunntilskuddet utbetales i stedet for basistilskudd. Kan mottas i inntil 2 år fra avtale er inngått. Blir listelengden større enn 500 listepasienter i løpet av disse årene utbetales basistilskudd i stedet.

Hovedmodellen: Driftsform hvor fastlegen er selvstendig næringsdrivende og mottar per capita-tilskudd.

Innbyggere uten listeplass (Ufordelte): Dersom det ikke er ledig listeplass i bostedskommunen for disse, sjekker FLO-systemet listestatus hvert døgn og tildeler der det er mulig med virkning fra den første i kommende måned. Denne gruppen innbyggere kalles "ufordelte" inntil de får tildelt plass på en fastlegeliste.

Introduksjonsavtale: Introduksjonsavtaler er avtaler som gir leger under spesialisering i allmennmedisin rett til trygderefusjon under visse vilkår, når de jobber på andre fastlegers lister selv om fastlegen som har ansvar for listen(e) er til stede på legekontoret samtidig. Introduksjonsavtaler, som er tiltak 11 i handlingsplanen, har som hovedformål å øke stabiliteten i og styrke rekruttering til stillinger i sykehjem, i legevakt og annet allmennlegearbeid utenfor fastlegeordningen ved å tilrettelegge for spesialistutdanning i allmennmedisin.

Kommunalt pasient- og brukerregister: KPR inneholder opplysninger om de som har søkt eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

KOSTRA: Kommune-stat-rapportering (KOSTRA) er et nasjonalt system som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet. Informasjon om kommunale og fylkeskommunale tjenester, bruk av ressurser på ulike tjenesteområder og egenskaper ved befolkningen, registreres og sammenstilles for å gi relevant informasjon til beslutningstakere i kommuner, fylkeskommuner og staten.

KUHR: Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) er et system som håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten. Systemet eies av Helsedirektoratet og driftes av Helfo.

Kvalitetsforbedring: Systematisk arbeid for å identifisere kvalitetssvikt og tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene. I forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring er kvalitetsforbedring definert som er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og gjennomføre tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester.

Ledige plasser på fastlegeliste: Sum listetak (plasser) minus sum faktisk antall listeinnbyggere (listelengde). Dette beregnes a) for lister med fast lege b) alle lister samlet (inklusive lister uten fast lege).

LIS1: Lege i spesialisering del 1.

Listeinnbygger: En person som er tilknyttet en fastlegeliste.

Liste uten fast lege (ubesatt liste): En fastlegeliste hvor kommunen ikke har avtale med en fast lege. Fastlegelisten kan være betjent av en eller flere fastlegevikarer, eller av andre leger ved legekontoret, i påvente av fast lege og etter nærmere avtale.

Listetak: Det antallet listeinnbyggere som fastlegen har avtalt med kommunen at fastlegelisten maksimalt kan inneholde.

NKI: Nasjonal kvalitetsindikator.

Utjamningstilskudd: Tilskudd for fastlegeavtaler i kommuner med under 5000 innbyggere og hvor gjennomsnittlig listelengde er mindre enn 1200 listeinnbyggere. Utjamningstilskuddet beregnes som basistilskudd for differansen mellom referanselisten på 1200 innbyggere og gjennomsnittlig listelengde i kommunen.

Vedlegg 2: Utfyllende tabeller og figurer

Vedlegg til kapittel 4

Nedenfor presenteres kostnader og kostnadsutvikling for allmennlegetjenesten målt i faste priser. Statistisk sentralbyrås prisindeks 06.2 Helsetjenester utenom institusjon er benyttet for prisjustering.

Tabell V4.1. Kostnader for allmennlegetjenestene. Tall i mill. kroner, faste priser.

	Utgifter i faste priser. Mill. kroner						Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2023-2024	2019-2024
Fastlegeordningen	12 432	13 076	13 756	13 620	14 758	15 349	4,0	23,5
LIS 1	226	202	225	230	241	243	0,8	7,5
Legevakt	1 119	1 261	1 609	1 221	1 124	1 132	0,6	1,1
Tilskudd	313	308	440	596	869	931	7,2	197,4
Totalt	14 091	14 847	16 030	15 667	16 993	17 655	3,9	25,3

Tabell V4.2. Kostnader for fastlegeordningen. Tall i mill. kroner, faste priser.

	Utgifter i faste priser. Mill. kroner						Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2023 - 2024	2019 - 2024
Basisfinansiering								
Grunntilskudd og basistilskudd	3157	3388	3554	3773	4427	4760	7,5	50,8
Utjamningstilskudd	191	180	193	211	266	321	20,6	68,0
Sum basisfinansiering	3348	3567	3747	3984	4693	5080	8,3	51,7
Refusjoner								
Takstrefusjoner	4733	5011	5301	5025	5505	5697	3,5	20,4
Refusjon frikortegenandeler	979	1085	1341	1133	1184	1144	-3,4	16,8
Refusjon øvrige egenandeler	495	722	768	720	540	520	-3,6	5,2
Refusjon L-takster NAV	358	329	339	356	363	362	-0,2	1,1
Sum refusjoner	6565	7147	7749	7234	7591	7723	1,7	17,6
Pasientbetaling								
Egenandeler	2334	2204	2110	2252	2322	2388	2,9	2,3
Egenbetaling	185	158	150	150	153	157	2,4	-15,2
Sum pasientbetaling	2519	2362	2260	2402	2475	2545	2,8	1,0
Sum totalt	12432	13076	13756	13620	14758	15349	4,0	23,5

Tabell V4.3. Refusjoner og pasientbetaling for LIS1-leger. Tall i mill. kroner, faste priser.

	Utgifter i faste priser. Mill. kroner						Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2023-2024	2019-2024
Refusjoner								
Takstrefusjoner	97	88	100	103	115	117	1,7	20,3
Refusjon frikortegenandeler	21	19	26	23	24	24	-1,0	11,6
Refusjon øvrige egenandeler	21	21	25	21	19	19	2,7	-6,8
Refusjon L-takster NAV	3	3	3	4	4	3	-6,5	0,0
Sum refusjoner	143	132	155	150	162	164	1,2	14,6
Pasientbetaling								
Egenandeler	78	65	65	75	75	75	-0,2	-4,0
Egenbetaling	5	5	5	5	5	5	2,1	-13,7
Sum pasientbetaling	83	70	70	80	80	80	-0,1	-4,6
Sum totalt	226	202	225	230	241	243	0,8	7,5

Tabell V4.4. Refusjoner og pasientbetaling for legevakt. Tall i mill. kroner, faste priser.

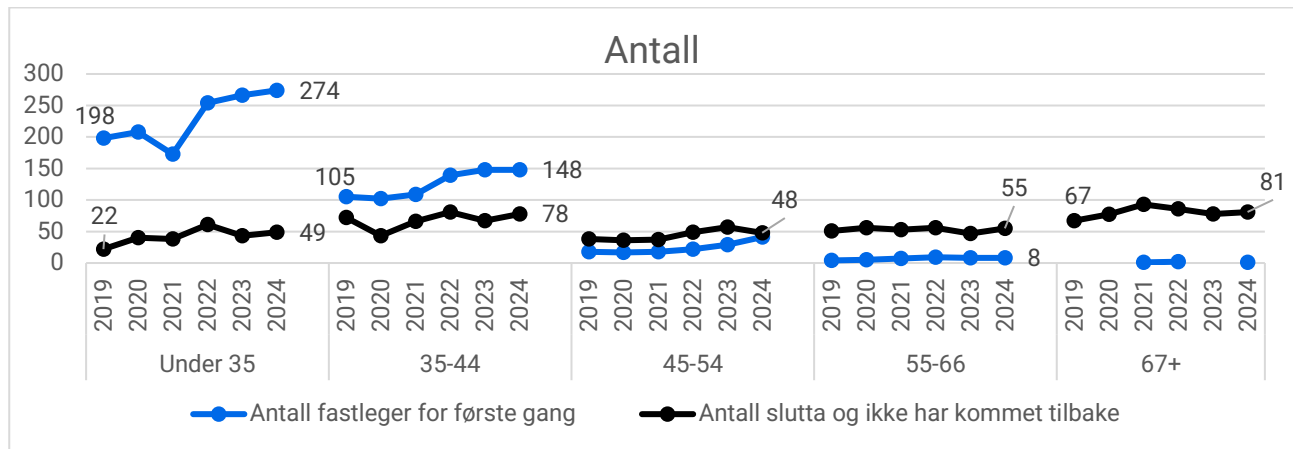
	Utgifter i faste priser. Mill. kroner						Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2023-2024	2019-2024
Refusjoner								
Takstrefusjoner	600	626	740	629	633	638	0,8	6,2
Refusjon frikortegenandeler	91	82	101	98	100	105	5,3	14,9
Refusjon øvrige egenandeler	137	313	538	235	127	122	-4,0	-11,2
Refusjon L-takster NAV	2	2	2	2	2	2	-9,6	-23,4
Sum refusjoner	831	1023	1381	964	861	866	0,6	4,2
Pasientbetaling								
Egenandeler	269	221	211	241	247	249	0,8	-7,4
Egenbetaling	19	17	17	16	16	16	0,5	-15,7
Sum pasientbetaling	288	238	228	257	263	265	0,8	-8,0
Sum totalt	1119	1261	1609	1221	1124	1132	0,8	-8,0

Tabell V4.5. Utgifter per innbygger. Tall i faste priser.

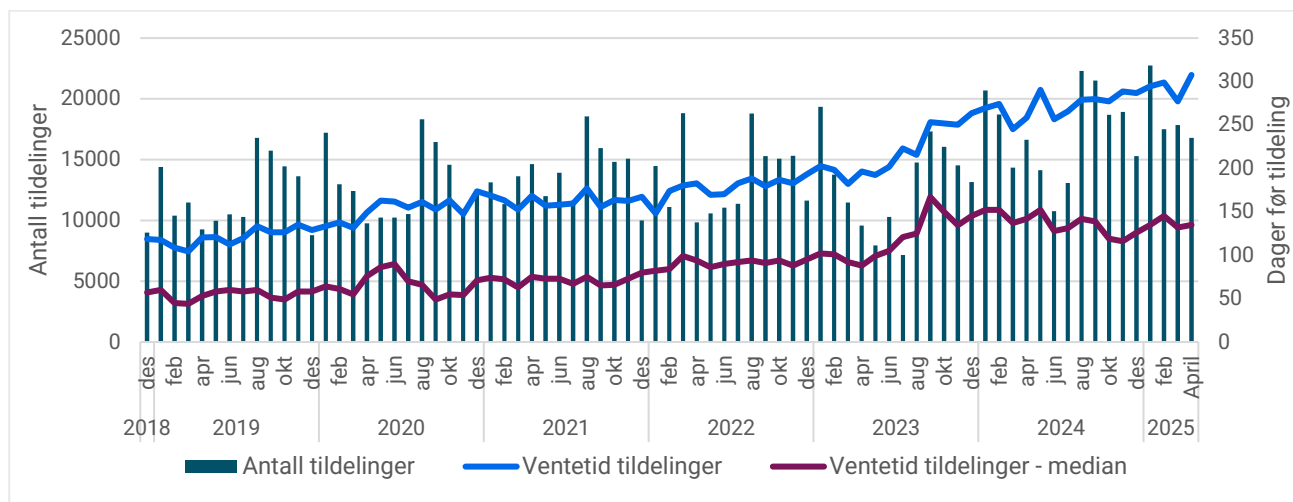
	KPI i faste priser						Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2022-2023	2019-2023
Fastlegeordningen	2333	2436	2552	2510	2689	2765	2,9	18,5
LIS 1	42	38	42	42	44	44	-0,3	3,2
Legevakt	210	235	298	225	205	204	-0,5	-3,0
Tilskudd	59	57	82	110	158	168	6,0	185,5
Totalt	2645	2766	2973	2888	3096	3181	2,7	20,3

Vedlegg til kapittel 7

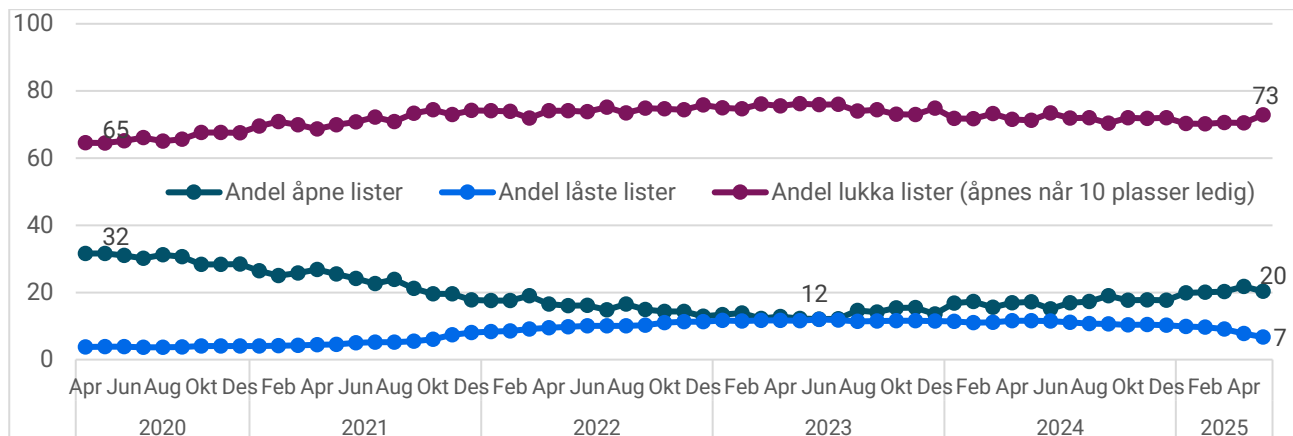
Figur V7.1. Antall fastleger med fastlegeavtale for første gang og antall fastleger slutta og som ikke er kommet tilbake (tom mai 2025).



Figur V7.2. Utvikling i gjennomsnittlig og median antall dager før tildeling (ventetid til bytte), samt antall tildelinger. Per måned fra desember 2018 til april 2025.



Figur V7.3. Andel åpne, lukka og låste lister per måned fra april 2020 til mai 2025.



Tabell V7.1. Fastleger per 1000 listeinnbygger, vikarer og vikardager per liste.

	Fastleger per 1000 innb.					Mars 2025	
Sentralitets Klasse	2024 4	Endring siste år	Endring fra 2019	2025 mai	2025 mai Vikarer per liste	Antall vikardager vektet per liste (virkedg)	Antall vikardager per 1000 innb vektet (Virkedager)
Sentr.kl 1	0,8	0,01	0,05	0,8	0,27	3,7	3,0
Sentr.kl 2	0,9	0,02	0,08	0,9	0,18	2,9	2,7
Sentr.kl 3	1,0	0,04	0,10	1,0	0,16	2,9	3,0
Sentr.kl 4	1,1	0,04	0,09	1,1	0,18	3,7	4,3
Sentr.kl 5	1,3	0,07	0,10	1,3	0,22	3,8	5,4
Sentr.kl 6	1,6	0,14	0,19	1,7	0,30	4,9	9,1
Fylker							
Østfold	1,0	0,03	0,1	1,0	0,13	2,4	2,4
Akershus	0,9	0,03	0,1	0,9	0,21	3,1	2,9
Oslo	0,8	0,01	0,0	0,8	0,30	4,1	3,1
Innlandet	1,1	0,06	0,1	1,1	0,17	3,1	3,7
Buskerud	1,0	0,01	0,1	1,0	0,15	2,6	2,7
Vestfold	1,0	0,07	0,1	1,0	0,16	2,4	2,5
Telemark	1,1	0,06	0,1	1,1	0,21	4,2	4,9
Agder	1,0	0,02	0,1	1,0	0,17	2,9	3,1
Rogaland	0,9	0,01	0,1	0,9	0,17	2,9	2,8
Vestland	1,0	0,02	0,1	1,0	0,21	3,6	4,0
Møre og Roms	1,1	0,09	0,1	1,1	0,17	3,5	4,1
Trøndelag	1,0	0,05	0,1	1,0	0,16	2,7	2,8
Nordland	1,2	0,08	0,2	1,3	0,26	4,1	5,8
Troms	1,3	0,09	0,2	1,3	0,27	4,4	6,0
Finnmark	1,5	0,05	0,0	1,5	0,31	6,2	10,8
Hele landet	1,0	0,04	0,1	1,0	0,20	3,3	3,5

Tabell V7.2. Antall og andel lister og listeinnbyggere uten fast lege per mai 2025 og andel lister med vikaravtale per mars 2025 (for å sikre god kompletthet).

Sentralitets Klasse	Antall lister uten fast lege	Andel lister uten fast lege	Andel av lister uten fast lege	Antall innbyggere uten fastlege	Andel innbyggere uten fast lege	Andel Innbyggere på lister som har vært ubesatte >1 år	Andel ubesatte lister har vikaravtale (mars)
Sentr.kl 1		0	0	0	0,0	0	-
Sentr.kl 2	25	1,7	11	18 528	1,2	0,4	0,93
Sentr.kl 3	39	2,6	17	23 944	1,7	0,7	0,88
Sentr.kl 4	57	6,0	25	36 936	4,6	2,1	0,87
Sentr.kl 5	74	9,6	32	43 638	8,0	3,1	0,92
Sentr.kl 6	35	9,4	15	14 779	7,5	3,6	0,94
Fylker							
Østfold	2	0,6	1	1 276	0,4	0,4	100
Akershus	2	0,3	1	1 531	0,2	0,0	100
Oslo	0	0	0	0	-	-	-
Innlandet	20	4,5	9	10 461	2,8	0,6	92
Buskerud	8	2,8	3	4 045	1,5	0,4	90
Vestfold	4	1,5	2	2 252	0,9	0,7	88
Telemark	12	5,9	5	7 575	4,4	2,4	92
Agder	9	2,5	4	5 413	1,7	0,5	100
Rogaland	20	4,1	9	15 653	3,1	1,5	80
Vestland	64	8,8	28	42 087	6,5	1,8	85
Møre og Roms	17	5,4	7	12 306	4,5	3,2	94
Trøndelag	21	4,1	9	10 869	2,2	0,8	90
Nordland	28	8,2	12	12 931	5,3	3,1	93
Troms	10	4,2	4	4 864	2,8	1,3	100
Finnmark	13	10,3	6	6 562	9,0	3,0	100
Total	230	3,9	100	137 825	2,5	1,0	90

Tabell V7.3. Antall ledige plasser, antall på venteliste og antall gjesteinnbyggere. Per 1.mai 2025.

	Per 1000 listeinnbygger						Jan-apr	
Sentralitets Klasse	Ledige plasser Inkl ubesatte	Ledige plasser hos fast lege	Ledige plasser på åpne lister Inkl. ubesatte	Ledige plasser åpen liste hos fast lege	Antall på venteliste	Andel på venteliste har fastlege i annen komm.	Median dager ventetid tildeling fra venteliste	Andel listeinnbyggere ⁵⁶ som er gjesteinnbyggere
Sentr.kl 1	34	34	34	34	44	33	85	17
Sentr.kl 2	2	1	11	10	58	26	136	16
Sentr.kl 3	13	10	19	17	58	25	142	14
Sentr.kl 4	6	2	11	7	74	22	178	12
Sentr.kl 5	32	20	32	22	67	25	189	9
Sentr.kl 6	133	107	126	105	36	44	138	13
Fylker								
Østfold	23	23	23	23	56	23	111	13
Akershus	25	24	26	25	46	38	115	21
Oslo	37	37	36	36	45	10	84	14
Innlandet	32	23	33	26	62	30	176	17
Buskerud	18	15	21	19	52	33	140	17
Vestfold	8	6	22	20	48	28	119	15
Telemark	5	3	20	18	82	32	193	16
Agder	32	27	32	30	51	21	108	12
Rogaland	-5	-5	4	4	79	35	169	19
Vestland	0	-3	11	9	75	24	192	10
Møre og Roms	10	6	11	8	66	25	206	11
Trøndelag	12	7	18	12	51	26	111	11
Nordland	38	22	42	26	58	15	142	7
Troms	22	15	24	22	46	18	160	13
Finnmark	44	26	48	31	67	19	198	5
Total	19	15	23	20	58	26	136	14

⁵⁶ En innbygger kan velge fastlege i annen kommune enn de bor, og blir da gjesteinnbyggere.

Tabell V7.4. Listelengde etter fylker og sentralitet per mai 2025.

	Andel lister etter listelengde				Sentralmål		
Sentralitets Klasse	<500 listeinnb.	500-999 listeinnb.	1000-1499 listeinnb.	> 1500 listeinnb.	Gjennomsn. listelengde med fast lege	Gjs liste-lengde Inkl. ubesatte	Median Liste-lengde Alle lister
Sentr.kl 1	4	16	62	18	1 258	1 258	1 241
Sentr.kl 2	4	36	53	7	1 086	1 080	1 091
Sentr.kl 3	6	54	37	4	977	966	989
Sentr.kl 4	9	69	20	2	864	852	826
Sentr.kl 5	18	74	7	0	720	706	706
Sentr.kl 6	44	53	4	0	544	533	529
Fylker							
Østfold	7	46	41	6	1 003	1 000	996
Akershus	8	30	55	6	1 079	1 077	1 099
Oslo	2	15	60	23	1 305	1 305	1 280
Innlandet	13	65	20	2	861	845	849
Buskerud	10	48	36	6	966	951	991
Vestfold	10	50	34	6	966	957	973
Telemark	10	65	21	4	860	846	818
Agder	7	56	35	2	928	920	943
Rogaland	2	45	45	7	1 064	1 051	1 044
Vestland	11	57	28	4	916	893	893
Møre og Rom	6	73	19	2	865	857	846
Trøndelag	7	46	44	2	977	960	997
Nordland	26	64	9	1	729	709	735
Troms	22	62	16	0	741	731	742
Finnmark	32	67	1	0	589	577	600
Hele landet	10	49	36	6	971	956	970

Tabell V7.5. Antall og andel lister med fast ansettelse per mai 2025.

Sentralitets Klasse	Antall lister totalt inkl ubesatte	Antall lister med fast ansettelse	Antall lister næringsdrivende	Andel fast ansettelse av alle lister (inkl ubesatte lister)	Andel lister med fast lege har fast ansettelse (ekskl. ubesatte lister)
Sentr.kl 1	856	35	821	4	4
Sentr.kl 2	1 443	96	1 347	7	6
Sentr.kl 3	1 472	176	1 296	12	11
Sentr.kl 4	950	350	600	37	36
Sentr.kl 5	772	397	375	51	50
Sentr.kl 6	372	286	86	77	78
Fylker	5 865	1 340	4 525	23	22
Østfold	310	30	280	10	9
Akershus	658	57	601	9	9
Oslo	597	28	569	5	5
Innlandet	441	140	301	32	31
Buskerud	283	44	239	16	15
Vestfold	268	14	254	5	5
Telemark	205	74	131	36	35
Agder	354	80	274	23	21
Rogaland	482	116	366	24	23
Vestland	731	182	549	25	23
Møre og Romsdal	315	79	236	25	25
Trøndelag	518	99	419	19	18
Nordland	341	220	121	65	63
Troms	236	89	147	38	35
Finnmark	126	88	38	70	73
Hele landet	5 865	1 340	4 525	23	22

Tabell V7.6. Antall og andel kommuner og listeinnbyggere etter sentralitetsklasser. Per mai 2025.

	Antall kommuner	Andel kommuner	Listeinnbyggere	Andel av listeinnbyggere
Sentralitetsklasse 1	5	1,4	1 075 483	19
Sentralitetsklasse 2	21	6,0	1 551 834	28
Sentralitetsklasse 3	54	15,4	1 420 033	25
Sentralitetsklasse 4	65	18,5	807 217	14
Sentralitetsklasse 5	103	29,3	547 613	10
Sentralitetsklasse 6	103	29,3	197 505	4
Hele landet	351	100	5 599 685	100

Tabell V7.7. Utvalgte tall og indikatorer per kommune. Per mai 2025. Sortert etter sentralitet og listeinnbyggere. NB: Nye regler for låsing av lister i løpet av mai kan i større grad enn normalt ha medført endringer i ledige plasser fra 1.juni i enkelte kommuner.

		Antall	Antall	Andel	Antall	Per 1000 listeinnbygger		
Sentra- litet Klasse	Fylke/ Kommune	Antall fastlege- lister	Antall Listeinn- byggere	Liste- innb. På ubesatt lister	Ledige plasser åpen liste hos fast lege	Ledige plasser åpne lister fast lege	Ledige plasser åpne inkl ube-satte	På vente- liste
	Hele landet	5867	5 599 685	2,5	114 015	20	23	58
	Østfold	310	310 277	0,4	7 161	23	23	57
2	Moss	55	54 756	0,0	2 225	41	41	52
2	Sarpsborg	56	59 080	1,3	118	2	4	75
2	Fredrikstad	90	89 131	0,5	1 702	19	19	49
3	Skiptvet	3	2 959	0,0	87	29	29	57
3	Våler Østfold	6	4 756	0,0	479	101	101	51
3	Råde	5	7 397	0,0	11	1	1	19
3	Rakkestad	9	7 834	0,0	19	2	2	71
3	Halden	29	31 016	0,0	103	3	3	88
3	Indre Østfold	42	45 556	0,0	1 407	31	31	36
4	Hvaler	6	3 220	0,0	486	151	151	22
4	Marker	6	3 352	0,0	3	1	1	117
5	Aremark	3	1 220	0,0	521	427	427	36
	Akershus	658	708 841	0,2	17 578	25	26	49
1	Rælingen	18	18 327	0,0	873	48	48	49
1	Lørenskog	36	43 379	0,0	1 473	34	34	71
1	Lillestrøm	78	93 416	0,0	2 779	30	30	50
1	Bærum	127	142 544	0,0	2 714	19	19	30
2	Gjerdrum	8	7 688	0,0	97	13	13	34
2	Frogn	15	16 000	0,0	374	23	23	21
2	Ås	17	16 645	0,0	1 611	97	97	54

		Antall	Antall	Andel	Antall	Per 1000 listeinnbygger		
Sentra- litet Klasse	Fylke/ Kommune	Antall fastlege- lister	Antall Listeinn- byggere	Liste- innb. På ubesatt lister	Ledige plasser åpen liste hos fast lege	Ledige plasser åpne lister fast lege	Ledige plasser åpne inkl ube-satte	På vente- liste
2	Vestby	19	17 335	0,0	5	0	0	84
2	Nittedal	19	23 124	0,0	10	0	0	77
2	Ullensaker	44	45 880	0,0	2 595	57	57	37
2	Nordre Follo	68	68 314	0,0	757	11	11	58
2	Asker	83	93 997	0,0	1 415	15	15	43
3	Jevnaker	6	5 908	0,0	64	11	11	46
3	Lunner	11	8 739	0,0	74	8	8	73
3	Enebakk	10	9 006	0,0	191	21	21	30
3	Nannestad	15	13 202	4,2	220	17	54	40
3	Aurskog-Høland	17	15 738	0,0	136	9	9	58
3	Nes	20	20 485	4,8	873	43	51	92
3	Nesodden	18	20 769	0,0	264	13	13	61
3	Eidsvoll	24	25 501	0,0	822	32	32	46
4	Hurdal	5	2 844	0,0	231	81	81	23
1	Oslo	597	777 817	0,0	28 247	36	36	35
	Innlandet	441	372 853	2,8	9 648	26	33	63
2	Hamar	38	39 965	4,6	151	4	18	55
3	Sør-Odal	6	6 715	0,0	67	10	10	26
3	Løten	9	7 980	0,0	0	0	0	72
3	Vestre Toten	15	12 450	3,8	183	15	15	113
3	Gran	14	13 567	2,1	169	12	12	106
3	Stange	21	17 844	4,1	490	27	31	37
3	Kongsvinger	19	20 028	0,0	299	15	15	72
3	Elverum	22	22 229	0,0	288	13	13	82
3	Gjøvik	34	30 472	0,0	103	3	3	118
3	Ringsaker	31	32 008	0,0	1 228	38	38	27
3	Lillehammer	37	32 539	0,0	892	27	27	41
4	Øyer	5	4 807	0,0	12	2	2	25
4	Nord-Odal	5	4 817	0,0	31	6	6	42
4	Gausdal	8	4 918	2,2	14	3	3	45
4	Søndre Land	6	4 923	10,7	0	0	35	30
4	Eidskog	5	5 246	0,0	95	18	18	56
4	Nord-Aurdal	10	7 146	0,0	0	0	0	92
4	Nordre Land	8	7 322	16,4	220	30	33	40
4	Østre Toten	20	14 468	4,2	0	0	0	133
5	Etnedal	3	1 365	0,0	138	101	101	27
5	Tolga	2	1 399	0,0	0	0	0	0
5	Vestre Slidre	4	1 683	0,0	63	37	37	6
5	Sør-Aurdal	4	2 018	5,8	50	25	189	0

		Antall	Antall	Andel	Antall	Per 1000 listeinnbygger		
Sentra- litet Klasse	Fylke/ Kommune	Antall fastlege- lister	Antall Listeinn- byggere	Liste- innb. På ubesatt lister	Ledige plasser åpen liste hos fast lege	Ledige plasser åpne lister fast lege	Ledige plasser åpne inkl ube-satte	På vente- liste
5	Alvdal	4	2 062	42,1	128	62	223	8
5	Sør-Fron	5	3 239	0,0	139	43	43	48
5	Øystre Slidre	4	3 387	13,9	0	0	68	66
5	Våler Innland	5	3 419	0,0	386	113	113	47
5	Vågå	4	3 422	0,0	265	77	77	22
5	Åmot	8	4 037	20,1	4	1	209	55
5	Ringeby	6	4 106	0,0	0	0	0	30
5	Grue	3	4 249	22,3	117	28	40	3
5	Nord-Fron	10	5 660	0,0	894	158	158	76
5	Sel	7	5 706	0,0	482	84	84	100
5	Trysil	7	6 290	0,0	39	6	6	24
5	Tynset	9	6 473	13,8	0	0	0	75
5	Åsnes	10	6 888	0,0	146	21	21	130
6	Engerdal	2	1 217	0,0	483	397	397	0
6	Rendalen	2	1 266	0,0	534	422	422	0
6	Vang	3	1 535	0,0	14	9	9	7
6	Folldal	2	1 568	0,0	81	52	52	47
6	Os	4	1 728	0,0	62	36	36	56
6	Lesja	3	1 955	0,0	40	20	20	1
6	Skjåk	4	2 019	0,0	0	0	0	80
6	Lom	4	2 127	28,5	0	0	0	77
6	Stor-Elvdal	6	2 140	0,0	199	93	93	37
6	Dovre	3	2 451	0,0	1 142	466	466	4
	Buskerud	284	269 229	1,5	5 032	19	21	54
2	Lier	29	29 410	1,6	320	11	11	31
2	Drammen	92	106 342	0,0	915	9	9	57
3	Hole	7	7 672	0,0	596	78	78	44
3	Modum	14	13 800	0,0	507	37	37	64
3	Øvre Eiker	17	17 214	0,0	4	0	0	86
3	Kongsberg	32	30 419	4,3	0	0	0	62
3	Ringerike	35	31 852	5,7	101	3	17	53
4	Flesberg	5	3 538	0,0	487	138	138	4
4	Gol	9	4 283	0,0	118	28	28	59
5	Flå	2	1 067	0,0	333	312	312	0
5	Krødsherad	2	1 713	0,0	287	168	168	0
5	Hemsedal	5	2 706	0,0	83	31	31	51
5	Sigdal	5	3 643	0,0	20	5	5	36
5	Nesbyen	5	3 836	0,0	576	150	150	22
5	Ål	10	4 697	9,8	146	31	66	60
5	Hol	10	4 742	0,0	539	114	114	30

		Antall	Antall	Andel	Antall	Per 1000 listeinnbygger		
Sentra- litet Klasse	Fylke/ Kommune	Antall fastlege- lister	Antall Listeinn- byggere	Liste- innb. På ubesatt lister	Ledige plasser åpen liste hos fast lege	Ledige plasser åpne lister fast lege	Ledige plasser åpne inkl ube-satte	På vente- liste
6	Nore Og Uvdal	5	2 295	0,0	0	0	0	37
	Vestfold	268	256 485	0,9	5 057	20	22	49
2	Horten	29	29 337	0,0	1 396	48	48	50
2	Tønsberg	62	61 847	0,0	382	6	6	40
3	Holmestrand	28	24 366	0,0	38	2	2	90
3	Færder	27	25 988	1,9	31	1	1	60
3	Larvik	50	49 569	2,5	1 937	39	46	39
3	Sandefjord	72	65 378	0,8	1 273	19	24	44
	Telemark	205	173 501	4,4	3 123	18	20	89
3	Bamble	17	13 225	0,0	240	18	18	100
3	Porsgrunn	44	40 729	4,1	41	1	2	84
3	Skien	55	53 781	5,7	118	2	7	89
4	Siljan	3	1 788	0,0	0	0	0	78
4	Nome	7	6 377	0,0	178	28	28	18
4	Kragerø	11	10 347	0,0	0	0	0	124
4	Midt-Telemark	14	10 406	0,0	0	0	0	145
4	Notodden	12	11 763	0,0	85	7	7	87
5	Kviteseid	3	1 577	0,0	1 723	1093	1 093	0
5	Hjartdal	3	2 142	0,0	0	0	0	46
5	Drangedal	4	3 722	0,0	53	14	14	28
5	Seljord	6	3 992	0,0	0	0	0	57
5	Tinn	10	5 297	42,8	0	0	10	198
6	Fyresdal	2	1 178	0,0	91	77	77	20
6	Nissedal	2	1 269	46,7	73	58	58	0
6	Tokke	4	2 082	0,0	498	239	239	18
6	Vinje	8	3 826	0,0	23	6	6	53
	Agder	354	322 838	1,7	9 539	30	32	50
3	Lillesand	12	10 715	0,0	153	14	14	75
3	Vennesla	18	14 759	0,0	464	31	31	42
3	Grimstad	25	24 919	6,1	88	4	6	85
3	Arendal	57	48 059	1,1	2 399	50	50	46
3	Kristiansand	115	123 544	0,0	5 307	43	43	33
4	Birkenes	7	4 632	0,0	149	32	32	20
4	Evje Og Hornnes	6	4 659	12,4	109	23	114	23
4	Froland	8	5 790	0,0	88	15	15	22
4	Risør	6	6 007	0,0	0	0	0	93
4	Tvedestrand	7	7 204	0,0	0	0	0	86
4	Farsund	10	9 147	7,0	0	0	18	91

		Antall	Antall	Andel	Antall	Per 1000 listeinnbygger		
Sentra- litet Klasse	Fylke/ Kommune	Antall fastlege- lister	Antall Listeinn- byggere	Liste- innb. På ubesatt lister	Ledige plasser åpen liste hos fast lege	Ledige plasser åpne lister fast lege	Ledige plasser åpne inkl ube-satte	På vente- liste
4	Flekkefjord	10	9 993	15,5	0	0	15	42
4	Lyngdal	13	11 453	0,0	3	0	0	68
4	Lindesnes	27	23 031	2,1	2	0	0	81
5	Iveland	3	1 126	0,0	75	67	67	10
5	Vegårshei	2	1 295	0,0	0	0	0	76
5	Hægebostad	2	1 443	0,0	0	0	0	62
5	Åmli	3	1 535	0,0	0	0	0	9
5	Sirdal	5	1 770	0,0	21	12	12	71
5	Gjerstad	4	2 378	3,7	0	0	5	111
5	Kvinesdal	7	6 081	0,0	275	45	45	42
6	Valle	1	565	0,0	0	0	0	4
6	Åseral	2	1 033	0,0	109	106	106	54
6	Bykle	4	1 700	0,0	297	175	175	2
	Rogaland	482	506 014	3,1	1 849	4	4	82
2	Sola	26	29 007	1,7	0	0	0	70
2	Sandnes	77	75 720	5,5	40	1	1	115
2	Stavanger	136	160 787	0,8	165	1	1	55
3	Gjesdal	12	11 712	0,0	10	1	1	93
3	Strand	18	12 479	0,0	0	0	0	114
3	Randaberg	14	16 210	0,0	0	0	0	43
3	Time	18	19 874	0,0	0	0	0	75
3	Klepp	21	21 021	4,5	0	0	0	75
3	Haugesund	40	44 064	2,2	0	0	0	141
4	Bjerkreim	3	3 289	0,0	0	0	0	15
4	Tysvær	11	12 033	9,1	0	0	0	103
4	Eigersund	13	15 509	11,4	432	28	49	92
4	Hå	23	18 665	1,3	32	2	2	55
4	Karmøy	30	37 893	7,3	0	0	0	117
5	Bokn	1	641	0,0	0	0	0	137
5	Hjelmeland	3	2 824	0,0	20	7	7	31
5	Lund	3	3 009	0,0	377	125	125	0
5	Sokndal	3	3 031	0,0	285	94	94	12
5	Sauda	8	4 565	20,8	0	0	0	72
5	Vindafjord	12	9 438	10,2	126	13	17	65
6	Utsira	1	161	0,0	0	0	0	0
6	Kvitsøy	1	358	0,0	242	676	676	0
6	Suldal	8	3 724	0,0	120	32	32	20
	Vestland	732	651 021		5 902			
2	Bergen	274	298 304	2,6	66	0	0	84

		Antall	Antall	Andel	Antall	Per 1000 listeinnbygger		
Sentra- litet Klasse	Fylke/ Kommune	Antall fastlege- lister	Antall Listeinn- byggere	Liste- innb. På ubesatt lister	Ledige plasser åpen liste hos fast lege	Ledige plasser åpne lister fast lege	Ledige plasser åpne inkl ube-satte	På vente- liste
3	Askøy	31	27 042	12,8	0	0	0	97
4	Samnanger	4	2 304	0,0	31	13	13	64
4	Sveio	6	4 463	13,2	0	0	0	119
4	Osterøy	6	7 152	0,0	126	18	18	99
4	Kvam	12	8 853	21,1	0	0	3	145
4	Voss herad	20	16 737	10,3	125	7	14	84
4	Stord	23	20 005	16,9	0	0	0	118
4	Bjørnafjorden	30	25 569	0,0	1 153	45	45	41
4	Alver	31	29 428	4,0	0	0	0	88
4	Øygarden	47	40 013	0,1	238	6	6	44
5	Lærdal	3	2 232	33,2	0	0	49	8
5	Fitjar	5	2 570	0,0	0	0	0	125
5	Tysnes	3	2 574	0,0	289	112	112	2
5	Austrheim	3	2 795	0,0	0	0	0	20
5	Vaksdal	5	3 337	5,2	0	0	0	88
5	Etne	7	4 117	13,2	0	0	0	168
5	Årdal	6	5 134	49,3	0	0	4	114
5	Austevoll	8	5 194	0,0	0	0	0	83
5	Luster	11	5 264	0,0	185	35	35	55
5	Gloppen	8	5 909	0,0	40	7	7	7
5	Stryn	10	6 910	0,0	0	0	0	109
5	Stad	12	9 180	25,4	24	3	10	68
5	Ullensvang	17	10 719	24,5	118	11	11	66
5	Bømlo	14	11 761	25,9	0	0	5	98
5	Sogndal	17	12 848	10,8	39	3	3	33
5	Kvinnherad	19	13 201	5,3	39	3	53	67
5	Kinn	25	18 589	14,0	61	3	21	61
5	Sunnfjord	30	23 792	5,4	70	3	4	80
6	Modalen	1	441	0,0	0	0	0	20
6	Fedje	1	509	0,0	491	965	965	0
6	Solund	3	684	0,0	616	901	901	0
6	Eidfjord	2	1 033	0,0	119	115	115	7
6	Ulvik	2	1 194	0,0	0	0	0	9
6	Hyllestad	2	1 262	0,0	488	387	387	0
6	Aurland	4	1 715	0,0	81	47	47	71
6	Masfjorden	3	1 782	33,3	0	0	0	79
6	Gulen	3	2 152	0,0	385	179	179	6
6	Vik	6	2 513	0,0	732	291	291	80
6	Fjaler	3	2 741	54,4	0	0	1	9
6	Askvoll	4	2 839	29,7	0	0	2	48
6	Bremanger	4	2 857	0,0	386	135	135	22

		Antall	Antall	Andel	Antall	Per 1000 listeinnbygger		
Sentra- litet Klasse	Fylke/ Kommune	Antall fastlege- lister	Antall Listeinn- byggere	Liste- innb. På ubesatt lister	Ledige plasser åpen liste hos fast lege	Ledige plasser åpne lister fast lege	Ledige plasser åpne inkl ube-satte	På vente- liste
6	Høyanger	7	3 303	35,4	0	0	24	84
	Møre og Romsdal	307	263 967	4,7	2 402	9	12	67
3	Ålesund	60	62 494	4,7	241	4	14	60
4	Hareid	7	4 868	14,8	40	8	8	58
4	Sykkylven	10	6 958	14,9	0	0	0	123
4	Sula	10	8 393	0,0	517	62	62	27
4	Giske	11	8 559	8,4	0	0	9	60
4	Ulstein	11	10 148	0,0	0	0	0	79
4	Ørsta	15	10 635	6,9	0	0	0	95
4	Volda	14	11 617	0,0	0	0	0	62
4	Kristiansund	31	25 467	0,0	6	0	0	78
4	Molde	40	36 243	5,2	10	0	0	85
5	Herøy	3	1 811	2,0	125	69	77	6
5	Gjemnes	2	2 193	0,0	0	0	0	35
5	Aukra	4	2 667	0,0	47	18	18	24
5	Tingvoll	3	2 760	0,0	0	0	0	55
5	Stranda	7	4 330	14,4	63	15	15	37
5	Averøy	7	5 425	0,0	0	0	0	109
5	Surnadal	6	5 781	0,0	24	4	4	48
5	Sunndal	6	6 804	18,8	0	0	3	63
5	Vestnes	8	6 806	0,0	9	1	1	75
5	Rauma	9	7 123	8,9	0	0	2	69
5	Haram	12	8 584	17,9	83	10	17	77
5	Hustadvika	12	11 564	0,0	100	9	9	62
6	Smøla	3	2 224	0,0	626	281	281	0
6	Sande	3	2 287	0,0	210	92	92	1
6	Fjord	4	2 351	0,0	8	3	3	18
6	Vanylven	5	2 807	7,4	266	95	95	75
6	Aure	4	3 068	0,0	27	9	9	27
	Trøndelag	518	493 320	2,2	6 156	12	18	51
2	Trondheim	206	229 165	0,5	1 013	4	6	42
3	Malvik	16	13 759	0,0	0	0	0	44
3	Melhus	17	16 862	0,0	54	3	3	65
3	Stjørdal	27	25 835	0,0	30	1	1	57
4	Inderøy	9	5 992	0,0	0	0	0	126
4	Skaun	6	6 959	0,0	32	5	5	74
4	Verdal	16	13 583	0,0	0	0	0	119
4	Namsos	18	16 276	0,0	0	0	0	50
4	Orkland	19	19 324	0,0	85	4	4	39
4	Levanger	23	21 493	0,0	99	5	5	75

		Antall	Antall	Andel	Antall	Per 1000 listeinnbygger		
Sentra- litet Klasse	Fylke/ Kommune	Antall fastlege- lister	Antall Listeinn- byggere	Liste- innb. På ubesatt lister	Ledige plasser åpen liste hos fast lege	Ledige plasser åpne lister fast lege	Ledige plasser åpne inkl ube-satte	På vente- liste
4	Steinkjer	29	25 689	5,3	360	14	37	54
5	Meråker	3	1 889	0,0	511	271	271	0
5	Grong	3	1 976	0,0	8	4	4	48
5	Rindal	3	2 094	0,0	0	0	0	75
5	Rennebu	4	2 260	26,9	97	43	128	4
5	Frosta	4	2 894	0,0	18	6	6	85
5	Overhalla	5	3 462	10,0	11	3	8	47
5	Selbu	4	3 546	0,0	193	54	54	12
5	Røros	8	5 823	0,0	160	27	27	39
5	Heim	8	5 856	25,3	0	0	63	42
5	Midtre Gauldal	7	6 075	0,0	78	13	13	33
5	Oppdal	9	7 505	5,6	0	0	10	59
5	Indre Fosen	11	9 431	12,9	313	33	101	49
5	Nærøysund	13	9 467	30,5	0	0	17	70
5	Ørland	14	10 758	0,0	214	20	20	71
6	Røyrvik	1	416	0,0	134	322	322	0
6	Leka	1	500	0,0	205	410	410	0
6	Namsskogan	1	570	0,0	930	1632	1 632	0
6	Tydal	2	812	0,0	388	478	478	0
6	Flatanger	1	931	0,0	269	289	289	0
6	Osen	1	996	0,0	504	506	506	0
6	Lierne	2	1 210	48,2	73	60	157	0
6	Høylandet	2	1 447	0,0	0	0	0	57
6	Holtålen	4	1 783	29,1	186	104	178	0
6	Snåsa	3	2 049	0,0	92	45	45	5
6	Åfjord	4	4 096	0,0	99	24	24	17
6	Hitra	6	5 182	4,6	0	0	31	26
6	Frøya	8	5 355	0,0	0	0	0	153
	Nordland	349	248 485	5,2	6 190	25	41	57
3	Bodø	60	55 471	0,9	460	8	11	35
4	Fauske	12	9 023	15,9	14	2	40	22
4	Sortland	16	11 128	0,0	0	0	0	64
4	Vefsn	15	13 457	9,7	0	0	1	121
4	Narvik	28	22 661	0,0	231	10	10	59
4	Rana	29	25 901	11,8	21	1	20	118
5	Hemnes	6	4 384	14,7	54	12	20	69
5	Saltdal	7	4 501	11,5	84	19	82	64
5	Øksnes	7	4 607	0,0	239	52	52	36
5	Brønnøy	12	7 286	0,0	19	3	3	125
5	Alstahaug	9	7 566	0,0	0	0	0	44
5	Hadsel	13	8 248	0,0	46	6	6	21

		Antall	Antall	Andel	Antall	Per 1000 listeinnbygger		
Sentra- litet Klasse	Fylke/ Kommune	Antall fastlege- lister	Antall Listeinn- byggere	Liste- innb. På ubesatt lister	Ledige plasser åpen liste hos fast lege	Ledige plasser åpne lister fast lege	Ledige plasser åpne inkl ube-satte	På vente- liste
5	Vågan	13	9 414	0,0	0	0	0	111
5	Vestvågøy	16	11 816	0,0	188	16	16	56
6	Røst	1	415	0,0	85	205	205	0
6	Træna	1	437	0,0	63	144	144	0
6	Værøy	3	603	0,0	597	990	990	0
6	Vevelstad	1	614	0,0	0	0	0	5
6	Moskenes	2	899	45,4	0	0	380	4
6	Rødøy	4	940	24,9	44	47	64	0
6	Flakstad	2	1 016	55,9	152	150	181	0
6	Vega	3	1 084	47,1	169	156	423	73
6	Hattfjelldal	4	1 223	0,0	172	141	141	14
6	Grane	3	1 330	32,7	0	0	86	13
6	Dønna	3	1 350	1,8	274	203	630	0
6	Beiarn	3	1 559	0,0	402	258	258	33
6	Gildeskål	4	1 576	0,0	423	268	268	34
6	Bindal	4	1 649	0,0	83	50	50	7
6	Nesna	2	1 761	0,0	186	106	106	16
6	Lurøy	6	1 844	19,3	707	383	407	42
6	Lødingen	4	1 974	13,0	175	89	288	33
6	Sørfold	3	2 108	0,0	83	39	39	22
6	Sømna	4	2 330	0,0	14	6	6	8
6	Leirfjord	3	2 336	0,0	0	0	0	27
6	Bø	4	2 442	0,0	77	32	32	11
6	Hamarøy	6	2 467	32,2	83	34	117	19
6	Steigen	5	2 529	0,0	83	33	33	45
6	Andøy	9	4 460	23,8	494	111	119	12
6	Meløy	11	5 621	14,2	468	83	182	2
6	HerøyMøre	11	8 455	0,0	0	0	0	76
	Troms	236	172 413	2,8	3 870	22	24	43
3	Tromsø	90	83 860	0,0	1 482	18	18	30
4	Harstad	36	25 023	2,5	12	0	1	86
5	Kvæfjord	4	2 593	0,0	0	0	0	50
5	Sørreisa	7	3 673	27,6	0	0	0	8
5	Bardu	9	3 941	9,6	172	44	62	64
5	Nordreisa	6	4 602	13,3	0	0	41	31
5	Målselv	12	7 010	5,5	0	0	2	44
5	Senja	25	14 869	7,7	0	0	1	111
6	Gratangen	2	887	13,0	28	32	32	0
6	Kvænangen	3	1 173	0,0	22	19	19	13
6	Storfjord	3	1 756	0,0	40	23	23	29
6	Kåfjord	4	1 834	0,0	111	61	61	4

		Antall	Antall	Andel	Antall	Per 1000 listeinnbygger		
Sentra- litet Klasse	Fylke/ Kommune	Antall fastlege- lister	Antall Listeinn- byggere	Liste- innb. På ubesatt lister	Ledige plasser åpen liste hos fast lege	Ledige plasser åpne lister fast lege	Ledige plasser åpne inkl ube-satte	På vente- liste
6	Karlsøy	3	1 838	0,0	360	196	196	8
6	Lyngen	4	2 490	23,5	42	17	23	6
6	Skjervøy	4	2 716	0,0	184	68	68	0
6	Salangen	10	4 488	0,0	931	207	207	7
6	Balsfjord	7	4 786	0,0	391	82	82	9
6	Tjeldsund	7	4 874	0,0	95	19	19	17
	Finnmark	126	72 624	9,0	2 261	31	48	69
4	Hammerfest	18	10 917	15,1	21	2	2	116
4	Alta	30	21 509	9,6	0	0	0	95
5	Vadsø	9	5 611	8,3	1	0	24	23
5	Sør-Varanger	13	9 608	6,5	4	0	13	101
6	Loppa	3	820	0,0	71	87	87	5
6	Berlevåg	3	832	0,0	368	442	442	0
6	Nesseby	4	910	0,0	125	137	137	0
6	Hasvik	3	927	0,0	172	186	186	11
6	Gamvik	2	989	0,0	111	112	112	0
6	Måsøy	2	1 042	0,0	108	104	104	0
6	Lebesby	2	1 129	0,0	71	63	63	0
6	Vardø	4	1 848	2,5	77	42	395	22
6	Båtsfjord	4	2 050	50,0	167	81	166	4
6	Karasjok	5	2 478	0,0	128	52	52	48
6	Kautokeino	5	2 599	0,0	0	0	0	22
6	Tana	6	2 602	26,0	0	0	66	51
6	Nordkapp	6	2 933	0,0	686	234	234	52
6	Porsanger	7	3 820	0,0	151	40	40	21

Vedlegg til kapittel 8

Tabell V8.1. Takstgrunnlag for kontakttypene i allmennlegetjenesten, 2024.

Kontakttipe	Regning med minst én av følgende takster*
Konsultasjon med lege	
Fysisk konsultasjon	2ad, 2ak, 2ed, 2fk, 074a, 074b, 074d, 615
Elektronisk konsultasjon	2ae, 074ae, 074be, 2aef (takst kun for fastlege), 2aek (takst kun for legevakt)
Sykebesøk	11ad, 11ak
Enkel kontakt med pasient	
Enkel kontakt med pasient til stede	1ad, 1ak, 1e, 701a, 618
Enkelt kontakt brev/ tlf./ adm./ elektronisk	1bd, 1bk, 1g, 1i, 612a, 612b
Kontakt med andre instanser (pasient kan være til stede eller fraværende)	
Enkel kontakt med andre kommunale eller statlige helse-, omsorg- og sosialtjenester om pasient	1f
Tverrfaglig samarbeidsmøte med andre helse-, omsorg-, eller sosialpersonell om pasient	14
Dialogmøte med NAV	L36, L36d
Beslutningsstøtte til ambulansepersonell som er til stede hos pasient	1k
Andre kontakter for administrative formål	
Utvalgte takster for administrativt arbeid. Registrert uten å være knyttet opp mot annen kontakt	H1, 7, 8, 2kd, 2ld, L1, L25, L40. L4, L8, 616
* En del av de utvalgte takstene er i utgangspunktet avviklet fom 1. juli 2023, men de utgjør likevel en del av datamaterialet for aktiviteten i 2024.	

Tabell V8.2. Kontakttyper fastlege, 2019-2024.

Fastlege	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Prosent endring siste år	Prosent endring fra 2019
Konsultasjoner								
Fysisk	14 292 722	11 949 567	11 944 753	12 719 254	13 296 097	13 879 268	4	-3
Per 100 innb.	266	222	220	232	240	248	4	-7
E-konsultasjon	445 093	3 540 361	4 489 026	4 159 700	3 614 925	3 169 801	-12	612
Per 100 innb.	8	66	83	76	65	57	-13	583
Sykebesøk	88 519	116 501	97 127	81 052	75 127	70 436	-6	-20
Per 100 innb.	2	2	2	1	1	1	-7	-24
Total	14 826 334	15 606 429	16 530 906	16 960 006	16 986 149	17 119 505	1	15
Per 100 innb.	276	289	305	309	306	306	0	11
Enkel kontakt med pasient								
Enkel kontakt brev/tlf/adm/elektronisk	11 229 601	12 332 069	12 382 379	12 185 421	12 710 710	13 540 796	7	21
Per 100 innbygger	209	229	228	222	229	242	6	16
Enkel kontakt med pasient til stede	2 344 248	2 353 230	2 813 779	2 397 662	2 258 171	2 323 992	3	-1
Per 100 innbygger	44	44	52	44	41	42	1	-6
Kontakt med andre instanser om- og med pasient								
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	1 838 435	2 005 305	2 093 503	2 257 976	2 378 760	2 524 777	6	37
Per 100 innbygger	34	37	39	41	43	45	5	33
Samarbeidsmøter	153 916	151 835	156 979	143 027	146 421	95 340	-35	-38
Per 100 innbygger	3	3	3	3	3	2	-34	-41
Beslutningsstøtte ambulans*						4 619		
Per 100 innbygger						0		
Administrativ kontakt								
Utvalgte takster administrativt arbeid	730 294	908 316	896 320	972 405	1 017 522	1 088 501	7	49
Per 100 innbygger	14	17	17	18	18	19	6	43
*1k Beslutningsstøtte ambulanspersonell innført 1.juli 2023								

Tabell V8.3. Kontakttyper fastlege, 2019-2024.

Legevakt	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Prosent endring siste år	Prosent endring fra 2019
Konsultasjoner								
Fysisk	1 324 830	1 180 408	1 232 165	1 292 155	1 292 635	1 304 114	1	-2
Per 100 innb.	25	22	23	24	23	23	0	-6
E-konsultasjon	0	73 417	45 983	42 707	39 072	39 660	2	-46
Per 100 innb.	0	1	1	1	1	1	1	-48
Sykebesøk	75 285	87 941	84 211	89 066	95 139	94 355	-1	25
Per 100 innb.	1	2	2	2	2	2	-2	20
Total	1 400 115	1 341 766	1 362 359	1 423 928	1 426 846	1 438 129	1	3
Per 100 innb.	26	25	25	26	26	26	0	-1
Enkel kontakt med pasient								
Enkel kontakt brev/tlf/adm/elektronisk	723 419	1 255 345	1 397 551	991 018	713 339	664 670	-7	-8
Per 100 innbygger	13	23	26	18	13	12	-9	-9
Enkel kontakt med pasient til stede	63 228	1 347 953	4 447 712	1 344 877	62 298	53 016	-15	-16
Per 100 innbygger	1	25	82	25	1	1	-14	-21
Kontakt med andre instanser om- og med pasient								
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	92 881	92 671	86 396	85 005	79 639	70 864	-11	-24
Per 100 innbygger	2	2	2	1,5	1	1	-10	-25
Samarbeidsmøter	15 814	20	40	36	31	0	-100	-100
Per 100 innbygger	0	0	0	0	0	0	0	-100
Beslutningsstøtte ambulanse*						25 086		
Per 100 innbygger						0		
Administrativ kontakt								
Utvalgte takster administrativt arbeid	2 556	2 579	2 839	3 083	2 392	2 288	-4	-10
Per 100 innbygger	0	0	0	0	0	0	-5	-14

*1k Beslutningsstøtte ambulanspersonell innført 1.juli 2023