

Pasienters erfaringer med kommunale legevakter i 2025

Først publisert: 14. april 2026

Siste faglige endring: 14. april 2026

Innhold

1. <u>Hvilke erfaringer har pasienter som har vært i kontakt med kommunal legevakt?</u>	3
2. <u>Bakgrunn</u>	6
3. <u>Metode</u>	7
4. <u>Overordnede resultater</u>	13
5. <u>Resultater på indikatorer og EQ-5D-5L</u>	21
6. <u>Resultater på andre enkeltpørsmål som ikke inngår i indikatorene</u>	26
7. <u>Referanser</u>	32
8. <u>Vedlegg</u>	33

Hvilke erfaringer har pasienter som har vært i kontakt med kommunal legevakt?

1.1 Bakgrunn

I Norge har kommunene ansvar for å tilby en legevaktjeneste som ivaretar befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp. Stortingsmelding 23 (2024–2025) om akuttmedisinske tjenester løftet frem viktigheten av en tilgjengelig og sammenhengende akuttmedisinsk kjede. I forbindelse med meldingen ble det fremmet en rekke tiltak. Ett av tiltakene var å gjennomføre en brukererfaringsundersøkelse blant pasienter som hadde vært i kontakt med kommunale legevakter i løpet av 2025. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gjennomførte Helsedirektoratet (Hdir) en brukererfaringsundersøkelse blant legevakt pasienter i 2025. Formålet med undersøkelsen er å få kunnskap om hvordan tilbudet oppleves ved ulike legevakter, og danne grunnlag for systematisk kvalitetsarbeid i legevaktjenesten. Undersøkelsen har blitt gjennomført 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 ga sin tilslutning til.

1.2 Hovedfunn

Totalt har 16 863 pasienter svart på undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 30.

På nasjonalt nivå er det samlet sett gode resultater for alle de fem indikatorene som måles i denne undersøkelsen. Indikatorverdiene ligger jevnt over i den øvre delen av svarskalaen fra 0-100, hvor 100 er høyeste verdi. Resultatene på de fem indikatorene på nasjonalt nivå er:

- Telefonkontakt: 78
- Videosamtale: 82*
- Erfaringer med legene på legevaktlokalet: 79
- Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet: 80
- Organisering og ventetid: 59

*For indikatoren Videosamtale, som fikk en indikatorverdi på 82, var det kun rundt 5 % (n=860) av de som oppga at de hadde telefonkontakt med legevakten, som fikk tilbud om hjelp ved bruk av videosamtale. Av de som fikk dette tilbudet, samtykket 771 til å benytte seg av videosamtale.

1.2.1 Hvordan regner vi ut indikatorene

For å komme frem til indikatorer, er de fleste spørsmålene i undersøkelsen blitt samlet i grupper etter tema. Deretter er det benyttet statistiske metoder, blant annet faktoranalyse, for å lage indikatorer basert på tema, og beregnet en samle verdi for hvert tema.

Ved å bruke indikatorer i resultatfremstillingen får man et mer pålitelig og robust bilde av brukernes erfaringer, enn om vi bare ser på enkeltspørsmål. Indikatorskåren oppgis på en skala fra 0 til 100, der 100 er best. Som eksempel, en skår på 75 betyr at deltakerne i gjennomsnitt har svart i den nest beste av de fem svarkategoriene.

Totalt er det beregnet fem indikatorer basert på spørreskjemaet.

1.3 Variasjon i resultater mellom legevakter

Det er noe variasjon i resultatene (indikatorskår) mellom legevaktene, men på overordnet nivå er det små geografiske forskjeller. Resultatene viser at:

Sammenligning mellom små, middels store og store legevakter:

- Små legevakter skårer høyere enn middels store og store legevakter på indikatorene Erfaringer med legene på legevaktlokalet, Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet og Organisering og ventetid.
- Store legevakter har gjennomgående lavest skår på Organisering og ventetid.
- For Telefonkontakt og Videosamtale er skårene jevnt over høye i alle tre størrelsesgrupper.

Variasjon mellom alle enkeltlegevaktene:

- På indikatorene Telefonkontakt, Videosamtale, Erfaringer med legene og Erfaringer med sykepleierne er skårene generelt høye, og ingen legevakter skiller seg negativt ut.
- Indikatoren Organisering og ventetid viser størst variasjon mellom de enkelte legevaktene.

1.4 Variasjon i resultater etter kjennetegn ved svarerne

Selv om resultatene på overordnet nivå generelt er relativt gode, er det viktig å trekke frem variasjonen i datamaterialet og hva som kjennetegner de som ikke er like fornøyde med legevaktkontakten. Det er en tendens til at:

- Økende alder gir høyere skårer på indikatorene. De yngste i utvalget (16–19 år) skårer lavere for alle indikatorene sammenlignet med pasienter over 30 år.
- Høyere utdanning gir høyere skårer på indikatorene. Pasienter med grunnskole som høyeste utdanning skårer lavere for fire av indikatorene enn pasienter med høyskole/universitet som høyeste utdanning.
- Enslige skårer lavere enn gifte, samboere, skilte/separerte og enker/enkemenn for fire av indikatorene.
- Pasienter med annet europeisk (ikke-nordisk) og ikke-europeisk språk som morsmål skårer lavere for fire av indikatorene sammenlignet med pasienter med norsk som morsmål.
- Pasienter med flere kontakter hos fastlege og/eller legevakt i perioden to år før legevaktkontakten skårer lavere på 2–3 av indikatorene sammenlignet med pasienter med færre kontakter.
- Pasienter registrert med diagnose innen psykisk helse eller sosiale problemer på den aktuelle legevaktkontakten skårer lavere på alle indikatorene enn pasienter registrert med en somatisk sykdom.
- Pasienter med kontakt innen psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i perioden to år før legevaktkontakten skårer lavere på alle indikatorene sammenlignet med pasienter uten kontakt.

Undersøkelsen inkluderer også spørsmål til pasienten om deres egenvurderte helserelatert livskvalitet, målt ved EQ-5D-5L. Ved å besvare EQ-5D-5L-spørsmålene beskriver svarerne sin helsetilstand langs fem aspekter ved egen helse: mobilitet, personlig stell, vanlige aktiviteter, smerte/ubehag og angst/depresjon. Svarene kan kombineres til ett samlet mål på helserelatert livskvalitet. Resultatene for egenvurdert helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L) i undersøkelsen viser at pasienter med bedre egenvurdert helse har høyere skårer på alle fem indikatorene sammenlignet med pasienter som hadde oppgitt dårligere egenvurdert helse.

1.5 Resultater på andre spørsmål i undersøkelsen:

Undersøkelsen inneholder spørsmål om situasjonen og forhold da legevakten ble kontaktet, for eksempel:

- Om pasienten opplevde situasjonen var akutt eller ikke, samt om fastlegen ble kontaktet først, eller ikke:
 - 54 % oppgir at de fikk et akutt helseproblem eller skade da legevakten ble kontaktet.
 - 62 % av de som fikk et akutt helseproblem/en skade eller en forverring svarer at de fikk en rask forverring av helsen (i løpet av 0-24 timer).
 - 15 % av pasientene opplevde situasjonen som meget alvorlig og at de måtte ha hjelp med én gang, mens 49 % opplevde situasjonen som alvorlig og at de måtte ha hjelp innen få timer.
 - 25 % svarer at de opplevde situasjonen som mindre alvorlig og at de kunne vente til neste dag.
 - 11 % oppgir at de prøvde å kontakte fastlegen før legevakten ble kontaktet.
 - 89 % oppgir at de ikke kontaktet fastlegen, hvorav 48 % svarer at de ikke prøvde å ta kontakt med fastlegen før legevakten ble kontaktet og 29 % oppgir at fastlegen ikke var tilgjengelig på tidspunktet legevakten ble kontaktet.
- Om en hadde telefonkontakt med legevakten:
 - 84 % av pasientene oppgir å ha hatt telefonkontakt med legevakten.
 - 86 % av pasientene som hadde telefonkontakt opplevde at det ikke i det hele tatt eller i liten grad, tok lang tid før han/hun kom i kontakt med legevakten på telefon.
- Spørsmålene knyttet til oppmøte på legevaktlokalet:
 - 82 % av pasientene oppgir at de møtte opp på legevaktlokalet.
 - 82 % av disse hadde bestilt time først.
 - 52 % oppga at de hadde med seg enten pårørende, ledsager eller noen andre på legevakten.
- Reisetid for de som møtte opp på legevaktlokalet:
 - 71 % brukte under ½ time til legevaktlokalet.
 - 81 % kom med bil til legevakten.
 - 80 % svarer at reisetiden i stor grad eller i svært stor grad var akseptabel.
- Ventetid på legevaktlokalet:
 - 74 % svarer at de ventet inntil 30 minutter før undersøkelse eller behandling.
 - 2 % oppgir at de ventet mer enn tre timer.
- Videre oppfølging etter kontakt med legevakten:
 - 58 % oppgir at det var behov for videre oppfølging, hvorav 41 % fikk oppfølging av fastlegen.
 - 37 % ble lagt inn på sykehus eller annen helseinstitusjon.
- Behov for tolk:
 - Kun én prosent (195 pasienter) av respondentene svarte at de hadde behov for tolk.
 - Av disse 195 fikk rundt halvparten tilbud om tolk.
 - Av de som fikk tilbud om tolk, viser resultatene at flertallet i stor grad eller i svært stor grad syntes tolketjenesten fungerte tilfredsstillende.

Bakgrunn

2.1 Om undersøkelsen

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i tildelingsbrevet for 2025 Helsedirektoratet (Hdir) i oppdrag å gjennomføre en undersøkelse om pasienters erfaringer med legevakt i Norge. Undersøkelsen skulle 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 ga sin tilslutning til.

Formålet med undersøkelsen er å fremskaffe informasjon om pasienters erfaringer med legevakter. Resultatene fra undersøkelsen skal kunne brukes til kvalitetsforbedring i tjenestene, virksomhetsstyring, offentlig innsikt og gi grunnlag for valg av tjenestested (gi allmennheten innsikt i helsetjenestens ytelser). Det var viktig at undersøkelsen ble gjennomført i 2025, da den vil være en baseline-undersøkelse for Stortingsmelding om fremtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (Meld.St.23 (2024–2025) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025), og for å følge med på om regjeringens tiltak bidrar til et bedre tilbud til legevaktpasienter.

2.2 Ansvarsbegrensning

Denne undersøkelsen har brukt data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR). Tolkning og rapportering av disse dataene er Hdirs ansvar alene, og har ikke vært gjenstand for godkjenning fra de nevnte registrene.

Metode

3.1 Populasjon

Populasjonen består av pasienter som var i kontakt med kommunal legevakt (trukket fra KPR) eller Oslo skadelegevakt (trukket fra NPR) i perioden 1. september til 31. oktober 2025. Det ble trukket maksimalt 309 tilfeldige pasienter per legevakt per måned, noe som innebærer at det totalt ble trukket 618 pasienter per legevakt. Inklusjonskriteriene var følgende:

- Pasienten skal være 16 eller eldre på tidspunktet for kontakt med legevakten.
- Pasienten skal ha gyldig fødselsnummer eller d-nummer.
- Fra KPR ble kun pasienter registrert med takst for enkel pasientkontakt, vanlig konsultasjon og digital konsultasjon (tekst, telefon, video), både på dagtid og kveld, samt ulike tilleggskoster knyttet til disse kontaktformene inkludert.

Følgende pasienter ble ekskludert fra utvalget:

- Pasienter under 16 år på tidspunktet for kontakten.
- Pasienter som var registrert som avdøde før utsendelse av spørreskjema.
- Pasienter som har reservert seg mot tilgjengeliggjøring av data fra KPR.
- Pasienter med sperret adresse på tidspunktet for utsendelse av spørreskjema.
- Pasienter som ble inkludert på et tidligere stadium i undersøkelsen (det vil si pasienter trukket i september for oktoberutvalget).

Kun den siste registrerte kontakten per pasient ble inkludert i det endelige datagrunnlaget. En pasient har derfor kun blitt trukket én gang og kun blitt knyttet til én legevakt i løpet av undersøkelsen.

3.2 Organisering av legevakt

Det er kommunenes ansvar å tilby en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp (akuttmedisinforskriften §6) (Akuttmedisinforskriften, 2015). Kommunen har ansvar for alle som oppholder seg i kommunen og skal tilby hjelp ved ulykker og akutte situasjoner. Legevaktjenesten er, sammen med heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste, og psykososial beredskap og oppfølging, en del av kommunens plikt (helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3. § 3-2) (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Landets kommunale legevakter varierer betydelig i organisering og størrelse. Geografisk plassering og bosetting påvirker hvordan legevaktene organiseres, og det er forskjeller i bruksmønster etter blant annet alderssammensetning i kommunen og befolkningens tilgjengelighet til både legevakt og fastlege.

Legevaktaktiviteten påvirkes også av sesongvariasjoner. For eksempel vil legevakter som ligger i områder som er typiske feriedestinasjoner i perioder brukes av en langt større befolkning enn ellers i året. I tillegg vil type skade og sykdommer variere med årstidene.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) gir en oversikt over landets legevakter og legevaktsentraler, og inneholder opplysninger om organisering, bemanning og utstyr. Enheten i dette registeret er legevakt, ikke kommune. Per januar 2024 var det registrert 167 legevakter og 94 legevaktsentraler, som til sammen dekker alle Norges 357 kommuner. Legevaktene er videre organisert i legevaktdistrikt, som er geografisk definerte områder der en legevakt har ansvaret for akutt medisinsk hjelp (Nasjonalt legevaktregister, 2026, Allertsen&Morken, 2024). Det er denne inndelingen av legevakter som er brukt i denne nasjonale undersøkelsen som beskrives i denne rapporten.

Tabell 1 viser antall legevakter og gjennomsnittlig og median befolkningsstørrelse de dekker, inndelt i små, middels og store legevakter.

Tabell 1: Legevakter og befolkningsstørrelse.

Legevaktstørrelse (befolkning)	Legevakter		Befolkning ¹	
	N	%	Gjennomsnitt	Median
Store (> 100 000)	11	7	213 000	137 000
Middels (10 000-100 000)	83	50	35 000	28 000
Små (< 10 000)	73	44	4000	3000

¹Folketall er avrundet til nærmeste tusen.
En måte å håndtere ulikhetene mellom legevaktene med tanke på størrelse i rapporteringen, er å dele inn etter NKLMs inndeling: store, middels og små legevakter etter hvor mange innbyggere legevakten dekker. Tabell 1 viser at 11 (7 %) legevakter ble karakterisert som store, 83 (50 %) som middels og 73 (44 %) som små legevakter i 2024.

3.3 Spørreskjema

Spørreskjemaet består av totalt 65 spørsmål. Det inneholder spørsmål om pasientenes erfaringer med telefonkontakt og helsepersonellkontakt, samt erfaringer med tilgjengelighet og organisering, og enkelte bakgrunnsspørsmål.

Spørreskjemaet som brukes i undersøkelsen ble opprinnelig utviklet i perioden 2006–2012 av tidligere Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og NKLM (Danielsen et al., 2008). Det er tidligere benyttet i en undersøkelse blant NKLMs Vaktårnlegevakter og brukes fremdeles av legevakter som gjennomfører lokale undersøkelser (Danielsen et al. 2012, NKLM, 2026). I forbindelse med denne nasjonale undersøkelsen er skjemaet revidert og oppdatert der det har vært behov. Den største endringen er inkludering av spørsmål om videosamtale. I tillegg omfatter undersøkelsen nå også spørsmål om egenvurdert helserelatert livskvalitet, målt ved måleinstrumentet EQ-5D-5L. Dette instrumentet inneholder fem spørsmål knyttet til fem dimensjoner av helse: mobilitet, personlig stell, vanlige aktiviteter, smerte/ubehag og angst/depresjon (EuroQol, 2026).

Det var kun mulig å svare elektronisk, og svarene ble lagret hos Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo (UiO). En oversikt over spørsmål og svarkategorier i spørreskjema finnes i vedlegg.

3.4 Datainnsamling

Pasientene ble identifisert i KPR og NPR (for Oslo skadelegevakt) og invitert til å delta via Helsenorge.no. Svarene ble gitt gjennom Nettskjema. Hdir mottok en datafil med pasientenes fødselsnummer, prosjektspesifikt løpenummer og rapportert praksiskommune for legevaktkontakt til prosjektets område i TSD. Ved hjelp av fødselsnummer ble pasientene invitert til å delta i undersøkelsen gjennom Helsenorge.no. Her kunne de logge inn for å få mer informasjon om undersøkelsen og besvare spørreskjemaet. Det var også mulig å reservere seg, enten å trekke innsendt spørreskjema og/eller å reservere seg mot innhenting av bakgrunnsinformasjon. Spørreskjemaet var tilgjengelig på bokmål, nynorsk og engelsk, etter pasientens eget valg.

Invitasjon til å delta i undersøkelsen ble sendt ut 35-65 dager etter at pasienten hadde vært i kontakt med legevakten. Pasienter som hadde vært i kontakt med legevakt i perioden 1. - 30. september fikk invitasjon til å delta i begynnelsen av november, mens pasienter som var i kontakt med legevakt 1. – 31. oktober, fikk

invitasjon til å delta i begynnelsen av desember. Det ble sendt ut to purringer i hver runde av undersøkelsen; første purring fem dager etter første utsendelse og siste purring ti dager etter første utsending. Spørreskjemaet var åpent for besvarelse i tre uker etter hver utsendingsrunde. Svar på spørreskjemaet og eventuelt innsendte reservasjonsskjema ble lagret i prosjektområdet i TSD.

Etter at innsamling av spørreskjemadata var avsluttet, ble to datafiler med bakgrunnsopplysninger – én fra KPR og én NPR – overført til Hdir. Vi mottok ikke bakgrunnsopplysninger om pasienter som hadde reservert seg mot dette. Bakgrunnsopplysningene inngikk i frafallsanalyser og justeringer for sammenligninger mellom legevakter. Følgende bakgrunnsopplysninger ble hentet inn:

Fra KPR og NPR:

- løpenummer
- kjønn
- alder i hele år

Fra KPR:

- for legevaktkontakten de ble trukket for:
 - praksiskommune
 - dato
 - takstkode
 - ICPC-2 tilstandskode
 - om legevaktkontakten skjedde i arbeidstid eller ikke
- andre opplysninger om hele utvalget i perioden to år før legevaktkontakt:
 - fastlegekontakter
 - legevaktkontakter
 - ICPC-2 tilstandskoder (kapitteinivå)
 - gruppert kontakttype

Fra NPR:

- for legevaktkontakten de ble trukket for (Oslo skadelegevakt):
 - dato
 - ICD-10 tilstandskode
 - om legevaktkontakten skjedde i arbeidstid eller ikke
- andre opplysninger om hele utvalget i perioden to år før legevaktkontakt:
 - Charlson komorbiditetsindeks
 - kontakt med psykisk helsevern / tverrfaglig spesialisert rusbehandling (ja/nei)

3.5 Analyser

Frafallsanalyser

I spørreundersøkelser er det særlig to forhold knyttet til populasjonen som man må ta hensyn til. For det første vil det alltid være noen som ikke svarer og enkelte grupper svarer oftere enn andre. For det andre kan sannsynligheten for å bli trukket ut til å delta variere betydelig. I denne undersøkelsen er det for eksempel stor forskjell på størrelsen på legevaktene. Siden det maksimalt blir trukket 618 tilfeldige pasienter per legevakt for september og oktober, og legevaktene behandler svært ulike mengder pasienter per måned, vil sannsynligheten for å bli trukket også variere en god del.

Til sammen kan disse to faktorene – ulik svarprosent og ulik trekkesannsynlighet – påvirke hvor representative resultatene i undersøkelsen blir. For å sikre at resultatene mest mulig gjenspeiler hele populasjonen har dataene blitt vektet basert på trekkesannsynlighet og svarsannsynlighet. Trekkesannsynlighet beregnes som andelen pasienter som ble trukket ut til å delta av det totale antallet valgbare pasienter behandlet ved den aktuelle legevakten i perioden på det tidspunktet utvalget ble trukket fra registeret. For å beregne svarsannsynlighet brukes en teknikk som heter "response homogeneity groups" (Särndal, 1992). Denne teknikken innebærer å dele inn populasjonen i grupper som har tilnærmet lik svarsannsynlighet basert på relevante bakgrunnsvariabler.

Vektingen medfører at svarene fra pasienter som er trukket ut fra store enheter (med lavere trekkesannsynlighet) og de som svarer sjelden (lavere svarsannsynlighet) tillegges mer vekt.

Faktoranalyser og indikatorer

Faktoranalyse er en statistisk metode som brukes til å identifisere underliggende faktorer, dimensjoner eller grupper av spørsmål som kan forklare samvariasjon i et datasett. Slike faktorer kaller vi indikatorer. De er mer robuste mål enn enkeltspørsmål. Indikatorene Telefonkontakt, Erfaringer med legene på legevaktlokalet, Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet og Organisering og ventetid ble opprinnelig beregnet for en tilsvarende undersøkelse blant pasienter som hadde vært i kontakt med legevakt i 2009 (Garratt et al., 2010). I tillegg inkluderte vi spørsmål knyttet til pasienterfaringer med Videosamtale, som ga grunnlag for den femte indikatoren.

Vi gjennomførte konfirmerende faktoranalyser for å vurdere om det var behov for endringer i de fire etablerte indikatorene. Den femte indikatoren (Videosamtale) hadde et lavt antall svarere og ble ikke inkludert i faktoranalysen. For å vurdere intern konsistens beregnet vi Cronbachs alfa for alle fem indikatorene.

Spørsmålene som inngår i indikatorene, er formulert som vist i figur 1 nedenfor. Svaralternativet "Ikke i det hele tatt" gis verdien 1 og er den mest negative vurderingen. Deretter blir svaralternativene mer og mer positive fram til "I svært stor grad", som gis verdien 5. Når vi konstruerer indikatorer omregnes verdiene til 0–100, hvor 100 er mest positivt. Dersom en indikator får en skår på 75, tilsvarer dette at pasientene i gjennomsnitt har svart "I stor grad" på alle spørsmålene som inngår i indikatoren. Dette anses å være en positiv vurdering. For detaljert beskrivelse av hvordan indikatorene er konstruert, se vedlegg 3.



Opplevde du at legen(e) var faglig dyktig?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Møtte du lege(r) på legevaktlokalet?»

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Figur 1: Eksempel på spørsmål slik det så ut i spørreskjemaet.

Av hensyn til anonymitet presenterer vi ikke resultater for enheter hvor det er færre enn 5 svarere. Resultater vises heller ikke hvis den statistiske usikkerheten er stor, her definert som standardavvik større enn 6.

Bakgrunnsvariabler og justeringer

Ulik sammensetting av pasienter ved de ulike legevaktene kan gjøre sammenligning mellom legevaktene utfordrende, ettersom ulike pasientgrupper kan oppleve de mottatte tjenestene på ulike måter. Det er derfor nødvendig å justere for slike skjevheter når resultatene fra forskjellige legevakter skal sammenlignes. Valget av justeringsvariabler er gjort ved å se på sammenhengen mellom bakgrunnsvariabler og indikatorer. Avhengig av type variabel så vi på denne sammenhengen ved hjelp av lineær regresjon, ANOVA og t-tester. For å identifisere signifikante forskjeller mellom grupper innad i en variabel, f.eks. sivilstand eller utdanning, er det brukt parvis t-test med Bonferroni-korreksjon og lineær regresjon.

Beregning av indeks for EQ-5D-5L

Nytt i denne undersøkelsen er også måleinstrumentet EQ-5D-5L, som gir informasjon om hvordan pasientene vurderer sin helserelaterte livskvalitet på tidspunktet da de fylte ut skjemaet. Den er basert på fem spørsmål/dimensjoner av helse: spørsmål om mobilitet, personlig stell, vanlige aktiviteter, smerter/ubehag og angst/depresjon.

For hver av dimensjonene kan pasienten gi en skår fra 1–5, der 1 er beste mulige helse og 5 er dårligst mulig helse. EQ-5D-5L-svarene blir deretter omregnet til en indeksskår per pasient. Dette gjøres ved å trekke alle avvik fra best mulig helse (der man svarer noe annet enn 1) ifra en indeksskår som representerer best mulig helserelatert livskvalitet. Verdien av hvert avvik fra best mulig helse per dimensjon er basert på befolkningens vurdering av hvilke av disse spørsmålene, og forskjeller mellom svarkategoriene, som har størst betydningen på helserelatert livskvalitet (Garratt et al., 2025). Indeksen kan gå fra -0,453 til 1, der 1 er beste mulige skår og alt under 0 regnes som verre enn død. En person som har svart best mulig helse på alle fem dimensjoner av helse vil ha en indeksskår for helserelatert livskvalitet på 1, mens personer som har oppgitt problemer på minst én av de fem dimensjonene vil ha en indeksskår mindre enn 1.

3.6 Begrensninger med metoden

KPR bygger på regninger (refusjonskrav) oversendt fra Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR)-fagsystemet. Hverken i KPR eller KUHR er det entydig informasjon om navn eller organisasjonsnummer for de 167 kommunale legevaktene. KPR inneholder heller ikke virksomhetssertifikatet til avsender av regningene, slik KUHR gjør. Prosjektet tok derfor utgangspunkt i rapportert praksiskommune for å tilordne regningen til legevakt ved bruk av oversikten til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM).

Rapportert praksiskommune er basert på hvilken praksis kravet er blitt koblet til, enten automatisk eller av saksbehandler. Denne metoden vil kunne gi feil dersom praksiskommune og avsender ikke stemmer overens, for eksempel dersom legen er registrert med en annen legevaktpraksis enn avsenders virksomhetssertifikat. I slike tilfeller kan legevaktkontakten bli knyttet til feil legevakt. I tillegg er oversikten til NKLM en forenkling av hvordan legevaktene i praksis organiserer seg, både gjennom døgnet og gjennom året, samt hvilke kommuner som inngår i et legevaktsdistrikt, som også kan føre til at regninger blir knyttet til feil legevakt.

En god del av utvalget har vært i kontakt med legevakt flere ganger i løpet av høsten 2025. Prosjektet ba pasientene om å svare for siste legevaktkontakt den aktuelle måneden de ble trukket for. Det kan likevel være tilfeller der pasienter har svart med utgangspunkt i en annen legevaktkontakt. Dersom de var i kontakt med en annen legevakt enn den de ble trukket for, vil spørreskjemasvarene bli knyttet til feil legevakt.

En betydelig andel av utvalget (10,7 %) var ikke kontaktbare via Helsenorge.no. Median alder for disse var 77 år. Andelen som ikke var kontaktbare varierte fra 0 % ved Fedje og Træna legevakt til 38,5 % ved Værøy legevakt (der median alder var 81 år for de som ikke kunne kontaktes).

I Råde kommune ligger nasjonalt ankomstsenter for asylsøkere. Blant pasienter registrert med praksiskommune Råde og tilordnet Mosseregionens legevakt var hele 95,7 % ikke kontaktbare via Helsenorge.no. Median alder blant ikke kontaktbare i Råde var 39 år.

Av utvalget i brukererfaringsundersøkelsen som var kontaktbare, gikk kun 50,7 % videre til informasjonsskriv om undersøkelsen. Dette kan tyde på at mange ikke har forholdt seg til meldingen de fikk om undersøkelsen.

Overordnede resultater

4.1 Beskrivelse av utvalget

Vi mottok 63 957 fødselsnumre fra FHI (KPR og NPR) for pasienter fra 16 år og eldre som hadde vært i kontakt med en kommunal legevakt eller Oslo skadelegevakt i inklusjonsperioden. Av disse var 6 827 pasienter (10,7 %) ikke kontaktbare på Helsenorge.no. Bruttoutvalget ble dermed 57 130 pasienter.

Alle 167 kommunale legevakter er representert, med unntak av Tysnes, Rødøy og Karlsøy legevakt for september måned og Tysnes legevakt og Hedmarken interkommunale legevakt for oktober måned. I tillegg er Oslo skadelegevakt inkludert fra spesialisthelsetjenesten.

Vi mottok 16 863 utfylte spørreskjema, noe som gir en svarprosent på 30.

Totalt 31 pasienter, hvorav 12 hadde svart på spørreskjema, reserverte seg mot innhenting av bakgrunnsinformasjon. Disse pasientene ble derfor ekskludert fra videre analyser. I tillegg mottok vi enkelte reservasjoner om å trekke innsendt spørreskjema, men disse hadde sendt inn spørreskjema i etterkant av reservasjonen. Svarene fra disse pasientene ble derfor beholdt.

Det totale antallet svarere som inngår i analysene er derfor 16 851 pasienter.

Beskrivelse av svarerne

Aldersspennet på de som har svart på undersøkelsen er fra 16 til 99 år, med et gjennomsnitt på 54 år. Svarprosenten varierte fra 13,6 % ved Røst legevakt til 52,9 % ved Bykle og Valle legevakt. Tabell 2 viser fordeling av bakgrunnsvariabler fra spørreskjemaet (merket med *) og utvalgte variabler fra KPR og NPR.

Tabell 2: Oversikt over bakgrunnsvariabler for svarerne. Antall og prosent¹.

Variabel	Svaralternativ	Antall	Prosent
Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste to årene? *	1 gang	5 015	30
	2 ganger	4 303	26
	3-5 ganger	4 974	30
	6-10 ganger	1 458	9
	Mer enn 10 ganger	982	6
Hva er sivilstanden din? *	Enslig	3 830	23
	Gift	7 635	45
	Samboer	3 414	20

	Skilt/separert	1 096	7
	Enke/enkemann	789	5
Hva er din høyeste fullførte utdanning? *	Grunnskole	2 056	12
	Videregående skole	7 056	42
	Høyskole/universitet (mindre enn 4 år)	4 139	25
	Høyskole/universitet (4 år eller mer)	3 492	21
Hva gjør du til daglig? *	Yrkesaktiv	7 148	42
	Sykemeldt, mottar arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd	2 961	18
	Pensjonist	5 050	30
	Under utdanning	808	5
	Hjemmearbeidende	52	0,3
	Arbeidsledig	230	1
	Annet	535	3
Hva er ditt morsmål? *	Norsk	15 170	90
	Samisk	77	0,5
	Annet nordisk språk	214	1
	Annet europeisk språk	816	5
	Ikke-europeisk språk	515	3
Var det noen som hjalp deg med å fylle ut dette skjemaet? *	Ja, pårørende	784	5
	Ja, helsepersonell	21	0,1
	Ja, andre	80	0,5
	Nei	15 903	94
Kjønn	Kvinne	9 661	57
	Mann	7 190	43
	16-19	592	4
	20-29	1 713	10
	30-39	2 068	12

Aldersgruppe	40-49	2 083	12
	50-59	3 149	19
	60-69	3 307	20
	70-79	2 812	17
	80-89	1 054	6
	90-99	73	0,4
Diagnose på legevakt etter ICPC-2 diagnosekapittel	Allment og uspesifisert	3 964	24
	Blod, bloddannende organer og immunsystemet	49	0,3
	Endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer	170	1
	Fordøyelsessystemet	1 872	11
	Hjerte-karsystemet	874	5
	Hud	1 943	12
	Kvinnelige kjønnsorganer (inklusive bryster)	128	1
	Luftveier	1 457	9
	Mannlige kjønnsorganer	83	1
	Muskel og skjelettsystemet	2 728	16
	Nervesystemet	832	5
	Psykisk	490	3
	Sosiale problemer	22	0,1
	Svangerskap, fødsel og familieplanlegging	141	1
	Urinveier	1 165	7
	Øre	265	2
	Øye	667	4
	0-9	3 495	21
	10-19	4 138	25
	20-29	3 188	19

Antall regninger/refusjonskrav hos fastlege i perioden to år før legevaktkontakten	30-39	2 193	13
	40-49	1 386	8
	50+	2 451	15
Charlson komorbiditetsindeks i perioden to år før legevaktkontakten	0	13 325	79
	1	1 690	10
	2	1 173	7
	3	306	2
	4	115	1
	5	37	0,2
	6	134	1
	7	45	0,3
	8	19	0,1
	9 eller høyere	7	0,04
Kontakt med psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i perioden to år før legevaktkontakten	Ja	1 836	11
	Nei	15 015	89

¹På grunn av avrunding til nærmeste hele tall, er det ikke alltid at prosentandeler summerer seg til akkurat 100 %.

Frafallsanalyser

Frafallsanalyser med "response homogeneity groups", som brukes i vekting og justering, resulterte i følgende grupper og svarsannsynligheter (Tabell 3). Disse gruppene brukes til vekting for å øke representativiteten.

Tabell 3: Oversikt over svarsannsynlighet basert på frafallsanalyser. Antall og svarsannsynlighet (%).

Kjennetegn ved svarerne	Antall	Svarsannsynlighet (%)
Menn		
Alder mellom 16 og 44,5	11 770	14
Kvinner		
Alder mellom 16 og 29,5	8 224	20
Kvinner		
Alder mellom 29,5 og 44	7 233	27
Alder over 79	4 553	25
Alder mellom 44,5 og 79	2 744	30
Over 6 regninger hos legevakt siste to år		
Alder mellom 44,5 og 53	5 751	35
6 regninger eller færre hos legevakt siste to år		
Alder mellom 53,5 og 79		

Justeringer

Etter å ha undersøkt datamaterialet valgte vi å justere for følgende variabler for indikatorene Telefonkontakt, Erfaringer med legene på legevaktlokalet, Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet og Organisering og ventetid: Alder, kjønn, antall kontakter de har vært i kontakt med legevakt de siste to årene, sivilstand, utdanning, jobb, morsmål, om de fikk hjelp til å fylle ut skjema, kontakttipe for legevaktkontakt, antall kontakter hos fastlege siste to årene, om de har vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste to årene eller ikke, samt EQ-5D-5L indeks.

For indikatoren Videosamtale var antall svarere som hadde oppgitt å ha hatt en videosamtale lavt. Her valgte vi å justere for følgende variabler: Alder, kjønn, utdanning, om kontakten skjedde i arbeidstid eller utenfor, Charlson komorbiditetsindeks, om de har vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste to år eller ikke, samt EQ-5D-5L indeks.

EQ-5D-5L-indeksen blir i denne undersøkelsen brukt både som et eget resultat for å sammenligne pasientenes egnevurderte helse på tvers av legevakter, og som en justeringsvariabel for de fem andre indikatorene. Når EQ-5D-5L-indeksen vises med resultater, er den vektet og justert på lik linje, og med bruk av samme metode, som de andre indikatorene. Følgende variabler ble benyttet for å justere EQ-5D-5L-indeksen: Alder, kjønn, antall kontakter de har vært i kontakt med legevakt de siste to årene, sivilstand, utdanning, jobb, morsmål, om de fikk hjelp til å fylle ut skjema, ICPC-2 diagnosekapittel, om kontakten skjedde i eller utenfor arbeidstid, kontakttipe for legevaktkontakt, antall kontakter hos fastlege siste to årene, Charlson komorbiditetsindeks, samt om de har vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste to årene eller ikke.

4.2 Faktoranalyser

Resultatene fra faktoranalysen indikerte ikke behov for endringer i de fire etablerte indikatorene. Selv om vi ikke kjørte en faktoranalyse for indikatoren Videosamtale på grunn av lavt antall respondenter, indikerte Cronbachs alfa-analysen at spørsmålene henger godt sammen for alle fem indikatorene. Vi valgte derfor å inkludere Videosamtale som en femte indikator.

En beskrivelse av hvordan indikatorene er konstruert og hvilke spørsmål som inngår i dem finnes i vedlegg 8.3.

4.3 Geografisk variasjon for legevaktstjenester

Det er noe større variasjon i resultatene mellom legevakter og legevaktsentraler enn fylker. Det er ingen signifikante forskjeller mellom fylkene for noen av indikatorene. Ingen av legevaktene eller legevaktsentralene skårer signifikant lavere enn snittet for indikatorene Telefonkontakt, Videosamtale, Erfaringer med legene på legevaktlokalet eller Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet. Størst forskjell mellom legevaktene var det for indikatoren Organisering og ventetid hvor forskjellen mellom høyeste og laveste skår var 49 poeng. Halvparten av de store legevaktene, inkludert Oslo legevakt, Bergen legevakt, Trondheim, Malvik, Melhus og Midtre Gauldal legevakt og Stavanger legevakt, skåret signifikant lavere enn snittet for legevaktene.

Se tabellene i kapittel 8.4 for detaljerte resultater for legevaktstørrelse, fylker, legevaktsentraler og legevakter.

4.4 Variasjon etter størrelse på legevakt

Det er noe variasjon i resultatskårene mellom små, middels store og store legevakter. For eksempel ser vi at små legevakter skårer høyere enn gjennomsnittet på indikatorene Erfaringer med legene på legevaktlokalet, Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet og Organisering og ventetid sammenlignet med middels store og store legevakter. Store legevakter skårer signifikant lavere enn gjennomsnittet for Organisering og ventetid og Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet. Variasjonen er størst for Organisering og ventetid-indikatoren, der nesten 12 poeng skilte små og store legevakter. For indikatorene Telefonkontakt og Videosamtale er imidlertid tendensen at de største legevaktene skårer høyest, selv om dette ikke er signifikant. Middels store legevakter skårer signifikant lavere enn gjennomsnittet for indikatoren Telefonkontakt.

4.5 Variasjon mellom en-kommunelegevakter og interkommunale legevakter

Det er omtrent like mange interkommunale legevakter som en-kommunelegevakter i Norge. Vi ser at for indikatorene Videosamtale og Telefonkontakt så er det ingen signifikante forskjeller i skårene avhengig av om det er en interkommunal eller en-kommunelegevakt. Dette kan blant annet skyldes at hovedvekten av telefon- og videokontakt skjer med legevaktssentralen, som kan dekke både interkommunale legevakter og en-kommunelegevakter. For indikatorene Organisering og ventetid, Erfaringer med legene på legevaktlokalet og Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet skårer imidlertid en-kommunelegevakter signifikant høyere enn interkommunale legevakter, med 0,9 poeng på Erfaringer med sykepleierne til 2,6 poeng høyere for indikatoren Organisering på legevakten.

4.6 Variasjon etter bakgrunnsvariabler

Til tross for at resultatene på overordnet nivå generelt er relativt gode, er det viktig å få frem variasjonen i datamaterialet, samt hva som kjennetegner de som ikke er like fornøyde med legevaktkontakten. I dette kapitlet er indikatoren Videosamtale skilt ut fra de andre fire (Telefonkontakt, Erfaringer med legene på legevaktlokalet, Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet og Organisering og ventetid). Dette skyldes at få personer oppga at de hadde brukt videosamtale og det er derfor betydelig færre svarere på spørsmålene som inngår i denne indikatoren. Hvilke variabler som slår ut som signifikante viser derfor et annet mønster for Videosamtale enn de andre indikatorene.

Demografiske og sosioøkonomiske variabler:

Ut fra bakgrunnsopplysningene hentet fra NPR og KPR ser vi at, for kjønn og alder, skårer kvinner signifikant høyere enn menn på indikatoren Telefonkontakt, samt signifikant lavere enn menn på indikatoren Organisering og ventetid. Videre skårer eldre høyere på alle indikatorene sammenlignet med yngre. Når vi ser på ulike alderskategorier, ser vi en signifikant høyere skår på indikatorene for alle pasienter over 30 år sammenlignet med pasienter mellom 16–19 år. Variasjonen mellom aldersgruppene 40–49 til 90–99 per indikator er relativt liten, fra ca. 2 poeng til ca. 6 poeng. Pasienter i aldersgruppen 16–19 skårer fra 6 poeng lavere på indikatoren Erfaring med sykepleierne på legevaktlokalet til 15 poeng lavere på indikatoren Organisering og ventetid sammenlignet med den beste.

Nær sagt alle (>99%) som svarte på spørreskjemaet (N =16 851) svarte også på spørsmålene om bakgrunnsopplysninger stilt i skjemaet. Disse spørsmålene omhandler antall kontakter hos legevakt siste to årene, jobb, sivilstand, utdanning, morsmål og om man fikk hjelp til å fylle ut spørreskjema. Se tabell 2 i kapittel 4.1.1. "Beskrivelse av svarerne" for fordeling av antall i de ulike svarkategoriene.

På spørsmål om hva pasienten gjør til daglig er yrkesaktive den største gruppen (42 %), etterfulgt av pensjonister (30%) og sykemeldte, mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) eller uføretrygd (18 %). Arbeidsledige, hjemmearbeidende, under utdanning og annet utgjør til sammen 10 %. Vi ser at det er et

samspill mellom alder og daglig virke som gjør det vanskelig å tolke effekten av daglige virke på indikatorskårene. Dersom vi ikke tar hensyn til alder ser vi at gruppen registrert som sykemeldte, mottar AAP eller uføretrygd, samt personer under utdanning, arbeidsledige og "annet" skårer signifikant lavere enn yrkesaktive på de fire indikatorene. Arbeidsledige skårer lavest, med 9–13 poeng lavere skår enn yrkesaktive.

For sivilstand ser vi at enslige (23 % av svarene) skårer gjennomgående lavere enn gifte, samboere, skilte/separerte, og enker/enkemenn for alle indikatorene med unntak av Videosamtale, der enslige kun skårer signifikant lavere enn gifte og skilte/separerte. Selv om det ikke er signifikant, skårer gifte høyest på alle indikatorene, med unntak av Organisering og ventetid. Forskjellen i skår mellom enslige og gifte varierer på det meste fra 4,8 for Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet og 8,6 poeng for Videosamtale.

For utdanning er trenden at folk skårer høyere jo høyere utdanning de har. Pasienter med grunnskole (12 % av svarene) som høyeste utdanning skårer signifikant lavere for fire av indikatorene enn pasienter med høyskole/universitet som høyeste utdanning.

Omtrent 90 % av respondentene oppga norsk som sitt morsmål, omtrent 98 % at de ikke hadde behov for tolk. Vi har foreløpig ikke opplysninger om fødeland fra SSB, men dette tyder på at flesteparten av de som oppgir andre språk enn norsk som sitt morsmål behersker norsk. Vi ser likevel at pasienter med annet europeisk (ikke-nordisk) og ikke-europeisk språk som morsmål skårer signifikant lavere på alle fire indikatorene sammenlignet med pasienter med norsk som morsmål. De som skårer høyest med best erfaringer er pasientene som oppgir samisk som morsmål. Dette er imidlertid en liten gruppe (N = 77) og forskjellen er ikke signifikant.

Det store flertallet (94 %) av svarene oppga at de ikke hadde behov for hjelp til å fylle ut skjema, mens 5 % svarte at de fikk hjelp av pårørende. Det vil si at de som fikk hjelp av helsepersonell eller andre til sammen utgjorde 1 % av utvalget. Det er ikke mye av variasjonen som er signifikant, men tendensen er at de som fikk hjelp av helsepersonell eller andre skårer lavere på indikatorene enn de som fikk hjelp av pårørende og de som ikke hadde behov for hjelp.

Helserelaterte variabler:

Antall kontakter hos fastlege og legevakt siste to år spiller også inn på erfaringene man har med legevakten. I begge tilfeller er det signifikant lavere skår jo flere kontakter man har hatt, for henholdsvis tre og to av indikatorene.

Det er variasjon i erfaringer etter hvilket ICPC-2 diagnosekapittel man er registrert med på legevaktkontakten. Blant pasientene som svarte på spørreundersøkelsen var den vanligste diagnosen som ble satt innenfor kapittel A – allment og uspesifisert (24 % av svarene), etterfulgt av kapitlene muskel- og skjelettsystemet (M, 16 %), hud (S, 12 %) og fordøyelsessystemet (D, 11 %). Til sammen utgjorde disse diagnosene 63 % av kontaktene på legevakten.

Det er utfordrende å tolke variasjonen mellom ICPC-2 diagnosekapitler hvis man ser på alle kapitlene hver for seg. Imidlertid ser vi at pasienter registrert med kapittel P (psykisk) gjennomgående har de laveste skårene, mellom 7–8 poeng lavere enn allment og uspesifisert. Unntaket er for indikatoren Organisering og ventetid, der pasienter registrert med kapittel Z (sosiale problemer) skårer lavest. Dersom vi grupperer diagnosene i to grupper – psykisk og sosiale problemer i en gruppe (ca. 3 % av respondentene), samt somatiske sykdommer (øvrige kapitler) i en annen - ser vi at personer registrert med somatiske sykdommer skårer signifikant høyere på alle de fire indikatorene.

Når vi ser på kapitlene hver for seg ser vi at pasienter med diagnoser innen hjerte-karsystemet eller hud skårer signifikant høyere enn "allment og uspesifisert" på alle fire indikatorene, mens pasienter registrert med diagnose innen øye og urinveier skårer signifikant høyere på to av indikatorene. Pasienter registrert med

diagnose innen fordøyelsessystemet og muskel- og skjelettsystemet, skårer signifikant lavere på henholdsvis to og en av indikatorene.

De generelle funnene om at pasienter med psykiske problemer skårer lavere enn pasienter med somatiske sykdommer ser ut til å samsvare med to andre variabler inkludert i analysen. Den ene var Charlson komorbiditetsindeks (CCI), en vektet indeks som tar utgangspunkt i flere grupper somatiske sykdommer registrert i spesialisthelsetjenesten. Den andre var en variabel som oppga om pasientene hadde vært i kontakt med psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten eller ikke (ja/nei).

For begge variablene så vi på en periode på to år før legevaktkontakten. CCI viste seg å kun gi utslag for indikatoren Erfaring med sykepleierne på legevaktlokalet, der pasienter med en eller flere komorbiditeter (21 % av svarerne) siste to år skårer signifikant høyere enn de som ikke hadde noen. I motsetning til dette ser vi at de som hadde vært i kontakt med psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste to årene (11 % av svarerne) skårer signifikant lavere på alle fire indikatorer enn de som ikke hadde vært det.

EQ-5D-5L-indeksen gir informasjon om pasientens egenvurderte helse, basert på dimensjonene mobilitet, personlig stell, vanlige aktiviteter, smerter/ubehag og angst/depresjon. Denne viser at pasienter med bedre egenvurdert helse skårer signifikant høyere på de fem indikatorene sammenlignet med pasienter med dårligere egenvurdert helse.

Indikatoren Videosamtale

Kun 771 av pasientene oppgir at de fikk tilbud om og samtykket til bruk av videosamtale. Indikatoren Videosamtale har derfor et betydelig lavere antall respondenter. Det var også færre variabler som ga utslag for denne indikatoren. Men også her skårer pasienter med høy utdanning signifikant høyere enn pasienter med grunnskole som høyeste utdannelsesnivå. Alder spiller inn på lik linje som de andre indikatorene, ved at eldre skårer signifikant høyere enn de yngre.

Til forskjell fra de andre indikatorene spiller det inn om kontakten skjedde i eller utenfor arbeidstid (kveld/natt/helg) ved at pasienter skårer signifikant høyere på indikatoren videosamtale utenfor enn i arbeidstid. Pasienter med komorbiditeter (basert på CCI) og/eller kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling skårer signifikant lavere på indikatoren videosamtale enn pasienter uten komorbiditeter eller kontakt. Tilsvarende har pasienter registrert med diagnose innenfor ICPC-2-kapitlet P – Psykisk på legevaktkontakten signifikant lavere skår sammenlignet med personer registrert med "allment og uspesifisert".

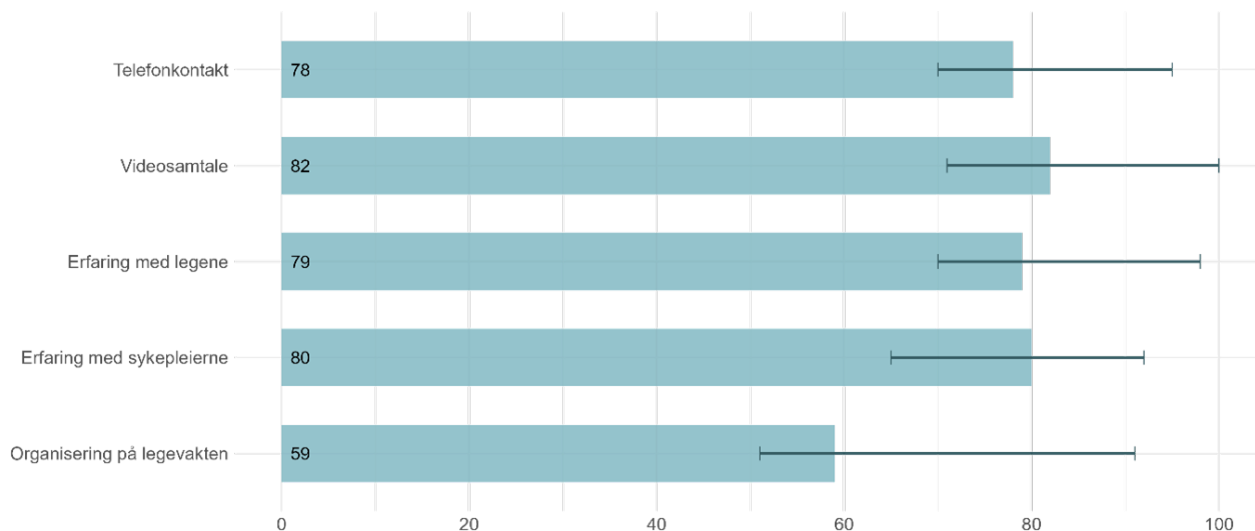
Resultater på indikatorer og EQ-5D-5L

I dette kapitlet presenteres resultater for indikatorene på nasjonalt nivå. Vi beskriver hver indikator og underliggende spørsmål som inngår i disse i egne underkapitler. Enkeltspørsmålene som inngår i indikatorene rapporteres på en femdelt svarskala som går fra "Ikke i det hele tatt" (verdi 1) til "I svært stor grad" (verdi 5). De som svarer "Ikke aktuelt" eller ikke svarer, er ikke tatt med i beregningsgrunnlaget for andeler og gjennomsnittsskårer for det aktuelle spørsmålet.

Hensikten med en gjennomgang av indikatorer og spørsmål er at leseren skal få bedre innsikt i hver indikator, samt kjennskap til hvilke konkrete forhold som har fått god eller mindre god tilbakemelding fra pasientene. Pasientene har stort sett positive erfaringer med legevaktene. På spørsmål om kontakten med legevakten alt i alt var tilfredsstillende (figur 10), svarte 72 prosent én av de to mest positive kategoriene. På spørsmål om hvordan kontakten med legevakten sto i forhold til forventningene (figur 11), svarte 45 prosent at kontakten var som forventet, mens til sammen 37 prosent svarte at kontakten enten var noe bedre enn forventet eller mye bedre enn forventet.

5.1 Indikatorene samlet

Figur 2 viser de nasjonale skårene på alle de fem indikatorene. Hver av indikatorene består av tre til fire spørsmål og resultatene presenteres på en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best. I tillegg til selve skåren vises intervallet mellom høyeste og laveste skår for legevakter på de enkelte indikatorene. Resultatene på indikatorene på nasjonalt nivå varierer fra 59 til 82. Indikatoren *Organisering og ventetid* får lavest skår, mens indikatoren *Videosamtale* får høyest skår, etterfulgt av *Erfaring med sykepleierne på legevaktlokalet*.



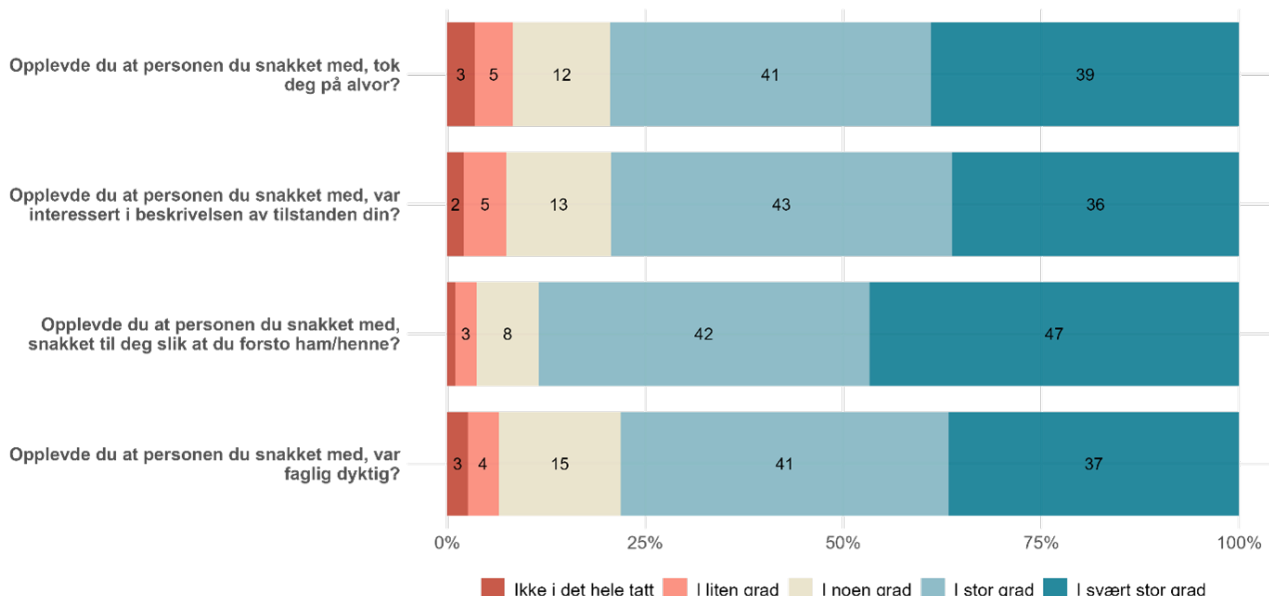
Figur 2. Nasjonale skårer for de fem indikatorene i undersøkelsen.

5.2 Indikatoren Telefonkontakt

Figur 3 viser svarfordeling på spørsmålene som inngår i indikatoren Telefonkontakt. Pasientene gir gjennomgående gode vurderinger av Telefonkontakt med legevakten. Spørsmålene som inngår i denne indikatoren handler først og fremst om erfaringer med operatøren på legevaktsentralen, siden dette vanligvis er det første møtet med legevakten for pasientene når de ringer 116 117. I alt oppgir 83 % (N=13 999) av pasientene at de hadde telefonkontakt med legevakten.

Den nasjonale skåren for indikatoren Telefonkontakt er 78 av 100. Ingen av de fire spørsmålene i indikatoren skiller seg spesielt fra hverandre.

Telefonkontakt



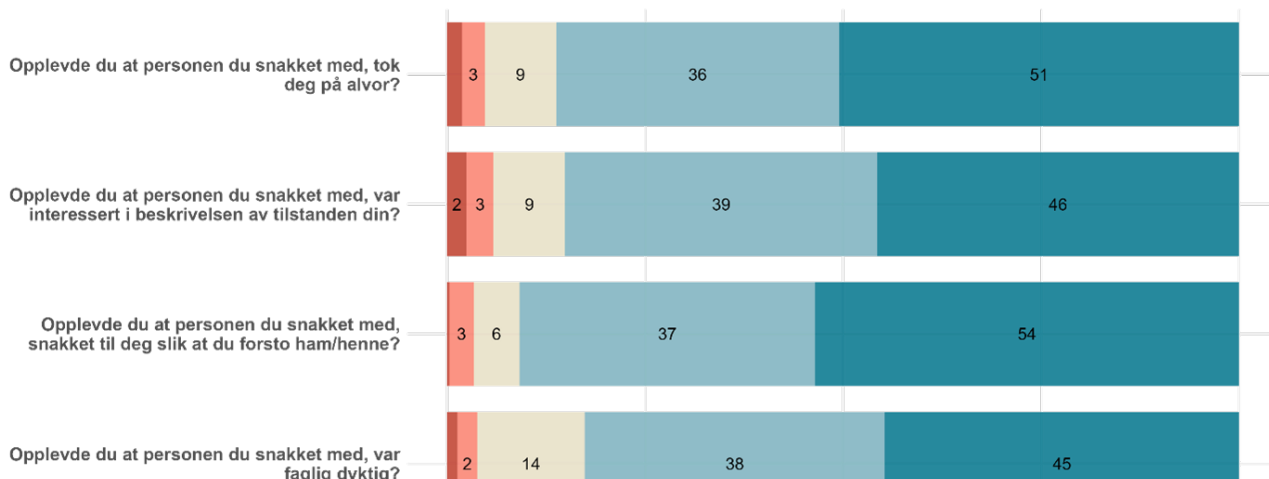
Figur 3. Fordeling mellom ulike svarkategorier for enkeltspørsmål som inngår i indikatoren Telefonkontakt.

5.3 Indikatoren Videosamtale

Indikatoren Videosamtale består av fire spørsmål. Pasientene som har svart på disse spørsmålene, har alle oppgitt å ha hatt telefonkontakt med legevakten, for deretter å ha fått tilbud om hjelp ved bruk av videosamtale og samtykket til dette. Selv om omtrent alle som samtykket til bruk av videosamtale svarte på spørsmålene, er antallet respondenter lavt for denne indikatoren (N=771). Årsaken til dette kan være at tilbud om hjelp ved bruk av videosamtale foreløpig ikke er så utbredt. Det er også verdt å merke seg at videosamtale kan foregå på legevakten, men det foregår i hovedsak på legevaktsentralen. Resultatene som vises i figuren under her, består derfor hovedsakelig av erfaringer med legevaktsentralen.

Figur 4 viser svarfordeling på spørsmålene som inngår i indikatoren. Pasientene som hadde videosamtale med legevakten, gir generelt gode tilbakemeldinger. Andelen som svarte de to mest positive svarkategoriene (i stor grad og i svært stor grad) varierte fra 83 % til 91 %.

Videosamtale



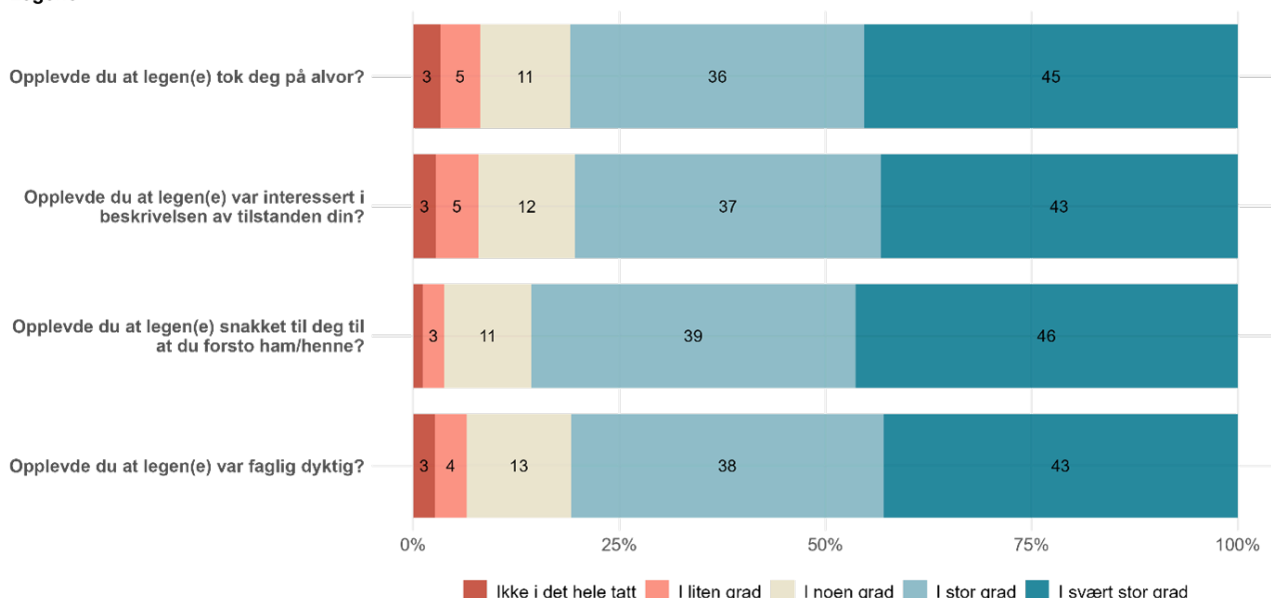


Figur 4. Fordeling mellom ulike svarkategorier for enkeltspørsmål som inngår i indikatoren for videosamtale.

5.4 Indikatoren Erfaringer med legene på legevaktlokalet

Indikatoren Erfaringer med legene på legevaktlokalet består av fire spørsmål om møtet med legene på legevaktlokalet. Det spørsmålet som fikk høyest skår var om man opplevde at legen snakket til en slik at man forsto ham eller henne. I alt svarte 85 % av pasientene enten i stor grad eller i svært stor grad på dette spørsmålet. Figur 5 viser svarfordeling på spørsmålene som inngår i indikatoren.

Legene

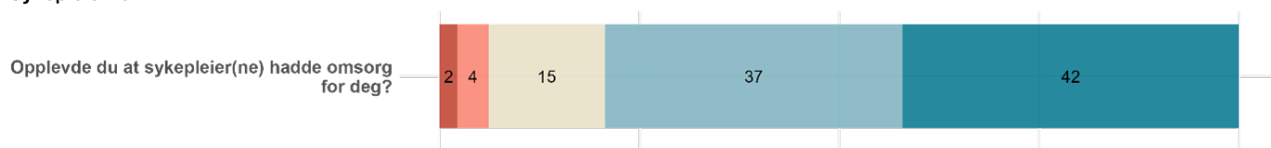


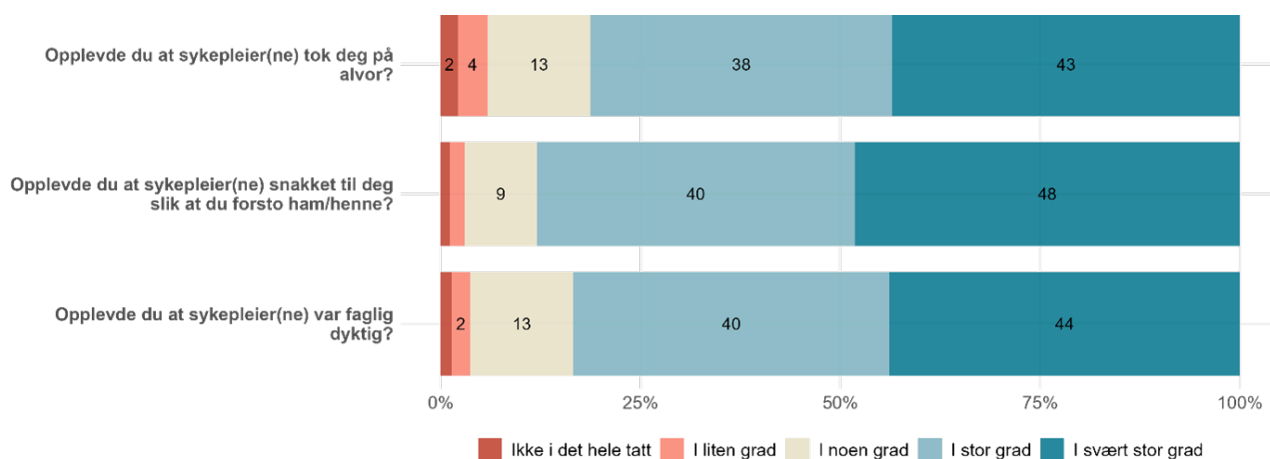
Figur 5. Fordeling mellom ulike svarkategorier for enkeltspørsmål som inngår i indikatoren Erfaringer med legene på legevaktlokalet.

5.5 Indikatoren Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet

Indikatoren Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet inneholder fire spørsmål om møtet med sykepleierne på legevaktlokalet. Det var generelt gode resultater på, og lite variasjon mellom, alle spørsmålene. Andelen som svarte de to mest positive svarkategoriene (i stor grad og i svært stor grad) varierte fra 79 % til 88 %. Figur 6 viser prosentvis svarfordeling på spørsmålene som inngår i indikatoren.

Sykepleierne



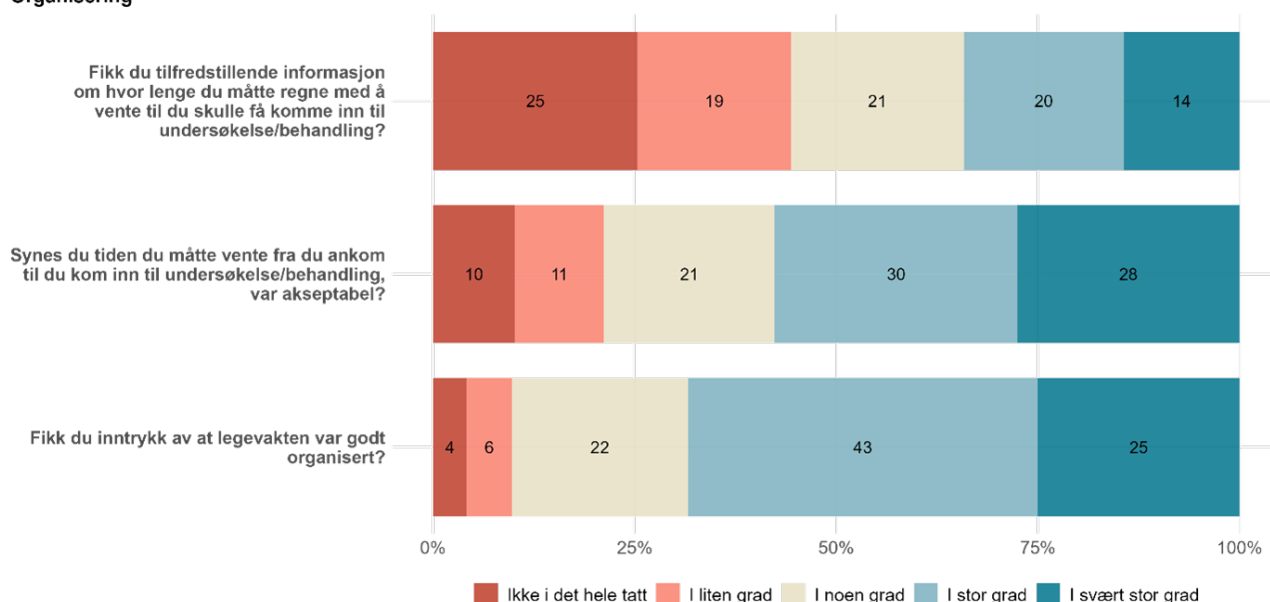


Figur 6. Fordeling mellom ulike svarkategorier for enkeltspørsmål som inngår i indikatoren Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet.

5.6 Indikatoren Organisering og ventetid

Indikatoren Organisering og ventetid består av tre spørsmål som omhandler ventetid og organisering på legevaktlokalet. Dette er den indikatoren som får lavest skår av de fem indikatorene. Pasientene ga lavest skår på spørsmålet om de syntes de fikk tilfredsstillende informasjon om hvor lenge de måtte regne med å vente til de skulle få komme inn til undersøkelse/behandling. Til sammen svarte 65 % av pasientene at de ikke i det hele tatt, i liten grad eller i noen grad fikk tilfredsstillende informasjon om hvor lenge de måtte vente. Høyest skår fikk spørsmålet om man fikk inntrykk av at legevakten var godt organisert, hvor til sammen 68 % svarte at de enten i stor grad eller i svært stor grad fikk inntrykk av god organisering av legevakten. Figur 7 viser svarfordeling på spørsmålene som inngår i indikatoren.

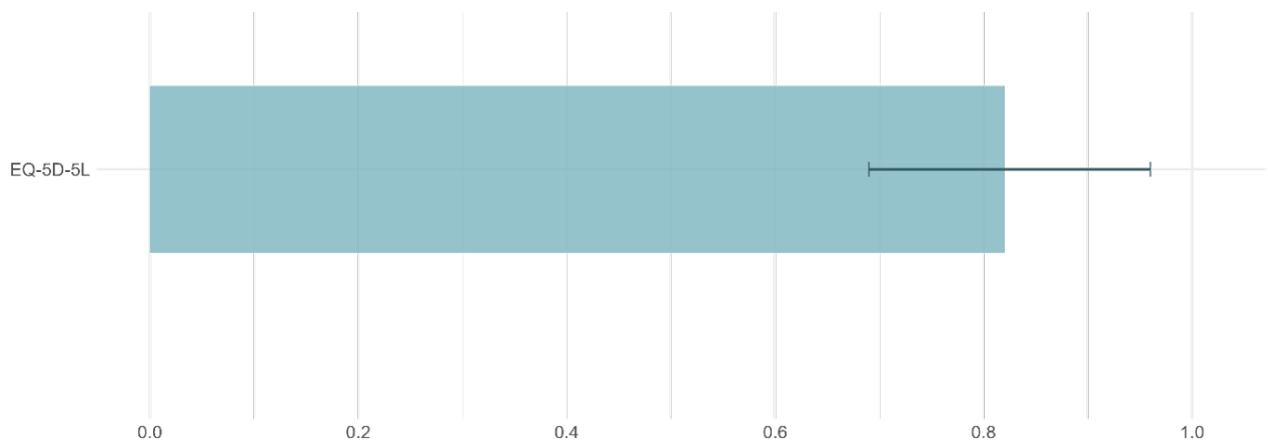
Organisering



Figur 7. Fordeling mellom ulike svarkategorier for enkeltspørsmål som inngår i indikatoren Organisering og ventetid.

5.7 EQ-5D-5L: egenvurdert helserelatert livskvalitet i dag

Figur 8 viser hvordan pasientene i undersøkelsen vurderer sin egen helserelaterte livskvalitet ved bruk av EQ-5D-5L. Resultatet presenteres som en indeksskår for alle svarer, og med intervallet mellom høyest og lavest gjennomsnittsskår for svarere per legevakt. Indeksen består av en omregning av svar på fem spørsmål knyttet til fem dimensjoner av helse, som er spørsmål om mobilitet, personlig stell, vanlige aktiviteter, smerter/ubehag og angst/depresjon, der svar per spørsmål gis ulik vekt. Disse vektene er basert på befolkningens vurdering av hvilke av disse spørsmålene som har størst betydning på egenvurdert helserelatert livskvalitet (Garratt et al., 2025). Særlig dimensjonene smerter/ubehag og angst/depresjon er tillagt en større vekt enn de andre dimensjonene. En indeks med verdi 1 regnes som perfekt skår, eller full helse (ingen problemer), mens verdi 0 regnes som død. Selv om det er noe variasjon i egenvurdert helserelatert livskvalitet mellom pasienter gruppert på legevakt, er ikke disse forskjellene signifikante.



Figur 8. EQ-5D-5L indeks, egenvurdert helserelatert livskvalitet i dag.

Når man ser på variasjon mellom legevakter av ulik størrelse, ser vi at pasienter som har vært hos små og store legevakter skårer henholdsvis signifikant høyere og lavere på egenvurdert helserelatert livskvalitet enn gjennomsnittet for legevaktstørrelse. Forskjellen er imidlertid ikke stor: For små legevakter er skåren 0,84, mens for store legevakter er skåren 0,81.

Resultater på andre enkeltspørsmål som ikke inngår i indikatorene

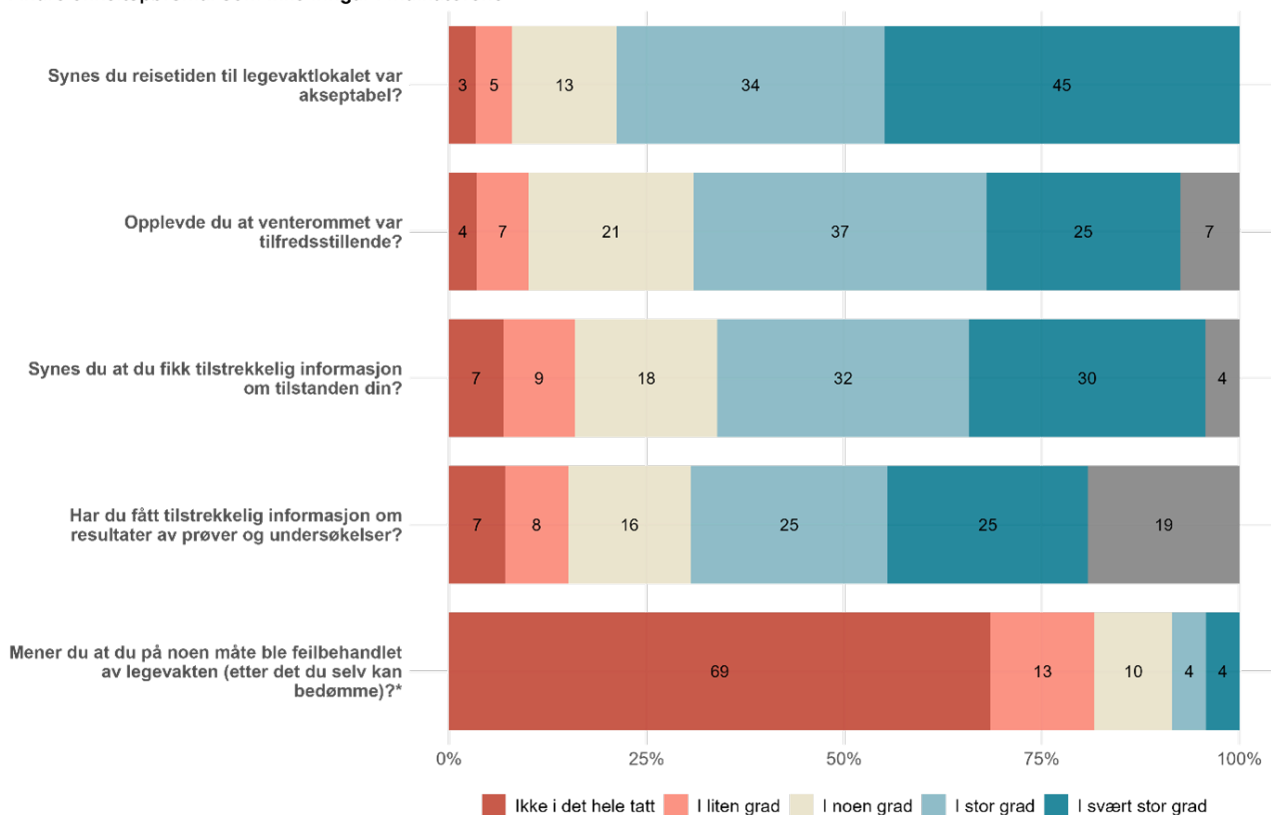
I dette kapitlet vises resultatene på andre enkeltspørsmål fra spørreskjema, som ikke inngår i indikatorene.

6.1 Andre erfaringsspørsmål som ikke inngår i indikatorene

I figur 9 ser vi andre erfaringsspørsmål fra spørreskjemaet som ikke inngår i indikatorene. I likhet med indikator-spørsmålene, besvares disse også på en skala fra 1 til 5, hvor 5 vanligvis er den beste vurderingen. Unntaket her er spørsmålet om man mener seg feilbehandlet av legevakten (etter det man selv kan bedømme), hvor 1 ("Ikke i det hele tatt") er mest positive skår, mens 5 ("I svært stor grad") er mest negative skår. Noen av spørsmålene i tabellen har også svarkategorien "Ikke aktuelt" (grå farge).

Som vi ser av figuren er det de to spørsmålene om informasjon – om man fikk tilstrekkelig informasjon om egen tilstand og om man fikk tilstrekkelig informasjon om resultater av prøver og undersøkelser – som får lavest skår. Til sammen 34 % av pasientene svarer at de i noen grad, i liten grad eller ikke i det hele tatt fikk nok informasjon om egen tilstand. På spørsmålet om man fikk tilstrekkelig informasjon om resultater av prøver og undersøkelser, svarer til sammen 31 % i én av de tre mest negative svarkategoriene.

Andre enkeltspørsmål som ikke inngår i indikatorene



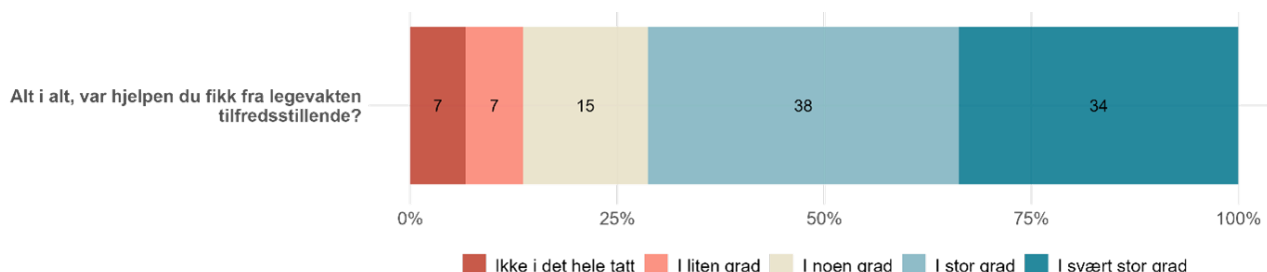
Figur 9. Andre enkeltspørsmål som ikke inngår i indikatorene.

* Skalaen på spørsmål om egenvurdert feilbehandling

er snudd. Det vil si at en lav skår er positivt: 1 (Ikke i det hele tatt) er best mulige skår og 5 (I svært stor grad) er dårligst mulige skår.

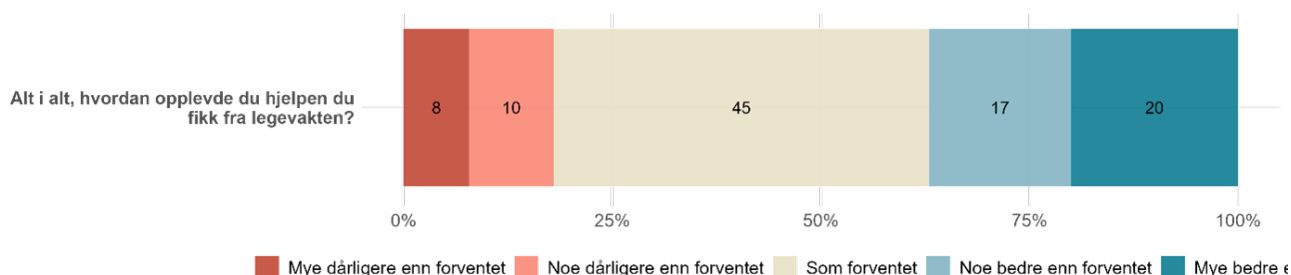
Figur 10 og 11 viser resultater for to spørsmål om generelle vurderinger av kontakten med legevakten. Spørsmålene er allerede referert til i innledningen til dette kapitlet. Dette er spørsmål som er viktig å se i sammenheng med resultatene på de øvrige spørsmålene i spørreskjemaet.

Figur 10 (N =16 774) viser svarfordeling på spørsmålet om hjelpen man fikk fra legevakten, alt i alt, var tilfredsstillende. Dette spørsmålet besvares på en skala fra 1 ("Ikke i det hele tatt") til 5 ("I svært stor grad"). Totalt 72 % svarer at hjelpen i stor grad eller svært stor grad var tilfredsstillende.



Figur 10. Om hjelpen, alt i alt, var tilfredsstillende.

I figur 11 (N =16 738) ser vi svarfordeling på spørsmålet om hvordan pasientene, alt i alt, opplevde hjelpen de fikk fra legevakten. Svarskalaen på dette spørsmålet går fra "Mye dårligere enn forventet", "Noe dårligere enn forventet", "Som forventet", "Noe bedre enn forventet" og til "Mye bedre enn forventet". 45 % svarer at hjelpen de fikk fra legevakten var som forventet, mens 37 % synes den var noe bedre eller mye bedre enn forventet.



Figur 11. Hvordan pasienten, alt i alt, opplevde hjelpen fra legevakten.

6.2 Om situasjonen da legevakten ble kontaktet

Spørreskjemaet består av en rekke spørsmål som benytter ulike svarkategorier. I dette kapitlet vises tabeller med nasjonale resultater på disse spørsmålene. Tabellene vises i den rekkefølgen spørsmålene var plassert i spørreskjemaet.

Tabell 4 består av fire spørsmål som best beskriver situasjonen slik pasienten opplevde den da legevakten ble kontaktet. Over halvparten av pasientene (54 %) oppga at de fikk et akutt helseproblem eller skade da legevakten ble kontaktet. På spørsmålet om over hvor lang periode helsen ble dårligere før legevakten ble kontaktet, var dette ikke aktuelt for de som hadde svart "Annen grunn" på det første spørsmålet (spørsmål 1). Det var kun de som hadde valgt én av de tre første alternativene som svarte på spørreskjemaets andre spørsmål (spørsmål 2). Av disse oppga 62 % at de fikk en rask forverring av helsen eller skaden (fra 0–24 timer).

Alle pasientene skulle svare på de to neste spørsmålene (spørsmål 3 og 4) og vi ser at 15 % opplevde situasjonen som meget alvorlig og svarte at de måtte ha hjelp med én gang, mens nærmere halvparten (49 %) svarte at de opplevde situasjonen som alvorlig og at de måtte ha hjelp innen få timer. 25 % av pasientene svarte at de opplevde situasjonen som mindre alvorlig og at de kunne ventet til neste dag. Nærmere halvparten

(48 %) svarte at de ikke prøvde å ta kontakt med fastlegen før legevakten ble kontaktet, mens 29 % oppga at fastlegen ikke var tilgjengelig på tidspunktet legevakten ble kontaktet.

Tabell 4. Situasjonen da legevakten ble kontaktet.

Spørsmål	Svaralternativer	Svarprosent (N)
Spørsmål 1: Hvilket av de følgende alternativene beskriver best din situasjon da legevakten ble kontaktet?	Jeg fikk et akutt helseproblem / en skade	54 (9 164)
	Jeg fikk en plutselig forverring av et eksisterende helseproblem	25 (4 264)
	Jeg opplevde en forverring av helsen over en lengre periode	8 (1 397)
	Annen grunn	12 (2 026)
Spørsmål 2: Over hvor lang periode ble helsen din dårligere før legevakten ble kontaktet?	0-24 timer	62 (9 114)
	1-7 dager	27 (4 014)
	1-2 uker	5 (698)
	3-4 uker	3 (366)
	Mer enn 4 uker	4 (568)
Spørsmål 3: Hvor alvorlig opplevde du ditt helseproblem / din skade slik den var da legevakten ble kontaktet?	Meget alvorlig (måtte ha hjelp med én gang)	15 (2 458)
	Alvorlig (måtte ha hjelp innen få timer)	49 (8 243)
	Mindre alvorlig (kunne vente til neste dag)	25 (4 144)
	Vet ikke	12 (1 926)
Spørsmål 4: Prøvde du å få time hos fastlegen din før legevakten ble kontaktet?	Ja	11 (1 888)
	Nei	48 (8 014)
	Har ikke fastlege	1 (226)
	Fastlegen var ikke tilgjengelig	29 (4 854)
	Ikke aktuelt	11 (1 816)

6.3 Om kontakten

Tabell 5 viser de to spørsmålene om telefonkontakt med legevakten; om man hadde telefonkontakt med legevakten og om man opplevde at det tok lang tid å komme igjennom på telefon. Disse to spørsmålene inngår ikke i indikatoren for Telefonkontakt. Det første spørsmålet i tabellen viser at 84 % av pasientene oppga å ha hatt telefonkontakt med legevakten. Det neste spørsmålet, om man opplevde at det tok lang tid å komme i kontakt med legevakten, vurderes på en skala fra 1 ("Ikke i det hele tatt") til 5 ("I svært stor grad"). Vi ser at 86 % av pasientene opplevde at det ikke i det hele tatt eller i liten grad tok lang tid før de kom i kontakt med legevakten på telefon.

Tabell 5. Telefonkontakt med legevakten.

Spørsmål	Svaralternativer	Svarprosent (N)
Spørsmål 11:	Ja	84 (13 999)

Hadde du telefonkontakt med legevakten?	Nei	16 (2 741)
Spørsmål 12: Opplevde du at det tok lang tid før du kom i kontakt med legevakten?	Ikke i det hele tatt	56 (7 793)
	I liten grad	30 (4 172)
	I noen grad	10 (1 384)
	I stor grad	3 (400)
	I svært stor grad	1 (187)

6.4 Om oppmøte på legevaktlokalet

Spørsmålene i tabell 6 handler om tema som er knyttet til oppmøte på legevaktlokalet. 82 % av pasientene oppga at de møtte opp fysisk på legevaktlokalet. Oppfølgingsspørsmålene i tabellen ble kun stilt til dem som oppga fysisk oppmøte. Totalt 82 % svarte at de hadde bestilt time først og enten fått beskjed om å komme med én gang eller fått et oppmøtetidspunkt. Videre oppga 52 % at de hadde med seg enten pårørende, ledsager eller noen andre på legevakten. Over 70 % brukte under ½ time til legevaktlokalet og 81 % kom med bil til legevakten. Når det gjelder reisetid til legevaktlokalet, svarte 80 % at den enten var akseptabel i stor grad eller i svært stor grad. På spørsmål om hvor lenge de måtte vente før de kom inn til undersøkelse eller behandling, svarte til sammen 74 % at det tok inntil 30 minutter, mens 2 % oppga at de ventet mer enn tre timer. 66 % mente at venterommet på legevaktlokalet i stor grad eller i svært stor grad var tilfredsstillende.

Tabell 6. Spørsmål relatert til oppmøte på legevaktlokalet.

Spørsmål	Svaralternativer	Svarprosent (N)
Spørsmål 23: Møtte du opp på legevaktlokalet?	Ja	82 (13 621)
	Nei	18 (3 017)
Spørsmål 24: Hadde du bestilt time før du møtte opp på legevaktlokalet?	Ja, jeg fikk beskjed om å komme med én gang	44 (5 985)
	Ja, jeg fikk et oppmøtetidspunkt	38 (5 128)
	Nei, jeg møtte opp uten å ha bestilt time	3 (359)
	Ikke aktuelt	15 (2 078)
Spørsmål 25: Hadde du med deg noen på legevakten?	Ja, pårørende	38 (5 157)
	Ja, ledsager	6 (814)
	Ja, andre	8 (1 070)
	Nei	48 (6 517)
Spørsmål 26: Hvordan kom du deg til legevaktlokalet?¹	Ambulanse	6 (851)
	Bil	81 (11 086)
	Buss	2 (239)
	Ferge	0,2 (32)
	Pasienttransport	1 (127)
	Sykkel	0,4 (60)
	Taxi	6 (800)

	Til fots	3 (460)
	Tog	0,1 (15)
	Annet	2 (284)
Spørsmål 27: Hvor lang tid brukte du til legevaktlokalet?	Under ½ time	71 (9 672)
	½ – 1 time	21 (2 868)
	1 – 2 timer	6 (748)
	2 – 4 timer	2 (218)
	Mer enn 4 timer	1 (75)
Spørsmål 28: Synes du reisetiden til legevaktlokalet var akseptabel?	Ikke i det hele tatt	4 (472)
	I liten grad	4 (556)
	I noen grad	12 (1 664)
	I stor grad	34 (4 533)
	I svært stor grad	47 (6 312)
Spørsmål 29: Hvor lenge ventet du fra du ankom legevaktlokalet til du fikk komme inn til undersøkelse/behandling?	Under 10 minutter	41 (5 526)
	10 – 30 minutter	37 (4 565)
	30 – 60 minutter	13 (1 760)
	1 – 2 timer	8 (1 012)
	2 – 3 timer	3 (413)
	Mer enn tre timer	2 (296)
Spørsmål 33: Opplevde du at venterommet var tilfredsstillende?	Ikke i det hele tatt	2 (318)
	I liten grad	5 (659)
	I noen grad	17 (2315)
	I stor grad	38 (5127)
	I svært stor grad	28 (3845)
	Ikke aktuelt	10 (1290)

¹Dette er et flervalgsspørsmål der pasienten kunne svare 'ja' eller 'nei' for hvert transportmiddel. Kolonnen Svarprosent (N) viser prosent og antall som svarte 'ja'. En pasient kan ha svart 'ja' på flere av transportmidlene. Svarprosenten vil derfor ikke summeres til 100.

6.5 Om oppfølging etter kontakt med legevakten

Spørsmålene i tabell 7 handler om behov for videre oppfølging etter kontakten med legevakten. Over halvparten (58 %) svarte at det var behov for videre oppfølging. 41 % av de som svarte dette, fikk oppfølging av fastlegen, mens 37 % ble lagt inn på sykehus eller annen helseinstitusjon.

Tabell 7. Behov for videre oppfølging etter kontakt med legevakten.

Spørsmål	Svaralternativer	Svarprosent (N)
Spørsmål 46:	Ja	58 (9 647)
	Nei	36 (6 026)

Var det behov for videre oppfølging etter at du var i kontakt med legevakten?	Vet ikke	7 (1 086)
Spørsmål 47: Hvilken oppfølging fikk du etter at du var i kontaktet med legevakten?¹	Innleggelse på sykehus eller annen helseinstitusjon	37 (3 574)
	Oppfølging ved samme legevakt	6 (583)
	Oppfølging ved en annen legevakt	2 (225)
	Oppfølging av fastlegen	41 (3 973)
	Oppfølging av annet helsepersonell	12 (1 154)
	Oppfølging på poliklinikk	17 (1 615)

¹Dette er et flervalgsspørsmål der pasienten kunne svare 'ja' eller 'nei' for hver type oppfølging. Kolonnen Svarprosent (N) viser prosent og antall som svarte 'ja'. En pasient kan ha svart 'ja' på flere av oppfølgingsmåtene. Svarprosenten vil derfor ikke summeres til 100.

6.6 Om behov for tolk

Spørsmålene i tabell 8 handler om behov for tolk. Det var kun én prosent (195 pasienter) som svarte at de hadde behov for tolk. Av de som hadde behov for tolk oppga halvparten (95 pasienter) at de fikk tilbud om tolk. Av de som fikk tilbud om tolk, viser resultatene at 80% (75 pasienter) i stor grad eller i svært stor grad syntes tolketjenesten fungerte tilfredsstillende.

Tabell 8. Behov for tolk i kontakten med legevakten.

Spørsmål	Svaralternativer	Svarprosent (N)
Spørsmål 48: Hadde du behov for tolk?	Ja	1 (195)
	Nei	99 (16 513)
Spørsmål 49: Fikk du tilbud om tolk?	Ja	50 (95)
	Nei	50 (94)
Spørsmål 50: Opplevde du at tolketjenesten fungerte tilfredsstillende?	Ikke i det hele tatt	2 (<5)
	I liten grad	2 (<5)
	I noen grad	15 (16)
	I stor grad	37 (35)
	I svært stor grad	43 (40)

Referanser

Allertsen, M., & Morken, T. (2024). Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2024 (Rapport nr. 4-2024). Bergen. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre.

Akuttmedisinforskriften. (2015). FOR-2015-03-20-231. Sist endret FOR-2025-05-23-839. Hentet fra [Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\) - Lovdata](#)

Danielsen K, Førland O, Garratt A. Utvikling av metode for å måle pasienters og pårørendes erfaringer med legevakt. PasOpp-rapport NR 7-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.

Danielsen K, Holmboe O, Hansen SL, Førland O, Bjertnæs ØA. Brukererfaringer med norske legevakter: resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vaktårn-legevaktene. Hovedresultater. PasOpp-rapport nr. 1-2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.

EuroQol. (2026). [nettside]. Rotterdam: EuroQol Research Foundation. Hentet 26.03.2026, [EQ-5D-5L - EuroQol](#)

Garratt AM, Danielsen K, Forland O, Hunskaar S. The Patient Experience Questionnaire for Out-of-Hours Care (PEQ-OCH): data quality, reliability, and validity. Scand. Journal of Primary Health Care, 2010; 28:95-101.

Garratt AM, Stavem K, Shaw JW, Rand K. EQ-5D-5L value set for Norway: a hybrid model using cTTO and DCE data. Qual. of Life Research, 2025; 34:417-427.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). Fornye, forsterke, forbedre. Fremtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. (Meld.St.23 (2024-2025)).

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). LOV-2011-06-24-30. Sist endret LOV-1982-11-19-66, LOV-1991-12-13-81. Hentet fra [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)

Nasjonalt legevaktregister (2026). [nettside]. Bergen: NORCE. Hentet 25.03.2026, fra [Nasjonalt legevaktregister - Norce](#)

NKLM. (2026). [nettside]. Bergen: NORCE. Hentet 25.03.2026, fra [Brukerundersøkelse på legevakt - Norce](#)

Särndal CE, Swensson B, Wretman J. Model assisted survey sampling. New York: Springer; 1992.

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjema

[Last ned spørreskjema](#)

Vedlegg 2: Utsendelsesplan

[Last ned utsendelsesplan](#)

Vedlegg 3: Om indikatorene

[Last ned informasjon om indikatorene](#)

Vedlegg 4: Resultater på indikatorer

[Last ned resultater på indikatorer](#)

