

Arbeidet med allmennlegetjenesten

Årsrapport 2025 - Inklusive status per mai 2026



INNHold

HOVEDFUNN OG VURDERINGER	5
INNLEDNING	8
Bakgrunn	8
Om denne rapporten	10
Helsedirektoratets arbeid med allmennlegetjenesten i 2025	10
DEL 1 BESKRIVELSE AV TILTAK	13
1 Organisering og oppgavedeling i fremtidens allmennlegetjenester	14
1.1 Ny fastlegeforskrift	14
1.2 Arbeid med å understøtte gode henvisninger	14
1.3 Oppgavebeskrivelse for fastlegeordningen	15
1.4 Utvidet henvisnings- og rekvisiteringsrett	15
2 Tilgjengelighet og tilbudet til grupper med store behov	17
2.1 Arbeid for å sikre at alle innbyggere i Norge har en fastlege	17
2.2 Digital førstelinje	18
2.3 Utprøving av kommunal digital allmennlegetjeneste	18
2.4 Økt tilgjengelighet i fastlegekontor	19
2.5 Trygg og effektiv bruk av digitale konsultasjoner	19
2.6 Allmennlegetjenester til innbyggere med heldøgns omsorgstjenester	20
2.7 Digital hjemmeoppfølging	20
2.8 Bruk av klinisk skrøpeligheitsskala (CFS)	21
3 Endringer i finansieringsmodell	22
3.1 Stønads for delegerte konsultasjoner i fastlegekontorene	22
3.2 Forenkling og forbedring av takstsystemet	23
3.3 Videreutvikling av pasienttilpasset basistilskudd og avvikling av utjamningstilskudd	23
4 Kompetanse og spesialistutdanning	24
4.1 Forvaltning og videreutvikling av ALIS-tilskuddet	24
4.2 Kompetanseportalen for spesialistutdanning	25
4.3 Veiledningsmateriell for ny kompetanseforskrift	25
4.4 Endringer for leger med praksis fra utlandet	25
4.5 Forenkle ordningen for etterutdanning i allmennmedisin	26
4.6 Gruppeveiledning for leger i allmennmedisin	26
4.7 Introduksjonsavtaler	27
4.8 Nettbasert lederutdanning for allmennlegetjenesten	27
5 Legevakt, akutt- og helseberedskap	28
5.1 Forbedre samhandling og tilgjengelighet i den akuttmedisinske kjeden.	28
5.2 Nasjonal brukerundersøkelse for legevakt	28

5.3	Utredning av kommunalt akutt døgntilbud	28
5.4	Videreutvikling av legevakttilskuddet til et bredere tilskudd til distriktskommuner	29
5.5	Evaluerings av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)	29
5.6	Nye muligheter for diagnostikk og behandling i det akuttmedisinske nettverket	30
6	Allmennlegets rolle i satsningen for en friskere befolkning	31
6.1	Grønn resept – fastlegens arbeid levevaner og mestring	31
6.2	Gjennomgang av takstsystemet for å forebygge og redusere sykefravær	31
6.3	Utvikling av informasjons- og veiledningsverktøy for sykmeldere	32
6.4	Samspillprosjektet	32
6.5	Tverrsektorielt samarbeid om arbeid og helse	32
7	En modernisert allmennlegetjeneste i et digitalt skifte	34
7.1	Kunstig intelligens og allmennlegetjenesten	34
7.2	Digital samhandling	35
7.3	Digitalt helsekort for gravide	37
7.4	EPJ-løftet for fastleger og avtalespesialister	37
7.5	Forenkling av prosesser for takstoppgjør	38
7.6	Digital sikkerhet og personvern i mindre virksomheter	38
7.7	Helseteknologiordningen	39
DEL 2	ALLMENNLEGETJENESTEN I TALL	40
8	Utgifter til allmennlegetjenesten	41
8.1	Samlede utgifter til allmennlegetjenesten	41
8.2	Utgifter til fastlegeordningen	43
8.3	Nærmere om basis-, grunn- og utjamningstilskudd	46
8.4	Utgifter til kommunalt ansatte LIS1-leger	48
8.5	Utgifter til legevakt	49
8.6	Andre utgifter tilknyttet allmennlegetjenesten	51
8.7	Utgifter per innbygger	51
9	Leger i kommunale helse – og omsorgstjenester	53
9.1	Legeårsverk i kommunene fordelt på avtaleform og KOSTRA-funksjon	53
9.2	Avtalte legeårsverk i kommunene per innbygger	55
9.3	Helprivate allmennlegetjenester	56
9.4	Legeårsverk i spesialisthelsetjenesten og i kommunene	57
9.5	Mer om annet helsepersonell og leger i allmennlegetjenesten	59
10	Leger i spesialisering (ALIS)	61
10.1	Stadig flere allmennleger får støtte til spesialistutdanning	61
10.2	ALIS med utdanningsplan i Kompetanseportalen	63
10.3	Høyere årlig antall godkjente spesialister	64
10.4	Andel leger som søker spesialistgodkjenning over ny ordning	64
10.5	Antall LIS1-stillinger øker	65
10.6	Leger som har gjennomført LIS1 eller tilsvarende	66
10.7	Kompetanseforskriftens krav til vikarer i fastlegeordningen	67

11	Utvikling i fastlegeordningen	69
11.1	Nasjonale utviklingstrekk oppsummert	69
11.2	Mindre vekst i listeinnbyggere, og ulik alderssammensetning	71
11.3	Mer om fastleger og vikarer i fastlegeordningen	72
11.4	Listelengde, listetak og samlet kapasitet	75
11.5	Forskjell i driftsform etter sentralitet	78
11.6	Kontinuitet og tilgjengelighet i fastlegeordningen	81
12	Aktivitet i allmennlegetjenesten – omfang og utvikling i tjenesten	92
12.1	Om analysene	92
12.2	Svak økning i aktivitet siste år, noe mindre bruk per innbygger	93
12.3	Ulik utvikling i fastlege- og legevaktstjenesten	94
12.4	Bruk av enkle kontakter	96
12.5	Sykepleierkonsultasjoner – delegasjon og oppgavedeling	98
12.6	Kjønn og alder viktigst for bruk av allmennlegetjenester	99
12.7	Bruken per innbygger går noe ned siste år for alle aldersgrupper utenom de eldste	101
12.8	Kommunestørrelse preger bruken av tjenestene	103
13	Legemiddelforskrivning	106
13.1	Legemidler til eldre fra allmennlege	106
13.2	Riktigere bruk av antibiotika	108
14	Legetjenester i sykehjem	110
15	Legevakt og akuttberedskap	112
15.1	Brukererfaringer	112
15.2	Svartider fra lokalt legevaktnummer 116 og 117	115
15.3	Samtrening i legevakt	115
15.4	Triagering i legevakt	116
15.5	Tolketjeneste	116
16	Bruk av digitale løsninger og tjenester	118
16.1	Innbyggernes bruk av digitale tjenester	118
16.2	Digitale konsultasjoner	119
16.3	Utpøving av kommunal nettlege	120
16.4	Fastlegers bruk av digitale løsninger	122
	VEDLEGG	124
	Begrepsliste	124

HOVEDFUNN OG VURDERINGER

Samlet sett tyder utviklingen på at tiltakene de siste årene har hatt positiv virkning på tjenesten. I 2025 var rekrutteringen god, kapasiteten og tilgjengeligheten ble styrket og stabiliteten forbedret. Samtidig ser vi at den positive utviklingen er noe svakere enn i 2024.

I lys av en demografisk utvikling med flere eldre og pasienter med komplekse sykdommer, kan det stilles spørsmål ved om dagens forbedringstakt er tilstrekkelig. Endret finansieringsmodell, økt bruk av teambaserte og tverrfaglige arbeidsformer, nye digitale tjenester og bedre verktøy for samhandling er sentrale virkemidler for å forbedre tjenestetilbudet og sikre god oppfølging for flere. I tillegg vil stadig høyere forventninger, økte behov og begrensede ressurser gjøre det nødvendig med tydeligere prioriteringer og økt omstilling.

Det vil være viktig å fortsette arbeidet med å utvikle allmennlegetjenesten sammen med kommuner, helsepersonell og brukere. For å understøtte en bærekraftig utvikling og nå helsepolitiske mål, må hensynet til kapasitet, kvalitet og kostnad i større grad ses i sammenheng. Takten på digitalisering og realisering av samhandlingsgevinster må øke.

Rekrutteringen av fastleger er god – og bidrar til stabilitet og tilgjengelighet

Fastlegeordningen hadde god rekruttering i 2025, med en netto økning på 203 fastleger. Dette har bidratt til å møte befolkningsveksten og samtidig redusere gjennomsnittlig listelengde. Antallet innbyggere på ubesatte fastlegelister er redusert betydelig. I løpet av 2025 ble antallet redusert med 45 000, og med ytterligere 8 000 innbyggere til mai 2026. Det er en høyt prioritert politisk målsetning at antallet innbyggere på liste uten fast lege skal ned. Per mai 2026 utgjør antallet rundt 110 000 personer, tilsvarende 1,9 prosent av befolkningen. Reduksjonen i ubesatte lister, kombinert med lavere bruk av vikarer, og at nedgangen i listelengde er dempet, kan tyde på økt stabilitet i ordningen. Gradvis vekst i ledige listeplasser og at færre står på venteliste for bytte av fastlege viser bedring i tilgjengelighet.

Stabil bruk av allmennlegetjenester – lav bruk av videokonsultasjoner

Aktiviteten i allmennlegetjenesten har økt noe totalt sett, men justert for befolkningsvekst er antall konsultasjoner per innbygger nokså stabilt siste år. Samtidig fortsetter utviklingen i fordeling av konsultasjonsformer: andelen fysiske konsultasjoner øker, mens andelen e-konsultasjoner går noe ned. I fastlegetjenesten er andelen e-konsultasjoner i 2025 på 17 prosent. Tall for andre halvår 2025 viser at videokonsultasjoner utgjør en svært liten andel – rundt 1 prosent av alle e-konsultasjoner. Digitale konsultasjoner har i praksis vært en tekst- eller telefonkonsultasjon. Den lave bruken av videokonsultasjoner er ikke i samsvar med de politiske målene om digital tilgjengeliggjøring. Fra

april 2026 er fastlegene pålagt å kunne tilby videokonsultasjoner. Det nye kravet kan bidra til økt bruk, og det blir viktig å følge med på utviklingen.

Utpøvingen av en kommunal nettlegetjeneste med tilbud om videokonsultasjoner i utvalgte kommuner startet sommeren 2025 og fortsetter i 2026. Utpøvingen evalueres og hittil har bruken av tjenesten vært lav. Fra mai måned inkluderes også Oslo kommune.

Digitalisering gir gevinster – men potensialet er ikke fullt utnyttet

Bruken av e-helseløsninger og nasjonale samhandlingstjenester øker blant fastleger, med bedre informasjonsflyt og mer sammenhengende pasientforløp som resultat. Samtidig er det behov for å realisere gevinster knyttet til effektivitet og kvalitetsforbedring. Dette gjelder blant annet tilrettelegging av digitale innbyggertjenester gjennom Helsenorge, videreutvikling av journalsystemer og digitale samhandlingsløsninger. Mange fastleger har tatt i bruk KI-verktøy, blant annet for transkripsjon av journalnotater. Bruk av KI i allmennlegetjenesten forventes å gi betydelige gevinster, forutsatt riktig innramming for trygg og effektiv bruk.

ALIS-ordningen styrker rekrutteringen – men utfordrer bærekraften

ALIS-ordningen er et sentralt virkemiddel for å styrke rekrutteringen til allmennmedisin. Tilskuddet til ALIS avtaler har økt kraftig, fra 102 mill. kroner i 2021 til 582 mill. kroner i 2025. Antall godkjente spesialister i allmennmedisin har økt betydelig de siste årene, fra ca. 300 årlig fram til 2023 til 527 i 2024 og 443 i 2025. Tilveksten av nye leger og spesialister viser at tilskuddsordningen fungerer etter hensikten. Samtidig innebærer de økte kostnadene at den økonomiske bærekraften utfordres. Det er derfor behov for å vurdere hvordan ordningen kan videreutvikles, slik at den fortsatt bidrar til rekruttering uten å drive kostnadsnivået ytterligere opp.

Veksten i legeårsverk i kommunene var lavere enn i spesialisthelsetjenesten

I 2025 var det 7 165 avtalte legeårsverk i kommunene. Dette utgjør omtrent 27 prosent av alle avtalte legeårsverk i den offentlige finansierte helsetjenesten. Fra 2015 til 2025 var det størst vekst i legekapasiteten i kommunene, med en økning på 34,6 prosent legeårsverk, mot 29,8 prosent i spesialisthelsetjenesten. Fra 2024 til 2025 var veksten i kommunene moderat, med en økning i antall årsverk på 0,9 prosent. Samtidig var veksten i spesialisthelsetjenesten var på 2,2 prosent. Dette bryter trenden de siste årene med størst prosentvis vekst i kommunene. Det er viktig at veksten i kommunene fortsetter for å kunne bemanne og utvikle allmennlegetjenesten i tråd med krav og forventninger. Rekruttering og mobilitet blant leger og annet helsepersonell skjer på tvers av tjenester og nivåer i helsetjenesten. Det er behov for å styrke analysegrunnlaget, for å følge bevegelsene mer systematisk, og få bedre innsikt i utviklingstrekk og drivere.

Den samlede utgiftsveksten er bremsset

De samlede utgiftene til allmennlegetjenesten var 18,6 milliarder kroner i 2025, hvor om lag 87 prosent gikk til fastlegeordningen. Etter en periode med markant utgiftsvekst fra 2019 til 2024, har utgiftene nå flatet ut. Målt i faste priser er utgiftene stabile fra 2024 til 2025, og realveksten er lavere enn befolkningsveksten, også innen fastlegeordningen. Dette kan tolkes som uttrykk for bedre kostnadskontroll og en utvikling som i større grad beveger seg mot økonomisk bærekraft. Utgiftene til legevakt har vært stabile over tid. For øvrige kommunale allmennlegetjenester ser vi en svak nedgang i 2025, etter flere år med vekst. Samlet sett tyder utviklingen på at kostnadsveksten i tjenesten er i ferd med å modereres.

Gradvis endring i finansieringen av fastlege-tjenesten

Fra 2019 til 2025 økte utgiftene til fastlegeordningen med 24 prosent i faste priser. Samtidig har det skjedd en dreining i hvordan tjenestene finansieres. Basisfinansieringen er økt vesentlig mer enn den aktivitetsbaserte finansieringen, og den utgjør i 2025 34,4 prosent av fastlegens samlede inntekter. Denne utviklingen er i tråd med politiske mål om å gi fastlegene økt forutsigbarhet, bedre handlingsrom til å prioritere etter medisinsk behov og til mer helhetlig oppfølging av pasienter med kroniske og sammensatte tilstander.

Økt oppgavedeling – men fortsatt begrenset utbredelse

Økt bruk av tverrfaglige arbeidsformer er et virkemiddel for å møte kapasitetsutfordringene. Innføringen av takster for delegerte konsultasjoner til sykepleiere fra 1. januar 2026 er et konkret tiltak for å stimulere til oppgavedeling og mer teambasert arbeid. I perioden januar–mai 2026 ble ordningen tatt i bruk ved 106 legekontor, med deltagelse fra 546 leger og 252 sykepleiere. Det ble gjennomført over 16 000 pasientkontakter, hovedsakelig knyttet til kroniske tilstander som diabetes type 2, astma og behandlingskrevende sår. Erfaringene så langt tyder på at ordningen er relevant og nyttig. Omfanget er ennå begrenset, men i vekst.

INNLEDNING

Bakgrunn

Arbeidet med allmennlegetjenesten har de seneste årene vært et høyt prioritert område. Den 10. april 2025 la regjeringen frem "Meld. 23 (2024–2025) Fornye, forsterke, forbedre, Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" (*heretter kalt stortingsmeldingen*).¹ Gjennom stortingsmeldingen setter regjeringen retning for videre arbeid med å styrke allmennlegetjenesten. Det bygges i meldingen også på tidligere initiativer og planer, herunder Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024², rapporten fra Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten³ av april 2023, og Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027.

I stortingsmeldingen omtales 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.

Meldingen fastsetter fire overordnede mål for allmennlegetjenesten.

- Den offentlige allmennlegetjenesten er innbyggernes førstevalg
- Alle innbyggere opplever gode og sammenhengende tjenester, og sosiale forskjeller i helse reduseres
- Innbyggere med akutt sykdom får god og rask helsehjelp i hele landet
- Kommuner i hele landet skal tilby tilgjengelige, kunnskapsbaserte og gode allmennlegetjenester

For å nå disse målene peker meldingen på 13 hovedgrep og en rekke tiltak, som direkte eller indirekte, understøtter målene. Enkelte tiltak er allerede iverksatt, mens andre er forventet å bli konkretisert og innført senere. Se boks 1.

¹ [Meld. St. 23 \(2024–2025\) - regjeringen.no](#)

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

³ [Ekspertutvalgets rapport \(2023\) Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

Boks 1: Regjeringens 13 hovedgrep for en framtidsrettet allmennlegetjeneste og akuttmedisinsk kjede⁴

1. Regjeringen vil stegvis innføre en ny finansieringsmodell for fastlegeordningen. Endringene skal bedre kapasiteten, kvaliteten og tilgjengeligheten til fastlegeordningen, særlig for innbyggere med store og sammensatte behov.
2. Regjeringen vil legge til rette for tverrfaglige fastlegekontorer med god oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid. Ved å ha flere å dele arbeidsoppgavene med vil fastlegene kunne redusere arbeidsbelastningen eller øke tilgjengeligheten.
3. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring en modernisert fastlegeforskrift som bedre samsvarer med dagens organisering med flere kommunalt ansatte leger, og gir bedre oversikt over ansvar og oppgaver.
4. Krav til bruk og utprøving av nye digitale løsninger. Ta sikte på å forskriftsfeste at fastleger må kunne tilby timebestilling på Helsenorge, og digitale konsultasjoner, for eksempel videokonsultasjoner, og utprøving av en offentlig nettlege. Dette vil kunne øke kapasitet og tilgjengelighet samt bidra til å avlaste fastleger og legevakt.
5. Utvikle og innføre flere digitale samhandlingsløsninger som skal legge til rette for samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten, at fastleger vil få tilgang til journaldokumenter fra sykehus, prøvesvar og radiologiske beskrivelser, kritisk informasjon og pasientens legemiddelliste.
6. Forsterke samarbeidet mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren gjennom forenkling av rapportering og bedre informasjonsutveksling. Dette har betydning både for arbeidsdeltakelse og utjevning av sosiale helseforskjeller.
7. Utarbeide ny strategi for helsekompetanse i befolkningen og legge til rette for enklere informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.
8. Innbyggerne skal få økt tilgang til digitale verktøy, og kunstig intelligens skal tas i bruk for å forenkle tilgangen til generell informasjon på Helsenorge. Helsenorge skal være en best mulig innbyggerportal.
9. Legge til rette for bedre oppfølging av barn og unge gjennom å vurdere en prøveordning med henvisningsrett for helsepsykiatriske til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.
10. Bedre kommunenes forutsetninger for å yte gode allmennlegetjenester gjennom endring i kompetansekrav for leger. Øke aldersgrensen for leger i fastlegeordningen og styrke handlingsrom for kommunene til å inngå nye fastlegeavtaler i de tilfeller hvor rekruttering av næringsdrivende fastlege ikke er mulig.
11. Styrke pasientsikkerhet og kvalitet gjennom å utvikle verktøy for kommunene som skal legge til rette for god oppfølging, læring og forbedring.
12. Styrke den lokale akuttberedskapen ved å bre ut innovative tjenestemodeller som er utprøvd lokalt, samt ved bruk av teknologi og personell på nye måter. Helseforetak og kommuner skal gjennomgå og planlegge de akuttmedisinske tjenestene i fellesskap, slik at pasienter får forutsigbar og god hjelp når de trenger det.
13. Endre finansieringsmodellen for legevakt slik at finansierings- og sørge for-ansvaret i større grad samles hos kommunene. Det legger til rette for kommunalt handlingsrom, innovasjon og samarbeid med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester.

⁴ 13 grep for en mer framtidsrettet allmennlegetjeneste og akuttmedisinsk kjede - regjeringen.no

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 2025 og inn i 2026.

I rapportens del 1, 'Beskrivelse av tiltak' presenteres iverksatte tiltak og igangsatt arbeid. Rapportens del 2, 'Allmennlegetjenesten 2025 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. Oppdaterte tall fra FLO⁵ per mai 2026 er tatt med.

For nærmere beskrivelser av arbeidet, og statistikk som kan komplettere rapporten, vises til Helsedirektoratets nettsider⁶ hvor også tidligere utgitte årsrapporter/halvårsrapporter, tidligere følgeevalueringer⁷ og andre kilder til informasjon er samlet. Denne femte rapporten følges ikke av rapport fra ekstern evaluator, da tidligere avtale om følgeevaluering gjaldt ut 2024. I påvente av stortingsmeldingen ble ny anskaffelse satt på vent. Våren 2026 ble Sintef valgt som evaluator for arbeidet med allmennlegetjenesten for perioden 2026 – 2029. Sintefs evaluering vil ha en kvalitativ tilnærming. I tillegg vil Folkehelseinstituttet bidra med evaluering av allmennlegetjenesten basert på registerdata.

Helsedirektoratets arbeid med allmennlegetjenesten i 2025

Koordinering og involvering

Arbeidet med allmennlegetjenesten besto i 2025, og inn i 2026 hovedsakelig av oppdrag i oppfølgingen av stortingsmeldingen. Helsedirektoratet koordinerte, som i de fem forutgående årene, arbeidet i et program på tvers av direktoratets avdelinger.

Ekstern involvering av interessenter ble gjennom 2025 gjennomført i betydelig større grad enn i 2024, da tidligere arbeid var utredninger som i stor grad var unntatt offentlighet og som inngikk i forberedelsene til stortingsmeldingen. Fra 2025 har flere av tiltakene hatt preg av iverksetting og implementering. Den bredt sammensatte referansegruppen for arbeidet med allmennlegetjenesten ble i 2025 oppdatert for å sikre deltakelse fra relevante aktører. Jevnlige møter for dialog og innspill ble videreført og intensivert. I tillegg ble det gjennomført arbeids- og dialogmøter med aktører som Legeforeningen, KS, statsforvalter, fagorganisasjoner for helsepersonell, kommuner, ALIS-kontor, nasjonale fagråd, fagnettverk og andre.

Kommunikasjon og profilering

Både våren 2025 og våren 2026 ble det gjennomført kampanjer for å rekruttere flere fastleger. I disse kampanjene ble materialet som ble laget i samarbeid med KS og Legeforeningen i 2023, gjenbrukt. Målgruppe for kampanjen var medisinstudenter i Norge og i utlandet, LIS1 og ALIS- leger. Kampanjen

⁵ FLO: Helfo sitt system for administrasjon av fastlegeordningen

⁶ Statistikk og rapporter om fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegetjenester - Helsedirektoratet

⁷ Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten | Oslo Economics, og Sluttrapport fra 2025

viste fram en variert arbeidsdag, med faglige fellesskap og stor medisinsk variasjon, og et arbeidsliv der det er rom for både fleksibilitet og trygghet. Tilstrekkelig og målrettet informasjon om endringer, formidlet gjennom hensiktsmessige kanaler, er et viktig premiss ved endringer.

Helsedirektoratet utarbeidet i dialog med Legeforeningen, KS og Oslo kommune en og en informasjonskampanje rettet mot ungdom mellom 16 og 20 år. Målet med kampanjen var å informere om retten til å bytte fastlege.

I samarbeid med de regionale ALIS kontorene ble det, i forbindelse med utlysning av ALIS tilskuddet gjennomført et nasjonalt webinar for å informere om endringer i innretningen av tilskuddet. Over 300 kommuner fra hele landet deltok.

Det ble i 2025 også gjennomført en rekke andre informasjonstiltak, både i tilknytning til enkeltoppdrag (se omtale under oppdragsbeskrivelser i rapportens del 1), og i andre kanaler som Helsedir.no, sosiale -, digitale- og trykte medier. Helsedirektoratet har også gjennom flere år jevnlig distribuert et eget nyhetsbrev med oppdateringer og nyheter knyttet til arbeidet med fastlegeordningen og allmennlegetjenesten. Lenke til påmelding for nyhetsbrevet finnes på Helsedirektoratets nettsider⁸.

Fastlegekonferansen 2025

Fastlegekonferansen ble arrangert i Helsedirektoratets lokaler den 22. september 2025. På konferansedagen var det 182 påmeldte for fysisk deltakelse, av 190 mulige plasser i tillegg var 212 påmeldt for digital deltakelse. En vesentlig andel av deltakere var kommuneoverleger, assisterende fylkesleger, fastleger eller andre leger. Det var også annet helsepersonell som sykepleiere, fysioterapeuter og farmasøyter. I tillegg var det en vesentlig andel fra kommunal- og offentlig administrasjon, profesjonsforeninger og andre organisasjoner.

Hovedtema for konferansen var stortingsmeldingen om Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det ble definert fire bolker, herav en innledning med mål og føringer fra stortingsmeldingen, som ble presentert av politisk ledelse og kommentert av KS, Legeforeningen og Sykepleierforbundet. I de tre øvrige bolkene; *Sammen om helhetlige helsetjenester*, *Rask og god helsehjelp i hele landet* og *Fremtidens helse- og omsorgstjenester* ble det innlegg og debatter med bred deltakelse fra en rekke aktører. Konferansen kan sees i opptak⁹.

Følge med og evaluere

Helsedirektoratet videreførte i 2025 sitt arbeid med å følge med på utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. Det pågår et kontinuerlig arbeid knyttet til videreutvikling av datagrunnlag og indikatorer, kvalitetssikring av data, samt arbeid for økt kunnskap på områder innen allmennlegetjenesten hvor tilgjengeligheten på informasjon er begrenset, herunder data om personell, kompetanse og organisering.

I føringer for arbeidet med stortingsmeldingen har Helse- og omsorgsdepartementet presisert at tiltak som innføres skal evalueres. Helsedirektoratet har gjennom 2025 arbeidet med planlegging av

⁸ [Påmelding til nyhetsbrev om allmennlegetjenesten](#)

⁹ [Opptak av Fastlegekonferansen 2025](#)

følge- med og evalueringsarbeidet, for fireårsperioden fra 2026 til 2029. Planen er dynamisk og skal tilpasses implementeringen av nye tiltak. Den skal gi et helhetlig bilde av virkningen stortingsmeldingens tiltak har på allmennlegetjenesten. Helsedirektoratet leder og koordinerer følge med og evalueringsarbeidet, som utføres i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Sintef.

Direktoratet følger utviklingen i allmennlegetjenesten gjennom sitt følge-med-ansvar. Folkehelseinstituttet har ansvaret for effektevaluering av tiltak ved bruk av kvantitative analyser. Sintef skal beskrive og analysere hvordan tiltakene oppleves og fortolkes av de som bruker, utfører og styrer tjenestene gjennom bruk av kvalitativ metodisk tilnærming. De overordnede problemstillingene knyttet til forholdet mellom tiltak og målsettinger vil til dels være overlappende. Helheten i arbeidet, skal ivaretas gjennom Helsedirektoratets årlige rapporter. Helsedirektoratet vil i disse rapportene, fremover, se de ulike leveransene i sammenheng og knytte dem til det øvrige følge-med-arbeidet.

Helsedirektoratets arbeid med Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) og pasienterfaringsundersøkelser er viktige elementer i følge med arbeidet for allmennlegetjenesten. Her inngår pasienterfaringsundersøkelsen om legevakt¹⁰, innbyggerundersøkelsen og helsepersonellundersøkelsen om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten¹¹ (se også avsnitt 4.2). Folkehelseinstituttets brukerundersøkelse fra fastlegeordningen skal fremover gjennomføres årlig¹².

¹⁰ [Brukererfaringsundersøkelser legevakt - Helsedirektoratet](#)

¹¹ [Innbyggerundersøkelsen om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten 2025](#)

¹² [Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret - FHI](#)

DEL 1

Beskrivelse av tiltak

1 Organisering og oppgavedeling i fremtidens allmennlegetjenester

Stortingsmeldingen legger til rette for å styrke kommunenes handlingsrom og styringsmuligheter i allmennlegetjenesten, gjennom målrettede strukturelle, organisatoriske og økonomiske tiltak for en mer tilgjengelig og bærekraftig fastlegeordning. Som del av dette er det gjennomført regelverksendringer som skal understøtte rekruttering av leger, blant annet gjennom justeringer i kompetansekrav og tydeliggjøring av ansvarsforholdene i tjenesten. Regjeringen vil legge til rette for ledelse og tverrfaglighet i fastlegekontorene, og utvikle fastlegekontor med flere helsepersonellgrupper, god oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid. Det er videre lagt til grunn at endringer i finansieringsordningene vil kunne få betydning for kommunenes mulighet til styring og rekruttering. Disse føringene følges opp gjennom sentrale regelverksendringer og virkemidler, herunder ny fastlegeforskrift, tiltak for økt tilgjengelighet og arbeid med å understøtte gode henvisninger.

1.1 Ny fastlegeforskrift

Ny fastlegeforskrift trådte i kraft 1. januar 2026. Den nye forskriften viderefører mye fra den tidligere fastlegeforskriften fra 2012, men innebærer justeringer for å modernisere og styrke fastlegeordningen.

Ny forskrift tydeliggjør ansvarsforholdet mellom kommunene og fastlegene, for å gi bedre forutsetninger for styring av tjenesten og mer forutsigbare rammer for samarbeid. Videre bidrar forskriften til å tydeliggjøre skillet mellom fastlegens oppgaver og næringsdrivende fastlegers ansvar som virksomhetsledere.

Forskriften stiller krav om økt digital tilgjengelighet for fastlegene, ved å pålegge fastlegene å tilby flere digitale tjenester, inkludert videokonsultasjon, e-konsultasjon (tekst), telefonkonsultasjon og digital timebestilling.

I forbindelse med fastsettelse av ny fastlegeforskrift, er det også vedtatt endringer i stønadsforskriften, som åpner for delegasjon av konsultasjoner til sykepleier, og i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger, som pålegger fastleger å gjøre enkelte tjenester tilgjengelig for pasienter og brukere på helsenorge.no.

1.2 Arbeid med å understøtte gode henvisninger

I tildelingsbrevet for 2026 har Helsedirektoratet fått i oppdrag å lede et arbeid med mål om å bedre kvaliteten på henvisninger, bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de som henviser, samt understøtte god henvisningspraksis og redusere andel avviste henvisninger. Oppdraget er et deloppdrag under Ventetidsløftet¹³ som regjeringen lanserte i 2024. Helsedirektoratet har innledet arbeidet med å få mer innsikt i hva som hemmer, og hva som fremmer, god henvisningspraksis. Prosjektet har fått kunnskap om pasientflyt mellom nivåene og

¹³ [Ventetidsløftet - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

sett på andel avviste henvisninger pr. fagfelt. Variasjon i henvisningspraksis mellom kommuner og mellom fastleger skal kartlegges nærmere. Videre ser prosjektet på hvordan digitaliseringen kan understøtte praksis.

På bakgrunn av innsiktsarbeidet skal prosjektet i løpet av høsten 2026 foreslå et system for bedre å kunne følge med på henvisningspraksis og tiltak for å redusere uønsket variasjon i henvisninger.

1.3 Oppgavebeskrivelse for fastlegeordningen

Med bakgrunn stortingsmeldingen, har departementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å konkretisere hva som i fremtiden skal være oppgaveporteføljen til fastlegeordningen, og hvordan disse oppgavene skal avgrenses mot øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.

I besvarelsen drøfter direktoratet hvordan det kan tilrettelegges for flere helsepersonellgrupper på fastlegekontoret og hvilke rammer som må være til stede for forsvarlig oppgavedeling. Det er oppgavene som skal utføres, som vil være førende for hvilke yrkesgrupper som i størst grad kan avlaste og supplere fastlegene. Helsedirektoratet mener at fastlegens listeansvar bør være førende for hvilke oppgaver som naturlig hører hjemme på fastlegekontoret, også når flere yrkesgrupper deler på oppgavene. Andre yrkesgrupper kan både avlaste fastlegen og bidra til å utvide bredden av de oppgavene som fastlegekontoret gjør i dag. Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 setter rammer for hvilke oppgaver ulike grupper helsepersonell kan utføre. Fremtidig fordeling av oppgaver ved fastlegekontoret krever tydelig ledelse og rutiner for oppgavedeling. Fastlegen har et overordnet ansvar for oppgavene som omfattes av listeansvaret, også når disse utføres av annet personell.

Ressursene er begrenset og skal brukes rettferdig. Den økte innsatsen bør komme der hvor behovet er størst. Å styrke fastlegens portvaktfunksjon vil bidra til større likhet i tilgang til og forbruk av helsetjenester og til å redusere sosiale helseforskjeller.

Selv om individrettet forebygging er en del av fastlegekontorets oppgaver i dag, kan man anta at innsatsen vil øke, dersom forebyggende og helsefremmende arbeid utført av yrkesgrupper med relevant kompetanse, blir honorert. Når fastlegens listeansvar setter rammen for de oppgavene fastlegekontoret skal løse, innebærer dette at fastlegen primært ikke skal overta lovpålagte oppgaver fra andre tjenester i kommunen, eller utføre spesialisthelsetjenester.

1.4 Utvidet henvisnings- og rekvireringsrett

Som en del av arbeidet med å styrke oppgavedelingen, og bedre utnyttelsen av samlet kompetanse i allmennlegetjenesten er flere arbeider for å vurdere utvidet henvisnings- og rekvireringsrett igangsatt. En helhetlig vurdering av henvisnings- og rekvireringsrett for flere grupper autorisert helsepersonell inngår i dette. Helsesykepleiere er særlig aktuelle i arbeidet knyttet til henvisning til BUP, både i pilot og nasjonal prøveordning, med sikte på tidligere identifisering og raskere tilgang til psykisk helsehjelp for barn og unge. I tillegg vurderes fysioterapeuters rolle, blant annet gjennom arbeid med utvidelse av personellkretsen i poliklinikkforskriften, for å legge til rette for mer direkte henvisningsløp innenfor definerte områder.

God kompetanse er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Kommunene har behov for personell med høyere og bredere kompetanse enn i dag. Det er derfor etablert en masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) rettet mot behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester. AKS har en klinisk kompetanse som kan nyttiggjøres i tverrfaglige fastlegekontorer. Med bakgrunn i dette har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede forskrivningsrett for sykepleiere med masterutdanning i AKS. Utredningen skal vurdere om en eventuell forskrivningsrett skal være begrenset til utvalgte legemidler og om det er hensiktsmessig å avgrense retten til legenær praksis. Departementet legger til grunn at retten skal begrenses til AKS ansatt i offentlige helse- og omsorgstjenester. Økonomiske, administrative og personellmessige konsekvenser skal vurderes.

Felles for tiltakene er behovet for klare rammer for kompetanse, ansvar og samhandling. Samlet skal arbeidene bidra til en mer fleksibel og bærekraftig oppgavedeling, der flere helsepersonellgrupper kan bidra til at pasienter får helsehjelp på riktig nivå til riktig tid.

2 Tilgjengelighet og tilbudet til grupper med store behov

Tilgjengelighet er et av hovedtemaene i stortingsmeldingen om allmennlegetjenesten. Regjeringen vil skape mer likeverdige tjenester og redusere sosiale helseforskjeller, blant annet ved å forbedre tilgjengeligheten til og styrke innsatsen i allmennlegetjenestene for innbyggere med store og sammensatte behov. Flere nye tiltak skal understøtte denne innsatsen, herunder tiltak for styrket basisfinansiering og økt tverrfaglighet i fastlegeordningen. Sentrale satsingsområder er også krav om digitale konsultasjoner i fastlegeordningen, utprøving av kommunal nettlege og arbeidet med å tilgjengeliggjøre digitale mestrings- og selvhjelpsverktøy slik at innbyggerne gis mulighet til å medvirke aktivt i valg om egen helse i sin dialog med egen lege.

Det er variasjon i oppfølgingen av pasienter med store og sammensatte behov og pasienter som selv ikke etterspør tjenester. En styrket og mer tverrfaglig fastlegetjeneste med oppgavedeling og økt bredde i oppgavene, kan frigi tid til medisinsk oppfølging av disse pasientene og bedre koordinering med andre tjenester. Digitale verktøy kan i tillegg gi effektiv ressursutnyttelse og bedre samhandling. Videre kan finansiering av tverrfaglighet, inkludert honorering for hjemmebesøk og samhandling med andre tjenester, understøtte målet om helhetlige pasientforløp.

2.1 Arbeid for å sikre at alle innbyggere i Norge har en fastlege

Alle innbyggere har en lovfestet rett til å stå på liste hos en fastlege, og det er et viktig politisk mål at alle innbyggere har en fastlege. En grunnleggende del av fastlegeordningen er samtidig at innbyggere som ønsker å bytte fastlege har en reell mulighet til å gjøre det. Ventelistene for å bytte kan derfor ikke være for lange.

Gjennom 2025 og inn i 2026 har Helsedirektoratet arbeidet med å identifisere og implementere aktuelle tiltak, som på kort og lang sikt, skal bidra til å sikre at alle innbyggere i Norge har en fastlege. Målet er at andel innbyggere uten fast lege og antall på venteliste for å bytte fastlege skal reduseres betydelig. Selv om utviklingen er positiv, er det fortsatt behov for å sikre tilstrekkelig kapasitet i fastlegeordningen.

I første halvår 2025 ble det gjennomført en rekke tiltak med formål å redusere antallet innbyggere på ubesatte lister. Helsedirektoratet og Helfo gjennomførte kommunikasjonstiltak, opplåsing av lister og ukentlig oppfølging av kommuner med ubesatte lister i løpet av perioden.

Det arbeides også med å forbedre bytte- og ventelistefunksjonaliteten i fastlegeordningen. Mer strukturert og relevant informasjon om fastleger og ventelister, samt estimerte ventetider, skal gjøre det enklere for innbyggerne å ta informerte valg. Det legges til rette for at innbyggerne kan stå på inntil fem ventelister samtidig, og det gjennomføres parvis bytte av fastlege mellom innbyggere for å redusere ventelistene og bidra til raskere tilgang til fastlege.

Arbeidet pågår fortsatt og, det legges opp til implementering av flere tiltak i 2026.

2.2 Digital førstelinje

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å legge til rette for digitale helsetjenester som gir innbyggerne en mer aktiv rolle i egen og næres helse. Arbeidet skal bidra til at helsetjenesten kan hjelpe flere - med god kvalitet, i en situasjon preget av økt press og personellmangel. Oppdraget omfatter blant annet oppfølging av arbeid med en offentlig KI-tjeneste på Helsenorge, økt bruk av digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy, tiltak innen psykisk helse og rus, og etablering av et første trinn av en digital veiviser på Helsenorge. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med Norsk helsenett.

Det er igangsatt flere tiltak og etablert arbeidsgrupper for koordinering og gjennomføring. Målet er at digital støtte, på sikt, skal gjøre det mulig for flere innbyggere å forebygge og håndtere helseutfordringer selv, og at offentlige tjenester forblir innbyggernes førstevalg. En viktig forutsetning er god integrasjon med øvrige helsetjenester, slik at kvalitet ivaretas og løsninger ikke blir personellkrevende.

Digitale løsninger skal støtte fastlegens rolle som portvokter og bidra til bedre sortering av henvendelser, styrket forebygging og økt egenmestring i befolkningen.

2.3 Utprøving av kommunal digital allmennlegetjeneste

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomføre en utprøving av kommunal digital allmennlegetjeneste – kommunal nettlege. Forsøksordningen startet opp 1. juli 2025 og er planlagt å vare fram til 1. juni 2027. Målet er at tjenesten skal være et godt supplement til dagens fastlegeordning og legevakt. Tjenesten skal gi rask og enkel tilgang til videotime med en lege. Nettlegen er et alternativ når innbygger ikke finner en time som passer hos fastlegen, situasjonen ikke er så akutt at legevakt må oppsøkes eller man ikke trenger fysisk oppmøte. Nettlegen skal sende epikrise fra konsultasjonen til fastlegen.

Kommunene som er i drift per 15 juni er Oslo, Kristiansand (med samarbeidskommunene Kvæangen og Birkenes) og Arendal (med samarbeidskommunene Grimstad, Froland, Tvedestrand, Åmli, Gjerstad, Vegårshei og Risør). Ullensaker med samarbeidskommunene Nannestad og Gjerdrum planlegger oppstart sommeren 2026.

Utprøvingen skal gi verdifull erfaring med hvordan en slik digital løsning fungerer i praksis. For å sikre læring og videreutvikling, er det viktig med evaluering underveis. Dette vil gi innsikt i hvordan tjenesten blir brukt og hvilken nytte den har for både innbyggerne og helsepersonell. Folkehelseinstituttet og Nasjonalt senter for e-helseforskning evaluerer utprøvingen. Det er foreløpig for tidlig å si noe om effekter, og sluttrapport kommer når prosjektet avsluttes. Se delkapittel 16.3 for statistikk fra 2025.

2.4 Økt tilgjengelighet i fastlegekontor

Helsedirektoratet fikk i 2025 i oppdrag å utrede eventuelle tiltak som kan understøtte en mer tilgjengelig fastlegetjeneste, både fysisk og digitalt, herunder lengre åpningstid enn i dag.

Tilgjengelighet har mange dimensjoner. Forbedret tilgjengelighet til informasjon kan sette folk i stand til å finne svar og klare seg selv. Å fjerne fysiske hindringer og stille krav til universell utforming kan gi økt fysisk tilgjengelighet. Styrket digital kompetanse kan gjøre det mulig for innbyggerne å nyttiggjøre seg digitale løsninger. Tilgjengelighet kan også styrkes gjennom stabil fastlegedekning og redusert ventetid til time hos fastlegen. Videre mener direktoratet at å øke tilgjengeligheten for sårbare grupper, og å prioritere mer tid til de svakeste og de som trenger det mest, må stå sentralt når tiltak for økt tilgjengelighet vurderes.

I Helsedirektoratets utredning pekes det på at utvidet åpningstid ved fastlegekontorene er et tiltak som kan bidra til økt tilgjengelighet. Samtidig krever tiltaket nøye vurdering av konsekvenser, organisering og finansiering. Det vil være viktig at økt åpningstid på fastlegekontoret ikke undergraver bemanningen i andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder legevakt. Tiltaket kan gi økt variasjon i fastlegetjenester mellom regioner, og det er grunn til å tro at økt åpningstid ikke vil være det mest effektive tiltaket for økt tilgjengelighet for de gruppene som trenger det mest. Det er en risiko for at ekstra arbeidsbelastning, gjennom lengre åpningstid, kan påvirke tjenestene til denne gruppen negativt i form av redusert tid til oppfølging og økt fragmentering. Videre vil en endring av fastlegenes arbeidstid fra dag til kveld kunne få konsekvenser for samarbeidet med andre aktører som NAV, barnevern og i helsetjenesten for øvrig.

For fastlegene og annet personell kan utvidet åpningstid gi økt fleksibilitet, men også økt arbeidsbelastning. Selv om frivillighet legges til grunn, vil en forventning om kveldsarbeid kunne gjøre fastlegeyrket mindre attraktivt. Dersom man ønsker flere kveldsåpne fastlegekontor, vil det kreve endringer i regulering og finansiering. Det vil være nødvendig at de økonomiske insentivene er tilstrekkelige til å opprettholde motivasjon og rekruttering. Samtidig må de være balanserte og vurderes opp mot tilgjengelige ressurser og konsekvenser for andre deler av tjenesten.

2.5 Trygg og effektiv bruk av digitale konsultasjoner

Et sentralt element i den nye fastlegeforskriften gjeldende fra 1. januar 2026, er konkrete krav til fastlegene om digital tilgjengelighet, herunder plikt for alle fastleger til å tilby digitale tjenester. Per i dag er ca. 17 prosent av alle fastlegekonsultasjonene digitale, og bruken av digitale konsultasjoner er i vekst. Omfanget av digitale konsultasjoner er økende og vil kunne legge ytterligere press på tjenesten. Uavhengig av konsultasjonsform er målet å gi best mulig hjelp til de som trenger det mest, sikre klinisk gevinst og riktig prioritering av begrensede ressurser.

Helsedirektoratet har med utgangspunkt i dette gjort en vurdering av behovet for et faglig normerende produkt. Et veiledende produkt kan bidra til forsvarlighet, bærekraft og likeverdig bruk av digitale konsultasjoner i fastlegeordningen. Videre kan det gi faglig støtte og bidra til mer konsistent praksis. Bruken av digitale tjenester vil påvirkes av lokale organisatoriske forhold,

pasientenes kjennetegn og kontekst, legens kliniske erfaring og skjønn. Et fremtidig normert produkt må derfor også gi rom for nødvendige lokale tilpasninger.

En veileder for digitale konsultasjoner vil være relevant også for andre deler av helsetjenesten, som sykehus og legevakt – som har mye digital konsultasjonsaktivitet. Tidspunktet er riktig, gitt pågående utviklingsarbeid som kan påvirke innholdet.

I tillegg til veiledning, er det behov for en sorteringsmekanisme for digitale konsultasjoner, og for teknisk funksjonalitet som understøtter sorteringen. Dette er utfordringer som krever videre utvikling, blant annet i EPJ systemene og Helsenorge.

2.6 Allmennlegetjenester til innbyggere med heldøgns omsorgstjenester

Det er igangsatt et utredningsarbeid for å vurdere hvordan allmennlegetjenestene kan styrkes for innbyggere med omfattende og/eller sammensatte behov som bor i omsorgsboliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester. En viktig del av dette arbeidet vil være å vurdere hvordan dagens organisering av fastlegeordningen påvirker oppfølging og samhandling rundt denne gruppen, samt kommunenes mulighet til å tilrettelegge et godt og helhetlig legetilbud.

Omsorgsboliger rommer svært ulike brukergrupper som ofte har store og sammensatte behov, herunder eldre, voksne med ulike funksjonsnedsettelse, personer med utviklingshemming, rus og psykiske helse- utfordringer og personer med demens. Samtidig har flere i disse gruppene begrenset evne til å gjenkjenne og beskrive symptomer, bestille time eller ivareta egen behandling. Beboere i omsorgsboliger defineres som *hjemmeboende* etter lovverket, og det finnes ingen krav til bemanning. Dette skaper betydelig variasjon både mellom kommuner og boliger, både i bemanning, tjenestetilbud og organisering. Variasjon i organisering og tilknytning til mange ulike fastleger kan gjøre det krevende å sikre god, kontinuerlig og koordinert oppfølging.

Spørsmålet om behov for endringer i reguleringen av fastlegers lister og innbyggers rett til å velge fastlege, herunder om det bør legges til rette for tettere tilknytning til fast lege for beboere i slike boliger, skal vurderes som en del av dette arbeidet.

2.7 Digital hjemmeoppfølging

Spredning av digital hjemmeoppfølging er et av tre prioriterte områder i Helseteknologiordningen. Formålet er å bidra til økt trygghet og mestring for pasientene og utsatt eller redusert behov for helsetjenester. I 2025 har det vært prosjekt og aktivitet innen 18 av 19 helsefellesskap, der to eller flere kommuner samarbeider med fastleger og helseforetak.

Antallet pasienter som følges med digital hjemmeoppfølging er økende, målgruppene for tiltaket er i hovedsak personer med kroniske sykdommer som kols, hjertesvikt, diabetes, kreft og psykisk helse. Tjenesten er også tatt i bruk innen miljøarbeidertjenesten, fysio-/ergotjenesten, friskliv og for oppfølging av pårørende til personer med demens. Flere av prosjektene samarbeider om å etablere felles oppfølgingstjeneste, for et par av prosjektene er dette lagt til interkommunal legevakt.

De fleste prosjekter har fastleger med i arbeidsgruppen eller tilknyttet prosjektet, som bidrar inn i utvikling av tjenesten. I mai 2025 ble det utgitt en erfaringsrapport fra spredning av digital hjemmeoppfølging 2022 – 2024. Den viser at 93 prosent av brukerne er svært fornøyde/fornøyd med digital hjemmeoppfølging, halvparten opplever bedre livskvalitet og 1/3 rapporterer redusert hyppighet av fastlegebesøk. Tall fra KPR og NPR for ett prosjekt viser reduksjon i bruk av fastlege, legevakt, akuttinnleggelse og reinnleggelser, samt kortere opphold ved innleggelse, ved sammenlikning ett år før og ett år etter oppstart. Det er behov for å få tilsvarende tall for resterende prosjekt.

Videre satsing i 2026 går på å skalere antall brukere innen ulike målgrupper, øke antall kommuner som tilbyr digital hjemmeoppfølging og stimulere til beste praksis for effektiv drift.

2.8 Bruk av klinisk skrøpelighetsskala (CFS)

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide råd og tiltak for å forebygge funksjonssvikt og skrøpelighet. Målgruppa for arbeidet er helse- og omsorgstjenestene, herunder sykehus, fastlegene og andre kommunale tjenester. Utredningen "Felles metode for å kartlegge funksjonsnivå og skrøpelighet på tvers av tjenester og nivå" omfatter både en rapport og en skisse til videre arbeid i 2025-2028. Leveransen ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet desember 2025.

Helsedirektoratets vurdering er at Clinical Frailty Scale, heretter omtalt som CFS, bør kunne benyttes som en felles metode for kartlegging av skrøpelighet. Samtidig vurderes det som nødvendig å utrede nærmere hvordan CFS kan brukes som et felles verktøy og et felles språk på tvers av kommunale tjenester og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for å avklare hvilke forutsetninger som må være på plass for å kunne dele CFS mellom ulike aktører.

3 Endringer i finansieringsmodell

Regjeringen vil trinnvis innføre en ny finansieringsmodell for fastlegeordningen. Finansieringsmodellen skal understøtte gode medisinske prioriteringer, økt tverrfaglighet, kvalitetsarbeid, innovasjon og tydeligere ledelse. Endringene i finansieringen skal samtidig bidra til bedre utnyttelse av tilgjengelige personellressurser og økt tilgjengelighet og kapasitet i tjenesten. Som ledd i oppfølgingen av stortingsmeldingen er det igangsatt flere konkrete tiltak og utredninger knyttet til hvordan fastlegetjenestene finansieres. Disse tiltakene retter seg blant annet mot å legge bedre til rette for oppgavedeling, styrke tilgjengeligheten i fastlegeordningen og videreutvikle takstsystemet og basistilskuddet.

Departementet har blant annet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede hvordan pasientbehandling som utføres av flere helsepersonellgrupper kan finansieres innenfor gjeldende rammer. Formålet er å sikre god kvalitet i tjenestene, særlig for innbyggere med behov for tverrfaglig oppfølging, og å legge til rette for mer effektiv bruk av personell gjennom økt oppgavedeling. Underkapitlene nedenfor beskriver sentrale tiltak og endringer som er iverksatt, eller under oppfølging, på dette området.

3.1 Stønadsfor delegerte konsultasjoner i fastlegekontorene

I tråd med Meld. St. 23 (2024–2025) legger regjeringen til rette for en mer tverrfaglig fastlegeordning. Ett av de første tiltakene er å åpne for at fastleger kan delegere konsultasjoner til sykepleiere med refusjon fra folketrygden. Endringene er gjennomført gjennom justeringer i stønadsforskriften, som trådte i kraft 1. januar 2026.

Delegering av oppgaver gir sykepleiere mulighet til å avlaste fastlegene ved å gjennomføre konsultasjoner, sykebesøk og samarbeidsmøter. Tiltaket kan dermed bidra til økt kapasitet og kvalitet i tjenestene. Fastlegen kan kun delegere oppgaver som inngår i listeansvaret, slik at oppgaver fra andre deler av kommunens helse- og omsorgstjeneste, eller spesialisthelsetjenesten, ikke overføres til fastlegekontoret.

Faglig forsvarlighet setter rammene for hvilke oppgaver som kan delegeres, og dermed hvilke tjenester som kan utløse refusjon fra folketrygden. De fleste takstene er åpnet for oppgaver delegert fra lege til sykepleiere, men med enkelte unntak. Fastlegen har det overordnede medisinskfaglige ansvaret for oppgavene som delegeres, herunder for at utførelsen er faglig forsvarlig og at sykepleieren har nødvendig kompetanse.

Delegerte oppgaver fra fastlege til sykepleier har økt i omfang hver måned siden oppstarten og omfatter konsultasjon, prøvetaking og mindre prosedyrer. De hyppigst registrerte diagnosegruppene er diabetes type 2, undersøkelse for administrative formål, kroniske hudsår og uspesifikke helseproblemer. Andre hyppige diagnosegrupper inkluderer hypertensjon, overvekt og kols. Oppdaterte tall for delegerte konsultasjoner finnes i denne rapportens del 2, delkapittel 12.5.

Ved innføringen av ordningen manglet enkelte pasientjournalssystemer nødvendig funksjonalitet for både lege og sykepleier, noe som bidro til å begrense utbredelsen i en tidlig fase. Siden den gang har flere journalssystemleverandører ferdigstilt løsninger som muliggjør korrekt og systematisk registrering av delegerte konsultasjoner. I dag har de fleste aktører nødvendig funksjonalitet på plass.

3.2 Forenkling og forbedring av takstsystemet

I 2023 ble pasienttilpasset basistilskudd innført. Stortingsmeldingen varslet ytterligere endringer i finansiering av fastlegeordningen, herunder endret fordeling mellom basistilskudd og aktivitetsbaserte takster. Det er lagt opp til en trinnvis økning i basistilskuddets andel, på til sammen 10 prosentpoeng over årene 2025, 2026 og 2027. I tillegg er det planlagt endringer i det pasienttilpassete basistilskuddet. Endringene er ment å understøtte gode og sammenhengende tjenester, redusere sosiale helseforskjeller og styrke den helsefremmende og forebyggende innsatsen. I oppdraget inngår det også å vurdere hvordan takstsystemet kan innrettes for å styrke fastlegens portvokterrolle og fremme en dreining av aktiviteten mot innbyggere med store og sammensatte behov, herunder pasienter som i mindre grad etterspør tjenester eller har vansker med å oppsøke legekontor. Flere forhold i takstsystemet påvirker legenes prioriteringer. Endringer som stimulerer til tverrfaglig samarbeid, og gir rom for lengre konsultasjoner og tettere dialog med pasienter som trenger støtte til livsstilsendringer, kan bidra til å styrke den forebyggende innsatsen.

3.3 Videreutvikling av pasienttilpasset basistilskudd og avvikling av utjamningstilskudd

Andel basistilskudd skal øke, med 10 prosentpoeng over tre år (2025-2027). I tillegg er videreutvikling av modellen for pasienttilpasset basistilskudd (PTB) og avvikling av utjamningstilskuddet omtalt i stortingsmeldingen som en del av utviklingsarbeidet innenfor finansiering. Helsedirektoratet har fått ansvaret for å legge til rette for at de planlagte endringene kan gjennomføres. Dette innebærer at:

- Dempningen i pasienttilpasset basistilskudd oppheves. Det betyr at listeinnbyggernes kjønn, alder og bruk av fastlegetjenester tillegges større vekt i beregningen av den enkelte fastleges basistilskudd.
- Sosioøkonomisk variabel for utdanning måles per grunnkrets
- Sentralitetstillegget baseres på fastlegenes praksiskommune
- Ekstra høy sats for asylsøkere og flyktninger innlemmes i modellen det første året som medlemmer i fastlegeordningen (utsatt)
- Utjamningstilskuddet avvikles og sentralitetstillegget i PTB økes tilsvarende utjamningstilskuddet

Etter dialog mellom Legeforeningen og departementet er endringene som var planlagt innført 1. juli 2026 satt på vent. Endringer i finansieringssystemet generelt, og justeringer i det pasienttilpassede basistilskuddet spesielt, vil fremover inngå som sentrale temaer i arbeidet med å følge med og evaluere utviklingen i allmennlegetjenesten.

4 Kompetanse og spesialistutdanning

Regjeringen vil sette i verk en rekke tiltak for å styrke kommunenes handlingsrom til å rekruttere og benytte personell ut fra lokale behov og muligheter. Hovedvekten av innsatsen rettes mot å rekruttere, utvikle og beholde personell med riktig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten i hele landet, og å bidra til analyser av framtidig personell- og kompetansebehov. Videre vil regjeringen legge til rette for nødvendig og relevant kompetanse i allmennlegetjenesten gjennom kompetansekrav som balanserer hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet mot hensynet til rekruttering og kommunalt handlingsrom. Spesialistutdanningen i allmennmedisin skal videreutvikles for å være framtidsrettet og attraktiv, og kompetansen innen geriatri, palliasjon samt alders- og sykehjemsmedisin skal styrkes. Det arbeides i tillegg med endringer knyttet til spesialistutdanningens første del (LIS1).

4.1 Forvaltning og videreutvikling av ALIS-tilskuddet

ALIS-avtaler er et sentralt tiltak i arbeidet med å styrke allmennlegetjenesten. Slike avtaler skal gi trygge rammer for allmennleger i spesialisering (ALIS) og bidra til økt rekruttering til allmennmedisin. ALIS-avtalene inneholder tiltak som understøtter spesialistutdanningsløpet, og tilskuddsordningen skal bidra til å dekke kommunenes utgifter til dette.

ALIS-tilskuddet ble etablert som en nasjonal ordning i 2022 og erstattet da tidligere ordninger og utprøvinger. Den åpnet for at alle kommuner kan søke tilskudd til tilrettelegging av spesialistutdanning i allmennmedisin, samtidig som kommunenes egenandel ble fjernet. Siden 2022 har både antall søknader og bevilgninger økt kraftig – fra 102 millioner kroner i 2021 til 565 millioner i 2026. Ordningen er refusjonsbasert.¹⁴

Tilskuddsordningen har, siden 2022, årlig blitt justert og videreutviklet. Dette basert på tilbakemeldinger fra kommuner, ALIS-kontor, leger og politiske føringer. Våren 2025 bevilget regjeringen 27 mill. kroner ekstra til ordningen, og varslet samtidig tiltak for kostnadskontroll. Tilskudd for redusert produktivitet ble blant annet redusert, slik at denne delen av tilskuddet kun gis de to første årene ALIS jobber som fastlege eller fastlegevikar. Før utlysningen i 2026, ble det presisert at en eventuell overskridelse av samlet budsjettramme vil gi prosentvis lik nedjustering av tilskudd til alle kommuner. Kommunene vurderer selv hvordan de vil håndtere et eventuelt kutt, men utgifter veiledning av ALIS skal skjermes.

Både søknadsprosessen og forvaltningen av tilskuddet har gjennom de 5 årene tilskuddsordningen har eksistert, blitt stadig mer kompleks for kommunene, ALIS kontorene og for Helsedirektoratet. Dette står i kontrast til kommunenes ønske om forenkling og mindre administrasjon, og det er bred enighet om behovet for å forenkle ordningen. En videreutvikling av ordningen bør sees i lys av behovet for å balansere rekrutteringsbehov med økonomisk bærekraft.

¹⁴ [Nasjonal ALIS og veiledning - Helsedirektoratet](#)

4.2 Kompetanseportalen for spesialistutdanning

Helsedirektoratets kompetanseportal er et digitalt verktøy til bruk i planlegging, dokumentasjon og oppfølging av læringsmål og anbefalte læringsaktiviteter i spesialistutdanningen.

I regi av Helse Sør-Øst pågår et prosjekt for å utvikle en modul som understøtter digital individuell utdanningsplan i Kompetanseportalen (IUP). Prosjektet planlegges startet med pilotering etter sommeren 2026. Helsedirektoratet deltar i prosjektet som en av fem forvaltere av kompetanseportalen. Utover dette utviklingsprosjektet har det vært begrenset videreutvikling av Helsedirektoratets del av Kompetanseportalen i 2025. Det er identifisert ønsker for endringer i veiledningsmodulen for LIS. Helsedirektoratet vurderer ulike alternativer for videre utvikling av veiledningsfunksjonalitet i Kompetanseportalen, herunder hvordan nye løsninger kan bidra til en mer helhetlig og framtidsrettet oppfølging.

4.3 Veiledningsmaterieell for ny kompetanseforskrift

Fra 1. januar 2026 trådte ny forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i kraft. Forskriften samler og tydeliggjør kravene til legekompentanse, med formål å sikre forsvarlige tjenester gjennom riktig kompetanse i kommunene.

For allmennlegetjenesten innebærer forskriften at leger som hovedregel skal være spesialister i allmennmedisin, være under spesialisering eller ha godkjenning som allmennlege for å kunne arbeide innenfor fastlegeordningen. For øvrige kommunale legeoppgaver stilles det krav om relevant spesialistkompetanse eller pågående spesialisering, der kommunen vurderer hva som er relevant ut fra oppgavene. Forskriften fastsetter også særskilte krav for legevakt, blant annet om gjennomførte kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering, samt regulerer når lege kan ha vakt uten bakvakt.

Det er etablert tidsavgrensede unntak fra krav om spesialisering, som gir kommunene handlingsrom i rekrutteringssituasjoner. Samtidig tydeliggjøres kommunens ansvar for å påse at legekompentansen er tilstrekkelig og at tjenestene er faglig forsvarlige.

Helsedirektoratet har utarbeidet et digitalt rundskriv med veiledning til forskriften. Veiledningen gir utfyllende forklaringer av regelverket og praktiske eksempler, og skal bidra til en felles forståelse og korrekt anvendelse av kravene i kommunene. Forskriften gir tydeligere rammer for kompetanse i allmennlegetjenesten, og legger til rette for økt kvalitet og mer enhetlig praksis nasjonalt.

4.4 Endringer for leger med praksis fra utlandet

Fra 1. januar 2026 ble det innført en praksisomlegging i vurderingen av søknader om godkjenning av læringsmål i LIS1 for søkere med tilsvarende utdanning og opplæringsprogram fra utlandet. Praksisomleggingen åpner for at KBU (Klinisk Basis Uddannelse) ¹⁵ og tilsvarende organiserte opplæringsprogram etter cand.med. fra utlandet kan godskrives mot både læringsmål og utdanningstid i LIS1, forutsatt at fastsatte kriterier er oppfylt.

¹⁵ KBU i Danmark består av klinisk tjeneste (typisk 1 år) med rotasjon mellom sykehus og allmennpraksis, tilsvarende LIS1 i Norge

For allmennlegetjenesten innebærer dette bedre utnyttelse av kompetansen til leger med erfaring fra utlandet. Leger med dansk KBU kan få inntil 12 måneder godskrevet som utdanningstid i LIS1, mens leger med svensk AT (Allmäntjänstgöring) kan få godkjent inntil 18 måneder. Godkjenning av læringsmål vil avhenge av faglig innhold og sammensetning av tjenesten, samt dokumentert utdanningstid. Manglende kompetanse kan kompletteres gjennom individuelt tilrettelagte LIS1-løp i Norge.

Endringen legger til rette for mer effektiv bruk av eksisterende LIS1-stillinger og kan bidra til raskere progresjon i spesialistutdanningen. Samtidig reiser praksisomleggingen spørsmål knyttet til tilrettelegging av tjenesten, vurdering av kompetanse og behovet for å sikre tilstrekkelig kjennskap til norsk helsetjeneste, herunder allmennlegetjenesten.

4.5 Forenkle ordningen for etterutdanning i allmennmedisin

Som del av arbeidet med å sikre en framtidsrettet og attraktiv spesialistutdanning i allmennmedisin har Helsedirektoratet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, vurdert fremtidig innretning og organisering av etterutdanning for spesialister i allmennmedisin. Vurderingen har vært særlig rettet mot forenkling av ordningen. Regelverket for dagens etterutdanning utløper 31. desember 2026. Oppdraget ble gjennomført i samarbeid med Legeforeningen, ALIS- og SamLIS-kontorene, samt representanter fra kommunene og Kommunesektorens sentralforbund (KS). Direktoratets forslag til ny modell er utformet som en mer tillitsbasert ordning, med redusert behov for registrering og økt grad av digitalisering. Modellen trekker veksler på ny spesialistutdanning for leger. Et mål at søknadsbehandling i størst mulig grad hel-automatiseres. Det er usikkert når det nye regelverket for etterutdanning er på plass.

4.6 Gruppeveiledning for leger i allmennmedisin

Helsedirektoratet overtok fra 1.1.2025 ansvaret for gruppeveiledningen for leger under spesialisering i allmennmedisin. Rammer for gruppeveiledningen ble i den forbindelse gjennomgått og revidert. Legeforeningen er delegert oppgaven med gjennomføringen av gruppeveiledningen, og et øremerket tilskudd er opprettet for formålet.

Hovedmålet med tilskuddet er å bidra til økt kvalitet i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Legeforeningens evaluering viser at deltakerne er fornøyde med den 2-årige gruppeveiledningen. Mange skriver at veiledningsgruppen har vært avgjørende for å fortsette i allmennpraksis, bli tryggere i fastlegerollen og at den er et viktig sted for deling av erfaringer.

Ventelisten for å komme med på gruppeveiledning er redusert i 2025, sammenlignet med året før. Flere grupper er også avsluttet i 2025 enn tidligere, noe som gjenspeiler den økte rekrutteringen til allmennmedisin.

4.7 Introduksjonsavtaler

Introduksjonsavtalene er et virkemiddel for å legge til rette for gjennomføring av spesialistutdanningen i allmennmedisin, ved å gi leger i spesialisering tilgang til åpen, uselektert praksis i fastlegekontor. Samtidig bidrar ordningen til å styrke rekrutteringen til fastlegeordningen.

Helsedirektoratet ga i 2022 tillatelse til inntil 65 introduksjonsavtaler. Ikke alle avtalene har vært i bruk samtidig, og direktoratet har derfor tildelt nye avtaler løpende etter søknad fra kommunene. En gjennomgang per mai 2026 viser at det er om lag 45 aktive introduksjonsavtaler nasjonalt. Dette tallet er tilsvarende som ved utgangen av 2024.

4.8 Nettbasert lederutdanning for allmennlegetjenesten

Lederkurs for allmennleger er gjennomført hvert semester siden våren 2022, med unntak av ett semester. Totalt 190 allmennleger har fullført kurset. Kurset er etablert som et forkurs til masterprogrammene Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling, men er samtidig et selvstendig kompetansehevingstiltak. Erfaring viser at kurset fungerer som en pådriver for videre lederutvikling og bidrar til å rekruttere deltakere.

Av de 190 deltakerne som har gjennomført kurset, har 29 gått videre til nevnte masterprogram. Et direkte svar på regjeringens satsing på økt tilgjengelighet og kontinuitet gjennom digitale løsninger, er det foretatt enkelte justeringer i kursets struktur for å styrke læringsutbyttet og relevansen. Endringene er i forhold til digital samhandling og at fastleger skal kunne lede og navigere i et digitalt helsevesen

5 Legevakt, akutt- og helseberedskap

5.1 Forbedre samhandling og tilgjengelighet i den akuttmedisinske kjeden.

Regjeringens mål er at innbyggere med akutt sykdom og skade får rask og trygg helsehjelp i hele landet. Arbeid med helseberedskap er hjemlet i en rekke lover, og de siste årene har behovet for omstillingsevne og beredskapsarbeid blitt stadig viktigere. Regjeringen har en målsetning om å styrke den lokale akuttberedskapen og helseberedskap generelt. Styrkingen skal blant annet skje gjennom tjenesteinnovasjon og bruk av teknologi og personell på nye måter, samt at kommuner og helseforetak skal planlegge de akuttmedisinske tjenestene i fellesskap. For å sikre gode allmennlegetjenester og bidra i det overordnede beredskapsarbeidet, er fastlege, kommune og samhandlingen mellom disse aktørene svært viktig. Regjeringen varsler endringer i finansiering av legevaktstjenesten gjennom å samle sørge - for - og finansieringsansvaret.

5.2 Nasjonal brukerundersøkelse for legevakt

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte Helsedirektoratet en brukererfaringsundersøkelse blant legevaktspasienter i 2025. Formålet med undersøkelsen er å få kunnskap om hvordan tilbudet oppleves ved ulike legevakter, og danne grunnlag for systematisk kvalitetsarbeid i legevaktstjenesten. Undersøkelsen har blitt gjennomført med støtte fra Folkehelseinstituttet. Resultat av undersøkelsen ble publisert i april 2026. Undersøkelsen viser blant annet at brukerne har positive erfaringer med både leger og sykepleiere ved legevaktlokalet. På nasjonalt nivå har disse indikatorene en skår på henholdsvis 79 og 80, på en skala fra 1-100. Brukerne har også gode erfaringer med telefonkontakt og videokontakt med legevakten, der skåren nasjonalt er 78 og 82.

Undersøkelsen viser noe variasjon i resultater mellom legevaktene, men på overordnet nivå er det små geografiske forskjeller. Det er indikatoren organisering og ventetid som har størst variasjon mellom legevaktene, og som også får den laveste skåren på nasjonalt nivå. Tidvis er det høyt press på legevaktene, og en del av det som havner på legevakten kunne vært løst hos fastlegen. Derfor er satsning på fastlegeordningen også viktig for legevakten.

5.3 Utredning av kommunalt akutt døgntilbud

Helsedirektoratet har i løpet av 2025, med bistand fra ekstern leverandør, arbeidet med en helhetlig utredning av kommunalt akutt døgntilbud (KAD). Utredningen ble levert våren 2026. Utredningen bygger på analyser av tilgjengelig statistikk og forskning, samt innspill fra kommuner, fastleger, legevakt og helseforetak. Utredningen gir et solid kunnskapsgrunnlag for å vurdere KAD-ordningens funksjon, utvikling og plass i fremtidens helse- og omsorgstjeneste.

Blant hovedfunnene er at KAD kan bidra til å redusere unødvendige sykehusinnleggelser der tilbudet har tilstrekkelig faglig kapasitet, særlig gjennom døgkontinuerlig legetilgang, tilgang til diagnostikk og tett integrasjon med legevakt. I slike tilfeller fungerer KAD i tråd med intensjonen om behandling på laveste effektive omsorgsnivå (LEON). Det er flere sentrale forutsetninger for at KAD i større grad

enn i dag skal fungere etter sin intensjon om å avlaste spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter behov for tydeligere nasjonale krav til innhold og funksjon, økt grad av samlokalisering med legevakt, særlig i kommuner hvor KAD-enhetene ikke har legetilsyn hele døgnet, samt tiltak for å forenkle og tydeliggjøre både innleggelseskriterier og henvisningsprosesser.

Samtidig viser utredningen at disse forutsetningene i mange tilfeller ikke er til stede. I en betydelig andel av kommunene har KAD lav kapasitetsutnyttelse og en annen funksjon enn forutsatt, ved at tilbudet i praksis benyttes til observasjon, korttidsopphold eller som del av kommunens omsorgstjenester. KAD har i mindre og usentrale kommuner en utvidet funksjon. Her benyttes tilbudet til stabilisering, observasjon og håndtering av pasientforløp i områder med lange avstander til sykehus. Helsedirektoratet vurderer at dette er en svært viktig funksjon, men samtidig en litt annen bruk enn det opprinnelige formålet med ordningen. Dette illustrerer, etter Helsedirektoratets vurdering, både behovet for lokalt tilpasset bruk og fleksibilitet, samt en grunnleggende spenning mellom nasjonale mål om sykehusavlastning og lokale behov knyttet til beredskap og kapasitet.

5.4 Videreutvikling av legevakttilskuddet til et bredere tilskudd til distriktskommuner

Det tidligere legevaktstilskuddet ble i 2025 videreutviklet til et bredere tilskudd for å styrke allmennlegetjenester i distriktskommuner. Som del av videreutviklingen ble det fastsatt nytt regelverk for tilskuddsordningen. Målgruppen er justert slik at alle kommuner i sentralitetsklasse 5 og 6, uavhengig av innbyggertall, kan søke om tilskudd. Formålene for ordningen er videreført, men fra og med utlysningen våren 2026 legges det større vekt på innovasjon og fagutvikling. I tillegg er ordningen gjort flerårig, kommunene kan søke og motta tilskudd til tiltak i inntil tre år.

Den nye tilskuddsordningen for å styrke allmennlegetjenesten i distriktskommuner ble utlyst med søknadsfrist 22. april 2026. Ordningen har et samlet budsjett på 93,5 millioner kroner. Helsedirektoratet mottok søknader fra 91 kommuner, med et samlet søknadsbeløp som langt overstiger den tilgjengelige budsjettrammen..

5.5 Evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) ble høsten 2025 evaluert av Agenda Kaupang på oppdrag fra Helsedirektoratet. Hovedkonklusjonen er positiv og peker på at NKLM har utviklet seg til et nasjonalt fagmiljø med høy troverdighet og fungerer som en sentral pådriver for fagutvikling og kvalitet i legevaktene. Hovedfunn og anbefalinger fra evalueringen: Senteret har i hovedsak oppfylt mandatet sitt gjennom å knytte forskning, fagutvikling, rådgivning og formidling tett sammen. Senteret har praktisk nytteverdi for helsepersonell og sentrale verktøy er Legevakthåndboken og Legevaktindeks. NKLM har lyktes med å omsette forskningsfunn raskt ut i praksis ved landets legevakter.

5.6 Nye muligheter for diagnostikk og behandling i det akuttmedisinske nettverket

Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede nye muligheter for diagnostikk og behandling i det akuttmedisinske nettetverk. Målsetning er at flere pasienter skal håndteres i primærhelsetjenesten slik at antall unødige sykehusinnleggelser reduseres.

I første deloppdrag skal Helsedirektoratet utarbeide oversikt over nye diagnostiske muligheter på legevakt, samt behandlings- og observasjonsmuligheter som kan bidra til å nå målsetningen. Videre skal det foreslås tiltak for implementering av disse. Under arbeidet ble det etablert en tverrfaglig intern arbeidsgruppe, og en ekstern arbeidsgruppe, der kompetansesentre og sentrale fagmiljø var representert. På bakgrunn av innhentet faktagrunnlag og innspill fra de ulike fagmiljøene ble eventuell gevinst og kostnader vurdert ved ulike tiltak. Det foreløpige arbeidet tyder på at det kan være et potensiale for at flere pasienter kan håndteres i primærhelsetjenesten, men aktuelle tiltak er ennå ikke ferdig evaluert. Deloppdraget ble levert 1. juni

I deloppdrag to skal det foreslås ytterligere tiltak som kan bidra til å redusere unødige sykehusinnleggelser. Videre skal det foreslås framtidige satsingsområder for å begrense unødvendige innleggelser og styrke riktig oppgavedeling i det akuttmedisinske nettverket. Oppdraget har frist. 1. oktober og arbeidet er ikke igangsatt.

6 Allmennlegens rolle i satsningen for en friskere befolkning

Stortingsmeldingen fremhever allmennlegetjenesten som en sentral aktør i arbeidet for en friskere befolkning og mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Foruten den styrkede innsatsen til grupper med varige og sammensatte behov favner satsningen hvordan allmennlegetjenesten kan bidra for å styrke befolkningens helsekompetanse, støtte livsstilsendringer og forebygge ikke-smittsomme sykdommer samt arbeide mer systematisk med tidlig innsats og identifisering av risikofaktorer. Meldingen legger også vekt på sammenhengen mellom arbeid og helse, der fastlegen pekes ut som en sentral aktør i sykmeldingsarbeid og oppfølging av sykefravær. På dette området er det varslet videre utredning, og eventuelle tiltak kan bli vurdert på et senere tidspunkt.

6.1 Grønn resept – fastlegens arbeid levevaner og mestring

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge opp stortingsvedtak om å utrede helhetlige modeller for oppfølging av levevaner i pasientforløp – 'Grønn resept'. Dette innebærer at direktoratet skal foreslå hvordan oppfølging av levevaner kan styrkes i behandling, rehabilitering og forebygging i helse- og omsorgstjenesten, inkludert samarbeid på tvers av tjenester, nivå og sektorer. Målgruppen for oppfølging i helsetjenesten er personer som har økt risiko for sykdom eller som har etablert sykdom, og som trenger veiledning og støtte for å få til varig endring av levevaner og mestring av helseutfordringer.

Direktoratet samler kunnskap, undersøker hvordan legene arbeider med livstilsintervensjon, behov, barrierer og muligheter og brukererfaringer, kartlegger eksisterende rammer, strukturer og prosesser, samt vurderer forutsetninger og utviklingsområder før økt innsats med oppfølging av levevaner i helhetlige forløp i helse- og omsorgstjenesten - særlig med utgangspunkt i fastlegenes arbeid med livsstilsendring hos pasienter. Målet er en helse- og omsorgstjeneste som systematisk benytter støtte til endring av levevaner som en del av behandling, rehabilitering og forebygging, og som samarbeider med hverandre og aktører utenfor helsetjenesten om dette. På denne måten skal brukerne bli i bedre i stand til å endre levevaner, mestre egen helse bedre, få bedre helse og livskvalitet, blir mer selvhjulpne, forebygge frafall fra arbeidslivet og redusere behovet for helse- og omsorgstjenester.

Oppdraget skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet i oktober 2026.

6.2 Gjennomgang av takstsystemet for å forebygge og redusere sykefravær

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse – og omsorgsdepartementet, og i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet, utredet mulige endringer i takstene i Stønadsforskriften og i vedlegg til folketrygdlovens § 21-4 (Honorartakster for legeerklæringer mm.). Hensikten er at disse takstene i større grad skal gi bedre incentiver for å forebygge og redusere sykefravær og hindre frafall fra arbeidslivet. Utredningen er foreløpig unntatt offentlighet.

6.3 Utvikling av informasjons- og veiledningsverktøy for sykmeldere

Helsedirektoratet har, i samarbeid med og under ledelse av Arbeids- og velferdsdirektoratet, gjennomført en innledende gjennomgang av informasjons- og veiledningsverktøy for sykmeldere. Arbeidet har omfattet vurdering av normering av sykmeldinger, videreutvikling av sykmelderveilederen, samt behov for å gjøre veiledningen lettere å ta i bruk i klinisk praksis.

I den foreløpige rapporten skisseres en stegvis tilnærming, som blant annet omfatter styrking av funksjonsvurderinger, en tydeligere og mer normerende sykmelderveileder, samt vurdering av normering av sykmeldinger. Rapporten fremhever også betydningen av veiledning, og at både sykmelderveileder og system for begrunnelser integreres i sykmelders arbeidsflate i EPJ. Videre arbeid krever avklaringer om finansiering og prioritering.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide forslag til plan for videre arbeid med faglig normering for utvalgte diagnoser og tilstander, med utgangspunkt i dagens sykmeldingsveileder. Planforslaget beskriver prosess for gjennomføring, forutsetninger for fremdrift, samt økonomiske og administrative konsekvenser, og legger til rette for parallell oppfølging av øvrige tiltak på området.

6.4 Samspillprosjektet

Helsedirektoratet skal, i samarbeid med og under ledelse av Arbeids- og velferdsdirektoratet, videreføre utprøving av modeller for systematisk samhandling mellom Nav-kontor og kommunehelsetjenesten. Utprøvingen er rettet mot personer med milde til moderate psykiske lidelser og/eller rusproblemer, ev. også muskel- og skjelettplager. Rapportering som oppsummerer funn fra følgeforskning samt anbefaling om effektforskning ble oversendt departementene i mai 2026, sluttrapport oversendes departementene innen utgangen av året.

Målet for 2026 er en målrettet utprøving av en tidlig, samtidig og koordinert oppfølging av de brukerne som både har behov for oppfølging fra NAV og kognitiv terapi for å kunne mestre arbeid, deltakelse i arbeidsrettede tiltak eller utdanning for å få kunnskap om grep for mer systematisk samarbeid.

Pilotene tester ut seks grep for integrert samarbeid mellom Nav og helsetjenesten. Disse omfatter ledelsesforankret samarbeidsavtale, manual for etablering av Samspill og drift, definerte rollebeskrivelser, samspillsmøter både mellom tjenestene, og med bruker. Grepene bygger på erfaringer fra pilotene, følgeforskning og direktoratenes vurderinger.

Det er utarbeidet og godkjent et tilskuddsregelverk for videre utprøving i kommuner som allerede deltar i pilotene. Ordningen lyses ikke ut, og er avgrenset til disse kommunene.

6.5 Tverrsektorielt samarbeid om arbeid og helse

6.5.1 Samarbeidsavtale mellom Helsedirektoratet og Arbeidstilsynet

Helsedirektoratet og Arbeidstilsynet har fått i oppdrag å utarbeide et utkast til strategisk samarbeidsavtale. Det gjenstår forankring av avtalen hos helsedirektør og helse- og omsorgsdepartementet før endelig signering. Samtidig er det dialog med Arbeidstilsynet om hvordan samarbeidet best kan følges opp i praksis, blant annet gjennom et felles oppstartsmøte.

6.5.2 Styrke veiledning om betydningen av arbeidsdeltakelse

For å legge til rette for at arbeidsdeltakelse og jobbmestring i større grad inkluderes som behandlings- og rehabiliteringsmål, har Helsedirektoratet blitt bedt om å innarbeide effekter av arbeidsinkludering på helse og livskvalitet i prioriteringsveiledere for helse- og omsorgstjenesten og i andre normerende dokumenter. Formålet er å gjøre helse- og omsorgstjenesten oppmerksom på betydningen av arbeidsdeltakelse, basert på et oppdatert kunnskapsgrunnlag. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet der det er relevant. Det er blant annet igangsatt kartlegging av eksisterende veiledere og planer der temaet arbeid og helse allerede inngår, og vurdering av hvor dette kan tydeliggjøres ytterligere. Det er også startet dialog om hvordan hensynet til arbeid og helse kan vurderes mer systematisk i utviklingen av nye nasjonale anbefalinger.

6.5.3 Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten

NAV og helse- og omsorgstjenesten har behov for en innbyrdes informasjonsutveksling for å løse samfunnsoppdragene sine. NAV har kommet langt i arbeidet med å ta i bruk SMART on FHIR som teknisk løsning. Arbeidet er styrket gjennom økte bevilgninger for å fremskynde utvikling og innføring. Den videre strategien innebærer en forenkling av dagens løsningsbilde, fra tre varianter til to hovedløsninger: en SMART on FHIR-basert løsning for leger som sykmelder jevnlig, og en nettbasert løsning for leger som kun sykmelder sporadisk.

Løsningen pilotes nå ved et begrenset antall legekontor, med gjennomgående positive tilbakemeldinger. Samtidig gjenstår det arbeid for å sikre at alle EPJ-leverandører i fastlegemarkedet tar løsningene i bruk. Nav har utarbeidet en plan for dette, som er forankret i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det knytter seg imidlertid fortsatt noe usikkerhet til finansieringen i 2026. Målet er nasjonal innføring av løsningene fra 1. juli 2027.

7 En modernisert allmennlegetjeneste i et digitalt skifte

Digitaliseringssatsingen i stortingsmeldingen er omfattende, og mange av de nasjonale løsningene følges opp gjennom egne pilot- og utviklingsløp. Sentrale satsingsområder er blant annet krav om digitale konsultasjoner i fastlegeordningen, utprøving av kommunal nettlege, digitale mestrings- og selvhjelpsverktøy, tiltak for raskere innføring av helseteknologi i kommunene, nasjonale samhandlingsløsninger for deling av helseinformasjon, samt bruk av kunstig intelligens i allmennpraksis, blant annet til journaldokumentasjon.

7.1 Kunstig intelligens og allmennlegetjenesten

Helsedirektoratets helsepersonellundersøkelse viser at en økende andel fastleger bruker digitale beslutningsstøtteverktøy, inkludert kunstig intelligens. Mange opplever at slike verktøy gjør arbeidshverdagen enklere, og en betydelig andel benytter også løsninger som automatisk foreslår journalnotater basert på lydopptak fra konsultasjoner.

Helsedirektoratet leder arbeidet med "Felles KI-plan for trygg og effektiv bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten" som videreføres i 2026-2027.¹⁶ Målet er trygg og effektiv bruk, og herunder ligger flere utfordringer når kunstig intelligens tas i bruk i allmennlegetjenesten. Allmennlegene har i stor grad omfavnet KI-systemer som kan ta opp pasientsamtaler og lage utkast til journalnotater på bakgrunn av transkribert tekst.¹⁷

Flere aktiviteter som ligger under felles KI-plan retter seg mot eller er relevante for allmennlegetjenesten. KI-rådet for helse- og omsorgstjenesten er det viktigste organet for sektorsamarbeid og består av medlemmer fra helsemyndighetene, RHFene, KS og legeforeningen. Den tverretatlige regulatoriske veiledningstjenesten for kunstig intelligens videreføres og drives av jurister i Helsedirektoratet, i samarbeid med Direktoratet for medisinske produkter og Helsetilsynet. I regi "Normen" har det blitt utarbeidet et KI-faktaark som omhandler sikkerhetsaspekter knyttet til KI-systemer for tale-til-utkast. En viktig del av trygg bruk av KI ligger i opplæring av personell som skal bruke KI-løsningene. Helsedirektoratet samarbeider med Stiftelsen Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) om å utvikle et klinisk emnekurs om KI, det skal lanseres høsten 2026. KI-rådet har også utviklet 9 KI-vettregler for de som bruker KI i helse- og omsorgstjenesten¹⁸. Vi planlegger et kommunikasjonstiltak rettet mot allmennleger som trekker frem særlig relevante KI-vettregler i 2026. Foreløpig er Felles KI-plan besluttet videreført 2026-2027, og vil bli vurdert på nytt mot slutten av den perioden.

¹⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/felles-ki-plan-for-trygg-og-effektiv-bruk-av-ki-i-helse-og-omsorgstjenesten-2024-2025>

¹⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsepersonellundersokelsen-om-digitalisering-i-helse-og-omsorgstjenesten-2025-bruk-av-holdninger-til-og-tilfredshet-med-digitale-helsetjenester>

¹⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/kunstig-intelligens/ki-vettregler>

Allmennleger kan, på samme måte som andre aktører i helsetjenesten, benytte seg av den tverretatlige veiledningen for å få svar på spørsmål rundt bruk av KI¹⁹. Det utvikles stadig ulike former for veiledningsmateriell og kompetansetiltak som vil rettes mot allmennleger spesielt.

Utfordringer knytter seg blant annet til usikkerhet rundt kvalifisering og klassifisering av KI-løsninger, f.eks. tale-til-utkast, i henhold til loven om medisinsk utstyr (MDR), automatiseringsbias, legeerklæringer som lages helt eller ved hjelp av slike løsninger og om feil kan forplante seg innover i elektroniske systemer og pasientjournaler.

7.2 Digital samhandling

Allmennleger og fastleger trenger relevant, oppdatert og korrekt helseinformasjon om pasienten for å ta gode beslutninger om rask, god og trygg behandling og pleie. Nasjonale samhandlingsløsninger skal gi økt effektivitet, tilfredshet og pasientsikkerhet og best mulig helsehjelp. Tilgang til informasjonen skal være mulig i hele pasientforløpet, på tvers av virksomheter og omsorgs- og tjenestenivå.

De nasjonale digitale samhandlingsløsningene er på ulike stadier i utprøving og innføring. Status og videre innføringsløp finnes i *Veikart for nasjonale e-helsestrategi*.²⁰

7.2.1 Utprøving og innføring av pasientens legemiddelliste (PLL)

Pasientens legemiddelliste er en samlet og oppdatert oversikt over pasientens legemiddelbehandling. Pasientens legemiddelliste er tilgjengelig på tvers av helsetjenesten gjennom virksomhetenes journalløsninger, reseptformidleren og kjernejournal. Pasienten kan se sin legemiddelliste på Helsenorge.

En felles og oppdatert legemiddelliste gir helsepersonell bedre grunnlag for å ta beslutninger og ivareta pasientsikkerheten. Dette kan bidra til færre legemiddelrelaterte sykehusinnleggelser og pasientskader samt mindre kontakt med helsetjenesten.

PLL innføres gradvis i perioden fra 2026 til 2029. Kommuner og sykehus har ansvar for utprøving og innføring av pasientens legemiddelliste. I 2026 starter nasjonal innføring til fastleger og sykehus, og utprøving i kommunal pleie- og omsorgstjeneste fortsetter. PLL er klar for innføring hos legevakt som benytter samme journalsystem som fastleger. Utvikling av funksjonalitet for PLL hos EPJ-leverandører fortsetter. Se delkapittel 16.4 for mer informasjon om innføringen.

Helsedirektoratet har etablert en midlertidig kompensasjonsordning for fastleger som innfører pasientens legemiddelliste. Ordningen skal bidra til utbredelse og god kvalitet på legemiddellisten.

7.2.2 Pasientens kritiske informasjon (PKI)

Kritisk informasjon (PKI) er opplysninger det er særlig viktig at helsepersonell har tilgang til når de gir behandling eller forbereder helsehjelp. Pasientens kritiske informasjon skal følge pasienten og

¹⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/kunstig-intelligens/sporsmal-og-svar-fra-veiledningstjenesten>

²⁰ Veikart for nasjonal e-helsestrategi (Helsedirektoratet 2026)

være tilgjengelig der helsehjelpen gis. I dag deles kritisk informasjon for sjelden i kjernejournal, noe som kan føre til at helsepersonell mangler avgjørende opplysninger i akutte situasjoner.

Målet er å redusere tidsbruk til informasjonsinnhenting og risiko for feilbehandling ved å sikre at kritisk informasjon deles og oppdateres systematisk. Det er en ambisjon at fastleger og avtalespesialister i løpet av 2026 skal tilrettelegge for, og starte ibruktakelse av kritisk informasjon gjennom integrasjon mellom lokal pasientjournal og kjernejournal. Videre Innføring av løsningen skjer trinnvis frem mot 2029.

7.2.3 Pasientens prøvesvar (PPS)

Pasientens prøvesvar (PPS) skal, som en del av nasjonal kjernejournal, gi helsepersonell og innbyggere tilgang til laboratorie- og radiologisvar på tvers av helsetjenesten. Målet er å styrke pasientsikkerheten, legge til rette for bedre egenmestring, og redusere unødvendige prøver og undersøkelser gjennom gjenbruk av informasjon.

Utpøving av løsningen pågår og utvides gradvis til flere deler av helsetjenesten, herunder helseforetak og enkelte kommunale tjenester. Samtidig arbeides det med tekniske tilpasninger i kjernejournal, rekvireringsløsninger og journalsystemer, for å tilgjengeliggjøre prøvesvar direkte i fastlegenes pasientjournal. I takt med utvidet utpøving vil også flere prøvesvar bli tilgjengelige for innbyggerne på Helsenorge.

Videre arbeid retter seg mot å avslutte utpøvingsfasen og klargjøre løsningen for nasjonal innføring. Realisering av gevinster er avhengig av at helsetjenesten tar løsningen i bruk. Foreløpige erfaringer viser at tjenesten i hovedsak tas godt imot, og gir grunnlag for å forvente økt nytte over tid.

7.2.4 Pasientens journaldokumenter

Pasientens journaldokumenter gir helsepersonell tilgang til å slå opp i utvalgte journaldokumenter fra andre virksomheter, der pasienten tidligere har mottatt behandling. For fastleger innebærer dette at sentrale dokumenttyper, som epikriser og sammenfatninger, er tilgjengelig digitalt, via kjernejournal.

Ambisjonen er at halvparten av fastlegene skal ta i bruk løsningen i løpet av 2026 og at minst 80 prosent av alle fastleger kan bruke løsningen i løpet av 2029. Det er videre en målsetning at flere helsevirksomheter tilgjengeliggjør sine journaldokumenter²¹.

Tiltaket skal bidra til å frigjøre tid, bedre kvaliteten i behandlingen og bidra til færre unødvendige prøver, undersøkelser og innleggelser. Foreløpige vurderinger viser nytte for helsepersonell, og nytten forventes å øke etter hvert som flere tar løsningen i bruk og flere virksomheter blir kilder.

7.2.5 Pasientens måledata (PMD)

Pasientens måledata er en prioritert nasjonal samhandlingstjeneste i den pågående satsingen på digital samhandling. Hensikten er å samle og tilgjengeliggjøre måledata for pasienter som mottar

²¹ Helsedirektoratet, i samarbeid med KS og Legeforeningen, kartlegger det helsefaglige behovet for tilgang til helseopplysninger fra fastlegers pasientjournal. Kartleggingen skal gi departementet et beslutningsgrunnlag for å vurdere om fastleger bør bli kilde i pasientens journaldokumenter.

digital oppfølging i helse- og omsorgstjenesten. Tjenesten skal sikre helsepersonell med tjenstlig behov enkel tilgang til oppdatert informasjon om pasientens status og dermed skape bedre informasjonsflyt på tvers av helsepersonell og ulike helsevirksomheter som samarbeider om en pasient. Utvikling og utprøving av løsningen har pågått over flere år, og utprøving med pasienter er igangsatt i samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Oppsummering av erfaringer fra arbeidet så langt, er utarbeidet.²² Videre arbeid vil rettes mot vurdering av nytte og eventuell merbelastning ved økt tilgang til måldata, både for leger og pasienter. Arbeidet ses i sammenheng med erfaringer fra digital hjemmeoppfølging, vurdering av skrøpeligheit hos eldre²³ (se avsnitt 2.8) og andre initiativer innen digital samhandling.

7.3 Digitalt helsekort for gravide

Digitalt helsekort for gravide (DHG) skal styrke samhandlingen i svangerskaps- og fødselsomsorgen gjennom bedre digital informasjonsdeling mellom den gravide, fastlege, jordmortjeneste og sykehus. Målet er mer helhetlige forløp og økt kvalitet i oppfølgingen.

Løsningen er utviklet og prøves ut i flere deler av landet, med støtte i journalsystemene til fastlegetjenesten, kommunene og spesialisthelsetjenesten. Tjenesten er under utprøving, og papirhelsekortet brukes parallelt i denne fasen. Ambisjonen er at en betydelig andel av aktørene i primærhelsetjenesten har tilgang til digitalt helsekort i utprøvsperioden.

Erfaringene viser at digitalt helsekort gir merverdi uten å medføre merarbeid for helsepersonell. Den gravide kan selv registrere opplysninger i forkant av konsultasjoner, og helsepersonell får tilgang til oppdatert informasjon i sanntid. Fastleger og jordmødre som har tatt løsningen i bruk, opplever tjenesten som en forbedring i samhandlingen og oppfølgingen av den gravide.

7.4 EPJ-løftet for fastleger og avtalespesialister

Målet med EPJ-løftet er å forbedre de elektroniske pasientjournalsystemene i tråd med prioriterte tiltak fra takstforhandlingene. Dette skjer gjennom behovskartlegging og gjennomføring av anskaffelser for utvikling i fastlegers og avtalespesialisters EPJ-systemer. EPJ-løftet gjennomføres av et sekretariat bestående av fagressurser i Helsedirektoratet.

EPJ-løftet har inngått rammeavtale med fem EPJ-leverandører for fastleger og avtalespesialister. Disse leverandørene har mulighet til å delta i anskaffelser knyttet til EPJ-løftets protokollprosjekter. Hvor stor andel av disse leverandørene som deltar i de ulike anskaffelsene varierer. Dette kan ha sammenheng med for eksempel omfang, relevans eller kapasitet.

Aktuelle tiltak i EPJ-løftet er oppfølging av opp anskaffelser knyttet til Pasientens prøvesvar og Pasientens kritiske informasjon. Flere leverandører utvikler nå ny funksjonalitet som skal ivareta legenes behov innenfor disse områdene.

²² [Anbefaling om bruk av pasientens måldata - Helsedirektoratet](#)

²³ [CFS - Klinisk skrøpeligheitsskala - Helsebiblioteket](#)

Det arbeides også med behovsbeskrivelser for videre forbedringer, blant annet bedre integrasjon med system for vaksinasjonskontroll (SYSVAK), forbedret journaloverføring ved fastlegebytte, oversikt over kommunale tjenester, rapporter og arbeidslister for pasientoppfølging, samt bedre struktur og oppgavehåndtering i meldingsboksen. Tiltakene det utarbeides behovsbeskrivelser for vil gå til anskaffelse og utvikling i perioden 2027-2028.

Tiltakene i EPJ-løftet skal gi bedre støtte i klinisk arbeid gjennom raskere tilgang til relevant pasientinformasjon, bedre oversikt og prioritering, redusert administrativ belastning og trygghet, mer sammenhengende pasientbehandling.

7.5 Forenkling av prosesser for takstoppgjør

Gjennom Digitaliseringsløftet i Helsedirektoratet arbeides det med flere utviklings- og digitaliseringsprosjekter som skal forenkle arbeidsprosesser, redusere administrativ belastning og styrke kvalitet og etterlevelse i helsetjenesten.

Et av tiltakene er forenkling av administrasjonen av direkteoppgjør for fastleger. Deler av prosessen er per i dag manuell og basert på PDF-skjema. Dette medfører unødig tidsbruk, risiko for feil og forsinkelser. Det arbeides med å etablere en selvbetjeningsløsning (via KS FIKS), der opplysninger overføres automatisk fra legens journalsystem til Helfo sine systemer. Dette skal gi bedre oversikt, mer effektiv saksbehandling og forventede tidsbesparelser for både Helfo og helseaktørene.

Det arbeides også med utvikling av løsninger for takstoppgjør som skal gi tidligere varsling av mulige feil gjennom mønsteranalyser og automatiserte påminnelser. Målet er å gjøre oppmerksom på avvik på et tidlig tidspunkt, slik at feil kan rettes. Dette skal redusere usikkerhet knyttet til etterkontroller og risiko for store tilbakebetalingskrav, og samtidig bidra til bedre etterlevelse av regelverket.

7.6 Digital sikkerhet og personvern i mindre virksomheter

Helsedirektoratet har igangsatt arbeid med å kartlegge digital sikkerhet og personvern i små helsevirksomheter, herunder fastlegekontor. Små helsevirksomheter har sannsynligvis ulik teknisk modenhet og lite kapasitet til systematisk arbeid med digital sikkerhet. Mange er avhengige av leverandører uten å ha tilstrekkelig oversikt over tilgangsstyring, rutiner og roller. Det er derfor behov for en bedre forståelse av typiske sårbarheter i små legekontor, og hvilke tiltak som kan bidra til å redusere risikoen for uønskede hendelser.

Kartleggingen omfatter virksomhetenes evne til å forebygge, avdekke og håndtere digitale hendelser, samt vurdere i hvilken grad lokale sårbarheter kan fungere som angrepspunkt mot regional og nasjonal infrastruktur. Videre arbeid omfatter gjennomføring av intervjuer og tekniske undersøkelser, etterfulgt av analyse og sammenstilling. Oppdraget utføres i samarbeid med helse- og kommunesektorens nasjonale cybersikkerhetsmiljøer, (Helse- og kommuneCERT).

7.7 Helseteknologiordningen

Helseteknologiordningen ble etablert i 2024 og skal støtte kommuner og fylkeskommuner i arbeidet med å ta i bruk helseteknologi, utprøve og innføre nasjonale samhandlingsløsninger og nettverksarbeid i regi av KS. Ordningens prioriterte områder omfatter tilskudd til bedre journalløsninger, velferdsteknologi, digital hjemmeoppfølging og annen personellbesparende teknologi, samt støtte til de prioriterte nasjonale samhandlingsløsningene som del av den nasjonale satsningen på digital samhandling.

I 2025 har flere prosjekter med relevans for allmennlegetjenesten mottatt tilskudd gjennom ordningen. Prosjektene inkluderer blant annet bruk av kunstig intelligens i dokumentasjonsarbeid for behandlende lege og annet helsepersonell, utredning og etablering av felles EPJ og pasientnær teknologi i fastlegetjenesten i Indre Namdal, innføring av Helseplattformen i legevakt og fastlegetjeneste, utvikling av triageløsning for fastlege og legevakt, digitalisering og beslutningsstøtte i legevakt, samt løsninger for selvregistrering og digital samhandling. Sistnevnte omfatter tiltak for deling av data mellom legevakt og ambulansetjeneste gjennom direkte overføring av informasjon.

Det pågår samtidig en omfattende utvikling innen elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ) i kommunal sektor. Mange kommuner forbereder seg på å ta i bruk en ny generasjon EPJ-systemer, og et stort flertall av norske kommuner er enten i gang med, har gjennomført, eller planlegger anskaffelse.

De nye løsningene skal ifølge leverandørene gi bedre brukervennlighet, økt mobil tilgang og mer sømløs dataflyt mellom tjenester og systemer. For allmennlegetjenesten kan dette bidra til mer effektive arbeidsprosesser og bedre grunnlag for informasjonsdeling på tvers av fastlegekontor, legevakt, hjemmetjeneste og øvrige kommunale tjenester.

Tilskudd til nettverk for innføring, i regi av KS, skal bidra til erfarings- og kompetansedeling på tvers av kommuner og styrke koordinering og samordning av innføring av helseteknologi og digitale samhandlingstjenester. Helseteknologiordningen skal utvikles videre. I 2026 skal det blant annet vurderes hvordan allmennlegetjenesten i større grad kan inngå i kommunenes digitaliseringsarbeid.

Se også avsnitt 2.7 om Digital hjemmeoppfølging.

DEL 2

Allmennlegetjenesten i tall 2025

8 Utgifter til allmennlegetjenesten

Beregnete utgifter til allmennlegetjenesten utgjorde 18,6 mrd. kroner i 2025. Sammenlignet med 2024 er dette en økning på 5,1 prosent målt i løpende priser og 0,1 prosent i faste priser (realvekst). Utgifter til fastlegeordningen utgjorde 16,2 mrd. kroner, noe som er en økning på 5,5 prosent i løpende priser og 0,5 prosent i faste priser fra 2024. Basisfinansieringen, inkludert grunn- og utjamningstilskudd, økte med 10,1 prosent målt i løpende priser og 4,9 prosent i faste priser. Basisfinansieringens andel av totale utgifter til fastlegeordningen økte med 1,4 prosentpoeng til 34,4 prosent fra 2024 til 2025.

8.1 Samlede utgifter til allmennlegetjenesten

Allmennlegetjenesten omfatter fastlegeordningen, legevaktstjenesten og andre kommunale allmennlegetjenester, som for eksempel i tilknytning til helsestasjoner, skolehelsetjeneste og eldreomsorg. Per i dag finnes det ikke tilgjengelig data som viser alle utgifter for hele allmennlegetjenesten. Utgifter som det mangler informasjon om er blant annet til:

- 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

Utgifter for allmennlegetjenesten som presenteres i dette kapittelet er basert på tilgjengelige registerdata, blant annet fra FLO og KUHR.

Beregnete utgifter til allmennlegetjenesten utgjorde 18,6 mrd. kroner i 2025. Dette er en økning på 5,1 prosent sammenlignet med 2024 målt i løpende priser. Målt i faste priser var det en utgiftsvekst på 0,1 prosent fra 2024 til 2025. Tabell 8.1 og tabell 8.2 nedenfor viser utvikling i utgifter for perioden 2019 til 2025 i henholdsvis løpende priser og faste priser.

Tabell 8.1 Utgifter for allmennlegetjenesten. Tall i mill. kroner, løpende priser. 2019 – 2025.

	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner							Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2024-2025	2019-2025
Fastlegeordningen	10 354	11 295	12 479	12 702	14 192	15 353	16 205	5,5	56,5
LIS 1	189	175	204	215	232	244	267	9,1	41,2
Legevakt	933	1 091	1 461	1 136	1 082	1 135	1 183	4,1	26,7
Tilskudd	261	266	400	557	836	931	918	-1,5	251,3
Totalt	11 737	12 827	14 544	14 610	16 343	17 665	18 572	5,1	58,2

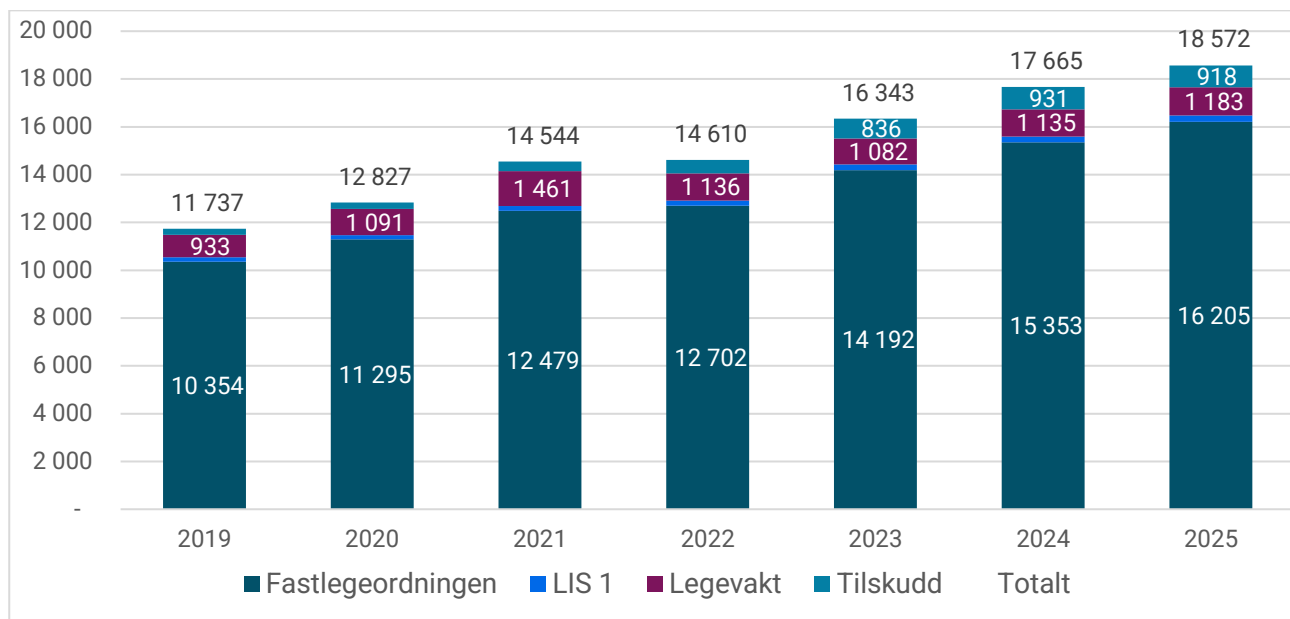
Kilde: FLO og KUHR.

Tabell 8.2 Utgifter for allmennlegetjenesten. Tall i mill. kroner, faste priser. 2019 – 2025.

	Utgifter i faste priser. Mill. kroner							Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2024-2025	2019-2025
Fastlegeordningen	13 061	13 727	14 457	14 301	15 482	16 121	16 205	0,5	24,1
LIS 1	238	212	237	242	254	257	267	3,9	11,9
Legevakt	1 178	1 325	1 692	1 279	1 181	1 192	1 183	-0,8	0,4
Tilskudd	330	324	463	627	913	978	918	-6,2	178,5
Totalt	14 806	15 588	16 849	16 448	17 829	18 548	18 572	0,1	25,4

Kilde: FLO og KUHR.

Figur 8.1 Utgifter for allmennlegetjenesten 2019 - 2025. I løpende priser. Mill. kroner.

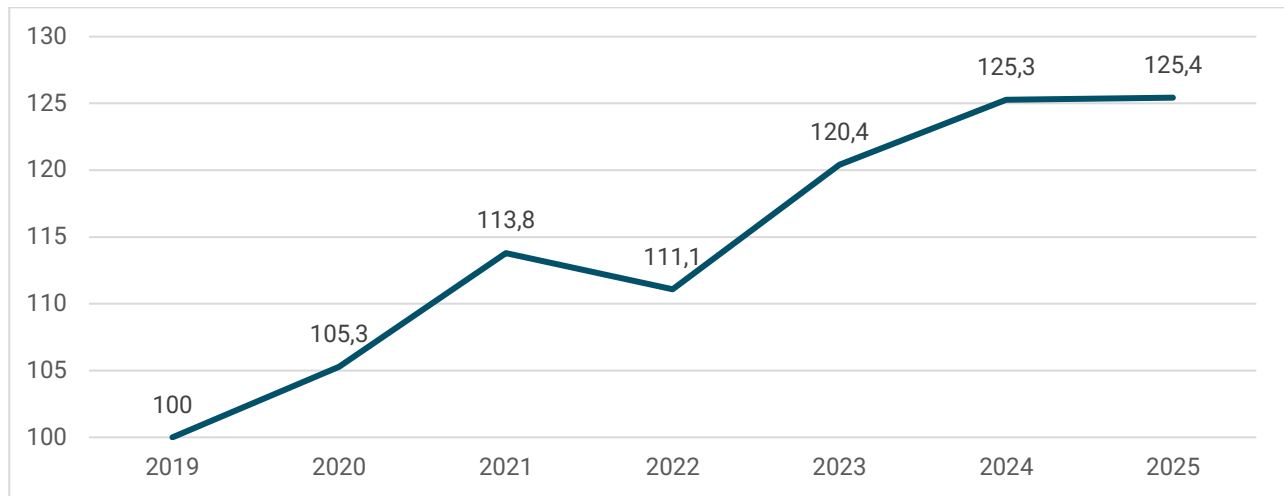


Kilde: FLO og KUHR.

Prisveksten var 5,0 prosent fra 2024 til 2025. Hensyntatt prisveksten var det altså en vekst i utgiftene til allmennlegetjenesten på 0,1 prosent fra 2024 til 2025. Figur 8.2 viser indeksert utvikling i utgifter

til allmennlegetjenesten målt i faste priser²⁴. Som det framgår fra figuren så har det fra 2019 til 2025 vært en vekst i utgiftene på 25,4 prosent korrigert for prisvekst.

Figur 8.2 Indeksert utvikling i utgifter til allmennlegetjenesten 2019 – 2025. Faste priser. 2019 = 100.



Kilde: FLO og KUHR.

8.2 Utgifter til fastlegeordningen

Fastlegeordningen finansieres av staten gjennom folketrygdens takster, kommunale tilskudd og pasientenes betaling av egenandeler. Hovedmodellen i fastlegeordningen er at kommunene inngår avtale med selvstendig næringsdrivende leger. Næringsdrivende leger mottar et basistilskudd 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 denne type finansiering. Det finnes heller ingen tilgjengelig oversikt over kommunenes faktiske kostnader ved kommunal drift, men det er grunn til å anta at kommunenes kostnader overstiger summen av basisfinansiering, takstrefusjoner og pasientbetalinger. Utgifter til fastlegeordningen inngår i kommunenes KOSTRA-rapportering på funksjon 241 *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*, men det er ikke mulig å skille ut kommunenes utgifter til fastlegeordningen fra andre utgifter som inngår i funksjonen.

²⁴Statistisk sentralbyrås prisindeks 06.2 Helsetjenester utenom institusjon er benyttet til prisjustering.

KS har i flere år fått kartlagt kommunenes merkostnader til fastlegeordningen utover hovedmodellen. Siste kartlegging ble gjort for 2023 og viste at kommunenes samlede merkostnader utover hovedmodellen utgjorde 1,2 mrd. kroner i 2023²⁵.

Tall for kommunenes tilleggsfinansiering av næringsdrivende fastleger og faktiske utgifter ved kommunal drift er ikke tilgjengelig. Utgiftene presentert i tabell 8.3 må derfor sees på som et minimum anslag på totale utgifter for fastlegeordningen.

Utgifter til fastlegeordningen utgjorde 16,2 mrd. kroner i 2025. Dette er en økning på 5,5 prosent fra 2024 målt i løpende priser. Det er et politisk mål at basistilskuddets andel av samlet finansiering skal øke. Fra tabell 8.3 ser vi at basisfinansieringen inkludert utjamningstilskudd økte med 10,1 prosent, refusjoner fra folketrygden økte med 1,7 prosent og egenandeler og egenbetaling fra pasienter økte med 8,1 prosent sammenlignet med 2024.

Tabell 8.3 Utgifter for fastlegeordningen. Tall i mill. kroner, løpende priser. 2019 – 2025.

	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner							Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2024-2025	2019-2025
Basisfinansiering									
Grunntilskudd og basistilskudd	2 633	2 930	3 227	3 522	4 261	4 760	5 222	9,7	98,3
Utjamningstilskudd	144	142	162	185	243	306	355	16,2	146,0
Sum basisfinansiering	2 777	3 072	3 389	3 707	4 504	5 065	5 577	10,1	100,8
Refusjoner									
Takstrefusjoner	3 947	4 334	4 814	4 691	5 298	5 710	5 816	1,9	47,3
Refusjon frikortegenandeler	817	939	1 218	1 057	1 139	1 147	1 170	2,0	43,2
Refusjon øvrige egenandeler	412	624	697	672	520	521	506	-2,8	22,8
+ Refusjon L-takster NAV	299	284	308	332	349	362	380	4,8	27,2
Sum refusjoner	5 475	6 181	7 037	6 753	7 306	7 740	7 872	1,7	43,8
Pasientbetaling									
Egenandeler	1 947	1 906	1 916	2 102	2 234	2 391	2 478	3,6	27,3
Egenbetaling	154	137	136	140	147	157	278	76,8	80,0
Sum pasientbetaling	2 101	2 043	2 053	2 242	2 382	2 548	2 755	8,1	31,2
Sum totalt	10 354	11 295	12 479	12 702	14 192	15 353	16 205	5,5	56,5

Kilde: FLO og KUHR.

Tabell 8.4 viser utgifter til fastlegeordningen målt i faste priser, og figur 8.3 viser indekstert utvikling i utgiftene for perioden 2019 til 2025. Hensyntatt prisvekst var det en vekst i utgiftene på 0,5 prosent fra 2024 til 2025. For perioden fra 2019 til 2025 har det vært en økning i utgiftene på 24,1 prosent. Vi ser at basisfinansieringen har hatt størst realvekst, både siste år og for perioden sett under ett.

²⁵ NTNU Samfunnsforskning AS og SINTEF, SØF-RAPPORT NR. 05/2024, *Variasjoner i kommunal finansiering av fastlegeordningen*.

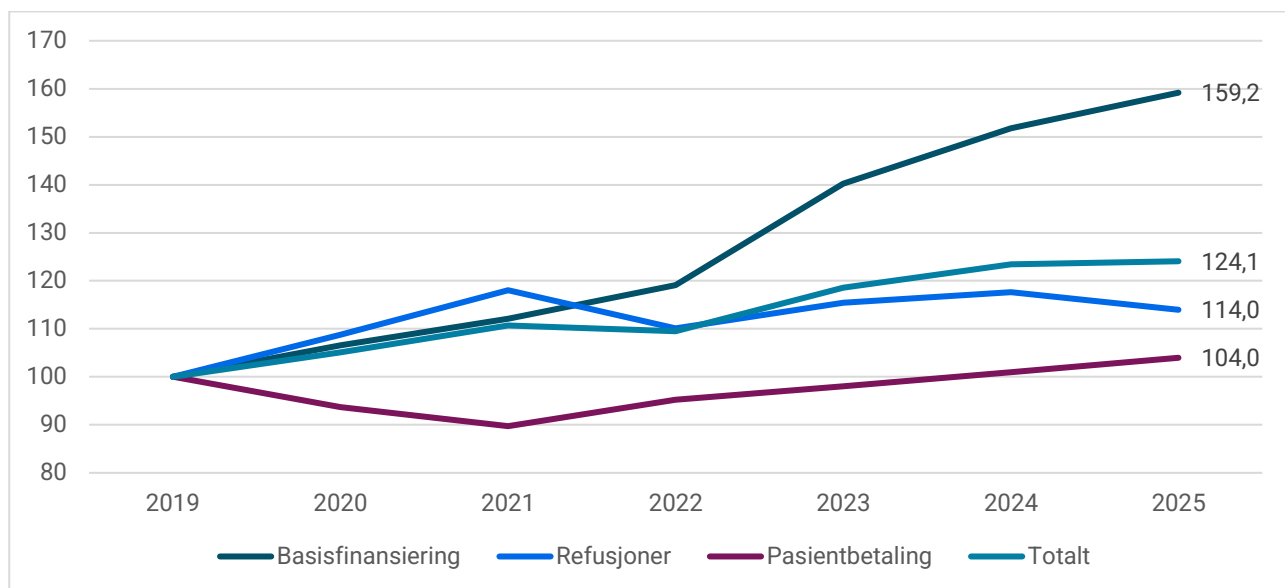
For refusjoner har det vært en reduksjon i utgiftene fra 2024 til 2025 når det korrigeres for prisveksten.

Tabell 8.4 Utgifter for fastlegeordningen. Tall i mill. kroner, faste priser. 2019 – 2025.

	Utgifter i faste priser. Mill. kroner							Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2024-2025	2019-2025
Basisfinansiering									
Grunntilskudd og basistilskudd	3 322	3 561	3 739	3 966	4 648	4 998	5 222	4,5	57,2
Utjamnings-tilskudd	182	172	188	208	265	321	355	10,7	95,0
Sum basisfinansiering	3 504	3 733	3 926	4 174	4 913	5 319	5 577	4,9	59,2
Refusjoner									
Takstrefusjoner	4 79	5 267	5 577	5 282	5 780	5 995	5 816	-3,0	16,8
Refusjon frikortegenandeler	1 030	1 141	1 411	1 191	1 243	1 204	1 170	-2,8	13,5
Refusjon øvrige egenandeler	520	759	808	757	567	547	506	-7,5	-2,7
Refusjon L-takster NAV	377	345	357	374	381	381	380	-0,2	0,9
Sum refusjoner	6 907	7 511	8 153	7 603	7 971	8 127	7 872	-3,1	14,0
Pasientbetaling									
Egenandeler	2 456	2 316	2 220	2 366	2 438	2 510	2 478	-1,3	0,9
Egenbetaling	195	167	158	158	161	165	278	68,4	42,7
Sum pasientbetaling	2 650	2 483	2 378	2 524	2 598	2 675	2 755	3,0	4,0
Sum totalt	13 061	13 727	14 457	14 301	15 482	16 121	16 205	0,5	24,1

Kilde: FLO og KUHR.

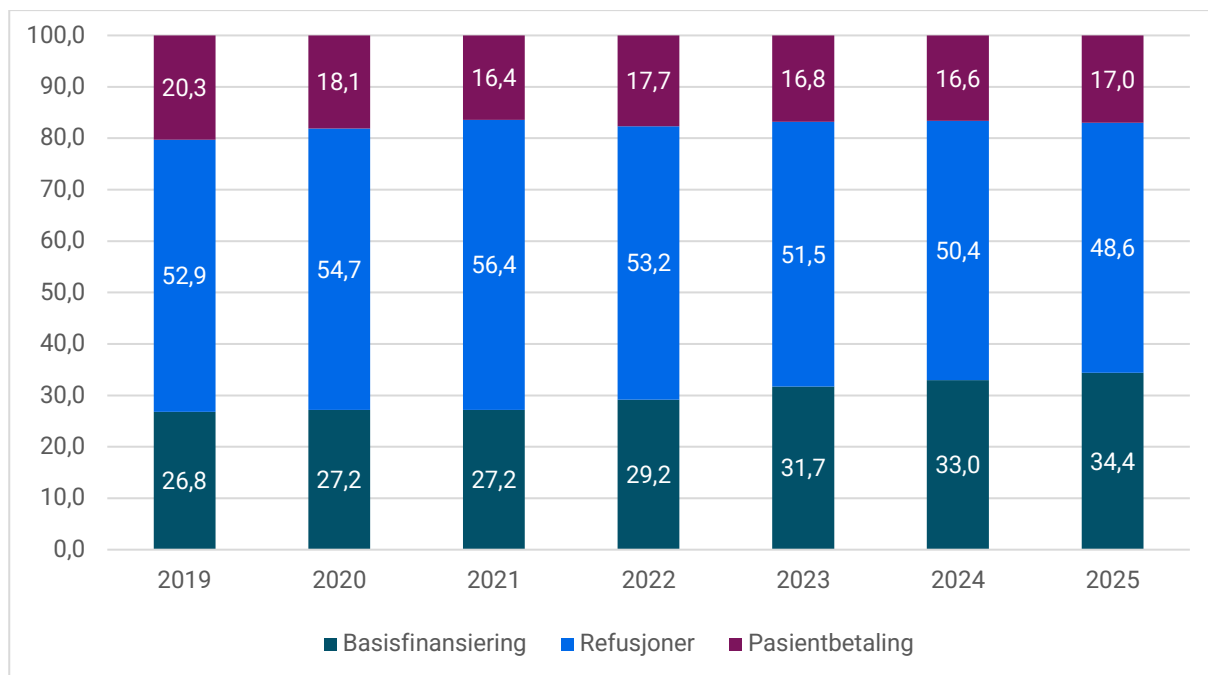
Figur 8.3 Indeksert utvikling i utgifter til fastlegeordningen 2019 – 2025. Faste priser. 2019 = 100.



Kilde: FLO og KUHR.

Med større vekst i basisfinansieringen enn i refusjoner og pasientbetaling fra 2024 til 2025, så ser vi av figur 8.4 at basisfinansieringens andel av totale utgifter til fastlegeordningen har økt med 1,4 prosentpoeng til 34,4 prosent av totale utgifter for fastlegeordningen. Fra 2019 til 2025 har basisfinansieringens andel økt med 7,6 prosentpoeng.

Figur 8.4 Basisfinansiering, refusjoner og pasientbetaling som prosentvis andel av totale utgifter for fastlegeordningen. 2019 - 2025.



Kilde: FLO og KUHR.

8.3 Nærmere om basis-, grunn- og utjamningstilskudd

Listeinbyggertilskuddene utbetales månedlig på grunnlag av sammensetningen av listeinnbyggere på den enkelte fastleges liste.

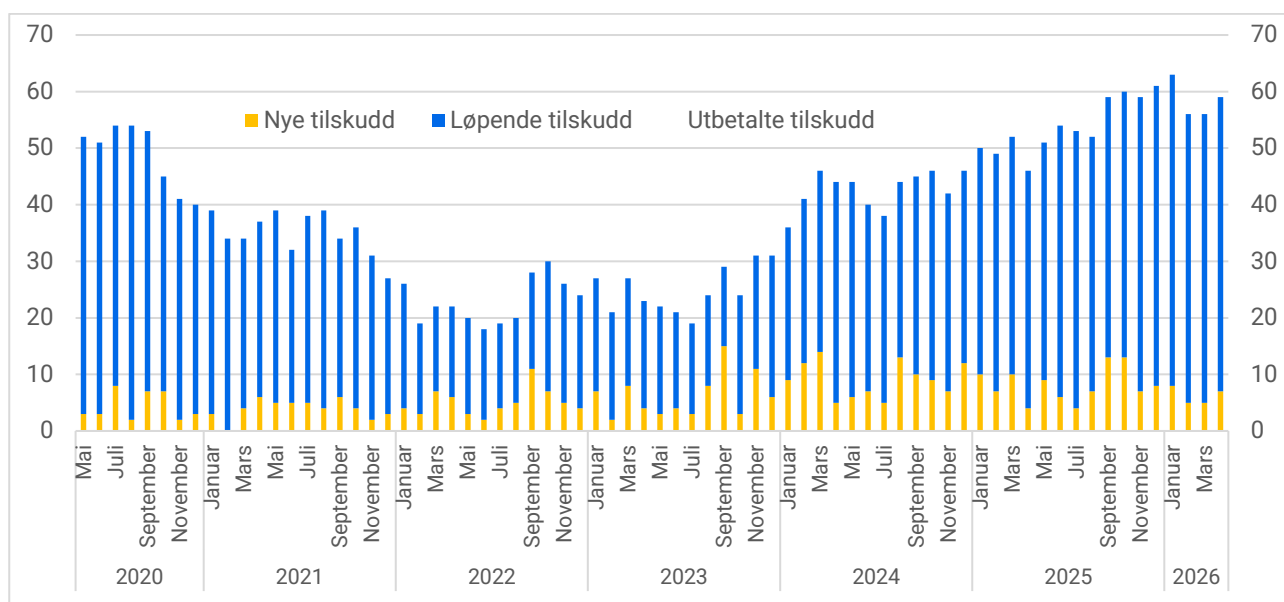
Basistilskudd ble fram til mai 2023 utbetalt med en høyere årlig sats per listeinnbygger for de 1000 første listeinnbyggerne på listen (knekkpunkt). Pasienttilpasset basistilskudd ble innført 1. mai 2023. Stortingsmeldingen om allmennlegetjenesten vurderte at basistilskuddets andel av fastlegenes samlede finansiering bør øke med 10 prosentpoeng i perioden 2025-2027. Fra 1. juli 2025 ble den nasjonale gjennomsnittssatsen for basistilskuddet økt fra 862 kroner til 993 kroner per listeinnbygger. Gjennomsnittssatsen legges til grunn for beregning av listeinnbyggertilskudd, grunntilskudd og utjamningstilskudd. Utjamningstilskudd og grunntilskudd skal være en økonomisk kompensasjon til næringsdrivende fastleger med ufrivillig korte pasientlister.

Utjamningstilskudd kan gis til fastleger i kommuner med under 5000 innbyggere og hvor gjennomsnittlig listelengde er mindre enn 1200 pasienter. Utjamningstilskuddet beregnes som differansen mellom referanselisten på 1200 innbyggere og gjennomsnittlig listelengde i kommunen multiplisert med gjennomsnittssatsen for basistilskuddet. Tilskuddet fordeles likt mellom alle fastlegene i kommunen, men bare næringsdrivende fastleger kan få utbetalt tilskuddet. Det

foreligger ingen samlet oversikt over hvilke kommuner som utbetaler utjamningstilskudd til sine næringsdrivende fastleger. I 2025 utgjorde beregnet utjamningstilskudd 78,3 mill. kroner for lister med fast lege. Til sammen 192 fastleger kunne motta utjamningstilskudd i 2025. Regjeringen har i Meld St. 23 (2024 – 2025) foreslått å avvikle ordningen med utjamningstilskudd fra 1. juli 2026. Endringen er imidlertid satt på vent som følge av dialog mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Legeforeningen.

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 2025 utgjorde grunntilskudd til næringsdrivende fastleger 25,1 mill. kroner. Figur 8.5 viser utviklingen i antall fastleger som kunne motta grunntilskudd i perioden mai 2020 til mars 2026 fordelt på nye og løpende tilskudd. I april 2026 var det 59 fastleger som kunne motta grunntilskudd.

Figur 8.5 Antall grunntilskudd til næringsdrivende fastleger. Mai 2020 – april 2026.



Kilde: FLO.

Grunntilskudd kan utbetales i inntil 24 måneder etter dato for inngåelse av fastlegeavtale dersom pasientlisten ikke overstiger 500 listeinnbyggere. Per april 2026 var det 266 næringsdrivende fastleger som potensielt kunne ha mottatt tilskudd i to fulle år. I gjennomsnitt har hver av disse 266 fastlegene fått utbetalt grunntilskudd i 5,5 måneder. Median månedlige utbetalte grunntilskudd er tre. 88 prosent har kunnet motta grunntilskudd mindre enn ett år, og kun 12 prosent har kunnet motta grunntilskudd i mer enn ett år.

Tabell 8.5 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. For ansatte fastleger beholder kommunen tilskuddet.

Tabell 8.5 Basisfinansiering 2025 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	21 096	6 347	27 443
Delsum kjønn, alder bruk av fastlegetjenester	651 309	49 775	701 084
Delsum sentralitet	37 954	3 250	41 204
Delsum sosioøkonomi	32 194	2 325	34 520
Utjamningstilskudd	246 937	21 895	268 832
Sum fastlønnede	989 491	83 592	1 073 082
Lister med næringsdrivende leger			
Grunntilskudd	25 072	3 847	28 919
Delsum kjønn, alder bruk av fastlegetjenester	4 150 254	62 941	4 213 195
Delsum sentralitet	41 391	2 360	43 751
Delsum sosioøkonomi	130 037	1 967	132 004
Utjamningstilskudd	78 334	8 095	86 429
Sum næringsdrivende	4 425 088	79 209	4 504 298
Alle lister			
Grunntilskudd	46 168	10 194	56 362
Delsum kjønn, alder bruk av fastlegetjenester	4 801 562	112 716	4 914 278
Delsum sentralitet	79 345	5 609	84 955
Delsum sosioøkonomi	162 232	4 292	166 524
Utjamningstilskudd	325 272	29 990	355 261
Sum alle lister	5 414 579	162 801	5 577 380

Kilde: FLO.

8.4 Utgifter til kommunalt ansatte LIS1-leger

For leger i spesialisering del 1 (LIS1) inngår seks måneder 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.

Refusjoner og pasientbetaling for LIS1-leger utgjorde 267 mill. kroner i 2025. Utvikling i utgifter til LIS1-leger målt i løpende og faste priser, framgår av tabellene 8.6 og 8.7.

Tabell 8.6 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	2025	2024-2025	2019-2025
Refusjoner						118	126		
Takstrefusjoner	81	76	91	96	111	24	28	6,7	54,8
Refusjon frikortegenandeler	18	16	24	21	23	19	20	14,6	54,3
Refusjon øvrige egenandeler	17	19	23	20	18	3	3	3,3	16,0
Refusjon L-takster NAV	3	3	3	3	3	165	177	0,9	21,5
Sum refusjoner	119	114	141	140	156			7,4	48,3
Pasientbetaling						75	83		
Egenandeler	65	56	59	70	72	5	7	10,4	27,6
Egenbetaling	5	4	4	4	4	80	90	46,1	51,5
Sum pasientbetaling	70	61	64	74	77	244	267	12,5	29,1
Sum totalt	189	175	204	215	232	244		9,1	41,2

Kilde: KUHR.

Tabell 8.7 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	2025	2024-2025	2019-2025
Refusjoner									
Takstrefusjoner	102	93	105	108	121	124	126	1,7	22,7
Refusjon frikortegenandeler	23	20	27	24	25	25	28	9,2	22,3
Refusjon øvrige egenandeler	22	23	27	22	20	20	20	-1,6	-8,0
Refusjon L-takster NAV	3	3	4	4	4	4	3	-3,9	-3,7
Sum refusjoner	150	138	163	158	170	173	177	2,3	17,6
Pasientbetaling									
Egenandeler	82	69	69	79	79	79	83	5,2	1,1
Egenbetaling	6	5	5	5	5	5	7	39,1	20,1
Sum pasientbetaling	88	74	74	84	84	84	90	7,2	2,4
Sum totalt	238	212	237	242	254	257	267	3,9	11,9

Kilde: KUHR.

8.5 Utgifter til legevakt

Kommunene har ansvar for å tilby legevaktordning som sikrer behov for øyeblikkelig hjelp. Det er i dag ikke mulig å skille ut kommunenes utgifter til legevakttjenesten i den årlige KOSTRA-rapportering. SSB gjennomførte en kartlegging av kommunenes utgifter til legevaktstjenesten for 2023, og estimerte at kommunenes samlede netto driftsutgifter utgjorde 3,6 mrd. kroner. Tilsvarende kartlegging er ikke gjort for senere år. I tillegg til kommunenes samlede netto driftsutgifter, kommer statens og innbyggernes utgifter til legevaktstjenesten.

I tabell 8.8 og 8.9 nedenfor presenteres statens og innbyggernes utgifter i løpende og faste priser for perioden 2019 til 2025. I 2025 utgjorde disse utgiftene 1,2 mrd. kroner. Vi ser at utgiftsveksten målt i løpende priser fra 2024 til 2025 har vært lavere enn prisveksten.

Tabell 8.8 Refusjoner og pasientbetaling for legevakt. Tall i mill. kroner, løpende priser.

Kilde: KUHR.

	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner							Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2023-2024	2019-2024
Refusjoner									
Takstrefusjoner	501	541	672	587	609	640	678	6,0	35,5
Refusjon frikortegenandeler	76	71	92	88	96	105	107	1,9	41,1
Refusjon øvrige egenandeler	115	270	489	220	122	122	120	-2,1	4,5
Refusjon L-takster NAV	2	1	2	2	2	2	2	-3,2	-10,9
Sum refusjoner	693	885	1254	896	829	870	907	4,3	30,9
Pasientbetaling									
Egenandeler	224	191	192	225	238	249	256	2,7	14,3
Egenbetaling	16	15	15	15	16	16	19	17,4	18,9
Sum pasientbetaling	240	206	207	240	253	266	275	3,6	14,6
Sum totalt	933	1091	1461	1136	1082	1135	1183	4,1	26,7

Kilde: KUHR.

Tabell 8.9 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	2025	2023-2024	2019-2024
Refusjoner									
Takstrefusjoner	632	658	778	661	664	672	678	0,9	7,4
Refusjon frikortegenandeler	96	87	106	99	105	111	107	-3,0	11,9
Refusjon øvrige egenandeler	145	329	567	247	133	128	120	-6,8	-17,1
Refusjon L-takster NAV	2	2	2	2	2	2	2	-7,8	-29,3
Sum refusjoner	874	1075	1453	1009	904	913	907	-0,7	3,7
Pasientbetaling									
Egenandeler	283	232	222	253	259	262	256	-2,2	-9,4
Egenbetaling	20	18	17	17	17	17	19	11,8	-5,7
Sum pasientbetaling	303	250	240	270	276	279	275	-1,3	-9,2
Sum totalt	1178	1325	1692	1279	1181	1192	1183	-0,8	0,4

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 2025 ble 52,3 prosent av refusjoner og pasientbetaling utbetalt til næringsdrivende leger. Dette er ett prosentpoeng mer enn i 2024.

Tabell 8.10 Utgifter legevakt fordelt mellom fastlønnede og næringsdrivende leger. Tall i mill. kroner.

	Utgifter 2025			Andel i prosent	
	Fastlønnet	Næringsdrivende	Totalt	Fastlønnet	Næringsdrivende
Refusjoner	424	483	907	46,7	53,3
Pasientbetaling	140	135	275	50,9	49,1
Totalt	564	618	1183	47,7	52,3

Kilde: KUHR

8.6 Andre utgifter tilknyttet allmennlegetjenesten

Helsedirektoratet forvalter flere tilskuddsordninger som understøtter allmennlegetjenesten. Tabell 8.11 nedenfor viser utbetalt beløp for disse ordningene fra 2019 til 2025. Som tabellen viser, ble det i 2025 utbetalt 918 mill. kroner i tilskudd som gjelder allmennlegetjenesten til kommunene.

Tabell 8.11 Andre tilskuddsordninger rettet mot kommunale allmennlegetjenester. Tall i mill. kroner.

Tilskuddsordning	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nasjonal ALIS og veiledning				242	445	552	552
Kommuner som mottar lege i spesialisering del 1 (LIS1)	126	126	160	192	224	244	288
ALIS-kontor		10	22	44	41	41	41
Utprøving av kommunal digital nettlege							24
Senter for Kvalitet i Legetjenester				8	17	9	9
Reise- og flytteutgifter for leger i del 1 av spesialistutdanningen og fysioterapeuter i turnus	1	1	2	2	2	2	2
Styrking av legevakttjenesten i distriktskommuner					53	70	72,1
Avsluttede tilskuddsordninger	134	128	216	69	55	14	
Sum tilskudd	261	266	400	557	836	931	918

Kilde: Helsedirektoratet

8.7 Utgifter per innbygger

Tabell 8.12 og tabell 8.13 viser utgifter til allmennlegetjenesten per innbygger i henholdsvis løpende og faste priser. Fra 2019 til 2025 har utgiftene per innbygger økt med 50,7 prosent i løpende priser og 19,5 prosent i faste priser. Fra 2024 til 2025 var økningen på 4,3 prosent i løpende priser og det var en nedgang i utgiftene på 0,7 prosent målt i faste priser.

For fastlegeordningen har det vært en realvekst i utgifter per innbygger på 18,2 prosent fra 2019 til 2025. Fra 2024 til 2025 har det vært en nedgang i utgift per innbygger på 0,3 prosent. For perioden sett under ett har utgiftene til fastlegeordningen økt mer enn befolkningsveksten skulle tilsi, mens fra 2024 til 2025 har realveksten i utgiftene til fastlegeordningen vært mindre enn

befolkningsveksten. Vekst i utgiftene til fastlegeordningen var 0,5 prosent fra 2024 til 2025 og befolkningsveksten var 0,8 prosent. Det er verdt å merke seg at endring i behov for fastlegetjenester som følge av endring i befolkningssammensetningen ikke er tatt hensyn til.

Tabell 8.12 Utgifter per innbygger. Tall i løpende priser.

	Utgifter per innbygger. Løpende priser							Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2024-2025	2019-2025
Fastlegeordningen	1943	2104	2315	2341	2585	2766	2897	4,7	49,1
LIS 1	35	33	38	40	42	44	48	8,2	34,5
Legevakt	175	203	271	209	197	205	211	3,3	20,7
Tilskudd	49	50	74	103	152	168	164	-2,3	234,6
Totalt	2203	2390	2698	2693	2977	3183	3320	4,3	50,7

Kilde: FLO og KUHR.

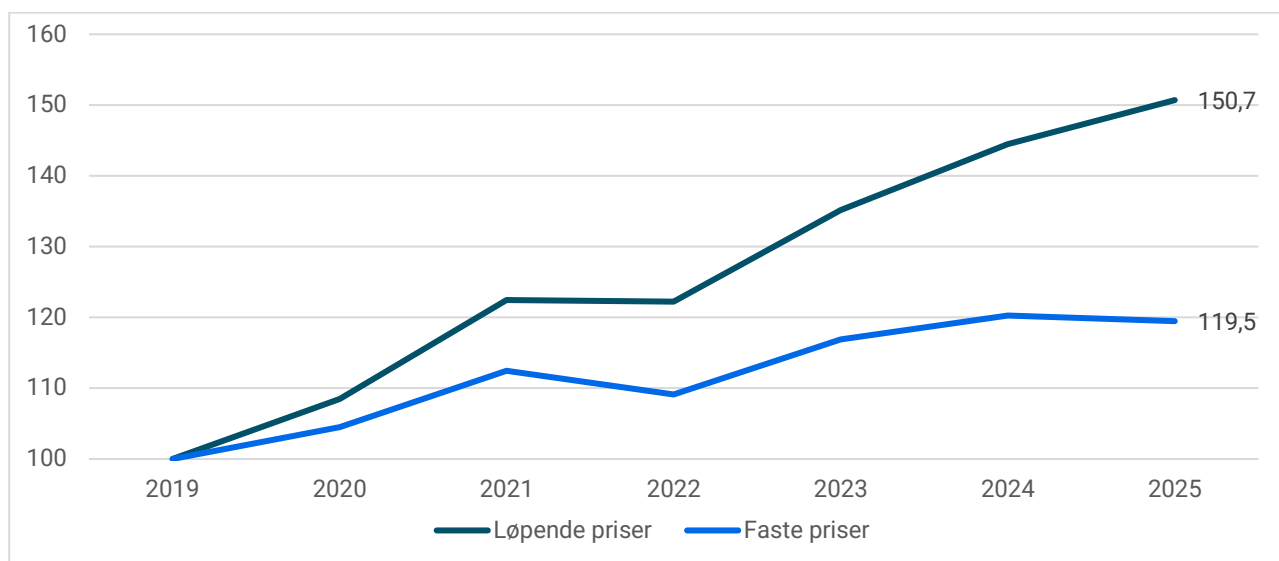
Tabell 8.13 Utgifter per innbygger. Tall i faste priser.

	Utgifter per innbygger. Faste priser							Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2024-2025	2019-2025
Fastlegeordningen	2451	2557	2682	2636	2821	2905	2897	-0,3	18,2
LIS 1	45	40	44	45	46	46	48	3,0	6,6
Legevakt	221	247	314	236	215	215	211	-1,6	-4,4
Tilskudd	62	60	86	115	166	176	164	-6,9	165,2
Totalt	2779	2904	3125	3032	3248	3342	3320	-0,7	19,5

Kilde: FLO og KUHR

Figur 8.6 viser indeksert utvikling i utgift per innbygger for allmennlegetjenesten samlet.

Figur 8.6 Indeksert utvikling i utgift per innbygger. Faste og løpende priser. 2019 = 100.



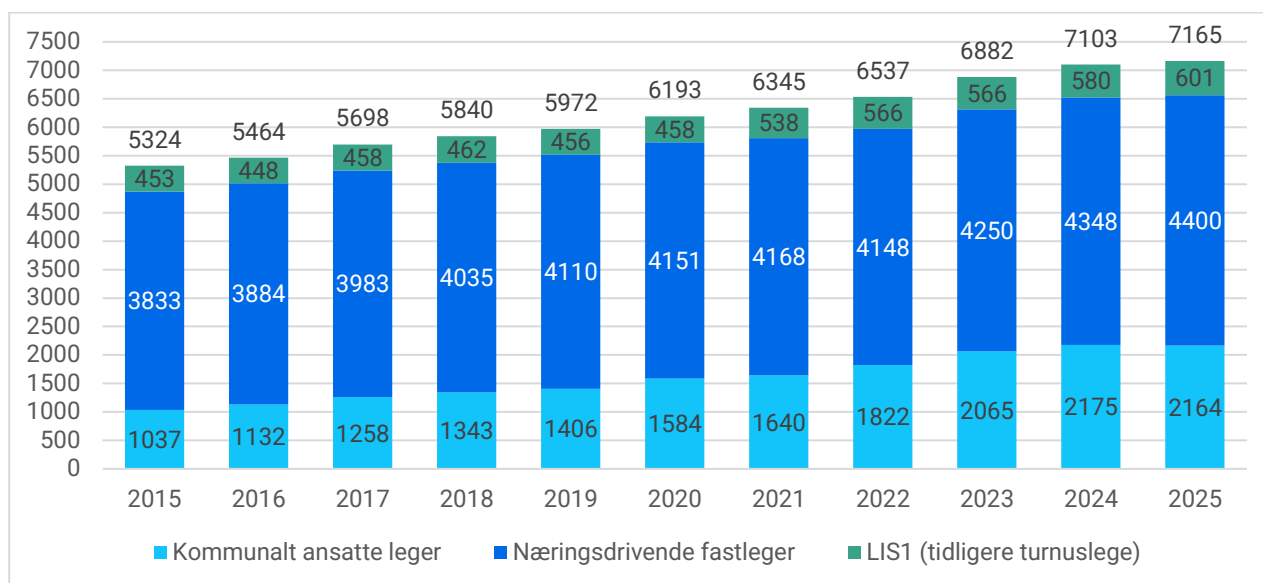
9 Leger i kommunale helse – og omsorgstjenester

Dette kapittelet beskriver utviklingen i årsverk, både for leger og andre yrkesgrupper i allmennlegetjenesten. Tallene er basert på KOSTRA-tall og annen statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Dette kapitlet inkluderer alle deler av allmennlegetjenesten i kommunene og teller avtalte årsverk. I kapittel 11 beskrives utvikling i antall fastleger basert på data fra Helsedirektoratets system for administrasjon av fastlegeordningen (FLO).

9.1 Legeårsverk i kommunene fordelt på avtaleform og KOSTRA-funksjon

Figur 9.1 nedenfor viser avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester fordelt på avtaleform.

Figur 9.1 Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform, 2015-2025.

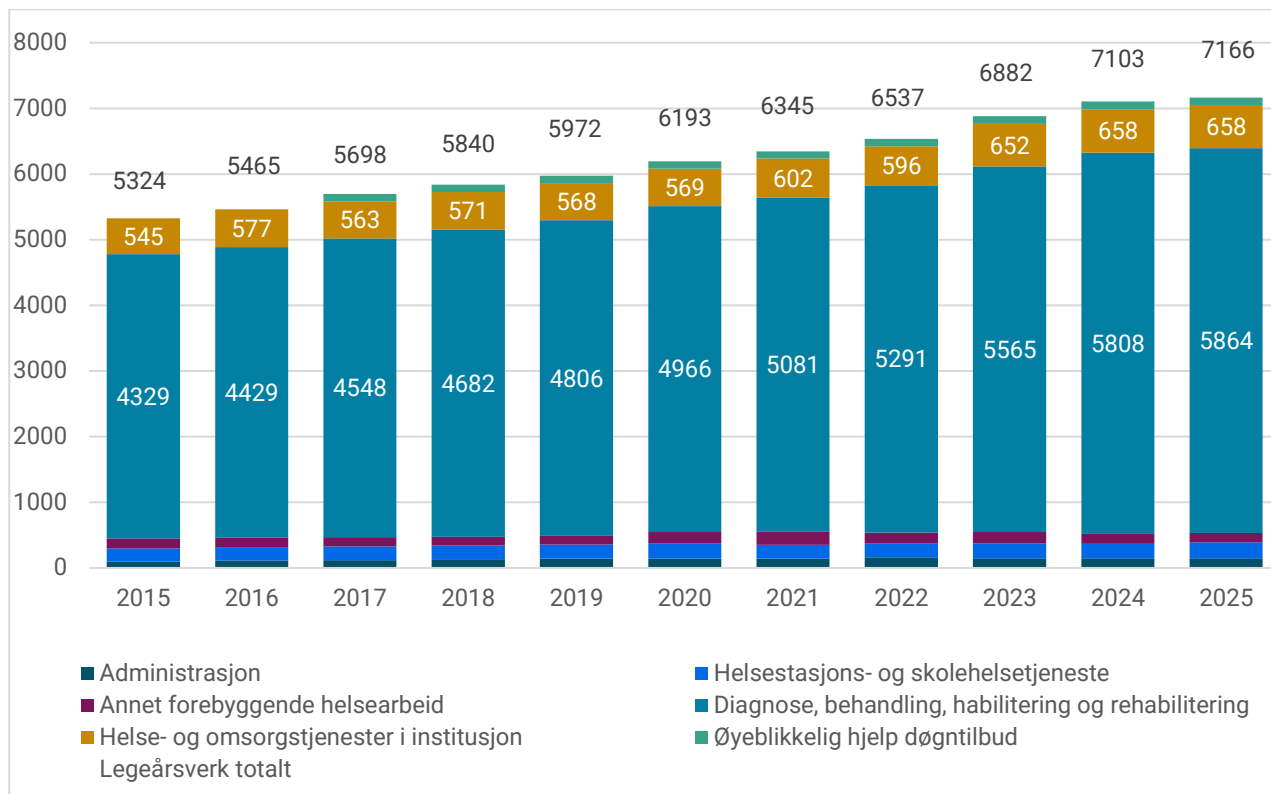


Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform. Beregning av timer per uke for næringsdrivende fastleger tar utgangspunkt i at en full hjemmel regnes som 37,5 timer per uke. Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen er holdt utenfor, da denne 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.

Tallene for kommunalt ansatte leger inkluderer både fastlønnede fastleger og andre kommunalt ansatte leger. I 2025 var det 7165 avtalte legeårsverk i kommunene. Dette er 62 flere enn året før og utgjør en økning på 0,9 prosent. Avtalte årsverk for næringsdrivende fastleger økte med 53 årsverk, tilsvarende 1,2 prosent fra 2024 til 2025. For LIS 1-leger var det en økning på 20 årsverk, noe som utgjør en økning på 3,5 prosent. For kommunalt ansatte leger var det derimot en nedgang på 11 avtalte årsverk, noe som tilsvarer en reduksjon på 0,5 prosent.

Kommunene rapporterer legeårsverkene fordelt på KOSTRA-funksjoner. Figur 9.2 under viser legeårsverkene fordelt på disse funksjonene. Fastlegene inngår i funksjonen "Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering". Årsverk i denne funksjonen utgjorde omtrent 82 prosent av legeårsverkene i kommunene i 2025.

Figur 9.2. Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter funksjon, 2015 – 2025.

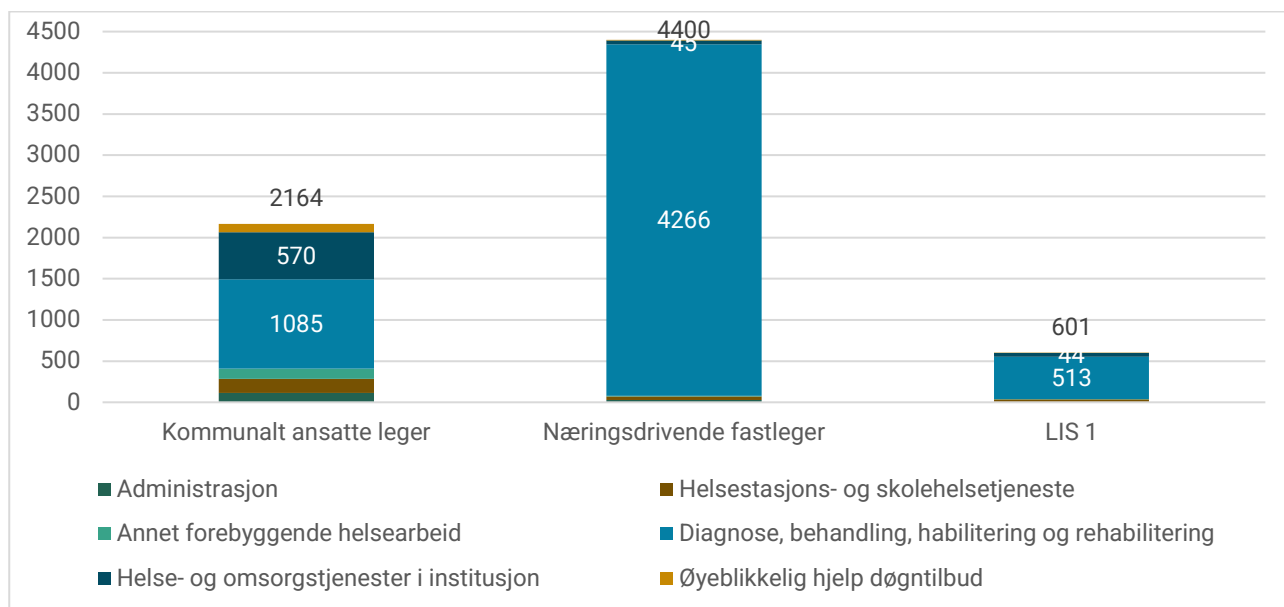


Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter funksjon. Funksjonen "øyeblikkelig hjelp døgntilbud" var ny i 2017 (tidligere var disse årsverkene trolig for det meste fordelt mellom funksjonene diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering og helse- og omsorgstjenester i institusjon). Tallene er avrundet.

Fra 2024 til 2025 har det vært en økning i avtalte årsverk for funksjonene "Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering" og "Helsestasjons- og skolehelsetjeneste" med henholdsvis 56 og 26 årsverk. De andre funksjonene har enten vært uendret, eller hatt en nedgang i avtalte årsverk fra 2024 til 2025.

Figur 9.3 viser avtalte legeårsverk i 2025, 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.

Figur 9.3. Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, fordelt på avtaleform og funksjon, 2025.



Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform og funksjon

9.2 Avtalte legeårsverk i kommunene per innbygger

Tabell 9.1 viser at avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere har økt fra 10,2 til 12,7 årsverk i perioden 2015 til 2025. 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 9.1. Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere i kommunene, 2015-2025

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere	10,2	10,4	10,8	11,0	11,2	11,5	11,7	11,9	12,4	12,6	12,7

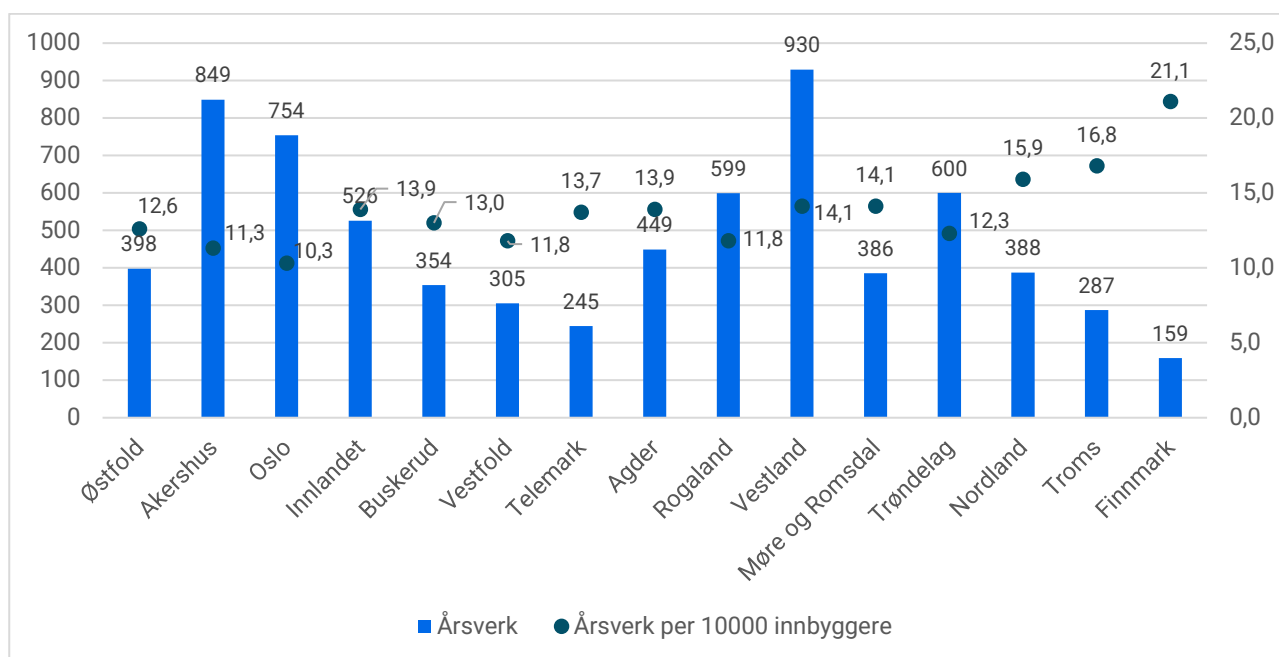
Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. ²⁶

Figur 9.4 viser avtalte legeårsverk (søylene) og avtalte årsverk per 10 000 innbyggere (punktene), fordelt på fylker. Antallet varierer fra 10,3 årsverk per 10 000 innbyggere i Oslo til 21,1 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 9.5 viser at små kommuner samlet sett har flere legeårsverk per innbygger enn befolkningsmessig store kommuner. Små kommuner må ofte ha flere årsverk for å dekke legevakt og deltakelse i annet allmennmedisinsk arbeid samtidig med å bemanne fastlegeordningen.

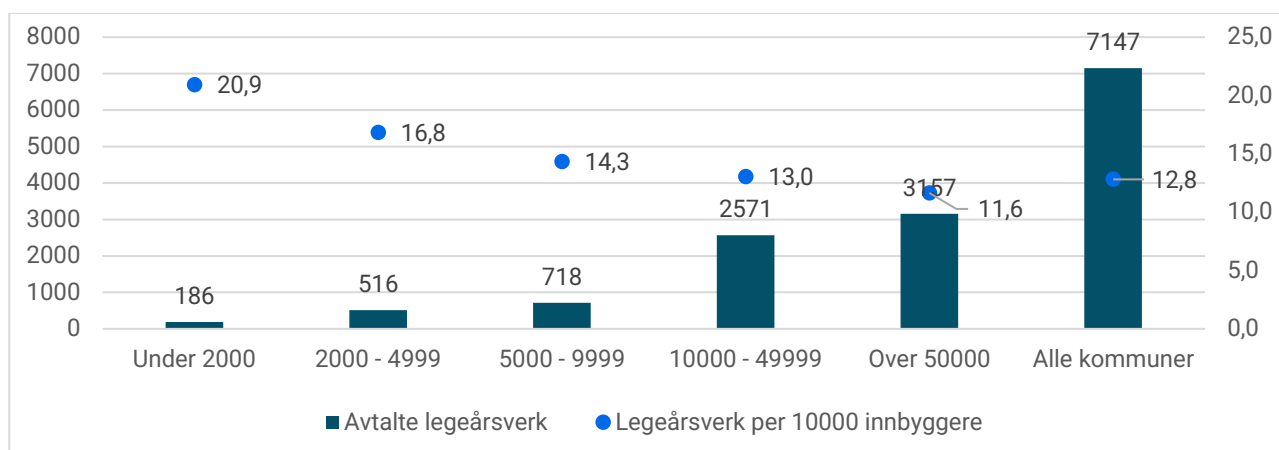
²⁶ For å få sammenlignbare data, er private leger utenfor fastlegeordningen ikke tatt med ettersom disse ikke var inkludert i KOSTRA-rapporteringen for 2020. Dermed avviker tallene for 2015-2019 og 2021-2025 noe fra SSBs statistikkbank.

Figur 9.4. Avtalte legeårsværk og avtalte legeårsværk per 10 000 innbyggere, fordelt på fylker. 2025.



Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Sortert etter avtalte legeårsværk per 10 000 innbyggere.

Figur 9.5 Avtalte legeårsværk og årsverk per 10 000 innbyggere etter kommunestørrelse. 2024²⁷.



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

9.3 Helprivate allmennlegetjenester

Kunnskapen om den helprivate allmennlegetjenesten er i dag begrenset. Herunder 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.

²⁷ Statistikken i kapittel 9 er blant annet basert på kommunenes KOSTRA-rapportering publisert av SSB 16. mars 2026. Ved denne publiseringen var det 5 kommuner som ikke hadde rapportert. De aggregert tallene for landet, fylker og KOSTRA-grupper inneholder estimerte årsverkstall for de kommunene som ikke hadde rapportert. Figur 9.5 er basert på tall for kommunene som hadde rapportert per 16. mars 2026. Kommunene som ikke hadde rapportert, inngår derfor ikke. Dette gjelder kommunene 1875 Hamarøy, 3414 Nord-Odal, 3426 Tolga, 5540 Kåffjord og 5612 Kautokeino. Dette må tas i betraktning ved tolkning av figur 9.5.

Helsedirektoratet kartla i 2023 status og utvikling i den helprivate allmennlegetjenesten. Kartleggingen tyder på at omfanget av slike tjenester har vokst, både i antall virksomheter og i antall legeårsverk, men at omfanget er relativt beskjedent sammenlignet med den offentlige allmennlegetjenesten

Helprivate allmennlegetjenester dekker problemstillinger av ulik hastegrad og med høy grad av tilgjengelighet gjennom døgnet. Man kan kjøpe tjenesten direkte eller tegne helseforsikring. Det er fortsatt relativt få som kjøper forsikring som privatpersoner. Tall fra Finans Norge viser at nesten 900 000 nordmenn hadde privat helseforsikring i 2025.²⁸ 100 000 er kjøpt av privatpersoner, mens resten er gjennom kollektive avtaler. Det er uklart i hvilket omfang de kollektive forsikringene dekker allmennlegetjenester. Dette kan variere mellom selskap og typen avtaler, men basert på informasjon på nettsidene ser det ut til at god tilgang til digital kontakt med leger for allmennmedisinske problemstillinger er vanlig i grunnpakken hos de store selskapene. En studie publisert i 2024 fant at mange fastleger kjenner et press for å henvise pasienter med forsikring til spesialisthelsetjenesten i større grad enn andre.²⁹

Det er besluttet at virksomheter som tilbyr privatfinansierte helse- og omsorgstjenester, fremover skal rapportere aktivitetsdata til Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)³⁰. Målet er bedre oversikt over bruken av helsetjenester og et bedre grunnlag for planlegging, styring, kvalitetsarbeid og forskning. Rapporteringen skal skje automatisk via elektronisk pasientjournal. Dette krever teknisk tilrettelegging og det vil ta tid før rapporteringen kommer på plass.

9.4 Legeårsverk i spesialisthelsetjenesten og i kommunene

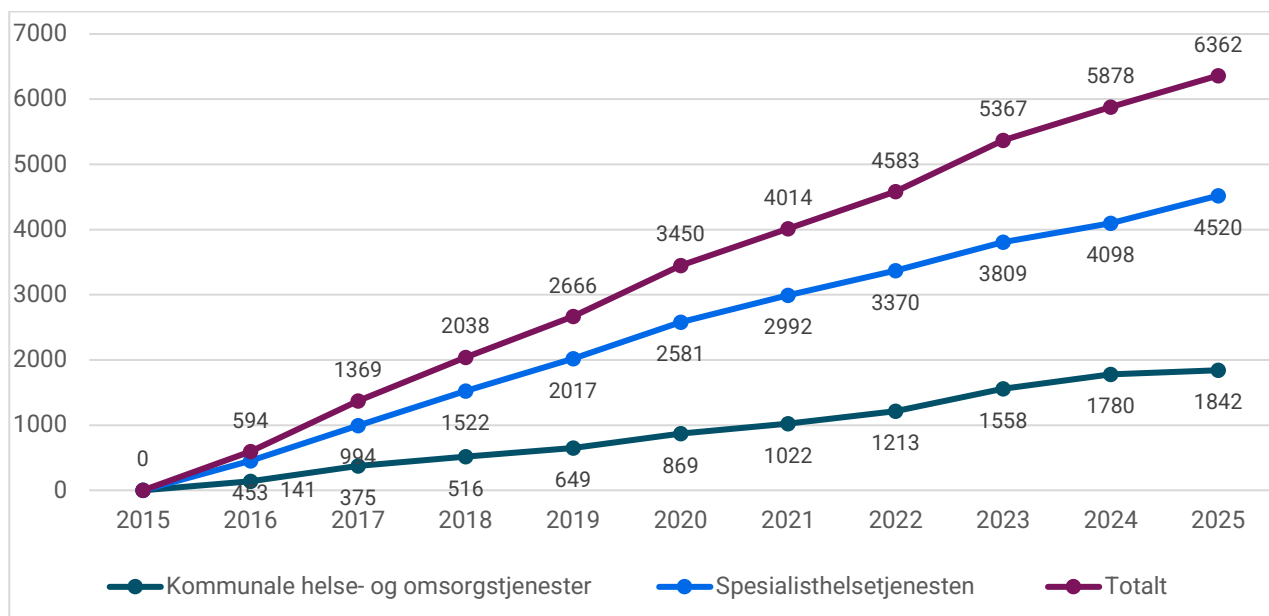
73 prosent av rapporterte legeårsverk til SSB samlet for spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester er tilknyttet spesialisthelsetjenesten. Fra 2015 til 2025 har det vært en vekst på 34,6 prosent i kommunene og 29,8 prosent i spesialisthelsetjenesten. Av veksten på 6382 legeårsverk fra 2015 til 2025 kom 4520 i spesialisthelsetjenesten og 1842 i kommunenes helse og omsorgstjeneste. Siste år fra 2024 til 2025 økte antall årsverk i kommunene med 0,9 prosent, og med 2,2 prosent i spesialisthelsetjenesten.

²⁸ [Helseforsikring](#) Finans Norge

²⁹ Breivold, J., Isaksson Rø, K., Nilsen, S., Andersen, M. K. K., Nexøe, J., & Hjörleifsson, S. (2024). Gatekeeping and referral of patients holding private health insurance: a survey among general practitioners in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 42(4), 695–703. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2380923>

³⁰ [Rapportering av privatfinansiert aktivitet til NPR og KPR - FHI](#)

Figur 9.6 Endring i antall avtalte legeårsverk i spesialisthelsetjenesten sammenholdt med avtalte legeårsverk i kommunale helse og omsorgstjenester. 2015 til 2025.



Målt i legeårsverk per 1000 innbyggere har det vært en større vekst i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene for perioden sett under ett. Rateberegningen tar ikke hensyn til endringer i befolkningssammensetning.

Tabell 9.2. Utvikling i avtalte legeårsverk i spesialisthelsetjenesten sammenholdt med avtalte legeårsverk i kommunale helse og omsorgstjenester *. 2015 – 2025.

	Kommunale helse- og omsorgstjenester				Spesialisthelsetjenesten				Totalt		
	Avtalte årsverk*	Endr. siste år	% endr.	Årsverk per 1000	Avtalte årsverk	Endr. Siste år	% endr.	Årsverk per 1000	Avtalte årsverk	Endr. Siste år	% endr.
2015	5 324			1,03	15 189			2,94	20 513		
2016	5 464	141	2,6	1,05	15 642	453	3	3	21 106	594	2,9
2017	5 698	234	4,3	1,08	16 183	541	3,5	3,08	21 881	775	3,7
2018	5 840	142	2,5	1,1	16 711	528	3,3	3,16	22 551	670	3,1
2019	5 972	132	2,3	1,12	17 206	495	3	3,23	23 178	627	2,8
2020	6 193	220	3,7	1,15	17 770	564	3,3	3,31	23 963	784	3,4
2021	6 345	153	2,5	1,18	18 181	411	2,3	3,37	24 526	564	2,4
2022	6 537	192	3	1,2	18 559	378	2,1	3,42	25 096	570	2,3
2023	6 882	345	5,3	1,25	18 998	439	2,4	3,46	25 880	784	3,1
2024	7 103	222	3,2	1,28	19 287	289	1,5	3,48	26 390	511	2
2025	7 165	62	0,9	1,28	19 709	422	2,2	3,52	26 874	484	1,8
2015-2025		1 842	34,6	0,25		4 520	29,8	0,58		6 362	31

Kilde: SSB Tabell 13953 og tabell 11996 i statistikkbanken. * Ekskl. næringsdrivende utenfor fastlegeordningen

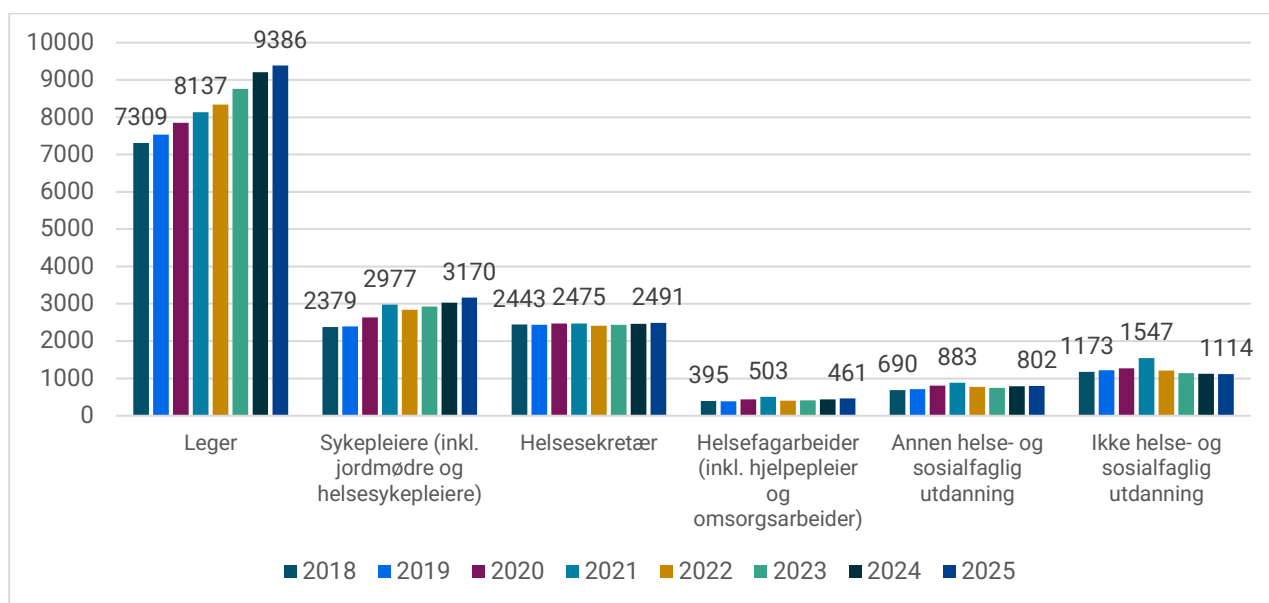
9.5 Mer om annet helsepersonell og leger i allmennlegetjenesten

SSB fører statistikk over 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). Statistikken omfatter altså mer enn KOSTRA-statistikken.

9.5.1 Årsverk for leger og annet helsepersonell

Figur 9.7 viser avtalte årsverk i allmennlegetjenesten 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 2025. I perioden har det vært størst absolutt vekst for leger, mens den prosentvise veksten har vært noe større for sykepleiere. De største enkeltgruppene i samlekategorien annen helse- og sosialfaglig utdanning, er fysioterapeuter med 124 årsverk og bioingeniører med 101 årsverk i 2025. Datagrunnlaget gir ikke mulighet for å skille ut avanserte kliniske allmennsykepleiere.

Figur 9.7 Avtalte årsverk i næringen "allmenn legetjeneste". 2018 – 2025.



Kilde: SSB. Basert på avtalte årsverk i allmennlegetjenesten (næringskode 86.211, registerdata, A-ordningen). Fastleger utgjør majoriteten av legene, men næringen omfatter mer enn fastlegeordningen, eksempelvis kommunal legevakt, medisinske sentre og private aktører innen allmennlegetjenester som ikke er en del av fastlegeordningen. Statistikken er basert på den ansattes utdanning. SSB har oppdatert tallene tilbake til 2018.

9.5.2 Yrkesgruppenes andel av årsverkene i allmennlegetjenesten

Legers andel av avtalte årsverk i allmennlegetjenesten utgjorde 53,9 prosent av årsverkene i 2025. Årsverk for sykepleiere utgjorde 18,2 prosent og helsesekretærer utgjorde 14,3 prosent. Fra 2024 til 2025 har andelen for leger og helsesekretærer gått litt ned, mens andelen for sykepleiere har økt.

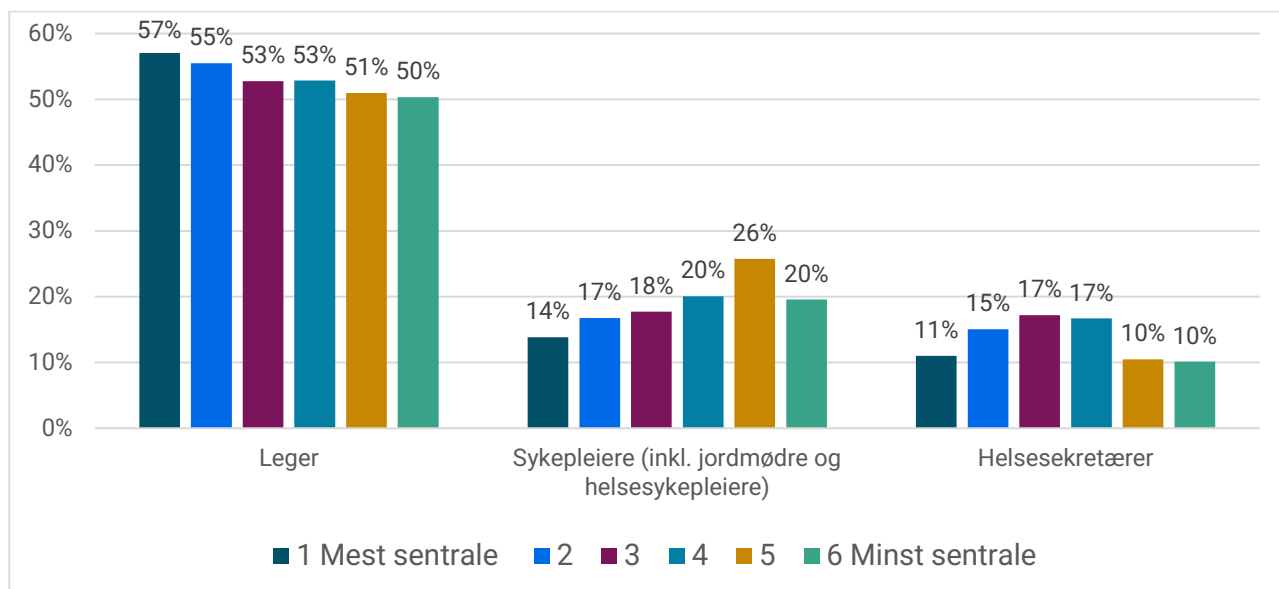
Tabell 9.3. Legers, sykepleieres og helsesekretærers andel i prosent av årsverkene i "allmenn legetjeneste". 2018 – 2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Leger	50,8	51,3	50,7	49,2	52,2	53,4	54,0	53,9
Sykepleiere (inkl. jordmødre og helsesykepleiere)	16,5	16,3	17,0	18,0	17,8	17,8	17,8	18,2
Helsesekretær	17,0	16,6	16,0	15,0	15,1	14,8	14,4	14,3

Kilde: SSB. For mer informasjon om datagrunnlaget, se tekst under figur 9.7.

Figur 9.8 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 de to minst sentrale kommunekategoriene.

Figur 9.8 Legers, helsesekretærers og sykepleieres andel av årsverkene i næringen "allmenn legetjeneste", fordelt på kommunens sentralitet. 2025.



Kilde: SSB. For mer informasjon om datagrunnlaget, se tekst under figur 2.7.

10 Leger i spesialisering (ALIS)

10.1 Stadig flere allmennleger får støtte til spesialistutdanning

ALIS-avtaler og tilskudd til disse (ALIS tilskudd), er et viktig virkemiddel for å rekruttere leger til allmennlegetjenesten. ALIS-ordningen var, som i foregående år, også i 2025 en svært attraktiv ordning. Antallet søknader om tilskudd til ALIS avtaler fortsatte å stige. I 2025 søkte 264 kommuner om tilskudd for til sammen 2559 leger. Antallet ALIS avtaler er med dette nesten dobbelt sett i forhold til i 2022, som var det første året med nasjonal støtteordning for ALIS avtaler. Bevilgningen er også over doblet i løpet av de fem årene tilskuddsordningen har eksistert. Tabell 10.1 illustrerer denne utviklingen. Se også nærmere omtale av ALIS ordningen, og tilskudd til denne, i rapportens avsnitt 4.1.

Tabell 10.1. Utvikling i budsjett, søknader og antall ALIS avtaler per år fra 2022 – 2025

	2022	2023	2024	2025	2026
*)		(10 mnd.)	(12 mnd.)	(9 mnd.)	(12 mnd.)
Samlet budsjett for ordningen**)	241,9 mill.	461,1 mill.	552 mill.	581,9 mill.	565,2 mill.
Sum søknadsbeløp for ordningen***)	241,9 mill.	458,4 mill.	606 mill.	552,4 mill.	
Antall kommuner som har søkt om tilskudd	187	228	254	264	
Antall leger med ALIS-avtale	1239	1813	2324	2467	
Antall leger med kun veiledning	355	88	105	123	
Antall unike leger med tilskudd gjennom ordningen	1358	1871	2403	2559	
Netto tilvekst i antall ALIS med tilskudd – sammenlignet med forrige søknadsperiode		513	532	156	

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

*) Det har vært ulik varighet på avtaleperioden for utlyst tilskudd. 2024: 1.9.23-31.8.24, 2025: 1.9.24 til 31.5.2025, 2025: 1.6.25-31.5.26

**) For 2025: 554,9 + 27 mill. i RNB.

**) 552,4 er innvilget beløp. Søknadsbeløp var 558,2. Reduksjon skyldes dubletter og feil i søknadene.

Fastleger, fastlegevikarer, introduksjonsleger og allmennleger i annet kommunalt arbeid kan 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 tall for fordeling av tilskuddet på grupperinger av leger som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 10.2. Antall og andel fulle stillinger per stillingstype. Fordeling av ALIS tilskuddet for 2024 og 2025 utlysningen, antall fulle stillinger per stillingstype.

Stillingstype	Prosentvis andel 2024	Prosentvis andel 2025	Antall 2025
Allmennlege i annet kommunalt arbeid	14,8	17,1	461
Fastlege	66,2	59,6	1603
Fastlegevikar	17,6	21,0	564
Introduksjonslege	1,9	2,3	61
Total	100	100	2689

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 de kommende tabellene. 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 10.3. Fordeling av antall ALIS avtaler (unike leger) etter kommunens sentralitet, utlysninger i 2024 og 2025

Klasse	ALIS- avtale inkl. veiledning 2024	ALIS- avtale inkl. veiledning 2025	Kun veiledning 2024	Kun veiledning 2025	Antall unike leger 2024	Antall unike leger 2025
1	408	416	9	33	414	440
2	667	685	40	38	694	713
3	625	676	26	25	644	693
4	339	354	15	6	354	360
5	229	246	12	18	241	262
6	111	141	3	4	113	145
Total	2 328	2467	105	123	2 403	2559

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

Tallene viser at antallet ALIS avtaler har økt i alle sentralitetsklasser. Det er et positivt trekk at antallet avtaler i de minst sentrale kommunene øker forholdsmessig mye mer enn i de øvrige kommunene. Det ble søkt om tilleggselementer for 128 av de 141 legene i sentralitetsklasse 6.

Tabell 10.4. Fordeling av antall ALIS avtaler (unike leger) per fylke, utlysninger i 2024 og 2025.

Fylke	ALIS-avtale inkl. veiledning 2024	ALIS-avtale inkl. veiledning 2025	Kun veiledning 2024	Kun veiledning 2025	Antall unike leger 2024	Antall unike leger 2025
Agder	145	139	3	3	146	141
Akershus	304	332	8	8	309	335
Buskerud	111	124		1	111	125
Finnmark	44	50	3	1	47	51
Innlandet	149	162	10	9	158	168
Møre og Romsdal	105	118	1	6	106	123
Nordland	110	125	7	1	117	126
Oslo	295	286	9	29	291	309
Østfold	151	156	7	11	157	165
Rogaland	179	182	13	5	192	187
Telemark	82	83	2	1	84	84
Troms	100	118	-	7	100	123
Trøndelag	180	176	28	20	194	189
Vestfold	136	143	3	3	139	146
Vestland	291	310	11	19	302	328
Total	2 328	2467	105	123	2 403	2559)

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

Det knytter seg betydelig usikkerhet til hvor mange leger som til enhver tid er i spesialisering i allmennmedisin, hvor langt de har kommet i løpet og hvilke kostnader dette medfører. Å etablere fullgod statistikk på dette området er særlig utfordrende da datagrunnlaget ikke gir grunnlag for presise analyser.

10.2 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. Dette er også reflektert i regelverket for ALIS tilskuddet fra og med utlysningen som ble gjort i 2025.

Tall fra kompetanseportalen tilsier at det per januar 2026 var ca. 2501 LIS som hadde en aktiv utdanningsplan i allmennmedisin. Videre at ca. 2843 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 2025. Så langt i 2026 (tall pr 18 mai) er det tildelt 220 nye utdanningsplaner i allmennmedisin.

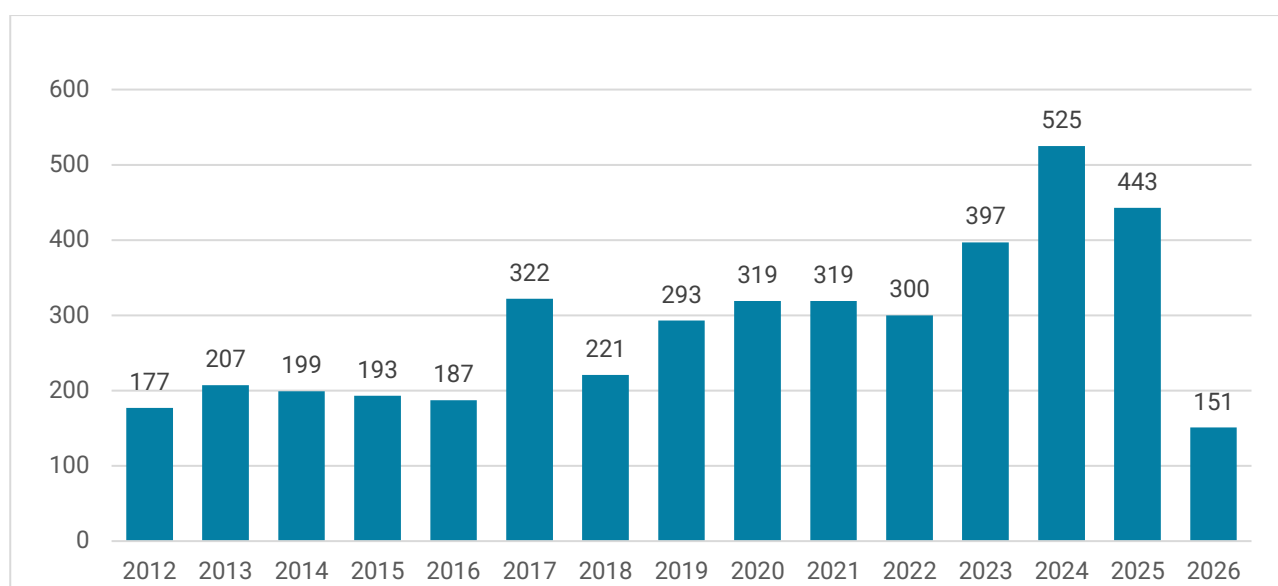
Tall for kompetanseportalen viser også at det gjennomsnittlig tar litt over ett år fra en læringsmålsplan tildeles til første læringsmål blir godkjent.

10.3 Høyere årlig antall godkjente spesialister

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. I 2024 ble det godkjent hele 527 spesialistgodkjenninger i allmennmedisin, mens det i 2025 ble godkjent 443 nye spesialistgodkjenninger i allmennmedisin.

I 2026 er det per 20. mai 2026 godkjent 151 nye spesialister i allmennmedisin. Dette antallet inkluderer allmennleger som er godkjent i både ny og gammel ordning for spesialistutdanning. Tilskuddet til ALIS avtaler synes å bidra til rekruttering. Helsedirektoratets tall viser en årlig tilvekst av helt nye fastleger på over 500 per år siden 2023, se. Se nærmere omtale i kapittel 11.

Figur 10.1. Antall spesialistgodkjenninger i perioden 1.1.2012 til 20.5.2026.



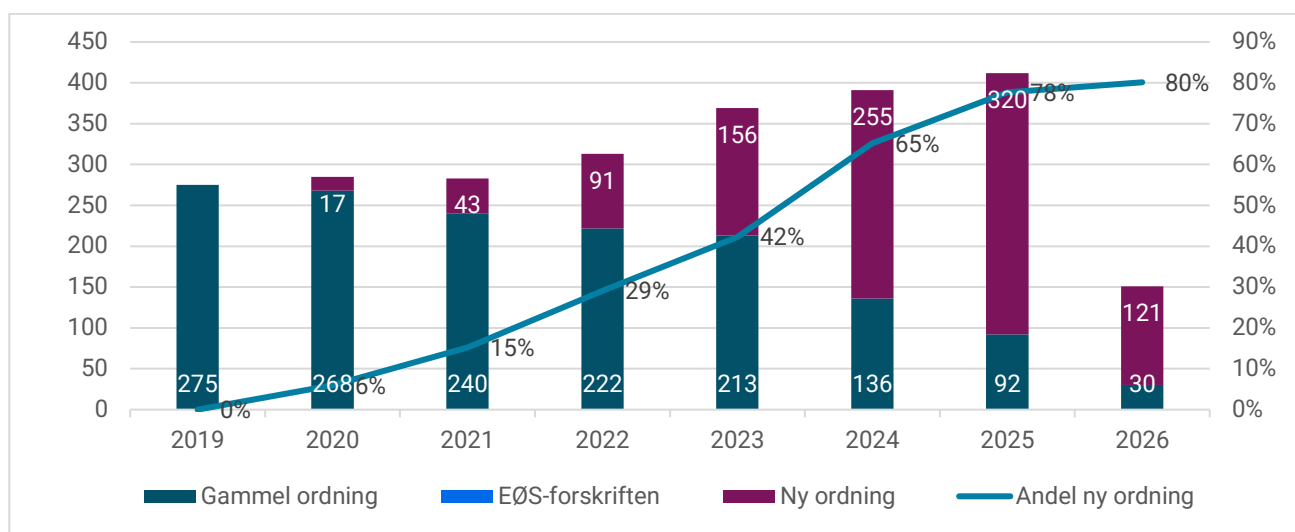
Kilde: HPR

10.4 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.

Helsedirektoratet har ikke fullgod 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. Siden 2019 har andelen søkere etter ny ordning økt til nærere 80 prosent i 2026. Fra og med 1.1.2027 skal alle spesialistgodkjenninger i allmennmedisin godkjennes over ny ordning.

Figur 10.2 Antall søknader om spesialistgodkjenning i allmennmedisin i perioden 1.1.2019 til 20.5.2026.



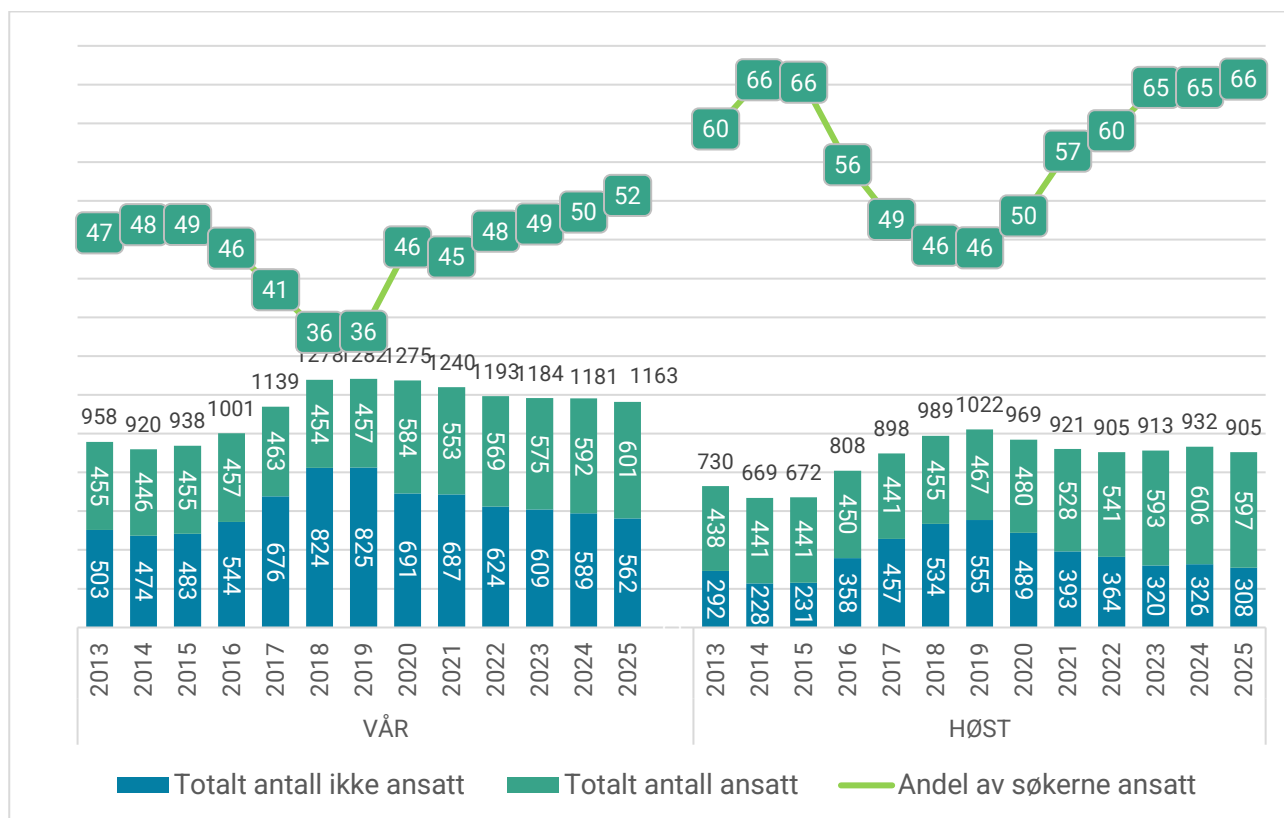
Kilde: HPR

10.5 Antall LIS1-stillinger øker

I 2025 var det totalt 1218 LIS1-stillinger hvorav 609 hadde oppstart 1. mars og 609 hadde oppstart 1. september. Dette er en økning på over 268 LIS1 stillinger siden 2019. Det er i 2026 ikke planlagt ytterligere økning. 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 10.3 viser antall og andel ansatte i LIS1-stillinger i de felles utlysningss rundene fra våren 2013 til høsten 2025. Fordi det uteksameres 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. Andelen ansatte var 52 prosent våren 2025 og 66 prosent høsten 2025. Vikariater, som lyses ut som reststillinger i Helsedirektoratets stillingsportal for LIS1-stillinger, er ikke inkludert i tallmaterialet.

Figur 10.3 Antall og andel ansatte i LIS1-stillinger fra søknadsrunden våren 2013 til søknadsrunden høsten 2025.



Kilde: Helsedirektoratets stillingsportal Webcruiter.

10.6 Leger som har gjennomført LIS1 eller tilsvarende

I 2025 var det 1180 leger som hadde gjennomført LIS1-tjeneste eller tilsvarende. Med "eller tilsvarende" menes gammel turnusordning for leger. I 2025 var det ingen leger som avsluttet gammel turnustjeneste, alle gjennomførte i LIS1-ordningen. Økningen i antallet LIS1-stillinger har bidratt til at flere leger kan starte videre spesialisering som ALIS i kommunehelsetjenesten eller som LIS i spesialisthelsetjenesten.

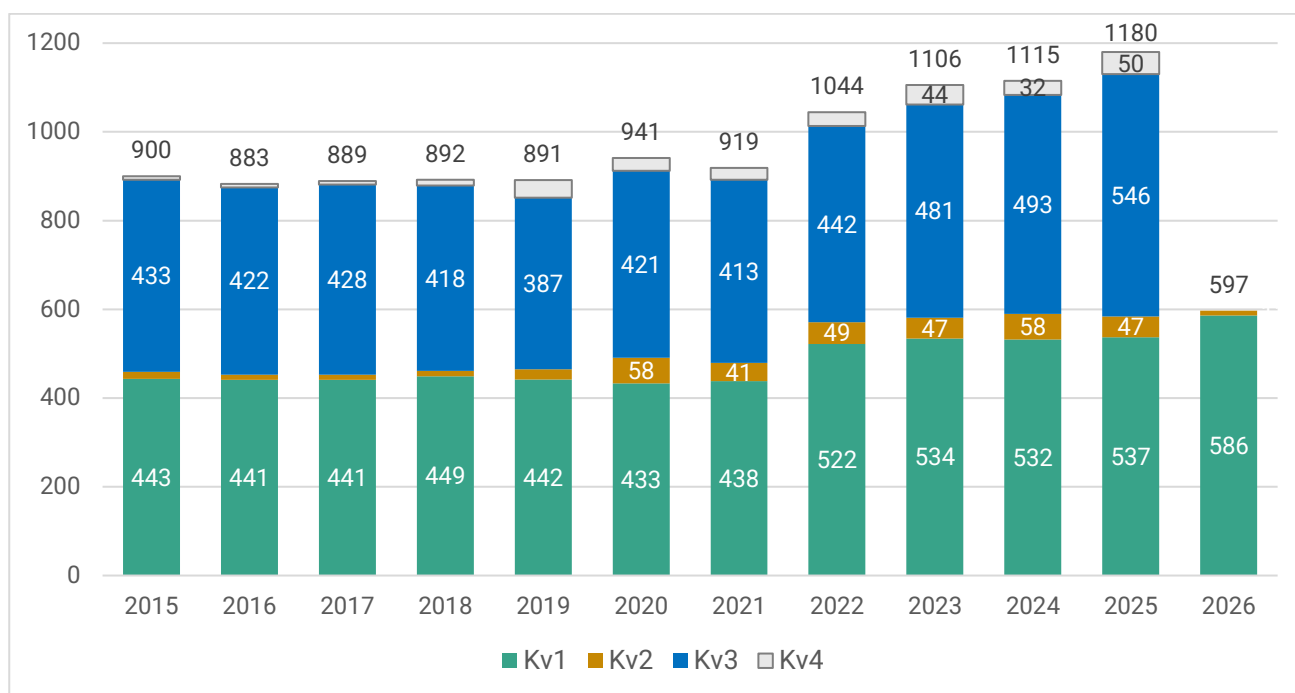
De fleste leger avslutter LIS1-tjenesten i slutten av august eller i slutten av februar. Samtidig fører foreldrepermisjoner og annet fravær til at noen får forlenget tjeneste og derfor avslutter på andre tidspunkter.

Figur 10.4 viser hvordan avslutningene fordeler seg gjennom året. Det er flere som avslutter i første kvartal enn i tredje kvartal, og avslutninger skjer også i andre og fjerde kvartal som følge av resttjeneste etter fravær.

Denne fordelingen påvirker behovet for kommunestillinger. Leger som har hatt permisjon, returnerer ofte til LIS1-stillingen sin fra 1. september, noe som bidrar til at behovet for kommunestillinger normalt er betydelig større om høsten enn om våren.

Etter praksisendringen som trådte i kraft 1. januar 2026, har det vært en økning i antallet som får godkjent LIS1 på bakgrunn av tilsvarende tjeneste i utlandet.

Figur 10.4 Utvikling i leger som avslutter LIS1 eller tilsvarende (turnus) i perioden 2015-2026.



Kilde: Helsepersonellregisteret (HPR)

10.7 Kompetanseforskriftens krav til vikarer i fastlegeordningen

Kompetanseforskriften³¹ stiller kompetansekrav til leger som skal jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hovedregelen er at alle leger som jobber innenfor fastlegeordningen skal være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering i allmennmedisin.

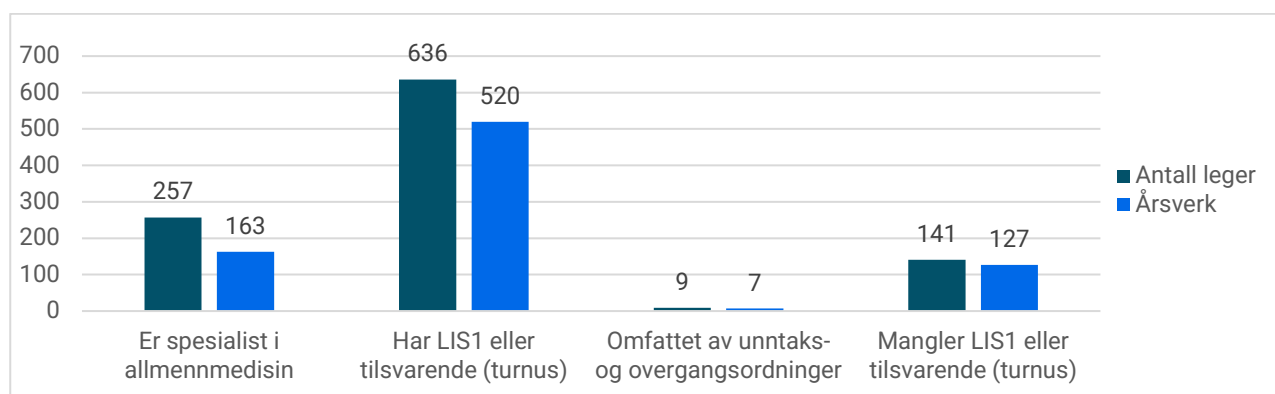
Leger som ansettes i vikariater og midlertidige stillinger har et unntak fra kompetansekravet. De kan jobbe i ett år uten å starte på spesialisering. I denne perioden vil legen få trygderefusjon uten at det stilles krav om LIS1 eller tilsvarende (turnus). Perioden for unntaket fra kompetansekravet er nullstilt for alle leger fra 1.1.2026.

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 og overgangsordningen er videreført i revidert kompetanseforskrift.³¹

Figur 10.5 under viser data for vikarer i fastlegeordningen per mai 2026. 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 10.5 viser også at mange vikarer jobber deltid slik at det totale antallet årsverk er noe lavere enn antallet leger.

³¹ [Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

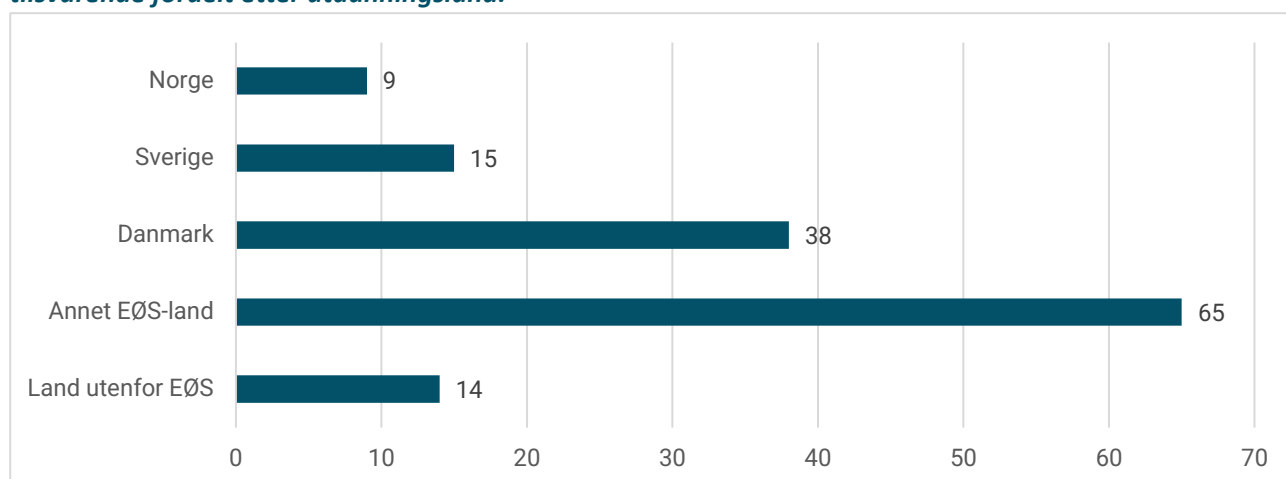
Figur 10.5 Vikarer i fastlegeordningen per mai 2026 fordelt på kravene i Kompetanseforskriften.



Kilde: FLO og Helsepersonellregistret (HPR).

På nåværende tidspunkt (mai 2026) er det til sammen 141 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 10.6 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. revidert forskrift om kompetansekrav for leger.

Figur 10.6 Antall vikarer i fastlegeordningen som per mai 2026 ikke har gjennomført LIS1 eller tilsvarende fordelt etter utdanningsland.



Kilde: FLO og Helsepersonellregistret (HPR).

11 Utvikling i fastlegeordningen

Datagrunnlaget til dette kapittelet er i hovedsak basert på det administrative systemet for forvaltning av fastlegeordningen (FLO). Dette inkluderer blant annet informasjon om fastlegeavtaler, vikaravtaler, fastlegelister, ventelister og bytte av fastlege. Noen kommuner inngår ikke som egne kommuner i fastlegeordningen, og befolkningen får da fastlegetjenester gjennom samarbeid med andre kommuner.³²

Kapittelet starter med en beskrivelse av nasjonale utviklingstrekk og en tabell med utvalgte nøkkeltall. Senere i kapitlet utdypes temaene nærmere. Se også helsedirektoratets temaside om allmennlegetjenesten som henviser til flere kilder for statistikk og rapporter.³³

11.1 Nasjonale utviklingstrekk oppsummert

I 2024 var netto tilvekst av fastleger høyere enn noen gang tidligere med 249 flere fastleger (nye leger minus avgang). I 2025 fortsatte den positive utviklingen, selv om veksten ikke var like stor, med 203 flere fastleger. En mer dempet tilvekst har fortsatt fram til mai 2026.

Mange nye fastleger i ordningen de siste årene har bidratt til bedre dekningsgrad, men også til at kontinuiteten i fastlege/pasient relasjonen, målt som hvor lang tid man har hatt sin nåværende fastlege, er litt redusert. Samtidig er andelen konsultasjoner hos egen fastlege relativt stabil på nasjonalt nivå, og gjaldt 74 prosent av konsultasjonene i 2025. Rundt 13 prosent av innbyggerne i fastlegeordningen fikk ny fastlege i 2025, omtrent som i årene før.

Omtrent 78 prosent av fastlegene er næringsdrivende. Etter noen år med størst vekst i kommunalt ansatte fastleger var veksten i fastleger med næringsdrift større både i 2024 og i 2025. Andelen kommunalt ansatte fastleger er stabil, men det er store regionale og lokale forskjeller.

Kapasitetsutviklingen i fastlegeordningen samlet henger nært sammen med utvikling i demografi, rekruttering av fastleger og fastlegenes gjennomsnittlige listelengde³⁴. Listelengden er et uttrykk for en fastleges listekapasitet på legekantoret.³⁵ Den langvarige trenden med gradvis nedgang i gjennomsnittlig listelengde fortsetter i 2025 og inn i 2026, selv om reduksjonen var litt mindre enn den store nedgangen i 2022-2024. Veksten i listeinnbyggere var også noe mindre enn tidligere år i 2025, med en vekst på 33 tusen, mot 54 tusen i 2024. Det var likevel 79 tusen flere innbyggere med fast lege ved utgangen av 2025 enn ett år tidligere. Veksten i listeinnbyggere med fast lege er større enn befolkningsveksten på grunn av reduksjon i ubesatte fastlegelister. Vikarbruken er også redusert og skyldes i stor grad mindre behov for vikarer til å dekke opp for lister uten fast lege.

³² Dette gjelder kommunene Rollag i i Buskerud (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). Fra mars 2026 dannet kommunene Grong, Namskogan, Røyrvik og Lierne i Trøndelag Indre Namdal Legetjeneste. I Flo vil alle disse ligge som en del av datagrunnlaget for Grong kommune.

³³ [Fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegetjenester - Helsedirektoratet](#)

³⁴ Endringer i oppgaver, arbeidsdeling, digitale verktøy og samhandlingsløsninger er andre viktige faktorer og er omtalt i andre steder i denne rapporten.

³⁵ Fastleger kan bruke deler av sin arbeidstid på andre allmennmedisinske oppgaver for kommunen (kan pålegges inntil 7,5 timer i uka i henhold til nasjonal rammeavtale) eller kombinere fastlegearbeidet med annet arbeid eller utdanning. Listelengden avtales individuelt med kommunen.

Tabell 11.1 Utvalgte nasjonale nøkkeltall fra fastlegeordningen. Per desember hvert år, samt per mai 2025.

	2019 Kv4	2023 kv4	2024 Kv4	2025 Kv4	Endring 2024- 2025 Kv4	Endring 2019- 2025 Kv4	Tall per Mai 2026
Antall per tidspunkt							
Antall fastleger	4 858	5 268	5 517	5 720	203	862	5 767
Antall med spesialitet	3 019	3 336	3 556	3 775	219	756	3 832
Antall lister totalt	5 010	5 614	5 806	5 937	131	927	5 969
Ant lister med fast lege	4 884	5 292	5 546	5 743	197	859	5 790
Lister med fast ansatte leger	726	1 233	1 311	1 349	38	623	1 342
Lister med næringsdrivende	4 284	4 381	4 495	4 588	93	304	4 627
Lister uten fast lege (ubesatt)	126	322	260	194	-66	68	179
Antall lister ubesatt >1 år	46	129	110	84	-26	38	81
Listeinbyggere uten fast lege*	75 539	214 106	163 034	117 901	-45 133	42 362	109 724
Listeinbyggere med fastlege, i tusen	5 295	5 321	5 426	5 504	79	210	5 522
Antall vikarer	1 030	1 322	1 355	1 254	-101	224	1 070
Ant beregnede vikarårsverk ³⁶ hele året	709	935	984	933	-51	224	-
Måltall							
Fastleger per 1 000 listeinnbygger	0,90	0,95	0,99	1,0	0,03	0,11	1,0
Andel fastleger er spesialist*	62	63	64	66	1,5	3,9	66
Andel fastleger er kvinner*	44	49	50	50	0,2	5,6	50
Andel fast ansatt, lister m fast lege*	14	20	21	22	0,5	7,7	22
Andel fast ansatt av alle lister (inkl ubesatte lister)*	15	22	23	23	0,1	8,2	22
Gjennomsnitt listelengde- alle lister	1 072	986	963	947	-16	-125	944
Gjenn.snitt listelengde- kun faste leger	1 084	1 013	978	959	-20	-126	955
Gjenn.snitt listetak- kun faste leger	1 122	1 013	994	978	-17	-145	975
Differanse gj.snitt. listetak-listelengde	38	8	16	19	3	-19	21
Gj.snitt listelengde inkl. ubesatte lister	1 072	986	963	947	-16	-125	944
Andel lister uten fast lege*	2,5	5,7	4,5	3,3	-1,2	0,8	3,0
Andel lister vært uten fast lege > 1 år	0,9	2,3	1,9	1,4	-0,5	0,5	1,4
Andel listeinnbyggere uten fast lege*	1,4	3,9	2,9	2,1	-0,8	0,7	1,9
Ledige plasser per 1000 listeinnbygg Alle lister**	41	14	21	23	1,7	-18	25
Ledige plass per 1000 innb m fast lege **	35	7	16	19,6	3,7	-15	22
Ledige per 1000 åpen liste m fast lege	43	14	18	26	8	-17	27
På venteliste per 1000 innbygger	22	65	63	56	-7,3	33	52
Andel konsultasjoner m egen fastlege****	72	73,4	72,7	73,6	0,9	1,6	-

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

Mange ubesatte fastlegelister og liten tilgang på ledige listeplasser er indikasjoner på for liten kapasitet. I perioden etter 2019, da Handlingsplanen for allmennlegetjenesten ble iverksatt, fortsatte den negative utviklingen på disse indikatorene fram til høsten 2023. Etter 2023 har trenden snudd. Tilveksten av nye fastleger har siden vært større enn avgangen, slik at det dekker opp for befolkningsvekst og listereduksjon. I tillegg er antall ubesatte lister gradvis redusert.

³⁶ Beregnede vikarårsverk: Basert på varighet på vikaravtaler og korrigert for stillingsprosent.

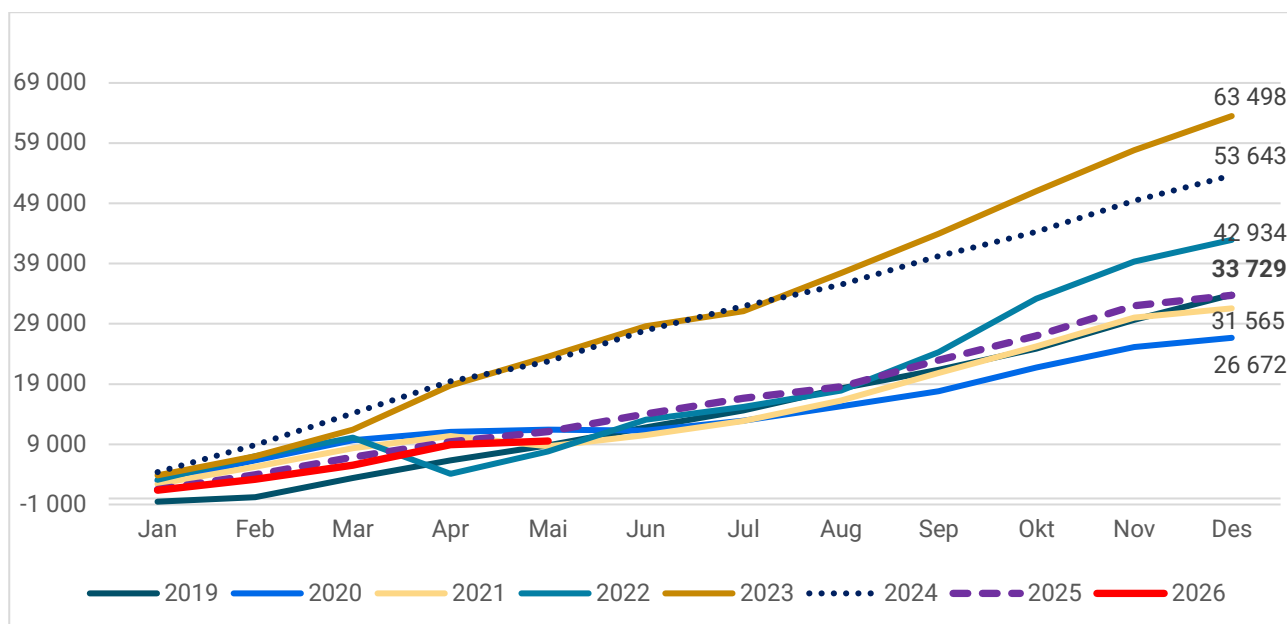
Gjennom 2024, 2025 og inn i 2026 har det vært en gradvis økning i ledige listeplasser og gradvis reduksjon i antall på venteliste for å bytte fastlege.

Resten av dette kapitlet utdyper temaene ovenfor nærmere og ser også mer på forskjeller mellom kommuner etter sentralitetsgrad og fylker.

11.2 Mindre vekst i listeinnbyggere, og ulik alderssammensetning

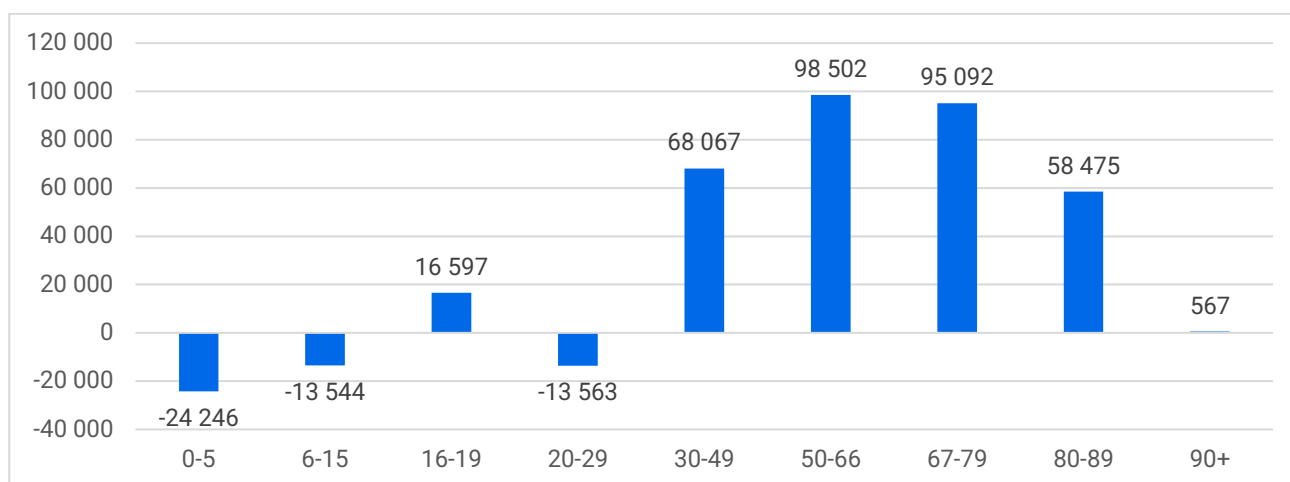
Nesten alle innbyggere i Norge står på en fastlegeliste. Veksten i listeinnbyggere i 2025 var på 33 tusen, og var lavere enn de tre forutgående årene. De siste seks årene har fastlegeordningen fått 250 tusen flere listeinnbyggere (en vekst på omtrent 5 prosent). Veksten var særlig høy i 2022, 2023 og 2024 på grunn av mange flyktninger fra Ukraina.

Figur 11.1. Kumulativ vekst i listeinnbyggere etter måned hvert år. Fra 2019 til 2026 (desem. året før=0).



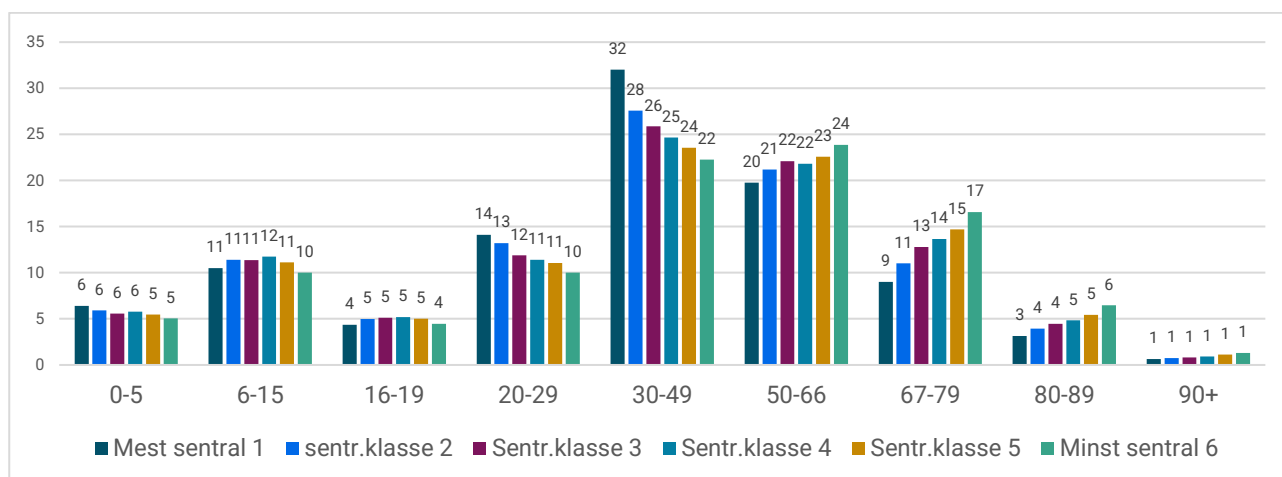
Endringer i demografi påvirker arbeidshverdagen til fastleger og annet helsepersonell. Bare siden slutten av 2019 har det vært størst vekst i antall innbyggere over 50 år, mens antall barn og unge er redusert. Antall innbyggere over 67 år har økt med over 150 000. Andelen eldre er i gjennomsnitt høyere i kommuner med lav sentralitet enn i større byer. I de minst sentrale kommunene (sentralitetsklasse 6) er 24 prosent over 67 år, mens dette gjelder 13 prosent i de mest sentrale kommune (sentralitetsklasse 1).

Figur 11.2 Endring i antall listeinnbyggere innen ulike aldersgrupper fra desember 2018 til desember 2025.



Kilde: FLO

Figur 11.3 Andel listeinnbyggere i ulike aldersgrupper fordelt på kommunenes sentralitetsklasse (fra 1 mest sentral til 6 Minst sentral).



Kilde: FLO

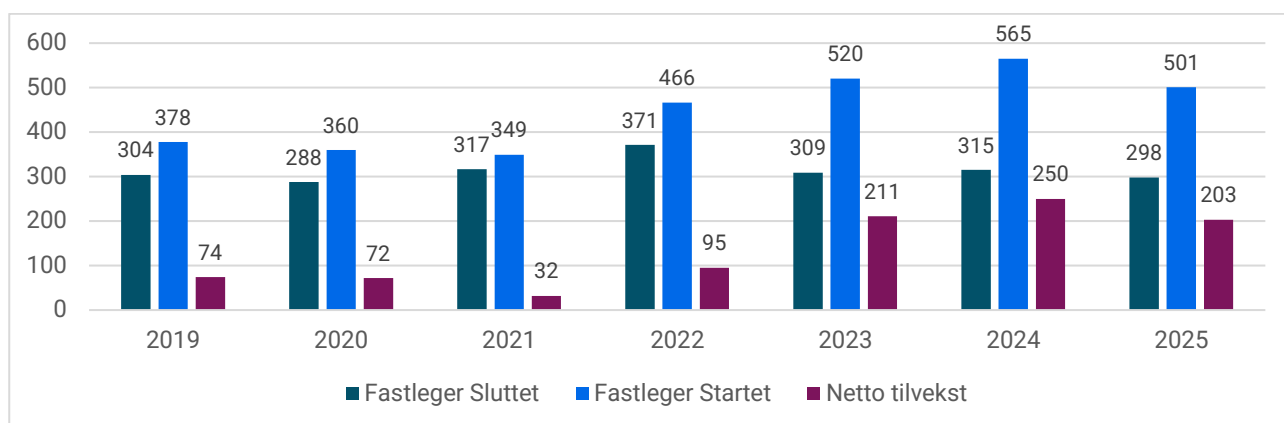
Nye innbyggere uten listeplass

Det kommer stadig helt nye innbyggere inn i fastlegeordningen, for eksempel nyfødte og innflyttere til landet. Antall helt nye innbyggere med rett på fastlege som på et gitt tidspunkt ventet på å få en listeplass økte de siste årene frem mot mars 2023 og var oppe i nesten 10 000. Fra mars 2023 ble prioriteringsrekkefølgen endret slik at de helt nye uten listeplass ble prioritert fremfor innbyggere som hadde fastlege, men ønsket å bytte. Gjennom 2025 og 2026 har det ikke vært tegn til opphoping av innbyggere på veien inn til en listeplass i fastlegeordningen, og det står stabilt et par hundre som er på vei inn, og systemet oppdateres daglig.

11.3 Mer om fastleger og vikarer i fastlegeordningen

Fra utgangen av 2019 til mai 2026 har vi fått 900 flere fastleger i fastlegeordningen (+19 pst). Per mai 2026 var det 5 767 fastleger i Norge. De siste tre årene har over 500 nye fastleger startet i ordningen hvert år og rundt 300 gått av med pensjon eller sluttet av andre grunner.

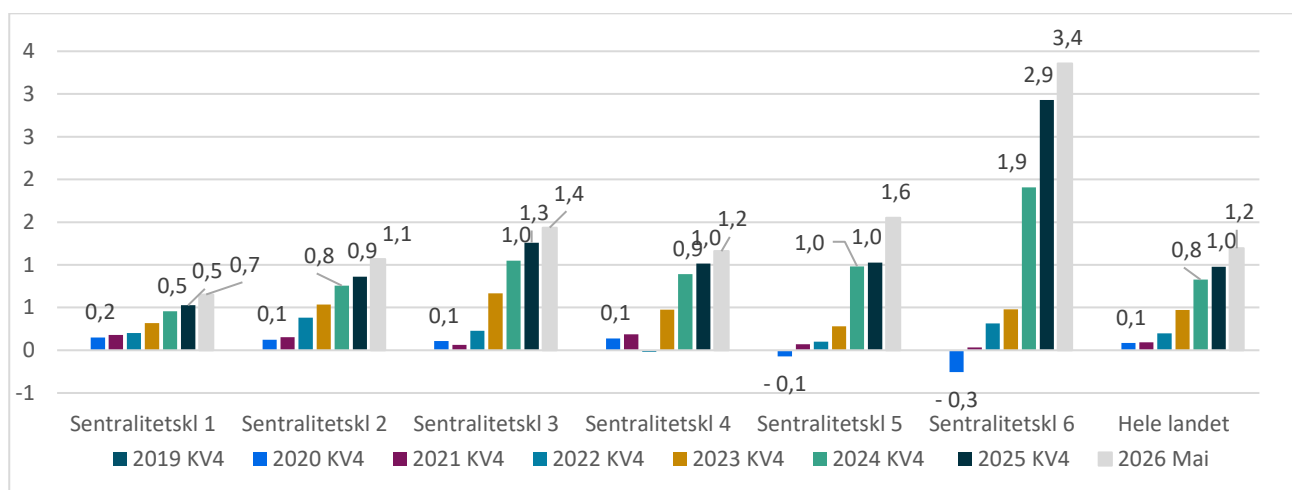
Figur 11.4 Antall Fastleger startet og sluttet gjennom året og netto tilvekst.



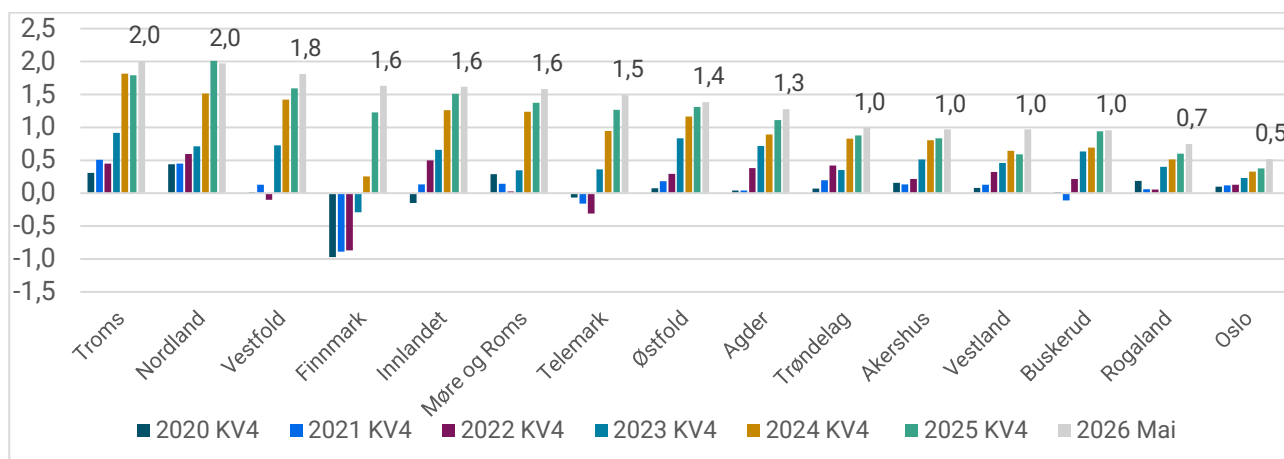
Kilde: FLO

Figurene nedenfor viser at antall fastleger målt per 10 000 listeinnbygger øker i alle sentralitetsklasser og fylker. Fram til 2023 var veksten liten for kommuner i sentralitetsklasse 5 og 6 (minst sentrale), men har siden hatt den sterkeste veksten.

Figur 11.5 Endring i antall fastleger per 10 000 innbyggere fra desember 2019 (=0) fram til mai 2026 fordelt etter sentralitetsklasse.



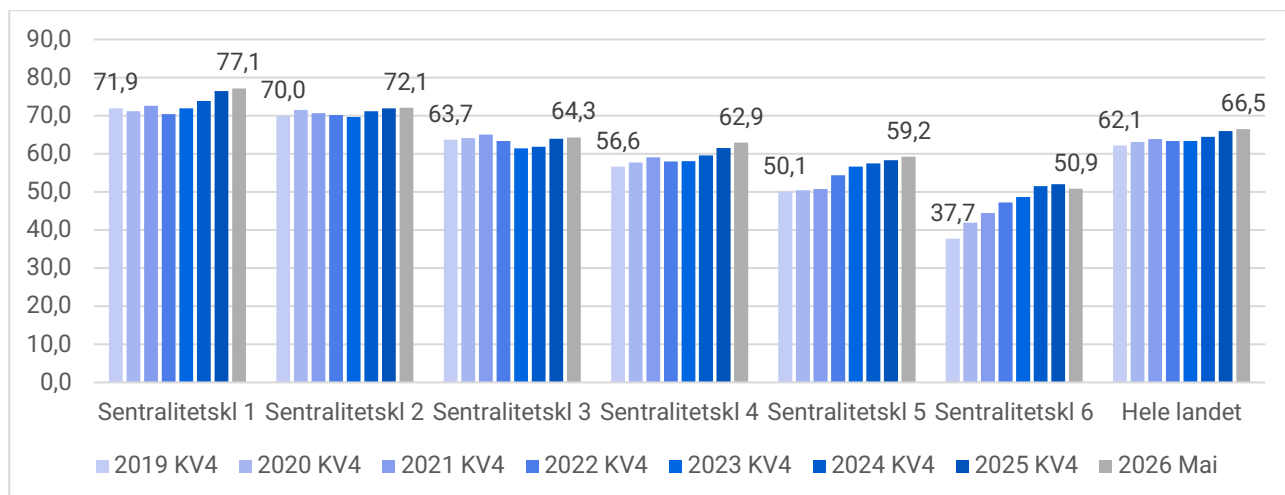
Figur 11.6 Endring i antall fastleger per 10 000 innbyggere fra desember 2019 (=0) og hvert år framover, inkl mai 2026. Fordelt etter fylker.



Fastleger med spesialisering

Av 5 767 fastleger per mai 2026 var 3 832 leger eller 66,4 prosent spesialister i allmennmedisin. Andelen fastleger med spesialitet er noe lavere i de minst sentrale kommunene, men samtidig øker andelen mest for disse.

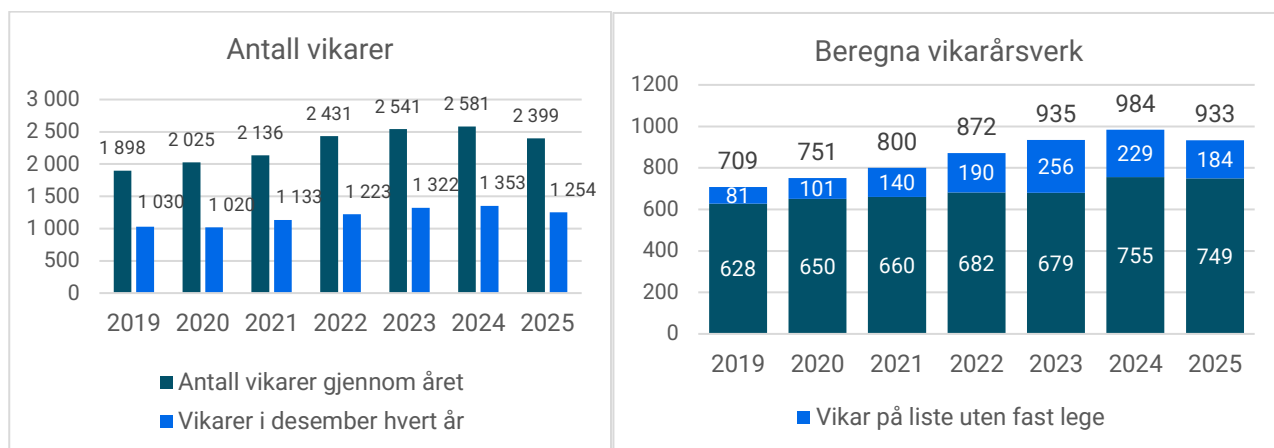
Figur 11.7 Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin fordelt etter sentralitetsklasser fra 2019 KV4 til mai 2026.



Vikarer i fastlegeordningen

I tillegg til fastlegene er det til enhver tid over 1000 leger som vikarierer for fastleger eller fungerer som lege på ubesatte lister til ny fastlege er på plass. Gjennom 2025 hadde omtrent 2400 enkeltleger minst en vikaravtale. God tilgang på vikarer er nødvendig for kontinuerlig tilgang til legetjenester. Det var litt mindre bruk av vikarer målt som beregnet vikarårsverk i 2025 enn i 2024 på grunn av færre ubesatte lister (lister uten fast lege).

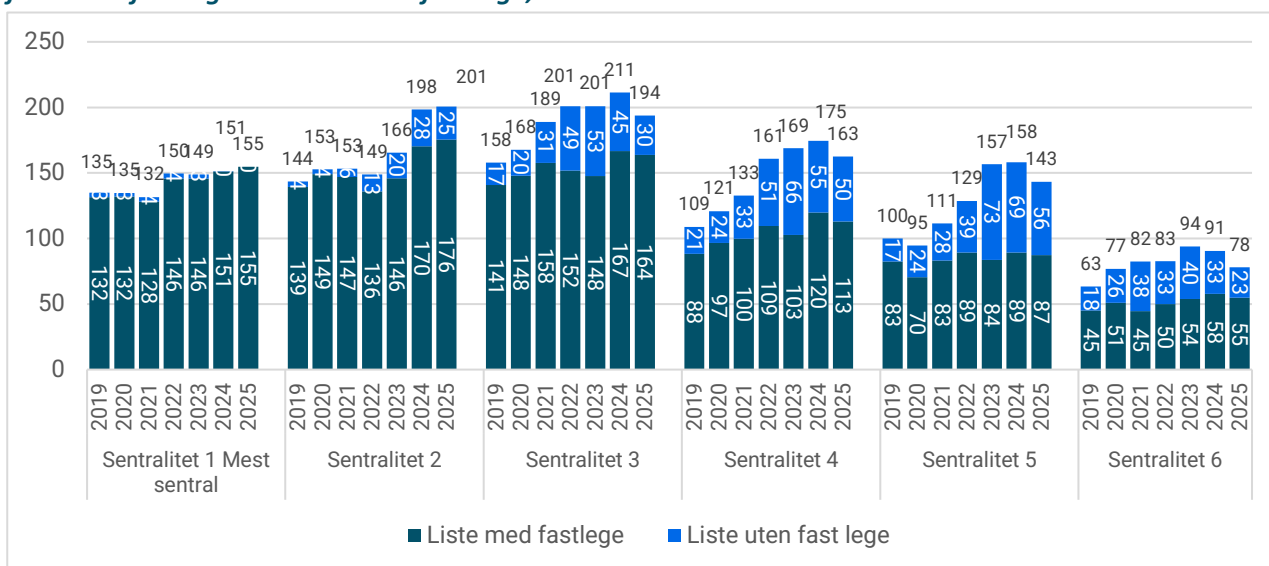
Figur 11.8 Utvikling i antall vikarer og Figur 11.9 beregna vikarårsverk 2019 til 2025.



Kilde: FLO

Figur 11.10 viser at bruken av vikarårsverk i de mindre sentrale kommunene fortsatt i langt større grad er påvirket av rekrutteringsproblemer enn i de større kommunene ved at en større andel av vikarårsverkene gjelder ubesatte lister

Figur 11.10 Utvikling i beregna vikarårsverk³⁷ etter kommunenes sentralitet og om vikariatene dekker fravær av fast lege eller liste uten fast lege, 2019-2025.

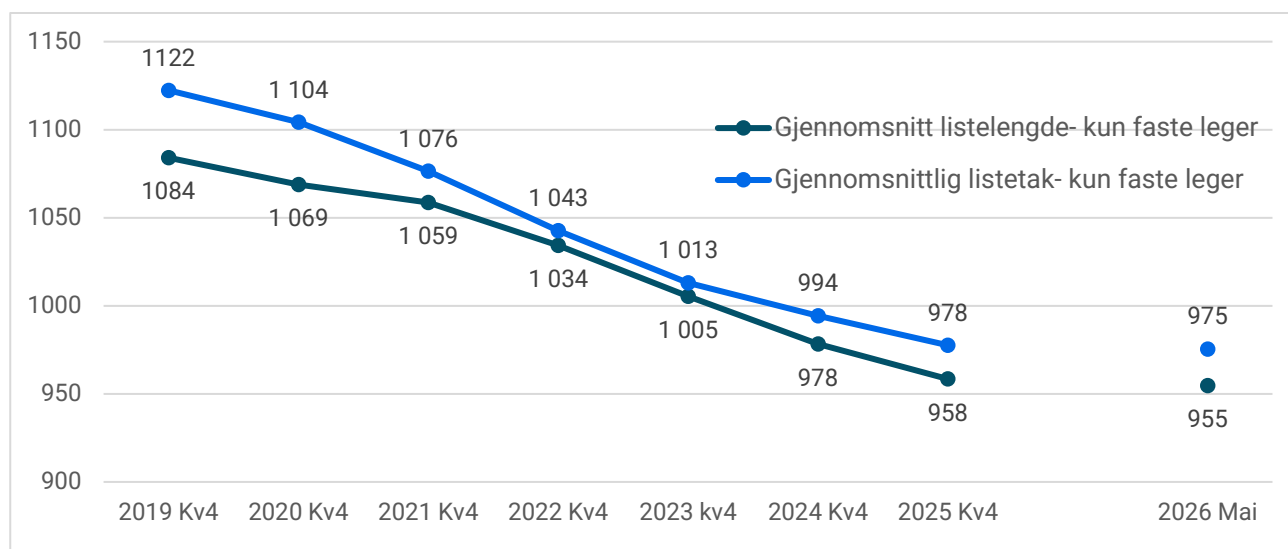


Kilde: FLO

Fra januar 2026 er det åpnet for at sykepleiere kan utføre konsultasjoner på delegasjon fra fastlegen. Vi har ikke god oversikt over antall sykepleiere eller annet personell på fastlegekontor per i dag.

11.4 Listelengde, listetak og samlet kapasitet

Figur 11.11 Utvikling i gjennomsnittlig listetak og listelengde 2019 til 2026.



Kilde: FLO

³⁷ 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, men ikke vil påvirke det store bildet. 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 sentralitetsgrad 5 og 6. Det reelle antall vikarårsverk kan derfor være noe lavere i kommuner med slike avtaler. Kun avtalte dager i for gjeldende år inngår i beregningen for et gitt år, selv om avtalene kan gå på tvers av årene.

De første årene etter innføring av fastlegeordningen på begynnelsen på 2000-tallet var det i gjennomsnitt rundt 1200 innbyggere på hver liste. Siden da har gjennomsnittet blitt lavere hvert år, og den årlige reduksjonen økte spesielt mye i årene 2022-2024, med årlig reduksjon på 24-27 listeinnbyggere per liste. Reduksjonen var litt mindre i 2025, med 20 færre. Per mai 2026 hadde fastleger en gjennomsnittlig listelengde 954 listeinnbyggere.

Det vil alltid være lokale og individuelle variasjoner i listelengde på grunn av ulikheter i kjennetegn ved kommuner og leger. Vi har i tidligere rapporter vist at yngre leger og leger i spesialisering har kortere lister enn eldre og mer erfarne leger³⁸, og at gjennomsnittlig listelengde øker med kommunestørrelse og sentralitet.

Listetaket er maksimum antall listeinnbyggere fastlegen skal ha på lista i henhold til avtale hen har med kommunen. Endringer i listetak og faktisk listelengde følger naturlig nok hverandre, men figuren viser at forholdet mellom dem (gjennomsnittlig belegg) kan variere over tid. Fra 2024 til 2025 var reduksjon i gjennomsnittlig listelengde større enn reduksjon i gjennomsnittlig listetak.

Forskjeller i listelengde etter sentralitet og fylker

Klassifiseres kommunene i henhold til SSB sin sentralitetsindeks ser vi at listelengden reduseres dess mindre sentrale kommunene er (i gjennomsnitt). I løpet av de siste fem årene har listelengden endret seg minst i sentralitetsklassene med de aller minste og de aller største kommunene (6 og 1), og på fylkesnivå gjenspeiles dette i at Oslo og Finnmark har minst reduksjon og samtidig er fylkene med høyest og lavest gjennomsnittlige listelengde. Fastlegene i Vestfold har hatt den største reduksjonen i listelengde med en gjennomsnittlig reduksjon på 218 innbyggere per liste, og alle kommunene hadde stor nedgang.

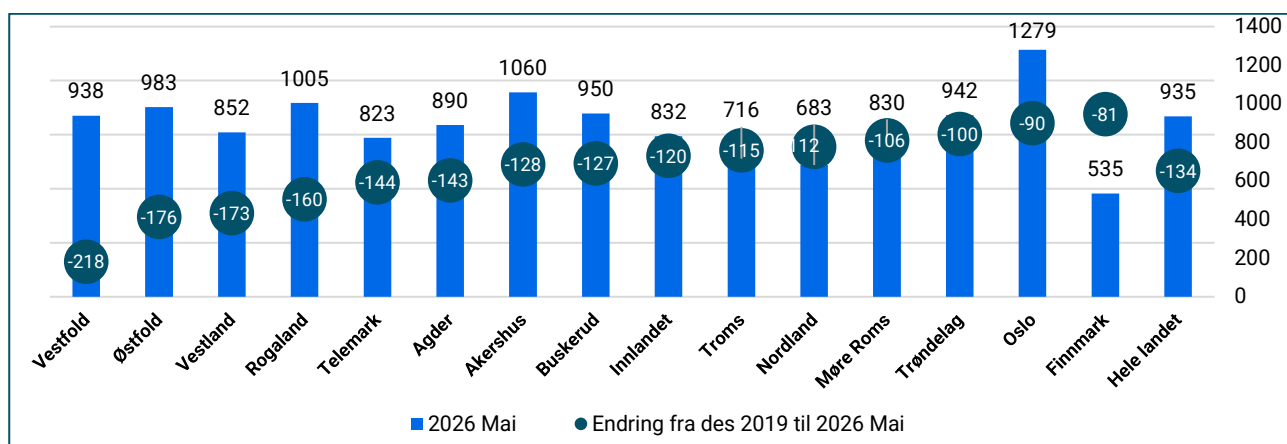
Tabell 11.2 Årlig endring i gjennomsnittlig listelengde fra desember 2019 til 2025, samt mai 2026 fordelt etter sentralitetsklasser (1 Mest sentral og 6 minst sentral).

	2019 KV4	2020 KV4	2021 KV4	2022 KV4	2023 KV4	2024 KV4	2025 KV4	t.o.m. mai 2026	Fra des 2019- 2026 mai	Per mai 2026
Sentralitet 1	1 342	-24	-7	-5	-23	-17	-24	-4	-106	1 236
Sentralitet 2	1 209	-19	-8	-40	-22	-27	-21	-9	-145	1 063
Sentralitet 3	1 112	-14	-12	-33	-41	-30	-17	-4	-151	961
Sentralitet 4	970	-22	-10	-19	-28	-23	-17	-2	-122	848
Sentralitet 5	825	-18	-10	-22	-32	-19	-10	-3	-115	709
Sentralitet 6	639	-12	-15	-16	-23	-8	-26	-4	-104	534
Hele landet	1 084	-15	-10	-24	-29	-27	-20	-5	-130	954

Kilde: FLO

³⁸ Arbeidet med allmennlegetjenesten Årsrapport for 2024 [Listelengde - Helsedirektoratet](#)

Figur 11.12 Listelengde per mai 2026 etter praksisfylke og endring i listelengde fra desember 2019.



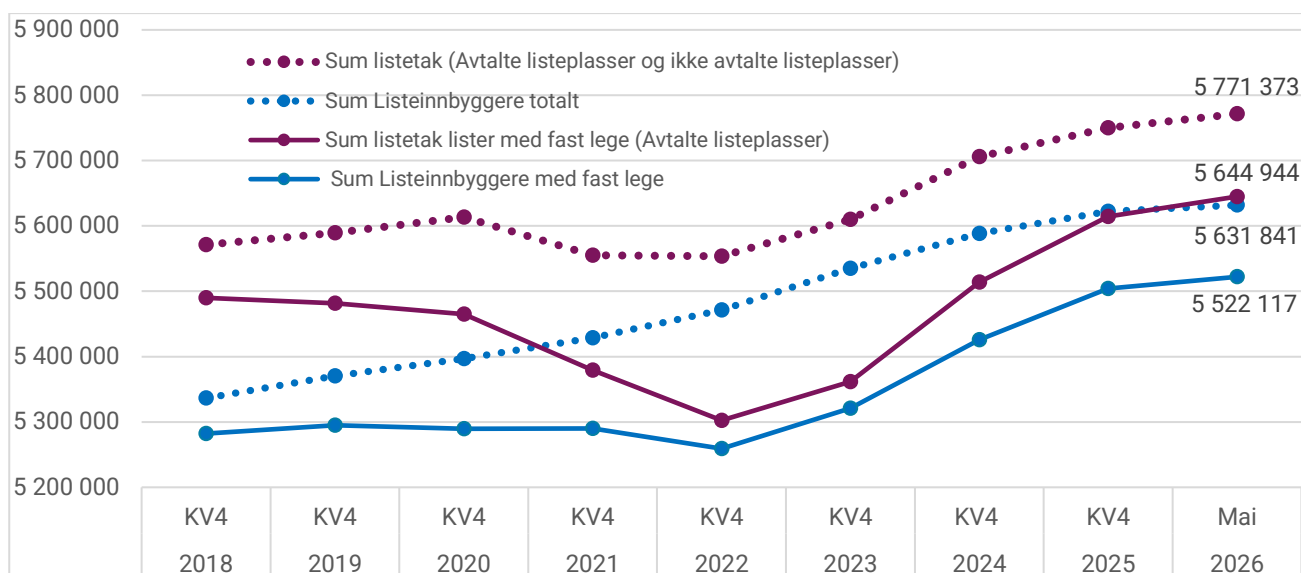
Kilde: FLO

Samlet listekapasitet og fastlegedekning

Den samlede listekapasiteten i fastlegeordningen får vi ved å summere alle avtalte listeplasser³⁹, mens summen av listeinnbyggere i hele landet illustrer hvor mange av plassene som er opptatt (se stiplede linjer i figur 11.13)⁴⁰. I årene 2021 til 2023 ser vi at differansen mellom disse størrelsene ble mindre og dermed at antall plasser per innbygger gikk ned, men har økt noe igjen etter det.

I tillegg framstilles sum listeplasser og listeinnbyggere på lister som har fastlege på listen. Dette er relevant for to spørsmål; om det er tilstrekkelig antall plasser i ordningen og i hvilken grad disse plassene (listene) er besatt av en fastlege.

Figur 11.13 Nasjonal utvikling i sum avtalte listeplasser (sum listetak) og antall listeinnbyggere totalt og med fast lege. Fra desember 2018 til mai 2026.



Kilde: FLO

³⁹ Avtalte listeplasser viser til listetaket legene har avtalt med kommunen.

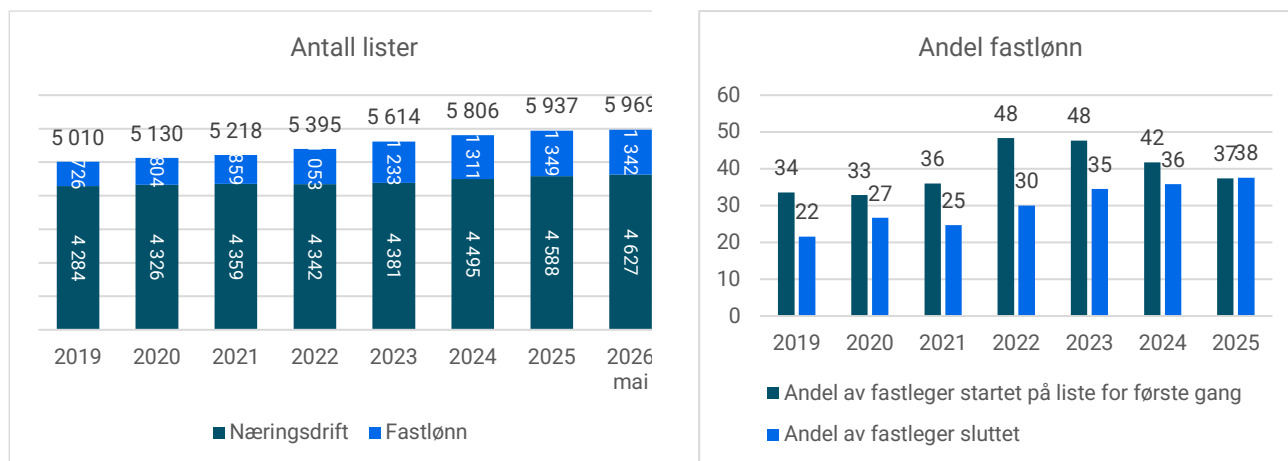
⁴⁰ Listeinnbyggere i FLO tilsvarer så å si hele befolkningen. Forskjellen er svært liten, samt at noen tusen innbyggere har valgt å ikke være en del av fastlegeordningen. I tillegg er det ikke noen stor kø av innbyggere uten listeplass på vei inn i ordningen.

Samlet antall listeplasser med fast lege per mai 2026 er høyere enn antall listeinnbyggere i ordningen på nasjonalt nivå, noe som ikke har vært tilfelle siden 2020. Samtidig kan det være ulike kommuner som har ledige plasser og som har behov for plasser. I noen kommuner er listekapasiteten god, men det er vanskelig å rekruttere fastleger (typisk små kommuner i distriktet), mens i andre kommuner kan alle lister ha fastlege, men listene er fulle. Se mer om dette senere i kapitlet.

11.5 Forskjell i driftsform etter sentralitet

I desember 2025 var det 5 937 fastlegelister i Norge, en vekst på 2,3 prosent fra 2024. I fastlegeordningen er privat næringsdrift hovedmodellen angående driftsform, og per mai 2026 hadde 78 prosent av fastlegene denne driftsformen. Siden slutten av 2019 har andel lister med kommunal ansettelse økt fra 14 til 22 prosent. De siste to årene ser vi at trenden med økende andel fast ansatte blant nye fastleger er snudd, og at andelen er redusert fra 48 prosent i 2022 og 2023 til 37 prosent i 2025.

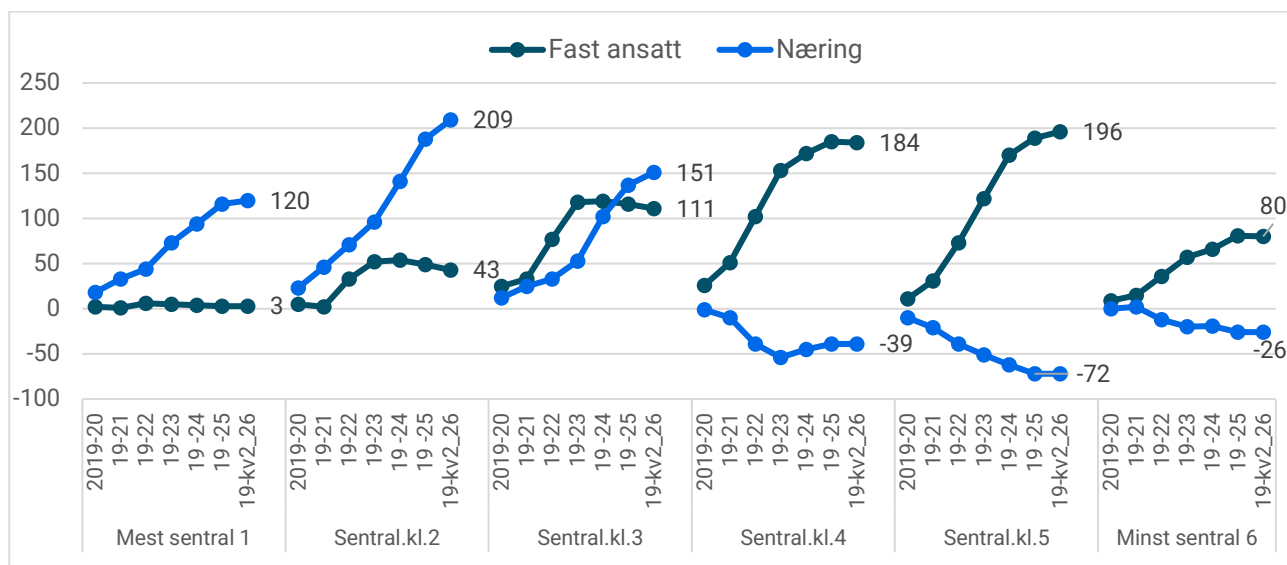
Figur 11.14 Antall lister fordelt etter driftsform og figur 11.15 med andel fastlønn for leger som er helt nye og som har sluttet per år. Fra kvartal 4 (desember) 2019 -KV 4 2025, samt mai 2026.



Kilde: FLO

I hvert av årene fra 2019 til 2023 var det størst netto tilvekst av lister med kommunal ansettelse (målt i absolutte tall), men dette snudde i 2024 da det var størst tilvekst av lister med næringsdrift, og dette fortsatte i 2025. Av figur 11.16 nedenfor ser vi at veksten i næringsdrift gjelder i sentralitetsklasse 1-3, og at veksten i fast ansettelse i disse kommunen er stoppet opp.

Figur 11.16 Kumulativ endring i fastlegelister etter driftsform, årlig fra Kv4 2019 til Kv2025, samt mai 2026. Fordelt etter kommunenes sentralitetsklasse 1 (mest sentral) til 6 (minst sentrale).

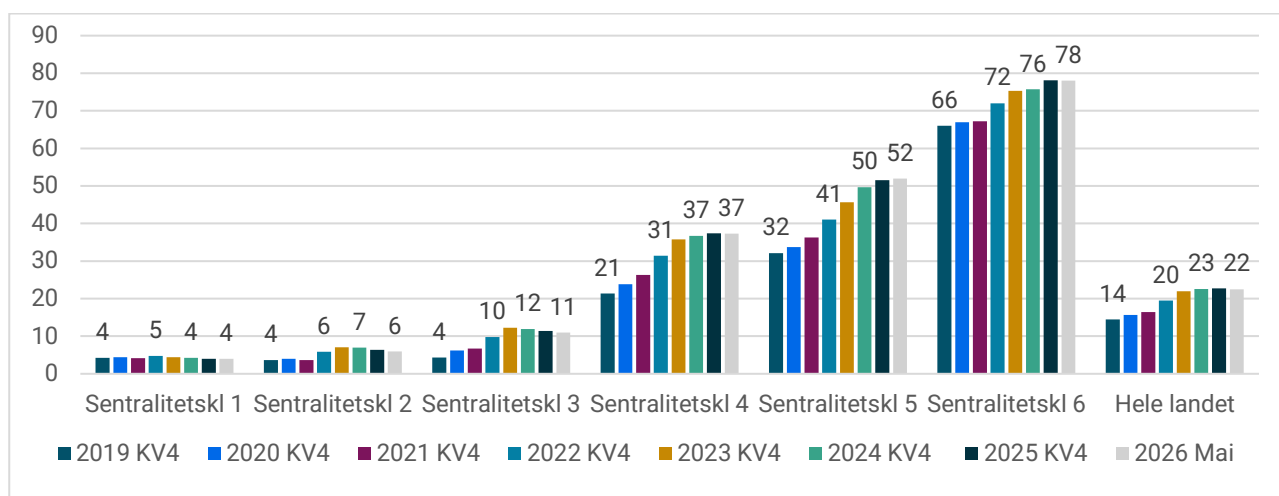


Kilde: FLO

Større kommuner har i hovedsak næringsdrivende fastleger. Forskjellen i andel fastlønnede leger mellom sentrale kommuner og usentrale kommuner fortsetter å øke litt hvis vi sammenligner kommuner i sentralitetsklasse 1-3 vs i sentralitetsklasse 4-6 (se figur 11.17 nedenfor).

På fylkesnivå er andelen fastlønn spesielt høy i Finnmark og Nordland, med hhv 75 prosent og 64 prosent fast ansatte (se tabell 11.3). Troms er tredje høyest med 38 prosent. I Møre og Romsdal, Trøndelag og Troms er andelen fastlønn i kommuner i sentralitetsgrad 6 lavest med en andel på rundt 50 prosent. Vi ser at andel fastlønn i fylkene i stor grad øker med synkende sentralitet, selv om andelen varierer.

Figur 11.17 Andel lister med kommunal ansettelse etter sentralitetsklasser fra kvartal 4 (desember) 2019 - 2025, samt mai 2026.



Kilde: FLO

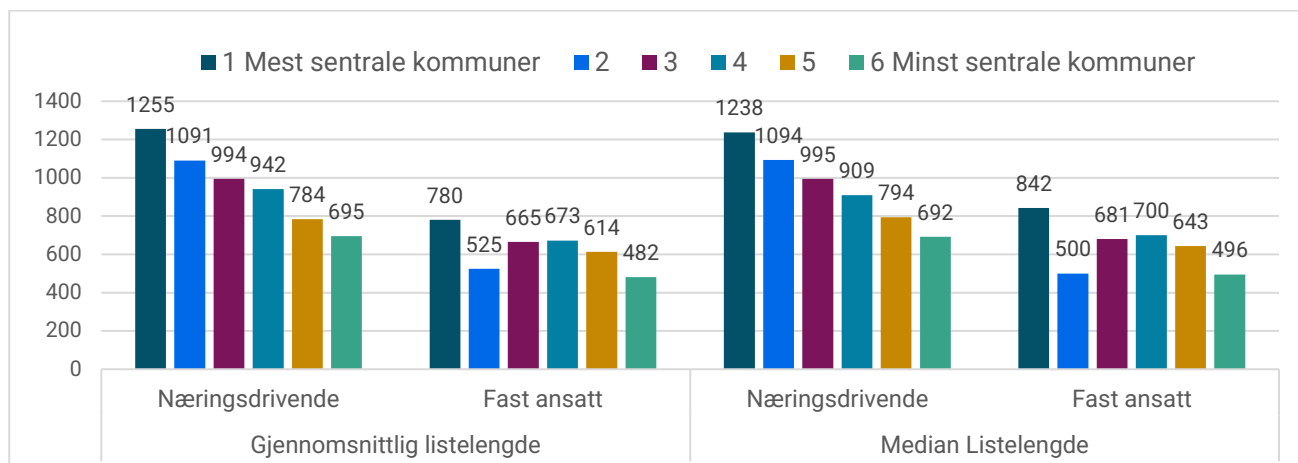
Tabell 11.3 Andel leger med fast ansettelse etter kommunenes sentralitet i fylkene. Per mai 2026.

Sentralitets-klasse	1 Mest sentral	2	3	4	5	6 Minst sentral	Totalt
Finnmark				67	50	91	75
Nordland			25	62	66	88	64
Troms			5	64	62	49	38
Telemark			15	46	67	100	36
Innlandet			14	32	56	91	30
Møre og Roms			7	16	54	53	27
Vestland		2		31	41	73	24
Rogaland		8	29	44	43	90	23
Agder			11	38	52	100*	23
Trøndelag		4	2	24	45	53	19
Buskerud		3	4	50	64	100*	15
Akershus	3	12	10				8
Østfold		4	8	42	100*		8
Oslo	5						5
Vestfold		6	3				4
Alle fylker	4	6	11	37	52	78	22

*Under 10 lister i nevneren Kilde: FLO

Det er forskjeller i fordeling av driftsform etter sentralitet, men også forskjeller i listelengde. Fast ansatte har i gjennomsnitt kortere listelengde både i sentrale og usentrale kommuner. Samtidig har næringsdrivende i sentrale kommuner langt flere på lista si enn næringsdrivende i mindre sentrale kommuner. Andel næringsdrivende fastleger med kommunale oppgaver i tillegg til arbeid på fastlegekontoret er langt høyere i mindre kommuner enn i de større byene.

Figur 11.18 Gjennomsnittlig og median listelengde etter driftsform og sentralitetsklasser. Per mai 2026.



Kilde: FLO

11.6 Kontinuitet og tilgjengelighet i fastlegeordningen

Kontinuitet og tilgjengelighet er viktige dimensjoner ved fastlegetjenesten. Kapitlet belyser noen utvalgte aspekter ved dette.

Kontinuitet handler blant annet om tid, at pasienter får rett behandling til rett tid og at informasjon deles til rett tid mellom helsepersonell i et pasientforløp. Dette belyses ikke her. Det handler også om relasjonell kontinuitet som vektlegger stabilitet i relasjonen mellom personer i helsetjenesten og pasienten. Forskning viser at god relasjonell kontinuitet gir bedre samarbeid, høyere tilfredshet og bedre oppfølging og behandling. Det kan også redusere behovet for legevakt og sykehusinnleggelser. Relasjonell kontinuitet i fastlegeordningen handler for det første om å ha samme fastlege over tid. Ved skifte av fastlege brytes relasjonen. Det kan være etter eget ønske fordi man flytter eller av andre årsaker ønsker ny lege. Det kan også være ufrivillig fordi fastlegen slutter, flytter, reduserer listen eller dør. I noen tilfeller kan fastlegelisten stå ubesatt i kortere eller lengre periode og må da dekkes av vikar.

Kontinuitet handler også om at fastlegen din er den du møter når du trenger helsehjelp. Kontinuiteten i relasjonen til egen fastlege kan variere mye. Fastleger kan være fraværende fordi de ofte har andre oppgaver i kommunen (helsestasjon, sykehjem, legevakt), og særlig i små kommuner. Som andre kan fastlegen være borte på grunn av permisjon eller sykdom, og vikarer eller kolleger overtar oppfølgingen. Noen steder har leger felleslister, der flere leger deler ansvaret for lista selv om man har en egen fastlege.

Tilgjengelighet handler ofte om to ting: a) Finnes en bestemt tjenesten der du bor? b) Hvis den finnes, hvor lett er det å bruke den? Dette påvirkes blant annet av kapasitet og etterspørsel, pris, reisetid o.l. God tilgjengelighet i fastlegeordningen krever god fastlegedekning og at alle har en fast lege. Det må også være mulig å bytte fastlege uten lang ventetid, særlig ved flytting. I dette kapitlet bruker vi data fra FLO for å belyse dette.

Tilgjengelighet handler også om ventetid til planlagt time hos fastlegen. Hva som er akseptabel ventetid varierer naturlig nok med hastegrad, og oppfatninger om dette kan variere mellom enkeltpersoner. Vi har ikke løpende data på ventetid, men pasientundersøkelsen fra 2023–2024 viser at til tross for stor tilfredshet med fastlegetjenesten var tilgjengelighet det flest nevner de er minst tilfredse med⁴¹. Ventetid på time og på venterom er oftest nevnt, og en fjerdedel mente ventetiden for vanlig time var uakseptabel. En analyse basert på data fra timebestillinger via Helsenorge i 2022 viste at 18 prosent av timene ble bestilt samme dag, 30 prosent ble bestilt innen tre dager og median ventetid var 9 dager. Tallene gir ikke et helt presist bilde, blant annet fordi rutinetimer ofte planlegges langt fram i tid⁴².

I resten av dette delkapitlet presenteres tall og indikatorer som på ulike måter belyser kontinuitet og tilgjengelighet i fastlegeordningen basert på data fra det administrative systemet for fastlegeordningen. Noen indikatorer er definert som nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) som publiseres av Helsedirektoratet.

⁴¹ SE Rapport [Den norske fastlegetjenesten 2023–2024: En forskningsbasert baselinemåling av pasienterfaringer på kommunenivå](#) - FHI eller hent ut tall fra undersøkelsen herfra [Pasienterfaringer med fastlege og fastlegekontor](#) - Helsedirektoratet

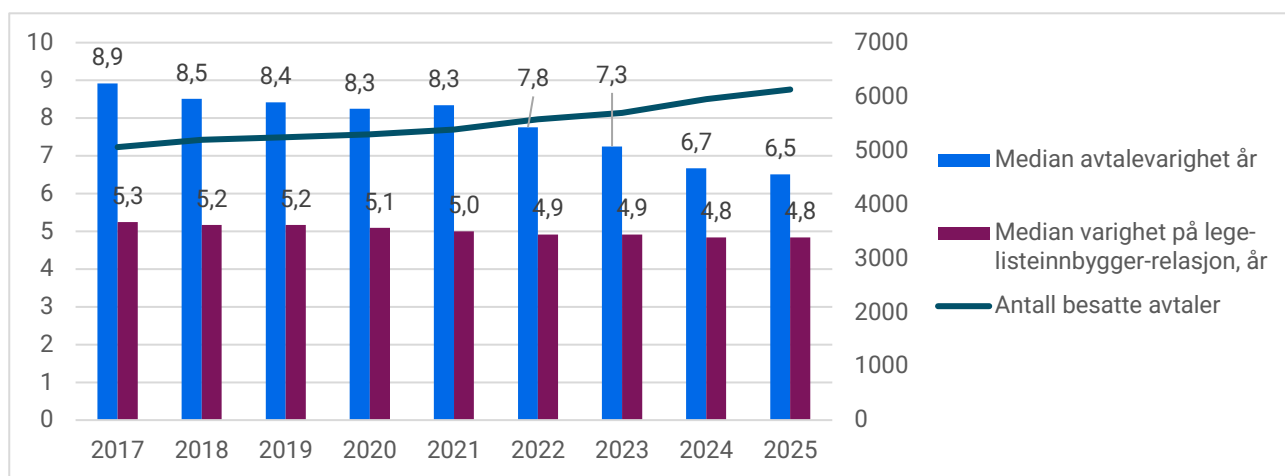
⁴² Se rapport fra Ekspertgruppe [Gjennomgang av allmennlegetjenesten](#) (se side 29).

Flere andre kapitler i rapporten beskriver sider ved tjenesten hvor tilgjengelighet er et tema, for eksempel gjelder det digital tilgang til tjenester (kap. 12 og 16). Videre kan geografisk variasjon i bruk av allmennlegetjenester skyldes ulikheter i helse, men også ulik tilgjengelighet (kap. 12).

11.6.1 Avtalevarighet og varighet lege-innbygger-relasjon

To nasjonale kvalitetsindikatorer belyser kontinuitet i form av varighet. Én måler varigheten av relasjonen mellom fastlegene og listeinnbyggerne⁴³ og én måler varigheten av avtalen mellom kommunene og fastlegene⁴⁴.

Figur 11.19 Utvikling i median avtalevarighet (år) og median varighet på lege-listeinnbyggerrelasjoner. Inkluderer både avsluttede avtaler og fortsatt aktive avtaler i perioden.



Kilde: FLO

Varigheten måles i antall år. Begge indikatorene viser en viss nedgang i median varighet over tid på nasjonalt nivå. En årsak til denne utviklingen er at det har vært økningen i antall fastleger totalt. Nye avtaler med kort varighet bidrar til å trekke median avtalevarighet ned.

11.6.2 Konsultasjoner hos egen fastlege og mest brukte lege

En annen nasjonal kvalitetsindikator måler i hvilken grad innbyggerne har møtt sin egen fastlege, kontra andre leger ved konsultasjoner⁴⁵. På nasjonalt nivå har andelen konsultasjoner hos egen fastlege i løpet av ett år endret seg lite, fra 72 prosent i 2017 til 74 prosent i 2025. Hvis andre enn fastlegen dekker listen over lengre tid er det ønskelig med stabilitet i vikariatene. Det er derfor utviklet et mål som ser på kontinuiteten uavhengig av om det er pasientens egen fastlege som har konsultasjonen. Når andel konsultasjoner hos mest brukte lege måles, så øker andelen i 2025 til 82 prosent nasjonalt.

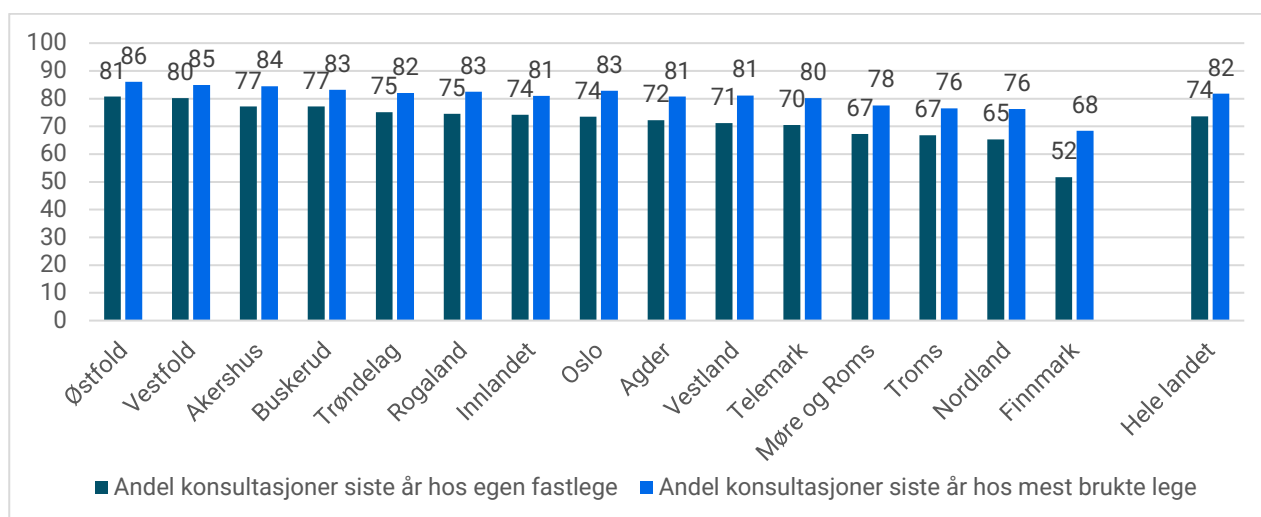
Det er til dels store og stabile geografiske variasjoner. I 2025 varierte andel konsultasjoner hos egen fastlege mellom 81 prosent i Østfold og 52 prosent i Finnmark. Forskjellen mellom å måle andel hos egen lege og mest brukte lege er størst i Finnmark. Forskjeller i kontinuitet mellom fylker gjenspeiler blant annet omfang av små distriktskommuner i fylkene.

⁴³ For mer informasjon, se [Varighet på fastlege-listeinnbygger-relasjon - Helsedirektoratet](#)

⁴⁴ [Varighet på kommunenes avtaler med fastleger - Helsedirektoratet](#)

⁴⁵ For mer informasjon, se [Konsultasjoner hos egen fastlege - Helsedirektoratet](#)

Figur 11.20 Andel konsultasjoner hos egen fastlege og mest brukte lege i 2025 etter fylke.

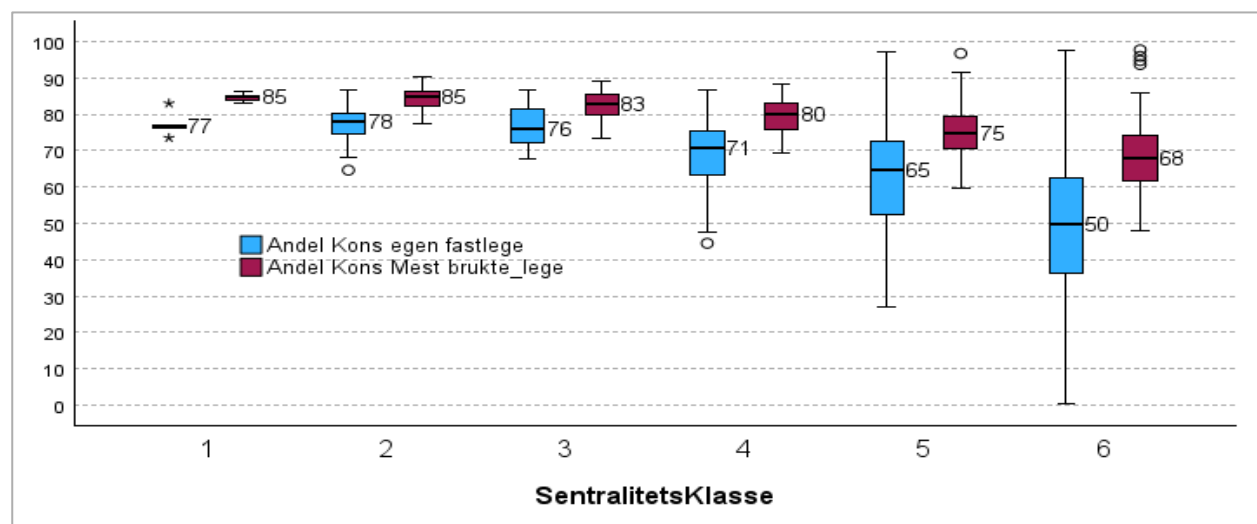


Kilde: FLO og KUHR

I hele perioden 2017 til 2025 har andelen konsultasjoner hos egen fastlege vært høyest i kommunegruppen med de største kommunene ($\geq 50\,000$ innb.), og lavest i gruppen med de minste kommunene ($< 2\,000$ innb.). Brukes SSB sin sentralitetsindeks som i stor grad sammenfaller med kommunestørrelse får vi samme mønster. Figur 11.21 framstiller et såkalt boxplot for å belyse variasjonen mellom kommuner for begge indikatorene.

Selv om mønsteret er det samme, med lavere kontinuitet dess mindre sentral kommunen er, viser figuren i tillegg at spredningen mellom kommunene blir betydelig mindre for målet "andel kons hos mest brukte lege" sammenlignet med andel konsultasjoner hos egen fastlege.

Figur 11.21 Variasjon i andel konsultasjoner hos egen fastlege og mest brukte lege i kommunene etter sentralitetsklasser i 2025 (sentralitetsklasse 1 mest sentral).



*50% av kommunene har en andel innen bredden på "boksen" og median andel er angitt som strek i midten av boksen. 25% av kommunene angis av strek nedenfor boksen og 25% ovenfor.

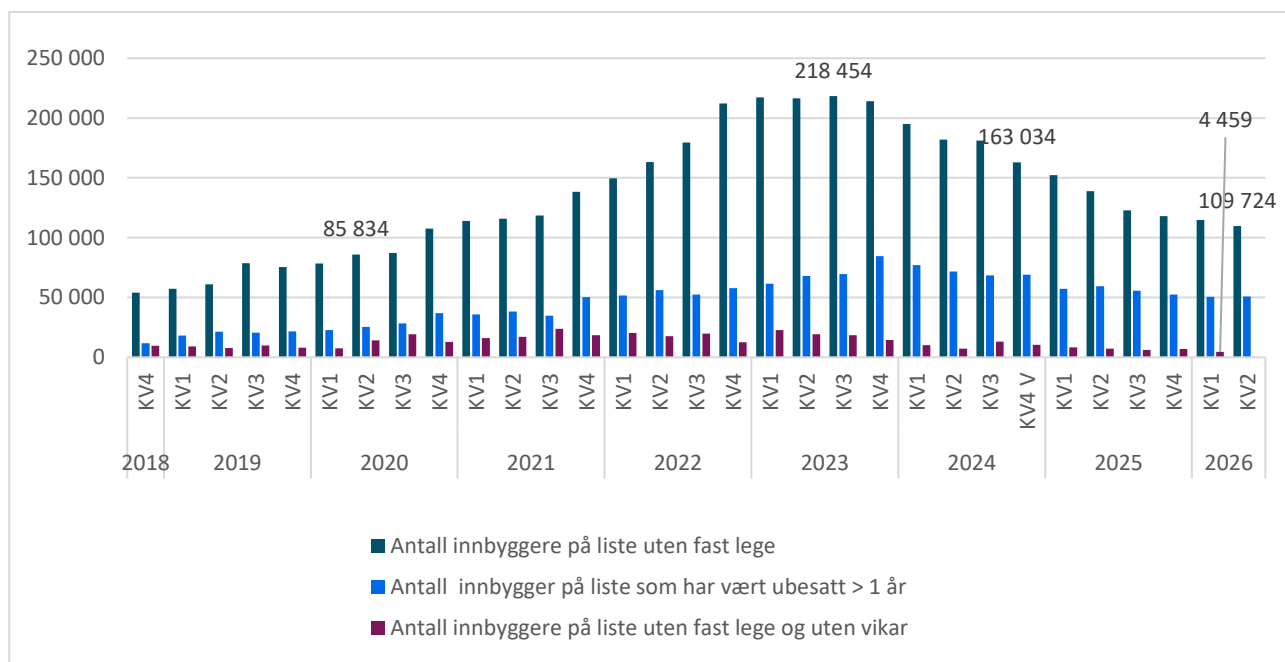
Kilde: FLO og KUHR

Det er flere naturlige grunner til variasjon mellom små og store kommuner, som at små kommuner ofte har flere utfordringer med å rekruttere og beholde leger samt bruk av felleslister og kollegial fraværdekning. Fastleger i små kommuner har også oftere andre kommunale allmennlegeoppgaver som sykehjemslege, helsestasjonslege og legevakt, enn fastleger i større kommuner. I tillegg vil den tilfeldige variasjonen være stor i små kommuner med få fastlegelister. Andel konsultasjoner hos egen fastlege reflekterer derfor ikke kvaliteten på arbeidet til fastlegene i kommunene, men er heller et uttrykk for kontinuitet og tilgjengelighet i fastlegetjenesten lokalt.

11.6.3 Færre innbyggere på liste uten fast lege og god vikardekning

Andelen innbyggere uten fastlege er halvert de siste årene, fra rundt 4 prosent i 2023 til 1,9 prosent per mai 2026 (figur 11.22)⁴⁶. Det er en noe mindre bratt reduksjon i antall på lister som har stått ubesatt over ett år. Samtidig står få innbyggere på ubesatte lister uten vikar⁴⁷.

Figur 11.22 Utvikling i antall innbyggere på liste uten fast lege samlet, på lister som har vært ubesatt over ett år, samt antall på lister som ikke var registrert med vikar på telletidspunkt. Punkttelling per kvartal 2018- 2025, KV1 2026 og mai 2026



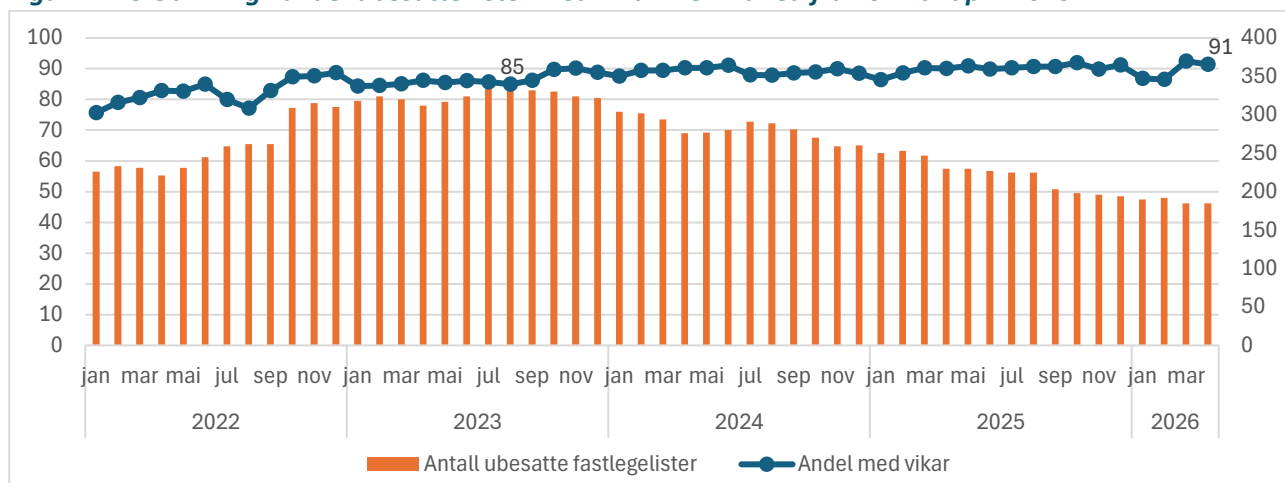
Kilde: FLO

Vikardekningen på ubesatte lister er relativt stabil og høy. I tillegg til vikarer kan det være tilfeller der andre leger på kontoret eller i kommunen bistår i en kort periode, noe som ikke nødvendigvis inngår i statistikken. 15 av 185 ubesatte lister var registrert uten vikar per 1 april 2026. Det er ikke et tydelig mønster mellom fylker eller sentralitetsklasser, men mer spredte tilfeller i enkeltkommuner

⁴⁶ Se flere tall på helsedirektoratet.no (til og med 1 kvartal 2026), se [Innbyggere uten fast lege - Helsedirektoratet](#)

⁴⁷ Se mer tall på dette her [Fastlegestatistikk - Helfo](#)

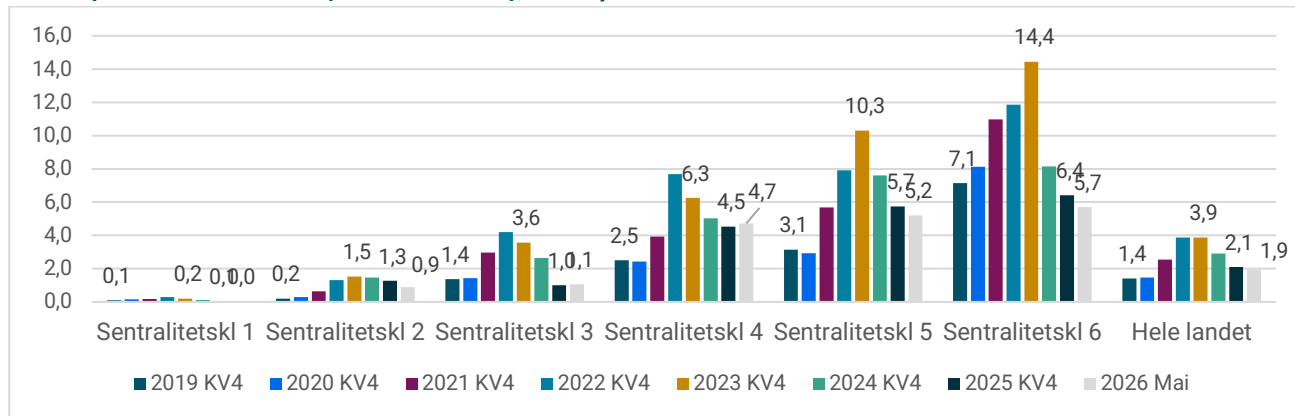
Figur 11.23 Utvikling i andel ubesatte lister med vikar. Per måned fra 2022 til april 2026.



Kilde: FLO

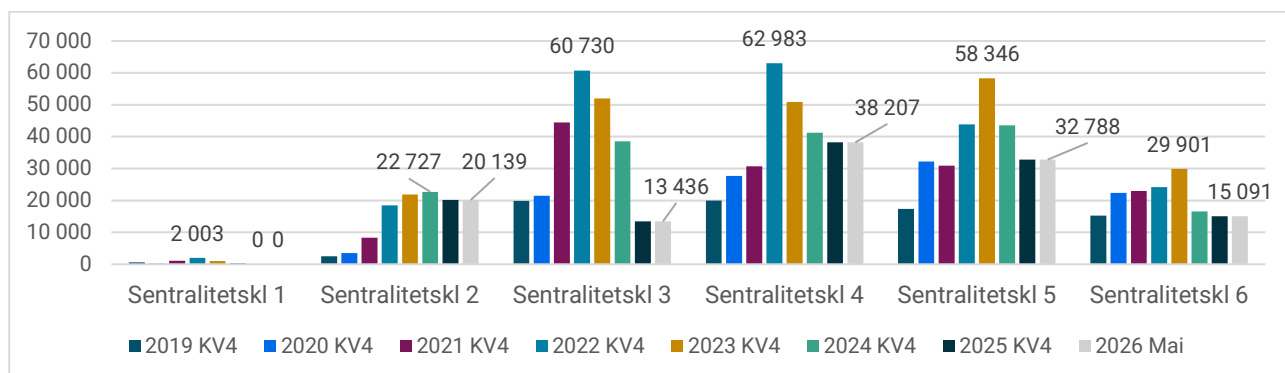
Det er systematiske forskjeller mellom store og små kommuner, sentralitetsklasser og fylker i andel innbyggere på lister uten fast lege, men den positive utviklingen gjelder på tvers av disse. Andelen er mest redusert i sentralitetsklasse 5 og 6, som har hatt og fortsatt har høyere andel. Målt som faktisk antall innbyggere på ubesatte lister blir fordelingen annerledes på grunn av store forskjeller i folketall (se figur 11.25). Det er både små og store enkeltkommuner som har skiller seg ut. Finnmark, Troms og Vestland har per mai 2026 høyest andel innbyggere på lister uten fast lege av fylkene.

Figur 11.24 Utvikling i andel innbyggere på liste uten fast lege etter sentralitet (1 mest sentral til 6 minst sentral). Fra 2019 til 2025 (KV4 desember), samt per mai 2026.

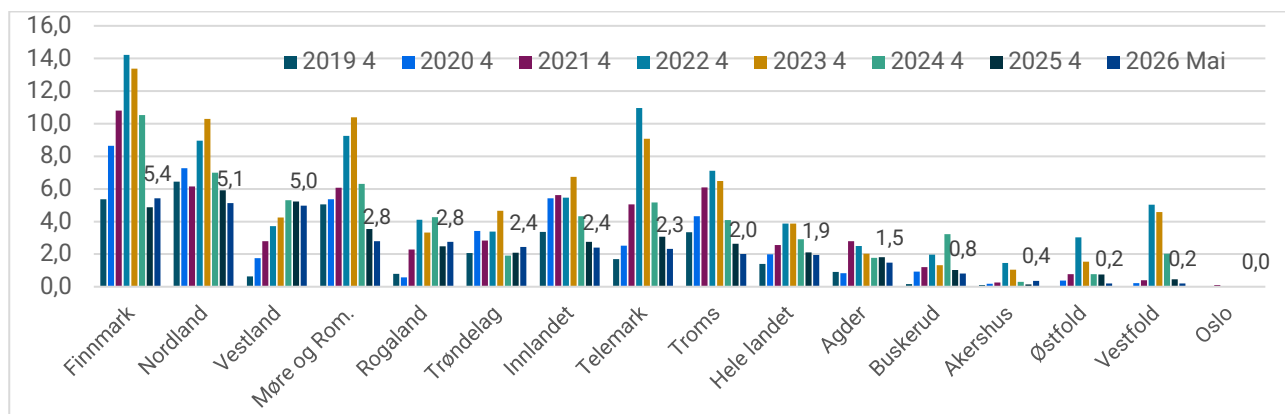


Kilde: FLO

Figur 11.25 Utvikling i antall listeinnbyggere på liste uten fast lege etter sentralitet (1 mest sentral til 6 minst sentral). Fra 2019 til 2025 (KV4 desember), samt per mai 2026.



Figur 11.26 Utvikling i andel innbyggere på liste uten fast lege etter fylker. Fra 2019 til 2025 (KV4 desember), samt per mai 2026.

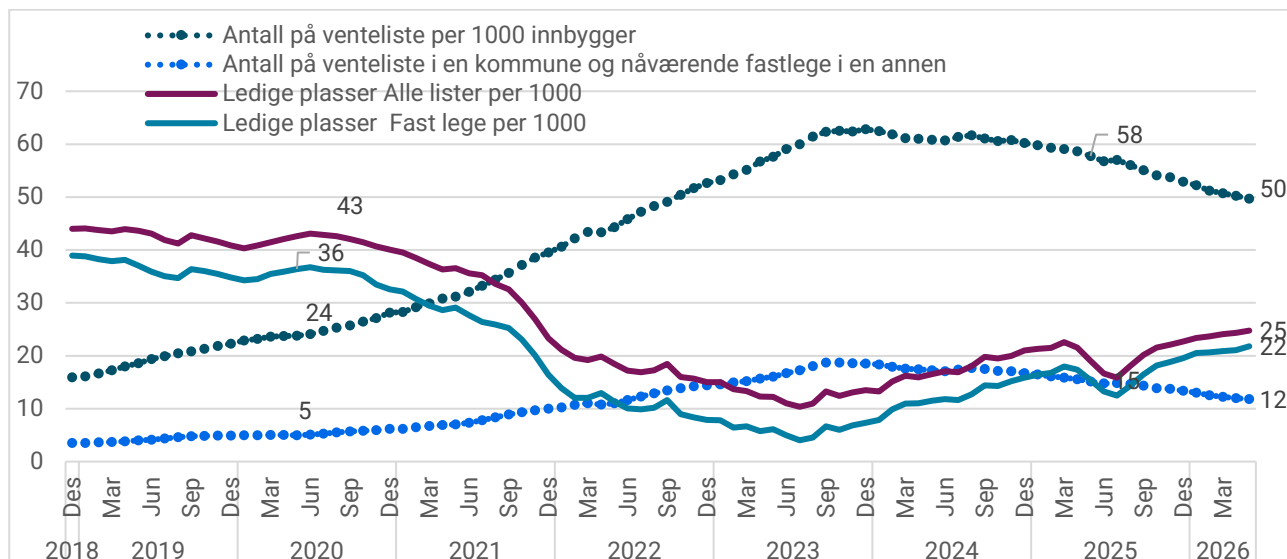


Kilde: FLO

11.6.4 Ledige listeplasser øker gradvis og ventelister reduseres gradvis

Endringer i antall innbyggere på venteliste og ledige listeplasser er indikasjoner på endringer i kapasitet som påvirker mulighetene til å ta inn nye listeinnbyggere i FLO og for bytte av fastlege. 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. I 2025 og videre inn i 2026 fortsetter den positive utviklingen som startet høsten 2023 med flere ledige plasser og færre på venteliste for fastlegebytte. Den negative trenden er snudd, men listekapasiteten per innbygger totalt for hele landet er fortsatt lavere enn for fem år siden.

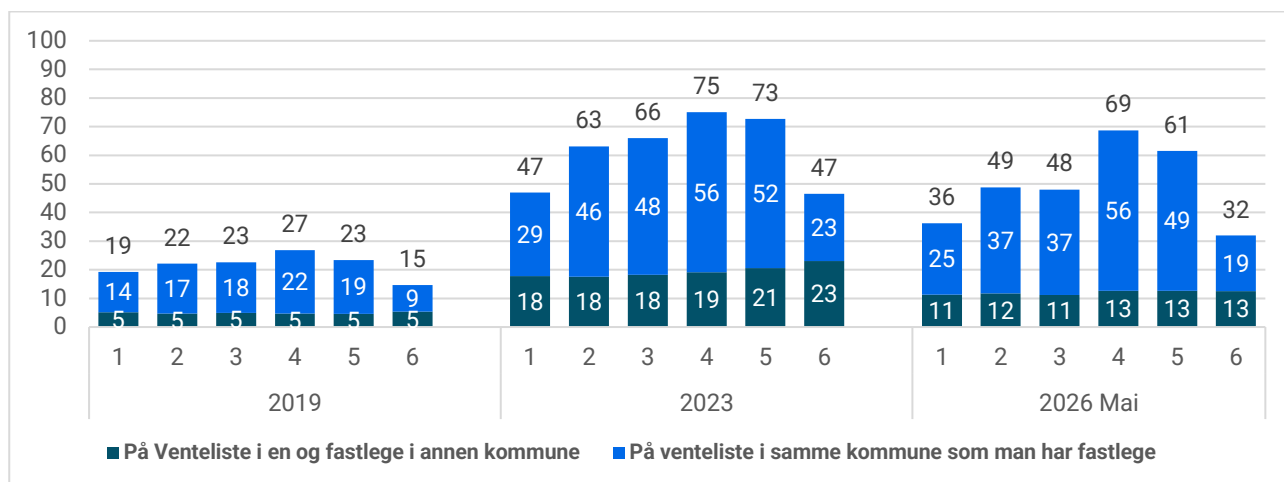
Figur 11.27 Antall på venteliste og ledige listeplasser per 1000 listeinnbyggere. Fra desember 2018 til og med mai 2026.



Kilde: FLO

Det var flest innbyggere på venteliste i sentralitetsklasse 4 og 5 i mai 2026 målt per innbygger. Det er ikke store forskjeller etter sentralitet i antall med fastlege i annen kommune enn der de står på venteliste, men antallet har gått ned i alle sentralitetsklasser siden toppen i 2023. Det er spesielt viktig at personer som flytter til en ny kommune har mulighet til å bytte fastlege.

Figur 11.28 Antall på venteliste per 1000 listeinnbygger fordelt etter sentralitet (1 =Mest sentral) og om man har fastlege i annen kommune enn der man står på venteliste. Kv 4 2019, Kv4 2023 og mai 2026.

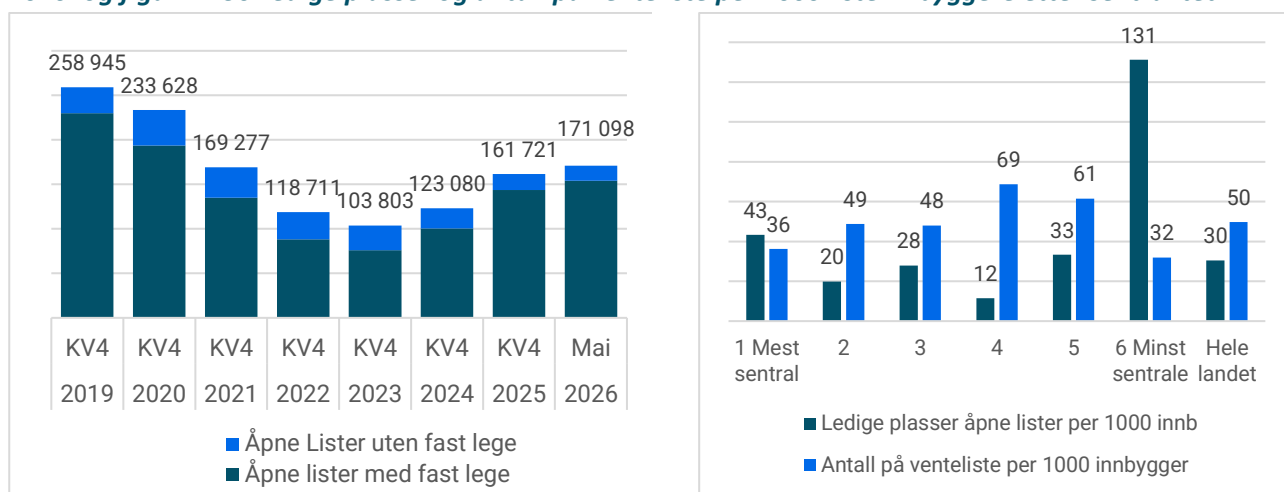


Kilde: FLO

11.6.5 Økning i ledige plasser på åpne lister

Ledig kapasitet målt som ledige plasser kan betraktes på flere måter. Når vi ser på den samlede kapasiteten nasjonalt, eller i en kommune, kan det beregnes som sum avtalte listetak⁴⁸ for alle fastlegelister minus sum listelengde (opptatte plasser). På kommunenivå kan summen av listeinnbyggere overstige summen avtalte listeplasser (sum listetak), noe som indikerer underkapasitet samlet sett. Det kan likevel være fastleger med ledige plasser i kommunen, mens andre er "overbooket"⁴⁹. Det er også slik at noen listeplasser ikke er valgbare fordi lista er midlertidig lukket. Når en liste når listetaket, lukkes listen automatisk. Ved 10 ledige plasser åpnes den igjen. I et innbyggerperspektiv er det viktigste å ha tilgang til åpne lister og med reelt valgbare plasser når man ønsker å bytte fastlege. Figur 11.29 framstiller tall hvor vi kun inkluderer antall ledige plasser på åpne lister på et gitt tidspunkt og de lukkede listene holdes utenfor.

Figur 11.29 Ledige listeplasser på åpne lister fordelt på listestatus. Per desember hvert år (Kv4) og per mai 2026. og figur 11.30 Ledige plasser og antall på venteliste per 1000 listeinnbyggere etter sentralitet.



Kilde: FLO

⁴⁸ Listetak er maksimalt antall innbyggere på listen fastsatt i avtalen med kommunen

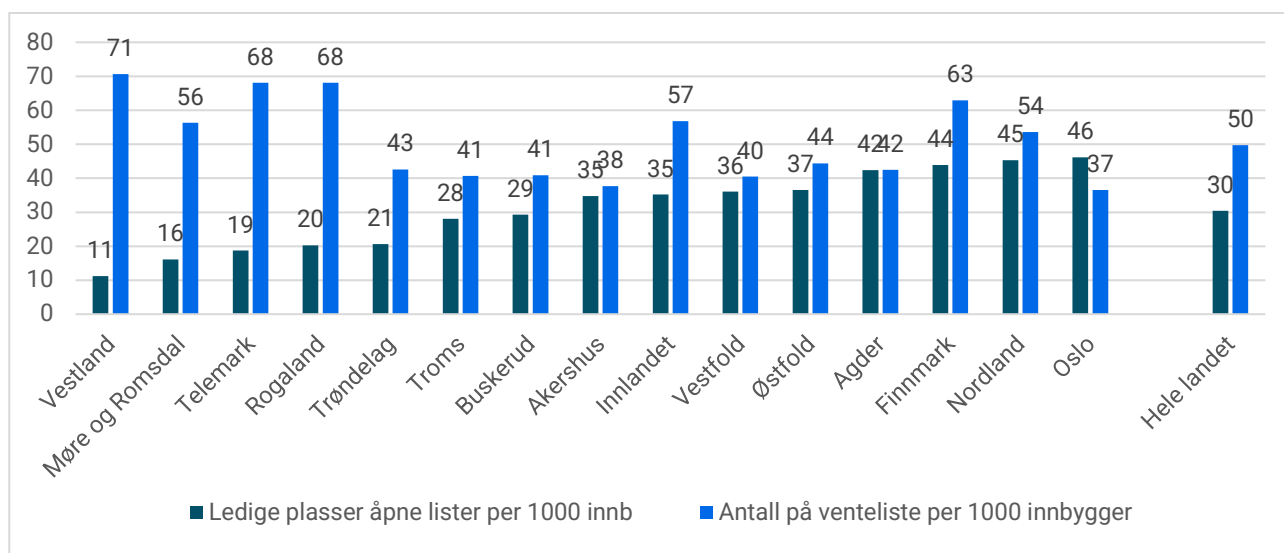
⁴⁹ Noen lister har flere på lista enn angitt listetak, for eksempel hvis listetaket er satt ned under eksisterende listelengde, men ikke flytter noen ut av lista.

29 prosent av listene var åpne med ledige plasser per 1 mai 2026, og varierer på fylkesnivå fra 14 prosent i Vestland til 44 prosent i Oslo (ikke vist her). Tilgangen på ledige plasser på åpne lister har økt i 2025 og videre inn i 2026 sammenlignet med 2024.

Sammenholdes ledige plasser på åpne lister med antall på venteliste målt per 1000 innbygger, og fordelt etter sentralitetsklasse, framkommer et mønster hvor de minst og de mest sentrale kommunene har mest tilgang på åpne plasser kombinert med en relativt lav rate for innbyggere på venteliste. Kommuner i sentralitetsklasse 4 har færrest ledige plasser på åpne lister og flest på venteliste.

På fylkesnivå har Vestland, Møre og Romsdal, Telemark og Rogaland en kombinasjon med mange på venteliste og relativt sett få ledige plasser, men situasjonen i den enkelte kommune kan selvsagt variere. 1.mai 2026 hadde 45 kommuner ingen åpne lister, 68 kommuner hadde kun en åpen liste.

Figur 11.31 Antall ledige plasser på åpne lister og antall på venteliste per 1000 listeinnbygger. Mai 2026



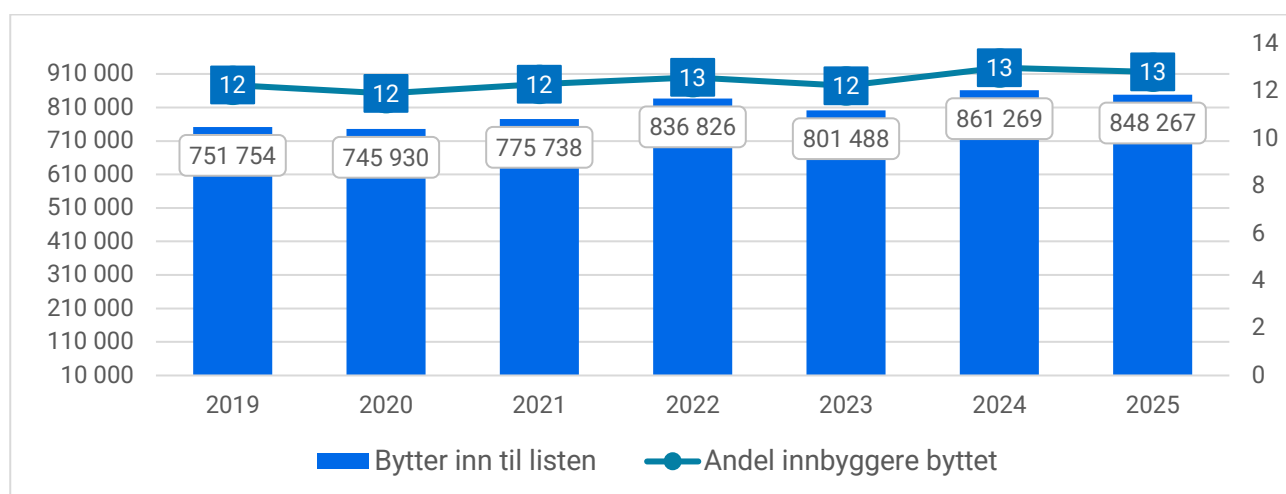
Kilde: FLO

11.6.6 Stabil andel innbyggere som har skiftet fastlege

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. Det ble gjennomført nesten 850 000 fastlegebytter i 2025. Dette inkluderer både selvvalgte og ikke selvvalgte bytter av fastlege. Omtrent 13 prosent av alle listeinnbyggerne fikk ny fastlege minst en gang, og andelen har vært ganske stabil de siste fem årene⁵⁰. Forskjellene i andel innbyggere som har byttet er små mellom sentralitetsklasse 1 til 4. Andel går opp til 19 prosent for innbyggere med fastlege i kommuner i sentralitetsklasse 5 og 6 (minst sentrale).

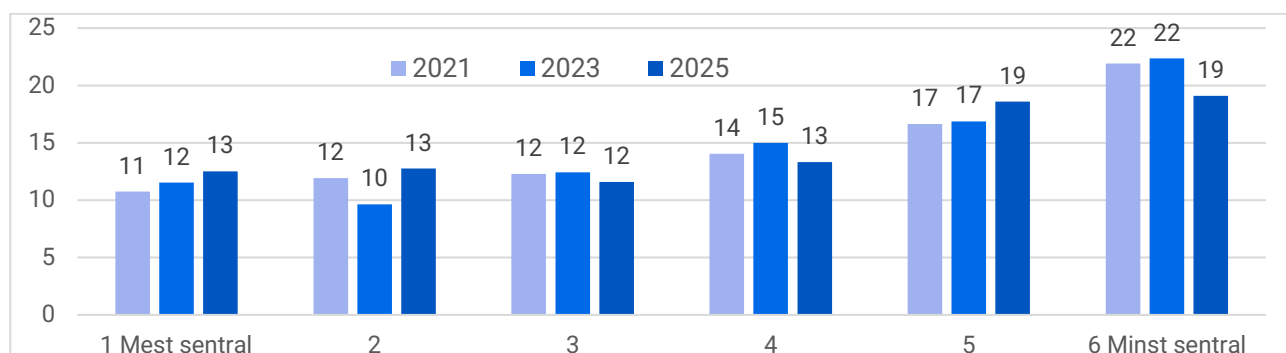
⁵⁰ Andelen er omtrentlig da det vil være bytter inn og ut av en kommune på tvers av sentralitetsklasser gjennom året. Teller= Antall bytter inn til liste i kommunen og nevner er antall listeinnbyggere i kommunene i slutten av året.

Figur 11.32 Antall innbyggere med bytter inn til annen liste og andel innbyggere som har byttet fastlege minst en gang (selvvalgte og ikke selvvalgte bytter).



Kilde: FLO

Figur 11.33 Andel av listeinnbyggerne som har byttet fastlege minst en gang i løpet av året 2021, 2023 og 2025. Fordelt etter kommunenes sentralitet⁵¹. Inklusive selvvalgte og ikke selvvalgte bytter.



Kilde: FLO

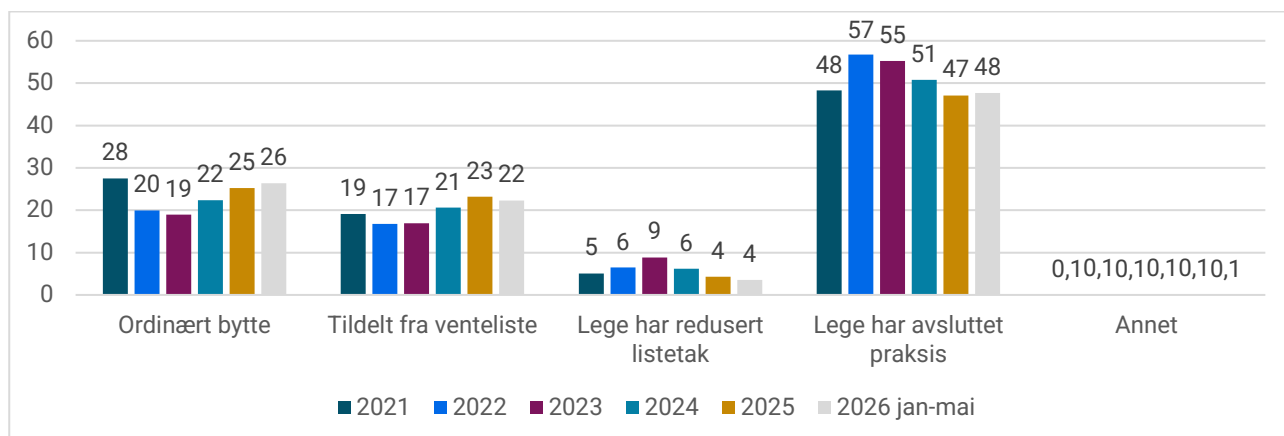
Årsaker til bytte av fastlege

Innbyggere kan foreta inntil 2 selvvalgte bytter per kalenderår. En del 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.

48 prosent av fastlegebyttene i 2025 var selvvalgte, det vil si skjedde etter eget ønske om å bytte. Litt over halvparten av de selvvalgte byttene ble gjennomført ved ordinært bytte (direktebytte) til liste med ledig plass, og omtrent like stor andel av byttene skjedde ved tildeling fra venteliste.

52 prosent av fastlegebyttene i 2025 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 skjedde som følge av listereduksjoner etter avtale med kommunen, og andelen er redusert.

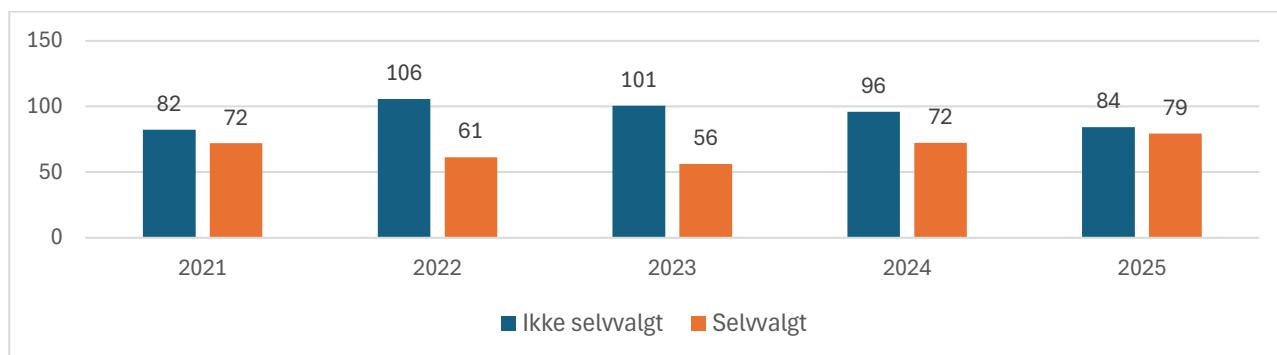
Figur 11.34 Andel bytter det enkelte år fordelt etter årsaker til bytte av fastlege, fra 2021 til 2025, og fram til og med april 2026.



Kilde: FLO

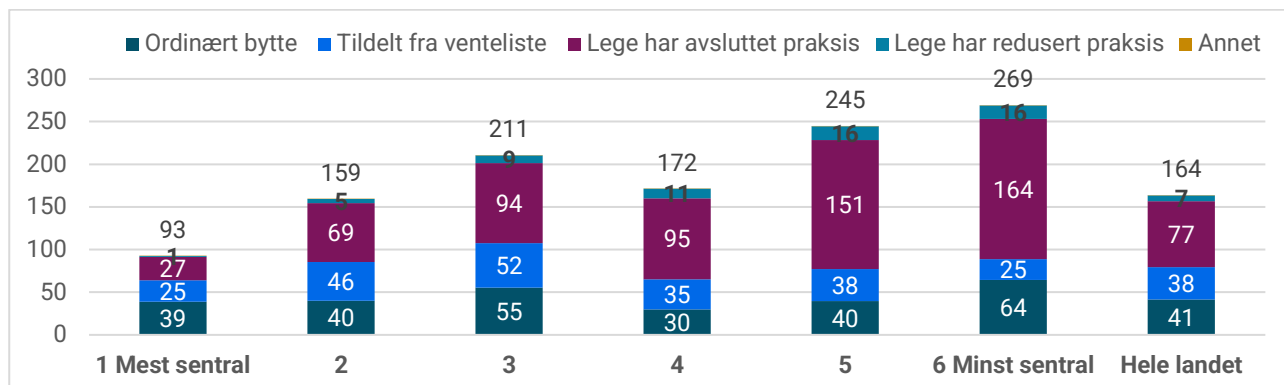
Antall bytter målt per 1000 listeinnbygger er et bedre mål på utvikling i omfang av bytter enn å se på andel. Selvvalgte bytter har økt fra 56 i 2023 til 79 per 1000 innbygger i 2025, mens antall ikke selvvalgte bytter er redusert fra 101 til 84. Vi finner også at var det færrest fastlegeskitter per 1000 innbyggere i de mest sentrale kommunene i 2025 og flest i de minst sentrale kommunene. Det var flest selvvalgte bytter i sentralitetsgruppe 3 og flest ikke selvvalgte bytter i sentralitetsgruppe 5 og 6, og i all hovedsak fordi den tidligere fastlegen avsluttet sin praksis.

Figur 11.35 Antall selvvalgte og ikke selvvalgte bytter av fastlege per 1000 listeinnbygger, 2021 til 2025.



Kilde: FLO

Figur 11.36 Antall bytter av fastlege per 1000 listeinnbyggere fordelt etter kommunens sentralitet og årsak til bytte (selvvalgt og ikke selvvalgt).



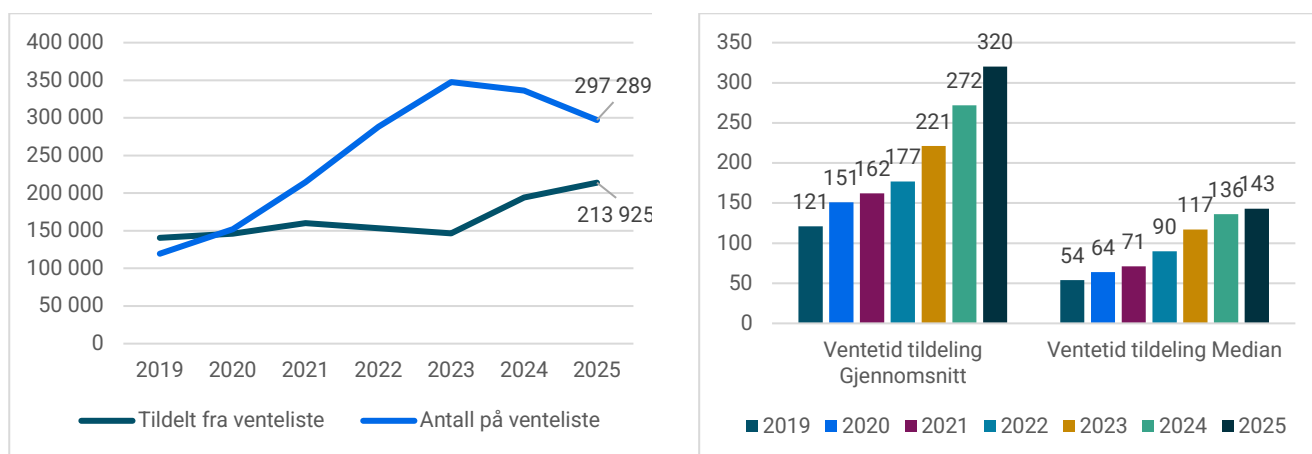
Kilde: FLO

Gjennomsnittlig tid før tildeling fra venteliste øker, men sammensatt bilde

Halvparten av de som byttet fastlege ut fra eget initiativ hadde stått på venteliste. Årsaken kan være at det ikke var ledige plasser i kommunen, i spesielt ønsket område av kommunen eller det ikke var ledig plass hos en spesielt ønsket fastlege. De siste to årene har antall på venteliste gått noe ned og antall tildelinger av plass fra venteliste økt. Til tross for dette har den gjennomsnittlige tiden på venteliste økt i 2025 (og videre inn i 2026).

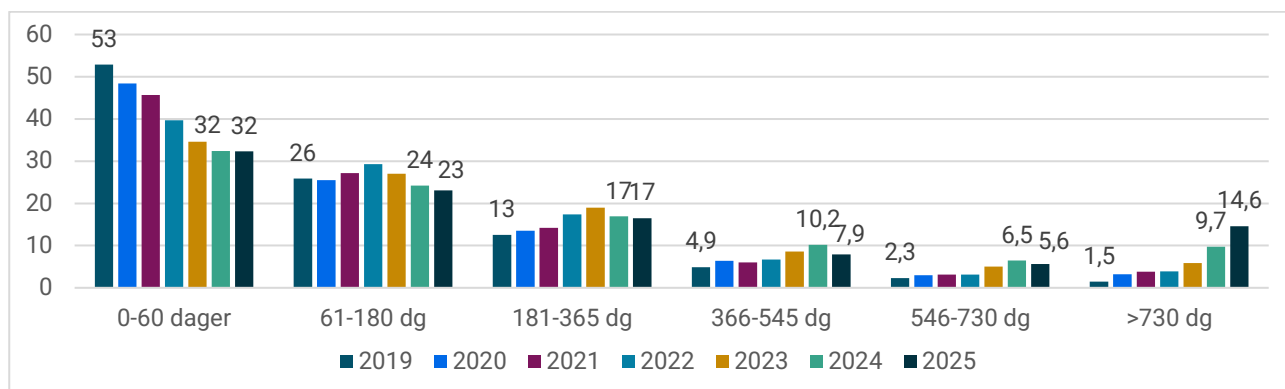
32 prosent av de som byttet via venteliste fikk tildelt plass innen 30 dager i 2025 og var uendret fra 2024. Fra figur 11.39 ser vi at en større andel av de som fikk tildelt plass hadde stått over to år på venteliste. En forklaring på økende gjennomsnittstid kan være en effekt av gradvis bedring av i fastlegekapasiteten, og at flere som har ventet lenge nå blir tildelt plass hos ønsket fastlege.

Figur 11.37 Utvikling i antall tildelinger av listeplass fra venteliste (hele året), antall innbyggere på venteliste (desember), og figur 11.38 gjennomsnittlig og median antall dager før tildeling (ventetid til bytte). 2019 til 2025.



Kilde: FLO

Figur 11.39 Tid før tildeling av ny fastlege fra venteliste. Andeler gruppert etter dager, 2019 til 2025.



Kilde: FLO

12 Aktivitet i allmennlegetjenesten – omfang og utvikling i tjenesten

Aktiviteten i fastlegetjenesten og ved legevakt har siden utgangen av pandemien i 2022 vist noen tydelige trender som også preger aktiviteten i 2025. Totalt antall konsultasjoner i allmennlegetjenesten har hatt en svak økning, men korrigert for befolkningsendring går gjennomsnittlig antall konsultasjoner per innbygger noe ned fra 2024 til 2025. Med andre ord bruker befolkningen tjenesten noe mindre i 2025 enn foregående år. I tillegg ser man en dreining i forholdet mellom fysiske og elektroniske konsultasjoner. Hos fastlege har fysiske konsultasjoner fortsatt å øke i andel, mens elektroniske synker noe. På legevakt er fordelingen mellom de ulike konsultasjonstypene mer stabil.

12.1 Om analysene

Dette kapitlet ser på aktiviteten i allmennlegetjenesten i perioden 2019–2025, med særlig vekt på konsultasjoner i fastlege- og legevaktstjenesten. Vi undersøker hvordan aktiviteten har utviklet seg over tid, og hvordan bruken varierer etter alder, kjønn og bosted.

Kapitlet belyser også utviklingen i ulike konsultasjonsformer, der vi skiller mellom fysiske og digitale. Tradisjonelt har konsultasjoner foregått fysisk, enten som oppmøte på legekantor eller som sykebesøk der lege drar hjem til pasient. I løpet av det siste tiåret har digitale konsultasjoner blitt en integrert del av allmennlegetjenesten.

Fra 1. juli 2025 er det mulig å skille mellom tekst-, telefon- og videokonsultasjoner. Samtidig pågår en forsøksordning med kommunal nettlege, der konsultasjonene i hovedsak er videobaserte. Dette er tema som vi berører nærmere i kapittel 19 om Digitalisering i allmennlegetjenesten. Fra 1. januar 2025 ble det også innført refusjonsordning for sykepleierkonsultasjoner, noe som innebærer at deler av konsultasjonsaktiviteten kan utføres av andre yrkesgrupper enn leger. Et sentralt spørsmål er derfor om disse nye tilbudene erstatter eksisterende aktivitet eller kommer i tillegg til denne.

Analysene bygger på data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), herunder data fra Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR), samt befolkningsopplysninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Analysene er avgrenset til fastlege- og legevaktstjenesten.

For å gi et helhetlig bilde av utviklingen rapporteres både absolutte tall og bruksrater. De absolutte tallene beskriver omfanget av aktiviteten, mens bruksratene⁵² viser hvor mye innbyggerne i gjennomsnitt bruker tjenestene. Bruksratene gjør det mulig å sammenligne utviklingen over tid og mellom ulike grupper i befolkningen.⁵³

⁵² Bruksratene beregner innbyggernes gjennomsnittlige bruk av tjenesten og er basert på antall kontakter i løpet av året delt på befolkningen per 1. januar samme år. KUHR omfatter også helsehjelp til personer uten fast bosted i Norge. Ved beregning av bruksrater inngår kun personer registrert bosatt i Norge, slik at aktivitet og befolkningsgrunnlag avgrenses til samme populasjon.

⁵³ I tidligere årsrapporter har de årlige bruksratene vært beregnet med utgangspunkt i befolkningstall per 1. januar påfølgende år. Dette skaper utfordringer ved endringer i kommuneinndelingen, fordi aktivitet og befolkningsgrunnlag vil kunne avvike fra kommuneinndelingen. Med en økende befolkning vil metoden vi her beregner rater på, gi noe høyere bruksrater i snitt enn om vi bruker befolkningstall påfølgende år.

Kapitlet innledes med en gjennomgang av nasjonale utviklingstrekk i allmennlegetjenesten samlet, samt i fastlege- og legevaktstjenesten hver for seg. Deretter analyseres variasjoner i bruk etter alder, kjønn og bosted, samt utviklingen i ulike konsultasjonsformer.

12.2 Svak økning i aktivitet siste år, noe mindre bruk per innbygger

Ser man på fastlege- og legevaktstjenesten samlet preger to trender tjenestene i perioden 2019 til 2025. For det første har det samlet sett vært en vekst i konsultasjoner i perioden, slik tabell 12.1 viser. Veksten kan til dels tilskrives en voksende populasjon, men desto viktigere synes det å være at innbyggerne i snitt bruker tjenesten mer enn tidligere slik som figur 12.1 viser. Veksten var størst under covid-19-pandemien og i årene umiddelbart etter. Etter pandemiens slutt i 2022 har bruken per innbygger gått noe tilbake. I 2025 hadde gjennomsnittsinbyggeren 3,3 konsultasjoner i allmennlegetjenesten (figur 12.1). Selv om bruken per innbygger har avtatt de siste årene, ligger nivået fortsatt høyere enn før pandemien, med 3,0 konsultasjoner i 2019.

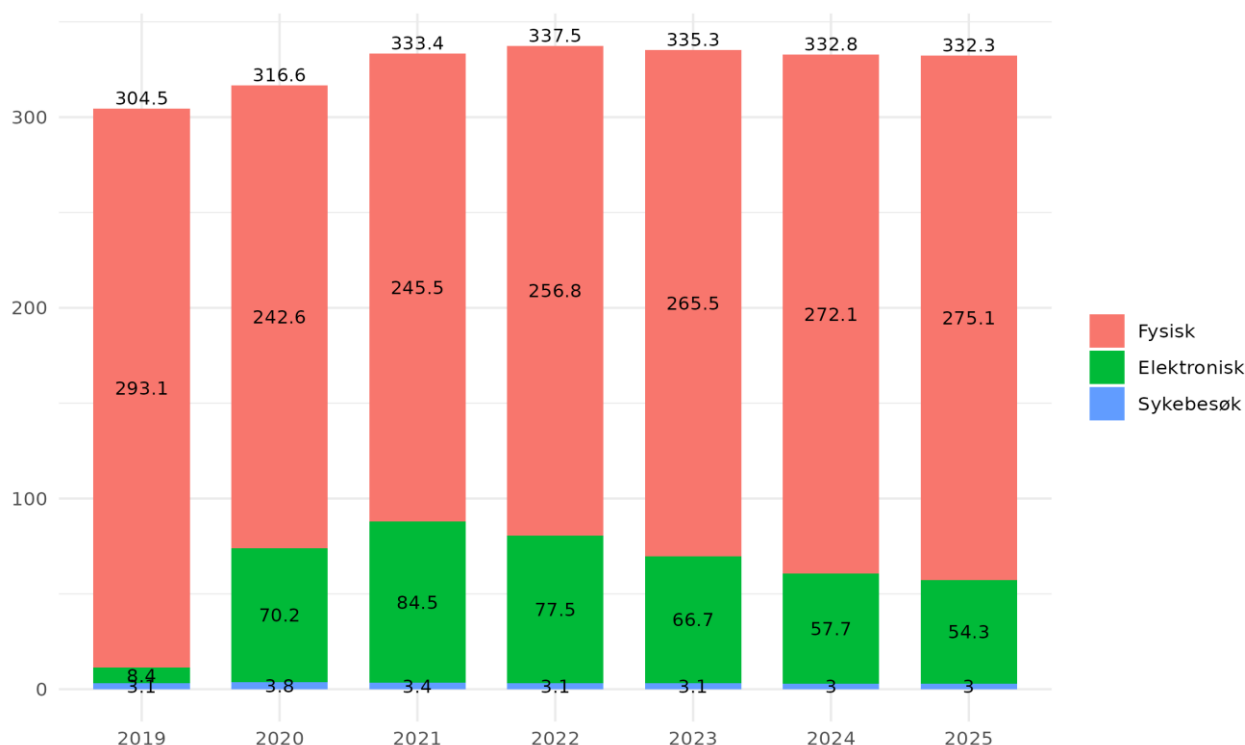
Tabell 12.1 Antall konsultasjoner med fastlege og legevakt, 2019-2025.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fysisk	15 687 572	13 059 913	13 270 482	13 979 239	14 622 974	15 181 280	15 447 232
Elektronisk	446 190	3 769 875	4 561 491	4 208 511	3 663 114	3 209 463	3 038 159
Sykebesøk	165 227	205 610	184 046	170 652	170 989	167 021	168 988
Total	16 298 989	17 035 398	18 016 019	18 358 402	18 457 077	18 557 764	18 654 379

I løpet av perioden har det skjedd betydelige endringer i sammensetningen av konsultasjonene, særlig som følge av den sterke veksten i elektroniske konsultasjoner under pandemien. Tradisjonelt har konsultasjoner i allmennlegetjenesten i hovedsak vært fysiske, men de siste årene har digitale konsultasjoner blitt en integrert del av tjenestetilbudet. Andelen e-konsultasjoner økte fra 2,7 prosent i 2019 til en topp på 25,3 prosent i pandemiåret 2021. Selv om bruken av elektroniske konsultasjoner har avtatt noe etter pandemien, utgjør de fortsatt en betydelig større del av aktiviteten enn før pandemien. Elektroniske konsultasjoner domineres av tekstlig dialog mellom pasient og lege. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 17 Bruk av digitale løsninger og tjenester. Endringene i sammensetning av konsulasjonstyper er i stor grad drevet av utviklingen i fastlegetjenesten heller enn legevaktstjenesten. Sykebesøk skiller seg ut fra denne utviklingen ved å utgjøre en liten, men stabil del av allmennlegetjenesten gjennom perioden.

Fra 2024 til 2025 videreføres trendene som har preget allmennlegetjenesten etter pandemien. Veksten i konsulasjonsaktivitet er svært beskjedent. Antall konsulasjoner økte fra 18,558 millioner i 2024 til 18,654 millioner i 2025, en vekst på 0,5 prosent. Den gjennomsnittlige bruken per innbygger er imidlertid tilnærmet uendret. Med andre ord benyttet innbyggerne allmennlegetjenesten i snitt like mye i 2025 som i 2024. Videre ser man at bruken av elektroniske konsulasjoner fortsetter å avta, og antallet elektroniske konsulasjoner ble redusert med 5,6 prosent fra 2024 til 2025 og utgjør en andel på 16,3 prosent av konsulasjonene samlet i 2025 mot 17,3 prosent i 2024.

Figur 12.1 Konsultasjoner hos fastlege og legevakt per 100 innbygger etter konsultasjonsform, 2019-2025.



12.3 Ulik utvikling i fastlege- og legevaktstjenesten

I forrige del så vi at aktiviteten i allmennlegetjenesten samlet har økt gjennom perioden, samtidig som sammensetningen av konsultasjonene har endret seg betydelig. Utviklingen har imidlertid vært ulik i fastlege- og legevaktstjenesten.

Tabell 12.2 Antall konsultasjoner hos fastlege, 2019-2025.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fysisk	14 342 923	11 865 200	12 016 864	12 684 271	13 325 613	13 878 225	14 168 789
Elektronisk	446 190	3 695 192	4 513 680	4 163 701	3 623 794	3 169 803	2 997 146
Sykebesøk	89 028	116 841	97 803	81 295	75 525	71 605	68 921
Total	14 878 141	15 677 233	16 628 347	16 929 267	17 024 932	17 119 633	17 234 856

Tabell 12.3 Antall konsultasjoner med legevakt, 2019-2025.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fysisk	1 344 649	1 194 713	1 253 618	1 294 968	1 297 361	1 303 055	1 278 443
Elektronisk	0	74 683	47 811	44 810	39 320	39 660	41 013
Sykebesøk	76 199	88 769	86 243	89 357	95 464	95 416	100 067
Total	1 420 848	1 358 165	1 387 672	1 429 135	1 432 145	1 438 131	1 419 523

Fastlegetjenesten er den klart største delen av allmennlegetjenesten. I 2025 fant 92,4 prosent av alle konsultasjoner sted hos fastlege, mens 7,6 prosent ble gjennomført på legevakt. Utviklingen i allmennlegetjenesten samlet er derfor i stor grad påvirket av utviklingen i fastlegetjenesten.

Figur 12.2 og 12.3 viser at antall konsultasjoner hos fastlege økte med 13,7 prosent fra 2019 til 2025, mens aktivitetsnivået på legevakt var nær uendret. Også det siste året utviklet tjenestene seg ulikt. Fra 2024 til 2025 økte antall konsultasjoner hos fastlege med 0,7 prosent, mens antall konsultasjoner på legevakt gikk ned med 1,3 prosent.

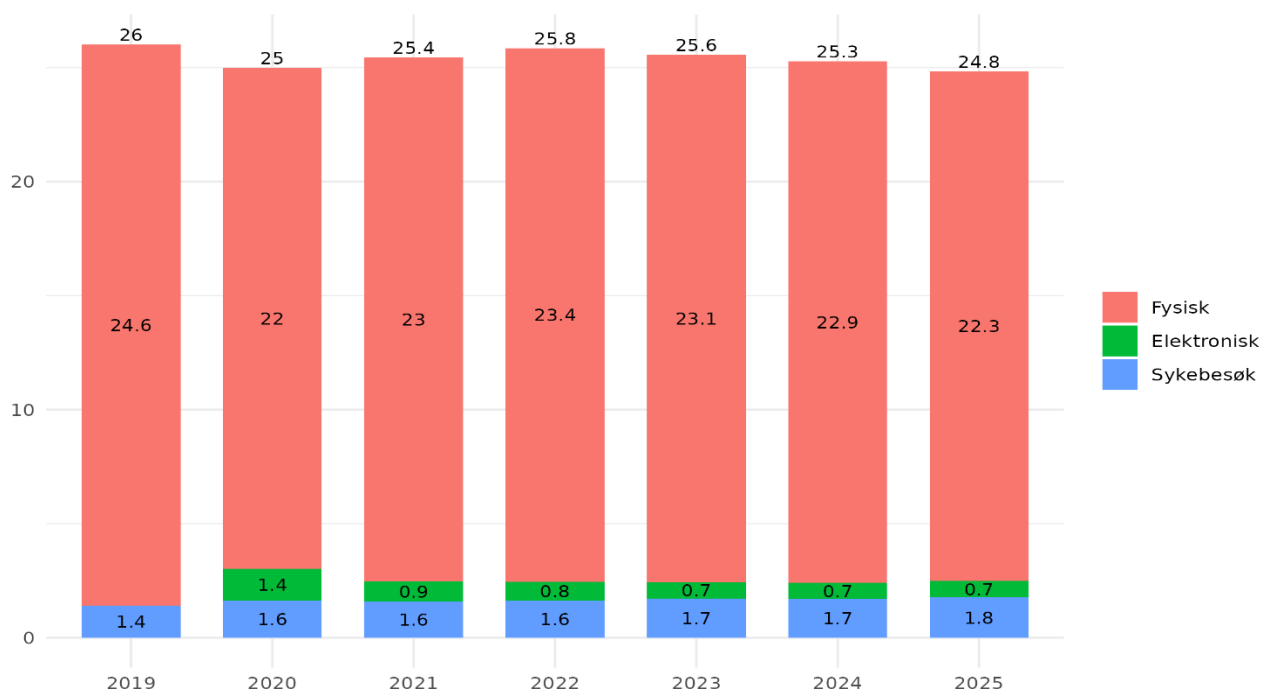
Elektroniske konsultasjoner utgjør en langt større del av aktiviteten i fastlegetjenesten enn på legevakt. Mens andelen elektroniske konsultasjoner hos fastlege økte fra 3 prosent før pandemien til over 25 prosent under pandemien, har andelen på legevakt aldri vært høyere enn om lag 5 prosent. Utviklingstrekkene er de samme når vi korrigerer for befolkningsendringer.

Samlet viser analysene at veksten og digitaliseringen i allmennlegetjenesten i hovedsak har vært drevet av fastlegetjenesten, mens legevaktstjenesten har hatt en mer stabil utvikling både når det gjelder aktivitetsnivå og konsultasjonsformer.

Figur 12.2 Konsultasjoner hos fastlege per 100 innbygger etter konsultasjonsform, 2019-2025.



Figur 12.3 Konsultasjoner med legevakt per 100 innbygger etter konsultasjonsform, 2019-2025.



12.4 Bruk av enkle kontakter

Konsultasjoner utgjør den viktigste aktiviteten i allmennlegetjenesten, men en betydelig del av arbeidet skjer også gjennom det vi kategoriserer som enkle kontakter. Disse kan deles inn i (1) enkle pasientkontakter, (2) kontakt med andre instanser og (3) administrativt arbeid, og omfatter blant annet prøvetakning, kontakt via telefon, fysiske eller elektroniske brev.

Tabell 12.4 og 12.5 viser at en betydelig del av kontakten med allmennlegetjenesten er gjennom andre kontaktformer enn konsultasjon, særlig i fastlegetjenesten. Fastleger har et særlig ansvar for kontinuitet i pasientforløp som innebærer at aktiviteten på kontorer også består av oppfølging, koordinering og kommunikasjon utenfor selve konsultasjonen. I 2025 ble det registrert 16,1 millioner enkle pasientkontakter og 2,7 millioner kontakter med andre instanser, i tillegg til 17,2 millioner konsultasjoner hos fastlege.

I legevaktstjenesten utgjør konsultasjoner en større del av den samlede aktiviteten. Samtidig viser tabell 12.5 at også legevaktstjenesten har et betydelig omfang av kontakt med andre instanser.

Tabell 12.4 Antall kontakter med fastlege, 2019-2025.

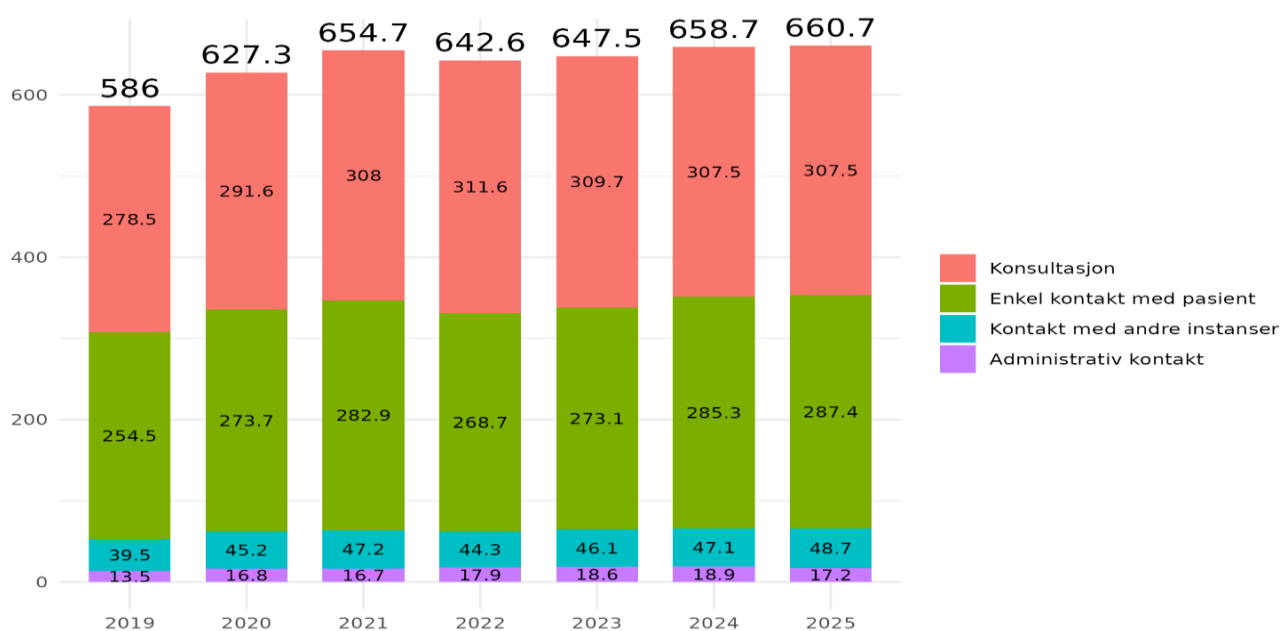
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Konsultasjoner	14 878 141	15 677 233	16 628 347	16 929 267	17 024 932	17 119 633	17 234 856
Enkel kontakt med pasient	13 574 984	14 708 709	15 279 311	14 592 519	15 000 925	15 864 817	16 091 799
Kontakt med andre instanser	2 106 342	2 428 924	2 546 642	2 406 485	2 533 737	2 620 117	2 727 277
Administrativ kontakt	722 020	900 931	900 569	972 205	1 019 005	1 052 247	960 385
Total	31 281 487	33 715 797	35 354 869	34 900 476	35 578 599	36 656 814	37 014 317

Tabell 12.5 Antall kontakter med legevakt, 2019-2025.

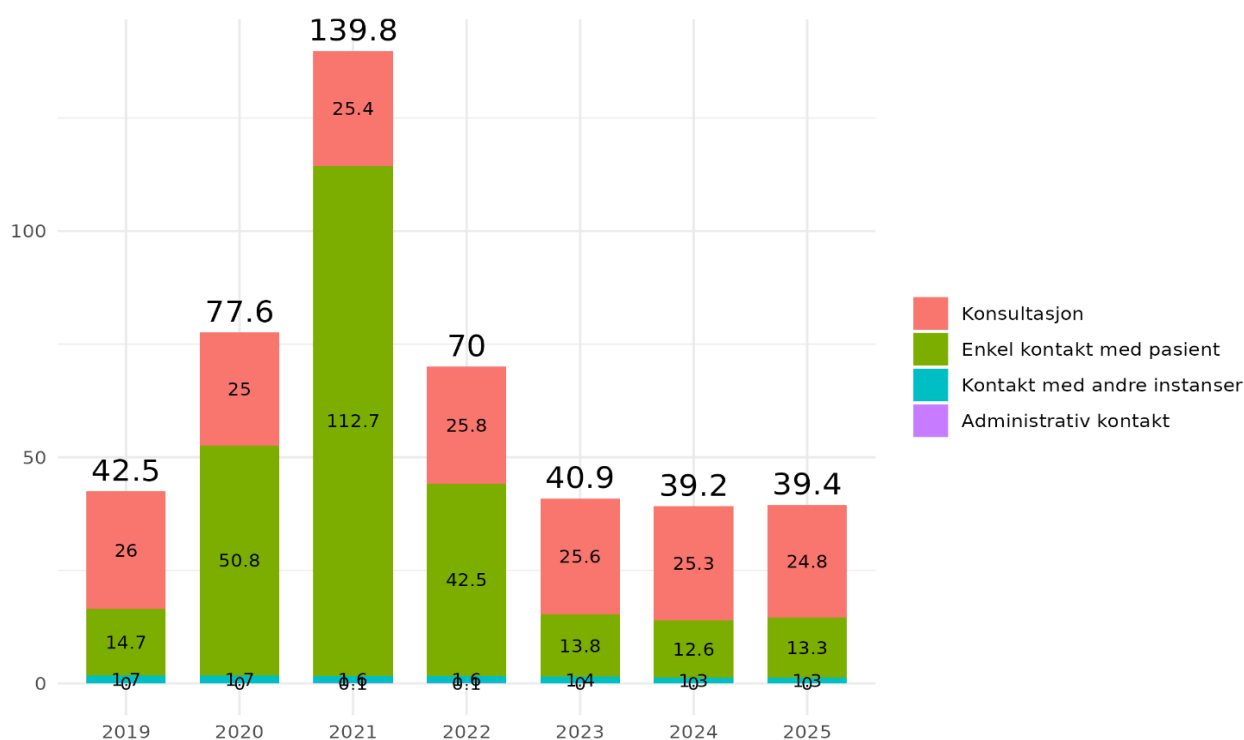
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Konsultasjoner	1 420 848	1 354 087	1 383 714	1 427 102	1 432 145	1 438 131	1 419 523
Enkel kontakt med pasient	63 753	1 490 080	4 804 569	1 347 041	62 406	53 016	54 860
Kontakt med andre instanser	823 151	1 376 079	1 505 610	1 077 015	794 836	735 534	778 269
Administrativ kontakt	2 558	2 612	2 887	3 073	2 400	1 987	1 680
Total	2 310 310	4 222 858	7 696 780	3 854 231	2 291 787	2 228 668	2 254 332

Ser man på kontakter per innbygger, framkommer det at innbyggernes samlede kontakt med fastlegekontorene har økt gjennom perioden. Gjennomsnittlige antall kontakter steg fra 586 kontakter per 100 innbyggere i 2019 til 661 i 2025. Veksten har i liten grad kommet de siste årene gjennom flere konsultasjoner. Etter en økning fram til 2022 har konsultasjonsratene ligget relativt stabilt på rundt 308 konsultasjoner per 100 innbyggere. Utviklingen i legevaktstjenesten har vært nokså stabil siden utgangen av pandemiårene. Fra 2023 har innbyggernes bruk variert lite, og konsultasjoner utgjør fortsatt den dominerende kontaktformen.

Figur 12.4 Kontakter per 100 innbygger med fastlege, 2019-2025.



Figur 12.5 Kontakter per 100 innbygger med legevakt, 2019-2025.



12.5 Sykepleierkonsultasjoner – delegasjon og oppgavedeling

Delegering av oppgaver i allmennlegepraksis er et tiltak for mer teambasert fastlegeordning for bedre tilgjengelighet og kvalitet i oppfølgingen av ulike pasientgrupper. Fra 1.januar 2026 kan sykepleiere gjennomføre konsultasjoner etter delegering fra fastlege utløse egne takster for arbeidet. Helsedirektoratet følger utviklingen i bruken av delegeringstakstene fortløpende⁵⁴, og ordningen vil også inngå i en ekstern evaluering.

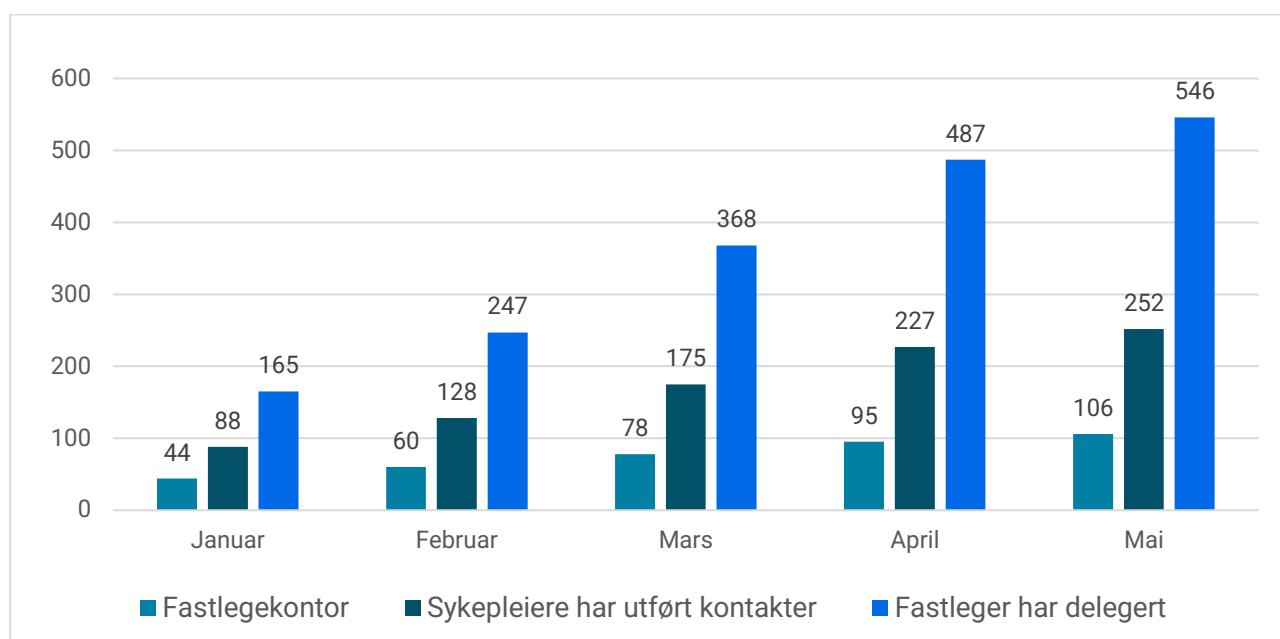
Statistikk for bruk av delegering viser en vekst så langt i 2026. Sykepleiere har utført 1 566 pasientkontakter på delegering i januar, 2 214 i februar og 3 643 i mars, 4 388 i april og 4 232 i mai 2026 (16 043 pasientkontakter til sammen). Takstene for delegering er tatt i bruk i alle fylkene i denne perioden.

106 legekantor har brukt takster for delegerte oppgaver i januar-mai 2026. 546 leger delegerte oppgaver til sykepleiere og 252 sykepleiere har utført oppgaver på delegering i perioden januar-mai 2026. Flertallet av fastleger som har brukt delegeringstakstene i januar-mai 2026 er selvstendig næringsdrivende (55 prosent), resterende er fastleger med fast ansettelse i kommunen.

Det ble gjennomført forsøk med primærhelseteam i perioden 2018-2023. Forsøket hadde likhetstrekk med ordningen med delegering av konsultasjoner til sykepleiere, og disse kontorene ansatte sykepleiere. Vi ser at av de 10 legekantorene som i størst grad har benyttet delegering, er det 7 legekantor som deltok i forsøket med primærhelseteam.

⁵⁴ Man kan følge med på utviklingen i [bruken av delegerte oppgaver på fastlekantor \(helfo.no\)](https://helfo.no).

Figur 12.6 Fastlegekontor, fastleger og sykepleiere med bruk av takster for delegerte oppgaver i perioden januar-mai 2026. Sum hittil i 2026 per måned.



De tre mest brukte takstene på delegering i januar-mai 2026 var delegert fysiske konsultasjoner (28 prosent), tillegg ved konsultasjoner over 20 minutter (15 prosent) og taking av prøve (10 prosent).

For fastlegene utgjør sykebesøk 0,2 prosent av deres pasientkontakter. For sykepleiere som arbeider på delegering utgjør sykebesøk 2,6 prosent av pasientkontaktene.

Diabetes type 2, kronisk hudsår og åpent sår/kutt var de hyppigste hoveddiagnosene ved konsultasjoner utført av sykepleiere etter delegering fra fastlege i perioden januar-mai 2026. Til sammenlikning gjaldt konsultasjonene utført av fastlege i denne perioden oftest hypertensjon, kontakt for administrativt formål og akutt øvre luftveisinfeksjon.

12.6 Kjønn og alder viktigst for bruk av allmennlegetjenester

De foregående delene har vist utviklingen i allmennlegetjenesten på nasjonalt nivå. I denne delen ser vi nærmere på hvordan bruken og sammensetningen av konsultasjoner varierer etter kjønn og alder, og hvordan disse forskjellene har utviklet seg over tid.

SSB viser også at bruken av allmennlegetjenester varierer med sosioøkonomiske og demografiske kjennetegn. Blant voksne bruker personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanning tjenesten oftere enn personer med videregående opplæring eller høyere utdanning.⁵⁵ Innvandrere benytter også i gjennomsnitt allmennlegetjenesten mindre enn den øvrige befolkningen.⁵⁶

Alder og kjønn har stor betydning for bruken av allmennlegetjenester. Generelt øker bruken med alder, og kvinner har gjennomgående høyere bruksrater enn menn. Figur 12.7 viser at kvinner bruker allmennlegetjenesten mer enn menn gjennom store deler av livsløpet. Forskjellene er størst i fertil

⁵⁵ SSB: [Konsultasjoner hos fastlegen, etter alder, år og utdanningsnivå](#)

⁵⁶ SSB: [Konsultasjoner hos fastlegen etter alder, år og innvandringskategori](#)

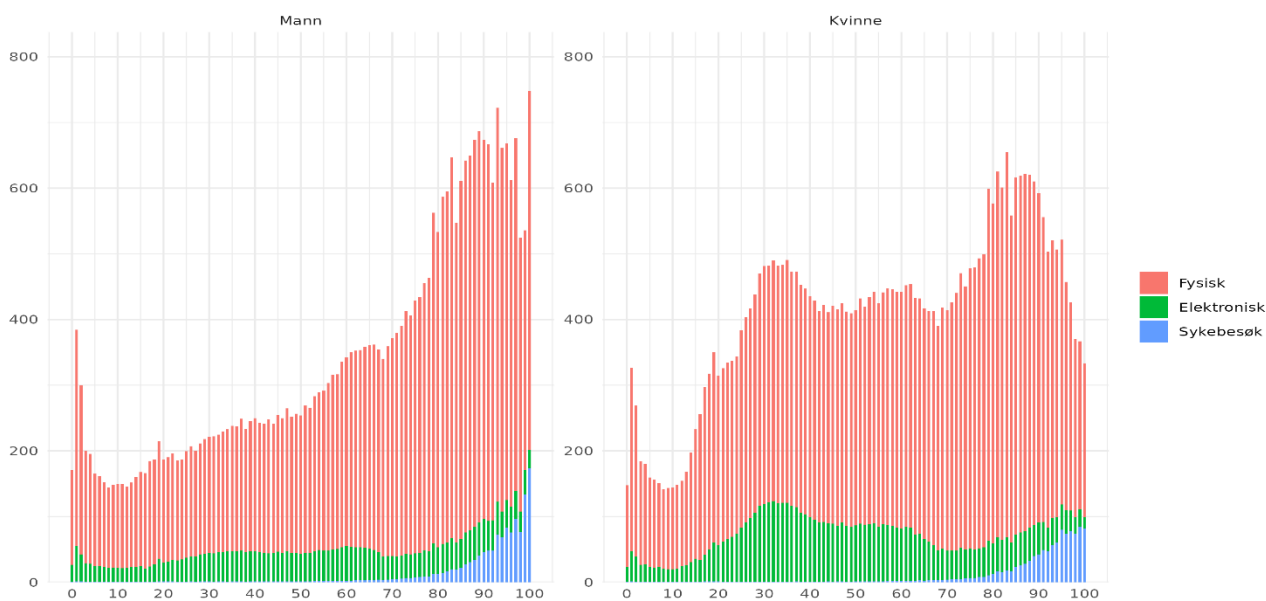
og yrkesaktiv alder. Rundt 30-årsalderen er kvinnes bruksrater mer enn dobbelt så høye som mennenes. Kjønnforskjellene avtar gradvis med høyere alder og er små blant personer over 80 år. Bruksratene blant de aller eldste bør tolkes med varsomhet. Antallet personer i de høyeste aldersgruppene er relativt lavt, og tallene inkluderer ikke legetjenester som ytes i sykehjem. Bruken av allmennlegetjenester blant de eldste vil derfor være noe underestimert.

Kjønnforskjellene drives i hovedsak av ulik bruk av fastlegetjenesten. Forskjellene er langt mindre i legevaktstjenesten, noe som tyder på at de samlede kjønnforskjellene i bruk av allmennlegetjenester i stor grad kan knyttes til fastlegebruk (ikke vist her).

Figur 12.7 viser hvordan sammensetningen av konsultasjonene varierer etter alder og kjønn. Fordelingen mellom konsultasjonstypene for kvinner og menn er relativt lik. For begge er fysiske konsultasjoner den klart største delen av aktiviteten, mens elektroniske konsultasjoner utgjør en mindre, men fortsatt betydelig andel. Sykebesøk utgjør gjennomgående en svært liten del av konsultasjonene fram til de høyeste aldersgruppene. Bruken av elektroniske konsultasjoner varierer imidlertid med alder, og er høyest blant unge voksne og personer i yrkesaktiv alder. Blant barn og unge, samt de eldste aldersgruppene, utgjør elektroniske konsultasjoner en mindre del av den samlede aktiviteten.

Det er likevel en gjennomgående tendens til at kvinner har en noe høyere andel elektroniske konsultasjoner enn menn i de fleste aldersgrupper. Figur 12.7 viser at forskjellen er særlig tydelig blant unge og middelaldrende voksne. Ved 40 års alder utgjør elektroniske konsultasjoner om lag 22 prosent av konsultasjonene blant kvinner, mot om lag 18 prosent blant menn. Tilsvarende utgjør fysiske konsultasjoner en noe mindre andel blant kvinner enn blant menn. Forskjellene i konsultasjonsformer er imidlertid langt mindre enn forskjellene i samlet bruk av allmennlegetjenesten.

Figur 12.7 Konsultasjoner per 100 innbygger hos fastlege og legevakt, etter alder og kjønn og konsultasjonsform, 2025.



12.7 Bruken per innbygger går noe ned siste år for alle aldersgrupper utenom de eldste

Utvikling etter alder i fastlegetjenesten

Som figur 12.8 viser, har bruken av fastlegetjenester økt i de fleste aldersgrupper i perioden. Unntaket er de to eldste aldersgruppene, 60–79 år og 80 år og eldre, som i 2025 har bruksrater på om lag samme nivå som i 2019. For de øvrige aldersgruppene er bruken høyere i 2025 enn før pandemien. Figuren viser også at veksten var særlig sterk i pandemiårene, da bruksratene økte markant blant barn, unge og personer i yrkesaktiv alder. Etter pandemien har bruken avtatt noe, men utviklingen synes å ha stabilisert seg de siste årene. Bruksratene ligger likevel gjennomgående på et høyere nivå enn før pandemien.

Elektroniske konsultasjoner hadde et toppunkt i alle aldersgrupper rundt pandemiårene 2021–2022. Etter dette har andelen elektroniske konsultasjoner gått noe ned, samtidig som fysiske konsultasjoner igjen har utgjort en større del av aktiviteten. Figur 12.8 viser også tydelige forskjeller mellom aldersgruppene. Unge voksne i alderen 20–39 år har gjennomgående den høyeste andelen elektroniske konsultasjoner. Andelen avtar gradvis med økende alder. Samtidig øker den samlede bruken av fastlegetjenester med alder, og en stadig større del av konsultasjonene gjennomføres som fysiske konsultasjoner. Med andre ord er eldre personer ikke bare oftere i kontakt med fastlegen, men kontakten skjer også i større grad ved fysisk oppmøte.

Figur 12.8 Antall konsultasjoner per 100 innbygger hos fastlege etter konsultasjonstype og pasientens alder.



Utvikling etter alder i legevaktstjenesten

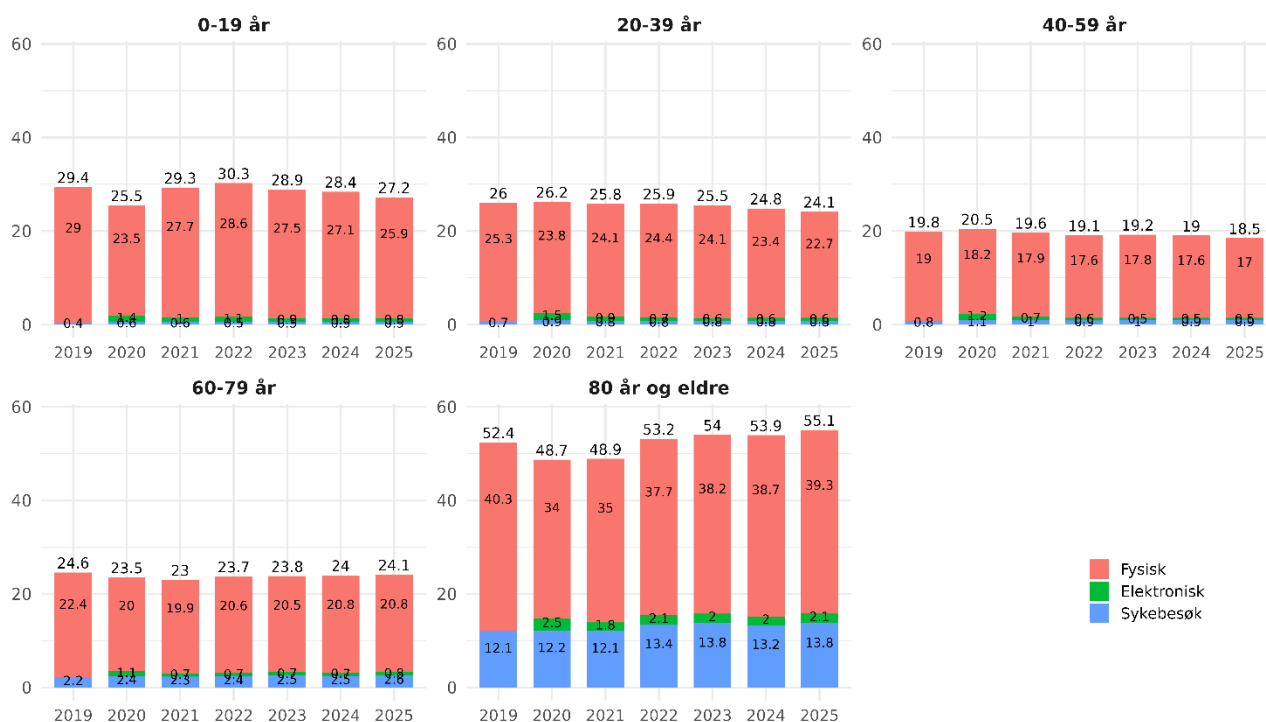
Utviklingen i legevaktstjenesten skiller seg fra utviklingen i fastlegetjenesten. Som figur 12.9 viser, er det kun den eldste aldersgruppen, personer over 80 år, som har hatt en økning i bruksratene fra 2019 til 2025. For de øvrige aldersgruppene har bruken av legevakt gått noe ned i samme periode. Mens fastlegebruken har økt blant de fleste aldersgrupper siden 2019, har legevaktstjenesten vært preget av en svak nedgang i bruken blant store deler av befolkningen. Trendene gjelder også mellom 2024 og 2025 der bruken blant de aller eldste øker noe mens den synker for resterende aldersgrupper.

Elektroniske konsultasjoner benyttes i liten grad i legevaktstjenesten, uavhengig av alder. Dette er i tråd med de nasjonale utviklingstrekkene som viser at digitaliseringen av konsultasjonstilbudet i langt større grad har preget fastlegetjenesten enn legevaktstjenesten. Utviklingen i legevaktstjenesten fremstår derfor som relativt homogen på tvers av aldersgrupper, med gjennomgående lave andeler elektroniske konsultasjoner gjennom hele perioden.

Figur 12.9 viser samtidig at den økte bruken av legevaktstjenester blant de eldste ikke er knyttet til én bestemt konsultasjonsform. For personer over 80 år har bruksratene økt over tid for både fysiske konsultasjoner, elektroniske konsultasjoner og sykebesøk. Dette kan tyde på at veksten i legevaktbruken blant de eldste gjenspeiler en generell økning i behovet for legevaktstjenester, snarere enn en endring i hvordan tjenestene tilbys.

Utviklingen i legevaktstjenesten skiller seg fra utviklingen i fastlegetjenesten. Som figur 12.9 viser, er det kun den eldste aldersgruppen, personer over 80 år, som har hatt en økning i bruksratene fra 2019 til 2025.

Figur 12.9 Antall konsultasjoner per 100 innbygger med legevakt etter konsultasjonstype og pasientens alder.



12.8 Kommunestørrelse preger bruken av tjenestene

Hittil har vi sett på hvordan bruken av allmennlegetjenester varierer etter kjennetegn ved individet. I denne delen undersøker vi hvordan bruken varierer med størrelsen på innbyggernes bostedskommune. Kommunestørrelse henger nært sammen med forhold som sentralitet, avstand og organiseringen av tjenestetilbudet, og kan derfor påvirke hvordan innbyggerne bruker allmennlegetjenesten. For å ta høyde for forskjeller i alderssammensetning, der små kommuner typisk har en større andel eldre innbyggere, sammenligner vi også bruken blant jevnaldrende innbyggere i kommuner av ulik størrelse.

Innbyggerne i små og store kommuner bruker allmennlegetjenesten ulikt

Antall konsultasjoner per innbygger i fastlegetjenesten er gjennomgående høyere i store enn i små kommuner. I 2025 hadde innbyggere i de minste kommunene i gjennomsnitt 3,16 fastlegekonsultasjoner, mot 3,41 konsultasjoner i kommunegruppen med høyest bruk. Forskjellen utgjør om lag 7 prosent.

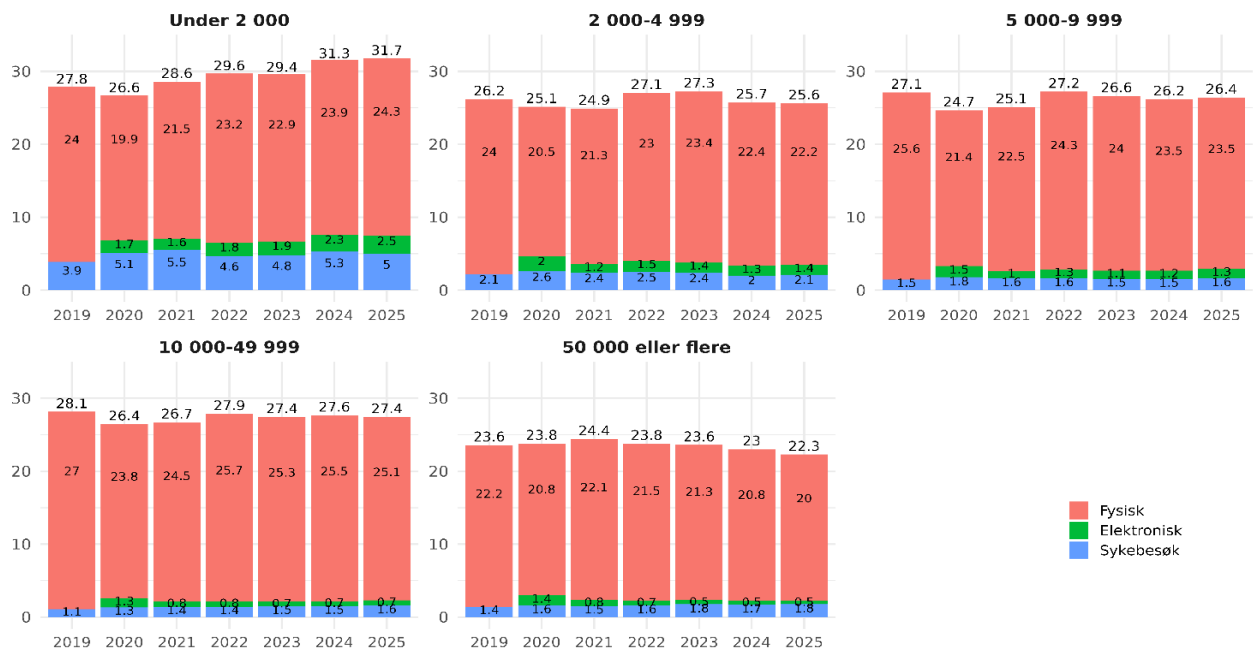
Digitale konsultasjoner er mer utbredt i store enn i små kommuner. Forskjellene økte under pandemien og består fortsatt i 2025, selv om bruken har avtatt i alle kommunegrupper. Dette tyder på at digitale konsultasjoner har blitt en mer integrert del av fastlegetjenesten i større kommuner.

Figur 12.10 Konsultasjoner per 100 innbygger hos fastlege, etter kommunestørrelse og konsultasjonsform, 2019-2024.



For legevakt ser vi et motsatt bruksmønster relatert til kommunestørrelse. Konsultasjonsraten er gjennomgående høyere i små enn i store kommuner. I 2025 hadde innbyggere i de minste kommunene i gjennomsnitt 0,317 legevaktkonsultasjoner, mot 0,233 konsultasjoner i de største kommunene. Dette tilsvarer en forskjell på 26 prosent.

Figur 12.11 Konsultasjoner per 100 innbygger med legevakt, etter kommunestørrelse og konsultasjonsform, 2019-2025.



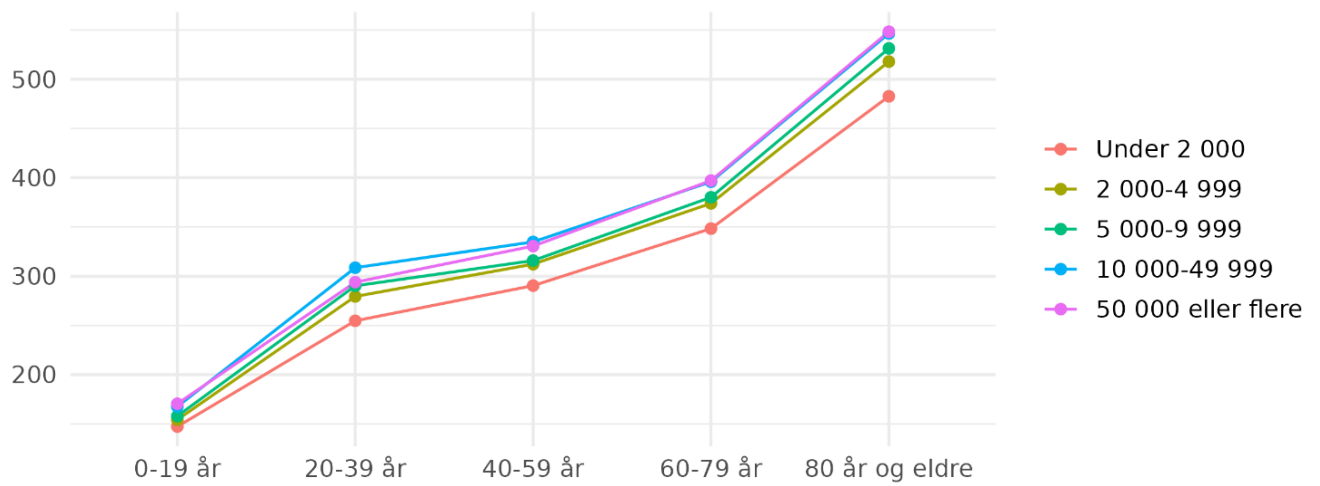
Den mest markante forskjellen mellom kommunene er bruken av sykebesøk, som utgjør en større del av aktiviteten i de minste kommunene. Digitale konsultasjoner utgjør fortsatt en liten del av legevaktaktiviteten, men er relativt sett mer utbredt i små enn i store kommuner.

Alderssammensetning alene forklarer ikke forskjellen i bruken mellom innbyggere i små og store kommuner

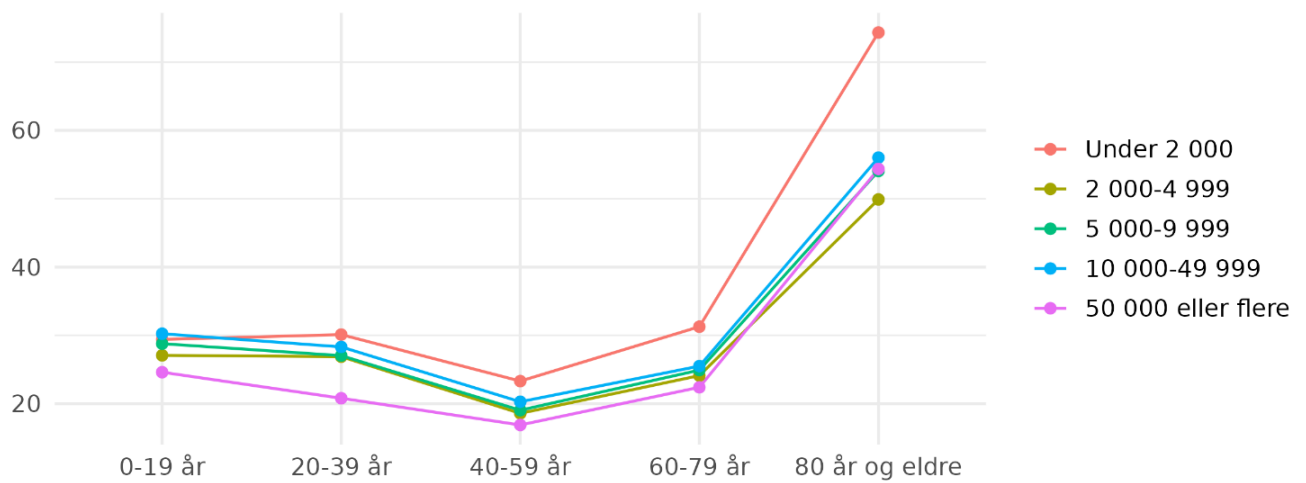
Forskjellig mønster i bruk av legevakt og fastlege i små kommuner skyldes ikke alderssammensetning. Figur 12.12 og 12.13 viser at mønstrene består også når vi sammenligner personer på samme alder. I 2025 hadde innbyggere i små kommuner gjennomgående færre fastlegekonsultasjoner og flere legevaktskonsultasjoner enn jevnaldrende i større kommuner.

Sammenholdes resultatene fra fastlege- og legevakt, viser resultatene at den høyere legevaktbruken i små kommuner ikke oppveier for den lavere bruken av fastlegetjenester. Samlet sett bruker innbyggere i små kommuner allmennlegetjenesten noe mindre enn innbyggere i større kommuner.

Figur 12.12 Konsultasjoner per 100 innbygger hos fastlege etter alder og kommunestørrelse, 2025.



Figur 12.13 Konsultasjoner per 100 innbygger med legevakt etter alder og kommunestørrelse, 2025.



13 Legemiddelforskrivning

13.1 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:

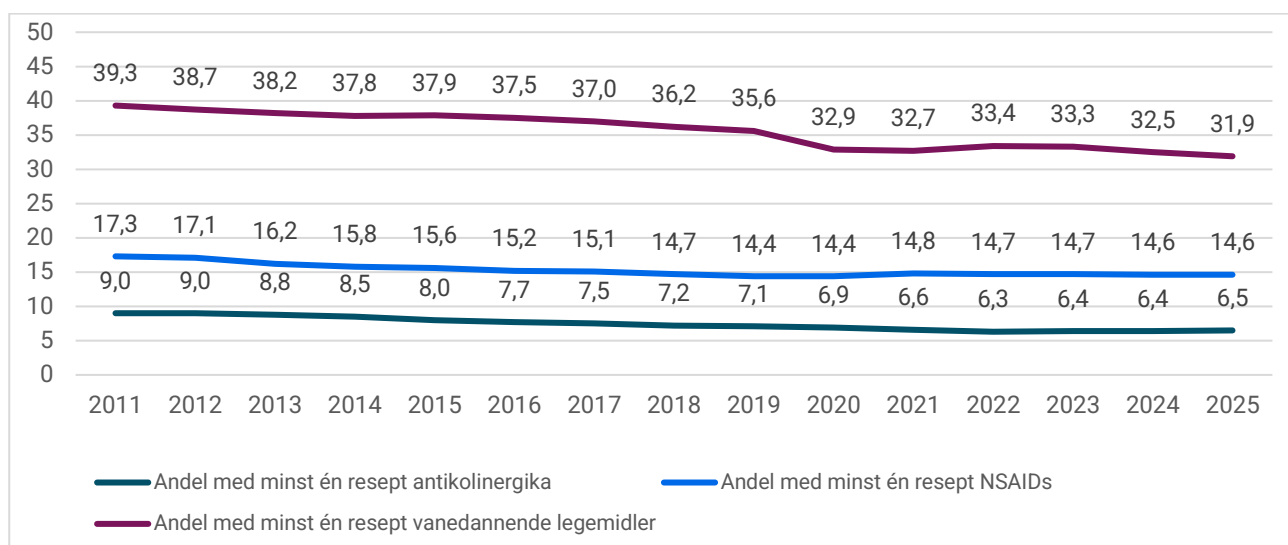
- Vanedannende legemidler
- Ikke steroide antiinflammatoriske midler (NSAIDs)
- Legemidler med betydelig antikolinerg effekt

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. Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) er ikke-steroidholdige antiinflammatoriske legemidler. Antikolinerge legemidler er legemidler som hemmer den parasympatiske delen av nervesystemet. Mange legemidler med antikolinerg effekt har utilsiktet virkning utover den primære tilsiktede virkningen. Økt grad av antikolinerg effekt øker risiko for bivirkninger, for eksempel ekstrem munntørrehet, uskarpt syn, forstoppelse, kvalme, urinveisproblemer, svimmelhet, urinveisproblemer, delirium mm. På grunn av dette er det viktig at bruken øker livskvaliteten og ikke svekker livskvaliteten til eldre skrøpelige personer.

Figur 13.1 viser at andel eldre som får foreskrevet vanedannende legemiddel, NSAIDs eller legemidler med betydelig antikolinerg effekt har gått ned siden 2011. Nedgangen har imidlertid flatet ut de siste årene.

Figur 13.1 Andel eldre med minst én resept på utvalgte legemiddelgrupper, 2011 - 2025.



Kilde: Legemiddelregisteret

I 2025 fikk 31,9 prosent av alle eldre utlevert vanedannende legemidler etter resept fra allmennlege, som er en minimal nedgang fra 32,5 prosent i 2024. 14,6 prosent av alle eldre fikk utlevert NSAIDs på apotek etter resept fra allmennlege i 2025. Andelen med NSAIDs har vært så å si uendret de siste årene. Andelen eldre som har fått utlevert legemidler med betydelig antikolinerg effekt var på 6,5 prosent i 2025. Også denne andelen er så å si uendret de siste årene.

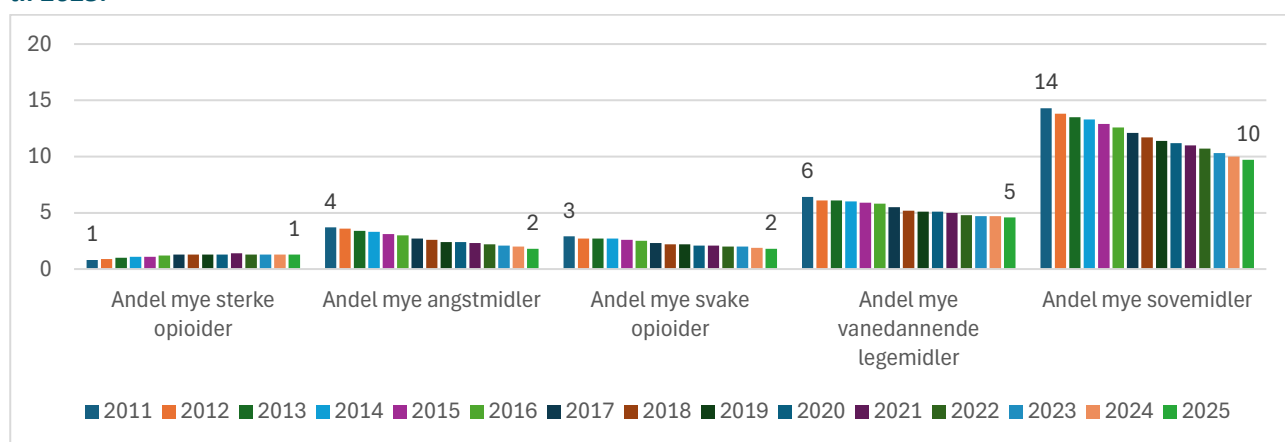
Selv om indikatorene viser at det er en gradvis nedgang over tid i alle fylker, er det nokså store og vedvarende forskjeller mellom fylkene i rekvireringen av disse tre legemiddelgruppene til eldre. (Se tall på nettsiden for nasjonale kvalitetsindikatorer i helsedirektoratet).

Andel eldre med mye vanedannende legemidler

Vanedannende legemidler kan være riktig for den enkelte pasient, men høyt bruk vil ofte være problematisk. Forskrivning av mye vanedannende legemidler måles som minst 365 definerte døgndoser (DDD) i løpet av ett år tatt ut ved apotek, etter resept fra allmennlege. I 2025 fikk 4,6 prosent av eldre utlevert mye vanedannende legemidler på apotek etter resept fra allmennlege, som er en liten nedgang fra 4,7 prosent i 2024. Andelen har gått gradvis ned over tid.

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 13.2 Andel eldre (>65 år) med mye vanedannende legemidler, totalt og etter gruppe legemiddel, 2011 til 2025.



Kilde: Legemiddelregisteret

For legemiddelgruppene *sovemidler*, *angstmidler* og *svake opioider* har andelen blitt gradvis redusert i løpet av måleperioden. Andelen med mye sovemidler er høyest. I 2025 fikk 9,7 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 9 årene har andelen holdt seg på rundt 1,3 prosent. I 2011 var andelen 0,8 prosent.

Fylkesvis variasjon i legemiddelrekrivering

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 2025 varierer andel eldre med minst en resept på vanedannende fra allmennlege mellom 36,7 prosent i Østfold og 26,1 prosent i Troms. Andelen eldre med minst én resept på NSAIDs var også høyest i Østfold i 2025 med 17,1 prosent, mens Troms lå lavest med 11,3 prosent. Andelen med minst én resept på legemidler med betydelig antikolinerg effekt varierte i 2025 mellom 8,8 prosent i Telemark og 5,0 prosent i Trøndelag.

Telemark, og delvis Vestfold, peker seg ut med en nedgang i bruk av vanedannende legemidler fra 2024 til 2025. Statsforvalteren i Vestfold og Telemark har hatt fokus på rekvireringen av vanedannende legemidler siden 2024. I samme periode har det vært en liten økning i bruk av legemidler med betydelig antikolinerg effekt i Vestfold og Telemark.

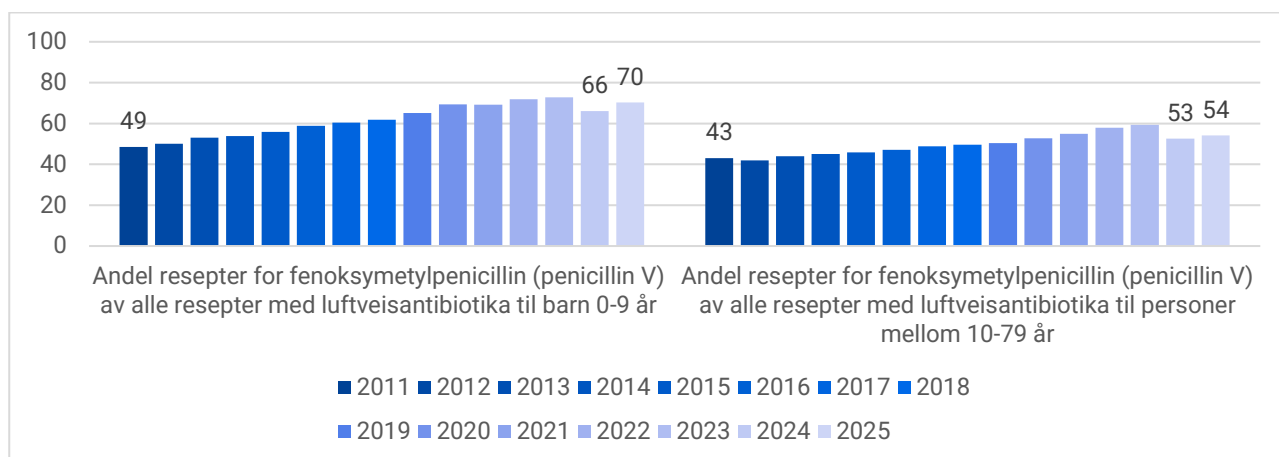
13.2 Riktigere bruk av antibiotika

Det publiseres flere nasjonale kvalitetsindikatorer om antibiotika⁵⁷ som kan knyttes til kvaliteten i allmennlegetjenestene. Indikatorer om antibiotikabehandling utenfor institusjon er basert på tall fra Legemiddelregistret, som resepter hentet ut på apotek. Flertallet av reseptene er rekvirert av fastleger og legevaktleger.

For statistikk over antibiotika til luftveisinfeksjoner måles andelen resepter på fenoksymetylpenicillin (penicillin V), et smalspektret antibiotikum som i mindre grad bidrar til utvikling av resistens, og andelen som får utdelt minst ett antibiotikum. Høy andel bruk av penicillin V anses som et kvalitetsmål.

Figur 13.3 viser en positiv utvikling fra 2011 til 2025; Penicillin V brukes oftere i forbindelse med behandling av luftveisinfeksjoner til både barn (0- 9 år) og befolkningen 10-79 år. For barn mellom 0- 9 år var andelen penicillin V 70,3 prosent i 2025, som er høyere enn i 2024 og 2019. For aldersgruppen 10-79 år var andelen penicillin V i 54,1 prosent i 2025, som også er høyere enn i 2024 og 2019.

Figur 13.3 Andel fortrukken og ikke foretrukken type, 2011-2025.



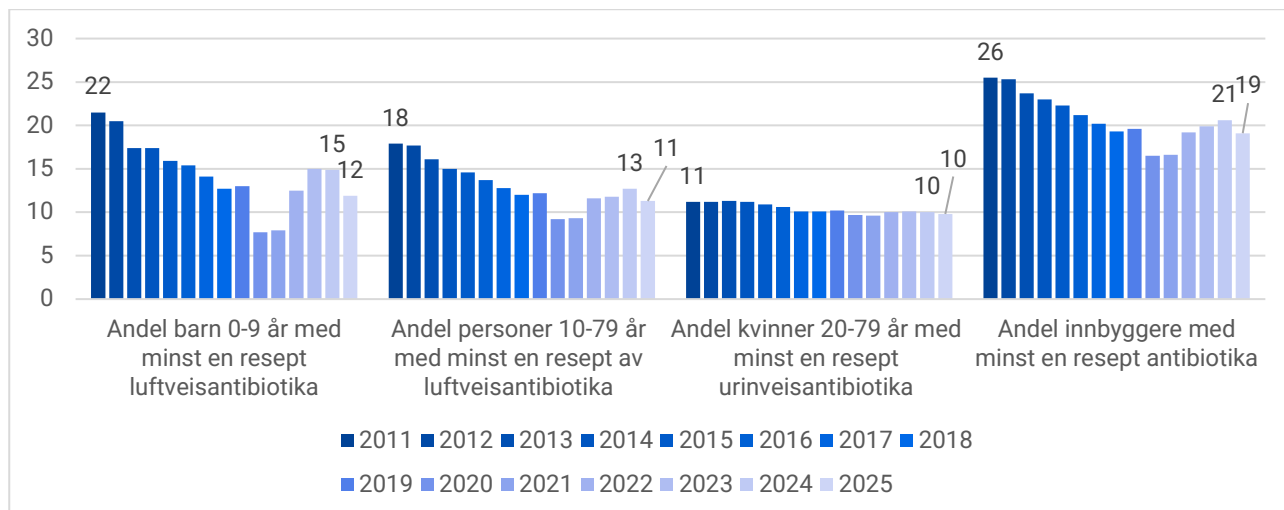
Kilde: Legemiddelregisteret

De nasjonale kvalitetsindikatorene viser også hvor stor andel av befolkningen som har hentet ut minst én resept på antibiotika. Resultatene vises både for alle resepter på antibiotika i befolkningen

⁵⁷ Se mer her [nasjonale kvalitetsindikatorer om antibiotika](#)

generelt, og fordelt på luftveisantibiotika til barn (0-9 år), befolkning (10-79 år) og urinveier kvinner (20-79 år). Gjennomsnittet for landet av dem som fikk *minst ett antibiotikum* utlevert var 19,1 % i 2025, som er lavere enn i 2024, da snittet var 20,6 og lavere enn i 2019 var da snittet var 19,6 prosent. For antibiotika mot luftveisinfeksjoner i aldersgruppen 10-79 år var gjennomsnittet 11,3 prosent for 2025 mot 12,7 prosent i 2024 og 12,2 prosent i 2019.

Figur 13.4 Andel med minst én resept på antibiotika utenfor institusjon, 2011 – 2025.



Kilde: Legemiddelregisteret

Resultatene viser at det har vært en nedgang i 2025 i forhold til 2024 og 2019 i andel barn som har fått *minst en type luftveisantibiotika* i perioden. For barn 0-9 år var snittet for dem som hentet ut minst en resept 11,9 prosent i 2025 mot 14,9 prosent i 2024 og 13 prosent i 2019. For *urinveisinfeksjoner* hos kvinner 20-79 år fortsetter den jevne nedgangen i bruk av ciprofloksacin og ofloksacin som startet i 2011.

Under pandemiårene 2020 og 2021 var forbruket av antibiotika på et uvanlig lavt nivå. Epidemien med *mykoplasma* i 2024 kan ha bidratt til å øke totalforbruket av antibiotika og lavere andel av penicillin V. Målet i den nasjonale strategien er at bruken av antibiotika skal være 10 prosent lavere enn i 2019. Som for øvrige indikatorer er det en del variasjon mellom og innad i de ulike fylkene⁵⁸

14 Legetjenester i sykehjem

Det er rundt 40 000 institusjonsplasser kommunene i Norge, flesteparten er tilknyttet sykehjem⁵⁹. Legetjenestene i institusjoner i kommunene ble betjent av rundt 670 legeårsværk i 2025, mot omtrent 570 i 2019⁶⁰.

Helsedirektoratet publiserer tre nasjonale kvalitetsindikatorer om legetjenester ved norske sykehjem. Resultatene til og med 2025 omtales nedenfor på nasjonalt nivå. Tabell 14.1 viser utvikling over tid for de tre indikatorene.

Tabell 14.1 Legetjenester i sykehjem per beboer, andel og gjennomsnitt, 2017- 2025.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Andel beboere på langtidsopphold i institusjon som er vurdert av lege siste 12 måneder	66,3	71,1	73,7	71,9	71,2	73,2	75,2	75,0	73,0
Andel med legemiddelgjennomgang siste 12 måneder	51,3	56,8	59,2	59,9	58,1	58,5	61,7	62,2	62,3
Gjennomsnittlig antall avtalte legetimer per beboer i sykehjem, per uke	0,55	0,56	0,55	0,56	0,61	0,62	0,67	0,68	0,70

Kilde KPR og SSB

Resultatene i tabell 14.1 viser en liten nedgang i andelen beboere i sykehjem som er vurdert av lege de siste 12 månedene. 73 prosent av beboerne ble vurdert av lege minst én gang i løpet av 2025, mot 75 prosent de to foregående årene. 62 prosent av beboerne på sykehjem ble registrert med legemiddelgjennomgang i løpet av 2025. Andelen har vært tilnærmet uendret de siste tre årene. Gjennomsnittlig antall avtalte legetimer per beboer per uke i sykehjem har hatt en svak økning over tid, og ligger på 0,70 timer i 2025.

Resultatene varierer mellom fylker og kommuner og mer om dette finnes på helsedirektoratets nettsider ⁶¹.

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).

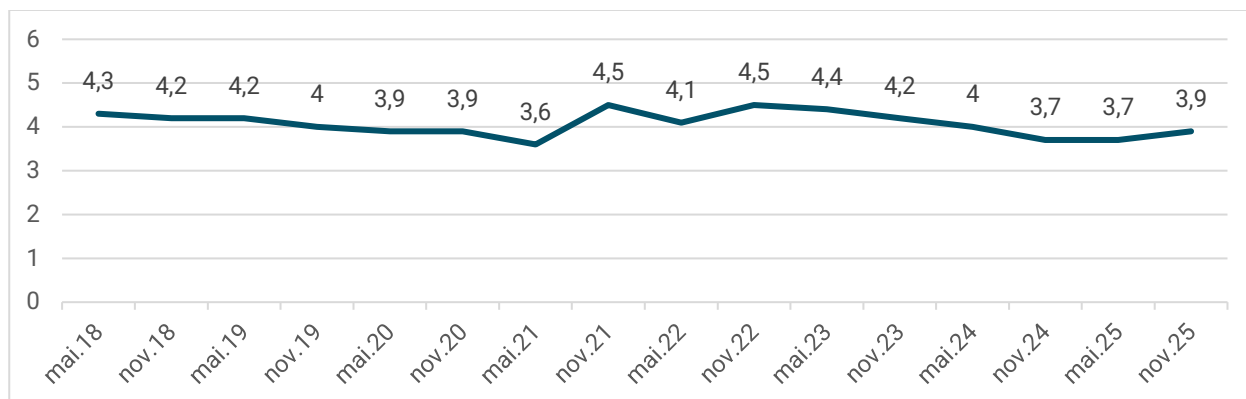
Andelen sykehjemsbeboere som fikk minst en type antibiotikum (eksklusiv metenamin) var på 3,9 prosent i november 2025. Andelen har holdt seg på rundt 4 prosent i hele måleperioden. I november 2025 varierte andelen mellom 5,8 prosent i Møre og Romsdal og 2,8 prosent i Trøndelag.

⁵⁹ Se SSB 11875: Helse- og omsorgsinstitusjoner - plasser (K) 2015-2025

⁶⁰ 11996: Legeårsværk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform og funksjon (K) 2015-2025

⁶¹ [Kommunale helse- og omsorgstjenester - Helsedirektoratet](#)

Figur 14.1 Andel beboere på sykehjem med minst ett antibiotikum på måletidspunktet, mai 2018 til nov. 2025.



Kilde: NOIS

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.

15 Legevakt og akuttberedskap

15.1 Brukererfaringer

I Norge har kommunene ansvar for å tilby en legevaktteneste 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 legevaktpasienter i 2025. Formålet med undersøkelsen er å få kunnskap om hvordan tilbudet oppleves ved ulike legevakter, og danne grunnlag for systematisk kvalitetsarbeid i legevakttenesten. 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.

Populasjonen består av pasienter som var i kontakt med kommunal legevakt eller Oslo skadelegevakt i perioden 1. september til 31. oktober 2025. Inklusjonskriteriene for å kunne bli trukket ut til å delta i undersøkelsen var at pasientene måtte være 16 år eller eldre på tidspunktet for kontakt med legevakt. Pasientene ble invitert til å delta i undersøkelsen via Helsenorge.no 35-65 dager etter at pasienten hadde vært i kontakt med legevakten.

Hovedfunn

Totalt har 16 863 pasienter svart på undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 30. Aldersspennet blant de som svarte på undersøkelsen varierer fra 16 til 99 år, men en gjennomsnittsalder på 54 år. Svarprosenten varierte fra 13,6 prosent til 52,9 prosent på legevaktnivå. I tillegg ble det gjort en analyse på svarsannsynlighet for ulike pasientgrupper. Resultatene fra undersøkelsen er oppsummert i fem indikatorer. Hver indikator består av tre til fire spørsmål, og resultatene presenteres på en skala fra 0 til 100, der 100 er best (se tabell 15.1 og figur 15.1).

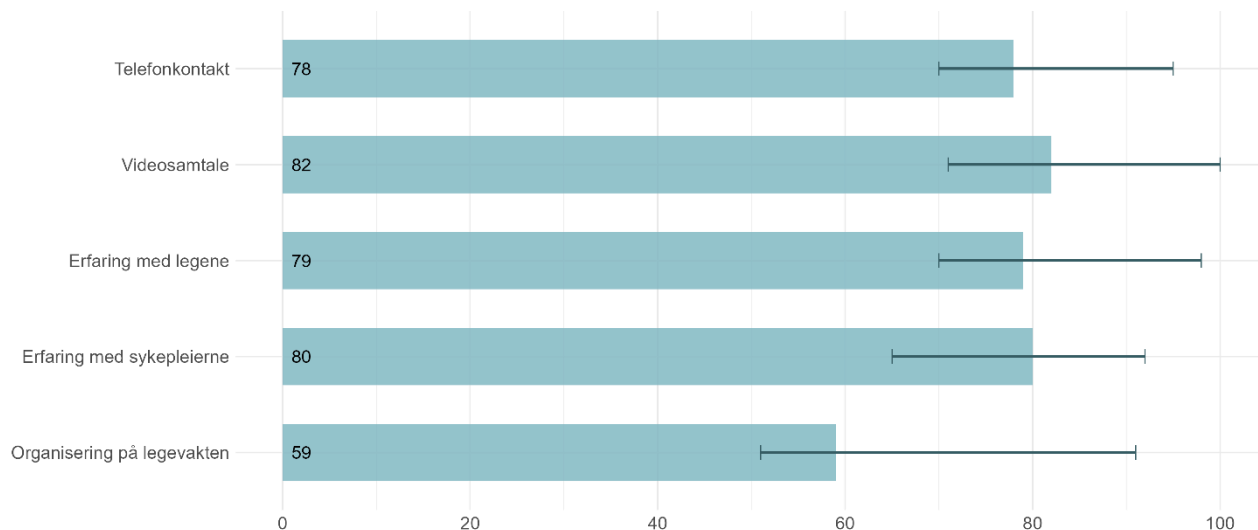
På nasjonalt nivå viser resultatene gjennomgående gode skårer for alle indikatorene. Skårene varierer fra 59 til 82. Indikatoren *Organisering og ventetid* har lavest skår, mens *Videosamtale* oppnår høyest skår, etterfulgt av *Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet*. Figur 15.1 gir en samlet fremstilling av de nasjonale resultatene for alle indikatorene.

Tabell 15.1 Legevaktundersøkelsen, Indikatorer og underliggende spørsmål

For indikatorene Telefonkontakt og Videosamtale var spørsmålene
Opplevde du at personen du snakket med, tok deg på alvor?
Opplevde du at personen du snakket med, var interessert i beskrivelsen av tilstanden din?
Opplevde du at personen du snakket med, snakket til deg slik at du forsto ham/henne?
Opplevde du at personen du snakket med, var faglig dyktig?
Indikatorene Erfaringer med legene og erfaringer med sykepleierne på legevaktslokalet*
Opplevde du at legen(e)/sykepleierne tok deg på alvor?
Opplevde du at legen(e)/sykepleierne var interessert i beskrivelsen av tilstanden din?
Opplevde du at legen(e)/sykepleierne snakket til deg slik at du forsto ham/henne?
Opplevde du at legen(e)/sykepleierne var faglig dyktig?
Organisering og ventetid
Fikk du tilfredsstillende informasjon om hvor lenge du måtte regne med å vente til du skulle få komme inn til undersøkelse/behandling?
Synes du at tiden du måtte vente fra du ankom til du kom inn til undersøkelse/behandling, var akseptabel?
Fikk du inntrykk av at legevakten var godt organisert?

*Samme spørsmål om hhv leger og sykepleiere

Figur 15.1 Nasjonal skår på fem dimensjoner fra erfaring med legevakten I tillegg til selve skåren vises også variasjonen mellom legevaktene gjennom intervallet mellom høyeste og laveste skår for hver indikator.



*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.

Små forskjeller mellom legevakter

Det er noe variasjon i resultatene (indikatorskår) mellom legevaktene, men på et overordnet nivå er forskjellene små, men noe ulikt mønster mellom store og små legevakter i hva de scorer godt på. Legevaktene er delt inn i store, middels og små legevakter etter hvor mange innbyggere legevakten dekker i tråd med gruppering gjort av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (NKLM). Tabell 15.2 viser at 11 (7 prosent) legevakter ble karakterisert som store, 83 (50 prosent) som middels og 73 (44 prosent) som små legevakter i 2024.

Tabell 15.2 Legevakter og befolkningsstørrelse.

Legevaktstørrelse (befolkning)	Legevakter		Befolkning*	
	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

*Folketall er avrundet til nærmeste tusen.

Små legevakter skårer høyere enn de andre gruppene på indikatorene *Erfaringer med legene på legevaktlokalet*, *Erfaringer med sykepleierne på legevaktlokalet* og *Organisering og ventetid*. Store legevakter har gjennomgående lavest skår på indikatoren *Organisering og ventetid*. Når det gjelder *Telefonkontakt* og *Videosamtale*, er skårene jevnt over høye i alle tre størrelsesgrupper.

Ser man på variasjonen mellom de enkelte legevaktene, viser resultatene at skårene på indikatorene *Telefonkontakt*, *Videosamtale*, *Erfaringer med legene* og *Erfaringer med sykepleierne* generelt er høye, og at ingen legevakter skiller seg negativt ut på disse områdene. Indikatoren *Organisering og ventetid* viser derimot størst variasjon mellom de ulike legevaktene.

Høy alder, høy utdanning og god egenvurdert helse gir bedre score

Selv om resultatene samlet sett er gode, er det variasjon i materialet. Særlig er det viktig å se på hva som kjennetegner pasientene som er mindre fornøyde med legevaktkontakten. Sosiodemografisk ser vi at økende alder henger sammen med høyere skår, mens de yngste (16–19 år) skårer lavere enn pasienter over 30 år. Pasienter med høyere utdanning vurderer også legevakten mer positivt enn de med kun grunnskole. Enslige skårer lavere enn andre sivilstatusgrupper, og pasienter med annet morsmål enn norsk skårer lavere enn norskspråklige.

Tidligere sykdomshistorie og diagnose påvirker også resultatene. Pasienter med hyppigere kontakt med helsetjenesten de siste to årene skårer lavere enn andre. Det samme gjelder pasienter med psykiske eller sosiale diagnoser, samt de som har hatt kontakt med psykisk helsevern eller rusbehandling – disse skårer lavere på alle indikatorer enn øvrige pasienter.

Undersøkelsen inkluderer også egenvurdert helserelatert livskvalitet målt med EQ-5D-5L (mobilitet, personlig stell, daglige aktiviteter, smerte/ubehag og angst/depresjon). Resultatene viser at pasienter med bedre egenvurdert helse skårer høyere på alle indikatorene enn de med dårligere helse.

Resultater på andre spørsmål i undersøkelsen

Undersøkelsen inneholder spørsmål om situasjonen og forholdene på tidspunktet legevakten ble kontaktet. Her refereres svarene på noen av dem.

- De fleste opplevde det som nødvendig å oppsøke legevakten og hadde behov for hjelp straks eller få timer. Samtidig opplevde 25 prosent av pasientene situasjonen som mindre alvorlig, og at de kunne vente til neste dag. De fleste hadde ikke tatt kontakt med fastlegen før kontakten med legevakten, noe som ofte skyldes at fastlegen kun er tilgjengelig på dagtid.

- Totalt 84 prosent av pasientene oppgir at de var i kontakt med legevakten per telefon, og 86 prosent av disse svarer at de i liten grad eller ikke i det hele tatt opplevde ventetiden på å komme i kontakt som lang.
- De aller fleste (82 prosent) møtte opp fysisk ved legevakten og av disse hadde 82 prosent bestilt time på forhånd. Kun to prosent angir at de ventet mer enn tre timer ved legevakten etter oppmøte. Hele 74 prosent av pasientene angir at de ventet inntil 30 minutter før de fikk undersøkelse eller behandling. Etter kontakt med legevakten oppga 58 prosent at de hadde behov for videre oppfølging. Av disse fikk 41 prosent oppfølging hos fastlege, mens 37 prosent ble lagt inn på sykehus eller annen helseinstitusjon.

15.2 Svartider fra lokalt legevaktnummer 116 og 117

I 2025 var i underkant av 3,1 millioner anrop til medisinsk nødnummer 116 117/lokalt legevaktnummer. Antallet anrop har gått ned hvert år i perioden 2021-2025. I akuttmedisinforskriften er det stilt som krav til legevaktsentralene at 80 prosent av henvendelsene normalt skal besvares innen to minutter. På landsbasis har ikke denne målsettingen vært nådd i noen av årene i perioden 2018-2025. I 2025 var andelen på 65 prosent.⁶²

15.3 Samtrening i legevakt

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 gjennomfører 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 32,1 prosent av sykepleiere/annet helsepersonell (utenom leger) i akuttmedisinsk samtrening med ambulanse i 2025. Det er en økning fra i 2023, da andelen var på 28,0 prosent. I 2025 oppga 45 legevakter at de ikke har sykepleiere/annet helsepersonell enn leger ved legevakten (27,1 prosent). 19 legevakter har ikke besvart spørsmålet. På fylkesnivå er andelen høyest i Østfold 64,7 prosent. I Oslo hadde ingen samtrening (0 prosent) i 2025⁶³.

⁶² *Svartid legevakt 116 117 - Helsedirektoratet*

⁶³ *Legevakt - Samtrening sykepleiere/annet helsepersonell i legevakt - Helsedirektoratet*

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.

På landsbasis deltok 19,1 prosent av legene i akuttmedisinsk samtrening med ambulanse i 2025. Det er en økning fra i 2021, da andelen var på 13,3 prosent. Andelen for 2023 foreligger ikke, da 85 prosent av legevaktene ikke besvarte spørsmålet det året. I 2025 var det 17 legevakter som ikke besvarte spørsmålet. På fylkesnivå er andelen leger som har deltatt i samtrening høyest i Finnmark med 52,5 prosent og lavest i Oslo med 0 prosent i 2025.

15.4 Triagering i legevakt

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. Blant legevaktene der triagering er aktuelt, har 75,8 prosent et triageringsverktøy i 2026. Av 164 legevakter (to har ikke besvart spørsmålet) oppga 32 (19,5 prosent), at triagering ikke er aktuelt fordi legevakten sjelden eller aldri opplever samtidighetskonflikter.

15.5 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 154 legevakter (12 legevakter har ikke besvart spørsmålet) hadde 96,1 prosent tilgang til døgnkontinuerlig tolketjeneste på flere språk i 2026. Det var seks legevakter som svarte at de ikke hadde tilgang til tolketjeneste⁶⁴.

⁶⁴ 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>

16 Bruk av digitale løsninger og tjenester

Digitaliseringen av allmennlegetjenesten fortsetter. Målet er blant annet å øke tilgjengeligheten til tjenestene ved å gjøre flere tjenester digitalt tilgjengelige. Samtidig skal nasjonale samhandlingsløsninger bidra til at informasjon deles effektivt og sikkert mellom pasienter, fastleger og øvrige deler av helse- og omsorgstjenesten.

16.1 Innbyggernes bruk av digitale tjenester

Helsedirektoratets innbyggerundersøkelse 2025 om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten⁶⁵ viser at innbyggerne er godt i gang med å bruke helsetjenester på nye måter. Andel innbyggere som har vært i digital kontakt med helsetjenesten i løpet av de siste 12 månedene økte fra 33 prosent i 2019 (før koronapandemien) til 60 prosent i 2025. Den vanligste formen for digital kontakt er med fastlegen. Blant dem som har brukt digitale helsetjenester, er reseptfornyelse samt det å se, bestille eller endre timer de mest utbredte bruksområdene.

Digitale konsultasjoner er blitt en integrert del av allmennlegetjenesten, og utgjorde i 2025 hele 17 prosent av alle fastlegekonsultasjoner. Samtidig viser tall (tilgjengelig fra andre halvår av 2025) at digitale konsultasjoner i hovedsak skjer gjennom tekst- eller telefonkonsultasjoner. Videokonsultasjoner benyttes foreløpig i et svært begrenset omfang.

Samlet sett tyder aktivitetsdata og resultater fra spørreundersøkelser på, at fysiske konsultasjoner i de fleste tilfeller er den foretrukne kontaktformen blant innbyggerne. I den nevnte innbyggerundersøkelsen mener et klart flertall av innbyggerne at deres siste fysiske oppmøte hos allmennlege ikke kunne vært erstattet av digital kontakt. I 2025 svarte 71 prosent at fysisk oppmøte var nødvendig, mens 13 prosent mente at konsultasjonen kunne vært gjennomført digitalt. Ytterligere 13 prosent oppga at fysisk oppmøte ikke var nødvendig, men at de likevel foretrekker denne formen for kontakt. Tabell 16.1 viser at det er små endringer over tid. I både 2019 og 2025 svarte 71 prosent at fysisk oppmøte var nødvendig.

Tabell 16.1 Holdning til digitalisering av allmennlegekonsultasjoner, 2019-2025. Svarfordeling i prosent. ("Mener du at det siste fysiske oppmøte du hadde hos fastlege/ privat allmennlege kunne vært erstatt med digital kontakt, dvs. videosamtale, telefon eller skriftlig kontakt dersom det hadde vært tilgjengelig?")

	Nei, fysisk var nødvendig	Ja, fysisk oppmøte var ikke nødvendig, men jeg foretrekker det	Ja, det kunne vært erstattet av en digital kontakt	Vet ikke
2025	71	13	13	3
2024	72	13	14	2
2023	74	13	10	3
2022	75	12	11	2
2021	77	13	7	3
2020	67	16	13	4
2019	71	10	14	4

⁶⁵ [Innbyggerundersøkelsen om digitalisering i helse.pdf](#)

Andelen som mente at konsultasjonen kunne vært erstattet med digital kontakt, har ligget relativt stabilt på rundt 10–15 prosent gjennom hele perioden, med et midlertidig utslag under pandemien i 2020. Dette tyder på at innbyggernes vurderinger av når fysisk oppmøte er nødvendig, har vært stabile til tross for den betydelige veksten i bruk av digitale konsultasjoner i samme periode.

Innbyggerundersøkelsen finner også at nærmere 4 av 10 innbyggere ønsker seg tilgang til flere digitale helsetjenester enn de har i dag. Tilsvarende mener nærmere 3 av 10 at de får dekket sitt behov for digitale helsetjenester. Blant gruppen som ønsker flere digitale helsetjenester trekkes det særlig fram tilgang til journal fra fastlegen, prøvesvar samt en oversikt over egen helseinformasjon.

Andelen innbyggere som alt i alt var fornøyde med de digitale helsetjenestene i Norge var 57 prosent i 2025, en reduksjon på 7 prosentpoeng fra 2024 da andelen var på 64 prosent.

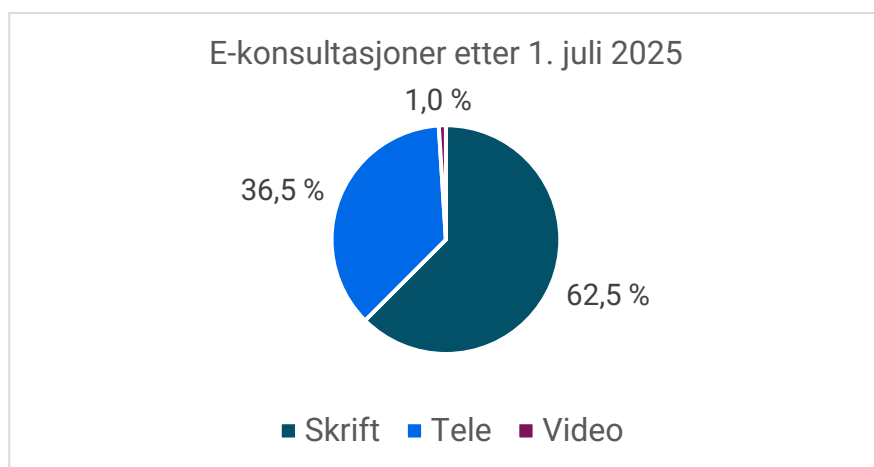
16.2 Digitale konsultasjoner

I fastlegetjenesten var andelen digitale konsultasjoner i 2025 på 17 prosent. Fram til andre halvår 2025 har det imidlertid ikke vært mulig å skille mellom ulike former for digitale konsultasjoner i takstdataene. Etter innføringen av nye takster 1. juli 2025 er det mulig å skille mellom skriftlige konsultasjoner, telefonkonsultasjoner og videokonsultasjoner. Digitale konsultasjoner omfatter også videokonsultasjonene som gjennomføres i forbindelse med forsøksordningen med kommunal nettlege samt digitale samkonsultasjoner der pasient, fastlege og spesialisthelsetjeneste deltar.

Figur 16.1 viser at telefon- og skriftlige e-konsultasjoner dominerer og videokonsultasjoner utgjør en helt marginal andel. Tekstkonsultasjoner utgjør 62,5 prosent, telefonkonsultasjoner utgjør 36,5 prosent og videokonsultasjoner utgjør 1,0 prosent.

Den lave bruken av videokonsultasjoner henger også sammen med hvor mange legekontor som benytter video som konsultasjonsform. I 2025 ble videokonsultasjoner gjennomført ved anslagsvis en fjerdedel av kontorene.

Figur 16.1 Fordeling av digitale konsultasjoner etter form, andre halvdel av 2025



Tabell 16.1 viser at de vanligste hoveddiagnosene i stor grad er de samme ved tekst-, telefon- og videokonsultasjoner. Luftveisinfeksjoner og psykiske helseproblemer/psykiske reaksjoner er blant de mest brukte diagnosegruppene for alle konsultasjonsformene. Samtidig finnes det enkelte forskjeller. Diagnosekoden A97 «Kontakt/undersøkelse for administrative formål» er den mest brukte ved skriftlige konsultasjoner, men er ikke blant de fem mest brukte diagnosene ved telefon- eller videokonsultasjoner. Dette kan tyde på at skriftlige konsultasjoner i større grad benyttes til administrative henvendelser, for eksempel relatert til sykmelding.

Tabell 16.1 Digitale konsultasjoner, 5 mest brukte hoveddiagnosekoder etter form, andre halvdel 2025

	Kode	Navn	Antall
Skriftlige	A97	Kontakt/undersøkelse for administrativt formål	35105
	R74	Akutt øvre luftveisinfeksjon	24590
	P02	Psykisk ubalanse situasjonsbetinget	22848
	A99	Helseproblem/sykdom ikke spesifisert/lokalisert	19250
	P76	Depressiv lidelse	18123
Telefon	P02	Psykisk ubalanse situasjonsbetinget	18069
	P76	Depressiv lidelse	12291
	R74	Akutt øvre luftveisinfeksjon	12224
	A04	Slapphet/tretthet	11567
	P29	Psykiske symptomer/plager IKA	11318
Video	R74	Akutt øvre luftveisinfeksjon	545
	P29	Psykiske symptomer/plager IKA	479
	P02	Psykisk ubalanse situasjonsbetinget	439
	A04	Slapphet/tretthet	410
	P76	Depressiv lidelse	380

Fra 1. juli 2025 ble det innført egne takster for digitale samhandlingskonsultasjoner mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Takstene gjelder konsultasjoner der pasienten enten befinner seg hos fastlegen eller i spesialisthelsetjenesten, og skal stimulere til økt samarbeid mellom tjenestenivåene. Bruken av denne konsultasjonsformen har så langt vært svært begrenset. I løpet av andre halvår 2025 ble det registrert totalt 247 digitale samhandlingskonsultasjoner, hvorav 130 ble gjennomført med pasienten hos fastlegen (2sf) og 117 med pasienten i spesialisthelsetjenesten (2ss).

Samlet tyder resultatene på at digitale konsultasjoner har fått en etablert plass i allmennlegetjenesten, men at digitaliseringen i hovedsak skjer gjennom skriftlige konsultasjoner og telefonkonsultasjoner. Både videokonsultasjoner og digitale samhandlingskonsultasjoner benyttes foreløpig i begrenset omfang.

16.3 Utprøving av kommunal nettlege

1. juli 2025 startet utprøvingen av kommunal nettlege. Kristiansand kommune har deltatt siden oppstarten, mens Arendal og de sju øvrige kommunene i Arendal legevaktsamarbeid ble inkludert høsten 2025.

Tabell 16.2 viser at aktiviteten i ordningen samlet sett var begrenset i 2025, med totalt 894 konsultasjoner i Kristiansand og Arendal. Aktiviteten i 2026 er fortsatt lav, men noe stigende.

- I Kristiansand har nettlegen vært tilgjengelig alle dager mellom klokken 12.00 og 22.00. Aktiviteten tilsvarer i overkant av fire konsultasjoner per dag i perioden tjenesten var tilgjengelig i 2025.
- I Arendal har kommunal nettlege vært tilgjengelig etter fastlegenes åpningstid, fra klokken 15.00 til 22.00 alle dager. Fra oppstarten 3. november og ut året var aktiviteten noe lavere enn i Kristiansand, med i underkant av to konsultasjoner per dag.

Tabell 16.2 Aktivitet per taksttype, utprøving av kommunal nettlege, 1. juli 2025- 31. des 2025

Konsultasjon	Takst	Antall konsultasjoner
Videokonsultasjon, dagtid	2nv	528
Videokonsultasjon, kveld	2nvk	366
Total		894

I 2025 var kommunal nettlege innrettet mot enklere medisinske problemstillinger, og som del av utprøvingen var det lagt begrensninger på hvilke problemstillinger og tjenester nettlegen kunne håndtere. Nettlegen kunne blant annet ikke skrive sykmelding, forskrive vanedannende legemidler eller følge opp pasienter med behov for tilgang til tidligere journalopplysninger. Formålet var å tilby rask helsehjelp ved avgrensede og mindre komplekse helseplager.

Tabell 16.3 viser hvilke diagnoser som hyppigst ble registrert i forbindelse med konsultasjoner hos kommunal nettlege. Antallet konsultasjoner er relativt lavt, og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Likevel tyder tallene på at de mest brukte diagnosekodene i nettlegekonsultasjonene er ulike de vi finner blant de mest brukte diagnosekodene i digitale konsultasjoner i allmennlegetjenesten generelt, jf. tabell 17.1.

Tabell 16.3 Nettlegekonsultasjoner, 5 mest brukte hoveddiagnosekoder, 1.juli 2025- 31.des 2025

Kode	Navn	Antall
F72	Øyelokkbetennelse	31
S06	Lokalisert utslett i huden	31
F70	Infeksiøs konjunktivitt	29
R74	Akutt øvre luftveisinfeksjon	25
U71	Cystitt / urinveisinfeksjon IKA	23

Oslo kommune startet opp 20.mai 2026, og Ullensaker planlegger oppstart i løpet av sommeren. Det forventes økt aktivitet som følge av dette.

16.4 Fastlegers bruk av digitale løsninger

Nasjonal digitaliseringsmonitor for helse- og omsorgssektoren følger utviklingen i bruk og utbredelse av sentrale digitale løsninger i sektoren. For allmennlegetjenesten gir monitoren blant annet informasjon om fastlegenes bruk av Helsenorge og status for innføringen av nasjonale samhandlingstjenester. Utviklingen viser at stadig flere fastleger tar i bruk nasjonale e-helseløsninger, og især er bruken av Helsenorge for fastleger utbredt.

16.4.1 Nasjonale e-helseløsninger via Helsenorge

Helsenorge for fastleger inneholder tjenester som fastlegene kan tilby sine pasienter. Tjenestene skal bidra til å redusere administrativt arbeid, gjennom digital samhandling.

Ved inngangen til april 2026 hadde 91 prosent av fastlegene i Norge tatt i bruk Helsenorge for fastleger. Dette er en økning på fem prosentpoeng fra 86 prosent fra samme tidspunkt i 2025. Med denne utviklingstakten er det grunn til å tro at så godt som alle fastleger vil ha tatt i bruk Helsenorge for fastleger innen utgangen av 2027. I april 2026 er det 94 prosent av innbyggerne som har en fastlege som benytter Helsenorge for fastleger.

Helsenorge for fastleger består av flere deler eller tjenester. Den mest brukte av disse er reseptfornyelse, som om lag 9 av 10 fastleger bruker hver måned. Denne tjenesten gjør det mulig for pasientene å etterspørre en ny resept uten å kontakte legekontoret via telefon eller fysisk. Om lag 8 av 10 fastleger bruker tjenestene e-kontakt og timeavtalekomponenten månedlig, mens 65 prosent bruker tekstlig e-konsultasjon. Den minst brukte tjenesten er journalinnsyn, som kun brukes av mellom 1 og 2 prosent månedlig. Disse andelene er mer eller mindre stabile sammenliknet med tilsvarende tidspunkt i 2025.

Det er grunn til å vente at fastlegenes bruk av tjenestene som er tilgjengelig gjennom Helsenorge vil fortsette å øke i de kommende årene.

16.4.2 Helsepersonellundersøkelsen - om digitalisering i fastlegetjenesten

Helsedirektoratets helsepersonellundersøkelse 2025 om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten⁶⁶ finner at fastlegenes bruk av videokonsultasjon er begrenset.⁶⁷ 15 prosent av fastlegene benytter videosamtaler i kommunikasjon med pasient i høy eller noen grad i 2025. Bruk av skriftlig digital kontakt med pasient er langt mer utbredt. 94 prosent av fastlegene bruker dette i høy eller noen grad.

Undersøkelsen finner også at helsepersonell foretrekker fysisk konsultasjon ved i overkant av 7 av 10 pasientkontakter. Fastlegegruppen svarer at de foretrekker skriftlig digital kontakt eller telefonkontakt i 12 prosent av tilfellene, og video i 3 prosent av tilfellene. 42 prosent av fastlegene er fornøyde med bruk av video for egnede pasientkonsultasjoner. Til sammenligning er innbyggerne oftere fornøyd med bruk av video ved konsultasjon med fastlege / privat allmennlege enn det fastlegene synes å være (61 prosent versus 42 prosent).

⁶⁶ [Rapport helsepersonellundersøkelsen 2025.pdf](#)

⁶⁷ 179 fastleger deltok i undersøkelsen i 2025.

Blant fastleger er det utbredt med positive erfaringer når det kommer til digital kontakt med pasienter og oppfatninger av digital støtte i arbeidshverdagen. Over 8 av 10 fastleger er enig i at digitale helsetjenester gjør det lettere å komme i kontakt med pasientene, og over 7 av 10 fastleger er enig i at helheten av digital støtte bidrar til en enklere arbeidshverdag. 79 prosent av fastleger er fornøyde med de digitale helsetjenestene i Norge. Dette er uendret fra 2024.

Samtidig fremstår fastlegene som "mettet" på digitalt tilbud til pasienter: 83 prosent av fastlegene ønsker ikke tilgang til flere muligheter for digital kommunikasjon med pasient enn de har tilgang til i sitt arbeid i dag. Kun 13 prosent av fastlegene oppgir å ha udekkede behov for digital kontakt med pasienter.

16.4.3 Innføringen av digitale samhandlingstjenester

Se kapittel 7.2 for mer omtale av dette temaet.

Pasientens legemiddelliste (PLL)

Ved inngangen til mai 2026 er innføringen av PLL i gang i Bergensområdet i Helse Vest og i Helse Nord. I Bergensområdet er 98 prosent av fastlegekontorene i gang med PLL, og mer enn 73 000 eller 15,7 prosent av innbyggerne har fått etablert en legemiddelliste. I Helse Nord er tilsvarende tall 74 prosent av fastlegekontorene og om lag 80 000 eller 16,5 prosent av innbyggerne. Forskjellene mellom regionene må sees i lys av ulike innføringsløp med ulik varighet på utprøving før innføring startet.

Helse Sør-Øst skal igangsette innføring i mai 2026, mens øvrige deler av Helse Vest og Helse Midt-Norge er forventet å komme i gang i løpet av året. Det er en ambisjon at 30 prosent av innbyggerne skal være omfattet av PLL innen utgangen av 2029.

Pasientens journaldokumenter

Tjenesten gir innbyggere og helsepersonell tilgang til utvalgte journaldokumenter fra andre virksomheter hvor pasienten tidligere har mottatt behandling. Per april 2026 bidrar alle sykehusene i spesialisthelsetjenestens regioner Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst med journaldokumenter som andre aktører kan gjøre oppslag mot. Oslo kommune har startet begrenset utprøving ved legevakt og kommunal akutt døgnettenhet.

Ved inngangen til mai 2026 er i overkant av 25 prosent av fastlegekontorene tilknyttet løsningen, og kan gjøre oppslag i dokumenter fra sykehusene. Dette er en økning fra 15 prosent ved inngangen til mai 2025. Ambisjonen er omtrent at halvparten av fastlegene skal kunne gjøre oppslag innen utgangen av 2026. Samtidig arbeides det med å inkludere flere aktører i løsningen, herunder flere sykehus, avtalespesialister og kommunale virksomheter.

VEDLEGG

Begrepsliste

ALIS: Allmennlege i spesialisering.

ALIS-avtale: En avtale mellom en kommune og en lege i spesialisering i allmennmedisin. Avtalen omfatter 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 utdanningsvirksomheter (kommuner) i allmennmedisin 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: Økonomisk samarbeidsavtale med næringsdrivende lege utover det statlig fastsatte basistilskuddet. Det er opp til kommunen hva som skal tas inn i en økonomisk samarbeidsavtale. I mange tilfeller er det avtalt at kommunen holder lokaler, hjelpepersonell og utstyr. 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. Pasienttilpasset basistilskudd skal reflektere det antatte behovet for fastlegetjenester for grupper av listeinnbyggere. En liste med mange personer som har stort behov for oppfølging, vil dermed gi større basistilskudd.

Delegering av konsultasjon fra fastlege til sykepleier: Fra 1. januar 2026 ble forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Sykepleiere ved fastlegekontor kan blant annet utføre sykebesøk, konsultasjoner og tverrfaglige møter. Kommunen eller legen kan kreve refusjon for dette. Fastlegen har det medisinsk faglige ansvaret for oppgaven som sykepleieren gjennomfører. Hen må sikre at oppgavene utføres faglig forsvarlig og at sykepleieren har nødvendig kompetanse for å kunne utføre konsultasjonen. Fastlegen kan kun delegere oppgaver som inngår i listeansvaret. Den som kan delegere konsultasjoner til sykepleier er fastlege, delelistelege, vikar, introduksjonslege, LIS1.

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: 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 legekantoret, 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.